

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

4 • 2025



Vulvodyni og vaginisme s.22

Hjelp, burde jeg sende placenta til patologen? s.26

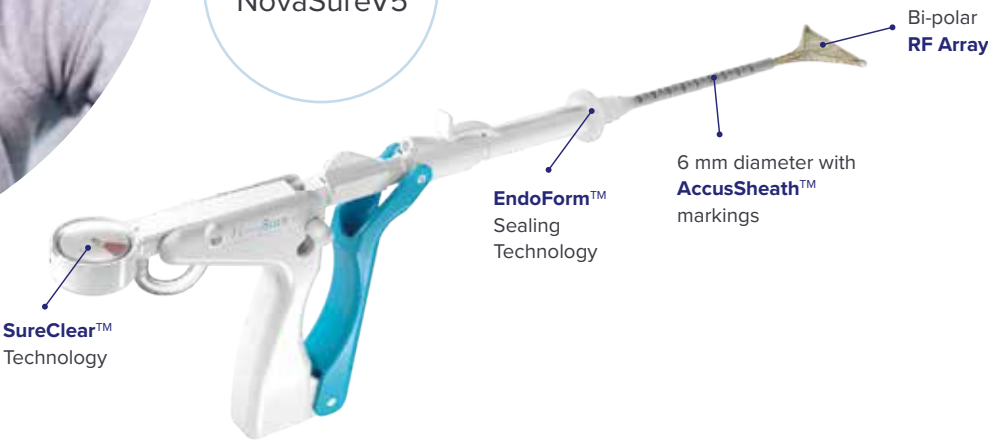
Referat fra NGF årsmøte 2025 s. 46



**Norsk gynekologisk
forening**

DEN NORSKE LEGEFORENING

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)



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

NORMEDI.COM
NORMEDI EDUCATION.COM

Ta gjerne kontakt med:
Paul Essebaggars | Tlf: 928 92 666 | E-post: paul@normedi.com

Ansvarlig redaktør
Sofie Rønningsbakk Angeltveit
LIS Stavanger universitetssykehus
sofierangelteit@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 2026
Nr. 1 12. februar
Nr. 2 7. mai
Nr. 3 11. september
Nr. 4 1. november



Opplag: 1500



INNHOOLD

REDAKTØR	5
LEDER	7
NGF-STYRET	
Nytt fra styret	8
Styret i Norsk gynekologisk forening	8
Referat fra generalforsamling NGF 2025	10
FUGO	
Leder	14
FUGO-styret 2025	14
Referat generalforsamling FUGO 2025	16
SPECIALITETSKOMITEEN	18
FAGLIG PÅFYLL	
Vulvodyn og vaginisme – en pasienthistorie og oversikt over behandlingstilbud i Norge	20
Vulvodyn og vaginisme – multimodal behandling hos fysioterapeuten	22
Hjelp, burde jeg sende placenta til patologen? – og hva skal jeg bruke svaret til?	26
Resultater fra LETSGO. En norsk multisenterstudie på oppfølging etter behandling for gynekologisk kreft	30
Fra screening til fødsel: gynekologens rolle for kvinner utsatt for kjønnslemlestelse	34
INTERVJU	
Intervju med Johanne Sundby	38
GYNEKOLOGER IMELLOM	
Rapport fra INOSS møtet 2025: Global mødrehelse og Sør-Sør nettverk	42
Invitasjon til kurs: Ultralyd i tidlig graviditet	44
Invitasjon til kurs: Tverrfaglig vårmøte i obstetrisk anestesi og fødselshjelp	45
ÅRSMØTET 2025	
Referat fra årsmøtet i Norsk gynekologisk forening	46
Referat fra FUGOs paneldebatt: Fremtiden i faget - hvordan motivere og rekruttere unge kolleger?	52
Priser 2025	54
REISEBREV	
Obstettrikk og gynekologi ved Victoriasjøen i Tanzania	66
Reisebrev fra ENTOG utveksling 2025	68
FAGGRUPPEN GLOBAL KVINNEHELSE	
Hvorfor FIGO handler om mer enn fag	74
PHD	
Mette Skorstad	76
ACTA OBSTETRICIA ET GYNECOLOGICA	77

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 fensyklidinfosfat 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 oppvakthet, 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

Klar tale til jul

Min far har alltid sagt at han foretrekker fagdyktige leger fremfor veltalende. Med tiden har jeg innsett at god helsehjelp forutsetter både faglig tyngde og god kommunikasjon. I vårt fag, hvor situasjonene ofte er sårbare og kan haste, blir kommunikasjonen særlig viktig. Pasienten har dessuten lovfestet rett til informasjon, medvirkning og samtykke. Uten tydelig kommunikasjon blir dette umulig å oppfylle.

Likevel kjenner de fleste av oss barrierene. Den velkjente tidsnøden gjør det vanskelig å sette seg godt inn i pasientens bakgrunn og tilpasse informasjonen deretter. Det kan være fristende å kaste et blikk på klokken når pasienten har mye på hjertet og mange, ikke alltid like relevante, spørsmål. Ideelt sett benytter vi oss av aktiv lytting, men noen ganger haster det og behandling må komme først.

Andre ganger møter vi utfordringer knyttet til personkjemi, manglende felles referanser og ikke minst språkbarrierer. Selv med gode tolketjenester er

kommunikasjon via tredjepart aldri fullverdig, og selv om bruk av pårørende som tolk er brudd på tolkeloven, forekommer det. I disse møtene kreves særlig årvåkenhet for å unngå ulikheter i behandlingskvalitet.

Jeg vil derfor slå et slag for å prioritere og videreutvikle kommunikasjonsferdigheter. Noen sekunder med blikkontakt og en rolig, tydelig beskjed på fødestuen, kan forme hele fødselopplevelsen. Noen ekstra minutter på poliklinikken kan spare oss for rehenvelser, redusert compliance og senere vanskelig samarbeid. Vellykket kommunikasjon gir også pasienten mulighet til å ta gode valg for egen helse, og dermed mindre arbeid for oss på sikt. Ikke minst er kommunikasjon et av de mest tilgjengelige virkemidlene vi har for å sikre likeverdige helsetjenester. La oss se på det som et verktøy – ikke en tidstyv. Og som alt annet, krever det kontinuerlig øvelse.

Sofie Rønningsbakk Angeltrveit
Redaktør

Utrogestan®

(mikronisert progesteron)

– til forebygging av gjentatte spontanaborter*



400 mg x 2
daglig i behandlingsperioden



Referanse: Utrogestan SPC 400 mg, 02.09.2025.

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.
- Vaginal blødning skal alltid undersøkes.

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 "misted abortion".

Bivirkninger: Kløe, vaginal blødning og utflod, samt brennende følelse kan forekomme. Forbigående fatigue/svimmelhet innen 1–3 timer etter bruk.

For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Utrogestan SPC 400 mg, 02.09.2025.

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.

2025-10-NO-UTR-101 NOV 2025



Leder

Kjære alle sammen

Tiden er kommet for å skrive min siste leder i *Gynekologen*. Dette var en oppgave jeg i starten grudde meg litt til. Ikke bare fordi jeg skulle overta etter ordsmeden Ragnar Kvie Sande, men også fordi jeg er en mer muntlig enn skriftlig person. Etter hvert har jeg likevel begynt å like denne oppgaven – det føles faktisk hyggelig å skrive direkte til dere medlemmer.

Gynekologen er et blad jeg gleder meg til å få i posten. Jeg leser det gjerne i flere omganger og blir alltid litt stolt når jeg ser hvor engasjert og kunnskapsrik denne foreningen er.

Som leder i NGF har jeg fått jobbe med alt fra små spørsmål fra enkeltpersoner til store høringer om viktige fagtema. Jeg har sett hvordan guidelinemøtene i både gynekologi og obstetikk har vokst fram og blitt solide arenaer for faglig engasjement. Nå følger også gynekologisk kreft etter, og det blir spennende å se utviklingen videre.

Vi kan være stolte av de nasjonale retningslinjene våre og hvordan de følges opp. NGF har vært i front helt siden 90-tallet – og vi har fortsatt å fornye oss. Mange andre foreninger ser til oss. Jeg håper vi framover også kan ta inn elementer fra «Kloke valg» i veilederne våre, slik danskene har gjort.

Gjennom lederrollen har jeg også blitt bedre kjent med Legeforeningen. Dette får jeg heldigvis fortsette med i fagstyret. Der håper jeg å kunne løfte fram NGF sitt syn i flere saker, særlig knyttet til utdanning, rekruttering og det å beholde fagfolk. Debatten på årsmøtet i Ålesund om nettopp dette ga meg tro på framtida.

Årsmøtene har vært et høydepunkt – både som vitenskapelig sekretær og som leder. De skal gi faglig påfyll, men også være et sted for gode samtaler, latter og fellesskap. Vi trenger å bli minnet om den viktige jobben vi gjør hver dag, og at vi er en del av et stort og raust fagmiljø. For samhold betyr mye. Det å føle at man hører til – det gir styrke.

Jeg har også hatt glede av samarbeid på tvers av fagforeningene. Selv om vi kan være uenige om prioriteringer og løsninger, opplever jeg at de fleste ønsker å finne gode veier sammen. Samarbeidet siste tiden med allmennleger og anestesileger har vært verdifullt. Jeg håper det planlagte vårmøtet mellom anestesileger og gynekologer i mars blir starten på enda tettere samarbeid – til beste for pasientene.

Til slutt vil jeg si takk. Takk for tilliten, for støtten, for alle samtaler underveis. Det var sterkt å se 200 gynekologer reise seg under middagen i Ålesund – en opplevelse jeg kommer til å ha med meg lenge.

Dere er en fantastisk fagforening. Selv om vi møter krevende tider, tror jeg fullt og fast på at vi finner gode løsninger – sammen.

Jeg ønsker Agnethe Lund lykke til som ny leder. Med henne får dere en tydelig stemme og et klokt hode. Jeg ser fram til å bidra der jeg kan i årene som kommer.

Tusen takk for meg.

Solveig Bjellmo

Nytt fra styret

Etter et forrykende årsmøte i Ålesund, med et faglig program av stor bredde og et sosialt program med noe for enhver, er det klart for mitt siste styremøte som leder – i Oslo 27. november 2025.

Jeg må si meg imponert over både engasjementet og humøret som preget Ålesund. En spesiell takk til våre robuste medlemmer – som Klaus Oddenes, som fikk kjørt seg litt ekstra på «get together» da Signe Stunden tok scenen.

Overgangsmøtet i november vil samle både de som går ut av styret og de nye som kommer inn. Ragnar Kvie Sande, Morten Kvello og Kristine Amundsen trer ut etter en formidabel innsats som henholdsvis vitenskapelig sekretær/leder/nestleder, FUGOs representant/sekretær og kasserer. I styret blir man godt kjent, og jeg kan med hånden på hjertet si at dere vil bli savnet – mye. Som Ragnar så treffende sa det: «Eg er jo ikke dau, du kan kontakte meg.» Det er betryggende.

Vi ønsker samtidig Ingrid Volløyhaug fra Trondheim, Therese Salvadores-Hansen fra Stavanger og Martin Sommer fra Oslo velkommen inn i styret. Vi gleder oss til å bli kjent med dere alle.

Årsmøtet tok opp flere temaer vi vil måtte jobbe videre med: rekruttering til legeyrket og en mulig tillitskrise i fødselsomsorgen

Styret i Norsk gynekologisk forening



Solveig Bjellmo
Leder NGF

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



Ragnar Kvie Sande
Nestleder NGF

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



Agethe Lund
Vitenskapelig sekretær

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

er saker som garantert vil prege kommende diskusjoner. På neste styremøte får vi også en oppdatering om Kloke valg-kampanjen til Legeforeningen. På sikt ønsker vi å koble dette tettere til våre veiledere – for vi har stor påvirkningskraft, men må også tørre å snakke om det vi kanskje ikke burde gjøre, rent medisinskfaglig.

Et tettere tverrfaglig samarbeid med anestesi er også på trappene. Vi planlegger et møte i mars for å styrke samarbeidet rundt de obstetriske pasientene.

Jeg vet i hvert fall at vår nye leder, Agnethe Lund, ikke blir arbeidsledig med det første. Jeg gleder meg over å få være med videre i styret og bidra der det trengs.

Styret er som alltid åpent for innspill og saker dere ønsker vi skal ta opp. Ta gjerne kontakt.

Med det takker jeg for meg som leder og gir stafettpinnen videre til Agnethe.

Solveig Bjellmo



Kristine Amundsen
Kasserer NGF

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



Birgitte Sanda
Styremedlem, PSL/Avtalespesialist

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



Morten Kvello
FUGO-representant NGF

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

Mange fertilitetspasienter ønsker monitorering hos sin faste gynekolog.

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

Fertilitetsbehandling

Ny behandling: Eggfrys

Eggdonasjon

Du finner oss på Helsenett



✓ Samarbeider med gynekologer til fertilitetspasientens beste.

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

✓ Etablér et kundeforhold til nye kunder i ditt område.

✓ Kontakt Jon Hausken direkte: jon@klinikkhausken.no



Norsk gynekologisk
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

Referat fra generalforsamlingen i Norsk Gynekologisk Forening

23.10.2025

Sted: Ålesund

Tilstedeværende: Styret i NGF: Ragnar Kvie Sande, Morten Kvello, Solveig Bjellmo, Kristine Amundsen, Birgitte Sanda, Agnethe Lund, Kine Haukelidsæther.

Ved møtestart ble det notert 50 stemmeberettigede medlemmer, inkludert styret.

Valg av dirigent: Solveig Bjellmo, valgt ved akklamasjon.

Valg av referent: Morten Kvello, valgt ved akklamasjon.

Valg av protokollunderskrivere: Klaus Oddenes og Marit Halonen Christensen, valgt ved akklamasjon.

Innkalling og sakliste: Sendt ut per e-post.

En minnestund ble avholdt for følgende medlemmer som har gått bort siden siste generalforsamling:

Halvard Alf Gjønæss

Helge Nikolai Hanken

Steinar Johan Stenby

Peer Høvik

Terje Bjørnebekk

Christian J. Brodtkorb

Bjarne H. Løkvik

Bergljot Holm Årstad

Kåre E. Leikanger

Jon Øyvind Odland

Kjell W. Skarsten

Jarle Vormdal

John Pauli Høye

Mads Velken

Saker til generalforsamling

1. Regnskap og budsjett

Redegjørelse ved kasserer Kristine Amundsen.

Aktivitetsregnskap for 2024 er gjennomgått og signert av desiorer Hans-Kristian Opøien og Vasilis Sitras.

KO HAN

Aktivitetsregnskap 2024:

	Regnskap 2023	Regnskap 2024
Sum inntekter	4 488 903	4 669 044
Sum driftsutgifter	4 063 867	3 839 666
Finansutgifter	3147	7 565
Resultat/	Drift 251 930	Drift 550 574
Overføring til	Finans 173 106	Finans 278 804
egenkapital	Resultat 425 036	Resultat 829 378

Kommentarer til regnskapet:

NGF har et Alfred Berg fond som gir årlige finansinntekter. Videre er inntekter hovedsakelig fra årsmøtet, medlemsavgift og kurs. Årsaken til økt resultat for 2024 er delvis på grunn av positiv balanse fra årsmøtet og økte finansinntekter fra fond. Videre har leder ikke vært frikjøpt i 2024.

Revidert budsjett 2025

	Regnskap 2024	Budsjett 2025	Revidert budsjett 2025
Sum driftsinntekter	4 669 044	4 100 000	4 350 000
Sum driftsutgifter	3 839 666	4 143 000	3 847 000
	7 565		
Resultat	Drift 550 574	-43 000	503 000
	Finans 278 804		
	Resultat 829 378		

Kommentarer: Det redegjøres for endringer og rasjonale for dette som er basert på regnskapet for 2024.

Budsjett 2026

	Regnskap 2024	Revidert budsjett 2025	Budsjett 2026
Sum driftsinntekter	4 669 044	4 350 000	4 150 000
Sum driftsutgifter	4 669 044	4 202 000	4 232 000
	7 565		
Resultat	Drift 550 574	Drift 148 000	Resultat: -82 000
	Finans 278 804	Finans 100 000	
	Resultat 829 378	Resultat 248 000	

Frikjøp av leder har ikke vært mulig for leder i 2024 og 2025, men vil trolig bli aktuelt fra 2026.

Ekstrakontingent

Ekstrakontingenten ble først innført i 2017 med et beløp på 500 kr for å styrke foreningens økonomi. Fra 2018 til 2021 ble kontingenten økt til 700 kr for å møte økonomiske behov, men i 2022 ble beløpet redusert til 600 kr på grunn av en god økonomisk situasjon. I 2023 ble kontingenten økt til 700 som følge av en krevende økonomisk situasjon. Styret foreslår å videreføre ekstrakontingenten, men gå ned til 500 kr i 2025. Forslaget vedtas enstemmig, 1 blank stemme.

Regnskap 2024, revidert budsjett 2025 og budsjett 2026 vedtas i sin helhet ved akklamasjon.

KO HAN

2. Solidaritetsfondet

Ingen søknader i 2025.

3. Årsrapporter fra NGFs undergrupper

Disse er presentert i siste utgave av Gynekologen.

4. Endring av vedtekter

Nye vedtekter ble vedtatt av årsmøtet i fjor, men ble ikke godkjent av Legeforeningen sentralt, da det ikke er mulighet for å ikke ha varamedlemmer. Styret har derfor innstilt nye forslag til vedtekter. Punkt om at revisor velges av årsmøte foreslås fjernet, da NGF har gått over til å bruke Legeforeningens regnskapsfører og er svært fornøyd med dette. Ad varamedlemmer er det sentralt fra Legeforeningen krav om at alle styrer må ha minst to varamedlemmer. Derfor foreslås ny tekst: «Det velges to varamedlemmer til styret hvorav en bør være lege i spesialisering».

Det stemmes over endringene samlet og det er 50 stemmer for, 0 stemmer mot. Ingen blanke stemmer.

Vedtekter paragraf § 7 og § 9 etter endring:

§ 7 Årsmøtet

Årsmøtet er foreningens høyeste organ og er åpent for alle medlemmer. Media har adgang unntatt ved særskilte saker som årsmøtet måtte bestemme.

Årsmøtet skal behandle

- styrets beretning
- revidert regnskap
- kontingent for assosierte medlemmer
- budsjett
- saker forelagt av styret
- saker forelagt av et medlem
- vedtektsendringer
- valg av styre
- valg av valgkomité
- valg av desisorer
- evt valg/oppnevninger av komiteer/utvalg

Forslag om saker som skal behandles på årsmøtet må være innkommet til styret senest fire uker før årsmøtet.

Årsmøtet skal kunngjøres for medlemmene senest tre uker på forhånd. Årsmøtet avholdes årlig og kombineres med et faglig møte.

Årsmøtet ledes av en valgt dirigent. Det velges en referent.

Vedtak i årsmøtet fattes med simpelt flertall blant de fremmøtte stemmeberettigede medlemmer. Ved stemmelikhet har foreningens leder dobbelstemme.

Valg skal skje i henhold til Dnlf's lover § 3-3-3.

Viktige saker hvis behandling ikke kan utstå til årsmøtet, kan av styret forelegges medlemmene til skriftlig avstemning. Denne kan skje per post eller elektronisk.

Bestemmelsene i forretningsorden for Dnlf's landsstyremøter gis anvendelse så langt denne passer.

Det utarbeides protokoll fra årsmøtet.

§ 9 Styret

Styret består av leder, nestleder og fire styremedlemmer. Lederen velges ved eget valg og bør ha sittet i styret tidligere. Styrets øvrige medlemmer velges samtidig. Styret skal ha følgende sammensetning: Et medlem er representant for praktiserende spesialister, et medlem er ikke-spesialist i utdanningsstilling, og minst et medlem skal ha akademisk kompetanse. Det velges to varamedlemmer til styret hvorav en bør være lege i spesialisering.

Styret konstituerer seg selv på det første møtet i funksjonsperioden, slik at funksjonene kasserer, sekretær og vitenskapelig sekretær dekkes.

VO HJL

Styrets funksjonsperiode er to år fra 1. januar etter styrevalget. Styremedlemmene velges for en periode med mulighet for gjenvalg. Maksimal sammenhengende funksjonstid som styremedlem er seks år. Leder velges for to år med mulighet for gjenvalg. Maksimal funksjonstid som leder er fire år. Lederens funksjonstid kan komme i tillegg til tiden som styremedlem.

Styret innkalles etter beslutning av leder eller hvis minst to styremedlemmer krever det.

Saksappler og protokoll sendes til styrets medlemmer og til redaktøren av Gynekologen og Nettsidene. Representanter fra utvalg og komiteer innkalles ved behov til styremøtene.

Styret er beslutningsdyktig når minst halvparten av styrets medlemmer er til stede. Leder har ved stemmelikhet dobbelstemme.

5. Forslag om uttalelse om Gaza

Vedlagt tekst fra faggruppe i globalhelse ligger i innkallingen. Styret støtter uttalelsen. Det er ingen innspill fra generalforsamlingen, og generalforsamlingen vedtar uttalelsen ved akklamasjon.

6. Valg

Valgkomiteen har bestått av

- Klaus Oddenes
- Stine Andreassen
- Kirsten Hald

Valgkomiteens innstilling:

Ny leder:

Agnethe Lund

Øvrige styremedlemmer:

Solveig Bjellmo (gjenvalg)

Birgitte Sanda (gjenvalg, PSL)

Ingrid Volløyhaug (ny)

Therese Salvadores-Hansen (ny)

Martin Sommer (nyFUGO)

Vara: Trond Michelsen og Are Larsen

Ny leder og øvrige styremedlemmer vedtas ved akklamasjon

Årsmøtested 2027

Lillestrøm og AHUS foreslås og velges ved akklamasjon.

Eventuelt

Ingen saker

30.10.25
Klaus Oddenes (sign)

(VO)

28/10/25
Marit Halden Christiansen (sign)



Are Adam Woyseth Larsen
FUGO-leder

Takk for et helt supert årsmøte! Vi hadde et flott og innholdsrikt program i år, og vi håper at alle som var med til Ålesund fikk med seg så mye som mulig, samtidig som det ble tid til sosialt påfyll. Jeg vil starte med å gratulere Hammerfest som vinner av årets utdanningspris.

I år, som i fjor, delte FUGO i samarbeid med NGF ut stipend til 10 LIS som deltok på årsmøtet for aller første gang. Dette har snart blitt en hyggelig tradisjon, og vi håper å kunne videreføre ordningen også neste år, slik at enda flere LIS får muligheten til å delta på denne inspirerende og lærerike begivenheten.

Årsmøtet er en unik arena for å knytte nye bekjenskaper og løfte blikket litt utover hverdagen på avdelingen. Vi oppfordrer derfor alle avdelinger i det ganske land til å sende LIS neste år. Vi håper at så mange som mulig får muligheten til å bli med når turen går til Nordens Paris, nemlig Tromsø.

Til neste år blir det store utskiftninger i FUGO, og jeg vil rette en stor takk til de som nå fratrer styret. Mina Eskeland har stått i bresjen for Utdanningsprisen, Gynekologen og ikke minst passet på meg med mine formuleringer. Morten Kvello har vært FUGOs representant i NGFs styre, og han har lagt ned en fabelaktig innsats. Siri Juliebø har hatt ansvar for ENTOG og hatt stålkontroll på økonomien. Eilin Austreid har vært en del av NFYOG og arbeidet med den kommende nasjonale kampanjen EKKO EKKO. Heldigvis fortsetter Eilin å bidra videre i kampanjen.

Vi ønsker også velkommen til fire nye medlemmer i styret: Falastin Alasoow fra Stavanger universitetssjukehus, Martin Sommer fra Oslo universitetssykehus Ullevål, Andreas Thoresen fra Ahus og Kanutte Norderud fra Drammen sykehus. Alle bringer med seg verdifull erfaring, engasjement og et sterkt ønske om å bidra til videreutviklingen av FUGO. Vi gleder oss til samarbeidet.

Vi skal fortsette å jobbe for best mulige utdanning for LIS i året som kommer, med fullt fokus på faglig utvikling, kvalitet og fellesskap.

Tusen takk for innsatsen i året som har gått. På vegne av FUGO-styret ønsker jeg dere alle en riktig god jul og et godt nytt år.

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.



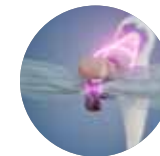
OLYMPUS

THUNDERBEAT™ II SHEARS. Three Energy Modes.

More Versatility.

SEAL & CUT - Hybrid Energy

Dissect and seal tissue simultaneously in one efficient step, including vessels up to 7 mm.



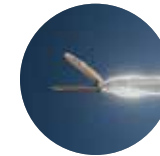
SEAL - Advanced Bipolar Energy

Reliably seal vessels up to 7 mm, including spot hemostasis for acute bleeding.



ULTRASONIC - Ultrasonic Energy

Perform fine dissections at times that call for cutting without bipolar energy.



THUNDERBEAT II

www.olympus.eu/THUNDERBEAT

OLYMPUS NORGE AS

Drengsrudbekken 12, 1383 Asker | www.olympus.no

Referat generalforsamling FUGO

Ålesund, Scandic Parken – 22.10.25

Styremedlemmer: *Are Larsen, Rannveig Stokke, Morten Kvello, Siri Juliebø-Jones, Eilin Austreid, Mina Eskeland, Nilofar Alizadeh*
15 deltakere i tillegg til styret

Agenda:

- 17:30 – 18:00: Generalforsamling
- 18:00 – 19:00: *Humanitært arbeid som gynekolog – hvorfor, hvordan og når?* Tori Husum, overlege ved Haukeland universitetssykehus, deler erfaringer fra sitt arbeid i Afghanistan

Generalforsamling

1. **Godkjenning av innkalling og sakliste.** Godkjent uten innvendinger.
2. **Valg av ordstyrer** (*Are Larsen*) **og referent** (*Rannveig Stokke*)
3. **Styrets arbeid 2025:** presentasjon av verv og arbeid
 - A. Styret 2025:
 - a. **Are Larsen:** leder, Endoskopiutvalget, NFYOG, Kolposkopiutvalget
 - b. **Rannveig Stokke:** nestleder, webmaster, Gynekologen, sekretær
 - c. **Morten Kvello:** NGF-representant
 - d. **Mina Eskeland:** Gynekologen, Utdanningsprisen
 - e. **Nilofar Alizadeh:** FUGO-kursansvarlig, ENTOG
 - f. **Eilin Austreid:** kampanjeansvarlig, NFYOG
 - g. **Siri Juliebø-Jones:** kasserer, ENTOG
 - B. Styrets arbeid:
 - a. **FUGO-kurs:** årlig kurs som holdes dagen før årsmøtet. Bidragsytende til å rekruttere LIS til årsmøtet. Temaet er valgt etter tilbakemelding fra fjorårets kurs, og har fått tittelen «*Gynekologisk og obstetrisk kirurgi*». Kursansvarlig innhenter og holder kontakt med relevante foredragsholdere, samt med årsmøtearrangør. Det er sendt ut evalueringsskjema, og forslag til neste års tema vil komme frem ved neste styremøte.
 - b. **Utdanningsprisen:** FUGO overtok ansvaret for prisen fra Spesialitetskomiteen i 2022. Spørreskjema sendes ut til alle LIS via NGFs mailingliste, på FUGO sin Facebook- og nettside og i Gynekologen. Svar fra 71 LIS ved 20 sykehus.
 1. Vinneren kåres under årets Årsmøtemiddag (23/10-25).

2. Artikkel med de generelle resultatene i Gynekologen nr. 3.
- c. **Kasserer:** oversikt over FUGO sin økonomi
- d. **Gynekologen:** 4 utgaver i året, FUGO bidrar med ideer til tema og intervjuobjekter, samt noe materiale. FUGO bidrar også med korrekturlesing før publisering. Sofie Rønningsbakk Angeltveit er redaktør.
- e. **FUGO-kampanje:** Strukturtet opplæring i gynekologisk ultralyd med arbeidstittel «*Ekko ekko*». Materialet finnes ikke fra tidligere og utformes av FUGO selv sammen med fagpersoner. Plan for innhold, format og fagansvarlige er på plass, fremdeles i startfasen. Kampanjen er tildelt 100.000 kr fra fondet for kvalitetsforbedring. Tentativ lansering er høsten 2026. Én av to kampanjeansvarlige går ut av styret i år og ny kampanjegruppe må fortsette arbeidet. Tidligere medlem kan bli med som ressursperson. Innhold og format er tenkt i en kombinasjon av teoridel, videosnutter, online-quiz og fokuslister, og en sertifisering vil foreligge når alle moduler og quizer er avsluttet.
- f. **Nordic Federation of Societies of Young Obstetricians and Gynecologists (NFYOG):** To representanter fra hvert medlemsland. Det arrangeres NFOG-konferanse hvert 2. år, sist i Uppsala august 2025 hvor NFYOG hadde to symposier – Ultrasound in Reproductive Medicine og The Induction Epidemic. Det er fysiske møter hvert halvår, og tanken er en felles plattform for samarbeid mellom LIS i nordiske land vedrørende LIS-utdanningen. Styret jobber med å lansere «*Trygge bender*» i Skandinavia.
- g. **European Network og Trainees in Obstetrics and Gynecology (ENTOG):** medlemmer fra 35 europeiske land. Det er flere prosjekt en kan delta på, deriblant ENTOG Exchange, One2One Exchange, EBCOG Fellowship og Multicenter Research Groups
 1. ENTOG Exchange 2025 var i Tyskland i juni med to deltakere fra Norge som var i forskjellige byer. Scientific Meeting i Frankfurt hvor Nilofar Alizadeh deltok som FUGO/Norge-representant. Det vil være reisebrev i Gynekologen fra deltagere.
 2. ENTOG 2026 blir i Irland.

- h. **NGF-representant:** LIS-representant i NGF-styret samt sekretær
- i. **Webmaster:** administrerer FUGO sine ulike nettverks-plattformer, deriblant ansvarlig for å publisere referat og øvrig informasjon på FUGO-nettsiden på DNLF, samt administrere Facebook-gruppe og ev. FUGOteket.
- j. **Endoskopiutvalget** har et årlig fysisk møte, dette holdes på årsmøtet. Kolposkopiforeningen er i en større prosess.

4. Økonomi:

- A. Regnskap 2024: Regnskapet gjennomgås og godkjennes. Overskudd på 44 681 kr som tilbakeføres NGF.
- B. Foreløpig regnskap og revidert budsjett 2025: Gjennomgås og godkjennes.
- C. Budsjett 2026: budsjettet gjennomgås og godkjennes.

