

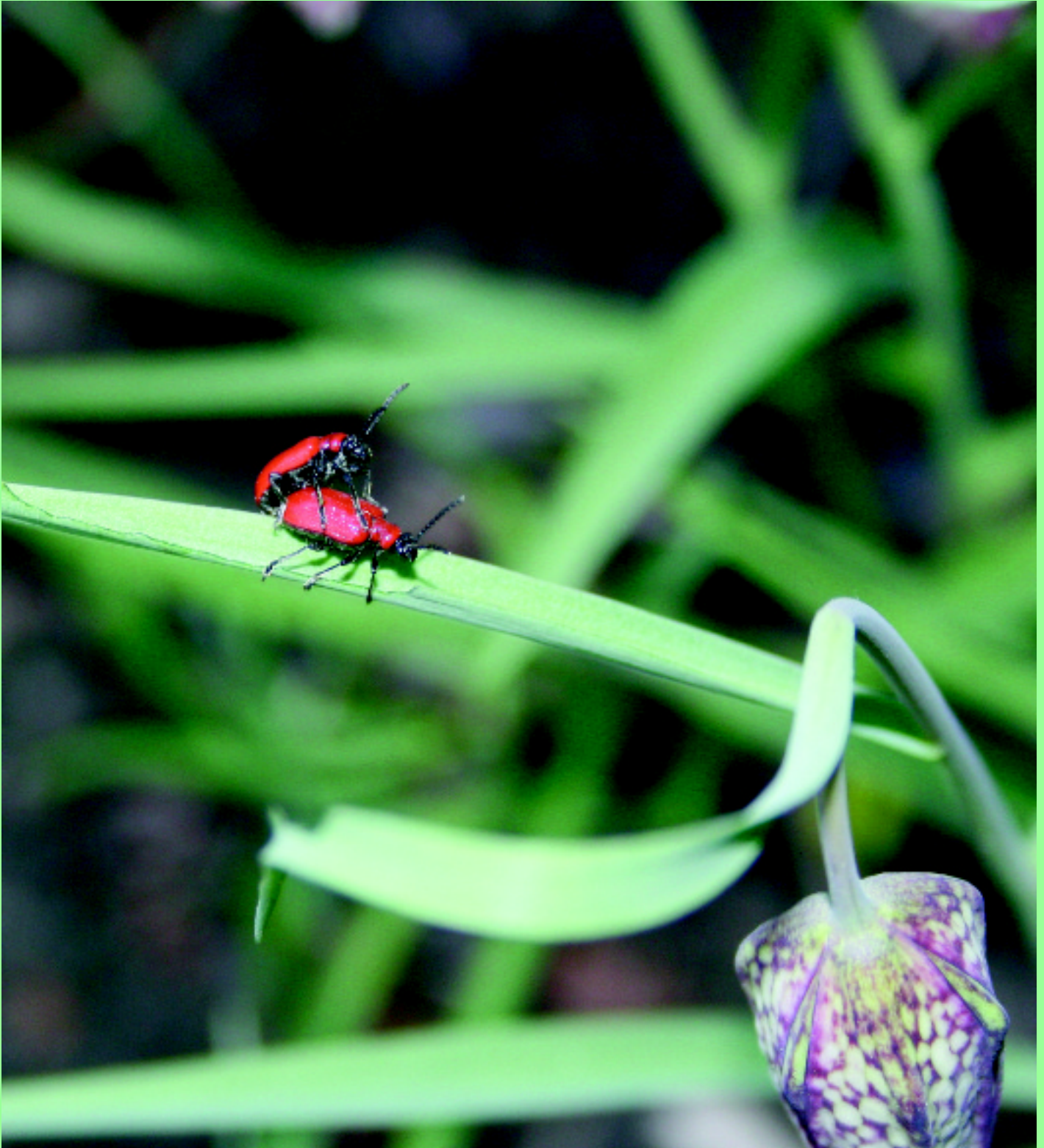
Medlemsbladet 3

2007

NR



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



MEDLEMSBLADET

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

SFOGs styrelse 2007:

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

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

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

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

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

E-post birgitta.segeblad@lvn.se

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

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

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

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

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

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

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

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

E-post asa.magnusson@lthalland.se

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

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

E-post lisskulla.syven@karolinska.se

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

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

E-post mans.edlund@karolinska.se

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

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

E-post a.lagrelius@telia.com

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

141 86 Stockholm, Tel 08-585 800 00

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

Omslagsbild: Ola Malmström, Harplinge

Tryck: Elanders Tofters, Östervåla
ISSN 0284-8031

— Ordförande har ordet —



Kära Medlemmar och Kollegor!

Som ordförande har man vissa förmåner. En är att få välja plats och utformning av ett strategi-internat för hela styrelsen i början av sin två-åriga mandatperiod. Jag valde Södertuna slott, vacker beläget i Sörmland, en knapp timmes resa från Stockholm. I denna anrika miljö fick styrelsen tid för två dagars ostört arbete, huvudsakligen en grundlig genomgång av vårt arbete inom SFOG och en revision av vårt gemensamma måldokument. Det kändes väsentligt att ompröva vad vi gör och hur vi vill fortsätta att arbeta. Resultatet ska vi presentera på årsmötet under SFOG-veckan. Måldokumentet är ett levande dokument som måste ses över i takt med förändringar i vår omvärld. Vi har i följande punkter sammanfattat att SFOGs mål är att stimulera och arbeta för

- vetenskapliga aktiviteter enligt EBM
- den kliniska forskningen inom specialiteten
- en levande diskussion kring yrkesrollen och avgränsningen mot övriga aktörer inom vården
- värnandet om arbetsmiljön, inom alla grenar av specialiteten
- ett bra kursutbud till medlemmarna

- en utåtriktad information mot media, allmänhet och politiker/beslutsfattare
 - att initiera och delta i samhällsdebatten
 - att förbättra reproduktiv hälsa för kvinnor även i ett globalt perspektiv
- Att ”initiera och delta i samhällsdebatten” innebär bl.a att inte stillatigande åse diverse debattinlägg i pressen som rör vår specialitet. Våra dagstidningar publicerar gärna emotionellt färgade, ofta osakliga (publikfriande) debattinlägg med kritik mot kvinnosjukvården, men är långt ifrån lika benägna att acceptera våra genmälen. Vi har under våren haft flera exempel på detta. Den 12 februari publicerade Göteborgs Posten ett mycket upprört inlägg från en grupp föräldrar till svårt förlossnings-skadade barn. Allvarlig kritik riktades mot dagens vård av gravida i samband med barnets födelse. Enligt författarna är det ingen som tar ansvar för avvikelser med tragiskt resultat. Man undrar om det är brist på polisära resurser som gör att vårdpersonal så sällan åtalas för brott som i andra sammanhang skulle vara förenliga med fängelsestraff. Jag kontaktade Barnmorskeförbundets ordförande Anna Nordfjell och tillsammans skrev vi raskt ett genmäle. Vi

I DETTA NUMMER

Årsredogörelse för förvaltningen under år 2006	6
Valberedningens förslag till styrelse för SFOG	14
Berndt Kjessler priset till Eva Rylander	14
OGUs ST-dagar 16-17 april 2007	17
Europeiskt möte i Lund angående robotkirurgi	21
Arbete genom Läkarbanken i Liberia	22
<i>Pionjärer inom Obstetrik och Gynekologi:</i> James Douglas	25
Inkontinensoperationsregistret	28
Årsredovisning tabellverk benign hysterektomi 2006	33
<i>Ny avhandling:</i> Nitric oxide donors in labor management	53

beskrev hur vi inom vården insett hur viktigt det är att vi själva granskar händelseförlopp, inte minst de med så allvarliga konsekvenser att ett barn dör. Detta gör vi för att kunna dra lärdomar och på så sätt förhindra upprepning. Vid en analys av ett händelseförlopp finner vi mycket sällan att endast en person kan utpekas som ”skuldig”, i synnerhet inte inom förlossningsvården, där komplexa beslut många gånger fattas med många inblandade, ofta under stark tidspress. Det betyder inte att var och en kan strunta i rutiner och ”jobba på måfå” (citat ur GP). Självklart har varje individ ett personligt ansvar för sin del i arbetet. GP-artikeln är oroande därför att den uppvisar skilda världar mellan ”omvärlden” (här = anhöriga) och ”vården”, med risk för rubbat förtroende för den senare. Trots flera kontakter med GPs redaktör valde man att inte publicera vårt bemötande.

