

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

2 • 2025



Gynekologen om **Global Kvinnehelse**

Keisersnitt i Georgia og Norge
– hva bidrar til for mange, for få, eller akkurat passe? s. 22

Anatomiske forskjeller i kvinnens bekkenform
– helst uten videreføring av rasefokusert tenkning s. 26

En kasuistikk som illustrerer obstetriske utfordringer i Kambodsja s. 50



Norsk gynekologisk
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

Embagyn

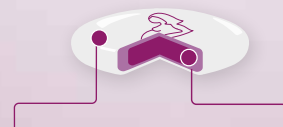
doksylamin 20 mg/pyridoksin 20 mg

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



Et flerlags belegg med
øyeblikkelig frisetting

Enterodrasjert kjerne
med **forsinket frisetting**



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.

Kombinasjonen doksylamin/pyridoksin er nå anbefalt som **førstevalg** ved behandling av svangerskapskvalme.

Gynekologi (NGF)
Metodeboken 2025²

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 284,70. 20 stk.: kr 482,50 **Reseptgruppe:** C. **Referanser:** 1) Embagyn SPC 29.01.2025. 2) www.metodebok.no



Norsk gynekologisk
forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

Ansvarlig redaktør

Sofie Rønningsbakk Angeltveit
LIS Stavanger universitetssykehus
sofierangeltveit@gmail.com

Redaksjonsmedlemmer

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

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

Nettredaktør

Kine Haukelidsæter Haaverstad
LIS Oslo universitetssykehus
kinehaaverstad@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. 3 8. september
Nr. 4 3. november

Opplag: 1500



INNHold

REDAKTØR	5
LEDER	7
NGF-STYRET	
Nytt fra styret	8
Til avdelingsledere ved gynekologiske avdelinger i Norge	10
ÅRSMØTET 2025	
Velkommen til årsmøtet 2025 i Ålesund!	13
Foreløpig program for årsmøtet i Norsk gynekologisk forening	14
FUGO	
Kjære FUGO-folk	18
Utdanningsprisen 2025	19
FUGO-kurs 2025: Gynekologisk og obstetrisk kirurgi	19
SPECIALITETSKOMITEEN	20
FAGLIG PÅFYLL	
Keisersnitt i Georgia og Norge – hva bidrar til for mange, for få, eller akkurat passe?	22
Anatomiske forskjeller i kvinnens bekkenform – helst uten videreføring av rasefokusert tenkning	26
Nye behandlingsmuligheter for gynekreft pasienter	30
HPV hjemmetest	34
GYNEKOLOGER IMELLOM	
Livmorhalsprogrammets fagdag og 30-årsjubileum	36
Obstetrisk guidelinemøte	38
Bli med på kolposkopikurs i Finland	40
GYNEKOLOGEN UTENLANDS	
The Warm Heart of Africa – Et reisebrev fra Malawi	42
Fødselshjelp i landet med høyest mødredødelighet – Et reisebrev fra Nigeria	46
En kasuistikk som illustrerer obstetriske utfordringer i Kambodsja	50
INTERVJU	
Fra Gambia til Norge – Intervju med Fatou Jatta	52
FAGGRUPPEN GLOBAL KVINNEHELSE	54
GYNEKOLOGEN ANBEFALER	
Decolonizing healthcare innovation: low-cost solutions from low-income countries	58
Endometriose – Hvor vond skal mensene være?	60
PHD	
Caren Magdalena Rydland Værnesbranden	62
UTVALGTE ABSTRACTS FRA AOGS	65

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

Individtilpasset dosering
med mål om å oppnå
laveste effektive dose¹



20 st – startpakke

40 st – vedlikeholdspakning

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 etanolaminderivater, 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. Xonvea preparatomtale, seksjon 4.1 og 4.2, www.felleskatalogen.no.



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

circus reklam.se

P273-1 2025-05 NO

Forbi landegrensene

Det går mot varmere vær, lysere dager og ferieplaner. Store deler av samfunnet setter ned tempoet, med kortere arbeidsdager og lavere aktivitetsnivå. I vårt fagfelt er situasjonen en annen: vi går mot fulle fødeavdelinger, ferievikarer, ferieavvikling – og økt vaktbelastning.

I sommermånedene i fjor ble det i gjennomsnitt født 161 barn per dag i Norge, sammenlignet med 143 per dag resten av året (1). For oss betyr det mer arbeid, fordelt på færre ansatte. Hvordan opplever vi dette sommerens paradoks? De fleste som har valgt gynekologi og obstetikk, er neppe fremmede for hverken vaktbelastning eller høyt tempo – men blir det for mye, eller går det greit? Svaret er nok individuelt.

For noen innebærer ferien også reiser utenfor Norges grenser. I denne utgaven av *Gynekologen* ser også vi forbi landegrensene og har gått sammen med faggruppen for Global Kvinnehelse for å belyse nettopp internasjonal kvinnehelse. Faggruppens medlemmer har bidratt med flere tekster – tusen takk for både innsatsen og engasjementet.

For selv om FNs bærekraftsmål 3.1 er å redusere mødredødelighet globalt til under 70 per 100 000 fødsler innen 2030, lå tallet fortsatt på 197 i 2023 (2), og tall fra UNFPA viste heller ingen reell bedring mellom 2016 og 2020 (3). I 2022 døde anslagsvis

350 000 kvinner av livmorhalskreft (2), en sykdom som i stor grad kan forebygges med screening og vaksine. I tillegg utgjør kvinnelig kjønnslemlestelse fortsatt et systematisk brudd på menneskerettighetene. I Somalia var prevalensen hele 98 % i 2020 (4). Sommerferien er trolig høysesong for slike inngrep, ettersom fraværet fra skolen gir rom for både gjennomføring og rekonvalesens (3).

Dette er bare noen eksempler som viser hvor langt vi ennå har igjen når det gjelder global kvinnehelse.

I et slikt perspektiv blekner debatter som overmedikalisering av fødselsomsorgen i et land som vårt, med mødredødelighet på 1 per 100 000 fødsler i 2023 (2). Likevel må vi kunne holde flere tanker i hodet samtidig. For er det ikke nettopp ved å stille spørsmål og strebe etter forbedring at vi blir gode? Utlært blir vi uansett ikke.

Jeg ønsker dere alle god sommer, overkommelige vakter og interessant lesning!

Sofie Rønningsbakk Angelrveit
Redaktør

Kilder:

1. Statistisk Sentralbyrå
2. Verdens helseorganisasjon (World Health Organization, WHO)
3. FNs befolkningsfond (United Nations Population Fund, UNFPA)
4. FNs barnefond (UNICEF)

Utrogestan®

(mikronisert progesteron)

– til forebygging av gjentatte spontanaborter*

NY INDIKASJON
OG STYRKE

400 mg x 2
dagligt i behandlingsperioden



Referanse: Utrogestan SPC 400 mg, 01.11.2023.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon

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

Advarsler og forsiktighetsregler:

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

Utrogestan (progesteron) vaginalkapsler 400 mg

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

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



Leder

Kjære alle sammen

Sommeren nærmer seg, og mange avdelinger går nå inn i sommerturnus. Selv om den elektive driften reduseres, er juli ofte blant de mest hektiske månedene på føde-avdelingene. For at alle skal få den ferien de har krav på – og fortjener – må mange ekstra vakter fylles. Det er forståelig at flere gruer seg litt. Samtidigetskonflikter og mangel på erfarent personell kan gjøre det krevende, særlig når man har LIS-leger som fortjener en trygg og god start i faget.

Jeg er blant dem som vet at jeg må jobbe mye ekstra i sommer. Det går fint – så lenge det kan skje forsvarlig og pasientsikkert. Det er ikke alltid lett å få ledelsen til å forstå dette. For dem er "et hode et hode". Vi som står i vakt, vet at det ikke stemmer. Erfaring, kunnskap og ferdigheter betyr noe. Det må vi tørre å si høyt.

Et annet tema som har fylt både hode og kalender i det siste, er uassisterte hjemmefødsler. Tall fra FHI viser en markant økning – fra rundt 4–5 tilfeller i året tidligere, til hele 21 i 2024. Vi vet at det har forekommet dødsfall av barn, og debatten preges av harde fronter og sterke meninger.

Som leder i NGF og som fødselslege har jeg forsøkt å holde en åpen dialog med de ulike miljøene, selv om det ofte er krevende å følge både retorikk og logikk. Jeg mener fortsatt det er viktig å prøve. Vi må forstå hvorfor kvinner i et av verdens tryggeste fødeland velger å føde hjemme – helt uten helsepersonell.

I mars deltok vi på et seminar om respektfull fødselsomsorg og samtykke, der mange aktører var samlet. Det

var faktisk bred enighet om én ting: lavterskeltilbud må ikke legges ned – de må styrkes. Det handler både om økonomi og om å ha nok jordmødre som faktisk vil stå i disse stillingene.

Jeg har verken penger å dele ut eller en rask løsning. Men NGF kommer til å stå fast ved at vi har verdens beste fødselsomsorg. Det er ikke tilfeldig – det er resultatet av langvarig og grundig arbeid fra fagfolk over hele landet. Jeg vil takke alle dere som har tatt ordet i denne saken, enten i media eller på andre arenaer. Jeg vet det kan koste. Jeg har selv blitt skjelt ut både på telefon og i sosiale medier. Det går innpå en – selv om man vet at det ikke handler om en selv.

Likevel tror jeg vi må fortsette å lete etter rom for dialog. Vi blir neppe enige om alt, men vi må klare å møtes på noe. Det som skremmer meg mest, er tanken på at vi også kan miste en mor. Og selv om noen i "fri fødsel"-miljøet sier at tall og statistikk ikke betyr noe for dem, så betyr hvert enkelt menneske veldig mye for oss som jobber med dette hver dag.

Takk til alle dere som holder ut, som står i vaktene, som tar kampene. Jeg er stolt av å være en del av dere.

Det har blitt mye om ett tema nå, men det skjer heldigvis også mye annet i vårt varierte fagfelt. Mer om det får dere høre på årsmøtet i vakre Ålesund i oktober 2025. Jeg gleder meg til å se dere der.

Solveig Bjellmo

Leder i Norsk gynekologisk forening

Nytt fra styret

Styret har hatt to møter siden forrige oppdatering – et digitalt møte i mars, og et fysisk møte i Bodø i mai. Morten, vår eminente sekretær og FUGO-representant, er for tiden på kirurgen i Bodø, så møtet ble lagt dit. Byen leverte sol og blå himmel ved ankomst, før værsiftet ga oss både vertikalt regn og solid vind – som seg hør og bør.

Selv om vi forsøker å holde en del digitale møter, ser vi hvor verdifulle de fysiske samlingene er. De gir rom for å bli bedre kjent, og mange av de viktige diskusjonene skjer også utenom oppsatt møtetid. Med et styre som strekker seg fra sør til nord, får vi samtidig innsikt i praksis og utfordringer på tvers av landet.

Til høsten går tre personer ut av styret, og vi er spent på hvem valgkomiteen foreslår som nye medlemmer.

Vi har hatt mange saker på bordet. Sammen med Norsk forening for allmennmedisin har vi startet et samarbeid om oppgaveglidning og kloke valg. I etterkant av den såkalte «Frosta-saken»

har vi også sendt et felles brev til Helsedirektoratet, der vi ber om tydelig informasjon om hva en gynekologisk undersøkelse faktisk skal inneholde. Dette etter bekymringsmeldinger fra sakkyndige om at mange kvinner har hatt et feil bilde av hva som er normalt.

Vi har vurdert høringer, svart på mediehenvelser og fulgt opp spørsmål fra medlemmer. Jeg har også blitt valgt inn i fagstyret i Legeforeningen, og det er motiverende å få representere en faggruppe som blant annet har vært tidlig ute med nasjonale veiledere.

Årsmøtet i Ålesund nærmer seg, og der skal vi igjen dele ut hederspris til en som har gjort noe ekstra for faget og foreningen. Har du et forslag, send det gjerne på e-post til leiar.ngf@gmail.com – med en kort begrunnelse. Vi vet det finnes mange gode kandidater der ute.

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 pudde i fjellsiden ned!



Ragnar Kvie Sande
Nestleder NGF

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



Agethe Lund
Vitenskapelig sekretær

Agnethe er overlege ved Kvinneklivikken, Haukeland Universitetssjukehus, ble spesialist i 2011 og disputerte i 2019 med en avhandling om fustersirkulasjon 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 blar i en vakker kokebok.



Kristine Amundsen
Kasserer NGF

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



Birgitte Sanda
Styremedlem, PSL/Avtalenspesialist

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



Morten Kvello
FUGO-representant NGF

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

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

Til avdelingsledere ved gynekologiske avdelinger i Norge

Vedrørende deltakelse på NGFs årsmøte 2025 – med særlig fokus på LIS

Kjære kolleger,

Styret i Norsk gynekologisk forening (NGF) og Forening for utdanningskandidater i gynekologi og obstetikk (FUGO) ønsker med dette å informere om årets NGF-årsmøte, som arrangeres i Ålesund 23.–24. oktober 2025.

Vi oppfordrer alle avdelinger til å legge til rette for bred deltakelse – og håper dere i år vil ha et særlig fokus på LIS. Årsmøtet er en viktig arena for faglig påfyll, inspirasjon og sosialt fellesskap, og gir LIS en unik mulighet til å bli kjent med kolleger fra hele landet. Vi tror dette både styrker tilhørighet og motivasjon, og bidrar positivt til rekruttering i en tid med økende bemanningsutfordringer.

Vi minner også om at det er mulig å overføre plasser til andre deltakere ved forfall. Dette gjør det enklere å sikre early-bird-pris – også for avdelinger som ennå ikke vet hvem som kan reise.

Flere avdelinger planlegger redusert elektiv aktivitet i forbindelse med årsmøtet, noe som gir rom for at flere kan delta. Vi håper derfor avdelingene vil gi LIS mulighet til å reise, og bidra med økonomisk støtte til deltakelse.

Som tidligere, arrangerer FUGO forkurs onsdagen før årsmøtet (22. oktober). Deltakere på forkurset får dekket reise tur/retur og én hotellnatt via Legeforeningens Utdanningsfond. Årets tema er kirurgisk teknikk innen både obstetikk og gynekologi – et område vi vet mange LIS ønsker mer kunnskap og trygghet på. En gylden mulighet for både faglig påfyll og videre deltakelse på årsmøtet etter kurs.

I tillegg videreføres stipendordningen “førstereis til årsmøtet”, hvor inntil 10 LIS som ikke tidligere har deltatt på årsmøtet kan få opptil kr 2 500 i støtte fra NGF.

Nytt av året er at vi ønsker å løfte frem vitenskapelige bidrag fra LIS. Det åpnes derfor for egne sesjoner med korte presentasjoner av kasuistikker, kvalitetsforbedringsprosjekter eller forskning – og det vil deles ut en egen LIS-pris for beste presentasjon.

Styrene i NGF og FUGO vil jobbe for at så mange som mulig – både LIS og overleger – deltar på årsmøtet, og takker for at dere som innvilger permisjon og reisebidrag, bidrar til at årsmøtet i Ålesund blir en suksess.

Med vennlig hilsen,
Solveig Bjellmo, leder NGF
Are Larsen, leder FUGO
på vegne av styrene i NGF og FUGO

Har du pasienter som sliter med å få barn?



Hos oss får ufrivillig barnløse tverrfaglig oppfølging av erfarne gynekologer med spisskompetanse på fertilitet, androlog, embryologer og fertilitetssykepleiere, i tillegg til en rekke andre spesialister ved Norges største privatsykehus.

Fertilitetsutredning

IVF, ICSI og IUI

Eggfrys

Eggdonasjon

PESA, TESE, TESA, Mikro-TESE

Vi har:

- Spesialistkompetanse på implantasjonsfeil og gjentatte aborter
- Gynekologer med spisskompetanse på endometriose
- Norges mest moderne fertilitetslab med avansert KI-teknologi
- Ingen ventetid – start allerede neste syklus
- Tilbud om kostnadsfri time hos samtaleterapeut





normedi
A Hologic Company

NovaSure® V5
Endometrial Ablation



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



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



Norsk gynekologisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING



LOK ønsker hjertelig velkommen til årsmøtet 2025 i Ålesund!

Kjære kolleger! Styret i Norsk Gynekologisk Forening og den lokale komité ved Kvinneklinikken, Ålesund Sjukehus, har i år gleden av å ønske dere velkommen til NGFs årsmøte 2025 i vakre Ålesund.

Scandic Parken Hotel, lokalisert midt i sentrum, er arena for årsmøtet. Get together blir på Fabrikken Kulturscene, med underholdning av Signe Stunden. LOK arrangerer en mini-byvandring på vei til Fabrikken Kulturscene (ca 1 km).

Den lokale komité arrangerer joggetur i to grupper torsdag morgen. Alle starter med 418 trappetrinn opp til Fjellstua. En gruppe tar en rolig runde på ca 3.7 km, og avslutter med et frivillig bad i Brosundet. Den andre gruppen tar en litt lengre joggerunde på byfjellet Aksla, ca 7.5 km. Utsikten er strålende og vi har bestilt fint vær!

Som tidligere år vil vi takke våre leverandører og utstillere for deres bidrag til gjennomføring av årsmøtet. Uten dere ville dette ikke vært mulig å gjennomføre. Vi oppfordrer derfor alle til å besøke utstillersområdet!

Styret i NGF og LOK ved Ålesund Sjukehus gleder seg til å ønske alle hjertelig velkommen til Ålesund!

Hilsen Lokal komité for Årsmøtet 2025

Line Robberstad, Sara Årvik, Åse Turid Rossevatn Svoren, Åse Sandvik, Tone Årmod Jareld og Kristine Eriksen Gullberg (ikke til stede på bildet)



Høydepunkter i det faglige programmet

- Åpningsforedrag: HPV - fra oppdagelse til forebygging og målrettet behandling.
Prof. Anne Hammer, Aarhus Universitet, Danmark
- Women refusing standard obstetric care: maternal-fetal or doctor-patient conflict?
Dr. Jeroen van Dillen, Radboud University, Nederland
Påfølgende paneldebatt: Tillitskrise i fødselshjelpen?
Hvordan møter vi kvinner som ikke stoler på vår kompetanse?
- Paneldiskusjon v/FUGO: Fremtiden i faget
– hvordan motivere og rekruttere unge kolleger?

Del din kunnskap med alle i NGF!

Vi inviterer alle til å presentere ny kunnskap under årsmøtet, som fritt foredrag (10 minutters presentasjon) eller som poster. I år vil vi også arrangere en sesjon med kasus - sykehistorier vi alle kan lære av, og oppfordrer særlig LIS til å sende inn spennende case.

For å sende inn abstrakt til årsmøtet, åpne påmeldingslenken via NGF nettsiden, og klikk «abstrakt» øverst på siden. Her vil du finne detaljert instruks og du kan laste opp dokumentet ditt.

Frist for innsending av abstrakt til årsmøtet er 15.august!

Foreløpig program for årsmøtet i Norsk gynekologisk forening

Ålesund 22. – 24. oktober 2025

Onsdag 22/10

Kurs:

08:30 - 16:30 **FUGO-kurs for LIS: Gynekologisk og obstetrisk kirurgi**
NB! Egen påmelding

Formøter:

15:00 - 17:00 **Lederforum**
17:30 - 19:00 **Urogynekologi**
17:30 - 19:00 **FUGO**
17:30 - 19:00 **Obstetrikk og fostermedisin**
17:30 - 19:00 **Norsk Forening for Gynekologisk Onkologi (NFGO)**
17:30 - 19:00 **Praktiserende spesialisters landsforening (PSL)**
17:30 - 19:00 **Endoskopiutvalget**
17:30 - 19:00 **Faggruppe global kvinnehelse**

19:45 **Get-together**
Sosialt program

Ansvarlig:

Lokal komité Ålesund
Mariann Eidet
FUGO styret
Johanne K. Iversen
Ingvild Vistad
Birgitte Sanda
Jenny Alvirovic
Andrea S. Miltenburg

Torsdag 23/10

07:00 **Frisk start på dagen**
09:00 - 09:30 **Offisiell åpning – velkommen!**
09:30 - 10:20 **Key-note lecture: HPV - fra oppdagelse til forebygging og målrettet behandling**
Prof. Anne Hammer, Aarhus Universitet, Danmark
Pause
10:20 - 10:40 **Frie foredrag obstetrikk**
10:40 - 11:40 **Pause**
11:40 - 12:00 **Frie foredrag gynekologi**
12:00 - 13:00 **Lunsj**
13:00 - 14:15 **Frie foredrag gynekologi og gyn.onkologi**
14:15 - 15:15 **Postere og pause**
15:15 - 15:45 **Women refusing standard obstetric care: maternal-fetal or doctor-patient conflict?**
Dr. Jeroen van Dillen, Radboud University, Nederland
15:45 - 16:15 **Paneldebatt: Tillitskrise i fødselshjelpen?**
Hvordan møter vi kvinner som ikke stoler på vår kompetanse?
16:15 - 17:00 **Pause**
17:00 - 17:30 **Generalforsamling**
17:30 - 18:30 **Årsmøtemiddag**
19:30

Fredag 24/10

09:00 - 10:00 **Gynekologisk kreft: inviterte foredrag**
NFGO
10:00 - 10:20 **Pause**
10:20 - 11:20 **Frie foredrag obstetrikk og fostermedisin**
11:20 - 11:40 **Pause**
11:40 - 12:30 **Paneldiskusjon: Fremtiden i faget - hvordan motivere og rekruttere unge kolleger?**
FUGO
12:30 - 13:45 **Lunsj**
13:45 - 15:00 **Kasuspresentasjoner gynekologi og obstetrikk – noe å lære av**
15:00 - 15:30 **Pause**
15:30 - 16:15 **Avslutning og prisutdeling**
16:45 **Hjemreise felles buss**



Påmelding til NGF årsmøte 2025 er åpen!

Early Bird pris ved påmelding før **1. september.**

Husk å bestille flybilletter i god tid!

Den usynlige kampen:

Hetetokter og nattesvette i overgangsalderen



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

Overgangsalderen er en naturlig fase av livet, men for mange kvinner kommer den med et sett utfordringer som kan påvirke deres daglige liv, karriere og generelle velvære. Blant de mest forstyrrende aspektene ved overgangsalderen er vasomotoriske symptomer (VMS) og den medfølgende dårlige søvnen som gjør det enda vanskeligere å takle.^{4,5} Vasomotoriske symptomer, ofte kjent som hetetokter og nattesvette, påvirker ikke bare kvinner fysisk, men de kan også påvirke deres produktivitet, mentale helse og evne til å trives på jobb og hjemme.⁴

Alvorlighetsgraden av hetetokter, eller VMS, er klassifisert som:⁶

- ▶ Alvorlig, som er en følelse av varme med svette, forårsaker opphør av aktivitet.
- ▶ Moderat, en følelse av varme med svette, i stand til å fortsette aktiviteten.
- ▶ Mild følelse av varme uten å svette.

VMS er det mest rapporterte overgangsalderssymptomet (80 %), og kvinner rapporterer VMS i en median varighet på 7,4 år, det vil si at halvparten av kvinnene opplever VMS lenger enn det.^{6,7} Videre opplever mange kvinner flere VMS-episoder i løpet av dagen, og opptil 40 % av kvinnene opplever moderat til alvorlig VMS.⁸

VEOZA™: En ikke-hormonell behandling

VEOZA er indisert for behandling av moderate til alvorlige vasomotoriske symptomer (VMS) assosiert med overgangsalder.^{1*} VEOZA er den første selektive neurokinin 3 (NK3) reseptorantagonisten i sin klasse som retter seg mot en spesifikk vei i hjernen som er ansvarlig for å regulere vasomotoriske funksjoner. Hypothalamus, spesielt nevronene som er involvert i kisspeptin/neurokinin B/dynorphin (KNDy)-systemet, spiller en kritisk rolle i å utløse VMS. Når østrogennivået synker i overgangsalderen, blir det termoregulerende senteret ubalansert fordi neurokinin B (NKB) fortsetter å stimulere KNDy-nevroner, uten den hemmende effekten av østrogen. Ved å blokkere neurokinin B (NKB) fra å binde seg til NK3-reseptoren, hjelper VEOZA med å gjenopprette balansen i KNDy-nevronal aktivitet i det termoregulerende senteret. Denne målrettede tilnærmingen muliggjør symptomlindring uten behov for hormonell intervensjon.⁹

Effekten av VEOZA ble evaluert i to identiske 12-ukers, randomiserte, placebokontrollerte, dobbeltblinde fase 3-studier (SKYLIGHT 1 og 2), etterfulgt av en 40-ukers ikke-placebokontrollert forlengelsesbehandlingsperiode. Studiene besto av postmenopausale kvinner med et minimumsgjennomsnitt på 7 moderate til alvorlige VMS per dag.¹⁻³

Co-primære endepunkter var **gjennomsnittlig endring fra baseline** i moderat til alvorlig **VMS-frekvens og alvorlighetsgrad**. Sekundære endepunktene var:^{2,3}

- ▶ **Gjennomsnittlig endring i totalskåren for Patient-Reported Outcomes Measurement Information System Sleep Disturbance Short Form 8b (PROMIS SD SF 8b)** fra baseline til uke 12.
- ▶ **Gjennomsnittlig endring i daglig frekvens og alvorlighetsgrad** av moderat og alvorlig VMS fra baseline til hver uke til uke 12.
- ▶ **Prosentvise reduksjoner på minst 50 % og 75 % i frekvensen** av moderat og alvorlig VMS fra baseline analysert hver uke til uke 12.

