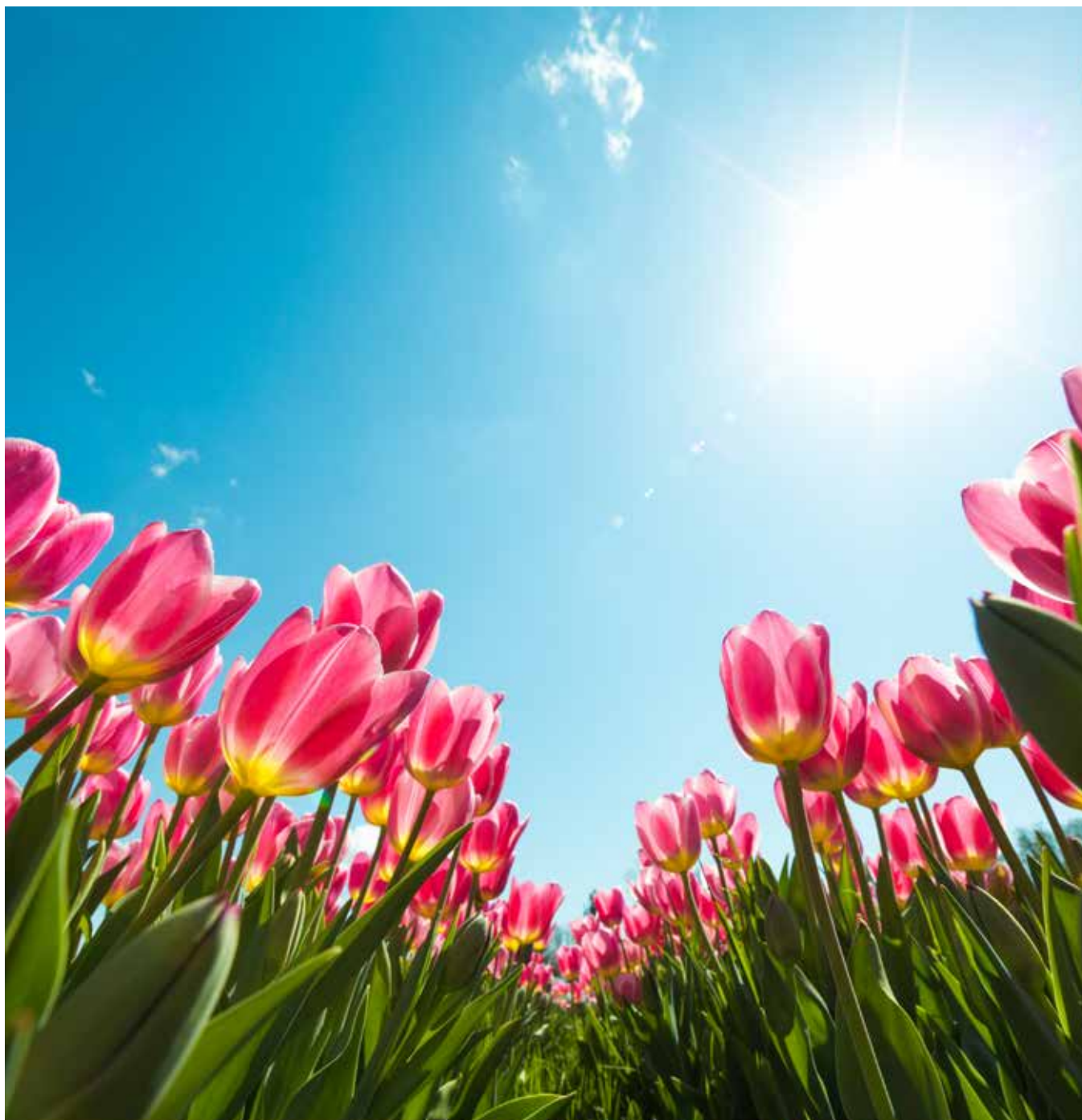


Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening 1 • 2025



Optimalisering av kirurgisk gynekologi s. 16

Abort – før, no og i framtida s. 24

Lyden av nytt liv i bomberegnet s. 26

Intervju med Anne Flem Jacobsen s. 38



**Norsk gynekologisk
forening**

DEN NORSKE LEGEFORENING

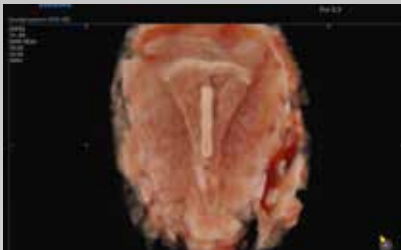
Step Up Confidence with Samsungs New V-series

Enriched diagnostic features with accuracy and precision

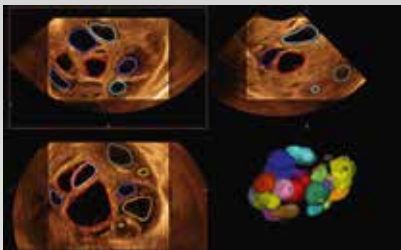
The V7 system comes with advanced features for women’s health that assist in precise diagnosis and increasing throughput. The V7’s variety of features and user-friendly interface aid in significantly improving the healthcare professionals’ daily ultrasound examination experience.



RealisticVue



5D Follicle



Redefined Imaging Technologies
Powered by Crystal Architecture™ (CrystalBeam™, CrystalLive™)

Sophisticated 2D Image Processing&Detailed Color Expression
Shadow HDR™, HQ-Vision™, ClearVision, S-flow™, MV-Flow™, LumiFlow™

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



Re engineered Workflow and Enhanced Customization
TouchGesture, HelloMom™, TouchEdit, QuicckPreset, Expanded view, EzCompare™, EzExams+

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

Inter-Medical AS
Grini Næringspark 3 • 1361 Østerås
Tlf: 61146300 • Mobil: 40 61 79 40



Norsk gynekologisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

Ansvarlig redaktør

Sofie Rønningsbakk Angeltveit
LIS Stavanger universitetssykehus
sofierangelteit@gmail.com

Redaksjonsmedlemmer

Mina Eskeland
LIS Oslo universitetssykehus
m.eskeland@hotmail.com

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

Nettredaktør

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

Layout, annonsesalg og produksjon

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

GYNEKOLOGEN på internett

gynekologen.no
legeforeningen.no/ngf

Materiellfrister for redaksjonelt innhold 2025

Nr. 2 19. mai
Nr. 3 8. september
Nr. 4 3. november

Opplag: 1500



INNHOOLD

REDAKTØR 5

LEDER 7

NGF-STYRET

Nytt fra styret 8
Styret i Norsk gynekologisk forening 8
NGF for trygge helsetjenester i Gaza 10

FUGO

Kjære FUGO-folk 12
FUGO-styret 2025 12
Vinn reisestipend til NFOG-kongressen i Uppsala 13

SPELIALITETSKOMITEEN 14

FAGLIG PÅFYLL

Optimalisering av kirurgisk gynekologi 16
Labor Care Guide og NORWELCG studien 18
Smerteopplevelse ved poliklinisk hysteroskopi 20
Abort – før, no og i framtida 24

REISER, KURS OG KAMPANJER

Lyden av nytt liv i bomberegnet 26

GYNEKOLOGER IMELLOM

Guidelinemøte i generell gynekologi 2025 30
To gynekologer tildelt forskningspris på Onkologisk forum 32
LOK ønsker hjertelig velkommen til årsmøtet 2025 i Ålesund! 34

INTERVJU

Vinneren av Utdanningsprisen 2024 36
Anne Flem Jacobsen – NGFs eget kraftverk 38

NORGE RUNDT

Haukeland Universitetssjukehus 42

GLOBAL KVINNEHELSE 46

PHD

Heidi Elisabeth Storebø Fjeldstad
Predelivery circulating fetal microchimerism:
Placental function and fetal-maternal crosstalk 48

GYNEKOLOGEN ANBEFALER

Søsterklokkene av Lars Mytting 50

ACTA OBSTETRICIA ET GYNECOLOGICA 53

GYNEKOLOGEN

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

Xonvea® 10mg/10mg

doksylamin/pyridoksin

Nyhet!
40-pakning

- Individtilpasset dosering for laveste effektive dose¹
- Ny større pakning til lavere pris per tablett



Reseptbelagt legemiddel

Spesifikt fremstilt for behandling av svangerskapskvalme¹

Xonvea (doksylamin og pyridoksin), enterotablett 10 mg/10 mg. Indikasjoner: For behandling av svangerskapskvalme og -oppkast (NVP) hos gravide kvinner ≥18 år som ikke responderer på konservativ behandling (dvs. livsstil- og kostholdsendringer). **Dosering:** Den anbefalte startdosen er to tabletter ved leggetid (dag 1). Hvis symptomene vedvarer til ettermiddagen på dag 2, bør pasienten fortsette med den vanlige dosen på to tabletter ved leggetid (dag 2), og på dag 3 ta tre tabletter (en tablett om morgenen og to tabletter ved leggetid). Hvis disse tre tablettene ikke gir tilstrekkelig symptomkontroll på dag 3, kan pasienten ta fire tabletter fra dag 4 (en tablett om morgenen, en tablett midt på dagen og to tabletter ved leggetid). Den maksimale anbefalte daglige dosen er fire tabletter (en om morgenen, en midt på dagen og to ved leggetid). Skal tas som en daglig forskrivning, og ikke etter behov. For å forebygge at svangerskapskvalme og -oppkast plutselig kommer tilbake, anbefales en gradvis nedtrappingsdose ved seponeringstidspunktet. **Administrasjonsmåte:** Administreres på tom mage med et glass vann. Svelges hele og skal ikke knuses, deles eller tygges. **Pakninger og priser:** 10 mg/10 mg: 20 st Maksimal AUP 299,50 kr, 40 st Maksimal AUP 485,00 kr. **Reseptgruppe C.** **Viktig sikkerhetsinformasjon: Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet overfor doksylaminsuksinat, andre etanolaminderivative antihistaminer, pyridoksinhydroklorid. Samtidig bruk med monoaminoksidasehemmere (MAO-hemmere). **Advarsler og forsiktighetsregler:** Kan forårsake somnolens. Anbefales ikke ved samtidig bruk av legemidler som hemmer sentralnervesystemet, inkludert alkohol, hypnotiske sedativer og beroligende midler. Brukes med forsiktighet hos pasienter med astma, økt intraokulært trykk, trangvinkelglaukom, magesår med stenose, pyloroduodenal obstruksjon og blærehalsobstruksjon. Inneholder pyridoksinhydroklorid og derfor skal ytterligere nivåer fra kosten og vitamin B6-tilskudd vurderes. Inneholder azo-fargestoffet allurarød AC aluminiumslakk (E129) som kan gi allergiske reaksjoner. Inneholder benzosyre (E 210). Pasienter med hyperemesis gravidarum skal behandles av spesialist. Det har vært rapportert falske positive urinscreeingstester for metadon, opiat og fensyklidinofosfat ved bruk av doksylaminsuksinat/pyridoksinhydroklorid. **Graviditet og amming:** Brukes av gravide kvinner. Amming: Anbefales ikke under amming. **Påvirkning av evnen til å kjøre bil og bruke maskiner:** Xonvea har moderat til stor påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Aktiviteter som krever fullstendig mental oppvaktet, som å kjøre eller bruke maskiner, bør unngås til helsepersonell sier at de kan gjøre det. **Bivirkninger:** Hyppigst rapporterte var somnolens. Alvorlig døsighet kan oppstå ved samtidig bruk av CNS-hemmende midler, inkludert alkohol. Antikolinerge effekter av Xonvea kan forlenges og forsterkes av monoaminoksidasehemmere. Mulige klasserelaterte bivirkninger av antihistaminer, inkluderer: tørr munn, nese og hals, dysuri, urinretensjon, vertigo, synsforstyrrelser, uklart syn, diplopi, tinnitus, akutt labyrintitt, insomni, tremor, nervøsitet, irritabilitet og facial dyskinesi. Tetthet i brystet, fortykkede bronkiesekresjoner, hvesing, tett nese, svette, frysninger, tidlig menstruasjon, toksisk psykose, hodepine, svakhet og parestesi har forekommet. I sjeldne tilfeller er agranulocytose, hemolytisk anemi, leukopeni, trombocytopeni og pancytopeni, økt appetitt og/eller vektøkning rapportert. For mer informasjon om dosering, forsiktighetsregler, interaksjoner og bivirkninger se SPC 17.06.2024.

1. Produktomtale Xonvea. www.felleskatalogen.no



Karl Gustavsgatan 1 A | 411 25 Göteborg, Sverige | +46 (0)31-20 50 20 | info@campuspharma.se

En introduksjon og en oppfordring

Nytt år, ny utgave av Gynekologen og denne gangen også ny redaktør. Mitt navn er Sofie, jeg er LIS ved Stavanger Universitetssykehus og er nettopp blitt tobarnsmor når du mottar denne utgaven av Gynekologen. Redaktørrollen er ny for meg, og jeg går inn i den med ærefrykt og ser på det som en gyllen mulighet for både personlig og faglig vekst.

Det er også fint å ta del i dugnadsarbeidet i foreningen vår. Det er ingen tvil om at vi har mange kunnskapsrike og engasjerte medlemmer som jobber for å fremme og bedre vårt fag, med alt fra veilederarbeid og foreningsarbeid til forskning og politisk engasjement. Dette gagnar ikke bare oss, men også pasientene våre.

Som leger innenfor gynekologi og obstettrikk er vi naturlige advokater for kvinnehelse – og selv om kvinnehelse har fått økende oppmerksomhet de siste årene, så er det godt å erfare at utviklingen fortsetter. Et eksempel på dette er den nye abortloven, en historisk lovendring som Gynekologen markerer med et tilbakeblikk på veien hit. Vi lanserer også ny spalte ved faggruppen Global Kvinnehelse, som blant annet arbeider for å fremme kvinnehelse globalt. Faggruppen er initiativtaker til NGFs appell til

helseministeren for trygge helsetjenester i Gaza – og vi publiserer denne gang også et reisebrev fra Gaza som inntrykksfullt forteller om situasjonen der.

Jeg vil rette en stor takk til forhenværende redaktør, Tale Meinich, og styret i NGF for god hjelp i oppstartsfasen av dette vervet. Også en stor takk til velvillige skribenter som gjør denne utgaven mulig. Gynekologen er en kanal for foreningen, men også et tidsskrift av og for medlemmene. Vi skal være et forum for debatt, dele faglige nyheter, rapportere fra viktige begivenheter og løfte frem medlemmenes arbeid og engasjement. Jeg oppfordrer derfor både spesialister og LIS, i og utenfor sykehus, til å bidra med tekster eller innspill til innhold.

Retningslinjer finnes under «forfatterveiledning» på Gynekologen.no, og jeg kan også kontaktes direkte på e-post for ris, ros og innspill.

Gynekologen ønsker deg god lesning!

Sofie Rønningsbakk Angeltveit
Redaktør

NY INDIKASJON OG STYRKE

400 mg x 2
dagligt i behandlingsperioden



Referanse: Utrogestan SPC 400 mg, 01.11.2023.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon

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

Advarsler og forsiktighetsregler:

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

Utrogestan (progesteron) vaginalkapsler 400 mg

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

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

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

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

2024-04-NO-UTR-083 JUN 2024



Kjære alle sammen

Jeg håper det nye året har startet bra for dere alle. Som alltid de siste årene føler jeg at jeg nettopp har lært meg å skrive 2024 før 2025 plutselig ikke bare står på trappene, men er godt i gang.

Det forrige året har vært innholdsrikt, også for oss gynekologer. Faget vårt er i stadig bevegelse, og vi møter stadig nye utfordringer. En av de største er kanskje rekruttering og behovet for å beholde fagfolk, særlig i det offentlige. Som jeg har skrevet om tidligere, har vi aldri vært flere gynekologer i Norge, men stadig færre velger å bli på sykehusene. Dette øker igjen belastningen for de som velger å bli, med økende arbeidsmengde og ansvar.

Det er heller ikke tilfeldig at Legeforeningen er spesielt bekymret for faget vårt og fremtiden. Det er nemlig ikke mulig å utsette et katastrofekeisersnitt til neste dag, eller avvente operasjon av en blødende ex. u. til vi har uthvilt personell. Vi jobber i et hyperakutt fag, og vi er alltid i beredskap. Dette var også en av hovedgrunnene til at jeg valgte nettopp dette faget (for noe som føles som bare noen få år siden 😊). Men kravene fra våre «kunder» har økt i takt med økende krav i samfunnet, og den knivseggen vi stadig beveger oss på, føles kanskje enda farligere når du vet at du kan bli smurt utover forsiden på landets aviser hvis du skulle trække feil. Og det verste er jo at ofte trenger vi ikke trække feil en gang. Det kan være nok at opplevelsen ikke ble som forventet.

Uassisterte hjemmefødsler har vært debattert det siste året, og dette er trolig en konsekvens av dette presset. Doulaforeningen mener at det er fysisk, men ikke alltid mentalt og psykisk trygt å føde på norske sykehus. Dette syns jeg som fødelege er vondt å høre, og jeg håper vi fremover kan få en bedre dialog om dette.

2024 avsluttet også med en bestemmelse om ny abortlov etter 50 år. Flere av våre dyktige medlemmer har vært med i utarbeidelsen av *NOU 2023: 29 Abort i Norge – Ny lov og bedre tjenester*. Den nye loven skal tre i kraft 1. juni 2025, og forhåpentligvis vil den bidra til å styrke kvinners selvbestemmelse, sikre likeverdig tilgang til trygge helsetjenester, og legge bedre til rette for en helhetlig og empatisk ivaretagelse av kvinners psykiske og fysiske helse i vanskelige situasjoner.

I tillegg skjer det mye helsehjelp med høy faglig kvalitet i vårt fag, både i det offentlige, blant avtalespesialister og i det private. Foreningen er fylt med engasjerte mennesker som bruker mye (ubetalt) tid på våre nasjonale retningslinjer og ulike utvalg. Våre undergrupper gjør også en betydelig innsats, og i denne utgaven av *Gynekologen* blir dere bedre kjent med vår nye undergruppe, Global kvinnehelse. Vi har sammen skrevet en bekymring til blant annet Utenriksdepartementet om situasjonen for spesielt kvinner og barn på Gaza. Vi håper at våpenhvilen vil vare.

Til slutt, påminnet klokken 04.42 nylig da jeg var så heldig å få bistå på en helt normal fødsel (i rollen som barnepleier), husket jeg (igjen) hvorfor dette er verdens beste jobb. Å få bidra til at kvinner og barn er trygge under fødsel er en av verdens mest givende oppgaver. Jeg håper vi klarer å spre dette budskapet til våre yngre kolleger, slik at katastrofesnittet alltid blir gjort til riktig tid og at ex. u. ikke blør seg ut.

Med dette vil jeg ønske dere et fortsatt godt 2025. La oss gjøre det til et innholdsrikt år!

Solveig Bjellmo

Leder i Norsk gynekologisk forening

Nytt fra styret

Når du sitter med et rykende ferskt eksemplar av *Gynekologen* i hendene, har styret i NGF allerede avholdt to møter, men mens jeg skriver disse linjene, har vi gjennomført et møte. Dette møtet var av digital karakter, da vi forsøker å fordele våre møter mellom digitale plattformer og fysiske samlinger. Vi tilstreber også å legge de stedlige møtene til ulike deler av landet der styremedlemmene er lokalisert, noe som gir oss en verdifull anledning til å bli bedre kjent med hverandre.

Siden sist har vi også gjennomført et overgangsmøte i Bergen, hvor vår vitenskapelige sekretær arrangerte en flott samling i vestlandsbyen før jul. Her fikk vi anledning til å takke vår avtroppende nettredaktør og redaktør i *Gynekologen* for deres innsats, samtidig som vi ønsket de nye representantene velkommen til styret. Vi føler oss heldige som får inn engasjerte nye medlemmer, selv om vi allerede savner Tale og Inga.

I tillegg til styremøtene har jeg, som leder, hatt et samarbeidsmøte med Norsk forening for allmennmedisin (NFA). Vi diskuterte behovet for tettere samarbeid, med særlig fokus på å øke antallet gynekologiske undersøkelser i primærhelsetjenesten. Planen er å opprette en arbeidsgruppe som skal se nærmere på dette. Stikkordene her er oppgaveglidning og kloke valg.

Videre har vi planlagt et møte med sakkyndige i forbindelse med den såkalte «Frosta-saken». Målet er å se hvordan foreningene i fellesskap kan bidra til å styrke kvinners trygghet når det gjelder gynekologiske undersøkelser.

Den årlige ledersamlingen i Legeforeningen 21.–22. januar gav rom for spennende diskusjoner på tvers av fagområdene. Her ble det tydelig hvor viktig det er at vi som forening engasjerer oss, slik at vårt fagområde er representert i ulike styrer og utvalg. Særlig kan vi bidra med erfaring fra våre meget velfungerende nasjonale veiledere.

Forberedelsene til årsmøtet i Ålesund i oktober er godt i gang, og vi håper at så mange som mulig av dere har anledning til å delta. Både det faglige og det sosiale programmet som er under planlegging, ser svært spennende ut.

Også i år skal vi hedre medlemmer og det er mange som fortjener litt ekstra heder, kjenner du noen du tenker har gjort en ekstra innsats for Norsk gynekologisk forening og alle våre medlemmer? Send gjerne forslag med begrunnelse til: leiar.ngf@gmail.com

Som alltid oppfordrer jeg dere til å ta kontakt dersom dere har spørsmål eller innspill.

Styret i Norsk gynekologisk forening



Solveig Bjellmo
Leder NGF

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



Kristine Amundsen
Kasserer NGF

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



Ragnar Kvie Sande
Nestleder NGF

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



Birgitte Sanda
Styremedlem, PSL/Avtalespesialist

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



Agnethe Lund
Vitenskapelig sekretær

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



Morten Kvello
FUGO-representant NGF

Morten er opprinnelig trønder fra Namsos, men har forvillet seg til det glade Østland og jobber nå som lege i spesialisering ved OUS. Han har doktorgrad i 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.

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

NGF for trygge helsetjenester i Gaza

Faggruppe for global kvinnehelse har tatt initiativ til å skrive en appell på vegne av NGF, der temaet er angrep på helsepersonell og helsetjenester i Gaza. NGF støtter dette viktige budskapet og appellen er oversendt utenriksminister Espen Barth Eide.

Utenriksminister Espen Barth Eide,
Utenriksdepartement
Postboks 8114 Dep.
NO-0032 OSLO
post@mfa.no

Re: Norsk Gynekologisk Forening krever tilgang til trygge helsetjenester i Gaza nå!

Dato: 13.01.2025

Kjære Utenriksminister Espen Barth Eide,

Norsk Gynekologisk Forening står opp for medisinsk nøytralitet, menneskerettigheter og rettferdighet, i tråd med våre etiske retningslinjer som forening, og som helsepersonell.

I 15 måneder har verden vært vitne til ødeleggelser vi knapt har sett maken til i moderne tid, i krigen i Gaza. Norsk Gynekologisk Forening mener det er vårt ansvar å stå opp mot den uakseptable krigføringen rettet mot helsevesenet i Gaza. Den går utover sårbare mennesker, spesielt kvinner og barn, og helsearbeidere som hjelper dem. Som gynekologer bør vi protestere mot det som skjer i Gaza i dag. Vi er ikke bare leger for våre norske pasienter, vår ed forplikter oss til å 'verne menneskehetens helse' (1)

Vi fordømmer de systematiske angrepene på sykehus, ambulanser og helsepersonell vi har sett i Gaza (2). Til tross for at FNs sikkerhetsråd i 2016 vedtok resolusjon 2286 om at målrettet angrep på sykehus, pasienter og sivile er uakseptabelt (3), har det i Gaza vært systematiske angrep på alle ledd i helsevesenet. Vi vet fra andre kriger at sårbare grupper som barn, eldre, gravide og kronisk syke er mest utsatt (4). Allerede i november 2023, kunne WHO slå fast at kvinner og barn utgjorde 67% av alle døde i Gaza (5). Fra 17. desember i år, rapporterer helsemyndigheter i Gaza at 7216 kvinner og 13.319 barn har blitt drept og mange flere såret for livet. Hver dag blir 420 barn drept eller såret, noen bare få måneder gamle. Helsetjenester for kvinner og nyfødte er sterkt begrenset. Det anslås at 50.000 kvinner er gravide og mer en 180 fødsler skjer daglig (6). Kvinner føder under ekstreme forhold, til tider uten tilgang til anestesi og elementære rene fasiliteter (5). Det forventes en økning i mødredødeligheten. Nyfødte, spesielt premature barn, har lav sjanse for å overleve, mest på grunn av begrenset tilgang til nyfødt intensiv behandling og nødvendig helsepersonell (6). Det anslås at 1.057 helsearbeidere har blitt drept (5).

Som gynekologer og helsearbeidere er vi spesielt bekymret for denne voldsomme belastningen som kvinner og barn i Gaza utsettes for. Det er et uholdbart brudd på deres rettigheter og helse å hindre tilgang til livsviktige helsetjenester. Vi mener at angrep på helsepersonell og helseinstitusjoner må stoppes umiddelbart, og det internasjonale samfunnet, inklusive den norske regjering, må arbeide for å sikre at medisinsk hjelp kan nå de som trenger det mest, uavhengig av politiske eller militære interesser.

Norsk Gynekologisk Forening ber om:

- Beskytt essensiell infrastruktur i Gaza som er nødvendig for å sikre obstetriske, kirurgiske og anestesilogiske tjenester.

- Sikre umiddelbar tilgang til Gaza for humanitær assistanse, medisinsk intensivbehandling, spesialistteam, og helsepersonell som er nødvendig for livreddende medisinsk behandling.

- Støtte WMA (World Medical Association) sin appell for helsepersonell verden over om å underskrive et åpent brev som ber alle partier i konflikter til å beskytte helsepersonell og helseinfrastruktur.

- Bidra til aktivt diplomatisk, og fredsbevarende arbeid som forebygger at ytterligere menneskeliv går tapt samt øke press på Israel, for å stoppe vedvarende angrep mot helsepersonell og helseinfrastruktur.

