



FUGO

25 ÅR
1998 - 2023

Ekstern aortakompresjon ved blødning post partum s. 34

Oppfølging etter konisering for adenocarcinoma in situ (AIS) og cervikal intraepitelial neoplasi (CIN)
– 1 algoritme har blitt til 3 s. 42

Mannlig infertilitet – Utredning og behandling s. 48

Knut Hordnes: Bergensgynekolog med utferdstrang s. 60



Norsk gynekologisk
forening

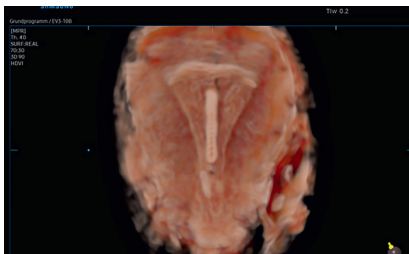
DEN NORSKE LEGEFORENING

V8 Step Up Confidence

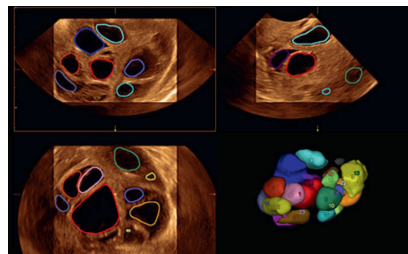
The new V8 ultrasound system combined exquisite imaging quality powered by Crystal Architecture™ with efficient, streamlined examinations enabled by AI-driven assist tools, and re-engineered workflow to fulfill the need of today's busy clinical environment. The sophisticated, ergonomic design showcases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



RealisticVue



5D Follicle



Redefined Imaging Technologies

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

Sophisticated 2D Image Processing & Detailed Color Expression

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

Women's Health

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

Re engineered Workflow and Enhanced Customization

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

Comfort Design

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

Inter-Medical AS

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



INTER-MEDICAL AS
OFFICIAL DISTRIBUTOR OF SAMSUNG MEDISON

SAMSUNG MEDISON



Norsk gynekologisk
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

Ansvarlig redaktør

Tale Meinich
LIS Ahus
tmeinich@gmail.com

Redaksjonsmedlemmer

Mina Eskeland
LIS OUS
m.eskeland@hotmail.com

Bjørn Holdø

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

Nettredaktør

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

Layout, annonsesalg og produksjon

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

GYNEKOLOGEN på internett

gynekologendigital.no
legeforeningen.no/ngf

Materiellfrister for redaksjonelt innhold 2023

Nr. 3 9. september
Nr. 4 4. november

Opplag: 1400



FUGO

25 ÅR
1998 - 2023

INNHold

REDAKTØR 5

LEDER 7

NGF-STYRET

Nytt fra NGF-styret 8

Styret i Norsk gynekologisk forening 8

FUGO

Kjære noverande og tidlegare FUGO-folk! 14

11 FUGO-lederes tilbakeblikk 16

«Gi kniven videre» – Den første FUGO-kampanjen 22

«Boksen Går!» – Laparoskopitrening for LIS 25

«Trygge hender» – Historien bak 26

FUGO-kurs i urogynekologi 25.10.23 28

Utdanningsprisen 2023 28

Den lange, men spennende reisen fra lege i spesialisering til ferdig spesialist 31

FAGLIG PÅFYLL

Ekstern aortakompresjon ved blødning post partum 34

- ExAC - External Aortic Compression 36

- Tre klinikere deler erfaringer fra innføring av ekstern aortakompresjon 39

Oppfølging etter konisering for adenocarcinoma in situ (AIS)
og cervical intraepitelial neoplasia (CIN) – 1 algoritme har blitt til 3 42

Mannlig infertilitet – Utredning og behandling 48

GYNEKOLOGER IMELLOM

Strukturert utredning av livmorhalsforandringer 53

NORGE RUNDT

Gjøvik 57

INTERVJU

Knut Hordnes: Bergensgynekolog med utfordring 60

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.

NYHET!

Aleris åpner topp moderne fertilitetsklinikk!

- Vi tilbyr alt innen utredning og fertilitetsbehandling for par og enslige
- På vårt laboratorium har vi den nyeste og mest avanserte teknologien på markedet
- Vi har noen av de mest erfarne spesialistene innen fertilitetsbehandling i Europa, samt spesialister i gynekologisk kirurgi



Caroline Becker
Gynekolog



Bastienne Halvorsen
Gynekolog



Juan M. Moreno
Embryolog



aleris.no/fertilitet



22 54 10 20



Frederik Stangs gate 11, 0264 Oslo



Aleris



Gratulerer!

I denne utgaven av Gynekologen feirer vi FUGOs 25-års-jubileum. Det er ingen selvfølge at vi har en sterk organisasjon som arbeider for å bedre LISenes vilkår og utdanningssituasjon. Derfor har vi viet plass i denne utgaven av Gynekologen til å presentere blant annet FUGOs historie gjennom beretninger fra 11 tidligere FUGO-ledere, beskrivelse av FUGOs tre store kampanjer og et spesielt tilbakeblikk på utdanningen de siste 25 årene fra selveste Spesialitetskomiteen.

Og til dere som føler at FUGO er et vel tilbakelagt kapittel – se frem til å nyte faglig påfyll i sommersolen, enten du er

interessert i ekstern aortakompresjon i obstetrisk sammenheng, de nye algoritmene for oppfølging etter konisering eller utredning og behandling av mannlig infertilitet. Og for all del, gå ikke glipp av årsmøteprogrammet for Haugesund 2023.

Gratulerer med dagen til alle FUGOister, og god sommer til alle Gynekologens lesere!

Tale Meinich

Redaktør



Møter du par eller single med barneønske?

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

Vårt tilbud

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



Vi er koblet til **Norsk Helsenett** og kan sende og motta elektroniske meldinger via vårt journalsystem.



- Spesialister i gynekologi og assistert befruktning

Trondheim
Beddingen 8,
7042 Trondheim

Oslo
Stortingsgata 30,
0161 Oslo

Stavanger
Haakon VIIs gate 7,
4005 Stavanger

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

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

Kjære folk!

Styret i Norsk Gynekologisk Forening står på, dag og natt (mest dag), for at faget *ditt* skal vere mest muleg oppdatert og relevant, for at *du* skal kunne vere den fagleg beste versjonen av deg sjølv, for at kvinner i Norge skal halde fram med å nyte godt av den beste obstetrikken i verda, og for at gynekologien på sikt skal kome opp på same nivå. Her er litt av det vi arbeider med:

- Retningslinjene for guidelinemøtene er no ute på høyring, og vi oppfordrar alle til å gje tilbakemelding på desse, eventuelt berre skrive til oss og fortelle kor avsidig nøgde de er med det store arbeidet som er lagt ned her. Redaksjonane for veiledarane i gynekologi og obstettrikk har lagt ned ein fabelaktig innsats for å einast om den versjonen som er på høyring, vi håpar dette kan legge grunnlaget for dette viktige arbeidet i åra som kjem.
- Media er framleis interesserte i faget vårt. Det må vi vere takk-nemlege for, sjølv om ikkje alle innfallsvinklar er like velkomne. Dei store mediehusa går stort sett til sine vanlege kontakter, medan NGF blir kontakta av journalistar frå Sykkylvsbladet som vil vite korleis ein gynekologisk undersøkelse vert utført. Vi melder oss på i aktuelle debattar, no sist då ein pensjonert helseøkonomiprofessor i Dagens Næringsliv hadde misforstått det meste kring prioritering av kvinnehelse. NGF gjekk til det drastiske steg å formulere seg på riksmål i håp om å bli publisert i DN, tida vil vise om det var eit klokt grep.
- Årsmøtet 2023 i Haugesund teiknar til å bli aldeles fantastisk, programmet blir på eit fagleg svært høgt nivå, vi bygger på suksessen frå i fjor og legg opp til fleire friske meningsutvekslingar, og den lokale komiteen har lagt opp eit ambisiøst sosialt program! Styret generelt og vitskapleg sekretær Bjellmo spesielt har brukt mykje tid på dette, for at nettopp *du* skal få det beste tenkelege årsmøtet!
- Styret uttalar seg stadig på *dine* vegne om diverse høyringar frå stat og regjering, no sist Kvinnehelseutvalet si innstilling, som inneheldt mykje bra, men som likevel trong nokre innspel frå fagleg hald. Vi mottar eit titals høyringar kvar månad, der ein handfull blir vurdert som relevante for vårt fag og besvart.
- Vidare tar vi stilling til innspel frå våre medlemmer, vi forvaltar foreininga sine medlemskap i dei nordiske, europeiske og globale gynekologiske foreiningane, og står på natt og dag (mest dag) for at faget *ditt* skal vere mest muleg oppdatert og relevant.

Ragnar Kvie Sande

Leiar Norsk Gynekologisk Forening.

Styret i Norsk gynekologisk forening



Ragnar Kvie Sande

Leiar NGF

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



Kirsten Hald

Nestleiar NGF

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



Solveig Bjellmo

Vitenskapelig sekretær

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



Kristine Amundsen

Kasserer NGF

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



Yngvild Hannestad

PSL/avtalespesialist.

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



Morten Kvello

FUGO-representant NGF

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

Utrogestan® (mikronisert progesteron)

– innvilget forhåndsgodkjent refusjon*

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

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

Tallet er unøyaktig, og kan være forbundet med usikkerhet.



Kontraindikasjoner: Gulsott. Alvorlig nedsatt leverfunksjon.

Udiagnostisert vaginalblødning. Karsinom i bryster eller genitalier.

Tromboflebitt. Tromboemboliltilstander. Hjerneblødning. Porfyri. «Missed abortion».

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

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

Refusjonskoder:

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

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

Utrogestan (progesteron) vaginalkapsler 200 mg

Indikasjoner: Som støtte i lutealfasen ved assistert reproduksjonsteknologi (ART). Forhindre for tidlig fødsel hos kvinner med ettbarnssvangerskap som har kort livmorhals (livmorhals < 25 mm ved ultralyd i 2. trimester) og/eller tidligere spontan for tidlig fødsel. **Dosering:** ART: 200 mg om morgenen, 200 mg midt på dagen og 200 mg ved leggetid. Behandlingen starter senest 3. dag etter uthenting av oocytter og fortsetter til minst 7. uke av graviditeten og ikke lenger enn til 12. uke eller til menstruasjonen starter. Forhindre for tidlig fødsel: 200 mg om kvelden ved leggetid fra ca. uke 20 til uke 34 i svangerskapet. Administreres vaginalt. **Utvalgt sikkerhetsinformasjon Advarsler og forsiktighetsregler:**

• Fullstendig medisinsk undersøkelse foretas før oppstart og regelmessig under behandling. • Vaginal blødning skal alltid undersøkes. • Ikke egnet som prevensjonsmiddel. • Ikke beregnet for behandling av truende prematur fødsel. • Bruk i graviditetens 2. og 3. trimester kan føre til svangerskapskolestase eller hepatocellulær leverskade. • Seponeres ved «missed abortion». • Spesifikke advarsler i forbindelse med støtte i lutealfasen ved ART: Skal kun brukes de første 3 månedene av graviditeten. • Spesifikke advarsler i forbindelse med å forhindre for tidlig fødsel: Før behandlingsoppstart skal risikoer og fordeler ved tilgjengelige behandlingsalternativer diskuteres med pasienten. Legen og pasienten skal sammen ta en beslutning om hvilken behandling som er best egnet. Preterm vannavgang skal utelukkes. Dersom det oppstår vannavgang under behandlingen, skal videre behandling med Utrogestan seponeres. Bivirkninger: Kløe, vaginal blødning og utflod, samt brennende følelse kan forekomme. Forbigående fatigue/ svimmelhet innen 1–3 timer etter bruk. **Pakninger og priser (AUP):** Vaginalkapsler 15 stk. kr 148,70. Reseptgruppe C. For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Utrogestan 200 mg, SPC 19.01.2022



Tresiba®

Basalinsulin til
daglig injeksjon ved
behandling av diabetes
mellitus¹

Behandling med
Tresiba® kan nå
vurderes under
graviditet^{2,3}

Bruk av Tresiba® under graviditet

Bruken av Tresiba® hos gravide kvinner med diabetes type 1 har blitt undersøkt i en intervensjonsstudie (EXPECT-studien).² Data fra kliniske studier og etter markedsføring (>400 graviditeter) indikerer ikke potensial for misdannelser eller føto/neonataltoksisitet.³

Insulinbehov ved graviditet³

Insulinbehovet minker vanligvis i første trimester og stiger deretter i andre og tredje trimester. Etter fødselen går insulinbehovet vanligvis raskt tilbake til det samme nivået som før graviditeten. Nøye overvåking av glukosekontroll og individuell justering av insulindosen anbefales.

Indikasjon⁴

Behandling av diabetes mellitus hos voksne, ungdom og barn fra 1 år.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon⁵

Hypoglykemi er en svært vanlig bivirkning ($\geq 1/10$) og kan forekomme dersom insulindosen er for høy i forhold til insulinbehovet.

Hyperglykemi Bruk av utilstrekkelige doser eller avbrytelse av behandlingen, særlig hos pasienter med behov for insulin, kan føre til hyperglykemi og diabetisk ketoacidose.

Lipodystrofi (inkludert lipohypertrofi, lipoatrofi) og **kutan amyloidose** kan forekomme på injeksjonsstedet og forsinke lokal insulinabsorpsjon. Kontinuerlig rotering av injeksjonssted innen et gitt injeksjonsområde kan bidra til å redusere eller forebygge disse bivirkningene.

Reaksjoner på injeksjonsstedet kan forekomme. Disse er vanligvis milde og forbigående, og forsvinner normalt ved fortsatt behandling.

Annen samtidig sykdom, især infeksjoner og febertilstander, øker vanligvis pasientens insulinbehov.

	Kan benyttes uten dosejustering	Anbefales ikke
Alder	Voksne, ungdom og barn fra 1 år Eldre (≥ 65 år): Måling av glukose må intensiveres hos eldre, og insulindosen justeres individuelt	Barn under 1 år Ingen klinisk erfaring
Nyrefunksjon	Kan brukes Måling av glukose må intensiveres ved nedsatt nyrefunksjon, og insulindosen justeres individuelt	
Leverfunksjon	Kan brukes Måling av glukose må intensiveres ved nedsatt leverfunksjon, og insulindosen justeres individuelt	
Graviditet	Kan brukes Behandling med Tresiba® kan vurderes under graviditet hvis det er klinisk nødvendig	

Dosering¹

Tresiba® administreres subkutan én gang daglig i låret, overarmen eller abdominalveggen når som helst i løpet av dagen, fortrinnsvis på samme tidspunkt hver dag. Det skal alltid være minst 8 timer mellom injeksjonene.

Tresiba® kan forskrives på blåresept ved diabetes type 1 og diabetes type 2⁶⁻⁸

C Insulinanalog, langtidsvirkende. ATC-nr.: A10A E06

Refusjonsberettiget bruk: Behandling av diabetes mellitus

Refusjonskode:

ICPC		Vilkår nr
T89	Diabetes type 1	180, 181
T90	Diabetes type 2	244
ICD		Vilkår nr
E10	Diabetes mellitus type 1	180, 181
E11	Diabetes mellitus type 2	244

Vilkår:

180	Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår behandlingsmålene til tross for optimal behandling med middels langtidsvirkende NPH-insulin på grunn av: - hyppige eller alvorlige nattlige følinger som skyldes insulinbruken - store blodsukkersvingninger som ikke gjør det mulig å oppnå akseptabel blodsukkerkontroll
181	Behandling skal kun startes av spesialist i indremedisin, barnesykdommer eller ved sykehusavdeling med tilsvarende spesialitet
244	Refusjon ytes kun til pasienter som til tross for optimal behandling med to daglige doser middels langtidsvirkende NPH-insulin har vedvarende utfordringer med hypoglykemier

Pakninger og priser:

Injeksjonsvæske, oppløsning i sylinderrampulle: 100 enheter/ml: 5 × 3 ml (Penfill sylinderramp.) kr 618,00.

Injeksjonsvæske, oppløsning i ferdigfylt penn: 100 enheter/ml: 5 × 3 ml (FlexTouch ferdigfylt penn) kr 750,70. **200 enheter/ml:** 3 × 3 ml (FlexTouch ferdigfylt penn) kr 732,50. (Pris per mars 2022)

For ytterligere informasjon se fullstendig preparatomtale eller www.felleskatalogen.no

Referanser: 1. Tresiba® SPC, avsnitt 4.2 (sist oppdatert 13.01.2022) 2. Tresiba® SPC, avsnitt 5.1 (sist oppdatert 13.01.2022) 3. Tresiba® SPC, avsnitt 4.6 (sist oppdatert 13.01.2022) 4. Tresiba® SPC, avsnitt 4.1 (sist oppdatert 13.01.2022) 5. Tresiba® SPC, avsnitt 4.2, 4.4, 4.6 og 4.8 (sist oppdatert 13.01.2022) 6. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/blaarev-register/a10ae06-1> (lest 24.03.2022). 7. Tresiba® SPC, avsnitt 3 (sist oppdatert 13.01.2022) 8. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/tresiba-novo-nordisk-589607> (lest 24.03.2022)



100 enheter/ml:

Kan gi opptil 80 enheter per injeksjon (1-80 enheter)



200 enheter/ml:

Kan gi opptil 160 enheter per injeksjon (2-160 enheter)

Skann QR-koden for å komme direkte til instruksjonsfilmer



Novo Nordisk Norway AS

Nydalsveien 28 · Postboks 4814 Nydalen · 0484 Oslo
www.novonordisk.no · Telefon: +47 22 18 50 51

TRESIBA®
insulin degludec



Program for årsmøtet i Norsk Gynekologisk Forening 25/10 - 27/10 i Haugesund

Onsdag 25/10

Kurs:

09:00-15:00 **FUGO-kurs** – NB! Krever påmelding

Formøter:

15:30 – 17:00 **Lederforum**

16:00 – 17:00 **«Trygge hender»**

17:30 – 19:00 **FUGO**

17:15 – 19:15 **Obstetrisk formøte**

17:30 – 19:00 **Gyn endoskopisk formøte**

17:30 – 19:00 **Urogynekologisk formøte (NUGG)**

17:30 – 19:00 **Praktiserende spesialister (PSL)**

17:30 – 19:00 **Fostermedisinsk formøte?**

20:00 – 23:00 **Get-together**

Torsdag 26/10

07:00 **Yoga/jogging/bad og sauna**

09:00 – 09:30 **Åpning av årsmøtet**

Åpning ved NGF-leder Ragnar Kvie Sande
Velkommen til Haugesund ved Ordføreren

09:30 – 10:30 **Keynote lecture**

Dr Gaby Moawad - "Roadmap to Automated Surgery"

10:30 – 11:00 **Pause og besøke utstillere**

11:00 – 12:00 **Frie foredrag**

12:00 – 13:00 **Lunsj**

12:10 – 12:55 **Lunsj-symposium NOVO NORDISK**

«Behandling av overvekt og fedme»

12:10 – 12:55 **Lunsj-symposium INTUITIVE**

«Computer assisted technology in gyn surgery ano 2023»

«How to start up a successful da Vinci GYN program in Norway ano 2023»



- 13:00 – 13:30 **Pause – besøke utstillere og Postertalk** (1 min a 15 min)
- 13:30 – 15:00 **Sjeldne tilstander innenfor gynekologien**
Heidi Glosli - leder for Senter for sjeldne diagnoser
Kirsten Hald - spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer om medfødte misdannelser
Jone Trovik - spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer om fistler
- 15:00 – 15:30 **Pause – besøke utstillere og Postertalk** (1 min a 15 min)
- 15:30 – 17:00 **Frie foredrag**
- 17:00 – 17:30 **Pause – besøke utstillere**
- 17:30 – 19:00 **Generalforsamling**
- 19:30 – 01:00 **Årsmøtemiddag**

Fredag 27/10

- 09:00 – 10:00 **Frie foredrag**
- 10:00 – 10:30 **Pause – besøke utstillere og Postertalk** (1 min a 15 min)
- 10:30 – 12:00 **Hvordan beholde generalisten i gynekologi/obstetikk i møte med økende kvalitetskrav?**
Kristin Kornelia Utne, tidligere YLF-leder og medlem i Helspersonellkomisjonen
Thea Falkenberg Mikkelsen, LIS i Fødselshjelp og kvinnesykdommer
Anne Birte Lømo, Overlege og spesialist i Fødselshjelp og kvinnesykdommer
Johanne Kolvik Iversen, Overlege og spesialist i Fødselshjelp og kvinnesykdommer
John Christian Glent, Leder i Norsk Kirurgisk Forening (NKF)
- 12:00 – 12:45 **Lunsj**
- 12:10 – 12:55 **Lunsj-symposium EXELTIS**
«Vaginal atrofi – den stille epidemien»
«En ny unik kombinasjon av ultralavdose østriol og laktobacillus for behandling av vaginal atrofi og gjenoppretting av vaginalfloraen etter infeksjon»
- 12:10 – 12:55 **Lunsj-symposium GSK**
«Biomarkører innenfor gynekologisk kreft»
«Persontilpasset medisin innenfor gynekologisk kreft – hva er status?»
- 12:45 – 13:15 **Pause – besøke utstillere og Postertalk** (1 min a 15 min)
- 13:15 – 14:45 **Frie foredrag**
- 14:45 – 15:00 **Pause og besøke utstillere**
- 15:00 – 16:30 **Vulvodyni**
Nina Bohm-Starke, Docent, Overlege
Jenny Toftner, Kvinnehelsefysioterapeut og spesialist i sexologisk rådgivning NACS
- 16:30 – 16:45 **Prisutdeling og avslutning**
- 16:45 **Buss til flyplassen**



Kjære noverande og tidlegare FUGO-folk!



Øystein Bergøy
FUGO-leder

I 1998 blei eit friskt og vitalt barn forløyst. Som ein kan rekna med i vårt land, var det med kyndig personell tilstades. Dette barnet fekk eit namn det tilsynelatande kun deler med ineffektive japanske ballongbomber frå andre verdskrigen og ein valdeleg manga-karakter med oppriven dress og tangatruse. Som eit døme på at namnet ikkje skjemma nokon har dette barnet vakse seg til å bli ein framoverlent og energisk 25-åring foreldrene kan vera stolte av.

I dette nummeret av Gynekologen markerer me altså 25-årsjubileet til FUGO. Dokker kan lesa intervjuer med fleire av våre tidlegare leiarar, og høyra om oppstarten av organisasjonen vår. Eg er frykteleg stolt over å få lov til å vera leiar av denne organisasjonen i sitt jubileumsår. Takka vera tidlegare leiarar og styrer har me klart å bli ein lis-organisasjon som våre systerorganisasjoner

ser til. Kampanjane våre og kursa våre blir me fortalde er til inspirasjon for andre lis-organisasjonar. Som eg tidlegare har sagt i denne spalta er eg glad for det tette samarbeidet me har til NGF. Arbeidet vårt i den siste tida har dreidd seg stadig meir om å knyta oss tettare opp mot organa der me kan påverka kvardagen for lis. Me har fått eit tettare samarbeid med NGF når det gjeld årsmøteavviklinga, som me trur vil betra samarbeidet vårt generelt framover. Når me kjenner kvarandere med ansikt er det lettare å få ting gjort. Framover vil me også arbeida med å knyta LIS-kontaktane i spesialitetskomiteen nærare FUGO-styret. Me arbeider vidare med å få en betre kommunikasjon med medlemmene våre via facebookgruppa vår og kontaktpersonar me snart har ved alle avdelingar der me har medlemmer. Slik trur me at me vil vera godt skodde for å la dokkars stemmer bli høyrte der det betyr noko. Me arbeider med konkrete saker me håper me kan visa dokker fruktene av snart. Samstundes skal me halda fram med det me er gode på, nemleg kurs, kampanjer, innhald til Gynekologen og ENTOG-utveksling.

Gratulera med 25-årsfeiringa!

Øystein Bergøy
Leiar i FUGO



Behandling ved vaginal atrofi

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

EFFEKT

Signifikant god effekt på symptomer og slimhinne¹⁻⁴

SIKKERHET

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

VAGINALGEL

Adhesiv, smørende og lindrende¹

RESEPT-
BELAGT
LEGEMIDDEL

Gelisse®

50 µg østriol/g vaginalgel

Gelisse

Østrogen

ATC-nr.: G03CA04.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Referenser:

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

11 Fugo-lederes tilbakeblikk

FUGO feirer 25 år i år, og i den forbindelse har vi intervjuet tidligere FUGO-ledere om tiden deres i FUGO. Få et unikt innblikk i FUGOs historie gjennom deres seiere, utfordringer og læringsutbytte fra tiden som leder.



Synnøve Lian Johnsen
FUGO-leder 1998

1. Kort presentasjon av deg selv.
Seksjonsoverlege ved seksjon for fostermedisin og UL på Haukeland universitetssykehus, spesialist i 2001, doktorgrad i 2004: Fetal age and growth.

Det var Ingvild Vistad og jeg som tok initiativ til å etablere FUGO etter at vi sammen hadde vært på utveksling i Athen høsten 1997. FUGO ble formelt startet påfølgende forsommer, altså 1998. Jeg husker ikke helt hvordan vi organiserte det i starten, men jeg tror det var mer som en arbeidsgruppe med oss to, samt Cathrine Ebbing og Martin Andresen fra styret.

2. Hva var det beste med å være med i FUGO?

Det var kjekt å få være med å påvirke og utvikle utdanningen og faget, samt bli kjent med mange kollegaer fra andre sykehus.

3. Hva var de største prosjektene, kampanjene eller lignende dere jobbet med?

Det var jo selve etableringen, å få FUGO på dagsorden på årsmøtene, få aksept og penger og jobbe med utdanningen.

4. Hva har du tatt med deg videre fra tiden din i FUGO?

At det er verdifullt og inspirerende med nasjonalt og internasjonalt samarbeid.

5. Tanker om hva FUGO burde fokusere på/viktige oppgaver fremover?

Det er viktig å jobbe for at LIS-utdanningen blir noenlunde lik over hele landet uten for store regionale forskjeller.

1998



Elisabeth Wik
FUGO-leder 2003-2005

1. Kort presentasjon av deg selv.
Spesialisering i gynekologi før jeg gikk ut i PhD-stipend på endometriecancer-prosjekt (Salvesen-gruppen, UiB). Jeg gikk over til spesialisering i patologi etter

endte PhD og er nå spesialist i patologi, førsteamanuensis ved UiB og avdelingssjef ved Avdeling for patologi ved Haukeland universitetssykehus.

2. Hva var det beste med å være med i FUGO?

Å få innsikt i fagmedisinsk arbeid, å kunne jobbe med saker LIS mente var viktige for utdanningen vår, å kunne påvirke moderforeningen i LIS- og fagrelaterte saker, å bli kjent med LIS på tvers av avdelinger og regioner.

3. Hva var de største prosjektene, kampanjene eller lignende dere jobbet med?

Vi arrangerte kurs i samarbeid med NFYOG og NGF årsmøte-formøte med kurselementer inkludert, og vi dro i gang mer FUGO-relatert info på nettsiden.

4. Hva har du tatt med deg videre fra tiden din i FUGO?

Lærdom om at vil du ha noe gjort, er det bare å sette i gang selv – og ha med gode kolleger til jobben.

