



**NORSK
GYNEKOLOGISK FORENING**

TIL MEDLEMMENE

NR. 1

JAN. 1989

2. ÅRGANG

NORSK GYNEKOLOGISK FORENING

STYRET:

Formann: Overlege Mette Moen, Regionsykehuset i Trondheim
Nestformann: Overlege dr.med. Thomas Abyholm, Rikshospitalet
Sekreter: Overlege Fridtjof Jerve, Ullevål sykehus
Kasserer: Avdelingsoverlege Willy Nøstdahl, Nordland S.sh.
Styremedlem: Prakt.spesialist Brit Nyland, Bergen

SPECIALISTKOMITEEN 1986-1989:

Formann: Overlege dr.med. Torbjørn Iversen, DNR
Repr: Prakt.spesialist Ingvar Haukeland, Kongsberg
- Overlege Lillian Berge, Regionsykehuset i Tromsø
- Avdelingsoverlege Sigurd Døssland, Gjøvik F.sh.
Vararepr: Overlege Gudrun Kvile, Buskerud S.sh.
- Overlege dr.med. Per E. Børdahl, Berum sh.

RADGIVENDE UTVALG FOR HELSEDIREKTØREN 1988-89:

Formann: Overlege Eilif Hellem, Vestfold S.sh
Medlem: Overlege dr.med. Odd Harald Jensen, Aker sykehus
Varamedlem: Overlege Bjørg Ladehaug, S.sh i Sogn og Fjordane
- Professor dr.med. Pål Øian, Regionsh i Tromsø
- Overlege Marit Kristoffersen, Berum sh
- Overlege Truls Servoll, Telemark S.sh

Fra YLF

Medlem: Eva Albert, Vest-Agder S.sh
Varamedlem: Thomas Nordaa, S.sh for Østfold
- Liv Ellingsen, Buskerud S.sh

Per E. Børdahl:

FRA REDAKSJONEN

Redaksjonen vil først takke for de positive reaksjoner vi har fått etter at nr 1/88 kom. Det har vært hyggelig å høre fra så mange kollegaer, og det er vårt håp at Norsk Gynekologisk Forening som den første av Løgeforeningens spesialforeninger skal kunne gi ut sitt faste kvartals-skrift.

Vi tok i nr. 1/88 utgangspunkt i at det skal være et blad for og av foreningens medlemmer. Det er medlemmene, ikke redaksjonen, som på sikt bestemmer hva bladet skal utvikle seg til. Det er derfor hyggelig å kunne konstatere at 9 andre enn redaksjonsmedlemmene bidrar i nr 1/89. Vi håper det er en tendens som skal holde seg.

I dette nummeret fortsetter vi presentasjonen av våre gynekologiske avdelinger, idet avdelingsoverlege Barlinn skriver om en av våre nyeste og mest moderne avdelinger. Nina Reisersen fra Norsk pasientskade-erstatning tar for seg et tema med tiltagende aktualitet: Erstatningskrav for feilbehandling. Erfaringer fra bl.a. USA har vist at spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer saksøkes oftest- og med de største erstatningskravene. Peer Høvik kommenterer henstillingen om 3.persons tilstedeværelse ved gynekologisk undersøkelse. Hans utgangspunkt og betoning av problemet er en annen enn Sosialministerens i forrige nummer. Vi hører gjene om andres erfaring !

Vi presenterer referater fra viktige kongresser og faglige møter siden sist. Det håper vi skal fylle en større plass i kommende numre. Vi minner om at vi gjerne mottar sammendrag fra faglige foredrag eller artikler i ikke-norske tidsskrifter. Rammen for slike bidrag settes foreløpig til i A-4 side.

Det er viktig at bidragsyttere holder seg til de tidsfrister og rammer for bidragene som er satt. Det er lettere at dere selv forkorter og redigerer enn at redaksjonens medlemmer gjør det. Kommer bidragene for tett på tidsfristen, rekker vi ikke la dem gå frem og tilbake til retting og korrektur. Antall sider i bladet må hver gang av trykketekniske sider være delelig med 4, så en ekstra side lar seg ikke lett innpasse.

Skrives innlegg på PC vil det være en kjempe-hjelp om dere sender diskett sammen med artikkelen. Jeg lover at dere får disketten snarlig i retur. For data-folket kan jeg opplyse at bladet skrives på IBM PC med Word-Perfect.

Mette Moen:

FRA STYRET

"Gynekologi i øst og vest, i nord og syd" kunne gjerne vært overskriften for min virksomhet i siste delen av 1988 hvor jeg har representert Norge på FIGOs generalforsamling i forbindelse med verdenskongressen i gynekologi i Rio i Brasil og på Nordisk Gynekologråds møter i Sverige. Ved årets avslutning arbeider jeg i Hammerfest, på verdens nordligste gynekologiske avdeling.

Innen FIGO utgjør Norge kun en liten gruppe, men i vitenskapelig sammenheng var vi bra representert på verdenskongressen med chairmen, inviterte foredragsholdere og bidrag i frie foredrag og posters. Blant utallige emner som ble tatt opp på kongressen var møredødeligheten spesielt satt i fokus, et problem som jo heldigvis ligger langt fra vår hverdag. Kongressen var preget av altfor mange mennesker på for liten plass, av landets voldsomme kriminalitet som en del av kongressdeltagerne fikk litt for godt kjennskap til og en uhyggelig inflasjon. Man kan diskutere verdien av en mammut-kongress med over 7 000 aktive deltagere. Men noe meget positivt ved et slikt opplegg er den samhörighet man finner i den norske reisegruppen, aldri lærer man hverandre så godt å kjenne som når man er på fremmede steder langt hjemmefra.

I høst fikk jeg anledning til å delta i Svensk Gynekologisk Forenings årsmøte. En av sesjonene omhandlet "å bli gynekolog i Sverige", hvor det tydelig kom frem at svenskene slåss med samme problemer som oss, vansker med å få operativ erfaring og mangel på supervisjon for å nevne eksempler. Vi kunne vise dem vårt krav til operasjonslister og vår veilederordning som i det minste på papiret ser bra ut.

Det Nordiske Gynekologrådet har hatt to møter, det siste i desember sammen med Nordisk Gyn Forenings reformkomite og Actas redaktør. Det arbeides nå med en "tilbudspakke", som rummer kollektivt medlemskap i NFOG, felles skandinaviske kurser, de svenske arbeidsgruppers rapporter samt abonnement på et modernisert Acta. Det avgjørende blir selvsagt prisen på "pakken". Det vil ligge klart for diskusjon på årsmøtet i Tromsø i september.

Dette brevet skrives fra Hammerfest hvor jeg avtjener seks måneders pliktjeneste. Etter kort tid viser det seg at det som man oppfattet som en sur plikt er blitt en positiv erfaring. Mest overraskende er det å oppleve at det faglige miljøet her langt mot nord stort sett kun kvantitativt er forskjellig fra det man kjenner fra universitetssykehus. Den største forskjellen er at man her må tenke geografisk, men det går også an å praktisere gynekologi med store avstander, mørke og kulde.

