

27-1  
2014

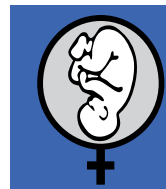
# GYNEKOLOGEN

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening



## INNHOLD

- Intervju med Sissel Moe Lichtenberg s. 8 ■ Ultralydopplæring i Afghanistan s. 14
- Idømøte for gjennombruddsprosjekt om keisersnitt s. 26



# C Jaydess «Bayer AB»

Antikonseptjonsmiddel.

ATC-nr.: G02B A03

**INTRAUTERINT INNLEGG 13,5 mg:** Hvert intrauterint innlegg inneh.: Levonorgestrel 13,5 mg, polydimetylsiloksanestaster, kolloidal vannfri silika, polyetylen, bariumsulfat, sølv. Fargestoff: Jernoksid (E 172).

**Indikasjoner:** Antikonseptjon i opp til 3 år.

**Dosering:** Settes inn i livmorhulen innen 7 dager etter 1. menstruasjonsdag. Har effekt i opp til 3 år. Kan erstattes med nytt innlegg når som helst under menstruasjons-syklusen. Kan settes inn umiddelbart etter abort i 1. trimester. Innsetting post partum bør utsettes inntil fullstendig involusjon av uterus er nådd, og tidligst 6 uker etter fødsel. Ved betydelig forsinket involusjon må det vurderes å vente opp til 12 uker post partum. Ved vanskelig innsetting og/eller uvanlig sterk smerte eller blødning under/etter innsetting, skal tiltak som fysisk undersøkelse og ultralyd startes umiddelbart for å utelukke perforasjon. Inneholder sølvring og bariumsulfat som er synlig ved bruk av hhv. ultralyd og røntgenundersøkelse. Innlegget tas ut ved å trekke forsiktig i trådene med tang. Dersom trådene ikke er synlige og ultralyd bekrefter at innlegget fortsatt er i livmorhulen, kan det tas ut med en smal tang. Dilatasjon av cervikalkanalen eller kirurgisk inngrep kan da være nødvendig. Bør tas ut senest mot slutten av det 3. året. Ved ønske om å fortsette med samme prevensjonsmetode, settes et nytt innlegg inn umiddelbart etter uttak av det forrige. For å unngå graviditet, bør innlegget tas ut i løpet av de første 7 dagene av menstruasjonen, forutsatt regelmessige menstruasjoner. Dersom innlegget fjernes på en annen tid i syklusen og samleie har forekommet i løpet av den siste uken, er det risiko for graviditet dersom det ikke settes inn et nytt innlegg umiddelbart etter uttak av det forrige. Etter at innlegget er tatt ut, bør det sjekkes at det er intakt. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt leverfunksjon: Ikke undersøkt. Kontraindisert ved akutt leversykdom eller levertumor. Nedsatt nyrefunksjon: Ikke undersøkt. Barn: Sikkerhet og effekt ikke undersøkt hos kvinner <18 år. Ikke indisert før menarke. Eldre: Ikke undersøkt hos kvinner >65 år eller hos postmenopausale kvinner. **Administrering:** Innsetting anbefales utført av leger/helsepersonell med erfaring i innsetting av intrauterine innlegg og/eller har gjennomgått opplæring i innsettingsprosedyren for Jaydess. Steril pakning åpnes umiddelbart før innsetting. Skal ikke steriliseres på nytt. Hånderes aseptisk. Til engangsbruk. Skal ikke brukes dersom blisteret er skadet eller åpnet. Se pakningsvedlegget for informasjon om forberedelser/innsetting.

**Kontraindikasjoner:** Graviditet. Akutt eller tilbakevendende bekkeninfeksjon eller tilstander forbundet med økt risiko for infeksjon i øvre genitalier. Akutt cervisitt eller vaginit. Post partum endometriitt eller infeksjon etter abort i løpet av de 3 siste månedene. Cervikal intraepitelial neoplasia inntil tilstanden er bedret. Malignitet i uterus eller cervix. Progesteronsensitive tumorer, f.eks. brystkreft. Unormal vaginalblødning med ukjent etiologi. Medfødt eller ervervet uterin anomali, inkl. myomer som kan påvirke innsetting og/eller plassering av innlegget (dvs. dersom livmorhulen påvirkes). Akutt leversykdom eller levertumor. Overfølsomhet for innholdsstoffene.

**Forsiktighetsregler:** Bør brukes med forsiktighet etter konsultasjon med spesialist, eller uttak bør vurderes, dersom en av følgende tilstander foreligger eller oppstår for 1. gang: Migrene, fokal migrene med asymmetrisk synstapp eller andre symptomer på forbigående cerebral iskemi, svært alvorlig hodepine, gulsott, markert økning i blodtrykket, alvorlig arteriesykdom (f.eks. slag eller myokardinfarkt). Kan påvirke glukose-toleransen, og blodglukosenivået bør overvåkes ved diabetes. Det er vanligvis ikke behov for å endre behandlingsregimet. Før innsetting skal det informeres om nytte/risiko ved bruk, inkl. risiko for ektopisk graviditet. Fysisk undersøkelse skal utføres, inkl. gynekologisk og brystundersøkelse og cervikalulstryk. Graviditet og seksuelt overførbare sykdommer må utelukkes. Genitale infeksjoner må være ferdigbehandlet. Livmorens plassering og livmorhulens størrelse skal fastslås. Plassering i fundus er spesielt viktig for maks. effekt og reduksjon av risiko for utstøtning. Instruksjoner for innsetting bør følges nøye. Det bør legges spesiell vekt på opplæring i riktig innsettingsteknikk. Innsetting og uttak kan være forbundet med noe smerte og blødning, og kan fremkalle vasovagal reaksjon (f.eks. synkope, eller anfall ved epilepsi). Ny legeundersøkelse bør foretas 4-6 uker etter innsetting for å sjekke trådene og riktig posisjon. Undersøkelse er deretter anbefalt 1 gang årlig, eller hyppigere dersom klinisk indisert. Skal ikke brukes som postkoitalt prevensjonsmiddel. Bruk til behandling av kraftige menstruasjonsblødninger eller som beskyttelse mot endometriehyperplasi ved substitusjonsbehandling med østrogen er ikke anbefalt. Total risiko for ektopisk graviditet er ca. 0,11 pr. 100 kvinner. Ca. halvparten av graviditetene som oppstår under bruk blir sannsynligvis ektopiske. Kvinner som vurderer innlegget bør informeres om tegn og symptomer på, og risiko for ektopisk graviditet. Ved graviditet under bruk må risiko for ektopisk graviditet vurderes og undersøkes. Ved tidligere ektopisk graviditet, kirurgiske inngrep i egglederne eller infeksjoner i øvre genitalier, er risiko for ektopisk graviditet økt. Mulig ektopisk graviditet bør vurderes ved smerter i nedre abdomen, spesielt ved utblitte menstruasjoner eller dersom kvinner med amenoré får blødninger. Ektopisk graviditet kan påvirke fremtidig fertilitet, og nytte/risiko bør overveies nøye, særlig hos kvinner som ikke har fått barn. Ikke førstevalg som prevensjon hos kvinner som ikke har fått barn, da klinisk erfaring er begrenset. Effekt på menstruasjonsmønsteret er forventet hos de fleste, og er et resultat av direkte virkning av levonorgestrel på endometriet, og ikke nødvendigvis forbundet med ovarieaktiviteten. Uregelmessige blødninger og sporblødninger er vanlig i de første behandlingsmånedene. Deretter gir sterk undertrykking av endometriet reduksjon i blødnings varighet og mengde. Sparsomme blødninger gir ofte oligomenoré og amenoré. Uregelmessige blødninger og/eller amenoré ble gradvis utviklet hos hhv. ca. 22,3% og 11,6%. Graviditet bør utelukkes dersom menstruasjon ikke inntreffer innen 6 uker etter siste påbegynte menstruasjon. Graviditetstest trenger ikke gjentas ved fortsatt amenoré, dersom ikke andre symptomer tyder på graviditet. Ved kraftigere og/eller mer uregelmessige blødninger over tid, må passende diagnostiske tiltak igangsettes, da uregelmessig blødning kan være symptom på endometrie-polypper, hyperplasi eller kreft, og kraftige blødninger kan være tegn på at innlegget er utstøtt uten at det er oppdaget. Selv om innlegg og innføringshylse er sterile, kan de pga. bakterieforurensning under innsetting føre med seg mikrober til øvre genitalier. Infeksjon i øvre genitalier er sett ved bruk av alle intrauterine innlegg med hormoner eller kobber. Med Jaydess er bekkeninfeksjon sett hyppigere i begynnelsen, med kobberinnlegg er raten høyest i løpet av de 3 første ukene etter innsetting og deretter avtagende. Pasienten må vurderes ut i fra risikofaktorene forbundet med infeksjon i øvre genitalier (f.eks. flere seksualpartnere, seksuelt overførbare infeksjoner, tidligere bekkeninfeksjon) før bruk. Infeksjon i øvre genitalier slik som bekkeninfeksjon kan få alvorlige følger, og kan påvirke fertilitet og øke risikoen for ektopisk graviditet. Alvorlig infeksjon eller sepsis (inkl. sepsis forårsaket av streptokokkgruppe A) kan oppstå etter innsetting, selv om dette er svært sjeldent. Ved tilbakevendende

endometriitt eller bekkeninfeksjon, eller hvis en akutt infeksjon er alvorlig eller ikke lar seg behandle, må innlegget tas ut. Bakteriologiske undersøkelser må utføres og oppfølging anbefales, selv ved milde infeksjonssymptomer. Insidensen av utstøtning er lav og tilsvarende som for andre intrauterine innlegg med hormoner eller kobber. Symptomer på delvis/fullstendig utstøtning kan omfatte blødninger eller smerter. Delvis/fullstendig utstøtning kan forekomme uten at det merkes, og føre til redusert/manglende prevensjonseffekt. Da innlegget ofte over tid reduserer menstruasjons-blødningen, kan økt blødningsmengde være tegn på at innlegget er utstøtt. Et delvis utstøtt innlegg skal tas ut. Nytt innlegg kan settes inn samtidig dersom graviditet er utelukket. Kvinnen bør instrueres i hvordan hun skal kontrollere trådene, og om å kontakte helsepersonell dersom hun ikke finner dem. Perforasjon/penetrering av uterus/cervix kan i sjeldne tilfeller skje, særlig under innsetting, og dette kan redusere effekten. Ved problemer ved innsetting og/eller uvanlig sterke smerter eller blødninger under eller etter innsetting, bør passende tiltak umiddelbart igangsettes for å forhindre perforasjon (fysisk undersøkelse og ultralyd). Slike innlegg må tas ut. Risikoen for perforasjon er økt ved amming, og kan være økt ved innsetting post partum og ved fiksert retrovertert uterus. Dersom uttakstrådene ikke er synlige i cervix ved oppfølgingsundersøkelse, må oppdaget utstøtning og graviditet utelukkes. Trådene kan ha blitt trukket inn i uterus eller cervikalkanalen, og kan bli synlige igjen ved neste menstruasjon. Dersom graviditet er utelukket, kan trådene vanligvis lokaliseres ved forsiktig undersøkelse av cervikalkanalen med egnet instrument. Dersom de ikke kan lokaliseres, kan innlegget ha blitt utstøtt. Ultralydundersøkelse kan brukes for å bekrefte posisjon. Dersom ultralydundersøkelse ikke kan utføres eller ikke er vellykket, kan røntgenundersøkelse brukes for lokalisering. Ettersom prevensjonseffekten hovedsakelig skyldes lokal effekt i uterus, er det vanligvis ingen endring i ovulasjon, vanlig follikkelutvikling, frigjøring av oocytter og follikelatresi hos fertile kvinner. Iblant forsinkes follikkelatresien, og follikkelutviklingen kan fortsette. Disse forstyrrede folliklene kan ikke skilles klinisk fra cyster på eggstokkene, og er sett som bivirkning hos ca. 13,2% (cyster på eggstokkene, hemoragiske cyster på eggstokkene og cyster på eggstokkene med ruptur). De fleste cystene er asymptomatiske, men noen kan medføre smerter i øvre genitalier eller dyspareuni. De fleste forstyrrede folliklene forsvinner spontant i løpet av 2-3 måneder. Hvis ikke, kan det være nødvendig med fortsatt overvåking med ultralyd og andre diagnostiske/terapeutiske tiltak. I sjeldne tilfeller kan det være nødvendig med kirurgisk inngrep.

**Interaksjoner:** Samtidig bruk av legemidler som inducerer leverenzymmer, spesielt cytokrom P-450-enzymmer, (f.eks. fenytoin, barbiturater, primidon, karbamazepin, rifampicin, rifabutin, nevirapin, efavirenz, bosentan, muligens også okskarbazepin, topiramid, felbamid, griseofulvin og johannesurt (prickrikikum)), kan øke metabolismen av levonorgestrel og gi økt clearance av kjønnshormoner. Hemmere av enzymer som inngår i legemiddelmetabolisme (f.eks. itraconazol, ketokonazol) kan øke serumkonsentrasjonene av levonorgestrel. Innvirkning på Jaydess er ukjent, men sannsynligvis ikke av stor betydning pga. lokal virkningsmekanisme. MR-skanning etter innsetting er trygt under følgende forhold: Statisk magnetfelt på ≤3 Tesla, maks. magnetisk felt 720 Gauss/cm ut fra romgradiert. Med 15 minutters scanning under slike forhold, øker temperaturen med maks. 1,8°C på innsettingsstedet. Mindre artefakter kan oppstå på bildet dersom aktuelt område er i akkurat samme område eller i nærheten av innlegget.

**Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Kontraindisert hos gravide. Hvis graviditet oppstår under bruk, skal ektopisk graviditet utelukkes. Innlegget bør tas ut umiddelbart, hvis ikke øker risikoen for spontanabort og prematur fødsel. Uttak eller undersøkelse av uterus kan føre til spontanabort. Ved ønske om å fortsette graviditeten og innlegget ikke kan tas ut, bør det informeres om risiko og mulige konsekvenser for barnet ved prematur fødsel. Graviditeten må følges nøye opp. Alle symptomer på komplikasjoner under graviditeten må rapporteres, f.eks. kramplignende smerter i abdomen med feber. Pga. lokal levonorgestrelkonsentrasjon, bør mulig viriliserende effekt på jentefostre tas i betraktning. Klinisk erfaring er begrenset. Kvinnen bør informeres om at det ikke er vist fosterskader ved fortsatt graviditet med innlegget på plass. For ektopisk graviditet, se Forsiktighetsregler. Amming: Vanligvis ingen skadelig effekt på spedbarnets vekst eller utvikling ved bruk 6 uker post partum. Brystmelk påvirkes ikke kvantitativt eller kvalitativt. Ca. 0,1% av levonorgestrel-dosen går over i morsmelk. Fertilitet: Fremtidig fertilitet endres ikke. Etter uttak går fertiliteten tilbake til det normale. Ca. 80% av de som ønsket det ble gravide ≤12 måneder etter uttak.

**Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Smerter i abdomen/øvre genitalier. Hud: Akne/seboré. Kjønnsganer/bryst: Blødningsforstyrrelser, inkl. økt og redusert menstruasjonsblødning, sporblødninger, uregelmessig blødning og amenoré, cyster på eggstokkene, vulvovaginit. Nevrologiske: Hodepine. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme. Hud: Alopesi. Kjønnsganer/bryst: Infeksjon i øvre genitalier, dysmenoré, brystsmerter/ubehag, utstøtning av innlegg (helt eller delvis), utflod fra skjeden. Nevrologiske: Migrene. Psykiske: Nedstemthet/depresjon. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Hud: Hirsutisme. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/10000): Kjønnsganer/bryst: Perforasjon av uterus. Følgende er sett ved innsetting/uttak: Smerter og/eller blødninger, vasovagal reaksjon med svimmelhet eller synkope ved innsetting. Prosedyren kan fremkalle anfall ved epilepsi. Partneren kan kjenne uttakstrådene ved samleie. Ved bruk av andre intrauterine innlegg med levonorgestrel er det sett overfølsomhet, inkl. utslett, urticaria og angioødem.