5. Tanker om hva FUGO burde fokusere på/viktige oppgaver fremover?

Nå har jeg vært i patologifaget en del år og har ikke lenger god innsikt i hvor gyn-faget og LIS-utdanningen står. Jeg står derfor over å foreslå fokusområder for FUGO. Men, jeg vil skyte inn at det er viktig at LIS i gyn-faget engasjerer seg i fagmedisinske saker som berører deres utdanning. Jeg tenker at FUGO-engasjement avler engasjement også for seinere fagmedisinsk arbeid. Det er viktig!

2003-2005



Solhild Stridsklev
FUGO-leder 2006-2008

1. Kort presentasjon av deg selv.
Overlege fødeavdelingen, St.Olavs Hospital, Førstemanuensis NTNU. PhD på PCOS hos gravide.

2. Hva var det beste med å være med i FUGO?

Det beste med FUGO var å bli kjent med mange hyggelige kollegaer fra hele landet.

3. Hva var de største prosjektene, kampanjene eller lignende dere jobbet med?

Det største vi utrettet da jeg var leder var at vi planla og arrangerte det første LIS pre-årsmøte kurset. Det handlet om CTG/fosterovervåkning før årsmøtet i Bodø i 2008.

4. Hva har du tatt med deg videre fra tiden din i FUGO?

Flere med forskjellig erfaring fra forskjellige plasser kan få til mye sammen!

5. Tanker om hva FUGO burde fokusere på/viktige oppgaver fremover?

Tenke fremover. Stille spørsmål! Hvorfor gjør vi det på denne måten? Det er ikke alltid at man skal fortsette med noe fordi man alltid har gjort det sånn.

2006-2008



Sissel Oversand
FUGO-leder 2009-2010

1. Kort presentasjon av deg selv.
Overlege gyn OUS Ullevål, PhD 2018 innen urogynekologi.

2. Hva var det beste med å være med i FUGO?

Som ung gynekolog ble man raskt kjent med fagmiljøet i Norge samt mange kolleger fra andre land via ENTOG (og EBCOG).

3. Hva var de største prosjektene, kampanjene eller lignende dere jobbet med?

Vi innførte endagskurs for LIS i forkant av NGFs årsmøte (første gang i Bodø i 2008). Kurset var godkjent som valgfritt kurs for spesialistutdanningen, og ble innført for å sikre at flere LIS, i tillegg til å ha faglig utbytte av kurset, også skulle ha mulighet til å få fri fra avdelingene for å delta på NGFs årsmøte.

4. Hva har du tatt med deg videre fra tiden din i FUGO?

En dypere forståelse av organisasjonsarbeid og kursplanlegging, og ikke minst venner for livet.

5. Tanker om hva FUGO burde fokusere på/viktige oppgaver fremover?

FUGO spiller en viktig rolle i rekrutteringen til faget ved å jobbe for at unge kolleger føler tilhørighet til vårt fantastiske fagmiljø.

2009-2010



Erik Andreas Torkildsen FUGO-leder 2011

1. Kort presentasjon av deg selv.
PhD. Spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Lege i spesialisering i samfunnsmedisin.

I 2004 begynte jeg som LiS i fødselshjelp og kvinnesykdommer ved Haugesund sjukehus, og i 2005 flyttet jeg til Kvinne-klinikken ved Stavanger universitetssjukehus. Der arbeidet jeg frem til mai 2022, med et par avbrekk for å ta kirurgitjenesten ved Voss sykehus og et halvt år ved Kvinne-klinikken, St. Olavs Hospital. I Stavanger ble jeg spesialist og arbeidet hovedsakelig med fødselshjelp. Jeg fullførte min medisinske doktorgrad "Ultrasound & prediction of prolonged labor" i 2013 ved NTNU, og jobbet senere som seksjonsoverlege og avdelingssjef i Stavanger. Juni 2022 tok karrieren min en litt annen vei da jeg fikk jobb som assisterende fylkeslege hos Statsforvalteren i Rogaland, og jeg er nå LiS i samfunnsmedisin.

2. Hva var det beste med å være med i FUGO?

Under mitt første årsmøte i Norsk gynekologisk forening i 2005, kom jeg inn i en forening som var både hyggelig og lærerik. Der var det kolleger fra hele landet, som kom sammen for å lære av hverandre og ha det sosialt. Jeg ble også kjent med FUGO, og jeg synes det var veldig bra at LiS kunne komme sammen i egen forening for å diskutere fag og utdanning.

FUGO var den første fagmedisinske foreningen for utdanningskandidater i Norge, og var en del av ENTOG i Europa. Etter at jeg kom inn i styret til FUGO, ble jeg oppnevnt av YLF til å representere «Permanent Working Group of European Junior Doctors» i styret til European Board & College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG). Ved å delta i fagmedisinsk forening både i Norge og i Europa fikk jeg oppleve en større bredde i faget, og jeg fikk delta i både politiske og fagmedisinske diskusjoner som berørte mange land. Mulighet til å oppleve mange ulike sider av faget, i tillegg til å spesialisere meg i Stavanger, er noe som jeg har hatt glede av i hele min

yrkeskarriere. Jeg har brukt mye av denne erfaringen i hverdagen som obstetriker og gynekolog. Erfaringen har også vært viktig i min periode som leder av en kvinneklinikk, og nå som assisterende fylkeslege hvor jeg arbeider med medisinen i et større samfunnsperspektiv.

3. Hva var de største prosjektene, kampanjene eller lignende dere jobbet med?

I min FUGO-periode bestod mesteparten av jobben i å representere foreningen i Norsk gynekologisk forening, samt i de nordiske og europeiske spesialitetsforeningene ENTOG, NFYOG og EBCOG. Vi arrangerte også utveksling gjennom ENTOG til ulike europeiske land. I tillegg ønsket vi å bidra til fagutvikling og startet opp med kurs for LiS i forkant av årsmøtene. Hovedmålet var å avholde kurs med emner som ikke ble dekket fullt ut av de obligatoriske kursene, samt gi et større tilbud for LiS i forbindelse med årsmøtene. Det første kurset jeg var med på å arrangere var i Bodø i 2008, der vi hadde om CTG og STAN fosterovervåking.

4. Hva har du tatt med deg videre fra tiden din i FUGO?

FUGO gav meg mange muligheter til å treffe andre kolleger i inn- og utland, og jeg knyttet mange kontakter som jeg har hatt glede av i jobben min. Jeg fikk i tillegg erfare mange ulike sider av spesialiteten, som gav meg større innsikt i faget. FUGO er en fin inngangsport til fagmedisinsk foreningsarbeid, som gir gode muligheter til å se flere sider av spesialiteten – noe som jeg vil anbefale alle å gjøre!

5. Tanker om hva FUGO burde fokusere på/viktige oppgaver fremover?

Fødselshjelp og kvinnesykdommer er et fag som utvikler seg raskt, dag for dag. FUGO har jobbet mye med å utvikle ferdighetstrening og styrke LiS-utdanningen, gjennom «Trygge hender» og «Gi kniven videre». I vår spesialitet, som spenner seg fra kreftbehandling, til hormoner og endometriose, til infertilitet, og til svangerskap og fødsel, vil grunnutdanningen sammen med god ferdighetstrening bli mer og mer viktig. I tillegg må vi ha et blikk utover Norges grenser og bevare den gode kontakten med ENTOG og Europa.



Christian Tappert FUGO-leder 2012

1. Kort presentasjon av deg selv.

Jeg er overlege på Fødeavdelingen på St. Olavs Hospital i Trondheim. Fra 2005 til 2008 var jeg LiS på Sykehuset Levanger,

2,5 år på Gynekologisk avd. og ett år på kirurgisk avdeling som sideutdanning. Sommeren 2008 flyttet jeg til Trondheim/St. Olavs hvor jeg fant raskt ut at jeg trives best med fødselshjelp. Jeg har jobbet som overlege på Fødeavdelingen siden 2010 og ble spesialist i 2011. Ved siden av min kliniske stilling har jeg de siste årene jobbet mye med kvalitetsforbedringsarbeid, både egne prosjekter og veiledning av andre prosjekter, også utenfor eget fagområde. Jeg har avsatt en del av min stilling for å veilede LiS 2/3 i forbedringsprosjektene som er læringsmål under «felles kompetansemålene» (men det har vært utfordrende å etablere gode ordninger under pandemien, sykehusinterne utfordringer og sist, men ikke minst, innføring av Helseplattformen hos oss).

2. Hva var det beste med å være med i FUGO?

Jeg vet ikke hvordan det er nå, men da jeg var medlem i FUGO var vi vel den eneste fagmedisinske foreningen med en egen gruppe for LiS. Det gjorde meg veldig stolt å være med på det. Det har alltid vært - og er fremdeles - veldig spennende å snakke med kollegaer om erfaringer og forskjeller mellom sykehus.

3. Hva var de største prosjektene, kampanjene eller lignende dere jobbet med?

Mens jeg var i FUGO etablerte vi ordningen med å organisere kurs i forkant av NGF Årsmøte. Vi synes alle at det er kjempeviktig å gi LiSene mulighet å kunne delta på NGF sine årsmøter. Pga. sponsorer fra industrien kunne man ikke få dekket reisen dit fra Legeforeningen. Ved å etablere kurs rett før årsmøtet skaffet vi en mulighet for LiS til å få dekket reiseutgiftene til stedet årsmøtet var avholdt. Det føltes veldig artig å få på plass en slik ordning, og i tillegg å ha en mulighet til å tilby kurs i deler av faget som vi mente var viktig å ha mer kunnskap om enn det som var mulig å få i obligatoriske kurs (kolposkopi, IVF, fosterovervåkning, for å nevne noen tema).

4. Hva har du tatt med deg videre fra tiden din i FUGO?

Det som jeg absolutt har tatt med meg fra FUGO er å se at man får til ting, også hvis man er forholdsvis fersk i faget. Når man starter i karrieren føler man ofte at man ikke har noe å si, men å etablere et kurstilbud viser at man blir hørt. I årene etter at jeg har gått ut av FUGO har det vært flere fantastiske prosjekter konkret rettet mot utdanningen i regi av FUGO hvor man ser det samme (Gi kniven videre, Boksen går osv.).

5. Tanker om hva FUGO burde fokusere på/viktige oppgaver fremover?

Jeg synes at FUGO gjør en fantastisk jobb. Det som jeg tror blir det store tema i årene som kommer er rekruttering, både til legeyrket generelt og i særlig grad til vår eget fag, verdens beste fag (som dessverre ikke alle skjønner).

2012



Marte Myhre Reigstad FUGO-leder 2013-2014

1. Kort presentasjon av deg selv.

Forsker ved Oslo Universitetssykehus og praktiserende spesialist ved Gynekologene på Kolbotn.

2. Hva var det beste med å være med i FUGO?

Å bli kjent med kollegaer i hele landet.

3. Hva var de største prosjektene, kampanjene eller lignende dere jobbet med?

Gi kniven videre.

4. Hva har du tatt med deg videre fra tiden din i FUGO?

At mange tenker og jobber likt, selv om arbeidsmiljøet (dvs. fødetall og geografi) er ulikt.

5. Tanker om hva FUGO burde fokusere på/viktige oppgaver fremover?

Jeg tror FUGO selv vet best hvor skoen trykker. Jeg tror de har en viktig rolle som formidlere av kontakt (kan jeg være så klisjéfylt som å si brobygger?) mellom LIS, men også mellom LIS og spesialister. Og fra mitt ståsted kan jeg jo si at spesialister utenfor sykehus har mye pasienterfaringer som LIS også gjerne kan dra nytte av (idé til neste kampanje?).

2013-2014



Helene Fjeldvik Peterson FUGO-leder 2014-2015

1. Kort presentasjon av deg selv.
Spesialist i Fødselshjelp og Kvinnesykdommer. For tiden i fordypningsstilling ved KK, Åhus.

2. Hva var det beste med å være med i FUGO?

Det var å samarbeide med andre engasjerte Lis fra andre sykehus rundt om i landet mot felles mål. Ulike forhold og utfordringer, men allikevel et felles syn på det meste. Det internasjonale samarbeidet og møter med andre Lis i Skandinavia og resten av Europa var også kjempegøy. Jeg husker også at det var spennende å være med på NGF-møter som fersk Lis og få innblikk i «de voksnes» debatt.

3. Hva var de største prosjektene, kampanjene eller lignende dere jobbet med?

Vi hadde kampanjen «Gi kniven videre», inspirert av søsterorganisasjonene i Sverige og Danmark. Hensikten var å forbedre den kirurgiske opplæringen av Lis, både ved å være hyppigere førsteoperatør og ved å få bedre læringsutbytte ved hver operasjon. Ortopedene adopterte kampanjen og kjørte den et par år etterpå.

4. Hva har du tatt med deg videre fra tiden din i FUGO?

Det nytter å engasjere seg, man blir faktisk lyttet til. Som Michelle Obama sier; ta kontroll over det du kan ta kontroll over. Når verden er stor og kjip, så er det i hvert fall fint å kunne engasjere seg på overkommelige arenaer. Når man jobber med verdens viktigste, beste og ræste fag, så er det jo ekstra meningsfylt.

5. Tanker om hva FUGO burde fokusere på/viktige oppgaver fremover?

Rekruttering til faget! Kanskje det også er på tide å børste støvet av «Gi kniven videre»? Uansett, engasjerte Lis er viktig, - lykke til med arbeidet videre!

2014-2015



Thea Falkenberg Mikkelsen FUGO-leder 2016-2018

1. Kort presentasjon av deg selv.
LIS og PhD-stipendiat ved Oslo Universitetssykehus. Tidligere gyn/obst.avdelinger: 18 måneder i Bodø og 6 måneder i Blantyre, Malawi.

2. Hva var det beste med å være med i FUGO?

Få mulighet til å løfte blikket, se de store linjene og til å jobbe for kvalitet og yrkesstolthet i faget vårt. En følelse av å være en del av noe større og å jobbe på lag med utrolig engasjerte og flinke folk. Jeg gikk alltid hjem fra styremøter full av pågangsmot, med fornyet energi og med tro på menneskeheten.

3. Hva var de største prosjektene, kampanjene eller lignende dere jobbet med?

“Boksen går” ble rullet i gang og vi jobbet mye opp mot planlegging av ny spesialistutdanning. For FUGO var det blant annet viktig å arbeide for at operasjonslistene ikke ble tatt bort. Med kampanje i sosiale og tradisjonelle media under parolen “Vi vil bli spesialist, ikke spesialish”, fikk vi helseminister Høie i tale og debatterte med ham både i aviser og i radio. Som et resultat av et stort engasjement fra de fagmedisinske foreninger og Legeforeningen sentralt kom Helse- og omsorgsdepartementet etter hvert med følgende viktige uttalelse: «Vi ber helsedirektoratet[...] sørge for en nasjonal standardisering ved å anbefale et minimumstall for gjennomførte praktiske kliniske ferdigheter sammenstilt i prosedyrelister[...] avvik fra minimumstallene bør ha en særlig begrunnelse».

4. Hva har du tatt med deg videre fra tiden din i FUGO?

Kjennskapet til og vennskap med en rekke av de mest engasjerte, ressurssterke og kompetente fagfolkene blant oss. Kunnskap om hvordan Gyn-Norge ser ut og agerer.

5. Tanker om hva FUGO burde fokusere på/viktige oppgaver fremover?

Engasjere seg videre i “den nye” spesialistutdanningen, slik at det faktisk blir et kvalitetsløft og ikke minst at den nasjonale minstestandarden opprettholdes!

2016-2018



Hilde Sellevoll FUGO-leder 2019-2021

1. Kort presentasjon av deg selv.
LIS, pågående PhD.

2. Hva var det beste med å være med i FUGO?

Bli kjent med andre LIS fra hele Norge, både fra små og store sykehus, og få innblikk i hvordan det er å være LIS ved de ulike sykehusene. I tillegg innsikt i hvordan NGF arbeider.

3. Hva var de største prosjektene, kampanjene eller lignende dere jobbet med?

Avslutningen av «Boksen går»-kampanjen og oppstarten av «Trygge hender»-kampanjen der vi sikret oss finansiering. Oppstart av FUGO-teket. Planlegging av ENTOG-utveksling i 2020, men dette ble avlyst pga korona, noe som selvsagt var en skuffelse.

4. Hva har du tatt med deg videre fra tiden din i FUGO?

Kontaktnettverket, en bred innsikt i hvordan det er å være LIS i faget vårt, og ikke minst at det finnes utrolig mange fine, dyktige og engasjerte kollegaer der ute.

5. Tanker om hva FUGO burde fokusere på/viktige oppgaver fremover?

Jeg synes kampanjene vi har hatt de siste årene har vært utrolig fine, og jeg håper at disse vil bli videreført eller gjenopptatt senere. Denne type strukturert opplæring av LIS er utrolig nyttig, og jeg håper de ulike avdelingene ser verdien av å bruke tid (og penger) på dette.

I tillegg tror jeg det kan være bra å kunne styrke samarbeidet og utnytte nettverket som finnes rundt FUGO, både det internasjonale nettverket med ENTOG og NFYOG, og nettverket med de andre LIS-foreningene i Norge gjennom FUxx-forum.

2019-2021



Øystein Bergøy FUGO-leder 2022-2023

1. Kort presentasjon av deg selv.
Eg er tidlegare odelsgut frå Finnøy i Ryfylke, utdanna ved UiO og noverande lis på kvinneklinikken

ved Stavanger Universitetssjukehus. Der er eg så heldig å ha ei D-stilling som betyr at eg er 50% frikjøpt til å forska som del av ein phd. Den dreier seg om intrauterin veksthemming og om Doppler av binyrearteriene til fosteret kan vera ein markør på placentasvikt. Før eg starta i Stavanger i 2018, arbeidde eg litt over to år på kvinneklinikken ved Sørlandet Sykehus Kristiansand.

2. Hva er det beste med å være med i FUGO?

Det aller beste er å sjå kor utruleg mange engasjerte og bra folk me har som legg ned så mykje frivillig arbeid for å gjera lis-tilværet så bra som mogleg. Samarbeidet med NGF fortener også heiderleg omtale.

3. Hva har vært de største prosjektene, kampanjene eller lignende dere har jobbet med?

Kampanjen "Trygge hender" og ENTOG-utvekslinga som blei arrangert i Norge i 2022.

4. Hva tar du med deg videre fra tiden din i FUGO?

Eg trur eg vil visa til spørsmål 2. Gleda av å ha leia ein så bra gjeng som FUGO-styra desse to åra har vore stor.

5. Tanker om hva FUGO burde fokusere på/viktige oppgaver fremover?

Å halda på aktivitetane våre etterkvart som den nye spesialiseringsordninga kjem ut av spedbarnsfasen. Det er fantastisk at me så langt har klart å behalda støtten frå utdanningsfondet for deltaking for lis på FUGO-kurset. Det stadig nærare samarbeidet med NGF i saker som angår lis er også noko eg håper me kan fortsetja å betra.

2022-2023



«Gi kniven videre» – Den første FUGO-kampanjen



Tiril Tingleff
Overlege på Ringerike Sykehus

«Gi kniven videre» var FUGOs første kampanje. Den ble lansert i november 2014 og varte offisielt til april 2015. Inspirasjonen til kampanjen kom fra tilsvarende kampanjer i Danmark og Sverige som vi i FUGO fikk kjennskap til gjennom NFOG. Motivasjonen for «Gi kniven videre» var at det tok lang tid for LIS å fylle operasjonslistene sine og et inntrykk av at den kirurgiske delen av utdanningen manglet struktur og kontinuitet. Kampanjen var støttet av NGF og fikk økonomisk støtte gjennom Legeforeningens fond for kvalitet og pasientsikkerhet.

Før oppstart ble det gjort en kartlegging blant LIS og utdanningsavdelingene om hvordan opplæringen ble organisert og gjennomført. På bakgrunn av kartleggingen og erfaringene i Danmark og Sverige ble det utviklet forslag til tiltak for å tilrettelegge strukturert kirurgisk opplæring. Tiltakene omhandlet blant annet tips til organisering av operasjonsdager, råd om hvordan overlegene kunne bli mer pedagogiske instruktører og hvordan LIS selv måtte ta ansvar for å øve og kommunisere egne forventninger og behov. Det ble trykket opp buttons med «Gi kniven videre»-logo, et lommekort med punkter for LIS og overlege til gjennomgang før og etter inngrep og en plakett til å henge i vasken med punktene på lommekortet.

«Gi kniven videre» ble spredd gjennom dedikerte LIS i hver avdeling. De informerte de andre i avdelingen og registrerte hvor

mange inngrep LIS deltok på i deres avdeling. Oppdateringer om kampanjen ble publisert i Gynekologen og presentert på to av NGFs årsmøter. Vi hadde til og med postere på EBCOG- og NFOG-kongress i 2016. Medlemsbladet til YLF trykket en artikkel om «Gi kniven videre» i 2014. Behovet for kampanjen ble understreket av at LIS-foreningene til ØNH, ortopedi og kirurgi gjennomførte blåkopier av «Gi kniven videre» i sine spesialiteter.

«Gi kniven videre» ble gjennomført i en tid før Facebook-grupper og andre sosiale medier var utbredt, så kampanjens Facebook-gruppe var ikke spesielt aktiv. Kommunikasjonen foregikk i all hovedsak via e-post. FUGOs hjemmeside og Gynekologen ble benyttet flittig til å promotere budskapet. Sett med dagens øyne er det helt imponerende hvor engasjerte og villige alle LIS-representantene på alle sykehusene var, med de begrensede kommunikasjonskanalene som fantes.

Spørreundersøkelsene gjort før og etter kampanjen viste forbedring på alle de tre områdene kampanjen hadde fokus på. Det var større sjanse for LIS å bli satt som hovedoperatør (28%-39%), delta aktivt på kompliserte inngrep (37%-55%) og gjøre samme inngrep flere ganger på rad (36%-42%). LIS rapporterte også at de i større grad beskrev forventningene sine til instruktøren (31%-44%) etter kampanjen. I forhold til registreringene av inngrep viste de at det er stor variasjon i avdelingene vedrørende i hvilken grad LIS deltar på aktuelle inngrep. På landsbasis ble 38% av de 4198 registrerte inngrepene gjort uten at det var LIS til stede.

Kampanjen ble generelt godt mottatt i avdelingene, og det var stor oppslutning. Kanskje var likevel den viktigste funksjonen til denne kampanjen at vi viste at LIS og overleger engasjerer seg når temaet gir mening og at det går an å dra i gang en landsdekkende kampanje med utdanning, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i fokus.

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

EN TABLETT OM DAGEN MOT MYOM¹

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



Ryeqo® (relugoliks, østradiol, noretisteronacetat)

* 50 % VED 24 UKER²

1. Preparatomtale for Ryeqo® (SPC), april 2023. 2. Al-Hendy et al, N Engl J Med 2021;384:630-42. 3. Al-Hendy A, et al. Obstet Gynecol. 2022;140(6):920-30.

GnRH-antagonist. ATC-nr.: H01C C54. Utleveringsgruppe C. Reseptbelagt legemiddel. Kan forskrives på H-resept. **TABLETTER, filmdrasjerte 40 mg/1 mg/0,5 mg.** **Indikasjoner:** Behandling av moderate til alvorlige symptomer på myomer hos voksne kvinner i fertil alder. **Dosering:** 1 tablett 1 gang daglig. Kan tas uten avbrudd. Ved risikofaktorer for osteoporose eller tap av benmasse, anbefales det å utføre en dobbelt radioabsorpsjonsmetri (DXA) før en igangsetter behandling. Når behandlingen innledes, skal 1. tablett tas innen 5 dager etter menstruasjonsstart. Dersom behandlingen startes en annen dag i menstruasjonssyklusen, kan det innledningsvis oppstå uregelmessig og/eller kraftig blødning. Graviditet må utelukkes før behandling innledes. DXA-skanning etter 1 år anbefales. **Glemt dose:** Hvis 1 dose glemmes, må behandlingen tas så snart som mulig og deretter fortsette neste dag til vanlig tid. Hvis doser glemmes i ≥2 etterfølgende dager, må en ikke-hormonell prevensjonsmetode brukes de neste 7 dagene. **Spesielle pasientgrupper:** Kontraindisert ved alvorlig leversykdom hvis leverfunksjonsverdiene ikke er normaliserte. **Administrering:** Tas på omtrent samme tid hver dag, med eller uten mat. Bør tas med litt væske etter behov. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Tidligere eller nåværende venøs tromboembolisk sykdom. Tidligere eller nåværende arteriell tromboembolisk kardiovaskulær sykdom. Kjente tromboemboliske sykdommer. Kjente osteoporose. Hodepine med fokale neurologiske symptomer eller migrene med aura. Kjente eller mistenkte maligne tilstander som påvirkes av kjønnssteroide. Tilstedeværelse av eller historie med levertumorer (godartede eller ondartede). Tilstedeværelse av eller historie med alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normaliserte. Graviditet eller mistenkt graviditet og amming. Blødning fra genitalia med ukjent etiologi. Samtidig bruk av hormonelle prevensjonsmidler. **Forsiktighetsregler:** Skal kun forskrives etter nøye diagnostisering. **Medisinsk undersøkelse/konsultasjon:** Før igangsetting eller gjenopptak skal det foretas en fullstendig medisinsk anamnese (inkl. familieranamnese). Blodtrykk skal måles og fysisk undersøkelse utføres mht. kontraindikasjoner og forsiktighetsregler. Regelmessige kontroller skal utføres iht. standard klinisk praksis. Ev. hormonell prevensjon må stoppes før igangsetting. Ikke-hormonelle prevensjonsmetoder må brukes i minst 1 måned etter behandlingsstart. Graviditet må utelukkes før administrering eller gjenopptak. **Risiko for tromboembolisk sykdom:** Bruk av legemidler som inneholder østrogen og gestagen øker risikoen for arteriell eller venøs tromboembolisme (ATE eller VTE). Hvis ATE/VTE oppstår, må behandlingen seponeres umiddelbart. Kontraindisert ved tidligere eller nåværende VTE eller ATE. **Risiko for tap av benmasse:** Hos noen kvinner med normal benmineraltetthet (BMT) ved behandlingsstart, er tap av benmasse (fra >3-8%) sett. Nytte og risiko ved bruk hos pasienter med tidligere lavtraume fraktur eller andre risikofaktorer for osteoporose eller tap av benmasse, bør vurderes før behandlingsstart. Behandling skal ikke innledes dersom risikoen forbundet med tap av benmasse overstiger potensiell nytte. **Levertumorer eller leversykdom:** Hvis samtidig bruk av leverenzyminduktorer anbefales ikke over en lengre periode. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Kontraindisert ved graviditet. Skal seponeres dersom graviditet oppstår. **Redusert evne til å gjenkjenne graviditet:** Utfør graviditetstest ved mistenkt graviditet, og seponer behandlingen dersom graviditet bekreftes. **Fremskutt eller avstøtning av submukost myom:** Kvinner som har eller mistenkes å ha submukøse myomer, skal informeres om muligheten for prolaps eller avstøtning av myomer, og de bør kontakte lege om alvorlig blødning gjenopstår. **Depresjon:** Kvinner med tidligere depresjon skal følges nøye. Skal seponeres dersom depresjon vender tilbake i alvorlig grad. Kvinnen skal rådes til å kontakte lege ved humørsvingninger og depressive symptomer, også kort tid etter behandlingsoppstart. **Hypertensjon:** Om klinisk signifikant hypertensjon oppstår, bør dette behandles, og nytten av fortsatt behandling vurderes. **Galleblæresykdom:** Tilstander som galleblæresykdom, cholelithiasis og kolecystitt er sett, men sammenheng med preparatet er uklar. **Laboratorietester:** Bruk av østrogener og gestagener kan påvirke resultatene av visse laboratorietester. Endringene forblir vanligvis innenfor normalområdet. **Hjelpetoffer:** Inneholder laktose og bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, total laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse på felleskatalogen.no. **Potensial for andre legemidler til å påvirke preparatet:** Relugoliks: Orale P-gp-hemmere: Samtidig bruk anbefales ikke. Se preparatomtale (SPC) for mer informasjon. Sterke CYP3A4- og/eller P-gp-induktorer: Samtidig bruk anbefales ikke. Østradiol og noretisteronacetat: CYP-enzyminduktorer: Samtidig bruk av leverenzyminduktorer anbefales ikke over en lengre periode. **Graviditet og fertilitet:** Kontraindisert ved graviditet. Skal seponeres dersom graviditet oppstår. **Amming:** Kontraindisert under bruk og i 2 uker etter seponering. **Fertilitet:** Hemmer eggløsning og forårsaker ofte amenoré. Eggløsning og menstruasjonsblødning vil komme tilbake kort tid etter avsluttet behandling. **Bivirkninger:** Vanlige bivirkninger er: dyspepsia, alopesi, hyperhidrose, nattesvette, hetetokter, brystcyste, redusert libido, uterusblødning (inkl. menoragi og metrorragi), og irritabilitet. **Overdosering/Forgiftning:** Se Giftinformasjonens anbefalinger for østrogener G03C og progestogener G03D på felleskatalogen.no. **Pakninger og priser (pr. 15.11.2021):** 28 stk. (flaske) kr. 1 343,40. 3x28 stk (flaske) kr. 3761,70 Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 20.06.2022. **Refusjon:** Blå resept: Ja. Byttbar: Nei. **Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Gedeon Richter Plc. Gyömrői út 19-21, 1103 Budapest, Ungarn. **Kontakt (repr.):** Gedeon Richter Nordics AB, Barnhusgatan 22, 5tr, 111 23 Stockholm, Sverige. Telefon: 00 47 21 03 33 90, E-post: medinfo.no@gedeonrichter.eu. **Les felleskatalogetekst eller preparatomtalen (SPC) for mer informasjon, se www.felleskatalogen.no. Sist endret: 06.04.2023.**

RYE-MAJ23-NO-23146



GEDEON RICHTER

Gedeon Richter Nordic AB. Barnhusgatan 22, 5tr, 111 23 Stockholm.



