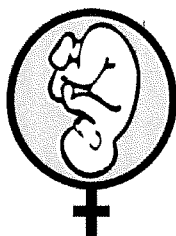


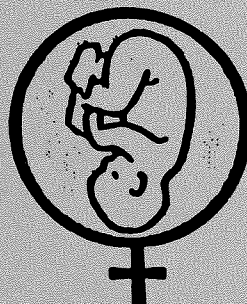
Gynekologen Nr. 1 Mars 1992 5. årgang



Norsk Gynekologisk Forening

INNHold	Side
Norsk gynekologisk forening: Styret og komiteene	2
Per E. Børdahl: Fra redaksjonen	3
Tom Seeberg: Praktiserende gynekologers 'klubb'	4
Per Olof Janson: Svensk förening för obst och gyn	5
FIGO committee for the study of ethical aspects of human reproduction. Two statements.	
• Ethical aspects of termination of pregnancy following prenatal diagnosis	7
• Ethical aspects of newborn care	8
Arne Urnes: Årsrapport til spesialitetsrådet over virksomheten til spesialitetskomiteen i fødselshjelp og kvinnesykdommer 1991	10
Nye godkjente spesialister	12
Unni Kirste: Utdanningsavdelingenes rapporter	13
Unni Kirste: Orientering om ECOG	14
Bokomtaler:	
• Johanne Sundby, Kirsti Malterud: Allmenpraktikerens møte med kvinnelige pasienter	17
• Per E Børdahl, Bjørn Backe og medarb.: Evaluering av svangerskapsomsorgen	18
• Per E Børdahl, Ola Didrik Saugstad: Når barnet er født for tidlig	20
Inviterte foredrag årsmøtet 1991	
Christian Brodtkorb: Mekanisk misforhold som indikasjon for sectio	22
Nye spesialister, statistikk	25
Håkan Rydhström: Prematuritet og keisersnitt	26
Per E Børdahl: Sectio og tvillinger	27
Kurser-møter-kongresser	28
Regulativ for reiser i inn og utland 1991	38
NGF, styret og komiteene, forts	39
Redaksjonen:	40
• Per E Børdahl	
• Fridtjof Jerve	
• Thomas Åbyholm	
• Mette Moen	

GYNEKOLOGEN



TIDSSKRIFT FOR NORSK GYNEKOLOGISK FORENING

NR. 1

MARS 1992

5. ÅRGANG

NORSK GYNEKOLOGISK FORENING

STYRET:

Formann: Avd. overlege Willy Nøstdahl, Nordland Ssh, 8000 Bodø, Tlf 081-34000, Fax 081-34109 priv: 081-82229
Nestform.: Overlege Eilef Hellem, Vestfold SSh, 3100 Tønsberg Tlf 033-13 370, Fax 033-13 689, Tlf priv: 033-28 663
Sekretær: Overlege Unni Kirste, Bærum Sh, PB 34, 1355 Bærum Tlf 02-88 94 67, Fax 02-519760 Tlf priv: 02-53 21 63
Vit.sekr.: Avd. overlege dr.med. Erik Qvigstad, Ullevål sh, 0407 Oslo 4, Tlf 02-11 98 00, Fax 02-694173, Tlf priv: 83 66 55
Kasserer: Prakt. spes. Kristina Johannessen, Strandgt 4, 5015 Bergen, Tlf 05-326890, Fax: 326890 priv: 28 01 05

SPESIALITETSKOMITEEN 1990-1992:

Formann: Overlege Arne Urnes, Gyn/Obst avd, Ssh i Akersh 1474 Nordbyhagen, Tlf 02-82 88 00, priv: 06-97 15 53
Repr: Overlege Unni Kirste, Gyn/Obst avd, 1316 Bærum sh Tlf 02-88 94 67, priv: 53 21 63 Fax: 02-519760
- Overlege Rita Kollvik, Gyn/Obst avd, Haugesund sh 5500 Haugesund, tlf 04-72 80 00, priv: 72 21 38
- Overlege dr.med. Per E Børdahl, KK, Rikshospit., 0027 Oslo 1, tlf 02-867010, priv: 123881 Fax 361965
- **YLF** Ass. lege Bente Mikkelsen, Gyn avd, SØF, 1600 Fredrikstad, Tlf 09-39 30 00, priv: 31 96 66
Vararepr: Avd. overlege Knut Urdal, KK, Aker sykehus, 0514 Oslo 5 Tlf 02-89 40 00
- Prakt. spes. Kristina Johannessen, Nygårds gt 4, 5015 Bergen, Tlf 05- 32 63 61 priv: 28 01 05
- Solveig Tingulstad, Regionsykehuset i Trondheim, 7002 Trondheim, Tlf 07-99 80 00

RÅDGIVENDE UTVALG FOR HELSEDIREKTØREN 1990-91:

Formann: Overlege dr.med. Odd Harald Jensen, KK, Aker sh 0514 Oslo 5, Tlf 02-89 40 00
Medlem: Overlege Marit Kristoffersen, Gyn/Obst avd, 1316 Bærum sh, Tlf 02-88 94 00
Varamedl: Overlege Bjørg Ladehaug, Gyn/Obst avd, S.sh i Sogn og Fjordane, 6800 Førde, Tlf 057-22 011
- Overlege Truls Servoll, Gyn/Obst avd, Telemark Ssh 3900 Porsgrunn, Tlf 035-56 100
- Overlege Kjell Askvik, KK, Haukeland sh, 5021 Bergen Tlf 05-29 80 60
- Overlege Mads Velken, Vestagder Ssh, 4604 Kristiansand. Tlf 042 29 080
Medlem: Thomas Noorda, Gyn/Obst avd, S.sh for Østfold, 1601 Fredrikstad, Tlf 032-11 08 (YLF) Forts s 39

Nordland Ssh ,8000
 -34109 priv: 081-82229
 Old SSh,3100 Tønsberg
 89,Tlf priv: 033-28 663
 Sh, PB 34, 1355 Bærum
 60 Tlf priv: 02-53 21 63
 Vigstad, Ullevål sh,
), Fax 02-694173, Tlf

essen, Strandgt 4,
 ax:326890 priv:28 01 05

st avd, Ssh i Akersh
 88 00, priv:06-97 15 53
 st avd, 1316 Bærum sh
 l 63 Fax: 02-519760
 Obst avd, Haugesund sh
) 00,priv: 72 21 38
 ahl,KK,Rikshospit.,
 priv:123881 Fax 361965
 n avd, SØF,1600
), priv: 31 96 66
 , Aker sykehus,0514

essen, Nygårdsst 4,
 51 priv: 28 01 05
 ykehuset i Trondheim,
) 00

EN 1990-91:

Jensen, KK, Aker sh
),
 a, Gyn/Obst avd,
 00
 /Obst avd,S.sh i Sogn og

/Obst avd, Telemark
 -56 100
 Haukeland sh, 5021

gder Ssh, 4604
),
 , S.sh for Østfold,
 l 08 (YLF) Forts s 39

Per E Børdahl

FRA REDAKSJONEN

Det nordiske samarbeidet har økt de siste årene, og det har fått sitt uttrykk både gjennom nysatsingen på Acta med de nordiske farger som knapphullsmerke, NFOG-Bulletinen som talsrør for Nordisk Forening for Obstetrik och Gynekologi, og den forestående Verdenskongressen som et nordisk fellesprosjekt.

Det er en utvikling som vi alle bør støtte opp om; de nordiske land har historisk, sosialt, kulturelt og helsepolitisk så mange ting til felles, at det er merkelig samarbeidet ikke har fått enda fastere former tidligere. I Gynekologen vil vi bidra med en artikkelserie som presenterer våre nordiske naboer- først ute er Svensk Gynekologisk Forening i dette nummer.

Mulighetene for lokal, norsk aktivitet forteller Tom Seeberg om i sin presentasjon av praktiserende gynekologers "klubb", et tiltak som bør kunne få avleggere andre steder i landet. Denslags initiativer er vi interesserte i å bringe videre, så bare skriv- den som barsler med en ide !

FIGO er en organisasjon som for mange av oss befinner seg langt borte. Ikke bare holder etisk komite sitt siste møte i Cairo, men det hele virker fjernt og upersonlig. Vi synes derfor det er viktig å trykke to uttalelser fra etisk komites desembermøte, som begge går rett inn i vår medisinske hverdag. Den første omfatter de etiske problemer vi står overfor ved terminering av svangerskap etter prenatal diagnostikk, den andre omtaler nyfødtsomsorg. Begge bærer preg av at de er uttrykk for en internasjonal komites arbeid, med de kompromisser som ligger bak. Men det er interessant å se hvordan de overveielser vi gjør oss ved slik diagnostikk har bred internasjonal oppmerksomhet. Selv om endel av uttalelsen om de nyfødte må sees i lys av den forsømmelse, dårlige behandling og tilogmed barnedrap som forekommer, er det også her tatt opp forhold av viktighet også her hjemme. Understrekingen av brystmelk som den suverene ernæring og pkt 3 om at "no healthy newborn infant should be separated from his or her mother because of hospital rules or convenience without her prior agreement" kan vi alle godt merke oss.

Dette nummeret har ikke den faste presentasjon av et sykehus, fordi vi ønsket å bringe abstracts fra Fredrikstad og omtale noen bøker som har spesiell interesse for gynekologer. Det er ikke vår mening å konkurrere med Tidsskriftet om bokanmeldelser, men vi vil fortsette å omtale noen av de nordiske bøker fra vårt fagfelt. Anmeldelsene bør ikke være på mer enn en side.

Så er vi i gang med femte årgang: Leserinnlegg, bidrag og kommentarer er like velkomne nå som de var da vi startet forsiktig høsten 1988.

Tom Seeberg, Tønsberg :

PRAKTISERENDE GYNEKOLOGERS "KLUBB"

For gynekologer er det kollegialt-faglig miljø i det vesentligste å finne ved sykehusavdelingene. Der arrangeres tidsskriftmøter og dessuten andre, mer eller mindre faglig dominerte sammenkomster. Bortsett fra at møtene virker stimulerende rent faglig har de også en positiv innvirkning på det man kan kalle "lagånden" blant kollegene.

Ved å etablere seg i spesialistpraksis vil de fleste kollegene naturlig nok raskt komme utenfor dette miljøet, man vil føle seg økende isolert i sin praksis og for endels vedkommende vil det etterhvert utvikles et reelt savn. En travel praksis gir dessverre ingen mulighet til å kunne "stikke av" midt i arbeidstiden for å delta i avdelingsmøter.

Med dette som bakgrunn startet et tyvetalls praktiserende gynekologer i Østlandsområdet for tre år siden en litt spesiell form for faglig-sosialt samvær. Med møter hos hverandre på kontoret, to ganger årlig og alltid på lørdager har vi gjort det så enkelt som mulig, og det har utviklet seg til et meget populært tiltak. Møter har vært arrangert fra Larvik i syd til Oslo i nord, transport greit besørget med minibuss. På dagsordenen er alltid ett hovedinnlegg av en "kapasitet", deretter etpar mindre innlegg fra deltakerne før en rundhåndet eventuelt-post, der problemstillinger spesielle for praksis diskuteres. Ved å møtes i hverandres kontorer har man også god anledning til å se på og diskutere utstyr, praktiske løsninger og arbeidsrutiner.

Tiltaket er meget populært i sin enkle form og vi kjenner etter hvert en viss samhörighet som yrkesgruppe.

Praktiserende spesialister ellers i landet oppfordres til å følge eksempelet.



SVENSK FÖRENING FÖR OBSTETRIK & GYNEKOLOGI
Swedish Society of Obstetrics and Gynecology

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) är en specialitetsförening inom intresseorganisationen Sveriges Läkarförbund och samtidigt den äldsta sektionen av den vetenskapliga organisationen Svenska Läkaresällskapet. Föreningen utgör en sammanslutning av svenska gynekologer och andra för obstetrik och gynekologi intresserade läkare. Föreningen utgör också den samordnande organisationen för landets regionala gynekologiska sällskap. Som medlem i SFOG kommer man i åtnjutande av föreningens rika utbud av efterutbildning, som ordnas i form av regionala och nationella kurser, möten och symposier. Föreningen har också ett stort antal arbets- och referensgrupper som bevakar olika delar av specialiteten.. Arbetsgrupperna är styrelsens konsulter i arbetet med vissa remisser och bidrar verksamt i specialistutbildningen och vidareutbildningen. De flesta arbetsgrupperna dokumenterar sitt arbete i skrifter, där de senaste rönerna och rekommendationerna inom skilda områden inom specialiteten finns samlade. Arbetsgrupperna har genom sitt frivilliga arbete vitaliserat föreningens arbete och starkt bidragit till ökat kollegialt och kamratligt samarbete.

Föreningen bevakar också utbildningen inom obstetrik och gynekologi på många nivåer, från kurserna för medicine studerande, över NLV-kurserna för blivande specialister till efterutbildningen för färdiga specialister. Programmet på den medicinska riksstämman arrangeras också av föreningen via dess vetenskaplige sekreterare.

På det fackliga området verkar föreningen för att

SVENSK GYN FORENING

kvinnosjukvårdens intressen tillgodoses och att tjänster för gynekologer inrättas i erforderlig omfattning.

Föreningen utger ett medlemsblad som utkommer med 5 nummer/år. Medlemsbladet ger information om alla föreningens aktiviteter och bevakar också internationella kongresser. Ansökningsformulär till kurser, konferenser och kongresser distribueras tillsammans med medlemsbladet som också brukar innehålla information om billiga researrangemang till utländska kongresser.

SFOG är tillsammans med övriga nordiska länders specialistföreningar medlem i Nordisk Förening för Obstetrik och Gynekologi (NFOG). NFOG arbetar bl.a. med en gemensam nordisk vidareutbildning, arrangerar nordiska kongresser i obstetrik och gynekologi, samordnar vetenskaplig aktivitet inom specialiteten och utger den internationella, engelskspråkiga facktidskriften Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica.

Per Olof Janson
Ordförande i SFOG

doses och att tjänster för omfattning.

som utkommer med 5 information om alla r också internationella till kurser, konferenser och ns med medlemsbladet som n om billiga ongresser.

nordiska länders disk Förening för Obstetrik betar bl.a. med en gemensam rar nordiska kongresser i ar vetenskaplig aktivitet inom ationella, engelskspråkiga Gynecologica Scandinavica.

FIGOs Stående etiske komite, Cairo 13.-14. desember 1991.

Uttalelsene er ikke FIGOs offisielle mening, de skal behandles i FIGOs eksekutivkomite- og vil senere bli publisert i International Journal of Gynaecology and Obstetrics.

FIGO

COMMITTEE FOR THE STUDY OF ETHICAL ASPECTS
OF HUMAN REPRODUCTION

Committee Statement:

Ethical Aspects of Termination of Pregnancy following Pre-natal Diagnosis

1. Modern methods of the pre-natal diagnosis provide information about the normal and pathological characteristics of the conceptus. The Pathological conditions may first become apparent during the pre-natal period, infancy, childhood or adult life. The spectrum of abnormalities or diseases may vary, from the minor with no impact on quality or length of life, to those causing severe disability and diminished longevity.

