

# Medlemsbladet 2

2010

NR



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

*Välkommen  
till Visby!*



**SFOG**  
VECKAN ♀ 2010

## MEDLEMSBLADET

Ansvarig utgivare: Anne Ekeryd-Andalen  
Tel: 0303-986 90

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

Jeanette Swartz. E-post: kansliet@sfog.se

Internet: www.sfog.se

Annonser: Anne Ekeryd-Andalen

E-post: anne.ekeryd-andalen@sfog.se

Platsannonser hemsidan:jeanette.swartz@sfog.se

SFOGs styrelse 2010:

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

Vice ordförande: Pia Teleman

Kvinnokliniken, Lunds Universitetssjukhus

221 85 Lund

Tel: 046-17 25 51

E-post: pia.teleman@med.lu.se

Facklig sekreterare: Eva Uustal Fornell

Kvinnokliniken, Linköpings Universitetssjukhus  
581 85 Linköping

Tel: 013-222 000. Fax: 013-0148156

E-post:eva.fornell@lio.se

Skattmästare: Sven-Erik 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: Pelle Lindqvist

Kvinnokliniken, Karolinska Sjukhuset

Huddinge, 141 86 Stockholm

Tel: 08-585 81 628

E-post: pelle.lindqvist@ki.se

Redaktör för Medlemsbladet:

Anne Ekeryd-Andalen

Gyn o MVC-mottagningen, Primärvården

Kungälv sjukhus, 442 83 Kungälv

Tel 0303-986 90

E-post: anne.ekeryd-andalen@sfog.se

Utbildningssekreterare: Marie Bixo

Kvinnokliniken, Norrlands universitetssjukhus  
901 85 Umeå

Tel:090-785 21 40. Fax: 090-77 39 05

E-post: marie.bixo@obgyn.umu.se

Ledamot/Webbmaster: Måns Edlund

Kvinnokliniken, Danderyds sjukhus

182 88 Stockholm

Tel: 08-655 63 43

E-post mans.edlund@ds.se

Ledamot: Anna Pohjanen

Kvinnosjukvården Norrbotten

Sunderby sjukhus, 971 80 Luleå

Tel: 0920-28 20 00. Fax: 092-28 32 90

E-post: anna.pohjanen@nll.se

Ledamot/Yngre representant:

Mårten Strömberg, Kvinnokliniken,

SU/Sahlgrenska, 413 45 Göteborg

Tel: 031-343 10 00

E-post: marten.stromberg@vgregion.se

Tryck: Elanders

ISSN 0284-8031

## — Ordförande har ordet —



### Kära Medlemmar!

Vulvamottagning med patienter i alla åldrar häromveckan: från det förebyggande med råd om underlivshygien, till det botbara med kniven, det lindrande med steroider, fungostatika och hyperestesimedicinering, och till bäckenrelaterade med ortopedisk manuell terapi. Kvar blir gruppen där symtomen inte går över eller där symtomen inte har synligt underlag. Här blir den slimmade gynnottagningen framförallt ett nav för att vidga perspektivet och replera på paramedicinska kompetenser utanför kliniken, multimodalt och multiprofessionellt. Till exempel den 21-åriga kvinnan som söker för kondylom som uppenbarades i samband med positiv chlamydiaprov inför spiralinsättning. Gråtande berättar hon om såren efter egenbehandling med Condylone och pekar ut ärrvävnad och några knappt synliga spetsiga kondylom som inte ger med sig. Efter samtal ser hon KBT-terapi som en utväg. Nästa patient, 35 år, söker för kroniska

flytningsbesvär och urskuldande framhåller att just nu är det bra. Hon är sambo sedan tre år. I gråten kommer fram att de inte har samlag pga flytningsbesvären och hon oroar sig nu om hon kan få barn när livet hastar. Efter samtal blir det remiss till sexolog.

ARG-rapporten Vulvasjukdomar (kommer i ny upplaga 2011!), brukar jag ha tillhands på vulvamottagning. Läkartidningen (nr 9 mars 2010) förser oss med uppdateringar, nu senast ABC om underlivsklåda. I det numret skrev också hudläkaren och psykoterapeuten Solbritt Lonne-Rahm, Neurokutana mottagningen, Karolinska Solna, en mycket läsvärd artikel. Allt fler patienter söker för ökad hudkänslighet, ofta lokaliserad i ansikte eller i genitalområdet, där den kliniska bedömningen inte visar några förändringar som kan förklara besvären. Bekräftelse och diagnos på lidandet kan vara inledning till ökad insikt och behandling med KBT.

## I DETTA NUMMER

Global-ARG	7
Vad gör White Ribbon Alliance för Safe Motherhood?	9
Psykosociala resurser inom Kvinnosjukvården	11
Nationella upphandlingen av HPV-vaccin	13
Kodfrågan	13
Rapport från Nordsvenska Gynekologsällskapets årliga möte Vintermötet 2010	14
Svenska referensgruppen för fosterövervakning	17
Riktlinjer för fosterövervakning med CTG och ST-analys	20
ST-arbete: Medicinsk behandling vid missfall	24
ST-arbete: (Hur) bidrar etiska koder till att förebygga kränkningar i vården?	26
HTA i Västra Götaland – projekt inom gynekologi och obstetrik	31
Årsrapport avseende inkontinensoperationer	33
Recension: När kroppen är gravid och själen sjuk	40
Pionjärer inom Obstetrik och Gynekologi	41
Varför blir Man gynekolog?	42
	43

För vulvakompetensen erbjöd NFOG Educational Course i höstas ett ypperligt fortbildningstillfälle. Av 140 deltagare var ett fåtal från Sverige. Detta kan spegla att SFOG med sina fortbildningskurser väl uppfyller behovet inom Sverige. SFOG är generellt mindre framträdande inom NFOG än de andra föreningarna. Är det så enkelt att vi är så stora att vi klarar oss själva?

Hur är det med samarbetet inom Norden? Delar vi inte villkoren för kvinnohälsa, kvinnosjukvård, mödra- och förlossningsvård, klinisk forskning med våra nordiska grannar mer än med några andra länder i världen? Innebär inte skillnaderna i kvinnohälsa och kvinnosjukvård som ändå finns mellan de nordiska länderna att det är desto angelägnare att lära av varandra? Redan nu finns lovande nordiska nätverk som växer fram för tonårs-gynekologi, obstetriskt med standardiserad registrering av svåra förlossningskomplikationer och mödradöd.

Vad är SFOG i NFOG? SFOG svarar för 40% av medlemstalet i NFOG. Av vår medlemsavgift går 300:- per år till NFOG (50:- till föreningen och 250:- till Acta). Vad får vi och vad kan vi dela med oss? SFOG ligger i topp med publikationer i Acta och NFOG Thesis Registry. Dock deltar proportionellt färre från SFOG i NFOG-kongresserna, liksom i "Visitors program", under det senaste decenniet, särskilt i jämförelse med de danska och norska föreningarna. Från veteraner i NFOG får jag höra att "sven-skarna isolerar sig", att vi mer är intresserade av FIGO än NFOG och EBCOG. Är det så?

En sommar var jag vikarie i Tromsø och fick en riktig nordism-upplevelse. Syrenerna blommade i juli. Vattenspridarna användes i trädgårdarna för att få bort den sista snön. Fjorden låg blank och solen sken dag och natt. En dag på operationssalen råkade det sig så att vi kom från alla de fem nordiska länderna. Vi pratade på, på våra egna språk, och

förstod varandra! När jag sedan var vetenskaplig sekreterare för NFOG-kongressen i Umeå 2002 och vi för första gången övergick till engelskan som kongressspråk fick jag ett brev från en läkare i Nordnorge som med beklagan menade att det var slutet på en 1000-årig era av nordiskt samarbete. Är nordismen något avtynande i vår globaliserade värld? Är det skolans mindre undervisning i danska och norska som slår igenom?

Gunnar Wetterberg, samhällspolitisk chef på SACO, pläderade på DN-debatt i höstas att de fem nordiska länderna skulle gå ihop i en nordisk förbundsstat med sina drygt 25 miljoner invånarna. Fördelarna med en ny Kalmar-union skulle vara att internationellt hävda de nordiska värdena i internationella rådslag. Det skulle bli världens tionde största ekonomi, före Brasilien och Ryssland, och ge en nyckelposition i EU.

NFOGs betydelse på den internationella arenan var tydlig vid generalförsamlingen på FIGO-kongressen i Kapstaden. Holland hade en stark kandidat till Executive Board som blev bortröstad medan Finlands representant Seija Grenman blev vald till Elisabeth Perssons efterträdare tack vare att de nordiska representanterna var enade i omröstningen.

Nu stundar NFOG-kongressen i Köpenhamn 15-18 juni. Flera framträdande SFOG-medlemmar är inbjudna talare. Programmet är bra. När deadline för abstract och anmälan med låg avgift var passerad låg SFOG rejält efter. Det finns ännu tid att anmäla sig till NFOG-kongressen, ännu tid att lämna in sitt abstrakt!

Nu väntar en större roll för SFOG i NFOG, General Assembly den 17 juni: 1) val av Göran Berg till NFOG-president 2010-2012, 2) val av Stockholm som kongressort 2014 den 11-13 juni, 3) inrättande av NFOG-fond.

Förslaget om NFOG-fond är att 2 miljoner kronor av NFOGs tillgångar avsätts till fonden. Till denna fond räknar man

med att fondera 2/3 av det årliga överskottet varje år. Fonden ersätter "Visitors Program" och "Collaborative Program". Årligen kommer man att kunna dela ut minst 200 000 DKK (resor, kursavgift, boende). Behöriga att söka är specialister och ST-läkare med minst två år tjänstgöring inom NFOG. Ansökan innefattar följande syften:

- Clinical or scientific visits outside country of residence with the purpose of improving skills and/or developing and sharing expertise
- Voluntary or project work in developing countries
- Courses outside country of residence
- Collaborative work regarding clinical or scientific topics or projects between members of the national societies in NFOG
- Each national society can yearly apply for the coverage of expenses to bring one lecturer from another Nordic country to speak at the society's annual meeting

Med NFOG-fonden öppnas möjligheter för SFOG: deltagande i kurser ute i världen, utveckla forsknings- och ämnesnätverk i Norden, mer nordiskt deltagande i SFOG-veckorna. Första ansökningstillfälle kommer att bli till hösten. Avgörande för NFOG är att yngre läkare ser en mening med det nordiska samarbetet, utan återväxt väntar annars den stora krisen. Med Göran Berg som ordförande, den nya fonden, kommande NFOG-kongress i Stockholm kan SFOGs medlemmar åter få större plats i NFOG.

*Ulf Högberg* ■

Välkommen  
till Visby!

SFOG  
VECKAN + 2010



Kvinnokliniken i Visby har i år den stora äran att vara värd för årets SFOG-vecka med start den 30 augusti (v35).

En av Sveriges minsta kvinnokliniker i samarbete med flera stora stockholmskliniker skapar förhoppningsvis en bredd i innehåll och mottagande som ska vara givande för alla oavsett arbetsplats och inriktning.

I år är SFOG-veckan organiserad på ett nytt sätt med 4 kongressdagar måndag till torsdag innehållande blandat gynekologiskt och obstetriskt program då många av oss behöver förkovran över båda fälten.

Fredagen är avsatt som mötesdag för verksamhetsmöte, ST-studierektorsmöte och AR-gruppsmöten med möteslokaler på Visby lasarett som ligger på gångavstånd från kongresshallen.

Det vetenskapliga programmet är som vanligt innehållsrikt med flera utländska gäster under förmiddagarna och sedan upp till tre parallella föreläsningar under eftermiddagarna.

Årets möteslokal blir Gotlands nya kongresshall Wisby Strand i hjärtat av staden med utsikt över både hav och den medeltida staden. Solnedgången i horisonten är ofta ljuvlig denna tid på året.

Den lilla stadens fördel utnyttjas i det sociala programmet med närhet till alla kvällsaktiviteter. Temat blir förstås gotländskt med lammgrillning, gutniska lekar och museibesök men även jogging längs strandpromenaden, yoga i Almedalen och förhoppningsvis bad vid kallbadhusets brygga.

Tillsammans kan vi skapa en minnesvärd vecka. Väl mött på vår magiska ö!

För organisationskommittén

*Kristina Ekbohm*

Kongresspresident

*Marianne van Rooijen*

Karolinska universitetssjukhuset

För mer detaljerad information, gå in på hemsidan:  
[www.sfogveckan.se](http://www.sfogveckan.se)



### *Mera morötter!*

Hur kan kvaliteten på forskningen öka? Detta togs upp på Svenska läkarsällskapets seminarium "Blir forskningen bättre?", där bla Olle Stendahl presenterade forskningspropositionen "Klinisk forskning - Ett lyft för forskning". Det framkom vid seminariet att medelåldern vid disputation är hög. Detta innebär att inom de kliniska disciplinerna får de som väljer att fortsätta med forskningsarbete en relativt kort tid i handledande position efter disputation. Det kan tyckas trivialt, men det kommer att påverka kvaliteten på den forskning som bedrivs och skall vi vara bäst måste vi också ha hög kompetens på seniora akademiker. Det är svårt att identifiera bra forskning, och oetiskt att bedriva dålig! På symposiet meddelades att medelciteringen per år ligger på 0.8 vilket anses för lågt. De lösningar som diskuterades var tjänster med kopplad forskning, förbättra meritvärdet, stöd till biobanker och register. Stora forskningsgrupper premieras idag och så även i Stendahls proposition. Anslagen är ibland reaktiva, dvs att de som redan fått anslag lättare får nya. Forskningsfinansierare vågar inte satsa på högriskprojekt. Få Nobelpris går till forskare som kommer från stora forskargrupper. Få idéer som leder till Nobelpris har någonsin stått i ansökan till anslag. Elvis Presley blev underkänd i musik i skolan. Det gäller att skapa kreativa miljöer för forskningen, det är alla överens om. Vi måste finna vägar där inte kortsiktigt tänkande som att klara årets budget dominerar. Vi vet att forskningen genererar tillbaka mellan två och tio gånger av kostnaden. Skall Sverige vara ett kunskapsintensivt land eller vi skall halka efter? Mera morötter!

Vintermötet var väldigt välordnat, trevligt och innehållsrikt på Sofiahemmet. Vi fick en inblick i moderna behandlingar inom IVF, den stora aktiviteten inom poliklinisk kirurgi samt

obstetrisk forskning. Man fick en mycket positiv bild av den stora privata verksamheten.

NOSS (Nordic Obstetric Surveillance System) En fortlöpande registrering av sällsynta obstetriska komplikationer, för närvarande äkta uterusruptur, placenta accreta/percreta och hysterektomi efter förlossning som Sverige deltar i sedan sept 2009. Så här efter melodifestivalen känner man sig lite som SFOGs representant i NOSS festivalen och samlar in Sveriges bidrag "I ett soligt men kallt Karlstad...", "Snön smälter sakta i Örebro". Den stora skillnaden är att kandidaterna i NOSS vill ha så låga poäng som möjligt. De flesta verkar ha skapat ett lokalt system för rapportering som fungerar. På större kliniker väljer man ofta att ha flera som rapporterar in till en ansvarig. De flesta svarar nu med vändande post vilket underlättar mycket. Vi har 7 till 8 fall i månaden, hälften uterusrupturer och 1/4 var accreta och hysterektomi. I april kommer de ansvariga för de nordiska länderna samt för respektive födelseregister att träffas och gå igenom hur det fungerar. Jag har förstått att det tagit tid att lägga in fallen och att det ibland inte lyckades. Jag räknar med att komma med en utförligare rapport efter det gemensamma mötet.

2005 gick man från SFOG-dagar till en SFOG-vecka som arrangeras av en universitetsklinik tillsammans med en av regionens kvinnokliniker. Förra året hade alla universitetskliniker varit arrangörer så då var det dags för utvärdering! SFOGs styrelse skickade därför en enkät via e-post till medlemmarna efter SFOG-veckan i Norrköping. En stor majoritet tycker det är bättre med SFOG-vecka jämfört med SFOG-dagar. 7 av 10 tyckte det är bättre att ha 4 dagar än 5, hälften tyckte det skulle vara blandat program, andra hälften att det skulle vara

uppdelat i obstetrik och gynekologi. På frågan vad som var det främsta skälet att välja att åka på SFOG-veckan, så var det klart viktigaste plenarföreläsningarna. Av de som inte åkte var de främsta orsakerna tidsbrist och annan prioritering. Bara 10% av de som inte åkte hade ansökt om att få åka. Av svaren på den öppna frågan vad som skulle kunna göras bättre var det många som tyckte att SFOG-veckan ligger lite för tidigt på terminen.

Påverkad av medlemmarnas intresse för plenarföreläsningar tänkte jag ge er lite aptitretare inför kommande kongresser.

**NFOG kongressen** går i år på Bella Center i Köpenhamn 16:e till den 18:e juni. Kongressen börjar med pre-congress workshops på tisdag 15:e juni.

Onsdagen börjar med "Screening in gynecological oncology" med Ian Jacobs (UK) "The potential and challenges of ovarian cancer screening" och Joakim Dillner (SE): "Should HPV screening substitute cytology?" På torsdagen handlar det om "Obesity and exercise" med Bente Klarlund Pedersen (DK): "Exercise in pregnancy" och Roland Devlieger (BE): "Bariatric surgery: Indications and reproductive outcome". Slutligen kommer på torsdag "New technologies and new horizons" med Magnus Westgren (SE): "Perinatal medicine in the future: Possibilities and illusions" och Claus Yding Andersen (DK): "What does reproductive biology have to offer for the future?"

**SFOG-veckan** kommer att gå av stapeln 30 augusti till 2 september vid Wisby strand precis vid Almedalen. Utsikten över havet är bedårande och solnedgången skall vara något utöver det vanliga.

På måndagen startar Roberto Romero (USA) "Has there been any progress in the management of prematurity?" följt av de svenska erfarenheterna i Express

## —Brev från den vetenskaplige sekreteraren

studien som modereras av Karel Marsál. Tisdag morgon vaknar vi till "Why do people make mistakes and what can we do about it?" Philip Steer (UK) (Moderator Charlotta Grunewald).

På onsdagen får vi höra "Våldtäkt som vapen i krig" av Dennis Mukwege, Olof Palme pristagare från Kongo (Moderator Gunvor Ekman Ordeberg). Dagen avslutas med ett nytt grepp "Ett samtal om födandet" (Moderator Kristina Elfgren) som verkar spännande. På torsdagsmorgonen får vi ett höra om "Ökad tillgänglighet till säker abort - nya alternativ"

(Moderator Kristina Gemzell Danielsson), med bla Abortprojekt Huddinge, Misoprostol i hemmet och Women on Web. Jag tycker att det känns som ett mycket lockande program.

Vi hade ovanligt många besökare på förra årets riksstämmeseminarier och vi tänker inte göra årets besökare svikna. Vi har anmält fyra symposier och huvudprogrammet på läkarstämman kommer att gå onsdag den 1 december i Göteborg. Här kommer det preliminära programmet.

- "Sex in the city – och de HPV-relaterade komplikationerna"
- "Vitamin D, sol och kvinnohälsa".
- "Hur skall vi förebygga komplikationer till följd av fetma under graviditet?"
- "Hur skall vi minska antalet kvinnor med långtidsbesvär efter sfinkterskada?"

Väl bekomme!

*Pelle Lindqvist*

Pelle.lindqvist@ki.se

### Nya medlemmar

Angeliki Piki, Karlskrona

Anna Persson, Höllviken

Charlotte Lindblad Wollmann,  
Stockholm

Leonidas Magarakis, Karlstad

Ida Gideonsson, Lycksele

Ali Khatibi, Göteborg

Natalia Ödman, Borås

Clara Brandkvist, Stocksund

Carolina Lundberg, Stockholm

Azdiyar Sahmi Hamoodi, Eskilstuna

## REDAKTÖRENS RUTA

I Medlemsblad nr 2 händer det mycket. Från Vintermötet – som verkligen svarade upp till namnet – till sommarens avslutning med SFOG-veckan på Gotland. Rapporter från regionala och nationella sammankomster och så inbjudan till Global-ARG, den nya ARgruppen med internationellt engagemang. SFOG är nyinträdd medlem i White Ribbon Alliance, en världsomspännande organisation som arbetar för att minska mödradödligheten. Läs mer på sidan 9.

Allt gott önskar  
*Anne Ekeryd-Andalen*

### Följande tider gäller för medlemsbladet 2010:

Nr	Deadline	Utkommer
3	9 maj	Vecka 23
4	12 september	Vecka 41
5	31 oktober	Vecka 48

Manus skickas till:

Redaktör Anne Ekeryd-Andalen

Gyn och MVC-mottagningen, Primärvården, Kungälv's sjukhus  
442 83 Kungälv

Telefon 0303-986 90 • E-post: anne.ekeryd-andalen@sfog.se

Adressändring skall göras till:

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

# Ny referensgrupp inom SFOG

## Global-ARG

### Bakgrund

I SFOGs måldokument ingår att verka för global reproduktiv hälsa: a) Befrämja kunskap om andra kulturer och global hälsa, b) Verka för att tjänstgöring i utvecklingsländer tillgodoräknas i ST-utbildningen (ST-målbeskrivningen), c) Verka för bilateralt utbyte i utvecklingsländer, d) I denna fråga intensifiera samarbetet via NFOG och FIGO.

Vid FIGO-kongressen 2009 hade global sexuell och reproduktiv hälsa, såväl i ett medicinsk perspektiv som rättighetsperspektiv, en framträdande roll. Ett genomgående tema var Safe Motherhood och det femte millenniemålet att reducera mödradödligheten med 3/4 är ännu mycket långt borta. FIGO har nu utvecklat ett nära samarbete med WHO, UNDP, FNs Population Fund. Inom området driver FIGO egna projekt som det SIDA-finansierade projektet "Saving Mothers and Newborn", där SFOG deltar som twinning med vår pakistanska systerförening. FIGO startar nu också FIGO-Gates Initiative. Med den nuvarande president Gamal Serour och president-elect Sir Sabaratnam Arulkumaran kommer detta arbete att ytterligare stärkas de närmaste sex åren.

Forskning inom global reproduktiv hälsa har i Sverige haft en framträdande roll sedan lång tid. För närvarande är SFOG aktiva inom forskning i detta ämnesområde vid Uppsala universitet (IMCH/Kvinnors och barns hälsa), KI (IHCAR), Lunds universitet (obstetrik & gynekologi), Umeå universitet (epidemiologi & folkhälsa, obstetrik & gynekologi), Göteborgs universitet, SU (obstetrik & gynekologi). På mastersnivå finns utbildning inom global sexuell och reproduktiv hälsa vid Uppsala (IMCH) och i Malmö ges en internationell uppdragsutbildning (International



*Gynekolog Eliette Valladares från Nicaragua tar emot pris från FIGOs ordförande Dorothy Shaw i Kapstaden 2009. Detta FIGO-pris går till en kvinnlig gynekolog som gjort stora insatser för att förbättra kvinnors hälsa framför allt i låginkomstländer. Dr Valladares blev nominerad av SFOG för hennes arbete och forskning i Latinamerika.*

Training Programme SRHR) vid institutionen för kliniska vetenskaper/avdelning för socialmedicin och global hälsa. Vid samtliga av landets universitet ges undervisning inom global reproduktiv hälsa i någon form under läkarutbildningen. Det finns en stor efterfrågan bland läkarstuderande att utföra fördjupningsarbeten inom SRHR (Sexuell och Reproduktiv Hälsa och Rättigheter) i ett låginkomstland.

