

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

3 • 2026



ÅRSMØTEUTGAVEN 2026
Tromsø 21.-23. oktober

Velkommen til Tromsø s. 13

Program for årsmøtet i NGF s. 14

Digitalt helsekort for gravide s. 36

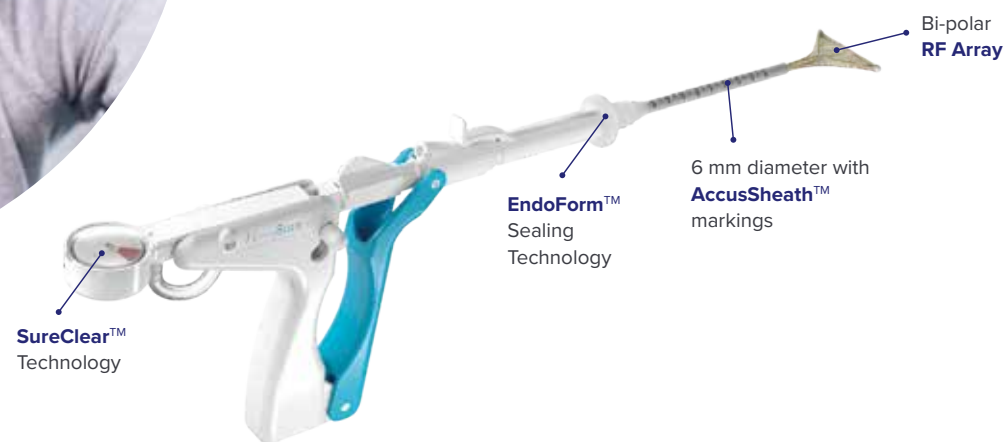


Norsk gynekologisk
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

normedi
A Hologic Company

NovaSure® V5
Endometrial Ablation



ENDOMETRIEABLASJON MED NOVASURE®V5

Effektiv behandling av menorrhagi

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

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



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

NORMEDI.COM
NORMEDIEDUCATION.COM

Ta gjerne kontakt med:
Paul Essebaggers | 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
sofierangelteit@gmail.com

Redaksjonsmedlemmer

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

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

Nettredaktør

Kine Haukelidsæter Haaverstad
LIS Oslo universitetssykehus
kinehaaverstad@gmail.com

Layout, annonsesalg og produksjon

Apriil Media AS
www.apriil.no
media@apriil.no

GYNEKOLOGEN på internett

gynekologen.no
legeforeningen.no/ngf

Materiellfrister for redaksjonelt innhold 2026

Nr. 4 1. november

Opplag: 1500



Forsidebildet viser Ishavskatedralen i forgrunnen og Ishavskatedralen i det fjerne – to flotte landemerker i Tromsø som du kan besøke når du skal på NGFs årsmøte 2026. Foto: AdobeStock

INNHOOLD

REDAKTØR 5

LEDER 7

NGF-STYRET

Nytt fra styret 8

Styret i Norsk gynekologisk forening 8

Generalforsamling NGF 2026 9

Nytt på nettsiden: 9

Komiteer og grupper under NGF høsten 2026 10

NGFs Årsmøte 2026

Velkommen til Tromsø 13

Program 14

FUGO

Leder 20

FUGO-styret 2026 20

Velkommen til FUGO møte 2026! 21

Resultater fra Utdanningsprisen 2026 22

SPECIALITETSKOMITEEN

Hvem fortjener Forbildeprisen 2026? 24

ÅRSRAPPORTER 2025 26

FAGLIG PÅFYLL

Digitalt helsekort for gravide – et viktig steg mot en tryggere og mer sammenhengende svangerskapsomsorg 36

MINNEORD

Roar Sandvei 38

Margit Steinholt 39

GYNEKOLOGER IMELLOM

Bør leder kunne kreve at nødvendige læringsaktiviteter gjøres i fordypningstiden? 40

Invitasjon til Gynekologisk guidelinemøte 2027 42

Kronikk: Vi diskuterer kanskje feil spørsmål om ultralyd ved abort 44

Invitasjon til NKIR-Forum 2026 46

FAGGRUPPEN GLOBAL KVINNEHELSE

Den medisinske ensomheten 48

ABSTRAKT 52

KASUS 70

POSTERE 75

ACTA OBSTETRICIA ET GYNECOLOGICA 90

GYNEKOLOGEN

- er et uavhengig tidsskrift.

Mener og holdninger avspeiler ikke nødvendigvis den offisielle holdning til styret i NGF, eller Dnlf. Signerte artikler står for forfatterenes 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^{1,2}



Kelzyn®
senker det frie
testosteronet^{1,3}



Signifikant effekt på hirsutisme^{1*}



Regelmessig blødningsmønster³

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 dyslipoproteiniemi. **Øvrige:** Nåværende/tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdier ikke er normalisert. Nåværende/tidligere levertumorer. Kjent/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, klosame, depresjon, forverring av symptomer på arvelig/ervert angioødem. **Graviditet og amming:** Skal ikke brukes under graviditet eller amming. **Pakning og pris:** 84 (3x28) stk. (blistre): kr 466,80. **Reseptgruppe:** C. For mer informasjon, se SPC 03/2026.

*Endring fra baseline i tilpasset mFG-skår ved besøk 5 / tidlig seponerings-besøk (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.

Gynekologiens fremtidige røst

«Dette er SÅ kult!» lød det fra medisinstudenten midtveis i en travel vakt med småjogging mellom undersøkelsesrom, sengepost og operasjonsstue, akkompagnert av telefonpling i ett sett. Studenten som har opplevd én gang for mye å bli sittende igjen alene, mens legen hen skulle følge plutselig forsvant til viktigere oppgaver. Som derfor fotfølger legen, helt til hen får beskjed: «Eh, du trenger ikke bli med meg på toalettet...», og deretter rusler pinlig berørt tilbake til plassen sin. Og som likevel møter med friskt mot og et sterkt ønske om å lære. Engasjementet og adrenalinnet glitret i øyene - og var direkte smittsomt.

For mange er ikke eksponering for gyn/obs mer enn det må være på veien til å bli lege. Enkelte kan knapt gjøre en G.U., selv etter gjennomført LIS1. Så praktisk som faget er, er det begrenset hvor mye man kan hale ut av lærebøkene alene. Da er det kanskje ikke så rart om det er en fjern tanke å bli gynekolog, selv om det nettopp kunne være faget som gir «faglig begjær», som en venn av meg så fint kalte det (en gave jeg er stolt innehaver av. I motsetning til han).

Det er lett å glemme hvordan det er å være ny, på et nytt sted, med ukjente forventninger og attpåtil med følelsen av å være et midlertidig merarbeid. Men vi må også erkjenne at det kan oppleves tidkrevende å ha med seg student i en allerede travel arbeidshverdag. Så er det egentlig verdt å investere tid og krefter i, to verdifulle mangelvarer?

Utvisomt! For hva slår vel følelsen av å jobbe med flinke, engasjerte kollegaer som brenner for faget? Og selv om vi har mange av dem, vil vi alltid trenge nye. Og vi vil vel ha de riktige kandidatene?

Dessuten er det vårt ansvar som kunnskapsholdere, leger og voksne medmennesker å ta imot studenter på en god måte, dele kunnskapen vår og slippe dem til. Det er helt i orden å si til medisinstudenten: «Nå har jeg det travelt, men heng på, så gir jeg heller lyd fra meg om det er på toalettet jeg skal». Men vi må gi dem en sjanse til å finne ut av om dette er Faget. Og hvis det klaffer, er det win-win.

Så ta dem imot, lokk frem de rene og ranke, og inviter de trofaste kvinner og menn til det beste faget (det er aldri for sent å søke seg til indremedisin senere, om det skulle bli litt for mye blod, svette og tårer).

PS. Denne utgaven av *Gynekologen* er årsmøte-utgaven. Her finner du program, tid, sted og annen relevant informasjon til årsmøtet. Ta gjerne med deg utgaven din til Tromsø om du er av typen, som jeg, som foretrekker god gammeldags penn og papir.

Sofie Rønningsbakk Angeltveit
Redaktør

CRYOSUCCESS

– rask behandling, minimal smerte og effektiv fjerning



Med Cryosuccess kan kjønnsvorter behandles raskt og skånsomt med kryoterapi.

En effektiv behandling med fokus på presisjon, pasientkomfort og gode behandlingsresultater.

CRYOSUCCESS – når effektiv behandling møter pasientkomfort.



CRYNO

cryno.no
ordre@cryno.no
T: +47 958 02 233

Det er vi som eier faget!

Hvem skal definere hva som er god gynekologisk behandling? Svaret burde være enkelt: De som kan faget.

Helsetjenesten har de siste årene fått stadig flere systemer for å sikre medvirkning og kvalitet. Intensjonen er god. Prosessene skal være systematiske, pasienter og fagmiljø skal høres før en retningslinje eller prioritering er på plass.

Men når arbeidet med system og retningslinjer blir stadig mer omfattende, kan det skapes en forestilling om at selve prosessen kan erstatte kompetansen som skal til for å utøve faget. Det kan den ikke.

Den nasjonale anbefalingen for endometriose og adenomyose illustrerer utfordringen. Etter press fra pasienter og fagfolk, fikk mangler i helsetilbudet politisk oppmerksomhet. Helsedirektoratet fikk derfor i oppdrag fra regjeringen sommeren 2021, å finne tiltak for å bedre kunnskapen om endometriose og sikre pasientene likeverdig behandling. Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose (NKTEA) ble etablert i september 2024. Deretter tok det ytterligere to år før utkastet til ny nasjonal retningslinje var på plass (med høringsfrist august 2026).

Fem år (!) har det tatt å utforme en generell retningslinje, eller snarere en intensjon om at hver helseregion skal sikre gode pasient-

forløp og god behandling. Men de konkrete forløpene, det som kan utløse rettigheter for pasientene og ressurser til helsetjenesten, foreligger ikke. Kjernen i NGFs høringsinnspill til den nye nasjonale retningslinjen for endometriose og adenomyose, er derfor at den mangler konkrete utrednings- og behandlingsforløp, og en tydelig ansvarsfordeling. Dessuten mener NGF at vi fortsatt skal ha ansvar for den faglige retningslinjen, publisert i metodebok.no. Så hva har kommet ut av den til nå fem år lange og ressurskrevende prosessen? Det gjenstår fortsatt å se ...

For oss som både utøver og utvikler faget, i daglig klinisk virke og gjennom forskning, er det godt å få gjort noe konkret og å kjenne at kompetansen vår er viktig. Dette kan ingen prosess ta fra oss, og ingen dokumenter erstatte. Det er vi som eier faget!

Under årsmøtet i Tromsø skal vi feire kompetansen og vårt driftige fellesskap. Det faglige programmet er «top notch», både i bredde og kvalitet. Og våre kolleger lokalt vil organisere og underholde oss på beste nordnorske vis. Det er bare å pakke ned badedrakt og ballkjole (sauna først, fest til slutt!).

Velkommen - vi gleder oss!

*Agnethe Lund,
leder i Norsk gynekologisk forening*



Foto: L. Sundt, Helse Bergen

Nytt fra styret

- I juni gjennomførte vi det tredje styremøtet for året, digitalt. Her nevnes noen av sakene:
- Nye redaktører for Gyn Guidelines: ny hovedredaktør overtar fra vinteren 2027, og rekrutteringen av særlig yngre medforfattere med vitenskapelig erfaring fortsetter.
 - Metodebok.no og krav til revisjoner: Styret støtter dagens femårige revisjonsordning og vil sikre NGFs eierskap til veilederinnholdet.
 - ICD-11 og nordisk samarbeid: NGF vil involvere fagmiljøet i innføringen av ICD-11 og dele info fra andre nordiske forbund.
 - EBCOG 2027: Styret arbeider for nordisk deltakelse i europeiske fagfora, følger opp aktuelle EBCOG-kandidater og muligheter for ENTOG/YEP-utveksling.
 - Prosjekt X: Magnus Berge har takket ja til å representere NGF i arbeidet med svangerskaps- og barseltilbud i Oslo.
 - Uønsket variasjon i tjenestene (SKDE): SKDE inviteres til et kommende styremøte.
 - Økonomi: Therese gjennomgår regnskapet for 2025 før Generalforsamlingen i oktober, og årsregnskapet signeres av alle styremedlemmene.

Årsmøtet er en av styrets viktigste oppgaver. Arrangementet krever stor innsats, særlig fra vitenskapelig sekretær Ingrid Volløyhaug, redaktør for Gynekologen Sofie Rønningsbakk Angeltveit, og fra den lokale komiteen i Tromsø. Alle abstrakt er vurdert av en komite, i tillegg til Ingrid som har siste ord og setter opp programmet. Inviterte foredragsholdere og sesjoner er på plass, debatter er planlagt.

Styret i Norsk gynekologisk forening

- 

Agnethe Lund
Leder
Agnethe er overlege ved Kvinneklipnikken i Bergen, ble spesialist i 2011 og disputerte i 2019 med en avhandling om fostersirkulasjon ved maternell diabetes. Som kliniker er hun generalist, men bred erfaring innen endokrinologi og sjeldne diagnoser. Agnethe var tidligere redaktør i Gynekologen, er en aktiv samfunnsdebuttant 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 Kvinneklipnikken 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.

Deltagelse i Faglandsrådet (Legeforeningen): Solveig Bjellmo er fast innvalgt medlem i Faglandsrådet. Johanne Kolvik Iversen (hovedredaktør obstetrisk guideline) har hatt dialog med rådet om publikasjon av våre Guidelines i metodebok.no – en sak som må følges opp videre av styret.

Høringssvar (NGF har på disse siden sist): Oppgraderingsstrategi av ICD-11 (flere NGF-medlemmer har meldt seg til arbeidet – takk!), Nasjonal faglig retningslinje for utredning, oppfølging og behandling av kvinner med endometriose og adenomyose, Nasjonal veileder for masseskadetriage, Retningslinje for AHLR voksen og Innspill til utvalg om innvandrerhelse.

Media henvender seg jevnlig til foreningen. Om du er interessert i jus og fødselshjelp, stilles Agnethe* til veggs (?) i podcasten Rett og Slett (2). Den største mediesaken i sommer var lang ventetid til selvbestemt abort, og diskusjon om tilgang på medikamenter ved spontanabort. NRK har i tillegg til andre medier, skrevet flere saker om dette (1). Takk til våre medlemmer som bidrar med kunnskap og kommentarer i en meget viktig debatt!

Guidelines: Rekruttering til nye redaksjoner kommet langt, både for Gynekologiske og Obstetriske Guidelines, som får en utskiftning i 2027.

- Abort - NRK (www.nrk.no/emne/abort-1.13642322)
- Podcasten Rett og Slett #93: verdens tryggeste fødselsomsorg: Hvorfor gjør kvinnene opprør?

- 

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

Birgitte Sanda
PSL-representant
Birgitte skiftet etter 17 år på sykehus med stor interesse for praktisk obstetrikk over til avtalepraksis i 2021. Generalist i praksis, med økende interesse for klimakteriet og hormoner. Hun har doktorgrad fra 2018 i helse- og idrettsvitenskap. Ved siden av klinikk er hun del av StrongMama-prosjektet ved Norges Idrettshøgskole hvor man forsker på høyintensiv trening blant gravide idrettsutøvere og godt trente kvinner, og hun er leder for forskningsutvalget i PSL. Hun er ofte å finne som litt over gjennomsnittet heiende 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 Kvinneklipnikken, Oslo universitetssykehus. På fritiden henter han energi fra trening, gode mat- og drikkeopplevelser samt ulike kulturtilbud.

Generalforsamling NGF 2026

Torsdag 22.10.26 Kl.: 17.30 - 18.30
Clarion Hotel The Edge, Tromsø – Møterom: Importkompaniet

Sakliste generalforsamling NGF 2026 - Valg av dirigent, referent og protokollunderskrivere. - Minnestund - Årsmelding 2025 - Regnskap 2025 - Ekstrakontingent - Revidert budsjett 2026 - Budsjett 2027 - Søknad til solidaritetsfondet - Årsrapporter - viser til side 26.	Saker fremlagt av styret NEXGO – viser til Gynekologen utgave 1.26
	Eventuelle saker fremlagt av medlemmer (Saker må være meldt inn senest 24.09.26)
	Valg - Redaksjonskomité Gynekologisk guideline - Redaksjonskomité Obstetrisk Guideline - Årsmøtested 2028

Nytt på nettsiden: Aktuelle spørreundersøkelser

Søker du deltakere til et prosjekt? Ønsker du å bidra med å besvare spørreundersøkelser rettet mot NGFs medlemmer? Nå kan du finne lenker til pågående prosjekter under **Aktuelle spørreundersøkelser** på NGFs nettside. Kontakt nettredaktør Kine Haukelidsæter Haaverstad (*kinehaaverstad@gmail.com*) dersom du ønsker å publisere din spørreundersøkelse på nett.



Den norske legeforening

Logg inn

Søk



Norsk gynekologisk forening

Forsiden

Metodebok.no/ngf

Kurs og kongresser

Gynekologen

FUGO

Om oss

Samarbeid

Den fagmedisinske foreningen for gynekologi og obstetrikk

Vi jobber for å fremme utviklingen av faget gynekologi og obstetrikk i Norge og virke for internordisk og internasjonalt samarbeid med foreninger som arbeider for gynekologi og obstetrikk.



Aktuelle spørreundersøkelser

Kan du bidra? Her finner du lenker til pågående prosjekter med ønske om respons fra NGFs medlemmer.

Clinician Attitudes Toward Digital Decision-Support Tools for Fetal Monitoring: A Survey Study

Masteroppgave: Fødselslegers erfaringer om opplevelser med obstetrisk vold

Komiteer og grupper under NGF høsten 2026

FUGO-styret

Are Adam Woyseth Larsen (leder)
Rannveig Stokke (nestleder)
Martin Sommer
Falastin Alasooov
Kanutte Norderud
Andreas Thoresen
Nilofar Alizadeh

Spesialitetskomitéen

Nora Johansen (leder)
Christine Hancke (nestleder)
Renate Torstensen (medlem)
Alexander Vietheer (medlem)
Ragnhild Lindelien Schwartz (medlem)
Johan Kippervik (varamedlem)
Magnus Hagland (LIS medlem)
Tale Meinich (LIS varamedlem)

Nettredaksjonen

Kine Haukelidsæter Haaverstad

Gynekologen

Sofie Rønningsbakk Angeltveit (redaktør)
Andreas Thoresen (redaksjonsmedlem)
Rannveig Stokke (redaksjonsmedlem)

NFGO – Norsk forum for gynekologisk onkologi

Ingvild Vistad SSHF (leder)
Elisabeth Berge Nilsen SUS (vara)
Alda Birgisdottir OUS
(nestleder og web-ansvarlig)
Mari Elstrand OUS (vara)
Martin Lindblad UNN
vara Elise Sletten UNN (kasserer)
Katharina Bischof OUS
Yun Wang OUS (vara)
Merethe Ravlo St.Olav
Guro Aune St.Olav (vara)
Øystein Helland HUS
Jone Trovik HUS (vara)

EBCOG

Solveig Bjellmo
Birgitte Sanda

NFOG

Agnethe Lund

NFOG vitenskapelige komité

Elina Keikkala (Finland)
Paul Bryde Axelsson (Danmark)
Heiðdís Valgeirsdóttir (Island)
Karin Pettersson (Sverige)
Ingrid Volløyhaug (Norge)

Endoskopiutvalget

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

Referansegruppa for fosterovervåking

Jørg Kessler (leder)
Johanne Kolvik Iversen
Magnus Berge
Tiril Tingleff
Lillian Leirvik
Anne Kristin Stavenes

Urogynekologisk faggruppe

Mariann Eidet (leder)
Maria Nyhus
Siv Svennevik Myhr
Ha Tuyet Mai
Gunnhild Nygård
Birte Toft Haugland
Frida Sofie Sivertsen (LIS)

Styringsgruppa for NORBIRTH-nettverket

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

Faggruppe for Global Kvinnehelse

Leder: Andrea Solnes Miltenburg
LIS representant: Sukhjeet Bains
Helse Sør-Øst Representant:
Lene Gjersøe Rasmussen
Helse Nord Representant: Maarten Glas
Helse Vest Representant: Magnus Hagland
Helse Midt-Norge: Jobe Smith
Medlemmer:
Ellen Marie Strøm-Roum
Vegard Weyergang Vartdal
Ingvil Krarup Sørbye
Patji Alnæs-Katjavivi
Ala Jabri Haug
Johanne Sundby
Lill Trine Nyfløt
Margit Steinholt
Ashi Ahmad
Memona Majida
Tilde Broch Østborg
Katariina Leine
Maria Bonnee
Kristine Kilaas
Karen Sømborg
Grete Iversen
Hedda Savosnick
Tora Almendinger
Anca Heyd
Birgitte Gogstad
Gunnvor Helene Heide
Silje Sommerfelt
Thea Falkenberg Mikkelsen
Tori Husum
Marte Westvik
Sara Eriksen
Hanna Bugge
Ewa Margas

New

OLYMPUS

ENDOEYE™ ULTRA All-in-one Videoscope

Designed for the modern OR

ENDOEYE™ ULTRA is a next-generation laparoscopic imaging solution designed for surgeons, OR teams, and hospital leaders who need sharper visualization and streamlined workflows. When paired with the VISERA ELITE III platform, it delivers advanced 4K imaging, streamlined setup, and access to enhanced imaging technologies, including Near-Infrared Imaging (NIR), Yellow Enhancement, and Narrow Band Imaging™ (NBI™).

- Full-Screen 4K and IR Imaging
- Focus-Free, Fog-Free Visualization
- Stable Horizon Rotation
- Integrated Plug-and-Play system
- Ergonomic One-Handed Control

For more information, please visit

➤ www.olympus.no

**ENDOEYE™****OLYMPUS NORGE AS**Postboks 143, 1371 Asker | Drengsrudbekken 12, N-1383 Asker, Norge | Telefon: +47 23 00 50 50 | www.olympus.no

S00901EN · 09/26 · NORD



Obgemsa®
vibegron

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

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

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

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

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

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

Fertilitet, graviditet og amming: Anbefales ikke under graviditet eller til fertile kvinner som ikke bruker prevensjon. Ved planlagt/fastslått 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.

LABORATOIRES
Pierre Fabre
Pharmaceutical Care

NO-0BS-06-24-2400002



Norsk gynekologisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING



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.**

Kjære alle fantastiske kolleger!

Nå nærmer NGFs Årsmøte 2026 seg med stormskritt, og vi i Tromsø ser frem til å ønske dere velkommen til «Nordens Paris» i slutten av oktober.

På The Edge, ved vannkanten midt i Tromsø sentrum, er det duket for tre dager fylt med inspirerende faglig program, nye perspektiver og verdifulle møter med kolleger, venner og samarbeidspartnere.

Onsdag kveld går vi i samlet flokk til EPIC for en uformell og hyggelig kveld med nye og gamle bekjentskap. Kvelden byr på matservering med påfølgende fri tilgang til karaokerom, dart og shufflebord. Så finn frem sangstemmen og konkurranselysten – og la den gode stemningen sette tonen for resten av konferansen.

De ivrigste av oss kickstarter torsdagen med en frisk og energigivende start på dagen. Velg mellom morgenbad og badstu hos PUST, yoga med utdannet instruktør eller en frisk joggetur i Tromsøs vakre omgivelser. NB - førstemann til mølla, begrenset antall plasser.

Torsdag kveld er det duket for konferansens høydepunkt med feststemt middag før dansegulvet åpner.

Pakk med dere finstasen og bli med på årets happening.

Vi lover å levere god stemning og topp humør, og håper Tromsø vil vise frem sitt flotteste høstvær.

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

Et bredt faglig program med noe for en hver!

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 gynonkologisessjon 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 gjentar suksessen fra i fjor med en egen FUGO-sesjon – et høydepunkt for alle yngre kollegaer.



Program for NGFs Årsmøtet

21.-23. oktober 2026 i Tromsø

Onsdag 21.10.		
FUGO møte		
09.00 - 16.30	Smertepasienter Eget arrangement med separat påmelding	Ansvarlig FUGO
Formøte – Quality Hotel Saga		
16.30 – 19.00	Faggruppe for Global Kvinnehelse – Kvinnehelse i arktiske strøk To be born with a home: Arktisk fødselshjelp i Nunavik og Grønland Samisk fødselsomsorg: Historiske perspektiver, samtidige erfaringer og veier mot kulturelt trygg omsorg Urfolk i Nord, kolonialisme og kultur i kvinnehelse	Andrea Solnes Miltenburg Susanne Houd Ånne-Hedvig Salmi Nordsletta Johanne Sundby
Formøter – Clarion Hotel The Egde		
15.30 – 17.00	Lederforum – Når media tar deg	LOK Tromsø. Hilde Kvalvik, Tidligere komm.sjef, UNN
17.00 – 19.00	Norsk forening for gynekologisk onkologi Bekkenanatomi ved gynekologisk kirurgi Antistoff-legemiddelkonjugater (ADC) i gynekologisk kreftbehandling – bivirkninger og erfaringer Senskader etter behandling av gynekologisk kreft – erfaringer fra senskadepoliklinikk	Ingvild Vistad Elise Sletten Jone Trovik Anne Gry Bentzen
17.00 – 19.00	Fostermedisin Spina bifida Nyre/urinveisavvik Alloimmunisering trombocytantigen Oppdatering fra Nasjonalt senter for avansert invasiv fostermedisin	Maria Ulriksen Karin Deibele Katarina Hilde Heidi Tiller Hanne Mørch
17.00 – 19.00	Obstetikk Kasustikker fra referansegruppen for mødredødelighet Nyheter fra referansegruppen for fosterovervåking Nasjonalt Induksjonsprosjekt Helsepolitiske synkeminer Kloke Valg – veien videre Debatt om fremtidig auditsystem/kvalitetsrapporter ved norske sykehus	Johanne Kolvik Iversen Guri Gjerdalen Jörg Kessler Solveig Bjellmo Johanne Iversen Ragnar Sande
17.00 – 19.00	Urogynekologi – Kloke valg i urogynekologien Informasjon fra urogynekologisk faggruppe Kirurgisk behandling av stressinkontinens Urininkontinens hos kvinner sett fra gynekologens ståsted – hvem gjør hva? Komplikasjonshjørnet	Jörg Kessler Mariann Eidet/Maria Nyhus Mariann Eidet Berit Solhaug Rune Svenningsen
17.15 – 19.00	Endoskopiutvalget Velkommen Norsk Gynekologisk Endoskopiregister Norsk hysteroskopiforum Laparoskopisk hysterektomi i Norge – gevinst og risiko? Behandling av intrauterine adheranser og Asherman	Jenny Alvirovic Are Larsen Toril Råknes, leder NGER Morten Kvello Silje Eilertsen Denstad Kirsten Hald
17.30 – 19.00	Praktiserende spesialisters landsforening Testosteronens rolle i menopausen: utfordringer og muligheter	Birgitte Sanda Nora Johansen
17.30 – 19.00	FUGO formøte Generalforsamling FUGO Personlige betraktninger rundt clinical visit i Tanzania	FUGO-styret Ines Panadero
Get together		
19.45	Sosialt program, egen påmelding Felles avgang fra hotellet LOK viser vei til EPIC Bar og Restaurant, Grønnegata 76	
Torsdag 22.10.		
Fra 06.30	Frisk start på dagen	LOK arrangerer
09.00 – 09.30	Offisiell åpning – Velkommen!	
09.30 – 10.35	Keynote lecture: Female sexual dysfunction What should every gynecologist know about etiology, investigation and treatment?	Swati Jha (UK)
10.35 – 10.50	Pause	
10.50 – 11.50	Frie foredrag Gynekologi	Birgitte Sanda/LOK
10.50 – 11.00	G1: Sexual function in midlife and after menopause: a comparison by mode of delivery	Martina Belluardo
11.00 – 11.10	G2: Cut-off value for sexual dysfunction in women with pelvic floor disorders: evidence from a Norwegian cohort of women with pelvic floor disorders	Martina Belluardo
11.10 – 11.20	G3: Long-term follow-up of the shorter mid-urethral sling TVT-O Abbrevio®	Kjersti Rimstad
11.20 – 11.30	G4: Endring i plager med urgeinkontinens etter operasjon for stressinkontinens hos kvinner	Siv Svennevik Myhr
11.30 – 11.40	G5: A novel examination protocol applied in women with and without chronic pelvic pain	Kristine Amundsen
11.40 – 11.50	G6: VULVADYN-studien: foreløpige resultater fra en randomisert kontrollert behandlingsstudie ved 12 måneders oppfølging	Cecilie T Hagemann
11.50 – 12.20	Postere og pause	

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening 17



(13.10 - 13.55) **Lunssymposium**

MSD Norge

Fremskritt i behandling av ovariecancer

Intuitive Surgical

From HIT* days to a HIT* program – Enhancing OR Efficiency with da Vinci at Karolinska University Hospital

(*High Intensity Theatre)

TBA

Speakers: Ronak Perot og Kiriaki Papaikonomou, Karolinska University Hospital Huddinge
Moderator: Monira Vorren, Vestre Viken-Ringerike

Ingrid Volløyhaug/LOK

Lene Salbu Talmatch

Silje Denstad

Stine Holsæther

Jone Trovik

Katarina Gausel

Navn kunngjøres på årsmøtet

Kine Haaverstad/
Martin Skage Sommer

Marit Vidringstad

Narges Sadati

Monika Prossliner

Åse Sandvik

Tina Tellum

14.00 – 14.50

Frie foredrag Gynekologi

14.00 – 14.10

G7: Salpingotomi vs salpingektomi ved ektopisk tubargraviditet før og etter NGF veilederrevisjon: en 5-års kohortstudie

14.10 – 14.20

G8: Utvikling og validering av prediksjonsmodeller for intraoperative og postoperative komplikasjoner ved laparoskopisk hysterektomi

14.20 – 14.30

G9: Forekomst av og risikofaktorer for komplikasjoner ved fjerning av p-stav i sykehus

14.30 – 14.40

G10 : Vulvacancer: Behandling ved Haukeland Universitetssjukehus i perioden 2010-2022

14.40 – 14.50

G11: Tidlige postoperative komplikasjoner etter fertilitetsbevarende kirurgi for cervixcancer: En retrospektiv kohortstudie

14.50 – 15.10

Beste Ph.d. – presentasjon av avhandling

15.10 – 16.00

Kasuistikker

15.10 – 15.20

K1: Atypisk cervixruptur med uterin ekstensjon og retroperitonealt hematom etter vaginal fødsel

15.20 – 15.30

K2: Uterusinversjon grunnet føde-myom

15.30 – 15.40

K3: Intrauterin fosterdød ved placenta previa totalis og mistenkt placenta accreta spectrum - klinisk beslutningstaking i et sjeldent kasus

15.40 – 15.50

K4: Akutt aortadiseksjon under fødsel

15.50 – 16.00

K5: Keisersnittarrgraviditet – når tidlig diagnose glipper

16.00 – 16.10

Pause

16.10 – 16.30

Avslutning og prisutdeling

Posterquiz

Beste abstract gynekologi

Beste abstract obstetikk

16.45

Bussavgang fra Clarion The Edge til Tromsø Lufthavn



Nye metoder: Jemperli er innført

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

- **Ved 16 måneders oppfølging viste JEMPERLI + karboplatin en forbedring i median overall survival sammenlignet med kjemoterapi alene, tilsvarende en statistisk signifikant 31 % reduksjon i risiko for død (HR 0,69; 95 % KI 0,54–0,89, $P = 0.0020$)³**
- **Anbefalt dose** er 500 mg dostarlimab i kombinasjon med karboplatin og paklitaksel hver 3. uke i 6 sykluser, etterfulgt av 1000 mg dostarlimab som monoterapi hver 6. uke for alle påfølgende sykluser⁴
- **Sikkerhetsprofil ved kombinasjonsbehandling.** JEMPERLI ble permanent seponert på grunn av bivirkninger hos 38 (6,3 %) av pasienter med primær fremskreden eller tilbakevendende endometriekreft, hvor de fleste var immunrelaterte hendelser. Bivirkningene var alvorlige hos 11,2 % av pasientene; de alvorligste bivirkningene var immunrelaterte bivirkninger.⁴

1. Dostarlimab (Jemperli) - Indikasjon II - Nye metoder. 2. Dostarlimab (Jemperli) - Indikasjon II - Nye metoder. 3. Powell MA, et al. Ann Oncol. 2024;35(8):728-738

4. JEMPERLI (dostarlimab) Summary of Product Characteristics.

JEMPERLI er indisert

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

Forsiktighet utvises ved immunrelaterte bivirkninger:

Immunrelaterte bivirkninger, som kan være alvorlige eller fatale, kan oppstå hos pasienter som behandles med antistoffer som blokkerer veien for det programmerte celledødsprotein-1 / programmerte dødsligand 1 (PD-1/PD-L1), herunder Jemperli. Immunrelaterte bivirkninger oppstår

vanligvis under behandling, men symptomer kan også dukke opp etter at behandlingen er seponert. Pasienter skal overvåkes for symptomer og tegn på immunrelaterte bivirkninger.

Se preparatomtalen kap 4.4 og kap 4.8 for ytterligere informasjon om immunrelaterte bivirkninger og håndteringen av disse, samt andre bivirkninger.

Pasientkort: Alle som forskriver JEMPERLI, skal dele ut og informere pasientene om pasientkortet samt forklare hva de skal gjøre hvis de opplever symptomer på immunrelaterte bivirkninger.

Pakninger, priser, refusjon og Nye Metoder

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



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

GlaxoSmithKline AS, Drammensveien 288, 0283 Oslo, Tlf. 22702000. ©2025 GSK Group of Companies. Trade marks are owned by or licensed to the GSK. Group of Companies. All rights reserved. PM-NO-DST-ADVR-250002 Januar 2026

Kjære FUGO-medlemmer!



Are Adam Woyseth Larsen
FUGO-leider

Høsten er her, og med den nærmer årets kanskje hyggeligste faglige møteplass seg. Denne gangen setter vi kursen nordover, og 21. oktober møtes vi i Tromsø til årets FUGO-møte før NGFs årsmøte. Vi håper på en dag fylt med faglig påfyll, gode diskusjoner og ikke minst tid til å møte både gamle og nye kolleger.