Med vennlig hilsen,

Solveig Bjelmo

Leder Norsk Gynekologisk Forening

Andrea Solnes Miltenburg

Leder Faggruppe Global Kvinnehelse

Referanser

1. Legeforeningen. Etiske regler for leger (<https://www.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/legeforeningens-lover-og-andre-organisatoriske-regler/etiske-regler-for-leger/>)
2. MSF project update may 2024 <https://www.msf.org/strikes-raids-and-incursions-seven-months-relentless-attacks-healthcare-palestine>
3. Security Council Adopts Resolution 2286 (2016). Strongly condemning attacks against medical facilities, personnel in conflict situations. United Nations Press Release 3. mai 2016. <http://un.org/press/en/2016/sc12347.doc.htm>
4. Katari RS. Medical neutrality and solidarity in the Syrian armed conflict. The Journal of Global Health 1. November 2013. <http://ghjournal.org/medical-neutrality-and-solidarity-in-the-syrian-armed-conflict/>
5. <https://www.who.int/news/item/03-11-2023-women-and-newborns-bearing-the-brunt-of-the-conflict-in-gaza-un-agencies-warn>
6. UNOCHA Reported impact snapshot: gaza strip <https://www.ochaopt.org/content/reported-impact-snapshot-gaza-strip-17-december-2024>
7. UNICEF (2023) Gender-responsive approaches in emergencies. Available from: https://www.unicef.org/sop/media/3786/file/SoP%20Gaza%20Gender%20Brief_E%20external%20Version%20.pdf

Kjære FUGO-folk!



Are Adam Woyseth Larsen
FUGO-leder

Vi i FUGO-styret ser frem til et nytt år fylt med spennende utfordringer og muligheter. Først vil vi rette en stor takk til styre-medlemmet som nå trer ut av styret. Sukhjeet Bains, tusen takk for din innsats og engasjement det siste året – ditt bidrag har vært uvurderlig! Vi vil også takke Mina Eskeland for hennes innsats som leder det siste året. Heldigvis blir du værende i styret litt til, noe vi setter stor pris på.

Som hvert år skal vi sende to LIS på ENTOG-utveksling, og denne høsten går turen til Mainz i Tyskland. Dette er en fantastisk mulighet til å få internasjonal erfaring og utveksle kunnskap med kolleger i Europa.

Vi er også i full gang med planlegging av vår nye kampanje om strukturert opplæring i gynekologisk ultralyd. Vi vet at dette er et

viktig tema for mange, og ser frem til å løfte dette arbeidet i året som kommer.

For å holde dere oppdatert om alt som skjer i FUGO, oppfordrer vi alle til å bli med i Facebook-gruppen vår. Der deler vi nyttig informasjon om kommende arrangementer, muligheter og faglige ressurser.

Vi har også gleden av å ønske et nytt styremedlem velkommen: Nilofar Alizadeh. Hun jobber ved Sørlandet Sykehus i Kristiansand. Vi ser frem til å ha deg med på laget!

Til slutt vil vi oppfordre alle LIS til å delta på NGFs årsmøte i Ålesund. Som en del av programmet arrangerer vi et formøte for LIS, hvor årets tema er gynekologiske og obstetriske operasjoner. Vi tror dette blir en svært nyttig og lærerik samling for alle.

Vi ser frem til et spennende år sammen og håper å se mange av dere på våre arrangementer. Ta gjerne kontakt med oss om dere har spørsmål eller innspill – vi jobber for at utdanningen vår skal bli best mulig!

FUGO-styret 2025



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



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



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



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



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



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



Nilofar Alizadeh
Kursarrangør, ENTOG
Arbeidssted: Sørlandet Sykehus Kristiansand –d.d.

NFOG-kongressen arrangeres i år i Uppsala 24.-27. august 2025

NGF og FUGO lyser nå ut et reisestipend for leger i spesialisering på opp til 20 000 kr for deltakelse på kongressen. LIS som skal presentere abstrakt har mulighet til å delta. Fristen for å sende abstrakt var 28. februar, men har du allerede sendt inn oppfordres du til å søke stipend.

For å delta må du sendes abstraktet til Morten Kvello (m.kvello@gmail.com) i FUGO-styret.

Styret i NGF vil gå gjennom alle submittedte abstrakt, og kåre beste abstrakt som får reisestipend. En unik mulighet for LIS til å presentere forskning eller kvalitetssikringsarbeid!

Mykgjørende & fuktighetsbevarende krem for underlivet

92%
fettinnhold

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.

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



nordic
consumer
health

Leder fra Spesialitetskomiteén

Bør det være et krav om tjeneste ved stor og/eller liten avdeling i spesialiseringen?

**Nora Johansen**

Leder av Spesialitetskomiteén

I 2024 har vi gått gjennom noen av de siste søknadene om godkjenning av utdanningsinstitusjoner, og kun én gjenstår. I dagens ordning bør LISenes arbeidshverdag samsvare med læringsaktiviteter for å oppnå læringsmål. Tidligere var det klare regler for tjeneste ved en stor avdeling og ved kirurgisk avdeling, men det er nå borte. Det er opp til hver utdanningsinstitusjon å lage en plan for sine LIS, og så lenge en avdeling kan tilby alle læringsaktiviteter, er minimumskravet oppfylt. Dersom alle læringsmål kan oppnås ved avdelingen, er det i prinsippet opp til avdelingen selv om de vil stå for hele utdanningen. Det gir store variasjoner i praksis. Fordeler ved å ta hele spesialiseringen ved én avdeling kan være forutsigbar bemanning og å unngå fraflytting.

I arbeidet med godkjenning av utdanningsinstitusjonene har vi i spesialitetskomiteen konsekvent anbefalt at alle LIS bør jobbe ved en stor fødeavdeling (> 2500 fødsler/år) i løpet av spesialiseringen. Hovedargumentet vårt er at håndtering av akutte og/eller alvorlige hendelser best læres dersom hendelsene skjer rimelig ofte. Motargumentet til Helsedirektoratet er at *det* i seg selv ikke er et læringsmål. Til sammenligning har Danmark et ufravikelig krav

om 2 år ved et sentralt sykehus (ca 4500-7000 fødsler/år), og minst 1,5 år ved et perifert sykehus. I Sverige og Finland har de lignende praksis, men ikke like formalisert som i Danmark.

Spesialitetskomiteens anbefalinger om tjeneste ved stor avdeling er altså i tråd med våre nabolands praksis. Men, vi kan også snu på det. Vil en LIS som tar hele spesialiseringen ved en av de største avdelingene i Norge bli «generell nok» og rustet til å være eneste vakthavende eller bakvakt på en liten avdeling? Det kan hende at svaret er ja. Likevel kan det være fordeler med det danske systemet. Det kan sikre en mer standardisert utdanning av LIS enn dagens praksis i Norge, alle spesialister vil få erfaring med det å jobbe ved små og store avdelinger, og det kan gi forutsigbar bemanning både i distrikt og sentralt.

Vi vil gjerne vite hva LIS og spesialister i Norge mener, og håper du vil bruke 2-3 minutter på den anonyme undersøkelsen under. Resultatene blir presentert på årsmøtet til høsten!

Bør det være krav om tjeneste ved stor og/eller liten avdeling i spesialiseringen?



Immunterapien Jemperli har fått **JA** i Beslutningsforum i 1. linje endometriekreft for både dMMR*- og pMMR** pasienter ^{1,2}



Finansiering over Helseforetak for indikasjonen
JEMPERLI er indisert i kombinasjon med karboplatin og paklitaksel for førstelinjebehandling av voksne pasienter med primær fremskreden eller tilbakevendende endometriekreft og som er kandidater for systemisk behandling.^{1,3}

*dMMR= Deficient mismatch repair
**pMMR= Proficient mismatch repair

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON / FORSIKTIGHET UTVIKES VED:
Immunrelaterte bivirkninger, som kan være alvorlige eller fatale, kan oppstå hos pasienter som behandles med antistoffer som blokkerer veien for det programmerte celledødsprotein-1 / programmerte dødsligand 1 (PD-1/PD-L1), herunder Jemperli. Immunrelaterte bivirkninger oppstår vanligvis under behandling, men symptomer kan også dukke opp etter at behandlingen er seponert. Pasienter skal overvåkes for symptomer og tegn på immunrelaterte bivirkninger. Se preparatomtalen kap 4.4 og kap 4.8 for ytterligere informasjon om immunrelaterte bivirkninger og håndteringen av disse, samt andre bivirkninger.

Referanser: 1. Jemperli preparatomtale. 2. https://www.nyemetoder.no/metoder/id2024_060/. 3. Mirza MR, et al. N Engl J Med. 2023;388(23):2145-2158

Sikkerhetsprofil ved kombinasjonsbehandling¹
JEMPERLI ble permanent seponert på grunn av bivirkninger hos 38 (6,3%) av pasienter med primær fremskreden eller tilbakevendende endometriekreft, hvor de fleste var immunrelaterte hendelser.¹ Bivirkningene var alvorlige hos 11,2 % av pasientene; de alvorligste bivirkningene var immunrelaterte bivirkninger.¹

Alle som forskriver JEMPERLI, skal dele ut og informere pasientene om pasientkortet samt forklare hva de skal gjøre hvis de opplever symptomer på immunrelaterte bivirkninger.
Reseptgruppe C
Pakning og maksimalpris: Hettegl 500 mg 92 318,20 kr.

Se preparatomtalen for full informasjon før forskrivning av Jemperli.
Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på telefon 22 70 20 00

Optimalisering av kirurgisk gynekologi

Avansert kirurgisk praksis er beskrevet på papyruser fra det gamle Egypt 1500 år f.Kr. Den første vaginale hysterektomi vi vet om, er fra Efesus 120 år e.Kr. Fra middelalderen skal noen kvinner ha overlevd inngrep som vaginal hysterektomi og på 1800-tallet *kunne* kvinner overleve avanserte gynekologiske operasjoner, men de fleste døde. Hva døde de så av? De døde av blødning, infeksjon, blodpropp og skade på urinveier- meget gjenkjennelig også i dag! Det har vært store fremskritt siden den gang, men vi kan fremdeles bli bedre!



Merethe Ravlo
Overlege, gynekologisk kreft
St. Olavs hospital



Elisabeth Berge Nilsen
Seksjonsoverlege gynekologisk kreft
Stavanger Universitetssjukehus

Hvordan kan vi så optimalisere våre operasjonsresultat? Det finnes ingen vidundermedisin- heller ikke her. Vi må angripe fra mange kanter. Bli med på kvinnens reise til og etter operasjonen og se på de faktorene vi kan påvirke positivt:

En del tiltak kan synes enkle og selvfølgelige, men vi syndrer alle mot disse innimellom:

- Er det god operasjonsindikasjon? Vi mener at dette er det aller viktigste ved alle inngrep.
- Er pasienten godt *informert*? Vet hun hvorfor og hvordan hun skal opereres, konsekvensene av inngrepet, risikoen for komplikasjoner og om det finnes alternative behandlinger? Informerte og trygge pasienter trenger mindre smertestillende, de blir raskere mobilisert, har kortere liggetid og får færre komplikasjoner etter operasjon. Informasjon er vel anvendt tid og kommer uten bivirkninger.
- *Spørreskjema* som pasienten ofte fyller ut, for eksempel om høyde, vekt, allergi, røyking, medisinbruk, andre sykdommer og operasjoner og sosiale forhold, kan avdekke økt risiko ved operasjon som skal tas hensyn til. Disse er vist å ha samme verdi som preoperativ anestesivurdering!

Enkle tiltak som dette skal ikke undervurderes, og kan reduserer faren for komplikasjoner både under og etter operasjonen.

Prehabilitering

“The quality of the patient is more important than the quality of the surgeon”

Når vi skal operere fokuserer vi ofte på selve inngrepet. Perioden fra operasjon er bestemt til kvinnen innlegges, er imidlertid også viktig. Noen kaller dette for «the window of opportunity». *Prehabilitering* er tiltak som kan settes inn i denne navnløse perioden, og innebærer fysisk, ernæringsmessig og mental forberedelse før kirurgi eller annen avansert behandling (for eksempel kjemoterapi). Ventetiden før operasjon må

utnyttes og prehabilitering bør starte umiddelbart etter diagnose. Kanskje er det til og med fornuftig å utsette en operasjon slik at prehabilitering blir mulig.

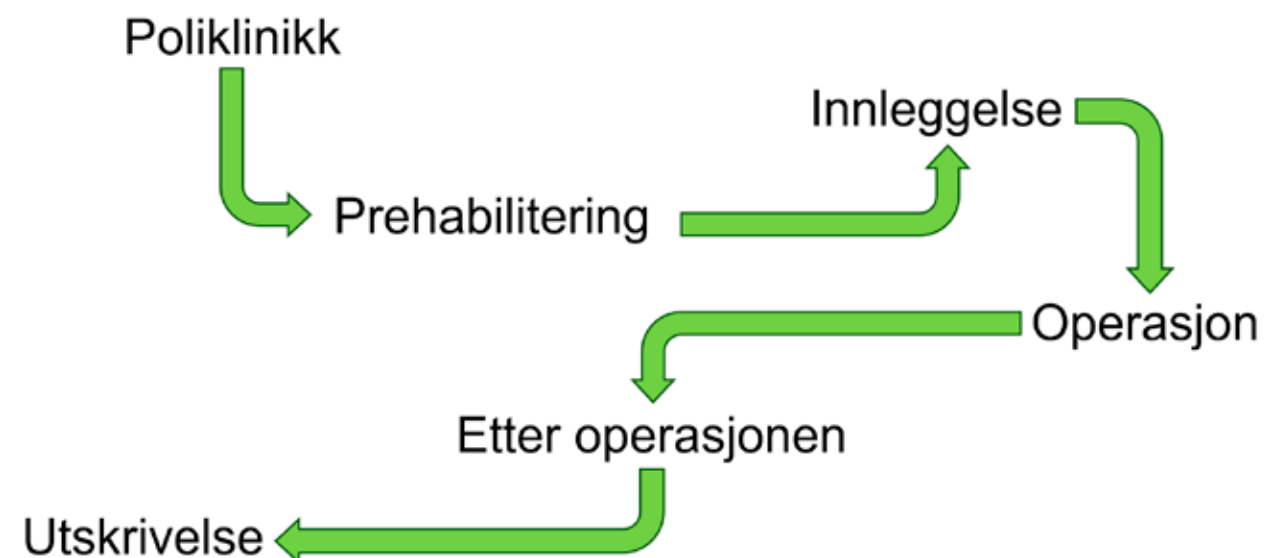
Vi bruker redningsvest i båten, hjelm når vi sykler og bilbelte selvfølgelig – fordi vi vet at det øker sannsynligheten for et godt resultat hvis noe uforutsett skjer. Våre pasienter vet imidlertid ofte ikke at de selv kan påvirke operasjonsresultatet. Det er det vår oppgave å fortelle dem! Selv få uker med prehabilitering gir bedre operasjonsresultat; færre komplikasjoner (infeksjoner, embolier, ileus, sårruptur og reoperasjoner), mindre postoperative smerter, kortere liggetid, kortere sykemelding og færre reinnleggelser.

I dag har få pasienter tilbud om prehabilitering. Ved Kvinne-klinikken i Stavanger planlegges det våren 2025 et prosjekt om prehabilitering for gynekologiske kreftpasienter, “Sterkere før kirurgi – prehabilitering for pasienter med gynekologisk kreft”, basert på Akershus universitetssykehus sitt tilbud til kolorektalcancerpasienter.

En tverrfaglig gruppe med sykepleiere, ernæringsfysiolog, fysioterapeut og leger vil alle bidra i prehabiliteringsprosessen. Ved diagnosetidspunkt skal pasienten få muntlig og skriftlig informasjon om fysisk aktivitet, ernæring og å redusere sigarett og/eller snusbruk. Pasientene kan slik ta aktiv del i forberedelsene til operasjon. Medvirkning og ansvarliggjøring kan gi økt kontroll og reduserer angst og smerteopplevelse.

Råd og persontilpassede oppgaver skal være enkle og gjennomførbare, og pasienten må trygges på verdien av tiltakene. I første omgang vil pasienten få instruksjon i fire enkle øvelser, som for eksempel knebøy og utfall, fire enkle kostråd som for eksempel små og hyppige måltider og informasjon om proteinrike måltider og fire råd for røyk/snuslutt. Ved mestring vil pasienten utfordres til å øke innsatsen og opprettholde denne senere under behandling videre.

Tidskart



«Ventetiden før operasjon må utnyttes og prehabilitering bør starte umiddelbart etter diagnose. Kanskje er det til og med fornuftig å utsette en operasjon slik at prehabilitering blir mulig.»

Innleggelse

Prehabiliteringsperioden er over, og pasienten legges inn til operasjon. Da gjelder følgende veldokumenterte råd:

- Unngå langvarig *faste*. Det gir mindre kvalme, kortere liggetid og færre komplikasjoner. Husk at de som venter utover dagen på operasjon er i risikosonen for å faste for lenge.
- *Tarmtømming* er tenkt å redusere infeksjon og forenkle kirurgi, men gir ikke lavere mortalitet, færre infeksjoner eller reoperasjoner. Tarmtømming gir merarbeid for helsepersonell, øker liggetiden og er stressende for pasienten, og bør unngås.
- *Sårinfeksjon* reduseres ved å dusje før operasjon og å unngå å barbere seg.

På operasjonsstua

- Sjekklisten «*Trygg kirurgi*» har også i Norge redusert mortalitet og morbiditet etter innføring. Gjennomføring er rask og enkel og sjekklisten skal brukes ved alle operasjoner.
- God *leiring* hindrer nerveskader og reduserer risiko for blodpropp.
- Lokalbedøvelse, spinal og epidural reduserer kirurgisk stressrespons sammenliknet med narkose.
- Preoperativ *tromboseprofylakse* gir signifikant reduksjon av tromboser uten økt risiko for blødning. Husk kompresjonsstrømper!
- *Dren* gir ikke færre infeksjoner, heller ikke ved tarmanastomoser, og er sjeldent indisert.

Etter operasjon

- Postoperative *smerter* er isolert sett assosiert med økt komplikasjonsrate, lengre liggetid og flere reinnleggelser. Preoperativ

informasjon om postoperative smerter er smertelindrende i seg selv. Non-opioider anbefales, det gir mindre kvalme og raskere mobilisering enn opioider.

- *Mobilisering* bedrer tarmfunksjon, reduserer tap av muskelmasse og lungefunksjon, og reduserer tromboserisiko. Tidlig seponering av blærekateter og dren gir raskere mobilisering og reduserer infeksjoner.
- Tidlig *ernæring* bedrer også tarmfunksjon, gir raskere sårtilheling og bedre lungefunksjon. Tyggegummi og kaffe forebygger ileus!

Utskrivelse

Velinformerte og godt smertelindrede pasienter gir færre reinnleggelser, færre komplikasjoner og mer fornøyde pasienter. Skriftlig informasjon anbefales – og husk rask epikrise til fastlegen!

Store studier innen prehabilitering finnes innen gastrokirurgi, men mangler innen gynekologisk kirurgi. Mye tilsier allikevel at vi alle kan bli bedre til å optimalisere resultatet for våre pasienter, spesielt på informasjon og prehabilitering. Dette krever noe tid, for øvrig er det gratis og uten bivirkninger.

Lykke til med små og store tiltak for å bedre pasientens reise gjennom små og store operasjoner!

Referanser
Helsetilsynet
ERAS society
International Journal of Gynecologic Cancer
Prehabilitering ved tykktarmskreft og endetarmskreft - Akershus universitetssykehus HF



Figur 1: Gode verktøy for å overvåke fremgang i fødsel er en forutsetning for korrekt intervensjon til rett tid.



Figur 2: Rebecka Dalbye er nasjonal principal investigator for Norwelcgstudien.



Figur 3: Stine Bernitz har erfaring fra nasjonale multisenterstudier.

Labor Care Guide og NORWELCG studien

Ti av landets største kvinneklinikker har gått sammen for å gjøre en randomisert studie hvor man sammenligner det klassiske partogrammet med WHO's Labour Care Guidelines. Gynekologen byr her på et eksklusivt innblikk i dette viktige arbeidet!



Stine Bernitz
Professor i jordmorfag
Forsker



Torbjørn Moe Eggebø
Professor emeritus ved
NTNU



Ragnar Kvie Sande
Seksjonsoverlege
fostermedisin KK SUS
Førsteamanuensis
K2 UiB

Kvinner spør ofte: «Hvor lenge kommer fødselen min til å vare?» Et lettvinnt svar er å si at fødselen varer seks og en halv time. En studie fra Rikshospitalet viste at dette er den gjennomsnittlige varighet av den aktive fødselsfasen (1). Men alle som arbeider i fødselsomsorgen vet at det er umulig å svare på dette spørsmålet (figur 1). Varighet av fødselen varierer veldig mye fra kvinne til kvinne. Størrelsen og innstillingen til barnet, formen på fødselskanalen og kraften av riene er faktorer som påvirker fødselsforløpet (2).

I 1954 publiserte Friedman en grafisk framstilling av åpningsfasen (3). Det er verd å nevne at flere europeiske forskere hadde laget en lignende grafisk framstilling av fødselen før Friedman publiserte sitt arbeid. (Willi Wolf 1946, Deuel-Zogg 1948, Zimmer 1951) (4-6).

I 1965 tilføyde Friedman en kurve for nedtrengning av den ledende delen i fødselskanalen (7). Friedman kalte det langsom framgang hvis cervix åpnet seg mindre enn 1,2 cm/time hos førstegangs fødende og 1,5 cm hos flergangsfødende. Han kalte det «arrested labor» hvis det ikke var endring i løpet av 2 timer. Philpott laget en «alert line» i partogrammet som viste cervix dilatasjon 1 cm/time og en «action line» som var forskjøvet fire timer (8). Arbeidet til Friedman og Philpott dannet grunnlaget for det tradisjonelle WHO partogrammet (9). Zhang publiserte i 2002 en mer dynamisk modell med start av aktiv fødsel ved 6 cm åpning (10). I 2018 ble LAPS studien publisert (11). Det var en cluster randomisert studie som sammenlignet WHO partogrammet med retningslinjene til Zhang. Det var ingen forskjell i det primære endepunktet (keisersnitt frekvens) mellom de to gruppene.



Figur 4: En av våre større kvinneklinikker; personalet er entusiastisk forberedt på å gjøre sitt for at Norwelcg skal bli en suksess!

WHO anbefalte partogrammet fram til 2018, og i 2020 presenterte da sin nye Labour Care Guide (LCG) (12). Ordet partogram er ikke lenger inkludert i tittelen for å fremheve at det ikke kun er en grafisk fremstilling for vurdering av fremgang i fødsel. I Norge er det fortsatt det gamle WHO partogrammet som brukes og veilederen skriver i 2024 at de anbefaler å vente med en mulig innføring av LCG inntil det foreligger større studier (2).

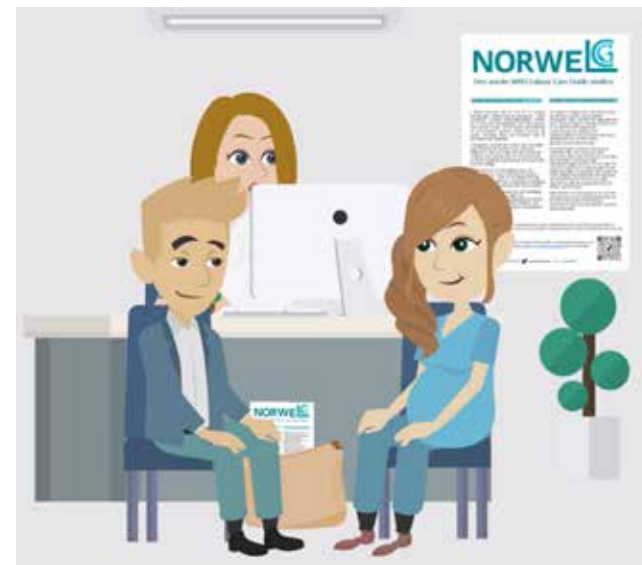
Veilederen i fødselshjelp skriver at latensfasen starter når kvinnen opplever smertefulle kontraksjoner og varer frem til cervix er avflatet og dilatert fire cm (2). LCG bruker fem cm cervix åpning som definisjon på start av aktiv fødselsfase. WHO anbefaler ikke lenger å bruke alert line og action line. Ifølge de nye retningslinjene skal man ha en mer individuell tilpasning og man kan tillate mer tid i første del av det aktive første stadium av fødselen.

Labour Care Guide

- LCG framhever betydningen av en positiv fødselsopplevelse gjennom respektfull og kontinuerlig omsorg for den fødende og hennes partner.
- LCG er kvinnesentrert. Avgjørelser skal tas i samråd med kvinnen (shared decision making).
- LCG er en mer dynamisk modell enn det gamle partogrammet og gir rom for individuelle tilpasninger.
- Noen klar definisjon på varighet av latensfasen finnes ikke.
- Mindre enn 1 cm/time cervix dilatasjon i aktiv fase er ikke alene grunn for intervensjon. Men varigheten av den aktive delen av første stadium er vanligvis ikke mer enn 12 timer hos førstegangs fødende og ikke mer enn 10 timer hos flergangsfødene.

Referanser:

1. Gaudernack LC, Einarsen AES, Sorbye IK, Lukasse M, Gunnes N, Michelsen TM. The effect of intravenous hyoscine butylbromide on slow progress in labor (BUSCLAB): A double-blind randomized placebo-controlled trial. PLoS Med. 2024;21(3):e1004352.
2. Norsk gynekologisk forening. Veileder i fødselshjelp 2024 [Available from: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/aktuelt/2024/veileder-i-fodsels-hjelp-er-oppdatt-etter-obstetrisk-guidelinemote-24/>].
3. Friedman E. The graphic analysis of labor. Am J Obstet Gynecol. 1954;68(6):1568-75.
4. Deuel-Zogg H. [The birth chart; a contribution to the assessment of the course of birth taking into account the bladder jump]. Gynaecologia. 1948;126(5):311-4.
5. Wolf W. Klinik des unzeitigen Blasensprungs. Ursache, Bedeutung, Behandlung. Marburg, Germany: Antiq. F.-D. Sohn - Medicusbooks.Com.; 1946.
6. Zimmer K. [The time-degree curve of cervical dilatation in cephalic presentation]. Arch Gynakol. 1951;179(5):495-513.
7. Friedman EA, Sachtleben MR. Station of the fetal presenting part. I. Pattern of descent. Am J Obstet Gynecol. 1965;93(4):522-9.