**Egenskaper:** Klassifisering: Intrauterint innlegg som frigjør levonorgestrel lokalt i livmorhulen. Risiko for graviditet ca. 0,4% 1. år, kumulativ risiko ca. 0,9% etter 3. år. Virkningsmekanisme: Beregnet gjennomsnittlig frigjøringshastighet over 3 år er 6 µg/24 timer. Høy levonorgestrelkonsentrasjon i endometriet nedregulerer østrogen- og progesteronreseptorene. Endometriet blir relativt lite følsomt overfor sirkulerende østradiol, og en utfalt antiproliferativ effekt sees. Morfologiske forandringer i endometriet og en svak lokal reaksjon på fremmedlegemet er observert i forbindelse med bruk. Fortykkelse av slimhinnen hindrer spermene å passere gjennom cervikalkanalen. Det lokale miljøet i uterus og eggleder hemmer spermie mobilitet og -funksjon og forhindrer befruktning. Absorpsjon: T<sub>max</sub> innen 2 uker. Proteinbinding: Usesifikt bundet til serumalbumin og spesifikt bundet med høy affinitet til SHBG. <2% av sirkulerende levonorgestrel forekommer som fritt steroid. Fordeling: Gjennomsnittlig distribusjonsvolum ca. 106 liter. Halveringstid: Ca. 1 dag. Total plasmaclearance ca. 1 ml/minutt/kg. **Metabolisme:** Metaboliseres i stor grad, primært via CYP 3A4. Utskillelse: Som metabollitter i feces og urin.

**Pakninger og priser:** 1 stk. kr 1124,20

**Sist endret:** 08.10.2013

**Refusjon:** Jaydess har ikke generell refusjon

▼ dette legemidlet er under spesiell overvåking

1. Gemzell-Danielsson K, Schnellschmidt I, Apter D. Fertility and Sterility. Vol 97, No 3/March 2012



Bayer HealthCare

Bayer AS  
Drammensveien 147 B, 0212 Oslo. Tlf.: 24 11 18 00. Faks.: 24 11 19 93



LEVONORGESTREL



NYHET

Jeg har ikke tatt p-piller på  
**2 år, 3 måneder, og 4 dager**

og jeg har vært mer enn 99% beskyttet mot graviditet hele tiden



Minispiralen Jaydess® ▼ (levonogestrel) beskytter mot  
uønsket graviditet i opptil 3 år

- Lav hormondose – virker hovedsakelig lokalt.
- Tynn innføringshylse kan gjøre innsettingen enkel<sup>1</sup>.
- Høy preventiv sikkerhet - Pearl Indeks 0,33

Jaydess er ikke førstevalg som prevensjon hos kvinner som ikke har født barn da klinisk erfaring er begrenset. Kvinner bør informeres om symptom på samt risiko for ektopisk graviditet ved bruk av spiral.

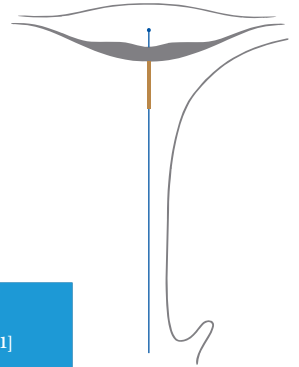
 jaydess®  
LEVONORGESTREL





Gyne**FIX**<sup>®</sup> 200

## Kopperkjedespiralen - designet til alle livmorstørrelser.



- Hormonfri prevensjon i 5 år – pearl index 0,48<sup>[1]</sup>
- Høy toleranse > 93% bærer den etter 3 år<sup>[1]</sup>
- Passer også den som ikke har født<sup>[2]</sup> – øker ikke blødningsmengden<sup>[1]</sup>

Ref. 1) 1. Wildemeersch D, Batár I, Affandi B, Andrade ATL, Wu S, Hu J, Cao X. The 'frameless' intrauterine system for long-term, reversible contraception: A review of 15 years of clinical experience. J Obstet Gynaecol Res 2003;29:160–169.

Ref. 2) "Precision intrauterine contraception may significantly increase continuation of use: a review of long-term clinical experience with frameless copper-releasing intrauterine contraception devices" International Journal of Women's Health 15. April 2013

Navamedic ASA  
Postboks 107, 1325 Lysaker  
Tel: +47 67 11 25 40  
E-post: [info@navamedic.com](mailto:info@navamedic.com)  
[www.navamedic.com](http://www.navamedic.com)

 Navamedic



# GYNEKOLOGEN

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening

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

## Ansvarlig redaktør

Agnethe Lund  
Overlege, Helse Bergen HF  
E-mail: agn.lund@online.no

## Redaksjonsmedlemmer

Johanne Holm Toft  
LIS, Stavanger Universitetssykehus  
E-mail: johanne.holm.toft@gmail.com

Irina Eide  
PSL, Bodø  
E-mail: irina.eide@gmail.com

Guri B. Majak  
stipendiat, UiO  
E-mail: gurifb@hotmail.com

Mariann Eidet  
KK Sørlandet Sykehus Kristiansand  
E-mail: mariann.eidet@sshf.no

Ragnar Sande  
Stavanger Universitetssykehus  
E-mail: ragnar.sande@gmail.com

## Nettredaktør

Mette Løkeland,  
Haukeland universitetssykehus, Bergen  
E-mail: lokeland@gmail.com

## Design/layout

Cecilie Rott  
Centrum Trykkeri AS  
E-mail: cecilie@centrum-trykkeri.no  
Tlf: 94 00 04 73

## Annonseansvarlig

Kjell O. Hauge  
Akuttjournalen Arena AS  
E-mail: koh@akuttjournalen.com  
Tlf: 932 41 621

## Forsidefoto

Oddrun Kolstad

## GYNEKOLOGEN på internett

[www.legeforeningen.no/ngf](http://www.legeforeningen.no/ngf)

## Materiellfrister 2014

nr 1; 1. februar  
nr 2; 2. mai  
nr 3; 1. juni  
nr 4; 1. oktober

# Innhold

■ Redaktøren	6
■ Leder	7
■ Artikkel	
Sissel Moe Lichtenberg	8
Ultralyddopplæring i Afghanistan	14
(re) Made in Hong Kong	16
■ Kurs/kongress	
Program vårmøte i NGF	20
Fagdag masseundersøkelse mot livmorhalskreft	21
NKIR Forum	23
Winners project, del 2	25
Idemøtet for nytt gjennombruddsprosjektet	
Om keisersnitt	26
Veiledning ved OUS	28
■ FUGO	
Leder	29
Bli med på ENTORG	30
■ Debatt	
Leserbrev	30
■ Helt til slutt	
Gynekologen anbefaler bøker	31



27-1  
2014



Norsk gynekologisk forening  
DEN NORSKE LEGEFORENING

## Styret i Norsk gynekologisk forening 2014-2015

Leder	Jone Trovik	Haukeland Universitetssykehus	jone.trovik@helse-bergen.no
Nestleder	Stine Andreasen	Nordlandssykehuset, Bodø	stine.andreasen@online.no
Vitenskapelig sekretær	Marit Lieng	Ullevål Universitetssykehus	marit.lieng@ous-hf.no
Kasserer (PSL)	Arild Kloster-Jensen	Spes. praksis, Arendal	akloster@online.no
Sekretær (FUGO)	Elise Thoresen Sletten	LIS KK UNN Tromsø	elise.thsletten@gmail.com
Styremedlem	Tone Shetelig Løvvik	St Olavs Hospital	tone.Shetelig.Lovvik@stolav.no
Varamedlem (PSL)	Åsle Marit Ullern	BestHelse, Nordstrand	amar-u@online.no
Varamedlem (FUGO)	Helene Fjeldvik Peterson	LIS KK Åhus	helene_fjeldvikpeterson@hotmail.com

- Agnete Lund
- Overlege/Stipendiat, Helse Bergen HF
- agn.lund@online.no

# Null til hundre i en utgave!



**K**jære leser. Du sitter med Gynekologen utgave 100 mellom hendene! Takk til våre kolleger som for 25 år siden tok initiativ til et medlemsblad.

**V**elkommen til nye redaksjonsmedlemmer, Guri B. Majak (UiO), Irina Eide (PSL) og Johanne Holm Toft (LIS, Stavanger). Ragnar Sande og Mariann Eidet er heldigvis fortsatt med. NGF har gitt meg tillit i oppgaven som ny redaktør, jeg er overlege og stipendiat ved Haukeland Universitetssjukehus.

**T**renger vi medlemsblad i 2014? Vi har nettsider som fungerer utmerket og kan dele både tekst og bilder via sosiale medier.

**I** forrige utgave kan du lese Mette Moens beskrivelse av bladets tilblivelse og utvikling. Gynekologen har åpenbart hatt en viktig funksjon. Det er med snev av ærefrykt jeg følger i fotsporene til tidligere redaktører. Den første av dem, Per E. Børdahl, portrettert i samme nummer, er en av flere ruvende karakterer. I denne rekken, hva kan jeg bidra med?

**J**eg kan skilte med en nesten umettelig appetitt på blader! Nepe kvalifiserende i seg selv, men jeg elsker glansede, dyre magasiner. Det mangler altså ikke noe på lidenskapen til papirformatet. Gynekologen er kanskje litt tynn på design og glamour. Interessant blir det likevel når man er nysgjerrig på faget, kollegene og foreningens arbeid. Vi skal tilby deg et innblikk i gynekologers hverdag; deres forskning, reiser og sosiale lag. Som du får i posten uten å søke det opp selv.

**D**a jeg som fersk LIS deltok på mitt første

årsmøte, tvilte jeg på valg av spesialitet. Det var mye nytt og tøffe vakter. Men under gallamiddagen la jeg merke til den ene flotte overlegen etter den andre. Her var det høyt hår og flagrende gevanter. Nok av både design og glamour. Og ikke minst oppdaget jeg en gjeng med fantastiske forbilder! Et av dem, Sissel Moe Lichtenberg, er intervjuet i dette nummeret.

**J**eg har bokstavelig talt forsøkt Per Børdahls sko på fødestuen (str. 45!). Dem fyller jeg aldri. Imidlertid har jeg lagt min elsk på klogger med hæl i fargen «Bubble gum pink». Med disse tar jeg steget ut som redaktør. Fra null til hundre i en utgave. Jeg gleder meg til å få innsikt i det dere, gode kolleger, driver med. Og jeg er sikker på at jeg vil finne flere forbilder på veien.

**F**orsiden er fotografert av Oddrun Kolstad og viser det første man ser når man kommer ut fra flyplassen i Tromsø; Ersfjorden svøpt i blått, vakkert mørketidslys. Mørketiden er over, men Tromsø har fortsatt gode opplevelser å by på. Ikke minst vårmøtet i april, programmet finner du i bladet. Det er verdt en reise nordover! God fornøyelse.



Det nye styret i NGF fra venstre Jone Trovik, Stine Andreassen, Marit Lieng, Tone S. Løvvik og Arild K. Jensen. Helene Peterson deltok som FUGO vara men var ikke tilstede på bildet.

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

### STAN-GRUPPEN

Tore Henriksen, Branislava (Branka) MYli, Torunn Eikeland, Jørg Kessler, Berit Lunden Hustad

### LAPAROSKOPIUTVALGET

Jostein Tjugum, Hilde Christin Lie, Christian Hoyer-Sørensen, Guri Majak, Merethe Ravlo, Bernt Andreassen

### NETTREDAKSJONEN

Mette Løkeland

### GYNEKOLOGEN

Martin Andresen, Cathrine Ebbing, Mariann Eidet, Anne-Cecilie Hallquist, Ragnar Sande, Silje Eilertsen Denstad

### KVALITETSUTVALGET

Rolf Kirschner (leder), Bjørn Hagen, Anny Spydslaug, Pål Øian

### FUGO

Marte Myhre Reigstad, Olav Nordbø, Tiril Tingleff, Åsmund Mjøen Iversen, Helene Peterson, Silje Eilertsen Denstad, Johanne Holm Toft

### NPE-KOMITEEN

Pål Øian, Bjørn Hagen, Runar Eraker

### ANDRE RELATERTE INSTANSER:

#### SPELITETSKOMITEEN

Trond Melby Michelsen (leder), Jeanne Mette Goderstad (nestleder), Kari Anne Trosterud, Ingar Nilsen, Ingeborg Bøe Engelsen, Hilde Sundhagen (vara), Knut Hoff Kierulf (vara), Marte Myhre Reigstad (Ylf)

#### NFGO

Anne Dørum (leder), Harald Helland, Ingrid Baasland, Jostein Tjugum, Rita Steen, Anne Beate Vereide (kasserer), Jone Trovik (representant NGF)

#### EBCOG (For 2012-2014)

Knut Hordnes, Martin Andresen (PSL/NGF), Rolf Kirschner (EXEC)

#### NFOG

Jone Trovik

# Nytt år nye muligheter!



**K**jære norske gynekologer. Det er en stor ære å ha blitt valgt som leder av Norsk Gynekologisk Forening!

**D**et er en svært allsidig spesialitet vi har, som spenner over alle livets faser fra prekonsepsjonelt via svangerskap og fødsel, menarche til menopause, benigne tilstander til cancer, abort og fødselshjelp, liv og død. Og vi jobber i ulike settinger: klinisk, administrativt eller akademisk, privatpraksis eller offentlig, over hele det landstrakte landet vårt, samt at stadig flere engasjerer seg i arbeid/prosjekter utenfor Norges grenser.

**M**ed så stor variasjon i arbeidsfelt og arbeidsforhold er det ikke mulig å vite hva alle mener/ønsker. Vi mottar stadig spørsmål fra Legeforeningen, Helsedirektorat og media. Vi i styret, som generalforsamlingen har valgt som deres representanter, vil imidlertid gjøre så godt vi kan for å bidra. Vi vil bli hørt i ulike sammenhenger og legge forhold til rette for at vi kan yte god helsehjelp til våre pasienter og samtidig ha gode arbeidsforhold.

**E**tter 5 måneder i utlendighet (se eget reisebrev) er det veldig godt å komme hjem: til familie og venner og kolleger som definitivt også er venner! En merker jo hva en savner av en litt for travel hverdag, når man er borte fra den: og jeg savnet mine gode kolleger. Både å være på bortebane faglig (jeg er definitivt mer fortrolig med skalpell og laparoskop enn pipetter og microarrays) så vel som kulturelt (faglig kommunikasjon gikk greit på engelsk men den vanlige

utvungne småpratene over operasjons- eller lunsjbordet var helt fraværende). Jeg virkelig gledet meg til å komme tilbake til min egen sykehushverdag. Jeg liker heldigvis å være sammen med dem jeg jobber med!

**V**el tilbake ventet også ledervet, og med det en litt overveldende mengde henvendelser fra media og andre: fastlegers mulighet for å reservere seg mot å henvise til abort, abortsøkeres mulighet til å henvende seg direkte til avdelingene, begrensninger i nemdabort til uke 22, selektiv fosterreduksjon, progesteronbehandling i klimakteriet, når man startet med og omfang av salg av medikaliserte spiraler i Norge - for å nevne henvendelser ilp en uke. Til de av dere jeg søker råd hos: takk for hjelpen. Til de som er uenige i det jeg eller styret svarer på vegne av oss alle: ta kontakt, til oss i styret eller gjerne som innlegg til Gynekologen. Vi imøteser debatt også innad i våre rekker!

**V**i har fått ny redaktør i Gynekologen: Agnethe Lund, overlege og stipendiat ved KK, Haukeland Universitetssjukehus, velkommen til deg og til de som er med i din redaksjon.

**M**artin Andresen har styrt Gynekologen med stødig penn (tastatur?) de siste årene, takk for din innsats og lykke til med mer tid i ski- og sykkeløyper.