Migrationsrelaterade frågeställningar inom gynekologi och obstetrik är av ökande betydelse. I detta är kunskapsutveckling och riktlinjer en viktig uppgift

för SFOG att prioritera. Många verksamhetschefer efterfrågar ökad kunskap inom området allteftersom gruppen av utlandsfödda kvinnor från låginkomstländer blir allt större vid våra kvinnokliniker. Såväl SKL som Socialstyrelsen har nyligen i rapporter efterlyst ett större fokus på att anpassa vårdprogram utifrån befolkningens sammansättning (Vård på (o)lika villkor - en kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård, SKL 2009, Nationella indikationer för God vård, Socialstyrelsen, 2009).

SFOG har ett intresse att profilera sig i frågan tillsammans med Sida, som för närvarande (2010) har ett SRHR-bistånd på 1,5 miljarder kronor. SFOG är representerat i referensgruppen för Milleniumsmål nr 5 (SIDA) jämte Barnmorskeförbundets internationella sektion och RFSU. SFOG är medlem i den svenska grenen av White Ribbon Alliance.

Inom Läkaresällskapet har SFOG en viktig roll att profilera frågor inom global reproduktiv hälsa. På riksstämman 2009 var SFOG medarrangör för Dr Mukweges föredrag om krigsvåldtäkter och fistelkirurgi i Kongo (DRC). På initiativ av Amnesty International arrangerar SFOG tisdagssammankomst på Läkaresällskapet om mödradödlighet våren 2010.

SFOG har ett intresse att verka i denna fråga i ett nordiskt perspektiv. I Norsk Gynekologisk Forening har man nyligen konstituerat en gruppering för global reproduktiv hälsa (under ledning av professor Johanne Sundby) och även Dansk Selskab for obstetrik og gynekologi är aktiva i området. Det finns nu ett försök att bilda ett Nordiskt nätverk i denna fråga. Sedan ett år tillbaka finns ett tvärprofessionellt nätverk som, med stöd från FAS, koordineras via Uppsala universitet (IMCH/Kvinnors och barns

hälsa). Nätverket syftar till att länka ihop nordiska forskare inom reproduktiv hälsa i låginkomstländer med migrationsforskare.

SFOG har ett intresse att befrämja utbildning och tjänstgöring i låginkomstländer. Inom ST-utbildning finns idag möjligheter till utbildning och utbytes-tjänstgöring. CeFAM, Allmänmedicin Huddinge, KI, organiserar med stöd från Sida utbytestjänstgöring för ST-läkare inom allmänmedicin, pediatrik och obstetrik & gynekologi. Hittills har fyra ST-läkare i obstetrik & gynekologi deltagit i detta utbyte (Indien och Tanzania). I många år fanns en NLV-kurs i u-lands-obstetrik som lades ner i mitten av 90-talet. En SK-kurs i internationell mödra- och barnhälsovård har återigen startats i ett samarbete mellan barnkliniken på Södersjukhuset och kvinnokliniken på Akademiska sjukhuset. Många gynekologer har säkert tänkt tanken att det skul-

le vara intressant att jobba utomlands men efterfrågan att som specialist få tjänstgöra i låginkomstländer är inte så stor och möjligheterna få, framför allt är det genom Läkarbanken och Läkare utan gränser.

### Syfte

Målet för Global-ARG är att på styrelsens uppdrag företräda SFOG inom global reproduktiv hälsa. De specifika syftena för AR-gruppen är:

- Vara SFOGs forum för global reproduktiv hälsa inom SRHR-frågor
- Företräda SFOG inom FIGO-projektet Saving Mothers and Newborn och befrämja kontakterna mellan SFOG och NFOG och FIGO inom global reproduktiv hälsa
- Befrämja kunskapsutveckling och utbildning inom global reproduktiv hälsa och migrationsrelaterade frågeställningar inom obstetrik & gynekologi

- Befrämja möjligheter för ST-läkare till utbildning och utbytestjänstgöring i låginkomstländer
- Företräda SFOG gentemot Sida inom området SRHR, samarbeta med andra yrkes- och frivilligorganisationer inom global reproduktiv hälsa
- Uppdatera SFOGs hemsida i frågor om global reproduktiv hälsa

### Första mötet

Tycker du denna beskrivning låter intressant är du hjärtligt välkommen till vårt första möte som kommer att ordnas under SFOG-veckan i Visby. Vi ses till lunch tisdagen den 31 augusti. Föranmälan kan gärna göras till [Birgitta.Essen@kbh.uu.se](mailto:Birgitta.Essen@kbh.uu.se).

*Birgitta Essén*

universitetslektor i Internationell Mödrahälsovård, Institutionen för Kvinnors och barns hälsa, Akademiska sjukhuset i

## Nyhetsrullen på hemsidan

Sedan tre år har vi på hemsidan en så kallad "newsfeed" där det rullar nyheter med ingress och länk till en artikel på internet. Efter att ha fått några frågor om hur vi värderar eller bedömer innehållet i det som läggs upp här så tycker vi att det kan vara på sin plats med en lite tydligare presentation. Rubriken lyder "I dagspress/övrig media - ett axplock av aktuell information med varierande vetenskaplig förankring för att ses som allmän orientering om kunskaps eller skvallerläget inom området"

Tanken med dessa nyheter är att vi inom professionen ska vara uppdaterade på det som

våra patienter, anhöriga och andra kunder kan tänkas ha läst eller hört. På så sätt kan vi bättre möta upp i samtal och diskussioner. Detta innebär naturligtvis att det som läggs in på nyhetsrullen också kan vara helt ovetenskapligt skvaller eller av reklam/marknadsföringsnatur.

Om ni hittar något på internet som ni tycker borde läggas in på nyhetsrullen så är ni välkomna att maila mig om det.

*Måns Edlund*

Webmaster

[mans.edlund@ds.se](mailto:mans.edlund@ds.se)



# Vad gör White Ribbon Alliance for Safe Motherhood?

White Ribbon Alliance for Safe Motherhood (WRA) är en internationell koalition bestående av enskilda individer och organisationer inklusive medicinska föreningar, företag, m.fl. Organisationen bildades för att öka medvetenheten kring den globala bördan av mödra- och nyföddhetsdödlighet samt möjligheter att förändra den rådande situationen.

Det vita bandet är en symbol för att hedra minnet av alla kvinnor och nyfödda som dött i samband med graviditet och förlossning. I vissa kulturer symboliserar den vita färgen sorg och i andra symboliserar den hopp och liv. White Ribbon representerar denna dubbla betydelse och arbetar inte bara för att ge liv och hopp idag, utan sörjer och minns även de kvinnor och nyfödda som inte överlevde sin graviditet eller förlossning eller första tid i livet.

Sedan lanseringen 1999 har WRA varit en ledande organisation för de som håller regeringar och institutioner ansvariga för den tragedi som mödradödligheten innebär. Med medlemmar i 150 länder och nationella allianser etablerade i 15 av dessa – Burkina Faso, Bangladesh, Indien, Indonesien, Jemen, Kenya, Malawi, Nepal, Pakistan, Rwanda, Sverige, Sydafrika, Tanzania, Uganda och Zambia - förstärker WRA rösterna från människor som lider under en enorm börda av sjukdom och dödlighet från komplikationer i samband med graviditet och förlossning.

## Vad gör WRA?

Vi:

- utbildar enskilda medlemmar och medlemsorganisationer genom seminarier, arbetsgrupper etc.

### Barbara Davies

Grundare och Ordförande  
White Ribbon Alliance for Safe  
Motherhood Sweden  
info@wrasweden.org



- skapar tillsammans med medlemmarna utbildningsmaterial, PR-material och tekniska produkter som kan användas av såväl medlemmar som av andra
  - organiserar lobbyverksamhet riktad mot nationella regeringar och regionala institutioner i syfte att erhålla bidrag och initiera program för säkert moderskap
  - stöder och hjälper länder med hög mödradödlighet att skapa nationella White Ribbon-organisationer
- WRA:s verksamhet i Sverige startades upp 2009. Vår uppgift är att arbeta för en kvalificerad mödra- och förlossningshälsovård för ALLA kvinnor och nyfödda. Vi stöder WRA:s globala verksamhet och arbetar även för att papperslösa kvinnor i Sverige ska ha tillgång till en god mödravård. Vi samarbetar med en rad olika aktörer (biståndsorganisationer, medicinska förbund och andra frivilligorganisationer, samt företag) för att påverka den svenska regeringen avseende mödranhälsofrågor. I vår styrelse ingår professor Staffan Bergström från Karolinska Institutet och Christina Jarnald, barnmorska med särskild kompetens beträffande papperslösa i Sverige.

## Maternal Mortality Campaign

Maternal Mortality Campaign (MMC) är ett globalt initiativ som inbegriper ett flertal strategier för att reducera mödradödligheten och förbättra hälsan hos nyfödda. Aktörer som arbetar med MMC, utöver White Ribbon Alliance, är bl.a. olika FN-institutioner, WHO, Världsbanken, Bill and Melinda Gates Foundation, regeringar i flera länder inkl. Storbritannien, Norge, USA och Tanzania, och frivilligorganisationer som Amnesty International, Rädda Barnen, Oxfam och CARE. Kampanjen stöds likaså av flera personer med hög profil som första damer (First Ladies), skådespelare och andra. De olika aktörerna använder sina röster och sitt inflytande för att påverka regeringar, biståndsorgan, företag och andra att investera i en god mödra- och förlossningshälsovård, i såväl låginkomstländer som höginkomstländer.

Målsättningarna för kampanjen beskrivs här kortfattat:

1. Mer resurser ska avsättas till vård av mödrar och nyfödda
2. Mödradödlighet ska vara en nyckelindikator vid bedömning av länders hälsovårdssystem
3. Det ska utbildas och rekryteras hälsoarbetare till ansatta områden för att möta bristen på kvalificerade vårdgivare till kvinnor och barn under graviditetens gång, och under och efter förlossning.
4. Eliminera hinder (avseende t.ex. avgifter och brist på transporter) för att ge mödrar och nyfödda en kvalitativ hälsovård

Under 2010 kommer WRA genom kampanjen att:

- Arbeta med minst två regeringar, Bill and Melinda Gates Foundation, andra stora givarorganisationer och tekniska rådgivare för att möjliggöra ett projekt som sammankopplar de hälsorelaterade millenniemålen 4, 5 och 6. Inom projektet finns ett implementeringsprogram för att öka vårdkvaliteten som innefattar välkvalificerade hälsoarbetare, olika kit med enkel och nödvändig utrustning, information och checklistor för vårdenheter och politiker och andra beslutsfattare på högre samhällsnivåer.
- Fortsätta hävda behovet av att FN utser en särskild representant för mödrars och nyföddas hälsa, som har till syfte att arbeta med och förstärka existerande nätverk.

Huvudfokus för WRA:s arbete under 2010 blir FN:s uppföljningsmöte avseende millenniemålen som hålls i september i år. Likaså fokuserar vi på möten som Afrikanska Unionen, G20 och G8 har under året, och även konferensen "Women Deliver" i juni i Washington. Vi kommer att samarbeta med våra stödjande partners för att säkerställa att världens ledare är redo att anta "Framework for Action on Maternal, Newborn and Child Health" på millenniemötet i september. Detta ramverk innefattar övergripande strategier för att förbättra mödrars och nyföddas hälsa och understöds av mätbara delmål och arbetsplaner för samtliga intressenter. Förhoppningen är att man lättare ska kunna följa målens utveckling och framsteg.

WRA:s breda satsningar i samarbete med andra aktörer och partners har gett

tydliga resultat. Det är glädjande att se att millenniemål nummer fem inte längre är "det glömda millenniemålet" och att frågan uppmärksammas allt mer på olika håll. Fortfarande krävs dock en ökad medvetenhet bland allmänheten och politiker om vikten av en god mödravård och WRA kommer att fortsätta att kräva politiskt agerande inom denna fråga.

### **Vi hälsar SFOG och Barnmorskeförbundet varmt välkomna som medlemmar**

För mer information om WRA, besök [www.whiteribbonalliance.org](http://www.whiteribbonalliance.org)

För aktuell information om WRA Sweden besök oss gärna på Facebook. ■

# Psykosociala resurser inom Kvinnosjukvården – resultat från en enkät

Med syfte att utveckla nya kvalitetsparametrar för psykosociala frågor till årsrapporten genomförde POS-ARG, på uppdrag av SFOGs styrelse, en mätning av psykosociala resurser inom Kvinnosjukvården via en enkätundersökning vintern 2009. Enkäten skickades elektroniskt till alla 53 Verksamhetschefer inom Obstetrik och Gynekologi och besvarades av 37 av dessa (70%). Två av de som svarade hade inte förlossningsverksamhet, medan en av de som svarat enbart hade förlossningsverksamhet.

## Resultat

Tio av 37 kliniker (27%) angav att det fanns systematisk utbildning och handledning för läkare/övrig personal gällande egna psykologiska reaktioner och beteenden i patientmöten. Av de 10 som svarat ja, anger 7 att ST-läkarna har handledning, medan bara en klinik svarade att specialistläkarna har handledning.

Femton av 35 kliniker med förlossningsverksamhet (43%) angav att man hade ett strukturerat sätt att identifiera kvinnor med traumatiska förlossningsupplevelser. Av de som svarat ja på frågan anger 10 att man använder sig av en VAS-skala vid hemgång från BB och 3 anger att man använder en enkät. Två av de som använder en enkät har också en VAS-skala. En klinik anger att man använder en VAS-skala både vid hemgång från BB och vid efterkontrollen.

På frågan om man hade rutiner kring krishantering i patientmöten och uppföljning av olika patientgrupper svarade 19 av 36 (53%) ja vad gäller missfall i akutskedet, 18 av 36 (50%) ja vad gäller infertilitet, 31 av 36 (86%) ja vad gäller cancer, och 33 av 36 (92%) ja vad gäller

**Maria Engman**  
Sekreterare POS-ARG  
**Katri Nieminen**  
Ordförande POS-ARG

intrauterin fosterdöd.

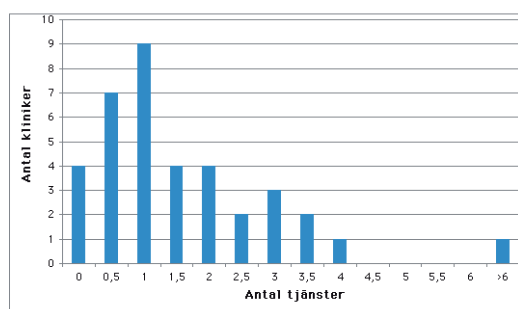
Tjugo kliniker (54%) angav att man hade någon på kliniken med sexologisk kompetens.

Trettiofyra av 36 kliniker (92%) angav att man hade rutiner för efteruppföljning av kvinnor som blivit våldtagna.

Tjugotvå av 37 kliniker (60%) angav att man hade inarbetade samarbetskanaler med psykiatri och socialtjänst gällande psykosociala riskgraviditeter.

Elva kliniker (30%) hade haft någon homo, bi, trans sexuell (HBT)-utbildning på kliniken.

Tjänstetrymmet för socionom/psykolog/beteendevetare på kliniken var i medeltal 1,58 universitetskliniker inräknade och 1,31 utan universitetskliniker (6 universitetskliniker som svarat). Fyra kliniker (11%) angav att detta tjänstetrymme kommer att minska i samband med minskande klinikbudget.



*Tjänstetrymme för socionom/psykolog/beteendevetare på kliniken (universitetskliniker inräknade).*

## Diskussion

I utbildningsmålen för ST-Läkare, är det övergripande målet för Psykosocial Obstetrik och Gynekologi, delmål 12, ”Att initialt kunna bedöma tillstånd inom psykosocial obstetrik och gynekologi inklusive sexologi samt att kunna handlägga sexuella övergrepp”. Inom flera andra specialiteter saknas utbildningsmål för psykosociala frågor.

En av metoderna för inläring av dessa frågor anges som deltagande i handledningsgrupp. Trots detta var det bara 7 kliniker som svarat att ST-läkarna har handledning. Endast en klinik angav att specialistläkarna i nuläget har handledning och flertalet av de färdiga specialisterna har troligtvis inte haft handledning under sin utbildning. Vi möts alla av höga krav från patienter och själva specialiteten. Etiska dilemman hör till mångas vardag, men också tvära kast mellan djup kris och högsta lycka- svåra samtal och besked. Frågor som många av oss genom åren själva utan handledning och vidareutbildning tvingats hitta användbara förhållningssätt till.

Att identifiera och följa upp kvinnor med traumatiska förlossningsupplevelser anses vara viktigt bl.a. för att förebygga framtida psykisk ohälsa hos modern, förbättra anknytningen mellan mamman och barnet men också för att minska framtida frekvensen snitt på psykosocial indikation (1,2). Trots det saknar 57 procent av de kliniker som svarat att man saknar ett strukturerat sätt att identifiera dessa kvinnor på. Att använda

en VAS-skala vid hemgång från BB, som majoriteten av de som angav att den hade en strukturerad metod gjorde, är en enkel och billig metod. Hur och var kvinnorna med traumatiska förlossningsupplevelser ska handläggas ingick dock inte i frågeställningen, men över hälften av klinikererna angav att de har inarbetade samarbetskanaler med psykiatri och socialtjänst gällande psykosociala riskgraviditeter. Enligt en tidigare kartläggning 1999 har majoriteten (98%) av kliniker specialverksamhet för att ta hand om förlossningsrädda kvinnor (3).

HBT frågorna är i samhället och inom en del landsting ett prioriterat område i dagsläget. Enligt enkätsvaren hade endast en tredjedel av klinikerna haft HBT-utbildning hittills. Troligtvis kommer antalet kliniker som skaffat sig kompetens inom HBT frågor att öka inom det närmsta året.

Flera av delmålen för ST-utbildningen rör handläggandet av krisreaktioner och en majoritet (50-92%) av klinikerna hade rutiner just för handläggandet av de vanligaste "krisgrupperna".

Frageställningar inom kvinnosjukvården ställer även patienterna inför svåra etiska situationer ex i samband med abortrådgivning. Traditionellt har kuratorer och beteendevetare haft en viktig roll i arbetet att stötta patienter i sina val eller i bearbetning av traumatiska händelser, och på det sättet värdefullt avlastat läkarnas arbete. Elva kliniker har planer på att minska det befintliga tjänsteutrymmet pga det ekonomiska läget, vilket sannolikt kommer att påverka läkarnas arbets-situation.

Kartläggningen av psykosociala resurser inom Kvinnosjukvården 2009 presenterades på verksamhetsmötet i Stockholm i början av februari. På mötet framkom ett tydligt behov av att diskutera kvinno-sjukvårdens uppdrag gällande psykosociala frågor – vilka ska vi handlägga inom specialiteten, och när ska vi skicka vidare?

Inom många delområden har många kliniker tagit fram gemensamma riktlinjer och utarbetat ett strukturerat samarbete mellan olika vårdinstanser. Detta är viktigt för att underlätta omhändertag-

andet av psykosociala patienter. Kännetecknande för en kvalitativ verksamhet är också regelbunden handledning samt utbildning i metoder och förhållningssätt – verktyg som kan vara avgörande, framför allt för våra yngre kollegor, för att orka jobba med vår spännande specialitet fram till pensioneringen.

## Referenser

1. Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmaki E, Saisto T. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *Bjog* 2009;116(1):67-73.
2. Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section--a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009;88(7):807-13.
3. Nieminen K, Wijma K, Andersson L, Björklund U, Norbeck M, Ryding EL och Sjögren B. Omhändertagandet av förlossningsrädda kvinnor i Sverige 1999. *Medlemsbladet* 2001;5:12-13

---

# Nationella upphandlingen av HPV-vaccin

Nationell upphandling av HPV vaccin inför skolvaccination av flickor födda 1999 med början hösten 2010 pågår. I skrivande stund är upphandlingen inte avgjord eftersom det pågår en rättsprocess. Det remarkabla är att den nya prisnivån är en bråkdel av tidigare listpris vilket innebär att det kommer att finnas ett ekonomiskt utrymme att vaccinera flera

årskullar, sk catch-up vilket C-ARG har uttalat sig för, men som inte funnit med i Socialstyrelsens rekommendation av kostnadsskäl. Det är mycket glädjande och implementeringen av vaccinationen bör ske inom ramen för skolhälsovården för att ge en hög och jämlik täckningsgrad. Vi uppmanar SFOGs medlemmar att agera lokalt för att sådan catch-up

vaccination kommer tillstånd. Mer information om utvecklingen kommer att läggas ut på SFOGs hemsida.

*Bengt Andrae* ordf C-ARG  
*Kristina Elfgrén* sekr C-ARG  
*Ulf Högberg* Ordf SFOG

# Kodfrågan

Nu har ni nog hunnit bekanta er lite med den nya upplagan av Diagnoshandboken. Visst lyser den vårgröna färgen upp! Tyvärr blev omslaget inte plastlaminerat, trots att det var upp gjort att kvaliteten skulle vara samma som tidigare.

En nyhet som jag tror många uppskattar är att DH finns tillgänglig för nedladdning från hemsidan. En sökfunktion finns inlagd, så att man kan skriva ett ord eller kod i sökrutan och ”bläddra” fram till de olika ställen i boken där det finns.

Det är tre saker angående Abortlathunden (som finns längst bak i boken) som jag vill kommentera :

- I översta rutan har förargligt nog ett tryckfel undgått min granskning – det står Grav-text, men ska förstås vara Grav-test.
- I december -09 fick jag klartecken från Socialstyrelsen att vi får använda Åtgärdskoderna DL005 och DL006 för Cytotec resp. Mifegyne både vid abort och missfall. Ändringen i deras beskrivningstext hann dock inte komma med nu utan det dröjer till nästkommande årsskifte. Enligt deras kodtextregler ska huvudtexten inte innehålla läkemedelsnamn, utan det kommer att stå ”DL005 Användande av progesteronhämmare vid abort och missfall. T ex Mifegyne. Läkemedel kan anges med ATC-kod. DL006

Användande av prostaglandin eller prostaglandinanalogue vid abort och missfall. T ex Cytotec. Läkemedel kan anges med ATC-kod.”

Socialstyrelsens texter är inte bindande för hur man formulerar sig i patientjournalen utan bara ett hjälpmedel att välja rätt kod, och man är fri att korta ner t ex i lathundar. Vi har valt att använda dessa koder utan tillägg av ATC-kod, utan DL005 står helt enkelt för Mifegyne och DL006 för Cytotec. Kommer det andra preparat i framtiden som vi övergår till och som passar in på beskrivningstexten är det bara att uppdatera lathundarna.