Figur 5: Det vil bli grundig informert om Norwelcgstudien ved alle deltagende sykehus.

- Varigheten av andre stadium er individuell, men vanligvis ikke lenger enn 3 timer hos førstegangs fødende og 2 timer hos flergangsfødende.

NORWELCG studien

Vi vil utføre en studie der vi sammenligner det tradisjonelle WHO partogrammet med LCG. Studien kalles Den Norske WHO Labour Care Guide Studien (NORWELCG) (figur 2 og figur 3).

Studien skal gjennomføres som en «stepped wedge cluster» randomisert studie ved ti kvinneklinikker i Norge (figur 4). Alle deltagende enheter starter på samme tid med en kontrollperiode der det gamle partogrammet skal benyttes. Deretter skal hver enhet i henhold til randomiseringen gå over til en intervensjonsperiode der de benytter LCG. Ved innføring av en ny retningslinje skal gjelde for alle, må vi ha informasjon fra alle. Studien er derfor godkjent i REK med passivt samtykke. Dette innebærer at alle inkluderte enheter ved overgang til intervensjonsperiode endrer sin prosedyre i henhold til LCG og alle kvinner følges med LCG i intervensjonsperioden. Kvinner som ikke ønsker sine data skal inkludert i analysene, har mulighet til å reservere seg (figur 5). Endepunkter er keisersnitt, obstetriske intervensjoner, materielle og neonatale utfall. Kvinnens fødselsopplevelse, samt leger og jordmødres erfaring med LCG vil bli undersøkt både kvantitativt og kvalitativt.

Resultatene fra studien vil representere et solid grunnlag for diskusjonen om vi skal innføre LCG på et nasjonalt plan.

8. Philpott RH, Castle WM. Cervicographs in the management of labour in primigravidae. I. The alert line for detecting abnormal labour. J Obstet Gynaecol Br Commonw. 1972;79(7):592-8.
9. World Health Organization Maternal Health and Safe Motherhood Programme. World Health Organization partograph in management of labour. Lancet. 1994;343:1399-404.
10. Zhang J, Troendle JF, Yancey MK. Reassessing the labor curve in nulliparous women. Am J Obstet Gynecol. 2002;187(4):824-8.
11. Bernitz S, Dalbye R, Zhang J, Eggebo TM, Froskie KF, Olsen IC, et al. The frequency of intrapartum caesarean section use with the WHO partograph versus Zhang's guideline in the Labour Progression Study (LaPS): a multicentre, cluster-randomised controlled trial. Lancet. 2019;393(10169):340-8.
12. World Health Organization Maternal Health and Safe Motherhood Programme. WHO labour care guide: user's manual 2020 [Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017566>].

Smerteopplevelse ved poliklinisk hysteroskopi: Hva kan vi lære av pasientenes erfaringer?

Hysteroskopi er gullstandarden for behandling og diagnostisering av en rekke intrauterine tilstander. Overgangen fra hysteroskopi på operasjonsstue med generell anestesi til en poliklinisk setting har medført økonomiske og ressursmessige fordeler, og ikke minst unngår pasientene risiko og bivirkninger knyttet til narkose. På poliklinikk kan det derimot forekomme utfordringer knyttet til smerte under prosedyren. Smerte er den hyppigste årsaken til at prosedyren ikke gjennomføres fullstendig (1). Vi spurte pasienter som kom til poliklinisk hysteroskopi på Stavanger Universitetssykehus om deres smerteopplevelse under prosedyren, med ønske om å få et innblikk i hvordan prosedyren faktisk oppleves av pasientene. Er smertenivået akseptabelt for prosedyren? Og finnes det noen predikerende faktorer for økt smerteopplevelse?



Nora Baran

Medisinstudent ved
Universitetet i Bergen



Guro Bjørnnes

Medisinstudent ved
Universitetet i Bergen



Olav Nordbø

Seksjonsoverlege
ved Stavanger
Universitetssykehus



Ragnar Kvie Sande

1. amanuensis ved
Universitetet i Bergen
og seksjonsoverlege
ved Stavanger
Universitetssykehus

Metode

Vi inkluderte 61 pasienter som gjennomgikk poliklinisk operativ eller diagnostisk hysteroskopi på Stavanger Universitetssykehus. Datainnsamlingen foregikk våren 2024. Pasientene ble bedt om å innta 1000 mg Paracetamol og 800 mg Ibuprofen før prosedyren. Under prosedyren ble det administrert paracervikal lokalanestesi med 3-5 ampuller enten Septocain (40 mg/ml atri-kainhydroklorid + 5 µg/ml adrenalin) eller Citanest (30 mg/ml prilokainhydroklorid+ 0,54 µg/ml felypressin). Cervix ble dilatert til hegar 5-6 før innføring av hysteroskop med typen Hologic Omni hysteroskop med diameter på 5,5 mm. Det ble benyttet oppvarmet saltvann som distensjonsmiddel, og MyoSure vevsfjerningssystem ved fjerning av vev.

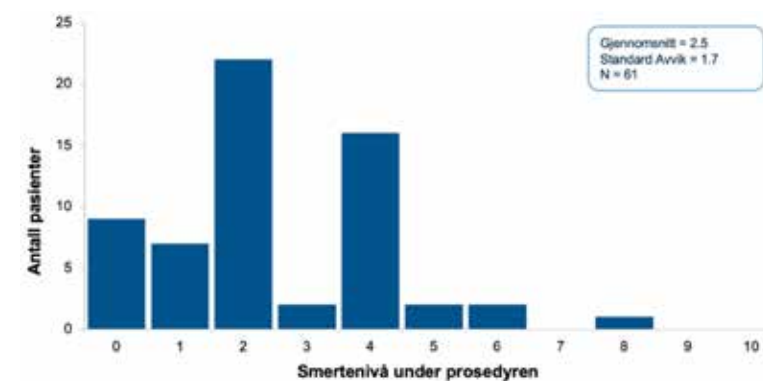
I etterkant av prosedyren fylte pasientene ut et spørreskjema, hvor de rangerte sitt smertenivå ved bruk av en visuell analog skala fra 0-10 (VAS). Operatør registrerte informasjon om premedikasjon, type og dose lokalanestesi, menopausal status og eventuell postmenopausal hormonbehandling. Det ble i tillegg registrert opplysninger fra norsk gynekologisk endoskopiregister.

Resultater

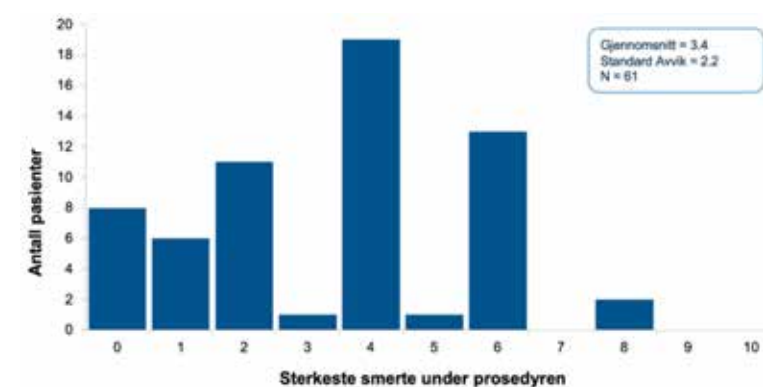
Pasientene rapporterte om et gjennomsnittlig smertenivå for smerte generelt

under prosedyren på 2,5 (Standardavvik SA 1,7), med laveste smertenivå på 0 (n = 9) og høyeste på 8 (n = 1) (figur 1). Ved spørsmål om den sterkeste smerten som opplevdes i løpet av prosedyren, rapporterte pasientene gjennomsnittlig om et smertenivå på 3,4 (SA 2,2) (figur 2). For smertenivå 10 minutter etter prosedyren, rapporterte pasientene om et gjennomsnittlig smertenivå på 1,3 (SA 1,8) (figur 3). Alle pasientene svarte ja på spørsmål om de selv opplevde smertelindringen som ble benyttet som god nok.

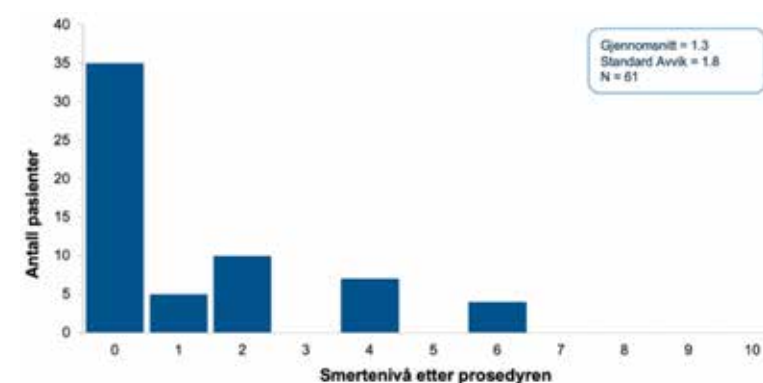
Pasientene som fikk 3 ampuller paracervikal blokkade rapporterte om et høyere smertenivå sammenlignet med de som fikk 4 eller 5 ampuller ($p = 0,02$). Pasientene som ikke hadde tatt premedikasjon eller som kun hadde tatt paracetamol som premedikasjon rapporterte om et høyere smertenivå 10 minutter etter prosedyren (henholdsvis $p = 0,02$ og $p = 0,01$) sammenlignet med de som hadde tatt premedikasjon med både paracetamol og ibuprofen. Pasientene som ikke hadde gjennomgått vaginal fødsel, rapporterte om et høyere smertenivå etter prosedyren ($p = 0,05$) sammenlignet med de som hadde gjennomgått én eller flere vaginale fødsler. Videre sees det en omvendt korrelasjon mellom antall vaginale fødsler og smertenivå ($p=0,006$) (figur 4).



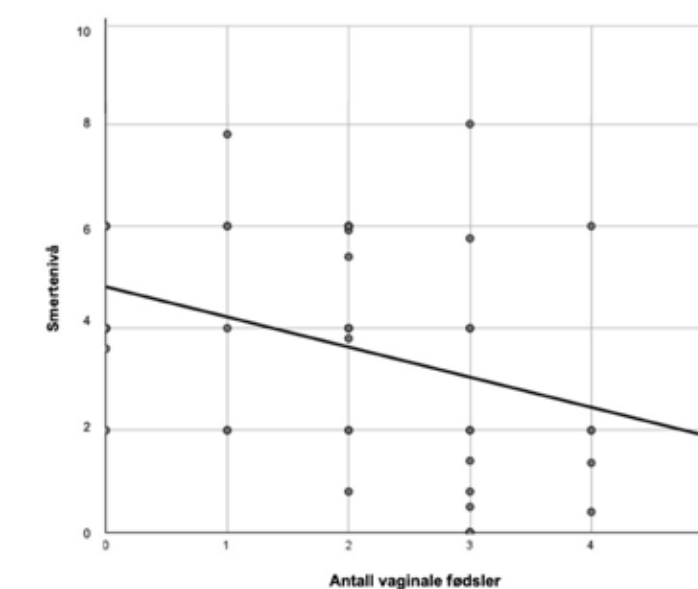
Figur 1: Smerter generelt under poliklinisk hysteroskopi.



Figur 2: Sterkeste smerte opplevd under poliklinisk hysteroskopi.



Figur 3: Smerter 10 minutter etter poliklinisk hysteroskopi.



Figur 4: Sammenheng mellom sterkeste smerte opplevd under poliklinisk hysteroskopi og antall vaginale fødsler pasientene hadde gått gjennom ($p = 0,006$).



Figur 5: God informasjon før og under prosedyren kan ha en smertelindrende effekt ved poliklinisk hysteroskopi.

Diskusjon

Resultatene fra studien viste et gjennomsnittlig smertenivå under poliklinisk hysteroskopi på 2,5 på en skala fra 0–10. Prosedyren medførte ingen eller lite smerte hos omtrent 2/3 av pasientene (VAS < 4), mens ca. 1/3 opplevde moderate smerter (VAS 4–6). 2% av pasientene opplevde prosedyren som veldig smertefull (VAS > 6). Samtidig mente alle pasientene selv at smertelindringen de fikk var god nok. Disse resultatene samsvarer stort sett med tidligere forskning på temaet.

Spredningen i smertenivå mellom pasientene kan være et resultat av mange ulike faktorer og omstendigheter. Resultatene våre antyder at det kan finnes både anatomiske, fysiologiske og farmakologiske faktorer som påvirker smerteopplevelse under hysteroskopi. Vi fant at tidligere vaginal fødsel er en beskyttende faktor for smerter etter poliklinisk hysteroskopi, og at antall vaginale fødsler er omvendt korrelert til smerte. Lignende resultater kan gjenfinnes i en rekke andre studier, som viser at nullparitet

er en risikofaktor for smerte og at vaginal fødsel beskytter mot smerte (1, 2, 3). Det er mulig at dette kan ha en sammenheng med den morfologiske endringen av cervix etter fødsel, som gjør dilatasjon og innføring av hysteroskop lettere. Samtidig har andre studier funnet at paritet i seg selv er en beskyttende faktor, uavhengig av om fødsel er vaginal eller ved keisersnitt (4).

Ved vurdering av farmakologiske faktorer, så vi en større smertelindrende effekt ved bruk av en relativt høyere dose paracervikal lokalanestesi. I tillegg antydte resultatene våre at ibuprofen hadde en signifikant smertelindrende effekt. Per dags dato er det manglende konsensus i fagmiljøer internasjonalt vedrørende metoder for smertelindring under poliklinisk hysteroskopi. Noen benytter ikke lokalanestesi i det hele tatt, mens andre benytter perorale opioider, eller prostaglandiner som vaginal misoprostol. En oversiktsartikkel fra 2017 analyserte data fra 19 randomiserte kontrollerte studier, konkluderte med at det ikke finnes bevis av god kvalitet for klinisk betydning av noen av de overnevnte tilnærmingerne til smertelindring sammenlignet med placebo (5).

Hvordan kan smertelindringen bli enda bedre?

Flere nyere studier fokuserer på ikke farmakologiske tilnærminger for å redusere smerter under poliklinisk hysteroskopi. Engstelse før og under poliklinisk hysteroskopi er korrelert til økt smerteopplevelse, og tiltak for å redusere engstelse som god informasjon (figur 5), kort tid på venterommet og distraksjon under prosedyren har vist seg effektivt mot smerte under prosedyren (6,7). En studie har også sett på sammenhengen mellom smerte og det intrauterine trykket som skapes av distensjonsmediet, hvor man så at smertenivå økte proporsjonalt med økende intrauterint trykk (8). Videre er total tid benyttet på prosedyren og operatørens erfaring av betydning for smerteopplevelsen (6,9). Dette kan blant annet indikere at praktisering av skånsomme og effektive teknikker er viktige faktorer for forhindring av smerte.

Konklusjon

Til tross for at smerte kan være et hinder for utførelse av poliklinisk hysteroskopi, viser vår studie at poliklinisk hysteroskopi med lokalanestesi tolereres godt blant flertallet av pasienter. Likevel er en del i pasienter risiko for å oppleve prosedyren som betydelig smertefull. For disse pasientene kan det være nyttig å vurdere supplerende tiltak for å optimalisere smertelindringen. På denne måten kan pasienttilfredsheten økes også hos de mest utsatte pasientene.

Kilder

1. Coimbra AC, Falcao V, Pinto P, Cavaco-Gomes J, Fernandes AS, Martinho M. Predictive Factors of Tolerance in Office Hysteroscopy - a 3-Year Analysis from a Tertiary Center. Rev Bras Ginecol Obstet. 2023;45(1):38-42.
2. Guraslan H, Senturk MB, Dogan K, Yuksel B, Kaya C, Karacan T, et al. Diagnostic office hysteroscopy: why is it still painful procedure despite the surgical experience and mini-hysteroscope? J Obstet Gynaecol Res. 2022;48(6):1418-25.
3. Teran-Alonso MJ, De Santiago J, Usandizaga R, Zapardiel I. Evaluation of pain in office hysteroscopy with prior analgesic medication: a prospective randomized study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2014;178:123-7.
4. Mazzon I, Favilli A, Horvath S, Grasso M, Di Renzo GC, Laurenti E, et al. Pain during diagnostic hysteroscopy: what is the role of the cervical canal? A pilot study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2014;183:169-73.
5. Ahmad G, Saluja S, O'Flynn H, Sorrentino A, Leach D, Watson A. Pain relief for outpatient hysteroscopy. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(10):CD007710.
6. Kokanali MK, Cavkaytar S, Guzel AI, Topcu HO, Eroglu E, Aksakal O, et al. Impact of preprocedural anxiety levels on pain perception in patients undergoing office hysteroscopy. J Chin Med Assoc. 2014;77(9):477-81.
7. Johnson MH. How does distraction work in the management of pain? Curr Pain Headache Rep. 2005;9(2):90-5.
8. Haggag H, Hassan A, Wahba A, Joukhadar R. A randomized double-blind controlled trial of different filling pressures in operative outpatient hysteroscopy. Int J Gynaecol Obstet. 2017;139(1):55-60.
9. Pegoraro A, Santos ME, Takamori JT, Carvalho WAP, Oliveira R, Barbosa CP, et al. Prevalence and intensity of pain during diagnostic hysteroscopy in women attending an infertility clinic: analysis of 489 cases. Einstein (Sao Paulo). 2020;18:eAO4916.

Gynoflor® Estriol 0,03 mg/
Lactobacillus acidophilus 50 mg
Vaginaltabletter

Eeneste kombinasjon av laveste dose østrogen og melkesyrebakterier!^{1,2}

Indikasjoner:

- 1 Behandling av vaginal atrofi hos postmenopausale eller perimenopausale kvinner
- 2 Gjenopprettelse av floraen av laktobasiller hos voksne kvinner etter antiinfektiv behandling mot infeksjoner i skjeden

Eneste kombinasjon med dobbeltvirkende effekt^{1,3}

Gynoflor® vaginaltabletter inneholder en kombinasjon av to aktive stoffer: laveste dose østriol (0,03 mg) og en spesifikk probiotisk stamme av melkesyrebakterier (*L. acidophilus* KS 400).

Det bioidentiske hormonet østriol fremmer nydannelse og modning av det vaginale epitelet.

Laktobasillene fester seg til skjedeepitelet, formerer seg og fortrenger dermed patogener. Glykogenet som er lagret i skjedeepitelet, omdannes til melkesyre ved hjelp av laktobasillene og senker pH til fysiologisk normal verdi. Laktobasillene produserer også bakteriociner og hydrogenperoksid som videre hemmer veksten av patogene mikroorganismer.



Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

Kontraindikasjoner: Kjent, tidligere eller mistenkt brystkreft, kjente eller mistenkte østrogenavhengige maligne tumorer (f.eks. endometriekreft), udiagnostisert genitalblødning, ubehandlet endometriehyperplasi, tidligere eller pågående venøs tromboembolisme (dyp venetrombose, lungeembolisme), kjente trombofile sykdommer (f.eks. protein C-, protein S- eller antitrombinmangel), aktiv eller nylig arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt), akutt leversykdom eller tidligere leversykdom så lenge leverfunksjonstester ikke er normalisert, porfyri.

Forsiktighetsregler: For østrogenpreparater til vaginal bruk hvor systemisk eksponering for østrogen forblir innenfor normalt postmenopausalt nivå, anbefales ikke tillegg av gestagen. Vaginale infeksjoner bør behandles før oppstart av behandling med Gynoflor®.

Pakninger og priser (AUP): 6 stk: kr 123.80. 12 stk: kr 211.40. Reseptgruppe: C. For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Gynoflor® SPC 30.09.2022. **Dosering:** Gjenopprettelse av floraen av laktobasiller: 1 vaginaltablett daglig i 6 dager. Behandling av atrofisk vaginitt: 1 vaginaltablett daglig i 12 dager, deretter en vedlikeholdsdose på 1 vaginaltablett 2-3 dager i uken.

Referanser: 1) Gynoflor® SPC 09.2022. 2) www.legemiddelsok.no. 3) Mueck, A.O., Ruan, X., Prasauskas, V., Grob, P., and Ortmann, O., Treatment of vaginal atrophy with estriol and lactobacilli combination: a clinical review. Climacteric, 2018; 21(2): 140-147.

Exeltis Sverige AB | Strandvägen 7A | 114 56 Stockholm | nordics@exeltis.com | www.exeltis.no



Abort – før, no og i framtida

Ei ny abortlov vart vedtatt 3. desember 2024 med stort flertal og trer i kraft 1. juni 2025 (1). Det er den tredje i rekka, og som tidlegare ligg ikkje lova i forkant av medisinsk praksis, men rettar seg etter allereie gjeldande medisinsk praksis og samfunnsutvikling. Dei to hovudendringane i lova er at kvinner får rett til sjølvbestemt abort til 18 veker og i tillegg fjernar ein kravet om at abort skal skje på sjukehus og utførast av lege. Trass i ei modernisering og liberalisering av lova kan Noreg framleis ikkje oppfylle tilrådingane frå Verdas helseorganisasjon (WHO) frå 2022 (2). I ein kvar lovtekst ligg det rom for tolking og gjeldande lovtekst har vore tøyd og tillempa for å passe med medisinsk og samfunnsmessig utvikling. Legar har alltid hatt stor påverknadskraft på aborttilgang og abortbehandlinga, og dei har vore både spydspissar i å betre behandling og auke tilgangen og dei har vore kjeppar i hjula.



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

1800-talet til 1970
På slutten av 1800-talet hadde vi framvoksteren av den moderne medisinen samtidig som kvinner fekk fleire rettar. Demokratiet tok form med parlamentarismen i 1884, og etablering av ulike parti. I 1892 avla Marie Spångberg medisinsk embetseksamen som første kvinne i Noreg.

Straffa for abort gjekk frå dødsstraff via tvangsarbeid og så til fengselsstraff i løpet av 1800-talet (3), og i 1889 sendte Justisdepartementet ut eit rundskriv som tillèt abort i dei tilfella svangerskap og fødsel kunne vera ei fare for kvinna sitt liv og helse (4). Døme på det var mellom anna dersom ho hadde eit veldig trøgt bekken som gjorde at ho ikkje kunne føde normalt (5). Det var ein milepæl av di ein for første gong sette kvinna sitt liv framfor fosteret. Dei fleste land i dag erkjenner rett til abort i slike tilfelle, men slett ikkje alle. Framleis bur 6% av kvinner i verda i til saman 21 i land der abort er absolutt forbode (6).

Rett til å ta bort ved medisinske omsyn vart vidareført under Straffelova av 1902. Legar inkludert gynekologen Brandt på Rikshospitalet var ikkje liberale i sitt syn på abort, og det var legane som bestemte kva som var ein god medisinsk grunn. Samtidig kunne ein lege åleine avgjera i dei einskilde tilfella. Det ga rom for at legar med eit liberalt syn kunne utføra abort innafor lovlege rammer. Alle legale abortar skulle meldast inn, og ein har funne at 31 kvinner fekk innvilga og utført abort i 1913 (5). Ut over 1930-talet steig desse tala og ein del legar vart i tråd med tidsanden ganske liberale med å utføre abort. I 1934 var det utført 1600 legale abortar (3).

Utover 1900-talet var det fleire som tykte indikasjonane for å kunne få abort var urimeleg strenge. Katti Anker Møller var den første som kravde ein meir liberal abortpraksis. I 1913 skreiv ho i avisa Socialdemokraten:

«Grundlaget for al fribet maa være rådighet over egen krop og hvad i den er. Når derfor en kvinde vælger at sætte sit eget liv på spil for at fri sig fra en situation, som i hendes øine er uholdbar, da må hun være berettiget til det». (7)

I 1929 tok Kirurgisk (inkludert gynekologisk) foreining abort opp på årsmøtet sitt. Overlege Kristen Andersen som var ein respektert kollega og ein kjend og uttalt kristen person, reiste spørsmålet om å endra lova. Han meinte lova ikkje lenger var i tråd med praksis, og forsvarte rett til abort ved både medisinske, sosiale og humanitære grunnar. DNLf sette ned ned eit utval på fem personar til å førebu temaet til landsmøtet. Fleirtalet i utvalet hørde til den liberale fløya inkludert Andersen og Tove Mohr – dotter av K.A. Møller, og fremja å kunne tillate abort ved medisinske, sosiale og humanitære grunnar. Mindretalet på ein person ville ikkje inkludere humanitære grunnar, men derimot eugeniske grunnar (5).

Utover 30-talet var det diskusjonar om å få spesifikke abortlover i både Danmark, Sverige og Noreg. Både Danmark og Sverige rakk å få lover før andre verdskrigen braut ut medan Noreg ikkje rakk det. Difor var det først på 50-talet at ein fekk nye diskusjonar om ei abortlov i Noreg. I 1954 var det utført ca 10 000 abortar og sju av ti var illegale. Det var heller ikkje så reint sjeldan at det oppsto livstruande komplikasjonar i samband med abort (8).

I 1960 vart det vedtatt ei ny lov som opna for skjønn ved generell livsbelastning i tillegg til rett til abort ved fysisk helse og sjukdom hjå fosteret. Ein fjerna straff for illegale abortar. Abortnemnda slik vi kjenner den vart innført og skulle bestå av to personar der den eine var ein overlege ved avdelinga der aborten skulle utførast og den andre skulle oppnemnst av fylkeslegen. Grunngjevinga for å auka opp frå ein til to legar var å styrke legen sin posisjon

i spørsmålet og unngå risiko for press (5). Lova trådte ikkje i kraft før i 1964 og allereie frå starten var det sterk kritikk av nemndene. Lova førte til ein sterk reduksjon av illegale abortar utover 60-talet og den siste norske kvinna som døde av ein illegal abort var i 1967/68.

70-talet
70-talet var prega av politisk radikale strømmingar, utdannings-revolusjonen og økonomisk oppgang. Kampen for meir liberale abortlover pågjekk i fleire land og alle dei nordiske landa, Storbritannia og USA fekk enklare tilgang til abort. Kampen for sjølvbestemt abort var ein av dei store feministiske kampane på 70-talet og ein politisk kamp med harde frontar. Då lova vart fremja i 1974 vart 94,5% av alle nemndsøknader innvilga (9). Lovendringa var difor i tråd med faktisk praksis.

