

# Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

2 • 2026



**Norsk nettverk for kvinnehelse  
og sjeldne medfødte diagnoser** s. 13

**Hormoner på blå resept – hva gjelder?** s. 20

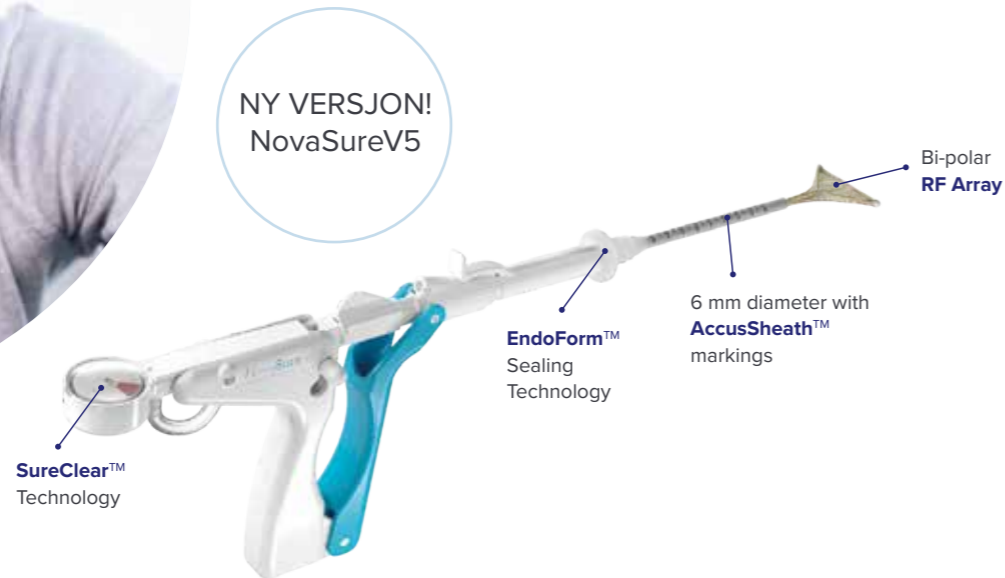
**En kort kolposkopiguide** s. 32

**Portrettintervju med Agnethe Lund** s. 52



**Norsk gynekologisk  
forening**

**DEN NORSKE LEGEFORENING**



NY VERSJON!  
NovaSureV5

ENDOMETRIEABLASJON MED NOVASURE<sup>®</sup>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 behandlingsresultater<sup>1</sup>.

1. Gimpelson, R.J., Ten-year literature review of global endometrial ablation with the NovaSure<sup>®</sup> 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

April Media AS  
www.april.no  
media@april.no

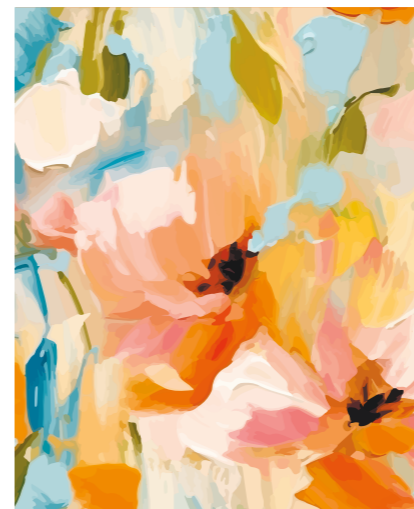
### GYNEKOLOGEN på internett

gynekologen.no  
legeforeningen.no/ngf

### Materiellfrister for redaksjonelt innhold 2026

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

Opplag: 1500



# INNHOOLD

|  |    |
|--|----|
| REDAKTØR .....   | 5  |
| LEDER .....  | 7  |
| <b>NGF-STYRET</b>  |    |
| Nytt fra styret .....  | 8  |
| Styret i Norsk gynekologisk forening .....   | 8  |
| <b>FUGO</b>  |    |
| Leder .....  | 10 |
| FUGO-styret 2026 .....   | 10 |
| FUGO møtet 2026: Komplekse smertetilstander .....  | 11 |
| Utdanningsprisen 2026 – Spørreundersøkelse .....   | 11 |
| <b>SPECIALITETSKOMITEEN</b> .....  | 12 |
| <b>FAGLIG PÅFYLL</b>   |    |
| Norsk nettverk for kvinnehelse og sjeldne medfødte diagnoser .....                       | 14 |
| Hormoner på blå resept – hva gjelder? .....  | 20 |
| Screening mot livmorhalskreft er ikke sterkere enn det svakeste leddet .....             | 23 |
| Når livmorhalskreft oppstår etter «normal» celleprøve – hva er gynekologens rolle? ..... | 24 |
| Initiativet som løftet kvaliteten:   |    |
| Erfaringer fra et vellykket forbedringsarbeid i kolposkopi .....                         | 28 |
| En kort kolposkopiguide .....  | 32 |
| Hold deg faglig oppdatert innen kolposkopi .....   | 38 |
| Trygg og effektiv overgang til poliklinisk hysteroskopi i lokalanestesi .....            | 40 |
| <b>NGFs Årsmøte 2026</b>   |    |
| Invitasjon til årsmøtet i Norsk gynekologisk forening .....                              | 43 |
| Foreløpig program for NGFs årsmøtet .....  | 44 |
| Hvorfor og hvordan sende LIS på årsmøtet? .....  | 46 |
| Rapport fra en førstegangs deltaker .....  | 47 |
| <b>INTERVJU</b>  |    |
| Agnethe Lund – en tydelig stemme i spissen for NGF .....                                 | 52 |
| Cathrine Kristoffersen – Intervju om fadderordningen .....                               | 56 |
| <b>GYNEKOLOGER IMELLOM</b>   |    |
| Fadderordningen ved Kvinneklinikken i Bergen .....                                       | 60 |
| Debattinnlegg: Aortakompresjon med fingertupper – i stedet for knyttneve .....           | 62 |
| <b>FAGGRUPPEN GLOBAL KVINNEHELSE</b>   |    |
| Regional konferanse om preeklamps i Mwanza, Tanzania .....                               | 64 |
| <b>REISER, KURS OG KAMPANJER</b>   |    |
| Første endometriosekirurgkurs i Bergen – en stor suksess .....                           | 66 |
| Kirurgisk ferdighetstrening på disseksjonssalen .....                                    | 68 |
| Obstetrikere og anestesileger samlet til første felles vårmøte .....                     | 70 |
| Referat fra det femte obstetriske guidelinemøtet .....                                   | 76 |
| Sjekkdeg Betanien 2026 – Sammen kan vi utrydde livmorhalskreft! .....                    | 78 |
| <b>ACTA OBSTETRICIA ET GYNECOLOGICA</b> .....  | 81 |

### 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.

# Kelzyn®

2 mg dienogest /  
0,02 mg etinyløstradiol



**NYHET!**

## Den eneste godkjente behandlingen for hirsutisme hos kvinner med PCOS<sup>1,2</sup>



### Kelzyn® senker det frie testosteronet<sup>1,3</sup>



Signifikant effekt på hirsutisme<sup>1\*</sup>



Regelmessig blødningsmønster<sup>3</sup>

#### Indikasjoner

Behandling av hirsutisme hos kvinner med polycystisk ovariesyndrom (PCOS) og oral hormonell prevensjon.

#### Kelzyn® (2 mg dienogest /0,02 mg etinyløstradiol), depottablett

**Indikasjoner:** Oral hormonell prevensjon. Behandling av hirsutisme hos kvinner med polycystisk ovariesyndrom (PCOS). Beslutning om forskrivning bør ta hensyn til den enkelte kvinnes nåværende risikofaktorer, spesielt for venøs tromboembolisme (VTE), og hvordan risikoen for VTE med Kelzyn® er sammenlignet med andre kombinerte hormonelle prevensjonsmidler. **Dosering:** 1 hvit tablett daglig i 24 påfølgende dager, etterfulgt av 1 grønn tablett (placebo) daglig i 4 dager. Skal tas til ca. samme tid hver dag. Behandling av hirsutisme bør vurderes regelmessig hver 6.-12. måned for å vurdere behov for fortsatt behandling, og stanses hvis bedring ikke ses. For mer informasjon, se SPC pkt. 4.2. **Kontraindikasjoner:** Forekomst av eller risiko for VTE; Nåværende (bruker antikoagulantia) eller tidligere VTE, kjent arvelig/ervert predisposisjon for VTE, omfattende kirurgiske inngrep med langvarig immobilisering, høy risiko for VTE pga. tilstedeværelse av flere risikofaktorer. Forekomst av eller risiko for arteriell tromboembolisme (ATE); Nåværende/tidligere ATE eller prodromal tilstand, cerebrovaskulær sykdom som nåværende/tidligere slag eller prodromal tilstand, kjent arvelig/ervert predisposisjon for ATE, tidligere migræne med fokale nevrologiske symptomer, høy risiko for ATE pga. flere risikofaktorer eller pga. tilstedeværelse av 1 alvorlig risikofaktor som diabetes mellitus med vaskulære symptomer, alvorlig hypertensjon, alvorlig dyslipoproteinemi. **Øvrige:** Nåværende/tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdier ikke er normalisert. Nåværende/tidligere levertumorer. Kjente/mistenkte maligniteter som påvirkes av kjønnshormoner. Udiagnostisert vaginalblødning. Samtidig bruk av legemidler med ombitasvir/paritaprevir/ritonavir, dasabuvir, glekaprevir/pibrentasvir eller sofosbuvir/velpatasvir/voksilaprevir. **Utvalgt sikkerhetsinformasjon:** Før oppstart må kontraindikasjoner og kvinns

risikofaktorer i hensyntas. Kvinnen må gjøres kjent med risiko for og symptomer på VTE og ATE, og hva som bør gjøres ved mistenkt trombose. Se Veiledning til helsepersonell og pasient på felleskatalogen.no. Før behandling av hirsutisme, skal andre patologiske tilstander assosiert med hyperandrogenisme utelukkes. Økt forekomst av ytterligere risikofaktorer for kardiovaskulære hendelser ved PCOS skal i hensyntas. Alvorlige bivirkninger sett ved bruk av andre kombinasjons-p-piller og/eller Kelzyn®: Tromboembolisme, en svak økning i hyppighet av brystkreft (ukjent årsakssammenheng), levertumor, livmorhalskreft, økt risiko for pankreatitt (ved hypertriglyseridemi), hypertensjon, leverfunksjonsforstyrrelser, endring i glukosetoleranse/effekt på perifer insulinresistens, Crohns sykdom, ulcerøs kolitt, kloasme, depresjon, forverring av symptomer på arvelig/ervert angioødem. **Graviditet og amming:** Skal ikke brukes under graviditet eller amming. **Pakning og pris:** 84 (3x28) stk. (blister); kr 466,80. **Reseptgruppe:** C. For mer informasjon, se SPC 03/2026.

\*Endring fra baseline i tilpasset mFG-skår ved besøk 5 / tidlig seponeringsbesøk (EDV). Antall (n = 209). Konfidensintervall: For forskjellen mellom gruppene: 95 % KI: (-3,19 til -1,28), 98,75 % KI: (-∞ til -1,14). P-verdi: < 0,0001. Punktestimat: LS-gjennomsnitt, LPRI-424: -3,77; LS-gjennomsnitt, placebo: -1,54; forskjell mellom gruppene: -2,24.

**Referanser:** 1. Kelzyn® preparatomtale 03/2026. 2. www.legemiddelsok.no 03/2026. 3. Lobo et al. Oral prolonged-release dienogest 2 mg and ethinylestradiol 0.02 mg in a 24/4-day regimen for polycystic ovary syndrome-associated hirsutism: a double-blind, randomised, placebo-controlled trial. EClinicalMedicine. 2025 Oct 30;90:103594.

## Et levende fagmiljø

Sommeren er i emning, og hva er vel et tydeligere tegn på det enn at sommerutgaven av Gynekologen havner i posten (neida, Joda). Samtidig går driften sin vante gang, vakter skal dekkes, ferier avløses, og kvinner som pliktoppfyllende har planlagt graviditet etter barnehageopptak og permisjonsrettigheter, skal forløses.

I en travel hverdag er det likevel én ting som stadig slår meg, nemlig hvor stort engasjementet i faget vårt er. Året hittil har igjen bekreftet det vi allerede vet: Gynekologer holder ikke bare hjulene i gang, men driver engasjert med fagutvikling, undervisning, kvalitetsarbeid og kollegiale initiativ på toppen. Kanskje er nettopp dette fordelen med et vakttungt fag, at de som begynner, og blir værende, som regel har en sterk indre motivasjon og et stort engasjement for faget. Resultatet er et nasjonalt fagmiljø som yrer av liv og aktivitet. Det bærer også denne utgaven preg av.

Våren har bydd på flere møter og kurs, noen nye og friske, andre gode og gamle. Flere av disse kan du lese om i denne utgaven av Gynekologen. Samtidig fremheves initiativer for bedre arbeidsmiljø, rekruttering og kvinnehelse. Les blant annet om fadderordning og "sjekk deg"-kampanjen

– kanskje er dette noe som kan videreføres hos dere? Det oppfordres også til faglig debatt, denne gang vedrørende teknikk for ekstern aortakompresjon. En god anledning til å ta en runde på lokale retningslinjer. Vi har fylt flere sider med faglig påfyll, som forhåpentligvis er anvendelig i klinisk praksis. I tillegg får du bli bedre kjent med NGFs nye leder, en tydelig og engasjert stemme for kvinnehelse, fagmiljø og rekruttering.

Viljen til å dele erfaringer, diskutere utfordringer og stadig forbedre oss er noe av det som gjør fagmiljøet vårt sterkt. Det får vi også anledning til på årsmøtet i Tromsø i høst. Årets program byr på noe for enhver, både faglig, med temaer fra gynekologi gjennom hele livet, og sosialt, fra mosjon til fest. En ekstra oppfordring om å sende LIS på årets årsmøtet finnes på side 46. Å invitere inn i NGF-varmen kan bidra til å rekruttere og beholde folk – nøkkelord for fremtidens gynekologi og obstetikk.

Med ønske om god lesning og en sommer som gir påfyll.

Sofie Rønningsbakk Angeltveit  
Redaktør



# Utrogestan®

(mikronisert progesteron)

– bioidentisk progesteron som speiler kvinnens naturlige hormon<sup>1</sup>

- ✓ Som tillegg til hormonerstatningsterapi (HRT) der østrogen brukes av kvinner med intakt livmor<sup>1</sup>
- ✓ Mer enn 40 års global erfaring innen hormonerterapi<sup>2</sup>

**Kontraindikasjoner:** udiagnostisert blødning fra genitalia, alvorlig nedsatt leverfunksjon, levertumorer, mistenkt eller bekreftet neoplas i bryster/genitalia, aktiv eller tidligere tromboembolisk sykdom, cerebral blødning, porfyri. Allergi mot peanøtter/soya. Ved kontraindikasjon relatert til østrogen når Utrogestan brukes ved HRT sammen med et østrogen (se preparatomtalen for det aktuelle østrogeninnholdende legemidlet).<sup>1</sup>

**Utrogestan (progesteron), myke kapsler til oral bruk, 100 mg og 200 mg.**

**Indikasjoner:** Syklusforstyrrelser på grunn av progesteroninsuffisiens, spesielt uregelmessig menstruasjon. Brukt som tillegg ved hormonerstatningsterapi (HRT) med et østrogen hos postmenopausale kvinner med intakt livmor. **Dosering:** Ved lutealsvikt; tas i 10 dager/syklus, vanligvis fra dag 17–26. Standard dose er 200–300 mg progesteron per dag, tatt som én kapsel eller to separate kapsler, dvs. 200 mg om kvelden ved leggetid pluss eventuelt 100 mg om morgenen. Ved menopause; Behandling med kun østrogen er ikke anbefalt alene hos menopausale kvinner med intakt livmor. 200 mg progesteron skal tas som tillegg ved leggetid i minst 12–14 dager/måned, dvs. i løpet av de to siste ukene av hver behandlingssyklus, etterfulgt av ca. én uke uten noen form for erstatningsterapi. Bortfallsblødning kan forekomme i denne perioden.

**Utvalgt sikkerhetsinformasjon:**

**Advarsler og forsiktighetsregler:** Ikke egnet som prevensjonsmiddel. Fullstendig medisinsk undersøkelse foretas før oppstart og regelmessig under behandling. Dersom behandlingen blir påbegynt for tidlig i måneden, spesielt før den 15. dagen i syklusen, kan syklusen bli forkortet eller det kan forekomme blødning. Pasienter skal overvåkes nøye hvis de har eller har hatt venøs trombose. Legemidlet seponeres ved; øyesykdommer (som f.eks. nedsatt syn, diplopi og retinale vaskulære lesjoner), venøse tromboemboliske eller trombotiske hendelser, uansett lokasjon og ved kraftig hodepine. Kontroller at pasienten ikke er gravid hvis hun utvikler amenoré under behandlingen. **Bivirkninger:** Vanlige; uregelmessig menstruasjon, amenoré, metroragi, hodepine. **Pakninger og priser (AUP):** 100 mg, 30 stk.: kr 113,40. 100 mg, 90 stk.: kr 267,70. 200 mg, 45 stk.: kr 293,20. **Reseptgruppe C.**

For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Utrogestan 100 og 200 mg kapsler til oral bruk, SPC 02.09.2024.

Referanser: 1. SPC Utrogestan 100 mg og 200 mg kapsler til oral bruk, 02.09.2024. 2. Markedsføringstillatelse. Ministère de la Santé, Frankrike, 15. januar 1980.

**BESINS**  
HEALTHCARE  
By your side, for life

BESINS HEALTHCARE NORDICS AB  
+46 40 295 200, www.besins-healthcare.no  
info.nordics@besins-healthcare.com

**Utrogestan®**  
progesteron

2025-10-NO-UTR-102 NOV 2025



Foto: K. Sundt, Helse Bergen

Leder

## En smak av sommer

Etter 23 år ved Kvinneklubben i Bergen har jeg absolutt fått kjenne smaken av sommer for leger i gynekologi og fødselsomsorg. Og like sikkert som at sommeren kommer, forventer jeg overskriftene om mangel på jordmødre og presset bemanning i fødeavdelingene. Jordmødrenes organisasjoner er flinke til å løfte utfordringene frem i offentligheten, og de har viktige poeng: I et fag der mesteparten av aktiviteten er øyeblikkelig hjelp, og der kompetente vikarer er mangelvare, kan man ikke avvike ferie uten å be de ansatte om å jobbe mer.

Gjelder ikke dette også for oss gynekologer? Jo, fødselsomsorgen har svært begrenset mulighet til å redusere drift og beredskap i ferieperioder. Vi er et av de mest vaktintensive fagene i sykehus - hele året.

I sin leder «Sykehusene må konkurrere om kompetansen» peker Legeforeningens president Anne Karin Rime, på noe helt sentralt: Skal sykehusene klare å rekruttere og beholde leger med kompetanse og erfaring, må både lønn og arbeidsvilkår brukes langt mer aktivt. Mange fagmiljøer er allerede presset, og erfarne leger reduserer stillingene sine eller forsvinner ut. Belastningen øker dermed for dem som blir igjen.

Få steder merkes dette tydeligere enn i fødselsomsorgen, særlig om sommeren. Med begrenset tilgang på legevikarer som kan praktisere fødselshjelp i tråd med norske retningslinjer, må gynekologene i vakt stille lojalt opp. Vi gjør det for pasientene! Jeg tror de færreste tar på seg ekstra sommerarbeid motivert av lønn.

Det er påfallende ulikhet mellom jordmødrenes og Legeforeningens strategi. Jordmødrene er tydelige i media, og forhandler om premissene før hver sommer. Resultatet er tillegg som gjør at vaktene dekkes frivillig, altså lønn i tråd med tilbud og etterspørsel. I Legeforeningen er det derimot ingen fagspesifikke forhandlinger,

og dermed heller ingen særskilte tillegg for vakt- og beredskapstunge fag. Det kan se ut til at dette har vært en blindsoner for foreningen, eller kanskje har vi for mange ulike interesser under samme paraply?

Arbeid i ferier, helger og på helligdager er surt og utgjør en risiko for at flere søker seg bort fra jobb i sykehus. Ja, lønn er en stor utfordring, men det er enda dyrere å miste fagfolk som vil ut av vakt. Tilbudet av gynekologer er lavt, etterspørselen stor!

Noen fødeavdelinger har nok lokale løsninger som sikrer legene ekstra sommertillegg. Men avdelinger som følger sentralt fremforhandlet sommerplan, mangler avtaler som gir økonomisk spillerom. Ledere har lite å lokke med når vakter skal dekkes, og må be sine ansatte om å jobbe mer uten å tilby fristende lønn. Legeforeningen bør derfor bidra til å sikre gode vakttillegg som gir rimelig kompensasjon når lyse sommerkvelder ofres for travle vakter med stort ansvar.

Jeg gleder meg til den varme årstiden. Og heldigvis liker jeg action! Men når smaken av sommer er våkenetter og doble skift, bør det også lukte (litt mer) av penger.

Takk til dere alle som sikrer gode helsetilbud i sommer, både i og utenfor sykehus. Det er herlig å ta ferie etter et år med meningsfull og intens innsats på jobb. Den følelsen kan ikke kjøpes for penger. God sommer!

PS: NGF er fortsatt en fagmedisinsk forening og har ingen rolle i lønnsforhandlinger. Teksten uttrykker lederens personlige bekymring og meninger.

*Agnethe Lund,*  
leder i Norsk gynekologisk forening

# Nytt fra styret

I mars ble årets andre styremøtet gjennomført i Bergen, her nevnes noen av sakene:

Endringer i Legeforeningens regler for Utdanningsfond for LIS er fulgt opp. I 2026 blir programmet slik at FUGO fortsatt kan arrangere møte/kurs dagen før årsmøtet. Dette er viktig for utdanning, inkludering og rekruttering av unge kolleger.

Styret får mange forespørsler om å sende ut medlemsmail, men vi ønsker ikke å bruke denne muligheten for ofte, da blir det spam. Mange ønsker å rekruttere til studier og vi har derfor besluttet å lage en felles portal på NGF nettsiden som heter Aktuelle spørreundersøkelser. Forespørsler sendes til nettredaktør, som kan legge ut info om prosjekter som utføres og/eller veiledes av NGF medlemmer. Facebookgruppen Norsk Gynekologisk Forening kan også brukes til deling av informasjon i foreningen, nettredaktør Kine H. Haaverstad er administrator.

Videre drøftet styret bekymring om faglig kvalitet ved koniseringsringer (innspill fra Norsk forening for kolposkopi), aborttilbud i primærhelsetjenesten, innspill til helsereform og bekymring for legers juridiske rettigheter og faglig kvalitet i tilsyn med fødselsomsorgen. Styret vil ily. våren bidra til å rekruttere nye hovedredaktører for våre gynekologiske guidelines.

Årsmøtet i Tromsø 2026 er under planlegging, dette er et omfattende arbeid for Vitenskapelig sekretær og foreningen, vi har vedtatt budsjett og gitt innspill til program.

Det er besluttet at Bergen arrangerer årsmøtet i 2028 (i 2027 skal vi til Lillestrøm).

**Deltagelse i Faglandsrådet (Legeforeningen):** Solveig Bjellmo er fast innvalgt medlem i Faglandsrådet. Are Larsen og Agnethe Lund deltok for NGF. Sakene i møtet var bl.a. beredskap, intensivkapasitet, folkehelse og oppgavedeling. Samarbeidet mellom NGF og anesthesi, og det tverrfaglige møtet i obstetrisk anesthesi, ble presentert og fremhevet. Vi kan nok en gang slå fast at NGF ligger langt fremme i sitt arbeid med faglige veiledere, hvordan slikt arbeid skal kompenseres bør følges opp av Faglandsrådet og Dnlf.

**Høringssvar** (det renner inn høringer, NGF svarer på utvalgte): Medisinsk abort i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, Landsstyresak om kontingentfordeling, innspill til arbeid med ny helsereform, kandidat til Akademikerprisen og til Legeforeningens menneskerettighetsutvalg.

**Media** henvender seg jevnlig til foreningen, men den største saken så langt i vår var tilsvar i DN om keisersnitt, ført i pennen av Johanne Kolvik Iversen (med mange flere). NGF stilte seg bak; *Tenk at norske kvinner fortsatt kan drive med føding* (åpen sak DN.no).

**Guidelines:** Utkastene til revisjoner har vært på høring og de årlige guidelinemøtene er gjennomført. Veilederne i både gynekologi og fødselshjelp er nå oppdatert med ny kunnskap til støtte for alle NGF medlemmer og andre fagmiljø. GODT JOBBET!

## Styret i Norsk gynekologisk forening



**Agethe Lund**  
Leder

Agethe er overlege ved Kvinneklivnikken 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. Agethe 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 pudder 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 Kvinneklivnikken 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 obstetrik (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 Kvinneklivnikken 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 obstetrik 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 Kvinneklivnikken, Oslo universitetssykehus. På fritiden henter han energi fra trening, gode mat- og drikkeopplevelser samt ulike kulturtilbud.



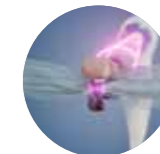
## OLYMPUS

## 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](http://www.olympus.eu/THUNDERBEAT)

OLYMPUS NORGE AS  
Drengsrudbekken 12, 1383 Asker | [www.olympus.no](http://www.olympus.no)

# Kjære FUGO-folk!



**Are Adam Woyseth Larsen**  
FUGO-leder

Et nytt halvår går mot slutten, og forhåpentligvis senker sommer-tempoet seg snart for mange av oss. Før ferieavviklingen tar over, vil jeg løfte fram noen ting å se fram til utover høsten.

I oktober samles vi til NGFs årsmøte i Tromsø, en viktig møteplass både faglig og sosialt. Som tidligere år arrangerer FUGO et eget LIS-formøte i forkant av årsmøtet. Programmet er rettet mot både ferske og mer erfarne LIS, og vi gleder oss til å samle kolleger fra hele landet til faglige diskusjoner, erfaringsutveksling og hyggelig sosialt samvær.

Formøtet har vært svært populært de siste årene, så vi anbefaler derfor å melde seg på tidlig. Husk også at det er mulig å søke støtte til reise og opphold gjennom Utdanningsfond III.

I samarbeid med NGF deler vi også i år ut stipend til LIS som deltar på årsmøtet for første gang. Målet er å gjøre det enklere for flere å delta, og vi håper mange førstegangsdeltagere søker.

Søknad kan sendes inn til: [martin.skage.sommer@legeforeningen.net](mailto:martin.skage.sommer@legeforeningen.net)

I disse tider sender vi som vanlig ut spørreskjemaet til Utdanningsprisen 2026. Prisen går til avdelingen som har utmerket seg i utdanningen av LIS innen fødselshjelp og kvinnesykdommer, men undersøkelsen handler om langt mer enn å kåre en vinner.

Tilbakemeldingene gir viktig innsikt i hvordan utdanningen oppleves rundt om i landet, hvilke utfordringer som finnes og hva som fungerer godt. Vi håper derfor at så mange som mulig tar seg tid til å svare.

Årets undersøkelse vil også inneholde spørsmål om organiseringen av utdanningen ved ulike avdelinger, blant annet knyttet til progresjon, normert utdanningstid og variasjoner i utdanningsløp. Dette er temaer vi ønsker å løfte videre under årsmøtet, og svarene deres vil være et viktig grunnlag for diskusjonene.

Til høsten skal det også velges ett nytt medlem til FUGO-styret og valgkomiteen arbeider nå med å finne en kandidat. Arbeidet i FUGO gir en unik mulighet til å påvirke LIS-utdanningen nasjonalt, bli kjent med engasjerte kolleger fra hele landet og bidra i et inkluderende og inspirerende miljø. Vi håper derfor at flere har lyst til å engasjere seg.

Dersom du ønsker å søke kan du sende mail til:  
[m.eskeland@hotmail.com](mailto:m.eskeland@hotmail.com)

Med det ønsker vi dere alle en riktig god sommer, og håper vi sees i Tromsø til høsten!

## FUGO-styret 2026



**Are Larsen**  
Leder, NFYOG, Endoskopiutvalg  
Arbeidssted: Ringrike Sykehus feb 2022 - okt 2022.  
Sykehuset Telemark nov 2022 - d.d.  
[are.larsen@outlook.com](mailto: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](mailto:rannveig.stokke@gmail.com) / [rannst@ihelse.no](mailto:rannst@ihelse.no)



**Nilofar Alizadeh**  
Økonomiansvarlig, ENTOG  
Arbeidssted: Sørlandet Sykehus Kristiansand  
2023 - aug. 2025, Helse Vest Bergen aug. 2025 - d.d.  
[nilofar\\_alizadeh@hotmail.com](mailto: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](mailto:m.skage.sommer@gmail.com)



**Falastin Alasoow**  
ENTOG, møteansvarlig  
Arbeidssted: Stavanger Universitetssykehus  
okt. 2024 - d.d.  
[alasoowfalastin@gmail.com](mailto:alasoowfalastin@gmail.com)



**Kanutte Norderud**  
Kampanjeansvarlig, NFYOG  
Arbeidssted: Afdeling for Kvinnesykdomme, 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](mailto:kanutte.norderud@online.no)



**Andreas Thoresen**  
Webansvarlig, Gynekologen, NFYOG  
Arbeidssted: Stavanger Universitetssykehus  
mars 2024 - nov. 2025; Ahus nov. 2025 - d.d.  
[andreas.tboreesen@live.no](mailto:andreas.tboreesen@live.no)

## FUGO møtet 2026: Komplekse smertetilstander



**Falastin Alasoow**

Kjære kolleger

Den 21. oktober 2026 arrangeres det årlige FUGO-møtet i Tromsø.

Årets tema er smertepasienter, med fokus på noen av de mest utfordrende, og samtidig hyppigste problemstillingene i gynekologisk praksis.

Hvordan kan vi bedre møte pasienter med komplekse smertetilstander, der årsaken ikke alltid er klar og behandlingen må tilpasses den enkelte?

Gjennom kurset går vi i dybden på:

- Endometriose
- Adenomyose

- Langvarige underlivssmerter
- Vulvalidelser
- Seksuelle dysfunksjoner

Du får en strukturert og klinisk relevant gjennomgang, med vekt på praktisk håndtering, differensialdiagnostikk og tverrfaglig forståelse.

Målet er å gjøre deg tryggere i møte med pasienter med komplekse symptombilder, der både somatiske og psykososiale faktorer spiller inn. Vi har med oss erfarne forelesere med solid klinisk bakgrunn, og legger opp til en kombinasjon av faglige oppdateringer og konkrete verktøy du kan ta med deg direkte inn i klinisk arbeid.

Kurset passer for både nye og erfarne LIS-leger. Kurset arrangeres i forbindelse med NGFs årsmøte i Tromsø. Deltakere kan søke om dekning av utgifter til transport og opphold gjennom utdanningsfond III.

QR-kode for direkte påmelding er vedlagt.

Velkommen til møte!



FUGO MØTE

## Utdanningsprisen 2026 – Spørreundersøkelse



**Andreas Thoresen**

FUGO har igjen gleden av å dele ut Utdanningsprisen på NGFs årsmøte til høsten. Prisen går til avdelingen som utmerker seg med særlig god utdanning av LIS i fødselshjelp og kvinnesykdommer.

For å kunne kåre en verdig vinner er vi avhengige av tilbakemeldinger fra LIS-leger landet over. Vi inviterer

derfor alle nåværende LIS (og nylige spesialister i 2025/2026) til å svare på årets spørreundersøkelse. Dine svar er viktige! Undersøkelsen tar noen få minutter å gjennomføre, men har stor verdi. Desto flere svar, desto bedre grunnlag får vi for å løfte frem gode utdanningsmiljøer rundt omkring i Norge.

Svar ved å skanne QR-koden ved siden av. Har du vært LIS ved flere avdelinger i den aktuelle perioden, kan du gjerne svare for hver periode. Vi håper du tar deg tid til å bidra. Tusen takk!

Svarfrist 15.08.



SPØRRE-UNDERSØKELSE

Leder fra Spesialitetskomiteen

# Utdanningsfond III



**Nora Johansen**

Leder av Spesialitetskomiteen

Vi i spesialitetskomiteen får stadig henvendelser fra engasjerte kursarrangører med spørsmål om hvordan de kan få kurset faglig godkjent før det arrangeres. Det er også mange LIS og spesialister som lurer på hva som skal til for å få refusjon fra Utdanningsfond III til faglig oppdatering i inn- og utland. Jeg har lest retningslinjene med lykt og lupe, og prøver med dette å gi dere en forståelig oppsummering.

## Hvordan får jeg forhåndsgodkjent kurset jeg vil arrangere?

Alle norske kurs for LIS2/3 og spesialister må være forhåndsgodkjent for at deltakerne skal kunne få refusjon fra Utdanningsfond III. Legeforeningen poengterer at godkjenningen ikke er en garanti, men en forutsetning. Du søker ved å fylle ut et skjema som sendes til Legeforeningen. Hvis du googler «forhåndsgodkjenning kurs legeforeningen» kommer du til skjemaet etter kun tre trykk. Legeforeningen kontakter spesialitetskomiteen for vurdering av faglig relevans. Hvis du er i planleggingsfasen, anbefaler jeg å lese *Retningslinjer for vurdering av kurs i relasjon til legers videre- og etterutdanning*. Kort oppsummert er kravene:

- Minimum 6 timers varighet
- Faglig relevant innhold med høy kvalitet
- Ikke tilknytning til industrien (mange unntak med tilhørende forbehold)
- LIS-kurs skal arrangeres i Norge (unntak finnes)
- Les retningslinjene hvis du vil arrangere i utlandet

## Hvordan får jeg som er LIS refusjon fra Fond III?

Det er et ukjent antall LIS som fortsatt er i gammel ordning, og for dere anbefaler jeg å lese punktet 3.1.1 og 3.1.2 i *Retningslinjer*

for Utdanningsfond III. Her oppsummeres kravene for refusjon for LIS i dagens ordning:

- Fullført LIS1 og norsk autorisasjon som lege
- Ansatt på et offentlig sykehus
- Kurset finnes på Helsedirektoratets nettside over læringsaktiviteter innen fødsels hjelp og kvinnesykdommer (her er problemet at lista over øvrige relevante kurs ikke oppdateres jevnlig)
- Faglig årlig møte med faglig godkjenning (årsmøtet, guidelinemøtet)
- Inntil ett nasjonalt anbefalt kurs/år kan være i en annen spesialitet

## Hvordan får jeg som er spesialist refusjon fra Fond III?

Spesialister kan få refusjon med inntil 15 000 kr årlig. Legen må være godkjent spesialist før kursstart. Regler for dette finner du i punkter under 3.3 i *Retningslinjer for Utdanningsfond III*. Her oppsummerer jeg hvordan du kan få refusjon:

- Kurs/kongress/faglig møte/utdanning er på forhånd godkjent av spesialitetskomiteen i Norge eller av EACCME/AMA i utlandet
- Du får faglig godkjenning i etterkant på *Søknad om kursgodkjenning* innen 3 måneder etter svar fra Fond III
- Du og arbeidsgiver har sammen bestemt at arrangementet i utlandet er relevant for deg, og faglig godkjenning kreves bare dersom norsk arrangør

## Hvilke utgifter dekker Fond III?

I all hovedsak dekker Fond III reiser med fly og kollektivtransport samt hotellutgifter. Fond III dekker ikke påmelding eller mat under oppholdet. Under *Retningslinjer for Utdanningsfond III* er det listet 7 punkter som dekkes, og 8 punkter som ikke dekkes. Dersom man ikke lar seg friste til å skeie ut blir det meste dekket dersom avdelingen betaler påmelding og kost.

