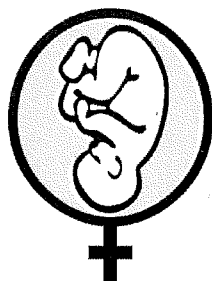
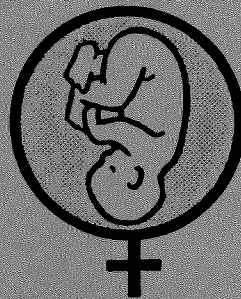


Gynekologen Nr. 1 Mars 1990 3. årgang



Norsk Gynekologisk Forening

INNHold	Side
Norsk gynekologisk forening	
• Styret og komiteene	2
Per E. Børdahl: Fra redaksjonen	3
Fridtjof Jerve: Fra styret	4
Sigurd Døssland: Presentasjon av gyn/obst avd., Gjøvik Fylkessykehus	5
Peer Høvik: Beretning om en varslet landflyktighet. Fra en eneboergynekolog på Nordfjordeid	7
Alf Meberg. 3. Norske perinataldager 11.-12-nov 1989	9
Veteraner i Norsk gynekologi:	
• Mette Moen: Intervju med Peter Ahnfelt	11
• Fridtjof Jerve: Johan Haffner in memoriam	14
Disputaser:	
• Bjarne Chr. Eriksen: Elektrostimulering av bekkenbunnen hos kvinner med urininkontinens	15 16
• Leif Svenningsen	
Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica	17
Kurser-møter-kongresser	18
Landsmøtet i Kristiansand	26
Om bruk av diskett etc.	27
Redaksjonen:	28
• Per E Børdahl	
• Fridtjof Jerve	
• Thomas Åbyholm	



**NORSK
GYNEKOLOGISK FORENING**

TIL MEDLEMMENE

NR. 1

MARS 1990

3. ÅRGANG

NORSK GYNEKOLOGISK FORENING

STYRET:

- Formann:** Overlege Fridtjof Jerve, KK, Ullevål sykehus, 0407 Oslo 4, Tlf (02) 11 80 80, priv: 27 11 12
- Nestformann:** Avdelingsoverlege Willy Nøstdahl, Nordland S.sh., 8000 Bodø, Tlf (081) 20 040, priv: 82 229
- Sekretær:** Overlege Unni Kirste, Bærum Sykehus, 1316 Bærum s.h., Tlf (02) 88 94 00, priv: 53 21 63
- Kasserer:** Prakt.spesialist Brit Nyland, Nygårds gt. 5, 5015 Bergen, Tlf (05) 31 95 57, priv: 16 34 76
- Styremedlem:** Overlege dr.med. Thomas Åbyholm, KK, Rikshosp., 0027 Oslo 1, Tlf (02) 86 70 10, priv: 50 00 33

SPESIALITETSKOMITEEN 1990-1992:

- Formann:** Overlege Arne Urnes, Gyn/Obst avd, Sentrsh i Akershus, 1474 Nordbyhagen, Tlf (02) 70 22 00
- Repr:** Overlege Unni Kirste, Gyn/Obst avd, 1316 Bærum Sykehus, Tlf (02) 88 94 00
- Overlege Rita Kollvik, Gyn/Obst avd, Haugesund sh, 5500 Haugesund, tlf (047) 28 000
- Overlege dr.med. Per E Børdahl, KK, Rikshospitalet, 0027 Oslo 1, tlf (02) 86 70 10
- Vararepr:** Overlege Knut Urdal, KK, Aker sykehus, 0514 Oslo 5, Tlf (02) 22 50 50
- Prakt.spesialist Kristina Johannesen, Nygårds gt 5, 5015 Bergen, Tlf (05) 31 95 57

RÅDGIVENDE UTVALG FOR HELSEDIREKTØREN 1990-91:

- Formann:** Overlege Eilif Hellem, Gyn/Obst avd, Vestfold S.sh, 3100 Tønsberg, Tlf (033) 13 370
- Medlem:** Overlege dr.med. Odd Harald Jensen, KK, Aker sykehus 0514 Oslo 5, Tlf (02) 22 50 50
- Varamedlem:** 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 Bærum sh, Tlf (02) 88 94 00
- Overlege Truls Servoll, Gyn/Obst avd, Telemark S.sh, 3900 Porsgrunn, Tlf (035) 56 100

Fra YLF

- Medlem:** Eva Albert, Gyn/Obst avd, Vest-Agder S.sh, 4600 Kristiansand, Tlf (042) 29 080
- Varamedlem:** Thomas Nordaa, Gyn/Obst avd, S.sh for Østfold, 1601 Fredrikstad, Tlf (032) 11 08

FORENING

KK, Ullevål sykehus,
08 80, priv: 27 11 12

Østdahl, Nordland S.sh.,
40, priv: 82 229

um Sykehus,
88 94 00, priv: 53 21 63

and, Nygårds gt. 5,
95 57, priv: 16 34 76

byholm, KK, Rikshosp.,
70 10, priv: 50 00 33

Obst avd, Sentrsh i Akershus,
yhagen, Tlf (02) 70 22 00
/Obst avd, 1316 Bærum
lf (02) 88 94 00

n/Obst avd, Haugesund sh,
sund, tlf (047) 28 000
rdahl, KK, Rikshospitalet,
1, tlf (02) 86 70 10
Aker sykehus, 0514 Oslo 5,
2 50 50

Johannesen, Nygårds gt 5,
n, Tlf (05) 31 95 57

90-91:

n/Obst avd, Vestfold S.sh,
erg, Tlf (033) 13 370
ld Jensen, KK, Aker sykehus
5, Tlf (02) 22 50 50

yn/Obst avd, S.sh i Sogn og
6800 Førde, Tlf (057) 22 011
n, KK, 9012 Regionsh i
f (083) 86 000

sen, Gyn/Obst avd, 1316
Tlf (02) 88 94 00

yn/Obst avd, Telemark S.sh,
runn, Tlf (035) 56 100

Vest-Agder S.sh, 4600
nd, Tlf (042) 29 080
vd, S.sh for Østfold,
ikstad, Tlf (032) 11 08

Per E Børdahl

FRA REDAKSJONEN

Overlege Peer Høvik ved Fylkessjukehuset på Nordfjordeid tar i dette nummeret opp et viktig tema: "Eneboergynekologenes" arbeidsforhold. Slik norsk geografi og bosetting er, vil vi ha noen sykehus med så få fødsler at det er ansatt ingen eller bare en gynekolog. Høvik skildrer hvordan en tilværelse med calling eller mobiltelefon ved hånden arter seg. Så kan enhver lett forestille seg hvordan det er å leve slik, ikke en uke eller to, men i årevis. Pasientforeninger kartlegger for tiden beredskapen ved norske fødeavdelinger. Hvordan blir beredskapen ved sykehus som det på Nordfjordeid? Hvor mange steder i Norge arbeider gynekologer under de vilkår Høvik skisserer. Er det ikke vårt felles ansvar som gynekologer å hjelpe til med ordninger der de av våre kollegaer som arbeider slik, kan få ordnet ferie, avspassing, etterutdanning?

Er det realistisk å tro at også yngre gynekologer vil velge den Robinson Crusoe-modell Høvik skisserer i sin artikkel? Jeg tror det er på tide vi får en debatt blant gynekologene, de eldre i fast stilling og de yngre i utdannelsesstilling om hva vi synes er hensiktsmessig og til å leve med. Norge er ikke større enn at den utfordring Peer Høvik kommer med, angår oss alle. Vi er enige om at med gynekologiens og fødselshjelpens utvikling bør faget ivaretas av gynekolog. Stadig fler yngre kirurger vil dessuten reservere seg mot å ha ansvaret for fødselshjelp. Men skal de små sykehusene kunne ha sin gynekolog stabilt gjennom mange år, er det en forutsetning at faste vikarordninger etableres.

Redaksjonen håper andre gynekologer vil delta i den viktige debatt Peer Høvik reiser, og vi er også interessert i å høre andres erfaringer med andre modeller enn den tradisjonelle forvaktbaktmodellen, som inntil for kort tid siden rådde grunnen alene på de større sykehusene.

Ellers merker vi oss at professor Per Bergsjø er blitt ny sjefredaktør i Acta og at abonnementet nu ikke koster mer enn 300 kr året for medlemmer av norsk gyn forening. Britt-Ingjerd Nesheim er den andre norske representanten i den fellesnordiske redaksjonen.

Fridtjof Jerve:

FRA STYRET

Det har vært valg i Norsk gynekologisk forening og et nytt styre er valgt. Det nye styret vil takke avtroppende formann, Mette Moen, for et særdeles vel utført arbeid i de 6 årene hun har vært med i styret, de siste 2 år som formann. Hun har gitt foreningen en ansiktsløftning og har klart å markedsføre foreningen bedre overfor norske gynekologer. Det nylig startede medlemsbladet er det beste tegn på den økte kontakt med medlemmene, og på den økte informasjon medlemmene kan få. Vi takker deg Mette for inspirerende ledelse og initiativ. Samtidig vil vi ønske Unni Kirste velkommen i styret. Med lang erfaring fra organisasjonsarbeid vil hun bli et viktig og nyttig styremedlem.

Som kjent er det i år et skjebneår for samarbeidet innen norsk gynekologi. Fra enkelte land, særlig Danmark og Finland, har det vært stor misnøye med den gamle nordiske forening og med tids-tidsskriftet, Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. Det ser nå ut til at den gamle organisasjon oppløses ved det kommende nordiske møtet i Uppsala i juni og samme dag stiftes en ny nordisk forening. Man vil bokstavelig talt gå fra en sal hvor den gamle forening oppløses til en annen sal hvor den nye stiftes. Arbeidet med den nye organisasjon er kommet godt i gang, vesentlig ledet av professor Kjessler og professor Ulmsten, den siste er som kjent kongresspresident i Uppsala. Acta-forhandlinger pågår også, både når det gjelder redaktør og trykking. Bergsjø er redaktør inntil juni, og ny må da tilsettes.

Det kollektive medlemskap i nordisk forening og kollektivt abonnement på Acta vil kunne bli en realitet fra juni, men forutsetningene er en akseptabel pris. En ny nordisk forening vil arbeide for bedret kontakt mellom de nordiske land, blant annet med koordinering av kurs og etterutdanning.

Fra Norsk Gynekologisk Forening kan ellers nevnes at ultralydutvalget snart har sin innstilling ferdig og den vil bli sendt til høring. Spesialitetskomiteen arbeider med koordinering av kursvirksomheten og med endel endringer i stillingsstrukturen.

Styret vil igjen oppfordre medlemmene til å bruke medlemsbladet til faglig kontakt og kommentarer. Redaktøren mottar gjerne tilsendt stoff.