Lova var vedtatt i 1975, og ga kvinna rett til å søka abort sjølv utan godkjenning frå mannen og ved hjelp av ein lege, samt at ein innførte rett til abort på sosial indikasjon. Samtidig fekk helse-personell reservasjonsrett frå å utføre abort. Sjølvbestemt abort til 12 veker fall med ei stemme då Otto Hauglin frå SV stemte i tråd med si overtyding. Abortlova kom difor på agendaen igjen i 1978 og sjølvbestemt abort til veke 12 vart innført med ei stemme overvekt.

All abortbehandling på den tida opp til veke 12-13 var kirurgisk med dilatasjon av livmorhalsen og utskraping, medan ein i Norden alltid har brukt ulike formar for medikamentell behandling for abort etter veke 12-13.

80-talet til no
Ut over 80-talet får ein auka tilgang til ultralyd og rutineultralyd i svangerskapet vert innført frå 1986. Med det får ein også utvikling av sikrare og stadig betre formar for fosterdiagnostikk som gjer at ein får auka kunnskap om fosteret. Det har vore ein stadig auke i abortar grunna sjukdom hjå fosteret frå 80-talet og til no. På 90-talet kjem det ein debatt om fosterdiagnostikk, og ein får nyord som selektive abortar og sorteringssamfunnet (10).

Frå 80-talet skjer det også ein revolusjon i behandlinga av abort. Antiprogesteronet mifepristone vert oppdaga i Frankrike og viser seg å kunne indusere abort. I byrjinga brukte ein mykje høgare dosar enn i dag, og det var først etter at svenskane la til prostaglandin at ein fekk ei effektiv behandling der 95% oppnår abort ved medikamentell behandling. Kombinasjonen var tilgjengeleg frå 1988 og allereie i 1989 ynskte gynekologar ved Ullevål sjukehus å tilby medikamentell abort, men grunna politisk motstand frå Krf som forsøkte å forby bruken av medikamenta, så trakk firmaet som eigde mifepristone samarbeidet. Firmaet var utsett for massivt press om boikott grunna abortmedikamentet og det var

først etter at patentet på mifepristone vart seld til eit firma som i dag berre produserer mifepristone og prostaglandinanalogen at medikamenta vart tilgjengeleg for ein større marknad (11). I 1998 byrjar dei første sjukehusa i Noreg med medikamentell abort med Haukeland som det første (11). Frå 2008 er medikamentell abort vanlegare enn kirurgi og i 2018 er over 90% utført med medikament. Frå 2003 med Førde sjukehus som det første, byrjar også stadig fleire sjukehus å tilby heimeabort ved tidlege abortar, og ein har overført det praktiske ansvaret til sjukepleiarar og jordmødrer. Denne utviklinga har kome gjennom initiativ og forskning frå gynekologar og i samråd med ynske frå kvinner.

Framtida
Når lova ikkje lenger definerer kor og kven som kan utføre abort opnar det seg opp eit høve til å utvikle andre behandlingalternativ så lenge dei er i tråd med vanlege krav i helselovgjevinga om forsvarlegheit. WHO tilrår at ein tilbyr abortbehandling så enkelt og nært kvinna som mogleg og det er fleire land som tilbyr tidleg abort i primærhelsetenesta og som telemedisin (2). Vi kan forvente at denne type utvikling vil koma i Noreg også.

Hovudmotsetnadene og diskusjonen i forkant av lovendringa har gått på om ein skal fjerne nemndene og utvide retten til sjølvbestemt abort. Motsetnaden går mellom dei som meiner at abortlova fungerer normativt og at ei streng lov vil halde aborttala lågare samt at ein signaliserer eit større vern for fosteret, og dei som meiner at den gravide har rett til å bestemme over eigen kropp og har den beste føresetnaden for å ta ei riktig avgjerd. Det er ingen statistikk som tilseier at lover fungerer normativt når det gjeld abort (2). I mange år har det vore vanleg praksis å innvilge tilnærma alle ynskje om abort fram til veke 18 (99%) og 97% av alle nemndaborter har vore innvilga (10). Å utvide retten til sjølvbestemt abort til 18 veker og fjerne kravet om at abort skal skje på sjukehus eller av lege er difor i tråd med slik abort allereie vert handtert. Med ny lov har ein også utvida nemnda frå to til tre medlemmer der den eine skal vera ein jurist, ein lege og ein med annan helse- eller sosialfagleg bakgrunn. Den nye nemnda skal evaluerast etter fire år (1).

WHO kom med nye retningslinjer for abortbehandling i 2022. Dei tilrår ikkje øvre grenser for abort, eller nemnder, venteperiodar og pålagt rådgjeving etc. ved abort (2). Å oppretthalda nemndene og å setja eit absolutt forbod ved 22 veker bortsett frå når det er fare for kvinna sitt liv eller når fosteret ikkje er levedyktig, er såleis ikkje i tråd med WHO sine tilrådingar. I NOU'en til regjeringa var det også løfta fram at det er å vurdere som eit brot mot menneskerettane at dei som er utsett for valdtekt eller incest må fullgå eit svangerskap mot sin vilje (12). Det er difor grunn til å tru at det vil koma fleire diskusjonar om abortlova også i åra framover.

Litteratur:

- Lov om abort (abortloven). Stortinget 2024. Prop. 117 L (2023-2024), Innst. 60 L (2024-2025), Lovvedtak 10 (2024-2025).
- Abortion, WHO 2022. Newsroom, Fact sheets, Abortion
- Blom I, Elvebakken KT. Abortpolitikkens utfordringer. Makt- og demokratiutredningens rapportserie, ISSN 1501-3065. Rapport 35, desember 2001, ISBN 82-92028-38-2
- Abortkampen. Store norske leksikon. abortkampen – Store norske leksikon
- Grünfeldt B. Legal abort i Norge. Universitetsforlaget 1973.
- The World's Abortion Laws. Center for Reproductive Rights. The World's Abortion Laws - Center for Reproductive Rights
- Mohr T, Katti Anker Møller – en banebryter. Tiden 1976 ISBN13 9788210012587
- Eirin Mølland Teen fertility and family planning, PhD Thesis, 2014, ISBN: 9788240503079
- Elvbakken KT. Abortspørsmålets politiske historie 1900–2020. Oslo: Universitetsforlaget, 2021.
- Haugan, Hanne Marie. Utvikling i nemndbehandlede svangerskapsavbrudd i perioden 1979–2021. UiB 2023 Bergen Open Research Archive: Utvikling i nemndbehandlede svangerskapsavbrudd i perioden 1979–2021
- Løkeland M. Implementation of Medical Abortion in Norway 1998–2013. UiB 2015 dr-thesis-2015-Mette-Løkeland.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om abort (abortloven). Prop.117L (2023-2024).

Lyden av nytt liv i bomberegnet

Kontrastene er store i Gaza, spesielt når man jobber som fødselslege. Forventningen knyttet til den lille spiren som vokser frem, gleden over det nye barnet som blir født – midt i håpløsheten.



Ida McFadzean

Spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og allmennmedisin
Overlege Kvinneklivnikken,
Sørlandet sykehus, Kristiansand

Hun kommer til kontroll – har ikke vært til undersøkelse før, selv om hun er halvveis i graviditeten. Tilgang til helsehjelp har vært begrenset for flyktningene som bor i telt rundt feltsykehuset til ICRC – den delen av Røde kors som jobber i krigssoner. Den 6 år gamle datteren blir kjempeskuffet over at barnet i mors mage er en gutt – «wallad» sier jeg på mitt begrensede arabisk og jenta begynner å grine. Hun ønsket seg en lillesøster.

Telt er en overdrivelse, kun et fåtall har skikkelige telt av vanntett materiale som skjerner for regnet og ørkenvinden som kommer plutselig og kraftig, og blåser sand inn til de fåtall av eiendeler de har klart å karre med seg før husene ble bombet. De bor på stranda – på sanda og det er sand over alt. De har på seg sandaler pyntet med glassperler, og tærne er skitne og inngrodd og etterlater en liten haug av sand på undersøkelsesbenken eller nedenfor denne hvor de tok av seg på beina. Tilgang til toalett, vann og sanitære forhold er dårlig. Derfor drikker de lite, får urinveisinfeksjoner og hemoroider. Når 50 stk deler på et toalett er det bedre å holde seg.

Utenfor enkelte av teltene står det flotte biler – mye finere enn den jeg kjører rundt med hjemme når mine 4 tenåringer skal på fritidsaktiviteter. Dette er mennesker som har levd behagelige liv, som oss her hjemme. Med utdanning, arbeidsplasser, komfortable hus og mulighet for utvikling. Nå er skole, jobb, politi, aktiviteter og struktur helt satt ut og eksisterer nærmest ikke mer. Derfor kan vi oppleve at barna kaster steiner på Røde kors bilen når vi kjører forbi – ikke fordi de er sinte fordi det har tatt for lang tid før Røde kors fikk slippe inn i Gaza – men fordi de ikke har annet å gjøre. Forflytning er vanskelig og de lokale jordmødrene jeg jobber med må gå 1-2 timer for å komme seg på jobb, hvis de ikke er heldige og får haik med en vogn trukket av esel eller en bil – eller det som likner en bil etter at ruter, lykter og karosseri er bulket eller fraværende.

Jeg kom inn med første pulje av helsearbeidere i slutten av april -24. Min jobb var å organisere og bygge opp fødeavdelingen som strakk seg over 2 telt som var koblet sammen. Air condition i den ene delen hvor selve fødslene skulle være. Vi manglet fortsatt «cold chain drugs» som Oxytocin og fikk god hjelp av helsemyndighetene på Gaza. Vi fikk også en CTG maskin fra sykehuset i Rafah som trolig snart måtte stenge grunnet bakkeinvasjonen som nærmet seg. I teamet fra Norge var en fantastisk jordmor, Elin – som nylig hadde vært i Rafah og jobbet for Leger uten grenser. Hun hadde god kontroll på alt som måtte på plass av papirer og hvordan vi kunne lage prosedyrer ut ifra retningslinjene

i Palestina, Leger uten grenser og hva vi faktisk hadde tilgjengelig. Sykehuset åpnet en god uke etter at jeg kom, og det smeller oftere og høyere ettersom bakkeinvasjonen i syd-øst er i gang. De lokale jordmødrene Dina og Jasmin, har måttet evakuere sine hjem. En natt før de flyktet hadde de hørt bomber komme nærmere hele natta, ingen søvn, barna gråter. De møter allikevel blide og interesserte på jobb neste dag.

Jeg sover med 4 andre i et rom som er åpent inn imot kjøkkenet, i første etasje i strandhuset med 3 etasjer, som Røde Kors leier dyrt av lokale. Det er en mur rundt huset og vakter som passer på oss når vi krysser veien over til sykehuset. Det er min bevegelsesfrihet. 20 meter. Jeg løper små runder i bakgården hver morgen og gjør litt yoga på taket, om det er trygt. Vi bor ca. 20 stk. der i starten, og har 2 toaletter inne og felt dusjer og toaletter ute i bakgården. Kaldt vann i springen som ikke er trygt å drikke. Alle får diare/oppkast etter tur selv om vi tar forhåndsregler. Jeg blir frustrert over en kollega som står opp kl. 5 hver dag, en slags forsinket Ramadan faste – skjeen klirrer i bollen når han spiser. Umulig å sove igjen fordi etter det, begynner skytingen fra sjøen mot land. Militærbåtene ligger der ute konstant – og det skytes hver morgen. De passer på at ingen drar over til Egypt. At ikke fiskerne kommer litt for langt ut. Artilleri rettes mot der vi bor. Det er sandsekker langs veggene som vender mot sjøen, enkelte av rommene har også metall plater foran vinduene. Flyktningene i telt har ingen beskyttelse.

Under det første keisersnittet begynte det å blåse opp og hyller veltet inne på operasjonsstua. Teltene blafret og ristet. Skrallet av bomber hadde vi nå blitt vant til og vi skvatt ikke slik vi gjorde i starten. Sectionraten ligger på rundt 30% og det er ei med smerter og 2 tidligere snitt som må forløses. Heldigvis har vi god tid – logistikken er ikke det samme som hjemme hvor vi trykker på en knapp så står alle parat. Anestesilegen nekter plent at får får være med, fedre skal ikke være med på fødsler. De har alle med seg minst ett kvinnelig familiemedlem – det er en stor hjelp for oss. Både ansatte, pasienter og familie får mat fra World Food kitchen 2 ganger om dagen. De sjeldne gangene det serveres kjøtt, plukker jordmødrene ut bitene, legger i noe plast de finner – og tar med hjem til ungene sine.

Gravide i Gaza er som gravide hjemme – opptatt av ultralyd og de vil vite hvilket kjønn barnet har. De føder flott når aktiv fødsel har startet. Hvis det går litt tregt, sier jordmødrene – du må gjøre “exercise” og setter seg på huk og reiser seg opp igjen. De gravide står tappert ved sengen og gjør knebøy til oppmuntring fra mor/svigermor, den gravidens erfarne medhjelper ved fødselen. Kvinnen på 25 år som mistet sin mann for flere måneder siden uttrykker ingen smerte – har lite mimikk hele fødselsforløpet. Det gjør større inntrykk på meg og stikker dypere i magen min enn bedende, store tårevåte øyne og stressede stemmer som trygler om hjelp fra “Dr. Ida”.



Røde Kors' feltsykehus i Rafah på Gazastripen sett fra takterrassen på huset hvor vi bodde.

Uavhengig av krigen som pågår, fører obstetrikken sin egen kamp på liv og død. Den 20 år gamle moren som kom inn en morgen for å føde sine avdøde tvillinger – monochoriale med vekt 400 og 600 gram. Trolig tvillingtransfusjonssyndrom som ikke hadde en sjanse her. Sorgen til far, bestemødrene som jamret høylytt. Moren selv var noe matt og tom. Vi måtte levere ut tvillingene raskt til dem fordi en bekjent skulle begraves og da kunne de komme i samme grav.

Det var også den 32 uker gravide med et barn i magen som hun visste hadde misdannelser. På ultralyd var det ingen vann i magesekken eller blæra, store nyre, anhydramnion, fikk ikke inn omrisset av hodet skikkelig. Jeg fortalte jordmødrene at når denne fødes skal barnet få ligge på mors bryst og dø i fred. “Nei – vi må sende henne til Nasser sykehuset, der kan babyen ha en sjans”. Jeg forklarte at det eneste en overflytting medførte, var risiko for mor – ingen kunne hjelpe dette barnet. Da det fødtes spontant noen få dager senere, fikk han ligge på mors bryst i 30 minutter – så sluttet hjertet å slå. Meckel–Gruber Syndrom var ikke på mitt repertoar (jeg er ikke fostermedisiner) – men jeg måtte stole på hva jeg så. Det var ikke mulig å google noe som helst fordi tilgangen til internett var altfor treg og begrenset.

En sekstenåring kommer og lurar på hvorfor hun ikke er blitt gravid etter å ha vært gift i 2 år. “Hadde du fått mensene før du giftet deg?” – “ja, et halvt år før.” Andre oppsøker også sykehuset for å få hjelp til å bli gravide. Dette er stor kontrast til Norge hvor utdanning, jobb, hus og helst fast stilling skal være på plass før reproduksjon er et tema. Livet leves videre – selv under harde villkår.

Fjortenåringen kommer og er helt fortvilet fordi hun ikke har hatt mensene siste halvår. Har det skjedd noe siste tiden? – jo – besteforeldrene er drept, de har flyttet fra hjemmet og bor i telt og det er ikke lett. Basal menstruasjonsfysiologi og stresspåvirkning forklares etter beste evne gjennom en ung kvinnelig tolk – og jenta går lettet “hjem” igjen.

En annen tenåring er fortvilet over at onkelen og tanta ikke er snille med henne, hun hadde blitt slått og stengt inne fordi hun hadde røpet en hemmelighet. Det hadde ikke noe med fødselshjelp å gjøre – men jeg var på dette tidspunkt den eneste kvinnelige legen og ble bedt om å hjelpe. Var det noe seksuelt overgrep? Hvor alvorlig var dette? Røde kors hadde en lokal representant som jobbet med psykososial støtte og vi kunne koble disse sammen.

Sykepleieren i akuttmottaket kommer på jobb en ettermiddag med plaster på øyebrynet. Hun gir en forklaring på skademekanismen som jeg umiddelbart ser ikke stemmer. Da hun var alene spurte jeg om det var mannen hennes som hadde skadet henne. Det var det, og det var ikke første gang. Han kan ikke få barn, har lite utdanning – og han er ikke snill mot henne. Hun vil gå fra han, men det er vanskelig nå som det er krig. Kvinnen på 48 kommer til meg. Hun har en stor kreftsvulst i venstre bryst som skulle vært fjernet i Egypt før krigen brøt ut. Nå er det ingen sjans til å få kurativ behandling og både kulen og fortvilelsen vokser uhemmet. Grensen til Rafah er stengt og ingen kommer ut eller inn. Hverken jordmor Elin som har brukket armen ved et uhell, og heller ikke legene og sykepleierne ved European Gaza hospital i sentrum, hvor kamphandlingene kom altfor nære til at de kunne være der mer. Den australske sykepleieren er frynsete og savner sine 2 mindre barn hjemme, søvnvansker og stress tar over – selv om det føles bedre å være litt lengre borte fra kamphandlingene enn sentralt i Rafah. Mange av de fødende tør ikke føde på sykehuset vårt fordi det er for nærme krigssonen. Man kan ikke sende dem hjem når de er i latens – til et telt uten vann, gående på en uopplyst vei på natten hvor det kan være lokale kamper og skuddveksling.

En ettermiddag var vi i røntgenteltet og det høstes skudd – altfor nært. Vi la oss umiddelbart ned på gulvet og håpte på det beste. Jeg følte ingen ting. Skuddene vedvarte og det var vanskelig å vite om vi skulle ta ned han som lå på undersøkelsesbenken eller ikke. Det ble stille og vi ventet et par minutter før vi reiste oss – så kom



Noen av de lokale jordmødrene. Fra venstre: Jasmin, Dina og Etaf.



Ida McFadzean sammen med et av barna som ble forløst – tror det er det første barnet som ble født med keisersnitt på sykehuset – det var den første operasjonen som ble gjort på sykehuset etter åpningen. Kirurgen hadde lenge bare hemoroider å ta fatt på, før skadene kom på ordentlig.

skuddene igjen og vi hørte skriket av trefninger. 30 sekunder senere var folkemengden i akuttmottaket med et par sårede – en i buken, en i hodet. Dette var ingen presisjonskrig – det var lokale gjenger som sloss sine egne slag. Uten hensyn til oss. De israelske styrkene hadde merket av hvor vi var på kartet, Hamas visste om oss – de stridene parter ga grønt lys forut for hver forflytning utenfor sykehuset. Derfor turte jeg være der. Måtte stole på at systemene fungerte og kunne ikke bekymre meg for om det skulle falle en bombe – da kunne jeg ikke gjort noe uansett.

En kveld kom det mange skadede til akuttmottaket – en “mass casualty”. Det hadde vært en utilsiktet trefning av teltområdet ikke langt fra oss. Vi hadde bare så vidt gått gjennom hvordan vi ved et slikt tilfelle skulle organisere oss, og min rolle som obstetriker var å ta var på de som var i ferd med å dø og ikke kunne reddes. Sorteringen var ikke lett – og jeg var inne i det røde teltet med de alvorligste skadde. Der var det 6 bærer – jeg kan lett fremkalle bildene i klarhet på netthinna om jeg tenker på det. En med alvorlig thorax skade, ei som var død i det ene hjørnet og jeg skulle flytte henne til kjølecontaineren, ei som hadde nesten avrevne legger bilateralt og en stor flenge lateralt på høyre lår – hun var anemisk, klam og blek. “Am I going to die?” hvisket hun svakt. En middelaldrende mann med stygg og omfattende brannskade hvor fotsålene liksom hadde løsnet fra under føttene, og en yngre tenårings med spinalt sjokk som lå ved siden av han og skalv. Midt på gulvet var det ei bære med en gråblek kvinne hvor jeg så vidt kjente puls. Da jeg så ned på gulvet lå det ei hånd. Jeg plukket opp handa, og alle lydene rundt meg forsvant. Jeg sa litt ut i lufta “is someone missing a hand?” Forventet ikke egentlig noe svar – men så meg rundt. Handa kan ha tilhørt et stort barn eller ung tenåring. Den var avrevet ved håndleddet og kald. Den passet ikke til noen av dem som var i teltet og jeg sjekket også den gråbleke kvinnen – hun hadde begge sine hender på plass og var nå død. Hadde det vært datteren hun tviholdt i handa da det smalt – som hadde blitt revet fra henne? Jeg la den sakte ned under teppet som var over henne, og så kom lydene i mottaket tilbake igjen i min bevissthet og vi flyttet kvinnen til kjølecontaineren.

Når det er overveldende mye skader og lidelse er det som å jobbe bak en glassvegg. Jeg gjør det som skal gjøres uten å føle så mye på det. Helt til faren til gutten med spinalt sjokk kommer og skal

følge han til ambulansen for overflytting til et annet sykehus hvor de tar imot nerveskader. Det fortvilede uttrykket til faren går rett inn i meg – forbi glassveggen og jeg føler på smerten, den endeløse fortvilelsen og må svelge hardt og tørke bor et par tårer, puste dypt og gå videre til neste telt.

Når jeg endelig legger meg på feltsenga i rommet med nå 8 andre på morgenkysten, etter å ha assistert på amputasjoner, laparotomier, fjernet splinter som har smeltet seg ned i huden – da siger den menneskelige lidelsen inn over meg og jeg gråter stille i mørket noen minutter – fokuserer på pusten og sovner utmattet.

Noen morgen er jeg fylt av energi og lytter til musikk med rytme mens jeg løper lett over den hardpakkede sanda i bakgården. Andre ganger må jeg bare ligge på ryggen på taket og lytte til Brahms requiem og kjenne på liv og død – hva det er å være menneske. Hvor heldige vi er hjemme i lille Norge. Jeg har en støttende mann, friske og sterke barn, hus og mat, gode kolleger og en jobb hvor vi har tilgang på det vi trenger av medisiner, personale, trygg transport langs veiene, fødestuer med rom for privatliv. Mulighet for ivaretagelse og utvikling. Den ukuelige kraften i de lokale kollegaene her gjør inntrykk – hjemme sliter vi med utbrenthet.

Mens jeg strever med å formulere hva som skal med i reisebrevet, kommer nittenåringen min hjem på permisjon fra drilltroppen i garden. Han klunker på pianoet. “Vet du hvilken sang dette er, mamma?” Og jeg gjenkjenner det som Kringsatt av fiender – Nordahl Griegs “til Ungdommen”. Den spilles på en del av Oladrillen og vi går gjennom teksten sammen. Sjelden er det noe dikt som treffer meg så nært som dette – jeg har sett hvor brutalt krig er, hvor forsvarsløs og sårbar menneskekroppen er mot kuler og splinter – jeg deler mentale bilder fra krigen med min sønn som jeg ikke har gjort før og vi leser diktet videre. Jeg feller tårer – han blir blank i øynene og vi snakker om hvor viktig det er å anerkjenne menneskeverdet – at vi må kjempe kampene med ånd og ta vare på skjønnheten og varmen. Vi som fødselshjelpere blir stadig minnet på dette med de dyre, umistelige barna vi legger på mødrenes barm. For et privilegium å ta del i dette mirakelet – gang på gang.

OLYMPUS

VISERA ELITE III



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 contact us or visit

www.olympus.eu/ViseraEliteIII

Guidelinemøte i generell gynekologi 2025

Det tredje guidelinemøtet i generell gynekologi i nyere tid ble i likhet med det to foregående avholdt på Clarion hotell ved Flesland, torsdag og fredag 23-24. januar. Tid og sted var valgt i tråd både med redaksjonens ønsker og føringer fra tidligere evalueringer, nemlig å holde møtet på hverdager, på hotell nær flyplass til en større by, og gjerne Bergen.



Knut Hordnes

Hovedredaktør Guidelines i generell gynekologi
Avdelingsoverlege Dagkirurgisk avdeling,
Betanien Sykehus

Redaksjonen hadde etter søknad fått innvilget god støtte fra legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasient sikkerhet, slik at vi kunne ta en lav deltakeravgift kr 500, og unnta hovedforfattere og redaksjon for avgift. Møtet var etter søknad godkjent som kurs i legeforeningen, slik at deltakerne kan søke dekning fra Fond 3. Det ble dermed et rimelig kurs for deltakerne. Samlet var vi denne gang 46 deltakere, inkludert redaksjon og forfattere, og dette er omtrent slik det har vært tidligere år.

Møtet ble innledet av undertegnede med litt veilederhistorikk, årshjulet, retningslinjer for retningslinjer, plattformen metodebok.no, og om hvordan møtet skulle avvikles. I tillegg tillot jeg meg å bringe inn et eget perspektiv: Som sakkyndig i mange år og fast intern sakkyndig i NPE forholder jeg meg også i denne rollen mye til retningslinjer og ser hvor viktig det er hvordan disse er formulert. I skadesaker skal den sakkyndige vurdere om behandlingen har vært innenfor god praksis eller ikke. «Innenfor god praksis» kan sies å være et minimumsmål, og vurderingen skal være i forhold til dette og ikke hva den sakkyndige måtte

mene er bedre eller best praksis. Retningslinjene bør reflektere og legge listen i forhold til dette. Formuleringer som anbefaler/ anbefaler ikke, og foreslår/foreslår ikke, bør derfor brukes med omhu. Retningslinjene skal ikke være et hinder for å utøve godt skjønn, eller som det heter for tiden, ta kloke valg. Metodikk for utarbeidelse av retningslinjer blir også tatt opp på webseminaret som hvert år i april arrangeres for nye forfattere, de senere år av Anne Flem Jacobsen.

På møtet foreslo redaksjonen revisjon av retningslinjene for gynekologiske guidelines, og foreslo et endret punkt 12 nemlig slik at det ikke gjøres en ny høringsrunde etter guidelinemøtet (vanskelig gjennomførbart), samt innføre at både hovedforfatter og redaksjon skal akseptere og godkjenne ferdig versjon (ikke bare hovedforfatter, som tidligere). Vi i redaksjonen mener at dersom redaksjon skal kunne fungere som redaksjon bør den ha myndighet til å akseptere eller avvise, ellers er vi ingen redaksjon og vår eksistens gir liten mening. Forslaget ble vedtatt med akklamasjon.