**M**ette Løkeland fortsetter som nettredektør, takk for det. Hun er snar med å legge ut informasjon om ulike kongresser/møter. Ser du noe som mangler? Send en mail til Mette så ordnes det. Fellemail til alle i foreningen vil kun unntaksvis bli benyttet til slik informasjon, dette for å unngå overdose av epost.

**A**propos kongresser: NGFs vårmøtet 2014 avholdes i Tromsø 24.-25. april, velkommen til to dager med interessante foredrag om ulike

felt i faget vårt, uten industristøtte godkjennes dette for LIS som valgfritt kurs og samkjøres med møte i Nordnorsk Gynekologisk forening.

**E**BCOG: European Board and College of Obstetrics and Gynaecology har sin kongress i Glasgow 7.-10. mai, alle nasjonale foreninger ble bedt om å organisere hver sine sesjoner og fra Norge har vi tilrettelagt et Hyperemesis symposium.

**N**FOG: Nordisk Forening for Obstetrik og Gynekologi har sin kongress i Stockholm 10.-12. juni med abstraktfrist 1. Mars. Her gjelder det at alle kjenner sin besøkestid og sender inn gode abstrakter!

**N**ytt gjennombruddsprosjekt for keiser-snitt: de to største avdelingene som manglet deltagelse forrige gang stilte sterkt på formøtet på Soria Moria før jul. Nå jobber vi med å finne leder og hvilke konkrete prosjekter som kan gjennomføres, dels felles for alle men også individuelt på de ulike avdelinger. Målet med gjennombruddsmetoden er å minske gapet mellom det vi vet (kunnskap) og det vi gjør (handling). I tillegg vil vi helst også vinne ny kunnskap (forskning) ved å nyttiggjøre oss den informasjonsinnsamling som uansett gjennomføres som ledd i et slikt prosjekt.

**S**amarbeidsprosjekt mellom NPE : Norsk Pasientskade Erstatning og NGF om Gynekologisaker starter nå i vår. Merethe Ravlo har fått prosjektmidler og med ikke mindre enn tre svært kompetente veiledere burde dette bli tatt godt hånd om!

**S**om dere ser: masse spennende i vente for norsk gynekologi fremover! Og attpåtil får vi etterhvert se hva vår nye helseministers mantra "Med pasienten i sentrum" får å si for oss alle... Godt nytt år.

# Aesculap® Caiman®

Advanced Bipolar Seal and Cut Technology

Caiman Seal and Cut, advanced bipolar instruments combine mechanics and sophisticated Lektrafuse energy delivery, with patented features making the instrument characteristics unique.



- **Tip first closure**

Avoids tissue slippage within the jaw

- **Long jaw tip**

Enlarged vessel sealing length and improved surgical efficiency

- **One seal confidence**

State of the art vessel sealing with only one energy activation

- **Uniform tissue compression**

Leads to consistent sealing quality from distal to proximal tip

- **80 degree articulation jaw**

Allows simplified navigation in challenging anatomy

**B | BRAUN**  
SHARING EXPERTISE

B. Braun Medical AS | Kjernåsveien 13B | 3142 Vestskogen | Norway  
Tel. +47 33 35 18 00 | Faks +47 85 23 30 75 | [www.bbraun.no](http://www.bbraun.no)

Aesculap – a B. Braun company



# Sissel Moe Lichtenberg - Divisjonsdirektør og astronom

Babyboomgenerasjonen har gitt oss ei rekke framtrekande fagpersonar innafor vårt felt, mange av desse er i våre dagar ved slutten av karrieren. Gynekologen vil i ein serie artiklar intervju nokre av desse. Med det ynskjer vi å takke for innsatsen, kaste eit historisk blikk tilbake og ikkje minst nytte høvet til å hauste av erfaringane desse har gjort seg gjennom eit langt yrkesliv. Sissel Moe Lichtenberg var i mange år divisjonsdirektør ved Kvinne- og barnedivisjonen ved Stavanger Universitetssjukehus, ho vart Årets Helseleiar i 2007, mottok Norsk Gynekologisk Forenings hederspris i 2009 og mottok i 2013 Kongens fortjenestemedalje for sitt arbeid.



1948: Sissel Moe, 2 år, matar hønene i Kopperå.

## Du er fødd så å seie på dagen 9 månader etter freden i -45. Tilfeldig?

He he... Det vet jeg jo egentlig ikke. Jeg er faktisk født på samme dag som min far, 19. januar. Det er jo en tilfeldighet, men jeg tror nok kanskje at mine foreldre tenkte at det var trygt å få barn når det var fred. Jeg vet det jo ikke, de har aldri snakket om det, men jeg kan jo tro det.

## Fortel om oppveksten din?

Jeg er født i Kopperå, det er et lite sted inne ved svenskegrensen, ikke langt fra Storlien. Der vokste jeg opp til jeg var tre år, og så flyttet jeg til Trondheim. Der gikk jeg på folkeskolen, som det het den gangen, og tok Examen Artium på Trondhjem Katedralskole. Så flyttet jeg til Oslo.

## Du studerte medisin i Oslo?

Ja, jeg var veldig motivert for å studere

medisin. Allerede fra jeg var seks år gammel hadde jeg tenkt at jeg ville hjelpe de som var syke til å bli friske. Denne tanken ble forsterket av at jeg hadde noen barne bøker som het "Marianne på sykehus", man kan forøvrig få kjøpt dem fremdeles. Jeg hadde også en venninne som hadde en medfødt hjertesykdom, Fallots tetrade, og hun ble allerede den gangen, da jeg var liten, operert på Rikshospitalet. Operasjonen gikk i fire steg, hun ble frisk og lever enda.

Alt dette gjorde sitt til at jeg tenkte at de syke som trenger hjelp må få det, og det har jeg lyst til å gjøre.

## Du studerte på 60-talet, merka du noko til politiseringa av universitetet i dei åra?

Ja, veldig, i hvert fall i forbindelse med Vietnamkrigen. Det var veldig mye motstand mot krigen i studentmiljøet. Det var veldig

Det må være det altoverskyggende, at du vil kunne mest mulig, gi behandling med best mulig kvalitet og imøtekomme pasienten. Jeg tror alt blir mye enklere hvis du har et fokus på pasienten og på det faglige.

mye politiske foredrag i studentersamfunnet i Oslo før den tid også, med radikalisering. Jeg var nok ikke blant de mest radikale på kullet, det var nok noen andre, men vi ble jo alle influert av den bølgen.

#### **Så hadde du turnus i Hommelvik?**

Først hadde jeg sykehusturnus på Lovisenberg sykehus i Oslo, kirurgi og medisin. Så søkte jeg meg til Hommelvik i distrikt. Det var da jeg traff min mann, han var også turnuskandidat i Rissa, rett over fjorden.

#### **Du starta spesialiseringa i Trondheim?**

Ja, rett etter turnus fikk jeg arbeide på gynekologisk avdeling i Trondheim, og starta opp der. Jeg tenkte at det var viktig å ha gode kunnskaper innenfor gynekologisk kreft, og søkte derfor jobb på Radiumhospitalet i -73 og var der i ti måneder. Så traff jeg avdelingsoverlege Kjell W. Skarstein på et møte i Norsk Gynekologisk forening, og spurte om det var noen ledig assistentlegestilling i Stavanger. Det viste seg at det ble det, og så flyttet vi til Stavanger. Jeg hadde jo aldri vært i Stavanger før, men likte meg veldig godt her, og vi har jo blitt her.

#### **På 80-talet tok du til å interessere deg for ledelse og administrasjon. Kvifor det?**

Jeg hadde egentlig interessert meg for det hele tiden, både under og etter studiet. Allerede da jeg var assistentlege på gamle Stavanger Sykehus fikk jeg ansvaret for noe som het Sentral Helsestasjon. Oppgavene der var å gi tilbud om prevensjon, gynekologisk undersøkelse samt opplæring og undervisning av primærleger. Jeg ble satt til å lede den, det var også noe jeg hadde lyst til. Sentral Helsestasjon var i virksomhet veldig kort tid, bare to år, før den ble avviklet. Jeg har alltid hatt interesse for ledelse, det å organisere og systematisere. Jeg har alltid tenkt at det er viktig at de som kjenner faget også tar ledelsen.

#### **Du har ei velkjend interesse for astronomi. Korleis starta den?**

Den startet også veldig, veldig tidlig. Jeg har alltid vært veldig interessert i friluftsliv og å gå turer i fjellet. Når vi var på hytta i Trøndelag om vinteren og vi så opp på nattehimmelen, var jeg veldig interessert i å få vite mer. Ikke bare det å se opp på stjernene, men det å vite mer om dem. Derfor begynte jeg å lese, før var det jo ikke så mye man kunne få tak i, men etterhvert meldte jeg meg inn i Planetary Society og begynte å abonnere på Scientific American, de har mange artikler som er langt fremme innenfor astronomi.

Etterhvert kom jo internett, som gav mange muligheter til å lære mer. Etter at jeg ble pensjonist har jeg fått mer tid til å lese astronomi, og jeg har meldt meg opp til et studium i astronomi ved Universitetet i Stavanger, hvor jeg begynner til høsten. Jeg har jo som sagt alltid lest artikler og slikt, men nå har jeg kjøpt læreboken som de bruker på universitetet, og har allerede begynt å lese pensum. Det blir noe helt

annet når man studerer, da må du kunne alt.

#### **Du tenker altså å gå opp til eksamen i astronomi?**

Ja, jeg tenker det. Astronomi er en del av bachelor og deretter masterstudiet i matematikk og fysikk, jeg er jo interessert i å lære litt mer om det også, men vi får se... Vi tar et fag om gangen. Jeg er jo også blitt bestemor, så jeg har rikelig med ting å fylle pensjonisttilværelsen med, det er nesten så tiden ikke strekker til.

#### **Du har vore hos Kongen og fått fortjenestemedaljen for ditt arbeid. Det er dessverre altfor få av våre kollegaer som har blitt vist ei slik ære, kanskje du vil fortelle litt om tildelinga?**

Ja, jeg var jo egentlig veldig skeptisk før jeg dro til mottagelsen på Slottet, men det var veldig fint. Det var ordnet som en mottagelse, hvor man fikk en historisk gjennomgang om Slottet, den bygningstekniske historien, om monarkiet og om forskjellige forhold i Norge frem til i dag. Det var en historiker på slottet som holdt dette, og vi fikk også en omvisning på slottet, der vi fikk møte alle mulige staber og hoffsjefer og slikt. Etterpå var det en stor mottagelse hvor vi fikk snakke med kongen og kronprinsessen. Kongen var veldig godt orientert, han gav et helt annet inntrykk enn det man får gjennom



Sissel Moe Lichtenberg kombinerer fagleg integritet med solid leiarkompetanse som divisjonsdirektør ved Kvinne-Barn divisjonen ved Stavanger Universitetssjukehus.



1990, Miljøet frå Stavanger på studietur til Danmark for å lære laparoskopi. Frå høgre: Bent Fiane, Svanhild Brundtland, Sissel Moe Lichtenberg, Inger Økland, Torbjørn Eggebø og herr og fru Agger.

media. Han var veldig interessert i barn og unge, i fødselshjelp og kvalitetssikring, han hadde også et globalt syn på det.

Han fortalte at det var mange unge som sendte brev til ham når de var i vanskelige situasjoner og trengte hjelp, og at han hadde en betydelig stab som forsøkte å hjelpe disse. Han har jo en kjempestor stab som jobber for ham...

Så var det mat og underholdning, det var i det hele tatt veldig kjekt. Min mann Norman

var med, selvfølgelig.

### Du må ha møtt endel av dei store i generasjonen før deg. Fortel litt om dei?

Da jeg begynte i Trondheim var Hilden overlege der, det er kanskje ikke så mange som har hørt om ham, han var da like ved å skulle gå av. Han hadde 1-delt vakt om sommeren, det var en overlege til der, men han var da på sommerferie. Det medførte at vi som var ferske assistentleger helst måtte klare oss selv natt og dag.

Schøtt Rievers var jo en veldig kjent størrelse i Oslo innenfor vårt fag, særlig var han interessert i fødselshjelp. Vi hadde ham som underviser, han var veldig spektakulær. Han spilte mye teater, og brukte seg selv som fødende kvinne.

Per Kolstad er sikkert kjent for mange, han var ved Radiumhospitalet og hadde et stort navn internasjonalt når det gjaldt gynekologisk onkologi. Han var en foregangsmann, og han var min lærer på Radiumhospitalet.

Lokalt her i Stavanger var det Kjell

Skarstein, han var min avdelingsoverlege da jeg begynte her.

### Kva vil du seie er den største skilnaden på å vere i vårt fag no, i forhold til det det var då du starta?

Teknologisk har det vært en rivende utvikling innenfor de hjelpemidlene vi har, både til diagnostikk og behandling. Utviklingen av ultralyd er noe av det viktigste som har skjedd innenfor vårt fag, det at vi nå kan diagnostisere før fødselen. Ultralyd har også vært viktig innenfor de gynekologiske tilstandene, nå kan vi vite mer om hva som foreligger før vi opererer. Du trenger ikke lenger bare å kjenne...

Den andre store forandringen for leger innenfor vårt fagfelt er selvfølgelig arbeidstiden, den har blitt mye kortere og man har fått mye mer fritid enn det var før. Da jeg begynte her på Stavanger Sykehus første januar 1974 var det en assistentlege foruten meg, vi gikk todelt tilstedevakt, det var ikke noe som het avspasering, det var ikke noe som het avspasering. Du gikk til arbeidstiden var ferdig etter vakt, og hadde flere døgn i strekk når det var helg. Når sommeren kom sluttet den ene assistentlegen, og da tok vi inn en



2013, Sissel Moe Lichtenberg ved slottet i samband med tildeling av Kongens fortenestemedalje



anestesilege som vikar, så da måtte jeg gå ubetalt bakvakt på henne de dagene jeg selv ikke hadde vakt.

I 1976 ble det noe bedre, da fikk vi lov til å gå hjem klokken 12 dagen etter at vi hadde hatt tilstedevakt. Vi var jo alene på vakt, det var en overlege bak, og vedkommende kom omtrent aldri. Så har det jo gått veldig mye fremover, nå har vi den ordningen vi har i dag.

### **Vil du seie at noko har gått tapt på vegen?**

I løpet av veldig kort tid fikk vi sett mange akutte tilstander, vi måtte ta hånd om ting på egenhånd og vi ble veldig raskt selvstendige. Ikke det at jeg forsvarer ordningen slik det var før, jeg vil på ingen måte ønske det tilbake, men jeg ser at flere av dere yngre som er i faget vårt nå, når de blir spesialister så føler de seg fremdeles ganske utrygge, fordi det er mange tilstander som de ikke har sett, og de er ikke så vant til å ta vanskelige avgjørelser, fordi det alltid er en annen bak...

Mye av den selvstendigheten, det å være uredd, har kanskje gått litt tapt. Tidene har jo også forandret seg, jeg tenker med hensyn på erstatningssaker og andre rettssaker. Det var en mindre risiko før, selv om det var noen få rettssaker. Det var noen som følte seg urettferdig behandlet og gikk til vanlig rettssak.

### **Har du nokon råd til unge kollegaer som tar fatt på sin spesialisering?**

Jeg tror at hvis man hele veien fokuserer på interessen for faget, for å hjelpe pasientene og å være oppdatert, vil mye gå lettere. Det må være det altoverskyggende, at du vil kunne mest mulig, gi behandling med best mulig kvalitet og imøtekomme pasienten. Jeg tror alt blir mye enklere hvis du har et fokus på pasienten og på det faglige. I våre dager er det jo mye annet som fanger interessen. Jeg har sett at hos endel yngre leger nå, så har kombinasjonen av familieliv og yrke ført til en slags samvittighetskonflikt, man har dårlig samvittighet når man er på jobb og ikke får vært hjemme, og man får dårlig samvittighet når man er hjemme og ikke får oppdatert seg...