Avd. overlege Arne Jon Barlinn:

PRESENTASJON AV:

GYN/OBST AVD, SOGN OG FJORDANE SENTRALSJUKEHUS

Sogn og Fjordane fylke har, ikke ulikt andre fylker, i en årrekke vært preget av sykehusstrid. Striden kuliminerte i samband med stedsvalget, da det ble bestemt at fylkets nye sentralsykehus skulle bygges i Førde.

Føde/Barselavdelingen ble startet opp i februar 1980 og Gynekologisk avdeling noe tidligere sammen med poliklinikken. Avdelingen hadde den glede å arrangere Norsk gynekologisk forenings årsmøte i 1981, og mange av dere ble da kjent med vår avdeling.

Føde/Barselavdelingen er lokalisert til sykehuset sin nordlige fløy, mens i den sørlige fløy ligger barneavdelingen med prematuravsnitt, alt samlet i 5. etasje. Denne lokalisasjon gjør at vi kan anvende samme personale for begge enheter og dermed få en god utnyttelse og bra effektivitet. Avdelingen har 19 barselsenger i tillegg til tekniske senger, hvorav 3 anvendes til antenatal overvåking ved svangerskapskomplikasjoner. Fødeavdelingen har 3 store, fine føderom som er godt teknisk utstyrt også for obstetriske operasjoner og hastesection. Ved siden av 5 kardiokografer med sentral overvåking har avdelingen ny ultralyd med vaginal probe og pulsert Doppler.

Neonatalenheten på barneavdelingen tar seg av nyfødte uansett alder, men har ikke kapasitet for langvarig respirasjonsbehandling. Vi "flytter" således fødsler før 31. graviditetsuke til regionalsykehuset, som vi har et godt samarbeide med.

Gynekologisk avdeling er lokalisert i nordre fløy i 6. etasje og har 16 senger. Sykehuset har sentraloperasjon. Den gynekologiske poliklinikk har siden oppstart vært lokalisert i 1. etasje hvor vi disponerer 2 undersøkelsesrom i tillegg til cystoskopirom, mottagelse, sekretær og venterom for pasienter. Det var opprinnelig ikke avsatt areal som var tilfredstillende for poliklinisk operativ virksomhet. Det arbeides med å få lokalisert både den obstetriske og gynekologiske polikliniske virksomhet til plan 6.

Utstyrsmessig er vår avdeling relativt velutrustet, gyn/obst avd har nå imidlertid vært i drift siden 79/80, hvorfor vi arbeider med å få fornyet vårt utstyr. Vi har på programmet for 1989 to store anskaffelser som vi forhåpentlig får gjennomslag for. Det gjelder i første rekke laser samt nytt operasjonsmikroskop.

Pasientrettet virksomhet

Klientallet de første årene har preg av at Sogn og Fjordane fylke tidligere ikke hadde hatt noen spesialist innen vår spesialitet, og det forelå derfor et stort oppdemmet behov, som måtte dekkes. Det har siden tilkommet 1 spesialist på 2 av våre 3 lokalsykehus, hvilket har gjort at vi har fått et noe mer selektivt klientell og kunne konsentrere oss mer om sentralsykehusfunksjonen for de andre lokalsykehusområder.

Sogn og Fjordane er et fylke med store avstander hvor

reisetiden til sentralsjukehuset kan være opptil 4-5 timer. Vi satser på planlegging av hvert enkelt besøk og avsette tilstrekkelig tid på vår poliklinikk samt bestiller time for pasienten til andre eventuelle undersøkelser samme dag, slik at det kan gjøres en totalvurdering når svar foreligger. Vi har på vår poliklinikk mellom 3000 og 3500 konsultasjoner.

De fleste av våre pasienter har vært vurdert på polikliniken og opplegget er da klart ved innleggelsen. Gyn.avd. behandler 950 pasienter pr år med en liggetid på 4,1 døgn, og det er utført 836 operasjoner i 1988.

Vår fødeavdeling får henvist komplikasjonsgraviditeter fra hele fylket, hvor det fødes mellom 1300 og 1350 barn pr. år. I 1988 var det 612 fødsler ved vår fødeavdeling, som totalt hadde 752 innleggelser. I 1988 var sectiofrekvensen 9,9 %, vakumekstraksjon 7,6%, setefødsler 2,1%, tvillinger 2,5%. Perinatal mortalitet 3,2 o/oo.

Ved poliklinikk for gravide ble det undersøkt 1026 pasienter, her inklusiv rutineultral lyd som blir tilbudt alle i 17.-20. graviditetsuke.

Legestab

Avd.overlege Arne Jon Barlinn, (1.2.79)

Fast stedfortr. for avd.overlegen, overlege Bjarne Straume, (1.1.80.)

Overlege Bjørg Ladehaug, (1.11.79) (nå 6 mnd permisjon fram til 20.2.89 for tjeneste ved gyn.avd.,DNR)

Overlege Jostein Tjugum, (1.5.86)

Ass.lege I Gudny Sando (kst.overlege i dr.Ladehaugs fravær)

Ass.lege Jone Trovik (ass.lege II A, vikariat)

Overlegene går i 4-delt primervakt med dels assistentlege i forvakt. Legebemanningen har siden oppstarten vært stabil. Vi har vært nøye med å ta ut den utdannelsespermisjon vi har rett til etter paragraf 12 i tariffavtalen og har hatt god tilgang på vikarhjelp, spesielt fra Kvinneklubben Sahlgrenska sjukehus, Göteborg, hvilket også har gitt godt faglig utbytte.

Arbeidsoppgavene til de overordnede leger har i størst mulig grad vært innrettet etter deres spesialkompetanse samt interesse, men har likevel kunnet gjennomføre en rotasjonsordning innen de forskjellige enheter ved vår avdeling med tanke på å kunne opprettholde kvalifisert vaktkompetanse.

Legene har vært aktive og deltatt på studiebesøk i inn- og utland. Klinikken har vært representert aktivt ved nasjonale og internasjonale kongresser. Og vi har hatt tidsskriftpublikasjoner både i nasjonale og internasjonale tidsskrift. Legene har aktivt deltatt i undervisning både internt for leger samt kurs for allmennpraktiserende leger samt undervisning for pleiepersonalet og på sykepleierskolen. Avdelingens leger har interessert seg for administrasjon, og 2 leger har tatt i års studium i helse- og administrasjon ved Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo. Likeledes har lege ved avdelingen vært legerådsformann samt en tid sjefslege. Lege ved vår avdeling har også vært komitémedlem og senere komitésekretær ved utarbeidelse av Hovedplan for sentralsjukehuset, likeledes fungerer en av overlegene som hovedtillitsvalgt Dnlf.

Nina Reiseren,
Norsk Pasientskade-erstatning:

ERSTATNING FOR FEILBEHANDLING ETTER NY ERSTATNINGSORDNING

I BAKGRUNN/FORMAL

Den 1. januar 1988 ble Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) etablert som en midlertidig prøveordning. Ordningen skal gjelde inntil det foreligger en lov om erstatningsansvar for behandlingsskade i helsesektoren. (Arbeidet med dette avsluttes innen utgangen av 1990).