2. Women consenting to the use of pre-natal diagnostic procedures should be requested to state in advance the information which may result that they wish to be withheld from them during the remainder of the pregnancy. Such information might concern the sex of the fetus. It might also apply to knowledge of the existence of fetal disease or malformation in circumstances, legal or personal, that did not permit or justify termination of pregnancy as an option.

3. Knowledge acquired by pre-natal diagnosis allows for the possibility of termination of pregnancy in those countries where this is legal. This raises serious ethical questions with regard to the degree of abnormality and the reduction in quality of life which may justify this course of action. The attitude of the parents, particularly the woman, after

counselling, is of major importance in reaching a decision. It is unethical for anyone to bring pressure to bear on the couple with a view to their accepting a particular option.

4. Doctors should be aware of the desire of parents for a "perfect baby". However, this wish is unrealistic and parents should be counselled accordingly.

5. Termination should be discouraged when the disorder is treatable and will not necessarily affect the quality of life.

6. In enabling parents to reach an appropriate decision, the primary concern should be the quality of life and the longevity of the individual. A second consideration must be the effect that the birth and life of such a child might have on the woman herself and and/or her family. In this regard consideration must also be given to the effect of termination of the pregnancy on the physical and/or psychological health of the woman and her family. A third concern is the availability of resources and support for longterm care.

7. A special problem exists in relation to disease in an individual that is unlikely to manifest itself until well into adult life. The possibility exists that in the intervening years medical advances may provide a means of treating or alleviating the condition. This possibility must be born in mind during the counselling process.

Ethical Aspects of Newborn Care

1. Newborn infants should be treated with the consideration and respect due to any human being. As the most vulnerable members of Society they have a right to be cared for, provided with food and warmth, and protected from harm.

reaching a decision. It
sure to bear on the
a particular option.

re of parents for a
unrealistic and parents

when the disorder is
fect the quality of life.

ropriate decision, the
y of life and the
consideration must be
such a child might have
family. In this regard
e effect of termination
or psychological health
concern is the
for longterm care.

n to disease in an
st itself until well into
t in the intervening
means of treating or
bility must be born in

Newborn Care

with the consideration
the most vulnerable
to be cared for, provided
from harm.

2. Human milk is the ideal form of nutrition for the newborn baby and provides protection from infection. Failure to breast feed is associated with an increased infant morbidity and mortality in all countries, but especially in developing parts of the world. Every effort should be made to encourage breast feeding. Mothers therefore require to be educated in this matter and provided with nutritional, social and psychological support.

3. No healthy newborn infant should be separated from his or her mother because of hospital rules or convenience without her prior agreement. Close association enables mothers and their infants to relate to each other and encourages breast feeding.

4. Birth is a potentially dangerous time. Newborn infants should be accorded the best quality of health care available. The baby may require resuscitation or treatment of disease acquired before or during delivery. It should be the right of every newborn infant to be thoroughly examined at birth in order to detect diseases or potential disorders that may be then either treated or prevented.

5. While newborn infants share with children and adults the right to live, there will occasionally be some, who by reason of severe malformation, injury or extreme prematurity, have the right to be allowed to die with dignity without inappropriate or futile medical intervention, when it is the considered view of both the parents and their doctors that this course is in the child's best interest.

Arne Urnes :

ÅRSRAPPORT TIL SPESIALITETSRÅDET OVER VIRKSOMHETEN TIL SPESIALI- TETSKOMITEEN I FØDSELHJELP OG KVINNESYKDOMMER 1991

Komiteen har følgende sammensetning:

Arne Urnes, overlege, gyn. avdeling, Sentralsykehuset i Akershus, formann.
Unni Kirste, overlege, gyn. avdeling, Bærum Sykehus.
Rita Kolvik, overlege, gyn. avdeling, Fylkessykehuset i Haugesund.
Per Børdahl, overlege, dr. med., Kvinneklubben, Rikshospitalet.
Bente Mikkelsen, ass. lege, gyn. avdeling, Sentralsykehuset i Østfold.

Varamedlemmer:

Knut Urdahl, avdelingsoverlege, Kvinneklubben, Aker Sykehus.
Kristine Johannessen, privatpraktiserende spesialist, Bergen.

I 1991 gikk vår tidligere YLF-representant, Berit Schei, ut av komiteen og er erstattet av Bente Mikkelsen. Vi har foreløpig ikke fått tildelt ny vara-representant for YLF.

Komiteen har hatt 3 fellesmøter, hvorav 2 på Lagåsen, hhv. den 14.05.91 og 20.08.91 og ett i Bodø den 14.11.91. Jeg henviser til vedlagte referater fra disse møtene. For øvrig er mange saker behandlet som sirkulasjonssaker. Vi er lagt opp til en arbeidsfordeling innen komiteen, hvor overlege Unni Kirste har hatt hovedansvar for bearbeidelse av rapportene fra utdanningsinstitusjonene. Overlege Per Børdahl har hatt ansvaret for godkjenning av kurs og rulleringsplan for de obligatoriske kurs. Rita Kolvik har fungert som sekretær og har laget referatene fra våre fellesmøter.

SPESIALISTGODKJENNING.

16 søkere er godkjent som spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer. 3 søknader er i sirkulasjon med henblikk på godkjenning. 5 søkere har fått vurdert sin søknad med henblikk på tellende tjeneste.

STILLINGSSTRUKTUREN.

Spesialitetskomiteen har blitt bedt om å uttale seg om følgende forslag til prognose for utviklingen av legemarkedet innen spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer, utarbeidet av rådgivende utvalg for legers stillingsstruktur. Konklusjonens i spesialitetskomiteens uttalelse går inn for at man legger seg på en høy prognose som tilsier at det blir et underskudd av spesialister i prene fremover. Vi vil derfor tilråde at det ved våre gruppe-II sykehus blir opprettet flere assistentlegestillinger gruppe-A og faste assistentlegestillinger innenfor fødselshjelp og kvinnesykdommer med den begrunnelse at dette gir en bedre distriktpolitisk profil og at man derved lettere kan skaffe seg kvalifiserte søkere i periferien. Større sentralsykehus og regionsykehus bør fortrinnsvis ha B-stillinger, faste assistentlegestillinger og D-stillinger. Vi vil

SPESIALITETSRADET TIL SPESIALIS- TJENESTEHJELP OG

1

Sykehuset i Akershus, formann.
Sykehuset i Akershus.
Sykehuset i Haugesund.
Rikshospitalet.
Sentralsykehuset i Østfold.

en, Aker Sykehus.
spesialist, Bergen.

rit Schei, ut av komiteen og er
g ikke fått tildelt ny vara-

agåsen, hhv. den 14.05.91 og
iser til vedlagte referater fra
let som sirkulasjonssaker.
omiteen, hvor overlege Unni Kirste
rtene fra utdanningsinstitusjonene.
kjenning av kurs og rulleringsplan
ngert som sekretær og har laget

hjelp og kvinnesykdommer.
godkjennelse. 5 søkere har fått
teneste.

e seg om følgende forslag til
spesialiteten fødselshjelp og
lg for legers stillingsstruktur.
e går inn for at man legger seg
underskudd av spesialister i
ved våre gruppe-II sykehus blir
-A og faste assistentlegestillinger
en begrunnelse at dette gir en
d lettere kan skaffe seg kvalifi-
hus og regionsykehus bør fortrinns-
nger og D-stillinger. Vi vil

absolutt støtte forslaget om at man legger seg på et høyt utdanningsnivå av
spesialister innen vårt fagområde.

Vi er senere blitt informert om forhandlinger om endret stillingsstrukturavtale.
Komiteen ser positivt på en slik forenkling av systemet, men er av den formening
at det ville være ønskelig om hovedutdannelsen innen gynekologisk tjeneste fant
sted ved 2 sykehus. Vi håper at det endelige forhandlingsresultat blir sendt
rundt til høring før godkjennelse.

Komiteen har behandlet og godkjent midlertid omgjøring av faste overordnede
stillinger til underordnede stillinger, tellende til spesialitetsutdannelsen
i fødselshjelp og kvinnesykdommer ved følgende sykehus:

Sentralsykehuset i Nordland: Midlertidig omgjøring av overordnet stilling til
utdanningsstilling, kategori A, tellende til 2½ år i relasjon til spesialist-
reglene.

Fylkessykehuset i Molde: Midlertidig omgjøring av ledig overlegestilling til
utdanningsstilling, kategori A, tellende til 2½ år i relasjon til spesialist-
reglene.

Fylkessykehuset i Haugesund: Opprettelse av utdanningsstilling, kategori A,
tellende til 2½ år i relasjon til spesialistreglene.

Gynekologisk avdeling, Det Norske Radiumhospital: Komiteen har gått inn for
forslaget fra overlege Claes Tropé og Thorbjørn Iversen om omgjøring av ut-
danningsstilling, kategori A, til en D-stilling, øremerket for spesialister
som ønsker å fordype seg innen fagområdet gynekologisk onkologi. Tjenestetid
ett år.

Fylkessykehuset i Volda: Spesialitetskomiteen har gått inn for at en utdannings-
kandidat kan få tellende tjeneste på 2½ år i utdanningsstilling, kategori A,
under forutsetning av at det legges opp til et samarbeid med Sentralsykehuset
i Møre og Romsdal, Ålesund, hvor deltidstjenesten ved sistnevnte sykehus skal
settes til minimum ett år. For øvrig settes tjeneste ved Volda Sykehus som
utdanningskandidat, kategori A, med tellende tjeneste 2 år.

Regionsykehuset i Trondheim, Kvinneklinikken: Spesialitetskomiteen har gått inn
for omgjøring av C-stilling til B-stilling ved avdelingen da det ikke har meldt
seg kvalifiserte søkere til C-stillingen.

Komiteen har gått imot omgjørelse av overordnet stilling til B-stilling ved uro-
gynekologisk seksjon med den begrunnelse at urogynekologi ikke er noen godkjent
subspesialitet innen vårt fagområde. Skulle det ikke melde seg kvalifiserte
overlegesøkere, vil vi gå inn for en midlertidig omgjøring av stillingen til
ass.lege, gruppe-B med tellende tjeneste 2 år.
Spesialitetskomiteen går inn for å opprettholde D-stillingen ved Kvinneklinikken,
Regionsykehuset i Trondheim.

Fylkessykehuset i Kristiansund: Komiteen har gått inn for omgjøring av vakant
overlegestilling til midlertidig underordnet stilling, kategori A, gruppe-II,
tellende tjeneste inntil 2½ år i relasjon til spesialistreglene.

Fylkessykehuset i Elverum: Komiteen har gått inn for midlertidig omgjøring av
overordnet stilling til utdanningsstilling, kategori A, tellende til 2½ år i
relasjon til spesialistreglene under forutsetning av at avdelingen minst har
2 faste overordnede leger.

ÅRSRAPPORT

Sentralsykehuset i Østfold: Den 04.04.91 ble spesialitetskomiteen via kopi fra Lægeforeningen informert om at avdelingen i Fredrikstad var godkjent som gruppe-I sykehus. 20.08.91 fikk vi til vår forskrekkelse høre at gruppe-I godkjennelsen fra 04.04. var tilbaketrasket den 14.05. uten at Fredrikstad var informert. Etter ønske fra sekretariatet i Lægeforeningen, uttalte vi oss i brevform på ny den 27.08. hvor vi atter gikk inn for at Fredrikstad skulle godkjennes som gruppe-I sykehus. Dette resulterte i et brev fra 3. desember fra Helsedirektoratet, undertegnet av helsedirektør Torbjørn Mork, hvor man har gått inn for midlertidig godkjennelse av utdanningsstedet som gruppe-I, inntil videre for en periode på 2 år, det vil si frem til 31. desember 93.

EVENTUELT.

Spesialtetskomiteen har ifølge anbefaling fra Norsk Urologisk Forening gått inn for at man bruker betegnelsen urologisk gynekologi eller urogynekologi for pasienter henvist og behandlet ved gynekologisk avdeling/gynekologisk poliklinikk.

Vi har støttet forslaget om navneendring på spesialiteten terapeutisk onkologi og stråleterapi til spesialitetsnavnet onkologi og at foreningen kaller seg Norsk Onkologisk Forening.

På vårt siste fellesmøte i Bodø startet vi planleggingen for revidering av målbeskrivelsen for fødselshjelp og kvinnesykdommer, med den hensikt å få den ajourført til dagens krav.

GODKJENTE SPESIALISTER I FØDSELSHJELP OG KVINNESYKDOMMER

SENTRALSTYRETS MØTE 14. des. 1991

Anne Sejersted Bødtker
Buskerud Sentralsykehus
3004 Drammen



SENTRALSTYRETS MØTE 10. januar 1992

Anette Peen
Sykehusveien 8
9600 HAMMERFEST

SENTRALSTYRETS MØTE 12. februar 1992

Kai Olger Løseth
Brendthaugen 59
6013 ÅLESUND

Jean-Louis Marandon
Fylkessjukehuset i Volda
6100 VOLDA

Jardar Oma
Mispelvn 19
3150 TOLVSRØD

Hilde Sundhagen
Sorenskrivervn 14
2000 LILLESTRØM

ÅRSRAPPORT

spesialitetskomiteen via kopi fra Fredrikstad var godkjent som gruppe-I. Vi har hørt at gruppe-I godkjennelsen ved Fredrikstad var informert. Vi har uttalt vi oss i brevform på ny Fredrikstad skulle godkjennes som gruppe-I fra 3. desember fra Helsedirektoratet, hvor man har gått inn for godkjenning av gruppe-I, inntil videre for desember 93.

Norsk Urologisk Forening gått til utvalg for gynekologi eller urogynekologi og gynekologisk avdeling/gynekologisk poli-

spesialiteten terapeutisk onkologi og at foreningen kaller seg

anleggningen for revidering av mål og metoder, med den hensikt å få den

TER I ANNESYKDOMMER

is Marandon
jukehuset i Volda
LDA

ndhagen
rivervn 14
LLESTRØM

Unni Kirste :

ORIENTERING TIL NGF's ÅRSMØTE 1991 VEDRØRENDE UTDANNINGS-AVDELINGENES RAPPORTER

Rapportene kom også i år tildels meget sent inn. Særlig er noen av Universitetssykehusene sene med å innlevere. Alle som leverte til midt i juli får svar fra komiteen og en generell kommentar fra Utdanningsavdelingen i Lægeföreningen.

Vi har for neste år bedt om at tidsfristen for innlevering utsettes til avdelingstatistikkene er ferdige, for å se om dette kan bedre forholdene.

Rapportene er totalt sett noe bedre utfyllt og gir inntrykk av bedre forhold for kandidatene sammenlignet med fjorårets. Alle avdelingene ser ut til å ha opprettet undervisningsutvalg, men hvorvidt de fungerer etter forutsetningene er mer usikkert. Noen sykehus oppgir ingen underordnet representant som medlem, noen sier at alle i utvalget har flyttet/ sluttet.