Det er litt paradoksalt, all den tid utviklingen

har gått den veien at man har mange flere timer til familien nå enn før, men det har også blitt så mye mer å fylle den tiden med.

Jeg tror det er viktig i vårt fag å være uredd. Selv om man skal kunne stilles til ansvar for det man gjør, skal man være uredd og gjøre det man mener er rett.

Og med den avslutninga takkar vi Sissel Moe Lichtenberg for at ho stilte opp og delte erfaringane sine med oss. I neste nummer - ein annan bauta deler av sin visdom.



*Sissel Moe Lichtenberg med sitt andre barnebarn, Kristoffer.*



*Sissel Moe som nyutdanna lege i 1971.*



**NYHET!**

# ET HELT NYTT BEHANDLINGS- PRINSIPP INNEN OVERAKTIV BLÆRE

- Ny virkningsmekanisme<sup>1,2</sup>
- Effekt på alle grunnleggende OAB-symptomer<sup>1,2</sup>
- Munntørrehet på placebonivå<sup>1,2</sup>



Den første  $\beta_3$ -agonisten godkjent for behandling av OAB

PÅ BLÅ RESEPT

<b>Refusjonsberettiget bruk:</b> Motorisk hyperaktivt neurogen blære med lekkasje (urge-inkontinens).							
<b>Refusjonskoder:</b>							
ICPC	Kode	Tekst	Villkår	ICD	Kode	Tekst	Villkår
U04		Urinkontinens	Ingen spesifisert	N39.4		Annen spesifisert urininkontinens	Ingen spesifisert
<b>Villkår:</b> Ingen							

**Referanser:** 1. Khullar et al. European Urology 63;(2013):283–295. 2. Nitti et al. J Urol 2013;189:1388–1395. ▼ Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking for å oppdage ny sikkerhetsinformasjon så raskt som mulig. Helsepersonell oppfordres til å melde enhver mistenkt bivirkning. **Betmiga Urologisk spasmolytikum.** ATC-nr.: G04BD12 **DEPOTTABLETTER, filmdrasjerte 50 mg og 25 mg:** Hver tablett inneh.: Mirabegron 25 mg, resp. 50 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 25 mg: Gult og rødt jernoksid (E 172). 50 mg: Gult jernoksid (E 172). **Indikasjoner:** Symptomatisk behandling av «urgency», økt vannlatingsfrekvens og urgeinkontinens hos voksne med overaktiv blæresyndrom (OAB). **Dosering: Voksne inkl. eldre:** Anbefalt dose er 50 mg daglig. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt lever- eller nyrefunksjon:** Preparatet er ikke studert hos pasienter med terminal nyresykdom (GFR <15 ml/minutt/1,73 m<sup>2</sup> eller pasienter som trenger hemodialyse) eller ved alvorlig nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» klasse C), og anbefales ikke til disse pasientgruppene. Det foreligger begrensete data fra pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (GFR 15–29 ml/minutt/1,73 m<sup>2</sup>) og det anbefales en dosereduksjon til 25 mg for denne pasientgruppen. Tabellen viser anbefalt daglig dose for pasienter med nedsatt lever- eller nyrefunksjon ved fravær og tilstedeværelse av sterke CYP 3A-hemmere.

nedsatt nyrefunksjon (GFR 30–89 ml/minutt/1,73 m<sup>2</sup>) eller lett nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh klasse A), som samtidig får behandling med sterke CYP 3A-hemmere (f.eks. itraconazol, ketokonazol, ritonavir og klaritromycin), er anbefalt dosering 25 mg/dag. Det bør utvises forsiktighet ved samtidig bruk av legemidler med smal terapeutisk indeks som metaboliseres signifikant via CYP 2D6, slik som tioridazin, antiarytmika type 1C (f.eks. flekainid, propafenon) og trisykliske antidepressiver (f.eks. imipramin, desipramin). Det bør også utvises forsiktighet ved samtidig bruk av CYP 2D6-substrater, der dosen titreres individuelt. For pasienter som skal starte behandling med en kombinasjon av Betmiga og digoksin, bør laveste dose digoksin forskrives i starten. Digoksinkonsentrasjonen i serum bør overvåkes og brukes til titrering av digoksin-dosen for å oppnå ønsket klinisk effekt. Det bør tas hensyn til muligheten for at mirabegron kan virke hemmende på P-gp ved kombinasjon med sensitive P-gp-substrater, som f.eks. dabigatran. Økt eksponering for mirabegron forårsaket av interaksjoner kan være forbundet med forhøyet puls. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Forsiktighet må utvises ved forskrivning til gravide eller til fertile kvinner som prøver å bli gravide. Amming: Bruk under amming bør unngås. **Bivirkninger:** Vanlige (f1/100 til <1/10): Hjerter/kar: Takykardi. Infeksiøse: Urinveisinfeksjon. Mindre vanlige (f1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Dyspepsi, gastritt. Hjerter/kar: Palpitasjon, Atrieflimmer. Hud: Urticaria, utslett, inkl. makuløst og papuløst utslett, pruritus. Infeksiøse: Vaginal infeksjon, cystitt. Kjønnorganer/bryst: Vulvovaginal pruritus. Muskelskjelettsystemet: Hovne ledd. Undersøkelser: Forhøyet blodtrykk, forhøyet GGT, forhøyet ASAT, forhøyet ALAT. Sjeldne (f1/10 000 til <1/1000): Gastrointestinale: Leppeødem. Hud: Leukocytoklastisk vaskulitt, purpura. Øye: Øyelokksødem. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Opptil 300 mg daglig i 10 dager, ga økt puls og økt systolisk blodtrykk ved administrering til friske. **Behandling:** Symptomatisk og støttende. Monitorering av puls, blodtrykk og EKG anbefales. **Pakninger og priser** (pr. 5.2.2014.): **25 mg:** 30 stk. (blister) 372,50 kr. 90 stk. (blister) 1 034,90 kr. **50 mg:** 30 stk. (blister) 372,50 kr. 90 stk. (blister) 1 034,90 kr. For fullstendig preparatomtale (SPC), se [www.legemiddelverket.no](http://www.legemiddelverket.no) **Refusjon:** Refusjonsberettiget bruk: Motorisk hyperaktivt neurogen blære med lekkasje (urge-inkontinens). **Refusjonskode:** ICPC: U04 Urininkontinens ICD: N39.4 Annen spesifisert urininkontinens **Villkår:** Ingen spesifisert. **Innehaver av markedsføringstillatelse:** Astellas Pharma Europe B.V. Basert på preparatomtale godkjent av Statens Legemiddelverk 02.2014. **Full preparatomtale kan rekvireres hos Astellas Pharma. Sist endret:** 10.02.2014(SPC), se [www.legemiddelverket.no](http://www.legemiddelverket.no) **Refusjon:** Refusjonsberettiget bruk: Motorisk hyperaktivt neurogen blære med lekkasje (urge-inkontinens). **Refusjonskode:** ICPC: U04 Urininkontinens ICD: N39.4 Annen spesifisert urininkontinens **Villkår:** Ingen spesifisert. **Innehaver av markedsføringstillatelse:** Astellas Pharma Europe B.V. Basert på preparatomtale godkjent av Statens Legemiddelverk d. 20.12.2012. **Full preparatomtale kan rekvireres hos Astellas Pharma. Sist endret:** 19.04.2013

		Sterke CYP3A-hemmere	
		Uten hemmer	Med hemmer
Nedsatt nyrefunksjon <sup>1</sup>	Lett	50 mg	25 mg
	Moderat	50 mg	25 mg
Nedsatt leverfunksjon <sup>2</sup>	Alvorlig	25 mg	Ikke anbefalt
	Lett	50 mg	25 mg
	Moderat	25 mg	Ikke anbefalt

<sup>1</sup>Lett: GFR 60–89 ml/minutt/1,73 m<sup>2</sup>. Moderat: GFR 30–59 ml/minutt/1,73 m<sup>2</sup>. Alvorlig: GFR 15–29 ml/minutt/1,73 m<sup>2</sup>.  
<sup>2</sup>Lett: «Child-Pugh» klasse A. Moderat: «Child-Pugh» klasse B.  
**Barn og ungdom:** Bør ikke brukes, da effekt og sikkerhet ikke er tilstrekkelig dokumentert. **Administrering:** Tas 1 gang daglig. Kan tas med eller uten mat. Svelges hele med væske. Skal ikke tygges. Skal ikke deles eller knuses. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. **Forsiktighetsregler:** **Nedsatt lever- og nyrefunksjon:** Se Dosering. **Hypertensjon:** Preparatet er ikke evaluert hos pasienter med alvorlig, ukontrollert hypertensjon (systolisk blodtrykk ≥180 mm Hg og/eller diastolisk blodtrykk ≥110 mm Hg), og anbefales ikke til denne pasientgruppen. Det foreligger begrensete data fra pasienter med hypertensjon trinn 2 (systolisk blodtrykk ≥160 mm Hg eller diastolisk blodtrykk ≥100 mm Hg). **Kongenital eller ervervet QT-forlengelse:** Ved terapeutiske doser i kliniske studier, har mirabegron ikke gitt klinisk relevant QT-forlengelse. Pasienter med tidligere kjent QT-forlengelse eller pasienter som bruker legemidler som er kjent for å gi forlenget QT-intervall er imidlertid ikke inkludert i studiene, og effekten er ukjent. Varsomhet må utvises ved bruk til disse pasientene. **Interaksjoner:** Hos pasienter med lett til moderat

- Johanne Holm Toft
- LIS, Stavanger Universitetsykehus
- johanne.holm.toft@gmail.com

# ULTRALYDOPPLÆRING I AFGANISTAN

Jordmor Claudia Heien fra Stavanger reiste høsten 2013 på et fem ukers oppdrag for Leger uten grenser i Helmand-provinsen i Afghanistan. Målet med oppdraget var opplæring av leger og jordmødre i obstetrisk og gynekologisk ultralyd.

Helmand-provinsen er et av de mest urolige områdene i Afghanistan. Her bor 870 000 mennesker og Taliban har en sterk posisjon. Man anslår at 40% av verdens opium produseres i Helmand. Claudia Heien jobbet fem uker ved Boost sykehus som er drevet av lokale myndigheter med støtte fra Leger uten grenser. Sykehuset er det eneste sykehuset

i Helmand, har 200 senger og består av et akuttmottak, barneavdeling, nyfødtavdeling, operasjonsavdeling, samt brannskadeavdeling og fødeavdeling. I praksis var det to-tre pasienter i hver seng, så belegget var høyt.

Sykehuset ligger i byen Laskar-Gah med rundt 200 000 innbyggere. Fødeavdelingen har

12 000 fødsler per år, og består av to saler, en stor overfylt ventesal med fem senger og seks fødesenger i en egen mindre sal. En jordmor med to-tre hjelpere tar seg av de fødende. I tillegg var det et eget eklampsi-rom. Kvinnene ligger på ventesalen med liten eller ingen overvåkning og kommer inn på fødesalen i det de skal føde.

Afganistan er et land med enorm fattigdom og det er vanskelig for befolkningen i Helmand å komme seg til sykehuset, både på grunn av dårlige veier og uroligheter i området. Det er ekstra vanskelig for kvinnene og de fleste føder hjemme. Mødre- og barnedødelighet er blant den høyeste i verden, og jeg opplevde hver dag at det kom inn dødfødsler, misdannelser eller seinaborter. Ingen kvinner hadde termindato, og det finnes ingen svangerskapskontroll forteller Claudia. Hennes oppdrag var ultralydopplæring av en gruppe bestående av tre leger og syv jordmødre. Disse hadde på forhånd blitt plukket ut på grunnlag av en slags eksamen.

- Fødeavdelingen hadde fått et ultralydapparat med abdominalprobe som de hadde begynt å ta i bruk uten noen form for opplæring. Dette resulterte i flere farlige situasjoner. Blant annet ble fødsler igangsatt preterm fordi de trodde

		0	1	2	3
توسع عنق	بسته	انگشت 1	انگشت 2	انگشت 3	
طول کانال عنق	طولانی	متوسط	کوتاه	نازک	
استیج سر	-3	-2	-1 or 0	1 or +2	
حالت عنق	سخت	متوسط	نرم		
موقعیت عنق	حلقی	مرکزی			

Innføring i Bishop score

barnet var dødt. Legene og jordmødrene jeg skulle lære opp var en veldig positiv gjeng. Alle var kvinner, da menn ikke har adgang til fødeavdelingene i landet. De var lærevillige og lærte raskt, og det var en god følelse å se at de faktisk kunne en god del mer da jeg reiste. Nå kunne de omtrent se hvor langt svangerskapet var kommet, om det var tvillinger, om hjertet slo og morkakens plassering.

- Jeg hadde 5-6 foredrag med ulike temaer fra opplæring i ultralydapparatet, enkel fysikk, måling av MAD og BPD osv. Vi tok opplæringen steg for steg. Når de lærte nye ting, trente de noen dager på dette, før nye tema ble introdusert. Dette fungerte godt. De vordende fedrene satt på gata utenfor sykehuset og ventet. Bildetaking inne på sykehuset var ikke tillatt, ei heller å fotografere kvinner.

- En dag kom fire personer bærende på en bevisstløs kvinne, hun ble lagt på gulvet på fødeavdelingen. Kvinnen var førstegangs fødende og hadde født hjemme uten kyndig hjelp. Kvinnen hadde hatt eklamptiske anfall og ble innlagt for behandling. Dagen etter lå hun fremdeles bevisstløs. Kvinnens mor hadde tatt seg av barnet, men hadde verken mat eller klær til den nyfødte. Vi viste henne hvordan hun skulle legge barnet til morens bryst. Noen dager seinere våknet kvinnen. Uten behandling ville hun sannsynlig ikke overlevd.

Vanligvis jobber Heien ved fødepoliklinikken ved Stavanger Universitetssykehus. - Dette var mitt første oppdrag med Leger uten grenser. Jeg lærte utrolig mye på disse fem ukene. Det ble en følelsesladet avskjed. Jeg ønsker å reise tilbake, gjerne høsten 2014 dersom jeg får mulighet. Ideelt sett burde noen reist ned i løpet av våren for å sikre kontinuitet. Jeg fryktet aldri for min egen sikkerhet. Får jeg sjansen reiser jeg igjen sier jordmor Heien.



Opplæring i obstetrisk ultralyd



Innflygning over Lashkar Gah

- Fødeavdelingen hadde fått et ultralydapparat med abdominalprobe som de hadde begynt å ta i bruk uten noen form for opplæring. Dette resulterte i flere farlige situasjoner. Blant annet ble fødsler igangsatt preterm fordi de trodde barnet var dødt.

- Jone Trovik
- Overlege/Post.dok, Helse Bergen HF
- jone.trovik@helse-bergen.no •

# (re)Made in Hong Kong...?

## Med postdokstipend følger et uttrykt ønske om at en etablerer forsknings samarbeid utenfor Norge

Med kun ett hjemmeboende barn følte det ikke lenger så overveldende å skulle tilbringe et halvår utenlands med familien. Min intensivmedisinske professormann hadde en konkret invitasjon fra Prince of Wales Hospital i Hong Kong. Jeg trengte ikke arbeidstillatelse for "bare" å forske medbragt egen avlønning fra Norge. Men for ham var det verre; alle dokumenter vedrørende medisinsk utdanning og

akademiske kvalifikasjoner skulle autorisert oversettes til engelsk og ikke minst; det skulle fremlegges bevitnelser fra Nasjonale og regionale offentlige instanser fra ALLE tidligere arbeidsteder på at det ikke på noe tidspunkt hadde vært mistanke om "misconduct". Dette tok nærmere tre kvart år å fremskaffe. Når hans arbeidstillatelse var i orden fikk hele familien oppholdstillatelse.