– Det er mulig å kombinere et «vanlig liv» med oppdrag for Leger Uten Grenser



Anca Heyd er gynekolog – en kompetanse det desperat er behov for nå i prosjektene til Leger Uten Grenser rundt om i verden.

– For noen år siden kom jeg endelig til et sted i livet hvor jeg kunne kombinere familie og jobb med Leger Uten Grenser. Nå tar jeg permisjon fra jobb én gang i året for å reise ut på oppdrag. Man får et nytt perspektiv på livet og vokser mye som menneske, forteller hun.

På hennes første oppdrag på Khost-sykehuset i Afghanistan behandlet hun mange kvinner med svangerskapskomplikasjoner. Her blir det født hundrevis av barn hver uke, og det finnes ikke mange andre helsetilbud i regionen.

– Situasjoner og tilstander, som jeg bare hadde lest om i bøker, og som vi nesten ikke ser i Norge, ble plutselig hverdagskost og måtte håndteres, forteller hun og trekker frem at man rent faglig lærer veldig mye.

I tillegg til klinisk behandling er også opplæring og veiledning av lokale kollegaer en viktig del av jobben. Kunnskapsutveksling går også begge veier. Alt handler om samarbeid, lytting og deretter løse et problem eller en utfordring.

– Det er likevel viktig med en viss faglig erfaring og trygghet, fordi man vil havne i uvante situasjoner hvor man er nødt til å improvisere. Man må også ha evnen til å jobbe flerkulturelt. Være åpen for andre måter å gjøre ting på. Akseptere og respektere andre mennesker og andre måter å jobbe på. Man må være fleksibel og leve med at man ikke alltid har kontroll, forteller hun.

Et nytt perspektiv

Anca har aldri angret på at hun reiste ut med Leger Uten Grenser, og beskriver oppdragene hun har vært på som krevende, men givende.

– Man opplever vonde og gode opplevelser. Begge like sterke og like verdifulle og som preger deg som menneske. Du blir bedre kjent med deg selv og med andre, og du opplever øyeblikk du har med deg resten av livet, avslutter hun.

Leger Uten Grenser har alltid behov for gynekologer. Kan det være deg?

For mer informasjon om hva vi er ute etter, scan QR-koden eller gå til: legerutengrenser.no/jobb-for-oss





«Boksen Går!» – Laparoskopitrening for LIS



Marianne Omtvedt
Kampanjeleder «Boksen Går!»
Legespesialist, Kvinneklubben OUS

Ønsker du mer laparoskopitrening der du jobber? Ta en titt på FUGO sine hjemmesider, så finner du all info du trenger for å komme i gang (igjen). Der ligger link til alle laparoskopiøvelsene, sertifiseringer, internundervisning osv. Har du andre spørsmål om kampanjen, så ta gjerne kontakt med kampanjeleder Marianne Omtvedt på maromt@ous-hf.no.

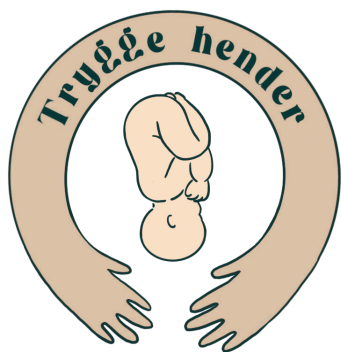
«Boksen Går!» – kampanjen ble lansert høsten 2018 for snart 5 år siden. FUGO-kampanjen hadde som mål å få på plass strukturt veiledet laparoskopitrening for LIS ved alle gynekologiske avdelinger i Norge. Kampanjen ble en stor suksess og engasjerte mange mens den stod på.

Eksakt hvor mange treningstimer som ble lagt ned på boksen i kampanjeperioden og i tiden etterpå vites ikke. Det vi vet er at treningsmengden økte betraktelig under kampanjeperioden, men at den også falt i tiden etterpå. Men for mange avdelinger var kampanjen det som skulle til for å få på plass fast veiledet laparoskopitrening, og til høsten kan de faktisk feire 5-års jubileum!

Fast veiledet laparoskopitrening krever avsatt tid til trening, treningslokaler, riktig utstyr og en primus motor som planlegger hvem som skal trene med hvem og når. Så enkelt og likevel så vanskelig å få til noen ganger i den kliniske hverdagen. Men alle LIS fortjener gode treningsmuligheter også utenfor operasjons-salen. Og var det noe kampanjen viste, så var det at man får til det man bestemmer seg for og fokuserer på. De som feirer 5-års jubileum i år med «Boksen Går!» har garantert hatt treningsøkter som har gått i vasken pga. drift, sykdom, Covid-19 eller en LIS eller overlege som har glemt at det var trening. Men de har også hatt kontinuitet over tid som over de siste 5 årene har resultert i mange treningstimer, sertifiseringer, bedre opplæring og tryggere LIS.



Charlotte Egeland, LIS ved OUS, startet rotasjonen på generell gyn høsten 2022 med sertifisering del 1



«Trygge hender» – Historien bak

Høsten 2022 startet FUGO-kampanjen «Trygge hender», med mål om å gi alle LIS i fødselshjelp og kvinnesykdommer tilgang på et strukturert opplæringsprogram i grunnleggende manuelle ferdigheter i obstetikk – helt fra starten av spesialiseringen. Her kommer et lite historisk blikk på kampanjen så langt.



Aslak Vimme Solhoff
Leder

Kampanjen «*Boksen går!*» gikk sin seiersgang i fagmiljøet vårt fra 2018/2019. Kampanjen utfordret til trening på laparoskopiske ferdigheter, og nasjonen Norge fikk et godt og etterlengtet fokus på trening innenfor operative ferdigheter. Da kampanjen var ferdig, var det mange stemmer som hvisket et ønske om en ny kampanje, denne gang med et obstetrisk fokus.

Strukturert møtevirksomhet ble startet opp. For å få gjennomført en nasjonal kampanje søkte vi om og fikk tildelt økonomisk støtte fra Fond for Kvalitetsforbedring og Pasientsikkerhet i 2021.



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

Undertegnede (Solfhoff) ble med i FUGO-styret mot slutten av 2020 og fikk raskt oppdraget å lage en ny kampanje med fokus på obstetikk. Motivasjonen og behovet var klart, for vi manglet et nasjonalt strukturert opplegg for opplæring og trening i obstetriske ferdigheter. Første naturlige steg ble å rekruttere Johanne Kolvik Iversen (Overlege ved Ullevål sykehus, faglig leder og veileder for «Trygge hender») som allerede hadde utviklet GETPRO, et strukturert undervisningsopplegg for LIS i obstetriske ferdigheter. Med veiledning og samarbeid med Johanne Kolvik Iversen, samt veiledning og råd fra Marianne Omtvedt (Legespesialist ved Ullevål sykehus, leder for FUGOs forrige kampanje «*Boksen Går!*»), gikk første del av 2021 med til planlegging og strukturering av kampanjen. Målet med «Trygge hender»-kampanjen ble å spre GETPRO til alle fødeavdelinger i hele Norge.

Like etter at vi hadde fått tildelt midler ble Catrine Størksen (Overlege ved KK Haukeland) rekruttert til prosjektgruppen for «Trygge hender» med primær rolle som økonomiansvarlig. I tillegg til støtte fra Fond for Kvalitetsforbedring og Pasientsikkerhet ble prosjektet også tildelt midler av Norsk Gynekologisk Forening (NGF).



Per Kristen Teigen
Faglig koordinator

I september 2022 gjennomførte vi et instruktørkurs for overleger ved alle Norges fødeavdelinger på Soria Moria i Oslo. Kurset var fullt tegnet og ble en stor suksess, med svært gode tilbakemeldinger fra deltagerne. Årsmøtet 2022 markerte kampanjens offisielle kick-off, og modul 1 ble lansert 11.11.22.



Catrine Størksen
Nestleder og
økonomiansvarlig

Siste medlem av prosjektgruppen ble rekruttert samtidig med kampanjens start ved årsmøtet 2022: Charlotte Egeland (LIS ved Ullevål sykehus). Hun ble ansvarlig for «Trygge henders» profil i sosiale medier.



Charlotte Egeland
Kommunikasjonsansvarlig
«Trygge hender»-kampanjen

Per Kristen Teigen (på den tiden LIS ved OUS Rikshospitalet, nå overlege ved KK Haukeland) var første medlem som ble rekruttert til den nå etablerte prosjektgruppen for «Trygge hender».

Neste del av fortellingen har dere forhåpentligvis selv opplevd på deres respektive avdelinger. Vi håper at treningsopplevelsene på hver enkelt fødeavdeling har vært gode, og at kunnskapen og samværet har bragt entusiasme for fag og forløsninger.



Julegave



Tromsø

Kampanjen i tall ser foreløpig meget gode ut, med svært høy gjennomføringsgrad blant LIS ved mange av landets sykehus. Det er veldig tett i toppen, og vi ser frem til å avduke resultatene på NGFs årsmøte i Haugesund i oktober!

Modul 3 er nå aktiv, og vi er spente på å se tallene derfra. Siste dato for gjennomføring av modul 3 før kampanjens ende er 01.10.23.

En oppfordring til alle «Trygge hender»-instruktører og LIS i trening: Send videosnutter fra trening før, under og etter sommeren. Vi vil gjerne få innblikk i hvordan kampanjen utøves på akkurat ditt sykehus!

Spennende nyheter

På kommende årsmøte i Haugesund planlegger vi å gjennomføre et «Trygge hender»-forum på onsdagen før formøtene. Dette er primært tilsiktet «Trygge hender»-instruktører, men alle er velkomne til å delta. Se egen påmelding ved registrering til årsmøtet.

Oppdaterte regler for «Norges Tryggeste Hender»

Til sist i dette innlegget er det vår glede å presentere endelige regler for konkurransen «Norges Tryggeste Hender». Vi har fått mange tilbakemeldinger på at planen om å dele inn i lag som består av helseforetak ikke var ønskelig. Tilbakemeldingen er hørt, og de nye reglene er



Molde



Trygge høner

dermed som følger:

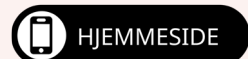
- Konkurransen går ut på å sertifisere flest antall LIS i alle moduler av «Trygge hender»
- Hver enkelt fødeavdeling består av sitt eget lag! Men, ingen regel uten unntak: Om man er 5 LIS eller mindre, blir man automatisk slått sammen med nærmeste geografiske avdeling.
 - Fullstendig liste over lagene postes på «Trygge hender»-hjemmesiden i juni.
- Hver fødeavdeling presenterer antall LIS som har blitt sertifisert i den aktuelle modulen av «Trygge hender» ved modulens slutt. X-dag er betegnelsen på utgått frist for sertifisering, og tilsvarer oppstart-dato for ny modul.:

Modul 1: 11.11.22 – 09.01.23	X-dag: 10.01.23
Modul 2: 10.01.23 – 03.04.23	X-dag: 04.04.23
Modul 3: 04.04.23 – 01.10.23	X-dag: 02.10.23
- Prosentandel LIS som har gjennomført modulen regnes ut av totalt antall LIS ansatt i avdelingen ved modulens start. Det er ikke mulig å få mer enn 100% gjennomført.
- Tellende score til konkurransen er gjennomsnittet av fødeavdelingens prosentandel LIS som har gjennomført ved hver enkelt moduls slutt.
- Avdelingen med best score vinner prisen «Norges Tryggeste Hender»!

Fra alle oss i prosjektgruppen for «Trygge hender»: God sommer, lykke til med sertifisering og sist, men ikke minst - god trening!

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

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



FUGO-kurs i urogynekologi 25.10.23



Sukhjeet Bains

LIS Drammen sykehus og postdoc OUS, styremedlem i FUGO

Tradisjonen tro arrangerer FUGO også i år et kurs i forbindelse med NGF sitt årsmøte i Haugesund. Tema for årets kurs er urogynekologi. I likhet med meg, vil jeg tro det er mange LIS som opplever urogynekologi som et krevende fagfelt, noe som kan ha sammenheng med dårlig kunnskap om fagfeltet. Nå har vi mulighet til å lære fra noen av de flinkeste på området!

Kurset tar utgangspunkt i de kliniske læringsmålene for spesialistutdanningen vår og er dermed relevant og nyttig for LIS.

Opp gjennom årene har FUGO-kursene vært populære og fått gode tilbakemeldinger. Plassene fyller seg raskt, og det kan være lurt å søke om fri og melde seg på i god tid. LIS prioriteres til plassene og kurset passer både ferske og mer erfarne LIS. Påmeldingen vil snart være åpen via Legeforeningens kursside. Husk at påmelding til FUGO-kurs ikke er det samme som påmelding til årsmøtet. Deltagere kan få dekket utgifter til transport og opphold gjennom Legeforeningens Utdanningsfond 3.

Velkommen!

Utdanningsprisen 2023



Mina Eskeland

LIS OUS, nestleder i FUGO og medredaktør i Gynekologen



For andre gang skal FUGO dele ut den høythengende Utdanningsprisen på NGFs årsmøte i oktober 2023. Prisen skal gå til den avdelingen som har vært best på utdanning av LIS i fødselshjelp og kvinnesykdommer i 2022-2023. For å kunne kåre en vinner trenger vi din hjelp med å svare på spørreskjemaet vårt. Det har allerede blitt sendt ut til LIS ved alle sykehusene i Norge, men hvis du ikke har svart ennå kan du gjøre det nå ved å scanne QR-koden her. Det tar ca. 5 min å svare på spørreskjemaet. Du kan fylle ut skjemaet flere ganger dersom du har vært LIS

flere steder i perioden juli 2022 til juli 2023. Du kan også fylle ut skjemaet dersom du var LIS mellom juli 2022 og juli 2023 og nylig har blitt spesialist/overlege. Dette er en god mulighet til å få oversikt over og sammenligne hvordan LIS opplever utdanningen på de ulike sykehusene i Norge, så vi håper du bidrar. Tusen takk for hjelpen!

Svarfrist 1. august.

Slinda®

DROSPIRENON 4 mg



Østrogenfri
p-pille med
drospirenon¹

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

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

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

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

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

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

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

Mange fertilitetspasienter ønsker monitorering hos sin faste gynekolog.

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

Fertilitetsbehandling

Ny behandling: Eggfrys

Eggdonasjon

Du finner oss på Helsenett



✓ Samarbeider med gynekologer til fertilitetspasientens beste.

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

✓ Etablér et kundeforhold til nye kunder i ditt område.

✓ Kontakt Jon Hausken direkte: jon@klinikkhausken.no

Den lange, men spennende reisen fra lege i spesialisering til ferdig spesialist.

– Spesialistutdanningen i fødselshjelp og kvinnesykdommer de siste 40 årene.

Overlege til assistentlege for 40 år siden:

«Jeg er hjemme nå, men bare gå i gang. Jeg kommer så fort jeg kan»

Overlege til LIS i dag:

«Holder på med noe, men kommer straks»



Nora Johansen

Medlem i Spesialitetskomiteen,
på vegne av spesialitetskomiteen

Uansett om man jobber i det offentlige eller private må en gynekolog ha gjennomgått en formell spesialistutdanning for å utøve yrket sitt.

Norges lover setter til enhver tid standarden for hvilke ferdigheter myndighetene mener en fullverdig spesialist skal ha. Kravene er utarbeidet av Helsedirektoratet i samarbeid med Den norske legeforening og dens spesialistkomiteer. Utdanningsinstitusjonene må i ny ordning rette seg etter følgende regler:

- Lov om spesialisthelsetjenesten §3-8 og §3-10
- Spesialistforskriften (For ordens skyld: LIS1 og FKM er påkrevde læringsmålsett i tillegg til GYN)
- Helsedirektoratets normerende anbefaling til nasjonale læringsaktiviteter

Vår medisinske kompetansen skal romme mye. Vi skal ha tilstrekkelig teoretisk og faglig kompetanse, kunne kommunisere med integritet og empati, ha oversikt, autoritet og kunne ta og delegere ansvar, gjøre vurderinger og ta beslutninger med et tilstrekkelig og etisk orientert grunnlag. Vi skal kunne ta til oss kunnskap, være omstillingsvillige og åpne og trygge.

Som ny LIS kan disse målene virke uoverkommelige. Det man blir fortalt, og som de fleste kanskje ikke tror helt på, er at denne kompetansen kommer sigende, sakte men sikkert. Etter endt spesialisering vil man føle seg trygg (nok).

Hva lovene sier er en ting, men hva skulle til for å stimulere og engasjere en assistentlege for 40 år siden? – Og har det endret seg gjennom årenes løp?



Astrid H. Liavaag, som er forsker og pensjonert gynekolog med senioravtale, begynte som assistentlege i 1986. Hun har hele sitt yrkesliv brent for kvinnehelse og jobbet i det offentlige helsevesen. Da hun begynte var hun en av svært få kvinner.

«Vi gikk firedelt vakt, var på jobb dagen før og etter vakt og hadde vakt hele helger i strekk. Jeg kom raskt til på operasjon, og måtte etter kort tid være

selvstendig ved kompliserte forløsninger og ta vanskelig beslutninger. Bakvakten var hjemme, og kunne til tider være vanskelig å få tak i eller være vanskelig å overtale til å komme inn.»

Det var en bratt læringskurve, og hun ble i faget. Det siste var ikke selvsagt.

«De fleste andre leger på den tiden hadde enten hjemmeværende eller deltidsarbeidende koner. Jeg har en mann som er lege som også gikk vakt, så med tre barn kunne hverdagen by på en og annen utfordring.»

Hun fortsetter: «Men, jeg har alltid brent for kvinnehelse. Og jeg hadde fantastiske veiledere som var gode til å lytte og kunne snakke om gleder og sorger relatert til jobb og livet ellers. Ja, jeg var heldig med veilederne.» På 80-tallet var det også krav om å fylle prosedyrelister og ta kurs, men utover det var spesialiseringen basert på en læremester-svenn-tilnærming. Som ferdig spesialist ble Astrid selv veileder og med i utdanningsutvalget ved avdelingen. Da så hun tydelig fordelene med en mer strukturert spesialisering. «For å bli i faget er det veldig viktig å bli trygg på egen faglig kompetanse og å få utviklet sitt personlige potensial, og da kan ikke god veiledning og struktur være flaks eller uflaks. Sann sett er det bedre nå.» avslutter hun.



Trond M. Michelsen er overlege ved OUS og professor ved UiO. Også han har vært fersk LIS. Han hadde egentlig planer om å bli anestesilege på luftambulansen etter han hadde jobbet i ambulansetjenesten under studiet. I turnustjenesten fristet kirurgien, men det var før han fikk en uke på gyn/fødeavdelingen. Etter det var det gynekolog han ville bli og i 2003 begynte han som assistentlege ved Gyn/fødeavdelingen i Arendal.

«Det var spennende problemstillinger, og et godt arbeidsmiljø med gode læremestre» forteller Trond om de første årene som assistentlege. Etter hvert begynte han å forske i samarbeid med DNR og tenkte en stund på å bli gyn-onkolog. Det var imidlertid før han kom til Rikshospitalet i gruppe 1-tjeneste. Der ble han nok en gang inspirert av engasjerte fagfolk og byttet fagfelt til obstetikk. Han trekker fram faglige utfordringer og inspirerende læremestre som hovedgrunner til at han forble i faget. Siden han begynte i 2003 har spesialiseringen gjennomgått store endringer.

«De første par årene i Arendal var jeg eneste assistentlege på en avdeling med seks overleger. Jeg fikk gjort mye og jobbet mye vakt». Han hadde med andre ord ingen problemer med å fylle operasjonslistene, ganske annerledes enn hverdagen til mange LIS i dag.

«Ja, det er færre arbeidstimer i uka nå, og flere LIS må dele på oppgavene. Dette må kompenseres med trening. Jeg tror den teoretiske og praktiske opplæringen er bedre nå og at økt fokus på trening og sertifisering kan øke kvaliteten.» Han påpeker at foretaksmodellen har gjort sykehussystemet mer tungrodd og økt avstandene mellom klinikerne og beslutningstakerne, men ser lyst på framtiden: «Omstruktureringen har gjort utdanningen annerledes, men jeg tror ettertiden vil vise at det har vært til det bedre».

Marianne Omtvedt har siden 1.mars i år vært seksjonsleder for 32 LIS som nå jobber på Kvinneklubben ved Oslo universitetssykehus. «Starten har vært som forventet. Hektisk, morsom og utfordrende. Det krever et godt logistikkhode å sørge for at alle



får den oppfølgingen de trenger for å utvikle seg faglig.» sier hun. «Også er det en innmari fin gjeng å være leder for» legger hun til. I ny ordning må LIS gjennom *mange* læringsmål, og man kunne kanskje tenke seg at dette med å få kvittert ut læringsmål blir et for stort fokus i utdanningen – at spesialiseringsløpet har blitt for sjekkliste-preget. Det tror ikke LIS-lederen. «LISene er absolutt interessert i å få dekket læringsmålene, men jeg har

ikke inntrykk av at de jager etter å få godkjent målene bare for å få de dekket. Heller motsatt, jeg synes det virker som de holder litt igjen og kan være usikre på når det er riktig tidspunkt å sende inn læringsmål til godkjenning.» forteller Marianne. Hun synes heller ikke det virker som at LISene haster seg gjennom spesialiseringen for å bli fortest mulig ferdige. «De ønsker faglig progresjon og bli trygge i faget. Målet er jo ikke å bli ferdig spesialist med minst mulig erfaring. Det er å bli selvstendig nok og kunne takle ansvaret.» Marianne mener at vi alle har et ansvar for å få til dette. «Det skal være attraktivt å være sykehuselege, både i spesialiseringen og senere. Da trenger LISene veiledning og oppfølging, også i en hektisk sykehushverdag.» Hun tror også at det er viktig med forutsigbarhet. «Vi må kunne si noe om sjansen for å få forlenget vikariat, lage utdanningsplaner og gode rotasjonsordninger. Da blir det lettere for LISene å sette seg egne mål, noe som igjen gir mer motivasjon, mestringsfølelse og trivsel på jobb.» avslutter hun.

Mye er forandret, men ikke alt

Sammenlignet med for 40 år siden har vi nå en mye mer detaljert oppskrift på hva som må til for å bli gynekolog. Læringsaktivitetene er forslag/krav til hvordan læringsmålene kan/skal oppnås på veien dit. Og siden det nå er flere LIS om oppgavene, må vi ha rutiner for teoretisk og praktisk trening på situasjoner vi sjeldent opplever. Det som *ikke* har forandret seg de siste 40 årene, er betydningen av god veiledning. Derfor har LIS en lovfestet rett på veiledning. Den faglige kompetansen og tryggheten kommer gradvis, og det virker som om personlig engasjement, gode planer og veiledning og inspirerende kolleger *var* og *er* nøkkelen til å beholde leger i faget.

Når fjerner vi normale eggstokker hos kvinner uten økt risiko for eggstokkreft?