Smertepasienten står i sentrum for årets faglige program. Dette er pasienter vi alle møter, men hvor både utredning og behandling kan være utfordrende. Gjennom dagen skal vi se nærmere på smerter ved ulike gynekologiske tilstander og bekkenbunnslidelser, med mål om å sitte igjen med både økt forståelse og nyttige verktøy til den kliniske hverdagen.

Møtet avsluttes av Ines Panadero, overlege ved Ahus, som vil dele personlige betraktninger fra et *clinical visit* i Tanzania. Hun vil reflektere rundt et faglig landskap som på mange måter er kjent, men samtidig helt annerledes, og hvordan egne forventninger og fordommer kan utfordres i møte med en annen klinisk virkelighet.

FUGO skal ikke bare være en faglig møteplass, men også en arena

hvor vi kan løfte problemstillinger som opptar LIS-legene. Etter forårets panel på årsmøtet fikk vi tilbakemeldinger fra flere om at de opplever store geografiske forskjeller i spesialistutdanningen. Veien frem mot ferdig spesialist kan se ganske forskjellig ut avhengig av hvor i landet man arbeider. Samtidig vet vi at helseforetakene har svært ulike forutsetninger når det gjelder geografi, pasientgrunnlag, bemanning og rekruttering.

Dette ønsker vi å se nærmere på i årets panel på årsmøtet. Vi har invitert representanter fra både mindre og større helseforetak, Yngre legers forening og Helsedirektoratet for å belyse problemstillingen fra ulike sider. Målet er ikke å finne én riktig modell, men å få til en konstruktiv samtale om hvor grensen bør gå mellom nødvendig lokal fleksibilitet og ønsket om en mest mulig likeverdig nasjonal spesialistutdanning. Hvordan sikrer vi at alle LIS får en god og helhetlig utdanning, uavhengig av hvor i landet de arbeider?

Som alltid er årsmøtet også en anledning til å påvirke hva FUGO skal være fremover. Vi håper dere vil bruke muligheten til å engasjere dere, komme med innspill og fortelle oss hvilke saker som er viktige for dere. FUGO skal representere LIS-legene i faget, og da er vi avhengige av å høre fra dere.

Vi gleder oss til å se både kjente og nye ansikter i Tromsø. Det blir forhåpentligvis noen dager med gode diskusjoner, faglig påfyll og ikke minst hyggelige møter utenfor foredragssalen. Vi sees i Tromsø!

FUGO-styret 2026



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



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



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



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



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



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



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



Velkommen til FUGO møte 2026! Tema: Smertepasienter

21.10.26 – Clarion Hotel the Edge, Tromsø

Formålet med møtet er å styrke kompetansen i utredning og behandling av smerter hos pasienter med bekkenbunnslidelser og gynekologiske tilstander.

Tentativt Program:

09:00 - 09:15	Registrering av møtedeltagere, velkommen.
09:15 - 10:15	Endometriose (Guri Majak)
10:15 - 10:30	Pause
10:30 - 11:15	Adenomyose (Olav Norbø)
11:15 - 11:30	Pause
11:30 - 12:15	Vulvalidelser (Kristine Amundsen)
12:15 - 13:15	Lunsj
13:15 - 14:30	Smertebehandling (Anne Tine Vold)
14:30 - 14:45	Kaffepause
14:45 - 15:45	Seksuelle dysfunksjoner (Hilde Tollefsen)
15:45 - 16:30	Møteevaluering og avslutning

Læringsmål som skal dekkes gjennom møtet:

GYN 075 Smertepasienter

GYN 079 Vulvalidelser

GYN 076 Seksuelle dysfunksjoner

Resultater fra Utdanningsprisen 2026

På årsmøtet i Tromsø skal utdanningsprisen deles ut til en avdeling som skiller seg positivt ut i utdanningen av LIS i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Årets spørreskjema ligner fjorårets med enkelte nye spørsmål som omhandler gruppe 1-tjeneste. Totalt kom det inn 65 svar (noe færre enn fjorårets 71) fordelt på 19 ulike sykehus (altså omkring halvparten av alle avdelinger som utdanner LIS). Under følger en kort oppsummering av resultatene:

(Poengscoring går fra 1-10, hvor 1 er lite fornøyd og 10 er 10 svært fornøyd).



Andreas Thoresen
LIS ved Ahus
Ansvarlig for Utdanningsprisen

Introduksjonsperiode (figur 1)

Det er stor variasjon i introduksjonsperioder på avdelinger rundt om i landet. Noen har et visst antall uker med opplæring før de går ut i vakt, andre starter i dagstilling som varer i flere måneder. I år angir flere en kortere introduksjonsperiode på 0-2 uker (45 % mot 35 % i fjor), og færre LIS har en introduksjonsperiode på minst 3 uker (43 % mot 51 % i fjor). Iøynefallende er at det ikke ses en klar sammenheng mellom varigheten av introduksjonsperioden og hvor fornøyd LIS er – altså er det andre faktorer enn bare tid som spiller inn på dette punktet.

Veiledning (figur 2)

Det er et mål fra Helsedirektoratet at LIS og veileder skal ha veiledning hver fjerde uke, og at møtene skal ha en varighet på mellom 45 og 60 minutter. 5 % angir i år at de aldri har veiledning, mens 35 % angir å ha veiledning 1-2 ganger årlig. 17 % angir å ha veiledning 7-11 ganger årlig. Overordnet sett er dette noe sjeldnere sammenlignet med i fjor. Det er stor variasjon i hvor stort utbytte LIS har av veiledningen, og resultatene viser at LIS som har hyppigere veiledning har større utbytte enn LIS som har veiledning sjeldnere (gjennomsnittsscore 4,7 i gruppen 0-2 ganger årlig, mot 7,5 i gruppen med veiledning 7-11 ganger årlig).

Undervisning og kurs

92 % angir å ha internundervisning på avdelingen minst én gang ukentlig, et tall som ligger stabilt høyt. LIS er generelt fornøyd med internundervisningen, som gis en gjennomsnittsscore på 8,2,

og 92 % angir at undervisningen er basert på læringsmål. 72 % får deltatt på simuleringstrening minst halvårlig, mens 28 % simulerer sjeldnere.

83 % får minst 6 kursdager årlig, og det er stor variasjon mellom sykehusene i hvor lett det oppleves å få fri til kurs.

Fordypning og overtid

52 % får beholde fordypningsdager halvparten av gangene eller sjeldnere, mens bare 3 % opplever alltid å få beholde fordypningsdager. 14 % får aldri eller nesten aldri beholde fordypningsdager, som er markant bedre enn fjorårets 23 %.

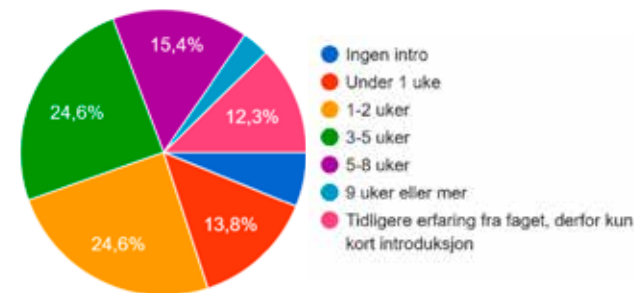
Det er stor variasjon i hvor mye det skrives overtid; 41 % angir at det i avdelingen er kultur for å skrive overtid, 19 % vet ikke og 40 % angir at det ikke er kultur for det.

Progresjon i utdanningen

Det er store forskjeller i progresjon mellom sykehus, samt forskjeller mellom obstetrikk og gynekologi. Figur 3-5 viser i hvor stor grad LIS opplever progresjon innenfor ulike områder, og figur 6 hvordan de opplever den samlede progresjonen totalt sett. Disse tallene ligner tidligere år. 57 % (mot 59 % i fjor) forventer ikke å bli spesialist på normert tid, og de fleste av disse angir at mangel på gynekologiske inngrep er hovedårsaken til forsinkelsen. 22 % angir at de aldri blir satt til å utføre arbeidsoppgaver de ikke føler seg kompetente til, mens 37 % føler at det skjer minst månedlig.

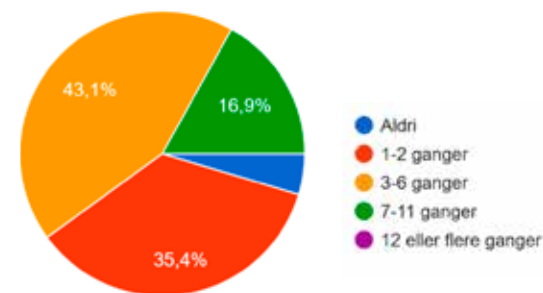
Arbeidsmiljø og drift

På spørsmål om hvor godt man trives på arbeidsplassen er gjennomsnittsscoren høy på 7,9. Miljøet blant LIS på avdelingen får en enda høyere score på 8,9. 82 % føler at det alltid eller nesten alltid er lett å spørre overleger om hjelp. Dette er høyere enn fjorårets tre av fire. Vi spurte i år om man føler at arbeidshverdagen er mest preget av drift eller utdanning, hvor 57 % svarer at drift trumfer utdanning, og 12 % svarer at det kun føles som drift.



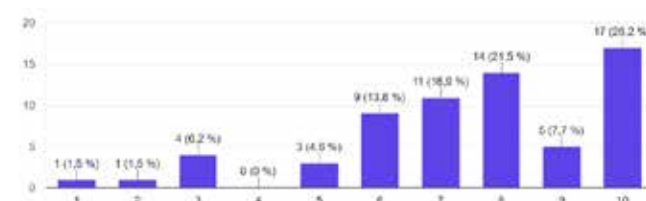
Figur 1: Hvor lang introduksjonsperiode fikk du?

65 svar



Figur 2: Hvor mange ganger har du individuell veiledning i løpet av ett år?

65 svar



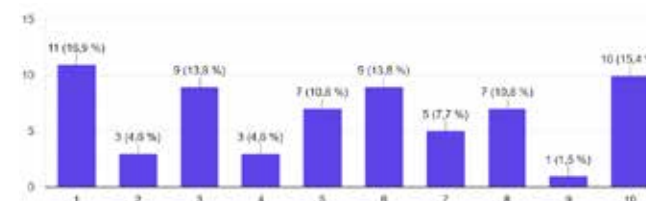
Figur 3: I hvor stor grad opplever du progresjon på fødeavdelingen?

65 svar



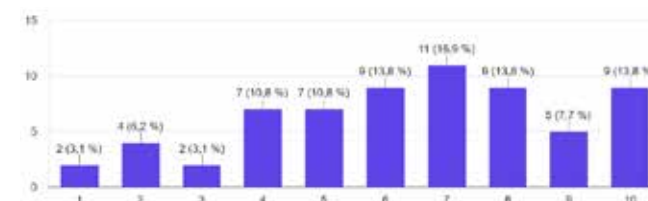
Figur 4: I hvor stor grad opplever du å få slippe til på laparoskopi?

65 svar



Figur 5: I hvor stor grad opplever du å få slippe til på andre gynekologiske inngrep (plastikker, hysteroskopier etc.)?

65 svar



Figur 6: I hvor stor grad opplever du progresjon i utdanningen totalt sett?

65 svar

“De viktigste faktorene for at LIS skal fortsette som sykehusspesialist, angis å være ledig overlegestilling, mer autonomi/fleksibilitet og bedre lønn.”

Det har tidligere vært en allende andel som ønsker å fortsette i spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer, men i år har tallene snudd. 86 % (mot 79 % i fjor) er enige eller litt enige i at de ønsker å fortsette. Dette er en gledelig utvikling! De viktigste faktorene for at LIS skal fortsette som sykehusspesialist, angis å være ledig overlegestilling, mer autonomi/fleksibilitet og bedre lønn.

Gruppe 1 tjeneste

Det er flere utfordringer med gjennomføring av gruppe 1 tjeneste. 63 % forventer at gruppe 1-tjenesten kommer til å bli gjennomført

innenfor normert tid, mens 37 % er usikre eller tror det er usannsynlig. Det er stor variasjon i hvilke støtteordninger som finnes med tanke på gjennomføring av gruppe 1 tjeneste, men generelt er LIS lite fornøyd med de støtteordningene som finnes (gjennomsnittsscore 3,6).

Dette var en kort gjennomgang av svarene for årets utdanningspris. Vi i FUGO har sett gjennom resultatene og valgt ut en vinner for årets pris, som vi deler ut på årsmøtet senere i høst. Vi gleder oss til å se dere i Tromsø!

Hvem fortjener Forbildeprisen 2026?

Forbildeprisen deles ut av spesialitetskomiteen under årsmøtet i Tromsø, og gis til en kollega som på forbilledlig vis inspirerer LiS til å lære mer. Forbildet kan være ung, gammel, trenger ikke forske og trenger heller ikke å kunne alle læringsmål på rams.

Det viktigste er at han eller hun på sin måte bidrar til å øke LISenes engasjement for faget. Nominasjoner sendes til nora.johansen@sshf.no innen 20.okt.



Forbildeprisen 2025 gikk enstemmig til Cristina Barbu.



I 2024 gikk prisen til Jette Stær, blant annet for sitt bidrag til trygt konfereringsklima, samtidig som hun passer på at flest mulig er påmeldt julebordet.



Dordi Borgfjellmo, "en bauta (...) med hjerte av gull", mottok forbildeprisen i 2023.



Prisen gikk til Astrid Liavåg i 2022, beskrevet som en "usedvanlig omsorgsfull person med stort hjerte for pasienter og medarbeidere".



PASIENTER MED OVERAKTIV BLÆRE?

- BETMIGA depottabletter er en potent og selektiv $\beta 3$ -agonist¹
- BETMIGA har en annen virkningsmekanisme enn antimuskariner^{1,2}
- BETMIGA har vært brukt i klinisk praksis i over et tiår hos pasienter med overaktiv blære¹



Astellas Pharma | www.astellas.com

BETMIGA™ (mirabegron) 25 og 50 mg depottabletter

Farmakoterapeutisk gruppe: Urologisk spasmolytikum, selektiv $\beta 3$ -adrenoseptoragonist (G04BD12). **Indikasjoner:** Symptomatisk behandling av «urgency», økt vannlatingsfrekvens og/eller urgeinkontinens hos voksne med overaktiv blæresyndrom (OAB). Behandling av nevrogen detrusoroveraktivitet (NDO) hos pediatriske pasienter i alderen 3-<18 år. ***Dosering og administrering:** Voksne med overaktiv blære (≥ 18 år): 50 mg 1 gang daglig, med eller uten mat. Barn og ungdom 3-<18 år, ≥ 35 kg, med nevrogen detrusoroveraktivitet (NDO): Startdosen er 25 mg 1 gang daglig med mat. Om nødvendig kan dosen økes til maks. 50 mg 1 gang daglig etter 4-8 uker. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (GFR 15-29 mL/min/1,73 m²) eller moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh klasse B), anbefales en maks. dose på 25 mg. Tabletten skal tas med væske, svelges hel og må ikke tygges, deles eller knuses. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Alvorlig ukontrollert hypertensjon definert som systolisk blodtrykk ≥ 180 mm Hg og/eller diastolisk blodtrykk ≥ 110 mm Hg. ***Forsiktighetsregler:** Nedsatt nyre- og leverfunksjon: Betmiga er ikke studert hos pasienter med terminal nyresykdom (GFR <15 mL/min/1,73 m²), pasienter som krever hemodialyse, eller pasienter med alvorlig leverfunksjonssvikt (Child-Pugh klasse C), og anbefales derfor ikke for bruk i disse pasientgruppene. Anbefales ikke til bruk hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (GFR 15-29 mL/min/1,73 m²) eller pasienter med moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh klasse B) som samtidig mottar sterke CYP3A-hemmere. **Hypertensjon:** Kan øke blodtrykket hos både voksne, ungdom og barn. Blodtrykksøkning hos barn (3-<12 år) kan være høyere enn hos ungdom (12-<18 år). Blodtrykk bør måles ved oppstart og jevnlig under behandlingen, spesielt hos hypertensive pasienter. Forsiktighet må utvises til pasienter med medfødt eller ervervet QT-forlengelse, klinisk signifikant blæreutløpsobstruksjon og pasienter som bruker antimuskarinbehandling for overaktiv blære. **Graviditet, amming og fertilitet:** Anbefales ikke til fertile kvinner som ikke bruker prevensjon, eller under graviditet eller amming. Effekten av mirabegron på menneskelig fertilitet er ikke fastslått. ***Bivirkninger:** De vanligst rapporterte bivirkningene er takykardi, urinveisinfeksjon, hodepine, svimmelhet, kvalme, forstoppelse og diaré. Samlet sett er sikkerhetsprofilen hos barn og ungdom lik den som er observert hos voksne. Hos barn og ungdom med NDO ble det ikke rapportert noen alvorlige bivirkninger. De vanligst rapporterte bivirkningene hos disse var urinveisinfeksjon, forstoppelse og kvalme. **MT-innehaver:** Astellas Pharma Europe B.V., Nederland. **Reseptgruppe:** C. **Refusjon:** Refusjonsberettighet bruk: Motorisk hyperaktiv nevrogen blære med lekkasje (urge-inkontinens). Refusjonskoder: ICD: U04 Urininkontinens; ICD: N39.4 Annen spesifisert urininkontinens. Vilkår: Ingen spesifisert. **Pakningsstørrelse og pris (pr 17.06.2026):** 25 mg: 30 tabletter (blistre) 437,80 NOK; 90 tabletter (blistre) 1115,90 NOK. 50 mg: 30 tabletter (blistre) 437,80 NOK; 90 tabletter (blistre) 1115,90 NOK. **Lokal representant:** Astellas Pharma, Tel: +47 66764600. For mer informasjon se www.felleskatalogen.no.

Basert på SPC godkjent: 17.07.2025. *Avsnittet er omskrevet og/eller forkortet sammenlignet med den godkjente preparatomtalen (SPC). **Preparatomtalen kan bestilles kostnadsfritt fra den lokale representanten.**

Ref: 1) Betmiga SmPC 07.2025 (§5.1,§9), **2)** Lai HH, Boone TB, Appell RA. Selecting a medical therapy for overactive bladder. Rev Urol. 2002;4 Suppl 4(Suppl 4):S28-37

MAT-NO-BET-2026-00011, 06.2026

Årsrapport 2025

Norsk gynekologisk forening

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

Nytt styre ble valgt under generalforsamlingen i Ålesund i oktober 2025.

Redaktør for Gynekologen har vært Sofie R. Angeltveit og nettredaktør Kine H. Haaverstad.

Styrets arbeid
Det ble avholdt seks styremøter i 2025: Oslo 16. januar, digitalt møte 14. mars, Bodø 12. mai, Arendal 9. september, Ålesund 22. oktober i forbindelse med årsmøtet og Oslo 27. november. Det siste møtet var et overgangsmøte mellom avtroppende og nytt styre. Redaktør for Gynekologen og nettredaktør har deltatt på de fleste styremøtene. Styret behandlet totalt 32 saker i løpet av året.

Høringer
Norsk gynekologisk forening er en viktig høringsinstans i saker sovm berører fødselshjelp og kvinnesykdommer. Foreningen mottok 45 høringer i 2025. Styret vurderte høringene ut fra relevans for fagområdet og leverte høringssvar i tre saker.

Nasjonal og internasjonal representasjon
Foreningen har vært representert i flere nasjonale og internasjonale faglige fora.

I Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology (NFOG) har Solveig Bjellmo representert Norge i styret, mens Agnethe Lund har deltatt i Scientific Committee.

I European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG) har Norge vært representert ved Birgitte Sanda og Ragnar Kvie Sande.

Solveig Bjellmo har også representert foreningen i auditgruppen i OCINOR ved Folkehelseinstituttet.

Media
Fødselshjelp og kvinnesykdommer er fagområder med stor offentlig interesse, og Norsk gynekologisk forening mottar jevnlig henvendelser fra media. Styret har i 2025 bidratt med faglige vurderinger og kommentarer i en rekke aktuelle saker. I dette arbeidet har vi hatt god hjelp fra kolleger og fagmiljøer over hele landet. Dette er viktig for at foreningen skal kunne bidra med oppdatert og faglig forankret informasjon i den offentlige debatten.

Resultatregnskap			
	Noter	Regnskap 2025	Regnskap 2024
Driftsinntekter			
Kontingenter		1 730 668	1 672 193
Tilskudd		117 504	0
Annonser		0	452 500
Kursinntekter		261 725	81700
Kursoppgjør fra andre kursarrangører	2, 3	2 680 910	2 183 847
Sum driftsinntekter		4 790 807	4 390 240

Driftskostnader			
Produksjonskostnader tidsskrift	2	662 925	548 975
Provisjon annonseformidling		0	15 625
Personalkostnader	3	216 009	150221
Småanskaffelser/service/leiekostnader		776	11825
Fremmedtjenester	4	127 625	112703
Kontorkostnader		1 169	2484
Reise/møte og kursarrangement		500 730	372 752
Tilskudd og bidrag		161 159	50 000
Andre driftskostnader		667 670	565 587
Andel resultat andre kursarrangører	3	2 109 250	2 009 494
Sum driftskostnader		4 447 312	3 839 666

Driftsresultat	343 495	550 574
-----------------------	----------------	----------------

Finansposter		
Finansinntekter	321 888	286 369
Finanskostnader	7 032	7 565
Sum finansposter	314 856	278 804

Resultat	658 351	829 378
-----------------	---------	---------

Overføringer		
Overført til/(fra) annen egenkapital	658 351	829 378
Sum overføringer	658 351	829 378

Balanse			
	Not	31. desember 2025	31. desember 2024
Eiendeler			
Omløpsmidler			
Aksjer og fond	5	2 040 664	1 870 309
Fordringer			
Kundefordringer		100 388	71 000
Andre kortsiktige fordringer		16 567	479 652
Sum fordringer		116 955	550 652
Bankinnskudd		3 997 009	2 954 632
Sum omløpsmidler		6 154 628	5 375 593
Sum eiendeler		6 154 628	5 375 593

Egenkapital og gjeld			
Egenkapital			
Annen egenkapital		5 575 392	4 917 041
Sum annen egenkapital		5 575 392	4 917 041

Gjeld			
Kortsiktig gjeld			
Leverandørgjeld		54 173	105 044
Offentlige trekk og avgifter		326 339	303 943
Uopptjent inntekt		129 675	-
Pålopte kostnader		69 049	41 343
Annen kortsiktig gjeld		-	8 222
Sum kortsiktig gjeld		579 236	458 552
Sum gjeld		579 236	458 552

Sum egenkapital og gjeld		6 154 628	5 375 593
---------------------------------	--	------------------	------------------

	Oslo, 08.6.2026		
Agnethe Lund Styreleder	Ingrid Volloyhaug Styremedlem	Therese Salvadores-Hansen Styremedlem	
Solveig Bjellmo Styremedlem	Birgitte Sanda Styremedlem	Martin Skage Sommer Styremedlem	

Årsmøtet 2025
Årsmøtet ble arrangert i Ålesund i oktober. Ålesund tok imot landets gynekologer med strålende vær og gode fasiliteter. Programmet hadde stor faglig bredde og la til rette for gode diskusjoner, erfaringsutveksling og sosialt samvær.

Under generalforsamlingen ble det valgt nytt styre i Norsk gynekologisk forening.

Referat fra årsmøtet og generalforsamlingen er publisert i Gynekologen nr. 4, 2025.

Årsrapport 2025

FUGO

Generelt
Det har blitt avholdt 5 styremøter, 4 fysiske og 1 digitale. Referatene fra styremøtene er publiserte på nettsidene våre. Leder har deltatt på møter i Fuxx-forum. Dette er digitale møter i et forum for ulike foreninger for utdanningskandidater. Dette har vært et godt forum for å dele erfaringer og ideer i forskjellige spesialiseringer særlig med tanke på kampanjer og hvordan man kan nå ut til medlemsmassen.

Vi er fremdeles i en særklasse når det kommer til å samarbeide med moderorganisasjonen. Under Legeforeningens ledersamling 21.-22. januar deltok Rannveig Stokke, sammen med Agnethe Lund, som eneste Fuxx-er representert. Under Faglandsrådet som ble arrangert den 29.-30. april deltok Are Larsen på vegne av styret. Det ble for første gang også arrangert et formøte for Fuxx-ene.

Valgkomiteen for FUGO bestod av Øystein Bergøy. FUGO sin nettside har blitt drevet av Rannveig Stokke. Vi har hatt et samlet ansvar over vår Facebook-gruppe som har hatt en del aktivitet.

Generalforsamling
Generalforsamlingen ble arrangert den 22.10.2025 på Scandic Ålesund hotel. Referatet er publisert på FUGO sine nettsider. Etter møte holdt Tori Husum et innlegg om humanitært arbeid som gynekolog i Afghanistan.

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

ENTOG
ENTOG-utvekslingen i 2025 gikk til Tyskland 2.-5. Juni 2025. Fra Norge utvekslet Øystein Bergøy fra Stavanger sykehus og

Norsk Gynekologisk forening

Regnskap per aktivitet 2025

Aktivitet	Inntekter	Kostnader	Resultat
100-Administrasjon	2 052 556	93 202	1 959 354
120-Styrearbeid	0	336 668	-336 668
200-Årsmøtet (Inkl. CIC arr.)	1 971 214	1 995 328	-24 114
210-Guideline-møter	177 700	242 445	-64 745
215-Obsterisk doplerkurs	117 325	48 945	68 380
220-FUGO	144 400	202 777	-58 377
300-NFOG (Nordisk forening)	0	536 216	-536 216
310-EBCOG (Europeisk forening)	0	68 251	-68 251
320-FIGO (Internasj. forening)	0	102 366	-102 366
400-Priser og stipend	30 000	157 752	-127 752
500-Gynekologen	619 500	670 396	-50 896
Sum	5 112 695	4 454 344	658 351

Nora Malene Neergård fra Levanger sykehus. Et reisebrev fra de som utvekslet ble publisert i Gynekologen nr. 4 i 2025.

NFYOG
FUGO er medlem av NFYOG, som er en paraplyorganisasjon for LIS-organisasjoner i obstettrikk og gynekologi i alle de nordiske landene og ligger under NFOG. NFYOG har hatt 2 fysiske møter og 3 digitale møter hvor FUGO var representert med minst et styremedlem i alle møtene. Man driver for tiden med planlegging til neste NFOG konferanse som skal være i Tampere, Finland.

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

FUGO-kurset
FUGO-kurset ble arrangert som vanlig dagen før NGF sitt årsmøte. Temaet var Gynekologisk og obstetrisk kirurgi. Kurset var fullt påmeldt. Dette er et viktig tiltak for at LIS skal kunne delta på årsmøtet ettersom reise og deler av oppholdet blir dekket gjennom utdanningsfond III.

Utdanningsprisen 2025
Utdanningsprisen er en videreføring av et arbeid som spesialitetskomiteen gjorde før vi overtok ansvaret. I en spørreundersøkelse som ble sendt ut til alle LIS ble medlemmene våre sine opplevelser av utdanningen vurdert og evaluert. Funnene ble publisert i Gynekologen nr. 4. 2025. Vinneren i 2025 var Hammerfest Sykehus!

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

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

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

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

Hiprex til voksne og barn i alderen 6-12 år

Indikasjon:

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

Dosering av Hiprex:

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

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

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

Hiprex (metenamin) priser og refusjon:

Hiprex koster kr 319,60 for 100 tabletter, kr 693,00 for 100 doseposer. Begge formuleringer er 1 gram. Reseptgruppe C. Refusjonsberettiget bruk: Langtidsprofylakse ved kroniske eller stadig residiverende infeksjoner i nyrer/urinveier og langtids kateterdrenasje. Infeksjonsprofylakse urinveier ved immunsvekkelse. Palliativ behandling i livets slutfase. Infeksjoner ved organtransplantasjon. Refusjonskoder: ICPC: U71, Cystitt/urinveisinfeksjon IKA ICD: N30 Cystitt, N39.0 Urinveisinfeksjon med uspesifisert lokalisasjon Vilkår: 141: Pasienten må oppfylle et av følgende vilkår: - Pasienten har brukt/vil bruke antibiotika minst 3 måneder årlig på grunn av infeksjoner i nyrer/urinveier. - Pasienten har i gjennomsnitt de to siste årene hatt minst 3 årlige infeksjoner i nyrer/urinveier. - Pasienten bruker medikamentell behandling for en kronisk sykdom i refusjonslisten hvor sykdommen gir økt risiko for infeksjoner i nyrer/urinveier.

Referanser:

1. Linda Rui, Morten Lindbaek and Svein Gjelstad, Preventive effect of methenamine in women with recurrent urinary tract infection - a case-control study, SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE 2022, VOL. 40, NO. 3, 331-338.
2. Harding C., et al. Alternative to prophylactic antibiotics for the treatment of recurrent urinary tract infections in woman: multicenter, open label, randomized, non-inferiority trial. BMJ 2022;376: e068229.
3. Helteit-Olsen SR, et al. Methenamine hippurate as prophylaxis for recurrent urinary tract infections in older women - a triple-blind, randomised, placebo-controlled, phase IV trial (ImpresU), Clinical Microbiology and Infection, <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2025.07.006>.



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



Årsrapport 2025 EBCOG

EBCOG (European Board and College of Obstetrics and Gynaecology) har i dag 35 medlemsland og to observatørland. Organisasjonens kjernevirksomhet er utdanning og spesialistopp-læring innen fødselshjelp og kvinnesykdommer, samt arbeid for felles europeiske standarder og høy kvalitet i faget.

EBCOG-kongressen ble arrangert i Frankfurt, Tyskland, 5.-7. juni 2025, med vårens Council Meeting i forkant 4. juni. Norske fagmiljøer var representert på kongressen med faglige bidrag og foredrag. Høstens Council Meeting ble avholdt i Leuven, Belgia, 14.-15. november. I forkant av begge Council-møtene ble det gjennomført digitale møter mellom representantene fra de nordiske landene for å diskutere aktuelle saker og samordne nordiske synspunkter. Ragnar Kvie Sande og Birgitte Sanda var Norges representanter i EBCOG Council i 2025.

Det nordiske samarbeidet i EBCOG er viktig. De nordiske landene har et felles fokus på at EBCOGs prosesser, beslutninger og drift skal være transparente og demokratisk forankret. I viktige saker søker vi å samordne våre standpunkter, noe som gir de nordiske landene større gjennomslagskraft. Sammen utgjør vi en tydelig stemme i EBCOG, samtidig som de nordiske landene har mye faglig kunnskap og erfaring å bidra med i det europeiske samarbeidet.



EBCOG utarbeider og publiserer blant annet Standards of Care, lærebøker, position statements og andre faglige publikasjoner. Disse er tilgjengelige på EBCOGs nettsider, ebcog.eu.

Birgitte Sanda
Høvdag, 24.08.2026

Årsrapport 2025 NFOG fund and scientific committee

Årsrapport fra NFOG vitenskapelig komite, ble publisert i fjorårets årsmøteutgave av Gynekologen (grunnet Agnethe utålmodighet?). Her gjentas det viktigste fra rapporten, som altså gjelder for 2025.

NFOGs vitenskapelige komité består av ett medlem fra hvert nordiske land. I 2023-25 har Tehri Piltonen (FIN) ledet komiteen, medlemmer i 2025 var Anne Hammer Lauridsen (DK), Karin Pettersson (S), Heiðís Valgeirsdóttir (IS) og Agnethe Lund (NO).

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

For fremtidige NFOG kongresser bør vi i NGF prioritere NFOG og **få inn flere norske abstrakt**. Vi kan også satse mer på Nordiske samarbeid, og NORD-ACT vil være en viktig plattform i NFOG organisasjonen for å fremme felles forskning (se nettside).

Påminnelse: Det utlyses midler to ganger årlig (frist 1.mars og 1.oktober), retningslinjer finner du på NFOGs nettside. Dersom retningslinjen følges, er det god sjanse for å motta støtte. Komiteen vurderer søknadene i to årlige møter, nettbasert eller fysisk møte. Dette bidrar til nettverksbygging og gir de nasjonale foreningene oversikt over relevante forskningsmiljø i Norden.

Fra 2026 har Ingrid Volløyhaug overtatt som NGFs representant i komiteen. Planlegging av NFOG kongressen i Tampere, Finland, 24.-27.8.2027 er godt i gang.

Agnethe Lund

Årsrapport 2025

Referansegruppe for fødselsovervåking

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

Gruppens sammensetning:
Jørg Kessler, seksjonsoverlege, PhD, Haukeland universitetssykehus (leder)
Johanne Kolvik Iversen, overlege, PhD, OUS Ullevål
Magnus Berge, overlege, PhD, OUS Ullevål
Tiril Tingleff, overlege, Drammen sykehus
Lillian Leirvik, jordmor, Akershus universitetssykehus, NSF
Anne Kristin Stavenes, jordmor, Haukland universitetssykehus, DNJ

Møter
Gruppen har i 2025 avholdt et fysisk møte i tilknytning til erfaringsmøte i september og to digitale møter i mai og desember.

Nasjonalt erfaringsmøte
Nasjonalt erfaringsmøte i 2025 ble avholdt i Tromsø 25.09. med 100 deltagere fra hele landet. Malin Holzmänn fra Stockholm var

invitert foredragsholder og snakket om variable deselerasjoners korrelasjon til fosterhypoksi. Deltakerne fra sykehus i hele Norge presenterte lærerike kasus med god påfølgende diskusjon.

Kurs i fosterovervåking
Referansegruppen organiserte et dagskurs i fosterovervåkning tenkt som oppfriskning og oppdatering av kunnskap, dagen etter erfaringsmøtet 26.09. Det var 90 deltakere på kurset. Medlemmer av referansegruppen bidro også på LIS kurset i fosterovervåkning som ble holdt over tre dager i desember.

Vår-webinar
Dette året avholdt vi for første gang et webinar åpent for jordmødre og leger fra hele landet. Vi presenterte den nye læringsplattformen (se pkt. 5) og revidert veilederkapittel om antenatal CTG.