**PRESENTASJON AV : GYN/OBST AVDELING, GJØVIK FYLKESSYKEHUS
v/ Avdelingsoverlege Sigurd Døssland**

forening og et nytt styre
pende formann, Mette
de 6 årene hun har vært
Hun har gitt foreningen
føre foreningen bedre
artede medlemsbladet er
dlemmene, og på den økte
deg Mette for inspirerende
ke Unni Kirste velkommen
jonsarbeid vil hun bli et

or samarbeidet innen norsk
ark og Finland, har det
forening og med tids-
ogica Scandinavica. Det
ppløses ved det kommende
dag stiftes en ny nordisk
en sal hvor den gamle
en nye stiftes. Arbeidet
gang, vesentlig ledet
n, den siste er som
orhandlinger pågår også,
. Bergsjø er redaktør

forening og kollektivt
tet fra juni, men
ny nordisk forening vil
iske land, blant annet
g.
ellers nevnes at
g ferdig og den vil bli
beider med koordinering
r i stillingsstrukturen.
e til å bruke medlemsbladet
øren mottar gjerne tilsendt

Gjøvik by ligger vakkert til ved vestbredden av Mjøsa. Kommunen er Oppland fylkes folkerikeste kommune med 26 000 innbyggere, hvorav 16 000 bor i by-området. Byen har et allsidig næringsliv med industri, landbruk, handel og servicenæringer som grunnstener. Det er gode utdanningsmuligheter med Gjøvik ingeniørhøyskole og Gjøvik tekniske fagskole som tyngdepunktene.

Sykehuset ble bygget i 1925 og i løpet av de siste 10 år har omfattende utvidelser og modernisering funnet sted.

Frem til 1958 var det bare få fødsler som fant sted på kirurgisk avdeling. Jordmor, som holdt til i byen, ble da tilkalt og tok seg av de fødende som ellers lå blant de kirurgiske pasienter. I 1958 fikk de fødende en egen post, og det ble ansatt 3 jordmødre. I 1960 ble Søndre Land sykehus nedlagt og overlege Sørsdal som hadde vært der, kom til Gjøvik og fikk ansvar for fødeavdelingen. I 1974 ble Rolleiv Aase ansatt som spesiallege, og gynekologiske pasienter ble også samlet på en sengepost. I 1977 ble nok en spesiallege ansatt, og en todelt vaktordning ble opprettet. Den tredje gynekologstillingen kom fem år senere. Fra nå av fungerte avdelingen som egen gyn/obst avdeling, men formelt ble ikke avdelingen utskilt fra kirurgisk avdeling før i 1986.

Avdelingen har nå fire legestillinger, hvorav tre er besatt. En av disse er midlertidig omgjort til assistentlegestilling, kategori A, og avdelingen er godkjent som utdannelsested. Den fjerde stillingen dekkes av svenske vikarer. På lengere sikt er målet en femte legestilling.

Vi har god jordmordekning og stabil bemanning på gyn.avdeling

og gyn.poliklinikk. Fra medio 1989 har spesialutdannet jordmor hatt ansvar for ultralydscreening i uke 18.

Avdelingen dekker et nedslagsfelt på 90 000 mennesker, og aktiviteten i 1989 var som følger:

Fødeavdelingen: 872 fødsler. Sectiofrekvens: 8.9%

Gynekologiske operasjoner i narkose: 1454, hvorav 462 på poliklinikkens operasjonsstue. Antall konsultasjoner på gynekologisk poliklinikk var 5 236.

Sykehuset har to barneleger som går todelt vakt. Den ene av barnelegene er utdannet neonatalolog. Der det forventes fødsel ved truende prematur fødsel før 32 uker, overflyttes pasienten til Ullevål sykehus. Mellom 32 og 35 uker overflyttes pasienten til Lillehammer fylkessykehus. Dårlig nyfødte overflyttes til Ullevål sykehus og vanligvis med legehelikopter. Dersom værforholdene ikke tillater det, har vi transportkuvøse tilkoblet respirator.

Sykehuset har en ferdigbygget barneseksjon, og fylkets helseplan har vedtatt bemanning av barneseksjonen så snart økonomien tillater dette.

Avslutningsvis vil jeg si at avdelingen nå fremstår som en ny gyn/obst avdeling som er teknisk meget velutstyrt og som har tilfredstillende kapasitet og en hyggelig arbeidsplass.

sialutdannet jordmor

90 000 mennesker, og

s: 8.9%

hvorav 462 på

ultasjoner på gynekologisk

odelt vakt. Den ene av

det forventes fødsel

overflyttes pasienten

overflyttes pasienten

de overflyttes til

opter. Dersom værforholdene

tilkoblet respirator.

ksjon, og fylkets helseplan

snart økonomien tillater

en nå fremstår som en

velutstyrt og som har

arbeidsplass.

PEER HØVIK: BERETNINGEN OM EN VARSLET LANDFLYKTIGHET

Hvis den innvidde assosierer overskriften med Marques' "Beretningen om et varslet mord", er det tilsiktet. Romanens essens var, at et mord kunne bli en kollektiv affære- hvis moralen bare var krenket tilstrekkelig.

Når bortses fra død og moral, føler jeg at min tilstedeværelse som fødselshjelper ved Fylkessjukehuset på Nordfjordeid (FSN), har en kollektiv bakgrunn. Reisen fra Oslo var varslet. Mangt og meget må påta seg ansvar- eller ære- for at dette har skjedd.

Det er en lang historie. Jeg må gjøre den kort, for jeg har noe på hjertet.

GEOGRAFI. Nordfjordeid ligger på midtpunktet av "fogderiet" Nordfjord, som strekker seg fra Stad i vest til Strynefjellet i øst. Det er en vakker bygd med 3000 innbyggere og gode kommunikasjoner. Omgivelsene har en dramatisk natur med et innbydende landskap for fiskere, friluftsselskere og jegere. Det er rikelige tilbud for fritidsaktiviteter, moderne svømmehall, stort ridesenter med skole for store og små, og et aktivt idrettsliv ellers. Det er 100 km til Sentralsykehuset i Førde, men bare 50 km til HOTELL ALEXANDRA ! (for dem som ønsker mondéne innslag).

SYKEHUSET: Nordfjord har ca 25 000 innbyggere, som er sykehusets befolkningsgrunnlag. FSN er et klassisk 3-delt sykehus med tilsammen 64 senger, hvorav 10 på føde/barsel.

Bemannings: På kirurgisk avdeling er det p.t. tre overleger. En hjemmel for fjerde overlege, alt. assistentlege, er ubesatt. Medisinsk avdeling har samme antall stillinger, men to overlegestillinger står vakante. De dekkes av vikarer. Røntgenavdelingen er satt opp med to overleger, og mangler en. Anestesi er satt opp med en stilling, som skal økes til to. Tjenesten dekkes ved vikarer fra andre skandinaviske land, som går helkontinuerlig vakt i uker om gangen. Pediatr er i 4/5 stilling, i omgjørelse til 1/1. Det er fire turnuskandidater.

FØDE-BARSELAVDELINGEN ligger geografisk for seg selv og er moderne med tidsmessig innredning og inventar. Det er fem jordmorstillinger og seks barne/hjelpepleiere. Det er en dyktig og selvstendig stab. Jeg har fødepoliklinikk sammen med jordmor mandag/fredag; gynekologisk poliklinikk tirsdag og operasjonsdag torsdag. Utstyret er tidsmessig med feks ultralyd med vaginalprobe, laparoskop og CTG m/STAN.

FSN er en trivelig arbeidsplass med god, menneskelig atmosfære. GYN/FØDETJENESTEN: Jeg ble tilsatt som gyn.overlege ved kirurgisk avdeling, og tiltrådte 1.august i 1989. I min arbeidsavtale sto at jeg skulle ha "generell beredskap" i vakt samarbeid med kirurgiske overleger. Det viste seg imidlertid at to av tre overleger hadde avtalt reservasjon mot arbeid ved fødeavdeling. Med vel 300 fødsler pr år var det klart at beredskapen ikke var tilfredstillende. Jeg kunne ikke se på at fødeavdelingen var uten vakt, og påtok meg å være tilgjengelig. Samtidig sa jeg opp inngått avtale med krav om realistisk tjenesteplan, og opprettelse av vakt-ordning. Det har vært en lang prosess å få politisk gjennomslag for dette, men nå er prinsippet vedtatt.

Tjenesteplanen vil gå ut på kontinuerlig B-vakt, bortsett fra torsdager og hver fjerde helg. Da har sjefslegen vakt. Han

har kompetanse for obstetriske krisetiltak (sectio/vakuum). Jeg går da i "beredskap" bak, men i realiteten tar jeg meg fri- hvis det ikke er noe spesielt som står på. (Kfr overenskomst).

Er så dette til å holde ut ? Som man ser det- som man ser det. Den daglige arbeidsmengde er ikke så stor at jeg sliter meg ut. Det er sjelden jeg blir vekket om natten. Å være bundet til hus og sted- blir en stil. Med mobiltelefon/personsøker kan jeg handle, gå på rideskole, gå i svømmehallen eller fiske i elva.

Arbeidstiden blir omregnet ca 70 timer pr uke. Det gir mye overtid, som kan avspaseres- forutsatt at jeg klarer å skaffe vikar. Tidligere har det kommet overleger fra Falun. Besøk utenfra har positive sider. Det gir impulser, ideer, prosedyrer etc, som det kan være nyttig å bli kjent med.

Problemet er påregneligheten ! De svenske kollegaene vil være hjemme i de vanlige ferier- tider da jeg ønsker å ha sammenhengende fri, for aktivt å kunne være sammen med familien og barna mine.

Med 35 timers overtid pr uke er det midler og timer for en stilling tid. Det arbeider jeg for. Systemet ville virke bedre med to, som begge var ansatt. Vi kunne være her én om gangen, dele uker, måneder. Rutiner og metoder ville bli ivaretatt, og det ville sikre mulighetene for regelmessig etterutdanning og annen faglig kontakt med "utenverdenen."

Det er ikke lett å finne en "Robinson Crusoe" til.

En alternativ løsning ville være planlagt vikarordning. Jeg har tilskrevet noen av landets største kvinneklinikker, i jakt på vikarer, men har ikke fått håndfast respons. Godtgjørelsen, som blir i overkant av kr 30 000 for 14 dager, pluss fri reise, kost og losji, synes ikke attraktiv nok.

Det er her jeg har noe på hjertet:

Jeg føler det er mest nærliggende å forhøre seg "i min familie"- når noe står på. Jeg vil anmode NGF om å ta opp dette problemet, og søke å finne en løsning på vikarproblemet på en kollegial måte. Jeg kunne tenke meg en modell, hvor en ved de store klinikkene hadde en rullering i stillingene for tjeneste ved lokalsykehus som FSN 2-3-4 uker om gangen. Hvis "alle" deltok, ville hver gynekolog kanskje få én vikarperiode pr. år. Mitt ønske er å ta 4 ukers ferie, 4 uker til videreutdanning, 4 uker i avspasering til disposisjon, tilsammen 12 uker pr år.

Jeg bestreber meg på godt samarbeid med Sentralsjukehuset i Førde og krever å bli pålagt en tjenestereise dit én gang pr måned.

