

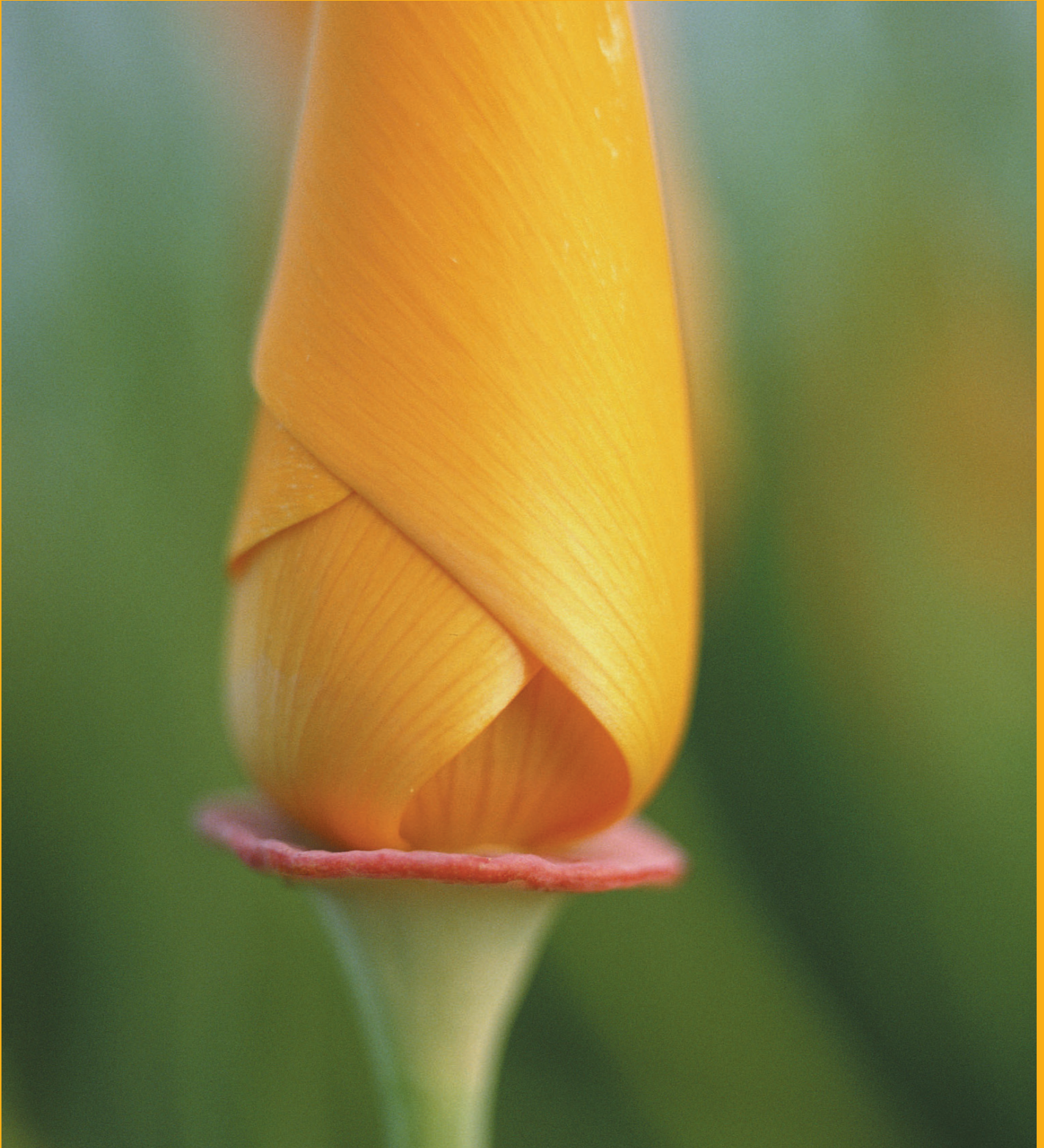
Medlemsbladet 2

2007

NR



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



MEDLEMSBLADET

Ansvärlig 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
Kvinnokliniken, Södersjukhuset
118 83 Stockholm.
Tel 08-616 26 25, fax 08-616 8 46
E-post charlotta.grunewald@sodersjukhuset.se
Vice ordförande: Ulf Högberg
Kvinnokliniken, 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
Kvinnokliniken, 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
Kvinnokliniken, 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
Kvinnokliniken, 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
Kvinnokliniken, Sjukhuset i Varberg,
432 81 Varberg

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

E-post asa.magnusson@lthalland.se

Utbildningssekreterare: Lisskulla Sylvén
Kvinnokliniken, 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
Kvinnokliniken, 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, Kvinnokliniken 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!

Vintermötet gick planenligt av stapeln i trevliga lokaler i gamla biografen Rival vid Mariatorget. Mötet var välbesökt och programmet rikt och varierat. På kvällen blev vi serverade en läcker skaldjursbuffé i anrika Östermalms saluhallar. Mitt tacktal å SFOGs vägnar dränktes i sorlet och därför upprepar jag mig här: Tack alla kollegor i organisationskommittén vid Karolinska Universitetssjukhuset Solna/Huddinge för alla era ansträngningar! Det ska bli ett nöje att få anta utmaningen – nu skriver jag som medarbetare vid KK/SÖS – vid nästa års Vintermöte som anordnas av Kvinnokliniken vid Södersjukhuset.

Vid verksamhetsmötet i februari väcktes frågan om patienten har rätt att välja bort en manlig gynekolog. I södra delen av Sverige är frågan kanske mer aktuell än i övriga delar, men vi känner alla igen scenariet. Det är lika diskriminerande att välja bort någon pga kön som av andra skäl såsom hudfärg, sexuell läggning eller religiositet. I diskussionen, som leddes av Nils Fryklund, Växjö, framgick klart att vi som kollegor, oavsett kön, har en gemensam uppfattning om detta. Gunilla Bodelsson, Malmö, presenterade ett utkast till policy från sjukhusledningen på MAS

med andemeningen att när någon söker vård får man ta emot den vård som erbjuds. Patienten har inte självklart rätt att välja hur eller av vem man vill bli omhändertagen, men har alltid rätt att tacka nej. I diskussionen uppkom också de resonemang som man ibland finner vid t ex ungdomsmottagningar. Uttryck såsom att man ska "låta flickor slippa att utsättas för en manlig gynekolog vid första gynekologiska undersökningen" är ett oacceptabelt förhållningssätt. Detsamma gäller vid undersökning efter ett sexuellt övergrepp. På Södersjukhuset, vid akutmottagningen för våldtagna kvinnor, tar både manliga och kvinnliga gynekologer hand om patienterna. Kanske har det ibland en läkande funktion att få träffa en bra manlig gynekolog just i en sådan situation. Vissa politiker har hakat på denna debatt och krävt "kvinnans rätt att få välja gynekolog." Antingen försöker man på detta sätt medvetet vinna väljarpoäng, eller också är man omedveten om vad en sådan rättighet innebär. Vi måste tillsammans värna om vår specialitet som en könsneutral verksamhet där även männen fyller en naturlig och viktig plats! Med tanke på de rekryteringsproblem vi har, känns detta än mer angeläget. Enligt OGU-enkäten (2006),

I DETTA NUMMER

In memorian: Professor Olle Kjellgren	7
Etik-ARGs möte om tidig fosterdiagnostik	9
Specialistskrivning Obstetrik och gynekologi 2007	11
Förkortningar förvirrar	21
<i>Pionjärer inom Obstetrik och Gynekologi:</i> Anders Retzius	23
Vinter i Indien	27
Information om Gynopregistret	30
Kort om den nya utbildningen i Obstetriskt och Gynekologiskt ultraljud	34

Tack för min tid på SFOG-kansliet!



Till sommaren skulle det blivit tolv år som jag arbetat för föreningens kansli. Det har varit ett fantastiskt roligt, givande och utvecklande arbete.

Jag är stolt över det jag utfört under dessa år och känner mig nu färdig med den uppgiften. Det är dags att söka nya utmaningar.

Jag vill tacka alla trevliga personer jag lärt känna genom åren.

Hjärtliga hälsningar!

Marie-Louise Schyberg
marie.schyberg@comhem.se

REDAKTÖRENS RUTA

Det finns många sätt att bidra till Medlemsbladet. Linda Hogan, ST-läkare, KK i Lund har skickat en fantastisk vårbild från Dalbyhage, Skåne. Tack Linda!

Åsa Magnusson

Följande tider gäller för medlemsbladet 2007:

Nr	Deadline	Utkommer
3	13 maj	Vecka 24
4	9 september	Vecka 41
5	28 oktober	Vecka 48

Manus skickas eller faxas till:

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

Äntligen vår!



Fotograf: Linda Hogan

presenterad av Sara Sundén-Cullberg, är idag cirka 310 ST-läkare fördelade på 80% kvinnor och 20% män. Cirka 12% har någon gång känt sig diskriminerad på grund av kön, men andelen är lika stor vad gäller kvinnor och män. Vad gäller ST-läkarnas tankar om arbetsområden inom framtiden, så önskar 29% jobba inom obstetrisk slutenvård, 37% inom gynekologisk slutenvård och en tredjedel har inte bestämt sig. Hela enkäten presenterades i Medlemsbladet nr 5, 2006.

En annan aktuell fråga initierades av Karel Mårsål, nämligen jourbemanningen på våra stora förlossningsavdelningar. Merparten av veckans timmar är ju som bekant jourtid (128/168) vilket dessvärre avspeglas i skillnader i perinatal mortalitet, till nackdel för nattens mörker. Frågan om hur den obstetriska kompetensen upprätthålls diskuterades. Sannolikt är den stigande sectiofrekvensen negativt korrelerad till den obstetriska kompetensen. Det är alltså inte bara en fråga om att arbetet är ensamt, tungt och ansvarsfyllt, utan även en fråga om krav på utbildning och kompetensutveckling för att upprätthålla patientsäkerheten. Antalet tillgängliga doktorer räcker för närvarande inte till för att täcka behoven under jourtid. Åldersstrukturen i specialiteten medför en tung jourbörda även långt upp i åren. En lösning kan vara så kallade superbakjourer som skulle kunna ansvara för mer än en förlossnings-avdelning. Även användning av telemedicin diskuterades. Detta är en fråga att återkomma till.

Andra viktiga teman som diskuterades var vad som händer med cervixcancerpreventionen nu med särskild hänsyn tagen till vaccination mot HPV. Här har C-ARG gett ut råd som finns att tillgå på hemsidan. En annan punkt på dagordningen

var frågan om tidig fosterdiagnostik. Kerstin Nilsson inledde med en sammanfattning av SBU-rapporten som nu är klar. De viktigaste slutsatserna i rapporten är att för en sannolikhetsbedömning för kromosomavvikelse, ger de i rapporten bedömda metoderna bättre avvägning för att identifiera Down's syndrom än en bedömning baserad på endast moderns ålder. Man visar också att informationen är central samt att god kvalitetssäkring är nödvändig vid införandet av nya metoder. Kvarstår hur detta nu ska förankras i verksamheterna, men där ger inte SBU något svar. Vi väntar på Socialstyrelsens förslag på föreskrifter, som enligt uppgift ska gå ut på bred remiss under våren. Inte heller dessa förslag kommer att ge några allmänt gällande direktiv. Det är dags att starta diskussioner med landstingen för att kräva resurser till i första hand en satsning på utbildning och resurser för att kunna ge adekvat, allsidig och begriplig information till varje gravid kvinna.

Jerker Liljestrand berättade om FIGOs s.k. twinningprojekt "Safe motherhood and Newborn Health" som bedrevs av FIGO redan 1997-2002, bland annat i ett samarbete mellan SFOG (via Bo Möller) och Etiopien. Projektet avbröts i förtid av diverse skäl, men ett positivt resultat var att Etiopiens intresseförening för gynekologi och obstetrik grundades och denna har sedan dess fått en betydande roll i samhället, mycket tack vare Bo's engagemang. FIGO har nu tagit nya tag och startat ett nytt projekt för förbättring av mödrars och nyföddas hälsa i 12 utvecklingsländer, däribland Pakistan. Ett oavvisligt krav är att projektet ska bedrivas i samarbete med barnmorskor. Ett mål med projektet är att stärka specialitetsföreningarnas roll i respektive länder.

Bo har kontaktats än en gång och för en vecka sedan gjorde han, jag och Anna Nordfjell från Barnmorskeförbundet en resa till Pakistan för att bekanta oss med kollegorna där, i syfte att ta reda på om vi kan vara till något stöd i deras kamp mot i första hand mödradödligheten. Det var en intensiv, omtumlande upplevelse, där vi under en veckas tid blev förevisade 15-miljonstaden Karachis hälso- och sjukvårdssystem och, inte minst genom dagsutflykter till Sindprovinsen, snarare fick en inblick i avsaknad av allt vad sjukvård heter. Där föder kvinnorna hemma till nästan 100% och mödradödligheten är ofattbart hög. Vi fick se mycket av extrem fattigdom och djupt elände, men även ljusglimtar och positiva exempel. Ett sådant var en nystartad barnmorskeutbildning, där barnmorskorna fick förlösa själva under läkares uppsikt. Ett annat var ett "fistulasjukhus" som byggts upp av privata medel, men som var gratis för patienterna, dit några av våra kollegor åkte och opererade på sin fritid. På 1,5 år hade man opererat 500 kvinnor!

I nästa nummer återkommer jag och Anna Nordfjell med en gemensam rapport. Bilden visar mig och Bo Möller tillsammans med en grupp engagerade kollegor utanför ett bassjukhus på landsbygden utanför Karachi.

Slutligen vill jag uppmana er alla att anmäla er till SFOG-veckan i Luleå vecka 34. Titta på hemsidan: www.sfog.se/SFOGveckan, läs programmet och låt dig frestas! Det blir garanterat ett bra möte!

Charlotta Grunewald ■



Vad händer under SFOG-veckan 2007 i Luleå?
Se omslagets baksida.



Vad gör vi egentligen och varför?

Frågan kommer upp för mig när jag läser inlägget i nummer 1 av Medlemsbladet, med anledning av ARG-rapport 54 om Inducerad abort. Jan Brynhildsen tar här upp problemet med att det som är en självklarhet i Linköping är helt fel i Stockholm. Det är så mycket vi gör som vi tycker är en självklarhet – men sedan byter vi arbetsplats och då har det helt plötsligt blivit fel att göra som vi lärt oss. Jag har själv haft förmånen att byta arbetsplats några gånger och sett detta som oerhört positivt. Det har gett mig perspektiv på att det inte är en sak som är rätt. Kanske har jag också kunnat föra med mig nytt kunnande till den nya kliniken.

Jag tycker att Jans inlägg för upp flera saker till ytan.

- Hur utbyter vi erfarenheter med varandra?
- Hur ser vi till att ha en kontinuerlig utvärdering av metoder?

Det väcker även tankar om hur specialiseringstjänstgöringen ser ut och det teoretiska innehållet i utbildningen?

Våra ARG-rapporter skrivs efter den EBM-metod som skapats av Evidens-ARG. Detta är grund nog för att läsaren ska kunna bedömma om beskrivna metoder är utvärderade eller ej. Ändå dyker det upp problem, som beskrivs av Brynhildsen.

Rent generellt så finns här ett problem. Bortsett från just det specifika som diskuteras i denna insändare så är detta troligen något som gäller fler områden.

Vad kan man i så fall göra? Låta detta bara förbli så – eller skapa striktare regler?

Guidelines har tidigare diskuterats och tagits upp, bl a på verksamhetsmöten. Frågan har också väckts hos huvudmännen då patientgrupper av och till tryckt på för att de sett divergerande handläggningar i olika landsdelar. Man kan naturligtvis tänka sig ett enda "PM" för hela landet – men vem avgör hur det ska utformas? Våra ARG-rapporter borde ju kunna fungera som det. Men kanske ändå inte, när just sådana frågor dyker upp som den ovan.

Hur ser vi till att ha en kontinuerlig utvärdering av metoder?

Risken kan, om vi har strikta regler, kanske bli att förändringsbenägenheten blir mindre. Kliniska studier skulle kunna vara tänkbare möjligheter att driva utvecklingen framåt, men i en hårt produktionsstyrd vardag orkar man inte med det. Alltså är det kanske trots allt är bäst att alla "gör lite olika". Eller? (som mina barn skulle säga).

