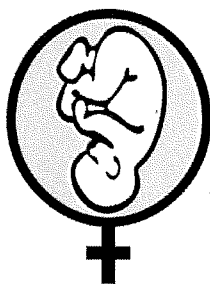


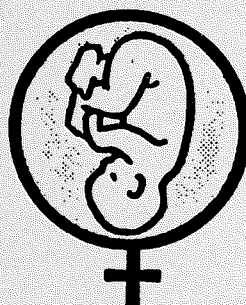
Gynekologen Nr. 2 Juli 1991 4. årgang



Norsk Gynekologisk Forening

INNHold	Side
Norsk gynekologisk forening <ul style="list-style-type: none">• Styret og komiteene	2
Per E. Børdahl: Fra redaksjonen	3
Oddbjørn Vangen: Gyn/Obst avd., Hamar Sykehus	4
Boye Istre: Norsk gynekologi i 1940-årene	5
Tor Løvset, Brit Nyland, Kristina H Johannessen: Normaltariffen. Forslag til brukerveiledning	14
Julie Skjæraasen: Mennesker og bioteknologi	16
Faglig program for årsmøtet 1991	21
Berndt Kjessler: ARG-rapportarna- nu tilgängliga för Nordens gynekologer	22
Scandinavian Menopause Society	26
Abstracts årsmøtet 1990 <ul style="list-style-type: none">• Bjarne Chr. Eriksen: anatomisk vaginopexi ved vaginaldescens• Bjarne Chr. Eriksen: Organisering av poliklinikk for urogynekologi. 'Trondheimsmodellen'	27
Kurser-møter-kongresser	32
NGF, styret og komiteene, forts	39
Redaksjonen: <ul style="list-style-type: none">• Per E Børdahl• Fridtjof Jerve• Thomas Åbyholm• Mette Moen	40

GYNEKOLOGEN



TIDSSKRIFT FOR NORSK GYNEKOLOGISK FORENING

NR. 2

JULI 1991

4. ÅRGANG

NORSK GYNEKOLOGISK FORENING

STYRET:

Formann: Overlege Fridtjof Jerve, KK, Ullevål sykehus,
0407 Oslo 4, Tlf 02-11 80 80, priv: 27 11 12
Nestform: Avd.overlege Willy Nøstdahl, Nordland Ssh ,
8000 Bodø, Tlf 081-20 040, priv: 82 229
Sekretær: Overlege Unni Kirste, Barum Sykehus,
1316 Barum s.h., Tlf 02-88 94 00, priv: 53 21 63
Kasserer: Prakt.spesialist Brit Nyland, Nygårdsgt.5,
5015 Bergen, Tlf 05-31 95 57, priv: 16 34 76
Medlem: Overlege dr.med. Thomas Åbyholm, KK, Rikshosp.,
0027 Oslo 1, Tlf 02-86 70 10, priv: 14 66 46

SPESIALITETSKOMITEEN 1990-1992:

Formann: Overlege Arne Urnes, Gyn/Obst avd, Ssh i Akersh
1474 Nordbyhagen, Tlf 02-702200, priv:06-971553
Repr: Overlege Unni Kirste, Gyn/Obst avd, 1316 Barum sh
Tlf 02-889400, priv: 889467
- Overlege Rita Kollvik, Gyn/Obst avd, Haugesund sh
5500 Haugesund, tlf 04-728000,priv: 722138
- Overlege dr.med. Per E Børdahl, KK, Rikshospit.,
0027 Oslo 1, tlf 02-867010, priv: 123881
Forsker dr.med. Berit Schei, Universitetet i
Trondheim, 7030 TRONDHEIM, tlf 07-59 88 75 (YLF)
Vararepr: Avd.overlege Knut Urdal, KK, Aker sykehus, 0514
Oslo 5 Tlf 02-22 50 50
- Prakt.spesialist Kristina Johannesen, Nygårdsgt 4,
5015 Bergen, Tlf 05- 23 15 10
- Ass.lege Bente Mikkelsen, Gyn avd, SØF, 1600
Fredrikstad, Tlf 09-39 30 00, (YLF)

RÅDGIVENDE UTVALG FOR HELSEDIREKTØREN 1990-91:

Formann: Overlege Eilef Hellem, Gyn/Obst avd, Vestfold Ssh
3100 Tønsberg, Tlf 033-13 370
Medlem: Overlege dr.med. Odd Harald Jensen, KK, Aker sh
0514 Oslo 5, Tlf 02-22 50 50
Varamedl: Overlege Bjørg Ladehaug, Gyn/Obst avd, S.sh i Sogn og
Fjordane, 6800 Førde, Tlf 057-22 011
- Professor dr.med. Pål Øian, KK, 9012 Regionsh i
Tromsø, Tlf 083-86 000
- Overlege Marit Kristoffersen, Gyn/Obst avd,
1316 Barum sh, Tlf 02-88 94 00
- Overlege Truls Servoll, Gyn/Obst avd, Telemark Ssh
3900 Porsgrunn, Tlf 035-56 100
Medlem: Thomas Noorda, Gyn/Obst avd, S.sh for Østfold,
1601 Fredrikstad, Tlf 032-11 08 (YLF)

RÅDGIVENDE GRUPPE FOR SYKEHUSUTBYGGING

Professor dr.med Per Bergsjø, KK, Haukeland sh,
5021 Bergen, 05-29 80 60

FORTS s 39

Illevål sykehus,
priv: 27 11 12
Nordland Ssh,
lv: 82 229
Sykehus,
00, priv: 53 21 63
Nygårdsgt.5,
priv: 16 34 76
lm, KK, Rikshosp.,
priv: 14 66 46

avd, Ssh i Akersh
0, priv:06-971553
t avd, 1316 Bærum sh

st avd, Haugesund sh
priv: 722138
l, KK, Rikshospit.,
riv: 123881
Universitetet i
07-59 88 75 (YLF)
Aker sykehus, 0514

Johannesen, Nygårdsgt 4,

avd, SØF, 1600
(YLF)

1990-91:

st avd, Vestfold Ssh

Johannesen, KK, Aker sh

bst avd, S.sh i Sogn og
22 011
K, 9012 Regionsh i

Gyn/Obst avd,

bst avd, Telemark Ssh
0
S.sh for Østfold,
08 (YLF)

UTBYGGING

aukeland sh,

FORTS s 39

Per E Børdahl

FRA REDAKSJONEN

Dette nummeret er preget av to lengere artikler som peker henholdsvis bakover og fremad i tid.

Tidligere avdelingsoverlege Boye Istre ved Telemark Sentralsykehus var den første innleder da Oslo Gynekologiske Forening i januar holdt sitt jubileumsmøte. Istre åpnet med å gi en oversikt over vårt fag i ti-året 1940-1950. Han har på vår forespørsel delt sine kunnskaper også med GYNEKOLOGENS lesere. I neste nummer følger avdelingsoverlege Ola Ryghs artikkel om 1950-årene. Professor Fylling fortalte på møtet om 60-årene, overlege Jerve om 70-årene og professor Molne om 1980-årene. Dessverre kan ikke alle innleggene bringes.

Det andre ytterpunktet er professor Skjæraasens artikkel om mennesker og bioteknologi. Hun var, som det er kjent, leder i et utvalg Sosialdepartementet nedsatte for å vurdere de etiske aspekter ved nyere medisinsk teknologi. "Skjæraasen-utvalget" avgav sin innstilling høsten 1990, den foreligger som NOU 1991:6.

Direkte matnyttig er den grenseoppgang omkring takstene som Løvset, Nyland og Johannesen har foretatt m.h.p. takstene i privat spesialistpraksis.

Vi bringer de to siste abstracts fra møtet i Kristiansand. Jeg vil før møtet i Fredrikstad understreke at vi i fremtiden bare kan bringe abstracts på en-1 side. Plassen er ved å være et problem for oss ! Til gjengjeld bringer vi gjerne mange abstracts både fra det neste årsmøtet og fra lokalforeningenes møter.

Av gode nyheter: Norsk Perinatalmedisinsk Forening vil utgi et medlemsblad, NPF-posten, med Alf Meberg som redaktør. Det kommer med to numre i 1991. Gratulerer ! Dessuten har danskene oversatt Johanne Sundby og Gro Guttormsens bok om ufrivillig barnløshet. ("Ufrivillig barnløshed". 233 s. Hans Reitzels Forlag.) En nyhet som ikke blir tatt imot med samme begeistring av alle: Sentralstyret i Lægeforeningen har bedt om at retningslinjene for kurseeksamen gjøres kjent for alle som leder obligatoriske kurs. Eksamen later til å være på vei.

GOD SOMMER !

Fridtjof Jerve



NORSK GYNEKOLOGISK FORENING

FRA STYRET

Sommeren nærmer seg og dermed også tiden for årsmøtet i Fredrikstad primo september. Styret håper på god oppslutning og håper det blir et bra program både faglig og sosialt. Invitasjon vil bli utsendt fra Fredrikstad i løpet av juni. Vi regner med at Fond II og III vil dekke utgifter også i år, men dette krever at registreringsavgiften er minst kr 600.

I vinter har styret hatt endel korrespondanse med Helsedirektoratet i forbindelse med Ultralydutvalgets innstilling. Direktoratet engster seg for overforbruk av ultralyd og vil gå inn for å redusere refusjonen ved ultralydundersøkelser. Styret i NGF har forsøkt å presisere hva screening i 18.-19. svangerskapsuke bør inneholde i henhold til tidligere konsensusuttalelser og annet. Styret har vært noe skeptisk til en modell hvor mer enn 100 jordmorsårsverk skal gå med til ultralydscreening og hvor screeningen blir særdeles omfattende og tidkrevende. Når det gjelder utdanning og krav til denne har det også vært en del uoverensstemmelser mellom styret og Helsedirektoratet.

Det arbeides fortsatt intenst med å få FIGO-kongressen 1997 til København ved at "Skandinavia" skal stå som vert. Det skal drives intens reklame for Skandinavia ved verdenskongressen i Singapore og andre kongresser. Den sannsynlig sterkeste konkurrenten blir Roma.

I vår har ventelistegarantien kommet opp også i Lægeforeningen og NGF er anmodet om å utarbeide en liste med lidelser som kommer i prioriteringsgruppe 2. Styret har bedt to av medlemmene om å forsøke å utarbeide en slik liste i løpet av juni da det skal arrangeres et sentralt møte ultimo juni. Listen vil bli distribuert til alle sykehus.

Styret vil ønske alle medlemmene en riktig god sommer og ønske vel møtt i Fredrikstad.



Avd. overlege Oddbjørn Vangen:

PRESENTASJON AV GYN./OBST. AVDELING, HAMAR SYKEHUS

en for årsmøtet i
er på god oppslutning
Faglig og sosialt.
stad i løpet av juni. Vi
utgifter også i år, men
er minst kr 600.

ondanse med Helsedirek-
tets innstilling.
nk av ultralyd og vil gå
lydundersøkelser.
va screening i 18.-19.
l til tidligere
r vært noe skeptisk til
verk skal gå med til
blir særdeles omfattende
else og krav til denne
lser mellom styret og

FIGO-kongressen 1997
stå som vert. Det skal
red verdenskongressen i
synlig sterkeste

op også i Lægeforeningen
te med lidelser som
har bedt to av
slik liste i løpet av
møte ultimo juni.
ehus.

stig god sommer og ønske

Hamar by ligger på "den riktige siden av Mjøsa" og har ca. 17.000 innbyggere, men et svært tett befolket omland hvor 60.000 bor innenfor en radius på 15 km fra sykehuset. 75.000 mennesker hører med til vårt nedslagsfelt, sjukehuset er således et av landets største lokalsjukehus.

Hamar har et allsidig næringsliv og en rekke utdanningsmuligheter, bl.a. lærerhøgskole.

Det har vært sjukehus i Hamar by fra 1850, - det kom imidlertid først i regelmessig drift fra 1880, man kunne således feire 100-årsjubileum for 11 år siden. Det har gjennom tidene vært en rekke utbygginger, - først i 1908, i 1935,- siste store utbygning i 1963 og sluttelig en større restaurering i 1978. P.t. planlegges en nytt Hamar sjukehus som skal være ferdig innen 10 år.

Kvinneklinikken ved Hamar sjukehus har vært i drift fra 1963. Tidligere var fødslene i distriktet fordelt på Furnes Kvinneklinikk, Røde Kors klinikk og noen få operative forløsninger ved Hamar sjukehus.

Gynekologisk avdeling har 25 senger - p.t. brukes 10 av disse til dagpost-senger. Obstetrisisk avdeling har samme antall senger, 25- inklusive 4 senger for observasjons/high risk case-pasienter. I tillegg har vi 3 forløsningsstuer.

Avdelingen har 6 legestillinger - hvorav 5 overleger og 1 ass.II legestilling. Samtlige stillinger er besatt. Avdelingen er godkjent som utdannelsested. Vi har en stabil bemanning både på gyn. og obst. avdeling både når det gjelder leger, sykepleiere og jordmødre.