- Ingen nasjonal/internasjonal enighet
- Vi vil kartlegge hvordan dette praktiseres i Norge
- **Resultater på årsmøtet i Haugesund**

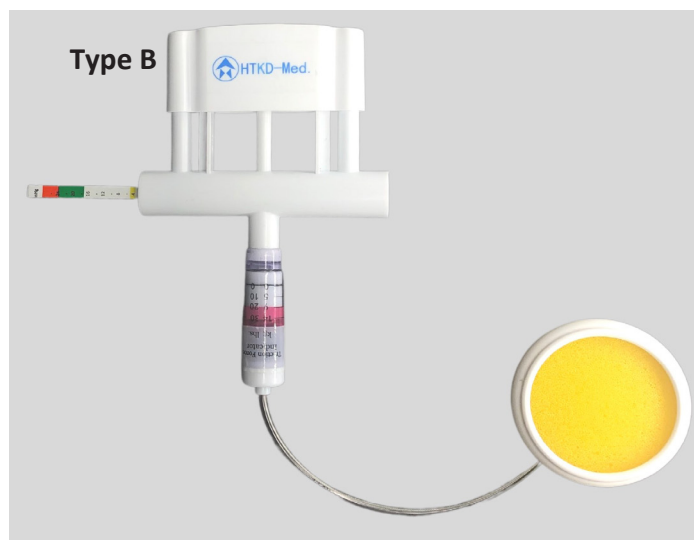
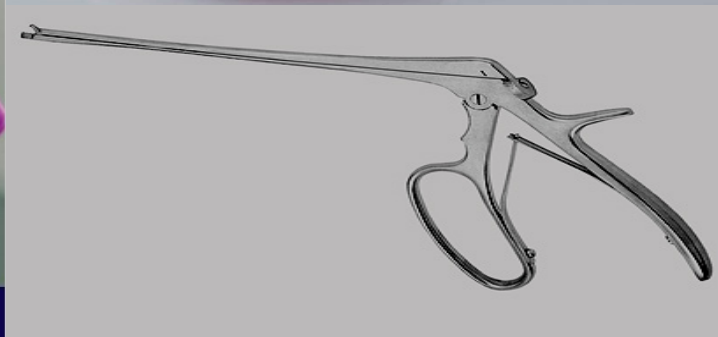
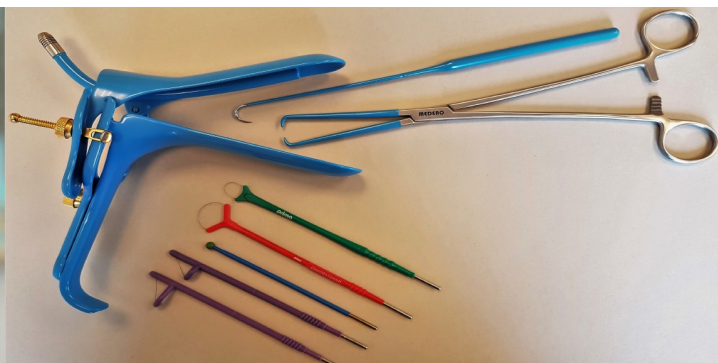


nettskjema.no/a/342982

Er du lege og jobber innen fødselshjelp og kvinnesykdommer? Bruk 5 min på undersøkelsen

Svarpremier
Enhjulssykkel, flakslodd og luksuskonfekt

Nora Johansen, forsker og overlege, Sørlandet sykehus Arendal, kontakt: nora.johansen@sshf.no
Trond M Michelsen, professor og overlege, Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo



medero
MEDISINSK TEKNIKK

Tel. 45 22 76 71

epost: ordre@medero.no

www.medero.no



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

Ekstern aortakompresjon ved blødning post partum

Da anestesilege Grethe Heitmann jobbet ved Sahlgrenska universitetssykehus erfarte hun at pasientene som ankom operasjonsavdelingen med postpartumblødning var mer sirkulatorisk stabile enn pasienter hun hadde behandlet i Norge. En tydelig forskjell i pasienthåndteringen var tidlig bruk av ekstern aortakompresjon; det satt alltid en jordmor i sengen og utførte ekstern aortakompresjon når pasienten ankom operasjonsavdelingen. Denne erfaringen skulle få store konsekvenser, og ikke bare for henne.



Grethe Heitmann

Anestesilege ved Sykehuset Østfold, Kalnes



Ann Morris

Fagutviklingsjordmor ved Sykehuset Østfold, Kalnes

Hva er ekstern aortakompresjon?

Ekstern aortakompresjon er et håndgrep som utføres for å oppnå midlertidig blødningskontroll.

Aorta klemmes mot ryggraden for å oppnå redusert eller opphørt blodtilførsel til organer under avklemmingsstedet. Effekten er at en pågående blødning reduseres eller stoppes, noe som gir bedre visibilitet ved behov for suturering og reduserer behovet for krystalloider og blodprodukter. Samtidig stabiliseres en hypovolem pasient ved at afterload øker. Hvert enkelt slagvolum får en mindre karseng å fordele seg i, noe som hever blodtrykket og reduserer pulsfrekvensen. Dette bedrer også pasientsikkerheten betraktelig ved innledning av narkose.

Avklemmingen skjer over aortas bifurkasjon, og manøveren utføres ved at man først identifiserer aorta i nivå med umbilicus, ettersom bifurkaturen er lokalisert inferiort for denne. Deretter presses aorta mot ryggraden, enten med knyttneven eller fingertuppene. Kompresjonen medfører at blødningen reduseres eller helt stopper distalt for kompresjonen, og dermed kan pasienten transporteres eller behandlende tiltak startes uten pågående blødning. Ekstern aortakompresjon er en dynamisk manøver, det er enkelt å lette på trykket for å se om årsaksrettede behandlingstiltak har hatt effekt eller om det fortsatt blør.

Plasseringen av aorta er ikke lik hos alle, og det er derfor viktig å kjenne at det pulserer under fingertuppene eller knyttneven mens man presser ned. Ujevnheter i ryggraden kan medføre behov for justering av posisjon. Ved å først identifisere pulsen i arteria femoralis vil man kunne kontrollere effekten av manøveren da pulsasjonen vil bortfalle ved avklemmt aorta.

Arteria uterina og arteria vaginale, som forsyner uterus og fødselskanalen, går av fra arteria iliaca interna. Avklemming av distale aorta vil derfor redusere blodtilførsel og dermed redusere blødning uavhengig av blødningsårsak

Evidens/historie

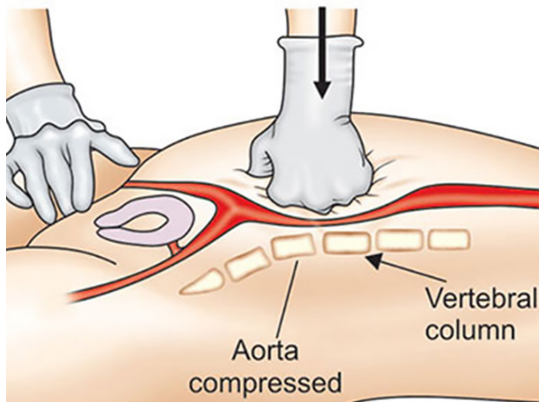
Å utføre ekstern abdominal aortakompresjon ved postpartumblødninger (PPB) er ikke en ny metode. Den første publikasjonen der manøveren er beskrevet er fra begynnelsen av 1800-tallet (1, 2), og håndgrepet er beskrevet i lærebøker i obstetikk fra 50- og 60-tallet (3). WHO anbefaler bruk av aortakompresjon for å oppnå midlertidig blødningskontroll ved postpartumblødning i *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors* (4) og *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage* (5)

«External aortic compression has long been recommended as a potential life-saving technique, and mechanical compression of the aorta, if successful, slows blood loss. The Guideline Development Group place a high value on this procedure as a temporizing measure in the treatment of PPH» (WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage)

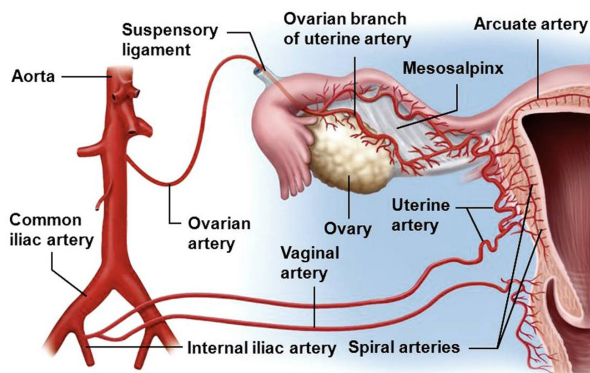
UpToDate anbefaler også aortakompresjon både eksternt ved postpartumblødning og internt ved laparotomier (6).

I Sverige er håndgrepet innført som et tidlig tiltak i håndteringen av postpartumblødninger i de nasjonale prosedyrene (7). Der er det beskrevet at ekstern aortakompresjon alltid skal vurderes, uavhengig av blødningsmengde. Ved Sahlgrenska Universitetssykehus sine prosedyrer er det presisert at ekstern aortakompresjon skal være første tiltak ved alle blødninger som er estimert til over 1000ml, før innleggelse av perifert venekateter (8).

Staffan Bergström har vært en av forkjemperne for implementeringen av ekstern aortakompresjon i Sverige. Han ble spesialist i obstetikk og gynekologi i 1977 og jobbet som professor i u-landsmedisin ved UiO fra 1992-1996. Han er professor emeritus i internasjonal helse ved Karolinska Institutet i Stockholm. Han brukte ekstern aortakompresjon for første gang i Mosambique i 1982 og har arbeidet med fødselshjelp i afrikansk kontekst i en 10 års periode der implementering av ekstern aortakompresjon



Figur 1, kilde: FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee, 2018



Figur 3, kilde: The McGraw-Hill Companies Inc.

var et av satsningsområdene, et arbeid han har mottatt FIGOs pris «Distinguished Service Award» for. Hans instruksjonsvideo ligger fortsatt tilgjengelig på YouTube.

Det er få studier som har undersøkt effekten av ekstern aortakompresjon, og det er sannsynligvis årsaken til at det er lite brukt. Evidensen er lav, og ifølge WHO er det samme grad av evidens som for bimanuell uteruskompresjon. Den kliniske effekten er derimot lett å se, da blødningen opphører ved en vellykket kompresjon for så å komme tilbake når kompresjonen slippes opp.

Dr. Mohammad Hasem Soltan har tre publikasjoner knyttet til bruk av ekstern aortakompresjon.

I en studie publisert i 2009 (9), ble effekten av en *external aortic compression device* (EACD) i behandlingen av PPB undersøkt. EACD som ble benyttet var et abdominalt belte med en fjærutløst mekanisme som komprimerer aorta. Studiens formål var å evaluere bruken av beltet som et første tiltak ved PPB. 240 kvinner med PPB grunnet uterusatoni ble kvasirandomisert. 120 ble behandlet med EACD i tillegg til standard protokoll for behandling av PPB og 120 var i en kontrollgruppe som kun fikk behandling med standard protokoll. Studien viste at det trengtes signifikant mer uterotonika og blodtransfusjoner i kontrollgruppen og at det tok signifikant lengre tid før blødning opphørte. 91,2% av kvinnene i studiegruppen opplevde ikke noen bivirkninger eller mildt abdominalt ubehag. En kvinne opplevde alvorlig abdominalt ubehag fra beltet ble satt på. Denne kvinnen var adipøs og veide 110kg. Milde iskemiske endringer i underekstremiteter, dvs nummenhet eller prikking i huden, ble rapportert i 6% da beltet hadde vært fastspent kontinuerlig i 2 timer, symptomene forsvant da beltet ble løst.

Soltan har i en senere publikasjon (10) beskrevet blodgjennomstrømningshastigheten i arteria femoralis, målt med ultralyd



Figur 2, kilde: MSF guideline: Essentia obstetric and newborn care



Figur 4 Staffan Bergström sin instruksjonsvideo for ekstern aortakompresjon.

intermitterende gjennom behandlingsforløpet i de samme to gruppene som over. Resultatet viste signifikant lavere blodgjennomstrømningshastighet i studiegruppen sammenlignet med kontrollgruppen ($p < 0,001$).

Soltan MH og Sadek RR gjennomførte også en implementeringsstudie (11) der effekten av ekstern aortakompresjon på forekomst av mortalitet ved alvorlig blødningssjokk, samt morbiditet grunnet PPB ble vurdert. Forekomst forut for intervensjon ble sammenlignet med ekstern aortakompresjon utført med kompresjonsbelte (EACD) i ett år og deretter manuell ekstern aortakompresjon i ett år. Før innføringen av ekstern aortakompresjon forårsaket PPB gjennomsnittlig 3,6 materielle dødsfall i året. Årlig hadde de i tillegg 9-31 alvorlige komplikasjoner samt 9-25 tilfeller av alvorlig sjokk. Etter intervensjonen med innføring av ekstern aortakompresjon var det ingen dødsfall eller tilfeller av alvorlig hypovolemt sjokk og kun 4 komplikasjoner ble registrert i hvert av de to årene studien pågikk. Regresjonsanalyse identifiserte aortakompresjon som det nest mest effektive tiltaket for å forhindre alvorlig sjokk og død, med blodtransfusjoner som det mest effektive.

Riley DP, Burgess RW (12) gjennomførte en studie der ekstern aortakompresjon ble utført på 20 friske ikke-blødende kvinner 4 timer postpartum. I 11 tilfeller oppnåddes et totalt frafall av blodtrykk i leggen og i 2 tilfeller en signifikant reduksjon av BT i leggen. Det var ikke signifikant økning i BT målt i overarm, men det kunne ses en signifikant reduksjon i pulsfrekvens.

Det har blitt publisert case reports der effektiv bruk av ekstern aortakompresjon ved postpartumbldning er beskrevet (13, 14)

Det er flere publikasjoner knyttet til bruk av ekstern aortakompresjon i traumesetting. (15-22)

ExAC - External Aortic Compression

Som en del av sin spesialisering i obstetrisk anestesi (SSAI) reiste Grethe Heitmann sammen med en obstetriker fra Sykehuset Østfold Kalnes, Marya Nencheva, til Malawi i november 2018. Hun ønsket å forstå bakgrunnen for at 300.000 kvinner dør årlig relatert til svangerskap og fødsel. Her besøkte de flere sykehus og fikk se og erfare de forhold som helsepersonell jobber under. Mangel på personale, kunnskap, medikamenter, utstyr og blodprodukter var noen av utfordringene.

«En dag besøkte vi et sykehus der de har ca 4000 fødsler i året. I 2017 hadde de mistet 23 kvinner i fødsel ved dette sykehuset alene. Jeg fikk i løpet av en formiddag erfare hvordan et sykehus kunne bli drevet uten strøm og rennende vann, uten vasoaktive medikamenter, uten blodprodukter og uten leger.»

Årsaken til en vedvarende høy mødredødelighet i verden er svært kompleks, men med min nyervervede kompetanse om nytteeffekten av ekstern aortakompresjon visste jeg at jeg hadde noe å bidra med for å styrke lokale helsearbeidere i deres daglige arbeid for å redusere morbiditet og mortalitet for fødende kvinner.»

I 2019 etablerte Grethe selskapet ExAC, som står for External Aortic Compression. Med støtte fra Innovasjon Norge og private investorer har hun i samarbeid med ulike produktutviklere utviklet ExAC Trainer, en ferdighetstreningssdukke for ekstern aortakompresjon og uterusmassasje. Samtidig er hun i gang med å utvikle medisinskteknisk utstyr relatert til diagnostisering og håndtering av PPB. Den første studien med bruk av en prototype for ekstern aortakompresjon ble gjennomført i samarbeid med Veterinærhøyskolen på Ås høsten 2021.

Ferdighetstreningssduken har i hele utviklingsprosessen blitt brukt til undervisning. Målet har vært å spre kunnskap om ekstern aortakompresjon samtidig som vi har fått testet ut produktet. Den har nå, i tillegg til å ha blitt brukt i undervisning ved Stavanger universitetssykehus, Skien sykehus, Ullevål Universitetssykehus og Sykehuset Østfold, blitt demonstrert ved en rekke andre sykehus i Norge. Den har også blitt brukt til å undervise studenter ved bl.a. Fagskolen i Viken og Høyskolen i Østfold

Internasjonalt har den blitt brukt i undervisning på sykehus i en rekke land som Sverige, Sierra Leone, Uganda, Rwanda, Namibia, Kenya, Etiopia, Arabiske Emirater, Canada og Brasil. Det pågår nå en implementeringsstudie i Etiopia der vi har undervist ved 4 sykehus i Addis Abeba, og i juni starter en tilsvarende studie i Brasil der vi skal implementere ekstern aortakompresjon ved de 10 største sykehusene i staten Espirito Santo.

Implementering på Sykehuset Østfold, Kalnes

Sammen med Ann Morris, fagutviklingsjordmor, har Grethe Heitmann jobbet med implementering av ekstern aortakompresjon på Sykehuset Østfold Kalnes siden 2018.

“Vi hadde en første felles simuleringstrening for håndtering av PPB, med overflytting av pasient fra føden til operasjon, i mars 2019. Vi ser at vi hadde vår høyeste forekomst av alvorlige blødninger (>1500ml eller behov for blodtransfusjon) i 2018. Siden har det gått jevnt nedover. Dessverre har vi ikke et register over bruken av ekstern aortakompresjon ved sykehuset da manøveren ikke dokumenteres på et sted elektronisk eller har en kode i DIPS som gjør at vi lett finner frem dataene“, forteller Ann Morris.

Akut postpartumblødning

ÖVERVÄG ALLTID AORTAKOMPRESSION OCH UTERUSKOMPRESSION

Steg 1 Blødning >500 ml

- Tillkalla extra BM+USK samt lækare
- Försök lösa placenta med traktion av navelsträng
- Blödningsvagn+protokoll
- PVK+bastest
- Oxytocin totalt 16,6 µg iv/im (max 16,6µg)
- Tappa urinblåsan
- Identifiera orsak och påbörja åtgärder
 - ✓ Atoni, placenta, bristning eller koagulation?

Steg 2 Fortsatt blødning

- Säkerställ att åtgärder på steg 1 är utförda**
- Lös placenta
 - Metylergometrin 0,2 mg iv/im
 - Förstärkt oxytocindropp
 - Extra PVK
 - Tranexamsyra 1 g iv
 - Prostinenfenem 0,25 mg im
 - Misoprostol 0,2mg 3 tabl subling

Steg 3 Blødning >1 000 ml (eller kliniskt påverkad patient)

- Säkerställ att åtgärder på steg 2 är utförda**
- Kontroller enligt ONEWS2
 - Syrgas 10 l/min
 - Planläge, höjda ben
 - Kroppsvarm Ringer-Acetat 1 l
 - Tranexamsyra 1 g iv
 - KAD

Steg 4 Blødning >1 500 ml

- Time-out i teamet, utvärdera orsak och åtgärder**
- Överväg:
- Resursförstärkning (ex anestesilog, bakjour)
 - Fortsatt handläggning på operation
 - Transfusion av blodprodukter
 - Fibrinogen 2 – 4 g iv
 - Följ blodprover: Hb, TPK, PK, APTt, S-Ca, Fibrinogen

**Väg all blødning
kontinuerligt**



Ved Sykehuset Østfold, Kalnes er det i dag en rutine å bruke aortakompresjon ved store pågående postpartumbldninger. De fleste jordmødre og gynekologer er godt kjente med håndgrepet, men det har tatt mange år å få det inn som en etablert rutine. Håndteringen av postpartumbldninger er en prosedyre som alle som arbeider med obstetikk må kunne. Det er liten tid til å lese prosedyrer under en pågående blødning. Vi har, som de fleste andre, sjekklister som hjelper oss i den akutte situasjonen og aortakompresjon et av tiltakene som skal utføres.

Fordelene med ekstern aortakompresjon sammenlignet med bimanuell kompresjon av uterus er mange. Ekstern aortakompresjon kan utføres av alle. Barnepleiere, jordmødre, gynekologer, operasjonssykepleiere og personell på postoperativ avdeling kan utføre kompresjonen. Det er mulig å fortsette massasje av uterus eller inspisere etter eventuelle rifter samt suturere en blødende rift i et mer eller mindre blodtomt vev.

Internasjonalt samarbeid

Selv om vi startet prosjektet for fire år siden, er det først det siste halvannet året vi virkelig har kunnet gjennomføre undervisning og pilotering. Pandemien gjorde det vanskelig å gjennomføre innovasjon som krevde interaksjon med helsepersonell.

Den første internasjonale piloteringen av ferdighetstreningsskukken var på Masanga Hospital i Sierra Leone i november 2021 i samarbeid med CapaCare, som er en norsk etablert NGO som utdanner lokale helsearbeidere. Ann Morris underviste nåværende og tidligere studenter i håndtering av PPB med fokus på ekstern aortakompresjon.

I Sierra Leone møtte hun Maarten Glass, en Nederlandsk obstetriker som jobbet for Leger uten grenser. Han har lenge hatt interesse for ekstern aortakompresjon og skrev en artikkel for det nederlandske tidsskrift for gynekologi og obstetikk om temaet allerede i 2007. Dette fanget interessen til Grethe Heitmann.

«Jeg inviterte Maarten til Norge da jeg ble bedt om å ha workshop for fjorårets deltagere på SSAI i obsterisk anestesi i Oslo. Han har nå flyttet til Hammerfest der han jobber som obstetriker og har planlagt workshops med bruk av ExAC sin ferdighetstreningsskukke,» forteller Grethe Heitmann.

«Jeg skjønnte tidlig at hvis man ønsker å forandre verden må man samarbeide med de som tror på det man selv tror på. Svenskene har lenge hatt tro på ekstern aortakompresjon og er, så vidt jeg vet, det eneste landet der tidlig bruk av ekstern aortakompresjon er såpass tydelig formulert i de nasjonale retningslinjene. Viktige samarbeidspartnere har derfor vært Annette Aronsson, WHO-direktør ved Karolinska Institutet, og anestesilege Ove Karlsson, som er en sentral person i det obstetriske anestesimiljøet og har vært forkjemper for bruk av ekstern aortakompresjon i mange år. Det planlegges nå flere studier på Karolinska Universitetssykehus, og den første har nå fått godkjenning fra det svenske legemiddelverket og etisk komite.

Mattew Douma, som har flest publikasjoner knyttet til ekstern aortakompresjon i traumesammenheng, kontaktet jeg allerede i 2019. Han har testet en av ferdighetstreningsskukkene og gitt den svært god vurdering for trening i traumesammenheng. Vi har utviklet den slik at man kan bytte livmoren og den løse magen med en fastere mage uten diastase av rectusmuskulaturen. Det gjør at den også er et nyttig hjelpemiddel for trening på ekstern aortakompresjon i traumesammenheng,» fortsetter Heitmann.

Patji Alnæs-Katjavivi er fødselslege ved Ullevål Universitetssykehus. Han lånte en av de første prototype av ferdighetstreningsskukken da de skulle ha fødedrill våren 2022 og har brukt den ved flere simuleringstreninger ved OUS siden. I tillegg har Patji lånt med seg en dukke ved to turer til Namibia i løpet av sin overlegemisjon høsten 2022. Han har signert en avtale med namibiske helsemyndigheter om nasjonal implementering og jobber nå med å få på plass finansiering.



Internasjonal oppmerksomhet

Grethes arbeid med å gjeninnføre bruk av ekstern aortakompresjon har fått internasjonal oppmerksomhet.

I september i fjor ble hun invitert til å representere Norge på et arrangement i regi av de nordiske konsulatene under FNs generalforsamlingsuke i New York og i november deltok hun sammen med Annette Aronsson på det offisielle statsbesøket fra Norge og Sverige til Kenya. Her fikk hun mulighet til å sette mødre dødelighet på dagsorden i møte med kenyanske og svenske ministre og ble sammen med et annet selskap fra Norge valg ut til å møte kronprins Håkon for å presentere innovasjoner og prosjekt. Hun fikk også anledning til å demonstrere ferdighetstreningsskuden, og Kronprinsesse Victoria gjennomførte, etter litt øvelse, en vellykket ekstern aortakompresjon.

Historiens første toppmøte for postpartumblødning ble i mars arrangerte av WHO i Dubai. 146 representanter fra 50 ulike nasjoner var invitert og Grethe Heitmann var en av dem. Hun var invitert som innovatør og den eneste anestesilegen som deltok. Arrangementet var en respons på den manglende reduksjonen av maternell mortalitet de senere årene. Det må nye tiltak til hvis FNs bærekraftsmål skal nås, med reduksjon av global mødre dødelighet til 70 per 100 000 levendefødte.

Denne våren var Grethe Heitmann også invitert av Danish Association for Anaesthesiology and Intensive Medicine (DASAIM) til danskenes årlige møte for jordmødre, anestesileger og fødselsleger i Roskilde. Her holdt hun to forelesninger, en om bruk av ekstern aortakompresjon ved postpartumblødning og en om obstetrisk anestesi i lavinntektsland.

Veien videre

Interessen for ekstern aortakompresjon har blitt vekket til live, og Grethe inviteres nå til å undervise nasjonalt og internasjonalt. I tillegg er det flere forskningsprosjekter med ulike samarbeidspartnere på trappene.

Nasjonalt er hun invitert som foreleser til både anestesilegenes og anestesisykepleiernes høstmøte. Det begynner også å komme inn undervisningsoppdrag for 2024.

«Å implementere nye prosedyrer er tidkrevende og ikke alltid like enkelt. Det er derfor viktig å gjennomføre implementeringsstudier for å evaluere om helsepersonell endrer adferd og benytter ekstern aortakompresjon i sitt kliniske arbeid,» sier Grethe.

Å bli invitert til å undervise i anerkjente fora er en stor ære, og 22. juni skal Grethe undervise i et åpent webinar arrangert av "PPH Community of Practice" og ledet av Andrew Weeks, Professor i internasjonal mødre helse ved universitetet i Liverpool.

«Før jeg startet dette prosjektet jobbet jeg som frivillig på et oppdrag for Operation Smile i Nicaragua. Der bedøvet jeg barn som ble operert for leppe ganespalte. Å kunne bruke overlegepermisjon og fritid på frivillig arbeid som er meningsfylt gir mye igjen. Min drøm er å etablere en organisasjon som har midler til å sende helsearbeidere ut på kortere oppdrag der de kan bidra til å styrke lokale helsearbeidere i deres daglige kamp for å redusere mødre dødelighet og sykdom. Men det ligger litt frem i tid,» avslutter Grethe Heitmann.

Tre klinikere deler erfaringer fra innføring av ekstern aortakompresjon

Ann Morris

Fagutviklingsjordmor ved sykehuset Østfold, Kalnes

«Jeg har vært jordmor i mer enn halvparten av mitt liv og håndtert mange postpartumbødninger opp gjennom årene. Etter å ha fortalt om en voldsom postpartumbødning til en kollega i Sverige fikk jeg spørsmålet om hvorfor vi ikke brukte aortakompresjon i denne situasjonen. Min kollega forklarte håndgrepet og jeg leste og så videoer for å lære mer. Selv prøvde jeg ekstern aortakompresjon for første gang i 2014, med gynekologens samtykke. Jeg ble forbauset over hvor god effekt kompresjonen hadde og samtidig livredd for at jeg hadde skadet aorta som jo klemmes mot ryggskøylen, knokler mot knokler.»

Jordmor på stue F029 har akkurat hatt en fødsel. Jordmor 2 skriver inn barnet i elektronisk journal og barnepleier

sørger for at barnet er tørt og varmt. Placenta forløses, og det tilkommer umiddelbart en kraftig blødning som ikke viser tegn til å stoppe. Det tilkalles flere personer, uterus masseres uten nevneverdig effekt. Jeg kommer som første jordmor etter at alarmer er utløst og jordmor som hatt fødselen ber meg om å utføre en aortakompresjon. Jeg setter meg på kne ved siden av kvinnen i fødesengen, finner lyskepuls, knytter min hånd og presser rolig ned min hånd på kvinnens abdomen i høyde med umbilicus. Samtidig informerer jeg kvinnen om hva jeg gjør og hvorfor. Jeg kjenner tydelige pulsasjoner i aorta og presser min hånd mot ryggskøylen. Ved første forsøk minsker blødningen, men det blør fortsatt rikelig så jeg repositionerer hånden min og denne gang opphører lyskepuls helt og blødningen stopper. Alle andre prosedyrer kan utføres mens blødningen er under kontroll. Legemiddel administreres, lege tilkalles. Bleier og blodige kladder veies.