Ett annat exempel på inskränkning i debatten i massmedia gäller ett annat aktuellt ämne, där tre s.k. kändisar skrev ett animerat inlägg på DN debatt 070320 under rubriken ”Kvinnor måste få säga nej till manlig gynekolog”. Här blandades friskt gynekologers olika kön med problemet med en bristfällig täckning vid cervixscreening. Samma dag (!) skickade Ulf

Högberg och jag ett genmäle där vi, förutom ett bemötande av diskriminerande påhopp på manliga kollegor, klargjorde att det huvudsakligen är barnmorskor som sköter cervixscreeningprogrammet. Av ”utrymmesskäl” såg sig DN:s debattredaktör tvungen att neka oss plats. Vi skickade svaret vidare till Dagens Medicin som, i något modifierad form, publicerade det i nr 15 (12 april). Det sista exemplet är debatten om barnmorskornas roll vid medicinska aborter. Detta tema har varit föremål för två interpellationsdebatter i riksdagen och Socialutskottets ordförande (Kenneth Johansson) har även föreslagit att Socialstyrelsen ser över abortlagen. I nummer 17 av Dagens Medicin fick vi möjlighet att framföra synpunkter från SFOG (se www.sfog.se), men i övrigt har det mest varit Barnmorskeförbundet som drivit frågan. Vi måste bli mer synliga i denna fråga! Det handlar inte om revir mellan olika professioner – det handlar om kvinnors rätt till det informerade valet (medicinsk abort är inte alltid det bästa alternativet) och naturligtvis den medicinska säkerheten. I Dagens Medicin nr 18 (070503) är veckans fråga: Ska barnmorskor få utföra tidiga medicinska aborter?

Årets Berndt Kjesslerpristagare är Eva

Rylander, som under många år varit en lysande företrädare för kvinnosjukvården och som ihärdigt forskat och undervisat många av oss om cervixdysplasi. Läs mer om motiveringen för nomineringen av Eva längre fram i detta nummer. Jag vill, å styrelsens vägnar, framföra de varmaste gratulationerna till dig, Eva! Det ska bli en stor glädje att få uppmärksamma dig samband med Årsmötet onsdagen den 22 augusti i Luleå.

Slutligen, Marie-Louise Schyberg, vår trogna kanslissekreterare, lämnar oss för nya uppdrag på Läkaresällskapet. Vi tackar dig å hela SFOG:s vägnar, för allt vad du har bidragit med för att få kansliet till den välfungerande administrativa enhet som det är idag. Du har varit en viktig spindel i SFOG-nätet! I 12 år har du hållit reda på alla medlemmar, haft stenkoll på styrelsens alla uppgifter, fakturor, kontakt med företag, layoutat medlemsblad och ARG-rapporter osv. Vi önskar dig allt gott och lycka till med ditt nya arbete!

Väl mött i Luleå! Med ett så spännande program kan SFOG-veckan 2007 inte bli annat än lyckad!

Charlotta Grunewald ■





Bästa kollegor,

I skrivande stund har påsken passerat med några dagar av sommarvärme och så följer Valborg med typiskt aprilväder, isande kallt men soligt.

Höstens kursplatser är nu fördelade, vissa kurser har varit översökta och andra har kursplatser kvar. Om du missat att anmäla dig, maila direkt till respektive kursledare och fråga om platser kvarstår. Vilka kurser som har platser kvar kan du läsa på vår hemsida www.sfog.se.

Arbetet fortsätter med nya ST målbeskrivning där Socialstyrelsen nu kommit med nya direktiv vad gäller den terminologi som skall gälla, så nu tar vi nya tag och skriver om enligt direktiven. Avsikten var att förslaget skulle ha gått ut till ansvariga i landet redan förra året, men väntan på nya direktiv har varit lång.

I slutet av april inbjöd Svenska Läkaresällskapets Utbildningsdelegation till ett halvdagsmöte om den nya policyn om studierektorns roll. Läkarförbundet och

Läkaresällskapet har gemensamt tagit fram ett dokument "Studierektorn som central aktör i läkarnas AT och ST". Dokumentet kan hämtas som pdf på www.sls.se/cs-media/xyz/studierektorsuppdraget.pdf

Dokumentet är ett förslag på praktiska riktlinjer för studierektorer och andra som handhar läkares vidareutbildning. Förhoppningen är att alla inblandade i läkares vidareutbildning ser dokumentet som en rekommendation att följa. I dokumentet kan man för ST-läkare, handledare, instruktör, ST-studierektor och verksamhetschef utläsa vilket ansvar och vilka arbetsuppgifter och befogenheter som följer respektive uppdrag. För handledare, instruktör och ST-studierektor finns även angivet vilka krav som bör ställas på innehavaren av dessa uppdrag. Dokumentet ger en bra vägledning för verksamhetschefer vid planering av den framtida ST-utbildning. Den nya ST målbeskrivningen kommer att kräva mer av tid och engagemang

av ansvariga och dokumentet kan utgöra ett bra underlag vid budgetförhandlingar.

Den frivilliga specialistskrivningen fortsätter att ha många deltagare. Vid årets skrivning deltog 25 ST-läkare. Den muntliga tentamen blir i Malmö med preliminärt datum satt till den 18 oktober. Den frivilliga specialistexamen kommer att fortsätta åtminstone fram tom 2013 som är sista året man kan bli specialist enligt det "gamla" systemet.

Under SFOG veckan i Luleå v 34 kommer möte att hållas med grundutbildningsansvariga på onsdagen och med ST-ansvariga på torsdagen. Det är min förhoppning att många får möjlighet att komma till Luleå där vi kan få uppleva skärvgårdstur vid solnedgång och Storforsens brus, allt blandat med vetenskap och social samvaro. Vi ses i Luleå!

Lisskulla Sylvén

Utbildningssekreterare

REDAKTÖRENS RUTA

"Jag älskar deadlines. Jag gillar det svischande ljudet de gör när de flyger förbi..." Douglas Adams

Åsa Magnusson

Följande tider gäller för medlemsbladet 2007:

Nr	Deadline	Utkommer
4	9 september	Vecka 41
5	28 oktober	Vecka 48

Manus skickas eller faxas till:

Redaktör Åsa Magnusson

KK, Varbergs sjukhus • 432 81 Varberg

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

E-post: asa.magnusson@lthalland.se

Adressändring skall göras till

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

Nya medlemmar

Ranu Arora, Stockholm

Samer Ataallah, Södertälje

Karin Garén, Stockholm

Hugo Hessel, Karlstad

Hanna Heyman, Karlstad

Nuran Sarica, Södertälje

Emilian Urleteanu, Karlskoga

Återinträdanden:

Paula Atterfelt-Hulden, Mölnlycke

Dagmar Elofsson, Göteborg

Elof Johansson, Falköping

Årsredogörelse för förvaltningen under år 2006

Styrelsen för Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi får härmed avge redogörelse för föreningens trettioåttonde verksamhetsår, det etthundratredje året som sektion i Svenska Läkaresällskapet.

VERKSAMHETSBERÄTTELSE

Styrelsen har under det gångna året haft åtta protokollförda sammanträden samt ett strategi-internat.

Ordförande och facklig sekreterare har deltagit i kirurgrådet under hösten 2006. Mötet handlade till allra största delen om den nya specialistutbildningen, med representanter för Socialstyrelsen närvarande. Styrelsen har det gångna verksamhetsåret haft följande sammansättning:

Göran Berg, ordförande

Charlotta Grunewald, vice ordförande

Birgitta Segeblad, facklig sekreterare

Lars-Åke Mattsson, vetenskaplig sekreterare

Lisskulla Sylvén, utbildningssekreterare

Jan Rydnert, skattmästare

Åsa Magnusson, redaktör för Medlemsbladet

Måns Edlund, ledamot och webbmaster

Anders Lagrelius, ledamot

Jan Wall, ledamot, OGU-representant

Allmänt om verksamheten

Föreningens aktivitet har under året varit hög och bland annat präglats av remiss-hantering, stimulering av kunskapsinhämtande samt utbildningsaktiviteter, var god se nedan.

Föreningens arbete med att finna nya lokaler har under året aktualiserats – och intensifierats, i och med att vi nu också formellt blivit uppsagda från LRF-huset med sista utflyttningsdatum den 31 jan 2007. Styrelsen har därför genomfört ett omfattande arbete med att eftersöka möjliga objekt för förvärvande. Då detta ej lyckats på grund av att endast ett fåtal objekt varit tillgängliga på marknaden,

övergick styrelsen till att söka lokaler att hyra. Efter att ha besiktigat ett flertal alternativ fastnade vi för lokaler centralt, på Drottninggatan. Inflyttningen skedde i januari 2007.