Föreningen arbetar just nu intensivt med att färdigställa målbeskrivningen för vår specialitet. I det arbetet ser vi tydligt att det kan finnas stora behov av att under utbildningen ha olika arbetsplatser eftersom ingen klinik/sjukhus är tillräckligt stor för att tillgodose alla viktiga delar. De små klinikerna kan ge bättre utbildning i vissa delar, de stora i andra. Att redan från början av sin ST-tjänstgöring vara inställd på att det kommer att innebära att flytta kan vara en fördel. Jag inser att detta inte är populär tanke hos de yngre, som av sociala skäl kan ha svårigheter att röra på sig under denna period av livet, men sannolikt kan det bli nödvändigt.

Det finns stora vinster med att just under ST-tiden få möjlighet att se olika sätt att handlägga våra vanligaste frågeställningar. Hur man handlägger en perforation efter VA är väl ändå ett tydligt exempel på nödvändig kunskap. Alla har vi varit "rädda" för detta under våra tidiga år.

Många landsting har haft önskemål om regionala kurser för att minska kostnaderna för den teoretiska utbildningen. Detta anser jag är helt katastrofalt eftersom det just skulle innebära att ingen inblick ges i andra metoder och förhållningssätt. Det är alltså grundläggande att man får sin teori i en annan del av landet än där man har sin arbetsplats.

Vi är ett litet land, stort som en storstad i Europa. Att vi då har kunskap om hur vi handlägger saker på andra kliniker är viktigt även om vi inte gör samma sak överallt. Utvecklingen drivs bäst framåt

när vi gör olika men delar med oss till varandra av våra erfarenheter.

En följdfråga i detta blir, tycker jag, kvalitetssäkring och incidenter. Ett väl fungerande system som gör att alla kan ta del av varandras "fel" bidrar också till att förbättra och ge oss en bättre vård.

Det är med glädje jag ser avslutningen av insändaren – Jan Brynhildsen vill samla erfarenheterna inom området. Så bör förningen arbeta, t ex just inom ARG.

Tack Jan och lycka till.

Birgitt Segeblad

Nya medlemmar

Patrik Alm, Gävle
Sara Alson, Lund
Johanna Belachew, Falun
Maria Bohe, Stockholm
Louise Bowman, Molkom
Lampros Dimolenis, Hudiksvall
Magnus Eneberg, Nyköping
Eleonor Eriksson, Göteborg
Hildur Hadenius, Visby
Malin Haglund, Helsingborg
Rangeen Rafik Hamad, Järfälla
Stefan Hansson, Lomma
Sara Hogmark, Falun
Malin Huber, Linköping
Jan H Johanson, Jonsked
Rebecka Kaplan Sturk, Munsö
Kristina Kernell, Linköping
Karin Lichtenstein Liljeblad, Västervik
Lollo Makdessi, Eskilstuna
Lisa Löf Martander, Trollhättan
Sonia Mohammad Esmail, Bromma
Susanne Nygren, Linköping
Kiriaki Papaikononou, Hägersten
Johanna Orrby, Eksjö
Cristian Raicu, Karlskoga
Verena Sengpiel, Mölndal
Elinor Sjöberg, Örebro
Annie Sigfusdottir, Uppsala
Linda Sjögren, Uppsala
Susanne Sjöström, Lidingö
Ludmila Sokolova, Sollefteå

Professor Olle Kjellgren

Olle Kjellgren är död.

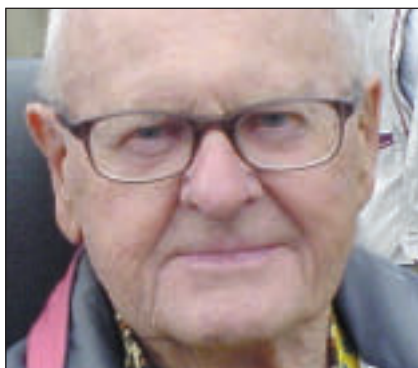
Olle Kjellgren var verksam som chef på JK-Gyn, Umeå Lasarett (Numera Norrlands Universitetssjukhus) i mer än 20 år och gick i pension 1984. Han innehade en personlig professur och blev den förste professorn i gynekologisk onkologi i Sverige.

Det var Olle Kjellgren som utvecklade diagnostiken och behandlingen av de gynekologiska cancersjukdomarna i Norra Regionen av Sverige. En fantastisk insats, initialt förvisso inte helt friktionsfritt med gynekologerna i regionen.

Själv kom jag som vik. underläkare till JK-Gyn 1974, som ett steg i utbildningen till gynekolog, och jag blev så småningom också specialist i gynekologi.

Det ligger ett skimmer över Olles dagar på JK-Gyn i Umeå. Han var en oerhört karismatisk person och framförallt äldre damer avgudade honom. Han var inte vacker, som kirurgerna anser sig vara, men han var alltid engagerad och förstående för sina patienter och han hade ett enormt patientminne. Han brydde sig alltid, patienten fick komma – det fanns alltid tid och vårdplats (ljuva 70-tal i Norrland!). Med glädje accepterade patienten den ibland mycket långa resvägen från t ex nordligaste Norrbotten och en gång minns jag halvakt inläggning av en kvinna, som emigrerat till Andorra. Resan kunde aldrig bli för besvärlig bara man fick träffa professorn.

Många människor såväl kollegor som lekmän tycker att det låter väldigt depre-



merande och svårt att syssla med cancer-sjuka människor. Med Olle var det inte så, han citerade Sokrates - ”inte alltid bota, oftast lindra och alltid trösta”. Olle lärde oss att livet är ändligt men att det alltid finns något man kan göra .

Olle var en mycket skicklig pedagog för oss underläkare och för läkarkandidaterna. Han lärde oss att se hela människan inte bara sjukdomen, hur viktigt det är att lyssna – patienten har oftast rätt. Vikten av att förstå vad som plågar och att alltid vara ärlig mot patienten. Han lärde oss ordentlig kroppsundersökning av hela människan, viktigt med lymfkörtlar och perkussion av lungor och inte bara gynundersökning. Anamnes och klinisk undersökning gav oftast rätt diagnos. Olle är nog den duktigaste kliniker jag mött

Hans arbetskapacitet var enorm och han krävde mycket av oss underläkare.

Han släppte inte sitt ansvar för patienten. Jag minns en gång då det uppstod blödningsskomplikation postoperativt, vilket

följande natt ledde till reoperation. Patienten blev lagd på IVA efter avslutad operation. Jag var jour, men ej sjukhusbunden. Således fanns inget jourrum men Olle bäddade personligen åt mig på soffan i sitt rum under professorsbrevet. Själv skulle han flyga till Stockholm tidigt nästa morgon. Jag skulle bevaka patienten som låg på IVA! Vid halvåttatiden nästa morgon ringer Olle från Arlanda och frågar om patientens tillstånd. Med kännedom om min chef hade jag varit på IVA redan före sju och kunde meddela att patienten mätte bra.

Olle hade humor. Vi hade väldigt roligt på kliniken mitt i allt det allvarliga. Vi skrattade mycket, speciellt på fredagarna som inte var så pressade. Det blev många roliga historier mellan undersökningarna. Mer än en gång knackade Syster Gertrud på dörren till rummet där vi satt, kliniciens läkare, inför narkospalpatation. ”Pojkar, pojkar nu får Ni skärpa Er och arbeta!” (Olle och jag räknades också till pojkarna.)

Detta var den tid då datorerna inte hade gjort intrång, inte heller signeringstväng eller tidskrävande letande efter rätt diagnosnummer. Det var före ultraljud, CT och MR. Det var en tid då patienten verkligen var i centrum och vi läkare sysslade med sjukvård.

Tack Olle för allt Du lärde mig och mina kollegor! Dig glömmer vi aldrig!

Maggie Granstrand

Fd underläkare JK-Gyn, Umeå

Etik-ARGs möte om tidig fosterdiagnostik

Den 30 januari hade Etik-ARG sammankallat till ett öppet möte om tidig fosterdiagnostik.

Vid mötet deltog inbjudna från Barnmorskeförbundets Etiska Råd, Mödrahälsovårdsöverläkargruppen, Ultra-ARG och Perinatal-ARG.

Syftet med mötet var att pröva etiska argument om tidig fosterdiagnostik i dess nuvarande praxis i förhållande till de nya former som ligger för handen:

- KUB (kombinerad nackuppkärlningsundersökning och biokemi).
- Biokemisk serumundersökning i andra trimestern.
- Riskorienterad tvåstegsundersökning med biokemi i första trimestern och NUPP endast till de med hög och medelhög risk.

Från Mödrahälsovårdsöverläkargruppen fördes även fram den nuvarande praxisförändringen som tillämpas i bland annat i Stockholm läns landsting sedan maj 2005 med KUB alternativt andratrimesterblodprov till kvinnor > 35 år och att kvinnor < 35 år med särskild oro för Downs syndrom får särskild konsultation och därefter eventuell remiss för KUB.

Gradering av människovärdet?

Påverkas människovärdesprincipen av de nya metoderna? Kan det vara så att de nya metoderna skulle medföra en kvalitativ skillnad i synen på handikappade eller barn med Down syndrom?

Argumentet att tidig fosterdiagnostik har denna konsekvens återkommer nu, särskilt då det vetenskapliga utfallsmåttet för metodernas precision är andelen diagnostiserade foster med Downs syndrom. I detta är det viktigt att i informationen framhålla att DS endast är en del som den tidiga fosterdiagnostiken avser.

Den norske etikern Knut Erik Tranøy framhöll i början på 90-talet att det konsekvens-etiska argumentet att selektivt abort skulle medföra nedprioritering av män-

Ulf Högberg, Ordförande
Inger Björn, Sekreterare
Etik-ARG

niskovärdet för handikappade saknade empiriskt underlag. SMER framhåller det samma i sin rapport 2006.

Vid diskussionen var det samstämmighet att de nya metoderna inte påverkar människovärdesprincipen negativt, att ett skifte från nuvarande praxis inte skulle påverka synen på de födda barnen, oavsett DS syndrom eller annat handikapp.

Indikationsglidning

Frågan om risken för indikationsglidning i upptäckt av avvikelser och ställningstagande till graviditetsavbrytande riktar särskilt SMER uppmärksamhet mot. I diskussionen bedömdes de av SBU granskade metoderna för tidig fosterdiagnostik inte medföra risk för indikationsglidning. Introduktionen av QF-PCR innebär i detta en klar etisk gränsdragning.

Denna mycket stora etiska fråga väntar dock om hörnet med den nya DNA mikroarray tekniken, redan nu tillgänglig för gravida i USA, med bestämmande av 65 genetiska avvikelser, och som i framtiden kan innebära möjlighet till full karyotypering. "Unless physicians take a firm position against the use of mircoarray technologies in the contested terrain of prenatal screening, they will probably have to surrender to parental requests for more screening – either because they (incorrectly) view consumer choice as equivalent to autonomy or because of (unjustified) concern about wrongful birth lawsuits."

(Lancet 2007;369:526-529).

Rättvisa

Det betonades att rättvisa innebär lika tillgång till tidig fosterdiagnostik oavsett ålder, utbildning, ekonomi, boendeort, kulturell bakgrund. De nya metoderna som riktar sig till kvinnor oavsett ålder tillgodoser bättre rättviseaspekten. Det poängterades vikten av att de nya metoderna för tidig fosterdiagnostik är tillgängliga i den offentligt finansierade vården så att de inte begränsas efter inkomst.

Det erforderliga resurstillskottet kommer att innebära prioriteringar inom hälso- och sjukvården, vilket inte diskuterades.

Inte skada

Genom att de nya metoderna ger bättre riskbedömning innebär det relativt sett färre missfall på grund av det invasiva ingreppet, det vill säga godhetsprincipen tillgodoses bättre med de nya metoderna. Övergången från ålder som riskindikator till de nya metoderna innebär utmaningar att kvalitetssäkra stödet och uppföljningen av de testpositiva och de falskt positiva, såväl under graviditeten som efteråt. Relativt sett innebär de nya metoderna inte något nytt i stödet till de falskt negativa och de sant positiva i deras vidare beslut att avbryta eller fullfölja graviditeten.

Det informerade valet

Det informerade valet diskuterades som en huvudfråga. Det betonades att det inte är samhället som påbjuder, att det är kvinnan som väljer. Hur är det informerade valet möjligt? Hur kan värdeneutral information ges?

Allmän information till de gravida kan

ske genom portaler på nätet, audiovisuella sätt, broschyrer som exempelvis SBU-broschyr, men att den individuella informationen är huvudsaken. Även om värde-neutralitet är svåruppnåelig framhölls det att det, som barnmorska och läkare, är viktigt att känna till sina egna värderingar för att kunna ge en så neutral och rättvis information som möjligt.

Tvästegsmodellen framhölls för att söka tillgodose ett informerat val. Det ideala skulle vara att barnmorskan i första steget frågar om information om tidig fosterdiagnostik önskas, och först vid bejakande ges information vid senare tillfälle. Särskilt framhölls vikten av välfungerande samverkan i vårdkedjan mellan mödravård och specialismödravård/fostermedicinska centra.

Vid mötet var man överens om att informationsuppdraget bäst bör ligga i

mödravården, och inte hos dem som utför tidig fosterdiagnostik. Ett förslag nämndes om specialutbildade barnmorskor inom mödravården i större sjukvårdsdistrikt. Poängterades också tydligheten med alternativet dateringsultraljud för de kvinnor som inte vill ha tidig fosterdiagnostik.

KUB

Avslutande framhölls att det etiskt inte finns principiella skillnader mellan de nya metoderna som SBU har presenterat kunskapsunderlag för. Viktigt att framhålla är att endast KUB och serumundersökning i andra trimestern har fullgott vetenskapligt underlag. Det framhölls att KUB bäst tillgodoser kvinnors önskan om tidig fosterdiagnostik och har bättre förutsättningar att tillgodose det informerade valet än riskorienterad tvästegsundersökning i första trimester.

Fortsättningen

Vi såg mötet som en del i den process som redan är igång för införandet av nya former för fosterdiagnostik, och planerar för uppföljning när Socialstyrelsens riktlinjer börjar utformas. Även om man i verksamheten redan kommit långt i planeringen förblir den etiska reflektionen ett memento av godo.

Saktmodigt kan man dock konstatera att utvecklingen går rasande fort. Var befinner vi oss i en etisk konsekvensanalys om några år när Lancet (2007;369:474-481) presenterar studie om icke-invasiv prenatal diagnostik, och när man på webben (www.tellmepinkorblue.com) hittar inbjudan i USA till hemtest för könsbestämning i graviditetsvecka 6? ■

Specialistskrivning Obstetrik och gynekologi 2007

Skrivningen består av kortare eller längre s.k. MEQ (modified essay questions) frågor, vissa med inlag av faktafrågor. Totalt omfattar skrivningen 100 poäng. Poäng och antal sidor per fråga anges nedan och detta försättsblad får du ha till hands under skrivningen. Läs frågorna noggrant och tänk på att disponera tiden, det är extra viktigt eftersom du inte kan backa. Skrivningstiden är max 6 timmar.

Instruktioner:

- till vänster om dig ligger frågorna. När skrivningen börjar tar du det första bladet och vänder det rätt.
- fyll först i din kod högst upp.
- besvara frågan och lägg bladet upp och ner på bordet till höger om dig.
- vänd upp nästa blad och fortsätt. Ange din personliga kod på varje blad.
- du får inte ta tillbaka ett besvarat papper till höger om dig. Ha bara ett papper framme åt gången.

Den gamla informationen står kvar på varje nytt blad men har av utrymmesskäl redigerats bort i medlemsbladet (red).

Abstraktet i frågan om evidensbaserad medicin är av utrymmesskäl inte med. Kan hittas på nätet (red).

Frågorna ser ut så här:

Den nya informationen med: vanlig stil

Svaret på föregående fråga med: kursiv stil

Den nya frågan med: fet stil

Fråga		Antal sidor	Antal poäng
Obstetrik	Fråga 1	7 sidor	10 p
Obstetrik	Fråga 2	6 sidor	10 p
Gynekologi	Fråga 3	6 sidor	10 p
Obstetrik	Fråga 4	9 sidor	10 p
Obstetrik	Fråga 5	6 sidor	10 p
Gynekologi	Fråga 6	6 sidor	10 p
Gynekologi	Fråga 7	10 sidor	10 p
Gynekologi	Fråga 8	4 sidor	10 p
Evidensbaserad medicin	Fråga 9	10 sidor	10 p
Obstetrik	Fråga 10	7 sidor	10 p

OBSTETRIK

Fråga 1

En 26-årig I-gravida i vecka 32 tas in på förlossningsavdelningen med blödning från underlivet och ont i ryggen. Barnmorskan har känt på buken och bedömer att patienten har värkar.

