

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

1 • 2026



**Nexgo - Norsk ekspertprogram
i gynekologi og obstetikk** s.10

Abort i primærhelsetjenesten s.18

Portrettintervju med Branka Yli s.34



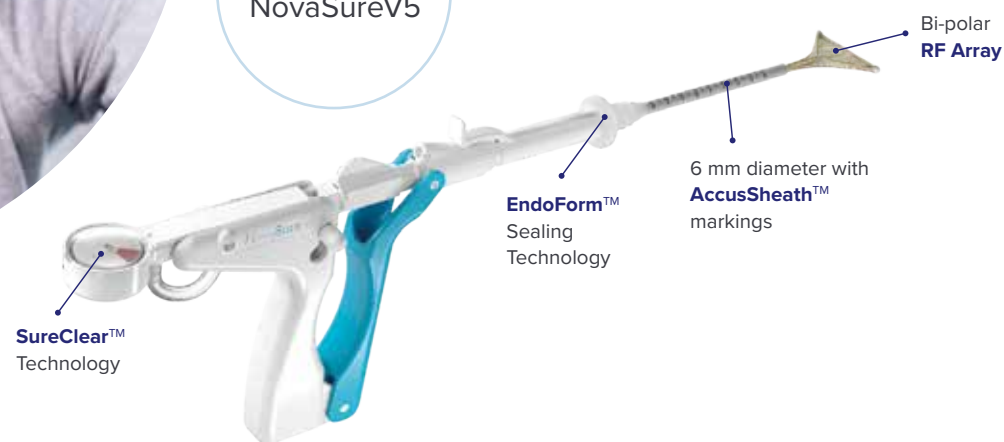
**Norsk gynekologisk
forening**

DEN NORSKE LEGEFORENING

normedi
A Hologic Company

NovaSure® V5
Endometrial Ablation

NY VERSJON!
NovaSureV5



ENDOMETRIEABLASJON MED NOVASURE®V5

Effektiv behandling av menorrhagi

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

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



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



Norsk gynekologisk
forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

Ansvarlig redaktør

Sofie Rønningsbakk Angeltveit
LIS Stavanger universitetssykehus
sofierangeltveit@gmail.com

Redaksjonsmedlemmer

Andreas Thoresen
LIS Akershus universitetssykehus
andreas.thoresen@live.no

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. 2 7. mai
Nr. 3 7. september
Nr. 4 1. november



Opplag: 1500



Forsidebildet av det knuste egget er valgt fordi det nærmer seg påske, hvor egg er et kjent symbol. Samtidig fungerer det knuste egget som en metafor for abort, som er tema for en av sakene i denne utgaven.
Foto: Jürgen Sieg / AdobeStock

INNHold

REDAKTØR 5

LEDER 7

NGF-STYRET

Nytt fra styret 8

Styret i Norsk gynekologisk forening 8

Nexgo – Norsk ekspertprogram i gynekologi og obstetikk 10

FUGO

Leder 12

FUGO-styret 2026 12

SPECIALITETSKOMITEEN 14

NGFs Årsmøte 2026 16

FAGLIG PÅFYLL

Abort i primærhelsetjenesten

– utvikling, muligheter og erfaringer fra et nytt norsk tilbud 18

Nytt håp for immunterapi ved eggstokkreft 22

Gjør kloke valg: Et klinisk og faglig løft
for å redusere overdiagnostikk og overbehandling 26

INTERVJU

Vinneren av Utdanningsprisen 2025: Hammerfest sykehus 30

Branka Yli – En pioner i norsk obstetrisk fosterovervåkning 34

GYNEKOLOGER IMELLOM

Gynekologen sin rolle i klima- og miljøkrisen 38

FAGGRUPPEN GLOBAL KVINNEHELSE

Global kvinnehelse i skyggen av geopolitikk 42

REISER, KURS OG KAMPANJER

Dopplerkurs for spesialister – kan gamle overleger lære nye triks? 44

Guidelinemøte i generell gynekologi – og om faglige retningslinjer 46

NORGE RUNDT

Kvinneklubben i Tromsø – faglig tyngde og arktisk nærhet 48

GYNEKOLOGEN ANBEFALER

«Nøtteskall» av Ian McEwan 50

PHD

Christin Julia Meltzer-Gunnes 52

ACTA OBSTETRICIA ET GYNECOLOGICA 55

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.

Slinda®

DROSPIRENON 4 mg

En østrogenfri p-pille

Den eneste gestagen p-pillen med antiandrogen effekt^{1,2}

- Kan også brukes av kvinner med kardiovaskulær risikoprofil^{3,4}
- Egnet for kvinner som ammer^{5,6}
- Dokumentert toleranse – også hos ungdom^{5*}
- Opprettholder hemming av eggøsning, også ved forsinket inntak i opptil 24 timer^{5*}



Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

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

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

samtidig langtidsbehandling med enzyminduserende legemidler anbefales en annen og ikke-hormonell prevensjonsmetode. Skal ikke brukes under graviditet.

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

Slinda® (drospirenon 4 mg). **Indikasjoner:** Prevensjon. **Dosering:** 1 tablett daglig i 28 sammenhengende dager (24 aktive + 4 inaktive). 1 tablett tas på 1. menstruasjonsdag. Det skal ikke være pause i tablettinntak. For mer informasjon om oppstart av behandling, se SPC. **Pakninger og priser (AUP):** 84 (3x28) stk (kalenderpakn.): kr 360,00. Reseptgruppe: C. For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Slinda SPC 22.03.2024. Innehaver av markedsføringstillatelsen: Exeltis Healthcare S.L. Representant: Exeltis Sverige AB, Strandvägen 7A, 114 56 Stockholm, Sverige.

Ref: 1. <https://www.felleskatalogen.no>. 2. Regidor P. The clinical relevance of progestogens in hormonal contraception: Present status and future developments. *Oncotarget*. 2018; 9: 34628-34638; 3. 3. Palacios S et al. Efficacy and cardiovascular safety of the new estrogen-free contraceptive pill containing 4 mg drospirenone alone in a 24/4 regime. *BMC Womens Health*. 2020 Oct 2;20(1):218. 4. Kimble T et al. A 1-year prospective, open-label, single-arm, multicenter, phase 3 trial of the contraceptive efficacy and safety of the oral progestin-only pill drospirenone 4 mg using a 24/4-day regimen. *Contraception*. X. 2020; 2: 100020. 5. Slinda® preparatomtale 2024-03-22. 6. Melka D, et al. A single-arm study to evaluate the transfer of drospirenone to breast milk after reaching steady state, following oral administration of 4 mg drospirenone in healthy lactating female volunteers. *Womens Health (Lond)* v.16; 2020 PMC7485149

* Fase III-studie i Europa: Evaluering av tolerabilitet, sikkerhet og akseptabilitet av Slinda, 103 ungdommer deltok, varighet var 13 sykluser. Sikkerhet og effekt forventes å være lik hos postpubertal ungdom under 18 år og brukere som er over 18 år. Bruk av dette legemidlet før menarke er ikke indisert.

** I en fase II-studie med 130 kvinner ble eggøsningshemmingen opprettholdt med Slinda til tross for fire planlagte forsinkede (24 timer) inntak på dag 3, 6, 11 og 22.



Akademia under press – hvem skal bære faget videre?

2026 er i gang og har allerede bydd på en dyster rapport om psykisk helse og arbeidsvilkår i akademia. På oppdrag fra Forskerforbundet publiserte NIFU¹ tall som viser en bekymringsfull økning i psykiske plager, særlig blant stipendiater og postdoktorer. Det er i hovedsak jobbrelatert angst og depresjon som skiller fra befolkningen for øvrig. Funnene støtter tidligere studier, og det er grunn til bekymring.

Vårt virke er avhengig av solid akademisk forankring. Medisinen er stadig i utvikling, kravene øker og pasientene er velinformerte. Det holder ikke lenger å være «doktor». Vi må kunne begrunne våre valg med oppdatert kunnskap. Erfaring og klinisk skjønn er viktig, men også her ligger forskningen i bunn. Kunnskap som over tid setter seg i ryggmargen, gjør oss til tryggere klinikere som kan handle mer intuitivt.

Samtidig presses akademia blant annet av økende administrasjon, kunstig intelligens som kompliserer publiseringslandskapet og reiser spørsmål om kvalitet, og et lønnsnivå som ikke står i forhold til arbeidsmengden. Når det i

tillegg innebærer en markant økt risiko for psykisk sykdom og utbrenthet, er det ikke bare et individuelt problem, men et strukturelt ansvar universiteter, helseforetak og myndigheter må ta.

Uten forskning stopper faget opp. Vi må legge til rette for at flere, ikke færre, velger den akademiske veien.

Til deg som er på vei mot, eller allerede bærer, PhD-tittelen: Takk. Du bidrar til at faget utvikles og at vi alle kan bli tryggere klinikere. Det fortjener respekt og stolthet.

Sofie Rønningsbakk Angeltveit
Redaktør

Fotnote:

¹Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning

Kilder:

NIFU Arbeidsnotat 2025:25 «Arbeidsmiljø og psykisk helse blant vitenskapelig ansatte i Norge»



Tillegg:

I oversikten over behandlingssteder med vulvaklinikker i forrige utgave manglet Haukeland Universitetssjukehus. Vulvaklinikken i Bergen ved Haukeland Universitetssjukehus har team bestående av gynekolog, hudlege og sexolog, og samarbeider med en rekke fysioterapeuter.

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



Foto: L. Sundt, Helse Bergen

Leder

Våre retningslinjer er gull

I vinter arrangeres guidelinemøter for videreutvikling og forbedring av retningslinjene innen gynekologi og obstetikk. Metodebøkene er av uvurderlig betydning i den kliniske hverdagen, og sikrer et solid vitenskapelig og erfaringsbasert fundament for beslutninger som tas – hver eneste dag.

I Tidsskrift for Den norske legeforening beskriver Knut Hordnes, Johanne Kolvik Iversen og Solveig Bjellmo hvordan NGF lager veiledere basert på dugnadsarbeid (1). Vår forening var først ute – allerede i 1995 publiserte vi den nasjonale veilederen i fødselshjelp. Siden den gang har arbeidet utviklet seg betydelig, og har vokst til et omfattende rammeverk med god forankring og høy faglig standard.

Likevel skaper retningslinjene debatt. I Tidsskriftet problematiserer jordmor og professor Ellen Blix hvordan anbefalingene utarbeides av én yrkesgruppe – uten tilstrekkelig brukermidvirkning og tverrfaglig involvering. Blix konkluderer med at arbeidet er både «uheldig og utdatert» (2).

Det er nok ingen uenighet om at retningslinjer i sin mest idealiserte form, bør utarbeides med bred representasjon og systematisk brukermedvirkning. Samtidig må vi være realistiske. Våre retningslinjer har høy kvalitet og er mye brukt i klinisk praksis. Det er vanskelig å se for seg at en annen instans kan overta ansvaret for dette arbeidet på en måte som ivaretar både faglig kvalitet, klinisk relevans og nødvendig tempo i oppdateringene. Det bør derfor ikke være prinsipielt problematisk at et samlet og kompetent fagmiljø utarbeider veiledere – slik NGF har gjort i snart 30 år.

Det betyr ikke at tverrfaglighet og brukermidvirkning er uviktig. Tvert imot. Det er fullt mulig, og ønskelig, at direktoratet og/eller

foretakene, legger til rette for bred involvering når helsetjenestene skal utvikles. Ansvaret for slike prosesser, som definerer pasientrettigheter (overordnet) eller skal detaljere helsetilbudet i det enkelte foretak (drift og samhandling), kan ikke legges på Norsk gynekologisk forening. Våre retningslinjer er faglige og ment som støtte for faglige avgjørelser.

Under Den norske legeforenings ledersamling i januar, deltok NGF i debatt om fremtidig organisering av retningslinjearbeid. I diskusjonen ble det tydelig at fagavdelingene i de regionale helseforetakene hverken har kompetanse, ressurser eller mandat til å utvikle retningslinjer. Ildsjeler står fortsatt for mye av arbeidet som gjøres på fritiden. Samtidig er det er ingen hemmelighet at dugnadsånden utfordres. Legerollen er mindre autonom enn tidligere, og arbeidspresset i drift er betydelig. Skal vi bevare kvaliteten i retningslinjearbeidet, må det fremover settes av tid i arbeidshverdagen eller gis reell kompensasjon for innsatsen. Her må ledere og legeforeningen følge opp.

Vi kan med stolthet stå inne for våre metodebøker. Anbefalingene står på ingen måte i veien for godt tverrfaglig samarbeid og reell brukerinvolvering i tjenesteutviklingen. De er et uttrykk for faglig ansvarlighet og kollegialt samarbeid. Det vil vi fortsette med!

Inspirert hilsen fra

Agnethe Lund,
leder i Norsk gynekologisk forening

1. Hordnes K, Bjellmo S, Iversen JK. Hvem skal utarbeide faglige retningslinjer? Tidsskrift for Den norske legeforening. 2025;145.
2. Blix E. Hele fagmiljøet og brukere skal utarbeide retningslinjer. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2026;146.

Nytt fra styret

I vårt første digitale møte 16. januar, har nytt styre etablert seg for perioden 2026-2028. Vi ser frem til å bli bedre kjent både med hverandre og oppgavene. Se også presentasjonen av oss nedenfor.

Legeforeningen (DNLf) arrangerte ledersamling i januar. Representantene Rannveig Stokke (FUGO) og Agnethe (leder) deltok for NGF, og dessuten Solveig Bjellmo (nestleder i NGF) som er fast representant i dnlf fagstyret. NGF kan bidra til en videre utvikling av fagaksen; for hva skal denne delen av DNLf jobbe med? Diskusjonen om faglige retningslinjer er aktuell, vår forening er i front og har viktige innspill til hva DNLf må forsøke å oppnå.

Vi samarbeider også med DNLf om kampanjen Kloke valg. NGF ønsker å fremheve Kloke valg i våre veiledere, kanskje kan vi fremheve kloke valg i hvert kapittel? Dette må vi diskutere i foreningen, med redaktørene, kapittelforfattere og i guideline-møter. Kom gjerne med innspill!

Guidelinemøter arrangeres i vinter. Dette er viktig arbeid! Se denne utgavens Leder på side 7. Tusen takk til alle som bidrar til å utarbeide retningslinjene.

Styret holdes orientert om et større forbedringsprosjekt for evaluering av fødselsinduksjoner, med mål om å inkludere 30 føde-

institusjoner i Norge. Gitt den store økningen i induksjoner, er dette et viktig arbeid som vi er spente på.

NGF har tatt initiativ til å fremme forskningstalenter i Norge gjennom det vi vil kalle NEXGO, inspirert av tilsvarende program i Danmark. Vi er i startgropen, jobber med et mandat og har fått ja fra noen fremragende forskerkolleger som vil bidra i et NEXGO utvalg (se tekst av Ragnar Sande på side 10 her i Gynekologen).

FUGO har et engasjert og godt styre. Vi må finne en løsning som sikrer at yngre kolleger får ta del i foreningens fagformidling og organisering. Grunnet endringer i regelverk for Utdanningsfond må vi endre på LIS-kurset vi i mange år har arrangert dagen før årsmøtet. Styret er på saken!

Det renner inn med høringer, ikke alle er relevante for oss. NGF har per 12. februar i år svart på utkastet til Retningslinjer for barselomsorgen og gitt innspill til arbeidet med Helsereform. Vi må bidra til at reformen styrker kvinnehelsen.

Takk for tilliten!

Hilsen et inspirert styre i Norsk gynekologisk forening

Styret i Norsk gynekologisk forening



Agnethe Lund
Leder

Agnethe er overlege ved Kvinneklubben i Bergen, ble spesialist i 2011 og disputerte i 2019 med en avhandling om fostersirkulasjon ved maternell diabetes. Som kliniker er hun generalist, men bred erfaring innen endokrinologi og sjeldne diagnoser. Agnethe 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 blir inspirert av engasjerte kolleger og sørger for påfyll i vestnorsk natur. Det er godt å svette i oppoverbakkene før man kan nyte utsikten!



Solveig Bjellmo
Nestleder

Solveig er overlege v/avdeling for fødselshjelp og kvinnesjukdommar, Ålesund. Hun har skrevet doktorgrad om seteforløsning og konsekvenser av sectio fra 2020 og trives nok best på føden hvor hun også er seksjonsoverlege. Utenom jobb, mann og to herlige barn, liker hun seg best på toppen av et fjell – helst med ski på beina og pudde i fjellsiden ned! Solveig har vært leder i NGF og fortsetter fra 2026 som nestleder – til styrets og NGFs store glede.



Ingrid Volløyhaug
Vitenskapelig sekretær

Ingrid Volløyhaug er seksjonsoverlege for generell gynekologi ved Kvinneklubben i Trondheim. Hun har lang klinisk erfaring og et særlig faglig engasjement for poliklinisk kirurgi og urogynekologi. Hun disputerte med doktorgradsavhandlingen "Pelvic Floor, Incontinence and Prolapse 15-24 Years After Delivery", og er i dag professor II ved NTNU, der hun driver aktiv forskning – først og fremst innen urogynekologi og bekkenbunnens funksjon. På fritiden bruker hun mest mulig tid på musikk, og hun trives også svært godt på hytta i fjellet.



Therese Salvadores-Hansen
Kasserer

Therese er drammenser, selv om passet sier bergenser. Studiene i Trondheim ble avsluttet med muntlig eksamen i obstetrikk (Pepe var eksaminator), og hjertet har vært i fødselshjelpen siden. Kjærligheten brakte spanjolen til henne og "olja" tok dem videre til Vestlandet. Der bor de med to barn, men ingen skarpe r'er. Hun er avdelingsoverlege ved Kvinneklubben i Stavanger og tar med seg erfaring med budsjett og reiseregninger til styret. Vil du få henne i prat spør om hunden, eventyr på sjøen eller den nye el-sykkelen.



Birgitte Sanda
PSL-representant

Birgitte skiftet etter 17 år på sykehus med stor interesse for praktisk obstetrikk over til avtalepraksis i 2021. Generalist i praksis, med økende interesse for klimakteriet og hormoner. Hun har doktorgrad fra 2018 i helse- og idrettsvitenskap. 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 er ofte å finne som litt over gjennomsnittet heide fotballmamma på sletta. Ellers er reise, kultur- og naturopplevelser, samt gode drikke- og matopplevelser høyt opp på prioriteringslisten.



Martin Sommer
FUGO-representant

Martin er opprinnelig fra Namsos, men har tilbrakt snart halve livet i Oslo, hvor han nå arbeider som lege i spesialisering ved Kvinneklubben, Oslo universitetssykehus. På fritiden henter han energi fra trening, gode mat- og drikkeopplevelser samt ulike kulturtilbud.

NY

Obgemsa®
vibegron

Velg en behandling utviklet for dine pasienter med overaktiv blære (OAB)

- Har effekt på viktige OAB-symptomer^{1*}
- Ingen advarsler som omhandler blodtrykk²
- En styrke. En gang daglig. Tablettene kan knuses^{1**}

Obgemsa® er indisert for symptomatisk behandling av overaktiv blære-syndrom (OAB-syndrom) hos voksne pasienter.¹

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

Anbefales ikke ved terminal nyresykdom eller alvorlig nedsatt leverfunksjon. Tegn og symptomer på urinretensjon skal overvåkes før og under behandlingen, spesielt ved klinisk signifikant blæreutløpsobstruksjon, predisposisjon for blæreutløpsobstruksjon eller samtidig bruk av muskarinantagonister. Seponeres ved urinretensjon.

Interaksjoner: Vibegron kan påvirke effekten av P-gp-substrater med smal terapeutisk indeks (f.eks. dabigatraneteksilat, apiksaban, rivaroksaban). Digoksinkonsentrasjonen i serum bør overvåkes.

Fertilitet, graviditet og amming: Anbefales ikke under graviditet eller til fertile kvinner som ikke bruker prevensjon. Ved planlagt/fastsått graviditet skal behandlingen avbrytes, og annen behandling startes ved behov. Skal ikke brukes ved amming.

Obgemsa® (vibegron) filmdrasjerte tabletter 75 mg. **Bivirkninger:** Hyppigst rapporterte er urinveisinfeksjon, hodepine, diaré og kvalme. **For mer informasjon, se Obgemsa SPC 19.02.2025. Pakninger og pris:** 30 stk. kr 438,50, 90 stk. kr 1203,70. **Reseptgruppe:** C. **Refusjonsberettiget bruk:** Motorisk hyperaktiv neurogen blære med lekkasje (urge-inkontinens). ICD: N39.4 Annen spesifisert urininkontinens. ICP: U04 Urininkontinens.

Obgemsa® og Obgemsa™ er varemerker eid av Urovant Sciences GmbH.

* Økt vannlating på dagtid, episoder med tranginkontinens (UUI), episoder med sterk vannlatingstrang. **Tablettene kan også knuses, blandes med en spiseskje myk mat og tas umiddelbart med et glass vann. 1. SPC Obgemsa™ (vibegron 19.02.2025) 2. Weber MA et al. Effects of vibegron on ambulatory blood pressure in patients with overactive bladder: results from a double-blind, placebo controlled trial. Blood Pressure Monitoring 2022;27(2):128-134.

Nexgo – Norsk ekspertprogram i gynekologi og obstetikk

Norsk gynekologisk forening arbeider med eit program for å løfte våre unge kollegaer med kliniske og akademiske ambisjonar til eit internasjonalt nivå. Programmet er retta mot spesialistar med PhD som er i gang med eit subspecialiseringsløp, og er inspirert at det danske Expu-programmet.



Ragnar Kvie Sande
Sekretær Nexgo-utvalget

NFOG utlyser kvart anna år konkurranse om beste unge forskar i Norden, denne vert kåra på NFOG sin biannuale. Ved desse høva har vi sett at nivået på unge forskarar i våre naboland er noko høgare enn det vi klarar å få til her heime (Figur 1). Absolutt ikkje til forkleinelse for våre flinke kollegaer som har stilt opp og representert NGF på denne areaen, tvert om, dei representerer det beste vi har av unge forskarar. Likevel må vi kvar gong sjå oss grundig overgått, ikkje fordi våre folk ikkje er bra, men fordi våre naboland ligg så langt framfor oss. Ein del av grunnen kan vere



Figur 1: Dei får det til i Sverige. Sebastian Brusell Gidlöf vann NFOG sin pris for beste unge forskar i 2016.

at vi manglar målretta program for å løfte våre unge forskarar. I Danmark har dei eit program dei kallar Expu, som tar sikte på å løfte unge spesialistar med PhD opp til eit internasjonalt nivå (Figur 2). NGF ynskjer å prøve å få til noko liknande her i Norge.

Programmet er tenkt å gå over tre år, og består av ein klinisk del og ein vitskapeleg del. Det er ikkje ei subspecialisering, heller ikkje ein postdoc, men inneheld element av begge, og er kanskje nærare det fyrste enn det siste. Kandidaten skal helst vere i gang med klinisk arbeid innan eit klinisk fagfelt, til dømes (men ikkje begrensa til) gynekologisk cancer, fostermedisin, laparoskopi, fertilitet, obstetikk eller urogynekologi. Kandidaten skal ha ein rettleiarsom er ekspert på det aktuelle kliniske fagfeltet. Minst seks månader av perioden er tenkt brukt ved eit anna sjukehus, når programmet er etablert tenker vi at sjukehus kan utveksle kandidatar, for å minimalisere kostnader og ulemper for avdelinga.

Finansiering

Programmet er tenkt finansiert av avdelinga der kandidaten er tilsett, og kostanden er anslått i størrelsesorden 500 000,- for perioden på tre år. NGF har diskutert framlegget på leiarforum i samband med årsmøtet i Ålesund oktober 2025, til overraskande positiv respons frå dei frammøtte leiarane (Figur 3). Fleirtalet verka meine det foreslåtte programmet kunne bidra til eit fagleg løft, og fungere som eit viktig instrument for å vidareføre og utvikle fagleg kompetanse i avdelinga.



Figur 2: Danmark er også langt framme. Her representert ved Riget i København.



Figur 3: Frå årsmøtet i Ålesund. Gynekologen har dessverre ingen bilde frå møtet i Leiarforum, men nyttar høvet til å trykke dette blinkskotet av tidlegare avdelingsoverlege Klaus Oddenes.

Den kliniske delen

Kandidaten skal, saman med sin veileder og sin avdelingsoverlege, lage ein plan og eit budsjett for treårsperioden. Det skal definerast læringsmål innan den aktuelle subspecialiseringa, og ein plan for korleis desse skal oppnåast. Den europeiske gynekologiske foreninga, EBCOG, har allereie definert kompetanssmål for fleire subspecialiseringar, som ein kan ta utgangspunkt i når ein skal legge planen. Perioden borte frå heimesjukehuset bør fortrinnsvis vere ved ei avdeling som ligg langt framme innan det aktuelle fagfeltet. Det er naturleg at kandidaten underviser på kurs for LIS innan emnet i perioden.