Det var mange grunner til at det ble etablert en erstatningsordning for pasientskader. En viktig årsak var at de alminnelige erstatningsrettslige regler, hvor det kreves såkalt uaktsomhet (skyld) hos skadevolder (lege - sykehus) var lite tilfredsstillende både for pasienten og legen/helsevesenet. Sentrale henyn bak de avtalefestede reglene for NPE er bortsett fra at pasienten skal gis erstatning på et objektivisert grunnlag (ansvar uten skyld), er at man skal unngå bevisproblemer og fokusering på enkeltpersoners feil. Det blir også lagt stor vekt på at erfaringene fra sakene til NPE skal brukes til skadeforebyggende arbeid. Norsk Institutt for Sykehusforskning (NIS) skal ha ansvaret for dette arbeidet.

II NORSK PASIENTSKADEERSTATNING (NPE)

NPE er et eget organ administrert av Kommunal Landspensjonskasse. Det er videre et nøytralt organ som skal ivareta såvel pasientenes så vel som sykehusenes interesser.

I sekretariatet er det ansatt 4 advokater, 1 saksbehandler med økonomisk bakgrunn og 1 lege i 1/5 stilling.

Nemnda.

Pasientskadenemnda består av 5 medlemmer med vararepresentanter. Leder og nestleder skal være høyt kvalifiserte jurister, og oppnevnes på fritt grunnlag.

2 av medlemmene oppnevnes etter forslag fra Forbrukerrådet, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon og Norsk Pasientforening. 1 medlem oppnevnes etter forslag fra Kommunenes Sentralforbund. Tidl. NKS. For tiden er det 2 medlemmer av Nemnda som er leger.

III KONSTATERT

En første forutsetning for å få erstatning etter reglene for Norsk Pasientskadeerstatning, er at skaden er konstatert etter 1. januar 1988. Det er ikke avgjørende om skaden er påført etter denne dato. Av de henvendelser NPE har fått til behandling, er foreløpig et stort antall avvist bl. a. fordi skaden er konstatert før 1. januar 1988.

IV HVEM SKAL HA ERSTATNING ?

Ordnningen omfatter i prøveperioden bare pasienter på offentlig drevne somatiske sykehus og poliklinikker. I tillegg vil også forsøkspersoner og givere av organer, blod, vev etc. omfattes av ordningen. I denne forbindelse er det verdt å merke seg at selve produktansvaret ved utprøving av legemidler ikke omfattes av ordningen.

Det er bare fysiske skader på person som gir rett til erstatning. Psykiske skader som er en følge av en fysisk skade vil imidlertid omfattes.

To eksempler kan illustrere hva som ligger i kravet til fysisk skade. Nemnda har avvist både kravet fra faren som ønsket erstatning for en ikke vellykket sterilisering med den følge at hans kone ble gravid, og moren som krevet erstatning for utgifter til oppfostring av sitt barn etter en ikke vellykket abort. Det ble av Nemnda i begge tilfellene vist til at det ikke forelå fysisk skade.

Utgangspunktet og hovedregelen ved skader forårsaket av en undersøkelse, diagnostikk, behandling, pleie, informasjonssvikt eller svikt ved teknisk utstyr er at det her gjelder et objektivisert ansvar, dvs. tilnærmet et ansvar uten skyld. Reglene omfatter imidlertid også en annen gruppe skader, dvs. ulykker som skjer under opphold på sykehus når ulykken ikke har sammenheng med behandling, pleie osv. I de tilfellene gjelder et vanlig uaktsomhets- eller skyldansvar.

Det er imidlertid gjort en del unntak fra denne hovedregelen, slik at enhver skade likevel ikke gir rett til erstatning. Unntakene tar særlig sikte på å regulere de tilfeller hvor skade ikke kunne vært unngått. Videre de tilfeller hvor skaden har andre årsaker, dvs. hvor skaden f. eks. skyldes forhold ved pasienten selv. I disse situasjoner vil man ofte kunne si at pasienten ikke har forventning om erstatning, og at pasienten selv er den nærmeste til å bære eventuelle tap. Andre unntak gjelder når en skade er en følge av en risiko som ikke bør aksepteres.

V HVA SKAL ERSTATTES ?

DET ØKONOMISKE TAP.

Beregningen av erstatningsbeløpet skal skje etter de alminnelige erstatningsrettslige regler. Det innebærer at det er det økonomiske tapet som etter hovedregelen skal erstattes.

Det dreier seg her f.eks. om tapt arbeidsinntekt, utgifter til kjøp av medisiner, reiseutgifter og utgifter til hjelp i hjemmet. Ved død dekkes tapt forsørgelse.

DET IKKE ØKONOMISKE TAP?

Ménerstatning.

Pasienter som er påført varig og betydelig mén (minst 15 %), kan kreve ménerstatning. Dvs. erstatning også for ikke økonomisk

skade.

Oppreisning. Tort og svie.

Krav om oppreisning eller såkalt tort og svie, kan bare dekkes når skadevolder har utvist grov uaktsomhet eller forsett. Det er i helt spesielle tilfeller at denne bestemmelsen kommer til anvendelse. Som eksempel kan her nevnes når skaden er forvoldt under beruselse, ved ekstrem tretthet, eller når helt elementære grunnleggende ting er oversett og dette har medført skade.

Erstatningens størrelse.

Etter de alminnelige erstatningsrettslige regler som også gjelder for NPE, er det i prinsippet ingen øvre grense for hvor høyt et erstatningssum kan fastsettes til.

Etter reglene for NPE er det imidlertid gjort et unntak fra dette prinsippet. Ved oppreisning er den maksimale erstatning som kan gis kr. 20.000.

Det gjelder imidlertid en nedre grense på 5.000 kr. for den enkelte sak. Dvs. at tap under 5.000 kroner i utgangspunktet ikke skal behandles av NPE, men må rettes direkte mot sykehuset.

VI HVORDAN BEHANDLES ERSTATNINGSKRAVENE ?

Er det skjedd en skade, har sykehuset et selvstendig ansvar for at pasienten blir informert om muligheten for å søke erstatning. Søknaden må imidlertid fremmes av pasienten selv. Egne skjemaer fins på alle sykehus/avdelinger. Sykehusets egen kommentar på dette skjemaet er viktig for det videre arbeid med saken. Likeledes at kopi av relevante journaler sykepleienotater, operasjonsbeskrivelser etc. følger med ved innsendelsen til NPE.

På grunnlag av dette behandles saken videre i sekretariatet for NPE. En viktig side av dette, er en ytterligere klargjøring av sakens faktum. Herunder klargjøring av alle medisinske sider ved saken. I tillegg til den medisinske ekspertise sekretariatet selv har, blir det i utstrakt grad innhentet sakkyndige uttalelser utenfra. Den ferdig utredede saken forelegges til slutt for Pasientskadenemnda som avgjør denne.

Behandlingen i Pasientskadenemnda er bindende for sykehuset. Dvs. at sykehuset ikke kan angripe en avgjørelse i Nemnda. Pasienten kan imidlertid velge å avslå et tilbud fra Nemnda og bringe saken inn for domstolene. Da faller Pasientskadenemndas avgjørelse bort.

VII OPPSUMMERING

NPE har eksistert i 1 år. Det er ca. 250 registrerte saker til behandling.

Pasientskadenemnda har foreløpig fått forelagt 49 saker til behandling. Av disse har 12 blitt avvist fordi skaden har vært konstatert før 1.1.88. 18 pasienter har fått medhold i sitt krav om erstatning.

