

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

3 • 2025

ÅRSMØTEUTGAVEN 2025 Ålesund 22. - 24. oktober



Velkommen til Ålesund s. 13

Program for årsmøtet i NGF s. 14

TRUST studien s. 40



Norsk gynekologisk
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

Embagyn

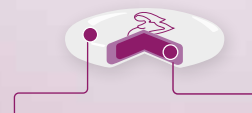
doksylamin 20 mg/pyridoksin 20 mg

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.

Individuell stønad refusjon²

Kombinasjonen doksylamin/
pyridoksin er nå anbefalt som
førstevalg ved behandling av
svangerskapskvalme.³

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) Doksylamin, pyridoksin – Helsedirektoratet, Siste faglige endring: 25.06.2025 3) Gynekologi (NGF) 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
PhD-stipendiat Nasjonalt senter
for kvinnehelseforskning
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. 4 3. november

Opplag: 1500



INNHold

REDAKTØR 5

LEDER 7

NGF-STYRET

Nytt fra styret 8

Styret i Norsk gynekologisk forening 8

Til avdelingsledere ved gynekologiske avdelinger i Norge 10

Generalforsamling NGF 2025 10

Komiteer og grupper under NGF høsten 2025 11

ÅRSMØTET 2025

Velkommen til årsmøtet 2025 i Ålesund! 13

Program for årsmøtet i Norsk gynekologisk forening 14

FUGO

NGFs årsmøte 2024 – velkommen til Ålesund! 20

FUGO-styret 2025 20

FUGO-kurs 20

Resultater fra Utdanningsprisen 2025 22

SPECIALITETSKOMITEEN 26

ÅRSRAPPORTER 2024 52

FAGLIG PÅFYLL

Kirurgisk behandlingsstrategi ved avansert ovarialkreft
– primær- versus intervallkirurgi 40

GYNEKOLOGER IMELLOM

Nasjonalt senter for bekkenbunnshelse – et nytt kapittel i en lang historie 46

FAGGRUPPEN GLOBAL KVINNEHELSE

Vi er vitne til at våre kollegaer blir drept og sykehus angripes:
Stilhet, unnlatelse og likegyldighet er ikke et alternativ 48

PHD

Anders Einum 50

ABSTRAKT 52

KASUS 70

POSTERE 74

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 etanolaminderivative antihistaminer, pyridoksinhydroklorid. Samtidig bruk med monoaminoksidasehemmere (MAO-hemmere). **Advarsler og forsiktighetsregler:** Kan forårsake somnolens. Anbefales ikke ved samtidig bruk av legemidler som hemmer sentralnervesystemet, inkludert alkohol, hypnotiske sedativer og beroligende midler. Brukes med forsiktighet hos pasienter med astma, økt intraokulært trykk, trangvinkelglaukom, magesår med stenose, pyloroduodenal obstruksjon og blærehalsobstruksjon. Inneholder pyridoksinhydroklorid og derfor skal ytterligere nivåer fra kosten og vitamin B6-tilskudd vurderes. Inneholder azo-fargestoffet allurarød AC aluminiumslakk (E129) som kan gi allergiske reaksjoner. Inneholder benzosyre (E 210). Pasienter med hyperemesis gravidarum skal behandles av spesialist. Det har vært rapportert falske positive urinscreengstester 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



Redaktøren

Et sykehus blir født

I Stavanger gledes det over at et flunkende nytt sykehus snart står klart. Om det også vil gi oss bedre arbeidsvilkår, er derimot usikkert. Det har vært et protraisert forløp, prosjektnavnet *SUS2023* har utgått på dato for lengst. Sykehusbygging er en tidkrevende øvelse.

Med helseforetak som byggherre er tilvalgene imponerende. Jeg kan nærmest se salgsannonser for meg; «svært påkostede materialvalg», «meget flott opparbeidet tomt», «stort kunstbudsjett». Og, som alle som har spilt *The Sims* vet, påvirker omgivelsene trivsel.

Likevel er det neppe ved materialvalg at skoene trykker for oss i hvitt. Medicoppslagene om legeflukt fra sykehusene har tiltatt. Stavanger er intet unntak. Årsakene er velkjente: lange vakter, manglende autonomi, mer administrasjon, mindre pasientkontakt. Det er utilstrekkelige arbeidsstasjoner og parkeringsplasser. Vakanslister som tar aldri slutt. Hviletid som brytes.

Vi trenger økt kapasitet. Men historien viser at nye sykehus gjennomgående bygges for små etter

helseforetaksreformen i 2002. Dessuten kan ikke større sykehus behandle flere pasienter hvis fagfolkene mangler. Planleggingen av nye sykehus må derfor ikke bare prioritere bygninger og kunst, men også bærekraftige arbeidsvilkår som sikrer rekruttering og trivsel blant helsepersonell.

Nå krysser vi fingrene for at det forløses et sprekt sykehus i Stavanger. Noen barnesykdommer må vi nok regne med, men la oss håpe at det ikke koster oss flere kollegaer. Det har vi ikke råd til, spesielt i vaktunge fag som vårt eget, som allerede står overfor rekrutteringsvansker.

Rekruttering blir for øvrig et av temaene som skal debatteres på årsmøtet som er like rundt hjørnet. Husk å ta med denne utgaven av *Gynekologen* til Ålesund, så har du programmet tilgjengelig i papirform. Vel møtt!

Sofie Rønningsbakk Angeltrveit
Redaktør

Kilder

1 www.legeforeningen.no/nyheter/2023/ny-rapport-om-sykehusbygging-vi-ma-slutte-a-bygge-for-smatt/

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



Kjære alle sammen

Dette er min *nest* siste tekst som leder for dere i *Gynekologen*.

Da jeg ble valgt inn i styret i 2021, da som vitenskapelig sekretær, visste jeg lite om hva det egentlig innebar. Jeg husker godt da daværende leder Kirsten Hald sa: «Du vet hva det betyr?». Jeg svarte nølende nei – og fikk høre at jeg var tiltenkt lederrollen om to år. Det var mye å ta inn på «get together» i Tønsberg, men i løpet av de to årene som vitenskapelig sekretær vokste både oppgaven og tryggheten på meg. Da jeg overtok stafettpinnen fra Ragnar Kvie Sande, føltes det ikke fullt så skremmende-ikke minst fordi Ragnar fortsatte som nestleder.

Det har vært et privilegium å være leder. Jeg har hatt styret i ryggen hele veien, alltid villige til å bidra selv i travle hverdager. Jeg har fått nye bekjentskap og vennskap som jeg setter stor pris på, og håper vil vare videre. Foreningen vår består av engasjerte, kunnskapsrike og kreative mennesker, noe jeg virkelig har opplevd i praksis. Når jeg har fått spørsmål jeg ikke kunne svare på, har alltid noen av dere bidratt slik at vi kunne gi gode svar til pasienter, media, myndigheter og Legeforeningen.

Tiden som leder har gitt meg verdifulle erfaringer og innsikt i faget nasjonalt. Jeg håper jeg kan få bidra videre i styret, og bygge videre på det jeg har lært.

Dette kan jo høres ut som reklame for styreverv i NGF – og det er det også. Å være en del av styret har gitt meg utvikling både som fagperson og som menneske. Jeg vil varmt oppfordre andre til å si ja hvis de får muligheten.

At jeg nå «går av» som leder i Ålesund gjør det ekstra spesielt. Her er jeg ikke bare omgitt av fjell og fjorder, men også av gode kollegaer som gjør arbeidshverdagen både meningsfull og givende – selv på de dagene hvor ting kan både føles og være litt vanskelig. Uten dem hadde det ikke vært mulig å fylle lederrollen, og for det er jeg svært takknemlig.

Årsmøtet byr på et bredt faglig program, og jeg håper vi får gode diskusjoner om både tillitskrisen i fødselsomsorgen, forebygging og behandling av gynekologisk kreft og rekruttering til faget. Jeg ser frem til å møte mange av dere – både nye og kjente ansikter. Oktober-været kan vi ikke styre, men stemningen skal vi sørge for!

Vi sees!

Solveig Bjellmo

Leder i Norsk Gynekologisk Forening

Nytt fra styret

Styret har nylig gjennomført årets fjerde møte. Denne gangen var vi på Sørlandet hos vår PSL-representant Birgitte Sanda, som inviterte oss hjem til seg. Det ga møtet en ekstra hyggelig ramme.

En stor del av møtet ble brukt på planlegging av årsmøtet i Ålesund. Et slikt arrangement krever mange brikker på plass. Vi har fått inn flere gode abstrakter som nå vurderes, og programmet blir både faglig variert og sosialt innholdsrikt.

Styret har også svart på flere høringer i løpet av sensommeren. Blant annet om lovfestet rett til ledsager, og NOU 5 – Kvinners arbeidshelse, som er svært relevant for vår faggruppe.

Flere i styret deltok også på NFOGs møte i Uppsala. Der fikk vi diskutert på tvers av nordiske grenser og oppdatert oss faglig utenfor de nasjonale retningslinjene. Det er alltid nyttig å høre hvordan nabolandene organiserer arbeidet i de ulike faggruppene. Oppstarten av forskningsnettverket NORD-ACT vil forhåpentligvis gjøre det enklere å etablere større prosjekter på tvers av de nordiske landene.

Jeg har dessuten deltatt på mitt første møte som nytt medlem i Legeforeningens fagstyre. Her håper jeg å løfte fram NGF sine synspunkter i saker som angår oss.

Vi ser fram til å møte mange av dere i Ålesund i oktober. Da blir det valg av nytt styre, og vi oppfordrer flest mulig til å delta på generalforsamlingen. Der kan dere påvirke hvilke saker vi skal prioritere framover. For min del blir det ekstra stas å avslutte som leder i byen jeg både bor og jobber i.

Som alltid – ta gjerne kontakt hvis dere har spørsmål eller innspill.

Vi sees i Ålesund!

For styret i NGF

Solveig Bjellmo

Leder

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!



Kristine Amundsen
Kasserer NGF

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



Ragnar Kvie Sande
Nestleder NGF

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



Birgitte Sanda
Styremedlem, PSL/Avtalespesialist

Telemarking lokalisert på det blide Sørlandet. Birgitte har doktorgrad fra 2018 i helse- og 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.



Agnethe Lund
Vitenskapelig sekretær

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

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



Norsk gynekologisk
forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Generalforsamling NGF 2025

Torsdag 23.10.25

Sakliste generalforsamling NGF 2025

- Minnestund
- Årsmelding 2024
- Regnskap 2024
- Ekstrakontingent
- Revidert budsjett 2025
- Budsjett 2026
- Søknad til solidaritetsfondet
- Årsrapporter- viser til Gynekologen

Saker fremlagt av styret:

- NY endring av vedtekter

Saker fremlagt av medlemmene:

- Global kvinnehelse - forslag om fornyet uttalelse om Gaza.

Valg

- Leder NGF
- Styre NGF med varamedlemmer
- Årsmøtested 2027

Ålesund 10.09.25

Solveig Bjellmo

Leder NGF

Forslag til endringer i vedtektene

På generalforsamlingen i 2024 ble det vedtatt endringer i vedtektene knyttet til valg av varamedlemmer og revisor. Endringene ble enstemmig vedtatt.

I ettertid har det vist seg at Legeforeningens vedtekter, som vi er underlagt, krever at alle styre skal ha varamedlemmer. Vedtaket fra 2024 er dermed ugyldig, og det må velges varamedlemmer. Kravet er at styret har minst to varamedlemmer. Disse trenger ikke være knyttet til spesifikke styreplasser, men skal velges til styret generelt.

Styret i Norsk Gynekologisk Forening foreslår følgende endringer:

1. **Endring av ordlyd om varamedlemmer:**
 - Nåværende: «Det velges tre varamedlemmer, hvorav to er personlige varamedlemmer for henholdsvis styrets ikke-spesialist og for den praktiserende spesialist.»

- Ny ordlyd: «Det velges to varamedlemmer til styret hvorav en bør være lege i spesialisering.»
Bakgrunn: For å oppfylle kravene fra Legeforeningen skal det velges to varamedlemmer til styret.

2. **Fjerning av punktet «Valg av revisor»**
Bakgrunn: NGF gikk i 2023 over til å bruke fast revisor gjennom Legeforeningen. Dette planlegges videreført, og det er derfor ikke behov for valg av revisor på generalforsamlingen.

For Norsk Gynekologisk Forening
Solveig Bjellmo – leder

Komiteer og grupper under NGF høsten 2025

FUGO-styret

Are Adam Woyseth Larsen (Leder)
Rannveig Stokke (Nestleder)
Mina Eskeland
Morten Kvello
Siri Juliebø-Jones
Eilin Austreid
Nilofar Alizadeh

Spesialitetskomitéen

Spesialitetskomitéen
Nora Johansen (leder)
Christine Hancke
Renate Torstensen
Jette Stær-Jensen
Johan Kippervik
Alexander Vietheer
Ragnhild Lindelien Schwartz (LIS)
Magnus Hagland (LIS, vara)

Nettredaksjonen

Kine Haukelidsæter Haaverstad

Gynekologen

Sofie Rønningsbakk Angeltveit (redaktør)
Mina Eskeland (redaksjonsmedlem)
Rannveig Stokke (redaksjonsmedlem)

EBCOG

Ragnar Kvie Sande
Birgitte Sanda

NFGO – Norsk forum for gynekologisk onkologi

Tone Skeie-Jensen OUS (leder)
Vara Torbjørn Paulsen
Martin Lindblad UNN (nestleder)
Vara Elise Sletten (kasserer)
Alda Birgisdottir OUS (web-ansvarlig)
Vara Katharina Bischof
Kathrine Woie HUS
Vara Line Bjørge
Marit SundsetRavlo St.Olav
Vara Merete Ravlo
Ingvild Vistad Sørlandet sykehus HF (sekretær)
Vara Elisabeth Berge Nilsen SUS

NFOG

Solveig Bjellmo

NFOG vitenskapelige komité

Terhi Piltonen (Finland)
Anne Hammer (Danmark)
Heiddis Valgersdottir (Island)
Karin Pettersson (Sverige)
Agnethe Lund (Norge)

Endoskopiutvalget

Jenny Alvirovic (leder)
Kristine Aas-Eng
Renate Torstensen
Øystein Helland
Tonje Bohlin
Are Larsen (FUGO-representant)

Referansegruppa for fosterovervåkning

Jørg Kessler(leder)
Johanne Kolvik Iversen
Heidi Overrein
Tiril Tingleff
Lillian Leirvik
Anne Kristin Stavenes

Urogynekologisk faggruppe

Cathrine Reimers, OUS Ullevål
Kristine Amundsen, UNN
Siri Tuft Isdahl, Haukeland
Siv Svennevik Myhr, SIV Tønsberg
Maria Øyasæter Nyhus, St.Olavs
Frida Sofie Sivertsen, (LIS) Haugesund Sjukehus
Mariann Eidet, SSK (leder)

Styringsgruppa for NORBIRTH-nettverket

Trond Melbye Michelsen (leder)
Ingvil Krarup Sørbye (fra SAINT-ledelsen)
Camilla Haavaldsen (Helse Sør-Øst)
Anne Flem Jacobsen (Helse Sør-Øst)
Ragnar Kvie Sande (Helse Vest)
Solveig Bjellmo (NGF-leder, Helse-Midt)
Åse Torunn Revholt Pettersen (Helse Nord)
Andrea Alstad (LIS-representant)



Gynekologisk Guidelinemøte

22.-23. januar 2026 – Clarion Bergen Airport Hotel

Bli med å påvirke Veileder i gynekologi, få en faglig boost og treff gode kollegaer!

Til revisjon: Gynekologiske infeksjoner og vulvovaginitt, genital descens, gynekologiske blødningsforstyrrelser, postmenopausal blødning, PMS, prevensjon, provosert abort, fistler

Nytt: Ungdomsgynekologi

Påmelding: Se nettsidene våre med link til CIC



For påmelding
se NGF nettsider



normedi
A Hologic Company



trygghet, presisjon og effektivitet

- > MyoSure – Rask og skånsom fjerning av polypper og myomer
- > Fluent – Sikker og presis vækehåndtering
- > Omni Hysteroscope – Ett skop til både diagnostikk og behandling

NORMEDI.COM
NORMEDI EDUCATION.COM

Ta gjerne kontakt med:

Paul Essebagger | Tlf: 928 92 666 | E-post: paul@normedi.com
Knut-Inge Stein | Tlf: 901 71 768 | E-post: knut-inge@normedi.com



Norsk gynekologisk
forening
DEN NORSKE LEGEFORENING



LOK ønsker hjertelig velkommen til årsmøtet 2025 i Ålesund!

Styret i Norsk Gynekologisk Forening og den lokale komité ved Kvinne-
klinikken, 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
utstillerområdet!

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 Årmo Jareld og Kristine Eriksen Gullberg (ikke til stede på bildet)



Årsmøte Norsk gynekologisk forening Ålesund 22. – 24. oktober 2025

Onsdag 22.10

Kurs		
09.00-16.30	FUGO-kurs for LIS Gynekologisk og obstetrisk kirurgi (NB! Eget arrangement og påmelding)	
Formøter		
15.30-17.00	Lederforum Lege og leder – to sider av same sak	Møteansvarlig: LOK Ålesund Marit H. Christiansen Jørn-Åge Longva
16.30-19.00	Faggruppe global kvinnehelse Caesarean sections globally – the good, the bad and the ugly	Møteansvarlig: Andrea S. Miltenburg Prof. Thomas van den Akker, Leyden Med. Center Prof. Kristin Bærøe, Medical ethics, UiO
17.00-19.00	Obstetikk og forstermedisin Oppdateringer i kapitler om fosterovervåkning i NGFs veileder i fødselshjelp Kloke valg i obstetrikken Paneldebatt om «kloke valg» Truende IUGR IUGR/hvem skal til fostermedisin Casebasert paneldebatt om truende IUGR/IUGR	Møteansvarlig: Johanne K. Iversen Jørg Kessler Philip von Brandis Ragnar Kvie Sande
17.00-19.00	Urogynekologisk faggruppe Rektocele – et bakre eller fremre problem Perineumstudien Informasjon fra NKIR Informasjon fra faggruppen Komplikasjonskvarter: Ureterskade ved Manchester operasjon (Ahus) Komplikasjon etter slyngeoperasjon (Ahus)	Møteansvarlig: Mariann Eidet Marie Ellström Engh Franziska Siafarikas Rune Svenningsen, Mariann Eidet
17.00-19.00	Norsk Forening for Gynekologisk Onkologi, NFOG Nye retningslinjer for HPV: Genotyping, screening og vaksineeffekt i Norge Handlingsprogrammet for gynekologisk kreft – hva er nytt? Praktiske råd for håndtering av bivirkninger under medikamentell behandling	Møteansvarlig: Ingvild Vistad Birgit Engeseter Elisabeth B. Nilsen Flere presentatører

17.15-19.00	Endoskopiutvalget NGER – Norsk gynekologisk endoskopiregister Norsk hysteroskopiforum Salpingektomi eller salpingotomi ved ektopisk graviditet i et fertilitetsperspektiv vNOTES – en introduksjon	Møteansvarlig: Jenny Alvirovic Toril Råknes Mari Sandli TBA Marie Ellstrøm Engh Andrea Stuart Møteansvarlig: FUGO styret
17.30-19.00	FUGO 17.30 - 18.00: Generalforsamling 18.00 - 19.00: Humanitært arbeid som gynekolog – hvorfor, hvordan og når?	Tori Husum, overlege ved Haukeland universitetssjukehus, deler erfaringer fra sitt arbeid i Afghanistan.
17.30-19.00	Praktiserende spesialister, PSL Depresjon i et livsløpsperspektiv	Møteansvarlig: Birgitte Sanda Prof. Malin Ebenhard-Gran, Nasj. Senter for Kvinnehelseforskning og UiO
19.45	Get-together Sosialt program Felles avgang fra hotellet. LOK leder vei til Fabrikken Kulturscene, Molovegen 22.	

Torsdag 23.10

07.00	Frisk start på dagen LOK arrangerer joggetur for to grupper, på ca. 3,7 og 7,5 km	
09.00-09.30	Offisiell åpning – velkommen til Ålesund! Inviterte foredrag	
09.30-10.20	HPV - fra oppdagelse til forebygging og målrettet behandling	Prof. Anne Hammer, Aarhus Universitet, Danmark
10.20-10.35	Cervical Cancer Elimination initiative. Et moralsk imperativ – kan WHO gjøre en forskjell?	Bente Mikkelsen, gynekolog, Director Global Engagement Strategies, St. Jude Children Research Hospital
10.35-10.50	Pause	
10.50-11.50	Frie foredrag obstetikk A1 Income and childbearing: from housewives to high income women A2 Fysisk aktivitet hos gravide i første trimester A3 Svangerskapsutfall hos gravide med Type 1 diabetes mellitus. Retrospektiv kohortstudie fra Haukeland Universitetssjukehus i perioden 2022-24 A4 Placenta previa og lavtliggende placenta, en prospektiv klinisk observasjonsstudie	Moderatorer: Solveig Bjellmo og Stine Gullberg Anne Eskild Synne Nedrebø Anne Tandberg Johannes Aure Aannø



11.50-12.10	A5 Terminfastsettelse i svangerskap etter assistert befruktning – sammenligning av ultralydmål og beregning fra embryooverføringsdato	Eline Bragedatter Seljeflot
	A6 Overenstemmelse av fostermål ved tidlig ultralyd-undersøkelse i svangerskapsomsorgen; en inter-rater reliabilitetsstudie	Maria Lysgård Ulriksen
	Pause	
	Frie foredrag gynekologi	Moderator: Morten Kvello og Tone Jareld
	A7 From youth to elders: Prevalences of chronic pelvic pain among Norwegian women and men	Kristine Amundsen
12.10-13.00	A8 Endringer i helserelatert livskvalitet 3 år etter laparoskopisk hysterektomi for benigne indikasjoner	Denstad, Silje E.
	A9 Trender for tilgangsrelaterte komplikasjoner ved laparoskopi i Norge 2013-2024 kartlagt ved hjelp av Norsk Gynekologisk Endoskopiregister	Olav Nordbø
	A10 Kvinneres erfaringer med medikamentell behandling for abort frem til utgangen av 12. svangerskapsuke	Karen Madland
	A11 Distinkte sykdomsprosesser i placenta, decidua og serum hos mor ved preeklampsi med og uten føtal veksthemming	Anders Hagen Jarmund
13.00-14.15 (13.15-14.00)	Lunsj	
	Lunsj-symposium	
	Applied Medical vNOTES: I frontlinjen av kirurgisk innovasjon	Dr. Andrea Stuart & Dr. Johanna Wagenius
	MSD Norge «Nytt behandlingsalternativ for lokalavansert livmorhalskreft»	TBA
14.15-15.15	Frie foredrag gynekologi	Moderatorer: Ragnar Sande og Åse Sandvik
	A12 Menopausal hormone therapy and risk of ovarian cancer: evidence from a population-based cohort of 1,274,576 women in Norway	Iqbal Al-Zirqi
	A13 The Silva Pattern-based Classification and Oncological Outcomes in Women Undergoing Fertility-Sparing Surgery for Early-Stage Cervical Cancer	Kristine Krüger Hagen
	A14 Impact of symptomatic versus asymptomatic recurrence on survival in endometrial cancer: A Norwegian prospective multicenter study	Ingvild Vistad
	A15 Endometriepolypper - en retrospektiv kohort-studie av prevalens og risikofaktorer for malignitet hos symptomatiske og asymptomatiske kvinner	Celine Wilhelmsen Maria French
	A16 Hvordan går det med kvinner som har gjennomgått obstetrisk analsfinkterskade?	Maria Øyasæter Nyhus
	A17 Hva betyr fødselsmetode for bekkenbunnslidelser og kirurgi 30 år etter fødsel?	Erling Belaska

15.15-15.45	Postere og pause	
15.45-16.15	Women refusing standard obstetric care: maternal-fetal or doctor-patient conflict?	Dr. Jeroen van Dillen, Radboud University, Nederland
16.15 -17.00	Paneldebatt	
	Tillitskrise i fødselshjelpen? Hvordan møter vi kvinner som ikke ønsker helsehjelp eller ikke har tillit til fagfolk?	Solveig Bjellmo (seksjonsoverlege fødeavd. Ålesund, leder NGF), Lena Henriksen (leder, Den norske jordmorforening), Johanne Kolvik Iversen (overlege OUS, hovedredaktør Fødselshjelp metodebok)
17.00-17.30	Pause	
17.30-18.30	Generalforsamling	
19.30	Årsmøtemiddag	

Fredag 24.10

09.00-10.00	Gynekologisk kreft: inviterte foredrag	NFGO – Moderator: I.Vistad
	Profylaktisk salpingektomi. Når og hvorfor? TUBA studien.	Alda Birgisdottir
	Endometriehyperplasi og endometriepolypper Hva er nytt? Oppfølging etter kreftbehandling LETSGO studien	Elise Sletten Ingvild Vistad
10.00-10.20	Pause	
10.20-11.20	Frie foredrag obstetrikk	Moderatorer: Birgitte Sanda og Line Robberstad
	A18 Sannsynlighet for gjentatt persisterende occiput posterior	Birgitte Eide
	A19 Hvorfor er det så vanskelig å undersøke fosterhodets posisjon?	Torbjørn M. Eggebø
	A20 Sammenligning av diagnostisk presisjonen til ST-segmentanalyse (STAN) og skalp-laktat: En populasjonsbasert observasjonsstudie	Magnus Borgan Berge
	A21 Outpatient versus inpatient induction of labour with oral misoprostol; a multicentre randomised-controlled trial	Jørg Kessler Elisabeth B. Magnussen
	A22 The Intrapartum Cesarean Delivery Classification System – a valuable tool for quality improvement in obstetric care, a Norwegian multicentre study	Jørg Kessler
	A23 Kan stor være for liten eller kan liten være stort nok? – En kartlegging av holdninger til tjeneste ved stor og liten avdeling i utdanningen	Nora Johansen
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	
(12.45-13.30)	Lunsj-symposium Intuitive Surgical "Endometriosekirurgi: Totalverdien av da Vinci systemet i både kompleks og mindre kompleks behandling"	Anne Veddeng v/Helse Bergen Haukeland Universitetssjukehus
13.45-15.00	Kasuspresentasjoner og frie foredrag gynekologi og obstetikk Exeltis "Hva du kanskje ikke visste om PCOS" - nye perspektiv	Eszter Vanky Moderatorer: Kristine Amundsen og Sara Årvik
	A24 Sirkulerende kardiovaskulære biomarkører er assosiert med kardiovaskulær struktur og funksjon 1-3 år etter preeklampsi	Kristina Klepp
	A25 Ulike allergiske fenotypers assosiasjon til utvikling av preterm preeklampsi: en populasjonsbasert kohortstudie.	Tuva Rømuld
	A26 Cost-effectiveness of antenatal screening for pre-eclampsia using PlGF and sFlt-1/PlGF ratio in Tanzania: A pre-trial health economic modelling study	Andrea Solnes Miltenburg
	K1 Interstitielle svangerskap – to forløp som illustrerer diagnostiske og kirurgiske utfordringer	Gunn Åshild Botnen
	K2 Myom i vulva	Tina Ellinor Rosland
	K3 Lineær kraniefraktur etter spontan vaginal fødsel	Maren Aabel
	K4 Abdominal graviditet	Karen Madland
15.00-15.30	Pause	
15.30-16.15	Avslutning og prisutdeling	
16.45	Bussavgang fra Scandic Parken til Ålesund lufthavn, Vigra	



NYHETSMELDING!

Fra 1. oktober 2025 overtar **GynTech** (Adcare AS) som eksklusiv forhandler av Gynecare produkter i Norge.

Vi overtar agenturet for alle Gynecare produkter i Norge fra Janssen-Cilag. Produktene vil være lagerført i Norge og kan leveres av GynTech fra 1. oktober. Vi forhandler i tillegg en rekke andre produkter innen gynekologi.

Besøk www.gyntech.no for komplett produktoversikt.

Noen av våre Gynecare TVT™ produkter:



TVT Abbrevio



TVT Exact



TVT Obturator



TVT Classic



Oppdater deres bestillingssystem, slik at eventuelle ordrer blir sendt til riktig mottaker fra 1. oktober 2025

Om GynTech og AdCARE AS:

GynTech er en dedikert selskap for gynekologi produkter. GynTech er del av Adcare AS som omsetter for ca 100 millioner. Adcare er en stor leverandør til norske sykehus og en betydelig leverandør innen det urologiske terapiområdet. Vi har kontorer på Høvik i Bærum og er forhandler for verdensledende merkevarer fra bl.a. Caldera Medical, Teleflex mv. Vi lagerfører alle varer i Norge og har 10 produktspecialister med helsefaglig bakgrunn.



Bestilling:
ordre@adcare.no
Kontakt:
Telefon: 67 53 33 44
kundeservice@gyntech.no
www.gyntech.no

GynTech

DIN SPESIALIST INNEN GYNEKOLOGI

NGFs årsmøte 2024 – velkommen til Ålesund!



Are Adam Woyseth Larsen
FUGO-leder

Årets store begivenhet nærmer seg, og vi i FUGO gleder oss til å ønske dere velkommen til årsmøtet i vakre Ålesund. Dette blir noen innholdsrike dager med faglig fordypning, viktige diskusjoner og sosiale møter med kolleger fra hele landet!

Vi starter med årets kurs, som i år har temaet gynekologisk og obstetrisk kirurgi. Programmet er variert, med innlegg som spenner fra kolporafi til laparotomi.

Fem erfarne gynekologer vil hver ta for seg sitt spesialområde, og sammen gir de deltakerne en oppdatert og praktisk relevant oversikt over kirurgiske prosedyrer. Vi håper mange benytter anledningen til å delta på dette kurset, som er skreddersydd for å gi både tips og triks!

Samme kveld samles vi til generalforsamling – et viktig forum for foreningens videre arbeid. Her vil vi gjennomgå de formelle sakene, oppsummere året som har gått og se fremover. Vi skal

også velge nye medlemmer til styret. Det er mulig å stille direkte til valg under møtet, men vi oppfordrer sterkt alle som vurderer et styreverv til å ta kontakt med valgkomiteen på forhånd (*oystein.bergoy@gmail.com*). På nettsidene våre gjennom Legeforeningen (*www.legeforeningen.no/fugo*) finner dere mer informasjon om de ulike vervene. I tillegg kan man gjerne ta kontakt med oss via Facebook-gruppen vår dersom det er spørsmål.

Etter generalforsamlingen er vi svært glade for å kunne presentere Tori Husum, overlege ved Haukeland universitetssjukehus. Hun vil holde innlegget «Humanitært arbeid som gynekolog – hvorfor, hvordan og når?», der hun deler erfaringer fra sitt arbeid i Afghanistan.

På avslutningsdagen av årsmøtet har vi i FUGO gleden av å arrangere en paneldebatt – for aller første gang. Temaet er fremtiden i faget, med særlig fokus på hvordan vi kan motivere og rekruttere unge kolleger. Dette er en høyst aktuell problemstilling for hele fagmiljøet. Debatten vil være en arena for både refleksjon og idéutveksling, og vi ser frem til mange gode innspill.

Vi håper årets program oppleves som både inspirerende, lærerikt og viktig. Årsmøtet er en unik møteplass hvor vi deler kunnskap, bygger fellesskap og legger grunnlaget for fremtidens gynekologi.

Vi ser frem til å møte dere alle i Ålesund – vel møtt!

PLUS-STUDIEN:

Triklosanbelagt sutur reduserer infeksjonsrisiko ved fødselsrelaterte rifter*

En enkeltblindet, randomisert studie ved Lund Universitetssykehus undersøkte effekten av triklosan-belagte suturer (Vicryl Plus®) på infeksjonsrisiko ved primærsuturerte perinealrifter etter fødsel. Studien inkluderte 1870 kvinner, fordelt på Vicryl Plus® (n = 925) og standard Vicryl® (n = 945).

Konklusjon

Bruk av antibakterielle triklosanbelagte suturer (Vicryl Plus®) ga en statistisk signifikant reduksjon på 43 % i risikoen for infeksjon sammenlignet med standard sutur (OR 0,57, 95 % KI 0,35–0,91, P = 0,024).



Vil du vite mer om studien?

Ring oss på 67 51 86 00 eller besøk ortomedic.no.



* Sonnichsen, K., Isberg, P.E., Elers, J. et al. The PLUS study: efficacy of triclosan coated suture (Vicryl Plus®) to reduce infection in primary suture of childbirth related perineal tears – a randomized controlled trial. *matern health, neonatol and perinatol* 11, 13 (2025). <https://doi.org/10.1186/s40748-025-00211-0>

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
Arbeidssted: PhD-stipendiat Nasjonalt senter
for kvinnehelseforskning 2025 – d.d.,
OUS 2022–2025,
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.

FUGO KURS 22.10.25

Scandic Parken, Ålesund. 22.10.25

Gynekologisk og obstetrisk kirurgi

Mål: indikasjon for- og strukturert gjennomgang av viktige gynekologiske og obstetriske inngrep.

Tentativt program:

09:00–09:15 Registrering av kursdeltakere, velkommen
09:15–10:15 **Sectio** (Heidi Fagerli)
10:15–10:30 Pause
10:30–11:15 **Hysteroskopi** (Kim Danielsson)
11:15–11:30 Pause
11:30–12:15 **Descens operasjoner** (Mariann Eidet)
12:15–13:15 Lunsj
13:15–14:30 **Basal laparoskopi og adnexkirurgi** (Jenny Alvirovic)
14:30–14:45 Kaffepause
14:45–15:45 **Laparotomi, hysterektomi** (Oldas Tamasauskas)
15:45–16:30 Kursevaluering og avslutning.