Den akademiske delen

Kandidaten skal i utgangspunktet ha PhD ved oppstart, forskingsaktiviteten i perioden skal primært vere retta inn mot det aktuelle fagfeltet. Det er foreslått krav om tre artiklar; enten ein som fyrsteforfattar og to som medforfattar eller tre artiklar som sisteforfattar. Det er i tillegg naturleg at kandidaten stiller som hovudforfattar og reviderer det aktuelle kapittelet i veilederen i løpet av perioden.

Nexgo-utvalget

NGF tenker å sette ned eit Nexgo-utvalg, bestående av kollegaer innan ulike fagfelt, som har erfaring frå den internasjonale arenaen. Utvalget skal vurdere søknader om opptak i programmet, motta årlege progresjonsrapportar frå kandidatane, og godkjenne kandidaten etter endt løp. Pepe Salvesen, Annetine Staff og Ane Gerda Zahl Erikson har allereie takka ja til å sitte i utvalget; vi håpar flest muleg av våre erfarne kollegaer kan tenke seg å stille, slik at vi får best muleg representasjon frå flest muleg fagfelt. Vidare tenker vi at utvalget bør ha ein representant frå eit mindre sjukehus, og i alle fall i oppstarten invitere med ein kollega frå Danmark som har erfaring frå det danske Expu-programmet. Vi ber om at kollegaer som kan tenke seg å arbeide i Nexgo-utvalget kontaktar sekretær for utvalget på ragnar.sande@gmail.com.

NGF arbeider med å ferdigstille eit formelt framlegg til organisering og forankring av Nexgo-programmet til årsmøtet i Tromsø 2026.

Kjære FUGO-folk!



Are Adam Woyseth Larsen
FUGO-leder

Et nytt år gir nye muligheter til faglig utvikling, samarbeid og videre styrking av utdanningen vår. Vi i FUGO styret ser frem til å ta fatt på året sammen med dere, med et tydelig mål om å bidra til en best mulig spesialistutdanning for LIS i fødselshjelp og gynekologi.

Vårt hovedfokus er å arbeide for en mer strukturert, forutsigbar og faglig solid utdanning, uavhengig av hvor i landet man jobber.

Det siste året har vi hatt særlig oppmerksomhet på strukturert opplæring i gynekologisk ultralyd og ser frem til å lansere vår

kampanje. Vi vet at behovet for systematisk undervisning og tydelige rammer er stort, og vi ønsker å være en tydelig stemme for LIS i disse spørsmålene.

ENTOG-utvekslingen er fortsatt en viktig for oss. I år arrangeres utvekslingen i Irland fra 7. til 12. september. Hvert år får to LIS mulighet til å reise ut, få internasjonal erfaring og utveksle kunnskap med kolleger i Europa. Vi håper noen vil gripe denne spennende muligheten når den lyser ut.

For å holde dere oppdatert om vårt arbeid, oppfordrer vi dere til å følge oss på Facebook, hvor vi deler informasjon om arrangementer, aktuelle saker og relevante ressurser.

Vi har stor tro på at vi sammen kan videreutvikle utdanningen vår og styrke faget vårt. Engasjementet blant LIS er en viktig drivkraft i dette arbeidet, og vi setter stor pris på alle innspill vi får.

FUGO-styret 2026



Are Larsen
Leder, NFYOG, Endoskopiutvalg
Arbeidssted: Ringerike Sykehus feb 2022 - okt 2022.
Sykehuset Telemark nov 2022 - d.d.
are.larsen@outlook.com



Rannveig Stokke
Nestleder, sekretær, gynekologen/web
Arbeidssted: Sykehuset Telemark 2022- sept. 2025,
Helse Vest Bergen sept. 2025 - d.d.
rannveig.stokke@gmail.com / rannst@ihelse.net



Nilofar Alizadeh
Økonomiansvarlig, ENTOG
Arbeidssted: Sørlandet Sykehus Kristiansand
2023 - aug. 2025, Helse Vest Bergen aug. 2025 - d.d.
nilofar_alizadeh@hotmail.com



Martin Sommer
NGF-representant
Arbeidssted: Sykehuset i Vestfold sep. 2021 - feb. 2023, Oslo
universitetssykehus mars 2023 - d.d.
m.skage.sommer@gmail.com



Falastin Alasoow
ENTOG, kursansvarlig
Arbeidssted: Stavanger Universitetssykehus
okt. 2024 - d.d.
alasoowfalastin@gmail.com



Kanutte Norderud
Kampanjeansvarlig, NFYOG
Arbeidssted: Afdeling for Kvindesygdomme, Graviditet
og Fødsel, Regionshospitalet Nordjylland april 2021-
juni 2022; Sykehuset i Vestfold mars 2024 - august
2024; Vestre Viken Drammen sept. 2024 - d.d.
kanutte.norderud@online.no



Andreas Thoresen
Webansvarlig, Gynekologen, NFYOG
Arbeidssted: Stavanger Universitetssykehus
mars 2024 - nov. 2025; Ahus nov. 2025 - d.d.
andreas.thoresen@live.no



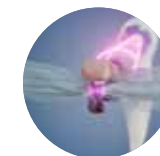
OLYMPUS

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

Leder fra Spesialitetskomiteen

Kurskatalog med valgfrihet



Tale Meinich
Varamedlem i Spesialitetskomiteen, LIS

Kurs for leger i spesialisering har lang tradisjon, og jeg regner med at mange spesialister har hatt stor nytte av de (den gang) obligatoriske utdanningskursene. På mange avdelinger, og i flere fagfelt, er det i praksis fortsatt en «obligatorisk» rekke av kurs man skal gjennom. Dette gjelder imidlertid ikke lenger på papiret, og dermed ikke alle steder.

Etter at revidert kursrekke ble iverksatt fra januar 2023 gjelder en liste med 12 nasjonalt anbefalte kurs i vårt fagfelt. Kursene er imidlertid bare mulige virkemidler for å oppnå de nå altoverstyrende læringsmålene. Leder kan dermed godkjenne læringsmål tross at kurs mangler, hvis hen mener LISen har opparbeidet seg nok kompetanse på annet vis. Eksempelvis kan man droppe kurs i Prenatal diagnostikk og fosterdiagnostisk ultralyd hvis man mener man oppfyller læringsmålene godt nok lokalt, eller man kan droppe Operativ obstetikk trinn I hvis avdelingen mener LIS lærer nok om dette Ved sitt arbeidssted. På mange måter høres dette fleksibelt og bra ut.

Samtidig åpnes det for større forskjeller i kompetanse etter fullført spesialisering ved ulike utdanningsinstitusjoner. Denne problemstillingen har vært kjent for Spesialitetskomiteen lenge før den nye ordningen trådte i kraft og ble problematisert i prosessen, men er lite realistisk å endre på nå.

Mange utdanningsinstitusjoner praktiserer fortsatt at LIS skal gjennom alle nasjonalt anbefalte kurs i løpet av spesialiseringen. Dette kan sies å være positivt for LIS, som får et bredt nettverk av kolleger landet over og lære fra sentrale fagpersoner innen alle felt. Samtidig kan det være utfordrende å fullføre utdanningen innen rimelig tid med hele 12 kurs dersom man ikke får fri til kurs i stor nok grad.

Andre utdanningsinstitusjoner kan velge å lage sine egne føringer om hvilke kurs de synes LIS burde ta, mange eller få. Det kan jo være en fordel for LIS, med mer fleksibilitet og færre kurs som må gjennomføres. Samtidig kan det misbrukes av ledelsen ved å hindre LIS å reise på kurs til fordel for drift. Da frarøves LIS både det faglige utbyttet, muligheten til å inspireres faglig og det å danne nettverk med kolleger fra resten av landet. Vi har god tradisjon i Norge for å sende de mest oppdaterte og engasjerte foreleserne i landet for å undervise på kursene, og jeg unner alle LIS å få med seg svært mange av disse foredragene. Variasjonen i kurs-krav kan også by på problemer for LIS som bytter arbeidsplass underveis i spesialiseringen.

Spesialitetskomiteen har ingen plan om å forsøke å endre dagens ordning. Men kanskje bør man på sikt vurdere tiltak for å sikre LISene mulighet til å kurses grundig nok i alle sentrale deler av faget før de skal kalle seg spesialister? Kan det være nyttig å enes om en anbefalt rekkefølge på kursene, slik enkelte andre fagfelt har gjort? Eller bør man etablere en felles holdning i NGF/FUGO om hvorvidt LIS bør innom alle kurs eller ikke?

Uansett bør ledere i hele landet bruke denne valgfriheten i fagligheten og utdanningens favør, fremfor driftens. Og kanskje har Dossier, Læringsmål og Kompetanseportalen gjort det nødvendig å minne om at kursene har stor verdi utover konkret oppnåelse av læringsmål – særlig i legefuktens og rekrutteringsvanskenes tid.



Hold av dato!

Guidelinemøte gynekologisk kreft

9. – 10. september 2026 i Oslo

Vi ønsker gynekologer fra små og store sykehus og LIS innen gynekologi velkommen!
Vær med å påvirke retningslinjene innen gynekologisk kreft, få en faglig boost og treff gode kollegaer!

Påmelding på NGF og NFGO sine nettsider i løpet av våren.



Established efficacy and safety profile¹ +10 years of clinical experience in OAB¹

BETMIGA™ (mirabegron) 25 og 50 mg depottabletter
Farmakoterapeutisk gruppe: Urologisk spasmolytikum, selektiv β₃-adrenoseptoragonist (G04BD12). **Indikasjoner:** Symptomatisk behandling av «urgency», økt vannlatingsfrekvens og/eller urgeinkontinens hos voksne med overaktiv blæresyndrom (OAB). Behandling av nevrogen detrusoroveraktivitet (NDO) hos pediatrike pasienter i alderen 3-18 år. ***Dosering og administrering:** Voksne med overaktiv blære (≥18 år): 50 mg 1 gang daglig, med eller uten mat. Barn og ungdom 3-18 år, ≥35 kg, med nevrogen detrusoroveraktivitet (NDO): Startdosen er 25 mg 1 gang daglig med mat. Om nødvendig kan dosen økes til maks. 50 mg 1 gang daglig etter 4-8 uker. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (GFR 15-29 mL/min/1,73 m²) eller moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh klasse B), anbefales en maks. dose på 25 mg. Tabletten skal tas med væske, svelges hel og må ikke tygges, deles eller knuses. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Alvorlig ukontrollert hypertensjon definert som systolisk blodtrykk ≥180 mm Hg og/eller diastolisk blodtrykk ≥110 mm Hg. ***Forsiktighetsregler:** Nedsatt nyre- og leverfunksjon: Betmiga er ikke studert hos pasienter med terminal nyresykdom (GFR <15 mL/min/1,73 m²), pasienter som krever hemodialyse, eller pasienter med alvorlig leverfunksjonssvikt (Child-Pugh klasse C), og anbefales derfor ikke for bruk i disse pasientgruppene. Anbefales ikke til bruk hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (GFR 15-29 mL/min/1,73 m²) eller pasienter med moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh klasse B) som samtidig mottar sterke CYP3A-hemmere. **Hypertensjon:** Kan øke blodtrykket hos både voksne, ungdom og barn. Blodtrykksøkning hos barn (3-12 år) kan være høyere enn hos ungdom (12-18 år). Blodtrykk bør måles ved oppstart og jevnlig under behandlingen, spesielt hos hypertensive pasienter. Forsiktighet må utvises til pasienter med medfødt eller ervervet QT-forlengelse, klinisk signifikant blæreutløpsobstruksjon og pasienter som bruker antimuskarinbehandling for overaktiv blære. Graviditet, amming og fertilitet: Anbefales ikke til fertile kvinner som ikke bruker prevensjon, eller under graviditet eller amming. Effekten av mirabegron på menneskelig fertilitet er

ikke fastslått. ***Bivirkninger:** De vanligst rapporterte bivirkningene er takykardi, urinveisinfeksjon, hodepine, svimmelhet, kvalme, forstoppelse og diaré. Samlet sett er sikkerhetsprofilen hos barn og ungdom lik den som er observert hos voksne. Hos barn og ungdom med NDO ble det ikke rapportert noen alvorlige bivirkninger. De vanligst rapporterte bivirkningene hos disse var urinveisinfeksjon, forstoppelse og kvalme. **MT-innehaver:** Astellas Pharma Europe B.V., Nederland. **Reseptgruppe:** C. **Refusjon:** Refusjonsberettighet bruk: Motorisk hyperaktiv nevrogen blære med lekkasje (urge-inkontinens). Refusjonskoder: ICD-10: U04 Urininkontinens; ICD-10: N39.4 Annen spesifisert urininkontinens. Vilkår: Ingen spesifisert. **Pakningsstørrelse og pris (pr 18.11.2025):** 25 mg: 30 tabletter (blister) 442,40 NOK; 90 tabletter (blister) 1194,30 NOK. 50 mg: 30 tabletter (blister) 442,40 NOK; 90 tabletter (blister) 1194,30 NOK. **Lokal representant:** Astellas Pharma, Tel: +47 66764600. For mer informasjon se www.felleskatalogen.no.

Basert på SPC godkjent: 17.07.2025.

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

Preparatomtalen kan bestilles kostnadsfritt fra den lokale representanten.

1. Betmiga SmPC 07.2025 (\$4.1, \$4.8, \$5.1)

Visit Betmiga.no





Foto: Vegard Stien



Foto: Stein/Backdrop



Foto: Stein/Backdrop



Foto: Ida M. Olsen



NGFs Årsmøte 2026

Styret i Norsk Gynekologisk Forening, og den lokale komité ved Kvinnekliviken UNN Tromsø, har i år gleden av å ønske velkommen til NGFs Årsmøte 2026 i arktiske Tromsø 21-23. oktober.

Årets årsmøte finner sted på Clarion Hotel The Edge, med idyllisk plassering ved vannkanten, midt i hjertet av Tromsø. Herfra kan man nyte utsikten både til Ishavskatedralen, Fjellheisen og Tromsdalstinden. LOK inviterer til leken Get-together på EPIC i sentrum, med mulighet for å teste både konkurranseinstinkt og sangstemme.

For morgenfuglene blir det tilbud om en frisk start på dagen med yoga, utendørsjogg eller badstue med havbad.

Takk til leverandører og utstillere for deres bidrag, som gjør det mulig å gjennomføre årsmøtet. Vi oppfordrer alle til å besøke utstillersområdet i løpet av årsmøtet.

Vi gleder oss til å ønske dere velkommen til «Nordens Paris», og håper på nydelig nordlysvær, og tipser samtidig om at flybilletter bør bestilles i god tid.

Hold av datoene allerede nå – dette vil du ikke gå glipp av!

Hilsen LOK Tromsø,
Caroline Renland Kolstad, Ida Myrnes Olsen, Marit Falkegård,
Kristine Amundsen, Torill Aarseth og Eirin Haugli Falch.

Faglige høydepunkt

Årets program byr på hovedforedragsholder Professor Swati Jha, en internasjonalt anerkjent urogynnekolog basert i Sheffield i Storbritannia. Hun vil holde foredraget: *“What should every gynecologist know about etiology, investigation and treatment of female sexual dysfunction?”* Her dekker hun aspekter som er relevante for hele fagområdet, knyttet til fødsel, urogynnekologi, onkologi, smerte/endometriose og eldre.

I tillegg kan du glede deg til en egen fertilitets-seksjon med høyaktuelt innhold, der vi har planer om tema som *Designerbaby – hvor går grensen? PGT i Norge – hvem får? Hva betyr fertilitetsbehandlingen for obstetrikere?*

Og vi gjentar suksessen fra i fjor med en egen FUGO-seksjon – et høydepunkt for alle yngre kollegaer.

Intrarosa®
Prasteron 6,5 mg (DHEA)
vagitorium

Intrarosa (DHEA) ved vaginal atrofi

Den eneste lokale hormonbehandlingen med både androgene og østrogene effekter¹



Intrarosa er indisert for behandling av vulvovaginal atrofi hos postmenopausale kvinner som har moderate til alvorlige symptomer¹.

Referans 1: Intrarosa preparatomtale, www.felleskatalogen.no

Intrarosa® vagitorier 6,5 mg (prasteron).

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

Dosering: 1 vagitorie daglig, ved leggetid. Bør bare startes opp dersom symptomene har negativ innvirkning på livskvaliteten. Nytt/risiko bør vurderes grundig minst hver 6. måned

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

Forsiktighetsregler: Medisinsk undersøkelse/oppfølging: Legeundersøkelse (inkl. underliv og bryster) bør sammenholdes med sykehistorien, kontraindikasjoner, advarsler og forsiktighetsregler. Kvinnen bør gis råd om brystforandringer som bør rapporteres til lege/sykepleier. **Tilstander som krever oppfølging:** Leiomyomer (uterine fibroider), endometriose, risikofaktorer for tromboembolisk sykdom, risikofaktorer for østrogenavhengige tumorer (f.eks. 1. grads arvelig disposisjon for brystkreft), hypertensjon, leversykdom (f.eks. leveradenom), diabetes mellitus med/uten karkomplikasjoner, gallesten, migrene/sterk hodepine, SLE, tidligere endometriehyperplasi, epilepsi, astma, otosklerose. **Tilstander som krever umiddelbar seponering:** Enhver kontraindikasjon, gulsott, nedsatt leverfunksjon, signifikant blodtrykksøkning, nye anfall av migrene lignende hodepine, graviditet. **Endometriehyperplasi og -karsinom:** Prasteron metaboliseres til østrogenforbindelser. Ved intakt uterus er risikoen for endometriehyperplasi og karsinom økt når østrogener gis alene over lengre tid. **Økt risiko for følgende er sett ved systemisk hormonsubstitusjonsbehandling (HRT):** Brystkreft, ovarialkreft, VTE, iskemisk slag, vaskeretensjon og hypertriglyseridemi. Dette skal tas hensyn til ved langtids- eller gjentatt bruk av dette preparatet. For mer informasjon om de ulike risikofaktorene og tiltak, se SPC.

Interaksjoner: Samtidig bruk av systemisk HRT er ikke anbefalt.

Bivirkninger: Vanlige: Vaginal utflod (smelting av hardfettbasen samt forventet økt vaginalsekresjon pga. behandlingen), mistenkelig Papanicolaou-utstryk (hovedsakelig ASCUS eller LGSIL), vektsvingninger.

Pakninger og priser (pr. 01.02.2026), Intrarosa Vagitorier 6,5 mg. 28 stk: 334,60 kr.

Reseptgruppe: C. For mer informasjon, se Intrarosa SPC godkjent 12/2023

Innehaver av MT: Endoceutics S.A, Brussel, Belgia.

Kontakt: Avia Pharma AB, Stockholm, Sverige, www.aviapharma.se. 02/2026

AVIA PHARMA

Avia Pharma AB
www.aviapharma.se

Abort i primærhelsetjenesten – utvikling, muligheter og erfaringer fra et nytt norsk tilbud

Abortomsorgen i Norge er i endring. Medisinske metoder som gjør tidlig abort trygg, enkel og tilgjengelig har åpnet for nye behandlingsmodeller, og internasjonale fagmiljøer peker tydelig på behovet for tjenester som er mer tilgjengelige og mer pasientsentrerte. Med den nye abortloven som trådte i kraft i 2025(1), og som i større grad legger til rette for desentralisering, står vi i et viktig veiskille for fremtidens aborttilbud.



Siri Kløkstad

Gynekolog, fagansvarlig lege ved Sex og samfunn i Oslo

Historisk utvikling

Abort har fulgt mennesket i årtusener, og også i Norge finnes historiske spor etter ulike forsøk på å avbryte svangerskap. Gamle svartebøker beskriver bruk av urter og giftplanter, metoder som ofte var farlige og i verste fall dødelige. Lovverket var strengt helt inn på 1900-tallet: i 1687 kunne en kvinne dømmes til døden for å avslutte et svangerskap, i 1905 fastslo straffelovens §245 fortsatt fengselsstraff for abort ved forrige århundreskifte – den gang sett som et “mildere” alternativ til tidligere straffer.

Samtidig vokste en annen historie fram, ledet av kvinner som krevde rett til egen kropp. Katti Anker Møller var sentral i dette arbeidet, og i foredraget *Moderskapets frigjørelse* i 1915 formulerte hun et budskap som fremdeles klinger sterkt: at moderskapet bør være frivillig. Da hun åpnet landets første mødrehygienekontor i 1924, viste de 8500 brevene fra kvinner (og noen menn) i nød hvor stort behovet for både prevensjon og trygge aborttilbud faktisk var. Likevel skulle det ta flere tiår før lovverket fulgte etter.

Abortloven av 1960 åpnet for abort etter nemndbehandling, men kun «i visse høve» og ikke av sosiale grunner. Mange kvinner sto fortsatt uten reelle valg, og det var fortsatt illegalt for kvinner å ta abort, som førte til at mange tok saken i egne hender. I løpet av 1960- og 70-tallet vokste et bredt politisk press for selvbestemmelse. Forslaget falt med én stemme i 1974, men ble vedtatt i 1978, da retten til selvbestemt abort frem til uke 12 ble etablert.

Sex og samfunn ble etablert i 1971, og det første året (1971-72) fremmet stiftelsen nesten hver 10. abortsøknad i landet, og nesten halvparten av alle søknadene i Oslo.

De siste tiårene har både den politiske debatten og medisinsk praksis fortsatt å utvikle seg. Overgangen til medikamentell abort tidlig på 2000-tallet gjorde abort tilgjengelig som hjemmebehandling og løsrev prosedyren fra sykehus på en helt ny måte. Denne utviklingen samsvarer med internasjonal kunnskap, og i 2022 understreket WHO at tidlig abort trygt kan utføres nærmere pasienten(2), og at strenge restriksjoner ikke reduserer antall aborter, men at det derimot øker risikoen for utrygge inngrep.

Selv om norsk lovverk lå fast i mange år, har politiske uenigheter stadig blusset opp. Reservasjonsrettssaken i 2014 og debatten i 2018 om fosterantallsreduksjon viste at abort fortsatt engasjerer bredt. Samtidig har den medisinske praksisen endret seg dramatisk. Mulighet for medikamentell abort innebar at abort ikke lenger var synonymt med kirurgisk inngrep på sykehus. Kvinner kunne nå gjennomføre abort hjemme, og sykehusets rolle ble i praksis redusert til å håndtere vurdering av og utlevering av medisiner.

Utviklingen i Norge samsvarer med internasjonale anbefalinger. WHO uttrykte i 2022 en tydelig støtte til pasientnær abortomsorg og frarådet restriksjoner som mangler medisinsk grunnlag. Deres hovedpoeng, at strenge restriksjoner ikke reduserer aborttallene, men øker risikoen for utrygge aborter, har fått stadig større gjennomslag.

23. august 2024 ble forslag om ny lov lagt frem av Helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre. 3. desember samme år vedtok en fullsatt Stortingssal forslag til ny abortlov. Loven ble vedtatt med 115 stemmer for og 53 stemmer mot(1).

De viktigste endringene i ny lov er:

- Grensen for selvbestemt abort er endret til 18 uker (17+6).
- Fosterantallsreduksjon har fått selvbestemmelse til uke 17+6, det er medisinske forhold som avgjør om en fosterantallsreduksjon kan utføres.
- Abortnemndene er utvidet fra 2 til 3 medlemmer og ett av medlemmene skal være jurist. De består nå av 1 lege, 1 med helsefaglig bakgrunn og en jurist. Antallet nemder er også redusert til syv.
- Medisinske forhold hos fosteret er ikke lenger grunn nok alene til å få innvilget abort.
- Etter uke 22 tillates ikke lenger abort med mindre det er akutt fare for den gravides liv og helse.
- Helsepersonells reservasjonsrett lovfestes.
- Tilbud om at abort er ikke lenger begrenset til sykehus, men skal sørges for av helseforetakene.

Abort og primærhelsetjenesten

I dag gjøres omtrent 95 % av alle svangerskapsavbrudd medikamentelt, og over 80 prosent av abortene i Norge skjer før uke 9(3). Den fysiologiske likheten mellom tidlig medikamentell abort og spontanabort, hvor sistnevnte i stor grad håndteres i primærhelsetjenesten i dag, gjør det naturlig å spørre om tidlig abort fortsatt trenger å være forankret i spesialisthelsetjenesten. Mange av vurderingene som gjøres før en tidlig abort, eksempelvis datering og vurdering av symptomer på ektopisk svangerskap, ligger allerede innenfor allmennmedisinsk kompetanse.

Dette samsvarer med WHO og NICE(4) sine anbefalinger om å flytte abortbehandling nærmere pasienten og å redusere unødvendige krav til ultralyd og kliniske undersøkelser.

