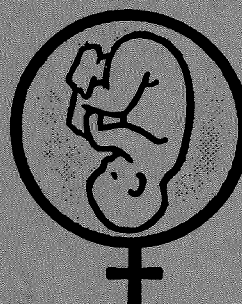


Norsk Gynekologisk Forening

INNHold	Side
Norsk gynekologisk forening	
• Styret og komiteene	
Per E. Børdahl: Fra redaksjonen	2
Fridtjof Jerve: Styrets beretning 1989-90	3
Unni Kirste: referat fra generalforsamlingen i NGF	4
Kåre Molne: Prematur/neonatalavdelinger med status som intensivavdelinger	5
Britt Nyland: Regnskap for NGF	10
Britt Nyland: Rapport fra takstutvalget	11
Arne Christensen: Kvinneklinikken, Telemark Sentralsjukehus	12
Fridtjof Jerve: Overlege Egil Rønneberg, intervju	14
Abstracts, NGF's årsmøte	16
• R. Sandvei og S Thoresen: Hyppigheten av CIN III	18
• B. Dahlstrøm og K.S. Koss: Antibiotikaprofylakse ved keisersnitt	18
• J. Sundby: Noen momenter i behandlingen av kroniske smertepasienter i gynekologien	19
• B.C. Eriksen, H. Sandvik og S. Hunskaar: Norske gynekologers utrednings- og behandlingsrutiner ved urininkontinens.	20
• B.C. Eriksen: Stamey urethropexi ved stressinkontinens	21
Nye spesialister annet halvår 1990	22
Ottar Lunde: Doktorgrad	23
Kirsti Malterud: Doktorgrad	24
Kurser-møter-kongresser	25
Statens reiseregulativ 1990	27
NGF, styret og komiteene, forts	38
Redaksjonen:	39
• Per E Børdahl	
• Fridtjof Jerve	
• Thomas Åbyholm	
• Mette Moen	40

GYNEKOLOGEN



TIDSSKRIFT FOR NORSK GYNEKOLOGISK FORENING

NR. 4

DESEMBER 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, Nygårdsgr.5,
5015 Bergen, Tlf (05) 31 95 57, priv: 16 34 76
- Styremedlem: Overlege dr.med. Thomas Abyholm, KK, Rikshosp.,
0027 Oslo 1, Tlf (02) 86 70 10, priv: 50 00 33

SPECIALITETSKOMITEEN 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 Bærum sh
Tlf (02) 889400, priv: (02) 889467
- Overlege Rita Kollvik, Gyn/Obst avd, Haugesund sh,
5500 Haugesund, tlf (04) 728000, priv: (04) 722138
- Overlege dr.med. Per E Børdahl, KK, Rikshospitalet,

SK FORENING

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

y Nøstdahl, Nordland S.sh.,
0 040, priv: 82 229

Bærum Sykehus,
02) 88 94 00, priv: 53 21 63

Nyland, Nygårdsomt.5,
31 95 57, priv: 16 34 76

s Abyholm, KK, Rikshosp.,
86 70 10, priv: 50 00 33

yn/Obst avd, Ssh i Akersh.
02) 702200, priv: (06) 971553
Gyn/Obst avd, 1316 Bærum sh
(02) 889467

Gyn/Obst avd, Haugesund sh,
4) 728000, priv: (04) 722138
Børdahl, KK, Rikshospitalet,

Per E Børdahl

FRA REDAKSJONEN

Dette nummeret er preget av det vellykkete årsmøtet i Kristiansand. Foruten årsrapporten og regnskapet gjengir vi Molnes henvendelse til Sosialdepartementet om prematur/neonatal avdelingene, som vi ble gjort kjent med i Kristiansand. Det er en prinsipielt meget viktig sak, der det er avgjørende at vi som fødselshjelpere helhjertet støtter barnelegenes ønske om opprusting av nyfødttmedisinen. En oppjustering av neonatalavdelingene til intensivavdelinger er et viktig skritt på veien mot bedret perinatal omsorg i Norge. Det kan undre en at Sosialdepartementet, om ikke annet så ut fra et cost-benefit synspunkt, ikke også går inn for forslaget. At neonatalavdelingene til slutt vil bli betraktet som intensivavdelinger kan det vel ikke være tvil om. Det gjelder at tiden før beslutningen fattes, ikke blir for lang.

Med den nye stillingsstrukturavtalen er det skjedd avgjørende endringer ikke bare i lege-sammensetningen på våre sykehus, men også i utdannelsen av de som ønsker bli spesialister. I høst ble det arrangert et møte på Soria Moria, der Lægeforeningens vert. Spesialitetskomiteen i Fødselshjelp og kvinnesykdommer og avdelingsoverlegene på de avdelinger som har utdanningskandidater diskuterte i flere timer hvordan utdanningen kan bli god nok. I neste nummer av Gynekologen bringes Spesialitetskomiteens årsrapport og referat fra hovedpunktene i Soria Moria-møtet.

På årsmøtet redegjorde Hellem for de nye tilsetningsreglene. Han la frem de nye innstillingsreglene, som på viktige punkter avviker fra de gamle. Disse er gjengitt i Lægeforeningens Tidsskriftnr 16, 1990. En kan bl.a. merke seg at avdelingsoverleger ansatt pr 1.5.90 har som før 3 års tilsetningsperioder med ubegrenset rett til fornyelse. For fremtiden skal imidlertid avdelingsover- legestillingene avverteres enten som fast ansettelse eller tidsbegrenset til 5 år (åremål). Tilleggsvilkår skal avtales lokalt ved åremålstilsettinger. Stillingene skal fremdeles ved ledighet avverteres internt blant avdelingens overleger. Det skal ikke innhentes innstilling fra Helsedirektøren, men arbeidsgiverens vurdering av lederkompetanse blir avgjørende.

Det er nu innført bestemmelser om vaktromsstandard også for overordnede leger. Overleger som har fylt 60 år kan fritas helt eller delvis for vakt fra vaktrom (klasse A) og forvakt hjemme eller hjemmevakt uten minst assistentlege i forvakt (klasse B). I motsetning til tidligere behøver altså ikke fritaket være 100%, men kan være en sjeldnere vakt. Uten å gå i detalje om vaktgodtgjørelsen bør det nevnes at tillegget for ekstravakter er øket fra 75% til 100% og avspassing som alternativ til økonomisk godtgjøring er øket tilsvarende.

Også til dette nummer har vi hatt så mye stoff at noe har måttet stå over til no 1/91. Det var et annet problem enn det vi forutså da vi startet. Skal vi ha flere numre? Feks 1-2 "meldingsnumre"- eller skal vi legge oss på 4 numre a 40 sider? Vi hører gjerne fra leserne.

ET GODT NYTT ÅR - OG TAKK FOR ALLE BIDRAG I ÅRET SOM GIKK !!

Fridtjof Jerve

FRA STYRET

Årsmøtet i Kristiansand er gått over i historien, og jeg håper vi kan huske det som et godt møte. De lokale arrangører med Fjærestad i spissen har gjort et formidabelt forarbeid, og da værgudene også var på vår side måtte det bli vellykket. Styret i NGF vil takke alle i Kristiansand for god innsats.

På årsmøtet ble ultralydrapporten presentert. Den vil i første omgang bli gjennomdrøftet i styret, og styret har også fått tilsendt forslag som er utarbeidet i Trondheim angående jordmorutdannelse i ultralyd. Disse to forslag må jo sees i sammenheng.

Turbulensen omkring Nordisk forening og Acta har nå lagt seg, og det ser ut som om arbeidet i NFOG er i god gjenge. Det er utvalg i gang med utdannelsesprogram og forskningsprogram og arbeid for å få verdenskongressen 1997 til København pågår for fullt. NGF har i likhet med de andre nordiske foreninger bevilget penger til dette arbeidet.

Som kjent skal neste årsmøte holdes i Fredrikstad i september. De siste årene har det vært gledelig pågang av tilmeldte foredrag, men vi må ved senere årsmøter bli noe strengere med seleksjonen slik at tidsrammene kan holdes bedre. Alternativer som doble sesjoner har ikke vært positivt mottatt, men større bruk av postere kan bli aktuelt. Gode forslag til hovedtemaer kan sendes formannen.

Fra Island er det kommet en anmodning om at man ikke planlegger kurs eller møter som kan kollidere med nordisk kongress der i juni 1992.

Styret vil ønske medlemmene en god jul 1990.

PS. Når det gjelder FIGO-kongressen i 1991 er Final Announcement ikke kommet enda. Deadline for publikasjoner er 28.2.1991, og da manuskripter etter reglene skal innsendes via NGF vil deadline for innsending til NGF være 15.2. Endel abtstract formulas kan fåes ved henvendelse til formannen da slike blir oversendt fra Singapore med det første.

STYRET

i historien, og jeg håper vi
kale arrangører med Fjære-
lt forarbeid, og da værgud-
i vellykket. Styret i NGF
innsats.

n presentert. Den vil i
yret, og styret har også
et i Trondheim angående
o forslag må jo sees i

ning og Acta har nå lagt
NFOG er i god gjenge. Det er
og forskningsprogram og
7 til København pågår for
nordiske foreninger bevilget

des i Fredrikstad i septemb-
lig pågang av tilmeldte
er bli noe strengere med
oldes bedre. Alternativer
tivist mottatt, men større
forslag til hovedtemaer kan

ndning om at man ikke
ollidere med nordisk

od jul 1990.

1991 er Final Announcement
asjoner er 28.2.1991, og da
ndes via NGF vil deadline
el abtstract formulas kan
slike blir oversendt fra

Unni Kirste

REFERAT FRA GENERALFORSAMLINGEN KRISTIANSAND 8.9.1990

Formannen Fridtjof Jerve åpnet møtet med
å minnes våre avdøde kollegaer W.Stang,
G.Seland og J.Haffner med ett minutts
stillhet.

Sak 1. Årsrapporten

Denne er trykket i Gynekologen no 3/90.
Øverst på s 3 skal det stå "EDB-utvalget"
og ikke "Ultralydutvalget".

Jerve opplyste at dead-line for innsending
av abstracts til FIGO-kongressen er 1.2.91.
Molne, som er NGFs representant i den komi-
te som søker om å få FIGO-kongressen til
København, opplyser at han vil foreslå som
postkongress-opplegg to cruisepakker i
Norge: Vestlandet og Svalbard.

Bergsjø kommenterte at da etterspørselen
etter sakkyndige stadig øker, er det neppe
realistisk med 2 til hver sak. Han etter-
lyser kriterier for slike uttalelser. Den
gamle Nordisk Gyn Forening er ikke oppløst,
men har vedtatt nye lover. Formuen er ikke
fordelt, men overført.

Acta ønsker seg
kollektivt abonne-
ment for de nasjo-
nale foreningene.

Forsamlingen ønsket
dette for NGF. Det

var håpet fra Nord-
isk Forenings side
at de ulike nasjo-
nale foreninger

ville støtte søknaden

om verdenskongress økonomisk. Vårt evt bidrag berettiger oss til
del av et potensielt overskudd.

Narve Moe og flere er enige i styrets uttalelse om D-stil-
lingene, men ønsker at vikariater i slike stillinger skal telle i
utdannelsen ettersom stillingskabalen på de større avdelinger er
komplisert. T.Riise m.fl. ønsker beredskapen på norske fødeavdel-
inger utredet og debattert på neste generalforsamling, bl.a.
vaktordninger.

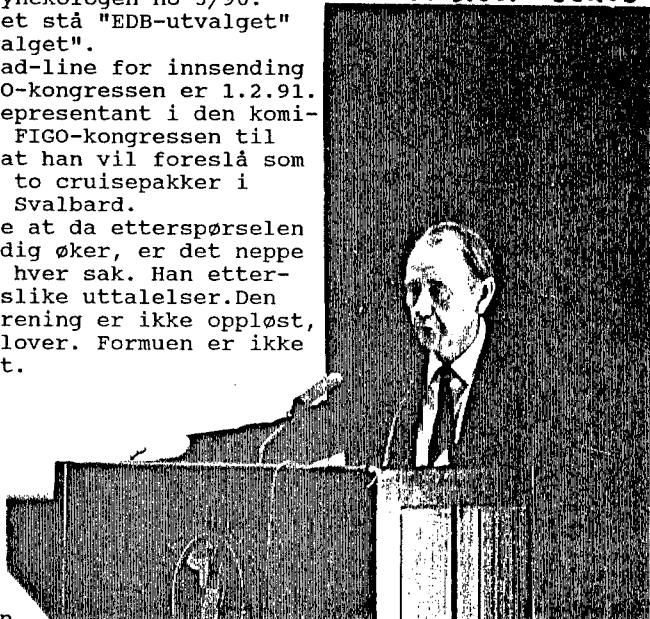
Fra Klausen o.fl. ble styret bedt om å ta opp problemet med C-
stillinger som er vanskelig å besette.

Sak 2. Regnskapet

Brit Nyland fremla et regnskap som ble godkjent uten innsigel-
ser. Det ble vedtatt å heve kontigenten til kr 250.-/år. Konti-
gentkrav vil bli sendt ut hvert år sammen med abonnementskrav til
ACTA Sv.kr. 300.- og kontigent til Nordisk Gyn. Forening Sv.kr.
50.- Vi er nå 362 medlemmer, hvorav 50 er over 65 år og fritatt
for kontigent til NGF, men ikke til Nordisk Forening og ikke for
abonnement på Acta.

35 medlemmer skylder kontigent. Etter 3 år uten betaling strykes
man av medlemslisten.