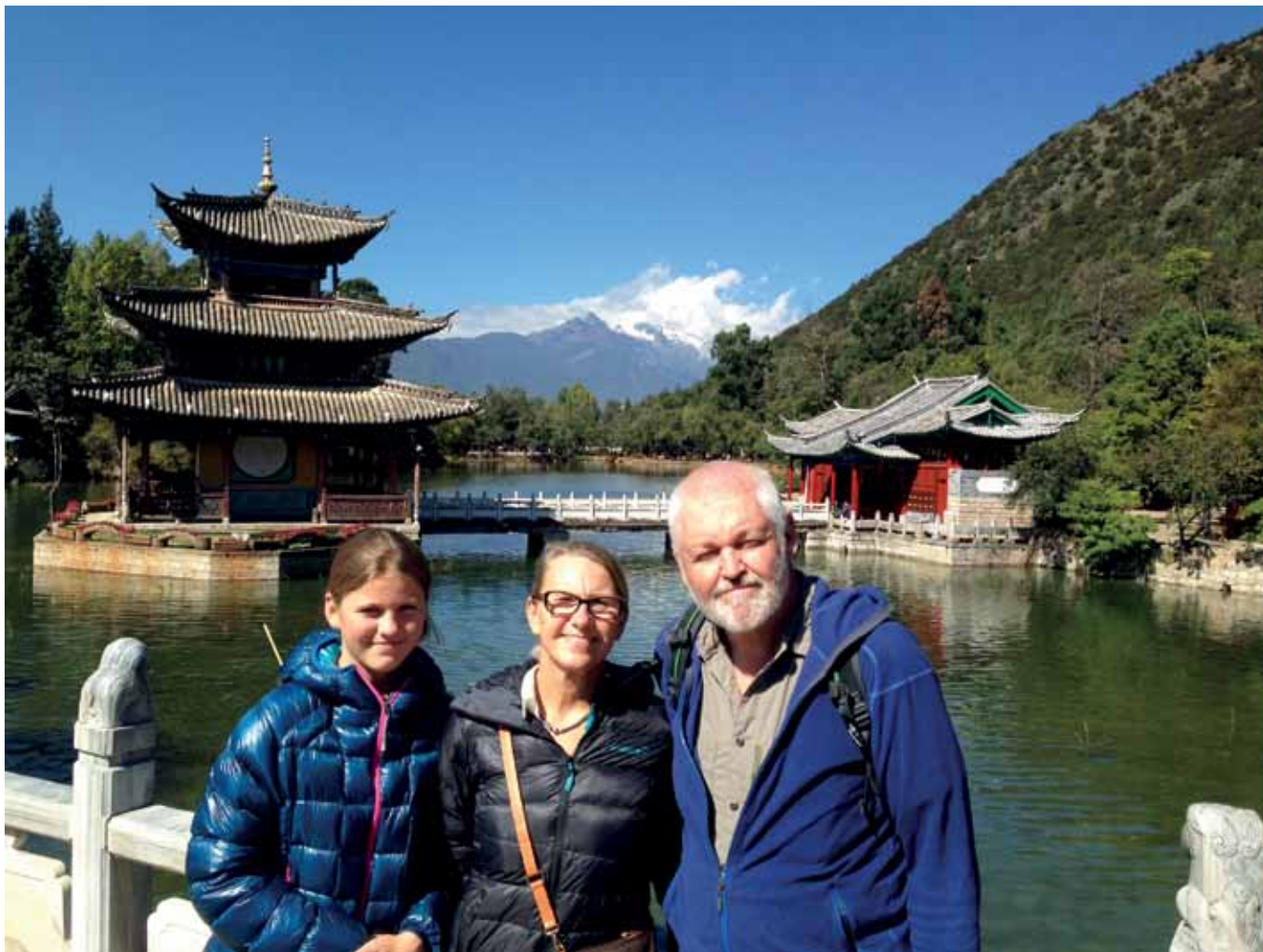
Jeg henvendte meg til ulike gyn/obst avdelinger i Hong Kong for å finne mulige samarbeidspartnere og fikk tilslutt kontakt med professor Tony Chung og hans associate professor Huating Wang som tok meg inn i varmen (bokstavelig talt)- da vi ankom Hong Kong første august var det 35 varmegrader!

Tolvåringen vår var entusiastisk med på å reise utenlands. Selv om hun måtte ta



Utsikt over Hong Kong City fra The Peak





*Fra Lijang*

opptaksprøve til skolen via Skype, og vi raskt skjønnte at mattenivået der lå cirka to år over norsk skole. Hun fikk plass i 7. Klasse på Concordia International School under forutsetning av at hun skulle ta ekstraundervisning med Dr. Baretto (med doktorgrad i fysikk...). At undervisningsspråket var engelsk var imidlertid ikke noe problem; skandinavere engelskkunnskaper rangeres da også som nr. to best av alle ikke-primært engelskspråklige i Hong Kong.

På sykehus/instituttet var arbeidsspråket også engelsk. I Hong Kong er det offisielt tre språk: kantonesiske (opprinnelig), engelsk (fra kolonitiden) og mandarin (etter tilbakeføring til Kina 1997). Det er stort sett uproblematisk å kommunisere i butikker/kontorer men drosjesjåfører snakker dårlig engelsk. Ha alltid med en lapp med adressen dit du skal og dit du bor på mandarin, evt. med smarttelefon kan man vise på google maps hvor en ønsker å dra.



*De jobbet ikke hele tiden på kontoret... Og kledde på seg for å gå inn! Ute var det varmt.*



linje og gange til/fra stasjonen brukte jeg 45 minutter.

The Li Ka Shing Institute of Health var et elegant nybygg med flotte laboratoriefasiliteter. Selv om arbeidsplassen i kontorfellesskapene og ved lab-benkene til hver enkelt ikke var stor (det er jo ikke kineserne heller) så var det imponerende å se mengden av molekylærbiologiske metoder de behersket!

Jeg fikk delta i et pågående prosjekt om endometriecancer. Analyser utført ved vår tumorbiologiske lab i Bergen kunne brukes sammen med de undersøkelser som ble utført i Hong Kong slik at vi kompletterte hverandre i utdypning i hvordan long non-coding RNA kan innvirke i carcinogenesen. Mine arbeidskolleger var noen riktig kinesiske arbeidsmaur med høy produktivitet og lange dager; på sykehuset startet arbeidet kl 08 og varte oftest til 18! Jeg hold meg til norsk standard og gikk hjem ca kl 16.

Hong Kong er kjent som en pulserende storby med høye hus, shopping og myldrende gateliv, men det er også masse flott natur! Dels er det øyer/kystlinje med fantastiske strender men også flotte fjell (opp i 900 m høyde). Britene båndla mer enn 50 prosent av totalt landareal som naturreservat innen de forlot Hong Kong og der er anlagt mange lange og gode stier/turveier.

Uten vaktbelastning hadde vi helgene fri og brukte lørdag til bydag: mangslunne museer med utstillinger om kinesisk porselen, te og tekanner, gamle keiserdrakter, gammel og moderne kinesisk kunst, gulletts historie, fotografihistorie, sjøfartsmuseum og en elaborert utstilling om dinosaurer. Ocean Park er en fornøylespark full av ulike karuseller og baner, pandahus, akvarium og delfindressur. Disneyland har de også men dit drog ikke vi da 12 åringen syntes det var for barnslig...

Søndag var turdag, men i begynnelsen måtte vi begrense lengden pga. varmen (og beskytte hodet for å unngå solstikk). Da ble det helst å rusle til en strand og gjerne videre til neste, for å ende med mat

Labben. Trengt men godt!



Fantastiske strender

Vi fant bolig nærmest mulig skolen (nabobygget!). Selv om det meste i Hong Kong er billigere enn i Norge (mat/klær/drosje/offentlig transport) så er boliger dyrt, både å leie og å eie, spesielt med tanke på det generelt lavere lønnsnivået der. Med 7 millioner innbyggere på et område bare 1,5

gang størrelsen til Bergen er de trangbodde. De fleste bolighus er 50 etasjer høye med små leiligheter. Vi fant en toroms møblert leilighet i en lavblokk litt i utkanten av sentrum til 20 000 pr mnd. Metroen var effektivt fremkomstmiddel til jobb; avgang hvert 2.-3. minutt og inkludert bytte av



på en fiskerestaurant og så å ta båt tilbake til Hong Kong Island. Etterhvert som temperaturen ble mer europeervennlig kunne vi benytte de gode turkartene og selvfølgelig «The Serious Hiker's Guide to Hong Kong» som utførlig beskrev hvordan komme seg til stiens start (kunne være tricky å finne) og hvor det var best å gå, vi fikk med oss alle highlightene derfra!

Vi måtte også besøke selve Kina mens vi var der.

Faglig: Controversies in Obstetrics and Gynaecology kongress i Shanghai med hyperemesisposter og møte med fire kolleger fra KK var kjekt. Enda mer spennende var imidlertid en langhelg i Beijing: Keiserpalasset/Den forbudte by/Himmelske freds plass og MUREN! Høstferie tilbrakte vi i Yunnanprovinsen, opp mot Tibetplatået. Fantastisk natur med bl.a. Snow Dragon Mountain og Shangri-la. Men den byen vi aller helst ville ha dradd tilbake til het Lijang: pittoresk men fortsatt levende gammel bydel. Utenfor var det bebyggelse i lafteteknikk likt man finner på Norsk folkemuseum om enn med kinesiske valmete glaserte tak!

Vil jeg anbefale andre å reise til Hong Kong? Så absolutt. Vi trivdes godt alle tre! Og hvis artikkelen blir publisert blir stipendgiveren fornøyd også.



Ut på tur, aldri sur

 **PartoSure™**

Time to Delivery (TTD) Test

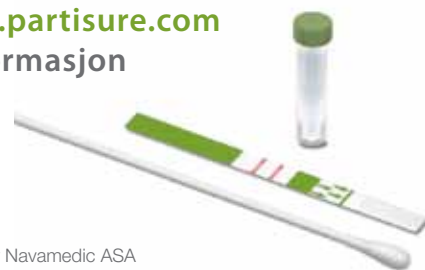
Skjer det nå?

- ✓ MEGET HØY POSITIV PREDIKTIV VERDI
- ✓ UTMERKET NEGATIV PREDIKTIV VERDI
- ✓ PÅLITELIGE RESULTATER I LØPET AV FÅ MINUTTER
- ✓ BRED SPREDNING PÅ GRAVIDITETSLENGDEN
- ✓ MED ELLER UTEN SPEKULUM UNDER-SØKELSE

Besøk [www.partisure.com](http://www.partisure.com)  
for mer informasjon

Produsert av  
**AmniSure®**  
International LLC  
CE

Distribueres i Norge av Navamedic ASA  
Tel: +47 67 11 25 40  
E-post: [info@navamedic.com](mailto:info@navamedic.com)  
[www.navamedic.com](http://www.navamedic.com)



 **Navamedic**



# Program Vår møtet NGF Tromsø 24-25 april 2014

Kjære gynekologer! I år er det Tromsø som inviterer til vårmøte, ta en titt på programmet. Dette viser hvor bredt vårt fagfelt er, med mange aktuelle tema og foredragsholdere. Vanligvis er vårmøtet noe mindre enn årsmøtet, det gir mer rom for diskusjon og deltagelse. Dessuten er Tromsø kjent for raust uteliv og god stemning – her er alle velkommen!

## Dag 1: Alvorlige hendelser i obstetrik

- 10.30 - 11.00 Ankomst, kaffe/ mat**
- 11.00-12.00 Maternal Mortality- UK**  
Dr Gwyneth Lewis Department of Health, UK.
- 12.00-12.30 Mødredødelighet i Norge**  
Siri Vangen/Liv Ellingsen, Kvinnehelse senteret OUS
- 12.30-13.00 Alvorlige blødninger.**  
Lill Nyfløt, Vestre Viken
- 13.00-13.30 Pause med lett lunsj**
- 13.30-13.45 Diagnostikk av "Abnormal Invasiv placenta"-AIP (Ultralyd, MR)**
- 13.45-14.30 Det vanskelige keisersnittet inkl håndtering av AIP**  
Per Olofssen, Lund
- 14.30-15.00 Kasuistikker AIP**
- 15.00-15.30 Pause**
- 15.30-16.00 Praktisk håndtering av alvorlig preeklampsi/eklampsi**  
Meryam Sugulle, OUS-RH
- 16.30-17.00 Hjertesyke gravide**  
Kardiolog Mette Estensen/Anne Sofie Letting OUS-RH
- 17.00-17.30 Akutt fettlever- kasuistikk**  
Björg Lorentzen OUS-RH

## Dag 2: Gynekologiske emner

- 08.30 God morgen!**
- 08.30-09.00 Hormonanalyser i gynekologi. Når trenger vi dem og hva betyr svarene?**  
Mette Moen, St. Olav
- 09.00-10.00 Kasuistikker-gruppearbeid**  
Deltagerne
- 10.00-10.45 Gjennomgang gruppearbeid**  
Mette Moen, St. Olav
- 10.45-11.00 Tid for en kopp kaffe**
- 11.00-11.30 Analinkontinens. Hva kan behandles og hvor**  
Mona Stedenfeldt, Bekkensenteret, UNN
- 11.30-12.00 Obstetriske fistler, ikke bare et U-lands fenomen**  
Jone Trovik, Nasjonalt behandlingssenter for gynekologiske fistler
- 12.00-12.45 Lunsj**
- 12.45-13.15 Foreskrivning og bruk av hormonspiral**  
Finn Egil Skjeldestad, UiT/UNN
- 13.15-14.00 Hormonspiral til alle som kreftforebygging. Hvem bør undersøkes mhp endometriepatologi og hva gjør vi med dem?**  
Anne Ørboe, UNN
- 14.00-14.30 Ny metode for behandling av stressinkontinens**  
Ingard Nilsen, Bekkensenteret UNN
- 14.30-14.45 Kaffetår**
- 14.45-15.15 Kroniske bekkensmerter: PUST, erfaringer fra fysioterapiledet mestringsgrupper**  
Fysioterapeut, Bekkensenteret UNN
- 15.15-15.45 Psykososial poliklinikk i obstetrisk setting**  
Hilde Nedrum og Lotta Halvorsen, UNN
- 15.45-16.00 Avslutning**



# Fagdag Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft

Oslo kongressenter 25 mars 2014

Les hele programmet på s 2

## Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft

### Utfordringer og muligheter

### Velkommen til fagdag 25. mars 2014

**Sted:** Oslo Kongressenter Folkets Hus AS, Youngsgate 11, 0181 Oslo

**Målet med fagdagen er at deltakere skal få kjennskap til hvordan de ulike aspektene av screeningprogrammet mot livmorhalskreft er organisert og fungerer i Norge og hvor utfordringer og muligheter til forbedret forebyggende effekt ligger. Orientering om nyere metoder og retningslinjer vektlegges.**

Målgruppen for fagdagen er allmennleger, gynekologer, patologer, bioingeniører, mikrobiologer og medlemmer av andre faggrupper involvert i eller med interesse for prevensjon av livmorhalskreft.

#### **Påmelding innen 12.3.14 :**

Betaling til kontonummer: 1503.27.09858 (Oslo universitetssykehus) er lik påmelding.

**NB:** Merk betalingen med Fagdag 25.3.14, yrkestittel, navn og arbeidssted.

International attendees please use IBAN: NO33 1503 2709 858, SWIFT: DNBA NOKK

DNB Bank ASA, Postboks 1600, Sentrum 0021 Oslo.

**Note:** Mark message field with Fagdag 25.3.14, professional title, name and affiliation.

#### **Pris:**

1000 Kr inkludert lunsj

#### **Godkjenninger:**

Allmennedisin videre- og etterutdanningen: 6 valgfrie kurspoeng; Fødselshjelp og kvinnesykdommer: 6 timer som valgfritt kurs for leger i spesialisering og spesialistenes etterutdanning; Patologi: 6 timer til den valgfrie kursdelen for leger i spesialisering.