För att öka utbytet mellan medlemmar och styrelsen har vi fortsatt arbeta efter principen att remisser och rapporter i stor utsträckning lämnas vidare till respektive AR-grupp eller till sakkunnig person. Kommunikationen har under året i stort sett helt blivit webb-baserad, i och med att den nya hemsidan förstärkts med lokala hemsidor för de olika AR-grupperna.

Den andra årsmötesveckan genomfördes av företrädare för Kvinnokliniken i Helsingborg samt Kvinnokliniken i Lund tillsammans med Institutionen för Kvinnor och barns hälsa, Lund. Mötet var lokaliserat till Helsingborg och pågick under hela vecka 35. Det totala deltagarantalet var 760, med viss variation mellan dagarna.

Ove Axelsson har tilldelats årets Berndt Kjessler pris.

Kvalitetsregistret – ”Gynop-registret” benämnt i dagligt tal, har under året utvecklats ytterligare genom att fler delar har anknutits (tumörsträng, prolaps- och inkontinenssträng) och registrering av data har pågått under året.

På initiativ från Socialstyrelsen samt Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Svenska Läkaresällskapet gör SFOG under 2007 en genomgång av indikationer för och hanteringen av hysterektomi på benign indikation, med eller utan samtidig bilateral ooforektomi, för att skapa riktlinjer för ingreppen. Arbetet med att skapa en arbetsgrupp initierades under 2006.

Medlemsbladet

Redaktör för medlemsbladet under 2006 har varit Åsa Magnusson. Medlemsbladet har under året utkommit med fem nummer och har en upplaga på ca 1700 ex. Medlemsbladet finns också tillgänglig via hemsidan. Alla medlemmar är välkomna att skicka in bidrag till och påverka innehållet i medlemsbladet. Annonsintäkterna ökade under året med 20% och nådde därmed hösta notering hittills.

SFOG-kansliet

Kansliets huvuduppgifter har varit ekonomiarbete, stöd åt styrelsen och medlemsadministration. Kansliet har även varit stöd för ARGUS och ARG-verksamheten och har under året sammanställt rapport 54 layoutmässigt. Dessutom har kansliets uppgift varit att lägga upp nya hemsidor för Arbets- och Referensgrupperna samt Intressegrupperna och styrelsens interna arbetsida. Arbetet på kansliet har under året flutit väl, trots variation i arbetsbelastning. Arbetet med hemsidan liksom arbetet kring SFOG-veckan har varit prioriterat. Jeanette Swartz har även påbörjat arbetet med SFOG-veckans hemsida. Första halvåret var Marie-Louise Schyberg tjänstledig på halvtid för att prova på egen verksamhet. Därefter återgick Marie-Louise på heltid för föreningen.

Följande remissvar har avgivits under året 2006

Fullständiga remissvar finns på www.sfog.se
2006-01-01 Remiss från Riksarkivet - Råd om bevarande och gallring av landstingens, regionernas och kommunernas patientjournaler och övrig medicinsk dokumentation. Dnr RA 240-2005/4239

2006-01-12 Departementspromemorian Genomförande av EG-direktivet om mänskliga vävnader och celler

2006-03-08 SOU 2005:90 - Betänkande av utredningen om utländska aborter

2006-03-10 WMA dokument om terapeutisk abort och assisterad befruktning

2006-03-27 Framtidens Närsjukvård

2006-05-09 Lex Maria - nytt system i patientsäkerhetens intresse

2006-05-10 Utredningen om detaljhandel med nikotinläkemedel. SOU 2006:15

2006-05-11 Uppföljning av SOSFS 2005:10 Kriterier för bestämmande av människans död.

2006-05-16 Socialstyrelsens ”framställan om ändrad definition av barn enligt folkbokföringslagen”

2006-05-30 Riktlinjer vid patienters medverkan i den kliniska undervisningen av läkarkandidater

2006-06-05 Skillnader i kostnader mellan olika typer av preventivmedel

2006-06-14 Förslag om ändring av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2002:13) om assisterad befruktning

2006-09-11 Angående Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska

2006-09-25 Remiss av förslag till förändring av föreskrifter och allmänna råd om uppgiftsskyldighet till cancerregistret vid Socialstyrelsen.

2006-10-13 Promemoria – Sekretess i försäkringsföretag för uppgift om genetisk undersökning och genetisk information

2006-10-27 Remiss av Handbok om smittspårning vid sexuellt överförda infektioner

SFOGs aktiviteter med Svenska Läkaresällskapet (SLS)

Under året har SFOG representerats i fullmäktige av fyra ledamöter. Ordförande, vice ordförande, vetenskaplig sekreterare och utbildningssekreterare har deltagit i SLS fullmäktigemöten. Vetenskaplige sekreteraren Lars-Åke Mattsson har också varit ledamot i Riksstämмо-delegationen.

Vetenskaplige sekreteraren har även deltagit i andra av SLS anordnade möten, nämligen heldagsmöte om den kliniska

forskningen och dessutom ett Berzelius-symposium under 2 dagar – ”Reproductive Health and Rights”.

Svenska Läkaresällskapet Riksstämма 2006

Sedan två år tillbaka har SFOG beslutat att förlägga den huvudsakliga vetenskapliga aktiviteten inom föreningen till SFOG-veckan. Man vill dock fortsatt medverka i Riksstämman med symposier som är av intresse både för den egna professionen och för kollegor i allmänhet. Vid Riksstämman i Göteborg 2006 medverkade SFOG i tre symposier med följande titlar: ”Snittar vi för mycket” (moderator Håkan Lilja), ”Rygg- och bäckensmärtor under graviditet” (moderator Henrik Hagberg), ”Cancerprevention – nu och runt hörnet” (moderator Bengt Andrae).

Temat vid Riksstämman 2007 i Stockholm kommer att vara ”Hälsa, livsstil och miljö”.

Sveriges Läkarförbund

Under det gångna året har fackliga sekreteraren representerat föreningen vid tre representantskap i Läkarförbundet. Den stora frågan har där liksom inom föreningen varit den nya målbeskrivningen och Nationella rådets föreskrifter för denna. Andra frågor som har tagits upp har varit utredningen om nya försäkringsmedicinska riktlinjer samt den nya arbetstidslagen och dess konsekvenser i verksamheten. Vid vårens möte togs ett initiativ av avgående ordförande för specialitetsföreningarna, Björn Fagerberg, angående frågan om specialistföreningarnas roll i framtidens läkarförbund. Detta har presenterats i Läkartidningen.

Kirurgrådet samlades i slutet av september och ordförande och fackliga sekreteraren deltog. Teman för mötet var dels den nya målbeskrivningen där Bernhard Grewin, Anna Sundberg och Anna Åberg från Nationella Rådet deltog och presenterade arbetet i den gruppen. Vidare deltog Lars-Åke Johnsson, jurist på HSAN, och presenterade arbetet med anmälningar i ansvars-ärenden.

SFOG-veckan i Helsingborg 28/8-1/9

Den andra SFOG-veckan hölls i Helsingborg som efter en solig sommar bjöd på ett lite lätt blåsigt och svalt väder. Mötet var dock allt annat än svalt, en varm atmosfär bjöds liksom ett digert program inom alla delar av vår specialitet. Särskilt uppskattat var det sent insatta symposiet om STAN. Det var ett välbesökt möte och särskilt tydligt märktes detta på att avståndet i region Skåne medförde att det var en stor andel delegater som kunde pendla till mötet över dagen. Även kvällsaktiviteterna hade Skånska inslag, inte bara i maten utan även en så kallad turing till Helsingör. Styrelsen framförde sitt varma tack till Lunds och Helsingborgs kliniker för väl genomfört arbete med ett mycket lyckat möte.

Arbets- och referensgrupper

Vid SFOG-veckan i Helsingborg hade Riks-ARG möte och majoriteten av arbetsgrupperna var representerade. Rapporter har lämnats av AR-grupperna och publicerats i Medlemsbladet. En stående punkt på programmet var diskussionen om hur man bäst rekryterar yngre kollegor och stimulerar verksamhetschefer till att få yngre kollegor att medverka i AR-grupperna.

Under 2006 publicerades en ARG-rapport ”Inducerad abort” nr 54. Ett flertal andra rapporter håller på att färdigställas. Flera AR-grupper har ansökt och fått bidrag hos stiftelsen (www.stiftelsen.org) för att kunna bekosta slutförandet av respektive rapport.