- Operationskoden LCH13 har vi hittills använt för exeres när en medicinskt inducerad abort är inkomplett. I Abortlathunden står denna kod som ”Exeres vid inkomplett medicinskt/kirurgiskt inducerad abort”. Bakgrunden till detta är att folk har valt olika koder för re-exeres efter kirurgisk abort. Från SFOG-gruppens sida fanns det önskemål om att välja ut en kod att ange på lathunden, så att alla gör lika. En huvudprincip när det gäller koderna i operationsklassifikationen är att koden ska motsvara det man rent kirurgiskt gör vid ingreppet, och att det därför inte ska finnas olika operationskoder för olika typer av diag-

noser om det man gör tekniskt vid operationen är samma sak. Denna princip är i högsta grad tillämplig när det gäller re-exeres pga rester efter kirurgisk abort och exeres av rester efter en medikamentellt inducerad abort.

Jag har fått frågan om varför inte A/B/C finns med på Z37.0-koderna på sid. 21 i DH. Det beror på att koden för förtidsbörd, O60, numera har femtepositionsindelning gällande graviditetslängd. Dessutom är veckoindelningen inte samma på O60 som på Z37. Så det är bättre att låta O60 ange graviditetslängden, och låta Z37 ange levande fött/dödfött. (Man måste inte använda femtepositionsindelningen på en kod bara för att den finns.)

En annan fråga som inkommit, är vilken kod man kan använda för en patient som kommer till förlossningen utan att ha förvårdats på MVC. Koden för detta är Z35.3. Den återfinns på sid. 47 i DH under uppslagsordet Graviditetsövervakning, och där med underrubriken Dold graviditet (ej förvårdad enligt rutin).

Hälsningar  
Karin Pihl  
karin.pihl@telia.com

---

## Har du nyligen försvarat din avhandling?

Låt kollegorna runt om i landet få ta del av dina spännande slutsatser.

Skicka in kort sammanfattning på svenska för publikation i Medlemsbladet.

Författarinstruktioner finns på hemsidan, [www.sfog.se](http://www.sfog.se) under fliken Medlemsbladet

Redaktören

[anne.ekeryd-andalen@sfog.se](mailto:anne.ekeryd-andalen@sfog.se)

# Rapport från Nordsvenska Gynekologsällskapets årliga möte

Nordsvenska Gynekologsällskapet håller möte varje år, vartannat år i Umeå och vartannat år på någon av de övriga orterna i Norra regionen. Detta år var det dags för kollegorna i Umeå att stå som arrangörer för mötet som gick av stapeln 25-26 februari.

Själva mötet föregicks av en SFOG-kurs, IVF-behandling - en modern översikt, med Torbjörn Hillensjö som huvudansvarig. Efter lunch på torsdag hälsade sedan föreningens ordförande Torbjörn Bäckström och föreningens sekreterare Per-Åke Holmgren oss alla välkomna.

Först på programmet stod tre presentationer av avhandlingar som försvarats under föregående år vid Institutionen för Klinisk Vetenskap, Obstetrik och Gynekologi i Umeå. Annika Idahl, ST-läkare vid KK Umeå, berättade om sina fynd avseende genitala infektioner, ffa Chlamydia trachomatis, vid infertilitet och ovarialcancer. Förutom de relativt välkända effekterna på fertiliteten hos kvinnor presenterade hon övertygande fynd som visar på en negativ effekt även på manlig fertilitet med nedsatta graviditetschanser hos par där mannen hade IgG och IgA antikroppar mot C. trachomatis. Vad gäller en ev. riskökning för ovarialcancer efter en C. trachomatis infektion finns få tidigare studier, men Annika presenterade en intressant koppling mellan cHSP60 (chlamydia Heat Shock Protein 60) IgG antikroppar och vissa typer av ovarialcancer i en subgruppsanalys, ett fynd som kräver fortsatta studier. C. trachomatis, Mycoplasma genitalium, Neisseria gonorrhoeae, HPV och polyomavirus BKV och JCV kunde inte påvisas i ovarialvävnad hos vare sig kvinnor med eller utan cancer.



*Den lokala organisationskommittén Torbjörn Bäckström, Marie Bixo och Per-Åke Holmgren.*

Magnus Löfgren, läkarstuderande Umeå, visade oss sedan de djurmodeller han utvecklat för att testa effekterna av progesteron, estradiol och allopregnanolon (en progesteronmetabolit med GABA-agonistiska effekter), samt resultaten av dessa och andra tester. Han kunde konstatera att mössen är stabila i sin beteendetyper (dominant eller underordnad) oberoende av situation avseende ångest, risktagande och beteende. Vid progesteron- och östradiolabstinens kvarstod rangordningen mellan mössen men de submissiva (underordnade) mössen hade höga corticosteronnivåer som vid stress. Vid exogen tillförsel av allopregnanolon blev de submissiva mer aggressiva och trotsade rangordningen. Därefter

presenterade han spännande, men ännu preliminära, resultat angående allopregnanolon som aptitstimulerare som potentierar hungerhormonet ghrelin.

Barnmorskan Margareta Persson kunde berätta om gravida kvinnors upplevelse av att få diagnosen graviditetsdiabetes. Kvinnorna beskriver det ofta som att de är "slagna" eller "träffade av blixten" av beskedet. Därefter är tiden fram till förlossning en väntan på sanningens minut som fylls av känslor av ansvar, kontroll, övervakning, att vara socialt avvikande, skydda barnet, ändrad självbild och att anpassa sig till denna nya självbild. Barnmorskorna å andra sidan försökte balansera mellan att bibehålla den goda relationen till kvinnan, att vara

medicinsk väktare och att vara moralens bevarare. Obstetrikerna hade en bild av att det för det mesta var ganska oproblematiskt att hantera kvinnor med graviditetsdiabetes. Det som ändå innebar problem var att hantera de kvinnor ”som inte gör som man säger”, och som egentligen kräver intensifierad övervakning p.g.a. det vulnerabla fostret. Rutinerna och riktlinjerna för diagnos och handläggning av graviditetsdiabetes över landet är mycket varierande visar Margaretas studier. Obstetrikerna kämpar med att i avsaknad av konsensus hitta balans i sin handläggning av kvinnor med graviditetsdiabetes.

Vi fick därefter en inblick i hur sjukvården fungerade vid Kvinnokliniken vid Muhimbili National Hospital i Dar Es Salaam, Tanzania, genom Anna Bäckström, ST-läkare i Sundsvall, som har gjort en av sina randplaceringar under tre månader där. Hon berättade att möjligheten att göra en del av sin ST-utbildning i Tanzania eller Indien finns genom CeFAMs (Centrum För Allmän Medicin) organisation. Hemmakliniken betalar lön medan övriga omkostnader för resa, logi, försäkringar och ev. avgifter betalas av SIDA. Anna mötte stora skillnader i sjukdomspanoramat jämfört med i svensk kvinnosjukvård och skillnaderna rörde f.f.a. den stora volymen av cervixcancer som hos unga kvinnor kunde vara mycket avancerad, samt den höga förekomsten av eklampsier. Anna berättade också om en annorlunda organisation som var mer hierarkisk, innehöll mindre teamarbete, korruption, otydligt ledarskap och svårigheter att hantera situationer där man inte hade tillräcklig kunskap. Resursbristen var tydlig bl.a. i vården av nyfödda som vårdades i barnsalar avsedda för 70 barn, men där det kunde finnas 150-200 barn, ledande till att även den basala hygien blev dålig. I utbildningen av nya läkare satsade man mycket på teoretiska kunskaper, vilket de var mycket duktiga på, men man gav de yngre läkarna för lite stöd i handläggningen av faktiska patienter. Förlossningsövervakningen innebar att lyssna på fosterljuden en gång per timme, CTG användes inte.



*Bo von Schoultz delar med sig av sin rika erfarenhet och kunskap.*

VU gjordes var fjärde timme och partogrammen fördes på papper. När kvinnan sedan ropade, och om det buktade i vulva, förlöstes hon. Det fanns varken sugklocka eller tång, utan obstetriska problem löstes i stor utsträckning med kejsarsnitt. Inga män eller andra anhöriga fick närvara vid förlossningen. Hela upplevelsen i Tanzania hade gjort henne mycket tacksam över den standard och nivå som vi har i Sverige, och gav henne ett minne för livet.

På torsdag kväll hade vi en gemytlig och välbesökt gemensam middag med efterföljande dans på Scharinska villans festvåning som inryms i en av Umeås äldsta bevarade träbyggnader.

Fredagen inleddes med ett symposium om hormonsubstitution i klimakteriet med rikskända Bo von Schoultz, Angelica Lindén-Hirschberg, Inger Sundström-Poroma och Marie Bixo. Bo von Schoultz påminde oss om att endast kombinerad behandling med östrogen och gestagen ger ökad risk för bröstcancer medan enbart östrogen inte ger någon riskökning, snarare möjligen en risksänkning. Det har förts diskussioner om huruvida olika typer av gestagen skulle ge olika risk, men Bo kunde visa flera exempel på att det snarast är en klasseffekt och att ett ”bröst-säkert” gestagen inte finns. Klart är det dock att HRT ger en riskminsk-



*Angelica Lindén-Hirschberg talar om androgensubstitution till kvinnor.*

ning för coloncancer (nästan lika stor som riskökningen för bröstcancer) och endometriecancer, och i WHI (Womens Health Initiative) gick totala dödligheten ner hela 30% i behandlingsgruppen.

Angelica Lindén-Hirschberg lärde oss att testosteronnivåerna i 40-50 års åldern endast är hälften av vad de är i 20-års åldern, och det rör sig om en kontinuerlig åldersberoende nedgång genom åren. Någon markant minskning i samband med menopaus existerar inte. För att man ska kunna sätta diagnosen ”Female Androgen Insufficiency” krävs kliniska symtom i form av värk, trötthet, sexuell dysfunktion, nedsatt muskelstyrka och minskad benmassa samt avsaknad av östrogenbrist. Mätning av fritt testosteron skall vara sänkt, men vad detta innebär är dåligt definierat. Orsakerna kan vara ovariell insufficiens, Mb Addison, CNS-störning, läkemedelsbehandling som t.ex. p-piller vilka minskar den ovariella produktionen av testosteron och höjer SHBG-koncentrationerna, eller kortikosteroider. Vad gäller behandling så finns de tre beredningsformerna gel, plåster och kapsel, men det är endast plåstret som har en dos avpassad speciellt för kvinnor. Vid behandling ser man f.f.a. positiva effekter på den sexuella funktionen, men även på bentäthet och muskelstyrka, medan biverkningar handlar om

ökade blödningar (genombrott och spotting) samt lokala hudreaktioner av plåstret. Möjligen kan behandlingen ha en negativ metabol effekt med minskad insulinkänslighet och minskade HDL-nivåer, men tycks ha en neutral effekt på endometrie och bröst. På dessa låga nivåer av testosterontillförsel ska inte acne, alopeci eller röstförändringar förekomma.

En ny ARG-rapport om HRT skall snart gå i tryck, och Inger Sundström-Poromaa gav oss en försmak på vad den kommer att innehålla. Evidensen är stark för HRT-behandling vid svettningar, vallningar och torra slemhinnor, men måttlig vid sömnstörningar, medan den är svag eller obefintlig för behandling vid nedstämdhet, depression, inkontinens, minnesstörningar, ledbesvär, värk, trötthet, blödningstrassel och nedsatt sexuell lust. Graden av vasomotorsymtom påverkas även negativt av personlighet, stressbenägenhet, rökning, låg fysisk aktivitet, låg social position och övervikt. Ges HRT p.g.a. sömnstörningar bör uppföljning göras efter några månader, och vid utebliven effekt bör annan orsak än östrogenbrist övervägas. Avseende utsättning av HRT finns evidens för att det inte har någon betydelse om utsättningen sker abrupt eller trappas ut. När det gäller urogenitala symtom har östrogenbehandling god effekt vid överaktiv blåsa men inte vid ansträngningsinkontinens. En viss effekt kan ses vid recidiverande UVI. Kvinnor med bröstcancer som står på behandling med aromatashämmare avråds från användning av Vagifem p.g.a. att plasmanivåerna av östradiol faktiskt blir högre än hos en kvinna utan behandling med aromatashämmare. Att HRT har positiv effekt på benmassan är välkänt och man rekommenderar nu att hos en kvinna med hög frakturrisik, och som inte tål bisfosfonater, överväga HRT. Vid POF – Premature Ovarian Failure – rekommenderas hormonell substitution upp till normal klimakterieålder (51 år) med 100 mikrog östradiol dagligen. Kvinnan får då en genomsnittlig risk/nyttoprofil (utan behandling har hon exempelvis en sänkt bröstcancerriik). Därefter



*En del av ST-läkargruppen, flankerad av Elisabeth Nylander och Inga Sjöberg.*

HRT på indikation som för andra kvinnor. Kvinnor med diabetes som startar HRT får förbättrade glukos- och insulinvärden.

Alternativa behandlingar mot vasomotorsymtom i klimakteriet beskrevs av Marie Bixo. Den bästa evidensen finns för SSRI och SNRI preparat som ger en halvering av svettningar och vallningar på relativt höga doser. Effekten är dock sämre än vid östrogenbehandling och biverkningar är vanliga. Ett fåtal studier visar effekt av gabapentin men på grund av hög frekvens biverkningar rekommenderas inte denna behandling. Gestagenbehandling har i ett fåtal, små studier visat god effekt men underlaget är än så länge svagt och mer forskning behövs.

Fredag eftermiddag ägnades åt två parallella sessioner, dels en ST-workshop om vulvasjukdomar, dels en workshop för specialister om extrem prematurbörd. Inga Sjöberg, gynekolog och numera även distriktsläkare i Umeå, och Elisabeth Nylander, Hud och STD-kliniken, NUS, engagerade ST-läkarna i en diskussion kring diagnos och behandling av olika vulva-sjukdomar. Under denna session hann vi lära oss om såväl diagnos och behandling av Candida, även besvärlig sådan och terapiresistent, som bakteriell vaginos, Lichen ruber och sclerosus, Trichomonas, och vulvadysesesi. En förbisedd diagnos vid olika besvär i vulva tycks vara bäckendysfunktion som kan ge symtom i form av klitorisvärk, ensi-

dig smärta, uretrit, djup dyspareuni mm. Vid fynd av ömmande sacro-uterin ligament, sacro-spinosus ligament eller psoasmuskulatur samt dålig rörlighet i SI-lederna, och i avsaknad av andra diagnoser, är bäckendysfunktion en sannolik diagnos. Remiss till sjukgymnast med kompetens i ortopedisk medicin kan då vara av värde.

Den andra sessionen handlade om fortbildning för specialister med fokus på bakjournskompetens rörande extrem prematuritet. Aijaz Farooqi och Stellan Håkansson från Barn- och ungdomskliniken deltog och kunde rapportera utfallet vid extrem prematurbörd inom ramen för 27-veckors studien men även ge en del fallbeskrivningar. Per Åke Holmgren ledde sedan diskussionen om strategier vid transport av mammor med hotande extrem prematurbörd från sjukhusen i norra regionen till Norrlands universitetssjukhus, behandling med tokolytika, kortison och antibiotika med mera.

Avslutningsvis hölls en audit av Maria Smedberg, obstetriker NUS, om handläggning av sätesförlossningar vilken visade på de olikheter vi har i handläggning och syn på de vaginala sätesförlossningarnas vara eller inte vara. Diskussionen blev stundtals livlig.

Nästa år kommer Nordsvenska Gynekologsällskapet att hålla sitt årliga möte i Åre den 17-18 mars i anslutning till Mittnordenmötet i obstetrik/gynekologi som går av stapeln den 18-19 mars. ■



# Vintermötet 2010

För fem år sedan arrangerade privatgynkologerna i Stockholm för första gången det årliga Vintermötet på Grand Hotel. I år var det dags igen och en solig vinterfredag den 5 februari hälsade organisationskommittens sammankallande Harald Almström vid BB Stockholm och UltraGyn oss välkomna till Cirkus på Djurgården, där ca 250 kollegor samlats.

## Gynekologi

*Moderator Maria Jarkander-Rolff vid Octavia kliniken*

För fem år sedan var temat för gyn-sessionen benign kirurgi i öppenvård. Årets gyn-session innehöll ett bredare urval av ämnen. Programmet visade på den allt större kvantitet som bedrivs inom privat sjukvård och också med en hög kvalitet.

Första föredraget hölls av Kersti Lindelöw, verksamhetschef på Octavia Kliniken, som redogjorde för en genomgång av 2007 års 630 aborter. Ungefär 12% av Stockholmregionens medicinska aborter utfördes det året på Octavia.

Sedan hemaborter blev möjligt år 2005 så har den möjligheten funnits även på Octavia. Andelen kvinnor som gör medicinsk abort hemma jämfört med på mottagningen har successivt ökat till att vara 50% år 2009. En trend man också ser i övriga landet. Cirka 95% av de medicinska aborterna genomfördes utan komplikationer eller behov av skrapning. Huvuddelen av patienterna var nöjda med sitt beslut och val av abortmetod.

Nästa inslag hölls av Annika Cronsioe från Gyn Stockholm S:t Görans sjukhus. En film med praktiska aspekter kring vaginala hysterectomier visades. Gyn Stockholm är den klinik i landet som utför flest sådana ingrepp.

Därefter redogjorde Catharina Lyckeborg från UltraGyn och Lisbeth Kollin, sjuksköterska och kundansvarig på MedHelp om ett Gynakutprojekt som startade sommaren 2009. Projektet syftade till att förbättra MedHelps bokningssystem, hitta gemensamma rutiner

**Maria Jarkander-Rolff**, Octavia-kliniken

**Ann Hjelm**, BB Stockholm

**Lars Nylund**, Sophiahemmets IVF-klinik

**Ragnhild Hjertberg**, UltraGyn

*Foto: Annika Cronsioe*

i bokningsprocessen och att se till att "rätt patienter" erbjuds vård på rätt nivå. I uppföljningen efter 6 månader såg man bland annat att tiderna bokades upp i hög grad jämfört med tidigare försök. 50 % av patienterna angav att man skulle ha sökt på akuten om inte denna tid bokats. Sammanfattningsvis var den nya effektiva sjukvårdsrådgivningen både kostnadsbesparande och kostnadseffektiv och är ett bra exempel på samverkan mellan privat öppenvård och sjukhus.

Därefter redovisade Jörgen Nathorst-Böös från Sabbatsberg sjukhus, Aleris statistik kring hysteroskopi ingrepp från Gynkvalitetsregistret (GKR). Detta är sedan 2005 ett alternativ till Gynopregistret och samordning pågår nu mellan de båda registren. Registreringen av hysteroskopier kom igång hösten 2007

varför resultaten redovisades fr.o.m sept 2007 fram till sept 2009. Av de 3331 ingrepp som gjordes, utfördes knappt hälften på Sabbatsbergs sjukhus. Den vanligaste diagnosen var corpuspolyp. Komplikationerna var få och lindriga i de flesta fall. Endast en allvarlig peroperativ incident med tarm skada (0,03%) och fem allvarliga postoperativa infektioner (0,15%) noterades i hela materialet.

Sedan berättade Nanna Kjeastadius Persson, verksam vid Sophiahemmet, om akupressur som behandling av vestibulitmärtor. I en uppföljning av drygt 100 kvinnor föreföll metoden vara ett bra alternativ. Metoden kräver som all vestibulitbehandling stort engagemang och att mycket tid läggs ned på skriftlig och muntlig information.

Sista föredraget i gyn-sessionen hölls av plastikkirurg Lieselott Frost Arner från Kliniken Plastikkirurgi vid S:t Görans sjukhus. Hon var tidigare överläkare under många år vid Universitetssjukhuset MAS i Malmö, där hon förutom att vara chef för brännskadevården i södra Sverige också opererade kvinnliga genitala missbildningar. Föreläsningen visade exempel på tekniker att korrigera dessa ovanliga tillstånd.



*Kerstin Lindelöw, Octaviakliniken.*



*Livlig debatt.*



*Festlig avslutning på Nordiska museet.*

## Förlossning

*Moderator Ann Hjelm vid BB Stockholm*  
Under obstetrikssessionen fick vi lyssna på tre barnmorskor från BB Stockholm.

Att oxytocin användning och epiduralanalogi under förlossningen påverkar mor och barn, psykologiskt och fysiologiskt efter födelsen har Wibeke Jonas visat i sin avhandling från 2009. Oxytocinadministrering under förlossningen har en negativ påverkan på den egna oxytocinfrisättningen, men ökar moderns lugn och avslappning dagarna efter förlossningen. Denna effekt uteblir om modern fått en epiduralbedövning som smärtlindring. Att skillnader i barnens hudtemperatur vid amning påverkas av oxytocintillförsel och epiduralbedövning under förlossningen har också påvisats.

Anna-Karin Klint Carlander har studerat om förlossningssättet har inflytande på mammans kontakt med sitt barn, och även med sin partner. Undersökningen genomfördes med en självvärderingsskala 2 dagar samt 3 och 6 månader efter förlossningen. Någon skillnad i denna kontakt kunde inte uppmätas beroende på förlossningssätt. Mödrar med en vaginal förlossning visade däremot mindre tecken på nedstämdhet vid varje mättillfälle jämfört med dem som förlöstes med kejsarsnitt.

Ungefär 13 % av alla nyblivna mödrar

visar tecken på postnatal depression. I en studie genomförd av Ingela Wiklund och medarbetare har man kunnat visa att kognitiv samtalsbehandling utförd vid tre tillfällen är en effektiv metod att förebygga postpartum depressioner.

## Fertilitet

*Moderator Lars Nylund vid Sophiahemmet IVF-klinik*

Efter lunch hörde vi först fyra spännande föredrag om fertilitet. De första tre handlade om IVF. Utvecklingen har ju gått oerhört snabbt. Idag finns det 4 miljoner IVF-barn i världen. Europa är mycket aktivt och ungefär hälften av all IVF verksamhet sker här. I Sverige är 3 % av alla barn födda efter IVF. De privata klinikerna var tidiga med att göra IVF och startade redan 1984.

Utvecklingen idag går mot förenkling av verksamheten och Arthur Aanesen från Sophiahemmet inledde med ett arbete om "Lättstimulerad cykel". Det var en genomgång av ett 10-årsmaterial omfattande 129 cykler med IVF i naturlig cykel och 250 cykler där enda stimuleringen var 10 tabletter klomifencitrat, lättstimulerad IVF. Graviditetsfrekvensen per embryo transfer var 26 % i båda grupperna, men frekvensen brutna cykler var mycket hög; 54 resp. 40 %. Diskussionen efteråt kretsade förstas kring om det är acceptabelt med så högt bortfall. Svaret

blev att graviditetsfrekvensen trots allt är acceptabel per embryo transfer, att många patienter uppskattar att slippa omfattande hormonbehandling och att kostnaden för läkemedel blir försvinnande låg, något som kan vara allt viktigare i framtiden.

Carolina Tristen vid IVF-kliniken Stockholm presenterade föredraget "Kort hormonstimulering vid IVF har många fördelar". Det belyste en annan trend idag, som är att göra allt fler IVF-stimuleringar med hjälp av GnRH-antagonisterna Orgalutran eller Cetrotide. Fördelarna är att man kommer igång snabbare med stimuleringen, att risken för ovariellt överstimuleringsyndrom minskar jämfört med GnRH agonist-stimulering och att patienterna slipper flera av agonisternas biverkningar orsakade av de låga östrogennivåerna efter nedreglering. De korta antagonist-protokollen är alltså ytterligare ett exempel på att IVF-behandlingarna går mot större enkelhet.