Vår nye nettredaktør og støtte i gyn redaksjonen Kine Haaverstad gav en god orientering om metodebok.no. Forfattergruppen skal være i stand til å legge inn sitt kapittel selv, når det er godkjent, og Kine kan støtte ved behov.

De gynekologiske retningslinjene var alle revidert senest i 2021, da vi endret arbeidsmåte til å revidere noen kapitler hvert år, slik at alle skal være revidert innen 5 år. Med 36, snart 37 kapitler, betyr det at 6-8 kapitler bør revideres årlig. I år hadde vi planlagt å revidere 7 kapitler inkludert et nytt kapittel, nemlig Ungdomsgynekologi. Sistnevnte, samt kapittelet om Infeksjoner, ble dessverre ikke mulig å ferdigstille, og disse er utsatt til neste år.

Det nye kapittelet om Ungdomsgynekologi ble likevel tatt opp under dette møtet, som en stor kollokvie hvor forfatter gruppen godt ledet av hovedforfatter Agnethe Lund fikk innspill fra deltakerne på hva et slikt kapittel bør inneholde. Dette fungerte veldig bra og redaksjonen tenker at det kan være et godt format for nye kapitler, altså at de får et to års svangerskap, med forberedelse på første møte og behandling av ferdig kapittel på det neste.

De øvrige kapitlene var Sterilisering, Endometriepolypper, Kroniske smertetilstander i vulva, Seksuelle dysfunksjoner, og Hyperemesis.



En engasjert forsamling

Disse har blitt behandlet på vanlig måte: Forfattergruppene har jobbet med kapitlene gjennom året og sendt produktet til redaksjonen innen 1. november. Redaksjonen har videre sett på dem og lagt til eventuelle etterjusteringer på nett frem til høring fra 1. desember og egentlig til 1. januar, i praksis fram til møtestart. Hvert kapittel får 90 min. Hovedforfatter presenterer kapittelet på 20-30 min, deretter er resten av tiden, det vil si en times tid, til diskusjon. Vi har altså god tid til diskusjon, og det har ikke vært vanskelig å bruke denne tiden. Deltakerne er aktive og gir mange gode innspill. Vi har fått mange gode tilbakemeldinger fra deltakere som setter pris på denne måten å gjøre det på, med en bred faglig diskusjon hvor det er rom for at alle kan komme til ordet. Både forfattergruppe og redaksjonen noterer innspill. Vi vedtar ingenting under møtet, og den endelige versjonen av kapittelet utarbeides i etterkant av forfattergruppen i samspill med redaksjonen.

I etterkant får hovedforfatter to uker på seg til å justere kapittelet etter innspill og oversende til redaksjonen. Når begge parter er fornøyd er den nye revisjonen godkjent og legges på nett, etter planen fire uker etter guidelinemøtet.

Dette gjøres dermed vesentlig forskjellig fra Obstetrisk guideline-møte, der alle forslag om endring skal være sendt inn skriftlig før møtestart, og under møtet stemmes det og vedtas endelig versjon. Det er fordeler og ulemper med begge arbeidsmåter, men hver redaksjon synes fornøyd med eget format.

Det vil føre for langt å gå inn i diskusjonene innen hvert enkelt kapittel. Det som går igjen, er formuleringer som sier noe om behandlingsnivå, hva er best, hva er bra, hva er godt nok. Det er også enighet om at kapitlene generelt ikke bør bli lengre enn det de er i dag.

Redaksjonen har nå valgt nye kapitler for revisjon for behandling på 2026 møtet. Som nevnt er to kapitler utsatt fra i år, nemlig Ungdomsgynekologi og Infeksjoner, og disse har fullt besatte forfattergrupper. For de øvrige tar redaksjonen kontakt med gammel hovedforfatter for videre gruppe, og oppfordrer også alle kolleger til å melde seg som forfatter.

Så – meld deg til redaksjonen eller til hovedforfatter på kapittelet du vil være med på. Til revisjon i 2026 i tillegg til de to ovennevnte er: Descensus urogenitalis, Gynekologiske blødningsforstyrrelser, Postmenopausal blødning, PMS, Prevensjon, og Fistler.

Takk til alle som bidrar til dette viktige arbeidet, det er av uvurderlig betydning for faget, kollegene og ikke minst til pasientene. Takk spesielt til dere som deltok på møtet. Som det blir sagt: Årets viktigste møte ved siden av årsmøtet!

Hovedredaktør: Knut Hordnes
Redaksjon: Jette Stær Jensen (AHUS), Maria Øyasæter Nyhus (St. Olav), Hallvard Fjelltnun (UNN Tromsø), Jone Trovik (Haukeland) og Knut Hordnes (Betanien Bergen)



Jone Trovik legger frem reviderte retningslinjer for hyperemesis



Ved avslutning, vel overstått møte!



Foto: Per Marius Didriksen

To gynekologer tildelt forskningspris på Onkologisk forum

Ingvald Vistad

Seksjonsoverlege PhD Kvinneklipnikken
Sørlandet sykehus Kristiansand
Professor II, Campus Sør, Universitetet i Oslo

For første gang har to gynekologer blitt tildelt Kolbjørn Brambanis forskningspris, **Cecilie Fredvik Torkildsen** og **Pernille Bjerre Trent**. Dette er et stipend som deles ut årlig av Kolbjørn Brambanis legat for kreftforskning. Prisen ble delt ut på Onkologisk forum 21. november, et årlig nasjonalt møte for norske onkologer og andre fagpersoner som jobber med kreft. Begge ble tildelt 200 000 kroner hver. Prisen er et viktig bidrag til å fremme forskning innen gynekologi i Norge. Støtten vil muliggjøre både internasjonal erfaring og utvikling av viktige forskningsressurser.

Cecilie er overlege og PhD ved Kvinneklipnikken SUS, og amanuensis ved UiB. Hun forsker på immunprofilering av pasienter med høygradig serøs eggstokkreft. Hun fokuserer

spesielt på hvorfor disse pasientene responderer dårlig på immunterapi, og om det finnes elementer i kreftsvulstene som kan modifiseres for å forbedre effekten av immunterapi. Hun vil bruke prispengene til å etablere en kontroll-kohort under et forskningsopphold i Heidelberg, Tyskland, fra februar 2025. Oppholdet vil hovedsakelig innebære avansert kreftkirurgisk trening, men hun vil også fortsette sin forskningsaktivitet tilknyttet Line Bjørges forskningsgruppe på UiB/CCBiO.

Pernille er gynekolog ved DNR, og har nylig levert sin PhD om innføring av vaktpostlymfeknuteteknikk ved corpus cancer. Hennes forskning viser at denne teknikken oppdager like mange metastatiske lymfeknuter som tradisjonell lymfeknutedisseksjon, men med færre bivirkninger for pasienten, som mindre lymfødern. Dette fører til bedre livskvalitet og har vist seg å være kostnadsbesparende. Pernille vil bruke prispengene til å utvide Sensor-data-basen med molekylære analyser.

Gynekologen gratulerer!

MEDICUS

Møter du par eller single med barneønske?

– hos Medicus kan de få hjelp

I over 20 år har Medicus hjulpet naturen litt på vei. Flere tusen barn har blitt skapt gjennom assistert befruktning og andre metoder, som hjelp med egglosningsproblemer. Vi tilbyr også eggfrys for kvinner som ønsker å fryse ned egg til senere bruk.

- Norges største private fertilitetsklinikk med over 20-års erfaring.
- Moderne teknologi: Timelapse embryoovervåkning, RI-Witness elektronisk sporingssystem, Life Aire ventilasjonssystem.
- Solid fagmiljø med internasjonal kompetanse.
- Svært gode suksessrater.
- Ingen ventetid på alle typer behandling, inkludert eggdonasjon.
- ISO-sertifiserte fertilitetsklinikker.
- Godkjent som egg- og sædbank.

Ønsker du et samarbeid med oss?

Vi er tilkoblet Norsk Helsenett, noe som gjør det enkelt å henvise pasienter til oss. Vi henviser også flere av våre fertilitetspasienter til deres lokale gynekolog for monitorering. Ta gjerne kontakt med en av våre gynekolgoer direkte for en prat om samarbeid.

Bergen



Alexander Freis
alexander@medicus.no
55 08 85 85

Trondheim



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

Stavanger



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

Oslo



Inger Øverlie
inger@medicus.no
22 46 76 30

Bergen
Bredalsmarken 15,
5006 Bergen

Trondheim
Beddingen 8,
7042 Trondheim

Stavanger
Haakon VII's gate 7,
4005 Stavanger

Oslo
Stortingsgata 30,
0161 Oslo



Foto: Åse Turid Rossevatn Svøren



LOK ønsker hjertelig velkommen til årsmøtet 2025 i Ålesund!

Årsmøtet denne høsten finner sted i vakre Ålesund fra 22.- 24. oktober. Her får du godt faglig påfyll, møte et vidt spekter fra industrien og ikke minst sosial omgang med gode kolleger. Her treffer du alt fra gamle kjente til nye, viktige kontakter.

Vi gleder oss til å samle norske gynekologer til fest og faglig påfyll i nydelige Ålesund. Den lokale komiteen planlegger å ta vel imot oss – og minner på at det er lurt å bestille fly tidlig.

Nytt i 2025 blir en mer lavterskel sesjon for case-presentasjoner og forbedringsprosjekt. Vi ønsker at flere LIS skal få delta, og inviterer dere som har hatt case eller prosjekt vi kan lære av, til å sende inn abstract.

Det er et mangfold av forskning i vårt fagmiljø og det blir rikelig plass til muntlige presentasjoner og postere.

Abstractfristen er 15.august – dette blir annonsert på NGF nettsiden når påmeldingen åpner.

Vi inviterer også til debatt om rekruttering for fremtidens gynekologi og fødselshjelp, og som i fjor får vi oppdateringer fra norsk forening for gynekologisk onkologi.

Programmet er i støpeskjeen og skal bli bra! Har du innspill må disse sendes til agnethe.lund@helse-bergen.no seinest 20.mars.

Hold av datoen!

normedi
A Hologic Company

NovaSure® V5
Endometrial Ablation

NY VERSJON!
NovaSureV5

Bi-polar RF Array

6 mm diameter with **Accusheath™** markings

EndoForm™ Sealing Technology

SureClear™ Technology

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:
Paul Essebagger | Tlf: 928 92 666 | E-post: paul@normedi.com



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

Vinneren av Utdanningsprisen 2024

Nordlandssykehuset Bodø var den velfortjente vinneren av Utdanningsprisen 2024 som ble delt ut på NGFs årsmøte i oktober. Det var tredje året på rad vi i FUGO fikk æren av å dele ut denne høythengende prisen. Vinneren ble kåret gjennom et spørreskjema som vi sendte ut til alle LIS i gynekologi og obstetikk sommeren 2024. Vi fikk 102 svar fra 23 forskjellige sykehus spredt over hele landet. Nordlandssykehuset Bodø var den klare vinneren. Vi har tatt en prat med to av LISene ved avdelingen, Tyra Bade og Tora Almendingen, om hva som gjør at Nordlandssykehuset Bodø utmerker seg.



Mina Eskeland

Lege i Spesialisering ved Oslo Universitetssykehus, Styremedlem i FUGO

E-mail: m.eskeland@hotmail.com

Fortell litt om avdelingen deres (hvilke funksjoner dere har, antall fødsler, antall LIS og overleger etc).

Kvinneklippen ved Nordlandssykehuset i Bodø har 4 fødestuer. Det er rundt 1000 fødsler per år. Da NLSH Bodø er regionsykehus for Nordland fylke blir risikofødsler fra hele fylket selektert hit. Vi har en bred og spennende pasientgruppe. I hverdagen gjennomføres flere akutte og elektive inngrep. Totalt er vi 19 leger, hvorav 6 LIS, 2 ferdige spesialister og 11 overleger. Det er tilstedeværende forvakt og bakvakt på vakt.

Hva er det som er spesielt bra hos dere og som dere tror gjorde at dere vant Utdanningsprisen 2024?

Vi er heldige og har et stabilt kollegium. Alle stillinger er dekket. Vår leder gjennomfører langsiktig planlegging slik at man rekker å ansette nye for ansatte går ut i permisjon. Arbeidsplanen er klar måneder i forveien. Det er få sykmeldinger og lite vakante vakter. I avdelingen er det fokus på kontinuerlig opplæring, der man på vakt jobber tett med bakvakt og i team med resten av fødselshjelperne.

Det tilrettelegges i hverdagen for undervisning, scenariotesting, utvikling og læring. Målet ved klinikken er at det skal være til stede minimum en LIS ved hvert elektive og akutte inngrep. På denne måten får man utnyttet alle potensielle læringsmuligheter, om så bare for å observere. Det vil si at en overlege vil avlaste poliklinikk slik at en LIS kan være med på et akutt keisersnitt, der som det er rom for det. Ved hysterektomi starter man med å sitte mellom benene til pasienten og styre uterusmanipulator. Deretter kan man begynne med å åpne og kanskje gjennomføre BSOE før hysterektomien. Videre starrer man å assistere selve hysterektomien, før man til slutt har nok erfaring til å få være hovedoperatør.

Vi oppfordres av ledelsen til å dra på kurs. I tillegg brukes fordypningsdager til reell fordypning. Om man er nødt til å avlaste klinikken får man tilbake denne fordypningsdagen senere.

Hvordan ser et typisk spesialiseringsløp ut hos dere?

I utgangspunktet er LIS anbefalt å få 2-3 års erfaring i Bodø før vi

drar til det som tidligere het gruppe 1-tjeneste, som kan være ved OUS, Haukeland, St. Olavs eller UNN. Der er vi i minimum 18 måneder. Rotasjon ved kirurgisk avdeling kan gjøres i Bodø, og det er individuelt om man velger å gjennomføre dette før eller etter gruppe 1-tjeneste.

Oppstart ved avdelingen er som regel i et lenger vikariat og etter hvert fast stilling. Tid til ferdig spesialist vil variere etter antall permisjoner, men de fleste får dekket læringsmålene sine på den normerte tiden.

Hvordan ser en typisk hverdag ut hos dere?

Morgenmøtet starter klokken 08.00. Her gjennomgår vi operasjonsprogrammet, rapporterer fra vakt med nøye gjennomgang av alle operative inngrep, gjennomgang av CTG og operative vaginale forløsninger, samt diskuterer caser i plenum. Her får man tilbakemelding på jobben man har gjort. Vi ruller på ulike funksjoner som LIS: øyeblikkelig hjelp-poliklinikk, gynekologisk sengepost, føden, operasjon, elektiv poliklinikk og fordypning. Dagen avsluttes med ettermiddagsmøte klokken 15.30.

LIS går i 8-delt turnus med ca. én vakt per uke, vakthelg hver tredje helg og avspaseringsuke hver åttende uke. Vi er svært fornøyde med turnusen vår, den er godt utarbeidet med flere langhelger.

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

Når man starter i avdelingen, har man to uker med opplæring. Disse ukene følger man en annen LIS og får UL-opplæring. Videre er man oppfordret til å bruke fordypningsdager til å følge ultralydjordmor. Utover dette er det per nå ingen strukturert ultralydopplæring, men det er planlagt oppstart av dette til både nye og gamle LIS slik at vi alle kan forbedre vår ultralydteknikk i hverdagen.

Det er som nevnt over strukturert opplæring i laparoskopi og spesielt med tanke på LH. Etter 6 måneder får vi egne operasjonsdager. Vi trener ofte på «laparoskopiboks» med konkurranser, men dette er på LISenes eget initiativ.

Hvordan foregår internundervisning, simulering, etc.?

Hver tirsdag morgen har vi internundervisning. Dette foregår på teams med lokalsykehusene på Stokmarknes og Mo i Rana. Det rulleres på om det er en LIS eller en overlege som er ansvarlig for undervisningen. Man velger selv hva man vil snakke om, om det er



Grad 1 sectio-scenario øving på innledningsstue med LIS Bade og overlege Lien



Vaffelsteking med overlege Torstensen og LIS Almendingen



Overlege Sivertsen, sykepleier Pedersen, LIS Almendingen og jordmor Langmo på fødestue



Operasjonsdiktering med overlege Næss og LIS Simonsen

forskningsprosjekter eller et tema fra læringsmålene. Annenhver torsdag ettermiddag har vi en lenger internundervisning. Da stenges poliklinikkene klokken 14 slik at vi blant annet kan få gjennomført senariotesting. Videre har vi hver tirsdag ettermiddag lege-jordmor-møter med undervisning og gjennomgang av ulike CTG/STAN-caser. I tillegg har vi månedlige patologimøter og barnelegemøter der vi gjennomgår felles caser og diskuterer faglige retningslinjer og praksis. Vi har en overlege som er ansvarlig for Trygge hender-kampanjen og setter av tid til undervisning én-til-én. Når man er helt ny får man også ALSO-trening.

Er det andre positive sider ved avdelingen dere ønsker å trekke frem?
Det er et flott lite kollegium som er villige til å lære bort sine

kunnskaper. Man jobber tett i hverdagen og overlegene ved avdelingen har fokus på opplæring og god ivaretagelse av nye LIS. Bakvaktene er hyggelige og vil at vi skal ringe dem selv midt på natten og spørre om hjelp hvis vi trenger det. Opplæring er viktig kontinuerlig gjennom hele LIS-løpet.

Er det noe dere tenker kan bli bedre i LIS-utdanningen hos dere?
Vi ser frem til en mer strukturert opplæring av ultralyd.

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

Sett av tid til undervisning og simulering! Bry dere om LISene deres, faglig, men også på privaten.



Anne Flem Jacobsen – NGFs eget kraftverk

Like før jul kom det forespørsel fra Gynekologen om å lage portrett-intervju med min PhD-veileder, gode kollega og venn Anne Flem Jacobsen i anledning velfortjent Hederspris. Jeg har kjent Anne siden 2010, da jeg var innom i et 3 måneders vikariat på Ullevål, der hun var seksjonsleder. Historien om vårt første virkelige møte sier mye om hvem hun er som menneske, kollega og leder.



Johanne Kolvik Iversen

Jeg kom fra Haugesund Sjukehus, som hadde hatt STAN siden 1996. Jeg var lamslått over Ullevål, som fortsatt grislet rundt med papirstrimler, og ikke hadde noe felles språk for å klassifisere CTG. Da noen spurte om jeg ikke ville fortsette ved avdelingen, svarte jeg takk, men nei takk. Jeg ville «lære meg obstettrikk på en ordentlig fødeavdeling». På tross av at jeg altså var en ekstremt irriterende LIS-lege med begrenset erfaring, kalte fru Flem inn til «exit-intervju», der hun med oppriktig nysgjerrighet ville høre hva jeg ikke var fornøyd med. Da tenkte jeg «dette er hel ved», og da jeg bestemte meg for å forske, var Anne det naturlige førstevalget som veileder. Førsteintrykket var riktig. Denne dama har en faglig nysgjerrighet, evne til å tolke folk i beste mening, og «yes, we can»-holdning som det bare er å ta av seg hatten for. Jeg har aldri opplevd at hun ikke har tatt seg tid når jeg har ringt for å diskutere fag, en ny ide jeg har fått, eller for å spørre henne om å påta seg (nok) en oppgave. Jeg unner alle krevende ansatte en Anne Flem Jacobsen, hun klarer å få frem det beste i viltvoksende ugress. Viktigste av alt er hun en som også klarer å si ifra når man gjør noe teit. Det er ekte omsorg, som de fleste skyr unna. Effektiv som hun er, kom hun raskt med forslag til datoer vi kunne møtes, og vi booket oss inn på en nydelig restaurant på Grünerløkka, for som alle vet kan Anne kunsten å lage fest i hverdagen.

Hverken objekt eller intervjuer er imidlertid fra Oslo, så hvordan havnet vi her?

Barndom, oppvekst og studietid:

Hvor startet det hele?

Jeg ble født på gamle Ålesund sykehus, i seteleie, som førstemann. Mor visste ikke at barnet kom i seteleie før under fødselen, og som for andre på den tiden reflekterte hun aldri noe mer over det. Mor var enegget tvilling, og begge søstrene fikk førstemann i seteleie.

Da min datter Line kom, var det også i seteleie, så avansert obstettrikk ligger helt klart til familien.

Line endte jo som olympisk medaljevinner – var du også sporty som ung?

Utover fjellturer til fots og på ski, svømte jeg litt og drev med håndball en stund, men den virkelig store interessen var korps. Jeg spilte kornett fra jeg var 7-8 år til jeg var 18, og elsket korpslivet.

Hva inspirerte deg til å studere medisin?

Jeg vokste opp i avisfamilie, men bestemte meg tidlig for at jeg ikke ville bli journalist.

Jeg hadde et ønske om å jobbe med mennesker, og onkelen min, Eric Rinvik, var professor i anatomi i Oslo. Han snakket veldig inspirerende om faget sitt. Jeg søkte økonomi, farmasi, kjemi og medisin, og kom inn på både farmasi og kjemi. Da skjønte jeg at jeg hverken ønsket å bli farmasøyt eller kjemiker, men ville bli lege. Jeg lærte meg tysk og kom inn på medisin i München, som var en fantastisk by å studere i.

Hvordan opplevde du studietiden? Var du like effektiv med lesingen som med alt annet?

Jeg leste ikke mest, men jeg leste effektivt, slik at jeg skulle få tid til andre ting, for eksempel Norwegiske Natt og ANSA, og både fjellferie og strandferie rundt i Europa. Det var en veldig fin studietid. Vi hadde god råd sammenlignet med tyskerne, som syntes vi levde som grever.

Er det noen opplevelser fra studiet du særlig husker?

Det var mange minneverdige øyeblikk, men et av dem var da dermatologiprofessor Eder presenterte en av de første HIV pasientene med Karposi sarkom, som på den tiden jo var en dødsdom, med den stakkars pasienten plassert foran i et fullsatt auditorium, som var skikken den gangen.

Spesialiteten og fødselshjelpen:

Hvordan endte du i denne spesialiteten, og hva gjorde at du valgte fødselshjelp?



Nattens dronning.

Jeg visste tidlig at jeg hadde kirurgisk lynne og likte faget. Jeg hadde det som valgfritt emne i turnus, og gjorde unna gruppe 2-tjeneste og kirurgi i Ålesund. Jeg hadde fått gruppe 1-tjeneste i Bergen, men så dukket det opp en mann, og jeg startet på Ullevål i 1993. Jeg hadde enda ikke bestemt meg for retning, og Anny Spyds laug trakk mot gynekologi. Men så kom Pål Øian innom et halvt år som professor og sa «men du skal jo bli fødelege». Og da tenkte jeg «åja, så det er det jeg skal bli», og slik ble det.

Du har jo både samme fag, arbeidssted og mann den dag i dag som i 1993, så det kan man vel si var et godt valg. Du har jo vært mange år i faget nå, kan du huske hvordan den første tiden i faget var?

Det var skummelt, men veldig gøy. På Ålesund sykehus traff jeg Sissel Hjelle som var litt eldre LIS, og hun ble mitt forbilde. Det var en viktig trivselsfaktor de første årene. Av mer utenomfaglige inntrykk har jeg fortsatt et klart bilde av avdelingsoverlegen, som satt og røykte Teddy på morgenmøtet.

Hva likte du best?

Jeg likte akutt situasjoner, og at jeg kunne jobbe med hendene. Det var også fint at sykehuset var av en størrelse der man kjente alle, og det var lett å spørre om hjelp.

Hva likte du ikke?

Jeg husker en konisering hvor jeg perforerte, og tarmen kom ut. Den overlegen som sto bak da slapp meg aldri til igjen. Den frykten overlegen viste ved at hun ikke klarte å ivareta den akutte situasjonen og meg gjorde veldig sterkt inntrykk på meg. Jeg tenkte «sånn skal jeg aldri bli».

Hvilken opplevelse på fødeavdelingen har gjort mest inntrykk på deg? En av de sterkeste opplevelsene var en kvinne som mistet et barn i



Anne og Line på ski.

en fødsel jeg var involvert i, som kom tilbake i de tre neste fødselen og ønsket å bli fulgt av meg. Det betydde mer enn jeg kan si.

Hva opplever du som mest meningsfylt i jobben?

Det å vises så mye tillit er et privilegium – at vi jobber i et fag hvor vi kan gjøre en forskjell. Jeg har også hatt stor glede av å anvende kunnskapen om trombose i klinikken. Pasienten kommer inn med skuldrene høyt, hvor jeg kan berolige og gjøre svangerskapet til en fin opplevelse. Jeg må også trekke frem den enorme mestringsfølelsen ved å gå inn i en akuttsituasjon og jobbe i team.

Hva er den verste opplevelsen du har hatt i faget?

Jeg var akkurat ferdig overlege og forløste et seteleie vaginalt. Det var vanskelig forløsning av hodet, og jeg måtte applisere tangen to ganger. Det kom ut et sprekt barn, men det kollaberte og døde en uke senere, med antatt tentoriumblødning som årsak. Da lurte jeg på om jeg skulle slutte i faget. Den som virkelig gjorde forskjellen da var barnelege Rolf Lindemann. Han la armen rundt meg og sa «du gjorde ditt beste, Anne, du skal fortsette i faget». Det sådde frøet for hvor viktig kollegastøtte er. Da tenkte jeg «SÅNN skal vi ha det».

Og det har du jo virkelig dedikert deg til – du har vært engasjert i kollegastøtte i mer enn 20 år, og fortalt om egne opplevelser, noe som betyr svært mye for yngre kollegaer. Fortell litt om det arbeidet.

Annetine Staff kom og fortalte at hun savnet noen å sparre med etter at hun ble spesialist, og vi utviklet et system for gjensidig veiledning. Det endte med publikasjon i tidskriftet i 2003, og et sterkt og varig vennskap. Jeg har også hatt fokus på ivaretagelse av medarbeidere da jeg var seksjonsleder, og i arbeidet med NGFs veileder i fødselshjelp.



Fjell i Lofoten

Forskning:

Hva gjorde at du begynte med forskning?