Læringsplattform fosterovervåkning
Læringsportal for fosterovervåkning ble ferdigstilt i regi av Helse Sør-Øst med mulighet for tilgang i alle helseregioner. Tiril Tingleff og Lillian Leirvik har deltatt i dette arbeidet. Referansegruppen har hatt det faglige ansvaret.

*Jørg Kessler
Bergen, september 2026*

Årsrapport 2025

Nordisk forening for gynekologi og obstetikk (NFOG)

Styret NFOG 2025 (nytt valg for NFOGS generalforsamling i august 2025 i Uppsala)
President: Alexander Kristinn Smáráson (FÍFK).
Board: Mette Fabricius (DSOG), Matthildur Sigurðardóttir (FÍFK), Marion Ek (SFOG), Marjo Tuppurainen (SGY), Solveig Bjellmo (NFG).
Ulrika Ottander (incoming president SFOG), Päivi Polo (incoming president SGY), Agnethe Lund (incoming president NGF)
Webmaster: Lars Ladfors, Kristiina Rönö (incoming)
Kasserer: Vasilis Sitras
Generalsekretær: Sebastian Gidlöf, Marie Søgaard (incoming Secreteray General)

NFOGs komiteer:
NFYOG: Michelle Kanne ledet den nordiske foreningen for utdanningskandidater til august 2025 hvor Mathias Grøn Böckel-Lundorff tok over. De har hatt økende søkelys på samarbeid på tvers av de nordiske landene og jobber med å prøve å få trygge hender også ut til de andre nordiske landene.

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

NFOG e-textbook-komiteen ledes av Niels Uldbjerg og har én representant fra hvert av de nordiske landene. Sissel Oversand er norsk representant. E-textbook videreutvikles fortløpende, og det er nå også laget podkaster om ulike faglige temaer.

NORD-ACT- Nordisk allianse for Clinical Trials in Obstetrics and Gynecology som ble startet opp i 2024. Leder er Heiðdís Valgeirsdóttir.

NFOG Congress 2025 ble arrangert i Uppsala. Kongressen hadde et godt og variert faglig program, kombinert med et hyggelig sosialt program og gode muligheter for faglig og kollegialt samarbeid på tvers av de nordiske landene.

NFOG Congress 2027: Tampere Finland

Solveig Bjellmo

Årsrapport 2025

Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi (NFGO)

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

I 2025 gjennomførte styret 7 møter (2 fysiske og 5 digitale). I tillegg hadde vi generalforsamling i forbindelse med Onkologisk Forum 20.11.25. Styret hadde sitt årlige strategimøte på Solastrand, Stavanger i februar der vi diskuterte fokusområder for det kommende året i tillegg til en langsiktig strategi for NFGO.

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

NFGO har initiert en nasjonal studie med journalgjennomgang av alle kvinner behandlet for ovarialcancer i de fire helseregionene over en 5-årsperiode. Bakgrunnen for dette er at data fra Kreftregisteret tyder på ulikheter i håndtering av disse pasientene. Dette arbeidet ble påstartet i 2023 og videreført i 2025.

Det er et overordnet mål for NFGO at alle avdelinger skal ha leger med kompetanse innen gynekologisk kreft. For å dele fagkunnskap startet vi i 2023 nasjonal nettbasert undervisning. Presentasjonene legges ut på NFGO sin nettside (Norsk forum for gynekologisk onkologi). Vi arrangerte 6 digitale undervisninger i 2025. Vi har også hatt flere publikasjoner i Gynekologen.

NFGO-styret i 2026 (valgt på generalforsamlingen 2025):
Ingvild Vistad Sørlandet sykehus HF (leder)
vara Elisabeth Berge Nilsen SUS
Alda Birgisdóttir OUS (nestleder og web-ansvarlig)
vara Mari Elstrand OUS
Martin Lindblad UNN vara Elise Sletten UNN (kasserer)
Katharina Bischof OUS vara Yun Wang OUS
Merethe Ravlo St.Olav vara Guro Aune St.Olav
Øystein Helland HUS vara Jone Trovik HUS

Årsrapport 2025

Spesialitetskomiteen

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

Besøk
I 2025 var vi på besøk ved utdanningsinstitusjonene i Stavanger, Haugesund, Førde og Bergen. Det er gledelig og i henhold til formålet med besøkene når avdelingene vi besøker setter pris på og gjennomfører endringer og forbedringer i LIS-utdanning.

Godkjenning av utdanningsinstitusjoner
I 2025 gjensto godkjenning av en utdanningsinstitusjon innen fødselshjelp og kvinnesykdommer. Det er Helsedirektoratet som godkjenner, og vi i spesialitetskomiteen har ofte blitt involvert som rådgivende organ. Vi har ikke alltid vært enige med Helsedirektoratet. Dette gjelder spesielt i de tilfellene hvor Helsedirektoratet

godkjenner en utdanning som «krever mindre» enn det vi mener bør være standarden. Den tilbakevendende uenigheten gjelder som oftest at vi synes det bør være tydeligere krav om læringsaktiviteter, mens Helsedirektoratet kun ser på oppnåelse av læringsmål. Men, generelt sett er det gode og detaljerte planer for utdanning av gynekologer i Norge.

Økonomi
Legeforeningen har gitt oss budsjett til to fysiske møter i året, og vi kan spise middag sammen på det ene. Vi har lenge ønsket å gå gjennom alle nasjonalt anbefalte og øvrige relevante kurs sammen med kursledere for å se om det er overlapp eller fagområder som ikke dekkes. I 2025 søkte vi om økonomisk støtte til dette, men fikk avslag. Dette har derfor ligget på is siden.

Møter
Vi hadde to fysiske møter i 2025, ett i Bergen i forbindelse med besøk, og ett i forbindelse med årsmøtet. I tillegg hadde vi sporadiske nettmøter for å diskutere aktuelle saker som utdanningsplaner, rapporter fra besøk og råd angående overføring av spesialiteter fra utlandet til Norge.

Årsrapport 2025

NORBIRTH

Styringsgruppens medlemmer

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

Formål

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

Aktivitet 2025

Den første nasjonale multisenterstudien støttet av NORBIRTH-nettverket, **SAINT – Safe Induction of labor Trial**, avsluttet inklusjonen ved utgangen av januar 2025. Studien har inkludert kvinner ved 11 norske fødeavdelinger og representerer den første nasjonale kliniske multisenterstudien som er gjennomført innenfor rammene av NORBIRTH. Datakvalitetssikring og analyser pågår, og resultater forventes publisert i 2026.

NORBIRTH-nettverkets andre studie, **NORWELCG**, startet datainnsamling som planlagt i april 2025. Studien viderefører målsettingen om en sømløs overgang mellom nasjonale kliniske multisenterstudier og bidrar til å styrke forskningssamarbeidet mellom norske fødeinstitusjoner.

I løpet av 2025 deltok NORBIRTH aktivt i etableringen av det nordiske forskningssamarbeidet **NORD-ACT (Nordic Obstetrics and Gynecology Clinical Trials Network; NORD-ACT - NFOG)**. Formålet med nettverket er å legge til rette for gjennomføring av kliniske studier på tvers av de nordiske landene. Trond Melbye Michelsen og Ingvil Krarup Sørbye deltok på det første planleggingsmøtet i København i mars 2025. Det ble også avholdt møte i NORD-ACT under NFOGs kongress i Uppsala i august 2025.

Både NORBIRTH og NORD-ACT ble presentert ved egne postersesjoner under NFOGs kongress i Uppsala i august 2025. Presentasjonene bidro til økt synlighet for det norske og nordiske samarbeidet om kliniske studier innen obstettrikk og gynekologi.

NORBIRTH-nettverket har hatt regelmessige møter gjennom året med fokus på gjennomføring av pågående studier, utvikling av det nordiske samarbeidet og planlegging av fremtidige forskningsprosjekter.

Mål for 2026

- NORBIRTH-nettverket har som mål å:
- Ferdigstille datainnsamling og avslutte NORWELCG-studien.
 - Starte planleggingen av nye nasjonale multisenterstudier som kan fasiliteres gjennom NORBIRTH-nettverket.
 - Videreutvikle samarbeidet med NORD-ACT for å legge til rette for nordiske kliniske studier innen obstettrikk og gynekologi.
 - Styrke infrastrukturen for effektiv gjennomføring av kliniske multisenterstudier i Norge.

Medlemmer i NORBIRTH-nettverket per 31.12.2025

Åse Torunn Revholt Pettersen, UNN
Elisabeth Magnussen, St. Olavs hospital
Jørg Kessler, Haukeland universitetssjukehus
Ragnar Kvie Sande, Stavanger universitetssjukehus
Janne Rossen, Sørlandet sykehus Kristiansand
Katrine Sjøborg, Sykehuset Østfold Kalnes
Camilla Haavaldsen, Akershus universitetssykehus
Shruti Sharma, Vestre Viken HF Drammen
Kjartan Moe, Vestre Viken HF Bærum
Solveig Bjellmo, Ålesund sjukehus
Heidi F. Sivertsen, Nordlandssykehuset Bodø
Anne Flem Jacobsen, Oslo universitetssykehus
Ingvil Krarup Sørbye, Oslo universitetssykehus
Trond Melbye Michelsen, Oslo universitetssykehus.

Årsrapport 2025

Urogynekologisk faggruppe

Urogynekologisk faggruppe mandat:

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

Urogynekologisk faggruppe virksomhet og saker i 2025:

Det har vært gjennomført 2 teams-møter og ett fysisk møte (ifm. årsmøtet) ila. året. Ellers har kommunikasjonen gått via e-post.

- Planlegging og gjennomføring av NUGG formøtet ved NGF Årsmøtet i Ålesund 2025:
- Marie Ellström Engh holdt foredrag om «Rektocele – et bakre eller fremre problem».
 - Franziska Siafarikas informerte om perineumstudien.
 - Det ble presentert lærerike komplikasjoner.
 - Det ble gitt oppdatering fra gruppen som jobber med å opprette nasjonalt descensregister.

- Informasjon fra urogynekologisk faggruppe
- Informasjon fra NKIR-fagråd
- Det ble avholdt valg til gruppa: Siv Svennevik Myhr (SIV), Maria O. Nyhus, (St Olavs), Mariann Eidet (Sørlandet sykehus) og Frida Sivertsen (Helse Vest) var ikke på valg. Cathrine Reimers (OUS), Kristine Amundsen (UNN) og Siri Tuft Isdahl (Haukeland) gikk ut. Ha Tuyet Mai (AHUS), Gunnhild Nygård (Drammen) og Birte Toft Haugland (Voss) kom inn som nye medlemmer.

Medlemmer i gruppa har vært med i revisjon av kapitlet om genital descens i veilederen.

Mariann Eidet deltok på FUGO sitt forkurs i Ålesund med foredrag om «Kirurgi ved genital descens».

NUGG har ikke vært brukt som høringsorgan for NGF i året som har gått.

Mvh Mariann Eidet
Leder urogynekologisk faggruppe
Overlege KK SSK

Årsrapport 2025

Faggruppe for Global Kvinnehelse

- Faggruppe for Global Kvinnehelse ble stiftet sommeren 2024 og formelt godkjent ved årsmøtet i Lillehammer i oktober 2024. Faggruppen for Global Kvinnehelse har som formål å:
- Fremme kompetanse om kvinnehelse i et globalt perspektiv blant norske gynekologer og myndigheter
 - Tilby en arena hvor NGFs medlemmer kan dele erfaringer, forskningsfunn og ny kunnskap om global kvinnehelse
 - Øke kunnskap og bevissthet blant NGFs medlemmer om sosiale determinanter for helse og sosial ulikhet

I 2025 har faggruppen avholdt 7 webinarer fra medlemmer i faggruppen og gjester med ulike tema: Jobe Smith - *Samarbeidsprosjekt med sykehus i Kamboja*, Sukhjeet Bains - *Hvorfor du bør bry deg om innvandrers helse*, Margit Steinholt - *Erfaringer fra langvarig samarbeid i Kamboja*, Johanne Sundby - *Erfaringer fra kapasitetsbygging i Gambia, Malawi*, Patji Ælnes-Katjavivi - *Implisitt Bias in Healthcare*. Alex van Duijnen og Josien Westendorp - *Caesarean delivery in Sierra Leone: a curse or a blessing?* Ved årsmøtet gjennomførte vi med finansiell støtte fra Forskningsrådet et formøte om “Keisersnittepidemien”, med engasjerende bidrag fra Prof. Thomas van de Akker, gynekolog fra Nederland og Prof. Kristine Bærøe fra medisinsk etikk på Universitet i Oslo. Vi takker for oppmøte på vårt første arrangerte

formøte. Opptak fra formøtet er tilgjengelig på vår nettside. Fremtidige formøter skal forsøkes arrangert på annet tidspunkt slik at årsmøtedeltagere kan delta både på sine egne faggrupper og ha mulighet å delta på vårt fagmøte, ved interesse.

Medlemsgruppen (34) består av:

Andrea Solnes Miltenburg (leder)
Sukhjeet Bains (LIS representant)
Lene Gjersøe Rasmussen (Helse Sør-Øst representant)
Maarten Glas (Helse Nord representant)
Magnus Hagland (Helse Vest representant)
Jobe Smith (Helse Midt-Norge representant)

Øvrige medlemmer: Ellen Marie Strøm-Roum, Vegard Weyergang Vartdal, Ingvil Krarup Sørbye, Patji Alnæs-Katjavivi, Ala Jabri Haug, Johanne Sundby, Lill Trine Nyfløt, Ashi Ahmad, Memona Majida, Tilde Broch Østborg, Katariina Laine, Maria Bonnee, Kristine Kilaas, Karen Sømborg, Grete Iversen, Hedda Savosnick, Tora Almendinger, Anca Heyd, Birgitte Gogstad, Gunnvor, Helene Heide, Silje Sommerfelt, Thea Falkenberg Mikkelsen, Tori Husum, Marte Westvik, Sara Eriksen, Hanna Bugge, Ewa Margas.

Kvalitets- vektttap



**Vedvarende
vektttap¹**



**Forbedret fysisk
funksjon¹**



**Kardiovaskulære
fordeler¹**



**Redusert
matsug¹**



**Hoveddelen av
vektreduksjonen
kommer fra fettvev¹**

Indikasjon

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

For resultater fra studier vedrørende kardiovaskulær risikoreduksjon, fedmerelatert hjertesvikt og populasjoner som ble undersøkt, se pkt. 5.1 i Wegovy[®] preparatomtale.¹

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

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

Wegovy[®] – utvalgt sikkerhetsinformasjon

Oversikten er et utvalg. Les fullstendig preparatomtale om Wegovy[®] 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, fatigue, magesmerter og forstoppelse

• **Andre vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$) bivirkninger:** Dysestesi (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 sulfonyleurea), 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 endepunktsstudien SELECT var frekvensen av akutt pankreatitt, bekreftet ved avklaring (adjudikering), 0,2 % for semaglutid og 0,3 % for placebo. Ved mistanke bør semaglutid seponeres. Semaglutid skal ikke gjenopptas etter bekreftet pankreatitt. Forsiktighet bør utvises hos pasienter som tidligere har hatt pankreatitt

• **Tarmobstruksjon:** En alvorlig form for forstoppelse med tilleggssymptomer som magesmerte, oppblåsthet og oppkast. Rapportert med ukjent frekvens etter markedsføring

• **Puls:** Gjennomsnittlig økning på 3 slag per minutt observert

• **Skal ikke brukes** av **gravide** eller ved **ammig**. 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[®] 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
Alder	Voksne og ungdom ≥ 12 år Begrenset erfaring hos pasienter ≥ 85 år	Barn/ungdom under 12 år
Nyre-funksjon	Lett og moderat nedsatt eGFR ≥ 30 ml/min 1,73 m ²	Alvorlig nedsatt, eller terminal nyresykdom eGFR < 30 ml/min 1,73 m ²
Hjerte-svikt	NYHA klasse I-III	NYHA klasse IV
Lever-funksjon	Lett og moderat nedsatt Forsiktighet bør utvises	Alvorlig nedsatt
Diabetes	Diabetes type 2	Diabetes type 1

Dosering – én gang per uke

Wegovy[®] skal injiseres subkutan i abdomen, i låret eller i overarmen og administreres én gang per uke når som helst i løpet av dagen, til måltid eller utenom måltid. For å redusere sannsynligheten for gastrointestinale symptomer bør dosen trappes opp i løpet av en 16-ukers periode 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 ≥ 30 kg/m² 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 doseopptrappingsplan 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[®] 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 juni 2026).

Behandling med Wegovy[®] er ikke refundert og kan ikke skrives på blå resept

For individuell stønad se vedlegg 1 til folketrygdloven § 5-14 (legemiddellisten) på www.helsedirektoratet.no²

Referanser: **1.** Wegovy[®] preparatomtale. Tilgjengelig på: https://www.ema.europa.eu/no/documents/product-information/wegovy-epar-product-information_no.pdf. **2.** Informasjon om vilkår for individuell stønad er hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/kapittel-5-stonad-ved-helsetjenester/vedlegg-1-til-5-14-legemiddellisten/virkstoff/semaglutid> (Lest 12.06.2026).

Digitalt helsekort for gravide

– et viktig steg mot en tryggere og mer sammenhengende svangerskapsomsorg

Helsekort for gravide er et av de viktigste verktøyene i svangerskapsomsorgen. Det sikrer at fastlege, jordmor, gynekolog og sykehus har tilgang til informasjonen som trengs for å gi den gravide trygg og god oppfølging gjennom hele svangerskapet.



Tonje Vråle

Jordmor og seniorrådgiver i avdeling barne- og ungdomshelse i Helsedirektoratet

Helsefaglig ansvarlig i prosjektet Digitalt helsekort for gravide

Nå prøves et digitalt helsekort for gravide ut i stadig flere deler av landet. For å lykkes, trengs erfaringer fra klinisk praksis. Derfor oppfordrer Helsedirektoratet flere gynekologer og sykehus til å bli med å prøve det ut.

Ambisjonen er at digitalt helsekort for gravide skal innføres nasjonalt i løpet av 2027.

Hvorfor er digitalt helsekort viktig?

Digitalt helsekort skal bidra til:

- rask og sikker tilgang til oppdatert informasjon
- bedre samhandling mellom fastlege, jordmor og sykehus
- økt involvering og oversikt over egen helse for den gravide
- bedre pasientsikkerhet

Hva betyr dette for gynekologer?

For gynekologer handler digitalt helsekort først og fremst om bedre tilgang til informasjon for å kunne gjøre gode faglige vurderinger.

Ved akutte hendelser er det avgjørende å kunne få rask oversikt over svangerskapsforløpet. I stedet for å være avhengig av et papirkort som kanskje ikke er tilgjengelig, eller opplysninger som må formidles muntlig over telefon, kan relevant informasjon leses direkte fra det digitale helsekortet, før den gravide har ankommet sykehuset.

Det kan være enklere å se blodtryksmålinger, symfyse-fundus mål, varsel om positive prøvesvar og andre sentrale opplysninger digitalt enn å få dem lest opp fra et papirhelsekort. Gynekologen kan også lese informasjon som er dokumentert av fastlege eller jordmor før en gravid blir henvist til sykehuset.

Mange gynekologer kjenner godt utfordringene med håndskrevne notater på papirhelsekortet. Med et digitalt helsekort blir informasjonen mer oversiktlig, lettere tilgjengelig og enklere å lese.

Løsningen er utviklet slik at informasjonen vises i eget eller i sykehuset sitt journalsystem. Målet er at helsepersonell skal få tilgang til opplysningene i sine vanlige arbeidsflater uten behov for ekstra innlogging eller å måtte navigere mellom flere systemer.



Foto: Helsenorge / Mostphotos



Foto: Helsenorge / Mostphotos

Vi vet at mange gravide og helsepersonell ser frem til et digitalt helsekort for gravide, og det gjør vi også. Jeg er overbevist om at digitalt helsekort vil gi gynekologer et enda bedre grunnlag for faglige vurderinger når gravide henvises til sykehuset, sier seniorrådgiver og jordmor Tonje Vråle i Helsedirektoratet.

En fordel for både den gravide og helsepersonell

Digitalt helsekort kan også bidra til bedre forberedte konsultasjoner. Den gravide kan registrere deler av informasjonen i det digitale helsekortet før hun kommer på førstekonsultasjon. Fastlege, jordmor og helsepersonell på sykehus kan lese nødvendige opplysninger på forhånd og møte den gravide bedre forberedt.

Den gravide har også tilgang til sitt digitale helsekort i Helsenorge, som de fleste har på mobiltelefonen sin. Det kan gi helsepersonell tilgang til viktige opplysninger om det ikke finnes en PC i nærheten, og beslutning haster.

Papirkortet skal fortsatt brukes

Selv om digitalt helsekort nå prøves ut, skal papirhelsekortet fortsatt følge den gravide inntil videre.

Bakgrunnen er at ikke alle aktører i svangerskapsomsorgen har tilgang til den digitale løsningen ennå. For å sikre at alt involvert helsepersonell har tilgang til nødvendig informasjon, skal papirkortet skrives på som tidligere og papirer med prøvesvar skal følge med.

Det er derfor viktig å fortsette å minne gravide om å ta med papirhelsekortet og andre papirer til alle konsultasjoner, inkludert på sykehuset og inn til fødsel.

Hva kan du gjøre?

Som gynekolog kan du bidra ved å:

- sette deg inn i hvordan digitalt helsekort fungerer ved egen arbeidsplass
- oppfordre aktuelle gravide til å delta i utprøvingen. Den gravide må inntil videre gi samtykke på Helsenorge.
- bruke løsningen når den er tilgjengelig i eget journalsystem
- dele erfaringer og innspill fra klinisk praksis
- bidra til at forbedringsbehov fanges opp tidlig

Erfaringene fra gynekologer er viktige – bli med!



Les mer om digitalt helsekort for gravide



Den gravide kan ta i bruk digitalt helsekort



Til minne om
Roar Sandvei
 (1940–2026)

Vår kjære kollega, professor emeritus og tidligere seksjonsoverlege Roar Sandvei, har gått bort. Med ham har NGF og det gynekologiske fagmiljøet i Norge mistet en markant og avholdt kollega.

Roar var trofast mot Bergen og Haukeland, men startet legekarrieren med studier i både Oslo og Bergen før han ble uteksaminert i 1968. Allerede i 1972 startet han sin karriere på Kvinneklinikken (KK) i Bergen, og ble spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer i 1977. Etter et viktig og lærerikt stopp ved Radiumhospitalet fra 1979 til 1981, vendte han heldigvis hjem igjen til Bergen som overlege.

I 1985 ble han spesiallege i gynekologisk onkologi, og året etter forsvarte han sin doktorgrad om ektopiske svangerskap og spiralbruk. Den faglige tyngden hans var åpenbar for alle, og allerede i 1987 ble han utnevnt til professor II. Fra 1994 til 2007 ledet han Kvinneklinikkens kreftseksjon som seksjonsoverlege. Roar var en usedvanlig arbeidsom og pålitelig krumtapp i avdelingen frem til han gikk av med pensjon i 2011.

For generasjoner av medisinerstudenter i Bergen var Roar selve definisjonen på en god formidler. Han hadde en unik evne til å koble tung akademisk teori med den praktiske og kliniske hverdagen på avdelingen. I 2007 kåret studentene ham til den beste foreleseren gjennom hele det seksårige studiet. Tidligere studenter

og yngre leger trekker alltid frem Roar som et forbilde – en som genuint brydde seg, så den enkelte og veiledet med stødig hånd.

Akademia slapp ham heller ikke helt etter at han ble emeritus. Med sin trygge og profesjonelle utstråling fungerte han som custos og disputasleder over 50 ganger, mange av dem som sprek pensjonist. Vi er mange som husker hvordan han loste både nervøse doktorander og strenge opponenter vel i havn. Og på disputasmiddagene leverte han alltid de mest velskrevne, lune og koselige talene til den nybakte doktoren.

Vi som jobbet sammen med Roar på Haukeland, vil huske ham aller mest for hans omsorgsfulle vesen. Han hadde en sjelden evne til å se alle rundt seg. Enten det var en sårbar kreftpasient, en nyansatt og usikker spesialistkandidat, eller en erfaren overlege, ble alle møtt med samme varme, respekt og faglige trygghet.

Vi i Norsk Gynekologisk Forening takker Roar for den store innsatsen han har lagt ned for faget vårt, for kvinnehelsen og for det gode kollegiale miljøet. Våre varmeste tanker går til hans familie.

*På vegne av kolleger og venner i NGF,
 Line Bjørge, Per Anders Gulorwsen og Jone Trovik
 KK Haukeland Universitetssjukehus og Klinisk Institutt 2,
 Universitetet i Bergen*



Til minne om
Margit Steinholt
 (1957–2026)

Det er med tungt hjerte vi nylig har mottatt nyheten om Margit Steiholts bortgang.

Margit ble 69 år.

Hun jobbet som gynekolog ved Helgelands sykehuset. Gjennom karrieren hadde hun en rekke sentrale verv i Legeforeningen. Hun ble svært velfortjent Årets Nordlandsdoktor i 2025.

Vi minnes Margit med både sorg og glede. Hun var et svært viktig medlem i vår lille gruppe, Global Kvinnehelse. Hun hadde et glødende engasjement for kvinnehelse både lokalt og internasjonalt. For henne var jobben for trygge fødsler like viktig i Kambodsja som i Nordland. Margit bidro ivrig i våre diskusjoner og holdt inspirerende innlegg som sitt fantastiske prosjekt i Kambodsja. Margit var en faglig sterk lege som brant stekt for kunnskapsoverføring. Utallige leger, jordmødre og annet helsepersonell både i Norge og internasjonalt har fått glede av dette.

Margits kunnskap om og erfaring med fødende i lavinntektsland gjorde henne til svært jordnær, selv for nordlending å være. Hun var ikke redd for å si ifra når hun synes helsepersonell eller kvinner i Norge sutret. Hun oppfordret til takknemlighet for det fantastiske helsevesenet i Norge, samtidig som hun kjempet for bedre fordeling av ressursene til Distrikts-Norge

Margit var en varm og inkluderende kvinne som så menneskene rundt seg på et rørende vis. Hun var åpen om den personlige belastningen vi gynekologer kan oppleve. Hennes åpenhet var til inspirasjon, og hennes trøstende ord har varmet mang en kollega. Hun var en uredde og viktig stemme. Virkelig et forbilde for mange av oss.

Vi lyser fred over Margits minne.

*Andrea Solnes Miltenburg, Johanne Sundby og Grete Alræk Iversen
 på vegne av Global Kvinnehelse*

Bør leder kunne kreve at nødvendige læringsaktiviteter gjøres i fordypningstiden?

Vær obs på dette før du leser videre: Det er ikke spesialitetskomiteens rolle å påse at LIS får fordypningstid, eller mene noe om hva fordypningstiden skal brukes til. Denne teksten representerer vårt syn på fordypningstid og er ikke skrevet på vegne av Legeforeningen.

Fordypningstid er en stadig tilbakevendende kilde til diskusjon ved avdelinger og frustrasjon blant LIS. Det er et tydelig mønster for hvilke læringsaktiviteter som er en del av daglig drift og hvilke aktiviteter LISen selv må sørge for å få gjort i fordypningstiden. Tendensen er at de aktivitetene som bidrar til drift føres i arbeidsplanen, mens de som ikke bidrar til drift (f.eks. ultralyd-screeninger) må gjøres i fordypningstid.

Spesialistforskriften (loven om spesialistutdanningen) sier ingenting om fordypningstid. Retten til faglig fordypning er forhandlet fram i B-delen av overenskomsten mellom Legeforeningen og sykehuset. Det kan altså være forskjellig fra sykehus til sykehus. Akkurat som i Spesialistforskriften er det stort sett vage formuleringer i beskrivelse av fordypningstid.

Ved avdelinger rundt om i landet er det mange LIS som er frustrerte over inndratt fordypningstid og/eller at denne tiden må brukes til å komme ajour med klinisk arbeid. Spesialitetskomiteen kan ikke legge seg opp i dette. Det er tillitsvalgte ansvar. Men nå ønsker vi som enkeltpersoner helt uformelt å mene noe. Hva er poenget med å kalle det fordypningstid hvis tida brukes til å signere prøvesvar, ferdigstille dokumenter eller endelig få tid til å konferere angående noe man ikke klarer på egenhånd? Er ikke det vanlig klinisk arbeid? (ref: "Sluta kalla medicinska beslut för administration" ved Sofie Lyhammar, Dagens Medicin, Sverige,

juni 2026). Og det er vanskelig å skjønne hva det er med ultralyd-screeninger, inkontinensoperasjoner og hysteroskopier som gjør at det klassifiseres som fordypning. Å være tilskuer til TVT-operasjoner er vel det motsatte av fordypning?

For kort tid siden gjorde en stor avdeling forbilledlige endringer for å forbedre LISenes arbeidsdag. LISene fikk tid til å fullføre det kliniske arbeidet i arbeidstida, det ble ordnet rotasjonsordninger for å sikre nødvendige læringsaktiviteter, det ble ordnet faste tider hvor LIS kunne konferere, og det ble gjort endringer i turnusen i samarbeid med LISene. Før endringene var det flere LIS som ikke så noen framtid som gynekolog, mens de var svært fornøyde, trygge og trivdes på jobb etter endringene et halvt år senere. Attpåtil var lederne fornøyde. Vi håper dette kan være til inspirasjon for ledere og et tips til hvordan man kan beholde LIS i faget.

- Hilsen*
Nora Johansen, Sørlandet sykehus Arendal
Christine Hancke, Gynekologene-AS Oslo
Renate Torstensen, Nordlandssykehuset Bodø
Alexander Vietheer, Haukeland universitetssykehus
Ragnbild Lindelien Schwartz, Sykehuset Telemark Skien
Johan Kippervik, St. Olavs hospital Trondheim
Magnus Hagland, Stavanger universitetssykehus
Tale Meinich, Akershus universitetssykehus

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



Invitasjon til
Gynekologisk Guidelinemøte
Arrangør: Norsk gynekologisk forening
21.-22. januar 2027 – Clarion Bergen Airport Hotel

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

Til revisjon: Lovbestemte meldinger, Amenore og oligomenore, PCO/PMOS (med tidligere Hirsutisme og androgenisering), Prematur ovarialinsuffisiens, Tromboseprofylakse ved operative gynekologiske inngrep, Vulvovaginale hudsykdommer, Infertilitet og fertilitetsbehandling, Mottak av ungdom og voksne etter seksuelle overgrep, Endometriose, Menopause, Urininkontinens.



Påmelding:
Via QR-kode
eller nettsidene
våre med link
til CIC

Kursprogram Gynekologisk guidelinemøte 2027

Målgruppen for møtet/kurset er leger i spesialisering og ferdige spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer.

Totalt antall timer: 14 timer
Redaksjon: Jette Stær Jensen, Maria Øyasæter Nyhus, Hallvard Fjelltun, Kine Haaverstad og Knut Hordnes samt nye Mariann Eidet, Eline Bragedatter Seljeftot og David Forsse

Møtet/kurset vil kunne inngå som læringsaktiviteter til flere læringsmål i ny spesialiseringsordning. Det er ikke forventet at hvert innlegg dekker læringsmålet fullstendig.

Torsdag 21. januar		Foreleser/hovedforfatter	Møteleder
10:00 - 10:10	Velkommen	Knut Hordnes	
10:10 - 11:00	Lovbestemte meldinger	Erik Andreas Torkildsen	Jette
11:00-12:00	Amenore og oligomenore	Pawel Wilkosz	Jette
12:00 - 13:00	Lunsj		
13:00 - 14:00	PCO/PMOS (inkl. Hirsutisme og androgenisering)	Eszter Vanky	Hallvard
14.00-15:00	Prematur ovarialinsuffisiens	Hannah Russell	Hallvard
15:00-15:15	Pause		
15:15-16:00	Tromboseprofylakse ved operative gynekologiske inngrep	Anne Flem Jacobsen	Mariann Eidet
16:00 - 17:00	Vulvovaginale hudsykdommer	Risa Lonnee-Hoffmann	Mariann Eidet
MIDDAG			
Fredag 22. januar		Foreleser	
08:30 –09:30	Infertilitet og fertilitetsbehandling	Hans Ivar Hanevik	Eline B Seljeftot
09.30-10.30	Mottak av ungdom og voksne etter seksuelle overgrep	Cecilie Hagemann	Eline B Seljeftot
10.30-10.45	Pause (utsjekk)		
10.45-11:45+	Urininkontinens	Rune Svenningsen	Knut Hordnes
12:00 - 13:00	Lunsj		
13.00-14.00	Menopause	Nora Johansen	David Forsse
14.00-15-00	Endometriose	Guri Majak	David Forsse
15.00-15-30	Neste års kapitler og avslutning	Knut Hordnes/David Forsse	

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

MELAtherm®20 ekstra stor instrumentvaskemaskin,
med et moderne betjeningspanel og
et nyutviklet rengjøringsssystem



Premiumklasse fra Melag
**Gullstandarden
for autoklaver**



Katalog på nett



Kolposkop balance-o-matic stativ



Kronikken bygger på en tekst tidligere publisert i Dagens Medisin 27.08.26

Vi diskuterer kanskje feil spørsmål om ultralyd ved abort



Siri Kløkstad

Gynekolog, fagansvarlig lege ved Sex og samfunn i Oslo

Folkehelseinstituttets nye kunnskapsoppsummering om medikamentell abort med eller uten rutinemessig ultralyd er grundig, balansert og viktig. Rapporten viser at abort uten rutinemessig ultralyd sannsynligvis gir kortere ventetid og flere vellykkede aborter, samtidig som det ikke er påvist sikre forskjeller i komplikasjoner eller alvorlige hendelser. Kunnskapsgrunnlaget har begrensninger, slik det ofte har på områder der det er vanskelig å gjennomføre store randomiserte studier. Men med data fra over 53 000 pasienter peker resultatene gjennomgående i samme retning: abort uten rutinemessig ultralyd fremstår som en trygg behandlingsmodell.

Likevel sitter jeg igjen med følelsen av at både FHIs rapport og den pågående debatten bygger på feil spørsmål.

Det avgjørende spørsmålet er nemlig ikke om abortbehandling uten ultralyd er trygt. Det avgjørende spørsmålet er om vi klarer å identifisere pasientene som faktisk trenger ultralyd.