Stillingen er spesiell, men jeg finner den meningsfylt og god. Det har mye å si at jeg er fra distriktet. Jeg føler meg hjemme i natur, språk, kultur og klima. For mer urbane kollegaer tror jeg det ville være en berikende opplevelse å komme hit. Det kan også være lærerikt for ferske spesialister å prøve seg på egne ben. Jeg vil så sterkt jeg kan, oppfordre NGF til å ta hansken opp. Vikarproblemet kan kanskje løses på andre måter enn de skisserte. En diskusjon ville kunne frembringe mulige ideer.

Men altså: Aller helst så jeg at det dukket opp en dyktig kollega som troll av eske (men som ikke måtte være et "troll" !) og som kunne tenke seg fast ansettelse.

Det er romslige boliger til disposisjon.

Pengene ligger der. Sørg for at de ikke går til Sverige !

ak (sectio/vakuum). Jeg
en tar jeg meg fri- hvis
fr overenskomst).

n ser det- som man ser
å stor at jeg sliter meg
tten. Å være bundet til
fon/personsøker kan jeg
en eller fiske i elva.
mer pr uke. Det gir mye
t jeg klarer å skaffe
r fra Falun. Besøk utenfra
eer, prosedyrer etc, som

venske kollegaene vil
a jeg ønsker å ha
ere sammen med familien

midler og timer for en
emet ville virke bedre
ere her én om gangen,
ille bli ivaretatt, og
sig etterutdannelse og

on Crusoe" til.
anlagt vikarordning. Jeg
vinneklirikker, i jakt på
ons. Godtgjørelsen, som
r, pluss fri reise, kost

forhøre seg "i min familie"-
ta opp dette problemet,
emet på en kollegial
r en ved de store klinikkene
neste ved lokalsykehus
" deltok, ville hver
år. Mitt ønske er å ta 4
, 4 uker i avspasering

med Sentralsjukehuset i
reise dit én gang pr måned.

en meningsfylt og god.
t. Jeg føler meg hjemme i
rbane kollegaer tror jeg
komme hit. Det kan også
prøve seg på egne ben.
til å ta hansken opp.
e måter enn de skisserte.
ge ideer.
t dukket opp en dyktig
måtte være et "troll" !)

sjon.
ikke går til Sverige !

Kongressreferat

Alf Meberg:

3. NORSKE PERINATALDAGER

11.-12. nov 1989

Perinataldagene ble arrangert ved Regionsykehuset i Trondheim
10.-11. november 1989 i regi av Perinatalmedisinsk forening.

Hovedtemaet for møtet var Cerebral Parese, spesielt med relasjon
til perinatalmedisinsk behandling. Karin Nelson fra National
Institute of Health, Bethesda, USA, foreleste over "Intrapartum
Events and Cerebral Palsy". Hennes hovedbudskap var at perinatale
risikofaktorer, spesielt fødselsasfyksi i liten grad var relatert
til CP. Selv barn som etter 15 min. hadde Apgar score under 4
utviklet bare 10 % CP. Av de som utviklet CP hadde 50 % andre
stigmata som ulike typer medfødte misdannelser, vekstretardasjon
og andre avvik. Hun fremhevet også andre faktorer som
kvikksølvforgiftning (kfr Japan), Benzylalkohol i infusjonsvæsker,
hyperthyreose og mental retardasjon hos mor blant andre
risikofaktorer.

For amerikansk obstetrikk har hennes arbeider vært meget
verdifulle, idet den svake sammenheng mellom fødselsasfyksi og CP
gjør legenes stilling i erstatningssøksmål sterkere. Det er
imidlertid et godt stykke igjen før hennes forskningsresultater
får fullt gjennomslag også i juridiske kretser.

Malcolm Levene, Leeds, England, snakket om hjerneblødninger
og hypoxisk-ischemiske insulter i perinatalperioden. Han påpekte
at hjerneblødninger hos premature og ischemiske skader hadde
forskjellige patogenetiske mekanismer. Skader etter fødselsasfyksi
opptrådte nesten bare hos pasienter som utviklet kliniske
encefalopati-tegn (bevissthetsforstyrrelser, tonusendringer,
kramper). Perfusjonsundersøkelser med Dopplertechnik og annen
sofistikert apparatur ga indikasjoner på at skaden kanskje først
inntrådte etter et fritt intervall på noen timer etter fødselen,
og at dette kanskje i fremtiden kan gi muligheter for terapeutisk
intervensjon (ulike medikamenter som beskytter hjernecellene).
Foreløpig er disse typene behandling bare på forskningsstadiet.

Fra Aker sykehus snakket jordmor Else Marakali om "Hjemmefødsel
på sykehus". Ivaretakelse av "myke verdier", tilfredsstillende av

individuelle behov, bruk av badekar/badebasseng m.m. syntes å kunne gi redusert bruk av smertestillende og et lettere fødselsforløp.

Pediatrisk sykepleier Kari Gloppestad, Oslo, snakket om betydningen av tidlig kontakt ved prematur fødsel og understreket betydningen av mors og fars fysiske kontakt med barnet og blikk-kontakt som viktige forhold i "bonding-prosessen".

Gösta Rooth, Uppsala, snakket om perinatal syre-basebalanse. Fosteret utvikler på grunn av gassutvekslingen over placenta pCO₂-økning ved surstoffmangel. Puster barnet dårlig etter fødselen, adderes raskt ytterligere pCO₂-stigning som kan lede til en alvorlig acidose. Det er viktig å relatere fosterets pH til mors pH (hyperventilering kan maskere en acidose hos barnet).

Dr Gro Nylander, KK Rikshospitalet, snakket om røyking, graviditet og amming. Røyking under graviditet er en av de viktigste risikofaktorer for perinatal død. Dessverre røyker enda 40% av norske gravide kvinner. Nylander mente at røykerommene på barselavdelingene burde avskaffes og informasjonen til gravide styrkes.

Møtet inneholdt ellers en rekke gode frie foredrag. Pediatriske sykepleier Torgunn Christensen, Porsgrunn, snakket om foreldrereaksjoner i neonatalavdelingen med bakgrunn i en spørreundersøkelse. Stort sett var foreldrene fornøyde, men påfallende mange fedre mente at de hadde "forstått all informasjon", og enslige mødre var i større grad engstelige når de skulle ta hjem sine barn fra nyfødtavdelingen enn der hvor to foreldre sto sammen om oppgaven.

Ellers imponerte Trondheimsgruppen (ultralydlaboratoriet) med en rekke spennende foredrag omkring intravasal transfusjon til foster med hemolytisk sykdom, diagnostikk av intrathoracale prosesser og av letale skjelettdysplasier.

Jordmor Bente Simensen, Trondheim, påpekte de psykologiske sidene ved ultralydundersøkelse i svangerskapet hvor støtte og oppfølging av den gravide ved patologiske funn er meget viktig.

Rammen omkring møtet, Royal Garden Hotell, var den aller beste, og det sosiale programmet rikheldig. Bl.a. ble fremført en kabaret, laget av pediater Thorstein Wik, Trondheim, med tema fra "in vitro fertilisering". Resultatet endte med to levende kaniner i en kuvøse, og kabareten høstet stor applaus.

abasseng m.m. syntes å
de og et lettere

tad, Oslo, snakket om
tur fødsel og understreket
takt med barnet og blikk-
prosessen".

erinatal syre-basebalanse.
slingen over placenta
barnet dårlig etter fødselen,
som kan lede til en alvorlig
rets pH til mors pH
e hos barnet).

, snakket om røyking,
viditet er en av de viktigste
erre røyker enda 40% av
at røykerommene på
formasjonen til gravide

de frie foredrag. Pediatriske
nn, snakket om
med bakgrunn i en
ldrene fornøyde, men
e "forstått all informasjon",
telige når de skulle ta
der hvor to foreldre sto

(ultralydlaboratoriet)
intravasal transfusjon
ostikk av intrathoracale
er.

påpekte de psykologiske
erskapet hvor støtte og
ske funn er meget viktig.
Hotell, var den aller
dig. Bl.a. ble fremført en
k, Trondheim, med tema fra
dte med to levende kaniner
applaus.

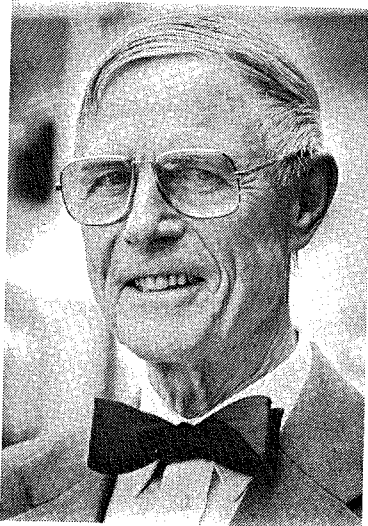
VETERANER I NORSK GYNEKOLOGI

Mette Moen:

INTERVJU MED PETER AHNFELT

-Peter Ahnfelt, du er for norske gynekologer forbundet med Trondheim, men din dialekt er sørlandsk?

Ja, jeg stammer fra Høvåg ved Kristiansand, men har bodd i Trondheim siden 1945. Jeg spesialiserte meg i fødselshjelp og kvinnesykdommer -



som den gangen var to adskilte spesialiteter, hovedsakelig ved St. Josef i Fredrikstad og på Haukeland. Det var den gangen kun gynekologiske avdelinger i Drammen, Frederikstad, Tønsberg, Stavanger og Lillehammer utenom Oslo og Bergen. Jeg måtte helt til Trondheim for å finne arbeid. Ved E.C.Dahls fødestiftelse ble jeg ansatt som en av to spesial-leger, den andre var Bretteville Jensen. Vi gikk i to-delt tilkal-levakt, og det ble mange utrykninger med stiftelsens 2500-2800 fødsler pr år.

-Men det var vel ikke så mange operative fødsler den gangen?

Nei, vi gjorde kun ca 50 keisersnitt om året, men mange tang-forløsninger og vaginale seteforløsninger. Den siste teknikk lærte jeg av Løvset personlig. Det var virkelig "fødselskunst".

-Hva med vakuüm?

Den fikk jeg tidlig demonstrert på en kongress og tok metoden med hjem.

-Fødselsanalgesi var lite brukt?

Lystgass ble mye brukt, og jordmødre var opplært i lokalanalgesi. Ved sectio ga jordmor eter på åpen maske under vår veiledning. Jeg har også gjort sectio i spinal.

-Det var vel mye skrik på fødegangen?

Ah, ja. Men stort sett kun fra de nyfødte.

-Når du ser tilbake, var det "primitivt" å arbeide uten ultralyd, CTG og andre moderne hjelpemidler?

Egentlig ikke. Vi hadde nok utviklet et godt klinisk skjønn den gangen, så tvillinger og seter ble diagnostisert på forhånd. Jordmødrene var meget dyktige og fanget opp patologi under fødslene. En ting var imidlertid vanskelig, det var å skaffe blod til fødende med blødninger. Her måtte vi selv innkalle donorer, tappe dem og sette opp forlik. Det var et stort framskritt da vi fikk blodbank.

-E.C.Dahls stiftelse er nå nedlagt.

Det foregikk i en lang årrekke en meget heftig debatt om stiftelsens eksistens, med fakkeltog, møter og avisskriverier, men klinikken ble som kjent nedlagt i 1980 (etter at jeg var pensjonert).