Vilka undersökningar vill du göra? 1 p

Svar:

Yttre undersökning, CTG, ultraljudsundersökning, spekulumundersökning

CTG kurvan visar sammandragningar var 10:de minut. Mellan sammandragningarna syns en tendens till ökad tonus. Fosterkurvan är normal. Vid spekulumundersökning ser du blod i vagina. Cervix ser normal ut och är sluten. Ultraljudsundersökning visar en lågt sittande bakväggsplacenta som inte tycks vara föreliggande.

Vill du undersöka något annat eller ta några prov, och i så fall vilka? 1 p

Svar:

Koagulationsstatus.

Koagulationsstatus är normalt.

Nämna några differentialdiagnoser. 2 p

Svar:

Teckningsblödning, placentaavlossning

Du misstänker att patienten har teckningsblödning, ej avlossning.

Hur vill du behandla henne och varför? 2 p

Svar:

Du ordinerar kortison för att påskynda lungmognaden, samt Bricanyl eller Tractocil för att värkarbetet skall avta.

Under observationstiden blir blödningen riklig och fosterhjärtkurvan takykard med nedsatt variabilitet.

Vad vill du göra nu? 2 p

Svar:

Akut kejsarsnitt

Efter framfödandet av barnet är uterus atonisk och det fortsätter att blöda.

Vad gör du? 2 p

Svar:

Masserar uterus och ger olika uterotonika (oxytocin, methergin, prostaglandin, ev beta-blockare om patienten fått Bricanyl innan operationen) för att få den att dra ihop sig.

OBSTETRIK

Fråga 2

Du träffar Magda 24 år på MVC. Hon är II-föderska i vecka 24. Graviditeten har så här långt förlopt ganska väl. Förra förlossningen upplevde Magda som mycket jobbig och mot slutet var hon skräckslagen. Det började med förvärkar i 2-3 dagar som successivt övergick i något som liknade värkarbete. Hon minns hur trött hon var. Sedan tog man håll på hinnorna och satte värkstimulerande dropp. Efter ett par timmar fick Magda en EDA. Efter ungefär 10 timmar var det helt öppet. Hon

orkade dock inte ända fram utan det blev förlossning med hjälp av sugklocka, fem dragningar. Hon sprack ordentligt och blev sydd på operationsavdelningen. Barnet var taget direkt efter förlossningen och övervakades några timmar på barnkliniken men sedan har det inte varit några problem. Linus är snart fyra år. Magda säger att hon inte vill vara med om denna upplevelse en gång till. Hon vill gärna att det görs ett planerat kejsarsnitt.

Vad rör det sig om och vilken ytterligare information är väsentlig? 1 p

Ange minst fyra viktiga infallsvinklar som bör belysas. 1 p

Svar:

Olika infallsvinklar omfattar bland annat kirurgiska riskfaktorer, tidigare och nuvarande sjukdomar, psykosociala aspekter (tex sexuella övergrepp), psykiska sjukdomar och personlighet, kvarstående men från förra förlossningen samt orsak till hennes rädsla.

Information för att bättre värdera och informera om riskerna med kejsarsnitt, tex tidigare bukkirurgi, tidigare gyn (PID) eller bukinfektioner, kända myom, infektionskänslig, lättblödande (lätt att få blåmärken tex). Känd blödarsjuka, opererad i ryggen så att spinalanestesi inte är möjlig, bedöma ev fetma etc. Är hon i övrigt frisk? Finns någon form av psykosocial problematik som inverkar på denna rädsla. Tidigare psykiskt frisk? Försök bedöma hennes personlighet, tex kontrollbehov etc. Information om vad det är som gör att hon inte kan tänka sig en vaginal förlossning, vad mer specifikt är hon rädd för. Smärtan? Risken för sugklocka? Risken att inte få det stöd hon behöver? Risken att inte bli förstådd? Har hon några besvär efter bristningen, smärtor, inkontinens?

Hon uppger att hon är frisk, BMI 27 samt negerar övriga frågor. Det hon är mest rädd för är att tappa kontrollen vilket hon upplevde att hon gjorde under den tid när sugklockan var anlagd. I övrigt var det hela överkomligt tack vare ryggbedövning (epidural med Sufenta). Hon uppger inga besvär som skulle kunna vara orsakade av bristningen. I journalen ser du att det var en hästskoformad ganska djup bristning som engagerade delar av den externa analfinktern, men det var ingen total sfinkterskada. I journalen finns inget beskrivet att det skulle ha varit någon särskild dramatik under förlossningen, inte heller under det att sugklockan drogs. Inga speciella anteckningar från BB-vistelsen heller. Läkaren som drog sugklockan har gjort

en anteckning där det framgår att patienten mådde bra och var nöjd med förlossningen, "inga särskilda frågor".

Hur tolkar du denna information, den du får från Magda kontra den du kan utläsa av journalen? 1 p

Svar:

Det finns en klar diskrepans mellan vad som beskrivs som ganska normalt i journalen och patientens egna beskrivna upplevelse. Antingen har Magda inte signalerat sina problem eller så har de inte fångats upp av personalen.

Hur hanterar du detta? 4 p

Svar:

Diskutera i termer av 1. medicinska risker och 2. psykologiska behov. Berätta hur förlossningen beskrivs i journalen och koppla det till patientens egen beskrivning (kan upplevas som provocerande). Försök att tillsammans med patienten hitta rimliga förklaringar till varför hennes upplevelse skiljer sig så från hur det uppfattades (eller inte uppfattades) av personalen på salen. Försök att utifrån detta hitta rimliga alternativa vägar att gå. Det är ju trots allt mindre troligt att det blir sugklocka på en 2-föderska och det är också mindre troligt att hon kommer att brista lika mycket som i samband med förra förlossningen. En andra förlossning går som regel lättare än den första. Försök att motivera henne till att försöka med en vaginal förlossning. Planera för ytterligare samtal. Boka samtal med barnmorska som arbetar med förlossningsrädsla. Bestäm inget vid detta första besök. Låt patienten fundera, väga för och emot. Det är gott om tid. Resonera i former av ett kontrakt, en överenskommelse mellan patienten och kliniken om hur olika situationer skall hanteras.

Under samtalet signalerar Magda ganska tydligt att hon har beslutsångest och att hon tycker det är jobbigt att inte ha fattat ett beslut nu. Hon accepterar dock att fundera på saken och att vi diskuterar vidare om ungefär 3-4 veckor. När hon går är hon mycket mindre spänd än när hon kom till detta besök.

Hur lägger du upp strategin inför nästa samtal? 3 p

Svar:

Efterhöra var hon befinner sig i den emotionella processen och beslutsprocessen.

1. Jag försöker inte styra. Jag efterfrågar om hon förstått de medicinska riskerna och tidigare resonemang. Reder ut eventuella frågetecken.

2. Hör efter eller föreslår vilka alternativa lösningar som är möjliga, alt utifrån vilka signaler jag får och vad som kommer fram under diskussionen.

a) Vaginal spontan förlossning

b) Vaginal förlossning med löfte om sectio vid behov.

c) Hur göra vid spontant värkarbete utan att vi hunnit börja med förlossningsplanen.

d) Elektivt sectio

e) Alltid information om att allt kanske inte kan gå enligt planerna.

GYNEKOLOGI

Fråga 1

En kvinna 29 år gammal och hennes man 35 söker på gynekologmottagningen för barnlöshet. Kvinnan är 0-gravida och har försökt få barn i mer än 2 år. Hennes menstruationer är oregelbundna med 5-6 veckors intervall. Hon uppger att hon hade en klamydiasalpingit som tonåring.

Vilka 3 faktorer är viktigast att utreda? 2 p

Svar:

a) Undersökning av äggedarna med passageultraljud (HyCoSy) eller laparoskopi

b) Undersökning av ovulation med s-progesteron ca en vecka innan förväntat menstruation, dvs på cykeldag 28 och 35.

c) Undersökning av makens spermaprov.

Ultraljud visade bilateral tubarpassage, men ingav misstanke på adheranser. S-progesteron låg på 3,4 och 5,6 (ref:>25). Makens spermaprov innehöll 35 miljoner spermier/ml (ref > 20) med 52% rörlighet. (ref:>50%)

Vad fokuserar du på i din fortsatta utredning och vad gör du? 2 p

Svar:

Du vill ta reda på om det finns bäckenadherenser och varför hon inte ovulerar. Du tar hormonprofil och planerar patienten för laparoskopi.

Laparoskopi visade att det inte var några adherenser i buken. Hormonprofil visade TSH =2.5 mE/L (ref: 0.5-3.4), S-prolaktin = 19 mikrog/L (ref: < 20), testosteron = 4.0 nmol/L (ref 0.4-3.5) LH/FSH >2, S-SHBG = 30 nmol/L (ref:35-150).

Vilken diagnos kan du ställa, baserad på det du nu vet, och hur vill du hjälpa paret? 2 p

Svar:

Polycystic ovarian syndrome (PCOS).

Ovulationsstimulering med Pergotime eller S-FSH och kontroll av effekten med s-progesteron på cykeldag 21.

Du påbörjar behandlingen med Pergotime, men hon fick ingen ägglossning.

Nämn minst 2 faktorer som generellt minskar chansen att sådan behandling medför ovulation? 2p

Svar:

Hög ålder, fetma.

Kvinnan har ett BMI på 32.

Vilka åkommor har hon speciellt hög risk att drabbas av om hon lyckas bli gravid? 2p

Svar:

Missfall, gestationsdiabetes, preeklampsi.

OBSTETRIK

Greta 32 år primigravida i vecka 35 + 2 kommer på remiss från vårdcentralen till specialismödravården på grund av klåda lokaliserad till framförallt bålen. Tidigare väsentligen frisk. Under tidig graviditet varit inlagd under två dygn på grund av hyperemesis, i övrigt har graviditeten förlopt utan anmärkning tills nu.

Vad vill Du veta mer i anamnesen? 1 p

Svar:

Sitter klådan någon annanstans på kroppen? Finns allergi mot något? Kan hon själv relatera klådan till något speciellt tillfälle? Finns dygnsvariation? Har mamman eller eventuellt syster haft liknande besvär under graviditet? Har hon försökt behandla klådan på något sätt?

Greta berättar att klådan har debuterat under sista veckan och är mest uttalad nattetid. Hon uppger att förutom på bålen kliar det i handflator och fotsulor. Ingen känd allergi eller hereditet. Greta hade försökt att lindra klådan med Essex-kräm utan nämnvärd effekt.

a) Vilken diagnos misstänker Du? 1 p

b) Vilka differentialdiagnoser måste Du ha i åtanke? 1 p

Svar:

a) hepatos eller intrahepatisk cholestas.

b) PUPPP (pruriti papules and plaques of pregnancy), eksem, skabb, dermatos.

Greta har aldrig hört talas om hepatos och frågar varför just hon har drabbats av detta under graviditeten och vad kan det bero på? Hon undrar vidare om det är farligt för fostret eller för henne själv?

Vilka svar ger Du Greta på dessa frågor? 1 p

Svar:

Du berättar att det kan finnas en ärftlig komponent men kan inte svara på varför just hon drabbats. De förhöjda nivåerna av östrogen och sannolikt även progesteron i kombination med ärftliga faktorer ger kolestas. Man tror att de under graviditet förhöjda nivåerna av gallsyror ansamlas i levern på grund av förlångsammad utsöndring. Du berättar vidare att hepatos är förenat med ökad risk för prematurbörd (19-60%), asfyxi under förlossningen (22-33%) samt intrauterin fosterdöd (1-2%). Förmodligen finns inga risker för modern förutom psykisk ohälsa på grund av klådan som kan ge sömnlöshet.

För att fastställa diagnosen vilka prover tar Du? 1 p

Svar:

Gallsyror eventuellt bilirubin.

Gallsyrorna är 50 µmol/l och bilirubin normalt.

a) Vad gör Du nu? 1 p

b) Hur planerar Du för uppföljningen? 1 p

Svar:

Sätter in Ursofalk® 1 gram dagligen, ev T Lergigan till natten.

Följer upp Greta en gång i veckan med förnyade prover.

Veckan efter första mottagningsbesöket har klådan minskat något och gallsyrorna är i stort sett oförändrade. Efter ytterligare en vecka har gallsyrorna stigit till 105 µmol/l och bilirubin är lätt förhöjt. Greta tycker att hennes situation har blivit ohållbar på grund av den framförallt nattliga klådan som ger sömnlösa nätter.

Vad gör Du? 1 p

Svar:

Du planerar inducera förlossningen imorgon.

När Du träffar henne efter förlossningen ställer hon denna fråga till Dig:

Hur stor risk har hon för hepatos vid nästa graviditet? 1 p

Svar:

50% risk för återinsjuknande.

Greta undrar också om hon själv kan påverka att hon inte får hepatos vid nästa graviditet? 1 p

Svar:

Nej

OBSTETRIK

På Din läkarmottagning på MVC ringer det en kvinna och berättar att hennes 7-åriga son sedan 1 vecka har vattkoppor. Kopporna har nu torkat in och sonen är på bättringsvägen. Själv mår hon bra och är nu gravid i v.37+2. Hon undrar om något behöver göras.

Vad svarar du? 2 p

Svar:

Efterhör anamnes på tidigare genomgången varicellae. Om negativ eller tveksam anamnes, analysera blodprov för immunitetsundersökning (Varicellae IgG), ev. från screeningsprover från aktuell eller tidigare graviditet om de är tillgängliga.

Hon är osäker på om hon har haft vattkoppor själv tidigare, men ska höra med sina föräldrar. Hon återkommer 1 timme senare och uppger att hennes mamma är övertygad om att hon inte har haft vattkoppor. Du ordnar med immunitetstest för varicellae.

Svaret på immunitetstestet hinner inte komma förrän kvinnan 2 dagar senare ringer till förlossningen där du är jour och berättar att hon nu sedan 4 timmar har utslag och begynnande blåsor på kroppen samt feber. Hon mår i övrigt bra.

Hur handlägger du denna kvinna initialt för att hjälpa henne med de aktuella symtomen? 2 p

Svar:

Ber henne söka upp akutmottagningen (ej förlossningen) för diagnos och behandling mot sannolik Varicellae. Du kontaktar även själv akutmottagningen. Kvinnan bör handläggas på isoleringsrum om möjligt och tillsammans med infektionsjour. Prov för serologi + direkt virus påvisning. Behandling med Acyklovir 800 mg x 5 i 7 dagar i hemmet. (Inläggning med i.v. Acyklovir om allmänpåverkad)

Kvinnan är nu i v.37+5.

Behöver du göra någon planering inför stundande förlossning? 2 p

Svar:

Vaginal förlossning inget hinder. Om förlossning inom 1 v: sker på isoleringsenhet på förlossningsklinik eller infektionsklinik. Barnet ska ha varicellae-immunoglobulin omedelbart efter partus. Mor och barn eftervårdas på infektionsklinik.

Lämpligt att patienten finns aviserad på förlossningen samt barnläkare och infektionsklinik kontaktade för planering/kännedom.

Patienten kommer in 2 v senare i v 39+5. Blåsorna har torkat in och är i princip borta. Hon har inga övriga symtom. **Behöver du nu vidta några speciella åtgärder?** 1 p

Finns det någon risk för barnet vid denna tidpunkt? 1 p

Svar:

Om partus >1v. efter insjuknande i varicellae: Pat är ofast inte längre smittsam (blåsor intorkade). Förlossning på vanligt förlossningsrum samt eftervård på BB. Observans på barnet- kan insjukna i en mild varicellae inom 2 v.

Hur hade denna handläggning förändrats om kvinnan insjuknat i Varicellae i början av 2:a trimestern (ca v.18)? 2 p

Svar:

Till infektionsläkare för diagnos och ev. behandling om påverkad av infektionen (Acyklovir 800 mg x 5 x 7 dgr). Remiss specialist MVC + fostermedicin för ev. amniocentes efter att moderns infektion läkt ut (varicellae-DNA PCR) och ultraljud i 3:e trimestern – kongenitalt varicellaesyndrom? 5-10% transplacentär smitta före v.28. Negativ PCR i amnion korrelerar till friskt barn, positiv PCR korrelerar ej till sjukt barn.