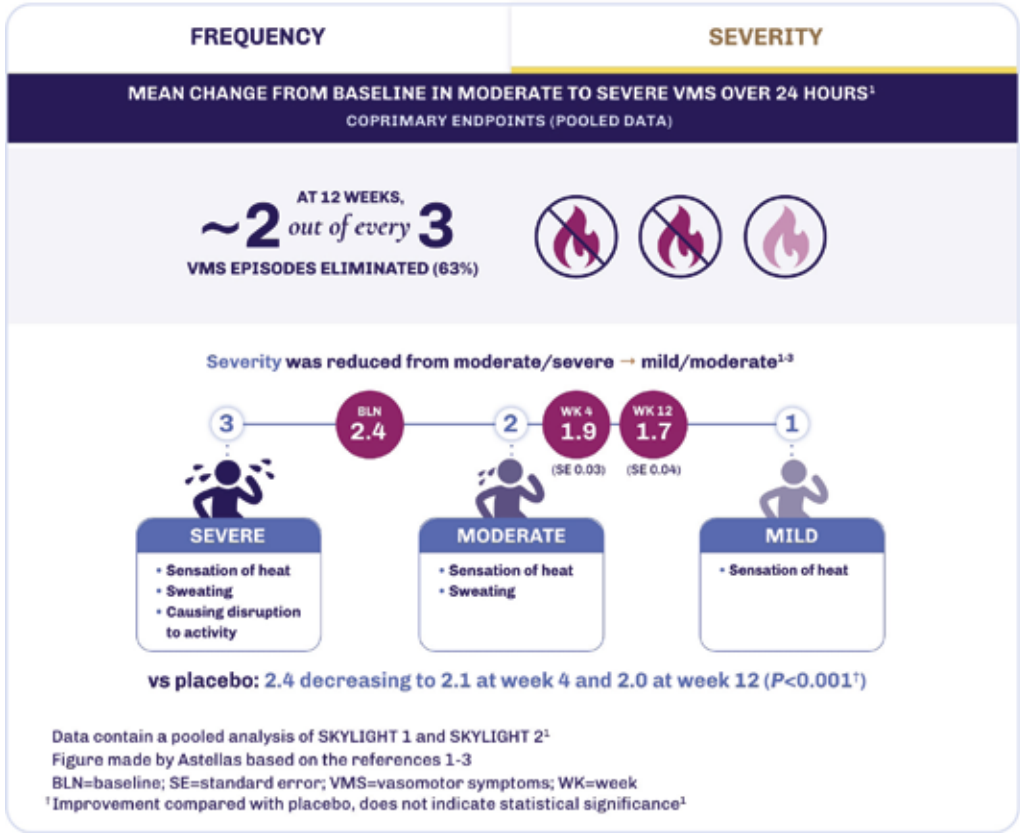
Studiene viste at VEOZA gir en klinisk meningsfull reduksjon i frekvensen av moderat til alvorlig VMS, samtidig som det reduserer alvorlighetsgraden av symptomer sammenlignet med placebo ved uke 4 og uke 12.^{** 1-3}

Klinisk relevant ble definert som ≥2 hetetokter i løpet av 24 timer.¹⁻³

Bivirkninger

De hyppigste bivirkningene med VEOZA 45 mg i de kliniske studiene var diaré (3,2 %) og insomni (3,0 %). Hyppigste bivirkningene som førte til seponering av VEOZA i fase 3-studiene var en økning i ALAT (0,3 %) og søvnløshet (0,2 %). Leverfunksjonstester: Skal utføres før behandlingsstart og månedlig i løpet av de tre første månedene med behandling, deretter basert på klinisk vurdering.¹⁰

Du kan lese mer om VEOZA på www.veoza.no



* se pkt. 5.1 i SmPC

** Det samlede resultatet viste en reduksjon i både frekvens og alvorlighetsgrad av VMS baseline til uke 4 og 12 sammenlignet med placebo (P<0,001). Reduksjonen i gjennomsnittlig daglig frekvens av hetetokter og nattesvette ved uke 12 var 63 % i VEOZA-gruppen (-6,94 (SE 0,25) fra baseline 11,10 (SD 6,45)) versus en reduksjon på 40 % i placebogruppen (-4,43 (SE 0,25) fra baseline 11,04 (SD 4,46)).¹ Reduksjonen i gjennomsnittlig alvorlighetsgrad per dag hos kvinner gjenværende VMS-episoder var -0,67 (SE 0,04) fra baseline (2,40; SD 0.35). For placebo var reduksjonen -0,42 (SE 0,04) fra baseline (2,42; SD 0.34).¹

Referenser

1. VEOZA SmPC § 4.1, & §5.1 03.2025. **2.** Lederman S, Ottery FD, Cano A, et al. Fezolinetant for treatment of moderate-to- severe vasomotor symptoms associated with menopause (SKYLIGHT1): a phase 3 randomised controlled study. Lancet 2023;401(10382):1091-102. **3.** Johnson KA, Martin N, Nappi RE, et al. Efficacy and Safety of Fezolinetant in Moderate to Severe Vasomotor Symptoms Associated With Menopause: A Phase 3 RCT. J Clin Endocrinol Metab. 2023;108(8):1981-1997. **4.** Williams RE, Levine KB, Kalilani L, et al. Menopause-specific questionnaire assessment in US population-based study shows negative impact on health-related quality of life. Maturitas. 2009;62(2):153-9. **5.** English M, Stoykova B, Slota C, et al. Qualitative study: burden of menopause-associated vasomotor symptoms (VMS) and validation of PROMIS Sleep Disturbance and Sleep-Related Impairment measures for assessment of VMS impact on sleep. J Patient Rep Outcomes. 2021;5(1):37. Erratum in: J Patient Rep Outcomes. 2021;5(1):42. **6.** Thurston RC. In: Crandall CJ, Bachman GA, Faubion SS, et al., eds. Menopause Practice: A Clinician's Guide. 6th ed. Pepper Pike, OH: The North American Menopause Society, 2019;43-55. **7.** Avis NE, Crawford SL, Greendale G, et al. Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. JAMA Intern Med. 2015;175(4):531-539. **8.** Nappi RE, Kroll R, Siddiqui E, et al. Global cross-sectional survey of women with vasomotor symptoms associated with menopause: prevalence and quality of life burden. Menopause. 2021;28(8):875-882. **9.** Depypere H, Lademacher C, Siddiqui E, et al. Fezolinetant in the treatment of vasomotor symptoms associated with menopause. Expert Opin Investig Drugs. 2021;30(7):681-694. **10.** VEOZA SmPC §4.4 & 4.8 03.2025.

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 østrogen (lokale vaginale preparater unntatt). Har ikke blitt studert hos kvinner over 65 år eller hos kvinner med en historie med anfall eller andre krampeforstyrrelser. Dyrestudier har vist reproduksjonstoksicitet.

***Bivirkninger:** Insomni, diaré, abdominalsmerter, økt ALAT, 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. 10.04.2025): 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: 21.03.2025.

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

Preparatomtalen kan bestilles kostnadsfritt fra den lokale representanten

PromoMats: MAT-NO-VEO-2025-00030, prep.date: 10.04.2025



Kjære FUGO-folk!



Are Adam Woyseth Larsen
FUGO-leder

Sommeren nærmer seg, og det er et godt tidspunkt å ta en prat med lederen din om muligheten for å delta på NGFs årsmøte, som i år arrangeres i Ålesund i oktober.

I forkant av årsmøtet, den 22. oktober, arrangerer FUGO tradisjonen tro et eget kurs for LIS. Denne gangen tar vi for oss gynekologisk og obstetrisk kirurgi, et svært relevant tema for både nye og mer erfarne LIS. Les mer om kurset på de neste sidene og meld dere på med en gang via QR-koden. Kursene våre pleier å være veldig populære og det er lurt å sikre seg en plass tidlig. Husk at det er mulig å få utgifter til reise og opphold dekket gjennom Utdanningsfond 3.

Vi har også, i samarbeid med NGF, gleden av å kunne dele ut et stipend til 10 LIS-leger som skal delta på årsmøtet for første gang. Dette stipendet er på hele 2500 kroner og er med på å dekke kostnadene knyttet til resten av årsmøtet.

Jeg vil også på det sterkeste oppfordre alle til å svare på spørreskjemaet til Utdanningsprisen 2025 som sendes ut før sommeren.

Prisen deles hvert år ut til den sykehusavdelingen som har utmerket seg på utdanningen av LIS i fødselshjelp og kvinnesykdommer det foregående året. Ikke bare hjelper spørreskjemaet oss med å kåre en heldig vinner, vi får også uvurderlig innsikt i hvordan vi LIS faktisk opplever utdanningen vår. Les mer på de neste sidene og svar med en gang ved å følge QR-koden. Tusen takk for hjelpen!

I tillegg til spørsmål knyttet til utdanningen, vil spørreskjemaet i år inneholde noen ekstra spørsmål om hva dere tenker om fremtiden deres i faget. Svarene vil være viktige bidrag til en paneldebatt om LIS-utdanning som FUGO skal arrangere på årsmøtet. Det er første gang vi får muligheten til å arrangere en paneldebatt og vi har fått med oss flere viktige stemmer. Enda en god grunn til å delta på årsmøtet i år!

Til slutt vil jeg nevne at flere av FUGO-styrets nåværende medlemmer trer ut av styret etter dette året. Valgkomitéen er i gang med å finne kandidater for neste periode og valg av nye styre-medlemmer skjer på FUGOs generalforsamling under årsmøtet i oktober. Har du lyst til å bli med å påvirke utdanningen vår, møte LIS fra andre deler av landet, alltid ha en god unnskyldning til å delta på årsmøtet og rett og slett ha det veldig gøy, så håper jeg du tar kontakt med valgkomitéens leder, Øystein Bergøy, på e-post oystein.bergoy@gmail.com.

Vi ønsker dere alle en riktig god sommer og håper å se så mange som mulig av dere i Ålesund!

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 2022-d.d.

Utdanningsprisen 2025



Mina Eskeland
Ansvarlig for Utdanningsprisen

FUGO har igjen gleden av å dele ut den høythengende Utdanningsprisen på NGFs årsmøte i Ålesund i oktober. Prisen skal gå til den avdelingen som har vært best på utdanning av LIS i fødselshjelp og kvinnesykdommer i 2024-2025. For å kunne kåre en vinner er vi helt avhengige av din hjelp med å svare på spørreskjemaet vårt. Det blir sendt ut til alle LIS på mail før sommeren (husk å registrere deg som LIS i gyn/obs på din side på [Legeforeningen.no](https://legeforeningen.no)), men du kan også komme rett til skjemaet ved å skanne QR-koden her. Det tar maks et par minutter og det gir svært verdifull innsikt i hvordan vi LIS opplever utdanningen vår.

Tusen takk for at du bidrar!

Svarfrist 1. august.



UTDANNINGSPRISEN

FUGO-kurs 2025: Gynekologisk og obstetrisk kirurgi



Nilofar Alizadeh
Kursarrangør i FUGO

Kjære LIS!

Den 22. oktober 2025 holdes årets FUGO-kurs i Ålesund. Temaet i år er gynekologisk og obstetrisk kirurgi, noe som er aktuelt for både nye og mer erfarne LIS. Vi er så heldige å ha fått med oss noen av Norges fremste innen de aktuelle temaene.

Temaene vi skal gjennomgå er sectio, hysteroskopi, descensoperasjoner, basal laparoskopi og adnexkirurgi, samt laparotomi. Vi skal få en strukturert gjennomgang bestående av både teori, film om de aktuelle operasjonene og siste nytt innen forskning.

Kurset holdes i forbindelse med årsmøtet til NGF i Ålesund. Deltakere kan få dekket utgifter til transport og opphold gjennom Utdanningsfond III.

Legger ved en QR-kode som tar deg direkte til påmelding til kurs!

Velkommen til kurs!



FUGO KURS

Leder fra Spesialitetskomiteén

Kurs og individuell utdanningsplan



Nora Johansen

Leder av Spesialitetskomiteén

For å bli godkjent spesialist må man søke til Helsedirektoratet, og før det igjen må man kunne dokumentere at man har oppnådd alle læringsmål. I kompetanseportalen kan LISene se hva som kreves for å få et læringsmål godkjent, og i noen tilfeller innebærer det å delta på kurs. Oversikten over anbefalte læringsaktiviteter ligger på Helsedirektoratet sin nettside, og aller først kommer lista over de 12 anbefalte kursene. Kursene varer fra en til fem dager. I løpet av de siste årene har vi fått flere henvendelser om at kursinnhold overlapper og at enkelte tema vies for mye tid. Mange LIS har også spurt om hvilke kurs de bør ta når i utdanningsløpet. I noen av spesialitetene vi synes det er relevant å sammenligne oss med har de enten nummerert kursene etter anbefalt rekkefølge, eller angitt i en tabell når det er mest hensiktsmessig å ta de. I vårt fag kommer vel å merke Introduksjonskurset først på lista, men resten av kursene er i mer eller mindre tilfeldig orden. Så har vi lista over øvrige relevante kurs med en liten fotnote hvor det presiseres at disse kursene ikke er nasjonalt anbefalte kurs, men nyttige kurs som kan bidra til å oppnå læringsmål. Ingen av de andre spesialitetene har en tilleggsliste med øvrige anbefalte kurs.

Vi i spesialitetskomiteén ønsker å gå gjennom innholdet i alle de nasjonalt anbefalte kursene, både for å se etter uhensiktsmessig overlapp og for å få en oversikt over om hvert tema vies for få eller for mange kurstimer. Vi vil også gjerne komme med et forslag til anbefalt rekkefølge. Det vil gjøre det enklere for LIS og veileder å lage og å oppdatere den individuelle utdanningsplanen. Når det gjelder lista over øvrig relevante kurs bør denne enten oppdateres av Helsedirektoratet, eller erstattes med en lenke til kurskatalogen. Faget er i utvikling, og det kommer stadig nye og relevante kurs som ikke står på lista.

Tilbake til individuell utdanningsplan. Spesialistforskriften (selve Loven) gir alle LIS rett til en slik plan og det er utdanningsvirksomhetens ansvar. Utdanningsplanen er en plan for gjennomføringen av utdanningen for den enkelte LIS, og skal inneholde informasjon om hvor og når LISen skal gjennomføre de ulike aktivitetene for å kunne oppnå læringsmålene. Vi er overrasket over at det er så få LIS som har individuell utdanningsplan og at det faktisk er mange som ikke engang vet hva det er. Her er det med andre ord et forbedringspotensiale, og kanskje er det lurt å starte med kursing at veiledere. Når en LIS først har fått en individuell utdanningsplan, er det LISens ansvar å følge den opp. En fin regel er at LIS og veileder går gjennom planen hvert halvår.

Vi gleder oss til årsmøtet og nye besøk, og i 2026 er målet å besøke alle utdanningsinstitusjonene i Helse Vest.



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

Keisersnitt i Georgia og Norge – hva bidrar til for mange, for få, eller akkurat passe?

Min doktorgrad om hvordan maternelle faktorer påvirker andelen keisersnitt i Georgia og Norge og om det er mulig å redusere forekomsten av keisersnitt ved å økonomisk straffe sykehus.



Ingvild Hersoug Nedberg

Jordmor og førsteamanuensis ved UiT Norges arktiske universitet, ingvild.h.nedberg@uit.no

Hvorfor Georgia?

I 2022 forsvarte jeg min doktorgrad i helsevitenskap ved UiT Norges arktiske universitet med tittelen Cesarean sections in Georgia and Norway - What contributes to too much, too little, or just right? The role of maternal risk factors and efforts to reduce high cesarean section rates.

Det var et resultat av fire års arbeid og til sammen 17 turer til hovedstaden Tbilisi, med utgangspunkt i det nyetablerte fødselsregisteret i Georgia (GBR) hvor UiT bidro sterkt med konsulentvirksomhet både i etablering og oppstartsfasen. Registeret ble lansert i 2016 og skal dekke alle institusjonsfødsler (99.8% av alle fødsler) i republikken Georgia i Kaukasus, et land med en befolkning på 3.7 millioner og i underkant av 50 000 fødsler per år (1). Å etablere et nasjonalt, digitalt fødselsregister basert på det norske og som kan fungere som en kilde til forskning var en viktig prioritering for landets daværende helseminister, Amiran Gamkrelidze, som tok initiativ til registeret, som ble til i samarbeid med UNICEF (1).

Å gå i gang med data fra et nyetablert register som helt fersk doktorgradsstipendiat er ikke nødvendigvis en god idé. Registre, som mange andre ting, lider av barnesykdommer, som manglende data, tidvis dårlige data, misforståtte data og data vi ikke helt skjønnte hvorfor hadde blitt inkludert i det store og det hele. Det er viktig å huske på at det norske fødselsregisteret har hatt snart 60 år på å forbedre egen datakvalitet, det er derfor helt som forventet at ting tar tid. Som for mange andre stipendiater var det derfor et tøft møte med virkeligheten når de planlagte artiklene slett ikke lot seg gjennomføre, og opptil flere alternativer måtte lages. På den andre siden har jeg opparbeidet meg mye kunnskap om hva man burde, og ikke burde gjøre, i opprettelsen av et register fra null.

Det mest iøynefallende med de dataene som først kom ut av registeret var den høye andelen keisersnitt med 44,6% i 2017, noe som plasserte Georgia i verdenstoppen. Jeg landet derfor raskt på at keisersnitt som tematikk for doktorgraden var et naturlig valg. Andelen keisersnitt i landet hadde også økt kraftig fra 16% i 2004 til nevnte 44,6% i 2017, altså en økning på 180% på 13 år.

Mors risikofaktorer og keisersnitt

I den første artikkelen så jeg og mine veiledere på assosiasjoner mellom maternelle faktorer og keisersnitt blant førstegangs-fødende med en enkeltfødsel i hodeleie til termin, som i 2017 hadde en keisersnittandel på 37,1% (2). Vi fant, i tråd med globale funn, at det var kvinner med helt vanlige risikofaktorer som overvekt og fedme, høy alder og som fødte barn med makrosomi (>4000 g) som predikerte for at fødselen endte med keisersnitt. Forekomsten av disse faktorene i Georgia er lik eller lavere enn i land med betydelig lavere andel keisersnitt, som Norge. Dette antyder naturlig nok at mors risikofaktorer alene ikke forklarer Georgias høye forekomst av keisersnitt (2).

Klassifisering av keisersnitt i det georgiske fødselsregisteret

Et viktig bifunn i det georgiske fødselsregisteret er den mulige feilkategoriseringen av type keisersnitt, noe som gjør at for eksempel inndeling i Robsongrupper ikke lar seg gjøre per dags dato. I 2017 ble 31,4 % av alle fødsler klassifisert som akutt keisersnitt og 13,3 % som planlagt keisersnitt. Den høye andelen akutte keisersnitt er uforholdsmessig stor sammenlignet med land med lignende forekomst av keisersnitt, som Italia og Kypros (3). I disse landene kan keisersnitt utføres uten medisinsk indikasjon og registreres som sådan. I motsetning, anbefaler ikke georgiske nasjonale retningslinjer keisersnitt på mors ønske, noe som kan føre til bevisst feilkategorisering av planlagte keisersnitt som akutte for å omgå retningslinjene. Feilkategoriseringen kan være et resultat av flere årsaker, for eksempel økonomiske insentiver, etter som keisersnitt fører til høyere refusjoner for hvert enkelt sykehus, men også at flere sykehus har lønnsinsentiver for gynekologer avhengig av antall inngrep. Denne spekuleringen står på min regning etter å ha snakket flere gynekologer og helsebyråkrater. Kvalitative studier fra andre land har rapportert lignende praksis, der klinikere bevisst feilkategoriserer type keisersnitt for å eksempelvis

imøtekomme kvinners forespørsler eller maksimere økonomiske gevinster (4, 5). Denne mulige feilkategoriseringen utgjør en betydelig hindring for å forstå driverne bak Georgias høye andel keisersnitt og å kunne iverksette målrettede tiltak for å adressere den. Det undergraver også troverdigheten til registeret og forhindrer bruken av Robsons 10-gruppers klassifiseringssystem, en global standard for å analysere forekomsten av keisersnitt.

Keisersnitt som en indikator for intervensjoner i Norge

I den neste artikkelen vendte jeg blikket mot Norge og data fra det norske fødselsregisteret, for å se på et land med en stabil og lav andel keisersnitt. Forekomsten av åtte maternelle faktorer assosiert med keisersnitt ble vurdert over tid, fra 1999 til 2016, og deres bidrag til endringen i forekomsten av keisersnitt ble kalkulert. De aktuelle faktorene var førstegangs-fødende, mors alder ≥ 35 år, pre-eksisterende diabetes, svangerskapsdiabetes, hypertensive tilstander, tidligere keisersnitt, svangerskap som følge av assistert befruktning og flerlingfødsel. Resultatene viste at i Norge bidro økende forekomst av mors risikofaktorer til to tredjedeler av de ekstra keisersnittene som ble utført i 2016 sammenlignet med 1999 (6).

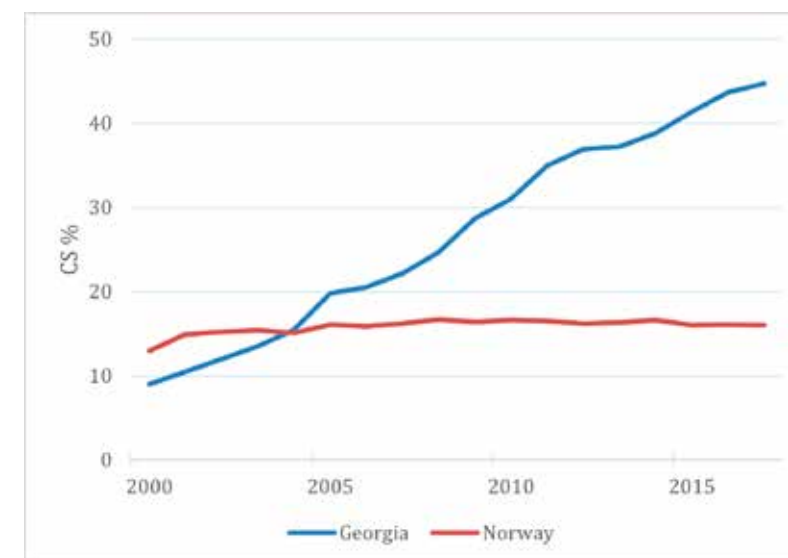
I motsetning til Georgia, har andelen keisersnitt i Norge kun variert fra 15% i 2004 til 16% frem til 2016, til tross for en økning i mors risikofaktorer og et mer komplekst sykdomsbilde blant gravide. At det er mer komplekst sees ved at det ikke bare var en økning i andelen kvinner med risikofaktorer generelt, men også en økning i andel kvinner med mer enn én risikofaktor.

Denne stabiliteten beror blant annet på betydningen av økonomiske og organisatoriske aspekter, og kulturelle, ved det norske helsevesenet, for eksempel at Norge, som et av få land i verden, ikke tillater at private aktører kan utføre keisersnitt, eller at det er en grunnleggende konsensus blant jordmødre og gynekologer at vi etterstreber vaginale fødsler og at keisersnitt kun skal utføres med en klar indikasjon.

Selv om andelen keisersnitt i Norge har holdt seg stabil over lang tid, er det velkjent at det har vært en kraftig økning i andre intervensjoner. For eksempel økte andelen induksjoner fra 10,5 % i 2000 til 27,1 % i 2020, mens bruken av epiduralanestesi steg fra 24,5 % til 42,3 % i samme periode (7). Også andelen av oxytocinstimulering under fødsel og vakuumekekstraksjon økte. Denne utviklingen kan antyde at Norge har klart å opprettholde en lav andel keisersnitt ved også å ty til andre intervensjoner for å håndtere komplikasjoner eller imøtekomme kvinners preferanser, dette bør vi også holde et øye med.



Figur 1: Sammenligning av nøkkelstatistikk mellom Georgia og Norge.



Figur 2: Nasjonal andel keisersnitt over tid i Georgia og Norge, 2000 til 2017.

Økonomiske intervensjoners rolle i å redusere høye andeler keisersnitt

I den siste artikkelen vendte jeg tilbake til Georgia, hvor helsemyndighetene i 2018 innførte økonomiske restriksjoner mot sykehus med høy andel keisersnitt, det vil si alle over 35%. Hvert enkelt sykehus ble satt under lupen, hvor målet var at de skulle oppnå en forventet prosentvis nedgang i andel keisersnitt fra år til år, avhengig av utgangspunktet (8). Det er verdt å merke seg at alle georgiske sykehus i utgangspunktet er private, men hvor en universell helseforsikring sikrer alle kvinner gratis tilgang til svangerskaps- og fødselsomsorg. Staten refunderer deretter direkte til sykehusene etter utskrivelse, hvor keisersnitt refunderes med en høyere sum enn en vaginal fødsel.

Den økonomiske restriksjonspolitikken reduserte den nasjonale andelen keisersnitt fra 44,6 % i 2017 til 40,8 % i 2019, og påvirket hovedsakelig førstegangsfødende. Viktig nok ble det ikke observert forskjeller i de perinatale utfallene vi hadde gode nok data til å inkludere, som overføringer til nyfødtintensivavdeling (NICU) eller perinatal dødelighet (PM), før og etter innføringen av dette tiltaket. Imidlertid møtte tiltaket utfordringer, inkludert stor motstand fra sykehuseierne, og det ble opphevet i 2021 etter søksmål fra flere sykehuskjeder. Den nasjonale andelen keisersnitt returnerte deretter til nivåene før tiltaket (8), noe som understreker behovet for bærekraftige, flerfasetterte tilnærminger for å redusere andelen keisersnitt. Som med det meste annet her i livet, det er ingen *quick fix*.

Å kun satse på økonomiske disinsentiver for å få ned høye andeler keisersnitt kan føre til en reduksjon, som vist i Georgia, men det kan også bidra til flere utilsiktede konsekvenser. Eksempler kan være at klinikere blir tvunget til å håndtere kompliserte vaginale fødsler uten tilstrekkelig trening eller ressurser tilgjengelig, eller at sykehus vil gå ut over faglig forsvarlighet for å nå oppsatte mål. Disse konsekvensene er spesielt aktuelle i settinger der ingen andre intervensjoner er på plass for å støtte klinikere eller informere kvinner om fordelene ved vaginal fødsel. Ockenden-rapporten fra England i 2022 har ført til stor diskusjon om fastsatte mål for spesifikke keisersnittrater, og tilhørende økonomiske konsekvenser for sykehusene kan ha medvirket til unødvendige dødsfall og morbiditet, selv om dette er omdiskutert (9, 10). Et annet nylig eksempel er at Tyrkia i april 2025 innførte forbud mot elektive keisersnitt uten medisinsk indikasjon ved private sykehus i hele landet. Dette er et land med 61% keisersnitt, den høyeste andelen blant alle land i OECD. Begrunnelsen fra president Recep Tayyip Erdoğan er at keisersnitt gjør at kvinner må vente lenger mellom hvert svangerskap, og Erdoğan har lansert en egen strategi for å øke andelen barn per kvinne i landet. Forbud mot elektive keisersnitt uten medisinsk indikasjon er derfor ett av tiltakene på denne listen. Innføringen har møtt massiv motstand fra kvinnegrupper, men det er foreløpig ingen tegn til at Erdoğan vil bøye av (11). Hvordan er slikt nasjonalt forbud vil påvirke mor-barn helse i Tyrkia vil tiden vise.

Helsesystemet og keisersnitt i Georgia

Georgia har gjort betydelige fremskritt innen mødre- og perinatal helse de siste tiårene. For eksempel har mødredødeligheten sunket fra 41,5 per 100 000 levendefødte i 1990 til 26,7 i 2014-2017 (12),

og perinatal dødelighet har sunket fra 17,4 per 1000 levendefødte i 2010 til 11,7 i 2018 (13). Innføringen av universell helseforsikring i 2013 og etableringen av fødselsregisteret har ytterligere styrket mor-barn helse i landet. Til tross for disse prestasjonene gjenstår mange utfordringer. Georgias høye andel keisersnitt er et symptom på bredere systemiske problemer, inkludert hvordan privatisering av helsetjenester fører til et overforbruk av intervensjoner uten medisinsk indikasjon, noe som ses i Georgia både i svangerskap- og fødselsomsorgen. Jordmødre som yrkesgruppe er også i ferd med å forsvinne og jobber med svært begrenset autonomi, hvor de blant annet ikke kan jobbe i svangerskapsomsorgen. Å styrke jordmødres rolle som primære omsorgsgivere for lavrisikokvinner kan også bidra til å redusere antall keisersnitt, ettersom jordmorledet omsorg har i flere studier blitt funnet til å være assosiert med lavere intervensjonsrater (14, 15).

Hvordan snu et tog som har forlatt stasjonen?

Jeg er svært ydmyk med tanke på å skulle fortelle Georgia hva de skal gjøre for å redusere sin høye andel keisersnitt. De vet hvor skoen trykker, de kan sin egen kontekst og hvilke rammer de har til rådighet. Det finnes mange veldig kompetente klinikere og forskere i Georgia som har et sterkt ønske om å redusere andelen keisersnitt, og å prøve ut forskjellige virkemidler vil være en del av prosessen. Basert på den forskningen som fins der ute er det nødvendig med en svært lang horisont, dette er ikke noe helsepolitikere kan garantere at de kan levere på i en vanlig valgperiode. Det andre er at problemstillingen må adresseres fra mange vinkler, og hvor involvering av alle nøkkelinteressenter sannsynligvis har stor betydning for å oppnå en bærekraftig og varig endring over tid. Eksempler kan være å involvere brukergrupper, gjøre arbeidsforhold mer akseptable for helsepersonell i turnus, se på refusjonsordninger for keisersnitt, styrke jordmoryrket som et alternativ for friske gravide, fremme evidensbasert praksis som adekvat smertelindring i forskjellige faser av fødselen, rett til tilstedeværende partner og prøve ut modeller for kontinuitet i svangerskap, fødsel- og barselomsorgen. Både Brasil og Kina, land med svært høye andeler keisersnitt, har i flere områder iverksatt slike multifasetterte tiltak og oppnådd en viss reduksjon i inngrepet (16, 17). Om det er bærekraftig over tid vil bli interessant å følge med på.