Det tredje IVF-bidraget framfördes av Sarah Nordqvist vid Fertilitetscentrum Stockholm: "Blastocystodling kan optimera IVF-behandling". Att odla embryot i 5 dagar till blastocyst istället för att återföra det till livmodern dag 2 eller 3 ger större möjlighet att selektera det bästa embryot. Övertaliga blastocyster fryses. Föredragshållaren var övertygad om fördelarna t.ex. högre graviditetsfrekvens



*Diplom och ros för avlagd specialistexamen.*

även om hela förfarandet är mycket arbetskrävande. I den efterföljande diskussionen nämndes den teoretiska risken för epigenetiska effekter vid blastocystodling. KG Nygren berättade att man snart kommer att publicera ett stort svenskt material där barn följts upp efter olika typer av IVF-behandling och då kommer även barn efter blastocystodling att ingå.

Det avslutande föredraget i fertilitetsblocket hölls av Arne Rådestad, Sabbatsberg: Polyper - "to leave or not to leave". Han visade eleganta operationssekvenser från hysteroskopiska resektioner av polyper i uterus. Hur viktigt är det ur fertilitetssynpunkt att diagnosticera och operera polyperna? Svaret blev att det är viktigt för patienterna att vi gör de här behandlingarna. Arne Rådestad ansåg att man kan vänta med assisterad befruktning några månader efter polypektomi eftersom det förekommer spontan graviditet inom 3-6 månader. I diskussionen efteråt ställdes frågan var gränsen går storleksmässigt för att göra en resektion och föredragshållaren angav 5 mm som en minimigräns för operativ åtgärd.

### Lika vård för alla?

*Moderator Ragnhild Hjertberg vid UltraGyn*

Den avslutande sessionen inleddes av Hanne Kjöllér, ledarskribent i DN, som talade om hur olika bedömningen av gravida med behov av sjukskrivning är i Sverige. Vid den undersökning hon gjorde för ett par år sedan var differensen stor mellan antalet sjukskrivna i olika länsting. När hon nu gjorde en aktuell snabb genomgång av sjukskrivningstalen visade det sig att skillnaderna avseende antalet sjukskrivna nästan försvunnit. Hon spekulerade i om det kunde bero på den debatt som förts avseende sjukskrivning generellt eller avseende graviditet sett som sjukdom eller ej som gett denna effekt.

Därefter tog Anna Marsk, gynekolog vid UltraGyn vid, och hon ställde frågan om samma information till alla är en utopi. Tillsammans med Ulla Björklund, MÖL vid SÖS, Susanne Åhlund barnmorska Gamla Stan samt Maria Kloow Karolinska Solna och med stöd av Stockholms Läns Landsting har hon gjort en informationsfilm om fosterdiagnostik. Resultaten av en enkätstudie som de

genomfört visade, att de kvinnor som lotats till att se filmen hade mer kunskaper och kände sig bättre informerade om vad fosterdiagnostik innebar jämfört med de kvinnor som fått sedvanlig muntlig och skriftlig information.

Helena Fadl, MÖL i Örebro berättade om hur man där resonerat när KUB testet (Kombinerat Ultraljud och Blodprov) erbjöds till alla gravida. Ett imponerande väl genomtänkt program med utbildning togs fram och nu fungerar det så att alla kvinnor får erbjudande om information på sin MVC. Kvinnorna får sedan själva aktivt ringa till mottagningen med specialutbildade barnmorskor och läkare för att få information om fosterdiagnostik. Om kvinnan därefter beslutar sig för att göra en undersökning ringer hon själv och bokar en tid för detta.

En avslutande livlig debatt mellan föredragshållarna och auditoriet blev en god avslutning på en givande och inspirerande föreläsningdag. Den följdes av en festlig kväll på Nordiska museet, där Cirkus Cirkör fullbordade dagen cirkusstämning. ■



*Cirkus Cirkör underhåll med halsbrytande akrobatik.*

# Information om Svenska referensgruppen för fosterövervakning

Perinatal-ARG bildade 2007 på uppdrag av SFOG en referensgrupp för fosterövervakning, i första hand för fall som övervakats med CTG/ ST-analys men även för fall som övervakats med enbart CTG.

## Uppgifter för gruppen

- Utarbeta professionens nationella riktlinjer för ST-analys användning i Sverige. Riktlinjer publicerades senast 2007 i SFOGs medlemsblad 5/2007. Reviderade riktlinjer som överensstämmer med schemat för CTG klassificering i det ny utbildningsprogrammet för CTG har nu tagits fram och bifogas.
- Erbjudna möjligheter för användare av CTG med eller utan ST-analys att få kommentarer, second opinion”, om inskickade kurvor med fallbeskrivningar.
- Utveckla utbildningsprogram. Två av gruppens medlemmar (Elisabeth Almström och Andreas Herbst) har deltagit i framtagandet av det nya utbildningsprogrammet i CTG och fosterövervakning.

## Gruppens medlemmar är:

Elisabeth Almström (obstetriker), Isis Amer-Wählin (obstetriker, sekreterare), Mats Blennow (neonatolog), Jesper Clausen (obstetriker), Andreas Herbst (obstetriker), Marianne Hjalmarsson

(barnmorska), Tony Lavesson (obstetriker), Karin Lundmark (barnmorska), Ulla-Britt Wennerholm (obstetriker, ordförande).

Agneta Cedefors-Blom, är sekreterare och koordinator för gruppen och administrerar hanteringen av fallen. [agneta.cedefors-blom@obgyn.gu.se](mailto:agneta.cedefors-blom@obgyn.gu.se)

Alla kliniker är välkomna att skicka in CTG fall med eller utan ST-analys för kommentarer. Kurvorna skall skickas avidentifierade men kodade med ett registreringsnummer som erhålls av gruppens sekreterare Agneta Cedefors-Blom. Gruppen träffas 2-3 gånger per år och har telefonmöten varannan månad för bedömning av inskickade kurvor. Därefter skickas svar till respektive klinik. Efter överenskommelse med respektive klinik publiceras fallet på referensgruppens hemsida. OBS! Man behöver inte längre vara inloggad för att se fallen.

Det är viktigt att påpeka att svar från referensgruppen inte skall vara en del av journalen utan är en form av fortbildning för användare av CTG/ST-analys. Bedömningar kommer främst att gälla

tolkning av CTG/STanalys och inte synpunkter på den kliniska handläggningen av fallen.

För anvisningar se bifogade ”Arbets sätt för fallgenomgång med second opinion i Svensk referensgrupp för fosterövervakning”.

Under hösten planeras även ett möte för samtliga intresserade i landet kring fosterövervakning med falldiskussioner.

Referensgruppens hemsida nås via Perinatal-ARGs hemsida [www.sfog.se/startPage.aspx](http://www.sfog.se/startPage.aspx)

*Referensgruppen för fosterövervakning*  
Ulla-Britt Wennerholm  
[ulla-britt.wennerholm@vgregion.se](mailto:ulla-britt.wennerholm@vgregion.se) ■

## Arbetsätt för fallgenomgång med second opinion i Svensk referensgrupp för fosterövervakning

### Uppgifter

- ta emot CTG/ST-analyskurvor från alla kliniker
- skicka ut till gruppens medlemmar för bedömning
- samordna/diskutera i gruppen utlåtandet
- skicka tillbaka gruppens utlåtande till kliniken
- publicera fallet på hemsidan

F.n. pågår arbete med att förenkla in-skickandet av fallen. Vi hoppas inom kort kunna presentera ett webbaserat formulär för inmatning av fallen.

Tills vidare gäller det gamla förfaringsättet:

CTG/STAN-registreringar skickas elektroniskt till gruppens sekreterare (Agneta Cedefors-Blom), som vidarebefordrar dem till gruppens medlemmar

Kurvorna skickas avidentifierade men kodade med ett registreringsnummer som erhålls av gruppens sekreterare.

### Tillvägagångssätt:

1. Kontakta sekreterare Agneta Cedefors-Blom, e-postadress: agneta.cedeforsblom@obgyn.gu.se för att få ett registreringsnummer för fallet.
2. Avidentifiera registreringen.
3. Skicka kurva och fallbeskrivning via e-post till Agneta.

STAN-registreringar avidentifieras och skickas lättast med hjälp av STAN Viewer. Registreringarna kan avidentifieras med hjälp av e-postfunktionen i STAN Viewer eller med hjälp av

STN Anonymizer från Neoventa (instruktioner bifogas). CTG-registreringar i Milou kan avidentifieras och skickas som PDF-fil. Alternativt kan registreringen skannas för att skickas med e-post.

Vid problem med STAN Viewer eller STN Anonymizer, var vänlig kontakta Neoventa på adress

www.neoventa.se/Articles/Support/inquiry.html och ange klinisk support vid "Typ av förfrågan" alternativt kontakta dem på tfn 031- 758 32 00.

**Observera!** Vi har tyvärr ingen möjlighet att ta emot fall i pappersform.

### Med kurvan ska följa fallbeskrivning

1. Kort sammanfattning av fallet med en specifik frågeställning
2. Kopior/uppgifter från journaler, som är aktuella för bedömning utifrån frågeställningen:  
MHV 1-3, förlossningsjournal, partogram, skalpprover, FV2  
Barnjournal med neonatalt förlopp i akutskede och på NICU, undersöknings- och utredningsresultat såsom syrabasstatus första dygnet, njur/leverpåverkan, CT/MRI/ultraljud, CFM/EEG, NE klassifikation, etc.

2. Sekreteraren skickar ut CTG/STAN-kurva och fallbeskrivning till gruppmedlemmarna och anger tiden för genomgång av fallet.

Gruppen träffas två gånger/år (i samband med perinatalmöten) och har telefonmöten en gång var annan månad .

3. En gruppmedlem formulerar en bedömning, som skickas ut för synpunkter inom gruppen innan svar ges till inskickande klinik.
4. Fallet publiceras på referensgruppens hemsida om tillstånd ges från inremitterande.

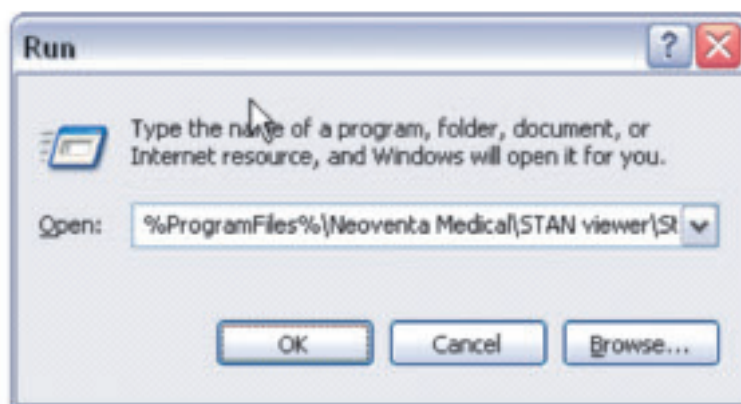
PERINATAL-ARG

*Referensgruppen för fosterövervakning* ■

## Starta StnAnonymizer

**OBS! STAN Viewer måste vara installerad på datorn.**

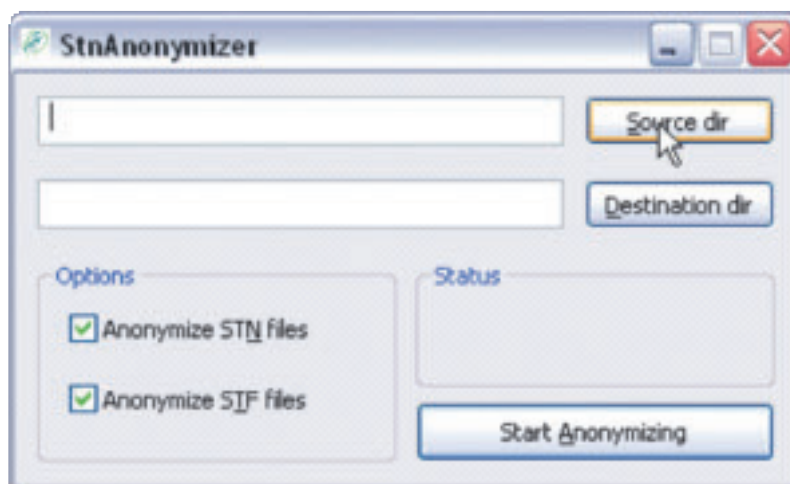
1. Klicka på  (Start).
2. Klicka på **Run... (Kör...)**
3. I fältet bredvid **Open (Öppna)** skriv:  
**%ProgramFiles%\Neoventa Medical\STAN viewer \StnAnonymizer.exe**



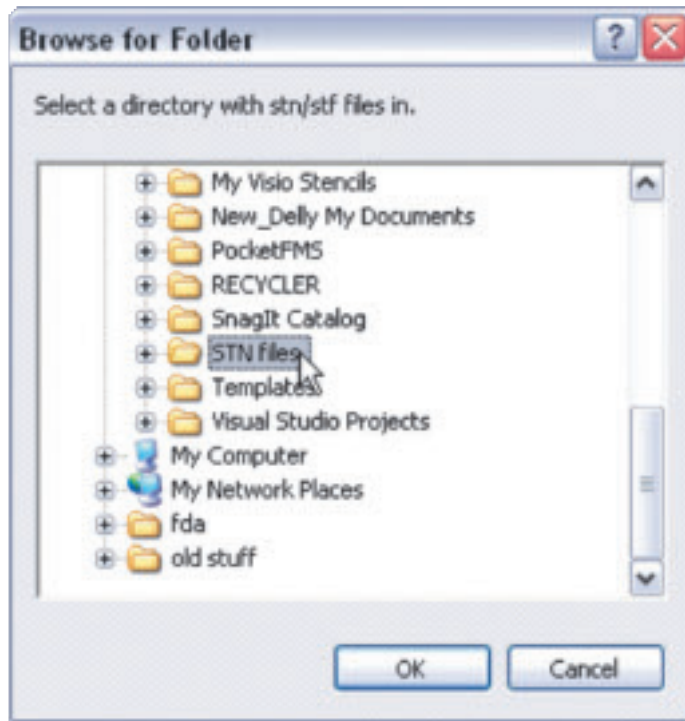
4. Klicka på **OK**.

## Anonymisera registreringar

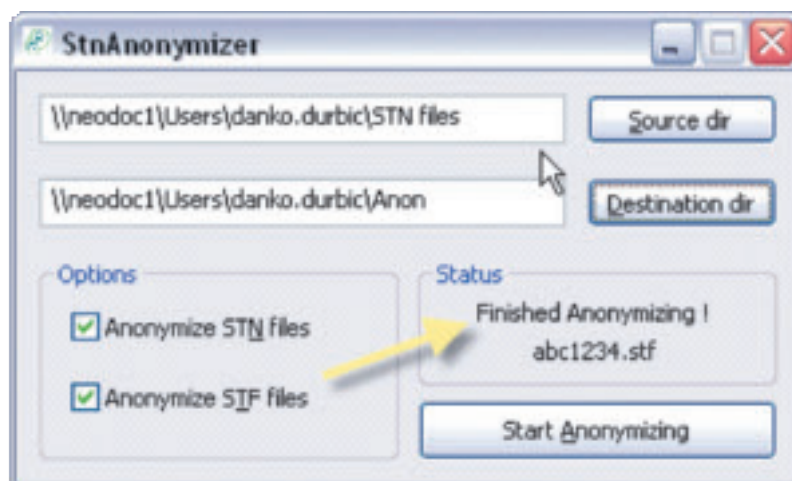
5. I **StnAnonymizer**-fönstret klicka på **Source dir**:



6. Välj mapp som innehåller STN filer för anonymisering (originalfilerna från STAN):



7. Klicka på **OK**.
8. I **StnAnonymizer**-fönstret klicka på **Destination dir**.
9. Välj mapp som du vill att anonymiserade STN filer ska sparas i. Det får inte vara samma mapp som originalfilerna finns i.
10. Klicka på **OK**.
11. I **StnAnonymizer**-fönstret klicka på **Start Anonymizing**.
12. Vänta tills det står: "Finished Anonymizing" i **Status**-rutan.



13. Nu kan du stänga **StnAnonymizer**. De anonymiserade filerna kan nu skickas som vanliga "attachments". Lägga märke till att de anonymiserade filerna har längre namn och slutar på **.STF** i stället för **.STN**.

# Riktlinjer för fosterövervakning med CTG och ST-analys, uppdaterade svenska rekommendationer

Fosterövervakning med EKG är en teknik som införts i syfte att förbättra identifieringen av intrapartal asfyxi och minska antalet onödiga operativa förlossningsingrepp pga falskt positiva CTG mönster. Tekniken är utvecklad i Sverige och har prövats i flera randomiserade studier (1). Den senaste hittills största studien är genomförd i Holland på 5700 förlossningar (2). Metoden har framför allt fått spridning i Europa men introduceras för närvarande i USA sedan godkännandet av Food and Drug Administration och en amerikansk NIH-finansierad studie är under uppstart.

Med införandet av ny teknik följer ny kunskap och metodens begränsningar och riskerna för användarfel har uppmärksamats (3). För att komma till rätta med detta har nordiska och europeiska expertmöten diskuterat frågorna och utarbetat reviderade riktlinjer (4). Perinatal-ARG (en arbetsgrupp inom SFOG) utsåg 2007 en svensk referensgrupp för fosterövervakning i syfte att arbeta för kvalitetssäkring inom området. Detta har skett genom att svenska riktlinjer och rekommendationer publicerats (medlemsbladet 5/2007). Gruppen har också deltagit i arbetet med det webbaserade CTG-utbildningsprogrammet i samarbete med Svenska Barnmorskeförbundet och LÖF.

Vi vill i detta nummer av medlemsbladet presentera en reviderad version av ST-riktlinjerna efter anpassning till det nya svenska utbildningsprogrammet i CTG och fosterövervakning och de riktlinjer som givits ut för CTG i samband med detta ([www.ctgutbildning.se](http://www.ctgutbildning.se)).

## CTG-tolkning

Ett normalt och reaktivt CTG innebär att fostret kan hantera den stresssituation som förlossningen innebär. ST-händelse vid normalt CTG har därför ingen patologisk betydelse utan kan vara en s.k. "arousal" reaktion sammanhängande med utsöndring av stresshormoner.

När CTG-förändringar uppstår, kan ST-analys ge ytterligare information om sannolikheten för att en asfyxi är under utveckling och de kliniska riktlinjerna ger rekommendationer i de situationer då intervention krävs. Valet av interventionen beror på orsaken till fosterpåverkan och förlossningsförlopp.

Handläggning av en förlossning är en komplex process som kräver ställningstagande till både maternella och fetala faktorer för korrekta beslut. De kliniska riktlinjerna är rekommendationer baserade på studier och klinisk erfarenhet. De bör användas tillsammans med individualiserad klinisk bedömning.

## Referenser

1. Neilson JP. Fetal electrocardiogram (ECG) for fetal monitoring during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD000116. DOI: 10.1002/14651858.CD000116.pub2.
2. Westerhuis ME. Intrapartum fetal monitoring by ST-analysis of the fetal ECG. Thesis, Utrecht University ISBN 978-90-393-5247-2
3. Westerhuis ME, Kwee A, van Ginkel AA, Drogtróp AP, Gyselaers WJ, Visser GH. Limitations of ST analysis in clinical practice: three cases of intrapartum metabolic acidosis. BJOG. 2007 Oct;114(10):1194-201
4. Amer-Wahlin I, Arulkumaran S, Hagberg H, Marsal K, Visser GH. Fetal electrocardiogram: ST waveform analysis in intrapartum surveillance. BJOG. 2007; 114(10):1191-3.

*Referensgruppen för fosterövervakning*



## Riktlinjer

### Vid start av ST-analys

- >36+0 gestationsveckor
- Brustna hinnor
- Inga kontraindikationer mot skalpelektrod
- Starta helst i öppningskedet
- Klassificera CTG
- Kontrollera reaktivitet och att det inte finns tecken till asfyxi (tag ev. skalpprov)
- Kontrollera att EKG har normal vågform och att signalkvaliteten är god
- Kontrollera i händelseloggen att baslinje T/QRS blir fastställd

### Under den fortsatta registreringen

- Om CTG ej är normalt och ST-händelse uppträder bör läkare alltid tillkallas. Då indikation för intervention uppstår är åtgärden beroende på den förmodade orsaken till CTG- och ST-avvikelsen, hur långt förlossningen framskridit, och den kliniska situationen i övrigt.

Åtgärder kan vara eliminering av orsaken till fosterpåverkan (såsom överstimulering eller maternell hypotoni/vena cava syndrom), skalpprovtagning eller förlossning. Under utdrivningskedet, som är en högrisksituation för fostret rekommenderas omedelbar instrumentell vaginal förlossning eller kejsarsnitt, om inte spontan förlossning kan förväntas inom 5-10 minuter.

- Patologiskt CTG-mönster i > 60 min även med normal ST, kräver förnyad värdering av fostrets tillstånd (t.ex. genom skalpblodprov).
- Om CTG försämrats snabbt, t.ex. bestående bradykardi eller tillkomst av ytterligare avvikande faktorer bör intervention ske även om inte ST-event uppträder.

- Vid en paus i registreringen, eller vid dålig signalkvalitet med avsaknad av T/QRS-kvoter mer än 4 min, kan ST-information utebli.
- Vid feber hos modern ökar fostrets asfyxikänslighet. Förutom antipyretika (och ev. antibiotika) rekommenderas att tröskeln till intervention sänks. Försiktighet bör iakttas om T/QRS-kvoten är hög (>0,25) redan från starten av registreringen.

### Överväg skalpprovtagning

- Vid start av ST-analys om CTG ej är normalt.
- Om STAN kopplas sent i förlossningsförloppet.
- När CTG tolkningen är osäker eller CTG patologiskt > 60 min.
- Efter ST-händelse under öppningskedet där CTG inte normaliseras vid fortsatt övervakning trots åtgärd.

### Klassificering av CTG

	Basallinje hjärtfrekvens	Variabilitet/Reaktivitet	Decelerationer	Kontraktioner
Normalt CTG	• 110-150 slag/min	• 5-25 slag/min • ≥2 accelerationer per 60 min	• Inga decelerationer • Uniforma tidiga decelerationer • Variabla okomplicerade decelerationer med duration <30 sek och amplitud <60 slag	• 5 eller färre kontraktioner per 10 min
Avvikande CTG	• 100-110 slag/min • 150-170 slag/min • <100 slag/min i ≤3 min	• <5 slag/min >40 min utan accelerationer • >25 slag/min (saltatoriskt mönster) • <2 accelerationer per 60 min	• Variabla okomplicerade decelerationer med duration 30-60 sek* och/eller amplitud >60 slag	• >5 kontraktioner per 10 min
Vid en kombination av 2 eller fler avvikande faktorer klassificeras CTG-kurvan misstänkt patologisk				
Patologiskt CTG	• >170 slag/min • <100 slag/min i >3 min	• <5 slag/min i >60 min utan accelerationer • Sinusoidalt mönster	• Variabla komplicerade decelerationer med duration >60 sek • Uniforma sena decelerationer • Kombinerade decelerationer	
Preterminalt CTG	• Upphövd variabilitet (<2 slag/min) utan accelerationer, oavsett decelerationer/hjärtfrekvens			

\* När CTG används tillsammans med ST-analys klassificeras variabla decelerationer med duration 30-60 sekunder som ett normalt mönster om inte amplituden överstiger 60 slag

### ST analys

Dessa riktlinjer indikerar situationer i vilka obstetrisk intervention behövs. Intervention kan vara eliminering av orsaken till fosterpåverkan (såsom överstimulering eller maternell hypotoni/vena cava syndrom), skalpprovtagning eller förlossning

	Normalt CTG	Avvikande CTG	Patologiskt CTG	Preterminalt CTG
Episodisk T/QRS stegring		• >0.15	• >0.10	• Omedelbar förlossning
Baslinje T/QRS stegring	• Fortsatt observation	• >0.10	• >0.05	
Bifasiskt ST		• 3 Bifasiska ST händelseloggar	• 2 Bifasiska ST händelseloggar	

Dessa kliniska riktlinjer är utarbetade av Perinatal-ARGs Referensgrupp för Fosterövervakning.