GYNEKOLOGI

På Din mottagning träffar Du en 56-årig kvinna med menopaus sedan fyra år tillbaka som önskar förnyat recept på HRT. I tre år har hon tagit en östrogen - gestagen kombinations-tablett dagligen. Hon rapporterar att hon haft oregelbundna småblödningar de senaste 4 månaderna.

Vill du göra några undersökningar, och så fall vilka, eller vill du byta direkt till annan HRT? 2 p

Svar:

- Spekulum-undersökning*
 - Bimanuell palpation*
 - Vaginal ultraljudsundersökning*
- Byter ej HRT innan jag undersökt.*

Vid spekulumundersökning ser Du en normal cervix. Vid bimanuell palpation känner du en normal uterus, inga resistenser. Ultraljudsundersökningen visar ett endometrium på 12 mm.

Vilka ytterligare undersökningar vill du göra? 2 p

Svar:

Jag tar ett borstsmear från cervix och en endometriebiopsi.

PAD från endometriebiopsi visar sparsamt material med enstaka, benigna endometrie-körtlar. Borstsmear cervix visar oklar atypi. **Hur går du vidare?** 2 p

Svar:

Planerar för hysteroskopi.

Vid hysteroskopi ser Du en fokal förändring på endometriets ventralsida. Denna avlägsnades. PAD-svaret Du fick 3 veckor senare visade cancer corporis uteri.

Hur meddelar du patienten PAD-svaret? 2 p

Svar:

Patienten informeras vid det planerade återbesöket om diagnosen.

Patienten är för övrigt frisk och önskar veta vilken behandling som rekommenderas

Vilken behandling rekommenderar du? 2 p

Svar:

Du rekommenderar total hysterektomi och salpingoophorektomi bilateralt, planerar för operation.

GYNEKOLOGI

Fråga 1

Annika 39 år kommer för första gången till din mottagning. Hon vill ta ett cellprov och diskutera preventivmedel. Hon berättar att hon är skild, projektledare och att hon fött 2 barn -97 och -01 och opererats för ett utomkvedshavandeskap -99 och åter Levaxin. Hon hade cellförändringar -94 och opererades för detta.

Vad vill Du veta mer i anamnesen? 2 p

Svar:

Hereditet- blodproppar hos någon släkting? Bröstcancer hos första och andragradssläktingar inkl ålder vid insjuknande? Rökning? Genomgått andra operationer? Andra sjukdomar? Nuvarande preventivmedel? Tidigare preventivmedel och ev biverkningar? Mensmönster? Blödningsmängd? Tidigare gynekologiska sjukdomar och STI? Operations metod+ ingrepp vid X-op? Spontana graviditeter? Grad av cellförändring och uppföljning efteråt? Överkänslighet/allergier? SM? Sexliv nu? Vikt och längd?

Följande framkommer:

Hereditet: Moder bröstcancer vid 46 års ålder, lever fortfarande, inga andra bröstcancer fall i släkten. Styvsyster DVT i benet vid 34 års ålder.

Röker ej. Appendektomerad vid 10 års

ålder, hypothyreos med Levaxin sedan 5 år. Inga mediciner för övrigt.

IV-gravida, II-para, PN -97 och -01. Primärt infertil men blev spontant gravid. Laparoskopi med tubotomi vid extrauterin graviditet -99. En legal abort -88. Kondylom i tonåren, för övrigt inga kända STD-sjukdomar. Hon har haft p-piller från tonåren i ca 10 år. Nu kondom som prevention. Koniserad -94 och herefter har kontroller varit ua. Hon har regelbunden mens 5-7/28-30 men blöder rikligt de första 2-3 dagarna. SM för 18 dagar sedan. Ny relation sedan 2 mån.

Vad vill Du nu undersöka i status och för övrigt utredningsmässigt, och varför? 2 p

Svar:

Gynekologisk undersökning och ultraljud – mäta endometrietjocklek/tillväxt, uterus storlek, myom, ovarial cystor

Blodtryck

Vikt och längd; BMI

Om anamnesen talar för blödningsstendens även koagulationsutredning.

(CD 1-7): blodstatus, APTT, INR, blödningsstid, v Willebrandt faktor

Ta smear

Hb och ev S-Fe

Ev Klamydiatest

Vid undersökningen finner Du en drygt normalstor livmoder, portio status post konisation, ultraljudsmässigt endometrium 12 mm-homogen ekogenicitet (CD 18), myom ca 2 cm ventralt intramuralt, bilat ovarier normala

Blodtryck 130/85

Vikt 69 kg, 165 cm BMI 25,3

Annika undrar nu hur hennes bröstcancer risk ser ut med hänsyn till hennes tidigare p-piller bruk och hennes mammas bröstcancer. Vad säger Du? 1 p

Svar:

Beträffande tidigare p-piller bruk ökar RR för bröstcancer till 1,24 under pågående behandling, men ingen riskökning kvarstår 5 år efter avslutad behandling.

Anamnesticiskt inget som talar för ärftlig bröstcancer (BRCA 1 och BRCA 2) enligt den sk Lundaregeln. Det är endast ett och inte 3 fall under 50 års ålder (50-3).

Hereditet i sig är en riskfaktor (bland många).

Hon undrar nu om vaccination mot cellförändringar (som hon läst om i tidningar) kan vara aktuellt för henne, vad svarar Du – motivera!

Vad heter vaccinet och vad skyddar det mot? 2 p

Svar:

Vaccinet är registrerat för yngre kvinnor och bör ges före samlagsdebuten. Eftersom hon haft cellförändringar har hon redan varit smittad. Studier pågår för att se om det finns någon vinst att ge vaccination även för "äldre" kvinnor och kvinnor som haft cellförändringar. Effekten av detta är i dagsläget oklar.

Ingen indikation finns fn att ge henne vaccination.

Gardasil, det skyddar mot HPV 16 och 18 (högrisk) och HPV 6 och 11 (lågrisk; ger kondylom)

Hon vill nu veta riskerna för blodpropp om man står på p-piller. Hur stor risk är det vid de olika kombinerade p-pillren, gestagena preparat och vad gäller för Nuvaring? Tillhör hon någon riskgrupp? Motivera 2 p

Svar:

Absolut risk 2 på 10 000 användarår för levonorgestrel (Neovletta) och 4 på 10 000 för desogestrel (Desolett), 5,3 på 10 000 för Nuvaring, 8 på 10 000 för cyproteronacetat (Diane). Studier pågår angående p-piller innehållande noretisteron (Trinovum, Synfase), lynestrenol (Restovar), norgestim (Cilest) och drospiridon (Yasmin och Yasminelle)

Inga kända trombosrisker med gestagena metoder.

Hennes riskfaktorer: blodpropp-övervikt, ålder >35 år.

Vilket/vilka preventivmedel, och eventuellt ytterligare behandling, föreslår du Annika? Varför? 1 p

Svar:

Levonova - säkert prev.medel och hjälp mot menorrhagi - ingen evidens finns dock idag beträffande bröstcancerrisk.

Minipiller - prev.medel och ev hjälp mot menorrhagi - ingen evidens finns dock idag beträffande bröstcancerrisk.

Om Annika absolut vill undvika hormoner:

Barriärmetod (kondom) + Cyklokapron och/eller NSAID.

Spiral i kombination med Cyklokapron eller NSAID mht menorrhagin (X ej KI).

Sterilisering(?) + Cyklokapron och/eller NSAID.

Persona+ Cyklokapron och/eller NSAID.

Fråga 2

Katharina 40 år söker dig på gyn mottagningen. Hon besväras sedan ca 3 år av tilltagande urininkontinens.

Vilka frågor vill Du ha svar på i första hand? 2 p

Vilka undersökningar beställer du i första hand? 2 p

Svar:

Du frågar om vid vilka tillfällen och när under dygnet hon läcker, om hon fött barn, om hon känner trängningar, hur mycket hon läcker vid varje tillfälle, om urinvägsinfektioner.

Vilka undersökningar gör/ beställer du i första hand? 2 p

Svar:

Du tar urinsticka, gör en gyn undersökning (och tittar då speciellt efter uretras upphängning, prolaps, och utesluter bäckenre-sistens). Du prövar att göra Bonney's test. Katharina får lämna in en urinodling samt göra en hemtest (miktionslista + blöjvågningstest). Resurin kontrolleras.

Katarina har fött två barn och berättar att hon läcker mest när hon går på gympa, och det är bara då hon använder trosskydd. Hon läcker aldrig nattetid. Ibland kan hon känna trängningar speciellt om hon är på jobbet som lärare och rädd för att läcka. Hon har haft cystit vid några enstaka gånger och senast för 2 år sedan. Redia + nitursticker är negativa. Gyn undersökning visar måttligt rörlig uretra, läcker ej vid hosta men blåsan innehåller endast 5 ml resurin och Bonney's test kan ej testas. Lätt sänkning av främre vaginalväggen, men inget riktigt cystocele. Inre genitalia ua.

Vilken typ av urininkontinens förefaller mest sannolik? 1 p

Finns det något i anamnes och status som inte stämmer med den diagnosen? 1 p

Vad menas med Bonney's test? 1 p

Svar:

Stressinkontinens förefaller mest sannolik. Trängningar passar inte riktigt med den diagnosen och att hon inte läcker vid hosta. Bonney's test innebär att man ber patienten hosta i gyn-läge, och läcker hon då lyfter man upp uretra utan att komprimera densamma. Läcker patienten inte då vid ny hoststöt säger man att testen är positiv och talar för stressinkontinens. En förutsättning är att det finns urin i blåsan.

Miktionslistan såg ut så här, och blöjvågningstest enbart måttliga läckage vid gymping.

Tidpunkt	Mängd (dl)	Läckage (x)
07.00	5,0	
9.30	2,5	
12.15	2,5	
14.30	3,0	
17.00	2,5	x (gympa)
19.00	1,5	
23.15	3,0	
Totalt: 7	20,0	1
Maxvolym	5,0	

Kan miktionslistan stämma med stressinkontinens? Motivera? 1 p

Vilken behandling rekommenderar du i första hand? I andra hand om den första inte fungerar? 2 p

Svar:

Miktionslistan passar bra med stressinkontinens, läckage endast dagtid vid gympa, i övrigt helt normal.

Du rekommenderar patienten bäckenbottenmuskelträning, och om detta inte hjälper utredning med urodynamik och sedan troligen operation ex med TVT-plastik.

EVIDENSBASERAD MEDICIN

Du blir kontaktad på din mottagning av mamman till en 13-årig flicka. Mamman har läst om vaccin mot cervixcancer och vill diskutera med dig om hennes dotter bör vaccineras.

Hon undrar hur stor risken för cervixcancer är och hur mycket den kan påverkas med vaccinet, och om det finns några risker med vaccinet.

Du har läst informationen om Gardasil, det nyligen registrerade vaccinet, och som du minns det var det goda resultat med vaccinet. Du inser dock att du inte riktigt kommer ihåg detaljerna, och för att kunna besvara mammans frågor mer noggrant lovar du att återkomma med besked då du inhämtat mer information. Du börjar med att gå till Socialstyrelsens hemsida/Epidemiologiskt centrum/ och finner där i cancerregistret (Cancer Incidence in Sweden) och Dödsorsaksregistret att cirka 450 kvinnor insjuknar och 150 – 200 dör årligen i cervixcancer. För att få mer information om effekten av vaccinering beslutar du att söka vidare i litteraturen. (Just nu bortser vi från den information som finns på Läkemedelsverkets och C-ARG:s hemsida).

a) Formulera en fokuserad frågeställning som stöd för din litteratursökning. 1 p

Använd gärna följande format för din frågeställning:

Patient/population (vilken patientgrupp/ population gäller din fråga?)

Intervention (vilken intervention är aktuell?)

Jämfört med (vad skall interventionen jämföras med?)

Utfall (vilket utfallsmått avses att påverka med interventionen?)

- b) Vilken/vilka typ av studie(r) besvarar bäst din fråga? 1 p
- c) Ange vilka databaser du i första hand skulle söka information i, och möjliga sökord. 1 p

Svar:

- a) *Hos unga flickor som ännu inte infekterats med HPV, kan vaccin mot HPV minska risken för cervixcancer jämfört om man inte vaccinerar?*
- b) *Randomiserade kontrollerade studier där utfall för en vaccinerad grupp jämförts med utfall för en icke-vaccinerad grupp*
- c) *Cochrane Library, PubMed. Human papillomavirus, vaccine, uterine cervical neoplasm, cervical intraepithelial neoplasia*

Du hittar vid din sökning inga studier som studerat effekten av vaccin på cervixcancer, men några som studerat utfallet på CIN respektive persisterande HPV infektion.

- a) Varför finns det inga studier på cervixcancer? 0,5 p
- b) Vad ska man generellt tänka på om studier redovisar sk surrogat eller intermediärmått (i detta fall CIN resp HPV) som utfall istället för det som är det egentliga syftet med behandlingen (cervixcancer) 1p

Svar:

- a) *Tidsaspekten, cervixcancer utvecklas under lång tid, svårt att bedriva studier under så lång tid. Kräver i allmänhet också mycket större studier om det egentliga utfallet är sällsynt. Kan vara etiskt diskutabelt om det finns ett starkt stöd för interventionen*
- b) *Det måste finnas ett känt samband mellan surrogatmättet och det utfallsmått som är av egentligt intresse (patientrelaterade effektmått) Det måste också vara sannolikt att ett gynnsamt utfall i surrogatmättet också ger ett gynnsamt utfall i det utfallsmått som är av egentligt intresse.*

Du bestämmer dig för att i brist på studier som visat utfall på cervixcancer så är studier som använt CIN som surrogatmått mest intressant, och du hittar en sådan studie.

Studien är en uppföljning av en tidi-

gare publicerad studie omfattande totalt 2391 kvinnor.

Se abstrakt (Mao et al, Obstet Gynecol 2006; 107: 18-27)

Besvara utifrån uppgifterna i abstraktet följande frågor.

- a) Vilken var den absoluta risken att insjukna i CIN 2-3 resp. persisterande HPV infektion i den ovaccinerade gruppen?
- b) Vilken var den absoluta risken att insjukna i CIN 2-3 resp. persisterande HPV infektion i den vaccinerade gruppen?
- c) Vilken var effekten av vaccinet uttryckt i absoluta tal avseende risken för att utveckla CIN 2-3 resp. persisterande HPV?
- d) Vilken var effekten av vaccinet uttryckt i relativa tal avseende risken för att utveckla CIN 2-3 resp. persisterande HPV?
- e) Beräkna numbers needed to treat (NNT) för CIN 2-3 resp. för persisterande HPV infektion.

a – e ger 3 poäng

I svaret bör framgå hur siffrorna beräknats. Rätt uppställda formler krävs för fullt godkänt svar, eventuella räknefel spelar mindre roll.

Svar:

- a) *Absoluta risken för CIN 2-3 var 1.6% ($12/750 = 0.016$) och för persisterande HPV 14.8% ($111/750 = 0.148$) i den ovaccinerade gruppen.*
- b) *I den vaccinerade gruppen var risken för CIN 2-3 0% ($0/750$) och för persisterande HPV 0.9% ($7/750 = 0.009$) i den vaccinerade gruppen.*
- c) *Den absoluta riskskillnaden för CIN 2-3 var 1.6% ($1.6-0$) och för persisterande HPV 13.9% ($14.8-0.9$).*
- d) *Den relativa effekten av vaccinet för CIN 2-3 var 1.0 ($(1.6-0)/1.6$) och för persisterande HPV 0.94 ($13.9/14.8$).*
- e) *NNT för CIN 2-3 var 62 ($1/0.016$) och för persisterande HPV 7 ($1/0.139$).*

I abstraktet kan du se att effekten av vaccinet, angivet som "vaccine efficacy", var 100% (95% confidence interval 65 – 100) för CIN 2-3, resp. 94% (confidence interval 88-98%) för persisterande HPV infektion.

Förklara vad ett konfidensintervall är.

Svar:

Ett 95%-igt konfidensintervall anger med 95% sannolikhet inom vilka gränser det

sanna värdet ligger.

Vilket svar ger du modern?

Svar:

Du informerar modern om att idag insjuknar i Sverige årligen cirka 400-500 kvinnor och 150 – 200 dör i cervixcancer.