Læringsmål som (skal) dekkes av kurset:

Basale kirurgiske ferdigheter:

- GYN 099: Suturteknikk/materiale, teknisk apparatur på operasjonsstuen

Gynekologi:

- GYN 065: urogyn (generell kunnskap om urogyn)
- GYN 066: inkontinens og descens (Selvstendig utrede inkontinens og descens.)
- GYN 067: operasjonsteknikker (TVT, vaginal plastikker, botox, bulkamid osv)
- GYN 082: Intrauterine inngrep (diagnostisk hysteroskopi)
- GYN 093: Laparoskopere
- GYN 094: Laparotomi- serosarifter, adheranse-løsning, blærelesjon, hysterektomi
- GYN 095: Vaginalplastikker

Sectio:

- GYN 039: Keisersnitt- indikasjon og utføring
- GYN 048: Selvstendig kunne utføre keisersnitt

Resultater fra Utdanningsprisen 2025



Mina Eskeland

Ansvarlig for Utdanningsprisen
PhD-stipendiat Nasjonalt senter
for kvinnehelseforskning

For fjerde gang skal FUGO dele ut den høythengende Utdanningsprisen på NGFs årsmøte i Ålesund i oktober. Prisen går hvert år til den avdelingen som har vært best på utdanning av LIS i fødselshjelp og kvinnesykdommer det foregående året. I sommer sendte vi i FUGO derfor som vanlig ut et spørreskjema til LIS i fødselshjelp og kvinnesykdommer ved alle landets sykehus. I tillegg til å kunne kåre et sykehus som vinneren av Utdanningsprisen, gir spørreskjemaet et viktig innblikk i hvordan LIS opplever utdanningen sin generelt.

Vi fikk i år svar fra totalt 71 LIS fordelt på 20 ulike sykehus spredt over hele landet. Dette er 31 færre svar og 3 færre sykehus enn i fjor. Igjen er det noen deler av utdanningen som skiller seg positivt ut og andre deler der det synes å være et forbedringspotensial. Introduksjonsperioden, internundervisning og fordypning har forbedret seg fra i fjor. Tilsvarende som tidligere år opplever LIS at de i mindre grad slipper til ved gynekologiske inngrep enn på fødeavdelingen og flertallet er misfornøyd med opplegget rundt felles kompetansemodul. Det mest bekymringsverdige er at det er stadig færre som ønsker å fortsette i spesialiteten.

Introduksjonsperiode

Når det gjelder introduksjonsperioden er det igjen forbedring i forhold til fjorårets resultater. Færre enn i fjor oppgir at de hadde fra ingen til maksimalt to uker med introduksjon da de var nye i spesialiteten (35% i år mot 43% i fjor). I år angir 61% at de opplevde introduksjonsperioden som bra til svært bra sammenlignet med 58% i fjor. Antallet med individuell utdanningsplan har steget fra 52% i fjor til 62% i år.

Felles kompetansemodul

Resultatene i forhold til felles kompetansemodul er relativt uendret eller litt dårligere enn i fjor. I fjor anga 54% at de opplevde opplegget rundt felles kompetansemodul som middels til svært dårlig, mens antallet som mener det samme i år er litt redusert til 52%. Det er imidlertid færre enn i fjor som får satt av egen tid til felles kompetansemål i timeplanen (32% i år mot 43% i fjor).

Veiledning

I fjor anga 42% av LISene at de hadde to eller færre veiledninger i løpet av et år. I år er dette redusert til 31%. Tilsvarende mange som i fjor har seks eller flere veiledningssamtaler i året (28% i år mot 27% i fjor). I henhold til Helsedirektoratet bør det etterstrebes at individuell veiledning blir avholdt minst hver fjerde uke. Som i fjor angir tre av fem at de har stort til svært stort utbytte av veiledningen, men kun 6% gir veiledningen toppskår mot 9% i fjor og nesten 20% i 2023.

Undervisning og kurs

For undervisning og kurs er resultatene relativt like eller litt bedre enn i fjor. I år svarer 99% at avdelingen har minst én internundervisning per uke mot 89% i fjor. Nesten alle (93%) har stort til svært stort utbytte av undervisningen og 23% gir internundervisningen toppskår. Litt færre enn i fjor angir at undervisningen følger læringsmålene

(93% i år mot 96% i fjor). Litt flere enn i fjor svarer at de får deltatt på simulering én gang i halvåret eller oftere (70% i år mot 67% i fjor). Flertallet (86%) får minst seks kursdager per år og tilsvarende mange opplever at det er lett å få dratt på kurs.

Fordypning og overtid

Litt færre enn i fjor får aldri eller nesten aldri fordypningsdagene sine (23% i år mot 26% i fjor). Langt flere enn i fjor får alltid eller nesten alltid fordypningsdagene sine (61% i år mot 45% i fjor), mens de resterende får dem ca halvparten av gangene. Det er også stadig færre som ukentlig, på kort varsel, blir satt til å gjøre en annen arbeidsoppgave enn det som var planlagt (24% i år, 26% i fjor, 40% i 2022). Stadig flere angir også at det er kultur i avdelingen for å skrive overtiden man jobber (61% i år mot 51% i fjor).

Progresjon i utdanningen

Tilsvarende som i fjor er det flere som opplever progresjon på fødeavdelingen sammenlignet med progresjon innen gynekologiske inngrep. Litt flere enn fire av fem (83%) opplever stor til svært stor grad av progresjon på fødeavdelingen. Dette har økt fra i fjor da det var tre av fire. Når det gjelder gynekologisk kirurgi svarer tilsvarende mange som i fjor (65%) at de i relativt stor grad får slippe til på laparoskopi og 54% at de får slippe til på andre gynekologiske inngrep som hysteroskopier og plastikker. Totalt sett svarer 85% at de opplever stor til svært stor grad av progresjon i utdanningen sin. Dette tallet har økt fra syv av ti de tre siste årene. Det er flere enn i fjor som forventer å bli spesialist på normert tid (41% i år mot 31% i fjor), men fortsatt forventer altså flertallet å bli forsinket på grunn av faktorer som operasjoner, kurs, felles kompetansemål og tjeneste på universitetssykehus.

Arbeidsmiljø

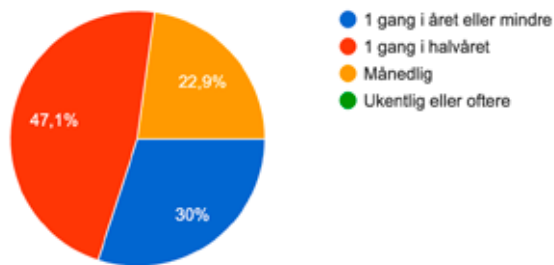
Litt flere enn i fjor opplever arbeidsmiljøet som bra til svært bra (89% i år mot 84% i fjor), men færre enn tidligere gir arbeidsmiljøet toppskår (17% i år mot 34% i fjor). Litt flere enn i fjor svarer at de trives i stor til svært stor grad på arbeidsplassen totalt sett (89% i år mot 85% i fjor). Som tidligere trives de fleste godt med både de andre LISene og overlegene. Tilsvarende som i fjor svarer tre av fire at overlegene alltid eller nesten alltid er tilgjengelige for spørsmål og kommer hvis man ber om hjelp. Litt flere enn i fjor svarer at de i stor til svært stor grad føler seg satt pris på i avdelingen (79% i år mot 73% i fjor). Omtrent tilsvarende som i fjor føler 76% seg godt tatt vare på ved uønskede hendelser. Tre av ti opplever at det av og til eller ofte er skummelt å gå vakt og/eller at de blir satt til oppgaver de ikke føler seg kompetente til å gjøre. I fjor svarte nesten fire av ti det samme.

Stadig færre er helt eller litt enig i at de ønsker å fortsette i spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer (79% i år, 84% i fjor, 91% både i 2023 og 2022). Dette er en bekymringsfull utvikling og noe ledere og arbeidsgivere bør jobbe for å snu. Antallet som er helt eller litt enig i at de ønsker å fortsette på arbeidsplassen sin har imidlertid økt fra 74% i fjor til 80% i år, men kun 52% er helt enig i at de ønsker å fortsette på arbeidsplassen sin.

Vinneren av Utdanningsprisen 2025 kåres på årsmøtet i oktober, så da er det bare å vente i spenning. Vi oppfordrer også alle, både LIS, overleger og ledere, til å delta på paneldebatten FUGO arrangerer på årsmøtet der vi skal diskutere nettopp hvordan vi kan rekruttere og beholde LIS i faget.

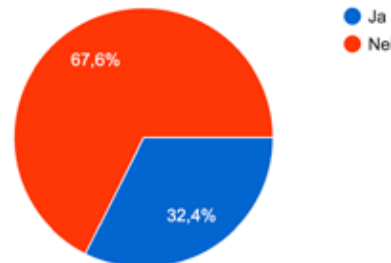
Hvor ofte får du deltatt på simuleringstrening?

70 svar



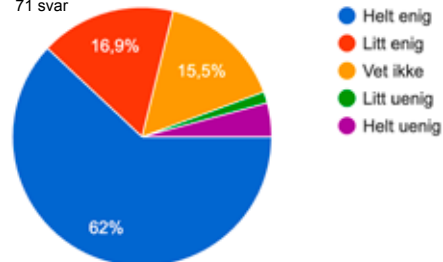
Blir det satt av egen tid til felles kompetansemål i timeplanen?

71 svar



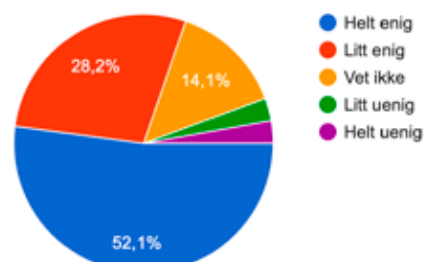
Jeg ønsker å fortsette i spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer

71 svar



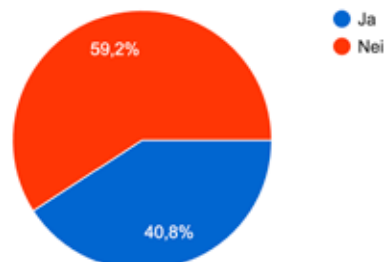
Jeg ønsker å fortsette på arbeidsplassen min

71 svar



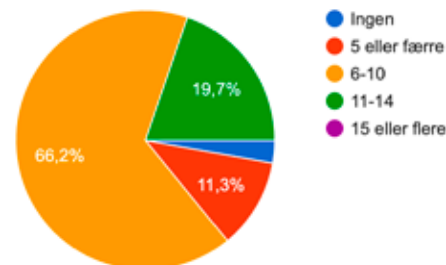
Forventer du å bli spesialist på normert tid? (altså at du ikke blir forsinket pga kurs, operasjoner, FKM, gruppe 1 osv.

71 svar



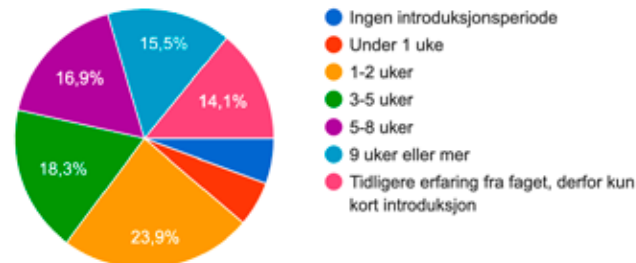
Hvor mange kursdager får du i året?

71 svar



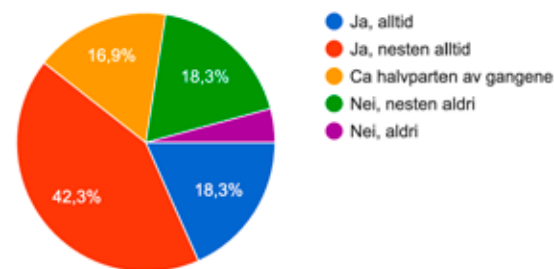
Hvor lang introduksjonsperiode fikk du?

71 svar



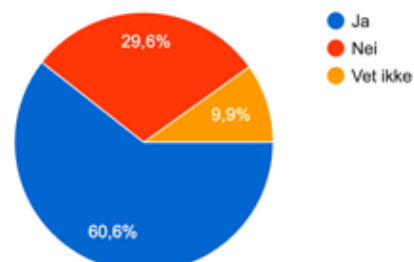
Får du fordypningsdagene dine?

71 svar



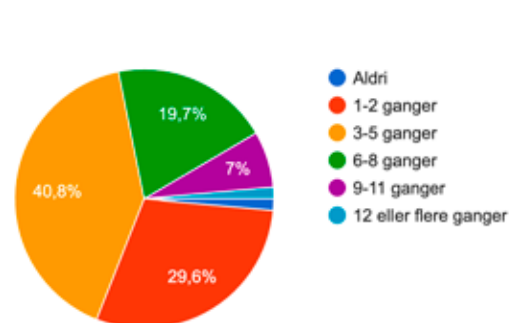
Er det kultur i avdelingen for å skrive overtid?

71 svar



Hvor mange ganger har du individuell veiledning i løpet av et år?

71 svar



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 nevrokinin B (NKB) fortsetter å stimulere KNDy-nevroner, uten den hemmende effekten av østrogen. Ved å blokkere nevrokinin 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.

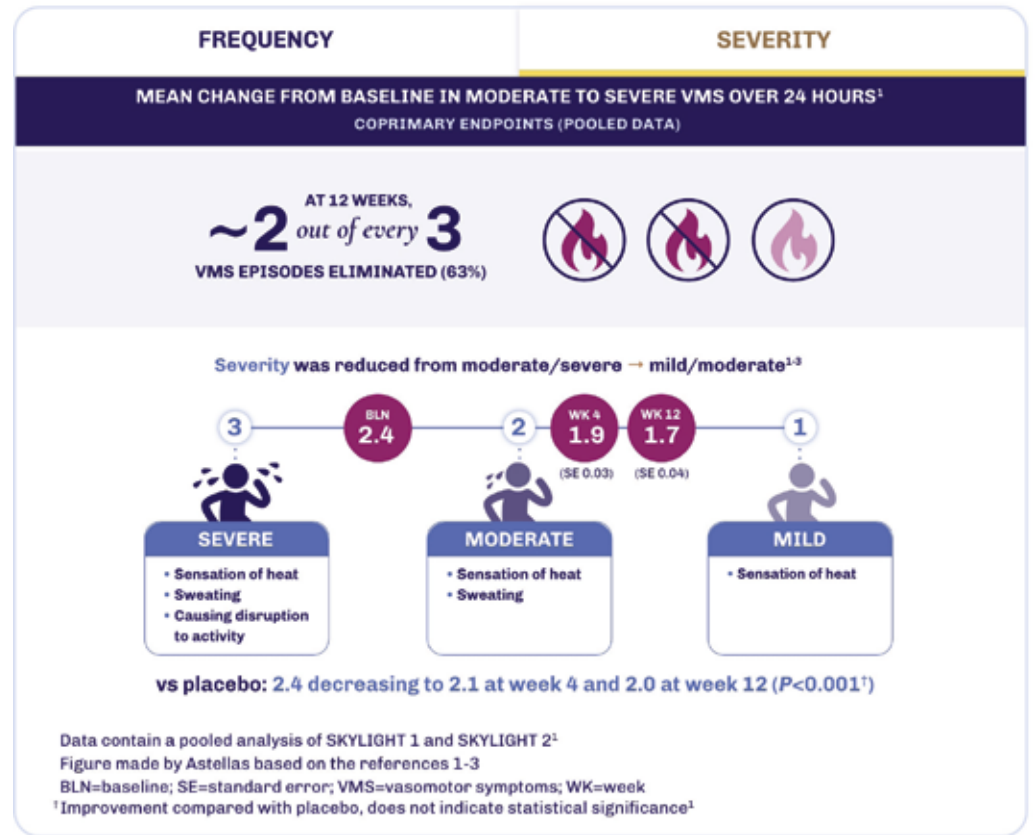
Studiene viste at VEOZA gir en klinisk meningsfull reduksjon i frekvensen av moderat til alvorlig VMS, samtidig som det reduserer alvorlighetsgraden av symptomer sammenlignet med placebo ved uke 4 og 12.^{** 1-3}

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 hormonstatningsterapi 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. 10.04.2025): 45 mg:** 30 tabletter (blisten) 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



Astellas Pharma
Tel: +47 66 76 46 00

Seksualanamnese



Nora Johansen

Leder av Spesialitetskomiteen

God seksuell helse henger sammen med god fysisk og mental helse, et lengre og bedre liv, økonomisk stabilitet, utdanning, det å være i jobb og et godt parforhold. Et dårlig sexliv henger sammen med fysiske, følelsesmessige og økonomiske byrder. Disse sammenhengene kan hjelpe oss med å identifisere de med økt risiko for seksuelle problemer, hvor et bedre sexliv er et mål i seg selv. I tillegg kan seksuell helse både være en indikator på generell helsetilstand og en drivkraft for god helse. Det vil si at behandling av seksuelle problemer kan føre til bedre mental og fysisk helse. Før vi kommer dit må imidlertid de seksuelle problemene identifiseres. Det er lite undervisning om seksuell helse på medisinerstudiet, og de færreste med seksuelle problemer ber om hjelp. Resultatet er for lite prat om seksuell helse. Der kommer vi (LIS og spesialister) inn i bildet.

Først må vi sørge for at pasienten synes det er greit å snakke om (tillatelse). For eksempel sier jeg: «Denne tilstanden/behandlingen kan noen ganger påvirke sexlivet, er det greit at vi snakker litt om det?». Hvis pasienten sier ja spør jeg: «Er du seksuelt aktiv?», og dersom hen sier «Jeg har jo ikke partner», så svarer jeg «Nei, ok, men er du seksuelt aktiv med deg selv eller noen du ikke er i forhold med?». For de det gjelder er det viktig at vi ikke snevrer sex-begrepet inn til vaginal penetrasjon mellom kvinne og mann. Det er også en del som kvier seg for å innlede forhold fordi de ikke klarer eller ønsker å ha sex – og det spør jeg også om.

Dersom pasienten *ikke* ønsker å snakke om sexlivet sier jeg «Det er selvfølgelig helt greit, men hvis du senere skulle ønske å snakke om det, er vi her...». Alt dette må gjøres med toleranse, varsomhet og respekt.

Her er et forslag til seksuell anamnese for bruk dersom pasienten har et seksuelt problem *og* ønsker å snakke om det:

- Det aktuelle seksuelle problemet – pasienten må få forklare med egne ord (varighet, utvikling, forverrende/forbedrende faktorer)
- Seksuell praksis og erfaringer (sex med menn, kvinner, begge kjønn eller ingen; type seksuell praksis (vaginal, anal, oral), trygghet i seksuelle situasjoner)
- Overgrep, press eller uønskede seksuelle tilnærmelser
- Partner (forhold til partner, kommunikasjon, problemer hos partner som påvirker sexlivet)
- Menstruasjon, fertilitet, prevensjon, menopause, hormonbehandling
- Tidligere infeksjoner eller operasjoner i underlivet
- Gynekologiske sykdommer (endometriose/adenomyose, PCOS, PMS, kreft, Lichen med flere)
- Psykiske og medisinske faktorer (depresjon, angst, medisiner, kroniske sykdommer?)
- Andre ting pasienten vil ta opp/snakke mer om?
- Henvisning sexolog?

Lykke til!

Vi sees på årsmøtet hvor vi skal presentere hva dere synes om obligatorisk tjeneste ved stor og liten avdeling i løpet av spesialiseringen.

Vi oppfordrer LIS til å sende inn nominasjoner til Forbildeprisen. Prisen deles ut av Spesialitetskomiteen under årsmøtet i Ålesund, og gis til en kollega som på forbilledlig vis inspirerer LIS til å lære mer. Forbildet kan være ung, eldre, trenger ikke forske og trenger heller ikke å kunne alle læringsmål på rams. Det viktigste er at han eller hun på sin måte bidrar til å øke LISenes engasjement for faget. Nominasjoner bes sendes til nora.johansen@sshf.no innen 15. oktober.

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

Årsrapport 2024

Norsk Gynekologisk Forening

Styret har bestått av Solveig Bjellmo (leder), Ragnar Kvie Sande (nestleder), Agnethe Lund (vitenskapelig sekretær), Kristine Amundsen (kassere), Birgitte Sanda (styremedlem, PSL), Morten Kvello (sekretær, FUGO).

Redaktør av Gynekologen (fram til årsmøte på Lillehammer): Tale Menich, ny redaktør Sofie R. Angeltveit

Nettredaktør (fram til årsmøte på Lillehammer): Inga Vengen, ny nettredaktør Kine H. Haaverstad.

Styremøter:
Det har vært avholdt fem styremøter i 2024: Oslo 15/2, Digitalt 23/4, Stavanger 4/9, Lillehammer (i forbindelse med årsmøte) 23/10 og Bergen, 19/11. Redaktør av Gynekologen og nett-redaktør har deltatt på de fleste møtene. I løpet av 2024 behandlet styret 49 saker.

Høringer:
Styret fikk tilsendt 41 høringer i 2024. Av disse var 11 vurdert som relevante og besvart. Blant annet gav styret et utfyllende svar angående høringen: *Abort i Norge– Ny lov og bedre tjenester.*

Representasjon nasjonalt og internasjonalt:
NFOG: Solveig Bjellmo (NFOG board) og Agnethe Lund (Scientific committee)
EBCOG: Birgitte Sanda og Ragnar Kvie Sande
FHI: Solveig Bjellmo (Ocinor- auditgruppe)

Media:
Styret har svart på flere henvendelser fra media. Spesialister i faggruppen har bidratt for å sikre faglige og presise svar.

Årsmøte:
Årsmøte var avholdt på Lillehammer 23.–25. oktober. Et møte med faglige innlegg med bredde, gode diskusjoner og sosialt samvær. Referat fra årsmøte og generalforsamling er publisert i *Gynekologen* nr. 4, 2024.

Regnskap per aktivitet 2024			
Aktivitet	Inntekter	Kostnader	Resultat
100-Administrasjon	1 958 562	136 453	1 822 109
120-Styrearbeid	0	266 036	-266 036
200-Årsmøtet (Inkl. CIC arr.)	2 014 100	1 858 210	155 890
210-Guideline-møter	167 247	180 531	-13 284
220-FUGO	84 200	179 385	-95 185
300-NFOG (Nordisk forening)	0	444 773	-444 773
310-EBCOG (Europeisk forening)	0	87 490	-87 490
320-FIGO (Internasj. forening)	0	73 902	-73 902
400-Priser og stipend	0	55 705	-55 705
500-Gynekologen	452 500	564 746	-112 246
Sum	4 676 609	3 847 231	829 378

Resultatregnskap			
	Noter	Regnskap 2024	Regnskap 2023
Driftsinntekter			
Kontingenter		1 672 193	1 471 302
Tilskudd		0	8 605
Annonser	2	452 500	479 500
Kursinntekter		81700	367272
Kursoppgjør fra andre kursarrangører	3	2 183 847	1 989 118
Sum driftsinntekter		4 390 240	4 315 797
Driftskostnader			
Produksjonskostnader tidsskrift	2	548 975	568 071
Provisjon annonseformidling		15 625	0
Personalkostnader	4	150221	79388
Småanskaffelser/service/leiekostnader		11825	140
Fremmedtjenester	5	112703	550757
Kontorkostnader		2484	928
Reise/møte og kursarrangement		372 752	463 093
Tilskudd og bidrag		50 000	11 834
Andre driftskostnader		565 587	679 799
Andel resultat andre kursarrangører	3	2 009 494	1 709 857
Sum driftskostnader		3 839 666	4 063 867
Driftsresultat			
		550 574	251 930
Finansposter			
Finansinntekter		286 369	176 253
Finanskostnader		7 565	3 147
Sum finansposter		278 804	173 106
Resultat			
		829 378	425 036
Overføringer			
Overført til/(fra) annen egenkapital		829 378	425 036
Sum overføringer		829 378	425 036

Balanse			
	Not	31. desember 2024	31. desember 2023
Eiendeler			
Omløpsmidler			
Aksjer og fond	6	1 870 309	1 708 471
Fordringer			
Kundefordringer		71 000	452 681
Andre kortsiktige fordringer		479 652	-
Sum fordringer		550 652	452 681
Bankinnskudd		2 954 632	2 383 495
Sum omløpsmidler		5 375 593	4 544 646
Sum eiendeler		5 375 593	4 544 646

Egenkapital og gjeld			
Egenkapital			
Annen egenkapital		4 917 041	4 087 662
Sum annen egenkapital		4 917 041	4 087 662

Gjeld			
Kortsiktig gjeld			
Leverandørgjeld		105 044	132 023
Offentlige trekk og avgifter		303 943	273 701
Påløpte kostnader		41 343	51 262
Annen kortsiktig gjeld		8 222	-
Sum kortsiktig gjeld		458 552	456 986
Sum gjeld		458 552	456 986

Sum egenkapital og gjeld		5 375 593	4 544 648
--------------------------	--	-----------	-----------

Oslo, 24.4.2025			
Solveig Bjellmo Styreleder	Kristine Amundsen Styremedlem	Morten Kvello Styremedlem	
Ragnar Kvie Sande Styremedlem	Birgitte Sanda Styremedlem	Agnethe Lund Styremedlem	

Årsrapport 2024

FUGO

Generelt
Det ble i 2024 avholdt 4 styremøter hvorav ett var digitalt og de resterende tre med fysisk oppmøte. Referatene fra styremøtene er publisert på nettsidene våre. Leder har deltatt på møter i Fuxx-forum. Dette er digitale møter for lederne av foreninger for utdanningskandidater i ulike spesialiseringer, og er et godt forum å dele erfaringer og ideer, blant annet med tanke på kampanjer og hvordan nå ut til medlemsmassen.

Vi er fremdeles i en særklasse når det kommer til å samarbeide med moderorganisasjonen. På faglandsrådet som ble arrangert den 17.-18.04 deltok Are Larsen på vegne av styret.

Valgkomiteen for FUGO bestod av Aslak Vimme Solhoff og Øystein Bergøy. FUGO sin nettside har blitt driftet av Rannveig Stokke. Vi har hatt et samlet ansvar for vår Facebook-gruppe som har hatt en del aktivitet.

Generalforsamling
Generalforsamlingen ble arrangert den 23. oktober 2024 på Scandic Lillehammer Hotel. Referatet er publisert på FUGO sine nettsider.

Etter møtet holdt Liv Ellingsen og NGF-leder Solveig Bjellmo en podkast-lignende samtale om seteleie som ble svært godt mottatt av LISene.

Økonomi
FUGO sitt arbeid er finansiert av NGF med en post på 120.000 kr i NGF sitt budsjett. Dette skal dekke styremøter og annen relevant aktivitet i inn- og utland.

ENTOG
ENTOG-utvekslingen i 2024 gikk til Sveits 9.-11. september. Den ble avsluttet med en generalforsamling i Zürich. Fra Norge utvekslet Marie Svanes og Ragnhild Grepperud fra Haukeland

Årsrapport 2024

EBCOG 2024

EBCOG hadde to councilmøte i 2024, eit 10.-11. mai og eit 6.-7. november. Det vart halde formøte framfor begge møta, for både den nordlege regionen (Norden, dei britiske øyene og dei baltiske landa) og for dei nordiske landa. Dei nordiske nasjonale gynekologiske foreiningane har einast om å stå samla inn i EBCOG og stemme som ei blokk. Denne tilnærminga lykkast på møtet i mai, då ein lykkast med å stemme inn Anna Aabakke frå Danmark som ny representant for den nordlege regionen.

EBCOG publiserte i 2024 fagleg velfunderte støtteerklæringar i samband med krigen i Ukraina og krigen i Gaza.

sykehus. Reisebrev fra de som utvekslet ble publisert i Gynekologen nr. 4 i 2024.

NFYOG
FUGO er medlem av NFYOG, som er en paraplyorganisasjon for LIS-organisasjoner i obstetrikk og gynekologi i alle de nordiske landene og ligger under NFOG. To av styremedlemmene i FUGO sitter også i styret i NFYOG. Minst en av FUGO-representantene deltar på hvert NFYOG-styremøte. I 2024 jobbet vi mye med NFOG-konferansen som skulle være i Uppsala i august 2025.

Arbeid med ny kampanje «EKKO EKKO»
Arbeidet er godt i gang med den nye kampanjen og vi gleder oss til å lansere den.

FUGO-kurset
FUGO-kurset ble arrangert som vanlig dagen før NGF sitt års-møte. Temaet var den endrede fødepopulasjonen. Kurset var fullt påmeldt. Dette er et viktig tiltak for at LIS skal kunne delta på årsmøtet ettersom reise og deler av oppholdet blir dekket gjennom Utdanningsfond III.

Utdanningsprisen 2024
Utdanningsprisen er en videreføring av arbeid som Spesialitets-komiteen gjorde før vi overtok ansvaret. I en spørreundersøkelse som ble sendt ut til alle LIS ble medlemmene våre sine opplevelser av utdanningen vurdert og evaluert. Funnene ble publisert i Gynekologen nr. 4. 2024. Vinneren i 2024 var Nordlandssykehuset Bodø.

Ymse
Styret har bidratt med flere artikler og ulikt materiale til Gynekologen. FUGO har en database med ulike artikler, podcaster o.l. som heter FUGOteket.

EBCOG vedtok i 2024 å starte arbeid med å utarbeide systematiske litteraturgjennomgangar innan sentrale felt innanfor faget, til bruk for dei nasjonale samfunna når dei skal utarbeide sine faglege retningslinjer. NFOG vart invitert til å stille ein representant inn i styringsgruppa for dette prosjektet.

EBCOG har ei rekke faglege komitéar som arbeider for kvalitet i spesialistutdanninga og helsehjelp innan vårt fag. NGF-medlemmer som er interesserte i sitte i slik komité kan kontakte styret for nominasjon.

Birgitte Sanda og Ragnar Kvie Sande

Eneste godkjente behandling for gjenoppretthelse av vaginalfloran av laktobasiller etter antiinfektiv behandling^{1,2}

Lokalbehandling med melkesyrebakterier etter antibiotikakur
synes å forebygge residiv³

Eneste
kombinasjon av
østrogen og
melkesyre-
bakterier^{1,2}

Gynoflor®

Østriol 0,03 mg/
Lactobacillus acidophilus 50 mg
Vaginaltabletter



Indikasjoner:

Gjenoppretthelse av floraen av laktobasiller hos voksne kvinner etter antiinfektiv behandling mot infeksjoner i skjeden

Behandling av vaginal atrofi hos postmenopausale eller perimenopausale kvinner

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®.

Dosering: Gjenoppretthelse 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. **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.

Referanser: 1) Gynoflor® SPC 09.2022. 2) www.legemiddelsok.no. 3) https://www.legemiddelhandboka.no/T14.6.1.3/Bakteriell_vaginose

Endometriesikkerhet ved langtidsbruk (>1 år) eller gjentatt bruk av vaginalt administrert østrogen, er uklar. Ved gjentatt bruk bør behandlingen derfor evalueres minst 1 gang per år.

Risikoer forbundet med systemisk menopausal hormonbehandling gjelder i mindre grad for østrogenpreparater til vaginal bruk, hvor systemisk eksponering for østrogen forblir innenfor normalt postmenopausalt nivå. Risikoene bør imidlertid tas i betraktning ved langtidsbruk eller ved gjentatt bruk av dette preparatet.

Dersom en kvinne blir gravid under behandling, bør behandlingen avsluttes umiddelbart.

Interaksjoner: Samtidig behandling med lokale eller systemiske antiinfektive midler kan føre til redusert effekt av Gynoflor®.

Bivirkninger: Vanlige er brennende følelse i skjeden og vaginal utflod.



Årsrapport 2024 Referansegruppe for fødselsovervåking

Mandat

Være pådriver for kvalitetssikring og kunnskapsformidling i fosterovervåking (CTG, STAN, skalpblodprøver) for leger og jordmødre. Bidra til kollegial læring mht. bruk av fosterovervåking før og under fødsel. Gruppen er også ansvarlig for planlegging av det årlige, nasjonale erfaringsmøtet i fosterovervåking som avholdes for jordmødre og leger. Medlemmer fra gruppen har et hovedansvar for veilederkapitler relatert til fosterovervåking.

Gruppens sammensetning

Jørg Kessler, seksjonsoverlege, PhD, Haukeland universitetssykehus (leder)
Johanne Kolvik Iversen, overlege, PhD, OUS Ullevål
Heidi Overrein, overlege, OUS Ullevål
Tiril Tingleff, overlege, Haukeland universitetssykehus
Lillian Leirvik, jordmor, Akershus universitetssykehus, NSF
Anne Kristin Stavenes, jordmor, Haukeland universitetssykehus, DNJ

1. Møter

Gruppen har i 2024 avholdt to fysiske møter i april og september. CTG-lommeveileder ble revidert.

2. Nasjonalt erfaringsmøte

Nasjonalt erfaringsmøte i 2024 ble avholdt i Bergen 17.09 med over 100 deltagere fra hele landet. Susana Pereira, obstetrikker fra London, UK snakket om infeksjon i fødsel og fosterovervåking. Deltakerne fra sykehus i hele Norge presenterte lærerike kasus med god påfølgende diskusjon.

3. Læringsplattform fosterovervåking

Helse Sør-Øst jobber med utvikling av en læringsportal for fosterovervåking, som på sikt skal bli en nasjonal læringsplattform med mulighet for test og re-test. Tiril Tingleff og Lillian Leirvik deltar i dette arbeidet. Referansegruppen har et faglig ansvar i dette.

4. Kurs i fosterovervåking

Referansegruppen organiserte et dagskurs i fosterovervåking tenkt som oppfriskning og oppdatering av kunnskap, dagen etter erfaringsmøtet, 18.09. Det var nærmere 90 deltakere på kurset og vi ønsker å fortsette med dette tilbudet også i 2025.

Medlemmer av referansegruppen bidro også på LIS-kurset i fosterovervåking som ble holdt over tre dager i desember.