-Vi må ikke glemme din virksomhet som gynekolog.

Min lønn som spesiallege ved E.C.Dahl var i 1954 tusen kroner pr måned, og det kunne man ikke leve av, så jeg åpnet spesiallegepraksis i byen med mulighet for å operere ved den private Røde Kors klinikk. Her kunne jeg utføre abrasioer og alle former for operativ gynekologi. Pasientene betalte selv for opphold og operasjon.

-Det minner jo om amerikanske forhold. Har du, apropos, vært utsatt for noen rettssak i din yrkeskarriere?

Det har jeg. Men det var en sak jeg førte mot ligningsmyndighetene angående bilhold. Jeg arbeidet på tre forskjellige steder og hadde hyppige utkall fra hjemmet. Likevel mente man at det var unødvendig med bil, jeg kunne bruke trikk og buss. Saken gikk helt til høyesterett, hvor jeg vant etter vel to års kamp.

-Du fortsatte som privatpraktiserende gynekolog til du var 77 år.

På det tidspunktet mistet jeg mitt kontor, og det var da naturlig å slutte.

-Fremdeles følger du med i faget. Har du noen synspunkter på den

å arbeide uten ultralyd,

godt klinisk skjønn den
ostisert på forhånd.
opp patologi under fødslene.
r å skaffe blod til fødende
le donorer,
t stort framskritt da vi

heftig debatt om stiftelsens
kriverier, men klinikken
eg var pensjonert).

nekolog.

r i 1954 tusen kroner pr
jeg åpnet spesiallege-
e ved den private Røde
ioer og alle former for
selv for opphold og

*ar du, apropos, vært
iere?*

e mot ligningsmyndig-
tre forskjellige steder
evel mente man at det
trikk og buss. Saken gikk
r vel to års kamp.

*nekolog til du var 77 år.
r, og det var da naturlig*

noen synspunkter på den

utvikling som har skjedd?

Utviklingen har vært fantastisk. Før var vi to gynekologer her i Trondheim. Nu er det 24 leger på kvinneklinikken og en praktiserende i byen. Jeg synes det er alt for lite med kun en praktiserende spesialist i en så stor by. Til gjengjeld kan man lure på hva så mange gynekologer får tiden til å gå med på sykehuset.

-Hva med nyere behandlingsmetoder som laparoskopi, prevensjon, hormonbehandling og IVF?

Laparoskopet har jeg aldri brukt. Vi gjorde en grundig gynekologisk undersøkelse og snakket med kvinnene og kom da oftest fram til en diagnose ad denne veien. Men hensyn til spiral, så har jeg alltid fulgt prinsippet med ikke å gi den til nulliparae. Jeg er varm tilhenger av hormonbehandling for klimakterieproblemer. IVF-virkosheten er fascinerende, jeg skulle gjerne ha vært med på laget.

-Du har også vært omgitt av kvinner hjemme.

Ja, av min kone og fire døtre. Som barn klaget de over at pappa alltid var borte. Min kone har vært hjemmевærende i alle årene, og hun har akseptert situasjonen. Nå nyter vi pensjonisttilværelsen sammen med bla reiser, f.eks. til en datter som er gift på New Zealand.

-Du og din kone var før så trofaste deltakere på NGF's årsmøter, men nå er det en stund siden vi har sett dere.

Mange kolleger av min generasjon er nå borte. Dessuten blir det dyrt å delta når man ikke lenger kan trekke utgiftene fra.

-Men vi er takknemmelige for at vi på denne måten har kunnet presentere deg for de yngre i faget. Og vi ønsker deg et fortsatt godt otium.

Fridtjof Jerve:

JOHAN HAFFNER IN MEMORIAM

Norsk gynekologisk forening har mistet et av sine mest markante medlemmer ved Johan Haffners bortgang 19.12. 1989.

Johan Haffner deltok aktivt i det gynekologiske miljø i Norge i nærmere 50 år, og han var med i NGF fra starten i 1946. Haffner var blant de første norske gynekologer som orienterte seg utover landets grenser og han deltok på interskandinaviske og andre kongresser allerede tidlig i 30-årene. Dette var endokrinologiens første år, og Haffner var tidlig interessert i ovariets hormonproduksjon og i analyser av hormonutskillelse i urinen. Hans store engasjement i organisasjonene, i særdeleshet Den norske lægeforening, kunne vanskelig kombineres med vitenskapelig karriere og Haffner var først og fremst en dyktig kliniker.

Haffner beholdt interessen for sitt fag også etter avgang fra 30-årig overlegetjeneste i Tønsberg, og han deltok aktivt i møter, både nordiske, norske og lokale Oslomøter. Hørselen sviktet noe etterhvert og vi minnes ham sittende langt fremme i møtesalen med venstre hånd under venstre øre for å få med seg mest mulig. Treffsikre kommentarer og vel begrunnede spørsmål vitnet om aktiv deltagelse.

Haffner skulle egentlig vært den første deltager i medlemsbladets intervjuserie, men han ønsket ikke dette. Vi sier oss lei for det, men Haffner vil jo likevel være særdeles velkjent blant norske gynekologer. Han vil bli husket som en fremragende lege og en meget dyktig administrator.

Norsk gynekologisk forening sendte blomsterhilsen til Haffners bære og har mottatt hilsen og takk fra fru Aase Haffner.

Disputas, Universitetet i Trondheim 24.11.89.

Bjarne Chr. Eriksen: Kvinneklinikken, Regionsykehuset, 7006 Trondheim.

ELEKTROSTIMULERING AV BEKKENBUNNEN HOS KVINNER MED URININKONTINENS

Urinlekkasje er et delvis skjult folkehelseproblem som rammer 5-10% av befolkningen. Tradisjonelt har behandlingsmetodene vært basert på medikamenter og forskjellige typer operasjoner som i mange tilfeller ikke har gitt tilfredsstillende resultater.

Avhandlingen er basert på et medisinsk teknisk samarbeid som ble påbegynt i 1978 mellom Kvinneklinikken, RIT og Elektronikklaboratoriet ved SINTEF, Norges Tekniske Høyskole. Prosjektets målsetting var å utvikle nye behandlingsmetoder for pasienter med urininkontinens basert på elektrisk stimulering av urethras og blærens nevmuskulære strukturer.

Avhandlingen er delt i tre avsnitt. I første delen har man etterundersøkt 91 kvinner fem år etter kolposuspensio a.m. Burch for stress inkontinens. Ca. 30% hadde på det tidspunkt fortsatt en behandlingstrengende urininkontinens. Ca. 70% med stabil blære preoperativt var helbredet for sin stress inkontinens, i motsetning til 57% med ustabil detrusor preoperativt. Bare 52% av pasientene var helt kontinente uten kompliserende tilleggssymptomer. Arbeidet dokumenterer behovet for utvikling av nye behandlingsmetoder hos kvinner med funksjonsforstyrrelser i de nedre urinveier.

I del to beskrives den tekniske utvikling og kliniske utprøving av en integrert langtidsstimulator til analstimulering. Ved langtidsstimulering appliserer man en pluggelektrode analt 6-8 timer per døgn i 3-6 måneder for å bedre den urethrale lukkemekanisme. Via spinale reflexmekanismer får man også en inhibisjon av detrusor og derved terapeutisk effekt på motorisk urge inkontinens. Etter en pilotstudie på 24 pasienter, ble metoden evaluert på 121 kvinner med forskjellige typer urininkontinens. Hos de pasientene som gjennomførte behandlingen adekvat oppnådde man kontinens hos 64% med stress inkontinens; hos 65% med motorisk urge inkontinens og hos 53% med blandingsinkontinens. Det var vanskeligere å oppnå full blærekontroll hos pasienter som var inkontinente etter mislykket kirurgisk behandling. Resultatene ble verifisert med objektive urodynamiske målinger. Metoden ble deretter applisert preoperativt på 55 kvinner som var utredet for stress inkontinens og som sto på venteliste til kolposuspensio. 56% av pasientene hadde så god nytte av elektrostimulering at de ikke hadde behov for operativ behandling. Dette behandlingsopplegget reduserte totalkostnadene for behandling av stress inkontinens med 40%. Langtidsstimulering anbefales derfor som primærbehandling før man gjør retropubisk urethropeksi for stress inkontinens.

Del tre inneholder en teknisk beskrivelse av maksimalstimulator (MS-103) utviklet til bruk i poliklinikk og resultater av korttids maksimalstimulering av bekkenbunnen hos 48 kvinner med idiopathisk detrusor instabilitet og urge inkontinens. Ved maksimalstimulering anvendes pluggelektroder analt og vaginalt samtidig. Man benytter lavfrekvent stimulering (5-10 Hz) og øker intensiteten gradvis opp mot smerteterskel i seansen a 20 minutter. Behandlingen gjentas 5-10 ganger og kan derved gjenopprette nervefunksjonsforstyrrelser og reflexmekanismer i de nedre urinveier. Metoden har ingen bivirkninger. Klinisk og urodynamisk helbredelse av motorisk urge inkontinens ble oppnådd hos ca. 50% av pasientene og signifikant forbedring av inkontinensproblemet hos ytterligere 33%. Ved et års oppfølging fant man en vedvarende positiv terapeutisk effekt hos ca. 75% av pasientene.

Avhandlingen avsluttes med praktiske retningslinjer for bruk av elektrostimulering i klinisk praksis hos pasienter med forskjellige typer dysfunksjon i de nedre urinveier.

DISPUTAS. UNIVERSITETET I OSLO 27.1-1990
Leif Svenningsen, Kvinneklinikken, Ullevål sykehus

"Measurement of the forces during spontaneous delivery and
under vacuum extraction. Their relevance for the clinical
condition of the newborn."

Til objektiv bedømmelse av de krefter som fosteret blir utsatt for gjennom en fødsel ble det anvendt 3 målemetoder.

For måling av krefter som komprimerer fosterhodet under fødsel ble det utviklet en ny måleteknikk. En transducer ble plassert mot fosterhodet, og med denne kunne man avlese kreftene mot fosterhodet under fødselsarbeidet.

For å kunne måle trykket inne i livmoren under utdrivningsperioden av fødselen, ble en fiberoptiske trykktransducer modifisert og tilpasset. (Denne var utviklet ved SI til annet bruk). Målemetodikken anvendes idag en rekke steder i verden til overvåkning av kompliserte fødsler. Metodene kan benyttes til vurdering av fødselsprogresjon og de utdrivende kreftene.

Ved fødsler med hjelp av vakuume ekstraksjon ble det også anvendt et måleapparat som registrerte anvendt kraft ved drag i sugekoppen og anvendt tid. Størrelsen av de mekaniske kreftene fosterhodet utsettes for ved denne forløsningsmåte ble belyst ved integralet kraft x tid.

De registrerte objektive måledata fra fødselen ble så relatert til eventuelle konsekvenser for foster og det nyfødte barn. Disse konsekvensene belyses bl. annet med registrering av hyppighet og grad av netthinneblødninger, neurologiske symptomer og syre/base-status hos det nyfødte barnet.