Jeg hadde svangerskapsperm i 96, etter å nesten ha gått i fødsel på jobb. Da jeg fortalte sjefen at jeg ikke var i form, ble jeg satt på skiftestuen, for der kunne man jo sitte på en stol. Den natten gikk vannet, og Line kom til verden i uke 34+4.

I permisjon måtte jeg ta stilling til hva jeg skulle gjøre videre. Jeg hadde akkurat blitt spesialist da jeg gikk ut i permisjon, og den gangen var doktorgrad en vei til overlegestilling. Da jeg kom tilbake fra permisjon, deltok jeg i et forskningsprosjekt. Jeg ble tilbudt overlegestilling og trengte ikke doktorgrad, men da var interessen for forskning vekket. Jeg var heldig og fikk sjanse til å jobbe med et klinisk prosjekt om trombose og svangerskap, og resten er historie.

Hva gjorde at du fortsatte med forskning?

Det var veilederen min, Per Morten Sandset, som bestemte seg for at jeg måtte fortsette. Så jeg tok ingen post doc, men forsket ved siden av full klinisk stilling og lederstilling på fødeavdelingen på Ullevål fra 2008.

Hvis du skulle trekke frem 1 ting fra forskningslivet som har engasjert deg mest – hva ville det være?

Jo mer du kan og lærer, jo mer nysgjerrig blir du. Opplevelsen av å tilegne seg kunnskap, og få dybdeforståelsen av et tema er helt unik. Å bli superekspert på en liten nisje anses av mange som nerdete, men summen av alle disse ekspertene blir et større hele, som løfter hele faget.

Som professor og modulleider ved UiO har du etter hvert undervist ikke rent få av morgendagens kollegaer, og jeg vet at du inspirerer mange til å velge vårt fag. Hva kan vi andre lære om innsalg av faget?

De yngre synes faget fremstår med stor fallhøyde, og de er bekymret for lange vakter og å ikke strekke til. Da sier jeg ja, det er lange vakter, men det er også mye kompensert fritid. Når det går galt tenker jeg «faen, hvorfor ble jeg ikke blomsterdekoratør», men de aller fleste dager er jo ikke sånn. Dette er verdens beste fag. Tenk å få være med på den største dagen i noens liv hver dag, og gjøre en virkelig forskjell. Det er ikke alle som kan dra hjem etter å ha reddet et par liv, på en vanlig tirsdag.

Engasjement og tanker om fremtiden:

Du er jo en godt over gjennomsnittlig engasjert dame, med en CV ordteilingen i denne artikkelen ikke tillater oppramsing av. Men hvis vi trekker frem det som kanskje har hatt størst betydning for flest av NGFs medlemmer utover trombosekompetansen din, må det kanskje være arbeidet med Veileder i fødselshjelp. Hvordan ble du involvert der, og hvordan har denne tiden vært?

Jeg ble invitert inn av Pål Øian i 2013 sammen med Jørg Kessler. I 2018 ble jeg redaktør for den siste veilederen som ble publisert i «gammelt» format i 2020. Og så kom du med forslag om omlegging til dagens modell med årlige møter, og det ville jeg med glede lede i mål. Det å jobbe med veilederen har vært noe av det mest givende jeg har gjort, og anbefales til alle kollegaer. Det er utrolig å oppleve lagånden som finnes i NGF. Vi har vært en foregangsforening for faglige veiledere i Legeforeningen, det er jeg veldig stolt av.



Keisersnitt

Hva tenker du er de viktigste endringene som har skjedd i faget?

Spesifikt vil jeg si fosterovervåking, hvor vi har fått et felles språk og en sertifisering. Generelt vil jeg si NGFs veileder i fødselshjelp som helhet. Vi har i aller høyeste grad fulgt med i utviklingen, for eksempel gjennom arbeidet med preeklampsi. Inntil 2012 døde en kvinne hvert annet år som følge av preeklampsirelaterte komplikasjoner. Etter 2012 har ingen dødd. Det er et potent vitnemål til fordel for nasjonale retningslinjer, som har bidratt til å løfte Norge til verdenstoppen.

Det er også en økende erkjennelse av at det er et krevende fag. Det er mer fokus på kollegastøtte, og en holdning om at det er lov å gjøre feil, men det er ikke lov å ikke lære av det. Dette skifter fokuset vekk fra enkeltpersoner og over mot systemet. Det er en viktig endring, som også gjenspeiles i Helsetilsynets tilnærming i tilsynssaker.

Hva blir den største utfordringen for morgendagens gynekologer og obstetrikere?

Vi har mer krevende pasienter, som forventer mer av oss. Det øker behovet for bedre forventingsstyring og informasjon om fødsel og barseltid i forkant av fødselen.

Som tidligere redaktør for veilederen tenker jeg også at det kanskje blir utfordrende å klare å inspirere til nok investering i faget. Mesteparten gjøres i dag på dugnadsbasis, og work-life balance har nok skiftet litt mer mot life. Jeg tror vi som fagforening må skape forståelse av at det å jobbe med akuttmedisin er toppidrett. Man blir ikke verdensmester av å jobbe 8 timer per dag. Det som også er et faktum, er at jo mer man lærer seg om noe, desto mer

interessant blir det. Jeg opplever ikke at det å lese fag eller å svare på spørsmål fra en kollega om kvelden er jobb, det er jo kjempeinteressant og lystbetont! Den tilnærmingen til faget står kanskje for fall, og det synes jeg er synd for de yngre kollegaenes skyld, fordi man risikerer å glipp av den dype tilfredstilelsen av å kunne noe virkelig, virkelig godt. Det er en følelse jeg unner alle.

3 om Anne:

Annetine Staff: “Anne rommer det meste: Like solid som Norges grunnfjell, stiller opp for alle – også i livets vanskelige stunder. Lakenskrekk, sporty, elegant og moteriktig, faglig frontfigur og ikke redd for å si sin mening med en tydelig stemme – når det trengs.”

Jørg Kessler: “Anne er en obstetriker som brenner for faget som få andre gjør. Hun er ikke vanskelig å be, raus, vennlig, men også tydelig og bestemt. Med disse egenskapene har hun gjennom mange år på forbilledlig vis styrt utviklingen og revisjonen av nasjonal veileder i obstetikk.”

Meryam Sugulle: “En kollega som man kan stole 100% på: hun kommer inn uansett klokkeslett eller ferie når det brenner på bruket og svarer på telefon selv om hun har huset full av gjester når man trenger et råd. Kunnskapsrik og lærevillig, aldri nedlatende selv om hun er deg overlegen.”

Verdens mest moderne kvinneklinikk?

Sentralt plassert i byen mellom de syv fjell, ved foten av det høyeste av dem, Ulriken, ligger Haukeland Universitetssjukehus, Vestlandets største arbeidsplass. Her ligger også en av Norges eldste kvinneklinikker. Kvinneklinikken i Bergen fylte 99 år den 22. februar, men gikk som 98-åring gjennom en metamorfose og får dermed aldri feire 100 år i sin gamle, ærverdige drakt.



Karen Klepsland Mauland
Lege i spesialisering
Haukeland universitetssjukehus



Siri Tuft Isdahl
Overlege
Haukeland universitetssjukehus

7. november 2023 var nemlig en historisk dag. Da flyttet Gynekologisk avdeling, Fødeavdelingen, og Seksjon for Fostermedisin og ultralyd inn i helt nye lokaler i nybygget Glasblokkene. Vi tør å påstå at vi etter flyttingen nå jobber på en av Norges, ja kanskje en av verdens, mest moderne kvinneklinikker. Her er det glass fra gulv til tak, men heldigvis er det investert rikelig i både solskjerming og rullegardiner.

Fertilitetssenteret er foreløpig lokalisert i midlertidige lokaler i Marie Joys hus, før de etter planen kommer etter til Glasblokkene på et uvisst fremtidig tidspunkt.

Klinikkens organisering og vaktlagene

Kvinneklinikken er arbeidsplass for ca 450 ansatte, hvorav 63 leger. Av disse er 25 LIS-leger og 38 spesialister. Pasienttilbudet er fordelt på fire seksjoner:

- Fødeseksjonen
- Gynekologisk seksjon (generell gynekologi og gynekologisk kreft)
- Seksjon for Fostermedisin og ultralyd
- Fertilitetssenteret

Det er 4 sjikt i vaktordningen vår, 2 LIS-sjikt (1. og 2. vakt, ca. 9-11-delt) og 2 overlegesjikt (3. og 4. vakt, ca. 11-14-delt). Tredjevakt er alltid til stede, og sikrer at spesialistkompetanse er tilgjengelig gjennom hele døgnet. Fjerdevakt er til stede til klokken 21 på hverdager og til klokken 15 i helger. Hver vakt begynner, såfremt driften tillater det, med rapport etterfulgt av middag for vaktteamet. Dette sikrer at man blir godt kjent med kollegaene, til tross for at vi er en relativt stor klinikk med flere seksjoner. Deretter deler man seg etter kompetanse og ønsker. Vanligvis er hovedtyngden av vaktarbeidet aktivitet på fødeavdelingen, mottak av ØH-pasienter og operativ ØH-virksomhet. Vi har et varmt og inkluderende kollegium, der det er lav terskel for å spørre om og å få hjelp, både på dagtid og vakttid.

Vi har også luksusen av å ha vår egen anestesilege døgnet rundt. Anestesilegen deler vi nemlig kun med Øyeavdelingen på vakttid.

Fødeseksjonen

Fødeseksjonen på Kvinneklinikken i Bergen er en av landets største føde/barsel-enheter, med 4456 fødsler i 2024. Dette er lokalsykehus for Bergen og omegn, i tillegg til at vi tar imot kvinner med kompliserte svangerskap fra store deler av Vestland. Det er 8 overleger og 7 LIS tilknyttet fødeseksjonen.



Glasblokkene



Moderne fødestuer med badekar, utsikt og klappeseng til partner



I de nye lokalene får alle fødende familierom med eget bad, og partner kan være til stede under hele oppholdet. Fødeavdelingen består av 4 sengeposter fordelt over 4 etasjer: Føde A, B, C og Føde D Storken, hvor de fødende selekteres basert på risiko, behov og egne ønsker. To av avdelingene er kombinert føde/barsel-avdeling, og mange familier kan nå få bli på det samme rommet fra de skrives inn frem til hjemreise. Dette står i stor kontrast til våre gamle lokaler, hvor barselrommene i hovedsak besto av flermannsstuer.

Det er et overordnet mål at kvinner i fødsel ikke skal flyttes, og fødestuene er nå utformet for å kunne tilby mer fleksibel smertelindring, med alt fra badekar til epidural, på alle fødeenhetene. Vi har også fått lystgass tilgjengelig på noen av fødestuene. Føde D Storken er landets største lavrisikoenhet (tilsvarende nedlagte ABC), orientert rundt å fremme den normale fødselsprosessen.

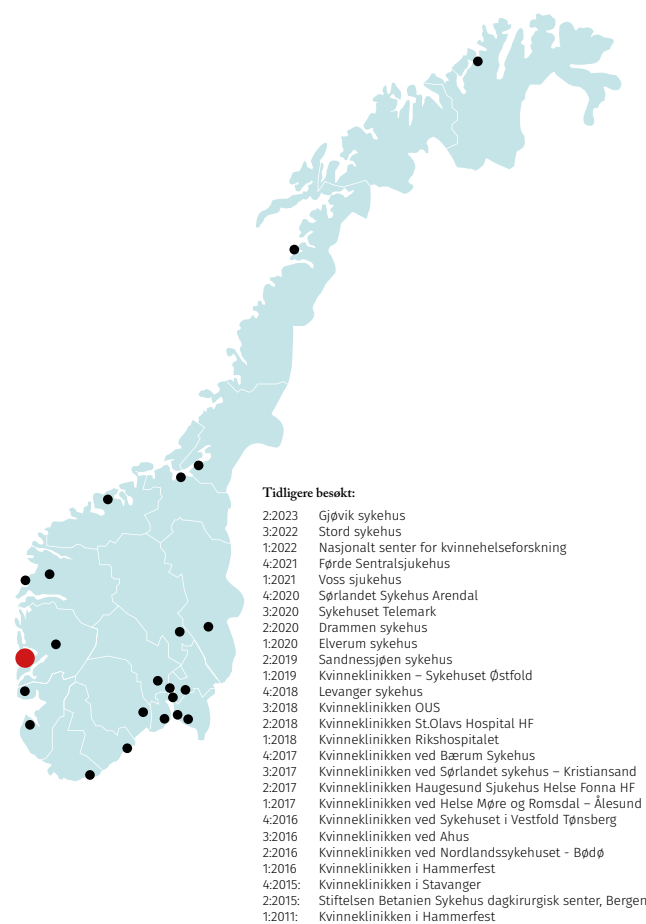
En stor fordel med flytting til Glasblokkene er at fødeavdelingen nå er samlokalisert med Nyfødtintensiv. Der barnelegene tidligere måtte sykle mellom Barneklubben og Kvinneklinikken, er intensivbehandlingen nå i umiddelbar nærhet til føderommet

eller operasjonssalene. Hjelpen kommer også mye raskere i akutte situasjoner med uventet dårlig barn.

Fødeseksjonen i Bergen er kjent for sin obstetriske tradisjon langt utenfor byens grenser. Her lærer alle LIS-legene med kyndig veiledning å legge tang, og det er en ivrig gjeng overleger som villig lærer bort obstetrisk kunst. Mellom 2006 og 2022 ble det jevnt over gjort litt flere tangforløsninger enn vakuumbet, mens det i 2024 ble lagt 194 tenger og 364 vakuumbet. Årsaken til dette er fortsatt noe uklart. Sykehuset tar imot det meste av risikopasienter; ekstrem prematuritet, kompliserte tvillinger, setefødsler, alvorlig veksthemming og alvorlig maternell sykdom. Vi bruker STAN for fosterovervåkning.

Gynekologisk avdeling

Ved Gynekologisk avdeling jobber det 15 overleger og 10 LIS, og avdelingen tar imot kvinner med et vidt spenn av gynekologiske sykdommer, fordelt på generell gynekologi og gynekologisk kreft. Av generell gynekologi behandler vi de fleste godartede sykdommer i livmor og eggstokker, samt bekkenbunn. Nasjonalt kompetansesenter for fistelkirurgi er lokalisert hos oss, og tar imot





Utsikt fra cytostatikapoliklinikkens behandlingsrom



Fra "Dagens underliv" som ble spilt for fullsatte scener vinteren 24.



Store deler av vårt flotte kollegium samlet til MGP-fest høsten 24

pasienter fra hele landet. Vi har også regionsfunksjon i endometriose. Det er 22 sengeplasser på sengeposten, og vi disponerer 13 operasjonsstuer per uke. I tillegg har vi 4 dager i uken med robotkirurgi i Sentralblokken. Det utføres over 1500 elektive og over 1100 ØH-operasjoner årlig, og det er også stor poliklinisk drift. Det er jevnlig tverrfaglige samarbeidsmøter med Ultralydseksjonen, hvor man diskuterer kompliserte pasienter.

Til tross for mye turbulens og negativ medieomtale det siste året, får fortsatt Bergens kvinner med kreft i underlivet tilbud om utredning, operasjon og medikamentell behandling – og det aller meste skjer fortsatt ved Kvinneklubben. Hele gynseksjonen har måttet omstrukturere seg etter oppsigelser og er fortsatt under gjenoppbygging. Høsten 2024 samarbeidet vi med DNR og St. Olavs hospital om enkelte operasjoner, men vi har nå heldigvis fått nye støttespillere med på laget, og kan ta hånd om våre egne pasienter igjen.

Vi har hovedansvar for de regionale MDT-møtene, i samarbeid med SUS, Haugesund og Førde. Her deltar patolog, radiolog, gynekolog og onkolog. I tillegg arrangeres ukentlige røntgen MDT-møter med radiolog, gynekolog og onkolog. Gynekologisk poliklinikk er lokalisert i toppetasjen av blokk 6, og pasientene som mottar cytostatika på KK har kanskje den aller fineste utsikten fra Glasblokkene

Seksjon for Fostermedisin og ultralyd

Seksjon for Fostermedisin består av 7 overleger, 1-2 LIS og 13 ultralyddjormødre. Alle LIS roterer inntil denne seksjonen i løpet av spesialiseringen for å sikre god opplæring i tidlig- og rutineultralyd. Her må alle avlæres ulike vaner man har lagt seg til gjennom utdanningsløpet.

Ved denne seksjonen utføres fosterdiagnostikk med tanke på fosteravvik, misdannelser og kromosomfeil. I dette inngår også invasiv diagnostikk med amonocentese, CVS og ultralydveilede tappinger. Seksjonen følger opp en rekke risikosvangerskap, som

alvorlig IUGR, kompliserte tvillinger og anemier. Den tar også imot gynekologiske pasienter for second opinion, malignitetsrisikovurdering og her utføres invasive diagnostiske/terapeutiske prosedyrer, som biopsier og abscessdrenasje.

Seksjonen har tett samarbeid med neonatologene og fødeavdelingen, og det arrangeres ukentlig felles MDT-møte hvor man drøfter kompliserte pasienter og forløp. Dette er et veldig lærerikt og spennende forum.

Det er leger ved denne seksjonen som har utarbeidet FøtoCalc, og det er dette systemet vi bruker for datering og vekt/vektst-kontroll.

Fertilitetssenteret

På Fertilitetssenteret er det per nå 4 overleger, og 2 LIS. Her gjøres utredning og behandling av par med ufrivillig barnløshet. Hvert år gjennomføres mellom 300-350 egguttak.

I tillegg til tradisjonell behandling med assistert befruktning (IVF, ICSI, TESA), tilbyr seksjonen fertilitetsbevarende behandling til kvinner og menn med ulike somatiske sykdommer hvor man står i fare for akutt tap av fertilitet. I vår flytter seksjonen, som skal inn i Glasblokkene på et senere tidspunkt, først inn i nye og større lokaler i Marie Joys hus, med planer om å trappe opp aktiviteten og utvide tilbudet, blant annet med tilbud om donorsæd til enslige og likekjønnede par.

Seksjonen bidrar også tungt inn i en oppfølgingsstudie til den norske MorBarn-studien, Biosfer-prosjektet, hvor man skal studere fertilitet hos unge i Norge, og tre leger er tilknyttet den pågående kliniske datainnsamlingen.

Fag, utdanning og forskning ved Kvinneklubben

Vi har fellesundervisning for legene på morgenen to dager i uken, og seksjonsvis undervisning én dag per uke. Hver seksjon har i tillegg ulike faste faglige møter i løpet av en uke.

Haukeland sykehus har tett tilknytning til Universitetet i Bergen, og to ganger per semester tar vi imot studentkull på klinisk rotasjon. Halvparten av studentene er utvekslingsstudenter, de fleste av disse engelskspråklige. LIS har fadderfunksjon for studentene, og påser at de får hjelp til å gjennomføre sine kliniske læringsmål i løpet av ukene i utplassering. Dette tiltaket har økt studentenes tilfredshet med sine kliniske rotasjoner, og LIS får erfaring i studentveiledning.

Det er to store forskningsgrupper ved Kvinneklubben, Bergen gynekologiske kreftforskningsgruppe, og Forskningsgruppe for svangerskap, fosterutvikling og fødsel. Begge er tilknyttet paraplyorganisasjonen Driv, senter for kvinnehelseforskning. I de to forskningsgruppene pågår en rekke ulike studier, hvor flere LIS og overleger har tilknytning i delte eller hele stillinger som PhD, postdok. eller faste vitenskapelige stillinger. Blant annet er medisinsk fødselsregister lokalisert i Bergen, med tett tilknytning til det obstetriske forskningsmiljøet. Kreftforskningsgruppen har samlet en av verdens største biobanker med vev fra gynekologisk kreft. Mulighetene er altså mange for å utarbeide eller delta i spennende og viktige prosjekter for den som måtte ønske det. I tillegg kan man delta i stadig pågående forbedringsprosjekter.

Utenomfaglige aktiviteter

Vi er et kollegium som liker å ha det kjekt sammen, også utenom jobb. I mange år har vi hatt årlig smalahovelag før jul, et tradisjonstungt arrangement som tidligere ble avholdt i øverste etasje i det gamle KK-bygget. Etter noen års koronapause ble tradisjonen tatt opp igjen i fjor, da i eksterne lokaler, og med stor suksess. Det er ingen tvil om at tradisjonen vil leve i mange år til!

Vi har også med noen års mellomrom arrangert KK-revy, der alle yrkesgrupper er velkomne til å være med. I sist revy i 2024, «Dagens underliv», var det gynekologer, jordmødre, sykepleiere, anestesier, operasjon- og intensivsykepleiere, anestesileger, helsesekretærer og også en barnelege med i revygruppen! Etter en

intens periode med øving, ble det holdt 4 fullsatte forestillinger til stormende jubel og strålende kritikker i Bergens Tidende.

Ellers har vi vår egen sosialkomite, som organiserer gøy og uformelle samlinger for legene, som lønningsspils, felleslunsjer og sommeravslutning.

Bergen er et ypperlig utgangspunkt både for den reiseglade, den turglade og den kulturelle. Byen er omkranset av vakker natur, med både sjø og fjell. Det er lett å komme seg ut og opp i høyden rett fra jobb, om man er glad i det. Bergen har et stort universitet og flere utdanningsinstitusjoner, og et yrende kulturliv med både festivaler, restauranttilbud, konserter, kunstmuseum og teater. Flesland flyplass har hyppige avganger til både inn- og utland, og er man glad i ski og topptur er dette tilgjengelig en kort bil-/togreise unna. Noen ganger er det også snø i byfjellene på vinteren og nydelig skiføre, men vi må jo være ærlige og si at det regner også litt innimellom, både sommer og vinter. Når det er sagt: få steder kan måle seg med Bergen badet i solskinn!

Vi mener at det fins noe for enhver smak i denne byen, og vi håper at flere vil komme til Bergen og jobbe med oss – enten du skal i gruppe 1 tjeneste og vil lære ting og legge tang, om man vil jobbe med landets fremste fistelkirurger, om man er interessert i å være med å bygge opp et nytt gyn kreft miljø, eller lokkes av noen av de mange andre spennende tingene som skjer ved Kvinneklubben vår. Vi håper å ønske velkommen enda flere engasjerte, flinke og greie kollegaer i fremtiden.

Kvinneklubben har forresten også sin egen Instagramkonto, der et deles drypp fra hverdagen i Glasblokkene. Sjekk den gjerne ut: [@kvinneklubben_haukeland](#)

Faggruppen Global Kvinnehelse



Andrea Solnes Miltenburg

Leder for Faggruppe Global Kvinnehelse

NGF skal bidra aktivt til å styrke Global Kvinnehelse

I denne nye faste spalten gir vi et kort sammendrag av aktiviteter fra den nyopprettede faggruppen *Global Kvinnehelse*, i tillegg til refleksjoner rundt dagsaktuelle temaer som omhandler global kvinnehelse.

Denne vinteren har vi organisert en webinar-serie med 3 foredrag fra gruppens medlemmer.

Overlege fra Drammen Sykehus, **Lill Nyflødt**, fikk æren av å være første foredragsholder den 11.12.24 med **“Fødselshjelp på bakke - Erfaringer fra land med minimale helseressurser”**. Her fortalte hun om sine erfaringer fra arbeidet som gynekolog med Lege Uten Grenser i Afghanistan, Sierra Leone og Etiopia. Tre ulike kontekster, men like viktig arbeid, hvor Lill både lærte mye selv, og hvor hun fikk lære bort kunnskap til kollegaer. Hennes historier minner oss på hvor privilegerte vi er i Norge, hvor mye av helsehjelpen som gis er rutine og selvfølgelig. Når ressurser ikke strekker til, når et land blir rammet av konflikt og helsesystemet ramler, er det som regel kvinner og barn som lider mest. Flere andre NGF-medlemmer har vært aktive ved Leger uten Grenser. Selv om dette ikke er noe for alle, så ønsker vi å motivere flere til å vurdere dette. Akkurat nå er det stort behov for gynekologer som kan tenke seg å reise ut på korte oppdrag. Hva som skal til og hvilken opplæring og forkunnskap som trengs, kan dere snart lese mer om på vår nettside.

Jobe Smit, overlege på Volda Sykehus, fortalte om sitt langvarige engasjement med Sonja Kill Memorial Hospital (SKMH) den 08.01.25 med foredraget, **“Samarbeid med et sykehus i Kambodsja”**. Jobe snakket full av beundring om sine kollegaer og venner fra SKMH, hvor han har vært på jobbreise i flere perioder av ulik lengde. Flere norske kollegaer har fulgt etter. Samtidig har gynekologer fra Kambodsja vært på hospitering i Volda. Samarbeidet er et eksempel på likeverdig partnerskap, hvor gjensidighet, transparenthet og tillit står sentralt. Jobe viser også at et slikt samarbeid kan være lavterskel og uten behov for store ressurser. Mens Kambodsja fortsatt har en høy mødredødelighets-ratio, på 218 per 100.000, viser Jobe til hvordan SKMH, til tross for utfordrende sosioøkonomisk kontekst og lave ressurser, klarer å jobbe for god kvalitet og gode utfall. Høy arbeidsmoral, sterkt teamarbeid og nysgjerrighet i faget kan gjøre en stor forskjell.

Siste i rekken var **Sukhjeet Bains**, LIS på Drammen Sykehus, som den 12.02.25 presenterte tankevekkende tall og betraktninger med foredraget **“Hvorfor du bør bry deg om innvandrerkvinner helse”**. Sukhjeet har tatt doktorgrad innenfor temaet og delte noen av sine egne forskningsfunn, samt refleksjoner rundt fødselshjelp til innvandrerkvinner i den kliniske hverdagen. Hun argumenterte for at global kvinnehelse også omfatter migrasjonshelse, og at våre holdninger som helsepersonell er viktige i møte med en økende mangfoldig populasjon for å sikre likeverdig helsetjeneste for alle. Sukhjeet satte fokus på den store heterogeniteten blant innvandrerkvinner, hvordan ubevisste forutinntatte holdninger kan påvirke vår kliniske hverdag, og hvordan vi kan komme oss videre. Noen konkrete eksempler på hvordan vi kan imøtekomme kvinner og familier med migrasjonsbakgrunn, er å sikre god tilgang til tolk, tilstrekkelig tid ved polikliniske timer, kartlegging av språkkunnskaper som faste fraser i polikliniske journalnotater, og tålmodighet i møte med pasienter.