Vår hang til negative utfall

I mange deler av verden, inkludert Georgia og Norge, er ikke lenger spørsmålet om overlevelse under graviditet og fødsel det viktigste, på grunn av lave dødelighetsrater. I stedet har hovedprioritetene flyttet seg til å redusere annen sykdomsbelastning. Som et resultat har fødselsregistre en tendens til å fokusere på risikofaktorer knyttet til negative utfall, men det kan argumenteres for at variabler knyttet til positive utfall (f.eks. andelen kvinner med hud-mot-hud-kontakt den første timen etter fødsel, andelen kvinner med spontan vannavgang) i stor grad er underutnyttet. Inkludering og bruk av slike variabler ville gitt et bredere perspektiv, inkludert hvordan fremme fysiologiske prosesser, unngåelse av unødvendige inngrep og forbedring av kvinners opplevelser. Et viktig argument for denne tilnærmingen er at fokuset på risikofaktorer og negative utfall overser at det ikke nødvendigvis er en automatisk sammenheng mellom et negativt fødselsutfall og en kvinnes fødselsopplevelse. I stedet er det viktig å få en

bedre forståelse av hvordan kvinners opplevelse henger sammen med positive utfall i svangerskap og fødsel (18). Det svenske graviditetsregisteret kartlegger kvinners opplevelse av kvalitet i svangerskap, fødsels- og barselomsorgen (19), noe som burde være til inspirasjon for både det georgiske og det norske fødsels-

Referanser

- Anda EE, Nedberg IH, Rylander C, Gamkrelidze A, Turdziladze A, Skjeldestad FE, et al. Implementing a birth registry in a developing country - experiences from Georgia. Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke. 2017;138(2).
- Nedberg IH, Rylander C, Skjeldestad FE, Blix E, Ugulava T, Anda EE. Factors Associated with Cesarean Section among Primiparous Women in Georgia: A Registry-based Study. J Epidemiol Glob Health. 2020;10(4):337-43.
- Euro-Peristat Project. European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015.; 2018.
- Tadevosyan M, Ghazaryan A, Harutyunyan A, Petrosyan V, Atherly A, Hekimian K. Factors contributing to rapidly increasing rates of cesarean section in Armenia: a partially mixed concurrent quantitative-qualitative equal status study. BMC pregnancy and childbirth. 2019;19(1):2.
- Di Martino M, Fusco D, Colais P, Pinnarelli L, Davoli M, Perucci CA. Differential misclassification of confounders in comparative evaluation of hospital care quality: caesarean sections in Italy. BMC Public Health. 2014;14:1049.
- Nedberg IH, Lazzarini M, Mariani I, Møllersen K, Valente EP, Anda EE, et al. Changes in maternal risk factors and their association with changes in cesarean sections in Norway between 1999 and 2016: A descriptive population-based registry study. PLoS medicine. 2021;18(9):e1003764.
- Norwegian Institute of Public Health. The Norwegian Medical Birth Registry - Database. 1967-20202021.
- Nedberg IH, Manjavidze T, Rylander C, Blix E, Skjeldestad FE, Anda EE. Changes in cesarean section rates after introduction of a punitive financial policy in Georgia: A population-based registry study 2017-2019. PloS one. 2022;17(7):e0271491.
- Ockenden D. Findings, conclusions and essential actions from the independent review of maternity services at The Shrewsbury and Telford Hospital NHS Trust. 2022.
- de Jonge A, De Vries R, Declercq E. Where the Ockenden report goes wrong: Let us keep

calm and follow the evidence. BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology. 2023;130(1):11-4.

- Turkish Minute. Turkey bans elective C-sections at private medical centers. Turkish Minute. 2025.
- Skhvitardze N, Anda EE, Brenn T, Kintraia N, Gamkrelidze A. Scoping maternal care through the lens of maternal deaths: A retrospective analysis of maternal mortality in Georgia. Sexual & Reproductive Healthcare. 2020;26:100560.
- Manjavidze T, Rylander C, Skjeldestad FE, Kazakhshvili N, Anda EE. Incidence and Causes of Perinatal Mortality in Georgia. J Epidemiol Glob Health. 2019;9(3):163-8.
- Souter V, Nethery E, Kopas ML, Wurz H, Sitcov K, Caughey AB. Comparison of Midwifery and Obstetric Care in Low-Risk Hospital Births. Obstetrics & Gynecology. 2019;134(5):1056-65.
- McLachlan HL, Forster DA, Davey MA, Farrell T, Gold L, Biro MA, et al. Effects of Continuity of Care by a Primary Midwife (Caseload Midwifery) on Cesarean Section Rates in Women of Low Obstetric Risk: The COSMOS Randomized Controlled Trial. Obstetric Anesthesia Digest. 2014;34(1):39-40.
- Liang J, Mu Y, Li X, Tang W, Wang Y, Liu Z, et al. Relaxation of the one child policy and trends in caesarean section rates and birth outcomes in China between 2012 and 2016: observational study of nearly seven million health facility births. BMJ. 2018;360.
- Gama SG, Viellas EF, Torres JA, Bastos MH, Brüggemann OM, Theme Filha MM, et al. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. Reproductive health. 2016;13(Suppl 3):123.
- Smith V, Daly D, Lundgren I, Eri T, Benstoem C, Devane D. Salutogenically focused outcomes in systematic reviews of intrapartum interventions: a systematic review of systematic reviews. Midwifery. 2014;30(4):e151-6.
- Stephansson O, Petersson K, Björk C, Conner P, Wikström AK. The Swedish Pregnancy Register - for quality of care improvement and research. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2018;97(4):466-76.

Mykgjørende & fuktighetsbevarende krem for underlivet

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

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

Alle kjente og gjennomprøvde ingredienser.

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

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

Ønskede vareprøver eller informasjonsmateriell til pasienter på deres klinikk, kontakt oss på: info@consumerhealth.no eller ring +46 8 718 04 24

Dr. Warming Critical Care markedsføres av Nordic Consumer Health AB, Augustendalsvägen 62, 131 27 Nacka Strand, Sverige. NCH 2024-08

nordic
consumer
health

92%
fettinnhold



Anatomiske forskjeller i kvinnens bekkenform – helst uten videreføring av rasefokusert tenkning



Andrea Solnes Miltenburg
Førsteamanuensis ved UiO og LIS ved Ahus
Leder for Faggruppe Global Kvinnehelse



Patji Alnæs-Katjavivi
Overlege
Fødeavdelingen, OUS

Introduksjon
Anatomisk vitenskap har en kompleks historie, hvor forskning om menneskekroppen ikke bare ble drevet av et søk etter fremgang i medisinsk kunnskap, men også som argument for å rettferdiggjøre og opprettholde hierarkiske strukturer i samfunnet. Fra grunnleggeren til taksonomi, Carl Von Linnaeus, til talsmenn for eugenikk i mellomkrigstiden, har rasetenkning blitt til en ideologisk base for å rettferdiggjøre dehumanisering av marginaliserte grupper, eksempelvis den samiske befolkningen under fornorskningsperioden (1). I dagens medisinske praksis er det viktig å ha en bevissthet om denne historien, som kan hjelpe til å motvirke persisterende fordommer og stereotyper som har gått i arv, som vi har tillært oss, og som fortsatt påvirker vår diagnostikk og behandling (2,3). Et eksempel som er relevant innen obstetrikk er videreføring av klassifisering av ulike bekkenformer tilhørende ulike raser, etnisiteter eller landbakgrunn. Vi presenterer i denne artikkelen en kunnskapsoversikt om hvordan klassifiseringen av bekkenformer ble til, hvordan disse klassifiseringene ble vurdert inn i relasjon til fødselsutfall, og til slutt en refleksjon om hvorfor forståelse av ulike bekkenformer bør videreføres uten rasefokusert tenkning.

Klassifisering av de fire bekkenfasong arketypene
De fleste gynekologer har lært om anatomiske forskjeller i kvinnens bekkenform. Kunnskapskilden som oftest refereres til er arbeidet til Caldwell og Moloy med publikasjoner i 1933 og i 1938 (4,5), som holder en fast plass i utgavene til den obstetriske læreboken, Williams Obstetrics (6). Her, som i mange lærebøker i obstetrikk, reproduseres bildet med de fire kvinnelige bekkenvarianter: *gynaecoid*, *anthropoid*, *android*, og *platypelloid* (figur 1). Teksten til Williams gjentar det som understrekes i teksten til Caldwell og Moloy fra 1938, nemlig at “bekkenfasonger varierer som blandinger av de fire bekken kategorier” (6). Caldwell og Moloy beskrev disse fire arketypene som de “ekstreme” fasongene. Siden, som en “copy-paste” formidling, gjennom deres forskning har den gynekoide fasongen blitt framstilt som mest prevalent

hos “hvite” kvinner, og når den antropoide varianten nevnes er det forbeholdt afrikanske kvinner. I 1938 utvidet Caldwell og Moloy klassifiseringen sin til å inkludere hele 10 typer, med antagelsen at blandede typer bekken var mer sannsynlige: *“Mange bekken er, i form, grensetyper som inneholder kjennetegn ved hver av disse fire foreldregruppene.”* (4) Fremfor å bruke flere uhåndterlige nyanser, er det det forenklete fokuset – de fire hovedkategorier – det som ble videreført og som undervises om helt til i dag, også i Norge.

Arbeidet til Caldwell og Moloy be utført ved Sloane Maternity sykehuset i New York. Først innhentet de målinger av 268 skjelettformede kvinnelige bekken fra “Hamann-Todd Human Osteological Collection” (5). Samlingen inkluderer over 3000 menneskeskjeletter samlet inn mellom 1893 og 1938¹. Selv om rase (“hvite” eller “negro”), alder og dødsårsak var dokumenterte variabler, var det ukjent om kvinnene hadde gjennomgått en fødsel eller ikke (7). Deretter kategoriserte og korrelerte de røntgenbaserte bekkenfasonger til en seleksjon av 500 postpartum kvinner som hadde opplevd vanskelige fødsler (e.g. operativ vaginal forløsning eller keisersnitt). Annet enn at forløsningene hadde vært strevsomme, beskrives det ikke mer om de 500 kvinnene. Ingenting om alder, paritet, og heller ingenting om rase. Fødselsutfallet – uassisterte, eller varierende grad av assisterte, vaginale forløsninger, og keisersnitt – ble inndelt i de 10 kategoriene av bekkenform basert på de fire arketypene (4). I tillegg ble det tatt røntgen av 200 kvinner under aktiv fødsel for å kartlegge fosterets hodeinnstilling ved bekkeninngangen.

Noen år senere, i 1951, beskrev en annen obstetriker, Torpin, både røntgenbaserte bekkenmål og bekkenfasonger hos 3604 postpartum kvinner, i tillegg til 422 kvinnelige skjelett (8). Torpin undersøkte skjelett fra den samme Hamann-Todd samlingen. Både Caldwell og Moloy, og Torpin inndeler fasongene til bekken-skjelettene etter rase: “hvite” og “negro”. Fra den samme samlingen varierer forekomsten av de ulike bekkenfasonger (tabell 1).

Hamann-Todd skjelett samling		Bekkenfasong arctype			
		Gynekoid	Antropoid	Android	Platypelloid
Caldwell&Moloy n=147	“Hvite”	41,4%	23,5%	32,5%	2,6%
Caldwell&Moloy n=121	“Negro”	42,1%	40,5%	15,7%	1,7%
Torpin n=179	“Hvite”	60,3%	10,2%	11,0%	18,5%
Torpin n=243	“Negro”	64,0%	24,0%	7,4%	4,5%

Tabell 1: Forekomst ulike bekkenfasonger
(Tall fra Table I, Caldwell&Moloy 1938, og fra Chart No.1 hos Torpin 1951).

Pasienter		Bekkenfasong arctype			
		Gynekoid	Antropoid	Android	Platypelloid
“Hvite”	1279	76,4%	15,4%	1,6%	6,6%
“Negro”	2029	69,5%	23,3%	2,5%	2,7%
“Meksikansk”	210	71,0%	24,0%	7,4%	4,5%

Tabell 2: Fordeling mellom bekkenfasong arketypene postpartum
(Tall tatt fra Chart No.1, Torpin 1951)

Fordeling mellom bekkenarketypene endres når Torpin undersøker røntgenbilder tatt av 3,604 postpartum kvinner (tabell 2). Hverken Torpin eller Caldwell og Moloy angir intra- eller interobserver forskjeller når det gjelder klassifikasjon etter bekken-type, heller ikke om forskerne var blindet for, blant annet, kvinnen sin rase. Selv om rase er den eneste variabelen foruten paritet som nevnes utover bekkenfasongen, resonnerer Torpin i tråd med hvordan moderne forskning bekrefter at “rase”, brukt som variabel, er oftest en proxy for sosioøkonomi, og andre miljøfaktorer, som forklarer helseforskjeller mellom forskjellige demografier:

“Samlingen av skjeletter ble gjort over en periode på flere tiår; de fleste av dem var fra anatomidisleksjonsrommet og kom sannsynligvis fra pasienter for en generasjon siden i de lavere økonomiske inntektsgruppene. Det kan godt være at den høye forekomsten av uvanlige typer (android og platypelloid) kan bekrefte forslag fra Thoms, Allen, og Nicholson om at ernæringsvaner og miljø i barndommen kan ha større innflytelse på utviklingen av en mer normal kvinnelig bekkentype enn kjønnshormoner og rasemessige kjennetegn.” (8)

Et tankekors er at mellom arbeidet til Torpin (1951) og Caldwell og Moloy (1933, 1938) hadde verden gjennomgått andre verdenskrig, som tydeliggjorde for de alle fleste de grusomheter som kan oppstå relatert til ideer rundt rasehygiene og raseoverlegenhet, noe som dominerte i større grad fra 1800-tallet inntil mellomkrigstiden.

Bekkenets relevans i obstetrikken
Caldwell og Moloy interesserte seg spesielt i hvordan og i hvilken grad de forskjellige fasongvariantene av det kvinnelige bekkenet kan assosieres med dystoci og fødselsutfallet.

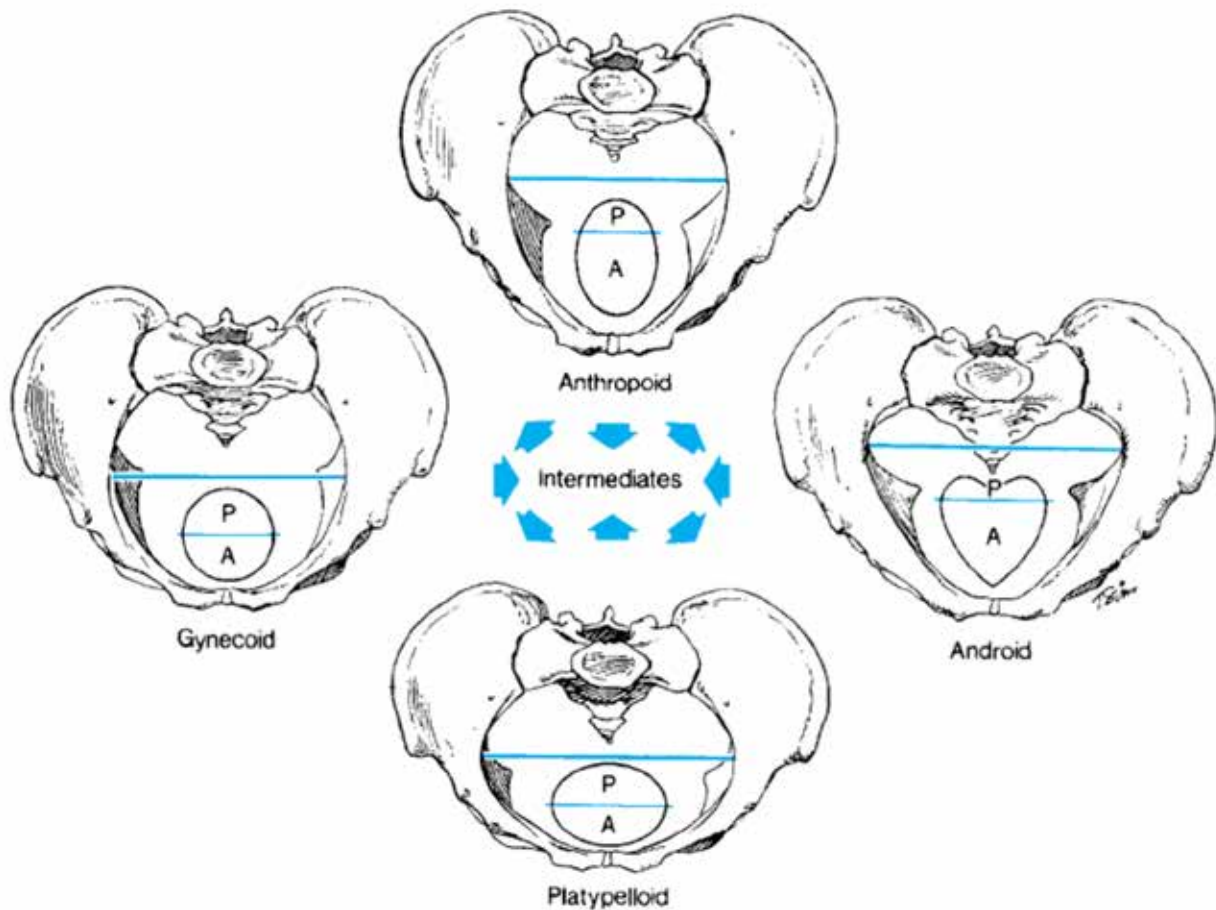
“Vi trodde at hvis fødselslegen kunne vurdere størrelsen og formen på bekkenet, ville det være mulig å forutsi hvilken type vanskeligheter som kunne oppstå under fødselen, eller å avslutte fødselen med mindre traume for mor og barn ved bruk av mekaniske prosedyrer som er anvendelige i det enkelte tilfellet.” (4)

Motivasjonen fra den generasjonen må også forstås prisgitt en opplevd mødredødelighet på mellom 4% og 13% hos kvinner forløst med keisersnitt, sammenlignet med en mødredødelighet på “bare” 1% for øvrig i urbant USA på den tiden (9).

I det materialet som bestod av 200 intrapartum røntgen undersøkelser, viser Caldwell og Moloy at forekomsten av occipito-posterior posisjon var signifikant hyppigere blant kvinner med antropoid bekken sammenlignet med kvinner med gynekoid og android bekkenfasong, selv om de fleste foster hos kvinner med et antropoid bekken befinner seg intrapartum i en occipito-anterior eller transvers innstilling (71%). Ansett som sjelden, ble ikke platypelloid-type tatt med. I serien er det like sannsynlig at funnet av occipito-posterior posisjon vil tilhører en kvinne med gynekoid eller android bekkenfasong, som en kvinne med antropoid bekkenfasong. Forekomsten av “trange mål” blant kvinner med antropoid, gynekoid og android bekkenfasong fantes i henholdsvis 34%, 10% og 24%, med signifikant flere blant de antropoide, sammenlignet med de gynekoide bekkenfasongene (Fisher’s exact test, p=0,0001). Keisersnitt ble utført hos 18% med antropoid bekkenfasong, versus 11% hos kvinner med gynekoid bekkenfasong (Fisher’s exact test, p=0,24). Til sammenligning, ble 33% med android bekkenfasong forløst med keisersnitt (Fisher’s exact test, p=0,0001). De vaginale fødslene ble kategorisert i to grupper; spontan vaginal og tangforløsning på bekkenbunnen i én gruppe, og tangforløsninger over bekkenbunnsnivået i den andre gruppen. Hos kvinner med antropoid bekkenfasong var fordelingen 1:1. For kvinner med gynekoid bekken fødte 2 av 3 spontant eller med tang på bekkenbunnen. Det motsatte fantes for kvinner med android bekkenfasong, det vil si, 1 av 3 fødte spontant eller med tang på bekkenbunnen, og 2 av 3 ble tangforløst fra over bekkenbunnsnivået (4).

Hovedtrekkene av Caldwell og Moloy sin analyse av de fire arketypiske bekkenvarianter er: **1.** Den androide bekkenfasongen er varianten sterkest assosiert med dystoci, assosiert med høyest forekomst av keisersnittforløsning, og kompliserte tangforløsninger (fra over bekkenbunnen), **2.** Den antropoide bekkenfa-

¹Sloane Maternity Hospital tok imot pasienter uavhengig av farge, selv om ingen av de ansatte var afroamerikanske <https://time.com/archive/6861461/medicine-negro-nurse/>



Figur 1: Kvinnelige bekkenvarianter, Williams Obstetrics 22nd edition (2005)

songen er varianten med hyppigst forekomst av intrapartum occipito-posterior posisjon, og den varianten assosiert med flest “trange” mål, 3. Den gynekoide varianten forekommer hyppigst, og er assosiert, i denne serien, med færrest dystoci-relaterte forløsningskomplikasjoner.

Arbeidet til Caldwell og Moloy skaper en interessant korrelasjon mellom bekkenfasong og ulike former for fødselsdystoci, og det er fristende å konkludere en årsakssammenheng, og dermed falle for et klassisk sirkelargument. Kausalitet mellom bekkenfasong og sannsynlighet for fødselsdystoci, kan ikke bekreftes fra et retrospektivt observasjonsarbeid med selekterte kasus og andre kritikkverdige metodologiske elementer (7) , og uten dokumentasjon av en eneste annen variabel fra kohorten (4). Målinger fra statiske, immobile, røntgenbilder av levende personer ble også antatt å være overførbar til tørre skjelettdeler, mens dagens kunnskap om hvordan graviditetshormoner og ulike fødselsposisjoner kan øke bekkenmålinger motstrider dette (7). For at evidensen til Caldwell og Moloy skulle være så dogme-skapende, ville man forventet at de samme funnene ble reproduisert i andre studier.

Et lignende arbeid ble utført i UK den samme perioden som Caldwell og Moloy, selv om bekkenfasongene beregnes og beskrives litt annerledes. Thoms beskriver bekkenet til 450 “hvite” førstegangsfødende (10). Den dolichopellic bekkenfasongen (tilsvarende den antropoide), forekommer blant 15% av bristiske

førstegangsfødende. Når det gjelder dystoci, i motsetning til Caldwell og Moloy, finner Thoms ingen forskjell - blant førstegangsfødende - mellom den dolichopellic bekkenfasongen (tilsvarende den antropoide) og den mesatiapelic bekkenfasongen (tilsvarende den gynekoide): instrumentelle forløsninger (16% vs 18%), og Keisersnitt (ingen vs 0,5%). Selv om intrapartum occipito-posterior posisjon oppdages hos 18% av kvinner med en dolichopellic (antropoid) bekkenfasong, vil de fleste kvinner der fosteret foreligger i direkt occipito-posterior i serien til Thoms (11%) ha en annen bekkenfasong (74%). Interessant nok finner Thoms færre “små” bekken hos førstegangsfødende med dolichopellic (antropoide) bekkenfasonger sammenlignet med den mesatiapelic (gynekoide) bekkenfasongen (16% vs 20%), i motsetning til Caldwell og Moloy (34% vs 10%).

Clark Nicholson brukte røntgenmetoden til Thoms hos en kohort av 300 britiske kvinner og fant dolichopellic (antropoid) bekkenfasong hos kun 7% av kvinnene og konkluderte med at man ikke kan definere et type bekken som det normale eller ideale:

“Der målingene hos to folkeslag av vanlig stamme, som Amerikanere og oss selv (Storbritannia), viser så stor variasjon, virker det umulig å definere det ”normale” kvinnelige bekkenet nærmere enn ved å påpeke at det er dette bekkenet som støtter vekten av kroppen hennes på kortere og lengre sikt enn et fullstort barn” (11)

I motsetning til det rasehygieniske tankegodset som var utbredt i den vitenskapelige forskningen som hørte til hans tid, påpeker Nicholson noe som støttes av moderne genforskning, nemlig at genetisk variasjon innad grupper er større enn forskjellene mellom grupper (12).

Bekkenfasongens plass i dagens obstetikk

Med evidensen fremlagt over, uten en gang å ta høyde for forskningens begrensninger, gir det ikke helt mening at kjennskap til den fødende kvinne sin rase, etnisitet eller landbakgrunn skal hjelpe klinikerne å lettere ane kvinnens bekkenfasong, og forutse fødselsutfallet. Spesielt når dagens praksis i Norge også har forkastet CT-pelvimetri, selve metoden der man kan både visualisere og måle bekkenet til kvinnen (13,14). Gjennomgang av de ulike originale studiene i seksjonene ovenfor viser at variasjoner innen – og mellom – populasjoner er stor, som en “tåket sky”(15). Men likevel er det rase, etnisitet eller landbakgrunn som fortsatt består når Caldwell og Moloy refereres til i læretekstene for fødsels-hjelpere i Norge (16) og Norden (17). Fokuset på den fødendes rase, etnisitet eller landbakgrunn kan bidra til å opprettholde fordommer og stereotyper som i verste fall kan skade. Tidligere studier har for eksempel vist at forutinntatte holdninger kan være med på å forklare ulikhet i fødselsutfall blant innvandrerkvinner sammenlignet med majoritetsbefolkning (18,19), også i Norge (20,21).

Antagelser rundt bekkenfasongen basert på kvinnes hudfarge, fødeland, eller antatt etnisitet har også lite for seg når type

bekkenfasong ikke kan bekreftes. I tillegg spør det om det er opplagt hvordan kvinnens herkomst defineres av helsepersonell i Norge. Det er også tvilsomt om dette formålet egner seg med de kommende kaleidoskopiske generasjoner i Norge (22). Med “ambiguøse” tilfeller vil identiteten til pasienten variere etter legens skjønn og tilnærming (23–25). Selvdefinering er like subjektiv. Vi støtter ryddig forskning som kan øke enhver kliniker sin forståelse i hvordan bekkenfasongen påvirker fosterets passasje gjennom fødselskanalen, i sammenheng med rier, innstilling, barnets størrelse, smertelindring, hormoner, muskelarbeid og andre bløtdeler. I denne forstanden tyder vår oppsummering på, ut fra den evidensen vi støtter oss på i dag, at fokuset på rase, etnisitet eller landbakgrunn er en upresis forenkling, og lite nyttig.

Som nevnt i starten, Williams Obstetrics viderefører beskrivelsen av de fire ulike typer bekkenfasongene. Det som har manglet i utgavene siden 2005 er den rase-fokuserte tankegangen slik man kan lese i teksten til Caldwell og Moloy, og som hører med vitenskapelige tekster fra den tidsepoken. Kanskje, etter mange år, innså redaksjonen til Williams Obstetrics lite gevinst i å beholde en tekst som var overfokuset på raseinndeling i relasjon til bekkenfasongen. Ikke bare fordi tallene spriker mellom forskjellige studier, men spesielt når, som det også kan leses i e-boken til NFOG, “The pelvic shape cannot be diagnosed clinically nor with ultrasound” (17). Forfatteren håper at gjennomgang av de opprinnelige kildene beskrevet gir grunnlag for å revurdere fagets tilnærming til betydningen av variasjon i bekkenfasonger.