Aktiviteter:

Fødeavdelingen hadde 823 fødsler siste år. Sectiofrekvensen var 12.6%. Vi har ultralydscreening i 18.sv.skapsuke og driver

HAMAR

i tillegg en obst. poliklinikk sammen med jordmor hvor vi i 1990 behandlet 570 pasienter. Det legges stor vekt på en god kontakt med fødepasientene før fødsel, bl.a. gjennom svangerskapskurs. Gjennomsnitt liggetid på fødeavdelingen er 5.8 døgn. Fødsels- tallet er stigende ved sjukehuset og vi venter i år å komme opp i rundt 900 fødsler. Det legges også stor vekt på undersøkelse og behandling av høyrisiko- svangerskap. Vi bruker i denne forbindelse også Dobbler, - spesielt hos mistenkte vekstretar- derte svangerskap.

Gynekologisk avdeling hadde ca. 1100 innleggelses i 1990. Det ble behandlet 630 pasienter ved dagposten. Det var ca 1400 operative inngrep, og ved gyn.poliklinikk ble det utført 4.200 konsultasjoner. Liggetiden var 4,2 døgn.

Avdelingens leger dekker også på frivillig basis poliklinisk tjeneste i gyn/obst. ved Tynset sjukehus 1 dag ukentlig.

Det er 2 pediater-stillinger ved sjukehuset. Vi håper å kunne få den andre besatt i løpet av 1991.

Overlegene ved avdelingen har etterhvert hver sine spesialfelt,

således innen følgende områder:

Inkontinensproblematikk med urodynamiske undersøkelser.

Infertilitets diagnostikk og behandling

(stimulasjon/spermievask/ inseminasjon).

Infeksjonsmedisin. Det drives videre en uttalt operativ virksomhet med laparoskop. Videre har man de siste 2 år tatt i bruk hysteroskop og såkalt TCER (transcervical endometrie-reseksjon), - dette som et nytt behandlingstilbud hos kvinner med abnorme blødninger og muskelknuter i livmoren. Vi venter bl.a. å kunne redusere antall uterus-ekstirpasjoner ved denne metoden.

Vi har ellers et meget godt samarbeid med Kvinneklinikken Ullevål som er vårt Regionsykehus - og med Det Norske Radiumhospital når det gjelder gynekologisk cancer.

HAMAR

med jordmor hvor vi i
yes stor vekt på en god
bl.a. gjennom
i på fødeavdelingen er
ved sjukehuert og vi
isler. Det legges også
y av høyrisiko-
else også Dobbler, -
te svangerskap.

anleggelses i 1990. Det
en. Det var ca 1400
nikk ble det utført
2 døgn.

lig basis poliklinisk
s 1 dag ukentlig.

uset. Vi håper å kunne

et hver sine

re undersøkelser.

n uttalt operativ

r man de siste 2 år

(transcervical

nytt behandlingstilbud

uskelknuter i livmoren.

uterus-ekstirpasjoner

ed Kvinneklinikken

med Det Norske

gisk cancer.

Fra Oslo Gynekologiske Forenings Jubileumsmøte januar 1991
Tidligere avd. overlege Boye Istre

NORSK GYNEKOLOGI I 1940-ÅRENE

I mitt innledningsforedrag om den medisinske virksomhet for de første årene i Oslo Gynekologiske Forening, var det nærliggende å se på hvilket fundament den nystiftede forening i desember 1940 hadde å bygge på.

Sykehus og institusjoner

Jeg nevnte først noen organisatoriske støttepillarer man hadde å bygge på:

Riskhospitalets kvinneklinikk fullført i 1914 av Kristian Kornelius Hagemann Brandt, professor i fødselsvitenskap fra 1906, etterfulgt av Anton Cathrinus Sunde i 1933, etterfulgt av Ernst Harald Schjøtt-Rivers i 1953.

Oslo kommunale kvinneklinikk, overlege Kristjar Skajaa fra 1938, omfattende klinikken i Josephinesgate, senere også fødselsavdelinger ved Kroghstøtten sykehus og fødepaviljongen på Ullevål sykehus

Haukeland sykehus Bergen, Universitet fra 1946.

Jørgen Løvset sjef fra 1940, professor fra 1948.

Aker sykehus Universitets-sykehus fra 1947.

Det Norske Radiumhospital opprettet i 1932 med Skajaa som sjef, etterfulgt av Schjøtt-Rivers 1938 - 1952.

Den Norske Lægeforening og Det Norske Medicinske Selskap først fullt funksjonsdyktig ved det nye bygget i Drammensveien 44 i oktober 1935.

The Scandinavian association of obstetricians and gynecologists dannet 29.06.33 med norske "founders" Sunde og Schjøtt-Rivers.

Avhandlinger og publikasjoner

Det medisinske grunnlaget for Oslo Gynekologiske Forenings stiftelse (forsåvidt også for Norsk Gynekologisk Forening - stiftet i 1943) er også publikasjoner, avhandlinger.

Jeg nevnte kjente doktoravhandlinger med korte kommentar.

Brandt: Det ektopiske svangerskap. 1893. Basert på klinisk og patologisk anatomiske undersøkelser. Av 19

1940-ÅRENE

tilfelle døde 10 og 9 overlevde. Store statistikker fra det forrige århundre viste mortalitet på 50% og mer. Ovarietomiens mortalitet var 3-5% Spontan avdøen av fosteret demonstrert. Samlestatistikk fra 1948 viste en mortalitet på 1,6 - 5%. (Den moderne anskuelse på ekstrauterin graviditet og dens behandling er frapperende interessant).

Sunde: Chorioepithelioma malignum. 1921. Klinisk og patologisk anatomiske undersøkelser. Forekomst 1:3000, muligens hyppigere. Overgang fra mola hydatidosa til chorioepitheliom i 5%. Ca. 30% helbredelse ved radikal kirurgi. Senere statistikker (1940) viser en sansynlig overgang på 1-2% og mortalitet på 2%?. Spontan tilbakegang og selvhelbredelse ble demonstrert. (Moderne hormonbehandling og cystostatica)

Skajaa: Om influenza og influenzapneumoni. Teori om at et ukjent virus selv kan være ansvarlig for lungeforandringene eller selve influenzainfeksjonen. Sideløpende infeksjon med banale mikrober. (Hvis ordet immun og immunapparat hadde vært brukt ville den nåværende erkjennelse av begrepet vært overenstemmende. Hans viden og kunnskap senere overført til gynekologiske emner).

Trygve Hesselberg: Om blødning ved placentas løsning. Et klinisk arbeide. 1922. I avhandlingens andre del om fortidlig løsning av riktig sittende placenta finnes i et materiale på 30 kasus kun 1 dødsfall (3.3%). 16 døde barn (53%). I 40-årene blev det i store statisikker regnet med en mortalitet for moren på 5% og at 2/3 av barna dør. (kritisk gjennomlesning konkluderer med at avhandlingen ikke holder mål - Istre -).

Sverre Kjelland-Mørdre: Om svangerskapsnyren. 1929. Kliniske undersøkelser med særlig henblikk på nyrefunksjon-forholdene samt nyrelidelses prognose og den stilling til Volhard-Fahrs nefrit-systematik (Kommentert av Istre ved påvisning av "lower Nephron Nephrosis" og "Tubular nekrose" ved et dødsfall av eklampsi. Det samme som man ser ved obstetriske sjokk og Crush Syndrom)

Schjøtt-Rivers: Hyperemesis gravidarum. Clinical and biocemical investigations. 1939. Elektrolytt-balansen viktig. Tp. stigning et dårlig tegn. Bemerkelsesverdig er omtalen av

1940-ÅRENE

statistikker fra det % og mer. an avdøen av fosteret viste en mortalitet på trauterin graviditet og ant).

1921. Klinisk og orekomst 1:3000, ydatiodosa til else ved radikal ser en sansynlig

Spontan tilbakegang derne hormonbehandling

neumoni. Teori om at for lungeforandringene løpende infeksjon med mmunapparat hadde vært v begrepet vært p senere overført til

placentas løsning. Et andre del om fortidlig nes i et materiale på barn (53%). I 40-årene en mortalitet for itisk gjennomlesning lder mål - Istre -). skapsnyren. 1929. ikk på nyrefunksjon- g den stilling til tert av Istre ved g "Tubular nekrose" ved man ser ved

arum. Clinical and olytt-balansen viktig. esverdig er omtalen av

1940-ÅRENE

5 dødsfall.

Løvset: Somatische Konstitutionszüge und ihre Bezie-ungen sur Geburt des Kindes. 1940. Allerede på dette tidspunkt avslørte forf. sin evne i forståelsen av "mekanikken" (kunsten) ved fødsler, skulderforløsning ved setefødsel, cervix-dilatator, ekstraksjonskopp, tangforbedring. 1939: Om skulderforløsningen ved setefødsel og en ny måte å utføre den på (såkalt rotasjonsmetoden). Nordisk medicin 1:141 (Tiltalte ikke Sunde og er heller ikke nevnt i Schjøtt-Rivers forelesninger. Henviser til klassisk metoder)

Finn Bøe: The placenta in experimental interruption of pregnancy. Histological and metabolism investigation in rats. 1945. Eksperimentelle data som bekrefter placentas rolle ved fosterdød, syncytiets overgang til fibronoid. (Senere begrepet placentar-insufficiens).

Thor Wolfgang Ulstrup Dahle: The effect of post pituitary gland extract on the activity of human uterus. Experimental investigation in vitro and vivo, particularly from menstrual cycle and early pregnancy. 1950. Forf. imøtegår Klaus' teori om at den humane uterus er refraktar mot pituitrin i den periode den er fysiologisk under innflytelse av corpus luteum. (Betydning for forståelse av fysiologisk fertilitet og sterilitet og graviditetsbehandling).

Konklusjon: Etter en lang periode i begynnelsen av dette århundre med spredte avhandlinger basert på kliniske og patologisk-anatomiske iakttagelser, skjedde det i slutten av 30-årene og 40- til 50-årene en forandring til mer begrensede områder innenfor gynekologi-obstetikk basert tildels på eksperimentelle undersøkelser. Denne utviklingen har fortsatt med sterkt rettet inn på basalfagenes betydning.

Kongresser og møter

Norske gynekologers deltagelse i nordiske kongresser i 1940 og 1950-årene var fra norsk synspunkt bemerkelsesverdig. De var deltagere i de fleste store emner:

Sunde: Nordisk kongress i Stockholm 1948. Experience gained from operation on vesical fistulas. A modified method of the plastic operation on pyramidalis

1940-ÅRENE

fascia in urinary incontinence with report of sixteen cases.

Løvset: Nordisk kongress i Stockholm 1948.

Functionally prolonged labour, particular to its treatment.

Arne Strand: Kongress 1948 fra Oslo kommunale kvinneklinikk om samme emne.

Per Agnar Nilsen: Kongress 1948 fra Drammen sykehus om samme emne.

Boye Istre: Kongress i Oslo 1956 om samme emne (På grunnlag av konvensjonelle, klassiske metoder for terminbestemmelse fant man at faren ved hypermaturitet økte 2 uker over termin, særlig hos 1.gangs gravide. Moderne metoder for terminbestemmelse, hormonbestemmelser, ultralyd har gjort terminbestemmelsen sikrere)

Skajaa: Nordisk kongress i Helsingfors 1950.

Hyperalgetic zones in the soft parts around the pelvis as symptom from plexus hypogastricus. Arbeide fra 1946. Demonstrasjon av de hyperalgetiske zoners utbredelse og deres sammenheng med de plexalgiske symptomer (underlivssmerter i sin almindelighet, dysmenoré, dyspareuni, premenstruell tensjon osv). Cottes operasjon ga bedring i endel tilfelle. Zonenes økning under en graviditet, men med et fall under fødsel (Istre). Kan sees som et uttrykk for sterkt belastede plexalgiske pasienter kan ha sterke åpningssmerter og kan ha en god virkning av en epiduralanalgesi. Emnet var oppe til ny diskusjon på møte i Norsk Gynekologisk Forening 1990, ut fra nyere biologiske metoder og teorier, uten at dette etter mitt synspunkt kom nærmere problemet enn Skajaas elementære "sikkerhetsnål".

Keisersnitt: et hovedtema for Nordisk kongress i København i 1952. Arbeider fremlagt fra hele Norden. Fra Norge: Rikshospitalet, Oslo kommunale kvinneklinikk og Drammen sykehus. (Omkring 1950 var det en keisersnittfrekvens på 3-4%, med en mortalitet på ca. 1%. Keisersnitt som en "siste utvei", ikke som nå "et første valg". Liberalisering ved preeklampsi/eklampsi, dog med høy mortalitetsgrad (8-10%) Konservativ behandling med Stroganoffkuren. Aktiv profylakse vant fram. Keisersnitt ved diabetes 4 uker for termin. Bedring av operasjonsteknikk, anestesi, elektrolytter,

1940-ÅRENE

port of sixteen cases.
blm 1948.
ar to its treatment.
o kommunale
ra Drammen sykehus om
om samme emne (På
metoder for
l hypermaturitet økte 2
avide. Moderne metoder
er, ultralyd har gjort
ngfors 1950.
ound the pelvis as
eide fra 1946.
rs utbredelse og deres
(underlivssmerter i
i, premenstruell
ng i endel tilfelle.
med et fall under
k for sterkt belastede
ingssmerter og kan ha
Emnet var oppe til ny
Forening 1990, ut fra
en at dette etter mitt
jaas elementære
isk kongress i
a hele Norden. Fra
vinneklinnk og Drammen
rsnittfrekvens på 3-4%,
t som en "siste utvei",
ering ved
litetsgrad (8-10%)
ren. Aktiv profylakse
uker for termin.
elektrolytter,

1940-ÅRENE

antibiotika, sulfonamider, heparin.