Ragnhild Stave

Spesialist i gynekologi og obstetikk ved Sykehuset Østfold Kalnes

Vakttelefonen ringer. Det er jordmor fra fødestuen hvor det nettopp har vært en fødsel. Hun sier at det blør og ber meg om å komme. Jeg løper til stuen. Da jeg kommer inn på fødestuen er det mange folk i rommet. Forløsende jordmor står mellom bena på pasienten og holder på uterus og en annen jordmor gjør ekstern aortakompresjon. En tredje legger inn PVK nummer 2 og en fjerde måler BT og puls. Jeg får rapport av forløsende jordmor om at det har vært en normal fødsel, sprekt barn, og at placenta kom raskt, men at blødningen etter forløsningen av placenta ikke vil roe seg. Hun forteller at pasienten har fått oxytocin intramuskulært og intravenøst, og at de holder på å blande et forsterket oxytocindrypp. Jeg overtar plassen mellom bena og får et GU-sett. Det blør friskt, men ikke voldsomt. Jeg ber jordmor som holder på aorta om å slippe opp. Straks hun gjør dette øker blødningen voldsomt på. Hun starter kompresjonen igjen og blødningen roer seg. Jeg kjenner på uterus som er dårlig kontrahert, men som kontraheres ved uterusmassasje. Jeg ber forløsende jordmor holde på uterus. Jeg inspiserer vaginalt. Det er ingen rifter. Jeg fatter cervix med ringtenger og ser at det ikke er noen cervixrift. Vi får etablert det forsterkede oxytocindryppet. BT og puls måles jevnlig og pasienten er stabil og våken. Jeg gjør bimanuell palpasjon av uterus, den er dårlig kontrahert. Blødningen vedvarer. Vi gir Tranexamsyre intravenøst.

Barnepleier kommer til stuen og sier at estimert blødningsmengde så langt er 900 ml. Jordmor har sett på placenta som hun beskriver total, men med opprevete hinner. Vi gjør et nytt forsøk på å slippe opp aortakompresjonen, og får igjen økende blødning. Uterus relaxerer med en gang man slipper den. Vi beslutter derfor å slå alarm for postpartumbødning og går til operasjonsstuen for revisio. Pasienten flyttes over i seng. Hele tiden holder jordmor ekstern aortakompresjon.

Inne på operasjonsstua venter anestesiteamet. Jeg gir en kort rapport av sykehistorien, samt informasjon om hvilke medikamenter som er gitt. Pasienten flyttes over på operasjonsbordet og en av operasjonssykepleierne overtar grepet for ekstern aortakompresjon. Pasienten leires og dekkes, og anestesi legger henne i narkose. Jeg fatter cervix med ringtenger og går opp med stor, butt curette i uterinkaviteten. Får da fjernet noen hinnerester og en placentalab. Pasienten får Methergin og Prostinfenem av anestesi. Da kaviteten kjennes tom kontraheres uterus bedre ved kompresjon av den. Pasienten er fortsatt stabil. Vi gjør et nytt forsøk på å slippe opp den eksterne aortakompresjonen og ser nå at blødningen holder seg fredelig. Fortsetter å massere uterus som nå kontraheres godt. Pasienten holder seg sirkulatorisk stabil. Vi henter inn UL-apparatet og ser med abominalproben at uterinkaviteten er tømt. Fortsetter å massere uterus, men gjør forsøk på å slippe og den holder da kontraksjonen godt. Total blødningsmengde estimeres til 1400 ml.

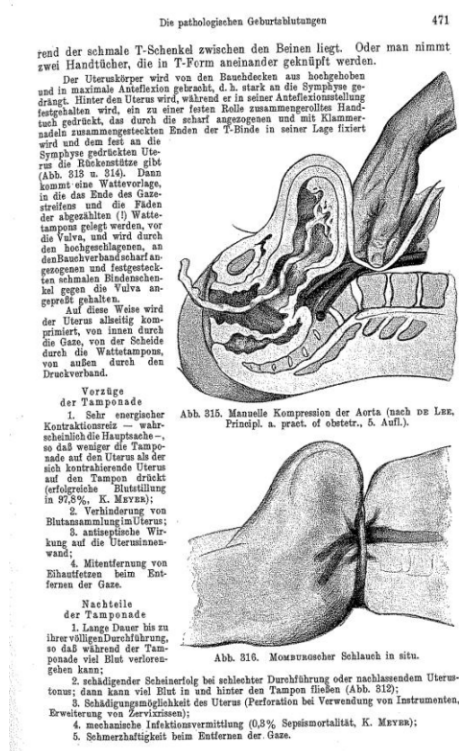
Trude Thommesen

Fagutviklingsjordmor/klinisk jordmorveileder ved Stavanger Universitetssykehus

Her ved Stavanger Universitetssykehus startet vi nylig workshops i aortakompresjon. Jordmødre, leger og barnepleiere på fødeavdelingen samt sykepleiere og anestesileger på intensivavdelingen er invitert til å delta. Workshopen består av en kort teoretisk introduksjon og deretter praktisk øvelse på ferdighetstreningsduken. Første dagen var nesten 30 stykker gjennom treningen, og i løpet av de første fire dagene mer enn 60! Jeg opplevde at mange fikk seg en aha-opplevelse; dette er jo ikke rakettforskning, men et *praktisk tiltak* hvor vi "kjøper oss tid" og i tillegg kan redde liv.

Selv har jeg brukt aortakompresjon i ulike lavinntektstland, og også i mitt arbeid på SUS. For ikke så lenge siden hadde vi en situasjon med en stor postpartumbldning som måtte til operasjonsavdelingen. Kvinnen blødde både fra en stor rift og fra uterus. Jeg gjorde aortakompresjon samtidig som en annen jordmor komprimerte direkte mot riften. På veien til operasjonsavdelingen kunne jeg både kommunisere med og observere kvinnen. Samtidig sa jordmoren som komprimerte riften at «nå må du trykke litt hardere, nå blør det igjen!». I forbindelse med overflytting til operasjonsbord byttet jeg grep med anestesilegen. Etterpå sa kvinnen at «jeg var så redd da du slapp, da kjente jeg alt blodet som rant ut av meg. Jeg tenkte at nå dør jeg.»

Slikt gjør inntrykk.



Referanseliste

1. history-of-obgyn.com. Obstetric Hemorrhage ud [Available from: <https://history-of-obgyn.com/hemorrhage.html>].
2. LOEWENHARD. Case of Hemorrhage of the Uterus, Arrested by Compression of the Descending Aorta. The Boston Medical and Surgical Journal. 1834;10(16):252-3.
3. Stoeckel W. Lehrbuch der Geburtshilfe. Gustav Fischer Verlag; 1956. p. 470-3.
4. WHO. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth. A guide for midwives and doctors World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research (RHR); 2017.
5. WHO. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. World Health Organization; 2012. Report No.: 9241548509.
6. Belfort MA. Postpartum hemorrhage: Medical and minimally invasive management. 2023 https://www.uptodate.com/contents/postpartum-hemorrhage-medical-and-minimally-invasive-management?search=postpartum%20hemorrhage§ionRank=2&usage_type=default&anchor=H20&source=MachineLearning&selectedTitle=3-150&display_rank=3#H180014642.
7. Hanna Östling AS, Lars Thurn & Charlotte Elvander. Expertgruppsdokument Säker Förlösningssvård Postpartumbldning vid vaginal förlösning. 2021 <https://lof.se/filer/Postpartumbldning.pdf>.
8. Revelj M. Postpartumbldning - stor - behandling. 2022 <https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/SOFIA/SU9786-1429723585-313/SURROGATE/Postpartumbld%20-%20bldning%20-%20stor%20-%20behandling.pdf>.
9. Soltan MH, Faragallah MF, Mosabab MH, Al-Adawy AR. External aortic compression device: the first aid for postpartum hemorrhage control. J Obstet Gynaecol Res. 2009;35(3):453-8.
10. Soltan MH, Imam HH, Zahran KA, Atallah SM. Assessing changes in flow velocimetry and clinical outcome following use of an external aortic compression device in women with postpartum hemorrhage. Int J Gynaecol Obstet. 2010;110(3):257-61.
11. Soltan MH, Sadek RR. Experience managing postpartum hemorrhage at Minia University Maternity Hospital, Egypt: no mortality using external aortic compression. J Obstet Gynaecol Res. 2011;37(11):1557-63.
12. Riley DP, Burgess RW. External abdominal aortic compression: a study of a resuscitation manoeuvre for postpartum haemorrhage. Anaesth Intensive Care. 1994;22(5):571-5.
13. Kim GJ, Kim SY, Yoon SJ, Lee SP, Choi YD, Lee ED. Aortic Compression to Control Massive Postpartum Hemorrhage. Korean J Obstet Gynecol. 2003;46(8):1577-84.
14. Keogh J, Tsokos N. Aortic compression in massive postpartum haemorrhage--an old but lifesaving technique. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 1997;37(2):237-8.
15. Douma M, Brindley PG. Abdominal aortic and iliac artery compression following penetrating trauma: a study of feasibility. Prehospital Disaster Med. 2014;29(3):299-302.
16. Douma M, Smith KE, Brindley PG. Temporization of penetrating abdominal-pelvic trauma with manual external aortic compression: a novel case report. Ann Emerg Med. 2014;64(1):79-81.
17. Douma MJ, O'Dochartaigh D, Brindley PG. Bi-manual proximal external aortic compression after major abdominal-pelvic trauma and during ambulance transfer: A simulation study. Injury. 2017;48(1):26-31.
18. Douma MJ, O'Dochartaigh D, Brindley PG. Optimization of indirect pressure in order to temporize life-threatening haemorrhage: A simulation study. Injury. 2016;47(9):1903-7.
19. Douma MJ, Picard C, O'Dochartaigh D, Brindley PG. Proximal External Aortic Compression for Life-Threatening Abdominal-Pelvic and Junctional Hemorrhage: An Ultrasonographic Study in Adult Volunteers. Prehosp Emerg Care. 2019;23(4):538-42.
20. O'Dochartaigh D, Picard CT, Brindley PG, Douma MJ. Temporizing Life-Threatening Abdominal-Pelvic Hemorrhage Using Proprietary Devices, Manual Pressure, or a Single Knee: An Integrative Review of Proximal External Aortic Compression and Even „Knee BOA“. J Spec Oper Med. 2020;20(2):110-4.
21. Soeyland T, Hollott JD, Garner A. External Aortic Compression in Noncompressible Truncal Hemorrhage and Traumatic Cardiac Arrest: A Scoping Review. Ann Emerg Med. 2022;79(3):297-310.
22. Brannstrom A, Rocksden D, Hartman J, Nyman N, Gustavsson J, Arborelius UP, et al. Abdominal Aortic and Junctional Tourniquet release after 240 minutes is survivable and associated with small intestine and liver ischemia after porcine class II hemorrhage. The journal of trauma and acute care surgery. 2018;85(4):717-24.



Stort utvalg engangs og flergangs instrumenter og tenger

GYN vattpinner

Orchid Spec
the new speculum

PREMIUM engangsspekler

bridea
medical

Kirurgiske engangsspekler

Orchid Spec Standard



SX - med røykavsug
med ultratynn røykkanal
finnes i 3 størrelser



OPEN - åpen på en side
med eller uten røykavsug



hvit eller krystallklar

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

Small, Medium, Wide, Long

CRYO IQ

Oppfyller alle MDR kravene

EU-MDR

Rx

MD

CE 0537

MADE IN SWEDEN

Alle gasspatroner for kompakt kryokirurgi må være Klasse IIa sertifisert

CRYO IQ DERM +

Med fast spiss

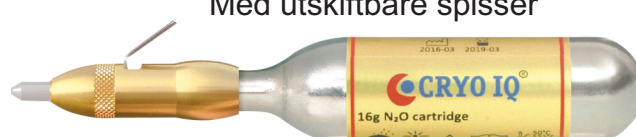


CRYO IQ gasspatroner

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

CRYO IQ PRO frysepenn

Med utskiftbare spisser



For rask og enkel fjerning av kondylomer

GYN APPLIKATORSPISS

MH
MED & HELSE

Nærmere info på web: www.medoghelse.no
E-post: info@medoghelse.no Telefon: 90 55 72 22

MH
MED & HELSE

Oppfølging etter konisering for adenocarcinoma in situ (AIS) og cervikal intraepitelial neoplasi (CIN) – 1 algoritme har blitt til 3

I denne utgaven av Gynekologen vil vi presentere de nye algoritmene for oppfølging etter konisering, som ble endret fra januar 2023. De senere års fokus på AIS har vist oss at denne tilstanden ikke kan sidestilles med CIN. AIS skal utredes og behandles raskere, og kan ikke ha samme oppfølgingsalgoritme som etter behandling for CIN slik det har vært inntil nylig. I likhet med sammenlignbare land har vi derfor laget egne algoritmer for kvinner konisert for AIS. Disse er å finne i CIN-kapittelet, Handlingsprogrammet for gynekologisk kreft. For utredning og behandling av ACIS/AIS i cytologi og biopsier vises det til avtalespesialist og postdoc, Ingrid Baasland, sin artikkel i Gynekologen 1-2021 [1].



Ane Cecilie Munk

PhD. Overlege og postdoc ved KK, SSK.



Ingrid Baasland

PhD. Gynekolog ved Baasland-klinikken, postdoc ved Kreftregisteret og forsker NTNU.

Forskjellig risikoprofil for kreft

AIS er forstadiet til adenokarsinom mens CIN er forstadiet til plateepitelkarsinom i cervix. I 2021 fikk 370 kvinner diagnosen AIS mens 7560 fikk diagnosen CIN2-3 [2]. Antallet premaligne lesjoner har økt [3]. Når det gjelder livmorhalskreft ser vi at andelen plateepitelkarsinom synker, mens den for adenokarsinom stiger (Fig. 1). Det foreligger en betydelig risiko for at kvinner med AIS i cytologi allerede har kreft. Upublisert data fra Kreftregisteret viser at 89 kvinner fikk påvist AIS i cytologiprøven i 2020. Innen et år fikk 26% påvist livmorhalskreft og 1 % annen gynekologisk kreft, mens 62% hadde behandlingstrengende forstadier. Totalt sett fikk 89% påvist en behandlingstrengende tilstand innen 1 år. Det kan synes som om cytologi har lavere sensitivitet for AIS og adenocarcinom, og man kan også ha inntrykk av at denne tilstanden utvikler seg raskere.

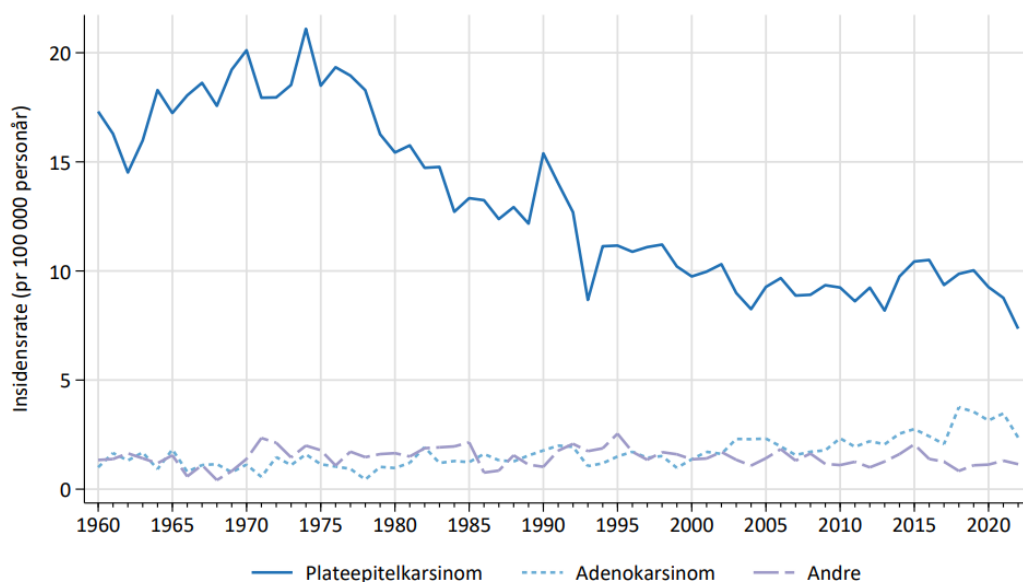
Utredning og behandling

Forholdet mellom AIS:CIN er ca 1:20, som gjør AIS til en mer sjelden tilstand. Behandlingen bør derfor være på få hender, og oppfølgingen bør i første omgang være hos gynekolog. Diagrammet under er hentet fra AIS-avsnittet i CIN-kapittelet, Handlingsprogrammet for gynekologisk kreft, og gir en god oversikt over anbefalt utrednings- og behandlingsflyt. Merk at biopsier bør tas innen 4 uker etter cytologidiagnose, og at pasienten bør være ferdig behandlet innen 8 uker etter cytologidiagnosen

ble stilt. Dette forutsetter at man ber om prioritert svar, helst innen 1 uke. Det er kontraindisert å konisere AIS med trekantslynge, og det kan være en fordel å gjøre behandlingen med bueslynge eller sylinderekksisjon i narkose for å få optimale betingelser. Kvinner med videre fertilitetsønske skal behandles annerledes enn de som er ferdige med barn.

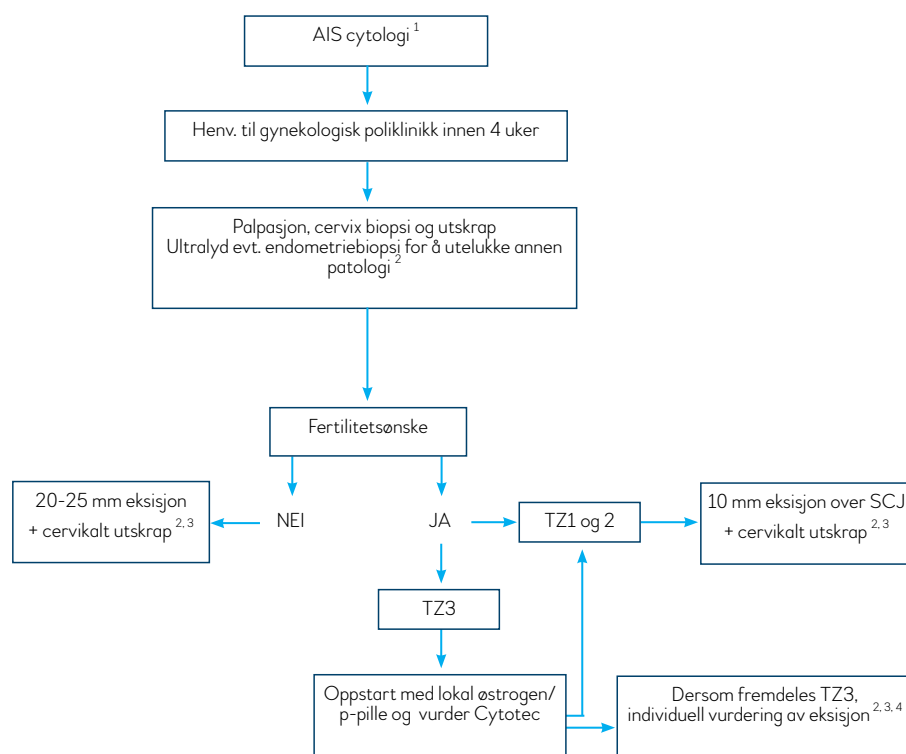
Oppfølging av AIS med frie og ufrie render etter konisering

Fri rand er en mer usikker vurdering ved AIS, fordi 50% av AIS-tilfellene er multifokale. Ved ufri rand er risikoen for gjenværende sykdom signifikant høyere enn ved fri rand (49% vs 16.5%)[4], og vesentlig høyere enn ved tilsvarende etter konisering for CIN (17% vs 3.7%)[5]. Derfor bør kvinner konisert for AIS følges tettere opp etter behandling. Dessuten er det her viktig å skille mellom kvinner med fertilitetsønske og de som er ferdige med barn. Ved avsluttet barneønske er terskelen for å anbefale hysterektomi lav. Ved fertilitetsønske og positiv HPV i etterkant er det viktig å vite om dette er en persisterende infeksjon eller ny smitte. Dersom HPV-genotypen ikke er angitt i cytologisvaret før konisering, kan man be om genotyping av konpreparatet. Enkelte laboratorier må da sende vevssnitt videre til sentraliserte laboratorier. Dette vil skape noe merarbeid både for gynekologen som følger opp pasienten og for laboratoriene, men gjelder få kvinner hvert år.



Figur 1: Statistikk fra Kreftregisteret viser forekomsten av plateepitelkarsinom, adenokarsinom og andre typer livmorhalskreft fra 1960 og frem til i dag. Plateepitelkarsinomer har gått gradvis ned fra 70-tallet mens det har vært en jevn økning av adenokarsinomer fra år 2000 frem til i dag. Sjeldne former for livmorhalskreft har ligget stabilt i hele perioden.

Veiledende flytskjema for oppfølging av AIS i cytologi



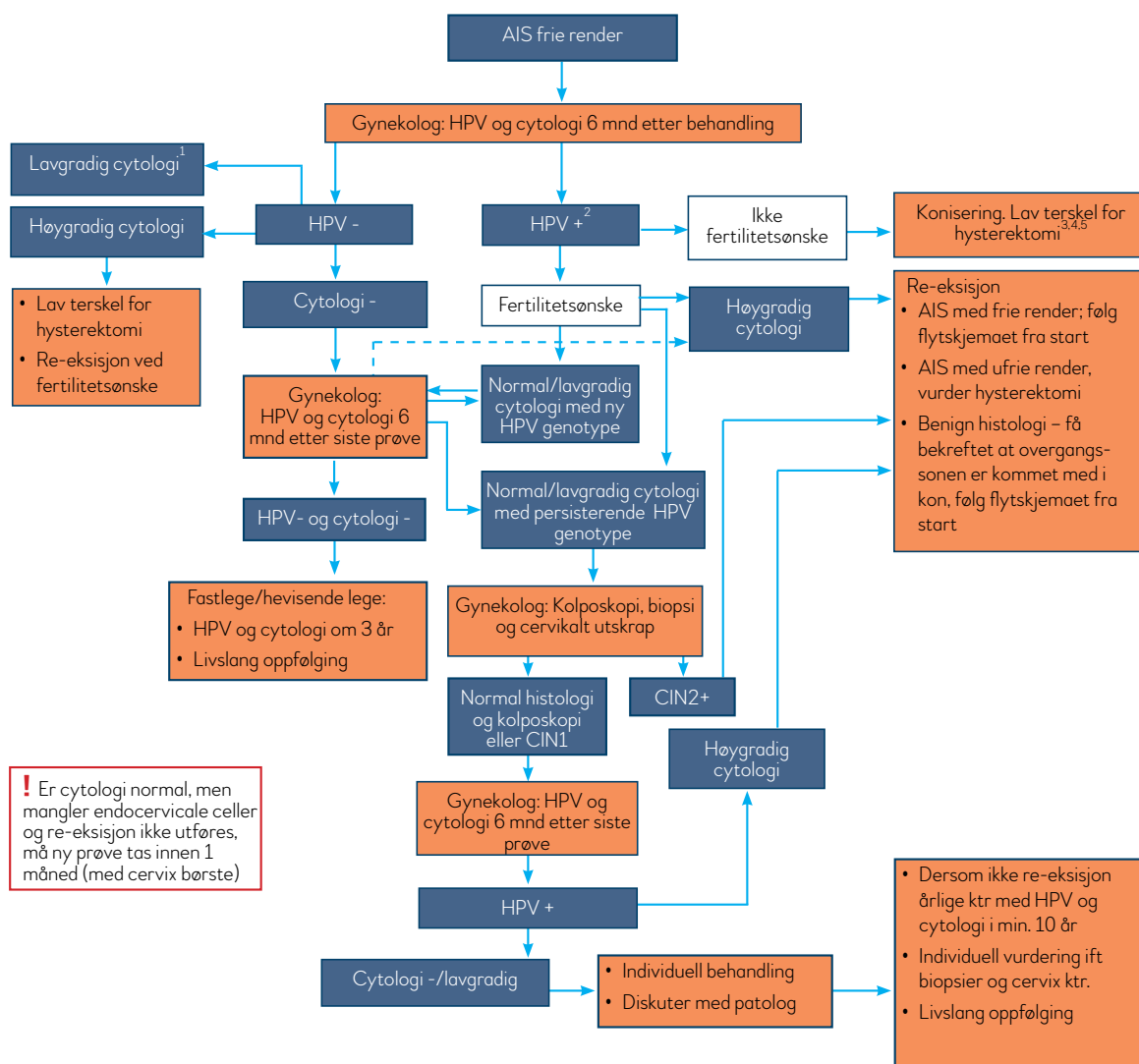
Begrepsforklaring

AIS= adenokarsinoma in situ
TZ= transformasjonssone

Fotnoter

1. Kontroller at celleprøven er HPV genotypet
2. Behandling skal utføres av gynekolog med IFCPC sertifisering, minimum NLF godkjent kolposkopi kurs eller tilsvarende og erfaring med eksisjon av AIS. Alle vevsprøvene i forløpet sendes som prio ritert (svar innen 1 uke)
3. Trekantslynge kontraindisert
4. Samråd med gynekolog med høy kompetanse innen AIS

Veiledende algoritme for oppfølging etter konisering for AIS med frie render



Figur- og begrepsforklaring

- Testresultat
- Anbefaling

Fotnoter

1. Individuell behandling. Diskuter med patolog.
2. Dersom ukjent HPV genotype i utgangscytologi, skal biopsi/kon med AIS genotypes.
3. Re-eksisjon dersom ikke hysterectomi utføres pga vanskelige forhold eller at pasient ikke vil, se oppfølging fertilitetsønske.
4. Kolposkopi av vagina 6 mndr etter hysterectomi med cytologi/HPV-test. Ved normal cytologi og negativ HPV test, videre kontroller hvert 5. år.
5. Obs: kolposkoper vagina

CIN-algoritmen post kon – nesten uendret

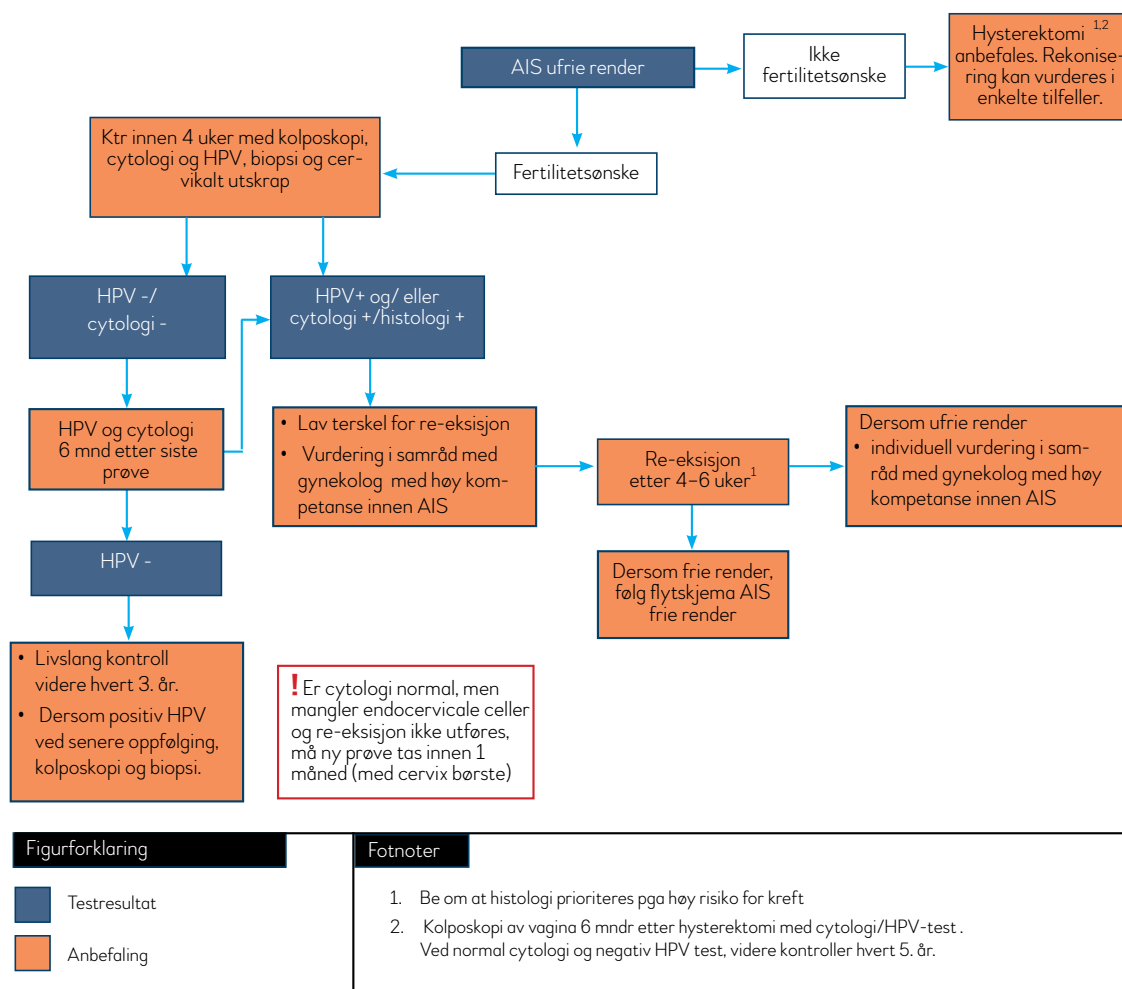
Det eneste som er endret med post kon-algoritmen for CIN, er at 12 månederskontrollen er tatt bort. Dette har flere andre land også gått bort fra (eksempelvis England og Sverige). Forutsetningen for å kunne droppe 12 månederskontrollen er at første kontroll med cytologi og HPV er representativ med både sylinder- og plateepitel. Neste kontroll er etter 3 år med HPV test, og deretter skal kvinnen HPV testes hvert 5. år livet ut.