**ST-ARBETE**

# Medicinsk behandling vid missfall med fokus på missed abortion/ofostrig graviditet

**Bakgrund**

Missfall i tidig graviditet är vanligt. 15-20% av alla graviditeter slutar med ett tidigt missfall. Vid missed abortion och ofostrig graviditet ses en icke viabel graviditet, med ringa blödning och ofta en sluten cervix. Vid ett inkomplett missfall ses heterogent innehåll i livmodern med anamnes på blödning/klumpar. Komplet missfall har definierats som en livmoderslemhinna med tjocklek mindre än 15mm. Det finns tre alternativ för handläggning av tidiga missfall, nämligen skrapning (VEX), expektans eller medicinsk behandling. Skrapning är ett enkelt ingrepp men det innebär vissa risker även om dessa är små. Medan expektans är en etablerad metod vid inkompleta missfall, så kan det ta avsevärt längre tid innan graviditeten stöts ut vid missed abortion och ofostrig graviditet. Flera olika medicinska regimer som inkluderar prostaglandinanaloger (främst misoprostol = Cytotec) har prövats vid missfall. Mifepristone (Mifegyne) är en progesteron antagonist som ges rutinmässigt vid inducerade medicinska aborter och som även har använts vid medicinsk behandling av missfall. Studierna kan vara svårtolkade eftersom man ofta har inkluderat både inkompleta missfall, ofostrig graviditet och missed abortion i materialet.

**Syfte**

1) Att införa behandlingsriktlinjer för medicinsk behandling vid missed abortion/ofostrig graviditet på kvinnokliniken i Gävle.

**Balsam Haseeb**, Kvinnokliniken, Gävle sjukhus  
balsam.haseeb@lg.se  
*Handledare:* Peter Smith, Kvinnokliniken, Gävle sjukhus

- 2) Att inventera och jämföra de metoder som används vid missed abortion/ ofostrig graviditet på kliniken, samt se eventuella förändringar efter införandet av nya behandlingsriktlinjer.
- 3) Att genomföra en patientenkät för att utvärdera den medicinska behandlingen vid missed abortion/ofostrig graviditet.

**Metod**

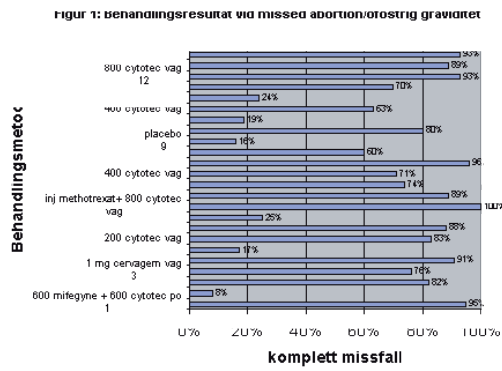
1) Litteraturstudie för att hitta lämplig medicinsk behandlingsregim vid missed abortion/ofostrig graviditet. Sökorden "first trimester miscarriage" + "therapy" samt "Abortion, missed" + "therapy" eller "medical therapy" användes för att hitta RCT. Ett PM utformades och infördes på kliniken.

- 2) Journalgenomgång av alla journaler med diagnoserna missed abortion (O02.1) och ofostrig graviditet (O02.0) under tiden 2005-2007 på kvinnokliniken i Gävle.
- 3) Enkäter till de patienter som har fått medicinsk behandling vid missed abortion/ofostrig graviditet efter införandet av de nya riktlinjerna.

**Resultat**

**1. Litteraturstudie**

Figur 1 illustrerar resultaten från studier där man tittade exklusivt på patienter med missed abortion/ofostrig graviditet. Skrapning ger som förväntat en stor andel kompletta missfall. Expektans var däremot ett mindre lämpligt handläggningsalternativ eftersom många av de patienter som fick placebo inte fick komplett missfall inom studiernas observations tid. Vad gäller den medicinska behandlingen har man studerat Cytotec i olika doseringar, administreringssätt samt utan och i kombination med Mifegyne (alla Cytotec doser i figur 1 är i mikrogram



och Mifegyne doserna är i milligram).  
**Säkerhet:** I en Cochrane review från juli 2006 (Medical treatment for early fetal death) tittade man på 24 studier där 1888 kvinnor ingick och fann mycket få allvarliga komplikationer och inga dödsfall. Medicinsk behandling har ej visats påverka framtida fertilitet negativt enligt Tam et al 2005.

### Riktlinjer som infördes på KK Gävle i september 2006

**Missed abortion** (dvs intrauterin hinn-säck med dött foster samt ringa eller ingen blödning)

**Ofostrig graviditet** (dvs intrauterin tom hinn-säck samt ringa eller ingen blödning)

- 3 Mifegyne + 4 Cytotec vaginalt efter 48h, ineliggande (dagvård)
- Återbesök till barnmorska om 4 veckor (gravitetstest + uppföljningsenkät)
- Om kvinnan inte får en blödning under observationstiden på avdelningen -> återbesök om 1-2 veckor

**Inkomplett missfall** (dvs tjock slemhinna >15mm utan hinn-säck samt anamnes på blödning/klumpar)

- Cytotec 3+2+2 subl (3h interval), polikiniskt
- Återbesök om 1-2 veckor på mottagningen

Efter att diagnosen bekräftas (2 ultraljud krävs vid missed abortion och ofostrig graviditet) informeras patienten om tillgängliga hanläggningsoptioner dvs expektans, skrapning och medicinsk behandling, biverkningar, förväntad blödningstid samt uppföljning. Patienter får sedan välja behandlingsmetod i samråd med läkaren.

**Tabell 1.** Antal fall av missed abortion och ofostrig graviditet samt behandlingsmetoder

	2005	2006	2007	Totalt 05-07
<b>Antal patienter O02.1+O02.0</b>	96	72	133	301
<b>Andel expektans</b>	26%	26%	19%	23%
<b>Andel VEX</b>	38%	31%	19%	28%
<b>Andel medicinsk behandling</b>	36%	43%	62%	50%

### 2. Journalgenomgång

Under de tre åren 2005-07 var det 301 fall som fick diagnoserna missed abortion och ofostrig graviditet och där diagnoskriterierna enligt ovan var uppfyllda vid kvinnokliniken i Gävle. Av dessa valde cirka hälften någon form av medicinsk behandling. Trenden var att skrapa allt färre patienter och ge medicinsk behandling oftare. Andelen patienter som valde att avvakta var relativt konstant. Hur de olika behandlingsmetoderna fördelade sig respektive år framgår av tabell 1. På kliniken användes många olika behandlingsregimer vid missed abortion/ofostrig graviditet varav 16 olika medicinska behandlingsregimer.

Kvinnorna var i medel 32 år gamla, i graviditetsvecka 10 enligt sista mens och i graviditetsvecka 7 enligt ultraljud.

För att jämföra de olika regimerna vid medicinsk behandling gjordes en indelning i två grupper, nämligen en grupp som endast fått Cytotec samt en grupp som fått Mifegyne+Cytotec. Cytotec gruppen uppdelades vidare i de olika administreringsätten. Jag tittade också specifikt på den grupp som behandlades enligt de nya riktlinjerna med 3 Mifegyne + 4 Cytotec vaginalt. Resultaten under tiden 2005-2007 framgår i figur 2.

Under 2005 och större delen av 2006 användes många olika regimer när man gav medicinsk behandling vid missed abortion och ofostrig graviditet. 2007 ordinerades de flesta patienter Mifegyne + Cytotec enligt de nya behandlingsriktlinjerna.

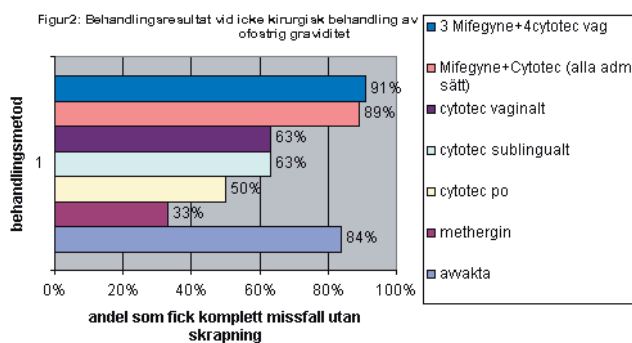
Under 2005 och 2006 lyckades 71% av de medicinska behandlingarna utan efterföljande skrapning. Denna siffra ökade till 88% år 2007.

### 3. Enkäter

Målgruppen för enkäten var alla patienter som hade fått medicinsk behandling vid missed abortion/ofostrig graviditet enligt klinikens nya riktlinjer. Av 95 möjliga enkäter under 2007 och sista kvartalet 2006 fick jag in 51 stycken (54%). Enkäterna visade att 72% skulle använda den medicinska metoden igen om de drabbades av ett nytt missfall, 11% skulle inte använda den medicinska metoden igen, 8% var tveksamma och 8% svarade ej på frågan. Flera patienter efterlyste bättre information angående den medicinska metoden. Att man blödde länge vid den medicinska behandlingen upplevdes som negativt (i medel 14,6 dagars blödning). Övriga biverkningar var illamående (0,25d), diarre (0,22d), smärta (2,47d). Kvinnorna behövde smärtstillande tabletter i medel i 2,14 dagar. Medel Hb var vid återbesöket 126 g/l och Hb förändringen var i medel -6 g/liter efter avslutad medicinsk behandling.

### Diskussion

Flera medicinska regimer har studerats vid behandling av missed abortion och ofostrig graviditet med varierande framgång. Det kvarstår dock två centrala frågor, nämligen huruvida behandling med Mifegyne före Cytotec ökar andelen kompletta missfall och vilken administreringsväg som är optimal för Cytotec. I en studie publicerad 2007 rekommenderar Gemzell et al 800mikrog Cytotec vaginalt som behandling vid missed abortion i första trimestern. Den vaginala administreringen av Cytotec kan vara den avgörande faktorn för lyckad behandling



snarare än Mifegyne tillägget. Resultaten från andra studier angående Mifegynes roll i behandlingen av missed abortion är motsägelsefulla.

Patienterna efterfrågade icke-kirurgiska alternativ när de hade fått diagnosen missfall och andelen patienter som fått medicinsk behandling har stadigt ökat vid kvinnokliniken i Gävle. Det är dock viktigt att komma ihåg patientens valfrihet. Journalgenomgången visade att medicinsk behandling med 600mg Mifegyne följt av 800mikrog Cytotec vaginalt efter 48h ledde till att graviditeten utstöttes utan behov av efterföljande skrapning hos 91% av patienterna. Detta var bättre än de övriga regimerna. Gestationsåldern vid missfallet hade betydelse för den medicinska behandlingens framgång. De patienter som behövde skrapas efter medicinsk behandling hade i medel en graviditetslängd på 12,2 veckor enligt sista mens och 9,2 veckor enligt ultraljud. Motsvarande siffror bland de patienter som inte gick vidare till en skrapning efter medicinsk behandling var 10,4 veckor respektive 7,5 veckor. 2 av 149 patienter behandlades för infektion efter medicinsk behandling (1,3%) vilket är jämförbart med infektionsrisken efter skrapning. Flera patienter med ofostrig graviditet skrapades då man inte helt kunde utesluta en mola. Ingen patient fick diagnosen mola.

Patienterna i expektans gruppen hade en oväntat hög frekvens av kompletta missfall utan skrapning (84%). Detta skiljer sig avsevärt från tidigare studier där placebo har gett komplett missfall i mindre än 20% av fallen. Diskrepensen kan ha flera förklaringar. I vårt material rekommenderades expektans främst till patienter som redan hade börjat blöda och var således på väg att stöta ut graviditeten. I dessa fall har patienten avvaktat i hemmet i flera veckor innan hon sökte läkare (i medel 25,3 dagar – baserat på skillnaden mellan graviditetslängd enligt sista mens och ultraljud). En del av de patienter som ingår i expektans gruppen aborterade i avvaktan på annan behandling, oftast skrapning eftersom det

är en viss väntetid till en skrapning. Andelen patienter som aktivt väljer att vänta ut sitt missfall är alltså i praktiken lägre än de siffror som redovisas för behandlingsgruppen expektans.

72% av patienterna som erhöll medicinsk behandling samt fullföljde enkäten var nöjda med behandlingen och skulle tänka sig att använda den igen. Det gick tyvärr inte att utläsa ur journal och enkäter hur stort inflytande patienten hade på val av behandlingsmetod. De flesta hade buksmärter i anslutning till missfallet och den långa blödningstiden bidrog till missnöjet med metoden. De övriga biverkningarna var av mild och övergående karaktär. De patienter hos vilka den medicinska behandlingen misslyckades (dvs där man gjorde en VEX) blev inte kallade till uppföljande återbesök och därför fyllde inte dessa kvinnor i någon enkät. Dessa patienter var 9% av alla som fick medicinsk behandling enligt de nya riktlinjerna och det är rimligt att tro att de inte var nöjda med den medicinska behandlingen.

### Slutstatser

Behandling med 600 mg Mifegyne följt efter 48 timmar av 800 mikrog Cytotec vaginalt är en säker och effektiv metod vid missed abortion/ofostrig graviditet. Patienten bör kunna välja bland de behandlingsmetoder som finns att tillgå efter att ha fått utförlig information som bör inkludera förväntat förlopp, biverkningar samt vart hon vänder sig vid eventuella komplikationer. Journalgenomgången stödjer användning av Mifegyne före Cytotec vid medicinsk behandling av missed abortion/ofostrig graviditet. Det är dock motsägelsefulla resultat från tidigare studier och ytterligare randomiserade studier behövs för att utröna om man kan avvara Mifegyne.

### Referenser

el-Refay H. Hinshaw K. Henshaw R. Smith N. Templeton A. Medical management of missed abortion and anembryonic pregnancy. [Journal Article. Research Support, Non-U.S. Gov't] *BMJ*. 305(6866):1399, 1992 Dec 5.  
Lelaidier C. Baton-Saint-Mleux C. Fernandez H. Bourget P. Frydman R. Mifepristone (RU 486) induces embryo expulsion in first trimester non-developing pregnancies: a prospective randomized

trial. [Clinical Trial. Journal Article. Randomized Controlled Trial] *Human Reproduction*. 8(3):492-5, 1993 Mar.

Egarter C. Lederhilger J. Kurz C. Karas H. Reisenberger K. Gemeprost for first trimester missed abortion. [Clinical Trial. Comparative Study. Journal Article. Randomized Controlled Trial] *Archives of Gynecology & Obstetrics*. 256(1):29-32, 1995.

Herabutya Y. O-Prasertsawat P. Misoprostol in the management of missed abortion. [Clinical Trial. Journal Article. Randomized Controlled Trial] *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*. 56(3):263-6, 1997 Mar

Creinin MD. Moyer R. Guido R. Misoprostol for medical evacuation of early pregnancy failure. [Clinical Trial. Comparative Study. Journal Article. Randomized Controlled Trial. Research Support, Non-U.S. Gov't] *Obstetrics & Gynecology*. 89(5 Pt 1):768-72, 1997 May.

Autry A. Jacobson G. Sandhu R. Isbill K. Medical management of non-viable early first trimester pregnancy. [Clinical Trial. Journal Article. Randomized Controlled Trial] *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*. 67(1):9-13, 1999 Oct.

Gronlund A. Gronlund L. Clevin L. Andersen B. Palmgren N. Lidegaard O. Management of missed abortion: comparison of medical treatment with either mifepristone + misoprostol or misoprostol alone with surgical evacuation. A multi-center trial in Copenhagen county, Denmark. [Clinical Trial. Comparative Study. Journal Article. Multicenter Study. Randomized Controlled Trial] *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 81(11):1060-5, 2002 Nov.

Muffley PE. Stitely ML. Gherman RB. Early intrauterine pregnancy failure: a randomized trial of medical versus surgical treatment. [Clinical Trial. Comparative Study. Journal Article. Randomized Controlled Trial. Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.] *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 187(2):321-5; discussion 325-6, 2002 Aug.

Wood SL. Brain PH. Medical management of missed abortion: a randomized clinical trial. [Clinical Trial. Journal Article. Randomized Controlled Trial. Research Support, Non-U.S. Gov't] *Obstetrics & Gynecology*. 99(4):563-6, 2002 Apr. [see comment] [erratum appears in *Obstet Gynecol* 2002 Jul;100(1):175 Note: Correction of dosage error in abstract.]

Kovavisarath E. Sathapanachai U. Intravaginal 400 microg misoprostol for pregnancy termination in cases of blighted ovum: a randomised controlled trial. [Clinical Trial. Comparative Study. Journal Article. Randomized Controlled Trial] *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 42(2):161-3, 2002 May.

Al Inizi SA. Ezimokhai M. Vaginal misoprostol versus dinoprostone for the management of missed abortion. [Clinical Trial. Journal Article. Randomized Controlled Trial] *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*. 83(1):73-4, 2003 Oct.

Ngoc NT. Blum J. Westheimer E. Quan TT. Winikoff B. Medical treatment of missed abortion using misoprostol. [Clinical Trial. Controlled Clinical Trial. Journal Article. Research Support, Non-U.S. Gov't] *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*. 87(2):138-42, 2004 Nov.

Tang OS. Ong CY. Tse KY. Ng EH. Lee SW. Ho PC. A randomized trial to compare the use of sublingual misoprostol with or without an additional 1 week course for the management of first trimester silent miscarriage. [Journal Article. Randomized Controlled Trial. Research Support, Non-U.S. Gov't] Human Reproduction. 21(1):189-92, 2006 Jan.

Sotiriadis A. Makrydimas G. Papatheodorou S. Ioannidis JP. Expectant, medical, or surgical management of first-trimester miscarriage: a meta-analysis. [Review] [42 refs] [Comparative Study. Journal Article. Meta-Analysis. Review] Obstetrics & Gynecology. 105(5 Pt 1):1104-13, 2005 May.

Gemzell-Danielsson K. Ho PC. Gomez Ponce de Leon R. Weeks A. Winikoff B. Misoprostol to treat missed abortion in the first trimester. [Journal Article. Research Support, Non-U.S. Gov't] International Journal of Gynaecology & Obstetrics. 99 Suppl 2:S182-5, 2007 Dec.

Creinin MD. Schwartz JL. Guido RS. Pymar HC. Early pregnancy failure--current management concepts. [Review] [55 refs] [Journal Article. Review] Obstetrical & Gynecological Survey. 56(2):105-13, 2001 Feb.

Tam WH. Tsui MH. Lok IH. Yip SK. Yuen PM. Chung TK. Long-term reproductive outcome subsequent to medical versus surgical treatment for miscarriage. [Journal Article] Human Reproduction. 20(12):3355-9, 2005 Dec.

Nielsen S. Hahlin M. Platz-Christensen JJ. Unsuccessful treatment of missed abortion with a combination of an antiprogesterone and a prostaglandin E1 analogue.[see comment]. [Clinical Trial. Journal Article. Research Support, Non-U.S. Gov't] British Journal of Obstetrics & Gynaecology. 104(9):1094-6, 1997 Sep.

Nielsen S. Hahlin M. Platz-Christensen J. Randomised trial comparing expectant with medical management for first trimester miscarriages.[see comment]. [Clinical Trial. Comparative Study. Journal Article. Randomized Controlled Trial] British Journal of Obstetrics & Gynaecology. 106(8):804-7, 1999 Aug

Bagratee JS. Khullar V. Regan L. Moodley J. Kagoro H. A randomized controlled trial comparing medical and expectant management of first trimester miscarriage. [Clinical Trial. Comparative Study. Journal Article. Randomized Controlled Trial] Human Reproduction. 19(2):266-71, 2004 Feb.

Demetroulis C. Saridogan E. Kunde D. Naftalin AA. A prospective randomized control trial comparing medical and surgical treatment for early pregnancy failure. [Clinical Trial. Comparative Study. Journal Article. Randomized Controlled Trial] Human Reproduction. 16(2):365-9, 2001 Feb.

Neilson JP. Hickey M. Vazquez J. Medical treatment for early fetal death (less than 24 weeks). [Review] [102 refs] [Journal Article. Meta-Analysis. Review] Cochrane Database of Systematic Reviews. 3:CD002253, 2006.

Bohm, Febe. Miscarriage, incidence, management and future fertility. Thesis for doctoral degree, Sahlgrenska academy, 2006.

Aronsson, Anette. Misoprpstol – pharmacokintics and effects on uterine contractility and cervical ripening in early pregnancy. Thesis for doctoral degree, Karolinska institutet, 2007 www.misoprostol.org

## Dags att nominera till OGU-priset 2010

Nominera någon kollega som du tycker har gjort mycket för ST-utbildningen. Det kan vara en mycket engagerad handledare, någon som ordnat en bra kurs, eller på annat sätt befrämjat ST-utbildningen lokalt eller nationellt. Priset delas sen ut under SFOG-veckan.

Skicka nomineringen via email **senast 22/4** till:

[linda.iorizzo@skane.se](mailto:linda.iorizzo@skane.se)

## Är du intresserad av att randa dig i ett låginkomstland?

Genom utvecklings-, utbildnings- och forskningscentrumet CeFAM (Centrum För AllmänMedicin) i Stockholm kan du som ST-läkare i obstetrik och gynekologi göra tre månaders randning i Tanzania eller Indien. CeFAM har avtal med sjukhus i Dar es Salaam, Ujjain och Kerala. Sjukhuset i mottagarlandet ordnar med handledare. Du reser med ordinarie lön från din hemklinik och får en försäkring samt ett resebidrag från SIDA. Tycker du att detta låter intressant och vill veta mer? Läs på [www.cefam.se](http://www.cefam.se) - utbildning - ST-utbildning - utomlands och kontakta mig på [anna.v.backstrom@gmail.com](mailto:anna.v.backstrom@gmail.com) för mer information.

*Anna Bäckström*

ST-läkare i Sundsvall och

internationell representant i OGU:s styrelse



**Du som är ST-läkare, blivande ST-läkare, handledare, studierektor eller beslutsfattare med ansvar för ST-frågor - det här är kongressen för Dig!**

Framtidens Specialistläkare är ett nationellt forum för alla frågor som rör ST. Det är en viktig mötesplats och ett fantastiskt tillfälle att knyta kontakter. Programmet pågår under tre dagar och är fullspäckat med intressanta föreläsningar, workshops och kurser på temat kommunikation, vetenskap och ledarskap - kompetensområden som förenar alla specialiteter.