I tillegg har faggruppen jobbet aktivt med å støtte NGF-styret i en uttalelse og brev til utenriksminister om krigen i Gaza, denne kan dere lese på side 10. På lik linje med legeforeningen, står vi opp for medisinsk nøytralitet, menneskerettigheter og rettferdighet. Som gynekologer er vi særlig bekymret for den voldsomme belastningen som kvinner og barn i Gaza utsettes for, og ikke minst helsearbeidere. Etter våpenhvileavtalen den 19. januar har endelig humanitær hjelp kommet inn, men helsesystemet er fullstendig kollapset, og gjenoppbygging er krevende i en fortsatt pågående konflikt (1).

Som faggruppe i Global kvinnehelse, er vi også dypt bekymret over de politiske beslutninger som har blitt tatt av den amerikanske regjeringen under president Donald J. Trump. Disse utgjør en alvorlig trussel mot helsen til millioner av mennesker, samt stabiliteten i verden. Den 20. januar kunngjorde USAs president at USA umiddelbart trakk seg fra Verdens helseorganisasjon (WHO). I tillegg, den 24. januar, kunngjorde presidenten en ”stoppordre” for alle USAID-finansierte utviklingsprogrammer og initiativer (2). Dette resulterte i at avgjørende, ofte livreddende, helseprogrammer stoppes, inkludert presidentens nødplan for AIDS Relief (PEPFAR) (3), men også flere programmer rundt malaria, tuberkulose, prevensjon, vann og sanitær og mødre- og barnehelse. Virkningen av disse beslutningene er enorme - de påvirker helse, velferd og verdighet til millioner av mennesker over hele verden. Folks liv står bokstavelig talt på spill. Ansatte innenfor en sektor støttet av USAIDS har mistet sine inntekter fra en dag til en annen. Selv om en føderal dommer midlertidig har stoppet denne beslutningen (4) er det sannsynlig at USAs bistandsbudsjett vil reduseres. Dette krever en omstilling i verden, som kanskje også kan komme noen land til nytte. Dersom USA ikke lenger dominerer og styrer bistandsverden, kan det gi muligheter for land til å sette sine egne agendaer og prioriteringer

Mini-webinar

Vår serie

Mer informasjon på vår nettside!

Erfaringer fra kapasitetsbygging i Gambia, Malawi. Hva er effekt lokalt på sykehusene og for individene?

Prof. Johanne Sundby
09.04.25 20.00-20.45

Erfaringer fra langvarig samarbeid i Kambodsja

Dr. Margit Steinholt
14.05.25 20.00-20.45

Implicit bias in healthcare

Dr Patji Ælnes-Katjavivi
11.06.25 20.00-20.45

Zoom
Meeting ID: 696 4654 5733
Passcode: 851907

Norsk gynekologisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

utfra lokale behov. Også Norge har en viktig rolle innenfor Global Helse arbeid, spesielt innenfor FNs bærekraftsmål 3, og med seksuell og reproduktiv helse som et av primære satsningsområder. Faggruppen Global Kvinnehelse ser fram til å følge den internasjonale utviklingen og den norske regjeringen i sine videre planer.

Vårens webinar-serie ligger klar, og vi har stor glede av å invitere alle NGF-medlemmer og andre interesserte til å delta. Johanne Sundby, Margit Steinholt og Patji Ælnes-Katjavivi stiller opp denne gangen. Følg sosiale medier og våre nettsider for mer informasjon og zoom lenke for deltagelse. Er du interessert i å være medlem i vår faggruppe, så tar vi deg gjerne imot. Ta kontakt for mer informasjon.

Referanser

- 1) UNOCHA Reported Humanitarian Situation Update 263 - gaza strip. <https://www.ochaopt.org/content/humanitarian-situation-update-263-gaza-strip>
- 2) Hisham Alam. Development aid. USAID stop-work orders: Consequences of USA's 'quasi-isolationism' for vulnerable communities and development efforts. February 2025. <https://www.developmentaid.org/news-stream/post/190957/usa-id-stop-work-orders-2>
- 3) Presidential actions. Executive order. Withdrawing the United States from the World Health Organization <https://www.whitehouse.gov/presidential-actions/2025/01/withdrawing-the-united-states-from-the-worldhealth-organization/>
- 4) Judge Orders Trump Administration to Temporarily Lift Foreign Aid Freeze <https://time.com/7222509/judge-orders-temporary-lift-foreign-aid-funding-freeze-usaid-trump/>

Philosophiae doctor (PhD)
Norsk Gynekologisk Forening gratulerer

Heidi Elisabeth Storebø Fjeldstad disputerte 21. oktober, 2024

Predelivery circulating fetal microchimerism: Placental function and fetal-maternal crosstalk

Fosterceller som går over i mors blod kan påvirke hennes helse både under og i lang tid etter svangerskapet og viser seg å ha en sammenheng med placentadysfunksjon.

Under svangerskapet vandrer celler fra fosteret over i mors kropp, og kan bli værende i kvinnens vev og blod i flere tiår. Fra evolusjonens side er denne overføringen av stamcellelignende fosterceller sannsynligvis gunstig for mor og barn, blant annet ved at cellene bidrar til sårtilheling og økt melkeproduksjon hos mor. Slik «fetal mikrokimerisme» har også blitt assosiert med autoimmun sykdom. Ved placentasvikt kan det være at flere proinflammatoriske fosterceller overføres og at de dermed får en negativ effekt i mors kropp. Fjeldstad og hennes medforfattere har i avhandlingens studier påvist en sammenheng mellom økte mengder fosterceller i mors blod og placentadysfunksjon, samt med dårlig regulert maternelt blodsukker og forhøyet blodtrykk. Avhandlingen endrer forståelsen av hvordan placentasvikt og vandrende fosterceller kan påvirke kvinnehelse på kort og muligens lang sikt.

- Placentasvikt kan føre til utvikling av preeklampsi, gestasjonsdiabetes og føtal tilveksthemming i svangerskapet. Disse tilstandene øker risikoen for sykkelighet og død hos mor og barn, både under og rett etter svangerskapet, og på lang sikt. Alle tre tilstandene regnes som risikofaktorer for maternell hjerte- og karsykdom på lik linje med røyking. For å forebygge utviklingen av disse tilstandene er det vesentlig å forstå mekanismene bak. Avhandlingens hypotese var at flere fosterceller ville gå over til kvinnen i graviditeter med placentadysfunksjon i ulike kliniske situasjoner. Målet var å undersøke om andre tilstander hos mor ville påvirke eller påvirkes av fostercellemengden.
- I avhandlingens studier definerte vi placentadysfunksjon basert på konsentrasjonsendringer i placentaproteinene sFlt-1 og PIGF i den gravides blod. Disse proteinene er vist i flere tidligere studier å være markører for placentadysfunksjon og kan predikere utvikling av preeklampsi hos den gravide. Når placenta av ulike grunner blir stresset vil utskillelsen av disse proteinene endre seg og trigge inflammasjon i mors kar som igjen frembringer tegnene som definerer preeklampsi, nemlig nyoppstått hypertensjon kombinert med proteinuri eller andre tegn på organsvikt.



Foto: Øystein Hørgmo, UiO

DOKTORAND: Heidi Elisabeth Storebø Fjeldstad
GRAD: PhD
UNIVERSITET: Universitetet i Bergen
FAKULTET: Det Medisinske fakultet
INSTITUTT: Institutt for klinisk medisin
FAGOMRÅDE: Fødselshjelp og kvinnesykdommer
VEILEDERE: Anne Cathrine Staff
Guro Mørk Johnsen
Daniel Pitz Jacobsen
Hilary S Gammill
DISPUTASDATO: 21. oktober, 2024

- Avhandlingens studier viser en konsekvent sammenheng mellom konsentrasjonsendringer i sFlt-1 (høye nivåer) og PIGF (lave nivåer) og økte mengder fosterceller i mors blod i tre ulike kohorter: hos friske gravide der placenta begynner å svikte rundt termin, hos gravide med diabetes samt hos dem med preeklampsi. Hos de med diabetes utgjorde økning i den gravides blodsukker en risikofaktor for at flere fosterceller gikk over i sirkulasjonen og hos kvinner med preeklampsi var alvorlig hypertensjon forbundet med økt mengde fosterceller i mors blod, også etter justering for placentadysfunksjon. Dette tyder på at fostercellene kanskje påvirker mors kardiovaskulære respons på placentadysfunksjon.
- Hovedbudskapet i avhandlingen er at placentasvikt påvirker mengden fosterceller som går over i den gravide kvinnens blod og at dette kan være en av faktorene som bidrar til utviklingen av preeklampsi. Avhandlingens funn passer også med den epidemiologiske sammenhengen mellom diabetes og preeklampsi og kan tyde på at fosterceller kan bidra til sammenhengen. Fordi fostercellene har evnen til å bli værende i mors kropp over lang tid, er det også nærliggende å tenke at disse kan påvirke den kjente sammenhengen mellom svangerskapskomplikasjoner og hjerte- og karsykdom på lang sikt. Det er fremdeles mange ubesvarte spørsmål som bør forskes på videre, og som forhåpentligvis vil bidra til at vi bedre forstår hvordan fosterets celler påvirker kvinners helse.

Schmitz gyn.stol | Leisegang kolposkop

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



Laveste seteposisjon: 47 cm



Kolposkop balance-o-matic stativ

En ny målestokk for kvalitet og design.

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

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



svas svalland as

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



Gynekologen anmelder bøker med varierende grad av fagleg relevans.

Denne gongen: Søsterklokkene

av Lars Mytting

Bakerst i "Søsterklokkene" har forfatter Lars Mytting nytta høvet til å takke ei rekke menneske han meiner har bistått han i arbeidet med boka. Allereie på andre plass på lista over dei forfattere vil takke, finn vi ein viss Per Børdahl (figur 1). Børdahl var avdelingsoverlege på Kvinneklinikken i Bergen, der Gynekologen som ung assistentlege tok sine fyrste famlande steg i faget, så denne boka må då ha ein viss fagleg relevans?



Figur 3: Gynekologens eksemplar av "Søsterklokkene". Terningkast 5 i Aftenbladet!



Ragnar Kvie Sande

1. amanuensis ved Universitetet i Bergen og seksjonsoverlege ved Stavanger Universitetssykehus

Boka startar lovande med vaginal forløyning av samanvaksne tvillingar, med påfølgande utfordringar i forhold til hemostase, noko som igjen fører til alvorleg maternell morbiditet og høg mortalitet. Etter denne forrykande fagleg relevante opninga havnar både gynekologi og obstetikk i bakgrunnen, mens forfattere tar oss tilbake til fjellbygdene på Austlandet på slutten av 1800-talet (figur 2), og drar i gang eit nasjonalromantisk epos som går både Hamsun og Bjørnson ein høg gong (figur 3).

Hovudpersonen i boka er ei viljesterk ung kvinne, Astrid, som engasjerer seg voldsomt når nyepresten vil selge den gamle stavkyrkja i bygda og bygge ei ny. Allereie i tredje kapittel er det ei eldre kone, Klara, som døyr av hypotermi under ei i overkant langdryg gudsteneste, så vi må vel vedgå at presten har eit poeng. Astrid stiller seg imidlertid skeptisk til at salget også skal inkludere dei to kyrkjeklokkene som hennar forfar donerte til kyrkja, og som er tett knytt til dei før omtalte samanvaksne tvillingane. Ein ung tyskar kjem til bygda for å hente kyrkja, Astrid får brått utvida horisonten, og finn seg snart som sentrum i eit amorøst trekantdrama. Mytting handterer truverdig dei sentrallyriske tema skjebnen, døden og kjærleiken, medan han vev historiene sine elegant saman til ei drivande god fortelling.

I denne fyrste delen av boka er det lite Per Børdahl å spore, muligens med unntak av ei setning, "Ingen stund er stillere enn når bergensere nettopp har reist", som er noko Børdahl godt kunne ha sagt. I siste tredel av boka, derimot, trer attenhundretals-

obstetrikken fram i all sin gru. Den hemmelege fødselstanga, hjelpeløysa i møte med komplikasjonar, det vert til alt overmål hinta til den ekstremt sjeldne komplikasjonen "locked twins" før det omsider sluttar å blø. Forfattere handterer faget truverdig, med både historisk og obstetrisk stringens, her er det tydeleg at den godeste dr. Børdahl har blitt flittig konsultert.



Figur 1: Per Børdahl var avdelingsoverlege på Kvinneklinikken i Bergen 2002-2013, og har bistått forfatteren av "Søsterklokkene" med obstetrisk kompetanse.



Figur 2: Butangen ca 1880.

Gynekologen kontaktar den gamle høvdingen for å få litt meir innsyn i korleis dette samarbeidet har vore:

Gynekologen: Doktor Børdahl! Korleis kom du i kontakt med denne Mytting? Kjende du han frå før, eller tok han kontakt for hjelp med boka?

Børdahl: Han tok kontakt med meg. Jeg har arbeidet sammen med mange forfattere; Mytting er ekstremt grundig i det han skriver. Han har brukt informasjonen på en svært korrekt måte, det han skriver om stavkirker er også svært etterrettelig.

Gynekologen: Inntrykket er at mesteparten av dine bidrag kjem mot slutten av boka, men der er eit sitat midt i, "Ingen stund er stillere enn når bergensere nettopp har reist", som høyrer ut som noko du kunne ha sagt?

Børdahl: Det høres ut som noe jeg kunne ha sagt. Men det er ikke fordi jeg har noe imot bergensere!

Gynekologen: Mot slutten av boka dukkar det opp ein ikkje namngitt fødselslege som tar seg av Astrid. Er det ein historisk person som dukkar opp her? Kan det vere Kristian Brandt?

Børdahl: Jeg vet dessverre ikke om det er en bestemt fødselslege Mytting har tenkt på i den passasjen.

Dette må vi kome til bunns i! Gynekologen er ikkje snauare enn at vi kontaktar forfattere direkte for å få oppklart desse vesentlege detaljane, sjølv om dette strengt tatt bryt med god anmelder-praksis. Lesarane får ha oss tilgitt:

Gynekologen: Lars Mytting! Du takkar bak i boka ei rekke personar du har hatt hjelp av, mellom dei min gamle sjef Per Børdahl. Kan vi få stille deg nokre spørsmål om dette samarbeidet?

Mytting: Per Børdahl hjalp meg både med inspirasjon og detaljer, og det temaet i boka hadde ikke blitt det samme uten ham. Han kom tilmed hjem til meg en ettermiddag på kaffe og fortalte om

både perioden, selve arbeidet nå og før, det menneskelige både for lege og mor når fødselen blir vanskelig, han satte meg på sporet av Max Sängar, og alt ga meg stødighet og trygghet til å ta større sjanser i skrivingen. For meg er det slik at fiksjonen blir større og friere når forfatteren får sakkunnskap - den snevrer nesten aldri inn, for sannheten om den virkelige verden, der millioner av mennesker har brukt sine liv og kjempet om en plass i verden, er nesten alltid større og villere enn hva ett og ett sinn kan forestille seg.

Gynekologen: I slutten av boka er det ein fødselslege som tar seg av Astrid, namnet blir aldri nemnt. Er dette ein konkret historisk person du har i tankane?

Mytting: Fødselslegen som kommer mot slutten - der er det ingen konkret inspirasjon. Men «frøken Ørjavik» er en honnør til en person med samme etternavn, ei jordmor, som hjalp meg med den delen av forarbeidet.

Gynekologen: I boka kjem setninga "Ingen stund er stillere enn når bergensere nettopp har reist". Dette høyrer veldig ut som noko Børdahl kunne ha sagt. Stemmer det?

Mytting: «Ingen stund er...» - den kunne sikkert vært i Pers ånd, men jeg må ha æren for den selv. Den kom en ettermiddag da jeg egentlig var ferdig med å skrive, og så for meg Butangen etter rivingen. Jeg vet at enkelte har laget korsstingbroderier med sitatet og satt det ved utgangsdøra.

Då var det oppklart, og Gynekologen kan avslutte anmeldelsen av "Søsterklokkene" utan lause trådar. Vi anbefaler boka på det varmaste, både fordi det er ein rasande god roman, og fordi det gjev eit spennande bilde av obstetrikken i Norge på slutten av 1800-talet!

ISOLERTE SPEKLER OG INSTRUMENTER

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



ELEKTRODER TIL KONISERING



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

CERVICAL DILATOR

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



GYNEKOLOGISKE INSTRUMENTER

- Alle typer gynekologiske instrumenter
- Tysk kvalitet med lang levetid



PIPELLE

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



HSG KATETER

- Det brukervennlige og pålitelige MedGyn HSG-kateteret er et lateksfritt ballongkateter med en stiv innføringshylse
- Ideal for hysterosalpingography og sonohysterography
- 5Fr og 7Fr størrelser for enkel innsetting
- Innføringshylsen reduserer behovet for et tenakulum
- Gir fri sikt til eksternt cervical os



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

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

Sexual function and pelvic floor function five years after hysterectomy

Catharina Forsgren, Ulrika Johannesson

First published: 25 February 2025

<https://doi.org/10.1111/aogs.15069>

Introduction

The effects of benign hysterectomy on sexual function and pelvic floor remain uncertain. Our objective was to investigate the effects of hysterectomy on pelvic floor and sexual function 5 years postoperatively.

Material and Methods

We conducted a prospective cohort study involving 260 women scheduled for hysterectomy, who were followed for 5 years' post-surgery. Participants completed three validated questionnaires: Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7), Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20) and Female Sexual Function Index (FSFI). Nonparametric statistics and mixed effect models were used to analyze the data.

Results

After exclusion, 242 women were included, with a response rate of 145/242 (60%) for all questionnaires at the five-year follow-up. There was an overall reduction of more than 50% in pelvic floor symptoms after 5 years (mean PFIQ-7 score 42.5) (SD 51.7) to 20.3 (SD 40.7) ($p < 0.001$). The degree of bother and distress caused by pelvic floor symptoms also significantly decreased (mean PFDI-20 score 69.6) (SD 51.1) to 58.2 (SD 53.2) ($p < 0.01$). No significant change in overall sexual function was observed 5 years' post-hysterectomy (mean FSFI score 17.9) (SD 11.7) to 18.1 (SD 11.6) ($p = 0.73$). However, participants who were sexually active at the time of hysterectomy, reported a decline in sexual function over time, (mean FSFI 25.2) (SD 6.6) to 19.6 (SD 10.8) ($p < 0.001$). In contrast, women non-sexually active at the time of hysterectomy reported an improvement of sexual function. Additionally, there was an association before surgery, between pelvic floor dysfunction (mean PFDI-20 score) and low sexual function (mean FSFI score) ($p < 0.05$). The route of hysterectomy (robotic assisted total laparoscopic hysterectomy, total laparoscopic hysterectomy and abdominal hysterectomy), age at surgery, and the number of vaginal deliveries had no impact on pelvic floor function or sexual function (mean PFIQ-7, PFDI-20, FSFI scores).

Conclusions

Five years after hysterectomy, women experienced less pelvic floor symptoms compared to preoperatively. Women reported no change in overall sexual function, nevertheless there was a decline of sexual function among those who were sexually active before surgery. In contrast, non-sexually active women recognized improved sexual function after 5 years, indicating a plausible surgery-related symptom relief.

A comparison of the treatment outcome of Asherman's syndrome which developed within and outside the puerperal period: A matched cohort study

Lingling Yang, Tingting Tian, Xue Yang, Yan Guo, Xiaowu Huang, Enlan Xia, Tin Chiu Li, Dongmei Song

First published: 19 February 2025

<https://doi.org/10.1111/aogs.15057>

Lingling Yang and Tingting Tian are co-first authors.

Introduction

The outcome following hysteroscopy adhesiolysis of Asherman's syndrome in the puerperal period who appeared to do less well than the participants who developed the syndrome unrelated to child birth. As there is no literature to support or refute the observation, we decided to conduct a retrospective cohort study to compare the outcome of hysteroscopic adhesiolysis in women who developed Asherman's syndrome within or outside the puerperal period.

Material and Methods

This retrospective cohort study aimed to compare the outcome of hysteroscopic adhesiolysis in women who developed Asherman's syndrome within the puerperal period and women who developed the Asherman's syndrome outside the puerperal period. Fifty-one women suffered from Asherman's syndrome in the puerperal period and 153 women suffered from Asherman's syndrome which developed outside the puerperal period. Second-look and third-look hysteroscopy were performed 4 and 8 weeks after hysteroscopic adhesiolysis.

Results

The primary outcome measures were the postoperative adhesion reformation rate and the magnitude of reduction in American Fertility Society score as assessed at second-look hysteroscopy. The secondary outcome measure was the change in menstrual pattern at 3 months after surgery. The adhesion reformation rate in puerperal group was 86.3%, which was significantly ($p < 0.05$) higher than that of 38.6% in the non-puerperal (non-puerperal) group. The median reduction in the adhesion score was 4.5 (4–6) in the puerperal group, which was significantly ($p < 0.001$) lower than the median reduction 7 (6–8) of the non-puerperal group. In the puerperal group, the reduction rate of American Fertility Society score after hysteroscopic adhesiolysis was 42.4%, which was significantly lower than that of 72.6% in the non-puerperal group. In the puerperal group, only 56.9% of women experienced improvement in menstruation defined as subjective increase in menstrual flow after surgery, which was significantly lower than that of 83.7% observed in the non-puerperal group.

Conclusions

Following hysteroscopic adhesiolysis, the outcome of Asherman's syndrome in women who developed the condition in the puerperal period was worse than those who developed the condition outside the puerperal period. Strategies to minimize damage and promote regeneration of the endometrium in the puerperal period in women at risk of developing intrauterine adhesions should be promoted.

Associations between sociodemographic and obstetric factors, and childbirth experience

Daniella Rozsa, Ragnar Kvie Sande, Stine Bernitz, Ingvild Dalen, Geir Sverre Braut, Pål Øian, Torbjørn M. Eggebø, Rebecka Dalbye

First published: 19 February 2025

<https://doi.org/10.1111/aogs.15076>

Introduction

Sociodemographic and obstetric factors have been shown to impact childbirth experience, but results regarding the effect of certain factors have been heterogeneous. It is important to understand how individual risk factors affect childbirth experience to be able to identify women at risk for negative childbirth experience. The aim of this study was to determine individual associations between sociodemographic and obstetric factors and childbirth experience.

Material and Methods

The Labor Progression Study (LaPS-NCT02221427) was a multicenter randomized trial examining clinical consequences of using Zhang's guideline versus the WHO partograph on intrapartum cesarean section rate. Four weeks after delivery, 5810 women received the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ) online. The CEQ consists of 19 questions on four subscales (own capacity, professional support, perceived safety, and participation). The total CEQ score is the mean score of each of the subscale scores, ranging from 1 to 4, a higher score indicating a better childbirth experience. Sociodemographic (age, body mass index, education, civil status, and smoking) and obstetric (gestational age, prolonged labor, mode of delivery, and obstetric complications) characteristics of the women were recorded, and associations to total and subscale CEQ scores were examined with log-linear regression.

Results

In all, 3604 women answered the questionnaire, a 62.9% response rate. The mean (SD) total CEQ score was of 3.24 (0.43). The subscale score was highest for professional support, mean 3.68 (0.49), and lowest for own capacity, mean 2.61 (0.54). The total CEQ score was not associated with any of the sociodemographic characteristics examined. Smoking in the first trimester was associated with lower scores on the professional support subscale 3.61 (3.55, 3.67) than nonsmokers, 3.69 (3.68, 3.71); $p=0.001$. Of obstetric factors, only delivering in week 37 was significantly associated with a higher total CEQ score, 3.34 (3.28, 3.40), vs. 3.24 (3.22, 3.26) at 40 weeks, $p=0.002$. Findings remained significant in adjusted analysis.

Conclusions

In our study, individual sociodemographic factors did not impact overall the childbirth experience. Smoking was associated with a lower score on the professional support subscale. Delivery in week 37 was associated with a better overall childbirth experience. No other obstetric factor influenced the childbirth experience.

Obesity and cesarean section rate among low-risk primiparous women in Victoria, Australia: A population-based study

Alemayehu Mekonnen, Glyn Teale, Vidanka Vasilevski, Linda Sweet

First published: 18 February 2025

<https://doi.org/10.1111/aogs.15054>

Alemayehu Mekonnen and Glyn Teale contributed equally.

Introduction

Women living with overweight, or obesity are at risk of pregnancy and birth complications. This study investigated the trend and associations between overweight and obesity on cesarean births and their contribution to cesarean births among low-risk primiparous women in Australia.

Material and Methods

Body mass index data were obtained for 219, 950 primipara (aged 20–34 years) with singleton, term pregnancies without malpresentations from the Victorian Perinatal Data Collection registry (2010–2019). Women were grouped according to body mass index and logistic regression analyses were performed to assess the trend and associations of overweight and obesity with cesarean births. The contribution of overweight and obesity to cesarean births were estimated using population attributable fraction.

Results

The prevalence of cesarean birth was 29.7%, and the prevalence increased by 20%, from 27.6% in 2010 to 33.2% in 2019. Being overweight or obese was independently associated with an increased likelihood of cesarean births in the overall sample (adjusted OR (AOR) 1.46; 95% CI 1.42–1.50 and AOR 2.05, 95% CI 1.98–2.11, respectively). However, overweight was not an independent risk factor when the analysis was limited to elective cesarean births. Induction of labor was significantly higher among women who were overweight (AOR 1.38; 95% CI 1.35–2.42), or obese (AOR 2.18 95% CI 2.12–2.25). The combined overweight and obesity contributed to 14.8% of cesarean births but the increasing trend of cesarean births was not explained solely by changes in overweight or obesity rates.

Conclusions

Obesity and overweight, combined, are responsible for a significant proportion of cesarean births. However, overweight and obesity alone do not provide enough insight into the increasing trend of cesarean birth. While further investigation of potential contributors is needed, initiatives to reduce cesarean births in Australia may benefit better by including measures, such as health education to prevent overweight and obesity prior to conception.