Du ger henne information om att det vaccin som finns registrerat är verksamt mot det virus som beräknas orsaka cirka 70 % av alla fall av cancer i livmoderhalsen. Hittills har man inte kunna visa vilken effekt vaccinationen har på insjuknandet i cervixcancer men eftersom det har en mycket god effekt på de allvarliga former av cellförändringar (CIN2-3) som utgör förstadiet till cervixcancer finns det grundad anledning att tro att vaccinet också ska minska antalet fall av insjuknande i cervixcancer.

Inga allvarliga biverkningar är förknippade med vaccinet (framgår ej av bifogat abstrakt)

Vi ännu inte vet om vaccinet behöver upprepas, ännu så länge är uppföljningstiden drygt 4 år.

Bäst är effekten om vaccinet ges till kvinnor som ännu inte kan ha kommit i kontakt med HPV-viruset, dvs hos unga kvinnor som inte debuterat sexuellt.

Du bör också diskutera med modern att vaccination inte ersätter cytologprovsscreeningen, eftersom vaccinationen inte skyddar mot alla former av cervixcancer. även om vi idag inte säkert kan säga vilken utformningen den kan komma att ha när henens dotter blir vuxen.

Av svaret bör också framgå att det idag ännu inte finns beslut om HPV-vaccinet ska ingå i det allmänna vaccinationsprogrammet och att den som vaccineras själv får stå för kostnaderna

OBSTETRIK

Du träffar Elin 25 år på MVC. Hon är primigravida i vecka 24. Graviditeten har så här långt förlöpt ganska väl. Hennes stora problem är nu smärtor från bäcken, höfter och knän. Hon har sedan tidigare periodvis lidit av svullna och ömma knän men nu är det värre än någonsin. Elin vägde 132 kg vid inskrivningen i vecka 9. Hon är 163 cm lång. I samband med detta besök väger hon 141 kg.

Vad står BMI för och hur beräknas det? 0,5 p

Till vilken kategori räknas Elin med det BMI hon har? 0,5 p

Hur handlägger du hennes onda bäcken, höfter och knän? 1 p

Svar:

Body Mass Index. Beräknas med formeln vikt (kg)/längd (m)²=BMI kg/m²

Viktclasser	Män	Kvinnor
Undervikt	mindre än 20	mindre än 18,6
Normalvikt	20,0–25,0	18,6–23,8
Övervikt	25,0–30,0	23,8–28,6
Fetma	Mer än 30	Mer än 28,6

Undersöka höfter och knän kliniskt, bedömer vad svullnaden kan bero på, ledsvullnad eller annan svullnad. Överväga om det kan vara frågan om djup ventrombos. Testa om det även föreligger tecken till symfyseolysbesvär. Kryckor för att avlasta knän, höfter och bäcken. Remiss till sjukgymnast för att få hjälp med avlastning och träning samt symfyseolysbälte om hon bedöms ha symfyseolysbesvär. Remiss till dietist.

Det blir som i svaret ovan. Hon går från mottagningen med kryckor och med remisser till både sjukgymnast och dietist. Elin berättar att hon är orolig inför förlossningen. Rädd för smärtan och att hennes ångest skall göra att hon tappar kontrollen.

Vilka problem ser du med Elins graviditet och förlossning? 2 p

Svar:

Många problem. Dels kommer belastningsproblematiken att öka vilket kommer att göra henne mindre rörlig med bland annat ökad risk för djup ventrombos och att vikten kan öka ytterligare. Fetma ökar risken för preeklampsi och graviditetsdiabetes. Stor risk att hon behöver vara sjukskriven under stora delar av graviditeten.

Beträffande förlossningen så är vaginal

förlossning att föredra. Alla komplikationer blir farligare och ingrepp blir mer riskfyllda på kvinnor med adipositas. Vid kejsarsnitt ökar risken för både kirurgiska och postoperativa komplikationer dramatiskt.

Elin kommer akut till förlossningen i graviditetsvecka 31. Klockan är 03.40. Hon har rejäl huvudvärk, mår illa och tycker hon svullnat senaste veckan. Hon tycker dessutom att barnet rört sig mindre. Blodtrycket är 170/110. Lätt stegrade reflexer. 3+ äggvita i urinen, i övrigt blank sticka. CTG visar en acceptabel kurva men inga säkra accelerationer. Med ultraljud ser du ett foster i längsläge med huvud som föregående fosterdel. Normal mängd fostervatten. Viktskattning är svår att göra men dina mätningar visar -29%. Fostret ligger helt stilla, inga andningsrörelser eller andra rörelser.

Vad är detta och hur handlägger du det hela? 3 p

Svar:

Preeklampsi. Blodprov, kontrollerar Hb, Trombocyter, ALAT, Urat, APTT, INR, D-dimer mm. Avvakta provsvar. Ordinerar vila, sängläge+toa. Kontroll av blodtrycket en gång/timme tre timmar framåt, därefter ställningstagande till ev blodtrycksmedicinering. Fortsatt CTG-registrering. Urinsamling för att kvantifiera proteinuri. Påtittning av dig som jourläkare relativt ofta för klinisk bedömning med kontroll av reflexer.

Provsvaret visar bland annat Hb 93, trombocyter 56 x 10⁹/L (ref:165–387), ALAT 4.23 mikrokatal/L (ref:<0,76), Urat 488 mikromol/L (ref:155–350), APTT 31 s

(ref:28–40), INR 1,6 INR (ref:<1,2), 1,6, D-dimer 5,5 mg/L (ref:<0,25). Upprepade mätningar av blodtrycket har visat 165/105, 185/114 samt senast 180/112. Reflexer som tidigare. Smärtor under höger arcus. Förnyat ultraljud med flödesmätning visar bla ett klass 2-flöde. CTG visar tendens till spontana decelerationer, inga accelerationer, nedsatt variabilitet och basalfrekvens 165.

Vad lider patienten av, vad betyder detta och hur handlägger du situationen? 3 p

Svar:

HELLP syndromet (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count). Detta innebär att hon är rejält sjuk. Man ser en anemi som möjligen beror på hemolys samt påverkad koagulation och förhöjda levervärden. Vidare ses en låg koncentration av trombocyter, sannolikt beroende på att de förbrukas. Patienten bör förlösas akut, dvs inom några timmar och kejsarsnitt är det enda alternativet med tanke på viss fosterljudspåverkan och ett klass 2-flöde. Som operatör bör man ha en van assistent, på grund av patientens fetma och risken för atoni och blödningar. Risken finns att man i samband med kejsarsnittet utlöser en kaskad av händelser som gör att koagulationsfaktorerna snabbt förbrukas och blodet slutar att koagulera. Beredskap med blodprodukter såsom plasma, e-konc och eventuellt även trombocyt koncentrat. Patienten bör vårdas på intensivvårdsavdelning till dess läget är stabilt och återhämtning påbörjats, ofta 1–2 dygn. Man måste vara extra noggrann när man syr igen buken. Patienten bör ha gördel som stöd för såret under 2–3 dygn postoperativt. ■

Instruktioner till författare:

Det är av stor vikt och underlättning för arbetet med medlemsbladet om manus skickas via e-post till redaktören: asa.magnusson@lthalland.se.

Följande regler underlättar processen.

1. Vi kan ta emot de flesta filer från ordbehandlingsprogram för Mac och PC. (Power Point är ett bildvisningsprogram och Excel ett kalkylprogram.) Skicka inte PDFfiler om de inte är färdiglayoutade och högupplösta.

2. Gör inga egna avstavningar utan låt texten flöda över automatiskt till nästa rad (detta gäller vare sig om det finns avstavningsprogram eller inte).
3. Gör en blankrad mellan varje nytt stycke.
4. Använd programmets tabuleringsfunktion vid inskrivning av tabeller, inte mellanslagstangenten.
5. Använd inte egen design i texten i form av ovanliga typsnitt, understrykningar, fetstil eller dylikt. Det medför ett avsevärt arbete att leta efter dolda koder i texten. Ange hellre

i ett medföljande dokument hur typografin önskas utformad.

6. Kom ihåg att skicka med logotyper och bilder som egna bildfiler. Bilder monterade i Word är bara skärmbilder som inte lämpar sig för tryck. Bildfiler bör ha en upplösning på 300 dpi för att göra sig bra i tryck. De flesta typer av bildformat kan tas emot. De vanligaste bildformaten som används i tidningen är jpeg, tif eller eps.
7. Om du tar bilder med digitalkamera, använd kamerans högsta upplösning.

Förkortningar förvirrar

Det medicinska språket påminner om ett samtal i en data-butik

En dag är jag bakjour på gyn mottagningen och ska hantera önskade konsultationer från kollegor inom primärvården och sjukhuset. Jag får en remiss från Lungmedicin angående en kvinna i 40 års åldern med LAM. Frågeställningen är om det är möjligt med gestagenterapi? Jag undrar. Vad betyder LAM? LaktationsAMenorrÉ verkar inte vettigt i sammanhanget. Och hur hänger gestagener ihop med detta? Kollegan hade tack och lov fyllt i mina luckor i slutet av remissen. LAM betyder på lung medicinskt språk Lymf Angioleio Myomatosis.

En patient med menstruationsrelaterade symptom har med sig en tidningsartikel som beskriver symptomatologin vid PMR (trötthet, nedstämdhet, orkeslöshet och värk) och undrar om hon möjligen kan lida av denna åkomma. Jag letar förtvivlat i mitt minne... premenstruell reaktivitet... premenstruell reaktion... Några timmar senare, på kvällen, när jag letar efter skidorna uppe på vinden kommer jag på det: Poly Myalgia Reumatica!

Möte med kollegorna och en term dyker upp - CVS. Jag har jobbat med allmänläkare och invärtes medicinare så jag vet vad det betyder! Cerebro Vasculär Sjukdom. Men det passar inte in i sammanhanget när vi diskuterar fosterdiagnostik, fast bilden klarnar efterhand...

Under en diskussion med 11:e terminens läkarstuderande, gemensam kurs med Pediatrik, Rättsmedicin och Barn- och Ungdomspsykiatri, dyker en fundering upp. Vad betyder BPD? Blood Pressure Disease? Brocho Pulmonary Dysfunction? Eller Bi Parietal Diameter? Ja, det beror på var man befinner sig.

En av mina bästa vänner, cardiolog i Piteå, mötte en 40 årig kvinna som av sin allmänläkare fått beskedet att hon haft en liten hjärtinfarkt som enligt henne själv måste ha varit helt symptomlös. Hon hade



trots allt remitterats till ultraljud av hjärtat. Undersökaren gav det skriftliga beskedet att hjärtat såg helt normalt ut frånsett en liten MI. Okey. Liten Myocard Infarkt tänkte allmänläkaren och remitterade till cardiolog. 40 årig, fysiskt aktiv kvinna, hade hon haft en hjärtinfarkt? Cardiologen anade oråd och gjorde efterforskningar som visade att kvinnan har en liten Mitralis Insufficiens (MI) som i dagsläget inte har någon klinisk betydelse.

Kollegan i Umeå tog genom kirurgremiss emot en patient som kommit till akuten med ambulans. Hon hade enligt remissen MS, vilket förvånade både patienten och gynekologen. MS betyder MagSmärtor i en ambulans journal.

Professionella inom medicin blandar latin, svenska och engelska och förkortningar av desamma, om vartannat. Den svåraste genren är den engelska symptombeskrivningen där första bokstaven i varje ord sammanslås till en förkortning. Till exempel ADHD. På Socialstyrelsens hemsida om ADHD finns i inledningen inte beskrivet vad initialerna betyder. Icke desto mindre används uttrycket flitigt och vi har en känsla av att det handlar om stökiga barn. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Det kunde jag läsa på en annan hemsida.

Somliga uttryck blir kända i "folkmun" utan att allmänheten vet vad de egentligen betyder. De flesta svenskar förstår att KOL har något med andningsproblem att göra, men betyder det att man har kol i

lungorna efter all rökning? Många uttryck är vedertagna såsom EKG, ADL, och HLR och det är nog bra. EKG har dock ett latinskt ursprung, ADL kommer från engelskan och HLR från svenskan.

NICU är inte ett allmänhetens uttryck, men svenska gynekologer vet nog vad det betyder. Jag kände mig rätt obildad när jag inte förstod uttrycket momentant. Jag hanterar dock engelska hyggligt och listade ut att Neonatal Intensive Care Unit kunde passa, i alla fall i det sammanhang som uttrycket nämdes.

Jag blir lite snurrig av avdelningsnamnen UVA-IVA-IBA-NIVA-HIVA-NICU. Det beror dessutom på vilket lasarett man vistas på.

PE kan betyda både Pulmonary Embolism och Pre Eclampsi. Båda termerna går förhållandevis snabbt att uttrycka i sin helhet, men det är lätt att förstå att dihydroepiandrosteronsulfat behöver förkortas.

Här kommer en liten test som Du kan göra i avskildhet. Det gör inget om du har alla fel, då fungerar du och tänker som gynekologen i allmänhet. Testet på vår egen klinik visade en korrekt svarsfrekvens på <25% vilket var tröstrerikt. Då kände jag mej inte lika dum som innan.

Rätta svaren finns på nästa sida. 11 poäng är möjliga.

ALLMÄNT	POÄNG
IBD
RLS
GER
MRT
IVIG
MRSA
OBSTETRIK/GYNEKOLOGI	POÄNG
SARA
TFI
POP
EG
DUB

Jag tror inte att man kan, och det vore inte heller önskvärt, bromsa internationaliseringen av medicinsk terminologi.

Dagens språkbruk talar för att vi blir allt mer beroende av hur våra engelska eller amerikanska kollegor väljer att uttrycka sig.

Valet av uttryckssätt borde baseras på om vi samspråkar med kollegor inom eller utom specialiteten, med forskare hemmavid eller internationellt, eller med våra patienter. Jag tror att man måste tänka sig för beroende på i vilket sammanhang man uttrycker sig. Vi kan välja vad vi vill använda i dagligt bruk.

Poängen med detta resonemang är att

- Tydlighet och ett språk som förstås av deltagare i sammanhanget är berikande och vitaliserar en dialog.

- Användande av förkortningar utestänger lyssnare som inte förstår
- Det finns säkerhetsrisker med att använda förkortningar i journal och remisser.

Det verkar för övrigt rätt lätt att själv hitta på nya förkortningar. Jag undrar ofta vem som kommer på dem. Är det forskaren som i skrivandes stund myntar ett nytt uttryck eller är det "arbets-slangen" på labbet som blir ett begrepp?

Det är essentiellt att en journal ska kunna förstås både idag och om 10 år. "Patienten behandlas med RIK" betyder inte att hon blir rik utan att hon ska tömma blåsan genom ren intermittent katetrering.

Inger Björn, Umeå

RÄTT SVAR:

IBD = Inflammatory Bowel Disease (att skilja från IBS = Irritable Bowel Syndrome)

RLS = Restless Leg Syndrome

GERD = Gastro Esophageal Reflux Disease

MRT = Magnetic Resonance Tomography

IVIG = Intra Venous Immune Globulin

MRSA = Meticillin Resistens Stafylococcus Aureus

SARA = Reaktiv artrit orsakad av klamydia

TFI = Tubar Factor relaterad Infertilitet

POP = Progesterone Only Pill

EG = Ectopisk Graviditet

DUB = Dysfunctional Uterine Bleeding



Pionjärer inom Obstetrik och Gynekologi



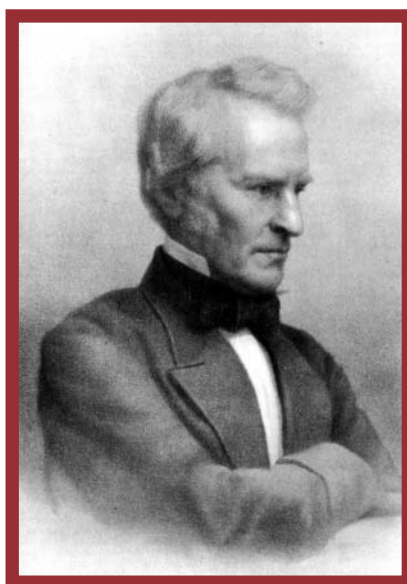
Anders Retzius

Den lösa bindväven i cavum Retzii, det retropubiska rummet, är en nödvändig anatomisk förutsättning för urinblåsans expansion och reservoarfunktion. Ingen civilisationsutveckling hade varit möjlig utan förmåga till kontroll av vattenkastningen såväl dagtid som nattetid.