FRIDTJOF JERVE



Det ble bevilget kr 25 000.- til FIGO-søknaden.



GJELLAND
MOLNAR

BORSTAD
IVERSEN

SANDE
KLAUSEN

Sak 3. Spesialitetskomiteen

Arne Urnes fremla årsrapporten, som vil bli trykket i Gynekologien.

Per Børdahl orienterte om arbeidet med de obligatoriske kurs. Det er utarbeidet en rulleringsplan for disse i samarbeide med Universitetsavdelingene. En rekke kurs er godkjent som tellende til spesialitetsutdannelsen uten å være obligatoriske. Komiteen ønsker å stimulere kursvirksomhet for ferdige spesialister.

Molne orienterte om at det fra nordisk side ønskes arrangert etterutdanningskurs med fellesnordisk deltagelse.

Unni Kirste orienterte om arbeidet med utdanningsrapporter. Dette går noe tregt. Flere avdelinger synes å ha problemer med å følge de regler som er vedtatt. Det vil senere i høst bli arrangert en konferanse i regi av Lægeforeningen med deltagelse av Spesialitetskomiteen, avdelingsoverlegene ved utdanningsavdelingene og noen



UNNI KIRSTE

GO-søknaden.



SANDE KLAUSEN

vil bli trykket i Gyneko-

med de obligatoriske kurs.
for disse i samarbeide med
s er godkjent som tellende
re obligatoriske. Komiteen
ferdige spesialister.
isk side ønskes arrangert



UNNI KIRSTE

utdanningskandidater med sikte på å dele erfaringer om hvordan den praktiske utdannelse skal organiseres.

Molne ber om at kapasitetsproblemer gjøres kjent for arbeidsgiver.

Sak 4. Helsedirektørens rådgivende utvalg

Hellem redegjorde for arbeidet. Antall utlyste stillinger har ikke endret seg, men arbeidet med dem øker. Dette gjelder særlig de underordnede stillingene, ettersom det er mange søkere og kompliserte regler mht fortrinnsrett. Over halvparten av søkerne til de underordnede stillinger er kvinner. Det er færre klager enn det var ifjor, antagelig pga større kunnskaper om reglene hos søkerne.

De nye innstillingsreglene ble referert. Det henvises til Tidsskriftet, der de er trykket. Etter kontakt med Lægeforeningen er det enighet om å la de nye reglene få tilbakevirkende kraft, dvs man innstiller allerede etter de nye reglene. Det er nå kommet nye opplysninger i saken: Det skal allikevel innstilles etter de nye reglene inntil 1.10.

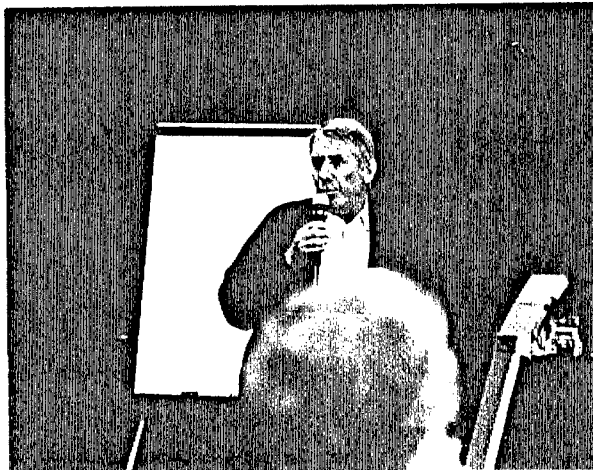
Sak 5. Norsk Pasientskadeerstatning

Arne Christensen meddelte at både antall saker rapportert og behandlet er fordoblet. Det er ikke utbetalt erstatning etter "tort og svie"-bestemmelsene som forutsetter grov uaktsomhet. Det innskjerpes igjen at det er mangelfull dokumentasjon i mange journaler. Forefinnes det ikke journalnotater ved lege, vil sykepleierrapportene bli lagt til grunn for vurderingene.

Det er stadig problemer med hva som aksepteres som god medisin.

Det ble under dette punkt også tatt opp informasjonsplikt- og rutiner. Styret i NGF har vært i kontakt med Norsk Pasientforening som bemerker at mange av de sakene de får til behandling, gjelder manglende informasjon.

Debatten om disse sakene dreide seg om:
- Hvorledes ordbruk kan/bør være. Sande mener vi bør være direkte og sterke, mange mener vi bør holde oss unna juridiske termer som grov uaktsomhet, hvert fall i omtale av andre.



ARNE CHRISTENSEN

- Hva er god medisin, hvem bestemmer det, tør vi sette igang et utredningsarbeid med tanke på å oppnå veiledende retningslinjer for utredning og behandling? USA, Sverige og andre har klart det. Region IV er igang med noe lignende.

- Hvordan og av hvem skal informasjon til våre pasienter gies? I Sverige har pasienten krav på fast kontaktlege, og denne skal ikke være en uerfaren kandidat, men feks operatøren der det er

aktuelt. Antagelig vil både skriftelig og muntlig informasjon være nødvendig.

Sak 6. Ultralydutvalget

Hans Andreas Sande redegjorde for utvalgets sammensetning og mandat. Rapporten er sendt alle medlemmer. Sammendraget har han selv ført i pennen, resten er utvalgets enstemmige uttalelse. Det ble fremført endel kritiske synspunkter, bl.a. at det er dårlig presisert hva de ulike nivåer egentlig står for, at forslaget til hva som skal kunne kreves av erfaring/kompetanse er for ambisiøst, at gynekologisk ultralyd er for dårlig dekket og at informasjonsforhold er for dårlig dekket.

NGFs styre har merket seg kommentarene og vil senere behandle rapporten.



HANS ANDREAS SANDE

Sak 7. Anestesisaken

Willy Nøstdahl refererte denne saken som dreier seg om en fellesuttalelse fra de norske foreninger for kirurgi, anestesi og gynekologi om at det bare er anestesiloger som er kompetente til å gi anestesi. Det er kommet svar fra Helsedirektoratet som er positivt og ønsker et fellesmøte der også DRULS er representert. Det vil jo dreie seg om betydelige ressurser, bl.a. mht spesialister.

Sak 8. Poliklinikkakstene

Nøstdahl orienterte også om dette punktet. Den varslede revisjon er utsatt til januar 1991. Man ønsker å bruke takstene som et styringsmiddel, og de vil endres bl.a. som følge av det. Har noen forslag til nye takster, skal de sendes Nøstdahl, som vil samordne dem. Det er forøvrig lov å bruke takster på tvers av spesialistreglene.

Sak 9. EDB-utvalget

Etter ønske fra Lægeforeningen har NGF nedsatt et EDB-utvalg bestående av Tor Løvseth (formann), Per Børdahl og Roar Sandvei. Utvalget har som arbeidsoppgave å gjennomgå det eksisterende kodeverk og lage en ny liste basert på ICD 9, men forenklet slik at feilprosenten ved koding kan reduseres. Børdahl har laget et forslag for obstetikk, Løvseth for gynekologi. Forslagene skal utprøves i praksis.

Sak 10. Ene-gynekologer ved sykehus

Peer Høvik orienterte. Han henviste til Gynekologen 1/90, der saken er omtalt. Han har nå fått svar på sine spørsmål fra lle syv enegynekologer. Det er gjennomgående generell beredskap som gir dårlig beredskap og dårlig uttelling for gynekologen. Gan ber om forslag til andre ordninger som bes fremmet skriftelig til styret i NGF.

g og muntlig informasjon

algets sammensetning og
mmer. Sammendraget har han



HANS ANDREAS SANDE

ynekologi om at det bare er
å gi anestesi. Det er kommet

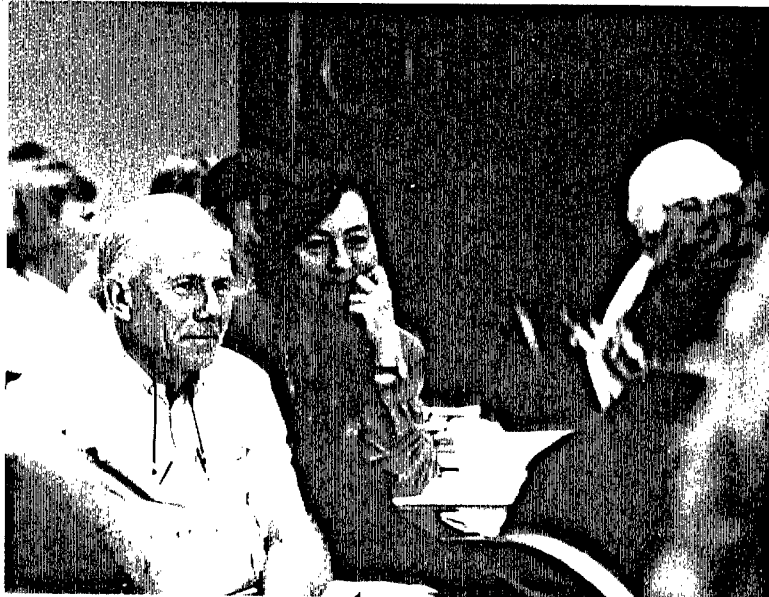
er også DRULS er represen-
tative ressurser, bl.a. mht

ktet. Den varslete revisjon
å bruke takstene som et
. som følge av det. Har noen
es Nøstdahl, som vil
ruke takster på tvers av

F nedsatt et EDB-utvalg
er Børdahl og Roar Sandvei.
nnomgå det eksisterende
å ICD 9, men forenklet slik
eres. Børdahl har laget et
ynekologi. Forslagene skal

il Gynekologen 1/90, der
på sine spørsmål fra lle
nde generell beredskap som
ing for gynekologen. Gan ber
s fremmet skriftelig til

Sak 11. Intensiv status for neonatalavdelinger
Molne ber om støtte til en uttalelse som støtter ovennevnte.
Forsamlingen var enig uten videre kommentarer. Styret har
tilskrevet Sosialdepartementet vedrørende saken.
3 bilder



**NETTE MOEN
KÅRE MOLNE**



BRIT NYLAND

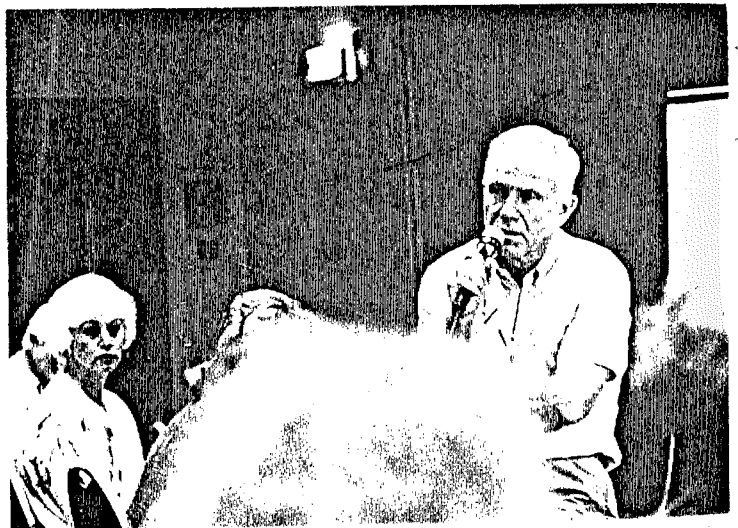


**PER BERGSJØ
ARNE CHRISTENSEN**

**HENVENDELSE FRA PROFESSOR MOLNE TIL SOSIALDEPARTEMENTET VEDRØR-
ENDE PREMATUR/NEONATAL AVDELINGENE:**

PREMATUR/NEONATALAVDELINGER MED STATUS SOM INTENSIVAVDELINGER

Norsk Gynekologisk Forening er under sitt årsmøte i Kristiansand 06.-09.09.90 blitt gjort kjent med at fremtredende norske pediaterer har rettet en henvendelse til Sosialdepartementet for å få oppjustert neonatalavdelingene til intensivavdelinger med det personell, area-ler og apparatur som er nødvendig for en slik status. Etter det vi for-står, har sosial-departementet ikke kunnet gå med på dette.



SISSEL LICHTENBERG

KÅRE MOLNE

Norske gynekologer vil be om at denne beslutning revurderes. Premature og nyfødte, små barn er minst like avhengige som voksne av intensiv og moderne medisinsk overvåking, nyfødtdisiplinen har de siste år gjort betydelige fremskritt når det gjelder å få nyfødte til å overleve uten skader.

Inntil det siste har perinatalomsorgen i Norge ligget klart etter våre naboland.

Som gynekologer opplever vi nesten daglig de problemer som pediatrik personell har når det gjelder å ta imot premature og syke nyfødte fra våre egne avdelinger.

Mange steder i Norge mangler barneavdelingene nødvendig areal, stillingshjæmler og apparatur.

Det har vist seg at når etablering i så måte kan skje etter moderne prinsipper, går den neonatale morbiditet og mortalitet ned.

Norsk Gynekologisk Forening vil derfor med dette rette en henstilling til Sosialdepartementet om så snart råd er sørge for at våre neonatal/prematur-avdelinger oppjusteres til en status som tilsvarer de vanlige intensivavdelinger i vårt land.

SOSIALDEPARTEMENTET VEDRØR-

IS SOM INTENSIVAVDELINGER



KÅRE MØLNE

beslutning revurderes.
st like avhengige som voksne
våking, nyfødttmedisinen har
tt når det gjelder å få

n i Norge ligget klart etter

glig de problemer som
der å ta imot premature og

elingene nødvendig areal,

så måte kan skje etter
morbiditet og mortalitet

r med dette rette en
m så snart råd er sørge for
oppjusteres til en status
linger i vårt land.