Referanser

1. Fugelsnes, Elin. Fra skallemålinger til selvbestemmelse. 2016;(2).
2. Oxtoby K. How unconscious bias can discriminate against patients and affect their care. BMJ. 2020 Nov 3;371:m4152.
3. Alnæs-Katjavivi P. Ubevisste holdninger hos leger. Tidsskr Den Nor Legeforening. 2021 Apr 6 [cited 2025 Jun 1]; Available from: <https://tidsskriftet.no/2021/03/debatt/ubevisste-holdninger-hos-leger>
4. Caldwell WE, Moloy HC. Anatomical Variations in the Female Pelvis: Their Classification and Obstetrical Significance. Proc R Soc Med. 1938 Nov;32(1):1–30.
5. Caldwell WE, Moloy HC. Anatomical variations in the female pelvis and their effect in labor with a suggested classification. Am J Obstet Gynecol. 1933 Oct 1;26(4):479–505.
6. Cunningham, FG, Leveno K. Williams Obstetrics, 25th Edition.
7. VanSickle C, Liese KL, Rutherford JN. Textbook typologies: Challenging the myth of the perfect obstetric pelvis. Anat Rec. 2022 Apr;305(4):952–67.
8. Torpin R. Roentgenpelvimetric measurements of 3,604 female pelves, white, negro, and mexican, compared with direct measurements of todd anatomic collection. Am J Obstet Gynecol. 1951 Aug;62(2):279–93.
9. Mack HC, Siddall RS. Cesarean section in detroit during 1945—A comparison with 1925 and 1930. Am J Obstet Gynecol. 1948 Jul 1;56(1):60–73.
10. Thoms H. Obstetrical Significance of Pelvic Variations. Br Med J. 1937 Jul 31;2(3995):210–2.
11. Nicholson, Clark. The Normal Female Pelvis | The BMJ. 2:355.
12. Mersha T, Beck A. The social, economic, political, and genetic value of race and ethnicity in 2020 | Human Genomics | Full Text. 2020 [cited 2025 Jun 1];14. Available from: <https://humgenomics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40246-020-00284-2>
13. Norsk Gynekologisk Forening. Setefødsel og ytre vending (2024) [Internet]. Metodebok. no; 2025. Available from: <https://metodebok.no/index.php?action=topic&item=SSh-Ld4R9>
14. Pattinson RC, Cuthbert A, Vannevel V. Pelvimetry for fetal cephalic presentations at or near term for deciding on mode of delivery. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2017 [cited 2025 Jun 1]; Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000161.pub2/epdf/abstract>
15. Kuliukas A, Kuliukas L, Franklin D, Flavel A. Female pelvic shape: Distinct types or nebulous cloud? Br J Midwifery. 2015 Jul 2;23(7):490–6.
16. Iversen J. GETPRO Guided Expertise TRaining in Obstetrics Versjon 3.0 [Internet]. 2022. Available from: <https://www.legeforeningen.no/contentassets/d22f11baed964245be8c-9011f82e88ae/getpro-3.0-teorihfte-trygge-hender-modul-i.pdf>
17. Wendel S, Hjartardottir H, Krebs L, Rossen J, Kruit H. Chapter 29. Labour dystocia. 2020 Aug 30 [cited 2025 Jan 6]; Available from: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/opslag-og-vaerktoejer/laereboeger/obstetrics-gynecology/obstetrics/o-29-labor-dystocia/>
18. van Roosmalen J, Schuitmaker NWE, Brand R, van Dongen PWJ, Bennebroek Gravenhorst J. Substandard care in immigrant versus indigenous maternal deaths in The Netherlands. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2002 Feb;109(2):212–3.
19. Silverio SA, Varman N, Barry Z, Khazaezadeh N, Rajasingam D, Magee LA, et al. Inside the ‘imperfect mosaic’: Minority ethnic women’s qualitative experiences of race and ethnicity during pregnancy, childbirth, and maternity care in the United Kingdom. BMC Public Health. 2023 Dec 21;23(1):2555.
20. Jatta F, Sundby J, Vangen S, Lindskog BV, Sørbye IK, Owe KM. Association between Maternal Origin, Pre-Pregnancy Body Mass Index and Caesarean Section: A Nation-Wide Registry Study. Int J Environ Res Public Health. 2021 Jun 1;18(11):5938.
21. Aasheim V, Nilsen RM, Vik ES, Small R, Schytt E. Epidural analgesia for labour pain in nulliparous women in Norway in relation to maternal country of birth and migration related factors. Sex Reprod Healthc Off J Swed Assoc Midwives. 2020 Dec;26:100553.
22. Statistisk Sentralbyrå. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre [Internet]. 2025 Jul [cited 2025 Jan 6]. Available from: <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrer/statistikk/innvandrer-og-norskfodte-med-innvandrerforeldre>
23. Gopal DP, Okoli GN, Rao M. Re-thinking the inclusion of race in British hypertension guidance. J Hum Hypertens. 2022 Mar;36(3):333–5.
24. Rabay CJ, Lopez C, Streuli S, Mayes EC, Rajagopalan RM, Non AL. Clinicians’ perspectives on race-specific guidelines for hypertensive treatment. Soc Sci Med 1982. 2024 Jun;351:116938.
25. Savage, Panofsky. The Self-Fulfilling Process of Clinical Race Correction: The Case of Eighth Joint National Committee Recommendations. Health Equity [Internet]. 2023 [cited 2025 Jun 1];7. Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/epdf/10.1089/heq.2023.0064>

Nye behandlingsmuligheter for gynekreft pasienter

Måltrettet kreftbehandling ved bruk av immunterapi og PARP-hemmere har de siste årene revolusjonert behandlingen av flere kreftformer, inkludert gynekologisk kreft. Det er blitt vist at noen pasienter med avansert kreft oppnår langvarig sykdomsfrihet og forlenget overlevelse (1-3). Dette begeistrer selvsagt både behandlere og pasienter. Samtidig er gynekreftbehandling allerede en avansert del av det brede faget vårt, spesielt for de av oss som ikke jobber med det daglig, og måltrettet kreftbehandling er enda en ny ting å holde oversikt over.



Dina Ivarson

LIS ved Stavanger Universitetssykehus



Katharina Bischof

MD, PhD
Department of oncological surgery
Radium Hospital
Oslo University Hospital

Som LIS i gynekologi har jeg kjent på følelsen av usikkerhet når en pasient er meldt inn til avdelingen med mulige bivirkninger av immunterapi, og flere spørsmål raser gjennom hodet. Hvordan virker nå egentlig immunterapi? Hvilke pasienter får denne behandlingen? Hva er vi i grunnen redd for at kan skje? Og hvordan er det nå man behandler bivirkninger av immunterapi?

Det blir fristende å ringe en venn. Kanskje de på Avdeling for Blod og Kreftsykdommer kan hjelpe? Men dette er vårt fagfelt.

Kort om paradigmeskifte i onkologien

Bruk av immunterapi og PARP-hemmere er eksempler på en ny tilnærming innen kreftbehandling, nemlig presisjons-onkologien. Presisjons-onkologi tar sikte på å tilby skreddersydd behandling basert på den molekylære sammensetningen av pasientens tumorvev. I motsetning til tradisjonelle kreftbehandlingsmetoder (som kirurgi, stråling eller kjemoterapi), fokuserer presisjons-onkologi på å målrette behandlingen mot spesifikke mutasjoner eller biomarkører som er til stede i tumorvevet.

Vår generasjon er således vitne til et paradigmeskifte, som anerkjenner at f.eks. corpuscancer ikke er én sykdom, men et sett med forskjellige sykdommer som har forskjellige molekylære egenskaper og ledsagende kliniske forløp. To pasienter med corpuscancer kan således ha svært forskjellige genetiske forandringer i kreftcellene sine, noe som kan gjøre at de reagerer forskjellig på behandling. Å vite om disse forskjellene vil hjelpe oss å bestemme veien videre i behandlingsløpet, med tanke på om vi trenger videre systembehandling med f.eks. kjemoterapi/immunterapi eller om vi kan velge ekspektans etter operasjon.

Både immunterapi og PARP-hemmere er behandling vi selv forskriver, som vi selv må ha forståelse for og som vi selv må kunne behandle bivirkninger av. Denne artikkelen er ment å gi oss alle en grunnleggende forståelse av hvordan immunterapi virker, hvordan vi bør følge opp pasienter under denne behandlingen og hvordan man skal behandle eventuelle bivirkninger.

Hvordan virker behandlingen?

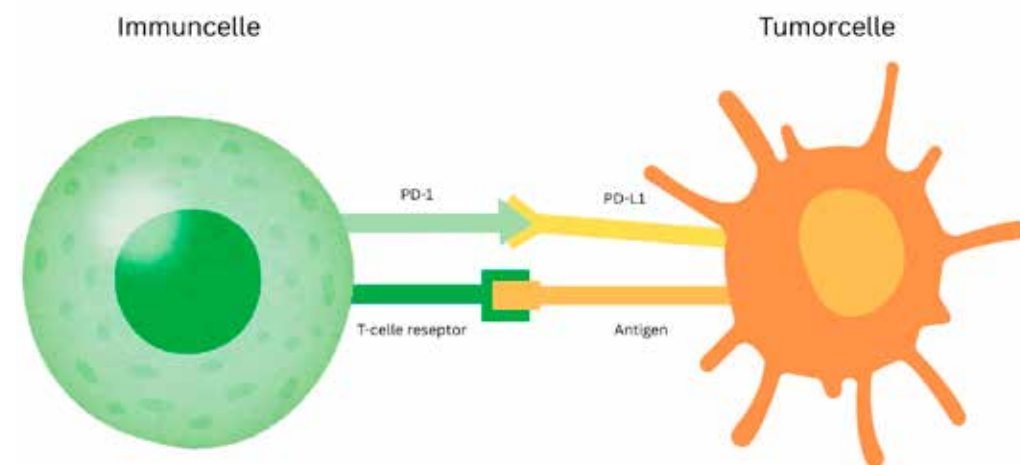
Immunterapi

Immunterapi beskriver generelt behandlingsmetoder som utnytter kroppens eget immunforsvar i bekjempelsen av kreftsykdom. En av metodene som har kommet lengst i utviklingen, og som brukes innenfor gynekreft, er immunsjekkpunkt blokkade.

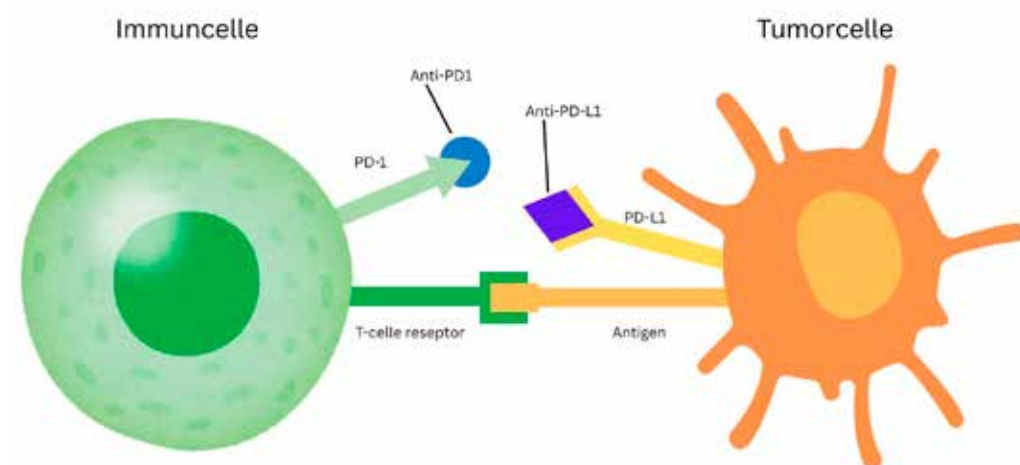
Immunforsvaret består av ulike celletyper som identifiserer og eliminerer fremmede organismer eller unormale celler, inkludert kreftceller. T-cellene er en viktig aktør i denne prosessen da de kan oppdage kreftceller, og dersom de mottar et signal for å aktivere immunresponsen, kan de også drepe kreftcellen. Det er her immunsjekkpunkt-systemet kommer inn.

Immunsjekkpunkt er overflateantigener på bl.a. T-cellene som normalt skal hindre at immunforsvaret vårt blir for aktivt og angriper kroppens egne celler. Måten dette skjer på er at overflateantigenene på T-cellen kjenner igjen overflateprotein (ligander) på kroppens egne celler, og T-cellen går dermed ikke videre med ødeleggelse av cellen. Imidlertid har det blitt vist at kreftceller i forskjellig grad kan utnytte disse mekanismene for å unngå T-cellenes angrep, ved å oppregulere uttrykk av de samme overflateproteinene.

Et av de viktigste sjekkpunkt-molekylene er **PD-1** (programmed cell death protein 1), som finnes på overflaten av T-celler, og **PD-L1** (programmed cell death protein ligand 1) på kreftceller. Når



Figur 1: Immuncellen (T-cellen) hindres i å tilintetgjøre tumorcellen da PD-1 binder seg til PD-L1 og sender et "stoppsignal"



Figur 2: Dersom PD-1 eller PD-L1 blokkeres med immunterapi (monoklonale antistoffer som blokkerer enten PD1 eller PD-L1) kan immuncellen angripe tumorcellen

PD-1 binder seg til PD-L1, sendes et "stoppsignal" som hemmer T-cellens evne til å angripe kreftcellene. Immunsjekkpunktblokkade er en behandlingsstrategi der man bruker monoklonale antistoffer for å blokkere enten PD-1-reseptoren på T-cellen eller PD-L1 på kreftcellene. Ved å blokkere denne interaksjonen, fjernes «stoppsignalet» og man hindrer kreftcellen i å «gjemme seg» fra immuncellen.

PARP-hemmere

En annen økende brukt behandling innenfor gynekreft er PARP-hemmere. PARP (Poly (ADP-ribose) polymerase) er en gruppe enzymer som spiller en kritisk rolle i cellenes evne til å reparere enkelttrådede DNA brudd. Hvis disse enzymene hemmes, vil ikke enkelttrådsbrudd i DNA kunne repareres, og man vil etter hvert få mer omfattende DNA skader, f.eks. dobbelttrådsbrudd. I friske celler vil en prosess kalt «homolog rekombinasjonsreparasjon» sørge for reparasjon av dobbelttrådsbrudd, men høygradig serøse kreftceller, som grunnet rask celledeling ofte viser et høyt nivå av DNA-skader, mangler ofte denne egenskapen. Ved behandling med PARP-hemmere vil dermed ikke kreftcellene ha mulighet til å reparere DNA-skader, og de dør.

Hvilke pasienter er de nye behandlingsmulighetene aktuelle for?

Immunterapi

Innen gynekologisk kreft er det per i dag vist økt overlevelse ved bruk av immunsjekkpunkt-hemmere i pasienter med avansert cervix eller corpus cancer. For å finne ut hvilke pasienter som

forventes å dra god nytte av behandlingen utføres en analyse av tumorvevet hvor man leter etter biomarkører for behandling, f.eks. hvor mange av cellene som uttrykker PD1-ligand (PD-L1), eller om man finner unormalt uttrykk av MMR (mismatch repair)-proteiner.

Godkjente indikasjoner for bruk av immunsjekkpoint-hemmere i detalj er tilgjengelig i Helsedirektoratets nasjonale handlingsprogram (4,5).

PARP-hemmere

PARP-hemmere brukes ved behandling av høygradig serøs eller endometrioid, avansert (st III-IV) tubo-ovarialkreft (6). I løpet av primærbehandlingen utføres molekylær diagnostikk på tumorvevet for å kartlegge om tumoren viser en defekt i evnen til «homolog rekombinasjonsreparasjon», såkalt HRD test, og man vurderer eventuell behandling med PARP-hemmer ut fra dette.

Bevacizumab er et humanisert antistoff som brukes mye innen behandling av gynekologisk kreft, men det regnes ikke som immunterapi. Bevacizumab binder seg til VEGF, et overflateantigen av endotelceller. VEGF stimulerer til vekst av nye blodårer til kreftsvulsten, som dermed kan få mer næring og vokse. Når bevacizumab binder seg til og dermed blokkerer VEGF, hindres ny blodtilførsel til svulsten. Immunsystemet er ikke involvert i denne prosessen, og det regnes derfor ikke som immunterapi.

Hva er vi redde for at kan skje under behandling med nye kreftmedisiner?

Immunterapi

Som tidligere beskrevet virker immunsjekkpunkthemmere ved å fjerne «bremsene» til immunsystemet, slik at det mer effektivt kan gå til angrep på kreftceller. Ulempen med dette er at immunsystemet også kan bli mindre selv-tolerant, og enklere går til angrep også på kroppens egne organer. Dette er i de fleste tilfeller håndterbart med riktig behandling, men kan i enkelte tilfeller føre til alvorlige forløp.

I utgangspunktet er alle organsystem i kroppen utsatt for å bli angrepet når som helst under behandling (7). Imidlertid ser man bivirkninger særlig i løpet av de 6 første månedene av behandlingen (8). Bivirkninger kan likevel oppstå inntil et år etter avsluttet behandling. I noen tilfeller kan symptomene bli kroniske, til tross for avsluttet behandling. Det er foreløpig ikke kjent hvilke faktorer som predisponerer for kroniske plager (9).

Det er forventet at ca 10% av pasienter som mottar immunterapi rettet mot PD-1/PD-L1 utvikler alvorlige bivirkninger (8) og dermatitt, tyreoiditt og kolitt er blant de som ses hyppigst. Vi vaktleger bør mistenke bivirkning av immunterapi ved brå endringer i allmenntilstand eller nyoppståtte symptomer til det motsatte er bevist.

Alvorlighet av bivirkninger graderes etter CTCAE versjon 5.0, hvor grad 1-2 beskriver milde symptomer, grad 3 alvorlige symptomer og grad 4 livstruende symptomer (10). Pasienter med grad 3-4 bivirkninger skal legges inn for behandling, mens pasienter med milde bivirkninger kan som regel følges og behandles hjemme. Pågående behandling med sjekkpunkthemmere må pauses til bivirkningen er tilbake til grad 1 og behandling rettet mot bivirkningen er trappet ned. Dersom pasienten har hatt bivirkning av grad 3-4 må man vurdere individuelt om behandling kan startes opp igjen.

PARP-hemmere

Også ved bruk av PARP-hemmere bør man kjenne til spekteret av behandlingsbivirkninger. Det vanligste er at bivirkningene oppstår i løpet av de første månedene av behandlingen, og det er derfor utarbeidet algoritmer på hvordan pasientene følges etter behandlingsoppstart. Det gjennomføres rutinemessig kontroll av blodprøver (telleprøver, nyreprøver) og blodtrykk første måned(er) av behandling og ved dosejusteringer, før frekvensen av kontroller avtar.

De vanligste bivirkningene som ses er myelosuppresjon, GI-symptomer (kvalme, oppkast, diaré, obstipasjon), fatigue, hyperkolesterolemi, forbigående forhøyede aminotransferaser og teratogenisitet. For å kartlegge og monitorere disse bivirkningene brukes samme klassifiseringssystem som for bivirkninger av immunterapi, nemlig CTCAE versjon 5.0. Det er viktig å også notere seg at PARP-hemmer Olaparib kan interagere med andre medisiner som metaboleres via samme enzym, bl.a. statiner, midazolam, cellegiften Paklitaksel, og immundepende medisiner som Ciklosporin og Takrolimus.

Og hvordan er det nå man behandler bivirkninger?

Immunterapi

Akuttbehandlingen av bivirkninger under behandling med immunsjekkpunkthemmer er steroider for å raskt dempe den immunologiske responsen. For en pasient som kommer inn på vakt med grad 3-4 bivirkning anbefales f.eks. iv Dexametason eller iv Solu-Medrol de første 1-2 døgn. Videre behandling avhenger av hva slags bivirkning det er snakk om (7). Ofte kreves en multi-disiplinær tilnærming dersom det er snakk om alvorlige bivirkninger, både med tanke på utredning (f.eks. gastromedisiner for kolonoskopi) og behandling (f.eks. konferere lungelege ved respirasjonssvikt).

PARP-hemmere

Behandling av PARP-relaterte bivirkninger er symptomatisk, eventuelt i kombinasjon med dosereduksjon eller pausert administrasjon ved mer alvorlige bivirkninger (11). Av og til vil behandlingen avsluttes grunnet uttalte, livskvalitetsbegrensende bivirkninger.

Oppsummering/konklusjon

Hvis du skal ta med deg noe fra denne artikkelen så håper jeg at du sitter igjen med at behandling med immunterapi og PARP-hemmer er en fantastisk mulighet for pasientene våre. I løpet av de siste årene har bruken økt kraftig og det forventes at denne trenden fortsetter. Vi bør alle ha en grunnleggende forståelse av hvordan behandlingen virker, og hva man skal gjøre med bivirkninger i en akutsituasjon.

Hoved take-home message for vaktleger:

Man skal være obs på bivirkninger av medisinerne, med lav terskel for å ta disse pasientene inn til vurdering ved endret allmenntilstand eller nytilkomne symptomer.

Referanser:

1. Moore K, Colombo N, Scambia G, Kim BG, Oaknin A, Friedlander M et al. Maintenance Olaparib in Patients with Newly Diagnosed Advanced Ovarian Cancer. N Engl J Med 2018;379:2495-2505.
2. Laruso D, Xiang Y, Hasegawa K, Scambia G, Leiva M, Ramos-Elias P et al. Pembrolizumab or placebo with chemoradiotherapy followed by pembrolizumab or placebo for newly diagnosed, high-risk, locally advanced cervical cancer (ENGOT-cx11/GOG-3047/KEYNOTE-A18): overall survival results from a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. Lancet 2024;404:1321-1332.
3. Mirza MR, Chase DM, Slomovitz BM, dePont Christensen R, Novák Z, Black D et al. Dostarlimab for Primary Advanced or Recurrent Endometrial Cancer. N Engl J Med 2023;388:2145-2158.
4. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av gynekologisk kreft. Livmorkreft (endometriecancer) [Internett] Helsedirektoratet; 2025 [Hentet 01.03.25] Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonalt-faglig-retningslinje/gynekologisk-kreft-handlingsprogram#livmorkreft-endometriecancer>
5. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av gynekologisk kreft. Livmorkreft (cervixcancer) [Internett] Helsedirektoratet; 2023 [Hentet 01.03.25] Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonalt-faglig-retningslinje/gynekologisk-kreft-handlingsprogram#livmorkreft-cervixcancer>
6. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av gynekologisk kreft. Eggstokk-, eggleder- og bukhinnekreft (OC). [Internett] Helsedirektoratet; 2021 [Hentet 01.03.25] Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonalt-faglig-retningslinje/gynekologisk-kreft-handlingsprogram#eggstokk-eggleder-og-bukhinnekreft-oc>
7. Haanen J, Obeid M, Spain L, Carbonnel F, Wang Y, Robert C et al. Management of toxicities from immunotherapy: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2022 Dec;33(12):1217-1238
8. Martins F, Sofiya L, Sykietis GP, Lamine F, Maillard M, Fraga M. Adverse effects of immune-checkpoint inhibitors: epidemiology, management and surveillance. Nat Rev Clin Oncol. 2019 Sep;16(9):563-580
9. Johnson DB, Nebhan CA, Mosehi JJ, Balko JM. Immune-checkpoint inhibitors: long-term implications of toxicity. Nat Rev Clin Oncol. 2022 Apr;19(4):254-267.
10. Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 5.0 [Internett]. U.S. Department of Health and Human Services.; 27.11.2017 [Hentet 01.03.25] Hentet fra: https://ctep.cancer.gov/protocoldevelopment/electronic_applications/docs/ctcae_v5_quick_reference_5x7.pdf
11. Friedlander M, Lee YC, Tew WP. Managing Adverse Effects Associated With Poly (ADP-ribose) Polymerase Inhibitors in Ovarian Cancer: A Synthesis of Clinical Trial and Real-World Data. Am Soc Clin Oncol Educ Book. 2023 Jun;43:e390876

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



Bli med å spre informasjon om HPV hjemmetest

– et viktig verktøy i forebygging av livmorhalskreft



Ameli Trope

Leder for Livmorhalsprogrammet.



Elin Englund

Prosjektleder, hjemmetest i Livmorhalsprogrammet

Livmorhalsprogrammet ved FHI har sendt HPV hjemmetester til alle fastleger

Gynekologene spiller en avgjørende rolle i å spre budskapet om HPV hjemmetest. Enten det er i direkte dialog med fastleger, i tverrfaglige møter, undervisning eller kampanjer, er dere med på å sikre at flere kvinner får mulighet til en trygg og verdig screening.

HPV hjemmetest er et nytt verktøy i Livmorhalsprogrammet, rettet mot kvinner som av ulike årsaker ikke tar gynekologisk undersøkelse. Studier viser at hjemmetest øker oppmøte til screeningprogrammet¹. Fastleger og kvinner melder om svært gode erfaringer – og vi ser allerede at testen bidrar til å fange opp celleforandringer vi ellers ikke ville oppdaget.

Et nødvendig supplement – ikke en erstatning

Hjemmetesten er ikke ment å erstatte livmorhalsprøvetaking hos lege, men å supplere. Livmorhalsprogrammet planlegger å sende hjemmetester direkte hjem til kvinner, men per nå er hjemmetesten tilgjengelig for kvinner i målgruppen via fastlegen. Målgruppen er kvinner som har fått påminnelse om å ta livmorhalsprøve, men som av ulike årsaker ikke ønsker gynekologisk undersøkelse. Mange av de som ikke tar prøven har psykologiske, språklige, kulturelle eller fysiske barrierer. Eksempler på dette kan være svært overvektige, omskårne eller overgrepsutsatte kvinner.

For disse kvinnene representerer selvprøvetaking et verdig og trygge alternativ. Testen kan tas selv i på toalettet på legekontoret, eller tas med hjem.

Slik fungerer hjemmetesten

Fastlegen deler ut testkitet, som består av:

- Vaginal selvprøvetakingspinne
 - Bruksanvisning
 - Ferdigfrankert returkonvolutt til laboratoriet på Ahus
- Prøven analyseres med PCR for HPV, og prøvesvaret går til rekvirerende lege.

”Vi ser at flere kvinner tar kontakt med fastlegen for å få ta en hjemmetest. Det er mange tilfeller vi ikke hadde oppdaget celleforandringer og tidlig kreft om det ikke hadde vært for denne testen.”

— **Ameli Tropé, gynekolog og leder i Livmorhalsprogrammet**

Hva kan gynekologen gjøre?

- Forklare og anbefale hjemmetesten til fastleger
- Hjelp fastleger med å forstå kriteriene
- Spre informasjon på møter og i undervisning
- Være tilgjengelige for trygg oppfølging etter positivt HPV-funn
- Vurdere hjemmetest som alternativ ved henvisning fra fastlege der legetatt livmorhalsprøve ved gynekologisk undersøkelse ikke er mulig

Ameli Tropé (amtr@fhi.no) fra Kreftregisteret kan bistå med undervisning og materiell til fastleger ved behov.

Et historisk lavt antall krefttilfeller

I 2024 ble det registrert kun **269 nye tilfeller av livmorhalskreft**² i Norge – det laveste tallet noen gang. Dette skyldes HPV-vaksinasjon, overgang til HPV-baserte screeningmetoder, bedre utredning og behandling og økt deltakelse i screening. Det viktigste tiltaket vi kan gjøre for å redusere antall tilfeller med livmorhalskreft enda mer, er å øke deltagelsen.