Cavum Retzii har sitt namn efter Anders Retzius (1796 – 1860) som var anatomi-professor på Karolinska Institutet under många år. I sin familj är han inklämd mellan professorer. Fadern var professor och stor naturforskare i Lund, grundare av Fysiografiska Sällskapet, brodern var föreståndare för Allmänna BB, sonen efterträdde honom som anatomi-professor. Retzius utbildade sig i Lund, där han disputerade på broskfiskarnas anatomi och blev bataljonsläkare vid Skånska Husarregementet. Rekruterades därefter till Stockholm och veterinärinstitutet. Berzelius värvade honom år 1824 som anatomi-professor till det nybildade Karolinska Institutet, där han verkade livet ut, under en lång period som rektor. Hans strävan att ge Karolinska examinationsrättighet för medicine doktorsexamen misslyckades på grund av motstånd från stofilerna i Uppsala.

Retzius var en framstående lärare med sinne för pedagogisk utveckling. Han införde svarta tavlan i vårt land. Forskningsintresset var till en början jämförande anatomi och embryologi. Mikroskopets möjligheter utnyttjades, sedan han hos Purkinje i Breslau fått lära sig tekniken. En av hans tidiga bragder var att dissekera och korrekt klassificera lanseffisken (*amphoxius*) som ryggradsdjur. Fram till dess troddes den vara mollusk. Efter detta blev kunskaper om amfioxens anatomi obligatorisk långt in på 1900-talet för alla medicine kandidater.

Jörgen Sigurd, Gynmottagningen,
Piteå Älvdals Sjukhus



Synproblem gjorde att han fick överge mikroskopin och ägna sig åt makroanatomi.

År 1849 beskrev han det prevesikala rummets anatomi. Det hedrades med namnet cavum Retzii efter sin beskrivare.

Som ledande expert på skallens osteologi låg det nära till hands att glida över till antropologin. Dåförtiden var ämnesgränserna flytande. Deskription, inte analys och hypotesprövning, var Retzius' starka sida. Tanken att folkgrupper och raser skulle kunna klassificeras med utgångspunkt från skallformen väcktes och tycktes mycket trovärdig.

Retzius' skallindex, som inelade mänskligheten i långskalliga (*dolicocefala*) och kortskaalliga (*brachycefala*) slog igenom och präglade antropologi och rasbiologi långt fram på 1940-talet. Att huvudskå-

len formade sig efter hjärnans tillväxt och därför var ett indirekt mått på cerebral utveckling var Retzius fast övertygad om. Ur embryologisk synpunkt utvecklades hjärnans occipitallober sist, varför långskallighet således var ett tecken på hög kulturell utveckling. Kortskaalliga samers kulturella nivå ansågs stödja denna hypotes. Samerna blev ju senare alla rasbiologers favoritobjekt. Än i dag strider sameorganisationer för att få tillbaka sina förfäders skallar för att kunna ge dem en anständig begravning. Själv var Retzius dolikocefal liksom flertalet mellansvenskar. Under det närmaste seklet lades mycken möda ned på att förgäves försöka förklara alla undantag som störde denna teori. Att förkasta hypotesen om skallformens betydelse hade dock varit som att svära i kyrkan och förneka Gud.

Retzius var en ordensbehängd dundergubbe, som satt med i flera akademier. Han var tillika professor i anatomi på Konstakademien och en period riksdagsman för prästeståndet. På den tiden var undervisningsväsendet underordnat kyrkan.

När Karl XII:s kista öppnades för tredje gången år 1859 för att få svar på frågan från vilket håll kungen sköts, var det naturligtvis han, som i egenskap av skallexpert var ansvarig för bedömningen att ingångshålet var på vänster sida och att skottet följaktligen kom från norska sidan. Denna uppfattning har till skillnad från hans skallindex stått sig genom åren.

Som person beskrivs Retzius ha varit flärdfri och anspråkslös, hjälpsam och välvillig mot kollegor samt "hade sällskaps-talanger". ■

Vinter i Indien

Doften som slår emot mig då jag går in genom entrén till R. D. Gardhi Medical Hospital väcker minnen, och framkallar en omedelbar inling av livslycka och förväntan. Sjukhus i tropikerna. Starka rengöringsmedel som döljer lukten av sjukdom, och som för en ojämn kamp mot damm och smuts.

Brisen som tar sig in igenom gallerfönster längs öppna och skuggiga korridorer ger en skön svalka, och för samtidigt med sig en svag doft av rök från öppna eldar. Utanför den ståtliga entrén har anhöriga gjort upp små eldar, över vilka man bereder morgonmålet. Människor sitter eller ligger utspridda på stenläggningen. Kvinnorna i färggranna saris, uppdragna för att täcka huvudet. Männerna i kurhtas som en gång var vita.

Ibland hörs en avlägsen klockklang från de omkringliggande templen.

Livets lotteri

Jag rannsakar mig själv. Vill försöka förstå varur min känsla av livslycka springer. Den uppkommer sällan inför Huddinge sjukhus höga, gråblåa fasad. Glädje, tillfredsställelse och arbetsgemenskap, javisst! Men inlingen, och kittlingen? Den som påminner mig om att livet är ett ständigt pågående lotteri. Min tombola innehåller otvivelaktigt fler högoddsare än för de flesta människorna här inne. Men varje ögonblick innebär nya lottdragningar för oss alla.

En gång trodde jag att livet gick att kontrollera. Mycket kan man ordna, men livslycka går inte att planera, eller ens förtjäna. Det var den största erfarenhet jag gjorde när jag arbetade en tid på ett litet sjukhus i det av inbördeskrig hårt drabbade Sierra Leone i Västafrika. Arbetsgivaren då var "Läkare Utan Gränser".

Här i Ujjain i Indien, är det Stockholms Läns Landsting som står för denna tre

månader långa "randning". Syftet är att jag skall bredda min kliniska erfarenhet, inte att självständigt arbeta som läkare. SIDA sponsrar med ett finansiellt bidrag till kliniken här för handledning, och ett resestipendium till mig som täcker flygkostnaden. Deras intresse är att, om möjligt, öka rekryteringsbasen bland läkare som kan arbeta internationellt.

Arbeta långt borta

På gynavdelningen står sängarna tätt. Det är skördesäsong, människorna här har inte tid, eller råd, att vara sjuka. Flera bäddar står tomma.

Kvinnor ligger här i väntan på operation, eller så är de nyopererade eller förlösta. De nyblivna mammorna har ett väl påbyltat knyte tätt intill sig. Men inte alltid. Prematura barn klarar sig dåligt här, även efter relativt lång graviditetstid. Jag har sett flera exempel på uttalad intrauterin tillväxthämning efter hemförlossning i fullgången tid. En flickan vägde 1400 g när hon kom in på sin tredje levnadsdag. Hon sög dåligt.

De flesta patienter kommer från någon av småbyarna runtomkring. De är dåligt utbildade och mycket fattiga. När jag sätter mig på en sängkant måste jag bromsa en ögonblicklig känsla av lätt äckel. Lakan och filter är smutssolkiga, och sarins generösa tygveck används till att torka allt ifrån tårar till snoriga barnnäsor. Samtidigt vet jag att mötet, det blyga eller djärva leendet, de nyfikna blickarna, förvirringen, teckenspråket efter en stund överbryggar olusten.

R. D. Gardhi Medical Hospital är ett helt avgiftsfritt sjukhus som delvis finansieras av Mr. R. D. Gardhi, en filantropisk advokat i Mumbai, och av de avgifter läkar- och sjuksköterskestudenterna betalar för sin utbildning.

Det finns 500 sängplatser på sjukhuset, varav 60 på kvinnokliniken. Man har ca 500 förlossningar per år, vilket är mycket lite. Regionen har en befolkning på ca 1,7 miljoner, men det finns flera sjukhus och många vårdgivaralternativ. De flesta (70%) föder hemma trots statliga program



Avdelningens "matrona", översköterska, en kvinna jag förlöst samma morgon och jag själv. Kvinnan var 5-gr, 4 para med ett barn i livet. Flickan som föddes vägde 2700 g och var pigg och fin.



Simon, Lakkan, Maia och Herala.



Jag och några av grannbarnen.

som försöker locka de gravida till sjukhusen. Kvinnorna får 800 rupies om de föder på en sjukvårdsinrättning. Men motkrafterna är många. Tradition, kvinnans låga ställning och den dåliga infrastrukturen. Kanske också mer eller mindre osanna föreställningar om ett ovärdigt omhändertagande från sjukvårdspersonalens sida.

Under min tid här har jag varit på gynnottagningen, vårdavdelningen och på operation. Jag har sett infertilitetsutredningar, prolaps, ovarialtumörer och cervixcancer. Och ett fascinerande exempel på en molargraviditet där ett par månaders amenoré resulterat i en uterusstorlek motsvarande vecka 32. Skengraviditeter förekommer också, där hela familjen står utanför mottagningen och undrar när babyn skall komma.

Jag har fått höra om oerhört sorgliga livsöden. En kvinna där fyra av fem barn dött. Hon är steriliserad och maken kräver en tubarplastik eftersom det enda överlevande barnet är en flicka.

En man med primär infertilitet på grund av azoospermi, som sannolikt kommer att lämna sin hustru för en ny kvinna, som ska inge nya förhoppningar. En frånskild kvinna här riskerar att bli socialt utstött, vilket självklart är förödande i ett litet bysamhälle.

En påtagligt fattig dalitkvinna (kastlös) kom härförliden med sitt trettonde barn, den första sonen, som var 12 månader

gammal. Tio av de tolv flickorna lever. Denna familj kommer nu kollektivt att lägga alla sina små resurser på denna prins. Att de tolv döttrarna får stå tillbaka är en självklarhet. Kvinnan ler stort. Hon saknar en del tänder och huden är rynkig i det mörka ansiktet. Men pojken sitter förnöjd i hennes magra armar.

Syn på förlossning

Det obstetriska tänkandet här skiljer sig påtagligt från vårt. Situationen i Sierra Leone var tragisk, men inte svår att förstå. Att vara gravid kvinna där var riskabelt, kejsarsnitt inte ofarligt, och i vissa situationer över huvudtaget inte aktuellt, annat än på strikt maternell indikation.

Här är situationen närmast den motsatta. Jag har förundrats och provocerats över kollegornas, i mitt tycke, märkliga inställning till förlossningskonsten. Den blev dock mer begriplig då det stod att läsa i Hindustan Times att Indien ligger bland de högsta på WHO:s lista över kejsarsnittsfrekvensen i världen, 25,4% i hela nationen och 35-40% i de större städerna. Betänk i detta sammanhang, att den nationella siffran för antalet förlossningar som sker på sjukhus är 41%.

Efter att ha deltagit under ett antal vaginalförlossningar har jag lättare att förstå de seniora kollegor som menar att det är "lika bra att plocka ut barnet tryggt och säkert". Den intrapartala övervakningen består av påfallande glesa auskultationer

med stetoskop. Partogram används inte. Kvinnan lämnas liggande på rygg på förlossningsbritten i väntan på att en junior läkare skall infinna sig för att utföra den väl tilltagna episiotomin och "fånga" barnet. Sugklockan fungerar inte och tång används ytterst sällan.

Jag uppfattar det som en antingen/eller-situation. Man kan besluta om elektiva eller tidiga kejsarsnitt på mer eller mindre obskyra indikationer, men är det bestämt om vaginalförlossning, så står detta fast oavsett vad som händer under det fluktuerande förlossningsförloppet. Akuta kejsarsnitt är ovanliga.

Ett av skälen, som anförs, till den höga frekvensen elektiva snitt är medico-legala. Det vill säga rädsla för att bli stämd. Att de illitterata, fattiga kvinnorna här skulle kontakta en jurist, om deras barn fötts skadat, eller dött under förlossningen, förefaller dock ytterst osannolikt. Snarare kan nog förklaringen finnas i den stora andel privata sjukhus. På Charitable Hospital, ett privat sjukhus som jag tillbringar en dag i veckan på, kostar en vaginalförlossning 1000 rupies (175 Skr), medan ett kejsarsnitt går på 10 000 rupies (1 750 Skr). Under jourtid finns ingen läkarbemannning, vilket innebär att privatläkarna får kliva ur sängen för att ta hand om sina egna patienter när så behövs. Att de finner det enklare att planera verksamheten till dagtid är kanske inte så konstigt.

Maternell mortalitet

Madhya Pradesh, delstaten jag bor i, har en maternell mortalitet på 380 per 100 000 levandefödda. Det är högt, även i Indien. Siffran för landet som helhet är 301 per 100 000 födda. I samtal med högutbildade indier beskrivs Madhya Pradesh som "backwards" och "Indien för tjugo år sedan". Det är långt till IT-boomens Bangalore och caffe-latte-inrättningarna i Mumbai och Delhi.

Indien är kontrasternas land, på gott och ont. En god ekonomi med en stadig tillväxt på nästan tio procent de senaste åren har givit en snabbt växande medelklass. Den beräknas till 300 miljoner människor, fler än USAs totala befolkning. Hur mycket av pengarna som sedimenterar ned till de lägre klasserna är omtvistat. Klart är dock att 56,2% av Indiens kvinnor är anemiska och att denna siffra ökat från 51,8% 1998-1999. Vidare är 45,9% av barnen underviktiga. Malnutrition är ett betydligt större hot här än i Afrika, söder om Sahara, där motsvarande siffra är 35%.

Fri tid

Efter jobbet går jag stigen över vetefältet, som ligger mellan huset där vi bor, och en liten samling små, skeva lerhus med tak av omväxlande tegelpannor och korrugerad plåt. Vid femtiden är solljuset mjukt orangefärgat och värmer behagligt. Det är en vacker och förlåtande tid på dygnet.

Sambon och Simon, vår treåriga son, sitter i skuggan bland träden mellan de små grannhusen. Där är också Herale, som brukar jorden åt markägaren, Dr. Mahadic, chef för R. D. Gardhi Medical College.

Kikärtorna och soyabönorna är just skördade och nu väntar man på att vetet skall mogna. Herales bror, Pom, serverar te, hett med mycket socker och mjölk i. Åttaåriga dottern Maia håller koll på sin lillebror, Lakkan, som just för tillfället leker snällt i en sandhög, sida vid sida med Simon. Lakkan är fem år och sannolikt autistisk. Hans språk är ordlöst och består av ljud och en livligt mimik. Roligast är att kasta saker ut på fältet eller upp på hus-taken. Man får vakta sina sandaler.

Maia och Lakkans mamma är död. Herale tjänar 1 500 rupies (263 Skr) i månaden, vilket är standard bland de seniga, mörkhyade, kastlösa männen som brukar jorden på gårdarna runtomkring.

Trots att våra kommunikationsmöjligheter är ytterst begränsade, engelska är ett rikemansspråk som endast talas av ett fåtal här, är det anmärkningsvärt skönt att sitta där tillsammans i skuggan och titta på barnen som leker. Det finns en varm och genuin vänlighet i luften. Männen röker handrullade bidis (cigaretter utan filter och med ett löv istället för papper), och vi ler åt Lakkans upptåg. Mellan våra världar ligger en ocean. Hur framtiden kommer att se ut för Maia, Lakkan och de andra barnen är svårt att säga.

Just i detta ögonblick njuter vi av solen, värmen och tillvarons godhet.

Åsa Wahlberg

25 februari

Ujjain, Madhya Pradesh, Indien ■

MER INFORMATION:

Placeringen har arrangerats via CeFAM (Centrum För Allmän Medicin) som i samarbete med SIDA skickat ST-läkare inom allmänmedicin hit till R.D. Gardhi Medical College sedan 2005. Jag är dock den första ST-läkaren inom Obsterik och Gynekologi som varit här.

Två av de tre månaderna här är bekostade av min hemmaklinik, KK, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge. För den tredje månaden, samt en veckas förberedande kurs på SIDA, använder jag intjänad jourkomp.

Det finns möjlighet för ST-läkare från hela Sverige att ta del av CeFAM-programmet. Kontaktperson är Anna-Karin Karlsson, anna-karin.karlsson@ki.se.

Under min tid här har jag tillbringat en vecka på barnkliniken, utöver min placering på kvinnokliniken. Jag planerar även en vecka på TB-enheten respektive kirurgkliniken.