Hela kongressen är en tredagarskurs i ledarskap, vetenskap och kommunikation. Deltagande ger kursintyg som du kan tillgodogöra dig som en del i din ST.

Anmälan är nu öppen, [www.framtidenslakare.se](http://www.framtidenslakare.se)  
Väl mött på Malmö Arena 8-10 september 2010!



## ST-ARBETE

# (Hur) bidrar etiska koder till att förebygga kränkningar i vården?

### Introduktion

Forskning som genomfördes i fem nordiska länder visade att 13-28% av kvinnorna och 8% männen upplever kränkningar i vården (KV) någon gång i livet. KV kan ge upphov till långvarigt lidande. De etiska reglerna som finns inom sjukvården bygger bland annat på godhetsprincipen, alltså att hjälpa och att inte skada. Hur uttrycker sig etiska riktlinjer om sjukvårdspersonalens möte med patienten och kan detta motverka KV? Dessa frågor kom upp i sambandet med teoretiska förarbetena till projektet "Kränkningar i vården - hur kan personal lära sig att hantera och undvika situationer som upplevs som kränkande av patienten?". Projektet som genomförs på Kvinnokliniken på Länssjukhuset Ryhov i Jönköping leddes av Katarina Swahnberg och Barbro Wijma, Hälsouniversitet Linköping, och finansieras av Vetenskapsrådet och FORSS. ST-arbetets syfte var att undersöka i vilken grad etiska dokument gällande för vårdpersonal på kvinnokliniker i Sverige ger underlag för ett förhållningssätt som minskar risken för KV.

### Material och Metod

Nationella och internationella etiska riktlinjer för sjuksköterskor, barnmorskor, obstetriker/gynekologer och läkare i allmänhet valdes ut för analys: The International Code of Ethics for Nurses, The International Code of Ethics for Midwives, The Declaration av Geneva,

**Anke Zbikowski**, läkare,  
Kvinnokliniken, Länssjukhuset  
Ryhov, Jönköping  
*Handledare:* Katarina Swahnberg,  
Med. Dr., docent, Genus och  
Medicin, Avd. för kvinnors och  
barns hälsa, IKE, Hälsouniversitet  
Linköping

International Code of Medical Ethics, Läkarförbundets etiska regler och tio övergripande riktlinjer från FIGO's Committee for Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Riktlinjerna analyserades enligt en checklista utvecklad av författaren. Checklistan baserades på aspekter av riktlinjernas innehåll som berör möten med patienten och ansvar, samt riktlinjernas formella betydelse och språkliga utformning.

### Resultat

Stora skillnader finns mellan riktlinjerna för obstetriker/gynekologer och barnmorskor på den ena och läkare och sjuksköterska på den andra sidan. De förra återger en tydlig helhetssyn på patienten som inkluderar även psykiska och spirituella behov. De har ett aktivt språk med tonvikt på patientens perspektiv. Betydelsen av sociala strukturer poängteras. Det påpekas att maktobalansen mellan patient och vårdpersonal lägger ett stort ansvar på de sistnämnda. Dessa element utformas enbart vagt eller saknas helt i koderna för läkare och sjukskö-

terskor. Riktlinjerna för obstetriker/gynekologer och barnmorskor är däremot huvudsakligen riktat mot kvinnliga patienter och förbiser att i detta område som även omfattar reproduktion, prevention och STD får även kvinnans partner råd, tar diagnostiska prov och behandlas.

### Resumé

KV innebär en upplevelse att vara maktlös, att bli ignorerad och/eller vårdlös och kylig behandlad och att förlora sitt människovärde. Utgående från den kunskapen härrörande från kvalitativ forskning om KV är en förutsättning för att förebygga KV ett bemötande där patienten kan uttrycka sina behov och sitt perspektiv och där dessa prioriteras i handläggningen av patienter. Relationen mellan patient och vårdpersonal kännetecknas av en om exponering, sexualitet och kvinnlig maktobalans. Inom obstetrik och gynekologin blir detta ännu tydligare eftersom det handlar om identitet. I motsats till sjuksköterskornas och läkarnas etiska riktlinjer avspeglar riktlinjerna för barnmorskor och obstetriker/gynekologer en tydlig medvetenhet om detta. Att KV ändå förekommer även på kvinnokliniker i Sverige väcker frågan om vad det är som förhindrar tillämpningen av det som står i de etiska koderna. Det behövs en diskussion om hur våra koder är förankrade i den kliniska vardagen, hur dem kan bli mer levande och hur de kan få en starkare roll för att hjälpa oss i bemötandet av våra patienter. ■

# HTA i Västra Götaland – projekt inom gynekologi och obstetrik

HTA är den engelska förkortningen för "Health Technology Assessment" och innebär en systematisk utvärdering av det vetenskapliga underlaget för en viss metods effektivitet, risker och kostnader inom hälso- och sjukvården. Idag ser vi en allt snabbare utveckling av nya, effektiva och ofta dyrare tekniker och mediciner inom sjukvården. Samtidigt ökar människors krav på att få ta del av dessa. Detta ställer krav på sammanställningar av det aktuella kunskapsläget till hjälp för verksamhetschefer och beslutsfattare vid prioriteringar i sjukvården. Nationellt har sådant arbete drivits av SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) sedan 1987. HTA-centrum i Västra Götaland är en regional enhet som startade oktober 2007 efter två års utredningsarbete och arbete med pilotprojekt.

## Organisation

HTA centrum i VGR är en liten organisation. Den leds av en chef (Christina Bergh) som har 60% tjänstgöringstid för detta arbete. Till sin hjälp har hon fyra resurspersoner med varierande tjänstgöringstid, en verksamhetsassistent och en HTA-bibliotekarie. Sammantaget motsvarar detta drygt 3 1/2 heltidstjänster. Därutöver har Sahlgrenska Universitetssjukhusets medicinska bibliotek placerats inom HTA centrum.

Den grundläggande tanken bakom verksamhetsbaserad HTA är att den utförs av representanter för den eller de verksamheter som är direkt involverade i den nya teknologin. Sålunda togs HTA-rapporten om "Vätskebaserad cytologi", som presenterades hösten 2008, fram av en arbetsgrupp som bestod av tre gynekologer, en patolog och en virolog med

**Annika Strandell**, docent, överläkare,  
**Christina Bergh**, professor, överläkare;  
båda vid HTA-centrum Västra Götaland och Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg samt vid Institutionen för kliniska vetenskaper, Avdelningen för Obstetrik och Gynekologi, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs universitet.

specialintresse och kännedom om ämnet (Faktaruta 3). Tillsammans med två resurspersoner från HTA-centrum, även dessa gynekologer, tog de gemensamt fram rapporten. Genom att personer från de verksamheter som direkt berörs av utvärderingen själva genomför HTA-arbetet ökar tilltron till och acceptansen av de slutsatser som slutligen dras i den aktuella HTA:n. Processen som sådan har också ett stort pedagogiskt värde.

## Arbetsätt

En HTA startas av att en fråga om en ny metod/teknik väcks någonstans i hälso- och sjukvårdsorganisationen. Dessutom kan en gammal metod/teknik granskas för eventuell utmönstring. Även en sjukhusledning, program- och prioriteringsrådet (PPR) i Västra Götalandsregionen (VGR), eller ett sektorsråd för någon medicinsk disciplin i regionen kan be om en HTA. Kravet är att en verksamhetschef ska stå bakom en nominering av en fråga till HTA-centrum och därmed se till att representanter från den egna verksamheten utses och får tid för HTA-arbetet.



*Annika Strandell*



*Christina Bergh*

När ett en fråga accepterats för en HTA-analys enligt vissa prioriteringsprinciper (1) får ansvarig verksamhetschef utse tre till fem representanter till en arbetsgrupp, som tillsammans med två resurspersoner från HTA-centrum och två bibliotekarier ska genomföra HTA:n.

Huvudprocessen i HTA arbetet inleds med en halvdagsutbildning i vad HTA och arbete enligt evidensbaserad medicin (EBM) innebär och att formulera en fokuserad fråga med hjälp av ett s.k. PICO. PICO står för Patients, Intervention, Comparison och Outcome (se exempel i Faktarutor 1-4).

Med utgångspunkt från PICO gör bibliotekarierna en bred och systematisk litteratursökning i olika databaser. Abstrakts och artiklar som inte uppfyller PICO-kriterierna bortsorteras. Alla inkluderade artiklar granskas av arbetsgruppen och resurspersonerna enligt de



granskningsmallar som tagits fram av SBU. Detta säkerställer att varje studie bedöms på ett strukturerat och systematiskt sätt avseende dess interna validitet, externa validitet och statistiska precision. Varje artikel kvalitetsgraderas enligt en 3-gradig skala; hög, medelhög eller låg vetenskaplig kvalitet. De aktuella studierna sammanställs med presentation av design, resultat samt kvalitetsgradering i en standardiserad tabell för varje utfallsmått. Dessa tabeller utgör sedan underlag när vi tar ställning till vilken grad av evidens som finns för den aktuella teknologin. Sedan hösten 2009 graderar vi, liksom SBU, evidensen enligt GRADE-systemet (2).

Utöver bedömningen av den vetenskapliga dokumentationen av aktuell medicinsk teknologi tar arbetsgruppen även fram information om den aktuella sjukdomens prevalens och incidens, diskuterar de ekonomiska och organisatoriska konsekvenserna om den nya teknologin införs i rutinsjukvården, samt tar upp etiska frågor och viktiga kunskapsluckor. Identifiering av kunskapsluckor är en viktig uppgift, vilket tydliggör behovet av specifika forskningsprojekt. HTA-centrum kan efter avslutad rapport hänvisa gruppen att söka forskningsmedel avsatta just för detta ändamål.

Vårt mål är att ett HTA projekt ska kunna genomföras inom 12 veckor och med en arbetsinsats från varje deltagare i arbetsgruppen på maximalt 30-40 timmar under denna tidsperiod.

HTA-rapporten kvalitetssäkras i två steg. Från ett regionalt nätverk bestående av vetenskapligt erfarna personer, utses två granskare som gör en oberoende granskning såväl av själva rapporten som av den vetenskapliga dokumentation som ligger till grund för rapportens slutsatser. Kvalitetssäkringsprocessen avslutas sedan med att HTA-rapporten och granskarnas utlåtanden diskuteras i en kvalitetssäkringsgrupp som representerar regionen och HTA-centrum. Kvalitetssäkringsgruppen skriver slutligen ett kort sammanfattande utlåtande som publiceras både på svenska och på engelska. Till-

sammans med HTA-rapporten skickas utlåtandet till den ansvarige verksamhetschef som initialt ställde frågan. Dessutom skickas den till PPR och sjukhusledningarna i Västra Götaland, till SBU samt de olika sektorsråd i VGR som berörs av HTA:n. Samtliga rapporter läggs ut på vår hemsida; [www.sahlgrenska.se/sv/SU/Forskning/HTA-centrum](http://www.sahlgrenska.se/sv/SU/Forskning/HTA-centrum).

Denna sida ligger externt och kan nås från alla datorer.

## Genomförda HTA-projekt

Under pilotprojektfasen 2006-2007 gjordes åtta projekt som då kallades mini-HTA (Tabell 1). Sedan etableringen av HTA-centrum har vi haft flera omfattande projekt såsom "Bariatrisk kirurgi", "Vätskebaserad cytologi" och "Kolonutredning", varefter vi tog bort epitetet "mini". Ytterligare 16 HTA-rapporter har slutförts sedan 2008 (Tabell 1). Fyra av dessa rör vår specialitet och presenteras mer ingående nedan.

**Tabell 1. Genomförda HTA-projekt 2006 – 2009**

<b>2006</b>
Robotkirurgi vid lokaliserad prostatacancer
Mekanisk hjärtpump vid livshotande hjärtsvikt i samband med akut hjärtinfarkt
<b>2007</b>
Överburenhet
VAC (Vacuum Assisted Closure) vid fotsår hos diabetiker
Screening avseende bukaortaaneurysm
Preimplantatorisk genetisk diagnostik
Osseointegration
Barrett's esophagus
<b>2008</b>
Obesitaskirurgi
Behandling av ADHD hos vuxna med centralstimulerande medel
Vätskebaserad cytologi
<b>2009</b>
Intravenöst immunoglobulin (IVIg) vid postpoliosyndrom
Öronakupunktur vid narkomani
Akut karotiskirurgi vid TIA
Robotassisterad laparoskopisk kirurgi vid cervix/corpus-cancer
Profylaktisk probiotikabehandling
Undersökningsmetoder för misstänkt kolontumör
Klafförett stentgraft vid dysfungerande homograft
Behandling med ANP vid akut njursvikt
Behandling med TNF $\alpha$ -hämmare + methotrexat hos patienter med tidig RA
Sacralnervstimulering vid fekal inkontinens
Behandling av pseudomyxoma peritonei
Intraoperativ magnetkamera på neurooperation
Plastikkirurgi vid massiv viktnedgång

## Preimplantatorisk genetisk diagnostik (PGD)

### FAKTARUTA 1

#### PICO

P = Föräldrapar med hög risk för allvarlig genetisk sjukdom hos sin avkomma

I = IVF (provörorsbefruktning) och PGD samt embryo transfer vid frånvaro av sjukdomsanlag

C = Spontan graviditet med traditionell fosterdiagnostik och eventuellt graviditetsavbrytande vid förekomst av sjukdomen

O = Primär outcome: -Diagnostisk säkerhet avseende födda barn utan den sjukdom man vill undvika

Sekundära outcome: -Antal friska födda barn (effektivitet)

-Antal sena aborter på grund av sjukdom hos fostret

-Patientacceptans

-Etiska aspekter

#### Projektgrupp

*Ann Thurin Kjellberg*, med.dr. överläkare, Reproduktionsmedicin

*Inger Bryman*, docent, verksamhetschef, Reproduktionsmedicin

*Kersti Lundin*, docent, laboratorieförstare, Reproduktionsmedicin

*Charles Hanson*, docent, genetiker, Reproduktionsmedicin

*Stina Järnholm*, psykolog, Reproduktionsmedicin

*Frida Ahlfors*, ST-läkare, Klinisk genetik

samtliga vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset

#### Slutsatser

Vetenskapligt underlag i form av randomiserade jämförande studier saknas för att bedöma diagnostisk säkerhet (födda barn utan den sjukdom man vill undvika) för PGD jämfört med nuvarande rutin med spontangraviditet och prenatal diagnostik.

Diagnostisk säkerhet för PGD (sannolikheten för att födda barn är utan den sjukdom man vill undvika) är hög (99,7%).

Vetenskapligt underlag är otillräckligt för att bedöma patientupplevelser och etik avseende PGD jämfört med nuvarande rutin med spontangraviditet och prenatal diagnostik.

### Den fokuserade frågan för detta projekt var

Är PGD ett bättre alternativ än spontan graviditet följt av fosterdiagnostik och eventuellt avbrytande, för föräldrapar med hög risk att få barn med svår ärftlig sjukdom, avseende methodsäkerhet, antalet födda friska barn, antalet sena avbrytanden, patientacceptans samt avseende etisk hänsyn?

Den funna litteraturen inkluderade inga kontrollerade studier avseende diagnostisk säkerhet, men nio artiklar base-

rade på enkäter om patientacceptans och etiska aspekter. Avseende diagnostisk säkerhet för PGD som sådan, fanns en HTA-rapport, en stor registerstudie samt en översikt. Avseende diagnostisk säkerhet av prenataldiagnostik vid spontangraviditet, fanns en SBU rapport och en systematisk översikt från Cochrane library.

Den etiska problematiken är komplex. Fördelen med PGD, jämfört med prenatal diagnostik, är att man nästan helt eliminerar risken för sent graviditetsavbry-

tande. Vid PGD krävs å andra sidan oftast flera IVF-försök, då chansen att föda ett barn efter tre försök är endast i storleksordningen ca 36% (Danska HTA). Det kan också finnas en viss anledning till oro för att PGD-tekniken på sikt leder till att embryoselektion blir så okomplicerad att etiska problem kan uppstå.

Den ekonomiska redovisningen inkluderade kostnaden för prenataldiagnostik i Göteborg 2007 (29 450 kr per graviditet), varav uppskattningsvis ca 50-75% leder till födsel av friskt barn. Kostnader för graviditetsavbrytanden och sjuka barn är inte inkluderade. Kostnaden för PGD beräknades till 52 034 kr per behandlingscykel.

Enligt förslaget i Mini-HTA:n förväntas i Västra Götalandsregion 16 par genomgå 32 cykler/år till en uppskattad kostnad av knappt 1,7 Mkr. Med en effektivitet av 15% födsel per cykel leder 32 cykler matematiskt till (knappt) fem födda barn vilket ger en kostnad per födsel av friskt barn på cirka 350000 kr. Motsvarande kostnad för ett barn tillkommet efter prenataldiagnostik är idag inte till fullo känd för svenska förhållanden, fram för allt beroende på att uppskattade livstidskostnader för sjuka barn saknas.

### Vad händer sedan?

Kvinnosjukvården i Göteborg fick anslag att driva PGD, vilket innebar att metoden nu drivs i rutinverksamhet istället för med forskningsanslag.

## Induktion vid överburenhet

### FAKTARUTA 2

#### PICO

P = Kvinnor med graviditetslängd >41+0

I = induktion av förlossning (oavsett metod) vid 41 eller 42 fullgångna graviditetsveckor

C = Exspektans med eller utan övervakning (oavsett metod)

O = Perinatal mortalitet (intrauterin fosterdöd, tidig neonatal mortalitet), hypoxisk ischemisk encefalopati (HIE), cerebral pares (CP), Apgar score, neonatala krampor, mekoniumaspiration, förlossningssätt (kejsarsnitt, instrumentella förlossningar) postpartumblödningar

#### Projektgrupp

Ulla-Britt Wennerholm, docent, överläkare, Obstetrikheten

Henrik Hagberg, professor, överläkare, Obstetrikheten

Anders Flisberg, neonatolog

Lars Ladfors, Med dr, överläkare Obstetrikheten

Anna Wessberg, barnmorska

samtliga vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra

#### Slutsatser

Det saknas vetenskapligt stöd för att induktion av förlossning vid  $\geq 41$  graviditetsveckor jämfört med exspektans påverkar den perinatale mortaliteten, den perinatale morbiditeten eller den maternella morbiditeten signifikant (evidensstyrka 3).

#### Den fokuserade frågan för detta projekt var

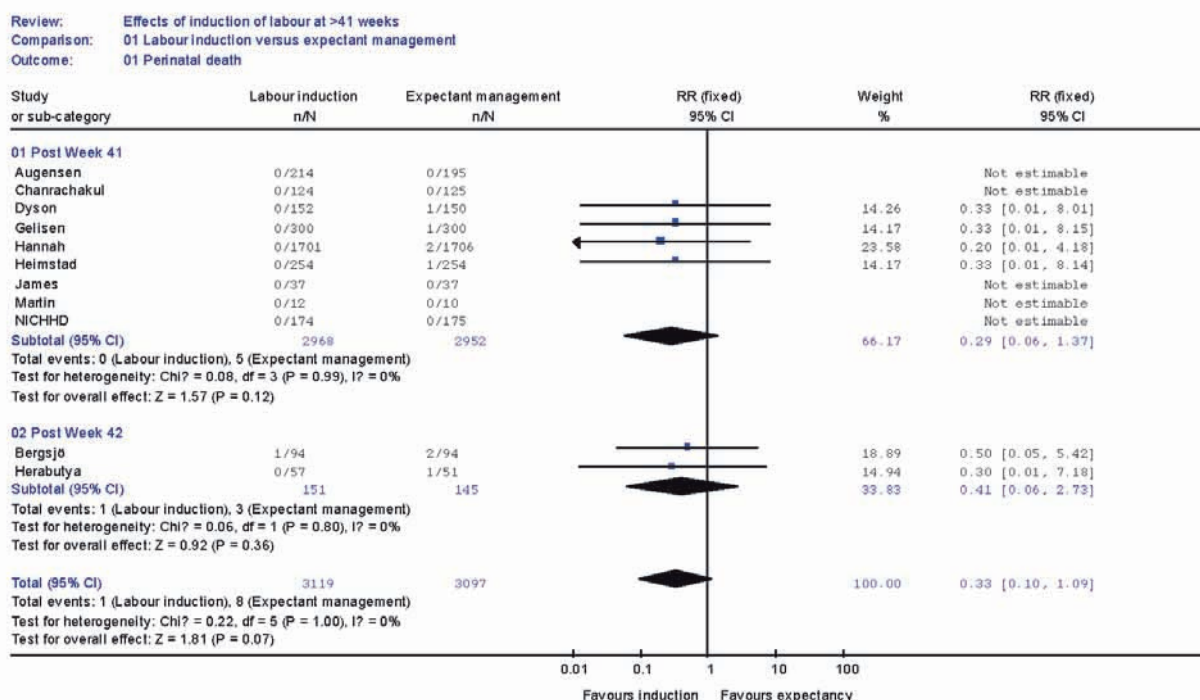
Innebär induktion av förlossning vid 41 eller 42 fullgångna veckor en sänkt perinatal mortalitet och morbiditet jämfört med exspektans med eller utan övervakning och hur påverkas den maternella morbiditeten?

Registerstudier visar att överburenhet innebär en ökad risk för perinatal död (intrauterin fosterdöd och neonatal död inom första levnadsveckan) jämfört med fullgången icke överburen graviditet. Riskfaktorer för perinatal död vid överburenhet som påvisats är intrauterin tillväxthämning och maternell ålder (> 35 år). Man har också visat en ökad neonatal morbiditet vid överburenhet såsom asfyxi, låg Apgar score, mekoniumaspiration, en ökad födelsevikt och skulderdystoci.

Överburenhet innebär också ökad risk för obstetriska interventioner såsom induktion av förlossning, fler kejsarsnitt och instrumentella ingrepp jämfört med icke överburenhet.

Figur 1

Meta-analys jämförande induktion mot exspektans vid överburenhet avseende perinatal mortalitet. Från Wennerholm et al. Acta Obstet Gynecol Scand 2009;88:6-17, publicerad med tillstånd av Informa Healthcare.



Detta medför fler maternella komplikationer såsom postpartumblödningar, infektioner och traumatiska skador.

Om frekvensen komplikationer kan påverkas genom induktion av förlossning vid (v 42+0) eller tidigare är oklart.

Den funna litteraturen inkluderade 13 randomiserade studier och tre systematiska översikter. En Cochrane rapport från 2006 fann stöd för induktion (RR 0.30, 95% CI 0.09-0.99 för perinatal mortalitet) och påverkade många kliniker att ändra policy. I den aktuella HTA-rapporten har en nypublicerad välgjord norsk studie tillkommit och två studier har exkluderats pga valda limiteringar i sökprocessen. (Språk engelska och skandinaviska samt artiklar publicerade efter 1979 pga inaktuella daterings- och övervakningsmetoder.)