Under året har en ny arbetsgrupp bildats, nämligen Etik-ARG. Denna grupp har redan haft ett antal välbesökta möten under ledning av Ulf Högberg (ordförande) och Inger Björn (sekreterare).

Föreningens hemsida

Under året har arbetet med föreningens hemsida fortgått. Huvudsidan har kontinuerligt utvecklats och, under året förutom det tidigare materialet, utökats med bl.a. specialistskrivningen i sin helhet, ett flertal platsannonser (antal 14) och direktlänk till årsmötesveckans hemsida som nu tagits över av föreningen.

Det mest omfattande arbetet har under

året lagts ned på AR-gruppernas hemsidor som nu finns i en samlad webblösning utvecklad i samarbete med Sajtkonserterna. Några AR-grupper har kommit långt i utvecklingen av sin nya hemsida, där en mycket underlättad hantering gör att samtliga AR-grupper med tiden ska kunna sköta största delen av sina hemsidor själva.

I en miljö mycket liknande dessa ARG hemsidor har också öppnats en ny styrelsesida. Ytterligare en möjlighet för andra än ARG att öppna tillfälliga projektsidor erbjuds också.

Under hösten 2006 påbörjades ett arbete med att ta fram alternativa lösningar på sökning av aktuella artiklar för publicering/länkar på hemsidan. I samband med detta har även inledande kontakter tagits med läkemedelsindustrin för att efterhöra intresset för eventuell framtida annonsering på hemsidan.

Verksamhetsmöten

Verksamhetschefsmöten har hållits i samband med vintermötet den 9 februari i

Uppsala och vid SFOG-veckan i Helsingborg den 29 augusti. I februari presenterades den nya forskarutbildningen samt förutsättningar för den kliniska forskningen. Representanter för Socialstyrelsen presenterade grunden för SoS arbete med allmänna råd och riktlinjer samt presenterade nya förordningen för kvalitet och patientsäkerhet i sjukvården (2005:12).

Vid mötet i augusti var det många punkter och en av de viktigare var presentation av den nya SBU-rapporten om fosterdiagnostik vars preliminära förslag då började bli klart.

I frågan om mödradödlighet som initierades 2005 fortsatte detta med presentation av det engelska arbetet och ledaren för detta, professor M de Swiet, deltog. SFOGs arbetsenkät presenterades och fortsättning kommer att följa i den frågan.

Fler punkter var GBS-studien, 27-veckorsstudien och den nya ultraljuds-utbildningen i gynekologiskt ultraljud.

Utbildningsfrågor

SFOGs utbildningsnämnd under 2006 har utgjorts av Lisskulla Sylvén (ordförande), Aino Fianu-Jonasson (ansvarig specialistskrivning/examen), Cilla Salamon, Pål Wölner-Hanssen (ansvarig SPUR-verksamhet) Sara Sundén-Cullberg (OGU representant), Matts Olovsson, Marie Bixo och Martin Stjernqvist. Nämnden har sammanträtt vid två tillfällen (23 jan och 20 okt) under året och haft ett telefonmöte. Utbildningsnämnden har som tidigare år arrangerat specialistskrivningen och varit examinationsnämnd vid den muntliga tentamen i specialistexamen.

NFOGs utbildningskommitté hade möte den 21 maj i Göteborg under NFOG-kongressen och den 22 sept i Reykjavik. Ett gemensamt möte med NFOGs styrelse i Reykjavik hölls också. NFOGs utbildningskommitté hade därutöver två telefonkonferenser för planering av Hot Topics i Helsingfors okt 2007.

I arbetsgruppen för den nya ST-målbeskrivningen har, förutom Utbildningsnämndens ledamöter, Christina Gunnervik, Kristina Kask, Kerstin Nilsson, Birgitta Segeblad och Caroline Larsson deltagit. Målbeskrivningsgruppen har under året haft ett internat på två dagar och därtöver två möten 9 juni och 18 okt. Möte med Målbeskrivningsansvariga i landet hölls 12 dec. Arrangör var Socialstyrelsen.

Pernilla Dahm-Kähler erhöll diplom för genomgången subspecialisering i gynekologisk tumörkirurgi med cancervård (certifierades 2005).

Utbildningssekreteraren har under året representerat SFOG under ett möte om "Att finansiera efterutbildning med och utan sponsring" på Läkaresällskapet den 3 mars, "Den framtida tillgången på specialläkare" den 30 mars och "Att implementera ett vetenskapligt förhållningssätt i grundutbildning, AT- och ST-utbildning" den 28 sept arrangerat av SLS.

Utbildningsnämnden tillhandahöll under året 35 fortbildningskurser med 631 platser för specialister och ST läkare.

Under 2006 tilldelades specialiteten 7 SK-kurser via IPULS. Fortfarande är utbudet av SK kurser litet i förhållande till vårt eget kursutbud. Ämneslistan för obstetrik och gynekologi utökades under punkten "Obstetrik och graviditetsövervakning" med Perinatalmedicin.

2006 gavs SFOGs introduktionskurs (ABC-kursen) i Uppsala. Intresset för ABC kursen är fortsatt högt. Skrivningen, ingående i SFOGs frivilliga specialistexamen ägde rum 17 mars med 25 deltagare som alla klarade skrivningen. Frågor och svar finns på www.sfog.se. Den muntliga delen av examinationen ägde rum på Karolinska, Solna den 19 okt. Fjorton deltagare klarade den muntliga tentamen.

Ansvarig för SPUR-verksamheten inom SFOG var Pål Wölner-Hanssen. Följande kvinnokliniker inspekterades under året: Norrlands Universitetssjukhus, Danderyds sjukhus och Västerviks sjukhus. SPUR avgiften kvarstod och är 20.000:-/inspektion.

Möte med ST ansvariga hölls 26 april och 30 augusti. Möte med grundutbildningsansvariga hölls under SFOG veckan i Helsingborg.

OGU

OGU har under 2006 varit representerade av Jan Wall i SFOGs styrelse och av Sara Sundén-Cullberg i Utbildningsnämnden. Sara Törnblom har under 2006 varit ordförande i OGU. OGU:s styrelse har haft 4 styrelsemöten och 1 telefonmöte. OGU:s årsmöte hölls under SFOG-veckan i Helsingborg, varvid två nya styrelsemedlemmar valdes in, för att tillträda i samband med årsskiftet.

Under SFOG-veckan hade OGU ett stort program med fyra välbesökta ST-workshops: "Trombosprofylax inom obstetrik", "Risker och avvikelser under graviditeten – mödrahälsovårdens roll", "Blödning och smärta i tidig graviditet" samt "Prolaps – När? Var? Hur?".

OGU arrangerade även ett symposium; med titeln "Bestraffning eller bot? Kan vi ersätta HSN med äkta skadeprevention?" där Magnus Hagmar var moderator. Johan Carlsson berättade om Socialstyrelsens arbete för bättre patientsäkerhet, piloten och läkaren Michael Sjöo talade om vad sjukvården kan lära av flygets misstag och riksdagsledamoten Maria Larsson talade om politiska dilemman vad gäller patientsäkerhetsarbetet. OGU-priset delades ut för tredje gången, i samband med banketten på Parapeten, och gick till Karin Petersson vid Kvinnokliniken, Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge.

De årliga ST-dagarna ägde rum i Sundsvall 16-17 februari och på programmet stod bl. a infertilitet, STD och praktisk obstetrik.

OGU har under året genomfört en enkätundersökning bland sina medlemmar som redovisats på verksamhetschefsmöte, på ST-dagarna samt i medlemsbladet. Under året har OGU:s hemsida gjorts om i enlighet med det nya formatet för SFOGs hemsida.

OGU har haft ett eller flera bidrag i de flesta nummer av medlemsbladet. Sara Törnblom har medverkat vid SFOGs verksamhetschefsmöten och har även presenterat OGU:s verksamhet vid ABC-kursen i Uppsala. Sara Törnblom representerade även OGU under AT-stämman i Stockholm i mars.

OGU:s styrelse deltog aktivt i NFYOGs symposium med titeln "Doctors are leaders weather they want it or not" under

NFOG-kongressen 20-23 maj i Göteborg. Åsa Wahlberg och Susanne Hesselman representerade OGU på NFYOGs övriga möten och Åsa Wahlberg deltog även i ENTOGs årliga möte som denna gång ägde rum i Köpenhamn.