5. Avstemming av saker:

ingen saker meldt inn

6. Valg av nytt FUGO-styre:

- Valgkomiteen består av Øystein Bergøy og Sukhjeet Bains
- A. Nåværende styre:
 - a. **Mina Eskeland**, valgt for 2 år i 2023,

stiller ikke til gjenvalg

- b. **Morten Kvello**, valgt for 2 år i 2023, stiller ikke til gjenvalg
 - c. **Siri Juliebø-Jones**, valgt for 2 år i 2023, stiller ikke til gjenvalg
 - d. **Eilin Austreid**, valgt for 2 år i 2023, stiller ikke til gjenvalg
 - e. **Rannveig Stokke**, valgt for 2 år i 2023, stiller til gjenvalg
 - f. **Are Larsen**, valgt for 2 år i 2024
 - g. **Nilofar Alizadeh**, valgt for 2 år i 2024
- B. Valgkomiteen ønsker å innstille følgende styremedlemmer: vedtatt ved akklamasjon
- a. **Martin Sommer** (OUS) – NGF-representant
 - b. **Kanutte Norderud** (Vestre Viken Drammen)
 - c. **Andreas Thorsen** (Stavanger Universitetssykehus)
 - d. **Falastin Alasoow** (Stavanger Universitetssykehus)
- C. Valgkomiteen innstiller **Are Larsen** som **leder**. Vedtatt ved akklamasjon.

7. Eventuelt:

ingenting meldt

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

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, Hudavdelingen, Københavns Universitetssykehus Bispebjerg, 2. oktober 2024

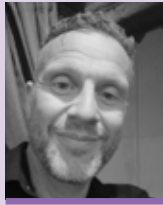
Tilgjengelig hos: Vitusapotek, Apotek1, Boots og Apotek For Deg.

92%
fettinnhold



Leder fra Spesialitetskomiteen

Kjære alle sammen



Alexander Vietheer
Overlege, fødeavd. HUS,
medlem av Spesialitetskomiteen

Høsten har for alvor gjort sitt inntog, og enda et år nærmer seg slutten. Et år som overlege, spesialist i gynekologi, forsker, eller lege i spesialisering. Et år som vikar, leder, styremedlem eller ansatt. Et år som avtalespesialist, i privatpraksis, på sykehus, eller i arbeid for kvinnehelse nasjonalt og internasjonalt – både i utviklingsland og industriland.

Et år også som trener, far, mor, bror, søster, barn eller venn. Rollene og forventningene til oss er mange, og de kan tidvis være vanskelige å forene. I en tid hvor vi nettopp blir utfordret på dette, står hele helse- og omsorgssektoren overfor store endringer og press. Vårt fag blir, som alle andre, målt på produktivitet – samtidig som det forventes høy medisinsk og faglig spisskompetanse.

Som vi fikk erfare under debatten på årets fantastiske årsmøte i Ålesund – en stor takk til NGF-styret og lokalkomiteen for et imponerende arrangement – blir vi også utfordret på **tillit**. Til tross for høy kompetanse og avansert teknisk utstyr ved norske sykehus, opplever vi at pasienter (i debatten: fødende) velger å takke nei til våre tilbud. Skepsisen vi møter henger ofte sammen med bemanningsutfordringer og tidspress som påvirker den daglige pasientkontakten, og dermed vår evne til å vise omsorg og empati – tema som for lengst har nådd mediene.

Som spesialitetskomité, med representanter fra både LIS og spesialister fra ulike subspecialiteter, helseregioner, sykehus og avtalepraksis, fungerer vi som en rådgivende instans i Legeforeningen på oppdrag fra Helsedirektoratet. Vårt mandat omfatter blant annet kvalitetssikring av utdanningsinstitusjonene gjennom besøk. Mens dette tidligere nærmest kunne regnes som en formalitet, ser vi nå – i 2025 – at enkelte enheter ikke klarer å leve opp til sine planer, uavhengig av størrelse. (For øvrig gikk prisen for beste utdanningsinstitusjon i år til Hammerfest sykehus – gratulerer!)

Denne utviklingen er bekymringsfull. Uten ny rekruttering og et solid faglig fundament for spesialistutdanning i offentlige sykehus, vil vi alle tape til slutt. Private institusjoner er i dag ikke en del av det systematiske utdanningsløpet, og en forskyvning i det markedet vil kun være en midlertidig løsning.

Som den fantastiske foreningen vi er – en stor takk til **Solveig Bjellmo**, som nå har gått av etter to år som leder og har vært et forbilde for mange – må vi alle bidra. Vi må tørre å diskutere, utfordre og samtidig spille på lag. Vi må være bevisste det ansvaret vi har – ikke bare overfor pasientene, men også for utdanningen, og for å sikre at det fortsatt er attraktivt å arbeide der utdanningen faktisk skjer.

Med dette ønsker jeg vår nye leder, **Agnethe Lund**, og oss alle lykke til videre – med faglig styrke, engasjement og fellesskap.

Med beste hilsen,
Alexander Vietheer



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



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



GlaxoSmithKline AS, Drammensveien 288, 0283 Oslo, Tlf. 22702000.
©2025 GSK Group of Companies. Trade marks are owned by or licensed to the GSK Group of Companies. All rights reserved. PM-NO-DST-ADVR-240001, Februar 2025.

Vulvodyni og vaginisme

– en pasienthistorie og oversikt over behandlingstilbud i Norge

Pasienthistorie

Kvinne i slutten av 20 årene. G1P0. I jobb. Frisk, men går til DPS lokalt for oppfølging av angstproblematikk. Tidvis dysmenore og flere gynekologer har nevnt mulighet for underliggende endometriose.

Forteller at hennes plager startet fra 18 års alder etter et lengre kjæresteforhold. I starten var samleie uproblematisk, men etter ca 1 år startet hun å bemerke smerter ved forsøk på eller ved samleie med vaginal penetrasjon. Varierende grad av smerter. Noen ganger ved direkte provokasjon som berøring, andre ganger smerter av brennende karakter etter avsluttet samleie. Har alltid kunne bruke tampong og bruke trange klær uten besvær.

20 år gammel oppsøkte hun en gynekolog for utredning. Opplevde der at hennes plager ble noe bagatellisert og forklart at de fleste kan oppleve smerter ved samleie. «Det kan hjelpe med et eller to glass rødvin og prøve igjen». Hun forsøkte dette av og til, men ble engstelig over at hun stadig økte antall glass før hun og kjæresten skulle være intime. Hun ble også anbefalt å forsøke canesten-behandling ved svie da det kunne være candida-infeksjon.

«Jeg kunne ofte oppleve en smerte som om mitt underliv var satt fyr på og som om det var en vegg som lukket seg ved forsøk på samleie».

Det gikk flere år uten behandling utover egenbehandling med ulike canestenkurer, før hun bestemte seg for å oppsøke fastlege igjen. Der ble de enige om henvisning til vulvaklinikken. Hun leste seg opp på vulva.no i mellomtiden og fant en bekkenbunnsfysioterapeut hun fikk god tillit til.

Tverrfaglig undersøkelse med hudlege, gynekolog og sykepleier ved vulvaklinikken:

Inspeksjon: normal arkitektur hud vulva. Ingen erosjoner eller tegn til hudsykdom.
Vattpinnetest: pos utslag . Angir en kombinasjon av brennende sensasjon og krampelignende smerte.
Palpasjon: hypertont muskulatur. Tydelig involunter kontraksjon før undersøkelse.
Mikroskopi: ph 3,8. Normale forhold. Ikke sett tegn til sopp, tar prøve til dyrkning for å utelukke candida.

Vurdering:

Lokal provosert vulvodyni med sekundær vaginisme. Anbefaler å kontinuere timer hos bekkenbunnsfysioterapeut og søknad om stavsett startes. Forsøker xylocian regime. Kontroll planlegges om 3 mnd da for vurdering av evt botox.

Lang ventetid ved vulvaklinikken og derfor ny vurdering etter 6 mnd. Pasienten er da godt i gang med bekkenbunnsfysioterapi og stavsett, men føler en stagnasjon. Botox blir derfor satt på vulvaklinikken. Kontroll etter 3 mnd. Ved kontroll god fremgang men noe regress av smerter etter ca 3 mnd. Motivert for ny botox som gis under samme konsultasjon. Avlyser siste time ved vulvaklinikken, men tilringes for oppfølging. Hun forteller om godt resultat etter oppfølging av bekkenbunnsfysioterapeut og god effekt av botox. Kan nå ha samleie med ny partner uten smerter.

faktorer (multifaktoriell) og at behandling burde være individuelt tilpasset og ikke en såkalt «one size fits all».

Vulvodyni kan oppstå hos kvinner i alle aldre, men hyppigst forekommer det hos yngre kvinner. Smertene er ofte lokalisert i bakre del av vestibulum, men kan forekomme i hele vulva. Vaginisme er muskelspenninger som gir fornemmelse av tranghet og krampes. Vulvodyni rammer ca 10-15% av alle kvinner ila livet.

Hvordan behandle?

Vulvasmerter kan være vanskelig å behandle. Pasienter med ulike vulvasykdommer er avhengig av undersøkelse hos en gynekolog for fastsettelse av diagnosen. En del fastleger har god kompetanse på vulvodyni/vaginisme, men det er viktig at pasienten får en grundig undersøkelse av gynekolog for å utelukke andre baken-

Etiologi skissert av ISSVD, ISSWSH og IPPS: felles terminologi og klassifisering av persisterende smerte i vulva og vulvodyni

TABLE 3. 2015 Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia
A. Vulvar pain caused by a specific disorder*
• Infectious (e.g., recurrent candidiasis, herpes)
• Inflammatory (e.g., lichen sclerosis, lichen planus, immunobullous disorders)
• Neoplastic (e.g., Paget disease, squamous cell carcinoma)
• Neurologic (e.g., postherpetic neuralgia, nerve compression, or injury, neuroma)
• Trauma (e.g., female genital cutting, obstetrical)
• Iatrogenic (e.g., postoperative, chemotherapy, radiation)
• Hormonal deficiencies (e.g., genitourinary syndrome of menopause [vulvovaginal atrophy], lactational amenorrhea)
B. Vulvodynia—vulvar pain of at least 3 months' duration, without clear identifiable cause, which may have potential associated factors.
The following are the descriptors:
• Localized (e.g., vestibulodynia, clitorodynia) or generalized or mixed (localized and generalized)
• Provoked (e.g., insertional, contact) or spontaneous or mixed (provoked and spontaneous)
• Onset (primary or secondary)
• Temporal pattern (intermittent, persistent, constant, immediate, delayed)
*Women may have both a specific disorder (e.g., lichen sclerosis) and vulvodynia.

TABLE 4. 2015 Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia
Appendix: potential factors associated with vulvodynia*
• Comorbidities and other pain syndromes (e.g., painful bladder syndrome, fibromyalgia, irritable bowel syndrome, temporomandibular disorder; level of evidence 2)
• Genetics (level of evidence 2)
• Hormonal factors (e.g., pharmacologically induced; level of evidence 2)
• Inflammation (level of evidence 2)
• Musculoskeletal (e.g., pelvic muscle overactivity, myofascial, biomechanical; level of evidence 2)
• Neurologic mechanisms
• Central (spine, brain; level of evidence 2)
• Peripheral: neuroproliferation (level of evidence 2)
• Psychosocial factors (e.g., mood, interpersonal, coping, role, sexual function; level of evidence 2)
• Structural defects (e.g., perineal descent; level of evidence 3)
*The factors are ranked by alphabetical order.

© 2016, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology

Bornstein J., Goldstein A.T., Stockdale C.K., Bergeron S., Pukall C., Zolnoun D., Coady D. 2015 ISSVD, ISSWSH and IPPS consensus terminology and classification of persistent vulvar pain and vulvodynia. Obstet. Gynecol. 2016;127:745–751. doi: 10.1097/AOG.0000000000001359. - DOI - PubMed

forliggende årsaker. Jmf International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD) er tverrfaglig samarbeid med gynekolog og hudlege, bekkenbunnsfysioterapeut, sexolog og av og til psykolog viktig. Bevisstgjøring rundt egen diagnose oppleves svært viktig for pasienter med vulvasykdommer. Ved enkelte vulvaklinikker tilbys botoxbehandling mot vaginisme. Ofte gis nevromodulerende medikamenter i de tilfeller dette synes indisert. Ved hudsykdommer som kan ramme vulva vil det være nødvendig med vurdering av hudlege, og mange av disse kvinnene bør henvises til en vulvaklinikk med tilbud om tverrfaglig vurdering av for eksempel gynekolog og dermatolog. Hos pasienter med en komplisert smerteanamnese av kronisk og invalidiserende karakter kan det være nødvendig med henvisning til smerteklinikker ved de ulike sykehusene. Norge er et langstrakt land og behov for styrkning av behandlingstilbud lokalt er viktig for at alle kvinner skal få tilbud om behandling uavhengig av bosted. Tverrfaglig behandlingstilbud er svært viktig. Her vil for eksempel styrkning av fysioterapitilbudet lokalt i de ulike kommunene med økt fokus på kvinnehelse være viktig.

Hvilket tilbud har vi i Norge

I dag har vi vulvaklinikker på flere norske sykehus. Oslo universitetssykehus Ullevål, St. Olavs hospital, Universitetssykehuset Nord Norge Tromsø, Ålesund sjukehus og Stavanger Universitetssykehus. Ventelistene varierer ved de ulike foretakene. Mange pasienter opplever å måtte vente mange måneder før de får en vurdering ved en vulvaklinikk. Hvordan dette påvirker prognose, psykisk helse og parforhold vet vi i dag lite om.

Hva gjør vi i Vulvaforum?

Vulvaforum er et tverrfaglig forum for helsepersonell som jobber med pasienter og engasjerer seg i vulvalidelser. Vulvaforum ble

etablert som en forening i 2018 og har per oktober 2025 498 medlemmer. Vulvaforum ble etablert i 2003 av legene tilknyttet Vulvapoliklinikken på Oslo Universitetssykehus og fysioterapeuter fra Storo og Nydalen Mensendieck-Fysioterapi. Styret består i dag av: Styreleder Ida Waagsbø Bjørntvedt - gynekolog ved Vulvaklinikken OUS, Anne Lise Helgesen - hudlege PhD og leder av Vulvaforum fra 2003 til 2022, Ingrid Næss Mensendieck – fysioterapeut, styremedlem i Vulvaforum siden 2003, Trine Aarvold - lege ved Sex og samfunn, Jenny Toftner - fysioterapeut, klinisk sexolog og parterapeut, Mona Valstad Elsness - osteopat og fysioterapeut, Lena Hüttner - gynekolog og seksjonsleder ved kvinneklinikken Ålesund Sjukehus. Vi har to faste møter per år, et fagmøte og et årsmøte. Vi har ofte eksterne forelesere og varierte og lærerike foredrag om ulike vulvalidelser. Alle medlemmer får valg mellom fysisk eller digital deltagelse. På den måten kan vi være et aktivt forum for alle behandlere i Norge. Vi ønsker gjerne flere gynekologer som medlemmer, spesielt avtalespesialister.

Vi driver nettsiden *www.vulva.no*, en nettside for både helsepersonell og pasienter. Vi har her en oversikt over ulike behandlere i Norge. Dette gjør det enkelt for både pasienter og helsepersonell å finne rett behandler i eget distrikt. På vulva.no finnes også egne pasientinformasjonsskriv som behandlere kan vise til. Nettsiden ble oppdatert sist mars 2025 av styret i Vulvaforum.

Vulvaforeningen er en pasientforening som ble stiftet i 2020 og drives på frivillig basis av kvinner som har erfaring med underlivssmerter. De jobber aktivt for å styrke søkelyset på behandling samt skape en arena for støtte og samhold. Alle pasienter med vulvalidelser bør informeres om vulvaforeningen og deres tilbud.

Vulvodynini og vaginisme – multimodal behandling hos fysioterapeuten

Hun sitter foran deg igjen, samme unge kvinne som forrige gang. Samleie gjør fortsatt vondt, og hun forstår ikke hvorfor. Utredningen viser ingen underliggende patologi, og du mistenker vulvodynini eller vaginisme. Hun er fortvilet. Hva nå?



Jenny Toftner

MSc

Fysioterapeut

Autorisert klinisk sexolog (NACS)

Parterapeut

Smertetilstanden er krevende både for pasienter og helsepersonell [1]. De få offentlige tilbudene har lange ventelister, mens private alternativer ofte er kostbare [2]. NOU 2023:5 Om kvinners helse og betydningen av kjønn, understreker behovet for økt kunnskap og viser til at kvinners helse fortsatt har lav status. Rapporten peker på at mange kvinner bruker lang tid på å få riktig diagnose, og at mangelfull behandling kan medføre betydelig psykisk belastning [2].

Som offentlig behandler i over 15 år har jeg selv erfart både utfordringer og frustrasjoner knyttet til dette. Innledningsvis var det overveiende vanskelig for kvinnene jeg møtte å få rett diagnose. De opplevde ofte en lang rundreise med svaret: «Vi finner ikke noe galt». Nå erfarer jeg både mer kunnskap og raskere diagnostikk, men behandlingstilbudet er fortsatt en flaskehals. Nå skal ikke denne teksten handle om økte midler til kvinnehelse, behovet er åpenbart! Jeg ønsker derimot å løfte frem et mer nyansert bilde av kvinnene bak diagnosen og hva som kan være nyttig for dem å høre i møtet med dere. Små grep kan gjøre ventetiden lettere. Videre ønsker jeg å fremheve betydningen av tverrfaglige tiltak, helhetlig tenkning og kunnskap om hvordan smerte påvirker oss. Dette stiller krav til helsepersonell, både når det gjelder faglig kompetanse og evnen til å møte individet foran oss uten forutinntatte holdninger [3]. Selv i en travel hverdag håper jeg at du, etter å ha lest artikkelen, sitter igjen med en opplevelse av at det ikke skal så mye til for å være en trygg støttespiller for kvinner med komplekse smertetilstander.

Å bli tatt på alvor

Min bakgrunn som fysioterapeut, klinisk sexolog og parterapeut har gitt meg flerfaglig innsikt om både tilstanden og personene jeg møter. Et godt møte kan skape tillit og trygghet, og gi henne bedre forutsetninger mens hun venter på videre behandling [3]. Dessverre opplever mange kvinner at de ikke blir tatt på alvor, eller blir avfeid når behandling ikke hjelper. Jeg tror ikke helsepersonell har intensjon om dette, men misforståelser i kommunikasjonen kan lett oppstå. Jeg har selv erfart å mene én ting, mens pasienten

har oppfattet noe helt annet. Da står tilliten og den terapeutiske alliansen i fare, noe vi vet kan påvirke behandlingsutfallet negativt [4].

Hvordan møte vedkommende på en god måte?

Årsakene til vulvodynini er sammensatte. Hos noen dominerer nevro-patiske mekanismer med sentral sensitisering i smertenettverket, mens andre har uttalt muskulær dysfunksjon i bekkenbunnen. Psykososiale faktorer som tidligere smertefulle samleier, seksuell angst eller traumer kan bidra til en ond sirkel av smerte og unngåelse. Et viktig poeng er å formidle at dette er en multifaktoriell tilstand, der helhetlig behandling gir best effekt [5]. Dette er nok kjent for de fleste av dere, men hvordan kan vi formidle det på en god måte? Mange kvinner forteller at de opplever kompleksiteten som overveldende. Hvor skal de begynne, og hva betyr dette egentlig for dem? Flere beskriver en følelse av avmakt etter legebesøket.

Noen forutinntattheter

Det kan se ut til at en noe større andel kvinner med vulvodynini har vært utsatt for seksuelle overgrep [6]. Som ved andre diagnoser kan enkelte ha opplevd noe seksuelt overskridende eller traumatisk, men det er fortsatt mange som ikke har det. Det er derfor viktig å unngå å plassere kvinnene i en slik kategori når de kommer til konsultasjon, da det kan oppleves som en ekstra belastning [6]. Mange tenker: «Jeg har ikke opplevd noe traumatisk, hvorfor har jeg fått dette?» eller «Jeg må bruke tid på å overbevise helsepersonell om at jeg ikke har opplevd noe traume.» Slik risikerer hun å føle at hun ikke blir trodd, eller i verste fall at hun selv har skylden.

En annen forutinntatthet er at dette handler om «flinke piker». Jeg har møtt unge/eldre, lyse sinn/mørke sinn, trente/utrente, uføre/toppledere, politikere, kunstnere, leger og sykepleiere – dere ser poenget. Det er viktig å unngå generaliseringer og forutinntatte holdninger i møte med pasienten. Tenker vi «å ja, du er en sønn en», risikerer vi å overse det vesentlige, eller at kvinnen føler seg plassert i en bås før hun blir sett og hørt. Samtidig kan det være uheldig å knytte vulvodynini til «flink pike»-begrepet, fordi dette kan gi kvinnen en opplevelse av at plagene er hennes egen skyld. Det er lite hjelpsomt å sitte igjen med en følelse av at det er din egen feil. Ja, det kan være tidkrevende, men ofte er det ikke så mye som skal til. Selv om mulige årsaker til vulvodynini og vaginisme kan være sammensatt, trenger det ikke automatisk å være så komplisert.



Deler av styret i Vulvaforum. Fra høyre: Anne Lise Helgesen, Trine Aarvold, Lena Hüttner, Ida Waagsbø Bjørntvedt og Jenny Toftner. Foto: Privat.

Hva kan du si?

Å formidle at det er forskjellige grunner til hvorfor dette har oppstått, at det kan ramme hvem som helst, at dette er veldig forskjellig fra person til person og at det er viktig å ha en grundig utredning hos en behandler med kompetanse innenfor tematikken. En behandler kan være fysioterapeut, osteopat, sexolog, psykolog, sykepleier, samtaleterapeut eller likende. Behandleren kan hjelpe kvinnen til å både se sammenhenger, og forstå både tilstanden og situasjonen sin bedre. Jeg erfarer at det kan gi både håp og motivasjon.

Tilby mulighet for oppfølging dersom det ikke bedrer seg. Støtt henne i at hun ikke står alene, at mange opplever de samme smertene, og at hun ikke er unormal. Den tryggheten kan være avgjørende for at hun føler seg tatt på alvor. Det slår meg fortsatt at kvinner, selv i dagens informasjonssamfunn, ofte tror de er alene om disse plagene. Å høre deg som gynekolog si at dette er en velkjent problematikk, og at mange blir bedre, kan gjøre situasjonen lettere å håndtere. Det kan være noen setninger som kan gjøre den store forskjellen. Og ja, la meg presisere igjen at jeg vet det er vanskelig for leger og gynekologer som bor steder der det rett og slett ikke finnes behandlere med kompetanse. Her vil jeg oppmuntre dere til å motivere lokale behandlere til å ta kurs, oppdatere seg og/eller erverve seg kompetanse om tematikken. Å tilby hjelp til denne gruppen opplever jeg som veldig meningsfullt og som behandler føler du virkelig at du utgjør en forskjell!

Et praktisk råd!

I noen tilfeller kan det være hensiktsmessig å rekvirere seksualtekniske hjelpemidler, for eksempel dilatorsett, fra NAV. Fysioterapeuter og sexologer har dessverre ikke rekvisisjonsrett. Min erfaring er at pasientene ofte må sendes tilbake til henvisende lege for søknad. Dersom dette kan ordnes direkte, sparer både pasient og behandler tid. Dilatorsett er nyttige for kvinner med sterk frykt, nociplastisk smerte (svie i skjedeinngangen) eller anspent bekken-



NOU 2023:5 Om kvinners helse og betydningen av kjønn viser til at kvinners helse fortsatt har lav status og at mange kvinner bruker lang tid på å få riktig diagnose.

bunnsmuskulatur [5, 6]. Be de ta med settet til fysioterapeuten/osteopaten så kan behandler gi opplæring av bruk. Det er veldig viktig å få en kartlegging av behandler først, da feil bruk kan føre til vondt verre! For eksempel er det veldig svie, må de starte med en størrelse som ikke svir for mye. Klarer de ikke å slippe av i musklene, skal de ikke presse inn en dilator med makt. Samme gjelder ved berørings- og innføringsfrykt, da kan de dissosiere og gjøre dette av ren plikt. Slike strategier fungerer veldig dårlig da det kan gi økt smerte og sterkere frykt.

Videre utredning og behandling

Den grunnleggende undersøkelsen som fysioterapeuten eller osteopaten gjennomfører, danner grunnlaget for hvilke tiltak som bør iverksettes. En slik undersøkelse kan være global (hele kroppen) og lokal (vaginal palpasjon), og gjøres etter en utdypende kartleggingssamtale [13]. Du kan lese faggruppen for kvinnehelse i Norsk Fysioterapeutforbund sine retningslinjer her: <https://aktuelt.fysio.no/hubfs/Retningslinjer%20bekkenbunn-1.pdf>. Fysioterapeuten kan gi innsikt og bevissthet rundt eget spenningsmønster og smerter. En helhetlig tilnærming og/eller manuelle teknikker være nyttig [1, 5, 7]. Kort oppsummert handler det om å få kontakt og trygghet i egen kropp igjen [7]. Gjennom informasjon, støtte og tilpassede hensiktsmessige tiltak, kan veien til bedring starte. Vi behandlere (autorisert helsepersonell) har ulike bakgrunner og ferdigheter. I dette tilfellet kan det være en fordel. For kvinnene vi møter er forskjellige og det er ulike behov. Det er derfor viktig å informere kvinnen at hun bør føle nytte av behandlingen, og ha en god dialog med henne hva hun tenker om videre tiltak.

Betydningen av kontekst og smerte

Det er utfordrende å opprettholde lyst når seksuell aktivitet forbindes med smerte, og sexlysten kan bli betydelig redusert [8, 9]. Som sexolog møter jeg flere par, og jeg erfarer at ulike kommunikasjonsmønstre og relasjonelle utfordringer kan oppstå. Det kan være vanskelig å uttrykke sorg og savn, og krevende følelser kan føre til frustrasjon og irritasjon. Resultatet kan bli at begge



Fv. Ole Aleksander Dyrkorn, Ingrid Næss, Trine Aarvold, Anne Lise Helgesen, Ida Waagsbø Bjørntvedt og Jenny Toftner (i forbindelse ny revidert utgave av Vulva.no)

føler seg verken sett, hørt eller forstått. Det kan være veldig leit når begge partene er glad i hverandre og ønsker hverandre bare godt [10]. Kvinner som er single kan fortelle om frykt for avvising og følelsen av å ikke være god nok. De har ofte ekskludert seg selv fra all potensiell dating, da det blir for vanskelig. De kan sitte på mitt kontor med både stor sorg og lav selvverd. Det er her vi behandler kommer på banen med å forklare hva som skjer i kroppen og dets sammenheng med smerteopplevelsen.

Vi vet stadig mer om smerte og hva som påvirker smerteopplevelsen. Tidligere erfaringer, frykt, unngåelse og forventning kan påvirke og forsterke et allerede sensitivt system [11, 12]. Dette medfører at samstemtheten i relasjonen er desto viktigere! Å være trygg med partner, føle at man er på lag og genuint støtter hverandre, blir helt essensielt for å skape rammene som må til for å roe kroppen og unngå at alarmsentralen løper løpsk! Å være singel og skal date i en slik situasjon gjør det ekstra risikabelt. Jeg erfarer at mange kan fortelle at smertene er mindre fremtredende når de klarer å etablere trygghet i situasjonen. Å forstå hvordan smertenettverket og hjernen kan tolke signaler fra kroppen

utfra forventning blir vesentlig å forklare for kvinnen og partner [11, 12]. Dette stiller desto større krav til oss behandlere om en helhetlig tilnærming som omfatter mer enn kropp og psyke som to adskilte enheter.

Avsluttende kommentar fra Vulvaforum

Personer med vulvodini og vaginisme, eller generelt smerter ved sex, trenger å bli tatt på alvor. Det er både slått fast i NOU 2023:5 og Strategi for seksuell helse [14], men for å runde av med det vi sa i innledningen, det er fortsatt lite prioritert i praksis. I Oslo er det verken øremerkede midler til kvinnehelse-fysioterapeuter og det er svært begrenset tilgang til vulvaklinikker. Desto viktigere blir det at menneskene som strever med disse plagene blir møtt på en god måte. At de føler seg sett, hørt og møtt på en måte som kan gjøre ventetiden og veien til bedring mer håpefull. Vi tror vi absolutt kan gjøre en forskjell, og at den starter med å se i oss selv og tenke "hva kan jeg gjøre?". Til slutt vil vi i Vulvaforum benytte anledningen til å rette en stor TAKK til dere alle som står på der ute og gjør så godt dere kan for disse kvinnene! Dere gjør en forskjell!

Referanser

1. Santangelo, G., et al., *Vulvodynia: a practical guide in treatment strategies*. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2023. **163**(2): p. 510-520.
2. Meyer, C., et al., *NOU 2023:5 Den store forskjellen – Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse*, H.-o. omsorgsdepartementet, Editor. 2023: Oslo.
3. Daluiso-King, G. and C. Hebron, *Is the biopsychosocial model in musculoskeletal physiotherapy adequate? An evolutionary concept analysis*. Physiotherapy theory and practice, 2022. **38**(3): p. 373-389.
4. Baier, A.L., A.C. Kline, and N.C. Feeny, *Therapeutic alliance as a mediator of change: A systematic review and evaluation of research*. Clinical psychology review, 2020. **82**: p. 101921.
5. Morin, M., M.-S. Carroll, and S. Bergeron, *Systematic review of the effectiveness of physical therapy modalities in women with provoked vestibulodynia*. Sexual medicine reviews, 2017. **5**(3): p. 295-322.
6. Bergeron, S., et al., *Vulvodynia*. Nature reviews disease primers, 2020. **6**(1): p. 36.
7. Kaarbø, M.B., et al., *A conceptual model for managing sexual pain with somatocognitive therapy in women with provoked vestibulodynia and implications for physiotherapy practice*. Physiother Theory Pract, 2023. **39**(12).
8. Chisari, C., et al., *Psychosocial factors associated with pain and sexual function in women*

with vulvodynia: a systematic review. European Journal of Pain, 2021. **25**(1): p. 39-50.

9. Brauer, M., et al., *Predictors of task-persistent and fear-avoiding behaviors in women with sexual pain disorders*. The Journal of Sexual Medicine, 2014. **11**(12): p. 3051-3063.
10. Myrveit-Stensrud, L., et al., *"It's all my fault": a qualitative study of how heterosexual couples experience living with vulvodynia*. Acta Obstet Gynecol Scand, 2023. **102**(10): p. 1378-1389.
11. Ongaro, G. and T.J. Kaptchuk, *Symptom perception, placebo effects, and the Bayesian brain*. Pain, 2019. **160**(1): p. 1-4.
12. Van den Bergh, O., et al., *Symptoms and the body: taking the inferential leap*. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 2017. **74**: p. 185-203.
13. Fysioterapeutforbundet, *faggruppen for kvinnehelse*. (2025, 17. mars). Retningslinjer bekkenbunn: Faglige retningslinjer for fysioterapeutisk utredning og behandling. Norsk Fysioterapeutforbund. <https://aktuelt.fysio.no/hubfs/Retningslinjer%20bekkenbunn-1.pdf>
14. Helse og omsorgsdepartementet. (2025). God seksuell helse – vårt felles ansvar: Strategi for seksuell helse. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/07f9c48c3037429d947ff8a3749e9051/no/pdfs/seksuell-helse-strategi.pdf>

Embagyn

doksylamin 20 mg/pyridoksin 20 mg

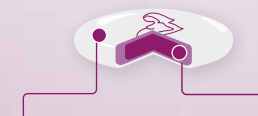
For behandling av svangerskapskvalme og oppkast¹

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

Hjelp, burde jeg sende placenta til patologen? – og hva skal jeg bruke svaret til?