Dette er imidlertid ikke tilstrekkelig til å trekke vesentlige konklusjoner.

Vi kan imidlertid allerede nå si at det ser ut til at ordningen innebærer en klar forbedring sett ut ifra en pasients synspunkt.

Sett fra den enkelte leges og sykehus' side vil ordningen antagelig stort sett også innebære klare forbedringer i forhold til tidligere. Det kan heller ikke være tvil om at ordningen vil demme opp for de fryktede, såkalt "amerikanske tilstander".

Når det imidlertid gjelder krav om oppreisning, som kanskje vil reises særlig ofte i forbindelse med fødselsskader og da særlig når barnet dør, (det vil da ofte ikke være nevneverdig økonomisk tap) kan det stilles spørsmål ved om det er en fordel at dette kan kreves etter ordningen.

Når en pasient krever erstatning kan det, bortsett fra et ønske om å få dekket det økonomiske tapet, være flere grunner som ligger bak. Slike grunner kan være ønsket om "et plaster på såret", et ønske om å straffe de som er ansvarlig for skaden eller rett og slett som en "anerkjennelse" av at det ikke gikk som det skulle.

For de pasienter som er påført et økonomisk tap vil det som regel sjelden være et ønske om å kreve oppreisning, medmindre det de har vært utsatt for har vært særdeles graverende. Det vil imidlertid ofte være når en en skade ikke har ført til et økonomisk tap at, at pasienten ønsker å kreve oppreisning. Det at det er så enkelt å fremme krav om oppreisning i NPE, vil muligens føre til at fler nå vil kreve dette enn tidligere. Mange pasienter har heller ingen forståelse av hva dette i realiteten innebærer. For den lege eller sykepleier som er ansvarlig for en skade hvor dette spørsmål blir reist, kan det bli en stor påkjenning selv om påstanden er grunnløs. Kommer Nemnda til at det foreligger grov uaktsomhet eller forsett, vil skadevolder ha vanskelig for å angripe avgjørelsen.

NPE har mottatt flere krav om oppreisning. Ingen av disse har imidlertid foreløpig vært behandlet av Nemnda. Dette skyldes blant annet at sekretariatet i enkelte av disse sakene bruker noe tid på å avklare om det virkelig er oppreisning pasienten egentlig ønsker å kreve.

På denne bakgrunn kan mye tale for at det bør vurderes om reglene for NPE bør endres på dette punkt allerede i prøveperioden, slik at det ikke lenger blir mulig å krev erstatning for oppreisning, eller om også dette spørsmål skal overlates til lovutvalget å ta standpunkt til.

NORSK PASIENTSKADEERSTATNING
Adresse: Rosenkrantzgt. 11B
Postboks 1733 Vika
0121 Oslo 1

ORDET FRITT

I siste nummer av "Til medlemmene" kommenterte sosialminister Tove Strand Gerhardsen Helsedirektoratets rundskriv om kvinners rett til å ha med seg en person ved gynekologisk undersøkelse. Vi har bedt Peer Høvik, som har mange års erfaring både som sykehusgynekolog og fra spesialistpraksis om å kommentere det initiativ som er tatt m.h.p. 3. person tilstede.

Peer Høvik:

VEDRØRENDE TILSTEDEVÆRELSE AV 3. PERSON VED GYN.US

Ved informasjon og tilsendte oppslag fra DNLF er norske leger blitt oppfordret til å la 3. person være tilstede når det blir gjort gynekologiske undersøkelser. Det har også vært forslag om påbud om en slik ordning. (fra myndighetene).

Bakgrunn for henstillingen er episoder der pasienter har beskyldt leger for avvikende adferd med seksuelle tilnærmelser overfor pasienter.

En slik ordning ville få store konsekvenser, både menneskelige, praktiske og økonomiske.

I løpet av mine 10 år i gynekologisk praksis har 2 pasienter berettet om forulepende adferd hos en undersøkende lege. Slike beretninger sier selvfølgelig intet om hva som virkelig har skjedd, men det viser at problemet er lite.

Problemet angår i praksis bare mannlige gynekologer. Ved de fleste legekontorer er det i dag hjelpepersonell i samme eller tilstøtende rom. På grunn av prøvetagninger, inngrep av forskjellige slag, og mange type behandling, kreves det assistent ved gynekologiske undersøkelser. Jeg vil derfor tro at risiko for å komme ut for en lege med avvikende adferd er negligibel. Skulle det inntreffe episoder, ville kjennskapet om dette straks spre seg, og vedkommende praksis ville forsvinne på grunn av sitt dårlige renommé.

Et eventuelt påbud måtte føre til økning i antall hjelpepersonell - både i praksis og ved poliklinikker / sykehusavdelinger. Disse betydelige merkostnadene måtte dekkes inn ved økning av refusjonstakst. Det ville også innebære utvidelse av personalrom, etc.

Sett i forhold til problemets ubetydelige omfang, ville slike investeringer være meingsløse.

De aller fleste pasienter ønsker ikke at 3. person skal være tilstede. Etter at henstillingen kom, og det har vært informasjon om dette, har ikke én eneste pasient bedt om at uvedkommende skulle være tilstede.

Når dette er sagt, er det likevel min mening at pasientene alltid må ha anledning til å ha noen med seg, hvis de ønsker det. Dette gjelder et så lite antall, at det ikke ville by på noen problem, hverken for konsultasjonen eller praksisen.

Her, som ellers, må vi søke å være pragmatiske, og ikke innføre ordninger og påbud, som både ville fordyre og vanskeliggjøre en situasjon, som forutsetter et nært og tillitsfullt lege-pasient forhold.

Kristina H. Johannesen og Brit Nyland:

RIKSSTÄMMAN - OGSÅ NOE FOR NORSKE GYNEKOLOGER

Ved den årlige Riksstämman i Stockholm 29/11-2/12 1988 ble det denne gang observert et stort antall norske kollegaer blandt de 10 000 svenske legene. Dette mammutarrangementet foregår på Stockholmsmässan, Älvsjö, lett å nå fra sentrum. Man får adgang til 19 parallelle sesjoner arrangert av 60 spesialistseksjoner, bl.a. symposier, frie foredrag, videoprogram, posters og utstillinger. Alt til en pris av kr 400.

Obstetikk og gynekologi startet torsdag 1/12 med symposiet "Etikk og reproduksjonsteknologi", der Kerstin Hagenfeldt ga en generell introduksjon, hvorefter Berndt Kjessler med sin vanlige veltalenhet redegjorde for svensk lovgivning og konkluderte med at embryonal forskning er legitim. Han filosoferte over endel etiske stillingstagender, hvilke grenser man bør sette og på hvilket grunnlag.

Torsdag em. fortsatte med symposiet "Mannen i den infertile forbindelse", med Rune Eliasson som moderator. En sammenfatning av de enkelte foredrag ble utlevert deltagerne, og uten at det fremkom store nyheter gav symposiet en meget nyttig oppdatering av utredning og behandling.

Fredag morgen startet med symposiet "Kvinnen omkring 50" med Bo von Schoultz som moderator. De vegetative besværs fysiologi inkluderer økt hudtemperatur (2°), økt puls (10-20 slag), LH- og GNRH-topper. Plasma-beta-endorfiner er høyere hos fertile kvinner enn hos postmenopausale og stiger ved østrogenbehandling. Fysisk aktive kvinner har mindre vegetative besvær. Terapeutisk anbefaler man østradiol i lavest effektive dose, med gestagentillegg, i en begrenset behandlingstid (ca 5 år). Man anser dette regimet å være uten risiko for cancer og kardio-vaskulær sykdom.

