

Medlemsbladet 1

2007

NR



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



MEDLEMSBLADET

Ansvärig utgivare: Åsa Magnusson
Tel 0340-48 10 00
Layout: Moniqa Frisell
All korrespondens till föreningen
skall ställas till:
SFOG-Kansliet, Drottninggatan 55, 2 tr
111 21 Stockholm
Tel 08-440 01 75, fax 08-22 23 30
E-post kansliet@sfog.se
Internet www.sfog.se
Annonser: Åsa Magnusson
asa.magnusson@lthalland.se

SFOGs styrelse 2007:

Ordförande: Charlotta Grunewald
Kvinnkliniken, Södersjukhuset
118 83 Stockholm.
Tel 08-616 26 25, fax 08-616 8 46
E-post charlotta.grunewald@sodersjukhuset.se
Vice ordförande: Ulf Högberg
Kvinnkliniken, Norrlands universitetssjukhus,
901 85 Umeå

Tel 090-785 68 33, fax 090-13 75 40

E-post ulf.hogberg@obgyn.umu.se

Facklig sekreterare: Birgitta Segeblad
Kvinnkliniken, Länssjukhuset Sundsvall-
Härnösand, 851 86 Sundsvall

Tel 060-18 10 00, fax 060-18 15 57

E-post birgitta.segeblad@lvn.se

Skattmästare: Sven-Eric Olsson
Kvinnkliniken, Danderyds sjukhus
182 88 Stockholm

Tel 08-655 56 08 fax 08-753 22 76

E-post sven-eric.olsson@ds.se

Vetenskaplig sekreterare: Lars-Åke Mattsson
Kvinnkliniken, Sahlgrenska Universitet/Östra,
416 85 Göteborg

Tel 031-343 40 00, fax 031-25 83 75

E-post lars-ake.mattsson@vgregion.se

Redaktör för medlemsbladet: Åsa Magnusson
Kvinnkliniken, Sjukhuset i Varberg,
432 81 Varberg

Tel 0340-48 10 00, fax 0340-67 92 58

E-post asa.magnusson@lthalland.se

Utbildningssekreterare: Lisskulla Sylven
Kvinnkliniken, Karolinska Universitets-
sjukhuset Solna, 171 76 Stockholm

Tel 08-517 740 64, fax 08-31 81 14

E-post lisskulla.syven@karolinska.se

Ledamot/Webbmaster: Måns Edlund
Kvinnkliniken, Karolinska Universitets-
sjukhuset Solna, 171 76 Stockholm

Tel 08-517 700 00, fax 08-31 81 14

E-post mans.edlund@karolinska.se

Ledamot: Anders Lagrelius, Oxbackskliniken,
Lagmansvägen 14, 152 40 Södertälje.

Tel 08-550 991 00, fax 08-554 431 20

E-post a.lagrelius@telia.com

Ledamot/Yngre representant: Sara Sundén-
Cullberg, Kvinnkliniken K57, Karolinska
Universitetssjukhuset/Huddinge

141 86 Stockholm, Tel 08-585 800 00

E-post sara.sunden-cullberg@karolinska.se

Tryck: Elanders Tofters, Östervåla
ISSN 0284-8031

— Ordförande har ordet —



Kära Medlemmar och Kollegor!

En god fortsättning på det nya året önskar jag Dig, kära läsare av Medlemsbladet! Solen strålar och det känns snarare som en sen vår utan tecken till vare sig snö eller is. Tråkigt tycker en vinterälskare som jag, men även oroväckande. Vad händer med vår jord?

Att få överta stafettpippen som ordförande i SFOG känns som ett privilegium! Jag ska förstås göra mitt bästa för att förvalta förtroendet väl. Som tur är, är man ju inte ensam! Föreningen är fylld av kloka, kreativa och sympatiska kollegor som på frivillig basis engagerar sig i AR-grupper och en rad andra grupp-konstellationer, allt för att utveckla vår fantastiska specialitet i hela dess bredd.

Till allas vårt stöd har vi ett kansli med två hjälpsamma och kunniga personer, Jeanette Swartz och Marie-Louise Schyberg. Kansliet har precis flyttat till ett kontor på Drottninggatan 55. Vi hyr två fina rum och del i övriga kontorsutrymmen, bl a en mindre konferenslokal, som mycket väl kan användas av t ex mindre (upp till 8 personer) ARG-grupper.

Styrelsen har även detta år ändrat sin sammansättning. Jag är tacksam över att ha fått lära känna er tre som nu lämnat styrelsen, Jan Wall, Jan Rydnert och Göran Berg. Tack Jan W, för ditt föredömliga engagemang som representant för OGU! Tack skattmästare Jan R! Dina 6 år i styrelsen gör dig till en slags nestor och vi har alla känt oss trygga över din ständigt återkommande försäkran om att "SFOGs ekonomi är god". Slutligen, tack Göran för du har visat mig vägen in i ordförandeskapet! Din jovialiska men ändå effektiva ledarstil framkallar en god atmosfär och ett arbetsklimat som gör att allt bara liksom glider fram. Härligt (som du brukar utbrista)! Nu är det dags att hälsa "ersättarna" varmt välkomna: Ulf Högberg som vice ordförande, Sara Sundén-Cullberg som OGU-representant och Sven-Eric Olsson som skattmästare. Vi kommer säkert att få en trevlig tid tillsammans! Till Måns Edlund, Anders Lagrelius, Åsa Magnusson, Lars-Åke Mattson, Birgitta Segeblad och Lisskulla Sylven: skönt att ni finns kvar även detta år!

I DETTA NUMMER

SFOG kurser hösten 2007	8
Välkommen till Etik-ARG!	13
"Tidig fosterdiagnostik – vad, varför och hur"	15
En återblick: Sabbatsbergs Kvinnoklinik	18
Riktlinjer vid patienters medverkan...	19
Återrapport från Gynopregistret: Tumörregistret	20
Pionjärer inom Obstetrik och Gynekologi: János Veres	22
Kodfrågan	26
Kommentar till ARG-rapport nr 54 – Inducerad abort	29
OGUs nye ordförande	29
16th European Meeting of Trainees in Obstetrics and Gynecology	30
Ny avhandling	45

REDAKTÖRENS RUTA

Etiken, den hänger man av sig i garderoben – (Refaat El-Sayed).
Lyckligtvis finns det människor som inte anammar detta utan tar initiativ till en ny ARG-grupp – Etik-ARG. Läs mer på sidan 13.

Åsa Magnusson

Följande tider gäller för medlemsbladet 2007:

<i>Nr</i>	<i>Deadline</i>	<i>Utkommer</i>
2	18 mars	Vecka 16
3	13 maj	Vecka 24
4	9 september	Vecka 41
5	28 oktober	Vecka 48

Manus skickas eller faxas till nedanstående adress:

Redaktör Åsa Magnusson

KK, Varbergs sjukhus • 432 81 Varberg

Telefon 0340-48 10 00 • Telefax: 0340-67 92 58

E-post: asa.magnusson@lthalland.se

Adressändring skall göras till

SFOG-Kansliet • Drottninggatan 55 • 111 21 Stockholm
eller kansliet@sfog.se

Ny medlem

Madelene Olsen, Linköping

Vad har vi då på den så kallade agendan under det kommande året? Ja, minst sagt ett brett spektrum av olika engagemang, både nya idéer, mer eller mindre sjösatta projekt och en hel del fortlöpande arbeten. Men först det mer globala perspektivet: Att vår specialitetsförening är en del i ett internationellt nätverk blev väldigt tydligt för mig, liksom säkert även för andra svenska kollegor som deltog i FIGO-kongressen i Kuala Lumpur i november. Problem som vi brottas med i Sverige finns i alla länder och det var slående att vi delar den teoretiska bakgrunden, medan skillnader i problemens storlek är avgrundsdjup. Fokus riktades åt mödradödligheten, som i många utvecklingsländer fortsätter att öka. Det är bråttom om vi ska kunna nå FN:s Milleniemål att minska mödradödligheten med 75% till år 2015! Självt blev jag djupt tagen av en föreläsning med ett globalt perspektiv på kvinnors hälsa (ohälsa) av den legendariske professor Fatallah från Egypten, som varit verksam inom WHO under många år. Han avslutade sitt föredrag med att, som sitt "testamente", förskriva sitt viktigaste recept till tredje världens kvinnor, något som kunde sammanfattas i endast ett ord, nämligen makt. Jag satt bredvid en kollega från ett centralafrikanskt land och vi lämnade salen tillsammans. Jag kommenterade föreläsningen med några positiva ord och kollegan nickade och sa "yes, he really touched me". Jag

tittade upp för att bekräfta det han sagt. Då såg jag en tår på hans kind. He really touched me! Som ett led i arbetet för att förbättra mödradödligheten satsar FIGO på projektet "Saving mothers and newborn health," där nationella intresseföreningar inom Gyn&Obst och barnmorskeförbund i höginkomstländer tillsammans uppmantras att knyta band med motsvarande föreningar i ett av de 12 utvecklingsländer som önskar delta i projektet. I Kuala Lumpur tog därför några av oss från styrelsen kontakt med vår motsvarande nationella intresseförening i Pakistan (SPOG). Mer om detta senare i vår!

Även i vårt land dör kvinnor i anslutning till graviditet och förlossning. Vi har inte full insikt i hur många som verkligen dör, inte heller dödsorsaker, eftersom informationen i våra register är begränsad. Vi har mycket att lära från våra engelska kollegors arbete "Why mothers die" och har nu tillsammans med Socialstyrelsen påbörjat en kartläggning. Vi hoppas kunna presentera intressanta data i samband med SFOG-veckan i Luleå. Även här kommer vi att samarbeta med Barnmorskeförbundet. Det känns viktigt och nödvändigt.

En ny efterfrågad AR-grupp har bildats, Etik-ARG, under Ulf Högbergs ledning. Vi välkomnar gruppen och ser fram emot dess fortsatta arbete. Det finns som bekant ingen brist på etiska frågeställningar inom vår specialitet! En aktuell fråga, som

kommer att diskuteras på ett möte den 23 januari, är frågan om fosterdiagnostik och dess framtida roll.

Verksamhetsmötet den 1 februari, och dagen därpå Vintermötet, har digra program som väl belyser vår mångfacetterade specialitet. På verksamhetsmötet kommer bli arbetsrelaterade frågor såsom den nya målbeskrivningen, den nya arbetstidslagens konsekvenser för verksamheten, läkares arbetsmiljö på stora förlossningskliniker, samt rätten att välja bort manliga gynekologer att diskuteras. På vintermötet avhandlas en rad ämnen, från fysiologi till allmän gynekologi och praktisk obstetrik. Jag rekommenderar er alla att, förutom att läsa Medlemsbladet, att regelbundet gå in på SFOGs hemsida. Där finns all tänkbar information från styrelsen och AR-grupper, länkar till kalendarium för alla kommande möten, men även till en rad andra instanser som man kan tänkas vara intresserad av, liksom diverse tidskrifter. Vi i styrelsen har en ambition att även lägga ut vetenskapliga rapporter av allmänt intresse, där är vi tacksamma för tips! En nyhet på hemsidan som kommer under våren är Professor emeritus Bernt Kjessler fantastiska referensarkiv. Det är en enorm informationskälla som jag tror vi alla kan ha glädje och nytta av.

Allt gott önskar

Charlotta Grunewald



—Brev från den vetenskaplige sekreteraren—



Bästa kollegor,

Vädrets makter har inte varit nådiga på Västkusten denna höst och vinter.

Jag förmodar att även övriga delar av landet fått känna av vädergudarnas nyckfullhet. Regn och blåst har karaktäriserat vardagen, men det finns uppenbarligen de som har haft det värre. Enligt obekräftade uppgifter har man i Bergen närmast någonting av rekord i vädermässigt elände med 80 regndagar i sträck.

Det är tur att det finns annat än vädret att glädja sig åt t.ex. Riksstämman som i år gick av stapeln i Göteborg i månads-skiftet november-december. SFOG arrangerade tre utmärkta symposier, som vi trodde kunde tilldraga sig ett mer allmänt intresse. Ett tog upp problemet med bäcken- och ryggsmärtor under graviditet, ett diskuterade för- och nackdelar med vår stigande kejsarsnittsfrekvens och ett tredje högaktuellt, behandlade vaccination mot cervixcancer. Alla var väl besökta av nöjda och intresserade åhörare och både moderatorer och föredragshållare var uppdaterade och evidensbaserade. Många positiva omdömen har efterhand lämnats till undertecknad. I och med att det mesta av vår kraft numera läggs på SFOG-veckan har ju vårt deltagande i "Stämman" reducerats. Jag tycker dock att Läkaresällskapets möte i vintermörkret fyller en basal funktion för de kollegor som vill bibehålla eller skaffa sig en bred allmänmedicinsk utbildning. Detta ger ju också tid till att träffa kollegor från andra discipliner och möjlighet till viss korsbefruktnings.

Antalet besökande på Riksstämman har minskat under de senaste åren. Möjligen kunde man nu notera en vändande trend då antalet kongressdeltagare i Göteborg 2006 var 5895, vilket kan jämföras med 5565 i Stockholm förra året. Sannolikt

måste man dock arbeta aktivt med att förändra utformningen av Riksstämman. Den har ju under många år varit stöpt i ungefär samma form. Denna typ av möten kan kanske också göra oss inom professionen medvetna om betydelsen av att träffa andra kollegor utanför den egna kretsen för att stimuleras till nytänkande och öppenhet.

Det är också viktigt att betona att vår dagliga verksamhet måste vara kunskapsstyrd. Sjukhus är kunskapsföretag och som sådana stadda i ständig utveckling och förnyelse. Vi måste känna stolthet över att vara kunskapsrika och det är viktigt att vi bibehåller och i vissa situationer tar tillbaka det professionella inflytandet. Detta medför också att vi måste ta ett ökat ansvar gentemot patienten. Omvårdnad i all ära men diagnostik och behandling i evidensbaserad anda måste vara sjukvårdens stöttepelare. Det är den kunnige doktorn som patienten vill träffa –glöm inte det!

Det är i detta sammanhang som utbildningstillfällena som Riksstämman och SFOG-veckan spelar stor roll. Jag skulle vilja uppmanera våra verksamhetschefer att ge, framför allt unga kollegor, större möjligheter att vara med på denna typ av möten. Jag vill också återigen betona värdet av att även yngre kollegor bereds möjlighet att medverka i våra ARG-grupper.

Det känns också viktigt, kanske framförallt när det gäller SFOG-veckan, att ämnesföreträdarna dvs professorerna i landet har möjlighet att vara med åtminstone under delar av veckan. Jag tror att det är viktigt att de akademiska företrädarna finns representerade, dels för att synas, men också för att initiera och stimulera till diskussion. Under veckan i Helsingborg var det mest emeriti, som Marc Bygdeman, Berndt Kjessler och Nils-Otto Sjöberg som syntes i vimlet. Det skall sägas att dessa

herrar var mycket aktiva i den diskussion som fördes vilket ju är mycket glädjande. Kanske skulle även dagens mer vetenskapligt aktiva akademiker ha glädje av att synas och höras om inte annat så för att få möjlighet att rekrytera alltmer svårflörtade unga kollegor till forskningen.

Förhoppningsvis kan både äldre och yngre kollegor få hjälp med att hitta rätt i forskningens djungel med hjälp av det referensarkiv som professor emeritus Berndt Kjessler ställt till SFOGs förfogande. Berndt har på ett föredömligt sätt tagit initiativ till att sammanställa termer och begrepp inom framförallt klinisk epidemiologi och biostatistik för att vi lättare ska kunna rekapitulera och lära inom detta område. Tanken är att detta arkiv ska vara ett levande dokument och kunna utvecklas under överinseende av Evidens ARG. Materialet skall vara tillgängligt för alla medlemmar via SFOGs hemsida. Mer om detta senare.

I år kommer SFOG-veckan att gå av stapeln i Luleå, under vecka 34. Man har där nyligen invigt ett stort kulturhus som kommer att kunna hysa alla kongressdeltagare. Programmet är i princip färdigplanerat. Under 2008 kommer NFOGs kongress att arrangeras på Island i juni månad. Inom den vetenskapliga kommittén har vi påbörjat planeringen för detta möte och jag välkomnar både professorer, verksamhetschefer och övriga kollegor att komma med ett förslag på ämnen för "controversies", symposier och andra inslag.

Det finns stora möjligheter att påverka. Ni är alla välkomna att höra av er till undertecknad.

Lars-Åke Mattsson

Vetenskaplig sekreterare

Professor Lars Hamberger har tilldelats The Bertarelli Foundation Award 2006

Prismotivering:

“For lifetime achievement in reproductive health.”



MEDDELANDE

Vid SFOGs Årsmöte i augusti 2006 i Helsingborg redovisades 12 Lex Mariafall rörande övervakning med CTG+STAN under förlossning.

Presentationen med övervakningskurvor finns nu utlagda på SFOGs hemsida, www.sfog.se.

Vi har också bifogat vår tolkning av kurvorna med kommentarer om handläggningen.

*Magnus Westgren
Ulf Hansson
Ingemar Ingemarsson*

Förslag till Berndt Kjessler pristagare 2007

Nu är det dags att utse pristagare till Berndt Kjessler-priset 2007!

Priset, som är på 10 000 kronor, instiftades 1996 i samband med att Berndt Kjessler avgick som ARGUS och kommer att delas ut på SFOG-veckan i Luleå 20-24/8.

Priset skall tilldelas ”en person, som i Berndt Kjesslers anda gjort berömliga insatser för undervisning och utveckling inom obstetrik och gynekologi”. Tidigare pris-tagare: Barbro Wijma 1997, Mats Hammar 1998, Ingemar Ingemarsson 1999, Kerstin Hagenfeldt 2000, Ian Milsom 2001, Per Olof Janson 2002, Gun Heimer 2003, Karel Marsál 2004, Nils-Otto Sjöberg 2005 och Ove Axelsson 2006.

SFOGs styrelse vill således få in förslag på förtjänstfulla personer till detta pris. Förslaget bör förstås innehålla väsentliga personuppgifter samt en kort motivering.

Svaren skall skickas till kansliet@sfog.se före den 16/4 2007.

Charlotta Grunewald

SFOG kurser hösten 2007

Bästa kollegor!