Jørg Kessler

Bergen, september 2025

Årsrapport 2024 Nordisk forening for gynekologi og obstetikk (NFOG)

Styret i NFOG for 2024 (nytt valg på NFOGs

generalforsamling i august 2025 i Uppsala)

President: Alexander Smarason (IS)

Board: Marijo Tuppurainen (SGY), Lise Lotte Torvin Andersen (DSOG), Solveig Bjellmo (NGF), Christer Borgfeldt (SFOG),

Aldalbjørg Bjørgvinsdóttir (FIFK), Michelle Kanne (NFIYO)

Webmaster: Lars Ladfors

Kasserer: Vasilis Sitras (NO).

Generalsekretær: Sebastian Gidløf (SE)

Det ble avholdt to styremøter i NFOG i 2024:

Uppsala 11.03.-12.03 og København 2.11-5.11.

Økonomi:

NFOG har relativ god økonomi.

Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica (AOGS):

Tidsskriftet eies av NFOG. Det var tre kandidater intervjuet som ny sjefsredaktør for AOGS i mars 2024. Ny sjefredaktør ble Professor Amar Bhide som tok over stillingen i slutten av 2024. På møtet i København var det eget møte sammen med AOGS editorial board og man fikk en kort presentasjon av den nye redaktørens visjon for AOGS.

NFOGs komiteer:

NFIYO: Michelle Kanne (SE) har ledet den nordiske foreningen for utdanningskandidater. De har hatt økt fokus på samarbeid på tvers av de nordiske landene.

NFOG fonds- og vitenskapelig komite: Viser til egen årsrapport.

NFOG e-textbook komite: Komiteen består av redaktørene for læreboka som ligger digitalt på nett (en person for hvert nordiske land). Leder er Nils Uldbjørg. Det blir stadig gjort forbedringer av boken og det er også kommet til flere multiple choice spørsmål.

NORD-ACT – Nordic Alliance for Clinical Trials in Obstetrics and Gynecology ble startet opp i 2024 med støtte fra NFOG. Målet er å bygge et nettverk der forskere innen gynekologi og obstetikk i Norden kan løfte forskningen fra nasjonalt til internasjonalt nivå gjennom samarbeid mellom relevante forskningsgrupper og klinikker. Leder er Heiðdís Valgeirsdóttir fra Island.

NFOG Congress 2025: Uppsala

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



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

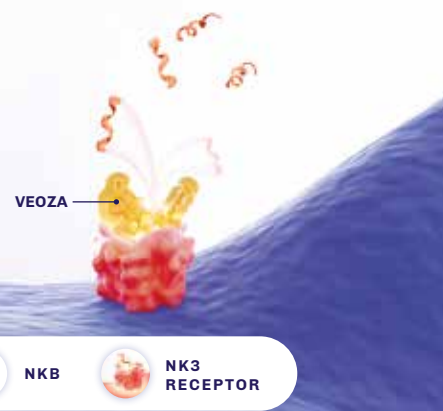
Blocking NKB to reduce VMS

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](https://veoza.no)

KNDy NEURON



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 hormonstatningsterapi 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



Årsrapport 2024/25 (september – september) Guidelines i generell gynekologi

Medlemmer av redaksjonen:

Hallvard Fjelltnun (UNN Harstad), Maria Øyasæter Nyhus (St. Olav), Jette Stør-Jensen (Ahus), Jone Trovik (HUS), Kine Haaverstad (OUS), og Knut Hordnes (Betanien Bergen, hovedredaktør).

Aktiviteter:

- Organisering av gynekologisk guidelinemøte i Bergen Clarion Hotel Flesland 23.-24. januar 2025
- Klargjøring av de nyreviderte kapitlene gjennom dialog i redaksjon og med hovedforfattere.
- Prioritere og velge ut nye kapitler og hovedforfattere for revisjon for møtet i januar 2026. 9 kapitler skal gjennomgås, 8 revisjoner og et nytt kapittel.
- Forberede gynekologisk guidelinemøte i 2025, og det neste i januar 2026: program, avtale med CIC og hotell, annonsering i Gynekologen og på nett.

- Oppdatere retningslinjer og årshjul for veilederarbeidet i gynekologi (se NGFs nettside)
- Deltatt i prosessen for å etablere Metodebok.no som fremtidens nettløsning for retningslinjene.
- Søkt midler fra Kvalitetsfondet i Legeforeningen for guideline-møtene og har fått tildelinger for både 2025 og 2026 møtene.
- Søkt og fått godkjent møtene som kurs i Legeforeningen slik at deltakere kan søke dekning i Fond 3.

Redaksjonsmøtene har vært digitale.

Det har ikke vært utgifter til arbeidet utover Guidelinemøtet, som er behandlet i eget budsjett.

Bergen 08.09.2025

Knut Hordnes

Hovedredaktør

Guidelines i generell gynekologi

Årsrapport 2024 Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi (NFGO)

NFGO sitt formål er å fremme kunnskap og samarbeid om gynekologisk kreft. En hovedoppgave er utarbeidelse og revisjon av Nasjonale handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging innen gynekologisk kreft etter mandat fra Helsedirektoratet. Det har vært mange endringer innenfor gynekologisk kreftbehandling de siste årene, og kolleger med interesse for gynekologisk kreft bruker mye tid på å oppdatere retningslinjene, under ledelse av Elisabeth Berge Nilsen (SUS). Den kontinuerlige revisjonen sikrer at informasjon om nye behandlingsmuligheter er oppdatert til enhver tid.

I 2024 gjennomførte styret 9 møter (2 fysiske og 7 digitale). I tillegg hadde vi generalforsamling i forbindelse med Onkologisk Forum 21.11.24. Styret anbefalte å beholde styrets sammensetning som et interimstyre i 2025, men unntak av mindre endringer. Dette ble foreslått av valgkomiteen. Årsaken var den spesielt vanskelige situasjonen i Helse Vest av nasjonal betydning som krevde tett oppfølging av NFGO. Forslaget ble diskutert på generalforsamlingen, og flere i salen ønsket å få mulighet til å stemme over et alternativt forslag. Derfor ble det holdt ekstraordinær digital generalforsamling 17.12.24 med to ulike forslag til nytt styre, et permanent og et interimstyre. Det opprinnelige forslaget om interimstyre ble godkjent.

Styret hadde sitt årlige strategimøte på Røros i februar der vi diskuterte fokusområder for det kommende året i tillegg til en langsiktig strategi for NFGO. En viktig sak i 2024 var utfordringer på seksjon for gynekologisk kreft ved Haukeland universitetssykehus (HUS). Representanter fra styret deltok på flere møter med ledelsen på HUS.

I forbindelse med årsmøte i Norsk Gynforening arrangerte vi formøte. Dette er en viktig arena som vi ønsker å prioritere. På Onkologisk Forum arrangerte styret faggruppemøte for gynekologisk kreft. Dette er et nasjonalt møte som bidrar til faglig oppdatering og diskusjon blant kolleger som arbeider med pasienter med gynekologisk kreft.

NFGO har initiert en nasjonal studie med journalgjennomgang av alle kvinner behandlet for ovarialcancer i de fire helseregionene over en 5-årsperiode. Bakgrunnen for dette er at data fra Kreftregisteret tyder på ulikheter i håndtering av disse pasientene. Dette arbeidet ble påstartet i 2023 og videreført i 2024.

Det er et overordnet mål for NFGO at alle avdelinger skal ha leger spesielt dedikerte til kvinner med gynekologisk kreft. For å dele fagkunnskap startet vi i 2023 nasjonal nettbasert undervisning. Presentasjonene legges ut på NFGO sin nettside (<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/faggrupper/norsk-forum-for-gynekologisk-onkologi/>). Vi arrangerte 6 digitale undervisninger i 2024.

NFGO-styret i 2024:

Tone Skeie-Jensen OUS (leder), Vara Torbjørn Paulsen Martin Lindblad UNN (nestleder), Vara Elise Sletten (kasserer) Alda Birgisdottir OUS (web-ansvarlig), Vara Katharina Bischof Kathrine Woie HUS, Vara Line Bjørge Merethe Ravlo St. Olav, Vara Guro Aune Ingvild Vistad Sørlandet sykehus HF (sekretær), Vara Elisabeth Berge Nilsen SUS

Årsrapport 2025 NFOG fund and scientific committee



Agnethe, Karin, Terhi, Heiddis og Anne

NFOGs vitenskapelige komité består av ett medlem fra hvert nordiske land. I 2023-25 har Tehri Piltonen (FIN) ledet komiteen, medlemmer er Anne Hammer Lauridsen (DK), Karin Pettersson (S), Heiddis Valgeirsdottir (IS) og Agnethe Lund (NO).

Det utlyses midler to ganger årlig (frist 1.mars og 1.oktober), retningslinjer finner du på NFOGs nettside. Dersom retningslinjen følges, er det god sjanse for å motta støtte, selv om antall søknader og summene det søkes om, har økt noe de siste to årene.

Komiteen vurderer søknadene i to årlige møter, nettbasert eller fysisk møte. Dette bidrar til nettverksbygging og gir de nasjonale foreningene oversikt over relevante forskningsmiljø i Norden.

Evaluerings av de rundt 250 abstrakt som var sendt inn til NFOG kongressen, er en av komiteens hovedoppgaver. For planlegging av møtet i august 2025, var komiteen samlet to vårdager i København. Komitémedlemmene var også svært delaktig under gjennomføring av møtet, som moderatorer, og for å evaluere presentasjoner og tildele priser. Det var godt samarbeid med lokal arrangør i Uppsala, og kongressen ble veldig bra! Fagmiljøene i de Nordiske land har mye til felles, og mye å lære av hverandre.

Et innspill til NGFs medlemmer for senere kongresser er at vi bør prioritere NFOG og få inn flere norske abstrakt. Vi kan også satse mer på Nordiske samarbeid, og NORD-ACT vil være en viktig plattform i NFOG organisasjonen for å fremme felles forskning (se nettside).

Agnethe Lund takker for muligheten til å bidra i denne komiteen, det har vært kjempehyggelig, lærerikt og motiverende. Fra 2026 vil ny vit.sekretær i NGF representere oss i dette arbeidet.



Portrett av en jordmor, fra komitémøte ved kvinneklinikken i Reykjavík

Årsrapport 2024 NORBIRTH

Styringsgruppens medlemmer:

Trond Melbye Michelsen (leder)
 Ingvil Krarup Sørbye
 Helse Sør-Øst: Camilla Haavaldsen, Anne Flem Jacobsen
 Helse Vest: Ragnar Kvie Sande
 Helse Midt: Solveig Bjellmo (NGF-leder)
 Helse Nord: Åse Torunn Revholt Pettersen
 LIS-representant: Andrea Alstad, UNN

Formål

NORBIRTH-nettverket ønsker å fasilitere nasjonale multisenterstudier innen klinisk obstetikk med høy vitenskapelig kvalitet.

Aktivitet 2024

Støttet av NORBIRTH-nettverket startet den første nasjonale multisenterstudien – SAINT - Safe Induction of labor Trial – inklusjon på 11 norske fødeavdelinger i 2023. Studien er finansiert av KLINBEFORSK med nasjonal PI Trond Melbye Michelsen. I henhold til målsettingen skal 3000 førstegangsfødende kvinner med igangsatt fødsel inkluderes og randomiseres i løpet av januar 2025. Per 31/12 2024 er inklusjonen i rute. Resultater forventes publisert tidligst i 2026. NORBIRTH-nettverkets andre studie

– NORWELCG – skal etter planen starte inklusjon i april 2025. Målsettingen er en rask og sømløs overgang fra én klinisk multisenterstudie til neste.

NORBIRTH-nettverket har hatt månedlige møter i 2024. Leder Michelsen samt Sørbye er deltakere i en nordisk arbeidsgruppe i regi av NFOG. Denne gruppen arbeider med å etablere et nordisk nettverk for kliniske studier innen obstetikk og gynekologi.

Medlemmer i NORBIRTH-nettverket per 31/12 2024

Åse Torunn Revholt Pettersen, UNN
 Elisabeth Magnussen, St. Olavs hospital
 Jørg Kessler, Haukeland universitetssjukehus
 Ragnar Kvie Sande, Stavanger universitetssjukehus
 Marte Ween-Velken, Sørlandet sykehus Kristiansand
 Katrine Sjøborg, Sykehuset Østfold Kalnes
 Camilla Haavaldsen, Akershus universitetssykehus
 Anne Molne Kjøllesdal, Vestre Viken HF Drammen
 Tonje Lippert, Vestre Viken HF Bærum
 Anne Flem Jacobsen, Oslo universitetssykehus
 Ingvil Krarup Sørbye, Oslo universitetssykehus
 Trond Melbye Michelsen, Oslo universitetssykehus

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 obstetikk
- ◆ 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 informasjon eller bestilling.



Jan Bye AS
 MEDISINSK TEKNIKK

E-post post@janbye.no • Internett www.janbye.no
 Telefon 64959377 • Adresse Slettaveien 23, 1553 Son

Har du pasienter som venter på gynekologisk kirurgi?

Vi tilbyr operasjon uten ventetid.
Vårt team består av erfarne og anerkjente gynekologer, som bistår kvinner ved blant annet:

Endometriose

Inkontinens

Fødselsskader

Livmorfremfall

Cyster på eggstokkene

Celleforandringer

Fertilitetsutfordringer

Blødningsforstyrrelser

Fjerning av livmor, eggstokk og eggledere

- Ingen ventetid - Umiddelbar utredning og behandling av dine pasienter
- Ekspertise innen endometriose og smertetilstander som vaginisme og vulvodyni
- Helhetlig oppfølging og tverrfaglig samarbeid



Ole Aleksander Dyrkorn og Jenny Alvirovic

Jeg ble fantastisk godt tatt vare på av veldig dyktige og engasjerte fagfolk i forbindelse med min endometrioseoperasjon, samt videre oppfølging rundt ufrivillig barnløshet. Nå er vi verdens lykkeligste foreldre!

- Dagrunn, endometriosepasient

Årsrapport 2024 Spesialitetskomiteen

Medlemmer av spesialitetskomiteen:

Nora Johansen, Sørlandet sykehus Arendal, leder
Christine Hancke, Gynekologene-AS Oslo, nestleder
Renate Torstensen, Nordlandssykehuset Bodø, medlem
Alexander Vietheer, Haukeland universitetssykehus, medlem
Ragnhild Lindelen Schwartz, Sykehuset Telemark Skien, medlem
Johan Kippervik, St. Olavs hospital Trondheim, varamedlem
Magnus Hagland, Stavanger universitetssykehus, LIS medlem
Tale Meinich, Akershus universitetssykehus, LIS varamedlem

Besøk

I 2024 var vi på besøk til alle utdanningsinstitusjonene i Vestre Viken; Drammen, Bærum og Ringerike. Når vi velger hvor vi skal dra prøver vi å ta utgangspunkt i hvor lenge det er siden en avdeling har fått besøk. Vi har også følere ute for å fange opp hvor det virkelig trengs besøk. Besøkene har vist at det er ganske store forskjeller i utdanningen fra sted til sted, men det er ikke utelukkende negativt. Forskjeller i LIS-utdanning kan ofte forklares ved at avdelingene er ulike hvor spesialistene har spesielle kompetanser.

Godkjenning av utdanningsinstitusjoner

Etter forespørsel fra Helsedirektoratet har vi også gitt råd angående godkjenning av utdanningsinstitusjoner. Vi har ikke alltid vært enige med oppdragsgiveren, og holder fast på vårt råd

Årsrapport 2024 Urogynekologisk faggruppe

Gruppens mandat:

- Fremme kompetanse om urogynekologi blant norske gynekologer
- Ansvarlig for NUGG-formøtet til årsmøtet i NGF
- Samarbeide med nasjonale og internasjonale foreninger
- Være rådgiver for høringsuttalelser for norsk gynekologisk forening
- Arrangere møter/kurs om urogynekologi
- Ansvarlig for aktuelle kapitler i veileder
- Være referansegruppe for NGF

I 2023 bestod urogynekologisk faggruppe av:

Mariann Eidet, Sørlandet SH Kristiansand (Leder)
Kristine Amundsen, UNN
Maria Nyhus, St. Olavs hospital
Siri Tuft Isdahl, Haukeland SH
Siv Svennevik Myhr, SIV Tønsberg
Cathrine Reimers, OUS Ullevål
Frida Sofie Sivertsen, Haukeland SH (LIS-representant)

Vi gjennomførte 3 teammøter og to fysiske møter. Ellers var det kontakt via e-postkommunikasjon etter behov.

om at alle LIS bør være innom en avdeling med >2500 fødsler/år for å bli trygge nok til å gå bakvakt på et hvilket som helst norsk sykehus. Det er lite vitenskapelig dokumentasjon for akkurat denne grensen, men vi har vært i kontakt med våre skandinaviske naboer og der har de lignende krav. Det gjenstår nå kun en utdanningsinstitusjon som ikke er godkjent.

Overføring av spesialiteten ved spesialisering i utlandet

I fjor, som i år, har vi med ujevne mellomrom fått i oppdrag fra Helsedirektoratet å være rådgiver ved søknader fra leger med norsk autorisasjon, men som har tatt spesialistutdanningen i land utenfor EØS, Sveits, Nord-Irland og Storbritannia. Vi får de sakene hvor det er vanskelig å vite om spesialiseringen er jevn god med den norske, og hvor det trengs en nøye vurdering. Det er en tidkrevende jobb, da spesialiseringen i landet søkeren kommer fra alltid er dokumentert på andre måter enn her. Vi må finkjemme søkerens dokumenterte teoretiske og praktiske kompetanse og sammenligne med våre 25 felles kompetansemål, 119 kliniske læringsmål, anbefalte kurs og prosedyrer. I mange tilfeller ender det med avslag fordi spesialistutdanningen ikke ansees som jevn god med den norske, eller at det er for stor usikkerhet. Søkeren har imidlertid en annen mulighet, hjemlet i Spesialistforskriften §33 fjerde ledd. Denne loven gjør det mulig å få spesialiteten godkjent i Norge dersom søkeren kan dokumentere tilstrekkelig kompetanse etter en ansettelsesperiode som LIS ved en norsk utdanningsinstitusjon.

NUGG-formøtet

Vi planla og arrangerte NUGG-formøtet 23.10.24 i Lillehammer sammen med kollegaer fra Haukeland:

Programmet var:

- Velkommen + Info fra urogynekologisk faggruppe, ved Mariann Eidet
- Resultater etter cystoskopisk botoxininjeksjon for overaktiv blære ved gynekologisk avdeling, SiV, 2014–2022, ved Siv Svennevik Myhr
- Ventetid før/under coronaepidemien for bekkenbunns sykdommer, ved Jone Trovik
- Utarbeidelse av modifisert NKIR-skjema til bruk ved gynekologisk fistelsykdom, ved Jone Trovik
- Sakrokolpopeksi ved vaginaltoppsdescens, ved Mariann Eidet

Komplikasjonskvarteret:

- Fremre enterocele, ved Ingrid Volløyshaug
- Utfordringer etter klipping av TVT-bånd, ved Maria Øyasæter Nyhus

Årsrapport 2024

Norsk gynekologisk endoskopiregister (NGER)

Resultatene for 2024 viser på ny god kvalitet og høyt nivå på den gynekologiske kirurgien som utføres ved de registrerende enhetene i Norge. De peroperative komplikasjonene ved både hysteroskopi og laparoskopi er lave, når det gjelder laparoskopi faller forekomsten av peroperative komplikasjoner til 0,6%. I forhold til de postoperative komplikasjonene av moderat og alvorlig karakter ved laparoskopi, og da spesielt forekomsten av infeksjoner etter hysterektomi, har dette vært trukket frem som et forbedringsområde flere år på rad. Det er derfor gledelig å se at forekomsten av disse infeksjonene ved laparoskopisk hysterektomi faller til 2,8% i 2024 etter å ha vært på 3,6% i 2023 og 4,2% året før det. På sykehusnivå er det fremdeles flere sykehus som ligger høyere enn dette med potensiale for lokale forbedringsarbeid.

Det er en liten økning i bruken av endometriose diagnosekoder ved laparoskopi. I 2024 var forekomsten av disse diagnosekodene 24,1% mot 20,1% året før. Det er en nokså stabil forekomst av laparoskopisk hysterektomi der det i 2024 var registrert 2337 laparoskopiske hysterektomier mot 2108 året før.

I årets årsrapport må det understrekes på samme måte som i fjorårets rapport at det ikke er noen økning i andel laparoskopiske inngrep som gjøres som dagkirurgi. Denne ligger stabilt rundt 44%. Når det gjelder hysteroskopier er det en tydelig økning av inngrep utført i en poliklinisk setting. Det er store variasjoner blant sykehusene her, men sykehusene med høyt volum er alle i ferd med å øke denne andelen som gjør at den totale forekomsten av hysteroskopier utført på poliklinikk i landet stiger raskt. Summen av dette er viktig for å sikre at ressursene brukes best mulig i tiden som kommer.

Pasienttilfredsheten, PREM, ligger på et høyt nivå nasjonalt med 91% som har positiv eller svært positiv oppfatning av behandlingsstedet. Dette oppfyller kvalitetsmålet på over 90%.

Årsrapport 2024

Faggruppe for Global Kvinnehelse

Faggruppe for Global Kvinnehelse ble stiftet sommeren 2024 og formelt godkjent ved årsmøte på Lillehammer i oktober 2024. Faggruppen for Global Kvinnehelse har som formål å:

- Fremme kompetanse om kvinnehelse i et globalt perspektiv blant norske gynekologer og myndigheter;
- Tilby en arena hvor NGFs medlemmer kan dele erfaringer, forskningsfunn og ny kunnskap om global kvinnehelse;
- Øke kunnskap og bevissthet blant NGFs medlemmer om sosiale determinanter for helse og sosial ulikhet.

I 2024 har faggruppen arbeidet med å formelt få anerkjent faggruppen ved å presentere vårt mandat på årsmøte. Gruppen fikk etter godkjenning på årsmøte 23 aktive medlemmer i 2024. En egen nettside ble opprettet via NGF sine nettsider og via en

Registeret har en estimert nasjonal dekningsgrad på 85%, og svarprosenten for pasientskjemaer er 76%. Datakvaliteten anses som høy, med obligatoriske variabler og årlige kvalitetskontroller mot journal. En korrekthetsstudie er gjennomført i 2024/2025 med høy korrekthet.

På forskningssiden har NGER levert data til flere prosjekter. Vitenskapelig artikkel med bruk av NGER data forventes publisert i løpet av 2025 og 2026. I tillegg leverer registeret data til den pågående PREVAC-studien, som ser på effekten av preoperativ vaginaldesinfeksjon på infeksjonsrater.

Registeret har i 2024 fått på plass metadata på Helsedata.no, og innsynsløsning for pasienter på Helsenorge.no. Videre utviklingsplaner av NGER inkluderer etablering av nasjonale kvalitetsindikatorer, forbedret oppfølging av PROM ved hysterektomier etter seks måneder, og bytte av PREM-skjema.

Fagrådets medlemmer:

Helse Nord: Jordi Deu / UNN Tromsø, oppnevnt 2024
Helse Vest: Olav Nordbø / SUS Stavanger, oppnevnt 2024
Helse Sør øst og leder for fagrådet: Mette Skorstad / SSHF Kristiansand, oppnevnt 2024
Helse Sør øst: Thomas Fredrik Thaulow / OUS Ullevål
Helse Midt: Elisabeth Haugen / Ålesund sykehus
Brukerrepresentant: Elisabeth Raasholm Larby / styreleder Endometrioseforeningen

Vi i NGER ønsker med dette å takke alle som bidrar til dataregistrering, og ønsker forslag til nye studier velkomne.

Toril Råknes

Daglig leder NGER

Steinar Holmsen

Faglig rådgiver NGER

lett tilgjengelig *Whatsapp* gruppe for medlemmer holder vi hverandre oppdatert om aktuelle saker. Faggruppen har introdusert månedlig digitale møter (tre møter ble avholdt i 2024). I desember introduserte vi også vårt første Webinar med Lill Nyfløt om sine erfaringer i arbeidet med Leger uten Grenser, med 13 deltagere på Zoom. En fast spalte i Gynekologen har blitt introdusert, hvor faggruppens leder informerer om aktuelle global kvinnehelse temaer samt aktiviteter som organiseres av faggruppen (slik som webinar serie). Faggruppen har i 2024 også arbeidet med en uttalelse om krigen i Gaza, i samarbeid med styre.

Andrea Solnes Miltenburg

Leder Faggruppe Global Kvinnehelse

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**



Kirurgisk behandlingsstrategi ved avansert ovarialkreft – primær- versus intervallkirurgi

Selv om kirurgi fortsatt regnes som hjørnesteinen i behandlingen av eggstokkreft, har bruken av neoadjuvant kjemoterapi i primærsituasjonen økt de siste årene. Det gynekologisk-onkologiske miljøet har derfor ventet med interesse på resultater fra den randomiserte fase III-studien TRUST (ENGOT-ov33/AGO-OVAR OP7) (1, 2), som undersøker effekten av primær kirurgi sammenlignet med en neoadjuvant tilnærming – utført ved sentre med dokumentert høy kirurgisk ekspertise. Studien ble presentert som «oral abstracts» ved årets ASCO-møte i Chicago, og resultatene ble kort tid etter gjenstand for inngående diskusjon under møtet for Global Academy of Womens Cancer i München. Resultatene gir oss bedre innsikt i hvordan kirurgisk tilnærming påvirker totaloverlevelsen, og understreker samtidig at både den kirurgiske kvaliteten og grundig pasientseleksjon er avgjørende for behandlingsutfallet.



Cecilie Fredvik Torkildsen

Kvinneklubben Stavanger
Universitetssykehus
Centre for Cancer Biomarkers CCBIO,
Klinisk institutt 2, UiB, Bergen
Kvinneklubben, Heidelberg
Universitetssykehus, Tyskland



Line Bjørge

Kvinneklubben Haukeland
Universitetssykehus
Centre for Cancer Biomarkers CCBIO,
Klinisk institutt 2, UiB, Bergen

Bakgrunn

Eggstokkreft

Eggstokkreft er den nest vanligste formen for underlivskreft i Norge, med rundt 500 nye tilfeller årlig (3). Sykdommen diagnostiseres ofte sent, noe som bidrar til at kun rundt halvparten av pasientene blir kurert. Standard primærbehandling er kirurgi kombinert med kjemoterapi (platinaforbindelser og taxaner), eventuelt supplert med vedlikeholdsbehandling med bevacizumab og/eller såkalte PARP-hemmere hos utvalgte pasienter (4).

Til tross for sentralisering av kirurgisk behandling til fem regionale sentre og økt bruk av målrettet behandling, har overlevelseshraten i Norge kun økt moderat de siste ti årene. Prognosen har vist seg å være best hos pasienter som oppnår komplett cytoreduksjon ved primæroperasjon. Det siste tiåret har få terapeutiske gjennombrudd kommet til, med unntak av PARP-hemmere og mirvetuximab soravtansine-gynx, et antistoff-legemiddelkonjugat rettet mot folatreseptor a. Immunterapi har vist seg å ha begrenset effekt. Optimal primærbehandling er avgjørende for langtidsutfall, og det er fortsatt et betydelig behov for nye behandlingsstrategier som kan bedre overlevelsen for pasienter med eggstokkreft.

Kirurgisk behandling av eggstokkreft

Kirurgi utgjør det viktigste fundamentet i behandlingen av pasienter med epitelial eggstokkreft. Primærkirurgi har vært og er standard tilnærming, forutsatt at pasienten har god allmenntilstand og sykdommen vurderes som resektabel. Målet er komplett reseksjon – fjerning av alt synlig tumorvev – da gjenværende sultsmengde er en av de viktigste prognostiske faktorene (4).

Den aggressive kirurgiske tilnærmingen som anvendes ved metastatisk ovarialkreft er unik; ingen annen kreftform har dokumentert tilsvarende overlevelseshavest ved disseminert sykdom. Resultatet påvirkes av tumorlokalisasjon og -utbredelse, pasientens helsetilstand, samt biologiske egenskaper ved svulsten. Grad av tumorreduksjon er én av få faktorer kirurgen selv har direkte kontroll over. Dette understreker behovet for høy kirurgisk kompetanse – pasientene bør behandles ved sentre med tilstrekkelig volum, tverrfaglig erfaring og strukturert opplæring.

På bakgrunn av så langt eksisterende data har det internasjonalt vært enighet om at primær kirurgi skal foretrekkes hos egnede

pasienter dersom det er mulig å oppnå komplett reseksjon. Neoadjuvant kjemoterapi (NACT) etterfulgt av intervallkirurgi (IDS) er først et akseptabelt alternativ for pasienter som ikke oppfyller disse kriteriene. Samtidig har NACT/IDS fått økende utbredelse, særlig for pasienter med komorbiditet eller utbredt sykdom hvor primærkirurgi med fjerning av alle synlige tumorlesjoner ikke anses som gjennomførbart. Målsettingen ved NACT er å gjøre en ikke-operabel kreftsykdom operabel, noe som man ser både gjennom reduksjon av tumorvolum og bedring av pasientens helsetilstand. I 2024 gjennomgikk 38 % av pasientene med avansert ovarialcancer i Norge primær cytoreduktiv kirurgi (PCS), mens 22 % fikk neoadjuvant kjemoterapi etterfulgt av intervalldebulking (NACT/IDS). De resterende 40 % mottok ingen kirurgisk behandling. Omtrent 25% fikk kun cellegiftbehandling mens rundt 15% verken mottok cellegift eller gjennomgikk kirurgi. Ser vi bare på andelen av pasientene som ble operert, hadde 37 % fått neoadjuvant kjemoterapi før kirurgi. Det vitenskapelige grunnlaget for anvendelse av NACT/IDS stammer fra flere randomiserte studier, inkludert EORTC 55971 (5), CHORUS (6), JCOG0602 (7) og SCORPION (8), som alle har vist at denne tilnærmingen ikke gir dårligere overlevelse enn primærkirurgi. Samtidig viste flere av studiene at andelen radikale reseksjoner blant pasienter som ble primæroperert var lav. Disse studiene har i ettertid blitt kritisert for mangelfull pasientseleksjon og begrenset kirurgisk ekspertise ved de deltagende sentrene. Erfaringene herfra, særlig sistnevnte forhold, har vært sentrale for utformingen av den nå foreliggende TRUST-studien.

Presentasjon av TRUST-studien

Optimal timing av kirurgi hos pasienter med stadium IIIB–IVB eggstokkreft har lenge vært et omdiskutert tema. Det vitenskapelige grunnlaget for våre anbefalinger har, som tidligere nevnt, flere metodologiske svakheter, særlig knyttet til pasientseleksjon og kirurgisk kvalitet. For å møte disse utfordringene ble TRUST-studien (*Trial of Radical Upfront Surgical Therapy in Advanced Ovarian Cancer*, ENGOT-ov33/AGO-OVAR OP7) etablert. Studien ville sammenligne primær cytoreduktiv kirurgi (PCS) etterfulgt av kjemoterapi med et behandlingsforløp som innledes med NACT, etterfulgt av ICS og postoperativ kjemoterapi. Alle inngrep skulle utføres ved sentre med dokumentert høy kirurgisk ekspertise.

TRUST-studien er en internasjonal, randomisert fase III-studie som inkluderte 688 pasienter med nydiagnostisert, forventet resektabel stadium IIIB–IVB eggstokkreft og god Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)-status (0–1). Pasientene ble inkludert i perioden august 2016 til juni 2019 og randomisert til enten PCS etterfulgt av seks kurer kjemoterapi (n=345), eller tre kurer NACT etterfulgt av ICS og deretter ytterligere tre kurer kjemoterapi (n=343). Vedlikeholdsbehandling med bevacizumab og/eller PARP-hemmere var tillatt i begge armer ved lik indikasjon.

Alle sentre ble kvalitetssikret før de ble aktivert som studiested. For å kunne delta måtte hvert senter dokumentere høy kirurgisk kompetanse og ha et årlig minimumsvolum på 36 primære cytoreduktive inngrep hos pasienter med avansert (FIGO III/IV) ovarialcancer. Gruppene var godt balanserte ved inklusjon: 59 % av pasientene hadde FIGO stadium IIIC, 34 % stadium IVB, og 91 % hadde høygradig serøs histologi.

Det ble utført omfattende kirurgi i begge behandlingsarmene. PCS-operasjonene varte i snitt 5,3 timer, sammenlignet med 4,5 timer i ICS-armen. Tarmkirurgi ble utført hos 68 % av pasientene i PCS-gruppen (20 % fikk stomi) og hos 38 % i ICS-gruppen (8,2 % fikk stomi). Komplette tumorreseksjoner (R0) ble oppnådd hos henholdsvis 68 % i PCS-gruppen og 79 % i ICS-gruppen.

Bruken av kjemoterapi og vedlikeholdsbehandling var jevnt fordelt mellom gruppene. I PCS-gruppen fikk 93 % karboplatin, 90 % paclitaxel, 65 % bevacizumab og 25 % PARP-hemmer. I ICS-gruppen fikk 97 % karboplatin, 96 % paclitaxel, 59 % bevacizumab og 30 % PARP-hemmer.

Det primære endepunktet var totaloverlevelse (OS), mens progresjonsfri overlevelse (PFS) og kirurgiske komplikasjoner var sekundære endepunkter. Median PFS var signifikant lengre i PCS-gruppen (22,2 måneder) sammenlignet med ICS (19,7 måneder), HR 0,80 (p = 0,02). Median OS var 54,3 måneder i PCS-gruppen og 48,3 måneder i ICS-gruppen (HR 0,89; p = 0,24).

Pasienter som oppnådde komplett cytoreduksjon etter primæroperasjon hadde best utfall, med en median PFS på 27,9 måneder og OS på 67,0 måneder. Subgruppeanalyser viste at fordelene med PCS var tydeligst hos pasienter med FIGO stadium IIIB (n=468), hvor median PFS var 26,3 måneder for PCS mot 21,4 måneder for ICS. Tilsvarende var median OS 63,7 vs. 53,2 måneder.