HPV hjemmetest: trygg, gratis og tilgjengelig

HPV hjemmetesten har lik sensitivitet som en legetatt HPV-test³. Både test og analyse er gratis for kvinnen, noe som fjerner den økonomiske barrieren og gjør deltakelse lettere. Kvinnen betaler kun egenandel for time hos fastlegen.

Vi oppfordrer også gynekologer til å støtte opp om kampanjer som #sjekkdeg – nå med HPV hjemmetest som tilgjengelig alternativ.

Gynekologene er en nøkkelressurs i dette arbeidet – som rådgivere, formidlere og behandlere. Sammen kan vi gjøre en forskjell.

Vil dere få med dere siste nytt innen HPV og livmorhalskreft-screening? Bli med på Livmorhalsprogrammets fagdag og 30-årsjubileum. Se invitasjon på side 36.

Referanser:

1. HPV self-sampling among long-term non-attenders to cervical cancer screening in Norway: a pragmatic randomised controlled trial - PubMed
2. Cancer in Norway 2024 - FHI
3. Martinelli M et al 2024

HPV hjemmetest



Sjekkliste før utlevering av prøvekit

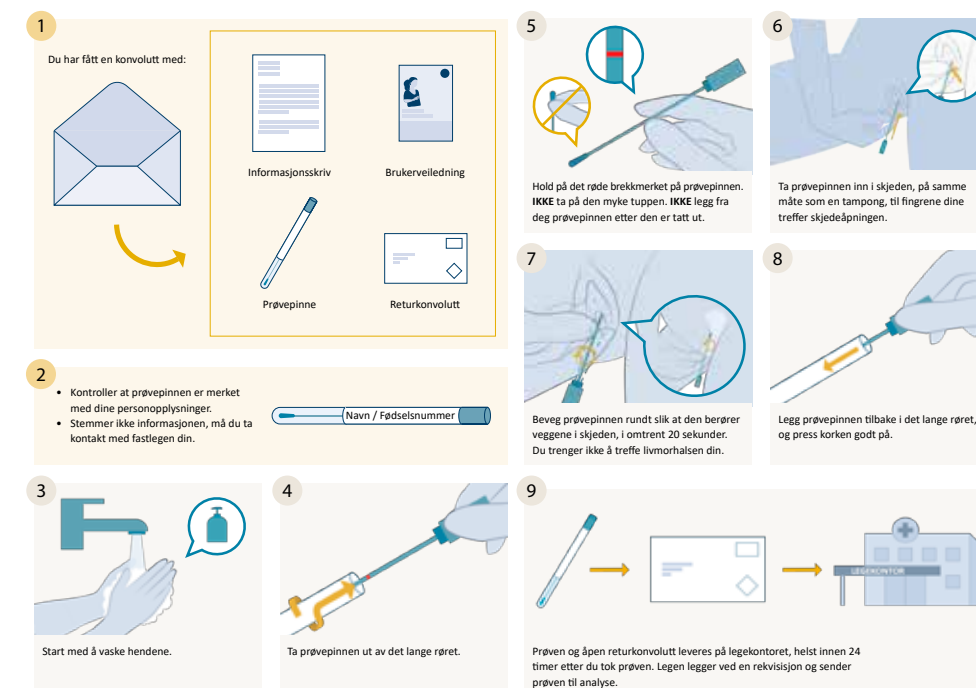
- ☐ Pasienten har utfordringer med gynekologisk undersøkelse
- ☐ Det er tid for pasientens neste livmorhalsprøve
- ☐ Pasienten fyller 25 år i år, eller er eldre
- ☐ Merk prøvepinnen med pasientopplysninger
- ☐ Gjennomgå brukerveiledning med pasienten
- ☐ Pasienten har **IKKE** noen av punktene under
 - Gynekologiske symptomer som bør utredes
 - Pågående menstruasjon
 - Er konisert eller under oppfølging etter unormale livmorhalsprøver
 - Gravid / født siste 3 måneder
 - Gynekologisk operasjon siste måned

Sjekk at prøvepinnen er merket og kontroller utløpsdato

Mer informasjon på NEL og hpvhjemmetest.no

Det oppfordres til å ta testen på legekontoret

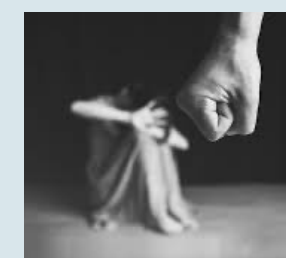
Figur 1: Sjekkliste før utlevering av prøvekit til kvinnen



Figur 2: Brukerveiledning

Målgruppe for HPV hjemmetest

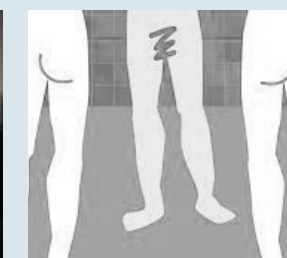
Kvinner og personer med livmorhals over 25 år som har **fysiske, psykiske eller kulturelle utfordringer** med å ta livmorhalsprøve



Eks: utsatt for vold eller seksuelt trauma



Ulike funksjonshemninger



Er omskåret

Figur 3: Kvinner i målgruppen

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 gynekologer 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 VIIs gate 7,
4005 Stavanger

Oslo
Stortingsgata 30,
0161 Oslo

Hold av 14. november til Livmorhalsprogrammets fagdag og 30-årsjubileum!

Livmorhalsprogrammet ved FHI arrangerer fagdag med tema livmorhalskreftscreening **fredag 14. november 2025, på Thon Hotel Opera i Oslo**. Dette er en unik mulighet til å få med seg det nyeste innen forebygging av livmorhalskreft.

Påmeldingen åpner i juni, og vi har søkt om kursgodkjenning for kurs.

Bli med oss for en inspirerende dag med faglige innslag og nettverksbygging.

For spørsmål, ta gjerne kontakt med oss på livmorhals@kreftregisteret.no.

Tentativt program

09:00 - 09:15	Velkommen
09:15 - 10:15	Livmorhalskreftscreeningens historie og epidemiologi
11:00 - 12:00	HPV screening og genotyping – Livmorhalsprogrammet i dag og i fremtiden
12:15 - 13:00	Hvordan håndtere kvinner med CIN2
13:00 - 14:00	Lunsj
14:00 - 14:45	HPV vaksine
15:00 - 15:45	HPV hjemmetest
16:00 - 16:45	Kommunikasjon om celleforandringer og HPV til befolkningen og screeningdeltakere
16:45 - 17:00	Avslutning



QR-kode for påmelding

Referat frå det fjerde obstetriske guidelinemøtet

Losby Gods 24.-25. april 2025

Kremen av landets obstetriske miljø var samla på Losby 24.-25. april for grundig revisjon av åtte kapittel og ein noko meir kursorisk gjennomgang av ytterlegare ti. Engasjementet var stort og temperaturen til dels høg, men stemninga gjennomgåande god. Dei reviderte kapitla vil utan tvil bidra til å heve det allereie skyhøge nivået på norsk fødselshjelp.



Ragnar Kvie Sande

Seksjonsoverlege fostermedisin KK SUS
Førsteamanuensis K2 UiB

Vårsola var varm og lufta skarp då eit femtitals norske obstetrikarar samlast til det fjerde obstetriske guidelinemøtet (figur 1). Møtet vart halde på ærverdige Losby Gods, noko vi må kunne driste oss til å kalle ein tradisjon. Nytt av året var at møtet vart lagt til vekedagar i staden for helg, ein større del av belastninga vart dermed flytta frå deltakarane til sjukehusa. Gledelig nok førte ikkje dette til redusert deltakartal. Møtet var også korta ned til to heile dagar, noko meir arbeidsintensivt og med mindre tid til å oppleve godset med omliggande natur (figur 2). Omleggingane vart imidlertid gjennomgåande godt evaluert.

Møtet starta torsdag morgon med velkomsthelsing frå nyvald hovudredaktør Johanne Kolvik Iversen, før det bar rett inn i alvoret med fyrste kapittel som skulle reviderast. Gry Findal tok oss rutinert gjennom eit utval virale infeksjonar i svangerskap. Ryktene skal ha det til at kapittelforfattarane har fått svært konkrete føringar for presentasjonane, noko som sannsynlegvis var ein viktig faktor i den effektive og profesjonelle gjennomføringa av møtet.

Etter at Findal hadde varma opp salen, kom årets kontrovers med gjennomgangen av maternell sepsis og chorioamnionitt. Det hadde kome inn rikeleg høyringsinnspel, og Sedina Atic Kvalvik leidde sesjonane sine med imponerende ro. Meiniane var sterke og frontane til dels steile, men dei frammøtte obstetrikarane makta å halde hovudet kaldt og kruttet tørt, og begge kapitla vart til slutt godkjende med overveldande fleirtal.

Jörg Kessler gjekk deretter gjennom kapittelet om antenatal CTG og innkomst-CTG, på vegne av ei breitt samansett forfattargruppe. Han gjorde ryddig greie for endringane, mellom anna fekk vi

konkretisert kva som er skilnaden mellom gjentatte decelerasjonar og enkelte decelerasjonar. Det er grunn til å tru at det reviderte kapittelet vil vere ei viktig støtte i vanskelege vurderingar om forløyning av premature. Katariina Laine gjekk deretter gjennom kapittelet om perinealskade og sfinkterskade ved fødsel, også dette vart gjenstand for fruktbar diskusjon og deretter vedtatt med overveldande fleirtal.

Etter det offisielle programmet vart dei faglege diskusjonane vidareført i mindre formelle rammer (figur 3), nokon nytta høvet til ei kjapp joggetur, før det braka laus med festmiddag på kvelden. Her vart det tradisjonen tru avsynging av kampsangen "Gynekologiens Røst" samt "Losbysongen", som med årets tilskot er oppe i fem vers. Jörg Kessler vart høgst fortent tildelt trofeet "Den Gyldne Tang", og heldt ein kort, men hjertefølt takktale (figur 4). Pepe Salvesen måtte beklage at St. Olavs Hospital berre har revy kvart anna år, og at han derfor ikkje hadde noko ferskt revynummer å glede oss med. Han kompenserte imidlertid med to nydelege stev, og forventningane er stilt høgt fram mot neste års møte.

Fredag morgon var ein uforskamma sprek gjeng tidleg på plass, og starta med å gå gjennom postpartum blødning under kyndig regi ved Lill Nyfløt. Også her var det nye og viktige poeng, særleg knytt til bruk av syklokapron, vi oppfordrar alle medlemmer til å sette seg inn i dei reviderte kapitla, som burde ligge på *Metodebok.no* når Gynekologen går i trykken. Deretter var det gjennomgang av kapittelet om tvillingar, grundig og effektivt leia av Synnøve Lian Johnsen, før psykiater Malin Eberhardt Gran presenterte ein omfattande revisjon av kapittelet om mental helse i svangerskapet. Kapittelet verkar å ha skifta tittel til "Psykisk helse og psykiatriske sykdommer", og har blitt delt inn i ei rekke underkapittel for å kunne presentere det samansette fagfeltet mest muleg oversiktleg. Eberhardt Gran var vel førebudd og på ballen; kapittelet vart vedtatt med overveldande fleirtal på mindre tid enn opprinneleg avsett. Pepe Salvesen kunne dermed lykkeleg ta fatt på hurtigsesjonen med eit kvarter ekstra på klokka. Den ekstra tida kom godt med, fleire av kapitla som var sett opp til hurtigrevisjon inneheldt såpass omfattande endringar at det vart stilt spørsmål ved om det var tilstrekkeleg med ein rask gjennomgang. Det vart



Figur 1: Eit femtitals obstetrikarar frå Hammerfest til Kristiansand var samla på Losby Gods for det fjerde obstetriske guidelinemøtet.



Figur 2: Deltakarane nytta dei korte pausane til å nyte sol og frisk luft.



Figur 3: Diskusjonen heldt fram i mindre formelle fora.



Figur 4: Vel fortent gyllen tang til Jörg Kessler!

bestemt at nokre av kapitla som var til hurtigrevisjon i 2025 vil bli gjenstand for full revisjon i 2026.

Dei reviderte kapitla, både dei som har vore til full revisjon og dei som har vore til hurtigrevisjon, vil bli publiserte på *Metodebok.no* og skal vere tilgjengelege når du les dette.

Ved det komande Losbymøtet i 2026 skal heile ti kapittel reviderast: Virale infeksjonar, Hypertensive svangerskapskomplikasjonar, Svangerskapsdiabetes, Hjertesjukdom og graviditet, Perinatal asfyxi og resuscitering av nyfødde, Placenta, Anemi, Rheumatiske sjukdommar, Legemiddel i svangerskapet og Lovbestemte meldingar. Dersom du ynskjer å vere medforfattar på eit av desse kapitla

(og det bør du - her er det noko for ein kvar obstetrisk smak) kan du sende epost til sjefsredaktør Johanne Kolvik Iversen på johanne.iversen@gmail.com. Fristen for å melde seg er overraskande kort, berre åtte veker etter møtet, så her er det berre å hive seg rundt!

Gynekologen vil på det varmaste anbefale å ta del under desse møta, her får du fagleg relevant oppdatering i sanntid og kan vere med og påverke retninga faget skal ha. Vi vil særleg oppfordre legar i spesialisering og legar frå små og mellomstore sjukehus å møte, de har viktige synsvinklar som kan bli oversett dersom det berre er overlegar frå OUS som møter (ikkje noko gale med overlegar frå OUS, eg har gode vener som er overlegar ved OUS, men dei kan ikkje få rå grunnen åleine).

Bli med på kolposkopikurs i Finland

Har du ikke fått plass på det norske kolposkopikurset? Her har du muligheten til å ta samme kurs i Finland!

Kurset går på engelsk over 3 dager. Det er godkjent og likt det norske.

Basic colposcopy course 2026

Join us for an exciting and high quality educational 3-day colposcopy course!

Course will be held in English with distinguished international and Finnish speakers in collaboration with the Finnish Colposcopy society and NordColp (Nordic Colposcopy Society).

Course is EFC approved.

Time and location: 21. - 23. January, Helsinki, Finland

Venue: Paasitorni, <https://www.paasitorni.fi/en/meetings>

Preliminary program

Wednesday 21.1.	Thursday 22.1.	Friday 23.1.
8.30-9.00 Registration and coffee	8.45-9.00 What did we learn yesterday, Annu Heinonen, FIN	8.30-9.00 Registration and coffee
9.00-9.15 Welcome and practicalities Laura Kotaniemi-Talonen	9.00-9.30 Treatment of CIN Liina Vehkaoja, FIN	9.00-9.30 CIN in postmenopausal women, Anne Hammer, DK
9.15-9.45 Cervical cancer epidemiology, Anneli Trope, NOR	9.00-10.00 Clinical management of CIN2, Anne Hammer DK	9.30-10.15 Colposcopy and management of AIS, Karoliina Aro, FIN
9.45-10.15 HPV epidemiology Ilkka Kalliala, FIN	10.00-10.30 Coffee and exhibition	10.15-10.45 Coffee and exhibition
10.15-10.45 Coffee and exhibition	10.30-11.30 Group work: Hands-on training LLETZ/ Special cases	10.45-11.30 VIN and VAIN Laura Kotaniemi-Talonen, FIN
10.45-11.15 The normal cervix Liina Vehkaoja, FIN	11.30-12.00 FU after treatment and QA, Laura Kotaniemi-Talonen, FIN	11.30-12.00 HPV and microbiome Maria Kyrgiou, UK
11.15-12.00 Group work: Normal cervix	12.00-13.00 Lunch and exhibition	12.00-13.00 Lunch and exhibition
12.00-13.00 Lunch and exhibition	13.00-13.30 Screening for cervical cancer, Anneli Trope NOR	13.00-13.30 SKY vuosisokous
13.00-13.45 Cervical cytology and histology, Anni Virtanen FIN	13.30-14.00 HPV vaccination, Ilkka Kalliala, FIN	13.00-13.30 Test and evaluation
13.45-14.30 The abnormal cervix Annu Heinonen, FIN	14.00-14.30 Coffee and exhibition	13.30-14.30 CIN during pregnancy- with interactive cases, Cecilia Kärrberg, SW
14.30-15.00 Coffee and exhibition	14.30-15.00 CIN and reproductive health, Maria Kyrgiou, UK	14.30-15.00 Coffee and exhibition
15.00-16.00 Group work: Abnormal cervix	15.00-15.15 How to inform women Annu Heinonen, FIN	15.00-16.00 What to do when you suspect cancer - with interactive cases Anni Virtanen, Jenni Söderlund, FIN
	15.15-16.15 Group work: Special cases/ Hands-on LLETZ	

Participate for **all three days** or for **1 day only on Friday**.

Price

- 3 days: 395 euros
- Friday only: 120 euros

For more information and registration use the QR-code below



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 trombocytter ved baseline kan ha økt risiko for trombocytopeni av grad 3+. Ukentlig overvåkning av komplett blodstatus 1. behandlingsmåned er anbefalt, deretter månedlig i 10 måneder, og deretter regelmessig. Grunnet risikoen for trombocytopeni, bør antikoagulantia og legemidler som er vist å redusere trombocytter brukes med forsiktighet. *Tilfeller av myelodysplastisk syndrom/akutt myelogen leukemi (MDS/AML)* har blitt

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

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

Pakninger og priser: Maksimalpriser: 56 stk. (blister) kr 48.623,00. 84 stk. (blister) kr 72.916,30. ZeJula inngår i onkologianbudet til rabattert pris. Refusjon: H-resept: L01X X54_1 Niraparib. ZeJula 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-ADV-240001, Oktober 2024

The Warm Heart of Africa

– Et reisebrev fra Malawi



Karen Sømberg Øigarden

Overlege ved avdeling for Fødselshjelp og Kvinnesykdommer, Vestre Viken, HF

Jobb og familie i Lilongwe

Min familie kom hjem fra et tre måneders opphold i Malawi i desember 2024. Familien består av Erik, som jeg er gift med, våre to barn – en jente på 12 år og en gutt på 9 år – og meg selv. Erik er ortoped og tok overlegepermisjonen sin gjennom et prosjekt ledet av Haukeland sykehus. Han skulle hovedsakelig jobbe med traumekirurgi. Selv var jeg fremdeles LIS og tok ulønnet permisjon, uten forbindelse til et prosjekt. Jeg kom i kontakt med avdelings-sjef dr. Pricilla Phiri for Kvinneklivnikken ved Kamuzu Central Hospital (KCH) gjennom den norske ildsjelen på det ortopediske sykehuset, Dr. Sven Young, og dermed var jeg velkommen til jobb.

Familien ble utstyrt med bil og hus i rekke sammen med et lite knippe norske helsearbeidere som alle jobbet på det ortopediske LION sykehuset. KCH ligger rett over gaten for LION, der jeg var den eneste vestlige lege. Skolen til barna var veldig bra, og begge barna fikk raskt venner fra Malawi, Zambia og Zimbabwe, og deltok på skolens svømmelag, spilte fotball og danset etter skoletid.

Hverdagen startet kl. 04.15 til nabo-moskeens høye bønnerop, og en tropisk fugl som både var elsket og hatet for sin faste ballade mellom husene våre i nabolaget. Så frokost i hagen under de høye Jakarandatrærne som vokste vilt og sto i full blomst. Kjøreturene til skolen og jobb var i begynnelsen et skummelt prosjekt. De mange alvorlige trafikkuulykkene i Lilongwe er tross alt en av årsakene til at ortopedisk bistand er bemedlet fra Norge og traumene er voldsomt mange. Bybildet i Lilongwe er vanskelig å sette seg inn i, og ingen følger noen form for struktur eller orden verken i bil, på sykkel eller til fots. Her er det bare å lære seg å kjøre som de andre, eller bli kjørt ned.

Til tross for at Malawi er blant verdens fattigste land, så er det et fredelig og demokratisk land sammenlignet med andre utviklingsland. Malawi - The Warm Heart of Africa - er fedrelandet til 22 millioner mennesker og rommer under halvparten av Norges areal til sammenligning, og er dermed ett av verdens tettest befolkede land. Over halvparten av landets befolkning lever under fattigsgrensen. Jordsmonnet er fruktbart, men landets økonomi er særlig utsatt nå i kjølvannet av klimaendringene med tørke og flom. Kristendommen er den ledende religionen, Islam er også utbredt.

Abort er ulovlig, prevensjon er et fremmedord, kvinner er ofte uten utdanning og blir tidlig gravide. Mødre- og barnedødeligheten er skyhøy.

Kamuzu Central Hospital er et tertiærsykehus og universitetssykehus som ligger midt i hovedstaden Lilongwe og tar imot henviste pasienter fra andre klinikker og sykehus i landet. Avdelingen består av en gynekologisk sengepost og en "liten" fødeavdeling med 9 fødestuer som tar imot 350 fødsler i måneden, prenatal- og postnatalwards, tre egne operasjonsstuer samt en egen intensivavdeling med 6 sengeplasser. Nabosykehuset som ligger 10 minutter unna tar imot 1200 fødsler i måneden, men da KCH hovedsakelig har ansvar for høyrisikogravide og de mest syke gynekologiske pasientene er det færre fødsler her.

Vi jobbet i 4 team hvor hvert team besto av to overleger, to erfarne LIS, to ferske LIS og fire turnusleger. Mitt team, Unit 4 med

Professor Mataya i spissen, en fremragende erfaren gynekolog som også driver et offentlig, rent obstetrisk sykehus i utkanten av byen, og Dr. Taurai Kitiñi som er deputy chief ved KCH, var en dyktig og inspirerende gjeng. Vi hadde fast visitt på mandager, poliklinikk på tirsdager, operasjonsdag på onsdager og vakt fra torsdag til fredag. Legene var faglig kunnskapsrike og hadde veldig gode kirurgiske ferdigheter.

Det var turnuslegenes oppgave å utføre elektive keisersnitt da de måtte beherske oppgaven til de skulle ut i distriktstjeneste

å gjøre det på egenhånd som Medical Officers. LIS legene måtte beherske åpne hysterektomier da de sto alene i akutte obstetriske blødninger på vakt.

Mandagsvisitt

Det er mandag og vi har visitt. Vi er på postnatal ward. Jeg blir møtt av pasienter liggende i korridorene på madrasser på gulvet da sengeposten er overfylt. Kokekar og baljer ligger under sengene og rundt omkring. Forsiktig beveger jeg meg mellom pasientene, må ikke trække på et spedbarn. Hvordan klarer turnuslegene å holde oversikt over hvilke pasienter som tilhører vårt team, tenker jeg. Jeg vet fremdeles ikke om de klarer det, jeg tror faktisk ikke det. Etter noen timer beveger vi oss videre til prenatal ward, der vi møter pasienter som ligger til observasjon med preeklampsi, HIV, malaria og andre tilstander. Vi runder av på gynekologisk sengepost på slutten av dagen. En ung kvinne på 19 år ligger i den første sengen. Hun hadde trodd hun var gravid, men hun har en ovarialcyste som fyller bukhulen til 5 cm over navlen, magen er diger og kvinnen mager. Vi setter henne opp på operasjonsprogrammet til onsdagen og planlegger midtlinjelaparotomi med cystektomi og omentektomi. Vi har tatt CT, blodprøver og innhentet samtykke



Bilde 1: En reiseklar pasient venter med sitt nyfødte barn og sin familie på skyss hjem fra Kvinneklivnikken ved KCH. Kvinnene i familien til de innlagte kommer inn hver eneste dag med mat og rent tøy. Maten består for det meste av Nsema, hvit maisgrøt, som er energirik, men næringsfattig. Få har råd til kjøtt.



Bilde 2: En del av KCHs Kvinneklivnik til høyre i bildet med poliklinikken og kontorene til overlegene på avdelingen. Lengre nede ligger operasjonsenheten, intensiven, føden, obs-posten, barsel og gynekologisk sengepost.



Bilde 3: Gynekologisk sengepost med åpent vaktrom i midten og slitne sykepleiere.

til operasjon. Flere kvinner med blødningsforstyrrelser og større myomer settes også opp på operasjonsprogrammet vårt til det er fullt. Seks store inngrep skal vi gjøre på onsdag fordelt på to parallelle stuer.

Onsdag og operasjonsdag

Onsdagen kommer, og jeg skal assistere Dr. Mittal, en erfaren LIS på sitt 4. og siste år i spesialiseringen. Vår første pasient, den 19 år gamle kvinnen med den store cysten, preppes og leies av oss legene. På med gummistøvler, gummiforkle og beskyttelsesbriller. En kakerlakk piler over gulvet. Vi vasker oss inn med et slitent, nesten oppbrukt såpestykke som ligger på vasken. Det finnes ikke kirurgisk håndsprit. Det pakkes opp tøydekke og en sterilisert bipolar diatermi. Det finnes ingen anestesileger, men anesthetists som legger pasienten i narkose eller setter spinal, men alt annet medikamentelt administreres av legene selv. Inngrepet går fint, cysten ekstraheres uten søl. Histologien gikk tapt da turnuslegene glemt å merke bøttene til patologen den dagen.

Neste pasient er et semiakutt keisersnitt som klemmes inn mellom våre elektive operasjonspasienter. Hun er en primipara gravid i uke 35 med en betydelig forstørret, myomatøs uterus som klemmer opp mot diafragma og gjør det vanskelig for henne å puste. Det blir lagt et lengdesnitt i uterus fordi barnet angivelig lå i tverrleie, men vi ekstraherer et barn i hodeleie. Hun blør heldigvis lite og jeg puster lettet ut. Jeg kjenner svetten renne nedover magen, ryggen så beina.

Siste pasient er 70 år gammel og satt opp til åpen hysterektomi grunnet CINIII. I narkose gjør vi først en GU og palperer en fiksert og obliterert cervix med tumoraffeksjon i vagina og parametriere på begge sider. Hun er inoperabel og vi avslutter før vi har begynt. Det finnes ikke strålebehandling i Malawi. Jeg henter barna på skolen etter å ha blitt jaget av en apekatt som ønsker en bit av nistematen min på vei til bilen.

Høy mødredødelighet

Slik gikk ukene. I løpet av perioden august til desember inntraff 69 mødredødsfall. KCHs Maternal Death Audit viser at det er infeksjon som er ledende årsak til mødredødsfall i Malawi det siste året, etter det kommer blødning og eklampsi.

Her er noen utdrag fra notatblokken min fra morgenmøter og visitt:

- L.S, 27 years old, P7+5. Post SVD (spontaneous vaginal delivery), poor outcome. Reduced fetal movements prior to delivery but did not contact hospital. Came in with signs of endometritis and peritonitis. Puss per vagina. Threw up. Vital signs evident of septic shock with GCS at 8, intubated, but she pulled the tube, then aspirated. Dies of aspiration pneumonia.
- G.M, 17 years old, P2+2, Jehovah's Witness. Presents with peritonitis, Hb at 3, vital signs, BP 67/33, temperature 39,9, pulse 130-irregular, chest clear, abdomen distended with global tenderness and guarding. Septic abortion. GCS 2. Started on IV fluids, adrenalin and antibiotics. We performed emergency Ex.lap and TH, puss in the pelvic region, did peritoneal lavage. Admitted to HDU. Dies later that evening from sepsis.
- A.L, 19 years old, came in with general convulsions and BP at 242/102, 162/110, GCS 8, pulmonary edema and ascites, GCS 7. Intubated and treated with IV nifedipine and hydralazine, furosemide and AB. Convulsed 5 times after admission. Performed emergency CS, no living outcome, In HDU, intubated, stabile.
- S.M, 26 years old with CPD (cephalopelvic disproportion), presents with hypovolemic shock, Hb 1,7, suspected uterine rupture. On ex.lap the fetus was lying in abdominal cavity, did TH, transfused with 1 pint whole blood, went in cardiac arrest, ROSC, transfused again 3 FFPs, adrenalin dependant. In HDU. Tracheotomy on life support. No corneal reflex.