Höstens SFOG kurser är redan här, allt för att du skall kunna planera din höst i tid. **Anmälan till kurs kan endast ske via www.sfog.se**, där man klickar sig fram till ett bra val av lämplig kurs. Det är viktigt att fylla i alla uppgifter och tänka efter före vilken kurs man önskar gå i första hand och i andra hand och om du har tillåtelse att gå mer än en kurs. Vårens Grundkurs i Obstetriskt Ultraljud var mycket översökt varför den återkommer redan i höst. ABC kursen kommer att hållas i

1. Reproduktionsendokrinologi och infertilitet

Kursledning: Jan Holte, Uppsala och Lars Nilsson, Göteborg
Kurstid: 3-5/9 (mån – ons v 36) 2007
Kursort: Krusenbergs Herrgård mellan Uppsala och Stockholm
Avsedd för: 40 specialister och ST läkare.
Program: Kvinnlig och manlig reproduktionsendokrinologi. Normal och avvikande pubertetsutveckling. Modern infertilitetsutredning -behandling och rådgivning. Spermaprovsvärdering. Missfallsutredning. Ägglossningens reglering, orsaker och mekanismer vid anovulation. PCO. Ägglossningsstimulering vid anovulation och IVF. Överstimuleringsyndrom. Bedömning av reproduktiv potential, ovarialreserv, prediktionsmodeller vid IVF. Maternella och fetala risker vid IVF, duplexproblematiken. Ägg- och spermiedonation.
Kursavgift: 6250 kr. Kostnad för kost & logi på herrgården tillkommer.
CME-poäng: 24
Kontaktperson: jan.holte@linne.se
tel 018/550044
fax 018/558011

2. Urogynekologi

Kursledning: Lars Henriksson och Martin Stjernquist, Malmö
Kurstid: 24 – 26/9 (mån – ons v 39) 2007
Kursort: KK, Universitetssjukhuset MAS, Malmö, ev internat.
Avsedd för: 25 specialister och ST läkare i obstetrik& gynekologi eller urologi

Uppsala v 38 19-21 september och kommer att annonseras separat på hemsidan www.sfog.se. **Sista anmälningdatum för höstens kurser är den 25 mars 2007** och kursplatserna skall vara fördelade slutet av april. Kursledarna ansvarar för att du får besked om antagning. Om du missar sista anmälningdatum kan du alltid gå in på hemsidan och se om restplatser finns.

Lisskulla Sylvén

Utbildningssekreterare SFOG

Program: Föreläsningar, case-metodik (falldiskussioner), demonstrationer, filmer. Normal och patologisk anatomi och fysiologi, epidemiologi, hälsoekonomi. Stress- urge-, bland- och neurogen inkontinens, fistlar. Urinvägsinfektioner. Utredning i öppen och slutna vård, miktionslista, blöjvägningstest, urodynamik. Psykiatriska aspekter. Behandling i öppen och slutna vård: Uroterapi, fysioterapi, elektrostimulering. Farmakologisk behandling: östrogener, antikolinergika, desmopressin, Botox, antibiotika. Kirurgisk behandling: Uretropexi, TVT-plastik, TOT-plastik, intrauretrala injektioner, fistelkirurgi, prolaps.
Kursavgift: 7500 kr. Utöver detta tillkommer kostnad för ev internat

CME-poäng: 25

Kontaktperson: martin.stjernquist@med.lu.se

3. FARG-kurs i antikonception

Kursledning: Jan Brynhildsen, Linköping och Kristina Gemzell-Danielsson, Karolinska Solna
Kurstid: 15-16/10 (mån – tis v 42) 2007
Kursort: Hasseludden internat
Avsedd för: 30-35 specialister, ST läkare och barnmorskor. Barnmorskor som kommer tillsammans med gynekolog ges företräde.
Program: Genomgång av viktiga och aktuella frågeställningar inom hela området antikonception.
Kursavgift: 3500 kr (inkl internat)
CME poäng: 16
Kontaktpersoner: jan.brynhildsen@lio.se
kristina.gemzell@ki.se

4. Hysteroskopi

Kursledning: Jörgen Nathorst-Böös, Arne Rådestad
Kurstid: 22 – 24/10 (mån – ons v 43) 2007
Kursort: Sabbatsberg Närsjukhuset, Olivecronas väg 1, Stockholm
Avsedd för: 6 specialister/blivande specialister i obstetrik och gynekologi.
Program: Introduktionskurs till operativ hysteroskopi. Kursen består av en halvdags teoridel där bl.a. indikationer, teknik och komplikationer behandlas. Därefter följer två hela operationsdagar. Under dessa arbetar kursdeltagarna i grupper om tre tillsammans med en av lärarna. Tonvikt har lagts på att erhålla praktiska kunskaper varför deltagarantalet är begränsat till 6 personer. Undervisningen kan på så sätt utformas individuellt utifrån deltagarnas förkunskaper. Varje deltagare skall under kursen ha möjlighet att utföra 3-4 hysteroskopier.
Kursavgift: 7000 kr
CME-poäng: 25
Kontaktperson: jorgen.nathorst-boos@aleris.se
Telefon 08/690 63 00
Fax 08/690 59 59

5. Vidareutbildning i laparoskopisk kirurgi med träning på sövd gris

Kursledning: Barbro Edén, Jan-Henrik Stjernedahl och Göran Kurlberg
Kurstid: 22 – 25/10 (mån – tors v 43) 2007.
Kursort: Sahlgrenska Universitetssjukhuset, enheten för Gynekologi, Göteborg.
Kursarrangör: Scandinavian Centre of Gynecological Endoscopy SCGE och Kolorektalenheten, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.
Avsedd för: Läkare inom de allmänkirurgiska och gynekologiska specialiteterna vilka önskar vidareutveckla sin teknik och kompetens i riktning mot vad som krävs för att självständigt kunna utföra avancerad laparoskopisk kirurgi. Kursen har totalt utrymme för 15 deltagare.
Program: Laparoskopisk operationsträning på sövd gris innefattande suturteknik, metoder för att undvika och åtgärda kirurgiska komplikationer såsom stora blödningar, kärlskador, uretärskador, blås och tarmskador. Träning av teknik vid kirurgiska och gynekologiska typingrepp. Reproduktionsmedicinska aspekter på laparoskopisk kirurgi. Praktisk träning med olika kirurgiska instrument som morcellator, ultraljudskniv och diatermiinstrument. Träning i ”pelvic trainer” och i operationsimulator (virtual reality). Demonstration av operationer live och med video. Föreläsningar inom respektive kursmoment.
Kursavgift: 10 600 kr
CME poäng: 32
Kontaktpersoner: jan-henrik@stjernedahl.se, goran.kurlberg@vgregion.se
Information: www.scge.org

6. Fosterövervakning

Kursledning: Solveig Nordén Lindeberg och Ulf Hanson, Uppsala
Kurstid: 5-7/11 (mån – ons v 45) 2007
Kursort: Uppsala
Avsedd för: 25 specialister och barnmorskor.
Program: Hypoxiutveckling och fostrets försvarsmekanismer mot hypoxi. Samband CP-skador-hypoxi, epidemiologiska data. Antenatalövervakning med CTG, doppler och ultraljud. Förlossningövervakning med CTG och pH/laktat provtagning. Övriga metoder för fosterövervakning såsom system 8000, STAN. Övervakning av fostret vid riskgraviditeter som t. ex diabetes, blodtryckssjukdom. Legala synpunkter. Mycket utrymme för falldiskussioner. Deltagarna förväntas ha med egna fall.
Kursavgift: 4000 kr
CME poäng: 24
Kontaktperson: agneta.lange@akademiska.se

7. Förlossningsrelaterade bäckenbottensskador

Kursledning: Gunilla Tegerstedt, Marie Söderberg, Gisela Wegnelius Kvinnokliniken, Södersjukhuset Stockholm
Kursort: Södersjukhuset, Stockholm
Kurstid: 5-7/11 (mån – ons v 45) 2007
Avsedd för: 20 yngre specialister och ST-läkare i mån av plats.
Program: Kursen omfattar diskussion om såväl tidiga skador som sfinkterrupturer och perinealskada samt sena följder som prolaps och urininkontinens. Föreläsningar och liveoperationer belyser profylax som perinealskydd, diagnostik och utredning. Vidare belyses såväl konservativ som modern kirurgisk behandlingsstrategi med särskilt syfte att bibehålla sexuell funktion.
Kursavgift: 6000 kr
CME poäng: 24
Kontaktperson: gunilla.tegerstedt@sodersjukhuset.se

8. Basal gynekologisk kirurgisk teknik för ST läkare

Kursledning: Mats Brännström, Janusz Marcickiewicz och Pernilla Dahm-Kähler, Sahlgrenska Göteborg
Kurstid: 12 – 14/11 (mån – ons v 46) 2007
Kursort: Kvinnokliniken Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Avsedd för: 30 ST-läkare i början av sin utbildning
Program: Föreläsningar, operationsfilmer och liveoperationer (assistans från någon av kursdeltagarna samt storbildsoverföring) av abdominell hysterectomi, vaginal hysterectomi, laparoskopisk salpingo-oophorectomi, laparoskopisk cyste-nukleation, främre och bakre plastik samt mindre kirurgi såsom marsupialisation av Bartholinicysta.
Kursavgift: 6000 kr
CME poäng: 24
Kontaktperson: pernilla.dahm-kahler@vgregion.se

9. Praktisk laparoskopisk kirurgi. Hands on.

Kursledning: Jan Persson och Thomas Bossmar, Universitetssjukhuset Lund
Kurstid: 12 – 15 november (mån – tor v 46) 2007
Kursort: Kvinnokliniken Lund
Avsedd för: Nyblivna specialister och ST-läkare i obstetrik och gynekologi med nordisk legitimation. Operationssjuksköterskor med nordisk legitimation.

Antal deltagande läkare: 6.

Antal deltagande operationssjuksköterskor: 3

Företräde till 3 + 3 kursplatser ges till team bestående av läkare + operationssjuksköterska.

Program: Dag 1: (läkare och op-ssk) Teoretisk genomgång av basal kirurgisk teknik, teknik vid uttagande av preparat, komplikationer, preoperativa förberedelse och narkosaspekter. Teoretisk genomgång av typingrepp inklusive videodemonstrationer och överförda liveoperationer.

Dag2: Praktiskt genomgång av instrument, optik, videostapel och diatermi med troubleshooting. Träning av typingrepp i simulatorer och praktisk träning i pelvitainers

Dag 3 och 4: kommer deltagande läkare att fördelas parvis för hands-on kirurgi under handledning. Vi räknar med att hinna med 2-3 operationer per operationspar och dag med individuell anpassning till kursdeltagarnas tidigare erfarenhet som målsättning.

Deltagande operationssjuksköterskor medverkar aktivt på motsvarande sätt vid förberedelser, operation och avveckling av aktuella ingrepp.

Mellan operationerna debriefing och möjlighet till ytterligare träning i pelvitainer.

Kursavgift: 10000 kr för läkare

4000 kr för operationssjuksköterska

I kursavgiften ingår kursmaterial, lunch och kaffe kursdagarna och middag måndag och tisdag kväll.

CME poäng: 32

Kontaktpersoner: jan.persson@med.lu.se

Op-ssk Anna Axelsson, och Kerstin Johansson.
046/17 25 30.

10. Reproduktionsmedicin och fertilitetsbehandling

Kursledning: Gabriel Fried och Margareta Fridström, Karolinska Universitetssjukhuset Solna/Huddinge

Kurstid: 12 – 14/11 (mån – ons v 46) 2007

Kursort: Karolinska Universitetssjukhuset, Solna och Huddinge

Program: Kvinnliga och manliga orsaker till infertilitet, infertilitetsutredning, anovulation, PCOS, endometriosis, fertilitetskirurgi, psykosociala aspekter på infertilitet, ovulationsstimulering, inseminationsbehandlingar, IVF-behandling, ägg- och spermadonation, habituella aborter, laboratorieaspekter med embryologi, odling och frysning av gameter och vävnader, sperma-

analyser, ultraljudsmonitorering av folliklar, fallbeskrivningar
Avsedd för: ST-läkare och specialister intresserade av fertilitetsbehandling

CME-poäng: 24

Kursavgift: 5500 kr

Kontaktpersoner: catharina.karlsson@karolinska.se sekr
gabriel.fried@ki.se,
margareta.fridstrom@karolinska.se

11. Grundkurs i Obstetriskt Ultraljud

Kursledning: Lars-Åke Mattsson, Rose-Marie Holst och Hans Bokström, Kvinnokliniken, SU/ Östra, Göteborg

Kurstid: 19-23/11 (mån – fre v 47) 2007

Kursort: Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Östra sjukhuset, Göteborg

Avsedd för: 20 ST läkare, specialister inom obstetrik & gynekologi och barnmorskor som arbetar med rutinultraljud.

Program: Kursen är grundkurs för läkare och barnmorskor som arbetar eller ska arbeta med obstetrisk ultraljudsdiagnostik. Kursen innehåller både teoretiska och praktiska moment och avslutas med teoretisk examination. Dessutom planeras praktisk examination ca 6 månader efter kursens avslutande, vilket medför att man erhåller examensbevis för att utföra ultraljud under graviditet. Kursen belyser ultraljudssäkerhet, biologiska effekter av ultraljud och apparatkännedom. Den ger kunskaper om undersökningsteknik och normal fosteranatomi. Ultraljudets plats som övervakning under graviditet i form av fetometri, biofysisk profil och flödesmätning med dopplertechnik kommer att belysas. Orientering ges om invasiva ingrepp som amniocentes, chorionvilliopsi, cordocentes samt handläggning av vanliga fostermissbildningar. Etiska aspekter på ultraljudsdiagnostik kommer att tas upp. Typiska patologiska fynd kommer att demonstreras med videoteknik och fynden diskuteras varje eftermiddag i anslutning till dessa demonstrationer.

Kursavgift: 12 500 kr inkluderar avgift för examen.

CME poäng: 40

Kontaktperson: annika.bolinder@vgregion.se

12. FARG-kurs i antikonception steg II 2007

Kursledning: Jan Brynhildsen Linköping och Kristina Gemzell-Danielsson Karolinska Solna

Kurstid: 19-20/11 (mån – tis v 47) 2007

Kursort: Hasseludden internat

Avsedd för: 15 specialister med särskilt intresse av antikonception och abortfrågor.

Program: Fördjupning i epidemiologi och mekanismer med fokus på komplicerande tillstånd. Stor vikt kommer att läggas vid falldiskussioner.

Kursavgift: 4000 kr (inkl internat)

CME poäng 16

Kontaktperson jan.brynhildsen@lio.se
kristina.gemzell@ki.se

13. Minimalinvasiv kirurgisk behandling vid gynekologiska blödningsrubbningar

Kursledning: Jan-Henrik Stjern Dahl och Lena Otterlind
Kurstid: 21 – 23/11 (ons – fre v 47) 2007.
Kursort: Sahlgrenska Universitetssjukhuset, enheten för Gynekologi, Göteborg.
Kursarrangör: Scandinavian Center of Gynecological Endoscopy, SCGE.
Avsedd för: Läkare/Gynekologer, max 35 kursdeltagare.
Program: Teoretisk och praktisk undervisning i olika operationsmetoder. Olika metoders för- och nackdelar. Tillämpbarhet. Svårigheter. Komplikationer. Videodemonstrationer. Erfarenheter från Norden och internationellt. Vetenskaplig dokumentation. Kvalitetsaspekter. Instrumentdemonstration. Träning i operationssimulator i virtuell miljö. Liveoperationer med demonstration av vaginal resp endoskopisk teknik vid såväl normalfallet som vid avancerade tillstånd som stor uterus > 500 g och patologiska tillstånd i lilla bäckenet (adhe-renser, avancerad endometrios). Demonstration av total och sub-total vaginal och laparoskopisk hysterektomi. Morcellatorteknik.
Kursavgift: 7 975 kr
CME-poäng: 24
Kontaktpersoner: jan-henrik@stjerdahl.se,
lena.otterlind@vgregion.se
Information: www.scge.org

14. Hemostasrubbningar inom Obstetrik och Gynekologi

Kursledning: Katarina Bremme, Eva Nord, Marianne van Rooijen, Eva Östlund Stockholm och Pelle Lindqvist Malmö
Kurstid: 3-5/12 (mån – ons v 49) 2007
Kursort: Stockholm (ev internat)
Avsedd för: 30 specialister i obstetrik och gynekologi. ST i mån av plats.
Program: Kursen omfattar 3 hela dagar och omfattar grundläggande koagulationslära, medfödd och förvärvad trombofili inklusive ACLA; diagnostik och behandling av tromboemboliska komplikationer; trombosprofylax och blödningsrubbningar i samband med graviditet och gynekologi; risk för tromboembolism vid p-piller och HRT; förvärvade koagulationsrubbningar vid obstetriska komplikationer. Falldiskussioner.
Avgift: 5 000 kr + ev internat
CME-poäng: 24
Kontaktperson: eva.jader@karolinska.se sekreterare,
tel. 08- 517 737 94,

**Anmälan till kurs kan endast ske via
www.sfog.se**

Sista anmälningsdatum är den 25 mars 2007.

Välkommen till Etik-ARG!

SFOGs 17:e referensgrupp har nu bildats. Föregående SFOG-styrelse väckte frågan om en särskild arbetsgrupp för etik, som sedan diskuterades på Riks-ARG under SFOG-veckan i Helsingborg. Under hösten hörsammade 20 intresserade inbjudan om medverkan, och den 4 december 2006 var vi 12 samlade som startade Etik-ARG.

Målet för arbetsgruppen är att vara ett forum för etik-frågor - ett bollplank för styrelsen, för AR-grupper och medlemmar. Hur kan vi bäst tillgodose de etiska principerna av människovärde, autonomi, godhet och rättvisa inom det som är vår verksamhet av rörliga mål med nya möjligheter av medicinsk teknologi, ekonomiska begränsningar, våra egna och allmänhetens värderingar? Tanken med Etik-ARG är att vara ett diskussionsforum - en tvär-ARG med högt i tak för argumentering och etisk analys som kan bidra med underlag för riktlinjer för SFOG. I detta finns inte ett ägande av etiska frågor, snarare att ad hoc tillsammans med olika AR-grupper lyfta aktuella frågor för SFOGs styrelse, verksamhetschefer och akademien.

För SFOG har de etiska dimensionerna av obstetrik & gynekologi alltid varit aktuella, både nationellt och internationellt, i kontakter och representation med Läkarförbundet, Läkarsällskapet, Barnmorskeförbundet, Socialstyrelsen, Socialdepartementet och Landstingsförbundet, samt med FIGO, som sedan 1985 har en kommitté för etikfrågor. I detta kan Etik-ARG ytterligare ge stadga och underlag.

Inom referensgruppen har vi nu representanter för Mödrahälsovårdöverläkargruppen, FARG, Perinatal-, Ultra-, POS-, Fert-ARG, SFOGs och OGU:s styrelser, och SFOG-medlemmar i Socialstyrelsens Rättsliga Råd, Socialstyrelsens Råd för Etiska Frågor, Läkarsällskapets Delegation för medicinsk etik, samt FIGOs Executive Board. Däremot saknar SFOG representation i SMER (Statens Medicinskt Etiska Råd), vilket vi kommer att arbeta för att få.