Internationellt samarbete

FIGO

SFOG har tillfrågats om Sverige och Stockholm har anmält sig villig att härberga FIGO-kongressen 2012. Trots "letter of invitation" till FIGOs exekutivkommitté missuppfattade FIGO SFOGs villighet att stå som arrangör, varför någon "site inspection" med styrelsen aldrig genomfördes. Efter påpekande från SFOG kom Stockholm dock upp som valbart alternativ för FIGO 2012, men blev bortröstat vid kongressen i Kuala Lumpur. 2012 års kongress förläggs till Rom.

NFOG

SFOGs ordförande har deltagit i NFOGs styrelsemöten och bidragit vid planering av och deltagit i NFOGs kongress i Göteborg våren 2006. Vi har aktivt verkat för att fler stipendiemedel skall delas ut från NFOG, dels för ökat kliniskt utbyte mellan de nordiska länderna, dels för forskningsaktiva kollegor i Norden. Vid styrelsemötet i Reykjavik 22-23/9 2006 deltog, förutom ordförande, även vice ordförande från SFOG.

EBCOG

SFOGs EBCOG-representanter, Ove Axelsson och Bo von Schoultz har deltagit i EBCOGs styrelsemöten under 2006 och avgivit rapport till styrelsen. Inför 2007 har en ny rutin införts för SFOGs representation i EBCOG. Sittande ordförande och avgående ordförande deltar i EBCOG-möten framöver. Det första hölls 2-3/12 2006 i Köpenhamn.

Beträffande föreningens ekonomi år 2006 hänvisas till nedanstående resultaträkningar och balansräkningar med kommentarer och noter.

RESULTATRÄKNING		2006	2005	SUMMA EGET KAPITAL OCH SKULDER		4.089.817	3.719.402
INTÄKTER				POSTER INOM LINJEN STÄLLDA SÄKERHETER		-	-
Nettoomsättning	Not 1	3.815.005	3.680.167	KOMMENTARER OCH NOTER			
Övriga intäkter		-	-	REDOVISNINGSPRINCIPER			
SUMMA INTÄKTER		3.815.005	3.680.167	Årsredovisningen har upprättats enligt Årsredovisningslagen och Bokföringsnämndens allmänna råd.			
RÖRELSENS KOSTNADER				Tillämpade redovisnings- och värderingsprinciper är oförändrade jämfört med föregående år.			
ARG-verksamhet		- 243.684	- 137.547	Kortfristiga placeringar värderas enligt lägsta värdets princip. Upplupen ränta på placeringarna redovisas som upplupen intäkt i balansräkningen.			
Neonatal Asfyxi		-	- 3.300	Fordringar har upptagits till de belopp varmed de beräknas inflyta.			
Medlemstidning		- 454.838	- 422.695	Övriga tillgångar och skulder har upptagits till anskaffningsvärden där inget annat anges.			
Övriga externa kostnader	Not 2	- 1.893.974	- 2.308.565	Periodisering av inkomster och utgifter har skett enligt god redovisningssed.			
Personalkostnader	Not 3	- 809.037	- 440.335	Not 1 NETTOOMSÄTTNING	2006	2005	
Årets avskrivning		- 31.505	- 33.329	Medlemsavgifter	1.240.860	1.225.830	
Övriga rörelsekostnader		-	- 18.152	Annonsintäkter	1.347.625	1.025.000	
SUMMA RÖRELSEKOSTNADER		- 3.433.038	- 3.363.923	ARG-verksamhet	587.401	645.626	
RÖRELSERESULTAT		381.967	316.244	Diagnoshandbok	63.209	66.900	
RESULTAT FRÅN FINANSIELLA INVESTERINGAR				ARG Neonatal Asfyxi	-	13.300	
Ränteutgifter		25.631	17.201	Årsrapporter	240.000	452.200	
Utdelningar		33.970	35.225	Adressregister	-	11.000	
Räntekostnader och liknande resultatposter		- 17.743	- 19.665	Utbildningsnämnden	63.100	67.125	
Realisationsvinster och realisationsförluster		53.296	256.674	Utfakturerade kostnader	65.503	62.098	
RESULTAT EFTER FINANSIELLA POSTER		477.121	605.679	OGU ST-dagar	85.750	-	
Skatt på årets resultat		- 66.710	- 80.080	Bidrag	121.557	111.088	
ÅRETS RESULTAT		410.411	525.599		3.815.005	3.680.167	
BALANSRÄKNING TILLGÅNGAR	2006-12-31	2005-12-31		Not 2 ÖVRIGA EXTERNA KOSTNADER	2006	2005	
ANLÄGGNINGSTILLGÅNGAR				Årsmöte	37.561	39.624	
Inventarier	Not 4	73.512	105.017	Medlemsavgifter (Acta, Figo, NFOG, ECOG, IFFS)	589.144	589.473	
SUMMA ANLÄGGNINGSTILLGÅNGAR		73.512	105.017	SFOG kansli		689.894	
OMSÄTTNINGSTILLGÅNGAR VARULAGER M.M.				Möten och kongresser	423.860	484.603	
Färdiga varor		190.300	127.860	Utbildningsnämnden	133.163	70.617	
KORTFRISTIGA FORDRINGAR				Revisionsarvoden	63.750	40.375	
Kundfordringar		36.195	140.480	Övriga kostnader inkl OGU	402.184	393.979	
Skattefordringar		96.321	13.433		1.893.974	2.308.565	
Övriga kortfristiga fordringar		72	26.616	Not 3 PERSONALKOSTNADER			
Förutbetalda kostnader och upplupna intäkter		102.458	13.573	Medelantalet anställda, med fördelning på kvinnor och män har uppgått till:	2006	2005	
SUMMA KORTFRISTIGA FORDRINGAR		235.046	194.102	Kvinnor	2	2	
KORTFRISTIGA PLACERINGAR				Män	-	-	
Aktier och andelar	Not 5	2.469.363	2.340.201		2	2	
SUMMA KORTFRISTIGA PLACERINGAR		2.469.363	2.340.201	Löner, ersättningar och sociala avgifter har uppgått till:	2006	2005	
KASSA OCH BANK		1.121.596	952.222	Löner och ersättningar	551.284	305.602	
SUMMA OMSÄTTNINGSTILLGÅNGAR		4.016.305	3.614.385	Pensionskostnader	78.058	30.026	
SUMMA TILLGÅNGAR		4.089.817	3.719.402	Sociala avgifter	160.246	96.376	
EGET KAPITAL OCH SKULDER		2006-12-31	2005-12-31	Under delar av 2005 låg lönekostnaden hos Svenska Läkaresällskapet och redovisades därför under "övriga kostnader" SFOGs kansli.	789.588	432.004	
EGET KAPITAL							
Ingående eget kapital		3.209.866	2.724.267				
Beslutade bidrag	Not 6	- 10.000	- 40.000				
Återförda bidrag		-	-				
Årets resultat		410.411	525.599				
SUMMA EGET KAPITAL		3.610.277	3.209.866				
KORTFRISTIGA SKULDER							
Leverantörsskulder		64.632	16.033				
Skuld till OGU-enheten		-	114.502				
Övriga kortfristiga skulder		117.477	144.708				
Upplupna kostnader		297.431	234.293				
SUMMA KORTFRISTIGA SKULDER		479.540	509.536				

Not 4 INVENTARIER	2006-12-31	2005-12-31	Not 5 AKTIER OCH ANDELAR	Marknads- värde	Anskaffnings- värde	Bokfört- värde
Ingående anskaffningsvärde	469.589	393.344				
Inköp	- 115.549					
Försäljning/utrangering	- 296.962	- 39.304	Svenska aktier/ aktierelaterade instrument	2.620.588	2.469.363	2.469.363
Utgående ackumulerade anskaffningsvärden	172.627	469.589				<u>2.469.363</u>
Ingående avskrivningar	- 364.572	- 350.895				<u>=====</u>
Årets avskrivningar	- 31.505	- 33.329				
Försäljningar/utrangeringar	296.962	19.652	Not 6 BESLUTADE BIDRAG			
Utgående ackumulerade avskrivningar	- 99.115	- 364.572	Beslutade bidrag 2006 och utbetalade 2006		10.000 kr	
Utgående planenligt restvärde	<u>73.512</u>	<u>105.017</u>	Ove Axelsson		<u>10.000 kr</u>	

Stockholm den 3 maj 2007

<i>Charlotta Grunewald</i> Ordförande	<i>Ulf Högberg</i> Vice ordförande	<i>Lars-Åke Mattsson</i> Vetenskaplig sekreterare
<i>Birgitta Segeblad</i> Facklig sekreterare	<i>Lisskulla Sylvén</i> Utbildningssekreterare	<i>Sven-Eric Olsson</i> Skattmästare
<i>Åsa Magnusson</i> Redaktör Medlemsbladet	<i>Måns Edlund</i> Ledamot, webbmaster	<i>Anders Lagrelius</i> Ledamot
	<i>Sara Sundén-Cullberg</i> Ledamot, OGU-representant	

Vår revisionsberättelse har lämnats den 4 maj 2007.