Internasjonal erfaring

Erfaringer fra land som Storbritannia, Canada, Australia, New Zealand og Irland viser at primærhelsetjenesten egner seg svært godt til å håndtere tidlig medikamentell abort. Disse landene rapporterer gjennomgående kortere ventetider, behandling tidligere i svangerskapet, lav komplikasjonsrate og høy pasienttilfredshet(5). Mange har innført telemedisinske løsninger, der ultralyd kun brukes ved klinisk mistanke om patologisk svangerskap eller behov for datering.

Behovet for nye modeller i Norge

Selv om Norge ofte omtales som et land med god abortomsorg, viser erfaringer at dagens modell ikke treffer alle. Women on Web, verdens første telemedisinske aborttilbud, har siden 2021 sendt abortmedisiner til 77 personer bosatt i Norge. Det til tross for at abort er både lovlig og tilgjengelig her til lands. Organisasjonen gjennomfører en digital konsultasjon og sender deretter medikamentene direkte til brukeren. At norske abortsøkende oppsøker et slikt alternativ, antyder at enkelte møter barrierer i vårt system, og at det kan være behov for et mer fleksibelt og tilgjengelig aborttilbud enn det som eksisterer i dag.

Et nytt primærhelsetjenestetilbud i Oslo

Sex og samfunn åpnet 18. august 2025 for medikamentell abort før uke 10 ved vår klinikk i Oslo. Tilbudet er for pasienter bosatt i Oslo, over 16 år og med svangerskap under 10 uker. I motsetning til sykehusene har vi ingen nedre gestasjonsalder for behandling; sykehusene er i praksis avhengige av å påvise intrauterin graviditet før oppstart. Hos oss er ventetiden kort, og de fleste får time i løpet av 1-2 uker.

Vi tilbyr «no-test» abort, der behandling kan gis uten ultralyd. Ultralyd er tilgjengelig når det er medisinsk nødvendig. Modellen bygger på internasjonalt anerkjente «no-test»-protokoller(6), og er et kartleggingsskjema utfyllt av pasienten, som vurderer datering og eventuelle symptomer eller risikofaktorer for ektopisk graviditet.





Bak f.v.: lege Mong Binh Lam, helsesykepleier Mariann Olsvik, sykepleier Arma Kunic. Foran f.v.: Gynekolog Siri Kløkstad, helsesykepleier Anette Søholt, lege Trine Aarvold. Foto: Sex og samfunn

Ved konsultasjonen gjøres ny vurdering med samme skjema. Den første kartleggingen fører omtrent en tredjedel til ultralyd og to tredjedeler til «no-test»-gruppen, men etter retriagering ender vi med en jevn fordeling: rundt halvparten behandles med ultralyd og halvparten uten. Omtrent 30 prosent av pasientene er under 6 uker gravide ved behandling (Very Early Medical Abortion), mens resten fordeler seg omtrent som nasjonale tall, med tyngdepunkt rundt uke 7–8. Det at vi tilbyr abort før uke 6 skiller oss fra tilbudet i resten av landet, hvor man på grunn av bruk av ultralyd gjerne ikke tar pasienten inn til undersøkelse før tidspunktet en med sikkerhet kan se svangerskapet intrauterint.

Konsultasjonsforløpet

Abortkonsultasjonen ved Sex og samfunn varer i 40 minutter og omfatter retriagering eller ultralyd, informasjon om forløp og forventede symptomer, samt prevensjonsveiledning. Alle pasientene får en plan for oppfølging. De fleste takker nei til kontrolltime, men blant dem som ønsker oppfølging brukes den oftest til prevensjon. Pasientene kan på dagtid kontakte Sex og samfunn på en egen aborttelefon, og ved akutsymptomer utenom klinikkens åpningstid kan de kontakte OUS eller Ahus direkte uten å måtte gå via legevakt.

Vi har utviklet omfattende pasientinformasjon, tilgjengelig både skriftlig og digitalt, inkludert fem korte informasjonsfilmer og en egen film for den som er med som støtteperson. Pasientene får med seg alle nødvendige medikamenter tilsvarende sykehusenes behandling, og en pasientbrosjyre med all nødvendig informasjon. Særlig de som behandles uten ultralyd får klare råd om å kontakte sykehus ved nye eller tiltagende smerter, da en ektopisk graviditet i sjeldne tilfeller kan gå under radaren til symptomer oppstår.

Erfaringer fra tilbudet

Blant 240 pasienter som så langt har vært til abortkonsultasjon ved Sex og samfunn, har 215 gjennomført medikamentell abort. Det vil alltid være noen som ombestemmer seg, ikke er gravide, har missed abortion eller for langt kommet svangerskap til behandling

hjemme. Pasienttilfredsheten er høy, komplikasjonsraten er som forventet lav, og oppfølging etter fire uker viser god effekt og trygghet. Så langt har vi ikke fått tilbakemelding om noen pågående patologiske svangerskap.

Veien videre

Målet på kort sikt er å tilby rask og trygg abortbehandling til dem som trenger det. På lengre sikt ønsker vi å bidra til at tidlig medikamentell abort blir en integrert del av primærhelsetjenesten i hele landet. For å bygge et solid grunnlag for en nasjonal modell gjennomfører vi nå flere studier, hvor vi ser på hvilke behov både pasienter og tjenesten har for å kunne tilby dette på en trygg og effektiv måte. Sykehus fra flere regioner deltar, og vi ser frem til å dele resultatene når de foreligger.

Etableringen av et aborttilbud i primærhelsetjenesten markerer et tydelig skifte. Den nye abortloven åpner for større fleksibilitet og bedre tilgjengelighet, og internasjonale studier viser at tidlig medikamentell abort utenfor sykehus kan gjennomføres trygt og med høy pasienttilfredshet. Når tjenesten flyttes nærmere pasienten, reduseres både ventetid og press på spesialisthelsetjenesten, samtidig som helheten i oppfølgingen styrkes.

Arbeidet vårt er fortsatt i en tidlig fase, men de første erfaringene gir grunn til optimisme. Med mer forskning, systematisk evaluering og et godt samarbeid mellom nivåene kan vi utvikle en nasjonal modell som sikrer trygg, tilgjengelig og moderne abortomsorg, tilpasset behovene til dem som trenger abort.

Referanser:

1. Abortloven. Lov om abort. Helse- og omsorgsdepartementet; 2024.
2. Abortion care guideline. World Health Organization, Human Reproduction Programme; 2022. 170 p.
3. Løkland-Stai M. Aborttall for Norge. 2025 Mar.
4. Abortion care - NICE guidelines. 2025.
5. Aiken A, Lohr P, Lord J, Ghosh N, Starling J. Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: a national cohort study. BJOG. 2021 Aug 24;128(9):1464–74.
6. 2020-06-04-decision-aid-for-early-medical-abortion-without-ultrasound.

Zejula
niraparib

GSK



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



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

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

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

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



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



For å lese PRIMA-studien scan QR-koden

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON

Indikasjoner

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

Kontraindikasjon

Amming

Forsiktighetsregler

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

observert hos pasienter som ble behandlet med Zejula som monoterapi eller kombinasjonsterapi i kliniske studier og etter markedsføring. Hypertensjon, inkludert hypertensiv krise, er rapportert med bruk av Zejula. Blodtrykket bør overvåkes minst ukentlig i to måneder, etterfulgt av månedlig overvåkning 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

©2025 GSK or licensor.
Trademarks are owned by or licensed to the GSK group of companies.
PM-NO-NRP-ADVR-250001 Januar 2026



Zejula
preparatomtale

Nytt håp for immunterapi ved eggstokkreft

Immunterapi med sjekkpunkthemmere har lenge vært forventet å gi et gjennombrudd i behandlingen av eggstokkreft, men resultatene har så langt vært skuffende. Nå viser imidlertid ENGOT-ov65/KEYNOTE-B96-studien for første gang en reell overlevelsesegevinst hos kvinner med platinum-resistent, residiverende eggstokkreft. Funnene kan markere et viktig skifte i behandlingen av en pasientgruppe med få tilgjengelige behandlingsalternativer og dårlig prognose.



Guro Aune

Kvinneklinnen, St.Olavs hospital;
Institutt for klinisk og molekylær medisin,
NTNU



Line Bjørge

Kvinneklinnen og Kreftklinikken,
Haukeland Universitetssykehus; Centre
for Cancer Biomarkers CCBIO, Klinisk
institutt 2, UiB, Bergen



Cecilie Fredvik Torkildsen

Kvinneklinnen, Stavanger Universitets-
sykehus; Centre for Cancer Biomarkers
CCBIO, Klinisk institutt 2, UiB,
Bergen; Kvinneklinnen, Heidelberg
Universitetssykehus, Tyskland

Eggstokkreft

Hvert år får om lag 500 norske kvinner eggstokkreft (epitelial ovarial, tube eller primær peritonealkreft) (1). Standardbehandlingen er en kombinasjon av kirurgi og platinum-basert kjemoterapi. Selv om tilleggsbehandling med angiogenesehemmere og PARP-hemmere gir ytterligere effekt, er prognosen fortsatt dårlig, med en 5-års overlevelse på rundt 50 % (1-3).

Immunterapi finnes i flere former, og et av de viktigste gjennombruddene kom i 2011, da sjekkpunkthemmere viste livsforlengende effekt hos 20-40% av pasienter med malignt melanom (4). Senere er det også vist effekt ved enkelte gynekologiske kreftformer, inkludert endometriekreft og livmorhalskreft (5,6). Forventningen til immunterapi ved eggstokkreft har derfor vært høye, men kliniske resultater har hittil vært skuffende.

Under Presidential Symposium på ESMO-kongressen i Berlin i oktober 2025 presenterte Nicoletta Colombo resultater fra ENGOT-ov65/KEYNOTE-B96-studien, som for første gang dokumenterte en overlevelsesegevinst med immunterapi hos pasienter med eggstokkreft (7).

Biologisk rasjonale for immunterapi ved eggstokkreft

Respons på immunterapi er knyttet til tumorens immunogenisitet, altså hvor godt en svulst kan gjenkjennes av immunsystemet og utløse en effektiv antitumorrespons. Biomarkører som høy tumormutasjonsbyrde (TMB) og mikrosatellittinstabilitet (MSI) er assosiert med behandlingsrespons ved flere kreftformer. Ved eggstokkreft ser man imidlertid både lav TMB og mikrosatellitt-stabil tumor, noe som gjør at man forventer en lavere respons av sjekkpunkthemmere (8). En annen prediktiv biomarkør forekommer derimot hyppig ved eggstokkreft; PD-L1 ekspresjon (Programmed death ligand 1). Dette er et immunologisk kontrollprotein som kreftceller kan uttrykke for å hemme T-cellemedierte immunresponsen, og denne mekanismen kan utnyttes terapeutisk (9). Mange sjekkpunkthemmere virker ved å blokkere dette kontrollproteinets slik at immunsystemet kan gjenkjenne og angripe kreftceller. Den samme mekanismen forklarer også de karakteristiske autoimmune bivirkningene ved bruk av sjekkpunkthemmere. PD-L1-status vurderes vanligvis ved tumor proportion score (TPS) eller combined positive score (CPS), hvor CPS er mest brukt i gynekologisk onkologi (10).

Videre har eggstokkreft ofte høy tetthet av tumorinfiltrerende lymfocytter (TIL), noe som indikerer en viss immunaktivering (T-cellerrespons) i tumor, og funnet er assosiert med bedre progresjonsfri og total overlevelse (11). Kombinasjonen av PD-L1-ekspresjon, høy tetthet av TILs og et potensielt påvirkbart immunologisk mikromiljø har bidratt til forventninger til immunterapi ved eggstokkreft, til tross for et begrenset biomarkørgrunnlag.

Presentasjon av studien

ENGOT-ov65/KEYNOTE-B96-studien var en randomisert, dobbeltblind, placebo-kontrollert fase III studie som inkluderte pasienter med platinum-resistent residiv av epitelial eggstokkreft. Deltakerne hadde mottatt inntil to tidligere linjer med kjemoterapi. Studiens primære endepunkt var progresjonsfri overlevelse

(PFS), mens totaloverlevelse (OS) var det viktigste sekundære endepunktet.

Totalt 643 kvinner ble inkludert. Viktige stratifiseringsfaktorer var tilleggsbehandling med bevacizumab (ja eller nei), geografi (USA, Europa eller annet) og nivået av PD-L1-uttrykk. I denne studien ble dette vurdert med combined positive score (CPS). Deltagerne måtte ha radiologisk progresjon innen 6 måneder etter siste kur med karboplatin-basert kjemoterapi og ECOG status 0-1. De inkluderte ble randomisert 1:1 til enten pembrolizumab (PD-L1-hemmer), 400 mg intravenøst hver 6. uke eller placebo. Begge behandlingene ble gitt i kombinasjon med ukentlig paklitaksel (80 mg/m² på dag 1, 8 og 15 i hver 3-ukers syklus) med eller uten bevacizumab (10 mg/kg hver 2. uke). Behandlingen ble gitt fram til sykdomsprogresjon eller uakseptabel toksisitet.

Dataene er foreløpig kun presentert i Annals of Oncology som abstrakt (7).

Resultater

Totalt ble 322 kvinner randomisert til pembrolizumab og 321 til placebo. Median alder var 62 år i pembrolizumab-armen og 61 år i placebo-armen. Omtrent 41% hadde PD-L1 CPS fra 1-10 og rundt 31% hadde PD-L1 CPS > 10. Totalt hadde altså over 70% en positiv PD-L1 CPS score. 46% av pasientene hadde tidligere mottatt bevacizumab, og 35% hadde tidligere fått behandling med PARP-hemmer. Totalt mottok 73% av pasientene i studien bevacizumab sammen med paklitaksel.

Første interim-analyse ble utført etter en median oppfølgingstid på 15,6 måneder. Den viste en statistisk signifikant forbedring i PFS i pembrolizumab-armen, både i PD-L1 CPS ≥1-populasjonen (8,3 vs. 7,2 måneder; HR 0,72 [95 % KI, 0,58–0,89]; p=0,0014) og i den totale studiepopulasjonen (8,3 vs. 6,4 måneder; HR 0,70 [0,58–0,84]; p<0,0001).

Ved andre interim-analyse, etter en median oppfølgingstid på 26,6 måneder, var PFS tallene ganske sammenfallende med analysene for interimanalyse 1. For PD-L1 CPS ≥1-populasjonen 8,3 vs 7,2 mnd (HR 0,75 [95 % KI, 0,61–0,91], og i den totale studiepopulasjonen (8,3 vs 6,3 mnd; HR 0,73 [95 % KI, 0,62–0,86]. Ved andre interim-analyse var OS signifikant forbedret i PD-L1 CPS ≥1-populasjonen (18,2 vs. 14,0 måneder; HR 0,76 [0,61–0,94]; p=0,0053). Det ble samtidig observert en gunstig trend i den totale populasjonen (17,7 vs. 14,0 måneder; HR 0,81 [0,68–0,97]; p=0,0114).

Behandlingsrelaterte bivirkninger av grad ≥3 forekom hos 67,5% av pasientene i pembrolizumab-armen og hos 55,3 % i placebo-armen.

Diskusjon

ENGOT-ov65/KEYNOTE-B96 er den første studien som dokumenterer en statistisk signifikant overlevelsesegevinst av immunterapi ved platinum-resistent, residiverende eggstokkreft. Dette representerer et gjennombrudd innen et felt der over ti år med kliniske studier har vist begrenset nytte. Mer enn 10 000 pasienter har deltatt i studier som har undersøkt effekten av immunsjekkpunkthemmere uten at dette har endret behandlings-

praksis (12-18). En nylig publisert fase II-studie viste klinisk nytte ved klarcellet eggstokkreft, mens dokumentasjonen i øvrige histologiske subtyper er sparsom (19).

Til tross for et tilsynelatende gunstig immunologisk utgangspunkt har immunterapi som monoterapi hatt begrenset effekt ved eggstokkreft. Dette skyldes blant annet betydelig tumorheterogenitet og komplekse resistensmekanismer i tumorens mikromiljø (20). Molekylære undergrupper, særlig BRCA-muterte og HRD-positive tumorer, har vært antatt å respondere bedre på grunn av høyere immunologisk aktivitet, men kliniske studier viser at verken BRCA-status eller HRD-profil predikerer respons på immunterapi i denne sykdomsgruppen (21).

Et sentralt spørsmål er hvorfor denne studien demonstrerte positive resultater, mens en rekke tidligere studier har vist negative funn. En mulig forklaring er kombinasjonen med ukentlig paklitaksel, slik som også vist i AGO-OVAR 2.29/ENGOT-ov34 studien. Selv om denne studien samlet sett var negativ, oppnådde undergruppen som ble behandlet med ukentlig paklitaksel i kombinasjon med sjekkpunkthemmeren atezolizumab bedre PFS (22). Disse resultatene støtter hypotesen om at metronomisk kjemoterapi, hyppig administrert som lavdosebehandling, kan modulere tumorens mikromiljø ved å øke antigenpresentasjon, redusere immunsuppresjon og fremme T-celleinfiltrasjon (23).

I tillegg kan bevacizumab bidra ved å normalisere tumorvaskulatur, bedre oksygenering og øke infiltrasjon av immunceller til tumor, noe som ble demonstrert allerede i AURELIA-studien, spesielt i kombinasjon med paklitaksel (24, 25). Samlet kan slike mekanismer bidra til å forsterke effekten av sjekkpunkthemmere som pembrolizumab og gi en mer effektiv antitumorrespons. Resultatene fra ENGOT-OV65/KEYNOTE-B96 underbygges ytterligere av en senere publisert fase II-studie som også viser klinisk aktivitet av pembrolizumab i kombinasjon med ukentlig paklitaksel ved platinumresistent epitelial eggstokkreft (26).

I ENGOT OV65/KEYNOTE B96-studien ble det rapportert en høy forekomst av PD-L1-positive svulster. PD-L1-positivitet ble påvist hos 70 % av de HRD-positive svulstene, og 53 % av de HRD-negative svulstene. Til sammenligning viste PAOLA-studien, som primært undersøkte effekten av PARP-hemmer med eller uten bevacizumab, lavere forekomst av PD-L1-uttrykk i tilsvarende grupper (27). PAOLA dokumenterte også at PD-L1-status var uavhengig av biopsistede og tidspunkt for prøvetaking, og at positiv PD-L1 CPS-score var assosiert med bedre totaloverlevelse, uavhengig av kirurgi, resttumorstatus, behandlingsarm, FIGO-stadium og HRD-status.

Tolkningen av den kliniske relevansen av funnene fra ENGOT-ov65/KEYNOTE-B96-studien må de vurderes i lys av pasientpopulasjonen som er inkludert, kvinner med platinum-resistent eggstokkreft. Denne gruppen karakteriseres av progresjon under eller kort tid etter platinumbasert behandling, dårlig prognose og få behandlingsalternativer. I dagens praksis tilbys disse pasientene oftest ukentlig paklitaksel med eller uten bevacizumab, basert på AURELIA-studien som ble publisert for over 10 år siden (26), eller monoterapi med gemcitabin, liposomal doksorubicin eller topotekan.

“[Resultatene] representerer et gjennombrudd innen et felt der over ti år med kliniske studier har vist begrenset nytte”

I ENGOT-OV65/KEYNOTE-B96 hadde en stor andel av pasientene et svært kort platinumfritt intervall, et kjent negativt prognostisk tegn. Hele 40,2 % i pembrolizumab-armen og 50,5 % i placeboarmen hadde tilbakefall innen tre måneder. Interessant nok tyder resultatene på at nettopp denne mest behandlings-refraktære subgruppen kan ha en relativt stor tilleggsgevinst av sjekkpunkthemmer.

De senere årene har flere studier vist lovende effekt av andre legemidler ved platinumresistent eggstokkreft. Dette inkluderer antistoff-legemiddel-konjugater (ADC) som mirvetuximab soravtansine (MIRASOL-studien) (28) og trastuzumab deruxtekan (DESTINY-PanTumor02 studien) (29), samt - ROSELLA-studien, der relakoriant i kombinasjon med nab-paklitaksel gav klinisk relevant effekt på overlevelse (30).

ENGOT-ov65/KEYNOTE-B96 føyer seg dermed inn i rekken av nyere studier som dokumenter klinisk meningsfull effekt hos nettopp denne pasientgruppen. Ingen av disse regimene er enda godkjent i Norge, og foreløpig er det kun Mirvetuximab soravtansine som er under behandling i Nye metoder. Først når det foreligger regulatoriske godkjenninger og klinisk erfaring er tilstrekkelig etablert, vil det være mulig å utvikle robuste,

biomarkørstyrte algoritmer for behandlingsseleksjon, primært innenfor rammen av kliniske studier. Parallelt pågår også en rekke nye studier, noe som understreker betydningen av presis pasient-seleksjon og individualisert behandling i fremtiden.

Konklusjon

ENGOT-ov65/KEYNOTE-B96-studien viser at pembrolizumab i kombinasjon med paklitaksel gav en statistisk signifikant overlevelsesgevinst, med en median totaloverlevelse på 18,2 måneder i pembrolizumab-armen versus 14 måneder i placeboarmen. Studien er foreløpig kun publisert som et abstrakt, og flere viktige spørsmål, blant annet om effekten varierer mellom histologiske subgrupper, vil forhåpentligvis besvares når hele manuskriptet publiseres.

Den 10.02.26 godkjente FDA pembrolizumab i kombinasjon med paclitaxel, med eller uten bevacizumab, til pasienter med platinum-resistent ovarialcancer. Andre forutsetninger er PD-L1 positiv sykdom og inntil to tidligere behandlingslinjer. Bakgrunnen for godkjenningen er resultatene fra KEYNOTE-B96 studien.