” Utan tvivel
är man inte
riktigt klok ”
Tage Danielsson

På det konstituerande mötet diskuterades frågor som etik i grundutbildning och ST-undervisning, kompetensutveckling inom gruppen och att vid behov kunna anlita etiskt sakkunniga akademiker.

SFOG-veckan lyftes fram som ett viktigt forum. Stafettpinnen från Helsingborg med Etik-workshop fortsätter i Luleå med etikprofessorn Tore Nilstun från Lund och professor emeritus Kerstin Hagenfeldt. Etisk strimma blir nästa utmaning för SFOG-veckan.

Kort ventilerades frågeställningar som preimplantationsdiagnostik (PDG), den förbättrade fosterdiagnostiken och behov av graviditetsavbrytande, förhållningssätt på gränsen till överlevnad, rätt att välja förlossningssätt (det senare ett ämne för symposium i Luleå).

Den stora frågan som ligger för dörren inom mödravården är de förändrade förutsättningarna för tidig fosterdiagnostik och dess implementering. SBU-rapporten Metoder för tidig fosterdiagnostik och SMER-rapporten Etiska frågor kring fosterdiagnostik presenterades på det offentliga mötet den 15 december anordnat av Socialstyrelsen, SBU och SMER. Se mötesreferat. Socialstyrelsens riktlinjer kommer till sommaren.

De nya formerna för tidig fosterdiagnostik blir Etik-ARGs första ad hoc fråga. För detta ordnar vi ett första gemensamt möte den 30 januari med Mödrahälsovårdsöverläkargruppen, Perinatal-ARG, Ultra-ARG och Barnmorskeförbundets Etiska Råd.

Etik-ARG efterfrågar fler intresserade! Vi tänker på alla med intresse och erfarenhet som finns inom SFOG, ju större kontaktytor vi kan sammanföra desto bättre kan SFOG föra en diskussion i etiska frågor för vår specialité. Intresserade anmäler sig på Etik-ARGs hemsida

Nästa möte Etik-ARG möte blir på Läkarsällskapet torsdagen den 19 april kl 10-15, välkomna!

Ulf Högberg
Norrlands Universitetssjukhus
Ordförande, Etik-ARG
Ulf.hogberg@obgyn.umu.se

Inger Björn
Norrlands Universitetssjukhus
Sekreterare, Etik-ARG
inger.bjorn@obgyn.umu.se

”Tidig fosterdiagnostik – vad, varför och hur”

– SBU, SoS och SMER konferens 15 december 2006, kommentarer och reflektioner

Sverige står nu inför ett skifte i genetisk fosterdiagnostik, senare än i många andra europeiska länder, samtidigt som det inneburit att förberedelserna varit desto noggrannare. Från 1 juli 2006 är ramen fastställd av Sveriges riksdag (faktaruta).

Socialdepartementets rådgivande organ SMER har avgett sitt yttrande och SBU har kommit med det vetenskapliga underlaget. Socialstyrelsen arbetar nu med riktlinjer för verksamheten som väntas gälla från den 1 juli 2007. Det vill säga, från 2007 ligger den konkreta frågan om utformningen av genetisk fosterdiagnostik hos verksamheten.

Till mötet den 15 december var gynekologer/obstetriker, barnläkare, barnmorskor, kliniska genetiker, handikapporganisationer, sjukvårdspolitiker och administratörer inbjudna. Norra Latins aula var fullsatt. Från hela landet hade 242 deltagare slutit upp.

Utan att göra anspråk på fullständighet kommer här ett referat av mötet och rapporterna av framförallt de etiska dimensionerna, och mina egna reflektioner.

Vid mötet den 15 december på Norra Latin presenterades på förmiddagen SBU rapporten Metoder för tidig fosterdiagnostik – en systematisk litteratur och SMER sin rapport Etiska frågor kring fosterdiagnostik. På eftermiddagen diskuterades säkerhetsaspekter med ultraljud, etiska, sociala och psykologiska aspekter, konsekvensanalys av tänkbara praxisförändringar, samt erfarenheter från Danmark. Socialstyrelsen presenterade sitt pågående arbete. Avslutningen var en livlig timme med frågor och diskussion.

SBU och SMER

SBU konkluderar nuvarande kunskapsläge om tillgängliga tester:

Ulf Högberg, KK, Norrlands
Universitetssjukhus, Umeå

1 Kombinerat test, NUPP och biokemisk serumundersökning (PAPP-A och beta hCG) i grav v 10-14 i kombination med moderns ålder är den metod som ger den bästa avvägningen mellan andelen identifierade fall av foster med Down syndrom (DS) och andelen falskt positiva.

2 Biokemisk serumundersökning med fyra markörer (AFP, hCG, östriol, inhibin A) är den metod som i andra trimestern ger den bästa avvägningen mellan andelen identifierade fall av foster med DS och andelen falskt positiva resultat.

3 För riskorienterad tvåstegsscreening med PAPP-A och beta-hCG i första trimestern och NUPP endast till de med hög och medelhög risk saknas det prospektiva studier.

För samtliga metoder som SBU utvärderat innebär att färre fostervattenprov/moderskaksprov behöver utföras per prenatalt upptäckt fall av foster med DS jämfört med enbart moderns ålder för urval. SBU framhåller även att FISH och QF-PCR (trisomi 13, 18, 21 och könskromosomer) har väsentligen samma träffsäkerhet som fullständig kromosomanalys. I 0,4% kan kromosomavvikelse av betydelse finnas bland de kromosomer som inte ingår i analysen.

SMER vill särskilt poängtera:

- Konflikten mellan olika etiska värderingar behöver kontinuerligt analyseras
- Självbestämmande är viktigt bland annat för att undvika för samhället oönskade konsekvenser såsom att motiven för fosterdiagnostik blir arvsygieniska.
- Självbestämmande kan främjas genom ökad information och genom att val av

formerna för hur informationen ges, särskilt framhålls en två-steps modell för information och beslut.

- Analyser som ger osäker information eller som är otillförlitliga bör inte användas
- Risken för indikationsglidning behöver övervakas.
- Metoder för fosterdiagnostik bör vara föremål för prioriteringsdiskussioner, vilket även sätter gränser för vilken fosterdiagnostik som kan användas,

För de **psykologiska** aspekterna med fosterdiagnostiken framhåller SBU att:

- Ökad kunskap inte ökar kvinnans oro, att information som behövs för att minska stress och oro bör förmedlas på samma sätt som inför andra medicinska ingrepp.
- Oro för missfall dominerar vid invasiv fosterdiagnostik
- Kvinnans anknytning till barnet synes inte påverkas av tidig fosterdiagnostik

För de **etiska** dimensionerna i fosterdiagnostik konkluderar SBU att:

- Individuell information föredras
- En majoritet av kvinnor önskar genomgå screening för Mb Down innan invasiv test utförs
- NUPP accepteras utan att förståelse finns för vad undersökningen kan visa och de beslut som kan behöva tas.
- De flesta kvinnor anser att de själva ansvarar för beslutet, och många att de influerats av partnern, att de önskade få mer tid för information och beslutsfattande.
- Studier från bl a England visar att informerat val var vanligare hos vita och väl-situerade, och att informerat val stöds sämre av vårdapparaten hos minoriteter och socialt svaga.

SBU presenterar även aspekter där kunskapsunderlaget är otillräckligt:

- Det saknas svensk konsensus om hur informationen om tidig fosterdiagnostik bör ske.
- Det är inte känt om kunskaper, beslutsfattande och tillfredsställelse skiljer sig åt mellan de som väljer screening och de som avstår.
- Det saknas kunskaper i Sverige om kvinnor med utländsk bakgrund, deras kunskaper och syn på de fosterdiagnostiska metoder som finns tillgängliga.
- Det saknas kunskaper om svenska barnmorskor och läkares kunskaper och attityder, och om utbildning av dessa personalgrupper skulle förbättra kvinnan/parets möjlighet till ett informerat val.

Socialstyrelsen

Vid mötet på Norra Latin presenterade Bo Lindblom Socialstyrelsens arbetsmaterial där informationsskyldigheten kommer att poängteras, medan närmare föreskrifter om fosterdiagnostikens utformning inte är för handen. Förslaget kommer att utarbetas under våren, SMER kommer att höras, externremiss kommer att tillämpas, planeras gälla från den 1 juli 2007. Bo Lindblom poängterade även Socialstyrelsens allmänna riktlinjer för god vård: kunskapsbaserad, patientfokuserad, säker, effektiv, jämlik och tillgänglig.

Reflektioner och kommentarer från mötet

SMER och SBU är eniga om att nuvarande urvalskriterium för invasiv test, ålder >35 år, inte är godtagbart. På vad sätt kan införandet av genetisk fosterdiagnostik enligt 1), 2), 3) eller andra modeller prövas enligt de fyra etiska principerna om människovärde, autonomi, godhet och rättvisa?

Spänningsfältet för konsultationen för alla former av fosterdiagnostik är kvinnan/parets utgångspunkt att få bekräftelse att det väntande barnet är friskt och vårdgivarens utgångspunkt att söka avvikelser. Inför den förändring av genetisk fosterdiagnostik som står vid dörren behöver vårdgivare i mödravård respektive fosterdiagnostik ha samsyn.

Människovärdesprincipen diskuterades på mötet den 15 december. Innebär 1), 2), 3) ett paradigmskifte i synen på värdet på att ha DS? Frågan ställdes från Svenska Downföreningen och Kyrkans tidning. Det framhölls att under de snart fyra decennier Sverige haft genetisk fosterdiagnostik, och proportionen aborterade/födda barn snart blev 1:2 och nu är 1:1 och i flera länder i Europa är nu proportionen 2:1, så har inte detta förändrat synen på DS barn. Det kan också uttryckas som att det inte finns något motsatsförhållande, ingen oförenlighet mellan å ena sidan erbjuda diagnostik av DS under graviditet och å andra sidan värdera livet för DS födda lika som andra. Även SMER framhåller att resurserna för barn- och vuxenhabilitering inte har minskat utan tvärtom utökats. SBU framhöll vid mötet sin värdenutralitet i utfallsmåttet positivt test för DS, och att det vetenskapliga underlaget för utvärdering av metoder för fosterdiagnostik gäller DS.

Autonomiprincipen, att respektera respektive individs rätt att fatta egna beslut, är central vid en praxisförändring och har diskuterats utförligt i SMERs utlåtande och SBU-rapporten. Det informerade valet förutsätter eftertanke innan beslut. SMER framhåller en två-stegsmodell där man i tid skiljer på frågan om kvinnan vill ha genetisk fosterdiagnostik och sedan vid ett annat tillfälle får informationsunderlaget för att kunna fatta sitt beslut. Utbildningsbehovet för personalen som ska ge information är stort, och att informationsmaterial, såväl skriftligt som audio-video behöver utvecklas. I SBU-rapporten framhålls att nuvarande praxis för information om fosterdiagnostik är otillräcklig och borde vara föremål för forskning/utvärdering. Från SBU framhölls vid mötet vikten av att denna information är neutral, korrekt, tillräcklig, förstälig och inte oroskapande. SBU-rapporten pekar också på forskningsbehovet inom informationshanteringen liksom frågan om hur attityder och värderingar hos professionella kan influera information och beslut. Från Svenska Downföreningen framkom exempel på upplevd stigmatisering.

Frågan om det informerade valet kommer vara det centrala att diskutera. Att barnmorskan frågar kvinnan är givet, men vem ska ge informationen till de kvinnorna som väljer fosterdiagnostik, barnmorskan eller läkaren på mödravårdscentralen, eller specialutbildad barnmorska eller läkare på mödravårdscentralen/specialistmödravård/fostermedicinska centra? Finns något att lära av magisterutbildningarna i Genetisk vägledning vid Göteborgs och Uppsala universitet? Hur kan man få in tid mellan information, eget beslut och genomförande? Hur kan ett realistiskt alternativ se ut för de kvinnor som inte vill ha tidig fosterdiagnostik men vill ha ultraljud? En särskild utmaning är det informerade valet för invandrare, svenska studier där problematik med invandrare beaktats saknas.

Skiljer sig autonomi i modellerna 1), 2), 3)? SBU visar att kvinnor föredrar tidig diagnostik, d.v.s. alternativ 1) eller, 3). Kan 2) och 3) innebära en kortare beslutsväg för kvinnan, vilket å ena sidan kan vara enklare men å andra sidan innebära inte samma övervägande som egentligen fordras för 1)?

Hur många kommer att välja fosterdiagnostik enligt 1), 2), 3) eller andra modeller? Idag väljer ca 50% av kvinnorna i Sverige >35 år att göra amniocentes. Vid rekryteringen till NUPP-studien i Sverige valde 80% av de gravida att vara med i studien. I en svensk studie där kvinnor efter information ställdes inför fyra olika alternativ valde endast 1% ultraljud utan missbildningsdiagnostik, övriga valde alternativ med missbildningsdiagnostik. I Holland valde 44% av kvinnorna NUPP eller serumdiagnostik. I Danmark väljer 95% av kvinnorna i Köpenhamn, färre på Jylland, erbjudandet NUPP och serumscreening.

I ett autonomiperspektiv bör eventuell geografisk variation i andel kvinnor som genomgår genetisk fosterdiagnostik endast höra samman med kvinnors val och inte beroende på variation i programmets utformning eller olika attityder eller normer hos dem som informerar. I även detta framhåller SBU betydelsen av utvärdering/forskning.

Godhetsprincipen – att hjälpa, inte skada. SBU visar att ökad kunskap inte ökar kvinnans oro, inte heller ökar kvinnors oro av tidig fosterdiagnostik enligt 1) jämfört med nuvarande och att ökad oro inför undersökning, i väntan på besked och information om ökad risk eller skada är en naturlig reaktion hos kvinnan. Vid mötet den 15 december poängterades mycket behovet av resursförstärkning för stödet till de olika grupperna kvinnor i screeningprocessen: 1. De testpositiva; 2. De falskt positiva; 3. De sant positiva i deras vidare beslut om att avbryta eller fullfölja graviditeten; 4. De falskt negativa. En strukturerad uppföljning av stödet till dessa grupper är central enligt godhetsprincipen. Utmaningen illustreras av djupintervjuer från NUPP-studien där 24 kvinnor som hade foster med ökad nackuppläkning där 19 valde att göra amniocentes och de fyra med sant positivt svar genomgick abort. Intervjuerna visade på starka psykiska reaktioner under graviditeten, och två ångrade efter förlossningen att de varit med i studien. Kvinnan/parets mödravårdsbarnmorska har en nyckelroll i stöd och uppföljning efter tidig fosterdiagnostik (under graviditeten och efter graviditeten) och för att identifiera om särskilt stöd behövs.

En förutsättning för att hjälpa och inte skada vid införandet av de nya metoderna för fosterdiagnostik innebär enligt 1) utbildning, behörighet/certifiering, erfarenhet, dokumentation, kvalitetssäkring av metoder för riskvärdering och analys och fortlöpande utvärdering.

Skiljer sig 1) och 2) avseende att hjälpa och inte skada? 1) har högre sensitivitet och specificitet än 2), d.v.s. uppfyller bättre kriterier för godhetsprincipen, medan

2) innebär senare diagnos och därmed senare graviditetsavbrytande om så blir. 1) och 3) innebär tidigare diagnos, men

framförallt 3), men också 1) upptäcker ett antal foster som skulle ha resulterat i tidigt missfall.

Godhetsprincipen förutsätter också att implementering kombineras med forskning/utvärdering av områden som SBU identifierat med oklart evidensunderlag som former för information och uppföljning, samt också ständig beredskap för omprövning av rutiner när kunskapsunderlaget förändras. Samtidigt bör kan den medicinska utvecklingens möjligheter och risk för indikationsglidning också reflekteras i ett godhetsperspektiv.

Rättvisepincipen – att behandla likartade fall på likartat sätt och fördela resurserna rättvist. Sveriges riksdag har fastställt att tidig fosterdiagnostik skall erbjudas för alla med ett informerat val. SBU har tillhandahållit det vetenskapliga underlaget för formerna av fosterdiagnostik. Ny ordning enligt 1), 2), 3) förutsätter enligt rättvisepincipen att alla som önskar genetisk fosterdiagnostik ska få tillgång till detta oavsett ålder, boendeort, ekonomi, utbildnings- eller invandrarbakgrund. Rättvisepincipen förutsätter också kvalitetssäkring i alla led, information, utbildning, behörighet/certifiering, dokumentation och fortlöpande utvärdering. Kvalitetssäkring förutsätter också centralisering av nackuppläkningsundersökningen, och det rekommenderade skiftet från AC till CVB, samt kvalitetsregister.

I nästa steg enligt rättvisepincipen kommer frågan om att införandet av nya modeller fordrar resurstillskott. Nationell implementering av diagnostik enligt 1) innebär som mest (100% uppslutning) en merkostnad på ca 100 Milj, motsvarande en ökning på 56% utöver nuvarande former för fosterdiagnostik. 3) anges ha hälsoekonomiska fördelar i glest befolkade områden med långa avstånd till fostermedicinska centra. Kvalitetssäkringskrav förutsät-

ter samordning på landstings-, regional- och nationell nivå, samtidigt kommer prioriterings- och resursdiskussioner föras på lokal verksamhetsnivå. Är hälsoekonomiskt olika modeller likvärdiga ur rättvisesynpunkt? Innebär nya modeller för fosterdiagnostik nedprioritering av annan verksamhet? Nyckelfråga om resurstillskott och prioriteringar kan försvåra ett uppfyllande av rättvisepincipen.

Fortsatt etisk argumentation

SFOG behöver en fortlöpande diskussion i dessa frågor, kommentera detta gärna! Etik-ARG har sammankallat till ett möte den 30 januari tillsammans med Mödravårdsöverläkargruppen, Perinatal-ARG, Ultra-ARG och Barnmorskeförbundets Etiska Råd för att fortsätta diskussionen som påbörjades på Norra Latin, och återkommer i nästa Medlemsblad med referat. ■

Faktaruta

Svensk författningssamling (SFS) 2006:351 §1: "Alla gravida kvinnor skall erbjudas en allmän information om fosterdiagnostik. En gravid kvinna som har en medicinskt konstaterad förhöjd risk att föda ett skadat barn skall erbjudas ytterligare information om genetisk fosterdiagnostik. Efter informationen bestämmer kvinnan, i samråd med läkaren, om hon skall genomgå fosterdiagnostik eller genetisk fosterdiagnostik. Den gravida kvinnan skall få all information om fostrets hälsotillstånd som har kommit fram vid fosterdiagnostik. Uppgifter om fostret som inte rör dess hälsotillstånd skall lämnas ut endast om kvinnan begär det."

Sabbatsbergs Kvinnoklinik

Byggnaden där Sabbatsbergs Kvinnoklinik var inrymd under de 31 år den existerade har i dagarna jämnats med marken. På platsen kommer bostadshus att uppföras.