Britt Nyland

REGNSKAP N G F 15.8.89 - 24.8.90

<u>INNTEKTER</u>		
Medlemskontigenter (derav 14 nye)		kr 23 100.-
Renter 1989 DNC	14 414.01	
Postgiro	802.64	kr 15 216.65
Årsmøteinntekter		
1989	252 056.-	
1990 (Bayer)	10 000.-	kr 262 056.-
SUM INNTEKTER		KR 300 372.65

<u>UTGIFTER</u>		
Styremøter NGF (7 møter)		kr 58 037.-
Ultralydutvalget (2 møter)		kr 15 499.-
Urologiutvalget (2 møter)		kr 2 748.-
Nordisk Gyn Råd (2 møter)		kr 6 152.01
FIGO 1989 + 1990		kr 9 550.22
Årsmøteutgifter 1989		kr 263 501.50
Porto, rekvisita, diverse		kr 1 535.33
SUM UTGIFTER		KR 357 023.06
RESULTAT 15.8.1989-24.8.1990		- kr 56 650.41

KONTOOVERSIKT NGF 1989/90

<u>Pr 15. august 1989</u>		
DNC		kr 180 147.47
Postgiro		kr 25 023.31
Totalt innskudd		KR 205 170.78
<u>Pr 24. august 1990</u>		
DNB		kr 127 127.64
Postgiro		kr 21 392.73
Totalt innskudd		kr 148 520.37
- Resultat 1989/90		kr 56 650.41

Bergen 1.09.90
Brit Nyland, kasserer
(sign)

Revidert og funnet i orden
Jessheim 2.9.90
Arne Urnes (sign)

Britt Nyland

RAPPORT FRA TAKSTUTVALGET

DNLF ba i 1988 alle spesialforeninger opprette takstutvalg som skulle arbeide for takstene i privat legevirksomhet. Takstutvalgene presenterer hvert år i mars begrunnede ønsker om takstendringer. De forskjellige spesialforeningers takstønsker blir samordnet i PSL's rådgivende utvalg, som består av representanter for de forskjellige spesialiteter. (PSL = Praktiserende spesialisters landsforening.) PSL forhandler så direkte om takstene overfor vår motpart i løpet av våren, slik at de nye takstene blir gjort gjeldende fra 1. juli hvert år.

NGF's takstutvalg har bestått av Tor Løvset, som har arbeidet mye med takstene i den tid han satt i NGF's styre, dessuten Kristina Johannessen, som er styremedlem i PSL og automatisk medlem i PSL's rådgivende utvalg, samt undertegnede som formann.

PSL får vanligvis en "pott" som tillater en generell takstøkning på 3-5%. Innenfor "potten" må vi også finne midler til betydelig heving av enkelte takster som er sterkt underbetalte. Det lønner seg derfor å argumentere godt for noen få takster i hver forhandlingsomgang. I fjor fikk vi en betydelig heving av taksten for cryokirurgi, som tidligere knapt dekket utgiftene til gass.

I år gikk vi inn for heving av takstene for ultralydundersøkelser, cervical abrasio + biopsier, endometriecytologi og infertilitetsutredning. Vi fikk fullt gjennomslag for alle våre ønsker; de nye takstene ble til og med høyere enn våre krav.

Vi hadde også gått inn for endring av ordlyden i takstene, slik at takst 211a skulle lyde "Gynekologisk ultralyd-u.s." og 211b "Ultralydscreening av gravide eller vaginal ultralydundersøkelse". Vi ønsket også at taksten for endometriecytologi skulle forbeholdes spesialist, og at taksten for infertilitetsutredning også skulle omfatte endokrinologisk utredning. Disse ønskene ble imidlertid ikke oppfylt.

PSL går nå igang med å utarbeide en veiledning til takstheftet for å sikre mest mulig ensartet bruk av takstene.

Et annet generelt takstutvalg har foreslått å fjerne de fleste tilleggstakstene for blod- og urinprøver og heller øke selve konsultasjonstakstene, for å unngå unødig prøvetaking. Dette prinsippet er gjort delvis gjeldende i årets takstoppgjør, idet konsultasjonstaksten er økt til kr. 100, hvorav kr. 20 i refusjon fra trygdekassen. Vi har også fått en tilleggstakst (3b) på kr. 70 pr. påbegynt kvarter ved konsultasjoner utover 20 min. varighet. Den kan imidlertid ikke brukes ved henviste pasienter. Takstene for HB, SR og urin mikro er fjernet; de inngår i konsultasjonstaksten.

TVALGET

opprette takstutvalg som
legevirksomhet.
mars begrunnede ønsker
esialforeningers
dgivende utvalg, som
jellige spesialiteter.
ndsforening.)
overfor vår motpart i
ne blir gjort gjeldende

Løvset, som har arbeidet
NGF's styre, dessuten
lem i PSL og automatisk
t undertegnede som

ter en generell
" må vi også finne midler
er som er sterkt
argumentere godt for
gang. I fjor fikk vi en
irurgi, som tidligere

ne for
lo + biopsier,
redning. Vi fikk fullt
nye takstene ble til og

ordlyden i takstene,
ologisk ultralyd-u.s."
eller vaginal
at taksten for
spesialist, og at
så skulle omfatte
ene ble imidlertid ikke

ledning til takstheftet
av takstene.

eslått å fjerne de fleste
ver og heller øke selve
ødig prøvetaking. Dette
i årets takstoppgjør,
kr. 100, hvorav kr. 20
også fått en tilleggstakst
ed konsultasjoner utover
ikke brukes ved henviste
i mikro er fjernet; de

DE VIKTIGSTE NYE TAKSTENE (GAMLE TAKSTER I PARENTES):

3b Langvarig konsult.	kr. 70,-	(ny)
211a Ultralyd-u.s. av enkeltorgan	" 107,-	(87)
211b Gen. u.s. m/fotoreg. og ark.	" 165,-	(145)
212a Cerv. abrasio m/portiobiopsi	" 103,-	(38)
213 Indiv. prevensjonsveiledning	" 82,-	(63)
214a Innsetting/skifte av spiral	" 62,-	(43)
214b " " " pessar	" 62,-	(ny)
214d Endometriecytologi (tidl. 214c)	" 103,-	(71)
218 Infertilitetsutredning v/spes.	" 103,-	(75)

Man har også fått godkjent takst for utskrift/kopiering av pasientjournal (takst 5 = kr. 50,-), som ikke refunderes av trygden. (Pas. må selv betale denne.)

For fullstendige takster henvises til "Normaltariff for Den norske lægeforening" gjeldende fra 1. juli 1990. Her fremgår også de nye satsene for driftstilskudd for leger med avtale med fylkeskommunene:

Klasse	Beløp pr. år fra 1.07.90
1	214.900
2	302.700
3	390.200

Bergen 1. september 1990

Brit Nyland

Brit Nyland
Formann NGF's takstutvalg

*Avdelingsoverlege Arne Christensen
Gyn Obst Avd
Telemark Sentralsjukehus*

KVINNEKLINIKKEN, TELEMARKE SENTRALSJUKEHUS

Kvinneklubben ved Telemark Sentralsjukehus (TSS) ligger i Porsgrunn. Sentralsjukehusets avdelinger i Porsgrunn utgjør foruten kvinneklubben en barneavdeling med neonatalseksjon, anesthesiavdeling, kirurgisk avdeling med spesialfunksjoner i urologi og endokrin kirurgi, indremedisinsk avdeling med spesialområdene endokrine lidelser, blodlidelser og cytostatikabehandling samt en røntgenavdeling. En vesentlig del av TSSs sentrallaboratoriefunksjoner ligger i Porsgrunn og de fleste prøver som er aktuelle for en kvinneklubben, inklusive hormonanalyser, gjøres der.

Kvinneklubben har et opptaksområde på 163 000 hva gynekologiske lidelser angår. Ca 85% av fødslene i Telemark fylke foregår ved sentralsjukehuset i Porsgrunn.

Avdelingen har følgende bemanning (juni 1990):

I tredelt bakvakt:

Avd. overlege Arne Christensen, Overlege Einar Aksnes

Overlege Knut Heldaas

Følgende leger går i femdelt forvakt:

Overlegene Per Svindland og Truls Servold

Ass. legene Thyra Giæver (spesialist), Halvor Henriksen (spesialist)

og Siren Skogstrand

Kvinneklubben i Porsgrunn hadde i 1989 1670 fødsler. Dessuten ble det foretatt 185 forløsninger ved Notodden og 76 ved Rjukan sykehus. 45 av fylkets fødsler foregikk ved Aust-Agder Sentralsykehus i Arendal. Det er særlig de sydlige deler av fylket som naturlig nok sogner til Aust-Agder rent geografisk.

Selve fødeavdelingen har 4 forløsningssenger, 4 ventesenger og 25 barselsenger. Gynekologisk avdeling har 27 senger. Avdelingen er trang og umoderne og krever en lav gjennomsnittlig liggetid. Den gjennomsnittlige liggetid ved fødeavdelingen var i 89 5.1 døgn, ved gyn. avd. 3.0 døgn. Det ble i 1989 utført ialt 2300 inngrep, inklusive ca 400 polikliniske inngrep som dagkirurgi. Avdelingen er godt utstyrt med 3 ultralydapparater, CTG. apparatur på hvert føderom. Ved gynekologisk poliklinikk utføres ca 5100 konsultasjoner årlig, inklusive rutinemessig 17-ukers

TELEMARK SENTRALSJUKEHUS

Sjukehus (TSS) ligger i Porsgrunn utgjør en avdeling med neonatalseksjon, med spesialfunksjoner i medisinsk avdeling med spesialiseringsavdelinger og cytostatikabehandling. Den viktigste delen av TSSs sentralsjukehus er de fleste prøver som inkluderer hormonanalyser,

område på 163 000 hva gynekologiske tilfeller i Telemark fylke (1990):

lege Einar Aksnes

er vold, Halvor Henriksen (spesialist)

1989 1670 fødsler. Dessuten 100 i Notodden og 76 ved Rjukan. Sjukehuset ligger ved Aust-Agder Sentralsjukehus i sørlige deler av fylket som er geografisk.

omsorgssenger, 4 ventesenger. Avdelingen har 27 senger. Avdelingen har lav gjennomsnittlig dødelighet ved fødeavdelingen var i 1989 utført ialt 100 kirurgiske inngrep som dagkirurgi. Ultralydapparater, CTG.apparater. Poliklinikk utføres ca 100 rutinemessig 17-ukers

kontroll av gravide. Denne kontrollen foretas av legene. Kvinneklinnikkens poliklinikk tar kun imot pasienter henvist fra primærlege.

Arbeidsdagen er strukturert slik at samtlige leger utfører stort sett alt arbeid som forefaller ved kvinneklinikken etter oppsatt turnusordning.

Avdelingen har nylig fått laserutstyr, som er under innkjøring. Kvinneklinikken har to operasjonsstuer til egen disposisjon og arbeidet går greit unna.

Avdelingen har et meget godt samarbeid med barneavdelingen og spesielt dennes neonatalseksjon. Det er barnelege som tilstedevakt på huset 24 timer pr døgn.

Dagen begynner med møte på røntgenavdelingen. Deretter fra kl 0800 til 0830 er det morgenmøte. De forskjellige leger fordeles så til de forskjellige gjøremål etter fast oppsatt skjema. Kl 1430 gjennomgås og diskuteres dagens nye pasienter. Orienteringsmøter og legemiddelkonsultasjonsmøter foregår som oftest på tirsdager kl 1500.

Kvinneklinikken har et nært og godt samarbeid med genetisk laboratorium ved Yrkesmedisinsk avdeling, som også ligger i Porsgrunn. Et stort arbeide om miljø og graviditet er nettopp avsluttet.

Vi arbeider i et kollegialt godt miljø. Imidlertid er det truende skyer over avdelingens funksjon for fremtiden, idet våre politikere planlegger å flytte samtlige spesialavdelinger fra Porsgrunn, men med unntak av kvinneklinikken og barneavdelingen. På denne måte vil vi lett kunne bli faglig isolert. På tross av iherdige protester får vi imidlertid ikke gehør hos politikerne. Vi har derfor funnet det nødvendig å forelegge saken for Helse- direktøren. Forøvrig er Grenlandsregionen et godt sted å bo. Det er vel neppe noen som plages av de påståtte store forureninger. Vi har 45 minutter til høyfjellet og 30 minutter til hav og sjø.

Telemark Sentralsjukehus har de siste to år fått innført sentralt dataanlegg. Det er et stormaskinanlegg fra Norsk Data som stort sett virker kun som et rent økonomisk administrativt verktøy, når det virker.

På papiret har vi innført avdelingsbudsjetter, men avdelingenes innvirkning på selve budsjettet er minimal.

Men, på tross av disse betenkeligheter, vi trives.



VETERANER I NORSK GYNEKOLOGI

Fridtjof Jerve:

OVERLEGE EGIL RØNNEBERG
Overlege Egil Rønneberg er den tredje av de eldre kollegaer vi møter i medlemsbladet. Etter oppnådd pensjonsalder i 1982 flyttet Rønneberg tilbake til Oslo fra Bodø, og han og fru Matilde bor nå like ved Majorstuen. Rønneberg ble utannet lege ved Oslo Universitet i 1942.

Du søkte deg nordover som nyutdannet lege ?