Bilde 4: Operasjonsdag



Bilde 5: Ingen kirurgisk sprit til håndvask før operasjon. Kun et såpestykke som ble brukt til det ikke var mer igjen. Infeksjon er den ledende årsaken til dødeligheten i Malawi.

Denne siste kvinnen lå intubert hele perioden jeg var i Malawi, og hun var ikke den eneste. Respiratorbehandling ble ikke avsluttet hos disse kvinnene av kulturelle eller religiøse årsaker som var vanskelig for dem å gå inn på. Det var et dødsfall direkte relatert til at disse kvinnene okkuperte sengene på intensiven, der det ikke var håp for oppvåkning, og der andre pasienter som trengte intensivovervåking kunne ha blitt reddet.

Det er en enorm arbeidsbelastning på legene som jobber i Lilongwe. Pasientene kommer ofte langveis fra og presenterer sent med akutte obstetriske tilstander, eller med avansert gynekologisk kreft. Veldig mange pasienter lider av alvorlig anemi, fordi de er underernærte, har malaria, HIV, sigdcelleanemi eller sfærocytose.

Det finnes nesten ikke blod i blodbanken. Blod fra blodbanken reserveres til pasientene som opereres elektivt. Legene jobber under krevende omstendigheter, de trenger både flere folk og økonomisk støtte for å kunne redde flere liv.

Oppholdet vårt i Malawi var både intenst og sterkt med mange inntrykk på jobb og i hverdagen. Som familie ble samholdet sterkt i opplevelsene vi delte sammen. Det ble mange fantastiske turer til vakre Lake Malawi (UNESCO World Heritage site), safari i Liwonde National park og fjellturet i de flotte fjellene rundt Dedza. Oppholdet i Afrika ble avsluttet med en opplevelsereise til Zimbabwe og ferie i Zanzibar, og fire berikede sjeler.



Bilde 6: Intensiven med 6 sengeplasser. Her gikk vi sitt på pasienter med blant annet akutt fettlever, sepsis og flere pasienter på life-support, etter store obstetriske blødninger, som hadde gått i hjertestans og gjenopplivet, men som ikke hadde cornearefleks. Life-support kunne ikke avsluttes av kulturelle årsaker og disse pasientene ble liggende her i ukevis, noen i flere måneder. Det var ingen anestesileger på sykehuset, og all medisinsk behandling ble foretatt av gynekologene.



Bilde 7: Pasienter og pårørende på KCH



Bilde 8: Familien til de innlagte pasientene venter i gangene utenfor sengepostene innenfor sykehusets murer. Noen finner støtte i hverandre gjennom de mange timene og dagene som går. Andre venter på plass ved oppsatte bålsteder rundt bygningene for matlagning til sine kjære, noen vasker og tørker klær. Noen er også pasienter selv.

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

Fødselshjelp i landet med høyest mødredødelighet – Et reisebrev fra Nigeria

Et spennende, intenst og givende oppdrag fylt av sorg, men mest av alt av glede og samhold.



Grete Alræk Iversen

Gynekolog og feltarbeider
for Leger Uten Grenser
grete.alrek.iversen@gmail.com

Leger Uten Grenser

Leger Uten Grenser ble grunnlagt av en gruppe leger og journalister i 1971 i kjølvannet av Biafrakrigen i Nigeria, og fremdeles åpner vi nye prosjekter nettopp i Nigeria. Leger Uten Grenser er en medisinsk nødhjelpsorganisasjon som gir helsehjelp til de som trenger det mest uansett hvem, uansett hvor, uansett hvorfor. Jeg vil fortelle om vårt nye fødesykehus i Maiduguri i Nigeria og mine opplevelser der i oktober og november 2024.

Hvem: Fødesykehuset Kushari åpnet i juni 2024 for å gi helsehjelp til kvinner med kompliserte svangerskap, fødsler og barseltid. Sykehuset er et samarbeidsprosjekt med lokale helsemyndigheter med planer om total overdragelse til myndighetene innen fem år. Vi samarbeider med 11 fødestuer i byen. Jordmødre ved disse fødestuene kontakter våre jordmødre når det oppdages alvorlig patologi. Vårt jordmor-team drar så ut for å evaluere, initiere behandling og innlegge disse kvinnene når det trengs. Typiske innleggelsesdiagnoser er: alvorlig preeklampsi, eklampsi, antepartum blødning, postpartum blødning, uterusruptur og anemi i svangerskap og barseltid.

Hvor: Kushari sykehus ligger i Maiduguri, delstatshovedstaden i Borno nordøst i Nigeria. Fødesykehuset ligger på samme område som vårt store underernæringsprosjekt for barn. Maiduguri er også arnestedet for den ekstreme gruppen Boko Haram, og området er preget av konflikt og fattigdom. Hele byen er inngjerdet, og det er portforbud om natten av sikkerhetsgrunner.

Hvorfor: Sykehuset er opprettet for å redusere mødredødeligheten i området. Ifølge en WHO-rapport fra 2015 mister 1 av 22 mødre livet. Ytterst få kvinner går til svangerskapskontroller og mange kvinner føder hjemme uten helsefaglig assistanse. Dette medfører at kvinnene ofte kommer for sent til sykehuset, fosteret er ofte dødt i mors liv og kvinnene er kritisk syke. Barselkvinnene som føder hjemme, har ofte grav anemi. I tillegg er flesteparten av kvinnene underernærte med alvorlige elektrolyttforstyrrelser og omtrent halvparten har malaria.



Bilde 1: Haura Bello, 25, noen timer før fødsel ved Kushari CEMONC facility i Maiduguri, sammen med sin mor Kaltum Buba. Haura er førstegangs-fødende og ble innlagt med preeklampsi. Copyright: Colin Delfosse

Mitt oppdrag høsten 2024

Jeg var spent og glad for å reise til Maiduguri som gynekolog for Leger Uten Grenser i oktober 2024, mitt fjerde oppdrag for organisasjonen. Etter en lang og slitsom reise kom jeg endelig frem til gjestehuset en fredag ettermiddag. Etter at jeg forlot Bergen med nattoget, hadde jeg vært på forberedelsesmøter på Oslo-kontoret og i Nigerias hovedstad Aduja, og det var skjønt å endelig være fremme og ta fatt på mitt to måneder lange oppdrag.

Jeg ble møtt av en hyggelig internasjonal gjeng hvor alle kontinent var representert. Etter en kort omvisning på sykehuset brukte jeg helgen på å lese mine to forgjengeres rapporter. Mandag morgen var jeg i full klinisk jobb som eneste gynekolog på institusjonen. Oppdraget var annerledes enn mine tidligere obstetriske oppdrag, da sykehuset var helt nytt. Vi hadde hovedfokus på internopplæring og implementering av retningslinjer. Leger Uten Grenser har gode metodebøker.



Jeg reiste med første bil hver morgen fra gjestehuset til sykehuset. På den korte bilturen satt alle stille og sugde inn inntrykk fra lokalmiljøet. Barn i skoleuniformer hastet til skolen, kvinner satt på huk i veikanten og kostet gaten, kiosker og butikker gjorde seg klare til dagens handel. Mange gikk til fots, men biler, moppedrosjer, lastebiler og sykler var vanlige fremkomstmidler. Motorsykler er forbudt fordi det er Boko Harams foretrukne transportmiddel.

Jeg brukte tiden før morgenmøtet til vaktrapport med nattevaktene; to LIS-leger fra universitetssykehuset, som hadde ferie. De jobbet annenhver natt og delte helgene mellom seg. Vi diskuterte de inneliggende pasientene og fagfeltet generelt. Jeg brukte disse møtene til opplæring, vi slo ofte opp i veilederen sammen. I Norge har vi helt andre muligheter for oppfølging av svangerskap og fødsler. På universitetssykehuset fulgte de nigerianske retningslinjer. Vi gikk en kort visitt til de sykeste pasientene. Det var synd at jeg aldri fikk se mine legekolleger i klinisk arbeid, men jeg hadde inntrykk av at de var faglig sterke og interesserte. Jeg hadde vakt døgnet rundt, men nattevaktene var flinke og selvstendige så jeg ble relativt sjelden oppringt.

Ledere for alle avdelinger på sykehuset deltok på morgenmøtet, der det ble rapportert om antall innleggelser og operasjoner. Etterpå gikk anestesilegen og jeg visitt på intensivavdelingen. Der hadde vi anledning til tett overvåkning med BT, puls og O2. De fleste pasienter som fikk intervenøs blodtryksbehandling lå der.

Mens Theo, anestesilegen fra Rwanda, overvåket pasientene på intensivsen gikk jeg visitt på barselavdelingen. Den hadde 40 senger og var som regel full. Vi finjusterte den antihypertensive behandlingen, transfunderte blod, sjekket operasjonssår, behandlet malaria



Bilde 3: Nyfødtreresuscitering ved Kushari CEMONC facility i Maiduguri. Barnet ble innlagt med respirasjonssvikt. Copyright: Colin Delfosse

Bilde 2: Alima Mustafa gir hud-til-hud kontakt til sin niese for å bedre hennes sjanse til overlevelse. Jenta, som kun veide 1,15 kg da hun ble født prematurt i uke 29, har akkurat blitt utskrevet fra nyfødttintensiven ved den omfattende LUG-bygde akutt obstetriske og nyfødte avdelingen ved Nilefa Keji Hospital i Maiduguri. Copyright: Colin Delfosse

og korrigerende elektrolytter. Hver uke så vi kvinner med hypokalsemiske kramper som hylte ut i smerte. Visittene hadde også ikke-faglige utfordringer. Takviftene måtte stå på grunnnet varme, noe som gjorde journaler med løsladssystem til en utfordring.

Jeg ble hentet til akuttmottaket når ambulansen kom med nye pasienter. Vi hadde et bærbart ultralydapparat som var til stor nytte. De andre mor- og barn-prosjektene jeg har vært på med Leger Uten Grenser har hatt identiske ultralydapparater, og vi arrangerer gode ultralyd kurs for våre ansatte. Behandlingen ble iverksatt og relativt ofte endte det med keisersnitt, for å redde mors liv. Noen ganger kom vi i mål med induksjon. Jeg brukte disse situasjonene til opplæring av de nyutdannede jordmødrene. Da vi fikk inn pasienter med typisk sykehistorie og klinikk, for eksempel ved abruptio placenta, hentet jeg ofte overjordmor. Sammen underviste vi de ferskeste ansatte.

Det var ikke mange innleggelser, men pasientene våre var kritisk syke. Vi hadde to operasjonsstuer, men kun én var i drift. En dag utførte jeg fire keisersnitt; andre dager hadde vi ingen operasjoner. Samarbeidet med anestesilegen Theo var uvurderlig: Han hjalp uoppfordret til med barselvisitt, og vi støttet hverandre både faglig og kollegialt. Dette trengtes spesielt i tunge stunder. Vi kom oss gjennom to forferdelige dager i november da tre unge kvinner døde. Vi hadde gangspærre i armene av mislykket gjenoppliving, men holdt motet oppe. Jeg håper vi møtes igjen på neste oppdrag.

Dagen med fire keisersnitt

Mandag begynte med et keisersnitt på en kvinne som skulle føde sitt ellefte barn. Jordmor på fødestuen hadde oppdaget at det var navlesnorprolaps. Navlesnoren kom ut da vannet gikk, og jordmor var usikker på om hun hørte fosterlyd. Vi var informert



Bilde 4: På nyfødtintensiven ved Kushari CEMONC facility i Maiduguri, blir barn med gulsott plassert under UV lys i korte perioder av gangen. Copyright: Colin Delfosse



Bilde 5: Noen av de nyfødte ved Kushari CEMONC facility i Maiduguri har behov for innleggelse på nyfødtavdelingen etter fødsel. Ansatte fra Ministry of Health og LUG monitorerer barna døgnet rundt. De følger med på temperatur og oksygennivåer. Copyright: Colin Delfosse

om at den høygravide kvinnen skulle komme, og hadde avtalt med operasjonsavdelingen at vi skulle ta henne rett inn dersom barnet levde. Med ultralyd så vi hjerteslag. Vi løp til operasjonsstuen, men kvinnen ville snakke med familien sin. Heldigvis var den flinkeste av de lokale på det psykiske helseteamet til stede. Kvinnen ga sitt samtykke etter 5 min med forklaring og samtale. Ultralyd ble gjentatt på operasjonsbordet; barnet levde fremdeles. Det var dessverre ikke tid til diskusjon om sterilisering.

Med den samme ambulansen kom en annen flergangsfødende med en trist obstetrisk historie. Hun var niende gang, men kun tre av barna hennes var i live. Hun hadde tatt keisersnitt en gang før, for mindre enn to år siden. Vi avtalte keisersnitt og sterilisering. Hun måtte vente i noen timer.

En tredje kvinne, som hadde blitt innlagt med et prematurt barn og liten blødning uken før, begynte plutselig å blø kraftig. Lungemodningssprøyte var ferdige. Barnet var estimert til



Bilde 6: Doktor Amina Egujja holder en nyfødt etter et keisersnitt, ved operasjonsavdelingen ved den omfattende LUG-bygde akutt obstetriske og nyfødt avdelingen ved Nilefa Keji Hospital i Maiduguri i Borno. Sykehuset drives i samarbeid med State Ministry of Health. Copyright: Colin Delfosse

1,1 kg. Med keisersnitt fikk vi ut et barn på 1,4 kg. Morkaken hadde blodklumper under; den hadde delvis løst, som antatt.

I tillegg hadde vi en kvinne som skulle føde sitt andre barn. Hun hadde sterke smerter og nesten full åpning. Hodet til barnet sto høyt. Det første barnet hennes var også forløst med snitt. Vi utførte keisersnitt, livmoren hadde nesten sprukket.

Til slutt gjorde vi snitt på hun som ventet tålmodig. Livmoren hennes var også nesten sprukket. Hun får ikke flere barn.

En av de verste og samtidig beste dagene av oppdraget. En fantastisk dag i en setting der vi måler suksess i overlevelse. Uten vår klinikk ville sannsynligvis utfallet blitt et annet.

Hvorfor jobbe for Lege Uten Grenser?

I alle land, også Norge, er kvinnehelse underprioritert. Jeg tør påstå at kjønnsforskjellen blir større jo dårligere helsevesenet i landet er. Gynekologer kan gjøre en stor forskjell. Hvis du ble lege fordi du ville hjelpe mennesker, og du har grunnholdning om at alle mennesker er like mye verd, er sannsynligvis Leger Uten Grenser noe for deg. På nettsiden vår finner du informasjon om hva vi gjør og om søknadsprosessen.

Færre dør når flere vet.

Jobb i Leger Uten Grenser – noe for deg?

Siden 1971 har Leger Uten Grenser gitt medisinsk hjelp i humanitære kriser. Vi har rundt 68.000 ansatte og prosjekter i over 70 land. Over 80 prosent av kollegaene våre er lokalt ansatte, mens resten er rekruttert fra land over hele verden, deriblant Norge. Rundt 50 prosent av de ansatte har medisinsk bakgrunn, men vi trenger også folk som jobber med forsyning, logistikk, bygg- og anlegg, HR og finans med mer. Her kan du lese om to av våre ansatte med ulik bakgrunn som begge har jobbet i grensebyen Renk i Sør-Sudan, hvor Leger Uten Grenser gir helsehjelp til mennesker som har flyktet fra krigen i Sudan.



Ane Maren Rambjør
Supply Chain

I september 2024 reiste jeg til Sør-Sudan. Der skulle jeg jobbe som leder for supply-teamet i Leger Uten Grenser sitt prosjekt i Renk. Det er en grenseby helt nord landet, nærmest omringet av Sudan. Siden 2023 har over én million mennesker flyktet fra krigen i Sudan og krysset grensen til Sør-Sudan – en stor andel av dem via Renk.

I desember kom krigen nærmere grensen, og i løpet av én uke kom over 200 skadde til sykehuset. Vi hadde knapt plass til pasientene som kom til vanlig, og vi hadde kun én lokal kirurg som hadde kalenderen full av keisersnitt da antallet skadde og syke økte dramatisk.

De første dagene føltes det hele nesten håpløst. Vi hadde hverken senger eller husly til alle. Pasientene lå ute på området foran sykehuset, og vi hadde ikke medisinsk utstyr til å dekke behovene. Men innen den første uken var omme, hadde vi fått fraktet inn både senger, telt og medisinsk utstyr fra hovedlageret vårt i hovedstaden

Juba – og ikke minst kirurger.

Vi fikk også støtte fra de andre prosjektene Leger Uten Grenser har i Sør-Sudan, som sendte både ansatte og utstyr til vårt prosjekt. Med flere kirurger og kollegaer på plass, samt nødvendig utstyr, fikk vi satt opp telt, senger og operasjonssal, og dermed kunne vi gi pasientene den behandlingen de trengte.

Det var helt fantastisk å overvære stå-på-viljen til våre lokalt ansatte, samarbeidet som oppsto i krisen, kreativiteten i måten vi løste utfordringene på, og viljen til å hjelpe. Dette er mennesker som selv har følt krigen på kroppen og opplevd den på nært hold, likevel var det ingen tvil om at de skulle være der for å hjelpe.



Line K. Bjartan
Barnelege

I vinter jobbet jeg som barnelege på sykehuset i Renk i Sør-Sudan. En dag møtte jeg en ny pasient som umiddelbart traff meg midt i hjertet. Gutten var bare skinn og bein, han lå helt stille i sengen og det eneste som

avslørte at han var i live, var de store redde øynene som beveget seg sakte, sakte rundt i rommet.

«Hassan» var to år og veide 4,4 kilo, bare litt mer enn et gjennomsnittlig nyfødt barn i Norge. Gutten var redd og gråt, og moren hans fortalte meg historien deres. Frem til for tre måneder siden, da de ble tvunget på flukt, hadde Hassan vært en sunn og aktiv gutt som likte å leke med ball.

Da jeg spurte henne hva som hadde skjedd de siste månedene, fikk jeg det samme svaret om og om igjen: «Ingen mat, ingen mat, ingen mat» mens tårene presset på. Moren hadde så dårlig samvittighet da hun så ned på gutten sin, som nå bare var et skall av seg selv.

Jeg visste ikke om vi kom til å klare å redde «Hassan», men oppmuntret likevel moren hver dag – mødre er kanskje den viktigste faktoren for at alvorlig syke barn skal bli friske. Hun gjorde en fantastisk innsats og fulgte opplegget vårt med opptrapping av spesialtilpasset diett. Og «Hassan» gikk ikke bare opp i vekt – han fikk tilbake språket, bevegelsene og viljen.

Den dagen jeg kom inn og så ham sitte oppreist i sengen og spise selv, måtte jeg gå meg en runde rundt sykehuset for å ta inn den utrolige lettelsen og lykken jeg kjente på.

Leger Uten Grenser har kontinuerlig behov for folk med både medisinsk og ikke-medisinsk bakgrunn. Kan det være deg? **For mer informasjon om de ulike rollene, scan QR-koden eller gå til www.legerutengrenser.no/jobb-for-oss**



En kasuistikk som illustrerer obstetriske utfordringer i Kambodsja

Dette er et problem som gynekologer i Kambodsja og andre lavressursland står overfor, spesielt knyttet til begrenset tilgang på blod og håndtering av kritisk syke pasienter. Det ender ikke alltid godt.



Tith Nita Leang

Senior doctor maternity
Sonja Kill Memorial Hospital
Kampot, Cambodia

Tithnitaleang@gmail.com



Jobe Smith

Spesialist i fødselshjelp og
kvinnesykdommer

Medforfatter

31 år gammel kvinne i svangerskapsuke 41+5. G3P1. Tidligere sectio til termin, ukjent indikasjon, barn på 3300 gram.

Hun oppsøkte det lokale henvisningssykehus på grunn av bekymring for mindre liv. Ved ankomst ble det funnet et vitalt foster, og det var ingen tegn til fosterstress. Grunnet lite liv og passert termin, ble det besluttet fødselsinduksjon med misoprostol. Etter to doser med misoprostol klaget hun over tiltakende sterke magesmerter, fatigue og vaginal blødning. Ved undersøkelse ble det konstatert at fosteret var dødt. Symptomene ga legen mistanke om utvikling av transfusjonskrevende anemi, og hun ble derfor overført til Sonja Kill Memorial Hospital (SKMH) med ambulanse.

Kambodsjanske retningslinjer anbefaler induksjon ved 41 uker og krever induksjon ved 42 uker. Utfra retningslinjene skal man ikke indusere med misoprostol ved tidligere keisersnitt. Til tross for at henvisningssykehuset er et stort offentlig sykehus med over 3000 fødsler årlig, er blodbanken ofte tom. Ved mistanke om behov for blodtransfusjon vil derfor legene ofte forsøke å sende pasienten til Phnom Penh (2,5–3 timer med bil) eller Sonja Kill Memorial Hospital (15 minutter med bil). På generell basis forsøker de ikke å operere for å stoppe blødning i frykt for at pasienten kan dø på operasjonsbordet. Mødredødsfall er en stor belastning for alle involverte, og det er enklere å "gi problemet videre" om mulig. Pasientene kan overflyttes med ambulanse, men også med tuk-tuk, privat bil eller taxi.

Ved ankomst Sonja Kill Memorial Hospital var kvinnen blek og smertepreget. Hun var hypotensiv med blodtrykk 90/60 og

takykard med puls på 118. Hun hadde ikke rier, men konstante generaliserte magesmerter. Hb 9,0 g/dl. Abdominal ultralyd viste foster uten hjerteaksjon, og en stor heterogen masse i relasjon til placenta. Vaginal spekelundersøkelse viste pågående vaginal blødning.

Vakthavende obstetriker mistenkte morkakeløsning med intrauterin fosterdød. Pasienten samtykket til akutt keisersnitt med blodtransfusjon.

Selv ved fare for liv og helse, er det påkrevd med skriftlig samtykke før alle operasjoner i Kambodsja. Samtykkeskjemaet er langt og komplisert. Pasienten kan "signere" med fingeravtrykk nederst, ofte samtidig som de trilles inn til operasjonsstuen. Av kulturelle årsaker er blodgivning og transfusjon spesielt vanskelig, og krever ekstra samtykke. Motviljen blant det kambodsjanske folket til å donere blod er årsaken til at det store henvisningssykehuset (og de fleste offentlige sykehus) har lite eller ingen blod tilgjengelig i blodbanken.

Det ble utført keisersnitt i generell anestesi. Det ble funnet 2 liter friskt blod intraabdominalt, med uterusruptur hvor fosterhodet stakk ut gjennom rupturen. Massiv transfusjonsprotokoll ble igangsatt. En gutt med fødselsvekt 2200 gram ble forløst med Apgarscore 0-0-0. Uterusrupturen i det gamle arret ble reparert. Normal lukking. Det ble gitt 2 enheter med ikke-kryssmatchet erytrocyttkonsentrat peroperativt, og totalt ble det transfundert 4 enheter erytrocyttkonsentrat og 4 enheter plasma.



Blodbank på SKMH. Foto: Uk BesovanVachanak

Årsaken til intrauterin veksthemming er uklar. Kvinnen hadde ikke hypertensjon. De fleste kambodsjanske kvinner får noe form for svangerskapsoppfølging, spesielt etter at myndighetene har innført kontantinsentiver. Blodbanken ved SKMH har som oftest rundt 10–15 enheter tilgjengelig. Dette skyldes sykehusets policy, som krever blodgivning fra familiemedlemmer før alle elektive operasjoner. Sykehuset kjenner også blodtypen til alle ansatte, slik at disse kan brukes til fullblodtransfusjon i ekstreme tilfeller.

Det oppstod ingen komplikasjoner i barselperioden. Sorgbearbeiding er ikke et konsept i Kambodsja, og hun ble heller ikke tilbudt noen form for psyko-sosial støtte. Hun ble utskrevet med Hb 8,7.

Poliklinisk oppfølging to uker postpartum viste Hb 11,8 og god allmenntilstand.

Blødning er en hovedårsak til mødredødsfall på grunn av en kombinasjon av mangel på blodprodukter og lange avstander til helseinstitusjoner. Mødredødsfall forekommer jevnlig, men behandles som alvorlige hendelser og etterfølges av en gransking i regi av helsemyndighetene. Kvaliteten på behandlingen diskuteres, og beslutningene som legene tok blir nøye vurdert. Denne typen gransking veier tungt for leger som ofte står alene i vanskelige situasjoner med begrensede ressurser, og som må velge mellom å sende kritisk syke pasienter på en farlig transport eller å operere lokalt.



Maternity operating theatre. Foto: Uk BesovanVachanak



SKMH blodbank. Foto: Uk BesovanVachanak

Fra Gambia til Norge

Intervju med Fatou Jatta, lege og PhD-student, opprinnelig fra Gambia i Vest-Afrika



Johanne Sundby

Professor og veileder, med erfaring fra 30 års forskningsamarbeid og studentutveksling med Gambia

Du kom til Norge med familien og mannen din, fordi han fikk en viktig jobb her, ikke sant?

Ja, det stemmer. Nå har hele familien norsk statsborgerskap, og vi bor i Oslo.

Når kom dere?

Vi kom i juli 2018.

Hvor gamle var barna dine da?

De var fem og to år gamle. Jeg gledet meg til å komme til Norge, men visste ikke så mye om landet. Jeg trodde det ville være nok å kunne engelsk, og var ikke klar over at det ble forventet at jeg lærte norsk. Barna plukket opp språket raskt, mye raskere enn meg.

Kan du kort oppsummere din medisinske karriere før du kom til Norge?

Jeg ble ferdig med medisinerstudiet i Gambia i 2013. Deretter hadde jeg to år med turnustjeneste ved universitetssykehuset i

hovedstaden, Sir Edvard Small teaching Hospital, hvor jeg fikk bred erfaring gjennom rotasjon til alle avdelinger. Etter det ble jeg sendt til Bundung fødesykehus, i Serrekunda, hvor jeg jobbet i tre år.

Kan du fortelle litt om mødre- og nyfødt dødeligheten i Gambia?

Ifølge en «Demographic and Health» rapport i 2019 har mødre-dødeligheten sunket fra 400 til 289 per 100 000 levende fødte. Nyfødt dødeligheten ligger på 29 per 1000 i samme rapport, og står for halvparten av «under fem» dødeligheten. De viktigste årsakene til mødredødelighet er alvorlige blødninger før, under og etter fødsel, svangerskaphypertensjon, infeksjoner etter fødsel og komplikasjoner etter utrygge aborter. Når det gjelder nyfødte, er asfyksi, fødselstraumer, prematuritet og infeksjoner som sepsis blant hovedårsakene.

Hva er så spesielt med Bundung?

Budung er et spesialsykehus som er dedikert til å eliminere mødre- og nyfødt dødeligheten. Lokalsamfunnet spiller en viktig rolle i dette arbeidet. De medisinske direktørene på dette sykehuset har hatt spesiell kontakt med Norge og norske forskere. For eksempel tok Dr. Mamady Cham master og doktorgrad på Universitetet i Oslo, om mødre helse. Han er en pioner innen forskning på dette feltet i Gambia, og er en resultatorientert administrator og leder. Dr. Kebba Manneh, deltok som forskningsassistent i den



“De viktigste årsakene til mødredødelighet er alvorlige blødninger før, under og etter fødsel, svangerskaphypertensjon, infeksjoner etter fødsel og komplikasjoner etter utrygge aborter.”

første studien om reproduktiv helse som ble gjort mellom UiO og Gambia, og har vært en pådriver for å involvere menn i helse-tjenester knyttet til reproduksjon i Gambia.