Teksten er kvalitetssikret av Legeforeningen.



## Established efficacy and safety profile<sup>1</sup> +10 years of clinical experience in OAB<sup>1</sup>

**BETMIGA™ (mirabegron) 25 og 50 mg depottabletter**  
**Farmakoterapeutisk gruppe:** Urologisk spasmolytikum, selektiv β<sub>3</sub>-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 m<sup>2</sup>) 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 innholdstoffene. 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 m<sup>2</sup>), 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 m<sup>2</sup>) 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 antimuskulinbehandling 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: ICPC: U04 Urininkontinens; ICD: 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](http://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](http://Betmiga.no)



# Sjeldne jenter og unike mødre

## Norsk nettverk for kvinnehelse og sjeldne medfødte diagnoser

Vi har alle vært der. Du sitter på poliklinikken og har selvsagt ikke rukket å lese gjennom lista på forhånd slik som planlagt. I det du skal rope opp neste pasient, tar du en kjapp titt i journalen og tenker: "Hjelp dette kan jeg ingenting om!".



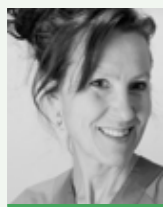
**Ane Moe Holme**

Overlege på føden Rikshospitalet og Nasjonalt senter for sjeldne diagnoser, OUS og fagansvarlig obstettrikk, Norsk nettverk for kvinnehelse og sjeldne medfødte diagnoser



**Cathrine Reimers**

Overlege på gyn. Ullevål og Nasjonalt senter for sjeldne diagnoser, OUS og fagansvarlig gynekologi, Norsk nettverk for kvinnehelse og sjeldne medfødte diagnoser



**Camilla Friis**

Overlege på føden Rikshospitalet, OUS og fagansvarlig obstettrikk, Norsk nettverk for kvinnehelse og sjeldne medfødte diagnoser



**Ingrid Kolseth**

Overlege på føden Ullevål, OUS og fagansvarlig obstettrikk, Norsk nettverk for kvinnehelse og sjeldne medfødte diagnoser



**Line Mediå**

Rådgiver og sykepleier, fagansvarlig fra Nasjonalt senter for sjeldne diagnoser, OUS

Noen ganger står vi overfor pasienter med sykdommer som er så sjeldne eller komplekse at selv Google trekker på skuldrene, og PubMed ikke gir relevante svar. Og selv når vi faktisk finner noe – eller får et skråsikkert svar fra ChatGPT – bygger kunnskapen ofte på erfaringer fra få pasienter og mindre utvalg som kan være lite representative. I slike situasjoner er det lett å kjenne på faglig ensomhet og usikkerhet. Denne følelsen kjenner de fleste av oss igjen fra konkrete pasientmøter. Kanskje er den neste på poliklinikklisten en 16-åring, ledsaget av begge foreldre, som skal informeres om at MR viser fravær av livmor og skjede.

De fleste av oss har også ivaretatt kvinner med atypiske og til dels alvorlige forløp i svangerskap, fødsel eller barsel. Kvinner som har blitt dårligere enn forventet, der kart og terreng ikke passer. Ofte behandler vi symptomene, forløser når vi må, og slår oss til ro når tilstanden bedres, uten å forfølge den diagnostiske nysgjerrigheten videre. Underliggende sykdom kan gi uvanlige svangerskapsforløp, og sjeldne diagnoser er oftere udiagnostisert.

Men hvor vender vi oss når diagnosen er sjelden, funnene er atypiske og kunnskapsgrunnlaget er tynt?

### Sjeldne diagnoser

En diagnose regnes som sjelden når prevalensen er < 1 av 2 000 (1,2). Ofte er den medfødt, arvelig og sammensatt. Antallet ulike diagnoser er antatt å være over 8000, og øker stadig. Selv om hver diagnose er sjelden i seg selv, har til sammen rundt 300 000 personer i Norge en sjelden diagnose, det vil si omtrent like mange som diabetes. Vi vil derfor regelmessig møte kvinner i vår kliniske praksis med en sjelden diagnose, hvorav noen kan ha betydning for både gynekologisk og obstetrisk vurdering og behandling.

### En ny gruppe kvinner

Bedret diagnostisering og behandling gjør at flere kvinner med sjeldne medfødte diagnoser når fertil alder og har barneønske. Mange av disse sykdommene er komplekse og rammer flere organer. Vi møter altså en ny gruppe kvinner hvor vi vet lite om helsen i voksen alder, og langt mindre om puberteten, seksualitet, fertilitet og svangerskap(3).

### Unike jenter – sjeldne diagnoser i gynekologien

Det er viktig at vi i gynekologisk praksis er klar over at det finnes en rekke sjeldne diagnoser som er assosiert med utviklingsforstyrrelser i det urogenitale systemet (4). Det finnes også andre sjeldne sykdommer vi kan møte på gynekologisk poliklinikk, for eksempel (5-9):

- Sjeldne hudsykdommer som rammer vulva og slimhinner
- Blødertilstander og leversykdommer som årsak til

blødningsforstyrrelser

- Sjeldne hormonforstyrrelser som kan påvirke genitalia og fertilitet
- Anorektale misdannelser med lav perineum og gjentatte kirurgiske inngrep
- Primær immunsvikt sykdommer som er assosiert med vulvacancer og residiverende candida, herpes og kondylomer i vulva og anorektalområdet
- Autoimmune og inflammatoriske sykdommer som affiserer genitalia

### Utfordringer med sjeldenhet

#### Tynt kunnskapsgrunnlag

Sjeldne diagnoser er vanskelige å studere siden det er langt mellom pasientene. Dette medfører begrenset eksisterende kunnskap om diagnosene per se, og enda mindre kunnskap om gynekologiske og obstetriske problemstillinger (3). Ofte må vi basere oss på ekspertvurderinger, kasuistikker og seriekasuistikker. Det er en skjevhet i publikasjonene da uheldige svangerskapsutfall oftere rapporteres.

Kvinner med sjeldne diagnoser bor over hele landet, og de fleste av oss gynekologer møter få pasienter med den enkelte diagnose. Det er vanskelig å finne en kollega som kan noe mer, og det er viktig å huske at et menneske er mer enn sin diagnose. Man skal derfor være forsiktig med å ekstrapolere mellom pasienter når n= 2-3.

#### Transisjon

Vi vet at overgangen fra pediatri til voksenmedisin ofte er utilstrekkelig for denne pasientgruppen (1,9-11). I barneårene får pasientene helhetlig oppfølging med flere spesialister innen pediatrien, mens voksenmedisinen ofte fragmenteres mellom flere spesialister, gjerne på ulike sykehus, der ingen tar tydelig ansvar for helheten. For eksempel ivaretas de fleste kvinner med medfødt variasjon i kroppslig kjønnsutvikling i barneårene, mens oppfølgingen blir mangelfull i ung voksen alder, når de flytter for å studere og etablere seg. Mange unge voksne i denne gruppen rapporterer at de har liten innsikt i egen diagnose og at de vet lite om eget underliv (9,10).

Spørsmål knyttet til gynekologisk helse, seksualitet, prevensjon og svangerskapsplanlegging tas for sjelden opp av helsepersonell. Mange kvinner vegrer seg for å kontakte gynekolog fordi de ofte erfarer at helsepersonell vet lite om diagnosen deres, og de er usikre på om og hvor de kan få hjelp. Studier viser at kvinner ønsker at slike spørsmål adresseres, men at lege eller sykepleier initierer samtalen (10,12).

### Sjeldne mødre - momenter om sjeldenhet og svangerskap

Svangerskap medfører betydelige fysiologiske endringer som stiller økte krav til alle organsystemer, og er ofte den første «stresstesten» i voksenlivet. Vi vet at et svangerskap kan forverre en grunn sykdom, at det kan tilkomme nye symptomer, og at senkomplikasjoner kan debutere.

Det er godt dokumentert at kronisk sykdom hos mor øker risikoen for komplikasjoner både for mor og barn. Samtidig vet vi at målrettet oppfølging av denne gruppen reduserer risikoen ved svangerskap, fødsel og barsel (12-15). Kvinner med sjeldne diagnoser har økt maternell morbiditet og mortalitet i forbindelse med svangerskap (15-17). I en del tilfeller skyldes det at kvinnene er udiagnostiserte før svangerskapet, eller ikke er orientert om egen risiko og om viktigheten av god planlegging, både av hensyn til egen og fosterets helse. Mange medfødte sykdommer er komplekse multiorgan-sykdommer, og det er ofte hensiktsmessig med grundig familieplanlegging (17). Det kan være aktuelt med medisinsk genetisk veiledning, utvidet fosterdiagnostikk eller preimplantasjonsdiagnostikk (3).

Kvinner med medfødte sjeldne sykdommer har vært syke siden spedbarnsalder, og man må derfor være oppmerksom på at senkomplikasjoner man vanligvis forbinder med høy alder, allerede kan være en faktor i fertil alder. Hos de som allerede har tegn til senkomplikasjoner må man ta høyde for at symptomene kan tilta, og at ikke alle forandringer er reversible.

Sjeldne diagnoser kan være vanskelig å stille og flere kvinner får sin diagnose først etter et uventet og komplisert svangerskap, fødsel eller postpartumforløp (18,19). Ofte fordi de ble møtt av en lege som ble nysgjerrig i møtet med en uventet syk pasient eller en atypisk svangerskapskomplikasjon. Spørsmål om familiehistorikk, funksjonsnivå i barne- og ungdomstid og tidligere uvanlige sykdomsforløp kan være svært nyttige og bidra til at man kan stille en diagnose. Se tekstboks 1.

### Norsk nettverk for kvinnehelse og sjeldne medfødte diagnoser

Vi vet at kvinner med sjeldne diagnoser med gynekologiske og obstetriske problemstillinger er ekstra sårbare, oftere har psykososiale utfordringer og kan ha både komplekse problemer og varierende uttrykk av sin grunntilstand (1). De bor over hele landet og trenger oppfølging



Illustrasjon: Øystein Horgmo, UIO

### TEKSTBOKS 1

#### Når bør man tenke sjeldne diagnoser?

Noen sjeldne sykdommer debuterer i forbindelse med svangerskap og fødsel. Et alvorlig forløp i svangerskap og barsel kan være første tegn på en uerkjent grunn sykdom hos mor.

- Når svangerskap og peripartumforløp er:
  - Atypisk
  - Uvanlig
  - Kraftig
  - Intensivkrevende
- Løft blikket, tenk bredt og sikre en skikkelig anamnese. Det kan være aktuelt å spørre om:
  - Familieanamnese: Alvorlige sykdomsforløp, funksjonsnedsettelse, tidlig død etc.
  - Barndom: idrett/aktivitetsnivå, skolefunksjon
  - Funksjonsnivå utenom graviditet sammenlignet med klassekamerater, kollegaer og venner
  - Dyspné, gangfart, trappegang, løpe, hoppe, tå, hæl, åpne syltetøyglass
  - Tidligere reaksjoner på sykdom?
  - Blødningsanamnese
  - Sykliske symptomer
- Diskuter multidisiplinært, vurder utvidede prøver og/eller avtal oppfølging enten i spesialist- eller primærhelsetjenesten.
- Vi vet at kvinner med svangerskapskomplikasjoner som preeklampsi og diabetes har økt risiko for henholdsvis hjertekarsykdommer og diabetes senere i livet. Det er ingen grunn til å ikke anta at denne risikøkningen også gjelder de med andre, atypiske alvorlige forløp.



I juni 2025 samlet 51 deltagere, de fleste gynekologer og fødselsleger fra hele landet, til det årlige heldagsmøtet. Foto: Nasjonalt senter for sjeldne diagnoser

## TEKSTBOKS 2

### Obstetriske kasuistikk møter

- 10-12 digitale møter i året
- Vidt spekter av sjeldne diagnoser innen blant annet:
  - Nevromuskulæresykdommer
  - Nevrokutanesykdommer
  - Vaskulæresykdommer
  - Leversykdommer
  - Skjelettdysplasier
  - Hudsykdommer
  - Blødertilstander
  - Medfødte metabolske sykdommer
  - Lungesykdommer
  - Porfyrier
  - Overvekstsyndromer

### Gynekologiske kasuistikk møter

- 4 digitale møter i året
- Medfødte gynekologiske diagnoser, blant annet:
  - Müllerske anomalier
  - Variasjoner i kjønnsutvikling (DSD)
  - Androget insensitivitetssyndrom (AIS/CAIS)
  - Swyer-syndrom
  - Turner syndrom
  - Primær ovariesvikt
  - Medfødt binyrebarksvikt (CAH)
  - Blærekekstrofi

lokalt - ofte over lang tid. Mange er heller ikke tilstrekkelig orientert om egen risiko knyttet til graviditet og får mangelfull oppfølging.

Gynekologer og fødselsleger kan i møte med denne pasientgruppen ha behov for å diskutere med kolleger, både innen eget fag og på tvers av fagområder. I 2024 opprettet derfor Nasjonalt senter for sjeldne diagnoser i samarbeid med Kvinneklivnikken ved OUS, Norsk nettverk for kvinnehelse og sjeldne medfødte diagnoser.

### Landsdekkende fagnettverk innen gynekologi og obstetrikk

Nettverket er et landsdekkende fagnettverk for gynekologer, fødselsleger og annet helsepersonell som arbeider med utredning, oppfølging og behandling av kvinner med sjeldne diagnoser som påvirker kjønnsorganer, puberteten, seksualitet, fertilitet og/eller svangerskaphelse.

Nettverket er delt i en gynekologisk og en obstetriske arbeidsgruppe og består av nettverkskontakter innen gynekologi og obstetrikk fra de fleste kvinneklivnikkene i landet. Forfatterne av denne artikkelen er fagansvarlige, og nettverket er forankret i avdelingsledelsen ved helseforetakene. Se listen over alle nettverkskontakter i tekstboks 3.

### Formål

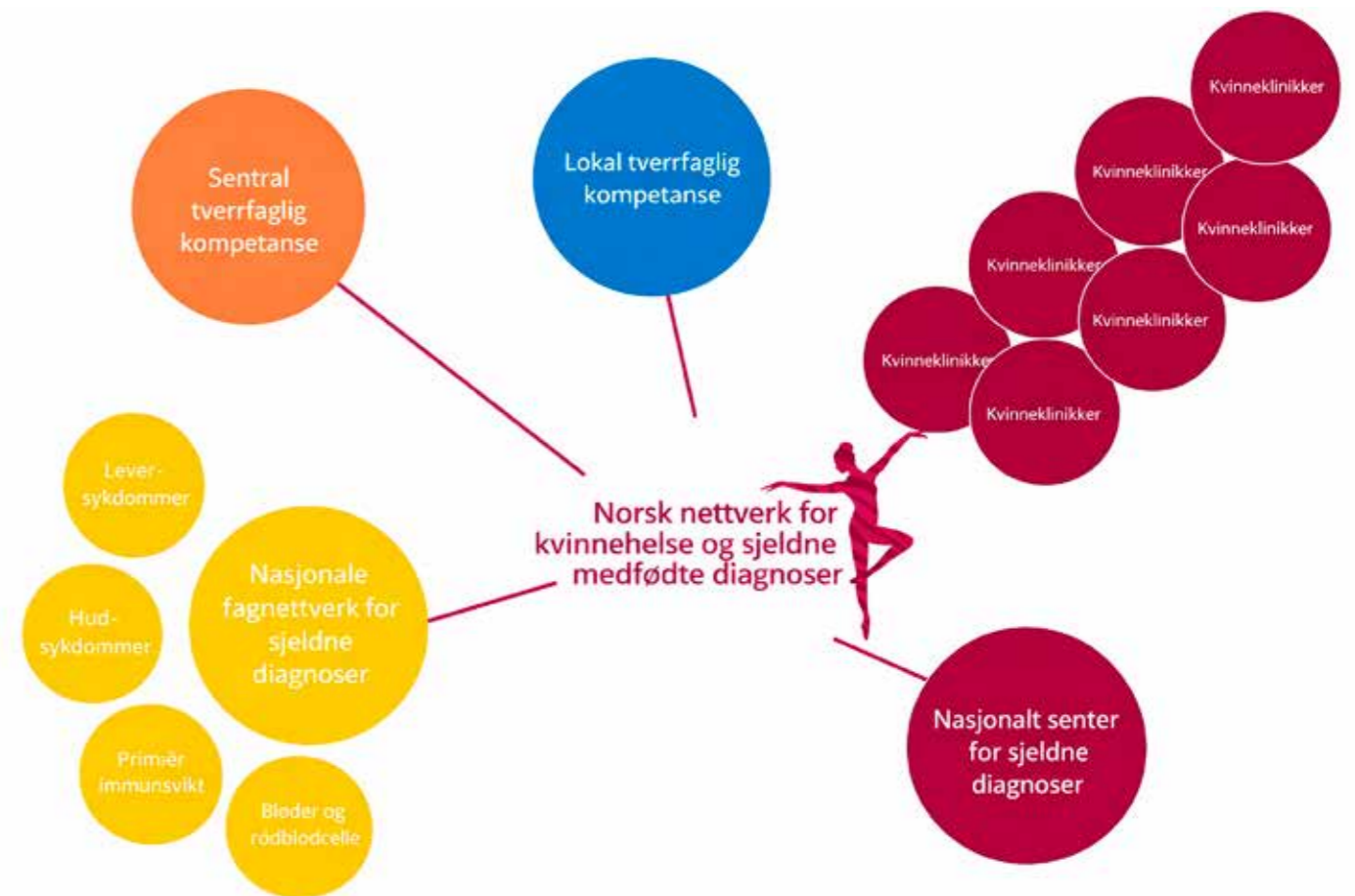
Målet med nettverket er å fremme tverrfaglig tilnærming i hele landet og styrke samarbeid på tvers av regioner om sjeldne og komplekse tilstander. Det var en klar intensjon fra start at nettverket skulle være direkte klinisk nyttig. Det skal bidra til at pasienter får likeverdig utredning og behandling, samtidig som lokal ivaretagelse styrkes og veien inn til spesialkompetansen blir kortere. På sikt ønsker man på denne måten å bedre overgang fra barne- til voksenmedisin for gruppen.

Nettverket bidrar til at kollegaer og fagpersoner samler og deler erfaringer, og støtter hverandre i kliniske vurderinger når litteraturen er sparsom. Det gir også grunnlag for mer systematisk datainnsamling og forskning på et felt der den vitenskapelige dokumentasjonen fortsatt er begrenset.

### Hva har vi fått til så langt?

#### Digitale kasuistikk møter

Nettverket har styrket det nasjonale samarbeidet om komplekse, sjeldne diagnoser innen gynekolog og obstetrikk ved å arrangere tre gynekologiske og åtte obstetriske digitale kasuistikk møter i året. Se tekstboks 2 for eksempler på problemstillinger. Møtene fungerer som multidisiplinært diskusjonsfora. Alle spesialister og erfarne LIS er velkomne til å melde inn kasuistikker og delta med erfaring og kompetanse. Det er høyt fokus på personvern, da pasientene ofte kan være lett identifiserbare.



Landsdekkende tverrfaglig samarbeid om kvinnehelse og sjeldne diagnoser

### Årlig fagseminar

Siden 2024 har nettverket arrangert et årlig heldags fagmøte på Gardermoen med tverrfaglige foredrag som dekker både diagnosespesifikke og mer generelle problemstillinger knyttet til sjeldne diagnoser. Det er særlig fokus på utredning og oppfølging av sjeldne gynekologiske tilstander, transisjon og ungdomsmedisin, familieplanlegging og svangerskap ved sjeldne diagnoser.

Følg QR koden for å lese referater fra tidligere møter og se programmet for årets møte 1. juni 2026.

### Samarbeid om fagprosedyrer og forskning

Møtene har bidratt til å etablere et godt samarbeid mellom nettverket, Nasjonalt senter for sjeldne diagnoser og spesialisthelsetjenesten. Dette har resultert i fagprosedyrer og pasientinformasjon om sjeldne gynekologiske diagnoser, samt oppfølging ved svangerskap og fødsel for kvinner med sjeldne diagnoser. Det arbeides videre med å styrke nettverket slik at kasuistikk møtene i større grad kan resultere i kunnskapsoppsamlinger til nytte for fagpersonell. Nettverket har også bidratt til økt oppmerksomhet rundt kvinnehelse generelt blant leger og rådgivere som jobber med sjeldne sykdommer.

Nettverkets medlemmer samarbeider dessuten om forskningsprosjekter og medisinstudentoppgaver om sjeldne diagnoser med fokus på kvinnehelse. Nettverket er representert i arbeidsgrupper for kvinnehelse og familieplanlegging i Europeiske referansenettverk for sjeldne diagnoser (ERN).

### Veien videre

#### Europeiske referansenettverket for sjeldne og komplekse uro- rekto- genitale tilstander

I år søker Oslo Universitetssykehus og Nasjonalt senter for sjeldne diagnoser sammen om opptak i det Europeiske referansenettverket for sjeldne og komplekse uro-rekto-genitale tilstander (ERN eUROGEN). Dette kan åpne for forenklet og forsterket internasjonalt samarbeid både klinisk og forskningsmessig.

#### Sjeldne diagnoser i DIPS arena

Det er i flere helseforetak innført et ikon i DIPS arena for alle pasienter som er registrert med en sjelden diagnose. Dette ikonet er klikkbart og gir en kort og konsis innføring i diagnosen og de viktigste kliniske implikasjonene.



Norsk nettverk for sjeldne medfødte diagnosers hjemmeside



Illustrasjon: DIPS ikon

### Nettverkskontakter

Nettverkskontaktene er fagpersoner med ansvar og/eller interesse for behandling og oppfølging av sjeldne gynekologiske tilstander, eller kompleks obstetrikk og maternell sykdom. I oppfølgingen av kvinner med sjeldne, medfødte diagnoser er det ofte behov for tett samarbeid mellom ulike fagspesialister, og mellom lokalsykehus, sentralsykehus og høyspesialiserte sentre. Nettverkskontaktene er sentrale i dette samarbeidet og kan kontaktes av fagpersoner ved behov.

Tekstboks 3 viser oversikt over formaliserte nettverkskontakter.

### Interessert?

Vi ønsker en obstetrisk og en gynekologisk nettverkskontakt fra hver kvinneklinikk/avdeling i Norge. Dersom du ønsker å være nettverkskontakt ved din avdeling, er du velkommen til å ta kontakt. Valg av nettverkskontakt forankres hos avdelingslederen ved klinikken.

### Fagnettverket er åpent for alle interesserte

Alle spesialister innen gynekologi og obstetrikk som jobber med, eller har interesse for, sjeldne medfødte gynekologiske diagnoser eller kompleks maternell svangerskaphelse er hjertelige velkomne til

å delta på møtene. Gi beskjed til nettverkskontakt lokalt eller ta kontakt med oss. Medlemmer vil på lik linje med nettverkskontakter, motta invitasjoner til møter og bli oppfordret til å bidra med faginnhold og diskusjon. Møtene gir deltakerne mulighet til å melde inn og diskutere kasuistikker og fagspørsmål, og ikke minst etablere kontakt med kolleger slik at terskelen for å ta kontakt og diskutere fag senkes.

### TEKSTBOKS 3

#### FAGANSVARLIGE FOR NETTVERKET Gynekologi

Cathrine Reimers, creimers@ous-hf.no

#### Obstetrikk

Ane Moe Holme, sbhmoa@ous-hf.no  
Camilla Friis, choff@ous-hf.no  
Ingrid Benedicte Moss Kolseth, inbkol@ous-hf.no

#### Nasjonalt senter for sjeldne diagnoser

Ane Moe Holme, sbhmoa@ous-hf.no  
Line Mediä, lmedia@ous-hf.no

#### NETTVERKSKONTAKTER

##### St. Olavs Hospital HF

Margunn Bjartnes, føden  
Ingrid Marie Ringen, gyn

##### Helse Nord-Trøndelag

Ane Øyås Bergquist, Levanger

##### Helse Møre og Romsdal HF

Christina Duwe, Ålesund

#### Universitetssykehuset i Nord-Norge HF

Eirin Haugli Falch, føde Tromsø  
Birgit Christiane Hverven Hem, gyn. Tromsø  
Kristine Amundsen, gyn. Tromsø  
Ragnhild Glad, med. genetikk Tromsø

#### Nordlandssykehuset HF

Caroline Marie Henriksen, Vesterålen  
Kristin Skogøy, føden Bodø  
Marie Renee Lien, gyn. Bodø

#### Finnmarkssykehuset

Birgitte Gogstad, Hammerfest

#### Akershus universitetssykehus HF

Ellen Marie Strøm Roum, føden  
Silje Sommerfelt, føden  
Mette Renden, gyn

#### Oslo universitetssykehus HF

Camilla Friis, føde Rikshospitalet  
Ane Moe Holme, føde Rikshospitalet  
Ingrid Benedicte Moss Kolseth, føde Ullevål  
Cathrine Reimers, gyn. Ullevål  
Kirsten Hald, gyn. Ullevål  
Liv Rimstad Moksnes, gyn. Ullevål

#### Sykehuset Innlandet HF

Marthe Ulven, Gjøvik  
Stian Westad, Lillehammer

#### Sykehuset Telemark HF

Henriette Skaug, føden Skien  
Solveig Onstad, føden Skien

#### Sykehuset i Vestfold HF

Lene Gjersøe Rasmussen, Tønsberg

#### Sørlandet sykehus HF

Janne Rossen, føden Kristiansand  
Linda Reme Sagedal, gyn. Kristiansand

#### Vestre Viken HF

Gry Findal, føden Drammen  
Line Korbøl, gyn. Drammen  
Ingvild Sandnes, føden Bærum  
Pawel Wilkos, gyn. Bærum

#### Helse Stavanger HF

Åsta Eir Eymundsdóttir, føden

#### Haukeland universitetssykehus HF

Agnethe Lund, gyn  
Chen Sun, føden  
Sindre Grindheim, føden

#### Referanser:

- Regjeringen. The Norwegian National Strategy for Rare Diagnoses. In: Services MoHaC, editor; 2021.
- World Health Organization. Rare diseases: a global health priority for equity and inclusion: World Health Organization; 2025.
- Zucchi D, Marinello D, Tani C, et al. Pregnancy-related issues in rare and low-prevalence diseases: results of ERN transversal working group on pregnancy and family planning survey. *Orphanet J Rare Dis* 2025; 20(1): 112.
- Berglund A, Chang S, Lind-Holst M, Stochholm K, Gravholt CH. The epidemiology of disorders of sex development. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2025; 102002.
- Parker M, Hannah M, Zia A. "If I wasn't a girl": Experiences of adolescent girls with heavy menstrual bleeding and inherited bleeding disorders. *Res Pract Thromb Haemost* 2022; 6(4): e12727.
- Kaufman MR. Pelvic Organ Prolapse and Pregnancy in the Female Bladder Exstrophy Patient. *Curr Urol Rep* 2018; 19(3): 18.
- King A, Hanley H, Popenhagen M, et al. Supporting sexuality for people living with epidermolysis bullosa: clinical practice guidelines. *Orphanet J Rare Dis* 2021; 16(1): 9.
- Zwayne N, Chawla R, van Leeuwen K. Caring for Patients With Congenital Adrenal Hyperplasia Throughout the Lifespan. *Obstet Gynecol* 2023; 142(2): 257-68.
- Tofft L, Hoel AT, Håkansson C, et al. Key components of successful transition for adolescents born with anorectal malformations—a Nordic focus group study. *Int J Adolesc Med Health* 2020.

- Hoel AT, Tofft L, Bjørnland K, et al. Reaching adulthood with Hirschsprung's disease: Patient experiences and recommendations for transitional care. *J Pediatr Surg* 2020.
- Samyn M. Transitional care of biliary atresia. *Semin Pediatr Surg* 2020; 29(4): 150948.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Snakk om det! (Strategi for seksuell helse 2017-2022). 2017.
- Faulkes RE, Chauhan A, Knox E, Johnston T, Thompson F, Ferguson J. Review article: chronic liver disease and pregnancy. *Aliment Pharmacol Ther* 2020; 52(3): 420-9.
- Wiles KS, Nelson-Piercy C, Bramham K. Reproductive health and pregnancy in women with chronic kidney disease. *Nature reviews Nephrology* 2018; 14(3): 165-84.
- Mardy A, Whitney M. Management of Maternal Genetic Conditions in Pregnancy, Part 1: Disorders of the Connective Tissue, Muscle, Vascular, and Skeletal Systems. *Obstet Gynecol Surv* 2025; 80(2): 99-111.
- Brown HK, Ray JG, Chen S, et al. Association of Preexisting Disability With Severe Maternal Morbidity or Mortality in Ontario, Canada. *JAMA network open* 2021; 4(2): e2034993.
- Stone J, Reed D. Maternal genetic diseases: potential concerns for mother and baby. *Hum Genet* 2020; 139(9): 1173-82.
- Thoresen M. Dystrofi myotonika type 1 og svangerskap: Maternelle og neonatale aspekter [Masteroppgave]: University of Oslo; 2025.
- Béranger N, Coppo P, Tsatsaris V, et al. Management and follow-up of pregnancy-onset thrombotic thrombocytopenic purpura: the French experience. *Blood Adv* 2024; 8(1): 183-93.

**Zejula**  
niraparib



**Zejula er godkjent og refundert i 1L behandling ovariekreft uavhengig av BRCA og HRd\*\* status.<sup>1-5</sup>**



**Sluttanalyse for PRIMA-studien hos høyrisikopasienter i 1L:<sup>6</sup>**

**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)<sup>6</sup>



**6 års sikkerhetsdata i PRIMA bekrefter kjent sikkerhetsprofil, hvor de mest alvorlige bivirkningene var trombocytopeni og anemi<sup>6</sup>**



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

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

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

**Pakninger og priser:** Maksimalpriser: 56 stk. (blister) kr 48.623,00. 84 stk. (blister) kr 72.916,30. Zejula inngår i onkologianbudet til rabattert pris. Refusjon: H-resept: L01X X54\_1 Niraparib. Zejula er per i dag godkjent for offentlig finansiering ved førstelinjebehandling av BRCA-positive pasienter og andrelinjebehandling av BRCA-negative og BRCA-positive pasienter. Refusjonsberettiget bruk: Rekvirering skal gjøres i tråd med nasjonale handlingsprogram for kreft og føringer fra RHF/LIS spesialistgruppe. Vilkår: (216) Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist. Reseptgruppe C.

Referanser: 1. ZEJULA (niraparib). Summary of Product Characteristics. 2. <https://nyemetoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-iv> 3. <https://nyemetoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-ii-revurdering> 4. <https://nyemetoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-iii> 5. [https://nyemetoder.no/Documents/Beslutninger/Beslutningsforum%2012122022\\_Protokoll.pdf](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-ADV/R-250001 Januar 2026



Zejula  
preparatomtale



AI generert illustrasjon

# Hormoner på blå resept – hva gjelder?

## Et forsøk på en oversikt

Vi gynekologer vet at kvinner som rammes av peri- og postmenopausal plager, kan oppleve redusert livskvalitet - både psykisk og fysisk, økt helserisiko for blant annet osteoporose og hjerte- og karsykdom, redusert arbeidsevne og høyt sykefravær. Dette kan videre føre til betydelige samfunnsøkonomiske kostnader i form av redusert eller tapt arbeidskraft og økte helsekostnader på sikt.



Dr Birgitte Sanda

Avtalespesialist, Arendal Gynekologi

møter oss leger med, er mange. Det kan være vanskelig å forklare hvorfor eller hvorfor behandlingen eventuelt ikke dekkes på blå resept.

I dagens ordning er kvinnens alder og alvorlighetsgraden av symptomene avgjørende for om blåresept søknad innvilges; enten direkte eller etter individuell vurdering.

De siste årene har det vært en stor økning i antall pasienter med peri- og postmenopausal plager som søker behandling. En stor andel av disse har effekt av hormontilskudd. I kjølvannet av dette reiser spørsmålet seg om behandlingen skal dekkes av blåresept-ordningen eller ikke. Pasientene diskuterer også seg imellom på ulike sosiale medier, og både "bestillingene" og meningene de

Burde kvinner i alle aldre som har behov for hormonerterapi få dette på blåresept? Det pågår et folkeopprør og en debatt som har vært bidragsyttende til at det ble besluttet 23. april 2026 av Stortinget at regjeringen skal utrede og finne løsninger for å utvide blåresept-ordningen, slik at behandlingen blir billigere og mer rettferdig. Vi venter spent.

### Systemiske hormoner (HRT/MHT)

De som per idag (mai 2026) får direkte innvilget behandling på blå resept (§2) er kvinner med:

- E23 Hypofunksjon og andre forstyrrelser i hypofyse
- E28.3 Primær ovarialsvikt
- E89.3 Hypopituitarisme etter kirurgiske og medisinske prosedyrer
- E89.4 Eggstokksvikt etter kirurgiske og medisinske prosedyrer
- Q96 Turners syndrom

Ved klimakterielle plager hos kvinner som ikke faller inn under kategoriene nevnt under §2, kan man søke på individuell søknad (§3) hvis kvinnen har alvorlige plager.

Søknaden for blå resept §3 må besvare to vilkår:

Sykdommens alvorlighetsgrad

Vilkår 1

Er pasienten postmenopausal?

Ja  Nei

Vilkår 2

Har pasienten mer enn 6 hetetokter i døgnet, hvor en av dem varer minst 15 minutter, og som i stor grad går ut over nattesøvn, det sosiale liv og daglige aktiviteter?

ELLER

Har pasienten blødningsforstyrrelser av en slik grad at daglige funksjoner eller det sosiale livet blir påvirket?

ELLER

Har pasienten urogenital atrofi med residiverende urinveisinfeksjoner som krever behandling med antibiotika minst 3 måneder årlig?

ELLER

Har pasienten hatt minst 3 urinveisinfeksjoner i gjennomsnitt årlig de siste to årene?

Ja  Nei

Hvis svaret er JA på vilkår 1 og 2, innvilges søknaden direkte.

Hvis svaret er NEI på ett eller begge vilkårene, må det begrunnes hvorfor sykdommen/tilstanden/symptomet som skal behandles, anses som alvorlig. Søknaden går da til individuell behandling hos Helfo.

Det kan oppleves noe diskrepans mellom pasienter i hvilke søknader som går gjennom på individuell søknad, da dette vurderes av en behandler basert på informasjon i søknaden.

Spesifikt for Utrogestan, som i økende grad brukes som progesteron for endometriebeskyttelse som del av MHT, får man denne tilbakemeldingen;

Søknaden er avvist etter folketrygdløven § 5-14, jf. blåreseptforskriften § 3.

Dette legemiddelet er ikke metodevurdert av Direktoratet for medisinske produkter (DMP). Helfo kan ikke behandle søknader om stans for DMP har metodevurdert legemiddelet.