Hvorfor ikke gjøre hysterectomi direkte

Hvorfor gjøres ikke hysterectomi direkte dersom biopsiene viser AIS eller mikroinvasivt plateepitelkarsinom og kvinnen er ferdig med barn? Det kan foreligge begynnende cancer selv om

biopsiene kun viser dysplasi. Konisering har derfor stor verdi for å kartlegge utbredelsen av eventuell mikroinvasiv sykdom både for adenokarsinom og plateepitelkarsinom. For at planlegging av riktig operasjonsmetode eller annen behandling skal bli så god som mulig, er det derfor en fordel at det gjøres diagnostisk konisering i forkant. Tall fra en multisenterstudie viser dessuten at kvinner som ble konisert før hysterectomi for tidlig stadium av livmorhalskreft (i artikkelen 1B1), hadde signifikant lavere risiko (OR 0.31) for residiv [6]. Studien viser også at etter konisering var residivrisikoen ved endoskopisk og åpen kirurgi lik. Derimot var residivrisikoen 5,6 ganger høyere ved laparoskopisk operasjon versus åpen kirurgi dersom kvinnen ikke var konisert i forkant [7]. Dersom det foreligger makroskopisk tumor, trer andre retningelinjer i kraft.

Veiledende algoritme for oppfølging etter konisering for AIS med ufrie render, skal følges opp av gynekolog



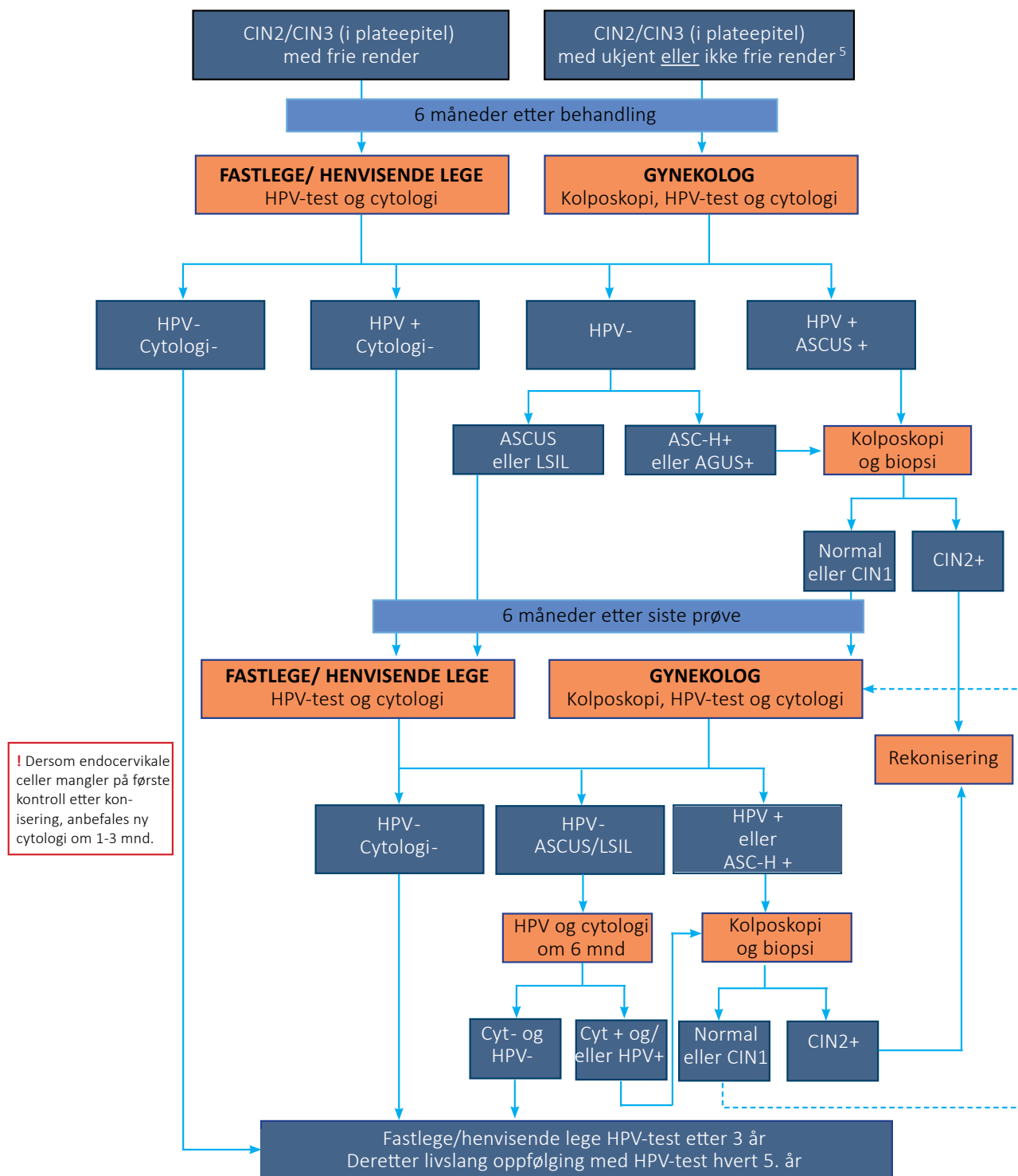
Endringer i tråd med ny kunnskap

Innføring av HPV-screening sammen med vaksinerer vil føre til en nedgang i forekomsten av både CIN, AIS og livmorhalskreft. I mellomtiden må vi ha retningslinjer som ivaretar disse pasientgruppene på best mulig måte ut fra dagens kunnskap. Algoritmene kan virke overveldende, men målet er å gi en bedre og mer målrettet oppfølging. Har man en konkret pasienthistorie foran seg, vil de fleste se at løpet er lettere å følge og at man får svar på flere spørsmål i forhold til oppfølgingen. I de tilfellene løpet ikke kan følges ved hjelp av algoritmene, anbefales diskusjon med erfarne kollegaer, patologen og sentraliserte avdelinger.

Referanser

1. Baasland I: Pasienter med adenocarcinoma in situ i cytologisk prøve skal behandles. In: Gynekologen. vol. 1; 2021: 2.
2. Livmorhalsprogrammet K: Årsrapport 2021. Screeningaktivitet og resultater fra Livmorhalsprogrammet. In., 22.08.2022 edn; 2022: 59.
3. Orumaa M, Leinonen MK, Campbell S, Møller B, Myklebust TA, Nygård M: Recent increase in incidence of cervical precancerous lesions in Norway: Nationwide study from 1992 to 2016. Int J Cancer 2019, 145(10):2629–2638.
4. Baalbergen A, Helmerhorst TJ: Adenocarcinoma in situ of the uterine cervix--a systematic review. Int J Gynecol Cancer 2014, 24(9):1543–1548.
5. Arbyn M, Redman CWE, Verdoordt F, Kyrgiou M, Tzafetas M, Ghaem-Maghani S, Petry KU, Leeson S, Bergeron C, Nieminen P et al: Incomplete excision of cervical precancer as a predictor of treatment failure: a systematic review and meta-analysis. The lancet oncology 2017, 18(12):1665–1679.
6. Manzour N, Chiva L, Chacon E, Martin-Calvo N, Boria F, Minguez JA, Alcazar JL, Group SS: SUCCOR Risk: Design and Validation of a Recurrence Prediction Index for Early-Stage Cervical Cancer. Ann Surg Oncol 2022, 29(8):4819–4829.
7. Chacon E, Manzour N, Zanagnolo V, Querleu D, Nunez-Cordoba JM, Martin-Calvo N, Capilna ME, Fagotti A, Kucukmetin A, Mom C et al: SUCCOR cone study: conization before radical hysterectomy. Int J Gynecol Cancer 2022, 32(2):117–124.

Veiledende algoritme for oppfølging etter konisering for CIN1¹, CIN2, CIN3 eller diagnostisk kon pga høygradig cytologi^{2,3,4}



1 CIN1 med frie render følges opp av fastlege med HPV-test og cytologi 6 mnd etter behandling. CIN1 med ikke frie render følges opp av gynekolog med kolposkopi, HPV-test og cytologi etter 6 mnd.

2 Dersom mistanke om at pasienten ikke er ferdig behandlet eller SCJ ikke er med, bør pasienten taes tilbake om 3 måneder med kolposkopi, biopsi og cervikalt utskrap.

3 Mikroinvasiv cervix cancer som er ferdigbehandlet med konisering eller trachelektomi, skal følge anbefalte cancer kontroller (se kapittel 6. Livmorhalskreft), men skal i tillegg ta HPV-test og cytologi etter algoritmen for oppfølging etter konisering.

4 Dersom man vet at CIN- forandringene var HPV negative, bør man heller vurdere cytologi som oppfølging ved 6 og 12 mnd kontroll.

5 Lav terskel for rekonisering av kvinner >50 år som ikke har fri øvre eller laterale rand.

GJELDENDE FRA JANUAR 2023

Versjon 2, januar 2023



Intrarosa®

Prasteron 6,5 mg (DHEA)
vagitorie



Et lite vagitorie med dobbel effekt

Hovedsakelig
ANDROGENE
effekter

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

KOMPLETTERENDE
effekter av østrogener
og androgener

- Påvirker epitelet, lamina propria og muscularis
- Vaginal gjenomblødning

Hovedsakelig
ØSTROGENE
effekter

- Vaginal pH



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

Intrarosa «Endoecutics»

ATC-nr.: G03XX01

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

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

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

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

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

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

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

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

Overdosering/Forgiftning: Behandling: Vaginalskylning.

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

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

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

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

Basert på SPC sist endret 12/2019

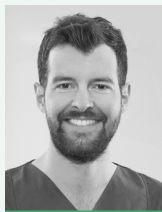
AVIA PHARMA

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

Mannlig infertilitet

– Utredning og behandling

Antallet par som søker fertilitetsutredning øker over hele verden og utgjør omkring 10-15 % av alle par som prøver å bli gravide. Det er oftest kvinnen som begynner å søke etter profesjonell hjelp. Derfor er gynekologer vanligvis blant de første som møter par som sliter med infertilitet. Mannens behov for utredning må ikke neglisjeres. Nedsatt mannlig fruktbarhet er til stede hos minst 50 % av disse parene. Denne artikkelen skal gi en oversikt over de viktigste faktorene gynekologer bør fokusere på under utredning av mannen, samt aktuelle diagnostiske og terapeutiske tilnærminger.



Alexander Freis

Daglig leder og gynekolog ved Medicus Bergen

Infertilitet eller barnløshet er et parproblem og må håndteres deretter. Infertilitet defineres som et års regelmessig samliv uten å oppnå graviditet. Den diagnostiske prosessen omkring utredningen av mannen innbefatter en grundig anamnese, fysisk undersøkelse og en sædanalyse. Ved behov kan utredningen suppleres med ultralyd-undersøkelse av testikler og prostata (TRUS, transrektal ultralyd), hormonutredning og om nødvendig genetisk utredning.

Årsaker til mannlig infertilitet

Hos omtrent en tredjedel av mennene som utredes vil årsaken til deres reproduksjonsproblemer være «idiopatisk», altså at den eksakte årsaken er ukjent. Hos de resterende finnes en somatisk årsak.

Underliggende helsetilstander og komorbiditet

I noen tilfeller kan utredningen imidlertid avdekke underliggende helsetilstander som kan bidra til fertilitetsproblemer. Funn ved sædanalysen kan være nært knyttet til generell helsetilstand. Unormale funn i sædanalyse kan være indikatorer på økt risiko for hjerte- og karsykdommer, diabetes mellitus og visse kreftformer. Dermed kan utredningen bidra som et tidlig varslingsystem for slike mulige helseproblemer, noe som kan gi mulighet for tidlig intervensjon og behandling.

Søkelys på spesielle forhold i pasientens historie kan være en viktig del av evalueringen av deres fertilitetsstatus. Infeksjoner, som kuma, kan føre til en betydelig reduksjon i fruktbarheten. Omkring 20-30 % av menn som får kuma har orkitt 1-2 uker etter parotitt. Av disse kan 30-50 % deretter lide av atrofi av en eller begge testiklene, noe som fører til redusert fertilitet og/eller hypogonadisme. Dessuten kan infeksjoner med feber påvirke sædkvaliteten (nedgang i spermatogenese) som normaliseres når det er produsert en ny generasjon sædceller, etter ca. ≥3 måneder.

Andre tilstander kan også påvirke sædkvaliteten og fruktbarheten, inkludert diabetes, gastrointestinale sykdommer, kardiiovaskulære sykdommer, lever- eller nyresvikt, tidligere kjemoterapi og til og med psoriasis. Nevrologisk komorbiditet kan påvirke spesielt ejakulasjon og erektil funksjon.

Pasienters anamnese bør også inkludere eventuelle tidligere graviditeter som de har bidratt til, ønsket eller uønsket. Syns- eller luktforstyrrelser, redusert libido, erektil dysfunksjon, depressivt humør, mangel på energi eller tap av muskelkraft bør også vurderes.

Sykehistorie fra barndommen er også viktig, for eksempel mangel-full nedsenkning av etestikler (kryptorkisme), som forekommer hos 1-3 % av guttebarn. Risikoen for azoospermi øker 25 ganger, selv om et kirurgisk inngrep (orkidopeksi) er utført i løpet av det første leveåret. Nedsatt funksjon av kontralateral testikkel kan sees hos opptil 70 % ved unilateral kryptorkisme. Testikkeltorsjon, som forekommer hos 1/4000 barn, må korrigeres innen seks timer for å unngå nedsatt fruktbarhet eller orkidektomi.

Kroppsvekt er en annen viktig faktor, ettersom både overvektige og undervektige menn kan oppleve fertilitetsproblemer. Operasjoner eller traumer i kjønnsorgan, bekken, lyske, retroperitonealt eller i kranieområdet kan også påvirke mannlig fertilitet.

Medikamenter

Effekten av medisiner er ofte undervurdert. F. eks. anabole steroider og medisiner som trisykliske antidepressiva, monoaminoksidase-hemmere, haloperidol, lorazepam og spironolakton kan være av betydning for mannlig fertilitet.

Andre årsaker

Virkningen av bruk av mobiltelefoner er fortsatt uklar. Langvarig varmeeksponering er skadelig for sædkvaliteten, og dårlig ernæring kan også påvirke fruktbarheten. Et sunt kosthold som inkluderer omega-3-fettsyrer, antioksidanter (som vitamin E, vitamin C, betakaroten, selen, sink, kryptoksanin, leukopin), vitamin D og folsyre, samtidig som man unngår mettede fettsyrer, er gunstig for sædkvalitet. Derfor er dietter basert på fisk, sjømat, kylling, korn, grønnsaker og frukt fordelaktig sammenlignet med soya, poteter, ost, alkohol, helmelk, kaffe eller søtsaker.

Somatisk undersøkelse

Å utføre en fysisk undersøkelse er avgjørende for å identifisere potensielle reproduktive helseproblemer. Unormal kropps-sammensetning og hårmønstre kan være symptomer på tilstander som hypogonadisme eller Klinefelters syndrom. Under en genital undersøkelse er det viktig å undersøke penis for tilstander som epispadier eller hypospadier og phimosis.

Palpering av scrotum kan gi inntrykk av testikkelvolum, som typisk er rundt 15 ml, men kan være mindre ved hypogonadisme. Normalt er teksturen av testiklene fast og glatt. Harde eller ujevne masser

kan indikere testikkeltumor. Tilstedeværelsen av vas deferens bør verifiseres ved palpasjon. Fravær kan indikere medfødt agenesi av vasa deferentia (CBAVD). Det er også viktig å screene for tilstedeværelsen av varicocele, som kan variere fra å være følbar under Valsalvas manøver (I°), via følbar uten Valsalvas manøver (II°) til synlig (III°).

Supplerende undersøkelser

Ultralyd

Hvis noen anomalier har blitt identifisert ved fysisk undersøkelse eller anamnese, blir scrotal og/eller transrektal (dupleks) sonografi nødvendig. Hvis sædprøveresultatene er unormale, er det også nødvendig med en genital ultralyd for å utrede den underliggende årsaken ytterligere.

Spermanalyse – hva ser man etter?

Spermanalyse er et av de viktigste diagnostiske verktøyene i evalueringen av mannlig fertilitet. Men siden sædkvaliteten kan påvirkes av en rekke faktorer, kan det hende at en enkelt analyse ikke er tilstrekkelig for å fastslå fruktbarhetsstatus nøyaktig. Av den grunn bør en ny sædanalyse gjentas etter minst tre måneder dersom den første analysen avdekket unormale funn. Det er avgjørende at pasienter avstår fra utløsning i 3–5 dager før prøven leveres, som skal samles i en steril kopp.

Det anbefales at sædanalysen behandles i henhold til de nyeste WHO-retningslinjene (www.who.int/publications/i/item/9789240030787). Pasienter kan utføre prøvetakingen ved onani hjemme så lenge tiden mellom utløsning og sædanalysen ikke overstiger en time.

Imidlertid skiller sædanalyse ikke alltid nøyaktig mellom “fertil” og “infertil”. Unormale resultater indikerer snarere at testikkelfunksjonen kan være svekket. Derfor er det viktig at det gjennomføres ytterligere endokrine og fysiske undersøkelser.

Asthenozoospermi, en tilstand der sædcellemotiliteten er redusert, kan være forårsaket av infeksjoner, varicocele, kronisk betennelse i bitestikkelen eller medisiner som sulfasalazin.

Teratoospermi er en tilstand der sædmorfologien er unormal. Graviditetsraten ved teratoospermi avhenger av alvorlighetsgraden. Hvis sædmorfologien kommer under 4 % kan graviditetsraten for IVF eller IUI reduseres, ettersom bare normalformede sædceller kan befrukte egget.

Azoospermi er en tilstand der det ikke er noen målbare sædceller i ejakulatet. Det er en utbredt tilstand som rammer 15 % av menn som utredes for infertilitet. Ulike årsaker kan føre til azoospermi, og det er viktig å skille mellom obstruktiv og ikke-obstruktiv azoospermi for effektiv behandling.

Obstruktiv azoospermi (OA) kan være forårsaket av tilstander som CBAVD (Congenital bilateral absence of the vas deferens), hvor det er stor sannsynlighet for å få hentet ut modne sædceller via TESE/MESA (testikkelspermekstraksjon/mikrokirurgisk epididymal spermaspirasjon, se nedenfor).

Hvis det foreligger azoospermi, bør det utføres testikkeultralyd for å vurdere voluminelle og patologiske mønstre og TRUS (transrektal ultralyd) for å vurdere cyster i prostata og utvidet ductus ejaculatorii.

Hvis testikkelvolum, FSH og serumtestosteronnivåer er normale, foreligger sannsynligvis obstruktiv azoospermi. Sædvolum og biokjemiske markører som pH, alfa-Glukosidase eller fruktose kan gi mer innsikt i hvilket “nivå” spermtransport kompromitteres ved.

Årsaken til obstruksjonen kan være postinflammatorisk (selv en- sidedig epididymitt forårsaker OA hos hver 10. pasient), iatrogen eller posttraumatisk. “Sentral” obstruksjon er til stede hos 5 % av pasientene med OA. 5 % av OA-pasientene har unilateral renal agenesi eller aplasi, som krever ultralydundersøkelse av retroperitoneum.

Ikke-obstruktiv azoospermi (NOA) kan på sin side ha genetiske årsaker som AZF-mikrodelesjon og Klinefelters syndrom, primær testikkelvevskade (som ofte er assosiert med økte FSH-nivåer) og sentrale reguleringsproblemer (mest sannsynlig samtidig lavt FSH-nivå). FSH-nivåer korrelerer negativt med testikkelvolumina og positivt med svekkelse av spermatogenese. Inhibin B på den annen side korrelerer negativt med svekkelse av spermatogenese. Kombinasjonen av FSH og Inhibin alene forutsier imidlertid ikke sikkert hvilket resultat vi kan forvente oss ved TESE. På den annen side ser preoperative FSH-nivåer ut til å korrelere med graviditets- og levendefødselsraten etter TESE-ICSI. Testosteronnivået er redusert hos 30 % av NOA-pasientene. En annen grunn til NOA (som i stor grad er undervurdert) kan være eksogen testosteronbehandling.

Hvis sædcellekonsentrasjonen er mindre enn 5 millioner sædceller/ml, kreves genetisk utredning. Karyotyping er nødvendig for å screene for Klinefelters syndrom, mens screening for AZF-mikrodelesjon er nødvendig for Y-kromosomal mikrodelesjon i region Yq11. Mikrodelesjoner i regionene AZFa eller AZFb er ofte assosiert med en arrest i spermatogenese og Sertoli-only-celle-syndrom. I slike tilfelle vil vi ikke finne modne sædceller som kan brukes til ICSI etter TESE. Mikrodelesjoner i AZFc (80 % av alle AZF-mikrodelesjoner) har større sjanser for å oppnå positive TESE-resultater. CFTR-mutasjon er også viktig i patogenesen av CBAVD (85 %) og kan ha betydelige implikasjoner for helsen til det ufødte barnet. En heterozygot CFTR-mutasjon fører ikke til nedsatt fertilitet, slik som homozygote eller sammensatte-heterozygote former. En annen mulig årsak til CBAVD har nylig blitt beskrevet med tap av funksjon-mutasjon i ADGRG2 (X-kromosomt).

Behandlingsalternativer

Mannlig infertilitet behandles basert på den kliniske situasjonen. For å skille mellom de ulike behandlingsalternativene er det viktig å inkludere blant annet testosteron, fritt testosteron, FSH, LH, prolaktin, hCG, TSH, etc. i den diagnostiske utredningen.

OA eller NOA

Hvis en mann tidligere har gjennomgått en vasektomi, men nå ønsker å bli far til et barn, er vasovasostomi et alternativ, med en suksessrate på opptil 90 %. Det er viktig å merke seg at det kan ta 6–9 måneder før sædparametere normaliseres etter prosedyren.

For menn som har OA eller visse former for NOA, er kirurgisk spermuthenting et alternativ. Mikrokirurgisk epididymal spermaspirasjon (MESA) er en slik teknikk, men den krever en presis indikasjon da den kan føre til en irreversibel obstruksjon av bitestikkelen. Det krever også høy kompetanse og kombineres ofte med testikkelspermekstraksjon (TESE).

TESE innebærer kirurgisk uthenting av små testikkelbiopsier og regnes som den moderne metoden. Under prosedyren bør multifokale biopsier utføres. Kliniske resultater er bedre enn “blind” perkutan nålespirasjon (TESA). I tilfeller av alvorlig skade i testikkelvevet er mikro-TESE et verdifullt alternativ, der tubuli med intakt spermatogenese kan identifiseres ved hjelp av mikroskopi siden de viser seg med større diameter sammenlignet med omkringliggende vev uten spermieproduksjon.

Hypogonadisme

Hormonbehandling er en vanlig behandlingstilnærming for mannlig hypogonadisme. En vanlig feil i denne terapien er imidlertid å legge til testosteron hvis paret ønsker å bli gravide. Testosteronbehandling har skadelige effekter på spermatogenesisen. For diagnostikk bør testosteronnivået måles mellom kl. 07.00 og 11.00. Normalområdet for friske unge menn er 12-30 nmol/l. Hvis testosteronnivået er lavere eller marginalt innenfor normalområdet, bør en ny blodprøve utføres. Tap av libido kan allerede sees hos menn med lave verdier innenfor normalområdet, mens erektil dysfunksjon vanligvis oppstår hvis serumtestosteron er <8nmol/l. Testosteron måles og vurderes sammen med SHBG og totalt testosteron. Fritt testosteron bør være > 250 pmol/l. Testosteronmangel kan føre til anemi, så Hb-verdier bør inkluderes i den individuelle utredningen.

For pasienter som lider av primær hypogonadisme (testikulær svikt), er ingen medisinsk intervensjon mulig. Testosterontilskudd kan være aktuelt for generelt bedret livskvalitet. For sekundær hypogonadisme (f.eks. hypotalamus eller hypofysær insuffisiens), kan hCG og/eller FSH, GnRH (pulsatil) brukes. Erektil dysfunksjon kan behandles med PDE-5-hemmere, Yohimbin, etc.

Akutt genital infeksjon

For pasienter med akutt genital infeksjon/epididymitt/epididymo-orkitt uten hypogonadisme bør antibiotikabehandling vurderes, og partnerbehandling kan være nødvendig. Hvis det foreligger problemer knyttet til en eldre infeksjon som har oppstått i pasientens historie, kan antiflogistisk behandling gis.

Inflammatorisk årsak

Hvis spermatogenesisen er påvirket av en inflammatorisk årsak, kan antiflogistisk behandling, antioksidanter, mastcellehemmere, pentoksyfillin etc. brukes. Hvis en ikke-inflammatorisk årsak påvirker spermatogenesisen, kan rFSH, anti-østrogenbehandling brukes, mens alfa-sympathomimetika, imipramin og lignende kan brukes ved transportdefekter (f.eks. ved retrograd ejakulasjon).