### Resultat

Huvudresultatet, att tidig induktion inte ger en statistiskt signifikant sänkning av perinatal mortalitet (RR 0.33, 95% CI 0.10-1.09, presenteras i Figur 1. Slutsatsen, att det saknas underlag för att induktion vid 41 veckor eller senare jäm-

fört med expektans påverkar den perinatala mortaliteten, skiljde sig därmed från slutsatsen i Cochrane-rapporten. Sammanfattningsvis kan man säga att någon stark rekommendation för induktion eller expektans för att minska perinatal mortalitet, kan inte göras i nuvarande kunskapsläge. Rapporten visade däremot en statistiskt signifikant sänkning av andelen mekoniumaspirationer (RR 0.43, 95% CI 0.23-0.79) samt kejsarsnitt (RR 0.87, 95% CI 0.80-0.86) efter induktion. Läs mer om resultaten och diskussion angående handläggning i Acta där den systematiska översikten publicerades (3).

### Kostnader

Att ändra rutin till induktion vid 41 veckor eller mer skulle innebära kostnadsökningar. En enkel beräkning baserad på 10 000 förlossningar inom upptagningsområdet för Sahlgrenska Universitetssjukhuset redovisas i Figur 2.

### Etik

Det är ett etiskt dilemma att man på många kliniker i Sverige idag har börjat inducera patienter i graviditetsvecka 41+

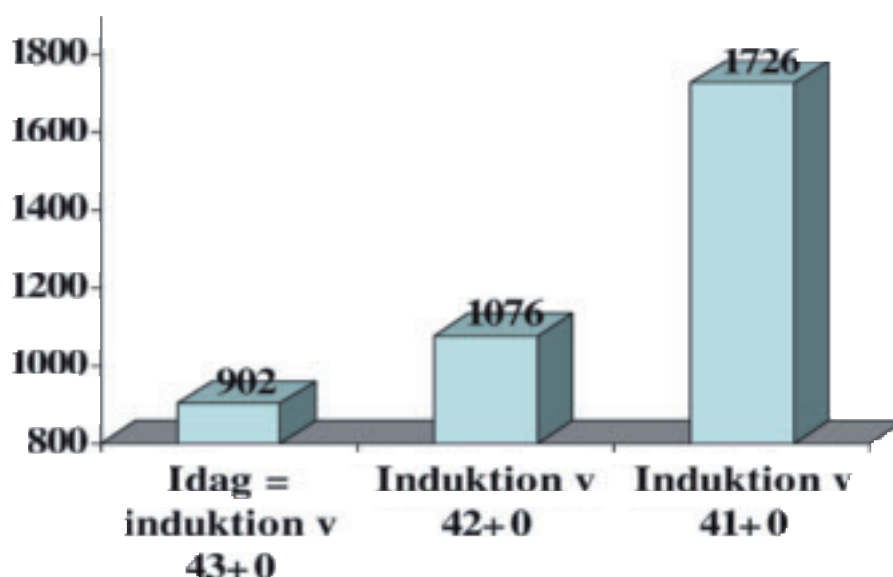
trots att denna HTA rapport inte kan visa att utfallet förbättras avseende kliniskt betydelsefulla utfall. Med andra ord pågår en policyförändring i riket som kan påverka 10.000-20.000 gravida årligen utan att vi vet vilka konsekvenser detta kommer att få. Omvänt skulle det kunna vara så att utfallet faktiskt förbättras av induktion i vecka 41+ och i så fall undanhålls patienter en effektiv intervention på de kliniker som inte inducerar i vecka 41+ och kanske riskerar en högre perinatal mortalitet/morbiditet. Det kritiska etiska dilemma är således att det saknas vetenskapliga studier med tillräckligt bevisvärde för att ge vägledning om hur denna patientgrupp skall handläggas.

### Vad händer sedan?

Diskussioner om en ny tillräckligt stor randomiserad studie på nationell eller skandinavisk bas har förts. Tills vidare fortsätter man inom Obstretikenheten på SU med oförändrad policy vid överburenhet, dvs induktion först vid v.43+0 vid en i övrigt normal graviditet.

### Figur 2

Kostnader för induktion vid överburenhet, baserat på 10 000 förlossningar per år vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU). Årlig kostnad i miljoner SEK. Kostnadsunderlaget för induktion är baserat på observationsdata från SU och inte från randomiserade studier. Antal vårddygn per år.



## Vätskebaserad cytologi

### FAKTARUTA 3

#### PICO

P = Kvinnor 19-70 år

I = Vätskebaserad cytologi (LBC)

C = Konventionell cytologi (CC)

O = Sensitivitet/detektningsgrad för CIN2+ i histopatologi

Specificitet/positivt prediktivt värde (PPV) för CIN2+ i histopatologi

Andel obedömbara prov

#### Projektgrupp

*Björn Strander*, med. dr., överläkare, verksamhetsansvarig cervixcancerprevention Onkologiskt Centrum Västra regionen.

*Margareta Hellgren*, docent, lektor, FoU-chef Primärvården Södra Bohuslän, överläkare, Obstetrikenheten Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU)

*Peter Horal*, docent, verksamhetschef, överläkare, Klinisk virologi, SU/Sahlgrenska

*Cecilia Kärrberg*, doktorand, specialläkare, Gynekologi och reproduktionsmedicin, SU/ Sahlgrenska och Östra sjukhuset,

*Walter Ryd*, docent, enhetsöverläkare, Klinisk patologi och cytologi, SU/ Sahlgrenska.

#### Slutsatser

Det finns ett starkt vetenskapligt underlag för att införandet av vätskebaserad cytologi minskar andelen obedömbara prover och därmed omkallelser till patienter. Det finns ett begränsat vetenskapligt underlag för att vätskebaserad cytologi ökar sensitiviteten och minskar specificiteten, vilket skulle innebära att fler fall med grava cellförändringar upptäcks på bekostnad av att andelen falskt positiva prover ökar. Det skulle på sikt kunna innebära färre cancerfall men en viss ökad utredningsvolym.

Sektorsrådet för laboratoriemedicin och PPR efterfrågade denna HTA-utredning.

#### Den fokuserade frågan för projektet löd

Kan vätskebaserad cytologi förbättra känslighet och specificitet för att påvisa grava cellförändringar (CIN2 eller allvarligare = CIN2+) i vävnadsprov jämfört med konventionell cytologi (Pap-smear) i samband med den gynekologiska cellprovskontrollen och medför vätskebaserad cytologi att andelen obedömbara prover minskar?

Litteraturen inom detta område är omfattande och Västra Götalands HTA-rapport baserar sig på två tidigare HTA-rapporter, en kanadensisk från februari 2008 och en dansk från 2005 samt en systematisk översikt och 18 originalartiklar, publicerade efter tidpunkten då HTA-rapporterna skrevs.

De etiska aspekterna är klassiska i screeningsammanhang. Priset för att hitta fler patienter med grava cellförändringar är en ökad andel falskt positiva prover vilket medför oro hos patienter. Samtidigt innebär minskad andel obedömbara prover att färre kvinnor oroas.

Kostnaderna för att införa metoden är komplexa att beräkna. Investeringskostnad för instrument och bildanalyssystem, materialkostnad på ca 35 kr/provtagning samt fler kolposkopier bidrar till ökade kostnader. Däremot kommer kostnader att minska pga automatiserad analys och därmed minskat personalbehov, färre omkallelser, och i slutändan sannolikt färre cancerfall.

Resultatet var övertygande (Faktaruta 3) och redan några dagar efter att rapporten var klar beslöt PPR att införa vätskebaserad cytologi som rutinmetod för screeningprogrammet för cervixcancerprevention i hela Västra Götaland.



Projektet "Vätskebaserad cytologi" leddes av Björn Strander. Margareta Hellgren var medarbetare och Christina Bergh en av stödpersonerna från HTA-centrum.

## Robotassisterad laparoskopisk kirurgi vid cervix- och corpuscancer

### FAKTARUTA 4

#### PICO 1

P = Kvinnor med cervixcancer

I = Robotassisterad laparoskopisk radikal hysterektomi med lymfkörtelutrymning

C = Radikal Hysterektomi med öppen kirurgi

O = Primära: Mortalitet/5-års överlevnad, Komplikationer, Radikalitet, Antal lymfkörtlar som exstirperas, Livskvalitet

Sekundära: Vårdtid, Blåstömning, Operationstid, Blödningsmängd

#### PICO 2

P = Kvinnor med corpuscancer

I = Robotassisterad laparoskopisk -radikal eller icke radikal-hysterektomi med lymfkörtelutrymning

C = Hysterektomi med öppen kirurgi eller laparoskopi

O = Primära: Mortalitet/5-års överlevnad, Komplikationer, Radikalitet, Antal lymfkörtlar som exstirperas, Livskvalitet

Sekundära: Vårdtid, Blåstömning, Operationstid, Blödningsmängd

#### Projektgrupp

*Pernilla Dahm-Kähler*, överläkare

*Saskia Eklind*, överläkare

*Pär Hellberg*, vårdenhetsöverläkare

samtliga vid Gynekologi och Reproduktionsmedicin, SU/Sahlgrenska.

#### Slutsatser

Det föreligger ett otillräckligt vetenskapligt underlag med avseende på patientnyttan av samtliga studerade utfallsvariabler för robotassisterad kirurgi jämfört med öppen kirurgi och laparoskopisk kirurgi (enbart corpuscancer) vid cervix- och corpuscancer.

#### Den fokuserade frågan för detta projekt var:

Är robotassisterad laparoskopisk kirurgi överlägset öppen kirurgi eller laparoskopisk kirurgi (enbart corpus) vid cervixcancer och corpuscancer avseende mortalitet och morbiditet?

Litteratursökningen identifierade tre icke-randomiserade, jämförande studier avseende cervixcancer och sju studier avseende corpuscancer, samtliga av låg kvalitet. Ingen av dessa undersökte mortalitet/5-årsöverlevnad eller livskvalitet. De utfallsvariabler som redovisades var komplikationer, radikalitet och antal lymfkörtlar som exstirperas. Andra utfallsmått som redovisades var vårdtid, peroperativ blödning, operationstid och återgång till daglig aktivitet. Ett genomgående resultat var att robotkirurgi redovisade mindre peroperativ blödning och kortare vårdtid.

Investeringskostnaden för en robot är hög, men samordningsvinster finns att göra eftersom SU redan har investerat i en robot som kan finnas tillgänglig för kvinnosjukvården. HTA-rapporten gav ett tydligt besked angående bristen på hög-kvalitativa studier. Den fortsatta verksamheten med robotkirurgi inom gyn-onkologin kommer att följas upp noggrant och nationellt samarbete diskuteras. Forskningsmedel för det har redan beviljats.



Utbildningsdag för två projekt; "Robotkirurgi vid cervix- och corpuscancer" samt "ANP vid njursvikt."

## Uppföljning av HTA-centrums arbete

Vår erfarenhet efter drygt två år med en regional HTA enhet i Västra Götalandsregionen är att verksamhetsbaserad HTA har fungerat mycket väl. Ett flertal systematiska utvärderingar av tydliga och väl avgränsade frågor har genomförts under relativt kort tid. Slutsatserna har i allmänhet varit väl förankrade i de berörda verksamheterna och deras intresse har varit stort. HTA-rapporterna har därmed också accepterats som beslutsunderlag och använts av ansvariga i sjukvårdsorganisationen. Centrala kunskapsluckor kring de olika frågeställningarna har identifierats vilket lett till nya forskningsprojekt. Kännedom om rapporterna behöver spridas ytterligare bland doktorer och andra personalkategorier som har

den direkta patientkontakten. Den spridningen kan ske dels via beslutsfattare och verksamhetschefer, och dels genom att HTA-centrum blir mer känt och att dess hemsida,

[www.sahlgrenska.se/sv/SU/Forskning/HTA-centrum](http://www.sahlgrenska.se/sv/SU/Forskning/HTA-centrum) besöks återkommande.

### Referenser

1. [www.sahlgrenska.se/HTA-centrum](http://www.sahlgrenska.se/HTA-centrum)
2. <http://sbu.se/sv/Evidensbaserad-vard/Om-SBUs-metoder/granskning/GRADE1-/>
3. Wennerholm, Ulla-Britt, Hagberg, Henrik, Brorsson, Bengt and Bergh, Christina (2009) Induction of labor versus expectant management for post-date pregnancy: Is there sufficient evidence for a change in clinical practice? Acta Obstet Gynecol Scand, 88:1, 6-17. ■

## HTA

Prof Christina Bergh gynekolog  
Doc Annika Strandel, gynekolog  
Prof Henrik Sjövall medicin  
Doc Lennart Jivegård kärnkirurg  
Doc Ola Samuelsson njurmedicin  
Eva Alopæus chefsbibliotekarie  
Therese Svanberg bibliotekarie  
Inger Thorin verksamhetsassistent

## — Gynopregistret —



# Årsrapport avseende inkontinensoperationer från Gynop-registret

Årsrapporten (den årliga åiterrapporten) avseende inkontinensoperationer utförda år 2009 och 2008 kan nu studeras på Gynop-registrets hemsida, [www.gynop.org](http://www.gynop.org). De 36 deltagande kliniker inkluderar även nästan alla universitetssjukhus i hela landet förutom Stockholmregionen. Årsrapporten innehåller därför även analys av transvaginala operationsmetoder där klassisk TVT fortfarande är dominerande och utmärker sig med de bästa behandlingsresultaten och en vid internationell jämförelse låg blåsp perforationsfrekvens på 2,2 %.

TOT vinner mark på TVT-O's bekostnad och båda de transobturatoriska metoderna karakteriseras av en signifikant ökad postoperativ urinretention och ljumsksmärtor. Den planerade sjukskrivningstiden på i genomsnitt 16 dagar överensstämmer bra med den faktiska, men varierar avsevärt även inom samma region.

*Anders Kjaeldgaard*

Ansvarig inkontinensoperationsregistret

## Praktisk vägledning om psykisk ohälsa under graviditet

# När kroppen är gravid och själen sjuk

Författare: Lars Häggström och Margareta Reis

Förlag: Affecta

Det är med stor glädje och förhoppning jag slår upp denna bok som behandlar psykisk ohälsa och graviditet, ett område som fram tills nyligen varit dåligt belyst inom obstetrik och gynekologi. Boken "När kroppen är gravid och själen sjuk" är en lättfattlig bok som tar ett helhetsbegrepp på psykisk ohälsa under den barnafödande perioden. Den lyfter fram viktiga aspekter och nya forskningsrön som tar kål på gamla myter och visar på hur viktigt det är att tidigt i graviditeten identifiera och behandla psykisk sjukdom. Konsekvenserna kan annars bli att den nyblivna mamman riskerar att ta livet av sig eller att förutsättningarna för att en trygg anknytning mellan mor barn rubbas, vilket är en välkänd orsak till psykisk ohälsa hos barn.

Boken ger god vägledning för behandlare inom psykiatri men även MVC läkaren. En enkel skattnings skala för bedömning av depressions symtom presenteras som kan användas på MVC för att skilja ut de patienter som behöver remitteras för bedömning hos psykiatriker från de med lättare besvär där ökade stödinsatser på MVC är tillräckligt för att undvika negativa konsekvenser av de psykiska besvären.

Med författarparets sammantagna kunskaper på området ges vi en gedigen faktabas om de aktuella läkemedlen såväl som en bred klinisk förankring av behandlingen. Boken är lättillgänglig och enkelt hållen, den kan läsas från pärm till pärm på några timmar men upplägget gör den också utmärkt som uppslagsverk i

**Susanne von Schreeb**, biträdande överläkare med inriktning på behandling och handläggning av psykisk sjukdom under barnafödandet, kvinnokliniken Karolinska universitetets sjukhuset Huddinge

den kliniska vardagen. Den lättfattliga texten varvas med tydliga illustrationer, ett antal patientfall och sammanfattande texturutor. Den ger en god bas för den riskbedömning som bör göras inför all förskrivning av psykofarmaka under graviditet. I kapitlet 1, redogörs för generella fakta om psykisk sjukdom under graviditet. Därefter kommer en strukturerad redogörelse för var och en av de vanligaste förekommande diagnoserna med efterföljande råd om mediciner och ett par illustrativa patientfall.

Även förslag på handläggning vid opioidberoende hos den gravida och vid ADHD diagnos finns med. Jag kan sakna en redovisning av personlighetsstörningarna vilka i sig inte medicineras, men förekomsten av samsjuklighet är hög och är då ofta är en källa till komplikationer i behandlingen.

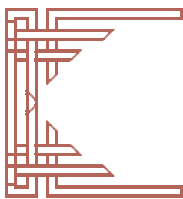
Boken avslutas med en enkel beskrivning av läkemedelsmonitorering och en skattningsskala för mätning av depressions djup.

Jag gratulerar författarna till en

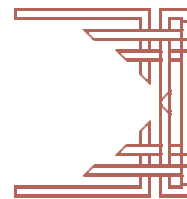
bra bok och hoppas den får stor spridning bland kollegor. Det är viktigt att problemen med psykisk ohälsa under graviditet lyfts fram och belyses. Med mer kunskap har vi också möjlighet att hjälpa denna utsatta grupp kvinnor mer och bättre. Denna bok är ett bra första steg för att förbättra omhändertagandet av gravida med psykisk ohälsa. Boken kan varmt rekommenderas till alla vårdgivare som kommer i kontakt med kvinnor under den barnafödande perioden i livet, men i synnerhet till psykiatriker, gynekologer, allmänläkare och barnmorskor och spädbarnspsykologer. ■







## Pionjärer inom Obstetrik och Gynekologi



### Fredric Foley 1891 -1966

#### Gjorde ballongen honom rik?

Fredric Eugene Basil Foley från St Cloud i Minnesota läste först språk vid Yale och blev modersmållärare. Han hann arbeta några år och gifta sig innan han for till John Hopkins Universitetet i Baltimore för att läsa medicin. Den rödblonda Foley hade irländsk härstamning och var född 1891. Efter medicinsk examen 1918 arbetade han några år som underläkare hos Halsted (radikal mastektomi) i Baltimore. Därefter sökte han sig till Cushing och neurokirurgin i Boston. Hos Cushing publicerade han en artikel om sänkning av det intracraniala trycket genom intravenös infusion av hyperton saltlösning. De ekonomiska villkoren för ograduerade forskare var alltför bistra för Foley, som hade familj att försörja, varför han valde bort en akademisk karriär och drog i stället hem till Minnesota, där han fick anställning som urolog i St Paul. Någon organiserad specialistutbildning i urologi fanns inte vid denna tid. Dr Foley var en dynamisk kirurg, som på landsortskliniken tämligen fritt kunde styra, ställa och hitta på saker. Enligt samstämmiga vittnen var han en bländande operatör. Idén med ballongkatetrar hade väckts redan på 1800-talet, men problemet var kunna tillverka dem. Det gällde att göra en kateter med en extrakanal till en uppblåsbar ballong nära spetsen. Egentligen var syftet med ballongkatetern från början att tamponera prostatabädden för att få bättre hemostas. Efter fleråriga försök med att doppa gummikatetrar i smält latexgummi lyckades Foley pröva sig fram till en metod att tillverka fungerande ballongkatetrar. Tricket var att låta ballongen få en viss tjocklek, varefter ballongen

Jörgen Sigurd, Gynmottagningen,  
Piteå Älvdals sjukhus



smordes så att gummit i fortsättningen enbart fastnade på resten av katetern. På så sätt fick man en ballong, som expanderade vid kateterspetsen, när man ökade trycket i systemet.

Katetern fungerade utmärkt som KAD. Tidigare hade katetrarna fixerats med häftplaster eller med ett bomullsband som strypsarna kring snoppen.

Vid ett urologmöte 1929 beskrev Foley sin ballongkateter, men ville inte söka patent förrän tillverkningsprocessen var helt färdigutvecklad. När han 1936 sökte patent visade sig att en ingenjör vid en gummifabrik hunnit före och just fått patent på tillverkningsmetoden. Foley överklagade och vann tillbaka patentet bara för att efter några månader förlora det i en ny rättsprocess, vars utslag inte gick att överklaga. Patentet köptes ganska omgående av den välkända gummifirman Bard, som fortsättningsvis hade vänligheten att hedra den nya katetern med Foleys namn. Men någon royalty blev det således inte, men Foley-katetrarnas ballonger insufferades snart i hela den civiliserade världen.

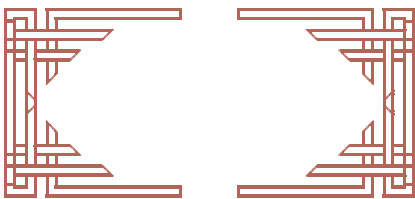
Foley fick trösta sig med att som mer eller mindre självlärd urolog bli certifierad av Board of Urology 1937. Andra apparater utvecklades också, t.ex. ett resektoskop som gick att rotera kring sin egen axel och ett hydrauliskt operationsbord att använda vid transuretrala prostataoperationer. En operationsmetod för njurbäckenplastik vid hydronefros bar hans namn.

I slutet av sin karriär han hade också konstruerat och i perineum inopererat uppblåsbara sfinktrar i latexgummi för att bota manlig urininkontinens.

Foleys personlighet gjorde ett starkt intryck på de underläkare han utbildade. Flera har beskrivit att samvaron med honom aldrig var enahanda eller långtråkig. Som språkvetenskapligt utbildad uttryckte han sig alltid på grammatikaliskt korrekt engelska. Anekdotfloran var riklig.

Vid sjukhuset Foley parkerade alltid sin stora Buick, där det rådde parkeringsförbud och således fanns gott om plats. Motorn gick på tomgång under dagen för att hålla oljan varm. I bilen fanns en minibar, som fälldes ut, när han jagade änder, sittande i bilen. Assisterande underläkare förutsattes vara simkunniga eftersom Foley inte hade någon apportionerande hund. De förutsattes också att tillsammans med honom äta upp de grillade fåglarna.

Umgängeslivet var rikt med excentriska millionärer, författare (Scott Fitzgerald) och musiker (Jascha Heifetz). Hustrun måste ha varit tillåtande, som i många år fann sig i att han tillverkade latexkatetrar deras kök.



Foley var handlingsmänniska. En gång träffade han av en slump en flygbolagsdirektör som klagade över svårigheten att vid service upptäcka sprickor i flygplanvingens balkar. Redan följande dag sågs Foley med cystoscop pröva om det gick att se insidan av vingarna utan att skruva isär dem. Med cystoscopet det gick enkelt att genom borrhål i vingarnas plåt se om balkarna hade sprickor! Numera är fiberoptisk inspektion vedertagen metod i flygservicebranschen.

Dr Foley hade också en eminent förmåga att föra fram sina idéer och innovationer. Vid en kongress i sin hemstad bjöd han hem gräddan av urologprofessorerna. Vid flygeln, lätt tillbakalutad stod en smokingklädd skyltdocka med en spruta i handen. Från sprutan gick en tunn slang in under kavajen. "Unzipped" kan man kalla den smokingkläddes belägenhet. Genom att aspirera med sprutan kunde gästerna fylla sina tumblers med blended whiskey av god kvalitet. Foley var irländare och i hans hus förekom nämligen ej bourbon. Vem som gjort den uppblåsbara uretrasfinktern glömdes inte i första taget.

Allt var inte roligt. Foley hade två döttrar. Den ena var gift med en diplomat och bodde i Paris under kriget. Hon hjälpte strandade engelska flygare att fly tillbaka över kanalen, åkte fast och dömdes av tyskarna. Efter mycket trassel fick han ut henne levande. Tragiskt nog drunknade hon under semester i USA tillsammans med en liten dotter. Denna händelse förstyrade hans sista år.