Referanser

- 1 Folkehelseinstituttet. Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft: Årsrapport 2024 [Internet]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2025 May 14. Available from: <https://www.fhi.no/publ/2025/nasjonalt-kvalitetsregister-for-gynekologisk-kreft-2024/>
- 2 Burger RA, Brady MF, Bookman MA et al. Incorporation of Bevacizumab in the Primary Treatment of Ovarian Cancer. N Engl J Med. 2011;365(26):2473–83.
- 3 Moore K, Colombo N, Scambia G et al. Maintenance Olaparib in Patients with Newly Diagnosed Advanced Ovarian Cancer. N Engl J Med. 2018;379(26):2495–505.
- 4 Robert C, Thomas L, Bondarenko I, et al. Ipilimumab plus dacarbazine for previously untreated metastatic melanoma. N Engl J Med. 2011;364(26):2517–26.
- 5 Mirza MR, Chase DM, Slomovitz BM et al. Dostarlimab for primary advanced or recurrent endometrial cancer. N Engl J Med. 2023;388:2145–58.
- 6 Colombo N, Dubot C, Lorusso D et al. Pembrolizumab for Persistent, Recurrent, or Metastatic Cervical Cancer. N Engl J Med 2021;385:1856–1867.
- 7 Colombo N, Zsiros E, Sebastianelli A et al. LBA3 Pembrolizumab vs placebo plus weekly paclitaxel ± bevacizumab in platinum-resistant recurrent ovarian cancer: results from ENGOT-ov65/KEYNOTE-B96. Ann Oncol. 2025;36:S1697.
- 8 Atwal A, Snowsill T, Cabrera Dandy M, et al. The prevalence of mismatch repair deficiency in ovarian cancer: A systematic review and meta-analysis. Int J Cancer. 2022;151(9):1626–1639.
- 9 de la Fuente ML, Westbom-Fremer S, Arlidsen NS, et al. PD-1/PD-L1 expression and tumor-infiltrating lymphocytes are prognostically favorable in advanced high-grade serous ovarian carcinoma. Virchows Arch. 2020;477(1):83–91
- 10 Burtneess B, Harrington KJ, Greil R, et al. Pembrolizumab alone or with chemotherapy versus cetuximab with chemotherapy for recurrent or metastatic squamous-cell carcinoma of the head and neck (KEYNOTE-048): a randomised, open-label, phase 3 trial. Lancet. 2019;394(10212):1915–1928
- 11 Zhang L, Conejo-Garcia JR, Katsaros D et al. Intratumoral T cells, recurrence, and survival in epithelial ovarian cancer. N Engl J Med. 2003;348(3):203–13.
- 12 Moore KN, Bookman MA, Sehouli J et al. Atezolizumab, Bevacizumab, and Chemotherapy for Newly Diagnosed Stage III or IV Ovarian Cancer: Placebo-Controlled Randomized Phase III Trial (IMagyn050/GOG 3015/ENGOT-OV39). J Clin Oncol. 2021;39(18):1842–1855.
- 13 Monk BJ, Okanin A, O'Malley DM et al. ATHENA-COMBO, a phase III, randomized trial comparing rucaparib (RUCA) + nivolumab (NIVO) combination therapy vs RUCA monotherapy as maintenance treatment in patients (pts) with newly diagnosed ovarian cancer (OC). ESMO Congress 2024; Abstract LBA30.
- 14 Harter P, Trillisch F, Okamoto A, et al. Durvalumab with carboplatin/paclitaxel and bevacizumab followed by durvalumab and bevacizumab with or without olaparib maintenance in newly diagnosed non-BRCA-mutated advanced ovarian cancer. Ann Oncol. 2025 Dec 9;S0923-7534(25)06315-X. doi:10.1016/j.annonc.2025.11.020. Online ahead of print.
- 15 Hardy-Bessard AC, Pujade-Lauraine E, Moore RG, et al. Dostarlimab and niraparib in primary advanced ovarian cancer. Ann Oncol. 2025 Dec;36(12):1503–1513.
- 16 Hamanishi J, Takeshima N, Katsumata N, et al. Nivolumab versus gemcitabine or pegylated liposomal doxorubicin for patients with platinum-resistant ovarian cancer: open-label, randomized trial in Japan (NINJA). J Clin Oncol. 2021 Nov 20;39(33):3671–3681

- 17 González-Martín A, Rubio MJ, Heitz F, et al. Atezolizumab combined with platinum and maintenance niraparib for recurrent ovarian cancer with a platinum-free interval >6 months: ENGOT-OV41/GEICO 69-O/ANITA phase III trial. J Clin Oncol. 2024 Dec 20;42(36):4294–4304.
- 18 Kurtz JE, Pujade-Lauraine E, Oaknin A, et al. Atezolizumab combined with bevacizumab and platinum-based therapy for platinum-sensitive ovarian cancer: placebo-controlled randomized phase III ATALANTE/ENGOT-ov29 trial. J Clin Oncol. 2023;41(30):4768–4778.
- 19 Gao B, Carlino MS, Michael M, et al. Nivolumab and Ipilimumab Combination Treatment in Advanced Ovarian and Endometrial Clear Cell Cancers: A Nonrandomized Clinical Trial. JAMA Oncol. 2025;11(9):982–989
- 20 Zheng, Y., Qian, C., Zhang, S. et al. IL7R remodels immunosuppression tumor microenvironment and promotes macrophage polarization by regulating NF-κB/CXCL1 axis in ovarian cancer. Cell Death Dis 2025. <https://doi.org/10.1038/s41419-025-08312-6>
- 21 Liu YL, Selenica P, Zhou Q, et al. BRCA mutations, homologous DNA repair deficiency, tumor mutational burden, and response to immune checkpoint inhibition in recurrent ovarian cancer. JCO Precis Oncol. 2020;4:PO.20.00069.
- 22 Moore KN, Bookman MA, Sehouli J et al. IMagyn050/GOG 3015/ENGOT-OV39: Exploratory post-hoc analyses of atezolizumab plus bevacizumab and chemotherapy in newly diagnosed ovarian cancer. Presented at: ASCO Annual Meeting; 2023 Jun 2–6; Chicago, IL. Abstract #5511
- 23 Galluzzi L, Humeau J, Buqué A, et al. Immunostimulation with chemotherapy in the era of immune checkpoint inhibitors. Nat Rev Clin Oncol. 2020;17(12):725–741.
- 24 Park JA, Espinosa-Cotton M, Guo H, Monette S, Cheung NV. Targeting tumor vasculature to improve antitumor activity of T cells armed ex vivo with T cell engaging bispecific antibody. J Immunother Cancer. 2023;11:e006680
- 25 Pujade-Lauraine E, Hilpert F, Weber B, Reuss A, Poveda A, Kristensen G, et al. Bevacizumab combined with chemotherapy for platinum-resistant recurrent ovarian cancer: the AURELIA open-label randomized phase III trial. J Clin Oncol. 2014;32(13):1302–8.
- 26 Wenham RM, Buras AL, Gordon SW, et al. A phase 2 study of pembrolizumab and weekly paclitaxel for platinum-resistant epithelial ovarian cancer. OncoDaily Voices. 2026 Jan 20. Available from: <https://oncodaily.com/voices/robert-m-wenham-44422>
- 27 Treilleux, I. et al. Prognostic value of PDL1 expression and correlation with HRD status in high-grade serous ovarian cancer: An ancillary analysis of the PAOLA-1/ENGOT-ov25 trial, a GINECO study. ESMO Open, Volume 10, 105203
- 28 Van Gorp T, Moore KN, Konecny GE, et al. Patient-reported outcomes from the MIRASOL trial evaluating mirvetuximab soravtansine versus chemotherapy in patients with folate receptor α-positive, platinum-resistant ovarian cancer: a randomised, open-label, phase 3 trial. Lancet Oncol. 2025;26(4):503–515.
- 29 Meric-Bernstam F, Makker V, Oaknin A, et al. Efficacy and safety of trastuzumab deruxtecan in patients with HER2-expressing solid tumors: primary results from the DESTINY-PanTumor02 phase II trial. J Clin Oncol. 2023;42(1):47–58.
- 30 Lawaiye AB, Gladiéff L, O'Malley DM, et al. Relacorilant and nab-paclitaxel in patients with platinum-resistant ovarian cancer (ROSELLA): an open-label, randomised, controlled, phase 3 trial. Lancet. 2025;405(10496):2205–2216.

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 urinscreeingstester 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. Tettethet 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

Gjør kloke valg: Et klinisk og faglig løft for å redusere overdiagnostikk og overbehandling

Som leger vet vi at det kliniske handlingsrommet er komplekst. Valg tas under tidspress, ofte med begrenset informasjon, og alltid med et grunnleggende ønske om å gjøre det beste for pasienten. Samtidig viser både praksis og forskning at vi samlet sett gjør mer enn det som er nødvendig, og av og til mer enn det som er til pasientens beste. Overdiagnostikk og overbehandling er en utfordring som berører medisinsk kjernevirksomhet, profesjonsetikk og legerollen. Gjør kloke valg ble etablert av Legeforeningen for å styrke kvaliteten i klinisk praksis og aktivere fagmiljøene til å identifisere og redusere overdiagnostikk og overbehandling, også kalt medisinsk overaktivitet. Gjør kloke valg er et verktøy som hjelper klinikerne til å ta aktive og bevisste valg for å redusere medisinsk overaktivitet i sitt daglige arbeid.



Bente Kristin Johansen

Spesialist i gyn/obst,
prosjektleder Gjør kloke valg
Medisinsk fagavdeling, Legeforeningen

Hvorfor Gjør kloke valg?

Gjør kloke valg bygger på det internasjonale Choosing Wisely-initiativet (1), og er tilpasset norske forhold. Målet er ikke kostnadskutt, men høyere kvalitet gjennom å redusere overdiagnostikk og overbehandling. I klinisk praksis betyr det å sikre at pasienter mottar behandling som både er nødvendig, kunnskapsbasert og til minst mulig belastning. Dette er et profesjonsstyrt arbeid som tar utgangspunkt i medisinsk kunnskap og reell nytte for pasienten.

I en tid med økende forventninger til diagnostikk og behandling, kan Gjør kloke valg, under overskriften "Mer er ikke alltid bedre" ses på som et nødvendig korrektiv og et bidrag til å stoppe en videre utvikling av defensiv "for sikkerhets skyld"-medisin.

Hva mener leger om omfanget?

Undersøkelser fra andre land (2) har vist at leger mener at overdiagnostikk og overbehandling er utbredt, og at det er et problem. En spørreundersøkelse som Gjør kloke valg gjorde blant medlemmer i Legeforeningen bekreftet dette. Opp mot 90% av legene mente at overdiagnostikk og overbehandling forekommer i helsetjenestene og over 70% mente at det er et problem (figur 1). Undersøkelsen fikk over 7000 svar og er representativ for fordeling av allmennleger og sykehusleger i Legeforeningen. Færre (63%) ser imidlertid at det er et problem på egen arbeidsplass, og rundt halvparten av legene mener at de selv driver med overutredning og overbehandling. Det tyder kanskje på at temaet er underdiskutert i fagmiljøene, og at individuell praksis ofte skjer uten godt sammenligningsgrunnlag.

Nesten to tredjedel av legene anslår at rundt 20% av utredning/behandling ved egen arbeidsplass er overdiagnostikk og overbehandling. Omtrent 30% av legene mener at det ligger mellom 10–20 %. Det er vanskelig å tolke og sammenligne svarene, men de gir uansett en indikasjon på at omfanget er vesentlig og utfordrer både faglig og etisk praksis.

Hva driver medisinsk overaktivitet?

I samme spørreundersøkelse bes legene å rangere de viktigste årsakene eller driverne for overbehandling, og det er tre som rangeres høyest: Frykt for å overse en alvorlig diagnose, ønske om å redusere klinisk usikkerhet og opplevd press fra pasient/pårørende. Tett etter følger tidspress, bekymring for klager/tilsyn, svake henvisninger og krav om å følge retningslinjer. Økonomiske insentiver (takster, DRG osv) rangeres lavest blant norske leger.

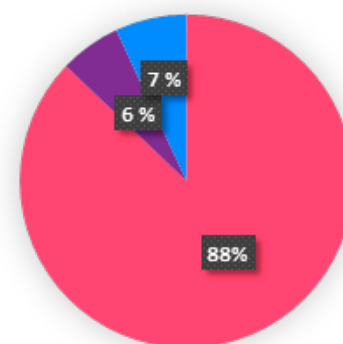
Dette speiler en arbeidshverdag der utredning og behandling ofte skjer for å kompensere for usikkerhet, og ikke på grunnlag av indikasjon. Det er forståelig – og menneskelig. Vi vet at press fra pasienter og pårørende også i stor grad er basert på usikkerhet, og sammen utgjør dette en sterk kraft i retning av overdiagnostikk og overbehandling.

Gjør kloke valg i Legeforeningen

www.legeforeningen.no/kloke-valg/

- Har som mål å redusere overdiagnostikk og overbehandling.
- Formålet er først og fremst bedre kvalitet på helsetjenestene. Det er ikke en sparekampanje.
- Er profesjonsledet og bygger på faglige anbefalinger, utarbeidet av fagmiljøene, over utredning og behandling som bør unngås (legeforeningen.no/kloke-valg/anbefalinger/)
- Inviterer pasienter og pårørende til samtaler om konsekvensene av overdiagnostikk og overbehandling
- Er en del av et globalt initiativ (Choosing Wisely)
- Legger vekt på tverrfaglig samarbeid og samarbeider med Kloke valg-initiativ i 16 andre profesjonsforeninger

Synes du vi ser overutredning og overbehandling i Norge?



Figur 1: En spørreundersøkelse blant medlemmer i Legeforeningen bekreftet at leger mener at overdiagnostikk og overbehandling er utbredt, og at det er et problem.

Hva kan vi gjøre og hva er profesjonenes ansvar?

Det prinsipielt grunnleggende ved Gjør kloke valg er at *fagmiljøene* går i front. Det er fagmiljøene selv som definerer hva som er unødvendig utredning og behandling innenfor sitt eget fagområde. Dette handler både om profesjonell identitet og faglig kvalitet: Hvilke tester, prøver, prosedyrer og behandling gir faktisk helsegevinst? Hva gjør vi for mye av? De fleste fagmiljøer kommer raskt på 4–5 områder med overdiagnostikk og overbehandling innenfor eget fagområde.

Gjør kloke valg tilbyr et enkelt verktøy: Fagmiljøene ved de fagmedisinske foreningene i Legeforeningen oppfordres til å lage anbefalinger basert på kunnskap over tester, prøver, prosedyrer og behandling som med fordel kan fases ut. Det handler om å "feie for egen dør", altså ikke peke på andre og hva de bør slutte med, men se på sin egen virksomhet med et kritisk blikk. Per 1.1.26 har 27 fagmedisinske foreninger i Legeforeningen laget anbefalinger, inkludert Norsk gynekologisk forening.

Den kliniske dialogen

Pasientene inviteres til kunnskapsbaserte samtaler om konsekvensene av overdiagnostikk og overbehandling. Denne samtalen bør skje i dialogen mellom kliniker og pasient. Begge kan ta initiativ til samtalen, og dialogen kan ha som mål å svare på disse spørsmålene:

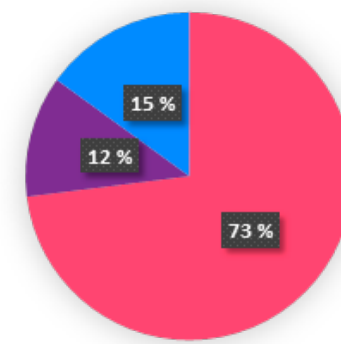
- Hvorfor trenger jeg denne testen/behandlingen?
- Hva er risiko og bivirkninger?
- Hva skjer om jeg ikke gjør noe?
- Finnes det et alternativ?

Mer om faglige anbefalinger

Som nevnt er det de fagmedisinske foreningene som utvikler anbefalinger over tester, prøver, prosedyrer og behandlinger som bør avsluttes. Det er flere gode grunner til at de fagmedisinske foreningene skal ta dette ansvaret: De fleste, og her er NGF et utmerket eksempel, utarbeider allerede kliniske retningslinjer og veiledere, de representerer et nasjonalt tverrsnitt av faget og har representanter fra alle regioner og institusjoner. Fagmiljøene vet best hvor skoen trykker, og det gjelder også for overdiagnostikk og overbehandling innenfor eget fagområde.

Forskning viser at områder med stor, uforklart variasjon i medisinsk praksis ofte også har høyt forbruk av helsetjenester som gir liten eller ingen nytte (overdiagnostikk, overbehandling). Dette

Opplever du overutredning og overbehandling som problematisk?



er en indirekte, men robust assosiasjon (3). Helseatlasene (4) har dokumentert uønsket variasjon innenfor utredning og behandling for flere fagområder, også gynekologi og obstetikk.

Faglige anbefalinger fra Norsk gynekologisk forening

NGF er blant de fagmedisinske miljøene som har utarbeidet anbefalinger over tester, prøver, prosedyrer og behandling som bør fases ut (figur 2). Anbefalingene er under revisjon.

Proessen i de fleste fagmedisinske foreningene begynner med styret eller en faggruppe utarbeider et foreløpig forslag til anbefalinger som typisk begynner med "Unngå å ...". Ordlyden «Unngå å ...» er valgt for å gi rom for klinisk skjønn. Målet er ikke rigiditet, men refleksjon og god medisinsk praksis.

Alle anbefalingene må begrunnes og gjerne beskrive et alternativ, og bekreftes med referanser. Anbefalingene sendes på intern høring i foreningen, eller behandles på foreningens årsmøte. Deretter sendes de på ekstern høring til tilgrensende spesialiteter. Styret/faggruppen lander endelig tekst, og når alt er klart, publiseres alle anbefalingene med begrunnelse og referanser på nettsiden til Gjør kloke valg (legeforeningen.no/kloke-valg/anbefalinger/). Det viktige med prosessen er å etablere en bred forankring og konsensus om anbefalingene i og på tvers av fagmiljøene.

Norsk gynekologisk forening	
Unngå kolposkopi ved rutine HPV-testing.	>
Unngå HPV screening som ikke følger retningslinjene i det nasjonale Livmorhalsprogrammet.	>
Unngå hormonanalyser hos kvinner med normal menstruasjonsyklus uten klinisk indikasjon.	>
* Under revidering - Unngå ultralydundersøkelser av gravide utover rutineultralyd dersom det ikke foreligger medisinsk indikasjon.	>
Unngå rutinemessig ultralydundersøkelse av livmorhalsen hos gravide uten tidligere historie med for tidlig fødsel eller senabort.	>
Unngå rutineundersøkelser for å oppdage eggstokkreft hos asymptomatiske kvinner med lav risiko.	>
Unngå regelmessige kontroller av tilfeldig påvist myoma uten klinisk indikasjon hos asymptomatiske kvinner.	>

Figur 2: Faglige anbefalinger fra Norsk gynekologisk forening

Implementering i klinisk hverdag – profesjonens ansvar

Fra 2023/24 gikk Gjør kloke valg over fra å være en kampanje til å satse på implementering i klinisk praksis.

Å endre etablert praksis er vanskelig og må drives av fagmiljøene selv. For leger og faglig ledelse innebærer det å diskutere de aktuelle anbefalingene i faglige fora på arbeidsplassen, sørge for at de integreres i lokale prosedyrer og bruke dem aktivt i kliniske beslutninger. Det er også mulig å starte konkrete utfasingsprosjekter på egen arbeidsplass, gjerne med utgangspunkt i en eller flere av Kloke valg-anbefalingene innenfor eget fagfelt. Det er mulig å foreslå slike prosjekter gjennom "Kloke valg-sykehus". Mer om det under.

Eksempel på implementering av Kloke valg i klinisk praksis: "Ikke stikk meg uten grunn" og "Kloke valg-sykehus"



Ikke stikk meg uten grunn (ISMUG) har som mål å redusere unødvendige blodprøver på inneliggende pasienter på sykehus. Prosjektet startet ved sykehusene UNN og deretter SiV, og ved hjelp av Gjør kloke valg i Legeforeningen har det spredd seg til flere sykehus. Per 1.1. 26 kjenner vi til 16 ulike ISMUG-prosjekter.



Et annet implementeringsprosjekt er *Kloke valg-sykehus*. Det hele startet ved at sykehuset i Vestfold, SiV, erklærte at det ville bli et Kloke valg-sykehus. De kontaktet Legeforeningen, og i samarbeid med SiV etablerte Gjør kloke valg kriterier (figur 3) som må oppfylles for å være et Kloke valg-sykehus. Ideen spredte seg raskt til andre sykehus og helseforetak, og per 1.1.26 er det ca 10-16 helseforetak, litt avhengig av hvordan man teller, som har underskrevet en avtale om å bli Kloke valg-sykehus.

Ett av kriteriene for Kloke valg-sykehus er å velge fem faglige anbefalinger fra de rundt 200 som nå er etablert

og tilgjengelige på Gjør kloke valgss nettside, og holde et spesielt fokus på utfasing av disse.

Et annet kriterium for å kunne kalle seg et Kloke valg-sykehus, er at sykehuset må iverksette minst to Kloke valg-forbedringsprosjekter med formål å avslutte unødvendig og uhensiktsmessig utredning og behandling. ISMUG-prosjektene som er nevnt over, er eksempler på kloke valg-prosjekter.

Kriteriene for Kloke valg-sykehus (legeforeningen.no/kloke-valg/prosjekter/kloke-valg-sykehus/kriterier-for-kloke-valg-sykehus/) gir klinikerne en konkret ramme for systematisk forbedringsarbeid. Dette styrker muligheten for at anbefalingene faktisk tas i bruk i praksis og ikke bare forblir intensjoner.

Hvordan måle at det virker?

Gjør kloke valg handler både om kultur- og holdningsendringer og om konkrete faglige målsetninger som faktisk tas i bruk (implementeres).

Evaluerer av Gjør kloke valg vil skje på flere nivåer – lokalt og nasjonalt – og med flere metoder: spørreundersøkelser, kvalitative undersøkelser, registerdata mm.

Det er vanskelig å måle kultur- og holdningsendringer, men vi har et ønske om å gjenta spørreundersøkelsen referert til over for å måle kjennskap til og aksept for Gjør kloke valg over tid. Det ble også gjennomført en pasientbasert fokusgruppeundersøkelse rett før lansering som vi tenker å gjenta.

Mye kan tyde på en gryende holdningsendring knyttet til overutredning og overbehandling, men gir det seg utslag i praksis? For å få mer kunnskap skal det etableres et system for evaluering av om kriteriene for Kloke valg-sykehus overholdes. Vi tar også sikte på å innhente resultater fra lokale kloke valg-forbedringsprosjekter og presentere det samlet. Det er også mulig, gitt tilgang på forskningsmidler, å følge noen av de konkrete anbefalingene som for eksempel antall unødvendige MR/CT, antibiotikabruk, CT caput osv. ved å bruke nasjonale og lokale registre og pasientadministrative systemer. Vi håper på et godt samarbeid med sykehusene, de regionale helseforetakene og kvalitetsregistrene for å gjennomføre måling og evaluering.

Ledelsesforankring: Ledelsen ved sykehuset må

- **Støtte målsetningen for Gjør kloke valg:** Redusere overdiagnostikk og overbehandling for å fremme kvalitet og pasientsikkerhet.
- **Støtte grunnprinsippene for Gjør kloke valg:** profesjonsledet, kunnskapsbasert, tverrfaglig, pasientrettet og at det ikke er en sparekampanje.
- **Sørge for gode rammer for Gjør kloke valg** ved sykehuset, for eksempel frikjøp av medarbeidere, tekniske forbedringer (som IT-tilpasninger i DIPS), prosjektmidler til forbedringsprosjekter, kursing av ansatte i Gjør kloke valg mm.
- **Sørge for at Gjør kloke valg anbefalinger og grunnprinsipper** ikke alene brukes som beslutningsgrunnlag i for eksempel avslagsbrev til pasienter/henviser. Selv om anbefalinger fra Gjør kloke valg kan inngå som en del av den enkelte behandlers beslutningsgrunnlag, må det fremgå tydelig av slike brev at avslaget gjøres på grunnlag av en faglig og individuell vurdering, og at det er sykehuset som er ansvarlig for avslaget.
- **Kurs:** 80% av medarbeiderne skal etter 6 mnd. kjenne til Gjør kloke valg og ha etablert et felles språk og kjernebudskap gjennom strukturert undervisning og/eller seminar. Opplæringsmoduler må tilpasses ulike helsepersonell-grupper.
- **Anbefalinger:** Sykehuset må implementere minst 5 anbefalinger fra fagmedisinske foreninger, se Anbefalinger | Gjør kloke valg, sette en startdato og måle effekt/trend over tid ved definerte indikatorer.
- **Forbedringsprosjekter:** Etablere minst 2 Kloke valg- forbedringsprosjekter ved sykehuset, med måling av effekt. Prosjektene må finansieres lokalt, og/eller ved regionalt helseforetak eller eksterne midler.
- **Samarbeid med fastleger:** Det bør etableres minst ett prosjekt i samarbeid med fastlegene i nedslagsfeltet for sykehuset (for eksempel forbedringsprosjekt/seminar/webinarer/kurs mm) – gjerne i regi av samhandlingslegene.
- **Samarbeid med pasienter:** Det anbefales samarbeid med pasientforeninger eller andre pasientrepresentanter (f.eks. lokalt pasientombud, brukerutvalg el.l.).

Figur 3: Kriterier for Kloke valg-sykehus

Referanser

- 1: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25552584/>
- 2: Perspectives on low-value care and barriers to de-implementation among primary care physicians: a multinational survey | BMC Primary Care | Springer Nature Link
- 3: Overdiagnosis and overtreatment as a quality problem: insights from healthcare improvement research | BMJ Quality & Safety
- 4: Overdiagnosis and overtreatment as a quality problem: insights from healthcare improvement research | BMJ Quality & Safety

4: Helseatlas - SKDE - Helse Nord RHF

Eneste godkjente behandling for gjenopprettelse av vaginalflora av laktobasiller etter antiinfektiv behandling^{1,2}

Lokalbehandling med melkesyrebakterier etter antibiotikakur synes å forebygge residiv av vaginal infeksjon³

Eneste kombinasjon av østrogen og melkesyrebakterier^{1,2}

Gynoflor®

Østriol 0,03 mg/
Lactobacillus acidophilus 50 mg
Vaginaltabletter



Indikasjoner:

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

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

Dosering: Gjenopprettelse av floraen av laktobasiller: 1 vaginaltablett daglig i 6 dager. Behandling av atrofisk vaginitt: 1 vaginaltablett daglig i 12 dager, deretter en vedlikeholdsdose på 1 vaginaltablett 2-3 dager i uken. **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.

Vinneren av Utdanningsprisen 2025: Hammerfest sykehus

Hammerfest sykehus var den velfortjente vinneren av Utdanningsprisen 2025 som ble delt ut på NGFs årsmøte i oktober. Det var fjerde året på rad FUGO fikk æren av å dele ut denne høythengende prisen. Vinneren ble kåret gjennom et spørreskjema som vi sendte ut til alle LIS i gynekologi og obstetikk sommeren 2025. Vi fikk 71 svar fra 20 forskjellige sykehus spredt over hele landet. De generelle resultatene ble presentert i Gynekologen nr. 3 2025.



Mina Eskeland

PhD-stipendiat Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning

Hammerfest sykehus ble kåret som vinner etter å ha skåret helt i toppsjiktet over flere år. Det fremstår altså som at avdelingen har en svært velfungerende LIS-utdanning med veldig fornøyde LIS. Vi har tatt en prat med avdelingens tre LIS, Linn-Siren Hausken, Karen Winge og Elias Berdal, og utdanningsansvarlig overlege Marit Vidringstad, om hva som gjør at Hammerfest sykehus utmerker seg.

Fortell litt om avdelingen deres.