Fredag var det også 2 minisymposier. 1. "IVF- et psykologisk dilemma", der vi fikk dokumentert nytten av samtalegrupper før, under og etter behandlingen. 2. "STD og seksualitet"- et interessant symposium der emnet ble belyst fra forskjellige fagområder. For oss var det en nyhet at kvinner med partner med azoospermi ikke får salpingit- da bakterier, virus og Klamydia trenger spermier å feste seg ved for å komme oppover. Individets reaksjon på STD, innvirkningen på seksualiteten ble utførlig belyst. Sture Cullhed snakket om hvor viktige samtalen med disse pasientene var, man skulle streve etter at pasienten midt i det hele kunne beholde sin "sexual wellbeing"- det krever kunnskap og empati.

Av de frie foredrag skal bare nevnes "Sjukskrivning under graviditet-ett medisinsk ställningstagande ?" ettersom det er aktuelt i Norge og. I Sverige er ca 60 % sykemeldt mer enn 2 mnd. Man skulle der forlange at 1 måned av permisjonen obligatorisk måtte taes før partus. Noe lignende kan vel være aktuelt i Norge, når permisjonen blir lengre.

Alt i alt er Riksstämman velarrangert, vi synes der er mye faglig å hente. Stockholm byr også på et rikt kvelds- og natteliv. Man kan gå på teater, opera, konserter, koselige restauranter i Gamla Stan, jazzklubben Stampen osv.

Ola Didrik Saugstad:

DE 2. NORSKE PERINATDAGER I SANDEFJORD

Norsk Perinatalmedisinsk Forening (NPF) er allerede blitt en livskraftig forening et drøyt år etter stiftelsesmøtet i Oslo. Foreningen har over 500 medlemmer fra hele landet og er godt representert med fødselsleger, jordmødre, barneleger, pediatrike sykepleiere og andre interesserte. 11-12 november arrangerte foreningen de 2. Norske Perinataldager i Park Hotell i Sandefjord. 250 påmeldte deltagere var i overkant av det arrangørene hadde regnet med og bekreftet vel at denne foreningen har en viktig faglig og sosial funksjon innen norsk perinatalmedisin.

Det første hovedemnet var "Fosteret som pasient". Her var det innledningsforedrag av Manfred Hansmann fra Bonn samt norske kapasiteter som Sturla Eik-Nes, Roald Bjordal og Steinar Haugen. Diagnostiske og terapeutiske muligheter ved en rekke misdannelser ble drøftet. Det var interessant å observere at man har forskjellige tilnæringsmåter til en rekke problemer i Oslo og Trondheim. Slike forskjeller stimulerer den faglige diskusjonen og bidrar til et høyere faglig nivå. Det er nettopp for å kanalisere og stimulere til denne typen diskusjon NPF har en viktig rolle.

Vivian Wahlberg fra Gøteborg hadde et engasjert foredrag om "Omsorg og forskning ved livets begynnelse". Hun har evnen til å sette spørsmålstejn ved en rekke av våre rutiner, og som neonatolog fikk jeg mange nye tanker å arbeide med.

En hovedattraksjon var foredraget til Sheila Kitzinger fra London: "Hvordan forbedre fødemiljøet ved våre sykehus"? På en utradisjonell måte klarer hun å rokke ved mange vedtatte forestillinger om sosiale og medisinske rutiner i forbindelse med fødselen. Det er kanskje typisk at det er en sosialantropolog som må til for å stille spørsmålstejn ved en rekke nedardvede forestillinger. Alt hun sier er vel ikke like relevant for norske forhold, men hun har evnen til å reise problemstillinger som vi alle bør arbeide videre med.

Ragnar Tunell fra Stockholm snakket om "Regionalisering av nyfødtsomsorgen". Han gikk inn for en moderat regionalisering av intensiv neonatologi, i prinsippet var det vel få neonatologer som var uenige med ham, men man kunne kanskje stille spørsmåls-

tegn ved hvilke pasienter som skal regionaliseres eller ikke. Undertegnede ville nok mene at i Norge er det nødvendig med en noe mer uttalt regionalisering enn det Tunell gjorde seg til talsmann for.

Tunells foredrag munnet ut i den viktige rundebordssamtalen: "Hvor og hvordan skal våre barn fødes?" Per Bergsjø, Trond Markestad, Randi Elisabeth Fauske og Mari Rysst Heilmann innledet. Meningene var delte, og det er ingen tvil om at det foreligger en reell uenighet mellom mange jordmødre og neonatalologer om i hvilken grad fødslene i Norge skal regionaliseres. Som neonatalolog reagerer jeg på at jordmødrene i denne debatten synes å ha glemt barnet. Det er bare den fødende kvinnens behov som synes interessant. I alt snakket om "myke verdier" skal man ikke glemme at det finnes ikke noen "hardere verdi" enn å få et hjerneskadet barn. Det er med undring man følger en slik debatt og observerer hvor få som er villige til å tale den nyfødtes sak. Dette bekrefter for meg hvor viktig det er at alle faggrupper er representert i denne debatten.

Møtet hadde også en interessant sesjon med frie foredrag. Nytt var det at utstillerne fikk lov å presentere seg med korte innlegg i plenum.

Det er ingen tvil om at de norske perinataldagene er kommet for å bli. De er i ferd med å utvikle seg til et forum hvor man kan diskutere nye forskningsresultater innenfor feltet. Samtidig er det blitt et forum hvor de enkelte profesjonene kan bli bedre kjent med hverandre, både faglig og sosialt.

De 3. Norske Perinataldagene vil bli holdt i Trondheim i andre helg i november 1989.

KLASSIFIKASJON AV OPERASJONER

Fra 1.1. 1989 er operasjonsklassifikasjonen kommet i ny utgave. Første versjon fra november 1985 er erstattet av en 2. versjon. Forandringene i gynekologi/obstetikk er ikke store. I gynekologi er det gjort endringer i språkbruken og i endel nummere m.h.p. laparoskopisk kirurgi. I obstetikk er den viktigste endring at man ved tilleggskodning kan kode de akutte keisersnitt for seg. Vi kommer i neste nummer mer detaljert tilbake til hva endringene består i.