Selve behandlingen er jo den samme. Alle som skal gjennomføre medikamentell abort får de samme legemidlene, i de samme dosene og med den samme medisinske oppfølgingen. Det finnes ingen åpenbar biologisk grunn til å tro at mifepriston og misoprostol blir farligere fordi gestasjonsalderen er estimert ved hjelp av sykehistorie og anamneseverktøy i stedet for en ultralydundersøkelse.

Den viktigste begrunnelsen for dagens praksis med rutinemessig ultralyd er frykten for å overse en ektopisk graviditet. De fleste gynekologer har behandlet pasienter som har blitt alvorlig syke av ektopisk graviditet, og jeg forstår godt at slike erfaringer setter spor.

Men klinisk erfaring må vurderes opp mot data.

FHI fant ikke dokumentasjon for at rutinemessig ultralyd før abort fører til at flere ektopiske graviditeter oppdages eller at alvorlige komplikasjoner forebygges. Samtidig viser rapporten at ektopisk graviditet blant abortsøkende er sjelden. Norske registerdata antyder dessuten at forekomsten kan være lavere blant abortsøkende enn blant gravide generelt, kanskje så lav som 0,2 til 0,3 prosent.

Det er også et paradoks at vi screener alle som ønsker å avslutte et svangerskap med ultralyd, mens vi ikke gjør det samme for dem som ønsker å fortsette det. Gravide med ønskede svangerskap får normalt ikke ultralyd før uke 11 til 13. Dersom tidlig identifikasjon av ektopisk graviditet er så avgjørende at alle abortsøkende må undersøkes, er det vanskelig å forstå hvorfor samme logikk ikke gjelder for resten av den gravide befolkningen, der forekomsten av ektopisk graviditet er betydelig høyere.

Det er også viktig å understreke at abort uten rutinemessig ultralyd ikke innebærer at pasienter sendes hjem uten vurdering eller oppfølging. Tvert imot bygger modellen på systematisk kartlegging av symptomer, menstruasjonshistorikk og risikofaktorer, kombinert med grundig informasjon om faresignaler. Pasientene får klare råd om hva de skal være oppmerksomme på og når de skal kontakte helsevesenet.

Det er derfor ikke urimelig å anta at enkelte som gjennomfører abort uten rutinemessig ultralyd faktisk kan være bedre informert om symptomer på ektopisk graviditet enn gravide med ønskede svangerskap.

Det mest interessante i FHIs rapport er derfor etter mitt syn ikke sammenligningen mellom abort med og uten ultralyd, men hvor godt de diagnostiske verktøyene fungerer for å identifisere hvem som ikke trenger å gjennomgå en ultralydundersøkelse.

Her finner vi noen av rapportens mest interessante resultater. Studier av diagnostisk nøyaktighet viser at kombinasjonen av opplysninger om siste menstruasjon, symptomer og risikofaktorer har høy sensitivitet for å identifisere pasienter med lav risiko. De aller fleste med risiko for ektopisk graviditet eller feil datert svangerskap blir fanget opp og henvist videre til ultralyd.



Målet er ikke å erstatte ultralyd. Målet er å bruke ultralyd der det er nødvendig.

Den samme tankegangen bør også anvendes på andre deler av den gynekologiske helsetjenesten. Når vi blir bedre til å identifisere hvilke pasienter som faktisk trenger ytterligere utredning og sykehusbasert oppfølging, blir det naturlig å spørre om dagens organisering alltid er den mest hensiktsmessige.

Et nærliggende eksempel er håndteringen av missed abortion. I mange tilfeller er diagnosen allerede stilt ved ultralyd av lege utenfor sykehus. Likevel må pasienten henvises videre til sykehus for å få tilgang til medikamentell behandling med mifepriston og misoprostol.

Dette fremstår som et paradoks. Diagnosen er avklart, behandlingen er standardisert og anbefalt i nasjonale retningslinjer, men pasienten må likevel innom en ny del av helsetjenesten for å få utlevert legemidlene. Konsekvensen er økt ventetid, ekstra reisebelastning og unødvendig bruk av spesialisthelsetjenestens ressurser.

For pasienter som bor langt fra sykehus kan dette innebære flere timers reise for en konsultasjon som i praksis har som formål å gi tilgang til en behandling som allerede er besluttet. Mange må ta fri fra jobb, organisere barnepass eller reise lange avstander i en situasjon som allerede er følelsesmessig belastende.

Fra et faglig perspektiv er det også grunn til å spørre hvorfor gynekologer utenfor sykehus kan stille diagnosen, vurdere

behandlingsalternativene og følge opp pasienten, men ikke selv forskrive hele behandlingen. Dagens ordning innebærer at spesialister ikke fullt ut kan behandle en tilstand de har kompetanse til å håndtere.

En frigjøring av mifepriston for forskrivning av leger utenfor sykehus vil gjøre det mulig å samle diagnostikk og behandling på ett sted for mange pasienter. Det vil kunne redusere ventetid, avlaste sykehusene og gi mer sammenhengende pasientforløp uten at den medisinske behandlingen i seg selv endres. Prinsippet er det samme som i diskusjonen om ultralyd: spesialistressurser bør brukes der de tilfører medisinsk verdi, ikke der de først og fremst opprettholder organisatoriske barrierer.

Kanskje er tiden inne for å flytte diskusjonen bort fra spørsmålet om alle abortsøkende trenger ultralyd før medikamentell abort, og over til spørsmålet om hvor godt vi identifiserer dem som faktisk gjør det. Det er tross alt der den kliniske beslutningen tas.

Samtidig bør vi våge å stille det samme spørsmålet om organiseringen av behandlingstilbudet: Hvem trenger faktisk sykehusbehandling, og hvem kan få trygg og effektiv behandling nærmere der de bor?

Målet må være en tjeneste som kombinerer høy sikkerhet med god tilgjengelighet, og som utnytter spesialistkompetansen der den allerede finnes. Det er sannsynligvis også der fremtidig forskning og helsepolitikk bør ha sitt fokus.

Invitasjon til NKIR-Forum 2026

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



Norsk kvinnelig inkontinensforum		
Fredag 13. november 2026, Rødt Auditorium, Patologibygget, Oslo universitetssykehus, Ullevål		
10.55	Rune Svenningsen ønsker velkommen	
<i>Møteleder Anne Torine Litherland</i>		
11.00	Avløpshinder hos kvinner med OAB symptomer, både fysiologiske og anatomiske, hvordan avsløre klinisk og urodynamisk	Henriette Veiby Holm
11.20	Et nordisk perspektiv på stressinkontinens utredning og behandling. Hvorfor gjør vi dette så ulikt?	Eeva Linna
11.50	Obstipasjonsbehandling ved urinkontinens – praktisk tilnærming	Stomisykepleier fra bekkensenteret
12.10	Urinlekkasje og seksualfunksjon hos eldre kvinner	Martina Belluardo
12.25	Kaffepause	
<i>Møteleder Sissel Oversand</i>		
12.40	Bekkenbunnstrening ved urinlekkasje (både stress og urgency) – nytter det i lengden?	U. Due (DK)
13.10	Produktinformasjon Boston Scientific tidl Axonics	
13.15	Produktinformasjon fra Astellas	
13.20	Produktinformasjon fra Pierre Fabre	
13.25	Lunch	
<i>Møteleder Ingrid Volløyhaug</i>		
14.30	Bekkenbunnstrening før og etter POP kirurgi	U. Due (DK)
15.00-15.35	Utredning og behandling av overaktiv blære	B. Rein Solhaug
15.35-15.45	Diskusjon	
15.45	Kaffepause	
<i>Møteleder Rune Svenningsen</i>		
16.00-16.30	Komplikasjonskasuistikker med diskusjon 2-3 stykk	I Volløyhaug/Oversand
16.30	Kvalitetsforbedringsprosjekt for kontroller etter inkontinenskirurgi	S. Oversand
16.45	NKIR strategiske satsinger 2027	Tomislav Dimoski
17.00	Møteslutt	

Bindende påmelding med navn, e-post og profesjon på deltagerne skjer til Nina Malme Gulbrandsen, Kvinneklirikken, OUS uxgnin@ous-hf.no evt tlf: 22118494 **Frist: 30.10.26**

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



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

Den medisinske ensomheten

Fatmata har født ti barn, alle vaginalt, og syv av dem lever fortsatt. Hun blir henvist fra et helsesenter i regionen på grunn av blødninger fra skjeden under fødselen. Ved ankomst er hun i hemodynamisk sjokk, barnet i magen er dødt, og magen er øm og stinn. Jeg søker med ultralyd etter den (løse?) placentaen, men finner den ingen steder. Da ser jeg en tom uterus bak barnet.



Maarten Glas

Gynekolog, Hammerfest sykehus
og Leger Uten Grenser

maartenglas@gmail.com

Ved laparotomi ligger det døde jentefosteret og placenta løst mellom tarmene, og det er et stort hull i livmorens fremre vegg. Noen ganger lykkes man med å reparere en rupturert uterus, men her er det ingenting å hente, og vi bestemmer oss for en subtotal hysterektomi.

Etterpå spør jeg Fatmata om hun hadde brukt noe for å sette i gang fødselen. Hun forteller meg at hun kjøpte fire hvite tabletter av en helsearbeider, og jeg mistenker at hun har tatt 800 mcg misoprostol.

Jeg jobbet tre måneder på et fødselssykehus tilhørende Leger Uten Grenser i Maiduguri, i nordøst-Nigeria tidligere i år. Byen er en sterkt befestet by i en provins preget av jihadistisk vold fra Boko Haram og utbrytergrupper. Dette har ført til fattigdom og hundretusener av flyktninger som søker trygghet i byen, men som ikke har noen inntektskilde.

Her har Leger Uten Grenser satt i gang et omfattende program for underernærte barn, og for to år siden bygget et fødselssykehus med operasjonssal og en blodbank. Vi støtter også noen fødestuer for lavrisikofødsler, og har ambulanser for å frakte kvinner til sykehuset vårt ved risiko eller komplikasjoner. Hver dag tar vi imot 10–15 kvinner og gir dem gratis helsehjelp.

Jeg har arbeidet for Leger Uten Grenser i flere perioder gjennom mange år siden 1993, men denne gangen måtte jeg likevel venne meg til det på nytt. Kvinner er ofte svært syke. Det går ikke en dag uten perinatal dødelighet, og nesten hver uke mister vi mødre. I tillegg til mange andre risikofaktorer, er mange kvinner allerede

underernærte og anemiske før de blir gravide. Hver dag mottar vi kvinner med sepsis eller eklampsi, ofte allerede med anuri og bevisstløshet. Likevel klarer vi å redde overraskende mange, som kommer seg igjen i løpet av noen dager.

Det er et velfungerende sykehus, bedre enn jeg har sett andre steder jeg har jobbet. Vi har vanligvis nok medisiner og utstyr, et laboratorium for grunnleggende undersøkelser og vanligvis blod i blodbanken. Når en kvinne trenger blod, forventes det at familie-medlemmer donerer for å erstatte den mengden blod som er brukt. Det er ofte den eneste måten å sikre at blodbanken har nok blod.

Maiduguri er en provinshovedstad med over en million innbyggere. Den har sykehus, blant annet et universitetssykehus, men kapasiteten er begrenset og helsetjenestene altfor kostbare for de fleste. Men vi kan noen ganger henvise personer med for eksempel nyresvikt eller kardiologiske problemer under svangerskapet, og da betaler vi også for helsetjenestene til disse kvinnene.

Nigeria er enormt mangfoldig med 241 millioner innbyggere, mer enn fem hundre levende språk og en stor kulturell innflytelse på kontinentet. Landet er en stor oljeeksportør med betydelige inntekter, men en enda større ulikhet og dermed mye fattigdom. FN anslår mødre-dødeligheten til godt over 1000 per 100 000 levende-fødte barn, altså 1 % per fødsel. Det er også for Afrika sjokkerende høyt og hører til de dårligste tallene globalt. I Norge er det tilsvarende tallet to per 100 000. Antall graviditeter per kvinne er også høyt, og nesten én av tjuefire jenter som når fruktbar alder, vil dø av graviditetskomplikasjon.

Og likevel elsker jeg dette arbeidet. Det er spennende, noen ganger vanskelig, men veldig nødvendig, og jeg er stolt over å kunne bidra.

Det vanskeligste synes jeg er den «medisinske ensomheten». Du har langt færre diagnostiske muligheter enn hjemme, og må ta store beslutninger med begrenset informasjon og uten en kollega å rådføre seg med eller operere sammen med. Jeg føler meg av og til ensom med ansvaret, og selv om jeg vet at det er uunngåelig at noen mødre dør, gjør det like sterkt inntrykk hver gang.



Foto: Privat

Vi bor på et lukket område med sikkert tjue internasjonale kolleger fra hele verden og i alle aldre. Teknikere, logistikere, vann- og sanitæringenører, en farmasøyt, men også to barneleger, en jordmor, to allmennleger og en anestesilege. Av sikkerhetsmessige årsaker får vi ikke bevege oss utenfor dette området og sykehuset.

Alle har her sitt eget rom med toalett. Vi spiser sammen og tilbringer fritiden sammen. Det blir laget mat og gjort rent for oss. Noen ganger føles det som å bo i et studentkollektiv, og det kan være veldig hyggelig og sosialt. Samtidig har vi ikke valgt hverandre selv, vi samarbeider også på jobb, og vi har ulik kulturell bakgrunn. Man er også en støtte for hverandre på vanskelige dager. Det er et spesielt mikrokosmos, men jeg elsker det.

Jeg kom til Hammerfest fra Nederland for tre og et halvt år siden for å jobbe ved Hammerfest sykehus. Sykehuset har gitt meg og



flere av mine kolleger mulighet til å ta permisjon for å delta i dette internasjonale arbeidet, og spesialister reiser jevnlig rundt i verden. I fjor dro kolleger for eksempel til Gaza, Afghanistan, Kambodsja.

Hammerfest er et lite, men velfungerende sykehus, lokalisert 450 kilometer nord fra nærmeste kvinneklinikk i Tromsø og 600 kilometer fra sykehuset i Kirkenes. Som ved mange norske sykehus er det utfordrende å rekruttere og stabilisere overleger, og vaktka-balen må gå opp. Likevel får vi mulighet til å kombinere klinisk arbeid i Hammerfest med internasjonalt engasjement. Og våre overlegestillinger har alle vært besatte de siste årene. For meg har denne muligheten vært en viktig grunn til å velge en fast stilling ved dette sykehuset.

Kvinnehelse i arktiske strøk

Velkommen til Faggruppe for Global Kvinnehelse sitt formøte 21. Oktober kl 16.30-18.00 med tre spennande foredrag. Mulighet for digital deltakelse.



“To be born with a home: arktisk fødselshjelp i Nunavik og Grønland”

v/jordmor og MPH Susanne Houd
(foredraget vil foregå på dansk)

“Samisk fødselsomsorg: historiske perspektiver, samtidige erfaringer og veier mot kulturelt trygg omsorg”

v/jordmor og PhD-stipendiat Anne-Hedvig Salmi Nordsletta



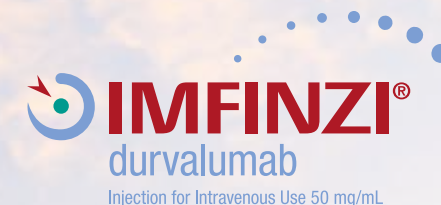
“Urfolk i nord, kolonialisme og kultur i kvinnehelse”

v/gynekolog og professor
Johanne Sundby



Ønsker du å følge arrangementet digitalt? Send mail til saraeriksen20@gmail.com for zoom-link

Videreføres som førstevalg ved dMMR-tumours i onkologianbudet gyldig fra 1. oktober 2026¹



IMFINZI® (durvalumab) i kombinasjon med karboplatin og paklitaksel, videreføres som førstevalg ved endometriekreft som er mismatch repair deficient (dMMR) i onkologianbudet gyldig fra 1. oktober 2026¹

INDIKASJON²:

IMFINZI® i kombinasjon med karboplatin og paklitaksel er indisert som førstelinjebehandling hos voksne med primær avansert eller tilbakevendende endometriekreft som er kandidater for systemisk behandling, etterfulgt av vedlikeholdsbehandling med:

- IMFINZI® som monoterapi ved endometriekreft som er mismatch repair deficient (dMMR).

Referanser:

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

IMFINZI® – Viktig informasjon

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

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

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

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

ABSTRAKT GYNEKOLOGI

G1 Sexual function in midlife and after menopause: a comparison by mode of delivery

Belluardo Martina¹, Nyhus Maria Ø.^{1,2} Svenningsen Rune^{3,4,5}, Volloøhaug Ingrid^{1,2}
¹ Department of Clinical and Molecular Medicine, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway
² Department of Obstetrics and Gynecology, St. Olavs University Hospital, Trondheim, Norway
³ Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo, Norway
⁴ Department of Gynecology, Oslo University Hospital, Oslo, Norway
⁵ The Norwegian Female Incontinence Registry, Oslo University Hospital, Oslo, Norway.

Background: Differences in sexual function between delivery modes have been reported in the early postpartum period, but long-term effects remain unclear. We compared sexual function across delivery modes in women 27-34 years after childbirth.

Methods: In 2024, 965 of 1641 women (58.8%) who had their first child in Trondheim between 1990 and 1997 completed a questionnaire containing the Female Sexual Function Index (FSFI), range 2-36, where higher scores indicate better sexual function. Participants were categorized by mode of delivery: normal vaginal delivery, cesarean delivery, vacuum delivery, and forceps delivery. FSFI scores <26.55 indicated sexual dysfunction, according to international standards. Mean total and subdomains FSFI scores were compared across delivery modes using ANOVA.

Results: Of 598 women sexually active during the previous month (62%), 550 met inclusion criteria (partner, available FSFI score, no combined forceps/vacuum delivery); 231 (42%) had sexual dysfunction. The mean FSFI score for the cohort was 26.8, with no differences between delivery groups (p=0.88). Similarly, no group differences were found across FSFI subdomains (all p>0.05). Overall, mean FSFI subdomain scores with observed ranges were: desire 3.43 (1.2- 6.0), arousal 3.78 (1.2-6.0), lubrication 4.50 (0.6-6.0), orgasm 4.73 (0.8-6.0), pain 5.33 (1.2-6.0), and satisfaction 5.06 (1.2-6.0).

Conclusion: Mode of delivery was not associated with sexual function 27-34 years after first delivery in this cohort. The effects of childbirth-related injuries on sexual function appear to diminish over time, suggesting long-term healing and recovery. Further research is needed to identify factors contributing to sexual dysfunction in women in midlife and after menopause.

G2 Cut-off value for sexual dysfunction in women with pelvic floor disorders: evidence from a Norwegian cohort of women with pelvic floor disorders

Belluardo Martina¹, Nyhus Maria Ø. ^{1,2}, Svenningsen Rune^{3,4,5}, Volloøhaug Ingrid^{1,2}
¹ Department of Clinical and Molecular Medicine, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway
² Department of Obstetrics and Gynecology, St. Olavs University Hospital, Trondheim, Norway
³ Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo, Norway
⁴ Department of Gynecology, Oslo University Hospital, Oslo, Norway
⁵ The Norwegian Female Incontinence Registry, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

Background: The pelvic organ prolapse/incontinence sexual questionnaire - IUGA revised (PISQ-IR) is used to assess sexual function in women with pelvic floor disorders (PFD), including pelvic organ prolapse, urinary and fecal incontinence; however, it lacks a universally accepted cutoff value for identifying sexual dysfunction. The scale ranges 1-5, where higher scores indicate better sexual function. We aimed to propose a cutoff score suggestive for dysfunction.

Methods: In 2024, we collected data from 965 women who delivered in Trondheim between 1990-97. They completed both PISQ-IR and Female Sexual Function Index (FSFI) questionnaires. Sexually active women with PFD and valid FSFI and PISQ-IR scores were included. Sexual dysfunction was defined as mean FSFI score <26.55 (range 2-36) according to international standards. Receiver operating characteristic (ROC) analysis was performed using FSFI-defined sexual dysfunction as reference and PISQ-IR mean score as index test. The area under the curve (AUC) was calculated, and the optimal cutoff was identified using Youden's index.

Results: 252 (26.7%) women were included. Mean age was 57.4 years and BMI 27.3 kg/m². According to FSFI, 130 (51.6%) PFD-women had sexual dysfunction. ROC analysis demonstrated good discrimination with an AUC of 0.87. The optimal mean PISQ-IR cutoff was 3.53 with 80.8% sensitivity and 78.7 % specificity. This is higher than the previous cutoff of <2.68 suggested in a Polish study.

Conclusion: PISQ-IR <3.53 showed good discrimination performance for sexual dysfunction in women with pelvic floor disorders. Population-specific thresholds may be needed when using PISQ-IR to identify sexual dysfunction.

G3 Long-term follow-up of the shorter mid-urethral sling TVT-O Abbrevio®

Kjersti Rimstad^{1,4}, Sissel H. Oversand^{2,3}, Marie E. Engh^{1,4}, Jüratë Š. Benth^{4,5}, Rune Svenningsen^{2,3,4}
¹ Department of Obstetrics and Gynaecology, Akershus University Hospital
² Department of Gynaecology, Oslo University Hospital
³ The Norwegian Female Incontinence Registry, Oslo University Hospital
⁴ Institute of Clinical Medicine, University of Oslo
⁵ Health Services Research Unit, Akershus University Hospital

Background: Mid-urethral slings are the most common surgical treatment for stress and mixed urinary incontinence. The shorter TVT-O Abbrevio® (TVT-A) sling was introduced to minimize post-operative pain and complications by using less synthetic material than traditional slings, with comparable effectiveness. The aim of this study was to test subjective and objective effectiveness of the TVT-A sling over time and assess long-term sling-related pain and complications.

Method: Retrospective follow-up study of women operated with TVT-A at Akershus University Hospital from 2016 to 2021. Of 312 operated women, 170 provided subjective data of which 144 (85%) also provided objective data. Long-term data were merged with previously stored data in the Norwegian Female Incontinence Registry (NFIR). Preoperative, surgical, 6-12 months and 3-year follow-up data was linked to the long-term data. Stress incontinence symptoms were assessed with the validated NFIR questionnaire and objective leakage with a standardized stress-test. Linear mixed models were used analyzing the subjective and objective outcomes adjusting for potential confounders.

Results: After median 6.5 years, TVT-A showed lasting subjective- and objective improvement with significant changes from pre-surgery symptoms and objective leakage to all follow-ups (p<0.001). Objective leakage increased slightly from 6-12 months to long-term (p = 0.075), whilst subjective improvement decreased some from three years to long-term (p<0.001). Preoperative urgency symptoms negatively impacted subjective results, and high BMI at surgery the objective results. Total complication rate and sling-related pain at longterm follow-up were 10.1% and 3.9% respectively.

Conclusion: TVT-A had lasting long-term results with low rates of complication and slingrelated pain

G4 Endring i plager med urgeinkontinens etter operasjon for stressinkontinens hos kvinner

Schiøtz, Hjalmar A¹, Myhr, Siv S. ¹
¹ Kvinneklínikken, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg.

Bakgrunn: Mange kvinner har behov for operativ behandling pga. stressinkontinens. Inngrepet vil ofte bedre samtidige plager med urgeinkontinens, men kan også utløse slike plager hos kvinner som ikke hadde dette preoperativt. Målet med studien var å kartlegge forekomsten av bedring og forverring av plager med urgeinkontinens etter primæroperasjon for stressinkontinens.

Metode: Vi inkluderte alle kvinner som hadde fått utført primæroperasjon med tensjonsfri vaginal tape (TVT) eller injeksjon med Bulkamid ved gynekologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold, og som hadde 6-12 måneders oppfølging registrert i NKIR-registeret frem til 31.12.2024. TVT-pasientene ble inkludert fra registerets start i 1998 og alle Bulkamidpasientene fra metoden ble innført i 2007. Pre- og postoperativ score for urgeinkontinens ble sammenlignet. Statistikk: khikvadrattest og Fishers eksakte test. Signifikansnivå 0,05.

Resultater: Studien omfatter 2710 kvinner operert med retropubisk TVT og 305 som fikk periurethral injeksjon med Bulkamid. Preoperativt hadde hhv. 36 % og 21 % ren stressinkontinens, mens hhv. 64 % og 79 % hadde blandingsinkontinens. Postoperativt rapporterte 79 % bedring av urgeinkontinensplager etter TVT mot 54 % etter injeksjonsbehandling. Nyoppstått urgeinkontinens ble rapportert hos hhv. 6 % og 20 %, og forverring av urgeinkontinens hos hhv. 4,2 % og 11,8 %.

Konklusjon: Opp til 79 % av kvinnene med preoperativ blandingsinkontinens opplevde bedring i sine plager med urgeinkontinens etter operasjon for stressinkontinens. Imidlertid, rapporterte 6 % av pasientene som preoperativt hadde ren stressinkontinens, de novo urgency etter TVT-operasjon og hele 20 % etter Bulkamid-injeksjon. Adekvat preoperativ informasjon er nødvendig, spesielt hos kvinner som ikke har preoperative plager med urgeinkontinens.



Ta testen!

Arbeidsliv Kjærlighetsliv Treningsliv Familieliv Hverdagsliv

Ødelegger kraftige blødninger hverdagen din?

1 av 5 kvinner* har kraftige menstruasjonsblødninger, men det finnes løsninger. Spør legen din om hvilke behandlingsmuligheter som finnes. Du finner også nyttig informasjon på kraftigmens.no

kraftig
mens
.no

1 Shapley M, Jordan K, Croft PR. An epidemiological survey of symptoms of menstrual loss in the community. The British Journal of General Practice. 2004;54(502):359-363.

G5 A novel examination protocol applied in women with and without chronic pelvic pain

Amundsen, Kristine^{1,2}, Tiller, Heidi^{1,2}, Stafne, Signe N.^{3,4,5}, Hem, Birgit H.^{1,2}, Dahl, Astri G.⁶, Huseby, Silje⁶, Steingrimsdóttir, Ólöf A.^{7,8}, Hagemann, Cecilie T.^{5,6}

¹ Women's Health and Perinatology research group, Department of Clinical Medicine, UiT the Arctic University of Norway, Tromsø, Norway

² University Hospital of North Norway, Department of Gynecology and Obstetrics, Tromsø, Norway

³ Department of Rehabilitation, St. Olavs hospital, Trondheim, Norway

⁴ National Center for Pelvic Floor Health, University Hospital of North Norway

⁵ Department of Clinical and Molecular Medicine, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway

⁶ Department of Obstetrics and Gynecology, St. Olavs hospital, Trondheim University Hospital, Trondheim, Norway

⁷ Department of Physical Health and Ageing, Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norway

⁸ Department of Research, Oral Health Centre of Expertise in Eastern Norway, Oslo, Norway

Corresponding author: kristine.amundsen@unn.no

Background: A gold-standard for clinical examination in women reporting chronic pelvic pain (CPP) is lacking. A standardized examination protocol may increase quality in assessment of pain phenotypes, diagnostics, treatment and research.

Objective: To develop a protocol for examination in women with CPP and test association between self-reported pain and pain on examination.

Methods: Women from the 2021-22 Fit Futures 3 cohort with (n=16) and without (n=3) self-reported CPP and endometriosis outpatients (n=43) (St. Olavs hospital/UNN) were examined. Pregnant women or women giving birth/having had pelvic surgery past 6 months were excluded.

The previously published World Endometriosis Research Foundation Endometriosis Phenome and Biobanking Harmonization Project examination protocol was modified through interdisciplinary consensus and pilot testing. Predefined sensory and palpatory assessments of abdomen, vulva and pelvic floor were performed. Self-reported pain was assessed with Brief Pain Inventory (BPI24h), pain on examination (Numeric Rating Scale, NRS, 0-10) and pelvic floor strength (Modified Oxford Scale 0-5). Groups were stratified by BPI24h<4 (n=28) or BPI24h≥4 (n=34). Examinations were performed by five gynecologists (UNN/St. Olavs).

Results: 62 women aged 20-48 underwent standardized examination.

Mean NRS on palpation in 9 out of 11 areas tested (vulva, abdomen, pelvic floor) was significantly higher in women with BPI24h≥4.

G6 VULVADYN-studien: foreløpige resultater fra en randomisert kontrollert behandlingsstudie ved 12 måneders oppfølging

Hagemann, Cecilie T.^{1,2}, Stafne, Signe N.^{1,3}, Teigen, Per K.⁴, Fors, Egil A.⁵, Andresen, Ragnhild M.², Salvesen, Øyvind.⁵, Schei, Berit.^{2,5}, Volloyhaug, Ingrid.^{1,2}

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

² Kvinnekliviken, St. Olavs hospital, Trondheim

³ Rehabiliteringskliviken, St. Olavs hospital, Trondheim

⁴ Kvinnekliviken, Haukeland sykehus, Bergen

⁵ Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie (ISM), NTNU

Bakgrunn: VULVADYN-studien var en randomisert kontrollert behandlingsstudie som evaluerte effekten av tverrfaglig vulvateam (VT) med gynekolog, hudlege og fysioterapeut mot standard gynekologisk poliklinikk (GP) på smerte og seksuallfunksjon hos kvinner med vulvodyni. Vi presenterer data fra 12-månedersoppfølgingen.

Metode: Kvinner henvist til St. Olavs hospital med vulvodyni ble randomisert til VT eller GP (begge n=53) fra 2018 til 2024. Ved inklusjon og etter 12 måneder fylte deltakerne ut validerte spørreskjemaer om smerterelaterte, psykologiske og seksuallfunksjonsrelaterte helsekarakteristika. Smerte ble kartlagt med vulvasjesiometer og tampongtest. Analysene fulgte prinsippet om behandlingsintensjon. Gjennomsnittlige forskjeller mellom gruppene med 95 % konfidensintervaller (KI) ble estimert ved hjelp av lineær blandet effekt-modell i SPSS.

Resultater: Gjennomsnittlig (±SD) alder og varighet av vulvodyni var henholdsvis 26,9 (9,3) og 5,9 (5,0) år. Henholdsvis 33 og 34 deltakere i VT- og GP-gruppen gjennomførte oppfølgingsundersøkelsen etter 12 måneder. Gjennomsnittlig (95 % KI) Numeric Rating Scale (NRS, skala 0-10) for vulvasmerter siste uke ved baseline var 2,8 (2,5 - 3,1). Etter 12 måneder rapporterte VT-deltakerne en signifikant lavere NRS-skår enn GP-gruppen (1,5 (1,0 - 2,1) versus 2,3 (1,7 - 2,8), p = 0,046). For Pain Catastrophizing Scale (PCS, skala 0 - 52) var gjennomsnittlig (95 % KI) skår ved baseline 21,4 (19,4 - 23,4). Etter 12 måneder hadde VT-gruppen en signifikant lavere skår enn GP-gruppen (15,6 (12,4 - 18,8) vs. 19,9 (16,8 - 23,1), p = 0,045). Vi fant ingen andre statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene.

Konklusjon: Resultatene viser at en tverrfaglig tilnærming kan ha fordeler ved behandling av vulvodyni. Endelige konklusjoner krever ytterligere analyser.

G7: Salpingotomi vs salpingektomi ved ektopisk tubargraviditet før og etter NGF veilederrevisjon: en 5-års kohortstudie

Talmatch, Lene Salbu¹, Goulimis, Athena I.², Tellum, Tina^{1,3}
¹Medisinsk Fakultet, Universitetet i Oslo.
²Gynekologisk avdeling, Oslo Universitetssykehus, Ullevål
³Obstetrisk seksjon, Oslo Universitetssykehus, Ullevål

Bakgrunn: I januar 2024 ble NGF-veilederen for ektopisk graviditet revidert, med anbefaling om salpingotomi, der både salpingotomi og salpingektomi er gjennomførbart og kvinnen samtykker. Vi undersøkte hvordan anbefalingen påvirket kirurgisk praksis og utfall ved et tertiærsykehus.

Metode: Historisk kohort av alle kvinner operert for tubargraviditet ved Oslo universitetssykehus, Ullevål, i 2018 og 2022–2025 (n=457). Andel vurderte, forsøkte og gjennomførte salpingotomier, konvertering til salpingektomi, operative utfall og betydningen av kirurgisk erfaring ble sammenlignet før og etter veilederrevisjonen.

Resultater: Salpingotomi ble gjennomført i 36/457 (7,9 %) inngrep. Etter veilederrevisjonen økte andelen fra 3,0 % til 14,7 % (p<0,001), mens salpingotomi ble vurdert i 4,9 % mot 46,6 % og forsøkt i 4,1 % mot 22,0 % (begge p<0,001). Av 53 forsøk ble 17 (32,1 %) konvertert til salpingektomi. Konvertering var ikke assosiert med operatørkategori eller tilstedeværelse av erfaren kirurg. Operasjonstiden var sammenlignbar mellom salpingotomi og salpingektomi og var sterkere assosiert med graden av hemoperitoneum enn med kirurgisk erfaring. Reoperasjon forekom etter 3/36 (8,3 %) salpingotomier og 3/421 (0,7 %) salpingektomier; persisterende trofoblast forekom hos 2/36 (5,6 %) etter salpingotomi. Kvinner med risikofaktorer for tubeskade fikk ikke oftere salpingotomi enn øvrige kvinner (6,6 % mot 8,5 %, p=0,59).

Konklusjon: Salpingotomi økte betydelig etter revisjon av NGF-veilederen, men absolutt bruk forble lav og en tredjedel av forsøkene ble konvertert. Kirurgisk ekspertise reduserte ikke konverteringsraten, og salpingotomi var ikke forbundet med lengre operasjonstid. Funnene tyder på at implementering av anbefalingen krever spesifikk opplæring i salpingotomi og generell bedre fokus på kvinner som kan ha størst nytte av tubebevarende kirurgi.