Ja, jeg tjenestegjorde både i distrikt og på sykehus nordpå. Det var nok ganske anderledes forhold den gangen, og jeg husker spesielt de meget kummerlige forhold ved gamle Harstad sykehus. Sykehusene var blandet og alt som nå er gynekologi og obstetikk hørte naturlig hjemme på kirurgiske avdelinger. Endel av de gamle kirurger hadde obstetrisk tjeneste bak seg, og flere av dem var ganske interesserte i fødselshjelp.

Du har mye kirurgisk tjeneste bak deg ?

Jeg arbeidet ved kirurgisk avdeling i Harstad, Sandnessjøen, Gjøvik, Diakonhjemmet og på Røde Kors klinikk i Oslo. På siste sted tjenestegjorde en del av de virkelige seniors, blant annet dr Horn, velkjent Oslo-gynekolog som opererte til langt ut i 70-årene. Synet sviktet ofte for disse gamle, så de hadde god bruk for assistenter.

Ble du spesialist i kirurgi ?

Jeg søkte spesialistgodkjenning, men det viste seg at den kirurgiske tjenesten jeg hadde fra Gjøvik sykehus ikke ga meritt, slik som jeg hadde blitt lovet på forhånd. Søknaden om spesialitet ble ikke godkjent på grunn av dette, og det var jo litt ergerlig.

Men så kom du etter hvert over i gynekologien ?

Ja, det startet på Radiumhospitalet i 1950. Jeg var der et halvt års tid mens Schjøtt-Rivers var sjef der. Så var jeg på Kvinne-klinikken på Haukeland i Bergen med Jørgen Løvset som sjef. Løvset var jo en betydelig fagmann og hadde en usedvanlig arbeidskapasitet. Han var også en dyktig operatør og han imponerte med sine oppfinnelser. Ikke alle oppfinnelser var vel like vellykket, men han var en fin sjef. Jeg var også et års tid hos Amundsen i Fredrikstad. Amundsen var full av historier, kunne til og med fortelle historier om Schjøtt-Rivers. Han døde forresten nylig, Amundsen, 87 år gammel.

Etterhvert havnet du igjen i Oslo ?

Aker sykehus hadde fått ny avdeling og ny sjef, Finn Bøe. Jeg arbeidet hos ham en tid før jeg begynte å se meg etter en fast stilling. Jeg lurte litt på E.C.Dahls stiftelse i Trondheim, men slo dette fra meg og reiste til Bodø i 1957. Der hadde den gamle kirurgioverlege fått bygget ent meget bra og vel differensiert

erve:

IL RØNNEBERG

il Rønneberg er den tredje av
llegaer vi møter i medlems-
oppnådd pensjonsalder i
Rønneberg tilbake til Oslo
han og fru Matilde bor nå
jorstuen. Rønneberg ble ut-
ved Oslo Universitet i 1942.

lege ?

kt og på sykehus nordpå. Det
n gangen, og jeg husker
ved gamle Harstad sykehus.
er gynekologi og obstetrik
avdelinger. Endel av de gamle
ak seg, og flere av dem var

y ?

i Harstad, Sandnessjøen,
s klinikk i Oslo. På siste
relige seniores, blant annet
opererte til langt ut i 70-
gamle, så de hadde god bruk

det viste seg at den
jøvik sykehus ikke ga meritt,
hånd. Søknaden om spesia-
lette, og det var jo litt

ekologien ?

1950. Jeg var der et halvt
der. Så var jeg på Kvinne-
ørgen Løvset som sjef.
hadde en usedvanlig
tig operatør og han impo-
e oppfinnelser var vel like
Jeg var også et års tid hos
full av historier, kunne til
Rivers. Han døde forresten

og ny sjef, Finn Bøe. Jeg
te å se meg om etter en fast
stiftelse i Trondheim, men
i 1957. Der hadde den gamle
bra og vel differensiert

sykehus, og jeg ble der som eneste gynekolog i 16 år.

Det ble vel en del å gjøre for en alenegynekolog i et så stort distrikt ?

Det ble en del vakter og nattearbeide, ingen tvil om det. Kirurgene kunne jo hjelpe til en del, men det var nokså avhengig av hvem av kirurgene som hadde vakt. Ikke alle var like interessert, og mange var ganske ferske når de startet på sykehuset. Som regel ble det nokså kontinuerlig vakt eller beredskap og i tillegg en hel del poliklinikk. Det kan nok ikke nektes at største del av døgnet ble tilbragt på sykehuset.

Det ble noe bedre etter hvert ?

Sykehuset fikk status som Fylkessykehus i 1972, og fra da av ble det en bedret arbeidssituasjon arbeidsmessig. Det kom først en assisterende overlege og etterhvert en økende stab av overordnede og underordnede leger, slik at Kvinneklinikken i dag har en stab på 9 leger. Jeg gikk imidlertid i vakter helt til jeg ble pensjonert.

Det har vært mye arbeid i Bodø, men ikke bare for meg. Hele personalet har arbeidet mye, og når jeg tenker tilbake på forholdene de første årene er det utrolig at vi kunne ha over 1000 fødsler årlig og mye gynekologi på ganske små arealer. Forholdet til kollegene var imidlertid godt hele tiden, og de fleste jordmødrene var også samarbeidsvillige. Det fantes jordmødre som gjerne ville ha det på sin egen måte, men stort sett gikk det bra.

Det forekom vel dramatiske episoder ?

Dramatikk var ikke til å unngå, hverken faglig eller på annen måte. Jeg glemmer aldr en kvinne som innkom død til avdelingen etter inversio uteri, men heller ikke et par inversjoner som ble vellykket behandlet.

Noe som jeg merket meg, var at det var uhyre sjelden problemer med illegale aborter, så sjelden at jeg vil mene at antall illegale aborter ikke kan ha vært så stort som det ble hevdet i abortdebatten på 70-tallet.

Den største dramatikken var kanskje ikke faglig, men kom i forbindelse med sykehusbrannen i 1968. Brannen ble først oppdaget ved at røk kom ut gjennom ventilasjonskanalene på barneavdelingen. Alle reagerte raskt, og mødre tok hvert sitt barn og kom seg i sikkerhet slik at ingen personer kom til skade. Driften av avdelingen ble derimot sterkt lidende. Fødslene foregikk i kjellerlokaler, og jeg ble nødt til å ta i bruk den gamle sykestuen i Sulitjelma som operasjonsstue for gynekologiske pasienter.

Det er jo blitt aktuelle problemer med fødselshjelpen i Nordland? Nordland er et geografisk og klimamessig vanskelig fylke. Jeg kan ikke tenke meg annet enn at kvinner også i fremtiden må kunne føde barn på de lokale sykehus, og det må lages en ordning slik at Fylkessykehuset kan organisere driften av de lokale fødeavdelingene. De lokale sykehus kan ikke bemannes med flere spesialister i flere fag.

Du synes vel at mye av det nye som er kommet til i faget, er nyttig og bra ?

Ja, det skal være visst. Tenk bare på koniseringene, som var

innlagt i 2 uker. Og laparoskopiene var et stort fremskritt, de eksplorative laparotomiene forsvant nesten helt. Ultralyd fikk vi allerede i 1973, men det var nokså grå bilder de første årene.

Det meste av din tid har gått med til arbeid ?
Det ble nok stort sett arbeid både tidlig og sent. Min største litterære innsats var nok på KK på Rikshospitalet da jeg rakk å lese alle tilgjengelige årganger av Magazin før Lægevidenskaben mens jeg hadde vakter. Alt arbeidet har nok ikke gjort meg spesielt lett å leve sammen med, men min kone Mathilde har holdt ut med meg i alle år, og dette har vært en avgjørende faktor i mitt liv og for mitt arbeid.

Dere har begge hatt god helse ?
Bank i bordet, vi har vært heldige. Riktignok hadde jeg osteosarkom i 1 ukes tid for noen år siden, men dette var heldigvis på grunn av et feiltolket frysesnitt. Det påførte meg en thoracotomi og noen ukers sykemelding, men den reviderte diagnosen til myositis ossificans er enklere å leve med, hva nå myositis ossificans enn kan være, så er det ikke farlig.

Medlemsbladet vil ønske Mathilde og Egil Rønneberg flere gode år sammen. Rønneberg ble i 1983 tildelt St. Olavs orden for sin innsats i Nordland, det er ikke så mange kollegaer som har den.

ABSTRACTS: NORSK GYNEKOLOGISK ÅRSMØTE, KRISTIANSAND 1990

Roar Sandvei, Kvinneklubben, Haukeland sykehus
og Steinar Thoresen, Det Norske Kreftregister

***** HYPPIGHETEN AV CIN III BLANT NORSKE KVINNER I PERIODENE 1978-82 OG 1983-87**

Kreftregisteret har vært i funksjon fra 1952. Hit registreres alle tilfeller av nyopptaget kreft. I tillegg registreres alle tilfeller av grov dysplasi og carcinoma in situ cervicis uteri (CIN III).

Hensikten med vår undersøkelse var å se på absolutte tall og rater per 100 000 kvinner av CIN III i de ulike helseregionene i vårt land i to tidsperioder, og vi har samlet data for periodene 1978-82 og 1983-87. Tallene representerer histologisk verifiserte tilfeller som er meldt til Kreftregisteret.

I hele landet var det meldt til Kreftregisteret 8240 og 8609 tilfeller av CIN III i de to respektive 5 årsperiodene.

Den aldersjusterte raten pr 100 000 kvinner var for hele landet henholdsvis 85,9 og 83,9 i de to periodene.

Konklusjon: Det var en signifikant økning i den aldersjusterte isidensen av CIN III fra første til siste periode av studien i Helseregion 3 ($p=0,001$) og i Helseregion 4 ($p=0,002$).

I Helseregion 3 var det signifikant økning i aldersgruppene 20-29, 30-39 og 40-49 fra første til andre periode. I Helseregion 4 var økningen signifikant i aldersgruppene 20-29, 30-39 og 60-69 år.

I Norge var det signifikant økning i antallet CIN III i aldersgruppene 20-29 og 30-39 fra første til annen periode.

var et stort fremskritt, de nesten helt. Ultralyd fikk vi på bilder de første årene.

arbeid ?
dlig og sent. Min største kshospitalet da jeg rakk å lagazin før Lægevidenskaben har nok ikke gjort meg min kone Mathilde har holdt ert en avgjørende faktor i

Riktignok hadde jeg osteo- n, men dette var heldigvis på et påførte meg en thoracotomi e viderte diagnosen til e med, hva nå myositis ke farlig.

Egil Rønneberg flere gode år St. Olavs orden for sin unge kollegaer som har den.

L. KRISTIANSAND 1990

and sykehus
register

RSKE KVINNER I PERIODENE

7

fra 1952. Hit registreres tillegg registreres alle oma in situ cervicis uteri

var å se på absolutte tall og i de ulike helseregionene i ur samlet data for periodene erer histologisk verifiserte teret.

Kreftregisteret 8240 og 8609 ve 5 årsperiodene.

000 kvinner var for hele to periodene.

ant økning i den alders- ste til siste periode av i Helseregion 4 (p=0,002).

ant økning i aldersgruppene andre periode. I Helseregion ruppene 20-29, 30-39 og 60-69

ng i antallet CIN III i ste til annen periode.

Berit Dahlstrøm og Karin Sofie Koss, Bærum sh

*** ANTIBIOTIKAPROFYLAKSE VED KEISERSNITT En retrospektiv gjennomgang av den materielle infeksjons- frekvensen ved keisersnitt på Bærum sykehus

Det er dokumentert økt maternell infeksjonsfrekvens ved keisersnitt under spesielle omstendigheter. Innføring av standardisert antibiotikaprofylakse diskuteres. Vi ønsket derfor å se på infeksjonsfrekvensen og infeksjonstyper ved keisersnitt ved Bærum sykehus, og også på hva som var gitt av antibiotika peroperativt etter operatørens skjønn.

Vi registrerte 321 keisersnitt fra 1988 og 1989. Keisersnittfrekvensen var 9,5% (325 av 3422 fødsler). Fire utgikk av materialet.

Elektivt keisersnitt ble utført hos 109 pasienter, katastrofesnitt hos 110, og (sub-)akutt keisersnitt hos 102.

Vi fant infeksjoner hos 12,1% (39). Ved elektivt keisersnitt utviklet 8 pasienter infeksjoner, mens 19 pasienter med katastrofesnitt fikk infeksjoner. Denne forskjellen er statistisk signifikant (p<0.05). I alt 2,8% (9) fikk sårinfeksjon eller abscess. Vi fant urinveisinfeksjon hos 6,0% (19), temperaturstigning hos 1,8% (6), mastitt eller bronkitt hos 0,9% (3), og endometritt hos 0,6% (2). Ingen fikk peritonitt eller sepsis. Ingen pasienter var livstruende syke eller fikk varig men.

Materialet ble analysert i forhold til antall vaginale eksplorasjoner, mormunnsåpning, descens av hodet, fødselens varighet, peroperativ blødning og varighet av vannavgang. Det var ingen økt infeksjonsfrekvens ved noen av disse parametrene bortsett fra ved langvarig vannavgang. Ved vannavgang>11 timer fant vi økt risiko for sårinfeksjon og abscess (p<0.05).

Peroperativ profylakse ble gitt til 37 pasienter (11,5%) med katastrofesnitt eller akutt keisersnitt, vilkårlig etter operatørens skjønn. Av disse fikk én pasient temperaturstigning og ultralydpåvist hematom i uterotomien, fem fikk urinveisinfeksjon og en fikk temperaturstigning etter tredje postoperative dag.