År 1966 dog han av lungcancer. "Lucky Strike" hette visst cigarettmärket.

## Varför blir Man gynekolog?

Jag vet inte anledningen till att jag med stigande ålder får denna fråga mer sällan för egentligen blir frågan alltmer berättigad ju längre tiden går eftersom andelen män inom vår specialitet minskar kraftigt. Redan för 20 år sedan kände vi män behovet av ett eget nätverk vid den universitetskliniken jag då arbetade vid. "Rete Testis" samlades för att bada bastu, äta kulinariska chips, dricka öl samt kommentera vad som sig på kliniken tilldrog. Senast vid Vintermötet kunde vi konstatera att relationen kvinnor-män av de som klarat specialistexamen var 5:1. Även om kvinnor ibland tycker att vägen till jämställdhet är lång och krokig så har jag minnesbilder av hur den första kvinnliga buschaffören och den första kvinnliga polis"mannen" intervjuades i radion. Och då har jag ändå ett par år kvar till pensionen. Trots den kvinnliga dominansen särbehandlas av allt att döma fortfarande kvinnor på ett nedvärderande sätt. När min kollega Annika i slutet av sin ST skulle assistera vid en operation gav den manlige undersköterskan henne storlek 7 på handskar trots att hon bett om 6 1/2. När hon försökte protestera fick hon veta att "på din nivå spelar det ingen roll".

När mina barn var små och undrade vad jag gjorde på dagarna svarade jag "Ni skulle inte tro't om jag sa't". Så småningom frågade dom fnittrande om jag hade undersökt många underliv idag och då svarade jag med deras eget språk – "typ". Mina barn såg inget konstigt i att vi som nät på pingisbordet hade en rad videokassetter där titlarna t.ex. kunde vara "Våga Vaginalt" men deras kompisar undrade väl. Det är med förtröstan jag kan konstatera att åtminstone en ättelägg trots (tack vare?) dessa tidiga trauman valt medicinarbanan. Kerstin Hagenfeldt brukade säga att en bra gynekolog måste tycka om kvinnor. Det är ju självklart och klockrent. När jag blickade ut över dans-

golvet vid Vintermötet erinrade jag mig den omvända könsrelationen vid ett speciellt tillfälle under utbildningen. 1974 gick VM i ishockey i Helsingfors och vi var ett gäng pojkar från kursen som tog båten över. Resenärerna bestod av cirka 700 män och 10 kvinnor. Enligt parollen "same procedure as usual" spelades det upp till dans efter middagen. Det slog mig att antingen var de närvarande kvinnorna väldigt intresserade av män och hade speciellt valt denna tur eller så hade de ingen aning om att VM pågick och det hade bara slumpat sig så att de skulle hälsa på sin familj i Finland just nu. På den tiden var inte någon kvinna intresserad av ishockey – åtminstone inte någon jag kände. Trots att tidningarna och TV var fulla med rapporter kunde annars väl-infomerade damer i omgivningen fråga vem den där "Honken" var.

Om någon yngre manlig läsare tycker att fenomenet passar in på sin partner även idag ska man bara vara tacksam för det visar att vi ännu kan få ha små fredade zoner. Jag kommer fortfarande ihåg resultaten av de två matcher vi såg och den här förmågan att minnas idrottsresultat har förföljt mig hela livet. Tänk vad mycket oväsentligt vetande jag fyllt och fyller min hjärna med. Jag skulle ha lättare att rabbla upp de senaste 10 årens svenska mästare i fotboll än redogöra för handgreppen vid sätesförlossning och det skulle säkert inte rendera några pluspoäng i specialistexamen. Nu tänker nog ni – kära läsekrets – att det är ju för väl att männen försvinner ur specialiteten. Valet mellan en manlig sportfåne och en påläst kvinnlig gynekolog är ju inte så svårt – åtminstone inte om man just ska till att föda i säte. Men man kan ju alltid lösa just det problemet med ett snitt men det är en helt annan diskussion.

Folke Fänkäl

**Kvinnokliniken vid Sahlgrenska  
Universitetssjukhuset i Göteborg arrangerar**

# **ABC-kurs i Obstetrik och Gynekologi**

**Kursledning:** Lotta Wassén  
Lars-Åke Mattsson

**Målgrupp:** ST/-underläkare på Kvinnoklinik med högst ett års erfarenhet inom specialiteten.

**Tidpunkt:** 13-15 september (vecka 37)

**Kursplats:** Kvinnokliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra

**Kursinnehåll:** Obstetrik (asfyxi/fosterövervakning, skulderdystoci, post partum-blödningar, VE, dystoci och sectio)

Gynekologi (akut buk, blödning i tidig graviditet, gynekologiska infektioner, antikonception och blödningsrubbningar)

Undervisningen kommer att bygga på praktiska demonstrationer, falldiskussioner och föreläsningar.

Information om SFOG och OGU osv kommer att ges.

**Kursavgift:** 4.500 kr exkl. moms.

**Anmälan:** **Senast 8/8 2010** till  
Agneta Cedefors-Blom agneta.cedefors-blom@obgyn.gu.se)  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, 416 85 Göteborg,  
tel. 031-343 8010

# Train the trainers – att leda obstetrisk teamträning 19-21 maj 2010

## Practicum, Skånes Universitetssjukhus, Lund

Ett bra sätt att träna teamarbete och beslutsfattande i pressade situationer är simulering. För att träning i simulatormiljö ska bli så lärorik och givande som möjligt är det av största vikt att instruktörerna är välutbildade i att leda och facilitera såväl övningarna som efterföljande feed-back-sessioner.

Kursen vänder sig till läkare och barnmorskor som ansvarar för den egna verksamhetens obstetriska träning. Tonvikten är lagd på träning av det obstetriska teamet.

En teoretisk del av kursen tar upp crisis resource management (CRM). Stor vikt läggs också på kommunikations- och ledarskaps- träning samt praktiska övningar.

Kursen är värdefull både för Er som redan arbetar med simulatorer och Er som ännu inte börjat.

Före kursstart får kursdeltagarna en CD-skiva med föreläsningar, instruktionsfilmer och aktuella artiklar.

**Pris: SEK 8000 (exkl. moms) inkluderat kaffe, luncher samt kursmiddag dag 1**

För ytterligare information om kursen kontakta Karin Reimegård ([karin.reimegard@med.lu.se](mailto:karin.reimegard@med.lu.se))

**Kursansvariga:** Karin Reimegård, barnmorska, klinisk adjunkt KK, Peter Malcus, överläkare KK, Anneli Sundberg, sjuksköterska, klinisk adjunkt Practicum

Anmälan (med namn, postadress, e-postadress samt fakturaadress) görs via mail, fax eller post till:

Agneta Jacobsson [agneta.jacobsson@skane.se](mailto:agneta.jacobsson@skane.se), tel: 046-171494, fax: 046-176094,

**Adress:** VO Practicum, Skånes Universitetssjukhus, 205 02 MALMÖ **senast den 23 april 2010.** Anmälan är bindande. **Vid avbokning senare än 10 maj 2010 debiteras kursavgiften.**

## Behandling av akuta obstetriska situationer

**American Academy of Family Physicians och ALSO® Scandinavia and Greenland anordnar kurs i Skövde den 11 - 12 respektive 13 - 14 oktober 2010**

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

I kursen ingår kortare teoretiska föreläsningar men huvudvikten är lagd på färdighetsträning på fantomer i små grupper. Pedagogiken bygger på en speciell inlärningsmetod med memotekniker som ger en förmåga att minnas rätt åtgärd även i en akut och stressad situation

Kursen avslutas med både teoretiskt och praktiskt test och renderar 16 CME-poäng

Är du intresserad av att få en kursansökan?

mailto:madeleine.bjurman@vgregion.se eller gå in på vår skandinaviska hemsida <http://www.also-scandinavia.com> och läs vidare under de svenska flaggorna

**Sista ansökningsdagen till vårens kurser är den 21 maj 2010**



# NFOG Specialist Course 2010

## Polycystic Ovary Syndrome Through Life November 17th – 18th 2010 Hotel Park Inn, Copenhagen Course fee 250 €

The Educational Committee of NFOG hereby invites you to the NFOG Specialist Course on **Polycystic Ovary Syndrome Through Life**. The course will deal with aspects of PCOS related to different ages and endocrine states of a woman's life. Nordic and international top speakers with active research in this area will participate. The course is the second NFOG Specialist Courses, planned to run each year with different topics, and aimed at OBGYN specialists. However, trainees are more than welcome to participate as well.

Below you find the preliminary program, with all the confirmed speakers. However, minor changes may occur later. A final announcement with information about registration, accommodation etc. will be published later during the spring. Look out for the announcement at the NFOG web-site, the web-site of your national society or national bulletin and make sure to register in time. The number of participants is limited due to the facilities.

*Marie Bixo and Eszter Vanky*  
NFOG Educational Committee

Course program (10 minutes for questions and discussion is included in each presentation)

## Wednesday 17th of November

11.30 – 13.00	REGISTRATION, LUNCH	
13.00 – 13.05	Welcome and introduction	NFOG chairman
<b>Session 1</b>	<b>Prenatal and early development and treatment of PCOS</b>	
13.05 – 13.35	Intrauterine environment and PCOS	<i>Sven M. Carlsen</i> Professor MD (N)
13.35 – 14.20	Early development & pubertal prevention of PCOS	<i>Francis de Zegher</i> Professor MD (B)
14.20 – 14.50	Treatment of PCOS in adolescence	<i>Lourdes Ibanez</i> MD PhD (E)
14.50 -15.20	COFFEE	
<b>Session 2</b>	<b>PCOS, pregnancy and metformin</b>	
15.20 – 16.00	Metformin and ART in PCOS: A RCT	<i>Sigrun Kjotrød</i> MD PhD (N)
16.00 – 16.35	Metformin in early pregnancy and abortions	<i>Laure Morin-Papunen</i> MD PhD (SF)
16.35 – 17.10	Metformin and pregnancy outcome in PCOS	<i>Eszter Vanky</i> MD PhD (N)
17.10 – 18.00	Panel discussion and questions	
19.00	DINNER	

## Thursday 18th of November

<b>Session 3</b>	<b>PCOS in the adult woman</b>	
08.30 – 08.50	PCOS, obesity in the young adult	<i>Ditte Trolle</i> MD PhD (DK)
08.50 – 09.20	Metformin: When and to whom?	<i>Ditte Trolle</i> MD PhD(DK)
09.20 – 09.40	Diet and lifestyle	<i>Angelica Linden-Hirschberg</i> MD Professor (S)
09.40 – 10.10	Are there any benefits of PCOS?	<i>Angelica Linden-Hirschberg</i> MD Professor (S)
10.10 – 10.30	COFFEE	
<b>Session 4</b>	<b>Quality of life – later in life</b>	
10.30 – 11.10	Quality of life in PCOS	<i>Georgina Jones</i> Psychologist, PhD (UK)
11.10 – 11.50	Cardiovascular risk factors	<i>Harpal Randeva</i> MD Professor (UK)
11.50 – 12.30	Diabetes and PCOS	<i>Sven M. Carlsen</i> MD Professor (N)
12.30 – 13.15	Panel discussion and questions	
13.15	LUNCH	

---

# Arbets- och Referensgrupperna inom SFOG

## Perinatologi PERINATAL-ARG

**Ordförande:** Karin Pettersson  
KK, Karolinska Universitetssjukhuset  
Huddinge  
141 86 Stockholm  
Tel: 08-585 800 00  
karin.pettersson@karolinska.se  
**Sekreterare:** Marie Blomberg  
KK, Universitetssjukhuset Linköping  
581 85 Linköping  
Tel: 013-22 20 00  
marie.blomberg@lio.se

## Minimalinvasiv Gynekologi MIG-ARG

**Ordförande:** P-G Larsson  
KK, Kärn sjukhuset  
541 85 Skövde  
Tel: 0500-43 10 00  
Fax: 0500-43 14 54  
p-g.larsson@vgregion.se  
**Sekreterare:** Johanna Isaksson  
KK, K57, Karolinska Universitets-  
sjukhuset, Huddinge  
141 88 Huddinge  
Tel: 08-585 816 19  
johanna.isaksson@karolinska.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@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:** Anna Palm  
Sundsvalls sjukhus  
851 86 Sundsvall  
Tel: 060-18 10 00  
anna.palm@lvn.se

## Urogynekologi och vaginal kirurgi UR-ARG

**Ordförande:** Marie Westergren  
Söderberg  
KK, Södersjukhuset  
118 83 Stockholm  
Tel: 08-616 10 00  
marie.westergren-soderberg@  
sodersjukhuset.se  
**Sekreterare:** Johan Skoglund  
KK, Länssjukhuset Ryhov  
551 85 Jönköping  
Tel: 036-32 14 58  
johan.skoglund@lj.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@gmail.com  
**Sekreterare:** Kristina Elfgrén  
KK, Karolinska Universitetssjukhuset,  
Huddinge  
141 86 Stockholm  
Tel: 08-585 800 00  
Fax: 08-585 875 75  
kristina.elfgren@karolinska.se

## Psykosocial Obstetrik och Gynekologi samt Sexologi POS-ARG

**Ordförande:** Katri Nieminen  
KK, Universitetssjukhuset Linköping  
581 85 Linköping  
Tel: 013-22 20 00  
katri.nieminen@lio.se  
**Sekreterare:** Maria Engman  
KK, Västerviks sjukhus  
593 81 Västervik  
Tel: 0490-860 00  
marie.engman@ltkalmar.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  
Fertilitetsenheten, Karolinska  
Universitetssjukhuset, Huddinge  
141 86 Huddinge  
margareta.fridstrom@gmail.com



#### **Endokrinologi ENDOKRIN-ARG**

**Ordförande:** Angelica Lindén-Hirschberg  
KK, Karolinska Universitetssjukhuset,  
Solna  
171 76 Stockholm  
Tel: 08-517 700 00  
angelica.linden-hirschberg@karolinska.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@med.lu.se  
**Sekreterare:** René Bangshøj  
KK i Värmland  
Centralsjukhuset  
651 85 Karlstad  
Tel: 054-61 82 04  
rene.bangshoj@reba.se

#### **Ultraljudsdiagnostik ULTRA-ARG**

**Ordförande:** Anna Lindqvist  
För aktuell adress se hemsidan.  
**Sekreterare:** Peter Lindgren  
KK, Akademiska sjukhuset  
751 85 Uppsala  
Tel: 018-611 00 00  
Fax: 018-50 81 27  
peter.lindgren@kbh.uu.se

#### **Hemostasrubbnings HEM-ARG**

**Ordförande:** Eva Östlund  
KK, Danderyds sjukhus  
162 88 Danderyd  
Tel: 08-655 55 00  
eva.ostlund@ds.se  
**Sekreterare:** Lars Thurn  
KK, Blekingesjukhuset  
371 85 Karlskrona  
lars.thurn@ltblekinge.se

#### **Vulva VULV-ARG**

**Ordförande:** Nina Bohm-Starke  
KK, Danderyds sjukhus  
182 88 Danderyd  
Tel: 08-655 50 00  
nina.bohm-starke@ds.se  
**Sekreterare:** Christina Rydberg  
KK, Varbergs sjukhus  
432 81 Varberg  
Tel: 0340-48 10 00  
christina.rydberg@lthalland.se

#### **Endometriosis ENDOMETRIOS-ARG**

**Ordförande:** Matts Olovsson  
KK, Akademiska Sjukhuset  
751 85 Uppsala  
Tel: 018-611 57 64  
Fax: 018-55 97 75  
matts.olvesson@kbh.uu.se  
**Sekreterare:** Margita Gustavsson  
KK, Kungälv Närsjukhus  
434 80 Kungälv  
margita.gustafsson@lthalland.se

#### **Evidensbaserad medicin**

##### **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  
Gynmottagningen, Kungälv sjukhus  
442 83 Kungälv  
Tel: 0303-980 02  
annika.strandell@medfak.gu.se

#### **Etik ETIK-ARG**

**Ordförande:** Claudia Bruss  
KK, Länsjukhuset i Halmstad  
302 33 Halmstad  
Tel: 035-13 10 00  
claudia.bruss@lthalland.se  
**Sekreterare:** Lotti Helström  
KK, Södersjukhuset  
118 83 Stockholm  
Tel: 08-616 10 00  
lotti.helstrom@sodersjukhuset.se

#### **Mödra-Mortalitet MM-ARG**

**Ordförande:** Aljana Mulic-Lutvica  
KK, Akademiska Sjukhuset  
751 85 Uppsala  
Tel: 018-611 00 00  
Fax: 018-24 62 86  
aljana.mulic-lutvica@akademiska.se  
**Sekreterare:** Sissel Saltvedt  
KK, Södersjukhuset  
118 83 Stockholm  
Tel: 08-616 10 00  
sissel.saltvedt@sodersjukhuset.se

#### **Arbets- och referansgruppen för kvalitetsregistrering KVARG**

**Ordförande:** Göran Berg  
KK, Linköpings Universitetssjukhus  
581 85 Linköping  
Tel: 013-22 31 32  
goran.berg@lio.se  
**Sekreterare:** Karin Franzén  
KK, Örebro Universitetssjukhus  
701 85 Örebro  
karin.franzen@orebroll.se

### **Arbets- och Referens-Grupp-Utvecklings-Samordnare**

#### **ARGUS**

Ulf Högberg  
SFOG-Kansliet  
Drottninggatan 55, 2 tr, 111 21 Stockholm  
Tel: 08-440 01 75  
E-post: ulf.hogberg@obgyn.umu.se

#### **SFOG-Kansliet**

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](mailto:gunnar.mollerstrom@tyfon.com)

Susanne Damm  
Karolinakliniken  
Ågatan 35  
582 22 Linköping  
Tel: 013-31 86 83  
E-post: [susanne.damm@telia.com](mailto:susanne.damm@telia.com)

Carl Johan Granqvist  
Gallerians Läkarmottagning  
Box 2147  
550 02 Jönköping  
Tel: 036-16 30 40  
E-post: [cjg@telia.com](mailto:cjg@telia.com)

## Mödrahälsöversörsläkargruppen

### *Ordförande*

Agneta Romin  
Falun lasarett, Kvinnokliniken  
791 82 Falun  
Tel: 023-49 22 73  
Fax: 023-49 09 89  
E-post: [agneta.romin@ltdalarna.se](mailto:agneta.romin@ltdalarna.se)

### *Sekreterare*

Ingegerd Lantz  
MÖL Gävleborg, Psykologmottagningen  
Kyrkogatan 28, 3tr  
803 11 Gävle  
Tel: 026-15 41 61  
Fax: 026-15 41 56  
E-post: [ingegerd.lantz@lg.se](mailto:ingegerd.lantz@lg.se)

## Obstetiker och gynekologer under utbildning (OGU)

### *Ordförande*

Mårten Strömberg  
KK, Sahlgrenska universitetssjukhuset  
413 45 Göteborg  
Tel: 031-34 20 00  
E-post: [marten.stromberg@vgregion.se](mailto:marten.stromberg@vgregion.se)

### *Sekreterare*

Charlotta Ersmark  
KK, Södersjukhuset  
118 83 Stockholm  
Tel: 08-616 27 72  
E-post: [charlotta.ersmark@sodersjukhuset.se](mailto:charlotta.ersmark@sodersjukhuset.se)

## Gruppen för öppenvårdsgynekologi

### *Ordförande:*

Inga Sjöberg  
Ersboda vårdcentral  
Hälsogränd 3  
906 25 Umeå  
Tel: 090-785 81 81  
E-post: [inga.sjoberg@vll.se](mailto:inga.sjoberg@vll.se)

### *Sekreterare*

Maria Cederholm  
Gyn. mott.  
Kungsgatan 25  
753 32 Uppsala  
Tel: 018-15 74 60  
E-post: [maria.cederholm@bredband.net](mailto:maria.cederholm@bredband.net)

# SFOG

# MEDLEMSANSÖKAN

## www.sfog.se

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.

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). Som SFOG medlem bör man vara medlem i Sveriges Läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet.

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 700 kronor. Prenumeration på ARG-rapporter är avdragsgill i deklARATIONEN. I och med Din anmälan registreras Du i SFOGs medlemsregister. (Avgiften gäller endast medlemskap i SFOG)

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.**

**Anmäl dig via SFOGs hemsida, [www.sfog.se](http://www.sfog.se), Medlemsansökan**

# FÖLJANDE ARG-RAPPORTER FINNS ATT BESTÄLLA VIA SFOG:s HEMSIDA [www.sfog.se](http://www.sfog.se)

*Nr 1-16 och 18-27, 35-36 har utgått*

<i>Titel</i>	<i>Utgivningsår</i>	<i>Pris/st exkl. moms, porto &amp; exp.avg 80:-</i>
Nr 17 Prolaps	1989	100:-
Nr 28 Sexuella övergrepp mot barn och ungdomar	1994	100:-
Nr 29 Komplikationer vid Obstetrisk & Gynekologisk kirurgi	1995	100:-
Nr 30 Genitala infektioner hos kvinnan	1996	100:-
Nr 31 Assisterad befruktning och preimplantatorisk diagnostik i Sverige Uppdat 97. Se även rapp 37!	1996	100:-
Nr 32 Gynekologisk endoskopi - del 1	1996	100:-
Nr 33 Sexologi ur gynekologisk synvinkel	1996	100:-
Nr 34 Att förebygga cervixcancer samt vaginal- och vulvacancer	1997	100:-
Nr 37 Ofrivillig barnlöshet	1998	100:-
Nr 38 Substitutionsbehandling i klimakteriet - aktuella synpunkter	1998	100:-
Nr 39 Kvinnlig urininkontinens	1998	100:-
Nr 40 Ungdomsgynekologi	1999	100:-
Nr 41 Cancer, Graviditet och Fertilitet	1999	100:-
Nr 42 Gynekologisk ultraljudsdiagnostik	2000	100:-
Nr 43 Infektioner hos gravida kvinnor	2000	100:-
Nr 44 Vulvacancer	2000	100:-
Nr 45 Gynekologisk endoskopi - del 2	2001	100:-
Nr 46 Anal inkontinens hos kvinnor. Utredning och behandling	2001	100:-
Nr 47 Intrauterin fosterdöd (IUFD)	2002	100:-
Nr 48 Vulvasjukdomar	2003	100:-
Nr 50 Metodbok för evidensbaserad obstetrik och gynekologi	2004	100:-
Nr 51 Förlossningsrädsla	2004	100:-
Nr 52 Perinatalt omhändertagande vid extrem underburenhet	2004	100:-
Nr 53 Bröstet	2006	100:-
Nr 54 Inducerad abort	2006	100:-
Nr 55 Obstetriskt ultraljud	2007	300:-
Nr 56 Endometrios	2008	300:-
Nr 57 Asfyxi och neonatal HLR	2008	300:-
Nr 58 Polycystiskt ovarialsyndrom (PCOS)	2008	300:-
Nr 59 Mödrahälsovård, Sexuell och reproduktiv Hälsa	2008	300:-
Nr 60 Prolaps	2009	300:-
Nr 61 Hysterektomi vid icke-maligna tillstånd	2009	300:-
Nr 62 Barnafödande och psykisk sjukdom	2009	300:-
Nr 63 Cervixcancerprevention	2010	300:-