Er du er i villrede om å sende inn en placenta fra en svangerskaps- eller fødselskomplikasjon til undersøkelse? Du er ikke alene om å lure på dette. Artikkelen diskuterer Veileder i Fødselshjelp sine anbefalinger i Placenta-kapittelet, der vi er medforfattere. Med historier nær din kliniske hverdag eksemplifiserer vi hvorfor placenta bør få den oppmerksomheten organet fortjener, som det eneste organ som deles av mor og barn.



Annetine Staff

Forskningsleder, Kvinneklirikken, Oslo universitetssykehus, og professor, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

Hva skjer med Placentakapittelet i Veilederen for fødselshjelp?

Forrige utgave av Placentakapittelet ble ferdigstilt i 2020, med 6 forfattere.¹ I 2025–26 revideres dette kapittelet, ved de sammen forfattere, komplettert med en medforfatter med fostermedisinsk ekspertise (Cathrine Ebbing, UiB/Haukeland). Dermed suppleres kapittelet med ultralydfunn gynekologen vil kunne vurdere for eksempel ved spørsmål om tvilling-til tvillingstransfusjoner. I tillegg har vi valgt å flytte «Abruptio»-delen av kapittelet til et foreløpig eget, nytt kapittel. Dette fordi temaet ikke omtales i noe annet kapittel i Veilederen, og denne kliniske problemstillingen er viktig for vaktgående leger. Flere tilbakemeldinger tyder på at abruptio-aspektet drukner i det omfattende placentakapittelet.

Det reviderte kapittelet (altså de to kapitlene, Placenta og Abruptio placenta) sendes på høring, i februar-mars 2026, til alle medlemmer av Norsk Gynekologisk Forening. Deretter diskuteres revisjonsforslagene på årets Veiledermøte på Losby Gods 23–24 april 2026. Dette gir deg som leser av Gynekologen en gyllen mulighet for å bidra til et enda bedre Placentakapittel.

Dagens praksis ved din avdeling? Ved ukompliserte vaginale fødsler registreres antakelig placentas vekt, navlesnor og hinner i elektronisk pasientjournal av jordmor. Men ved en komplisert fødsel der lege også er involvert, hva er praksis da ved din avdeling? Kanskje burde lege og jordmor samsnakkes om funn ved placentainspeksjon, slik at rekvisisjon til patolog blir best mulig? Det er faglig uheldig dersom det er divergerende beskrivelse av placenta-relaterte funn i et legenotat og et jordmornotat. Kanskje du skal sjekke hva din avdelings rutiner og bidra til å etablere enda bedre rutiner?



Gitta Turowski

Overlege, Leder for Perinatal Patologi, Avdeling for Patologi, Oslo universitetssykehus

Hvilke forslag og anbefalinger gir Veilederen i fødselshjelp om undersøkelse av placenta, og hvorfor?

A) Makroskopisk undersøkelse --> Alle

Veilederen sier: «Vi anbefaler at placenta undersøkes og beskrives makroskopisk av jordmor eller gynekolog etter alle fødsler.»

Tre kliniske eksempler på at makroskopisk undersøkelse kan være nyttig for legen og pasient:

- Kvinnen sivblør vaginalt etter at placenta er ute. Nyttig for kliniker på vakt å vite om placenta og hinner ser komplette ut, eller om det er grunn til å mistenke fastsittende rester som hindrer uteruskontraksjon? Ikke minst er det fint for pasienten, som kanskje unngår langvarige blødningsproblemer, rester og infeksjon i en allerede slitsom barseltid.
- Placenta syntes å være helt løs og kom samtidig med fødselen av barnet. Barnet er overraskende slapt og virker tilveksthemmet. Var det noen tegn på eldre koagler på placentas maternelle flate? Var det noen impresjoner i placentas maternelle flate som tegn på at det har vært et eldre (organisert) koagel her? Abruptio, spesielt akutt, er veldig vanskelig å diagnostisere fra patologens side, og kliniskernes (vakthavende lege) målrettede undersøkelse av slike tegn er derfor svært nyttige.
- Det er kommet en klagesak på fødselsutfallet til et barn som er forløst ved din avdeling, som viser seg å ha læringsvansker. Mor lurte på om morkaken ikke så normal ut ved fødselen, og om morkakehinnene var grønne. Hun har lest seg opp på temaet og spør om ikke morkakesvikt med et stresset foster kan ha gitt en lett surstoffmangel og dermed bidratt til læringsvanskene. Du finner kun summarisk beskrivelse av upåfallende vaginalfødsel, inntil vakuumbetegnelse på grunn av et protrahert forløp. CTG var ikke beskrevet som patologisk. Du finner ingen beskrivelse av placenta i journal eller journalnotat. Hadde du hatt en beskrivelse av normale hinner og placenta, hadde du kunnet berolige mor om at intet patologisk var observert ved fødselen.

Amsterdamkriterier	Mulige funn	Tolkning	Kliniske tilstander
Maternell vaskulær malperfusjon (MVM)	Infarkt, decidual vasculopati (f.eks. trombose i spiralarterier), økt syncytial knute-dannelse (syncytial knots).	Gjenspeiler endret maternell blodstrøm til placenta.	Preeklampsi/hypertensive svangerskapskomplikasjoner Fostertilveksthemming (FGR)
Føtal vaskulær malperfusjon (FVM)	Vaskulære lesjoner, avaskulære villi og intravaskulære tromber.	Tegn på endret blodstrøm i fostrets sirkulasjon, ofte sekundært til mors endret sirkulasjon	FGR
Placentainfarkt	Områder med nekrotisk vev på grunn av iskemi.		Ofte sammen med MVM Kan forekomme ved FGR Abruptio (ofte fokale infarkter og decidual blødning)
Chorioamnionitt og villitt	Betennelsesreaksjoner i fosterhinner og villi.	Ofte assosiert med oppadstigende infeksjoner.	Klinisk chorioamnionitt
Modningsforstyrrelser	Forsinket eller feil modning av placenta med unormale villøse strukturer.		Kan ses ved mange placenteringsforstyrrelser som fører til heterogen klinikk (hypertensive svangerskapskomplikasjoner, FGR, spontan preterm fødsel, etc.).

Tabell 1 gir en forenklet oppsummering av de vanligst brukte Amsterdamkriteriene, og i hvilke svangerskapskomplikasjoner disse morfologiske funnene ofte identifiseres.

B) Patologisk undersøkelse --> Noen, men absolutt ikke alle

Veilederen sier: «Vi foreslår at placenta sendes til patologisk anatomisk undersøkelse ved alle fødsler der det har vært maternelle og/eller føtale komplikasjoner i svangerskap og/eller fødsel, samt ved placentære komplikasjoner (slik som velamentøst navlesnorsfeste, retroplacentære hematom etc.)»

Historisk sett har det vært ulik praksis ved gjennomføring av patologenes undersøkelser av placenta (morfologiske analyser og immunhistokjemi). Undersøkelsesmetodikk og rapportering har i stor grad vært avhengig av patologens ekspertise og interesse for placenta. For å harmonisere rapportering av placentamorfologi har en gruppe patologer, som er placenta-eksperter, inkludert Gitta Turowski, utarbeidet de såkalte Amsterdam-kriteriene.² Gitta har også bidratt til å spre viktigheten av en strukturert rapport i placenta-beskrivelser fra patologen, for at denne skal være til nytte i klinikken.³

Placentamorfologisk undersøkelse må betraktes som ett av flere verktøy fødselslegene kan bruke i sitt kliniske arbeid. Amsterdamkriteriene har hovedfokus på lesjoner av maternell og føtal vaskulær opprinnelse, infeksjon og modningsforstyrrelser, ofte sett ved preeklampsi, veksthemming og abruptio placentae. Hensikten er å gi klinikere et bedre verktøy til å forstå og følge opp svangerskapskomplikasjoner basert på objektive patologiske funn. Placentaeksperter er enige om at det er klinikerne (fødelegene) som er best egnet til å konkludere basert på de samlede undersøkelsene, ved postpartum-samtaler med pasienten. Ikke minst også for å gi anbefaling om oppfølging ved et nytt svangerskap (inkludert forebygging av tidlig preeklampsi med oppstart av lavdose acetylsalicylsyre en eller gang rundt svangerskapsuke 11–14).

To kliniske eksempler på at placentamorfologiske undersøkelser kan være nyttig for legen og pasient:

- Som vakthavende fødelege har du nettopp forløst et barn med vakuumbetegnelse, grunnet truende asfyksi-mistanke på grunn av patologisk CTG. Forløsningen gikk greit, men du synes barnet var overraskende slapt basert på normal CTG tidligere i fødselsforløpet. Ved inspeksjon av placenta er du usikker på en liten kompresjon på maternell flate, og om

det kan være noen placentainfarkter. Du sender placentaen til patologen, med opplysninger om problemstilling og svangerskapslengde.

Henvising: *Frisk 33 år gammel førstegangsfødende kvinne med spontan fødselsstart uke 37+0. Tilkommet patologisk CTG ved fullåpen cervix. Ukomplicert vakuumbetegnelse for observasjon. Barnet (2.2 kilo) overflyttet nyfødtavdeling for observasjon. Maternell flate av placenta (som ikke syntes løs ved forløsning av barnet) viser mulig impresjon og mulige infarkter. Tentativ diagnose: Placentadysfunksjon/abruptiotegn og infarkter?*

Svaret fra patologen sier: Vurdering: Placenta viste makroskopisk en impresjon på maternell flate, som passer med en tidligere gjennomgått blødning. Mikroskopisk ses tottene i dette arealet degenerert (infarsert). Trofoblastepitelet for øvrig viser økt antall syncytiale knuter og lite antall føtale kar, passende med maternell og føtal sirkulasjonsforstyrrelse. Blødningen kan stå i sammenheng med en overfladisk implantasjon i uterusengen. I tillegg kan den retroplacentære blødningen ha hatt en bidragende effekt på sirkulasjonsforstyrrelsen og dårlig/slapt barn. Spiralarterier i vedliggende decidua er ikke sett. Diagnose: Placenta med maternell og føtal vaskulær malperfusjon.

Hva kommuniserer du til foreldrene til barnet? Her vil legeskjønnet ditt og de kliniske funnene rettleder deg om når du tar en samtale med barnets foreldre, og hva som bør diskuteres av placenta funn. Ditt valg om oppfølging avhenger antakelig av fødselsutfallet for det nyfødte barnet, eventuell postpartum preeklampsiutvikling hos mor (her hadde hun ingen preeklampsi diagnose ved forløsning) og selvfølgelig av informasjonsbehovet til barnets foreldre. Her tenker du kanskje at placenta funnene henger godt sammen med barnets fødselsvekt, som var under 2.5-percentilen. Du vet også at placenteringsproblemer øker risikoen for abruptio.

Denne kvinnen rakk kanskje ikke å utvikle preeklampsi eller gestasjonshypertensjon, men kunne ha gjort det, om placenta ikke hadde blitt forløst allerede ved uke 37+0. I et

neste svangerskap kan det hende at kvinnen ikke skårer nok poeng til at lavdose acetylsalisylsyre er anbefalt. Fordelen med en mer presis preeklampsi-prediksjonsalgoritme, som for eksempel Fetal Medicine Foundation-algoritmen,⁴ som allerede er innført i noen land og testet ved St. Olavs hospital i Norge, er at placentafunksjonsfunn også inkluderes. I denne algoritmen vil måling av proteinet PLGF (Placenta Growth Factor), PI av arteria uterina og kvinnens MAP (mean arterial blood pressure) vurderes sammen med obstetrisk og medisinsk historie, samt egenskaper ved kvinnen (BMI etc). Algoritmen gir en samlet risikoskår for tidlig preeklampsi som vil veilede klinikerens eventuelle anbefaling om lavdose aspirinbruk i neste svangerskap. Hadde denne kvinnen vært screenet slik i det aktuelle svangerskapet, kunne det KANSKJE ha medført aspirinbruk, og mulighet for en bedre placentering og mindre placentadysfunksjonsutvikling (medfølgende lavere risiko for abruptio og infarkter).

2. **Sjeldne funn: VUE:** Som overlege hadde du ansvaret for et akutt sectio hos en førstegangsfødende i uke 31, der barnet var sterkt tilveksthemmet allerede fra uke 26. Svaret fra patologen overrasker deg, fordi den konkluderer med «*villitt av ukjent årsak (VUE: villitis of unknown etiology)*». Du søker i litteraturen og finner at VUE⁵ er en sjelden inflammatorisk placentaltilstand.⁶ Hovedkjennetegnet til VUE er infiltrasjon av maternelle immunceller i placentas villøst vev. Slike placentaforandringer tidlig i svangerskapet øker risikoen for alvorlige obstetrisk utfall, inkludert fosterdød. Disse placentaforandringene kan i dag bare identifiseres ved morfologisk undersøkelse av placenta etter forløsning. VUE er assosiert med høy grad av gjentakelse i neste svangerskap, og dermed dårlig obstetrisk utfall.

VUE-diagnosen kan bare settes når en infeksøs årsak er utelukket. VUE blir vanligere med økende gestasjonsalder og kan da ofte ses ved normale svangerskapsutfall. Men, dersom det påvises alvorlig VUE ved prematur fødsel, slik som i denne sykehistorien, er dette oftest assosiert med risiko for gjentakende alvorlig tilveksthemming og intrauterin fosterdød. Du søker hjelp hos erfarne kollegaer i Norge og har lest at evidensen for å effektivt kunne forebygge dette i neste svangerskap er lav.⁶⁻⁷ Noen mindre studier har prøvd ut forskjellige kombinasjoner av prednisolon, hydroksyklarokin, tacrolimus, og intravenøs immunoglobulin og adalimumab. Doseringene varierer og resultatene er ikke entydige.

Hvordan informerer du og følger opp pasienten? Du forklarer pasienten at VUE er en sjelden tilstand i morkaken og at årsaken er uklar. En hypotese er at morens immunceller (T-celler) angriper fostercellene i morkaken. Du forteller at det ikke er god evidens for behandling i neste svangerskap,

men at noen gravide med veldig alvorlige svangerskapskomplikasjoner (for eksempel fosterdød flere ganger) har blitt med i studier der flere typer immundempende medikamenter er blitt prøvd. Lavdose aspirin, kombinert med lavmolekylært heparin og kortikosteroider har vært prøvd, men også intravenøs immunglobulin (IVIG), hydroksoklorokin og betennelsesdempende legemidler (såkalte biologiske legemidler, som målrettet demper deler av immunsystemet for å redusere betennelse ved autoimmune sykdommer).

Du blir enig med pasienten om å avvente vurdering av oppstart av slike medikamenter, fordi evidensen for dem er begrenset. Det kan jo hende at det er blitt gjort flere kliniske studier som kan rettlegde forebygging bedre, neste gang hun er gravid. Du forteller henne at hun sannsynligvis vil tilbys oppstart med acetylsalicylsyre, og at hun også vil tilbys tilvekstvurdering av fosteret med ultralyd.

C) Mikrobiologisk undersøkelse

Veilederen sier: «Vi *anbefaler* mikrobiologisk undersøkelse av placenta utføres ved manifest/mistenkt infeksjon, premature rier/prematur fødsel med mulig infeksjonsårsak og intrauterin fosterdød».

Et klinisk eksempel: En kvinne kommer inn med premature rier og vannavgang i uke 30. CTG er patologisk og barnet fødes ved akutt keisersnitt, med lav Apgar-skår og behov for neonatal overvåkning. Etter fødselen utvikler moren feber og infeksjonstegn, som gjør at du mistenker chorioamnionitt som årsak til preterm prematur fødsel. Du sender inn prøve av fostervann og placentabiopsi (du følger retningslinjene i Veiledere for prøvetaking og forsendelse, og beskriver PPRM og akutt keisersnitt-forløsning, noe som er viktig for mikrobiologen for å tyde oppvekstfunnene).¹

Svaret fra mikrobiologen viser gruppe B-streptokokker og patologens svar er forenelig med chorioamnionitt. Dette styrker diagnosen om infeksjonsutløst prematur fødsel og foreldrene får en bedre forståelse av årsaken til den premature fødselen. Antibiotikavalg hos mor og barn kan også påvirkes av mikrobiologiske funn.

Til slutt

Vi håper disse fiktive, kliniske eksemplene har vært inspirerende og opplysende for deg som kanskje river deg i håret over placentaremisser. Vi håper du, med ny energi, vil beskrive den ferskfødte placentaen, og vurdere indikasjon for å sende den til videre undersøkelser, der dette er nyttig for forståelse av dette svangerskapet, eller eventuell videre behandling og oppfølging i påfølgende svangerskap.

Referanser

1. Staff A HA, Turowski G, Gammelsrud KW, Barlinn R, Ernsting V. Placenta. Veileder i Fødselshjelp 2000 (accessed Oktober 21 2025).
2. Khong TY, Mooney EE, Ariel I, et al. Sampling and Definitions of Placental Lesions: Amsterdam Placental Workshop Group Consensus Statement. Arch Pathol Lab Med 2016; 140(7): 698-713.
3. Turowski G, Tony Parks W, Arbuckle S, Jacobsen AF, Heazell A. The structure and utility of the placental pathology report. APMIS 2018; 126(7): 638-46.

4. Foundation TFM. Risk assessment for preeclampsia. <https://fetalmedicine.org/research/assess/preeclampsia/first-trimester> (accessed June 9 2020).
5. Derricott H, Jones RL, Greenwood SL, Batra G, Evans MJ, Heazell AE. Characterizing Villitis of Unknown Etiology and Inflammation in Stillbirth. Am J Pathol 2016; 186(4): 952-61.
6. Cornish EF, McDonnell T, Williams DJ. Chronic Inflammatory Placental Disorders Associated With Recurrent Adverse Pregnancy Outcome. Front Immunol 2022; 13: 825075.
7. Mekinian A, Kolanska K, Cheloufi M, et al. Chronic Villitis of unknown etiology (VUE): Obstetrical features, outcome and treatment. J Reprod Immunol 2021; 148: 103438.

Zejula
niraparib

GSK



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

GSK

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

Resultater fra LETSGO.

En norsk multisenterstudie på oppfølging etter behandling for gynekologisk kreft

LETSGO er et akronym for “Lifestyle and Empowerment Techniques in Survivorship of Gynecologic Oncology” og studien har som mål å bedre oppfølgingen etter behandling for gynekologisk kreft på en bærekraftig måte.



Ingvild Vistad

Overlege Kvinneklippen Sørlandet sykehus Kristiansand og Professor II ved Universitetet i Oslo

Økende befolkning, bedre behandling og forbedret overlevelse har ført til flere blir friske eller lever lenge etter de har fått sin diagnose. I Norge var femårs relativ overlevelse for gynekologisk kreft i 2024 henholdsvis 86,8 for livmorkreft, 82,7 for livmorhalskreft og 49,8 for eggstokkreft. Når det har gått mer enn ett år etter avsluttet behandling er det vanlig å bruke begrepet «kreftoverlever», selv om alle ikke har blitt helt friske av sin kreftsykdom. Etter avsluttet behandling for gynekologisk kreft har det vært tradisjon å følge opp pasientene med regelmessige legekontroller på sykehusenes poliklinikker i fem år eller lenger. Målet med disse rutinekontrollene er å oppdage tilbakefall av kreftsykdommen, overvåke senvirkninger av behandlingen, og gi pasientene mulighet til å ta opp bekymringer knyttet til kreftsykdommen og gjennomgått behandling. Rutinemessig oppfølging er tidkrevende og kostbart, og mange hundre pasienter besøker poliklinikkene hvert år.

Kreftoverleverne er en heterogen gruppe med ulike behov

Kreftoverleverne har unike behov og er utsatt for å få betydelige medisinske og psykososiale utfordringer gjennom livet. Hvorvidt disse behovene blir tatt opp på rutinekontrollene, er svært varierende. Vi vet at rehabilitering er viktig for helsen og livskvaliteten for kreftoverleverne både under og etter behandling. Slik rehabilitering som kan inkludere veiledning i fysisk aktivitet og psykisk støtte, bør settes i gang så snart som mulig etter kreftbehandlingen.

Det har tradisjonelt vært en begrenset grad av risikovurdering i oppfølging etter behandling for gynekologisk kreft, og de fleste pasienter har blitt fulgt opp på samme måte, uavhengig av om de har lav risiko for tilbakefall eller senvirkninger, eller det motsatte. Konsekvensen er altså at en kvinne som med stor sannsynlighet

har blitt helbredet etter behandlingen, har like mange kontroller over like mange år som en kvinne med stor risiko for tilbakefall eller senvirkninger av behandlingen. I tillegg har pasientene ofte inntatt en passiv rolle og fått lite informasjon om hva de selv kan gjøre for å få et godt liv etter kreftbehandlingen.

Hvorfor må den tradisjonelle etterkontrollen forbedres?

Verdien av etterkontroller har vært under lupen de siste 20 årene, og flere studier har undersøkt ulike oppfølgingsmodeller med hensyn på livskvalitet, overlevelse, og helseøkonomi. Det er publisert flere mindre randomiserte kontrollerte studier, stort sett på lavrisiko livmorkreft, der kontrollgruppen får tradisjonelle sykehuskontroller av lege. De alternative oppfølgingsmodellene som blir testet varierer fra individualiserte modeller basert på risiko for tilbakefall, til mindre intensive oppfølgingsmodeller, oppfølging der fastlegen eller kreftsykepleier helt eller delvis overtar oppfølgingen, eller behovsprøvd oppfølging der pasienten selv tar kontakt ved symptomer på mulig tilbakefall. Felles for disse studiene er at de ikke viser signifikante forskjeller mellom kontroll- og intervensjonsgruppe verken på livskvalitet eller overlevelse.

Med økende antall kreftoverleverne som skal følges opp etter behandling trenger vi altså en mer bærekraftig oppfølgingsmodell. Oppfølgingen bør tilpasses risiko for tilbakefall og senvirkninger slik at vi bruker ressursene på de som trenger det og ikke fortsetter med unødvendige kontroller. Det er også viktig å gi mer ansvar til pasientene gjennom god informasjon slik at de selv vet hvordan de kan forebygge senvirkninger etter kreftbehandlingen, og om de kan gjøre noe for å redusere risikoen for tilbakefall. Vi vet at livsstilen kan påvirke risikoen for tilbakefall hos flere pasientgrupper. Derfor er det viktig å motivere kreftoverleverne til en sunn livsstil. Dette danner grunnlaget for den store LETSGO-studien som vi har ledet fra Sørlandet sykehus (2020-2026).

LETSGO oppfølgingsmodellen

LETSGO er en oppfølgingsmodell der vi skiller mellom pasienter med lav versus middels/høy risiko for tilbakefall eller senvirkninger etter gynekologisk kreft, og pasientene veiledes til å ta større ansvar for sin egen helse. Lavrisikopasientene (FIGO stadium 1



LETSGO-appen

A (B) uten behov for adjuvant behandling) får etterkontroller i ett år, mens middels/høy risikopasientene (alle andre inklusive alle vulvakreftpasienter) får etterkontroller i tre år, ikke fem år for alle som er standard i dag.

Vi tester LETSGO-oppfølgingsmodellen i en stor multisenterstudie der 12 sykehus fra alle helseregioner i Norge deltar. LETSGO er designet som en kohortstudie med fem intervensjonssykehus (Akershus Universitetssykehus, Sykehuset i Vestfold Tønsberg, Sørlandet sykehus Kristiansand, Stavanger Universitetssykehus og Universitetssykehuset Nord-Norge) og syv kontrollsykehus (Det norske Radiumhospitalet, Sykehuset i Østfold Kalnes, Sørlandet sykehus Arendal, St. Olavs hospital, Nordlandssykehuset Bodø, Sykehuset Innlandet Gjøvik og Lillehammer). Hovedformålet med LETSGO er å øke pasientenes helsemessing. Dette skal oppnås gjennom god informasjon i tillegg til motivasjon til et sunt og aktivt liv etter avsluttet kreftbehandling. Kvinnene som deltar i studien følges over tre år (også lavrisikopasientene som avslutter kontrollene etter ett år på intervensjonssykehusene). De besvarer et spørreskjema (seks ganger) og tar blodprøver til en studiespesifikk biobank (tre ganger) i løpet av studietiden.

Pasientene som tilhører intervensjonssykehusene møter en sykepleier annenhver gang, i stedet for en lege ved hvert besøk. Sykepleieren går gjennom pasientens sykdomsforløp, kartlegger de psykososiale forholdene, og gir informasjon om symptomer på tilbakefall, senvirkninger og seksualitet etter kreftbehandlingen. I tillegg motiverer sykepleieren pasienten til å leve et fysisk aktivt og sunt liv etter kreftbehandlingen. Pasienten får også tilgang til den støttende LETSGO-appen. LETSGO-appen inneholder informasjon om de ulike gynekologiske kreftformene, behandling av disse, og aktuelle senvirkninger etter kirurgi, cellegiftbehandling og strålebehandling. Pasienten får også tilbud om å svare på ti symptomspørsmål en gang i måneden. Spørsmålene er rettet mot de vanligste symptomene på tilbakefall, og er tilpasset den spesifikke kreftformen til pasienten. Dersom pasientens svar kommer over en forhåndsbestemt terskelverdi, får hun et skjermbilde med telefonnummeret til den poliklinikken der hun vanligvis følges opp. Hvis symptomene ikke når terskelverdien, varsles hun om at dette ser greit ut. Mange pasienter rapporterer at dette føles trygghet – fordi de lett kommer i kontakt med en sykepleier som kjenner dem dersom de kommer over terskelverdien. Også de som får beskjed om at det ser greit ut, føler seg trygghet. Appen

«Hovedformålet med LETSGO er å øke pasientenes helsemestring. Dette skal oppnås gjennom god informasjon i tillegg til motivasjon til et sunt og aktivt liv etter avsluttet kreftbehandling.»

inneholder også god informasjon om fysisk aktivitet, med videoer og illustrasjoner tilpasset både erfarne og mindre fysisk aktive brukere. En gang i uken får pasienten en påminnelse om å sette seg mål for fysisk aktivitet. Pasientene på kontrollsykehusene får vanlige legekontroller med gynekologisk undersøkelse hver gang.

Hvilke resultater har vi så langt?

Vi har inkludert til sammen 738 kvinner, med en median på 64 år, som representerer ulike gynekologiske kreftformer og sykdomsstadier. Til tross for at dette ikke er en randomisert studie, var kvinnene i de to gruppene tilnærmevis like når det gjaldt alle demografiske og kliniske variabler som om det var en randomisert studie. Det kan tyde på at vi har inkludert et representativt utvalg av kvinner etter behandling for gynekologisk kreft. Vi har gjennomført flere kvalitative og kvantitative understudier. I de kvalitative studiene har vi blant annet sett på appbruk og seksualitet hos kvinnene på intervensjonssykehusene. Tilbakemeldinger fra kvinnene indikerer at appen motiverer til fysisk aktivitet. Den gir dem også trygghet gjennom symptomspørsmålene, og de verdsetter at det er enkelt å komme i kontakt med en kjent sykepleier på «sin» poliklinikk. De synes også det er positivt at sykepleieren tar opp spørsmål rundt seksualitet etter kreftbehandlingen.

Hovedutfallsmålet i LETSGO-studien er helsemestring ett år etter avsluttet behandling, målt med spørreskjemaet HeiQ (Health Education Impact Questionnaire). Dette måler åtte ulike aspekter av helsemestring. Et sekundært utfallsmål er livskvalitet ett år etter

avsluttet behandling, målt med EORTC-spørreskjema (European Organisation for Research and Treatment of Cancer). Våre ettårs resultater viser at helsemestrings-aspektene «helsefremmende aktivitet» og «emosjonelt velvære» var signifikant høyere i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen, mens de andre seks aspektene i HeiQ viser en mer positiv trend hos intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen. Intervensjonsgruppen skåret også signifikant høyere på livskvalitet nå det gjaldt fysisk funksjon og sosial funksjon.

Konklusjon

Vår omfattende studie viser at risikobasert oppfølging kombinert med målrettet informasjon om livsstilsendringer, gir gode resultater for pasientene. Håpet er å implementere LETSGO-oppfølgingen på alle gynekologiske avdelinger som følger opp kvinner etter behandling for gynekologisk kreft. Det innebærer at dedikerte sykepleiere må utdannes til å kunne overta halvparten av etterkontrollene. Vi holder på å lage et e-læringskurs på Universitet i Agder som er rettet mot akkurat dette. Kurset vil gå over til sammen en uke. Vi får snart helseøkonomiske analyser som sannsynligvis vil vise at dette er kostnadsbesparende. Dersom vi kan vise at denne oppfølgingen er mer økonomisk bærekraftig og at overlevelsen er lik i de to gruppene, bør terskelen være lav for å endre våre oppfølgingsrutiner. Det er avgjørende at vi beveger oss mot en mer persontilpasset oppfølging etter kreftbehandling for å møte utfordringene med økende helsekøer, mens vi samtidig sikrer god kvalitet i kreftoppfølgingen.

Litteratur:

Jacobs LA, Shulman LN. Follow-up care of cancer survivors: challenges and solutions. *Lancet Oncol* 2017; 18(1): e19–e29.

Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft 2025. Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft - FHI

Vistad I, Moy BW, Salvesen HB, Liavaag AH. Follow-up routines in gynaecological cancer - time for a change? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011;90(7):707-18.

Newton C, Nordin A, Rolland P, et al. British Gynaecological Cancer Society recommendations and guidance on patient-initiated follow-up (PIFU). *Int J Gynecol Cancer* 2020; 30(5): 695–700.

McCorkle R, Ercolano E, Lazenby M, et al. Self-management: enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. *CA Cancer J Clin* 2011; 61(1): 50–62.

Finne E, Glausch M, Exner AK, Sauzet O, Stolz F, Seidel N. Behaviour change techniques for increasing physical activity in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Cancer Manag Res* 2018; 10: 5125–43.

Zola P, Ciccone G, Piovano E, et al. Effectiveness of intensive versus minimalist follow-up regimen on survival in patients with endometrial cancer (TOTEM Study): a randomised, pragmatic, parallel group, multicentre trial. *J Clin Oncol* 2022; jco2200471.

Ezendan NPM, de Rooij BH, Creutzberg CL, et al. Effect of reduced follow-up care on patient satisfaction with care among patients with endometrial cancer: the ENSURE randomised controlled trial. *Gynecol Oncol* 2024; 188: 169–83.

Beaver K, Williamson S, Sutton C, et al. Comparing hospital and telephone follow-up for patients treated for stage-I endometrial cancer (ENDCAT trial): a randomised, multicentre, non-inferiority trial. *BJOG* 2017; 124(1): 150–60.