Vi kunne i vår undersøkelse ikke påvise verdi av antibiotikaprofylakse. Denne verdi er imidlertid overbevisende dokumentert i litteraturen. Peroperativ profylakse ble gitt vilkårlig til 11,5% av våre pasienter. Vi følte behov for å standardisere dette. Fra juni 1990 har vi derfor innført antibiotikaprofylakse ved langvarig vannavgang, og ved katastrofesnitt kombinert med enten stor peroperativ blødning eller spesielt ugunstige forhold, som adipositas eller utilfredsstillende peroperativ hygiene.

Vi gir ampicillin 2g x 3 i.v. første dogn, og pivampicillin 500 mg x 3 p.o. i de to påfølgende dogn.

Johanne Sundby, SIFF

***** NOEN MOMENTER I BEHANDLINGEN AV KRONISKE SMERTEPASIENTER I GYNEKOLOGIEN**

Anamnese er viktig: generell, smerte- sosial/relasjons- seksual-/reproduksjons- anamnese. Obs. mishandling /overgrep. Når begynte smerten? Hvorfor søkte du lege da? Hva hindrer smerten deg i å gjøre? Hvem reagerer på at du har vondt? Hvem kommuniserer du med om smerten? Hva ville du gjøre om du ikke hadde vondt?

Somatisk undersøkelse: GU, lab.prøver, forsiktig smerteprovokasjonsforsøk, egenregistrering i smertekalender, rygg/tarmus., evt. lap.skopi/cystoskopi. Sett opp program med pasienten og FØLG dette. Sett grenser.

SMERTEMODELLER: Smerte er en sensorisk respons på vevsskade eller trusel om dette. Opplevelsen av smerten påvirkes av: emosjoner, holdninger, hukommelse, forventning, kulturell/religiøs/sosial tilhørighet, grad av sensorisk signal.

SMERTEADFERD: verbale (prat, gråt, følelser), motoriske (for-siktige bevegelser, unnvikende adferd, spenning) og fysiologiske (arousal, svette, skjelving, hjertebank etc) aspekter .

SOMATISK

karakteristiske symptomer
eksakt ang. av tid og sted
klar ang. av karakter
verbalisering relatert til smertens konsekvenser.

PSYKOSOMATISK

ofte vage symptomer
ofte unnvikende adferd
attribuert til, ikke for-
årsaket av smerten
Emosjonell betydning.

AKUTT /RESIDIVERENDE AKUTT

salpingitt, spontanabort
ekstrauterin, torquering,
bartolinitt
dysmennore, PMS, dysuri,
dysparuni

KRONISK

myom, decens (tyngde)
endometriose, tumores
adheranser & cyster (?)
kronisk spenningstilstand
vaginisme

Kroniske smerter:

Lært smerteadferd! Positive forsterkere: oppmerksomhet, omsorg. Negative forsterkere: Unnvike anstrengelser. Disse opptrer i de sosiale relasjonene: parforhold, jobb, lege. Smerten blir ofte en del av identiteten: blir den borte, får man eksistensiell krise, savn av smerten eller ny smerte.

Legen kan gjøre funn ('cyster') som 'forklarer' smerten, men ikke forårsaker den. Legen må lære å tolke innholdet i smerten og smerteadferden, og skille den fra reell somatisk smerte med klare funn. Smerten i seg selv er reell, og er ofte første gang utløst av en klinisk tilstand.

Behandling:

Sette smerten i kroppslig og psykologisk referanseramme for pas. Unngå somatisk fokusering /ekstensiv kirurgi /overmedikalisering. Målet er å endre smerteadferden, ikke 'ta bort' smerten. Rehabilitering av pas. i forhold til funksjon. Bevisst har pas. vondt og vil bli bra, ubevisst kan hun ikke unnvære sin smerte. Ved svært kroniske invalidiserende smerter, uttalt hjelpesøking og legevandring: henvis til smerteklinikk.

NORSKE GYNEKOLOGERS UTREDNINGS- OG BEHANDLINGSRUTINER VED URININKONTINENS En spørreundersøkelse

Bjarne Chr. Eriksen¹, Hogne Sandvik², Steinar Hunskaar²

¹Kvinneklinikken, Regionsykehuset i Trondheim

²Institutt for Allmenntilleggsmedisin, Universitetet i Bergen

NGF 1990

Hensikten med undersøkelsen var å finne ut hvordan norske gynekologer vurderer pasienter med urininkontinens og hvilke utrednings- og behandlingsmetoder som er mest benyttet i den kliniske hverdag.

Et spørreskjema med seks typiske kasuistikker ble sendt til alle norske gynekologer registrert i Norsk Gynekologisk Forening høsten 1988. Det var totalt 268 potensielle besvarere som drev regelmessig gynekologisk virksomhet. 26 nektet å delta i undersøkelsen (10%) og 52 (19%) besvarte ikke spørreskjemaet. Til sammen 190 (71%) gynekologer ble inkludert i studien; 45 kvinner og 145 menn. Av disse arbeidet 141 i sykehus, 33 drev privat spesialistpraksis og 16 var engasjert i begge typer virksomhet. Legene ble oppfordret til å besvare kasuistikkene i samsvar med de daglige rutiner og ikke gi ideelle løsninger på problemene.

Vi fant ingen klinisk relevant forskjell mellom kvinnelige og mannlige gynekologers holdning til urininkontinens. Det var heller ingen vesentlig forskjell mellom yngre og eldre kolleger i valg av utredningsmetoder og behandlingsformer. De eldre synes å være mer liberale med østrogener til postmenopausale kvinner med urinveissymptomer.

Sykehuslegene benytter oftere miksjonsliste, bleiveiningstest og stress-test i utredningen av inkontinens sammenlignet med privatpraktiserende gynekologer. De er også flinkere til å informere om bekkenbunnstrening (56% versus 42%) og har dessuten i signifikant større grad begynt å ta i bruk elektrostimulering i behandlingen av urininkontinens (16% versus 1%).

Legens generelle holdning til inkontinensproblemer ble også evaluert ved å sammenligne yngre og eldre pasienter, type og grad av inkontinens. Bekkenbunnstrening ble oftere foreslått for yngre kvinner enn for eldre, mens bleier oftere ble anbefalt for den eldre pasient. Det er ingen rasjonell grunn til denne forskjellsbehandling. Kvinner med urge inkontinens fikk oftere instruksjon i blæretrening enn pasienter med stress inkontinens. Medikamenter ble foreskrevet relativt sjelden hos de fleste pasientene, men eldre fikk oftere farmaka enn yngre kvinner selv etter at østrogener var ekskludert. Valg av medikamenttype synes å være adekvat ved forskjellige problemstillinger. Kirurgisk behandling ble oftest anbefalt til yngre kvinner og i økende grad med økende inkontinensproblem. Generelt synes gynekologene å ha en mer defensiv diagnostisk og terapeutisk holdning overfor eldre kvinner med inkontinens enn hos yngre. Dette bør endres.

Norske gynekologer synes ikke å ha standardiserte evalueringsrutiner hos pasienter med urininkontinens. Problemet evalueres individuelt basert på tradisjonell anamnese og kliniske undersøkelser. Hos 55% benyttes i tillegg urodynamiske målinger i diagnostikken. Man bør i større grad ta i bruk miksjonslister og semi-objektive bleietester. Dette er lite resurskrevende undersøkelser som kan utføres av pasienten selv eller av dertil egnet hjelpepersonell.

Man bør også forsøke å optimalisere bruken av enkle konservative behandlingsmetoder som bekkenbunnstrening, blæretrening og elektrostimulering, og ikke minst øke bruken av østriolterapi til eldre kvinner med dysfunksjon i de nedre urinveier. Bleier er en nødløsning i alle aldersgrupper ved persisterende inkontinens etter adekvat kartlegging og behandling av problemet. Hos dem som trenger det er det imidlertid viktig å de utstyres med adekvate kostnadsfrie hjelpemidler.

Undersøkelsen kan danne grunnlaget for utarbeidelse av et standardisert handlingsprogram innenfor fagområdet urogynekologi.

KRONISKE

sosial/relasjons- seksual-
ling /overgrep.

du lege da? Hva hindrer
på at du har vondt? Hvem
ville du gjøre om du ikke

forsiktig smerteprovoka-
ekalender, rygg/tarmus.,
gram med pasienten og FØLG

respons på vevsskade eller
påvirkes av: emosjoner,
kulturell/religiøs/sosial

lelser), motoriske (for-
spenning) og fysiologiske
k etc) aspekter .

PSYKOSOMATISK

ofte vage symptomer
ofte unnvikende adferd
attribuert til, ikke for-
årsaket av smerten
Emosjonell betyding.

KRONISK

myom, decens (tyngde)
endometriose, tumores
adheranser & cyster (?)
kronisk spenningstilstand
vaginisme

ø: oppmerksomhet, omsorg.
ølses. Disse opptrer i de
lege. Smerten blir ofte
ø, får man eksistensiell

øklarer' smerten, men ikke
ø innholdet i smerten og
ø somatisk smerte med klare
ø ofte første gang utløst

ø referanseramme for pas.
øurgi/overmedikalisering.
ø ikke 'ta bort' smerten.
ønsjon. Bevisst har pas.
ø ikke unnvære sin smerte.
øarter, uttalt hjelpesøking
øikk.

STAMEY URETHROPEXI VED STRESSINKONTINENS Et 1-års materiale

Bjarne Chr. Eriksen
Kvinneklinikken
Regionsykehuset i Trondheim

NGF 1990

Stamey's urethropexi har gitt gode resultater ved stressinkontinens hos kvinner (1,2,3,4). Inngrepet er relativt enkelt med kort operasjonstid, lite postoperative smerter og kort hospitaliseringstid. Siden august 1988 har vi benyttet denne metoden i behandlingen av stress inkontinens, i utgangspunktet hos pasienter med residiv etter tidligere operative inngrep for urininkontinens og hos pasienter som ble inkontinente etter vaginalplastikk for fremreveggsdescens. Med økende erfaring er den også benyttet som primærmetode hos utvalgte pasienter.

Metode

Peroperativt benyttes antibiotikaproylaks med en enkeldose 1 g ampicillin og 500 mg metronidazol i.v. som påbegynnes under innledning av anestesi. Initialt brukte vi ethibond tråd no 1 til fiksasjon av blærehalsen. Senere har vi gått over til prolene no 1. For å unngå at tråden skjærer gjennom fascien plasseres en 1-1.5 cm lang bit av polytetrafluoroethylen (Gore-Tex) fra karprotese rundt tråden under vaginalslimhinnen og over rectusfascien. Suturene blir knyttet løst over fascien for å unngå gjennomskjæring og postoperativ urinretensjon. Etter inngrepet får pasienten lagt inn suprapubisk Foleykateter nr. 12 som ligger til spontan miksjon og residualurin er mindre enn 100 ml.

Materiale

Frem til mai 1990 er det utført 1-års follow-up på 23 kvinner i alderen 36-82 år (mean 54 år). Klinisk hadde 3 pasienter stress inkontinens grad I, 15 grad II og 5 grad III. Urodynamisk hadde 9 pasienter ren stress inkontinens, 8 hadde stress kombinert med sensorisk urgency og 6 pasienter hadde stress og motorisk urge inkontinens. Hos 7 pasienter ble Stamey urethropexi utført som primæroperasjon. Ni hadde tidligere gjennomgått vaginalplastikk og 5 kolposuspensio. En pasient hadde fått sin stress inkontinens etter rectumamputasjon og en etter bestråling for corpuscancer. Hos en pasient ble inngrepet kombinert med vaginal hysterektomi/bakre plastikk, hos en fremre kolporrhaphi og hos en Manchester-/bakre plastikk

Resultat

Det suprapubiske blærekateter ble fjernet fra 1-10 dag (mean 4,0 dager). Residualurin på 5. dag postoperativt varierte fra 0-300 (mean 40,7 ml). En pasient fikk urinretensjon og ble satt på ren intermitterende selvkateterisering til vannlatingen kom i gang spontant etter 4 uker. Et år etter operasjonen var 18 pasienter bra av sin stress inkontinens (78%), 4 var betydelig bedre (17%) og hos en pasient var tilstanden uforandret (4%). Resultatet ble verifisert med stresstest som var negativ hos 17 pasienter ved en blærefylling på 300 ml ved stressprovokasjon i stående stilling. Urethras lukningstrykk under stress endret seg fra negativt til positivt hos pasienter som anga helbredelse av sin inkontinens. Under inngrepet ble urethra perforert hos 2 pasienter og blæren hos 3. Dette hadde ingen konsekvens for det postoperative forløp eller resultatet av operasjonen. Hos 3 pasienter måtte suspensjonstrådene fjernes fra 4-12 måneder etter operasjonen p.g.a. sårinfeksjon, usur til vagina og usur til blære. Ingen av pasientene fikk residiv etter at trådene var fjernet.