G8: Utvikling og validering av prediksjonsmodeller for intraoperative og postoperative komplikasjoner ved laparoskopisk hysterektomi

Denstad, Silje E.^{1,2}, Volløyhaug, Ingrid^{1,2}, Lieng, Marit^{3,4}, Salvesen, Øyvind⁵, Lonnee-Hoffmann, Risa AM^{1,2}
¹ Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU, Trondheim
² Kvinneklínikken, St.Olavs hospital, Trondheim
³ Institutt for klinisk medisin, Universitet i Oslo
⁴ Helse Bergen HF, Bergen
⁵ Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU, Trondheim

Bakgrunn: Risikofaktorer for komplikasjoner ved laparoskopisk hysterektomi (LH) er kjent, men individuell preoperativ risikovurdering er utfordrende. Målet var å utvikle prediksjonsmodeller for individuell komplikasjonsrisiko.

Metode: Retrospektiv kohortstudie basert på alle LH registrert i Norsk gynekologisk endoskopiregister 2019-2024 (n=15 461). Modeller for intraoperative og moderate/alvorlige postoperative komplikasjoner innen fire uker ble utviklet på data fra 2019-2022, validert på data fra 2023-2024 og reestimert på hele datasettet.

Resultater: I totalkohorten hadde 1,8 % intraoperative og 4,6 % postoperative komplikasjoner. AUC i valideringskohorten var 0,68 (95 % KI 0,62-0,74) for intraoperative og 0,61 (95 % KI 0,57-0,65) for postoperative komplikasjoner. De viktigste prediktorene for intraoperative komplikasjoner var laparoskopisk assistert vaginal hysterektomi og andre sjeldnere LH-metoder (aOR 2,15; 95 % KI 1,20-3,86), myom (aOR 1,98; 95 % KI 1,50-2,61), lavt sykehusvolum (aOR 1,49; 95 % KI 1,09-2,05), tidligere laparotomi (aOR 1,48; 95 % KI 1,14-1,90) og høyere BMI (aOR 1,66 per 10 kg/m²; 95 % KI 1,34-2,05). Supravaginal hysterektomi gav redusert risiko (aOR 0,37; 95 % KI 0,28-0,92). De viktigste prediktorene for postoperative komplikasjoner var cervixcancer (aOR 2,58; 95 % KI 1,33-5,02), ASA-grad ≥3 (aOR 1,89; 95 % KI 1,30-2,76), smerte/endometriose/adenomyose (aOR 1,50; 95 % KI 1,20-1,87), lavt sykehusvolum (aOR 1,36; 95 % KI 1,08-1,71) og tidligere laparotomi (aOR 1,22; 95 % KI 1,01-1,47). Supravaginal hysterektomi gav redusert risiko (aOR 0,42; 95 % KI 0,28-0,64).

Konklusjon: Prediksjonsmodellene for intraoperative og postoperative komplikasjoner viste begrenset til moderat diskriminering. Intraoperative og postoperative komplikasjoner hadde delvis ulike risikofaktorer. Bruk av modellene kan gi mer individualisert preoperativ risikovurdering.

G9 Forekomst av og risikofaktorer for komplikasjoner ved fjerning av p-stav påsykehus

Holsæther, Stine¹; Nordbø, Olav²; Sande, Ragnar K.^{2,3}
¹ Medisinsk Fakultet, Universitetet i Bergen
² Kvinneklínikken, Stavanger Universitetssjuehus, Stavanger
³ Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen

Background: A gold-standard for clinical examination in women reporting chronic pelvic pain (CPP) is lacking. A standardized examination protocol may increase quality in assessment of pain phenotypes, diagnostics, treatment and research.

Objective: To develop a protocol for examination in women with CPP and test association between self-reported pain and pain on examination.

Methods: Women from the 2021-22 Fit Futures 3 cohort with (n=16) and without (n=3) self-reported CPP and endometriosis outpatients (n=43) (St. Olavs hospital/UNN) were examined. Pregnant women or women giving birth/having had pelvic surgery past 6 months were excluded. The previously published World Endometriosis Research Foundation Endometriosis Phenome and Biobanking Harmonization Project examination protocol was modified through interdisciplinary consensus and pilot testing. Predefined sensory and palpatory assessments of abdomen, vulva and pelvic floor were performed. Self-reported pain was assessed with Brief Pain Inventory (BPI24h), pain on examination (Numeric Rating Scale, NRS, 0-10) and pelvic floor strength (Modified Oxford Scale 0-5). Groups were stratified by BPI24h<4 (n=28) or BPI24h≥4 (n=34). Examinations were performed by five gynecologists (UNN/St. Olavs).

Results: 62 women aged 20-48 underwent standardized examination. Mean NRS on palpation in 9 out of 11 areas tested (vulva, abdomen, pelvic floor) was significantly higher in women with BPI24h≥4.

G10 Vulvacancer: Behandling ved Haukeland Universitetssjuehus i perioden 2010-2022

Alotri, Bushra¹, Svendsby, Sandra¹, Trovik, Jone^{1,2}
¹ Klinisk Institutt 2, Universitetet i Bergen
² Gynekologisk avdeling, Haukeland Universitetssjuehus

Bakgrunn: Vulvakreft er en sjelden gynekologisk kreftform som hovedsakelig rammer eldre kvinner. Behandlingen avhenger av histologisk type og FIGO-stadium og, for Helse Vest, er sentralisert til Haukeland Universitetssjuehus (HUS).

Mål: Beskrive behandling, oppfølging og overlevelse av pasienter med vulvakreft ved sykehus med regionansvar.

Materialer og metoder: Retrospektiv sykehuskohort, kvinner behandlet for vulvakreft ved Haukeland universitetssykehus i perioden 2010–2022. Data om pasient- og tumorkarakteristike, behandling og oppfølging tom 31.1.2025 ble hentet fra pasientjournal etter Personvernombudgodkjenning eProtokoll 4071–4071. Sykdomsstadium ble reklassifisert fra FIGO 2009 til FIGO 2021. Kji-kvadrat/Fischers eksakakt-test, Man-Whitney og Kaplan-Meyer/Cox multivariat overlevelsesanalyser er benyttet.

Resultater: Totalt 150 pasienter ble inkludert, 137 (91 %) med plateepitelkarsinom, 7 melanom og 6 andre histologiske typer. Lichen sclerosus ble identifisert hos 40 pasienter (27 %), HPVpositivitet hos 11/139 (8 %). Totalt 109 (77 %) ble diagnostisert med tidlig stadium (FIGO I-II), ingen forskjell mellom FIGO 2009 versus 2021. Plateepiteltumores var sjeldnere lavt differensiert (11/91) enn andre typer (4/5, p=0,002). Primært ble 137 kvinner (91 %) behandlet kirurgisk (76 med lymfeknutefjerning, fom 2014 26 via vaktpostlymfeknuteteknikk), 11 mottok strålebehandling og 132 (88 %) ble ansett radikalt behandlet. I alt 79 pasienter (53 %) forble tilbakefallsfrie, mens 49 (33 %) døde på grunn av vulvakreft. Histologisk type (melanom HR 4,4), FIGO-stadium III-IV (HR 2,0) radikal primærbehandling (HR 5,5), og røykestatus (HR 2,6) påvirket uavhengig sykdomsspesifikk overlevelse (alle p<0,046).

Konklusjon: Pasienter med vulvakreft på Haukeland behandles i samsvar med nasjonale retningslinjer. Pasientgruppen har høy risiko for tilbakefall og død og trenger bedre målrettet kirurgisk og medikamentell behandling.

G11 Tidlige postoperative komplikasjoner etter fertilitets-bevarende kirurgi for cervixcancer: En retrospektiv kohortstudie

Hagen, Kristine K.^{1,2}; Eyulfsdottir, Brynhildur³; Dahl, Gunn F.³; Wang, Yun³; Lund, Kjersti V.⁴; Nordskar, Nina J.⁵; Sert, Hakan⁶; Sletten, Elise T.⁷; Gausel, Katarina⁸; Sugulle, Meryam^{1,2}; Staff, Anne C.^{1,2}; Hagen, Milada⁹; Eriksson, Ane G.Z.^{2,6}

¹ Kvinneklivnikken, Oslo Universitetssykehus
² Institutt for klinisk medisin, medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo
³ Avdeling for gynekologisk kreft, Radiumhospitalet, Oslo Universitetssykehus
⁴ Avdeling for radiologi, Radiumhospitalet, Oslo Universitetssykehus
⁵ Kvinneklivnikken, St Olavs Hospital
⁶ Avdeling for patologi, Radiumhospitalet, Oslo Universitetssykehus
⁷ Kvinneklivnikken, Universitetssykehuset i Nord-Norge
⁸ Kvinneklivnikken, Stavanger Universitetssykehus
⁹ Fakultet for helsevitenskap, Oslo Met

Bakgrunn: Fertilitetsbevarende kirurgi for cervixcancer i tidlig stadium har utviklet seg over tid som følge av et ønske om å redusere iatrogen morbiditet, og samtidig yte trygg og fullgod kreftbehandling. Målet med studien var å beskrive og sammenligne postoperative komplikasjoner 30 dager etter kirurgi i en nasjonal sentralisert kohort av kvinner med cervixcancer under 2 cm.

Metode: Vi presenterer en nasjonal retrospektiv kohortstudie med pasienter som gjennomgikk fertilitetsbevarende kirurgi for tidlig stadium cervixcancer. Pasientene ble behandlet ved Radiumhospitalet i perioden 2010 – 2021, og alle hadde tumor mindre eller lik 2 cm i største diameter. Det ble brukt tre ulike kirurgiske metoder: Modifisert radikal vaginal trachlectomi, enkel vaginal trachlectomi og konisering med laparoskopisk lymfeknutebiopsi. Postoperative komplikasjoner ble retrospektivt gradert ved hjelp av «Accordion Severity Classification of Postoperative Complications: Expanded classification». Vi brukte deskriptive statistiske metoder til analysene.

Resultater: Blant 127 fortløpende pasienter hadde 104 kvinner (82 %) ingen komplikasjoner. Ti kvinner (8 %) hadde mindre komplika-sjoner, grad 1-2, mens 13 kvinner (10 %) fikk alvorlige komplikasjoner, grad 3 og 4. Av disse var tre relatert til lymfadenektomi og ti hadde postoperativ cervikalblødning. Blødning ble håndtert ved pakking av vagina, diatermi, suturer og/eller lokalbehandling med hemostatika. Syv av blødningstilfellene oppstod mens kvinnen fremdeles var inneliggende etter primæroperasjonen. Ingen kvinner døde som følge av prosedyren.

Konklusjon: Blødning fra cervix var den vanligste alvorlige postoperative komplikasjonen ved alle tre prosedyrene. Blødning oppstod typisk innen 48 timer postoperativt. Dette funnet illustrerer viktigheten av preoperativ informasjon og peroperativ hemostase.

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.



Jan Bye AS
MEDISINSK TEKNIKK

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

OBSTETRIKK

01 Effekt av intrapartum skopolaminbutylbromid og natrium-bikarbonat på spontan vaginal fødsel hos førstegangsfødende etter induksjon: en randomisert, placebokontrollert, faktoriell multisenterstudie (SAINT)

Forfattere: Michelsen, Trond M., Leeves, Lisa T., Solhoff, Aslak V., Nilsen, Nina G., Kjøllesdal, Anne M., Pettersen, Åse T. R., Magnussen, Elisabeth, Sande, Ragnar K., Kessler, Jørg, Lippert, Tonje, Ween-Velken, Marte, Sjøborg, Katrine, Haavaldsen, Camilla, Jacobsen, Anne F. og Sørbye, Ingvil K.
På vegne av SAINT-konsortiet.

SAINT-konsortiet: Michelsen, Trond M., Leeves, Lisa T., Solhoff, Aslak V., Nilsen, Nina G., Kjøllesdal, Anne M., Pettersen, Åse T. R., Magnussen, Elisabeth, Sande, Ragnar K., Kessler, Jørg, Lippert, Tonje, Ween-Velken, Marte, Sjøborg, Katrine, Haavaldsen, Camilla, Jacobsen, Anne F., Sørbye, Ingvil K., Gaudernack, Lise, Staff, Anne C., Skjervén, Håvard O., Oppegaard, Kevin S.

¹ Fødeavdelingen, Oslo universitetssykehus, Oslo, Norge. ² Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, Oslo, Norge. ³ Forskningsenheten, Sørlandet sykehus, Norge. ⁴ Clinical Trials Unit, Forskningsstøtte, Oslo sykehusservice, Oslo universitetssykehus, Oslo, Norge. ⁵ Fødeavdelingen, Vestre Viken HF, Drammen, Norge. ⁶ Fødeavdelingen, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø, Norge. ⁷ Fødeavdelingen, St. Olavs hospital, Trondheim, Norge. ⁸ Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim, Norge. ⁹ Fødeavdelingen, Stavanger universitetssjuehus, Stavanger, Norge. ¹⁰ Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen, Bergen, Norge. ¹¹ Føde-avdelingen, Haukeland universitetssjuehus, Bergen, Norge. ¹² Fødeavdelingen, Vestre Viken HF, Bærum, Norge. ¹³ Fødeavdelingen, Sørlandet sykehus, Kristiansand, Norge. ¹⁴ Fødeavdelingen, Sykehuset Østfold, Kalnes, Norge. ¹⁵ Fødeavdelingen, Akershus universitetssykehus, Lørenskog, Norge. ¹⁶ Kvinneklínikken, Ullevål, Oslo universitetssykehus, Oslo, Norge. ¹⁷ Barne- og ungdomsklinikken, Oslo universitetssykehus, Oslo, Norge. ¹⁸ Kvinneklínikken, Kongsvinger, Akershus universitetssykehus, Kongsvinger, Norge

Bakgrunn: Induksjon av fødsel hos førstegangsfødende er forbundet med økt risiko for operativ forløsning. Studien undersøkte om intrapartum skopolaminbutylbromid, natriumbikarbonat eller kombinasjonen av disse økte forekomsten av spontan vaginal fødsel.

Metode: Safe induction of labor trial (SAINT) var en randomisert, dobbeltblind, placebokontrollert fase 3-studie med 2×2 faktorielt design ved elleve norske sykehus. Førstegangsfødende kvinner (18–50 år) med ett levende foster i hodeleie til termin og indikasjon for induksjon ble randomisert 1:1:1:1 til kombinasjonsbehandling (peroralt natriumbikarbonat og intravenøst skopolaminbutylbromid), peroralt natriumbikarbonat og intravenøst placebo, peroralt placebo og intravenøst skopolaminbutylbromid, eller dobbelt placebo. Behandling ble gitt ved start av aktiv fødsel og gjentatt hver fjerde time inntil tre doser. Primært endepunkt var spontan vaginal fødsel.

Resultater: Mellom 4. januar 2023 og 29. januar 2025 ble 3094 kvinner randomisert, hvorav 2963 inngikk i hovedanalysen. Spontan vaginal fødsel forekom hos 57 % (422/741) i kombinasjonsgruppen (peroralt natriumbikarbonat og intravenøst skopolaminbutylbromid), 61 % (445/734) i natriumbikarbonatgruppen, 61 % (449/741) i skopolaminbutylbromidgruppen og 56 % (422/747) i dobbeltplacebo-gruppen. Justerte risikodifferanser sammenlignet med placebo var henholdsvis -0,2 prosentpoeng (95 % KI -5,1 til 4,7, p=0,934), 3,1 prosentpoeng (95 % KI -1,7 til 8,0, p=0,208) og 4,0 prosentpoeng (95 % KI -0,8 til 8,9, p=0,102). Forekomsten av alvorlige uønskede hendelser var sammenlignbar mellom behandlingsarmene.

Konklusjon: Skopolaminbutylbromid, natriumbikarbonat eller kombinasjonen av disse økte ikke forekomsten av spontan vaginal fødsel sammenlignet med placebo. Moderate effekter kan ikke utelukkes, men funnene støtter ikke rutinemessig intrapartum bruk av disse medikamentene til førstegangsfødende for å fremme spontan vaginal fødsel etter induksjon.

02: Plasma and colostrum concentrations of fentanyl in clinical practice: intravenous versus epidural administration for labour analgesia

Nygaard, Benedicte S., Skråstad, Ragnhild B., Spigset, Olav, Skaalvik, Tonje G., Pripp, Are H., Rossen, Janne
Sørlandet sykehus Kristiansand

Background: Systemic opioids have long been used for labour analgesia as a less invasive alternative to epidural analgesia (EA). However, concerns regarding maternal and neonatal adverse effects have likely limited their wider adoption. This study compared fentanyl concentrations in maternal plasma, umbilical cord blood and colostrum following intravenous (IV) versus epidural administration (EA). Women who received IV fentanyl and were subsequently converted to EA because of inadequate analgesia were also included.

Material and methods: This prospective study included three groups: women receiving epidural fentanyl only (EA), intravenous fentanyl only (IV) or IV fentanyl followed by EA (IV+EA). Maternal plasma, arterial and venous umbilical cord plasma, and two colostrum samples were collected for fentanyl concentration analysis.

Results: A total of 98 women were included: 34 in the EA group, 38 in the IV group and 26 in the IV+EA group. Fentanyl concentrations were significantly higher following IV compared with epidural administration in maternal plasma (0.25 vs 0.11 ng/mL, p<0.001) and umbilical vein plasma (0.084 vs 0.054 ng/mL, p<0.001). No significant difference was observed in colostrum concentrations within 24 hours postpartum (0.020 vs 0.021 ng/mL, p=0.93). The estimated theoretical infant dose through breastfeeding was very low (0.0079 µg). All concentrations were low, and no neonate required naloxone or ventilatory support.

Conclusions: Intravenous fentanyl for labour analgesia resulted in low fentanyl concentrations in maternal plasma, umbilical cord plasma and colostrum. These findings suggest that intravenous fentanyl may be considered as an additional analgesic option for labouring women.

03: Prenatal metformineksponering er assosiert med endret cytokinprofil hos barn født av kvinner med polyendokrint metabolsk ovarialsyndrom

Ryssdal, Mariell¹, Giskeødegård, Guro F.², Steinkjer, Bjørg¹, Hanem, Liv Guro E.³, Iversen, Ann-Charlotte^{1,4}, Vanky, Eszter^{1,4}
¹ Institutt for klinisk og molekylær medisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU).
² HUNT-senter for molekylær og klinisk epidemiologi, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU.
³ Barne- og ungdomsklinikken, St. Olavs hospital, Universitetssykehuset i Trondheim.
⁴ Kvinneklínikken, St. Olavs hospital, Universitetssykehuset i Trondheim.

Bakgrunn: Metforminbehandling i svangerskap hos kvinner med polyendokrint metabolsk ovarialsyndrom (PMOS) er utbredt, men prenatal metformineksponering er assosiert med uheldige langtidseffekter hos barna, som økt forekomst av allergi og eksem. Cytokin-profilering i serum er et sensitivt mål på immunutvikling, og vi har tidligere vist at metforminbehandling i svangerskapet påvirker mors immunrespons. Målet med studien var å undersøke om prenatal metformineksponering er assosiert med endret cytokinprofil hos barn, og om slike endringer er relatert til allergisk sykdom.

Metode: Arterielt og venøst navlestrengsserum ved fødsel og serum fra barn ved 8 års alder ble samlet inn i to randomiserte, placebo-kontrollerte studier av metforminbehandling hos gravide kvinner med PMOS, med videre oppfølging av barna. Tjuefem cytokiner ble analysert i alle serumprøver med multipleksanalyse, og CRP ble målt i serum ved 8 års alder. Assosiasjoner mellom prenatal metformin-eksponering, cytokinprofil, CRP og allergisk sykdom ble undersøkt ved univariate og multivariate analyser.

Resultater: Navlestrengsserum fra 137 barn og serum fra 127 barn ved 8 års alder ble analysert. Barn eksponert for metformin i svangerskapet hadde høyere cytokinnivåer i arterielt og venøst navlestrengsserum enn barn i placebogruppen. Ved 8 års alder var cytokinnivåene lavere blant metformineksponerte barn. Hos barn som hadde utviklet allergisk sykdom ved 8 års alder, var metformineksponering derimot assosiert med høyere nivåer av allergirelaterte cytokiner, inkludert IL-4 og IL-13.

Konklusjon: Prenatal metformineksponering var assosiert med langvarige endringer i cytokinprofilen fra fødsel til 8 års alder, samt en avvikende immunrespons hos barn som utviklet allergisk sykdom. Funnene kan tyde på at metformin påvirker fetal immunprogrammering.

04: Big Babies, Big Data: Cesarean section rates and composite neonatal outcomes in Non-Diabetic Pregnancies with Large-for-gestational-age newborn

Goulimis, Athena¹, Iversen, Johanne K¹, Räisänen Sari², Laine, Katariina^{3,4}
¹ Department of Obstetrics, Oslo University Hospital, Oslo, Norway
² Laurea University of Applied Sciences, Vantaa, Finland
³ Norwegian Research Centre for Women's health, Oslo University Hospital, Oslo, Norway
⁴ Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway

Background: The optimal management of large-for-gestational age (LGA) fetuses is debated. We compared cesarean section (CS) rates and the incidence of a composite neonatal outcome following induced versus spontaneous labor.

Methods: Real-world data from the Medical Birth Registry of Norway and Statistics Norway were used. Term pregnancies in nulliparous women (N=376,546) with planned vaginal birth were investigated; among these 13,018 were LGA newborns (≥95th percentile).

Exclusion criteria were comorbidities or pregnancy complications affecting the clinical decision for induction or birth mode: diabetes, preeclampsia/eclampsia/HELLP, oligo- or polyhydramnion, daily smoking, pre-labor intrauterine fetal demise and placental abruption. Incidence (%) and adjusted odds ratios (aOR, 95% CI) for cesarean section and a composite neonatal outcome in induced labors were calculated for each gestational week (GW 37–42) and compared with spontaneous labor onset in the corresponding gestational week. Adjustment: maternal age, education, and country of birth.

Results in LGA newborns (≥95th percentile):

aOR for CS in induced labors was:

GW 38: 2.97 (95% CI 2.24-3.94)

GW 39: 3.22 (95% CI 2.56-4.06)

GW 41: 2.12 (95% CI 1.76-2.55)

aOR for neonatal composite outcome:

GW 38: 1.19 (95% CI 0.65-2.16)

GW 39: 1.18 (95% CI 0.74-1.12)

GW 41: 0.73 (95% CI 0.48-1.12)

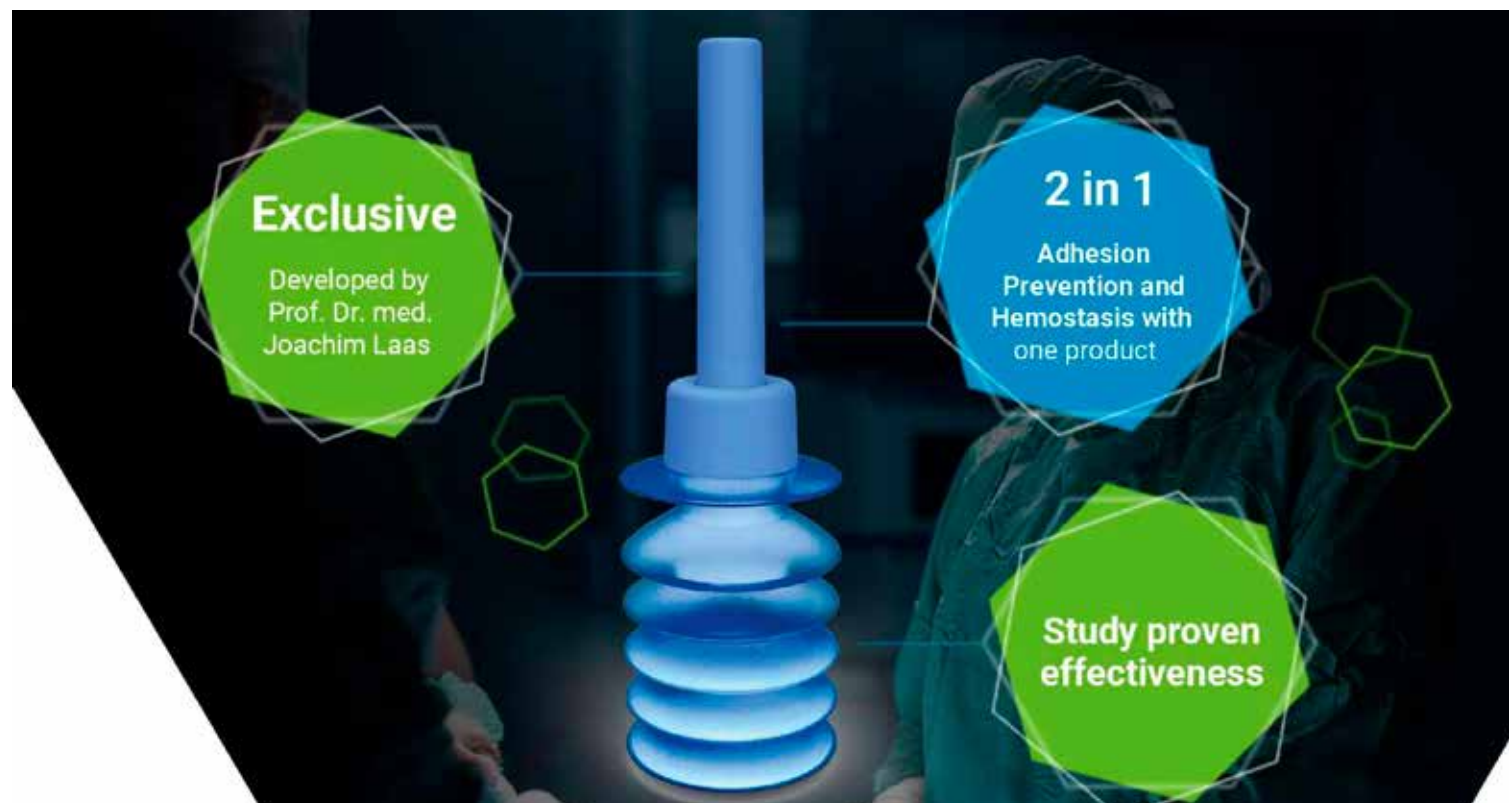
Conclusion: For birthweights at or above the 95th percentile, the aOR for CS was 2-3-fold higher when labor was induced compared with spontaneous labor onset in all assessed GWs at term, while no significant differences were observed in composite neonatal outcomes. The results do not support routine labor induction for LGA fetuses.

Vi har produktene fra Milex, Profem og MedGyn

Milex



4DryField® PH SKAPER HEMOSTASE – HINDRER ADHERANSER



medero

Tel. 45 22 76 71

epost: ordre@medero.no

www.medero.no



05 Temporal trends in preterm birth following assisted reproductive technology: A Norwegian population-based cohort study, 1988–2022

Seljeftot, Eline B.^{1,2}, Eggebo, Torbjørn M.^{1,3}, Kahrs, Birgitte H.^{1,4,5}, Westvik-Johari, Kjersti,^{1,2} Opdahl, Signe¹

¹ Norwegian University of Science and Technology (NTNU),

² St. Olavs hospital, Trondheim University Hospital,

³ Stavanger University Hospital, ⁴Volvat Spiren, ⁵Norwegian Institute of Public Health

Objective: To examine temporal trends in preterm birth (<37+0 weeks) following ART (assisted reproductive technology) and NC (natural conception) in Norway from 1988 to 2022, and to assess contributions of spontaneous and provider-initiated preterm births.

Study design: Nationwide cohort study using the Medical Birth Registry of Norway. We included births within maternal age 18–45 years, gestational age 22–44 weeks, birthweight 300–5999g, and birthweight-for-gestational-age z-score <+6 SD.

Results: The study included 1,901,933 NC and 41,919 ART pregnancies. Mean maternal age was higher after ART (33 vs 29 years), and nulliparity was more common (62 vs 41%).

The risk of preterm birth was consistently higher after ART (13.2%) than after NC (5.8%). In ART pregnancies, risk declined markedly over time, with threefold higher odds in 1988–92 compared with 2018–22 (OR 2.93, 95% CI 2.48–3.47), largely explained by fewer multiple births. Among singletons, the risk of preterm birth was also higher after ART (8.3%) than after NC (5.2%) and higher in the first five study years (OR 1.78, 95% CI 1.40–2.28). In NC pregnancies, the risk remained relatively constant but was slightly higher in 1988–92 than in 2018–22 (OR 1.18, 95% CI 1.15–1.21).

Provider-initiated preterm births increased in NC pregnancies (30 to 42%), with a similar increase among singletons (30 to 41%). In ART-conceived pregnancies, the increase was weaker, rising from 45 to 49% (46 to 47% for singletons).

Conclusion: Preterm birth risk remains higher after ART but has declined substantially over time. Provider-initiated preterm births have increased in NC pregnancies, approaching levels observed after ART.

Figure 1:

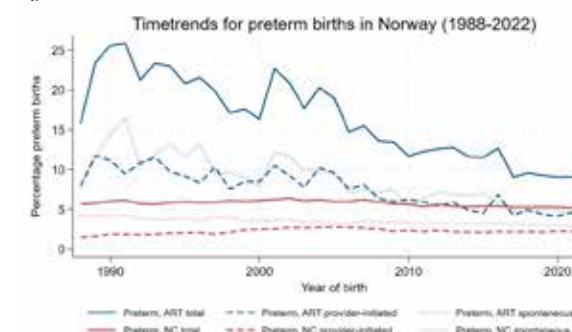
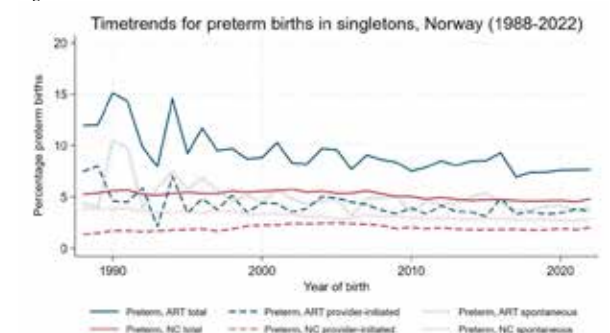


Figure 2:



06: Late maternal deaths in Norway: a nationwide registrybased study, 1995–2024

Al-Zirqi Iqbal^{1,2}, Ellingsen Liv¹, Nyfløt Lill T², Vangen Siri^{2,3}

¹ Norwegian Research Centre for Women's Health, Oslo University Hospital, Oslo, Norway.

² Division of Gynaecology and Obstetrics, Rikshospitalet, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

³ Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, Oslo, Norway.

Background: Late maternal deaths are less well described than maternal deaths occurring within 42 days after the end of pregnancy. We aimed to describe the causes and timing of late maternal deaths in Norway from 1995 to 2024.

Methods: We conducted a nationwide registrybased descriptive study of maternal deaths occurring 43–365 days after the end of pregnancy in 1995–2024. Cases were identified through linkage of the Norwegian Cause of Death Registry and the Medical Birth Registry of Norway.

Results: A total of 194 late maternal deaths were identified, corresponding to a late maternal mortality ratio of 11.4 per 100,000 births. Median maternal age was 31 years (IQR 26–35). The median interval from end of pregnancy to death was 213 days (IQR 125.5–308.8), with 60.3% occurring during months 6–12. The leading causes were cancer (64, 32.9%; breast cancer was most frequent), psychiatric and behavioural causes (41, 21.1%; 34 suicides and 7 drug poisonings), external causes (37, 19.0%), and circulatory causes (33, 17.0%; cardiac, cerebral, and pulmonary). Nineteen deaths (9.8%) were due to other medical or uncoded causes. Timing varied by cause: suicide deaths occurred at a median of 154 days (IQR 86.5–285.3), circulatory deaths at 204 days (IQR 104–312), and cancer deaths at 279 days (IQR 169.8–321.3).

Conclusion: Late maternal deaths occurred throughout the first year after the end of pregnancy, with distinct timing patterns by cause. These findings highlight the importance of extending maternal health surveillance beyond the traditional postpartum period.

07: Behandling ved norske fødestuer de siste 20 år varierer med kvinners fødeland - En studie fra Medisinske fødselsregister

Akerkar, Rupali¹, Macsali, Ferenc^{2,3,4}, Juliusson, Pétur B.^{2,5} og Thomsen, Liv Cecilie V.²
¹ Avdeling for helseregistre, Område for helsedata og digitalisering, Folkehelseinstituttet (FHI)
² Avdeling for helseregisterforskning og -utvikling, Område for helsedata og digitalisering, FHI
³ Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssjukehus
⁴ Kvinneklivnikken, Sørlandet Sykehus
⁵ Barneklivnikken, Haukeland Universitetssjukehus

Bakgrunn: Migranter til europeiske land har økt risiko for negative helseutfall tilknyttet svangerskap og fødsel. Første generasjon innvandrere utgjør en økende andel av fødekvinne i Norge. Målet var å undersøke om den økte risikoen for migranter påvist i tidligere tidsperioder besto frem til 2024, og om risiko ved fødsel avhenger av landområdet den fødende selv ble født i.

Metode: Informasjon om alle fødsler i Norge registreres i Medisinsk fødselsregister (MFR). Studien benyttet data fra MFR for tidsrommet 2004-2023, for totalpopulasjonen og kvinner til termin (svangerskapslengde ≥37 uker) med ett foster i hodeleie og spontan fødselsstart fordelt på førstegangsfødende (Robson gruppe 1) og flergangsfødende uten tidligere keisersnitt (Robson gruppe 3). Deskriptiv statistikk ble benyttet og odd ratios beregnet for akutt keisersnitt, instrumentell forløsning og blødning: 0,5-1,49L og ≥1,5L/ gitt blodoverføring.

Resultater: Andelen som selv var født i Norge utgjorde 78,0 % av alle fødende i 2004-2013, mens den var 70,6 % i perioden 2014-2023. Forskjellene mellom norskfødte og utenlandsfødte i keisersnittfrekvens og i store blødninger økte fra første til siste tidsperiode. I totalpopulasjonen og begge Robsongrupper hadde utenlandsfødte kvinner sammenlignet med norskfødte økt risiko i hele 20-årsperioden for alle utfall, foruten blødning 0,5-1,49L ved keisersnitt.

Konklusjon: Biologiske årsaker, utfordringer i kommunikasjon, og hvordan man tenker rundt fødsel og forløsning i forskjellige kulturer kan være med å forklare funnene. Det er uklart hvorfor forskjeller mellom kvinner født i og utenfor Norge ikke har minsket over tid. Årsakene til de forskjellige risikoprofilene til fødende kvinner bør undersøkes nærmere basert på landbakgrunn.