Osborne RH, Elsworth GR, Whitfield K. The Health Education Impact Questionnaire (heiQ): an outcomes and evaluation measure for patient education and self-management interventions for people with chronic conditions. *Patient education and counseling* 2007; 66(2): 192–201.

Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993; 85(5): 365–76.

Jeppesen MM, Jensen PT, Hansen DG, Christensen RD, Mogensen O. Patient-initiated follow up affects fear of recurrence and healthcare use: a randomised trial in early-stage endometrial cancer. *BJOG* 2018; 125(13): 1705–14.

Vistad I, Skorstad M, Demmelmaier I, et al. Lifestyle and Empowerment Techniques in Survivorship of Gynaecologic Oncology (LETSGO study): a study protocol for a multicentre longitudinal interventional study using mobile health technology and biobanking. *BMJ Open* 2021; 11(7): e050930.

Skorstad M, Vistad I, Fegran L, Berntsen S, Johannessen B. Nurse-led consultations reinforced with eHealth technology: a qualitative study of the experiences of patients with gynecological cancer. *BMC Nurs*. 2022 Nov 25;21(1):326. doi: 10.1186/s12912-022-01104-9. PMID: 36434602; PMCID: PMC9701034.

Paulsen A, Fegran L, Hagen M, Vistad I. Self-reported Sexual Health-Related Outcomes in Gynecological Cancer Survivors: Results From a Quasi-experimental Multicenter Intervention Study on Follow-up After Gynecological Cancer Treatment. *Cancer Nurs*. 2025 Apr 10. doi: 10.1097/NCC.0000000000001493. Epub ahead of print. PMID: 40209113.

Paulsen A, Vistad I, Fegran L. Gynecological cancer survivors' experiences with sexual health communication in nurse-led follow-up consultations. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2024 Mar;103(3):551-560. doi: 0.1111/aogs.14749. Epub 2023 Dec 7. PMID: 38062675; PMCID: PMC10867355.

Paulsen A, Vistad I, Fegran L. Nurse-patient sexual health communication in gynaecological cancer follow-up: A qualitative study from nurses' perspectives. *J Adv Nurs*. 2023 Dec;79(12):4648-4659. doi: 10.1111/jan.15755. Epub 2023 Jun 26. PMID: 37358051.

Tarabar Z, Vistad I, Børjsund E. Gynecological Cancer Survivors' Experiences Using a Supportive Care Application During Posttreatment Follow-up: A Qualitative Study. *Cancer Nurs*. 2025 Aug 14. doi: 10.1097/NCC.0000000000001542. Epub ahead of print. PMID: 40811049.

Vistad I, Skorstad M, Berntsen S, Demmelmaier I, Bjørge L, van de Poll-Franse LV, Lindemann K, Nilsen EB, Haug A, Bentzen AG, Bohlin T, Stokstad T, Brummer T, Liavaag A, Lomsdal S, Holstad AD, Hagen MC. Empowerment and quality of life in gynecological cancer survivors: Outcomes from a multicenter quasi-experimental cohort study from Norway (the LETSGO trial). *Cancer*. 2025 Aug 15;131(16):e70040. doi: 10.1002/cncr.70040. PMID: 40781852.

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 suksesserater.
- 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 Helsennett, noe som gjør det enkelt å henvise pasienter til oss. Vi henviser også flere av våre fertilitetspasienter til deres lokale gynekolog for monitorering. Ta gjerne kontakt med en av våre gynekologer direkte for en prat om samarbeid.

Bergen



Alexander Freis
alexander@medicus.no
55 08 85 85

Trondheim



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

Stavanger



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

Oslo



Inger Øverlie
inger@medicus.no
22 46 76 30

Bergen
Bredalsmarken 15,
5006 Bergen

Trondheim
Beddingen 8,
7042 Trondheim

Stavanger
Haakon VII's gate 7,
4005 Stavanger

Oslo
Stortingsgata 30,
0161 Oslo

Figur 1: Skulpturer laget av Leah Brickhouse fra Sol Sisters.



Fra screening til fødsel: Gynekologens rolle for kvinner utsatt for kjønnslemlestelse

Mange kvinner i Norge lever med fysiske og psykiske konsekvenser av kjønnslemlestelse. For mange er terskelen høy for å oppsøke helsehjelp, og gynekologiske undersøkelser kan oppleves som smertefulle og skremmende. HPV hjemmetest kan senke denne terskelen og gi en trygg inngang til helsehjelp, samtidig som den åpner for samtaler om fødsel, kirurgi og andre helsebehov på kvinnens egne premisser.

**Kinsi Ahmed**

Lege i spesialisering i fødselshjelp og kvinnesykdommer ved Kvinneklinikken, Sykehuset Telemark.

**Eilen Aalerud**

Kommunikasjonsrådgiver, Livmorhalsprogrammet, Kreftregisteret, Folkehelseinstituttet.

Gynekologens møte med kvinner utsatt for kjønnslemlestelse

Mange kvinner opplever det som vanskelig å snakke om kjønnslemlestelse, og temaet blir derfor ofte ikke dokumentert i helsekort, Partus, journal eller ved henvisning til gynekolog. Som gynekolog er det viktig å ta opp temaet på en trygg, respektfull og kulturelt sensitiv måte, samtidig som informasjonen dokumenteres korrekt gjennom hele helsetjenestekjeden. Kunnskap om hvordan inngrepene påvirker undersøkelser, screening og fødsel er avgjørende for god behandling og trygg kommunikasjon.

Denne artikkelen belyser hvordan HPV hjemmetest kan bidra til å senke terskelen for deltakelse i Livmorhalsprogrammet, samtidig som det åpner for samtaler om fødsel og annen oppfølging på pasientens premisser.

Kjønnslemlestelse i Norge

I Norge lever rundt 17 300 kvinner med konsekvenser av kjønnslemlestelse (1), der kvinner med somalisk bakgrunn utgjør den største gruppen (2). De aller fleste, rundt 99 %, ble omskåret før ankomst til Norge, og mange har den mest omfattende formen, infibulasjon (type III) (3,4).

Selv om kjønnslemlestelse er forbudt i Norge, lever mange fortsatt med komplikasjoner og risiko for både fysiske og psykiske senskader. I tillegg er omtrent 15 500 kvinner identifisert som å være i risikogruppen for kjønnslemlestelse (5). Dette understreker viktigheten av at helsepersonell har både kunnskap og trygghet i møte med kvinnene.

– Kjønnslemlestelse kan gi livslange fysiske og psykiske konsekvenser. Mange vegrer seg for å søke helsehjelp, og særlig gynekologiske undersøkelser kan være krevende, både fysisk og emosjonelt for kvinnen, og teknisk utfordrende for gynekologen, sier lege Kinsi Ahmed.

Kunnskap om typer kjønnslemlestelse er avgjørende for riktig oppfølging

Kjønnslemlestelse (female genital mutilation/cutting – FGM/C) er inngrep på kvinnelige kjønnsorganer uten medisinsk begrunnelse. Inngrepene utføres ofte i barndommen og deles av Verdens helseorganisasjon (WHO) inn i fire hovedtyper (Figur 2):

Type I (Klitoridektomi): Fjerning av forhuden rundt klitoris, med eller uten klitoris (Ia: bare forhuden, Ib: også klitoris)

Type II (Eksisjon): Fjerning av klitoris og indre kjønnslepper, eventuelt også ytre (IIa–c avhengig av omfang)

Type III (Infibulasjon): Innsnevring av skjedeåpningen ved sammensynging av kjønnslepper (IIIa: indre, IIIb: ytre)

Type IV: Andre skadelige inngrep, som stikking, kutting, brenning eller bruk av etsende stoffer

Å vite hvilken type en kvinne har vært utsatt for, er avgjørende for videre oppfølging. Ved type III kan en livmorhalsprøve være umulig uten kirurgisk åpning.

Komplikasjoner og barrierer

Komplikasjonene etter kjønnslemlestelse kan være både fysiske og psykiske:

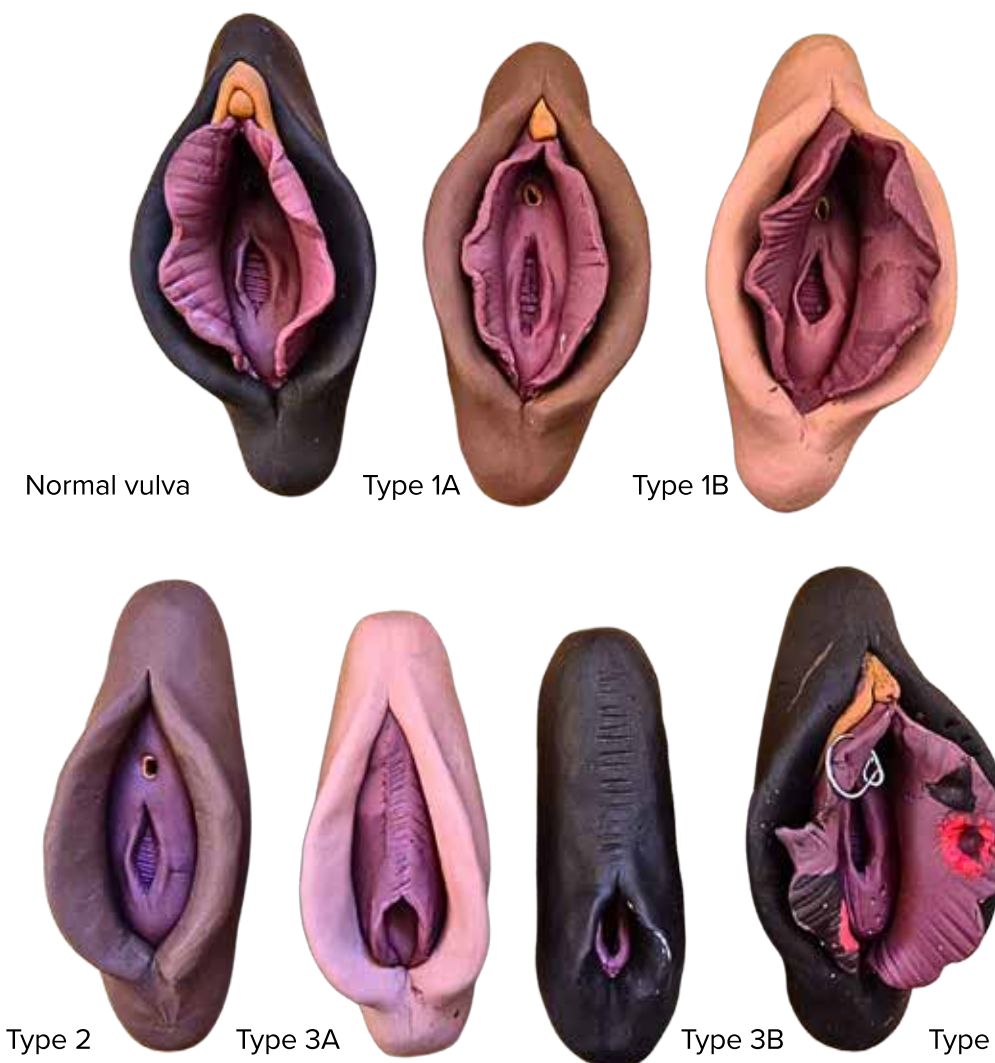
- **Fysiske:** smertefulle menstruasjoner, urinveisinfeksjoner, kroniske underlivssmerter, problemer med samleie og komplikasjoner under fødsel.
- **Psykiske:** posttraumatisk stress, angst, depresjon og skam.

Mange kvinner oppsøker ikke helsehjelp før i voksen alder, ofte i forbindelse med graviditet eller alvorlige plager. Medianalderen ved kjønnslemlestelse er rundt sju år, mens medianalderen ved første konsultasjon er 26 år. Frykt, skam, språkbarrierer og manglende informasjon bidrar til lav deltakelse i Livmorhalsprogrammet [6].

HPV-hjemmetest - når livmorhalsprøve ikke lar seg gjøre

Ved infibulasjon kan livmorhalsprøven være umulig uten kirurgisk åpning, og mange vegrer seg for undersøkelsen. Dette bidrar til lavere deltakelse i screening og øker risikoen for at celleforandringer som krever behandling oppdages for sent, noe som igjen kan føre til utvikling av kreft.

HPV hjemmetest gir kvinner mulighet til å delta i screening uten gynekologisk undersøkelse. Testen tas enkelt selv, med en prøvepinne i skjeden, og har vist like god sensitivitet for HPV som en legetatt HPV-test.



Figur 2: Skulpturer laget av Leah Brickhouse fra Sol Sisters.



Bildene fra arrangementet viser til høyre foredragsholderne Ameli Tropé, gynekolog og leder av Livmorhalsprogrammet, samt Kinsi Ahmed, lege ved Kvinneklinikken på Sykehuset Telemark. Til venstre vises Anisa Mahamed, frivillig under arrangementet, sammen med Kinsi Ahmed.



- HPV hjemmetest er tilgjengelig hos alle fastleger i Norge.
- Kvinnen må bestille time for å få testen.
- Testen kan tas på legekontoret eller hjemme, og sendes direkte til analyse ved laboratoriet.
- Ved funn på hjemmetesten bør kvinnen følges opp med legetatt Livmorhalsprøve og eventuelt kolposkopi. Det kan hende at en kvinne som har vært utsatt for kjønnslemlestelse må gjennomgå defibulering først. Dette kan ivaretas gjennom henvisning til gynekolog, hvor man kan ha en samtale rundt dette og planlegge videre oppfølging.

– HPV hjemmetest gir kvinner som er omskåret mulighet til å delta i screening på en trygg og verdig måte. Gynekologer spiller en avgjørende rolle i å tilby testen til personer som har behov for det, sier Eilen Aalerud, kommunikasjonsrådgiver for HPV hjemmetest ved Livmorhalsprogrammet.

Dokumentasjon og tillit: Nøkkelen ti trygg behandling og oppfølging

Mange kvinner har opplevd stigmatiserende kommentarer, som å bli kalt «ødelagt», noe som kan svekke tilliten til helsesystemet og øke terskelen for å be om hjelp. Bruk av figurer og skulpturer som pedagogisk verktøy, som de fra Sol Sisters, kan bidra til bedre forståelse av kroppen og egne erfaringer. Disse figurene brukes blant annet på AMEL-mottaket i Sverige, et spesialistmottak for kvinner utsatt for kjønnslemlestelse, og er utviklet i samarbeid med gynekologer. Erfaringene fra AMEL viser at verktøyet har fått svært gode tilbakemeldinger, og det bør vurderes tatt i bruk også ved norske sykehus.

Misinformasjon i enkelte miljøer, for eksempel blant somaliske kvinner, kan skape unødig frykt for keisersnitt. Mange tror feilaktig at alle som har vært utsatt for kjønnslemlestelse automatisk må forløses med keisersnitt, uavhengig av grad eller medisinsk vurdering. Denne misoppfatningen kan føre til at kvinner vegrer seg for å opplyse om tidligere kjønnslemlestelse.

Somaliske kvinner har høyere risiko for komplikasjoner og akutt keisersnitt på grunn av en kombinasjon av kjønnslemlestelse, førstegangsfødsel, underliggende helseproblemer, samt sosiale, kulturelle og språklige barrierer som påvirker tilgangen til svangerskapsomsorg (7, 8).

Å dokumentere og snakke om kjønnslemlestelse på en trygg, tillitsfull og kulturelt sensitiv måte bidrar til bedre planlegging, tryggere fødsler og økt tillit til helsetjenesten.

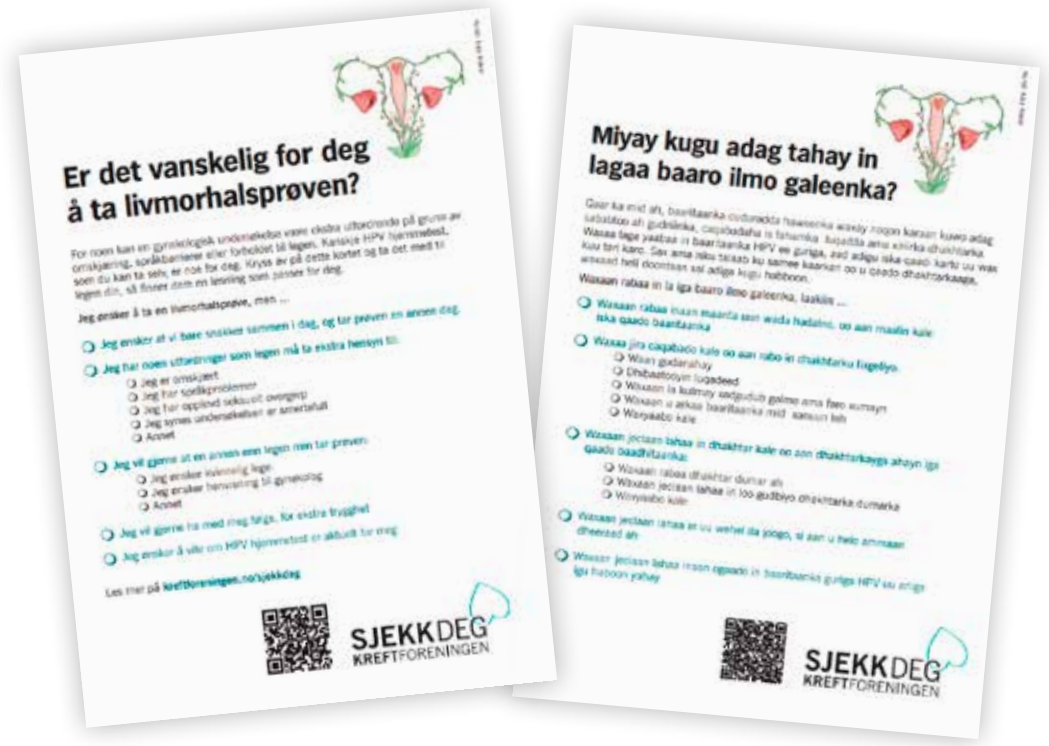
Erfaringer fra kvinnene selv

I januar arrangerte Livmorhalsprogrammet og Kreftforeningen, i samarbeid med lege Kinsi Ahmed ved Kvinneklinikken, Sykehuset i Telemark, en samling for somaliske kvinner i Oslo. Målet var å øke helsekompetanse og deltakelse i Livmorhalsprogrammet.

Flere fortalte at det kan være vanskelig å snakke om kjønnslemlestelse, både med helsepersonell og i egne miljøer. Mange opplever også praktiske og strukturelle barrierer som økonomi, språk og usikkerhet rundt hvilke helsetilbud som finnes.

Kvinner etterlyste informasjon der de faktisk befinner seg, i trossamfunn, kvinnegrupper, frivillige organisasjoner og på plattformer de bruker til daglig. De etterspurte også flere informasjonssamlinger om ulike gynekologiske sykdommer og problemstillinger, for å styrke kunnskapen om egen helse og øke helsekompetansen.

Disse erfaringene viser behovet for lavterskeltiltak som HPV hjemmetest, men også for langsiktig relasjonsbygging og trygge møteplasser der samtaler om kropp og helse kan foregå på kvinnes egne premisser.



Snakkekortet kan bestilles fra Kreftforeningen og finnes på flere språk.

Snakkekort som åpner for samtale

For å gjøre samtalen enklere har Kreftforeningen og Livmorhalsprogrammet utviklet snakkekort på norsk og somali. Kortet er primært laget for bruk i primærhelsetjenesten, men kan også brukes ved behov i andre deler av helsetjenesten. Det er nyttig at gynekologer kjenner til at kortet finnes, slik at de kan bidra til at primærhelsetjenesten også tar det i bruk.

Kortet kan tas med til legen og overleveres i stedet for å forklare alt muntlig. Det kan for eksempel signalisere at kvinnen ønsker HPV hjemmetest, trenger tilrettelegging, eller har behov for tolk.

Snakkekortet kan bestilles fra Kreftforeningen og finnes på flere språk. www.kreftforeningen.no/brosjyrer

Gynekologens ansvar

Gynekologer har en nøkkelrolle i å sikre likeverdig helsehjelp. Dere kan bidra ved å:

- Normalisere samtalen om kjønnslemlestelse i helsetjenesten.
- Dokumentere informasjon i journal, helsekort og Partus.
- Tilby fødselsforberedende samtale med jordmor eller lege i god tid før fødsel, slik at kvinnen er forberedt og nødvendige tiltak kan planlegges, inkludert eventuell kirurgisk åpning ved infibulasjon.
- Sørg for at riktig og tilrettelagt utstyr er tilgjengelig ved undersøkelse, for eksempel spekler i ulike størrelser, inkludert små og

smale typer, slik at gynekologiske prosedyrer kan gjennomføres trygt og effektivt.

- Forklare fastleger at HPV hjemmetest kan være et godt alternativ når livmorhalsprøve er vanskelig.
- Snakkekortet kan brukes som hjelpemiddel i pasientsamtaler, og gynekologer bør informere primærhelsetjenesten om verktøyet slik at det tas i bruk.
- Bruke figurer eller skulpturer som pedagogisk verktøy ved kartlegging av FGM, planlegging av fødsel og individuell oppfølging, slik at alle pasienter får informasjon på en trygg og forståelig måte.

Mer enn forebygging av kreft

For kvinner som har vært utsatt for kjønnslemlestelse handler helse ikke bare om forebygging av sykdom, men om trygghet, verdighet og mestring. HPV hjemmetest og tilpassede lavterskeltiltak gir en mulighet til å ta kontakt med helsetjenesten på egne premisser, samtidig som de åpner for dialog om fødsel, kirurgiske inngrep og annen nødvendig oppfølging.

Gynekologens rolle er sentral: ved å kombinere faglig kompetanse, kulturforståelse og bruk av pedagogiske verktøy kan helsepersonell bygge tillit og sikre at kvinner får helsehjelp som er trygg, likeverdig og tilpasset deres behov. Dette er ikke bare et spørsmål om medisinsk oppfølging, men en investering i relasjonsbygging, forebygging av komplikasjoner og styrking av kvinnehelse.

Referanser:

- 1, Ziyada MM, Norberg-Schulz M, Johansen REB. Estimating the magnitude of female genital mutilation/cutting in Norway: an extrapolation model. *BMC Public Health*. 2016;16:110. doi:10.1186/s12889-016-2794-6. Available from: <https://www.nhvts.no/english/project/female-genital-mutilation-prevalence-of-fgm-in-norway-registry-analysis/>
- 2,4, 6 Sjøveian S, Johansen REB. Omskjæring hos kvinner bosatt i Norge – konsekvenser og behandling. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2021;141(14). Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2021/10/originalartikkel/omskaering-hos-kvinner-bosatt-i-norge-konsekvenser-og-behandling>
3. WHO. *Improving maternal health outcomes by addressing female genital mutilation and gender-based violence in Somalia*. WHO Results Report 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/about/accountability/results/who-results-report-2020-mtr/country-story/2023/improving-maternal-health-outcomes-by-addressing-female-genital-mutilation-and-gender-based-violence-in-somalia>

5. Ziyada MM, Norberg-Schulz M, Johansen REB. Estimating the magnitude of female genital mutilation/cutting in Norway: an extrapolation model. *BMC Public Health*. 2016;16:110. doi:10.1186/s12889-016-2794-6
- 7, Vangen S, Støttenberg C, Johansen RE, Sundby J, Stray-Pedersen B. Perinatal complications among ethnic Somalis in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2002;81(4):317–22.
- 8, Skjeldestad FE, Staff AC, Sørbye IK. Keisersnitt blant utenlandsfødte kvinner med ulike utdanningsnivåer. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2022;142(17). doi:10.4045/tidsskr.22.0140

Intervju med Johanne Sundby

Intervjuer: Andrea Solnes Miltenburg

«Mye har blitt oppnådd for kvinners helse gjennom årene, men nå begynner målene å bli reversert. Det bekymrer meg,»



Johanne Sundby

f. 1951
lege 1979
spesialist OB/GYN 1990
Phd 1994
Professor i global helse fra ca 2000

Forsket og undervist om global kvinnehelse, inkludert infertilitet, prevensjon, kjønns- sykdommer, fistler, abort, reproduktiv hesle i konflikt, "me too" og fødsler, tenåringsseksualitet og reproduktive rettigheter i Norge, Afrika og Asia. Ledet er program i NFR, og ledet NOU om Kvinners helse i Norge 1999.

FIGO - The International Federation of Gynecology and Obstetrics.

NFGO - Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology.

Du har ved den siste FIGO konferansen i Cape Town mottatt «FIGO Women's Award», som gis ved FIGOs generalforsamling som annerkjennelse for utvalgte kvinnelige gynekologer. Hvordan føltes det å få denne prisen?

Hyggelig å bli lagt merke til, at det vi gjør verdsettets. Det er jo priser som snakker om de tingene man har gjort, for tema man brenner for.

Du var på forrige FIGO konferanse i Cape Town, men ikke denne, så jeg fikk æren å ta imot prisen fra FIGO presidenten Anne-Beatrice Kihara. Var du klar over at du hadde fått denne prisen?

Jeg visste at jeg var nominert og ble spurt om å sende en CV. Men jeg visste ikke noe mer. Det var først når den ble tildelt at jeg ble kjent med det.

FIGO er en internasjonal forening for gynekologer og obstetrikere, og er, etter FN systemet, den største medlemsorganisasjon i verden. Hvordan har du vært involvert i FIGO? Du har ikke selv jobbet som kliniker på lenge?

Jeg var en aktiv del av FIGO i deres etiske komité på den tiden Mahmoud Fathalla var sjef. Jeg var med å forberede og delta på ICPD i 1994, Cairo Konferansen om utvikling og befolkning. Der ble det stor oppmerksomhet om mødredødlighet, og også andre reproduktive rettigheter, spesielt rettet mot den store ulikheten i verden. Jeg hadde hatt ulike posisjoner i WHO's styringsstruktur (PCC, STAG), og var med å endre avdelingen for human reproduksjon (HRP) fra å handle om prevensjonsmetoder, til å dreie seg om flere reproduktiv helse tema. Da var Fathalla leder av HRP. Så når han ble president i FIGO, rekrutterte han meg inn der også. Jeg vil si FIGO har gjort veldig mye for det "Globale Sør", virkelig satt ting på kartet. Samtidig handler det også mye om fag, til dels drevet fra industrien.

På hvilken måte har FIGO vært pådriver for den globale kvinnehelsen, synes du?

Det handler jo mye om å ta ulike posisjoner. FIGO jobber veldig på tvers av regioner, og har ledere og en organisering som forsøker å representere de globale interessene og perspektivene. Noen ting



Johanne mottar kongens fortjenstmedalje i 2023 for sin mangeårige og mangfoldige virksomhet spesielt innen kvinnehelse, både i Norge og internasjonalt.

«Norge har innenfor global helse, spesielt også mødre helse og seksuell og reproduktiv helse, vært et foregangsland.»

har vært veldig bra. For eksempel arbeidet mot vaginale fistler og rett til abort-saken. Og ikke minst har vi hatt oppmerksomhet mot medikalisering, slik som den pågående keisersnitt-debatten. FIGOs s arbeid drives videre i nasjonale medlemsorganisasjoner, og til en viss grad gjennom sine komiteer.

Norsk Gynekologisk Forening har gjennom årene alltid vært medlem i FIGO. Er det relevant for Norsk Gynekologisk Forening og sine medlemmer å være med i FIGO og delta på for eksempel konferansen?

Medlemmer av NGF har alltid vært representert, men norske bidrag i for eksempel styre eller verv har vært få. Svenskene har vært mer aktive i NFOG. NGF har generelt vært lite synlig på et internasjonalt nivå. Men selv om det har vært litt lite engasjement i FIGO så har NGF hatt globale aktiviteter. Interessant nok så er Norge som land jo veldig globalt rettet, med høy bistandsandel. Norge har innenfor global helse, spesielt også mødre helse og seksuell og reproduktiv helse, vært et foregangsland. Det er også slik at våre gynekologiske og obstetriske veiledere var oversatt til engelsk og tidlig tilgjengelig i verden. Disse har også aktivt blitt brukt innenfor FIGO sitt arbeid. Jeg vil si at mye av arbeidet til FIGO ikke bare er relevant i lav- og mellominntektsland, selv

om det kan oppfattes slik. Temaer som respektfull omsorg og likeverdig tilgang til abort handler om prinsipielle spørsmål som gjelder overalt. Kanskje dette ikke er så umiddelbart viktig for privatpraktiserende gynekologer, men desentralisert og faglig god fødselshjelp er ganske politisk forankret her i Norge, selv om det mangler litt på postpartum tjenestene.

Hvordan mener du da at gynekologer i Norge kan bidra til en positiv retning for global kvinnehelse? Det er tross alt allerede mye press fra klinikken, aktiviteter på hjemmebane og kanskje noen også har akademiske ambisjoner. Er det realistisk å få plass til enda mer ansvar eller engasjement?

Det er jo opp til hver enkelt. Men har man interesse for et litt bredere perspektiv, så er mye mulig. Man kan reise ut, slik som jeg vet noen gynekologer gjør, med for eksempel «leger uten grenser». I tillegg er det viktig at noen stiller til offentlig utvalg, stillinger innenfor helsedirektorat og abortnemnder. Man får kanskje ikke noe særlig uttelling for å jobbe for de mest utsatte eller sårbare i samfunnet, men noen må jo gjøre disse tingene også for å fortsette å gi en stemme til dem som trenger det mest.



Fra feltarbeid i Gambia – et land som har vært en hjørnestein i Sundbys forskning og utdanningssamarbeid gjennom flere tiår.

«Jeg vil også heller snakke om “kvinner helse” enn “kvinnehelse” fordi det tydeliggjør både det normative og det spesielle.»

Denne prisen var på mange måter en anerkjennelse for din innsats innenfor nettopp “Global Kvinnehelse”. Vi har jo for et år siden opprettet en faggruppe for Global Kvinnehelse som del av NGF, som på mange måter ønsker å gi et nettverk hvor gynekologer kan samle seg og dele erfaringer og interesse. Hvordan ville du definert hva Global Kvinnehelse står for i dag?

Jeg vil si det med kvinner og helse har endret seg. Først var det fokus på den globale mødredødeligheten, kvantifisert gjennom Årtusenmålene. Senere kom det mer oppmerksomhet på reproduktiv helse, men det ble også fort kontroversielt, spesielt å fremme tilgang til trygge aborter. Likevel mener jeg det var et skritt i riktig retning. Etter Årtusenmålene har det vært fokus på Bærekraftsmålene, inkludert problemstillinger med bredere utviklingsperspektiv, som fattigdom, likestilling, klimaendringer og miljø. Dermed er kvinnehelse ikke så synlig mer. Men kvinnehelse er mer enn bare reproduksjon. Kjønnede ulikheter i bredere forstand og likestilling er grunnleggende tema. Jeg vil også heller snakke om “kvinner helse” enn “kvinnehelse” fordi det tydeliggjør både det normative og det spesielle.