Utgifter til kjøp i forkant av dette blir heller ikke refundert.

Utrogestan er presset veldig i pris, så den har en kostnad på kun 90/mnd når man henter ut 90 pk.

### Lokale østrogener

Videre er det mulig å søke om lokale østrogener på blå resept:

Sykdommens alvorlighetsgrad

Vilkår 1

Har pasienten postmenopausal urogenital/vaginal atrofi?

Ja  Nei

Vilkår 2

Har pasienten urogenital/vaginal atrofi som har ført til minst én av følgende:

- urininkontinens (stressinkontinens og/eller urgeinkontinens)
- residiverende urinveisinfeksjoner som krever behandling med antibiotika minst 3 måneder årlig
- minst 3 årlige urinveisinfeksjoner i gjennomsnitt over de to siste årene

ELLER

Urogenital/vaginal atrofi og samtidig minst én av følgende:

- Transplantat mot-vert sykdom (GVHD)
- lichen sclerosus et atrophicus
- Sjögrens syndrom
- stråleskadet vaginalslimhinne
- genitalprolaps som krever behandling i form av pessaring eller kirurgi

Hvis NEI:

Gi en beskrivelse av tilstandens alvorlighet sett opp mot symptomer, påvirkning av funksjoner i dagliglivet og eventuelle følgetilstander.

Ja  Nei

Hvis svaret er JA på vilkår 1 og 2, innvilges søknaden direkte.

Hvis svaret er nei NEI på ett eller begge vilkår må det begrunnes hvorfor sykdommen/tilstanden/symptomet som skal behandles, anses som alvorlig. Søknaden går da til individuell behandling hos Helfo.

### Testosteron

Testosteron behandling kan søkes om individuelt på §3, men innvilges kun unntaksvis, f.eks. ved ung kvinne som har eggstokksvikt etter kirurgi og alvorlige symptomer.

For noen var dette godt kjent, for andre har det kanskje gitt ny kunnskap og noen tips.

Til dere avtalespesialister: Husk refusjonstakst H1 ved søknad om blå resept.

Kilder:  
Info og skjermdump fra Helfo sine sider om blåreseptsøknad



AI generert illustrasjon

# Embagyn

doksylamin 20 mg/pyridoksin 20 mg



For behandling av svangerskapskvalme og oppkast<sup>1</sup>



✓ **Enkel dosering<sup>1</sup>**

1-2 tabletter/dag

✓ **Dobbel frisetting<sup>1,3</sup>**

Et flerlags belegg med **øyeblikkelig frisetting<sup>1</sup>**

Enterodrasjert kjerne med **forsinket frisetting<sup>1</sup>**

Tidlig behandling av symptomer er anbefalt for å forhindre utvikling til hyperemesis gravidarum<sup>1</sup>

## Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

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

### Forsiktighetsregler:

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

**Interaksjoner:** Se SPC pkt.4.5

**Bivirkninger:** Hyppigst rapportert er somnolens.

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

**Indikasjon:** Indisert for symptomatisk behandling av svangerskapskvalme og -oppkast hos gravide kvinner ≥18 år som ikke responderer på konservativ behandling (f.eks. livsstils- og kostholdsendringer).

**Bruksbegrensninger:** Kombinasjonen doksylamin/pyridoksin har ikke blitt undersøkt ved tilfeller av hyperemesis gravidarum som skal behandles av spesialist. **Dosering:** Anbefalt startdose er 1 tablett ved leggetid på dag 1 og dag 2. Dersom symptomene ikke er tilstrekkelig kontrollert på dag 2, kan dosen økes på dag 3 til 1 tablett om morgenen og 1 tablett ved leggetid (totalt 2 tabletter per dag). Maksimal anbefalt dose er 2 tabletter daglig. **Pakninger og priser (AUP):** 10 stk.: kr 284,70. 20 stk.: kr 482,50 **Reseptgruppe:** C. **Referanser:** **1)** Embagyn SPC 29.01.2025. **2)** Doksylamin, pyridoksin – Helsedirektoratet, Siste faglige endring:25.06.2025 **3)** Koren G., et al. Breakthrough in the treatment of nausea and vomiting of pregnancy; the first dual release combination of doxylamine-pyridoxine. Int J Pharm. 2018; 8(3): 52-58.



10 og 20 tabletter

Individuell stønad<sup>2</sup>

NO-EMB-0226-001-NO



## Screening mot livmorhalskreft er ikke sterkere enn det svakeste leddet

De siste årene har Livmorhalsprogrammet gjennomgått noen av sine største endringer siden oppstarten. Overgangen til HPV-primærscreening er nå fullført nasjonalt, og de første full-vaksinerte årskullene er i ferd med å tre inn i screeningalder. Dette merkes i hele fagfeltet: Forekomsten av CIN2+ synker i de vaksinerte kohortene, og mange gynekologer rapporterer om tydelige endringer i både henvisninger, kolposkopiske funn og behandlingsbehov.



**Ameli Tropé**

Leder av Livmorhalsprogrammet, FHI  
amtr@fhi.no



**Kathrine Vinknes**

Livmorhalsprogrammet, FHI  
kjni@fhi.no

Flere av landets avdelinger opplever nå markant færre koniseringer. Dette ser man blant annet i Trondheim, der volumet har falt betydelig de siste årene. Samtidig øker behovet for presise vurderinger og høy kvalitet i hver enkelt utredning, nettopp fordi de alvorlige lesjonene blir færre og ofte mer subtile.

Endringene stiller nye krav til kvalitetssikring, både i laboratoriene og i klinikken. I dette nummeret av Gynekologen presenterer vi tre fagartikler som belyser ulike, men komplementære deler av denne utviklingen: "Regranskning av normale celleprøver hos kvinner som senere får livmorhalskreft"; "Initiativet som løftet kvaliteten: erfaringer fra et vellykket forbedringsarbeid i kolposkopi" og "Kolposkopiguide".

Artiklene belyser hver sin del av kvalitetsarbeidet i Livmorhalsprogrammet, fra læring i laboratoriet til forbedring av kolposkopi og mer ensartet klinisk praksis.

Fremover vil vi i økende grad arbeide med mer risikobasert screening. Mange kvinner kan screenes sjeldnere, samtidig som biomarkører som metylering kan bidra til å identifisere hvem som bør henvises til kolposkopi. Dette gjør programmet mer komplekst, og vi vurderer også løsninger som kan bedre deltakelsen, for eksempel en modell som i Sverige, der HPV-hjemmetest sendes hjem til alle screeningdeltakere. Screening er ikke sterkere enn det svakeste leddet.

**God lesing!**

# Når livmorhalskreft oppstår etter «normal» celleprøve – hva er gynekologens rolle?

## Regranskning av normale celleprøver hos kvinner som senere får livmorhalskreft

Selv i et velfungerende screeningprogram kan livmorhalskreft oppstå etter en normal celleprøve eller en negativ HPV-test. For behandlende lege, vanligvis gynonkolog, er det viktig å kunne forklare hvorfor dette kan skje, hva regranskning kan avdekke, og hvordan funn bør følges opp og kommuniseres til pasienten.



**Sveinung Wergeland Sørbye**

Klinisk patologi, UNN  
sveinung.sorbye@unn.no



**Ameli Tropé**

Leder av Livmorhalsprogrammet, FHI  
amtr@fhi.no



**Kathrine Vinknes**

Livmorhalsprogrammet, FHI  
kjvi@fhi.no



**Ingrid Baasland**

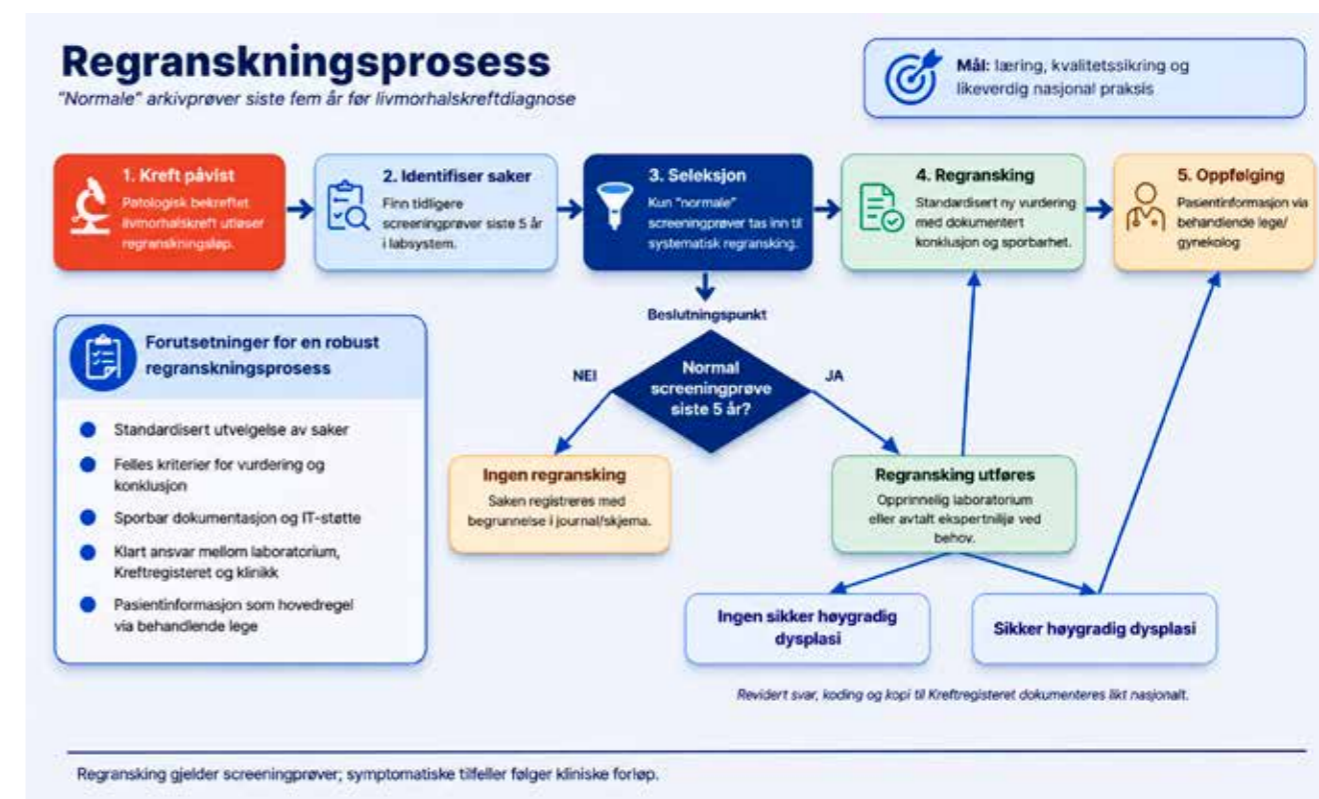
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU, og Livmorhalsprogrammet, FHI  
Ingrid.Baasland@ntnu.no

### Hvordan kan livmorhalskreft oppstå etter en normal celleprøve?

Gynekologer møter stadig pasienter som ønsker hyppigere screening enn anbefalt, fordi noen få har fått livmorhalskreft til tross for et normalt celleprøvesvar. Screening med cervixcytologi har i flere tiår bidratt til å redusere forekomsten av livmorhalskreft (1–3). Samtidig er cervixcytologi en tolkningsmetode med kjent begrenset sensitivitet (4–6). En «normal» celleprøve betyr derfor lav risiko, men ikke null risiko. Risikoen for livmorhalskreft i løpet av fem år etter en normal screeningprøve er om lag 1 av 10 000 etter normal cytologi, sammenlignet med om lag 1 av 100 000 etter negativ HPV-test (4,6,7). Årsakene kan være prøvetakings- og representativitetsproblemer, subtile morfologiske funn, tolkningsfeil, biologisk utvikling mellom screeningrundene samt manglende oppfølging.

### Hva viser audit-studier om livmorhalskreft etter screening?

Store audit-studier fra flere land viser at livmorhalskreft etter tidligere screening sjelden skyldes én enkelt årsak, men oftest en kombinasjon av forhold i hele «screeningkjeden» (8–11). Den viktigste forklaringen på befolkningsnivå er fortsatt manglende oppmøte eller for sjelden screening, men en ikke ubetydelig andel tilfeller oppstår også som intervallkreft hos kvinner som har fulgt anbefalte intervaller. Regranskning av arkivprøver viser at noen prøver som opprinnelig ble vurdert som normale, ved ny vurdering kan klassifiseres som lavgradige eller høygradige celleforandringer. Audit-studier understreker dermed behovet for systematisk kvalitetssikring av både deltakelse, prøvetaking, laboratorievurdering og klinisk oppfølging.



Figur 1. Standardisert prosess for regranskning av «normale» cytologiske arkivprøver (både primærcytologi og triage-cytologi etter positiv HPV-test) tatt de siste fem år før histologisk bekreftet livmorhalskreft. Regranskning omfatter normale cytologiske screeningprøver og ikke prøver med lavgradige celleforandringer, som atypiske plateepitelceller av usikker betydning (ASC-US) og lavgradige intraepiteliale lesjoner (LSIL).

### Fra celleprøve til HPV-test i primærscreening

HPV er en nødvendig årsak til de aller fleste tilfeller av livmorhalskreft, og HPV-testing har mye høyere sensitivitet enn cervixcytologi for å identifisere kvinner med risiko for forstadier og kreft (4). Derfor er HPV DNA-test nå innført som primær screeningmetode i Livmorhalsprogrammet. Dette gir et bedre sikkerhetsnett enn cytologi alene. Samtidig er det viktig å understreke at heller ikke HPV-testen er perfekt. Kvinner med negativ HPV-test kan senere utvikle livmorhalskreft, men risikoen er meget lav (4,6,7). Prøveresultatet må alltid tolkes i klinisk kontekst.

Cervixcytologi har likevel en sentral rolle videre, særlig som tilleggsprøve ved positiv HPV-test (12). Studier viser at sensitiviteten til cytologi for å avdekke celleforandringer er høyere når cytologen kjenner til at kvinnen er HPV-positiv (13).

Det er viktig å skille mellom screeningprøver (rutineprøver av kvinner uten symptomer) og symptombaserte prøver. Ved symptomer som postcoital blødning, blodig utflod eller klinisk mistanke om malignitet gjelder egne kliniske vurderingsforløp, og et normalt cytologi- eller HPV-svar utelukker ikke sykdom ved tydelige symptomer.

### Regranskning: læring, pasientsikkerhet og kvalitet

Regranskning innebærer at tidligere prøver vurderes på nytt hos kvinner med livmorhalskreft. Formålet er ikke å fordele skyld, men å identifisere forbedringsområder, styrke pasientsikkerheten og bidra til mer enhetlig praksis. I praksis kan regranskning avdekke et spekter av funn, fra uomtvistelig normale prøver til tydelig oversette forandringer som i ettertid kunne eller burde ha utløst raskere oppfølging (8–11).

### Regranskning i Livmorhalsprogrammet: behov for nasjonal koordinering

I Norge er det beskrevet i Kvalitetsmanualen for Livmorhalsprogrammet at alle laboratorier skal ha et system for rescreening av celleprøver (15). Se figur 1 for en skjematisk oversikt over regranskingsprosessen (figur 1 er også inkludert nederst i dokumentet under «Samlet oversikt over figurer»). Dette innebærer at helseforetakene i utgangspunktet har ansvar for å etablere rutiner, kapasitet og kompetanse for at regranskning faktisk gjennomføres. Samtidig taler både variasjon i kapasitet og behovet for likeverdig håndtering for at arbeidet bør støttes av nasjonal koordinering.

Et realistisk og faglig forsvarlig mål er at «normale» celleprøver de siste fem årene før en kreftdiagnose systematisk identifiseres og vurderes på nytt. Krefteregisteret har en naturlig rolle som overordnet aktør og støtte for helseforetakene. Dette innebærer blant annet å sikre standardisert utvelgelse av saker, ensartede kriterier for vurdering og konklusjon, robust dokumentasjon og sporbarhet, samt samordnet rapportering og læring tilbake til laboratorier og kliniske miljø. I tillegg bør det være avklarte rutiner for pasientinformasjon, der behandlende lege, vanligvis gynonkolog, som hovedregel informerer pasienten.

### Hva må på plass for at regranskning skal fungere?

Regranskning er en omfattende og tidkrevende prosess. Uten finansiering, kapasitet og gode IT-løsninger er risikoen at arbeidet blir fragmentert, ujevnt og mindre nyttig som læringsverktøy. For å etablere en nasjonal prosess må det sikres varig og forutsigbar finansiering. Det er også nødvendig med IT-løsninger som legger til rette for sikker identifikasjon av relevante prøver, innhenting av arkivmateriale, logging av vurderinger og rapportering. I tillegg må det være tydelig rolle- og ansvarsfordeling mellom laboratorier,

## “Det er viktig å informere pasienten at tolkning av celleprøver er krevende fordi forandringene ofte er sparsomme, subtile og påvirkes av prøve kvalitet, blod, betennelse og atrofi, slik at celleforandringer i noen tilfeller kan bli oversett eller feiltolket.”

Kreftregisteret og kliniske miljø, samt en struktur for tilbake-melding og kvalitetsforbedring.

### Hva er gynekologens rolle ved regranskning?

Når regranskning avdekker oversette eller feiltolkede celleforandringer, er kommunikasjon med pasienten et faglig og etisk krevende område. Som hovedregel bør denne informasjonen gis av behandlende lege, vanligvis gynekolog, helst i forbindelse med en kontroll, siden denne legen kjenner pasienten og behandlingsforløpet best.

En god samtale bør gi rom for en forståelig forklaring på hva en normal celleprøve faktisk betyr, at screening reduserer risiko uten å være en garanti, hva regranskningen har vist, og hvilke konsekvenser en eventuell feiltolkning kan ha hatt for pasienten med tanke på behandling, prognose og forventede senskader.

Dette bør forankres i tydelige og nasjonalt koordinerte rutiner, slik at pasienter får likeverdig håndtering uavhengig av bosted og involvert laboratorium. Det er viktig å informere pasienten at tolkning av celleprøver er krevende fordi forandringene ofte er sparsomme, subtile og påvirkes av prøve kvalitet, blod, betennelse og atrofi, slik at celleforandringer i noen tilfeller kan bli oversett eller feiltolket.

### Færre krefttilfeller, fortsatt behov for kvalitet

HPV DNA-test som primærscreening og økende HPV-vaksinasjonsdekning vil samlet redusere risikoen for livmorhalskreft. Samtidig vil kvaliteten i hele pasientforløpet – fra screening og triage til kolposkopi, behandling og informasjon – fortsatt være avgjørende. Regranskning bør derfor ses som en del av et bredere kvalitetsarbeid, ikke som et isolert laboratorieprosjekt.

### Hva betyr dette i praksis for gynekologen?

For de fleste gynekologer vil dette først og fremst være informasjon til orientering. Dersom regranskning avdekker en tidligere feiltolket celleprøve hos en kvinne med livmorhalskreft, bør pasienten som hovedregel informeres av behandlende lege, vanligvis gynekolog, helst i forbindelse med en kontroll. Informasjonen bør være åpen, tydelig og faglig korrekt, og omfatte hva regranskningen har vist, hva dette kan ha betydd for sykdomsforløpet, og hvordan videre oppfølging ivretes.

Det er ønskelig å utvide regranskning (audit) til å omfatte hele behandlingsskjeden, fra cytologi og HPV-testing til histologi og kolposkopi. Dette kan bidra til å identifisere svikt eller forbedringsmuligheter i alle ledd og styrke læring og pasient-sikkerhet i screeningprogrammet. Foreløpig har vi i Norge kun systematisk regranskning av cytologiprøver, men målet er å inkludere flere deler av kjeden for å sikre best mulig oppfølging for hver pasient.

### Avslutning

Livmorhalskreft etter normal celleprøve minner oss om at screening reduserer risiko, men ikke gir noen garanti. Systematisk regranskning av tidligere prøver hos kvinner med livmorhalskreft kan identifisere hvor i screeningkjeden det har sviktet, styrke læring og bidra til bedre pasientsikkerhet.

Gjennom kontinuerlig evaluering og forbedring av rutiner, kan vi sikre at alle pasienter får en trygg, rettferdig og kvalitetsmessig god behandling, uavhengig av hvor de bor eller hvilket laboratorium som er involvert.

### Referanser

- Peto J, Gilham C, Fletcher O, Matthews FE. The cervical cancer epidemic that screening has prevented in the UK. *Lancet*. 2004;364(9430):249–256. doi:10.1016/S0140-6736(04)16674-9.
- Lönnberg S, Hansen BT, Haldorsen T, Campbell S, Schee K, Nygård M. Cervical cancer prevented by screening: long-term incidence trends by morphology in Norway. *Int J Cancer*. 2015;137(7):1758–1764. doi:10.1002/ijc.29541.
- Lönnberg S, Anttila A, Luostarinen T, Nieminen P. Age-specific effectiveness of the Finnish cervical cancer screening programme. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2012;21(6):1354–1361. doi:10.1158/1055-9965.EPI-12-0162.
- Ronco G, Dillner J, Elfström KM, Tunesi S, Snijders PJ, Arbyn M, et al. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. *Lancet*. 2014;383(9916):524–532. doi:10.1016/S0140-6736(13)62218-7.
- Sørbye SW, Suhrke P, Revå BW, Berland J, Maurseth RJ, Al-Shibli K. Accuracy of cervical cytology: comparison of diagnoses of 100 Pap smears read by four pathologists at three hospitals in Norway. *BMC Clin Pathol*. 2017;17:18. doi:10.1186/s12907-017-0058-8.
- Castle PE, Rodriguez AC, Burk RD, Herrero R, Hildesheim A, Solomon D, et al. Neither one-time negative screening tests nor negative colposcopy provides absolute reassurance against cervical cancer. *Int J Cancer*. 2009;125(7):1649–1656. doi:10.1002/ijc.24525.
- Katki HA, Kinney WK, Fetterman B, Lorey T, Poitras NE, Cheung L, et al. Cervical cancer risk for women undergoing concurrent testing for human papillomavirus and cervical cytology: a population-based study in routine clinical practice. *Lancet Oncol*. 2011;12(7):663–672. doi:10.1016/S1470-2045(11)70145-0.
- Spence AR, Goggins P, Franco EL. Process of care failures in invasive cervical cancer: systematic review and meta-analysis. *Prev Med*. 2007;45(2–3):93–106. doi:10.1016/j.ypmed.2007.06.007.
- Herbert A, Anshu, Culora G, Dunsmore H, Gupta SS, Holdsworth G, et al. Invasive cervical cancer audit: why cancers developed in a high-risk population with an organised screening programme. *BJOG*. 2010;117(6):736–745. doi:10.1111/j.1471-0528.2010.02511.x.
- Duggan MA, Nation J. An audit of the cervical cancer screening histories of 246 women with carcinoma. *J Low Genit Tract Dis*. 2012;16(3):263–270. doi:10.1097/LGT.0b013e-31823da811.
- Kirschner B, Poll S, Rygaard C, Wählin A, Junge J. Screening history in women with cervical cancer in a Danish population-based screening program. *Gynecol Oncol*. 2011;120(1):68–72. doi:10.1016/j.ygyno.2010.09.021.
- Folkehelseinstituttet. HPV-primærscreening med utvidet genotyping og aldersbestemt utredningsstrategi. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2024.
- Bergeron C, Giorgi-Rossi P, Cas F, Schiboni ML, Ghiringhello B, Catarinella M, et al. Informed cytology for triaging HPV-positive women. *J Natl Cancer Inst*. 2015;107(2):dju423. doi:10.1093/jnci/dju423.
- Folkehelseinstituttet. Kvalitetsmanual for Livmorhalsprogrammet. 6. Diagnostiske prosedyrer. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2017 (oppdatert 2025).
- Edvardsson H, Wang J, Andrae B, Sparén P, Strander B, Dillner J. Nationwide review of normal cervical cytologies before high-grade cervical lesions or before invasive cervical cancer. *Acta Cytol*. 2021;65(5):377–384. doi:10.1159/000515912.
- Herbert A. Disclosure of cervical cancer audits: how to be honest without making matters worse. *Cytopathology*. 2013;24(2):73–76. doi:10.1111/cyt.12059.
- Castanon A, Ferryman S, Patrick J, Sasién P. Review of cytology and histopathology as part of the NHS Cervical Screening Programme audit of invasive cervical cancers. *Cytopathology*. 2012;23(1):13–22. doi:10.1111/j.1365-2303.2011.00948.x.

# Xonvea® 10mg/10mg

doksylamin/pyridoksin

Individtilpasset dosering med mål om å oppnå laveste effektive dose!



20 st – startpakke

40 st – vedlikeholdspakning

### Reseptbelagt legemiddel

## Spesifikt fremstilt for behandling av svangerskapskvalme<sup>1</sup>

**Xonvea (doksylamin og pyridoksin), enterotablett 10 mg/10 mg. Indikasjoner:** For behandling av svangerskapskvalme og -oppkast (NVP) hos gravide kvinner ≥18 år som ikke responderer på konservativ behandling (dvs. livsstil- og kostholdsendringer). **Dosering:** Den anbefalte startdosen er to tabletter ved leggetid (dag 1). Hvis symptomene vedvarer til ettermiddagen på dag 2, bør pasienten fortsette med den vanlige dosen på to tabletter ved leggetid (dag 2), og på dag 3 ta tre tabletter (en tablett om morgenen og to tabletter ved leggetid). Hvis disse tre tablettene ikke gir tilstrekkelig symptomkontroll på dag 3, kan pasienten ta fire tabletter fra dag 4 (en tablett om morgenen, en tablett midt på dagen og to tabletter ved leggetid). Den maksimale anbefalte daglige dosen er fire tabletter (en om morgenen, en midt på dagen og to ved leggetid). Skal tas som en daglig forskrivning, og ikke etter behov. For å forebygge at svangerskapskvalme og -oppkast plutselig kommer tilbake, anbefales en gradvis nedtrappingsdose ved seponeringstidspunktet. **Administrasjonsmåte:** Administreres på tom mage med et glass vann. Svelges hele og skal ikke knuses, deles eller tygges.

**Pakninger og priser:** 10 mg/10 mg: 20 st Maksimal AUP 299,50 kr, 40 st Maksimal AUP 485,00 kr. **Reseptgruppe C.**  
**Viktig sikkerhetsinformasjon: Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet overfor doksylaminsuksinat, andre etanolaminderivater, antihistaminer, pyridoksinhydroklorid. Samtidig bruk med monoaminoksidasehemmere (MAO-hemmere). **Advarsler og forsiktighetsregler:** Kan forårsake somnolens. Anbefales ikke ved samtidig bruk av legemidler som hemmer sentralnervesystemet, inkludert alkohol, hypnotiske sedativer og beroligende midler. Brukes med forsiktighet hos pasienter med astma, økt intraokulært trykk, trangvinkelglaukom, magesår med stenose, pyloroduodenal obstruksjon og blærehalsobstruksjon. Inneholder pyridoksinhydroklorid og derfor skal ytterligere nivåer fra kosten og vitamin B6-tilskudd vurderes. Inneholder azo-fargestoffet allurarød AC aluminiumslakk (E129) som kan gi allergiske reaksjoner. Inneholder benzoesyre (E 210). Pasienter med hyperemesis gravidarum skal behandles av spesialist. Det har vært rapportert falske positive urinscreeningstester for metadon, opiat og fensyklidinofosfat ved bruk av doksylaminsuksinat/pyridoksinhydroklorid. **Graviditet og amming:** Brukes av gravide kvinner. Amming: Anbefales ikke under amming. **Påvirkning av evnen til å kjøre bil og bruke maskiner:** Xonvea har moderat til stor påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Aktiviteter som krever fullstendig mental oppvaktet, som å kjøre eller bruke maskiner, bør unngås til helsepersonell sier at de kan gjøre det. **Bivirkninger:** Hyppigst rapporterte var somnolens. Alvorlig døsigheit kan oppstå ved samtidig bruk av CNS-hemmerende 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 bronkiesekretasjoner, 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](http://www.felleskatalogen.no).



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





Figur 3. Ved eksisjon av cervixdysplasi er det viktig å finne en balanse: For stort vevsuttak øker risikoen for prematur fødsel, mens utilstrekkelig eksisjon øker risikoen for residiv og senere kreftutvikling. Egen figur (modifisert med KI).

### CIN-skjemaet som verktøy for kvalitetsforbedring

CIN-skjemaet er det eneste verktøyet vi har for å sikre den nasjonale kvaliteten i utredning og behandling av cervikale celleforandringer. Skjemaet gir et systematisk bilde av hva som gjøres i klinikken, og registrerer blant annet henvisningsgrunnlag, kolposkopifunn, type transformasjonssone, Swedescore og behandlingsresultat. Dette er nøkkelvariabler for lokal læring og nasjonal kvalitetsutvikling. Erfaringene fra Lillehammer viser hvordan slike data kan brukes aktivt i lokalt forbedringsarbeid.

For at CIN-skjemaet skal kunne brukes som et reelt kvalitetsverktøy, må variablene registreres fortløpende og på en standardisert måte, og dataene må komme komplett inn til Kreftregisteret. I mange avdelinger er det sekretærer eller annet helsepersonell som fyller ut og sender inn skjemaet. Det kan være en god og effektiv løsning, men det forutsetter at klinikerne dokumenterer funn og vurderinger i en strukturert journalmal som inneholder de nødvendige variablene (for eksempel TZ, Swedescore, biopsi/eksisjon og behandlingsresultat). Uten en slik struktur blir registreringen mer sårbar for mangler og variasjon, og dataene får lavere verdi både lokalt og nasjonalt. Dersom dere mangler et strukturert oppsett eller faste rutiner for dette, anbefales det å ta kontakt med Ameli Tropé i Livmorhalsprogrammet for veiledning.

### Kolposkopiens nøkkelrolle

Kolposkopi er et sentralt ledd i utredningen av cervikale celleforandringer. Screeningretningslinjene og Nasjonalt handlingsprogram for gynekologisk kreft (3) beskriver når kvinner skal henvises. Samtidig må klinikerne gjøre en helhetlig vurdering som tar hensyn til pasientens alder, tidligere screeninghistorikk, HPV-status, komorbiditet og pasientens egne ønsker, inkludert fertilitetsønske.

Målet med kolposkopien er å avklare om det foreligger dysplastiske områder, og om det er behov for biopsi eller behandling. For å gjøre vurderingen mulig er det helt avgjørende å vite om kolposkopien er representativ (se Kolposkopiguide, side 32). Identifikasjon av squamous columnar junction (SCJ), overgangen mellom plateepitel og kjertelepitel) og klassifisering av transformasjonssonen (TZ) er derfor sentralt når det skal tas stilling til omfanget av et eventuelt inngrep. Type TZ bestemmer hvor mye vev som må fjernes: Tar man for mye, øker risikoen for prematur fødsel; tar man for lite, øker risikoen for residiv og senere kreftutvikling (Figur 3). Målrettet biopsitaking og kolposkopisk styrt eksisjon bidrar til å redusere både over og underbehandling. Ved TZ3, der overgangen mellom kjertelepitel og plateepitel ikke er synlig og/eller hele lesjonen ikke kan vurderes fullt ut, kan man ikke stole på kolposkopien alene. Beslutninger om videre biopsier eller eksisjon må da baseres på denne begrensningen.

Et standardisert scoringsverktøy som Swedescore brukes til å systematisere funnene. Dette gir en felles struktur for å vurdere lesjonens størrelse, plassering og utbredelse, og hjelper klinikerne å ta målrettede biopsier. En høyere Swedescore gir sterkere indikasjon for CIN2+ (4), og riktig bruk av systemet blir stadig viktigere i en HPV-screenet og vaksinert befolkning hvor lesjonene ofte er mindre og mer subtile.

I dagens HPV-primærskanning har testen høy sensitivitet, samtidig som alvorlige lesjoner forekommer sjeldnere. Dette stiller større krav til presis kolposkopi (5,6). Standardisert dokumentasjon av TZ, Swedescore og eventuelle bilder styrker etterprøvnbarheten, gir bedre grunnlag for diskusjoner i fagmiljøet og bidrar til systematisk kvalitetsforbedring.

“Jeg legger min stolthet i å utføre små, kolposkopirettede eksisjoner med frie render. Dette er viktig for å redusere risiko for pasienten ved et eventuelt senere svangerskap, men også for å hindre cervixstenose og helt avflatede cervix hos pasientene, noe som gjør at de blir lettere å følge med kontroller senere dersom de fortsatt er HPV-positive,,

Engnæs

### Hva kreves av en avdeling som vil lykkes med kolposkopi og behandling?

God kolposkopisk praksis forutsetter kompetanse, tydelige strukturer og systematisk dokumentasjon og jevnlig kvalitetssikring. Når disse elementene er på plass, styrkes både kvaliteten i vurderingene, pasientsikkerheten og læringsmiljøet.

### Forutsetninger for god kolposkopisk praksis:

- Alle utrednings- og behandlingssteder bør ha en dysplasi-ansvarlig kolposkopist som sikrer faglig kvalitet, interne rutiner og opplæring.
- Dysplasi-ansvarlig bør ha internasjonal sertifisering i kolposkopi (kontakt Ameli Tropé dersom dette ikke er på plass).
- Et fast team som inkluderer dysplasi-sykepleier, bidrar til kontinuitet og trygghet for både pasienter og kolleger.
- Kolposkopi og eksisjonsbehandling bør utføres av personell som minimum har gjennomført kolposkopisk godkjenning av Legeföreningen, eller tilsvarende (7).
- Kolposkopiske funn skal dokumenteres grundig, med bilde-lagring i pasientjournalen. Strukturert tegning kan brukes der bilde-lagring ikke er mulig.
- Eksisjonsbehandling skal alltid utføres under kolposkopisk kontroll.
- Regelmessig intern gjennomgang av resultater, minimum årlig, er viktig for å sikre konsistent praksis og kontinuerlig forbedring.
- Utfordrende kasus bør diskuteres i regionale eller tverrfaglige møter for å sikre godt vurderingsgrunnlag og styrke kvaliteten på beslutningene.
- Behandling av AIS bør sentraliseres til et fåtall erfarne behandlere i Norge.
- Type 3 er vanskelig og skal behandles med høy syllinderformet eksisjon (tilpasset fertilitetsønske)

### Oppsummering og veien videre

Endringer i livmorhalscreening med overgang til HPV-primærskanning og høy vaksinasjonsdekning, har endret forutsetningene for kolposkopi. Alvorlige lesjoner forekommer sjeldnere, og vurderingene som gjøres ved undersøkelsen får derfor større betydning for valg av behandling og for å unngå både over og underbehandling. Dette stiller økte krav til presisjon, dokumentasjon og god organisering av praksis.

Erfaringene fra Sykehuset Lillehammer viser at målrettede tiltak kan gi tydelige kvalitetsforbedringer. Innføring av kolposkopi for konisering, bedre dokumentasjon av transformasjonssone og konsentrasjon av inngrep til færre operatører, bidro til høyere andel frie reseksjonsrender og redusert vevsuttak.