2 sentralsykehus og 2 universitetssykehus synes ikke å ha et tilfredstillende veilederopplegg. Dette angår 20 av de ialt 56 besatte utdanningstillinger omfattet av innleverte rapporter .

Teoriundervisningen synes mye bedre enn ifjor, men de fleste avdelinger ligger under 2 timer/uke, og de færreste legger det slik opp at kandidatene kan følge tilnærmet alle timene. Det synes som om de fleste avdelingene har et relativt godt tilbud om mer kasuistisk preget undervisning tilpasset det daglige arbeid i tillegg.

Bare ca. halvparten sender med utdanningsplaner for avdelingen og/eller kandidatene. De som er innkommet er tildels meget gode.

Dere blir bedt om å oppgi når stillingsinnehaverne forventes ferdigutdannet. Dette er til bruk både for å beregne undervisningsbelastningen på avdelingen og tilgangen på nye spesialister. Vær så snille å fyll ut disse feltene i fremtiden.

Vi har ikke brydd oss om innholdet i C-stillingene, idet vår komite ikke har noe opplegg for dem og ikke føler at de er vårt ansvar. Utdanningsavdelingen insisterer imidlertid på at det skal rapporteres om disse også. Vi får vurdere om det skal sendes videre til Almenpraktikerkomiteen. I så fall vil dere bli bedt om en separat rapport for disse stillingene . Det kan kanskje tenkes å være en måte å få meddelt videre hvor dårlig disse stillingene fungerer.

Spesialitetskomiteen vil bruke det grunnlagsmateriale som rapportene er når vi kommende år skal gå gjennom stillingsstrukturen i vårt fag. Det synes som om universitets sykehusene fungerer dårlig som utdanningsavdelinger. Idag er det lagt opp til at disse avdelingene står for en meget viktig del av utdannelsen slik det også er i resten av Europa. Det synes ikke som om universitetsmiljøene i Norge har interesse av å ta noen førende rolle i utdannelsen av spesialister. Det anser vi som et problem som vi på en eller annen måte må ta konsekvensen av.

Unni Kirste

ORIENTRERING OM ECOG TIL NGF'S ÅRSMØTE

I 1989 tok endel europeiske gynekologer initiativ til en samling i London, med tanke på å opprette et europeisk forum for spesialistutdanning i gyn/obst.

Fra før finnes det diverse europeiske sammenslutninger i vårt fag:

EAGO - European Assoc. of Gyn/obst.- arbeider for utveksling av vitenskapelige resultater, faglig kunnskap og forskere. De baserer seg på enkeltmedlemskap og rekrutterer blant f.eks. fremstående forskere i de ulike land.

UPIGO - Union Professionel International de Gyn. et Obst. er i prinsipp internasjonal, men i praksis europeisk. Tar seg vesentlig av de fagforeningsmessige saker. Er iferd med å våkne etter mange års sovetilværelse og får antagelig offisiell rådgiver status i EF. Det siste medfører en såpass spesialisert virksomhet at det ikke er så veldig mye man kan oppnå mht. fagutvikling. UPIGO er imidlertid også åpen for og ønsker samarbeid med alle nasjonale organisasjoner i Europa.

UEMS - er en EF kreasjon som tar seg av spesialistutdanning mm innenfor EF - for alle fag.

FIGO - reell internasjonal - arbeider for tiden vesentlig med AIDS og 3. verdensproblemer, foruten de internasjonale kongressene.

Såvidt jeg har forstått var det aktive medlemmer av UPIGO og EAGO som tok initiativet til det som vil bli ECOG etter at det ble klart at ingen av de to organisasjonene var villige til

innlagsmateriale som
gå gjennom
nes som om universitets
ngsavdelinger. Idag er
e står for en meget
jså er i resten av
tetsmiljøene i Norge har
utdannelsen av
blem som vi på en eller

G TIL NGF`S

er initiativ til en
ette et europeisk
obst.

sammenslutninger i vårt

beider for utveksling
kunnskap og forskere.
rekrutterer blant f.eks.

mal de Gyn. et Obst.
n i praksis europeisk.
essige saker. Er iferd
relse og får antagelig
iste medfører en såpass
c så veldig mye man kan
llertid også åpen for og
rganisasjoner i Europa.

av spesialistutdannelse

for tiden vesentlig med
de internasjonale

e medlemmer av UPIGO og
vil bli ECOG etter at det
jonene var villige til

Såvidt jeg har forstått var det aktive medlemmer av UPIGO og EAGO som tok initiativet til det som vil bli ECOG etter at det ble klart at ingen av de to organisasjonene var villige til eller egnet for å ta seg av spesialistutdannelsen. Begge organisasjoner har vært representert på alle møter og arbeidsgrupper som har vært holdt og støtter opprettelsen av ECOG.

NGF ble invitert til å være med og jeg har deltatt på de 2 siste av 3 avholdte "stormøter"- i januar og juli i år. Etter mye om og men og tautrekking, er man nå kommet så langt at en konstitusjon er vedtatt. Forslaget til denne ble utarbeidet av en arbeidsgruppe der B. Kjessler deltok fra Norden.

De viktigste punktene i denne er:

ECOG skal være åpen for alle europeiske land. Man ønsker feks. de østeuropeiske landene med.

Det er de nasjonale gyn. organisasjoner som er medlemmer. Finnes det flere representative org. må de seg i mellom bli enige om hvordan de skal stemme på rådsmøter. Det er ennå ikke avgjort hvor mange stemmer de forskjellige land får. 2 forslag foreligger:

-Hvert land får en stemme, men kan møte med inntil 3 delegater avhengig av medlemstall. Dette favoriserer de små land ganske sterkt, Norden får 5 stemmer på et medlemstall under tyskeres 8000, mens de bare får 1 stemme.

- Man får 1 stemme for inntil 1000 medlemmer, 2 inntil 2500 medlemmer og 3 hvis medlemstallet er større enn det. Dette forslaget gir fremdeles de små land god uttelling.

Arbeidssproget er engelsk. Hva som blir det offisielle sprog vil være avhengig av hvilket land organisasjonen registreres i. De ulike land har noe forskjellig lovgivning, og dette undersøkes nå.

Alle europeiske sprog vil være godkjente sprog.

Medlemslandene står selv for evt. ønskete oversettelser av dokumenter osv.

Formålet med ECOG er å arbeide for en høy standard hos europeiske gynekologer.

Det er nå nedsatt et arbeidsutvalg som skal se på STRUCTURE AND STRATEGY. Storbritannia, Tyskland, Frankrike, Italia, Norden og "de små land" har hver sin representant i denne gruppen. P.O. Janson fra Sveriges gyn. forening er vår representant, og jeg er vararepresentant.

På de møtene jeg har deltatt i har det fremkommet to linjer:

A: Man jobber via byråkratiet for å fastsette regler mht. utdanningens lengde innhold mm. Det man kommer frem til skal være gjeldende standard i de aktuelle land.

B: Man jobber helt uavhengig av noe lands byråkrati. Etter modell av The Royal Colleg of Ob/G etablerer man en frivillig eksamen som et tilbud til de som ønsker en internasjonalt anerkjent bekreftelse på sin kompetanse. Målgruppen vil antagelig i første rekke bli de som ønsker å arbeide i et annet land enn der man er utdannet. Såfremt kvaliteten av ECOG's arbeide er god nok kan man håpe at det etableres en mal som også de nasjonale utdanningsmyndigheter anser som relevant å strekke seg etter. Det vil antagelig også bli satt opp visse minstemål til utdanningsplaner, utdanningslengde osv.

Jeg har personlig liten tro på A-modellen. Forhold og standard spriker ganske ettertrykkelig allerede blant de land som idag er interessert i dette arbeidet, og blir større jo flere som deltar. Byråkratiene er tungroddede og vi risikerer å ende opp med en minstestandard som er helt uinteressant for feks. oss.

B-modellen kan virke hvis kvaliteten på arbeidet er god nok. Det er mange vanskelige og uløste problemer, mht. finansiering, sprogbarrierer, faglige avgrensninger osv. men det er folk med stor interesse og kompetanse i lignende arbeid som er med.

ECOG er ikke dannet - men vil bli det utpå vinteren hvis de ulike landenes nasjonale organisasjoner ønsker det. På årsmøtet i Fredrikstad ble denne orienteringen lagt frem. Styret må ta en beslutning og vil svært gjerne ha tilbakemeldinger om hva medlemmene synes om saken. Styret er i utgangspunktet positivt innstilt til dette arbeidet som kan gi verdifull kunnskap om fagutviklingen i Europa og utveksling av erfaringer med ulike utdannelsesmodeller. Det koster både tid og penger å være med, og foreløpig er det selvfølgelig en usikker investering. Derfor vil det være bra om dere gir oss beskjed om synspunkter dere har.

nds byråkrati. Etter
blerer man en frivillig
r en internasjonalt
e.
e bli de som ønsker å
utdannet.
r god nok kan man håpe
sjonale
nt å strekke seg etter.
sse minstemål til

len. Forhold og standard
blant de land som idag
ir større jo flere som
i risikerer å ende opp
eressant for feks. oss.

å arbeidet er god nok.
lemer, mht.
avgrensninger osv. men
etanse i lignende arbeid

utpå vinteren hvis de
r ønsker det.
ienteringen lagt frem.
t gjerne ha
es om saken.
nstilt til dette
om fagutviklingen i
ulike
id og penger å være med,
ikker investering.
s beskjed om synspunkter

BOKOMTALE

Kirsti Malterud ALMENNPRAKTIKERENS MØTE MED KVINNELIGE PASIENTER, TANO 1990.

Kirsti Malteruds bok er en systematisk gjennomgang av hvordan hun har gått fram for å lage en modell for kommunikasjon med kvinnelige pasienter i almenntjenesten. Hun har fått den medisinske doktorgrad for arbeidet (GYNEKOLOGEN NO 4/90).

For oss som jobber med kvinnelige pasienter i et avgrenset fagområde, og oftest med spesifikke plager og problemer knyttet til reproduksjonsfunksjonen, er en del av eksemplene i boka kanskje litt på siden av hva vi kan bruke som modell. Vi vet som oftes hva problemområdet er, og vi skal oftes henvise pasienten tilbake til førstelinjetjenesten. Men å få en systematisk innføring i hva vi sier, når vi sier det vi gjør, og grundig innføring i nøkkelspørsmålproblematikken, er nyttig i alt arbeid med pasientkommunikasjon. Jeg synes selv de delene av avhandlingen som er viet praktiske eksempler og analyse er de beste. Det er viktig at samtalen med pasienten er viet oppmerksomhet. I gynekologien er det flere som har sett på det spesielle møtet i en gynekologisk undersøkelsessituasjon, og jeg har hatt stor glede av å lese den svenske kollega Barbro Wijas artikler om overføring og motoverføring i undersøkelsessituasjonen, der hun bruker psykodynamiske forståelse av metakommunikasjonen og tolkningen av kommunikasjonen, altså en mer psykologisk enn semantisk analyse. Jeg savner vel dette perspektivet noe i Kirsti Malteruds bok.

Jeg synes Malterud bringer inn noen nye og spennende vinkler i medisinen: sosiolinguistikk er et ord jeg ikke har hørt før jeg møtte Malteruds arbeid, og jeg føler at hun er inne på et viktig område når hun henter inn erfaringer fra andre forskningsmetoder enn den vi er mest vant til: den naturvitenskapelige, kvalitative biomedisinen. Som kvalitativt vitenskapelig arbeid er det derfor annerledes enn det vi vanligvis beskjeftiger oss med i gynekologiske eller kliniske medisinske FORSKNING. Jeg stusser nok litt innimellom når jeg får en oppfatning av at Malterud har stått for hele arbeidet alene. I alle fall i kommunikasjon i psykologisk/psykiatrisk vitenskap, som er det nærmeste vi kommer kvalitativ vurdering i medisinen, pleier tolkning av flere enn en person å være et kriterium for objektivitet i oppfatningen; ikke bare EN forskers ide om at hennes inntrykk er i orden eller relevant. Det er derfor vanskelig å vurdere om Malteruds arbeid er reproduserbart: Et krav som i alle fall stilles til den vitenskapelige gehalt i mesteparten av forskningen jeg har vært borte i. På samme måte som en kunstoplevelse er f.eks.

Impresjonistisk og ikke kan vurderes ut fra andre kriterier enn de subjektive, emosjonelt fargede ideene, kan man ikke se bort fra at opplevelsen i en konsultasjon kan være preget av lignende private referanser og erfaringer.

Vi har vel alle opplevd at vi har utviklet metoder for å kommunisere med pasientene våre, og vi vet noe om hvem det fungerer overfor og når. Vi har i vår kliniske hverdag ikke systematisert eller satt ord på dette, og Malteruds bok er et nyttig redskap for å kunne beskrive egne erfaringer og videreutvikle dem.

Jeg synes av og til at Malterud faller for fristelsen til å bruke unødig komplisert setningsbygning, mange fremmedord og kompliserte syntaks. Jeg synes det skjemmer en slik bok en god del, fordi boka handler om tydelighet i kommunikasjon. Det blir ikke mer troverdig eller vitenskapelig av at man uttrykker seg "vitenskapelig kronglete", snarere tvert om: Noe av den beste vitenskapen er den som er alment tilgjengelig og klar.

Kanskje er det fordi vi gynekologer enda et litt analfabeter i forståelsen av kontekst: Psykisk, sosial og kommunikativ, i vårt arbeid, at jeg synes boka er for komplisert til på bli "daglig bruksbok". Med vi kan jo jobbe med saken.

Johanne Sundby

BOKOMTALE

Bjørn Backe og medarbeidere: EVALUERING AV SVANGERSKAPSOMSORGEN

Norsk Institutt for sykehusforskning, 7034 Trondheim 1991
132 s

Det finnes i medisinen noen hellige kuer: Svangerskapskontrollen, eller -omsorgen som det nå heter, er en av dem. Betydningen av god prenatal kontroll, den gravides behov for omsorg, viktigheten av at det nye individ får så god start som mulig - det er vanskelig å tenke seg noen uenighet om dette. Det har de siste 40 år vært nærmest 100% oppslutning om svangerskapskontrollen i Norge.

Ikke desto mindre varierer retningslinjene betydelig fra land til land, og Hall og medarbeideres Lancet-artikkel fra 1980 Is routine antenatal care worth while? er siden fulgt opp av en bok og flere kritiske artikler av Aberdeen-gruppen. Ingen vil vel hevde at antenatalkontroller ikke skal drives, men undersøkes noen grupper langt mer enn nødvendig, mens kontrollen av andre ikke er god nok? Er opplegget vårt for rigorøst? Er metodene våre så gode som pasientene- og ofte vi selv - tror?