Hammerfest sykehus har like under 400 fødsler i året, og det er samtidig rundt 70 fødsler ved fødestuen i Alta som er tilknyttet sykehuset. Det er to-tre LIS3 som går en firedelt vaktturnus, dvs. at overlegen ikke alltid har en forvakt foran seg på vakt. Vi har 5,5 overlegestillinger, alle fast besatt de siste par årene. De fleste overlegene har også erfaring fra utviklingsland, og to reiser jevnlig i oppdrag for Leger Uten Grenser.

Avdelingen har et relativt lavt volum på obstetikk, men selekterer til et nivå mellom lokalsykehus og kvinneklinikk. Det vil si at vi forløser premature ned til uke 32, tvillinger, seter og medika-

mentelt behandlet diabetes. LIS eksponeres derfor for bredde og ansvar, også obstetrisk sett. For egen læring er LIS prisgitt å stille opp når det er tvillinger og seter, også utenfor vakt – selvsagt frivillig, men avlønnes for dette.

Hva er det som er spesielt bra hos dere og som dere tror gjorde at dere vant Utdanningsprisen 2025?

Det er rom for kursing og utdanningstid i arbeidshverdagen. Det er et lite, men ekstremt hyggelig kollegium, hvor alle blir godt kjent med hverandre på tvers av arbeidsgrupper. Vi får tett oppfølging og det er lav terskel for å konferere og undersøke sammen med mer erfaren lege. Det er et miljø som jobber for faglig utvikling, og som støtter hverandre dersom man gjør feil.

Hvordan ser et typisk spesialiseringsløp ut hos dere?

Typisk er man her på gynekologisk avdeling i 2-3 år før man har tjeneste på kirurgisk avdeling og 'storsykehus'. Store deler av den gynekologiske delen av faget kan læres her, bortsett fra gynekologisk kreft og IVF, men vi gjør onkologisk utredning og palliasjon, samt utredning og monitorering ved infertilitet. Kirurgisk tjeneste kan også tas her. For obstetikk må vi supplere med større sykehus for mengdetrening.

Når våre LIS reiser videre for 'storsykehustjeneste' søker vi at de reiser med trygghet i at selv om de kommer fra et lite sykehus, så er de eksponert for stort sett hele bredden i faget vårt, og ofte har de med seg en godt utfylt prosedyreliste i sekken.



Avdelingens LIS med diplom for Beste Utdanningsavdeling. Fra venstre: Elias Berdal, Linn-Siren Hausken, Karen Winge.

Hvordan ser en typisk hverdag ut hos dere?

Dagen starter med morgenmøte 07:30, deretter poliklinikk, vakt eller operasjon, evt. fordypningsdag. Arbeidsdagen slutter kl. 15:30, med mindre man har vakt som er døgnvakter med passiv tid på natt. Ingen dager er like; det svinger fra rolige dager til dager med mer trykk. To ganger i uken har vi internundervisning; den ene dagen felles med gynekologiske avdelinger i Helse Nord, den andre dagen internt. Tilnærmet alle operasjoner går med LIS som medoperatør, og avdelingen opererer i hele det benigne spekteret.

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

Vi har regelmessig trening på Trygge hender med sertifisert instruktør. En dag i uken har vi trening på akutt obstetikk sammen med jordmødrene. LIS oppmuntres til trening på laparoskopiboksen i ledige stunder, og vi arrangerer årlig laparoskopikonkurranse. Dette gir praktiske læringsarenaer hvor LIS får ansvar og erfaring, i tråd med prinsippet om «gradvis ansvar med støtte».



Overlege Jobe Smith instruerer LIS Elias Berdal og LIS Karen Winge i tangforløsning.



Fornøyd team etter en tvillingfødsel. Fra venstre: LIS Eli-as Berdal, overlege Gith Eng, overlege Birgitte Gogstad.

Er det andre positive sider ved avdelingen dere ønsker å trekke frem?
Miljøet! Tett samarbeid mellom overlege og LIS, spesielt på vakt. Fleksibilitet i turnus for kurs og ferieønsker.

Er det noe dere tenker kan bli bedre i LIS-utdanningen hos dere?
Mer strukturert UL-opplæring. Vi ser frem til neste FUGO-kampanje som fokuserer på dette!

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

La LIS få slippe til, både på fødestuen og på operasjonssalen. Motiver til praktiske øvelser, gjerne på tverrfaglig nivå. Sørg for en trygg læringsarena med konstruktive tilbakemeldinger, hvor LIS føler seg sett og hørt. Dette understøttes også av rådene i en artikkel i Dagens Medisin: tilgjengelige overleger, reelle oppgaver og trygghet i læring gir best utvikling for LIS.



LIS Elias Berdal er nybakt førstegangs-pappa og lykken er stor i hele kollegiet. Til venstre: LIS Karen Winge.



Overlegene Maarten Glas og Eeva Linna instruerer LIS i setefødsel.



Her øves på sfincter-suturering. LIS Linn-Siren Hausken og LIS Karen Winge.



Utdanningsansvarlig overlege, Marit Vidringstad, vil gjerne legge til følgende:

Vi har i flere år lagt stor vekt på god LIS-ledelse. Dette innebærer blant annet å:

- Sikre en fast overlege-stab med bred og lang erfaring, som kan følge opp LIS tett og være tilgjengelige mentorer.
- Skape et trygt læringsmiljø hvor LIS får slippe til, blir sett og hørt, og får konstruktive tilbakemeldinger.
- Gi LIS meningsfulle utfordringer med gradvis ansvar, samtidig som de får nødvendig støtte – både faglig og organisatorisk.

Dette har vært avgjørende for at våre LIS trives og utvikler seg, og bidro trolig til at vi vant Utdanningsprisen 2025.

Våre LIS tar mye ansvar når det kommer til å planlegge internundervisning, og bidrar også med registrering i nasjonale kvalitetsregistre. Jeg vil rose spesielt Linn-Siren Hausken for å være en

fantastisk 'administrativ pådriver' i form av å opprette bibliotek for internundervisninger, sjekklister, maler og annet materiale som gjør innfasingen for nye LIS mye enklere.

Til andre utdanningsansvarlige overleger (UAO) der ute vil jeg benytte anledningen til å tipse om denne artikkelen fra Dagens Medisin som jeg synes illustrerer god LIS-ledelse på forbillig vis, og som også samsvarer med mine egne erfaringer som UAO og leder: *"Ti steg mot bedre LIS-ledelse"*.

Nå lyser vi ut et LIS-vikariat hos oss med snarlig oppstart. Interesserte bes følge med på stillingsutlysninger hos Finnmarkssykehuset.

Velkommen til oss!

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

Branka Yli

– En pioner i norsk obstetrisk fosterovervåkning

Med innføringen av systematisk opplæring i fosterovervåkning har hun gjort en forskjell og satt varige spor i norsk obstetikk.



Heidi Overrein

Tekst er bearbeidet i samarbeid med redaksjonen.

Branislava Markovic Yli, for de fleste kjent som Branka Yli, har gjennom flere tiår vært en sentral fagperson innen norsk fødselshjelp, men også etablert seg som en aktiv fagperson i det europeiske fagmiljøet. Med Widerøe som naturlig fremkomst-middel har Branka, i all slags vær og vind, sent som tidlig, med iver og entusiasme, pakket og reist for sitt viktige budskap: *fysiologisk og systematisk fosterovervåkning*. Slik har hun sørget for økt kunnskap om fosterovervåkning og fosterfysiologi ved landets fødeavdelinger. For sin mangeårige innsats ble hun tildelt NGFs hederspris under årsmøtet i Ålesund i 2025.

Jeg møter Branka for et portrettintervju i kjølvannet av pris-utdelingen. Rammen for samtalen står i stil med Branka, i kledelige omgivelser på Continental i Oslo en frisk og kraftfull formiddag i februar. Vi er gode venner og har delt flere faglige arenaer gjennom mange år, blant annet lokal CTG-kompetanse-gruppe, lokal perinatalkomité og Nasjonal referansegruppe for fosterovervåkning. Dette gir rom for både faglige refleksjoner og personlige betraktninger.

Med interesse og kunnskap også innen kunst og kultur, fremstår Branka som en kontinental og mangefasettert person, like trygg i den akademiske som i den uformelle samtalen. Hun er kunnskapsrik og tydelig, kraftfull som en høststorm når den slipper seg løs, fargerik og varm som en solfylt sommerdag når det trengs, kompromissløs når det gjelder. Hun har vært en ufravikelig advokat for norsk og nordisk fødselshjelp.

Fra Beograd til Norge

Branka er født og oppvokst i Serbia. Barndommen var trygg, preget av et aktivt og rikt liv med feriereiser, kultur og sosialt fellesskap. Som seksåring fikk hun en sterkt etterlengtet lillebror.

– Min mor var lærer, hun var streng, autoritær. Hun lærte meg en setning som jeg har båret med meg gjennom livet *”Kunnskap er det*

eneste du virkelig kan eie, og som ingen kan ta fra deg”. Mine foreldre prioriterte utdanning for oss barna. Da jeg var 16 og 17 år, fikk jeg delta på sommerskole i Brighton og London. Kunnskap var langt viktigere enn materielle goder.

Branka var skolefink og valgte seg medisinstudiet ved Universitetet i Beograd. Etter turnustjeneste i Beograd kom hun til Norge i mai 1987, med to koffert, 600 sveitsiske franc og uten norskkunnskaper.

– Det var ulmende uro i hjemlandet. Truende krig og korrupsjon. Ved hjelp av en bekjent fikk jeg mulighet til å komme til Norge, og jeg tok den.

Hun begynte på norskopplæring ved Rosenhoff og jobbet helger som pleiemedhjelper på Rikshospitalet. Etter ni måneder og bestått språktest fikk hun midlertidig autorisasjon og jobb ved Kongsberg sykehus.

– Jeg var ung og hadde mye krefter, men lite visdom.

Etter ni måneder der fikk hun jobb på medisinsk avdeling på Rjukan sykehus. Her ble hun tatt under vingen til Dr. Kjellevoid som ble en viktig hjelper i prosessen videre for å få autorisasjon som lege i Norge. Etter 3 år på medisinsk avdeling og krav om turnustjeneste gikk veien videre til Notodden sykehus med distrikt i Malm i Nord-Trøndelag.

Her var veiene smale og glatte og sjøen litt vel nær for en som nettopp hadde begynt å kjøre bil.

Overgangen var stor. Fra det trygge i Beograd til et liv alene i Oslo, Kongsberg og særlig Rjukan. Et nytt språk, nye sosiale koder, en annen måte å kommunisere på.

Da betydde det ekstra mye da flere kollegaer fra Kongsberg dukket opp på Rjukan med kake og blomster i anledning hennes 30-årsdag. – Det var rørende.

Branka stopper litt opp, livet som fersk ass lege i en liten by i Norge, langt hjemme fra var nok til tider litt ensomt. Hun fant stor glede og mening i faget.

– I Norge opplevde jeg at direkte tale kunne oppfattes som uhøflig. Det var uvant. Jeg følte meg misforstått flere ganger.



Høytidelig øyeblikk i Ålesund: Solveig Bjellmo overrekker NGFs hederspris til Branka Yli.

Hun smiler når hun forteller om distriktstiden i Malm i Nord-Trøndelag:

– En sjarmerende ung mann kom inn og fremla sitt ærend: *«E e så klar»*¹. Det oppsto en pinlig situasjon før vi fikk klarhet i det egentlige problemet.

Hun ler sin herlige latter. En tidligere pasient skal senere ha sagt: *«Jeg har ikke smilt siden Branka dro!»*

Samtidig understreker hun:

– Jeg kommer fra et land med autoritær ledelse. I norske sykehus opplevde jeg et trygt og godt arbeidsmiljø. Det er et stort gode.

Kjærligheten og gårdslivet

Krav om ny turnustjeneste i Norge førte henne til Notodden. Der arrangerte kolleger blomsterdekorasjonskurs på gården YLI.

– Der dukket det opp en kjekk odelsgutt, Svein. Det ble det viktigste møtet i mitt liv.

Hun fullførte blomsterdekorasjonskurset og fikk kjærligheten på kjøpet. Bryllupet sto i Heddal stavkirke. De fikk døtrene Simonida (1994) og Isidora (1997), med serbiske fornavn og norsk etternavn. Den serbiske arven har vært viktig i oppdragelsen.

Hjemmet har vært i Oslo, helgene ble tilbragt på slektsgården i Telemark og somrene i Beograd. På gården dyrkes epler som blir til YLI eplejuice, og selv dronningen har vært på besøk.

– Så lenge foreldrene mine levde, var hjemme Beograd, og det var alltid en tøff avskjed etter en lang sommer. Etter deres død ble Norge hjemme.

Branka blir ettertenksom. Den myke siden kommer frem når hun snakker om røtter og tilhørighet.

¹”Klar” er slang for ”sliten” i Trøndelag



Branka som medisinstudent i Beograd – starten på en livslang legegjerning.

Veien inn i obstetrikken

Etter perioder innen radiologi, hvor hun lærte ultralyd på gravide, og gynekologisk onkologi, startet hun i 1995 ved Telemark sentral-sykehus i Skien hvor hun fikk sitt første møte med obstetrikken. I 1998 begynte hun ved Kvinneklubben på Rikshospitalet.

– Det var en spesiell følelse å komme tilbake dit ti år etter at jeg jobbet der som pleieassistent.

Hun trekker frem flere sentrale mentorer: professor Thomas Åbyholm for hans tilgjengelige ledelse, overlege Per Børdal for tillit og ansvar, professor Tore Henriksen for vennskap og støtte, og professor Babill Stray-Pedersen som introduserte Branka for forskingen.

– Hun har på alle måter vært et stort forbilde.

Gjennombruddet: STAN og systematikk

I 1999 ble Rikshospitalet invitert til å delta i en internasjonal studie for å teste implementering av en ny metode i fosterovervåkning som involverte en nyutviklet STAN maskin med automatisk analyse av ST segmenter og foster EKG.



Brankas siste forelesning for fødelegene ved Ullevål før hun gikk av med pensjon. Avskjeden ble markert med blomster og bobler.



Branka hjemme i sofaen med puten hun fikk i gave fra kolleger i Trondheim. På den ene siden står det: «Takk for alt du har lært oss, Branka!» På den andre siden: «En ildsjel til ære».

– Da min daværende leder, overlege Per Børdal, spurte om jeg ville implementere metoden, var jeg ikke i tvil. Det ble et vendepunkt.

Fra 2001 var hun sertifisert STAN-ekspert. I 2003 startet doktorgradsarbeidet med hovedveileder Babill Stray-Pedersen og biveiledere Isis Amer-Wählin og Karin Källén. Avhandlingen, forsvart i 2011, hadde tittelen: *Improving the quality of intrapartum surveillance: Influence of active pushing time, umbilical cord values, and diabetes monitoring.*

Hun undersøkte blant annet økt perinatal mortalitet hos kvinner med type 1-diabetes, betydningen av aktiv trykktid for neonatal utfall og kvalitetssikring av navlesnorsyre-base-verdier.

Disputasen i 2011 står som et av hennes største høydepunkter.

I 2009 var sammenslåingen mellom Rikshospitalet og Ullevål et faktum. Branka kom til Ullevål i 2011, som en kraftfull, kunnskapsrik og engasjert kollega med stort ønske om å dele sin kunnskap innen fosterfysiologi og systematisk fosterovervåkning. Hun ledet etableringen av CTG-kompetansegruppen ved OUS og startet systematisk opplæring i fosterovervåkning og fosterfysiologi for leger og jordmødre.

Innen to år var alle sertifisert. Ringvirkningen av arbeidet ble bedre samarbeid og forståelse mellom faggruppene, vi fikk et felles faglig språk.

Tiden var over for tolkninger basert på «måkevinger», «jeg liker den ikke» og «is i magen». Systematisk klassifisering, fysiologisk forståelse og intrauterin resuscitering ble standard praksis.

Resultatene var tydelige: forbedrede fødselsutfall og betydelig reduksjon i fosterdødsfall de påfølgende årene – tall som vakte internasjonal oppmerksomhet.

Daværende klinikkleder, Prof. Thomas Åbyholm, støttet fullt opp, og de nødvendige ressurser ble avsatt for gjennomføring av sertifisering i CTG og fosterovervåkning. Dette var helt avgjørende.

En nasjonal stemme

Hun fikk etter hvert en ikke-klinisk 60 % stilling som medisinsk rådgiver. Med stillingen fulgte en rekke nye ansvarsfelt og videreføring av pågående prosjekter. Som resultat er merittlisten lang.

Hun har hatt en sentral rolle i utviklingen av nasjonale retningslinjer for fosterovervåkning. Det var en seier da veilederen kom med helt nytt utkast av kapitlet “Overvåking under fødsel i 2008”, som for første gang inkluderte en anbefalt og strukturert CTG inndeling, og samtidig beskrev STAN overvåkning for første gang. Veien dit var kronglete og krevende.

– Målet for mitt arbeid har hele veien vært å ha tryggest og best mulig fosterovervåkning med de tilgjengelige metoder som foreligger.

Veilederarbeid fortsatt hun med helt frem til hun gikk av med pensjon i 2024.

Hun var medlem i Nasjonal referansegruppe fra oppstart i 2004 og frem til 2024, hvorav 15 år som leder. Gruppen skapte et forum for diskusjon av vanskelige CTG-kasus og bidro til et felles nasjonalt kunnskapsløft.



Idylliske Yli Gård.

– Sykehus som ville starte opp med STAN måtte sertifiseres, denne opplæringen ble mitt ansvar. I tillegg har jeg i alle disse årene reist omkring på forespørsel for å undervise leger og jordmødre i fosterovervåkning. Det har vært en stor inspirasjon og glede for meg å bidra til å øke kunnskap om fysiologi i fødsel og fosterovervåkning.

En gave fra kolleger i Trondheim, en pute med teksten «En ildsjel til ære», står hjemme.

– Når jeg har en dårlig dag, klemmer jeg den.

Hun har videre vært leder og foreleser på nasjonale kurs i obstetikk og fosterovervåkning i to tiår, styremedlem i Norsk Perinatalmedisinsk Forening, leder av perinatalkomiteer lokalt og regionalt, og er fortsatt aktiv i European Association of Perinatal Medicine.

Hun er æresmedlem i Norsk Perinatalmedisinsk Forening (2021) og mottok NGFs hederspris i 2025.

Motstand og styrke

Veien har ikke vært uten motstand. – Jeg opplevde betydelig faglig motstand, til dels personlige angrep. Det påvirket meg psykisk. Jeg fikk søvnproblemer og ble sykmeldt.

Metakognitiv terapi ved Diakonhjemmet sykehus hjalp henne tilbake.

– Jeg kom tilbake sterkere.

4 raske

Hva gir deg energi?

Barn og barnebarn.

Største høydepunkt?

Disputasen i 2011.

Hvordan kobler du av?

Sommer på Sicilia og særlig Mondello-stranden i Palermo.



Branka viser frem bildet og diplomet hun mottok i forbindelse med tildelingen av Norsk gynekologisk forenings hederspris i 2025.

Favorittbok?

Idioten av Dostojevskij.

Fremtiden

I 2024 avsluttet hun det kliniske arbeidet. Ved spørsmål om hvordan overgangen har vært stråler hun:

– Fantastisk, kort og godt!

Hun stråler ved dette temaet.

– Jeg har alt jeg ønsker meg. Barn og barnebarn, en mann i livet mitt som er min beste venn. Han både liker og elsker meg!

Nå skal tiden brukes på familie, reiser, klassiske bøker, krim, svømming og vedlikehold av gården og leiligheten i Oslo. Hun følger fortsatt med faglig og deltar i arbeidet med European Congress on Intrapartum Care, arrangert annethvert år siden 2013.

Likevel er hun mer bekymret enn tidligere:

– Kravene til drift øker. Det er mindre tid til fag og pasient.

Til kommende generasjoner siterer hun Maya Angelou:

«Do the best you can until you know better. Then when you know better, do better.»

Til slutt

– Jeg er takknemlig for mine to hjemland. Serbia for kjærligheten, solskinnet, spøkefull natur og legeutdannelsen. Norge for mulighetene jeg har fått.

Kraftfull når det trengs. Varm når det betyr mest. Livet blir rikere i møte med Branka Yli.

Gynekologen sin rolle i klima- og miljøkrisen

Den Internasjonale føderasjonen for gynekologi og obstetikk (FIGO) oppfordret i 2021 obstetrikere og gynekologer til å ta en aktiv rolle i møte med klimaendringene. Hva er bakgrunnen for denne oppfordringen, hvordan står det egentlig til med dette arbeidet, og hvilken rolle har vi i Norge?



Sara Soraya Eriksen

LIS i Fødselshjelp og Kvinnesykdommer i Helse Førde og medlem av Faggruppe for Global Kvinnehelse.



Ellen Nydal Eide

LIS i Fødselshjelp og Kvinnesykdommer nå på kirurgisk rotasjon ved Helgelandssykehuset Mo i Rana

Verdens helseorganisasjon har slått fast at klimakrisen er den største trusselen mot menneskets helse i vår tid (1). Klimaendringer påvirker helse i alle land, men rammer mennesker i lav- og mellom-inntektsland hardest. Forskning har vist at klimaendringer også innebærer omfattende konsekvenser for vårt fagfelt med blant annet direkte helsekonsekvenser for fertilitet, prenatal utfall, seksuell- og reproduktiv helse, mental helse, samt overlevelse (2). I ressursfattige områder der tilgang til adekvat reproduktiv helsehjelp, svangerskapsoppfølging og fødselshjelp allerede er presset, vil katastrofer som forhindrer tilgang til helsehjelp særlig kunne forverre helseutfall for kvinner, mødre og barn.

Klima- og miljøendringer påvirker kvinnehelse

En rekke studier understreker sammenhengen mellom prenatal eksponering for luftforurensing og uønskede obstetriske utfall. Dette innebærer risiko for for tidlig fødsel (3-6), lav fødselsvekt (4-7), spontanaborter og dødfødsler (8). Eksponering for hete viser å øke risiko for hypertensive svangerskapskomplikasjoner (18,19), lav fødselsvekt og for tidlig fødsel (9-13,14). I tillegg er det funnet assosiasjon mellom in utero heteeksponering og utvikling av føtale anomalier som septumdefekter (15,16) og katarakt (17).

De “spesifikke konsekvenser” for mor og barn kommer som et tillegg til helsekonsekvenser med potensiale for å ramme alle. Ekstremvær og naturkatastrofer som resultat av en varmere klode øker sannsynligheten for matmangel, forurensing av vann og endret spredningsmønster av vektorbårne sykdommer (20). The Lancet Countdown, publiserer årlig sin rapport “Tracking progress on health and climate change”, et resultat av arbeidet til 128 ledende forskere fra 71 ulike institutter. I rapporten for 2025 poengterer de at det globale landarealet som ble utsatt for minst 1 måned ekstrem tørke i 2024 nådde rekordhøye 60% (20).

Ekstremvær og matmangel fungerer videre destabiliserende og blir sett på som en trusselforsterker som forverrer allerede eksisterende faktorer i samfunnet av konsekvens for utvikling av kriger og konflikter (21). Afghanistan, Den Demokratiske Republikken Kongo, Irak, Sør-Sudan og Gaza er eksempler på land som preges av brutale konflikter hvor klimaendringer og ekstremvær blir sett på som en forverrende faktor for konfliktene og de humanitære lidelsene i landene, inkludert for kvinner og barn.

Omlag 120 millioner mennesker er tvunget på flukt i dag, enten internt i eget land, eller til andre land (22). Av disse befinner tre

fjerdedeler seg i land som er sterkt påvirket av klimaendringer (22). FNs høykommisær for flyktninger har uttalt at “klimakrisen driver folk på flukt i regioner der store antall mennesker allerede har blitt fordrivet av konflikt og usikkerhet, noe som forverrer situasjonen deres og gjør at de ikke har noe trygt sted å flykte til”. I tillegg til de mange helserisikoer det innebærer å være på flukt, pekes det på at kvinner og barn i en slik situasjon er spesielt sårbare for seksualisert vold. Estimert fra FN anslår at omlag 90% av kvinner og jentebarn som flykter over Middelhavet blir voldtatt (23). I rapporten “The climate crisis and violence against children” understrekes det at barn, som bærer det minste ansvaret for klima- og miljøkrisen, er blant de som rammes hardest. Dette innebærer i tillegg til sårbarhet for seksualisert vold på flukt, forverrelse av fattigdom og tap av utdanning (24). Konsekvensene av klimaendringer er ikke kjønnsnøytrale, men øker sosial urettferdighet, og rammer kvinner og barn uproposjonalt hardt (25).