08: Association between war-related maternal undernutrition and neonatal anthropometric and preterm outcomes in Gaza: a cross-sectional study

Zimmo, Mohammed W.¹, Zimmo, Kaled M.¹, Sande, Anne K.^{2,3}
¹ Consultant of obstetrics and gynecology, Ministry of Health, Gaza, oPT
² Kvinneklivnikken, Stavanger universitetssjukehus, Stavanger, Norge.
³ Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen, Bergen, Norge

Background: The ongoing war in Gaza has severely disrupted food availability and maternal healthcare. Evidence linking maternal nutritional status with neonatal growth and preterm birth remains limited. We evaluated associations between maternal nutritional indicators, war-related food insecurity, and neonatal outcomes.

Methods: We conducted a cross-sectional analytical study of 318 mother–neonate dyads delivering at three healthcare facilities in Gaza between May 2025 and February 2026. Maternal nutritional status was assessed using mid-upper arm circumference (MUAC), body mass index (BMI), haemoglobin, and dietary diversity score (DDS). Neonatal outcomes included birth weight, length, head circumference, and preterm birth (<37 weeks). Associations were assessed using nonparametric tests, Spearman correlation, multivariable logistic regression, and stratified linear regression with interaction testing.

Results: Preterm birth occurred in 127 (39.9%) neonates and low birth weight in 117 (36.8%). Food shortage was reported by 295 (92.8%) mothers and was associated with lower birth weight (2600 vs 3500 g, p<0.001), shorter birth length (p=0.039), and smaller head circumference (p=0.015). Higher DDS was positively correlated with birth weight, length, and head circumference (p=0.220, 0.374, and 0.159, respectively; all p≤0.005). Each oneunit increase in DDS was associated with 17% lower odds of preterm birth (adjusted OR 0.83, 95% CI 0.69–0.99; p=0.039). Significant interactions with gestational age were observed for MUAC (p=0.033), haemoglobin (p=0.007), and DDS (p=0.045), with nutritional effects on birth weight concentrated among preterm neonates.

Conclusion: War-related food insecurity and poor dietary diversity were strongly associated with impaired neonatal growth and preterm birth. Preterm neonates appeared particularly vulnerable to maternal nutritional disadvantage. Integrating targeted nutritional support and diversified food assistance into humanitarian obstetric care should be prioritised in Gaza.



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



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

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

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

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



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



For å lese PRIMA-studien scan QR-koden

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON

Indikasjoner

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

Kontraindikasjon

Amming

Forsiktighetsregler

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

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

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

Pakninger og priser: Maksimalpriser: 56 stk. (blister) kr 48.623,00. 84 stk. (blister) kr 72.916,30. ZeJula inngår i onkologianbudet til rabattert pris. Refusjon: H-resept: L01X X54_1 Niraparib. ZeJula er per i dag godkjent for offentlig finansiering ved førstelinjebehandling av BRCA-positive pasienter og andrelinjebehandling av BRCA-negative og BRCA-positive pasienter. Refusjonsberettiget bruk: Rekvirering skal gjøres i tråd med nasjonale handlingsprogram for kreft og føringer fra RHF/LIS spesialistgruppe. Vilkår: (216) Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist. Reseptgruppe C.

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



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



ZeJula
preparatomtale

O09: Impact of the 2023–2025 War on Preterm Birth and Neonatal Outcomes in Southern Gaza: A Retrospective Cohort Study

Zimmo, Mohammed W¹, Zimmo, Kaled M¹, Sande, Anne K^{2,3}
¹ Consultant of obstetrics and gynecology, Ministry of Health, Gaza, oPT.
² Kvinneklínikken, Stavanger universitetssjúkehus, Stavanger, Norge.
³ Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen, Bergen, Norge.

Background: Preterm birth (PTB), defined as delivery before 37 completed weeks of gestation, is a leading cause of neonatal morbidity and mortality worldwide. Armed conflict can substantially disrupt maternal and neonatal healthcare through displacement, reduced access to antenatal care, healthcare-system disruption, shortages of essential medicines and equipment, and increased maternal stress. The 2023–2025 war in the Gaza Strip created severe challenges to maternal and neonatal healthcare services.

Objective: To compare the prevalence of preterm birth and selected neonatal outcomes before and during the 2023–2025 war in the Southern Gaza Strip.

Methods: A retrospective comparative cohort study was conducted using routinely collected medical records from Nasser Medical Complex and Al-Aqsa Hospital in the Southern Gaza Strip. All live births during the pre-war period (January 2022–September 2023) and the war period (October 2023–July 2025) were included to estimate preterm birth prevalence. Neonatal outcomes were additionally assessed among neonates admitted to the neonatal intensive care units (NICUs) during the two periods. Outcomes included preterm birth, NICU admission, neonatal mortality, birth-weight distribution, and recorded causes of NICU admission. Categorical variables were compared using chi-square or Fisher's exact tests, as appropriate. Odds ratios (ORs) with 95% confidence intervals (CIs) were calculated to estimate the strength of associations between the study period and neonatal outcomes.

Results: A total of 20,681 live births were included, comprising 15,038 during the pre-war period and 5,643 during the war period. The prevalence of preterm birth increased significantly from 10.7% before the war to 30.2% during the war (OR 3.59, 95% CI 3.33–3.87; p <0.001). NICU admission increased from 37.5% to 56.7% (OR 2.18, 95% CI 2.04–2.32; p <0.001). Among NICU admissions, neonatal mortality increased from 4.6% before the war to 9.3% during the war (OR 2.10, 95% CI 1.77–2.49; p <0.001). Low birth weight (<2,500 g) increased from 7.2% to 18.2% (p <0.001), with a marked shift toward lower birth-weight categories during the war. The distribution of recorded NICU admission diagnoses also changed significantly, with increases in fever, transient tachypnea of the newborn, upper respiratory tract infection, and dehydration, while jaundice and acute bronchiolitis decreased.

Conclusion: The 2023–2025 war in Gaza was associated with a substantial increase in preterm birth, NICU admission, neonatal mortality, and low birth weight in Southern Gaza. These findings highlight the profound impact of conflict on maternal and neonatal health and underscore the urgent need to protect and strengthen obstetric and neonatal services, maintain essential NICU capacity, and ensure access to critical maternal and neonatal healthcare during humanitarian crises.

O10: Cumulative risk factor burden and stillbirth: insights from real world data

Eskeland, Mina S. Räisänen, Sari. Owe, Katrine M.. Laine, Katariina
Norwegian Research Centre for Women's Health, Oslo University Hospital, Oslo, Norway
Institute of Clinical Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo, Norway
Laurea University of Applied Sciences, Vantaa, Finland

Background: Established risk factors for stillbirth can be combined into a stillbirth risk index for risk stratification.

Method: This population based cohort study used data from the Medical Birth Registry of Norway and Statistics Norway from 1999 to 2022. All individuals with singleton pregnancies in Norway who gave birth from gestational age ≥22 weeks were included, resulting in a study population of 1 350 936 births. Fifteen pre pregnancy and early pregnancy characteristics associated with ≥25% higher stillbirth rate compared to the total study population and with odds ratios ≥1.5 were included in the risk index. These were: Maternal age ≥35 years, maternal country of birth in South Asia, Sub Saharan Africa or unknown, education (none or compulsory or unknown), not being married/cohabitating, chronic hypertension, type 1 or 2 diabetes, parity ≥4, previous stillbirth, previous second trimester loss, daily smoking in first trimester, and lack of folic acid use during pregnancy.

Results: There were 4941 (0.37%) stillbirths registered. Stillbirth rates increased with cumulative risk factor burden from 2.08 per 1000 births in individuals with none of the chosen risk factors to 13.61 in individuals with risk score ≥5. Odds ratios increased parallel from 1.58 (95% confidence interval 1.46 1.71) in individuals with risk score 1 to 6.62 (95% CI 5.62 7.78) in individuals with risk score ≥5. These patterns were consistent across two subperiods (1999-2010 and 2011-2022).

Conclusion: Cumulative burden of pre pregnancy and early pregnancy risk factors can stratify individuals into meaningful risk groups, supporting tailored antenatal care.

O11: Tid i aktiv fødsel ved setefødsel samanlikna med hodefødsel vurdert ved hjelp av overlevelsesesanalyser

Sande, Ragnar K.^{1,2}, Eide, Birgitte^{1,2}, von Brandis, Philip¹, Kessler, Jørg^{2,3}, Tappert, Christian⁴, Eggebo, Torbjørn M.^{1,5}
¹ Kvinneklínikken, Stavanger Universitetssjúkehus, Stavanger
² Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen
³ Kvinneklínikken, Haukeland Universitetssjúkehus, Bergen
⁴ Kvinneklínikken, St. Olavs Hospital, Trondheim
⁵ Institutt for klinisk og molekylærmedisin, NTNU, Trondheim

Bakgrunn: God kunnskap om det naturlege forløpet av setefødslar er ei forutsetning for trygg fødselshjelp ved setefødsel. Klinisk erfaring tilseier at fødselen varer lenger ved setefødslar enn ved hodefødslar. Denne skilnaden har ein imidlertid ikkje tidlegare klart å påvise eller kvantisere i vitskaplege studier, kanskje fordi studiene har vore små og med statistiske metoder som ikkje har vore tilpassa problemstillinga.

Metode: Vi brukte data frå Haukeland, St Olav og SUS i perioden 2012–2024 og inkluderte 135 436 kvinner med eitt foster i lengdeleie til termin. Utfallsmålet var estimert tid i aktiv fødsel. Vi brukte Kaplan-Meyer- og Cox regresjonsanalyser til å lage 1–overlevelseskurver, estimere tid i aktiv fødsel og berekne hasardratioar for spontan fødsel. Operative forløyningar vart sensurerte.

Resultat: Median estimert tid i aktiv fødsel var 451 minutt (95 % konfidensintervall (KI) 447–455) ved hodeleie og 582 minutt (95 % KI 558–606) ved seteleie. Tilsvarande estimat for fleirgangsfødande var 169 minutt (95 % KI 168–170) ved hodeleie og 286 minutt (95 % KI 266–305) ved seteleie. Etter 12 timar i aktiv fødsel var estimert sannsyn for spontan fødsel hos førstegangsfødande 75,0 % ved hodeleie og 65,5 % ved seteleie. Dei tilsvarande verdiane for fleirgangsfødande var henholdsvis 95,5 % og 88,0 %. Hasardratioen, som estimat for relativ risiko for fødsel frå seteleie i forhold til hodeleie, 0,743 (95 % KI 0,688–0,783) for fyrstegangsfødande og 0,598 (95 % KI 0,639–0,669) for fleirgangsfødande.

Konklusjon: Estimert tid i aktiv fødsel var lengre ved setefødslar enn ved fødslar frå hodeleie, både hos førstegangsfødande og fleirgangsfødande.

O12: Introduction of robot-assisted obstetric ultrasound in rural Northen Norway

Olsen Ingrid P^{1,2}, Mannsverk Charlotte A¹, Pulk Anne B², Fagertun Hans³, Fors Malin^{1,2}
¹ Finnmark Hospital Trust, Hammerfest, Norway
² Department of Clinical Medicine, UiT, the Arctic University of Norway, Tromsø
³ Capturo AS, Skjetten, Norway

Published; doi.org/10.1111/aogs.70099

Background: Robot-assisted obstetric ultrasound allows hospital-based obstetricians to remotely control an ultrasound probe to perform and assess fetal biometric measurements and biophysical observations on fetuses.

Material and Methods: Mixed method study of 46 middle-risk pregnant women in 2nd and 3rd trimester. We performed a study to evaluate the diagnostic accuracy of robot-assisted ultrasound compared to traditional ultrasound of 30 women. We explored patient experiences in additional 16 pregnant women with a questionnaire of 20 questions. Additionally, two women provided deeper insights through qualitative interviews.

Results: Biometric measurements showed excellent intraclass correlation coefficients (0.990–0.993) with acceptable limits of agreement. Patient satisfaction was high with 94 % of the women reporting the highest level of patient satisfaction. Interviews highlighted the value of avoiding long-distance travel when image quality and digital communication experiences are good. Most women would agree to a robotic ultrasound scan examination again.

Conclusions: Robot-assisted obstetric ultrasound is a reliable alternative to traditional ultrasound for middle-risk pregnancies. Remote ultrasound technology can spare women for long distance travels, offers high diagnostic accuracy and patient satisfaction. This is in line with the Norwegian government's intention to use technology to secure equality in health care closer to home, for women living in rural areas.

O13 Improving informed consent in prenatal screening: A randomized trial of an interactive digital guide versus an educational animation film

Wright, Kristian^{1,2}, Hartgill, Tom W.¹, Sitras, Vasilis¹
¹ Department of Fetal Medicine, Oslo University Hospital, Oslo, Norway
² Department of Neonatal Medicine, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden

Background: Advances in prenatal ultrasound and genetic screening, including non-invasive prenatal testing (NIPT), have increased the informational demands of informed consent. AI-generated and social media-distributed information increasingly influence how patients encounter medical information, while growing patient volumes and financial pressures drive a transition from one-to-one counselling towards scalable information systems. Ensuring that patients are well informed remains a significant challenge. We evaluated whether a structured interactive digital guide could improve patient knowledge compared with an animation film currently used to inform patients.

Method: In this randomized controlled trial, 2,139 pregnant women undergoing prenatal screening were stratified by age and randomized 1:1 to either a 13-minute animation film or an interactive digital guide before hospital attendance. Knowledge and perceptions were assessed before screening and at eight-week follow-up. Proportions were compared using chi-squared tests.

Results: Correct response rates were significantly higher in the interactive guide groups across all relevant baseline knowledge questions (p<0.001). Knowledge of false-positive ultrasound findings was 97.5% and 99.3% in the digital guide groups versus 71.7% with the animation film. Knowledge of NIPT scope was 89.1% versus 55.9%. More participants using the digital guides reported receiving sufficient information before hospital attendance (71.1% and 68.0% vs 59.9%), and group-level knowledge of ultrasound limitations remained higher at eight weeks.

Conclusion: Interactive, structured digital education improved knowledge and perceived preparedness compared with passive video information. Structured and reliable digital tools may strengthen informed consent and help patients arrive better prepared for hospital visits.

O14: Undiagnosed obstetric anal sphincter injuries detected by 3D endoanal ultrasound and anal incontinence: a prospective cohort study

Lilleberg, Hanne S.^{1,2}, Engh, Marie Ellström^{1,2}, Starck, Marianne³, Siafarikas, Franziska^{1,2}
¹ Department of Gynecology and Obstetrics, Akershus University Hospital, Norbyhagen, Norway
² Akershus University Hospital, Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo, Norway
³ Pelvic Floor Center, Department of Surgery, Skåne University Hospital, Malmö, Sweden

Background: Obstetric anal sphincter injuries (OASI) are among the most serious complications of vaginal childbirth and may result in substantial short- and long-term complications. In this study, we wanted to determine the prevalence of undiagnosed OASI, defined as anal sphincter defects detected by endoanal ultrasound one year postpartum that were not documented as a third- or fourth-degree perineal tears at delivery, and to examine the prevalence of anal incontinence in this group one year after delivery.

Methods: This prospective cohort study used data from The Perineum Study conducted at Akershus University Hospital (September 2020-July 2023). All participants underwent three-dimensional endoanal ultrasound one year postpartum. Sphincter defects were assessed using the validated Starck score and categorized as small (1-4), moderate (5-7) or large (≥8). Symptoms of anal incontinence were assessed using digital questionnaires during pregnancy and one year postpartum.

Results: Among 726 women included, 25 (3.5%) had an undiagnosed OASI detected on ultrasound one year postpartum. Of these, 12 (48%) were primiparous and 13 (52%) multiparous. By Starck score, 52% of injuries were small, 28% moderate, and 20% large. Women with undiagnosed OASI more frequently reported flatus (54.5% vs. 28.9%) and fecal incontinence (63.6% vs. 36.1%) than women with intact sphincter complex. New-onset flatus and fecal incontinence after birth were reported by 22.2% and 38.8% of women with undiagnosed OASI, respectively.

Conclusion: Undiagnosed OASI was identified in 3.5% women one year postpartum. Women with undiagnosed OASI report more symptoms of anal incontinence than women with intact anal sphincter complex.

O15: Incidence and risk factors for postpartum infections: A Norwegian cohort study, 2012–2020

Røe, Kjerstine^{1,2} Sørbye, Ingvil K^{3,4} Torkildsen, Cecilie F^{2,5} Engeland, Anders^{1,6} Engjom, Hilde M⁷ Nilsen, Roy M⁸ Klungsoyr, Kari^{1,7}
¹ Faculty of Medicine, Department of Global Public Health and Primary Care, University of Bergen, Bergen, Norway
² Division of Obstetrics and Gynecology, Stavanger University Hospital, Stavanger, Norway
³ Division of Obstetrics and Gynecology, Oslo University Hospital, Oslo, Norway
⁴ Faculty of Medicine, Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, Oslo, Norway
⁵ Centre for Cancer Biomarkers, Department of Clinical Science, University of Bergen, Bergen, Norway.
⁶ Department of Chronic Diseases, Norwegian Institute of Public Health, Norway
⁷ Department of Health Promotion, Norwegian Institute of Public Health, Norway
⁸ Faculty of Health and Social Sciences, Western Norway University of Applied Sciences, Bergen, Norway

Background: Epidemiological data on postpartum infections in the Nordic countries are limited.

Objective: This study aimed to assess the incidence and risk factors for postpartum infections in Norway.

Methods: We conducted a nationwide historical cohort study including all deliveries in Norway from 2012 to 2020 (N = 516 874), using linked data from the Medical Birth Registry of Norway, the Norwegian Patient Registry, and Statistics Norway. Outcomes were endometritis/puerperal sepsis (ICD-10; O85, where the code does not differentiate between endometritis and puerperal sepsis, and endometritis predominates) and other postpartum infections (ICD-10; O86). Adjusted relative risks (aRRs) with 95% confidence intervals (CIs) were estimated using log-binomial regression.

Results: We identified 5942 cases (1.15%) of endometritis/puerperal sepsis and 8833 cases (1.71%) of other postpartum infections. The incidence of endometritis/puerperal sepsis increased from 0.93% in 2012 to 1.38% in 2020 (p<0.001). Delivery-related factors showed the strongest associations with both outcomes, particularly emergency cesarean section (aRRO85 2.8; 95% CI 2.6-3.0 / aRRO86 5.1; 95% CI 4.8-5.5) and postpartum hemorrhage (aRRO85 3.2; 2.9-3.4 / aRRO86 2.0; 1.9-2.2). Chorioamnionitis/intrapartum infection lies on the same infectious continuum as postpartum endometritis and was strongly associated with postpartum infections (aRRO85 5.7; 5.1-6.4 / aRRO86 3.2, 2.9-3.6). Alongside strong association with postpartum infections, incidence of chorioamnionitis/intrapartum infection and postpartum hemorrhage increased over time (p<0.001).

Conclusion: Postpartum infections are common, and the incidence of endometritis/puerperal sepsis is increasing. Delivery-related factors show the strongest association with postpartum infections. Postpartum hemorrhage and chorioamnionitis/intrapartum infection may represent key targets for prevention/prevention of progression.

KASUS

K1: Atypisk cervixruptur med uterin ekstensjon og retroperitonealt hematom etter vaginal fødsel

Vidringstad, Marit og Eng, Gith.
Føde/gynekologisk avdeling, Hammerfest sykehus

Introduksjon: Postpartumblødning (PPH) skyldes oftest uterusatoni. Ved manglende effekt av adekvat behandling må traumatisk blødning vurderes. Vi presenterer et tilfelle med atypisk cervixruptur med ekstensjon til corpus uteri og stort retroperitonealt hematom etter vaginal fødsel.

Kasuspresentasjon: En 34 år gammel G3P2 med tidligere vaginale fødsler ble indusert i svangerskapsuke 38+1 grunnet insulin-behandlet svangerskapsdiabetes. Det var dårlig kontakt mellom fosterhodet og cervix, og amniotomi ble derfor initialt unngått grunnet risiko for navlesnorsprolaps. Oksytocin ble startet for å fremme descens av fosterhodet. Etter amniotomi ble oksytocininfusjonen videreført. Det oppsto ikke uterin hyperstimulering, men fødselen forløp raskt i knestående stilling og ble komplisert av skulderdystoci. Jordmor utførte en manøver for å lukserer ut skulderen. Umiddelbart postpartum oppsto en blødning på cirka 2000 mL. PPH ble initialt behandlet med uterotonika, traneksamsyre og etterhvert undersøkelse i narkose. Det ble påvist en atypisk cervixruptur der cervix' circumferens var intakt, mens en ruptur startet noen centimeter kranialt og strakte seg videre opp i venstre uterinvegg. Rupturen ble primærsuturert. Til tross for behandling vedvarte sirkulatorisk påvirkning og hemoglobinfall. CT/MR bekken viste et cirka 15 cm retroperitonealt hematom. Pasienten ble overflyttet til universitetssykehus. Ved laparotomi ble det påvist en cirka 8 cm longitudinell ruptur fra øvre cervix og opp i venstre uterinvegg. Hematomet ble evakuert, og uterus ble rekonstruert i to lag. Hysterektomi ble unngått. Totalt ble seks enheter SAG transfundert. Pasienten stabiliserte seg uten reblødning.

Diskusjon: Kasuset illustrerer at vedvarende PPH og sirkulatorisk påvirkning til tross for adekvat atonibehandling bør gi mistanke om skjult traumatisk blødning. Kombinasjonen av pågående oksytocin, rask fødsel og skulderdystoci med manøver kan ha bidratt til den atypiske rupturen. Retroperitoneal blødning kan være klinisk vanskelig å oppdage. Tidlig re-evaluering og lav terskel for billediagnostikk muliggjorde diagnosen og organbevarende behandling.

K2: Uterusinversjon grunnet føde-myom

Sadati, Narges; Rimstad, Kjersti.
Kvinneklnikken, Akershus universitetssykehus (AHUS)

Introduksjon: Uterusinversjon kan føre til stort blodtap og hemoragisk sjokk, tilstanden er sjelden og skjer hyppigst under fødsel. Herath fant i sin studie 153 publiserte case reports på ikke-obstetrisk uterusinversjon fra 1911 til 2018 (1). En av tre tilfeller skyldtes malignitet, mens i overkant av 50 % skyldtes myoma uteri (1). Pasienten har samtykket til publisering av kasuistikken.

Kasuspresentasjon: En kvinne i 40-årene, para 2, 2 partus normalis og kjent myoma uteri, ble akuttinnlagt på AHUS pga. kraftig vaginalblødning og sterke magesmerter. Hun hadde hatt menometroragi i 2 mnd., men var ellers frisk. Hun var smertepreget, blek, svimmel og kvalm med NEWS 0.

Undersøkelse avdekket et fødemyom som fylte hele vagina. Hun hadde urinretensjon. Vaginal ultralyd viste uterus med uryddig utseende med et stort myom som fylte hele uterinkaviteten, ikke malignitetsmistanke.

Pasienten gikk til akutt operasjon for vaginal fjerning av fødemyomet i narkose. Man fant et nekrotisk myom som man avsatte trinnvis. Det var vanskelig å definere sjiktene og avgrense myomet fra uterus. Ved basis av myomet kom man inn i fri bukhole, hvorpå man forsto at myomet hadde invertert uterus fullstendig. Uterus lot seg ikke reponere pga. ødem samt dårlig definerte vevssjikt. Pasienten ble sirkulatorisk preget, og man valgte å gå videre med vaginal hysterektomi. Ureteres ble sikret med JJ-stenter. Hysterektomi hadde ikke blitt drøftet med pasient preoperativt. Endret anatomi gjorde hysterektomi utfordrende, men gikk ukomplisert.

Diskusjon: Uterusinversjon er sjelden, men kan forekomme ikke-obstetrisk. Man bør vurdere for malignitet, og man må informere pasienten om potensiell hysterektomi.

1) Herath RP, Patabendige M, Rashid M, Wijesinghe PS. Nonpuerperal Uterine Inversion: What the Gynaecologists Need to Know? Obstet Gynecol Int. 2020 Jun 1;2020:8625186.

K3: Intrauterin fosterdød ved placenta previa totalis og mistenkt placenta accreta spectrum – klinisk beslutningstaking i et sjeldent kasus

Prossliner, M.; Stridsklev, S.
Fødeavdelingen, St. Olavs hospital, NTNU

Introduksjon: Intrauterin fosterdød ved samtidig placenta previa totalis og mistanke om placenta accreta spectrum (PAS) er sjeldent og klinisk krevende. Evidensgrunnlaget er begrenset, og håndteringen må balansere risiko for alvorlig blødning, fertilitetsønske og pasientens preferanser. Vi presenterer et kasus som illustrerer beslutningsgrunnlag, tverrfaglig planlegging og utfall.

Kasuspresentasjon: En gravid kvinne med intrauterin fosterdød i svangerskapsuke 25+1, foster svarende til 19+6 med placenta previa totalis og ultralydfunn forenlig med mulig PAS. G6P2, 5 ganger tidligere revisio. Kliniske, radiologiske og obstetriske funn ble gjennomgått tverrfaglig og det ble gjort litteratursøk. Etter samlet vurdering av ressurser og tilgjengelig litteratur om temaet ble det valgt section minor med intervensjonsradiologisk beredskap. Prosedyren ble gjennomført ukomplisert.

Diskusjon: Kasuset viser behovet for strukturert risikovurdering når IUFD foreligger samtidig med placenta previa totalis og mulig PAS. Litteraturen er mangelfull og beskriver mange ulike strategier, fra avventende behandling med induksjon til intervensjonsradiologi, operativ forløsning og hysterektomi. Når kunnskapsgrunnlaget hovedsakelig består av kasuistikker, blir god planlegging, lokal erfaring, beredskap for massiv blødning og pasientmedvirkning avgjørende for trygg og individualisert behandling.

K4: Akutt aortadisseksjon under fødsel

Sandvik, R, Åse, Koranteng, Kojo, Bjellmo, Solveig
Ålesund sjukehus, Helse Møre og Romsdal HF

Introduksjon: Aortadisseksjon i svangerskap og fødsel er sjelden, men innebærer høy risiko for mor og barn. Rask diagnostikk og tverrfaglig behandling er avgjørende (1).

Kasuspresentasjon: En 30 år gammel tidligere frisk andregangsfødende, med tidligere ukomplisert vaginal fødsel, ble innlagt i fødsel etter spontan vannavgang ved termin. I barndommen var hun operert for persisterende ductus arteriosus. Fødselen ble stimulert med oksytocin. Kort tid senere oppstod fetal bradykardi samtidig som kvinnen fikk akutte brystmerter og nummenhet. Oksytocininfusjonen ble umiddelbart seponert og atosiban administrert. Normalisering av CTG. Ved initial vurdering var pasienten sirkulatorisk stabil, med sidelike radialispulser. Tilstanden forverret seg raskt med klamhet, redusert bevissthetsnivå, blodtrykksforskjell mellom armene og ulik radialispuls. CT viste type A-aortadisseksjon med affeksjon av aortaroten og halskar. Hun ble stabilisert og overflyttet med luftambulanse til St. Olavs hospital. Ved ankomst var cervix fullt dilatert, hodet -1. Akutt keisersnitt i generell anestesi forløste en vital jente på 4700 g, Apgar 8-8-10. Deretter ble aortarot og aorta ascendens erstattet med komposittgraft og mekanisk klaff. Operasjonen krevde massiv transfusjon. Postoperativt var forløpet ukomplisert. Tidligere genetisk analyse hadde påvist FBN1-variant (2). Ny genetisk utredning og genetisk veiledning ble initiert.

Diskusjon: Kasuset illustrerer at akutt aortadisseksjon må vurderes ved brystmerter og sirkulatoriske eller nevrologiske endringer under fødsel. Kjent eller mulig arvelig aortopati bør utløse risikovurdering og planlagt oppfølging før og under svangerskap.

1) 2025 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease and pregnancy: Developed by the task force on the management of cardiovascular disease and pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by the European Society of Gynecology (ESG), European Heart Journal, Volume 46, Issue 43, 14 November 2025, Pages 4462–4568, https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf193. 2) Dietz H. FBN1-Related Marfan Syndrome. 2001 Apr 18 [Updated 2022 Feb 17]. In: Adam MP, Bick S, Mirzaa GM, et al., editors. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993-2026. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1335/uttm_source=chatgpt.com

K5: Keisersnittarrgraviditet – når tidlig diagnose glipper

Tellum, Tina^{1,2}; Langeland, Karin²; Thaulow, Thomas; Paulik², Julia Dagmar³

¹ Medisinsk Fakultet, Universitetet i Oslo

² Gynekologisk avdeling, Oslo Universitetssykehus, Ullevål

³ Seksjon for Fostermedisin, Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet

Introduksjon: Keisersnittarrgraviditet (CSP) er en sjelden, men mulig livstruende tilstand. Tidlig diagnostikk muliggjør behandling med kontrollerbar risiko, mens videre utvikling kan medføre alvorlig blødning, placenta accreta spectrum og hysterektomi.

Kasuspresentasjon: En 29 år gammel G2/P1 hadde tidligere gjennomgått akutt keisersnitt i svangerskapsuke 31+4 grunnet alvorlig føtal hydrops og polyhydramnion. Barnet døde kort tid etter fødselen.

Hun ble spontant gravid igjen etter tre måneder. Grunnet gjentatte blødninger ble hun undersøkt med ultralyd i uke 6 og uke 8, av privat gynekolog og lokalsykehuset. En vital graviditet ble vurdert som normalt implantert. Pasienten spurte selv om dette kunne være en CSP, men ble beroliget. Retrospektiv vurdering av lagrede ultralydbilder viser tydelig implantasjon i keisersnittarret.

Ved fostermedisinsk undersøkelse i uke 12 ble det påvist friskt foster men unormal placenta, og pasienten ble samme dag innlagt på Ullevål med mistanke om CSP. Ultralyd bekreftet CSP med placenta previa, placentære lakuner, svært høy flow og fraværende myometrium mot urinblæren.

Etter rådgivning om videreføring av svangerskapet og ulike behandlingsalternativer valgte paret svangerskapsavbrudd med uterus-bevarende intensjon. Inngrepet ble planlagt med omfattende blødningsberedskap. Ultralydveiledet vakuumaspirasjon med hemostatisk cerclage medførte 700ml blødning. Planlagt intraoperativ embolisering lot seg initialt ikke gjennomføre av tekniskanatomiske årsaker og det tilkom ytterlige intrauterin blødning som førte til hemodynamisk ustabilitet nødvendiggjorde reoperasjon og embolisering rundt 6 timer senere, og dagen etter. Totalt ble åtte enheter SAG gitt. Uterus ble bevart.

Diskusjon: CSP må vurderes aktivt ved tidlig ultralyd hos kvinner med tidligere keisersnitt, særlig ved blødning. Kasuset illustrerer hvordan forsinket diagnose øker maternell risiko og vanskeliggjør valg av uterusbevarende behandling.

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



Embagyn

doksylamin 20 mg/pyridoksin 20 mg



For behandling av svangerskapskvalme og oppkast¹



✓ **Enkel dosering¹**
1–2 tabletter/dag

✓ **Modifisert frisetting^{1,3}**

Et flerlags belegg med
øyeblikkelig frisetting¹

Enterodrasjert kjerne med
forsinket frisetting¹

Tidlig behandling av symptomer er anbefalt for å forhindre utvikling til hyperemesis gravidarum¹

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



POSTERE

P1 Trender og årsaksfordeling i perinatal mortalitet gjennom 15 år: Erfaringer fra en lokal perinatalrevisjon

von Brandis, Philip; Sande, Ragnar K.
Kvinnekliviken, Stavanger Universitetssjukehus

Bakgrunn: Systematiske perinatalrevisjoner er avgjørende for kvalitetsforbedring i fødselshjelpen. Hensikten med prosjektet var å kartlegge utviklingstrender og dødsårsaker for perinatal mortalitet over en 15-årsperiode (2011–2025) ved Stavanger Universitetssykehus.

Metode: Retrospektiv kvalitetsstudie basert på avdelingens årlige perinatalrevisjoner (2011–2025). Samtlige tilfeller av perinatal død (IUFD, intrapartal og tidlig neonatal død $\geq$ uke 22) ble inkludert og strukturert i tre 5-årsbolker. Dødsårsaker ble kategorisert fra pasientjournaler, obduksjons- og morkakerapporter.

Resultater: Det ble født 67 526 barn i perioden, totalt ble 307 perinatale dødsfall inkludert. Perinatal mortalitet viste et statistisk signifikant fall gjennom perioden, med 131 tilfeller i 2011–2015, 101 i 2016–2020 og 75 i 2021–2025. Dette utgjorde en reduksjon fra 5,33 ‰, via 4,44 ‰, til 3,63 ‰ ($p = 0,006$). Nedgangen ses særlig for IUFD $\geq$ uke 28. Antall uforklarte tilfeller av IUFD sank fra 62 (66 %) i første 5-årsperiode til 15 (29,4 %) i den siste. For perioden 2016–2025 inntraff 41,5 % av tapene fra gestasjonsuke 37+0. Reduksjonen i perinatal mortalitet ved Stavanger Universitetssykehus reflekterer en tilsvarende reduksjon nasjonalt.

Konklusjon: Materialet viser reduksjon i perinatal mortalitet over tid. Nedgangen i uforklarte tilfeller tilskrives økt utredningskvalitet. At over 40 % av tapene inntreffer nær termin understreker behovet for fortsatt skjerpet risikovurdering frem mot fødsel.

P2: Fysisk aktivitet i svangerskapet: etterlevelse av nasjonale anbefalinger og råd fra helsepersonell

Nedrebø, Synne S¹; Eliassen, Katja²; Sande, Ragnar K^{2,3}; Haakstad, Lene A⁴; Sanda, Birgitte^{4,5,6}

¹ Medisinsk Fakultet, Universitetet i Bergen

² Kvinnekliviken, Stavanger Universitetssykehus

³ Klinisk Institutt 2, Universitetet i Bergen

⁴ Norges Idrettshøyskole, Institutt for idrettsmedisinske fag

⁵ Arendal Gynekologi

⁶ Sørlandet Sykehus HF Forskningsseksjonen

Bakgrunn: Helsedirektoratet anbefaler friske gravide å være regelmessig fysisk aktive i minst 150 minutter med moderat intensitet per uke. Formålet med studien var å kartlegge i hvilken grad gravide mottar veiledning og følger anbefalinger fra helsepersonell om fysisk aktivitet, beskrive hvordan aktivitetsnivået endrer seg gjennom svangerskapet og undersøke om fysisk aktivitet er assosiert til fødselsutfall.