När Karolinska sjukhuset var färdigbyggt i början av 1940-talet upptäckte man att ytterligare sjukhusplatser för undervisning och specialistsjukvård var nödvändiga. Överläggningar mellan staten och Stockholms stad inleddes och resulterade i det sk Sabbatsbergsavtalet. Detta innebar att det nya universitetssjukhuset skulle förläggas till platsen för den gamla gasklockan och andra outnyttjade delar av Sabbatsbergsområdet.

Man började med att uppföra en modern patologiinstitution där en professor i patologi vid Karolinska Institutet blev chef. Därefter byggdes kvinnokliniken, som stod klar 1949 och då var landets största och modernaste. Staten svarade för läkarnas löner och viss laboratoriepersonal för forskning. Dessutom ersatte staten 10% av driftkostnaderna.

Klinikchefen var professor i obstetrik och gynekologi vid Karolinska Institutet. En bitr. överläkare var klinikchefens ställföreträdare, en annan chef för polikliniken och fertilitetslaboratoriet och en tredje chef för hormonlaboratoriet, som även hade en omfattande forskningsavdelning. Genom att utföra hormonanalyser för ett flertal andra sjukhus kunde vi få medel till att anställa en yrkeskemist från Tekniska Högskolan.

En djuravdelning för försöksdjur, med personal bekostades av staden och underläkarnas antal var så pass stort att en kunde avdelas till att uteslutande ägna sig åt forskning. Denne hade specialutbildning i fysik, särskilt kärnspin-resonans. Den metodik som tidigare använts inom fysiken kunde av Erik Odeblad överföras till medicinskt

Axel Ingelman-Sundberg
prof. emeritus vid Karolinska
Institutet, fd Klinikchef

bruk. Vi fick därvid hjälp av dåvarande professorn vid Tekniska Högskolan Kai Siegbahn, som lät oss använda hans utrustning till dess att Erik Odeblad själv byggt en sådan. Tekniken har utvecklats till vad som i dag vanligen kallas magnetröntgen och som har belönats med Nobelpris.

Per Wetterdal, som blev professor och klinikchef 1950, blev tidigt intresserad av amerikanen Papanicolaou med vars teknik för cytologi med cellutstryk man kunde diagnostisera cancertumörer på livmoderhalsen. Han sände därför en av klinikens läkare till New York för att lära sig tekniken. Snart hade en särskild institution för cytologi byggts i anslutning till patologen. Samtidigt organiserades genom Socialstyrelsen, för patienten, kostnadsfria undersökningar över hela landet. Detta minskade dödligheten i underlivscancer högst väsentligt.

Under en kortare tjänstgöring vid Karolinska sjukhusets kirurgiska klinik 1943 fick jag ta hand om en ung kvinna som vårdats för en normal förlossning på Avesta lasarett och därvid blivit liggande i 5 dygn innan hon kunnat förlösas. Resultet var att ändtarmens slutningsmuskulatur förstörts och en stor blåsfistel uppstått samtidigt som urinröret allvarligt skadats. Denna hemska erfarenhet gjorde att jag kom att ägna en stor del av mitt liv åt vad vi i dag kallar urogynekologi. På Sabbatsbergs kvinnoklinik reserverades särskilda

sängar för kvinnor med urininkontinens och vi ägnade mycket tid åt forskning på området. Ett flertal operationer av olika störningar i blåsans funktion publicerades.

Urogynekologi kom att bli en ny specialitet och en internationell förening för studier och nya behandlingar inom området startades 1975, International Urogynaecological Association (IUGA). Den har kongresser i olika länder varje år och ger ut en stor vetenskaplig tidskrift.

Årets möte hölls i Athen med nästan 2000 deltagare. Vid detta möte upptogs även ämnet sexologi, ett område som hittills ofta försumrats vid planeringen av underlivsoperationer.

Vid Sabbatsbergs Kvinnoklinik infördes en ny undersökningsmetod, hysteroskopi. Man förde in ett optiskt instrument genom livmoderhalsen in i livmoderhålan vars väggar detaljstuderades. Detta har visat sig vara en utmärkt metod för undersökningar i livmodern och möjliggör även operation av tumörer i livmoderhålan. Metoden har vidareutvecklats på Sabbatsbergs Närsjukhus och medför att patienter som opererats den ena dagen kan skrivas ut till hemvård dagen efter.

Då Huddinge sjukhus stod färdigt uppstod frågan om Sabbatsbergsprojektet skulle fullföljas eller inte. Stockholms stad ville gärna behålla kvinnokliniken och utöka denna väsentligt. Staten ville däremot lägga ned undervisningen vid Sabbatsberg. Mycket hårda diskussioner slutade med att Statens Nämnd för Universitetens Utbyggnad bestämde att undervisningen vid Sabbatsbergs kvinnoklinik skulle

läggas ned. På morgonen dagen efter ringde min telefon och ordföranden vid nämnden, som hette Nygren sade följande: ”Jag är så förbannad för jag har blivit lurad av professor Borell. Han sade att hormonlaboratoriet på Karolinska sjukhuset var bättre än det på Sabbatsberg. Nu har jag fått veta att ert hormonlaboratorium är det bästa i Europa men jag kan inte göra något åt saken.

Det definitiva beslutet om nedläggning av Sabbatsbergs kvinnoklinik har fattats. Klinikens allmänna standard framgår av att fyra av där tjänstgörande läkare blev universitetsprofessorer och chefen för hormonlaboratoriet och den där tjänstgörande kemisten samt ytterligare en läkare fick professors namn. En tysk medicine studerande, som under ett par år tjänstgjorde vid laboratoriet, blev Berlins förste professor i gynekologisk endokrinologi.

Det är med sorg man passerar sin forna arbetsplats men man får trösta sig med att de idéer som vi lanserade, men pga nedläggningen inte hade möjlighet att fullfölja, nu utvecklas inom världsorganisationen IUGA. ■

Riktlinjer vid patienters medverkan i den kliniska undervisningen av läkarkandidater

För två år sedan debatterades i massmedia om att läkarkandidater fått undersöka sövda patienter utan deras kännedom. En kvinna från min klinik, Södersjukhuset, beskrev att hon i samband med sin abort blev undersökt av en läkarkandidat utan att hon gett sitt samtycke.

Detta satte på vår klinik igång en bra etisk diskussion om den utsatthet som den abortsökande kvinnan befinner sig i och om det är lämpligt att hon ska delta i den kliniska undervisningen. Sövda patienter har tidigare utnyttjats grovt för undervisningen. PÅ 70-talet stod vi KS-studenter på kö för att undersöka sövda cancerpatienter på Radiumhemmet. Vi kunde vara 10 kandidater som undersökte samma kvinna.

Hälso- och sjukvårdslagen fastställer att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Lagen är tydlig: ”Om en patient som är intagen på ett undervisningssjukhus inte önskar att vara demonstrationsobjekt för en grupp medicine studerande skall han/hon inte heller behöva underkasta sig vad han/hon uppfattar som ett obehag...”

Vi har nu i Läkarsällskapets Delegation för medicinsk etik tagit fram riktlinjer för patienters medverkan i den kliniska undervisningen av läkarkandidater www.svls.se.

Gunilla Tegerstedt, Överläkare KK, Södersjukhuset, Stockholm och ledamot i Läkarsällskapets delegation för medicinsk etik.

Kort sammanfattning:

- Patienter bör i förväg ges skriftlig information om att läkarstuderande kan komma att närvara vid undersökningar. Information bör alltid också ges muntligt. Nya studier indikerar att flertalet patienter tackar ja till att medverka om de får information om läkarstuderandes medverkan.
- Patienten ska alltid informeras om syftet med undervisningen och att hans/hennes deltagande är frivilligt och där efter tillfrågas om han/hon vill medverka.
- Den läkarstuderande skall alltid tydligt presenteras för patienten
- Vid gynekologiska undersökningar i narkos bör enbart en läkarstuderande delta och patienten ska vara informerad. Om läkarstuderande endast observerar/auskulterar på operationsavdelning och går från sal till sal kan man inte alltid förvänta sig att kandidaten ska vara presenterad för den sövda patienten. ■



Tumörregistret

Lägesrapport maj 2006

REGISTRET UNDERSTÄLLT SFOG. RAPPORTEN ÄR DISTRIBUTERAD OKTOBER 2006.

Allmänt

Första operationen i tumörsträngen registrerades 2005-08-08. Umeå startade då pilotregistrering. I nu aktuellt uttag finns operationer registrerade fram t o m 2006-05-15.

I tumörsträngen fanns vid tiden för uttaget 68 operationer registrerade från 12 kliniker, under perioden 2005-08-08 – 2006-05-15 registrerades 123 operationer som resulterade i precancer- eller cancerdiagnos i adnex- och hysterektomi-strängarna.

Deltagande kliniker

Tolv kliniker hade registrerat i tumörsträngen.

Klinik	Antal operationer
Umeå	38
Sundsvall	9
Östersund	6
Skövde	5
Jönköping	2
Mora	2
Eksjö	1
Skellefteå	1
Trollhättan	1
Värnamo	1
Västervik	1
Örnsköldsvik	1
Totalt	68

Diagnoser

Diagnos	Huvud-(bidiagnos) Adnexsträngen	Huvud-(bidiagnos) Hysterektomisträngen	Huvud-(bidiagnos) Tumörsträngen
Adenomatös hyperplasi med atypi	0 (1)	30 (4)	2
Borderlinetumör i ovarium	14	7	6
Vulvacancer	0	0	0 (1)
Cervixcancer	0	6	9
Corpuscancer	2	47 (2)	30
Ovarialcancer	5	5	14
Totalt	21 (1)	95 (6)	67 (1)

Vem opererar

En erfaren tumörkirurg definieras i registret som en operatör som självständigt utfört fler än 25 radikala hysterektomier med pelvin lymfkörtelutrymning (Wertheimoperationer). För 52 operationer i tumörsträngen har erfaren tumörkirurg medverkat vid 31 tillfällen (60%).

Från Umeå finns uppgiften angiven för 29 operationer. Vid 24 (83%) av dessa operationer deltog en erfaren tumöroperatör. Motsvarande uppgift finns angiven för 23 operationer för övriga sjukhus som deltar i tumörsträngen. Andelen operationer med deltagande av en erfaren tumörkirurg var där 7 (30%).

Deltagande av andra specialister vid operationerna

Vid 6 vulvacanceroperationer deltog ingen annan specialist.

Vid 7 cervixcanceroperationer deltog urolog vid två operationer och allmänkirurg vid en operation.

Vid 30 corpuscanceroperationer deltog ingen annan specialist.

Vid 14 ovarialcanceroperationer deltog urolog vid två operationer och allmänkirurg vid tre operationer.

Operationsintention

Operationsintention/ Registersträng	Adnex	Hysterektomi	Tumör	Totalt
Kurativ	9	12	45	66
Palliativ	0	3	3	6
Diagnostisk	0	0	2	2
Totalt	9	15	50	74

Thomas Högberg, registeransvarig för tumörregistret, Onkologiska klin, Universitetssjukhuset, Linköping

Patientens förhoppning inför operationen

Patientens förhoppning	Antal
Att jag blir helt besvärfri	24 (53%)
Att mina besvär lindras	1 (2%)
Att jag förhoppningsvis blir helt besvärfri	14 (31%)
Att mina besvär förhoppningsvis lindras	2 (4%)
Inga förväntningar	0
Andra förväntningar	4 (9%)
Totalt	45

CA-125

Hur ofta togs CA-125 hos patienter registrerade i tumörsträngen med diagnos ovarialcancer?

Preoperativt CA-125	Antal
Ja	9 (64%)
Nej	4 (29%)
Svar saknas	1 (7%)
Totalt	14

Det är anmärkningsvärt att man tagit CA125 i enbart 64% av fallen. För 8 ovarialcancerpatienter kunde RMI beräknas. RMI varierar mellan 126 och 5058. Två patienter hade låga värden; 126 resp 132. Båda dessa hade preliminärt FIGO-stadium II. Resten hade RMI ≥ 693 (stadium II 3 st, stadium III-IV 3 st).



Operationssnitt

Operationssnitt	Cervixcancer	Corpuscancer	Ovarialcancer	Borderline
Medellinje	6 (100%)	21 (81%)	12 (92%)	2
Pfannenstiel	0	5 (19%)	1 (8%)	1
Totalt	6	26	13	

Tumörbörda vid inledningen av ovarialcanceroperationer

Största makroskopiska tumör utanför ovarierna	Antal
Ingen makroskopisk tumör	7 (50%)
≤1 cm	1 (7%)
>1-≤10	3 (21%)
>10 cm	3 (21%)
Totalt	14

Största makroskopiska tumör ovan bäckenet	Antal
Ingen makroskopisk tumör	7 (50%)
≤2 cm	1 (7%)
>2 cm	6 (43%)
Totalt	14

Kvarvarande tumörbörda efter genomförd ovarialcanceroperation

Ingen ovarialcancerpatient med makroskopisk tumör ovan bäckenet har registrerats som makroskopiskt radikalt opererad. Tyvärr saknas i detta uttag uppgift om storlek på kvarvarande tumörmanifestationer.

Av 7 stycken icke makroskopiskt radikalt opererade patienter hade en patient 2-5 kvarvarande tumörmanifestationer och 6 patienter fler än fem.

Lymfkörtelutrymningar

5/6 patienter i tumörsträngen med vulvacancer lymfkörtelutrymdes med utbyte av 0 (!)-5 körtlar per ljumske.

2/30 patienter i tumörsträngen med corpuscancer lymfkörtelutrymdes. Utbytet var 9-10 körtlar per sida för en av dessa patienter.

7/9 patienter i tumörsträngen med cervixcancer lymfkörtelutrymdes. Utbytet var angivet för 4 patienter och var 4-8 respektive 2-10 för höger respektive vänster sida.

Operationstider

Median operationstid (spridning) var: 69 minuter (50-118) för 6 vulvacanceroperationer.

198 minuter (138-573) för 7 cervixcanceroperationer.

97 minuter (38-220) för 6 corpuscanceroperationer.

102 minuter (45-210) för 14 ovarialcanceroperationer.

Intraoperativ blödning

Blödningsvolym (spridning) var:

20 ml (20-250) för 6 vulvacanceroperationer.

350 ml (350-3700) för 7 cervixcanceroperationer.

250 ml (250-600) för 29 corpuscanceroperationer.

550 ml (25-2000) för 14 ovarialcanceroperationer.

Fria marginaler för vulvacancer

Alla sex patienterna med vulvacancer i tumörsträngen opererades med makroskopisk radikalitet och med mikroskopisk marginal 4-7 mm angiven för 4 stycken. Dvs indikation för lokal strålbehandling förelåg för alla dessa patienter.

Postoperativa komplikationer

Postoperativ komplikation	Antal
Okomplicerat	56 (86%)
Lindrig komplikation	5 (8%)*
Allvarlig komplikation	4 (6%)**
Uppgift saknas	0
Totalt	65

* alla bedömdes relaterade till kirurgin

** alla bedömdes relaterade till kirurgin, men en dessutom med relation till anestesin och till patientens grundsjukdom.

En uretärskada och en intraabdominell blödning

Ett fall av sepsis och två postoperativa bukväggsinfektioner

Ett fall av buksmärta

Ett fall av urinretention efter cervixcanceroperation

Tre fall av ileus.

Tre fall av hjärtsjukdom

En patient vårdad >1 dag på IVA

Patientens bedömning av vårdlängden

Vårdlängden var	Antal
Lagom	30 (91%)
För lång	1 (3%)
För kort	2 (6%)
Totalt	33

Komplikation under konvalescensen patientrapporterat i 8-veckorsenkäten

Komplikation under konvalescensen	Antal
Ingen komplikation	22 (67%)
Lindrig komplikation	10 (30%)
Allvarlig komplikation	0
Uppgift saknas	4 (12%)
Totalt	33

Pionjärer inom Obstetrik och Gynekologi

János Veres (1903-1979)



Den laparoscoperande gynekologen har föga till övers för dagens skönhetsideal, "platt mage". Tvärtom är strävan att blåsa upp buken till oformliga proportioner genom insufflation av koldioxid. För detta ändamål brukas allmänt Verres kanyl, insufflationsnålen med den fjäderbelastade trubbiga mandrinen. Vid passagen av peritoneum byter kanylen karaktär från ett vasst stickvapen till en ihålig trubbig sond. Vem hittade på denna fiffiga tingest?

Namnet "Verres" ger mig associationer till Doktor Glas och Frankrike. Stavningen "Verres" är genomgående inte bara i ARG-rapporter utan även i instrumentfirmornas kataloger. Vad är sanningen? Konstruktorrens rätta namn är János Veres. Ungern var hans hemland och internmedicin hans specialitet.

János Veres föddes, som son till stinsen i Kismajtény. Han gick i katolskt prästgymnasium i Debrecen, där han trots artistiska talanger som målare, bytte spår och studerade medicin samt tog sin examen 1927. Specialist i internmedicin blev han på en landsortsklinik i Szombathely i västra Ungern 1932. Samma år blev han en mycket ung chef på medicinkliniken i grannstaden Kapuvar. Lungtuberkulos, "morbus Hungaricus", var det överväldigande kliniska problemet på den tiden. Före antibiotikaeran hade man enbart fysikaliska behandlingsmetoder att tillgripa.

Italienaren Forlanini hade i slutet av 1800 talet infört pneumothoraxbehandlingen. Anbringandet av gasen var förenat med risk för svårbehandlade lungblödningar till följd av lesion med den vassa punktionsnålen. Det var under dessa om-

Jörgen Sigurd, Gynmottagningen,
Piteå Älvdals Sjukhus

ständigheter Janos Veres konstruerande sin kanyl.

I originalarbetet på ungerska 1936 beskrevs 950 punktioner. Sedan en tysk version publicerats i Deutsche Medizinische Wochenschrift år 1938 blev kanylen en succé. Fördelen att även undvika tarmlesion vid punktion av bukhålan beskrevs samtidigt. För övrigt stavades hans namn fel redan här, men på ett annat sätt, "Veress".

Antibiotikan revolutionerade snart tuberkulosbehandlingens metoder, men då laparoscopin utvecklades på 1960-talet fanns således en perfekt fungerande insufflationskanyl att tillgå.