Gynekologer og obstetrikere sitt ansvar

Også gynekologer og obstetrikere har en rolle i klima- og miljøkrisen. Helsesektoren, med omfattende aktivitet, har et stort klimafotavtrykk. Globalt blir det beregnet at helsetjenester står for 4.4% av totale utslipp, som betyr at dersom helsesektoren hadde vært et land, hadde det vært det femte mest utslippsintensive landet i verden bak Kina, USA, India og Russland (26). I helsesektoren sin rolle med å bidra til bedre helse for befolkningen er dette et stort paradoks.

I Norge er det bred enighet om at underdiagnostikk og underbehandling kan være et problem, men at overdiagnostikk og overbehandling er et enda større problem da langt flere utsettes for dette (27). Gynekologi og obstetikk er både et prosedyretungt og kirurgisk fagfelt, noe som medfører betydelig forbruk av engangsutstyr og aktivitet på operasjonsstuer. Estimert fra den norske helsetjenestens klimagassutslipp viser at 64-91% av klimagassutslippene kommer fra indirekte utslipp fra varer og tjenester (28). Å redusere unødvendig aktivitet og overforbruk av helsetjenester og revurdere praksis for utstyrsbruk innenfor medisinsk forsvarlige rammer er dermed tiltak med et stort potensiale for å bidra til en mer bærekraftig helsesektor. En slik bærekraftig sektor vil ikke bare være til gode for pasienter vi behandler her og nå, men også for den globale populasjonen og fremtidige generasjoner gjennom redusert klimafotavtrykk og redusert bidrag til global oppvarming.

Så hva kan da gynekologer og obstetrikere bidra med i sin kliniske hverdag for å møte FIGO sin oppfordring fra 2021?

Opplysning fører til handling

Som helsepersonell, og fagspesialitet, har vi en gylden mulighet til å ta Verdens helseorganisasjon sin realitetsorientering om sammenhengen mellom klima og helse, og FIGO sin oppfordring på alvor. Sammenhengen mellom klimaendringer og kvinnehelse representerer store muligheter og det finnes flere “lavhengende frukter” for å oppnå en opplyst, faglig forsvarlig, bærekraftig og solidarisk praksis.

Barnelegene som vi samarbeider tett med har gjennom sin fagforening Norsk Barnelegeforening utviklet plakaten “Kloke klimavalg for barneleger” hvor konkrete råd til hva barnelegen selv, og barneavdelingen kan gjøre (29). Også Allmennlegene er kommet lengre enn oss gynekologer, med blant annet prosjektet “Bærekraft på legekontoret” som har som mål å motvirke medisinsk overaktivitet og ikke-bærekraftig bruk av den felles, offentlige helsesektoren i Norge (30).

Flere internasjonale initiativer er også av relevans for oss gynekologer og obstetrikere hjemme i Norge. Royal College of Obstetricians and Gynaecologist har uttalt at de er forpliktet til å inkorporere bærekraft i sitt arbeid. Dette innebærer et sterkt fokus på rettferdighet og å anerkjenne de sterke sammenhenger mellom miljømessig urettferdighet og ulikhet i helse (31). På deres sider kan man blant annet finne gode kunnskapsressurser om sammenhengen mellom klima, miljø og kvinnehelse. Green Maternity Care er et initiativ som jobber for et lavutslipps- og rettferdig mødrehelsetilbud i Storbritannia. Gjennom rapporten Green Maternity Report har de identifisert åtte tiltak og fokusområder som vil medføre en mer bærekraftig praksis (32). Practice Greenhealth er en organisasjon som jobber for å gjøre helsetjenestene i USA og Canada mer bærekraftige og har blant annet utviklet en egen guide som kan gjøre

kirurgisk aktivitet mer bærekraftig: “greening the operating room” (33). Å redusere medisinsk forbruksmaterieell og avfall, ha gode system for bærekraftig avfallshåndtering, gjennomgå og re-tenke innhold i kirurgiske utstyrssett for å unngå unødvendig oppakning, energieffektiviseringstiltak, og å ha et bevisst forhold til bruk av anestesigasser er blant tiltakene som pekes på. Slike bærekraftstiltak har ikke kun positive konsekvenser for pasienten og miljøet, men kan også gi store økonomiske innsparinger (36).

Enkeltinitiativ har også vært gledelige. På hjemmebane er initiativet “Gjør kloke valg” bidragsytende til reduksjon av medisinsk overaktivitet hvor det per idag eksisterer 7 råd innenfor gynekologi (34). Ved Kvinneklivnikken på Nordlandssykehuset har de testet å bruke flergangshetter som erstatning for engangshetter i plast som et miljøtiltak, med positive tilbakemeldinger fra ansatte (35). Dette er kun enkelte initiativ, og muligheten er mange.

Leger mottar stor tillit i samfunnet og har historisk sett vært viktige i opplysningsarbeid. Gynekologen og fødselslegen har muligheten til å være en kraftfull stemme og å formidle helsekonsekvenser av klima- og miljøkrisen til befolkningen, øvrige helsepersonell, politikere og helseledere.

Gynekolog og Fredsprisvinner Dennis Mukwege har uttalt så klokt: “Taking action means saying no to indifference”. Klima- og miljøendringer medfører store helsekonsekvenser for kvinner, mødre og barn og rammer allerede sårbare populasjoner hardest. Som voktere av god helse har helsepersonell en unik mulighet til å gå i front og bidra til å stake ut en bærekraftig retning for samfunnet. Også gynekologen har mulighet til, og burde ta en aktiv rolle i dette.

Referanseliste:

- WHO. The Health Argument for Climate Action, COP26 Special Report on Climate and Health. 2021. Tilgjengelig fra: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ec426159-c2b9-436f-95bf-505918522e0d/content> (ISBN 978-92-4-003672-7)
- Giudice L, Llamas-Clark E, DeNicola N, Pandipati S, Zlatnik M, Decena D, et al. Climate change, women's health, and the role of obstetricians and gynecologists in leadership. Int J Gynaecol Obstet. 2021 Dec;155(3):345-356. doi: 10.1002/ijgo.13958.
- DeFranco E, Moravec W, Xu F, Hall E, Hossain M, Haynes E et al. Exposure to airborne particulate matter during pregnancy is associated with preterm birth: a population-based cohort study. Environ Health. 2016 Jan 15;15:6. doi: 10.1186/s12940-016-0094-3.
- Ha S, Hu H, Roussos-Ross D, Haidong K, Roth J, Xu X. The effects of air pollution on adverse birth outcomes. Environ Res. 2014; 134:198-204. doi: 10.1016/j.envres.2014.08.002.
- Li X, Huang S, Jiao A, Yang X, Yun J, Wang Y, et al. Association between ambient fine particulate matter and preterm birth or term low birth weight: an updated systematic review and meta-analysis. Environ Pollut. 2017 Aug;227: 596-605. doi: 10.1016/j.envpol.2017.03.055.
- Lamichane DK, Leem JH, Lee JY, Kim HC. A meta-analysis of exposure to particulate matter and adverse birth outcomes. Environ Health Toxicol. 2015 Nov 3;30:e2015011. doi: 10.5620/eht.e2015011
- Bekkar B, Pacheco S, Basu R, DeNicola N. Association of Air Pollution and Heat Exposure With Preterm Birth, Low Birth Weight, and Stillbirth in the US: A Systematic Review. JAMA Netw Open. 2020 Jun 1;3(6):e208243. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.8243
- Xue T Zhu T, Geng G, Zhang Q. Association between pregnancy loss and ambient PM2.5 using survey data in Africa: a longitudinal case-control study, 1998-2016. Lancet Planet Health. 2019;3:e219-25.
- Kuehn L, McCormick S. Heat exposure and maternal health in the face of climate change. Int J Environ Res Public Health. 2017 Jul 29;14(8): 853. doi: 10.3390/ijerph14080853.
- Zhang Y, Chuanhua Y, Wang L. Temperature exposure during pregnancy and birth outcomes: an updated systematic review of epidemiological evidence. Environ Pollut. 2017 Jun: 225:700-712. doi: 10.1016/j.envpol.2017.02.066.
- Poursafa P, Keikha M, Kelishadi R. Systematic review on adverse birth outcomes of climate change. J Res Med Sci. 2015 Apr; 20: 397-402.
- Carolan-Olah M, Frankowska D. High environmental temperature and preterm birth: a review of the evidence. Midwifery. 2014 Jan;30: 50-59. doi: 10.1016/j.midw.2013.01.011.
- Rylander C, Odland JØ, Sandanger TM. Climate change and the potential effects on maternal and pregnancy outcomes: an assessment of the most vulnerable—the mother, fetus, and newborn child. Glob Health Action. 2013 Mar 11:6:19538.
- Ha S, Liu D, Zhu Y, Kim SS, Sherman S, Mendola P. Ambient temperature and early delivery of singleton pregnancies. Environ Health Perspect. 2017 Mar;125(3): 453-459.
- Lin S, Lin Z, Ou Y, Soim A, Shrestha S, Lu Y et al. Maternal ambient heat exposure during early pregnancy in summer and spring and congenital heart defects—a large US population-based, case-control study. Environ Internat. 2018; 118: 211-221.
- Zhang W, Spero TL, Nolte CG, Garcia V, Lin Z, Romitti P et al. Projected changes in maternal heat exposure during early pregnancy and the associated congenital heart defect burden in the United States. J Am Heart Assoc. 2019 Feb 5;8(3):e010995.
- Van Zutphen AR, Lin S, Fletcher BA, Hwang S-A. A population-based case-control study of extreme summer temperature and birth defects. Environ Health Perspect. 2012 Jun 27; 120(10): 1443-1449.
- Kim J, Lee A, Slater S. What to Expect When it Gets Hotter: The Impacts of Prenatal Exposure to Extreme Heat on Maternal and Infant Health. Stanford Institute for Economic Policy Research. October, 2019. Working paper no. 19-029. Tilgjengelig fra: <https://siepr.stanford.edu/sites/default/files/publications/19-029.pdf>

- He S, Kosatsky T, Smargiassi A, BIoudeau-Bertrand M, Auger N. Heat and pregnancy-related emergencies: risk of placental abruption during hot weather. Environ Internat. 2018 Feb;111: 295-300.
- Romanello M et al. The 2025 report of the Lancet Countdown on health and climate change: climate change action offers a lifeline. The Lancet. Volume 406, Issue 10521, 2804 - 2857
- United Nations. Climate, Peace and Security, informasjonsside, (lest 12.02.2026 kl 18:51). Tilgjengelig fra: <https://www.un.org/en/peaceandsecurity/climate-peace-and-security-what-we-need-know>
- United Nations High Commissioner for Refugees. No escape: On the frontlines of climate change, conflict and forced displacement. 2024.
- International Organization for Migration (IOM), Mixed Migration Centre (MMC), Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). On This Journey, No One Cares if You Live or Die: Abuse, Protection and Justice along Routes between East and West Africa and Africa's Mediterranean Coast. 2024. Volume 2. IOM, MMC, UNHCR, Geneva
- United Nations, Office of the special representative of the secretary general on violence against children. The climate crisis and violence against children. 2022. Tilgjengelig fra: <https://violenceagainstchildren.un.org/sites/default/files/2024-10/The%20climate%20crisis%20and%20violence%20against%20children.pdf>
- Women Deliver. The link between climate change and sexual and reproductive health and rights. 2021. Tilgjengelig fra: <https://womendeliver.org/wp-content/uploads/2021/02/Climate-Change-Report.pdf>
- Healthcare Without Harm. Health Care's climate footprint. 2019. Tilgjengelig fra: https://global.noharm.org/sites/default/files/documents-files/5961/HealthCaresClimateFootprint_092319.pdf
- Legeforeningen: For mye, for lite, eller akkurat passe?. 2021. Tilgjengelig fra: https://www.legeforeningen.no/contentassets/5cc138cca66b416588537700c6408317/for-mye_for-lite-eller-akkurat-passe.pdf
- Helsedirektoratet. Klimagassutslipp fra helsesektoren. 2023. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/klimagassutslipp-fra-helse-og-omsorgssektoren/klimagassutslipp-i-spesialisthelsetjenesten/klimagassutslipp>
- Norsk Barnelegeforening. Norsk Barnelegeforenings klimaplakat. 2025. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barnelegeforening/nyheter/nbf5-klimaplakat/>
- Legeforeningen. Bærekraft på legekontoret. Lest 12.02.2026. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmenndisin/barekraft/>
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The climate and environmental emergency. Lest 12.02.2026. Tilgjengelig fra: <https://www.rcog.org.uk/about-us/the-climate-and-environmental-emergency/>
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Green Maternity Report. <https://www.rcog.org.uk/media/1u1ne1gi/rcog-green-maternity-report-recommendations.pdf>
- Practice Greenhealth. Greening the OR. Lest 12.02.2026. Tilgjengelig fra: <https://practice-greenhealth.org/topics/greening-operating-room/greening-or>
- Gjør kloke valg. Norsk Gynekologisk forening. Lest 12.02.2026. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/anbefalinger/legeforeningens-anbefalinger/norsk-gynekologisk-forening/>
- Helse Midt-norge, Helse Sør-øst, Helse Vest.Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar. 2023. <https://www.helse-sorost.no/a99d7b/siteassets/documents/mil-jo/miljorapporter/spesialisthelsetjenestens-rapport-for-samfunnsansvar-20232.pdf>
- Da Silva Filho AL, Cândido EB, Praça MSL, Saraiva PHT, Lamaita RM, Canis M. Embracing a Sustainable Approach in Gynecology and Obstetrics: The Surgeon's Duty to Safeguard both Patient and Environment. Rev Bras Ginecol Obstet. 2023 Aug;45(8):e435-e438. doi: 10.1055/s-0043-1772472.

Invitasjon til kurs:

ULTRALYD OG BEHANDLING AV EKTOPISKE 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.

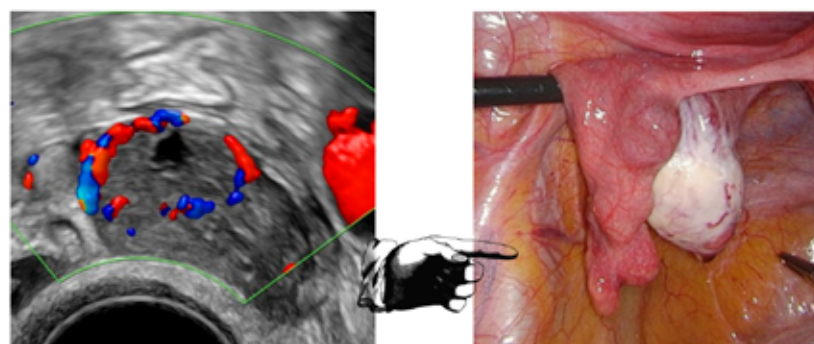
Til tross for nye retningslinjer finnes det fortsatt mange
myter og misforståelser knyttet til ektopiske graviditeter
– disse skal vi rydde opp i.

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)



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
eggløsningsproblemer. Vi tilbyr også egg- og sædfrys for kvinner og menn
som ønsker å bevare fertiliteten med tanke på fremtidig barneønske.

- Norges største private fertilitetsklinikk med over 20-års erfaring.
- Moderne teknologi: Timelapse embryoovervåkning, RI-Witness elektronisk springssystem.
- Solid fagmiljø med internasjonal kompetanse.
- Svært gode suksessrater.
- Kort til ingen ventetid.
- ISO-sertifiserte fertilitetsklinikker.
- Godkjent som egg- og sædbank.

Ønsker du et samarbeid med oss?

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

Bergen



Alexander Freis
alexander@medicus.no
55 08 85 85

Trondheim



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

Stavanger



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

Oslo



Gurpreet Singh Kalra
gurpreet@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

Global kvinnehelse i skyggen av geopolitikk

Når vi snakker om global kvinnehelse, gjør vi det ofte i relasjon til samfunnsstrukturer, retningslinjer, klinisk praksis, ulikheter, indikatorer osv. Bak hvert av disse perspektivene står politikk – og ikke minst geopolitikk. Hvem bestemmer hvilke liv som teller, hvilke kroppar som skal kontrolleres, og hvilke rettigheter som kan ofres når stormakter skifter kurs? Det blir særlig tydelig hvis vi ser nærmere på konsekvensene av politiske beslutninger fra nåværende president Trump i USA, etter at han gjenaktiverte den såkalte “global gag rule”.



Andrea Solnes Miltenburg

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

“Global gag rule” (også referert til som “Mexico City Policy”) forbyr internasjonale organisasjoner som mottar amerikanske midler, å gi informasjon om, henvise til eller tilby abort – selv der abort er lovlig i mottakerlandet og selv om midlene som brukes til abortrelaterte tjenester kommer fra andre kilder. Selv om Trump-administrasjonen har trukket tilbake og suspendert store deler av USAIDs virksomhet, er det fortsatt mange interne og eksterne aktører som bidrar med ulike former for bistand i resten av verden. Dermed fungerer “global gag rule” i praksis som et verktøy for USA til å påvirke reguleringen av ytringsrom, helsefaglig autonomi og pasienters rett til informasjon og forsvarlig helsehjelp (1).

Vi har solid dokumentasjon på at slik politikk:

- reduserer tilgang til prevensjon og familieplanlegging
- øker antall uønskede svangerskap
- fører til flere utrygge aborter
- reduserer tilgang til god fødselshjelp og øker mødredødeligheten
- fragmenterer helsetjenester ved at sentrale aktører mister finansiering
- fører til nedbygging av seksuell og reproduktiv helse og rettigheter
- normaliserer kvinnefiendtlige strukturer og praksiser

Den 23. januar 2026 informerte Trump-administrasjonen om at den vil utvide “global gag rule policy” til det som nå kalles “Promoting Human Flourishing in Foreign Assistance” (2). I praksis innebærer dette en utvidelse av politikken til også å omfatte såkalte “gender ideologier”, samt mangfold, likestilling og inkludering. Restriksjonene i den nye politikken vil nå gjelde for all ikke-militær bistand, inkludert humanitær bistand til lokalsamfunn som står i akutte kriser. De som forventes å forholde seg til den, er utenlandske og amerikanske frivillige organisasjoner, andre internasjonale organisasjoner, halvstatlige selskaper og utenlandske regjeringer. De forventes å akseptere disse restriksjonene og videreføre dem til alle aktiviteter eller organisasjoner de finansierer.

Selv for klinikker som for eksempel bare arbeider med svangerskaps- og fødselsomsorg eller livmorhalscreening, kan “global gag rule” være ødeleggende i deres daglige arbeid for å sikre likeverdig helsehjelp til alle. For oss som gynekologer kan dette høres fjernt

ut fra hverdagen på en norsk fødeavdeling eller poliklinikk. Men det vi ser i klinikken, er en del av et globalt landskap der ressurser, normer og lover styres av beslutninger som tas langt unna, men får svært konkrete konsekvenser for kvinners liv. I en verden med økende geopolitisk polarisering får global kvinnehelse en stadig mer utsatt posisjon. Stormakter konkurrerer om innflytelse, og kvinners kroppar blir et politisk symbolfelt. Hva betyr dette for oss i Norge?

Vi liker å se på norsk bistand som en motvekt til den globale polariseringen. For eksempel profilerer Norge seg som forkjemper for seksuelle og reproduktive rettigheter, seksualundervisning og trygg abort. Beskyttelse mot seksuell og kjønnsbasert vold er også høyt prioritert i Norges utenrikspolitikk. Regjeringen har i en uttalelse uttrykt sin bekymring for globalt tilbakeslag, og utviklingsministeren Aukrust ser alvorlig på den varslede instrammingen i USA (3). Som en motvekt til USAs politikk har regjeringen i bistandsbudsjettet for 2026 foreslått økt støtte – med 92 millioner kroner – til organisasjoner som arbeider for menneskerettighetene til seksuelle minoriteter og andre tiltak innen seksuell og reproduktiv helse og rettigheter.

Som gynekologer og fagpersoner innen kvinnehelse har vi flere roller enn den rent kliniske, enten vi erkjenner det eller ikke. Vi har et ansvar for å se og synliggjøre hvordan geopolitiske beslutninger påvirker kvinners liv og helse, også utover våre egne grenser. Vi kan ikke slå oss til ro med at “alt er bra i Norge” så lenge våre kolleger andre steder i verden får innskrenket sitt handlingsrom, og kvinnene de behandler mister grunnleggende rettigheter.

På poliklinikken påvirker vi kanskje først og fremst livet til enkelt-pasienter og deres familier, men gjennom vår stemme i faglige og politiske fora har vi også mulighet til å påvirke de strukturene som former kvinnehelse globalt. Dette kan vi gjøre ved å bruke våre faglige foreninger (for eksempel Norsk gynekologisk forening og Legeforeningen), delta i høringer og offentlig debatt, engasjere oss i internasjonale samarbeidsprosjekter og sørge for at global kvinnehelse og politiske rammevilkår blir en del av undervisning og forskning her hjemme.

Ønsker du å bidra, men er usikker på hvor du skal begynne? Ta kontakt og bli en del av faggruppen Global kvinnehelse!

Kilder:

1. reproductiverights.org/wp-content/uploads/2025/01/Global-Gag-Rule_Fact-Sheet_1-27-25.pdf
2. federalregister.gov/documents/2026/01/27/2026-01519/protecting-life-in-foreign-assistance
3. regjeringen.no/no/aktuelt/bekymret-for-globalt-tilbakeslag-for-likestilling-seksuelle-og-hel-serettigheter/id3147593/

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



Her er hele deltagergruppa samlet på venterommet til FMA, svært fornøyde med egen og andres innsats.

Dopplerkurs for spesialister – kan gamle overleger lære nye triks?

Etter en hektisk sommerferie i 2025 begynte ryktene å gå om at det skulle arrangeres kurs i obstetrisk Doppler for spesialister. Det hørtes nesten for godt ut til å være sant! Var muligheten til å endelig tilegne seg akseptable ferdigheter i Doppler faktisk innenfor rekkevidde?



Tiril Tingleff

Overlege på føden på Drammen sykehus, VVHF

Foto: Audun R. Haugen



Anne Flem Jacobsen

Overlege på føden på Ullevål, OUS og Professor ved UiO

Foto: Ole Aleksander Dyrkom

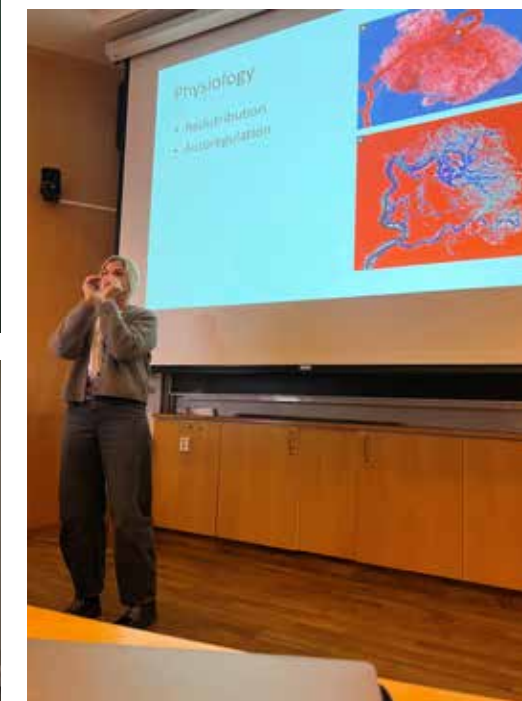
Få uker før kursstart dukket annonsering med påmelding opp. Intens lobbying om påmelding fra enkelte i komiteen tydet på en viss usikkerhet rundt behovet for kurset. Bekymringen skulle imidlertid vise seg å være helt bortkastet, her var det rift om plassene. På kort tid ramlet det inn over 40 påmeldinger til kurset 20 plasser. De heldig utvalgte deltagerne kom fra sykehus med god geografisk og størrelsesmessig spredning, så målet med kurset var helt klart å nå bredt ut med budskapet. Med et gjennomsnitt på 10 år siden innvilget spesialistgodkjenning (konfidensintervall 0–35 år) må det kunne sies å være en erfaren gjeng som stilte til første kursdag i november 2025. Alle kom med et inderlig håp om at hullene innen obstetrisk doppler skulle tettes og at vi endelig skulle kunne stole fullt og helt på egne funn.

Og kurset levde virkelig opp til forventningene! Kurskomiteen hadde lagt seg i selen og satt sammen et program som ga svar på det vi for lengst er blitt for gamle til å spørre om. I løpet av den første tredagersbolken fikk vi først presentasjoner om fosterfysiologi, grunnleggende undersøkelsesteknikk, fysikk, sikkerhet og knottologi før gjennomgang av undersøkelsesteknikk og normalfunn av arteria uterina, arteria umbilicalis, arteria cerebri media og ductus venosus. På ettermiddagene fikk vi øve på perfekt tilpassede pasienter under trygg og kyndig supervisjon fra proffe fostermedisinere fra OUS, Haukeland og St. Olavs.

Så bar det hjem for å øve, utstyrt med en nyttig hurtigguide på optimalisering av undersøkelsene for hvert enkelt kar. I hjemmelekse skulle vi sende inn to perfekte bilder av hvert av karene.