Metode: Gravide som møtte til prenataldiagnostisk ultralyd i første trimester ved Stavanger Universitetssykehus i perioden 15.02.2025–10.08.2025 besvarte et digitalt spørreskjema om fysisk aktivitet i svangerskapsuke 12 ($n=390$) og 32 ($n=294$). Kji-kvadrattester ble brukt for å relatere fysisk aktivitet til fødselsutfall.

Resultater: En av fire gravide rapporterte å ha mottatt veiledning om fysisk aktivitet fra helsepersonell. De hyppigste rådene var å fortsette med samme aktivitetsnivå og å unngå maksimal anstrengelse. Kun 1,5 % rapporterte å ha mottatt råd i tråd med de nasjonale anbefalingene for fysisk aktivitet i svangerskapsuke 12, mens ingen rapporterte det i svangerskapsuke 32. Halvparten oppfylte anbefalingene for fysisk aktivitetsnivå før svangerskapet, mot 17,4 % i første trimester, 20,5 % i andre trimester og 13,3 % i tredje trimester. Turgåing var den hyppigst rapporterte aktiviteten. Det ble ikke funnet sammenheng mellom fysisk aktivitetsnivå og fødselsutfall.

Konklusjon: Relativt få gravide rapporterte å ha mottatt veiledning om fysisk aktivitet, og rådene samsvarte i liten grad med nasjonale anbefalinger. Flertallet oppfyller ikke de nasjonale anbefalingene for fysisk aktivitet, og aktivitetsnivået reduseres gjennom svangerskapet. Det er behov for bedre implementering av de nasjonale anbefalingene i svangerskapsomsorgen.

P3: Second-degree perineal tears or episiotomy and the association with urinary incontinence within one year postpartum: a longitudinal cohort study

Macedo, Marthe D.^{1,2}, Osgjelten, Anette S.³, Ringås, Helene ², Šaltytė Benth, Jūratė^{3,4}, Ellström Engh, Marie ^{1,5}, Siafarikas, Franziska ^{1,5}

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

² University of South-Eastern Norway, Department of Nursing and Health Sciences, Tønsberg, Norway

³ Institute of Clinical Medicine, Campus Ahus, University of Oslo, Oslo, Norway

⁴ Health Services Research Unit, Akershus University Hospital, Lørenskog, Norway

⁵ University of Oslo, Faculty of Medicine, Division Akershus University Hospital, Oslo, Norway

Background: One in three women experience urinary incontinence (UI) following childbirth, but its association with common perineal tears remains unclear. We aimed to examine the association between UI and 2nd-degree perineal tear or episiotomy during the first postpartum year.

Method: Prospective cohort study at Akershus University Hospital (2020–2023), including n=409 primiparas and n=394 multiparas enrolled in mid-pregnancy. Perineal tears were classified as no/1st-degree (n=425), 2nd-degree (n=234), or episiotomies (n=144). UI severity and impact on quality of life was assessed in pregnancy, at 3 and 12 months postpartum (mpp) using the ICIQ–UI Short Form sumscore. Linear mixed model was estimated to assess changes in UI by perineal tear category. Interactions between UI present in pregnancy, parity, perineal tear category and UI over time were included in exploratory analyses to assess effect modification.

Results: In the total sample (n=803), mean UI scores ranged from 1.8 to 3.4. Overall, symptoms increased from pregnancy to 12mpp after no/1st-degree tears (p=0.007) and episiotomy (p<0.001), with a greater increase after episiotomy than after no/1st-degree (p=0.010) or 2nd-degree tears (p<0.001). In exploratory analysis, a four-way interaction term indicated that changes over time across tear categories varied significantly by pregnancy UI and parity. Participants with pregnancy UI reported higher scores at 3 and 12mpp across tear categories than those without pregnancy UI.

Conclusion: Symptoms of UI increased more after episiotomy compared to no/1st- or 2nd-degree tears. However, changes in symptoms from pregnancy to 12mpp differed significantly by UI present in mid-pregnancy and parity.

P4: Perinatale risikofaktorer for kongenital muskulær torticollis

Moe, Kjartan¹; Høiness, Per R²

¹ Avdeling for gynekologi og fødselshjelp, Bærum sykehus, Vestre Viken HF

² Avdeling for ortopedi, Drammen Sykehus, Vestre Viken HF

Kongenital muskulær torticollis (CMT) er en av de hyppigste medfødte deformitetene. Det foreligger to hovedhypoteser for etiologien: intrauterin “crowding” (f.eks. seteleie, tvillinggraviditet, høy fødselsvekt) og fødselstraume (særlig traksjon/kompresjon av nakken). Målet med studien var å undersøke insidens av CMT samt assosiasjon til ulike perinatale faktorer.

Vi beregnet insidensen i en fødselskohort for 2008–2023, og utførte en kasus-kontroll-studie. Data ble hentet fra Norsk pasientregister (2008–2023) og Medisinsk fødselsregister (1990–2023). 1421 med CMT ble matchet mot 5676 kontroller. Følgende eksponeringer ble undersøkt: akutt/elektivt keisersnitt, operative vaginale forløsninger, setefødsel/-presentasjon, tvillinggraviditet og fødselsvekt. Odds ratioer (OR) med 95 % konfidensintervall (KI) ble estimert ved logistisk regresjon. p<0,05 ble vurdert som statistisk signifikant.

Insidensen av CMT 2008–2023 var 0,13 %. 12 % av CMT-tilfeller ble operert. Av faktorer assosiert med intrauterin crowding var økende fødselsvekt assosiert med lavere odds for CMT (OR 0,834, 9 5%KI: 0.762-0.912), seteleie var assosiert økt odds ved vaginal forløsning (OR: 3,826, 95 %KI: 3,283–4,460) og ved keisersnitt (OR: 2,237, 95 %KI: 1,679–2,982). Flerlingsvangerskap var også assosiert med økt odds (OR1,677, 95%KI: 1,292–2,175). Av faktorer assosiert med fødselstraume var forløsning med tang eller vakuum assosiert med økt odds for CMT (OR: 2,840, 95 %KI: 2,206–5,308). Det var ingen signifikant forskjell mellom vakuum og tang. Elektivt keisersnitt var ikke signifikant assosiert med CMT. Alle signifikante funn hadde p-verdi <0,001.

Studien støtter at både fødselstraume og intrauterine forhold kan bidra til CMT. Viktige implikasjoner er økt oppmerksomhet og tidlig identifisering av risikobarn for rask oppstart av fysioterapi og mulig redusert behov for kirurgi.

P5: Verdens beste helsedata – men hva gjør Medisinsk fødselsregister når det oppdages systematiske feil i utleverte forskningsdata?

Hovden, Eirik S.¹, Halvorsen, Guri S.¹, Berg, Amund T.², Dyngeland, Janne³, Askeland, Olaug M.¹, Thomsen, Liv Cecilie V.⁴

¹Avd. for helseregistre, Område for Helsedata og digitalisering, Folkehelseinstituttet (FHI)

²Avd. for IT-systemer Bergen, Område for Helsedata og digitalisering, FHI

³Avd for Helseregistermottak, Område for Helsedata og digitalisering, FHI

⁴Avd. for Helseregisterforskning og -utvikling, Område for Helsedata og digitalisering, FHI

Bakgrunn: Medisinsk fødselsregister (MFR) leverer data til forskningsprosjekter og offentlig statistikk. Feil i registerdata kan bidra til feiltolkning av resultatene. MFR arbeider derfor systematisk med kvalitetssikring av data. Våren 2025 ble tre systematiske feil identifisert. Målet er å beskrive MFRs arbeid med å løse feilene.

Metode: Deskriptiv studie fra MFR.

Resultater: For medfødte hjertemisdannelser har MFR laget samlevariabelen «HJERTE_MISD», mens informasjon på diagnosenivå legges i kodelistrengvariabel. Kodelistrengsvariabelen inneholdt n=1800 flere hjertesykdomstilfeller enn samlevariabelen. Skriptingfeil ved opprettelse av «HJERTE_MISD» ekskluderte persisterende ductus arteriosus og perifer pulmonal arteriell stenose. Samlevariabelen ble korrigert mai 2025 samsvarende EUROCATs guidelines for alle tilfeller i MFR.

Apgar score 1, 5 og 10 minutter etter fødsel meldes MFR. I 2006–2012 ble 400 barn registrert i MFR med Apgar 0/0/0, men levde minimum ett år. I nytt elektronisk fødeprogram innført i 2006 ved fem sykehus (Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF) ble utfylte felt registrert «0». Data var ferdig korrigert september 2026.

ART-forsøk meldes på papirskjema som innskannes av MFR. Feil ved skanneroppsett i 2016 medførte systematisk ombytting av behandlingstyper ved mannlig infertilitet. Informasjonen ble manuelt korrigert i MFR mai 2025.

Informasjon ble offentliggjort på MFRs nettsider. Ventende forskere ble informert om feilene og valgmulighetene: utlevering av ukorrigerte datasett snarest, eller forsinket etter korleksjon. 13/16 nye prosjekt avventet. Av forskningsprosjekt som mottok data med feil i 2018-2025 (n=122) ønsket 14 korrigerte data.

Konklusjon: Kvalitetsarbeid krever tid og kompetanse. Gjeldende rutiner i MFR fanget ikke opp tre systematiske feil. MFR implementerer nye kvalitetssikringssystemer for å forebygge lignende feil.

P6: SKILLTRAIN ABS – ferdighetstrening med avansert fødselssimulator for LIS-leger og jordmødrene

Barbu, Cristina

Vestfold sykehus

Bakgrunn: Ved fødeavdelingen, Vestfold sykehus fødes årlig om lag 1900 barn. Andelen operative vaginale forløsninger er 6,2 %, som er blant de laveste i Norge. Det lave kliniske volumet kan begrense mulighetene for at leger i spesialisering opparbeider tilstrekkelig erfaring i operative vaginale forløsninger. I 2025 gjennomførte Sykehuset i Vestfold (SiV) prosjektet «SKILLTRAIN ABS: ferdighetstrening med avansert fødselssimulator», med fokus på operative vaginale forløsninger. Formålet var å sette i gang et regelmessig og strukturert ferdighetstreningprogram med mål om å opprettholde og utvikle kompetanse i operative vaginale forløsninger, til tross for lavt klinisk volum.

Metode: Treningen tok utgangspunkt i det pedagogiske rammeverket Learn, See, Practice, Prove, Do, Maintain (Sawyer et al., 2015). Deltakernes ferdigheter ble vurdert både muntlig og skriftlig ved hjelp av Ferdighetstrening evalueringsverktøy utviklet av RegSimVest og SAFER, med systematiske formative og summative tilbakemeldinger gjennom hele treningsforløpet. Ferdighetstreningen var satt opp en gang i uken, med varighet på 60 min. Ved prosjektslutt ble data samlet inn gjennom evalueringsverktøyet og fokusgruppeintervjuer.

Resultater: Foreløpige erfaringer, som ennå ikke er analysert, tyder på stort engasjement blant deltakere og positive tilbakemeldinger. LIS-legene oppgir økt trygghet på fødestua og større grad av selvstendighet ved operative vaginale forløsninger. Erfarne overleger bekreftet denne utviklingen. Prosjektet styrket også tverrfaglig samarbeid med jordmorgruppa.

Konklusjon: Implementering av strukturert ferdighetstrening, kombinert med et pedagogisk rammeverk og systematiske tilbakemeldinger, kan fremme en raskere læringskurve hos LIS-leger og bidra til økt pasientsikkerhet.

Gardasil 9 hjelper med å beskytte mot HPV-relaterte kreftformer og kjønnsvorter*¹

Humant Papilloma Virus (HPV) skiller ikke på kjønn, alder, livsstil eller legning²

Det er ingen øvre aldersgrense for å vaksinere seg med Gardasil 9.¹

*Vaksinen gir beskyttelse mot HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 og 58.

***INDIKASJON:** Gardasil 9 er indisert for aktiv immunisering av personer fra 9 år mot følgende HPV-sykdommer:

- Premaligne lesjoner og kreft i livmorhals, vulva, vagina og anus forårsaket av HPV-typer som vaksinen dekker.
- Kjønnsvorter (Condyloma acuminata) forårsaket av spesifikke HPV-typer.



Les mer om HPV
på hpvsmitte.no

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON

Forsiktighetsregler: Ved vaksinering bør hensiktsmessig medisinsk behandling og overvåkning være lett tilgjengelig i tilfelle det oppstår sjeldne anafylaktiske reaksjoner etter at vaksinen er gitt. Vaksinerte personer skal derfor observeres i ca. 15 minutter etter vaksinasjon. Vaksinen bør utsettes hos personer som lider av akutt og alvorlig febersykdom. Vaksinen er kun til profylaktisk bruk og har ingen effekt på aktiv HPV-infeksjon eller etablert klinisk sykdom. Vaksinen bør gis med forsiktighet til personer med koagulasjonssykdom da blødning kan oppstå i denne pasientgruppen. Vaksinasjon bør utsettes til etter fullført graviditet. Gardasil 9 kan brukes under amming.

Utvalgt produktinformasjon: Maksimal utsalgspris fra apotek, ferdigfylt sprøyte, 1 x 0.5 ml, kr 1713,60. Reseptgruppe C. Dosering: Vaksinen administreres som intramuskulær injeksjon ihht aldersbetinget 2- eller 3-dose plan som anbefalt i SPC.

Konsulter GARDASIL 9 SPC 06/26 før forskrivning el. bruk for komplett informasjon om dosering, kontraindikasjoner, advarsler og forsiktighetsregler, interaksjoner og bivirkninger.

Referanser:

1. Gardasil 9 SPC juni 2026, seksjon 2, 4.1 og 5.1.
2. FHI.no - Smittevernhandboka oppdatert 09072024.



MSD (Norge) AS, PO Box 1579 Vika, 0118 Oslo, tlf. 32 20 73 00
Copyright © 2026 Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, USA and its affiliates.
All rights reserved. NO-GSL-00140 08/26.

P7: Effekten av kontinuerlig jordmortilstedeværelse knyttet til kvinners fødselsopplevelse i LaPS-kohorten

Daniella Judit Rozsa^{1,2} Ingvild Dalen³ Stine Bernitz^{4,5} Rebecca Dalbye^{4,5} Pål Øian⁶ Geir Sverre Braut^{3,7} Torbjørn Eggebo^{1,8} Ragnar Kvie Sande^{1,9}

¹ Kvinneklivnikken, Stavanger Universitetssjukehus

² Avdeling for omsorg og etikk, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger

³ Seksjon for biostatistikk, Forskningsavdelingen, Stavanger Universitetssjukehus

⁴ Kvinneklivnikken, Sykehuset i Østfold

⁵ Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, fakultet for helsevitenskap, Oslo Met

⁶ Kvinneklivnikken, Universitetssjukehuset i Nord-Norge

⁷ Høgskulen på Vestlandet, Norway.

⁸ Institutt for klinisk og molekylærmedisin, NTNU, Trondheim

⁹ Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen

Bakgrunn: En god fødselsopplevelse er en uttalt målsetting for norsk fødselshjelp. Det er vist at kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor på fødestuen under aktiv fødsel reduserer behov for epidural og risiko for operativ forløsning; man har ikke funnet effekt på fødselsopplevelse. Tidligere studier har imidlertid vært små.

Metode: LaPS var en multisenterstudie ved 14 norske fødeavdelinger 2014-2017. I studieperioden ble det registrert om jordmor var kontinuerlig tilstede på fødestuen i åpningstiden. Alle deltagerne ble invitert til å besvare «Childbirth experience questionnaire» (CEQ) etter fødsel. Skjemaet er validert og måler fødselsopplevelse innen fire ulike domener. Vi brukte Poissonregresjon til å relatere fødselsopplevelse til jordmors tilstedeværelse. Vi justerte for varighet av fødsel samt for bruk av epidural og oxytocin.

Resultater: 3652 kvinner svarte, en responsrate på 62,9 %. Vi ekskluderte 150 deltagere på grunn av manglende data. Jordmor oppgav å ha vært kontinuerlig til stede i hele åpningstiden i 1829 fødsler (52 %). I 647 fødsler (18,5 %), var jordmor ikke kontinuerlig til stede i åpningstiden, i de resterende 955 fødslene (27,3 %) var jordmor kontinuerlig tilstede under deler av åpningstiden. Gjennomsnittlig invertert CEQ-score for kvinner hvor jordmor oppgav å ha vært kontinuerlig tilstede i hele eller deler av åpningstiden var 74,8 (standardavvik 14,4), tilsvarende for kvinner hvor jordmor ikke oppgav kontinuerlig tilstedeværelse var 74,4 (standardavvik 14,5). Vi fant ingen assosiasjon mellom kontinuerlig tilstedeværelse og fødselsopplevelse, hverken i justerte eller ujusterte analyser, heller ikke i subgruppenanalyser innen de ulike domene i spørreskjemaet.

Konklusjon: Kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor i åpningsfasen er ikke assosiert til fødselsopplevelse i vårt materiale.

P8: Near-universal maternal anemia among pregnant women in wartime Gaza: healthcare access and pregnancy outcomes

Zimmo, Mohammed W¹, Zimmo, Kaled M¹, Sande, Anne K^{2,3}

¹ Consultant of obstetrics and gynecology, Ministry of Health, Gaza, oPT.

² Kvinneklivnikken, Stavanger universitetssjukehus, Stavanger, Norge.

³ Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen, Bergen, Norge.

Background: Maternal anemia may be amplified by conflict-related food insecurity, displacement, and disruption of antenatal care. We assessed anemia prevalence and severity among pregnant women in Gaza during wartime and examined healthcare factors and pregnancy outcomes.

Methods: We conducted a cross-sectional analytical study combining retrospective medical-record review with structured interviews among women delivering in governmental and non-governmental facilities across Gaza from October 2023 to October 2025. Of 514 women identified, 414 met eligibility criteria with at least one recorded hemoglobin value. Anemia was defined as hemoglobin <11.0 g/dL and classified according to WHO criteria. Participants were grouped as normal/mild versus moderate/severe anemia. Wilcoxon rank-sum and Fisher's exact tests were used for statistical comparisons.

Results: Anemia affected 411/414 women (99.3%); 228 (55.1%) had mild, 179 (43.2%) moderate, and 4 (1.0%) severe anemia. Food insecurity and reduced food intake were universal, and 396 (95.7%) women experienced displacement. Women with moderate/severe anemia had fewer antenatal visits (median 3 vs 4; p<0.001), less hemoglobin monitoring (80.5% vs 89.5%; p=0.011), poorer access to antenatal care/pharmacies (71.9% vs 80.8%; p=0.036), and lower medication adherence (54.1% vs 71.7%; p<0.001). Anemia symptoms were more frequent (95.7% vs 82.1%; p<0.001). Pregnancy and neonatal complications did not differ significantly between anemia severity groups.

Conclusion: Maternal anemia reached near-universal levels in this wartime Gaza cohort. Women with more severe anemia experienced greater barriers to antenatal care, monitoring, and treatment adherence. Strengthening anemia screening, nutritional support, antenatal care, and access to iron therapy should be prioritized in conflict-affected settings.

P9: Hva kan vi lære av alvorlige pasientforløp ved maternell sepsis? En pilotstudie med systematisk gjennomgang (audit) av «maternal near-miss» ved tre norske universitetssykehus

Roe, Kjerstine ^{1,2}, Mentzoni, Camilla T ³, Christiansen, Marit H ², Sorbye, Ingvil K ^{4,5}, Kvalvik, Sedina A ⁶, Torkildsen, Cecilie F ^{1,2}, Sande, Ragnar K ^{1,2}, Fjeldstad, Tora S ⁶, Sun, Chen ⁶, Nguyen, Truc T ³, Carlsen, Marte IS ⁷, Nyflot, Lill ⁹, Klungsoyr, Kari ^{1,3}, Engjom, Hilde M ³.

- på vegne av partnere og faglig rådgivningsgruppe i samarbeidsprosjektet «Fødselsomsorg i Norge»

¹ Universitetet i Bergen (UiB)

² Kvinneklínikken, Stavanger Universitetssykehus (SUS)

³ Folkehelseinstituttet (FHI)

⁴ Kvinneklínikken, Oslo Universitetssykehus (OUS)

⁵ Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo (UiO)

⁶ Kvinneklínikken, Haukeland Universitetssykehus (HUS)

⁷ St. Olavs Hospital

⁸ Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, Oslo Universitetssykehus (OUS)

Bakgrunn: Maternell sepsis er en livstruende komplikasjon ved svangerskap og fødsel. Norge mangler et system for rutinemessig overvåking og læring av alvorlige tilfeller. Strukturert gjennomgang (audit) av «maternal near-miss»-hendelser er viktig for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Mål: Å identifisere læringspunkter ved maternell sepsis gjennom audit av «maternal near-miss»-tilfeller, samt evaluere gjennomførbarheten av digitale verktøy for standardisert registrering og vurdering.

Metode: Pilotstudie ved Stavanger universitetssjukehus, Haukeland universitetssjukehus og Oslo universitetssykehus. Kvinner med maternell sepsis (sepsis i svangerskap, etter abort og inntil 42 dager postpartum) med behov for intensivbehandling ble identifisert retrospektivt (2016–2024) og prospektivt (2024–2025). Vi utviklet et digitalt registreringsskjema for standardisert innsamling av kliniske data og en sikker nettløsning for systematisk gjennomgang og vurdering (audit). En tverrfaglig ressursgruppe vurderte behandlingsforløpene og identifiserte læringspunkter.

Resultater: Vi inkluderte 29 kvinner med sepsis; 19 tilfeller oppstod postpartum, ni i svangerskapet og ett etter abort. Genitaltraktus var hyppigste infeksjonsfokus (18/29). Ett tilfelle kunne ikke vurderes. Behandlingen ble vurdert som adekvat i 10/29 tilfeller. I 18/29 tilfeller ble det identifisert læringspunkter, hvorav forbedringer i behandlingen trolig kunne ha forebygget eller redusert alvorlighetsgraden hos 11 kvinner. De hyppigst identifiserte læringspunktene var forsinket erkjennelse av sepsis, undervurdering av sykdomsalvorlighet, forsinket antibiotikabehandling og manglende/forsinket kirurgisk kildekontroll. Det digitale registreringsverktøyet med standardisert klinisk informasjon ga tilstrekkelig datagrunnlag for overvåking og systematisk vurdering av tilfellene.

Konklusjon: Denne multisenterstudien med audit av maternell sepsis avdekket forbedringsmuligheter knyttet til tidlig diagnostikk, rask behandling og kirurgisk kildekontroll. Standardisert digital registrering fremstår som gjennomførbart for fremtidig kvalitetsarbeid og overvåking av alvorlig maternell morbiditet i Norge.

P10: Sonografisk deteksjon og morfologibeskrivelse av ektopisk tubargraviditet bedret seg ikke etter oppdatering av NGF veilederkapittel

Tellum, Tina^{1,3}; Talmach, Lene Salbu¹; Goulimis, Athena I.²

¹Medisinsk Fakultet, Universitetet i Oslo.

²Gynekologisk avdeling, Oslo Universitetssykehus, Ullevål

³Obstetrisk seksjon, Oslo Universitetssykehus, Ullevål

Bakgrunn: Preoperativ deteksjon og strukturert ultralydvurdering av ektopisk tubargraviditet (ETG) er avgjørende for korrekt pasientbehandling. I 2023 ble NGF veileder tilpasset ESHREs anbefalinger for morfologibeskrivelse. Effekten på sonografisk påvisning og rapporteringskvalitet er ukjent.

Metode: Historisk kohort av 457 kvinner operert for ETG ved Oslo universitetssykehus, Ullevål, i 2018 og 2022–2025. Preoperativ ultralydsbeskrivelser ble kodet i åtte morfologikategorier: solid, gestasjonssekk (GS), GS med plommesekk, embryo uten hjerteaksjon, embryo med hjerteaksjon, koagler i tube/fortykkelse, hemoperitoneum/koagler i F. Douglasi, ingen beskrivelse. Preoperativ hCG, størrelse og intraoperativt blodtap ble registrert. Cochran-Armitage trendtest, Kruskal-Wallis og Holms korreksjon ble benyttet.

Resultater: Solid morfologi utgjorde kun 18,6 % av rapporterte tilfeller, mens fravær av sonografisk beskrivelse utgjorde 21 % og totalt 41 % hadde ikke-diagnostiske funn. Morfologifordeling endret seg ikke signifikant over år etter Holms korreksjon. Preoperativ hCG korrelerte med morfologisk avansement (rho=0,38, p<0,001), men var ikke signifikant lavere i gruppen med manglende deteksjon av ETG. Dokumentasjon av ETG-størrelse økte fra 38,8 % i 2018 til 63,1 % i 2025 (p=0,008), men målinger inkluderte koagler fremfor selve ETG. Hemoperitoneum var assosiert med høyere intraoperativt blodtap (650 mot 300 mL, p=0,004) og lavere preoperativt hemoglobin.

Konklusjon: I publisert litteratur utgjør solid morfologi uten GS ca 40%. Vår kohort viser en overvekt av morfologisk mer avanserte funn (GS, embryo eller hjerteaksjon i 40 %) og fravær av direkte deteksjon (41%), hvilket er betydelig høyere enn i publisert litteratur (17–26 %). Rapporteringskvaliteten bedret seg ikke over tid. Lav hCG som surrogatmarkør for liten ETG-størrelse kunne ikke forklare manglende deteksjon. Funnene understreker behovet for strukturert ultralydopplæring utover retningslinjeimplementering.

WILDCOLPO
digitalt kolposkop

Skarpere bilder, bedre ergonomi – og en tryggere opplevelse for pasienten.

WILDCOLPO er utviklet for en travel klinisk hverdag, der presisjon og pasientkomfort må gå hånd i hånd. Avansert optikk og gjennomtenkt design gir tydelig innsyn i selv små celleforandringer – enten du jobber på poliklinikken eller med operativ kolposkopi.

Bildene kan deles direkte med pasienten på skjermen – det gir bedre kommunikasjon, mer presis dokumentasjon og en mer effektiv hverdag på klinikken.

- **4K UHD-kvalitet**
To 18,1 MP-kameraer
- **6x - 48x forstørrelse**
Med automatisk fokus
- **Intuitivt grensesnitt**
Zoom, filter og lys rett ved hånden
- **Trygg DICOM-lagring**
Bilder direkte i journalen



Tilpasset din klinikk

Leveres montert på **rullestativ** eller **gynstol** – med 2D- eller 3D-visning, klar for både poliklinikk og operativ kolposkopi.

NGF ÅRSMØTE • TROMSØ 21-23. OKT

Vi gleder oss til å se deg i Tromsø!

Stikk innom standen vår på årsmøtet, så viser vi deg **det digitale kolposkopet** i praksis.

Ønsker du å høre mer eller avtale en utprøving? Ta kontakt med:

Klaus Lundby Vestergaard

Produktsjef • Vingmed AS

Tlf. +47 477 65 620

klaus.lundby@vingmed-as.no

P11: PMOS i primærhelsetjenesten: kartlegging av fastlegers utfordringer og utvikling av et nettbasert opplæringskurs

Vanky, Eszter ^(1,2), Følkner Silje H. ⁽³⁾ og Mjølstad Bente P ⁽⁴⁾

¹ Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU, Trondheim, Norge

² Kvinneklinikken, St. Olavs hospital, Trondheim universitetssykehus, Trondheim, Norge

³ Akershus Universitetssykehus, Lørenskog, Norge

⁴ Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU, Trondheim, Norge

Bakgrunn: Til tross for betydelige fremskritt i forståelsen av polyendokrint metabolsk ovarialsyndrom (PMOS), er implementeringen fortsatt mangelfull. PMOS rammer om lag 1 av 8 kvinner og har livslange endokrine, reproduktive, metabolske og psykiske konsekvenser. Fastleger har derfor en sentral rolle i diagnostikk, behandling og oppfølging. Målet var å utvikle et nettkurs for fastleger basert på internasjonale retningslinjer.

Metode: I 2025 besvarte fastleger et spørreskjema om erfaringer med diagnostikk, behandling og oppfølging av PMOS, inkludert utfordringer, ansvarsfordeling, trygghet i håndtering og opplæringsbehov. Dybdeintervjuer ble gjennomført med et utvalg deltakere. Prosjektet var finansiert av Legeforeningens kvalitetsforbedringsfond og brukerinvolvering fra pasientorganisasjonen PMOS Norge.

Resultater: Totalt 180 leger i allmennpraksis besvarte spørreskjemaet, hvorav en tredjedel var spesialister i allmennmedisin og to tredjedeler leger i spesialisering. I tillegg deltok ni fastleger i dybdeintervjuer. Funnene viste at de fleste mente at diagnostikk og langtidsoppfølging primært bør foregå i primærhelsetjenesten. Viktige utfordringer var diagnostisk usikkerhet, tolkning av laboratorieprøver og henvisningspraksis. Nær halvparten var usikre på behandlingsstrategier. Manglende avklaring av ansvarsfordeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten ble identifisert som en viktig barriere. Utfordringene var like hos yngre og mer erfarne leger. På bakgrunn av funnene utviklet vi et nettbasert kurs med fire moduler om PMOS: (1) bakgrunn og samfunnsperspektiver, (2) diagnostikk, (3) behandling og (4) livslang oppfølging. Læringen støttes av pasientkasuistikker, interaktive oppgaver og fem gjennomgående pasienthistorier som illustrerer ulike symptombilder og behandlingsbehov gjennom livsløpet.

Konklusjon: Studien avdekker et tydelig behov for retningslinjebasert PMOS-opplæring for fastleger. Det nettbaserte kurset kan bidra til bedre implementering av kunnskapsbaserte anbefalinger i primærhelsetjenesten.

P12: Does the delivery method influence sexual inactivity decades later? A 30-year follow-up

Belluardo Martina¹, Nyhus Maria Ø.^{1,2}, Svenningsen Rune^{3,4,5}, Volløyhaug Ingrid^{1,2}

¹ Department of Clinical and Molecular Medicine, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway

² Department of Obstetrics and Gynecology, St. Olavs University Hospital, Trondheim, Norway

³ Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo, Norway

⁴ Department of Gynecology, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

⁵ The Norwegian Female Incontinence Registry, Oslo University Hospital, Oslo, Norway.

Background: With increasing life expectancy, ensuring quality of life is essential. Sexual activity and function are understudied in postmenopausal women. Our aim was to investigate whether mode of delivery has an impact on sexual activity in later years.

Methods: In 2024, 965 questionnaires containing PISQ-IR (Pelvic Organ Prolapse/ Incontinence Sexual Questionnaire) were collected from a health survey of 1,641 women who had their first child in Trondheim between 1990 and 1997 (response rate 58.8%). Participants were grouped by delivery method: normal vaginal delivery (NVD), cesarean delivery (CD), vacuum delivery (VD), and forceps delivery (FD). Multiple logistic regression was used to compare sexual inactivity between delivery methods, adjusting for age, parity, and BMI.

Results: Mean age was 58.2 years, BMI 26.7 kg/m², and parity 2.28. In total 686/965 (71.5%) women were sexually active with or without partner according to the PISQ-IR questionnaire. Delivery type was not associated with sexual inactivity. Age was a significant risk factor for sexual inactivity when comparing CD vs NVD, adjusted odds ratio (aOR) 1.09, 95% confidence interval (CI) [1.04–1.14], FD vs NVD aOR 1.10, 95% CI [1.06–1.15], and VD vs NVD aOR 1.09, 95% CI [1.05– 1.14]. Increasing BMI was significant when comparing CD with NVD aOR 1.07, 95% CI [1.03 –1.12] and VD with NVD aOR 1.06, 95% CI [1.02 –1.10].

Conclusion: Mode of delivery was not associated with sexual inactivity 27–34 years after first delivery in this cohort. Risk factors for sexual inactivity were higher age and increasing BMI.

P13: Inkarserert uterus i uke 14

Winge, Karen og Smith, Jobe.

Føde/gynekologisk avdeling, Hammerfest sykehus

Bakgrunn: Inkarserert uterus er en sjelden, men potensielt alvorlig svangerskapskomplikasjon som oppstår hos under 1 av 3000 gravide. Tilstanden skyldes at en retroflektert uterus hefter seg fast bak promontorium ossis sacri i overgangen mellom første og andre trimester, i stedet for å vokse opp i abdomen. Dette fører til avklemming av uretra og blærehalsen. Kasuistikken illustrerer diagnostiske utfordringer og et uvanlig forløp av denne tilstanden.

Sykehistorie: En 40-årig P1, tidligere forløst med elektivt keisersnitt, ble innlagt i svangerskapsuke 13–14 med akutt urinretensjon. Hun hadde initialt blitt tømt for 1,6 liter urin på legevakten. Ved ankomst ble det avdekket at urinkateteret lå feilplassert i vagina på grunn av endret anatomi. Nytt kateter ga umiddelbar tømming av 800 ml urin.

Transvaginal ultralyd reiste mistanke om inkarserert uterus med vitalt foster, noe som ble verifisert med MR samme kveld. Det ble gjort flere iherdige forsøk på reposisjon: digital vaginal manipulasjon, bruk av ultralydprobe, firfotstående øvelser, samt et innovativt forsøk i kne-albuestilling med en dobbeltballong-sonde (induksjonskateter) i rektum fylt med totalt 240 ml saltvann. Reposisjonsforsøkene var mislykkede eller måtte avbrytes grunnet smerter, og pasienten ble meldt til operasjon. Ved preoperativ ultralydkontroll i narkose morgenen etter, viste det seg at uterus spontant hadde reposisjonert seg. Fosteret var vitalt, og pasienten ble utskrevet i velbefinnende.