Min erfarenhet, efter två månader i Ujjain, är att de kliniska lärdomarna förstås är många, men att det blir väldigt

lite "hands on". Avsikten är att se och iakttaga, men jag hade nog en viss förhoppning om att kunna få komma till lite på operation och t ex få göra vaginala hysterektomier under handledning. Konkurrenten är dock mycket hård mellan ST-läkarna här, och det har inte kännas möjligt att tränga sig in. En begränsning är också att en del seniora kollegor inte känner sig helt komfortabla med att tala engelska, vilket sannolikt gör dem mindre villiga att guida mig igenom en operation.

Ledarskapet på Kvinnokliniken är oerhört auktoritärt, vilket ibland kännas begränsande. En tydlig hierarki råder förstås genomgående på sjukhuset, men mitt intryck är att diskussionsklimatet är mer öppet på andra kliniker.

Fyra dagar i veckan är jag på R. D. Gardhi Medical Hospital och en dag i veckan på Charitable Hospital. Det senare tillhör också R. D. Gardhi Medical College, men patienterna här betalar i princip själva för vården och det erbjuds lite fler medicinska faciliteter (CT, MR, epiduralbedövning etc.).



Information om Gynopregistret

Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi (Gynopregistret) har nu varit i funktion i 10 år. Ett kontinuerligt utvecklingsarbete har skett och sker allt eftersom ökad erfarenhet samlas. För närvarande registrerar 37 kliniker i Gynopregistret.

De obligatoriska parametrarna förda av sjukvården (inställning som görs i programvaran om man enbart vill registrera dessa) är inte fler, snarast färre, än många andra kvalitetsregister.

Det som kontinuerligt har kunnat ske är att antalet obligatoriska parametrar stegvis reducerats baserat på vad analyserna visat. För Hyst/Adnex var antalet obligatoriska parametrar för anamnes/status 31 st år 2001 och har nu reducerats till 15. Klagomålen var många och befogade och tålmodet stort från deltagande kliniker tills reduktionerna kunde genomföras. Prolaps- och inkontinensregistren som startade januari 2006 har nu reducerats med 10 parametrar till 80 respektive 83 parametrar. För att de viktigaste parametrarna skall kunna hittas och identifieras har Gynopregistret valt att primärt registrera ett urval av potentiellt användbara parametrar för att sedan gradvis kunna reducera antalet. Även de obligatoriska parametrarna ändras i takt med de förändringar som kontinuerligt sker inom vården.

Gynopregistret är inte unikt i kvalitetsregistervärlden genom att man använder enkäter eller att det används integrerat i vården. Det är dock unikt på två punkter,

samt snart en tredje, jämfört med andra nationella kvalitetsregister:

1. Vi har samordnat kvalitetsuppföljningen inom 6 olika operationsområden i ett samlat register som i praktiken omfattar hela den större gynekologiska kirurgin. De flesta andra specialiteter har i praktiken ett separat register för varje operation eller åtgärd, vilket gör att klinikerna får använda uppemot 10 olika programvaror för att registrera och logga in lokalt eller via Internet. Vi skulle med motsvarande system haft 6 och inte 1 register.

2. Gynopregistret är i i stort sett ensamt om att kunna integreras i journalföringen vilket ger, om rätt använt, en klar reducering av dubbelarbete.

3. Utveckling pågår att webb-basera patientenkäterna, vilket troligen kommer att reducera arbetet med enkät-hanteringen med cirka 50%.

Den nu aktuella programvaran, version 3.1 distribueras mars 2007.

Sedan tre år tillbaka har rekommendationen från Gynopregistret varit att upphöra med de läkarifyllda pappersformulärens och istället registrera direkt i programmet. Användandet av pappersformulärens har varit så utbrett att vi, för sekretärernas skull, varit tvingade att ha exakt överensstämmelse mellan pappersformulärens och skärmbilderna, för att överförandet från papper till program skall vara lättast möjligt. Direktinmatning har dock blivit allt mer vanligt, varför vi nu kunnat

Mats Löfgren, Registerhållare gynopregistret samt endometreablationsansvarig, Umeå

Jan-Henrik Stjernedahl, Hysterektomi-ansvarig, Sahlgrenska Göteborg

Fredrik Nordenskjöld, Adnex-ansvarig, Skövde

Thomas Högberg, Tumöransvarig, Linköping

Anders Kjaeldgaard, Inkontinens-ansvarig, KS, Huddinge, Stockholm.

Emil Nüssler, Prolapsansvarig, Lycksele

släppa den absoluta överensstämmelsen mellan pappersformulär och skärmlayout. Vi har även fått klartecken från sekretärerna att göra detta.

I den nu aktuella programversionen presenteras på skärmen enbart en mindre del av det som kan ses i pappersformuläret. Beroende på hur man fyller i dessa fält direkt på dataskärmen aktiveras eller döljs de ytterligare kryssrutor/textfält som ska fyllas i. Likaså har automatiska funktioner avseende ifyllande av datum (Idagknapp) och ifyllandet av läkarnamn (om läkare är inloggad) mm kunnat införas. Fr o m denna programversion är registrering via pappersformulär definitivt en andrahandsutväg.

Det har från flera håll framförts önskemål om att det skall finnas en logg där man kan se vilka användare som varit inloggade på vilken patient. Denna funktion finns i den nya programversionen.

Gynop-programmet är ännu inte Internetbaserat av två skäl:

1. Driftsmiljön i sjukhusnätet är mer stabil och ansvarsförhållandena är enklare än om programmet är Internetbaserat.
2. Internetlösningar erbjuder ännu inte de programmeringsmöjligheter som en lokal programvara ger.

Antal obligatoriska parametrar i respektive registersträng

	Hyst/Adnex	Tumör	Intrauterin Kir	Prolaps	Inkontinens
Anamnes/Status	15	20	15	18	27
Operation	26	40	17	25	18
Postop	11	11	4	16	16
PAD	5	13	4	-	-
8 veckor	6	6	6	10	10
1 år	6	-	6	11	12
5 år	-	-	6	-	-
Summa	69	90	58	80	83



Journalintegration

Gynopregistret erbjuder som valbar möjlighet en malltext som kan användas till journaltext om man så önskar. Detta är enbart för att reducera dubbelarbetet. Angående denna text finns det ett par saker man bör vara medveten om:

Fritt dikterad journaltext är levande och förmedlar en bild av hur det var, men saknar ofta standarduppgifter. Malltext däremot innehåller standardiserad information med "telegramuppställning" och är därmed faktamässigt innehållsrik, men tämligen "död". Gynopregistrets rekommendation är att den automatgenererade texten alltid skall kompletteras med någon mening fri text som förmedlar bildkänsla och det, för den individuella patienten, specifika. Detta förutsätter i praktiken direktinmatning vid dataskärmen så att vederbörande läkare ser den text som genereras och därmed enkelt kan diktera eller själv skriva de tillägg som behövs.

Framtidsvisionen att man direkt ur datajournalen skall kunna överföra data till olika kvalitetsregister är fortfarande en vision. Denna vision om direktkommunikation ligger långt fram i tiden innan den kan, förhoppningsvis, förverkligas. För Obstetrikern råder närmast ett undantag eftersom där finns ett journalsystem, Obstetrix, som är klart marknadsledande, ca 70%, och med "lagstadgade" formulär MHV, FV1 och FV2 varför export är möjlig. De många journalsystemen i landet kan inte kommunicera med varandra, har inte gemensamma termer, ej heller export i likvärdiga format. Det finns nämligen inga egentliga standards annat än A-Z och 0-9. Inte ens personnummer, än mindre åtgärds-koder, diagnoskoder eller datum är standardiserade. T ex, enbart i Excel finns datumformat i 22 olika typer! För att information skall bli överförbar mellan olika datasystem krävs lagstiftning om standard som alla har att följa. Men först skall standard beslutas och skapas. Snowmed CT, som vi skall ansluta oss till enligt regeringsbeslut 8 mars, har 350 000 termer som bara att översätta beräknas ta 3,5-4 år. Därefter skall även formulären skapas i de skilda systemen så att termerna blir fångade. Det krävs inte mycket fan-

tasi för att inse vilka enorma kostnader och vilken tid som kommer att krävas för att programmera om alla sjukvårdens elektroniska system till den standard som beslutas.

Men det går att använda det som redan finns, fritextfälten, för att komma en bra bit på väg och infoga termerna vartefter de kommer. Gynopregistret har valt att ur de fasta parametrarna generera text eftersom det kan överföras till journalen. Detta är möjligt eftersom alla journalsystem innehåller fritextfält, med den enda gällande standarden A-Z och 0-9. Detta har fungerat sedan drygt ett år med automatiserad klipp-och-klistra funktion till nästan alla elektroniska journalsystem.

Dessutom har Gynopregistret som första och hittills enda kvalitetsregister uppnått automatiserad integration med två elektroniska journalsystem. SYSteam Cross version 4.11, release 560 eller senare fordrar idag enbart lokala inställningar för att vara helt integrerat. Automatisk integration är även klar gentemot Melior version 1.5, release 212B eller senare. Den skall nu kliniktestas och förhoppningsvis utan större problem gå i klinisk drift. Integrationen gentemot SYSteam Cross har varit i klinisk drift sedan två månader med utomordentligt god funktionalitet och reduktion av dubbelarbetet med ca 90% jämfört med att registrera i journal och register separat. Fler kvalitetsregister håller för närvarande på med projekt i syfte att kunna utnyttja samma integrationskoppling.

Enkäterna

Enkäterna har under de gångna sex åren reducerats från sex till tre stycken, enligt samma principer som för de obligatoriska variablerna. Orsaken till att enkäterna finns och bla är orsak till att Gynop-registret erhåller centralt ekonomiskt stöd är:

1. Patienten och patientens uppfattning står i centrum. Detta förhållningssätt beror delvis på att huvudparten av den gynekologiska kirurgin (frånsett tumör- och delar av adnexkirurgin) är symptomstyrd vilket innebär att objektiva parametrar saknas. Den enda mätning som är möjlig är den värdering patienten

gör av symptom inför åtgärd och av subjektiva resultat efter åtgärd. Medicinska parametrar finns även, men huruvida patienten uppnår det avsedda baseras på hennes subjektiva upplevelse.

2. Datainsamlingen från sjukvården reduceras. Detta möjliggörs eftersom data registreras direkt av patienten, som dessutom är synnerligen noggrann med att ge korrekt och fullständig information. Svansfrekvensen med två påminnelser är 98,3%. För tumörpatienter är svansfrekvensen (8-veckor postoperativt) något lägre sannolikt på grund av att patienten har en pågående kontakt, ofta med den läkare som utförde operationen. Att basera uppföljning på återbesök är klart ofullständigt eftersom återbesök sker allt mer sällan.
3. En effektiv återkoppling fås till behandlande läkare från varje patient om hur behandlingsresultatet blev.

Sammanfattning

Gynopregistrets programvara genomgår kontinuerlig utveckling och kan nu räknas bland de mest avancerade. Tyvärr går inte alla önskemål om förbättring att tillfredsställa och driva så snabbt som man önskar, inte minst på grund av att resurser saknas och budgeten är begränsad. Likaså kan önskemålen vara tämligen motstridiga. Kompromisserna blir därför många. Från beslut om ändring till fullt ut genomförd i drift finns dessutom en genomförandetid av 6-12 månader. Utvecklingen drivs till stor del av ideellt arbete på fritid och resten på centrala anslag. Gynopregistret är en gratis programvara, en "freeware". De tämligen små avgifter som tas ut är för tillgång till och underhåll/drift av statistikmodulen Rapportgeneratorn, där klinikerna själva kan ta ut statistik on-line, samt för det arbete som delregisteransvariga lägger ner för att producera återrapporter och resultat. För närvarande läggs mycket arbete ned på att webb-basera enkäterna, vilket kommer att reducera sekreterarnas arbete med registrering högst väsentligt. Samtidigt sker en revision av enkäterna, där speciellt hälsodeklarationen preoperativt för närvarande har en del svagheter. ■



NFOG
CONGRESS 2008

Invitation to NFOG congress in Iceland 2008



Dear Nordic Colleagues

The next NFOG congress will be held in Reykjavík in June 14th to 17th 2008. This is a special occasion as this biannual congress has only twice before been held in Iceland, in 1976 and 1992. The work on the scientific and social program as well as other preparation started immediately after the previous meeting in Gothenburg in 2006.

The local organizing committee has been working in close collaboration with the NFOG scientific committee, including members from all Nordic countries. Suggestions on topics and speakers are welcome from all NFOG members. Some of the topics have already been decided on including: The pelvic floor, Genetic medicine with main emphasis on counseling, Gestational hypertension, HPV, PCOS, Women's health in a global perspective and much more. We are happy to tell that Professor Dorothy Shaw, the new president of FIGO, has accepted the invitation to give the opening lecture of the congress. The program will be announced in early autumn 2007.

Iceland offers excellent opportunities for travelling and outdoor activities. The Icelandic landscape and nature are exceptionally beautiful and many attractions are within a few hours distance from Reykjavík. More information can soon be found on the congress website: www.nfog2008.is. Pre- and postcongress tours will be arranged by Congress Reykjavík: www.congress.is.



We invite you all to participate in the NFOG congress in Reykjavík in June 14th to 17th 2008.

Yours sincerely,



Thora Steingrimsdottir, Iceland
President of NFOG 2008 congress



Seija Grénman, Finland
President of NFOG

Kort om den nya utbildningen i Obstetriskt och Gynekologiskt ultraljud

Ultra-ARG har sedan ett flertal år arbetat med ett nytt utbildningskoncept med målsättning att höja kvalitén och därmed även patientsäkerheten. Vi har eftersträvat att riktlinjerna skall likna de som utarbetats av EFSUMB (den europeiska ultraljuds federationen). Det nya med utbildningskonceptet är att det finns väldefinierade krav för den teoretiska utbildningen och den praktiska färdighetsträningen på samtliga nivåer. Dessutom finns det möjlighet till examination på alla nivåer av utbildningen. Examinationsformerna varierar för de olika kurserna. Vår strävan är att alla i Sverige som sysslar med rutinultraljud under graviditet skall ha examen på grundnivå och att alla som har ansvar för rutinultraljudsverksamhet skall ha examen enligt påbyggnadsnivå, eftersom vi vill följa EFSUMBS (europeiska federationens) rekommendationer. Målsättningen är att kurskonceptet för den basala kursen skall vara detsamma oavsett om SFOG eller IPuls anordnar kursen.

I Utbildningskonceptet ingår:

- 1/ Basal Kurs i ultraljudsdiagnostik inom Obstetrik och Gynekologi
- 2/Handledarkurs i Obstetriskt och Gynekologiskt ultraljudsdiagnostik
- 3/ Grundkurs i Obstetriskt ultraljud
- 4/ Påbyggnadskurs i Obstetriskt ultraljud
- 5/ Påbyggnadskurs i Gynekologiskt ultraljud

Förutom dessa kurser anordnas även kurser i Fetal hjärtundersökning samt kurser i Obstetrisk Dopplerundersökning. För att bli examinerad efter påbyggnadskurs i Obstetriskt ultraljud krävs att man gått Dopplerkursen.