#### **Godkjenning søkes:**

Tellende timer i spesialistgodkjenning for bioingeniører.

For spørsmål om fagdagen kontakt Stefan Lönnberg på stefan.lonnberg@krefregisteret.no

#### **Vel møtt!**

Vennlig hilsen

Stefan Lönnberg

Leder

Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft

Tone Bjørge

Leder Rådgivningsgruppen

for Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft



**KREFT**  
registeret  
INSTITUTT FOR POPULASJONS-  
BASERT KREFTFORSKNING



# Fagdag Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft

Oslo kongressenter 25 mars 2014

Program (med forbehold om endringer)

- 09:30** Registrering
- 10:00** Velkommen  
*Giske Ursin, direktør, Kreftregisteret*
- 10:10** Livmorhalscreening i Norge – historikk og utvikling  
*Tone Bjørge, Universitetet i Bergen*
- 10:35** Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft – Årsrapport  
*Gry Baadstrand Skare, Kreftregisteret*
- 11:00** Status og utfordringer i dagens screeningprogram – potensial for forbedret effekt?  
*Stefan Lönnberg, Kreftregisteret*
- 11:30** Pause
- 11:45** Randomised Health Service studies - concept for implementing new screening strategies  
*Joakim Dillner, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden*
- 12:15** Forbedret oppmøte - hjemmetest  
*Mari Nygård, Kreftregisteret*
- 12:35** Triage av lavgradige celleforandringer  
*Tor Haldorsen, Kreftregisteret*
- 12:55** Lunsj
- 13:55** HPV i primærscreening i Norge  
*Trude Andreassen, Kreftregisteret*
- 14:20** The Horizon study – clinical and analytical performance comparison of HPV tests  
*Jesper Bonde, Copenhagen University Hospital, Hvidovre, Denmark*
- 14:50** HPV referanselaboratoriet og Masseundersøkelsen – kvalitetskontroll av HPV testing  
*Irene Kraus Christiansen, Akershus universitetssykehus*
- 15:15** Pause
- 15:30** Cervixpatologi  
*Hans Kristian Haugland, Haukeland-universitetssykehus*
- 15:55** Væskebasert celleprøvetaking – fordeler og utfordringer  
*Maj Liv Eide, St. Olavs Hospital, Universitetssykehuset i Trondheim*
- 16:20** Kvalitet i diagnostikk og behandling av forstadier til livmorhalskreft  
*Ameli Tropé, Radiumhospitalet, Oslo universitetssykehus*
- 16:45** Diskusjon, feed-back og avslutning
- 17:00** Slutt



# NKIR- FORUM

**Norsk kvinnelig inkontinens register har de siste årene invitert leger, uroterapeuter, sykepleiere, fysioterapeuter og sekretærer som er interessert i utredning og behandling av urininkontinens til NKIR-FORUM. Møtene holdes i november ved Bærum sykehus. Forumet er ment å gi faglig påfyll og inspirasjon til videre arbeid, men også økt tverrfaglig forståelse og nettverksbygging. Sist NKIR-Forum var 22. november, og det var godt frammøte. Komiteen hadde satt sammen et variert program, hvor alle kunne finne noe de var interessert i.**

Nevrolog Ragnar Stien holdt et spennende foredrag om det innflokke samspillet mellom nervesystemet og urinveiene, under tittelen "Når hjernen og blæren ikke vil samarbeide".

Kirsten Kluiwers, urogynnekolog ved Radboud University Medical Centre Nijmegen holdt to innlegg. Først snakket hun om urodynamikk før TVT. Det er ulike grunner for å gjøre urodynamikk preoperativt: for å bekrefte diagnosen, diagnostisere andre tilstander, forutsi suksess, forutsi problemer, for å kunne gi selektiv behandling og/eller for å følge en prosedyre. Kluiwers har i sin forskning vært med på å undersøke praksis blant gynekologer i Nederland og funnet at urodynamikk ikke utføres rutinemessig og at funnene ikke alltid gir betydning for behandlingen.

Senere på dagen holdt hun foredrag om urininkontinens ved bekkenorgan prolaps kirurgi hvor hun gikk gjennom resultater fra egen forskning og fra annen publisert materiale om temaet, inklusiv Borstads norske studie. Denne etter hvert så verdenskjente studien randomiserte pasienter til TVT og prolapsingrep i samme seanse eller med 3 måneders mellomrom hos kvinner med både urogenitalt prolaps og stressinkontinens. Konklusjonen var at norsk praksis med å korrigere anatomisk defekt og deretter vurdere effekt på



Sigurd Kulseng-Hanssen

urinlekkasjen, med eventuell TVT som trinn 2, er en fornuftig tilnærming.

Ole A Dyrkorn ved Bærum sykehus presenterte sin planlagte studie: The

PregnanT study, hvor han vil se på hva som skjer hos de som blir gravide etter å tidligere ha fått midturethraslynge.

Det var en bolk med debattforum rundt





Deltakere

offentliggjøring av registerdata, om registerkvalitet (hva er det vi registrerer og hva kan vi bruke det til) og om register som nyttig verktøy for klinisk kvalitetskontroll (med erfaringer fra Nasjonalt register for leddproteser). Her kom det fram spennende tanker rundt nytten av et nasjonalt register som NKIR.

Yngvild Hannestad holdt foredrag om arv og inkontinens. Det finnes utløsende faktorer og forsterkende faktorer for nedsatt bekkenbunnsfunksjon. Nullipara kan ha stressinkontinens. Det er forskjeller i forekomst av prolaps og inkontinens mellom raser. Kvinner med økt leddmobilitet og bindevevssykdommer er kjent for å ha økt forekomst av urogenital prolaps og stressinkontinens. Det er sett positiv familiehistorie på urinlekkasje, både i mor-datterforhold (HUNT-studien) og i tvillingstudier. Det er et sammensatt og uoversiktlig samspill mellom arv og urinlekkasje. "Genes load the gun, the environment pull the trigger".

Hjalmar Schiøtz holdt foredrag om elektrostimulering ved urininkontinens. Virkemåten er ikke fullstendig kjent. Reflektorisk (hemme/stimulere), direkte stimulering (analt/vaginalt), sprouting (nydannelse av axoner). To typer strøm som brukes: Høyfrekvent stimulerer (brukes ved SUI) og lavfrekvent hemmer blæren (brukes ved overaktiv blære). Ulik praksis på hvor, hvor lenge og hvor ofte behandlingen skal foregå. Quintet låner ut ca 1600 apparater pr år. Tibial elektrisk nervestimulering er en nyere form for behandling av overaktiv blære. Denne kan utføres med nåler men også med hudelektroder som plasseres over og under mediale tibia malleol. Via tibialis-punktet stimuleres sakrale nervebaner (S3) som påvirker blærefunksjonen. Dette krever motiverte pasienter og personale.

Marie Ellstrøm-Engd diskuterte med salen hva slags praksis vi har for sykemeldingslengde, treningsforbud, råd ift daglig aktiviteter etter midturetraslyng operasjon, og hva er faktisk dokumentert. Håndsopprekning i salen vitnet om store variasjoner i praksis

og gjennomgang av litteratur viser at lite er sikkert dokumentert.

Mange som lagrer informasjon i NKIR har liten erfaring med å hente ut sine egne data. Ellen Borstad og Rune Svenningsen ga gode eksempler for hvordan importere NKIR data til SPSS kan benyttes for å regne i egen database.

Til slutt ga Tomislav Dimoski info om nytt fra NKIR programvaren, og han oppfordret alle til å kontakte han ved behov for hjelp.

NKIR forum har vist seg å være et godt forum for alle med interesse for utredning og behandling av urinlekkasje. Det blir nytt møte i november 2014- håper å se ennå flere deltagere da.

# WINNERS PROJECT, DEL 2

Det har nå gått et drøyt år siden jeg sist rapporterte om Winners Project, Ircad's web-baserte sertifiseringsprogram i gynekologisk endoskopi. Siden den gang har utviklingen gått svært raskt, og konseptet fikk stor plass på ESGE's kongress i Berlin i oktober. Dette er skikkelig i vinden! Og det med rette.

Nytt av året var blant annet muligheten til å sertifisere seg på bachelor-nivå under kongressen.

Sertifiseringen består av en teoretisk del, samt to praktiske (koordinasjon og suturering), og var helt fullbooket lenge før kongressen skulle avholdes.

Det er tydelig at flere ser fordelen av å ha papirer på sine endoskopiske ferdigheter når man skal søke jobb, eller be om hospitering ved andre sykehus.

Prosjektet gjorde seg ellers bemerket gjennom hele kongressen. "Winners Bingo", anatomibasert quiz med avansert avstemningssystem, hadde kø på utsiden av lokalet. Premiene var store, og konkurranselysten til å ta og føle på. Anatomien på bekkenveggen er utfordrende, og det var vel flere enn undertegnede som følte behov for å finne fram bøkene igjen!

Kongressens siste dag var dedikert Winners Project, med forelesninger og debatter spesielt rettet mot unge endoskopister. Arrangørene hadde dette året tatt konsekvensen av køen fra forrige år, og reserverte denne gang den største forelesningssalen.

Her var det Tips & Tricks for gjennomføring av laparoskopisk total hysterektomi, gjennomgang av anatomi, debatt om hvorvidt tubene skal tas med eller bevares ved benign kirurgi og mye mer. For de av dere som fortsatt ikke har sjekket dette på nettet, så sett av litt tid.

• Det er helt gratis (bruker samme pålogging som websurg). Bare bekreft at du ønsker å være en "winner".

- Det ligger svært mange veldig gode forelesninger og videoer der. Anatomi, suturering, teknikk, prosedyrer m.m.
- Mulighet til å teste seg selv med quiz.
- Nytt nå er at det også ligger ute opplæring i hysteroskopi og reproduktiv laparoskopi.

PS: Til sommeren avholdes den første Winners kongressen i Hellas, og denne er det høye forventninger til!

## Ircad Strasbourg

Winners Project drives med entusiasme av Prof. Arnaud Wattiez, en nestor i gynekologisk laparoskopi, og hans nåværende og forhenværende "fellows". Her er det mange unge, svært dyktige gynekologer som brenner for utdanning!

Skulle man ønske mer "Hands-on" trening enn det man får på kongresser, avholder Ircad hvert år 4 forskjellige kurs innen gynekologisk laparoskopi ved Ircads senter i Strasbourg.

Ircad ligger i hjertet av byen, og har nye, imponerende lokaler. Her går alt på skinner, både IT-messig og på operasjonsstuen hvor man har egen instruktør og en egen mini-gris å



Arnaud Wattiez, en viktig kunnskapsformidler innen gynekologisk endoskopi.



Kongressdeltakere må holde orden i sakene.



Foran rester av Berlinmuren, ved Potsdamer Platz

operere på under kontinuerlig tilbakemelding og instruksjon. Ircad har også renoveret et gammelt, ærverdig hotell i nabobygget, som nå står klart til kursdeltagerne.

Det er pr i dag ett kurs i avansert gynekologisk laparoskopi, ett innen endometriose, ett innen gynekologisk onkologi og ett innen prolapskirurgi.

Disse kursene er svært populære (selv om de er ganske kostbare), og det lønner seg å melde seg på i god tid. Dette er verdt både tiden og pengene etter min mening. Strasbourg er for øvrig også en fantastisk sjarmerende by, vel verdt et besøk.

Jeg vil med dette ønske alle gamle og nye "Winners" et godt nytt endoskopisk år, bruk det til å lære noe nytt! Kunnskapen er bare et tastetrykk unna.

"We are what we repeatedly do. Excellence, then, is not an act, but a habit." *Aristotles*

[www.winnersproject.com](http://www.winnersproject.com)  
[www.ircad.fr](http://www.ircad.fr)

- Marte Myhre Reigstad
- LIS/FUGO leder
- martereigstad@gmail.com

# Idemøtet for nytt gjennombruddsprosjektet om keisersnitt

Et gjennombruddsprosjekt er en metode som kan minske gapet mellom det vi vet (kunnskap) og det vi gjør (handling). NGF har søkt om å få gjennomføre et slikt prosjekt. Her følger referat fra idesamling på Soria Moria, november 2013.

## The Breakthrough Series

Knut Hordnes ønsket velkommen til fullsatt sal. Alle landets fødesteder var inviterte og 85 personer møtte opp. Bakgrunnen for dette møtet som var å samle ideer og innspill til et nytt prosjekt, og gi en rask gjennomgang av forrige gjennombruddsprosjekt i 1998.

Audun Fredriksen, fagsjef i Den norske legeförening, orienterte om gjennombruddsprosjektet. I tillegg til det om keisersnitt i 1998/1999 har andre fagmedisinske foreninger foretatt lignende prosjekter innen psykiatri, allmenmedisin og intensivmedisin. Metoden startet ved Institute for Healthcare Improvement. I deres publikasjon Breakthrough Series (1994) var målet som følger: "There is a gap between what we know and what we do, and the series is designed to help organizations close that gap."

Arbeidet kobler sammen forskning som gir forbedring av diagnostikk og behandling til et system som kan gi forbedring av prosesser og systemer. Hvordan velge tema for et prosjekt? Områder som er en eller flere av følgende: viktig, vanlig eller vanskelig (de tre V'er). Dersom det er stor variasjon i praksis, er dette også ofte en indikator på at det er en interessant problemstilling.

Gjennombrudds konseptet bygger på tverrfaglige enkeltprosjekter lokalt, en ressursgruppe sikrer faglig tyngde. Alle institusjoner lærer en metode for systematisk forbedring. Det er noen ansvarlige som sørger for å styre prosjektet, med korte frister for å sikre kontinuitet og gjennomførbarhet. Alle sentre vil motta i veiledning som tilpasses det faglige behovet.

## Statistisk prosesskontroll (SPC)

Målemetoden i gjennombruddsprosjekter

er en annen type statistikk enn den som statistikk som brukes i forbindelse med forskning. Den er ukjent for mange og benevnes statistisk prosesskontroll (SPC). Denne typen statistikk krever mindre datamengder og innebærer mye bruk av grafisk presentasjon av data (Figur 1).

Gjennombrudds modellen ble også gjennomgått og er vist i figur 2. Det innebærer en del forarbeid, og i utgangspunktet 3 møter (FS 1, FS 2 og FS 3). Ved første møte får man en veileder, lærer om statistisk metode. Det er også viktig å holde engasjement, og at man kan velge noe som passer til lokale endringsbehov, slik at det ikke føles som et krav som "tres nedover lokale hoder". Eksempler på målbare resultater er f eks antall pasienter som ikke møtt til time, respiratorbehandlingstid pr pasient.

## Gjennomføring

Finansieringen til prosjektet planlegges dekket av Den norske legeförening, fagforeninger, lokale sykehusavdelinger, Helsedirektoratet og Helse og omsorgsdepartementet. Utforming av prosjektet vil foregå våren 2014, og inkluderer søknad om midler. Prosjektet vil innebefatte en forskningsdel og en forbedringsdel.

Michael Robson, ansvarlig for utvikling av Robson Grupperingen fra Maternity Hospital i Dublin, gav et betydelig bidrag til møtet. Han mener gjennombruddsprosjektets styrker er at det er inkluderende og kan potensielt sette en metode for måling og forbedring internasjonalt.

Det er viktig i tiden vi arbeider i nå, på grunn av mindre toleranse for feil, og sikkerhetskrav øker. Han diskuterte måter å vurdere kvaliteten på en fødeavdeling:

Skal man bruke antall ansatte, bygningens utseende og avdelingens utstyr? Skal man bruke mengde og/eller standard på guidelines? Organisering kan vurderes: hvordan type lederskap? Brukes det reelt tverrfaglig arbeid? Foregår god kommunikasjon? Hvordan tas beslutninger? Finnes prosedyrer som er fail-safe?