Etter en tid i Norge begynte du å jobbe med en spesiell gruppe forskere i Norge, MIPREG. Hvem var dette?

MIPREG består av klinikere og forskere innen mødre helse og fødselshjelp i Oslo, og som forskergrupper har de sett på fødsler hos nylig ankomne, gravide migranter i byen. Jeg ble med i gruppen mens jeg var masterstudent ved Universitetet i Oslo. Denne tverrfaglige gruppa vekket min interesse for migrasjonshelse, og jeg ble overrasket over de store helsemessige forskjellene mellom ulike grupper.

Du gjorde en studie gjennom MIPREG i forbindelse med din mastergrad. Hva handlet den om?

Studien hadde tittelen "Associations between maternal origin, prepregnancy body mass index, and caesarean section: a nationwide registry study". Den ble publisert internasjonalt, og var en del av M.Phil. i International Community Health ved UiO.

Likevel møtte du utfordringer med å få godkjent utdannelsen din som lege i Norge?

Ja, det er en krevende prosess for utenlandske leger. Først må man få formell godkjenning av utdanningen gjennom Helsedirektoratet. I tillegg kreves det norskkunnskaper på minimum B2-nivå for å kunne kommunisere klinisk. Til slutt må man bestå en medisinsk fagprøve, som dessverre er svært kostbar.

Hva har du ellers gjort i løpet av tiden her?

Etter at jeg ble ferdig med masteren jobbet jeg som «sykepleier» i ulike helseinstitusjoner, i omtrent to år. Deretter fikk jeg mulighet til å starte på en PhD. Min doktorgrad handler om kvaliteten på postpartum tjenester for fødekvinner i Norge, med fokus på hjemmebaserte tjenester. Selv om finansieringen dessverre er begrenset, er jeg optimistisk med tanke på å fortsette min akademiske karriere.

Nøkkeltall Gambia

Total populasjon	2,759,988	(2024)
Totalt antall fødsler	82,405	(2024)
Mødredødelighet	458.2 per 100 000 levendefødte	(2020)
Dødfødsler	21 per 1000 fødsler	(2021)
Dødelighet i nyfødtperioden	24.4 per 1000 levendefødte	(2022)
Barnedødelighet	45,6 per 1000 levendefødte	(2022)
Total fertilitet	3,9 levendefødte per kvinne	(2024)

Preterm birth complications	er 7. ledende dødsårsak, med 33,5 per 100 000	(2021)
Birth asphyxia and birth trauma	er 10. ledende dødsårsak, med 20,9 per 100 000	(2021)
Maternal conditions	er 6. ledende dødsårsak for kvinner, med 29,1 per 100 000	(2021)
Cervix uteri cancer	er 10. ledende dødsårsak for kvinner, med 18,1 per 100 000	(2021)

Kilde: WHO

Konfliktrelatert seksuell vold og en hjernedød gravid – kvinnekroppens tragedier

**Andrea Solnes Miltenburg**

Leder for Faggruppe Global Kvinnehelse
Førsteamanuensis ved UiO og LIS ved Åhus

Antall mennesker som har blitt drept i Gaza, på Vestbredden og i Israel øker stadig, og organisasjoner som Amnesty International (1) og FN organisasjonen OHCHR (2) tar i økende grad til ordet for at det begås et folkemord. Uansett hva det defineres som er destruksjonen av Gaza og befolkningen så omfattende og langvarig at det haster med å få en slutt på denne krigen. Som vanlig i krig er det kvinner og barn som lider mest.

Konfliktrelatert seksuell vold er en utbredt del av mange væpnede konflikter, og representerer en av de mest alvorlige menneskerettighetsbruddene i vår tid. Den 4. mars i år publiserte FN en spesialrapport som konkluderer med at det er rimelig grunn til å tro at seksualisert vold ble brukt av Hamas den 7. oktober, og siden mot gisler i Gaza (3). Den 13. mars i år publiserte Human Rights Council en omfattende rapport om systematisk bruk av seksuell, reproduktiv og annen kjønnsbasert vold fra israelske sikkerhetsstyrker siden 7. oktober 2023 (4). Seksuell vold er ikke bare et biprodukt av krig, men brukes ofte aktivt som våpen, en bevisst strategi for å oppnå spesifikke mål, slik som dehumanisering og destabilisering av lokalsamfunn.

Seksuell vold som våpen rapporteres også hyppig fra krigen i Sudan, som får langt mindre mediaoppmærksomhet enn krigen i Gaza og Ukraina. Den nåværende konflikten i Sudan startet i april 2023 mellom Rapid Support Forces (RSF) og den sudanske hæren (SAF). Det anslås at nærmere 12 millioner mennesker er på flukt, hvorav det fleste er internt fordrevet. I Amnesty-rapporten – “They raped all of us:” sexual violence against women and girls in Sudan – beskrives utbredt bruk av seksuell vold begått av RSF, også mot kvinnelige menneskerettighetsforkjempere og helsearbeidere (5).

Dette kompliseres av lite tilgang til medisinsk eller psykologisk hjelp, og flyktningkamper og helsesystemer som angripes direkte.

Antall kvinner som rammes av konfliktrelatert seksuell vold er overveldende, men noen ganger er det historier om enkeltpersoner som treffer oss rett i hjertet. Mens serien *The Handmaid's Tale*, basert på Margaret Atwoods bok fra 1985, er en fiktiv dystopi, er situasjonen i delstaten Georgia i USA dessverre ikke det. Adriana Smith var ni uker gravid da hun fikk alvorlig hodepine og oppsøkte legehjelp. Hun ble sendt hjem og ble dagen etter erklært hjernedød etter flere blodpropper i hjernen. Dette er over tre måneder siden og Adriana ligger fortsatt på respirator fordi det i Georgia er ulovlig å ta abort etter at hjertet til fosteret har begynt å slå. At Adriana ikke er “i live” lenger selv, spiller ingen rolle. Hennes sak er en stor tragedie hvor kvinnekroppen reduseres til en ren reproduktiv enhet og illustrerer hvordan systematiske, juridiske og sosiale mekanismer bidrar til å kontrollere og begrense kvinners autonomi (6).

Den politiske situasjonen i USA preger kvinnehelse både lokalt og globalt og er noe mange av oss i Faggruppen følger tett med på. Etter en svært interessant webinarserie i vår, er vi nå i gang med å forberede høstens webinarserie. Denne høsten skal vi få et innblikk i hva USAs politikk betyr for bl.a. kvinnelige, yngre forskere. I september skal Darci Johnson, tidligere Fullbright-student fra USA, som forsket på mødrehelse her i Norge i fjor, dele sine personlige erfaringer (på engelsk).

Vi er også i full gang med forberedelser til årsmøtet. Oktober måned skal dermed ha fokus på keisersnitt, som forberedelse til vårt formøte den 22.10. Siden dette er faggruppens første formøte, er vi stolte av å kunne presentere to eksterne foredragsholdere, programmet medfølger på side 56.

Følg oss gjerne på sosiale medier og våre nettsider. Er du interessert i å være medlem i vår faggruppe? Ta gjerne kontakt for mer informasjon.

Referanser

1. Israel/Occupied Palestinian Territory: 'You Feel Like You Are Subhuman': Israel's Genocide Against Palestinians in Gaza <https://www.amnesty.org/en/documents/mde15/8668/2024/en/>
2. A/HRC/55/73: Report of the Special Rapporteur on the situation of human rights in the Palestinian territories occupied since 1967 <https://www.ohchr.org/en/documents/country-reports/ahrc5573-report-special-rapporteur-situation-human-rights-palestinian>
3. Mission report Official visit of the Office of the SRSG-SVC to Israel and the occupied West Bank 29 January – 14 February 2024 <https://www.un.org/sexualviolenceinconflict/wp-content/uploads/2024/03/report/mission-report-official-visit-of-the-office-of-the->

srsg-svc-to-israel-and-the-occupied-west-bank-29-january-14-february-2024/20240304-Israel-oWB-CRSV-report.pdf

4. “More than a human can bear”: Israel's systematic use of sexual, reproductive and other forms of gender-based violence since 7 October 2023 <https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/hrbodies/hrcouncil/sessions-regular/session58/a-hrc-58-crp-6.pdf>
5. They raped all of us: sexual violence against women and girls in Sudan <https://www.amnesty.org/en/documents/afr54/9201/2025/en/>
6. Dear America: women's bodies are not state property <https://www.theguardian.com/commentisfree/2025/may/24/adriana-smith-georgia-tayo-bero>

Hiprex

(metenaminhippurat)



30 % av norske kvinner i alderen ≥ 40 år rapporterer om symptomer på tilbakevendende UVI.¹

Nyere studier viser

44% reduksjon i antibiotikaforskrivningen ved bruk av Hiprex (metenamin).¹

Hiprex er ikke vesentlig mindre effektiv, sammenliknet med lavdose antibiotika.²

Bruk Hiprex for å redusere residiverende UVI-episoder hos kvinner, uten abnormiteter i urinveiene.³

Dette bekrefter klinisk nytte av Hiprex, som et ikke-antibiotisk alternativ, for forebygging av urinveisinfeksjon.²

Definisjon residiverende urinveisinfeksjon (UVI): gjentatt UVI'er med en frekvens på minst to episoder de siste seks måneder, eller tre episoder siste året.²

Hiprex til voksne og barn i alderen 6-12 år

Indikasjon:⁴

- Hiprex brukes som langtidsprofylakse ved kronisk residiverende urinveisinfeksjoner (UVI) etter initialbehandling med kjemoterapeutika eller antibiotika.
- I tillegg er Hiprex indisert ved kort- eller langtids kateterdrenasje og ved transuretrale operasjoner. Bør også overveies ved enkeltkateterisering, cytoskopier og ved urodynamiske målinger i urinveiene.

Dosering av Hiprex:⁴

- Hiprex doseres med 1 gram morgen og kveld, fortrinnsvis etter urinerings.
- Barn mellom 6 og 12 år kan bruke halv tablett, eller halv dosepose, to ganger daglig.
- Hiprex har forebyggende effekt på residiverende urinveisinfeksjon ved fravær av urinveisanomalier eller nevropatisk blære.^{1,2}

Utvalgt sikkerhetsinformasjon⁴

- Kontraindisert ved alvorlig nedsatt lever- og nyrefunksjon, alvorlig dehydrering, metabolsk acidose.
- Metenamin vil ikke ha effekt ved akutte urinveisinfeksjoner og infeksjoner i nyreparenkymet.
- Hiprex skal ikke benyttes sammen med sulfonamider pga. fare for krystalluri.

Hiprex (metenamin) priser og refusjon:⁵

Hiprex koster kr 306,80 for 100 tabletter, kr 675,30 for 100 doseposer. Begge formuleringer er 1 gram. Reseptgruppe C. Refusjonsberettiget bruk: Langtidsprofylakse ved kroniske eller stadig residiverende infeksjoner i nyrer/urinveier og langtids kateterdrenasje. Infeksjonsprofylakse urinveier ved immunsvikt. Palliativ behandling i livets slutfase. Infeksjoner ved organtransplantasjon. Refusjonskoder: ICPC: U71, Cystitt/urinveisinfeksjon IKA ICD: N30 Cystitt, N39.0 Urinveisinfeksjon med uspesifisert lokalisasjon Vilkår: 141: Pasienten må oppfylle et av følgende vilkår: - Pasienten har brukt/vil bruke antibiotika minst 3 måneder årlig på grunn av infeksjoner i nyrer/urinveier. - Pasienten har i gjennomsnitt de to siste årene hatt minst 3 årlige infeksjoner i nyrer/urinveier. - Pasienten bruker medikamentell behandling for en kronisk sykdom i refusjonslisten hvor sykdommen gir økt risiko for infeksjoner i nyrer/urinveier.

Referanser:

1. Linda Rui, Morten Lindbaek og Svein Gjelstad, Preventive effect of methenamine in women with recurrent urinary tract infections – a case-control study, SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE 2022, VOL. 40, NO. 3, 331–338.
2. Harding C., et al. Alternative to prophylactic antibiotics for the treatment of recurrent urinary tract infections in woman: multicenter, open label, randomized, non-inferiority trial. BMJ 2022;376: e068229.
3. EAU Guidelines on Urological Infection 2024, side 18-21
4. Hiprex SPC (06.10.2022) 3, 4.1., 4.2, 4.3., 4.5.
5. Hiprex, felleskatalogen.no, basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 06.10.2022.

Viatis AS, Postboks 194, 1371 Asker
Urinveisinfeksjon.no | infonorge@viatis.com



Les mer om Hiprex i SPC,
basert på godkjent av SLV/EMA 06.10.2022



Caesarean Sections Globally - The Good, the Bad and the Ugly

Formøte Faggruppe Global Kvinnehelse // 16.30-19.00 //
programmet vil foregå på Engelsk // påmelding i registrering

Program

Velkommen til et spennende formøte med formål å styrke det faglige grunnlaget for god klinisk praksis og bidra til en nasjonal uttalelse om den globale keisersnitt epidemien. **Andrea Solnes Miltenburg**, faggruppens leder, skal veilede deltagere gjennom programmet. Avslutningsvis skal det være en paneldebatt ledet av **Margit Steinholt**.



The CS paradox: How our guidelines and practices in the west impact obstetric care elsewhere

Thomas van den Akker is professor in obstetrics, at Leiden University Medical Center, the Netherlands. He also trained as an International Health and Tropical Medicine physician and worked as a district physician in Malawi for four years.



The nexus of power, trust and risk – the role of (global) ethical deliberation in obstetrics

Kristine Bærøe is professor at the Center for Medical Ethics at the University of Oslo. She is interested in global public health challenges and ethics, specifically the social inequalities in health.



Norsk gynekologisk
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

Mini-webinar høst serie

Mer informasjon på
vår nettside!



Fødsel ved preeklampsi i
Tanzania: hvem, når og
hvordan? (PRESHA-Prosjekt)

Dr. Andrea Solnes Miltenburg
13.08.25 20.00-20.45



Experiences as a US maternal
and child health researcher:
Navigating the landscape from
Norway to the United States
(ENG)

Darci Johnson
10.09.25 20.00-20.45



Caesarean delivery in Sierra
Leone: a curse or a blessing?
(ENG)

Dr. Alex van Duijnen & Dr.
Josien Westendorp
15.10.25 20.00-20.45

Zoom

Meeting ID: 696 4654 5733

Passcode: 851907

Mini-webinar serie
Faggruppe Global Kvinnehelse



Norsk gynekologisk
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

Gynekologen anmelder bøker med varierende grad av faglig relevans.

Denne gangen:

Decolonizing healthcare innovation: low-cost solutions from low-income countries

av Matthew Harris

Hvorfor vi burde snakke om “Sayeba Metoden” ved bruk av ballongtamponade for postpartum blødninger.



Andrea Solnes Miltenburg

Førsteamanuensis ved UiO og LIS ved Ahus
Leder for Faggruppe Global Kvinnehelse

Denne boken gir et fascinerende innblikk i et tema som angår oss alle, men som kanskje ikke åpenbart relateres til vårt eget gynekologiske fag i Norge. Derfor skal jeg, etter en generell oversikt over boken, fokusere spesielt på kapittelet “*Sayeba’s method for post-partum haemorrhage*”.

Harris gir flere eksempler på hvordan medisinske innovasjoner fra lavressursland ofte blir ignorert – et signal på ulikhet når det gjelder hvilken kunnskap som verdsettes, investeres i og videreføres. Selv om forfatteren skriver fra et britisk perspektiv, viser eksemplene hva også vi i Norge kan lære av innovasjoner fra lavressursland. I tillegg påpekes den pinlige realiteten at mye av kunnskapen sjelden finner veien videre. Den koloniale arven, økonomiske insentiver, overlegenhetskompleks og det som kalles for “white saviour syndrom” dominerer, og disse faktorene har ofte større betydning for hvilke teknikker og metoder som anbefales og får innpass i klinisk praksis, enn klinisk effekt, verdi og bærekraft.

Boken består av to deler. Første del omhandler skjevhet i forskning globalt, hvor forskningsproduksjon, publisasjon og bruk domineres av høyinntektsland. Han beskriver en ond sirkel, hvor lav synlighet av kunnskapsproduksjon i lavinntektsland fører til få muligheter for institusjoner og forskergrupper fra disse landene til å bli

akseptert. Forfatteren introduserer et nytt begrep for meg: “frugal innovasjons” – altså enkle og billige innovasjoner som likevel har høy kvalitet og trygghet – en tilnærming som kan hjelpe oss å håndtere dagens helsekriser med stadig økende kostnader og ressursproblemer. Det er her kunnskap fra land som er vant med å drive helsesystemer med få ressurser kan være veldig viktig. Selv om mye bra presenteres av forfatteren er kapitlene i denne seksjonen lange og til tider vanskelig å følge.

I andre del trekkes det fram løsninger fra lavinntektsland som gir meget interessant lesing. Kapittel 11 handler om postpartum blødning (PPB). PPB er fortsatt en hovedårsak til dødelighet globalt og preger også vår daglige praksis i Norge. Kapittelet tar for seg ballongtamponade, i Norge mest kjent som *Bakri Ballong*, utviklet av den Egyptisk-Amerikanske professoren, Younes Noaman Bakri. Harris forklarer at flere systematiske oversiktsartikler og metaanalyser har vist at ballongtamponade har mer enn 80% suksess for å stoppe blødninger, unngå hysterektomi og forebygge død. Bakri ballong, og lignende spesialutviklede produkter, koster mellom 3000–4000 NOK per stykk. Den høye stykkprisen gjør disse lite tilgjengelige i lavressursland, hvor PPB-dødelighet er høyest.

I 2010 kom *Every Second Matters – Uterine Balloon Tamponades (ESM-UBT)* på markedet, utviklet av Massachusetts General Hospital i USA, som et mye billigere alternativ, til omtrent 50 NOK per stykk. ESM-UBT fungerer på helt lik linje som Bakri ballong, men består av en kondom festet til et urinkateter, begge langt mer tilgjengelig og billigere. Siden 2010 har ESM-UBT blitt implementert i mange lavressursland og flere kliniske studier viser ingen forskjell i utfall sammenlignet med Bakri Ballong.



Forfatteren påpeker ironien ved at den amerikansk utviklede ESM-UBT er “laget for marked i lavressursland”, mens det er nettopp der teknikken først ble brukt.

Vi blir så introdusert for Dr. Sayeba Akhtar, fødselslege fra Bangladesh som begynte å bruke kondom-kateter tamponade for første gang i 2000. Hun beskrev metoden, *Sayeba’s Method*, og prosedyren i en publisasjon fra 2003, basert på erfaringer fra 23 kvinner som ble behandlet med denne metoden i Bangladesh. Denne studien ble referert i publisasjon om ESM-UBT i 2010, men Dr. Sayeba Akhtar ble ikke nevnt. Det ble heller ikke Dr. Krishna Shivkar, fødselslege fra Grant Medical College i Mumbai i India, som publiserte en prospektiv case studie i 2003 med 101 kvinner hvor et kondom-kateter instrument ble brukt (*Shivkar Pack*). Han hadde jobbet med denne teknikken siden 1981. Hvorfor ingen refererte til Dr. Akhtar eller Dr. Shivkar i utviklingen av ESM-UBT er uklart. Den eneste forskjellen mellom Sayeba Metoden, Shivkar Pack og ESM-UBT er at sistnevnte fikk store ressurser og mye støtte fra anerkjente internasjonale organisasjoner, slik som USAID og Bill and Melinda Gates Foundation.

Ballongtamponade kan altså trygt sees på som en innovasjon med opphav fra lavressursland, som ble videreutviklet til den spesiallagde Bakri-ballongen, til en mye høyere kostnad. Forfatteren stiller en rekke spørsmål til betraktning: Er det ikke hensiktsmessig å foreslå, at dersom metodene er likestilt i klinisk funksjon, sikkerhet og effektivitet, at kondom-kateter tamponade også

burde være av interesse for høyinntektsland? Hvorfor er det ingen kliniske studier med kondom-kateter som har blitt gjort i denne kontekst?

De aller fleste PPB blir håndtert før man har behov for å bruke ballongtamponade, og den økonomiske gevinsten ved bruk av kondom-kateter teknikken versus Bakri-ballong er nok minimal for våre helseforetak. Likevel kan Sayeba-metoden være viktig å kjenne til, for eksempel dersom lageret går tomt eller leveringsproblemer oppstår i krisetider. Ikke minst tilbyr boken et bredere perspektiv, økt kritisk tenkning vedrørende opphavet til teknikker og produkter, samt en anerkjennelse av potensialet som ligger hos våre kollegaer og i helsesystemer utenfor vår horisont.

Denne boken åpner opp for nye perspektiver som vi sjeldent snakker om i vår kontekst, men som i økende grad kan bli aktuelle. Ressursproblemer og prioritering er hovedargumenter fra våre myndigheter når debatten om svangerskap- og fødselsomsorg raser. Men boken viser også fram hvordan evidens, makt og forutinntatte holdninger på en kompleks måte bidrar til en skjevhet i hvilke innovasjoner presenteres på verdensmarked. Harris stiller noen kritiske spørsmål som vi alle har godt av å reflektere over. Spesielt del 2 anbefales å lese, og for den som har lite tid, har hvert innovasjonskapittel i del 2 et sammendrag mot slutten.

Gynekologen anmelder bøker med varierende grad av fagleg relevans.

Også denne gongen:

Endometriose – Hvor vond skal mensen være?

av Guri Majak og Marianne Omtvedt



Figur 1: Boka er rikt illustrert, med eit fargesterkt omslag som burde gjere den lett å finne i bokhandelen.

Endometriose har fått aukande merksemd i den offentlege samtalen dei siste åra. Behandling og forskning på feltet har blitt løfta og ein kan berre håpe at dette og vil kome kvinnene som lir av denne tilstanden, til gode. Som for mange andre kroniske tilstandar er kunnskap og forståing viktige vegar til betre livskvalitet, og endometrioseskular har blitt etablerte ved fleire av dei største sjukehusa våre. Boka "Endometriose – hvor vond skal mensen være?" rettar seg mot kvinner med endometriose som ynskjer meir kunnskap om sjukdomen.



Ragnar Kvie Sande

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

Gynekologane Guri Majak og Marianne Omtvedt har vore sentrale i oppbygginga av opplæringstilbodet for endometriose-pasientar i hovudstadsregionen. Majak er ein av dei mest profilerte klinikanne innan feltet, og Omtvedt har utdanning som mental-trenar. Saman har dei skrive boka "Endometriose – hvor vond skal mensen være?", primært retta mot kvinner som har endometriose. Forfattarane leverer ein grundig gjennomgang av diagnostikk, behandling og prognose ved denne viktige tilstanden. Her fins svar på det aller, aller meste ei kvinne med endometriose kan tenkast å lure på!

Boka er halde i eit ungdommeleg og muntleg språk, tydeleg retta mot pasientgruppa, stort sett fungerer dette grepet bra. Vi vil imidlertid rå forfattarane til å sette seg inn i den eigentlege betydninga av begrepet "Netflix & chill" til neste utgåve. "Endometriose – hvor vond skal mensen være?" er rikeleg illustrert, med instruktive bilde som på same tid formidlar smerta og fortvilninga

desse kvinnene kan kjenne på (Figur 1). Boka tar for seg til dels kompliserte biologiske prosessar og sjukdomsmekanismar, og lykkast med å forklare desse på ein forståeleg måte for målgruppa, i seg sjølv ein betydeleg prestasjon. Forfattarane skal ha honnør for å vere grundige og fagleg etterrettelege, utan på noko tidspunkt å ty til lettvinde forenklingar for å gjere innhaldet meir tilgjengeleg. Dette er eit kvalitetsstempel, men betyr samstundes at boka nok er aller mest eigna for kvinner som er komfortable med å tileigne seg kunnskap og informasjon frå bøker.

Dette er ikkje ei lærebok for fagfolk, det meste av innhaldet er kjent stoff også for ein enkel obstetrikar. Gynekologen tileigna seg noko ny kunnskap ved gjennomlesing av boka, men mindre enn venta. Vi har imidlertid omsider forstått kvifor rettleiaren anbefaler p-pillar framfor hormonspiral til kvinner med endometriose. Gynekologen kan likevel ikkje anbefale denne boka til kollegaer som ynskjer å oppdatere seg på endometriose; det fins rikeleg bøker om temaet som er retta mot vår faggruppe. På den andre sida tenker Gynekologen at dette i aller høgaste grad er ei bok klinikanne kan anbefale til kvinner som har endometriose, og som er motivert for å lære mest muleg om sjukdomen.

Guri Majak og Marianne Omtvedt har skrive ei god og grundig bok om endometriose, som alle kvinner med denne tilstanden burde lese!

Life-long Healthcare Solutions
for Women



SAMSUNG

HERA Z20

Samsungs nye toppmodell
innen kvinnehelse

HERA Z20 utmerker seg ved bruk på ulike pasienter, og tilbyr skreddersydde 2D, 3D og dopplerfunksjoner for å møte individuelle behov.

Den har automatiserte funksjoner som sammen med kunstig intelligens forbedrer diagnostisk nøyaktighet og effektivitet, som igjen gir diagnostisk trygghet.

Workflow efficiency and
diagnostic accuracy with AI



Inter-Medical AS

Grini Næringspark 3 • 1361 Østerås

Tlf: 406 17 940 • 952 57 847

Philosophiae doctor (PhD)
Norsk Gynekologisk Forening gratulerer

Caren Magdalena Rydland Værnesbranden disputerte 27.02.2025

HPV-infeksjon hos gravide kvinner i Norge og Sverige

Humant papillomavirus (HPV)-infeksjon er svært vanlig hos kvinner i fruktbar alder. I dette doktorgradsarbeidet har vi undersøkt prevalensen av HPV-infeksjon blant gravide kvinner i Norge og Sverige i andre trimester og ved fødsel. Videre undersøkte vi også om det var en sammenheng mellom HPV-infeksjon i svangerskapet og svangerskapskomplikasjoner assosiert med morkakedysfunksjon, som svangerskapsforgiftning, svangerskapsdiabetes og barn med lav fødselsvekt.

Gravide avga urinprøver for HPV testing rundt uke 18 i svangerskapet og ved fødsel. I tillegg ble morkaken undersøkt for HPV-infeksjon.

Omtrent 40% av de gravide kvinnene fikk påvist HPV i urinprøvene rundt uke 18 i svangerskapet, mens forekomsten var noe lavere ved fødsel (28%). Vi fant at alkoholforbruk i svangerskapet samt et kortvarig forhold til barnets far før graviditet økte risikoen for forekomst av HPV-infeksjon i svangerskapet. I motsetning til den høye forekomsten av HPV i urin ble det påvist HPV i kun 3% av de undersøkte morkakene.

Vi fant ingen sammenheng mellom HPV-infeksjon i svangerskapet og svangerskapskomplikasjoner assosiert med morkakesvikt.

Sammenfattet har dette doktorgradsarbeidet vist at det er en høy forekomst av HPV i svangerskapet hos kvinner fra Norge og Sverige, men til tross for dette ble det ikke sett en sammenheng mellom HPV-infeksjon i svangerskapet og vanlige morkakeassosierte svangerskapskomplikasjoner.