Den offentlige utredning om svangerskapsomsorg som kom i

t fra andre kriterier
ideene, kan man ikke se
jon kan være preget av
ger.

utviklet metoder for å
vet noe om hvem det
kliniske hverdag ikke
og Malteruds bok er et
ne erfaringer og

aller for fristelsen til
ing, mange fremmedord og
jemmer en slik bok en
het i kommunikasjon.
nskapelig av at man
", snarere tvert om: Noe
alment tilgjengelig og

er enda et litt
Psykisk, sosial og
nes boka er for
". Med vi kan jo jobbe

Johanne Sundby

OKOMTALE

arbeidere: SVANGERSKAPSOMSORGEN

7034 Trondheim 1991

er: Svangerskaps-
heter, er en av dem.
den gravides behov for
vid får så god start som
ven uenighet om dette.
0% oppslutning om

ngslinjene betydelig fra
s Lancet-artikkel fra
hile ? er siden fulgt
er av Aberdeen-gruppen.
ller ikke skal drives,
enn nødvendig, mens
Er opplegget vårt for
om pasientene- og ofte vi

svangerskapsomsorg som kom i

1984 (NOU 1984:17) avspeilet den diskusjon om og vekt på svangerskapsomsorg som preget 1980-årene. Den førte på sin side til en større oppmerksomhet om den antenatale kontroll med bedret systematisering, perinatalkomitevirksomhet osv. Det at den perinatale dødelighet i Norge var noe dårligere enn i våre naboland førte til en gjennomgripende diskusjon, i og utenfor fagmiljøene om vår kontroll var god nok. Diskusjonen har av og til løpt vill, og når Sosialministeren på Perinatalmøtet i Bodø høsten 91 legger vekt på hvor dårlig det står til i Norge, har det ikke lenger dekning i realitetene. Vi ligger i øyeblikket midt i klassen, og noen stor spredning er det ikke mellom de nordiske land. Så langt- så godt.

Så godt- at det er bra noen underkaster kontrollene en kritisk undersøkelse. Norsk institutt for sykehusforskning (NIS) har fra 1988 arbeidet med en slik evaluering på oppdrag av Sosialdepartementet og rapporten foreligger nå som NIS-rapport 3/91.

Det er blitt et sjeldent godt arbeid, der svangerskapskontrollen, dens bakgrunn og metoder diskuteres på en klar og kortfattet måte og der gode spørsmål stilles ved forhold man oppfatter som selvfølgeligheter. Diskusjonen av sensitivitet, spesifitet og predektiv verdi ved de metoder vi benytter er god og burde være allmenkunnskap for alle som arbeider med svangerskapskontroll.

Foruten en god litteraturgjennomgang inneholder rapporten en undersøkelse av 1908 kvinner fra Oppland, forløst gjennom en ettårs registreringsperiode.

Forfatterne fremhever med rette hvordan mange av de råd og levereregler vi gir den gravide mer springer ut av en folkelig tradisjon enn av vitenskapelig begrunnet viten. Elementene i en norsk standard-kontroll drøftes, og det er tankevekkende når de i kostnadsanalysen av svangerskapsomsorg og fødselshjelp viser at den faktor som har størst betydning for økningen av kostnadene er produksjonstap ved sykemelding.

Rapporten inneholder en kortfattet litteraturliste, men dessverre ikke noe stikkordregister, hvilket er synd. Jeg forstår ikke at man sløifer noe som er så viktig for bruksverdien. Bache har dessuten selv gjort oppmerksom på en unøyaktighet i omtalen av den farlige tobakken, idet det på side 77 står at røyking som tilskrivbar risikofaktor for SGA er 35%, mens det skal være 14% og at man ville eliminere 1/3 av IUGR-tilfellene hvis røyking forsvant. Det riktige er 1/7.

Med NIS-Rapport nr 3/91 har Bjørn Backe og hans medarbeidere ved Norsk institutt for sykehusforskning i Trondheim utgitt en bok som burde være obligatorisk lesning for alle oss som driver svangerskapskontroll, jordmødrene iberegnet.

Per E Børdaahl

Ola Didrik Saugstad
NÅR BARNET ER FØDT FOR TIDLIG.
Tiden Norsk Forlag 1991, 208 s

I 1988 ble 5.6% av alle levendefødte barn i Norge- 3 242 barn- født for tidlig. De av dem som veier mellom 1.5 og 2.5 kg klarer seg i dag oftest uten store vansker. Større er problemet for den 0.7% som veier mindre enn 1.5 kg. Det var i 1988 440 barn i denne vektclassen, noe under halvparten av dem veier mindre enn et kilo. Dette er en liten andel av de barn som fødes i Norge, men de utgjør betydelige medisinske, ressursmessige og etiske problemer.

Ola Didrik Saugstad, professor og overlege ved Barneklubben på Rikshospitalet, har mange års erfaring med for tidlig født og de medisinske og etiske utfordringer det medfører. I boken Når barnet er født for tidlig kjører han et dobbelt løp: Først en saklig faglig fremstilling: Være født for tidlig, fosterutviklingen og nyfødtdisiplinens utvikling; sykdommer og skader det for tidlig fødte barn kan rammes av; prosedyrer og behandlinger, foreldrenes rolle, etiske overveielser. Men parallelt med dette, vevet inn i den saklige fremstilling, går beretningen om Martin, født i oktober 1986 etter 25 ukers svangerskap- og hans første år. Med utgangsvekt 775 g er det ikke en lett og glidende start Martin får. Etter 2-3 uker diagnostiseres bronkopulmonal dysplasi, og hans og foreldrenes kamp beskrives konkret og usentimentalt som en fortsettelses-fortelling i kursiv ut gjennom teksten.

Boken er ment for foreldre som har født barn for tidlig, men den er også bygget opp slik at den er velegnet for kvinner med truende for tidlig fødsel. Samtidig er den beregnet på helsepersonell og andre som kommer i forbindelse med denne gruppen. Det kan lyde som en vel bred målgruppe, men Saugstads fremstilling er slik at alle gruppene får sitt. I tillegg vil jeg nevne en gruppe til: Politikere burde lese den. Når ga du din politiker en bok om barne- eller kvinneedisin sist? Start med denne! Det skulle være unødvendig å argumentere for at dette er intensivmedisin!

Saugstad gir en systematisk temagjennomgang i et lett og forståelig norsk, der vanskelige ord forklares. Boken har gode overskrifter, ordliste og et godt stikkordregister som gjør at den kan leses på forskjellige måter. Den kan leses fra perm til perm med Martin som den røde tråd, man er hele tiden spent på hvordan det nu går- eller man kan slå opp på spesielle temaer. Selv for oss som arbeider bokstavelig talt i naborommet, inneholder den nytt, og ting vi ante, er systematisert og satt ord på. Fødselsleger, jordmødre og barnepleiere bør kjenne den. Men når jeg anbefaler den til sykehusbibliotekene, er det for at vi kan la kvinner med truende for tidlig fødsel lese i den. Den kan gi dem en optimisme som ikke er basert på manglende realisme, men på kunnskapsbasert innsikt.

1
J
BOOKOMTALE

ÅRSMØTET I FREDRIKSTAD 5.IX 1991:

**FOR TIDLIG.
1991, 208 s**

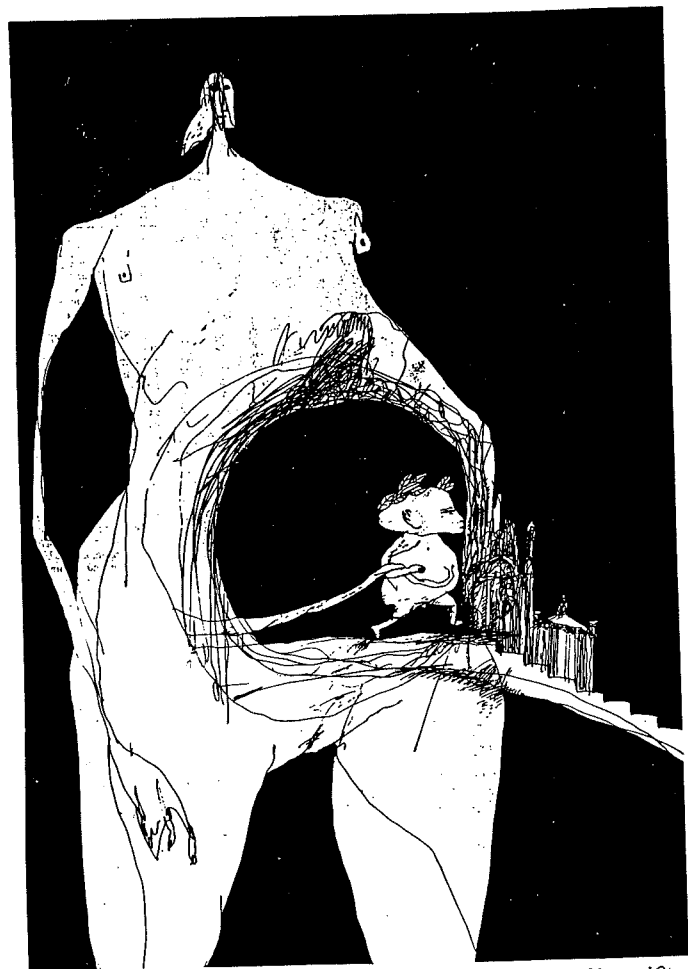
KEISERSNITT

Inviterte foredrag

Barn i Norge- 3 242 barn-
ellom 1.5 og 2.5 kg
sker.Større er problemet
kg. Det var i 1988 440
avparten av dem veier
andel av de barn som
e medisinske, ressurs-

overlege ved
ange års erfaring med
tiske utfordringer det
or tidlig kjører han et
mstilling: Være født
medisinens utvikling;
e barn kan rammes av;
s rolle, etiske
vevet inn i den saklige
i, født i oktober 1986
ste år. Med utgangsvekt
start Martin får. Etter
dysplasi, og hans og
sentimentalt som en
jennom teksten.
født barn for tidlig,
er velegnet for kvinner
er den beregnet på
orbindelse med denne
ålgruppe, men Saugstads
får sitt. I tillegg vil
de lese den. Når ga du
vinnemdisin sist ? Start
å argumentere for at

1
J
jennomgang i et lett og
orklares. Boken har gode
ordregister som gjør at
en kan leses fra perm
man er hele tiden spent
å opp på spesielle
avelig talt i naborom-
nte, er systematisert og
y barnepleiere bør
til sykehusbibliotekene,
ende for tidlig fødsel
e som ikke er basert på
ert innsikt.



KEISERSNITT - den obstetriske åbenbaring

Tegning: Per Marquard Otzen

Christian Brodtkorp , Kvinneklubben,
7021 Regionsykehuset i Trondheim

Mekanisk misforhold som indikasjon for keisersnitt

Det er en rekke faktorer som innvirker på fødselsforløpet.

Dersom fødselsforløpet avviker eller stopper opp snakker vi om dystoci:

Her er noen av de viktige faktorene:

- 1) **Størrelse og form på bekkenet**
Rtg. pelvimetri kan si noe om dette, kfr senere.
- 2) **Styrken på riene**
Ristyrken har betydning for at hodet skal gå ned i bekkenet. De fleste av oss er i den kliniske hverdag avhengig av vår subjektive bedømmelse av riene. Intrauterin trykkmålinger lite aktuell i klinisk hverdag
- 3) **Størrelse på fosteret**
har stor betydning og skal omtales senere.
- 4) **Motstand i bløtdelene**
er en fjerde faktor
- 5) **Hodets evne til å forme seg**
etter bekkenkanalen er en annen viktig faktor, som avtar når fosteret er blitt overtidig
- 6) **Fosterhodets presentasjon**
Er fosterhodet flektert eller deflektert - dette innvirker på fødselsforløpet.
Dreier hodet riktig eller blir det occiput posterior?

Hva er så mekanisk misforhold?

Vi snakker om mekanisk misforhold når det foreligger en dysproporsjon mellom fosterets størrelse og bekkenets form og størrelse som gjør at fødselsforløpet forstyrres- eller sagt med andre ord: hodet går ikke ned tross gode rier.

Hvordan sannsynliggjør man diagnosen mekanisk misforhold ?

- 1) Studere fødselsforløpet
- 2) Vurdere fosterets størrelse
- 3) Røntgen pelvimetri

Jeg skal si litt om alle disse måtene.

Først til fødselsforløpet, der et lysbilde viser et typisk partogram fra vår kliniske hverdag. Det illustrerer mekanisk misforhold. Riene har vært gode, hodet står riktig, mormunnen er utslettet, hodet går ikke ned. Diagnose: Mekanisk misforhold - indikasjon for keisersnitt.

Hos oss gjør vi ikke rtg. pelvimetri etter et slikt forløp.

Kvinnen har demonstrert mekanisk misforhold - det er sannsynlig at det blir det neste gang og vi gjør da elektiv snitt.

Mekanisk misforhold foreligger når fosteret er for stort eller bekkenet for lite, slik at fosteret ikke kan passere til

som indikasjon

tross for gode rier.

Av og til kan partogram se omtrent likedan ut - og så er kvinnen forløst med tang og vacuum. I operasjonsbeskrivelsen står det kanskje at det er brukt stor kraft ved forløsningen - da ser vi på det som uttrykk for mekanisk misforhold og gjør sectio neste gang.

Så til det neste punktet:

Makrosomi hos fosteret d.v.s at det veier over 4000 g gir dårligere prognose for fødsel.

Vurdere forsterets størrelse

Det er tre måter å vurdere fosterstørrelse på :

1) Undersøke tidligere fødselsvekter

Det er vist at kvinnen har tendens til å repetere fødselsvekter. Har hun født et stort barn før, er det stor sjanse for det også neste gang. Prognose for fødsel er det vanskelig å stille opp. Fosteret kan jo denne gang være akkurat litt for stort.

2) Ultralyd

Ultralyd kan si oss noe om vekten. Men gir dårlig informasjon om vekt i de høyere vektklasser. Elk-Nes gjorde ultralyd bedømmelse av vekt hos 414 fritt valgte kvinner og fant makrosomi hos 100. Men blant dem var det bare 22 sanne positive. Altså en svær overdiagnostikk.

3) Vurdere kliniske opplysninger

Makrosomi er 1,5 til 2 ganger så hyppig når kvinnen er/har (lysbilde)

- 1) Multipara over 35 år
- 2) Pregravid vekt over 70 kg
- 3) Vektøkning i svangerskapet på over 20 kg
- 4) Ti dager eller mere over termin.

Når en av disse faktorer foreligger, er makrosomi 1,5 til 2 ganger så hyppig. Det er viktig å identifisere disse fostrene Vi vet at mekanisk misforhold øker hos disse

Fostevekt	Skulderdystoci
4 000 g	3%
4 000 - 4 500 g	10 - 20%
4 500 g	25%

Vi gjør sjelden keisernitt etter bare ultralydfunn, men krever at en eller flere av disse faktorene foreligger. Hvert kasus må vurderes skjønnsmessig.