Hva mener du er forskjellen på de to begrepene?

Nå er det slik at mange vil eie tema “kvinnehelse”. Noen ganger blir det gjort veldig kommersielt. Jeg tenker *kvinner helse* er mer



Her sammen med Hassan Nije, en av Johannes stipendiater fra Gambia. Johanne viser fortjenstmedaljen.

rettet mot fag, mens det ved *kvinnehelse* blir en mer politisk sak. *Kvinner helse* inkluderer kvinneperspektivet i alle helseområder, som forskning og tjenesteyting, dokumentasjon og programmer.

Har du noen anbefalinger overfor den nye generasjonen som står klar å ta over stafettpinne fra deg?

Verden er annerledes i dag. Før var det nok litt enklere midler som skulle til for at man kunne gjøre en forskjell. Det var nesten sånn at når Årtusenmålene ikke ble oppnådd, så ble det liksom borte og kom lenger ned på prioriteringslisten. Skummelt er det nå at det som er oppnådd begynner å bli reversert. Og det sier jo også inn i vårt samfunn, for eksempel i “tradwife” diskusjonen og at det plutselig er lov å si ting man aldri kunne ha sett for seg for et par år tilbake. Et eksempel er det å mene offentlig at kvinner ved graviditet etter voldtekt burde bære fram sitt barn, eller at likestilling og «gender» er ugyldige tema. Samtidig gjør dette nå at det oppleves økning i oppmerksomheten og en bedre bevisstgjøring: som aktiviserer et grasrot engasjement. Man har kanskje blitt litt mer bevisst behovet å si ifra, og det er nok det den yngre generasjonen bør jobbe mer for. Oppmerksomheten om og avstandstaking fra angrep på helseutøvere i krig er en slik sak.

Divisun[®]

kolekalsiferol

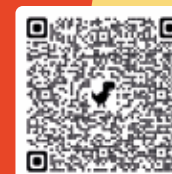
Fleksibel dosering med 3 ulike styrker for forebygging eller behandling av D₃-vitaminmangel.



Divisun (kolekalsiferol) 20µg, 50µg eller 100µg

- En gang daglig. Pasienters individuelle behov avgjør hvilken styrke som velges.
- Dosen skal justeres avhengig av ønskede serumnivåer av 25-hydroksykolokalsiferol (25(OH)D), sykdommens alvorlighetsgrad og pasientens respons på behandlingen.
- Dagsdosen bør ikke overskride 100µg (4000 IE). Kan tas med eller uten mat, kan svelges hele eller knuses ved behov.
- Individuell refusjon for Divisun med blåreseptsøknad, ifølge § 5-14, blåreseptforskriften, sendes via tjenesteportalen for helseaktører.

Kodene for individuell refusjon finner du ved å lese av QR-koden.¹



Oppbevaring: Maks 30°C, i originalpakningen for å beskytte mot lys og fuktighet.

Pakninger og priser: Reseptgruppe C. Alle styrker inneholder 90 tabletter i blisterpakning. 20 µg: kr 127,- 50 µg: kr 306,80 og 100 µg: kr 423,50.

Ytterligere informasjon preparatomtalen, SPC:

- Divisun SPC: 800 IE, 2000IE og 4000IE (30.06.2023)

Referanse: 1. Helsedirektoratet, rundskriv, stonad ved helsetjenester, vedlegg 1 til § 5-14 legemiddellisten, <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/kapittel-5-stonad-ved-helsetjenester/vedlegg-1-til-5-14-legemiddellisten/virkestoffer/kolekalsiferol-vitamin-d3>, lest 30.10.2025

Viatri AS | Hagaløkkveien 26, PB 194, 1371 Asker, Norway infonorge@viatri.com – www.D-vitaminmangel.no

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

- Kontraindisert ved sykdommer og/eller tilstander som fører til hyperkalsemi eller hyperkalsiuri.
- Kontraindisert ved nefrolitiasis, nefrokalsinose og hypervitaminose D.
- Nedsatt nyrefunksjon: Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon kan andre former for vitamin D være nødvendig. Brukes med forsiktighet ved nedsatt nyrefunksjon. Effekt på kalsium- og fosfatnivået bør kontrolleres.
- Bør forskrives med forsiktighet ved sarkoidose og bør kontrolleres mht kalsiuminnhold i serum og urin. Ved langtidsbehandling bør kalsiumnivåene i serum kontrolleres og nyrefunksjonen kontrolleres ved målinger i serumkreatinin. Spesielt viktig hos eldre som bruker hjerteglykosider eller diuretika, og de med stor tendens til caculusdannelse.
- Divisun inneholder isomalt, sukrose og natrium.



Rapport fra INOSS møtet 2025: Global mødre helse og Sør-Sør nettverk

Mottaker av midler fra NGFs solidaritetsfond

I tidligere utgaver av Gynekologen har norske kolleger delt om sine erfaringer med klinisk arbeid i utsatte områder i lavinntektsland. Samtidig er det lokale fagpersoner som spiller den mest sentrale rollen for å yte, overvåke og forbedre helsetjenesten ved svangerskap og fødsel.



Lill Trine Nyfløt

Overlege/forsker, Kvinnekliviken Vestre Viken HF Drammen og Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning ved Oslo Universitetssykehus



Hilde Engjom

Overlege/forsker, Medisinsk Fødselsregister og Avdeling for helsefremmende arbeid, Folkehelseinstituttet

I mai 2025 var de nordiske gruppene for overvåking og læring av mødredødsfall og alvorlige svangerskapskomplikasjoner vertskap for et internasjonalt fagmøte om overvåking av mødredødsfall og alvorlige fødselsutfall som arrangeres årlig i regi av International Obstetric Survey Systems (INOSS) samarbeidet. INOSS har etablert en egen gruppe som arbeider med alvorlige fødselsutfall i lav- og mellominntektsland og de årlige fysiske møtene representerer en arena for å drøfte egne erfaringer og formidle disse til andre deltagerland, samt drøfte veivalg og strategier med verdensledende eksperter. NGFs solidaritetsfond støttet reise- og møteutgifter for kolleger fra Sri Lanka, India og Namibia.

Gjennom mange år har Karthikeyan Parimelaagapillai vært en verdsett deltager og innleder på INOSS møtene. Han leder Obstetric Survey and Research Systems på Sri Lanka som inkluderer overvåking av mødredødsfall. Arbeidet organiseres via Family Health Bureau under Helsedepartementet og innebærer



Dr Karthikeyan Parimelaagapillai viser hvordan utbygging av god svangerskapsomsorg i primærhelsetjenesten har redusert mødredødsfall i Sri Lanka.

overvåking av mødredødsfall, bruk av verbal obduksjon og innhenting av relevant klinisk informasjon fra sykehusene. Sri Lanka etablerte gjennomgang og læring av mødredødsfall i 1959 og arbeidet ut over 1990-tallet med å organisere arbeidet bedre. Mødredødeligheten har falt fra 1694 til 33 per 100 000 levende fødte barn fra 1947 til 2022. Gratis tilgang til helsetjenester ved svangerskap og fødsel og en høy andel institusjonsfødsler har bidratt til denne suksessen.

Imidlertid har mødredødeligheten stagnert de siste tiårene og han peker på en rekke utfordringer som de står overfor, blant annet svak oppfølging av tilrådinger, manglende helsepersonell, mangel på spesialist vurdering og begrenset bruk av datagrunnlaget for å undersøke sosial ulikhet i helse. Lokalsamfunn og privat sektor er i for liten grad involvert i gjennomgangen, og frykt for juridiske følger påvirker åpenhet og refleksjon. I tillegg er det en utfordring at forslag til tiltak kan være vage, eller ikke ha finansiering. På Sri Lanka har de brukt medlemskapet i INOSS til å hente internasjonale ekspertise for å styrke arbeidet med lokale strategier.

Professor Anish Keepanasseril orienterte om India sin strenge regulering av deling av individdata og krav til forskningsprosjekter som ønsker å bruke data fra India. Dette gjelder også dokumentasjon av finansiering, forsikring av deltagere i forskning, og klare avtaler mellom samarbeidspartnerne. Et tema for møtet var internasjonalt forskningssamarbeid og deling av data, og erfaringene fra India harmonerer godt med det vi har erfart i Norge, Norden og Europa, særlig etter at GDPR direktivet om personvern ble vedtatt i EU. I denne sesjonen viste innleggene fra Finland, India og Norge at det er behov for sikker infrastruktur for deling av forskningsdata i internasjonale samarbeid, og at analysene bør gjøres i hvert enkelt land og deretter samles gjennom såkalte «fødererte analyser».

Professor Keepanasseril viste hvordan India bidrog til 18% av verdens mødredødsfall i 2020, totalt rundt 24 000 dødsfall. Mens



Dr Anish Keepanasseril orienterer om India sin strenge regulering av deling av individdata.

statene sør i India har klart å redusere mødredødeligheten er forekomsten fortsatt høy i store områder, en femtedel av distriktene har fortsatt en mødredødelighet på mer enn 200 per 100 000 levende fødte.

I overvåking av potensielt livstruende maternelle komplikasjoner er hypertensive svangerskapskomplikasjoner, alvorlig blødning og sepsis de mest vanlige, men forekomsten varierer mellom ulike sentre og regioner. I India er nylig mødre helse og mødredødsfall tatt ut av den nasjonale prioriteringslisten for forskning av India Council of Medical Research. Arbeidet med å gjennomgå og lære av mødredødsfall og potensielt livstruende komplikasjoner hindres også av manglende tildeling av ressurser i lokal helseledelse, «blame culture» og frykt for juridiske følger, og manglende ønske fra ledelsen om å tillate innsyn. I tillegg har de fleste institusjonene ingen elektronisk pasientjournal, det er få leger per pasient og lite tid til dokumentasjon og man opplever ofte dårlig datakvalitet i rutinedata; journalen kan være ufullstendig, unøyaktig og mangle standardisering. Det er heller ingen kobling av helseinformasjon mellom behandlingsnivåer.



Dr Karthikeyan Parimelaagapillai
Sri Lanka

Dr Karthikeyan Parimelaagapillai leder Obstetric Survey and Research Systems på Sri Lanka som inkluderer overvåking av mødredødsfall. Arbeidet organiseres via Family Health Bureau under Helsedepartementet og innebærer overvåking av mødredødsfall, bruk av verbal obduksjon og innhenting av relevant klinisk informasjon fra sykehusene.



Dr Anish Keepanasseril
India

Dr. Anish Keepanasseril er professor i gynekologi og obstetrik i Puducherry i India og leder et nettverk av 27 fødevinstitusjoner i alle regioner i India. Nettverket overvåker potensielt livstruende obstetriske komplikasjoner, tilpasser definisjoner og kriterier til lokal bruk og under



Dr Justine Mufenda
Namibia

Dr Justine Mufenda er overlege i obstetrik i Windhoek i Namibia. De arbeider med overvåking av mødredødsfall og perinatale dødsfall i Namibia og har særlig sett på betydningen av å bruke ulike datakilder for å identifisere alvorlige utfall.



Dr Justine Mufenda beskriver talende hvordan tilgang til klinisk informasjon er krevende når alle journaldokumenter er arkivert i papirmapper

I Namibia var beregnet mødredødelighet for 2020 215 mødredødsfall per 100 000 levende fødte, omlag en halvering fra 450 per 100 000 i 2000. Offentlig helsetjeneste dekker ca 80 % av de 3,1 millioner innbyggere; denne består av ett nasjonalt sykehus i hovedstaden Windhoek, 4 intermedieære sykehus, 3 lokalsykehus og 309 helsesentre. De viktigste årsakene til mødredødsfall i perioden 2018 til 2021 var blødning, hypertensive svangerskapskomplikasjoner, hepatitt E, komplikasjoner til abort og hjertesykdom. I Namibia arbeider de nå med å få bedre representasjon av helsepersonell i teamene som gjennomgår mødredødsfall, å nå fram til private helseinstitusjoner, og forbedring av rapportering av både mødre og perinatale dødsfall med overgang til elektronisk rapportering. Manglende ressurser og infrastruktur er en utfordring, særlig når det gjelder lagring av pasientinformasjon. De arrangerer nasjonale tilbakemeldingssesjoner digitalt for å nå ut til distriktene, besøker helseinstitusjoner og informerer lokalsamfunnene om resultat av vurderinger og tilrådinger. Nasjonale medier er også tatt i bruk for formidling og dette har blitt godt mottatt.

Invitasjon til kurs:

ULTRALYD OG BEHANDLING AV EKTOPISE GRAVIDITETER OG KOMPLIKASJONER I TIDLIG GRAVIDITET



DATO

4.+5. mai 2026
08:45 – 15:30

STED

Oslo Universitets-
sykehus

KURSAVGIFT

4600 NOK

GODKJENNING

Kurset er godkjent som
valgfritt kurs i spesialist- og
videreutdanning med
13.3 tellende timer

KURSANSVARLIG

Ass Prof. Tina Tellum
Dr. Athena Goulimis
 Oslo
universitetssykehus

PROGRAM & REGISTRERING



email: uxgnin@ous-hf.no

Nye innsikter. Bedre beslutninger. Tryggere pasienter

Kurset er egnet for alle (LIS og spesialister) som
håndterer komplikasjoner i tidlig graviditet og ønsker å
styrke sine ferdigheter i diagnostikk og behandling av
ektopiske graviditeter, **spontanaborter** og andre
komplikasjoner – inkludert **rester**. Lær å diagnostisere
sjeldne og komplekse tilfeller som sectio-arr- og
interstitielle graviditeter.

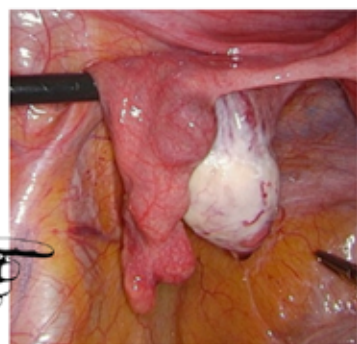
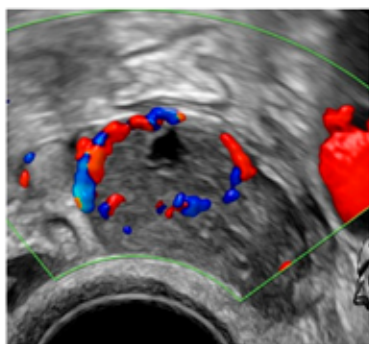
Til tross for nye retningslinjer finnes det fortsatt mange
myter og misforståelser knyttet til ektopiske graviditeter
– disse skal vi rydde opp i.

Kurset er svært praktisk rettet, med fokus på de konkrete
«how-to»-aspektene ved diagnostikk og behandling som
du kan ta i bruk umiddelbart, samtidig som det gir en
dypere forståelse av patofysiologien bak ektopiske
graviditeter. Det legges opp til case-eksempler og
diskusjoner.

FORELESERE

Vi er så heldige å ha med oss noen verdensledende
eksperter:

Prof. Davor Jurkovic, Dr. Joel Naftalin, Dr Cecilia Bottomley (UCLH,
London); Dr Jackie Ross (Kings College, London); Ass. Prof. Ligita
Jokubkiene (Lund University); Dr Eline B. Seljeftot (NTNU Trondheim), Ass.
Prof. Tina Tellum, Dr Athena Goulimis (Oslo University Hospital)



Tverrfaglig vårmøte i obstetrisk anestesi og fødselshjelp

Clarion Hotel, Gardermoen
4.–5. mars 2026

Hver fødsel er et samarbeid. Obstetrikere og anestesileger står sammen i noen av de mest
krevende og kritiske situasjonene i medisinen. Trygg fødselshjelp krever felles forståelse,
gjensidig tillit og god kommunikasjon – både i planlagte og akutte forløp.

I 2024 ble det registrert **53 696 fødsler** i Norge. Over **24 000
kvinner** fikk epiduralanestesi, og **8 731** fikk anestesi ved
keisersnitt. Mange av de **3 114 kvinnene** som blødde mer enn
1 500 ml eller trengte transfusjon ble også behandlet i tett
samarbeid mellom obstetrikere og anestesileger. Disse tallene
viser hvor ofte fagene møtes i praksis – og hvor viktig det er at
vi står godt samkjørt.

Våren 2025 kom **Norsk anesthesiologisk forenings første
faglige veileder**, *Veileder i obstetrisk anestesi*. Den ble møtt med
stort engasjement fra begge fagmiljøer. Samtidig så vi behovet
for en fast tverrfaglig møteplass i Norge – der obstetrikere og
anestesileger kan diskutere felles utfordringer, dele erfaringer
og bygge kompetanse sammen.

Derfor arrangeres nå det første **nasjonale, tverrfaglige
vårmøtet** i samarbeid mellom **Norsk gynekologisk forening**
(NGF) og **Norsk anesthesiologisk forening** (NAF).

Mål med møtet

- Styrke samarbeid og felles situasjonsforståelse
mellom obstetrikere og anestesileger.
- Diskutere håndtering av alvorlige obstetriske
tilstander – blødning, preeklampsi, akutte keisersnitt
og luftveishåndtering.
- Etablere et varig forum for læring, erfaringsutveksling
og oppfølging av faglige veiledere.
- Bidra til økt pasientsikkerhet og bedre teamarbeid
i fødselsomsorgen.

Norge har i dag en nasjonal referansegruppe for maternelle
dødsfall under NGF. Den gir verdifull innsikt i obstetriske
hendelser, men det har manglet et tilsvarende forum der også
anestesileger deltar systematisk. Gjennom dette møtet ønsker
vi å samle hele fødselsteamet for felles læring og kvalitet.

Praktisk informasjon

Tid: 4.–5. mars 2026

Sted: Clarion Hotel, Gardermoen

Målgruppe: LIS og spesialister i gynekologi/fødselshjelp
og anestesi

Kursgodkjenning: 12 tellende timer som valgfritt kurs
i utdanningsløpet for både anestesi og fødselshjelp og
kvinnesykdommer

Vi håper mange ønsker å delta – både fra store og små
avdelinger.

Velkommen til det første nasjonale, tverrfaglige møtet
i obstetrisk anestesi og fødselshjelp.

På vegne av kurskomiteen

Grethe Heitmann– NAF, Sykehuset Østfold

Leiv Arne Rosseland– NAF, OUS

Johanne Kolvik Iversen– NGF, OUS

Solveig Bjellmo– NGF, Ålesund sjukehus



Referat fra årsmøtet i Norsk gynekologisk forening i Ålesund 22.-24. oktober 2025

Årsmøtet i Norsk Gynekologisk Forening 2025 er nå over, og vi ser tilbake på et arrangement som leverte på alle måter – både faglig og sosialt. I Ålesund var det samlet gynekologer fra hele landet til dager med faglige oppdateringer, inspirerende diskusjoner og, ikke minst, et sterkt fellesskap. Som en klok dame en gang sa «Alone we can do so little; together we can do so much» *Helen Keller*.

(På vegne av LOK, skrevet av Sara Årvik. Bilder: LOK og Kine Haukelidsæter Haaverstad, nettredaktør)



Strykekvartetten sørget for en vakker start på dagen.



Velkomst og motiverende ord ved varaordfører i Ålesund, Jessica Gärtner.

Onsdagen startet med FUGO-kurs, *Gynekologisk og obstetrisk kirurgi*. Deltagerne rapporterte om inspirerende og nyttig faglig innhold.

Lederforum og ulike formøter gikk alle som planlagt, med spennende innlegg og gode diskusjoner.

På kvelden ble det byvandring til Fabrikken kulturscene hvor det ble avholdt Get Together. Kvelden ble en hyggelig samling der kolleger fra hele landet møttes over dampende skåler med brennsnut. Stemningen var uformell og god, og praten gikk lett rundt bordene. Et av kveldens høydepunkter var uten tvil underholdningen av Signe Stunden som tok scenen med både humor, glimt i øyet og en solid dose sunnmørsk sjarm. Latteren satt løst og noen fikk litt mer oppmerksomhet enn andre.

For de morgenfriske startet torsdagen med joggetur på Aksla. En annen gjeng friskuser tok turen til Fjellstua før de trosset den kjølige oktoberluften for et forfriskende bad i Ålesundsfjorden. Etterpå ventet varm kaffe og en god porsjon mestringsfølelse.

Offisiell åpning av møtet ble gjort ved NGF-leder – vår egen – Solveig Bjellmo og varaordfører i Ålesund, Jessica Gärtner. Videre ble stemningen satt ved Strykekvartetten som spilte vakre toner mens det i bakgrunnen rullet nasjonalromantiske bilder fra lokalområdet. Tror det var flere enn Agnethe Lund som satt igjen med en tåre i øyekroken.



418 trappetrinn fra Byparken kunne man nyte den flotte utsikten fra byfjellet i Ålesund, Aksla



F.h. Solveig Bjellmo (leder NGF), Johanne Kolvik Iversen (hovedredaktør Fødselshjelp metodebok), Lena Henriksen (leder Den norske jordmorforening) og Lena Yri Engelsen (generalsekretær 1001 dager) i paneldebatt om tillitskrise i fødselshjelpen, ledet av Agnethe Lund



Pål Bakke var konferansier under årsmøtemiddagen



Underholdning på Get Together ved Signe Stunden



Frisk start på dagen



Get-together onsdag kveld med mat og underholdning på Fabrikken Kulturscene

Etter det var vi klare for å ta fatt på det faglige programmet, og årets inviterte foredrag ble holdt av Prof. Anne Hammer fra Aarhus Universitetet med foredraget «HPV- fra oppdagelse til forebygging og målrettet behandling». Samt Bente Mikkelsen, Director Global Engagement Strategies, St. Jude Children Research Hospital som hadde foredraget Cervical Cancer Elimination initiative. Et moralsk imperativ – kan WHO gjøre en forskjell? Begge foredrag var både inspirerende og engasjerende.

Som tidligere, var det også i år, mange gode og inspirerende frie foredrag. Flinker kollegaer presenterte viktige og gode forskningsprosjekt og innlegg. Temaene var interessante, og det var bra engasjement fra salen.

I pausene kunne man som vanlig besøke industrien. Quintet stakk av med utstillersprisen for sin engasjerende stand. Nytt av året var en egen utstillers-quiz, hvor den heldige vinneren ble premiert med gratis deltakeravgift for årsmøte 2026!

Siste del av torsdagen holdt Dr. Jeroen van Dillen fra Radboud University, Nederland et spennende innlegg om *Women refusing standard obstetric care: maternal-fetal or doctor-patient conflict?* Dette tok oss videre inn i en engasjerende paneldebatt: *Tillitskrise i fødselshjelpen? Hvordan mater vi kvinner som ikke ønsker helsehjelp eller ikke har tillit til fagfolk?* Tilstede var Solveig Bjellmo (seksjonsoverlege fødeavd. Ålesund, leder NGF),



Dr. Jeroen van Dillen fra Radboud University i Nederland presenterte sitt syn på problemstillingen kvinner som ønsker alternativ til tradisjonell fødselsomsorg.



Årets vertskap: LOK Ålesund



Anne Hammer fra Aarhus Universitet i Danmark holdt foredrag om HPV. Det måtte avklares at "keilesnitt" er dansk for konisering, og ikke keisersnitt, ellers gikk det ukomplisert for seg på dansk.



Ingvald Vistad presenterer LETSGO studien



Innslag fra Obstetriske Menn ga midt dagen et ekstra løft – kveldens musikalske høydepunkt



Vitenskapelig sekretær Agneth Lund sto for programmet på årsmøtet



Elise Sletten oppdaterer publikum på det nye innenfor endometriehyperplasi og endometriepolypper.



Gynekolog Bente Mikkelsen i WHO holdt foredrag om Cervical Cancer Elimination Initiative.



Norsk nettverk for kvinnehelse og sjeldne medfødte diagnoser var tilstede med egen stand.

Lena Henriksen (leder, Den norske jordmorforening), Johanne Kolvik Iversen (overlege OUS, hovedredaktør Fødselshjelp metodebok) og Lena Yri Engelsen (Generalsekretær i landsforeningen 1001 dager). Det var mange gode kommentarer og innspill.

Generalforsamlingen i NGF ble avholdt torsdag ettermiddag, angivelig uten dramatikk. Ny leder i NGF blir Agneth Lund. For ytterligere detaljer kan man lese referatet.

Torsdagskveld var det igjen duket for årsmøtemiddag. Styret åpnet det hele med Gynekologiens Røst, en rungende flott hymne til Norges gynekologer, med istemmende allsang fra salen. Kvelden ble videre ledet med stål hånd – og stor sjarm – av Pål Bakke, som engasjerte med både humor og imponerende sang. Årets hederspris gikk velfortjent til Branka Yli og Forbildeprisen til Kristina Brabu. Beste utdanningsavdeling ble Hammerfest. Flere priser ble delt ut til velfortjente vinnere og kan leses om på de påfølgende sidene av bladet. Det ble også delt ut diplom til nye spesialister. Vi var i tillegg heldige å få hjelp til storslått underholdning av Obstetriske Menn. De satte stemningen for videre dans som vedvarte godt utover nattetimene. FUGO tok i år ansvar for at det angivelig ble et heidundrende nachspiel. Alt i alt ble årsmøtemiddagen en kveld med nydelig mat og ekte felleskap!

Fredagen var det på nytt duket for inviterte foredrag innenfor gynekologisk kreft. Alda Birgisdottir holdt et spennende foredrag om *profylaktisk salpingektomi. Når og hvorfor? TUBA studien*. Videre snakket Elise Sletten om *Endometriehyperplasi og endometriepolypper. Hva er nytt?* Til sist var det Ingvald Vistad som hadde foredrag om *Oppfølging etter kreftbehandling. LETSGO studien*. Alle foredragene var både opplysende og relevante.



På Generalforsamlingen ble det vedtatt at Agneth Lund tar over som ny leder for NGF fra neste år.



Påtroppende sammen med avtroppende NGF-leder. Solveig Bjellmo fikk velfortjent heder for innsatsen hun har lagt ned i sin tid som leder.



Lite slår et dansegulv fylt med gynekologer.



En stor gjeng var samlet for frisk start på torsdagen



Tradisjonen tro ledet styret an med "Gynekologiens røst"



God stemning på FUGO bordet

FUGO stod for en ny spennende paneldiskusjon om Fremtiden i fager- hvordan motivere og rekruttere unge kolleger? Til stede var blant annet Ingeborg Henriksen (LIS i nefrologi og leder YLF). Det var mange gode forslag til hvordan rekruttere, spesielt spennende var kanskje forslaget med datingapp?

Etter lunsj var det på nytt duket for spennende frie foredrag og kasuistikker. Før det helt til slutt var klart for prisutdeling. En komité bestående av representanter fra FUGO, NGF og LOK kåret beste foredrag innen gyn og obstetikk, som gikk til hhv. Magnus Borgan Berge og Iqbal Al-Zirqi. Vel fortjent!

Både under årsmøtemiddagen og avslutningsvis på fredag, fikk vi se video fra kollegaer i Tromsø i forbindelse med årsmøtet 2026. Og det er vel ikke til å stikke under en (gyn)stol at denne var av en litt annen kvalitet enn det vi i Ålesund presenterte i fjor. Latteren satt løst når denne ble vist frem. Vi gleder oss veldig til å «Kom til Tromsø-by» og har stor tro på at årsmøtet i Tromsø 2026 blir en opplevelse som er verdt å få med seg.

Takk for oss, det har vært en glede å kjenne på felleskapet og engasjementet for verdens beste fag.

Sees i Tromsø!

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 følte 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**





Referat fra FUGOs paneldebatt 24.10: Fremtiden i faget - hvordan motivere og rekruttere unge kolleger?

For første gang hadde vi i FUGO gleden av å arrangere paneldebatt på NGFs årsmøte i Ålesund. Vi hadde fått med oss fire flotte gjester: Leder av YLF, Ingeborg Henriksen; Cathrine Kristoffersen som har utviklet fadderordning for LIS; Lill Anette Øyen som har bakgrunn fra Forsvaret og jobber som prosjektleder for det HSØ-finansierte prosjektet «Bedre på jobb» der målet er å øke kompetansen innen utdanning; Anja Døssland Holstad som i mange år har vært avdelingssjef på Gjøvik.

Forfatter: Mina Eskeland

I årets spørreskjema til Utdanningsprisen stilte vi noen tilleggs-spørsmål til LIS i forhold til hvordan de opplever balansen mellom jobb og familieliv, om de ønsker å fortsette å arbeide på sykehus som ferdige spesialister og hvilke faktorer som er viktige for beslutningen om å bli værende på sykehus. Svarene er sprikende. Halvparten ønsker å bli værende på sykehus som spesialister, halvparten ønsker ikke. Faktorene som er angitt som viktigst for å bli værende på sykehus, er mer fleksibel arbeidstid, mer autonomi over arbeidsoppgaver og bedre lønn. Resten av svarene fra resten av spørreskjemaet til Utdanningsprisen (som du kan lese utfyllende om i forrige nummer av Gynekologen) viser også et todelt bilde. Mange opplever gode kollegaer og et sterkt faglig miljø, men samtidig oppgir flere at tiden til læring er for knapp og at strukturert veiledning ofte uteblir. Mange har et sterkt engasjement for faget, men vi har et system rundt oss som ikke alltid klarer å støtte opp om det.

Tallene viser at vi aldri har hatt så mange spesialister i gynekologi totalt som nå, men samtidig aldri færre som faktisk jobber i sykehusene. Det sier noe om at vi lykkes med utdanning på papiret, men kanskje ikke med å skape bærekraftige arbeidsmiljøer som folk ønsker å bli i. Hvorfor klarer vi ikke å beholde spesialistene våre, og hvorfor klarer vi ikke å rekruttere nye LIS i samme takt som før? Er det arbeidsmengden? Kulturen? Mangelen på støtte og fleksibilitet? Eller handler det om at vi har bygget et system som gjør det vanskelig å lære mens man leverer? Det er nettopp disse spørsmålene vi tok tak i i paneldebatten.

Alle deltakerne i paneldebatten fikk innledningsvis et par minutter til å fortelle om seg selv og deres arbeid. Ingeborg Henriksen fra YLF la vekt på at det til syvende og sist er myndighetene som har ansvar for å rekruttere og beholde LIS, ikke YLF, men at de jobber med å fortelle hva problemene er og forsøker å komme med løsninger. De anerkjenner at drift ofte prioriteres foran læring og at det er et enormt produksjonskrav som overskygger mye annet. Tid til fagutvikling, utdanning og sosiale møteplasser, for å nevne noe, prioriteres ikke.

Cathrine Kristoffersen er LIS3 i Geriatri og startet fadderordning på Sykehuset i Vestfold etter selv å ha opplevd hvor dårlig LIS blir møtt og fulgt opp på ny arbeidsplass. Hun jobber nå 50% som prosjektleder hvor hun bidrar med å etablere fadderordninger i regi av Helse Sør-Øst RHF. Cathrine understreker at det å bli tatt imot på en god måte og ha en strukturert introduksjon, sender et klart signal om hvordan arbeidsplassen og arbeidsgiver verdsetter en ny kollega. Denne opplevelsen skaper premissene for det videre arbeidsforholdet og vil påvirke hvordan man opplever resten av spesialiseringen. Ved at alle bidrar til et miljø som gjør at nye leger ønsker å bli værende, vil det hjelpe for dem selv også i form av f.eks. lavere arbeidsbelastning og færre vakanser. Cathrine drømmer om en kultur- og holdningsendring blant leger der vi står tettere sammen og sørger for et optimalt lærings- og arbeidsmiljø.