Gode og sammenlignbare data avgjørende for å styrke kvaliteten nasjonalt. Fullstendig registrering gjennom CIN-skjemaet gir grunnlag for lokal læring og for å identifisere områder med forbedringspotensial. Det er gledelig å se at rapporteringen er på vei opp: Antallet innsendte CIN-skjema har økt de siste årene, og innrapporteringsgraden ligger nå på 60–70 %, mot 55 % i 2020. Bedre registrering av kolposkopi vil gi et mer helhetlig bilde av kvaliteten i pasientforløpet.

### For å sikre god praksis nasjonalt anbefaler vi alle behandlingssteder å:

- Ta kontakt med Kreftregisteret for å få på plass rutiner for kvalitetssikring
- Sende inn alle CIN-skjemaer fortløpende
- Bruke Kvalitetsmanualen som støtte i arbeidet med forbedring av kolposkopipraksis.
- Øve på modeller og simulering minimum en gang i året for å styrke ferdigheter

### Referanser

1. International Agency for Research on Cancer (IARC). IFCPC/IARC course on colposcopy and cervical cancer prevention [Internett]. [lest 2026 Apr 28]. Tilgjengelig fra: <https://screening.iarc.fr/elearning/ifcpc.php>
2. European Federation for Colposcopy. Performance standards [Internett]. 2020 [lest 2026 Apr 28]. Tilgjengelig fra: <https://efcolposcopy.eu/performance-standards/>
3. Helsedirektoratet. Premaligne lidelser i cervix uteri. Handlingsprogram for gynekologisk kreft [Internett]. [lest 2026 Apr 28]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/gynekologisk-kreft--handlingsprogram/premaligne-lidelser-i-cervix-uteri>
4. Alfonso E, Sundström K, Elfström KM, Dillner J. Colposcopic assessment by Swedescore, evaluation of effectiveness in the Swedish screening programme: a cross-sectional study. BJOG. 2022;129(12):1956-1964. doi:10.1111/1471-0528.17054

5. Brown BH, Tidy JA. The diagnostic accuracy of colposcopy: a review of research methodology and impact on the outcomes of quality assurance. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2019;240:182-186. doi: 10.1016/j.ejogrb.2019.07.003.

6. Beecroft M, Gurumurthy M, Cruickshank ME. Clinical performance of primary HPV screening cut-off for colposcopy referrals in HPV-vaccinated cohort: observational study. BJOG. 2023;130(2):210-213. doi:10.1111/1471-0528.17284

7. Helsedirektoratet. Anbefalte læringsaktiviteter [Internett]. [lest 2026 Apr 28]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-teger/fodselshjelp-og-kvinnesykommer/anbefalte-laeringsaktiviteter>

“Erfaringene fra Lillehammer viser at kompetanseheving, standardisert dokumentasjon og konsekvent bruk av kolposkopi før eksisjon kan gi tydelige og målbare kvalitetsforbedringer,,

# Kolposkopi med kvalitet: En kort kolposkopiguide

I løpet av de siste tolv årene har vi arrangert tredagers kolposkopikurs i Norge, med rundt 50 deltakere på hvert kurs. Kurset anbefales som del av spesialistutdanningen, og kompetansen innen kolposkopi har økt betydelig. Samtidig vil HPV vaksinasjon og primær HPV-screening endre både forekomst, størrelse og type cervikale lesjoner (1). Når forekomsten av høyrisikolesjoner som krever behandling går ned, reduseres også kolposkopiens positive prediktive verdi. Kunnskapsgrunnlaget endres raskt, og internasjonale anbefalinger oppdateres fortløpende. Vurderingene vi gjør bør være risikobasert og bygge på HPV-genotyping, cytologi, tidligere historikk og relevante biomarkører. En slik tilnærming kan sikre at pasientene får den mest hensiktsmessige oppfølgingen og behandlingen. Dette gjør korrekt seleksjon til kolposkopi, målrettet biopsitaking og riktig behandling enda viktigere. De som utfører kolposkopi, må ha oppdatert kunnskap om HPV og livmorhalscreening. Samtidig bør ekspertisen samles hos færre utøvere, og det må legges større vekt på kvalitets-sikring, slik det gjøres i Sverige og Storbritannia.



**Ameli Tropé**

Leder av Livmorhalsprogrammet, FHI  
amtr@fhi.no



**Kathrine Vinknes**

Livmorhalsprogrammet, FHI  
kjvi@fhi.no

## Behov for bedre kvalitetssikring av kolposkopi

Alle avdelinger, avtalepraksiser og private praksiser bør ha en dysplasiansvarlig som er internasjonalt sertifisert og faglig oppdatert. Alle som utfører kolposkopi skal ha gjennomført et NLF godkjent kolposkopikurs eller tilsvarende. Det bør foreligge en tydelig plan for opplæring og veiledning av dem som ikke er sertifisert, og det bør gjennomføres årlig audit (2). I tillegg anbefales det å innføre ringtester, slik det gjøres i Sverige via EQUALIS, der standardiserte kolposkopibilder sendes ut, og deltakerne beskriver og klassifiserer funn. En slik ordning bør etableres og følges opp i samarbeid med Kreftregisteret.

For å sikre riktig behandling må vi skille mellom klinisk relevante lesjoner og funn som ikke krever behandling. Alle funn bør dokumenteres systematisk, helst med foto. God kommunikasjon med patologiavdelingen er avgjørende, siden vurdering og snittlegging er et felles ansvar. Ved oppfølging av komplekse saker bør MDT-møter benyttes, slik at vurderinger kan etterprøves, og både patologer og gynekologer får bedre støtte i beslutningene. Dette bidrar til økt kvalitet og sporbarhet gjennom hele diagnostikkjeden. Våre svenske og finske kolleger påpeker at dysplasi MDT-møter over

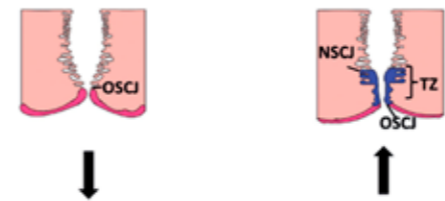
tid øker kunnskapen, forbedrer kvaliteten og reduserer den totale arbeidsmengden.

Kolposkopikurs og målrettet opplæring kan forbedre sensitiviteten for å oppdage cervikal intraepitelial neoplasie grad 2 eller høyere (CIN2+) (3). Sensitiviteten ved kolposkopi varierer fra 49 til 85 %. «Tilfeldige» biopsier øker sannsynligheten for å oppdage sykdom for hver biopsi som tas, men det forutsetter at man vet hvor biopsiene bør tas (4–6). Utover det norske kolposkopikurset finnes det gode tilbud både i Sverige og England, samt nettbaserte kurs for dem som ikke har anledning til å reise. Nedenfor følger en kort og praktisk kolposkopiguide.

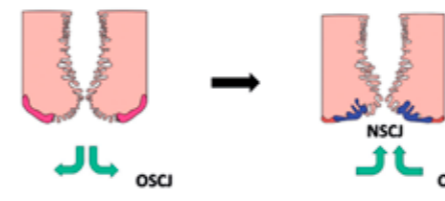
## Første steg: Hvordan begynne kolposkopiundersøkelsen

Begynn undersøkelsen med å inspisere vulva for kondylomer eller andre lesjoner. Ved normal kolposkopi av cervix bør du også undersøke vagina når spekelet trekkes ut. Bruk av jod kan gjøre vaginalundersøkelsen enklere. Husk at celleforandringer ikke alltid skyldes funn på portio: de kan for eksempel være uttrykk for vaginal intraepitelial neoplasie (VAIN).

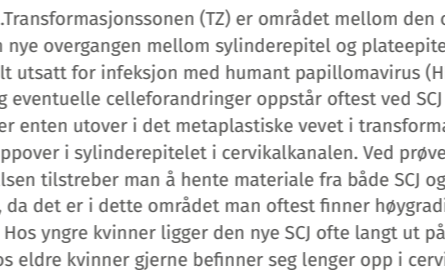
1) På cervix møtes to typer celler; sylinderepitel og plateepitelceller (rosa). Den opprinnelige overgangen mellom disse cellene kalles original squamo-columnar junction (OSCI) og sitter et stykke opp i cervix.



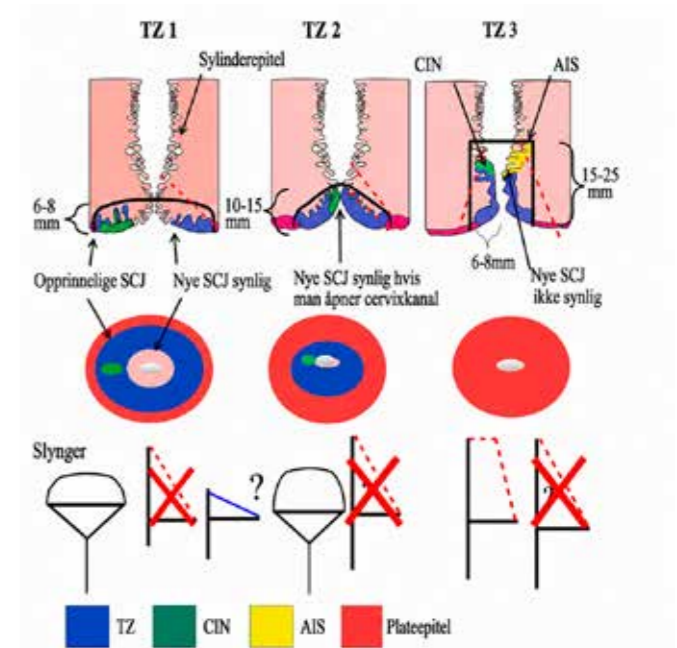
2) Som følge av økt østrogen-nivå i reproduktiv alder, bres denne OSCJ ut på portio



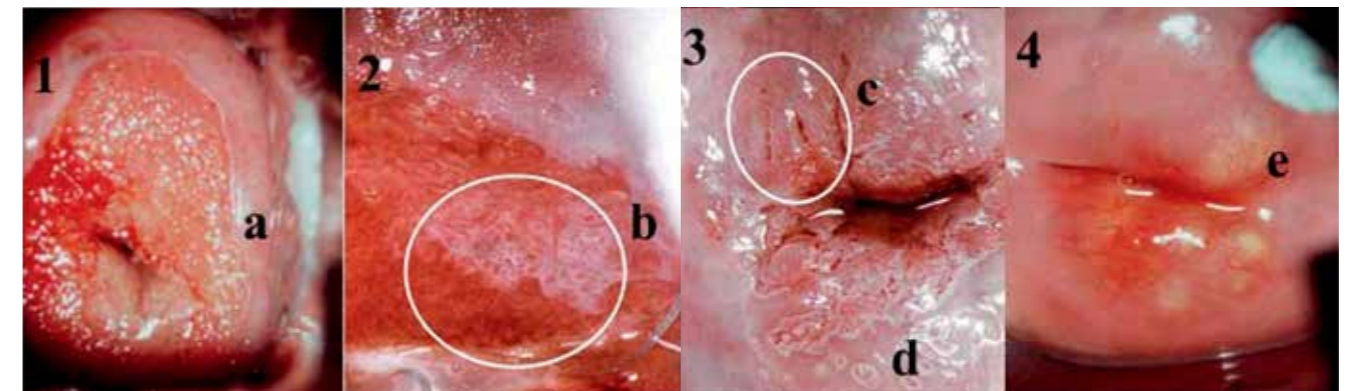
3) Når sylinderepitel fra cervikalkanalen utsettes for det sure miljøet i vagina, erstattes sylinderepitel av plateepitel, såkalt metaplasi, og vi får en ny SCJ (NSCJ). Området mellom OSCJ og NSCJ, kalles transformasjonssonen (TZ) (blått).



Figur 1. Transformasjonssonen (TZ) er området mellom den opprinnelige og den nye overgangen mellom sylinderepitel og plateepitel (SCJ). TZ er spesielt utsatt for infeksjon med humant papillomavirus (HPV). HPV-infeksjon og eventuelle celleforandringer oppstår oftest ved SCJ og spres deretter enten utover i det metaplastiske vevet i transformasjonssonen, eller oppover i sylinderepitel i cervikalkanalen. Ved prøvetaking fra livmorhalsen tilstreber man å hente materiale fra både SCJ og plateepitelet på portio, da det er i dette området man oftest finner høygradige celleforandringer. Hos yngre kvinner ligger den nye SCJ ofte langt ut på portio, mens den hos eldre kvinner gjerne befinner seg lenger opp i cervikalkanalen.



Figur 2. Eksempler på ulike typer transformasjonssone (TZ) som viser hvor overgangen mellom sylinderepitel og plateepitel (SCJ) er lokalisert, samt anbefalinger for hvordan kon bør plasseres for å sikre at transformasjonssonen inkluderes. Trekantslyng er kontraindisert ved forandringer i sylinderepitel og ved TZ3. Se tilhørende tekst for ytterligere forklaring.



Figur 3. Ulike eksempler på normale kolposkopifunn: 1. Ektopi: a. Symmetrisk, evertet sylinderepitel med tydelig avgrensning mot plateepitel. Dette området blir ofte ved celleprøvetaking. 2 og 3. Metaplasi: b. Fusjon av sylinderepitel og plateepitel; området blir hvitt etter eddikpåføring. c. "Tungers" av nytt sylinderepitel, med furer mellom dem. d. Øyer av sylinderepitel i metaplastisk plateepitel. 4. TZ der SCJ ikke er synlig: e. Ovula Nabothi ses i ytterkantene av transformasjonssonen (TZ). Foto: Eva Rylander

Kolposkopet bør ha kraftig og godt lys, med 6–24× forstørrelse fordelt på flere trinn. Start undersøkelsen med hvitt lys og lav forstørrelse for å få oversikt over cervix. Fjern slim og blod fra området ved å skylle med saltvann i en engangssprøyte. Bruk grønt lys for lettere å identifisere atypiske blodkar før eddiksyre påføres. Vær oppmerksom på at eddiksyre kan gjøre blodkarene mindre synlige, fordi den får dem til å «krympe».

Hos kvinner med atrofi er det svært viktig å bruke lokalt østrogen daglig i 3–4 uker før undersøkelse. Dette gir bedre kvalitet på både cytologiske prøver, kolposkopiske vurderinger og histologiske snitt.

## Er kolposkopien representativ?

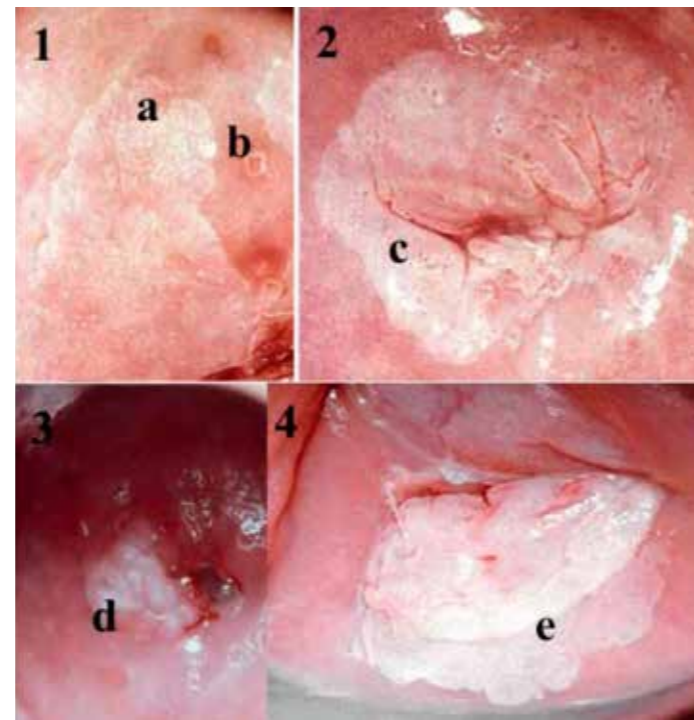
Det viktigste ved kolposkopi er å forstå transformasjonssonens utvikling og å identifisere om overgangen mellom sylinderepitel

og plateepitel (squamokolumnær overgang; SCJ) er synlig, samt hvilken type transformasjonssone (TZ) som foreligger (Figur 1 og 2).

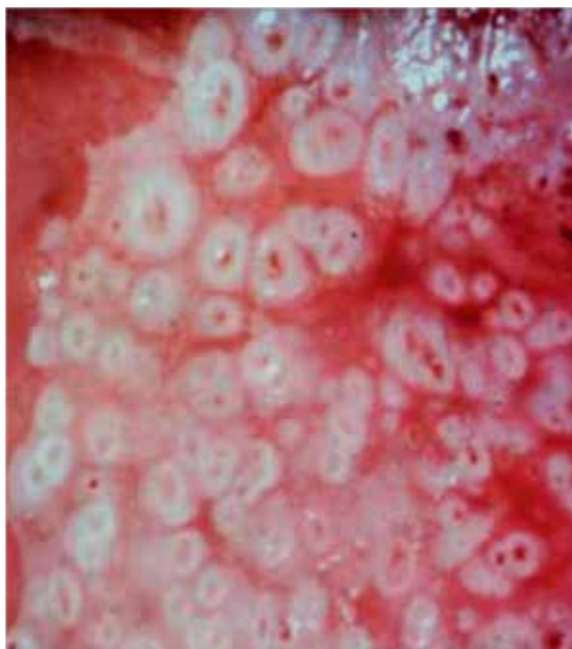
Hormonpåvirkning kan føre til at sylinderepitel folder seg utover mot ektocervix. Når pH blir sur, stimuleres sylinderepitel til å omdannes til plateepitel. Transformasjonssonen (TZ) befinner seg mellom den opprinnelige og den nye SCJ. Før epitelet modnes til plateepitel, ses metaplasi. Det nye plateepitelet kan dekke gamle krypter, slik at små kryptåpninger og tilstoppede åpninger, ovula Nabothi, blir synlige. Den opprinnelige SCJ kan være vanskelig å identifisere, men de mest laterale kryptåpningene eller ovula Nabothi kan indikere lokalisasjonen (Figur 3).



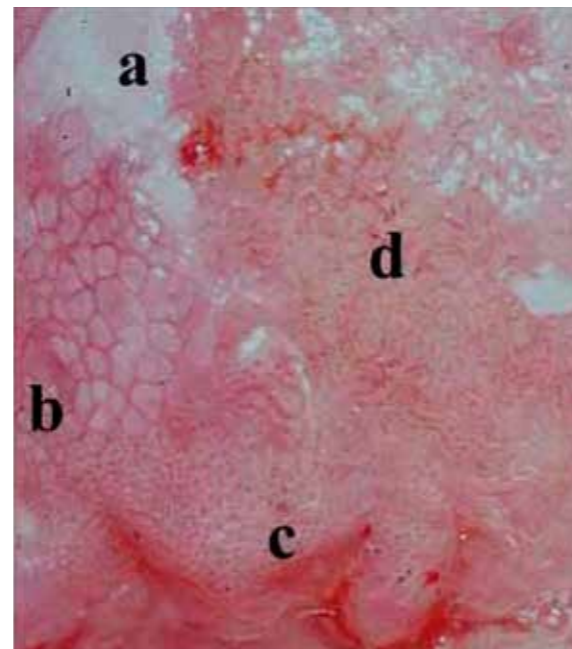
Figur 4. Innledningsvis fremsto alt som normalt. Etter pensling med eddik og åpning av livmorhalskanalen ble to atypiske områder synlige. Foto: Eva Rylander



Figur 5. Acetooptak og kanter. 1. CIN1: a. Tynt, svakt acetohvitt område med antydning til mosaikkmønster samt bladlignende kant. b. Liten øy av sylinderepitel sees til høyre i bildet. 2. CIN2: c. Området fremstår tykkere hvitt, og har en mer markert grense i nedre venstre kvadrant. Her bør det tas biopsi. 3. Platt kondylom: Bli svulmet opp og hvitt etter eddikpåføring. Biopsi må tas for å utelukke CIN. 4. CIN3: e. Etter eddikbehandling fremkommer en skarp indre grense. Foto: Eva Rylander



Figur 6. CIN3 med tydelig "cuffing"-tegn; atypisk og fortykket acetohvitt epitel vokser ned i krypter, med påvisning av CIN i kjertlene. Normalt sylinderepitel ses i bunnen av området. Foto: Eva Rylander



Figur 7. a. Hyperkeratose. b. Mosaikkmønster: blodkar ligger parallelt med epitelet. c. Punktasjoner: blodkar går vinkelrett opp gjennom epitelet, snur ned igjen, og er ofte dilatert i toppen. Jo grovere kar og jo større avstand mellom mosaikkmønster og punktasjoner, desto høyere grad av CIN. d. Unormale blodkar. Foto: Eva Rylander

SCJ kan være lokalisert ulike steder i cervikalkanalen, avhengig av alder, hormonstatus og tidligere behandling. Transformasjonssonen deles ofte inn i type 1, 2 og 3, basert på hvor overgangen mellom kjertel og plateepitel befinner seg (Figur 1). Angivelse av TZ-type er viktig for valg av behandlingsmetode, og bidrar til kvalitetssikring av både utredning og behandling.

For at kolposkopien skal vurderes som representativ, må hele TZ (Figur 1) og hele randen av eventuelle lesjoner være synlig, det vil si at de ikke forsvinner langt inn i kanalen. Bruk gjerne en vattpinne for å få best mulig oversikt over TZ (Figur 4) og eventuelle lesjoner. Vattpinne kan også benyttes til å føre slim inn i cervikalkanalen for bedre innsyn. Vurder om cervix er inflammet, eller om det foreligger betennelse - en aktiv cervicitt kan maskere celleforandringer.

#### Identifisere unormale områder

For å beskrive unormale områder under kolposkopi benyttes terminologi fra International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy (IFCPC), som er presentert i Tabell 1 (7). Et nyttig verktøy for å systematisere funn og målrette biopsitaking er Swede-score (Tabell 2), et internasjonalt anerkjent poengsystem som er enkelt å bruke. Kolposkopidiagnosen baseres på fem sentrale observasjoner: 1) intensiteten og fargetonen i acetohvite områder, 2) marginer/avgrensning og overflatekontur av disse områdene, 3) vaskulære mønstre, 4) lesjonens størrelse og 5) endringer i farge etter påføring av jod. Swede score gir totalscore fra 0 til 10, der 8–10 poeng indikerer høy sannsynlighet for CIN2+ (8, 9). I motsetning til flere andre scoringssystemer tar Swede-score hensyn til at større lesjoner gir økt risiko for høygradige celleforandringer.

#### Bruk tiden som hjelpemiddel

Sørg for å bruke en «fersk» eddiksyreblanding, da korrekt konsentrasjon er avgjørende for å oppdage forandringer. Benytt rikelig med 3–5 % eddiksyre, og observer nøye med hvitt lys gjennom hele virketiden. Vær tålmodig i dette trinnet: effekten av eddiksyren utvikler seg gradvis over omtrent ett minutt. Jo høyere grad av neoplasi, desto raskere og kraftigere blir området acetohvitt, og forandringene fremstår tykkere. Unormale blodkar kan fremtre senere. Merk at høygradige lesjoner beholder acetohvit farge lenger enn lavgradige lesjoner. For å opprettholde

| 2011 IFCPC kolposkopi terminologi |                      |  |
|-----------------------------------|----------------------|--|
| Generell vurdering                |                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Adekvat/ inadekvat PGA (f. eks. blødning, arr, betennelse)</li> <li>Overgang mellom sylinderepitel – og plateepitel synlighet: helt synlig, delvis synlig, ikke synlig</li> <li>Transformasjonssone (TZ) type 1, 2, 3.</li> </ul>   |
| Normale kolposkopifunn            |                      | Opprinnelig plateepitel <ul style="list-style-type: none"> <li>Modent</li> <li>Atrofisk</li> </ul> Sylinderepitel <ul style="list-style-type: none"> <li>Ektopi</li> </ul> Metaplastisk plateepitel <ul style="list-style-type: none"> <li>Ovula nabotii</li> <li>Kjertelåpninger</li> <li>Decidua under graviditet</li> </ul> |
| Unormale kolposkopifunn           | Generelle prinsipper | Lokalisasjon av lesjon: Innenfor eller utenfor TZ. Lokalisasjon angis med klokken Størrelse av lesjonen: Antall kvadranter, prosentandel av cervix   |
|                                   | Lavgradige           | Tynt acetohvitt epitel, irregulære, geografiske kanter   |
|                                   | Høygradige           | Tykt acetohvitt epitel, acetohvit forandring framkommer raskt, tykk ring rundt glandelåpning   |
|                                   | Ikke spesifikke      | Leukoplaki, erosjon, jod/Lugols farging (brun/gult)  |
| Suspekt for invasjon              |                      | Atypiske kar. Tilleggsfunn: Skjøre blodkar, ujevn overflate, exofytisk lesjon, nekrose, Ulcerasjon (nekrotisk) tumor   |
| Diverse funn                      |                      | Kongenital TZ, kondylom, polypp (ektocervical/ endocervical), inflammasjon   |
|                                   |                      | Fin mosaikk, punktasjoner  |
|                                   |                      | Grov mosaikk, grov punktasjon, skarp kant, indre kant, elevert lesjon?   |
|                                   |                      | Stenose, medfødt feil, funn etter behandling, endometriose   |

Tabell 1. 2011 International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy (IFCPC) terminology.

| Poeng            | 0                   | 1   | 2  |
|------------------|---------------------|---|--|
| Aceto optak      | 0 eller transparent | Slørete                                     | Stearinflekk   |
| Kanter           | 0 eller diffuse     | Uregelmessige, flikete, skarpe. Satellitter | Regelmessige, skarpe eller nivåforskjell                       |
| Kapillær mønster | Fint, regelmessig   | Savnet                                      | Grove eller bisarre kar  |
| Størrelse        | <5mm                | 5–15mm med mer eller 2 kvadranter           | >15mm med mer, 3–4 kvadranter eller endocervikalt uavgrensbart |
| Jod-opptak       | Brunt               | Svakt gult eller flekkete                   | Kanarigult   |

Tabell 2. Strander/Swede kolposkopisk score. Fem variabler, tilsvarende punktene 1–5 ovenfor, gis en verdi på 0, 1 eller 2. Maksimal totalscore er 10 poeng. En score på 8–10 poeng taler sterkt for CIN2+ (8, 9).

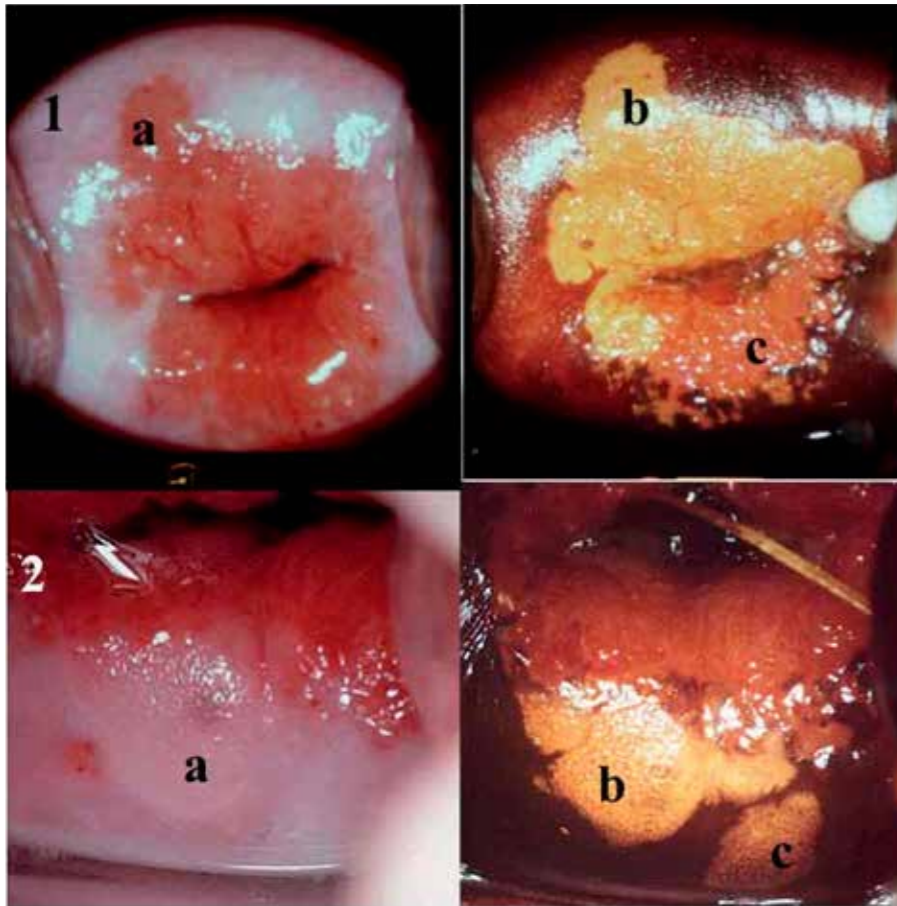
effekten kan eddiksyre påføres på nytt hvert 2.–3. minutt, da virkningsgraden avtar raskt.

#### Metaplasi er vanskelig å skille fra CIN1

Metaplasi fremstår ofte som tynt acetohvitt og kan være utfordrende å differensiere fra lavgradig CIN. Lavgradig CIN viser seg som tynne, slørete, glatte acetohvite lesjoner med tydelig avgrensning, men har gjerne uregelmessig eller geografisk form, og kan ha satellittlesjoner eller skarpe kanter (Figur 5). Høygradig CIN er derimot ofte karakterisert av tykke, tette, matte, ugjennomsiktige eller gråhvite acetohvite områder med klare, regelmessige marginer, og ofte elevert kant. Det kan være nyttig å tenke på acetohvite forandringer som strøk med hvitmaling: Jo høyere CIN-grad, desto flere «lag». Overflaten til høygradige

CINlesjoner har gjerne en mer uregelmessig og nodulær karakter. Synlig kantlinje innenfor en acetohvit lesjon, eller en acetohvit lesjon med varierende fargeintensitet og tykke ringer rundt krypter, peker mot høygradige forandringer (Figur 5 og 6).

Vaskulære mønstre, som punktasjon og mosaikk, er spesielt betydningsfulle når de opptrer i acetohvite områder. Fine punktasjoner og fine mosaikker er oftest assosiert med lavgradig CIN. Tykkere acetohvite områder uten slike vaskulære mønstre indikerer ofte mer alvorlig CIN enn områder der disse funnene foreligger. Grove punktasjoner og grove mosaikker med større mellomrom sees typisk ved høygradige lesjoner. Atypiske blodkar kan fremstå som «rotete», bisarre, tykke eller trestammelige. Det er viktig å være



Figur 8. 1. CIN2. a) Atypisk transformasjonssone (TZ) på øvre mormunnsleppe, vist både før og etter jodpåføring. Eddik er ikke benyttet her. Ved rød, asymmetrisk utløper klokken 11 bør CIN mistenkes. b) Jod markerer tydelig dysplasi i området mellom kl. 9 og kl. 3. c) Ektopi (rosa etter jodpåføring) ses mellom kl. 3 og kl. 8. 2. CIN2. a) Etter eddikpåføring blir området lett hvitt, hovner opp og får en grynede struktur. b) Jod gjør forandringen mer synlig. c) Området rundt kl. 5 blir tydeligere. Foto: Eva Rylander.

oppmerksom dersom karene har utseende som tykke kommaer eller korkskrur (Figur 7). Atrofisk plateepitel på cervix har ofte tynne, grenslignende kar.

#### Jod som diagnostisk hjelpemiddel ved kolposkopi

Jod, ofte omtalt som Lugols eller Schillers løsning, brukes som et supplement under kolposkopi for å identifisere celleforandringer. Løsningen tas opp i modent plateepitel som inneholder glykogen (Figur 8). Dette gjør at friskt plateepitel farges mahognibrunt, mens dysplastisk eller umodent epitel forblir gult. Jod kan være særlig nyttig for å synliggjøre spredte lesjoner som sitter mer perifert på cervix, og som lett overses dersom man kun benytter eddiksyre. I vagina kan jod også være verdifullt, da gule områder ved VAIN ofte er vanskelig å oppdage med eddiksyre alene. Ved hysterectomi grunnet gjentatte celleforandringer etter flere koniseringer kan kolposkopi med jod benyttes for å sikre frie vaginale render. Hos noen få ses en medfødt transformasjonssone («congenital transformation zone») langt ute i øvre del av vagina, og det er viktig å ikke mistolke dette som dysplasi.

Det er viktig å være klar over at jod alene ikke kan brukes til å identifisere celleforandringer, da umodent epitel heller ikke farges brunt. Betennelse kan gi et flekkvis gult preg, og sylinderepitel farges ofte med oransje «øyer». Hos kvinner med lavt østrogennivå i vaginalt epitel, for eksempel ved amming eller etter overgangsalderen, er jod mindre egnet fordi epitelet inneholder lite eller ikke noe glykogen.

#### Hvor bør biopsi tas?

HPV-infeksjon starter som regel i overgangssonen (SCJ). Premaligne forandringer i plateepitelet utvikler seg i metaplastisk plateepitel og sprer seg distalt, altså utover mot portiooverflaten.

Premaligne lesjoner i sylinderepitel, som adenocarcinoma in situ (AIS), oppstår derimot i sylinderepitelet og brer seg proksimalt, det vil si inn mot livmorhalskanalen. Det er også viktig å være oppmerksom på at små, såkalte «skipped lesions», ofte forekommer høyere opp i kanalen, og dermed gå under radaren ved en enkel biopsi.

Kolposkopiens sensitivitet er begrenset, men ved å ta tre til fire biopsier øker man sjansen for å oppdage celleforandringer betydelig (4). Dersom kolposkopien ikke er representativ, for eksempel hvis SCJ kun er delvis eller ikke synlig, eller den øvre begrensningen av lesjonen ikke kan identifiseres, bør man alltid utføre endocervikalt utskrap. Dette gjelder også ved tidligere behandling for cervixneoplasi eller ved påviste unormale kjertelepitelforandringer. Slik sikrer man at både plateepitel og sylinderepitel undersøkes grundig, og at eventuelle forandringer ikke overses.

Tverrfaglige MDT-møter er viktige, da vurdering av kolposkopiske funn og histologi er et samarbeid. Patologens vurdering er ikke objektiv isolert sett, og forutsetter gode remisser med beskrivelse av TZ-type og kolposkopiske funn. Vanskelige kasus bør diskuteres sammen i MDT.

Det er gynekologen som vurderer om prøven er representativ. Patologen beskriver kun om plateepitel og sylinderepitel er representert i preparatet.

Hos postmenopausale kvinner med transformasjonssone type 3, der man kun ser normalt plateepitel uten suspekter forandringer på ektocervix, har det liten verdi å ta ektocervikale biopsier. Dette er unødvendig belastende for kvinnen og medfører merarbeid for patologen, ettersom SCJ ikke lenger er representert i prøven.

I slike tilfeller kan det være tilstrekkelig å utføre endocervikalt utskrap, særlig ved lavgradige funn på cytologi.

Vi skal behandle celleforandringer, ikke HPV. Behandling bør derfor ikke gis på grunnlag av vedvarende HPV-infeksjon alene.