Dr Veres arbetade i Kapuvar i nästan 25 år med kortare avbrott för tjänstgöring i ungerska armén i krigets slutskede. Efter det kommunistiska maktövertagandet avskedades överläkaren dr Veres tillsammans med sjukhuschefen för att genomgå ideologisk omskolning. Sjukhuschefen sändes på stärkande jordbruksarbete på en kolchos. Redan efter någon månad insåg man klokt nog att dr Veres gjorde mer nytta på stadens sjukhus med eller utan omskolning. Av familjeskäl flyttade Veres till Budapest 1955. Vid mogen ålder (55+!) disputerade han där på en avhandling om tularemi. De sista åren utarbetade Veres en metod att behandla perifer arteriell occlusion med kolsyresnö. Han beskrev också hur man botar hicka genom att anlägga pneumoperitoneum. De sista åren verkade han på St. Gellert Hotel and Spa i Budapest. Stilenligt arbetade han där på sin dödsdag 27 jan 1979. Han lär ha varit en mycket empatisk och praktisk doktor. Liksom sin kanyl både skärpt och vänlig mot sin omgivning. ■

Dags att söka stipendium



Stiftelsen som grundades genom två donationer 1998, utdelar stipendier till stöd för utbildning och utveckling inom obstetrik och gynekologi. Hittills har 1.8 miljoner kronor delats ut. Tack vare stöd från flera företag är det nu möjligt att annonsera ut stipendier för ansökan.

Beslut om tilldelning sker under maj månad. Stipendierna är tillgängliga under en period av två år. Områden som prioriteras är angivna på ansökningsformuläret. Rena forskningsprojekt kan ej prioriteras, inte heller aktiviteter som redan ägt rum.

I stiftelsens styrelse för 2007 ingår: Göran Berg (ordförande), Bo Jacobsson, Maria Lundekvam, Ian Milsom samt Lars-Åke Mattson. Ansökan görs på vidstående formulär och skickas per post till stiftelsens ordförande. De ska vara inkomna **senast den 27 april 2007**. För sent inkommen ansökan behandlas ej. Elektronisk ansökan är ännu ej möjlig.

Mer information om Stiftelsen finns att läsa på www.stiftelsen.org. Där finns också mallen att hämta!

Förfrågningar angående stiftelsens verksamhet kan ställas till:
ordförande

Göran Berg
Kvinnokliniken
Universitetssjukhuset
581 85 Linköping
Tel: 013-22 31 32 Fax: 013-14 81 56
e-mail: goran.berg@lio.se

stiftelsens kassör
Bo Jacobsson
Kvinnokliniken
Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra
416 85 Göteborg
Tel: 031-343 41 00 Fax: 031-25 83 74
e-mail: bo.jacobsson@obgyn.gu.se

För utbetalning av stipendier samt för redovisning i form av fakturor, kvittenser och liknande kontaktas:

Ingrid Larsen
Allévägen 4
183 52 Täby
Tel: 08-756 74 84 Fax: 08-756 97 66
e-mail: gamlabrofilm@telia.com



STIFTELSEN
FÖR UTBILDNING
OCH UTVECKLING
INOM OBSTRETIK
OCH GYNEKOLOGI

Stipendieansökan

Gör Din ansökan på nedanstående formulär och skicka in den till adress längst ner. Ansökan skall vara stiftelsens styrelse tillhanda **senast 27 april 2007**. Beslut om utdelning kommer att meddelas i slutet av maj.

Stiftelsens styrelse har beslutat att följande områden prioriteras:

- Underlätta färdigställandet av och/eller presentation av ARG-rapporter.
- Gemensamma möten med 2-3 AR-grupper (Tvär-ARG).
- Anordna utbildningskonferenser eller andra möten, nationella eller internationella, för yngre gynekologer/obstetiker.
- Inbjuda föreläsare, experter till exempel i arbetet med ARG-rapporter eller liknande.
- Stimulera yngre gynekologer/obstetiker att tillsammans med äldre skriva kapitel i ARG-rapporter.

Sökandens (eller gruppens) namn inkl. ev.medsökande: _____

Klinik: _____ Adress: _____

Postnummer: _____ Postadress: _____

Telefon: _____ Telefax: _____ E-postadress: _____

Projektets titel: _____

Bakgrund _____

Målsättning: _____

Betydelse: _____

Ev övrigt: _____

Ansökt belopp: _____

En specificerad kostnadskalkyl ska bifogas ansökan på separat blad.

Har anslag för samma ändamål sökts eller erhållits ur andra fonder? Ja Nej

Datum: _____ Underskrift: _____

Stiftelsen för utbildning och utveckling inom obstetrik och gynekologi
Göran Berg, Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset, 581 85 Linköping
www.stiftelsen.org

Kodfrågan

Några nyheter fr o m 2007-01-01:

ICD-10-koder:

Fördjupningskoder för trombofilier:

D68.5 Primär trombofili

D68.5A APC-resistens

D68.5B Brist på antitrombin

D68.5C Brist på protein C

D68.5D Brist på protein S

D68.5E Protrombingenmutation

D68.5W Annan primär trombofili

D68.5X Primär trombofili, ospecificerad

D68.6 Annan trombofili

D68.6A Antifosfolipidantikroppssyndrom

D68.6B Kardiolipinantikroppssyndrom

D68.6C Närvaro av lupus

D68.6W Annan specificerad trombofili

D68.6X Annan trombofili, ospecificerad

Operationskoder:

Tilläggs-koder, t ex vid prolapsoperationer:

ZXL00 Användande av nät, resorberbart material

ZXL01 Användande av nät, icke resorberbart material

LEG13 TVT-O (alltså Tensionfree Vaginal Tape med approach via foramen obturatoria)

("Vanlig TVT" har kvar koden LEG10)

Några kommentarer till koder vi redan har.

MAC00 Amniotomi för inledande av förlösning

Jag har fått frågor om kod för amniotomi som värkförstärkning. Om patienten t ex har inducerats med Pg-gel, cervix mognat ut och patienten fått lite sammandragningar, dock utan att vara i aktivt värkarbete, och man då gör amniotomi - inte som induktion, eftersom hon redan är lite på gång med hjälp av annan metod, men som värkförstärkning.

Jag föreslår att vi börjar använda MAC00 även i sådan fall. Det är inte motiverat att äska en ny kod för detta. Egentligen försöker operationsklassifikationskommittén att komma ifrån att det ingår diagnos i operationskodstexterna. Operationskoden ska enbart beskriva vilket ingrepp man gör

och inte vara beroende av vilken diagnos eller indikation som föreligger - dessa förhållanden ska ju framgå av diagnoskoderna.

Rätt text till denna operationskod skulle således kunna lyda så här:

MAC00 Amniotomi, t ex för inledande av förlossning eller som värförstärkning

O61.0A/B Medicinska induktionsmetoder

O61.1A/B Mekaniska induktionsmetoder

Jag har skrivit om detta tidigare, men nämner det igen på förekommen anledning.

Om man vid induktion använt både medicinska och mekaniska induktionsmetoder, t ex börjat med Pg-gel och sedan gjort amniotomi, behöver man inte ange båda dess koder på O61, utan man kodar lämpligen för den metod man börjat med. Bokstaven A i femteposition på dessa koder anger förlossning inom 48 timmar, och bokstaven B förlossning efter 48 timmar inkl misslyckad induktion. Induktionen bedömes lyckad om patienten kommer i värkarbete, även om hon inte når hela vägen fram till vaginalförlossning. Induktionen kan bedömas misslyckad även om det inte gått 48 timmar från induktionsstarten - det kan ju t ex vara en svår pre-eklampsi i prematur graviditetsvecka, där man gör ett induktionsförsök, men redan efter ett dygn gör sectio istället om patienten inte kommer i värkarbete.

Fråga: Finns någon diagnoskod för att markera Studiepatient/Forskningspatient?

Svar: Z00.6

Fråga: Finns någon kod för utprovning av inkontinenshjälpmedel?

Svar: Z46.6 Insättning, utprovning och justering av urinerings- och inkontinens-

hjälpmedel. (Ni kan skriva in detta i era röda diagnoshandböcker t ex mitt på sidan 51 under uppslagsordet Implantat).

Så till sist, en sak som gäller kodning av cancer. Det är ju inget nytt att klassifikationscentrums läkares syn på tumörkodning skiljer sig en del från hur vi ser på det inom specialiteten. (O Steinum, inf NÄL och G Henriksson, kir Skövde, som tagit över efter Björn Smedby som under 90-talet arbetade med att ta fram den svenska versionen av ICD10). Den som är intresserad av denna diskussion, kan läsa nedanstående; jag har även skrivit om detta tidigare.

Prof Thomas Högberg som ansvarar för tumöravsnittet i Diagnoshandboken skriver där att "Kodning av metastas får endast göras när primärtumören är okänd; ev. metastaser ingår i grundkoden för resp. tumör och framgår av stadieindelning - inte av ICD10-koden".

Vi tar som exempel en patient som behandlats för ovarialcancer, går på några halvårskontroller och sedan kommer med recidiv med metastaser i bäckenperitoneum, lever och lungor. I ett sådant fall brukar ju vi koda med den ursprungliga tumörkoden Ovarialcancer C56.9 (eller om det är Corpuscancer C54.9).

Gunnar Henriksson anser att man hos denna patient ska koda med C78.6 Metastas i peritoneum C78.7 Metastas i lever C78.0 Metastas i lunga Z85.4E Malign tumör i ovariet i egna sjukhistorien

G Henriksson skriver att "Metastaser ingår inte i grundkoden utan kodas separat. Har patienten opererat bort sina ovarier kan hon inte få lokalrecidiv, så koden för primärtumören kan inte användas eftersom organet ifråga är bortopererat".

Det är nog bra att vi känner till detta, för det föreläses på klassifikationskurser som våra sekreterare går på.

Det som känns mest svårsmält för oss är resonemanget att man inte kan använda koden för ovarialcancer om patienten är ooforektomerad i samband med den primära behandlingen, utan att man istället skulle använda en Z-kod för förekomst av ovarialcancer i anamnesen. Denna Z-kod finns under avsnittet "Potentiella hälsorisker i patientens sjukhistoria", och är lämplig att använda som markör för tidigare canceranamnes, när patienten varit recidivfri t ex i 5 år. Men om hon har aktiv tumörsjukdom med spridning känns detta alldeles för "tunnt". Nog är det sjukdomen ovarialcancer som patienten har även om hon är ooforektomerad.

Man kan kanske uppfatta prof Högbergs skrivning som att det skulle vara helt olämpligt att koda för metastaser, men i vissa situationer kan det ju vara bra att förutom koden för t ex ovarialcancer eller corpuscancer använda kod för metastas, bl a om vårdtillfället gäller lokal strålbehandling eller operation av enskild metastas. Koder för detta finns på C78 och C79.

Hälsningar

Karin Pihl

karin.pihl@vgregion.se

karin.pihl@telia.com



ÅRSavgifter

Medlemsavgift SFOG	800:-
Medlemsavgift SFOG (ålderspensionär, fr o m det år man fyller 66 år)	200:-
ARG-rapportabonnemang* (medlemmar)	300:-
* Avdragsgill i deklARATIONEN	
Avgifter för icke-medlemmar	
Prenumeration Medlemsbladet 5 nr/år	500:- (inkl. moms)
ARG-rapportabonnemang	150:-/rapport (exkl. moms)

Kommentar till ARG-rapport nr 54 – Inducerad abort

Angående fortsatt handläggning efter kirurgisk abort
som komplicerats av uterusperforation

I den nyligen utkomna ARG-rapporten Inducerad abort (ARG-rapport no 54) beskrivs på sidorna 47-48 risker för uterusperforation i samband med kirurgisk abort samt rekommenderad handläggning här-efter.

Rekommendationerna när det gäller att vid misstanke om perforation avbryta ingreppet och observera patienten är okontroversiella. Dock har vi uppmärksammats på att man på olika håll i landet, istället för de i rapporten rekommenderade metoderna, när patienten är stabil går vidare med fortsatt kirurgiskt avbrytande (VA) under noggrann ultraljudsövervakning.

Vidare har farhågor framförts att, om man istället konverterar till ett medicinskt avbrytande, risken skulle finnas att graviditeten stöts ut i bukhålan.

När det gäller metoder för att gå vidare med ingreppet efter misstanke om uterusperforation saknas egentlig evidens vilket påpekas i rapporten. Flertalet författare rapporterar vacuumaspiration (VA) med samtidig laparoskopi och denna metod får anses som tillförlitlig men kanske onödigt invasiv. Från flera håll i Sverige rapporteras (dock ej publicerade data!!) goda erfarenheter med att konvertera till medicinsk abort. Risken för att graviditeten skulle stötas ut i fri bukhåla via perforationen måste betraktas som osannolik då prostaglandiner framkallar uteruskontraktioner vilket med rimlig sannolikhet snarast borde minska risken då myometriet i samband med kontraktionen ”sluter sig”.

När det gäller att gå vidare med VA under noggrann ultraljudskontroll finns metoden beskriven i form av fallbeskrivningar. Sannolikt kan metoden fungera bra i vana händer men den ställer rimligtvis höga krav på ultraljudsundersökarens kompetens och på befintlig ultraljudsutrustning.

Vi kan dock inte, lika lite som för medicinskt avbrytande i dessa fall, med stöd avråda från detta förfaringsätt då evidens om metodens eventuella ”farlighet” saknas.

Sannolikt är insikten om de komplikationer som kan uppträda, i kombination med kompetens och vana vid den metod som används, de faktorer som avgör vilken metod som skall användas.

Då bristen på publicerade data är uppenbar och slående vill vi uppmana alla att beskriva sina metoder. FARG tar tillsvi- dare gärna emot erfarenheter i form av metodbeskrivningar och fallbeskrivningar – både där man lyckats och evt misslyckats – för att senare kunna återkomma i frågan

Synpunkter tas emot med glädje!

För skrivgruppen, ARG-rapport no 54,
Inducerad abort
Jan Brynhildsen
KK Linköping
Ordförande i FARG
Jan.brynhildsen@lio.se

OGUs NYE ORDFÖRANDE

2007 efterträder jag
Sara Törnblom som
ordförande i OGU.

Jag har suttit med i OGuS styrelse sedan den lyckade SFOG veckan i Falun 2005. Jag har tillsammans med Åsa Wahlberg varit representant i NFYOG (de ”yngre” NFOG) och inriktad på internationella frågor. Jag kommer nu fortsätta som ordförande i NFYOG och har därigenom inblick i NFOGs arbete och möjligheterna till forskning, utbildningutbyte samt samordnade projekt i Norden. Det finns ett stort intresse från NFOG att vi ”yngre” deltar så hör gärna av er om ni har intresse!

I övrigt ser jag självklart att OGU fortsätter sin inverkan på ST utbildningen. Den står ju inför en omstrukturering som kommer påverka både ST läkare och övriga på kliniken. Efter att ha gjort del av ST på både mindre och större sjukhus skulle jag önska att fler randningar skedde åt motsatt håll då de mindre klinikerna kan erbjuda en bred utbildning både praktiskt och diskussionsmässigt. Verksamheten och den medicinska utbildningen både bidrar och deltar alla ST läkare självklart i.

Vi kommer i år anordna två symposier och fyra workshops under SFOG vecka i Luleå. Innan dess hoppas jag vi möts på ST dagarna i Västerås 16-17 april där också årsmötet kommer hållas. Väl mött!

Susanne Hesselman
ST läkare Falun

16th European Meeting of Trainees in Obstetrics and Gynecology

Tema: Forskning under ST-utbildningen samt "multi source assessment"
Köpenhamn, 1 december 2006

Den första helgen i december har jag de senaste åren tillbringat i olika Europeiska städer, Amsterdam, Ljubljana, Barcelona och i år Köpenhamn. Jag har bevistat ENTOG-möten med teman som ST-utbildning, säkerhet inom sjukvården, "gender" och rekrytering. Jag har ofta slagits av hur bra vi har det som ST-läkare i Sverige med föräldraledighet, ST-kontrakt och rimliga arbetstider. Kanske har jag tillåtit mig att inombords le, på klassiskt svenskt manér, och lite bakåtlutad konstaterat att de har en del att arbeta med "där nere på kontinenten". För att sekunderna efter skamset inse att det finns mycket för oss att ta till oss.

Bland annat har jag en känsla av att vi behöver öka medvetenheten om vad ras, kön och social status betyder i mötet mellan patient och läkare. Vi ligger även efter i förmåga att ge och ta strukturerad feedback, i form av regelmässig konstruktiv kritik och utvärdering. Så svårt och så ovant! När sådana frågor kommer upp på agendan upplever jag att jag kommer från en provins, ett Lilleputtland, och jag flackar med blicken och faller uttalanden som "Tja, det fungerar väl rätt bra hemma hos oss, tror jag".

Årets ENTOG-möte handlade om forskning under ST-utbildningen, och om kompetensutvärderingsmodellen "multi source assessment".

ENTOG arrangerar även auskultationsutbyten där ST-läkare från hela Europa får möjlighet att under fyra dagar besöka kvinnokliniker i värdlandet. Då auskulta-

Åsa Wahlberg
ST-läkare
Karolinska Universitetssjukhus
Huddinge

tionsdeltagarna redogjorde för sina iakttagelser och jämförde med sina hemländer framstod kunskapsevalueringen av ST-läkare i Danmark och arbetstiden där, som mest annorlunda. Det var rätt nyligen som man i Danmark förändrade sin målbeskrivning för ST-läkare (liknande den förändring Socialstyrelsen kommer att genomföra här). Numera läggs fokus på "skills" (=skicklighet) för ett antal parametrar, snarare än antal utförda ingrepp eller tjänstgöringstid, vilket fortfarande är det vanliga runtom i Europa. Vidare har man 36-40 timmars arbetsvecka i Danmark, vilket även inkluderar jourer. Prof. Dunlop från Storbritannien poängterade att EU-direktiven begränsar arbetstiden till 48 timmar framöver. För sjukvården i UK kommer detta att innebära relativt omfattande förändringar, bland annat krav på en optimering av ST-utbildningen. Prof. Dunlop ansåg att man ffa måste minska tiden vi lägger ner på administrativt arbete.

Ett av mötets huvudtema var forskning under ST-utbildningen. Tre ST-läkare, Jens Fuglsang från Danmark, Olivier Pape från Frankrike och Isabel Santos från Portugal redogjorde för hur man förhåller sig till detta i sina respektive länder.

Danmark skiljer sig något från de flesta andra länder i det att obstetrik och gyne-

kologi är den mest populära specialiteten. Man har ett strikt meriteringssystem för kvalificering för en ST-tjänst, och forskning är här en mycket viktig del. Det innebär att de allra flesta ST-läkare inom vår specialitet forskar, eller har genomgått ett PhD-program. Dessa är på 2,5-3 år, avlönade och strikt formaliserade. Många väljer att skaffa barn under denna del av karriären, då man tidsmässigt är friare än annars. En nackdel med detta meriteringssystem, där även tjänstgöring inom andra specialiteter ger poäng, är att de danska kollegorna är betydligt äldre då de blir färdiga specialister, än vi tenderar att vara i Sverige och övriga Europa. Medelåldern för att bli färdig specialist ligger mellan 40-42 år. Dr. Fuglsang menade att man även kan ifrågasätta forskningsmotiven för de danska, unga läkarna då det ofta handlar om ren meritering snarare än ett genuint intresse. Att de danska kollegorna skulle skilja sig avsevärt från kollegor från andra länder i detta avseende, är jag personligen dock inte säker på. För att ytterligare förstärka forskningen i har man på vissa universitet i Danmark infört en ny modell, där alla medicinestudenter efter examen måste forska under 18 månader. Fördelen är självklart ökad kunskap, men en nackdel anses vara att många forskar inom en specialitet de inte alls kommer att arbeta inom senare.