De viktigste prognostiske faktorene for OS var lavere FIGO-stadium og oppnådd komplett reseksjon (R0). Postoperative komplikasjoner var akseptable, og 30-dagers postoperativ dødelighet var under 1 % i begge grupper. Det ble ikke funnet noen forskjell i livskvalitet mellom gruppene på noe tidspunkt i oppfølgingsperioden.

Diskusjon

TRUST-studien leverer etterlengtede data som kan bidra til å optimalisere behandlingsstrategi ved avansert eggstokkreft. Det er imidlertid fortsatt behov for å diskutere hvilke spørsmål studien faktisk besvarer, og hvilke som forblir ubesvarte.

Studien viser at pasienter med god allmenntilstand (ECOG 0–1), behandlet ved høyt spesialiserte sentre for ovarialcancerkirurgi generelt har bedre utfall enn det som tidligere er rapportert i randomiserte studier. Dette gjelder uavhengig av type kirurgisk tilnærming, men er spesielt tydelig hos pasientene som oppnådde komplett cytoreduksjon (R0). Resultatene styrker dermed forståelsen av at kirurgisk ekspertise og riktig seleksjon er helt avgjørende for pasientutfall. I denne konteksten viser TRUST en signifikant forbedring i PFS for primær kirurgi og en numerisk – men ikke signifikant – bedring i OS. Det er verdt å merke seg at 28-dagers mortalitet var under 1 % i begge armer, noe som vitner om svært god pasienthåndtering sammenliknet med tidligere studier som CHORUS, hvor tidlig mortalitet var opp til 6 %. Dette underbygger at kirurgisk behandling ved høyt spesialiserte sentre ikke bare gir høy reseksjonsrate, men også lavere komplikasjons- og mortalitetsrater.

Samtidig må resultatene tolkes i lys av konteksten studien ble gjennomført i. Studien ble påbegynt i 2016 og inkluderte pasienter frem til 2019 – altså før innføringen av PARP-hemmere i førstelinjebehandling ble standard (SOLO1-studien ble publisert mot slutten av 2018). I TRUST-studien mottok kun 25–30 % av pasientene PARP-hemmer, mens våre estimater tilsier at opptil 50 % av kohorten, basert på dagens godkjenningspraksis, ville hatt indikasjon for slik behandling. Studien gir således ikke svar på betydningen av kirurgisk strategi i kombinasjon med moderne vedlikeholdsbehandling. Fremtidige analyser, særlig fra studier som PAOLA-1 og real-world data og eventuelt subgruppeanalyser fra TRUST, vil kunne gi mer innsikt i dette.

Det er også ukjent for oss i hvilken grad pasientene i TRUST-studien senere gjennomgikk sekundær cytoreduktiv kirurgi ved tilbakefall, og hvilken betydning dette kan ha hatt for overlevelsen. Dette representerer en viktig kunnskapsmangel, ettersom sekundær kirurgi – slik vist i DESKTOP-III – kan ha stor prognostisk betydning for utvalgte pasienter (9).

Pasientpopulasjonen i TRUST-studien skiller seg også fra det vi ofte ser i klinisk praksis i Norge. Medianalder i studien var 63 år, mens den norske gjennomsnittspasienten med ovarialkreft i 2024 hadde en medianalder på 70 år. Mange av våre pasienter har komorbiditet og lavere funksjonsscore, og vil derfor ikke være aktuelle for primær omfattende kirurgi. Dette begrenser generaliserbarheten, men studien viser likevel at pasienter som oppfyller kriteriene for kirurgi har betydelig nytte av inngrepet.

Overlevelseskurvene representerer en annen viktig problemstilling å vurdere. I tillegg til den allerede beskrevne effekten på overlevelse ved radikal kirurgi ser vi at pasientene i PCS-armen har en høyere mortalitet enn NACT-gruppen de første 6–7 månedene et-

ter kirurgisk behandling. Etter dette krysser kurvene hverandre, og PCS-gruppen legger seg over NACT-gruppen. Dette understreker at primærkirurgi medfører et større initialt kirurgisk traume og stiller høye krav til seleksjon og optimal pasientforberedelse. En større andel av de primæropererte pasientene hadde behov for tarmreseksjoner, avlastende stomi og omfattende øvre abdominalkirurgi, selv om begge deler forekom relativt hyppig både ved intervallkirurgi og primær cytoreduktiv kirurgi.

TRUST-studien gir flere klare budskap. For pasienter med resektabel sykdom, god allmenntilstand og tilgang til høyt spesialisert kirurgi bør primæroperasjon forbli vår førstelinje-behandlingsstrategi. Dette krever imidlertid struktur, erfaring og kvalitet i behandlingsapparatet. Avklaring av relevante seleksjonskriterier er også viktig, særlig med tanke på hvordan fremveksten av målrettede terapeutika kan påvirke vurderingene som ligger til grunn for behandlingsvalg fremover. TRUST-studien viser at komplett tumorreseksjon ved IDS også er forbundet med økt totaloverlevelse, og det ser ut til at den kirurgiske kvaliteten og andelen av pasientene som oppnår komplett tumorreseksjon (R0) har en større innvirkning på overlevelsen enn selve tidspunktet for kirurgi. Disse funnene understreker behovet for at alle pasienter med eggstokkreft behandles ved sentre med dokumentert kirurgisk ekspertise, og at kirurgien planlegges med mål om komplett tumorreseksjon.

Studieutformingen ble i 2019 presentert i Int J Gynecol Cancer (2). Dataene er foreløpig kun presentert i ASCO Publications som abstrakt (1).

Interessekonflikter
Ingen for dette innlegget.

Referanser

1. Sven Mahner et al. TRUST: Trial of radical upfront surgical therapy in advanced ovarian cancer (ENGOT ov33/AGO-OVAR OP7). J Clin Oncol 2025;43:LBA5500

2. Reuss A, et al. TRUST: Trial of Radical Upfront Surgical Therapy in advanced ovarian cancer (ENGOT ov33/AGO-OVAR OP7). Int J Gynecol Cancer. 2019 Oct;29(8):1327–1331.

3. Folkehelseinstituttet. Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft: Årsrapport 2024. Nettdokument. Oslo: 2025. Lest 06. august 2025. Tilgjengelig fra <https://www.fhi.no/kreft/kvalitetsregistre/gynkreft/arsrapporter/>

4. Helsedirektoratet. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av gynekologisk kreft [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 05. mai 2025, lest 06. august 2025). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/gynekologisk-kreft--handlingsprogram>
5. Vergote I, et al. Neoadjuvant chemotherapy or primary surgery in stage IIIC or IV ovarian cancer. N Engl J Med. 2010 Sep 2;363(10):943–53.

6. Kehoe et al. Primary chemotherapy versus primary surgery for newly diagnosed advanced ovarian cancer (CHORUS): an open-label, randomised, controlled, non-inferiority trial. The Lancet. 2015 Jul 18;386(9990):249–257

7. Onda T, et al. Comparison of treatment invasiveness between upfront debulking surgery versus interval debulking surgery following neoadjuvant chemotherapy for stage III/IV ovarian, tubal, and peritoneal cancers in a phase III randomised trial: Japan Clinical Oncology Group Study JCOG0602. Eur J Cancer. 2016 Sep;64:22–31

8. Fagotti et al. Randomized trial of primary debulking surgery versus neoadjuvant chemotherapy for advanced epithelial ovarian cancer (SCORPION-NCT01461850). Int J Gynecol Cancer. 2020;30(11):1657–1664.

9. Harter et al. Randomized Trial of Cytoreductive Surgery for Relapsed Ovarian Cancer. N Engl J Med. 2021;385:2123–2131.



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



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

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

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

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



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



For å lese PRIMA-studien scan QR-koden

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON

Indikasjoner

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

Kontraindikasjon

Amming

Forsiktighetsregler

Hematologiske bivirkninger (trombocytopeni, anemi, nøytropeni) er rapportert hos pasienter behandlet med Zejula. Pasienter med lav kroppsvekt eller lave trombocytverdier ved baseline kan ha økt risiko for trombocytopeni av grad 3+. Ukentlig overvåkning av komplett blodstatus 1. behandlingsmåned er anbefalt, deretter månedlig i 10 måneder, og deretter regelmessig. Grunnet risikoen for trombocytopeni, bør antikoagulantia og legemidler som er vist å redusere trombocytverdiene brukes med forsiktighet. *Tilfeller av myelodysplastisk syndrom/akutt myelogen leukemi (MDS/AML)* har blitt

observert hos pasienter som ble behandlet med Zejula som monoterapi eller kombinasjonsterapi i kliniske studier og etter markedsføring. Hypertensjon, inkludert hypertensiv krise, er rapportert med bruk av Zejula. Blodtrykket bør overvåkes minst ukentlig i to måneder, etterfulgt av månedlig overvåking i det første året og deretter regelmessig under behandling med Zejula. Posterior reversibel encefalopati-syndrom (PRES) er en sjelden, reversibel nevrologisk 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-iii> 3. <https://nyemetoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-iv> 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/R-240001, Oktober 2024

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



Norsk kvinnelig inkontinensforum Fredag 14. november 2025, Rødt Auditorium, Patologibygget, Oslo universitetssykehus, Ullevål		
10.55	Rune Svenningsen ønsker velkommen	
<i>Møteleder Anne Torine Litherland</i>		
11.00	Hvordan utrede pasienter med mislykket TVT – er ultralyd nyttig?	M. Nyhus/I. Volløyhaug
11.20	Nasjonalt descensregister – hva er status?	R. Svenningsen
11.40	Sykemeldingslengde, treningsforbud, ADL (activities of daily living) etter slynger og Bulkamid – hva sier vi og hva er dokumentert?	M. Ellström-Eng
12.00	Diskusjon	
12.10	Risikofaktorer for behandlingssvikt etter Bulkamid	M. Sommer
12.25	Kaffepause	
<i>Møteleder Sissel Oversand</i>		
12.40	Patients vs physicians expectations to incontinence treatment – are we aligned?	D. Robinson (UK)
13.10	Produktinformasjon Boston Scientific tidl Axonics	Maria Andersson
13.15	Produktinformasjon fra Astellas	
13.20	Produktinformasjon fra AbbVie	
13.25	Lunch	
<i>Møteleder Ingrid Volløyhaug</i>		
14.30	Surgical alternatives to mid-urethral slings	D. Robinson (UK)
15.00	Komplikasjonskasuistikker med diskusjon 2-3 stykk	I. Volløyhaug/S. Oversand
15.45	Kaffepause	
<i>Møteleder Rune Svenningsen</i>		
16.00	Inkontinenspessar med kule – for hvem, hvordan, når og hvilken type?	Dyrkorn/Oversand
16.15	Hva er riktig koding ved inkontinensutredning og kontroll?	AT Litherland
16.30	Kvalitetsløft av inkontinenskontroller - et kvalitetsforbedringsprosjekt	S. Oversand
16.45	NKIR satningsområde 2025	Tomislav Dimoski
17.00	Møteslutt	

Bindende påmelding med navn, e-post og profesjon på deltagerne skjer til Nina Malme Gulbrandsen, Kvinneklubben, OUS uxgnin@ous-hf.no evt tlf: 22118494 **Frist: 17.10.25**

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

Nasjonalt senter for bekkenbunnshelse – et nytt kapittel i en lang historie

Fra 2025 har vi blitt Nasjonalt senter for bekkenbunnshelse (NBH) – et viktig steg videre for økt kompetanse for pasienter med bekkenbunnsproblematikk. Historien bak senteret strekker seg imidlertid langt tilbake.



Lotte Lindstrøm

Leder, Nasjonalt senter for bekkenbunnshelse

I 2005 tok gastrokirurger og gynekologer ved Universitetssykehuset Nord-Norge initiativ til å styrke behandlingen av kvinner med skade etter fødsel, med særlig fokus på urin- og avføringsinkontinens. Det ble etablert et tverrfaglig bekkenbunnsenter med diagnostikk, behandling, pasientveiledning og forskning. I 2012 ble dette videreført som Nasjonal kompetansetjeneste for Inkontinens og Bekkenbunnsykdom (NKIB), med mandat fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Bakgrunnen for etableringen var et klart behov: Store pasientgrupper med inkontinens og bekkenbunnsdysfunksjoner (Pelvic Floor Dysfunction/PFD) hadde et fragmentert og mangelfullt tjenestetilbud. Dette skyldtes blant annet varierende kompetansenivå hos helsepersonell og tabubelagte lidelser med lav status i helsevesenet. En tverrfaglig tilnærming og bedre informasjon til både pasienter og helsepersonell var nødvendig.

De ti årene som fulgte, ble brukt til betydelig kompetanseheving og styrking av nasjonale fagmiljøer på tvers av spesialiteter. Det gjenstår fortsatt store utfordringer. PFD er fortsatt tabubelagt og påvirker både livskvalitet og arbeidsevne. Mange pasienter går i mange år med sine plager før de oppsøker hjelp. Kunnskapshull gjenstår, både når det gjelder tverrfaglig behandling og forskning på sammensatte tilstander.

PFD er ofte et sammensatt sykdomsbilde. Ved NBH jobber vi for å fremme en dypere forståelse og bedre håndtering av tilstandene. Internasjonale retningslinjer anbefaler en tverrfaglig tilnærming, og vi mener at dette er nødvendig for å sikre koordinerte og effektive pasientforløp. Når pasienter oppsøker helsehjelp, er det derfor viktig at helsepersonell kartlegger bredt for å kunne sørge for et personilpasset forløp. Bred kartlegging innebærer anamnese av vannlatnings-, avføring- og seksualfunksjon samt smerter og pasientens tidligere livserfaringer.



E-læringskurs: Utredning og behandling av bekkenbunnsdysfunksjoner
<https://helsekompetanse.no/course/view.php?id=233>

Besøk [bekkenbunnsportalen.no](https://helsekompetanse.no)!

Bekkenbunnsportalen.no ble opprettet som en kunnskapsplattform og brukes i dag flittig av både fagpersoner og pasienter. Portalen er nå under oppgradering og skal lanseres i høst med oppdatert versjon – noe vi ser frem til med stor entusiasme.

Vi ønsker deg velkommen til Alta!

Vi har gleden av å invitere deg til *Arctic Pelvic Floor Meeting* (APFM) – vår unike, tverrfaglige konferanse som finner sted i vakre Alta, 1.–2. juni 2026.

APFM er en internasjonal konferanse som samler fagfolk fra hele landet og på tvers av spesialiteter. Den byr på faglig påfyll, inspirerende foredrag og gode diskusjoner i arktiske omgivelser. Mange gynekologer har tidligere bidratt med gode foredrag, og vi håper å se både nye og kjente ansikter også denne gang.

Sett av datoen – vi lover både faglig dybde og kollegialt fellesskap i spektakulære omgivelser!

Mer informasjon om konferansen finner du her: www.apfm.no

normedi
A Hologic Company

NovaSure® V5
Endometrial Ablation



NY VERSJON!
NovaSureV5



ENDOMETRIEABLASJON MED NOVASURE® V5

Effektiv behandling av menorrhagi

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

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



NORMEDI.COM
NORMEDIEDUCATION.COM

Ta gjerne kontakt med:
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.

Vi er vitne til at våre kollegaer blir drept og sykehus angripes: **Stilhet, unnlatelse og likegyldighet er ikke et alternativ.**

Andrea Solnes Miltenburg, Grete Iversen, Ala Haug, Anca Heyd, Tori Husum, Karen Sjømborg, Lene Gjersøe Rasmussen, Katariina Laine, Ashi Ahmad, Johanne Sundbv, Margit Steinholt

Det er to år siden krigen eskalerte i Gaza – og vi har i to år vært vitne til staten Israels folkemord mot Palestinerne¹. Faggruppen for global kvinnehelse ønsker at norske gynekologer står sammen med et tydelig budskap om at Israel må stoppe krigføringen i Gaza. Vi står i solidaritet med alle palestinske leger og annet helsepersonell og finner det helt uakseptabelt at våre kollegaer blir drept mens de redder liv. Vi anerkjenner at andre pågående konflikter i andre land også rammer kvinner og barn, men det vi er vitne til i Gaza, og i økende grad på Vestbredden, er en menneskeskapt humanitær katastrofe vi ikke har sett maken til i nyere tid.

- 64.656 drepte palestinere, 67% av dem som rammes er kvinner og barn²
- 1581 helsepersonell drept³
- 94% av alle sykehus har blitt bombardert og ødelagt⁴

Den 20. juli ble WHO sin lagringsplass bombet, og nå er 52% av de viktigste medisinene og 68% av medisinske forbruksvarer ødelagt. Insulin for diabetespasienter er ikke tilgjengelig. I tillegg til mangel på medisiner, har nå, ifølge WHO, 361 palestinsere mistet livet på grunn av underernæring, inkludert 130 barn².

Ambivalensen og passiviteten fra mange europeiske land gjør det mulig for Israel å fritt fortsette sin massakre av palestinere, mener Leger uten Grenser i en presseuttalelse i juni i år⁵. Selv om Norge, med Espen Barth Eide i spissen har vært et foregangsland, bør det politiske presset økes betraktelig. Å være vitne til at våre kollegaer og deres familier blir drept og sykehus stadig angripes, uten at verdenssamfunnet griper inn for å beskytte våre medmennesker, er en katastrofe som vi bør skamme oss over.

"Verden har mistet sitt moralske kompass i Gaza", sa Amina Mohammed, FNs visegeneralsekretær, i april 2024. Selv om våre nasjonale medier for lengst har gått over til hverdags- og valgrapportering, med Gaza som bisak, fortsetter folkemordet på palestinerne for fullt. Befolkningen i Gaza dokumenterer daglig overgrepene som skjer, i form av bilder og videoer i sosiale medier. Derfor kan vi ikke påstå at vi er uvitende om hva som foregår. Helsepersonell, pasienter og sykehus skal skånes i enhver krigssituasjon, og det gjør noe med oss alle når disse prinsippene tilsynelatende ikke gjelder i Gaza.

"Ingen er fri – før alle er fri", dette krever solidaritet og at vi alle kjemper for rettighetene for de mest sårbare og undertrykte. Selv om det å anerkjenne Palestina som stat har vært etterlengtet, er det rent symbolsk, og dessverre med lite betydning i en tid hvor normalt liv ikke lenger er mulig i Gazaområdet. Fødselshjelp er faget som streber etter å sikre god helse og overlevelse for kvinner og barn. I en krigssituasjon, uten helsehjelp, uten tilstrekkelig ernæring og frafall av basale rettigheter, kan ikke kvinner og barns helse garanteres.

Vi anbefaler at NGF, generalforsamlingen, ved årsmøtet i Ålesund i oktober, kommer med en fornyelse av sin tidligere uttalelse vedrørende Gaza. Uttalelsen sendes som et åpent brev til både utenriksminister Barth Eide og helseminister Vestre. Vi ønsker at NGF følger sine moderorganisasjoner som Legeforeningen i en felles uttalelse med de nordiske legeforeningene⁶ og World Medical Association⁷ i å gjenta sine uttalelse om beskyttelse av leger og annen helsepersonell i Gaza. Slik som våre yngre kollegaer ved European Junior Doctor Association sier: *“Stillhet, unnlatelse og likegyldighet er ikke alternativer for oss—de står i strid med vår profesjonelle plikt”*⁸.

Vi er svært bekymret over den fysiske og mentale helsen for helsepersonell som overlever angrep og fortsatt forsøker å yte sine profesjoner og redder liv. De som arbeider til de er utslitte, mens også de er underernærte og jobber uten ressurser.

Vi foreslår følgende uttalelse:

- Vi krever umiddelbar og spesiell beskyttelse for barn og gravide kvinner som en sårbar sivilbefolkning. Vi mener Norge må bidra til at disse gruppene får nødvendig medisinsk behandling, enten lokalt eller gjennom rask medisinsk evakuering når det er nødvendig. Norske gynekologer må stå sammen og gi omsorg og nødvendig helsehjelp til gravide som trenger det.
- Vi fordømmer på det sterkeste de systematiske drapene på leger og andre helsearbeidere og deres familier, som har blitt

- et direkte mål for krig. Vi fordømmer de kritiske forholdene som våre kolleger er tvunget til å utføre sine plikter under. Vi fordømmer de målrettede angrepene på helsetjenestene. Vi mener det bør være store konsekvenser for angrep på anlegg som er beskyttet under internasjonal lov.
- Vi fordømmer bruk av sult som et våpen i krig mot sivile. Tilgang til mat alene er ikke tilstrekkelig, åpne humanitære korridorer og beskyttelse og oppbygging av helsetjenestene må til for å unngå en eskalering av hungersnød. Vi advarer om konsekvensene for den fysiske og mentale helsen til en hel generasjon palestinske barn og unge.

Referanser

1. IAGS Resolution on the Situation in Gaza, august 31, 2025. Accessed: https://genocidescholars.org/wp-content/uploads/2025/08/IAGS-Resolution-on-Gaza-FINAL.pdf?utm_source=sdrrn%3Avvg%3Aarticle%3Abz5M4
2. Public Health Situation Analysis - occupied Palestinian territory. September 10, 2025. Accessed: <https://www.who.int/publications/m/item/public-health-situation-analysis--occupied-palestinian-territory-september>
3. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR). Press release: Killing of medical professionals in Gaza – UN Human Rights in Occupied Palestinian Territory, July 16, 2025. Accessed: <https://www.un.org/unispal/document/ohchr-press-release-16jul25/>
4. World Health Organization (WHO). Press release: Health system at breaking point as hostilities further intensify in Gaza, WHO warns. May 22, 2025. Accessed: <https://www.who.int/news/item/22-05-2025-health-system-at-breaking-point-as-hostilities-further-intensify--who-warns>
5. European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). Report: Hostilities against civilians suffering in Gaza. June 15, 2025. Accessed: <https://www.msf.org/eu-hypocrisy-fueling-suffering-gaza>
6. Den Norske Legeforening (DNL). Nordiske legeforeninger i felles opprop om Gaza: – En medisinsk nødsituasjon som krever handling na. August 18, 2025. Accessed: <https://www.legeforeningen.no/nyheter/2025/nordiske-legeforeninger-i-felles-opprop-om-gaza-en-medisinsk-nodusituasjon-som-krever-handling-na/>
7. World Medical Association (WMA). WMA statement on the ongoing deaths of physicians and other healthcare workers in Gaza. July 9, 2025. Accessed: <https://www.wma.net/news-post/wma-statement-on-the-ongoing-deaths-of-physicians-and-other-health-care-workers-in-gaza/>
8. European Junior Doctors Association (EJDA). European and Latin American Physicians Declaration on the Protection of Life and Health in Gaza. <https://www.juniordoctors.eu/blog/european-and-latin-american-physicians-declaration-protection-life-and-health-gaza>

Intimkrem utviklet for å pleie og beskytte sensitiv hud og tørre slimhinner

92%
fettinnhold

Unik konsistens som trekker raskt inn i huden ved påføring

Inneholder kun 4 ingredienser

Effekt:*

- 89% av kremen absorberes
- Økt elastisitet ved både akutt og kronisk bruk
- Ingen endring i pH-verdi

*Hans Christian Wulf, professor, MD, DMSc, PharmD, Hudafdelingen, Københavns Universitetssykehus Bispebjerg, 2. oktober 2024

Tilgjengelig hos: Vitusapotek, Apotek1, Boots og Apotek For Deg.



Philosophiae doctor (PhD)
Norsk Gynekologisk Forening gratulerer

Anders Einum disputerte 13.06.2025

“Primum non nocere: Prevention of preterm birth in Norway”

Forebygging av preterm fødsel i en lavrisikobefolkning

Morbiditet og mortalitet assosiert med prematuritet utgjør fortsatt et betydelig helseproblem i Norge, selv om prevalensen er lav i global sammenheng. Strukturelle tiltak på populasjonsnivå og spisset profylakse i høyrisikosvangerskap kan bidra til å redusere forekomsten av preterm fødsel i kongeriket.

Vi analyserte kombinerte data fra Medisinsk fødselsregister, Statistisk Sentralbyrå, Norsk Pasientregister og Legemiddelregisteret fra 1999-2020. I den første studien fant vi at guttebarn født i svangerskapsuke 37-38 som var ultralyddatert i første trimester hadde lavere risiko for innleggelse på nyfødt intensivavdeling og minst ett uheldig fødselsutfall hos barnet sammenlignet med guttebarn som var ultralyddatert i andre trimester. Jentebarn født ≥ 41 uker i gruppen som hadde gjort tidlig svangerskapsdatering hadde lavere risiko for asfyksi, innleggelse i nyfødtavdeling og RDS, men konfidensintervallene var brede for disse estimatene. I den andre studien fant vi førstegangs fødende singletons til termin som ble forløst med keisersnitt hadde økt risiko for iatrogen, men ikke spontan preterm fødsel i andre svangerskap sammenlignet med de som fødte vaginalt. Assosiasjonen var uavhengig av preeklampsi, IUGR og andre placentakomplikasjoner. I den tredje studien fant vi at vaginal progesteronbehandling i svangerskap med kort cervix som ble startet mellom svangerskapsuke 16-21 var forbundet med redusert risiko for preterm fødsel < 28 og < 34 uker sammenlignet med ingen behandling. Behandling startet mellom 22-27 uker var forbundet med en redusert risiko på 58% og 32% for preterm fødsel under henholdsvis 28 og 34 uker, men estimatene var upresise. Det var ingen gevinst av behandling startet > 27 uker, og ingen forskjell i risikoen for fødsel < 37 uker uavhengig av når behandlingen ble startet.

Hovedkonklusjonen med studien er at ultralyddatering er assosiert med bedre utfall i undergrupper av nyfødte terminbarn, og at tilbakeholdenhet med keisersnitt hos førstegangs fødende til termin kan redusere risikoen for senere iatrogen preterm fødsel. Videre varierer den preventive effekten av progesteron betydelig med gestasjonsalder, og tidlig oppstart og avslutning av behandling ser ut til å optimalisere risikoreduksjon og begrense bivirkninger.



Fra venstre Jørg Kessler (komitéleder), Jennifer Hutcheon (1.opponent), meg (doktorand), Trond Michelsen (2.opponent) og Francisco Gomez Real (custos). Foto: Cathrine Ebbing



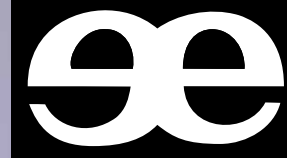
Foto: Rikke Stoud Platou.

DOKTORAND: **Anders Einum**
GRAD: **PhD**
UNIVERSITET: **Universitetet i Bergen**
FAKULTET: **Det Medisinske fakultet**
INSTITUTT: **Klinisk Institutt 2**
FAGOMRÅDE: **Perinatal epidemiologi**
H.VEILEDER: **Nils-Halvdan Morken**
BIVEILEDER: **Linn Marie Sørbye
Roy Miodini Nilsen**

DISPUTASDATO: **13.06.2025**

Nye medi-matic® | prisbelønt design

Den nye generasjonen gynekologiske stoler



Når kvalitet teller

Vi gratulerer Drammen sykehus

med et nytt, moderne bygg – og hele 10 nye gynekologiske undersøkelses- og behandlingsstoler fra Schmitz, levert av svas svalland as



GERMAN
DESIGN
AWARD
SPECIAL
2023



Se våre kataloger



Seteposisjon: 47 cm - 117,5 cm



En ny målestokk for kvalitet og design.

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

Hygienisk: Sømløse overflater – enkel rengjøring.

Elektrisk høydejustering: 47-117,5 cm
Kapasitet: 300 kg

Ring oss for en hyggelig prat om gyn-stoler!

svas svalland as

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



ABSTRAKT

A1 Income and childbearing: from housewives to high income women

Eskild A^{1,2} and Rongen G³

¹ Kvinneklínikken, Akershus universitetssykehus

² Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

³ Division of Hospital Management, Oslo University Hospital

Introduction: We studied the relation of women’s income with childbirth, and we used individual data of women in Norway during the years 1970–2020.

Methods: All women, aged 15–49 years in Norway during 1970–2020 were included, and we obtained information about their income the year of childbirth from the Central Person Registry of Norway. This registry was linked to the Medical Birth Registry for information about year of childbirth, parity and age.

We grouped individual income into quartiles of income distribution among all women in Norway each year during the study period. Thus, 25% of childbearing women should be in each quartile if income is unrelated to childbirth.

Results: Total fertility rate declined from 2.5 in 1970 to 1.48 in 2020. Mean maternal age at first delivery increased from 23.2 years in 1970 to 29.9 years in 2020.

In 1970, 75% of all childbearing women had income below the median (1. or 2. quartile) of female income (most of these women had no income), and in 2020 this proportion was 18%. Women with the highest income (4th quartile) gave birth to 10% of all babies in 1970 and 41% in 2020. The shift in income was most pronounced among women giving birth to three children or more. In 1970, 90% of these women had income below the median, whereas in 2020 the proportion was 20%.

Conclusion: High income women are presently overrepresented among childbearing women. The decrease in childbirths among low-income women, may explain the overall decline in birth rates.

A2 Fysisk aktivitet hos gravide i første trimester

Nedrebø, Synne S¹; Eliassen, Katja²; Sande, Ragnar K^{2,3}; Haakstad, Lene A. ⁴ Sanda, Birgitte⁵

¹ Medisinsk Fakultet, Universitetet i Bergen

² Kvinneklínikken i Stavanger

³ Klinisk Institutt 2, Universitetet i Bergen

⁴ Norges Idrettshøyskole, Institutt for idrettsmedisinske fag

⁵ Arendal Gynekologi

Bakgrunn: Helsedirektoratet råder alle gravide til å være regelmessig fysisk aktive i minst 150 minutter med moderat intensitet per uke. Fysisk inaktive kvinner bør øke aktivitetsnivået opp til anbefalingene. Det er utilstrekkelig kartlagt hvorvidt gravide i Norge i dag følger disse rådene, og til hvilken grad aktivitetsnivået endrer seg fra før og i løpet av graviditeten.

Metode: Vi inviterte alle gravide som møtte til 1. trimester prenataldiagnostisk ultralyd ved Stavanger Universitetssykehus i perioden 15.02.2025–10.08.2025 til å fylle ut det digitale spørreskjemaet PAPQ om fysisk aktivitet før og under svangerskapet. Skjemaet er utviklet og validert ved Norges Idrettshøyskole og benyttet i tidligere prosjekt.

Resultater: Blant kvinnene som besvarte spørreskjema (n=379, svangerskapsuke 12) oppga 85,8 % å ha trent regelmessig før svangerskapet, mens 58,3% gjorde dette fremdeles. Sammenlignet med pregravide nivå rapporterte 62,8% reduksjon og 3,4% økning i aktivitetsnivå. Syttisyv (20,3%) kvinner oppga å ha fått råd om fysisk aktivitet fra helsepersonell. Av disse hadde 26,0% fått råd om ikke å belaste maksimalt, 49,4% fått råd om å trene som før og 20,8 % fått råd om økt aktivitet. Vi summerte det kvinnene oppgav av fysisk aktivitet av moderat eller høyere intensitet og fant at 28,5% fulgte anbefalingen om 150 minutter eller mer per uke.

Konklusjon: Gravide kvinner i denne populasjonen er mindre fysisk aktive enn anbefalt og reduserer aktivitetsnivået i første trimester, i tråd med tidligere studier. Videre får gravide utilstrekkelig råd om fysisk aktivitet fra helsepersonell.

A3 Svangerskapsutfall hos gravide med Type 1 diabetes mellitus. Retrospektiv kohortstudie fra Haukeland Universitetssjukehus i perioden 2022-24.

Forfattere: Tandberg, A¹. Rasmussen, Svein A ^{1,2}

¹ Fødeseksjonen, Kvinneklínikken, Haukeland Universitetssjukehus

² Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen

Bakgrunn: Pregestasjonell diabetes (Type 1 DM) medfører økt risiko for uheldige svangerskapsutfall som preeklampsi, operativ forløsning, makrosomi og lav Apgar, perinatal død og misdannelser. Utfall av svangerskap hos kvinner med Type 1 DM er ikke blitt studert i vår region i nyere periode.

Mål: Evaluere utfall av svangerskap hos kvinner med Type 1 DM, som fødte på Haukeland Universitetssjukehus (HUS) i perioden 2022–2024. Viktigste registrerte utfall var preeklampsi og forløsningsmetode, fødselsvekt og Apgar score. Misdannelser var ikke tilgjengelig.

Metode: Vi inkluderte gravide med Type 1 DM som fødte på HUS i perioden 2022–24, identifiserte i DIPS og Natus fødeprogram. Kontrollgruppe var alle som fødte på HUS i samme periode. Analysene ble utført i SPSS statistikkprogram.

Resultater: Vi identifiserte 96 kvinner som fødte 97 barn i perioden 2022–24. 98% av fødslene ble induserte. 21,6% av kvinner med Type 1 DM fikk svangerskapsforgiftning (OR 7,74; 4.73–12,66). 28% fikk utført akutt keisersnitt, (OR 2,84; 1.82–4.44), og 10% (OR 2,0; 1.04–3.87) ble tangforløst, men det var ingen forskjell i andel vakumforløsninger. 33% av barna hadde fødselsvekt >95 persentilen (OR 10.4; 6,7–16,0) og 2,1% hadde fødselsvekt <10 persentilen. Medieringsanalyse viste at 48% (OR 1,8 ;1,1–3,0) av effekten av Type 1 DM på akutt sectio ble mediert via induksjon. Det var ingen forskjell mellom gruppene i andelen Apgar5min <7.

Konklusjon: I studiepopulasjonen ble nær alle induserte, og andel som utviklet preeklampsi og ble operativt forløst var høyere enn i referansepopulasjonen. Men ingen forskjell i barnets tilstand ved fødsel, målt ved Apgar5min <7, ble påvist.