KURSER, MØTER, KONGRESSER

NORGE

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

Universitetet i Oslo

- 6.-8.2.1989 Kurs 1930: Hemoterapi- kliniske og immunologiske aspekter ved blodtransfusjon
Sted: Audit., SIFF, Geitemyrsvæien 75, 0462 Oslo 4
Kursledelse: Overlege Kornstad, Spesiallege Heier
Kursavgift: Kr 900.-
Påmelding 15.1.89
- 15.-17.2.89 Kurs 1932: Kjemoterapi og hormonterapi ved maligne lidelser
Sted: Audit., Det Norske Radiumhospital
Kursleder: Assistentlege Kjetil Heimdal
Kursavgift: Kr.900.-
Påmelding 15.1.89 Begrenset til 60
- 28.2.-3.3.89 Kurs 1936: Ultralyd i obstetikk.
OBLIGATORISK Sted: Aud 277, 2.et., Midtblokken, Ullevål
Praktiske øvelser: Aker og Ullevål
Kursleder: Overlege Sande, KK, Ullevål,
0407, Oslo 4
Kursavgift: Kr 1200.-
Påmelding: 1.2. Begrenset til 20
- 6.-8.3.89 Kurs 1938: Kurs i klinisk sexologi
Sted: Soria Moria
Kursleder: Bydelslege Svendsen, Nordraakgt.15,
0260 Oslo 2
Kursavgift: Kr 900.-
Påmelding: 15.1.
- 13.-15.3.89 Kurs 1948: Gynekologisk onkologi
OBLIGATORISK Sted: Gyn avd., Radiumhospitalet
Kursleder: Torbjørn Iversen
Kursavgift: Kr 900.-
Påmelding: 1.2.
- 3.-7.4.89 Kurs 1952: Grunnkurs i pre- og postoperativ behandling og intensiv medisin
Sted: Audit, Patologibygget, Ullevål
Kursleder: Professor Røder, Kir.avd., Ullevål sykehus, 0407 Oslo 4
Kursavgift: Kr 1500.-
Påmelding: 15.1. Begrenset til 70
- 17.-18.4.89 Kurs 1963: Obstetrisk anestesi
OBLIGATORISK Sted: Audit, Kir.avd., Aker sh

Kursleder: Overlege Gaute Narverud
Anestesiavd, Aker sh, 0514 Oslo 5
Kursavgift: Kr 600.-
Påmelding: 15.3.

19.-20.4.89 Kurs 1964: Nevrourologi
Sted: Rikshospitalet, sted oppgis senere
Kursleder: Overlege Talseth
Kursavgift: Kr 600.-
Påmelding: 15.1.

22.-26.5.89 Kurs 1971: Kurs i administrasjon/ledelse for
OBLIGATORISK spesialistkandidater
Sted: Soria Moria
Påmelding: Kontor for legers videre- og etter
utdanning, Kir.avd. Ullevål sykehus
Kursavgift: Kr 1500.-
Påmelding: 1.4.89 Begrenset til 40

Universitetet i Bergen

Påmelding til alle kursene: Det medisinske fakultets sekretariat,
Boks 25, 5027 Bergen

13.-17.2.89 Kurs 675: Laboratoriet i allmenpraksis
Sted: Sentralblokken, Haukeland sh
Kursavgift: Kr 1500.-
Påmelding: 20.1.

19.4.89 Kurs 690: Diagnostikk og behandling av cervix
dysplasi og condylom
Sted: KK, Haukeland sh
Kursavgift: Kr 500.-
Påmelding: 15.3. Begrenset til 7 timer

20.-21.4.89 Kurs 693: Gynekologiske og obstetriske operasjoner
OBLIGATORISK Sted: Auditoriet, KK, Haukeland sh
Kursavgift: Kr 600.-
Påmelding: 20.3.

Universitetet i Trondheim

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

2.-3.2.89 Kurs 452: Infeksiøse og premaligne lidelser på
cervix
Sted: Røde Kors audit, underet, Regionsh i
Trondheim
Kursavgift: Kr 600.-
Påmelding: 2.1.89 Begrenset til 20

5.-10.3.89 Kurs 455: Kurs i administrasjon for alle spesia
lister

- Sted: Røros Hotell, Røros
Kursavgift: Kr 1500.-
Påmelding: 13.2. Begrenset til 40-50
- 17.-18.4.89 Kurs 464: Nevrologvistisk programmering
Sted: Psykiatrisk institutt, Østmarka
Kursavgift: Kr 600.-
Påmelding: 20.3. Begrenset til 27
- 20.-21.4.89 Kurs 466: Gynekologisk urologi
Sted: Røde Kors Klinikk, Audit, RiT
Kursavgift: Kr 600.-
Påmelding: 20.3. Begrenset til 30
- 2.-3.5.89 Kurs 469: Kurs i psykososial gynekologi og
obstetrikk
Sted: Eirik Jarls gt 4, 4.et, Underv rom 1
Kursavgift: Kr 600.-
Påmelding: 2.4. Begrenset til 30
- 29.-31.5.89 Kurs 470: Kurs i klinisk seksologi
Sted: Royal Garden Hotel, Trondheim
Kursavgift: Kr 2000.-
Påmelding: 1.3. Begrenset til 45

Universitetet i Tromsø

- Våren 89 Kurs 348: Klinisk sexologi i allmenpraksis
Sted: Bekjentgjøres senere
Kursleder: Asslege H.P. Fundingsrud, Barneavd.,
9012 Regionsykehuset i Tromsø
Kursavgift: Kr 900.-
Påmelding: Bekjentgjøres senere Begrenset til 30
- 25.-26.5.89 Kurs 350: Obstetrikk i allmenpraksis
Sted: Aud K, Regionsykehuset i Tromsø
Kursleder: Pål Øian, KK, 9012 Regionsykehuset i
Tromsø
Kursavgift: Kr 600.-
Påmelding: 15.4. Apent kurs

Sentralsykehuset i Akershus

- 26-28.4.89 Gynekologisk CO, -laserkurs
Sted: Gyn avd, SiA, 1474 Nordbyhagen
Med praktiske demonstrasjoner, begrensning: 20
Averteres i Tidsskriftet medio feb.
Kursledelse: Arne Urnes, Rolf Kirschner

DE GYNEKOLOGISKE LOKALFORENINGER

Vestnorske Gynekologiske Forening

- 20.5.1989 Vårmete. Ullensvang Hotell
Kontaktperson: Prof.dr.med. Per Bergsjø, Haukeland

Sørnorsk Gynekologisk Forening

Vårmete Porsgrunn

Nordenfjeldske Gynekologiske Forening

Ultimo mai Fødselsovervåking
Levanger
Kontakt: Overlege Hårstad, Levanger

Oslo Gynekologiske Forening

- 3.2.89 Premature fødsler
Karin Sofie Koss, Bærum: Forekomst av premature fødsler i Norge. Magnus Westergren, Danderyd: Obstetriske synspunkter på premature fødsler. Jens Grøgaard, Aker: Premature fødsler fra et pedi-atrisk synspunkt.
Sted: Medicinsk Selskab, Drammensveien 44
- 1.4.89 Fellesmate med Nord-tysk gynekologisk forening
Program senere
- 21.4. Gynekologisk tilbud i Oslo-regionen
Offentlige planer.
Synspunkter fra spesialistpraksis og sykehus

ANDRE

NORDISKE OG INTERNASJONALE KONGRESSER OG MØTER

- 9.2.89 European Society for Infectious Diseases in Obstetrics and Gynaecology 1. General Meeting
Klinikum Grosshadern, München, V-Tyskland
Kontakt: B.Stray-Pedersen, Aker Sykehus
Se nederst
- 26.-31.3.89 9th International Congress on pre and perinatal psychology and medicine. "Encounter with the unborn"
Jerusalem, Israel
Contact: ISSP Congresssecretariat
c/o International ltd., PO BOX 29313
65121 Tel-Aviv, Israel
Tel (03) 654541
- 2.-7.4.89 VI World Congress of In Vitro Fertilization and Embryo Transfer
Jerusalem, Israel
Contact: Mrs.Llana Shapiro, Head Promotions Dept
Kenes, PO Box 5006, Tel Aviv 61500, Israel
- 2.-8.4.89 3rd International Course on "Recent Advances in Perinatal Medicine"
Erice, Sicilia, Italia
Contact: Dr E.V.Cosmi, c/o Instituto di Ginecologia e Ostetricia Policlinico Monteluce, 06100 Perugia, Tel:075/29271