Persisterende urgency og/eller urge inkontinens ble funnet hos 11 pasienter postoperativt. Disse ble primært behandlet med maksimal bekkenbunnsstimulering i

STRESSINKONTINENS

iale

ksen
en
Trondheim

NGF 1990

ved stressinkontinens hos kvinner
operasjonstid, lite postoperative smerter
har vi benyttet denne metoden i
ektet hos pasienter med residiv etter
; hos pasienter som ble inkontinente
økende erfaring er den også benyttet

en enkeltdose 1 g ampicillin og 500 mg
ning av anestesi. Initialt brukte vi
nere har vi gått over til prolene no 1.
plasseres en 1-1.5 cm lang bit av
rundt tråden under vaginalslimhinnen
løst over fascien for å unngå
etter inngrepet får pasienten lagt inn
an miksjon og residualurin er mindre

3 kvinner i alderen 36-82 år (mean 54
s grad I, 15 grad II og 5 grad III.
mens, 8 hadde stress kombinert med
motorisk urge inkontinens. Hos 7
imæroperasjon. Ni hadde tidligere
o. En pasient hadde fått sin stress
estråling for corpuscancer. Hos en
ektomi/bakre plastikk, hos en fremre

ag (mean 4,0 dager). Residualurin på
nl). En pasient fikk urinretensjon og
annlatingen kom i gang spontant etter
a av sin stress inkontinens (78%), 4
standen uforandret (4%). Resultatet
pasienter ved en blærefylling på 300
s lukningsstrykk under stress endret
elbredelse av sin inkontinens.
og blæren hos 3. Dette hadde ingen
tet av operasjonen. Hos 3 pasienter
tter operasjonen p.g.a. sårinfeksjon,
ne fikk residiv etter at trådene var

ns ble funnet hos 11 pasienter
aksimal bekkenbunnsstimulering i

perioder på 20 minutter. Blærefunksjonen ble da normalisert hos 6 pasienter, betydelig bedre hos 2 og ingen terapeutisk effekt hos 3. Av de 3 som sekundært ble behandlet med terodilin (Mictrol) ble en betydelig bedre og to registrerte ingen effekt.

Konklusjon

Endoskopisk nålesuspensjon a.m. Stamey er enkel å utføre med lite postoperative problemer når suturene blir knyttet løst over rectusfascien. Resultatene etter 1 år er oppløftende, spesielt hos pasienter med residiv etter tidligere inkontinenskirurgi.

Referanser

1. Stamey TA. Endoscopic suspension of the vesical neck for urinary incontinence. Surg Gynecol Obstet 1973;136:547-51.
2. Handley Ashken M, Abrams PH, Lawrence WT. Stamey endoscopic bladder neck suspension for stress incontinence. Brit J Urol 1984;56:629-34.
3. Wujanto R, O'Reilly PH. Stamey needle suspension for stress urinary incontinence. Brit J Urol 1989;63:162-4.
4. Handley Ashken M. Follow-up results with the stamey operation for stress incontinence of urine. Brit J Urol 1990;65:168-9.

GODKJENTE SPESIALISTER I KVINNESYKDOMMER OG FØDSELSHJELP 2. halvår 1990

AASE, KATHE
AGGER, ANDERS OLE
ALBERT, EVA
BORTHEN, INGRID
BROBÅK, HELGE EDVIN
BUSUND, BJØRN
DAUGÅRD, HANS OLE
DÜRING, VIDAR VON
GROTH HELEN
HÄGER, RENATE M
KIERULF, HALFDAN
MUUS, KAREN MARIE
ODLAND, JON ØYVIND
ROKNE, JAN ANDERS
SUNDBY, JOHANNE

Johan Blyttsv 61B 5030 Landås
Branesvn 10, 7600 Levanger
Lumbervn 26, 4621 Kristiansand S
Storåsen 51, 5090 Nyborg
Gyn avd, Namsos sh, 7800 Namsos
Holmenvn 22 a, 0374 Oslo 3
Hunstadsvingen 26B, 5037 Solheimvik
KK, Regionsykehuset, 7006 Trondheim
Branesvn 10, 7600 Levanger
Statsberggt 25, 2010 Strømmen
Claus Riisgt 2, 0457 Oslo 4
KK, Regionsykehuset, 7006 Trondheim
Kirkenes sykehus, 9901 Kirkenes
SSH i Vestfold, 3100 Tønsberg
Gaustadvn 191, 0372 Oslo 3

DOKTORGRAD

Ottar Lunde:

ANDROGEN HYPERFUNCTION AND EXCESSIVE HETEROSEXUAL HAIR GROWTH IN WOMEN WITH SPECIAL ATTENTION TO THE POLYCYSTIC OVARIAN SYNDROME.

Arbeidet behandler problemene omkring overproduksjon av androgener hos kvinner, spesielt ved det polycystiske ovarialsyndrom (PCO). Hensikten har vært å belyse årsaksforhold, diagnose og terapi.

I 1935 beskrev Stein og Leventhal det kliniske syndrom (amenore, infertilitet, hirsutisme og fedme) forbundet med polycystiske ovarier. Tilstanden ble lenge kalt Stein-Leventhal syndrom, men da den viste seg å være mer heterogen enn først antatt, har betegnelsen det polycystiske ovarial syndrom vært foretrukket de siste ti-år. Det sentrale ved tilstanden er kronisk anovulasjon med infertilitet og androgen overvekt.

I avhandlingens artikkelserie inngår det første og eneste publiserte normalmateriele for behåring av norske kvinner. Videre er det utarbeidet et system som i 97-98% av tilfellene skiller normal fra unormal hårvekst. Dette er av betydning, ikke bare der hvor hårveksten kan være tegn på alvorlig lidelse, men også for å berolige dem som tror de er unormale.

Effekten av de to mest benyttede medikamenter med antiandrogen effekt sammenlignes. Cyproteronacetat (Diane) og spironolacton (Aldactone) hemmer sjenerende hårvekst, men bare førstnevnte hadde vesentlig innvirkning på den hormonelle dysfunksjon. Et tilfelle av androgenproduserende ovarialtumor beskrives. Slike svulster fører vanligvis til uttalt defeminisering, men ved rask behandling kan selv uttalt hirsutisme forsvinne.

De mikroskopiske funn i ovariene hos 149 kvinner med PCO er sammenlignet med et normalmateriale, og avkrefter ovarialmorfologiens betydning som diagnostisk kriterium. Et mikroskopisk særtrekk med follikelatresi kan forsvare bruken av det atretiske ovarialsyndrom som mer presis betegnelse.

Pasienter som ikke oppnådde graviditet ved medikamentell ovulasjonsinduksjon, fikk utført kilereseksjon av ovariene. Til tross for god effekt og få bivirkninger anbefales den mindre invasive og like effektive elektrokauterisering via laparoskop.

Genetiske mekanismer ved PCO er blitt vurdert. 132 pasienter med pårørende er sammenlignet med et normalmaterieel på 71 familier. Tidligere hevdet autosomal dominant arvegang ble bare påvist hos en del av de undersøkte. X-bundet arvegang ble ikke funnet.

DOKTORGRAD

Kirsti Malterud, Inst. for allmennmedisin, Ulriksdal 8 c, 5009 Bergen

THE HETEROSEXUAL HAIR GROWTH IN POLYCYSTIC OVARIAN SYNDROME.

ang overproduksjon av andro- polycystiske ovarialsyndrom årsaksforhold, diagnose og

et kliniske syndrom (amenore, forbundet med polycystiske Stein-Leventhal syndrom, men enn først antatt, har l syndrom vært foretrukket de anden er kronisk anovulasjon kt.

r det første og eneste ring av norske kvinner. Videre 7-98% av tilfellene skiller er av betydning, ikke bare der vorlig lidelse, men også for å a.

likamenter med antiandrogen at (Diane) og spironolacton kst, men bare førstnevnte hormonelle dysfunksjon. Et arialtumor beskrives. Slike defeminisering, men ved rask sme forsvinne.

s 149 kvinner med PCO er , og avkrefter ovarialmorfo- riterium. Et mikroskopisk svare bruken av det atretiske helse.

et ved medikamentell ovula- eksjon av ovariene. Til tross hbefales den mindre invasive ing via laparoskop.

et vurdert. 132 pasienter med rmalmateruieel på 71 familier. arvegang ble bare påvist hos rvegang ble ikke funnet.

ALLMENNPRAKTIKERENS MØTE MED KVINNELIGE PASIENTER

Prosjektets utgangspunkt er et ønske om å skape virkemidler for bedre forståelse av de "ubestemte" plagene hos de kvinnelige pasientene. Dette er en diagnosegruppe der kvinneovervekten er påfallende, og der de kjønns spesifikke forholdene framstår som en viktig og mulig forklaringsfaktor. Prosjektet bygger på en sosiolingvistisk forståelse av den kliniske samtale som et medisinsk redskap av betydning både for informasjonsoverføringen og den sosiale samhandlingen i konsultasjonen. Lege-pasientforholdet er ikke et jevnbyrdig forhold. I samtalen med legen risikerer den kvinnelige pasienten en underordnet posisjon, både på grunn av profesjonsmakt og kjønns makt. Legen kan risikere å gå glipp av viktig kunnskap hos pasienten hvis hun ikke kommer til orde med sine meninger og erfaringer om helseplagene.

Avhandlingen, som er en norskspråklig monografi (1), består i en systematisk beskrivelse og analyse av en klinisk kommunikativ metode som har til hensikt å påvirke kunnskapsoverføringen og den sosiale relasjon og samhandling ved å 1) styrke den kvinnelige pasientens innflytelse, og 2) fremme hennes muligheter til å gi legen bredere kunnskap om sine helseplager og sin sykdomsoppfatning. Den kliniske metoden skal være anvendelig i en travel praksis hverdag, og er bygget opp omkring fire nøkkelspørsmål i form av talehandlinger, dvs. språklige virkemidler for å fremme en handling og en intensjon. Disse skal belyse følgende kunnskapstema: 1) kvinnens problemdefinering, 2) kvinnens årsaksoppfatning, 3) kvinnens tiltaksforventning, og 4) kvinnens handlingserfaring.

Prosjektet består av fire delprosjekt, som hvert omfatter 1) utvikling og 2) anvendelse av et nøkkelspørsmål som gjelder delprosjektets kunnskapstema. Hvert av nøkkelspørsmålene ble utviklet med utgangspunkt i en erfaringsbasert "startformulering" som ble gjort til gjenstand for systematisk raffinering fram mot den formulering som presenteres og analyseres. Da nøkkelspørsmålene hadde funnet sin endelige form, ble de brukt i serier av konsultasjoner (i alt 122) med kvinnelige pasienter. Kvinnes svar på nøkkelspørsmålene ble registrert ved hjelp av lydbåndopptak, og utskriftene inngår i avhandlingens empiriske dokumentasjon.

Den kliniske metoden er beskrevet og analysert ved hjelp av prosjektets vitenskapelige metode. Metoden er kvalitativ, utviklet fra aksjonsforskning og kvalitativ evaluering. Teori-grunnlaget er sosiolingvistisk, etnografisk, feministisk og sosialpsykologisk, men prosjektets kunnskapsinnhold og forankring er allmennmedisinsk.

Med den vitenskapelige metode som redskap er det for hvert delprosjekt gjennomført 1) prosess-evaluering (beskrivelse og analyse av den kliniske metodens utvikling med vekt på nøkkelspørsmålets språklige karakteristika og plassering), og 2) produkt-evaluering (beskrivelse og analyse av fenomener som den

delprosjekt gjennomført 1) prosess-evaluering (beskrivelse og analyse av den kliniske metodens utvikling med vekt på nøkkelspørsmålets språklige karakteristika og plassering), og 2) produkt-evaluering (beskrivelse og analyse av fenomener som den kliniske metoden kan gi tilgang til ved systematisk bruk). I prosess-evalueringen sammenfattes følgende felles språklige særtrekk ved nøkkelspørsmålene: 1) åpne spørsmål (som impliserer at det finnes andre svaralternativer enn legen kan forestille seg), 2) utopiske formuleringer (som markerer at det er rom for samtale med andre spilleregler enn de tradisjonelle), 3) elementer av konkret realitetsforankring (som knytter samtalen til det aktuelle her og nå), 4) invitasjon til kvinnens forestillingsevne (som minner om at hun har ressurser til å løse problemer), 5) understreking av kvinnens rolle som kunnskapskilde (ved å erkjenne hennes erfaringer), 6) gjentatt legitimering av kvinnens medisinske språk (som bekrefter den kompetanse som hennes egne ord innebærer), 7) humoristisk invitasjon til gjensidighet (slik at det ikke behøver være pinlig for henne å komme med sitt), 8) mulighet til verdig retrett (som innebærer at det er kvinnen selv som bestemmer sin posisjon), 9) markering av legens vilje til ansvar (slik at problemløsningen blir et felles anliggende).

Nøkkelspørsmålene slik de presenteres i avhandlingen er ikke ment som magiske formularer, men som eksempler på språklige utforminger av talehandlinger utviklet i en klinisk sammenheng i forhold til bestemte intensjoner. Andre leger må utforme slike spørsmål i samsvar med sin egen personlige stil og språkform. De språklige spesifikasjoner for hvert nøkkelspørsmål gir anvisninger om hva slags talemåter som kan ivareta den intensjon som denne kliniske metoden skal ivareta. Det er ikke noe mål å bruke nøkkelspørsmål i enhver konsultasjon - metoden bør brukes målrettet der legen trenger mer kunnskap fra kvinnen. Den kliniske metoden skal kunne brukes av såvel mannlige som kvinnelige leger, såfremt legen legger fra seg et ideal om kjønnsnøytral kommunikasjon og aksepterer intensjonen om å styrke den kvinnelige pasientens stilling i møtet med legen.

Gjennom produktevalueringen sammenfattes og drøftes kunnskap om kvinners helseplager som den kliniske metoden har gitt tilgang til. Diskusjonen gjelder både anvendelsesområdet for metoden, og betingelser ved kvinners livsløp og levekår som kan påvirke helseplagene. Med bakgrunn i nyere teori fra psykologisk og samfunnsvitenskapelig kvinneforskning og empiriske data fra prosjektet drøftes hypoteser og forklaringsmodeller angående helseplagenes årsaksdynamikk, presentasjonsformer og hjelpebehov.