I Frankrike forskar en mycket liten andel av ST-läkarna, mindre än tio procent. Forskning är meriterande och ofta en förutsättning, åtminstone formellt,

O O G U

för en tjänst på en universitetsklinik. I realiteten är det dock mycket svårt att finansiera och därmed motivera en "master 2" eller en PhD som är de två alternativen.

I Portugal måste man formellt, för att få bli specialist inom obstetrik och gynekologi, ha publicerat minst två artiklar. Samtidigt har man en svag tradition vad gäller forskning så till vida att det är svårt att hitta såväl handledare som finansiering. Detta innebär att merparten som publiceras är "enkla" retrospektiva studier eller fallrapporter. Dessutom kan man, trots det formellt uppsatta forskningskravet, ändå kvalificera sig som specialistkompetent men med mindre "poäng", vilket dock inte förefaller ha några större implikationer på framtida arbetsmöjligheter. Denna diskrepans vad gäller formella forskningskrav och reella möjligheter att bedriva forskning samt konsekvenser om man avstår, förefaller föreligga i ett flertal europeiska länder.

Professor Holzgreve från Schweiz presenterade för- och nackdelar med att forska under ST-utbildningen under rubriken "Why we need trainees in research". Fördelarna är att man som läkare får ett mer kritiskt, vetenskapligt synsätt och i och med detta även blir mindre påverkad av läkemedelsföretagens påtryckningar. Nackdelarna med att göra forskning obligatoriskt under ST-utbildningen kan vara att man genom detta finansierar många småprojekt, utan större vetenskapligt värde, på bekostnad av större, mer omfattande studier. Redan idag publiceras ett mycket stort antal artiklar i vetenskapliga magasin och frågan är om dessa mindre projekt tillför speciellt mycket.

I en studie där man intervjuade ST-läkare i kirurgi angavs karriären som den huvudsakliga anledningen till att forska. Vidare fann man en hög grad av otillfredsställelse med forskningsprocessen bland dessa läkare. De kände sig dock mer trygga med att läsa och evaluera artiklar än icke-forskande kollegor.

I studier framkommer tydligt att vi inom vår profession är betydligt bättre på att utbilda kollegor i kliniskt arbete än

inom forskning. Den i särklass mest avgörande faktorn är forskningshandledaren/mentorn och hur tillgänglig denne är.

Dr. Davis från Storbritanien höll en mycket intressant föreläsning om "multi source assessment" (=utvärdering via flera källor) som en viktig evalueringsmetod under ST-utbildningen. Andra benämningar är 360°-metoden och "peer assessment". I Storbritanien har man nyligen genomfört den största förändringen av ST-utbildningen inom samtliga specialiteter, någonsin. Målet är självklart en bättre utbildning, och som en del i detta är kompetensutvärdering en viktig del. Man kräver även att utvärderingsmetodernas kvalitet finns belagda. "Multi source assessment" kommer även att användas för att regelbundet utvärdera samliga "consultants" (=specialister) framöver. Målet med just denna metod är att evaluera hur vi faktiskt gör, snarare än vad vi kan (skriftligt eller muntlig prov), och även se om ST-läkaren kan visa hur man bör göra (osce-examination). "Multi source assessment" är alltså bara en del i ett större utvärderingsprogram för ST-läkare. Programmet innehåller även andra kunskapsprov/tester. Metoden går ut på att man samlar in patienters, kollegors och andra samarbetspartners (sjuksköterskors, sekreterares m fl) uppfattningar om hur den utvärderade arbetar enligt ett strukturerat frågeformulär. Det är även obligatoriskt att man gör en självuppskattning. Feed-back tillsammans med handledaren är en mycket viktig del, och god tid avsätts för detta.

"Multi source assessment" används eftersom metoden relativt enkelt utvärderar sidor hos läkaren som annars ofta inte kommer fram. Vidare har man sett att en förändring i beteendet kan ske, vilket är viktigt. Det är en mycket välbeprövad metod för att utvärdera kollegor som inte fungerar tillfredsställande i sitt arbete. Då metoden används är det viktigt att först fastställa målet med utvärderingsprogrammet. Önskar man kartlägga framsteg eller premiera excellens? Minst sex personer skall fylla i utvärderingen och svaren är självklart anonyma. Man får själv välja vilka personer som skall bedöma en, men

yrkeskategorier och antal är givna. Kända bias är kön, ras och nära arbetsförhållanden. Metoden har använts under tio år i Storbritannien och i en studie angav 83% av specialisterna och 77% av utbildningsläkarna att metoden påverkat deras beteende i större eller mindre utsträckning. Vidare angav man att man kände sig tryggare i sin läkarroll efter att man på detta sätt fått utförlig feedback på sitt sätt att arbeta.

Slutligen redogjorde två kollegor, Dr Roberts från Storbritannien och Dr Storgaard från Danmark om sina upplevelser av att bli evaluerade enligt denna metod. Båda var uttalat positiva och angav just den utförliga feedbacken som ett viktigt tillfälle att få bekräftat att de fungerar väl i sin yrkesroll.

Även i Sverige står specialistutbildningarna inför stora förändringar, initierade av Socialstyrelsen. SFOG medverkar i arbetet med att ta fram den nya utbildningsplanen, vilket Lisskulla Sylvéen redogjorde för i senaste numret av Medlemsbladet. Vilken roll forskning under ST-utbildningen kommer att få och om "multi source assessment" kommer att bli ett utvärderingsinstrument även i Sverige, vet jag inte. Men även efter detta ENTOG-möte kan jag konstatera att mycket som vi gör är bra, eller väldigt bra, men en hel del kan bli bättre. ■



VÄLKOMMEN TILL OGUs ST-DAGAR!

Aros Congress Center, Västerås
16-17 april 2007

Preliminärt program

Måndag 16 april

- 09.00 Registrering och fika
- 09.30 Introduktionsföreläsning – suturteknik
– Petur Reynisson, Lund
- 10.00 Praktisk förlossningsvård
– Kaj Wedenberg, Eskilstuna
- 12.00 Lunch
- 13.00 Sfincterskador
– Jan Zetterström, Danderyd
- 14.30 Paus - kaffe
- 15.00 Utlandsarbete som yngre gynekolog
Erfarenheter från Afrika o Indien
– Åsa Wahlberg, KS, Jan Wall, NUS.
- 18.30 Middag
Parallellprogram praktisk övning: Sutureknik

Tisdag 17 april

- 08.00 Introduktionsföreläsning – Det asfyktiska barnet
– Birger Malmström, Västerås
- 09.30 Paus – kaffe
- 10.00 Kolposkopi i praktiken
– Eva Rylander, Danderyd
- 11.30 Lunch
- 12.30 OGUs årsmöte och ST-diskussion
– OGUs styrelse
- 14.15 Urinblåsans neurofysiologi
– Gregor Larsson, Västerås
- 15.45 Avslutning – kaffe
Parallellprogram praktisk övning:
Asfyktiskt barn, återupplivning

Anmälan senast 12 mars 2007:

- 1) Betala in deltagaravgiften 700 kr till SFOGs konto
pg 738 27 -8, märk inbetalningen med namn och
"OGUs ST-dagar".
- 2) Boka själv hotell. Hotellförslag nedan:
Best Western Hotel Esplanade. Kostnad enkel-
rum 738kr/natt. 021-10 12 00.
First Hotel Plaza. Kostnad enkelrum 1049kr/natt.,
021-10 10 10.
Klipper Hotell. Flera alternativ 595 – 1190kr.
- 3) Skicka e-brev till stdagarna2007@spray.se
Ange i brevet: namn, klinik, eventuell specialkost
och om Du vill delta i vid måndagens middag.

Anmälan är giltig efter inbetalning. Anmälan är
bindande och återbetalas ej.
Bekräftelse samt kompletterande information
erhålls efter betalning.

Kontaktpersoner vid eventuella frågor:
Michaela Granfors michaela.granfors@ltv.se
Mats Stenberg mats.stenberg@ltv.se

Välkommen till Västerås!

Aktuella hemsidor

SFOG: www.sfog.se • Aros Congress Center: www.ac.se/acc • Hotell Esplanade: www.bestwestern.se
Hotell Plaza: www.firsthotels.se/plaza • Klipper Hotell: www.klipperhotel.com

OOGU

**Kvinnokliniken vid Akademiska sjukhuset i Uppsala
och Institutionen för Kvinnors och Barns Hälsa vid Uppsala Universitet
arrangerar:**

ABC-kurs i Obstetrik och Gynekologi

Kursledning: Ove Axelsson
Kristiina Kask
Pär Persson

Målgrupp: 28 ST-/underläkare på kvinnoklinik med högst ett års erfarenhet inom specialiteten.

Tidpunkt: 19-21 september 2007 (vecka 38).

Kursplats: Internat på Sunnersta Herrgård i Uppsala.

Kursinnehåll: Akut obstetrik
Akut gynekologi
Information om SFOG och andra läkarorganisationer
Undervisningen sker till stor del som falldiskussioner i smågrupper under handledning av specialister i Obstetrik och Gynekologi.

Kursavgift: 6.000 kr exkl moms. I avgiften ingår helpension i enkelrum (två nätter) på Sunnersta Herrgård.

Anmälan: **Senast 6/5-2007.**
Sekreterare Susanne Löberg (susanne.loberg@kbh.uu.se)
Kvinnokliniken, Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala,
telefon 018-6112683.

N F Y O G

Nordic Federation of Young Obstetricians and Gynaecologists

IS THERE A FUTURE FOR OBSTETRICS?



A SEMINAR ON THE CHALLENGES FACING OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS IN SCANDINAVIA

Copenhagen, Denmark

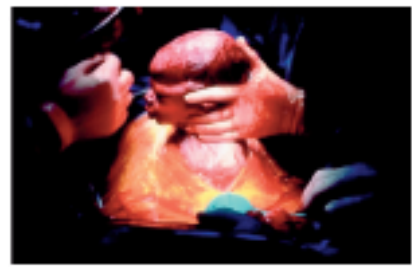
1st - 2nd June 2007

The Seminar

A two day course focusing on the challenges ahead for specialists in obstetrics and gynaecology in the Nordic countries.

Background

In February 2006 The British Medical Journal filed a small article under the “News” section with the heading: **UK trainee doctors spurn obstetrics and gynaecology** (Brettingham M, *BMJ*, Feb 2006; 332: 323). This was based on a report commissioned by the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (<http://www.rcog.org.uk/index.asp?PageID=1318>) which predicted that the specialty of obstetrics and gynaecology is facing a recruitment crisis in the UK. The number of medical students opting for a career in the specialty has fallen dramatically over the past 10 years. Only about two in every 100 medical graduates were now opting for the specialty. The area of the specialty that is responsible for this is probably obstetrics. The reasons are probably related the real or perceived difficulty in maintaining a good work/life balance. Demanding on-calls, night shifts, unpredictability in the work situation, stressful work situations, the high workload, and an evermore demanding clientele can explain why young doctors choose other specialities. Difficulties with undergraduate attachments, including students (particularly men) being excluded from the delivery room were also to blame. The percentage of male graduates opting for obstetrics and gynaecology in the UK fell to 0.8% in 2002. The same problem seems to be developing in other countries.



Seminar objectives

To take a closer look at the past, present and future role for trainees and specialists in gynaecology and obstetrics in the Nordic countries. Lectures and workshops will focus on problems that need to be addressed and for solutions that can make obstetrics a more attractive specialty. Our hope is that this seminar will result in a catalogue of ideas and recommendations for the participants to take with them back to their individual places of work.

Speakers

We have been fortunate in securing these invigorating speakers - all experienced obstetricians - for our seminar:

Dr. med. Per Børdahl MD Ph D (NOR) *Medical chief Dept. of Obstetrics; Women's Clinic, Haukeland University Hospital*

Prof. Jim Thornton MD Ph D FRCOG (UK) *Dept. of Obstetrics and Gynaecology; University of Nottingham, Nottingham*

Prof. Britt-Ingjerd Nesheim MD Ph D (NOR) *Deacon of Medical Studies; Oslo University*

Prof. Dr Thora Steingrimsdottir MD Ph D (IS) *Dept. of Obstetrics and Gynaecology; Landspítalinn University Hospital*

Location

Copenhagen, Denmark. Overnight accommodation for course participants Friday-Saturday:

Program (*The program is subject to change. Course participants will be notified if any are made.*)

Friday 1st June

09.30	Transportation to conference locale from Malmö railway station
10.00-10.30	Registration and introduction of course participants
10.30-12.00	Per Bordal: Obstetrics - Past, Present and Future
12.00-13.00	Lunch
13.15-14.45	Jim Thornton: A Recruitment Crisis
14.45-15.15	Refreshment break
15.15-16.45	Britt-Ingjerd Nesheim: Obstetrics: A Threatened Speciality?
17.00	Transportation to Rica City Hotel
19.00	Sponsored dinner at a restaurant in Malmö

Saturday 2nd June

08.00-08.45	Breakfast
08.45	Transport to conference locale
09.00-10.30	Thora Steingrimsdottir: Does The Patient Decide How You Do Your Job?
10.30-10.45	Refreshment Break
10.45-11.30	Plenum Discussion
11.30-11.45	Course Evaluation
12.00	Transportation to Malmö railway station

Course hours: 7

Booking

The seminar is open to both trainees and specialists in Obs & Gyn and is limited to 30 participants. Applications for booking may be made by sending a request to the local organisation member by email before April 1st 2007:

SWEDEN : Åsa Wahlberg asaulrika73@gmail.com

FINLAND: Jatta Rautkorpi: jasira@utu.fi

ICELAND: Dögg Hauksdottir: doggh@simnet.is

NORWAY: Stig Hill: stighill@gmail.com

DENMARK: Kirsten Schiött: kms@dadlnet.dk

Applicants must submit their name, nationality, grade, and whether they are members of their national gynaecological society (ie EGO, FUGO, FYGO or OGU). Notification will be given if there are vacancies available, with instructions on how to pay the course fee.

Course fee

€ 100. This covers all expenses, including overnight accommodation in Copenhagen from Friday-Saturday, but not travel to and from Copenhagen, which must be covered by participants.

The course has been made possible by funding from Nordic Federation of Obstetricians and Gynaecologists, and Novo Nordisk. The course fee is payable upon notification that the applicant has been allocated a place. No refunds will be given if cancellations are made less than four weeks before the seminar.



Det asfyktiska barnet Teamarbete pre- och postnatalt 7 - 9 maj 2007

CEPS CENTER FOR EDUCATION IN PEDIATRIC SIMULATOR Södersjukhuset, Stockholm

Kursen belyser de vanligaste riskgraviditeterna, hur graviditetsövervakning sker, olika behandlingsalternativ med avseende på kvinnan och fostrets hälsa och optimal tidpunkt för förlossning. Obstetriker, barnläkare och anestesilog får även träna samarbetet kring mor och barn inför riskförlossningen och runt det nyfödda, ibland asfyktiska/sjuka barnet.

Under kursens tre dagar är hälften teori och hälften praktik. Det ingår gruppövningar med barnläkare, anestesilog och obstetriker i team kring patientfall och med praktiska övningar i omhändertagandet av asfyktiskt nyfött barn vid Södersjukhusets pediatrika- och obstetriska simulatorcenter (CEPS).

IPULS har granskat och godkänt denna utbildning. Fullständig utbildningsbeskrivning finns på www.ipuls.se (IPULS-nr:20060342).

Målgrupp: ST-läkare i slutet av sin specialistutbildning och specialistläkare

Kursledare: Anders Dahlström, Sophie Berglund och Anne Kierkegaard

Anmälan via E-mail till Kurssekreterare Monica Husen **senast 2007-03-14**
monica.husen@sodersjukhuset.se

Avgift: 8.000 kronor

Information: Anders Dahlström, Tel: 08-616 4004,
anders.dahlstrom@sodersjukhuset.se

Informationsfilm om CEPS 6 min på Södersjukhusets hemsida www.sodersjukhuset.se



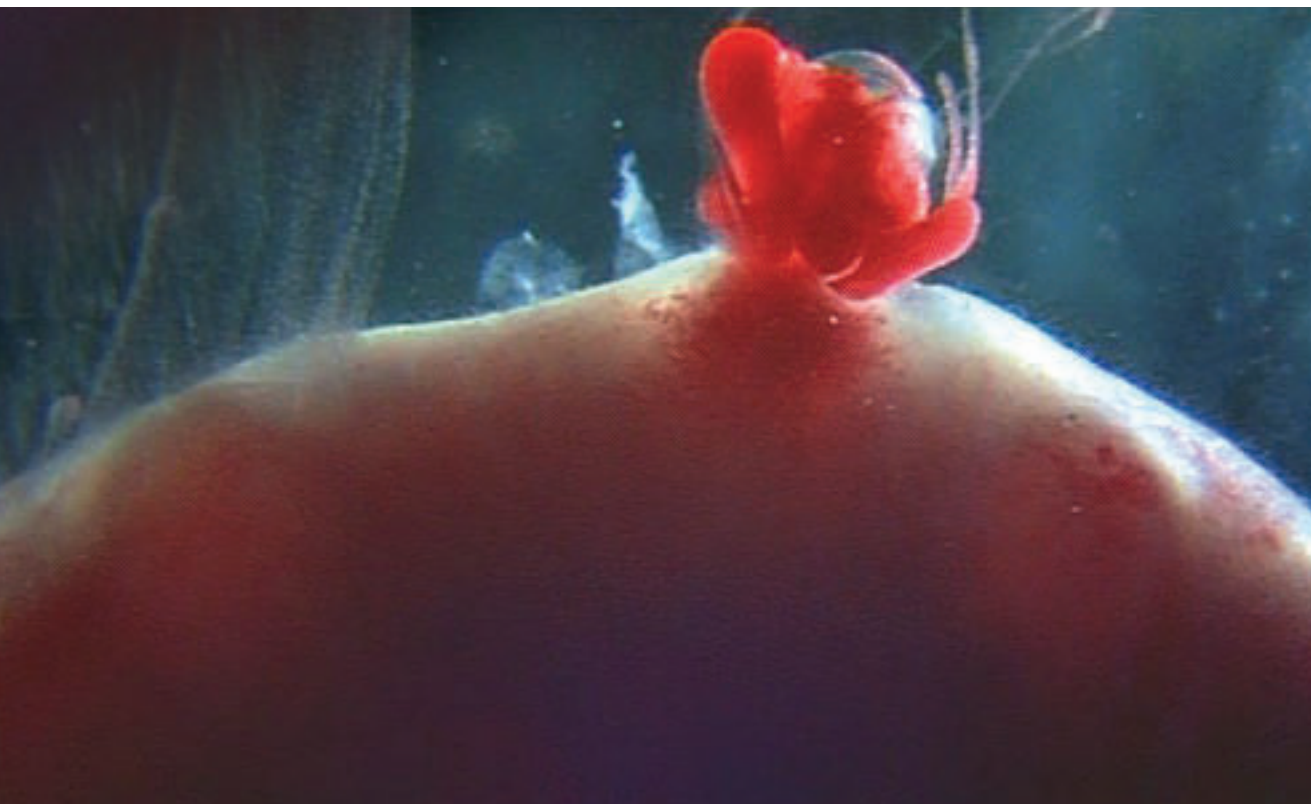
1 ST SAHLGRENKA MEETING ON REPRODUCTIVE MEDICINE AND GYNECOLOGY

GÖTEBORG
MARCH 30-31, 2007

The 2007 meeting is composed to honour professor Per Olof Janson in conjunction with his retirement. Per Olof has made significant scientific contributions to all the research fields that will be covered at the meeting. During his outstanding career in science he has also collaborated with several of the participants. We hope that the meeting will attract many scientists and clinicians interested in these topics. We especially encourage young scientists to come to this meeting to present their new research data during the free communication sessions. For further information, e-mail annakar.lind@obgyn.gu.se