Avhandlingen viser at fosterhodet kan bli utsatt for store påkjenninger (kompresjonstrykk) både ved "skånsom" normalfødsel og ved instrumentell fødsel. Av undersøkelsene fremgår at kortvarig høy påkjenning mot fosterhodet ikke har registrerbar (målbar) innvirkning på det nyfødte barnet.

Avhandlingen konkluderer med at netthinneblødninger ikke kan benyttes til evaluering av fødselsbelastningen eller av det nyfødte barnets tilstand. Det ble ikke funnet noen sammenheng mellom graden av netthinneblødninger, neurologiske funn ved fødsel, nedsatt Apgar score, syre/base-status og de mekaniske krefter som ble målt mot fosterhodet.

En objektiv registrering av de påkjenninger et foster blir utsatt for under fødsel er viktig. Både for forståelsen av fødselsforløpet og i forståelsen av årsaksmekanismer til mulige fødselsskader. Mangelen på objektive kriterier i bedømmelsen av det nyfødte barn belyses også i avhandlingen som omfatter måleresultater fra 392 fødsler.

Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica

Founded in 1921

Chief Editor: Professor Per Bergsjø, M. D.

Editorial Assistant: Ingalill Lundbäck, M. A.

Per Bördahl
Ramstadåsveien 19

N-1322 Hövik
Norway

Bergen 10. februar 1990

Kjære Kollega!

Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica utgis av Nordisk Forening for Obstetrik og Gynekologi og kommer med åtte numre per år, pluss supplement-hefter. Acta dekker alle aspekter av obstetrik og gynekologi, medregnet gynekologisk endokrinologi, urologi og onkologi, og perinatologi, og publiserer rapporter om klinisk og eksperimentell forskning. Alle originalarbeider som trykkes, er gransket og anbefalt av faglig ekspert (referee). Redaksjonen vil gjøre alt for at tiden fra en artikkel aksepteres til den trykkes, blir så kort som mulig. Dessuten vil vi i økende grad publisere Acta Commentaries, Nordic Practice, Book Reviews, Doctoral Theses (abstracts), Society News, Correspondence og annet. Første hefte av volum 69, 1990, vil komme i mars måned, fordi volum 68 er noe forsinket.

I de senere år har høy abonnementspris bidratt til at oppslutningen i Norden ikke har vært god nok. Derfor er prisen for årgang 1990 (volum 69) satt til SEK 300 for medlemmer av de gynekologiske foreninger i Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige. Hvis det blir allmenn tilslutning, kan vi holde en så lav pris også i årene fremover. For at vi skal kunne beregne opplaget, er det viktig at du så snart som mulig, og senest den 15. mars 1990, betaler ditt abonnement (din prenumeration) ved hjelp av vedlagte postgiroblankett. Dette gjelder både nye og gamle abonnenter.

Med din støtte som abonnent og prospektiv bidragsyter (du kan alltid lage diskusjonsinnlegg, selv om du ikke produserer vitenskapelige artikler) skal vi lage et solid og lesverdig tidsskrift, der vi presenterer det beste av forskning i vårt fag fra Norden og kvalitetsarbeider fra andre land, til nytte for deg, andre kolleger i Norden, og for de mer enn 1000 abonnenter utenfor våre fem land.

Med hilsen,



P. O. Box 638
S-101 28 Stockholm
Sweden

Visiting address:
Gamla Brogatan 26

Telephone: +46(0)8-23 79 90
Telex: 12430 Almqwik S
Telefax: +46(0)8-791 23 35

Published by Almqvist & Wiksell International

KURSER, MØTER, KONGRESSER

NORGE

LEGERS VIDERE- OG ETTERUTDANNELSESKURS, GODKJENT I RELASJON TIL SPESIALISTREGLENE.

KURSPLAN

	1990	1991	1992	1993	1994
Kvinnlig infertilitet	Hø Oslo		Hø Oslo		Hø Oslo
Mannlig infertilitet		Hø Oslo		Hø Oslo	
Gyn endokrinologi*	Oslo	Oslo	Oslo	Oslo	Oslo
Ultralyd*	Oslo Trh	Oslo Trh	Oslo Trh	Oslo Trh	Oslo Trh
Gyn onkologi	Vå Oslo	Vå Oslo	Vå Oslo	Vå Oslo	Vå Oslo
Genetikk*					
Obstetrikk*	Hø Oslo Bergen	Hø Oslo Bergen	Hø Oslo Bergen	Hø Oslo Bergen	Vå Oslo Bergen
Kirurgisk teknikk*	Bergen	Bergen	Bergen	Bergen	Bergen
Urologi/Urodynamikk*	Oslo Trh	Oslo Trh	Oslo Trh	Oslo Trh	Oslo Trh

* Kfr. kursuskatalogen for nærmere informasjon

UNIVERSITETET I OSLO

- 26.-30.3.90 **Kurs 2086: Grunnkurs i pre- og postoperativ behandling og intensivmedisin**
Sted: Audit, Patologibygget, Ullevål
Kursleder: Professor Morten Ræder, Kir.avd. Ullevål
70 deltagere
Kursprøve
Kursavgift: Kr 1500.-
Påmelding: 1.3.
- 23.-24.4.90 **Kurs 2093: Obstetrisk anestesi**
Sted: Audit, Kir avd., Aker
Kursleder: Overlege Narverud, Anestesiavd., Aker
Apent
Kursavgift: Kr 600.-
Påmelding 1.4.
- 25.-27.4.90 **Kurs i gynekologisk laserbehandling**
Kolposkopisk, laparoskopisk og hysteroskopisk
laserbehandling. Yag- og CO₂-laser.

ESSER

KURS, GODKJENT I RELASJON

1992	1993	1994
Hø Oslo		Hø Oslo

Hø Oslo		

Oslo	Oslo	Oslo

Oslo	Oslo	Oslo
Trh	Trh	Trh

Vå Oslo	Vå Oslo	Vå Oslo

Hø Oslo	Hø Oslo	Vå Oslo
Bergen	Bergen	Bergen

Bergen	Bergen	Bergen

Oslo	Oslo	Oslo
Trh	Trh	Trh

masjon

e- og postoperativ
isin

et, Ullevål
en Ræder, Kir. avd. Ullevål

stesi
er

rud, Anestesiavd., Aker

behandling

sk og hysteroskopisk
CO₂-laser.

Sted: Gyn avd, Sentralsykehuset i Akershus
Kursleder: Overlege Rolf Kirschner
30 deltagere
Kursavgift: Kr 1200.-
Påmelding 1.4.90

10.-12.9.90

Kurs 2114: Seksuelt overførbare sykdommer (sos)
Sted: Audit, SIFF
Kursleder: Overlege Janum, Avd for bakteriologi, SIFF
100 deltagere
Kursavgift: Kr 900.-
Påmelding 25.8.

8.10.90

OBLIGATORISK

Kurs 2129: Kvinnelig infertilitet
Sted: Audit, KK, Rikshospitalet
Kursleder: Overlege Abyholm, KK, Rikshosp.
50 deltagere
Kursavgift: Kr 500.-
Påmelding: 20.9.

8.-11.10.90

Kurs 2131: Grunnkurs i klinisk forskning
Sted: Med. avd. A, Rikshosp
Kursleder: Overlege Vatn, Med avd A, Rikshosp.
30 deltagere
Kursavgift: Kr. 1200.-
Påmelding: 20.9.

9.-10.10.90

OBLIGATORISK

Kurs 2132: Hypertensive svangerskapskomplikasjoner
Sted: Audit., KK, Rikshospitalet
Kursleder: Professor Moe, KK, Rikshosp.
40 deltagere
Kursavgift: Kr 600.-
Påmelding: 1.10.

11.10.90

Kurs 2136: Klimakteriet
Sted: Auditoriet, KK, Rikshospitalet
Kursleder: Overlege Stray-Pedersen, KK, Rikshosp.
50 deltagere
Kursavgift: Kr 500.-
Påmelding 1.10.

UNIVERSITETET I BERGEN

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

19.-23.3.90

Kurs 757: Forskningsmetodikk og forsøksplanlegging
1. Kontrollerte kliniske forsøk.
Sted: Auditorium, Haukeland sh
Kursleder: Prof Høyeraal, UiB, leder av MEDSTAT
Kursavgift: Kr 1500.-
32 deltagere
Påmelding: 10.1.

19.4.90

Kurs 760: Diagnostikk og behandling av cervix-

dysplasi og condylom.

Sted: Audit 4.et, KK ,Haukeland
Kursleder: Prof Bergsjø
Kursavgift: Kr 500.-
25 deltagere
Påmelding: 15.3.

26.-27.4.90
OBLIGATORISK

Kurs 767: Gynekologiske og obstetriske operasjoner

Sted: Auditorium, 4.et, KK, Haukeland
Haukeland sh
Kursleder: Overlege Aarseth, KK, Haukeland
Kursavgift: Kr 600.-
Påmelding: 20.3.

26.-28.4.90

Kurs 769: Genetikk for primærleger

Sted: Haukeland sh
Kursleder: l.aman. Apold, UiB
Kursavgift: Kr 900.-
20 deltagere
Påmelding: 1.4.

8.-10.10.90
OBLIGATORISK

Kurs 790: Svangerskapet, fysiologi, patofysiologi og kontroll.

Sted: KK ,Haukeland
Kursleder: Prof Bergsjø
Kursavgift: Kr 900.- 20 deltagere
Påmelding: 25.8.

11.10.90
OBLIGATORISK

Kurs 794: Fosterovervåkning

Sted: KK, Haukeland
Kursleder: Overlege Haram, KK, Haukeland
Kursavgift: Kr 500.-
25 deltagere
Påmelding: 25.8.

12.-15.11.90

Kurs 809: Perinatal epidemiologi

Sted: Armauer Hansens Hus (MFH), Konf.rom
Kursleder: Prof. Irgens
Kursavgift: Kr 1200.-
20 deltagere
Påmelding: 10.11.