- 7.-10.4.89 International Symposium on Transvaginal Sonography and Doppler Application.
Haifa-Israel
Contact: Shraga Rottem M.D., Dep of Obst Gyn, Rabarn Medical Centre, Haifa 31096, Israel
- 27.-29.4.89 6th International Meeting on Gynaecological Oncology
Paris, Frankrike
Contact: Centre d'Oncologie et des Maladies du Sein Hopital, Saint Louis, 38 rue Bichat, 75010, Paris, Frankrike.
Tlf (331) 42 49 99 39
- 22.-25.5.89 Annual Meeting of the American College of Obstetricians and Gynecologists
Atlanta, USA
Contact: ACOG, 409 12 Stree SW
Washington DC 20024-2588
Tel: (202) 638 5577
- Mai 6th International Symposium: The fetus as a patient
Paris, Frankrike
Contact: Dr Michele Uzan, 5 Avenue du Bel-Air, 75012 Paris, Frankrike
- 25.-27.5.89 Fellesmøte mellom Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi og Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: ONKOLOGI
Aud.1, Auditoriebyggn, Rigshospitalet, København
Kontakt: Nærmere oppl senere
- 5.-7.6.89 2e Congres Mondial d'Endoscopie en Gynecologie
Clermont-Ferrand, Frankrike
Contact: Pr. M. a. Bruhat, Secr Congres d'Endoscopie en Gynecologie, Polyclinique, BP 69, 63033 Clermont-Ferrand Cedex, Frankrike
- 14.-16.6.89 12. Nordiske Perinataalkongress
Bergen
Kontakt: Bergen Consult a.s. Boks 4396, Nygårds tangen, N-5028 Bergen
- 25.-28.6.89 European Society of Human Reproduction and Embryology
Malmö, Sverige
Contact: Scandinavian ESHRE 89, c/o ICM AB
Geijersgatan 50, S-216 19 Malmö, Sverige
- 4.-7.7.89 British Congress of Obstetrics and Gynaecology
London, UK
Contact: Caroline Roney Medical Conference
Organiser, Congress House, 65 West Drive, Sutton-Surrey SM2 7NB, England
- 7.-9.9.89 Norsk Gynekologisk Forenings årsmøte
Tromsø. SE EGET OPPSLAG I BLADET

10.-13.9. 89 International Society for Sexually Transmitted Diseases Research, 8th Meeting
København, Danmark
Contact: ISSTD-1989, DIS Congress Service
Linde Allé 48, 2720 Vanløse, Danmark

1.-6.10. 89 13. World Congress of Fertility and Sterility
Casablanca, Marokko
Contact: Congress Secretariat, Société Marocaine
de Fertility-Contraception, PO Box 12537 Ain-Diab,
Casablanca, Marokko

Fra overlege dr.med. Babill Stray-Pedersen har vi fått opplysning om at det er startet en spesialforening for infeksjoner i gynekologi, obstetrik: European Society for Infectious Diseases in Obstetrics and Gynaecology. Foreningen ble grunnlagt i Milano i 1988 og skal ha sin første generalforsamling i München 9.feb 1989. Det skal senere være årlig møte og 3-årlig kongress. Interesserte kan kontakte B.Stray-Pedersen, Aker sykehus.

NORSK GYNEKOLOGISK FORENING
har den glede å innby til

ARSMØTE I TROMSØ, 6 - 10 september 1989 på SAS Royal Hotel

HOVEDTEMAER:

1. PROM - FOR TIDLIG VANNAVGANG
2. CERVIXPATOLOGI
3. FRIE FOREDRAG A 10 MINUTTER

Vi håper på et interessant og allsidig faglig møte. Arrangementsmessig vil det bli lagt vekt på å vise deltakerne hva Tromsø har å by på av severdigheter, og det etter hvert så kjente og populære kvelds- og natteliv.

Detaljert program for årsmøtet vil bli sendt medlemmene i løpet av mai måned.

Påmelding av foredrag skjer til formannen innen 01.06.89.

VALG

Det skal velges ny formann og nytt styre. Mette Moen går ut av styret. Alle styremedlemmene stiller til gjenvalg. Etter foreningens lover skal formannen utpekes ved eget valg, og han/hun bør ha sittet i styret i minst en periode tidligere.

Forslag til kandidater sendes til formannen innen 01.06.89.

SCHERINGPRISEN

I år på kr. 14.000.- utdeles for beste forskningsinnsats eller fortjenestfullt arbeid i gynekologi og obstetrik.

Alle medlemmer av NGF kan stille forslag på kandidat. Det skal sendes formannen innen 01.08.89.

SYMPOSIUM

OM.

NYTTE OG RISIKO VED SUBSTITUSJONSBEHANDLING MED ØSTROGENER

DATO: Torsdag 07.09.89
TID: Kl. 09.00 - 13.00
STED: Tromsø

NB! Årsmøtet i Norsk Gynekologisk Forening åpner samme dag.

De fleste sidene ved substitusjonsbehandling med østrogener vil bli belyst. Det arbeides med å skaffe både norske og utenlandske foredragsholdere.

CIBA-GEIGY A/S dekker overnatting fra onsdag til torsdag for tilreisende.

Ved symposiets avslutning inviteres alle deltagerne med eventuell ledsager til lunsj.

For å få en oversikt over behovet for hotellrom, ber vi om at de som trenger overnatting snarest mulig sender en preliminær påmelding til

CIBA-GEIGY A/S
v/ Nina Furuset Sand
Boks 6077-Etterstad
0601 Oslo 6.

Endelig invitasjon med detaljert program vil bli sendt ut senere.

REISESTIPEND

FOR MEDLEMMER I NORSK GYNEKOLOGISK FORENING

I anledning introduksjonen av ESTRADERM etablerer CIBA-GEIGY A/S 2 reisestipend à kr 5.000,-.

CIBA-GEIGY A/S ønsker at beløpene fortrinnsvis tildeles medlemmer av NGF som skal presentere egne forskningsresultater for et internasjonalt forum.

Søknad om tildeling av stipendmidler sendes styret i NGF v/ Mette Moen, Kvinneklinikken, Regionsykehuset i Trondheim, 7006 Trondheim innen 01. juni 1989.

Med vennlig hilsen



CIBA-GEIGY A/S



Doktorgradsarbeide:

Sigurd Kulseng-Hanssen, Gyn/Obst avd., Bærum sykehus: URETHRALE TRYKK VARIASJONER HOS KVINNER MED OG UTEN NEURO-UROLOGISKE SYMPTOMER

Ved simultan urethracystometri (SUCM) registrerer man ofte betydelige urethrale trykkvariasjoner (UTV). Blandt pasienter med neuro-urologiske symptomer (NUS: urgency, pollakisuri, urge incontinens og stress incontinens) fant man at trykk-variasjonene var uavhengig av blærevolume og om blæren ble fylt fysiologisk eller retrograd. Urge inkontinente pasienter hadde relativt hyppigere UTV enn pasienter med genuin stress-inkontinens.