Welcome to Göteborg!
Organizing committee

Mats Brännström Pernilla Dahm Kähler Anna Karin Lind
Department of Obstetrics and Gynecology, Sahlgrenska Academy at Göteborg University
Division of Gynecology and Reproductive Medicine, Sahlgrenska University Hospital



SCIENTIFIC PROGRAM

FRIDAY, MARCH 30, 2007

- 08.00-09.00 **Registration. Coffee**
- PLENARY LECTURE**
Chair: Mats Brännström
- 09.00-09.45 **ART: From IVF and beyond**
Per Olof Janson, *Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Göteborg University*
- SYMPOSIUM OVARIAN PHYSIOLOGY**
Chair: Lars Nilsson
- 10.00-10.30 **The ying-yang world of folliculogenesis**
David Baird, *Professor Emeritus, Centre for Reproductive Biology, University of Edinburgh, Scotland*
- 10.30-11.00 **Regulation of survival of the periovulatory follicle**
Håkan Billig, *Professor, Department of Physiology, Göteborg University*
- 11.00-11.30 **Ovarian blood flow measurement and its clinical applications**
Satoru Makinoda, *Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Kanazawa Medical School, Japan*
- 11.30-12.00 **Free communications/posters**
- 12.00-13.00 **Lunch**
- SYMPOSIUM POLYCYSTIC OVARY SYNDROME**
Chair: Eva Dahlgren
- 13.00-13.30 **Folliculogenesis in PCOS**
Roy Homburg, *Professor, Reproductive Medicine Division, Free University Medical Centre, Amsterdam, The Netherlands*
- 13.30-14.00 **Insulin sensitivity and ovarian reserve in PCOS**
Jan Holte, *MD, PhD, Carl von Linnékliniken, Uppsala*
- 14.00-14.30 **PCOS – electro-acupuncture and physical exercise – can it work?**
Lisa Sterner-Victorin, *Associate Professor, Department of Physiology, Göteborg University*
- 14.30-15.00 **Coffee**
- SYMPOSIUM OVULATION – FROM PHYSIOLOGY TO PATHOPHYSIOLOGY**
Chair: Anna Karin Lind
- 15.00-15.30 **New findings on intraovarian regulation of the ovulatory process**
Pernilla Dahm Kähler, *MD, PhD, Department of Obstetrics and Gynecology, Göteborg University*
- 15.30-16.00 **Ovulation induction – CC and PO – end of two eras**
Roy Homburg, *Professor, Reproductive Medicine Division, Free University Medical Centre, Amsterdam, The Netherlands*
- 16.00-16.30 **Inflammatory mechanisms in ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS)**
Anders Enskog, *MD, PhD, Department of Anesthesiology and Intensive Care, Göteborg University*
- 16.30-17.00 **Free communications/posters**
- 19.00- **Dinner with entertainment**

SATURDAY, MARCH 31, 2007

PLENARY LECTURE

Chair: Per Olof Janson

- 09.00-09.45 **From Louise Brown to Dolly and back: the origins of reproductive medicine are in agricultural science**
David Baird, *Professor Emeritus, Centre of Reproductive Biology, University of Edinburgh, Scotland*
- 09.45-10.30 **Coffee**
- SYMPOSIUM OVARIAN CANCER**
Chair: Janusz Marcickiewicz
- 10.30-11.00 **Ovarian surface epithelium – simple cells and their way to ovarian cancer**
Karin Sundfeldt, *MD, PhD, Department of Obstetrics and Gynecology, Göteborg University*
- 11.00-11.30 **New methods to diagnose ovarian cancer**
Ole Mogensen, *MD, PhD, Department of Obstetrics and Gynecology, Odense University Hospital, Denmark*
- 11.30-12.00 **Gene therapy and ovarian cancer – more questions than answers**
Seppo Heinonen, *Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Kuopio University, Finland*
- 12.00-12.30 **Free communications/posters**
- 12.30-13.30 **Lunch**
- SYMPOSIUM OVARIAN CRYOPRESERVATION AND TRANSPLANTATION**
Chair: Pernilla Dahm Kähler
- 13.30-14.00 **Ovarian tissue freezing and IVM: current status and future**
Julius Hreinsson, *PhD, Department of Obstetrics and Gynecology, Karolinska Institute, Stockholm*
- 14.00-14.30 **Whole ovary freezing and transplantation**
Marie-Madeleine Dolmans, *MD, PhD, Department of Gynecology, Université Catholique de Louvain, Brussels, Belgium*
- 14.30-15.00 **Freezing and autotransplantation of cryopreserved ovarian tissue**
Kirsten Tryde Schmidt, *MD, PhD, Department of Obstetrics and Gynecology, University Hospital of Copenhagen, Denmark*
- 15.00-15.30 **Coffee**
- PANEL DISCUSSION**
Chairs: Per Olof Janson, Mats Brännström
- 15.30-16.30 **New challenges in reproductive medicine**
David Baird, Christina Bergh, Håkan Billig, Seppo Heinonen, Roy Homburg, Satoru Makinoda

INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON
UTERINE TRANSPLANTATION
APRIL 1, 2007

Program includes topics such as:

- Animal models for research on uterine transplantation
- The wombless woman – pathology and psychology of uterine infertility
- Ethics of uterine transplantation
- Current status of uterine transplantation research
- How to proceed in research on uterine transplantation

Venue: Sahlgrenska Academy, Göteborg

Registration: by e-mail to mats.brannstrom@obgyn.gu.se or on-site registration

Registration fee: 400 SEK

Intressegrupper inom SFOG

Privatgynekologerna

Ordförande

Gunnar Möllerström
Oxbackskliniken
Lagmansv 14
152 40 Södertälje
Tel: 08-5509 9100
Fax: 08-5544 3120
E-post: gunnar.mollerstrom@tyfon.com

Håkan Forsgren
Lovisa Läkarvårdtagning
Saltängsgatan 15
602 22 Norrköping
Tel: 011-16 44 00
E-post: hakan.forsgren@lovisalakarmott.nu

Olof E. Löfgren
Gynhälsan i Trelleborg
Gamla Torget 3 A
231 63 Trelleborg
Tel: 0410-407 60
Fax: 0410-407 60
E-post: tremottab@swipnet.se

Mödrahälsovårdsöverläkargruppen

Ordförande

Margareta Goop
MHV-enheten, plan 4, VC Gripen
Box 547
651 12 Karlstad
Tel: 054-67 67 07
Fax: 054-61 66 91
E-post: margareta.goop@liv.se

Sekreterare

Marie Lindroth
KK, Helsingborgs lasarett
251 87 Helsingborg
Tel: 042-10 22 54
E-post: marie.lindroth@skane.se

Obstetiker och gynekologer under utbildning (OGU)

Ordförande

Susanne Hesselman
KK, Östersunds sjukhus
831 83 Östersund
Tel: 063-15 30 00
Fax: 063-15 45 17
E-post: susanne.hesselman@jll.se

Sekreterare

Teresia Ondrasek-jonsson
KK, Sundsvalls sjukhus
851 86 Sundsvall
Tel: 060-18 10 00
Fax: 060-1815 57
E-post: teresia.ondrasek-jonsson@lvn.se

Gruppen för öppenvårdsgynekologi

Ordförande: Vakant

Peter Krug
Gyn. mott., Sjukhuset
Box 113
311 22 Falkenberg
Tel: 0346-560 44
Fax: 0346-581 83
E-post: peter.krug@lthalland.se

Preliminary programme of NFOG's Educational course meeting

HOT TOPICS IN OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY

Place: Kalastajatorppa (Fiskartorpet), Helsinki

Date: 04. – 06.10.2007

Organizer: NFOG's Educational Board

Jens A. Gudmundsson (Chairman) I • Tone Skeie Jensen (Secretary) N • Anders Atke D
Lisskulla Sylven S • Juha Tapanainen F

Thursday 4/10 2007

- 18.00 Registration
- 19.00 Plenary lecture: Obstetrics and gynecology in a global perspective
- 20.00 Get together buffet

Friday 5/10 2007

Gynaecological surgery

- 08.00 Training models for minimally invasive surgery: Live, animals, computers?
- 08:30 How to run a good course in gynecological surgery
- 09.00 Impact of simulator training in laparoscopic surgery
- 09.30 General discussion
- 09.45 Coffee
- 10:15 Robotic surgery
- 10.50 Fast track pelvic surgery – evidence from Finland
- 11:10 Fast track pelvic surgery – evidence from Denmark
- 11.30 General discussion
- 12.00 Lunch

General and oncologic gynecology:

- 13.00 The treatment of medium and high risk uterine cancer
- 13.30 HPV vaccination – the benefits
- 14.00 HPV vaccination – risks and disadvantages
- 14.30 Coffee
- 15.00 The use of intraperitoneal drugs for the treatment of ovarian cancer
- 15.30 PCOS – the rationale for metformin treatment
- 16.00 Treatment of infertility in the future
- 16.30 Contraception and protection against HIV in the third world: Development of microbicides
- 19:00 Dinner

Saturday 6/10 2007

Obstetrics

- 08:30 Hereditary risks associated with preeclampsia
- 09:00 What is new in the treatment of severe preeclampsia
- 09:30 Discussion
- 09.45 Coffee
- 10.15 New methods in treating severe postpartum hemorrhage
- 10:45 Discussion
- 11:00 The use of STAN
- 11.30 STAN – a critical view
- 12.00 Discussion
- 12:30 Lunch and farewell

Further information and preliminary registration at: annahaar@landspitali.is

See also NFGO's homepage: <http://nfog.org/>

Arbets- och Referensgrupperna inom SFOG

Perinatologi PERINATAL-ARG

Ordförande: Ellika Andolf

KK, Danderyds sjukhus

182 88 Stockholm

Tel: 08-655 50 00

Fax: 08-622 58 33

ellika.andolf@ds.se

Sekreterare: Anders Björklund

UltraGyn/BB Stockholm

Odengatan 69

113 22 Stockholm

Tel: 08-587 103 90

Fax: 08-587 101 90

anders.bjorklund@ptj.se

Minimalinvasiv Gynekologi

MIG-ARG

Ordförande: Svein-Erik Tronstad

KK, Kärnsjukhuset

541 85 Skövde

Tel: 0500-43 10 00

Fax: 0500-43 14 54

svein-erik.tronstad@vgregion.se

Sekreterare: Katarina Englund

KK, Södersjukhuset

118 83 Stockholm

Tel: 08-616 26 38

Fax: 08-616 43 93

katarina.englund@sodersjukhuset.se

Obstetriska och Gynekologiska

Infektioner

INF-ARG

Ordförande: Mats Bergström

KK, Södersjukhuset

118 83 Stockholm

Tel: 08-616 10 00

Fax: 08-616 26 40

Mats.Bergstrom@sodersjukhuset.se

Sekreterare: Ingrid Wikström

KK, Akademiska sjukhuset

751 85 Uppsala

Tel: 018-611 00 00

Fax: 018-55 97 75

ingrid.wikstrom@kbh.uu.se

Familjeplanering FARG

Ordförande: Jan Brynhildsen

KK, Universitetssjukhuset

581 85 Linköping

Tel: 013-13 22 00

Fax: 013-14 81 56

jan.brynhildsen@lio.se

Sekreterare: Kristina Gemzell-

Danielsson

Inst f Kvinnors och Barns Hälsa

Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

171 76 Stockholm

Tel: 08-515 521 28

Fax: 08-517 743 14

Kristina.Gemzell@kbh.ki.se

Tonårsgynekologi TON-ARG

Ordförande: Lena Marions

KK,

Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

171 76 Stockholm

Tel: 08-517 766 55

Fax: 08-31 81 14

lena.marions@karolinska.se

Sekreterare:

Karin Edgardh

Läkarmottagningen Munkbron

111 28 Stockholm

Tel: 070-794 11 48

karinedgardh@yahoo.se

Urogynekologi och vaginal

kirurgi UR-ARG

Ordförande: Maud Ankardal

KK, SU/Sahlgrenska

413 45 Göteborg

Tel: 031-342 10 00

Fax: 031-41 87 17

maud.ankardal@vgregion.se

Sekreterare: Gregor Larsson

KK, Centrallasarettet

721 89 Västerås

Tel: 021-17 42 16

Fax: 021-17 52 22

gregor.larsson@ltv.se

Cervixcancerprevention C-ARG

Ordförande: Bengt Andrae

KK, Gävle/Sandviken Länssjukhus

801 87 Gävle

Tel: 026-15 41 68

Fax: 026-15 41 56

bengt.andrae@lg.se

Sekreterare: Kristina Elfgrén

KK, Karolinska Universitetssjukhuset

Huddinge

141 86 Stockholm

Tel: 08-585 800 00

Fax: 08-585 975 75

kristina.elfgren@karolinska.se

Psykosocial Obstetrik och Gynekologi samt Sexologi POS-ARG

Ordförande: Inga-Bodil Melinder

Gynmottagningen, Sjukhuset i Arvika

671 90 Arvika

Tel: 0570-71 20 00

inga-bodil.melinder@liv.se

Sekreterare: Katri Nieminen

KK i Östergötland, Lasarettet i Motala

591 85 Motala

Tel: 0141-770 00

Fax: 0141-777 61

katri.nieminen@lio.se

Ofrivillig Barnlöshet FERT-ARG

Ordförande: Claes Gottlieb

Fertilitets- och IVF-kliniken

Sophiahemmet

Box 5605

114 86 Stockholm

Tel: 08-406 20 00

Fax: 08-10 16 21

claes.gottlieb@ki.se

Sekreterare: Margareta Fridström

KK, Karolinska Universitetssjukhuset,

Huddinge

141 86 Stockholm

Tel: 08-585 800 00

Fax: 08-585 875 75

margareta.fridstrom@karolinska.se

Endokrinologi ENDOKRIN-ARG

Ordförande: Inger Sundström-Poromaa

KK, Akademiska sjukhuset

751 85 Uppsala

Tel: 018-611 57 64

Fax: 018-55 97 75

inger.sundstrom@kbh.uu.se

Sekreterare: Eva Innala

KK, Norrlands universitetssjukhus

901 85 Umeå

Tel: 090-785 21 61

eva.innala@vll.se

Gynekologisk Tumörkirurgi med Cancervård

TUMÖR-ARG

Ordförande: Christer Borgfeldt

KK, Universitetssjukhuset Lund

Tel: 046-17 10 00

Fax: 046-15 78 68

christer.borgfeldt@gyn.lu.se

Sekreterare: Agneta Axelsson

KK, Centrallasarettet Västerås

721 89 Västerås

Tel: 021-70 30 00

Fax: 021-17 52 22

agneta.axelsson@ltv.se

Ultraljudsdiagnostik ULTRA-ARG

Ordförande: Elisabeth Epstein

KK, Universitetssjukhuset MAS

205 02 Malmö

Tel: 040-33 21 68

Fax: 040-96 26 00

elisabeth.epstein@med.lu.se

Sekreterare: Katarina Tunon

KK, Östersunds sjukhus

831 83 Östersund

Tel: 063-15 30 00

Fax: 063-15 45 17

katarina.tunon@jll.se

Hemostasrubbingar HEM-ARG

Ordförande: Pelle Lindqvist

KK, Universitetssjukhuset MAS

205 02 Malmö

Tel: 040-33 21 66

Fax: 040-96 26 00

pelle.lindqvist@med.lu.se

Sekreterare: Katarina Bremmer

KK, Karolinska Universitetssjukhuset Solna

171 76 Stockholm

Tel: 08-517 000 00

katarina.bremmer@karolinska.se

Vulva VULV-ARG

Ordförande: Ingela Danielsson

KK, Länssjukhus Sundsvall/Härnösand

851 86 Sundsvall

Tel: 060-18 10 00

Fax: 060-18 15 57

ingela.danielsson@lvn.se

Sekreterare:

Karin Edgardh

Läkarmottagningen Munkbron

111 28 Stockholm

Tel: 070-794 11 48

karinedgardh@yahoo.se

Evidens-ARG

Ordförande: Kerstin Nilsson

KK, Örebro Universitetssjukhus

701 85 Örebro

Tel: 019-602 10 00

Fax: 019-12 65 90

kerstin.nilsson@orebroll.se

Sekreterare: Annika Strandell

Reproduktionsmedicin, SU/Sahlgrenska

413 45 Göteborg

Tel: 031-342 10 00

annika.strandell@medfak.gu.se

Endometriosis-ARG

Ordförande: Matts Olovsson

KK, Akademiska sjukhuset

751 85 Uppsala

Tel: 018-611 57 64

Fax: 018-55 97 75

matts.olvesson@kbh.uu.se

Sekreterare: Margita Blomberg

KK, SU/Östra

416 85 Göteborg

Tel: 031-343 40 00

Fax: 031-25 43 87

margita.blomberg@vgregion.se

Arbets- och Referens-Grupp-Utvecklings-Samordnare

ARGUS

Professor Lars-Åke Mattsson

KK, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra 416 85 Göteborg

Tel: 031-343 40 00 • Fax: 031-25 83 75

E-post: lars-ake.mattsson@vgregion.se

SFOG-Kansliet

Marie-Louise Schyberg, Jeanette Swartz

Drottninggatan 55, 2 tr, 111 21 Stockholm • Tel: 08-440 01 75 • Fax: 08-22 23 30

kansliet@sfog.se • www.sfog.se

Spontaneous abortion:

Risk factors and measurement of exposures

List of papers

- I.** George L, Mills JL, Johansson ALV, Nordmark A, Olander B, Granath F, and Cnattingius S. Plasma folate levels and risk of spontaneous abortion. *JAMA* 2002; 288:1867-1873.
- II.** George L, Granath F, Johansson ALV, Olander B, and Cnattingius S. Risks of repeated miscarriage. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 2006; 20:119-126.
- III.** George L, Granath F, Johansson ALV, Annerén G, and Cnattingius S. Environmental tobacco smoke and risk of spontaneous abortion. *Epidemiology* 2006; 17:500-505.
- IV.** George L, Granath F, Johansson ALV, and Cnattingius S. Self-reported nicotine exposure and plasma levels of cotinine in early and late pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2006; 85: 1331-37

ABSTRACT

The overall objectives of this thesis were to increase the understanding of the etiology of spontaneous abortion and repeated spontaneous abortion, and to evaluate possibilities of exposure assessment during pregnancy.