#### Behandling av høygradig cervixneoplasi

Alle som skal utføre behandling må først trene på modell under veiledning. Retningslinjer for hvem som skal behandles, finnes i *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for gynekologisk kreft*. Ved påvist AIS på cytologi skal behandling alltid tilbys, og det samme gjelder høygradig skvamøs intraepitelial lesjon (HSIL) på cytologi hos eldre kvinner som ikke har barneønske. Det er svært viktig at slike tilfeller behandles av erfarne eksperter, og at eventuell behandling utsettes for å unngå feilbehandling fra uerfarne behandlere.

Slyngekonisering har gjort behandlingen av høygradig CIN og AIS enklere, men det er avgjørende å velge riktig type slynge samt å tilpasse dybde og bredde etter TZ-type, lesjonsstørrelse, mistanke om invasjon, alder og barneønske. God tilpasning bidrar til å sikre at hele det patologiske området fjernes, samtidig som man tar hensyn til pasientens fremtidige fertilitet.

Cervixneoplasi kan spre seg ned i gamle krypter, opptil 6 mm dypt. Det er derfor viktig å utføre eksisjon med minst 6 mm dybde. HPV-infeksjon kan ha involvert hele transformasjonssonen, og hos kvinner som ikke ønsker barn, bør man tilstrebe å fjerne hele TZ for å redusere risikoen for residiv.

#### Konisering under kolposkopisk kontroll

Ved konisering ved type 1 TZ, der SCJ er fullt synlig, er det som regel ikke nødvendig med dypere eksisjon enn 6–8 mm. Målet er å fjerne hele lesjonen med adekvat dybde, samtidig som man begrenser vevstap hos kvinner med fertilitetsønske.

Det finnes et stort utvalg av bue- og trekantslynger. Valg av slyngetype bør tilpasses TZ-type, lesjonsutbredelse, mistanke om kjertelepitelforandringer og pasientens fertilitetsønske. Ved fremtidig barneønske og TZ-1, som er godt trukket ut på portio, kan en lav trekantslynge være et alternativ. Trekantslynge er derimot kontraindisert ved sylinderepitelforandringer og ved TZ-3. Ved bruk av trekantslynge på TZ-1 bør man være oppmerksom på at man ikke alltid oppnår samme eksisjonsdybde gjennom hele konen. Preparatet blir ofte grunnere perifert mot ektocervix, med risiko for at kryptforandringer ikke inkluderes lateralt. Ved bruk av en grunn slynge kan det derfor være nødvendig å holde et jevnt og

fast trykk mot cervix mens slyngen roteres rundt hele omkretsen direkte på portio for å sikre tilstrekkelig dybde hele veien. Som et praktisk utgangspunkt kan en trekantslynge ved type TZ-1 være om lag 8 mm dyp og 15–16 mm bred. Fotpedal for aktivering av diatermi kan gjøre det enklere å opprettholde stabilt trykk uten å endre grep på diatermipennen. Det viktigste er å fjerne den groveste delen av lesjonen tilstrekkelig dypt sentralt. Systematiske oversikter og metaanalyser viser en sammenheng mellom behandlingsdybde og risiko for ugunstige obstetriske utfall (10, 11). Populasjonsbaserte studier tyder derimot på at risikøkningen ikke er signifikant dersom koniseringsdybden holdes under 10 mm (12, 13). Det er også vist at ikke bare dybden, men også totalvolumet av vev som fjernes, påvirker risikoen (10–13).

Samtidig øker risikoen for kreft dersom reseksjonskantene ikke er frie. Rekonisering vil igjen kunne øke risikoen for prematur fødsel betydelig, tilsvarende risikoen ved større koniseringer. Målet er derfor frie render, men med minst mulig vevsfjerning (11).

Studier har vist at man ofte fjerner mer vev enn man tror (11). Slyngebetegnelser kan variere mellom leverandører: En «small» trekantslynge kan hos enkelte gå så dypt som 12 mm, mens noen «large shallow» trekantslynger kan være bare 6 mm dyp, men samtidig svært bred og dermed fjerne et unødvendig stort vevsvolum. Laservaporisering eller spraykoagulering benyttes primært for hemostase.

Ved type TZ-3, der SCJ ikke er synlig, eller ved AIS, anbefales en sylindereformet kon for å få med krypter som kan være opptil 6 mm dype hele veien opp i kanalen. Alternativt kan man utføre «top-hat», der man etter konisering tar ut en ekstra, mindre bit fra sårsegen i cervikalkanalen. Patologer foretrekker énstykkpreparater, men top-hat kan i enkelte tilfeller være kirurgisk mer korrekt. Preparatene må merkes nøye, og orientering angis tydelig. Konpreparatet bør alltid spennes opp på korkplate med nåler og merkes (for eksempel kl. 6 og kl. 12), slik at patologen kan orientere preparatet korrekt.

#### Trening og faglig oppdatering

God kolposkopi forutsetter regelmessig trening og kontinuerlig faglig oppdatering. Vi oppfordrer derfor til å delta på kurs og benytte tilgjengelige læringsressurser, for eksempel gjennom European Federation for Colposcopy (EFC). EFC arrangerer jevnlig webinarer og internasjonale møter som kan bidra til å vedlikeholde og videreutvikle kolposkopisk kompetanse.

#### Referanser

1. Beecroft M, Gurumurthy M, Cruickshank ME. Clinical performance of primary HPV screening cut-off for colposcopy referrals in HPV-vaccinated cohort: observational study. *BJOG*. 2022;130(2):210–3.
2. Brown BH, Tidy JA. The diagnostic accuracy of colposcopy: a review of research methodology and impact on the outcomes of quality assurance. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2019;240:182–6.
3. Ferris DG, Spitzer M, Werner C, Dickman ED, Shiver RL. Colposcopy quality control for clinical trials: the positive effects from brief, intensive educational intervention. *J Low Genit Tract Dis*. 2002;6(1):11–6.
4. Underwood M, Arbyn M, Parry-Smith W, De Bellis-Ayres S, Todd R, Redman CW, et al. Accuracy of colposcopy-directed punch biopsies: a systematic review and meta-analysis. *BJOG*. 2012;119(11):1293–301.
5. Leeson SC, Alibegashvili T, Arbyn M, Bergeron C, Carriero C, Mergui JL, et al. The future role for colposcopy in Europe. *J Low Genit Tract Dis*. 2014;18(1):70–8.
6. Pretorius RG, Belinson JL, Burchette RJ, Hu S, Zhang X, Qiao YL. Regardless of skill, performing more biopsies increases the sensitivity of colposcopy. *J Low Genit Tract Dis*. 2011;15(3):180–8.
7. Tatti S, Bornstein J, Prendiville W. Colposcopy: a global perspective: introduction of the new IFCPC colposcopy terminology. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2013;40(2):235–50.
8. Bowring J, Strander B, Young M, Evans H, Walker P. The Swede score: evaluation of a scoring system designed to improve the predictive value of colposcopy. *J Low Genit Tract Dis*. 2010;14(4):301–5.
9. Alfonso E, Sundström K, Elfström KM, Dillner J. Colposcopic assessment by Swedescore, evaluation of effectiveness in the Swedish screening programme: a cross-sectional study. *BJOG*. 2022;129(12):1956–64.
10. Kyrgiou M, Athanasiou A, Paraskevaidi M, Mitra A, Kalliala I, Martin-Hirsch PP, et al. Adverse obstetric outcomes after local treatment for cervical preinvasive and early invasive disease according to cone depth: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2016;354:i3633. doi:10.1136/bmj.i3633.
11. Kyrgiou M, Athanasiou A, Kalliala IEJ, Paraskevaidi M, Mitra A, Martin-Hirsch PP, et al. Obstetric outcomes after conservative treatment for cervical intraepithelial lesions and early invasive disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(11):CD012847. doi:10.1002/14651858.CD012847.
12. Sjøborg KD, Vistad I, Myhr SS, Svenningsen R, Herzog C, Kloster-Jensen A, et al. Pregnancy outcome after cervical cone excision: a case-control study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86(4):423–8.
13. Albrechtsen S, Rasmussen S, Thoresen S, Irgens LM, Iversen OE. Pregnancy outcome in women before and after cervical conisation: population based cohort study. *BMJ*. 2008;337:a1343.

# Hold deg faglig oppdatert innen kolposkopi



## Kolposkopikurs på Soria Moria – april 2026

En flott LIS-gjeng har brukt tre dager på å få kolposkopien skikkelig under huden.

## Fagkurs i kolposkopi

Kurs i kolposkopi for gynekologer inngår i Helsedirektoratets anbefalinger for spesialistutdanningen i fødselshjelp og kvinnesykdommer (GYN). Se kursportalen på Legeforeningens nettsider. Webinarer om kolposkopi fra Livmorhalsprogrammet.

Livmorhalsprogrammet tilbyr månedlige webinarer om kolposkopi fra høsten 2026. Du/avdelingen din kan melde dere på.

Når: Første onsdag i måneden kl. 15.30–16.30.

Påmelding: Kontakt Ameli Tropé ([amtr@fbi.no](mailto:amtr@fbi.no)).

Meld deg på nyhetsbrev fra Livmorhalsprogrammet her.



## Faglig påfyll

### Anbefalt kongress:

EFC – European Federation for Colposcopy and Cervical Cancer Prevention:

11th EFC European Congress, 14.–17. oktober 2026, București.

Les mer på EFCs nettsider.

For tips om kurs, webinarer og andre aktiviteter følg EFC (European Federation for Colposcopy) og NFK (Norsk forening for kolposkopi) på Facebook, og sjekk også IFCC sine (gratis) webinarer/on-demand optak.



NY

# Obgemsa®

vibegron

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

- Har effekt på viktige OAB-symptomer<sup>1\*</sup>
- Ingen advarsler som omhandler blodtrykk<sup>2</sup>
- Én styrke. Én gang daglig. Tablettene kan knuses!<sup>1\*\*</sup>

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

### 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 nevrogen blære med lekkasje (urge-inkontinens). ICD: N39.4 Annen spesifisert urininkontinens. ICPC: 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.

# Trygg og effektiv overgang til poliklinisk hysteroskopi i lokalanestesi:

## Kvalitetsforbedringsprosjekt ved Gynekologisk seksjon, Sykehuset i Vestfold

Gynekologisk seksjon ved Sykehuset i Vestfold har gjennomført et kvalitetsforbedringsprosjekt med mål om å øke andelen hysteroskopiske inngrep utført i poliklinisk setting i lokalanestesi. Hensikten med prosjektet var å fasilitere en sideforskyvning fra et behandlingsnivå til et lavere nivå innen spesialisthelsetjenesten etter LEON-prinsippet, gjennomført med systematisk bruk av data fra Norsk gynekologisk endoskopiregister (NGER). Resultatene viser at en slik omlegging kan gjennomføres trygt, med høy gjennomføringsgrad, lav forekomst av komplikasjoner og høy pasientrapportert tilfredshet – selv med økt volum og utvidede inklusjonskriterier.



**Line Smenes Strand**

Overlege ved Sykehuset i Vestfold



**Toril Råknes**

Daglig leder  
Norsk gynekologisk endoskopiregister

### Bakgrunn for prosjektet

Hysteroskopi er en lite invasiv og effektiv metode for diagnostikk og behandling av intrauterine tilstander. Inntil de siste årene har inngrepet hovedsakelig vært utført i generell anestesi. Utviklingen av moderne utstyr med mindre diameter, og dermed redusert behov for dilatasjon av cervix, har gjort det mulig å utføre hysteroskopiske prosedyrer i lokalanestesi i en poliklinisk setting uten overvåkningsbehov. Dette er i tråd med nasjonale faglige anbefalinger, herunder Veileder i gynekologi fra Norsk gynekologisk forening (2021/2025), som anbefaler hysteroskopiske prosedyrer, særlig reseksjon av endometriepolypper, gjennomført i lokalanestesi når dette er faglig forsvarlig. Prosjektet ved Sykehuset i Vestfold tok utgangspunkt i disse anbefalingene, kombinert med et behov for å frigjøre operasjonsstue og anestesiresurser, redusere logistiske barrierer og optimalisere pasientforløpene. Målet var å tilby pasientene et mindre belastende og mer effektivt behandlingsforløp med minimal påvirkning på pasientens tid og funksjonsnivå og arbeidsevne dagene etter inngrepet.

### Prosjektets overordnede mål

Det overordnede målet var at minst 40% av de hysteroskopiske prosedyrene i perioden 2024–2025 skulle utføres poliklinisk i lokalanestesi, uten negativ innvirkning på kvalitet eller pasientrapportert tilfredshet. Med kvalitet menes oversikt over gjennomføringsgrad og per- og postoperative komplikasjoner. Pasientrapportert tilfredshet ble målt i PREM (Patient Reported Experience Measures) via Treatment Satisfaction Scale 2 (TSS) innhentet 4 uker etter gjennomført inngrep.

### Tiltak og intervensjoner

Prosjektet innebar en gradvis og strukturert tilpasning av praksis, inkludert:

- utarbeidelse og revisjon av prosedyrer og seleksjonskriterier
- standardisering av pasientsløyfer
- systematisk vurdering av henvisninger
- informasjon til henvisende avtalespesialister og gynekologer
- styrket pasientinformasjon og forberedelser
- opplæring og kompetansheving i poliklinikkteamet

En sentral del av arbeidet handlet om å etablere en felles forståelse av hvilke pasienter som var egnet for hysteroskopi i lokalanestesi. Fokus gikk bort fra faste eksklusjonskriterier og over til en individuell vurdering av om pasienten kunne undersøkes i poliklinisk setting. Dette muliggjorde økt volum uten å kompromittere kvaliteten. Prosjektet var avhengig av et fast team med gynekolog, sykepleier og inntakskontor som sammen sikret forutsigbar logistikk og god kvalitet på pasientforløpene.

### Metode og arbeidsform

Arbeidet ble planlagt og gjennomført etter Model for Improvement, med bruk av gjentatte PDSA-sykluser (Plan–Do–Study–Act). Det ble hentet ut data fra NGER hvert kvartal for å overvåke:

- andel prosedyrer gjennomført i poliklinisk setting
- gjennomføringsgrad
- peroperative komplikasjoner
- postoperative komplikasjoner
- pasientrapportert tilfredshet (PREM/TSS2)

Regelmessige tverrfaglige prosjektmøter ble benyttet til å analysere data, kartlegge flaskehals og justere i praksis fortløpende.

### Utvalg

Utvalget bestod av alle hysteroskopiske prosedyrer utført i poliklinisk setting i lokalanestesi ved Gynekologisk seksjon i perioden 01.01.2024–31.12.2025. Alle inngrep ble registrert i NGER. I løpet av prosjektperioden ble seleksjonskriteriene justert, basert på løpende vurdering av komplikasjoner og gjennomføringsgrad. Dette resulterte i en begrenset gruppe pasienter som ikke anses egnet for poliklinisk hysteroskopi i lokalanestesi, primært:

- pasienter med kroniske smerter eller overgrepshistorikk som vanskelig lar seg undersøke gynekologisk
- pasienter med primært behov for fraksjonert abrasio
- pasienter med svært vanskelig vaginal tilgang etter vaginal kirurgi

### Resultater

Andel gjennomført i poliklinisk setting i lokalanestesi

- 2023: 21,6 %
- 2024: 32 %
- 2025: 50,1 %

Prosjektets mål om 40 % ble derfor klart oppnådd.

### Gjennomføringsgrad

Gjennomføringsgraden for polikliniske hysteroskopier i lokalanestesi var 99,3 % i prosjektperioden. Dette indikerer at overføringen av pasienter til hysteroskopi i lokalanestesi ikke har gått på bekostning av gjennomføringsgrad.

### Komplikasjoner

Peroperative komplikasjoner for hysteroskopi i lokalanestesi i prosjektperioden var 0,9 %, godt innenfor NGERs målnivå på < 2,0 %. Postoperative komplikasjoner for hysteroskopi i lokalanestesi i prosjektperioden var 0,3 %, tilsvarende NGERs målnivå på < 0,3. Komplikasjonsratene forble stabile og lave til tross for økt volum og bredere pasientutvalg.

### Pasientrapportert tilfredshet

I prosjektperioden rapporterte 94,9 % av pasientene som ble behandlet med hysteroskopi i lokalanestesi ved vår avdeling en positiv eller svært positiv oppfatning. Av disse besvarte en stor andel med høyeste mulige tilfredshet, sammenlignet med landet for øvrig. Dette bekrefter at omleggingen til hysteroskopi i lokalanestesi er godt mottatt av våre pasienter.

### Prosjektgruppens vurdering

Prosjektgruppen vurderer at sentrale suksessfaktorer har vært:

- fast og stabil prosjektgruppe
- tett samarbeid med inntakskontoret
- standardiserte og velfungerende pasientforløp
- prosedyrene gjennomført på få hender
- kontinuerlig monitorering via NGER
- god forankring i avdelingen og klinikkledelsen

Det tverrfaglige samarbeidet fremheves som avgjørende for gode pasientforløp og opprettholdelse av kvalitet gjennom hele prosjektperioden.

### Vedvarende forbedring og overføringsverdi

Poliklinisk hysteroskopi i lokalanestesi er nå godt etablert ved Gynekologisk seksjon, Sykehuset i Vestfold. Dette har også muliggjort at vi som et av få sykehus i Norge har tilbud om endometriablasjon i lokalanestesi, som utføres i paracervikal blokkade og hysteroskopisk fundusblokkade, til pasienter med behandlingskrevende menoragi.

Erfaringene anses som overførbare til andre gynekologiske avdelinger, og prosjektet har allerede vekket interesse for hospitering og opplæring. Den metodiske tilnærmingen med standardiserte prosedyrer, tverrfaglig samarbeid og datadrevet monitorering, anses også som relevant for andre kirurgiske fagområder.

### Konklusjon

Prosjektet dokumenterer at poliklinisk hysteroskopi i lokalanestesi er en trygg, effektiv og bærekraftig behandlingsmodell i tråd med LEON-prinsippet, med høy kvalitet, god pasientsikkerhet og hensiktsmessig ressursutnyttelse.



Jemperli  
(dostarlimab)

# Nye metoder: Jemperli er innført

## Jemperli har finansiering for både dMMR + pMMR endometriekreft 1L<sup>1,2</sup>

- 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,  $P = 0.0020$ )<sup>3</sup>
- 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 sykluser<sup>4</sup>
- 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.<sup>4</sup>

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



Norsk gynekologisk forening  
DEN NORSKE LEGEFØRING



# NGFs Årsmøte 2026

Styret i Norsk Gynekologisk Forening, og den lokale komité ved Kvinneklinikken 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.

Vi gleder oss til å ønske dere velkommen til «Nordens Paris», og håper på nydelig nordlysvær.

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

Vi ønsker alle hjertelig velkommen til Tromsø, og tipser samtidig om at flybilletter bør bestilles i god tid.

Hilsen LOK Tromsø,

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

Påmeldingen er åpen!

Early bird-pris  
før 1.september.

Husk å bestille  
flybilletter i god tid!



## Et bredt faglig program du ikke vil gå glipp av!

Årets program byr på hovedforedragsholder Professor Swati Jha, en internasjonalt anerkjent urogynekolog 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, urogynekologi, onkologi, smerte/endometriose og eldre.

Også i år har vi en egen gynonkologisesjon med inviterte foredragsholdere med tema myom versus sarkom, betydning av peroperativ cysteruptur ved ovarialcancer og palliasjon.

I tillegg kan du glede deg til en egen fertilitets sesjon med høyaktuelt innhold: *Designerbaby – hvor går grensen? PGT i Norge – hvem får? Hva betyr fertilitetsbehandlingen for obstetrikeren?*

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

## Frister:

- Innsending av abstrakt/kasusrapport: 15.08.26.
- Innsending av saker til generalforsamling: 15.08.26 (til leder Agnethe Lund).
- Søknad NGFs Solidaritetsfond for Kvinnehelse: 15.08.26 (til leder Agnethe Lund).
- Nominasjoner til NGFs hederspris: 15.08.26 (til leder Agnethe Lund)
- Innsending av årsrapporter for 2025: 15.08.26 (til redaktør i Gynekologen Sofie Angeltrveit).

## Foreløpig program for NGFs Årsmøtet 21.-23. oktober 2026 i Tromsø

### Onsdag 21.10.

|                  |  |                          |
|------------------|--|--------------------------|
| <b>FUGO møte</b> | Uavhengig program: Smertepasienter   | Separat påmelding        |
| <b>Formøter</b>  |  | <b>Ansvarlig</b>         |
| 15.30 – 17.00    | Lederforum – Når media tar deg   | LOK Tromsø               |
| 16.30 – 19.00    | Faggruppe for Global Kvinnehelse   | Andrea Solnes Miltenburg |
| 17.00 – 19.00    | Norsk forening for gynekologisk onkologi   | Ingvild Vistad           |
| 17.00 – 19.00    | Fostermedisin  | Maria Ulriksen           |
| 17.00 – 19.00    | Obstetrikk   | Johanne Kolvik Iversen   |
| 17.00 – 19.00    | Urogynekologi – Kloke valg i urogynekologien   | Mariann Eidet            |
| 17.15 – 19.00    | Endoskopiutvalget  | Jenny Alvirovic          |
| 17.30 – 19.00    | FUGO formøte   | FUGO-styret              |
| 17.30 – 19.00    | Praktiserende spesialisters landsforening – Testosteronens rolle i menopausen: utfordringer og muligheter                                    | Birgitte Sanda           |
| 19.45            | <b>Get together</b><br>Sosialt program, egen påmelding Felles avgang fra hotellet<br>LOK viser vei til EPIC Bar og Restaurant, Grønnegata 76 |                          |

### Torsdag 22.10.

|               |   |  |
|---------------|---|--|
| Fra 06.30     | <b>Frisk start på dagen</b>   | LOK arrangerer                             |
| 09.00 – 09.30 | <b>Offisiell åpning – Velkommen!</b>  |  |
| 09.30 – 10.35 | <b>Keynote lecture:</b> Female sexual dysfunction<br>What should every gynecologist know about etiology, investigation and treatment? | Swati Jha (UK)                             |
| 10.35 – 10.50 | <b>Pause</b>  |  |
| 10.50 – 11.50 | <b>Frie foredrag</b>  |  |
| 11.50 – 12.10 | <b>Pause</b>  |  |
| 12.10 – 13.00 | <b>Frie foredrag</b>  |  |
| 13.00 – 14.15 | <b>Lunsj</b>  |  |
| (13.15-14.00) | <b>Lunsjsymposium</b>   |  |
|               | <b>Exeltis</b><br>The new prolong Release formulation with Dienogest and EE for the treatment of hirsutism in women with a PCOS       | Pedro-Antonio Regidor,<br>Medical Director |
|               | <b>Normedi</b><br>Færre hysterektomier – Pasientseleksjon og behandlingsstrategi ved endometriablasjon                                | TBA  |

|               |   |  |
|---------------|---|--|
| 14.15 – 15.15 | <b>Frie foredrag</b>  |  |
| 15.15 – 15.45 | <b>Postere og pause</b>   |  |
| 15.45 – 17.00 | <b>Gyn onkologitimen</b><br>Har peroperativ cysteruptur noe å si for overlevelsen ved ovarialcancer?<br>Myom vs sarkom?<br>Palliasjon i tide er viktig<br>15 min diskusjon – spørsmål | Martin Lindblad UNN<br>Yun Wang DNR<br>Mari Elstrand DNR<br>Anne Hansson UNN |
| 17.00 – 17.30 | <b>Pause</b>  |  |
| 17.30 – 18.30 | <b>Generalforsamling</b>  |  |
| 19.30         | <b>Årsmøtemiddag</b>  |  |

### Fredag 23.10.

|                 |  |  |
|-----------------|--|--|
| 09.00 – 10.15   | <b>Fertilitetstimen</b><br>Designerbaby – hvor står vi dag? PGT i Norge – hvem får?<br>Hva betyr fertilitetsbehandlingen for obstetrikeren?<br>15 min diskusjon – spørsmål | Eline Seljeflot/St.Olavs<br>Aleksj Stevanovic<br>Hanna Schilling<br>Birgitte Kahrs |
| 10.15 – 10.35   | <b>Pause</b>   |  |
| 10.35 – 11.25   | <b>Frie foredrag</b>   |  |
| 11.25 – 11.45   | <b>Pause</b>   |  |
| 11.45 – 12.45   | <b>FUGO paneldebatt</b><br>LIS-utdanning:<br>Forskjeller innad i landet<br>Sammenlikning med andre nordiske land   | Are Larsen/FUGO  |
| 12.45 – 13.00   | <b>Pause</b>   |  |
| 13.00 – 14.00   | <b>Lunsj</b>   |  |
| (13.00 – 13.45) | <b>Lunsjsymposium</b>  |  |
|                 | <b>MSD Norge</b><br>Fremskritt i behandling av ovariecancer  | TBA  |
|                 | <b>Intuitive Surgical</b><br>Driving quality surgery and OR- efficiency with da Vinci in GYNb  | TBA  |
| 14.00 – 14.45   | <b>Frie foredrag</b>   |  |
| 14.45 – 15.00   | <b>Beste Ph.d. – presentasjon</b>  |  |
| 15.00 – 15.55   | <b>Kasuistikker</b>  |  |
| 15.55 – 16.00   | <b>Pause</b>   |  |
| 16.00 – 16.15   | <b>Avslutning og prisutdeling</b>  |  |
| 16:45           | <b>Bussavgang fra Clarion The Edge til Tromsø Lufthavn</b>   |  |

# Hvorfor og hvordan sende LIS på årsmøtet?



**Kine Haukelidsæter Haaverstad**  
Leder for LIS ved OUS

Hvor ofte ser du kollegene dine med finstasen på og i full sving på dansegulvet? Vet du hvor mange barn kollegaen din har, at han syklet gjennom Vietnam i fjor eller at hun tok imot sitt første barn alene i turnus på en øy? Årsmøtet er arenaen for faglig påfyll, kollegialt nettverk på tvers av geografi og fødetall og samhold med kollegene du møter på jobben hver dag.

Høsten 2025 sendte vi ni forventningsfulle LIS og legespesialister til årsmøtet i Ålesund. Det ga påfyll og skapte engasjement i LIS-gruppen. Med dette innlegget ønsker jeg å inspirere ledere til å prioritere deltagelse på årsmøtet – og LIS til å søke om å reise.

For å vedlikeholde fagmiljøet vårt trenger vi at LIS og unge spesialister ønsker og får anledning til å være en del av det. Årsmøtet strutter av faglig engasjement og kollegialt samhold – den ultimate arena for å vise frem faget vårt og la unge kolleger kjenne tilhørighet i vår herlige NGF-familie.

Men hva med de fødende? De føder jo også i uke 43. Høstmøte-ukene tar vi ned litt elektiv aktivitet, unngår andre kurs og ferie-avvikling og omrokkerer på poliklinikker og fordypningsdager. De som var igjen hjemme var fleksible og sto på ekstra for å dekke opp. De vet at en annen gang er det deres tur.

For å holde kostnadene nede benyttet vi oss FUGOs førstereis-stipend og utdanningsfond 3 for de som deltok på FUGO-kurset. Da skulle reise og første natt på hotell skulle dekkes av utdanningsfond 3. Grunnet nye retningslinjer for fondet, fikk våre LIS avslått søknad om refusjon. Nå er det besluttet at FUGO-møtet ikke lenger defineres som et kurs, men som et «årlig faglig møte», i likhet med guidelinemøtene. Altså ingen grunn til bekymring i 2026!

Som leder var det stas å se LIS-gjengen finne faglig inspirasjon, samhold og ny energi. Dette ga positive ringvirkninger da vakansene kort tid etter kom på løpende bånd, i en periode fylt med svangerskapskvalme, influensa og gastroenteritt.



I Ålesund fikk jeg selv oppleve å stå på scenen som ferdig spesialist. Det var uventet stas! Jeg vil strekke meg til å si at det bør være en selvfølge at nyslåtte spesialister premieres med årsmøtefeiring og applaus fra NGF-familien. I salen satt gamle og nye kolleger fra LIS-reisen – min bunnsolide vaktpartner, den kloke professoren som serverer te på kontoret og veilederen som brutalt ærlig sa jeg måtte bli raskt selvstendig på sectio tilfelle samtidighetskonflikt (og fortsatt hørtes ut som en omsorgsfull mor).

Vi styrker fagmiljøet med å sende LIS på årsmøtet. Gevinsten får vi ikke bare i fag, men i motivasjon, samhold og yrkes stolthet. Årsmøtet er NGFs slektstreff og kanskje er årsmøtemiddagen (eller nachspielet) leirbålet vi samles rundt.

## Intrarosa (DHEA) ved vaginal atrofi

## Den eneste lokale hormonbehandlingen med både androgene og østrogene effekter<sup>1</sup>



Intrarosa er indisert for behandling av vulvovaginal atrofi hos postmenopausale kvinner som har moderate til alvorlige symptomer<sup>1</sup>.

**Referans 1:** Intrarosa preparatomtale, [www.felleskatalogen.no](http://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/stærk hodepine, SLE, tidligere endometriehyperplasi, epilepsi, astma, otosklerose.

**Tilstander som krever umiddelbar seponering:** Enhver kontraindikasjon, gulsott, nedsatt leverfunksjon, signifikant blodtrykksøkning, nye anfall av migrenelignende 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, væskeretensjon 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](http://www.aviapharma.se). 02/2026

# Rapport fra en førstegangsdeltaking

Jeg fikk delta på Gynekologisk årsmøte for første gang i 2025, og var så heldig å få FUGO-stipend for førstegangsdeltagere. Det var noen inspirerende dager, både faglig og sosialt, og jeg håper jeg får mulighet til å delta igjen neste år.



**Silje Tvenge**

LIS ved Ullevål/OUS

Det var kickoff med FUGO-kurs onsdag, som var en fin møteplass for å treffe andre LIS, samt for faglig påfyll utover de anbefalte kursene. På årsmøtet fikk vi innblikk i forskning og prosjekter som pågår, i tillegg til mange interessante kasuistikker og gode diskusjoner. Det er umulig å ikke la seg imponere av hvor mange dyktige folk som jobber i faget vårt. Det var artig å få hilse på ulike leverandører, se på nytt utstyr og ikke minst få leke seg med Da Vinci roboten - så utrolig kult!

Høstmøtet bød også på en artig gallamiddag med underholdning, prisutdelinger og dans – absolutt et høydepunkt! Et lite tips til fremtidige deltagere er å stille seg tidlig i kø og være forberedt på å løpe inn når dørene åpner. Konkurransen om den beste bordplasseringen er så stor at man skulle tro det var sjølveste Bieber der inne!

Det skal nevnes at det ble arrangert eget FUGO-vors i forkant av middagen, så om man reiser alene trenger man ikke være bekymret for å ikke finne selskap.

Årsmøtet var hyggelige dager sammen med både nåværende og tidligere kollegaer. Jeg vil absolutt anbefale andre å søke om FUGO-stipend. Det gjør det lettere for arbeidsgiver å gi mulighet til å reise, samtidig som man får et svært nyttig og inspirerende faglig påfyll. Du kommer ikke til å angre, men kanskje du reiser hjem litt sliten av all moroa - slik det skal være!

## Påmelding til årets FUGO-møte er åpen! 21. oktober 2026 i Tromsø

Årets tema er smertepasienter, med fokus på noen av de mest utfordrende og hyppige problemstillingene i gynekologisk praksis.

Velkommen til både nye og erfarne LIS-leger!

**Bruk QR-koden for påmelding.**



FUGO MØTE

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

Hjelp dine pasienter med overvekt eller fedme til å

# LEVE LETTERE<sup>1</sup>



Wegovy<sup>®</sup> gir kvalitetsvekttap og dokumenterte kardiovaskulære fordeler hos personer med overvekt eller fedme<sup>\*§1,2</sup>

Opptil ~21 % gjennomsnittlig vektreduksjon<sup>Δ#3</sup>

I tillegg til diett med redusert kaloriinnhold og økt fysisk aktivitet

\* Kvalitetsvekttap definert som vedvarende vekttap med helsegevinster som; forbedret fysisk funksjon, kardiovaskulære fordeler og redusert matsug. Samt at hoveddelen av vektreduksjonen kommer fra fettvev.

§ Vist i SELECT-Kardiovaskulær endepunktstudie: 17604 pasienter med BMI  $\geq 27$  kg/m<sup>2</sup> og etablert kardiovaskulær sykdom ble tilfeldig randomisert til Wegovy<sup>®</sup> eller placebo, begge i tillegg til standardbehandling. Det primære endepunktet var tid fra randomisering til første inntreden av en alvorlig kardiovaskulær hendelse (MACE): kardiovaskulær død, ikke-fatal hjerteinfarkt eller ikke-fatal hjerneslag. HR: 0,80 i favør av Wegovy<sup>®</sup> 2,4 mg sammenlignet med placebo. [95 % KI: 0,72;0,90], p < 0,001.<sup>2</sup>

Δ Wegovy<sup>®</sup> 7,2 mg i ferdigfylt penn er ikke er tilgjengelig i Norge per i dag.

# STEP UP var en 72-ukers dobbeltblindet placebokontrollert fase 3b-studie som inkluderte 1407 voksne pasienter med BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> som ble randomisert 5:1:1 til semaglutid 7,2 mg, semaglutid 2,4 mg eller placebo én gang per uke. Alle pasientene sto på en diett med redusert kaloriinnhold og økt fysisk aktivitet gjennom hele studien. Gjennomsnittlig BMI ved baseline var 39,9 kg/m<sup>2</sup>. Det ko-primære endepunktet var prosent endring i kroppsvekt og andel pasienter med vektreduksjon  $\geq 5$  % for semaglutid 7,2 mg vs placebo (treatment policy estimand).

Gjennomsnittlig vektreduksjon, treatment policy estimand: -18,7 % med semaglutid 7,2 mg vs -3,9 % med placebo, forskjell: -14,8 % [95 % KI -16,2; -13,4]; p < 0,0001. Trial product estimand: -20,7 % med semaglutid 7,2 mg vs -2,4 % med placebo, forskjell: -18,2 % [95 % KI -19,9; -16,6]; p < 0,0001.<sup>3</sup>

## Indikasjon

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

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

**Ungdom ( $\geq 12$  år):** Tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet for vektkontroll hos ungdom  $\geq 12$  år med fedme<sup>#</sup> og kroppsvekt  $> 60$  kg. Behandling skal seponeres og re-evalueres etter 12 uker dersom ungdomspasienten ikke oppnår en reduksjon i BMI på minst 5 % etter 12 ukers behandling med (Wegovy<sup>®</sup>) 2,4 mg eller maks. tolererte dose.

<sup>#</sup> Fedme (BMI  $\geq 95$ -prosentil) som definert i kjønns- og aldersspesifikk BMI-vektkurve (CDC.gov). Se tabell 1 i Wegovy<sup>®</sup> preparatomtale.

## Wegovy<sup>®</sup> – utvalgt sikkerhetsinformasjon

Oversikten er et utvalg. Les fullstendig preparatomtale om Wegovy<sup>®</sup> før forskrivning.