Det ble ikke funnet signifikant forskjell på UTV hos normale kvinner og pasienter med NUS. Det høyeste og det laveste maksimale urethra-trykk var imidlertid signifikant lavere hos pasientene enn hos de normale kvinner.

Ved sittende SUCM lykkes det sjelden å påvise urinlekkasje hos pasienter med UTV. For å kunne påvise disse pasientenes lekkasjemekanisme ble det utviklet et måleutstyr som kunne registrere trykk i urethra/blære og rektum og påvise urinlekkasje. Denne måle metode kalles vi:

AMBULANT URETHRA-CYSTO-RECTOMETRI (AUCRM)

Et urethra-blære-trykktransducer kateter fikseres til urethramunningen slik at urethratrykk-transduceren blir liggende på urethras maksimale trykkpunkt. Transduceren i rektum registrerer tilnærmet de intraabdominale trykk. Signalene fra trykktransducerene og fra en lekkasje detektor spilles inn på en bærbar båndspiller. Om nødvendig kan pasienten løpe, hoppe og foreta seg de ting som vanligvis utløser urinlekkasje. AUCRM påviste urinlekkasje signifikant oftere enn SUCM, pasienter med UTV lekket grunnet urethratrykk-fall og detrusor-trykkstigning signifikant oftere ved AUCRM enn SUCM registrering.

HVILKE FYSIOLGISKE MEKANISMER LIGGER BAK URETHRATRYKK-VARIASJONENE?

Ved hjelp av EMG fra urethras tverrstripete muskulatur fant vi at halvparten av de undersøkte pasienter ble UTV forårsaket av den tverrstripete urethramuskulaturens aktivitet.

Ved hjelp av en urethral fotopletysmograf kunne vi vise at den periurethrale veneplexus tømmes og fylles passivt p.g.a. omgivende muskulaturens kontraksjon og relaksasjon og at veneplexuset ikke bidrar til regulering av urethra trykket.

Aktiviteten i urethras glatte muskulatur kan ikke måles direkte. Ved hjelp av pudendusblokkade ble den tverrstripete urethramuskulatur koblet ut. Da det periurethrale veneplexuset ikke aktivt bidrar til reguleringen av urethra trykket, må persisterende urethrale trykkvariasjoner etter en vellykket pudendusblokkade skyldes aktivitet i urethras glatte muskulatur.

KONKLUSJON: En definisjon av UTV som et patologisk fenomen på kvantitativ basis (større en 10, 15 og 20 cm H₂O) er arbitrært, og ingen interesse lenger. De urethrale trykkvariasjoner selv er ikke uttrykk for patologisk aktivitet, men UTV hos en pasient med lavt lukningstrykk kan sammen med en liten detrusor kontraksjon forårsake lekkasje. Pasienter med UTV lekket grunnet urethra trykkfall og detrusorkontraksjon.

Urinrørstrykket varierer som en følge av en vekslende aktivitet i urinrørets glatte og tverrstripete muskulatur. Hos en og samme pasient er i enkelte perioder bare eller hovedsakelig den ene type muskulatur aktiv, i andre perioder er begge typer muskulatur aktivert samtidig eller alternerende.

STATENS REISEREGULATIVE 1988

Pga Lønnsloven er regulativet uendret fra 1987.

Opplysningene stammer fra Statens Personaldirektorat, Det Kongelige Forbruker- og Administrasjonsdepartement.

REISER INNENLANDS

Kostgodtgjørelse reiser 4 - t.o.m 8 timer: 45.-
reiser >8-t.o.m.12 timer: 180.-
reiser >12 timer : 345.-

Natt-tillegg ordinært: 225.-
byer : 335.-

Legitimerte utlegg t.o.m. 900.-/natt dekkes

Er frokost inkludert i romprisen, reduseres natt-tillegget med kr 45.-

Skyssgodtgjøring: Første 9000 km i budsjettterminen 250 øre/km
Utover 210 øre/km

REISER I UTLANDET

		Natt-tillegg	Kostgodtgjørelse	
<u>SØR-AMERIKA</u>	Argentina	430	260	
	Brasil	440	280	
	Mexico	400	250	
	Nicaragua	570	310	
	Canada	620	400	
<u>NORD-AMERIKA</u>	USA	890	450	
	Bangladesh	690	220	
<u>ASIA</u>	Hong Kong	630	360	
	India	540	170	
	Israel	580	370	
	Japan	750	750	
	Kina	680	280	
	Singapore	490	250	
	Australia	560	350	
	New Zealand	340	200	
	<u>EUROPA</u>	Danmark	590	440
		Finland	650	440
Frankrike		640	480	
Hellas		350	270	
Irland		690	390	
Island		500	410	
Italia		750	550	
Nederland		610	420	
Spania		520	430	
Storbritannia		600	320	
Sveits		550	530	
Sverige		760	370	
Vest-Tyskland	550	390		

Er de faktiske utlegg til hotellrom høyere enn fastsatt natt-tillegg, kan merutgifter dekkes etter regning. Som regel skal denne ikke overskride 50% av natt-tillegget.

INNHold

NORSK GYNEKOLOGISK FORENING	2
Styret	
Spesialitetskomiteen	
Helsedirektørens rådgivende utvalg	
Per E. Børdahl: FRA REDAKSJONEN	3
Mette Moen: FRA STYRET	4
Arne Jon Barlinn: PRESENTASJON AV: Gyn/Obst Avd, SENTRALSJUKEHUSET I SOGN OG FJORDANE, FØRDE	5
Nina Reisersen: ERSTATNING FOR FEILBEHANDLING ETTER NY ERSTATNINGSORDNING	7
Peer Høvik: VEDRØRENDE TILSTEDEVÆRELSE AV 3. PERSON VED GYN.US	11
Kristina H. Johannesen og Brit Nyland: RIKSSTÅMNNAN - OGSA NOE FOR NORSKE GYNEKOLOGER	12
Ole Didrik Saugstad: DE 2. NORSKE PERINATAL- DAGER I SANDEFJORD	13
Eilif Hellem: RETTELSE TIL NR 1/88	14
KURSER, MØTER, KONGRESSER	15
INVITASJON TIL ARSMØTET I TROMSØ	21
Sigurd Kuløeng-Hanssen: Referat av doktorarb. STATENS REISEREGULATIVE 1988	22 23

I REDAKSJONEN

Per E. Børdahl (redaktør)
Ramstadåsveien 19, 1322 Høvik, tlf 12 38 81.
Arbeide: 1316 Bærum Sykehus, tlf 54 28 50

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

Thomas Abyholm
Ostadsalsveien 63B, 0753 Oslo 7, tlf 50 00 33
Arbeide: Rikshospitalet, 0027 Oslo 1, tlf 86 70 10

Alle telefoner: 02-området

MEDLEMSBLAD FOR NORSK GYN FORENING, POSTBOKS 28, 1316 BÆRUM
SYKEHUS. POSTGIRO 2 77 76 47

FRIST FOR INNLEVERING AV STOFF TTIL NESTE NUMMER: 10.4.1989