Så til det siste punktet som har betydning for utvikling av mekanisk misforhold nemlig bekkenet. Vi gjør stadig færre rgt. pelvimetri hos oss. Her er noen tall fra Røntgenavdelingen

	Rtg. pelvimetri/antall
1982	185
1990	105

Altså en betydelig nedgang med omtrent samme fødselstall.

Hvorfor tar vi færre rtg. bilder?

1) **Dårlig sammenheng mellom rtg.funn og manglende fremgang i fødselen**

I et stort materiale fra Karolinska fra 1987 ble det tatt rtg. pelvimetri hos 1429 pasienter fortløpende. Hos 0,9% ble det funnet trangt bekken og de ble forløst med sectio. Hos de med grensemål d.v.s. en bekkenutgangssum mellom 29,5 og 31,4 cm var det klart hyppigere instrumentelle forløsninger og sectio pga. mekanisk misforhold

Hos de som ble forløst med sectio pga. manglende fremgang i fødselen var det imidlertid normalt bekken hos 80%. Bekkenmålene influerer altså på fødselsforløpet men er ikke egnet til å predikere fødselsforløpet. Apgar score var uavhengig av pelvimetriefunn.

En annen faktor som gjør at vi tar færre rtg.bilder er:

- 2) **Partogrammet gir god informasjon**
Partogrammet som føres under fødselen gir oss god anledning til å følge fødselsforløpet og stille diagnosen mekanisk misforhold
- 3) **CTG-overvåking gir trygghet**
Når det gjelder utvikling av asfyksi og kontroll med situasjonen - likeså på målinger.
- 4) Sectio kan gjøres på få minutter
- 5) Fortsatt pågår diskusjonen om rtg. pelvimetri kan være skadelig for fosteret.

Når skal vi så gjøre rtg. pelvimetri ?

- 1) **Ventet setefødsel**
Vi gjør rtg. pelvimetri for setefødsel selv om kvinnen har født store barn før. Her har ikke hodet tid på seg til å modulere seg etter bekkenet - bløtdelene får ikke tøyd seg - og bekkenet får ikke tid på seg til å bevege seg i ilieosacralleddene. Alt dette krever stor og rommelig bekken - Dessuten vil jeg gjerne vite noe om bekkenformen - hvordan er det med krumningen av sacrum.

Hos oss har vi satt følgende krav til bekkenet for å tillate vaginal setefødsel (lysbilde).

- 1) Sagital inngang mere enn 11,5 cm
- 2) Tverrmålinggang minst 12 cm
- 3) Sagital utgang minst 11,5 cm

Sum-utgang minst 33,5 cm og hensiktsmessig bekkenform

Vi setter også krav til fosteret - det må være i størrelse 1 500 - 4 000 g og ha flekterte hofter og hodet må ikke være deflektert.

2) **høyde 153 cm**

Vi ser her en oversikt over kvinnens høyde og conjugata vera. Når kvinnens høyde er lik eller mindre enn 153 cm er conjugata vera mindre enn 11 cm hos nær halvparten. Det er alminnelig engighet om at conjugata vera ikke bør være mindre enn 11 cm. Vi tar rtg. pelvimetri hos kvinner

som er 153 cm og mindre når hodet ikke er festet ved

n og manglende fremgang i

fra 1987 ble det tatt rtg.
ende. Hos 0,9% ble det
t med sectio. Hos de med
mellom 29,5 og 31,4 cm
e forløsninger og sectio

ga. manglende fremgang i
ekken hos 80%.
lsforløpet men er ikke
t.
rifunn.

re rtg.bilder er:

elen gir oss god
løpet og stille diagnosen

lyksi og kontroll med

y. pelvimetri kan være

fødsel selv om kvinnen
e hodet tid på seg
løtdelene får ikke
å seg til å bevege
rever stor og rommelig
noe om bekkenformen -
rum.

y til bekkenet for å
(lde).

5 cm

cm

5 cm

lksmessig bekkenform

c må være i størrelse

c og hodet må ikke være

mens høyde og conjugata
eller mindre enn 153 cm

cm hos nær halvparten.

conjugata vera ikke bør

y. pelvimetri hos kvinner

c ikke er festet ved

termin.

Konklusjon

* Vi stiller diagnosen mekanisk misforhold ved å bedømme fødselsforløpet. Dersom hodet står riktig, riene er gode og hodet ikke kommer ned gjør vi sectio. Vi gjør også sectio (elektiv) neste gang, fordi kvinnen har demonstrert mekanisk misforhold.

* Vi gjør sjelden sectio etter bare å ha stilt diagnosen makrosomi med ultralyd. Vi vil også ha andre holdepunkter for at fosteret er stort.

* Rtg. pelvimetri spiller mindre rolle i vårt daglige arbeid. Vi gjort rtg. pelvimetri ved alle setefødseler - uansett om de har født før. Vi krever en bekken utgangsum på 33,5 cm og en sagittal inngang på 11,5 cm.

NYE SPESIALISTER



Det godkjennes stadig flere spesialister hvert år, og Lægeforeningen opplyser at det er en noenlunde stabil vekst i samtlige spesialiteter. Endel av våre spesialiteter er små, i 23 av de 43 ble det i 1991 godkjent færre enn 5 og i 16 2 eller færre spesialister. Gjennomsnittsalderen for godkjennelse var i 1991 39 for menn og 38 for kvinner. Den gjennomsnittelige utdannelsestid (fra autorisasjon) er i dag 9 år. For alle yrkesaktive spesialister er den 10 år hvilket tyder på at utdanningstiden går noe ned.

NYE SPESIALISTER FØDSELHJELP OG KVINNESYKDOMMER:

80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91
17	19	17	28	19	13	19	16	12	11	18	14

GJENNOMSNIITTSALDER FOR SPESIALISTER

	ALLE	GODKJENT 1991
MENN	52.8 (n=292)	42.0 (n= 2)
KVINNER	48.4 (n= 93)	38.9 (n=12)

Håkan Rydhström, Kvinnokliniken
S-371 85 Karlskrona, Sverige

PREMATURITET OCH KEJSARSNITT

Kejsarsnittsfrekvensen för barn < 1 500 g har ökat 4 - 6 faldigt i Sverige de senaste decennierna. Samtidigt har prognosen förbättrats avsevärt. I Sverige har femårsöverlevnaden för denna grupp av barn ökat från ca. 10% 1973 till ca. 60% 1988. I Sverige föds ca. 500-600 barn varje år med en födselsvikt < 1 500 g (100-200 barn/år < 1 000 g).

Vid huvudbudning har flertalet nationella och internationella retrospektiva studier inte kunnat påvisa någon avgörande effekt av förlossningssätt på dödlighet eller sjuklighet ens om barnet väger < 1 500 g. Vid sätesbudning är sambandet mellan kejsarsnittsförlossning och prognosen mer svårvärderat, i första hand pga. att antalet barn (<1 500 g) i varje enskild studie varit relativt begränsat. De flesta studier är ej populationsbaserade (oftast från något enstaka sjukhus), vilket gör resultaten mycket svårvärderade. Sällan eller aldrig är någon bortfallsanalis redovisad. Därför pläderas det bland obstetiker för prospektiva randomiserade studier för att värdera effekten av kejsarsnitt vid sätesändläge både vid singel- och duplex-graviditet. En analys med tillräckligt antal barn skulle dock innebära att alla barn med födselsvikt < 1 500 g Sverige under en 10-års period skulle behöva inkluderas i undersökningen.

Det är emellertid möjligt att välplanerade registerstudier skulle kunna vara ett sätt att erhålla tillräckligt antal barn. Om man inte går tillbaka och använder information i originaljournalen är dock precisionen i registerstudier sämre; denna form av populationsbaserade studier (och med goda möjligheter till kontroll av bortfall, drop-out cases) kan för närvarande bara göras i de skandinaviska länderna.

Komplikationerna vid kejsarsnitt är välkända. Vid prematuritet är det nedre uterinsegment dårligt utvecklat och det kan vara svårt att extrahera barnet. Intraoperativa skador (blås- och tarm-skador), postoperativa komplikation (blödning och infektion) samt den ökade maternella dödligheten (om än mycket låg i de skandinaviska länderna) gör att beslutet om kejsarsnitt för patient med botande prematur förlossning bör fattas av läkare med obstetrisk erfarenhet, framför allt före 29 - 30 graviditetsveckan. Vid prematuritet och kejsarsnitt fordras erfaren obstetiker med god assistans för att ge det lilla barnet en optimal födelse, liksom alltid närvaro av barn-läkare.
(Nationella data från prof Bengt Källén, Embryologiske Institutionen, Lund)

Per E. Børdahl, Kvinneklivnikken
Rikshospitalet, 0027 Oslo

KEISERSNITT

1000 g har økat 4 - 6
g/år. Samtidig har
fødselsvekten har femårs-
øktat frå ca. 10% 1973
til 500-600 barn varje år
(1000 barn/år < 1 000 g).

maternella och
inte kunnat påvisa någon
förhöjd dödlighet eller
ökat födelsevikt. Vid sätesbjudning
och prognosen mer
optimistisk (1000 g) i
jämförelse med de flesta
studier från något enstaka
land. Svårsvårigheter. Sällan
redovisad. Därför
spektiva randomiserade
keisersnitt vid
multipelgraviditet. En
studie skulle dock innebära att
studier under en 10-års
undersökningen.

planerade
sätt att erhålla
går tillbaka och
en är dock precisionen i
populationsbaserade
kontroll av bortfall,
ska göras i de

är välkända. Vid
ett dårligt utvecklat och
st. Intraoperativa
komplikationer
de maternella dödligheten
(änderna) gör att
med botande prematur
obstetrisk erfarenhet,
veckan. Vid prematuritet
eriker med god assistans
födelse, liksom alltid

on, Embryologiske

TVILLINGER OG KEISERSNITT

Den økte perinatale mortalitet og morbiditet har bidratt til en stor internasjonal diskusjon om forløsningen av tvillinger. Gjennom 1980-årene ble keisersnitt en stadig vanligere måte å forløse tvillinger på. Det kan forklares dels ved hyppigheten av ikke-hode leie, dels ved en høy forekomst av preterme fødsler.

Det har vært diskutert sectio for
* Tvillinger generelt / * Spesielle forhold: Avvikende leie, lav vekt/ * Tvilling B, der vag.forløsning medfører risiko
Fallet i perinatal mortalitet har ofte vært brukt som argument for at økningen i sectiofrekvens har vært riktig. I løpet av 1980-årene falt dødeligheten omkring fødselen og i 1. leveår for tvillinger i Norge med 7%, mens sectiofrekvensen økte 48%. I de tre fylkene i Norge der det i 1990 ble født > 100 sett tvillinger var sectiofrekvensen alle tre steder ca 40%, men den PNM var 2% i Oslo, 4.4% i Akershus og 7.8% i Hordaland.

Det finnes ikke store, randomiserte undersøkelser, men Rabinovici et al fant ingen forskjell i PNM mellom sectio og vaginal ved sv.sk.varighet > 35 uker og tvA i hode, men flere febrile reaksjoner i sectio-gruppen. Gocke fant der tv B ikke lå i hode og vekten var > 1500 g, ingen forskjell.

De beste populasjonsbaserte studier er Ryhdstrom og medarbeideres fra Sverige. De har med utgangspunkt i det svenske Fødselsregisteret sett på tvillinger < 2500 g, hhv < 1500 g. For tvillinger < 2500 g falt PNM i årene 1973-85 med 67%, sectiofrekvensen økte med nesten 600% i samme tidsrom. For de forskjellige fylker fantes ingen sammenheng mellom sectiofrekvens og PNM. Også for tvillinger < 1500 g økte sectioandelen fra 8% 1973-76 til 69% 1981-83. Ikke for noen av vektgruppene kunne man vise at mortalitet eller morbiditet avhang av sectio-frekvensen. Forekomsten av CP i denne vektgruppen har vært uforandret siden tidlig på 70-tallet og ikke avhengig av sectiofrekvens.

Forløsning av tv B med sectio etter at A er født, er blitt vanligere. Det finnes gode indikasjoner, men en engelsk undersøkelse viste at hyppigheten var særlig relatert til junior på vakt uten supervisjon.

Det finnes ingen fasit for hva som er det riktige, det vil avhenge av den enkelte avdelings erfaring. Men det er viktig å være klar over at ingen har kunnet vise at det går bedre med sectio, selv for de lavere vektklasser.

På KK RH følges vanlige kriterier for sete-sectio der tv A ligger i sete, dvs pelvimetri, maturitet osv. Ligger tv B i sete, og A i hodeleie, følges ikke disse regler. Da har jo A allerede passert fødselskanalen. Men vaginalforløsning av tvillinger krever god overvåking og erfarent vaktlag. Det er en av de situasjoner der det fremdeles kan bli bruk for "klassisk" obstetikk.

KURSER, MØTER, KONGRESSER

N o r g e

OBLIGATORISKE KURS I FØDELHJELP OG KVINNESYKDOMMER 1992- 1996

TIMER	1992	1993	1994	1995	1996
V Å R - KURS					
GENETIKK / UTVIKL.ANOMALIER	12 Oslo RH	Oslo RH	Oslo RH	Oslo RH	Oslo RH
ONKOLOGI	15 Oslo DNR	Oslo DNR	Oslo DNR	Oslo DNR	Oslo DNR
ULTRALYD TRINN 1	25 Trh	Oslo U	Trh	Oslo U	Trh
KVINNELIG INFERTILITET	10 Trom	Oslo RH	Trh	Trom	Oslo RH
MANNLIG INFERTILITET	10 Trom	Oslo RH	Trh	Trom	Oslo RH
GYNEKOLOGISK ENDOKRINOLOGI	7	Oslo RH	Trh	Oslo A	Oslo RH
H Ø S T - KURS					
OBSTETRIKK GRUNNKURS	26 Berg	Oslo RH/A	Berg	Oslo A/RH	Berg
UROLOGI/ URODYNAMIKK	15 Oslo A	Trh	Oslo A	Trh	Oslo A

ADMINISTRASJON OG LEDELSE FOR SPESIALISTKANDIDATER 30 timer
arrangeres i Tromsø uke 15, Oslo uke 21, Trondheim uke 41, Bergen
uke 46.

Det er noe ukalt om kurset GENETIKK/UTVIKLINGSANOMALIER blir
avviklet hvert eller hvert annet år. Se nr 2 92.

ENDOKRINOLOGIKURSET, Aker våren 92 utgår.

Fra 1992 er kursledelsen ved de obligatoriske kurs oppfordret til
å arrangere kursprøve.