Data from a Swedish population-based case-control study of spontaneous abortion, performed in Uppsala County 1996-98, formed the base for the three first studies of the thesis. The final study population included 562 cases with a spontaneous abortion in gestational week 6-12 and 1,028 pregnant controls frequency-matched to the cases according to week of gestation. Exposure information was assessed through in-person interviews using structured questionnaires, and through plasma measurements of folate and cotinine levels. Intrauterine tissue was sent for chromosomal analyses among cases with incomplete spontaneous abortion. Conditional logistic regression models

Lena George, Institutionen för medicinsk epidemiologi och biostatistik, Karolinska Institutet och Kvinnokliniken, Södersjukhuset, Stockholm
lena.george@sodersjukhuset.se



Lena George och opponenten professor Allen Wilcox, National Institutes of Health, USA.

were used to calculate odds ratios to estimate the relative risk of spontaneous abortion.

Women with folate levels <5 nmo/l were at 50% increased risk of spontaneous abortion as compared with women with folate levels 5.0-8.9 nmol/l. High maternal folate levels were associated with a non-significant trend towards a protective effect. Folate deficiency was predominantly associated with abnormal fetal karyotype abortions, however we could not show a differential effect of folate between normal and abnormal fetal karyotype abortions. The use of a folic acid supplement, reported by <5% of all women, was not associated with a statistically significant increased risk of spontaneous abortion.

The association between sociodemographic and anthropometric factors, obstetric history, and life style factors, with respect to risks of repeated spontaneous abortion, were explored among 108 cases with two or more consecutive first trimester spontaneous abortions and 583 controls with at least two pregnancies. High and low maternal age, and previous spontaneous abortions were found to be major risk factors. Smokers were at increased risk of repeated spontaneous abortion. Among nonsmoking women with high caffeine intake there was an increased risk, whereas there was no such association among smokers. Folate deficiency was not associated with increased risk of repeated spontaneous abortion.

Measurement of plasma cotinine was

used to assess the dose received from exposure to environmental tobacco smoke (ETS) and active smoking. The prevalence of ETS exposure (cotinine 0.1-15 ng/ml) was 24% among women with spontaneous abortion and 19% among women with a normal pregnancy in the first trimester. Nonsmoking pregnant women exposed to ETS faced a 70% increased risk of spontaneous abortion as compared with unexposed women. Active smoking was associated with a more than two-fold increased risk of spontaneous abortion. ETS exposure was associated with normal, abnormal, and unknown fetal karyotype abortions.

In a prospective follow-up of 953 women from early pregnancy until delivery, maternal self-reported information on active smoking, smoking cessation during pregnancy, and ETS exposure during pregnancy, was validated using cotinine measurements as gold standard. Sensitivity, specificity, positive and negative predictive values, and likelihood ratios were calculated as measures of accuracy in gestational weeks 6-12 and 31-34. The validity of self-reported active smoking in early and late pregnancy was reasonably high. Among women reporting smoking cessation before the first interview and between the first and second interview, 13% and 25% misreported active smoking, respectively. Self-reported information on ETS exposure misclassified most women as unexposed throughout the pregnancy. ■

SFOG

ANMÄLNINGSBLANKETT

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi är en förening för alla läkare som är verksamma inom specialiteten, specialister såväl som icke-specialister. SFOG är en specialitetsförening inom Sveriges Läkarförbund och den äldsta sektionen inom Svenska Läkaresällskapet.

Medlem av SFOG bör tillhöra Sveriges Läkarförbund, som är den fackliga huvudorganisationen. Man bör också vara medlem i Svenska Läkaresällskapet. Alla medlemmar i SFOG är anslutna till Nordisk Förening för Obstetrik och Gynekologi (NFOG) och Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO), Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) samt European Board and College of Obstetricians and Gynecologists (EBCOG).

I medlemsbladet, som publiceras fem nummer per år, dryftas angelägenheter som berör specialiteten. Där annonseras också fortbildningskurser, möten och symposier. Man får också ACTA Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, som utkommer med 9-12 nummer per år.

Föreningen har ett antal arbets- och referensgrupper (AR-Grupper) som är öppna för alla. Dessa grupper bevakar olika delar av specialiteten, ger ut ARG-rapporter och medverkar till vidareutbildning. Som medlem i SFOG är man abonnent på ARG-rapporterna till en reducerad kostnad (300:-/år).

Årsavgiften till föreningen är 800 kronor. Prenumeration på ARG-rapporter är avdragsgill i deklarationen. I och med Din anmälan registreras Du i SFOGs datoriserade medlemsregister.

För medlemmar i SFOG anordnas fortbildningskurser. SFOG ansvarar för det vetenskapliga programmet inom obstetrik och gynekologi vid den medicinska riksstämman.

De flesta som söker nytt medlemskap är fortfarande under utbildning. Obstetriker/Gynekologer under Utbildning (OGU) är en av flera intressegrupper inom SFOG. OGU vänder sig till alla under specialistutbildning men även till vikarierande yngre kolleger med intresse för specialiteten och yngre specialister. Aktiviteterna går bl a ut på att bevaka specialistutbildningens utformning och innehåll, att försöka underlätta för internationellt utbyte som del av utbildningen och att arrangera en årlig konferens för utbildning och debatt om utbildningsfrågor inom specialiteten.

Bli medlem i SFOG, så kan Du hålla Dig välinformerad om vad som händer inom Din specialitet.

Skickas/faxas till

SFOG-Kansliet, Box 738, 101 35 Stockholm

Telefax: 08-22 23 30 • Anmälan via internet: www.sfog.se

Jag vill bli medlem i SFOG:

Namn

Adress bostad

Adress arbete

Telefon bostad Telefon arbete

Mailadress

Personnummer _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _

Medlem i Sveriges Läkarförbund Ja Nej

Medlem i Svenska Läkaresällskapet Ja Nej

NEJ TACK! Jag vill inte ha medlemsförmånen att vara ARG-rapport abonnent för en kostnad av f.n. 300 kr/år (motsvarande tre rapporter).

Jag önskar bli medlem i OGU Specialist Icke specialist

Datum: Namnunderskrift:

BESTÄLLNINGSBANKETT ARG-RAPPORTER

Svensk Förenings för Obstetrik & Gynekologi Arbets- och Referensgrupperas rapportserie

Alternativ I

Jag anmäler mig t v som ständig abonnent på ARGs rapportserie. Varje ny rapport som publiceras i serien skall automatiskt tillsändas mig mot betalning enligt bifogad faktura (rabatt 50:-/rapport), intill dess jag skriftligen anmäler annorlunda. Jag förbinder mig att betala de rapporter jag fått tillsända intill dess jag uppsäger mitt abonnemang.

Alternativ II

Jag beställer nedanstående rapporter (markerade med kryss i vederbörande ruta) att tillställas mig per post. Betalning sker mot medsänd faktura.

OBS! Glöm ej ange alternativ

Namn _____

Adress _____

Postnummer och postadress _____

Jag vill beställa följande redan utgivna ARG-rapporter:

Nr 1-16 och 18-27, 35-36 har utgått

Pris/st exkl. moms, porto & exp. avg 50:-

<input type="checkbox"/>	Nr 17 Prolaps. 1989	100:-
<input type="checkbox"/>	Nr 28 Sexuella övergrepp mot barn och ungdomar. 1994	100:-
<input type="checkbox"/>	Nr 29 Komplikationer vid Obstetrisk & Gynekologisk kirurgi. 1995	100:-
<input type="checkbox"/>	Nr 30 Genitala infektioner hos kvinnan. 1996	100:-
<input type="checkbox"/>	Nr 31 Assisterad befruktning och preimplantatorisk diagnostik i Sverige. 1996	100:-
<input type="checkbox"/>	Nr 32 Gynekologisk endoskopi - del 1. 1996	100:-
<input type="checkbox"/>	Nr 33 Sexologi ur gynekologisk synvinkel. 1996	100:-
<input type="checkbox"/>	Nr 34 Att förebygga cervixcancer samt vaginal- och vulvacancer. 1997	100:-
<input type="checkbox"/>	Nr 37 Ofrivillig barnlöshet. 1998	100:-
<input type="checkbox"/>	Nr 38 Substitutionsbehandling i klimakteriet - aktuella synpunkter. 1998	100:-
<input type="checkbox"/>	Nr 39 Kvinnlig urininkontinens. 1998	100:-
<input type="checkbox"/>	Nr 40 Ungdomsgynekologi. 1999	100:-
<input type="checkbox"/>	Nr 41 Cancer, graviditet och fertilitet. 1999	100:-
<input type="checkbox"/>	Nr 42 Gynekologisk ultraljudsdiagnostik. 2000	100:-
<input type="checkbox"/>	Nr 43 Infektioner hos gravida kvinnor. 2000	100:-
<input type="checkbox"/>	Nr 44 Vulvacancer. 2000	100:-
<input type="checkbox"/>	Nr 45 Gynekologisk endoskopi - del 2. 2001	100:-
<input type="checkbox"/>	Nr 46 Anal inkontinens hos kvinnor. 2001	100:-
<input type="checkbox"/>	Nr 47 Intrauterin fosterdöd (IUFD). 2002	100:-
<input type="checkbox"/>	Nr 48 Vulvasjukdomar. 2003	100:-
<input type="checkbox"/>	Nr 49 Hemostasrubbingar inom obstetrik och gynekologi. 2004	200:-
<input type="checkbox"/>	Nr 50 Metodbok för evidensbaserad obstetrik och gynekologi. 2004	200:-
<input type="checkbox"/>	Nr 51 Förlossningsrädsla. 2004	200:-
<input type="checkbox"/>	Nr 52 Perinatalt omhändertagande vid extrem underburenhet. 2004	200:-
<input type="checkbox"/>	Nr 53 Bröstat. 2005	200:-
<input type="checkbox"/>	Nr 54 Inducerad abort. 2006	200:-

Insändes till:

SFOG-Kansliet • Drottninggatan 55, 2 tr • 111 21 Stockholm • Fax: 08-22 23 30

E-post: kansliet@sfog.se • Internet: www.sfog.se

Kalendarium

Mer detaljerad information kan erhållas på SFOGs hemsida www.sfog.se

2007

8 - 11/3	The 2nd World Congress on Gender-Specific Medicine and Aging Rom, Italien	För mer information: http://www.gendermedicine.com/
16/3	Svensk Förening för Psykosocial Obstetrik & Gynekologi inbjuder till symposium Sexuellt utnyttjad – hur gick det sedan? Rolf Lufts auditorium, Hus L Karolinska Universitetssjukhuset Solna	Program och anmälan: www.sfog.se
22-25/3	The 8th World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility, COGI Barcelona, Spanien	För mer information: http://www.comtecmed.com/cogi/cogi9
29-31/3	4th International Symposium on Diabetes and Pregnancy Istanbul, Turkiet	För mer information: http://www.kenes.com/dip07
30-31/3	1 st Sahlgrenska Meeting on Reproductive Medicine and Gynecology. Göteborg	Möte för att hedra professor P-O Janson För mer information och anmälan, www.sfog.se
16 - 17/4	OGUs ST-DAGAR Västerås	För mer information och preliminärt program www.sfog.se
18 - 20/4	Evolution of Robotic Surgery in Europe Lund	För mer information http://www.malmokongressbyra.se
18 - 20/4	12th International Congress on Antiphospholipid Antibodies - Florence, Italien	För mer information: http://www.antiphospholipid.net
20 - 21/4	Nordic Congress of Perinatal Medicine Tampere, Finland	För mer information: http://www.perinatal2007.fi
23-24/4 och 25-26/4	American Academy of Family Physicians och ALSO-Scandinavia and Greenland Kurs i akuta förlossningssituationer Skövde	För kursanmälan: madeleine.bjurman@vgregion.se Sista anmälningsdag är den 12 januari 2007 För mer information om kursen: http://www.also-scandinavia.com
29/4 - 3/5	19th IFFS Congress on Fertility and Sterility World Congress, Durban, Sydafrika	För mer information: http://www.iffs2007.org.za
13 - 15/5	Evidens-ARG arrangerar Fördjupningskurs/lärarkurs inom EBM	För mer information www.sfog.se

13 - 16/5	The international Society of Psychosomatics Obstetrics and Gynecology Kyoto Japan	Psychosomatics in East & West För mer information: http://www.ispog2007.org/
24 -25/5	Vårmöte i Perinatologi Östersund	För mer information: www.kongress.ostersund.s
1-2/6	IS THERE A FUTURE FOR OBSTETRICS? N F Y O G Seminarium Köpenhamn, Danmark	För mer information www.sfog.se
1 - 3/9	Nesa Days 2007 The Second Annual Scientific Meeting of the New European Surgical Academy Istanbul, Turkiet	Deadline för abstracts är den 10 februari 2007 För mer information: http://www.nesa-days.com
15 - 19/9	14th World Congress on IVF and the 3rd World Congress on IVM Montreal, Canada	För mer information http://www.isivf.com/MMactivities/fc_home.htm
27 - 30/9	The Breast - First International Conference on Breast Development Turin, Italien	För mer information: http://www.breast2007.com/home.htm
5-6/10	"Hot Topics" Helsingfors	För mer information: http://www.nfog.org/
7-11/10	17th World Congress on Ultrasound in Obstetrics and Gynecology Florens, Italien	För mer information: http://www.isuog2007.com/

Posttidning B

SFOG

Drottninggatan 55, 2 tr
111 21 Stockholm



Välkommen till Luleå!

Vi har äran att önska Dig hjärtligt välkommen till Luleå, porten till Norrbotten, sommarstaden med världens enda bräckvattenskärgård, med världsarvet Gammelstads Kyrkostad, från järnverk till Luleå Tekniska Universitet, med Sunderby sjukhus och Norrlands största förlossningsklinik, och framförallt det i kallaste januari nu invigda Kulturhuset, med konsertsal inspirerad av Svarta Diamanten i Köpenhamn som blir högsätet för SFOGs tredje årsmötesvecka!

Efter succéerna i Falun och Helsingborg har vi jobbat oförtrutet sedan mer än ett år för att göra även den tredje veckan till en framgång för SFOG. Vi följer upplägget med måndag främst för obstetrik och fredag för gynekologi, onsdag med SFOG symposium och barnmorsketeman, tisdag och onsdag blandade. Tiden för Evidens-workshop är dubblerad. Stafettpinnen med etikworkshop från Helsingborg går vidare. Vi introducerar en ny programpunkt, nämligen presentation av avhandlingar som kommit senaste året(n), och vi satsar på prioriterad tid för postervisning. Se vidare vårt preliminära program!

För kvällsprogrammen lovar vi oförglömliga minnen i den norrländska naturen och det kvardröjande sommarljuset, utan snedsteg i avtalet mellan LIF/RUF1 och Läkarförbundet.

Under veckan arrangeras också SFOGs årsmöte, Verksamhetsmöte, Riks-ARG, ARG-möten, Studierektorsmöte, ST-ansvarigmöte mm.

Förutom SFOGs medlemmar välkomnar vi också barnmorskor och sjuksköterskor verksamma inom kvinnosjukvården.

Registreringen är nu öppen på SFOGs hemsida. Planera Ditt deltagande nu! Websidan för registrering av abstrakts är öppen till i maj, förhöjd registreringsavgift från 15 juni.

Via hemsidan kommer vi att undersöka om det finns intresse för chartrade direktflyg till Luleå på måndag och onsdag från Göteborg och Stockholm och åter onsdag och fredag. Hotell och flygbokning kan göras via kongressens hemsida till och med juli.

Anna Pohjanen
Verksamhetschef
Sunderby sjukhus

Birgit Nilsson
Verksamhetschef
Norrlands Universitetssjukhus

*Inger Björn • Torbjörn Bäckström • Ulf Högberg • Liselott Andersson
Olov Granqvist • Anette Lundqvist • Anna-Carin Wihlbäck • Jan Wall*
Organisationskommittén

Preliminärt program

Måndag

- 8.30 Registrering
- 9.45 Välkommande!
- 10.00 27 v studien – obstetrisk och neonatal utfall (Symposium)
- 13.00 Ökningen av kejsarsnitt, vad gör vi nu? (Symposium)
Avhandlingar – obstetrik
Ledarskap (OGU-symposium)
- 15.00 Rätt att välja förlossningssätt? (Symposium)
Fria föredrag obstetrik

Tisdag

- 8.30 Global reproduktiv hälsa (plenarföreläsning)
- 10.00 STAN – var står vi idag? (Symposium)
Spontana aborter (Symposium)
GBS-riktlinjer i mödravården (Symposium)
- 13.00 Graviditet och diabetes (Symposium)
Fria föredrag obstetrik
Etikworkshop
Posterutställning - obstetrik
- 15.00 Graviditetsrelaterad bäckensmärta (Symposium)
Inducerade aborter (Symposium)
Avancerad HLR på gravida (ST-workshop)

Onsdag

- 8.30 Kvinnlig och manlig syn på sex (plenarföreläsning)
- 10.00 SFOG årsmöte
Stiftelsen
Möte natur-kultur i förlossningsvården (plenarföreläsning barnmorskor)
- 13.00 SFOG (Symposium)
Våld mot kvinnor under graviditet (Symposium barnmorskor)
- 15.00 Trombos (Symposium)
BB vård (Symposium)
Kirurgisk praxis och utfall (Symposium)

Torsdag

- 8.30 Könshormoners inverkan på minne och inlärning (plenarföreläsning)
- 10.00 (Symposium)
Prematur menopaus (Symposium)
1. Evidensworkshop
2. Recidiverande candida (ST-workshop)
- 13.00 Bröstet (Symposium)
Fria föredrag gynekologi
Evidensworkshop
Posterutställning - gynekologi
- 15.00 HPV vaccin (Symposium)
Avhandlingar gynekologi

Fredag

- 8.30 Ovarian aging and infertility (plenarföreläsning)
- 9.00 Fria föredrag gynekologi
Den vaginala infektionsvägen
Endometrios (ST-workshop)
- 11.00 Ovarialcancer (Symposium)
Klimakterie behandling utan risk för bröstcancer eller trombos (Symposium)
Avslutning