- De hyppigst rapporterte bivirkningene var **gastrointestinale** (svært vanlige,  $\geq 1/10$ ), inkludert kvalme, diaré og oppkast. Disse var generelt milde eller moderate i alvorlighetsgrad og av kort varighet. Kan forårsake dehydrering som i sjeldne tilfeller kan forverre nyrefunksjon. Unngå væskemangel
- **Andre svært vanlige ( $\geq 1/10$ ) bivirkninger:** Hodepine, føtigue, magesmerter og forstoppelse
- **Andre vanlige ( $\geq 1/100$  til  $< 1/10$ ) bivirkninger:** Dysesei (økt frekvens rapportert ved bruk av semaglutid 7,2 mg), dysgeusi, svimmelhet, gastritt, gastroøsofageal reflukssykdom, dyspepsi, raping, flatulens, abdominal distensjon, gallestein, hårtap, reaksjoner på injeksjonsstedet. Hos pasienter med diabetes type 2: hypoglykemi (særlig i kombinasjon med insulin eller sulfonylurea), retinopati
- **Gallestein:** Vanlig bivirkning ved bruk av semaglutid. Ble rapportert hos 1,6 % av de som fikk semaglutid og 1,1 % hos de som fikk placebo. Førte til kolecystitt hos 0,6 % og 0,3 % hos de som fikk henholdsvis semaglutid og placebo
- **Pankreatitt:** Frekvensen av akutt (adjudikert) bekreftet akutt pankreatitt rapportert i kliniske fase 3a-studier, var henholdsvis 0,2 % for semaglutid og  $< 0,1$  % for placebo. I den kardiovaskulære endepunktstudien SELECT var frekvensen av akutt pankreatitt, bekreftet ved avklaring (adjudikering), 0,2 % for semaglutid og 0,3 % for placebo. Ved mistanke bør semaglutid seponeres. Semaglutid skal ikke gjenopptas etter bekreftet pankreatitt. Forsiktighet bør utvises hos pasienter som tidligere har hatt pankreatitt
- **Tarmobstruksjon:** En alvorlig form for forstoppelse med tilleggssymptomer som magesmerter, oppblåsthet og oppkast. Rapportert med ukjent frekvens etter markedsføring
- **Puls:** Gjennomsnittlig økning på 3 slag per minutt observert
- **Skal ikke brukes av gravide eller ved amming.** Semaglutid skal på grunn av den lange halveringstiden seponeres minst 2 måneder før en planlagt graviditet
- **Forsiktighet** bør utvises hos pasienter med inflammatorisk tarmsykdom. Pasienter med **gastroparese** kan oppleve alvorligere eller mer uttalte gastrointestinale bivirkninger under behandling med semaglutid
- **Ungdom (12 - < 18 år):** Generelt var frekvens, type og alvorlighetsgrad av bivirkninger hos ungdom tilsvarende det som sees hos voksne. Gallestein ble sett hos 3,8 % av pasientene behandlet med Wegovy<sup>®</sup> og 0 % behandlet med placebo. Ingen effekt på vekst eller pubertetsutvikling ble funnet etter 68 uker med behandling
- Nonarteriell iskemisk optikusnevropati (**NAION**). Resultater fra flere store epidemiologiske studier indikerer at eksponering for semaglutid hos voksne med diabetes type 2 er assosiert med en omtrent to ganger økning i relativ risiko for å utvikle NAION, tilsvarende omtrent ett ekstra tilfelle per 10 000 personår med behandling (svært sjelden)

|                      | Kan benyttes uten dosejustering  | Anbefales ikke   |
|----------------------|--|--|
| <b>Alder</b>         | Voksne og ungdom $\geq 12$ år<br>Begrenset erfaring hos pasienter $\geq 85$ år | Barn/ungdom under 12 år  |
| <b>Nyrefunksjon</b>  | Let og moderat nedsatt<br>eGFR $\geq 30$ ml/min<br>1,73 m <sup>2</sup>         | Alvorlig nedsatt, eller terminal nyresykdom<br>eGFR $< 30$ ml/min<br>1,73 m <sup>2</sup> |
| <b>Hjertesvikt</b>   | NYHA klasse I-III  | NYHA klasse IV   |
| <b>Leverfunksjon</b> | Let og moderat nedsatt<br>Forsiktighet bør utvises                             | Alvorlig nedsatt   |
| <b>Diabetes</b>      | Diabetes type 2  | Diabetes type 1  |

## Dosering – én gang per uke

Wegovy<sup>®</sup> skal injiseres subkutant i abdomen, i låret eller i overarmen og administreres én gang per uke når som helst i løpet av dagen, til måltid eller utenom måltid. For å redusere sannsynligheten for gastrointestinale symptomer bør dosen trappes opp i løpet av en 16-ukers periode fra en startdose på 0,25 mg til en vedlikeholdsdose på 2,4 mg én gang per uke. Hvis nødvendig kan dosen økes til 7,2 mg én gang per uke etter minst 4 uker på 2,4 mg-dosen hos voksne som hadde BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> ved behandlingsstart. Hvis ingen ytterligere klinisk forbedring i kroppsvekt observeres med 7,2 mg, skal dosen reduseres til 2,4 mg én gang per uke.

For ungdom i alderen 12 år og eldre benyttes samme doseopprappingsplan som for voksne. Dosen bør økes opptil 2,4 mg, eller til maksimalt tolererte dose oppnås. Ukentlige doser over 2,4 mg anbefales ikke.

Se preparatomtale for mer informasjon om dosering.

Wegovy<sup>®</sup> 7,2 mg i ferdigfylt penn er ikke er tilgjengelig i Norge per i dag.

## Reseptgruppe og pris

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

**Pakninger og priser: 0,25 mg:** 1,5 ml (ferdigfylt penn) kr 1748,20. **0,5 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 1748,20. **1 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 1748,20. **1,7 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 2605,00. **2,4 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 3205,40. (Priser per april 2026).

## Behandling med Wegovy<sup>®</sup> er ikke refundert og kan ikke skrives på blå resept

For individuell stønad se vedlegg 1 til folketrygdloven § 5-14 (legemiddellisten) på [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)<sup>5</sup>

**Referanser: 1.** Wegovy<sup>®</sup> SPC, avsnitt 5.1. **2.** Lincoff AM, Brown-Frandsen K, Colhoun HM, et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in obesity without diabetes. N Engl Med. 2023; 389(24): 2221-2232. **3.** Wharton S, Freitas P, Hjelmæth J, et al. Once-weekly semaglutide 7.2 mg in adults with obesity (STEP UP): a randomised, controlled, phase 3b trial. Lancet Diabetes Endocrinol. 2025;S2213-8587(25)00226-84. **4.** Wegovy<sup>®</sup> preparatomtale. Tilgjengelig på: [https://www.ema.europa.eu/no/documents/product-information/wegovy-epar-product-information\\_no.pdf](https://www.ema.europa.eu/no/documents/product-information/wegovy-epar-product-information_no.pdf). **5.** Informasjon om vilkår for individuell stønad er hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/kapittel-5-stonad-ved-helsestjenester/vedlegg-1-til-5-14-legemiddellisten/virkestoffer/semaglutid> (Lest 15.04.2026).

# Agnethe Lund

## – en tydelig stemme i spissen for Norsk gynekologisk forening

Agnethe Lund vokste opp i smitt og smau på Nordnes i Bergen, og holder fortsatt til mellom de syv fjell, selv om hun ikke regner seg som “sånn veldig bergenser”. Hun er glad i film og kunst, elsker Vestlandsnatur, har mann og to voksne barn, og er selverklært foodie. Til daglig er hun overlege ved Kvinneklubben, der hun arbeider bredt innen generell gynekologi, med særlig fordypning i gynekologisk endokrinologi og sjeldne tilstander gjennom mer enn 15 år. Hun er også førsteamanuensis ved Universitetet i Bergen. Nå er hun ny leder i Norsk gynekologisk forening.



Marit Sandberg

*Gratulerer med lederverv i NGF! Jeg tenker vi må la medlemmene få bli litt bedre kjent med deg. Skal vi starte med oppveksten?*  
 – Ja, jeg var nok ganske målrettet helt fra jeg var liten. Som ungdom ville jeg bli pilot, og absolutt ikke jentedømmen flyvertinne! Det var vel en slags protest. Jeg fanget tidlig opp feministisk inspirasjon fra min mor. I løpet av videregående vokste lege- drømmen frem.

Før jeg begynte på medisinstudiet, bodde jeg ett år i USA og reiste som backpacker i Australia og Sørøst-Asia. Åpningen av OL på Lillehammer så jeg på en ferge i Indonesia. Deretter studerte jeg psykologi og realfag, og fikk oppleve å være det vi i Bergen kaller “På Høyden-student”. Det var en fin tid med mye frihet.

*Hvordan var det å begynne på medisinstudiet?*  
 – Da jeg begynte, var jeg sikker på at det var dette jeg hadde lyst til. Jeg hadde egentlig ikke noe godt grunnlag for å vite det; studiet forberedte meg i liten grad på hvordan det faktisk var å være lege. Samtidig var studietiden veldig sosial. Jeg var med i revy, spilte i band og nøt det gode samholdet på kullet.

Jeg hadde sommerjobber med lisens i Lofoten – det var fantastisk – men i ettertid tenker jeg at det var skumlere enn jeg klarte å forstå den gangen. Vi var ganske alene, det fantes ingen metode- bøger, og vi fikk ikke alltid den hjelpen vi sikkert burde hatt. Med ungdommelig pågangsmot gikk det likevel på et vis. Turnus hadde jeg i Harstad, sammen med en flott kollegagjeng – noen av dem er fortsatt gode venner.

**“Er du flink?”**

Agnethe er kjent for klar tale, og med klar tale havnet hun i gynekologien.



Agnethe dro langt for å presentere sin første forsknings- poster. DOHaD kongress iCape Town 2015 med Hanne Wielandt og Jørg Kessler

*Fortell om veien inn i gynekologi og obstetikk!*

– Jeg kom tilbake til Bergen fordi jeg var gravid og kjæresten bodde i byen. Etter mammapermisjon søkte jeg ulike jobber. Egentlig hadde jeg sett for meg bli psykiater, men så søkte jeg også Kvinneklubben og kom på intervju med Harald Helland (nå pensjonert gyn.onkolog). Der ble det stilt ett spørsmål: «Er du flink?» Jeg svarte heldigvis ja. Ifølge Harald var det en test for å se om jeg håndterte akutte situasjoner og kunne svare der og da på et overraskende spørsmål. Det endte med at jeg begynte i en vikarstilling på Kvinneklubben uken etter.

*Hvordan var det første året som gynekolog?*

– Det var krevende. Jeg hadde vært gjennom turnus på et sted der jeg måtte bli veldig selvstendig innen kirurgi og medisin, men jeg hadde ingen erfaring med gynekologi eller fødselshjelp. Jeg tror jeg kom meg gjennom det første året fordi jeg var ydmyk nok til å innse hva jeg ikke kunne – og fordi jeg klarte å samarbeide godt med jordmødrene. Men første året tenkte jeg en del på om jeg skulle bli eller gjøre noe annet. Jeg hadde ikke sett for meg at jeg skulle være i et så hektisk fag.

*Hva var det som gjorde at du ble?*

– Jeg tror det var selve fagets viktighet. Kvinnehelse er viktig, og jeg ble utrolig inspirert av det flotte faglige felleskapet. Jeg opp- levde en levende og engasjert diskusjon, og at norske gynekologer med sterk faglige integritet klarte å forvalte trygg fødselsmedisin tross internasjonale trender rundt for eksempel keisersnitt og sete- fødsler. Og alle disse travle og faglig sterke folkene, de var på ingen måte grå og slitne nerder, de var skikkelig livlige og kule folk!

Etter hvert oppdaget jeg også at arbeidsmåten i faget passet mitt temperament ganske godt. Jeg er en ganske utålmodig person,



Noen kongresser er bedre enn andre. Fostermedisin i Lech 2014 med Cathrine Ebbing, Knut Bakke, Henrik Husby, Agnethe og Henriette Karlsen



Agnethe disputerte i 2019 med denne avhandlingen

og jeg har aldri veket unna for akutte situasjoner. Og så var det jo et privilegium å få være så nær pasientene – enten det var i en konsultasjon med en ungdom, under en fødsel eller i en palliativ situasjon. Det er uendelige muligheter for å utvikle seg selv og bli bedre på det man gjør.

**Et voksende engasjement**

Det var ikke bare det kliniske arbeidet som fanget henne. Etter hvert som hun ble tryggere i faget, oppdaget hun også en lidenskap for å formidle – og forsvare – kvinnehelse i offentligheten.

*Du har skrevet kronikker og deltatt i debatter om kvinnehelse.*

*Hvordan startet det?*

– Det startet med at jeg ble provosert over hvordan vurderinger rundt keisersnitt ble fremstilt i Bergens Tidende. Jeg skrev min første kronikk som et forsøk på å forklare hvordan et par kunne oppleve fødselen som tøff, men at fødselshjelpen likevel kunne være medisinsk forsvarlig. Det var en måte å få ut frustrasjonen over tendensøs journalistikk på.

*Hvordan opplevde du å delta i debatter?*

– Jeg var bekymret den første gangen, redd for å bli sarvet ned i kommentarfeltet. Men jeg fikk veldig mye støtte fra kolleger og positive tilbakemeldinger også i media. Jeg opplevde etter hvert at det ikke var så farlig å gå i debatt, for jeg visste at jeg kunne noe om det jeg snakket om.

*Du ble til og med kåret til «Årets debattant» i Bergens Tidende?*

– Ja, det var helt overraskende! Jeg hadde ikke siktet mot det, men det var en fin bekreftelse på at det jeg skrev traff en nerve. Etter hvert ble jeg også redaktør i Gynekologen, tidsskriftet til Norsk Gynekologisk Forening. Det var en fin vei inn i foreningens



Promotering av chatbot Dina, EHiN kongress 2018, sammen med Synnøve Olset (UX designer)



Agnethe er selv født på Kvinneklivnikken i Bergen - for leeenge siden



Familien i Paris for å besøke sønn som studerer i den franske hovedstaden



Good times i NGF styret 2025



Det blir ikke bedre for Agnethe - på topttur med venninner i strålende sol



Livet på sitt beste i vestnorsk natur, Gygrastolen i mai



I Reykjavik med NFOGs vitenskaplige komite, en nydelig gjeng!

arbeid! Jeg fikk utvidet kjennskap til hva NGF medlemmene holdt på med ved at jeg fikk tips til saker fra hele landet, og jeg ble godt kjent med de som satt i styret.

### Forskning og innovasjon

Som om det ikke var nok å være kliniker og debattant, kastet hun seg også ut i forskning og deretter innovasjon. Resultatet ble en PhD om hvordan maternell diabetes mellitus påvirker blodstrøm i fosteret, og Dina - en chatbot for kvinner med svangerskapsdiabetes.

### Hvordan oppstod ideen til chatbot Dina?

– I forskningen satt jeg timevis og gjorde ultralyd av kvinner med diabetes i svangerskapet. Selv om kvinnene var tett ivaretatt i et tverrfaglig og spesialisert opplegg, var inntrykket at vi ikke ga dem nok informasjon og innsikt. Så deltok jeg litt tilfeldig på en workshop og konkurranse om å få starthjelp til et prosjekt. Vår idé med slagordet “bedre kunnskap om egen helse” vant, og vi fikk midler til å utvikle prosjektet sammen med brukere og et tverrfaglig team. Resultatet ble Dina, Norges første helsechatbot, lansert i 2018. Hun er i kontinuerlig drift og kan svare på spørsmål om svangerskapsdiabetes 24/7 ( finn Dina her: <https://spor.dina.no>)

### Hva var den største utfordringen?

– Det var å forstå forskjellen mellom innovasjon og forskning. Forskning er veldig omstendelig; du må spørre om lov til alt på forhånd og ha en plan for alt du skal gjøre. Men innovasjon er helt annerledes. Der må du ha fart, være fleksibel og tørre å teste ut nye løsninger. Mye innovasjon skal jo egentlig gå dårlig – det er en del av prosessen.

### Hva har du lært av prosjektet?

– Jeg har lært masse om prosjektledelse og brukerstyrt innovasjon. Det var en veldig åpen tilnærming, vi lyttet til brukerne, og utviklet det de ba om. Dina er fortsatt i full drift i dag, og vi forbedrer innholdet kontinuerlig.

### Ledelse og pandemi

Med erfaring fra både klinikk, forskning og innovasjon, og en tydelig engasjert stemme, ble Agnethe anbefalt å ta steget videre som klinikkoverlege ved Kvinneklivnikken i Bergen. Det skulle vise seg å bli en krevende tid – spesielt med en pandemi som ingen visste hvordan skulle håndteres.

### Du har vært klinikkoverlege på en av landets største kvinneklivnikker. Hvordan var det?

– Jeg gikk inn i lederrollen med mye engasjement og tro på at vi kunne få utviklet mange ting. Vi fikk orden på noe, men det var også store utfordringer. Det var flere forutsetninger jeg ikke kunne endre på. Og da brant jeg meg litt ut, på engasjement som ikke ble forløst. Til slutt måtte jeg velge mellom å fortsette med en lederkarriere eller gå tilbake til det faglige. Jeg valgte det faglige, og det har jeg ikke angret på. Det faglige er kjempegøy, og det er en lettelse å få fokusere på det.

### Hvordan opplevde du å være leder under covid-19?

– Det var krevende, men også veldig lærerikt. Vi hadde ingen planer for hvordan vi skulle håndtere en pandemi, så det å organisere en stor kvinneklivnik under de forholdene var en prøvelse. Men vårt fagmiljø stilte opp med en gang. Det ble laget gode råd for smittevern, og vi klarte å ivareta det vi alltid må gjøre: fødsler, svangerskapsomsorg, øyeblikkelig hjelp og kreft. Det var en dugnad – alle mann på dekk.

### «Vi må eie faget selv»

Nå er hun leder av Norsk gynekologisk forening, og hun har klare prioriteringer for fagfeltet. Rekruttering, kompetanse og å løfte kvinnehelse på dagsordenen står sentralt.

### Hva er de største utfordringene for gynekologi og obstetrikk i årene fremover?

– Rekruttering og det å beholde kompetanse er blant de største utfordringene vi står overfor. Det offentlige helsevesenet er under betydelig press, bl.a. grunnet flere private aktører, samtidig som en ny generasjon leger i større grad etterspør flere valgmuligheter og en annen livsstil. Det er derfor viktig at vi forsøker å påvirke politikere og andre premissleverandører, slik at det er mulig å ha gode liv som gynekologer i Norge.

Vi må også våge å se på arbeidsordninger som i dag fremstår som utdaterte, for eksempel lange vakter på svært travle avdelinger. Jeg tror ikke dette er gunstig for rekrutteringen, men her er det mange meninger. I tillegg finnes det utfordringer knyttet til balansen mellom spisskompetanse og generell kompetanse. Her mener jeg at de ulike helseforetakene og klinikkene må finne egne løsninger, fordi behovene varierer – det finnes ikke ett riktig svar på hva som passer for en avdeling med hundre fødsler i året og for en med flere tusen. Det vil derfor være ulike veier til å sikre tilstrekkelig kompetanse og bemanning.

### Hva ønsker du for Norsk Gynekologisk forening videre?

– Foreningen skal være et positivt fellesskap med flinke folk som er villige til å bidra. Det å treffe andre som er engasjert i det samme, ha det kjekt og senke skuldrene sammen er motiverende. Samtidig tåler vi uenighet og gode faglige diskusjoner.

Videre er det viktig at vi klinikere lager egne guidelines, det må vi ikke gi fra oss til byråkratiet. Vi må eie faget selv. NGF er et forbilde i Legeforeningen, vårt veilederarbeid setter en gullstandard – det vil vi fortsette med!

Vi skal satse videre på godt systematisk arbeid i styret (som er en herlig gjeng), arrangere gode møter og prosesser som alle medlemmene er invitert til å delta i.

Til slutt vil jeg nevne at selv om NGF er en fagmedisinsk forening, og ikke en fagforening, vil jeg nok jobbe i Legeforeningen for å få søkelys på rekruttering og vilkår for oss som jobber i et meget vaktbelastet fag. Vi har ingen å miste og trenger god rekruttering!

*Du skulle bli pilot. Nå er du i førersetet for norske gynekologer, da er det vel bare å holde stø kurs fremover da? Takk for intervjuet!*

### Åtte kjenner

Favorittduppedings: el-syssel

Favorittforfatter: Annie Ernaux og Kjersti Anfinnsen

Dårlig til: å vente...

Etter vakt: jobber litt til

Drømmer om: flere skiturer

Favoritt-app: New York Times

Kjører: Syssel til jobb, dieselbil til fjells

Favorittmåltid: hjemmelaget

## Intervju om fadderordningen

# Cathrine Kristoffersen

Cathrine Kristoffersen er LIS3 i Geriatri og startet fadderordning ved Sykehuset i Vestfold etter selv å ha erfart hvordan rekrutteringsvansker og arbeidspress påvirket både arbeidsdagen og egen helse. Hun deltok i paneldebatten i regi av FUGO på årsmøtet i Ålesund, som omhandlet hvordan vi kan rekruttere og beholde LIS på sykehusene. Nå jobber hun 50% som prosjektleder med å etablere fadderordninger i regi av Helse Sør-Øst RHF.



Siri Juliebø-Jones

*Hva gjorde at du tok initiativ til å starte fadderordningen ved din arbeidsplass?*

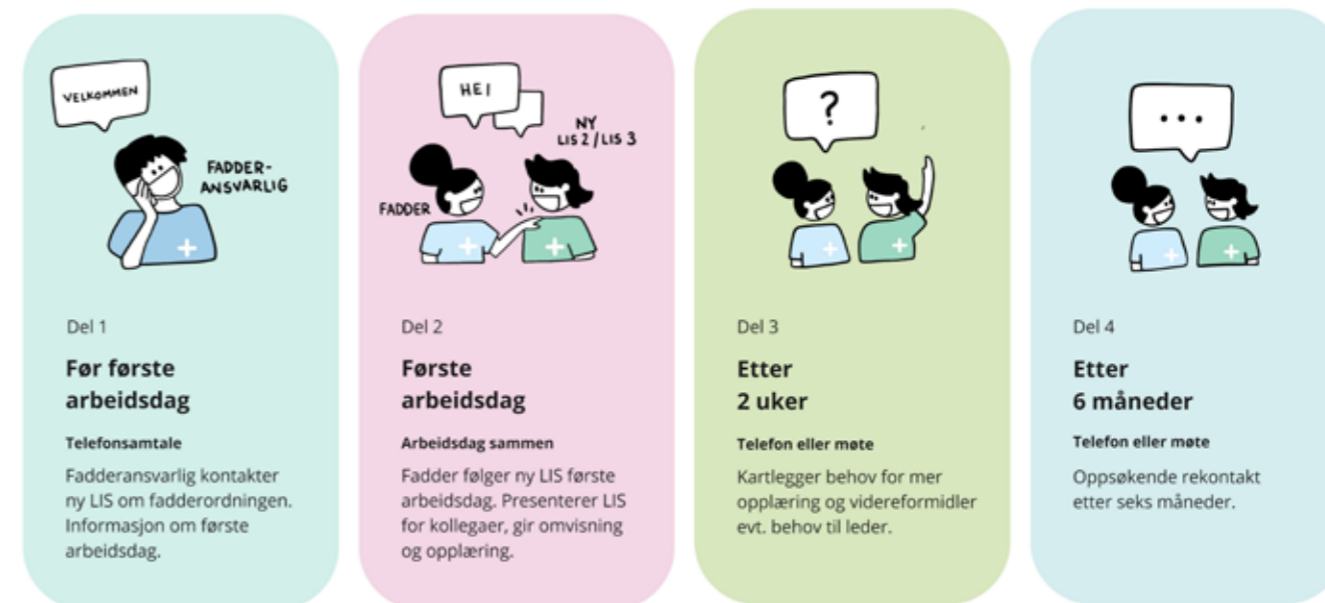
Flere forhold gjorde at jeg etablerte fadderordning for LIS2/3 på Medisin ved Sykehuset i Vestfold i 2023. Vi slet med rekruttering, mange sluttet, og vi som ble igjen sto i et stort press med vakan-svakter. Jeg ga alt, men endte med ett års sykemelding grunnet utbrenthet – en erfaring jeg gjerne skulle vært foruten. På vei tilbake i jobb forsto jeg at noe måtte forbedres, spesielt hvordan vi tok imot nye leger. Dette fikk jeg mulighet til å arbeide med i overgangen tilbake fra sykemeldingen.

En annen viktig grunn var behovet for bedre kollegial støtte. Jeg hadde selv stått i flere utfordrende situasjoner både som ansatt og behandlende lege, uten å ha naturlige personer å diskutere det med i starten. Det er lett å tro at man selv er problemet, men med mer erfaring så jeg at det ofte er rammene vi jobber i som skaper vanskelige situasjoner – ikke manglende kunnskap eller prestasjon. I tillegg opplever jeg at det enkelte steder finnes en utdatert kultur blant helsepersonell som kan være uheldig både for ansatte, læringsmiljø og pasientsikkerhet. Utsiktene til bedre rammer virket små, og derfor mente jeg at vi som kollegaer måtte bli bedre til å støtte hverandre og skape de rammene vi selv ønsket oss. Siden april 2024 har jeg derfor jobbet 50 % i regi av Helse Sør-Øst (HSØ) med å etablere fadderordninger for andre leger, og jobber fortsatt med dette.

*Kan du kort forklare hva fadderordningen går ut på?*

Fadderordningen er en organisert plan hvor den nyansatte får tilgang på kollegial støtte, men også får en organisatorisk og praktisk opplæring som LIS-gruppen selv mener er nyttig. Et viktig poeng er at ordningene er laget av LIS-legene selv, ledet av en LIS-representant kalt «fadderansvarlig LIS». Leder for LIS har en

## Fadderordningen



viktig rolle i å skape rammene for at ordningen kan gjennomføres. Det finnes ingen «one size fits all», men de fleste ordningene følger følgende struktur:

1. Fadder eller Fadderansvarlig ringer den nyansatte legen 1-2 uker før oppstart for å ønske velkommen og gi informasjon, særlig om første arbeidsdag.
2. Første arbeidsdag følges nyansatt av fadder og følger prosedyre for gjennomføring av dagen. Innholdet er utviklet av LIS-gruppen.
3. Etter ca. 2 uker kontakter fadder den nyansatte for å høre hvordan opplæringen har vært, avdekke mulige utfordringer og eventuelt trygge den nyansatte på å kontakte leder eller bistå med dette.
4. Etter 4-6 måneder har fadder og nyansatt ny kontakt. Fadder skal spørre «Hvordan går det, og hvordan har du det? Er det noe jeg kan hjelpe deg med?». Fadder kan også bistå med å videreformidle til riktig person, som leder eller tillitsvalgt.

*Hva er status for fadderordningen nå?*

At jeg ikke lenger har oversikt over hvor den er etablert. Det ble en enorm interesse etter flere innlegg i aviser, tidsskrifter og sosiale medier i 2024. Ordningen har spredt seg til hele helseforetak (Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Østfold HF), ved tilnærmet alle medisinske og voksenpsykiatriske avdelinger, minst 5 av 20 kirurgiske avdelinger og flere andre spesialiteter i HSØ, men også mange andre steder i Norge.

Jeg blir stadig kontaktet av nye avdelinger som ønsker å etablere fadderordningen. Nå håper jeg at denne måten å ta imot nye leger på kan bli en standard og noe vi prioriterer.

*Hvorfor tror du fadderordningen har blitt så populær?*

Det er et godt spørsmål. Før hadde jeg en hypotese om at mottakelse og opplæring av leger (både organisatorisk og faglig) var mangelfull. Nå er det ikke lenger en hypotese, fordi jeg har sett og erfart at dette stemte. I en spørreundersøkelse til LIS2/3 ved medisinske avdelinger i Helse Sør-Øst, besvart av 311 LIS, svarte 45% at det ikke fantes en plan for opplæring da de startet i sitt nåværende arbeidsforhold. Jeg tror at mange års effektivisering og stramme budsjetter har fjernet viktige elementer for et godt arbeidsmiljø, samtidig som stadig mer komplekse pasientforløp har bidratt til ytterligere forverring. Mester har ikke lenger tid til sin svenn. Jeg tror dette er en situasjon både overleger og LIS kan føle på i hverdagen, og mange skulle ønske var bedre. Ikke overalt, men for mange. Jeg tror også at kulturen og holdningene som eksisterer blant oss leger, og andre helsepersonell, stammer fra en ganske annen epoke og fremstår nå utdaterte. Gammel vane er vond og vende, og jeg tror mange leger har opplevd å tilpasse seg en viss kultur, selv om det kan stride motegen fornuft. Nå merker vi «symptomet» på dette, hvor flere sykehus sliter med rekruttering og mangel på leger. Fordi fadderordningen bidrar til et bærekraftig system hvor de helt basale elementene for en god mottakelse er ivaretatt, og fordi den er så enkel å etablere, tror jeg den har blitt så populær.

*Hva håper du å oppnå med fadderordningen?*

Helt konkret – en kultur og holdningsendring blant oss leger, hvor vi i mye større grad blir opptatt av hvor viktig det psykososiale mellom oss er for hvordan vi opplever arbeidspress, læringsmiljø og arbeidsmiljø. Jeg håper at vi derfor etablerer fadderordninger som også gir god organisatorisk og praktisk opplæring, primært utviklet av LIS-legene selv. Det er de med «skoa på» som best kjenner hvor den trykker.

“Det er tankevekkende at vi er opptatt av å yte kunnskapsbasert pasientbehandling, men ikke i samme grad er opptatt av rammene vi har for yte denne behandlingen. Det er en åpenbar sammenheng mellom disse tingene”

At en nyansatt LIS opplever at arbeidsplassen har investert i en god start, sender et klart signal om hvordan arbeidsplassen verdsetter sine ansatte. Man får ikke avkastning uten først å investere. Jeg synes det er tankevekkende at vi er opptatt av å yte kunnskapsbasert pasientbehandling, men ikke i samme grad er opptatt av rammene vi har for yte denne behandlingen. Det er en åpenbar sammenheng mellom disse tingene. Vi må «ta tilbake tiden» og sørge for at de elementære delene av arbeidslivet er ivarettatt. «Ta på deg masken selv, før du hjelper noen andre», sies det. Her må lederne våre skape rammene for at dette er mulig for oss arbeidstakere.

*Hvordan skal man gå frem dersom man ønsker å starte opp med fadderordning på sitt sykehus?*

Kontakt gjerne meg. Jeg kan bidra med informasjon og «oppstartspakke» for de som ønsker å etablere fadderordninger. Men helt kort og konkret vil jeg anbefale følgende:

5. Bli enig med leder om å få avsatt litt tid for å forbedre mottakelse av nyansatte. Er du leder, kan du henvende deg til en engasjert LIS og spørre om hen vil bidra som «fadderansvarlig LIS». Etablering av fadderordningen krever ca. 3-4 dagers arbeid, og deretter noe tid gjennom året til nødvendig oppdatering. Dette må tilpasses den enkelte avdeling.
6. Skaff oversikt over hva som skjer rundt en nyansatt – fra kontrakten er skrevet til opplæringsperioden er over. Hva finnes allerede? Hvilken informasjon gis, og til hvem? Hvem er involvert? Finnes det velkomstskriv eller «introhefter»?

7. Tenk over hvordan du selv ville ønsket å bli tatt imot, og hvilken informasjon du gjerne skulle hatt som nyansatt. Lag et forslag til innhold og ordning, og diskuter dette med LIS-gruppen.
8. Samarbeid med leder og eventuell rådgiver eller lederstøtte. Finn ut hvor mye tid som kan settes av til fadder og nyansatt. Lag en plan for hvordan ordningen kan organiseres og ha med i tankene at fadderansvarlig LIS skal ha minst mulig organisatoriske oppgaver. Fadder kan velges utfra hvem som er tilgjengelig den dagen nyansatt LIS starter. Starter flere LIS samtidig kan det vært 2-3 nyansatte LIS per fadder.
9. Lag en tidsstyrt prosedyre for gjennomføring av «fadderdag» eller «faddertid», gjerne første arbeidsdag. Innholdet bør være selvforklarende for å sikre at opplæringen bli mindre personavhengig. Sørg for at alle relevante dokumenter er samlet på ett sted, f.eks. i Teams eller felles mappe, slik at oppdatering blir lettere å gjennomføre. Sørg for å oppdatere relevante dokumenter ca. to ganger årlig for å holde tritt med endringer.
10. Sørg for å ha en vara. Fadderansvarlig LIS bør være en LIS. Hvis hen slutter, blir syk eller blir overlege, bør en yngre kollega overta. Da bør det organisatoriske være så enkelt og tydelig som mulig, så blir det lettere for nestemann.

Dersom man ønsker å starte opp med fadderordning på egen arbeidsplass kan man ta kontakt med Cathrine med epost: [cathkr@siv.no](mailto:cathkr@siv.no)

# JAN BYE AS - MEDISINSK TEKNIKK

## DIN KVALITETSLEVERANDØR INNEN GYNEKOLOGI, OBSTETRIKK OG LAPAROSKOPI

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

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

### VI TILBYR:

- ◊ Gynekologiske og kirurgiske instrumenter
- ◊ Utstyr og forbruksmateriell til gynekologisk undersøkelse og diagnostikk
- ◊ Medisinteknisk utstyr og løsninger innen obstetrikk
- ◊ Utstyr til laparoskopiske inngrep



### KVALITET, PRESISJON OG TRYGGHET

JAN BYE AS etablert i 1988, over 35 års erfaring og kunnskap, pålitelig leverandør av løsninger for bedre kvinnehelse.

Ta kontakt i dag for en hyggelig prat, produkt informasjon eller bestilling.

# Fadderordningen ved Kvinneklivnikken i Bergen



Siri Juliebø-Jones

Som første avdeling for gynekologi og fødselshjelp startet Kvinneklivnikken i Bergen opp med fadderordningen høsten 2025. Vi fikk god hjelp av Cathrine Kristoffersen (se eget intervju) i oppstartfasen.

Bakgrunnen for introduksjonen av fadderordningen var at flere LIS har opplevd oppstarten på KK som tøff. Vi har også hatt flere LIS leger som slutter etter relativt kort tid. Ønsket var derfor at nye LIS leger som begynner på Kvinneklivnikken skal få en god og inkluderende start, som viser frem vårt gode arbeidsmiljø og spennende arbeidsoppgaver!

Vår erfaring fra Kvinneklivnikken har utelukkende vært positiv. Både de nyansatte LIS legene som ble omfavnet av fadderordningen og tilbakemeldinger fra legegruppen, sykepleiere og jordmødre har vært god.

## Oppstartfasen

I første ledd hadde Cathrine et teamsmøte med klinikledelsen ved Kvinneklivnikken, som var svært positive til å starte opp med fadderordningen ved vår arbeidsplass.

Videre hadde fadderansvarlig, som var undertegnede, møter med Cathrine hvor vi gikk gjennom hele prosedyren og ordningen. Jeg fikk tilsendt en prosedyremal, som ble tilpasset vår arbeidshverdag på Kvinneklivnikken.



Tidligere fadderansvarlig, Siri Juliebø-Jones, og ny fadderansvarlig, Margrethe Lans Syvertsen, har internundervisning om fadderordningen.

## Fadderordningen settes ut i livet

Neste steg var å ta i bruk prosedyren og ønske velkommen til våre nye LIS. Etter oppstart av fadderordningen har det til dags dato vært 8 nye LIS som har startet på Kvinneklivnikken, og som har vært inkludert i fadderordningen.