KONGRESSER

OG KVINNESYKDOMMER

	1994	1995	1996
R - KURS			
o	Oslo RH	Oslo RH	Oslo RH
o	Oslo DNR	Oslo DNR	Oslo DNR
o	Trh	Oslo U	Trh
o	Trh	Trom	Oslo RH
o	Trh	Trom	Oslo RH
o	Trh	Oslo A	Oslo RH
Ø S T - KURS			
o	Berg	Oslo A/RH	Berg
o	Oslo A	Trh	Oslo A

ISTKANDIDATER 30 timer
21, Trondheim uke 41, Bergen

VIKLINGSANOMALIER blir
Se nr 2 92.

går.

atoriske kurs oppfordret til

FOR SPESIALITETEN I FØDSELHJELP OG
KVINNESYKDOMMER KREVES:

Fra 1.1. 92

120 timer hvorav minimum 80 timer innenfor de obligatoriske kurs:
 - Kvinnlig infertilitet
 - Mannlig infertilitet
 - Gynekologisk endokrinologi
 - Ultralyd
 - Gynekologisk onkologi (Kan erstattes med 6 mnd tjeneste ved avdeling for gynekologisk onkologi.)

Obligatorisk kurs i administrasjon / ledelse 30 t

Fra 1.1. 94

120 timer hvorav følgende obligatoriske kurs
 - Administrasjon / Ledelse 30 t
 - Kvinnlig infertilitet
 - Mannlig infertilitet
 - Gynekologisk endokrinologi
 - Ultralyd
 - Gynekologisk onkologi (Kan erstattes med 6 mnd tjeneste ved avd for gynekologisk onkologi.)
 - Genetikk og utviklingsanomalier
 - Obstetrisisk grunnkurs
 - Urologi/Urodynamikk

Det vises til Kurskatalogen for Legers videre- og etterutdanning, trykket i Tidsskrift for Den norske lægeforening 24B/1991. Kursene blir også avertert i Tidsskriftet senere.



UNIVERSITETET I OSLO

23.-27.3. Kurs 2350 Gynekologisk onkologi
 Sted: Montebello-senteret på Mesnali
 Kursleder: Overlege Torbjørn Iversen, Gyn avd, DNR
 Påmeld til kursleder innen 1.2.
 28 deltagere 25 timer Kursavgift kr 1500.-

I tillegg kommer reise + oppholdsutgifter kr 650/dgn, helpensjon i enkeltrom. Ta med skiutstyr.

- 30.-31.3. Kurs 2352 Obstetrisk anestesi og analgesi
Sted: Audit, kir.avd., Aker sh
Kursleder: Overlege Gaute Narverud, anest.avd, Aker
Påmelding til kursleder innen 20.2.
Åpent 16 timer Kursavgift kr 600.-
- 22.-24.4. Kurs 2361 IV nordiske kurs i gynekologisk endoskopi og laserkirurgi
Et praktisk/teknisk kurs i bruk av CO2 og Nd:YAG laser innen gynekologien
Sted: Kvinneklubben, Sentralsykeh i Akershus
Kursleder: Overlege Anton Langebrette
Påmelding til kursleder innen 15.3.
60 deltagere Kursavgift kr 1800
- 22.-24.4. Kurs 2362 Praktisk urodynamikk
Sted: Kir audit, Aker sh
Kursleder: Overlege Torkel Rud
Påmelding til kursleder innen 1.3.
40 deltagere 16 timer Kursavgift kr 900.-
- 6.-8.5. Kurs 2370 Klinisk sexologi
Sted: Reenskaug hotel, Drøbak
Kursleder: Bydelslege Haakon Aars
Tostrupsgt 22, 0262 Oslo 1
Påmelding til kursleder innen 15.3.
30 deltagere 18 timer Kursavgift kr 900.-
- 18.-22.5. Kurs 2373 Administrasjon og ledelse for spesialistkandidater
Sted: Soria Moria
Kursleder: Professor Ole Berg, RH
Påmelding til koordinatorkontoret for legers videre og etterutdannelse, Kir avd, Ullevål, 0407 Oslo 4, postgiro 0823 0944335
40 deltagere 30 timer Kursavgift kr 1500.-
- 5.-8.10. Kurs 2391 Grunnkurs i klinisk forskning
Sted: Med avd A, RH
Kursleder: Overlege Morten H Vatn
Påmelding til kursleder innen 10.9.
30 deltagere 30 timer Kursavgift kr 1200.-
Kursprøve
- 28.10. Kurs 2411 Penil dysfunksjon
Sted: RH
Kursleder: Overlege Alexander Schultz, Urolog seksj, RH
Påmelding til kursleder innen 20.9.
30 deltagere 8 timer Kursavgift kr 500.-
- 12.11. Kurs 2422 Føtal blodstrømsmåling (Doppler)
Sted: Audit, Fødeavd, Aker sh
Kursleder: Overlege OH Rognerud Jensen, Fødeavd Aker

holdsutgifter kr 650/dgn,
med skiutstyr.

si og analgesi

sh
arverud, anest.avd, Aker
en 20.2.
Kursavgift kr 600.-

l gynekologisk endoskopi

bruk av CO2 og Nd:YAG laser

ralsykeh i Akershus
ungebrekke
en 15.3.
Kursavgift kr 1800

kk

tud
en 1.3.
Kursavgift kr 900.-

kk
Aars
2 Oslo 1
en 15.3.
Kursavgift kr 900.-

ledelse for

g, RH
toret for legers videre
Ullevål, 0407 Oslo 4,
Kursavgift kr 1500.-

kk forskning

I Vatn
en 10.9.
Kursavgift kr 1200.-

er Schultz, Urolog seksj, RH
en 20.9.
Kursavgift kr 500.-

lling (Doppler)

sh
arud Jensen, Fødeavd Aker

Påmelding til kursleder innen 1.9.
20 deltagere 9 timer Kursavgift kr 500.-

19.-20.11. Kurs 2426 Behandling av pasienter med kreftsmarter
Sted: DNR
Kursleder: Overlege Steinar Bjørge, Anestavd, DNR
Påmelding til kursleder innen 30.10.
30 deltagere 15 timer Kursavgift kr 600.-



UNIVERSITETET I BERGEN

Påmelding til alle kursene: Kontor for legers videre- og etter-
utdanning, Det Medisinske Fakultets Sekretariat, Postboks 25,
5027 Bergen-Universitet.

23.3. Kurs 887: Diagnostikk og behandling av
cervixdysplasi og condylom
Sted: Audit, 4.et, KK Haukeland
Kursleder: Prof Roar Sandvei/ prof Per Bergsjø KK
Haukeland
Påmelding 15.2.
15 deltagere 7 timer Kursavgift kr 500.-

24.-25.3. Kurs 890 Gynekologiske og obstetriske operasjoner
Sted: Audit., 4.et, KK, Haukeland
Kursleder: Overlege Per Aarseth, KK Haukeland
Påmelding innen 15.2.
åpen deltagelse 17 timer Kursavgift kr 600.-

6.-11.4. Kurs 895 Medisinsk statistikk
Sted: Sentralblikken, Haukeland
Kursleder: 1.aman. Stein Emil Vollset
Påmelding innen 4.3.
20 deltagere 35 timer Kursavgift kr 1800.-

5.-8.10. Kurs 920 Svangerskapet, fysiologi, patofysiologi og
kontroll
Sted: Auditoriet, KK Haukeland
Kursleder: Prof Per Bergsjø/Overlege Kjell Haram
Påmelding innen 1.9.
40 deltagere 32 timer Kursavgift kr 1200.-

9.-13.11. Kurs 938 Administrasjon og ledelse
Sted: Stort audit, Sentralblokken, Haukeland
Kursleder: Prof Jan Fr Halvorsen, Kir avd, Haukeland
Påmelding innen 5.10.
50 deltagere 30 timer Kursavgift kr 1500.-

16.-18.11. Kurs 940 Utarbeidelse av manuskripter
Sted: Audit, Armauer Hansens hus, Haukeland
Kursleder: Prof Roald Matre, Avd for mikrobiologi og
immunologi, Gades institutt, Haukeland sh
Påmelding innen 15.10.
åpen deltagelse 15 timer Kursavgift kr 900.-

16.-19.11.Kurs 941 Perinatal epidemiologi

Sted: Haukeland sh
Kursleder: Prof Lorentz M Irgens, Med føds.reg., prof
Per Bergsjø, KK, overlege Trond Markestad,
Barneklubben Haukeland
Påmelding innen 1.10.
20 deltagere 23 timer Kursavgift kr 1200.-

10.-12.12.Kurs 946 Legen i arbeid med den alvorlige syke

Sted: Haukeland sh
Kursleder: Overlege Stein Husebø og psykolog Gunnar
Rosèn, smerteklinikken, overl Tor Jacob Moe, DNR
Påmelding innen 10.11.
20 deltagere 20 timer Kursavgift kr 1200.-



UNIVERSITETET I TRONDHEIM

Påmelding til alle kursene: Kontor for legers videre- og etterutdanning, Universitetet i Trondheim, Det medisinske fakultet, Medisinsk Teknisk Senter, 7005 Trondheim, tlf 07- 59 88 66

året 92 Kurs 605 Klinisk og epidemiologisk forskningsmetodikk
hver 2.uke Sted: Inst for samfmed fag, Med Tekn Senter 7005 Trh
Kursleder: Forsknleder Berit Schei/Forsker Lars Vatten
Påmelding til kursleder innen 1.11.91
10-15 deltagere 35 timer Kursavgift kr 1500.-

20.3. Kurs 621 Introduksjon til statistikk på PV
Sted: RUNITs kursrom, Sentralbygg II, 2.et, NTH
Kursleder: SINTEF avd RUNIT-D
Påmelding innen 10.2.
10 deltagere 7 timer Kursavgift kr 500.-

23.-27.3. Kurs 622 Medisinsk statistikk
Sted: Inst for samfmed fag (ISMUT), Med Tekn Senter
7005 Trondheim
Kursleder: 1.aman Geir Jacobsen, ISMUT/ Forsker Eva
Seim, Daglig leder Stig Larsen MEDSSTAT
Påmelding innen 10.2.
30 deltagere 30 timer Kursavgift kr 1500.-

25.-27.3. Kurs 623 Ultralyd i gynekologi og obstetrikk. Trinn I
Sted: Ultralydlab, KK
Kursleder: Prof Sturla H Eik-Nes
Påmelding innen 25.2.
20 deltagere 25 timer Kursavgift kr 900.-

7.4.91 Kurs 629 Referansehandtering på PC
Sted: Seminarrom 1,3.et, Parkbygget, Regionsh
Kursleder: Avdleder Ragnhild Lande
Påmelding til kursleder innen 1.3.
15 deltagere 8 timer Kursavgift kr 500.-

logi

rgens, Med føds.reg., prof
rond Markestad,

Kursavgift kr 1200.-

den alvorlige syke

usebø og psykolog Gunnar
rl Tor Jacob Moe, DNR

Kursavgift kr 1200.-

TRONDHEIM

r legers videre- og etterut-
et medisinske fakultet,
eim, tlf 07- 59 88 66

ologisk forskningsmetodikk
, Med Tekn Senter 7005 Trh
t Schei/Forsker Lars Vatten
en 1.11.91
lmer Kursavgift kr 1500.-

statistikk på PV
albygg II, 2.et, NTH
-D

Kursavgift kr 500.-

kk
(ISMUT), Med Tekn Senter

osen, ISMUT/ Forsker Eva
sen MEDSSTAT

Kursavgift kr 1500.-

ogi og obstetrikk. Trinn I

k-Nes

Kursavgift kr 900.-

g på PC
rkbygget, Regionsh
i Lande
en 1.3.

Kursavgift kr 500.-

9.-10.4. Kurs 630 SPSS statistikkpakke på PC
Sted: RUNITs kursrom, Sentralbygg II, 2.et, NTH
Kursleder: SINTEF avd RUNIT-D
Påmelding innen 1.3.
10 deltagere 14 timer Kursavgift kr 600.-

4.-6.10. Kurs 643 PC nybegynnerkurs for leger
Sted: RUNITs kursrom, Sentralbygg II, 2.et, NTH
Kursleder: SINTEF avd RUNIT-D
Påmelding innen 1.9.
20 deltagere 21 timer Kursavgift kr 900.-

2.11. Kurs 648: Introduksjon til statistikk på PC
Sted: RUNITs kursrom, Sentralbygg II, 2.et, NTH
Kursleder: SINTEF avd RUNIT-D
Påmelding til kursleder innen 1.10.
10 deltagere 7 timer Kursavgift kr 500.-

3.-4.11. Kurs 649 Fra egen PC ut i verden. Om datakommunikasjon
og informasjonsfremhentning
Sted: Seminarrom 1, 3.et, Parkbygget, Regionsh
Kursleder: Avdleder Ragnhild Lande
Påmelding til kursleder innen 1.10.
15 deltagere 15 timer Kursavgift kr 600.-

5.11. Kurs 650 Artikkelarkiv og referansehandtering på PC
Sted: Seminarrom 1, Parkbygget, Regionsh
Kursleder: Avdleder Ragnhild Lande
Påmelding til kursleder innen 1.10.
15 deltagere 8 timer Kursavgift kr 500.-

23.-24.11. Kurs 656 SPSS statistikkpakke på PC
Sted: RUNITs kursrom, Sentralbygg II, 2.et, NTH
Kursleder: SINTEF avd RUNIT-D
Påmelding innen 20.10.
10 deltagere 14 timer Kursavgift kr 600.-



UNIVERSITETET I TROMSØ

6.-10.4. Kurs 455 Administrasjon og ledelse
Sted:
Kursleder: Overlege Ragnar Hotvedt, Anestesiavd
Påmelding til Kontoret for legers videre- og etterutd.,
Universitetet i Tromsø innen 1.3.
40 deltagere 30 timer Kursavgift kr 1500.-

September Kurs 473 Kvinnelig og mannlig infertilitet
Nærmere opplysninger i Tidsskriftet

ANDRE

NORSK GYNEKOLOGISK FORENING

3.-5.9. Årsmøte 1992
Bergen

Årsmøtet 1993
Oslo: Kiel/København



OSLO GYNEKOLOGISK FORENING

28.3. Streptococcinfeksjoner
Lørdag Kasuistikk møte: Fra hvert sykehus i Osloregionen.
Innlegg fra mikrobiolog og anestesilege.
Alle norske gynekologer inviteres via NGF

30.4.-3.5. Tur til Caen
Avreise Oslo 0730 til Paris.
3.5. avreise Paris 1900
Invitasjonen kom i feb 1992, evt arrangeres
sprogkurs.

OMSORGSRÅDET

- 6.-8.5. Omsorg ved livets slutt 5. landskonferanse.
"Døden i lokalsamfunnet"
Trondheim
Kontakt: NSB Reissebyrå v/Hilde Trang, Oddvar Rønning
Elgesetergt 10, 7030 Trondheim
Tlf 07-512051 Fax 07-511920
- 9.5. Seminar om postoperativ smertebehandling
Skjærgården Hotell og Badepark, Langesund
Kontakt: Overlege Rising eller Engstrand,
Telemark Sentralsykehus, 3700 Skien
Tlf 03-583000
Kursavgift kr 350.-

NORSK PERINATALMEDISINSK FORENING

13.-14.11.6. Norske Perinataldager
Plaza Hotell, Oslo
Temaer: Ernæring av premature barn
Lungesvikt hos nyfødte- Surfactantbehandling
Frie foredrag
Prakt oppl: Administrasjonsservice ANS, Postboks 6,
6860 Sandane, Tlf 057-66211

NB: Norsk Gynekologisk Forening arrangerer sammen med
Berg-Hansen Reisebyrå i Bergen fellesreiser 8.-14.6.
til Island og 20.-28.11. til Venezuela. Se kongressene.