Praktiske øvelser sørget for et skikkelig løft i ferdighetsnivået, både for den som førte proben og de som fulgte med med argusøyne.



Cathrine Ebbing viser hvordan sirkulasjonen i placenta kan variere

Anne Helbig understreker igjen at karet som undersøkes skal utforstørres

For noen av oss var det første gang vi i det hele tatt lagret bilder fra et ultralydapparat på en minnepinne og læringskurven var bratt. Utbytte av øvelsen var stort, ikke minst fordi den samvittighetsfulle kursledelsen ga konstruktive tilbakemeldinger og gode refleksjonspunkter til bildene.

Etter lærerike kursdager og lekse før jul, var forventningene høye før siste tredagersbolke i januar. Igjen ble vi langt fra skuffet. Vi ble undervist i enda mer nyttig kunnskap om blodstrømmene og svært klinisk relevant gjennomgang av MCDA-tvillinger, intrauterin veksthemming og utfordrende kasuistikker.

Oppsummert er svaret på spørsmålet over – ja, gamle spesialister kan lære nye triks. Kurset ga økt kunnskapsnivå og ferdigheter

gjennom solid undervisning i trygge omgivelser og øvelse med tett supervisjon. Ikke minst reiste vi hjem med en trygghet om at vi er i stand til å følge opp våre aller mest sårbare pasienter på en enda bedre måte enn tidligere. Forventningen om at kurset blir en årlig begivenhet er sådd, og oppfordringen er klar. Er du spesialist og har gravide kvinner på din poliklinikk, meld deg på dette kurset så snart du kan!

Guidelinemøte i generell gynekologi januar 2026

– og om faglige retningslinjer

Det fjerde guidelinemøtet i generell gynekologi i nyere tid ble som de foregående avholdt på Clarion hotell ved Flesland, torsdag og fredag 22.-23. januar. Tid, sted og format var valgt i tråd både med føringer fra tidligere evalueringer og redaksjonens ønsker, nemlig å holde møtet på hverdager, på hotell nær flyplass til en større by, og gjerne i Bergen.



Knut Hordnes

Hovedredaktør Guidelines i generell gynekologi
Avdelingsoverlege Dagkirurgisk avdeling,
Betanien Sykehus

Finansiering og godkjenning

Møtet ble etter søknad støttet Legeforeningens Fond for kvalitetsforbedring og pasient sikkerhet, slik at vi kunne ta en lav deltakeravgift kr 500, og unnta hovedforfattere og redaksjon for avgift. Møtet var etter søknad godkjent som kurs i Legeforeningen for 12 timer, slik at deltakerne kan søke dekning fra Fond 3.

God deltakelse

Samlet var vi denne gang 48 deltakere, inkludert redaksjon og forfattere, og dette er med knapp margin ny rekord (46 i fjor). De fleste deltakerne var erfarne overleger og gynekologer utenfor sykehus, og dessverre bare 2 LIS denne gang.

Program

Hovedredaktør innledet med bakgrunn og generelt om retningslinjearbeid, og gjentok den årlige formaning om den store betydning av riktige formuleringer, slik at retningslinjene gir rom for kloke valg innenfor god medisinsk praksis.

Alle kapitlene skal revideres i løpet av en 5 års syklus, og redaksjonen velger hvert år ut kapitler for revisjon. Vi har nå 37 kapitler og det betyr at 7-8 kapitler må revideres årlig. Denne gang hadde vi 8 kapitler for revisjon samt et nytt kapittel utsatt fra i fjor nemlig Ungdomsgynekologi. Vi hadde dermed et ganske tett program. For hvert kapittel brukte hovedforfatter ca. halve tiden til å gjennomgå kapitlet med vekt på endringer og diskusjonspunkter, resten av tiden ble brukt til innspill og diskusjon fra salen. Innspillene ble notert både av redaksjonen og forfattergruppene, som i etterkant vurderer disse før endelig versjon legges ut på

metodebok.no innen 4 uker etter møtet. De reviderte kapitlene publiseres etter at både forfattergruppene og redaksjonen har akseptert produktet. Det holdes ikke avstemninger og enighet oppnås gjennom dialog.

Det var en kunnskapsrik og aktiv forsamling, gode diskusjoner, i et godt klima. Det er et stort engasjement, og det er en glede å oppleve det. Evalueringen i etterkant var veldig positiv.

Diskusjon rundt faglige retningslinjer

I forkant av møtet hadde vi (hovedredaktører for gynekologi og for obstetikk samt leder NGF) et debattinnlegg i Tidsskriftet om faglige retningslinjer (1). Utgangspunktet var et innlegg fra psykiaterne som etterlyste at retningslinjer fra Helsedirektoratet (de mente; at de selv ikke hadde kapasitet, at de selv ikke ville klare å bli enige, og om de likevel klarte å lage noe så ville det likevel ikke ha noen autoritet..). NGF har en helt annen erfaring, vi var som kjent første fagmedisinske forening som laget retningslinjer tidlig på 90-tallet og har vel fortjent fått mye heder for det. I debattinnlegget argumenterte vi for verdien av at retningslinjene lages av fagmiljøet selv, slik vi gjør det. Det kom motinnlegg, som særlig gikk på at mange retningslinjer berører andre profesjoner og fag, som derfor bør være med i arbeidet, at vi bør involvere brukerrepresentanter, og at Helsedirektoratet bør lage retningslinjene. «Alle skal bli hørt» lyder jo ikke feil, men er likevel ikke helt uproblematisk.

Ved slutten av møtet ble dette diskutert. Vi involverer allerede andre fagpersoner når vi mener det er nødvendig, som genetikere, nyfødteleger og jordmødre. Arbeidet vi gjør strekker allerede dugnadsånden langt, og vår målgruppe er først og fremst egne kolleger og fag, selv om andre også har nytte av retningslinjene. Arbeidet bør ha vårt fokus og være håndterbart. Bred involvering av «alle» vil med sikkerhet sprengte kapasiteten i vår arbeidsform og det er usikkert om det vil gi bedre resultat. Under møtet kom det innspill om å knytte allmennlegene tettere til oss, spesielt avklaring av rolleforventning, hvem gjør hva? Vi ble enige om at der det er relevant, i senere revisjoner, kan en vurdere å involvere allmenn-



Foto: Kristin Ellefsen, CIC

lege. Det var generelt stor enighet om å beholde eierskapet til retningslinjene slik vi har det i dag.

Eierskap krever innsats

Det krever en fortsatt innsats. Det er mye arbeid som må gjøres både i forfattergruppene og i redaksjonen, og av kollegene ellers gjennom innspill. I motsetning til det store engasjementet som oppleves på selve guideline møtet og tidvis ellers, så er det gjennomgående krevende å skaffe forfattere til de ulike gruppene, og det er relativt få (men heldigvis gode) innspill som kommer til kapitler på høring. Inntrykket er at det er færre som vil bruke fritid på dette arbeidet, forståelig kanskje, men foreningen har ikke midler til frikjøp og har lite innflytelse på hva arbeidsgiver kan gjøre for å avsette arbeidstid selv om vi støtter det sterkt. Men en erfaring kan deles: arbeidet gir mye både faglig og sosialt, gjennom arbeid og erfaringsdeling på tvers av landet. Vær med!

Dansk modell

Danskene har utviklet en ny modell som fagstyret i Legeforeningen har studert, og rapportert blant annet i Overlegen 4/2025 (2). Her har de Legevitenskapelige selskapene (som tilsvarer de fagmedisinske foreningene) ansvaret for å utvikle og revidere de faglige retningslinjer, men de har fått et sekretariat nemlig Sundhetsvesenets Kvalitetsinstitutt. Her kobles retningslinjer, kvalitetsregistre samt Vælg Klogt. Jeg tenker vi bør studere slike modeller, med åpenhet, men også litt forsiktighet. De kan gi mulighet til å styrke retningslinjene, og vi kunne absolutt hatt nytte av et sekretariat - men jeg mener og oppfatter bred enighet om at vi må beholde styring i eget fag.

Neste revisjon

Redaksjonen legger nå ut på nett kapitler som skal revideres for gjennomgang på neste møte i januar 2027. Vi søker forfattere - overleger, avtalespesialister, gynekologer i det helprivate, LIS, alle - velkommen til å melde seg.

Stor takk til alle som bidro så bra på årets guidelinemøte!

Kjære kolleger!

Vi skal i år revidere 8 kapitler i gynekologiske guidelines som skal sendes redaksjonen før 1.11.26 og legges fram på guidelinemøte i januar 2027. Redaksjonen ønsker at det melder seg forfattere til forfattergruppene. Vi ønsker også at forfattere som har vært med på forrige versjon melder fra om de vil være med på ny revisjon.

Arbeidet er overkommelig, gir faglig påfyll, faglig nettverk, kan gjøres i fritid, fordypningstid, i overlegepermisjon – du velger!

Forfattergruppene bør bestå av en blanding av overleger, LIS, avtalespesialister og andre, og geografisk variasjon. Det er allerede bestemt hovedforfatter på de fleste kapitlene.

Meld deg til redaksjonen ved knuthordnes@gmail.com senest 1.4.26

Følgende kapitler skal revideres:

- Lovbestemte meldinger
- Amenore og oligomenore
- Prematur ovarialinsuffisiens
- Tromboseprofylakse ved operative gynekologiske inngrep
- Vulvovaginale hudsykdommer
- Infertilitet og fertilitetsbehandling
- Mottak av ungdom og voksne etter seksuelle overgrep
- Urininkontinens

Referanser:

1. Knut Hordnes, Johanne Kolvik Iversen og Solveig Bjellmo. Hvem skal utarbeide faglige retningslinjer. Tidsskr Nor Legeforen 2025 Vol 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0736
2. Ståle Onsgård Sagabråten. Hva kan vi lære av danskene? Ny modell for utvikling av faglige retningslinjer. Overlegen 4-2025m <https://overlegen.digital/overlegen/overlegen-4-2025/hva-kan-vi-laere-av-danskene-ny-modell-for-utvikling-av-faglige-retningslinjer/>

Kvinneklirikken i Tromsø – faglig tyngde og arktisk nærhet

Kvinneklirikken ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) i Tromsø er et av landets nordligste sentre for kvinnehelse, med et fagmiljø som kombinerer høyspesialisert behandling med et spennende og inkluderende arbeidsmiljø. Vi er lokalsykehus for kvinner fra Midt- og Nord-Troms fylke, mottar risikofødende fra hele regionen ut fra seleksjonskriterier, og har regionalt ansvar i Helse Nord innenfor fagområdene fostermedisin, fertilitetsbehandling og gynekologisk onkologi. Kvinneklirikken er kjent for sin tverrfaglighet og korte vei mellom profesjonene. Leger, jordmødre, sykepleiere, fysioterapeuter og andre faggrupper jobber tett sammen i et miljø der faglige diskusjoner og raske avklaringer er en naturlig del av hverdagen. Kombinasjonen av faglig bredde, varierte arbeidsdager og et sammensveiset kollegium, er for mange det som gjør Tromsø til et sted man blir værende.

Tekst: Marit Falkegård, LIS 3 og Kristine Amundsen, Overlege/PhD stipendiat

Klinikken organisering og vaktlagene

Kvinneklirikken UNN Tromsø er arbeidsplass for 20 overleger, 9 LIS 3 og 2 LIS 1. På dagtid er det 4-delt vaktstakt med egen for- og bakvakt for generell gynekologi og føde/barsel. Vaktordningen kveld/natt/helg er delt i to vaktstakt med for- og bakvakt. Forvakt (LIS 3) går i 9-delt vaktstakt med 19-timersvakter, og bakvakt (overlege) går 8-delt døgnvakt. Alle vaktene er tilstedevakter, foruten gynekologisk onkologi som har egen vaktordning med hjemmevakt. Forvakt (LIS 3) bidrar med å ta hånd om de gyn-onkologiske pasientene på vakt, i tett samarbeid med gyn-onkologisk bakvakt.

Forskning og undervisning

Som nærmeste nabo til UiT Norges arktiske universitet, bidrar Kvinneklirikken ved UNN Tromsø i opplæringen av medisinstudenter innenfor gynekologi og obstetikk. Hvert år tar Kvinneklirikken imot mellom 400-500 medisinstudenter i praksis. Studentene er med på både poliklinikker, følgevakter i avdelingene og praktisk trening. Vi har også jordmorstudenter, læringer i barnepleie og sykepleierstudenter i praksis hos oss.

Flere av våre leger kombinerer klinisk arbeid med forskning og undervisning av medisinstudenter ved UiT Norges arktiske universitet. I tillegg ble det i 2025 ansatt en forskningsjordmor i 50-prosentstilling. UiT har en egen forskningsgruppe for kvinnehelse og perinatologi, som man kan lese mer om her: *Women's Health and Perinatology* | UiT.

Arbeidshverdagen i klinikken

Klinikken har et stort ansvar for regionens mest komplekse pasientforløp, noe som gir ansatte mulighet til å utvikle seg

KK UNN Tromsø	
Antall fødsler 2025	1289
Andel induksjoner	31,9 %
Akutte keisersnitt	15,3 %
Planlagte keisersnitt	6,7 %
Pakkeforløp kreft	189 pakkeforløp for cervix-, endometrie- og ovarialcancer (vulvacancer i tillegg)
Fagområder/seksjoner	Føde- og barsel, generell gynekologi, gyn-onkologi, fertilitet, fostermedisin
Regionale funksjoner for Helse Nord	Gyn-onkologi, fertilitet og fostermedisin
Utdanning	Tett samarbeid med UiT Norges arktiske universitet. Undervisning av medisinstudenter og LIS1-3 utdanning.

innen både diagnostikk, fødselsomsorg, kirurgi og langvarig pasientoppfølging.

Generell gynekologi og gynekologisk onkologi har flere operasjonsdager per uke med både benign- og kreftkirurgi, herunder også dagkirurgi og robotkirurgi. Innen gynekologisk onkologi er UNN et regionalt behandlingssted i nord. Med 189 pakkeforløp og over 300 onkologiske inngrep årlig, er dette et fagområde som både krever og tilbyr høy kompetanse. Samtidig er volumet håndterbart nok til at man får tett oppfølging av pasientene og god oversikt over hele behandlingsforløpet.

I tillegg driftes det både føde- og gynekologisk poliklinikk alle dager i uken, herunder også egne lister for fostermedisin, genetikk, vulvapoliklinikk og urogynekologi. Det siste året er en stor del av våre hysteroskopiske inngrep flyttet fra dagkirurgi til gynekologisk poliklinikk, med kortere ventelister og fornøyde pasienter som resultat.



God stemning på fødestua!
Foto: Stein / Backdrop



Utsikt til Ishavskatedralen og Tromsdalstinden gjennom monumentet «Porten til Ishavet» av kunstneren Marit Bockelie.
Foto: Ida M. Olsen

IVF-poliklinikken ved UNN Tromsø er verdens nordligste fertilitetsklinikk. Hvert år fødes rundt 100 nye nordlendinger etter fertilitetsbehandling hos oss.

Fødeseksjonen

Fødeseksjonen håndterer i underkant av 1300 fødsler per år, hvor om lag en tredjedel er selektert hit fra fødeavdelinger i vårt nedslagsfelt. Kvinneklirikken UNN Tromsø er den eneste fødeavdelingen i Helse Nord som tar imot premature fødsler < uke 26.

I fødeavdelingen har vi et godt tverrfaglig samarbeid med 53 jordmødre og 20 barnepleiere som håndterer hele spennet fra lavrisikosvangenskap og fødsler til det mest akutte vårt fag har å by på. Vi har et godt psykososialt miljø, som er viktig i et fag hvor man rett som det er står i tøffe situasjoner.

Vi er så heldige at vi har to svært aktive og kreative fagjordmødre. Blant annet har de æren for avdelingens markante reduksjon av antibiotikabruk i fødsel. Dette etter at man innførte GBS-screening med PCR hos fødende med langvarig vannavgang. De er også delaktige i andre vellykkede forbedringsprosjekter, som at barnepleiere nå lærer opp til å utføre nyfødtscreening i barselavdelingen. Deres faglige engasjement gjorde dem til velfortjente vinnere av Helse Nord's Kvalitetspris i 2025.

Et fagmiljø i utvikling

Kvinneklirikken ved UNN er i kontinuerlig utvikling, både faglig og organisatorisk. Samarbeidet med UiT Norges arktiske



På toppskitur sent i mai 2025. Alle korrekt antrukket i medbragt grønt i anledning innspilling av Årsmøtefilmen.
Foto: Ida M. Olsen



Fjas og moro på helikopterlandingsplassen. Foto: Ida M. Olsen

universitet gir gode muligheter for forskning, undervisning og spesialisering. Klinikken har også et sterkt fokus på kvalitet og pasientsikkerhet, og jobber aktivt med forbedringsarbeid på tvers av avdelinger.

For fagpersoner som ønsker å kombinere avansert medisin med et nært og inkluderende arbeidsmiljø, er Tromsø et sted som gir rom for begge deler.

Livet i Tromsø – mer enn arbeid

For mange som flytter til Tromsø, blir byen en positiv overraskelse. Den er stor nok til å ha et rikt kulturliv, internasjonalt miljø og gode restauranter, men liten nok til at man raskt finner sin plass. Naturen ligger tett på, og gir rom for alt fra toppturer og padling til nordlysjakt og søndagsturer i lysløypa. De siste årene har Tromsø opplevd en eksplosiv interesse for nordlys, snø og vinteropplevelser, noe som medfører en jevn og til dels massiv tilstrømming av turister i vinterhalvåret. Tromsø byr også på et yrende kulturliv med blant annet egen internasjonal filmfestival i januar (TIFF), og et rikholdig utvalg musikkfestivaler innenfor alt fra elektronika til storband og klassisk musikk.

Kombinasjonen av faglige utfordringer og et levende lokalsamfunn gjør Tromsø til et attraktivt sted for både nyutdannede og erfarne fagfolk. Mange «søringer» har endt opp med å bli værende i Tromsø, ofte på grunn av fagmiljøet, men også mulighet for spennende fritid i en pulserende universitetsby med nærhet til skiløype, hav og fjell!

Gynekologen anmelder bøker med varierende grad av fagleg relevans

Denne gongen:

«Nøtteskall»

av Ian McEwan



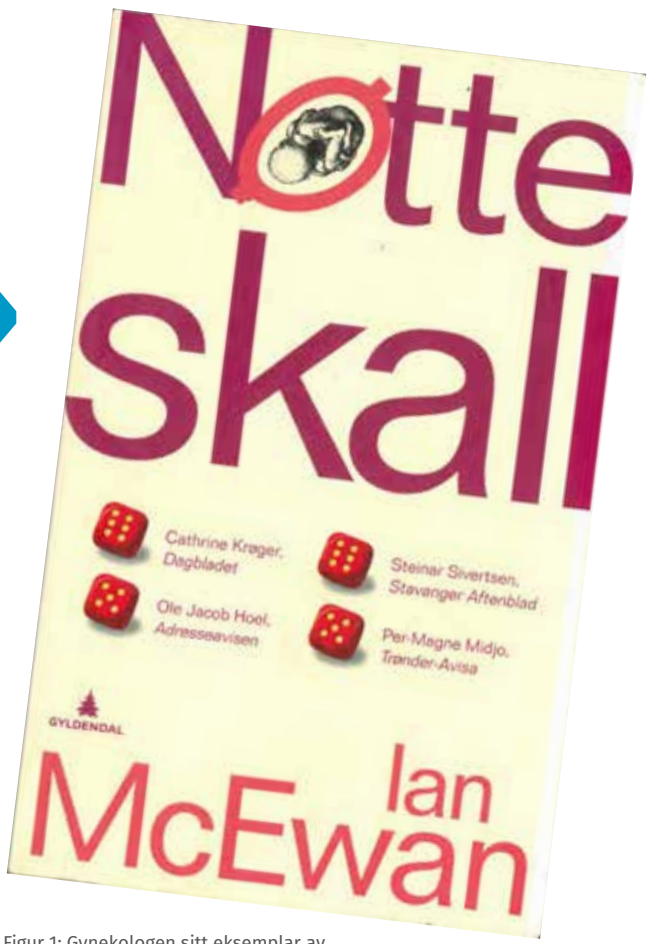
Ragnar Kvie Sande

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

«Nøtteskall» er ein kriminalroman om eit trekantdrama. Den faglege relevansen? Ein av dei sentrale figurane er gravid, nær termin, og det er fosteret som er fortellaren i dramaet!

Trudy er gravid, men har tvinga ektemannen John til å flytte ut, medan ho har eit forhold til Claude, bror hans. Saman planlegg Trudy og Claude å myrde John, med John og Trudy sitt ufødde barn som observatør og referent. Plottet er visstnok inspirert av Hamlet, og her er det både spenning og dramatik.

Forfattere tar seg forholdsvis store kunstneriske friheter for å få konseptet sitt til å fungere, der han tillegg fosteret lange filosofiske tankerekker og nærmast overnaturlige evner til å dedusere kva som går for seg i verda utanfor basert på svært begrensa tilgjengeleg informasjon. Det fungerer på eit vis, og aller best i beskrivinga av fosteret sin respons på maternelt inntak av alkohol og andre



Figur 1: Gynekologen sitt eksemplar av "Nøtteskall". Paperback med eseløyre.

fødevarer. Det hender imidlertid at det berande konseptet blir til hinder for framdrifta, og blir opplevd meir som ein hemske enn som eit løft.

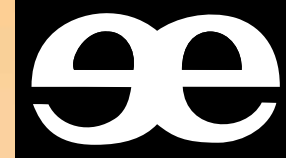
Boka er relativt kort, forfattere rekk likevel å legge inn noko karakterutvikling, fleire overraskande vendingar og før nemnde filosofiske tankerekker. Generasjon Z får passet ettertrykkeleg påskrive: "Blir collegelivet for hardt, skal jeg gråte inn i rektors kappe, for deretter å kreve hans avgang". Stormaktspolitikk blir drøfta med langsiktig perspektiv, som vel høver ei fortellarstemme som tar mål av deg til å oppleve neste århundreskifte.

"Nøtteskall" inviterer til refleksjon over livet in utero og dei interessene dette måtte ha, desse interessene fødsleslegen kan finne seg nøydd til å ivareta, og boka kan anbefalast til alle lesande gynekologar.

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

Philosophiae doctor (PhD)
Norsk Gynekologisk Forening gratulerer

Christin Julia Meltzer-Gunnes disputerte 05.09.2025

Trends in vulvar squamous cell carcinoma in Norway: Epidemiological shifts, HPV association, and survivorship challenges

Vulvakreft er en sjelden sykdom som utgjør rundt 4 % av all gynekologisk kreft, og forskningen på feltet er derfor begrenset. Globalt angis insidensen til å ligge på rundt 1/100 000 kvinner per år. Over 90 % av tilfellene er plateepitelkarzinomer og vår forskning har derfor fokusert på denne undergruppen. Hovedbehandlingen for vulvakreft er kirurgi, noe som innebærer en betydelig fysisk og psykisk belastning. I tillegg rammer sykdommen et intimt område, noe som gjør at mange pasienter synes det er vanskelig å snakke om symptomer og senskader.

Internasjonalt har forekomsten av vulvakreft økt de siste tiårene, særlig blant yngre kvinner. En voksende andel HPV-assosierte svulster kan ha bidratt til denne utviklingen, men dette har hittil vært mangelfullt undersøkt. Samtidig har behandlingen utviklet seg mot mindre aggressive kirurgiske teknikker, økende bruk av vaktpostlymfeknutemetode og radiokjemoterapi ved avansert sykdom. Til tross for mer skånsom behandling har overlevelseshastene vært stabile eller bedret. I Norge har epidemiologiske endringer ikke blitt grundig undersøkt siden 1990-tallet. De siste årene har man funnet økende bevis for at pasienter med HPV-assosiert vulvakreft har bedre prognose enn de med HPV-negativ sykdom. Fordi behandlingen kan være svært

inngripende og gi langvarige bivirkninger, er det behov for bedre risikovurdering for å redusere overbehandling. Det trengs også mer kunnskap om pasientenes livskvalitet og seksuelle helse flere år etter behandling for å optimalisere oppfølgingen.

Hensikten med prosjektet vårt var å belyse vulvakreft i Norge fra epidemiologiske, kliniske og psykososiale perspektiver. I første del undersøkte vi endringer i forekomst, alder ved diagnose, overlevelse og behandling fra 1961 til 2010 (Paper I). I andre del belyste vi utviklingen i andelen HPV-assosierte svulster, HPV-genotypefordeling og betydningen av HPV-status for prognosen (Paper II). Tredje del utforsket livskvalitet og senfølger blant vulvakreftoverlevende mer enn fem år etter behandling (Paper III).