Diskusjon: Akutt urinretensjon i første del av andre trimester er et kardinalsymptom på inkarserert uterus. Anatomiendringene kan gjøre kateterisering teknisk vanskelig, noe feilplasseringen i vagina illustrerer. Tidligere uterusoperasjoner (som pasientens keisersnitt) er en kjent risikofaktor på grunn av mulige adhesjoner. Kasuistikken viser at det kan være vanskelig å reponere med konservative reposisjonsmetoder – inkludert kreative løsninger som rektal ballongdilatasjon – men spontan resolusjon kan også forekomme.

Konklusjon: Inkarserert uterus må mistenkes ved akutt urinretensjon i svangerskapsuke 12–20. Tverrfaglig diagnostikk med MR sikrer diagnosen. Tilstanden kan løse seg spontant selv etter flere mislykkede, smertefulle reposisjonsforsøk, noe som bør tas med i vurderingen før invasive prosedyrer iverksettes.

P14: Ovarienes fysiologi og anatomi blant døtre født inn i Den norske mor, far og barn-undersøkelsen

Warp, Mari L., Skåra, Karoline H., Grindstad, Thea K., Kirkegaard, Kristine. Morken, Nils H.,

Ramlau-Hansen, Cecilia H., Romundtsad, Liv B., Håberg, Siri E., Hanevik, Hans I.

Fertilitetsavdelingen Sør, Sykehuset Telemark. Senter for fruktbarhet og helse, Folkehelseinstituttet

Bakgrunn: I tidlig 20-årene er kvinners fekunditet på sitt høyeste, men kunnskapen om ovarienes fysiologi og anatomi i denne perioden er mangelfull. I denne studien beskriver vi ovarialt volum, antral follikkel telling (AFC) og anti-müllersk hormon (AMH) hos unge kvinner født inn i Den norske mor, far og barn-undersøkelsen (MoBa).

Metode: MoBa-døtre i alderen 18–22 år (n = 492) ble inkludert i denne tverrsnittstudien. Data ble hentet fra deltakere som ble undersøkt fra og med november 2021 til og med september 2024 ved Fertilitetsavdelingen Sør, Sykehuset Telemark eller ved Volvat Spiren i Trondheim. Ved hjelp av transvaginal ultralyd og blodprøver ble ovarienes fysiologi og anatomi undersøkt på dag 2–5 i menstruasjons-syklusen. Kvinner som brukte hormonell prevensjon måtte seponere bruken minst 2 måneder før undersøkelsen.

Resultater: Ovarialt volum (cm³) ble beregnet. Medianen og IQR for høyre ovarium var 6,7 (4,8-9,2) og venstre 5,7 cm³ (4,0-8,2). Median AFC på høyre side var 14 (IQR 11-19) og på venstre side 13 (IQR 10-18). Medianen for total AFC var 28 (IQR 21-37). Median AMH var 23,4 pmol/L (IQR 16-25,4). Analyse med parret t-test viste at det var en statistisk signifikant forskjell på ovarialt volum og AFC mellom høyre og venstre side (p <0,001).

Konklusjon: Vi fant stor heterogenitet i ovarienes fysiologi og anatomi hos kvinner undersøkt etter puberteten, men før ovarienes funksjon reduseres med alderen. Denne biologiske variasjonen bør inkluderes i den kliniske vurderingen av unge kvinner som kommer til gynekologisk undersøkelse.

P15: Ringbehandling eller operasjon ved urogenittalt descens? – faktorer assosiert med behandlingsvalg og behandlingsutfall

Nyhus, Maria Øyaseter^{1,2}, Svorkdal, Astrid³, Volloøyhaug, Ingrid^{1,2}
¹ Kvinneklinikken, St.Olavs hospital
² Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU
³ Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU

Bakgrunn: Ringpressar er et enkelt og godt behandlingsalternativ til kirurgi ved urogenital descens. Det fins begrenset kunnskap om faktorer som påvirker behandlingsvalg og behandlingsutfall i en norsk sykehuspopulasjon.

Mål: Undersøke faktorer assosiert med behandlingsvalg og behandlingsutfall ved urogenital descens, samt forekomst av komplikasjoner og kontinuering av ringbehandling.

Metode: Prospektiv kohortstudie av kvinner henvist til vurdering for urogenital descens ved St.Olavs hospital i perioden 2022–2026. Kliniske data, POP-Q-klassifikasjon og pasientrapporterte symptomer (PFDI-20) ble registrert ved inklusjon. PFDI-20 ble gjentatt etter 6–18 måneder. Pasientene ble kategorisert etter initialt behandlingsvalg (ring eller kirurgi). Assosiasjon mellom bakgrunnsfaktorer, behandlingsvalg, komplikasjoner og symptomutvikling ble analysert med t-test og χ^2 -test.

Resultater: Totalt 161 kvinner ble inkludert; 34 % i ringbehandlingsgruppen og 52 % i kirurgigruppen. 14 % av pasientene mottok ingen/annen konservativ behandling. Kirurgigruppen hadde hyppigere prolapsgrad ≥ 3 (OR 2.4), apikalt prolaps (OR 2.4), posteriort prolaps (OR 2.5), multikompartmentprolaps (OR 3.3), tidligere hysterektomi (OR 3.5), descenskirurgi (OR 3.3) og tidligere ringforsøk (OR 3.5). Ved oppfølging rapporterte både ring- og kirurgigruppen betydelig symptomforbedring uten signifikante forskjeller i endring av PFDI-20 eller delskærer mellom gruppene ($p>0.1$). I ringbehandlingsgruppen opplevde 71 % komplikasjoner. Totalt 44 % kontinuerte behandlingen. Kvinner som avsluttet ringbehandling var yngre, hadde mindre prolapsgrad og hadde oftere komplikasjoner ($p\leq 0.01$).

Konklusjon: Større og mer komplekse prolaps, tidligere bekkenbunnskirurgi og tidligere ringbehandling var assosiert med primært valg av kirurgi. Det var ingen forskjell i symptomforbedringen mellom kvinner som fortsatte ringbehandling og kvinner som gjennomgikk kirurgi. Ringbehandling representerer et relevant behandlingsalternativ ved urogenital descens, men komplikasjoner og yngre alder var assosiert med seponering av behandlingen.

P16: Impact of European Medicines Agency warnings on antiemetic prescribing in hyperemesis gravidarum: a population-based retrospective cohort study in Norway

Van der Minnen, Loïs M^{1,2}, Erdal, Hilde³, Painter, Rebecca C^{1,2}, Trovik, Jone^{4,5}
¹ Department of Obstetrics and Gynaecology, Amsterdam UMC, Vrije University Amsterdam, Amsterdam, the Netherlands
² Amsterdam Reproduction and Development Research Institute, Amsterdam UMC, Amsterdam, the Netherlands
³ Centre for Pharmacy, Department of global public health and primary care, University of Bergen, Bergen, Norway
⁴ Department of Obstetrics and Gynaecology, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway
⁵ Department of Clinical Science, University of Bergen, Bergen, Norway

Background: Hyperemesis gravidarum (HG), severe nausea and vomiting in pregnancy, is a leading cause of early pregnancy hospital treatment. Despite increasing evidence supporting antiemetic safety, prescribing varies. The European Medicines Agency (EMA) issued warnings limiting metoclopramide use to 5 days in 2013 and discouraging first-trimester ondansetron use in 2019. Norway incorporated the 2013, but not the 2019, warning into its national HG guideline.

Objective: Investigate whether EMA antiemetic warnings affected antiemetic prescribing in Norway.

Method: Population-based retrospective cohort study of all individuals hospitalized for HG in Norway from 2008–2023, identified from the Norwegian patient registry (NPR), Medical Birth Registry Norway (MBRN), and the Norwegian Prescription Database (NorPD). Prescription trends around EMA warnings were assessed using interrupted time-series analysis.

Results: We included 17,052 individuals (22,331 HG-pregnancies). Following the 2013 EMA warning, there was an immediate 16.2% decrease in metoclopramide prescriptions ($\beta_2=-16.2\%$; 95% CI -24.1 to -8.19; $p<0.05$). During the same period, ondansetron prescribing increased by 5.31% ($\beta_2=5.31\%$; 95% CI 0.376 to 10.3; $p<0.05$), suggesting a prescription pattern shifts. Following the 2019 EMA warning, there was no significant change in overall antiemetic or ondansetron prescribing.

Conclusion: The 2013 metoclopramide EMA warning appears to have influenced prescribing patterns in Norway. In contrast, the EMA ondansetron warning (not incorporated into the national guideline) did not substantially alter prescriptions. These findings suggest that the incorporation of regulatory warnings into national guidelines can directly influence antiemetic provision, potentially restricting access to effective treatment, whereas non-incorporating may help preserve continuity of care.

Xonvea® 10mg/10mg
doksylamin/pyridoksin

Individtilpasset dosering med mål om å oppnå laveste effektive dose¹



20 st – startpakke
40 st – vedlikeholdspakning

Reseptbelagt legemiddel

Spesifikt fremstilt for behandling av svangerskapskvalme¹

Xonvea (doksylamin og pyridoksin), enterotablett 10 mg/10 mg. Indikasjoner: For behandling av svangerskapskvalme og -oppkast (NVP) hos gravide kvinner ≥ 18 år som ikke responderer på konservativ behandling (dvs. livsstil- og kostholdsendringer). **Dosering:** Den anbefalte startdosen er to tabletter ved leggetid (dag 1). Hvis symptomene vedvarer til ettermiddagen på dag 2, bør pasienten fortsette med den vanlige dosen på to tabletter ved leggetid (dag 2), og på dag 3 ta tre tabletter (en tablett om morgenen og to tabletter ved leggetid). Hvis disse tre tablettene ikke gir tilstrekkelig symptomkontroll på dag 3, kan pasienten ta fire tabletter fra dag 4 (en tablett om morgenen, en tablett midt på dagen og to tabletter ved leggetid). Den maksimale anbefalte daglige dosen er fire tabletter (en om morgenen, en midt på dagen og to ved leggetid). Skal tas som en daglig forskrivning, og ikke etter behov. For å forebygge at svangerskapskvalme og -oppkast plutselig kommer tilbake, anbefales en gradvis nedtrappingsdose ved seponeringstidspunktet. **Administrasjonsmåte:** Administreres på tom mage med et glass vann. Svelges hele og skal ikke knuses, deles eller tygges. **Pakninger og priser:** 10 mg/10 mg: 20 st Maksimal AUP 299,50 kr, 40 st Maksimal AUP 485,00 kr. **Reseptgruppe** C. **Viktig sikkerhetsinformasjon: Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet overfor doksylaminsuksinat, andre etanolaminderivative antihistaminer, pyridoksinhydroklorid. Samtidig bruk med monoaminoksidasehemmere (MAO-hemmere). **Advarsler og forsiktighetsregler:** Kan forårsake somnolens. Anbefales ikke ved samtidig bruk av legemidler som hemmer sentralnervesystemet, inkludert alkohol, hypnotiske sedativer og beroligende midler. Brukes med forsiktighet hos pasienter med astma, økt intraokulært trykk, trang-vinkelglaukom, magesår med stenose, pyloroduodenal obstruksjon og blærehalsobstruksjon. Inneholder pyridoksinhydroklorid og derfor skal ytterligere nivåer fra kosten og vitamin B6-tilskudd vurderes. Inneholder azo-fargestoffet allurarød AC aluminiumslakk (E129) som kan gi allergiske reaksjoner. Inneholder benzosyre (E 210). Pasienter med hyperemesis gravidarum skal behandles av spesialist. Det har vært rapportert falske positive 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 oppvakthet, som å kjøre eller bruke maskiner, bør unngås til helsepersonell sier at de kan gjøre det. **Bivirkninger:** Hyppigst rapporterte var somnolens. Alvorlig døslighet kan oppstå ved samtidig bruk av CNS-hemmende midler, inkludert alkohol. Antikolinerge effekter av Xonvea kan forlenges og forsterkes av monoaminoksidasehemmere. Mulige klasserelaterte bivirkninger av antihistaminer, inkluderer: tørr munn, nese og hals, dysuri, urinretensjon, vertigo, synsforstyrrelser, uklart syn, diplopi, tinnitus, akutt labyrintitt, insomni, tremor, nervøsitet, irritabilitet og facial dyskinesi. Tetthet i brystet, fortykkede bronkiesekresjoner, hvesing, tett nese, svette, frysninger, tidlig menstruasjon, toksisk psykose, hodepine, svakhet og parestesi har forekommet. I sjeldne tilfeller er agranulocytose, hemolytisk anemi, leukopeni, trombocytopeni og pancytopeni, økt appetitt og/eller vektøkning rapportert. For mer informasjon om dosering, forsiktighetsregler, interaksjoner og bivirkninger se SPC 17.06.2024.

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



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



Leger Uten Grenser trenger gynekologer

Kan det være deg? For mer informasjon om hva vi trenger, scan QR-koden eller gå til: legerutengrenser.no/jobb-for-oss

Har du spørsmål? Kontakt oss på epost: 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.



P17: Mb. Osler hos kvinner: gynekologiske og obstetriske blødningskomplikasjoner

Sørensen, Ingrid H.¹, Iversen, Kristin², Friis, Camilla¹, Diep, Phuong Phuong³, Jacobsen, Anne F.^{1,4}, Holme, Ane M.^{1,2}

¹ Fødeavdeling, Oslo universitetssykehus

² Nasjonalt senter for sjeldne diagnoser, Oslo universitetssykehus

³ Lungeavdelingen, Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus

⁴ Universitetet i Oslo.

Bakgrunn: Vi har lite kunnskap om kvinnehelse ved sjeldne diagnoser. Hereditær hemoragisk telangiectasi (HHT/Mb Osler) er en medfødt sykdom med arteriovenøse karmformasjoner (AVM) og komplikasjoner i flere organsystemer (nese, hud, lunger, lever, sentral-nervesystemet og gastrointestinaltraktus). Blødningskomplikasjoner fra AVM i slimhinner er vanlig, men det er ikke gjort systematisk kartlegging av genitale AVM. I den generelle befolkningen er forekomsten av menstasjonsforstyrrelser anslått til 3-30%, postcoital-blødning til 0.8-6 %, postmenopausal blødning 10% og alvorlig postpartumbødning 2.8 % (1-5). Vår hypotese er at genitale AVM ofte er oversett og at blødningsforstyrrelser og postpartumbødning forekommer hyppigere ved HHT.

Metode: Nasjonal, retrospektiv studie i samarbeid med landets fødeavdelinger. 252 kvinner >18 år med HHT, identifisert via HHT-registre, ble invitert til strukturert telefonintervju og innhenting av kliniske journaldata.

Resultater: Vi presenterer her selvrapporterte data fra 148 kvinner somgjennomførte telefonintervju.

Blødningsforstyrrelser: 6(4.1 %) kvinner oppga AVM i relasjon til vulva/skjede, mens hele 121(81.8 %) var usikre. 23(15.5 %) rapporterte uregelmessig menstasjonsyklus, 50(33.8 %) metroragi, 12(8.1 %) postcoitale blødninger og 73(49.3 %) hadde menoragi. 12(12.9 %) av 93 postmenopausale kvinner hadde opplevd postmenopausal blødning.

Fødsel: Studien inkluderte 137 kvinner som fullførte 304 svangerskap. 30(21.9 %) kvinner rapporterte postpartumbødning >500ml 8(5,8 %) over 1,5L og/eller medførte blodtransfusjon og 3(2.2 %) hadde livstruende blødning på over 3L.

Konklusjon: Vi fant færre mellombødninger enn forventet, noe som kan indikere at vulvovaginale AVM er et mindre klinisk problem enn antatt. Derimot oppga nesten halvdelen av kvinnene menoragi og andelen alvorlige postpartumbødninger var høyere enn norske tall fra samme periode. Dette kan være forenelig med uterine AVM ved HHT og funnene vil ettergås ved journalgjennomgang.

1. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. Int J Gynaecol Obstet. 2018;143(3):393–408.

2. Ardestani S, Dason ES, Sobel M. Postcoital bleeding. CMAJ. 2023;195(35):E1180.

3. Astrup K, Olivarius Nde F. Frequency of spontaneously occurring postmenopausal bleeding in the general population. Acta Obstet Gynecol Scand. 2004;83(2):203–7.

4. Folkehelseinstituttet. Medisinsk fødselsregister – statistikkbanken. 1999–2024.

5. Eggebo TM, Gjessing LK. [Hemorrhage after vaginal delivery]. Tidsskr Nor Lægeforen. 2000;120(24):2860–3.

P18: To svangerskap ved vaskulær Ehlers-Danlos

Gjerdalen, Guri¹, Rossen, Janne², Langen, Ingrid ¹, Estensen, Mette E.³, Almaas Vibeke³, Sørbye, Ingvil K^{1,4}, Holme, Ane M.^{1,5}

¹ Kvinnekliviken, Oslo universitetssykehus

² Kvinnekliviken, Kristiansand Sørlandet sykehus HF

³ Kardiologisk avdeling, Oslo universitetssykehus

⁴ Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

⁵ Nasjonalt senter for sjeldne diagnoser, Oslo universitetssykehus.

Introduksjon: Vaskulær Ehlers-Danlos' syndrom (vEDS) er en sjelden arvelig bindevvssykdom med økt risiko for disseksjon av blodkar, tarm- og uterusruptur, fødselsrifter og prematur fødsel.

Kasuspresentasjon: Kvinne tidligere operert for korsbåndskade, varicer og vulvulus, som sent i første svangerskap fikk påvist disseksjon av a.iliaca samt aneurysme i a.carotis. Utredning i svangerskapsuke 38+4 avdekket sykdomsgivende COL3A1-mutasjon forenlig med vEDS. Hun ble, etter tverrfaglig vurdering, forløst med sectio grunnet økt risiko for kardisseksjon, uterusruptur og alvorlige perinealrifter ved vaginal forløsning. Inngrepet ble utført i narkose grunnet risiko for komplikasjoner ved spinalanestesi. Peroperativt ble det notert skjørt og lettblødende vev. Operasjonen og barselperioden forløp ukomplisert.

Kvinnen ønsket nytt svangerskap med preimplantasjonstesting. Ved multidisiplinær prekonsepsjonell veiledning ble dette frarådet pga. høy maternell risiko, men hun ble allikevel gravid. Morkakeprøve viste samme COL3A1-mutasjon hos foster. Svangerskapet ble fulgt opp i samarbeid med lokalsykehus. Elektivt sectio i uke 37 ble komplisert av adheranser og tynntarmsperforasjon som krevde reseksjon, samt postoperativ subileus og behandlingskrevende hypertensjon.

Diskusjon: Svangerskap ved vEDS er forbundet med høy risiko for livstruende maternelle komplikasjoner. Internasjonale guidelines anbefaler individualisert prekonsepsjonell veiledning der risikoen formidles, men vektlegger autonomi.

Gravide med vEDS anbefales restriksjoner i fysisk aktivitet. Blodtrykk og aortadiameter monitoreres. Internasjonal litteratur anbefaler sectio pga. risiko for uterusruptur, perinealruptur og vaskulære komplikasjoner, imidlertid er operative inngrep kirurgisk utfordrende og riskofyllt.

Pasienter bør følges multidisiplinært og forløses ved sykehus med team for vaskulære bindevvssykdommer. Betablokker anbefales som disseksjonsprofylakse. Man må være oppmerksom på blodtrykkstigning og ved smerter må kardisseksjon/ruptur utelukkes.

1.2025 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease and pregnancy

2. Pregnancy in women with vascular Ehlers-Danlos syndrome: a case series from the registry of pregnancy and cardiac disease (ROPAC), J.A. van der Zande a b, S.K. Prakash c, J. Harris d, E. Troost e, D. Tobler f, B.J. Bouma g, J.W. Roos-Hesslink a, the ROPAC investigators 1

3.Metodebok.no Fødselshjelp (NGF) hjertesykdom og graviditet/fødsel (2026) 4.VASCERN (European Reference Network for Rare Vascular Diseases)

P19: Sjelden mor med sky i hodet – Moyamoya og svangerskap

Rossen, Janne², Værnesbranden, Magdalena R.², Gjerdalen, Guri¹, Wiedmann, Markus³, Bjørnå, Elin⁴, Kolseth, Ingrid B. M.¹, Holme, Ane M.^{1,5}
¹ Kvinneklivnikken, Oslo universitetssykehus
² Kvinneklivnikken, Kristiansand Sørlandet sykehus HF
³ Nevrokirurgisk avdeling, Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus
⁴ Anestesiologisk avdeling, Rikshospitalet, Oslo
⁵ Nasjonalt senter for sjeldne diagnoser, Oslo universitetssykehus

Introduksjon: Moyamoya sykdom er en sjelden cerebrovasulær tilstand med progressiv forsnevring av intracerebrale arterier og skyer av kollateralnettverk. Resultatet er redusert cerebral perfusjon og økt sårbarhet for blodtrykkssvingninger med risiko for iskemiske og hemorragiske komplikasjoner.

Kasuspresentasjon:
Svangerskapsuke 27: Kvinnen ble henvist lokalsykehus med usikker svangerskapslengde. Moyamoya med marginal cerebrovaskulær reservekapasitet var påvist 8 år tidligere. Kirurgisk behandling var planlagt. Hun uteble fra oppfølging.
Svangerskapsuke 29: Pasienten ble diskutert tverrfaglig i Norsk nettverk for kvinnehelse og sjeldne medfødte diagnoser for innsikt i sykdommen, med kartlegging av risikofaktorer og oppfølgingsplan.
Kvinnen benektet cerebrale symptomer, men ved repeterte ultralydundersøkelser observerte man forbigående bevissthetstap og ensidig kraftsvikt. Først tolket som vena-cava-syndrom, men senere som TIA grunnet stillingsavhengig hypoperfusjon. MR cerebri viste gamle infarktforandringer og uttalte karforandringer.
Svangerskapsuke 32: Tverrfaglig vurdering (fødselsleger, anestesileger, og nevrokirurg) besluttet tilstrebing av stabilt BT, forløpende vurdering av mors helse og mål om sectioforløsning i uke 34 med høyspesialisert anestesilogisk kompetanse.
Svangerskapsuke 33: Innlagt med persisterende hodepine, ensidig krafttap og stigende BT og overflyttet Rikshospitalet med nye TIA-episoder.
Svangerskapsuke 33+2: Ukomplisert sectioforløsning etter celeston. Barselforløp uten nye nevrologiske hendelser. Operert med revaskularisering (intracerebral bypass) etter 6 måneder.

Diskusjon: Svangerskap ved Moyamoya bør gjennomføres i stabil fase, etter prekonsepsjonell vurdering, og tett nasjonalt samarbeid (1, 2). Hovedmålet er å forebygge cerebral iskemi og blødning gjennom streng blodtrykksskontroll og høyspesialisert tverrfaglig håndtering (2, 3). Oppfølging av gravide kvinner med sjeldne sykdommer er utfordrende da kunnskapsgrunnlaget og erfaringen er lav. Nasjonalt nettverk for kvinnehelse og sjeldne medfødte diagnoser fremmer tverrfaglig samarbeid på tvers av landet.

1. Inayama Y, Kondoh E, Chigusa Y, Io S, Funaki T, Matsumura N, et al. Moyamoya Disease in Pregnancy: A 20-Year Single-Center Experience and Literature Review. World Neurosurg. 2019;122:684–91.e2.
2. Lai PMR, Beazer M, Frerichs KU, Patel NJ, Aziz-Sultan MA, Du R. Association Between Moyamoya Revascularization Surgery and Neurologic Events During Pregnancy: Systematic Review. Neurosurgery. 2024.
3. Antoniazzi AM, Unda SR, Khatri D, Holland R, De la Garza Ramos R, Haranhalli N, et al. Arterial Ischemic Stroke in Moyamoya Patients Who Underwent Vaginal Delivery and Cesarean Section. World Neurosurg. 2022;163:e391–e5.

P20: Svangerskap hos kvinne med Swyer syndrom (46, XY)

Onstad, Solveig K, Holme, Ane M, Skaug, Henriette A
Fødeavdelingen, Sykehuset Telemark. Norsk nettverk for kvinnehelse og sjeldne diagnoser

Introduksjon: Kasuistikken illustrerer at graviditet hos kvinner med Swyer syndrom kan være forbundet med komplikasjoner, og nytten av erfaringsutveksling ved sjeldne tilstander.

Kasuspresentasjon: Kvinne i 30-årene gravid etter eggdonasjon. Diagnostisert med Swyer syndrom (46, XY) pga forsinket pubertets-utvikling, primær amenore, normale kvinnelige ytre genitalia, liten uterus og ikke visualiserbare gonader. Behandlet med hormon-substitusjon. Eggledere og strek-gonader var fjernet laparoskopisk.
Hun brukte progesteronstøtte til svangerskapsuke 12, og ASA-profylakse. Pasienten ble diskutert tverrfaglig i Norsk nettverk for kvinnehelse og sjeldne medfødte diagnoser for kartlegging av risiko, oppfølging, forløsningsmetode og hormonsubstitusjons-behandling. Fra svangerskapsuke 28 kontrollert pga. preeklampsiutvikling og innlagt 32+0 med avflatende tilvekst. Behandlet med labetolol. I svangerskapsuke 33+0 fikk hun betametason pga. økende blodtrykk. Det tilkom unormal antenatal CTG med decelerasjoner, og ultralyd gav mistanke om placentaløsning. Forløst med ukomplisert akutt keisersnitt, sprekt barn på 1650 g. Utskrevet fra barselavdelingen etter 5 dager med antihypertensiva. 6 uker etter fødsel var ammingen veletablert. I samråd med pasienten avventet man reoppstart av hormonsubstitusjonsbehandling i 12 uker for å opprettholde laktasjon.

Diskusjon: Swyer syndrom er en sjelden tilstand der personer med 46, XY-karyotype utvikler kvinnelig fenotype. Mutasjoner i testis-bestemmende gener gir underutviklede strek-gonader som ikke produserer kjønnsceller, kjønns hormoner eller anti-Muller-hormon. Mullerske strukturer (uterus og eggledere) persisterer derfor gjennom fosterlivet. Spontan fertilitet er ikke mulig, men graviditet kan oppnås ved eggdonasjon. Det er beskrevet få svangerskap ved Swyer, men det virker å være økt forekomst av hypertensive svangerskaps-komplikasjoner, intrauterin veksthemming og prematur fødsel. Uterusruptur i andre trimester er beskrevet, tolket som sekundært til hypoplastisk uterus og adnexkirurgi.

Weissaupt K, Henrich W, Neymeyer J, Weichert A. Mode of delivery of women with Swyer syndrome in a German case series. J Perinat Med 2021; 49(6): 725–32
Krygere L, Bartasienne R, Kozlovskaja-Gumbriene A, Drejeriene E. Infertility management in a patient with Swyer syndrome: a case report. J Assist Reprod Genet 2025; 42(5): 1689–95.
Winkler I, Jaszczuk I, Gogacz M, et al. A Successful New Case of Twin Pregnancy in a Patient with Swyer Syndrome-An Up-to-Date Review on the Incidence and Outcome of Twin/Multiple Gestations in the Pure 46,XY Gonadal Dysgenesis. Int J Environ Res Public Health 2022; 19(9).
Fedder J, Ørskov M, Petersen KR. Pregnancies in XY women: Is a weak myometrium cause of complications during pregnancy and delivery? Asian Pac J Reprod 2013; 2(4): 325–7

Utrogestan®

(mikronisert progesteron)

– til forebygging av gjentatte spontanaborter^{1*}



400 mg x 2

daglig i behandlingsperioden



Referanse: 1. Utrogestan SPC 400 mg, 24.03.2026.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon

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

Advarsler og forsiktighetsregler:

- Fullstendig medisinsk undersøkelse foretas før oppstart og regelmessig under behandling.
- Vaginal blødning skal alltid undersøkes.

Utrogestan (progesteron) vaginalkapsler 400 mg

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

- Skal kun brukes ved truende spontanabort i første trimester og opptil 16. svangerskapsuke og skal kun administreres vaginalt.
- Ikke egnet som prevensjonsmiddel.
- Seponeres ved "missed abortion".
- Ikke beregnet for behandling av akutt fare for prematur fødsel.

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

For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Utrogestan SPC 400 mg, 24.03.2026.

Dosering: 800 mg/dag fordelt på to doser, én om morgenen og én ved sengetid. Behandlingen bør igangsettes i første trimester av svangerskapet, ved første tegn på vaginalblødning, og bør fortsette til 16. svangerskapsuke.

Pakninger og priser (AUP): Vaginalkapsler 15 stk.: kr 259,50. Reseptgruppe C.

 **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

2026-09-NO-UTR-11 SEP 2026



Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica (AOGS) søker ny Associate Editor (AE)

Vil du bidra til Nordens viktigste tidsskrift innen gynekologi og obstetrikk?

Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica (AOGS) søker nå en ny Associate Editor fra Norge. Dette er en spennende mulighet for en faglig og vitenskapelig engasjert gynekolog som ønsker å bidra aktivt til utviklingen av et internasjonalt tidsskrift med lange nordiske tradisjoner og stor internasjonal rekkevidde. Se utlysningen nedenfor – søknadsfrist 20.oktober 2026

A new AE based in Norway is needed for AOGS. The position of AE is initially for 4 years with the possibility of extension up to a further 4 years and remunerated. The appointment will start in autumn 2025 upon agreement.

AOGS is one of the oldest journals in our specialty, published by Wiley. In 2021, AOGS celebrated its centenary by transitioning to open access (OA) publishing. In recent years, the journal has undergone a series of changes to improve its quality, impact and visibility. Its current impact factor is 3.1. It has a distinguished international editorial staff and a worldwide distribution and readership.

We are looking for an enthusiastic, well-motivated obstetrician and gynecologist with scientific, academic and clinical credentials. The work will entail handling of about 20-40 manuscripts a year in an online platform and contributing to the journal development with ideas, Editorials, commissioned articles and special issues. The manuscripts will be judged on their scientific merits so ample

reviewing experience is necessary. The new AE will be invited to two yearly Editorial Board meetings (overnight, generally in Copenhagen) consisting in journal-related discussions and educational activities. The AE will be reimbursed for the number of manuscripts handled.

The qualifications required are:

1. Specialist training in obstetrics and gynecology, preferably a gynecology/oncology specialist.
2. Doctoral degree or equivalent degree in the field of medicine or biomedical science.
3. Communication skills and knowledge of written English.

If you are interested, please contact the NFG President Agnethe Lund agnethe.lund@helse-bergen.no, send CV and cover letter.

For more information on the AE role, please contact Susana Benedet at the Editorial Office of AOGS susana.benedet@gu.se



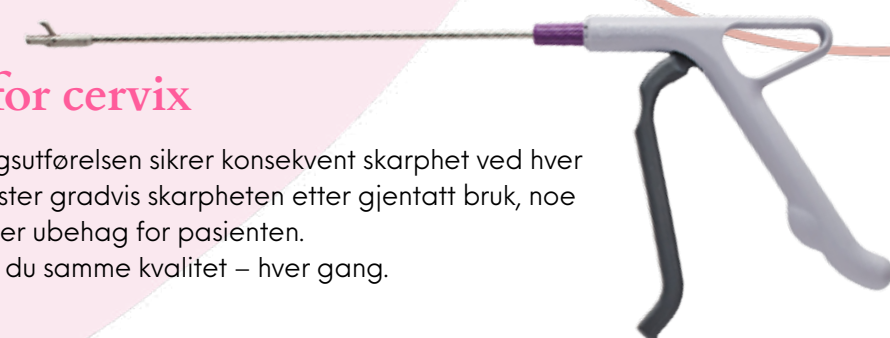
Standardiser undersøkelsen. Test våre sterile engangsinstrumenter.

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 reprosessering. 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 reprosessering sikres høy pasientsikkerhet og pålitelig ytelse – hver gang.



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.*¹



Target NK3 receptor, a known source of vasomotor symptoms with non-hormonal VEOZA^{2,3}

*see section 5.1 in SmPC

BY WEEK 12, VEOZA ELIMINATED

2 OUT OF 3 VMS EPISODES^{3**}



VEOZA SIGNIFICANTLY REDUCED SEVERITY
OF REMAINING VMS EPISODES FROM

MODERATE/SEVERE

TO

MILD/MODERATE^{3-5**}

Learn more at VEOZA.no

Concomitant use of moderate or strong CYP1A2 inhibitors with VEOZA is contraindicated. VEOZA is not recommended in women using hormone replacement therapy with oestrogens (local vaginal preparations excluded).

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 flushes 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).³

VEOZA™ (fezolinetant) 45 mg filmdrasjerte tabletter

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

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

REFERENCES: 1. VEOZA SmPC §4.1 04.2026. 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 04.2026. 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.

Pasienten skal informeres om tegn/symptomer på leverskade og rådes til å kontakte lege umiddelbart hvis disse oppstår. **Lever-/nyresykdom:** Anbefales ikke til personer med Child-Pugh klasse B (moderat) eller C (alvorlig) kronisk leversvikt, eller til personer med alvorlig nedsatt nyrefunksjon. **Ikke anbefalt** ved onkologisk behandling mot brystkreft eller andre østrogenavhengige maligniteter, eller til kvinner som bruker hormonerstatningsterapi med østrogen (lokale vaginale preparater unntatt). Har ikke blitt studert hos kvinner over 65 år eller hos kvinner med en historie med anfall eller andre krampeforstyrrelser. Dyrestudier har vist reproduksjonstoksitet.

***Bivirkninger:** Insomni, diaré, abdominalsmerter, økt ALAT, økt ASAT, alle med frekvens <10%, og legemiddelindusert leverskade (DILI) med ukjent frekvens.

MT-innehaver: Astellas Pharma Europe B.V., Nederland. **Reseptgruppe:** C **Refusjon:** Nei. **Pakningsstørrelse og pris (pr. 12.05.2026):** 45 mg: 30 tabletter (blistre) 835,5 kr, 100 tabletter (blistre) 2700,30 kr.

Lokal representant: Astellas Pharma, Tel: +47 66 76 46 00. For mer informasjon se www.felleskatalogen.no

Basert på SPC godkjent: 03.04.2026. *Avsnittet er omskrevet og/eller forkortet sammenlignet med den godkjente SPC. **Preparatomtalen kan bestilles kostnadsfritt fra den lokale representanten**