UNIVERSITETET I TRONDHEIM

Påmelding til alle kursene: Kontor for legers vidre- og etterutdanning, Universitetet i Trondheim, Eirik Jarls gt 10, 7030 Trondheim

Okt 90

Kurs 537: Ultralyd av gravide trinn II

Sted: Store Audit, RiT
Kursleder: Prof Eik-Nes
Kursavgift: Kr 600.-
20 deltagere
Påmelding: Sep 90

UNIVERSITETET I TROMSØ

- 29.-30.3.90 Kurs 377: Peritonitt / Fistler / Tynnarm
Sted: Auditorium K, Regionsykehuset i Tromsø
Kursleder: Prof Revhaug, kir avd, Regionsykehuset,
Tromsø
Kursavgift: Kr 600.-
15 deltagere
Påmelding: 1.2.90
- 8.-9.6.90 Kurs 391: Gynekologi i allmennpraksis
Kursleder: Asslege Bungum, KK, Regionsykehuset
Kursavgift: Kr 600.-
Åpent
Påmelding: 31.4.90

NORSK GYNEKOLOGISK FORENING

- 6.-9.9.1990 Årsmøte
Kristiansand
Se side
- 5.-8.9.1991 Årsmøte
Fredrikstad

ANDRE

LOKALFORENINGENE

Nordenfjeldske gyn forening

- 15.-18.3.90 Årsmøte
Grand Nordic Hotel, 9400 Harstad
Hovedvekten på CTG-problematikk
Generalforsamling

Oslo gyn. forening

- 30.3.90 Obstetrikk:
Sectiofrekvensen ved sykehusene i Oslo-området
- 4.5.90 Gynekologi:
Diagnostikk og behandling av perimenopausale
blødninger.
Retningslinjer for behandling av "små cyster i
ovariene"
Skal ovariene fjernes ved laparotomi hos 40-åringer
- VALG: Hele styret er på valg. Kandidater til styret
bes sendt Oslo Gyn Forening ved Knut Urdal innen
1.4. 1990

Universitetet i Tromsø, Tromsø kommune, Landsforeningen for kvinner med bekkenløsningsplager, Institutt for manuell terapi i Tromsø:

- 5.-8.8.90 Symposium om bekkenløsning
Målgrupper: Leger, fysioterapeuter, jordmødre
Kontakt: Fysioterapeut Jon Helge Hansen, Tromsø
1.dag: Basalfag og basalkunnskaper
2.dag: Diagnostiske utredninger og differensialdiagnoser
3.dag: Behandlingsmuligheter

NORSK PERINATALMEDISINSK FORENING

3. Norske Perinataldager: Bergen november 1990

**NORDISKE OG
INTERNASJONALE
KONGRESSER OG MØTER**

1990

- 2.-6.4. RCOG/RCR Theoretical Course on Obstetric Ultra-
sound
London, England
Contact: Postgraduate Secretary
RCOG
27 Sussex Place
London NW1 4RG
England
Tel 01 262 5425
- 11.5. Scientific Meeting: "Micturition".
Manchester, England
Contact: Postgraduate Secretary
RCOG
27 Sussex Place
London.NW1 4RG
England
Tel 01 262 5425
- 18.-23.3. Second Congress of the International Society of
Gynecological Endocrinology
Jerusalem, Israel
Contact: The organizing secretariat of the
Congress, P.O.Box 5006, Tel Aviv 61500, Israel
- 24.3. John Philip Symposium on antenatal medicine
Audit 1, Rigshospitalet, København
0900-1630
Påmelding innen 15.2. til prof Bock, føde- og gyn.
afd Y, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, 2100
København Ø
Pris: Kr 150.-
- 13.-17.5. 7th World Congress of Cervical Pathology and
Colposcopy

landsforeningen for kvinner
manuell terapi i Tromsø:

terapeuter, jordmødre
Helge Hansen, Tromsø
annskaper
ninger og

NSK FORENING

1990

ØTER

on Obstetric Ultra-

aduate Secretary

rition".

aduate Secretary

ernational Society of
y

ecretariat of the
1 Aviv 61500, Israel

ntenatal medicine
øbenhavn

prof Bock, føde- og gyn.
gdamsvej 9, 2100

ical Pathology and

Rom, Italia
Contact: Studio EGA Professional Congress
Organisers, Viale Tiziano 19, 00196 Rom.
Fax 6 39 64 377

7.-10.6.1990

Efteruddannelseskursus i perinatalmedicin
"Recent Advances"

Gl. Avernæs, Fyn, Danmark
Beregnet for speciallæger i Obstetrik og Pædiatri
Kontakt: Overlæge Jens Kamper, Børneafd H, Odense
Sygehus, 5000 Odense C, Danmark
Kursusgebyr Kr 2900 dekker opphold og undervisning.
Maks 66 deltagere. Påmelding snarest.

11.-14.6.

Nordisk forening för obstetrik och gynekologi
XXVII Kongress

Uppsala, Sverige 11-14 juni 1990.
Anmelding til: NFOG 1990, Uppsala Turist &
Kongress AB, Box 216, 751 04 Uppsala, Sverige
Før 1.3.1990: SEK 1500.-/Deretter: SEK 2000.-
Ingen ledsageravgift.

26.6.-1.7.

7th World Congress on Human Reproduction
Helsinki, Finland

Contact: Secretariat of the 7th World Congress
of Human Reproduction, Congrex/Toolo Travel Ltd
PO Box 1031, 00101 Helsinki
Fax 175 172

28.-29.6.

Educational Course: "Gynaecological Endocrinology
and Infertility".

London, England.
Contact: Postgraduate Secretary
RCOG
27 Sussex Place
London NW1 4RG
England
Tel 01 262 5425

3.-6.7.1990

Third World Conference on Fallopian Tube in Health
and Disease

Kiel, Vest Tyskland
Kontakt: Universitäts-Frauenklinik und MICHELIS-
Hebammenschule Kiel Congress-Secretariat,
Michalisstrasse 16, D-2300 Kiel 1/Vest Tyskland

2.-6.7.

Annual Conference of the Society for the Study
of Fertility

Sheffield, England
Contact: SSF Business Office, 141 Newmarket Rd,
Cambridge, CB5 8HA, England

21.-25.8.

Randomized Controlled Trials in Neonatology

Neonatal Research & Technology assessment, Inc.
Vermont-Oxford Trial Facilitation Service
Lincoln College, Oxford, England.
Registration limited to 80.
For Information contact: Lynn Stillman, Secretary

NRTA, Inc. 52 Overlake Park
Burlington, VT 05401, USA

- 29.8.-1.9. Joint ESCO / ESHRE Meeting
Milano, Italia
Contact: PO Box 1550
20101 Milano, Italia
- 11.9. Scientific Meeting: "HRT and Osteoporosis"
London, England
Contact: Postgraduate Secretary
RCOG
27 Sussex Place
London NW1 4RG
England
Tel 01 262 5425
- 12.9.-14.9. XII European Congress of Perinatal Medicine
Lyon, Frankrike
- 3.-6.10. 5th Meeting of the European Association of
Gynaecologists and Obstetricians
Athen, Grekenland
Contact: Secretariat Olga C Dimopoulus
4 Monis Petraki Street, 115 21 Athen
Telef 72 29 880 Fax 72 28 001
- 3.-6.10. 7th International Congress of the International
Society for the Study of Hypertension in Pregnancy
Rom, Italia
Contact: Secretariat Dr Gian Carlo di Renzo
Via degli Olivi 72, 06100 Perugia, Italia
- 14.-20.10. Third International Symposium on Osteoporosis
and Consensus Development Conference
København, Danmark
Contact: Dept of Clin Chemistry, Glostrup Hospital
DK 2600 Glostrup
- 29.10.-2.11. Sixth International Congress on the Menopause
Bangkok, Thailand
Secretariat: 8, Avenue Don Bosco, 1150 Brüssel, Belgium
Skandinavisk turopplegg ved Rejsesenteret i København
i samarbeid med Ciba-Geigy: Pris fra Dkr 9765 +
Nkr 1420 ved tilslutning fra Oslo. Brosjyre ved
henvendelse til Eivind Amb, Ciba-Geigy A/S, tlf 02
19 46 00. Øvrige opplysninger: Brit Nyland, Nygårdsgt
4, 5015 Bergen, Tlf 05 31 01 64
- 20.-21.11. Educational Course: Colposcopy
London, England
Contact: Postgraduate Secretary
RCOG
27 Sussex Place
London NW1 4RG
England
Tel 01 262 5425

1991

- 14.-19.4. The Second International Conference on Philosophical Ethics in Reproductive Medicine.
Contact: Cornelia Shirley, University of Leeds
Leeds LS2 9JT
- 1.-6.9. Vlth World Congress in Ultrasound
København, Danmark
Contact: Spadille Congress Service
Sommervej 3, 3100 Hornbæk
Tlf 02 202496
- 15.-17.7. Annual Conference of the Society for the Study of Fertility
Oxford, England
Contact: SSF Business Office, 141 Newmarket Rd,
Cambridge, CB5 8HA
- 15.-20.9. XIIIth World Congress of Gynaecology and Obstetrics
Singapore
Contact: Dr. PC Wong, Secretary General, Dept
of Obst & Gyn, National University Hospital, Lower
Kent Ridge Road, Singapore 0511, Republic of
Singapore

and Osteoporosis"

duate Secretary

Perinatal Medicine

Association of
Gynaecologists

Dimopoulos
21 Athen
28 001

of the International
Hypertension in Pregnancy

an Carlo di Renzo
Perugia, Italia

Forum on Osteoporosis
Conference

istry, Glostrup Hospital

Workshop on the Menopause

osco, 1150 Brüssel, Belgium
d Rejsesenteret i København
: Pris fra Dkr 9765 +
ra Oslo. Brosjyre ved
, Ciba-Geigy A/S, tlf 02
ger: Brit Nyland, Nygårdsgr
01 64

copy

duate Secretary

** NGFs ARSMØTE I KRISTIANSAND 6.- 9. SEPTEMBER 1990 **

Årsmøtet i Norsk Gynekologisk forening arrangeres i år i Kristiansand fra 6.-9. september.

Hovedtema for den faglige del av møtet vil være:

1. Praktisk nytte av elektronisk fosterovervåking.
2. Kroniske underlivssmerter hos kvinner.

I tillegg vil det bli anledning til en rekke frie foredrag.

Medlemmene oppfordres til å innsende bidrag både om hovedemnene og som frie foredrag. Det skal utarbeides et abstrakt på 1/2 A 4-ark som innsendes sammen med foredraget til foreningens formann, overlege Fridtjof Jerve, Kvinneklinikken, Ullevål sykehus, 0407 Oslo 4.

Abstraktene vil bli trykket i medlemsbladet.

Frist for innsending 1. juni 1990.

VELKOMMEN TIL KRISTIANSAND !

OM BRUK AV DISKETTER TIL BLADET

Det letter redaksjonen om stoff til bladet innsendes på diskett sammen med manuskriptet. Disketten returneres selvfølgelig.

Det er lettest om stoffet er skrevet med WP, men jeg kan konvertere andre tekstbehandlingssystemer til WP. Jeg kann også bruke artikler levert som tekstfil i såkalt ASCII format.

Det er nødvendig at det opplyses om hvilket format teksten leveres i.

Foreløpig har jeg dessverre ingen mulighet til å lese 3 1/2" diskett, bare den "gammeldagse" 5 1/4".

⊙ EDB-UTVALG I NORSK GYNEKOLOGISK FORENING ⊙ Til medlemmer av det nyopprettede EDB-utvalg har styret oppnevnt:

Formann: Prakt.spesialist Tor Løvset, Sandbrugt 3, 5000 Bergen

Medlemmer: Prof dr.med. Roar Sandvei, KK,Haukeland sykehus,
5000 Bergen

Overlege dr.med. Per E Børdahl, KK, Rikshospitalet,

0027 Oslo 1

NESTE NUMMER

I juni-nummeret vil hovedinnholdet være målbeskrivelsen og gjennomføringsplanen for FØDSELHJELP OG KVINNESYKDOMMER, og hvordan den fremtidige praktiske og teoretiske utdannelse av spesialister skal være. Den nye Spesialitetskomiteen vil presentere hvilke problemer den arbeider med.