1. Malterud K. Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter. (Doktorgradsavhandling - 256 sider) Oslo: TANO, 1990.

NFOGs ETTERUTDANNINGSUTVALG

Nordisk Forening for Obstetikk og Gynekologi har opprettet et underutvalg som har til oppgave å ha oversikt over og å informere om nordiske kurser for etterutdanning av gynekologer. Det arbeides for en felles ringperm med oversikt over aktuelle kurser som vil bli utsendt til alle nordens gynekologer først på 1991, og den vil løpende bli ajourført. Norsk representant til utvalget er Mette Moen.

evaluering (beskrivelse og utvikling med vekt på nøkkel- a og plassering), og 2) analyse av fenomener som den ved systematisk bruk). I følgende felles språklige åpne spørsmål (som impliserer enn legen kan forestille n markerer at det er rom for de tradisjonelle), 3) elementer (som knytter samtalen til det til kvinnens forestillingsevne til å løse problemer), 5) kunnskapskilde (ved å uttatt legitimering av kvinnens kompetanse som hennes egne pasjon til gjensidighet (slik henne å komme med sitt), 8) bærer at det er kvinnen selv øring av legens vilje til et felles anliggende).

entres i avhandlingen er ikke eksempler på språklige let i en klinisk sammenheng i andre leger må utforme slike sonlige stil og språkform. De nøkkelspørsmål gir anvis- an ivareta den intensjon som . Det er ikke noe mål å bruke n - metoden bør brukes nskap fra kvinnen. Den av såvel mannlige som kvinne- a seg et ideal om kjønnsnøy- ensjonen om å styrke den et med legen.

menfattes og drøftes kunnskap iske metoden har gitt tilgang lsesområdet for metoden, og levekår som kan påvirke teori fra psykologisk og g og empiriske data fra laringsmodeller angående ntasjonsformer og hjelpebehov.

øte med kvinnelige pasienter. Oslo: TANO, 1990.

gynekologi har opprettet et oversikt over og å informere g av gynekologer. Det oversikt over aktuelle kurser gynekologer først på 1991, rsk representant til utvalget

KURSER, MØTER, KONGRESSER

N O R G E

OBLIGATORISKE KURS I FØDSELHJELP OG KVINNESYKDOMMER 1991- 1995

TIMER	1991	1992	1993	1994	1995
V Å R - KURS					
GENETIKK/ UTVIKL. ANOMALIER		RH	RH	RH	RH
ONKOLOGI 12	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
1991 kurs i Oslo 14.-18.1. og 27.-31.mai, i Trondheim om høsten,
i Bergen 11.-15.11. og i Tromsø 8.-12.4.

Denne kursturnus ble presentert på årsmøtet i Kristiansand. Det er kommet noen mindre endringer, bl.a. angående gynekologisk endokrinologi. Dessuten vil Ultralyd trinn I bli arrangert hvert annet år i Oslo og Trondheim.

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



UNIVERSITETET I OSLO

14.-18.1. **Kurs 2187: Administrasjon og ledelse for spesialistkandidater**

Sted: Soria Moria
Kursleder: Prof Ole Berg, Senter for helseadmin.,
Rikshospitalet
Påmelding: 15.11.90,
40 deltagere
Kursavgift: Kr 1500.- 30 kurstimer

26.2.-1.3.

Kurs 2202: Ultralyd i obstetrikk

Sted: Audit., Lab.bygget, Ullevål
Kursleder: Overlege Hans Andreas Sande, KK,
Ullevål
Påmelding 1.2.
20 deltagere
Kursavgift: Kr 1200.- 25 kurstimer

6.-8.3.

Kurs 2208: Gynekologisk onkologi

Sted: Avd for gyn. onkologi, DNR
Kursleder: Overlege Torbjørn Iversen
Påmelding: 1.2.
40 deltagere
Kursavgift: Kr 900.- 14 kurstimer

11.-15.3.

Kurs 2216: Grunnkurs i pre- og postoperativ behandling og intensivmedisin

Sted: Audit, Patologibyget, Ullevål

LP OG KVINNESYKDOMMER KREVES:

innenfor de obligatoriske kurs:

erstattes med 6 mnd tjeneste
(k onkologi.)

kurs i administrasjon /

iske kurs

erstattes med 6 mnd tjeneste
logi.
ler

OSLO

asjon og ledelse for

Berg, Senter for helseadmin.,

30 kurstimer

obstetrik

gget, Ullevål
ans Andreas Sande, KK,

25 kurstimer

sk onkologi

nkologi, DNR
orbjørn Iversen

14 kurstimer

i pre- og postoperativ

ymedisin
bygget, Ullevål

Kursleder: Professor Morten Ræder, Kir.avd. Ullevål
Påmelding: 15.1.
70 deltagere 32 kurstimer
Kursprøve
Kursavgift: Kr 1500.-

8.-9.4.

Kurs 2222: Obstetrisisk anestesi og analgesi
Sted: Audit, Kir avd., Aker
Kursleder: Overlege Narverud, Anestesiavd., Aker
Påmelding 1.3.
Åpent 16 kurstimer
Kursavgift: Kr 600.-

17.4.

Kurs 2232: Praktisk urodynamikk
Sted: Kir.audit., Aker sh.
Kursleder: Overlegene Fossberg, Rud og Talseth
Påmelding 1.3.
Åpent 7 timer + kursprøve
Kursavgift: Kr 500.-

18.-19.4.

Kurs 2234: Funksjonsforstyrrelser i de nedre
urinveier
Sted: Rikshosp., nærmere oppl. til kursdeltagerne
Kursleder: Overlege Talseth, RH
Påmelding: 1.3.
Åpent 14 kurstimer
Kursavgift: Kr 600.-

27.-31.5.

Kurs 2245: Administrasjon og ledelse for
spesialistkandidater
Sted: Soria Moria
Kursleder: Prof Ole Berg, Senter for helseadmin.,
Rikshospitalet
Påmelding: 1.4.
40 deltagere 30 kurstimer
Kursavgift: Kr 1500.-

5.-7.6.

Kurs 2247: Klinisk sexologi
Sted: Renskaug hotel, Drøbak
Kursleder: Kjell-Olav B. Svendsen, gen.sekr. i
landsfor mot AIDS, Nordraaksgt 15, 0260 Oslo 2
Påmelding 5.4.
35 deltagere 18 timer
Kursavgift: Kr 900

7.10.91

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 etter-
utdanning, Det Medisinske Fakultets Sekretariat, Postboks 25,
5027 Bergen-Universitet.

4.-7.2. **Kurs 815: Hormonanalyse i klinikken**
Sted: Underv.rom, Sentr.blokken, Haukeland
Kursleder: Prof Asbjørn Aakvaag
Påmelding: 5.1.
25 deltagere 26 kurstimer
Kursavgift: Kr 1200.-

4.-8.3. **Kurs 822: Forsøksmetodikk og forskningsplanlegging**
1. Kontrollerte kliniske forsøk
Sted: Audit 3.et, Sentr.blokken, Haukeland
Kursleder: Prof Hans Martin Høyeraal
Påmelding: 1.2.
28 deltagere 40 kurstimer
Kursavgift kr 1500.-

18.-19.4. **Kurs 831: Gynekologiske og obstetriske operasjoner**
Sted: Auditorium, 4.et, KK, Haukeland
Kursleder: Overlege Aarseth, KK, Haukeland
Påmelding: 24.3.
Åpent 17 kurstimer
Kursavgift kr 600.-

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.
Kursavgift: Kr 1200.-
20 deltagere 32 kurstimer
Kursavgift kr 1200.-

i obstetikk

ne Stray-Pedersen og OH Jensen

26 timer

BERGEN

for legers videre- og etter-
Sekretariat, Postboks 25,

syke i klinikken

nter.blokken, Haukeland
ørn Aakvaag

26 kurstimer

odikk og forskningsplanlegging iske forsøk

nter.blokken, Haukeland
Martin Høyeraal

40 kurstimer

syke og obstetriske operasjoner

et, KK, Haukeland
Aarseth, KK, Haukeland

17 kurstimer

øst, fysiologi, patofysiologi

sjø

20 kurstimer

våkning

e Haram og Gjelland

6 kurstimer

epidemiologi

s hus
ens

32 kurstimer

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 etterut-
danning, Universitetet i Trondheim, Det medisinske fakultet,
Eirik Jarls gt 10, 7030 Trondheim, tlf (07) 99 88 66

23.-24.1.

Kurs 563: Fra egen PC til ut i verden. Om datakommunikasjon og informasjonsframhenting.

Sted: Seminarrom I, 3.et., Parkbygget
Kursleder: Avd.leder Ragnhild Lande
Påmelding 20.12.90

20 deltagere 10 kurstimer
Kursavgift: kr 600.-

23.-25.1.

Kurs 564: PC nybegynnerkurs for leger

Sted: RUNITs kursrom, Sentralbygg II, 2.et., NTH
Kursleder: SINTEF avd. RUNIT-D
Påmelding 20.12.90

20 deltagere 21 kurstimer
Kursavgift: Kr 900.-

19.3.91

Kurs 575: Statistikk på PC

Sted: RUNITs kursrom, Sentralbygg II, 2.et., NTH
Kursleder: SINTEF avd. RUNIT-D
Påmelding 15.2.

10 deltagere 7 kurstimer
Kursavgift kr 300.-

6.-7.5.

Kurs 582: Psykososial gynekologi og obstetikk

Sted: Eirik Jarls gt 4, 7030 Trondheim
Kursleder: Berit Schei og Johanne Sundby
Påmelding 1.4.

30 deltagere 14 kurstimer
Kursavgift: Kr 600.-

27.-28.5.

Kurs 584: Reproduksjon og infertilitet

Sted: Røde Kors auditoriet, RiT
Kursledere Kahn og Skjeldestad
Påmelding 20.4.

25 deltagere 20 kurstimer
Kursavgift: Kr 600.-

29.-31.5.

Kurs 585: Gynekologisk urologi

Sted: Røde Kors audit., RiT
Kursleder: Overlege Eriksen
Påmelding 20.4.

40 deltagere 18 kurstimer
Kursavgift: Kr 900.-

- 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.
 15 deltagere 15 kurstimer
 Kursavgift kr 600.-



UNIVERSITETET I TROMSØ

- 6., 13., 20.,
 27.2 og 6.3. **Kurs 407: Utarbeidelse av manuskripter**
 Sted: Rom P202, Teoribygget, Univ Tromsø
 Kursleder: Prof Helge Refsum, Institutt for
 medisinsk biologi, Univ i Tromsø, Teoribygget,
 9000 Tromsø
 Påmelding: 10.1.91
 20 deltagere 10 kurstimer
 Kursavgift: Kr 500.-
- 15.-16.3. **Kurs 408: Nosokomiale infeksjoner. Utvikling av
 resistente bakterier i sykehusmiljø.**
 Kursleder: Overlege Andersen, Mikrobiolog avd,
 9012 Regionsykehuset i Tromsø
 Påmelding: 10.1.91
 40 deltagere 20 kurstimer
 Kursavgift: Kr 600.-
- 8.-12.4. **Kurs 414: Administrasjon og ledelse**
 Sted: Tromsø
 Kursleder: Overlege Ragnar Hotvedt, Anestesiavd.
 Påmelding: 1.3.91
 40 deltagere 30 kurstimer
 Kursavgift: Kr 1500.-
- 27.-28.5. **Kurs 419: Obstetrikk i allmennpraksis**
 Sted: Tromsø
 Kursleder: Overlege Randi Lundgren, KK, Regionsh
 Påmelding: 15.3.91
 40 deltakere 15 kurstimer
 Kursavgift: Kr 600.-

erkurs for leger
entralbygg II, 2.et., NTH
. RUNIT-D

21 kurstimer

rs for leger
entralbygg II, 2.et., NTH
. RUNIT-D

21 kurstimer

sframhentning ved hjelp av PC
.et., Parkbygget
Ragnhild Lande

15 kurstimer

e av manuskripter
ygget, Univ Tromsø
Refsum, Institutt for
iv i Tromsø, Teoribygget,

10 kurstimer

infeksjoner. Utvikling av
i sykehusmiljø.
ndersen, Mikrobiolog avd,
i Tromsø

20 kurstimer

jon og ledelse

agnar Hotvedt, Anestesiavd.

30 kurstimer

i allmennpraksis

andi Lundgren, KK, Regionsh

15 kurstimer

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
Kursavgift: Kr 600.-

12 kurstimer

ANDRE

NORSK GYNEKOLOGISK FORENING

5.-8.9.1991

Årsmøte

Fredrikstad

LOKALFORENINGENE

Nordenfjeldske gynekologiske forening

19.-20.4.

Trondheim

Hovedtemaer: Screening for cervixcancer,
"gynekologiske prosedyrer", "hormonutredning,
hvilke og når?" Frie foredrag.

huset,

Påmelding: Vibeke Widerøe. Gyn avd, Regionsyke-
7030 Trondheim.

Oslo gynekologiske forening

26.1.

Jubileumsbankett: 50 års jubileum.

Sted: Gamle Logen, Grev Wedels plass 2

gynekologi

Symposium: Et 50-års tilbakeblikk på norsk
og obstetikk.