Data fra Kreftregisteret (2233 tilfeller av vulvakreft) viste at forekomsten av vulvakreft i Norge økte fra 1,70 til 4,66 per 100 000 per år – en mer enn 2,5-dobling – fra 1961 til 2010. Størst økning så vi blant kvinner under 60 år. Femårsoverlevelsen bedret seg betydelig i de fleste aldersgrupper.

HPV-analyser av 282 tumorsnitt fra 1970–75 og 2000–05, innkalt fra patologiavdelinger over hele Norge, viste at andelen HPV-positive svulster

økte fra 23 % til 35 %. De dominerende genotypene i begge perioder var HPV 16, 33 og 18. Kun i univariat analyse hadde HPV-positive tilfeller bedre totaloverlevelse enn HPV-negative. Korrigert for alder ved diagnose, FIGO-stadium og diagnoseperiode var kun høyere FIGO-stadium signifikant assosiert med økt mortalitet.

I studiens tredje del svarte 44 vulvakreftoverlevende behandlet ved DNR i perioden 2006–2016 på spørreskjemaene EORTC QLQ-C30 og VU34. Svarene ble sammenlignet med svar fra et utvalg fra normalpopulasjonen (N=334) og etablerte terskelverdier («thresholds for clinical importance»). Vi fant at omtrent én tredjedel av langtids-overlevende rapporterte betydelige problemer, inkludert redusert fysisk, emosjonell, kognitiv og sosial funksjon, samt smerter og fatigue. Sammenlignet med normalbefolkningen var færre kreftoverlevende seksuelt aktive, og vulva- og lyskesymptomer samt seksuell dysfunksjon forekom oftere hos dem.

Samlet viser funnene våre at forekomsten av vulvakreft har økt i Norge, særlig blant yngre kvinner, samtidig som andelen HPV-assosierte svulster har økt. De vanligste genotypene er HPV 16, 33 og 18. En betydelig andel overlevende opplever langvarige plager, noe som understreker behovet for bedre risikostratifisering, individualisert behandling og oppfølging.



Foto: Depui Foto

DOKTORAND: **Christin Julia Meltzer-Gunnes**
GRAD: **PhD**
UNIVERSITET: **Universitetet i Oslo**
FAKULTET: **Det Medisinske fakultet**
INSTITUTT: **Institutt for klinisk medisin**
FAGOMRÅDE: **Gynekologisk Onkologi**
VEILEDERE: **Ingvald Vistad, Agnes Kathrine Lie, Anne Eskild**
DISPUTASDATO: **05.09.2025**



F.v. Forskningsjef SSK Prof. Øyvind Holme, biveileder MD PhD Agnes Kathrine Lie, hovedveileder prof. Ingvald Vistad, disputasleder prodekan for studier ved det med. fakultet UiO prof. Magnus Løberg, meg, andre opponent associate prof. Tine Henriksen-Schnack, komitéleder associate prof. Ane Gerda Zahl Eriksson, førsteopponent Prof. Christer Borgfeldt. Foto: Sørlandet Sykehus



Jemperli
(dostarlimab)

Nye metoder: Jemperli er innført

Jemperli har finansiering for både dMMR + pMMR endometriekreft 1L^{1,2}

- **Ved 16 måneders oppfølging viste JEMPERLI** + karboplatin en forbedring i median overall survival sammenlignet med kjemoterapi alene, tilsvarende en statistisk signifikant 31 % reduksjon i risiko for død (HR 0,69; 95 % KI 0,54–0,89, $P = 0.0020$)³
- **Anbefalt dose** er 500 mg dostarlimab i kombinasjon med karboplatin og paklitaksel hver 3. uke i 6 sykluser, etterfulgt av 1000 mg dostarlimab som monoterapi hver 6. uke for alle påfølgende sykluser⁴
- **Sikkerhetsprofil ved kombinasjonsbehandling.** 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. Bivirkningene var alvorlige hos 11,2 % av pasientene; de alvorligste bivirkningene var immunrelaterte bivirkninger.⁴

1. Dostarlimab (Jemperli) - Indikasjon II - Nye metoder. 2. Dostarlimab (Jemperli) - Indikasjon II - Nye metoder. 3. Powell MA, et al. Ann Oncol. 2024;35(8):728-738
4. JEMPERLI (dostarlimab) Summary of Product Characteristics.

JEMPERLI er indisert

- i kombinasjon med karboplatin og paklitaksel for førstelinjebehandling av voksne pasienter med primær fremskreden eller endometriekreft (EC) og som er kandidater for systemisk behandling.
- som monoterapi for behandling av voksne pasienter med tilbakevendende eller fremskreden dMMR (mismatch repair deficient) / MSI-H (microsatellite instability high) endometriekreft (EC) som har utviklet seg under eller etter tidligere behandling med et platinaholdig regime.

Forsiktighet utvises ved immunrelaterte bivirkninger:

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.

Pasientkort: 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.
Pakninger, priser, refusjon og Nye Metoder
Obligatorisk informasjon basert på SPC januar 2025 PI-8946
Reseptgruppe C. Pakning og maksimalpris: Hettegl 500 mg 92 318,20 kr



Se preparatomtalen for informasjon om bivirkningshåndtering og full informasjon for 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-250002 Januar 2026

Jemperli
(dostarlimab)

GSK

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



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!

Risk of cardiovascular disease and mortality among women with endometriosis: A systematic review and meta-analysis

Iphigénie Cavadias, Lorraine Maitrot-Mantelet, Sandrine Perol, Mathilde Bourdon, Pietro Santulli, Louis Marcellin, Charles Chapron, Geneviève Plu-Bureau

First published: 27 November 2025
<https://doi.org/10.1111/aogs.70104>

Introduction

Endometriosis is a chronic and estrogen-dependent disorder that affects about 10% of women of reproductive age worldwide. Endometriosis has been associated with chronic inflammation and an atherogenic lipid profile, two conditions that increase the risk of atherothrombotic cardiovascular diseases.

Material and Methods

A literature search for relevant studies published from the earliest record to 31 March 2025 was conducted in MEDLINE and EMBASE databases. The following MESH terms were searched: “stroke,” “cerebrovascular disease,” “cardiovascular disease,” “coronary heart disease,” “ischemic heart disease,” “mortality,” and “endometriosis.” The results of each study were pooled, and an overall estimate of relative risk was obtained with a random-effect model. Homogeneity between studies was analyzed using I² statistics. This review was not registered.

Results

Ten studies were eligible for inclusion in this meta-analysis. Five studies reported an increased risk of stroke with endometriosis, with a pooled risk of 1.18 (95% confidence intervals [95% CI] [1.13–1.22]). Four studies reported an increased risk of coronary heart disease with endometriosis, with a pooled risk of 1.36 (95% CI [1.32–1.40]). Four studies reported an increased risk of composite cardiovascular disease with endometriosis, with a pooled risk of 1.16 (95% CI [1.12–1.20]). Although the homogeneity is high in results, the confounding factors considered in the different studies vary. Thus, these results must be interpreted with caution.

Conclusions

Endometriosis is associated with an increased risk of cardiovascular disease. Further research is required to confirm these findings. However, these results highlight the importance of considering primary cardiovascular prevention strategies for women with endometriosis.

The association between different aspects of socio-economic deprivation and severe maternal morbidity

Dorothea Geddes-Barton, Rema Ramakrishnan, Raph Goldacre, Marian Knight

First published: 29 December 2025
<https://doi.org/10.1111/aogs.70134>

Introduction

Living in a deprived neighborhood is associated with an increased risk of severe maternal morbidity (SMM), but the specific deprivation factors or individual SMM conditions driving this risk remain unclear. This study examined how different domains and subdomains of the Index of Multiple Deprivation (IMD) are associated with SMM, identifying key contributors.

Material and Methods

We conducted a nationwide, population-based cohort study using English Hospital Episode Statistics Admitted Patient Care (HES APC) data. The cohort included 4040106 women aged 10–55 years who gave birth in NHS facilities in England between January 1, 2013, and March 31, 2023, with pregnancies of ≥20 weeks' gestation. Multilevel multivariable Poisson regression estimated adjusted risk ratios (aRR) and 95% confidence intervals (CI) of composite SMM and key individual SMM conditions for each IMD quintile compared to the least deprived quintile, and aRR (95% CI) of composite SMM in each IMD domain/subdomain quintile compared to the least deprived quintile.

Results

IMD domains showed varying associations with SMM. Income and employment deprivation had the strongest associations, with women living in the most deprived quintile having aRRs of 1.16 (95% CI 1.12–1.20) and 1.15 (95% CI 1.11–1.19) compared to those living in the least deprived quintile, respectively. Contrastingly, high geographical barriers to services were associated with a lower risk of SMM (aRR: 0.92 (95% CI 0.88–0.95)). Sepsis, acute cardiac events, and embolism play a key role in the association between composite deprivation and SMM, with women living in the most deprived areas having risk ratios of 1.43 (95% CI 1.36–1.50), 1.24 (95% CI 1.09–1.41), and 1.97 (95% CI 1.69–2.29), respectively, for each of the conditions, compared to women living in the least deprived areas.

Conclusions

There appears to be a widening gap in the risk of SMM between women living in the least and most deprived areas in England, with sepsis, cardiac events, and embolism having the strongest association with deprivation. Composite measures of area-level deprivation may obscure the diverse impacts of specific deprivation factors, and individual-level socioeconomic measures are needed to clarify pathways contributing to SMM risk.

Longitudinal maternal hemodynamics from late pregnancy to postpartum in uncomplicated twin pregnancies – A glimpse into long-term cardiovascular risk?

Hannah Friederike Zekert, Anna-Lena Biermann, Vivien Düttemeyer, Nina Meier, Lena Radomsky, Peter Hillemanns, Constantin von Kaisenberg, Lars Brodowski

First published: 12 December 2025
<https://doi.org/10.1111/aogs.70120>

Introduction

Twin pregnancies impose greater cardiovascular demands than singleton gestations, potentially increasing long-term cardiovascular risk even in the absence of hypertensive disorders. Nevertheless, longitudinal assessments of maternal hemodynamics in uncomplicated twin pregnancies remain limited, and most available studies focus solely on the antenatal period. Chorionicity has been shown to markedly influence cardiovascular adaptation during twin gestation. This study aimed to investigate whether distinct hemodynamic adaptations occur in twin compared with singleton pregnancies during late gestation, 1 day and 6 weeks postpartum.

Material and Methods

In this prospective longitudinal cohort study conducted at Hannover Medical School from 08/24 to 05/2025, 36 women with twin pregnancies (8 monochorionic (MC), 28 dichorionic (DC)) and 37 with singleton pregnancies underwent noninvasive hemodynamic assessment at 34 weeks' gestation, 1 day postpartum, and 6 weeks postpartum.

Results

MC twin pregnancies exhibited significantly higher cardiac output (MC: 7.72 L/min; DC: 5.62 L/min; S: 6.27 L/min; $p=0.01$) and lower systemic vascular resistance (MC: 958.83 dynes $\times$ s/cm⁵; DC: 1206.86 dynes $\times$ s/cm⁵; S: 1119.45 dynes $\times$ s/cm⁵; $p=0.01$) during the third trimester, with a similar hemodynamic pattern appearing to persist in the postpartum period. MC twins also showed significant decreases in heart rate (T1: 86.37 bpm; T2: 77.73 bpm; T3: 66.67 bpm; $p=0.002$), mean arterial pressure (T1: 93.0 mmHg; T2: 85.5 mmHg; T3: 78.0 mmHg; $p=0.03$), and inotropism postpartum (T1: 1.92 W/m²; T2: 1.67 W/m²; T3: 1.54 W/m²; $p=0.04$), whereas DC twins demonstrated a trend to higher stroke volume (T1: 69.6 mL; T2: 80.31 mL; T3: 82.63 mL; $p=0.01$) and gradual increase of vascular resistance (T1: 1206.86 dynes $\times$ s/cm⁵; T2: 1099.86 dynes $\times$ s/cm⁵; T3: 1426.78 dynes $\times$ s/cm⁵; $p=0.08$).

Conclusions

Monochorionic twin pregnancies are characterized by elevated cardiac output and reduced vascular resistance in late pregnancy, with a similar hemodynamic pattern appearing to persist in the postpartum period. This persistent cardiovascular strain may underlie the elevated short-term cardiovascular risk observed after twin births. Our findings highlight the need for larger longitudinal studies to explore the transition from physiological adaptation to potential cardiovascular maladaptation.

HPV vaccination following cervical intraepithelial neoplasia grade 2 diagnosis and risk of progression

Dina O. Eriksen, Louise Krog, Eva B. Ostfeld, Pernille T. Jensen, Kathrine D. Lycke, Therese K. Grønberg, Nicolas Wentzensen, Megan A. Clarke, Anne Hammer

First published: 02 January 2026
<https://doi.org/10.1111/aogs.70128>

Introduction

Human papillomavirus (HPV) vaccination is associated with a significantly reduced risk of cervical cancer when administered before initial exposure to HPV. Women with high-grade cervical intraepithelial neoplasia (CIN) have an increased risk of subsequent HPV-related disease, including recurrent high-grade CIN, compared to women without CIN. Some clinicians have advised women with high-grade CIN to undergo HPV vaccination to reduce their subsequent risk, despite a lack of evidence for this practice. We aimed to evaluate whether HPV vaccination of women undergoing active surveillance for CIN grade 2 (CIN2) is associated with a decreased risk of progression to cervical intraepithelial neoplasia grade 3 or worse (CIN3+).

Material and Methods

We conducted a nationwide population-based historical cohort study in Denmark on women aged 18–40 years undergoing active surveillance for CIN2 from 2007 to 2020. We compared women receiving at least one HPV vaccine dose within 6 months after their CIN2 diagnosis to women not receiving the vaccine. Our primary outcome was progression to CIN3+. We stratified by age at CIN2 diagnosis (18–29, 30–40), calendar year (2007–2012, 2013–2020), and index cytology (high-grade, nonhigh-grade). We used Cox proportional hazards regression to estimate hazard ratios of the outcomes with unvaccinated women as the reference. Age at diagnosis, calendar year, index cytology, income, and educational level were adjusted for.

Results

We included 4585 women, of whom 583 (12.7%) were vaccinated within 6 months after CIN2 diagnosis. A total of 1391 (30.3%) progressed to CIN3+ during follow-up. The 5-year cumulative risk was 29.9% (28.5–31.3). Overall, no protective effect of vaccination after CIN2 diagnosis was found (aHR 1.45 [1.24–1.69]). Stratified analyses showed increased progression risk with vaccination among women <30 years, in the early calendar period (2007–2012), and across both non-high-grade and high-grade index cytology; no significant difference in risk was observed in women $\geq$ 30 years or in the latest calendar period (2013–2020).

Conclusions

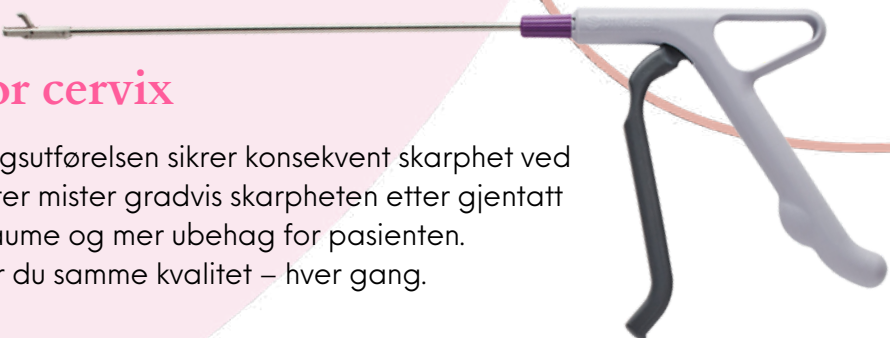
HPV vaccination did not reduce the risk of progression in women undergoing active surveillance for CIN2. This finding indicates that HPV vaccination should not be recommended in this group of women.



Standardiser undersøkelsen. Test våre sterile engangsinstrumenter.

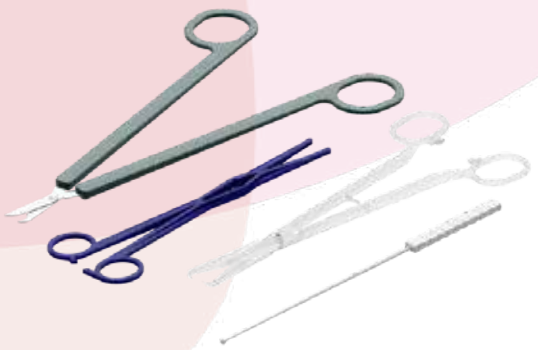
Samme presisjon. Mindre håndtering. Rett fra pakning til pasient.

Hver spiralinnsetting og gynekologisk undersøkelse krever instrumenter du kan stole på. Våre sterile engangsinstrumenter gir forutsigbar kvalitet, effektiv logistikk og mindre behov for repossessering. Alle instrumenter kan leveres enkeltvis, og utvalgte produkter finnes også som ferdige kit – du velger selv løsningen som passer din klinikk.



Roterbar biopsitang for cervix

Alltid skarp. Alltid klar til bruk. Engangsutførelsen sikrer konsekvent skarphet ved hver prosedyre. Flergangsinstrumenter mister gradvis skarpheten etter gjentatt bruk, noe som kan føre til økt vevstraume og mer ubehag for pasienten. Med sterile engangsinstrumenter får du samme kvalitet – hver gang.



Uterussonde, klogrep, peang og saks

Presise instrumenter utviklet for spiralinnsetting. Sterile engangsinstrumenter gir konsekvent kvalitet og forutsigbar funksjon ved hver prosedyre. Uten slitasje eller repossessering sikres høy pasientsikkerhet og pålitelig ytelse – hver gang.

Selvhåndholdende spekulum

Stabil eksponering og god pasientkomfort. Leveres sterilt og klart til bruk. Tilgjengelig i seks ulike størrelser for å tilpasses hver enkelt kvinnes anatomi.



Bestill kostnadsfrie testinstrumenter til din klinikk i dag:

Skann for å bestille
testinstrumenter:



Solann AS
www.solann.no

Patient-centered priorities in endometriosis and chronic pelvic pain: A mixed-methods and thematic analysis of intake narratives

Shay M. Freger, Narges Kalani, Monica Cornea, Serena Cavalier, Mathew Leonardi

First published: 16 December 2025
<https://doi.org/10.1111/aogs.70096>

Introduction
 Understanding what patients prioritize when seeking care for endometriosis and chronic pelvic pain (CPP) is crucial for delivering personalized, responsive care. However, patient-defined goals remain poorly characterized across various life stages and disease phenotypes. This study aimed to explore and rank patient priorities at the time of tertiary referral to inform patient-centered care models.

Material and Methods
 We conducted a convergent mixed-methods study of 649 new patients referred to a tertiary endometriosis center between 2021 and 2024. Participants completed a standardized intake form including two open-ended questions on their goals and reasons for seeking care. Qualitative data were analyzed using codebook thematic analysis, generating five overarching themes and 20 subthemes. Frequencies of coded themes were descriptively compared across age groups and ultrasound-confirmed endometriosis phenotypes. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, with subgroup comparisons based on age (18–24, 25–34, 35–44, 45–54, 55+) and phenotype (superficial, ovarian, deep, combined). The primary outcome was the ranked frequency of care priorities by subgroup. Secondary outcomes included cross-theme variation and co-occurrence patterns.

Results
 Five key themes emerged: (1) managing pain and symptoms across a broad spectrum; (2) pursuing diagnostic clarity and validation; (3) balancing symptom relief with fertility planning and preservation; (4) restoring daily function, relationships, and mental well-being; and (5) seeking knowledge to navigate the disease and its management. Subgroup analysis revealed that though management and diagnosis were most frequently prioritized among all groups, fertility was more frequently prioritized by participants aged 25–34 (24.1%) and those with ovarian endometriosis (27.8%), while older participants more often prioritized quality of life and education. Participants with superficial or presumptive diagnoses more commonly emphasized diagnostic clarity and frustration with fragmented care. Many participants expressed a desire for alternatives to hormonal therapy and reported feeling unheard or unsupported in prior encounters.

Conclusions
 Patient priorities differ meaningfully across age and endometriosis phenotype, with fertility, education, and quality of life shifting in relative importance over time. These findings support the need for personalized, life-stage-responsive models of care that adapt to evolving patient goals and integrate both medical and psychosocial domains.

Accurate estimation of blood loss during cesarean deliveries: A secondary analysis of a randomized controlled trial comparing visual, quantitative and calculated approaches

Amanda Wei Mun Tan, Shi Hui Lee, Rehena Sultana, Deepak Mathur, Shephali Tagore, Manisha Mathur

Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica Volume 104, Issue 11
 First published: 25 September 2025

Introduction
 Effective measurement of blood loss during delivery is key in timely diagnosis of hemorrhage and prevention of postpartum hemorrhage (PPH). Blood loss estimation in cesarean deliveries is challenging, with the risk of contamination of measured blood with amniotic and irrigation fluid. The objective of this study is to assess the level of agreement of visually estimated blood loss (vEBL), quantitative blood loss (QBL), and calculated estimated blood loss (cEBL) in cesarean deliveries.

Material and Methods
 This is a secondary analysis of a double-blinded, randomized controlled trial in the largest maternity unit in Singapore. Medical records from 200 patients enrolled in the prior study were analyzed, and their blood loss data reviewed for comparison. Blood loss estimation was assessed by vEBL (by the anesthetic and surgical teams), QBL (weighing of soiled gauzes and measuring fluid volume) and cEBL (formula-based calculation using pre- and postdelivery hemoglobin). Mean estimated blood losses (EBLs) obtained from all three methods were compared.

Results
 The use of vEBL yielded the lowest mean blood loss, lowest proportion of women with EBL ≥500 and ≥1000 mL, while cEBL was the highest for all three outcomes. Intraclass correlation ranged from 0.29 (low <0.5) between vEBL and cEBL to 0.68 (moderate: 0.5–0.75) between vEBL and QBL. On average, vEBL was 249.7 mL (95% CI: –822.7–323.3) less than QBL, and 287.9 mL (95% CI: –1143.9–568.0) less than cEBL. Although vEBL tends to underestimate blood loss compared with QBL and cEBL on average, the wide confidence intervals suggest that these differences are not statistically significant. As blood loss increased, vEBL was more likely to underestimate blood loss. Women with body mass index (BMI) ≥30 kg/m² were more likely to have EBL ≥500 mL by cEBL (OR 1.13, 95% CI: 1.05–1.21, p < 0.01). Women with longer operative duration have higher odds of having EBL ≥500 mL by vEBL or QBL.

Conclusions
 vEBL appears to grossly underestimate actual blood loss when compared with QBL and cEBL methods. Although the observed differences were not statistically significant, the wide confidence intervals suggest potential for substantial underestimation. Given this limitation, reliance solely on vEBL may lead to under-recognition and delayed management of PPH. Therefore, it is recommended that QBL and cEBL be incorporated into routine practice, particularly in high-risk cases. Clinicians should also account for factors that can influence EBL accuracy, such as operative duration and maternal BMI, when assessing blood loss and initiating interventions.

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

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

VEOZA™
fezolinetant

NON-HORMONAL

TREAT TARGETED WITH NON-HORMONAL VEOZA

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

*See section 5.1 in SmPC

HOW VEOZA DISRUPTS HOT FLUSHES²

Blocking NKB to reduce VMS

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

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

Learn more at [VEOZA.no](https://www.veoza.no)

KNDy NEURON

VEOZA



NKB



NK3
RECEPTOR

Concomitant use of moderate or strong CYP1A2 inhibitors with VEOZA is contraindicated.
VEOZA is not recommended in women using hormone replacement therapy with oestrogens (local vaginal preparations excluded).
Liver function tests (LFTs) must be performed prior to initiation of fezolinetant.
During the first three months of treatment, monthly LFTs must be performed, and thereafter based on clinical judgement.

VEOZA™ (fezolinetant) 45 mg filmdrasjerte tabletter

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

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

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

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

Reseptgruppe: C **Refusjon:** Nei. **Pakningsstørrelse og pris (pr. 17.11.2025):** 45 mg: 30 tabletter (blisten) 835,50 kr. **Lokal representant:** Astellas Pharma, Tel: +47 66 76 46 00. For mer informasjon se www.felleskatalogen.no

Basert på SPC godkjent: 21.03.2025.

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

REFERENCES: 1. VEOZA SmPC §4.1 03.2025. 2. VEOZA SmPC §5.1 03.2025. 3. Depypere H, Lademacher C, Siddiqui E, Fraser GL. Fezolinetant in the treatment of vasomotor symptoms associated with menopause. Expert Opin Investig Drugs. 2021;30(7):681-94

Astellas Pharma | Phone +47 66 76 46 00 | www.astellas.com
MAT-NO-VEO-2025-00046 | Date of preparation: 08.12.2025.
Expiration date: 08.12.2026