Ultra-ARGs utbildnings grupp:
Elisabeth Epstein, Harald Almström, Ove Axelsson, Rose-Marie Holst, Peter Malcus, Hans Wessel, Hans Bokström, Lil Valentin

Kort om de olika kurserna; målgrupp, innehåll, examinationsform

Basnivå i ultraljudsdiagnostik inom obstetrik och Gynekolog skall kunna nås genom träning i den dagliga verksamheten efter en basal introduktion i apparatanvändning och undersökningsteknik samt deltagande i den Basala kursen i ultraljudsdiagnostik inom Obstetrik och Gynekologi. Kursen som är på 4 dagar går igenom det teoretiska underlaget på basal nivå. Det är önskvärt att alla gynekologer uppnår denna nivå, helst redan under specialistutbildningen. Detaljerad målbeskrivning (Figur 1)

Övergripande målsättning:

- Kompetens att utföra vanliga undersökningar säkert och adekvat
- Känna igen normal och onormal anatomi
- Kunna diagnostisera vanliga patologiska fynd
- Kunna bedöma när second opinion behövs

Praktisk träning skall inhämtas under överinseende av namngiven handledare (helst på second opinionnivå men kollega på basnivå med minst två års erfarenhet efter uppnådd basnivå är acceptabelt). Adepten skall genomföra cirka 300 ultraljudsundersökningar med möjlighet till support vid behov. En loggbok med 30 dokumenterade fall skall presenteras (inklu-

derande uterusmyom, corpus luteumcystor, endometriemätning vid postmenopausalblödning, onormala graviditeter, datering baserad på CRL, skattning av fostervattenmängd med AFI). Examinationsformerna har ej slutgiltigt bestämts. Loggboken kommer utgöra en väsentlig del i bedömningen. Första kursen enligt detta nya koncept går i Lund, April 2007. Nästa kurs planeras våren 2008 i Stockholm

Handledarkurs i obstetriskt och gynekologiskt ultraljud

startades för att höja kvalitén på den praktiska träningen för läkare på basnivå. Denna kurs är tänkt att underlätta handledarskapet för de kolleger som håller i den praktiska träningen i ultraljud på basnivå på den egna kliniken. Målsättningen är att diskutera undersökningsteknik för att uppnå samsyn, ge verktyg för hur handledningen kan organiseras samt uppdatera handledarna på områden där det hänt mycket de senaste åren. Kursen riktar sig till specialister med handledarintresse som arbetat med ultraljud ett par år och som tidigare gått grundutbildning i ultraljud. Första kursen gick i Stockholm i januari 2007. Ny kurs planeras våren 2008 i Lund.

Grundkursen i Obstetriskt ultraljud

skall leda fram till examination i obstetrisk ultraljudsdiagnostik på basal nivå (rutinultraljud). Kursen riktar sig till barnmorskor som har som huvudsaklig uppgift att utföra rutinmässig ultraljudsundersökning under graviditet samt till läkare som avser att ha obstetrisk ultraljudsdiagnostik som en väsentlig del av sina arbetsuppgifter och som senare vill bli ansvariga för obstetrisk rutinultraljudsverksamhet. Kursen om-

fattar 5 dagar med jämn fördelning mellan teori och praktik. Den efterföljs av träning på hemorten och avslutas med en praktisk och teoretisk examination helst inom 1 år efter genomgången kurs. Om vederbörande klarar examinationen utfärdas ett examensbevis där det framgår att vederbörande har bedömts kompetent att självständigt utföra rutinmässig ultraljudsundersökning under graviditet. Man kan anmäla sig till examination utan att ha gått kursen. Kursen går nu för fjärde året. Hittills har 83 klarat såväl teoretisk som praktisk examination. Nästa kurs hålls hösten 2007 i Göteborg.

Påbyggnadskurs i Obstetriskt ultraljud

Denna kurs riktar sig till läkare som skall vara ansvariga för obstetrisk rutinultra-

ljudsverksamhet vid en enhet. För att vara behörig att söka skall man vara examinerad på grundkursnivå eller kunna dokumentera att denna kompetens besittes. Kursen har tidigare varit 8 dagar lång uppdelat på två tillfällen, och den har tidigare inkluderat undervisning i såväl Dopplerundersökning som fosterekokardiografi. Baserat på de erfarenheter man hittills fått av dessa kurser (två givna) beslutade utbildningsgruppen att korta kursen till 5 dagar, minska innehållet av fosterekokardiografi och ta bort undervisning om Dopplerundersökning helt. Det finns specifika kurser för båda dessa områden.

Kursen efterföljs av praktisk examination (loggbok med litteratursökning och bildmaterial från 10 olika fall av fostermissbildning) och teoretisk examination. Första examinationstillfälle är tidigast

6 månader efter genomgången kurs för att tillåta inläsningstid. Om vederbörande klarar examinationen utfärdas ett examensbevis där det framgår att vederbörande har bedömts kompetent att ansvara för rutinmässig obstetrisk ultraljudsverksamhet.

Påbyggnadskurs i Gynekologiskt ultraljud

Kursen riktar sig till specialister med speciellt intresse i gynekologiskt ultraljud, som arbetar med eller skall arbeta med sekondopinion ultraljud på den egna kliniken. Tanken är att även denna kurs skall resultera i en examination. Vi skall först försöka sjösätta examinationen på Basalnivå i ultraljudsdiagnostik inom Obstetrik och Gynekologi och inte starta med för många nya projekt samtidigt. Kursen omfattar 4 dagar, går i Malmö våren 2007. ■

Figur 1.

Efter avslutad träningsperiod skall adepten på basalnivå kunna:

- Göra en systematisk undersökning av bäckenorganen
- Göra optimala bilder av uterus och adnexa
- Göra exakta mätningar av uterus, endometriet och ovarierna
- Känna igen fysiologiska ändringar i uterus och ovarierna under normal menscykel
- Lokalisera en intrauterint belägen spiral
- Skilja på normala och onormala fynd hos icke gravid kvinna
- Känna igen, mäta och lokalisera uterusmyom
- Identifiera en intrauterin hinnsäck på > 5 mm
- Se hjärtaktivitet i ett foster med CRL på > 10 mm
- Använda ultraljud korrekt för att handlägga komplikationer i tidig graviditet (missfall och extrauterin graviditet, mola)
- Bestämma graviditetens längd baserat på CRL
- Bedöma fosterläge, placentaläge, hjärtaktivitet hos såväl simplex och duplex i andra och tredje trimestern, mäta AFI
- Ge basal information om fosterdiagnostik
- Förstå den kliniska innebörden av tillväxtavvikelser och blodflödes avvikelser
- Vara bekant med och förstå vikten av chorionocitetsbedömning av tvillingar i tidig graviditet
- Ge adekvat patient information och uppvisa god patientkontakt



Fördjupningskurs i Obstetriskt ultraljud v48 2007 i Lund

- Kursledning:** Peter Malcus Kvinnokliniken Universitetssjukhuset i Lund.
Lil Valentin Kvinnokliniken Universitetssjukhuset MAS, Malmö.
- Kurstid:** 26-30 /11, mån-fre v 48, 2007.
- Kursort:** Kvinnokliniken i Lund.
- Avsedd för:** 12-16 specialister i Gynekologi och Obstetrik som avser att erhålla obstetrisk ultraljudskompetens på second opinion nivå

Ultra-ARGs utbildningsgrupp har beslutat genomföra ytterligare en fortbildningskurs i Obstetriskt ultraljud. För detta har vi fått godkännande av SFOGs utbildningssekreterare. Kursen är en fördjupningskurs och ingår i det utbildningskoncept som syftar till att ge kompetens för att kunna ansvara för obstetrisk ultraljudsverksamhet (second opinion nivå). Examination och examensbevis efter godkänd kurs ingår i priset.

Ultraljudsavdelningarna i Lund och Malmö erbjuder därför 12 -16 specialister i obstetrik och gynekologi, med ultraljudskompetens motsvarande MINST grundkursnivå, en fördjupningskurs i obstetriskt ultraljud i Lund v 48 2007.

Ytterligare information:

Två fördjupningskurser har hittills hållits, den andra har ännu ej avslutats med examination. Åtta läkare har examinerats med godkänt resultat. Kursinnehållet i den aktuella kursen är ändrat jämfört med tidigare kurser, efter diskussioner i Ultra-ARGs utbildningsgrupp. Doppler delen är till största delen borttagen, och därför krävs för godkänd kurs att man gått eller går den årligen återkommande Dopplerkursen i Malmö.

Den aktuella kursen fokuserar på missbildningsdiagnostik och fosterhjärtundersökning och kursen är kortad från 8 (5+3) dagar till 5 dagar. Därefter skall man träna på hemmaplan och föra en loggbok över 10 st självständigt handlagda fall med litteraturgenomgång, bilddokumentation, differentialdiagnoser och diagnos. Ett exempel på hur en sådan loggbok skall se ut kommer att presenteras på kursen.

Program dag 1-5. Introduktion, Litteratursökning. Ultraljudsfysik, artefakter, ultraljudssäkerhet. Genetik. Diagnostik av missbildningar organsystem för organsystem. Falldemonstrationer, Praktisk träning av fosterhjärtundersökning. Tvillingdiagnostik. Introduktion till Doppler. Övervakning av riskgraviditeter. Etik.

Kursavgift: 12 500 kr inkluderar avgift för examen

CME poäng: 40

Kontaktpersoner: peter.malcus @med.lu.se
lil.valentin@med.lu.se

Anmälan till kursen kan endast ske direkt till kursledarna

Sista anmälningsdag är den 21 maj 2007



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. Obstetiker, 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 obstetiker 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

**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.

Ausultationsvecka i Österrike

26-30/11 2007 kan du som ST läkare delta i årets ENTOG utbyte i Wien.

Skicka din intresseanmälan till: asaulrika73@gmail.com eller lämna den till någon i OGU:s styrelse under ST dagarna i Västerås. Två platser med resestipendium lottas ut- din ansökan vill vi ha **senast 15/8**.

För mer information se www.sfog.se/ OGU.



Behandling av akuta obstetriska situationer

American Academy of Family Physicians och ALSO® Scandinavia and Greenland anordnar kurs i Skövde den 8 – 9 respektive 10 – 11 oktober 2007

Vi välkomnar både barnmorskor och läkare till det svenska ALSO®-centret och en intensivkurs under två heldagar.

Är du intresserad av att få en kursansökan?

Maila till: madeleine.bjurman@vgregion.se eller gå in på vår skandinaviska hemsida www.also-scandinavia.com och läs vidare under de svenska flaggorna.

Sista anmälningdag är den 25 maj 2007.

Reproductive Biomedicine

"From laboratory to clinics, from science to practice"

May 17-19.2007, Tartu, Estonia.

www.tymri.ut.ee/reprodbiomed

EurISSHP2007 Meeting

in Reykjavik, Iceland, 24-26 May 2007.

**European Sections of the International Society for the
Study of Hypertension in Pregnancy.**

www.congress.is/EurISSHP2007/

Cervical and Vaginal Ecology-Impact on Health and Reproduction

December 12-14th, 2007, Lund, Sweden

www.ssgm.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/>

Kalendarium

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

2007

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
26 - 27/4	Svensk förening för psykosocial onkologi inbjuder till nationellt möte Aspenäs Hotell och Konferens, Göteborg	För mer information www.sfog.se
27 - 28/4	Meeting of the European Urogynaecologic Association (EUGA) Congress Centrum Mainz Rheingoldhalle, Tyskland	För mer information och anmälan www.sfog.se
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 Psychosomatic Obstetrics and Gynecology. Kyoto Japan	Psychosomatics in East & West För mer information: http://www.ispog2007.org/
17 - 19/5	THE SECOND WORKSHOP ON REPRODUCTIVE BIOMEDICINE "From laboratory to clinics, from science to practice" TARTU, Estland,	För mer information, anmälan och program: www.sfog.se
24 - 25/5	Vårmöte i Perinatologi Östersund	För mer information: www.kongress.ostersund.s
24 - 26/5	European Sections of the International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy European ISSHP Congress, Reykjavik, ISLAND	För mer information: http://www.congress.is/EurISSHP2007

1-2/6	IS THERE A FUTURE FOR OBSTETRICS? N F Y O G Seminarium Köpenhamn, Danmark	För mer information www.sfog.se
14 - 16/6	Surgical Pathology Update Institute of Pathology, Leipzig, Tyskland	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
27/9	Patientföreningen för PCO och PCO bjuder in till utbildningsdag för vårdpersonal Hotell Rival, Mariatorget, Stockholm	För mer information www.sfog.se
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/
28 - 30/11	Riksstämman 2007 i Stockholm	För mer information och anmälan: www.sfog.se
8 - 9/10 och 10 - 11/10	American Academy of Family Physicians och ALSO-Scandinavia and Greenland Kurs i akuta förlossningsituationer, Skövde ALSO (Advanced Life Support in Obstetrics)	För kursanmälan: madeleine.bjurman@vgregion.se Sista anmälningsdag är den 25 maj 2007 För mer information om kursen: http://www.also-scandinavia.com
12 -14/12	Cervical and Vaginal Ecology-Impact on Health and Reproduction, Lund	För mer information: http://www.ssgm.se Deadline för abstrakts är den 30 september
2008		
18 - 19/1	NUGA Norra Latin, Stockholm	Mer information kommer
28/2 - 2/3	The 13th World Congress of Gynecological Endocrinology, Florence, Italien	För mer information: www.sfog.se

Arbets- och Referens- grupperna 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, Kärnjukhuset

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

Sesam City/KK, Karolinska

Universitetssjukhuset

Sveavägen 52

111 34 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 Gyne-kologi

sa^mt 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

Hemostasrubningar 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 Bremme

KK, Karolinska Universitetssjukhuset Solna

171 76 Stockholm

Tel: 08-517 000 00

katarina.bremme@karolinska.se

Vulva VULV-ARG

Ordförande: Ingela Danielsson

KK, Länsjukhus Sundsvall/Härnösand

851 86 Sundsvall

Tel: 060-18 10 00

Fax: 060-18 15 57

ingela.danielsson@lvn.se

Sekreterare: Karin Edgardh

Sesam City/KK, Karolinska

Universitetssjukhuset

Sveavägen 52

111 34 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

KK/Kungälv sjukhus

442 83 Kungälv

Tel: 0303-980 02

Fax: 0303-989 35

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.olvsson@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

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 Läkarmottagning
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, Lasarettet i Falun
791 82 Falun
Tel: 023-49 20 00
Fax: 023-49 09 89
E-post: susanne.hesselman@ltdalarna.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: Inga Sjöberg

Ersboda vårdcentral
Hälsogränd 3
906 25 Umeå
Tel: 090-785 81 81
inga.sjoberg@vll.se

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

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, Drottninggatan 55, 2 tr, 111 21 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:

BESTÄLLNINGSBLANKETT ARG-RAPPORTER

Svensk Förenings för Obstetrik & Gynekologi Arbets- och Referensgruppers 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.

Namn _____

Adress _____

Postnummer och postadress _____

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

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 Brösten. 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

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 Evidensworkshop 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 översiktsprogram och det detaljerade programmet på hemsidan! www.sfogveckan.se

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

Under veckan arrangeras också SFOGs årsmöte, Verksamhetsmöte, Riks-ARG, ARG-möten, Studierektorsmöte, ST-ansvarigmöte mm. Anmäl möte till kansliet@sfog.se.

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

Registreringen på SFOGs hemsida är öppen. Planera Ditt deltagande nu! Förhöjd kongressavgift från 25 maj. **Observera att anmälan görs enbart på "webben" !**

Via hemsidan bokas även flyg och hotell. Fram till och med 10 maj garanteras platser på flygen. Om tillräckligt många är intresserade sätts det in ett chartrat plan som går från Göteborg onsdagen 22/8 och tillbaka samma dag (för tillkommande och hemvändande kongressdeltagare). Efter 10 maj bokas flygbiljetter antingen via egna klinikers resebyrå eller i mån av plats via kongressens resebyrå.

Websidan för registrering av abstrakts är öppen till 31 maj

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 Välkomnande!
- 10.00 27 v studien – perinatalt omhändertagande vid extrem underburenhet (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)
- 13.00 Diabetes och graviditet (Symposium)
Fria föredrag Obstetrik
Etik Workshop
Posterutställning Obstetrik
- 15.00 Graviditetsrelaterad bäckensmärta (Symposium)
Inducerade aborter (Symposium)
Avancerad HLR på gravida (ST-workshop)

Onsdag

- 8.30 The impact of aging on sexuality and relationships (Plenarföreläsning)
- 10.00 SFOG årsmöte. Stiftelsen
Möte natur-kultur: Tankar om förlossningsvårdens utveckling (Bm Plenarföreläsning)
- 13.00 SFOG (Symposium)
Våld mot kvinnor under graviditet (Bm Symposium)
Hur inducerar vi bäst? (ST workshop)
- 15.00 Trombos under graviditet (Symposium)
BB vård (Bm Symposium)
Kirurgisk praxis och utfall (Symposium)

Torsdag

- 8.30 Könshormoners inverkan på minne och inlärning (Plenarföreläsning)
- 10.00 Symposium, tills vidare öppet
Prematur menopaus (Symposium)
Recidiverande candida (ST-workshop)
- 13.00 Bröstat (Symposium)
Fria föredrag Gynekologi
Våldtäkt (OGU symposium)
Evidens Workshop
- 14.15 Posterutställning Gynekologi
- 15.30 HPV-vaccin nu och i framtiden (Symposium)
Avhandlingar Gynekologi
Evidens Workshop

Fredag

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