## Erfaringer fra gjennombruddsprosjektet 1998/99

Toril Kolås og Pål Øian fortalte så om det forrige gjennombruddsprosjektet om keisersnitt. Bakgrunn for prosjektet 1998/1999 var at krav om og hyppighet av keisersnitt økte. Det er det hyppigste av større kirurgiske inngrep som gjøres i landet.

## Hovedformålene var:

- Å kartlegge det medisinske grunnlag for keisersnitt i Norge.
- Begrense keisersnitt til der mor og/eller barn har nytte av keisersnitt.
- Oppdage forbedringspotensialer og gjennomføre forbedringer
- Se på hva som er den "mest korrekte" keisersnitt frekvensen
- Redusere variasjon til under 4%

Prosjektet ble gjort som et samarbeid mellom Legeföreningen og medisinsk fødselsregister. Det ble utført med en kvalitetsforbedrende del og en forskningsdel. Alle fødeavdelinger med over 4-500 fødsler ble invitert. 24 av 26 deltok, men de to største var dessverre ikke med. Man samlet data fra 3000 keisersnitt. Avdelingene definerte også egne kvalitetsforbedrende prosjekt som delprosjekter.

Forskningsdelen produserte en PhD og en mastergrad – Toril Kolås (Lillehammer) og Renate Hager (Ahus). Erfaringer var i store trekk at man oppnådde ingen endring i variasjonen av keisersnitt i landet og ingen



reduksjon i sectiofrekvens (men muligens hindret man en økning i keisersnittfrekvens i denne perioden).

### Råd til deltagere i nytt prosjekt:

Utfordringer for nytt prosjekt er en endret fødepopulasjon siden sist, og stadig økende sectiofrekvens. God planlegging er viktig, samt å la mange miljøer få komme med innspill før prosjektet starter. Man må enes om hva bør registreres av nye opplysninger utover MFR sitt skjema. Ved sist gjennombruddsprosjekt registrerte man bare keisersnitt- burde man ha registrert utfall i hele fødepopulasjon? Man må også ha gode nok data til å registrere komplikasjoner og utfall hos barnet.

### Noen av dagens utfordringer med keisersnitt

Hva betyr det å ha veldig lav/høy sectio frekvens, i forhold til outcome av alle fødsler? Vil vi redusere sectiofrekvens? Hvordan skal dette gjøres? Dette i seg selv bør ikke være et mål; utfall for mor og barn er det viktigste.

### Ved et nytt gjennombruddsprosjekt må vi vite noe om:

- Resultater
- Komplikasjoner
- Har vi oversikt over vår egen avd?
- Rapporterer vi uheldige hendelser der vi skal det?
- Brukes disse hendelser i forbedring?
- Vil vi innrømme feil?
- Kan vi gjøre dette bedre?

### Faglige problemstillinger

Iqbal Al-Zirqi snakket om sitt arbeid med uterus rupturer i MFR. Jørg Kessler holdt et foredrag om keisersnitt og neonatal utfall. Torbjørn Eggebø snakket om induksjonspraksis, oksytocinstimulering og keisersnitt i Stavanger. Torunn Eikeland og Kristin Urnes snakket om operative forløsninger på Haugalandet. Til slutt i denne seansen snakket Jens Grøgaard HDir (tidligere neonatolog fra Ullevål) om effekter av keisersnitt på barnet, og oppfordret til å ta med perinatalogener i nytt gjennombruddsprosjekt.

NPE skadesaker og klager til Helsetilsynet  
Direktør i NPE, Rolf Gunnar Jørstad, orienterte om de seneste tall fra NPE som omhandler fødselsskader: I perioden 2009-juni 2013 var det meldt 416 skader, 120 av disse har fått medhold (29%), og 296 (71%) avslag. Når det gjelder skader på mor var det meldt



Figur 1: SPC statistisk metode

225 skader, hvorav 52 (23%) fikk medhold og 173 (77%) avslag. Dette utgjorde til sammen utbetaler på tilsammen 627 millioner kroner.

Samlet erstatningssum for saker som omhandler keisersnitt utgjorde 110 millioner kroner. Disse sakene handler stort sett om at sectio ble utført for sent. I tillegg fikk 20 stk medhold hvor keisersnitt burde vært utført, men ikke ble det.

Vi fikk også høre om fødselsskadedestudien som var en del av Stine Andreassens PhD. Hun gikk gjennom tall fra 1994-2008, som omfattet 891 saker hvorav 278 fikk medhold.

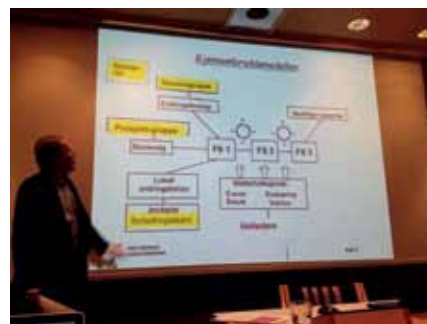
Lars T Johansen ved Statens helsetilsyn gikk videre «Keisersnitt og klagesaker.» Pasientrettighetsloven står sentralt. §3-1. Pasientens og brukerens rett til medvirkning innebærer at pasienten har rett til å velge mellom to likeverdige behandlingsalternativer, men ikke å velge en behandling som er mindre forsvarlig enn en annen. Pasienten kan heller ikke velge fritt mest ressurskrevende behandling.

I følge §3-5 skal helsepersonellet sikre seg så langt det er mulig at pasienten har mottatt/ forstått informasjon. Og §4-1 stadfester at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke, og dette må stå i journal.

### Helsetilsynet foreslår at arbeid videre innebærer fokus på forbedring av:

- Informasjon og medvirkning
- Asfyksi under fødsel
- Samhandling
- Melderutiner ved keisersnitt
- Fosterovervåking under transport/ operasjon

### Fredagen startet med Rune Sørensen, professor i helseøkonomi ved BI.



Figur 2

Han presenterte en studie som omhandlet faktorer som påvirker innvandrerkvinnens keisersnitsrater. Stine Bernitz snakket om jordmors rolle i forebygging av keisersnitt.

Hilde Nerum og Lotta Halvorsen har sett på keisersnitt på eget ønske og fødselsangst. Bak ønske om keisersnitt ligger flere forhold: Tidligere angst/depresjon, fødselsangst, PTSD, personlighetsforstyrrelser, spiseforstyrrelser, mistillit til helsevesenet, overgrep, traumer, tap og sorg, vold i nære relasjoner, brutte relasjoner, media.

Det ble diskutert om fødselsangsten er en «gammel» angst som aktiveres i en ny livssituasjon? Og kan fødsel være en god behandling for fødselsangst? Det ble foreslått å vektlegge fokus på kvinnens psykiske helse i svangerskapet og i tillegg legge innsats under kvinnens første svangerskap.

Hanne-Merete Eriksen ved Folkehelsa snakket om infeksjoner etter keisersnitt, og viste at Norge dessverre har en relativt høy forekomst.

Deretter hørte vi om Johanne Kolvik Iversen spennende arbeid med strukturert opplæring i praktisk fødselshjelp. Vi kan høre mer om dette i denne utgaven av Gynekologen. Kari Klungsoyr orienterte om hvordan MFR kan medvirke i et nytt gjennombruddsprosjekt.

Etter avsluttet seminar ble det holdt et møte hvor NGF og Dnlf la en videre plan for arbeid med gjennombruddsprosjektet. Videre arbeid med finansiering vil skje våren 2014, og fødeinstitusjonene vil bli inviterte på ny når oppstart nærmer seg.

Mange av forelesningene til foredragsholderne samt sentrale artikler vil bli lagt på NGFs nettsider.

# Kvinneklirikken ved OUS satser på veiledning

Et dårlig barn med asfyksi, en jordmor med 30 års erfaring som kjefter og "bestiller" et vakuumbuk fordi suturen din antagelig ikke satt bra nok - bare en av disse erfaringene kan være nok for å få en ung lege til å avslutte sin gynekologiske karriere, eller skape en redd lege som lar angsten styre avgjørelsene... Eller: Den unge legen har en erfaren mentor som hun føler seg fortrolig med, som fanger henne opp, gir manøverkritikk, holder i hånden i debriefing-samtaler, støtter og samtidig gir konstruktiv kritikk. Dette kom vi frem til i en av de mange plenumsdiskusjonene på et veiledningsseminar, som gynekologisk avdeling ved Oslo Universitetssykehus arrangerte for alle sine leger i fjor høst. Engasjementet på selve seminaret var stort, men veien dit ble møtt med de vanlige fraser: "Jeg har aldri hatt veiledning selv og se, jeg har blitt en flink spesialist!" "Det har vi vel ikke tid til!" osv. Målet for seminaret var derfor hovedsakelig å få frem alle aspekter av veiledning, utover det vanlige "Tja, hvilke prosedyrer mangler du?" og gi alle deltakere en verktøykasse med gode veiledningsteknikker.

Legeforeningen har skjerpet sine krav om veiledning av leger i spesialisering. Det er to måter å møte dette på: sette av den påkrevde timen i måneden "på papiret" og ikke bry seg om hva den brukes til, - eller spørre seg om det kanskje kunne være vel investert tid for avdelingen å faktisk ha veiledning - ordentlig veiledning! Sistnevnte gjorde lederen for LIS-seksjonen og utdanningsutvalget ved gynekologisk avdeling, overlege Marit Lieng. Hun kom med en klar bestilling til Utdanningsutvalget: jeg vil ha bedre veiledning, jeg vil satse på veiledning og derfor vil jeg ha et veiledningsseminar!

Ingen av de mange legene ved Kvinneklirikken pekte seg akkurat ut som veiledningseksperter, så vi tok kontakt med Legeforeningen med ønske om hjelp. Vi forventet at Legeforeningen skulle komme med eksperter til oss og holde foredrag - men det skulle vise seg at de var smartere enn som så, og i stedet ble tre engasjerte gynekologer sendt på "Training the trainers"-kurset, som skulle skape multiplikatorer som kunne ta med budskap om veiledning hjem til sin avdeling. I løpet av det 2-dagers kurset i regi av Legeforeningen, ble vi faktisk så entusiastiske og full av informasjon at vi følte oss kompetente nok til å arrangere vårt eget veiledningsseminar.

Veien til veiledningsseminaret var brolagt med de vanlige utfordringene: finne et tidspunkt som passer tre lokalisasjoner (Ullevål, Rikshospitalet, Radiumhospitalet), overbevise alle om at temaet faktisk er relevant og at den enkle har noe å bidra med, selv om vedkommende betegner seg selv som mislykket veileder. Klinisk virksomhet ble redusert til et minimum fra klokka 14, slik at alle kunne komme og akseptere at seminaret gikk delvis i fritiden. Det ble servert Pizza og etter seminaret arrangerte man et sosialt samvær langt utover kvelden. Hovedfokus under hele seminaret var interaksjonen mellom de 40 legene som møtte, smågruppediskusjoner og case-rettet, konkret arbeid, som det sto beskrevet innledningsvis. Resultatet var økt bevissthet på de mange roller og oppgaver en veileder kan ha, forskjellen mellom veiledning, opplæring og supervisjon og hva som utgjør god veiledning. Det ble nevnt mange ganger at overlegene selv føler behov for veiledning og vi planlegger et erfaringsseminar for overleger nå til våren.

Vi har gjort en innsats for økt veiledningskvalitet og ble overrasket over den positive responsen, både blant LIS og overleger. Men vi er også klare over at vi må jobbe videre for saken dersom legene og avdelingen skal ha et varig utbytte av veiledningen.



Smågrupper, fra v.: Linda Helgadottir (overlege), Erik Quigdtad (overlege), Anna Biller (LIS), Miriam Nyberg (LIS), Anny Spydslaug (seksjonsoverleg gyn).



Åse Brinchmann-Hansen, DNLF



Fra v.: Tina Tellum, Liv Rimstad, Sissel Oversand, vi som organiserte.

# Kjære FUGO-medlemmer!



**FUGO**

FUGO styret er i gang med et nytt år, og foruten et nytt medlem på laget, Elise Thoresen Sletten, som har blitt sekretær i NGF samtidig, er styret uendret i sammensetning. Elise har vært LIS i fødselshjelp og kvinnesykdommer i drøyt to år, med erfaring fra både UNN og Gøteborg, og er allerede i full sving med oppgaver fra NGF styret, i samarbeid med vara NGF representant Helene Fjeldvik Peterson.

Årets ENTOG utveksling går i år til Glasgow, fra 5. til 7. mai 2014. Vi har fått inn få søkere til utvekslingen, og derfor utvidet fristen for å melde seg på. Du kan altså nå bli med til Glasgow i tre dager, ved å sende inn en mail med litt info om deg selv til [dra.iversen@gmail.com](mailto:dra.iversen@gmail.com) innen 28. februar 2014. Det er en morsom mulighet til å se medisinsk praksis i andre land, noe som ikke alltid er så lett å arrangere på egenhånd senere. Det er også mulig å bli kjent med mange andre LiS fra Europa, og knytte vennskap og kontakter til fremtidig arbeidsliv.

Etter utvekslingen følger EBCOG kongressen 8. til 10. mai, som det er kommet program til på nettsidene til EBCOG. Det er også mulig å sende inn abstracts frem til 15. februar 2014. NFOG holder i juni sin årlige kongress i Stockholm, og her er det også fortsatt mulig å sende inn abstracts. Deadline her er 1. mars 2014. Se [www.NFOG.org](http://www.NFOG.org)

Årets NGF møte er i Trondheim, i uke 43, som vanlig. FUGO er i gang med arbeid med forkurset, som vi har bestemt oss for at skal ha tema ultralyd. Programmet er ikke helt fastsatt ennå, annet enn at det skal være nyttig for alle LiS, og dekke tema som er aktuelle for LiS som ikke dekkes andre steder. Vi vet at mange venter lenge for å få plass på kurs i ultralyd i svangerskapet, og derfor vil vi benytte sjansen nå som kurset er i Trondheim for å bruke lokal kompetanse!

Vi håper at mange av dere følger med på FUGOs nettsider. Til våren har vi et eller to spennende prosjekter på gang, det ene er "Gi Kniven



Videre". Dette er en holdningskampanje etter modell fra Sverige og Danmark, med gode erfaringer hos både LiS og overleger. Det dreier seg om å få mer læring ut av hver operasjon og at LiS skal slippe litt lettere til som førsteoperatør. Målet er at LiS skal tilegne seg nødvendige operative ferdigheter og fylle listene sine raskere enn i dag. Vi håper å gjennomføre kampanjen høsten -14 og er avhengig av deres innsats i avdelingene for at den skal bli vellykket. Nærmere informasjon blir å finne på våre nettsider, i senere utgaver av Gynekologen og på mail til dere etter hvert som kampanjen tar form.

Ellers ønsker vi at dere gir oss beskjed om det er noe vi i FUGO kan bidra med, og kanskje vi ser noen av dere på NGFs vårmøte i Tromsø 24-25 april 2014?

På vegne av hele FUGO styret,  
Marte Reigstad  
Leder

## FUGO-styret 2014

Marte Myhre Reigstad	Leder	ENTOG representant / FUGOs representant i spes kom	<a href="mailto:martereigstad@gmail.com">martereigstad@gmail.com</a>
Olav Nordbø	Nestleder	Kursansvarlig / ENTOG representant	<a href="mailto:olav.nordbo@gmail.com">olav.nordbo@gmail.com</a>
Tiril Tingleff	Kasserer	NFYOG representant	<a href="mailto:tirilt@hotmail.com">tirilt@hotmail.com</a>
Åsmund Mjølven Iversen	Sekretær	Webredaktør	<a href="mailto:dra.iversen@gmail.com">dra.iversen@gmail.com</a>
Helene Peterson	Styremedlem	NGF Vara / NFYOG representant	<a href="mailto:helene_fjeldvikpeterson@hotmail.com">helene_fjeldvikpeterson@hotmail.com</a>
Johanne Holm Toft	Styremedlem (Vara)	Representant til Gynekologen	<a href="mailto:johanne.holm.toft@gmail.com">johanne.holm.toft@gmail.com</a>
Silje Eilertsen Denstad	Styremedlem (perm.)		<a href="mailto:silje.eilertsen.denstad@stolav.no">silje.eilertsen.denstad@stolav.no</a>



# Bli med på ENTOG utveksling til Skottland 5.-7.mai 2014!

**ENTOG** (European Network of trainees in Obstetrics and Gynaecology) arrangerer årlige utvekslinger hvor 2 deltagere fra hvert av medlemslandene kan delta. Årets utveksling går til Skottland, og avsluttes med ENTOG samling og EBCOG kongress i Glasgow .