Foto: Ann-Christin Østerberg

DOKTORAND: Caren Magdalena Rydland Værnesbranden
GRAD: PhD
UNIVERSITET: Universitetet i Oslo
FAKULTET: Det Medisinske fakultet
INSTITUTT: Institutt for klinisk medisin
FAGOMRÅDE: Obstetikk og gynekologi
H.VEILEDER: Christine M. Jonassen
BIVEILEDER: Katrine Sjøborg Annetine Staff
DISPUTASDATO: 27.02.2025



Veiledere f.v. Katrine Sjøborg, Christine M. Jonassen, og Annetine Staff.

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 anerk-
jente 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



JAN BYE AS - MEDISINSK TEKNIKK

DIN KVALITETSLEVERANDØR INNEN GYNEKOLOGI, OBSTETRIKK OG LAPAROSKOPI

Vi tilbyr et bredt sortiment av kvalitetsprodukter utviklet for trygg, effektiv og skånsom pasientbehandling,

Våre produkter er levert fra anerkjente internasjonale produsenter, og er nøye utvalgt for å sikre høy presisjon, pasientsikkerhet og brukervennlighet.

VI TILBYR:

- ◆ Gynekologiske og kirurgiske instrumenter
- ◆ Produkter til gynekologisk undersøkelse og prøvetaking
- ◆ Produkter innen obstetrikk
- ◆ Produkter til laparoskopi



KVALITET, PRESISJON OG TRYGGHET

*JAN BYE AS etablert i 1988, over 30 års erfaring og kunnskap,
pålitelig leverandør av løsninger for bedre kvinnehelse.*

Ta kontakt i dag for mer informasjon eller bestilling.



Jan Bye AS
MEDISINSK TEKNIKK

E-post post@janbye.no • Internett www.janbye.no
Telefon 64 95 93 77 • Adresse Slettaveien 23, 1553 Son



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!

Aerobic exercise to alleviate primary dysmenorrhea in adolescents and young women: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials

Jingjie Cai, Mingyi Liu, Yan Jing, Zikang Yin, Nianxin Kong, Chenggen Guo

First published: 30 January 2025

Introduction

Aerobic exercise has been confirmed to alleviate primary dysmenorrhea (PD) in adolescents and young women. However, the effect of the aerobic exercise type and dosage on PD alleviation was unclear. This research aims to assess the effect of aerobic exercise on PD and investigate the dose-response relationships.

Material and Methods

Systematic literature searches of Web of Science, Embase, Cochrane Library, PubMed, PsycNET, CINAHL, CNKI, Baidu Scholar, Google Scholar, and other Complimentary Medicine Database. PICOS standards were adopted in this research: participants were nonathlete women with PD; intervention was aerobic exercise of at least one menstruation cycle; comparator was any comparator; outcomes were pain intensity or pain duration; and study type was randomized controlled trials. The Cochrane Collaboration risk of bias tool was used to assess the quality of the research. Random-effect meta-analysis was conducted for pain intensity and pain duration, with prespecified subgroup analyses based on aerobic exercise components. The strength of the evidence was assessed using GRADE. This systematic review and meta-analysis was registered in PROSPERO (CRD42024533544).

Results

The study identified 16 eligible studies, with 15 involving adolescents, totaling 918 participants aged 15 to 43, with an average age of 21.26 ± 13.15 . The results confirmed that aerobic exercise can alleviate PD's pain intensity (standard mean difference (SMD) = -1.728 ($p = 0.00$), 95% CI [-2.26 to -1.31]) and pain duration (weighted mean difference (WMD) = -12.53 h, $p = 0.01$, 95% CI: -21.38 to -3.68). However, the heterogeneity of these two results was high. Subgroup analysis showed that Pilates (SMD = -3.17 , 95% CI [-4.26 to -2.07]), low intensity (SMD = -1.64 , 95% CI [-2.10 to -1.19]), 31–45 min duration (SMD = -3.05 , 95% CI [-5.36 to -0.75]), ≤ 2 times per week frequency (SMD = -2.24 , 95% CI [-3.36 to -1.12]), and a period cycle of 2 menstrual cycles (SMD = -2.21 , 95% CI [-3.13 to -1.28]) had the maximum effect size.

Conclusions

Aerobic exercise was able to alleviate pain intensity and pain duration in adolescents and young women with PD. Moderate-quality evidence indicates that Pilates, low intensity, 46–60 min, ≤ 2 times per week, or two menstrual cycles showed more efficiency in alleviating PD. Due to the limited data, future research should prioritize conducting randomized controlled trials of aerobic exercise interventions in younger age groups to develop personalized treatment strategies for adolescents.

Seasonal patterns of preterm birth in the Netherlands: A population-based cohort study

Annabelle L. van Gils, Anita C. Ravelli, Brenda M. Kazemier, Eva Pajkrt, Martijn A. Oudijk

First published: 15 May 2025

Introduction

Preterm birth is subject to seasonal periodicity, dependent on geographical, meteorological, and environmental factors. This study aims to assess whether preterm birth in the Netherlands is subject to seasonal periodicity.

Material and Methods

We performed a population-based cohort including singleton births between January 1, 2010 and December 31, 2019 between 24 + 0 and 42 + 6 weeks of gestation in the Netherlands. The primary outcome was the incidence of preterm birth < 37 weeks. Secondary outcomes were total, spontaneous, and iatrogenic preterm birth < 28 , < 32 , and < 37 weeks of gestation. Preterm birth incidence was calculated per conception month and as a proportion of fetuses-at-risk, taking into account the number of ongoing pregnancies at risk for preterm birth. The incidence of preterm birth < 37 weeks per conception month and out of fetuses-at-risk was plotted for the 10-year study period. Incidences were reported as rates, and seasonality was tested with logistic regression and autocorrelation function with a 12-month lag.

Results

In total, 1 598 554 births were included in the 10-year study period. The average monthly birth count varied from 12 006 (February) to 14 293 (September). The average monthly preterm birth count varied from 610 (February) to 728 (July). Over the total study period, the incidence of preterm birth < 37 weeks was 5.16%. Pregnancies conceived in April and May had the highest incidences of preterm birth < 37 weeks (5.58% and 5.38%, respectively). Out of fetuses-at-risk, preterm birth incidences were highest in October, December, and January (between 1.38% and 1.42%) and lowest in February (1.22%) and April (1.22%). The ten-year incidence of preterm birth < 37 weeks revealed a consistent seasonal pattern, with annually recurrent peaks in preterm birth incidence each year ($p < 0.001$).

Conclusions

In the Netherlands, the incidence of preterm birth in singletons is subject to seasonal periodicity. Conception in April and May is associated with the highest risk of preterm birth. Fetuses are at the highest risk for preterm birth from October to January and at the lowest risk in February and April.

Long-term quality of life, vulvar symptoms, and sexual functioning: A cross-sectional study of Norwegian vulvar cancer survivors

Christin Julia Meltzer-Gunnes, Milada C. Hagen, Yun Wang, Pernille T. Jensen, Ingvild Vistad
First published: 14 May 2025

Introduction

Vulvar cancer survivors are at risk of experiencing impaired health-related quality of life and sexual functioning after treatment. However, studies on survivorship challenges, particularly several years after treatment, are scarce. Our aim was to assess health-related quality of life in Norwegian vulvar cancer survivors more than 5 years after treatment and to compare reported vulvar symptoms and sexual functioning with women from a normative sample of the general Norwegian female population.

Material and Methods

Patients treated primarily for early-stage vulvar squamous cell carcinoma at the Norwegian Radium Hospital between 2006 and 2016 were invited to participate. Health-related quality of life, vulvar symptoms, and sexual functioning were assessed using the EORTC QLQ-C30 and EORTC QLQ-VU34. To recruit a normative sample, the EORTC QLQ-VU34 was also distributed to a sample of Norwegian women with no prior history of cancer. EORTC QLQ-C30 scores among vulvar cancer survivors were compared to “thresholds for clinical importance.” EORTC QLQ-VU34 scores among cancer survivors were compared to those of the normative sample.

Results

A total of 44 (57%) of 77 vulvar cancer survivors completed the questionnaires, and 334 women from the general population were included for the normative sample. A considerable proportion of cancer survivors reported clinically relevant problems: 43% reported impaired physical functioning, while 30% experienced impaired emotional, cognitive, and social functioning. Genital and groin symptoms were significantly more common among cancer survivors than among women in the normative sample. Fewer vulvar cancer survivors were sexually active (9/44 (20%) versus 232/334 (69%)) and they reported a higher degree of sexual dysfunction compared to the normative sample.

Conclusions

Vulvar cancer survivors reported impaired health-related quality of life even several years after treatment. Vulvar complaints and impaired sexual functioning were more common among vulvar cancer survivors than among women from the normative sample.

The recurrence risk of gestational diabetes according to the number of abnormal values in the oral glucose tolerance test

Jenni Pukkila, Marja Vääräsmäki, Sanna Eteläinen, Sanna Mustaniemi, Hilka Nikkinen, Mika Gissler, Tuija Männistö, Hannele Laivuori, Eero Kajantie, Elina Keikkala, the FinnGeDi Study Group
First published: 02 May 2025

Introduction

Oral glucose tolerance test (OGTT) results may be used to estimate the risk of recurrent gestational diabetes mellitus (GDM) in a subsequent pregnancy in the different study settings. This study assesses the association between the number of abnormal glucose values in the OGTT in the first pregnancy and GDM recurrence in a subsequent pregnancy in a Nordic cohort.

Material and Methods

This register-based cohort study included 1677 women who had their first singleton delivery in 2009, underwent a 75 g 2-h OGTT during the pregnancy, and gave birth at least once more within 10 years according to the Finnish Medical Birth Register. The cut-off values were as follows: ≥ 5.3 mmol/L at fasting, ≥ 10.0 mmol/L at 1 h, and ≥ 8.6 mmol/L at 2 h. The odds ratio (OR) for GDM recurrence in the second pregnancy was analyzed via multivariable logistic regression adjusted for other potential factors associated with recurrence risk.

Results

During the first pregnancy, GDM was diagnosed in 331 (24.5%) women based on one (n=250) or two or three (n=81) abnormal glucose values in the OGTT. The total recurrence rate for GDM in the subsequent pregnancy was 56.2%. The rate differed significantly between women with one (51.6%) and women with two or three (70.4%) abnormal values in first-pregnancy OGTT. Compared with those with normal OGTT results, the adjusted OR (aOR) for GDM in the subsequent pregnancy in women with one abnormal glucose value was 6.00 (95% CI, 4.34–8.30), while it was 13.37 (7.52–23.76) in women with two or three abnormal values. The odds for GDM recurrence among those with two or three abnormal glucose values was double compared to those with only one abnormal value (aOR 2.03, 1.12–3.68).

Conclusions

Primiparous women with one abnormal glucose value in the first OGTT have remarkable odds of GDM recurrence, with the odds doubling when there are two or three abnormal values during the first pregnancy. These findings can be used when planning effective counseling, prevention, and screening strategies for GDM in the subsequent pregnancy.

Association between migraine, migraine subtype, and adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis

Anna Steen Hansen, Cecilie Holm Christiansen, Ane Lilleøre Rom, Nina Olsen Nathan, Marie Stampe Emborg, Line Rode, Hanne Kristine Hegaard
First published: 30 April 2025

Introduction

Migraine is one of the most prevalent conditions worldwide. This systematic review aimed to evaluate the association between migraine, its subtypes, and adverse pregnancy outcomes.

Material and Methods

Eligible cohort and retrospective case-control studies were included from PubMed and Embase databases from their inception to May 2024. Adverse pregnancy outcomes of interest were preeclampsia, preterm birth, low birthweight, small for gestational age, and placental abruption. Study quality was assessed using the Newcastle-Ottawa Scale. Meta-analyses of the outcomes with their odds ratios (ORs) and adjusted ORs (aOR), including a 95% confidence interval (CI), were performed using RevMan. Outcomes were pooled using random effects models, with separate analyses for cohort and retrospective case-control studies. The protocol was registered with PROSPERO (no. CRD42023404759).

Results

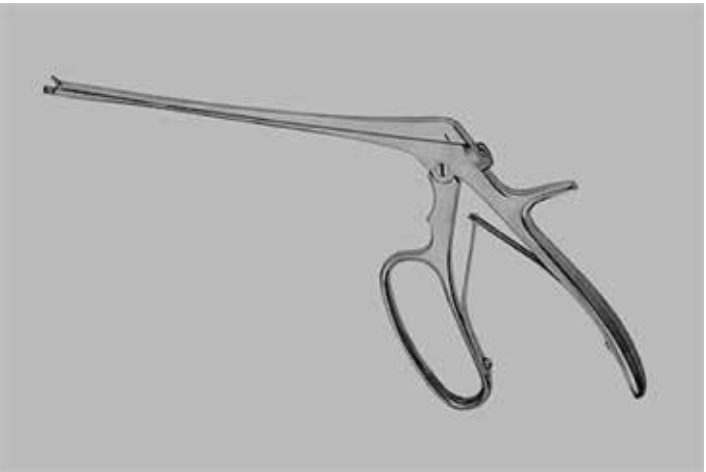
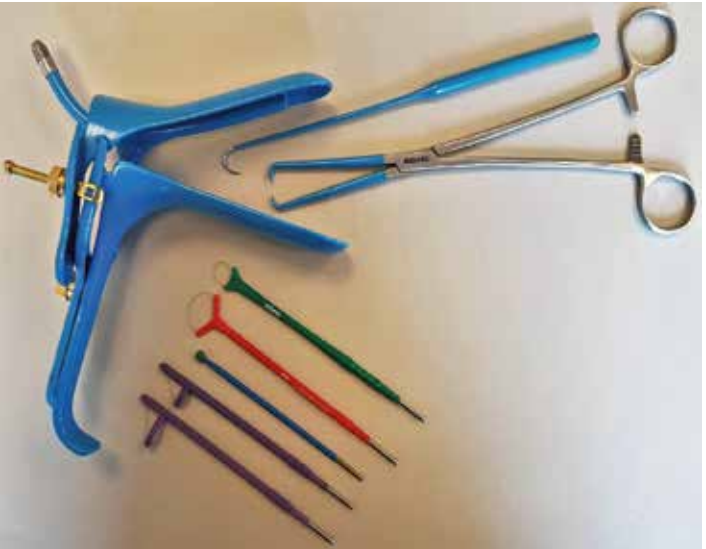
This meta-analysis included 19 studies (11 cohort and 8 retrospective case-control) encompassing 1 420 690 deliveries. Significant associations were observed between migraine and increased risk of preeclampsia (cohort: aOR 1.28 [95% CI: 1.11–1.47], $P=0\%$), (retrospective case-control: aOR 3.4 [95% CI: 1.81–6.4], $P=83\%$)



ProFem

Med ProFem-pessarene® av høy kvalitet tilbyr vi et unikt utvalg når det gjelder pessartyper og størrelser, som i stor grad muliggjør individuell pleie.

Produktene er laget av behagelig mykt, slitesterkt og hygienisk silikon.



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

medero

Tel. 45 22 76 71
epost: ordre@medero.no
www.medero.no

and preterm birth (cohort: aOR 1.30 [95% CI: 1.17–1.44], $P=11\%$). The meta-analyses of adjusted data on low birthweight and small for gestational age were inconsistent with respect to statistical significance (cohort: aOR 1.27 [95% CI: 0.89–1.82], $P=36\%$ and cohort: aOR 1.07 [95% CI: 1.03–1.12], $P=0\%$, respectively). In addition, migraine without aura (MO) (cohort: OR 1.62 [95% CI: 1.30–2.01], $P=0\%$; retrospective case–control: aOR 4.91 [95% CI: 2.78–8.67], $P=0\%$) and migraine with aura (MA) (cohort: OR 2.06 [95% CI: 1–4.27], $P=29\%$) were significantly associated with the risk of preeclampsia. Similarly, MO (cohort: OR 1.28 [95% CI: 1.11–1.49], $P=0\%$) and MA (cohort: OR 1.25 [95% CI: 1.07–1.47], $P=0\%$) were associated with preterm birth risk.

Conclusions

Pregnant women with migraines have a higher risk of preeclampsia and preterm birth compared with those without migraines. Migraine could be associated with an increased risk of low birth weight and small for gestational age. Sub-analyses indicate an elevated risk of preeclampsia and preterm birth across migraine subtypes. Notably, no previous meta-analyses have differentiated between migraine subtypes. Additional studies are needed to strengthen these findings.

Assessment of novel sonographic and biochemical tools for spontaneous preterm birth prediction in asymptomatic twin pregnancies

Júlia Ponce, Teresa Cobo, Clara Murillo, Anna Gonce, Ana B. Sánchez-García, Ana P. Dantas, David Coronado, Francesca Crovetto, Laura Guirado, Judit Bruch, Eduard Gratacós, Montse Palacio, Mar Bennasar
First published: 10 April 2025

Introduction

Prematurity is a major global health issue. Twin pregnancies are a group at especially high risk of preterm birth. Sonographic mid-trimester cervical length has limited accuracy in predicting preterm birth. This study aimed to evaluate the association between mid-trimester sonographic markers of early cervical remodeling and cervical inflammatory biomarkers and fetal fibronectin, alone or in combination, as predictors of preterm birth before 34+0 weeks in asymptomatic twin pregnancies.

Material and Methods

Prospective cohort study, including uncomplicated dichorionic or monochorionic-diamniotic twin pregnancies, recruited and assessed between 18+0 and 24+6 weeks, from a single tertiary referral center between 2020 and 2023. At inclusion, transvaginal ultrasound was performed to assess the following sonographic markers (cervical length, uterocervical angle, cervical consistency index, cervical texture) and an endocervical sample was obtained prior to ultrasound to quantify the following cervical inflammatory biomarkers (tumor necrosis factor alpha, interleukins 1b, 6, 8, 18, matrix metalloproteinase-8 and 9) and fetal fibronectin. The diagnostic performance of those sonographic and biochemical markers independently associated with spontaneous preterm birth before 34 weeks was analyzed by receiver operating characteristic curves and assessed through sensitivity and specificity analysis for several cutoffs.

Results

Of the 172 women included, cervical length was shorter (36 mm vs. 40 mm; $p=0.025$) and uterocervical angle was wider (137° vs. 120°; $p=0.004$) in the preterm group. Cervical consistency index, cervical texture score, cervical inflammatory biomarkers, and fetal fibronectin were similar among the study groups. The area under the curve to predict spontaneous preterm birth before 34+0 weeks

was 0.722 (95% CI 0.577 to 0.866) for cervical length, 0.789 (95% CI 0.683 to 0.895) for uterocervical angle, and 0.852 (95% CI 0.752 to 0.952) for a combination of both. Based on the receiver operating characteristics curve cutoff, sensitivity and specificity for cervical length ≤ 37 mm was 55.6% and 66.3%, for an uterocervical angle $\geq 135^\circ$ was 77.8% and 76.1%, and for both criteria present 44.4% and 93.3%, respectively.

Conclusions

This finding of this study suggests that the combination of cervical length and uterocervical angle in mid-trimester sonographic assessment may improve the prediction of preterm birth before 34 weeks in asymptomatic and uncomplicated twin pregnancies.

Self-collected vaginal HPV samples for long-term non-attendees in the Swedish organized cervical cancer screening program

Avalon Sundqvist, Caroline Hellsten, Björn Strander, Magnus Lindh, Christer Borgfeldt
First published: 07 April 2025

Introduction

Most cervical cancer cases in Sweden are diagnosed among women who have failed to attend screening. The objective of this study was to analyze the effectiveness of offering vaginal HPV (human papillomavirus) self-samples to long-term non-attendees as a routine in this screening program, in which non-attendees had already been the targets of several interventions.

Material and Methods

Register data from the organized cervical screening program were used in this population-based study. From January 2016 to December 2019, 33 881 high-risk (hr-) HPV self-sample kits were sent to the homes of long-term screening non-attendees (≥ 7 years without a registered screening test), aged between 29 and 64 years, in Region Västra Götaland, Sweden. All samples returned to the laboratory were analyzed with the Cobas HPV DNA assay (Roche) for HPV16, HPV18, and for 12 other hr-HPV types. HPV-positive women were referred for colposcopy. Compliance and results of follow-up were assessed 12 months after HPV analysis. Descriptive statistics, trend analysis, and risk ratios were used to compare outcomes across groups.

Results

The median age of invited women was 49 years; 35% had not been screened before. The response rate was 19.4% (6582/33881). The HPV prevalence was 12.0% (788/6582), and 80.2% of HPV-positive women attended follow-up. Women with no previous cervical sample had a lower response rate: 15.7% (RR (Risk ratio) 0.73 (95% CI (Confidence interval) 0.70–0.77)). They also had lower attendance in follow-up when HPV-positive (71.6% RR 0.86 (CI 0.78–0.94)), compared with women who had previous samples. The proportions of high-grade histopathology (HSIL+) among followed-up women were 31.3% for HPV16, 15.2% for HPV18, and 8.8% for HPVnon-16/18. Nine cervical cancer cases were found among 6582 women, corresponding to a rate of 137 cases per 100,000 women.

Conclusions

Vaginal HPV self-samples increased cervical screening attendance by almost one-fifth among non-attendees who had previously resisted several invitations and interventions. Biopsied women positive for HPV16 or HPV18 had a high prevalence of HSIL or cervical cancer, which strongly supports direct referral to colposcopy. Long-term non-attendees have an exceptionally high risk of cervical cancer and should receive special attention.

Vaginal breech delivery in all-fours position—Hands off instead of intervention: A prospective observational study

Gerhard Bogner, Johanna Schuller, Carina Gargitter, Eva Dölzlmüller, Thorsten Fischer, Claudius Fazelnia
First published: 01 April 2025

Introduction

Vaginal delivery in cases of breech presentation is considered potentially stressful for the newborn. The maternal upright position may represent a more physiological approach to facilitating birth. We compare the safety and efficacy of two maternal positions in vaginal breech delivery.

Material and Methods

A prospective, single-center, observational cohort study from October 2006 to January 2021 in a high-level obstetric center, in Salzburg, Austria. Vaginal breech deliveries in maternal all-fours position ($n=140$) were compared with those in assisted supine position ($n=92$). The primary outcome measures for neonatal morbidity included Apgar scores, pH levels, and the rate of transfer to the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) postdelivery.

Results

In the all-fours position, 51.4% ($n=72$) of deliveries occurred without obstetric intervention. The second stage of labor was significantly shorter in the supine position (39.5 min [95% CI 28–47] versus all fours position 52 min [95% CI 42–63], $p=0.042$). Umbilical artery pH levels did not differ significantly (7.21 [95% CI 7.19–7.23] versus 7.19 [95% CI 7.17–7.21] vs. $p=0.06$). Nor did the APGAR scores at 5 and 10 min below eight ($p=0.697$; $p=0.760$). Maternal and neonatal morbidity also did not significantly differ. Transfer of neonates to NICU $n=12$ (13%) versus $n=11$ (7.9%), $p=0.097$, transfer birth-related $n=6$ (6.5%) versus $n=8$ (5.7%), $p=0.803$. The number of postpartum umbilical artery pH < 7.10 were $n=9$ (9.8%) versus $n=28$ (20%), $p=0.065$. There was one reported neonatal death due to intracerebral hemorrhage in the supine position group.

Conclusions

Our results indicate that vaginal breech delivery in the all-fours position seems to be comparable to supine position regarding neonatal safety. Additionally, the all-fours position shows potential for emergency management for unplanned breech deliveries by inexperienced attendants.



Husk årsmøtet 2025 i Ålesund!

Høydepunkter i det faglige programmet

- Åpningsforedrag: HPV - fra oppdagelse til forebygging og målrettet behandling. Prof. Anne Hammer, Aarhus Universitet, Danmark
- Women refusing standard obstetric care: maternal-fetal or doctor-patient conflict? Dr. Jeroen van Dillen, Radboud University, Nederland
- Påfølgende paneldebatt: Tillitskrise i fødselshjelpen? Hvordan møter vi kvinner som ikke stoler på vår kompetanse?
- Paneldiskusjon v/FUGO: Fremtiden i faget – hvordan motivere og rekruttere unge kolleger?



Påmelding til NGF årsmøte 2025 er åpen!

Del din kunnskap med alle i NGF!

Vi inviterer alle til å presentere ny kunnskap under årsmøtet, som fritt foredrag (10 minutters presentasjon) eller som poster. I år vil vi også arrangerer en sesjon med kasus - sykehistorier vi alle kan lære av, og oppfordrer særlig LIS til å sende inn spennende case.

For å sende inn abstrakt til årsmøtet, åpne påmeldingslenken via NGF nettsiden, og klikk «abstrakt» øverst på siden. Her vil du finne detaljert instruks og du kan laste opp dokumentet ditt.

Frist for innsending av abstrakt til årsmøtet er 15.august!

Early Bird pris ved påmelding før **1. september.**

Husk å bestille flybilletter i god tid!

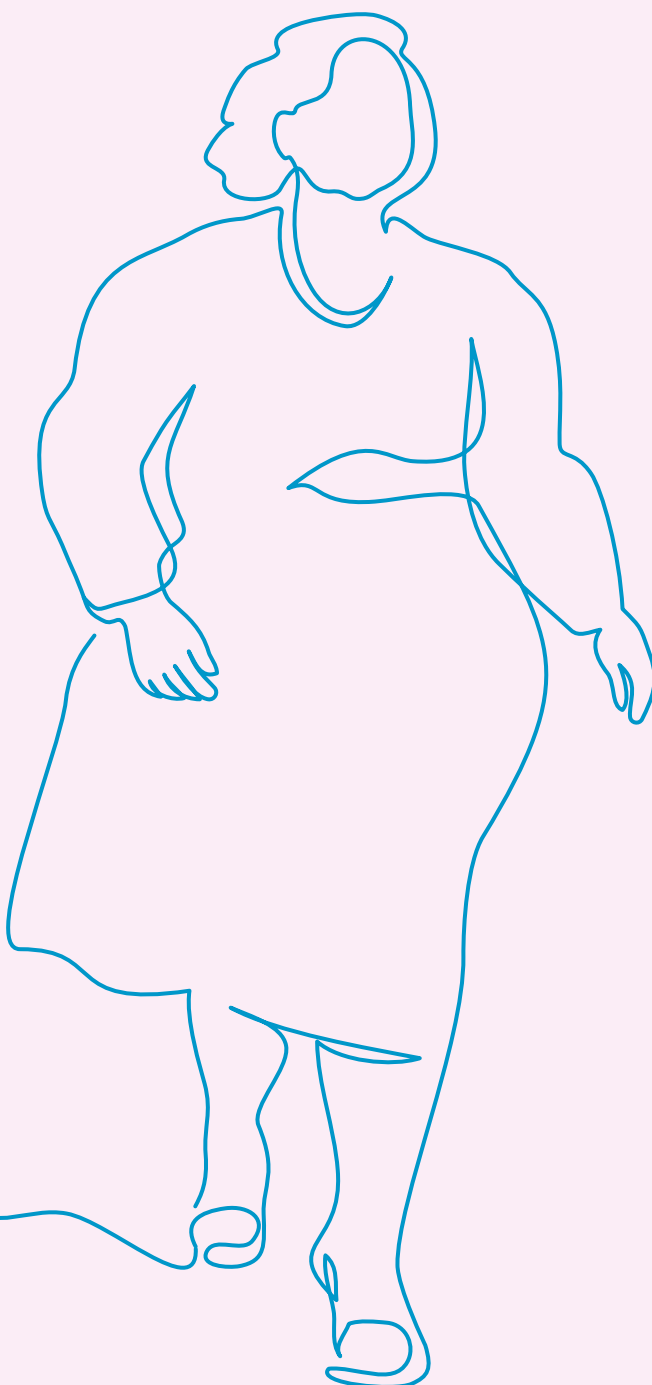
Vektreduksjon og vektkontroll med Wegovy[®]

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**