INNHold

NORSK GYNEKOLOGISK FORENING Styret og komiteene	2
Per E. Børdahl: FRA REDAKSJONEN	3
Fridtjof Jerve: FRA STYRET	4
Sigurd Døssland: PRESENTASJON AV: GYN/OBST AVD., GJØVIK FYLKESSYKEHUS	5
Peer Høvik: BERETNINGEN OM EN VARSLET LANDFLYKTIGHET. Fra en eneboergynekolog på Nordfjordeid	7
Alf Meberg: 3. NORSKE PERINATALDAGER 11-12.nov 1989	9
VETERANER I NORSK GYNEKOLOGI: Mette Moen: INTERVJU MED PETER AHN FELT	11
Fridtjof Jerve: JOHAN HAFFNER IN MEMORIAM	14
Disputaser Bjarne Chr Eriksen: ELEKTROSTIMULERING AV BEKKEN- BUNNEN HOS KVINNER MED URININKONTINENS	15
Leif Svenningsen:	16
ACTA OBSTETRICIA ET GYNECOLOGICA SCANDINAVICA	
KURSER, MØTER, KONGRESSER	17
LANDSMØTET I KRISTIANSAND	
OM BRUK AV DISKETT NYTT EDB UTVALG I NORSK GYN FORENING	30

I REDAKSJONEN

Per E. Børdahl (redaktør) Ramstadåsveien 19, 1322 Høvik,
tlf 12 38 81. Arbeide: KK, Rikshosp., 0027 Oslo 1, tlf 86 70 10

Fridtjof Jerve, Olav Nygardsvai 215, 0688 Oslo 6, tlf 27 11 12
Arbeide: KK, Ullevål Sykehus, tlf 46 18 70

Thomas Åbyholm, Ostadalsveien 63B, 0753 Oslo 7, tlf 50 00 33
Arbeide: KK, Rikshospitalet, 0027 Oslo 1, tlf 86 70 10

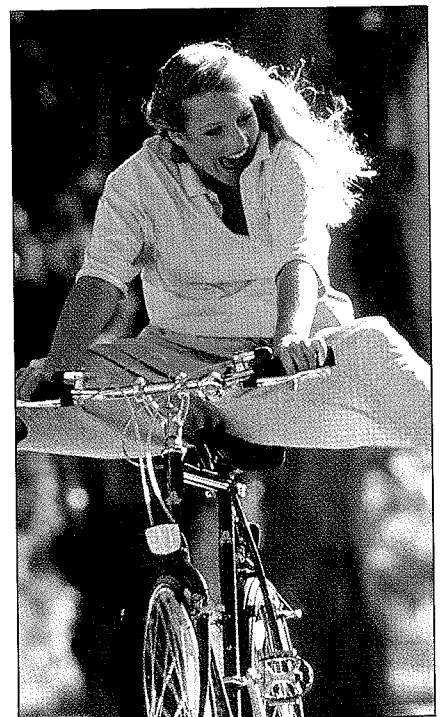
Alle telefoner: 02-området

Mette Moen,
Arbeide: KK, Regionsykehuset i Trondheim, 7002 Trondheim

DEADLINE FOR NESTE NUMMER: 15. mai 1990

Trionetta

Etinyløstradiol + Levonorgestrel
Lavdosert trefasisk P-pille

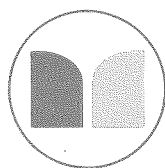


Postboks 180, 1321 Stabekk.
Telefon 02/12 15 96

SCHERING

etta

etyløstradiol + Levonorgestrel
dosert trefasisk P-pille



Marvelon® DESOGESTREL OG ETINYLØSTRADIOL med desogestrel

- p-pillegestagenet nærmest naturlig progesteron

Marvelon «Organon» Antikonsepsjonsmiddel

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

EGENSKAPER: *Klassifisering:* Monofasisk østrogen/gestagen kombinasjon med god syklyskontroll. God antikonsepsjonell sikkerhet. Pearl Index: Metodefeil 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 passasje vanskeliggjøres. 3. Påvirkning av endometriet med redusert mulighet for nidasjon. *Absorpsjon:* Hurtig. Maksimal plasmakonsentrasjon: Desogestrel: 0,8-1,3 timer. Etinyløstradiol: Ca. 1 time. *Halveringstid:* Desogestrel: ca. 1,5 time. 3-keto-desogestrel (aktiv metabolitt): 16-21 timer. Etinyløstradiol: ca. 26 timer. *Metabolisme:* Både etinyløstradiol og desogestrel metaboliseres i leveren. *Utskillelse:* Via urin og fæces. *Overgang i morsmelk:* Man har påvist både østrogen og gestagener i morsmelk.

INDIKASJONER: Antikonsepsjon

KONTRAINDIKASJONER: *Absolutte:* Trombolebbitt 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 genitalblødning, graviditet, arteriell hypertensjon, Sickle-cell anemi, porfyri, herpes gestationis i anamnesen. *Relative:* Ikke-etablert menstruasjon.

BIVIRKNINGER: Alvorlige bivirkninger som tromboembolier (hjerne, hjerte, lunger, dype vener) forekommer. Andre bivirkninger er blødningsforstyrrelser, vannretensjon, mastalgi, kvalme, hodepine, migrene og mentale forstyrrelser (depressjon), samt forstyrrelser. 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. Tifeller av leverforandringer (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: For behandling institueres grundig gynekologisk undersøkelse inkludert mammae-undersøkelse, sukker i urinen, blodtryksmåling. 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 glykosetoleransen, og diabetikere bør stå under streng legek kontroll. Dette gjelder også pasienter som lider av sirkulasjons- eller nyresykdom, epilepsi eller migrene. Unge kvinner med ikke-stabiliserte sykter, 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. Preparatets 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 hydantoinerivater minsker preparatets pålitelighet.

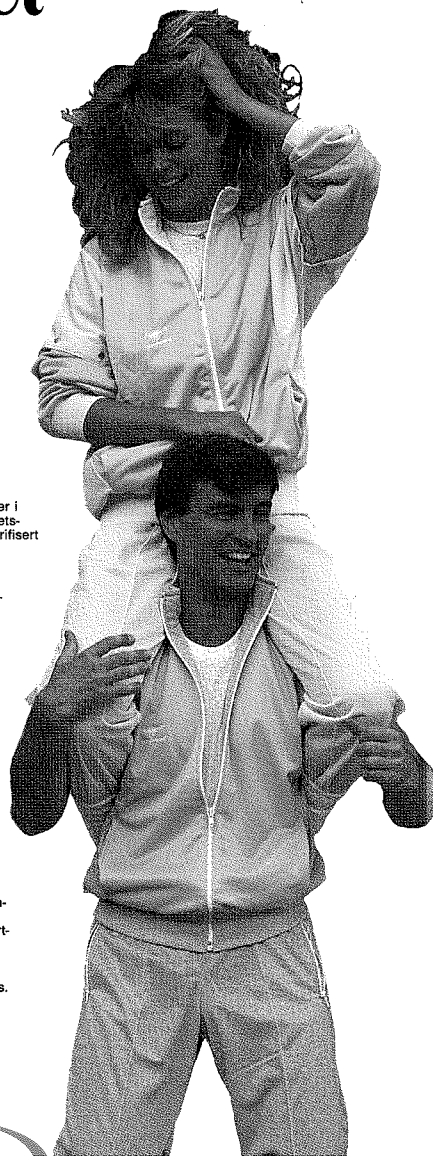
DOSERING: 1 tablett daglig i 21 dager fra menstruasjonens første dag. Etter 7 tablettfrie dager påbegynnes en ny serie med 21 tabletter. Hvis en tablett av en eller annen årsak ikke tas om kvelden, skal den tas neste morgen. Neste tablett tas som vanlig om kvelden samme dag. Har 36 timer eller mer gått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

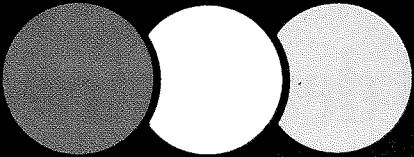
PAKNINGER OG PRISER: 3 x 21 Kr. 82,30 6 x 21 Kr. 154,00

1.3.1988



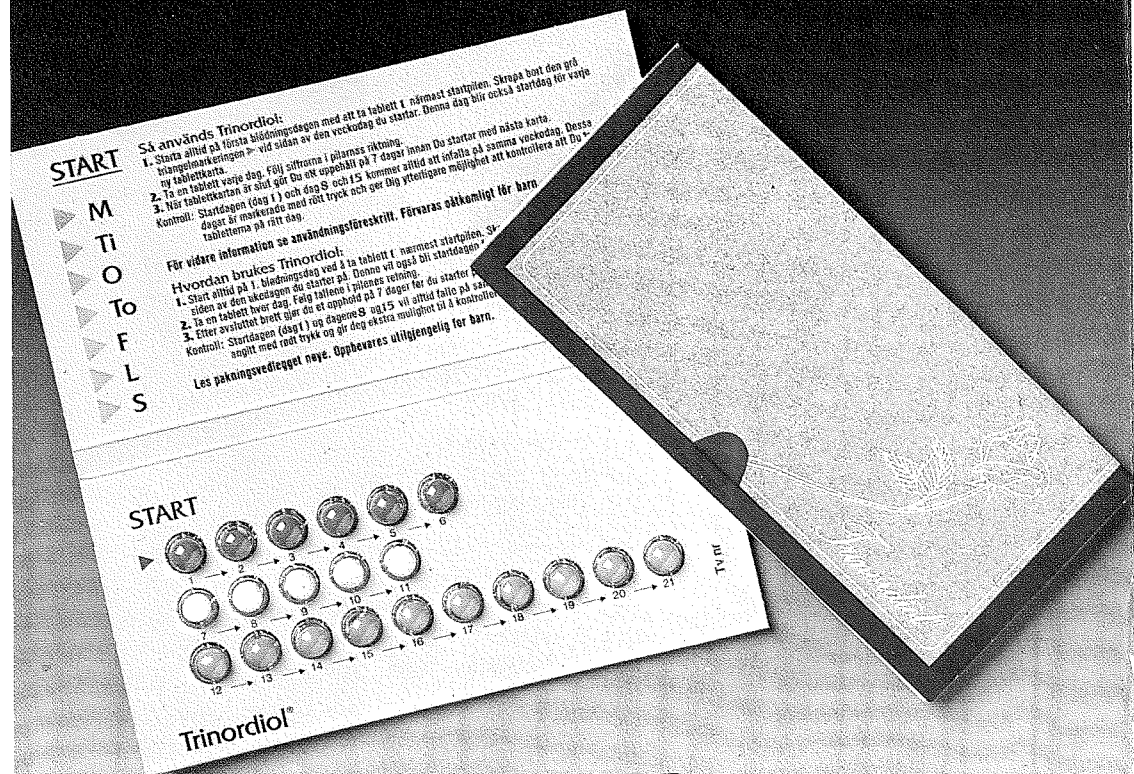
SCHERING





TRINORDIOL[®]

ethinylöstradiol + levonorgestrel



START

Så används Trinordiol:

1. Starta alltid på första lördagsdagen med att ta tablett 1 närmast startzonen. Skrapa bort den grå blingspelaneringen – vid sidan av den veckodag du startar. Denna dag blir också startdag för varje ny tabletkarta.
 2. Ta en tablett varje dag. Följ siffrorna i pilarnas riktning.
 3. Ta en tablett varje dag. Följ siffrorna i pilarnas riktning.
- Kontroll: Startdagen (dag 1) och dag 5 och 15 kommer alltid att infalla på samma veckodag. Dessa dagar är markerade med rött tryck och ger dig ytterligare möjlighet att kontrollera att Du tar tablettarna på rätt dag.