Immunologisk infertilitet

For immunologisk infertilitet (autoantistoffer mot sædceller) kan glukokortikoider benyttes.

Idiopatisk infertilitet

Idiopatisk infertilitet kan behandles med rFSH, antiøstrogenbehandling, etc., basert på pasientens kliniske tilstand. Imidlertid må slik behandling merkes som eksperimentell.

Konklusjon:

- Gynekologer har en svært viktig funksjon når det gjelder utredning av mannen og som henviser for pasienter hvor det under utredningen gjøres funn som krever ytterligere utredning, for eksempel hos urolog/androlog.
- Utredning av mannen bør skje parallelt med utredning av kvinnen, da ufrivillig barnløshet er et parproblem.
- Hvis det er gjort forklarende funn på mannlig eller kvinnelig side, kan rask henvisning til fertilitetsspesialist være nødvendig.
- Unngå testosteronbehandling hos menn dersom paret ønsker å oppnå graviditet.

Mykgjørende & fuktighetsbevarende krem for underlivet

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

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

Alle kjente og gjennomprøvde ingredienser.

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

92%
fettinnhold



nordic
consumer
health



Jan Bye AS

MEDISINSK TEKNIKK

Etablert 1988

Laparoskopi - Vaginal kirurgi - Obstetikk - Gynekologi

FETAL PILLOW



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

- 5 – min Apgar skår ≤ 3
- 0,80% ved bruk av Fetal Pillow
- 6,7% uten bruk av Fetal Pillow

- reduksjon i innleggelse på neonatal intensivavdelingen

- reduksjon i tidsopphold på intensivavdelingen

- reduksjon av blodtap, blodoverføring og uterine extensions

- reduksjon i operasjonstid og sykehusopphold

- latexfri myk silikonballong

- enkel i bruk



CooperSurgical® www.fetalpillow.com

ELEKTRODER TIL KONISERING



- Variert utvalg av elektroder i forskjellige fasonger og størrelser

- Fisher Cone elektrode
- Loop elektrode
- Kule elektrode



CooperSurgical®

ISOLERTE SPEKLER OG INSTRUMENTER

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



GYNEKOLOGISKE INSTRUMENTER

- Alle typer gynekologiske instrumenter
- Tysk kvalitet med lang levetid

dimeda
SURGICAL INSTRUMENTS



RUMI® II SYSTEM



CooperSurgical®

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

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



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

Telefon **64 95 93 77** • Adresse **Slettaveien 23, 1555 Son**

VEDTATT INNFØRT I BESLUTNINGSFORUM



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

Innført av Beslutningsforum den 22. oktober 2021

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

VIKTIG INFORMASJON¹:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Lynparza SPC 03.11.2020

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

Strukturert utredning av livmorhalsforandringer

På Bærum sykehus møter vi kvinner med spørsmål om celleforandringer hver dag. Og slik er vel også hverdagen for de fleste gynekologer i landet. HPV og celleforandringer er et aktuelt tema, særlig nå i kjølvannet av TV2 sitt innslag om «Norge bak fasaden». Dette innslaget skapte mye usikkerhet, og dertil spørsmål som rant inn til de gynekologiske poliklinikkene. Såpass travelt ble det at Kreftregisteret så seg nødt til å gå ut med et generelt infoskriv for å prøve å rydde opp i usikkerheten.



Joachim Eikeseth

Konstituert overlege, Bærum sykehus

Det er også svært spennende tider med overgang til HPV-basert screening, i stedet for cytologi (cellebilde) som vi har hatt siden screeningprogrammet ble opprettet tilbake i 1995. Det planlegges også å tilby hjemmetester, og Kreftregisteret har en egen arbeidsgruppe som jobber med akkurat dette tilbudet. Hva vi skal kalle testen fremover, er jo også interessant. Vi ser jo ikke lenger først på cellene, kan vi da kalle det en celleprøve? Er ordet livmorhalsprøve, eller børstprøve, bedre egnet?

Med dette innlegget ønsker jeg å fortelle om hvordan vi på Bærum siden høsten 2020 har jobbet systematisk med å forbedre utredningen og behandlingen av denne pasientgruppen. Dette arbeidet er under kontinuerlig forbedring, er ikke det et ord som ledelsen liker godt?

Tilbake i 2020 jobbet undertegnede som LIS i redusert stilling med tre små på hjemmebane, og kollega og overlege Ingvild Sandnes la planer for sin overlegepermisjon. Disse «pauserommene» i en travel klinisk hverdag gjorde det med ett mulig å legge planer om et forbedringsarbeid. Med oss på laget hadde vi den alltid like engasjerte Ameli Tropé som vi kjenner som leder av

livmorhalsprogrammet. Ameli hadde ambisjoner om å sertifisere norske gynekologer gjennom en internasjonal sertifisering, ledet av IFCPC (International Federation of Cervical Pathology and Colposcopy). Disse har «base» i England, og eksamen arrangeres der.

Vi var ikke vonde å be, og planer ble lagt om hvordan vi både kunne drive forbedringsarbeid lokalt ved Bærum sykehus, men også heve blikket og se om det var flere gynekologer i Norge som var interessert i en slik sertifisering. Vi opprettet faktisk en gruppe på Messenger, som fortsatt den dag i dag heter Kolposkopimisjonærene. Her fikk vi samlet kolleger fra hele landet, flest fra offentlige sykehus, men også private. Det vi hadde til felles var en brennende interesse for kolposkopi, og vi traff helt klart en «nerve» da vi oppdaget at også andre steder i landet var det stor interesse for mer kunnskap om kolposkopi og cervixdysplasi. Kanskje var det flere enn oss som hadde innsett at det å sette den ferskeste LISen til å konisere en premalign tilstand ikke er helt OK?

Sertifiseringen var basert på prinsippet om trener og trainee, hvor man altså skulle gjøre 30 kolposkopier under supervisjon. Problemet var bare det at vi i Norge ikke har noen godkjente trainere (annet enn Ameli Tropé), og dermed heller ikke noe egnet sted å starte en slik sertifisering. Men Ameli med sine kontakter ordnet dette, og vi fikk på plass et unntak slik at vi som «første pulje» var hverandre sine trainere. Dermed kunne vi melde oss på sertifiseringen; som inneholdt nettbaserte forelesninger og et krav om til sammen 100 dokumenterte kolposkopier (30 som nevnt under supervisjon). Ting tar tid, og først i mai 2022 kunne noen ivrige kolleger fra Kolposkopimisjonærene avholde stasjonsbasert eksamen via Teams, med eksaminatorer og pasienter (skuespillere) fra England. En faglig utfordring var at våre engelske kolleger vekter kolposkopi, patologi og cytologi like mye. Hvilket for mange av oss innebar at vi måtte frem med de tunge patologiøkene, og lære oss en god del om hvordan patologer jobber og vurderer. Det var derfor stor stas da diplommet var på plass!

Tilbake på Bærum hadde vi parallelt fra høsten 2020 startet et forbedringsprosjekt, hvor to LIS fikk dette godkjent som forbedringsarbeid i ny utdanningsordning (FKM - Felles Kompetansemodul). Vi satte ned et team som inkluderte leger, sykepleiere og sekretærer. Vi hadde som et mål å etablere en dedikert poliklinikk for cervixdysplasi, bemannet med trent leger og sykepleiere. Denne fikk det fengende navnet DYSPOL, og første pasient tok plass på stue 9 i april 2021. På forhånd var da sykepleierne tatt med på internundervisning, og opplæring i prose-





dyren. Vi hadde også gått igjennom alt av utstyr, og kjøpt inn nytt. F.eks. var endocervikalt spekulum noe vi ikke hadde fra tidligere (det er kjekt å vite hvor langt opp new SCJ er når man planlegger konisering), og sølvnitratpinner for hemostase viste seg å være veldig praktisk. Og det er bare å innrømme det; biopsitenger blir veldig sløve etter mange års bruk. Det var en lykke å få nye, og nå også roterbare! Ved å samle åtte pasienter på denne måten hver torsdag skapte vi også en arena hvor det nettopp var mulig å få 100 kolposkopier hver før sertifisering.

For å sikre systematisk utredning også blant våre kolleger lagde vi fraser til journal som inkluderte SWEDE score. Dette er et scoringsverktøy (en fem punkts sjekkliste) opprettet av vår svenske kollega Bjørn Strander. Her kan man maksimalt score 10 poeng dersom fargeteknikkene (eddik og jod) gir utslag. Det som er så fordelaktig med SWEDE score er at du tvinges til systematisk å beskrive/score funnene ved kolposkopi. Dette har vi altså innført ved vår avdeling, og det er ikke den livmorhals som går ut herifra uten å ha fått en poengscore!

Vi så også tidlig behovet for standardisert info. Det er sikkert mange kolleger som kjenner seg igjen i en travel hverdag der det kan bli litt tilfeldig akkurat hvilken info kvinnen får om kolposkopi og biopsitaking, konisering eller HPV-vaksine. Vi har nå opprettet tre standardiserte infoskriv (som vi gjerne deler) om nettopp disse temaene. Når kvinnen møter på poliklinikken får hun da et skriv om hva som er dagens agenda. Her forklares hun hva kolposkopi er, hvilke fargeteknikker som benyttes og at vi setter lokalbedøvelse før biopsi. For det gjør vi nå på alle kvinner. I fremtiden ønsker jeg ikke flere historier om gynekologen som «bare» skulle ta en biopsi, og hvor man har endt opp med å røske i livmorhalsen og dertil traumatisere pasienten. God bedøvelse er en forutsetning for ethvert vellykket kirurgisk inngrep. Jeg prøver å forestille meg en biopsi av glans penis uten bedøvelse. Nei takk!

Nevnte infoskriv har vi veldig god erfaring med, og det sikrer lik informasjon hver gang. Det frigjør faktisk også noe tid. Som vår sykepleier sa; det er overraskende stor andel av kvinnene på DYSPOL som forteller om seksuelle overgrep. Det kan jo bety at de er overrepresentert på DYSPOL (overgrep er en risiko for tidlig HPV-smitte og cancer), men det kan også bety at vi har rigget oss slik at vi med standardiserte skriv frigjør tid og dermed kan åpne opp for den litt dypere samtalen.

Vi har også med kvinnen sitt muntlige samtykke sikret fotodokumentasjon av livmorhalsen til journal. Det gjøres riktignok på den gammeldagse måten med minnebrikke som flippes inn/ut av kameraet hele tiden. Drømmen er en fotpedal, og sømløs overføring til DIPS. Vi har også kjøpt inn buede slynger til konisering, tidligere hadde vi kun trekantslynger tilgjengelig. Det er klart at en slik overgang krever opplæring, men det er fordelaktig å ha muligheten dersom det er veldig trange vaginale forhold (hvor trekantslyngen ikke lar seg rotere), eller ved adenocarcinoma in situ (AIS) hvor buede slynger er anbefalt. Vi har også opprettet egne fraser i journal ved konisering, som sikrer all nødvendig info til KREMT. Og med nå en dedikert sekretær på laget har vi registrert alle koniseringer for 2021 og 2022. En klar forbedring.

Etter nå snart to år med DYSPOL på Bærum sykehus er det kun én ting jeg angrer på. Vi startet opp dette forbedringsprosjektet uten å samle data på hvor fornøyde pasientene var før/etter tiltaket. Så vi har ingen flotte grafer og vise til mtp. pasienttilfredshet. Men jeg er overbevist om at arbeidet vi har lagt ned har vært viktig, og at vi har mer fornøyde pasienter nå. Dette samtidig med at vi har hevet kompetansen i avdelingen gjør at vi har lov til å være litt stolte. Dette er godt teamarbeid, og vi deler gjerne med andre avdelinger om dere skulle ønske å gjøre noe liknende!



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

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

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

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

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON

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

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

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

Referanser:

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

PM-NO-NRP-JRNA-210001, januar 2023

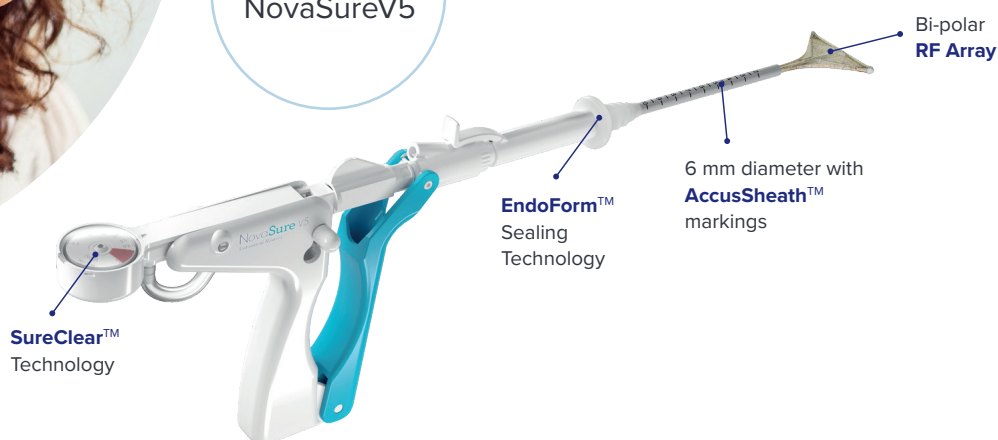


Les mer om Zejula

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



NY VERSJON!
NovaSureV5



ENDOMETRIEABLASJON MED NOVASURE® V5

Effektiv behandling av menorrhagi

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

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

NORMEDI.COM
NORMEDIEDUCATION.COM

Ta gjerne kontakt med:
Marte Skrivervik | Tlf: 481 80 614 | E-post: marte@normedi.com
Paul Essebaggers | Tlf: 928 92 666 | E-post: paul@normedi.com



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

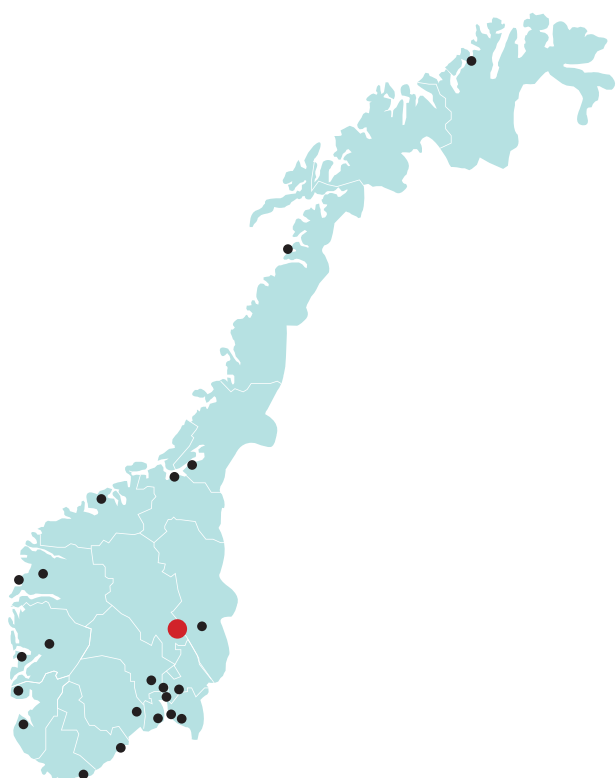


Norge Rundt Gjøvik

“Æille har et syskenbån på Gjøvik” sang Alf Prøysen i 1969, og med så mange søskenbarn må det selvsagt finnes et trygt og godt føde-tilbud ved Mjøsas vestkant.

Åsil Wiig, Nora Stuve og Thea Eine

Avdelingens 3 LIS



Tidligere besøkt:

3:2022 Stord sykehus
1:2022 Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning
4:2021 Førde Sentralsjukehus
1:2021 Voss sjukehus
4:2020 Sørlandet Sykehus Arendal
3:2020 Sykehuset Telemark
2:2020 Drammen sykehus
1:2020 Elverum sykehus
2:2019 Sandnessjøen sykehus
1:2019 Kvinneklivikken – Sykehuset Østfold
4:2018 Levanger sykehus
3:2018 Kvinneklivikken OUS
2:2018 Kvinneklivikken St.Olavs Hospital HF
1:2018 Kvinneklivikken Rikshospitalet
4:2017 Kvinneklivikken ved Bærum Sykehus
3:2017 Kvinneklivikken ved Sørlandet sykehus – Kristiansand
2:2017 Kvinneklivikken Haugesund Sjukehus Helse Fonna HF
1:2017 Kvinneklivikken ved Helse Møre og Romsdal – Ålesund
4:2016 Kvinneklivikken ved Sykehuset i Vestfold Tønsberg
3:2016 Kvinneklivikken ved Ahus
2:2016 Kvinneklivikken ved Nordlandssykehuset – Bødø
1:2016 Kvinneklivikken i Hammerfest
4:2015 Kvinneklivikken i Stavanger
2:2015 Stiftelsen Betanien Sykehus dagkirurgisk senter, Bergen
1:2011 Kvinneklivikken i Hammerfest

Gjøvik er en hyggelig liten by med ca. 30 000 innbyggere som ligger i naturskjønne omgivelser på riktig side av Mjøsa. Byen er hjemstedet til Mjøsas hvite svane, Skibladner, verdens eldste hjuldamper i drift. Som Innlandets musikkhovedstad kan byen skryte av et eget symfoniorkester og et aktivt kulturliv. Byen er også den eneste rundt Mjøsa med en utdanningsinstitusjon med universitetsstatus, etter at NTNU etablerte campus på Gjøvik i 2019. Gjøvik har et sterkt teknologi- og industrimiljø og er kjent for alt fra Hoff opphøgte potteter til fantastiske ski fra Madshus skifabrikk. Sistnevnte kan bringe deg frem i byens mange og lange skiløyper på vinterstid. Løypene snor seg mil etter mil gjennom slakt og nydelig landskap. Det er faktisk mulig å gå hele veien fra Gjøvik til Oslo i preparerte skiløyper, noe det ryktes at en ivrig LIS-lege gjorde for noen år tilbake. Avdelingens nåværende LIS-leger er ikke like ivrige milslukere, men nyter heller en rolig togtur på Gjøvikbanen, som bringer deg inn til Oslo Sentralstasjon på snau to timer.

Midt i et villastrøk nord i byen, ca. 10 minutters spasertur fra stasjonen, finner du en sjarmerende teglstensbygning oppført i 1925. Gjøvik sykehus betjener det største befolkningsgrunnlaget av alle sykehusene i Innlandet, med et pasientgrunnlag på over 105.725

V A K T L I S T E.	
Tirsdag	1. desember dr. Døssland
Onsdag	2. desember dr. Aase
Torsdag	3. desember dr. Døssland
Fredag	4. desember dr. Aase
Lørdag	5. desember dr. Aase
Søndag	6. desember dr. Aase
Mandag	7. desember dr. Døssland
Tirsdag	8. desember dr. Aase
Onsdag	9. desember dr. Døssland
Torsdag	10. desember dr. Aase
Fredag	11. desember dr. Døssland
Lørdag	12. desember dr. Døssland
Søndag	13. desember dr. Døssland
Mandag	14. desember dr. Aase
Tirsdag	15. desember dr. Døssland
Onsdag	16. desember dr. Aase
Torsdag	17. desember dr. Døssland
Fredag	18. desember dr. Aase
Lørdag	19. desember dr. Aase
Søndag	20. desember dr. Aase
Mandag	21. desember dr. Døssland
Tirsdag	22. desember dr. Aase
Onsdag	23. desember dr. Døssland
Torsdag	24. desember dr. Aase
Fredag	25. desember dr. Døssland
Lørdag	26. desember dr. Døssland
Søndag	27. desember dr. Døssland
Mandag	28. desember dr. Aase
Tirsdag	29. desember dr. Døssland
Onsdag	30. desember dr. Aase
Torsdag	31. desember dr. Døssland

VAKTLISTE ANNO 1978
1984 (da ble de 8 uker)
(Endell om sommeren)

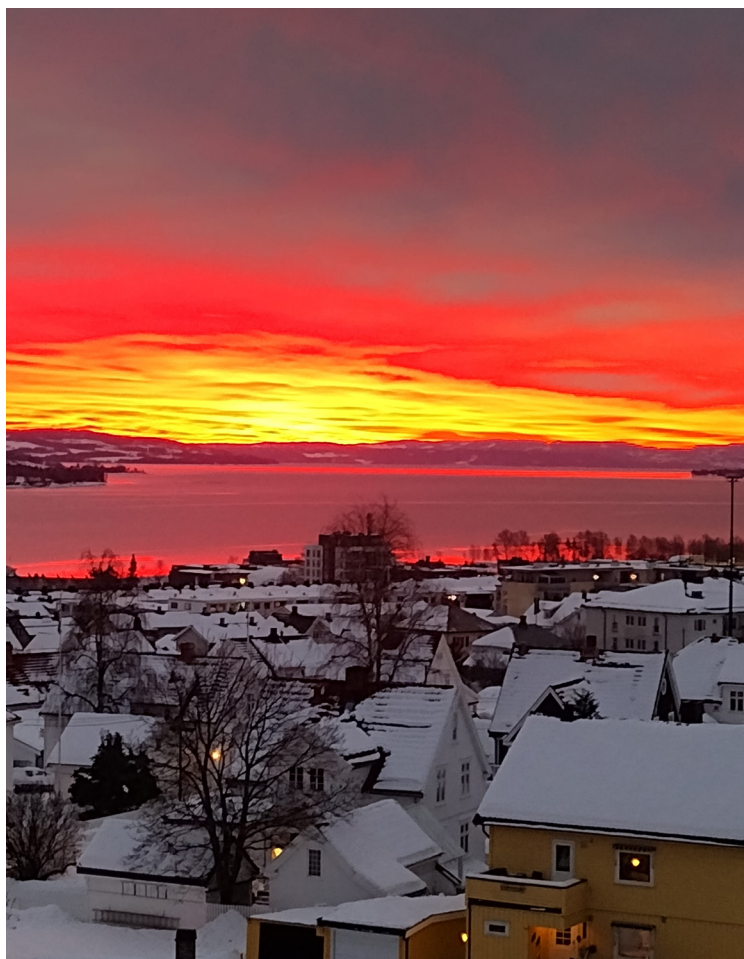
innbyggere (2020). Sykehuset er et stort og bredt akuttstusykehus i landsmålestokk. Pasientene kommer hele veien fra Harestua på Hadeland i sør til Vang i Valdres i nord.

Tar du heisen opp i sykehusets fjerde etasje finner du avdeling for fødselshjelp og gynekologi. Avdelingen har i mange år vært ledet med stål hånd av Anja Døssland Holstad, som har ledsaget mang en fersk LIS-lege inn i faget. Hun er effektiv og pedagogisk, og veileder oss tålmodig når det går litt trått på føden eller operasjonsstua.

Vi har seks overleger og tre LIS-leger som går 6-delt vakt. Overlegene har hjemmevakt, så man blir raskt konfrontert med realitetene som relativt fersk LIS alene på huset. Heldigvis er det alltid en svært hjelpsom og pedagogisk overlege med kort reisevei inn til sykehuset om det skulle være behov for det. Sammen har vi internundervisning to ganger i uken som fordeles mellom alle legene og er matnyttig for både ferske og mer erfarne gynekologer. Jordmorstaben er stabil og kyndig, og de lærer gjerne bort sine kunster til en nykomling.

På Gjøvik sykehus ble det i 2022 født 498 barn. De fødende er kvinner etter uke 35 + 0 med singleton svangerskap hvor fosteret ligger i hodeleie. De øvrige blir sendt til Kvinneklinikken på Lillehammer, som vi har et godt samarbeid med. Fra 2019 har avdelingen på Gjøvik vært sommerstengt, og alle avdelingens leger, barnepleiere, sykepleiere og jordmødre tilbringer noen uker hver sommer på Lillehammer, en ordning som fungerer bedre og bedre for hvert år.

Til tross for at avdelingen er relativt liten har vi stor poliklinisk og operativ aktivitet. I tillegg til poliklinikken på Gjøvik har vi også en poliklinikk i Valdres og på Hadeland som driftes av avdelingens leger. Vi samarbeider også tett med jordmortjenesten i Valdres, hvor de tar inn ø-hjelpspasienter og vurderer om det er behov for videre utredning på sykehuset. Lang reisevei kan fort bli en utfordring for en del av pasientene, så legevaktslegene i distriktet rundt Gjøvik har blitt veldig gode på tamponering av cervixblødninger og annen blødningsbehandling, noe som tidvis resulterer i at problemet alt er løst når pasienten endelig kommer frem.



Avdelingen har fire operasjonsdager per uke, og med såpass liten legestab sier det seg selv at det raskt blir mange prosedyrer per hode. På operasjonsstua utføres det et bredt utvalg av laparoskopiske inngrep. Avdelingen utførte til sammen 308 laparoskopier i fjor, inkludert 73 hysterektomier. I tillegg gjøres det mye plastikker, TVT, bulkamidbehandlinger, TCER/TCPR/TCMR og en laparotomi i ny og ne. Vi har fast trening med *Boksen går* hver fredag, og etter at seksjonsoverlegen på føden var på kurs i *Trygge hender* har det blitt mye tørrtrening på obstetriske tips og triks.

Fødeavdelingen har tre fødestuer, ett fødebadekar og 16 senger på føde/barsel/gyn inklusiv to familierom og observasjonssenger. Alle fødestuene er utstyrt med CTG og STAN. Vi har ukentlig terping på CTG/STAN med tolkning i plenum av kasus vi har hatt i avdelingen. Avdelingen har fire ultralydjordmødre som gjør screeninger og vekstkontroller på fødepoliklinikken, noe som fungerer veldig godt. I tillegg har vi en sykepleierdrevet abortpoliklinikk som får gode skussmål fra både ansatte og pasienter. Keisersnittfrekvensen lå i 2022 på totalt 16,2%, hvorav 10% var akutte. Vacuumforløsninger utgjør ca 10% av forløsningene, og andel rifter grad 3-4 ligger på ca. 1,2%. Det legges generelt lite tang på avdelingen, men vår Haukeland-utdannede seksjonsoverlege trekker gjerne frem tangen dersom muligheten skulle by seg.

Prøysen har selv sagt at visa "*Æille har et syskenbån på Gjøvik*" egentlig handler om at uansett hvor bra du gjør det, skal noen alltid fortelle deg om en de kjenner som har gjort det før og mye bedre. Men selv om det finnes mange gynekologiske avdelinger rundt om i Norge, mener vi fast bestemt at det ikke finnes noen bedre plass å være enn på gynekologisk avdeling på Gjøvik sykehus!