A4 Placenta previa og lavtliggende placenta, en prospektiv klinisk observasjonsstudie

Aannø, Johannes A.¹, Ebbing, Cathrine^{1,2}, Kessler, Jørg², Mauland, Karen K.², Johnsen, Synnøve L.²

¹ Universitetet i Bergen

² Haukeland universitetssjukehus

Bakgrunn: Placenta previa (PP) og lavtliggende placenta (LP) (0–20 mm fra indre mormunn (IMM)) er assosiert med maternell og neonatal morbiditet og mortalitet. Vi undersøkte utvikling og utfall av svangerskap med PP og LP, med fokus på gruppen med kortest avstand til IMM (0–10 mm) hvor det foreligger lite evidens for valg av forløsningsmetode.

Metode: En prospektiv klinisk observasjonsstudie ble gjennomført ved Haukeland universitetssjukehus i perioden 2015–2024. Kvinner med enlingsvangerskap med funn av PP/LP ved rutineultralyd i andre trimester ble invitert til deltakelse. Etter informert samtykke ble de fulgt med 1–5 transvaginale UL-undersøkelser gjennom andre og tredje trimester.

Resultater: 158 kvinner ble inkludert, hvorav 112 (71%) hadde PP og 40 (25%) LP ved inklusjon. Ved siste undersøkelse hadde 52 (33%) PP og 53 (34%) LP. Placenta hos resterende 34% hadde trukket seg opp. Av de med placentakant 0–10, 11–20 og >20 mm fra IMM ved siste undersøkelse, ble henholdsvis 52%, 21% og 13% sectioforløst (p <0,001). 25 kvinner hadde placentakant 0–10 mm fra IMM; 12 fødte vaginalt, 13 ble sectioforløst (8 elektivt, 5 akutt). De som fødte vaginalt hadde lavere blødningsmengde (p=0,06), høyere fødselsvekt (p=0,016) og lengre svangerskapslengde (p=0,002) enn de som ble forløst med elektivt eller akutt sectio. Gruppene var ikke forskjellige vedrørende svangerskapskarakteristika (alder, paritet, assistert befruktning, BMI), kjønn eller Apgar-skår.

Konklusjon: Placenta trakk seg opp ila. svangerskapet hos en betydelig andel. Sectiofrekvensen økte ved lavtliggende placenta. Vaginal fødsel ved LP er trygt i utvalgte svangerskap, også ved kort avstand til IMM (<10 mm). De som fødte vaginalt i denne gruppen blødde mindre, hadde høyere fødselsvekt og lengre svangerskapslengde.



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

Hiprex: et ikke-antibiotisk alternativ med dokumentert effekt^{1,2,3}

- opp til 77 % reduksjon i antall urinveisinfeksjoner i en 12 måneders periode²
- reduksjon på 25 %³ til 58 %¹ antibiotikakurer for urinveisinfeksjon

Definisjon residiverende urinveisinfeksjon (UVI): gjentatte 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:

- 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:

- Hiprex doseres med 1 gram morgen og kveld, fortrinnsvis etter urinering.
- 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 sikkerhetsinformasjon:

- 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:

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 and Svein Gjelstad, Preventive effect of methenamine in women with recurrent urinary tract infection - 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. Heltveit-Olsen SR, et al. Methenamine hippurate as prophylaxis for recurrent urinary tract infections in older women – a triple-blind, randomised, placebo-controlled, phase IV trial (ImpresU)., Clinical Microbiology and Infection, <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2025.07.006>.



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

A5 Terminfastsettelse i svangerskap etter assistert befruktning – sammenligning av ultralydmål og beregning fra embryooverføringsdato

Seljeftot, Eline B^{1,2}, Eggebø, Torbjørn M.^{1,3}, Mørch, Hanne², Opdahl, Signe¹, Saravelos, Sotirios⁴, Westvik-Johari, Kjersti^{1,2}, Kahrs, Birgitte H.^{1,5,6}

¹ Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Trondheim,

² Kvinnekliviken, St. Olavs hospital, Universitetssykehuset i Trondheim,

³ Kvinnekliviken, Stavanger universitetssykehus,

⁴ Royal College, London, England,

⁵ Klinik Spiren, Trondheim, ⁶Folkhelseinstituttet

Bakgrunn: I svangerskap etter assistert befruktning kan fosteralder beregnes fra ultralydmålinger av fosteret eller dato for embryooverføring (ET). Fra 2024 er anbefalingen i Norsk veileder i obstetrikk å bruke ET-dato når denne er kjent.

Mål: Å sammenligne estimert fosteralder ut fra ET og ultralydmål.

Metode: Longitudinell observasjonsstudien fra St. Olavs hospital (2022-2024), 113 kvinner gravide etter assistert befruktning ble inkludert. Ultralydundersøkelser ble utført 70 og 112 dager etter ET, tilsvarende svangerskapsuke 12+5 og 18+5. Ultralydbasert svangerskapslengde ble beregnet på tre måter fra fostervektkurven eSnurra: Crown-rump length (CRL) i første trimester og biparietal diameter (BPD) i første og andre trimester.

Resultat: En deltagert spontanaborterte i andre trimester, henholdsvis tre og fem kvinner kunne ikke møte til første og andre ultralyd. Førstetrimester BPD manglet for to kvinner. Gjennomsnittsalder var 33,6 år, KMI 25,2 kg/m². I svangerskapsuke 12+5 var median CRL 68 mm (kvartilbredde (IQR) 65–70 mm, variasjonsbredde 57–75 mm), og median BPD 24 mm (IQR 23–24 mm, variasjonsbredde 21–27 mm). I svangerskapsuke 18+5 var median BPD 46 mm (IQR 45–47 mm, variasjonsbredde 40–49 mm).

Ultralydestimert median gestasjonsalder var to dager lengre sammenlignet med ET-estimert svangerskapslengde ut fra CRL og 2.trimester-BPD, tre dager lengre ut fra BPD i første trimester. Avhengig av metode ble 70-90% av fostrene estimert til å være eldre enn det ET-dato skulle tilsi, 9-12% yngre. Ved ultralyd 112 dager etter ET (uke 18+5) ga ultralydestimat fosteralder tilsvarende svangerskapsuke 18+2 til 19+5.

Konklusjon: Ultralydbasert terminberegning definerer flertallet av fostre eldre enn beregning fra ET-dato.

A6 Overenstemmelse av fostermål ved tidlig ultralyd-undersøkelse i svangerskapsomsorgen; en inter-rater reliabilitetsstudie

Ulriksen M^{1,2}, Siafarikas F^{1,2}, Thomas OTM³, Eskild A^{1,2}, Haavaldsen C¹

¹ Kvinnekliviken, Akershus universitetssykehus

² Universitetet i Oslo

³ Forskning og innovasjon, Akershus universitetssykehus

Bakgrunn: Ultralydundersøkelse av fosteret i svangerskapsuke 11-13 ble innført som en del av den ordinære svangerskapsomsorgen i Norge i 2022. Ved undersøkelsen måles fosterets og nakkefoldens størrelse. Alle jordmødre som utfører undersøkelsen har fått standardisert opplæring. Kvaliteten på ultralydundersøkelsen som tilbys alle gravide i Norge er ikke vurdert.

Mål: Vi ønsket å studere inter-rater reliabilitet og agreement av fostermål (BPD, HC, CRL og NT) mellom en fostermedisiner med lang erfaring og 11 ulike jordmødre som er sertifiserte for tidlig ultralydundersøkelse.

Metode: Alle de 113 gravide som hadde time til tidlig ultralyd ved Akershus universitetssykehus i en 2 ukers-periode i mai 2025 ble invitert til deltagelse, og 91 av disse ble inkludert i studien. Pasientene og fosteret ble undersøkt av en tilfeldig jordmor som hun hadde ordinær time hos. Umiddelbart etter rutineundersøkelsen ble fosteret undersøkt av fostermedisiner. Undersøkerne var blindet for hverandres resultater. Intraclass correlation coefficient (ICC) og limits of agreement (LOA) ble beregnet for fostermålene. ICC statistics og Bland Altman plot ble brukt for beregning.

Resultater: Inter-rater reliabiliteten (ICC) var moderat til god for alle fostermålene, BPD 0,924 (95% CI 0,863-0,955), HC 0,960 (95% CI 0,939-0,974), CRL 0,940 (95% CI 0,908-0,961) og NT 0,938 (95% CI 0,848-0,97). Limits of agreement var best for BPD.

Konklusjon: Det var god overenstemmelse mellom undersøkere når det gjelder å identifisere stor NT, dette er viktig i klinisk praksis. Resultatene våre tyder på at tidlig ultralyd i den offentlige helseomsorgen holder god kvalitet når det gjelder overenstemmelse av fostermål.

A7 From youth to elders: Prevalences of chronic pelvic pain among Norwegian women and men

Amundsen, Kristine ^{1,2}, Årnes, Anders P.^{1,3}, Steingrimsdóttir, Ólöf A. ^{4,5}, Hagemann, C. T. ^{6,7}, Nielsen, C. S. ^{8,9}, Tiller, H. ^{1,2}
¹ Women's Health and Perinatology research group, Department of Clinical Medicine, UiT the Arctic University of Norway, Tromsø, Norway
² University Hospital Northern Norway, Department of Gynaecology and Obstetrics, Tromsø, Norway
³ Occupational Health in the North, Department of Community Medicine, UiT the Arctic University of Norway, Tromsø, Norway
⁴ Department of Physical Health and Ageing, Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norway
⁵ Department of Research, Oral Health Centre of Expertise in Eastern Norway, Oslo, Norway
⁶ Department of Clinical and Molecular Medicine, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway
⁷ Department of Obstetrics and Gynaecology, St. Olavs hospital, Trondheim University Hospital, Trondheim, Norway
⁸ Department of Chronic Diseases, Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norway
⁹ Department of Pain Management and Research, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

Background: Chronic Pelvic Pain (CPP) may have complex and severe consequences. Variations in CPP definitions and cohort samples make prevalence across age and sex uncertain.

Objectives: To determine CPP prevalence across age groups in men and women, defined in accordance with the IASP/ICD-11 definition of chronic pain with extension codes for severity, and the European Association of Urology (EAU) guidelines.

Methods: We used cross-sectional data from the population-based studies Tromsø7 (T7), Fit Futures 3 (FF3), and the Students’ Health and Wellbeing study 2018 (SHoT2018). Of 71.853 participants aged 18-95, 57.561 completed the digital body map “Graphical index of Pain” (GRIP). We defined CPP as self-reported non-menstrual pain of ≥3 months duration in lower abdominal/groin/genital area, and moderate-to-severe CPP (MS-CPP) as bothersomeness, pain intensity, and impact on activities of daily living of >3 on numeric rating scale. Prevalence was stratified by sex and age.

Results: CPP prevalence in women and men was 30.2% and 12.1%, respectively, in the FF3 cohort (mean age 26.9). Prevalence was successively lower with higher age, e.g. 4.7% (women) and 5.7% (men) in participants ≥70 years (T7). Prevalence of MS-CPP was lower for all ages, e.g. 13.4% (women) and 6.6% (men) in FF3. Prevalence of CPP and MS-CPP was significantly higher in women than men in FF3 (p<0.001 and p<0.05, respectively) and T7 (p<0.001). SHoT results are pending.

Conclusions: Prevalence of CPP in Norway varies with age and sex and is highest among young women. This emphasises the need for timely intervention.

A8 Endringer i helserelatert livskvalitet 3 år etter laparoskopisk hysterektomi for benigne indikasjoner

Denstad, Silje E. ^{1,2}, Volloyhaug, Ingrid ^{1,2}, Lieng, Marit ^{3,4}, Lonnee-Hoffmann, Risa A.M. ^{1,2}
¹ Kvinneklivnikken, St. Olavs hospital, Trondheim
² Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU, Trondheim
³ Kvinneklivnikken, Oslo universitetssykehus
⁴ Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

Bakgrunn: Laparoskopisk hysterektomi (LH) utføres ofte med mål å forbedre helserelatert livskvalitet (HRL). Få studier har undersøkt endringer i HRL for ulike benigne indikasjoner etter LH. Målet var å undersøke langtidsendringer i HRL etter LH ved benign indikasjon.

Metode: Prospektiv kohortstudie med data fra Norsk Gynekologisk Endoskopiregister. Studien inkluderer kvinner som gjennomgikk LH med benign indikasjon ved fem norske helseforetak i 2019–2020. HRL ble målt med RAND-36 (åtte domener, skala 0–100) og sammenlignet preoperativt og tre år postoperativt med t-tester.

Resultater: Av 745 kvinner besvarte 445 (59,7%) RAND-36 etter tre år. Gjennomsnittsalder var 44,4 år (standard avvik (SD) 8,4). Operasjonsindikasjonen var smerte inkludert endometriose og adenomyose hos 224 (50,3%), myomer hos 175 (39,3%), blødningsforstyrrelser hos 80 (18,0%) og andre indikasjoner hos 33 (7,4%). 62 (13,9%) hadde flere indikasjoner.

Kvinner operert for smertetilstander hadde signifikant forbedring i smerte (gjennomsnittsendring (MD) 14,2; SD 28,5; 95% konfidensintervall (CI) 10,5–18,0), fysisk rollebegrensning (MD 13,2; SD 46,9; CI 7,0–19,3) og sosial funksjon (MD 4,7; SD 28,8; CI 0,9–8,5).

Operasjonsindikasjon myomer ga forbedring i smerte (MD 12,1; SD 31,9; CI 7,3–16,8), fysisk rollebegrensning (MD 10,7; SD 53,9; CI 2,7–18,8), sosial funksjon (MD 4,9; SD 29,8; CI 0,4–9,3) og fysisk funksjon (MD 3,6; SD 20,2; CI 0,6–6,6).

Operasjonsindikasjon blødningsforstyrrelser ga forbedring i smerte (MD 15,6; SD 30,5; CI 8,8–22,4) og fysisk rollebegrensning (MD 12,2; SD 52,6; CI 0,5–23,9). Alle p<0.05.

Konklusjon: LH ved benign indikasjon er assosiert med signifikant bedring i flere HRL-domener tre år postoperativt.

A9 Trender for tilgangsrelaterte komplikasjoner ved laparoskopi i Norge 2013-2024 kartlagt ved hjelp av Norsk Gynekologisk Endoskopiregister

Norbø, Olav¹, Sande, Ragnar K^{1,2}
¹ Kvinneklivnikken Stavanger Universitetssykehus
² Klinisk Institutt 2, Universitetet i Bergen

Bakgrunn: Tilgangsrelatert skade er en sjelden, men potensielt alvorlig komplikasjon til laparoskopisk kirurgi. Internasjonale studier angir forekomst av tarmskader til 3/1000 og større karskade til 2/1000. Studiene er imidlertid små og av eldre dato. Det er viktig å ha oppdatert relevant informasjon om denne risikoen ved rådgivning av kvinner hvor laparoskopi er et diagnostisk og/eller terapeutisk alternativ. Målet med den aktuelle studien var å studere risiko for tilgangsrelatert skade i Norge over tid ved hjelp av data fra Norsk Gynekologisk Endoskopiregister.

Metode: Vi inkluderte alle laparoskopiske prosedyrer registrert i Norsk Gynekologisk Endoskopiregister i perioden 2013 – 2024. Vi har benyttet deskriptiv statistikk i SPSS til å kartlegge utviklingen av tilgangsrelaterte komplikasjoner gjennom perioden, og til å relatere disse til tilgangsteknikk. Vi har brukt Chi-kvadrattester og logistiske regresjonsanalyser for å vurdere signifikansen av funnene.

Resultater: Norsk Gynekologisk Endoskopiregister inneholdt data om 62835 laparoskopiske inngrep i perioden. Av disse hadde 150 registrert en tilgangsrelatert komplikasjon. Vi fant en signifikant trend i retning lavere forekomst av tilgangsrelaterte komplikasjoner gjennom studieperioden, med 0,4-0,6 % i perioden 2013-2018, fallende til mellom 0,1 og 0,2 % i perioden 2020-2024. Åpen tilgang var assosiert med 0,3% risiko for tilgangsrelaterte komplikasjoner for perioden sett under ett, mot 0,2% for Verres nål. Tilgang via venstre Palmers point var assosiert med 0,4% risiko for tilgangsrelaterte komplikasjoner for perioden sett under ett, mot 0,2% for tilgang gjennom navlen.

Konklusjon: Forekomst av tilgangsrelaterte komplikasjoner ved laparoskopisk gynekologisk kirurgi er lav og fallende i Norge.

A10 Kvinnens erfaringer med medikamentell behandling for abort frem til utgangen av 12. svangerskapsuke

Madland, Karen¹, Alizadeh, Nilofar¹, Snartland, Yngve³, Østborg, Tilde^{3,4}, Vistad, Ingvild^{1,2}
¹ Kvinneklivnikken, Sørlandet sykehus i Kristiansand
² Universitetet i Oslo
³ Kvinneklivnikken, Stavanger universitetssykehus
⁴ Universitet i Bergen

Bakgrunn: Studier rapporterer om sterke smerter under medikamentell behandling for provosert abort (PA) samt sprikende resultater når det gjelder grad av tilfredshet med behandlingen. Få studier har undersøkt erfaringer etter behandling for inkomplett spontanabort (ISA).

Mål: Undersøke tilfredshet med medikamentell behandling for abort (PA og ISA) <12. svangerskapsuke. Kartlegge smerte og kvalme under behandlingen, grad av blødning, behov for oppfølging og bruk av hormonell prevensjon hos pasienter med PA.

Metode: I denne observasjonsstudien har vi foreløpig inkludert 66 pasienter med PA og 47 pasienter med ISA som har mottatt behandling ved Sørlandet sykehus Kristiansand eller Stavanger universitetssykehus. Pasientene fylte ut 2 spørreskjemaer: Generell bakgrunnsinformasjon etter første konsultasjon og egne erfaringer med behandlingen etter syv påfølgende dager.

Resultater: 91% av pasientene med PA og 79% av pasientene med ISA var i stor eller svært stor grad tilfreds med behandlingen (p=0.07). 33% av pasientene med PA og 43 % av pasientene med ISA oppga numerisk smerteskala (NRS) over 8 under behandlingen (p= 0.317). Mer blødning enn forventet under behandlingen ble rapportert hos henholdsvis 40% og 34% (p= 0.379). Behov for oppfølging var over dobbelt så stort hos kvinner med ISA sammenliknet med PA, 43% versus 17 % (p=0.002).

Konklusjon: Kvinner med PA og ISA rapporterer om høy grad av tilfredshet etter medikamentell behandling for abort, tilfredsheten er mest uttalt hos kvinner med PA. Grad av smerte og blødning rapporteres relativt likt mellom de to gruppene. Resultatene i studien vil kunne bidra til endringer i organiseringen av behandlingen.

A11 Distinkte sykdomsprosesser i placenta, decidua og serum hos mor ved preeklampsi med og uten føtal veksthemming

Jarmund, Anders H.,¹ Svoren, Åse Turid R.,^{1,2} Rakner, Johanne,¹ Steinkjer, Bjørg,¹ Bjørge, Line,^{3,4} Thomsen, Liv Cecilie V.,^{3,5} Vanky, E.,^{1,6} Giskeødegård, Guro F.,⁷ Iversen, Ann-Charlotte^{1,6}

¹ Institutt for klinisk og molekylær medisin (IKOM), Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet – NTNU, Trondheim

² Avdeling kvinner, barnemedisin og habilitering, Ålesund sykehus, Ålesund

³ Kvinneklivnikken, Haukeland universitetssjukhus, Bergen

⁴ Centre for Cancer Biomarkers CCBIO, Universitetet i Bergen, Bergen

⁵ Avdeling for helseregisterforskning og -utvikling, Folkehelseinstituttet, Bergen

⁶ Kvinneklivnikken, St. Olavs hospital, Universitetssykehuset i Trondheim, Trondheim

⁷ Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie (ISM), NTNU, Trondheim

Bakgrunn: Preeklampsi er en alvorlig tilstand som innebærer patologiske prosesser både lokalt i placenta og systemisk hos mor. Svangerskap påvirker lipidbalansen og immunsystemet, og forstyrrelser i disse tilpasningene kan øke risikoen for preeklampsi. Det anti-angiogene proteinet sFlt-1 antas også å spille en sentral rolle i sykdomsutviklingen. sFlt-1 produseres i placenta, frigjøres til mors blodstrøm, og kan dermed fungere som bindeledd mellom placentær og maternell sykdom. I denne studien undersøker vi reguleringen av lokalt og systemisk uttrykk av sFlt-1, lipid-profil og immunaktivering ved preeklampsi med eller uten veksthemming.

Metode: Maternelt serum (n=72) og vevsprøver fra placenta (n=111) og decidua (n=74) ble samlet inn fra totalt 150 svangerskap ved keiser-snitt, fra normale (n=84) og preeklampstiske svangerskap med (n=44) eller uten (n=22) veksthemming. Mens serum-cytokiner ble analysert med multiplex-assay (27-plex), sFlt-1 med ELISA og lipoproteiner med NMR-spektroskopi, ble sFlt-1-uttrykk i placenta og decidua kvantifisert ved immunohistokjemi.

Resultater: Kvinner med preeklampsi hadde høyere serum-sFlt-1, kraftigere immunaktivering og en lipid-profil karakterisert av økte VLDL-nivåer og skifte fra store til små HDL-partikler sammenlignet med normale svangerskap. Preeklampsi med veksthemming hadde forhøyet sFlt-1-uttrykk i placenta og serum, mens preeklampsi uten veksthemming hadde forhøyet sFlt-1-uttrykk i decidua og sterkere innvirkning på mors immunaktivering og lipidprofil enn ved samtidig veksthemming.

Konklusjon: Preeklampsi er en heterogen tilstand der flere sykdomsmekanismer bidrar i varierende grad til ulike sykdomsfenotyper, og samspillet mellom anti-angiogene og inflammatoriske faktorer er komplekst. Økt kunnskap om hvordan sykdomsprosesser i ulike vev henger sammen er avgjørende for å forstå sykdomsutviklingen og forventes å bidra til mer presis prediksjon, profylakse og behandling.

A12 Menopausal hormone therapy and risk of ovarian cancer: evidence from a population-based cohort of 1,274,576 women in Norway

Nafisi Sara ^{1,2}, Al-Zirqi Iqbal ^{2,3}, Edoardo Botteri ^{1,4}, Vangen Siri ^{2,5}, Turzanski Fortner Renée ^{1,6}, Støer Nathalie C ¹

¹ Department of Research, Cancer Registry of Norway, Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norway.

² Norwegian Research Centre for Women's Health, Oslo University Hospital, Oslo, Norway.

³ Division of Gynaecology and Obstetrics, Rikshospitalet, Oslo University Hospital, Oslo, Norway.

⁴ Section for Colorectal Cancer Screening, Cancer Registry of Norway, Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norway.

⁵ Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, Oslo, Norway.

⁶ Division of Cancer Epidemiology, German Cancer Research Center, Heidelberg, Germany.

Introduction: In this cohort study, we investigated the association between use of menopausal hormone therapy (MHT) and epithelial ovarian cancer (EOC) risk.

Methods: We identified women aged ≥45 years in Norway between 2004–2018. Data was collected from national registries. Using multi-variable Cox models, we estimated hazard ratios (HR) for the association between current use of MHT and EOC risk.

Results: We included 1,274,576 women, where 34% used MHT, and 4,796 (0.38%) developed EOC over 12.7 years. Compared to no use, current use of any MHT was associated with increased risk of EOC (HR 1.20, 95% confidence interval [CI] 1.11–1.30). We observed increased EOC with current use of oral oestradiol combined with norethisterone (HR 1.32, 95% CI 1.15–1.50) and with vaginal oestradiol (HR 1.21, 95% CI 1.10–1.34), but not with non-vaginal oestrogen. We observed increased EOC with use of oral Activelle® (HR 1.42, 95% CI 1.18–1.69). Among vaginal preparations, we observed increased EOC with current use of Vagifem® (HR 1.17, 95% CI 1.03–1.34 for 0.010 mg; HR 1.31, 95% CI 1.13–1.53 for 0.025 mg). Current MHT use was associated with higher risk of high-grade serous EOC (HR 1.23, 95% CI 1.10–1.38). HR (95% CI) for the stage-specific analyses were 1.08 (0.88–1.31) for localised, 1.39 (1.03–1.87) for regional, and 1.22 (1.12–1.34) for distant EOC.

Conclusion: Current use of MHT was associated with increased risk of EOC, mainly serous EOC. Among MHT components, oestradiol combined with norethisterone, and vaginal oestradiol showed increased risk of EOC, while non-vaginal oestrogen did not.

Life-long Healthcare Solutions
for Women



SAMSUNG

HERA Z20

Samsungs nye flaggskip 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

A13 The Silva pattern-based classification and oncological outcomes in women undergoing fertility-sparing surgery for early-stage cervical cancer

Hagen, Kristine K., MD^{1,5}, Lie, Agnes K., MD, PhD², Dahl, Gunn F. MD³, Eyjolfsdottir, Brynhildur, MD³, Wang, Yun MD, PhD³, Ranum, Petter, MSc², Skilbrei, Miguel, MSc², Lund, Kjersti V., MD⁴, Sugulle, Meryam, MD, PhD^{1,5}, Staff, Anne C., MD, PhD^{1,5}, Hagen, Milada, MSc, PhD⁶, Eriksson, Ane Gerda Z., MD, PhD^{3,5}

¹ Division of Obstetrics and Gynaecology, Oslo University Hospital, Ullevål, Kirkeveien 166, 0450 Oslo, Norway

² Department of Pathology, Oslo University Hospital, Norwegian Radium Hospital, Ullernchausséen 70, 0379 Oslo, Norway

³ Department of Gynecologic Cancer, Oslo University Hospital, Norwegian Radium Hospital, Ullernchausséen 70, 0379 Oslo, Norway

⁴ Department of Radiology, Oslo University Hospital, Norwegian Radium Hospital, Ullernchausséen 70, 0379 Oslo, Norway

⁵ Faculty of Medicine, Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, Postboks 4956, Nydalen, 0424 Oslo, Norway

⁶ Faculty of Health Sciences, Oslo Metropolitan University, Pilestredet 46, 0167 Oslo, Norway

Background: The recent ESGO-ESHRE-ESGE guidelines on fertility-sparing treatment for cervical cancer encourage use of Silva pattern classification for HPV-associated adenocarcinomas (HPV-AC).

Aim: To explore the association between Silva classification, lymphovascular space invasion (LVI) and oncological outcomes in women undergoing fertility-sparing surgery. Primary endpoint was recurrence-free survival (RFS) categorized by Silva pattern classification.

Methodology: This retrospective nationwide cohort includes women with HPV-AC treated at Radiumhospitalet between 2000–2022. Eligible patients underwent radical vaginal trachelectomy, simple trachelectomy or conization with lymph node assessment. Histological specimens were assigned Silva pattern by a gynecologic pathology expert.

Results: Among 59 HPV-associated cases, HPV16 and 18 were most common. Silva Pattern A, B and C were found in 34%, 44% and 22% of cases, respectively. Most cases were FIGO2009 stage IB1 (85%). LVI was present in 23% of Pattern B and 54% in Pattern C. HPV18 was more prevalent in Pattern C (69%) versus Pattern A (35%) and B (38%). There was no difference in surgical radicality between groups.

Fertility preservation was abandoned in five women due to nodal metastasis (N=2), positive surgical margins (N=2) or multifocal disease (N=1). Of these, three tumors exhibited Pattern C, one Pattern B with LVI and one Pattern B without LVI.

Median follow-up was 79 months (range 14–248 months). 5-year RFS was 100% for Silva Pattern A and B, compared to 75.5% for Pattern C (95% CI: 41.6% to 91.4%).

Conclusions: Recurrences occurred exclusively in patients with Pattern C, underscoring its prognostic potential. Silva classification should be considered when counseling women regarding fertility-sparing surgery.

A14 Impact of symptomatic versus asymptomatic recurrence on survival in endometrial cancer: A Norwegian prospective multicenter study

Vistad, Ingvild^{1,2}, Bjørge, Line^{3,4}, Wille, Elisabeth⁵, Lindemann, Kristina^{6,2}, Hagen, Milada⁵

¹ Department of Obstetrics and Gynecology, Sorlandet Hospital Trust Kristiansand,

² Faculty of Medicine, Institute of Clinical Medicine, University of Oslo

³ Centre for Cancer Biomarkers CCBIO, Department of Clinical Science, University of Bergen

⁴ Department of Obstetrics and Gynecology, Haukeland University Hospital

⁵ Department of Public Health, Oslo Metropolitan University

⁶ Department of Surgical Oncology, Section for Gynecological Oncology, Norwegian Radium Hospital, Oslo University Hospital

Background: Endometrial cancer is the leading gynecological malignancy in developed countries. The prognostic value of symptoms at recurrence remains unclear. We investigated whether symptomatic versus asymptomatic recurrence is associated with survival outcomes.

Methods: We conducted a prospective observational study in 21 Norwegian gynecological departments, including 210 endometrial cancer patients with first recurrence between March 2012 and April 2016. Clinicians administered a questionnaire during patient interviews to gather detailed information about symptoms experienced by the patients. Survival data were updated from medical records. Post-recurrence survival and overall survival were analysed using Kaplan–Meier method and multivariate Cox regression models.

Results: Of the 210 patients, 67% experienced symptomatic recurrences. Survival did not differ between symptomatic or asymptomatic patients in either unadjusted or adjusted analyses. Median overall survival was 5.90 years (95%CI [4.24 to 7.55]) for asymptomatic patients and 4.90 years (95%CI [3.56 to 6.23]) for symptomatic recurrences (p=0.646). In adjusted analyses, isolated vaginal recurrence (HR =0.53, 95%CI 0.36–0.73], p=0.002) and low-risk disease at diagnosis (HR =0.53, 95%CI [0.30–0.81], p=0.017) were significantly associated with lower mortality. Pain (47%) and vaginal bleeding (35%) were the most prevalent symptoms among the symptomatic patients. Most patients died from endometrial cancer rather than other causes, with symptomatic patients having higher odds of dying from cancer compared to asymptomatic patients (p=0.006).

Conclusion: The lack of survival differences between symptomatic and asymptomatic patients challenges the current follow-up model. A more sustainable approach involves educating patients about alarm symptoms and self-management while reducing routine visits.

A15 Endometriepolypper - en retrospektiv kohortstudie av prevalens og risikofaktorer for malignitet hos symptomatiske og asymptomatiske kvinner

Wilhelmsen, Celine F.¹, French, Maria G.¹, Nyhus, Maria Ø.^{2,3}, Volloyhaug, Ingrid^{2,3}

¹ Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU

² Kvinneklivnikken, St. Olavs Hospital

³ Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU

Bakgrunn: Transcervical polyppreseksjon (TCPR) er et hyppig forekommende inngrep som legger beslag på mye ressurser. Få studier har undersøkt om det er nødvendig å utføre TCPR hos asymptomatiske kvinner med tilfeldig funn av polypp. Primærmål var å undersøke om forekomst av malignitet er assosiert med postmenopausal blødning og premenopausale blødningsforstyrrelser hos kvinner med endometriepolypper. Sekundært å identifisere om andre bakgrunnsvariabler er assosiert med malignitet.

Metode: Retrospektiv kohortstudie der vi bruket OpPlan til å identifisere pasienter som gjennomgikk TCPR ved Kvinneklivnikken, St. Olavs hospital, i perioden 2012–2019. Vi gikk deretter inn i journaler og registrerte bakgrunnsvariabler og histologisvar både ved primærinngrep og evt. ytterligere histologisvar etter gjentatt TCPR eller hysterektomi gjennom hele perioden.

Resultater: Totalt 750 pasienter ble inkludert og fulgt opp i gjennomsnitt 8 år (fra 5–12 år). Forekomsten av malignitet (inkludert kompleks hyperplasi) var 5,1 % blant symptomatiske kvinner og 3,9 % blant asymptomatiske, OR 1,33 (95 % KI 0,66–2,69) ved index TCPR og 7,2% vs 5,5%, OR 1,33 (95% KI 0,73–2.42) i hele oppfølgingsperioden. Vi fant 7,7 % malignitet hos postmenopausale kvinner sammenlignet med 2,5 % hos premenopausale, OR 3,25 (95 % KI 1,27–8,33). Videre fant vi tendens til høyere BMI, lavere paritet, tykkere endometrium, større polypp og mer komorbiditet hos kvinner med malignitet, men forskjellene var ikke signifikante.

Konklusjon: Forekomsten av endometriemalignitet inkludert kompleks hyperplasi var ikke signifikant høyere hos symptomatiske sammenlignet med asymptomatiske kvinner, men signifikant høyere hos postmenopausale. Resultatene støtter fjerning av endometrie-polypper hos postmenopausale kvinner, også ved tilfeldig funn av polypp, alternativt individuell rådgivning og oppfølging.

A16 Hvordan går det med kvinner som har gjennomgått obstetrisk analsfinkterskade?

Nyhus, Maria Ø.^{1,2}, Ranvik, Andrea³, Sølberg, Ingrid³, Volloyhaug, Ingrid^{1,2}

¹Kvinneklivnikken, St Olavs Hospital,

² Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU,

³ Medisinske fakultet, NTNU

Bakgrunn: Kvinner med obstetrisk analsfinkterskade har økt risiko for analinkontinens og skade på levator ani muskel (LAM). LAM traume og persisterende analsfinkterdefekt (dobbelt traume) gir økt risiko for utvikling av urogenital descens og inkontinens. Få studier har undersøkt persisterende muskeldefekter og symptomer. Målet var å undersøke sammenheng mellom grad av analsfinkterskade, persisterende sonografiske muskeldefekter, bekkenbunnssymptomer og seksualfunksjon.