Lill Anette Øyen, som selv har dobbel spesialisering i anestesi og psykiatri, fortalte om en helt annen kultur for opplæring og

veiledning i Forsvaret. Der har opplæring en helt annen plass og rolle. Den gjennomføres på en mer målrettet måte med fokus på å bygge lag og utvikle folk til å bli profesjonelle. Vi må lære av kriser i andres liv for å bli trygge. Det finnes bedre måter å gjøre utdanning på enn slik vi leger tradisjonelt har gjort det med «see one, do one, teach one.» Lill Anette vil at vi skal se på utdanning som det som gjør at vi blir trygge, robuste lagspillere for fremtiden. Dette er helt nødvendig for å løse oppgavene vi ikke ennå vet kommer.

Anja Døssland Holstad snakket om utfordringer med å rekruttere overleger til et lite sykehus som Gjøvik, som igjen fører til svært høy vaktbelastning på de som er igjen. Det er også et problem at mange LIS ikke kommer tilbake etter tjeneste på større sykehus, selv om LISene stort sett er veldig fornøyde hos dem. De får gjerne operere mye og mange trives godt med variasjonen i arbeidsoppgaver som et lite sykehus tilbyr. Når Anja spurte LISene hvorfor de ikke da kom tilbake, var svarene ofte at det var for høy vaktbelastning, at de ønsket å være en del av større fagmiljøer og at de ville hjem til der de hadde tilknytning. Hun er positiv til Mjøssykehuset da hun ser at det er behov for en annen type vaktordning for overlegene for å få LISene tilbake.

På spørsmål om hva deltakerne tror er de viktigste grunnene til at LIS velger å slutte, var svarene både vaktbelastning, at det er liten avstand mellom stor suksess og enorm tragedie, ikke nok tid til mester-svenn-relasjonen, lite fleksibilitet, dårlig tilbakemeldingskultur og personlig egnet, at noen rett og slett finner ut at faget ikke var for dem. Alle var enige om at det er ekstremt viktig at vi tar godt vare på hverandre, og kanskje spesielt på LIS som allerede helt fra starten av spesialiseringen kan oppleve vanskelige situasjoner. Ingeborg understreket at vi bør ha gode rutiner for oppfølging ved uheldige hendelser og helst ta det med en gang. Det å ha et system skaper trygghet. Cathrine fremhevet at dagens unge leger er like engasjerte som tidligere, men at mester ofte ikke har tid til svenn. LIS kan gå rundt i lang tid uten å få en eneste tilbakemelding og lurer da på om de er gode nok. Lill Anette mente at mange kanskje ikke hadde sluttet hvis de hadde fått litt bedre oppfølging og opplæring, spesielt når man kommer ned fra toppen av «idiotpiggen» (Dunning-Kruger-kurven) og typisk kan tenke at «det er sikkert noe galt med meg, jeg egner meg ikke til dette». Kanskje man kunne fått noen opp igjen av denne gropen hvis de fikk rom til å være svenn og ha en mester. Hun poengterte at resten av legelivet er en oppoverbakke og at man trenger støtte på veien. Ingeborg fortsatte på dette og understreket viktigheten av at overlegene har tid og overskudd til å være mester, og at de lar oss LIS kjenne på mestring og motivasjon.

Vi diskuterte også om den nye generasjonen LIS er late. Alle var enige om at det er vi ikke. Ingeborg snakket om at det er generelt for hele samfunnet at mange vil ha mer tid til andre ting enn jobb. Vi leger er et produkt av systemet vi jobber i. Hvis ledere viser fleksibilitet og raushet, vil man gjerne få det tilbake. Når LIS blir møtt med respekt, tillit og fleksibilitet, så vil de gi det tilbake. Lill Anette mente det er en jobb å gjøre med medisinstudiene. Vi har nå strømlinjeformede utdanninger der alt er strukturert, man kan øve seg til f.eks. en OSCE-eksamen, og dette gjenspeiler ikke virkeligheten man møter når man faktisk begynner å jobbe som leger. Nyutdannede leger er kanskje mindre klare for hvordan legelivet faktisk er enn tidligere. Medisinstudenter må få større muligheter til å øve seg på et ekte legeliv. Prosjektet Lill Anette skal lede, «Bedre på jobb», skal forsøke å øke kompetansen innen

utdanning i alle ledd, fra LIS (ruste og forberede LIS for læring), til UAO (utdanningsledelse), til leder (ansvar for å sikre kvalitet og kompetanse).

Vi tok også opp samfunnets toleranse for uønskede hendelser. Mange av deltakerne snakket da om hvor viktig det er å ha fellesskap der det er lov å gjøre feil. Cathrine snakket om hvordan tilbakemeldinger kan være med på at man blir trygg i rollen som lege, at det kan være hjelpsomt å få vite når det er forventet at man skal kunne hva og at det er aksept for at man ikke skal kunne alt fra start. All verdens kunnskap og informasjon er lett tilgjengelig, og det er ganske stressende som fersk LIS å tro at man bør kunne alt. Alle var enige om at sosiale møteplasser er svært viktig. F.eks. bør man ikke pakke undervisning inn i lunsjen og alle bør få mulighet til å være med på morgenmøtet. Sosiale arenaer er med på å skape tillit i kollegiet, det skaper trygghet å kjenne hverandre. Lill Anette fremhevet at det kun er en liten del av legerollen som er faglig, den største delen er relasjonelle evner. I Forsvaret er det fokus på å ikke ta bort sosiale møtepunkter. F.eks. har rapportene deres en todelt funksjon: 1) Erfaring og kunnskapsoverføring som sikrer trygg utføring av arbeidsoppgaver resten av dagen, og 2) at man skal få mulighet til å legge igjen alt på jobben sånn at man kan være helt hjemme når man er hjemme.

Siste spørsmål handlet om hvorvidt det er høyere krav til dagens LIS enn tidligere. Lill Anette mente at det i alle fall stilles tydeligere krav og at vi kanskje er i ferd med å gå i fellen der vi overbyråkratiserer kompetansen. Vi tar bort «soft skills», kaffekoppen osv. og blir i stedet sittende å klikke rundt i Dossier. Vi har kanskje blitt for opptatt av sjekklister og mistet litt av hva vi egentlig skal gjøre som leger. Anja fortalte at hun er veldig opptatt av å lære LIS hva som er godt nok og hvordan ha best mulig arbeidsflyt underveis i dagen sånn at man ikke blir sittende overtid. Hun var videre opptatt av at vi må jobbe for å ikke få for mange administrative oppgaver. Det ble snakket om at det er økende krav til hvor mye som skal gjøres på hver pasient og at kravene til dokumentasjon er mye større enn tidligere. Både samfunnet og kollegiet forventer dette. Ingeborg bemerket at på noen avdelinger er det skapt en forventning om at alt skal være perfekt. Det er viktig at leder setter grenser og sier tydelig at «sånn gjør vi det her». Man må legge listen på et levelig nivå. Cathrine snakket videre om at ledere må tørre å investere for å få en avkastning, f.eks. ved å la en overlege supervisere flere LIS-poliklinikker og ikke samtidig ha sin egen poliklinikk. Lill Anette supplerte dette med at de har gjort nettopp dette noen steder i Danmark og ser at man produserer like mye på poliklinikk og operasjon, og får færre rehenvisninger.

Avslutningsvis vil vi i FUGO komme med noen konkrete tips ut fra denne debatten:

- Møt alltid nye LIS på en vennlig og inkluderende måte.
- Gjerne ha en organisert fadderordning (Cathrine har laget en «oppstartspakke» for de som ønsker å starte med fadderordning, så send henne gjerne en epost, cathkr@siv.no).
- Benytt sosiale arenaer i løpet av arbeidsdagen, f.eks. morgenmøte, spise lunsj sammen osv.
- Gi tilbakemeldinger til LIS.
- Støtt hverandre og skap et trygt fellesskap der det er rom for å feile.
- Prioriter utdanning, selv om det går på bekostning av drift på kort sikt.



Årets bilde kommer fra en norsk kunstner som heter Ingrid Haukelidsæter, og utstillingen hennes het: «Når knopper brister».

Hedersprisen 2025 til Branka Yli

Årets hederspris gikk til en person som har satt varige spor i norsk fødselshjelp. Gjennom et livsverk som har berørt alle fødeavdelinger i kongeriket, har Branka Yli bidratt til tryggere fødsler, bedre forståelse – og ikke minst høyere faglig standard.

Reisen begynte langt fra Norge. I 1987 ble snippsekken pakket, og misnøye med tilstanden i hjemlandet førte til nye eventyr her nord. Autorisasjon som lege lot vente på seg, så tiden ble brukt til norskkurs og arbeid som pleiemedhjelper. Partner ble også ordnet i en fei – via et blomsterkurs og en fremtidig svigersøster. Ett år senere sto bryllupet i Heddal stavkirke, etterfulgt av liv på slektsgård med røtter tilbake til 1300-tallet – en gård som også har gitt henne etternavnet.

Som en ekte samfunnsbygger sørget Branka for at mindre sykehus fikk glede av dyktige hender – Notodden, Rjukan, Porsgrunn og Skien, med en kort avstikker til Kongsberg og radiologi – som selvfølgelig ble altfor kjedelig. I 2000 fant hun sitt faglige hjem på Rikshospitalet. Der gikk startskuddet for livsverket. Som en uunn-gåelig naturkraft har Branka sørget for at kongerikets gynekologer har fått økt forståelse for og kunnskap om fosterfysiologi og fosterovervåking, enten de har villet eller ikke.

I 2011 forsvarte hun sin doktorgrad, et arbeid som fikk stor innflytelse på norsk fødselshjelp. Branka har siden vært en hjørne-stein i nasjonale retningslinjer og ledet NGFs referansegruppe for fosterovervåking i nesten 20 år. Gjennom veiledning, kurs og årlige erfaringsmøter har hun løftet faget og bidratt til at antall

fosterdødsfall under fødsel har falt med 87 prosent siden 2008.

Hun har også vært mangeårig styremedlem i Norsk Perinatal-medisinsk Forening, der hun ble æresmedlem i 2021, og representert Norge i ekspertgruppen for fosterovervåking i European Association of Perinatal Medicine. Her har hun vært en tydelig advokat for norsk og nordisk fødselshjelp.

Det har ikke vært uten kamp. Branka har stått støtt i faglige stormer, vært uredde i debatt, og like kompromissløs som hun er kunnskapsbasert. Man stopper ikke en vulkan ved å skvette vann på den, så heldigvis har hun fortsatt arbeidet frem til april i fjor, da hun gikk av med pensjon, etter å ha gjort et systematisk søk på hvor mange gode år man statistisk sett har igjen når man passerer 65. Evvidensdrevet, som alltid.

Som fosterovervåkingens grand old lady, har Branka Yli vært fosterets advokat, en brobygger mellom jordmødre og leger, og en inspirasjon for en hel generasjon fødselshjelpere. Nå som hun har gått av med pensjon, står vi igjen med et fagfelt som bærer tydelige merker etter henne – og en arv som forplikter.

Det var dermed velfortjent og med stor ære at NGF-leder Solveig Bjellmo overrakte NGFs hederspris til Branka Yli under årets årsmøtemiddag, på vegne av Norsk gynekologisk forening.

Gynekologen gratulerer!

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

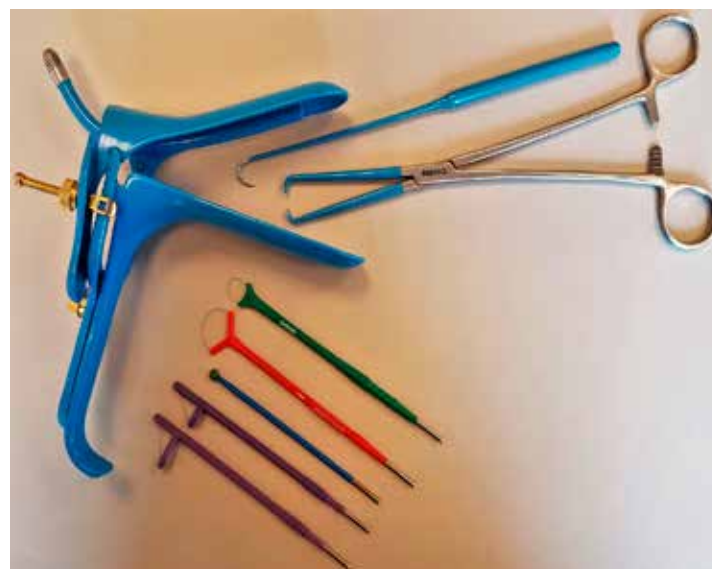
DOSERING OG ADMINISTRASJONSMÅTE: Behandling skal startes opp og overvåkes av lege med erfaring i kreftbehandling. Pasienter med endometriekreft skal evalueres for behandling basert på tumorens MMR-status som bekreftet ved hjelp av en validert test.

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®: Pneumonitt, 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/> Markedsføringsinnhaver: AstraZeneca AS, Karvesvingen 7, 0579 Oslo, tel. 21006400. **Før forskrivning av IMFINZI®, se FK-tekst eller SPC på www.felleskatalogen.no**

Vi har produktene fra Milex, MedGyn og Profem



medero

Tel. 45 22 76 71

epost: ordre@medero.no

www.medero.no



Forbildeprisen 2025 til Christina Barbu

I en tid med økende uro rundt framtiden for det offentlige helsevesenet er det viktig å minne oss om hva som virkelig driver oss. Pasientene, faget og gode kolleger utgjør grunnmuren for trivsel i arbeidet vårt. Gode forbilder er med på å øke motivasjonen og interessen for å fortsette i det krevende arbeidet vi har valgt, til tross for lange vakter og uten ekstra lønn for arbeid på røde dager. De minner oss om at faglig engasjement er en bærebjelke i arbeidet vårt, og at deling av kunnskap har en iboende verdi i seg selv. Når vi har et brennende hjerte for faget, blir selv mindre inspirerende ledere mindre viktige for vår trivsel.

Forbildeprisen er en svært høythengende utmerkelse som gis til en kollega som bruker mye tid på å lære opp LIS og gjør dette på en forbilledlig måte. Innsatsen engasjerer og inspirerer andre i arbeidsfellesskapet. Denne prisen anerkjenner viktigheten av undervisning og mentorrollen i vårt fag.

Forbildet kan være ung eller gammel, forsker eller ikke, men det avgjørende er at vedkommende brenner for LIS-utdanningen. Det er ikke nødvendig at vedkommende behersker alle detaljer i kompetanseportalen, men det må være udiskutabelt at vedkommende har et oppriktig engasjement for å utdanne yngre kolleger. Gjennom sin innsats viser vedkommende tydelig at undervisning av yngre kolleger er både viktig og verdifull.

Flere sterke kandidater ble foreslått i år, og de viste alle et imponerende engasjement. Juryen var allikevel enstemmig i sitt valg. Det var derfor med stor glede at Spesialitetskomiteen kunne tildele Forbildeprisen til Christina Barbu.

Gratulerer så mye!



Utdanningsprisen 2025 til Finnmarkssykehuset Hammerfest

For fjerde året på rad hadde FUGO den store æren av å dele ut Utdanningsprisen til den sykehusavdelingen som har vært best på utdanning av LIS i gynekologi og obstetikk det siste året. Som vanlig sendte vi ut et spørreskjema til alle LIS i spesialiteten i sommer. De generelle resultatene kan dere lese om i forrige utgave av Gynekologen.

Vinneren av utdanningsprisen i år har utmerket seg ved å skåre helt i toppsjiktet over flere år. Det fremstår altså som at avdelingen, på tross av sin lille størrelse, har en svært velfungerende LIS-utdanning med veldig fornøyde LIS.

Vi gratulerer Finnmarkssykehuset Hammerfest med Utdanningsprisen 2025!

INDIKASJON: Behandling hos voksne kvinner i fertil alder til behandling av moderate til alvorlige symptomer på myomer og endometriose hos kvinner som tidligere har fått medisinsk eller kirurgisk behandling for endometriose.¹
FAST KOMBINASJON MED¹: • Relugoliks (GnRH-antagonist) • hormonell add back: østradiol (E2) + noretisteronacetat (NETA)

HVORDAN KAN RYEQO®
HJELPE PASIENTER MED MYOMER?

EN TABLETT OM DAGEN

TIL BEHANDLING AV MODERATE TIL
ALVORLIGE SYMPTOMER PÅ MYOMER¹

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

 **Ryeqo®** ▼
40 mg relugoliks, 1 mg østradiol,
0,5 mg noretisteronacetat

 **Ryeqo® (relugoliks, østradiol, noretisteronacetat)**

¹. Preparatomtale for Ryeqo® (SPC), jan 2024. ². Al-Hendy et al, N Engl J Med 2021;384:630-42. ³. Al-Hendy A, et al. Obstet Gynecol. 2022;140(6):920-30.

* Andel kvinner, ** 50 % ved 24 uker²

GnRH-antagonist. ATC-nr.: H01CC54. Utleveringsgruppe C. Reseptbelagt legemiddel. Kan forskrives på blå resept. **TABLETTER, filmdrasjerte 40 mg/1 mg/0,5 mg.** **Indikasjoner:** Ryeqo er indisert hos voksne kvinner i fertil alder til: behandling av moderate til alvorlige symptomer på myomer og endometriose hos kvinner som tidligere har fått medisinsk eller kirurgisk behandling for endometriose. **Dosering:** 1 tablett 1 gang daglig. Kan tas uten avbrudd. Det anbefales å utføre en dobbelt radioabsorpsjonsmetri (DXA) etter 1 år med behandling. Ved risikofaktorer for osteoporose eller tap av benmasse, anbefales det å utføre en DXA-skanning før behandling med Ryeqo igangsettes. Når behandlingen innledes, skal 1. tablett tas innen 5 dager etter menstruasjonsstart. Dersom behandlingen startes en annen dag i menstruasjonssyklusen, kan det innledningsvis oppstå uregelmessig og/eller kraftig blødning. Graviditet må utelukkes før behandling innledes. Ryeqo kan tas uten avbrudd. Seponering bør vurderes når pasienten når menopausen, da det er kjent at symptomene på både myomer og endometriose går tilbake når menopausen begynner. **Glemt dose:** Hvis en tablett glemmes, skal den glemte tablett tas så snart som mulig, og deretter skal en tablett tas neste dag til vanlig tid. Hvis tablett glemmes i ≥2 etterfølgende dager, må en ikke-hormonell prevensjonsmetode brukes de neste 7 dagene. **Spesielle pasientgrupper:** Kontraindisert ved alvorlig leversykdom hvis leverfunksjonsverdiene ikke er normaliserte. **Administrering:** Tas på omtrent samme tid hver dag, med eller uten mat. Bør tas med litt væske etter behov. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Tidligere eller nåværende venøs tromboembolisk sykdom. Tidligere eller nåværende arteriell tromboembolisk kardiovaskulær sykdom. Kjente tromboemboliske sykdommer. Kjent osteoporose. Hodepine med fokale neurologiske symptomer eller migræne med aura. Kjente eller mistenkte maligne tilstander som påvirkes av kjønnssteroider. Tilstedeværelse av eller historie med levertumorer (godartede eller ondartede). Tilstedeværelse av eller historie med alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normaliserte. Graviditet eller mistenkt graviditet og amming. Blødning fra genitalia med ukjent etiologi. Samtidig bruk av hormonelle prevensjonsmidler. **Forsiktighetsregler:** Skal kun forskrives etter nøye diagnostisering. **Medisinsk undersøkelse/konsultasjon:** Før igangsetting eller gjenopptak skal det foretas en fullstendig medisinsk anamnese (inkl. familleanamnese). Blodtrykk skal måles og fysisk undersøkelse utføres mht. kontraindikasjoner og forsiktighetsregler. Regelmessige kontroller skal utføres iht. standard klinisk praksis. Ev. hormonell prevensjon må stoppes før igangsetting. Ikke-hormonelle prevensjonsmetoder må brukes i minst 1 måned etter behandlingsstart. Graviditet må utelukkes før administrering eller gjenopptak. **Risiko for tromboembolisk sykdom:** Bruk av legemidler som inneholder østrogen og gestagen øker risikoen for arteriell eller venøs tromboembolisme (ATE eller VTE). Hvis ATE/VTE oppstår, må behandlingen seponeres umiddelbart. Kontraindisert ved tidligere eller nåværende VTE eller ATE. **Risiko for tap av benmasse:** Gjennomsnittlig reduksjon i BMT i løpet av det første året med behandling med Ryeqo var 0,69 %. Det ble imidlertid observert >3 % reduksjon hos 21 % av pasientene. Nytt og risiko ved bruk hos pasienter med tidligere lavtraume fraktur eller andre risikofaktorer for osteoporose eller tap av benmasse, bør vurderes før behandlingsstart. Behandling skal ikke innledes dersom risikoen for bundet med tap av benmasse overstiger potensiell nytte. **Levertumorer eller leversykdom:** Hvis gulsott oppstår, må behandlingen seponeres. Det er sett asymptomatisk forbigående økt ALAT minst 3 × øvre grense for referanseområdet hos <1%. Akutte avvik i leverprøver kan nødvendiggjøre seponering av bruk til leverprøvene blir normale. **Endring i menstruasjonsblødningsmønster:** Pasienten skal informeres om at behandling vanligvis gir redusert blodtap under menstruasjon eller amenoré i løpet av de første 2 månedene av behandlingen. Ved vedvarende kraftig blødning må pasienten kontakte legen. **Preventive egenskaper:** Gir adekvat prevensjon når preparatet brukes i minst 1 måned. Kvinner i fertil alder må imidlertid informeres om at egglosning kommer tilbake kort tid etter avsluttet behandling. Alternativ prevensjon må derfor startes umiddelbart etter avsluttet behandling. **Redusert evne til å gjenkjenne graviditet:** Utfør graviditetstest ved mistenkt graviditet, og seponer behandlingen dersom graviditet bekreftes. **Fremfall eller avstøtning av submukøst myom:** Kvinner som har eller mistenkes å ha submukøse myomer, skal informeres om muligheten for prolaps eller avstøtning av myomer, og de bør kontakte lege om alvorlig blødning gjenopstår. **Depresjon:** Kvinner med tidligere depresjon skal følges nøye. Skal seponeres dersom depresjon vender tilbake i alvorlig grad. Kvinnen skal rådes til å kontakte lege ved humørsvingninger og depressive symptomer, også kort tid etter behandlingsoppstart. **Hypertensjon:** Om klinisk signifikant hypertensjon oppstår, bør dette behandles, og nytten av fortsatt behandling vurderes. **Galleblæresykdom:** Tilstander som galleblæresykdom, cholelithiasis og kolecystitt er sett, men sammenheng med preparatet er uklar. **Laboratorietester:** Bruk av østrogen og gestagener kan påvirke resultatene av visse laboratorietester. Endringene forblir vanligvis innenfor normalområdet. **Hjelpetoffer:** Inneholder laktose og bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, total laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse på felleskatalogen.no. **Potensial for andre legemidler til å påvirke preparatet:** **Relugoliks:** Orale P-gp-hemmere. Samtidig bruk anbefales ikke. Se preparatomtale (SPC) for mer informasjon. **Sterke CYP3A4- og/eller P-gp-induktører:** Samtidig bruk anbefales ikke. **Østradiol og noretisteronacetat:** CYP-enzyminduktører. Samtidig bruk av leverenzyminduktører anbefales ikke over en lengre periode. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Kontraindisert ved graviditet. Skal seponeres dersom graviditet oppstår. **Amming:** Kontraindisert under bruk og i 2 uker etter seponering. **Fertilitet:** Hemmer egglosning og forårsaker ofte amenoré. Egglosning og menstruasjonsblødning vil komme tilbake kort tid etter avsluttet behandling. **Bivirkninger:** De hyppigste bivirkningene er hodepine, hetetokter, og blødning fra livmoren. **Andre vanlige bivirkninger:** alopeci, hyperhidrose, nattesvette, nedsatt libido, vulvovaginal tørrhet og irritabilitet. **Overdosering/ Forgiftning:** Se Giftnormasjonens anbefalinger for østrogen G03C og progestogener G03D på felleskatalogen.no. **Pakninger og priser (pr. 23.02.2024):** 28 stk. (flaske) kr. 1 182,80. 3x28 stk (flaske) kr. 3409,60 **Basert på SPC godkjent av SLV/EMA:** 18.01.2024. **Refusjon:** Blå resept: Ja. Refusjonsberettiget bruk: Behandling av moderate til alvorlige symptomer på myomer hos voksne kvinner i fertil alder. Endometriose hos voksne kvinner i fertil alder som tidligere har fått medisinsk eller kirurgisk behandling for endometriose. Vilkår endometriose: ingen. Vilkår leiomyom i livmor: 240 Behandlingen skal være instituert av spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer eller sykehusavdeling med tilsvarende spesialitet. ICD leiomyom i livmor: D25. ICD endometriose: N80. Byttbar: Ja (byttegruppe 002703). **Innehaver av markedsføringsstillatelsen:** Gedeon Richter Plc. Gyömrői út 19-21, 1103 Budapest, Ungarn. **Kontakt (repr.):** Gedeon Richter Nordics AB, Barnhusgatan 22, 5tr, 111 23 Stockholm, Sverige, Telefon: 00 47 21 03 33 90, E-post: medinfo.no@gedeonrichter.eu **Les felleskatalogtekst eller preparatomtalen (SPC) for mer informasjon, se www.felleskatalogen.no Sist endret:** 09.01.2025.

Eneste godkjente behandling for gjenoppretthelse av vaginalfloraen 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 endometrie-hyperplasi, 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.



Beste frie foredrag i gynekologi 2025 til Iqbal Al-Zirqi

Iqbal Al-Zirqi er gynekolog og seniorforsker ved Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning ved Oslo universitetssykehus. Iqbal har publisert flere artikler på uterusruptur, og nå forsker hun på kreft.

Kreft er den viktigste dødsårsaken blant kvinner og menn i Norge. Hormonerapi i overgangsalder er forbundet med risiko for kreft. Derfor er mange kvinner redde for å bruke hormonbehandling, og som følge har mange redusert livskvalitet på grunn av hetetokter og dårlig søvn.

Vi trenger en studie som representerer Norge, fordi internasjonale forskningsresultater ikke er konsistente, og de fleste store studier kommer fra USA. Vi skal utføre en kohortstudie basert på koblingen av norske registre, der 1,3 million kvinner følges fra 45 år alder. Vi følger kvinnene fra 2004 til 2023. Dataene vil bli brukt til å utforske sammenhengen mellom hormonbehandling i overgangsalderen og ulike krefttyper.

Registrene som er inkludert er Kreftregistret, Reseptregistret, Statistisk sentralbyrå og dødsårsaksregistret, i tillegg til spørreskjema-data fra Mammografiscreening og Regional Helseundersøkelse fra Folkehelseinstituttet.

Hovedmål for studien: Å forbedre kvinners helse ved å undersøke risiko for ulike krefttyper knyttet til ulike hormonerapi i overgangsalderen.

Presentasjonen på årsmøtet til Norsk Gynekologisk Forening handlet om sammenhengen mellom hormonerapi og ovariekreft. Artikkel med resultater er ennå ikke publisert, men hovedfunn tyder på at det en liten risiko for ovariekreft ved hormonerapi. Det som ga høyest risiko for ovariekreft var å bruke kombinert estradiol og progestin i tablettform.

Gynekologen gratulerer!



Beste frie foredrag i obstetrikk 2025

Magnus Borgan Berge

Magnus Borgan Berge er overlege ved fødeavdelingen Ullevål og jobber med en doktorgrad med fokus på fosterovervåking i fødsel, med veiledere Anne Flem Jacobsen, Annetine Staff og Jørg Kessler.

Risikofødsler overvåkes i dag med kontinuerlig kardiokografi (CTG). Metoden har god sensitivitet, men dessverre dårlig spesifisitet. For å kompensere på dette kan det brukes tilleggsmetoder, hvorav de to vanligste i moderne obstetrikk er ST-analyse (STAN) og skalp-laktat. Tidligere studier på de to metodene har gitt til dels varierende resultater, men den diagnostiske presisjonen til STAN og skalp-laktat hadde aldri tidligere vært sammenliknet direkte mot hverandre; med begge metoder brukt samtidig, men uavhengig av hverandre, i de samme fødslene. På Ullevål overvåker vi risikofødsler med kontinuerlig CTG, fortrinnsvis med intern skalpelektrode. I tillegg tas det laktat på indikasjon. Bruken av intern CTG-overvåking gjorde at vi i studien vår hadde mulighet til å åpne STAN-signalene i etterkant av fødslene. På den måten kunne vi sammenlikne sensitivitet og spesifisitet for de to metodene direkte.

Vi har gjennomført en prospektiv kasus-kontroll-studie der 10.000 kvinner ble inkludert ved passivt samtykke i første trimester. I analysene våre så vi på fødsler med enling i hodeleie etter svangerskapsuke 36+0 med intern CTG-registrering. De fødslene

som oppfylte disse kriteriene og hadde en navlesnors-pH ≤ 7.10 ble inkludert som kasus. For hver kasus ble de tre påfølgende fødslene som oppfylte inklusjonskriteriene, men hadde en arteriell navlesnors-pH > 7.10 inkludert som kontroller.

Hoved-utfallet vårt var navlesnors-pH ≤ 7.10 . For dette utfallet hadde STAN signifikant bedre sensitivitet, mens spesifisiteten var signifikant bedre for skalp-laktat. For de sekundære endepunktene var det ingen signifikante forskjeller i sensitivitet, men en gjennomgående trend til bedre sensitivitet for STAN. Spesifisiteten var signifikant bedre for skalp-laktat for alle de undersøkte sekundære utfallene.

Vi mener disse resultatene ikke gir grunnlag for å velge den ene metoden fremfor den andre og at fremtidige studier bør fokusere på hvordan styrkene ved hver av metodene kan kombineres. Underveis i arbeidet med den aktuelle studien har vi funnet flere andre spennende sider ved CTG som vi ønsker å undersøke videre. Min kollega Ingvild Tjessem er nå i gang med et ph.d.-prosjekt der hun undersøker nye mulige asfyksi-tegn på CTG og vi håper å kunne presentere resultater fra dette spennende arbeidet på årsmøtet i løpet av de neste årene!

Gynekologen gratulerer!

Har du pasienter med fertilitetsutfordringer eller 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 oppfølging rundt ufrivillig barnløshet. Nå er vi verdens lykkeligste foreldre!