Pris: Kr 450.-/kuvert

Påmelding: Oslo Gyn Forening, Hoffsvveien 92, 0377
Oslo 3.

SiA: LASERKURSET

24.-26.4.

Kurs i operativ laserkirurgi

Et praktisk/teknisk kurs i bruk av CO₂ og ND:YAG-
laser innen gynekologien.

Sted: Sentralsykehuset i Akershus, Nordbyhagen

Auditoriet 4/5 et. og i undervisn.paviljongen

Påmelding: Overlege Kirschner, Gyn avd, SiA, E474
Nordbyhagen

40 deltagere

Kursavgift kr 1200.-

Bankkonto: Laserkurs, Gyn Avd, Sentralsykehuset i
Akershus, konto: 1628.38.03027

**NORDISKE OG
INTERNASJONALE
KONGRESSER OG MØTER**

1991

- 7.-10.1. First International Conference on Ultrasound in Obstetrics and Gynaecology
London, England
Kontakt: Meeting Point Conferences Ltd.
42 Upper Richmond Road West, London SW14 8DD
Tlf: 44 81 876 0102/Fax 44 81 392 1132
- 4.-6.2. Active Management of Labour
National Maternity Hospital, Dublin
Kontakt: Master John Stronge, National Maternity Hospital, Holles Street, Dublin 2, Irland
Tlf 01 610277 Fax 76 66 23
Pris: 200 engelske pund, inkluderer opphold og bespisning på hospit i de dager kurset varer
- 11.-15.2. Theoretical Course in Obstetric Ultrasound
Joint Royal College Ob/Gyn & Royal Coll. Radiol. London, England
Kontakt: The Postgraduate Education Department, The Royal College of Ob/Gyn, 27 Sussex Place, Regent's Park, London NW1 4RG
Pris: 200 eng. pund
Tlf 071-262 5425/402 2317 extension 207
- 21.2. Advances in Gynaecological Pathology
Joint Royal College Ob/Gyn & Royal Coll. Pathol. London, England
Kontakt: Se 11.-15.2.
Pris 50 pund
- 1.3. Workshop: Perinatal care in developing countries
London, England
Symposium Office
RPMS Institute of Obstetrics and Gynaecology
Queen Charlotte's and Chelsea Hospital
Goldhawk Road, London W6 OXG, England
Tlf 081-740 3904
- 8.3. Symposium: Controversies in obstetric anaesthesia
London, England
Kontakt: Se under 1.3.
- 8.-9.3. First European Congress on Ambulatory Surgery
Brüssel, Belgia
Information: Dr De Lathouwer, Nouvelle Clinique de la Basilique, Rue Pangaert 37-47, 1080 Bruxelles
Tlf 32 2 424 12 12 Fax 32 2 425 70 76
- 14.-18.4. Gynaecological cancer management at the end of the 20th century
Venezia, Italia
Inform: T Maggino, Gynaecological Institute,

Conference on Ultrasound in
gology

nt Conferences Ltd.
ad West, London SW14 8DD
Fax 44 81 392 1132

Labour

ospital, Dublin
Stronge, National Maternity
eet, Dublin 2, Irland
Fax 76 66 23
und, inkluderer opphold og
i de dager kurset varer

n Obstetric Ultrasound

Ob/Gyn & Royal Coll. Radiol.

duate Education Department,
Ob/Gyn, 27 Sussex Place,
n NW1 4RG

2317 extension 207

ogical Pathology

Ob/Gyn & Royal Coll. Pathol.

care in developing countries

stetrics and Gynaecology
d Chelsea Hospital
n W6 OXG, England

sies in obstetric anaesthesia

3.

ess on Ambulatory Surgery

athouwer, Nouvelle Clinique de
ngaert 37-47, 1080 Bruxelles
Fax 32 2 425 70 76

r management at the end of the

ynaecological Institute,

University of Padua, 3 via Giustiniani, 35128
Padua
Tlf 049 821 13400 Fax 39 49 87 50860

14.-19.4.

The Second International Conference on Philo-
sophical Ethics in Reproductive Medicine.
Kontakt: Cornelia Shirley, University of Leeds
Leeds LS2 9JT

16.-18.4.

An introductory course in basic real time ultra-
sound in obstetrics
Kontakt: Se under 1.3.

6.-9.5.

Annual Meeting of the American College of
Obstetricians and Gynecologists
New Orleans, USA
Kontakt: The American College of OB/GYN
409 12th Street, SW
Washington, DC 20024-2188- USA
Tlf (202) 863 2518

5.-8.6.

European Association of Gynaecologists and
Obstetricians
Moskva, Sovjetunionen
Kontakt for evt fellesreise: Mette Moen, Trondheim

27.-30.6.

7th Annual Meeting of the European Society of
Human Reproduction and Embryology
Paris, Frankrike
Kont: Secretariat General: Convergences ESHRE 91
16 Rue J J Rousseau 75001 Paris- Frankrike
Tlf (1) 42 21 40 40 Fax (1) 40 13 02 31

1.-6.7.

2nd European Congress of Endocrinology
Ljubljana, Jugoslavia
Kontakt: Secretariat of the 2nd European Congress
of Endocrinology, Kompas, Jugoslavia. Congress
Department, 61000 Ljubljana, Prazakova 4
Tlf 3861 319 445

4.7.

Symposium: Endometriosis
London, England
Kontakt: Se under 1.3.

15.-17.7.

Annual Conference of the Society for the Study of
Fertility
Oxford, England
Kontakt: SSF Business Office, 141 Newmarket Rd,
Cambridge, CB5 8HA

1.-6.9.

Vith World Congress in Ultrasound
København, Danmark
Kontakt: Spadille Congress Service
Sommervej 3, 3100 Hornbæk
Tlf 02 202496

- 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 ultrasound in obstetrics
London, England
Kontakt: Se under 1.3.
- 13.9. Symposium: HIV in pregnancy
London, England
Kontakt: Se under 1.3.
- 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
- 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 1.3.
- 3.10. Symposium: Growth factor and endometrial function
London, England
Kontakt: Se under 1.3.
- 8.-11.10. Advanced course for obstetric and gynaecologists
London, England
Kontakt: Se under 1.3.
- 14.10. Symposium: Molecular biology for obstetricians
London, England
Kontakt: Se under 1.3.
- 15.10. Symposium: Controversies in obstetrics and gynaecology
London, England
Kontakt: Se under 1.3.
- 18.10. Symposium: Surgical infection in obstetrics and gynaecology
London, England
Kontakt: Se under 1.3.

r Infectious Diseases in
ology

y of the 2nd World Congress,
8000 München 70, Tyskland
0

se in basic realtime ultra-

3.

egnancy

3.

s of Gynaecology and

, Secretary General, Dept of
University Hospital, Lower
Singapore 0511, Republic of

logical Assoc Meeting

Gibson, Suite 23, The Ashley
me, Westmead, NSW 2145,

ual medicine

4.

tor and endometrial function

5.

obstetric and gynaecologists

6.

biology for obstetricians

7.

ies in obstetrics and

8.

nfection in obstetrics and

9.

- 26.10.-3.11. Symposium: Perinatal bereavement
London, England
Kontakt: Se under 1.3.
- 12.-14.11. Course in obstetric anaesthesia and analgesia
London, England
Kontakt: Se under 1.3.

1992

- 9.-12.6. NFOG Kongress
Reykjavik, Island
Opplysninger: 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
- 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

SCANDINAVIAN MENOPAUSE SOCIETY

ble stiftet 1.12.1990 i København. Ole Erik Iversen og Mette Moen var til stede som norske representanter. Foreningens formål er bl.a. å styrke menopauseforskningen i Norden og å utveksle resultater av vitenskapelige undersøkelser og konsensus-uttalelser. Foreningens første store oppgave er å være verter for International Menopause Society's kongress i Stockholm 1993. Bo von Schoultz (Sverige) ble valgt til foreningens første president og Sven Skouby (Danmark) ble valgt til sekretær. Det ble dessuten oppnevnt et styremedlem fra hvert av de nordiske land, fra Norge Kristina Johannessen.

NORSK ULTRALYDPRESIDENT

Professor Sturla Eik-Nes i Trondheim er for perioden 1990-93 valgt som president for European Federation of Societies for Ultrasound in medicine and biology. Foreningen har 8000 medlemmer.

Vi gratulerer med det ærefulle bvervet !

STATENS REISEREGULATIV
1990

REISER INNENLANDS

Kostgodtgjørelse	reiser 4 - t.o.m 8 timer:	50.-	50.-
	reiser >8-t.o.m.12 timer:	200.-	205.-
Natt-tillegg	reiser >12 timer	: 385.-	395.-
	ordinært	: 255.-	260.-
	byer	: 415.-	425.-
	Legitimasjonssats	:1025.-	1030.-

Der frokosten er inkludert trekkes 50.-

SKYSSGODTGJØRING: Egen bil.

For de første 9000 km/budsjetttermin:	275 øre/km	290 øre/km
Ut over 9000 km	240 ---	280 ---

UTLANDET

	Natt- tillegg - 14.7.90	Kost- tillegg	Natt- tillegg Fra 15.7.90	Kost- tillegg
EUROPA				
Belgia	750	660	880	740
Danmark	670	460	730	500
Finland	850	580	880	650
Frankrike	870	590	940	660
Hellas	670	450	720	490
Irland	840	410	890	440
Island	720	660	700	570
Italia	910	550	1050	630
Jugoslavia	520	180	530	360
Nederland	750	440	800	510
Spania	940	500	1040	570
Storbritannia	1050	500	1120	560
Sverige	950	500	1040	560
Vest-Tyskland	820	400	870	560
Østerrike	620	450	690	480
ANDRE				
Canada	830	490	850	500
USA	1000	530	1060	560
HongKong	950	530	950	630
India	660	250	830	430
Israel	640	420	670	450
Japan	900	850	900	880
Kina	800	310	800	350
Singapore	540	260	760	410
Egypt	830	350	800	350
Marokko	460	420	600	420
Australia	1100	610	1100	610
New Zealand	1000	500	1000	500

LATIV

m 8 timer: 50.- 50.-
n.12 timer: 200.- 205.-
er : 385.- 395.-
: 255.- 260.-
: 415.- 425.-
ats : 1025.- 1030.-

50.-

in: 275 øre/km 290 øre/km
240 --- 280 ---

	Natt- tillegg	Kost- tillegg
	Fra 15.7.90	
	880	740
	730	500
	880	650
	940	660
	720	490
	890	440
	700	570
	1050	630
	530	360
	800	510
	1040	570
	1120	560
	1040	560
	870	560
	690	480
	850	500
	1060	560
	950	630
	830	430
	670	450
	900	880
	800	350
	760	410
	800	350
	600	420
	1100	610
	1000	500

NGF STYRE OG UTVALG forts

RÅDGIVENDE GRUPPE FOR SYKEHUSUTBYGGING

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

NGFS AIDS-UTVALG

Overlege dr.med Babill Stray-Pedersen, KK, Aker
sykehus,0514 Oslo 5, 02-22 50 50
Professor dr.med. Kåre Mølne, 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 JenssenKK, 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

OM NGFS MEDLEMSLISTER

Det kommer stadig henvendelser fra andre lands foreninger og kongressarrangører til NGF med spørsmål om å få tilsendt foreningens medlemsliste. Dette er diskutert i NGFs styre, som mener man bør sende slike lister av hensyn til invitasjon til kongresser o.l. Skulle noen av foreningens medlemmer ikke ønske å stå på en slik liste, ber vi om at de melder dette til NGF ved formannen. De vil da bli strøket fra slike "mailing-lister".

INNHold

NORSK GYNEKOLOGISK FORENING, Styret og komiteene	2
Per E. Børdahl: FRA REDAKSJONEN	3
Fridtjof Jerve: Styrets beretning 1989-90	4
Unni Kirste: Referat fra generalforsaml. i NGF	5
Kåre Molne: Prematur/neonatalavdelinger med status som intensivavdelinger	10
Britt Nyland: Regnskap NGF	11
Britt Nyland: Rapport fra Takstutvalget	12
Arne Christensen: Kvinneklinikken, Telemark Sentralsjukehus	14
Fridtjof Jerve: Overlege Egil Rønneberg, intervju	16
Abstracts, NGFs årsmøte	18
R.Sandvei og S.Thoresen: Hyppigheten av CIN III	18
B.Dahlstrøm og K.S.Koss: Antibiotikaprofylakse ved keisersnitt	19
J.Sundby: Noen momenter i behandlingen av kroniske smertepasienter i gynekologien	20
B.C.Eriksen, H.Sandvik og S.Hunskår: Norske gynekologers utrednings- og behandlingsrutiner ved urininkontinens.	21
B.C.Eriksen: Stamey urethropexi ved stressinkont.	22
Nye spesialister annet halvår 1990	23
Ottar Lunde: Doktorgrad	24
Kirste Malterud: Doktorgrad	25
Kurser, møter, kongresser	27
Statens reiseregulativ 1990	38
NGFs styre og utvalg, forts	39
Innhold	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

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

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

DEADLINE FOR NESTE NUMMER: 20.02.91

Det neste nummer vil bl.a. inneholde flere abstracts fra Kristiansand. Det vil være referater fra Soria Moria-møtet om spesialistutdannelsen, Spesialitetskomiteens årsrapport, referater fra konsensuskonferansene om østrogenbehandling (Norge) og "Ekstremt tidlig født barn" (Danmark). Kjesslers redegjørelse for ARG-rapportene og komiteinnstillingen om forholdet mellom gynekologi og urologi vil også bli trykket.