NORDISKE OG INTERNASJONALE KONGRESSER OG MØTER

1992

- Kurs i CICE International Centre for Endoscopic Surgery
mars, april, mai, juni, oktober, november, desember
Clermont-Ferrand, Frankrike
Intensive Practical Training Course
Kontakt: CICE, 65, Boulevard Gergovia
63000 Clermont-Ferrand, Frankrike
Avgift 7500 F, Opphold i tillegg
Det arrangeres fransk- og engelsktalende kurs,
i mars, juli, nov på engelsk.
- 16.3. **Controversies in obstetric anaesthesia**
London, England
RPMS/Queen Charlotte, se 27.11.
- 17.3. **Symposium: Women's health issues**
London, England
RPMS/Queen Charlotte, se 27.11.
- 2.-4.4. **1st Congress of the Scandinavian Menopause Society:
Impact of menopause on women's health- a
multidisciplinary analysis**
København, Danmark
Kontakt: Sven O. Skouby, Føde- og gyn afd Y 4031,
Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø, Danmark
- 3.4. **Symposium: Urogynaecology- an update**
London, England
RPMS/Queen Charlotte, se 27.11.
- 5.-11.4. **Immunology of Human Reproduction**
Oxford, England
Kontakt: The British Council, Møntergd 1, 1116
København K
Tlf 33 11 20 44
- 27.-30.4. **The American College of Obstetricians & Gynecologists**
Las Vegas, USA
Kontakt: A.C.O.G., 409 12th Street, Washington, DC
20024-2188- USA
Tlf (202) 638-5577
- 28.-30.4. **Workshop: Is consensus management possible in
neonatal medicine ?**
London, England
RPMS/Queen Charlotte, se 27.11.
- 7-9.5. **2nd Congress of the European Society of Contraception**
Athen, Grekenland
Kontakt: C Creatsas MD, 9 Kanari Str, 10671 Athen,

Tlf +301 7770850 Fax +301 3620484

- 12.-15.5. XIIIrd European Congress of Perinatal Medicine**
Amsterdam, Nederland
Kontakt: XIII European Congress of Perinatal Medicine
c/o RAI Organisatie Bureau Amsterdam bv
Europaplein 12, 1078 GZ Amsterdam, Nederland
Tlf (+31)(0)20 549 12 12 Fax (+31)(0)20 46 44 69
- 21.-23.5. Xth World Congress. Pediatric and Adolescent Gynecology**
Paris, Frankrike
Kontakt: Convergences-Gyn Juv 92
120, avenue Gambetta
F-75020 Paris, Frankrike
- 1.-3.6. Third world congress on endometriosis**
Brüssel, Belgia
The Congress Secretariat. E.C.C.O.
Rue de l'Abbaye 27a,
B-1050 Brussels, Belgium
- 9.-12.6. NFOG Kongress**
Reykjavik, Island
Opplysninger: Dr Arnar Hauksson, Kvennadeild,
Landspítalinn, 101 Reykjavik, Island
NGF arrangerer i samarbeide med Berg-Hansen Reisebureau
A/S fellesreise til Island 8.-14.6., direktefly Oslo-
Reykjavik, med opphold på hotell Lind. Nærmere
opplysning: Bente Pedersen, Berg-Hansens Reisebureau
(05-31 00 55) eller dr Brit Nyland (05-31 95 57)
- 12.-16.6. 2nd World Congress of Ultrasound in Obstetrics and Gynaecology**
Zagreb, Serbia
Kontakt: Congress Secretariat, Ultrasound Institute,
University of Zagreb, P Miskine 644 100, Zagreb
- 14-17.6. Reproductive life. 10th International Congress of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology**
Stockholm, Sverige
Kontakt: Congrex, ISPOG-92, P.O.Box 5619, s 114 86
Stockholm, Sverige.
Tlf 46 8 32 69 00 Fax +46 8 612 62 92
- 14.-19.6. First European Congress for Infectious Diseases in Obstetrics and Gynaecology**
Taormina-Giardini Naxos, Italia
Kontakt: V.Daniesino, Dept Ob/Gyn, University of Pavia,
Piazza Golgi, 27100 Pavia, Italia
Tlf 382 21063 Fax 382 26844
- 22.-25.6. 7th International Congress on Twin Studies**
Tokyo, Japan
Kontakt: Secretariat of Twin Congress '92
c/o Business Center for Academic Societies
Japan, 3-23-1, Hongo, Bunkyo-ku. Tokyo 113,

3620484

Perinatal Medicine

Department of Perinatal Medicine
Amsterdam bv
Amsterdam, Nederland
Tel (+31)(0)20 46 44 69

Perinatal and Adolescent Gynecology

1992

Pre-eclampsia

I.C.C.O.

Reykjavik, Kvinnadeild,
Island

Med Berg-Hansen Reisebureau
14.6., direktefly Oslo-
Lind. Nærmere
Berg-Hansens Reisebureau
Sjælland (05-31 95 57)

Perinatal and Obstetrics

Ultrasound Institute,
P.O. Box 644 100, Zagreb

**International Congress of
Gynecology**

P.O. Box 5619, s 114 86

612 62 92

Infectious Diseases in

University of Pavia,
Pavia
0432 6844

Twin Studies

Congress 1992
Gynecological Societies
Tokyo 113,

Japan

Tlf +81-3-3817-5831 Fax: +81-3-3817-5836

28.6.-1.7.7th Congress of European Association of
Gynaecologists and Obstetricians
Helsinki, Finland

Kontakt: Congress Service Leena Aarjærvi Ltd
Lapinrinne 1B 00180 Helsinki, Finland

29.6.-2.7. Advanced course for obstetricians and gynaecologists
London, England
RPMS/Queen Charlotte, se 27.11.

5.-8.7. 5th Annual Meeting of the European Society on Human
Reproduction and Embryology
Haag, Nederland
Hollan Organizing Centre, 16 Lange Voorhut,
NL-2514 Haag, Nederland

13.-15.8. XII Nordiske perinatal kongres
København, Danmark
Kontakt: International Conference Services
Strandvejen 171, 2900 Hellerup
Tlf +45+31 61 21 95 Fax +45+31 61 20 68

9.-11.9. Club Europeen Raoul Palmer: 1st Congress Gynecologic
Endoscopy
Clermont-Ferrand, Frankrike
Kontakt: MIZOULE ORGANISATION 65, bd Gergovia,
63000 CLERMONT-FERRAND,
Tlf 33-73.93.09.52 Fax 33-73.93.30.55

10.-12.9. The Fetus as a Patient
Oulu, Finland
Kontakt: Pentti Jouppila, Dept Ob/Gyn, Univ i Oulu,
90220 Oulu, Finland
Tlf 358-81-252011 Fax: 358-81-254310

21.9. Symposium: Fetal drug therapy
London, England
RPMS/Queen Charlotte, se 27.11.

23.-24.9. Problems in psychosexual medicine
London, England
RPMS/Queen Charlotte, se 27.11.

25.9. Symposium: Medical complications of pregnancy
London, England
RPMS/Queen Charlotte, se 27.11.

30.9. Symposium: Prevention of prematurity
London, England
RPMS/Queen Charlotte, se 27.11.

2.10. Symposium: Prostaglandins in obstetrics and
gynaecology- an update.

- London, England
RPMS/Queen Charlotte, se 27.11.
- 8.10. **Symposium: Perinatal bereavment**
London, England
RPMS/Queen Charlotte, se 27.11.
- 6.11. **Symposium: Adaption to extra-uterine life**
London, England
RPMS/Queen Charlotte, se 27.11.
- 8.-12.11. **VII World Congress on Hypertension in Pregnancy**
Buenos Aires, Argentina
Kontakt: Organising Secretariat, RH & Asociados
Viamonte 494- 2 Of.8
1053 Buenos Aires- Argentina
Tlf (54-1) 311-9413 Fax (54-1) 311-9837
- 17.-19.11. **Course in obstetric anaesthesia and analgesia**
London, England
RPMS/Queen Charlotte, se 27.11.
- 22.-27.11. **XIV World Congress of Fertility and Sterility**
Caracas, Venezuela
Kontakt: Congress CA, IFFS 92. PO Box 02-8537 Miami,
Florida 33102 - 8537, USA A.CCS-A2013
NGF arrangerer sammen med Berg-Hansen Reisebureau i
Bergen fellesreise 20.-28.11. med mulighet for en
ekstra uke på Isla de Margarita i Karibiern. Pris for
en uke med hotellopphold er kr 11 800.- Turen til
Isla de Margarita koster ca kr 2 600.- i tillegg.
Nærmere opplysning hos Bente Pedersen eller Brit Nyland
(se under NFOG Island)
- 25.11. **Symposium: Death of a child**
London, England
RPMS/Queen Charlotte, se 27.11.
- 27.11. **Controversies in obstetrics and gynaecology**
London, England
Kontakt: Symposium Office
RPMS Institute of Obstetrics and Gynaecology
Queen Charlotte's and Chelsea Hospital
Goldhawk Road, London W6 OXG, England
Tlf 081-740 3904

1993

- 20-24.6. **7th International Congress on the Menopause**
Stockholm, Sverige
Kontakt: IMS 93 c/o CONGREX
Box 5619, S-114 86 Stockholm, Sverige
Tlf +46-86126900 Fax +46-86126292

.11.

ment

.11.

a-uterine life

.11.

tension in Pregnancy

riat, RH & Asociados

a
-1) 311-9837

esia and analgesia

.11.

lity and Sterility

92. PO Box 02-8537 Miami,
.CCS-A2013
erg-Hansen Reisebureau i
1. med mulighet for en
rita i Karibiern. Pris for
kr 11 800.- Turen til
kr 2 600.- i tillegg.
e Pedersen eller Brit Nyland

.11.

and gynaecology

s and Gynaecology
ea Hospital
G, England

on the Menopause

m, Sverige
-86126292

NGF STYRE OG UTVALG forts

RÅDGIVENDE GRUPPE FOR SYKEHUSUTBYGGING

Professor dr.med. Per Bergsjø, KK, Haukeland sh, 5021 Bergen, 05-298060
Tidl. avd. overlege Kjell Skarsten, Gyn/Obst avd, SSh i Rogaland, 4001 Stavanger, 04-53 10 00
Tidl. Avd. overlege Einar Svendsen, Gyn/Obst avd, Vest-Agder Ssh, 4604 Kristiansand, 042- 29 080

TAKSTUTVALGET FOR PRIVAT SPESIALISTPRAKSIS

Prakt. spes. Brit Nyland, Nygårds gt 4, 5015 Bergen, Tlf 05-31 95 57, priv 05-16 34 76
Prakt. spes. Kristia Johanessen, Strandgt 4, 5015 Bergen, tlf 05-326890
Prakt. spes. Tor Løvset, Sandbrugt 3, 5003 Bergen, Tlf 05.298060

NGFS AIDS-UTVALG

Overlege dr.med Babill Stray-Pedersen, KK, Aker sh, 0514 Oslo 02-89 40 00
Professor dr.med. Kåre Molne, KK, Regionsh i Trondheim, 7002 Trondheim, 07-99 80 00
Overlege Fridtjof Jerve, KK, Ullevål sykehus, 0407 Oslo, 02-11 80 80

NGFS ULTRALYDSUTVALG

Professor dr.med. Sturla Eik-Nes, KK, Regionsh i Trondheim, 7002 Trondheim, 07-99 80 00
Overlege Jakob Nakling, Gyn/Obst Avd, Fylkessh, Lillehammer, Tlf 062-72000
Prakt spesialist Brit Nyland, Nygårds gt 4, 5015 Bergen, Tlf 05-31 95 57

NGFS REPRESENTANTER TIL NORSK PASIENTSKADEERSTATNING

Avd. overlege Arne Christensen, Gyn/Obst avd, Telemark SSh, 3900 Porsgrunn, 03-55 01 70
Professor dr.med. Hallvard Gjønness, KK, Aker sykehus, 0514 Oslo 02-89 40 00

NGFS DATAUTVALG

Prakt. spesialist Tor Løvset, Sandbrugt 3, 5003 Bergen, 05-315388
Overlege dr.med. Per E Børdahl, KK, Rikshosp, 0027 Oslo 1, 02-867010
Overlege dr.med. Sigurd Kulseng-Hanssen, Bærum sh, 02-88 94 00

INNHold

Norsk Gynekologisk Forening: Styret og komiteene	2
Per E Børdahl: Fra redaksjonen	3
Tom Seeberg: Praktiserende gynekologers "klubb"	4
Per Olof Janson Svensk Förening för Obst och Gyn.	5
FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction. Two Statements.	7
* Ethical Aspects of Termination of Pregnancy following Pre-natal Diagnosis	7
* Ethical Aspects of Newborn Care	8
Arne Urnes : Årsrapport til spesialitetsrådet over virksomheten til spesialitetskomiteen i fødselshjelp og kvinnesykdommer 1991	10
Nye godkjente spesialister	12
Unni Kirste: Utdanningsavdelingenes rapporter	13
Unni Kirste: Orientering om ECOG	14
BOKOMTALER	17
* Johanne Sundby: Kirsti Malterud: Allmenpraktikerens møte med kvinnelige pasienter	17
* Per E Børdahl: Bjørn Backe og medarb.: Evaluering av svangerskapsomsorgen	18
* Per E. Børdahl: Ola Didrik Saugstad: Når barnet er født for tidlig.	20
INVITERTE FOREDRAG ÅRSMØTET 1991	21
* Christian Brodtkorp: Mekanisk misforhold som indikasjon for sectio	22
Nye spesialister, statistikk	25
* Håkan Rydhström: Prematuritet och kejsarsnitt	26
* Per E Børdahl: Sectio og tvillinger	27
KURSER, MØTER, KONGRESSER	28
NGF: Styrer og råd, forts	39

REDAKSJONEN

PER E BØRDAHL (redaktør), Ramstadåsv 19, 1322 Høvik, 02-12 38 81
Arbeide: KK, Rikshospitalet, 0027 Oslo 1, 02-86 70 10

FRIDTJOF JERVE, Olav Nygardsv 215, 0688 Oslo 6, 02-27 11 12
Arbeide: KK, Ullevål sykehus, 0407 Oslo 4, 02-11 80 80

THOMAS ÅBYHOLM, Ostadalsv 63B, 0753 Oslo 7, 02-50 00 33
Arbeide: KK, Rikshospitalet, 0027 Oslo 1, 02-86 70 10

METTE MOEN, Valkendorfgt 19, 7000 Trondheim, 07-51 18 70
Arbeide: KK, Regionsh i Trondheim, 7002 Trondheim, 07-99 80 00

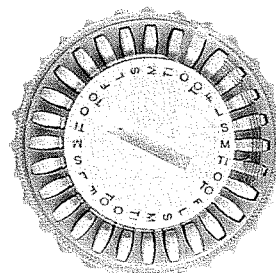
DEADLINE FOR NESTE NUMMER: 05.02.92

En av livets rikeste faser
trenger kanskje litt hjelp.