Vi har hatt en liten internundervisning om fadderordningen for legekollegiet (både overleger og LIS-leger), slik at kolleger også er klar over hva fadderordningen innebærer.

Alle nye LIS får tilsendt en spørreundersøkelse for å kartlegge hvordan de opplever at fadderordningen har vært, og spesielt om de har ris eller ros mtp. forbedring.

## Fadderordningen inkluderer blandt annet:

- Velkomstbrev til alle nye LIS
- Ny LIS skriver en liten tekst om seg selv, som sendes ut sammen med bilde av LIS til alle leger, jordmødre og sykepleiere i klivnikken 1-2 uker før oppstart
- Fadder/fadderansvarlig tar kontakt med ny LIS før oppstart
- "Fadderdag" = første arbeidsdag
- Kontakt og oppfølging i etterkant av oppstart

Vår erfaring er at fadderordningen er lett å starte opp, med god støtte fra Cathrine Kristoffersen. Det er enkelt å opprettholde og krever liten innsats fra hver enkelt fadder. Tilbakemeldingene fra både nyansatte LIS og øvrige ansatte i klivnikken har utelukkende vært positiv!

Også kvinneklivnikkene ved sykehuset i Østfold, sykehuset i Vestfold, og Oslo universitetssykehus har nå startet opp med fadderordning.

Jeg håper alle øvrige kvinneklivnikker og gyn/føde avdelinger i Norge vil bli inspirert og følge etter.



Margrethe og Siri sammen med 3 av de 8 nye LIS som har begynt på Kvinneklivnikken etter oppstart av fadderordningen. Fra venstre: Helle Iveland, Sofie Zakariassen, Kristine Roald, Siri Juliebø-Jones og Margrethe Lans Syvertsen.

# 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

# Debattinnlegg: Aortakompresjon med fingertupper – i stedet for knyttneve



**Maarten Glas**

Overlege ved Hammerfest sykehus  
mMOET-instruktør og  
Global ALSO-instruktør (Leger uten grenser)  
maartenglas@gmail.com

## Kjære kolleger

Aortakompresjon ved postpartumblødning har de senere årene fått økende oppmerksomhet, og metoden er nå også omtalt i norske retningslinjer og i *Gynekologen*, senest i artikkelen av Heitmann og Morris i 2023 (1).

Nylig er det imidlertid også publisert en artikkel i *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (2) som igjen aktualiserer diskusjonen rundt praktisk utførelse av teknikken, inkludert anbefalinger om bruk av knyttneve – og i enkelte beskrivelser også kne – for å oppnå tilstrekkelig kompresjon.

På denne bakgrunn ønsker jeg å rette oppmerksomheten mot selve metoden for aortakompresjon.

I mye av litteraturen og undervisningen anbefales det å komprimere aorta med knyttneven like over navlen, samtidig som man palperer femoralispuls for å bekrefte effekt. Det finnes også beskrivelser av kompresjon med kneet, begrunnet med at dette kan være mindre belastende for behandleren.

Basert på mer enn 30 års erfaring og omfattende undervisning i metoden vil jeg sterkt anbefale bruk av fingertupper fremfor knyttneve. Denne teknikken har flere fordeler og erfaringsmessig lettere å lære.

Med fingertuppene kan man direkte palperer aorta mot columna. Man kjenner tydelig pulseringen, deretter redusert blodstrøm og

til slutt opphør av puls ved adekvat kompresjon. Det er som regel ikke nødvendig med stor kraft, og metoden tolereres bedre av pasienten. Palpasjon av femoralispuls er da ofte overflødig, men kan utføres av en assistent ved behov.

Ved bruk av knyttneve ser man ofte at det trykkes hardt uten å oppnå effekt, og femoralispulsen er fortsatt til stede. Problemet er da som regel ikke utilstrekkelig kraft, men feil plassering. Aorta ligger noe til venstre for midtlinjen og ikke direkte foran columna – noe som er vanskelig å identifisere med knyttneve, men lett å kjenne med fingertupper.

Postpartum er bukveggen som regel ettergivende, og aorta er ofte lett tilgjengelig for palpasjon. I undervisning opplever jeg at klinikere blir overrasket over hvor enkelt det er å identifisere og komprimere aorta effektivt med korrekt teknikk.

Jeg vil også anbefale å starte aortakompresjon tidlig ved pågående postpartumblødning, ikke kun som et siste tiltak. Dette er da også i henhold til det nylig oppdaterte veilederkapittelet om postpartum blødning. Effektiv kompresjon reduserer umiddelbart blødningen og gir samtidig behandleren bedre oversikt og mulighet til å koordinere videre behandling.

Aortakompresjon kan også være nyttig ved stort blodtap under keisersnitt eller postpartum laparotomi. Den kan utføres eksternt via bukveggen av en assistent, eller internt via laparotomisnittet. Dette kan redusere blødning, bedre oversikten i operasjonsfeltet og bidra til stabilisering av pasientens sirkulasjon.

Takk til kollega Marit Vidringstad for faglige innspill og redigering.

## Referanseliste:

- 1: Heitmann G. og Morris A. Ekstern aortakompresjon ved blødning post partum. *Gynekologen* 2-2023. 34-40.
- 2: Nieto-Calvache, A. J., et al. (2025). External aortic compression: buying time to save lives in obstetric hemorrhage. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 232(232), 239-241.



# 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

# Regional konferanse om preeklampsi i Mwanza, Tanzania – stolt prosjektleder!

Som leder av faggruppen for global kvinnehelse, og som prosjektleder for PRESHA-prosjektet i Tanzania, tillater jeg meg å være ganske stolt. I mai arrangerte vi den aller første Sub-Saharan Africa Regional Conference om preeklampsi i Mwanza – på selveste World Pre-eclampsia Day, 21.-22. mai.



**Andrea Solnes Miltenburg**

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

Konferansen samlet rundt 200 deltakere fra en rekke land i regionen og internasjonalt: Tanzania, Kenya, Ghana, Etiopia – og fra samarbeidspartnere i Norge, Nederland, USA. Blant deltakerne var klinikere, jordmødre, forskere, representanter fra pasientorganisasjoner (TPEF), helsemyndigheter og representanter for profesjonsforeningen for gynekologer og obstetrikker i Tanzania (AGOTA) og den afrikanske føderasjonen for gynekologi og obstetrik (AFOG). Temaet for konferansen var: *Regional Solutions for Pre-Eclampsia: From Evidence to Implementation*

## PRESHA-prosjektet

PRESHA (PREventing Severe Hypertensive Adverse Events) er et forsknings- og kapasitetsbyggingsprosjekt i Mwanza-regionen, støttet av midler fra Forskningsrådet. Målet er å redusere morbiditet og mortalitet knyttet til hypertensive svangerskapskomplikasjoner, særlig preeklampsi, gjennom bedre risikoprediksjon, forebygging og oppfølging.

Kjernen i prosjektet er en prospektiv kohort på 3000 gravide kvinner, der vi samler både kliniske data og biologisk materiale (blod, urin, placenta) tidlig i svangerskapet og fram til 12 uker postpartum. Rekrutteringen startet i august 2025 og på konferansetidspunktet hadde vi inkludert litt over 1000 kvinner.

Allerede nå ser vi:

- Omtrent 9 % av kvinnene rapporterer tidligere hypertensive svangerskapskomplikasjoner.
- Blant multipara har 7,8 % mistet et barn innen ett år etter fødsel.
- Omtrent 11,6 % av kvinnene har moderate eller høy risiko for preeklampsi.

- Bare 5% av kvinner med indikasjon for albyl-E fikk dette foreskrevet
- 33% av kvinner med høy blodtrykk ble behandlet

Tallene understreker at hypertensive svangerskapssykdommer inklusivt preeklampsi fortsatt er en betydelig trussel mot både mødre og nyfødte i denne delen av Tanzania – og at det er et stort potensial for bedre risikokartlegging, forebygging og oppfølging. Fra vår egen faggruppe og som deltager i PRESHA prosjektet var blant annet Johanne Sundby til stede som keynote speaker, med et sterkt innlegg om kapasitetsbygging – noe hun har arbeidet med gjennom hele sin forskerkarriere ved Universitetet i Oslo.

## Når pasientene får ordet

Men, konferanseprogrammet startet ikke med forskere, men med kvinnene selv. Kvinner som selv hadde overlevd alvorlig preeklampsi fra Tanzania og Kenya fortalte sine historier: om å overleve, om å miste et barn, om langvarige fysiske og psykiske senfølger – og om å møte et helsevesen som oftest ikke har strukturert oppfølging etter utskrivelse.

De etterlyste tre ting særlig tydelig:

1. Bedre og tydeligere informasjon under og etter svangerskapet.
2. At psykisk helse tas på alvor etter dramatiske forløp.
3. Systematisk oppfølging av kardiovaskulær risiko etter hypertensive svangerskap.

Dette satte tonen for resten av konferansen: pasientstemmene skulle ikke være et «innslag», men en rød tråd.

## Ti ting vi lærte i Mwanza

Konferansen ble avsluttet men en oppsummering av alle innslag og diskusjoner – ti viktige punkter som vi tar med oss videre:

### 1. Bevissthet alene redder ingen liv

Oppmerksomhet om preeklampsi må følges av systemendringer. 'Lived experience' fra kvinner og familier synliggjør hull i systemet som ikke fanges opp i kliniske data alene, og bør tas på alvor.



### 2. Nasjonale forbedringer skjuler lokale katastrofer

Selv om nasjonal mødre dødelighet har gått betydelig ned i Tanzania, er institusjonell dødelighet >1000 per 100 000 fødsler ved enkelte universitetssykehus uakseptabelt. Slike sykehus kan ikke alene «bære» kampen for overlevelse.

### 3. Alvorlig preeklampsi er (fortsatt) en dødsdom hvis vi kommer for sent

Lavdose acetylsalisylsyre er anbefalt globalt, er billig og effektivt. Spørsmålet er ikke om det virker, men hvem som skal få det, og hvordan vi sikrer at de faktisk får det i tide – basert på både global og lokalt relevant evidens.

### 4. Hvorfor slutter omsorgen når byrden fortsetter?

Kvinner med hypertensive svangerskapssykdommer bør ha strukturert oppfølging av blodtrykk og kardiovaskulær risiko vurdering. Det bør komme mer oppmerksomhet for kvinners mentale helse etter overlevelse av preeklampsi.

### 5. Nyfødtes overlevelse henger tett sammen med preeklampsi-forebygging

Alle former for hypertensive svangerskapssykdommer øker risiko for perinatal død. Neonatologer bør inn i fødselsplanleggingen når mor har alvorlig hypertensiv sykdom – ikke bare tilkalles når barnet allerede er født og dårlig.

### 6. Preeklampsi er en del av NCD-agendaen

Risikofaktorene for preeklampsi (høy BMI, dyslipidemi, høy alder) er de samme som for kardiovaskulær sykdom. Oppfølging etter preeklampsi er en gyllen mulighet til tidlig NCD-forebygging – hvis systemene legger til rette for det.

### 7. Kostnadene er enorme – for kvinnen, familien og systemet

Katastrofale utgifter for familier som overlever et dramatisk forløp, og tung ressursbruk i et presset helsevesen, betyr at helseøkonomiske analyser bør være integrert del av intervensjoner og forskningsprosjekter på hypertensive svangerskapssykdommer.

### 8. Kapasitetsbygging må være kontinuerlig – og tverrfaglig

Simulering, teamtrening, bruk av egne lokale data og systematisk etterutdanning for leger, jordmødre, anestesi, laboratorier, psykiatri og neonatologi er avgjørende. Insidentele kurs gir sjelden varig endring.

### 9. Åpne dører for pasienter, sivilsamfunn og profesjonsforeninger

Profesjonsforeninger, pasientorganisasjoner og sivilsamfunn må inn i utvikling av retningslinjer, implementering og politikkutforming – og faktisk lyttes til. Global advocacy må omsettes til nasjonale og lokale krav til handling.

### 10. Vi forplikter oss til en årlig, regional preeklampskonferanse i Afrika

Sør-sør-samarbeid og regional læring er ikke "kjekt å ha", men nødvendig for varig endring. Løsninger må være regionale, men ikke one-size-fits-all, lokal tilpasning og samskaping (co-design, co-creation, co-learning) er essensielt.

## Er dette viktig også for oss i Norge?

For en norsk leser av *Gynekologen* kan Mwanza virke langt unna. Likevel er koblingene mange:

- Kvinner som har hatt preeklampsi i Tanzania og kvinner vi møter på poliklinikken i Norge, deler en betydelig livslang kardiovaskulær risiko.
- Aspirinprofylakse, kvalitetsforbedring, strukturert postpartumoppfølging og bedre retningslinjer er like relevante på Østlandet som i Øst-Afrika – ulikheten ligger først og fremst i ressursnivå, ikke i patofysiologien.
- Forskingen fra PRESHA-kohorten, og samarbeidet mellom Tanzania, Norge og andre land, vil kunne gi ny innsikt i biomarkører, genetik, komorbiditet og implementering – kunnskap som kan være like nyttig i Tromsø som i Mwanza.

For meg personlig var konferansen et sterkt bevis på at global kvinnehelse er et felles fagfelt der vi lærer på tvers av landegrenser. Og ja – som prosjektleder er jeg både rørt, sliten og veldig stolt.



Faglige diskusjoner med noko attåt



Det er lett å bli glad over så mye kirurgisk entusiasme!

## Første endometriosekirurgikurs i Bergen – en stor suksess

Det aller første kurset i endometriosekirurgi arrangert av NKTEA, Modul 3, gikk av stabelen i Bergen 26.–27. januar 2026. Med Anne Veddeng som kursleder ble det gjennomført to faglig innholdsrike og praktisk orienterte dager for erfarne gynekologer fra hele landet.

**Anne Veddeng**

MD, MSc, Ass Seksjonsoverlege gyn avd, HUS

Kursets første dag var viet teoretisk undervisning med tydelig klinisk forankring og kasuistikkbasert tilnærming. Deltakerne fikk en grundig gjennomgang av indikasjoner for kirurgisk behandling av endometriose, samt sentrale prinsipper innen laparoskopisk diagnostikk og behandling, inkludert videodemonstrasjoner av ulike morfologiske typer av sykdommen. Videre ble ulike kirurgiske teknikker ved behandling av endometriomer presentert, med særlig fokus på avveininger knyttet til fertilitet og malignitetsmistanke.

Programmet inkluderte også paneldebatt rundt håndtering av endometriomer, samt diskusjon om når MR bør benyttes og når pasienter bør henvises til spesialiserte sentre. Bekkenanatomi utgjorde en viktig del av undervisningen, med detaljert gjennomgang av kar, nerver, ureters forløp og kirurgiske spatier – kunnskap om retroperitoneum, noe som er avgjørende for trygg og effektiv avansert kirurgi.

Sjeldne lokalisasjoner av endometriose ble også godt belyst, før den internasjonalt anerkjente ekspert Shaheen Khazali (London) holdt sitt foredrag om kirurgisk tilnærming til dyp infiltrerende endometriose, inkludert behandling ved affeksjon av tarm, urinveier, diafragma og nerver. Dagen ble avrundet med gjennomgang av ulike indikasjoner for tarmkirurgi ved dyp endometriose, inkludert videodemonstrasjon av robot assistert shaving, diskoid og segmental reseksjon. Til slutt var det forberedelse og gjennomgang av neste dags program, nemlig praktisk trening på levende anestesert gris og våt-preparat.

Dag to besto av intensiv praktisk trening i mindre grupper, hvor i alt 20 deltakere fikk arbeide med både robot- og 3D-assistert laparoskopisk kirurgi på gris. Dette ga en unik mulighet til å trene på realistiske kirurgiske scenarioer. Øvelsene inkluderte blant annet etablering av tilgang og trocarplassering, disseksjon av ureter og bekkenkar, hysterektomi og salpingooforektomi, shaving av urinblære, samt avansert suturering av blære- og tarmskader. Deltakerne fikk også erfaring med håndtering av akutte blødninger og bruk av avansert elektrokirurgisk utstyr, samt gjort seg kjemt med annet praktisk, kirurgisk utstyr.

Tilbakemeldingene fra deltakerne var gjennomgående svært gode. Kurset traff godt både faglig og praktisk, og mange fremhevet



Shaheen Khazali ikledd norsk genser-gave fra NKTEA, meget kledelig!



I felles dyp konsentrasjon over anatomiske utfordringer, øvelse gjør mester!

særlig verdien av den omfattende hands-on treningen kombinert med erfaringsutveksling og diskusjoner på høyt faglig nivå.

Kurskomiteen bestod av NKTEA's representanter; Anne Veddeng, Pia Skjelbred, Guri Majak, Ingrid Marie Ringen, Thomas Taulow, Renate Torstensen og Henrik Michelsen-Wahl, samt Øystein Helland (HUS). Komiteen uttrykker stor tilfredshet med gjennomføringen og ser allerede frem til neste års kurs, som vil bli annonsert i kurskatalogen i god tid. Det vil imidlertid lønne seg å være tidlig ute – antall plasser reduseres sannsynligvis fra 20 til 16



Kirurgisk trening er gøy (eller -selfie-kurs med Guri)



Robot trening med Anna, kan det bli bedre!



Fakultets-middag kvelden før kursstart

deltakere for å sikre enda mer individuell oppfølging og maksimal treningstid for hver enkelt.

Alt ligger dermed til rette for at dette kurset blir en viktig og ettertraktet arena for kompetanseheving innen endometriosekirurgi i årene fremover.

Mvh kurskomiteén,  
v/leder Anne Veddeng



## Kirurgisk ferdighetstrening på disseksjonssalen

Gynekologisk avdeling ved Radiumhospitalet har gjennom flere år arrangert kurs i avansert cytoreduktiv kirurgi, der praktisk trening på avdøde er en viktig del av kurset. Seksjonsleder Ane Gerda Zahl Eriksson har ønsket å få til noe tilsvarende for legene i seksjonen som en del av strukturert utdanningen av gynekologkirurger.

Av: Nicolay Blix Werner, Overlege, Radiumhospitalet og Jenny Lifjeld, Overlege, Radiumhospitalet

En forutsetning for denne typen trening er et godt samarbeid med Avdeling for patologi ved Ullevål sykehus. Gjennom vår kontaktperson, patolog dr. Heidi Synnøva Ottestad, bidro patologiavdelingen med oversikt over nylige avdøde som var potensielle kandidater for medisinsk trening. De reserverte også disseksjonssalen for oss den aktuelle dagen.

Det etiske aspektet ble ivarettatt gjennom en grundig samtykkeprosess. Bruken av avdøde legemer i undervisning og trening er strengt regulert og basert på frivillige donasjoner.

Lege Nicolay Blix Werner fra Radiumhospitalet ringte personlig til de pårørende for å informere om formålet med treningen og be om tillatelse. Vi var i forkant spent på om vi ville få de nødvendige samtykkene slik at treningen kunne gjennomføres. Responen fra de pårørende var overveldende positiv; tre av fire familier gav sitt samtykke til at den avdøde kunne brukes til kirurgisk opplæring.

Dette understreker en høy tillit til helsevesenet og en forståelse for at slik trening er helt avgjørende for å utdanne fremtidens kirurger og sikre pasientsikkerheten for kommende kreftpasienter.

Den 19. mars gjennomførte avdelingens nye overleger, Jenny Lifjeld og Nicolay Blix Werner, en intensiv og faglig tung treningsdag i gynekologisk kreftkirurgi veiledet av avdelingens svært erfarne kreftkirurger, Brynhildur Eyjolfsdottir og Yun Wang. Formålet med denne dagen var å gi oss yngre spesialister systematisk trening på radikal hysterectomi og glandeltolett i bekkenet og paraaortalt, samt å få erfaring med å arrangere denne typen praktiske ferdighetstreninger.

Dagen startet med en teoretisk gjennomgang. Her ble anatomiske landemerker, ulike typer radikal hysterectomi og risikomomenter ved kirurgien diskutert.

Teori ble raskt omsatt til praksis da vi flyttet oss til disseksjonssalen. Vi hadde med oss instrumenter tilsvarende de vi bruker i daglig virke på operasjonssalen. Treningen ble utført på to nylig avdøde legemer. Det å kunne bruke nylig avdøde legemer gjør treningen særdeles overførbar til klinisk praksis da vevet i stor grad oppfører seg som på levende pasienter, noe som er spesielt verdifullt ved disseksjon nær store kar og nerver og når man skal indentifisere de avaskulære rommene, f. eks paravesikalt og pararektalt.

Vi organiserte oss slik at vi to yngre spesialister opererte med hver vår erfarne kollega gjennom hele dagen. Denne tette én til én oppfølgingen uten tidspress eller fare for komplikasjoner ga en unik mulighet for overføring av "taus kunnskap" og tekniske finesser som er vanskelig å tilegne seg gjennom lærebøker eller i en travel operasjonshverdag.

Det gir også en større trygghet når man så skal tilbake til hverdagen for videre opplæring på operasjonssalen.

Dette var relativt enkelt å gjennomføre og vi ser frem til å arrangere flere tilsvarende interne kursdager fremover. Vi håper dette kan inspirere andre avdelinger rundt om i landet til å arrangere liknende ferdighetstreninger.



## Guidelinemøte gynekologisk kreft

9. – 10. september 2026 – Radisson BLU Nydalen, Oslo

Vi inviterer til det aller første guidelinemøtet i gynekologisk kreft – en ny nasjonal arena hvor fagmiljøet samles for å utvikle fremtidens retningslinjer.

Det blir korte oppsummeringer av kapitlene som skal gjennomgås, etterfulgt av diskusjon om diagnostikk, behandling og oppfølging. Det er rom for faglig uenighet, erfaringsdeling og nyansering – alt med mål om å utvikle gode nasjonale retningslinjer.

Vi ønsker bred deltakelse fra både overleger og LIS fra store og små sykehus.

I år vil HPV-relatert kreft være i fokus, med gjennomgang av kap 6-9 i Handlingsprogrammet.

Guidelinemøtet er godkjent som kurs i spesialiteten, og man kan søke dekning fra Fond 3.

**Velkommen til et faglig engasjerende og viktig møte!**

For program og påmelding se HER:



# Obstetrikere og anestesileger samlet til første felles vårmøte

Det første tverrfaglige vårmøtet for anestesileger og obstetrikere ble avholdt på Clarion Hotell, Gardermoen 4.-5. mars 2026. Målet var å styrke samarbeid og felles situasjonsforståelse i håndtering av alvorlige obstetriske tilstander. 53 deltagere, hvorav 30 obstetrikere og 23 anestesileger, fra Agder i sør til Finnmark i nord deltok på to dager med foredrag, diskusjoner i smågrupper og nettverksbygging.

Av: Grethe Heitmann (anestesilege ved Sykehuset Østfold), Solveig Bjellmo (obstetriker ved Ålesund sykehus), Johanne Kolvik Iversen (obstetriker ved OUS Ullevål) og Torger Aase (anestesilege ved OUS Ullevål)

## GENERELL ANESTESI TIL PREEKLAMPTIKER:

- Husk å dempe intubasjonsrespons med opioider og magnesium umiddelbart før induksjon av generell anestesi.
- Magnesiumbolus 8 mmol iv, husk å advare mor om at hun blir varm! (4 mmol dersom den gravide nylig har fått Mg som krampeprofylakse.)
- Bolus alfentanil 10–20 ug/kg eller remifentanil 0,5–1 ug/kg i.v. Etterfølges umiddelbart av sovemiddel/relaks.
- NB Varsle barnelege om mulig intoksert barn! Antidot mot Mg: Ca<sup>2+</sup>, Antidot mot Opioider: nalokson.
- Husk å beskytte mor mot hypertensjon også ved ekstubasjon.

## Preeklampsi

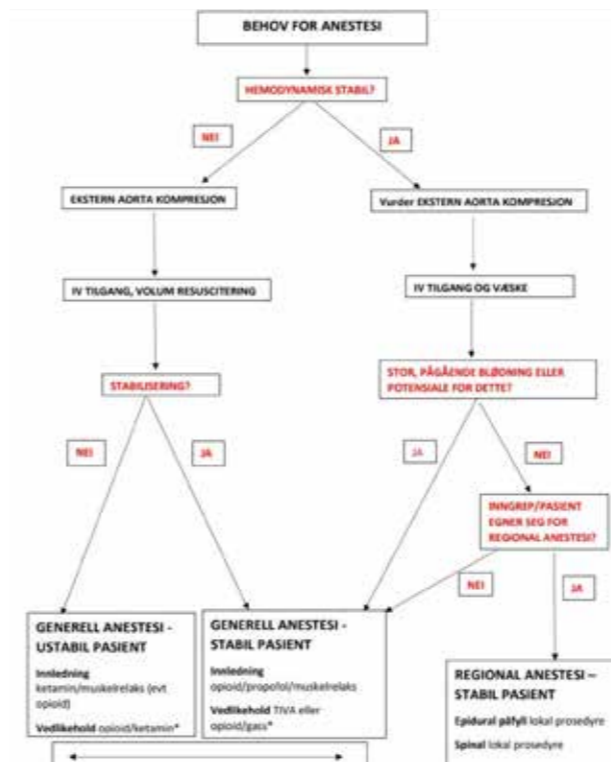
Johanne Kolvik Iversen og Torger Aarstad Aase belyste håndteringen av den preeklampsiske pasienten fra henholdsvis obstetriske og anesthesiologiske ståsted.

### Læringspunkter:

- Tidlig identifisering av alvorlig sykdom styrer hele forløpet
- Tett samarbeid ved beslutning om forløsning er viktig
- Blodtrykkkontroll må balanseres mot placentaperfusjon
- Lav terskel for invasiv monitorering ved forverring
- Nifedipin sublingualt er svært potent og må administreres med forsiktighet.
- Tilhørende tekstboks: NB I ny revisjon av NGFs veileder i fødselshjelp (april 2026) er sublingual Nifedipin fjernet som alternativ etter innspill fra blant annet Relis, grunnet farmakologisk uforutsigbar effekt. Redaksjonskomiteen i NAFs veileder i obstetriske anestesi vil ta stilling til eventuelle endringer i anbefalingene for nifedipin sublingual kommende måneder.
- Klare planer for luftvei og anestesiform før akutt situasjon oppstår

## Postpartumblødning

Anestesilege Grethe Heitmann (SØK) og transfusjonsmedisiner Aurora Espinosa Fernandez (OUS) presenterte postpartumblødning med særlig vekt på Patient Blood Management (PBM), en tilnærming som søker å optimalisere pasientens egne blodressurser og dermed redusere behovet for transfusjon. Tidlig bruk av aortakompresjon ble trukket fram som et viktig ledd i denne strategien.



### Røntgen og graviditet – dose og risiko

- Fosterskade er doseavhengig
- Dokumentert terskel for skade: **100 mGy** (noen skriver 50 mGy andre 150 mGy)
- Vanlig bildediagnostikk ligger langt under dette
- Typiske stråledoser:
  - Røntgen tann / thorax / ekstremitet: **<1 mGy**
  - CT hode / thorax: **<1–5 mGy**
  - CT abdomen/bekken: **10–25 mGy**
- Tidsaspekt:
  - Mest sårbar periode: **uke 2–15 (2–8 uke organogenese-sårbar)**.
  - Tåler mer i 2. og 3. trimester.
  - Enkel undersøkelse gir fortsatt lav absolutt risiko

### Læringspunkter:

- Obstetriske sjokk indeks kan være et nyttig hjelpemiddel i vurderingen av grad av hypovolemi
- Aortakompresjon kan benyttes for midlertidig kontroll i hele behandlingsforløpet
- Tansfusjonsgrense på 7g/dl når blødningskontroll er oppnådd
- Behandling med traneksamsyre er anbefalt ved indikasjon for plasma

### Maternelle dødsfall og «near miss»-hendelser

I Norge har vi en nasjonal referansegruppe for maternelle dødsfall under NGF. Gruppen gjennomgår regelmessig maternelle dødsfall og deler læringspunkter med mål om å styrke pasientsikkerheten. Obstetriker Guri Gjerdalen (OUS) presenterte kasuistikker som dannet grunnlag for gruppediskusjon, med vekt på kliniske vurderinger og beslutningspunkter. I tillegg presenterte obstetrikere Marit Sandberg (Haukeland) og Solveig Bjellmo (Ålesund) kasuistikker med kritisk syke pasienter der det potensielt kunne gått galt.



### Læringspunkter:

- Forsinket erkjennelse av alvorlig tilstand går igjen i flere hendelser
- Kommunikasjonssvikt bidrar ofte til dårlig utfall
- Dokumentasjon og strukturert gjennomgang gir læring
- Sjeldne hendelser krever trening for å håndteres godt
- Radiologiske undersøkelser som innebærer stråling kan gjennomføres også hos gravide. Velg CT fremfor MR dersom det er indisert.

### Analgesi ved vaginal forløsning:

Kan fentanyl eller remifentanil være et likeverdig alternativ til epidural?

Spørsmålet ble belyst i en sesjon der Janne Rossen presenterte Sykehuset Sørlandets prosedyre for bruk av fentanyl ved vaginal forløsning, samt erfaringer fra flere års klinisk bruk. Prosedyren gjelder primært flergangsfødende med rask fremgang, eller der EDA er kontraindisert.

### Fentanyl @ 50 mikrogram/ml intravenøst:

- Initialt : Titreres med **25 mikrogram hvert 5.minutt** inntil tilfredsstillende analgetisk effekt. **Maksimalt 100 mikrogram i løpet av 20 minutter.**
- Videre behandling : **25 mikrogram inntil hvert 15.minutt, maksimalt 100 mikrogram pr time.**
- Maksimal totaldose for hele fødselen er **500 mikrogram**. Om mor får også Epidural analgesi, er totaldosen Fentanyl intravenøst 300 mikrogram, slik at maksimal mengde Fentanyl ikke overstiger **600 mikrogram totalt (IV+EDA)**.
- Medikamentet doseres av jordmor utfra behov for smertelindring og eventuelle bivirkninger.
- Jordmor blir på fødestuen de første 5 minuttene etter siste injeksjon.

Lystgass: Kan gis sammen med Fentanyl (obs. sedasjonsgrad).



Videre deltok Damien Hughes digitalt fra Belfast, og delte erfaringer med jordmorstyrt remifentanil som analgesi under fødsel. Metoden kan være effektiv og trygg, men forutsetter implementering med tydelige krav til overvåkning, strukturert opplæring og gode rutiner for sikker bruk.

#### Sectio

Johanne Kolvik Iversen delte noen refleksjoner rundt sectio. Å kunne tilby trygg, vaginal fødsel er et folkehelseimperativ. Internasjonale eksperter anslår optimal sectiorate til 15-20%. Norge ligger på 16% og har blant verdens beste resultater for mor og barn. Unødvendige keisersnitt koster helse for mor og barn, ferdighetene til fødselshjelperne og store summer for samfunnet.

#### Hva gjør vi når pasienten sier det gjør vondt under et sectio?

I dialog med en pasient som har opplevd smerter ved sectio fikk Torger Aase frem flere viktige poeng for håndtering av situasjonen:

1. Stopp inngrepet!
2. Avklar ubehag versus smerter
3. Anerkjenn smerteopplevelsen
4. Tilby smertelindring og still spørsmålet: "kan du ha det slik du har det nå, eller ønsker du å legges i narkose?"
5. Deretter oppfølging - oppfølging - oppfølging!

#### Presentasjon på Faglandsrådet

Samarbeidet mellom NGF og NAF (Norsk anesthesiologisk forening), representert ved utviklingen av veilederen i obstetrisk anestesi og det tverrfaglige vårmøtet for anestesi og obstetrikere, ble presentert på Faglandsrådets i Den norske legeförening. Dessverre var Solveig Bjellmo, nestleder i NGF, forhindret fra å delta.

#### Neste møte

Det tverrfaglige vårmøtet mellom obstetrikere og anestesileger vil avholdes våren 2028

#### Etablering av kvalitetsregister

Vårmøtet ble også benyttet til å rekruttere deltagere til en arbeidsgruppe som skal arbeide for å etablere et kvalitetsregister for føde-epiduraler i Norge. Dersom du ønsker å delta i arbeidet, kan du sende e-post til [grethe.berger.heitmann@so-hf.no](mailto:grethe.berger.heitmann@so-hf.no)

#### Kurskomiteen

Grethe Heitmann, Sykehuset Østfold  
Solveig Bjellmo, Ålesund sykehus  
Leiv Arne Rosseland, OUS Ullevål  
Johanne Kolvik Iversen, OUS Ullevål  
Torger Aase, OUS Ullevål

## Refleksjoner fra en obstetriker og en anestesilege om det tverrfaglige vårmøte

Philip von Brandis seksjonsoverlege ved Stavanger Universitetssykehus (SUS) her i samtale med ansvarlig for obstetrisk anestesi ved SUS.

*Hvorfor meldte du deg på det tverrfaglige vårmøtet mellom obstetrikere og anestesileger?*

Jeg ble gjort oppmerksom på møtet av en kollega som satt i arrangementskomiteen. Jeg hadde hørt at arrangementet var på trappene, og syntes umiddelbart at et slikt tverrfaglig møte var en svært god idé.

*Fyller dette kurset et behov som andre kurs ikke dekker?*

Ja, det vil jeg si. Selve problemstillingene er i og for seg kjente, og er temaer vi hver for oss har relativt klare oppfatninger om. Muligheten til å få dem belyst i et felles forum, der begge spesialiteter er representert og kan diskutere sammen, har vi imidlertid sjelden.

*Hva er hovedinntrykket du sitter igjen med?*

Det var et spennende møte, veldig godt organisert, med et faglig solid og variert program. Det var også hyggelig å møte kolleger og ha rom for gode og engasjerte diskusjoner.

*Lærte du noe nytt på kurset?*

Kanskje ikke noe helt nytt (har i hvert fall ikke lyst til å innrømme det 😊), men jeg fikk en klart bedre forståelse for de kritiske utfordringene anestesilegene står overfor ved innledning av anestesi hos pasienter med ustabile eller høye blodtrykk. Dette har jeg ikke fått presentert like tydelig tidligere.

*Var det nyttig med innspill fra anesthesiologisk perspektiv?*

Ja, absolutt.

*Vil kunnskapen du fikk på kurset være med på å påvirke eller endre klinisk praksis ved din avdeling?*

Sesjonen om jordmorstyrt fentanyl i fødsel har ført til at vi har tatt dette opp som tema i vår avdeling. Vår obstetriske anestesilege var også til stede på møtet, og det at vi begge deltok, var sannsynligvis en forutsetning for at dette ble fulgt opp lokalt. Vi vurderer nå å innføre dette som et tilbud til våre fødende.

*Var det nyttig å delta med både obstetriker og anestesilege fra samme sykehus? Ga møtet rom for diskusjon knyttet til egen praksis?*

Ja, det var svært nyttig. Det ga et godt grunnlag for felles refleksjon rundt egen praksis, både under sesjonene og i pausene. Å dele samme faglige referanseramme etter møtet har også gjort det enklere å ta opp konkrete problemstillinger hjemme ved eget sykehus.

Tone Bolstad, overlege ved Kirurgisk Serviceklinikk, anesthesiavdelingen på Haukeland Universitetssykehus.