Schjøtt-Rivers: Nordisk gynekologisk forening 1948.
Profylaktisk hysterektomi ved carcinoma cervicis uteri st. I og II. E.Schjøtt-Rivers and Boye Sten Istre: Pre-operativ irridation in carcinoma of the uterine cervix. Acta Obst. Gynecol Scand 1959 (5 års helbredelse 75%, senere avveket i prinsipp pga. andre metoder)

Cancer - Det norske radiumhospital

Man har inntrykk av at cancerforskningen fikk de beste arbeidsvilkår etter at DNR ble opprettet i 1932 med Skajaa som gynekolog. Han organiserte den radiologiske behandling av genital-canceren, den som hittil hadde vært nesten utelukkende kirurgisk. Motstand fra kirurgisk hold. Senere overtok Schjøtt-Rivers, og mest kjent er hans arbeide over profylaktisk hysterektomi. Det fremkom forøvrig en rekke arbeider over maligne svulster i uterus, ovarier og tube fra dette sykehus og andre sykehus fra en rekke forfattere.

Istre: Malignant Tumours of the Vulva. Acta Radiologica 36.329.1951. 1936-1945, 145 pasienter, gjennomsnittsalder 63,4 år. Noen på leukoplakisk basis. 5 års overlevelses-observasjon 26,2%. 6 døde av annen årsak.

Istre: svangerskap og fødsel etter radiumbehandlet carc. cervic. uteri. En 28 år gammel kvinne føder sitt tredje barn ukomplisert. Samtidig med fødselen oppdages en carc. cervic. uteri st. I. Etter 3 uker og 8 ukers behandles hun med radiuminnlegg i uterus og vagina, ialt 6430 mg.t. Amenoré i 3 år, senere uregelmessig menstruasjon. Hun føder ukomplisert et levende, normalt utviklet og fullgått barn etter 8 år. Barnet døde 9 mndr. gammelt av lungebetennelse. Moren residivfri etter 11 års observasjon.

Andre trekk ved utviklingen

Hormonanalyser - fertilitetsstudier - impulser fra utlandet
Jakten på å påvise østrogen, progesteron, pregnandiol ved fysiokjemiske, ikke biologiske metoder, var begynt (de Watteville, Venning & Browne, Brown /Klopper og mange andre). Fremlagte arbeider på Nordisk gynekologkongress i 1948 (Per Bergman om basaltemperatur, Sune Genell hormonanalyser,

1940-ÅRENE

behandling av Rydberg, Sjøvall, Ingelman-Sundberg, Furuhjelm, spermieundersøkelser ved Norlander og Løvset). Kunstig inseminasjon. (spede forsøk fra Bergen og Tønsberg (1947) om å forklare det adrenogenital syndrom og det adrenocorticotrope hormon (ACT) ved hjelp av Simmermanns spektrofotometriske metode for å bestemme 17-keto-steroider i urin som uttrykk for forekomst av androgener ("nyco"))

Genetiske faktorer

ble studert ved mongolisme hos tvillinger.

Fødsel - operative inngrep

Tang, nedhenting av fot og uttrekning, vending og uttrekning av fot (fremhjelp ikke medberegnet) 10-15% Keisersnitt 3-4%

Rhesus-immunisering

Efter at RH-faktoren ble oppdaget i 1940, begynte observasjoner og praktiske forholdsregler å gjøre seg gjeldende. Antistoffbestemmelser, utskiftningstransfusjoner, farskapssaker. Wilhelmsen og Walde (Bergen), Istre og Kåss (Tønsberg)

Dødsfall ved svangerskap, fødsel og barselseng

Ved århundreskiftet: Omtrent 500 per år.

Fra 1940-45: 100-150 per år.

Fra 1946-50: 50- 60 per år. (et fall til det halve)

Årsaker: Eklampsi og infeksjon ved fødsel og abort dominerer, blødning av forskjellig årsak, blodpropp og årebetennelse derefter.

Perinatal død

Omkring århundreskiftet: 50-60 per 1000 fødte barn.

Omkring 1940-50 omtrent det samme, 50-60, etterhvert noe mindre (1980: 9-10 pr. 1000 fødte barn).

Sosiale engagement

Skajaa var tilforordnet medlem av Straffelovsrådet, som ekspert i abortspørsmål og sterilisering (innførte sterilisering i barselsengen) i anledning av nye lovregler vedr. svangerskaps- avbrytelse. Det var illegale aborter som opptok diskusjonen mest, selv om man ikke fikk den fulle sannhet om dette. 4-5 tuser per år i denne tiden var mer enn tvilsomt, og stemte ikke med antall saker som kom til rettslig avgjørelse, dom, bøter, påtaleundlatelse, 15-20 i disse årene.

1940-ÅRENE

in-Sundberg, Furuhjelm,
Løvset). Kunstig
og Tønsberg (1947) om å
let adrenocorticotrope
spektrofotometriske
i urin som uttrykk for

er.

vending og uttrekning
15% Keisersnitt 3-4%

0, begynte
er å gjøre seg
iftningstransfusjoner,
gen), Istre og Kåss

rselseng

il det halve)
sel og abort dominerer,
p og årebetennelse

fødte barn.
0, etterhvert noe

felovsrådet, som
g (innførte
ng av nye lovregler
r illegale aborter som
ke fikk den fulle
enne tiden var mer enn
er som kom til rettslig
e, 15-20 i disse årene.

1940-ÅRENE

Skajaa forsøkte å vurdere antallet ut fra forekomsten av svangerskap utenfor livmoren. Hans arbeide nådde ikke frem i hans tid (død i 1956 - 66 år gammel), på tross av kvinnenes fremmarsj i sosialt arbeide).

Sluttreplikk

Det ligger nær å presentere de fire store som skapte den nye gynekologiske era i 30-50-årene, og videre fremover ved fotografiske gjengivelser.

1. Sunde, bombastisk, pompøs med store geberger, men utvilsomt en lederskikkelse. (Jeg traff ham senere som en eldre elskverdig herre som kom til Oslo Gynekologiske forenings møter fra sin gård i Venabygd)
2. Løvset. Kjenner jeg mindre til personlig, men jeg vet han har skrevet bok om fuglehunder og vistnok også en kokebok. En sfinx i obstetrik-gynekologi, en kunstner i forløsning. Det er sagt at internasjonalt har vi 2 aktiviteter i så henseende, nemlig Kiellands tang fra Fødselsstiftelsen i Akersgata, 1915 og Løvsets rotasjonsmanøver ved skulderforløsning av sete og fotfødsel fra 1936-39.
3. Skajaa humanisten blandt våre gynekologer med omfattende interesser i vår bondekultur og bondesamfunn, sentimental og romantisk til tider. Iderik og nøktern, men hadde for lite virkefelt slik som hans arbeidstilhøve var.
4. Schjøtt-Rivers talegaver, det gikk som et sus gjennom salen når han skulle tale på kongresser etc. Hukommelse som ingen annen med sitater i fleng. Ekspansiv i sin virksomhet uten dog å ha de store ideer. Han hadde en liten notisbok hvor han hadde oppteget alle navneforvrengninger han hadde mottatt. En var dette: herr Skjød-drivers, ganske godt for en gynekolog.
Også tilslutt Boye Istre, en liten brikke, tegnet av Pedro (Hammarlund) ved en "avnavlingsfest" (disse har sin egen historie, men ikke nå).

Tor Løvset, Brit Nyland, Kristina H. Johannesen:

NGFs Takstutvalg for takster i privat praksis



NORMALTARIFFEN FORSLAG TIL BRUKERVEILEDNING

Ved PSLs årsmøte Oslo diskuterte vi på gruppemøtet den 18.10.90 (23 medlemmer tilstede) følgende forslag til brukerveiledning til Normaltariffen. Kun de takster som er av spesiell interesse er tatt med. Det henvises også til Lægeforeningens rundskriv av 10.10.90.

3B

Konsultasjon over 20 min. 2 x 3B ved konsultasjon over 35 min. 3B bør ikke brukes sammen med 213,215,217. Det refereres til at almenpraktikerne ikke kan bruke sin tidstakst 2C sammen med 213,215 og 217. 3B kan ikke brukes sammen med 4C. 3B kan brukes sammen med 211A og 216 (CTG).

4C

Henviste pasienter.
Øyeblikkelig hjelp. Hit regnes pasienter som trenger å komme til undersøkelse i løpet av 24 timer.
Kontroll av pasienter med kronisk sykdom i relasjon til vår spesialitet.
Eks: Cancerkontroll, Myom som er voksende eller symptomgivende, Endometriose, Descens.

Takster under alminnelige behandlinger.

102C PCB er blokk anestesi

107

Eks: Fjernelse av cervixpolypp og biopsi fra vulva eller vagina + 701B når du sender inn.

110B Anoskopi

135

Fjernelse av dyptliggende fremmedlegeme.
Spiral der inngrepet i uterinhulen med ett eller annet instrument er nødvendig.

Takster under gynekologi og fødselshjelp

211A

1. Gyn ultralyd av enkeltorgan med abdominalprobe
2. Obstetr. ultralyd med abdominalprobe (ekskl screening)

211B

Sceening ved 16-20 uker (gjennomgang av flere organ)

hannesen:

praksis



NG

gruppemøtet den
de forslag til
n de takster som er av
vise også til

onsultasjon over 35 min.
17. Det refereres til
tidstakst 2C sammen med
en med 4C.
TG).

er som trenger å komme
m i relasjon til vår
de eller

handlinger.

i fra vulva eller

ett eller annet

fødselshjelp

iminalprobe
(ekskl screening)

flere organ)

NORMALTARIFFEN

889C

Ultral lyd med vaginal probe (NB kolonne 2: 234.-)

213

Prevensjonsveiledning

Vi mener den kan brukes ikke bare ved første gangs veiledning, men ved "prevensjonsproblematikk".

214B

Innsetting, tilpassing av pessar.

Kan også brukes ved ringpessar.

215

Kan brukes ved henvisning til amniocentese i tidlig svangerskap.

218

Kan brukes i tillegg til 1B ved tidrøvende arbeid. Kan brukes ved PC-test. Bør kunne brukes ca 4 ganger pr år pr par.

706F

Gravitetest urin

705H

Prøve på chlamydea.

Har du tilskudd fra fylket, skal egenandelen være kr 85.- (pr 1.1.91)

Det er ikke anledning til å ta høyere egenandel uten at du har hatt reelle ekstrautgifter. Gravide skal ikke betale egenandel.

Takstutvalget opplyser at disse defineringer av takstene kan tas i bruk i privat spesialistpraksis.

JULIE SKJÆRAASEN

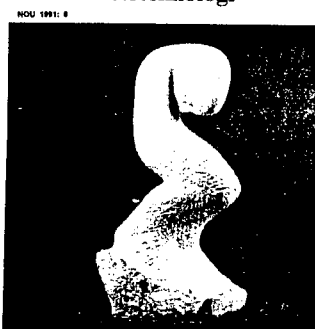
MENNESKER OG BIOTEKNOLOGI

En utredning med tittelen "Mennesker og bioteknologi" ble overlevert sosialminister Tove Veierød 30.11.1990. Denne danner grunnlaget for NOU 1991:6 med samme tittel. Utredningen ble utarbeidet av det såkalte Etikikutvalget som ble oppnevnt i april 1988 med følgende medlemmer:

Julie Skjæraasen, prof. (Leder)
Helen Bjørnøy, kallskapellan
Arvid Heiberg, avd. overlege/
senere: Trond Leren, overlege
(Begge spes i med. genetik)
Ingse Stabel, jurist, like-
stillingsombud.
Peter F Hjort, Leder i Funksjons-
hemmedes fellesorganisasjon.
Grete Gjertsen, sekretær



Mennesker og
bioteknologi



Utvalget ble oppnevnt på bakgrunn av debatten i Stortinget omkring "Lov om kunstig befruktning" i 1987. Stortinget ba da om en stortingsmelding om bio- og genteknologi som skulle gi et opplegg til debatt om retningslinjer og forslag til lovgivning. Etikikutvalget skulle bare drøfte problemer i tilknytning til mennesker. Et tidligere utvalg har sett på bio-/genteknologi i relasjon til planter og dyr.

Hva er bioteknologi:

Bioteknologi er all teknologi som er basert på bruk av mikroorganismer, plante-, dyre- eller humane celler. Genteknologi er en spesielt viktig del av bioteknologien og mange tenker først og fremst på genteknologi når man diskuterer bioteknologi.

Det hersker ingen tvil om at bio-/genteknologi har tilført medisinen og menneskeheten store nye positive muligheter på mange felter - både profylaktisk, diagnostisk og terapeutisk. Likevel foregår internasjonalt en diskusjon om mulige uønskede konsekvenser av de metoder som tas i bruk. Mange ser store etiske problemer ved at man kan få muligheter til å manipulere med arvestoffet. Ikke minst bidrar det faktum at man har fått det befruktete menneskelige egg tilgjengelig utenfor morens livmor til denne frykten.

Den raske utviklingen er i seg selv et problem. Både almenheten, forvaltningen og politikerne med ansvar for fordeling og regulering vil nødvendigvis ha store vanskeligheter med innsikt og vurdering. Dette kan på den ene side føre til en urealistisk frykt for hva som truer og på den annen side manglende oversikt til å fremme en tjenlig regulering og disponering av ressurser.