Selve utvekslingen, hvor man vil bli plassert på forskjellige sykehus rundt om i landet, kommer til å foregå fra mandag til onsdag. Vertslandet sørger for innkvartering i disse dagene. ENTOG-seminaret blir på fredag. Du kan lese mer om programmet på ENTOGs nettsider: [www.entog.org](http://www.entog.org)

1-2 netter på hotell og kongressavgift dekkes av FUGO.

**Søknad må være FUGO i hende innen 15. mars 2014, og sendes på mail til: [dr.a.iversen@gmail.com](mailto:dr.a.iversen@gmail.com)**

- Rolf Kirschner

## Leserbrev

**Vi har fått inn en kommentar til referatet fra NGFs generalforsamling høsten 2013. Kommentaren trykkes slik den er sendt inn, i tillegg har Kirschner bedt om endringer i selve referatet før dette formelt godkjennes. (red)**

### Redaktør,

dersom mulig vil jeg be om en liten spalteplass for følgende:

Undertegnede har noen innvendinger til referatet fra siste årsmøte, pkt Eventuelt, som sto i "Gynekologen":

Det ble her diskutert reservasjonsretten,

med bakgrunn i vedtak på Legeforeningens landsstyremøte, og NGFs uttalelse i saken. Det kommer ikke fram i referatet at Bjørn Backe, Kathe Aase og undertegnede hadde innlegg der vi påpekte at dette vedtaket hadde et mye videre synspunkt enn bare abort/prevensjonsdebatten. Dette var nemlig et medisinsk-etisk synspunkt, som kom klart fram i debatten på Dnlf

landsstyremøte, mens NGFs uttalelse var fokusert kun på abortproblematikken. Dette er dessverre også blitt hovedfokuset i den offentlige debatten.

Dette kommer ikke fram i det vi kunne lese i referatet. Undertegnede har derfor også sendt en smule korrigerert referat til styret for godkjennelse.

# Gynekologen anbefaler bøker

## Med varierende grad av fagleg relevans

### “Night Watch” av Terry Pratchett

Terry Pratchett sin “Discworld” romanserie har selt over 85 million eksemplar verda over, men har så langt ikkje vore ein favoritt mellom gynekologar. Kanskje er det slik at vi, som til dagleg arbeider med svært alvorlege og viktige ting, finn Pratchett sitt univers i overkant tøvete. Ved fyrste aukegast er konseptet så absolutt langt unna den verkelege verda: Handlinga finn stad på ein flat planet som blir transportert gjennom verdsrommet boren på ryggen av fire gigantiske elefantar, som igjen står på ryggen til ei endå meir gigantisk havskilpadde.

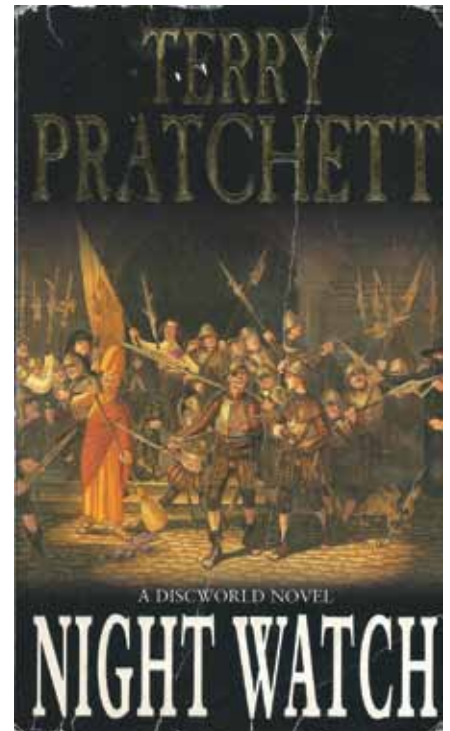
Likevel finn vi på denne mildt sagt usannsynlege konstruksjonen menneske vi kan kjenne oss igjen i, sjølv om dei av og til kan vere dvergar eller troll. Pratchett held opp sitt fantasiunivers som ein humoristisk spegel mot vår eiga verd, og på sitt beste gjev han oss nye perspektiv på kjende fenomen ved å vise oss dei sett heilt utanfrå. Han stel friskt frå verdslitteraturen og leverer mange referansar den beleste gynekolog vil kunne kjenne igjen, frå alt frå Shakespeare og Shelley til Wagner og Zeppelin.

I “Night Watch”, den 29. romanen i rekka, dreier handlinga kring kommandør Vimes, politisjef i ein by som minner mykje om London på midten av 1800-talet. Vimes sjølv er inspirert av Sir Robert Peel, ein historisk figur som moderniserte politiet i nettopp London. Medan Vimes er på jakt etter ein uvanleg ekkel skurk, fell han inn i ein magisk storm (jada, det er framleis ikkje knallhard sosialrealisme vi snakkar om her) og vert

transportert 30 år attende i tida. Han vert involvert i ein sosial og politisk revolusjon, der forfattaren etterkvart låner tungt frå “Les Miserables”, imidlertid med noko meir humor og glimt i auget enn det Hugo vanlegvis leverte.

Kvar finn vi så den annonserte gynekologiske relevansen i dette? Den kjem i form av ein bifigur ved namn dr. Lawn, som praktiserer medisin for dei mindre heldig stilte i byen. Fagfeltet hans er noko breiare enn det vi tenkjer på som gynekologi, men han driv med prevensjon og tar seg av problemet viss denne sviktar (ingen reservasjonsrett der, altså). Han har også instrument til hjelp under fødsel, men klagar over at jordmødrene ikkje lar han sleppe til. Han ynskjer seg ei klokke på gravsteinen sin, for “for ein gongs skuld å få sleppe å stå opp når folk ringer”, eit hjertesukk som kanskje fleire kan kjenne seg igjen i. Det fell også på dr. Lawn å redde dagen på slutten av romanen, ved hjelp av eit instrument til forløyning, sannsynlegvis ei fødselstang. For dette vert han belønna med 100 000 dollar i gull, ei rimeleg løn for ein viktig jobb, og eit godt utgangspunkt for våre komande lønsforhandlingar.

Eg vil på det varmaste anbefale Pratchett sitt univers til mine gynekologkollegaer. Han byr på både lettbeint underhaldning og refleksjonar om menneskets natur. Han står solid i den humanistiske tradisjonen og kviler tungt på klassisk engelsk litteratur, om enn noko mindre realistisk enn Dickens. Night Watch er rett nok ikkje den fyrste boka i



Gynekologen sitt velbrukte paperbacksemlar av Night Watch. Den legendariske dr. Lawn i svart med kjempesprøyte til venstre i bildet, bak tibetanermunken.

serien, men ein heilt grei plass å starte, og så inneheld den altså denne fabelaktige dr. Lawn. Vi lar han avslutte bokanbefalinga med følgjande ord: “For å seie det med Hippokrates - kjem eg til å få betalt for dette?”

Neste gong: Gynekologen anbefaler litteratur med endå større fagleg relevans!



# Unik kombinasjon – klar til bruk

## Tachosil® – pålitelig hemostase og vevsforsøgling på 3-5 minutter.<sup>1,2</sup>

- Ideell ved behov for rask effektiv hemostase<sup>2</sup>
- Kan klippes og appliseres rundt anatomiske strukturer<sup>2</sup>
- Er elastisk og har en sterk limende evne<sup>3</sup>
- Er kontraindisert til intravaskulær bruk samt ved overfølsomhet for innholdstoffene<sup>2</sup>

1) Czerny et al. Collagen patch coated with fibrin glue components. Journ.of Cardiovasc.surg. Vol 41,no 4,553-557 2002,

2) Preparatomtale (SPC),

3) Carbon RT: Evaluation of biodegradable fleece-bound sealing: History, material science, and clinical application.

Tissue engineering and biodegradable equivalents. Scientific and clinical applications. Edited by Lewandrowski K-U, Wise DL, Trantolo DJ, Gressed JD, Yaszemski MJ, Altobelli DE. Marcel Dekker, 2002.



Nycomed: a Takeda Company

### C TachoSil «Takeda Nycomed»

Lokalt hemostatikum.

ATC-nr.: B02B C30

T **MEDISINERT SVAMP:** Hver cm<sup>2</sup> inneh.: Humant fibrinogen 5,5 mg, humant trombin 2 IE, equint kollagen, humant albumin, natriumklorid, natriumsitrat, L-argininhydroklorid. Fargestoff: Riboflavin (E 101).

**Indikasjoner:** TachoSil er indisert hos voksne som støttebehandling ved kirurgiske inngrep for å bedre hemostasen, fremme vevsforsøgling og for suturstøtte ved karkirurgi der standardteknikker ikke er tilstrekkelige.

**Dosering:** Skal bare brukes av erfarne kirurger.

Voksne: Antall kollagensvamper som anvendes bør alltid være i samsvar med det underliggende kliniske behov, relatert til størrelsen på sårflaten og må vurderes individuelt av den behandelende kirurg. I kliniske studier har valg av dosering vanligvis variert mellom 1-3 svamper (9,5 cm x 4,8 cm), men bruk av opptil 7 er rapportert. For mindre sårflater, f.eks. ved minimal invasiv kirurgi, anbefales kollagensvamper av mindre størrelse (4,8 cm x 4,8 cm eller 3 cm x 2,5 cm).

Spesielle pasientgrupper: Barn og ungdom <18 år: Anbefales ikke pga. utilstrekkelige sikkerhets- og effektdata.

Tilberedning: For instruksjoner vedrørende håndtering før bruk, se pakningsvedlegg.

Administrering: Kun til epitesjonell og lokalt bruk. Skal ikke brukes intravaskulært. Se pakningsvedlegg for instruksjoner vedrørende administrering. Det er sterkt anbefalt å journalføre navn og batchnr. hver gang preparatet benyttes.

**Kontraindikasjoner:** Intravaskulær bruk. Overfølsomhet for noen av innholdstoffene.

**Forsiktighetsregler:** Data for anvendelse ved nevrokirurgi eller gastrointestinal anastomose foreligger ikke. Allergiske hypersensitivitetsreaksjoner kan oppstå. Tegn på hypersensitivitetsreaksjoner er utslett, generell urticaria, tetthetsfølelse i brystet, tungpustethet, hypotensjon og anafylaksi. Dersom disse symptomer/tegn oppstår, skal administreringen avbrytes umiddelbart. Hvis sjokktilstand inntreffer, skal gjeldende prosedyre for sjokkbehandling følges. Tiltak for å forebygge infeksjoner ved bruk av legemidler fremstilt fra humant blod eller plasma omfatter seleksjon av blodgivere, screening av hver enkelt tapping og plasmapooler for infeksjonsmarkører, og effektiv inaktivering/fjerning av virus som en del av produksjonsprosessen. Til tross for dette kan en ikke fullstendig utelukke muligheten for overføring av smittsomme agens. Dette gjelder også virus eller patogener som hittil er ukjent. Tiltakene anses å være effektive mot kappeklede virus som hiv, HBV og HCV, og mot det ikke-kappeklede viruset HAV. Tiltakene har begrenset verdi mot ikke-kappeklede virus som parvovirus B19. Infeksjon med parvovirus B19 kan være alvorlig for gravide kvinner (fosterinfeksjon) og for personer med immundefekt eller økt erytropoiese (f.eks. hemolytisk anemi).

**Interaksjoner:** Preparatet kan denatureres ved kontakt med oppløsninger som inneholder alkohol, jod eller tungmetaller (f.eks. antiseptiske oppløsninger). Denne type substanser skal fjernes så godt som mulig før bruk av preparatet.

Vis interaksjoner for B02B C30

**Graviditet, amming og fertilitet:** Sikkerheten ved bruk under graviditet eller amming er ikke klarlagt. Eksperimentelle dyrestudier er ikke tilstrekkelige til å utrede reproduksjonstoksiske effekter, og/eller effekter på embryo-/fosterutvikling, svangerskapsforløp, fødsel og/eller postnatal utvikling. Skal ikke administreres til gravide og ammende, hvis ikke strengt nødvendig.

**Bivirkninger:** Vanlige (≥1/100 til <1/10): Øvrige: Feber. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):

Immunsystemet: Hypersensitivitet eller allergiske reaksjoner kan oppstå i sjeldne tilfeller hos pasienter behandlet med fibrin. I enkelte tilfeller har disse reaksjonene utviklet seg til alvorlig anafylaksi. Slike reaksjoner kan spesielt observeres ved gjentatt bruk av legemidlet eller dersom det administreres til pasienter med kjent hypersensitivitet for noen av innholdstoffene. Antistoffer mot innholdsstoffer i fibrinpreparater til sårlukking/hemostatika kan forekomme i sjeldne tilfeller. Svært sjeldne (<1/10 000): Hjerte/kar: Livstruende tromboemboliske komplikasjoner kan forekomme dersom legemidlet utilsiktet administreres intravaskulært.

**Overdosering/Forgiftning:** Det er ingen rapporterte tilfeller av overdosering.

**Egenskaper:** Klassifisering: Lokalt hemostatikum. Inneholder fibrinogen og trombin som et tørket belegg på overflaten av en kollagensvamp. Den aktive siden er farget gul. Virkningsmekanisme: Ved kontakt med fysiologiske væsker, f.eks. blod, lymfe eller fysiologisk saltvann, oppløses innholdstoffene i belegget og diffunderer delvis inn i sårverflaten. Dette etterfølges av fibrinogen-trombinreaksjonen som initierer det siste trinnet av den fysiologiske blodkoagulasjonsprosessen. Fibrinogen blir omdannet til fibrinmonomere som spontant polymeriserer til et fibrinkoagel, og som på denne måten holder kollagensvampen fast til sårverflaten.

Fibrin blir deretter kryssbundet med endogen koagulasjonsfaktor XIII, og danner derved et tett, mekanisk stabilt nettverk med gode limeegenskaper som bidrar til å lukke såret. Metabolisme: Fibrinkoagellet metaboliseres på samme måte som endogent fibrin ved fibrinolyse og fagocytose. Kollagensvampen degraderes ved resorpsjon til vev. Ca. 13 uker etter applikasjon er det kun små rester tilbake, uten noen tegn til lokal irritasjon. Nedbrytningen ble forbundet med infiltrering av granulocytter og dannelse av resorptivt granulasjonsvev som kapsler inn de nedbrutte restene av TachoSil. Ingen bevis for lokal intoleranse er sett i dyrestudier. Fra erfaringen hos mennesker, har det vært isolerte tilfeller hvor rester ble observert som tilfeldige funn uten tegn på funksjonell svekkelse. Andre opplysninger: Leveres ferdig til bruk i sterile pakninger. 3 x 2,5 cm: 1 stk: kr 543,80. 5 stk: kr 2579,20. 4,8 x 4,8 cm: 2 stk: kr 2714,80. 9,5 x 4,8 cm: 1 stk: kr 2471,20

**Pakninger og priser pr 15.10.2013:** 3 x 2,5 cm: 1 stk: kr 543,80. 5 stk: kr 2579,20. 4,8 x 4,8 cm: 2 stk: kr 2714,80. 9,5 x 4,8 cm: 1 stk: kr 2471,20

TAKEDA NYCOMED AS  
P.B. 205, 1372 Asker  
Infotelefon: +47 800 800 30  
www.takedanycomed.no

www.tachosil.no