*Hvorfor meldte du deg på det tverrfaglige vårmøte mellom obstetrikere og anestesileger?*

Det var flere grunner til at jeg meldte meg på dette kurset. Jeg jobber til daglig fast seksjonert på «Kvinnesklinikken» i Bergen. Der har vi en operasjonsavdeling som primært dekker gynekologi og obstetrikere, og vi har overvåkningsansvaret for syke gravide både før og etter forløsning - der det er behov for det. Gynekologene er den lege-faggruppen vi jobber tettest på. Det gjelder både fysisk i samme bygning, og så «deler» vi jo på de samme pasientene. Likevel opplever vi nok stadig at der foreligger en avstand mellom fagene; kanskje en manglende fagforståelse oss mellom; når vi møtes til diskusjoner omkring de sykeste pasientene. Selv om vi begge ønsker å behandle den samme pasienten best mulig. Der er lite tid og rom for faglige diskusjoner «utenom pasienten» i en travel klinisk hverdag, og vi har sjelden felles møtepunkt. Kanskje kan et felles «eksternt» møtepunkt som dette tverrfaglige arrangementet få oss til å endre de interne rutiner og kultur, og gi oss bedre forståelse for hverandre i samhandlingen om den enkelte pasient? Vi har alltid mulighet for å bli bedre!

I tillegg kan det jo se ut som at den obstetriske pasient stadig blir mer og mer ko-morbid. Og at behovet for det tverrfaglige samarbeidet bare vil øke.

Det var også første gang dette møtet ble arrangert; som gjorde meg veldig nysgjerrig! Og timeplanen var fullspekket med alle de temaer som «tenner meg» mest; det vil si preeklampsi, mødre-dødelighet og postpartum-blødninger! Faglig og personlig påfyll!

*Fyller dette kurset et behov som andre kurs ikke dekker?*

Definitivt. Vi har jo ingen felles møtepunkt for norsk obstetrisk anestesi utenom «Kveldsgruppen» på Høstmøtene, og derutover de personlige kontakter og knutepunkt vi selv klarer å lage. For å bli bedre obstetriske anestesileger både på store og små sykehus trenger vi et faglig og kollegialt fellesskap å støtte oss til.

Det å kunne diskutere for eksempel såkalt «near misses» sammen med andre anestesileger - og i tillegg sammen med obstetrikere selv - vil kunne gi ytterligere læringseffekt og fremtidig kvalitetsforbedring over enda flere sykehus og landsdeler enn der kasuistikken skjedde.

*Hva er hovedinntrykket du sitter igjen med?*

Veldig bra! Oppmøte fra absolutt hele landet av erfarne kollegaer,



Philip von Brandis, seksjonsoverlege ved Stavanger Universitetssykehus (SUS), her i samtale med ansvarlig for obstetrisk anesthesi ved SUS

spennende temaer og aktuelle kasuistikker - med gode forelesere og «diskusjonsledere». Det fremsto raskt rett og slett som et benignt forum hvor alle debatter og diskusjoner kunne luftes, og der alle var møtt opp med samme agenda - å bli bedre sammen!

*Lærte du noe nytt på kurset?*

Ja det vil jeg si. Mye dreide seg om landets ulikheter i både behandling og drift/bemanning i en gitt anestetisk/obstetrisk setting. Det var også slående at det i de fleste alvorlige kasuistikker som ble tatt opp på møtet ofte forelå en forsinket eller mis-kommunikasjon mellom faggruppene våre. For stor avstand tross rikelig med ressurser og de beste forutsetninger. Men jeg tok også noen konkrete ting med meg hjem. Blant annet ble det lagt frem en flott oversikt over stråledoser fra de ulike røntgenundersøkelser som en syk gravid vil kunne trenge for riktig diagnostikk og behandling. Men som vi også på store sykehus som mitt stadig «glemmer» at er så vel-dokumentert - og fint kan ende opp med å gi den gravide et dårligere helsetilbud - og på det verste forverre både hennes og barnets prognose.

*Var det nyttig med innspill fra obstetrisk perspektiv?*

Ja veldig. Det gir jo mer mening også det vi gjør for pasientene våre, om vi hører at det samfaller med obstetrikernes vurderinger og synspunkter. Og så kan det jo redusere unødvendige uoverensstemmelsers om vi forstår hverandres perspektiv bedre. Det var jo flere obstetrikere som ærlig innrømmet at de visste veldig lite om hva anestesilegen egentlig gjør og kan. Og vice versa!

*Vil kunnskap du fikk på kurset være med på å påvirke/endre klinisk praksis ved din avdeling?*

Ja - jeg håper det!

*Var det nyttig å delta med både obstetrikere og anestesileger fra samme sykehus? Ga møtet rom for diskusjon knyttet til egen praksis?*

Det vil jeg si. Jeg skulle jo ønske der var flere fra mitt sykehus! Denne gangen var det kun meg fra anesthesiavdelingen - og to godt erfarne obstetrikere. Det ble fremlagt en «near miss» kasuistikk fra vår fødeavdeling av en av obstetrikene, og vi samarbeidet også litt i forkant om fremstillingen av denne. Det å kunne få hele forsamlingen med på diskusjoner omkring den var nok verdifullt for oss alle tre. Og det kan definitivt gjøre det enklere å ta opp andre ting til diskusjon eller løfte forslag om endring av praksis om det har vært et tema på et tverrfaglig møte vi flere fra «begge leire» har deltatt på.

*Kunne det vært hensiktsmessig med et møte for bare anestesileger?*

Ja det er nok også gunstig - og veldig kjekt om vi kan få til! Både for å «stimulere» og rekruttere til fagmiljøet obstetrisk anesthesi enda mere, og for å fortsette å vedlikeholde den flotte veilederen i obstetrisk anesthesi. Kanskje kan der også være andre fordeler ved å konkretisere en hittil kalt «interessegruppe» innen anestesifaget. Noe som vil være lettere å få til om der finnes et eget (årlig) møte.

## Nye medi-matic® | prisbelønt design

Den nye generasjonen gynekologiske stoler



Når kvalitet teller

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



GERMAN DESIGN AWARD SPECIAL 2023



Katalog på nett



SCHMITZ  
A SENSE OF CONFIDENCE

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

MELAG  
kompetanse i hygiene

Instrumentvaskemaskin og autoklaver fra Melag

Made in Germany



Katalog på nett

# svas svalland as

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





Stinn brakke torsdag morgen.



Herskapelige lokaler og dannet konversasjon.

# Referat fra det femte obstetriske guidelinemøtet Losby Gods 23. – 24. april 2026

Obstetrisk guidelinemøte, det femte i rekken, har også valgt seg april. Hele 61 obstetrikere fra hele landet møttes på Losby Gods i strålende sol torsdag 23. april. Litt rabalder ble det – 148 sider med høringsinnspill kan nemlig sette den mest tålmodige på prøve! Men vi kom til enighet, og kvaliteten på veileder i fødselshjelp er hevet enda et par hakk.

**Inga Vengen**

Redaksjonsmedlem  
Veileder i fødselshjelp  
Overlege Fostermedisinsk senter OUS

*Jeg velger meg april,  
I den det gamle faller,  
i den det ny får feste;  
det volder litt rabalder,  
dog fred er ei det beste,  
men at man noe vil.*

Første post på programmet var «Hot topics» i veilederarbeidet med hovedredaktør Johanne Kolvik Iversen. Oppsummert:  
1. Vi har (igjen) hatt utfordringer med format og kommunikasjon på kapitler der hovedforfatter har hatt en annen spesialitet. Hovedforfatter skal derfor i fortsettelsen i hovedregel være gynekolog, av praktiske og logistikkmessige grunner.  
2. Det blir ikke satt maksimum på lengde på kapitlene. Vi har gode muligheter i metodebok for å fremheve det mest essensielle, og samtidig ha bakgrunnsinformasjon tilgjengelig. Men: man kan med fordel få hjelp av KI til å forkorte tekstene!  
3. Fra neste år blir det skjema for høringsinnspill, for å konkretisere tilbakemeldingene og forenkle jobben for kapitelforfatterne.

Deretter gikk vi videre til dobbelttime om preeklampsi med professor Staff. Hun hadde fått intet mindre enn 148 sider med høringsinnspill! Det var blandet drops, mange gode innspill som førte til forbedringer, og mange, som om ikke annet, førte til diskusjoner. På tross av det enorme volumet, loset hun oss gjennom med stø hånd, kapittelet ble godkjent og vi ble faktisk ferdige før tiden.

Gry Findal er hovedforfatter for infeksjonskapitlene, og på den måten er hun nesten garantert årlig deltakelse på guidelinemøtet. I år gikk vi gjennom zika, rubella, parvo, influensa, herpes, listeria, gruppe A streptokokker og smitteforebyggende tiltak. Alle ble godkjent, men vi ble enige om å slette kapittelet om smitteforebyggende tiltak – det er det andre som har bedre greie på enn oss.

Med hjarte på rette staden gikk Ingvil Sørbye gjennom kapittelet om hjertesykdom hos gravide. Videre loset Camilla Friis oss gjennom Anemi og anbefalingene rundt peroral jerntilskudd (annenhver dag) og indikasjoner for i.v. jern. Vi hadde gode diskusjoner, og begge kapitlene ble godkjent.

Medisinsk fødselsregister hadde invitert seg selv for å snakke om revidert fødselsmelding, noe som angår oss alle. Liv Cecilie Thomsen redegjorde for (til dels tungrodd) prosesser for å få på plass ønskene våre.

Etter det offisielle programmet var over, var det flere som nøt det vakre vårværet utendørs, før festen brakket løs. Det ble sunget,

Østlandet smisket  
med vestlendingene.Revynummer med Pepe Salvesen  
(tekst Inga Vengen/Pepe Salvesen),  
melodi Ola Tveiten av Lillebjørn Nilsen.

*Og når du unngår ungen din ein skinnande sommar  
Så send ei venleg tanke til eit trufast arbeidslag  
Som har jobba mangfoldige netter,  
og tatt imot barn i fjeng  
Slik at ho kan få fø i tryggleik og du kan få ho til sengs.  
Tral-la, du må ha: Fødsel på sjukehus!*



Dobbeltime med professor Staff.

Den Gyldne Tang  
og professor Staff

selvfølgelig «Gynekologiens Røst» og «Losbysangen» (6 vers, and counting), men hele selskapet stemte også i på refrenget da Pepe vart opp med en kampsang fra revyen på St. Olavs: «Tralla – du må ha: Fødsel på sykehus!» Professor Staff (red anm tidligere urogynekolog) ble tildelt Den Gyldne Tang for sin årelange formidable innsats for kvinner med hypertensive svangerskapskomplikasjoner. Hun takket hjertelig, og anla tangbransjene på alle som lot seg friste!

Helt om natten, helt om dagen: fredag morgen var professor Staff på nytt klar, denne gang med placenta-kapittelet. Det er omarbeidet og forsøkt delt inn på en mer praktisk klinisk måte. Retroplacentære myomers betydning for placenta-funksjon ble debattert, og i tråd med Kloke valg, landet man på å ikke rutinemessig anbefale ultralydkontroller. Nytt av året er også at man har skilt ut innholdet om placentaløsning, og laget et nytt kapittel: Abruptio. Dette ble presentert av Ane Moe Holme. Vi hadde livlige diskusjoner, og kapitlene ble godkjente.

Janne Rossen i redaksjonskomiteen presenterte Legemiddelbruk i svangerskapet og Perinatal asfyksi. Dette er kapitler der hovedforfatter ikke har vært gynekolog. Når det gjelder legemiddelbruk besluttet man at redaksjonen sletter kapittelet i nåværende format, og flytter tekst til aktuelle steder i andre kapitler. Perinatal asfyksi er betydelig forkortet, og primært lenket opp mot Nyfødte-veilederen, godkjent uten større diskusjoner.

Flere ganger i løpet av møtet kom vi tilbake til diskusjoner vedrørende overordnet struktur i veilederen. Dette gjaldt ikke minst barselkapittelet, som ble lagt frem av Katariina Laine. Kapitlene ble godkjent, men redaksjonen skal se på om man i større grad kan flytte informasjonen inn i eksisterende kapitler.

Til slutt var det duket for hurtigrevisjon. De fleste kapitlene hadde mindre endringer, og ble godkjent. I kapittelet om fosterovervåking er det nå gjort en presisering angående intrauterin resuscitering i passivt 2. stadium – sjekk metodebok. Kapittelet om uterusruptur viste seg å ha behov for en grundigere gjennomgang, og det blir derfor gjennomgått til neste år.

I 2027 er det også på tide med gjennomgang av Operativ vaginal forløsning, Nevrologiske sykdommer, Gestasjonell diabetes, Smertelindring og Rus og legemiddelbruk i svangerskapet. Flere kapitler kan også bli aktuelle, følg med på [legeforeningen.no/ngf](http://legeforeningen.no/ngf) og Facebook-siden til NGF.

Ønsker du å delta i en kapittelgruppe? Vær rask og meld din interesse til hovedredaktør Johanne Kolvik Iversen ([johanne.iversen@gmail.com](mailto:johanne.iversen@gmail.com)) innen 15. juni! Vi trenger representasjon fra hele landet, store og små sykehus, LIS og overleger. Så nøl ikke: veilederarbeid er, etter min mening, et klokt valg!

Når du leser dette, er forhåpentligvis alle endringer lagt inn i metodebok. Vi går heldigvis mot sommer, men gleder oss allerede til neste april!

*Jeg velger meg april,  
fordi den stormer, feier,  
fordi den smiler, smelter,  
fordi den evner eier,  
fordi den krefter velter,  
i den blir somren til!*

Bjornson

Inga Vengen,  
på vegne av redaksjonen i Veileder for fødselshjelp

# Sjekkdeg Betanien 2026

## Sammen kan vi utrydde livmorhalskreft!

Livet er det fineste, sa Thea Steen. Hun startet Sjekkdeg-kampanjen for å forebygge livmorhalskreft. Det er nå 10 år siden hun døde, så altfor ung, av denne sykdommen, men kampanjen hun startet lever videre.



**Grete Alræk Iversen**

Gynekolog Betanien sykehus  
grete.alrek.iversen@betaniensykehus.no

Verdens Helseorganisasjon (WHO) og norske helsemyndigheter har som målsetning å utrydde livmorhalskreft. Vi har en unik mulighet – vi kan faktisk utrydde en krefttype. Livmorhalskreft kan utryddes ved primærforebygging: HPV vaksine og sekundærforebygging; screening. Dessverre følger kun 70 % av norske kvinner livmorhalsprogrammets anbefalinger om HPV-test hvert 5. år fra 25 til 69 år. Sjekkdeg-kampanjens målsetning er å oppnå høyere deltakelse i livmorhalsprogrammet.

Vi arrangerte vår fjerde Sjekkdeg-kampanje i januar 2026. Flere andre gynekologiske avdelinger i Norge har liknende arrangementer. Jeg har blitt oppfordret av Kreftforeningen til å skive om vårt suksessrike arrangement, og har tatt utfordringen fordi jeg vil benytte anledningen til å utfordre alle gynekologiske avdelinger og avtale spesialister i Norge til å arrangere Sjekkdeg-kampanjer. Januar er livmorhalskreft-måneden og dermed også Sjekkdeg-måneden. Sammen kan vi utrydde livmorhalskreft!



Cecilia Brækhus, the first lady. Foto: Kristin Horne, Kreftforeningen



Geir Vangsles, Regionleder Bergen Kreftforeningern. Foto: Kristin Horne, Kreftforeningen

### Stand på Oasen

Arrangementet annonsertes i sosiale medier, på intranett, på flyers, plakater, NRK lokalradio mm. Det er viktig med god og effektiv annonsering av tilbudet på forhånd slik at vi når flest mulig i målgruppen. I år hadde vi også i forkant stand på Oasen, vårt lokale kjøpesenter, sammen med Kreftforeningen og Gynkreftforeningen. På standen informerte vi om HPV, screening, celleforandringer og livmorhalskreft generelt og om vår test-kveld spesielt. Vi delte ut rundt 1000 flyers og oppfordret alle til å dele på sosiale medier. Selvsagt hadde vi QR-kode på flyeren for å lette informasjonsflyten. Vi hadde også gøy konkurranse med en flott premie donert av en lokal frisørsalong. Standen ble omtalt i vår lokalavis, Sydvesten.

### 5 minutter hvert femte år

Vi er 4 gynekologer på Betanien og selvsagt stiller alltid alle opp på Sjekkdeg-kampanjen. Tidligere erfaring har vist at timebestilling fungerer best på Sjekkdeg-arrangementer. Vi setter opp timebøker, og kvinnene bestiller time per telefon uken før arrangementet. Det er satt opp avtaler på 5 minutter. 5 minutter er nok når alt er timet og tilrettelagt. Det trenger altså ikke ta mer enn 5 minutter hvert femte år for å unngå livmorhalskreft. Vi har ferdige fraser i Dips, vårt journalsystem, og vi jobber godt sammen i team: en sykepleier og en lege. Ingen takster og ingen betaling er også tidsbesparende faktorer. Helsesekretærene gjør en stor og



Lubna Jaffery, Kultur- og likestillingsministeren og Cecilia Brækhus. Foto: Kristin Horne, Kreftforeningen

viktig jobb, på forhånd når det gjelder timebestillingen og på selve kvelden. Kvinnene i målgruppen, 25-69 år, oppgir til helsesekretær ved timebestilling når de tok livmorhalsprøve sist. Vi har valgt dette tillitsbaserte systemet, fremfor å bruke mye tid og ressurser på å granske deres tidligere journaler for å finne eksakt tid for siste prøve. I annonseteksten kommer kriteriene for testing tydelig frem og forventningen til timen beskrives nøye. Vi bruker alltid engangsspeklere på disse kveldene. Dersom vi ved klinisk undersøkelse avdekker alvorlig patologi er det ikke rammebetingelser til å utrede det videre den aktuelle kvelden. Disse, svært få, kvinnene vi settes opp til videre utredning i vår poliklinikk i løpet av kort tid. På en testkveld får vi på denne måten testet rundt 140 kvinner. I annonseringen la vi vekt på å oppfordre kvinner som ikke får plass hos oss til å teste seg hos fastlegen sin. Vi informerte om HPV-hjemmetest i regi av fastlegen for kvinner som har fysiske, psykiske eller kulturelle utfordringer med gynekologisk undersøkelse. På denne måten håper vi å nå langt flere kvinner. Alle kvinnene fikk brev om testresultatet og de få som trengte videre oppfølging ble satt opp til time i vår poliklinikk.

### Åpningsseremonien

I år hadde vi også et svært godt samarbeid med Bergen kommune. Ordfører, Marit Warnche, og byråd for eldre, helse og omsorg, Marte Monstad, stilte til et informativt intervju delt i Bergen kommunes informasjonskanaler. De informerte om viktigheten av screening og om vårt tilbud på Betanien. Marte Monstad holdt en flott appell på vår åpningsseremoni der hun spesielt oppfordret



Grete Alræk Iversen, gynekolog Betanien.  
Foto: Kristin Horne, Kreftforeningen



NSF Vestlands trommekorps. Foto: Kristin Horne, Kreftforeningen

de unge kvinnene til jevnlig testing. The first lady, verdens beste bokser, Cecilia Brækhus stilte også på vår åpningsseremoni. Hun hjalp oss med å slå knock-out på livmorhalskreft. Hun poengterte i sin appell viktigheten av å nå ut også til innvandrerkvinner. Kultur og likestillingsministeren, Lubna Jaffery, holdt også en viktig og informativ appell før hun klipper snoren og testingen kunne begynne. I tillegg til appellene hadde vi kulturelle innslag ved NSF Vestlands trommekorps og Lungegaarden buekorps. Kreftforeningen hadde stand under arrangementet. Våre prominente gjester og flotte kulturelle innslag tiltrakk stor oppmerksomhet. Vår kampanje ble omtalt i flere lokale medier og på nasjonale nyheter. Vi håper at dette førte til at mange kvinner i Bergen og landet for øvrig bestilte seg time til testing. Testen er like god om det tas hos oss eller hos fastlegen eller annet sted. **Det viktige er at testen blir tatt.**

### Testingen

Vi testet the first lady, Cecilia Brækhus, og kultur og likestillingsministeren, Lubna Jaffery, med pressen på slep. I tillegg testet vi en journalist mens hun selv filmet konsultasjonen og la video ut i Bergens største avis, Bergens Tidende. Etter dette ble rundt 140 kvinner screenet – raskt, tryk og effektivt.

Ta gjerne kontakt dersom du trenger tips til gjennomføring av #sjekkdeg-kampanje ved din avdeling. Vi deler gjerne av vår erfaring. Sammen kan vi utrydde livmorhalskreft i Norge. Livet er det fineste!



# Leger Uten Grenser trenger gynekologer

**Kan det være deg?** For mer informasjon om hva vi trenger, scan QR-koden eller gå til: [legerutengrenser.no/job-for-oss](http://legerutengrenser.no/job-for-oss)

Har du spørsmål? Kontakt oss på epost: [rekruttering@legerutengrenser.no](mailto:rekruttering@legerutengrenser.no)



*Bildet viser gynekolog Jeffrey Nzang og sykepleier Francis James som utfører et keisersnitt på Leger Uten Grensers sykehus i Kenema i Sierra Leone.*



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

Alle medlemmer av Norsk Gynekologisk Forening har tilgang til AOGS som fra 2013 kun publiseres på nett. 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!

### Occurrence of wound infections after perineal tears and perineal assessment in postpartum care: A prospective cohort study

Jeanette Risløkken, Marthe Dalevoll Macedo, Kari Bø, Marie Ellström Engh, Franziska Siafarikas

First published: 26 May 2026

[doi.org/10.1111/aogs.70262](https://doi.org/10.1111/aogs.70262)Digital Object Identifier (DOI)

#### Introduction

There is considerable variation in reported perineal wound infection occurrences and limited knowledge of postpartum follow-up for perineal injuries. The primary aim of this study was to assess the occurrence of symptoms of perineal wound infections and infections requiring medical intervention within the first 30 days postpartum. The secondary aim was to investigate perineal assessment by healthcare providers in postpartum care.

#### Material and Methods

This single-center cohort study was conducted between October 2020 and October 2022. In this analysis, participants with perineal tears and episiotomies following vaginal deliveries were included. Women were contacted via telephone seven to 10 days postpartum and asked about symptoms for infection recommended by the "Surgical Site Infection Surveillance Service." At 3 months postpartum, participants reported via questionnaire on receiving medical interventions for wound infection and whether a healthcare provider inspected their perineal tear.

#### Results

The study sample comprises a total of 748 primi- and multiparous women (58.3% primipara, 41.7% multipara). Sixteen participants (2.2%) reported wound infection symptoms. Wound infections requiring medical interventions were identified in seven women (1.1%), all of whom were primipara. This included five cases with an episiotomy and two cases with a second-degree tear. Half of the participants had their perineal tear inspected during the 6-week follow-up visit. Depending on tear category, between 25% and 72% of women who did not undergo an inspection would have preferred one.

#### Conclusions

In our population, symptoms of perineal wound infection were 2.2% and infections requiring medical intervention were 1.1%. Half of the participants received a perineal tear inspection at the 6-week follow-up visit.

### Priming of labor with tafoxiparin in nulliparous term pregnant women with unripe cervix—Proof-of-concept and dose-finding results from a randomized controlled trial

Gunvor Ekman-Ordeberg, Maria Jonsson, Marie Blomberg, Malin Melin, Ylva Stjernholm-Vladic, Sebastian B. Gidlöf, Dag Wide-Swensson, Kati Tihtonen, Inge C. Olsen ...

First published: 14 May 2026

[doi.org/10.1111/aogs.70232](https://doi.org/10.1111/aogs.70232)Digital Object Identifier (DOI)

#### Introduction

New therapies are needed to improve the risk-benefit profile of intervention for labor induction. Tafoxiparin, a depolymerized form of heparin with no anticoagulant effects, has demonstrated potential to increase cervical ripening and influence the onset and outcome of labor. We assessed the effects of tafoxiparin in women with an unripe cervix scheduled for labor induction.

#### Material and Methods

Phase 2 randomized double-blind placebo-controlled study (PPL17; EudraCT 2019-000620-17), conducted in two parts. The first part compared tafoxiparin 300 mg vs. placebo, while the second part assessed tafoxiparin 150 and 75 mg. Study treatment was administered once daily up to 7 days or until onset of labor or ripened cervix. Study participants were nulliparous women at term with an unripe cervix and planned labor induction. The primary endpoint was the cervical ripening rate during treatment, as measured by Bishop score.

#### Results

Of 348 randomized women, 347 received study treatment. The primary analysis of Bishop score showed statistically significant increases in cervical ripening with tafoxiparin. The difference from placebo was most pronounced in the 300 mg group (mean slope 0.86 vs. 0.62,  $p=0.006$ ). Spontaneous onset of labor occurred in 39.8%–42.4% of women treated with tafoxiparin versus 28.4% with placebo. The rate of instrumental vaginal deliveries (vacuum extractions) was lowest in the tafoxiparin 300 mg group (10.0% vs. 24.1% with placebo;  $p=0.013$ ). Few serious adverse events were reported, and there was no hypercontractility related to tafoxiparin.

#### Conclusions

Tafoxiparin was effective in cervical ripening, facilitating spontaneous onset of labor and reducing the need for instrumental delivery. Benefits were most pronounced with the 300 mg dose, and a favorable safety profile was observed. These results suggest that tafoxiparin may be suitable for obstetrical use in outpatient and home-based settings.

**Seromucinous borderline ovarian tumors: Clinical and ultrasound characteristics and association with endometriosis**

Simona Del Forno, Marisol Doglioli, Chiara Landolfo, Giovanna Palomba, Claudia Vicenzi, Matilde Antonelli, Lucia De Meis, Francesca Govoni, Roberto Paradisi, Diego Raimondo, Renato Seracchioli

First published: 26 May 2026

doi.org/10.1111/aogs.70254 Digital Object Identifier (DOI)

**Introduction**

Seromucinous borderline ovarian tumors represent a distinct borderline ovarian tumor histotype, yet their specific sonographic features and clinical associations remain undercharacterized. The objective of this study was to describe the ultrasound and clinical characteristics of seromucinous borderline ovarian tumors compared to other borderline tumor histotypes and to evaluate their association with endometriosis.

**Material and Methods**

This single-center observational retrospective cohort study was conducted at a tertiary-level reference ultrasound unit. The primary outcome was to analyze the clinical and ultrasound characteristics of seromucinous borderline ovarian tumors compared to other histotypes. The secondary outcome was to evaluate their association with different endometriotic lesions. In women with borderline ovarian tumors, anamnestic data (age, body mass index, parity, menopausal status), preoperative serum carbohydrate antigens 125 and carbohydrate antigen 19.9 levels, ultrasound characteristics (according to the International Ovarian Tumor Analysis group), surgery type, and histological data, including endometriosis localization (superficial, deep, or ovarian), were extracted from medical records.

**Results**

Among 151 women with borderline ovarian tumors, five had rare histotypes and were excluded. Of the 146 included women, 96 (63.6%) had a serous histotype, 27 (17.9%) a mucinous histotype, and 23 (15.2%) had a seromucinous histotype. Seromucinous borderline ovarian tumors were more commonly left-sided, unilateral unilocular or multilocular solid cysts, with ground-glass content, showing moderate vascularization at color Doppler examination (Color Score 3) of papillary projections/solid component. Moreover, they had higher preoperative levels of carbohydrate antigen 19.9 compared to other histotypes ( $p < 0.001$ ). Endometriosis was detected in 26% of all study women but was significantly more frequent (70%) in women with seromucinous borderline ovarian tumors ( $p < 0.001$ ).

**Conclusions**

Compared to other histotypes, seromucinous borderline ovarian tumors appeared more commonly as left unilateral unilocular or multilocular solid cysts, with ground-glass content, showing moderate vascularization of papillary projections/solid component. Moreover, they showed a higher increase in serum carbohydrate antigen 19.9 and were associated with endometriosis in most cases.

**Menopausal hormone therapy after ovarian cancer: A 10-year survival analysis in premenopausal women**

Åsa Ehlin von Kartaschew, Pernilla Dahm-Kähler, Kenny Rodriguez Wallberg, Erik Holmberg, Angelique Flöter-Rådestad

First published: 20 May 2026

doi.org/10.1111/aogs.70242 Digital Object Identifier (DOI)

**Introduction**

Premenopausal women treated with bilateral salpingo-oophorectomy (BSO) for ovarian cancer (OC) enter surgical menopause. Our objective was to evaluate whether postoperative systemic menopausal hormone therapy (MHT) after BSO due to treatment for epithelial ovarian cancer (EOC), non-epithelial ovarian cancer (NEOC), or borderline ovarian tumor (BOT) has an impact on long-term overall survival (OS).

**Material and Methods**

A nationwide Swedish population-based cohort study of women aged 18–50 diagnosed with OC (FIGO stage I–IV) and treated with BSO between 2008 and 2015, identified from The Swedish Quality Register for Gynecological Cancer. Exposure to postoperative MHT from 1 month before to 5 years after surgery was assessed by linking the cohort to the National Prescribed Drug Register to capture drug dispensing data. Standardized OS was estimated for MHT users and non-users, adjusted for covariates included in multivariable models. EOC, NEOC, and BOT were analyzed separately.

**Results**

A cohort of 779 premenopausal women with a median age of 45 years at BSO, of whom 472 had an EOC, 68 a NEOC and 239 a BOT, was identified. Median follow-up in the total cohort was 11.7 (9.6–13.6) years. Among women with EOC, 33% were postoperative MHT users. For the EOCs, the 10-year OS for postoperative MHT users versus non-users was 52.4% (95% CI 46.7–58.8) and 51.7% (95% CI 47.4–56.4), respectively. No significant difference in 10-year OS was found between postoperative MHT users and non-users (HR 0.97; 95% CI 0.73–1.30;  $p = 0.84$ ). Among 367 women with EOC and no residual disease at surgery, there was no difference in 10-year OS between postoperative MHT users and non-users (HR 1.00; 95% CI 0.70–1.43;  $p = 0.98$ ). For women with a BOT, the 10-year OS was 96.2% (95% CI 91.6–98.2) for postoperative MHT users versus 95.3% (95% CI 87.8–98.2) for non-users. Among women with a NEOC, OS was not analyzed due to the few events.

**Conclusions**

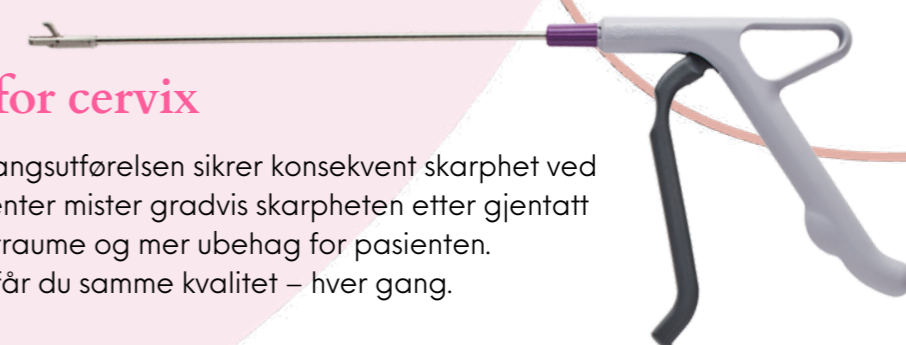
In this nationwide cohort, postoperative MHT use after surgically treated OC was not associated with impaired 10-year survival. These findings offer reassurance about the safety of MHT in young ovarian cancer survivors.

 solann®

# Standardiser undersøkelsen. Test våre sterile engangsinstrumenter.

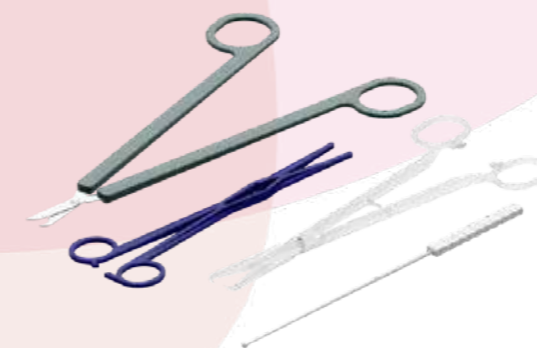
Samme presisjon. Mindre håndtering. Rett fra pakning til pasient.

Hver spiralinnsetting og gynekologisk undersøkelse krever instrumenter du kan stole på. Våre sterile engangsinstrumenter gir forutsigbar kvalitet, effektiv logistikk og mindre behov for repressering. 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 repressering 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

VEOZA™ (fezolinetant) is indicated for the treatment of moderate to severe vasomotor symptoms (VMS) associated with menopause.\*<sup>1</sup>

  
**VEOZA™**  
fezolinetant

# Target NK3R, a known source of vasomotor symptoms with non-hormonal VEOZA<sup>2,3</sup>

\*see section 5.1 in SmPC

BY WEEK 12, VEOZA ELIMINATED

2 OUT OF 3 VMS EPISODES\*\*



VEOZA SIGNIFICANTLY REDUCED SEVERITY  
OF REMAINING VMS EPISODES FROM

MODERATE/SEVERE

TO

MILD/MODERATE<sup>3-5\*\*</sup>

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

Figure made by Astellas based on references 3-5

\*\*Data contain a pooled analysis of SKYLIGHT 1 and 2. The mean change from baseline in moderate to severe VMS frequency and severity at weeks 4 and 12 were coprimary endpoints.

The pooled result showed a reduction in both frequency and severity of VMS baseline to week 4 and 12 compared to placebo (P<0.001). The reduction in the average daily frequency of hot flashes and night sweats at week 12 was 63% in the VEOZA group (-6.94 (SE 0.25) from baseline 11.10 (SD 6.45)) versus a 40% reduction in the placebo group (-4.43 (SE 0.25) from baseline 11.04 (SD 4.46)). The reduction in average severity per day in women's remaining VMS episodes was -0.67 (SE 0.04) from baseline (2.40; SD 0.35). For placebo, the reduction was -0.42 (SE 0.04) from baseline (2.42; SD 0.34).<sup>3</sup>

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](http://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.

**REFERENCES:** 1. VEOZA SmPC §4.1 02.2026. 2. 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. 3. VEOZA SmPC §5.1 02.2026. 4. Lederman S, Ottery FD, Cano A, et al. Fezolinetant for treatment of moderate-to-severe vasomotor symptoms associated with menopause (SKYLIGHT 1): a phase 3 mena randomised controlled study. Lancet 2023;401(10382):1091-102. 5. Johnson KA, Martin N, Nappi RE, et al. Efficacy and Safety of Fezolinetant in Moderate to Severe Vasomotor Symptoms Associated With Menopause: A Phase 3 RCT. J Clin Endocrinol Metab. 2023;108(8):1981-1997.

**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 reproduksjonstoksisitet.

**\*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. 16.03.2026):** 45 mg: 30 tabletter (blister) 835.50 kr. **Lokal representant:** Astellas Pharma, Tel: +47 66 76 46 00. For mer informasjon se [www.felleskatalogen.no](http://www.felleskatalogen.no)

Basert på SPC godkjent: 12.02.2026.

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

Preparatomtalen kan bestilles kostnadsfritt fra den lokale representanten