Metode: Registerbasert tverrsnittsstudie der kvinner med obstetrisk analsfinkterskade ble undersøkt etter 12 mnd i tidsperioden 2021–2024 ved St.Olavs Hospital. Analsfinkterskade ble dikotomisert i lav grad (3A) og høy grad (3B/3C/4). LAM og analsfinkter ble undersøkt med transperineal ultralyd. Symptomer ble kartlagt med St. Marks analinkontinensskår, Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20) samt spørsmål om seksualfunksjon.

Resultater: Totalt 92 pasienter ble inkludert. 29.7% hadde persisterende anaksfinkterskade, 7.8% dobbelt traume. Høygradig skade ved fødsel var assosiert med økt risiko for persisterende analsfinkterdefekt sammenlignet med lavgradig skade: 43.1% vs. 12.5 %, OR 5.3 (95%KI 1.8–15.8), p=0.001 og med høyere St Marks skår; 2 vs.1, p=0.04. Bekkenbunnssymptomer (PFDI-20) var grensesignifikant høyere hos kvinner med LAM-traume sammenlignet med intakt LAM: 50.0 vs. 29.2, p=0.09, og signifikant høyere hos kvinner med dobbelt traume sammenlignet med ingen sonografisk defekt, 81.3 vs. 27.1, p=0.005. Vi fant ingen assosiasjon mellom grad av anal-sfinkterskade, sonografisk defekt og seksualfunksjon.

Konklusjon: Kvinner med høygradig analsfinkterskade hadde høyere forekomst av persisterende sonografisk analsfinkterdefekt og mer symptomer på analinkontinens 12 mnd etter fødsel. Sonografiske muskeldefekter var assosiert med høyere symptombyrde på bekkenbunnsdysfunksjon. Vi fant ingen statistisk signifikante assosiasjoner mellom grad av analsfinkterskade, persisterende defekt og seksualfunksjon.



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.

A17 Hva betyr fødselsmetode for bekkenbunnslidelser og kirurgi 30 år etter fødsel?

Forfattere: Belaska, Erling ¹, Johnsen, Herman ¹, Nyhus, Maria ^{2,3}, Voløyhaug, Ingrid ^{2,3}

¹ Medisinsk fakultet, NTNU,

² Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU,

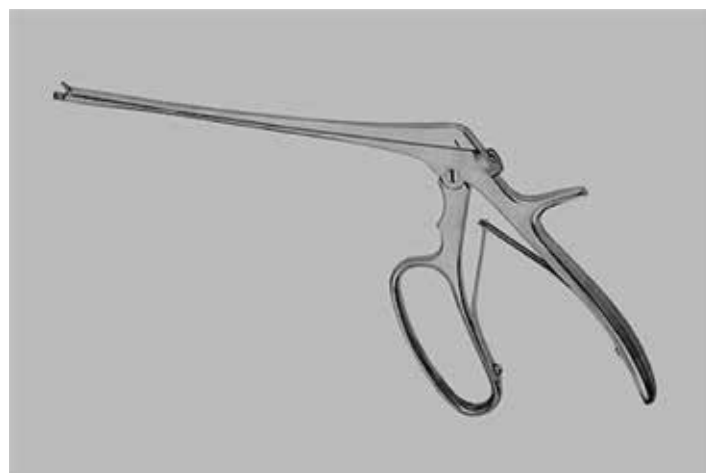
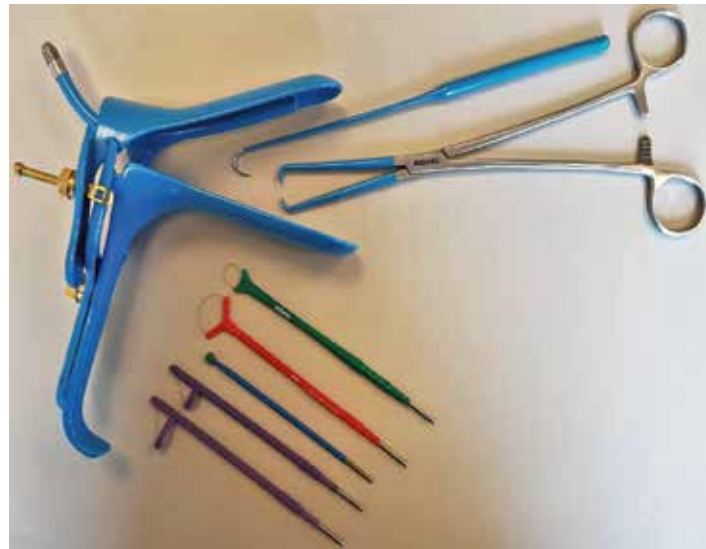
³ Kvinneklinikken, St. Olavs hospital

Bakgrunn: Studier har beskrevet økt forekomst av bekkenbunnslidelser etter operativ vaginalfødsel, men vi vet lite om utviklingen over lengre tid. Målet var å sammenlikne symptomer på urogenitaldescens, inkontinens og kirurgi mellom ulike forløsningsmetoder 30 år etter første fødsel.

Metode: Prospektiv studie av 1618 kvinner som fødte ved St. Olavs Hospital i 1990-97. Vi sammenliknet symptomer med PFDI-20 og underskårer for descens (POPDI), magetarm (CRADI) og urinveier (UDI). Vi spurte om kirurgi for descens, inkontinens og hysterektomi.

Resultater: Totalt 970 (60%) svarte i gjennomsnitt 30,6 år etter fødsel, med gjennomsnittsalder 58,2 år og BMI 26,8 kg/m². 414 hadde normal vaginalfødsel, 140 keisersnitt, 411 operativ vaginalfødsel (179 vacuum, 217 tang, 15 vacuum + tang). Sammenliknet med normalfødsel var keisersnitt assosiert med lavere symptomskårer: PFDI-20 28,9 vs. 38,6; POPDI 5,2 vs. 8,1; CRADI 9,9 vs. 12,8; UDI 13,8 vs. 17,7, p<0,05. Etter operativ vaginalfødsel var ingen av symptomskårene signifikant forskjellige fra normalfødsel (40,2; 8,7; 15,0; 16,5). Tang var assosiert med økt risiko for kirurgi sammenlignet med vakuum, aOR 1,7 (95% KI 1,01-2,8) og normalfødsel, aOR 1,6 (95% KI 1,1-2,4). Symptomskårer økte fra 2013 til 2024 for hele populasjonen: PFDI-20 24,5 - 37,9, CRADI 11,8 - 13,3, UDI 10,4 - 20,4, POPDI 2,5 - 7,9, p < 0,01.

Konklusjon: Keisersnitt var assosiert med lavere symptomskår for descens og inkontinens sammenlignet med normalfødsel 27-34 år etter første fødsel. Det var ingen forskjell mellom operativ og normal vaginalfødsel. Tang var assosiert med 60-70% økt risiko for kirurgi for bekkenbunnslidelser sammenliknet med normalfødsel og vacuum.



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

A18 Sannsynlighet for gjentatt persisterende occiput posterior

Eide, Birgitte M^{1,2}; Sande, Ragnar K^{1,2}; Kessler, Jørg^{1,3}; Tappert, Christian⁴; von Brandis, Philip²; Eggebø, Torbjørn M^{2,4}.

¹ Klinisk Institutt 2, Universitetet i Bergen

² Kvinneklinikken Stavanger Universitetssykehus

³ Kvinneklinikken Haukeland Universitetssykehus

⁴ Kvinneklinikken St. Olavs Hospital

Bakgrunn: Tidligere studier har vist at occiput posterior posisjon ved fødselen forekommer hos omkring 6% og at denne malposisjonen er assosiert med økt risiko for sectio, vaginal operativ forløsning og sfinkterskade. Vi ville undersøke risikoen for gjentatt occiput posterior posisjon ved senere fødsler.

Metode: Vi registrerte fødsler ved Stavanger Universitetssykehus, Haukeland Universitetssykehus og St. Olavs hospital i perioden 2012 - 2021. Vi inkluderte kvinner med ett foster i hodeleie til termin, og ekskluderte malpresentasjoner som forhode, panne og ansikt. Vi registrerte occiput posterior posisjon ved første, andre og tredje fødsel, og kalkulerte gjentakelsesrisiko med 95% konfidensintervaller.

Resultater: Vi registrerte 87704 kvinner i vårt materiale. Av disse hadde 36109 to fødsler og 6381 hadde tre fødsler i studieperioden. Vi fant 6,1% occiput posterior ved første fødsel (95% konfidensintervall 6,0-6,2), blant disse fant vi 11,4 % occiput posterior ved andre fødsel (95% konfidensintervall 10,6-12,2). For kvinner med tre fødsler og en tidligere fødsel fra occiput posterior fant vi gjentakelsesrisiko på 10,4% (95% konfidensintervall 7,3-12,5) og 14,1% (95% konfidensintervall 10,2-18,1), avhengig av om det var første eller andre fødsel som var fra occiput posterior. Kvinner med to tidligere fødsler fra occiput posterior hadde 11,4% gjentakelsesrisiko (95% konfidensintervall 1,6-29,5) ved tredje fødsel.

Konklusjon: Kvinner som har født et barn fra occiput posterior posisjon har omkring doblet risiko for occiput posterior persistens ved senere fødsel.

A19 Hvorfor er det så vanskelig å undersøke fosterhodets posisjon?

Eggebo, Torbjørn M^{1,2}, Bagandanshwa, Kenneth ^{3,4}, Egenberg, Signe ¹ og Mchome, Bariki ^{3,4}

¹ Department of Obstetrics and Gynecology, Stavanger University Hospital, Stavanger, Norway

² Department of Clinical and Molecular Medicine, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway

³ Department of Obstetrics and Gynecology, Kilimanjaro Christian Medical University College, P o box 2240, Moshi Tanzania

⁴ Department of Obstetrics and Gynecology Kilimanjaro Christian Medical Centre, P o box 3010, Moshi, Tanzania.

Bakgrunn: Mange studier har vist at den kliniske undersøkelsen av fosterhodets posisjon ikke samsvarer med ultralydfunn. Ultralyd blir regnet som gullstandard.

Mål: Hensikten med denne studien var å sammenligne kliniske undersøkelser av fosterhodets posisjon med ultralydundersøkelser og å finne faktorer som har sammenheng med klinisk feildiagnose.

Metode: Studien var en kohort studie ved Kilimanjaro Christian Medical Centre i Moshi, Tanzania (november 2023 – april 2024). Vi inkluderte kvinner med ett foster i hodeleie til termin (Robson gruppe 1-4) i andre stadium av fødselen. Den ansvarlige jordmora gjorde den kliniske undersøkelsen og tre leger med spesiell opplæring utførte transabdominal ultralydundersøkelse. Posisjonen ble klassifisert som ei klokke, kl.10-2 som occiput anterior (OA), kl.3 som venstre transvers, kl.4-8 som occiput posterior (OP) og kl.9 som høyre transvers posisjon.

Resultater: Populasjonen bestod av 210 kvinner. Klinisk undersøkelse var mislykket hos 11/210 (5,2%) og ultralydundersøkelse var mislykket hos 5/210 (2,4%). Klinisk undersøkelse og ultralyd undersøkelse samsvarte hos 155/194 (79,9%), 133/152 (87,5%) ved OA og 22/42 (52.4%) ved transvers eller posterior posisjon. Cohen’s Kappa ved klassifisering i fire kategorier viste moderat samsvar (k = 0,46; 95% CI 0,32–0,59). Molding viste sterk sammenheng med feildiagnose, justert OR 5,81 (95% CI 1,95–17,30). Det samme gjorde stor fødselssvulst, justert OR 5,95 (95% CI 1,85–19,13). Høyt nivå i fødselskanalen viste bare signifikant sammenheng i ujusterte analyser. Verken mors alder, gestasjonsalder eller KMI hadde betydning for feildiagnose.

Konklusjon: Vi fant moderat sammenheng mellom klinisk undersøkelse og ultralydundersøkelse. Molding og stor fødselssvulst viste sammenheng med klinisk feildiagnose.

A20 Sammenligning av diagnostisk presisjonen til ST-segmentanalyse (STAN) og skalp-laktat: En populasjonsbasert observasjonsstudie

Berge, Magnus B.^{1,2}, Jacobsen, Anne Flem^{1,2}, Yli, Branka M¹, Staff, Annetine^{1,2}, Gunnes, Nina³, Falk, Ragnhild Sørum⁴, Helgadottir, Linda B¹, Kessler, Jørg^{5,6}.

¹ Kvinneklिनikken, Ullevål, Oslo universitetssykehus (OUS)

² Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

³ Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, Oslo universitetssykehus

⁴ Oslo senter for biostatistikk og epidemiologi (OCBE), Universitetet i Oslo

⁵ Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen

⁶ Kvinneklिनikken, Haukeland Universitetssykehus

Bakgrunn: Risikofødsler overvåkes med kontinuerlig kardiotokografi (CTG). Grunnet metodens lave spesifisitet brukes ST-analyse (STAN) eller skalp-laktat som tilleggsmetoder i Norge.

Mål: Å gjøre den første direkte sammenlikningen av den diagnostiske presisjonen til STAN og skalp-laktat.

Metode: Prospektiv kasus-kontroll-studie ved Ullevål, OUS. 10.000 kvinner ble inkludert ved passivt samtykke i første trimester. Risiko-fødsler ble overvåket i henhold til lokale og nasjonale retningslinjer med kontinuerlig CTG samt skalp-laktat ved indikasjon. Fødsler med enling i hodeleie i uke ≥36+0 med intern skalpelektrode ble inkludert i analysene. Ved navlesnors-pH≤7.10 ble fødslene inkludert som kasus. For hver kasus ble de tre påfølgende fødslene med pH>7.10 inkludert som kontroller. Etter fødslene ble skjulte STAN-signaler hentet frem slik at STAN og skalp-laktats diagnostiske presisjon kunne sammenliknes direkte.

Resultater: Studien inkluderte 178 kasus og 516 kontroller. For hovedutfallet (pH≤7.10) hadde STAN signifikant høyere sensitivitet (49% vs. 40%, p = 0.03), men lavere spesifisitet (69% vs. 88%, p <0.01). For de øvrige utfallene (pH≤7.05, metabolsk acidose, pH≤7.10 med overflytting nyfødintensiv, og 5-minutters Apgar <7) hadde STAN en ikke-signifikant høyere sensitivitet (p = 0.14–0.50) og signifikant lavere spesifisitet (p <0.01). Andelen med dårlig STAN-signalkvalitet var høyere i gruppen med acidemi enn i gruppen uten acidemi (65% vs. 53%, p <0,01)

Konklusjon: STAN viste høyere sensitivitet for moderat acidose sammenlignet med laktat, men lavere spesifisitet for alle utfall. Våre studieresultater gir ikke grunnlag for å anbefale den ene metoden fremfor det andre. Videre forskning bør avklare om eventuelle fordeler ved de to metodene kan kombineres.



drovelis

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

EN P-PILLE MED ESTETROL, HVORFOR?

Estetrol er det eneste bioidentiske og selektive østrogenet. Estetrol gir de positive effektene av østrogen i endometriet, i beinvevet og i skjeden, men minimal østrogeneffekt i lever og brystvev og lav risiko for VTE.¹⁻⁷

Drovelis gir også:

- Forutsigbart blødningsmønster⁸
- Minimal påvirkning på: Humør⁸ | Libido⁸ | Vekt⁸ | Akne⁸

▼ Dette legemidlet er underlagt særlig overvåkning.

Referanser: 1. Abot A, et al. EMBO Mol Med 2014 oct 6: 1328–1346. 2. Arnal JF, et al. Physiol Rev 2017 Jul 1;97(3):1045-1087. 3. Coelingh-Bennink HJ, et al. J Reproduktionsmed Endokrinol. Online 2015; 12 (4). 4. Giretti MS, et al. Front Endocrinol (Lausanne) 2014; 5:80. 5. Gérard et al. J Endocrinol 2015 Jan;224(1):85-95. 6. Singer CF, et al. Carcinogenesis 2014. Nov;35(11):2447-51. 7. Didembourg M, Locquet M, et al. Contraception. 2024 Oct 17;110727. Epub ahead of print. PMID: 39424122. 8. Gemzell-Danielsson K, et al. BJOG. 2022 Jan;129(1):63-71.

Drovelis (estetrol, drospirenon). Antikonsepsjonsmiddel. ATC-nr.: G03A A18. Utleveringsgruppe C. Reseptbelagt legemiddel. **TABLETTER, filmdrasjerte 3 mg/14,2 mg.****Indikasjoner:** Oral antikonsepsjon. Beslutning om forskrivning bør ta hensyn til den enkelte kvinnes nåværende risikofaktorer, særlig de for venøs tromboembolisme (VTE), og hvordan risikoen for VTE med Drovelis er sammenlignet med andre kombinerte hormonelle antikonseptiva (CHC). **Dosering:** Tablett 1-24 er aktive (rosa), tablett 25-28 er placebo (hvite). Begynn på menstruasjonsblødningens 1. dag og fortsett med 1 tablett hver dag i 28 dager (som vist på pillebrettet). Gå direkte over til nytt brett uten opphold. **Ved overgang/bytte fra annen prevensjon:** Se pakningsvedlegg/SPC. **Etter abort i 1. trimester:** Behandling kan starte umiddelbart. **Etter fødsel eller abort i 2. trimester:** Det anbefales å begynne mellom dag 21 og 28 etter fødsel eller abort i 2. trimester. **Utsettelse av menstruasjonen:** Menstruasjonen kan utsettes ved å gå direkte over til et nytt brett uten å ta de hvite placebotablettene. For mer informasjon om endring/uttsettelse av menstruasjon, se pakningsvedlegg/SPC. **Glemte tabletter/ Gastrointestinale forstyrrelser:** Hvis tablettten tas >24 timer for sent, eller ved oppkast og diaré innen 3-4 timer etter tablettinntak, kan prevensjonseffekten være redusert og forholdsregler anbefalt ved glemt tablett bør følges, se pakningsvedlegg/SPC. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon:** Kontraindisert ved alvorlig leversykdom, så lenge leverfunksjonsverdiene ikke normaliseres. **Nedsatt nyrefunksjon:** Krever ingen dosejustering ved lett nedsatt nyrefunksjon. Ikke anbefalt ved moderat nedsatt nyrefunksjon. Kontraindisert ved alvorlig nyresvikt. **Barn og ungdom <18 år:** Sikker bruk er fastslått etter 1. menstruasjonsblødning. **Administrering:** Tas hver dag rundt samme tid, ev. sammen med litt væske. **Kontraindikasjoner:** Behandling skal seponeres straks hvis noen av følgende tilstander oppstår for første gang. **Tilstedeværelse av eller risiko for venøs tromboembolisme (VTE):** Nåværende (på antikoagulanter) eller tidligere (f.eks. dyp venetrombose eller lungeemboli) VTE; kjent arvelig eller ervervet predisposisjon for VTE, f.eks. APC-resistens (inkl. faktor V Leiden), antitrombin III-mangel, protein C-mangel, protein S-mangel; større kirurgisk inngrep med forlenget immobilisering; høy risiko for VTE pga. tilstedeværelse av flere risikofaktorer. **Tilstedeværelse av eller risiko for arteriell tromboembolisme (ATE):** Nåværende/tidligere ATE (f.eks. hjerteinfarkt) eller prodromal tilstand (f.eks. angina pectoris); cerebrovaskulær sykdom - nåværende/tidligere slag eller prodromal tilstand (f.eks. TIA); kjent arvelig eller ervervet predisposisjon for ATE, f.eks. hyperhomocysteinemi og antifosfolipidantistoffer; tidligere migræne med fokale nevrologiske symptomer; høy risiko for ATE pga. flere risikofaktorer eller pga. tilstedeværelse av 1 alvorlig risikofaktor som: Diabetes mellitus med vaskulære symptomer, alvorlig hypertensjon, alvorlig dyslipoproteiniemi. Nåværende/tidligere alvorlig leversykdom, så lenge leverfunksjonsverdiene ikke normaliseres. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller akutt nyresvikt. Nåværende/tidligere levertumorer (god- eller ondartede). Kjent eller mistenkte maligniteter som påvirkes av kjønnsormoner, f.eks. i genitalier eller bryster. Udiagnostisert vaginal blødning. Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Før behandling startes må en komplett medisinsk historikk innhentes og graviditet utelukkes. Blodtrykket bør måles, og en fysisk undersøkelse utføres mht. kontraindikasjoner og advarsler. Kvinnen må gjøres oppmerksom på informasjonen om VTE og ATE, inkl. risiko ved Drovelis sammenlignet med andre CHC, symptomer på VTE og ATE, kjente risikofaktorer og tiltak ved mistanke om trombose. Kvinnen bør oppfordres til å lese pakningsvedlegget grundig og følge rådene som gis. Hyppighet av senere undersøkelser bør baseres på etablert praksis og tilpasses individuelt. Ved mistenkt eller bekreftet trombose skal bruk av preparatet avbrytes. Det må sikres at kvinnen forstår VTE-risikoen, hvordan den påvirkes av nåværende risikofaktorer og at den er høyest 1. året. Bruk kan være forbundet med økt risiko for ATE (hjerteinfarkt) eller cerebrovaskulære hendelser (f.eks. TIA, slag), som kan være dødelige. Risikoen for komplikasjoner ved ATE eller en cerebrovaskulær hendelse øker ved tillegg av risikofaktorer. Noe økt risiko for brystkreft hos kvinner som bruker CHC med etinyløstradiol er sett. Økt ALAT er sett når kombinasjonsbehandling mot hepatitt C-virus er gitt samtidig med CHC med etinyløstradiol. Dette er ikke vist ved bruk av andre østrogener, men forsiktighet bør likevel utvises ved samtidig bruk. Drospirenon er en aldosteronantagonist med kaliumsparende egenskaper. Økte kaliumnivåer forventes ikke, men ved nedsatt nyrefunksjon og serumkalium i øvre referanseområde før behandlingsstart, anbefales det å sjekke serumkalium i løpet av 1. behandlingssyklus, spesielt ved samtidig bruk av kaliumsparende midler. Kvinner med hypertriglyseridemi eller en familiehistorikk med dette, kan ha økt risiko for pankreatitt. Gulsott og/eller kløe relatert til kolestase, gallestein, porfyri, SLE, hemolytisk uremisk syndrom, Sydenhams chorea, herpes gestationis og otoskleroserelatert hørselstap er sett, eller forverring av dette. Ved arvelig angioødem kan eksogene østrogener induisere eller forverre symptomer på angioødem. Ved akutte eller kroniske forstyrrelser i leverfunksjonen, kan det være nødvendig å seponere preparatet inntil markørene for leverfunksjonen normaliseres. Preparatet kan endre perifer insulinresistens og glukosetoleranse, og kvinner med diabetes skal observeres nøye spesielt i startfasen. Forverring av endogen depresjon, epilepsi, Crohns sykdom og ulcerøs kolitt er sett ved bruk av CHC. Depresjon er en risikofaktor for selvmordsrelatert atferd og selvmord. Kvinner skal rådes til å kontakte lege ved humørendringer og depressive symptomer, inkl. kort tid etter behandlingsoppstart. Kloasma kan oppstå, spesielt hos kvinner med graviditetskloasma i anamnesen. Kvinner med tendens til kloasma skal unngå eksponering for sol eller ultrafiolette stråler. Uregelmessig blødning kan oppstå, spesielt de første månedene med bruk. Hvis blødningsforstyrrelser vedvarer eller oppstår etter tidligere regelmessige sykkluser, må ikke-hormonelle årsaker vurderes. Se SPC for ytterligere informasjon. Bruk av prevensjonssteroider kan påvirke resultatene av visse laboratorietester, inkl. biokjemiske parametre på lever-, thyreoidea-, binyre- og nyrefunksjon, plasmanivået av transportproteiner, parametre på karbohydratmetabolisme og parametre på koagulasjon og fibrinolyse. Drospirenon forårsaker en endring i plasmapreninaktivitet og plasmaaldosteron fremkalt av mild antimineralorkortikoid aktivitet. Inneholder laktose og bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, total laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse på felleskatalogen.no. Se også preparatomtalen for legemidler som skal gis samtidig. Bruk sammen med enzyminduserende legemidler kan gi gjennombruddsblødninger og/eller nedsatt prevensjonseffekt. Ved korttidsbehandling med enzyminduserende legemidler bør en barrieremetode eller annen prevensjon benyttes i tillegg under behandling og i 28 dager etter seponering. Ved langtidsbehandling med enzyminduserende legemidler bør annen ikke-hormonell prevensjon benyttes. **Graviditet og amming:** Seponeres hvis graviditet oppstår. Bør ikke brukes under amming. **Bivirkninger:** Vanlige bivirkninger er stjerningslidelser og -forstyrrelser, libidoforstyrrelser, hodepine, magesmerter, kvalme, akne, brystsmarter, metroragi, vaginal blødning, dysmenoré, menoragi, og vektfluktuasjon. **Overdosering:** Det er så langt ingen erfaring med overdosering av Drovelis. **Pakninger, priser og refusjon (pr. 01.02.2022):** 3 x 28 stk, kr. 392,00 (priser angitt som AUP). **Refusjon:** Refusjonsvedtak påventes. Blå resept: Nei. Byttbar: Nei. **Basert på SPC godkjent av SLV/EMA:** 30.01.2025. **Innehaber av markedsføringstillatelsen:** Gedeon Richter Plc. Gyömrői út 19-21,1103 Budapest, Ungarn. **Kontakt (repr.):** Gedeon Richter Nordics AB, Barnhusgatan 22, 5tr, 111 23 Stockholm, Sverige, Telefon: 00 47 22 55 50 52, E-post: medinfo.no@gedeonrichter.eu. **Les felleskatalogtekst eller preparatomtalen (SPC) for mer informasjon, se www.felleskatalogen.no. Sist endret:** 2025-03-04.



GEDEON RICHTER

Barnhusgatan 22, 111 23 Stockholm, Sweden. T: +46 8 611 24 00.

A21 Outpatient versus inpatient induction of labour with oral misoprostol; a multicentre randomised-controlled trial

FE Austad ^{1,2}, J Kessler ^{2,3}, EB Magnussen ^{4,5}, AH Pripp ⁶, J Rossen ^{1,7}

¹ Department of Obstetrics and Gynaecology, Sorlandet Hospital Trust, Kristiansand, Norway

² Department of Clinical Science, University of Bergen, Norway

³ Department of Obstetrics and Gynaecology, Haukeland University Hospital, Norway

⁴ Department of Obstetrics and Gynaecology, St. Olavs University hospital, Norway

⁵ Norwegian University of Science and Technology, Norway

⁶ Oslo Centre of Biostatistics and Epidemiology, Research Support Services, Oslo University Hospital, Norway

⁷ Institute of Clinical medicine, University of Oslo, Norway

Correspondence: FE Austad, Sorlandet Hospital Trust, Kristiansand. Postboks 416 Lundsiden, 4604 Kristiansand, Kristiansand, Norway. Email: fride.efjestad.austad@sshf.no. Phone: +47 92438027.

Objective: Compare childbirth satisfaction and obstetrical outcomes with outpatient versus inpatient induction of labour (IOL).

Design: Multicentre, randomised-controlled trial

Setting: Eight hospitals in Norway.

Population: Women scheduled for IOL, single cephalic presentation, ≥ 37 weeks, no previous uterine scar and low risk of complications by predefined criteria.

Methods: Included women received oral misoprostol (25µg), for up to 48 hours, as primary induction agent. The Childbirth Experience Questionnaire (CEQ) and the Experience with Induction Tool (EXIT) were used to assess childbirth satisfaction.

Outcome measures: CEQ-score, EXIT questionnaire and obstetrical outcomes.

Results: Of 283 women randomised, 152 women were allocated to outpatient and 131 to inpatient setting. Outpatient IOL resulted in a more positive childbirth experience (mean CEQ-score 3.1 (0.44) vs. 3.0 (0.45), mean difference 0.14, 95% CI (0.02 to 0.25), p=0.02. In the outpatient group, women were admitted to the hospital 21 hours shorter before delivery (15 vs 36 hours, mean difference -21, 95% CI -25 to -17, p<0.01). Obstetrical outcomes were similar, and there were no cases of hyperstimulation before labour or serious adverse events.

Conclusion: Outpatient IOL using oral misoprostol was associated with high maternal satisfaction, with 89% of women expressing a preference for this method in future pregnancies. Labour outcomes appear comparable to those of inpatient induction, while outpatient management also provides potential cost benefits due to shorter hospital admission. We advocate for this method as a feasible option for appropriately selected women; however, the occurrence of rare adverse events necessitates further investigation through larger studies.

A22 The Intrapartum Cesarean Delivery Classification System – a valuable tool for quality improvement in obstetric care, a Norwegian multicentre study

Kessler, Jørg
Kvinneklivikken, Haukeland Universitetssykehus

Background: The Intrapartum Cesarean Delivery Classification System (ICDCS) classifies intrapartum cesarean deliveries (CD) by the condition of the fetus, rate of progress during labor, use of oxytocin, and uterine contractions in a totally inclusive and mutually exclusive manner. It was previously successfully applied at 25 Norwegian hospitals. This study illustrates how the ICDCS can be useful as a tool for quality assessment.

Method: Prospective observational study from February to August 2017. All intrapartum CD were classified according to ICDCS into one out of seven categories: Fetal indication (no oxytocin), dystocia-inefficient uterine action-inability to treat-fetal intolerance, dystociainefficient uterine action-inability to treat-over-contracting, dystocia-inefficient uterine action-poor response, dystocia-inefficient uterine action-no oxytocin, dystocia-efficient uterine action-malposition and, dystocia-efficient uterine action-cephalopelvic disproportion. Term deliveries with a singleton fetus in cephalic presentation and spontaneous start of labor (Robson group 1) were included. Participating hospitals were categorised according to their CD rate in group 1 into a low (N=8), medium (N=8) and high (N=9) CD group, respectively. Differences in ICDCS patterns between those groups were assessed by logistic regression analysis.

Results: Robson group 1 accounted for 6558 deliveries and 8.1% had a CD. Compared to the low CD group, women in the high CD group were more likely to have a CD for fetal indication (OR 1.9 (95%CI 1.3-3.0)), dystocia-inefficient uterine action-inability to treat-overcontracting (OR 6.8 (95%CI 1.5-30.0)) and dystocia-efficient uterine action-malposition (OR2.6 (95%CI 1.01-6.6)).

Conclusion: The ICDCS identified specific differences in intrapartum management of Robson group 1 across Norwegian hospitals and may initiate local quality improvement.

A23 Kan stor være for liten eller kan liten være stort nok? – En kartlegging av holdninger til tjeneste ved stor og liten avdeling i utdanningen

Johansen N¹, Hancke C², Torstensen R³, Schwartz RL⁴, Kippervik J⁵, Hagland M⁶, Meinich T⁷ Vietheer A⁸ (spesialitetskomiteen)

¹ Avdeling for obstetrikk og gynekologi, Sørlandet sykehus Arendal

² Gynekologene-AS, Oslo

³ Kvinneklivikken, Nordlandssykehuset Bodø

⁴ Kvinneklivikken, Sykehuset Telemark Skien

⁵ Kvinneklivikken, St Olavs hospital, Trondheim

⁶ Kvinneklivikken, Stavanger universitetssykehus

⁷ Kvinneklivikken, Akershus universitetssykehus

⁸ Kvinneklivikken, Haukeland universitetssykehus, Bergen

Bakgrunn: I gjeldende spesialiseringsordning er det få absolutte krav, og Helsedirektoratet legger ingen føringer på størrelsen på avdelingen hvor læringsmålene oppnås. Dette gir store variasjoner i spesialiseringen i Norge. Til sammenligning har Danmark krav om tjeneste ved både liten og stor avdeling.

Mål: Å kartlegge holdninger til krav om tjeneste ved stor og liten avdeling i gynekologutdanningen i Norge.

Metode: Tverrsnittsstudie blant leger innen fødselshjelp og kvinnesykdommer. Opplysningene ble samlet inn februar–juni 2025. Ved anonym spørreundersøkelse ble deltakerne spurt om bakgrunnsinformasjon og holdninger til krav i LIS-utdanningen.

Resultater: Totalt 166 deltok, hvorav 138 (83%) var kvinner og 64 (39%) leger i spesialisering. Gjennomsnittsalderen var 44 år, 103 (62%) jobbet ved kvinneklivikk og 91 (55%) tilhørte Helse Sør-Øst. Totalt 148 (89%) mente at det bør være krav om tjeneste ved stor avdeling og ingen av de undersøkte variablene – kjønn, stillingskategori, arbeidssted eller erfaring med/plikt til geografisk flytting – viste signifikant sammenheng med den rapporterte holdningen. I alt 91 (55%) mente imidlertid at tjeneste ved en liten avdeling bør være et obligatorisk krav, og denne oppfatningen var signifikant mer utbredt blant spesialister, blant dem som selv må eller hadde måttet flytte, og blant respondenter som ikke jobbet i Helse Sør-Øst.

Konklusjon: Majoriteten av norske gynekologer og LIS-leger støtter krav om tjeneste ved stor avdeling, mens holdningen til krav om tjeneste ved liten avdeling er mer delt og påvirkes av erfaring og arbeidssted. Funnene indikerer behov for nasjonal diskusjon om krav til tjenestested i spesialistutdanningen, for å sikre bred og ensartet kompetanseutvikling.

A24 Sirkulerende kardiovaskulære biomarkører er assosiert med kardiovaskulær struktur og funksjon 1-3 år etter preeklampsi

Klepp, Kristina^{1,2,3}/Moe, Kjartan^{1,2,4}. Jacobsen, Daniel P^{1,2}. Angel, Kristin¹. von Lueder, Thomas G⁶. Sugulle, Meryam^{1,2}. Staff, Annetine^{1,2}

¹ Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

² Kvinneklivikken, Ullevål, Oslo universitetssykehus HF

³ Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, Oslo universitetssykehus HF

⁴ Avdeling for gynekologi og fødselshjelp, Bærum sykehus, Vestre Viken HF

⁵ Avdeling for kardiologi, Oslo universitetssykehus HF

⁶ Oslo Kardiologi, Carl Berner Klinikken, Oslo, Norway

Bakgrunn: Preeklampsi er assosiert med økt risiko for fremtidig hjerte- og karsykdom. Effektive screeningmetoder for tidlig å identifisere unge kvinner med høy kardiovaskulær helserisiko mangler. Vi undersøkte om biomarkører kan bidra til forbedret screening.