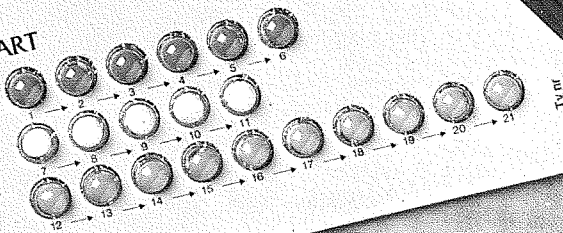
För vidare information se användningsföreskrift. Förvaras ömtåmligt för barn.

Hvordan brukes Trinordiol:

1. Start alltid på 1. lørdagsdag ved å ta tablett 1, nærmest startzonen. Skrap av den grå blingspelaneringen på siden av den veckodagen du starter på. Denne vil også bli startdagen for hver nye tabletkarte.
 2. Ta en tablett hver dag. Følg tallene i pilarnes retning.
 3. Etter avsluttet brett går du et opphør på 7 dager før du starter på nytt brett.
- Kontroll: Startdagen (dag 1) og dagene 5 og 15 vil alltid falle på samme veckodag. Disse dagene er markert med rødt tryk og gir deg ekstra mulighet til å kontrollere at du tar pillene på riktig måte.

Les pakningsvedlegget nøye. Oppbevares utilgjengelig for barn.

START



Trinordiol[®]

KABI

– med bruksveiledning på brettet

DIOLTM

estrel



ng på brettet

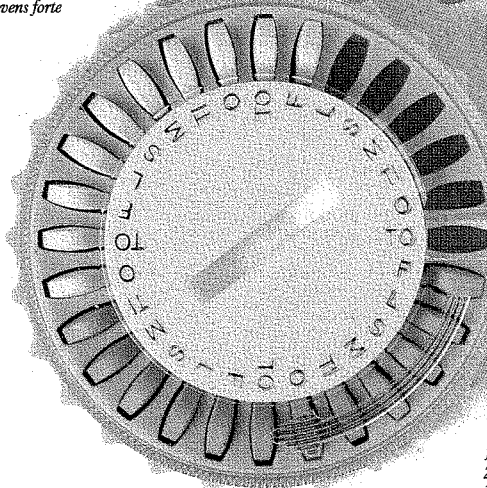
NOVO'S LILLE RØDE

Trisekvens[®]

Eneste* sekvenspreparat med aktiv
behandling i hele syklus.

*Gjelder også Trisekvens forte

Aktive tabletter også
i 4. syklusuke gir
symptomlindring
i hele syklus.



Nøytral lipidprofil^{1,2,3}

1. Fletcher, C D et al, *Maturitas* 1984; 6: 279-83
2. Christiansen, C et al, *Maturitas* 1984; 6: 193-99
3. Munh-Jensen, N (*Pres. Crans Montana* 1988)

C Trisekvens «Novo» C Trisekvens forte «Novo»

Østrogen-progestogen sekvenspreparat. ATC-nr.: G03F B06
TABLETTER: Trisekvens: Hver pakning inneholder 12 blå, 10 hvite og 6 røde tabletter. Hver blå tablett
inneholder: Østradiol 2 mg, østrol 1 mg. Hver hvit tablett inneholder: Østradiol 2 mg, østrol 1 mg, noretisteronacetat
1 mg. Hver rød tablett inneholder: Østradiol 1 mg, østrol 0,5 mg. Alle tabletterne er filmrasjert. Fargestoff:
Indigotin, jernoksyd.

TABLETTER: Trisekvens forte: Hver pakning inneholder 12 gule, 10 hvite og 6 røde tabletter. Hver gul
tablett inneholder: Østradiol 4 mg, østrol 2 mg. Hver hvit tablett inneholder: Østradiol 4 mg, østrol 2 mg, noretisteronacetat
1 mg. Hver rød tablett inneholder: Østradiol 1 mg, østrol 0,5 mg. Alle tabletterne er filmrasjert. Fargestoff:
Indigotin, jernoksyd.

Egenskaper: Klassifisering: Trefasiske østrogen-progestogenpreparater bestående av de naturlige
humane østrogenene 17- β -østradiol og østrol samt progestogenet noretisteronacetat i behandlingsens
annen fase.

Virkningsmekanisme: Substituerer den reduserte østrogenproduksjonen, slik at de subjektive østrogen-
mangelsymptomer forsvinner eller reduseres. Tilsetning av noretisteronacetat i annen fase av behan-
lingscyklus (hvite tabletter) fører til en sekretorisk transformasjon av endometriet som avsettes og
resulterer i en menstruasjonslignende blødning, vanligvis under tredje fase (røde tabletter). Den lave
østrogen dosen i tredje fase påvirker ikke blødningen og er i stand til å holde pasienten symptomfri. Den
objektive effekten kan påvises i vagina, cervix og endometrium samt ved reduksjon av plasmalev-
elsnivået.

Absorpsjon: Noretisteronacetat absorberes hurtig. Fritt mikronisert østradiol og østrol absorberes hurtig
etter oral administrasjon, og maksimal serumkonsentrasjon oppnås etter 2-4 timer. Metabolisme: Hurtig
dels perifer og dels i leveren. Utskillelse: Via urin. Undersøkelser med Trisekvens og Trisekvens forte har
vist at serumlipidkonsentrasjonene senkes eller forblir uforandret. Ingen signifikante forandringer i lever-
funksjonen er observert. Undersøkelser har ikke vist noen forandringer i antitrombin III verdier.

Indikasjoner: Symptomer på østrogenmangel. Forebygging av knokkeltetthets tap hos postmenopau-
sale kvinner som er spesielt disponert for osteoporose.

Kontraindikasjoner: Kjent eller mistenkt brystcancer, kjent eller mistenkt østrogenavhengig neoplas
som endometriekarsinom eller andre hormonavhengige tumorer skal ikke gis østrogenbehandling unntatt
i samråd med terapeutisk onkolog eller spesialist ved avsteling for gynekologisk cancerbehandling.
Leverfunksjonsforstyrrelser. Bestående eller tidligere tromboemboli, tromboemboliske lidelser, cerebro-
vaskulær sykdom, koronar trombose og klassisk migræne eller med familiar disposisjon for slike lidelser.
Ulingnositert, unormal genitalblødning. Delvis synstap eller diplopi, gale, vaskulær øyesykdom,
Svangerskap.

Bivirkninger: Brystspenning samt bløttingssymptomer kan forekomme, som regel av forlengende
karakter og forsvinner normalt ved fortsatt behandling. Vektforandring kan forekomme, men de kliniske
undersøkelser har ikke vist noen klar tendens i retning av vektøkning eller vekttap. Blodtrykket har ikke
steget under de utførte undersøkelsene.

Forsiktighetsregler: Generelt: Økt risiko for endometriecancer må tas med i vurderingen når østrogen-
behandling startes eller fortsettes da østrogen har en naturlig proliferasjonsfremmende virkning på
endometriet. Sekvensbehandling med østrogen plus progestogen i annen fase resulterer imidlertid i
transformasjon av endometriet som avsettes fullstendig i slutten av hver behandlingscyklus. Nyere

prospektive undersøkelser har vist at slik sekvensbehandling reduserer faren for overstimulering og
endometriehyperplasi. Den kliniske betydning av dette er ikke klarlagt, da sammenheng mellom
hyperplasier og karsinomer i endometriet er usikkert. Anamnese: Det er holdspunkter for at overvekt og
antagelig hypertensjon og diabetes mellitus er predisponeerende faktorer for endometriekarsinom, og
det bør utvises særlig forsiktighet i disse tilfellene og der familiar disposisjon for slike tilstander er tilstede.
Pasienter med epilepsi, migræne, diabetes, astma eller hjerteforsyning bør kontrolleres omhyggelig,
da østrogen evt. kan forverre disse tilstandene. Forsiktighet må også utvises ved myomer/kevt av
myomer. Undersøkelser: Pasienten undersøkes nøye for å utelukke enhver mulighet for genital- eller
mammarytumorer. Grunndig gynekologisk undersøkelse bør for sikkerhets skyld foretas regelmessig hver
6-12 måned. Søponering: Ved tegn på tromboemboli, tromboemboliske lidelser, akutt hepatitt, migræne-
lignende hodepine, plutselige synsforstyrrelser eller signifikant økning av blodtrykk. Det anbefales å
seponere behandlingen 4-6 uker for operativt inngrep, under lengre tids anegetele eller ved immobilise-
rende skader. Hvis det opptrer unormal blødning etter de første 2-3 måneders behandling, bør det foretas
en undersøkelse for å utelukke evt. maligne tilstander. Behandlingen kan evt. avbrytes med 6-12
måneders intervaller for å klarlegge om fortsatt behandling er nødvendig. Preparatene har ingen kontra-
septiv effekt.

Dosering: Anbefalt behandling: 1 tablett pr. dag kontinuerlig. Regelmessig blødninger opptrer vanligvis
når de røde tablettene tas, evt. allerede ved de siste hvite tabletter. Kvinner som fremdeles har menstrua-
sjon, begynner behandlingen på 5. menstruasjonsdag. Pasienter som har glemte å ta abaso, begynner
behandlingen 5 dager etter. Alle andre pasienter kan starte behandlingen når som helst. Generelt bør
behandlingen starte med den svake styrke, Trisekvens, og hvis det ikke er oppnådd tilstrekkelig effekt
etter 2-3 måneders observasjon, skiftes til Trisekvens forte. Evt. uregelmessige blødninger oppstår
under behandling med Trisekvens de første 2-3 måneder av behandlingen, elimineres vanligvis ved å
skifte til Trisekvens forte. Hos pasienter med kraftige symptomer bør behandlingen innledes med Trisek-
vens forte. Alternativ behandling: Kvinner med intakt uterus som ikke vil akseptere månedlige blødninger,
kan i postmenopausen behandles med Trisekvens henholdsvis Trisekvens forte innskutt etter e.ks. 1-3
måneders behandling med rene østrogenpreparater. Et slikt behandlingsregime induserer avstøtning av
endometriet med forlengede intervaller. Følgemessig: Dersom pasienten skulle glemme å ta en eller
flere tabletter, fortsettes behandlingen med den første glemte tablett. Den innsette stivene på esken
dreies tilbake slik at ukedagen hvor behandlingen gjenopptas, står ut for den første glemte tablett.

Pakninger: Dispenser à 28 stk. og 3 x 28 stk.

NOVO

Novo Industri A.S
Postboks 24
1351 RUD
Tlf. (02)130720