MENNESKER OG BIOTEKNOLOGI

Aktuelle temaer :

Utvalget valgte å konsentrere seg om de områder innen bio- og genteknologi som debatteres i Norge og i en rekke andre land og internasjonale organer fordi de er nye og/eller reiser mulige etiske konflikter. Utvalget fant ikke at "Lov om selvbestemt abort" hørte inn under vårt mandat, mens derimot fosterdiagnostikk med selektiv abort av fostre med funksjons- svikt var et sentralt tema.

Jeg vil i denne korte redegjørelsen for en omfattende utredning først og fremst referere de temaene som jeg antar har spesiell interesse for medlemmer av NGF.

REPRODUKSJONSTEKNOLOGI

Da "Lov om kunstig befruktning" ble vedtatt i juni 1987 hadde man en begrenset erfaring med IVF og beslektede metoder. Utvalget så det derfor som sin oppgave å vurdere loven på nytt.

IVF vant opprinnelig bred aksept som en metode for infertile par til å få barn med egne egg og spermier - noe som ble ansett mindre etisk betenkelig enn f.eks. donorinseminasjon. Etter hvert har imidlertid skepsis og etiske betenkeligheter kommet til uttrykk blant ulike grupper.

Forskning på befruktede egg

Et hovedpunkt har vært spørsmålet om forskning på befruktede egg. I England gikk det flere år før man tok belastningen med å legge Warnock-komiteens innstilling frem for Parlamentet. Etter sterkt emosjonelle debatter og aksjoner, ble Warnock-komiteens innstilling om rett til forskning på befruktede egg inntil 14 dager, vedtatt. Sverige har i mars 1991 vedtatt også å tillate forskning i 14 dager. Norsk lov forbyr forskning på befruktede egg. Utvalget støtter et fortsatt forbud mot forskning på befruktede egg og går inn for at uttaking og befruktning av egg utelukkende i den hensikt å drive forskning, bør være forbudt fortsatt. Et flertall mener at det må være tillatt med en metodeforskning grunnet på endringer i prosedyrene med en evaluering av resultatene av slike endringer. Dette må sees som naturlig forsøk på en kontinuerlig forbedring som for enhver metode innen medisinen. Når inntil tre befruktede egg er valgt ut for tilbakeføring til kvinnens livmor, må de resterende enten fryses eller gå til grunne. All annen bruk av overtallige egg bør være forbudt.

Overtallige embryoer

Mange ser også store etiske problemer knyttet til det faktum at man nødvendigvis må få overtallige egg. Hvis man skal unngå dette, kan man ikke hente ut flere egg enen at alle egg som deler seg må føres tilbake. Dette ville medføre at man ofte vil finne at bare ett eller ingen egg har delt seg, hvilket i betydelig grad vil redusere suksessraten ved behandlingen. Det må også sies å være et etisk problem om man reduserer sjansene for de kvinner som gjennomgår en så inngripende behandling. Derfor mener utvalgets flertall at metoden krever det kompromiss at man må godta overskudd av befruktede egg. Den tyske Bundestag har imidlertid i oktober 1990 vedtatt en lov som forbyr å befrukte mere enn 3 egg for IVF-behandling.



Mennesker og
bioteknologi



batten i Stortinget om-
87. Stortinget ba da om
logi som skulle gi et
forslag til lovgivning.
mer i tilknytning til
t på bio-/genteknologi

sert på bruk av mikro-
celler. Genteknologien
gien og mange tenker
diskuterer bioteknologi.

knologi har tilført
sitive muligheter på
ostisk og terapeutisk.
sjon om mulige uønskede
uk. Mange ser store
gheter til å manipulere
faktum at man har fått
gelig utenfor morens liv-

problem. Både almen-
ansvar for fordeling og
nskeligheter med innsikt
le føre til en urealistisk
side manglende oversikt
disponering av ressurser.

MENNESKER OG BIOTEKNOLOGI

Frysing

Etter nåværende lov kan befruktete egg fryses i 1 år. Et flertall i utvalget foreslår en forlengelse av frysetiden til 3 år slik at det skal bli mulig for par som har fått et barn, å oppnå ny graviditet uten at kvinnen skal måtte gjennomgå en ny hormonstimulering og eggthenting. Et mindretall på to gikk inn for å innskrenke frysetiden til 9 måneder for helt å eliminere forsøk på å oppnå to graviditeter fra en eggthøsting.

Eggdonasjon

Eggdonasjon er forbudt etter nåværende lov. To av utvalgets medlemmer går inn for adgang til donasjon av egg på spesielle medisinske indikasjoner. Flertallet tilrår at forbudet opprettholdes - selv om to av dette flertallet innser at det i enkelte spesielle situasjoner kan synes berettiget å innvilge eggdonasjon og foreslår en revurdering av problemet når man fått en større internasjonal erfaring. Mange vil hevde at det er ulogisk å ha forbud mot eggdonasjon når vi har en lov som tillater sæddonasjon. Vi bør imidlertid ta i betraktning at eggdonasjon innfører noe helt nytt i menneskeslektens historie - nemlig at den kvinne som bærer fosteret ikke er genetisk mor - en situasjon som tidligere generasjoner aldri har stått overfor.

Flerlingesvangerskap ved IVF

Flerlingesvangerskap har vært et problem ved assistert befruktning. Utvalget foreslår i tråd med forskrifter som utarbeides i Sosialdepartementet at det bare skal være tillatt å føre tilbake tre befruktete egg. Utvalget går i mot å løse problemer med flerlinge graviditeter med såkalt selektiv fosterreduksjon og foreslår at dette forbudet fastsettes i lov.

FORSKNING PÅ FOSTRE

Forskning på fostre kan spille over et vidt spekter. Norge har ingen lovregulering av slik forskning.

I Norge har man i mere enn 20 år anvendt cellekulturer fra provoserte aborter i human virusdiagnostikk og forskning. Et flertall i utvalget anser at dette fortsatt er nødvendig. Bruken bør reguleres ved forskrifter til lov om svangerskapsavbrudd. Reguleringen bør også omfatte kommersiell innførsel av slike cellekulturer.

Bruk av vev fra aborterte fostre vil sannsynligvis få økende aktualitet. Man har diskutert muligheten av å utnytte f.eks. anencephale fostre som organondonator, men spørsmålet vil i Norge sjelden kunne bli reist fordi de fleste vil oppdages ved den rutinemessige ultralyd-undersøkelsen ved 18 uker. Hvis resultatene ved transplantasjon av hjernevev fra fostre til Parkinson-pasienter bedres, antar utvalget at ønsket om slik behandling også vil bli reist fra Parkinson-pasienter i Norge. En rekke forskere arbeider med å isolere insulinproduserende celler fra bukspyttkjertel hos foster. Dyrerforsøk tyder på at implantasjon av slike celler kan bli et viktig behandlingstilbud til diabetikere i fremtiden. Et amerikansk firma har spesialisert seg på utvikling av cellekulturer for transplantasjon. Firmaet mottar vev fra fostre i første og annet trimester fra klinikker hvor aborten utføres.

ER OG BIOTEKNOLOGI

fryses i 1 år. Et fler-
e av frysetiden til 3 år
har fått et barn, å oppnå
te gjennomgå en ny hormon-
tall på to gikk inn for å
helt å eliminere forsøk
sting.

lov. To av utvalgets
on av egg på spesielle
lrår at forbudet opp-
llet innser at det i
berettiget å innvilge
av problemet når man har
Mange vil hevde at det
når vi har en lov som
d ta i betraktning at
nneskeslektens historie -
ikke er genetisk mør -
aldri har stått overfor.

ved assistert befrukt-
skrifter som utarbeides i
re tillatt å føre tilbake
å løse problemer med
iv fosterreduksjon og
lov.

vidt spekter. Norge har

t kollekturer fra
tikk og forskning. Et
satt er nødvendig.
l lov om svangerskaps-
kommersiell innførsel av

onsynligvis få økende
en av å utnytte f.eks.
n spørsmålet vil i Norge
vil oppdages ved den
d 18 uker. Hvis
nevev fra fostre til
get at ønsket om slik
nson-pasienter i Norge.
e insulinproduserende
Dyreforsøk tyder på at
viktig behandlingstilbud
ansk firma har spesieli-
for transplantasjon.
og annet trimester fra

MENNESKER OG BIOTEKNOLOGI

Et flertall mener at det er for tidlig å ta stilling til trans-
plantasjon av fostervev. Spørsmålet bør vurderes av Biotekno-
lognemnda hvis behandlingen blir aktuell. Mindretallet går imot
all bruk av fostervev - også i virusdiagnostikk.

Hele utvalget ser store etiske problemer om det oppstår et stort
behov for fostervev til bruk ved transplantasjon. Flertallet
mener likevel at man ikke kan overse det faktum at det idag
finnes et stort antall aborter med destruksjon av vev som
eventuelt i fremtiden kan utnyttes til behandling av alvorlig
syke mennesker. Flertallet mener som mindretallet at en positiv
anvendelse av fostervev aldri må bli motiverende for den abort-
søkende - like lite som behov for hjertettransplantasjon fører
til ønske om flere trafikulykker og svekket innsats for å få
ned trafikulykkene.

FOSTERDIAGNOSTIKK

Kapitlet om fosterdiagnostikk er den del av utredningen som
har fått størst oppmerksomhet i media. Ikke minst har funk-
sjonshemmede og deres organisasjoner bidratt til å fremme de
etiske problemer ved den etablerte praksis. Historisk finner
man at den eugeniske indikasjon har vært tungtveiende og har
hatt relativt bred aksept. Først da man fikk metoder til å
skille ut fostre med utviklingsavvik og i større grad kunne
unngå at man av frykt for avvik aborterer friske fostre, våknet
debatten og bevisstheten. Uttrykk som "kvalitetssortering av
mennesker" har hos mange skapt uro og bekymring for den vei man
har slått inn på. Maternell alder er grunnlaget for søknad om
fosterdiagnostikk for majoriteten i Norge. I Norge er den
praktiserte aldersgrense for å gi tilbud 38 år - da er risikoen
knappt 1 % for å føde et barn med kromosomfeil. Sammenlignet med
den risiko som par med recessivt og dominant arvelig sykdom kan
ha (25-50 %) er dette en lav risiko.

Utvalget var delt i synet på aldersindikasjonen. Tre medlemmer
finner at den noe økede risiko for eldre gir grunnlag for å
opprettholde aldersindikasjonen - grensen kunne vært satt noe
høyere, men man vil ikke foreslå noen endring av etablert
praksis. Tre medlemmer foreslår en senkning til 35 år for å
komme på linje med våre naboland, mens to vil oppheve alders-
indikasjonen. Hele utvalget mener at bare alvorlige avvik skal
være indikasjon for svangerskapsavbrudd, men finner ikke å kunne
gi en diagnoseliste.

Downs syndrom står sentralt i diskusjonen om fosterdiagnostikk.
Flertallet mener at Downs syndrom påvist i fosterlivet må godtas
som abortindikasjon når foreldrene ber om at det etter at de har
fått informasjon om de resultater som oppnås ved stimulering og
trening av barn med Downs syndrom. Mindretallet mener at Downs
syndrom ikke gir grunnlag for selektiv abort.
Et flertall mener at preimplantasjonsdiagnostikk kan bli aktuelt
for par med alvorlig genetisk belastning, men mener at det
foreløpig er for tidlig å ta stilling til spørsmålet.

MENNESKER OG BIOTEKNOLOGI

Utvalgets flertall ønsker et forbud mot å analysere en kombinasjon av blodprøver (østriol, HCG og α -fötoprotein) i maternelt blod fra kvinner uten spesiell risiko med sikte på å identifisere fostre med Downs syndrom. Mindretallet mener at prøvene har lav kvalitet og at forbud derfor er unødvendig.

Fremtidige nye metoder for fosterdiagnostikk må tilbys på samme indikasjoner som dagens metoder.

Utviklingsavvik påvist ved ultralyd byr på spesielle problemer fordi man her møter par som ikke på forhånd har fått genetisk veiledning og heller ikke har hatt spesiell grunn til å forvente en slik beskjed. At ultralydsundersøkelse av alle gravide i 18.uke mere og mere får karakter av screening på utviklingsavvik er et etisk problem.

GENTESTER FOR FØDTE INDIVIDER

Prediktive DNA-tester for sykdom

Mest aktuelt i den gruppen er Huntingtons sykdom som er en dominant sykdom som ofte bryter ut sent i livet hvor den syke ofte allerede har fått barn. Sykdommen fører i løpet av noen år til død etter fullstendig fysisk og psykisk ødeleggelse av personen. Sosialdepartementet ga i 1989 tillatelse til å ta i bruk test for risikopersoner som ønsker teste. Utvalget støtter at personer som kjenner sykdommen og vet at de tilhører risikofamilier bør få anledning til å ta testen for å kunne planlegge om de ønsker barn og ellers på andre måter kunne planlegge sitt liv.

Prediktive DNA-tester for bærer-diagnostikk :

Bærer-diagnostikk i spesielle etniske grupper har i mange år pågått for Tay Sachs sykdom i enkelte grupper av jødisk befolkning og ved thalassemi på Kypros. Cystisk fibrose er den eneste sykdom i Norge som er såpass hyppig at det kan være aktuelt å gjennomføre tilbud om bærer-diagnostikk for hele eller deler av befolkningen. Etter utvalgets syn bør bærer-diagnostikk være tilgjengelig for nære slektninger av CF-pasienter. Det samme bør gjelde for andre alvorlige, recessivt arvelige sykdommer.