- Dagrunn, endometriose-pasient

 **Aleris**
Din helse. Vår ekspertise.

Vil du vite mer om vårt tilbud?
Besøk aleris.no/gynekolog
Ansvarlig lege: Jenny Alvirovic

JAN BYE AS - MEDISINSK TEKNIKK

DIN KVALITETSLEVERANDØR INNEN GYNEKOLOGI, OBSTETRIKK OG LAPAROSKOPI

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

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

VI TILBYR:

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



KVALITET, PRESISJON OG TRYGGHET

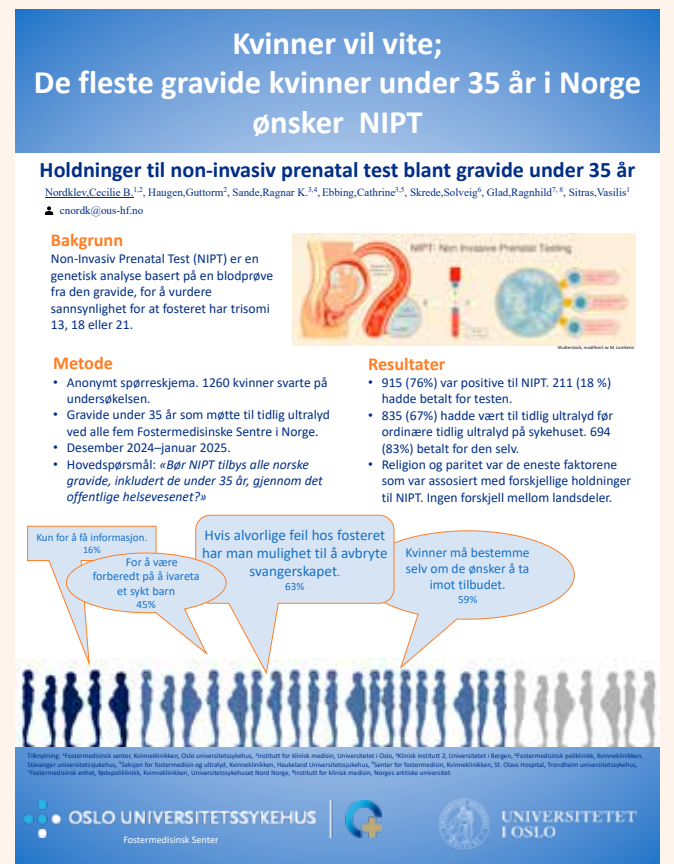
JAN BYE AS etablert i 1988, over 30 års erfaring og kunnskap, pålitelig leverandør av løsninger for bedre kvinnehelse.

Ta kontakt i dag for informasjon eller bestilling.



Jan Bye AS
MEDISINSK TEKNIKK

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



AOGS posterpris 2025 og publikums- prisen for beste poster 2025 til

Cecilie Bryn Nordklev

Cecilie Bryn Nordklev er overlege og PhD kandidat ved UiO og Fostermedisinsk senter ved Oslo Universitetssykehus. PhD prosjektet DownNor ser på tidstrender, forekomst, svangerskapsutfall og dødelighet blant fostre og nyfødte med Downs syndrom i Norge.

Med non-invasiv prenatal test (NIPT), en genetisk analyse basert på en blodprøve fra den gravide, kan man vurdere sannsynligheten for at fosteret har trisomi 13, 18 eller 21. Siden 2022 har man i norsk svangerskapsomsorg tilbudt tidlig ultralyd til alle gravide, mens NIPT-test tilbys gravide som ved fødselstermin er 35 år eller eldre. Formålet med studien var å kartlegge holdninger til NIPT blant gravide under 35 år.

Vi distribuerte derfor et spørreskjema til alle gravide under 35 år som møtte til tidlig ultralyd ved alle 5 universitetssykehus over en 2 mnd periode. 76% av de spurte gravide ønsket NIPT i offentlig regi enten gratis eller mot egenbetaling. 18% hadde på eget initiativ betalt for testen. Det var stor variasjon i oppgitte årsaker til at de ønsket testen.

- «Hvis det er alvorlig feil hos fosteret, har man mulighet å avbryte svangerskapet» (63 %)

- «Kvinner må bestemme selv om de ønsker å ta imot tilbudet» (59 %)
- «For å være forberedt på å ivareta et sykt barn» (45 %)
- «Kun for å få informasjon» (16 %)

Religion og paritet var de eneste faktorene som var assosiert med forskjellige holdninger til NIPT. Vi fant Ingen forskjell mellom landsdeler. 67% av de spurte hadde vært til ultralyd før ordinære tidlig ultralyd på sykehuset og 83% av dem hadde betalt for denne selv.

1. september 2025 ble det innført at gravide uten indikasjon skal kunne kjøpe NIPT-test i offentlig regi for 6000kr, dette kan gjøres samtidig som man er til tidlig ultralyd ved lokalsykehus.

Artikkelen *Holdninger til NIPT-test blant gravide under 35 år* publiseres i Tidsskriftet i desember for de som er interessert i flere detaljer.

Gynekologen gratulerer!

Obstetikk og Gynekologi ved Victoriasjøen i Tanzania

Mottaker av midler fra NGFs solidaritetsfond

Vi dro to uker til Tanzania i midten av september ved hjelp av solidaritetsmidler fra Norsk Gynekologisk Forening (NGF) og Norges kompetansesenter for internasjonale samarbeid (NOREC). Målet med besøket var å sonde muligheten for å etablere et utvekslingsprogram mellom avdelingen for obstetikk og gynekologi ved Bugando Medical Center i Mwanza og kvinneklinikken ved Akershus universitetssykehus, og å samarbeide om utvikling av et simuleringskurs innen obstetikk. Vi ble tatt godt imot av Andrea Solnes Miltenburg som er primus motor i dette prosjektet.



Camilla Haavaldsen

Overlege, forsker Kvinneklinikken, Akershus universitetssykehus.



Maria Serrano

Avd.leder LIS/Utdanningsansvarlig overlege Kvinneklinikken, Akershus universitetssykehus.

Første dag ble vi ønsket hjertelig velkommen av avdelingsleder som viste oss rundt på hele klinikken. Det er 16 overleger og over 40 leger i spesialisering som arbeider innen gynekologi/obstetikk.

Bugando Medical Center er et stort regionssykehus i et område med en populasjon på 20 millioner mennesker. Fødeavdelingen har ca 6000 fødsler i året, men i tillegg tar de imot kvinner i en svært dårlig forfatning fra nærliggende sykehus. Det er fem senger på observasjonsenheten. Observasjonsenheten blir brukt til å ta hånd om kvinner i tidlig fødsel, til kvinner som kommer for planlagt keisersnitt, men også til å huse gravide kvinner som er syke av helt andre enn obstetriske årsaker. Mens vi var på besøk, var det for eksempel innlagt en kvinne med hjerneabscess på observasjonsenheten. Legene som arbeider innen gynekologi/obstetikk må altså ha kompetanse innen langt flere områder enn det vi er vant til.

Det er syv fødesenger på fødeavdelingen, disse sengene er skilt fra hverandre ved hjelp av et skjerm Brett. Kvinnen får plass på fødeavdelingen når det er blitt 7 cm åpning. Det er ikke tilgang på smertelindring, og man får ikke ha med seg ledsager. Utstyr som er nødvendig under fødsel som hansker og barberblader for å kutte navlestrengen, har kvinnen med selv. Fosterovervåkning skjer hovedsakelig ved hjelp av jordmorstetoskop. Det finnes to CTG-apparat ved sykehuset, men disse brukes i liten grad, både grunnet mangel på papir, men også på grunn av mangel på opplæring i tolkning av CTG. Dermed var vårt tiltenkte forsterovervåkingskurs vanskelig å gjennomføre på en nyttig måte. Det var ingen jordmødre til stede på fødestuene da vi var innom avdelingen, men barna ble tatt imot av sykepleierstudenter. 40% av forløsningene ved sykehuset foregår ved hjelp av keisersnitt, men få av disse er virkelig akutte. Det finnes ikke muligheter for et grad 1 sectio, og det er ingen rød knapp å trykke på. Det er svært få operative vaginale forløsninger.

På barselavdelingen fikk vi virkelig se hvilke problemer pre-eklamsi skaper utenfor Norge. Dette skyldes nok både et dårlig fungerende primærhelsevesen, og mangelfull monitorering under innleggelse. Kvinnen får diagnosen for sent, blir ikke fulgt opp tilstrekkelig under innleggelsen og seponerer antihypertensiva før hjemreise fordi det ikke finnes en fastlege som kan ta ansvar videre. Dette får ofte fatale konsekvenser. Vi møtte alvorlig syke kvinner med lungeødem, med nyresvikt eller med hjerneslag etter eklampiske anfall.

De to ukene vi var på besøk var det tre kvinner som døde i forbindelse med fødsel. To av dem døde av en forsinket postpartumbldning, og en døde fordi respiratoren sluttet å fungere. Antall barn som døde i mors mage eller under fødsel i løpet av disse to ukene har vi ikke tall på. Mødredødsfallene ble gjennomgått i en audit samme uke, med leger og ledelse til stede. Det ble ved alle de tre tilfellene konkludert med at dødsfallet kunne vært unngått.

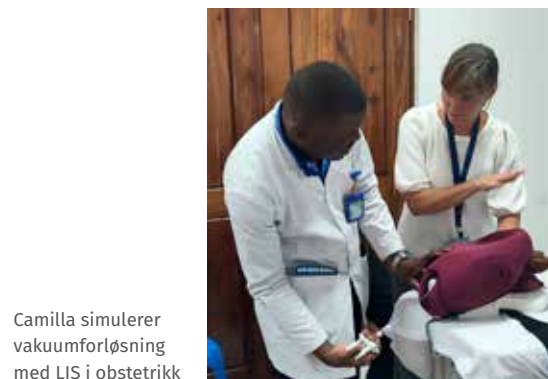
På gynekologisk avdeling fikk vi se ganske andre problemstillinger enn hva som vanligvis møter oss ved norske sykehus. Da vi gikk vitsett på avdelingen var det 18 kvinner som var innlagt grunnet fistler. Fistelbehandling på dette sykehuset blir godt finansiert, og pasienter kommer fra hele regionen for slik behandling. Delvis dekker disse utgiftene også grunnutgifter på avdelingen. Fistlene oppstår gjerne grunnet mangelfull fødselsomsorg eller iatrogen grunnet operasjonsteknikk ved f.eks. keisersnitt eller hysterektomi. Resten av avdelingen var hovedsakelig fylt av unge kvinner med cervixcancer og enkelte ovarialcancer. Ultralyd brukes i liten grad av gynekologene. Av operative inngrep er det noe laparoskopi, men laparotomi er fortsatt standard både ved akutte inngrep (f.eks. ex.u) og ved hysterektomi.



Andrea, Maria og Camilla sammen med staben utenfor Bugando Medical Centre.



Fullsatt morgenmøte



Camilla simulerer vakuumforløsning med LIS i obstetikk



Fødeavdelingen.



Ultralydapparatet i avdelingen oppbevares bak lås og slå



Maria presenterer kasuistikker om kvinner med preeklamsi



Gaten opp til sykehuset kalles «coffin road». Her selges store og små kister langs veien.



Simuleringstrening

Vi gjennomførte to dager med simulering for 16 leger i spesialisering. Det er gode fasiliteter for simulering ved sykehuset. De har både lokaler som er lagt til rette for slik trening samt en mengde utstyr fra Lærdal. Vi fikk inntrykk av at disse fasilitetene nok blir brukt i liten grad. Den første dagen hadde vi innledningsvis en teoretisk gjennomgang av postpartumbldninger, vakuumforløsning og skulderdystoci. Etterpå fikk legene forsøke seg i team på dukkene. De var svært ivrige. Det var virkelig gøy å se! Den andre dagen hadde vi teoretisk undervisning og diskusjon av kasuistikker med preeklamsi. Alle som ønsket fikk delta. Det ble en god diskusjon, og vi tror det var fruktbart både for dem og for oss.

Vi har besøkt et sykehus med store utfordringer, både grunnet lite ressurser og dårlig tilgang på f.eks. blodprodukter. Det er også begrenset hva man har mulighet til å gjøre for pasienter som ikke har mulighet til å finansiere verken medikamenter eller opphold.

Det er også store organisatoriske problemer på sykehuset. Til tross for en vanskelig hverdag, er personalet ved sykehuset svært vennlige og imøtekommende. Vi er imponert over måten de står i arbeidet sitt på.

Vi arbeider nå videre med en søknad om midler fra NOREC for å etablere et godt utvekslingsprogram. Vi tror og håper at vi kan få dette opp å gå. Vi tror våre leger kan bidra med kunnskap, men også lære av akutte hendelser i en setting der man har lite ressurser. Ikke minst har man muligheter for mengdetrening innen åpen kirurgi. Vi tror også de tanzanianske legene kan ha godt utbytte av å se hvordan helsevesenet, og da særlig fødselsomsorgen, fungerer i Norge.

Vi takker for et interessant og lærerikt opphold.

Reisebrev fra ENTOG utveksling Köln, 2.-5. juni 2025

Jeg var en av to heldige deltakere fra Norge som ble trukket ut til å delta i ENTOG-utvekslingen. Det var en veldig spennende tur, og jeg håper jeg kan formidle noe av det jeg har fått oppleve i dette reisebrevet. Men først litt bakgrunnsinfo om meg: Nora, LIS fra Sykehuset Levanger i nordre del av Trøndelag, for tiden i gruppe 1-tjeneste på St.Olavs Hospital. Jeg ble plassert på universitetssykehuset i Köln, som er Tysklands fjerde største by med omtrent en million innbyggere. Den er mest kjent for sin domkirke, eventuelt sin spesielle, (litt sure) øl eller sin utagerende karnevalsfeiring. Universitetssykehuset ble grunnlagt i 1905, har rundt 1500 senger, 11.000 ansatte og 2500 fødsler i året.



Nora Malene Neergård
LIS ved Sykehuset levanger

Før utvekslingen startet, fikk vi beskjed om at vi skulle møte opp i sivilt tøy og vanlige sko, og ta med en hvit legefrakk som vi kunne ta på oss over. Dette førte til enorm overtenking hos undertegnende, som hadde en forestilling om at tyske leger alltid går veldig pent kledd på jobb. Vi fikk også et skriv hvor det sto at vi skulle hospitere og observere. Vi skulle ikke delta i noe diagnostisering eller behandling av pasienter, og vi skulle ikke assistere på operasjon. Videre fikk vi beskjed om å ta med vaksinasjonskort, hvor det først og fremst var viktig at vi var vaksinerte mot hepatitt. Spoiler alert: ingenting av dette viste seg å stemme.

Dag 1: Murring på morgenmøte og midtlinjelaparotomi

På utvekslingens første dag møttes vi kl 07:45 utenfor hovedinngangen til kvinneklinikken på universitetssykehusets område. Vi var tilsammen fire leger fra forskjellige europeiske land – Karolina fra Tsjekkia, Fabiana fra Italia, Anna fra Finland og Nora fra Norge. Vår lokale kontaktperson, Constanze, var for tiden i mammapermisjon, og møtte opp ens ærend for å ta imot oss. Noe overraskende viste det seg at tyske leger går helt vanlig kledd, ikke på langt nær så stivpyntet som jeg hadde sett for meg. Således skilte jeg meg ut, som hadde kjøpt både blazer og høyhælte sko for anledningen. Tyske leger tiltaler også hverandre i du-form, noe jeg hadde lurt på i forkant (de sier «De» til pasientene). Vi ble møtt av Constanze utenfor sykehuset og gikk i samlet flokk ned i underetasjen, gjennom en litt nedslitt gang, rundt noen hjørner og til et gammelt auditorium, hvor morgenmøtet fant sted. Jeg hadde ikke klart å finne veien tilbake alene. Auditoriet var bratt, og alle legene satt i benkene oppover – også de som skulle gi rapport. Slik snakket de bort fra forsamlingen og mer til veggen, og det var litt vanskelig å forstå. Forøvrig var morgenmøtet veldig likt det jeg er vant med fra Norge. Man gikk først gjennom vaktrapporten, så

gjennom dagens operasjonsprogram, som også ble projisert opp på en stor skjerm, og til slutt gjennom sykdom og innmeldt fravær den dagen. Enkelte uttrykte sin frustrasjon over dårlig bemanning.

Da morgenmøtet var ferdig, ble jeg huket tak i av en lege som konstaterte: «du har sikkert lyst til å være med på en laparotomi». Jeg ble sendt videre til operasjonsavdelinga, hvor jeg fikk bytte om til grønt tøy. Jeg skulle være med på en slags debulking operasjon på en pasient som tidligere hadde blitt operert for en ovarialcyste, som det hadde vist seg å være kreft i. Operasjonen ble utført av en relativt fersk overlege, en erfaren overlege, og en LIS1. Den yngre overlegen kom tidlig og leiret pasienten. Operasjonssykepleier vasket feltet, men legen tørket av og hadde på oppdekking. Pasienten ble liggende i beinholdere gjennom hele operasjonen, og LIS1 ble plassert mellom beina for å kunne assistere derfra. Først da alt var klart, kom den erfarne overlegen og operasjonen startet. Det var den erfarne overlegen som opererte, mens den ferske overlegen assisterte ved å holde i haker. Det samme gjorde LIS1 og undertegnende. Det ble funnet omfattende karsinomatose, og det ble tilkalt gastrokirurg for å gjøre en tarmreseksjon. I denne perioden forlot den erfarne overlegen operasjonsstua, mens de andre ble igjen for å fortsette å assistere. Gastrokirurgen lot meg gjøre en del, noe overraskende, ettersom han aldri hadde møtt meg før og ikke kunne vite noe om ferdighetsnivå eller egnethet forøvrig. Selv om hans veiledning inkluderte en del roping, var det stas å få lov til å skyte anastomosen. Da denne var ferdig, gikk gastrokirurgen og den erfarne gynekologen kom tilbake for å være med på avslutning av operasjonen. Den yngre overlegen fikk lov til å lukke, og da gikk den erfarne overlegen. Operasjonen hadde vart i rundt 7 timer da de begynte å lukke fascien, som ble lukket med enkelt avbrutte suturer. Dette framsto som tungvint, men ble begrunnet med at pasienten hadde adipositas, og at det ga mindre risiko for sårruptur. Jeg gikk før inngrepet var helt ferdig, for å få med meg vaktrapporten og fant igjen de andre ENTOG-deltakerne, som hadde vært andre plasser i løpet av dagen. De hadde også fått bytte til sykehusstøy, så det at man måtte gå i sivilt med hvit frakk over, viste seg å bare være tull (og det var heller ingen som på noe tidspunkt så på vaksinasjonskortet mitt).



Köln er kjent for sin domkirke, som er verdens tredje største katedral. Den ligger rett ved togstasjonen i sentrum.



Fra venstre: Fabiana fra Italia, Karolina fra Tsjekkia, Sophie fra Østerrike (men opprinnelig fra Liechtenstein), Nora fra Norge og Anna fra Finland. Constanze er redigert ut, da hun hadde med seg barnet sitt og ikke ønsker å få bilde av henne publisert.



Det var fint vær i Köln.



Det var lett å finne fram på sykehusområdet, takket være tydelig skilting. Bilde hentet fra internett.



Alaaf er noe de roper under karnevalet, og som tydeligvis er en viktig del av identiteten til kölnerne. Her poserer vi foran noen nybygg som de var stolte av, fordi de er inspirert av heisekraner. Rhinen er rett bak.

På ettermiddagen gikk vi fire deltakere på tur i midtbyen i Köln før vi møtte noen av de tyske legene, og en deltaker fra Østerrike, som var utplassert i Bonn. Bonn ligger like ved Köln og hun ble med oss og spiste middag på et slags gatekjøkken med en noe uspektakulær utsikt over rhinen. Jeg fikk høre av de tyske legene at de har vakt annenhver helg, og at mange vurderer å bytte fag når de får barn, eventuelt går privat hvis de er ferdig spesialist. Vår lokale kontaktperson, Constanze, hadde selv nettopp fått barn. Det var derfor et naturlig tema å ta opp.

Dag 2: Fødeavdeling og fostermedisin

Neste dag var jeg først med på en slags previsitt på fødeavdelingen. De hadde en pasient med alvorlig preeklampi i uke 27, som ikke hadde ønsket celeston. På avdelingen var det policy at hver gang man skulle gi celeston, måtte dette klareres med seksjonsoverlegen, da de tilsynelatende ønsket å få ned bruken. Dette var fordi de hadde en formening om at det kunne føre til læreavanser hos barnet senere i livet. I dette tilfellet slapp de å ringe seksjonso-

verlegen på ferie, siden pasienten uansett ikke ville ha det. De var tilsynelatende helt ukjent med det å bruke magnesium som nevroproteksjon, og kjente kun til det som behandling ved eklampi. Heldigvis kom det ikke så langt i dette tilfellet, så pasienten ble sectioforløst uten hverken magnesium eller celeston. Senere fikk jeg være med en overlege på det som var det fostermedisinske senteret deres. Jeg var med på ultralydundersøkelser av flere fostre med kjente anomalier. Han målte fosteret på ultralydmaskina, hvorpå målene tilsynelatende automatisk ble overført til journal-systemet og det ble generert et ferdig notat. Jeg var også vitne til en situasjon jeg tror ville vært løst annerledes i Norge. Det var en kvinne som var ønsket gravid i uke 14, hvor det hadde tilkommet vannavgang. Hun var derfor anbefalt svangerkapsavbrudd. Det var også placenta praevia totalis og man var redd for uttalt blødning ved et abortinngrep. Det ble derfor først gjort føtocid, og planlagt kirurgisk abort etter en uke. Rasjonalet bak var at det skulle være mindre blødning fra placenta når svangerkapet hadde stoppet opp. Etter hva jeg forsto, ble pasienten innlagt på sykehuset i



Fabiana og Karolina i sykehustøy, på gangen på fødeavdelinga, hvor det akkurat da ikke hadde ringt på noen av pasientene.



VR-briller for å lære om fødselsmekanikk.



Fra byvandringen i Mainz. Akkurat her regna det ikke.



Her er kontaktinfo for den som ønsker å teste ut konseptet byvandring med vinsmaking.



Kart som viser sonen som måtte evakueres i Köln. Togstasjonen er markert i gult, med katedralen rett ved siden av. Bildet er hentet fra nettsida til Köln sin administrasjon. Den gule markeringa er i ettertid redigert inn av undertegnende.

Så var tiden kommet for å dra til Mainz, der alle de rundt 40 deltakerne fra hele Europa skulle møtes. En liten utfordring i den forbindelse var en bombe fra 2. verdenskrig som hadde blitt oppdaget i Köln sentrum to dager tidligere. Den hadde ligget der i fred i 70 år, men denne dagen skulle den uskadeliggjøres. Det medførte at 20.000 mennesker måtte evakueres, inkludert bl.a. to sykehus og 9 skoler, og samtlige tog som skulle gå fra sentralstasjonen og østover måtte omdirigeres via alternative ruter. Utrolig nok medførte dette ikke mer enn 5 minutter forsinkelse for vårt tog til Mainz! Der sjekket vi inn på et litt nedslitt hotell like ved sentralstasjonen, før vi skulle ut på wine walk. Et konsept som er en blanding av vinsmaking og byvandring, som antakelig hadde fungert enda bedre om det ikke hadde regna. Etter endt omvisning dro vi til et festlokale hvor det skulle være «Scientific Night». Først fikk vi en velkomstdrink, og deretter var det ulike foredrag. Det var uvant å høre på et foredrag om ovarialcancer etter fire glass vin og et glass med bobler, og da neste foredrag handlet om kjemoterapi ved brystkreft, må jeg innrømme at jeg kanskje ikke fikk med meg

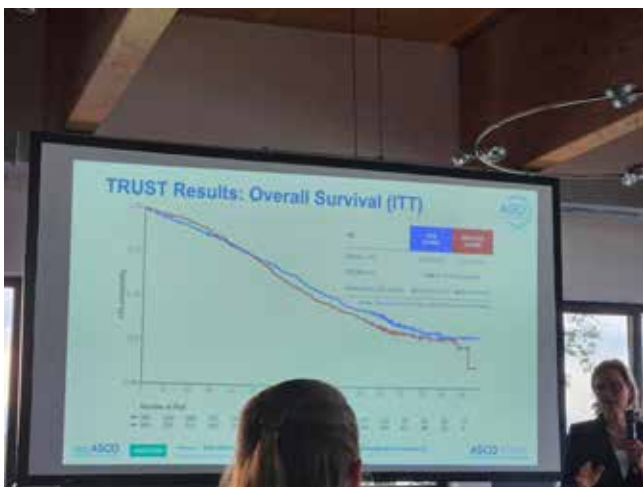


Vi fikk med vinglassholdere som vi kunne ha rundt halsen, for å slippe å måtte holde på vinglasset underveis i byvandringen. Før vi skjønte at den skulle brukes som vinglassholder, var det flere som ytret usikkerhet rundt hva slags redskap det var vi hadde fått utdelt.

alle detaljene. Etterpå var det festmiddag med quiz, men hvor det ikke var så mye anledning til å prate med andre deltakere. I tillegg til gjengen fra Köln/Bonn fikk jeg snakket med en svensk og en dansk lege, og en til fra Finland og fra Tsjekkia. De andre norske deltakerne rakk jeg aldri å få kontakt med. Til slutt gikk hele forsamlingen videre til et lokale i en kjeller under ei bro, hvor det skulle være nachspiel. Her var jeg bare en kort stund, før jeg trakk tilbake til hotellet.

Samlet inntrykk

Dette reisebrevet er skrevet med forbehold om at det kan være ting jeg har misforstått. Selv om det var en del kulturforskjeller og noen ting ble løst annerledes enn det ville vært gjort i Norge, er likevel det samlede inntrykket at det er mer som er likt, enn ulikt. Jeg håper jeg har representert norsk helsevesen på en OK måte. Jeg kan ha etterlatt et inntrykk av at norske leger er mer stivpyntet enn det som kanskje er realiteten, men også at man som lege i Norge kan få barn underveis i spesialiseringa. Turen har bidratt til å gi meg nye perspektiv, både faglig og hva gjelder arbeidsforholdene våre. Jeg er glad for at vi slipper å ha vakt annenhver helg! Selv om det bare var tre dager, var det en veldig innholdsrik tur. Det var interessant, lærerikt og spennende, men først og fremst var det veldig, veldig gøy! Jeg er utrolig takknemlig for denne muligheten, og kan bare anbefale andre å gjøre det samme hvis man får anledningen. Tusen hjertelig takk til FUGO og NGF! Og selv om de nok aldri får vite det, så vil jeg også takke kollegene i Köln, som har tatt imot oss på en utrolig åpen og inkluderende måte.



Det var ikke så lett å få med seg alle detaljene fra foredraget.

mellomtiden. Dette oppfattet jeg å være svært psykisk krevende for pasienten, og jeg tror egentlig behandling med mifegyne og cytotec muligens hadde vært mindre traumatiserende, og også mer effektivt.

På ettermiddagen var jeg på fødeavdelingen, der jeg fikk assistere på to elektive keisersnitt. De hadde en egen operasjonsstue like ved siden av fødeavdelingen. På omkleddningsrommet sto det gummistøvlr, men jeg så ingen som brukte det. Også under keisersnittene lå pasientene i beinholdere gjennom hele inngrepet. Og også her kom den ferske overlegen og sjekket leiring, tørket av desinfeksjonsmiddel og la på oppdekking. Jeg fikk kjeft av operasjonssykepleieren, da jeg skulle til å kle på meg hansker selv. Underveis i operasjonen var det noen forskjeller fra hva jeg er vant med fra Midt-Norge. For eksempel hadde de på forhånd tegnet opp snittføringen i huden. De gjorde ingen tiltak for å beskytte blæra (jeg er vant med å spalte blæreperitoneum og beskytte blæra bak bukha). Etter at barnet og placenta var forløst, gikk de over hele uterinhulen med en kurette før denne ble snudd opp ned og kjørt gjennom cervix. Begrunnelsen for dette var at det skulle gjøre det lettere for pasienten å kvitte seg med renselsen. Underveis i det siste keisersnittet kom en jordmor eller barnepleier løpende inn og ropte: «På stue 3 er det full åpning og hodet står

til spina!!!». Legene svarte at dette måtte vakta ta seg av, uten at jeg helt skjønte hva som var problemet. Senere forsto jeg at lege måtte være tilstede på alle fødsler, også de helt normale. For å bli spesialist i Tyskland, må man ha forløst minst 200 barn ved vanlig vaginal fødsel. Ved universitetssykehuset i Köln kommer vakthavende allerede kl 2, selv om vaktskiftet først er kl 4. Det var uklart for meg hva de gjør i de to timene før vaktskiftet, men antakelig er de tilgjengelige for å kunne se på vanlige fødsler, slik som i dette tilfellet. Slik jeg forsto det, består vaktsjiktet av en fersk LIS i primærvakt, en mer erfaren LIS i sekundærvakt og en fersk overlege i tertiærvakt, der alle tre er tilstede på huset.

Dag 3: Bombetrussel og byvandring

Neste dag var også siste dag i Köln, og jeg tok med meg kofferten på sykehuset. Den fikk jeg låse inn på kontoret til en av overlegene. Dette var et kontor hun delte med én kollega, hvor de også hadde seng. Etter hva jeg forsto, hadde de altså ikke felles vaktrom for hele vaktsjiktet, men tilnærmet hver sitt kontor med egen seng som de delte med maks en kollega. Kontoret var koselig og personlig innredet, bl.a. med en del planter og private bilder. Det som gjorde sterkt inntrykk på meg, som kommer fra Helse Midt, var at hun skulle bare sjekke mail før morgenmøtet. Hun slo på PC-en, som var på etter få sekunder. Så sjekket hun mail, mailprogrammet kom opp med en gang. Det hele tok maksimalt to minutter. På samme tid hadde jeg neppe vært innlogget PC-en hjemme i Norge. Istedet for å være i klinikken, dro vi på universitetet denne dagen. Det lå rett ved siden av sykehuset. Der hadde en forskergruppe utarbeidet et læringsverktøy for medisins- og jordmorstudenter, som de gjerne ville vise oss. Dette var animasjoner av en fødekvinne som fødte i ulike stillinger. Man kunne velge mellom ryggleie, høyresidig eller venstresidig sideleie, eller stående på alle fire. Fosteret kunne være i occiput anterior eller occiput posterior, eller stå fast i en høy likestand. Ved hjelp av VR-briller kunne man studere fødselsforløpet fra alle vinkler. Ved siden av var det en animasjon av en svevende livmor og foster som gjennomgikk de samme bevegelsene. Dette skulle bidra til å gjøre det lettere for studentene å forstå fødselsmekanikken.