Mål: Undersøke assosiasjonene mellom sirkulerende biomarkører og kardiovaskulær struktur og funksjon etter svangerskap med og uten preeklampsi.

Metode: 1-3 år etter preeklampsi (n= 134) eller normotensive svangerskap (kontroller, n=99) ble kvinnene undersøkt ved Oslo universitetssykehus; klinisk undersøkelse, måling av sirkulerende biomarkører (sHLA-G, SAA1, GDF-15, NT-proBNP og høysensitiv CRP) samt kardiovaskulær struktur og funksjon (pulsbølgehastighet, karotis intima-media tykkelse og ekkokardiografi). Univariante regresjonsanalyser ble utført. P-verdi <0.05 ble ansett som statistisk signifikant.

Resultater: Kvinner med tidligere preeklampsi hadde signifikant oftere hypertensjon (7% vs. 0%) og metabolsk syndrom (8% vs. 1%), sammenlignet med kontroller (p<0.05). Kvinner med tidligere preeklampsi hadde også høyere pulsølgehastighet (6.2 m/s vs. 5.9 m/s), relativt økt hjerteveggtykkelse (0.29 vs. 0.27) og total vaskulær motstand (1510 dyne*sek/cm5 vs. 1366 dyne*sek/cm5) sammenlignet med≈kontroller (p<0.05). Vi fant ingen signifikant gruppeforskjell i median biomarkørnivåer. Kvinner etter preeklampsi hadde flere signifikante assosiasjoner mellom sirkulerende biomarkører og kardiovaskulær struktur og funksjon. For eksempel var GDF-15 assosiert med total vaskulær motstand og cardiac output, mens sHLA-G, SAA1 og NT-proBNP var assosiert med markører for diastolisk funksjon (p<0.05). Vi fant ikke tilsvarende assosiasjoner i kontrollgruppen.

Konklusjon: Sirkulerende kardiovaskulære biomarkører er signifikant assosiert med kardiovaskulær struktur og funksjon 1-3 år etter preeklampsi. Slike biomarkører har potensiale for å vurdere effekt av kardiopreventive intervensjoner etter svangerskapskomplikasjoner assosiert med økt risiko for hjerte- og karsykdom.

A25 Ulike allergiske fenotypers assosiasjon til utvikling av preterm preeklampsi: en populasjonsbasert kohortstudie

Rømuld, Tuva³, Gilje, Vette B³, Sande, Ragnar K^{1,2}, Morken, Nils-H^{2,4}, Sande, Anne K^{1,2}

¹ Kvinnekliviken, Stavanger universitetssjukehus, Stavanger, Norge.

² Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen, Bergen, Norge.

³ Medisinsk Fakultet, Universitetet i Bergen.

⁴ Kvinnekliviken, Haukeland universitetssjukehus, Bergen, Norge.

Bakgrunn: Vi har tidligere funnet en assosiasjon mellom maternell allergi og tidlig preeklampsi. Hensikten med studien var å utforske i hvilken grad ulike allergiske fenotyper er assosiert med preterm preeklampsi. Dette er ikke kjent fra tidligere.

Identifikasjon og kvantisering av faktorer assosiert med preeklampsi er en forutsetning for utvikling av presise prediksjonsalgoritmer.

Materiale og metode: Dette er en populasjonsbasert kohortstudie hvor data på maternell allergi fra Den norske mor, far og barn-undersøkelsen er slått sammen med data på preeklampsi fra Medisinsk fødselsregister (1999-2008). De ulike typene allergi ble delt i to hovedgrupper. Vi brukte multinomial logistisk regresjonsanalyse for å estimere Odds Ratio (OR) med 95% konfidensintervall (KI) for ulike allergiske fenotypers assosiasjon til preterm, term og ingen preeklampsi. Vi justerte for paritet, mors alder, flerlinger og astma.

Resultater: Vi registrerte 97 838 kvinner. Blant disse utviklet 920 (0.94%) kvinner preterm preeklampsi, 2785 (2.85%) kvinner term preeklampsi, og 94.133 (96.2%) ingen preeklampsi. Luftveisallergi var ikke signifikant assosiert til preterm preeklampsi, OR 0.95, 95 % KI 0.76-1.18). Samlegruppen "annen allergi", i hovedsak matvare- og kontaktallergi, var assosiert med preterm preeklampsi, OR 1.44, 95% KI 1.12-1.86.

Konklusjon: I Mor, far og barn-kohorten finner vi assosiasjonen mellom allergi og preeklampsi for matvare- og kontaktallergi, men ikke for luftveisallergi.

A26 Cost-effectiveness of antenatal screening for pre-eclampsia using PlGF and sFlt-1/PlGF ratio in Tanzania: A pre-trial health economic modelling study

Giorgia Lovecchio^{1*}, Andrea Solnes Miltenburg^{2,3}, Richard Kiritta⁴, Albert Kihunrwa⁴, Anne Cathrine Staff^{5,6}, Lumbwe Chola¹

¹ Department of Health Management and Health Economics, University of Oslo, Oslo, Norway

² Department of Community Medicine and Global Health, Institute of Health and Society, Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo, Norway

³ Department of Obstetrics and Gynaecology, Akershus University Hospital, Lørenskog, Norway

⁴ Department of Obstetrics and Gynecology, Bugando Medical Centre, Catholic University of Health and Allied Sciences, Mwanza, Tanzania

⁵ Institute of Clinical Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo, Norway

⁶ Division of Obstetrics and Gynaecology, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

Background: Pre-eclampsia (PE) is a major contributor to maternal and neonatal morbidity and mortality. Research in high-income countries has shown that biomarker-based PE screening can improve timely detection and management of women at high risk of PE. We conducted a pre-trial cost-effectiveness study of introducing biomarker screening in Tanzania to identify key parameters to inform a full, trial-based economic evaluation.

Methods: We developed a decision tree comparing current practice with two biomarker-based screening strategies: Strategy 1 introducing PlGF, and Strategy 2 adding sFlt-1/PlGF ratio. Under both strategies we assumed early aspirin prophylaxis and/or close monitoring for high-risk women. For each of the three options, we modelled PE diagnosis, as well as maternal and neonatal outcomes over a one-year time horizon, assuming a healthcare sector perspective. We quantified health outcomes in terms of disability-adjusted life years (DALYs) and costs in 2023 US\$.

Results: When compared to current practice, the incremental cost per DALY averted was \$410.45 for Strategy 1 and \$1,011.78 for Strategy 2. Limiting the novel strategies to nulliparous women, decreased incremental cost-effectiveness ratio (ICER) to \$184.15 (Strategy 1) and \$413.33 (Strategy 2). Key parameters were PE prevalence, biomarker screening accuracy, adherence to and effectiveness of preventive treatment and monitoring, and related costs.

Conclusion: Biomarker screening has the potential to be cost-effective in Tanzania, particularly if introduced early in pregnancy and targeted at nulliparous women. Further research in low-resource settings is needed to overcome the current data and evidence gaps.



Nyhet

Forstoppelse skal forebygges og kan behandles¹

Rizmoic® (naldemedin) for behandling av opioidindusert forstoppelse (OIC) hos voksne pasienter som tidligere har blitt behandlet med et laksativ



Kan tas med eller uten mat, anbefalt samme tid hver dag.



En 200 µg filmdrasjert tablett daglig, uten behov for dosejustering av opioiddosen.



Rizmoic® kan brukes med eller uten laksantia.

- både for pasienter med kreftrelaterte smerter og ikke kreftrelaterte smerter

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

Kontraindikasjoner: Pasienter med kjent eller mistenkt gastrointestinal obstruksjon eller perforasjon og pasienter med økt risiko for tilbakevendende obstruksjon, grunnet fare for gastrointestinal perforasjon.

Forsiktighetsregler: Forsiktighet utvises hos pasienter med tilstander som kan medføre redusert integritet i GI-traktus. Pasienter skal rådes til å rapportere eventuelle sterke, vedvarende eller forverrede symptomer på gastrointestinale bivirkninger. Bruk av naldemedin anbefales ikke til pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon.

Behandling innledes med forsiktighet hos pasienter > 75 år. Pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon overvåkes innledningsvis.

Vanlige bivirkninger hos pasienter med kroniske, ikke-kreftrelaterte smerter og opioidindusert forstoppelse: diaré, abdominalsmerter, kvalme, oppkast. Hos pasienter med kreft og opioidindusert forstoppelse: **svært vanlige bivirkninger** diaré og **vanlige bivirkninger** abdominalsmerter.

Pakninger og priser: 30 tabl. kr 765,30, 100 tabl. kr 2 326,90. **Refusjonsberettiget bruk:** Behandling av opioidindusert forstoppelse hos voksne pasienter når respons på vanlig avførende behandling ikke har vært tilstrekkelig.

Refusjonskoder: ICPC/ICD-75 OIC hos pasienter som kun kan oppnå tilstrekkelig effekt av opioidreseptorantagonist, vilkår 221 og ICPC/ICD-90 Palliativ behandling i livets slutfase, vilkår 136, 200. Vilkår:136: Refusjon ytes selv om legemiddelet skal brukes i mindre enn tre måneder. 200: Refusjon ytes kun til pasienter som ikke har tilstrekkelig effekt av vanlig avførende behandling. 221: Forstoppelse skal være indusert av et opioid som pasienten får dekket etter refusjonskode -71.



Les mer om Rizmoic i SPC fra 04.06.2024

Referanse: 1. Regional kompetansetjeneste i lindrende behandling i Nord-Norge, Medikamentell smertebehandling, Opioider. <https://metodebok.no/index.php?action=topic&item=LcnRJqmD> Lest 20.01.2025

Viatrix AS
Hagaløkkveien 26, Pb 194 – 1371 Asker, Norway |
Tel: +47 66 75 33 00 | infororge@viatrix.com



VIATRIS

Kasus

K1 Interstitielle svangerskap – to forløp som illustrerer diagnostiske og kirurgiske utfordringer

Botnen, Gunn Å, Denstad, Silje E., Mathew, Seema, Solhaug, Berit, Araya, Elisabeth, Volloyhaug, Ingrid
Kvinneklinnen, St. Olavs Hospital, Trondheim

Introduksjon: Interstitielle svangerskap er en sjelden, men fryktet svangerskapskomplikasjon. De utgjør 1-3 % av alle ektopiske svangerskap. Vi presenterer to kasuistikker fra St. Olavs Hospital for å belyse viktigheten av diagnostikk og rask behandling.

Kasuspresentasjon:

Pasient 1: Para 1, ingen tidligere uteruskirurgi. Fastlege mistenkte missed abortion i svangerskapsuke 10, pasienten var asymptomatisk. Ultralyd ved gynekologisk poliklinikk: Tolket som vitalt intrauterint svangerskap uke 9, ikke målt gestasjonssekk eller HCG. Innkom med akutte magesmerter 3 dager senere, med hypotensjon (BT 65/46), takykardi (puls 113) og utspilt buk. Ved akutt laparotomi fant men 4 liter blod i buken og perforert venstre tubehjørne. Det ble utført stor kilereseksjon, blodtransfusjon (8 SAG). Langtrukkent forløp, utskrevet 5. postoperative dag. Ultralydkontroll etter fire måneder viste god myometrietykkelse.

Pasient 2: Para 2, tidligere hysteroskopi. Pasienten begjærte svangerskapsavbrudd uke 6. Ultralyd ved gynekologisk poliklinikk var inkonklusiv. Planlagt kontroll uke 8 viste ikke-viabelt svangerskap i høyre tubehjørne, størrelse 2.2 x 2.7 cm, ingen fri væske, s-HCG 16250. Pasienten anga lett murring i nedre abdomen. Laparoskopi ble planlagt neste dag. Man gjorde høyresidig salpingektomi med Ligasure®. Tobakkspungsutur ble anlagt rundt graviditeten og Vasopressin injisert i myometriet. Cornuotomi og hydrodisseksjon for å fjerne svangerskapet. Sutur med V-loc® i to lag med Surgicel® over suturrekken. Minimalt med diatermibruk og blødning. Utskrevet 1. postoperative dag. Ingen kontroll.

Diskusjon: Diagnostikk av interstitielle svangerskap kan være vanskelig. God ultralydopplæring og oppfølging ved atypiske funn er viktig. Rumpert interstitiell graviditet er en potensielt livstruende tilstand. Optimal ultralyddiagnostikk og operasjonsteknikk kan gi et godt utkomme med minimalt traume.

K2 Kasusrapport – Myom i Vulva

Rosland, Tina E.^{1,2,3}, Kleist, Britta A.⁴, Halvorsen, Magne⁵, Goderstad, Jeanne Mette²

¹ Forskningsenheten, Sørlandet Sykehus HF

² Gynekologisk og obstetrisk avdeling, Sørlandet Sykehus Arendal

³ Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

⁴ Avdeling for patologi, Sørlandet Sykehus HF 5 Magne Halvorsen Gynekologipraksis, Risør

Kasuspresentasjon: En kvinne i 40 årene ble henvist til CT og lokalsykehus fra privatpraktiserende gynekolog grunnet langsomt-voksende, fast og uømt svulst i vulva. Hun var fra tidligere frisk, og brukte ingen faste medisiner. Hun hadde tre barn som alle ble født vaginalt, hvorav første barnet ble forløst med vakuum og det ble anlagt episiotomi.

CT viste en heterogen, solid og kontrastladende oppfylning mellom anus og introitus på venstre side som målte 4x4x4cm. Oppfylningen lå tett mot distale vagina og analkanalen, men uten mistanke om affeksjon av tarm. Vi mistenkte adenom i Bartholinkjertelen, og den ble kirurgisk fjernet i sin helhet under narkose og lokal infiltrasjon. Histologisk undersøkelse konkluderte med benignt leiomyom.

Diskusjon: Leiomyom kan oppstå i alt vev med glatt muskulatur, men er vanligst i livmoren. Leiomyom tilsvareer kun 0,07% av alle tumorer i vulva (1). Bartholincyster og abscesser er langt vanligere årsaker til oppfylning i vulva (2). Behandlingen er dog forskjellig, hvor solide tumorer bør eksideres, mens bartholinitt primært blir behandlet poliklinisk med incisjon, drenasje og innleggelse av ballongkateter, eventuelt marsupialisering (2). Korrekt diagnose er derfor avgjørende for å unngå unødvendige og smertefulle forsøk på feil behandling hos disse pasientene. CT er sjeldent indisert, men kvinner med vedvarende oppfylning i vulva bør alltid henvises til gynekolog. Kvinnen bør trygges på at slike oppfylninger sjeldent representerer malignitet (3), men ved hurtig vekst, vedvarende sår over tumor eller infiltrasjon i omliggende vev kan man vurdere biopsi i forkant av kirurgi, for å utelukke dette.

Litteratur:

- Sun C, Zou J, Wang Q, Wang Q, Han L, Batchu N, et al. Review of the pathophysiology, diagnosis, and therapy of vulvar leiomyoma, a rare gynecological tumor. J Int Med Res. 2018;46(2):663-74.
- Katherine T Chen M, MPH. Bartholin gland masses. In: Post TW, editor. UpToDate. UpToDate: Waltham, MA; 2023. https://www.uptodate.com/contents/bartholin-gland-masses?search=bartholin%20masses&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Avlest 02.12.2023
- Maldonado VA. Benign vulvar tumors. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2014;28(7):1088-97.

K3 Lineær kraniefraktur etter spontan vaginal fødsel

Aabel Maren¹, Rossen Janne^{1,2}

¹ Sørlandet sykehus Kristiansand, Kvinneklinnen

² Universitetet i Oslo, Institutt for klinisk medisin

Introduksjon: Skallefrakturer er sjeldent i moderne obstetrikk (0,001-0,1 %), men antas å være underrapportert da frakturene oftest er asymptomatiske. Greenstick frakturer er vanligst, etterfulgt av impresjons- og lineære frakturer. De vanligste assosierte symptomer er kefalhematom, sår eller nerveskade. Risikofaktorer for skallefraktur i fødsel er operativ vaginal forløsning og sectio etter mislykket operativ vaginal forløsning. Skallefrakturer er svært sjeldent ved spontane fødsler.

Kasuspresentasjon: En frisk andregangsfødende fødte spontant en sprek pike til termin etter et ukomplisert svangerskap. Spontan fødselsstart, aktiv fødsel 1 time og 35 minutter, trykketid 20 minutter. Ingen bruk av oxytocin eller manuell rotasjon. Fødselsvekt 3370 g, hodeomkrets 35 cm, apgar 10-10. Foreldrene bemerket 8 timer etter fødselen en hevelse på høyre side over os parietale som ved nyfødtundersøkelsen ble vurdert som kefalhematom. Etter utskrivelse hadde barnet vedvarende hevelse og ble henvist nyfødtlege etter 14 dager pga usikkerhet om bendekke under hevelsen. Ultralydundersøkelse avdekket en udislosert fraktur frontoparietalt høyre side med tilliggende væskelomme/hematom. Ingen påvist patologi intrakranialt. Frakturen ble konservativt behandlet og hevelsen avtok i løpet av de påfølgende tre ukene. Barnet har fremdeles normal utvikling ved 15 måneders alder.

Diskusjon: Vi har kun funnet ett tilfelle av lineær skallefraktur ved spontan vaginal fødsel ved litteratursøk. Som fødselslege er det viktig å være klar over kreftene som oppstår i fødsel samt forløsningssituasjon. Foreldrene har samtykket til publisasjon med ønske om å øke kunnskapen om tidsriktig diagnostikk da 88% av skallefrakturer ikke er relatert til fødselen, men skyldes ulykke eller påført skade, samt redusere bekymring hos fremtidige foreldre.

Kilder

- Reichard R. Birth injury of the cranium and central nervous system. Brain Pathol. 2008 Oct;18(4):565-70. doi: 10.1111/j.1750-3639.2008.00205.x. PMID: 18782168; PMCID: PMC8095602.
- Hughes CA, Harley EH, Milmoë G, Bala R, Martorella A. Birth Trauma in the Head and Neck. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1999;125(2):193–199. doi:10.1001/archotol.125.2.193
- Cho SM, Kim HG, Yoon SH, Chang KH, Park MS, Park YH, Choi MS. Reappraisal of Neonatal Greenstick Skull Fractures Caused by Birth Injuries: Comparison of 3-Dimensional Reconstructed Computed Tomography and Simple Skull Radiographs. World Neurosurg. 2018 Jan;109:e305–e312. doi: 10.1016/j.wneu.2017.09.168. Epub 2017 Oct 5. PMID: 28989045.
- Högberg U, Fellman V, Thiblin I, Karlsson R, Wester K. Difficult birth is the main contributor to birth-related fracture and accidents to other neonatal fractures. Acta Paediatr. 2020 Oct;109(10):2040-2048. doi: 10.1111/apa.15217. Epub 2020 Feb 29. PMID: 32034798.
- Heise RH, Srivatsa PJ, Karsell PR. Spontaneous intrauterine linear skull fracture: a rare complication of spontaneous vaginal delivery. Obstet Gynecol. 1996 May;87(5 Pt 2):851-4. PMID: 8677113.
- Oh CK, Yoon SH. The significance of incomplete skull fracture in the birth injury. Med Hypotheses. 2010 May;74(5):898-900. doi: 10.1016/j.mehy.2009.11.014. Epub 2009 Dec 14. PMID: 20005051.

K4 Abdominal graviditet

Madland, Karen, Klouman-Lybekk, Lene, Vistad, Ingvild

Sørlandet sykehus i Kristiansand

Introduksjon: Abdominal graviditet behandlet på lokalsykehus.

Kasuspresentasjon: En kvinne i 30-årene ble henvist til lokalsykehus fra privatpraktiserende gynekolog med mistanke om abdominal graviditet. Hun var tredjegangsfødende, der første barn ble forløst med akutt keisersnitt og andre barn ble født vaginalt. Deretter har hun hatt to spontanaborter og seks innsettelse av embryo som del av in vitro fertilisering. Hun var nå spontant gravid i uke 7+3. Hun hadde hatt vaginal blødning i to dager, fire uker etter første dag i siste menstruasjon. Ved transvaginal ultralyd prehospitalt ble det beskrevet en ektopisk graviditet, lokalisert mellom uterus og blære, med plommesekk og et levende fosteranlegg. Hun hadde ingen magesmerter ved innleggelse. Serum hCG ble målt til 2729. På bakgrunn av ektopisk graviditet med sterk mistanke om abdominal graviditet ble pasienten meldt til operasjon med laparoskopi. Ved laparoskopi fant man en abdominal graviditet som var festet i peritoneum på fremre del av uterus, i nivå med tidligere sectioarr. Graviditetsproduktet ble fjernet ved å klippe løs omkringliggende peritoneum etter å ha deponert vasopressin.

Diskusjon: Abdominale graviditeter er svært sjeldne og studier rapporterer om en insidens på 1% av alle ektopiske graviditeter (1, 2). Abdominale graviditeter er forbundet med høy maternal og føtal morbiditet og mortalitet. I følge nasjonal veileder foreslås det overflytting til tertiærsykehus ved mistanke om abdominal graviditet (3). Prognosen avhenger imidlertid av flere faktorer hvor gestasjonslengde og lokalisasjon er sentrale (1). I denne kasuistikken konfererte henvisende gynekolog initialt med gynekolog på tertiærsykehus som anbefalte primær vurdering på lokalsykehus.

Kilder:

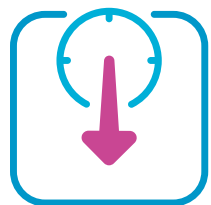
- Chuahan SP. Abdominal pregnancy. UpToDate; 22.10.2024
- Hung Q. Abdominal pregnancy. www.isuog.org; 20.08.2021
- Hjelle SC et al. Ektopisk graviditet. Veileder gynekologi. 17.11.2023

Vekttap og kardiovaskulære fordeler^{Δ1}



20 %

risikoreduksjon i alvorlige kardiovaskulære hendelser hos pasienter med overvekt eller fedme og etablert kardiovaskulær sykdom^{#1}



~15 %

gjennomsnittlig vektreduksjon opprettholdt i 2 år^{*2}
Mer enn 1/3 av pasienter gikk ned 20 % eller mer med Wegovy^{®2}

Δ Effekten av Wegovy[®] én gang i uken på kardiovaskulære utfall har blitt vurdert i SELECT-studien.^{#3}

SELECT viste at Wegovy[®] reduserte risiko for MACE med 20 %, hos personer med overvekt eller fedme og etablert kardiovaskulær sykdom, sammenlignet med placebo, som tillegg til standard behandling for hjertesykdom for begge grupper.

MACE er definert som et sammensatt endepunkt bestående av kardiovaskulær død, ikke-fatal hjerteinfarkt eller ikke-fatal hjerneslag.

Vist i SELECT-Kardiovaskulær endepunktstudie: 17604 pasienter med BMI ≥ 27 kg/m² og etablert kardiovaskulær sykdom ble tilfeldig randomisert til Wegovy[®] eller placebo, begge i tillegg til standardbehandling. Det primære endepunktet var tid fra randomisering til første inntreden av en alvorlig kardiovaskulær hendelse (MACE): kardiovaskulær død, ikke-fatal hjerteinfarkt eller ikke-fatal hjerneslag. HR: 0,80 i favør av Wegovy[®] 2,4 mg sammenlignet med placebo. [95 % KI: 0,27;0,90], p < 0,001.^{1,3}

* STEP 5: -2,6 % for placebo og -15,2 % for Wegovy[®] ved uke 104, 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, [95 % KI: -15,3; -9,8], p < 0,0001.^{1,2}

Indikasjon:

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

For resultater fra studier vedrørende kardiovaskulær risikoreduksjon, fedmerelatert hjertesvikt og populasjoner som ble undersøkt, se pkt. 5.1 i Wegovy[®] preparatomtale.⁴

Ungdom (≥ 12 år): Tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet for vektkontroll hos ungdom ≥ 12 år med fedme^{*} og kroppsvekt > 60 kg. Behandling skal seponeres og re-evalueres 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.

Fedme (BMI ≥ 95 -prosentil) som definert i kjønns- og aldersspesifikk BMI-vekstkurve (CDC.gov). Se tabell 1 i Wegovy[®] preparatomtale.

Wegovy[®] – utvalgt sikkerhetsinformasjon

• De hyppigst rapporterte bivirkningene var **gastrointestinale** (svært vanlige, $\geq 1/10$), inkludert kvalme, diaré, forstoppelse, oppkast og magesmerter. Disse var generelt milde eller moderate i alvorlighetsgrad og av kort varighet. De gastrointestinale hendelsene førte til permanent seponering hos 4,3 % av pasientene. Kan forårsake dehydrering som i sjeldne tilfeller kan forverre nyrefunksjon. Unngå væskemangel

• **Andre svært vanlige ($\geq 1/10$) bivirkninger:** Hodepine, fatigue

• **Andre vanlige ($\geq 1/100$ til < 1/10) bivirkninger:** Dysestesi, dysgeusi, svimmelhet, gastritt, gastroøsofageal refluksykdom, 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:** Frekvensen av avklart (adjudikert) bekreftet akutt pankreatitt rapportert i kliniske fase 3a-studier, var henholdsvis 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

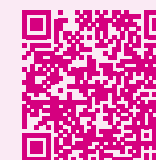
Legemiddelgruppe: GLP-1-analog **Reseptgruppe: C** **ATC-nr.:** A10BJ06

Pakninger og priser: 0,25 mg: 1,5 ml (ferdigfylt penn) kr 1773,50. **0,5 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 1773,50. **1 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 1773,50. **1,7 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 2597,20. **2,4 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 3189,40. (Priser per august 2025).

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.no⁵

Les mer på www.wegovy.no



Referanser: **1.** Wegovy[®] SPC, avsnitt 5.1 **2.** 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 **3.** Lincoff AM, Brown-Frandsen K, Colhoun HM, et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in obesity without diabetes. N Engl J Med. 2023; 389(24): 2221-2232 **4.** Wegovy[®] preparatomtale. Tilgjengelig på: https://www.ema.europa.eu/no/documents/product-information/wegovy-epar-product-information_no.pdf **5.** 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 04.08.2025)

POSTERE

P1 Oncological outcome and immune induced toxicities in a Norwegian real-world cohort of patients with cervical cancer treated with immune checkpoint inhibitors

Fredriksen, Keira M.^{1,2}, Bjørnstad, Margrethe³, Elstrand, Mari B.², Eyjolfsdottir, Brynhildur², Birgisdottir, Alda², Lillo, Elisabeth², Aune, Guro⁴, Bischof, Katharina², Lindemann, Kristina^{2,5}.

¹ Department of clinical and molecular medicine, Faculty of medicine, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway

² Department of surgical oncology, Section for gynecological oncology, The Norwegian Radium Hospital, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

³ Department of surgical oncology, Section for research and clinical studies, The Norwegian Radium Hospital, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

⁴ Department of gynecological oncology, St. Olavs Hospital, Trondheim University Hospital, Trondheim, Norway

⁵ Faculty of medicine, Institute of clinical medicine, University of Oslo, Oslo, Norway

Background: Immune checkpoint inhibitors have shown survival benefit in metastatic/recurrent cervical cancer. However, efficacy and tolerability may vary when new treatment modalities are introduced in standard of care, and administered to a less selected population.

Aim: This study assessed real-world efficacy and tolerability in Norway. Primary endpoint was progression-free survival (PFS); secondary endpoints included overall survival (OS) and tolerability.

Methods: We retrospectively analyzed patients with metastatic/recurrent cervical cancer treated with immune checkpoint inhibitors, alone or in combination with chemotherapy, at Oslo University Hospital (2016–2024). Baseline characteristics and outcome data was retrieved from the institutional database Medinsight as well as electronic medical records.

Results: 57 patients were included (median 53 years; range 27–83), with median follow-up of 15.2 months (range 1.2–93.3). Thirty-five patients received an immune checkpoint inhibitor plus chemotherapy (cohort 1), and 22 an immune checkpoint inhibitor in mono-therapy (cohort 2). The vast majority (81%;) was treated for recurrent disease, 28% had ≥3 prior chemotherapy lines, and 18% had ECOG ≥2. Median PFS and OS were 12.4 months (95% CI: 9.1–15.7) and 27.5 months (95% CI: 18.0–37.1) in cohort 1, respectively, and 3.7 months (95% CI: 2.4–5.0) and 9.3 months (95% CI: 4.3–14.4) in cohort 2. Treatment discontinuation due to toxicity occurred in 18%.

Conclusions: Real-world immune checkpoint inhibitor use, alone or with chemotherapy, demonstrated efficacy consistent with phase III trials in advanced cervical cancer. Higher toxicity-related discontinuation rates highlight the need for vigilant monitoring and management, particularly in less-selected patient populations.

P2 Demografiske og kliniske karakteristika for deltakerne ved inklusjon i VULVADYN-studien: en randomiserte kontrollert behandlingsstudie

Hagemann, Cecilie T ^{1,2}, Teigen, Per K³, Fors, Egil A⁴, Stafne, Signe N ^{1,5}, Andresen, Ragnhild M ², Schei, Berit ^{2,4}, Volløyhaug, Ingrid ^{1,2}

¹ Institutt for klinisk og molekylær medisin (IKOM), Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU

² Kvinneklínikken, St. Olavs hospital, Trondheim

³ Kvinneklínikken, Haukeland sykehus, Bergen

⁴ Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie (ISM), NTNU

⁵ Rehabiliteringsklínikken, St. Olavs hospital, Trondheim

Bakgrunn: Vulvodyni er en hyppig forekommende kronisk smertetilstand som ofte rammer unge kvinner. Her presenteres demografiske og kliniske karakteristika for kvinner med vulvodyni som deltok i en randomisert kontrollert behandlingsstudie (RCT) (tverrfaglig vulvateam mot standard gynekologisk poliklinikk).

Metode: 106 kvinner med vulvodyni ble inkludert i en single-senter RCT (2018–2024). Deltakerne fylte ut spørreskjema om sosiode-mografiske, gynekologiske, smerterelaterte og psykiske helsekarakteristika, i tillegg til Female Sexual Distress Scale (FSDS, skala 0–52). Smerte ble kartlagt med vulvalgesiometer og tampongtest, og Numeric Rating Scale (NRS, skala 0–10) ble brukt for å måle smerte-intensitet. Deskriptiv statistikk ble utført.

Resultater: Gjennomsnittlig (±SD) alder og BMI var henholdsvis 26,9 (±9,3) år og 23,5 (±3,3) kg/m². Totalt var 96 % nordiske, 47 % hadde mer enn 12 års utdanning, 46 % var i arbeid, og 41 % var studenter.

Gjennomsnittlig alder ved første samleie var 16,9 (±2,5) år, og 82 % hadde fast seksualpartner. Hele 34 % hadde vært utsatt for uønskede seksuelle handlinger. Gjennomsnittlig FSDS-score var 30,3 (±11,8), varighet av vulvasmerter var 5,9 (±5,0) år, og NRS for dyspareuni var 7,4 (±1,9). Videre hadde 95 % dyspareuni ved penetrasjon, 52 % ved dype støt, og 77 % opplevde smerter etter samleie.

Gjennomsnittlige smerteskår (NRS) ved bruk av vulvalgesiometer og tampongtest var henholdsvis 6,4 (±1,7) og 4,3 (±2,8).

Konklusjon: Kvinnene som ble inkludert i vår RCT hadde en betydelig symptombyrde, preget av alvorlig dyspareuni og betydelig seksuell belastning. Det er avgjørende at helsepersonell tar disse pasientene på alvor og finner effektive behandlingsmetoder.

P3 Har kvinnene rett? Dødelighet etter selv-rapportert hyste-rektomi og ooforektomi, sammenlignet med sykehus-rapportert

Rosland, Tina E. MD^{1,2,3}; Johansen, Nora. MD, PhD^{1,2}, Åsvold, Bjørn O. MD, PhD^{4,5}; Pripp, Are H. MSci, PhD^{6,7};

Liavaag, Astrid H. MD, PhD²; Michelsen, Trond M. MD, PhD^{1,3,8}

¹ Forskningsenheten, Sørlandet Sykehus HF

² Gynekologisk og obstetrisk avdeling, Sørlandet Sykehus Arendal

³ Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

⁴ K.G. Jebsen-senter for genetisk epidemiologi, NTNU 5 Endokrinologisk avdeling, St. Olavs Hospital

⁶ Senter for biostatistikk og epidemiologi, Oslo universitetssykehus

⁷ Fakultet for helsevitenskap, Oslomet

⁸ Fødeavdelingen Rikshospitalet, Kvinneklínikken, Oslo universitetssykehus

Bakgrunn: Studier har vist en sammenheng mellom hysterektomi og/eller ooforektomi og økt dødelighet, men funnene spriker. De fleste studiene er basert på at kvinnene selv har rapportert tidligere operasjoner, som kan være en mulig feilkilde. Vi har tidligere vist at kvinner feilrapporterer spesielt ooforektomi.

Mål: Bestemme dødelighet (hazard ratio (HR)) etter sykehus-rapportert hysterektomi og bilateral ooforektomi, og sammenligne funnene med dødelighet etter selv-rapporterte inngrep.

Metode: En befolkningsbasert kohortstudie (Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT)), knyttet til Dødsårsaksregisteret, Kreftregisteret og prosedyrekoder fra sykehusene i Trøndelag. Deltakerne ble klassifisert som ikke operert, operert med hysterektomi alene, bilateral ooforektomi alene, eller begge inngrep sammen. Vi benyttet Cox-regresjon til å justere for relevante variabler og sammenlignet HR for total dødelighet mellom opererte og ikke-opererte grupper.