Prediktive tester for sykdomsdisposisjon :

Det er godt gjort at det finnes genetisk disposisjon for en rekke sykdommer så som hjerte/karlidelser, allergi, visse cancerformer, diabetes, psykiske lidelser. Miljøfaktorer kan være medvirkende årsak til sykdomsutvikling. Utvalgets syn er at tester for å avdekke sykdomsanlegg må ha en klar medisinsk målsetning, og det må være dokumentert at testene virkelig kan identifisere høy-risikopersoner. Utvalget anbefaler at slike tester ikke tas i bruk for store grupper før nytten er godt dokumentert. Man bør også nøye overveie mulige negative effekter ved en sykkeliggjøring av personer som blir kjent med at de har disposisjon for en sykdom - som kanskje likevel aldri bryter ut.

ER OG BIOTEKNOLOGI

t å analysere en kombina-
fötprotein) i maternelt
med sikte på å identifi-
tallet mener at prøvene
r unødvendig.

ostikk må tilbys på samme

r på spesielle problemer
hånd har fått genetisk
siell grunn til å for-
dersøke av alle gravide
screening på utviklingsav-

ons sykdom som er en domi-
livet hvor den syke ofte
er i løpet av noen år til
ødeleggelse av personen.
se til å ta i bruk test
Utvalget støtter at
at de tilhører risikofam-
for å kunne planlegge om
kunne planlegge sitt

stikk :
grupper har i mange år
grupper av jødisk befolk-
isk fibrose er den eneste
det kan være aktuelt å
for hele eller deler av
bærer-diagnostikk være
-pasienter. Det samme
vt arvelige sykdommer.

on :
disposisjon for en rekke
lergi, visse cancer-
ljøfaktorer kan være med-

sykdomsanlegg må ha en
ere dokumentert at testene
soner. Utvalget anbe-
for store grupper før
så næye overveie mulige
av personer som blir
sykdom - som kanskje

MENNESKER OG BIOTEKNOLOGI

Personvern

står helt sentralt ved alle former for gentester. Det arbeides seriøst med et regelverk som skal sikre at dette ivaretas. Utvalget mener at resultatet av slike tester kun tilhører den personen som prøven stammer fra og kun skal utleveres til ham/henne. Det skal være forbudt for forsikringsselskaper, arbeidsgivere og andre instanser å spørre etter slike resultater.

GENTERAPI

Genterapi som kan anvendes i klinisk praksis synes ikke å

kunne bli tilgjengelig i overskuelig fremtid. Spredte eksperimenter har forekommet på terminalt syke pasienter uten at det foreløpig er kjent om dette har gitt positive resultater. Utvalgets flertall mener prinsipielt at genterapi på kroppsceller, terapi som bare får betydning for det enkelte individ, må sidestilles med annen somatisk terapi og må utføres under de samme betingelser til sikkerhet og effekt, mens genterapi på kjønnsceller bør være forbudt blant annet fordi dette kan utløse uønskede effekter som kan gå i arv til kommende generasjoner.

Bioteknologinemnd

Utviklingen innen bioteknologi går raskt og man ser at det er behov for et utvalg som løpende kan se på de problemer som dukker opp. Utvalget har derfor allerede våren 1989 foreslått for departementet at det oppnevnes en nemnd som skal gi en løpende vurdering. Denne bioteknologinemnden er nå opprettet i statsråd i mars 1991.

.....



NORSK GYNEKOLOGISK FORENING

FAGLIG PROGRAM VED ÅRSMØTET 1991

Til den faglige delen av årsmøtet 1991 har styret foreslått hovedemnene :

KEISERSNITT

ENDOMETRIOSE

KOMMUNIKASJON

Innlegg som angår disse emnene vil bli foretrukket, men alle innlegg er velkomne. Nærmere informasjon om tidsfrister senere.

BERNDT KJESSLER

ARG-RAPPORTARNA- NU TILGÄNGLIGA FÖR NORDENS GYNEKOLOGER

Svensk Förening för Obstetrik & Gynekologi (SFOG) har sedan 1977 ett antal "Arbets- och Referens Grupper" (ARG). Dessa ARG har i uppdrag att följa såväl vetenskaplig utveckling som aktuell klinisk praxis inom en mängd särskilda kunskapsområden med relevans för obstetrik & gynekologi.

Grupperna arbetar informellt och ideellt och består av frivilligt anslutna medlemmar med ett särskilt intresse för gruppens "ansvarsområde".

Man blir inte formellt invald i någon grupp utan anmäler själv sitt intresse för att med likasinnade deltaga i diskussioner, litteraturstudier, manuskriptförfattande etc. med målsättningen att dokumentera kunskapsläget i Riket inom ett visst specialområde.

Resultatet av de gemensamma ansträngningarna görs sedan tillgängligt för föreningens medlemmar i form av tryckta rapporter, symposier med efterföljande tryckt dokumentation och på senaste tid även med hjälp av videokassetter.

Inom vissa grupper, och ibland vid bearbetande av särskilda frågeställningar, kan andra experter än just gynekologer, t.ex. labbläkare, ingenjörer, barnmorskor, psykologer, företrädare för industriell kunskap m.fl. ingå som medarbetare. Allt arbete görs ideellt och ingen gruppmedlem erhåller någon materiell ersättning för sin insats. Belöningen, - att själv tillsammans med de mest kunniga och erfarna kollegerna i riket få "i lugn och ro" systematiskt diskutera fram och formulera vad som just nu skulle kunna anses vara "*vetenskap och beprövad erfarenhet*" inom ens eget specialintresseområde, - synes vara god nog.

De enskilda kvinnoklinikerna i landet har snabbt förstått att sätta värde på att ha medlemmar i olika grupper för att därmed kontinuerligt vara "uppdaterade" inom vissa utvecklingsområden t.ex. ultraljud, infektionsproblematik, diagnos och behandling av ofrivillig barnlöshet och många andra fält.

Den samlade kunskap som snabbt växer fram och görs tillgänglig inom envar AR-Grupp utnyttjas även flitigt av SFOG's styrelse som använder AR-Grupperna som sitt expertunderlag vid besvarande av olika samhällsrelaterade och andra remisser. AR-Grupperna påverkar härigenom samhällsutvecklingen med anknytning till obstetrik och gynekologi på ett påtagligt och värdefullt sätt.

Arbetsformerna varierar något mellan de olika grupperna - icke sällan beroende på vilket problemområde som bearbetas. Sedan gruppen bestämmer sig för vad den vill dokumentera delas ofta ämnesområdet upp i ett antal delmoment, som vart och ett kan lämpa sig för en avgränsad presentation. Någon eller några av gruppmedlemmarna tar ansvaret för att ett vart delmoment blir genomlyst och presenterat i skriftlig form, med en extensiv referenslitteraturlista. Detta "arbetsdokument" cirkuleras sedan bland gruppens alla medlemmar som därefter ofta, "mening för mening", tillsammans går igenom, diskuterar och kritiskt granskar den föreslagna texten. Primärtexten blir ofta grundligt reviderad - efter en, eller flera, sådana diskussioner. Uppnås ej consensus i ett visst moment, presenteras i stället ingående alla de skäl och motstånd som talar för respektive emot den ena eller den andra tolkningen med tillhörande referenser och ibland med egna material och erfarenheter som stöd.

Den personliga kunskapsutvecklingen för de i arbetet och diskussionen deltagande gruppmedlemmarna är påtaglig, trots att de faktiskt själva är just ex-

FÖR NORDENS

(FOG) har sedan 1977 ett antal ARG har i uppdrag att följa så- praxis inom en mängd särskil- rik & gynekologi.

består av frivilligt anslutna ens "ansvarsområde".

anmäler själv sitt intresse för eraturstudier, manuskriptför- era kunskapsläget i Riket inom

erna görs sedan tillgängligt för rter, symposier med efterföl- även med hjälp av video-

le av särskilda frågeställningar, abläkare, ingenjörer, barn- kunskap m.fl. ingå som med- ppedlem erhåller någon ma- t själv tillsammans med de mest "och ro" systematiskt diskutera na anses vara "vetenskap och resseområde, - synes vara god

ot förstått att sätta värde på att ontinuerligt vara "uppdaterade" infektionsproblematik, diagnos nga andra fält.

och görs tillgänglig inom envar lse som använder AR-Grup- av olika samhälleliga och and- m samhällsutvecklingen med åtagligt och värdefullt sätt.

grupperna - icke sällan be- is. Sedan gruppen bestämt sig området upp i ett antal delmo- gränsad presentation. Någon för att ett vart delmoment blir en extensiv referens-litteratur- bland gruppens alla medlem- sammans går igenom, diskute- Primärtexten blir ofta grundligt ioner. Uppnås ej consensus i alla de skäl och motskäl som dra tolkningen med tillhörande erfarenheter som stöd. arbetet och diskussionen del- att de faktiskt själva är just ex-

perter redan innan arbetet kommit igång. Slutresultatet kommer hela kåren till godo och därmed våra patienter. Genom att själv ingående taga del av inne- hållet i dessa rapporter, eventuellt kompletterat genom fördjupade studier i den rekommenderade referenslitteraturen, kan den enskilde praktiskt verk- samme gynekologen kontinuerligt hålla sin egen efterutbildningsstandard på en fullt tillfredsställande nivå.

Rapporterna slutredigeras i samarbete med respektive AR-Gruppens ordfö- rande/sekreterare av ARGUS (Arbets- och Referens Grupp Utvecklings Samordnaren) i Linköping varifrån rapporterna efter tryckningen distribueras till alla dem som anmält sitt intresse att få ta del av dem. Man kan anmäla ett sådant intresse på två sätt: - antingen ringer man eller skriver och beställer ett eller flera nummer som man är särskilt intresserad av eller så anmäler man "en gång för alla" sitt stående intresse av att kontinuerligt få hemsänt varje ny rapport som kommer av trycket. Med varje försändelse följer en faktura med förtryckt postgiroinbetalningskort (gäller i hela Norden) som man betalar se- dan man funnit försändelsen oskadd. Skulle man ändra sig avbeställer man sitt "abonnemang" genom ett enkelt meddelande till ARGUS. Inga prenume- rations- eller andra förhandsavgifter erfordras således - betalar gör man först sedan man fått något.

Eftersom hela arbetet sker ideellt har också prissättningen på rapporterna kunnat hållas på en mycket modest nivå - ingen rapport har kostat över 99 SEK och de senaste har legat omkring 75 SEK. Avgifterna har varit avdrags- gilla vid taxering - något olika vid olika skattelagstiftning i de nordiska län- derna.

Som en följd av att samtliga fem nordiska gynekologförbund sedan 13 juni 1990 slutit sig samman inom Nordisk Förening för Obstetrik & Gynekologi (NFOG) har man beslutat att samtliga i Norden verksamma gynekologer i fortsättningen, på samma villkor som tidigare gällde endast gynekologer verk- samma i Sverige, skall få tillgång till den beskrivna rapportserien. Rapport- erna är författade på svenska - med undantag för något enstaka kapitel på norska. F.n. övervägs även att till varje delmoment i framtida rapporter utar- beta en engelsk "summary".

Skulle Du bästa/e Nordiska kollega, vara intresserad av att taga del av enstaka redan utgivna eller samtliga i framtiden planerade ARG-rapporter - så är Du välkommen att höra av Dig till ARGUS, Kvinnokliniken, Region- sjukhuset, S-58185 LINKÖPING (tel: +46 - 13 22 31 22; fax: +46 - 13 14 81 56).

En aktuell förteckning över tillgängliga rapporter och deras pris finner Du bifogat.

Under höstterminen 1990 kommer vi att kunna ge ut fyra nya, läsvärda rappor- ter om: "Tonårsgynekologi" - "Kronisk smärta inom gynekologin" - "Infektioner under graviditet" - samt "Hälsövervakning vid normal graviditet".

Välkomna att läsa, lära och begrunda!

ARG

ANMÄLNINGSBLANKETT

Insändes till
ARGUS
Inst för Obstetrik & Gynekologi
Regionsjukhuset, 581 85 LINKÖPING

Undertecknad anmäler mig härmed t v som ständig abonnent på ARG's Rapportserie. Varje ny rapport som publiceras i serien skall automatiskt tillställas mig mot betalning enligt bifogad faktura, intill dess jag skriftligen anmäler annorlunda.

Beställare:

Rapporterna sändes till:

.....
Namn

.....
Namn

.....
Adress

.....
Adress

.....
Postnr och postadress

.....
Postnr och postadress

-
- | | | | |
|--------------------------|-------|--|------|
| <input type="checkbox"/> | Nr 7 | Behandling av cervixcancer stadium IB och IIA
(ARG för Gynekologisk Tumörkirurgi, 1984) | 45:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 8 | Urininkontinens hos kvinnan. Utredning och behandling
(ARG för Urogynekologi, 1985) | 75:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 9 | Kejsarsnitt
Symposium vid Svensk Gynekologisk Förenings årsmöte
1985 i Borås | 60:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 10 | Prematur vattenavgång
Symposium vid Svensk Gynekologisk Förenings
Riksstämmemöte, Stockholm 1985 | 60:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 11 | Genitala Chlamydia-infektioner
Symposium vid Östsvenska Gynekologsällskapets
möte i Örebro, 1985.
(ARG för Gynekologiska infektioner; Familjeplanering &
Ungdomsgynekologi, 1986) | 60:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 12 | Behandling av ofrivillig barnlöshet
(ARG för Ofrivillig barnlöshet, 1986) | 99:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 13 | Infektioner i kvinnans nedre genitalvägar (LGTI)
(ARG för Obstetriska och Gynekologiska Infektioner,
1987, andra upplagan 1988) | 60:- |

ARG

abonnent på ARG's Rapportserie. Varje tillställas mig mot betalning enligt förhållande.