Association of oral contraceptives and risk of endometrial cancer: A systematic review and meta-analysis

András Harajka, Tímea Hercsik, Isabel Pinto Amorim das Virgens, Izabella Máthé, Zsófia Tornyoossy, Ali AlFarwi, Fanni Adél Meznerics, Szilvia Kiss-Dala, Péter Fehérvári, Rita Nagy, Ferenc Bánhid, Attila Majoros, Sándor Valent, Péter Hegyi, Nándor Ács

First published: 21 February 2025

<https://doi.org/10.1111/aogs.15043>

Introduction

Although the relationship between the use of oral contraceptives and reduced endometrial cancer risk has now long been established, the need for female patients to be informed on this matter based on the latest results of scientific research remains. To help the evidence-based decision-making of women when choosing contraception methods, we aimed to provide them with an up-to-date overview and summary of past and recent findings on the association between the use of oral contraceptives and endometrial cancer risk.

Material and Methods

This study was registered in PROSPERO: CRD42022379871. PubMed, Embase, and Cochrane Library databases were searched on the December 5, 2022, to identify eligible articles. We included all experimental and observational studies that reported the



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



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

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

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

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



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



For å lese PRIMA-studien scan QR-koden

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON

Indikasjoner

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

Kontraindikasjon

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 trombocytverdiene brukes med forsiktighet. *Tilfeller av myelodysplastisk syndrom/akutt myelogen leukemi (MDS/AML)* har blitt

observert hos pasienter som ble behandlet med Zejula som monoterapi eller kombinasjonsterapi i kliniske studier og etter markedsføring. Hypertensjon, inkludert hypertensiv krise, er rapportert med bruk av Zejula. Blodtrykket bør overvåkes minst ukentlig i to måneder, etterfulgt av månedlig overvåking i det første året og deretter regelmessig under behandling med Zejula. Posterior reversibel encefalopati-syndrom (PRES) er en sjelden, reversibel neurologisk sykdom som kan oppstå med raskt utviklende symptomer, inkludert hypertensjon. Det anbefales å seponere Zejula ved PRES og behandle spesifikke symptomer. *Graviditet, amming og fertilitet*, Skal ikke brukes under graviditet eller hos fertile kvinner som ikke ønsker å bruke veldig sikker prevensjon under behandlingen og i 6 måneder etter siste dose. Graviditetstest bør utføres på alle fertile kvinner før oppstart av behandling.

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

Pakninger og priser: Maksimalpriser: 56 stk. (blister) kr 48.623,00. 84 stk. (blister) kr 72.916,30. Zejula inngår i onkologianbudet til rabattert pris. Refusjon: H-resept: L01X X54_1 Niraparib. Zejula er per i dag godkjent for offentlig finansiering ved førstelinjebehandling av BRCA-positive pasienter og andrelinjebehandling av BRCA-negative og BRCA-positive pasienter. Refusjonsberettiget bruk: Rekvirering skal gjøres i tråd med nasjonale handlingsprogram for kreft og føringer fra RHF/LIS spesialistgruppe. Vilkår: (216) Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist. Reseptgruppe C.

Referanser: 1. ZEJULA (niraparib). Summary of Product Characteristics. 2. <https://nyemetoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-iv> 3. <https://nyemetoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-ii-revurdering> 4. <https://nyemetoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-iii> 5. https://nyemetoder.no/Documents/Beslutninger/Beslutningsforum%2012122022_Protokoll.pdf 6. Monk BJ, Barretina-Ginesta MP, Pothuri B, Vergote I, Graybill W, Mirza MR, et al. Niraparib first-line maintenance therapy in patients with newly diagnosed advanced ovarian cancer: final overall survival results from the PRIMA/ENGOT-OV26/GOG-3012 trial. Ann Oncol. 2024; doi: 10.1016/j.annonc.2024.08.2241.



©2024 GSK or licensor.
Trademarks are owned by or licensed to the GSK group of companies.
PM-NO-NRP-ADVR-240001, Oktober 2024

Embagyn

doksylamin 20 mg/pyridoksin 20 mg

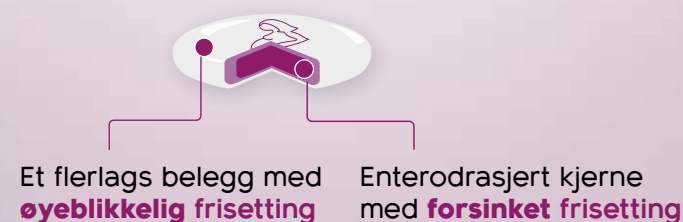
For behandling av svangerskapskvalme og oppkast¹

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

Enkel dosering

1–2 tabletter/dag

Tablett med modifisert frisetting¹



Ny STØRRE pakning!
10 tabletter og nyhet 20 tabletter

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

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

Forsiktighetsregler:

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

Interaksjoner: Se SPC pkt.4.5

Bivirkninger: Hyppigst rapportert er somnolens.

For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Embagyn SPC 29.01.2025.

Indikasjon: Indisert for symptomatisk behandling av svangerskapskvalme og -oppkast hos gravide kvinner ≥ 18 år som ikke responderer på konservativ behandling (f.eks. livsstils- og kostholdsendringer). **Bruksbegrensninger:** Kombinasjonen doksylamin/pyridoksin har ikke blitt undersøkt ved tilfeller av hyperemesis gravidarum som skal behandles av spesialist. **Dosering:** Anbefalt startdose er 1 tablett ved leggetid på dag 1 og dag 2. Dersom symptomene ikke er tilstrekkelig kontrollert på dag 2, kan dosen økes på dag 3 til 1 tablett om morgenen og 1 tablett ved leggetid (totalt 2 tabletter per dag). Maksimal anbefalt dose er 2 tabletter daglig. **Pakninger og priser (AUP):** 10 stk.: kr 291,30. 20 stk.: kr 482,50 **Reseptgruppe:** C. **Referanser:** 1) Embagyn SPC 29.01.2025.



number of users and non-users of oral contraceptives among patients diagnosed or not with endometrial cancer. Data were extracted, and random-effects meta-analysis was performed to obtain summary odds ratios (OR) with 95% confidence intervals (CI). Heterogeneity across studies was assessed using Higgins & Thompson's I^2 statistic.

Results

Fifty-six studies were eligible for qualitative synthesis, of which twenty-five were eligible for quantitative analysis. The use of oral contraceptives was inversely associated with the odds of having endometrial cancer (OR=0.61, CI: 0.46–0.80). The long-term use of oral contraceptives led to the greatest odds reduction in having endometrial cancer (≥ 10 years: OR=0.31, CI: 0.13–0.70), while shorter periods were also associated with a significant decrease in these odds, although to a lesser extent (≥ 5 years: OR=0.39, CI: 0.23–0.64; < 5 years: OR=0.66, CI: 0.48–0.91).

Conclusions

The administration of oral contraceptives is time dependently associated with lower odds of having endometrial cancer, suggesting a protective association between the use of oral contraceptives and endometrial cancer.

Outcomes associated with fetal nuchal translucency between 3.0 and 3.4 mm in the first trimester

Manon D. E. Vriendt, Caroline Rooryck, Hugo Madar, Frédéric Coatleven, Marie Vincienne, Perrine Prier, Sophie Naudion, Loïc Sentilhes, Hanane Bouchghoul
Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica Early View
First published: 17 February 2025

Introduction

Decisions concerning nuchal translucency (NT) between 3.0 and 3.4 mm remain controversial, particularly regarding whether to first calculate the combined first trimester screening test or to proceed directly with invasive testing. The literature suggests an increased risk of chromosomal aberration, as well as pathogenic copy number variations (CNVs) on chromosomal microarray, for fetuses with NT between 3.0 and 3.4 mm. The aim of this study was to describe genetic findings of fetuses with NT between 3.0 and 3.4 mm in the first trimester. The secondary objective was to describe ultrasound findings and adverse outcomes for these fetuses. The third objective was to compare genetic, ultrasound findings and adverse outcomes of fetuses with NT between 3.0 and 3.4 mm to those with NT ≥ 3.5 mm.

Material and Methods

We conducted an observational, retrospective study in a referral center between 2017 and 2022. Genetic and ultrasound findings were compared between fetuses with NT between 3.0 and 3.4 mm and those with NT ≥ 3.5 mm. An adverse outcome was defined as one of the following: miscarriage, perinatal death (stillbirth or neonatal death) or termination of pregnancy at parental request, and all major abnormalities or genetic disorders diagnosed before or after delivery.

Results

We included 404 fetuses with NT ≥ 3.0 mm who had invasive testing with available karyotype and chromosomal microarray, among whom 20.8% (84/404) had NT between 3.0 and 3.4 mm. The rate of adverse outcomes among fetuses with NT between 3.0 and 3.4 mm was 32.1% (27/84). The rates of chromosomal aberration, pathogenic CNVs, and major ultrasound abnormalities were 16.7% (14/84), 6.0% (5/84), and 9.2% (6/65), respectively, for fetuses with NT between 3.0 and 3.4 mm. In comparison, fetuses

with NT greater than 3.5 mm had higher rates of chromosomal aberration and major ultrasound abnormalities, with rates of 47.5% (152/320) and 30.2% (49/162) respectively compared to 16.7% (14/84) and 9.2% (6/65) for fetuses with NT between 3.0 and 3.4 mm ($p < 0.001$ for both comparisons). However, the rate of pathogenic CNVs was not significantly different between the two groups, with rates of 1.9% (6/320) for NT ≥ 3.5 mm and 6.0% (5/84) for NT between 3.0 and 3.4 mm ($p = 0.06$).

Conclusions

The rate of chromosomal aberration and pathogenic CNVs on chromosomal microarray is high among fetuses with NT between 3.0 and 3.4 mm, although these rates remain lower than those observed among fetuses with NT ≥ 3.5 mm.

Impact of salpingectomy on the risk and characteristics of ectopic pregnancy after IVF/ICSI in patients with ectopic pregnancy history: A large retrospective cohort study

Xueyi Jiang, Shutian Jiang, Hongyuan Gao, Jing Ye, Yanping Kuang
Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica Early View
First published: 27 January 2025

Introduction

Ectopic pregnancy (EP) is a serious clinical gynecological emergency. Patients with EP history are at higher risk of EP resulting from IVF/ICSI (IVF-EP). Besides, studies have suggested that previous EP treatments may affect the incidence of IVF-EP. However, this result does not consider possible confounding factors due to the number of previous EP. Therefore, we assessed the impact of salpingectomy on the risk and characteristics of IVF-EP in patients with different previous spontaneous EP.

Material and Methods

This retrospective cohort study included 43 647 patients receiving their first IVF/ICSI treatments at our center from January 2013 to June 2022. Cohorts were assigned according to the number of previous spontaneous EP by propensity score matching. After propensity score matching, there were 3252 participants in the no previous EP history cohort (NEP cohort), 3252 in the one EP history cohort (One-EP cohort), and 1571 in the 2 or more EP history cohort (≥ 2 EP cohort). To assess the effect of previous salpingectomy on IVF-EP, One-EP cohort and ≥ 2 EP cohort were divided into three subcohorts separately, according to their tubal statuses.

Results

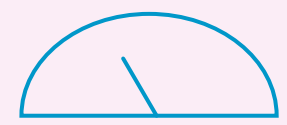
The IVF-EP rate was significantly higher in patients with EP history (NEP cohort: 1.3% vs. One-EP cohort: 2.2% vs. ≥ 2 EP cohort: 2.0%, $p = 0.023$). In subcohort analysis, patients with different tubal statuses presented no statistical differences in IVF-EP rate (both in One-EP cohort and ≥ 2 EP cohort). Considering the interaction between tubal status and number of previous EP, binary logistic regression was performed and it was demonstrated that bilateral salpingectomy might reduce the risk of IVF-EP in patients with recurrent EP history but increase the risk of non-tubal IVF-EP, while the history of spontaneous EP increased both IVF-EP and non-tubal IVF-EP rate.

Conclusions

Previous EP history was associated with a higher risk of IVF-EP and non-tubal IVF-EP. Salpingectomy reduced the overall risk of IVF-EP in patients with EP history, while bilateral salpingectomy increased the risk of non-tubal IVF-EP.

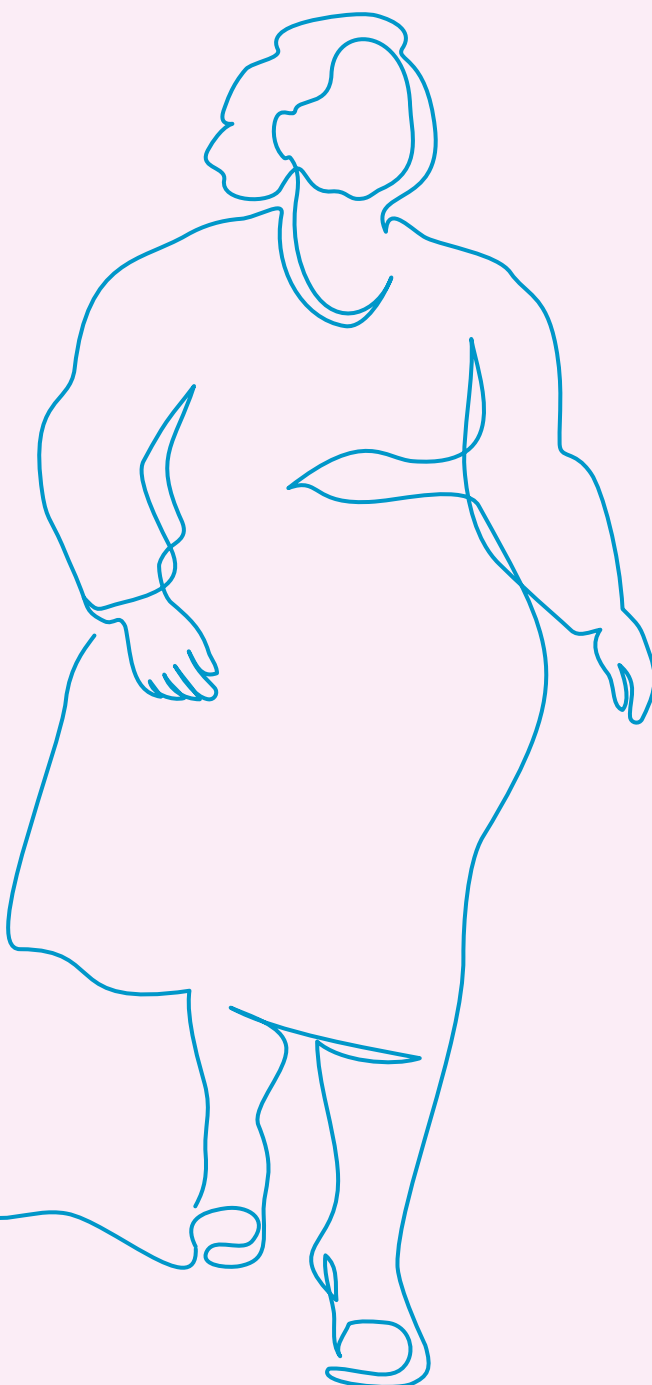
Vektreduksjon og vektkontroll med Wegovy[®]

som tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet¹


-15 %

gjennomsnittlig vektreduksjon opprettholdt i 2 år^{2,3}

Mer enn 1/3 av pasienter gikk ned 20 % eller mer med Wegovy[®]^{2,3}**



Les mer på www.wegovy.no

* STEP 5: -2,6 % for placebo og -15,2 % for Wegovy[®], som tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet for begge grupper (500 kcal/dag + 150 min/uke fysisk aktivitet + individuell oppfølging hver 4. uke) 12,6 % forskjell fra placebo, [KI 95 % -15,3; -9,8], p < 0,0001.^{2,3}

** STEP 5: I uke 104 etter baseline oppnådde 74,7 % av pasientene et vekttap på ≥ 5 % (primært endepunkt), 59 % et vekttap på ≥ 10 % og 50 % et vekttap på ≥ 15 % (bekreftende sekundære endepunkt). 36 % av pasientene oppnådde et vekttap på ≥ 20 % (supporterende sekundært endepunkt)^{2,3}

Indikasjon:

Voksne: Tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet for vektkontroll, inkl. vekttap og vedlikehold av vekt, hos voksne med initial BMI ≥ 30 kg/m² (fedme), eller ≥ 27 til < 30 kg/m² (overvekt) ved forekomst av minst én vektrelatert komorbiditet, som dysglykemi (prediabetes eller diabetes mellitus type 2), hypertensjon, dyslipidemi, obstruktiv søvnapné eller kardiovaskulær sykdom.

For resultater fra studier vedrørende kardiovaskulær risikoreduksjon, fedmerelatert hjertesvikt og populasjoner som ble undersøkt, se pkt. 5.1 i Wegovy[®] preparatomtale.

Ungdom (≥ 12 år): Tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet for vektkontroll hos ungdom ≥ 12 år med fedme¹ og kroppsvekt > 60 kg. Behandling skal seponeres og reevalueres etter 12 uker dersom ungdomspasienten ikke oppnår en reduksjon i BMI på minst 5 % etter 12 ukers behandling med (Wegovy[®]) 2,4 mg eller maks. tolererte dose.¹

Fedme (BMI ≥ 95-prosentil) som definert i kjønns- og aldersspesifikk BMI-vekstkurve (CDC.gov).

Wegovy[®] – utvalgt sikkerhetsinformasjon

- De hyppigst rapporterte bivirkningene var **gastrointestinale** (svært vanlige, ≥ 1/10), inkludert kvalme, diaré, forstoppelse, oppkast og magesmerter. Generelt milde eller moderate i alvorlighetsgrad, og av kort varighet. Årsak til seponering hos 4,3 %. Kan forårsake dehydrering som i sjeldne tilfeller kan forverre nyrefunksjon. Unngå væskemangel
- Andre svært vanlige (≥ 1/10) bivirkninger:** Hodepine, fatigue
- Andre vanlige (≥ 1/100 til < 1/10) bivirkninger:** Dysestesi, dysgeusi, svimmelhet, gastritt, gastroesofageal reflukssykdom, dyspepsi, raping, flatulens, abdominal distensjon, gallestein, hårtap, reaksjoner på injeksjonsstedet. Hos pasienter med diabetes type 2: hypoglykemi (særlig i kombinasjon med insulin eller sulfonylurea), retinopati
- Gallestein:** Vanlig bivirkning ved bruk av semaglutid. Ble rapportert hos 1,6 % av de som fikk semaglutid og 1,1 % hos de som fikk placebo. Førte til kolecystitt hos 0,6 % og 0,3 % hos de som fikk henholdsvis semaglutid og placebo
- Pankreatitt:** 0,2 % for semaglutid og < 0,1 % for placebo. I den kardiovaskulære endepunktstudien SELECT var frekvensen av akutt pankreatitt, bekreftet ved avklaring (adjudikering), 0,2 % for semaglutid og 0,3 % for placebo. Ved mistanke bør semaglutid seponeres. Semaglutid skal ikke gjenopptas etter bekreftet pankreatitt. Forsiktighet bør utvises hos pasienter som tidligere har hatt pankreatitt
- Tarmobstruksjon:** En alvorlig form for forstoppelse med tilleggssymptomer som magesmerte, oppblåsthet og oppkast. Rapportert med ukjent frekvens etter markedsføring
- Puls:** Gjennomsnittlig økning på 3 slag per minutt observert
- Skal ikke brukes** av **gravide** eller ved **amming**. Semaglutid skal på grunn av den lange halveringstiden seponeres minst 2 måneder før en planlagt graviditet
- Forsiktighet** bør utvises hos pasienter med inflammatorisk tarmsykdom eller gastroparese
- Ungdom (12 - < 18 år):** Generelt var frekvens, type og alvorlighetsgrad av bivirkninger hos ungdom tilsvarende det som sees hos voksne. Gallestein ble sett hos 3,8 % av pasientene behandlet med Wegovy[®] og 0 % behandlet med placebo. Ingen effekt på vekst eller pubertetsutvikling ble funnet etter 68 uker med behandling

	Kan benyttes uten dosejustering	Anbefales ikke
Alder	Voksne og ungdom ≥ 12 år Begrenset erfaring hos pasienter ≥ 85 år	Barn/ungdom under 12 år
Nyre-funksjon	Lett og moderat nedsatt eGFR > 30 ml/min 1,73m ²	Alvorlig nedsatt, eller terminal nyresykdom eGFR < 30 ml/min 1,73m ²
Hjerte-svikt	NYHA klasse I-III	NYHA klasse IV
Lever-funksjon	Lett og moderat nedsatt Forsiktighet bør utvises	Alvorlig nedsatt
Diabetes	Diabetes type 2	Diabetes type 1

Dosering – én gang per uke

Wegovy[®] skal injiseres subkutan i abdomen, i låret eller i overarmen og administreres én gang per uke når som helst i løpet av dagen, til måltid eller utenom måltid. For å redusere sannsynligheten for gastrointestinale symptomer bør dosen trappes opp i løpet av en 16-ukers periode til en vedlikeholdsdose på 2,4 mg én gang per uke.

For ungdom i alderen 12 år og eldre benyttes samme doseopptrappingsplan som for voksne. Dosen bør økes opptil 2,4 mg, eller til maksimalt tolererte dose oppnås. Se preparatomtale for mer informasjon om dosering.

Reseptgruppe og pris

Legemiddelgruppe: GLP-1-analog **Reseptgruppe:** C **ATC-nr.:** A10B J06

Pakninger og priser: **0,25 mg:** 1,5 ml (ferdigfylt penn) kr 1773,50. **0,5 mg:** 1,5 ml (ferdigfylt penn) kr 1773,50. **1 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 1773,50. **1,7 mg:** ml (ferdigfylt penn) kr 2597,20. **2,4 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 3189,40. (Priser per desember 2024).

Behandling med Wegovy[®] er ikke refundert og kan ikke skrives på blå resept

For individuell stønad se vedlegg 1 til folketrygdloven § 5-14 (legemiddellisten) på www.helsedirektoratet.no⁴

Referanser 1. Wegovy[®] SPC, avsnitt 4.1 **2.** Wegovy[®] SPC, avsnitt 5.1 **3.** Garvey WT, Batterham RL, Bhatta M, et al. Two-year effects of semaglutide in adults with overweight or obesity (STEP 5) Nature medicine 2022; 28(10), 2083-2091 **4.** Informasjon om vilkår for individuell refusjon er hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/kapittel-5-stonad-ved-helsetjenester/vedlegg-1-til-5-14-legemiddellisten/virkestoffer/semaglutid> (Lest 06.12.2024)

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

VEOZA™
fezolinetant

NONHORMONAL

TREAT TARGETED WITH NONHORMONAL VEOZA

VEOZA first-in-class NK3R antagonist that targets specific neurons in the hypothalamus, which are a source of VMS.^{2,3}

*See section 5.1 in SmPC

HOW VEOZA DISRUPTS HOT FLUSHES²

Blocking NKB to reduce VMS

VEOZA selectively binds to the NK3 receptor to **block NKB** from binding on the KNDy neuron. As estrogen is reduced during menopause, this action is postulated to restore the balance in KNDy neuronal activity in the thermo-regulatory centre of the hypothalamus²

KNDy=kisspeptin/neurokinin B/dynorphin; NK3=neurokinin 3;
NKB=neurokinin B; VMS=vasomotor symptoms;
NK3R=neurokinin 3 receptor

Learn more at VEOZA.no

KNDy NEURON

VEOZA



NKB



NK3
RECEPTOR

Concomitant use of moderate or strong CYP1A2 inhibitors with VEOZA is contraindicated.

VEOZA is not recommended in women using hormone replacement therapy with oestrogens (local vaginal preparations excluded). Liver function tests (LFTs) must be performed prior to initiation of fezolinetant.

During the first three months of treatment, monthly LFTs must be performed, and thereafter based on clinical judgement.

VEOZA™ (fezolinetant) 45 mg filmdrasjerte tabletter

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

Farmakoterapeutisk gruppe: Middel mot vasomotoriske symptomer ved menopause (G02CX06). **Indikasjoner:** Behandling av moderate til alvorlige vasomotoriske symptomer (VMS) assosiert med menopause (se preparatomtalen (SPC) pkt. 5.1). ***Dosering:** 45 mg 1 gang daglig. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Samtidig bruk av moderate eller sterke CYP1A2-hemmere. Kjent eller mistenkt graviditet. ***Forsiktighetsregler:** Diagnosen må inkludere medisinsk (inkl. familie) historie. Under behandlingen skal det utføres periodiske kontroller. **Leverfunksjonstester:** Skal utføres før behandlingsstart og månedlig i løpet av de tre første månedene med behandling, deretter basert på klinisk vurdering. Behandlingen skal ikke startes eller fortsettes dersom testresultatene oppfyller forhåndsdefinerte kriterier. Pasienten skal informeres om tegn/symptomer på leverskade og rådes til å kontakte lege umiddelbart hvis disse oppstår.

Lever-/nyresykdom: Anbefales ikke til personer med Child-Pugh klasse B (moderat) eller C (alvorlig) kronisk leversvikt, eller til personer med alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Ikke anbefalt ved onkologisk behandling mot brystkreft eller andre østrogenavhengige maligniteter, eller til kvinner som bruker hormonerstatningsterapi med østrogener (lokale vaginale preparater unntatt). Har ikke blitt studert hos kvinner over 65 år eller hos kvinner med en historie med anfall eller andre krampeforstyrrelser. Dyrestudier har vist reproduksjonstoksitet. ***Bivirkninger:** Insomni, diaré, abdominalsmerter, økt ALAT, økt ASAT, alle med frekvens <10%, og legemiddelindusert leverskade (DILI) med ukjent frekvens.

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

Reseptgruppe: C **Refusjon:** Nei. **Pakningsstørrelse og pris (pr. 10.02.2025):** 45 mg: 30 tabletter (blistre) 836.90 kr. **Lokal representant:** Astellas Pharma, Tel: +47 66 76 46 00. For mer informasjon se www.felleskatalogen.no

Basert på SPC godkjent: 07.02.2025.

*Avsnittet er omskrevet og/eller forkortet sammenlignet med den godkjente SPC. **Preparatomtalen kan bestilles kostnadsfritt fra den lokale representanten**

REFERENCES: 1. VEOZA SmPC §4.1 02.2025. 2. VEOZA SmPC §5.1 02.2025. 3. Depypere H, Lademacher C, Siddiqui E, Fraser GL. Fezolinetant in the treatment of vasomotor symptoms associated with menopause. Expert Opin Investig Drugs. 2021;30(7):681-94

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

MAT-NO-VEO-2025-00027 | Date of preparation: 11.03.2025

astellas