<i>Christer Eriksson</i> Auktoriserad revisor	<i>Gerald Wallsterrson</i>
--	----------------------------

Det ekonomiska utfallet år 2006 framgår av årsberättelsen. Årsmötet i Helsingborg blev en framgång och jag är övertygad om att så blir fallet även i Luleå. SFOG står som ekonomisk garant. Årets budgetförslag följer här i ett sammandrag.

Sommarhälsningar!

Sven-Eric Olsson
Skattmästare SFOG

SFOGs budget 2007

Intäkter

Medlemsavgifter	1 200 000
Medlemsblad annonsering	1 000 000
ARG-abonnemang	450 000
Försäljning ARG-rapporter	150 000
Försäljning Diagnoshandbok	50 000
Årsrapport kvinnokliniker	250 000
Platsannonser hemsidan	100 000
Administrationsavgift fortbildningskurser	60 000
Övriga poster	70 000
OGU (ST-dagar/Bidrag Stiftelsen)	35 000
Täckning underskott av eget kapital	375 000
Totalt samtliga intäkter	3 740 000

Kostnader

SFOG-kansliet	1 000 000
Medlemsavgifter NFOG/ACTA/EBCOG/FIGO/IFFS	600 000
Medlemsbladet 1-5 (layout/tryck/utskick)	450 000
ARG-rapport (tryck/utskick)	200 000
Styrelsemöten (inkl internat)	400 000
Övriga möten	150 000
Utbildningsnämnden	150 000
ARG-verksamhet	120 000
Årsrapport kvinnokliniker	100 000
Pakistanprojektet	100 000
Datakostnader	25 000
Hemsidan	20 000
Revision	70 000
Bokföring	50 000
Diverse övriga kostnader (porto/tele/kontorsmaterial)	150 000
Avskrivningar	35 000
OGU	120 000
Totalt samtliga kostnader	3 740 000

KALLELSE

Medlemmarna i Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi kallas härmed till årsmöte

Tid: Onsdagen den 22/8 kl. 10.00-11.30 2007

Lokal: Stora Salen, Kulturens Hus, Luleå

Föredragningslista

- a) Mötet öppnas
- b) Val av ordförande och två justeringsmän för årsmötet
- c) Styrelsens verksamhetsberättelse
- d) Ev diskussion med anledning av avgivna remissvar
- e) Skattmästarens ekonomiska redogörelse
- f) Revisorernas berättelse
- g) Fråga om ansvarsfrihet för styrelse och skattmästare
- h) Kanslifunktionen – lokalfråga
- i) Årsavgift för det kommande året
- j) Avgift för ARG-abonnemang
- k) Val av styrelseledamöter
- l) Val av två revisorer jämte revisorssuppleant
- m) Val av valberedning
- n) Information om utbildning
- o) Information om ARG-verksamheten
- p) Information om reviderat måldokument för SFOG
- q) Berndt Kjessler-priset 2007
- r) Övriga ärenden
- s) Tid och plats för nästa årsmöte - SFOG-veckan 2008
- t) Mötet avslutas

Vid årsmötet är gott om tid avsatt för diskussion. Alla medlemmar är välkomna att delta. Om ni vill att styrelsen ska förbereda övriga ärenden var vänlig kontakta ordföranden i förväg.



STIFTELSEN
FÖR UTBILDNING
OCH UTVECKLING
INOM OBSTRETIK
OCH GYNEKOLOGI

INFORMATION FRAN STIFTELSEN

Onsdagen den 22 augusti 2007

kl 11.30 (efter årsmötet)

Stora Salen, Kulturens Hus, Luleå

Valberedningens förslag till styrelse för SFOG

Ordförande Charlotta Grunewald
Vice ordförande Ulf Högberg
Facklig sekreterare Eva Uustal Fornell
Vetenskaplig sekreterare Lars-Åke Mattsson
Skattmästare Sven-Eric Olsson
Redaktör Anne Ekeryd-Andalen
Utbildningssekreterare Marie Bixo
Övrig ledamot Webmaster Måns Edlund
Övrig ledamot OGU-representant Sara Sundén-Cullberg
Övrig ledamot Anders Lagrelius

Fortsatt mandat
Fortsatt mandat
Nyval
Fortsatt mandat
Fortsatt mandat
Nyval
Nyval
Fortsatt mandat
Fortsatt mandat
Fortsatt mandat

Revisorer

Auktoriserad revisor Christer Eriksson
Lekmannarevisor Gerald Wallsternsson
Revisorssuppleant Elisabeth Ljunger

SFOGs valberedning: Gunnar Möllerström (sammankallande), Margareta Hammarström, Jan Wall

Berndt Kjessler priset till

Eva Rylander

Berndt Kjessler priset skall årligen tilldelas ”en person, som i Berndt Kjesslers anda gjort berömliga insatser för undervisning och utveckling inom obstetrik och gynekologi”.



Priset för år 2007 går till Eva Rylander för hennes insatser inom vulvadiagnostik och behandling. Eva har varit och är en eldsjäl för spridandet av denna kunskap såväl nationellt som internationellt. Hennes aldrig sinande entusiasm och engagemang i undervisningen har givit många en förnyad förståelse för diagnostik och behandling inom området. Eva insåg också att ”en bild säger mer än ord”, och hennes kolposkopibilder har varit till stor hjälp både i undervisning och för den egna kliniska utbildningen.

Charlotta Grunewald
Ordförande SFOG

Lisskulla Sylvén
Utbildningssekreterare SFOG



Facklig sekreterare



Eva Uustal Fornell

Jag heter Eva Uustal Fornell och är 46 år. Estniska föräldrar, uppvuxen söder om söder.

Läkarutbildad i Uppsala/Linköping. AT i Motala, därefter specialistutbildad och kvar på KK, US i Linköping. Jag disputerade 2003 om bäckenbottendysfunktion, epidemiologi och klinik. Jag byggde upp och drev gynekologsektionen på

Sergelkliniken i Linköping med mottagning och operation under 4 år fram till 2006 då den politiska medvinden tvärmojade. Är nu åter på KK på US med FoUansvar. Jobbar kliniskt mest med "uro-ano-gynekologi" multidisciplinärt. Mitt lilla livsprojekt är att vara med och förbättra behandlingen av förlossningsskador så att kvinnor kan våga föda vaginalt även i framtiden. Varande av naturen en rätt lat njutningsmänniska älskar jag att utveckla system och rutiner som gör vården enklare, säkrare och roligare. Jag har tre barn, 15, 13 o 9 år och make med många flygbonuspoäng. Skjutning, skärgård, skidor, sång och spel och stabbiga pocketböcker fyller den smala glipan mellan arbete och sömn.

Redaktör för Medlemsbladet



Anne Ekeryd-Andalen

Jag heter Anne Ekeryd-Andalen och arbetar på Gynmottagningen på Alingsås Lasarett.

Har varit Västsverige trogen sedan födelsen 1956 i Åmål. Jag läste medicin i Göteborg och styrde sedan kosan österut för AT och specialistutbildning i Borås. Under specialistutbildningstiden var jag aktiv i SYLF. 1989 blev jag färdig specialist och stannade i Borås till 2002. Min inriktning var urogynekologi, för vilken jag var medicinskt ansvarig, samt tumörkirurgi. Lämnade Västra Götalandsregionen för KK i Varberg där jag var verksam inom samma område. Resorna till Varberg var långa, alltför mycket tid tillbringades i bilen. 2005 lämnade jag därför en mycket trivsamt arbetsplats för att återvända till VG-region. Nu pendlar jag till Alingsås i stället, ett "närsjukhus" som har ett upptagningsområde på 1% av Sveriges befolkning. Omställning från slutet till öppen vård var inte så stor som jag trott. Utmaningar finns även på en liten vårdenhet, förändringar är lätta att genomföra när beslutsvägarna är korta och verksamhetens mål är tydligt för alla medarbetare.

Jag är med i UR-ARG sedan många år och varit aktiv i arbetet med kvalitetsregistret för inkontinens och prolapsoperation. Arbetet i gruppen tillsammans med kollegor från hela landet har varit mycket givande och gett ett brett kontaktnät. Jag har under årens lopp varit handledare för ST-doktorer på de olika arbetsplatserna.