Reisebrev fra ENTOG utveksling Lübeck

Som germanofil var det stor stas å få lov til å vera ein av dei to norske ENTOG-utvekslarane til Tyskland i 2025. Tyskland er eit særst undervurdert land i Norge. Det ligg nært og er ein draum å feriera i med sine merkelege fornøylesparkar, Freibad, flotte natur (som dei merkeleg nok ikkje skryt meir av), deilig autentiske fotballkultur, vakre byar, kule byar (Wenn-diagrammet med dei to bytypene er dessverre ikkje så overlappende), regionale ølkulturer, og fantastiske vinar. Tyskarar er også veldig glade i nordmenn og Norge. Ein blir nesten alltid teke godt imot og servert ein historie om ein eller annan fisketur til Åna Sira eller eit sterkt ytra ønske om å sjå die Nordlichter ein gong så snart dei får ferten av at ein er norsk. Tysk kultur er også pinleg dårleg konsumert her på berget. Greitt nok, maten er ikkje heilt det som nabolanda Italia og Frankrike kan skilta med, og musikken er ikkje heilt oppe der ein kulturell stormakt ønsker å vera, med mindre ein helst lytter til musikk på Berghain i MDMA-rus, men litteraturen, tv-seriar og filmer frå Tyskland fortener absolutt eit større publikum.



Øystein Bergøy

LIS ved Stavanger Universitetssjukehus

Uansett, dette skulle ikkje vera ein artikkel for Visit Germany, men eit reisebrev. Eg hadde fått hansabyen Lübeck som utvekslingsstad med Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Lübeck som vertssjukehus. Vel framme på byens Hauptbahnhof blei eg teke godt imot av mi vertinne, Franziska. Eg skulle få bu med henne og kjærasten hennar, Tim, i den flotte leiligheten deira i gamlebyen. Leiging er faktisk heilt akseptabelt for vaksne folk med solid inntekt i svært mange land, og ikkje alle har dette mildt patologiske behovet for å eiga som me nordmenn har. Me gjekk gjennom gamlebyen og besøkte eit par serverdigheter før me gjekk til leiligheten. Dessverre var Buddenbrook-huset fortsatt stengt for renovasjonar. Ein liten skandale ettersom det jo er Thomas-Mann-år og eg er stor fan. Heime i denne leiligheten blei eg servert deilig middag før Franziska skulle på nattevakt. Eg fekk teke meg ein nydeleg ettermiddagsjoggetur, ein flott måte å sjå ein ny by på, rundt om i den vakre gamlebyen i murstein.

Det blei to innhaldsrike dagar på UKSH Lübeck. Sjukehuset utgjer saman med Kiel dei to hovudsjukehusa for gynekologi og obstetikk i delstaten Schleswig-Holstein. Delstaten har omtrent like mange innbyggjarar som Norge. Vertskapet hadde organisert opphaldet vårt svært godt. Dei hadde på førehand spurt oss om interesser og gitt oss ein timeplan med fire bolker, to per dag, med ulike hospiteringar. Eg fekk to bolker med fostermedisin, ein på føden og ein på obstetrisk sengepost. Alle på sjukehuset syntes å vita om at me kom, og eg følte meg aldri i vegen eller uvelkommen. Dei var flinke til å fortelja meg om kva me til ei kvar tid haldt på men, men det hjalp meg heilt klart å ha haldt skuletysken min ved like. Eg skal ikkje utbrodera i detalj korleis arbeidsdagen var ettersom den var nokså lik som heime, men nokre ulikskapar er jo alltid kjekke å dvela ved ettersom ein kan dra lærdom av det. I Tyskland er brystsjukdommar og -kirurgi, inkludert brystkreft, også ein del av gynekologien. Dei er derfor svært drivne i å behandla mastittar, og drenerer desse sjølv ultralyddrettleia. Dei sa at du kan ikkje gjera noko feil ved å drenera ein overflattisk abscess, så det trur eg mange med litt sløv sørvis frå sine respektive brystabscessdrenerande avdelingar rundt i landet *skuler hardt på brystdiagnostisk senter ved SUS* kan ha glede av å gjera. Elles lærde eg ein ny teknikk til verdas mest heterogene kirurgiske inngrep, keisarsnittet. I staden for å bruka den traumatiske kochertanga for å markera fascieenden, starta min læremeister, Nikolas, med å laga ein sutur i den eine enden. Denne klyppa han av og hang ein liten arteriepinsett i før han suturerte fascien frå andre



Lübeck gamleby



Henging med utvekslarane frå Hamburg og Lübeck



På toppen av kvinneklinikken: Nikolas Tauber (organisator av ENTOG-utvekslinga i Lübeck), undertekna, Nastja frå Slovenia, Sara frå Sverige, og Professor og klinikkjef Achim Rody



Hansamuseet



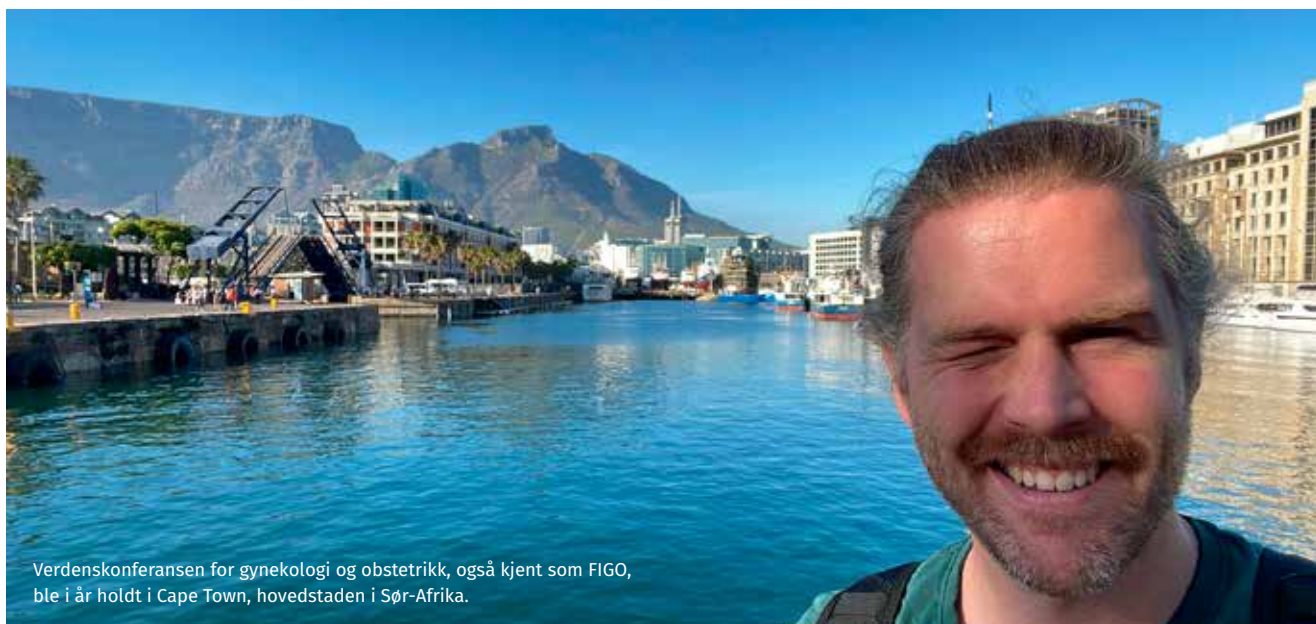
Pizza og øl med gjengen frå UKSH Lübeck

sida. Då han kom til hjørnet med trådstumpen, feksa han suturen i denne. Ingen behov for traumatiske instrument, og betre oversikt over nerver som då ikkje kjem i klem.

På kvelden den eine dagen blei me påspandert privat tur i det flotte og nye hansamuseet med derpåfølgjande pizza og øl. Fleire av legane ved sjukehuset var med og var svært interesserte i oss utvekslarane som, i tillegg til meg, var to kolleger frå Sverige og Slovenia. Etter å ha avverga ei mindre diplomatisk krise då eg fortalde, på direkte spørsmål, at fleirtalet av nordmenn fortsatt var mot å bli med i EU, måtte eg svara på mange interesserte spørsmål om norsk helsevesen. Spesielt interesserte var dei i å høyra om

korleis det fungerer å ha over ein time køyreavstand til næraste fødeavdeling ettersom dei skal gjennom ein stor omstrukturering med nedleggingar av fødestover i Schleswig-Holstein.

Så kjære lis, vær greie å søk på ENTOG-utveksling når dokker har sjangsen. Det er veldig kjekt og lærerikt å bli kjend med kolleger frå andre land. Og viss dokker kjem på utveksling, bu for all del heime hjå kollegene dokkar. Me hadde fleire gode samtaler rundt maten heime hjå Franziska og Tim, og den eine kvelden samlast fleire kolleger for eit par øl på takterrassen deira. Dette er også ein fantastisk moglegheit for å få eit innblikk i eit anna lands kultur du ikkje får på ferie. Reis!



Verdenskonferansen for gynekologi og obstetikk, også kjent som FIGO, ble i år holdt i Cape Town, hovedstaden i Sør-Afrika.

Faggruppen Global Kvinnehelse

Hvorfor FIGO handler om mer enn fag



Magnus Hagland

LIS ved Stavanger Universitetssjukehus og medlem av Faggruppe Global Kvinnehelse

Noen refleksjoner fra FIGO 2025

Norge har en av de laveste mortalitetsratene for både mødre og barn. Maternell mortalitet ligger på 1-2 per 100.000 og neonatal mortalitet er 1 per 1000(1). Til tross for store avstander og sentralisering av fødetilbud har likevel 99% av norske kvinner profesjonell helsehjelp til stede under fødsel (2). Norske jenter (og gutter) får tilbud om HPV-vaksine gjennom skolevaksinasjonsprogrammet og norske kvinner får tilbud om livmorhalscreening med tilgang på både avanserte HPV-analyser og cytologi. Gynekologisk kreft oppdages og behandles tidlig og mortaliteten som følge av gynekologisk kreft er blant de laveste i verden(3).

Verdenskonferansen for gynekologi og obstetikk, også kjent som FIGO, avholdes hvert annet år. I oktober var gynekologer fra hele verden samlet i Cape Town. For min egen del var dette min første internasjonale konferanse. Fem dager med minimum seks foredrag hver dag i tillegg til all den faglige small talken mellom hver sesjon var stimulerende og engasjerende for en LIS med et par år på baken.

Men når man tenker på statistikken som jeg presenterte i starten kan man lett spørre seg selv: Hvor relevant er det egentlig for

norske gynekologer å delta på FIGO? Hvorfor bør vi delta på slike internasjonale konferanser? Jeg har lyst til å dele tre korte refleksjoner jeg har gjort meg rundt disse spørsmålene.

1. *Engasjement.* I en verden med økende splittelse, politisk isolasjonisme og der forskjellene mellom rik og fattig blir større, er det viktig at vi viser med engasjement og tilstedeværelse at vi står sammen med gynekologer i hele verden i kampen for å gi «kvinner i hele verden den best mulige fysiske, mentale, reproduktive og seksuelle helsen gjennom livet»(4).
2. *Perspektiv.* FIGO gir en mulighet for å møte mennesker som arbeider og engasjerer seg i det samme som oss, men som står i helt andre utfordringer når det kommer til ressurser, personell og sykdomsbyrde i befolkningen. Å få høre om utfordringene som består innen global kvinnehelse gir et viktig perspektiv som det er lett å glemme i en travel hverdag på norske sykehus.
3. *Takknemlighet.* Det siste jeg sitter igjen med etter FIGO er en følelse av stor takknemlighet. Vi er virkelig privilegerte som har en arbeidshverdag der vi har enorme ressurser, både menneskelige og økonomiske, til rådighet i behandlingen av norske kvinner. Vi har en sterk fagforening og tydelig politisk støtte for å beskytte oss både fysisk, psykisk og juridisk i vår arbeidshverdag. I en tid med legefukt fra sykehusene og mye frustrasjon over alt fra kontorplasser til Helseplattformen, vil jeg avslutningsvis oppfordre oss alle til å være litt ekstra takknemlige for de godene vi faktisk har. Det fine med takknemlighet er at det får små ting til å bli store, i motsetning til utakknemligheten som gjør store ting små.

Håper vi sees i Montreal om to år!

Referanser

1. World Health Organization 2024 data.who.int, Maternal mortality ratio (per 100 000 live births) [Indicator]. <https://data.who.int/indicators/i/AC597B1> (Accessed on 20 May 2024).
2. World Health Organization and United Nations Children's Fund. WHO/UNICEF joint database on SDG 3.1.2 Skilled Attendance at Birth. Available at: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>.
3. Zhu B, Gu H, Mao Z, Beeraka NM, Zhao X, Anand MP, et al. Global burden of gynaecological cancers in 2022 and projections to 2050. J Glob Health. 2024 Aug 16;14:04155.
4. FIGO Strategic Plan 2021-2030: Our vision | FIGO [Internet]. [cited 2025 Oct 29]. Available from: <https://www.figo.org/about-us/figo-strategic-plan-2021-2030/vision>

Nye medi-matic® | prisbelønt design

Den nye generasjonen gynekologiske stoler



Når kvalitet teller

Ring oss for en hyggelig prat om gynstoler, instrumentvaskemaskin og autoklaver!



GERMAN DESIGN AWARD SPECIAL 2023



Katalog på nett



SCHMITZ
A SENSE OF CONFIDENCE

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

MELAG
kompetanse i hygiene

Instrumentvaskemaskin og autoklaver fra Melag

Made in Germany



Katalog på nett

svas svalland as

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



Philosophiae doctor (PhD)
Norsk Gynekologisk Forening gratulerer

Mette Skorstad disputerte 06.06.2025

Follow-up care of gynecological cancer survivors

Antallet kvinner som lever etter behandling for gynekologisk kreft øker, men dagens oppfølgingsrutiner er i liten grad kunnskapsbaserte og dekker ikke alltid pasientenes behov. I doktorgradsprosjektet LETSGO har Mette Skorstad utviklet og testet en ny modell for oppfølging der sykepleierledede konsultasjoner og eHelse kombineres for å styrke mestring og livskvalitet.

Oppfølging etter gynekologisk kreft – ny modell øker mestring og livskvalitet

Kvinner som har blitt behandlet for gynekologisk kreft følges i Norge vanligvis opp i minst fem år etter endt behandling. Kontrollene skjer enten ved sykehusenes poliklinikker eller hos praktiserende gynekolog. Målet er å oppdage eventuelle tilbakefall tidlig og fange opp senskader etter behandling. Likevel er dagens oppfølgingsrutiner i liten grad kunnskapsbaserte, og mange kreftoverlevende rapporterer om udekkede psykiske og fysiske behov.

Ettersom både medisinske behandlinger og overlevelse bedres, vil flere leve lenger med følgene av kreftsykdom og behandling. Mange kreftoverlevende kan derfor betraktes som pasienter med en kronisk tilstand. Den såkalte chronic care model vektlegger helhetlig, koordinert oppfølging der pasient, helsepersonell og samfunnsressurser samarbeider tett. Modellen frem-

mer egenmestring, bedre kommunikasjon i behandlingsteamet og bruk av teknologi for støtte og overvåkning. Erfaring viser at slike prinsipper kan gi bedre helseutfall og høyere pasienttilfredshet, samtidig som ressursene brukes mer effektivt.

Internasjonalt går oppfølgingen av kreftpasienter i retning av mer individuelle og behovsbaserte løp. Ordninger som selvhenvisning og risikostratifisert oppfølging frigjør spesialistressurser for pasienter med høyere risiko, samtidig som lavrisikopasienter får større ansvar og medvirkning. Mange gynekologiske kreftoverlevende føler imidlertid sterk tilknytning til sin kreftlege, og flere opplever økt angst i forkant av kontroller. Dette understreker behovet for fleksible modeller som ivaretar både medisinske og emosjonelle behov.

Egenmestring og «empowerment» trekkes stadig oftere frem som en sentral del av kreftoppfølging. Bedre mestring henger sammen med økt livskvalitet, kontroll over seneffekter og bedre emosjonell balanse. Flere studier viser gode erfaringer med sykepleierledede konsultasjoner, telefonoppfølging og bruk av eHelse.

I doktorgradsprosjektet *Lifestyle and Empowerment Techniques in Survivorship of Gynecologic Oncology (LETSGO)* ble det utviklet en ny oppfølgingsmodell som kombinerer sykepleierledede samtaler



Foto: Studio-Design

DOKTORAND:	Mette Skorstad
GRAD:	PhD
UNIVERSITET:	Universitetet i Bergen
FAKULTET:	Det Medisinske fakultet
INSTITUTT:	Klinisk Institutt II
FAGOMRÅDE:	Gynekologisk Onkologi
VEILEDERE:	Ingvild Vistad, Sveinung Berntsen og Line Bjørge
DISPUTASDATO:	06.06.2025

med en digital løsning. Målet er å styrke kvinners mestring etter fullført kreftbehandling. Annenhver konsultasjon foregår hos henholdsvis lege og sykepleier, med vekt på livsstil, håndtering av seneffekter og informasjon. Gjennom en egen app registrerer deltakerne symptomer og får oppdatert kunnskap om ettervirkninger og faresignaler.

Prosjektet omfattet tre deler: en internasjonal tverrsnittsstudie av mestring i dagens oppfølging, en pilotstudie med brukererfaringer fra LETSGO-modellen, og en multisenterstudie som undersøkte effekten etter ett års oppfølging. Resultatene viste at kvinnene som deltok i LETSGO-oppfølging opplevde bedre mestring, emosjonelt velvære og sosial fungering sammenlignet med kontrollgruppen. De beskrev modellen som trygg, relevant og oversiktlig.

LETSGO-modellen viser at sykepleierledede konsultasjoner kombinert med eHelse kan fungere som et godt supplement eller alternativ til legekontroller. Modellen kan bidra til bedre ressursutnyttelse og mer pasientsentrert oppfølging. (Før bred implementering bør modellens helseøkonomiske effekter og langtidsutfall vurderes nærmere.)



F.v. Førsteamenuensis Knut Magne Augestad, Førsteamenuensis Elham Baghestan, Mette Skorstad og Professor Karina Dahl Steffensen. Fotograf: Lars Kristian Singelstad



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

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

Body mass index and failed induction of labor: A cohort study

Lise Qvirin Krogh, Tine Brink Henriksen, Katja Albert Taastrøm, Sidsel Boie, Anne Cathrine Maqving Kjeldsen, Jim Thornton, Jens Fuglsang, Julie Glavind

First published: 04 November 2025
<https://doi.org/10.1111/aogs.70081>

Introduction

Induction of labor (IOL) is a common intervention in industrialized countries. Failed induction is frequently reported, yet there is no consensus on its definition. Since the primary goal of IOL is to initiate labor, progress to the active phase is a more relevant measure of success than the surrogate of caesarean birth. Previous studies on the influence of body mass index (BMI) on the risk of failed IOL are limited. Most rely on data from the United States and define failed IOL primarily by caesarean delivery. This study aims to explore the association between maternal BMI and failed IOL, defined as failure to progress to the active phase of labor.

Material and Methods

We studied 22 114 term, singleton women undergoing IOL in the Central Denmark Region from 2013 to 2022. Women with spontaneous prelabor rupture of membranes, uterine scar, or fetal demise were excluded. The main outcome measure was failed IOL, defined as not reaching cervical dilation of 6 cm or more. BMI, our exposure, was modeled as a continuous variable using restricted cubic splines and as a categorical variable stratified according to the World Health Organization BMI groups. Adjusted logistic regression was used in both models to assess the association between BMI and failed IOL.

Results

Proportions of nulliparous women with failed IOL ranged between 4% for normal weight and 10% for obesity class III. Adjusted odds ratios for nulliparous women for failed IOL were 1.5 (95% confidence intervals [CI] 1.3, 1.7) for overweight, 1.8 (95% CI 1.4, 2.3) for obesity class I, 2.7 (95% CI 2.2, 3.3) for obesity class II, and 2.9 (95% CI 1.4, 6.0) for obesity class III compared to women with normal weight. In parous women, there was a similar but less pronounced association between BMI and failed IOL with a <2% absolute risk of failed IOL. A similar pattern was found when BMI and failed IOL were modeled using restricted cubic splines.

Conclusions

In singleton women with induced labor at term, increasing BMI was associated with higher odds of failed IOL; this association was more pronounced in nulliparous women.

Childbearing in women diagnosed with cancer during reproductive age

Giovanna Esposito, Anna Cantarutti, Matteo Franchi, Fedro Alessandro Peccatori, Giovanna Scarfone, Eva Negri, Giovanni Corrao, Fabio Parazzini, Carlo La Vecchia

First published: 27 October 2025
<https://doi.org/10.1111/aogs.70071>

Introduction

Fertility after cancer represents a growing clinical concern. This study assessed childbearing outcomes among women diagnosed with cancer during reproductive age between 2012 and 2017 in Lombardy, the largest region in Italy.

Material and Methods

Women aged 15–45 years with a primary diagnosis of cancer recorded in hospital discharge records from regional healthcare databases were selected. Each woman diagnosed with cancer was matched with up to five cancer-free women of the same age at diagnosis. The cumulative probability of childbirth up to December 31, 2022 was estimated using the Kalbfleisch–Prentice cumulative incidence function estimator. Cox regression models were used to estimate the cause-specific hazard ratios (HRs) and the 95% confidence intervals (CIs) of childbirth according to the cancer diagnosis. Furthermore, in the group of cancer survivors, exposure to antineoplastic treatment was considered and included in the model as a time-dependent covariate. Finally, a log-binomial regression model was used to assess the association between antineoplastic therapy and medically assisted reproduction.

Results

A total of 13,877 women were diagnosed with cancer at reproductive age during the study period (1.16 per 1000 person-years). The cumulative probability of childbirth was lower among women diagnosed with cancer compared to cancer-free women across all age groups: 31.4% vs 32.2% ($p=0.02$) among those diagnosed under 30, 13.3% vs 22.7% ($p<0.01$) among those aged 30–39, and 0.8% vs 1.6% ($p<0.01$) among those aged 40 and over. The corresponding HRs were 0.93 (95% CI: 0.83–1.05), 0.58 (95% CI: 0.53–0.64), and 0.52 (95% CI: 0.40–0.68). When analyses were stratified by time since diagnosis, the reduced probability among cancer survivors was confirmed to be significant only within the first 5 years after diagnosis, also for younger individuals. Antineoplastic treatment was associated with a reduced probability of subsequent birth (HR=0.46, 95% CI: 0.39–0.52). Moreover, the therapy was positively associated with medically assisted reproduction (RR=1.71, 95% CI: 1.14–2.56).

Conclusions

The probability of childbearing was reduced within the first 5 years of diagnosis, regardless of the patient's age. A more pronounced reduction was observed in women diagnosed after the age of 30. Age and antineoplastic therapy were key factors in determining childbearing in women diagnosed with cancer.

Postpartum hemorrhage after SARS-CoV-2 infection in pregnancy: A Scandinavian register-based cohort study

Trine Damsted Rasmussen, Stine Kjaer Urhoj, Maria C. Magnus, Jonas Söderling, Laura L. Oakley, Anne K. Örtqvist, Hellen M. Edwards, Lone Krebs, Hilde M. Engjom, Olof Stephansson, Siri E. Håberg, Anne-Marie Nybo Andersen, Anna J. M. Aabakke

Acta Obstetricia et Gynecologica ScandinavicaEarly View
First published: 10 October 2025

Introduction

The aim was to evaluate whether SARS-CoV-2 infection during pregnancy was associated with severe postpartum hemorrhage (PPH), as SARS-CoV-2 infection has been shown to affect the coagulation system.

Material and Methods

In this national register-based cohort study in Sweden, Denmark, and Norway, we studied the association between severe PPH according to a registered positive test for SARS-CoV-2 during pregnancy between March 1, 2020 and March 31, 2023 using logistic regression analyses to estimate odds ratios (ORs) with 95% confidence intervals (CI). Country-specific estimates of association were combined in random effects meta-analyses. The primary outcome was severe PPH, defined as a blood loss >1500 mL and/or receiving a blood transfusion.

Results

We included 542 394 singleton deliveries (264 804 in Sweden, 143 775 in Denmark, and 133 815 in Norway), of which 62 606 women (11%) had a positive SARS-CoV-2 test during pregnancy, and 20 786 (3.8%) deliveries were registered with a severe PPH. Overall, we observed no association between testing positive for SARS-CoV-2 during pregnancy and severe PPH (combined adjusted OR 1.04; 95% CI: 0.96–1.12). The results were similar for different calendar periods corresponding to dominant SARS-CoV-2 variants. We did, however, observe an association between severe PPH and women testing positive within 7 days before delivery (combined adjusted OR 1.30; 95% CI: 1.10–1.53).

Conclusions

There was no association identified between SARS-CoV-2 test positivity and PPH of >1500 mL and/or blood transfusion in pregnant women from three Scandinavian countries. However, we observed a 30% higher odds of severe PPH among pregnant women who tested positive within one week before delivery.

Transperineal ultrasound versus digital palpation: Identifying key parameters for objective pelvic floor muscle contraction assessment

Yun Lin, Honghong Pan, Yupeng Chen, Chenshan Dong, Yijia Luo

Acta Obstetricia et Gynecologica ScandinavicaEarly View
First published: 02 October 2025

Introduction

The assessment of pelvic floor muscle function is crucial for managing pelvic floor dysfunctions, yet digital palpation is subjective and lacks reproducibility. This study aimed to correlate pelvic floor muscle contractility assessed by digital palpation with transperineal ultrasound measurements and evaluate the reliability of the Modified Oxford Scale and key ultrasound-derived parameters. By comparing these methods, the study sought to establish transperineal ultrasound as a reliable, objective, and non-invasive tool for assessing pelvic floor muscle contractility.

Material and Methods

A cross-sectional study was conducted at Shengli Provincial Hospital from November 2019 to July 2024. 442 of 512 screened women were included. Digital palpation was performed by two independent clinicians, and ultrasound measurements were conducted by two separate raters. Ultrasound raters were blinded to palpation (Modified Oxford Scale) findings. Transperineal ultrasound quantified multiple pelvic floor parameters, including proximal urethral axis angle change (maximal contraction–rest) and levator hiatus area. Inter-rater reliability was assessed using intraclass correlation coefficients for ultrasound measures and Cohen’s kappa for MOS ratings. Correlations between ultrasound and palpation scores were analyzed using Spearman’s rank. Cut-off values for key ultrasound parameters corresponding to palpation grades were determined via receiver operating characteristic curve analysis.

Results

Significant correlations ($p < 0.001$) were found between ultrasound parameters and MOS scores, with the strongest correlations observed for proximal urethral axis angle change (maximal contraction–rest) ($r_s = 0.727$) and proportional change in levator hiatus area ($r_s = 0.717$). Ultrasound assessments showed high inter-rater reliability (intraclass correlation coefficient = 0.92 for proximal urethral axis angle change), while palpation demonstrated moderate agreement (Cohen’s kappa = 0.55). Cut-off values for key parameters were derived, such as proximal urethral axis angle change $< 9.5^\circ$ for absent contraction and $> 16.5^\circ$ for strong contraction.

Conclusions

Transperineal ultrasound demonstrated high reliability and provided an objective, non-invasive method for assessing pelvic floor muscle contractility. While digital palpation assessed functional strength, ultrasound visualized structural displacement during contraction. The two methods addressed complementary aspects of pelvic floor function, and their combined use enhanced clinical assessment.

Transgender men as uterus donors for transplantation: A theoretical perspective

Roman Chmel, Nikoleta Chubanovova, Jan Balko, Roman Chmel, Zlatko Pastor

Acta Obstetricia et Gynecologica ScandinavicaEarly View
First published: 23 October 2025

Approximately 25 million people worldwide do not identify with the sex assigned at birth. Treatment options for gender dysphoria are multidisciplinary and include gender-affirming hormone therapy and surgery. Uterus transplantation in women without a uterus is promising for treating absolute uterine factor infertility, and its efficacy has been demonstrated through successful transplant surgeries and subsequent births via cesarean section following single embryo transfer. Transgender men undergoing gender-affirming hysterectomy to alleviate gender dysphoria symptoms should be considered as potential uterus donors for transplantation. Although transgender men show positive attitudes toward uterus donation to women with infertility, who do not have a uterus, long-term gender-affirming testosterone therapy induces uterine changes that necessitate assessment before donation for transplantation should be considered. This commentary highlights the major challenges associated with uterus donation by transgender men for transplantation.



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. Giaretti 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. Gernzell-Danielsson K, et al. BJOG. 2022 Jan;129(1):63-71.

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 menstasjonsblødningens 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 menstasjonen:** Menstasjonen kan utsettes ved å gå direkte over til et nytt brett uten å ta de hvite placebotablettene. For mer informasjon om endring/uttsettelse av menstasjon, se pakningsvedlegg/SPC. **Glemte tabletter/Gastrointestinale forstyrrelser:** Hvis tablett tas >24 timer for sent, eller ved oppkast og diaré innen 3-4 timer etter tablettinntak, kan prevensjonseffekten være redusert og forholdsregler anbefalt ved glemte 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. menstasjonsblødning. **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 dyslipoproteinemi. Nåværende/tidligere alvorlig leversykdom, så lenge leverfunksjonsverdiene ikke normaliseres. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller akutt nyresvikt. Nåværende/tidligere levertumorer (god- eller ondartede). Kjent eller mistenkt malignitet som påvirkes av kjønnshormoner, f.eks. i genitalier eller bryster. Udiagnostisert vaginal blødning. Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Før behandling startes må en komplett medisinsk historikk innhentes og graviditet utelukkes. Blodtrykket bør måles, og en fysisk undersøkelse utføres mht. kontraindikasjoner og 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 for 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 indusere 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 ulcers kolitt er sett ved bruk av CHC. Depresjon er en risikofaktor for selvmordsrelatert atferd og selvmord. Kvinner skal rådes til å kontakte lege ved humørendringer og depressive symptomer, inkl. kort tid etter behandlingsoppstart. 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 sykuser, 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 plasmaproteinaktivitet og plasmaaldosteron fremkalt av mild antimineralokortikoid aktivitet. Inneholder laktose og bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, total laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse på felleskatalogen.no. Se også preparatomtalen for legemidler som skal gis samtidig. Bruk sammen med enzyminduserende legemidler kan gi gjennombruddsblødninger og/eller nedsatt prevensjonseffekt. Ved korttidsbehandling med enzyminduserende legemidler bør en 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 stemningslidelser og -forstyrrelser, libidoforstyrrelser, hodepine, magesmerter, kvalme, akne, brystsmertner, metroragi, vaginal blødning, dysmenoré, menoragi, og vekstfluktuasjoner. **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 påvæntes. Blå resept: Nei. Byttbar: Nei. **Basert på SPC godkjent av SLV/EMA:** 30.01.2025. **Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Gedeon Richter Plc. Gyömrői út 19-21.1103 Budapest, Ungarn. **Kontakt (repr.):** Gedeon Richter Nordics AB, Barnhusgatan 22, 5tr, 111 23 Stockholm, Sverige, Telefon: 00 47 22 55 50 52, E-post: medinfo.no@gedeonrichter.eu. **Se felleskatalogtekst eller preparatomtalen (SPC) for mer informasjon, se www.felleskatalogen.no. Sist endret:** 2025-09-17.



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