Rapporterna sändes till:

.....
Namn

.....
Adress

.....
Postnr och postadress

.....
tadium IB och IIA 45:-
gi, 1984)

.....
Utredning och behandling 75:-

.....
gisk Förenings årsmöte 60:-

.....
gisk Förenings 60:-

.....
er 60:-
kologsällskapet

.....
er; Familjeplanering &

.....
öshet 99:-
i)

.....
genitalvägar (LGTI) 60:-
giska Infektioner,

ARG

- Nr 14 **Ultraljudmanual i Obstetrik och Gynekologi** 90:-
(ARG för Ultraljuddiagnostik 1988)
- Nr 15 **Manliga orsaker till ofrivillig barnlöshet** 90:-
(ARG för Ofrivillig barnlöshet, 1988)
- Nr 16 **Ovarialcancer** 90:-
(ARG för Gynekologisk Tumörkirurgi, 1988)
- Nr 17 **Prolaps** 75:-
(ARG för Urogynekologi 1989)
- Nr 18 **Barriärmetoder som skydd mot STD och oönskad graviditet** 75:-

Bearbetad sammanställning av ett Symposium 1988
(ARG f Tonårsgynekologi, Familjeplanering, Gyn Hälsokontroll,
Obst & Gyn infektioner samt Psykosocial Obstetrik, Gynekologi &
Sexuologi)

LÆGEFORENINGENS KURS FOR VEILEDERE

De neste kurs arrangeres
1.-4. oktober 1991 (Del I)
4.-7. februar 1992 (Del II)

Påmelding: Den norske lægeforening,
Pedagogisk afdeling

ORIENTERING

Den 1. desember 1990 ble det i København avholdt stiftelsesmøte i

SCANDINAVIAN MENOPAUSE SOCIETY (SMS)

Hvorfor enda en ny forening? Bakgrunnen er preliminare drøftelser siste året i forbindelse med skandinaviske møter om dannelsen av et slikt nordisk forum for forskning og andre vitenskapelige aktiviteter omkring menopauseproblematikken. Den umiddelbare respons har vært meget positiv. Den nye forening vil gi forskere og klinikere i de enkelte land:

1. Større mulighet for supervisjon og innovasjon av menopauseforskningen.
2. Forbedret mulighet for relevant epidemiologisk forskning, cost efficiacy og cost benefit analyser.
3. Mulighet for å optimalisere den kliniske virksomhet.
4. Bedre mulighet for tverrdisiplinert samarbeide med særlig interesserte kliniske avdelinger i Skandinavia innenfor klinisk kjemi, indremedisin (reumatologi, kardiologi, diabetiologi, immunologi, geriatri), onkologi, ortopedi og epidemiologi.
5. Bedre bakgrunn for en balansert diskusjon av de ofte anglosaksiske/amerikansk dominerte datafremleggelse på internasjonale kongresser.
6. Mulighet for å oppnå støtte av Nordiska Samarbetsnemnden För Medisinsk Forskning.
7. Bedre mulighet for å formidle konsesnsus og resultater av vitenskapelige undersøkelser ut til offentligheten.

I tillegg kommer å forbedre praktiske og økonomiske muligheter for å gjennomføre internasjonale møter i Skandinavia, blant annet neste kongress i International Menopause Society, som skal holdes i Stockholm sommeren 1993.

Det planlegges også et evt. møte i København 2.-4.4.1992 under tittelen "Impact of Menopause on Women's Health. A multidisciplinary Analysis."

I forbindelse med etableringen av foreningen er det innlysende viktig å ha en god forbindelse med NORDISK FORENING FOR OBSTETRIKK OG GYNEKOLOGI. Det er derfor rettet henvendelse til NFOG med henblikk på å oppnå en affileringsordning, så samarbeidet/kommunikasjonen kan etableres best mulig.

Eksekutivkomiteen i Scandinavian Menopause Society består av Bo von Schoultz (S), formann, Sven S. Skouby (DK), sekretar, Gun Heimer (S), Jørgen Jespersen (DK), Jens Gudmonsson (I), O. Ylikorkala (SF), Kristina Johannessen (N). I "advisory board" er Norge representert av Mette Moen og Ole-Erik Iversen.

Nærmere orientering om medlemskap og aktiviteter fås ved henvendelse til: Kristina H. Johannessen, Nygårdsgt 4, 5015 Bergen.

Abstract, årsmøtet 1990

ANATOMISK VAGINOPEXI VED VAGINALDESCENS Et 1-års materiale

Bjarne Chr. Eriksen
Kvinneklubben
Regionsykehuset i Trondheim

NGF 1990

Anatomisk vaginopexi ble introdusert av White i 1912 og har siden vært benyttet til behandling av stressinkontinens hos kvinner. Metoden er verdiløs ved andre defekter enn de paravaginale fasciedefekter av lateral type som kan være ledsaget av stressinkontinens. Klinisk artet dette seg som et fremreveggsdescens som også involverer en eller begge sidefornices og laterale vaginalvegg som i varierende grad er løst fra bekkenveggen og buker ned mot introitus ved press. Defekten er beskrevet som en defekt i det pubocervicale segment av den endopelvine fascie lateralt for vagina ved festet i lineae ileopectineae på laterale bekkenvegg. Defekten kan være uni- eller bilateral og kan variere i lengde og dybde. Den kan involvere hele den laterale tilhefting av vaginalrøret og kan i enkelte tilfeller strekke seg ned i området pararectalt (1,2,3). Vi har benyttet anatomisk vaginopexi ved paravaginale fasciedefekter med eller uten stressinkontinens siden april 1988 som beskrevet av Jørgensen og medarbeidere (4).

Materiale

Materialet består av de første 37 kvinner i alderen 35-72 år (mean 51,9 år) som har vært operert med anatomisk vaginopexi og etterkontrollert 1 år etter operasjonen. Av disse var 18 (49%) postmenopausale. Preoperativt hadde alle varierende grad av lateral fremreveggsdescens, uni- eller bilateralt. Stressinkontinens ble funnet hos 30 pasienter; 23 med grad I og 7 med grad II. Syv pasienter var kontinente preoperativt. En pasient møtte ikke til etterkontroll.

Resultater

Pasientene fikk innlagt Foleykateter nr. 14 transurethralt preoperativt. Dette ble fjernet morgenen etter operasjonen. Vannlatingen kom da i gang spontant hos alle pasientene unntatt to som fikk urinretensjon og brukte ren intermitterende selvkateterisering i henholdsvis 2 og 3 uker før tilstanden normaliserte seg.

Det ble ikke registrert alvorlige komplikasjoner etter inngrepet. To pasienter klaget over smerter i baksiden av h. lår i 3-4 dager postoperativt; en fikk smerter suprapubisk som varte i 7 uker; en fikk sårinfeksjon og en haemorrhagisk cystitt med makroskopisk hematuri av 5 dagers varighet.

I gruppen med stressinkontinens (n=29) var 24 (83%) kontinente etter et år. I løpet av oppfølgingsåret ble det i denne gruppen gjort to portioamputasjoner med laser, en fremre vaginalplastikk og en hysterektomi p.g.a. uterusprolaps.

To pasienter var betydelig bedre av sin inkontinens. Den ene fikk utført portioamputasjon etter 5 måneder p.g.a. elongasjon av portio. Hos 3 pasienter var stressinkontinensen uendret. To av dem fikk utført kolposuspensio og en Stamey urethropexi med godt resultat.

Hos de 7 pasientene som ble operert for descens uten inkontinens var alle bra et år etter operasjonen. Imidlertid i løpet av året utført 4 portioamputasjoner p.g.a. elongasjon av cervix og Fothergill plastikk hos 2 p.g.a. en sentral fremreveggsdefekt og moderat uterusdescens.

ABSTRACT 90

Konklusjon

Anatomisk vaginopexi er en god metode til korreksjon av paravaginale fasciedefekter kombinert med stressinkontinens. Postoperative komplikasjoner med

tømningsproblemer, detrusorinstabilitet og residiverende urinveisinfeksjoner er sjeldne. Ingen av pasientene fikk dyspareuni. Dersom det også foreligger uterusdescens eller elongasjon av cervix, bør inngrepet kombineres med portioamputasjon eller hysterektomi. Dersom det foreligger en sentral fremrevveggsdefekt i tillegg må denne korrigeres separat med fremre kolporrhaphi eller Fothergill plastikk.

Referanser

1. Richardson AC, Lyon JB, Williams NL. A new look at pelvic relaxation. Am J Obstet Gynecol 1976;126:568-73.
2. Richardson AC, Edmonds PB, Williams NL. Treatment of stress urinary incontinence due to paravaginal fascial defect. Obstet Gynecol 1981;57:357-62.
3. Shull BL, Baden WF. A six-year experience with paravaginal defect repair for stress urinary incontinence. Am J Obstet Gynecol 1989;160:1432-40.
4. Jørgensen L, Fischer-Rasmussen W, Asmussen M, Lose G, Mølsted Pedersen L. Anatomisk vaginopexi til behandling av stressinkontinens hos kvinner. Ugeskr Læger 1988;150:351-4.



GODKJENTE SPESIALISTER I FØDSELHJELP OG KVINNESYKDOMMER

15. 4. 1991

Myklebost, Merete Fuglesang
Arildsgt 2, 7018 Trondheim

2. 5. 1991

Alnæs, Monika
John Brandtsvei 51, 0860 Oslo 8

Ernstsen, Eduarda Reyes
Postboks 107, 4050 Sola

21. 5. 1991

Hære, Inger M. Glenjen
Håhammerbrautene 106, 4045 Hafnsfjord

ABSTRACT 90

sjon av paravaginale fasciedefekter
plikasjoner med

rende urinveisinfeksjoner er sjeldne.
også foreligger uterusdescens eller
res med portioamputasjon eller
emreveggsdefekt i tillegg må denne
hergill plastikk.

ok at pelvic relaxation. Am J Obstet
atment of stress urinary incontinence
81;57:357-62.

paravaginal defect repair for stress
0:1432-40.

n M, Lose G, Mølsted Pedersen L.
ntinens hos kvinner. Ugeskr Læger

ABSTRACT 90**ORGANISERING AV POLIKLINIKK FOR UROGYNEKOLOGI
"TRONDHEIMSMODELLEN"**

Bjarne Chr. Eriksen
Kvinneklinikken
Regionsykehuset i Trondheim

NGF 1990

Kvinner med urininkontinens og andre typer dysfunksjon i de nedre urinveier har tradisjonelt vært en lavprioritert pasientgruppe som få leger og sykepleiere har tilegnet seg spesialkunnskap om. De senere årene har det skjedd en betydelig utvikling innenfor fagområdet urogynekologi med bedre utredningsmuligheter og nye behandlingsmetoder. I februar 1986 ble det opprettet en egen administrativ og geografisk enhet innenfor Gynekologisk Poliklinikk ved Kvinneklinikken i Trondheim for å øke vår kompetanse og omsorgsnivå overfor pasienter med dysfunksjon i de nedre urinveier. Enheten har siden i praksis fungert som en egen seksjon for urogynekologi, men er ikke formelt godkjent som dette. Pasienter med følgende problemstillinger blir kanalisert til "uro-poliklinikken":

- * Urin- og/eller avføringsinkontinens
- * Annen dysfunksjon i de nedre urinveier
- * Descens-/prolaps problemer
- * Bekkenbunnsskader post-partum

Virksomheten er basert på et tverrfaglig samarbeid mellom gynekologer, sykepleiere og fysioterapeut. Avdelingen har en overlege som er administrativt ansvarlig for organisasjon og daglig drift; 4 assistenter som arbeider 1/2 dag per uke som en del av tjenesten ved den generelle gynekologiske avdeling; 1 sykepleier som er formelt utdannet uroterapeut og 1 spesialsykepleier for poliklinikk; samt 1 fysioterapeut som gir individuell instruksjon om bekkenbunnstrening 1/2 dag per uke. Stillingen til uroterapeuten er inntektsrelatert og lønnes av inntjeningen ved poliklinikken.

Personalet er spesielt utdannet til å utrede, behandle og gi omsorg til pasienter med inkontinens. Pasientene kommer etter henvisning fra primærlege eller henvises fra andre avdelinger ved sykehuset, noen ganger "bare" for å få informasjon om hjelpemidler. Dagens arbeidsmodell er skissert i Fig. 1.