Jag är gift och har tre barn. De två äldsta är utflugna (tror vi). Njuter av att arbeta med händerna i olika element, laga och äta god mat. Jag gillar att resa, har inte något emot strapatser för både kropp och själ. Uppskattar fysisk aktivitet i lagom dos utomhus, men inte golf. Läser gärna och ofta böcker av alla de slag, kan inte tänka mig att vara utan dagstidningar. Att fysiskt hålla ordet i sin hand slår än så länge ut cybervärlden.

Jag är gift och har tre barn. De två äldsta är utflugna (tror vi). Njuter av att arbeta med händerna i olika element, laga och äta god mat. Jag gillar att resa, har inte något emot strapatser för både kropp och själ. Uppskattar fysisk aktivitet i lagom dos utomhus, men inte golf. Läser gärna och ofta böcker av alla de slag, kan inte tänka mig att vara utan dagstidningar. Att fysiskt hålla ordet i sin hand slår än så länge ut cybervärlden.

Utbildningssekreterare



Marie Bixo

Jag är docent i obstetrik och gynekologi, verksam som universitetslektor vid Umeå universitet sedan 1995. Alltsedan disputationen 1987 har jag intresserat mig för hur könsteroider påverkar hjärnan men parallellt med forskningen har också ett genuint intresse för pedagogik vuxit fram. Jag har ägnat mycket tid åt att läsa om och fundera över vilka drivkrafter och mekanismer som ligger bakom vuxna människors lärande och hur man skapar förutsättningar för blivande och färdiga läkare att utveckla sin kliniska kompetens.

Mitt pedagogiska kunnande har jag försökt bygga upp genom att gå kurser men framför allt genom att kontinuerligt arbeta med utbildningsfrågor. Under åren 1987-2005 var jag studierektor i obstetrik och gynekologi vid institutionen, därefter har jag haft uppdraget som programordförande för läkarutbildningen i Umeå. Jag har i två omgångar varit aktiv i utvecklandet av ny utbildningsplan för läkarprogrammet i Umeå.

Mitt förflutna inom SFOG består av ett år som redaktör för medlemsbladet (ersättare för Inger Sundström-Poromaa) 2001, ordförande för Endokrin-ARG under två år, ledamot av utbildningsnämnden i fyra år, varav två av dem ansvarig för specialistexamen. För närvarande ansvarar jag för en SK-kurs i endokrinologi och en fortbildningskurs. Under det senaste året har engagemanget i utbildningsnämnden gått på halvfart, men om jag får förtroendet att bli utbildningssekreterare så kommer jag att med kraft och glädje att ta tag i jobbet igen. Utbildningsnämnden har flera viktiga frågor att jobba med framgent. Den nya målbeskrivningen måste implementeras i ST-utbildningen, kursutbudet måste kontinuerligt utvecklas och anpassas till behovet och SPUR-inspektionerna måste upprätthållas. Framtidsfrågor kommer sannolikt att handla om hur vi anpassar utbildningen till förändringar inom specialiteten och hur samarbetet med Europa och övriga världen kommer att utvecklas.

Mitt förflutna inom SFOG består av ett år som redaktör för medlemsbladet (ersättare för Inger Sundström-Poromaa) 2001, ordförande för Endokrin-ARG under två år, ledamot av utbildningsnämnden i fyra år, varav två av dem ansvarig för specialistexamen. För närvarande ansvarar jag för en SK-kurs i endokrinologi och en fortbildningskurs. Under det senaste året har engagemanget i utbildningsnämnden gått på halvfart, men om jag får förtroendet att bli utbildningssekreterare så kommer jag att med kraft och glädje att ta tag i jobbet igen. Utbildningsnämnden har flera viktiga frågor att jobba med framgent. Den nya målbeskrivningen måste implementeras i ST-utbildningen, kursutbudet måste kontinuerligt utvecklas och anpassas till behovet och SPUR-inspektionerna måste upprätthållas. Framtidsfrågor kommer sannolikt att handla om hur vi anpassar utbildningen till förändringar inom specialiteten och hur samarbetet med Europa och övriga världen kommer att utvecklas.

ST-dagarna (tidigare nationella konferensen) har funnits sedan 1995 och anordnas av en vårdklinik samt OGU. Det är en god och inte kostsam möjlighet för ST läkare från hela landet att ta del av ett gediget vetenskapligt program och kliniskt inriktade föreläsningar. Det blir också en naturlig mötesplats för utbyte av erfarenheter och ökad sammanhållning. Vi från

OGU vill uppmuntra alla verksamhetschefer att låta ST läkare delta i dessa dagar och samtidigt tacka Västerås för ett mycket uppskattat och välordnat arrangemang. Västerås lämnar nu över stafettpinnen till Linköping där jag hoppas vi ses 14-15 april 2008!

Susanne Hesselman, ordf OGU

OGUs ST-dagar 16-17 april 2007

När man i vinterrusket sitter i sin kammar och drömmer sig bort blir man ofta inspirerad av de kurs- och konferensinbjudningar som dimper ned. De flesta kurser känns väldigt lockande och intressanta, likaså var det med programmet till årets ST dagar i Västerås.

Så kom dagen när det var dags att gå upp ruskigt tidigt, lämna en trött och tjurig tvååring på dagis i princip samma minut som de öppnade och därefter cykla i ilfart ned till stationen för att hinna med ett långsamt mjölktag mellan Norrköping och Västerås. (Naturligtvis hade maken jobbat natt och kunde inte hjälpa till). I den stunden lovade jag mig själv att nästa gång skall jag tänka efter före.

Detta löfte har jag nu i skrivande stund tre veckor senare hunnit glömma. Det var nämligen ett mycket lyckat arrangemang i Västerås. Programmet kändes något spretigt till att börja med, med allt från U-landsarbete till urinblåsans fysiologi, men på det hela taget höll föreläsningarna hög kvalitet och lovade inte mer än de kunde hålla.

Det var en strålande vacker vårdag när vi alla hälsades välkomna till Västerås av deras ST-läkare som gemensamt åstadkommit arrangemanget.

Charlotte Ginstman
ST-läkare, KK
Vrinnevisjukhuset i Norrköping

Föreläsningarna inleddes med suturteknik, av Petur Reynisson från Lund som tidigare varit ST-läkare i Västerås. Föreläsningen bjöd på tips och basal kirurgisk kunskap, vilket man fortlöpande under dagen i mindre grupper kunde tillämpa vid praktiska övningar tillsammans med Petur.

Nästa föreläsning hölls av Kaj Wedenberg, Eskilstuna. Temat var praktiskt förlossningsvård och tangerade både historisk förlossningsvård med härledning av vår terminologi till grekiska och latin, samt även modern förlossningsvård där vi diskuterade bla dystocier. Kaj betonade att vikten av att våga stänga av oxytocin-droppet!

Efter en god lunch var det dags för sfinkterskador. Jan Zetterström från Danderyd förtydligade bäckenbottens anatomi på ett mycket lättillgängligt sätt. Han gick igenom de olika klassificeringssystemen



Konferensdeltagare och sponsorer.

OGUs ST-dagar

samt diagnostiska principer. Diagnostiken bör enligt honom innefatta inspektion, palpation, även palpation per rektum för värdering av hur tjock vävnaden är i bakre slidväggen. Detta bör man göra på alla förstföderskor, oavsett misstanke om sfinkterskada eller inte. Att vara förstföderska är ju en av de största riskfaktorerna för sfinkterskador. Han menar att vi ofta missar högre belägna skador, vilka är vanliga, ffa om man har en ytlig skada. Endoanalt ultraljud hör ffa hemma i utredningsdiagnostiken. Föreläsningen omfattade även suturteknik.

Sist talade Åsa Wahlberg från KS och Jan Wall från NUS om sina U-landserfarenheter från Indien respektive Tanzania, vilket födde både nyfikenhet och en stor respekt för U-landsmedicin.

Dagen avslutades med bowling och en god buffé, vilket blev väldigt uppskattat.

Andra dagen började med asfyxi. Birger Malmström, neonatolog från Västerås föreläste och berättade om deras asfyxiutbildning som är en lokal variant på C.E.P.S. Denna dag var det praktiska asfyxiövningar med återupplivning av nyfödda, som löpte parallellt med föreläsningarna resten av dagen. Asfyxiutbildning kan man aldrig få för mycket av!