Hjelpen heter ofte Trisekvens® eller Kliogest®.

KLIOGEST®
(østrogen-gestagen kombinasjonspreparat)



Hver tablett inneholder:
2 mg 17- β -østradiol
1 mg noretisteronacetat

- ▷ Med naturlig østrogen
- ▷ Unngår den månedlige blødning¹ * 1 tablett daglig

1. Staland B. Maturitas 1981; 3: 145-156

* Sporblødninger forekommer de første behandlingsmåneder.

For ytterligere informasjon: Se Felleskatalogen.

*Urogenitale plager
etter overgangsalderen:*

Østriolbehandling med

Østriol®

Lavpotent naturlig østrogen

- Enkelt å bruke
- Enkelt å huske

NB! Sjekk prisen!



Kabi Pharmacia

For ytterligere informasjon, se Felleskatalogteksten

Trionetta[®]

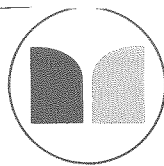
(Etinyløstradiol + Levonorgestrel)



Lavdosert trefase p-pille

*"Så lite som mulig,
men likevel nok!"*

SCHERING



Marvelon®

DESOGESTREL OG ETINYLOSTRADIOL

med desogestrel

- p-pillegestagenet nærmest naturlig progesteron

Marvelon «Organon» Antikonsepsjonsmiddel

TABLETTER: Hver tablett inneh.: Desogestrel 0,150 mg., etinylestradiol 0,030 mg. Constit. q.s.

EGENSKAPER: *Klassifisering:* Monofasisk østrogen/gestagen kombinasjon med god cykluskontroll. God antikonsepsjonell sikkerhet. Pearl Index: Metodefoll 0,0 (0,0-0,2), Pasientfeil 0,1 (0,0-0,4). Ingen androgen effekt forventes, og bedring av allerede eksisterende androgene symptomer er rapportert. Normalt liten eller ingen vektforandring. Øker plasmakonsentrasjonen av HDL-cholesterol.

Virkningsmekanisme: 1. Undertrykkelse av ovulasjonen. 2. Påvirkning av cervikalsekretet slik at spermienes passage vanskeliggjøres. 3. Påvirkning av endometriet med redusert mulighet for nidasjon. *Absorpsjon:* Hurtig. *Maksimal plasmakonsentrasjon:* Desogestrel: 0,8-1,3 timer. Etinylestradiol: Ca. 1 time. *Halveringstid:* Desogestrel: ca. 1,5 time. 3-keto-desogestrel (aktiv metabolitt): 16-21 timer. Etinylestradiol: ca. 26 timer. *Metabolisme:* Både etinylestradiol og desogestrel metaboliseres i leveren. *Utskillelse:* Via urin og fæces. *Overgang i morsmelk:* Man har påvist både østrogen og gestagen i morsmelk.

INDIKASJONER: Antikonsepsjon

KONTRAINDIKASJONER: *Absolutte:* Tromboflebitt eller tromboembolisk sykdom i akutt stadium eller i anamnesen. Leverfunksjonsforstyrrelser, ikterus, Dubin-Johnsons syndrom, Rotor-syndrom, graviditets-ikterus i anamnesen (gjennomgått hepatitt med normalisert leverfunksjon er ikke kontraindisert). Verifisert eller mistenkt cancer mammae, verifisert eller mistenkt østrogenavhengige tumorer, udiagnostisert genitablødning, graviditet, arteriell hypertensjon, Sickle-cell anemi, porfyri, herpes gestationes i anamnesen. *Relative:* ikke-etablert menstruasjon.

BIVIRKNINGER: Alvorlige bivirkninger som tromboembolier (hjerne, hjerte, lunger, dype vener) forekommer. Andre bivirkninger er blødningsforstyrrelser, vannretensjon, matalgi, kvalme, hodepine, migrene og mentale forstyrrelser (depresjon), samt synsforstyrrelser. Endring av vekt, libido, samt klinisk-kjemisk normalverdier og tester. Arteriell hypertensjon kan oppstå. Opptrer tegn på ikterus, ikke nødvendigvis relatert til preparatet, skal medikasjonen straks avbrytes. Tiltaler av leverforandring (adenom, fokal nodulær hyperplasi) er beskrevet hos kvinner som har brukt p-piller. Forandringene kan arte seg som akutte buksmerter eller tegn på intra-abdominell blødning.

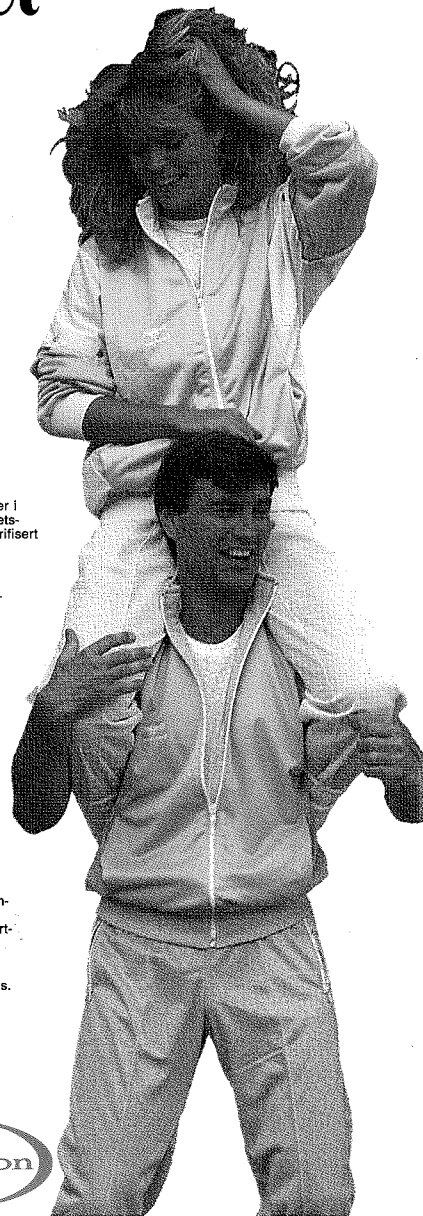
FORSIKTIGHETSREGLER: Før behandling institueres grundig gynekologisk undersøkelse inkludert mammae-undersøkelse, sukker i urinen, blodtrykkmåling. Kvinner som bruker preparatet bør kontrolleres hvert halvår. Ved disse undersøkelser bør spesiell oppmerksomhet rettes mot cykluslengde, kroppsvekt, blodtrykk, bryst og bekkenorganer, ben og hud. Cytologiske prøver skal tas regelmessig, særlig hos kvinner som har brukt p-piller gjennom flere år. Bruk av perorale antikonsepsjonsmidler øker risikoen for hjerte-/karsykdom. Denne risikoen er ytterligere øket hos kvinner som røker og hos kvinner over 35 år. Det advares mot samtidig røking og bruk av perorale antikonsepsjonsmidler, særlig hos kvinner over 35 år. Opptrer tegn på tromboembolier under behandlingen, skal preparatet umiddelbart seponeres og pasienten undersøkes nøye. Bruk av prevensjonstabletter må avbrytes 14 dager før kirurgisk inngrep, som kan tenkes å medføre økt tromboseisiko. Prevensjonstabletter kan nedsette glykose-toleransen, og diabetikere bør stå under streng legekontroll. Dette gjelder også pasienter som lider av sirkulasjons- eller nyresykdom, epilepsi eller migrene. Unge kvinner med ikke-stabiliserte sykler, samt kvinner med oligomenoré eller sekundær amenoré bør helst anvende annen form for prevensjon. Unge kvinner bør ha etablert bifasiske sykler før prevensjonstabletter forskrives. Prevensjonstabletter kan fremkalle for høyt blodtrykk hos disponerte kvinner, og blodtrykket bør derfor kontrolleres regelmessig. Ved markant blodtrykkstigning bør preparatet seponeres. Ved utblitt bortfallsblødning bør man undersøke om graviditet foreligger, og ved positiv test skal tablettinntaket avbrytes. Det er viktig å kontrollere hvor mange tabletter kvinnen har glemt å ta. Er bortfallsblødning utblitt i 2 på hverandre følgende sykler, skal graviditetstest alltid utføres. Preparats effekt kan bli redusert ved oppkast og diaré. Andre ikke-hormonelle antikonsepsjonsmidler bør da benyttes.

INTERAKSJONER: Samtidig inntak av andre legemidler som rifampicin, barbiturater og hydantoinderivater minsker preparatets pålitelighet.

DOSERING: 1 tablett daglig i 21 dager fra menstruasjonens første dag. Etter 7 tablettfrie dager påbegynnes en ny serie med 21 tabletter. Hvis en tablett av en eller annen årsak ikke tas om kvelden, skal den tas neste morgen. Neste tablett tas som vanlig om kvelden samme dag. Har 36 timer eller mer gått siden siste tablett ble tatt, bør annen prevensjon anvendes i tillegg den første uke.

PAKNINGER OG PRISER: 3 x 21 Kr. 82,30 6 x 21 Kr. 154,00
1.3.1988

ORGANON A/S - POSTBOKS 325 - 1371 ASKER - TLF. (02) 78 43 65



GnRH-analog ved
Endometriose

2
DOSERING

Synarel[®]



Synarel®



C SYNARELA «Syntex»

T GnRH-analog

Nesespray 200 mikrog/dose. 1 ml sprayvæske inneholder: Nafarelin-acetat respond, Nafarelin 2.0 mg, sorbitol, acid.acetic, glacial, conservans (benzalkon.chlor) aqua purif ad 1 ml.

Egenskaper: *Klassifisering:* Synerela inneholder nafarelin acetat, en syntetisk decapeptidanalogs til det naturlige gonadotropinfrigjørende hormonet, GnRH. *Virkningsmekanisme:* I engangsdose stimulerer Nafarelin frigjøring av gonadotropinene LH og FSH, som igjen gir en økning av østrogen- og testosteronproduksjonen. Ved fortsatt administrasjon hemmes denne stimulering, og i løpet av 3 til 4 uker får en i stedet en minsket gonadotropinsekresjon og/eller gonadotropiner med lavere biologisk aktivitet. Hos kvinner resulterer dette i en reversibel menopausal tilstand med lave oestradiolnivåer. *Absorpsjon:* Rask etter nasal administrasjon. Maksimal plasmakonsentrasjon oppnås innen 20 minutter. Eventuell rhinitt hemmer ikke absorpsjonen av nafarelin. Biotilgjengeligheten varierer mellom 1,2–5,6%. *Proteinbinding:* ca. 80%. *Fordeling:* Distribusjonsvolum fra 0,2–0,5 l/kg. *Halveringstid:* ca. 4 timer i plasma. *Metabolisme/utskillelse:* Total clearance fra 0,7–1,4 ml/min./kg. Seks metabolitter er påvist i større mengder i urin, men disse er trolig inaktive. Ca. 50% av nafarelin utskilles i urinen og 20–45% i fæces.

Indikasjon:

Endometriose.

Forsiktighetsregler: Under behandling sees en reduksjon av benteiteten, hovedsakelig i trabukulær bensubstans med gjennomsnittlig 1% pr. måned. Den vertebrale bensubstans var vesentlig normalisert (-1%) seks måneder etter behandlingens opphør. Nafarelin hemmer eggøsningen. Hvis en glemmer å ta enkelte doser, kan eggøsning forekomme. Ikkehormonelle antikonsepsjonsmidler bør derfor anbefales ved behandling med Synarel. Klinisk erfaring foreligger kun for kvinner over 18 år.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for GnRH, GnRH-analoger eller noen av preparatets innholdstoffer. Udiagnostisert vaginal blødning.

Bivirkninger: De fleste bivirkninger skyldes nedsatt østrogenproduksjon. Bivirkninger forekommer hos ca. 70–80% av pasientene, og vanligst er hettetokter som forekommer hos ca. 90% av disse pasienter. En annen følge av den nedsatte østrogenproduksjonen er en reversibel reduksjon av benteiteten (se forsiktighetsregler). Hodpine, endret libido, reduksjon av brystkjertelenes størrelse, vaginal tørrhet, irritasjon av neseslimhinnen, økte ødem, vektøkning, myalgi og emosjonell instabilitet kan forekomme. I sjeldne tilfeller kan en umiddelbar overfølsomhetsreaksjon forekomme.

Graviditet/amning: Synarel bør ikke gis under graviditet eller ved mistanke om graviditet. Graviditet må utelukkes før behandling startes. Regelmessig bruk av Synarel i anbefalte doser hindrer eggøsning. Hvis pasienten likevel blir gravid under behandlingen, skal behandlingen avbrytes og pasienten opplyses om mulig risiko for ugunstig påvirkning på fosteret. Det finnes ingen informasjon om overgang i morsmelk. Synarel bør derfor ikke anvendes ved amning.

Dosering: 400 mikrog, daglig fordelt på en spray (200 mikrog.) i det ene neseboret om morgenen og en spray i det andre neseboret om kvelden i 6 måneder. Behandlingstid utover 6 måneder anbefales ikke. (Se forsiktighetsregler). Behandlingen skal påbegynnes på menstruasjonsens 2.–4. dag. Samtidig bruk av slimhinneavsvellende nesedråper/spray hemmer absorpsjonen av nafarelin, og bør administreres minst 30 minutter etter Synarel.

Andre opplysninger: Nafarelintilførsel resulterer i hemming av hypofysegonadesystemet. Innen 4–8 uker etter avsluttet behandling fås normal funksjon tilbake. Diagnostisk test av hypofysegonadefunksjonen under behandling og inntil 8 uker etter avsluttet behandling, kan derfor gi feilaktige resultater.





Med Depo-Provera
MEDROXYPROGESTERONACETAT
*kan du gi henne
den sikkerhet hun
har behov for*

*P*asientbrosjyre fås tilsendt ved henvendelse til Upjohn.

For ytterligere informasjon, se Felleskatalogteksten eller kontakt Upjohn.



UPJOHN INFORMASJON
Postboks 458, Malmskriverveien 35,
1301 SANDVIKA. Tlf. 02-54 72 10

Upjohn

Depo-Provera
MEDROXYPROGESTERONACETAT
- et godt prevensjonsvalg

Lavdosert klimakteriebehandling

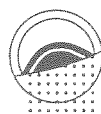


Estraderm depotplaster

Se Felleskatalogen

Osteoporose profylakse

(17 β østradiol)®



ESTRADERM

CIBA-GEIGY

Postboks 6077, Etterstad
0601 Oslo 6, Tlf. 02-19 49 50