En stor del av virksomheten blir ivarettatt av sykepleierne som tar opp anamnese, undersøker urin, informerer om miksjonsskjema, bleietest, behandlingsprogram og kostnadsfrie hjelpemidler slik at pasientens problem er godt kartlagt med semi-objektive metoder når hun kommer til legen. Det er da satt av en time til full urogynekologisk utredning med klinisk u.s., måling av residualurin, urodynamisk u.s. med simultan urethracystometri og flowmetri, stress test ved en blærefylling på 300 ml og evt. urethracystoskopi på spesielle indikasjoner. Ved behov legger man inn ringpessar ved behandlingstrengende descens. Legen assisteres av den sykepleier som har hatt pasienten til informasjon tidligere. Avslutningsvis får pasienten et konservativt behandlingssopplegg basert på bekkenbunnstrening, blæretrening, elektrostimulering og medikamenter. Pasienter med blæretømningsproblemer får opplæring i intermitterende selvkateterisering. Alle postmenopausale kvinner med urogenitale symptomer får basimedikasjon med østriol, lokalt eller generelt. Den konservative behandling utføres i sin helhet av sykepleierne. Ved mistanke om interstitiell cystitt får pasienten time til ambulans innleggelse for blæredilatasjon i narkose.

Ved inkontinens/descens som krever kirurgisk korreksjon, blir pasienten søkt innlagt til dette ved første legebesøk og satt på en venteliste som for tiden er ca. 8 måneder. Ventetiden utnyttes konsekvent til konservativ behandling for om mulig å unngå kirurgisk intervensjon. Vi har 5 senger ved gynekologisk avdeling som er satt av til

FØDSELHJELP

gang
rim

0 Oslo 8

45 Hafnsfjord

ABSTRACT 90

uro-kirurgi som utføres tirsdag og torsdag av de samme legene som driver uro-poliklinikken. Tre måneder etter operasjonen får pasienten tilsendt et spørreskjema om tilstanden etter inngrepet. Om den ikke er tilfredsstillende får pasienten kontrolltime ved poliklinikken. Etter operasjoner for stress inkontinens blir pasientene tatt inn til etterkontroll etter 1 år.

Konservativ behandling krever egeninnsats av pasienten og stiller høye krav til informasjon og oppfølging som blir utført av sykepleier eller lege etter behov. Endring av behandling eller sluttevaluering blir bestemt av legen. Pasienten har "åpen" telefonlinje til sykepleierne ved poliklinikken og får lov å ringe ved behov, enten det er praktiske problemer med pågående behandling eller de "bare" trenger støtte og oppmuntring. En viktig del av problemløsningen kan være rådgivning om drikkevaner, toalettvaner og kosthold.

Fra 1. januar 1988 har vi hatt en prøveordning med et pasientadministrativt datasystem ved poliklinikken. Dataregistreringen utføres også av sykepleierne og har gitt oss muligheter for fortløpende registrering av den daglige drift ved avdelingen med bedret økonomi og effektivitet. Ved hvert besøk registreres diagnose og behandlingsopplegg. Dette muliggjør uthenting av data til spesifikke forskningsprosjekt. Driftsresultatet blir skrevet ut i månedlige rapporter. Et overskudd kan benyttes til innkjøp av teknisk utstyr eller til finansiering av nye stillinger. Vi har dessuten en vanlig PC med programvare for tekstbehandling, SPSS database og tegne/grafikk program til publikasjons- og undervisningsformål.

Vi legger stor vekt på aktiv informasjonsvirksomhet i form av kurs og faglige møter for annet helsepersonell og tar imot interessert fagpersoner fra andre sykehus, helsesentra o.l. til opplæring.

Modellen som her er skissert fungerer godt i praksis og gir kvinner med funksjonsforstyrrelser i urogenitaltractus en adekvat totalomsorg. Inkontinensomsorgen bør være tverrfaglig for å øke bredden i pasienttilbudet. Modellen kan lett overføres til andre sykehus der det finnes personell med interesse for problemkomplekset og kan tilpasses de lokale geografiske forhold.

ABSTRACT 90

av de samme legene som driver får pasienten tilsendt et spørreskjema ledsstillende får pasienten kontrolltime inkontinens blir pasientene tatt inn til

pasienten og stiller høye krav til sykepleier eller lege etter behov. Endring av legene. Pasienten har "åpen" linje for å ringe ved behov, enten det er for støtte eller de "bare" trenger støtte og råd om drikkevaner,

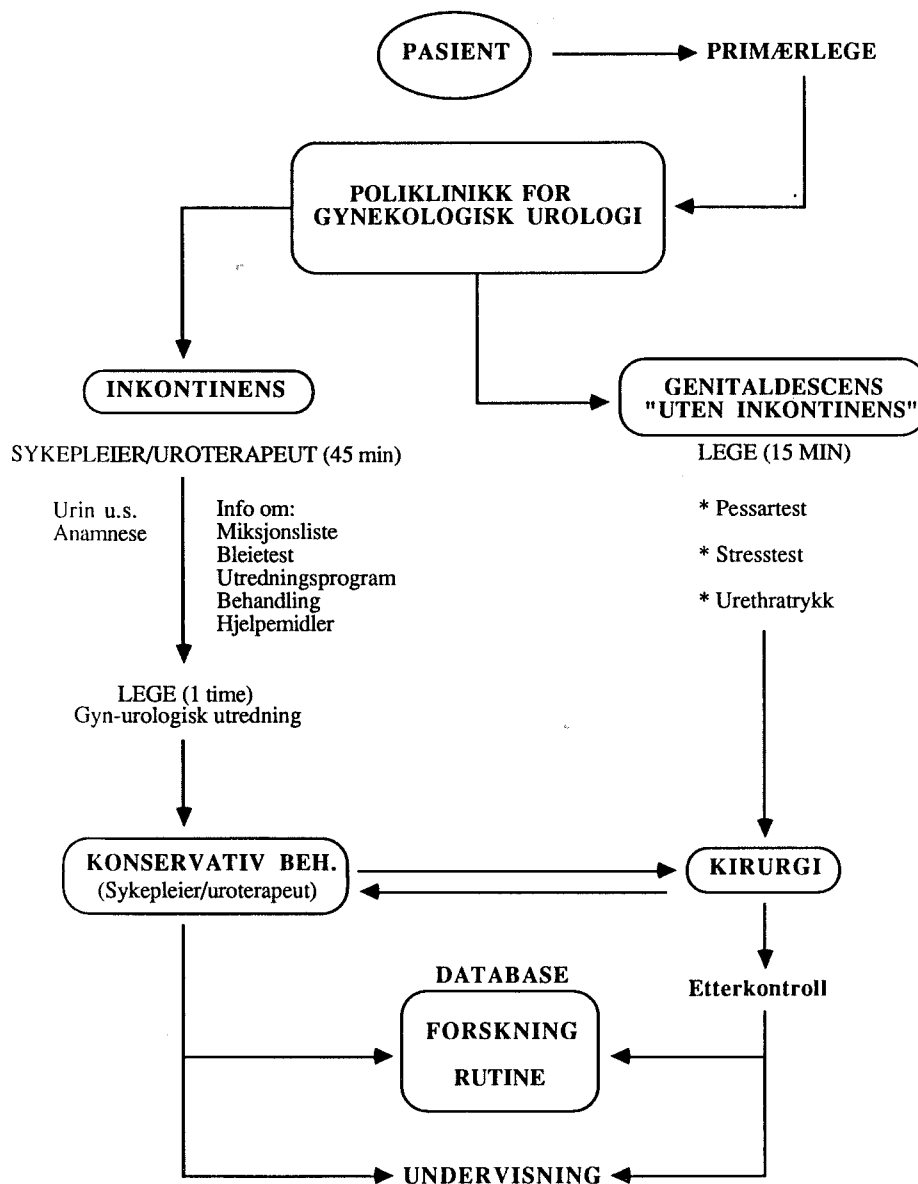
et pasientadministrativt datasystem som også av sykepleierne og har gitt oss en god drift ved avdelingen med bedret diagnose og behandlingsopplegg. Driftsresultatet blir benyttet til innkjøp av teknisk utstyr som en vanlig PC med programvare for å utvikle et program til publikasjons- og

et i form av kurs og faglige møter for personer fra andre sykehus, helsesentra

dt i praksis og gir kvinner med totalomsorg. Inkontinensomsorgen er i budet. Modellen kan lett overføres til andre sykehus for problemkomplekset og kan

ABSTRACT 90

Figur 1. Flyttdiagram over dagens arbeidsmodell ved Poliklinikk for Gynekologisk Urologi, Kvinneklivnikken, Regionsykehuset i Trondheim.



KURSER, MØTER, KONGRESSER

N O R G E

OBLIGATORISKE KURS I FØDSELSHJELP OG KVINNESYKDOMMER 1991- 1995

TIMER	1991	1992	1993	1994	1995	
V Å R - KURS						
GENETIKK / UTVIKL.ANOMALIER	12		Oslo RH	Oslo RH	Oslo RH	Oslo RH
ONKOLOGI	15	Oslo DNR	Oslo DNR	Oslo DNR	Oslo DNR	Oslo DNR
ULTRALYD TRINN 1	25	Oslo U	Trh	Oslo U	Trh	Oslo U
KVINNELIG INFERTILITET	10	Trh	Trom	Oslo RH	Trh	Trom
MANNLIG INFERTILITET	10	Trh	Trom	Oslo RH	Trh	Trom
GYNEKOLOGISK ENDOKRINOLOGI	7	Oslo A	Oslo A	Oslo RH	Trh	Oslo A
H Ø S T - KURS						
OBSTETRIKK GRUNNKURS	26	Berg/ Oslo	Berg	Oslo RH/A	Berg	Oslo A/RH
UROLOGI/ URODYNAMIKK	15	Trh Oslo A	Oslo A	Trh	Oslo A	Trh

ADMINISTRASJON OG LEDELSE FOR SPESIALISTKANDIDATER 30 timer
I 1991 kurs i Oslo 14.-18.1. og 27.-31.mai, i Trondheim om
høsten, i Bergen i 11.-15.11. og Tromsø 8.-12.4.

Turnusen ble presentert på årsmøtet i Kristiansand. Det er kommet
noen mindre endringer, bl.a. angående gynekologisk endokrinologi.
Desuten vil Ultralyd trinn I bli arrangert hvert annet år i Oslo
og Trondheim, og onkologi teller f.o.m. 1992 med 15 timer.

Turnusen er også presentert i Tidsskriftet nr 7/1991.

SSER

KVINNESYKDOMMER

2	1993	1994	1995
R - KURS			
o	Oslo RH	Oslo RH	Oslo RH
o	Oslo DNR	Oslo DNR	Oslo DNR
	Oslo U	Trh	Oslo U
a	Oslo RH	Trh	Trom
a	Oslo RH	Trh	Trom
o	Oslo RH	Trh	Oslo A
S T - KURS			
y	Oslo RH/A	Berg	Oslo A/RH
	Trh	Oslo A	Trh

STKANDIDATER 30 timer
1. mai, i Trondheim om
lø 8.-12.4.

Kristiansand. Det er kommet
gynekologisk endokrinologi.
angert hvert annet år i Oslo
1. 1992 med 15 timer.

ftet nr 7/1991.

**FOR SPESIALITETEN I FØDSELHJELP OG KVINNESYKDOMMER
KREVES:**

Dagens kurskrav:

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.)



Fra 1.1.92 i tillegg:

Obligatorisk kurs i administrasjon / ledelse 30 t

Kurskrav 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 kommer sansynligvis endringer i timetallene.



UNIVERSITETET I OSLO

- 7.10. Kurs 2263: Fosteret som pasient
 Sted: Audit, KK, Rikshospitalet
 Kursleder: Prof Moe, KK RH
 Påmeld 1.9.
 50 deltagere 10 timer Kursavgift kr 500.-
- 4.11. Kurs 2279: Gynekologisk endokrinologi
 Sted: Audit, Østfløyen, Aker sh
 Kursleder Prof Gjønnæss, KK Aker
 Påmeld 1.10.
 40 deltagere 7 timer Kursavgift kr 500.-
- 5.-8.11. Kurs 2282: Grunnkurs i obstetrikk
 Sted: KK Aker
 Kursledere: Overlegene Stray-Pedersen og OH Jensen
 Påmeld 1.10.
 40 deltagere 26 timer Avgift kr 1200.-



UNIVERSITETET I BERGEN

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

- 7.-9.10. Kurs 858: Svangerskapet, fysiologi, patofysiologi og kontroll.
Sted: KK, Haukeland
Kursleder: Prof Bergsjø
Påmelding 25.8.
20 deltagere 20 kurstimer Kursavgift: Kr 900.-
- 10.10. Kurs 860: Fosterovervåkning
Sted: KK, Haukeland
Kursleder: Overlegene Haram og Gjelland
Påmelding 25.8.
20 deltagere 6 kurstimer Kursavgift kr 600.-
- 18.-21.11 Kurs 874: Perinatal epidemiologi
Sted: Armauer Hansens hus
Kursleder: Prof. Irgens
Påmelding 1.11.
20 deltagere 32 kurstimer Kursavgift: Kr 1200.-
- 5.-7.12. Kurs 877: Legen i arbeid med den alvorlig syke
Sted: Haukeland sh
Kursleder: Overlegene Husebø, Haukeland og Moe, DNR
Påmelding 15.11.
20 deltagere 20 kurstimer Kursavgift: Kr 900.-



UNIVERSITETET I TRONDHEIM

Påmelding til alle kursene: Kontor for legers videre- og etterutdanning, Universitetet i Trondheim, Det medisinske fakultet, Eirik Jarls gt 10, 7030 Trondheim, tlf (07) 99 88 66

- 2.-4.10. Kurs 588: PC nybegynnerkurs for leger
Sted: RUNITS kursrom, Sentralbygg II, 2.et., NTH
Kursleder: SINTEF avd. RUNIT-D
Påmelding 1.9.
20 deltagere 21 kurstimer Kursavgift: Kr 900.-
- 25.-27.11 Kurs 592: PC-brukerkurs for leger
Sted: RUNITS kursrom, Sentralbygg II, 2.et., NTH
Kursleder: SINTEF avd. RUNIT-D
Påmelding 20.10.
10 deltagere 21 kurstimer Kursavgift kr 900.-
- 27.-28.11 Kurs 594: Informasjonsframhentning ved hjelp av PC
Sted: Seminarrom I, 3.et., Parkbygget
Kursleder: Avd.leder Ragnhild Lande
Påmelding 20.10.