Resultater: Vi inkluderte 37.140 kvinner fra HUNT2 og HUNT3. Sykehus-rapportert hysterektomi var assosiert med redusert dødelighetsrisiko (HR 0,72 (0,62–0,84)), mens selv-rapportert hysterektomi viste en tendens til økt risiko (HR 1,06 (0,97–1,16)). For bilateral ooforektomi viste sykehus-rapporterte tilfeller en HR for død på 0,83 (0,64–1,07), mens selv-rapporterte tilfeller indikerte en HR på 1,14 (0,97–1,33). Kvinner med både hysterektomi og bilateral ooforektomi hadde ikke økt dødelighet, uavhengig av om inn-grepene var sykehus- eller selv-rapporterte. Sykehus-rapportert bilateral ooforektomi ved ung alder økte dødelighetsrisikoen signifikant: HR 4,08 (1,02–16,38) for prosedyrer før 45 år og HR 2,50 (1,04–6,03) for aldersgruppen 45–49 år.

Konklusjon: Sykehus-rapportert hysterektomi og ooforektomi var ikke assosiert med økt dødelighet i den totale kohorten, men bilateral ooforektomi <50 år var assosiert med betydelig økt risiko. Resultatene varierte mellom sykehusrapportert og selvrapportert operasjon.

P4 Giving prognostic information by using scenarios – attitudes of women with gynecological cancer

Reinertsen, Maren P.^{1*}, Liland, Heidi^{2,3*}, Wang, Yunyong², Haug, Ala J.⁴, Martinez, Jordi D.⁵, Stockler, Martin R.⁶,

Aune, Guro⁷, Kiely, Belinda E.⁶, Paulsen, Torbjørn², Vistad, Ingvild^{8,9}, Lindemann, Kristina^{2,3,9}

*both authors have contributed equally

¹ Department of Obstetrics and Gynecology, Innlandet Hospital, Elverum, Norway.

² Section for gynaecological oncology, Dep of surgical oncology, The Norwegian Radium Hospital, Oslo University Hospital. Oslo, Norway

³ Department of Obstetrics and Gynecology, Innlandet Hospital, Elverum, Norway.

³ Section for research and clinical studies, Dep of surgical oncology, The Norwegian Radium Hospital, Oslo University Hospital. Oslo, Norway

⁴ Department of Obstetrics and Gynecology, Akershus University Hospital, Lørenskog, Norway.

⁴ Department of Obstetrics and Gynecology Akershus University Hospital, Lørenskog, Norway

⁵ Department of Obstetrics and Gynecology, Telemarks Regional Hospital, Skien, Norway.

⁶ National Health and Medical Research Council, Clinical Trials Centre, University of Sydney, Camperdown, NSW, Australia.

⁷ Department of Obstetrics and Gynecology, St Olav Hospital, Norway

⁸ Department of Obstetrics and Gynecology, Sørlandet Hospital HF, Kristiansand, Norway,

⁹ Institute of Clinical Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo

Arbeidstedt/avdeling/universitet som abstraktet utgår fra: Section for gynecological oncology, Dep of surgical oncology, The Norwegian Radium Hospital, Oslo University Hospital. Oslo, Norway

Background: Patient-centered communication and shared decision making is facilitated by providing prognostic information. However, patients struggle to accept truthful information about their situation, or may not even receive this information. Communication of three scenarios (bestcase, worst-case, and typical) to explain survival times has been shown to provide information that is accurate, and leaves room for realistic hope. This study aimed to assess preferences for prognostic information among women with gynecological cancer.

Methods: This cross-sectional survey recruited women with gynecological cancers at five sites in Norway. Patients were asked to provide their attitudes to two formats explaining life expectancy: Three scenarios for survival or just the median survival time.

Results: A total of 242 women with a mean age of 64 years (range 25 - 87) completed the survey. Significantly more patients reported that receiving information formatted as three scenarios was more helpful than receiving the median survival (78.5% vs 69.2%, p=0.021) and helped them plan for the future (75% vs 65%, p = 0.029). Fewer respondents agreed that explaining three scenarios would be upsetting (30% vs 40%, p = 0.013). Almost half of the participants (n=103, 42.6%) preferred both the three scenarios and median survival when given prognostic information. Only 37.2% of responders recalled to have received prognostic information during their care.

Conclusion: Most respondents judged presentation of three scenarios more helpful than presentation of the median survival time when explaining life expectancy to patients with advanced cancer. We recommend the three scenarios to be included when giving prognostic information.

Nå finner du alle produktene fra



Hos **medero**



medero

Tel. 45 22 76 71

epost: ordre@medero.no

www.medero.no

P5 Seksuell dysfunksjon hos norske kvinner – en digital tverrsnittstudie

Salvesen, Vibeke; Johansen, Nora; Jortveit, Jarle; Michelsen Trond
Sørlandet sykehus avdeling for gynekologi og fødselshjelp; Universitetet i Oslo, Ph.d.-kandidat ved det medisinske fakultet.

Metode: Vi gjennomfører en randomisert kontrollert studie som ser på forbedring av seksualfunksjon etter hjerteinfarkt. Vi gjorde derfor en tverrsnittstudie, våren 2024, for å få deskriptive data av norske kvinners seksualfunksjon.

100 000 personer over 18 år ble invitert via HelseNorge til å svare på et digitalt spørreskjema, halvparten kvinner. Spørsmålene dekket demografiske data, sykehistorie, medisiner og livsstils- og livskvalitets-spørsmål. Seksualfunksjon ble målt med Female sexual function index (FSFI). Seksuell dysfunksjon ble definert ved en skåring ≥ 26.55 hos de som fullførte hele skjemaet. Vi brukte chi-kvadrat test for å sammenligne grupper og logistisk regresjon for justering av alder.

Resultater: 7355 (18%) samtykket til å delta. Gjennomsnittsalder var 46 år (SD 16), 75% var i parforhold, 63% hadde høyere utdanning, 65% rapporterte en eller flere sykdommer. Blant de ikke seksuelt aktive kvinnene ($n=1610$ (22%)), var de vanligste årsakene mangel på partner (52%), manglende seksuell interesse (20%) eller en partner med et fysisk problem (7%). Blant de seksuelt aktive ($n=5595$ (76%)) forekom seksuell dysfunksjon i følgende proporsjoner: hypertensjon 46%, slag 59%, venetrombose 56%, diabetes 46%, lungesykdom 42%, muskel- og skjelett-sykdom 48%, kreft 58%, osteoporose 52%, angst 54 %, depresjon 55%, andre psykiske sykdommer 49% og hudsykdommer 46%. Etter korreksjon for alder fant vi signifikant reduksjon i seksualfunksjon hos de med venetrombose, muskel og skjelett sykdom, kreft, angst, depresjon, psykiske lidelser og hudsykdommer, sammenlignet med de helt friske (34%)

Konklusjon: Sykdom påvirker forekomsten av seksuell dysfunksjon. I flere sykdomsgrupper er forekomsten over 50%, leger i alle spesialiteter bør spørre om seksualfunksjon.

P6 Samsvar mellom SWEDE score ved kolposkopi og histologisk diagnose før og etter intervensjon

Sandnes, I ¹, Moe, K¹, Eikeseth, J¹
¹Avdeling for gynekologi og fødselshjelp, Bærum sykehus, Vestre Viken HF

Bakgrunn: For å forbedre diagnostikk og behandling av cervixdysplasier innførte Bærum Sykehus kvalitetsforbedrende tiltak i 2021. Blant annet ble det innført standard preoperativ SWEDE-scoring og opprettet internt kvalitetsregister.

Mål: Evaluere endring i samsvar mellom SWEDE-score og histologisk diagnose etter intervensjon.

Metode: Retrospektiv registerbasert kvalitetsstudie av 165 kvinner behandlet med konisering mars-desember 2021 og august 2024-mars 2025. Inklusjonskriterier var transformasjonssone type 1-2 og registrert preoperativ SWEDE-score. Kvinner med transformasjonssone type 3 og der det ikke var registrert preoperativ SWEDE-score ble ekskludert. SWEDE-score ble kategorisert som ingen/lavgradig (1-4), uspesifikk (5-7) og høygradig (8-10). Histopatologisk undersøkelse ble klassifisert som CIN<2 (normal og CIN1) og øvrige funn som CIN2+. Vi vurderte forskjeller i gjennomsnittlig SWEDE-score med 2-sidig t-test med signifikansnivå $p<0,05$. Vi vurderte sensitivitet og spesifisitet for høygradige mot ingen/lavgradige kolposkopiske funn med histologisk diagnose som gullstandard. Analysene ble gjennomført i SPSS 30.0.

Resultater: Kolposkopisk vurdering: normal/lavgradig: 67, uspesifikk: 81, høygradig: 17. Histopatologisk undersøkelse normal histologi: 33, CIN1: 13, CIN 2: 22, CIN 3: 91, plateepitelcancer: 2, adenocarcinoma in situ: 4. Gjennomsnittlig Swede-score for CIN<2: 4,3 og for CIN2+: 5,1, $p=0,052$.

For deteksjon av høygradige lesjoner (CIN 2+) var sensitiviteten redusert fra 31,3% til 20,8% og spesifisiteten fra 94,1% til 90,9% mellom periodene.

Konklusjon: Det var ingen tegn til forbedring i samsvar mellom SWEDE score og histologisk diagnose etter intervensjon. Særlig mange av de høygradige dysplasiene ble scoret for lavt.

Gjennomgangen legger grunnlag for økt fokus på undervisning og opplæring i å gjenkjenne de høygradige cervixdysplasiene i videre kvalitetsarbeide.

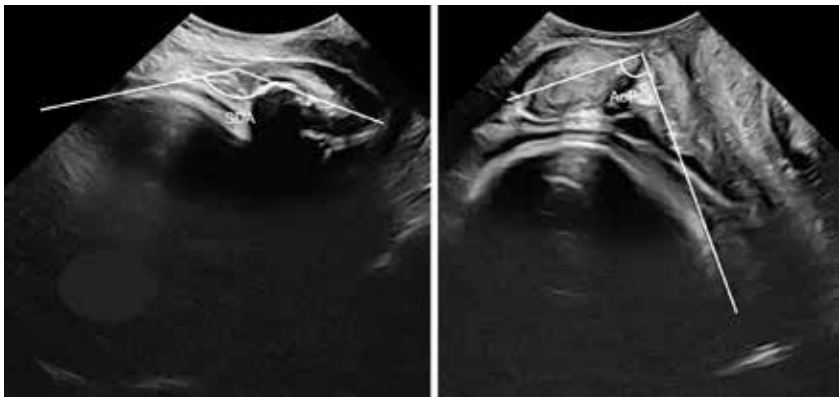
P7 Fosterhodets nivå undersøkt med transabdominal ultralyd; en protokoll

Eggebo, Torbjørn M^{1,2}, Bagandanshwa, Kenneth ³, Hjartardottir, Hulda⁴, Iversen Johanne K⁵ og Mchome, Bariki ³
¹ Department of Obstetrics and Gynecology, Stavanger University Hospital, Stavanger
² Department of Clinical and Molecular Medicine, Norwegian University of Science and Technology
³ Department of Obstetrics and Gynecology Kilimanjaro Christian Medical Centre, Moshi, Tanzania.
⁴ Department of Obstetrics and Gynecology, Landspítali University Hospital, Reykjavik, Iceland
⁵ Department of Obstetrics and Gynecology, Oslo University Hospital

Bakgrunn: Det er viktig å undersøke hvor mye av fosterhodet som står over bekkeninngangen før man gjør en operativ vaginal forløsning. Vi har foreslått å undersøke dette med transabdominal ultralyd og bruke symfyisen som referansenivå. Bare en eneste studie har tidligere brukt transabdominal ultralydundersøkelse til å vurdere hodets nivå og hvor mye av fosterhodet som står over bekkeninngangen. Nivå ble vurdert som «suprapubic descent angle» (SDA). Denne første studien viste godt samsvar med den mye brukte transperineale målingen av «angle of progression» (AoP). Studien var en metodestudie uten kliniske data.

Mål: Vi vil nå gjøre en longitudinell observasjonsstudie i fødselen der vi undersøker hodets nedtrenging i fødselskanalen med transabdominal ultralyd. Ultralydfunnene vil bli sammenlignet med klinisk undersøkelse og med fødselsutfall.

Metode: Studien vil bli utført ved Kilimanjaro Christian Medical Centre i Moshi, Tanzania i 2026. Vi vil inkludere 200 kvinner med ett foster i hodeleie til termin. Den ansvarlige jordmor vil undersøke kvinnene klinisk og ha ansvar for oppfølgingen i fødselen. Jordmødrene vil være blindt for ultralydfunnene vil ikke bli brukt i den kliniske oppfølgingen. Ultralydproben vil bli plassert longitudinelt over symfyisen. SDA vil bli målt som vinkelen mellom en linje gjennom symfysens lengdeakse og en linje fra symfysens øvre del tangensialt til fosterhodets kontur. Metoden er som et «speilbilde» av AoP, se figuren under.



Kamel R, Negm S, Badr I, Kahrs BH, Eggebo TM, Iversen JK. Fetal head descent assessed by transabdominal ultrasound: a prospective observational study. Am J Obstet Gynecol 2022; 226:112 e1- e10.

P8 Systematisk gjennomgang av eklampsikasjon – ein pilotstudie

Mentzoni, Camilla T¹, Røe, Kjerstine^{2,3}, Christiansen, Marit H.³, Torkildsen, Cecilie F.^{2,3}, Sun, Chen⁴, Fjeldstad, Tora S.⁴, Nyfløt, Lill^{5,6}, Nguyen, Truc T¹, Klungsøyr, Kari^{1,2}, Engjom, Hilde M.¹
På vegne av partnarar og fagleg rådgjevningsgruppe i samarbeidsprosjektet «Fødselsomsorg i Noreg».
¹ Folkehelseinstituttet
² Universitetet i Bergen
³ Kvinneklivikken Stavanger Universitetssjukehus
⁴ Kvinneklivikken, Haukeland Universitetssjukehus
⁵ Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, Oslo Universitetssykehus (OUS)
⁶ Kvinneklivikken, Drammen sykehus

Bakgrunn: Eklampsi er ein alvorleg svangerskapskomplikasjon. I motsetnad til fleire europeiske land har Noreg mangla eit system for systematisk gjennomgang (audit) av slike tilfelle.

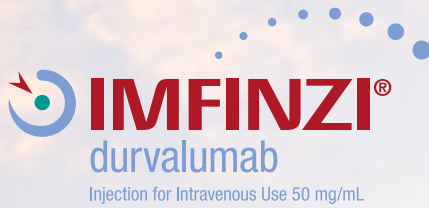
Mål: Pilotstudien hadde som mål å utvikle og teste digitale verktøy for systematisk registrering og gjennomgang av behandlingsforløp ved eklampsi.

Metode: Studiepopulasjonen var kvinner utskrivne med ICD-10-koden O15 Eklampsi ved Haukeland og Stavanger Universitetssjukehus i perioden 2013–2022. Ei faggruppe utvikla eit nettbasert skjema for innhenting av klinisk informasjon, som vart lagra på sikker server (TSD).

Resultat: 22 tilfelle vart innrapportert. Eklampsi vart vurdert som sannsynleg hos 17 kvinner, medan 5 kvinner sannsynlegvis hadde ein annan diagnose ved retrospektiv gjennomgang. Ingen fekk førebyggjande behandling med magnesiumsulfat (0/22), men alle fekk magnesiumsulfat som behandling (22/22). Tidspunktet for krampeanfall fordelte seg slik: antepartum (10/22), intrapartum (4/22) og postpartum (8/22). Dei fleste tilfella av krampar postpartum skjedde på fødeavdeling (5/8). Ingen av dei med eklampsi som debuterte på sjukehus hadde fleire anfall (0/14). Fleire anfall vart rapportert hos 3/5 med ein sannsynleg annan diagnose. Halvparten vart undersøkt med cerebral CT/MR (11/22). Hos 6/22 vart det kommentert mogleg forseinking relatert til å erkjenne og behandle hypertensjon.

Konklusjon: Digitale verktøy var nyttige for systematisk gjennomgang av behandlingsforløp. Fleire læringspunkt vart avdekkja, som behov for auka bruk av biletdiagnostikk og betre blodtrykkskontroll. I tillegg er ei brei diagnostisk tilnærming for vurdering av andre diagnosar viktig ved generaliserte krampar i svangerskap, fødsel og barsel.

Førstevalg ved dMMR-tumours i anbudet gyldig fra 1. oktober 2025¹



IMFINZI® (durvalumab) i kombinasjon med karboplatin og paklitaksel, er førstevalg ved endometriekreft som er mismatch repair deficient (dMMR) i anbudet gyldig fra 1. oktober 2025¹

INDIKASJON²:
IMFINZI® i kombinasjon med karboplatin og paklitaksel er indisert som førstelinjebehandling hos voksne med primær avansert eller tilbakevendende endometriekreft som er kandidater for systemisk behandling, etterfulgt av vedlikeholdsbehandling med:
- IMFINZI® som monoterapi ved endometriekreft som er mismatch repair deficient (dMMR).

Referanser:

1. <https://www.sykehusinnkjop.no/avtaler-legemidler/onkologi/>
2. IMFINZI® SPC

IMFINZI® – Viktig informasjon

DOSERING OG ADMINISTRASJONSMÅTE. Behandling skal startes opp og overvåkes av lege med erfaring i kreftbehandling. Pasienter med endometriekreft skal evalueres for behandling basert på tumorens MMR-status som bekreftet ved hjelp av en validert test.

IMFINZI® administreres som en intravenøs infusjon i løpet av 1 time. Den anbefalte dosen for endometriekreft: 1 120 mg i kombinasjon med karboplatin og paklitaksel hver 3. uke (21 dager) i minimum 4 og opptil 6 sykluser, etterfulgt av IMFINZI® 1 500 mg hver 4. uke som monoterapi (dMMRpasienter). Dosereduksjon ved kroppsvekt 30 kg eller lavere. Behandlingsvarighet: inntil sykdomsprogresjon eller uakseptabel toksisitet. **Forsiktighetsregler:** Ved mistanke om immunmedierte bivirkninger, bør det utføres tilstrekkelig evaluering for å bekrefte etiologien. Retningslinjer for håndtering av immunmedierte bivirkninger er beskrevet i preparatomtalen. Pasienter bør overvåkes for tegn og symptomer på infusjonsrelaterte reaksjoner.

De vanligste bivirkningene med IMFINZI® som monoterapi var hoste/produktiv hoste, diaré, utslett, artralgi, pyreksi, øvre luftveisinfeksjoner, abdominalsmerter, pruritus og hypotyreose. De vanligste bivirkningene med IMFINZI® i kombinasjon med platinabasert kjemoterapi var nøytropeni, anemi, kvalme, fatigue, forstoppelse, nedsatt appetitt, trombocytopeni, alopesi, utslett, diaré, oppkast, abdominalsmerter, perifer nevropati, leukopeni, pyreksi, pruritus, hypotyreose, artralgi, hoste/produktiv hoste, og økt ASAT/ALAT. **Immunmedierte bivirkninger:** Følgende immunmedierte bivirkninger har blitt observert hos pasienter som har blitt behandlet med IMFINZI®: Pneumoniitt, hepatitt, kolitt, hypotyreose, hyperthyreose, tyreoiditt, binyrebarksvikt, diabetes mellitus type 1, hypofysitt/hypopituitarisme, nefritt, utslett eller dermatitt, myokarditt, myasthenia gravis, transvers myelitt, myositt, polymyositt, meningitt, encefalitt, Guillain-Barrés syndrom, immunologisk trombocytopeni, immunmediert artritt, uveitt og ikke-infeksiøs cystitt. **Graviditet, amming og fertilitet:** Durvalumab kan skade fosteret, og anbefales ikke under graviditet og til fertile kvinner som ikke bruker sikker prevensjon under og i minst 3 måneder etter behandling. Amming skal opphøre eller behandling med durvalumab skal avsluttes/avstås fra.

PRIS, REFUSJON OG FORSKRIVNINGSGREGLER Pakninger og priser (AUP) Konsentrat til infusjonsvæske. Hetteglass: 2,4 ml (120 mg): kr 8207,90. 10 ml (500 mg): kr 33743,30. Imfinzi er innført av Beslutningsforum for Nye Metoder i kombinasjon med karboplatin og paklitaksel som førstelinjebehandling hos voksne med primær avansert eller tilbakevendende endometriekreft som er kandidater for systemisk behandling, etterfulgt av vedlikeholdsbehandling med durvalumab (Imfinzi) som monoterapi ved endometriekreft som er mismatch repair deficient (dMMR). Imfinzi inngår i Helseforetakenes anbefaling for onkologiske legemidler og rekvirering skal gjøres i tråd med disse: <https://www.sykehusinnkjop.no/avtaler-legemidler/onkologi/> Markedsføringsinnehaver: AstraZeneca AS, Karvesvingen 7, 0579 Oslo, tel. 21006400. **Før forskrivning av IMFINZI®**, se FK-tekst eller SPC på www.felleskatalogen.no

P9 Kvalitet ved lavrisikofødetilbudet-LUNA ved Bærum sykehus

Moe, Kjartan
Avdeling for gynekologi og fødselshjelp, Bærum sykehus, Vestre Viken HF

Bakgrunn: Helsedirektoratet anbefaler at det opprettes differensierte fødetilbud i alle helseforetak. I 2023 ble et lavrisiko fødetilbud etablert ved Bærum sykehus etter politisk initiativ og press fra pasientgrupper. Kvaliteten ved dette nye tilbudet var ukjent.

Mål: Hovedmålet var å undersøke kvaliteten ved lavrisikotilbudet med særlig fokus på forekomsten av postpartumblødninger ≥500 mL, perinealrifter ≥grad 2/episiotomi og operativ forløsning. Øvrige kvalitetsindikatorer ble også undersøkt.

Metode: Av totalt 1 465 kvinner som fødte ved Bærum sykehus september 2022-juli 2023, ble 707 lavrisikokvinner inkludert. Herav 145 kvinner i lavrisikotilbudet som ble sammenlignet med 562 lavrisikokvinner i normalenheten. Det ble brukt tosidig t-test for kontinuerlige og kji-kvadrat-test for dikotome variabler (p < 0,05).

Resultater: Det var ikke statistisk signifikante forskjeller i forekomst av postpartumblødninger (21,4% vs. 27,9%), perinealrifter ≥grad 2/episiotomi (35,1% vs. 43,1%) eller operativ forløsning (8,0% vs. 12,1%), men effektestimaten var gunstigere for lavrisikoenheten for alle disse utfallene. Signifikant færre i lavrisikotilbudet benyttet epidural anestesi (12,6% vs. 47,2%), lystgass (23,5% vs. 68,7%), oxytocin-stimulering (10,8% vs. 27,4%) og invasiv fosterovervåkning (27,0% vs. 51,5%). En signifikant lavere andel kvinner i lavrisikotilbudet fikk tatt navlesnorsprøver etter fødsel (23,7% vs. 45,8%). Flere var etnisk norske (85,1% vs. 76,4%) og flere var gjestepasienter (49,7% vs. 19,6%).

Konklusjon: Det var få signifikante forskjeller i kvalitetsindikatorene mellom lavrisikotilbudet og normalenheten. Resultatene indikerer at lavrisikotilbudet har tilfredsstillende kvalitet, men det er behov for kvalitetskontroll, særlig med fokus på å øke antall navlesnorsprøver og forbedre informasjonen til ikke-etnisk norske kvinner. Videre tyder resultatene på at det mangler lavrisiko fødetilbud i tilgrensende helseforetak.

P10 Holdninger til Non-Invasiv Prenatal Testing blant gravide under 35 år

Cecilie Bryn Nordklev^{1,2}, Guttorm Haugen³, Ragnar Kvie Sande^{3,4}, Cathrine Ebbing^{3,5}, Solveig Skrede⁶, Ragnhild Glad^{7,8}, Vasilis Sitras¹

¹ Fostermedisinsk senter, Kvinneklubben, Oslo universitetssykehus

² Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

³ Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen

⁴ Fostermedisinsk poliklinikk, Kvinneklubben, Stavanger universitetssykehus

⁵ Seksjon for fostermedisin og ultralyd, Kvinneklubben, Haukeland Universitetssykehus

⁶ Senter for fostermedisin, Kvinneklubben, St. Olavs Hospital, Trondheim universitetssykehus

⁷ Fostermedisinsk enhet, fødepoliklinikk, Kvinneklubben, Universitetssykehuset Nord Norge

⁸ Institutt for klinisk medisin, Norges arktiske universitet

Kontaktforfatter
Cecilie Bryn Nordklev
Fostermedisinsk Senter, Kvinneklubben, Oslo universitetssykehus
Telefon: +47 404 52 853
E-post: cnordk@ous-hf.no

Bakgrunn: Non-Invasiv Prenatal Test (NIPT) er en genetisk analyse basert på en blodprøve fra den gravide, for å vurdere sannsynlighet for at fosteret har trisomi 13, 18 eller 21. Formålet med studien var å kartlegge holdninger til NIPT hos kvinner under 35 år, to år etter innføring av tidlig ultralyd som tilbud til alle gravide og NIPT til gravide som er 35 år eller eldre ved fødselstermin.

Materiale og metode: I perioden desember 2024–januar 2025 distribuerte vi et spørreskjema til alle gravide under 35 år som møtte til tidlig ultralyd ved fem av landets universitetssykehus. Vi identifiserte faktorer som karakteriserte kvinner med ulike holdninger til NIPT.

Resultater: Vi inviterte 1265 kvinner, hvorav 1260 (99,6%) svarte på undersøkelsen. Av de 1200 som svarte på om NIPT burde tilbys alle gravide gjennom det offentlige helsevesenet, var 915 (76,2%) positive til dette. Av 1188 som svarte at de kjente til NIPT, hadde 211 (17,9 %) betalt for dette. Religion og paritet var de eneste faktorene som var assosiert til forskjellige holdninger til NIPT.

Fortolkning: De fleste gravide kvinner under 35 år i Norge ønsker tilbud om NIPT som en del av tidlig prenatal diagnostikk i offentlig regi.

P11 PREventing Severe Hypertensive Adverse events (PRESHA project): a study protocol for a prospective pregnancy cohort and establishment of a biobank in Mwanza, Tanzania

Solnes Miltenburg A^{1,2}, Kiritta R³, Kidenya B⁴, Browne H⁵, Schielen P⁵, Sørbye I⁶, Staff A⁶, Browne J⁵

¹ Department of Community Medicine and Global Health, Institute of Health and Society, Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo, Norway

² Department of Obstetrics and Gynaecology, Akershus University Hospital, Lørenskog, Norway

³ Department of Obstetrics and Gynecology, Bugando Medical Centre, Catholic University of Health and Allied Sciences, Mwanza, Tanzania

⁴ Department of Biochemistry, Catholic University of Health and Allied Sciences, Mwanza, Tanzania

⁵ Julius Center, Department Global Public Health & Bioethics, Utrecht University Medical Center, the Netherlands

⁶ Institute of Clinical Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo, Norway

⁷ Division of Obstetrics and Gynaecology, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

Background: The PRESHA project will establish a pregnancy cohort among 3000 pregnant women in Mwanza to validate existing risk prediction models for to hypertensive disorders of pregnancy (HDP), including measurement of Placenta Growth Factor (PLGF) and soluble fms-like tyrosine kinase-1 (sFlt-1) and establish a biobank.

Methods: This is a multi-site prospective cohort study situated in Mwanza city in Tanzania. Prospectively recruited pregnant women above the age of 16 years, attending to their first booking visit, at one of the participating study sites, below a gestational age of 16 weeks are eligible for participation. Blood and urine samples will be obtained at the time of booking (<20 weeks), and at three timepoints throughout the pregnancy and at birth. At birth, we will also collect placenta biopsy. In addition, questionnaires and interviews will be conducted following women until 6-12 weeks postpartum. Samples will be stored in a biobank. Biomarker analysis will be performed after enrollment is completed.

Conclusions. The PRESHA project in Tanzania has currently started recruitment and enrolment of pregnant women in a large-scale multi-site cohort study. We anticipate that analyses within the cohort, will establish reference values for the Tanzanian population, and quantify and describe the test accuracy of the P1GF and sFlt-1 biomarker tests for screening of HDP in the Tanzanian setting. The study was approved by the Regional Ethics Board in Norway (REK) and Tanzania (NIMR).

P12 Association between sonographic deviations in the perineum and symptoms of a deficient perineum in primiparous women one year after birth: A prospective cohort study

Lilleberg, Hanne S. ^{1,2}, Siafarikas, Franziska ^{1,2}, Starck, Marianne ³, Bø, Kari ^{1,4}, Rotstein, Emilia ^{5,6}, Engh, Marie E. ^{1,2}

¹ Department of Gynecology and Obstetrics, Akershus University Hospital, Norbyhagen, Norway

² Akershus University Hospital, Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo, Norway

³ Pelvic Floor Center, Department of Surgery, Skåne University Hospital, Malmö, Sweden

⁴ Department of Sports Medicine, Norwegian School of Sports Sciences, Oslo, Norway

⁵ Department of Clinical Science, Intervention and Technology (CLINTEC), Institution of obstetrics and gynecology, Karolinska Institute, Huddinge, Sweden

⁶ Karolinska Pelvic Floor Centre, Department of Gynecology and Reproductive Medicine, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden

Background: The perineal body plays a key role in pelvic organ support and is vulnerable to childbirth-related injuries. Postpartum symptoms such as vaginal laxity, flatulence, bowel-emptying difficulties, and sexual dysfunction have been linked to a deficient perineum after birth. Due to its complex anatomy, clinical assessment of the perineal body is challenging. However, three-dimensional endo-vaginal (3D EVUS) and endoanal ultrasound (3D EAUS) can visualize the muscles in this area. The clinical significance of sonographic deviations in these muscles remains uncertain.

Objective: To investigate whether primiparous women with sonographic deviations in the perineal body muscles one year postpartum report more symptoms of a deficient perineum than those without deviations.

Methods: One year postpartum, 388 participants underwent 3D EVUS and 3D EAUS. In a blinded analysis, deviations in the muscles; transverse perineal, puboperinealis, and puboanalis, were assessed at their fusion into the perineal body. Symptoms were evaluated using the “Karolinska Symptoms After Perineal Tears Inventory” (KAPTAIN). A total score ≥ 8 indicated clinically relevant symptoms.

Results: Sonographic deviations were observed in 168 participants (43.3%). Of these, 32.1% reported a KAPTAIN score ≥ 8 compared to 15.4% without deviations. The median KAPTAIN score was 6.0 (IQR 3.0-9.0) vs. 4.0 (IQR 2.0-6.0), respectively (p < 0.001). The odds of reporting a KAPTAIN score ≥ 8 were significantly higher among women with deviations compared to those without deviations (adjusted OR 2.3, 95% 1.2-4.2).

Conclusion: Sonographic deviations in the perineal body muscles are associated with increased symptoms of deficient perineum in primiparous women one year postpartum.

P13 Placental protein release and uptake from the fetal circulation in healthy term pregnancies – an exploratory in vivo study

Sellevoll, Hilde B^{1,2}; Andresen, Ina J¹; Westerberg, Ane C¹; Degnes, Maren-Helene L¹; Ueland, Thor^{2,3,4}; Zucknick, Manuela^{5,6}; Michelsen, Trond M^{1,2}

¹ Department of Obstetrics, Division of Obstetrics and Gynecology, Oslo University Hospital Rikshospitalet

² Institute of Clinical Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo

³ Research Institute of Internal Medicine, Oslo University Hospital, Rikshospitalet

⁴ Thrombosis Research Center (TREC), Division of internal medicine, University hospital of North Norway

⁵ Oslo Centre for Biostatistics and Epidemiology, Institute of Basic Medical Sciences, Faculty of Medicine, University of Oslo

⁶ Oslo Centre for Biostatistics and Epidemiology, Oslo University Hospital

Background: This is an exploratory study to better understand the crosstalk between the placenta and the fetus, where we aimed to identify proteins released and taken up by the placenta from the fetal circulation in 75 healthy term pregnancies.

Method: We collected blood from both the umbilical artery and vein at cesarean delivery and analyzed nearly 5000 proteins by an advanced proteomic platform, which abled us to perform critical adjustments in the data pre-processing and to avoid overestimating the protein dynamics. Placental release was defined by a positive veno-arterial difference, whereas placental uptake was defined by a negative veno-arterial difference. We compared our results to transcriptomic data published by the Human Protein Atlas (HPA), and gene ontology enrichment analysis was performed to assign biological functions to the identified proteins.

Results: We identified 766 proteins as released by the placenta into the fetal circulation and 926 proteins as taken up by the placenta. These findings represent a considerably higher number of proteins being exchanged between the placenta and the fetal circulation compared to the maternal side of the placenta. Among the released proteins, 70% (539 proteins) were expressed by placental tissue and/ or trophoblast cells according to the HPA, supporting their placental origin. Enrichment analysis revealed biological functions related to cell division and growth, gene regulation, intracellular transport and catabolic processes.

Conclusion: Our findings highlight a significant interdependence between the placenta and fetus and underscores the importance of investigating the biological functions of this protein exchange to comprehend placental function.

P14 Demonstrasjon av aortakompresjon ved postpartumblødning

Maarten Glas
Gynekolog, Finnmarkssykehuset Hammerfest og for Leger uten grenser

CIC event
congress

- vi feirer 30 år -

CIC er en total leverandør av eventer og møtetjenester i Norge og internasjonalt for norsk næringsliv, foreninger, organisasjoner og privatkunder.

Ta kontakt for et uforpliktende tilbud!



OLYMPUS

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.

VISERA
ELITE III

> www.olympus.eu/ViseraEliteIII

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](https://www.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 hormonsteratningsterapi 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) 838.90 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):681-84

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