OLYMPUS

VISERA ELITE III



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

Be Visionary

Innovation That Grows With You

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

For more information, please visit

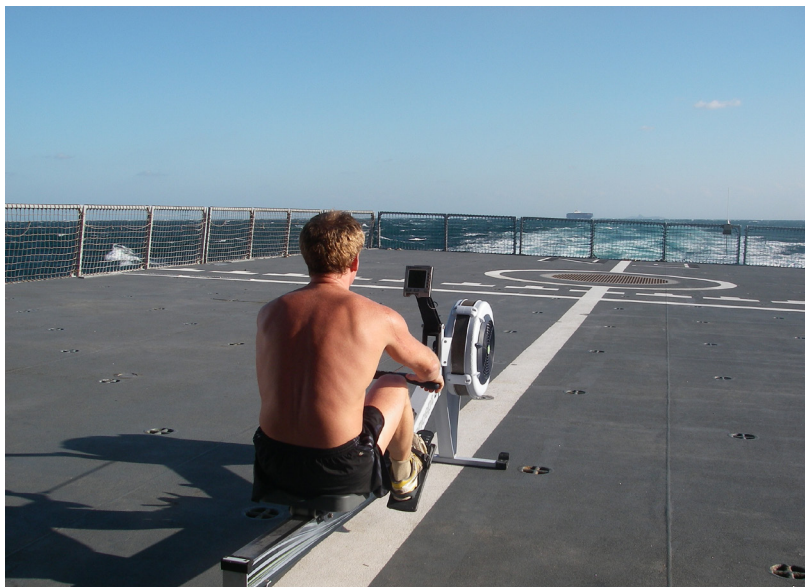
www.olympus.eu/ViseraEliteIII

OLYMPUS EUROPA SE & CO. KG

Postbox 10 49 08, 20034 Hamburg, Germany | Phone: +49 40 23773-0 | www.olympus-europa.com



17. mai og en lang marsj ligger foran. Både Knut og Vivaen er pyntet og humøret foreløpig helt greit.



På KNM Fritjof Nansen i Adenbukten. Noen må stå for fremdriften.

Knut Hordnes: Bergensgynekolog med utferdstrang



Jone Trovik

Overlege Haukeland Universitetssjukehus
Professor Klinisk Institutt 2, Universitetet
i Bergen

Forespørsel fra Gynekologens redaktør om å intervju min mange-årige gode kollega Knut Hordnes kom på et dårlig tidspunkt: en særdeles kvalifisert gynekolog (og de er nasjonal mangelvare!) skulle slutte på «min» seksjon på Haukeland Universitetssjukehus for å jobbe hos Knut på Betanien (et privat ideelt sykehus med benign gynekologisk dagkirurgisk driftsavtale med Helse Vest RHF). Så intervjuet måtte utsettes til min skuffelse hadde lagt seg, men nå satt vi her da, i min spisestue med utsikt over Bergensdalen til Haukeland, mens Løvsstakken blokkerte sikten til Betanien. Hvit dame (Bergensk marsipankremkake) fra meg og Lakriskonfekt fra Knut utgjorde fredspipen og fikk samtale og mimring i gang.

Den rødhåret, særdeles aktive Knut (født 1959) vokste opp på Landås i Bergen. Han ble ikke funnet kommunalt skolemoden, men foreldrene ville ha ham «ut av gaten», og han ble i stedet tatt under nonnenes beskyttende vinger på private og katolske St. Paul skole. Politimesterfamilien flyttet i 1973 til Paradis, Fana bydel (Bergens Bærum), og Knut startet da sin daglige rutine med å

sykle fra Fana til skolen, og senere til universitet og arbeidsplass. Det ble mange år i Bergenstrafikken uten alvorlige uhell, tross et par harde møter med andre syklistar (motsyklistar) og en katt som trodde den skulle klare å krysse veien.

Knut ble «innrullert» i buekorpset Nygaards bataljon ganske ufrivillig. Faren hadde selv vært sjef og mente det var obligatorisk («Jeg holdt ut i 5 laaange år»). Disiplin og drill munnet ut i lederstilling som adjutant og ga kanskje inspirasjon til både senere militær karriere og gynekologiske foreningsledelse? Buekorpsmarsjering 5 måneder i året var ikke nok aktivitet, men Fana Roklubb ga mulighet for helårlig, mangeårig og fortsatt pågående tilhørighet, både som aktiv utøver, i styreverv og som trener for egne (og andres) barn. Fana Kajakklubb og Bergen Havpadleklubb har han også vært innom, og han har padlet det meste av norskekysten. Rokarrieren var visstnok medvirkende til at rektor på Fana Gymnas (selv tidligere roer) lot ham slippe inn i en allerede overfylt naturfagsklasse, et godt utgangspunkt for senere å søke medisin!

Knut startet medisinstudiet i Bergen i 1979 (samtidig som intervjueren), men etter preklinikk ble det en pause i 1982 for «Den store bilturen» i Folkevognsbuss med to kullinger, fra Bergen via Portugal med mål om Marokko. Bilen var gammel og fikk en alvorlig knekk i Frankrike. Knut kunne lite fransk, men lærte at «fissure bloc de moteur» betyr sprekk i motorblokken, som også betyr «game over». Det løste seg med ny motor. Knut var vant med ustabile kjøretøy fra barndommen. Familien Hordnes' gamle



Knut trives som kommende kongresspresident. Med Mette Løkeland og Kristina Johannessen, NFOG København 2010.



Med Gry på Helgelandskysten. Dobbelkajakk sikrer samlet felt.

Vauxhall Viva stoppet stadig og ofte på Vallaheiene. Det var noe med forgasseren. Det var mer enn én gang de måtte hentes og kjøres av farens gode kolleger i politiet. Det var dessverre ikke like lett å mobilisere ordensmakten som reservetransport på Europatur...

Den kliniske del av studiet ble gjennomført i Trondheim 1983-86, og hans første barn Katrine ble født på St. Olavs 1984. Hun har fulgt i fars fotspor både faglig (thoraxkirurg) og sosialt med å ha fått sitt første (av fire) barn i studietiden, samt blitt værende i sin fødeby (Trondheim). Deretter fulgte to gutter og til sammen nå syv barnebarn.

Knut var ikke så veldig glad i studietilværelsen («føles ikke så nyttig å bare lese»). Som ferdig doktor med turnus i Orkdal med sin mest leste og inngipsete bok «Outlines of fractures» under armen, opplevdes det derimot veldig tilfredsstillende å håndtere skadepoliklinikk selvstendig: bedøve, reponere, gipse, ta røntgen og evaluere stilling (selv om det var mer enn litt irriterende at sykepleierne i Akuttmottak satt stille i beredskap heller enn å gi en hjelpende hånd).

Og når jordmor på Orkdal tilkalte ham for fødselsrift og lot ham sitte hele natten «time-etter-time» og sy, var det kanskje medvirkende til at han senere ville lære seg fødselshjelp og gynekologisk kirurgi på ordentlig?

Etter turnus ble det militærtjeneste, med ett år ved Ørlandet flystasjon som lege på Sea King helikopteret for søk, redning og ambulanseoppdrag. Høydepunktet var å få fly F16. Knut tåler 7,8G (med G-bukse).

Så var det på tide å søke tilbake til Bergen. Ved avdeling for medisinsk genetik fikk han lære seg å mikroskopere kromosomer, samt gjøre PCR og utrede familier med sjeldne genetiske tilstander. Han ble der i 1,5 år. Jobben var interessant, men alt for stillesittende (for en med lopper i blodet), og uten vakter ble det lønnsmessig nedtur fra forsvaret og legevakter i distrikt.

September i 1990 startet Knut sin «ordentlige» karriere som gynekolog på KK, Haukeland. Dette var i pre-medikamentell abort æraen, slik at han fikk mye erfaring med palpering og instrumentering av gravide uteri på «cysten» (en omskrivning for ab.prov-stuen). Ellers var det mye tjeneste i «saltgruven» (ØH-gynpol), før en endelig fikk slippe til på operasjonsstuen (ukens/månedens høydepunkt!). Knut er mer kirurg enn indremedisiner og ble raskt flink til å håndtere alle instrumenter tilhørende fødselshjelp og kvinnesykdommer.

På slutten av sin spesialiseringsperiode fikk Knut en D-stilling (fordypningsstilling, en luksus som fantes ved norske sykehus en kort periode, da en faktisk kunne forske i ordinær arbeidstid!). I samarbeid med Broegelmans forskningslaboratorium og Statens folkehelseinstitutt studerte han Gruppe-B streptokokker (GBS) og mulighet for utvikling av mukosavaksiner. Arbeidet involverte GU på mus («vanskelig å legge inn absorberende veke i vagina, små forhold og risiko for anestesirelaterte dødsfall. Det løste seg med eget konstruert gasskammer med Halothan»). For å få gjennomført den humane delstudien klarte han å sjarmere en kollega til å sette inn tilsvarende veke i cervix på pasienter ved GU i urogynpoliklinikk, som pasienten selv ekstraherte etter gjennomført flowmetri. Deretter ble forholdet mellom bærerskap av GBS og antistoffer i blod og cervix studert hos 200 gravide kvinner.

Spesialiteten ble ferdigstilt i 1997 og det ble disputas i 1998 med tittelen «Mucosal immunity to group B streptococci in the female genital tract. Prospects for vaccine development».

Arbeidet gjorde ham til en selvsagt forfatter av Obstetrikkeveilederkapittel om Gruppe B streptokokker (t.o.m. 2014-versjonen).

Som overlege hadde Knut sin dagtid på operasjonsstuen, men som vaktavende på KK fikk han rikelig med obstetrisk erfaring, og det var som obstetriker (med doktorgrad) han i 2000 drog til Riyadh i Saudi Arabia på King Fahrad National Guard hospital. Sammen med kone og de to yngste barna Eirik og Vebjørn (Katrine var nå på utveksling i USA) bodde de 15 måneder sammen med andre «expats» i Medical City 1 (av 2). Det gav mulighet til å utforske et



Litt NGF og litt lokal komite under Årsmøte i Arendal.



Logoen for NFOG Bergen 2012 var litt skummel med det lille monsteret, men var ment å illustrere Bergen som et godt senter for vaginalforløsning.



Lokalkomite Bergen 2012: En fin gjeng som laget en strålende kongress.

land som er lukket for de fleste, med blant annet en fascinerende reise i ørkenen langs den nedlagte Hejaz-jernbanen som gikk fra Damaskus til Medina inntil den ble ødelagt under første verdenskrig blant annet av T.E Lawrence (of Arabia). Klinikken hadde 8000 fødsler årlig, 4 vaktlag, og spesialistene (consultants) var for det meste utlendinger. Knut trivdes godt med jobben (og treningsmuligheter: TRIATLON der trening oftest startet kl 05 før dagens dont på grunn av varmen).

I 2001 var Knut tilbake på KK Haukeland, men fra 2003 jobbet han i tillegg på Volvat før/etter vakt og ved Hammerfest sykehus i mange perioder.

Fra 2004 var han på IVF-seksjonen og på seksjon for generell gynekologi, tidvis med seksjonsansvar.

I 2009-2010 jobbet Knut flere perioder med Marinens frem-skutte traumeteam i Adenbukten. Krigskirurgikurs, etablering av operasjonsstue på fregatten Fridtjof Nansen, klarering av mannskap som «walking bloodbank» og inspeksjon av ulike potensielle transittsykehus langs Afrikakysten ble gjennomført, men heldigvis ble det mest beredskap (litt kjedelig da, og derfor MYE styrketrening og ergometersykling) heller enn faktiske skarpe oppdrag. «Jeg var seriøst overtrent!»

Hjemme på tørt land (hvis en kan si det om regnfulle Bergen) skiftet Knut jobb fra Haukeland til Betanien i 2010. Ikke lenger forstyrrende byråkrati, ØH- eller nattarbeid, men gynekologisk poliklinikk og dagkirurgi. Konisering, descens, inkontinens

hysteroskopi, laparoskopi, hysterektomi (fortrinnsvis vaginalt) – det meste av generell gyn – gjøres med imponerende effektivitet for kvinner som er egnet for dagkirurgi og kun trenger overvåking over én natt. Her har Knut gitt et stort bidrag til bergensk kvinnehelse for tilstander som dessverre er sørgelig underprioritert på Haukeland!

Knut har også hatt uttalt utadrettet virksomhet i gynforeningsøyemed. Han har deltatt i styret i NGF i 2006-2014, først som vitenskapelig sekretær i seks år, da samtidig del av Scientific committee NFOG (Nordisk Forening for Obstetikk og Gynekologi), samt leder for NGF i to år. Han var kongresspresident for NFOG Bergen 2012. Deretter var Knut president for NFOG 2014-2016. Knut er en god kollega også i foreningssamarbeid. Uten å være høyroretet følger han opp saker, enten det er i klinisk med Helsedirektoratet, bidrag i råd/utvalg eller i pressen, og har en beundringsverdig orden i referater/programmer/retningslinjer. Han var til uvurderlig hjelp da jeg overtok som leder!

NGF-styreverv ledet også Knut til EBCOG (European Board and College of Obstetrics and Gynecology), med mulighet for å bli kjent med europeiske kolleger. Også her har Knut gitt «det lille ekstra» ved å bidra som NGFs representant som eksaminator på OSCE (Objective Structured Clinical Exam) for den europeiske spesialisteksamen organisert av EBCOG.

For sitt mangeårige foreningsarbeid ble Knut så velfortjent tildelt NGFs Hederspris 2021.



Knut 1979, veldig stolt. Han hadde spilt et racernavn med kassett og ekstern gir inn i vanlig 26 toms felg. Dermed ble det faktisk verdens første offroadsykel.

Hva er status pr idag?

Han sykler fra sin bolig i Fana til Betanien, iblant med en liten (1,5t) fjelløpetur på Løvsstakken før han sykler hjem. «Syklingen gir meg en mental så vel som fysisk utblåsning». Roing skjer oftest mandag og kanskje torsdag, eventuelt med kajakkpadling onsdag. Det er ikke rart han alltid hadde avdelingens største matpakke i lunsjen. Møter du Knut på kongress har han oftest gjennomført enten en joggetur eller svømmehalløkt i løpet av dagen, og da kan kongresslunsj/-middag bli litt i minste laget, så han setter pris på deling fra oss som ikke trenger å spise hele porsjonen.

I tillegg til Betanienjobb har han etter mange års bidrag som sakkyndig fått fast ansettelse som intern sakkyndig i NPE (Norsk Pasientskadeerstatning) fra 2019.

Han har fortsatt sitt gutteaktige vesen, men den røde luggen har fått (bittelitt) gråstenk. Han er på sitt 6. år som særboer med jordmor Gry. Med så mye tid på jobb og trening, og lite fysisk tilstedeværelse hjemme, er det kanskje like greit å ha separate husvære i uken og heller nyte helger og fritid sammen på hytten i Austevoll med padling eller på Kvamskogen på ski.

Knut er godt fornøyd med å være gynekolog: «det er tilfredsstillende å kunne hjelpe kvinner med blødningsforstyrrelser eller inkontinens som så rapporterer at de har fått et nytt liv!».

En dagkirurgisk enhet med ren elektiv kirurgi uten forstyrrelser av ØH eller obstettrikk gir effektiv drift. Ulempen med å være på et sykehus med lite fagmiljø har vært kompensert med å delta



Lege med slips: Intervjuet i Bergens Tidende og uvanlig pent antrukket på jobb (på vei til disputas..)

i foreningsaktivitet, reise ut og delta på nasjonale og nordiske fagmøter som har gitt kontakter og vennskap med kolleger i alle nordiske land.

Men Knut anerkjenner at hans opparbeidet kunnskap/erfaring også bygger på andres, og han trekker spesielt frem Kåre Augensen som klinisk forbilde, «direkte og varm i kommunikasjon med pasientene, en dyktig praktisk kliniker i fødselshjelp og operativ gynekologi, passe autoritær og samtidig anti-autoritær, idet han ikke er redd for å utfordre nye eller gamle sannheter». Det er viktig å tørre å spørre hvorfor. Og ikke minst (her blir intervjuobjektet persisterende, intervjueren er beskjeden, men det bør med) – det er Jone som ringes når gode råd er som dyrest! I forenings-sammenheng fremhever han to gode kolleger som har nedlagt et betydelig arbeid for fag og forening, nemlig Ole Erik Iversen og Rolf Kirschner, da «begge kan formulere seg gjennom perleporten og tilbake igjen, enestående til å frembringe klare budskap og skape gjennomslag eller konsensus i vanskelige saker».

Kakene og karamellene er spist opp, solen gått ned og en trivelig passiar er overstått. Jeg (og mange andre) er glad for å ha deg som den gode kollega du er og gleder oss til å møte deg på neste kongress, enten på NFOG i Trondheim eller Årsmøtet (NGF) i Haugesund.

Men vi glemte å snakke om BRANN....Til det kan sies at det ikke gjør så mye. Knut er den bergenseren som engasjerer seg minst i laget, og har aldri vært på Brann stadion. Han var til stede da Brann slo Sogndal i cupfinalen på Ullevål i 1976, og mener det bør holde.

DEN FØRSTE P-PILLEN SOM INNEHOLDER ESTETROL¹

 **drovelis**
3 mg drospirenon og 14,2 mg estetrol
(som estetrolmonohydrat)
Kombinert p-pille med behandlingsregime 24/4

Virker selektivt på ulike vev²⁻⁷
Østrogeneffekt på endometriet,
vaginaen og skjelettet²⁻⁴
Liten østrogeneffekt på leveren
og brystvevet²⁻⁷

I kombinasjon
med drospirenon får
vi en p-pille som gir et
forutsigbart blødningsmønster.
Den er godt tolerert og har
liten påvirkning på
humør og libido.⁸

Referanser: 1. SmpC Drovelis 22.04.2022. 2. Abot A, et al. EMBO Mol Med 2014;6(10):1328–1346. 3. Arnal JF, et al. Physiol Rev 2017;1:97(3):1045–1087. 4. Coelingh-Bennink HJ, et al. J Reproduktionsmed Endokrinol Online 2015; 12 (4). 5. Girotti MS, et al. Front Endocrinol (Lausanne) 2014; 5:80. 6. Gérard et al. J Endocrinol 2015 224(1):85–95. 7. Singer CF, et al. Carcinogenesis 2014. 35(11):2447–51. 8. Gemzell-Danielsson K, et al. BJOG. 2022 Jan;129(1):63–71.

 Drovelis (estetrol, drospirenon)

Antikonsepsjonsmiddel. ATC-nr.: G03A A18. Utleveringsgruppe C. Reseptbelagt legemiddel. **TABLETTER, filmdrasjerte 3 mg/14,2 mg.** **Indikasjoner:** Oral antikonsepsjon. Beslutning om forskrivning bør ta hensyn til den enkelte kvinnes nåværende risikofaktorer, særlig de for venøs tromboembolisme (VTE), og hvordan risikoen for VTE med Drovelis er sammenlignet med andre kombinerte hormonelle antikonseptiva (CHC). **Dosering:** Tablett 1-24 er aktive (rosa), tablett 25-28 er placebo (hvite). Begynn på menstruasjonsblødningens 1. dag og fortsett med 1 tablett hver dag i 28 dager (som vist på pillebrettet). Gå direkte over til nytt brett uten opphold. **Ved overgang/bytte fra annen prevensjon:** Se pakningsvedlegg/SPC. **Etter abort i 1. trimester:** Behandling kan starte umiddelbart. **Etter fødsel eller abort i 2. trimester:** Det anbefales å begynne mellom dag 21 og 28 etter fødsel eller abort i 2. trimester. **Utsettelse av menstruasjonen:** Menstruasjonen kan utsettes ved å gå direkte over til et nytt brett uten å ta de hvite placebotablettene. For mer informasjon om endring/utsettelse av menstruasjon, se pakningsvedlegg/SPC. **Glemte tabletter/Gastrointestinale forstyrrelser:** Hvis tablett tas >24 timer for sent, eller ved oppkast og diaré innen 3-4 timer etter tablettinntak, kan prevensjonseffekten være redusert og forholdsregler anbefalt ved glemt tablett bør følges, se pakningsvedlegg/SPC. **Spesielle pasientgrupper:** **Nedsatt leverfunksjon:** Kontraindisert ved alvorlig leversykdom, så lenge leverfunksjonsverdiene ikke normaliseres. **Nedsatt nyrefunksjon:** Kontraindisert ved alvorlig nyresvikt. **Barn og ungdom <16 år:** Er kun indisert etter 1. menstruasjonsblødning. **Administrering:** Tas hver dag rundt samme tid, ev. sammen med litt væske. **Kontraindikasjoner:** Behandling skal seponeres straks hvis noen av følgende tilstander oppstår for første gang. **Tilstedeværelse av eller risiko for venøs tromboembolisme (VTE):** Nåværende (på antikoagulanter) eller tidligere (f.eks. dyp venetrombose eller lungeemboli) VTE; kjent alvorlig eller ervervet predisposisjon for VTE, f.eks. APC-resistens (inkl. faktor V Leiden), antitrombin III-mangel, protein C-mangel, protein S-mangel; større kirurgisk inngrep med forlenget immobilisering; høy risiko for VTE pga. tilstedeværelse av flere risikofaktorer. **Tilstedeværelse av eller risiko for arteriell tromboembolisme (ATE):** Nåværende/tidligere ATE (f.eks. hjerteinfarkt) eller prodromal tilstand (f.eks. angina pectoris); cerebrovaskulær sykdom - nåværende/tidligere slag eller prodromal tilstand (f.eks. TIA); kjent arvelig eller ervervet predisposisjon for ATE, f.eks. hyperhomocysteinemi og antifosfolipidantistoffer; tidligere migræne med fokale nevrologiske symptomer; høy risiko for ATE pga. flere risikofaktorer eller pga. tilstedeværelse av 1 alvorlig risikofaktor som: Diabetes mellitus med vaskulære symptomer, alvorlig hypertensjon, alvorlig dyslipoproteiniemi. Nåværende/tidligere alvorlig leversykdom, så lenge leverfunksjonsverdiene ikke normaliseres. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller akutt nyresvikt. Nåværende/tidligere levertumorer (god- eller ondartede). Kjente eller mistenkte maligniteter som påvirkes av kjønnshormoner, f.eks. i genitalier eller bryster. Udiagnostisert vaginal blødning. Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Før behandling startes må en komplett medisinsk historikk innhentes og graviditet utelukkes. Blodtrykket bør måles, og en fysisk undersøkelse utføres mht. kontraindikasjoner og advarsel. Kvinnen må gjøre oppmerksom på informasjonen om VTE og ATE, inkl. risiko ved Drovelis sammenlignet med andre CHC, symptomer på VTE og ATE, kjente risikofaktorer og tiltak ved mistanke om trombose. Kvinnen bør oppfordres til å lese pakningsvedlegget grundig og følge rådene som gis. Hyppighet av senere undersøkelser bør baseres på etablert praksis og tilpasses individuelt. Ved mistenkt eller bekreftet trombose skal bruk av preparatet avbrytes. Det må sikres at kvinnen forstår VTE-risikoen, hvordan den påvirkes av nåværende risikofaktorer og at den er høyest 1. året. Bruk kan være forbundet med økt risiko for ATE (hjerteinfarkt) eller cerebrovaskulære hendelser (f.eks. TIA, slag), som kan være dødelige. Risikoen for komplikasjoner ved ATE eller en cerebrovaskulær hendelse øker ved tillegg av risikofaktorer. Noe økt risiko for brystkreft hos kvinner som bruker CHC med etinyløstradiol er sett. Økt ALAT er sett når kombinasjonsbehandling mot hepatitt C-virus er gitt samtidig med CHC med etinyløstradiol. Dette er ikke vist ved bruk av andre østrogen, men forsiktighet bør likevel utvises ved samtidig bruk. Drospirenon er en aldosteronantagonist med kaliumsparende egenskaper. Økte kaliumnivåer forventes ikke, men ved nedsatt nyrefunksjon og senurikalium i øvre referanseområde for behandlingsstart, anbefales det å sjekke serumkalium i løpet av 1. behandlingscyklus, spesielt ved samtidig bruk av kaliumsparende midler. Kvinner med hyperglyksemi eller en familiærhistorikk med dette, kan ha økt risiko for pankreatitt. Gulsott og/eller kolerrelatert til kolestase, gallestein, porfyri, SLE, hemolytisk uremisk syndrom, Sydenhams chorea, herpes gestationis og otosklerose relatert hørselstap er sett, eller forverring av dette. Ved arvelig angiodem kan eksogene østrogen inducere eller forverre symptomer på angiodem. Ved akutte eller kroniske forstyrrelser i leverfunksjonen, kan det være nødvendig å seponere preparatet inntil markørene for leverfunksjonen normaliseres. Preparatet kan endre perifer insulinresistens og glukosetoleranse, og kvinner med diabetes skal observeres nøye spesielt i startfasen. Forverring av endogen depresjon, epilepsi, Crohns sykdom og ulcers kolitt er sett ved bruk av CHC. Depresjon er en risikofaktor for selvmordsrelatert atferd og selvmord. Kvinner skal rådes til å kontakte lege ved humørendringer og depressive symptomer, inkl. kort tid etter behandlingsoppstart. Kjøasma kan oppstå, spesielt hos kvinner med graviditetskjøasma i anamnesen. Kvinner med tendens til kjøasma skal unngå eksponering for sol eller ultrafiolette stråler. Uregelmessig blødning kan oppstå, spesielt de første månedene med bruk. Hvis blødningsforstyrrelser vedvarer eller oppstår etter tidligere regelmessige sykkluser, må ikke-hormonelle årsaker vurderes. Se SPC for ytterligere informasjon. Bruk av prevensjonssteroider kan påvirke resultatene av visse laboratorietester, inkl. biokjemiske parametre på lever-, thyreoidea-, binyre- og nyrefunksjon, plasmamåttet av transportproteiner, parametre på karbohydratmetabolisme og parametre på koagulasjon og fibrinolyse. Drospirenon forårsaker en endring i plasmareninaktivitet og plasmaldosteron fremkalt av mild antimineralokortikoid aktivitet. Inneholder laktose og bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, total laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse på felleskatalogen.no. Se også preparatomtalen for legemidler som skal gis samtidig. Bruk sammen med enzyminduserende legemidler kan gi gjennombruddsblødninger og/eller nedsatt prevensjonseffekt. Ved korttidsbehandling med enzyminduserende legemidler bør en barriermetode eller annen prevensjon benyttes i tillegg under behandling og i 28 dager etter seponering. Ved langtidsbehandling med enzyminduserende legemidler bør annen ikke-hormonell prevensjon benyttes. **Graviditet og amming:** Seponeres hvis graviditet oppstår. Bør ikke brukes under amming. **Bivirkninger:** Vanlige bivirkninger er stemningslidelser og -forstyrrelser, libidoforstyrrelser, hodepine, magesmerter, kvalme, akne, brystsmarter, metroragi, vaginal blødning, dysmenoré, menoragi, og vektfluktuasjon. **Overdosering:** Det er så langt ingen erfaring med overdosering av Drovelis. **Pakninger, priser og refusjon (pr. 02.11.2021):** 1 x 28 stk, kr. 146,80. 3 x 28 stk, kr. 406,90 (priser angitt som AUP). **Refusjon:** Refusjonsvedtak påventes. Blå resept: Nei. Byttbar: Nei. **Basert på SPC godkjent av SLV/EMA:** 22.04.2022. **Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Gedeon Richter Plc. Gyömrői út 19-21.1103 Budapest, Ungarn. **Kontakt (repr.):** Gedeon Richter Nordics AB, Barnhusgatan 22, 5tr, 111 23 Stockholm, Sverige, Telefon: 00 47 21 03 33 90, E-post: medinfo.no@gedeonrichter.eu. **Se felleskatalogtekst eller preparatomtalen (SPC) for mer informasjon, se www.felleskatalogen.no. Sist endret:** 23.04.2022.