EN

15 deltagere 15 kurstimer Kursavgift kr 600.-

r legers videre- og etter-
sekretariat, Postboks 25,



UNIVERSITETET I TROMSØ

siologi, patofysiologi

11.-12.9. Kurs 424: Hysteroskopi

Kursleder: Prof. Jan Maltau, KK, Regionsykehuset
Påmelding til: Prof. Jan Maltau, KK, Regionsh
Påmelding: 1.6.91
20 deltagere 12 kurstimer Kursavgift: Kr 600.-

Kursavgift: Kr 900.-

ANDRE

og Gjelland

NORSK GYNEKOLOGISK FORENING

er Kursavgift kr 600.-

5.-8.9.1991

Årsmøte

Fredrikstad Se s.
Invitasjon sendes ut i juni

ologi

NORSK PERINATALMEDISINSK FORENING

Kursavgift: Kr 1200.-

15.-16.11.

Årsmøtet

Bodø

i den alvorlig syke

, Haukeland og Moe, DNR

Kursavgift: Kr 900.-

Temaer: Ethiske spørsmål i perinatalomsorg
Fostersirkulasjon, overvåking med Doppler-
placentaprosblematikk
Tidleg heimreise frå barselavdeling

NORDISKE OG INTERNASJONALE KONGRESSER OG MØTER

NDHEIM

1991

r legers videre- og etterut-
t medisinske fakultet,
(07) 99 88 66

24-26.8. The fetus as a patient

Bonn, Tyskland
Kontakt: Dr Hansmann, Abt. Pränatale Diagnostik und
Therapie, Universitäts-Frauenklinik, Sigm.Freud-str.
25, D-5300 Bonn, Venusberg, Tyskland
Tlf 02 28 280 2942 Fax 02 28 280 3088

for leger

bygg II, 2.et., NTH

-D

Kursavgift: Kr 900.-

29-31.8. 4th Congress of the International Perinatal Doppler
Society

Malmö, Sverige
Kontakt: Congress Secretariat 4th IPDS Congress, Dept
OB/GYN, Lund University, Malmö Allmänna Sjukhus
S-214 01 Malmö, Sverige
Tlf +46 40 33 21 67 Fax +46 40 96 26 00

leger

bygg II, 2.et., NTH

-D

Kursavgift kr 900.-

1.-6.9. Vith World Congress in Ultrasound

København, Danmark
Kontakt: Spadille Congress Service
Sommervej 3, 3100 Hornbæk Tlf 02 202496

ntning ved hjelp av PC

rkbygget

d Lande

- 7.-14.9. II World Congress for Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology
Bangkok, Thailand
Inform: The secretary of the 2nd World Congress,
P O Box 70 20 27, D-8000 München 70, Tyskland
Tlf 0049 89 7095 4730
- 10.-12.9. An introductory course in basic realtime ultra sound in obstetrics
London, England Kontakt: Se under 12.11.
- 11.-13.9. III International Workshop. Operative video-laser laparoscopy, and hysteroscopy
Centre for Reproductive Medicine, AZ-Vrije Universiteit Brussel, under the auspices of the European Society of Human Reproduction and Embryology.
Kontakt: Bruno Van den Eede, ESHRE Secretariat, AZ-Vrije Universiteit, Laarbeeklaan 101, B- 1090 Brussel, Belgium
- 13.9. Symposium: HIV in pregnancy
London, England Kontakt: Se under 12.11.
- 15.-20.9. XIIIth World Congress of Gynaecology and Obstetrics
Singapore
Kontakt: Dr. PC Wong, Secretary General, Dept of Obst & Gyn, National University Hospital, Lower Kent Ridge Road, Singapore 0511, Republic of Singapore. NGF arrangerer turer i samarbeid med Berg-Hansen Reisebureau a/s, Bergen. Ansvarlig: Bente Pedersen 05-31 00 55. Egen blankett sendt ut. NGFs kontaktperson: Britt Nyland 05-31 95 57.
- 23.-25.9. Internat Uro-Gynaecological Assoc Meeting
Singapore
Kontakt: Dr James S Gibson, Suite 23, The Ashley Centre, 1a Ashley Lane, Westmead, NSW 2145, Australia
- 25.-26.9. Problems in psychosexual medicine
London, England Kontakt: Se under 12.11.
- 3.10. Symposium: Growth factor and endometrial function
London, England Kontakt: Se under 12.11.
- 3.-6.10. Third Congress, Scandinavian Society for Laser Therapy
Örebro, Sverige
Kontakt: Third Congress, SSL
Congress Secretariat, Mrs Klara Sigvardsson
Dept of Otolaryngology
Örebro Medical Center Hospital S 70185 Örebro, SVERIGE
Tlf +46 19 151445 Telefax +46 19 103301
- 5-8.11. First International Congress of Perinatal Medicine
Tokyo, Japan
Kontakt: Japan Convention Services Inc

tious Diseases in

e 2nd World Congress,
nchen 70, Tyskland

asic realtime ultra

ntakt: Se under 12.11.

Operative video-laser

PY
icine, AZ-Vrije
the auspices of the
eproduction and

, ESHRE Secretariat,
beeklaan 101, B- 1090

ntakt: Se under 12.11.

naecology and

tary General, Dept
versity Hospital,
apore 0511, Republic
er turer i samarbeid med
, Bergen. Ansvarlig: Bente
blankett sendt ut.
yland 05-31 95 57.

Assoc Meeting

Suite 23, The Ashley
tmead, NSW 2145,

dicine

ntakt: Se under 12.11.

d endometrial function

ntakt: Se under 12.11.

a Society for Laser Therapy

L
s Klara Sigvardsson

tal S 70185 Örebro, SVERIGE
k +46 19 103301

s of Perinatal Medicine

services Inc

Nippon Press Center Bldg,
2-1, 2-chome, Uchisaiwai-cho, Chiyoda-ku
Tokyo 100 Japan
Tlf +813-508 1213 Fax +813-508 0820

8.-11.10. Advanced course for obstetric and gynaecologists
London, England Kontakt: Se under 12.11.

14.10. Symposium: Molecular biology for obstetricians
London, England Kontakt: Se under 12.11.

15.10. Symposium: Controversies in obstetrics and gynaecology
London, England Kontakt: Se under 12.11.

18.10. Symposium: Surgical infection in obstetrics and gynaecology
London, England Kontakt: Se under 12.11.

26.10.-3.11 Symposium: Perinatal bereavement
London, England Kontakt: Se under 12.11.

12.-14.11 Course in obstetric anaesthesia and analgesia
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

25.-30.11. With International Course: Endoscopy and Laser Surgery
Brussel, Belgia
Kontakt: J.Donnez, Dept of Gyn-UCL
Clinique Universitaires St.Luc, Avenue Hippocrate 10
B-1200 Brussels, Belgium
Tlf 32-2-764 95 02 Fax 32-2-764 95 07

6.-7.12. Anglo-Scandinavian Conference on Andrology
London, England
Samarbeide mellom Royal Society of Medicine, London,
British Andrology Society og Nordisk Urologisk Forening
Programmet kommer i mai/juni. Tilmelding i september.

16-18.12 International Meeting of the British Fertility Society
London, UK
Kontakt: MetaPhor Conferences
21 Kirklees Close, Farsley
Pudsey, W.Yorkshire LS28 5TH- UK
Tlf: (0532) 550752 Fax: (0532) 394088

1992

- 13.-16.2. The 7th meeting of Scandinavian Society for Genitourinary Medicine (SSGM)
Trondheim, Norge
Kontakt: Congress Secretariat SSGM 92
Finn Egil Skjeldestad, Dept of Gyn & Obst, University
Hospital of Trondheim, 7006 Trondheim, Norge
Tlf 47-7-99 80 00 Fax 47-7-99 77 89
- 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
- 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
- 9.-12.6. NFOG Kongress
Reykjavik, Island
Opplýsingar: Dr Arnar Hauksson, Kvennadeild,
Landspítalinn, 101 Reykjavik, Island
Mer informasjon kommer senere.
- 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
- 28.-30.6. VII Congress of European Association of Gynaecologists and Obstetricians
Helsinki, Finland
Kontakt: VII Congress of EAGO, Secretariat
Linnankoskenkatu 14
PO Box 168, SF-00251 Helsinki, Finland

Scandinavian Society for
Gynaecology (M)

at SSGM 92
of Gyn & Obst, University
Trondheim, Norge
7-99 77 89

International Society of Gynecologists

Street, Washington, DC

International Society of Contraception

anari Str, 10671 Athen,
1 3620484

International Society of Perinatal Medicine

ress of Perinatal Medicine
Amsterdam by
sterdam, Nederland
ax (+31)(0)20 46 44 69

International Society of Paediatric and Adolescent Gynecology

iv 92

son, Kvennadeild,
t, Island
e.

International Congress of
Gynecology

P.O.Box 5619, s 114 86

8 612 62 92

International Association of Gynaecologists

, Secretariat

ki, Finland

forts fra s 2:

NGF STYRE OG UTVALG forts

Tidl. avd.overl. Kjell Skarsten, Gyn/Obst avd,
SSH i Rogaland, 4001 Stavanger, 04-53 10 00
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 5, 5015 Bergen,
Tlf 05-31 95 57, priv: 16 34 76
Prakt spes. Kristina Johannesen, Nygårds gt 5, 5015
Bergen. Tlf 05-23 15 10
Prakt spes. Tor Løvset, Sandbrugt 3, 5003 Bergen,
Tlf 05-29 80 60

NGFS AIDS-UTVALG

Overlege dr.med Babill Stray-Pedersen, KK, Aker
sykehus, 0514 Oslo 5, 02-22 50 50
Professor dr.med. Kåre Molne, KK, Regionsh i Trondheim, 7002
Trondheim, 07-99 80 00
Overlege Fridtjof Jerve, KK, Ullevål sykehus,
0407 Oslo 4, 02-11 80 80

NGFS ULTRALYDSUTVALG

Overlege Hans Andreas Sande, KK, Ullevål sykehus,
0407 Oslo 4, 02-11 80 80
Professor dr.med. Sturla Eik-Nes, KK, Regionsh i
Trondheim, 7002 Trondheim, 07-99 80 00
Overlege dr.med. Helge Jenssen, KK, Aker
sykehus, 0514 Oslo 5, 02-22 50 50
Professor dr.med. Narve Moe, KK, Rikshospitalet,
0027 Oslo 1, 02-867010
Prakt.spesialist Viljar Skåtun, Nesttunv 109, 5000
Bergen, 05-13 07 20
Overlege Arnt Steier, KK, Haukeland sykehus,
5021 Bergen, 05-29 80 60
Professor dr.med. Pål Øian, KK, Regionsh,
9000 Tromsø, 083-42000

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 5, 02-22 50 50

NGFS DATAUTVALG

Prakt. spesialist Tor Løvset, Sandbrugt 3, 5003
Bergen, 05-31 53 88
Overlege dr.med. Per E Børdahl, KK, Rikshosp,
0027 Oslo 1, 02-867010
Professor dr.med. Roar Sandvei, KK, Haukeland
sykehus, 5021 Bergen, 05-29 80 60

INNHold

Norsk Gynekologisk Forening: Styret og komiteene	2
Per E Børdahl: Fra redaksjonen	3
Fridtjof Jerve: Fra styret	4
Oddbjørn Vangen: Gyn/Obst avd., Hamar sykehus	5
Boye Istre: Norsk gynekologi i 1940-årene	7
Tor Løvset, Brit Nyland, Kristina H. Johannesen: Normaltariffen. Forslag til brukerveiledning	14
Julie Skjæraasen: Mennesker og bioteknologi	16
Faglig program ved årsmøtet 1991	21
Berndt Kjessler: ARG-rapportarna- nu tilgjengelige for nordens gynekologer	22
Scandinavian Menopause Society	29
Abstracts årsmøtet 1990	30
Bjarne Chr Eriksen: Anatomisk vaginopexi ved vaginaldescens	
Bjarne Chr Eriksen: Organisering av poliklinikk for urogynekologi. "Trondheimsmodellen".	
Kurser, møter, kongresser	32
NGFs styre og utvalg	39
Innhold. Redaksjonen. Deadline for neste nummer	40

I 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, Dr Holms vei 19D, 0391 Oslo 3, 02-14 66 46
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: 05.08.91

Til neste nummer må dessverre stå over: Prognosen for det fremtidige gynekolog-arbeidsmarked som Det rådgivende utvalg for legers stillingsstruktur har lagt frem, og spesialitetskomiteens kommentar. Videre bringer vi Ola Ryghs beretning om norsk gynekologi i 50-årene, abstracts av disputaser, styrets beretning før årsmøtet, presentasjon av Sentralsjukehuset i Rogaland o.a.