Eva Rylander, Danderyd höll därefter en mycket pedagogisk föreläsning om cervixdysplasier och kolposkopi. Hon delade även ut en fantastisk CD-rom med många bra kolposkopibilder.

Efter lunchen hölls OGU's årsmöte, vilket blev välbesökt och kom att rymma diskussioner bla om det nya ST-programmet som kommer framöver.

Dagen avslutades sedan med en ingående föreläsning om urinblåsans fysiologi av Gregor Larsson från Västerås.

Sammanfattningsvis var det två mycket välarrangerade dagar med hög klass på föreläsningarna och så här i efterhand var det väl värt vedermödrorna att komma iväg.

Återstår bara för oss i Östergötland att försöka toppa detta. Välkomna till Linköping nästa vår!



Arrangörgruppen



Asfyxiövningar

Tack till våra sponsorer!



Muntlig tentamen för specialistexamen 2007

Dags att anmäla sig för er som är godkända på det skriftliga provet 2007 eller tidigare.

En förutsättning är att ni har lämnat in **examensarbetet** senast **16 maj**.

Muntlig tentamen och presentation av examensarbete äger rum den 18 oktober 2007 vid Karolinska Universitetssjukhuset, Solna.

Anmälan sänds till Aino Fianu-Jonasson **senast söndag den 2 september**.

Aino Fianu-Jonasson

SFOG's utbildningsnämnd

Anmälan till muntlig tentamen 18 oktober 2007

Anmälan skickas om möjligt per e-post till aino.fianu-jonasson@karolinska.se alternativt

Aino Fianu-Jonasson, K57, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, 141 86 Stockholm

Namn: _____

Klinik: _____

Bostads-adress: _____

Tel. arbete: _____ bostad: _____

EVOLUTION OF ROBOTIC SURGERY IN EUROPE

The Crafoord Conference 2007

Robotic surgery is growing in Europe. More and more specialities are adopting the technique in more and more countries. This has started a discussion on the need of a European forum for exchange of experience and ideas focusing on both education, training and science.

On April 18-20, 2007 the first multidisciplinary European meeting on robotic surgery was held in Lund, Sweden.

Day number one was an introduction to robotic surgery with both theoretical and practical sessions e.g. on how to prepare as console surgeon, how to position the patient, how to build a robotic team, the importance of teamwork and the role of the OR nurse. The two following days

Magnus Anderberg MD
Magnus Annerstedt MD
Anders Bergenfelz MD
Christina Etén-Bergqvist RN
Jan Persson MD
Lund University Hospital, Lund,
Sweden

included plenary sessions and break-out sessions in urology, gynecology, surgery and pediatric surgery with lectures, videos, live-operation transmission and meet-the-expert sessions. The conference was ended with a round-table discussion, Evolution of robotic Surgery in Europe, with participants from five European countries.

Close to 200 delegates – both doctors and nurses – from more than ten countries attended the conference. It became obvious that there was a great interest for further similar European gatherings. In fact, there will be a continuation in Berlin already next year (May 29-31). It was also discussed if time has come for a multidisciplinary European society of robotic surgery. A working group was formed and committed to investigate this question and make preparations for further discussion at the Berlin meeting on establishing such a society. Please, feel free to contact anders.bergenfelz@med.lu.se for comments and questions.

Instruktioner till författare:

Det är av stor vikt och underlättning för arbetet med medlemsbladet om manus skickas via e-post till redaktören:

asa.magnusson@lthalland.se.

Följande regler underlättar processen.

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

2. Gör inga egna avstavningar utan låt texten flöda över automatiskt till nästa rad (detta gäller vare sig om det finns avstavningsprogram eller inte).

3. Gör en blankrad mellan varje nytt stycke.

4. Använd programmets tabuleringsfunktion vid inskrivning av tabeller, inte mellan-slagstangenten.

5. Använd inte egen design i texten i form av ovanliga typsnitt, understrykningar, fetstil eller dylikt. Det medför ett avsevärt arbete att leta efter dolda koder i texten. Ange hellre

i ett medföljande dokument hur typografin önskas utformad.

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

7. Om du tar bilder med digitalkamera, använd kamerans högsta upplösning.

Platser kvar till fortbildningskurser HT 2007

Anmäl dig direkt till kursledare. Läs mer på www.sfog.se

Arbete genom Läkarbanken i Liberia

Gynekologer har unika arbetsuppgifter ur många avseenden – det vet vi alla genom våra egna erfarenheter. Det är också fantastiskt att vi, utan större förberedelser, kan utöva vårt yrke i andra länder med helt andra förutsättningar än de i vårt eget land. Möjligheterna till detta är störst för läkare i en kirurgisk specialitet där ens kunskaper är överförbara även till länder med väldigt annorlunda förutsättningar i resurser och sjukdomspanorama.

Det har blivit allt populärare bland läkarstuderande att under studietiden göra en kortare period som ett projektarbete i u-länder. Genom samarbete mellan flera av våra universitetsorter och universitet, sjukhus eller biståndsorganisationer i andra länder får numera ett ganska stort antal läkarstuderande möjligheten att redan under studietiden vidga sitt perspektiv och se de globala förutsättningarna för vårt yrke.

Margareta Sidenvall
Överläkare
Kvinnokliniken i Hudiksvall

För oss som inte fick prova-på-möjligheten under studietiden finns det ändå möjligheter. Man kan arbeta genom flera olika biståndsorganisationer. De flesta kräver att man binder sig för en längre tid och lämpar sig därför mindre för den som vill ta ett första steg eller som bara vill ha ett avbrott i sitt vanliga arbete. Genom Läkarbanken har dock specialister möjlighet att arbeta i flera olika afrikanska länder under en 6-veckorsperiod. Läkarbanken har verkat sedan 1989 och har sitt kontor i Malmö. Man har årliga konferenser med möjlighet till erfarenhetsutbyte i Holsbybrunn i Småland första helgen i maj.

Läkarbanken står för resa och försäkringar och man får en ersättning mot-

svarande 40 USD om dagen, vilket mer än väl täcker de omkostnader man har. Det finns förstås möjlighet att i samband med arbetsperioden förlänga vistelsen och få en upplevelserik semester i en kontinent man kanske inte annars skulle besöka.

Syftet med Läkarbankens verksamhet var från början fylla i glappet, när läkare inom olika biståndsorganisationer tog sin årliga semester, men ganska snart byggde man upp en egen verksamhet där Läkarbanken har kontinuerlig stafettverksamhet. För gynekologer har ön Pemba utanför Tanzania varit ett möjligt arbetsområde i mer än 15 år. Ett annat sjukhus vid vilket man bedriver punktinsatser är Aira sjukhus i västra Etiopien och gynekologer har också kunnat arbeta i Kenya och Zimbabwe och sedan drygt ett år i Liberia på Phebe Sjukhus. Verksamheten i Phebe har tidigare beskrivits i medlemsbladet (nr 1, 2006) i samband med att Läkarbanken öppnade detta arbetsfält.

Liberia är fortfarande under återhämtning efter det mycket hårda inbördeskriget som bröt ner landet under 14 år. Hösten 2005 hölls demokratiska val som ledde till att Afrika fick sin första kvinnliga president Ellen Johnson-Shirleaf. Hon verkar ha lyckats ena tidigare stridande fraktioner och på förhållandevis kort tid ge invånarna en framtidstro. Tron på ett liv utan krig har gjort att människor vågar satsa på sin tillvaro. I den närliggande byn till Phebe där husruinerna tidigare var ett ganska påtagligt inslag är byggaktiviteten igång. Stenarna gjuts av sandjorden på platsen och om man blandar lite cement i eller smetar cement på ytan blir det riktigt fina hus.

Landet har en skriande brist på läkare. Den inhemska läkarutbildningen låg under flera år nere under kriget och många högt utbildade sökte sin tillflykt till andra länder. För närvarande finns ca 30 inhemska



Tegelstenstillverkning vid husbygge uppskattas även av de mindre barnen som tar chansen till rolig lek.



Sjukvårdsbiträdet Martha lägger om ett barn med nekrosskador efter obstructive labour.



Modern till barnet ovan med långvarig kateterbehandling för att förebygga vesicovaginal fistel.

läkare och endast 10 av dessa är verksamma utanför huvudstaden Monrovia. Phebe har tre inhemska läkare varav Dr. William, som också är sjukhuschef, är den enda med specialistkompetens och också landets enda pediatriker. Förutom att avlasta arbetet för de fasta doktorerna är undervisnings- och handledningsfunktionen viktig för gästdoktorer. Vidareutbildningen är i praktiken obefintlig för de yngre läkarna utan denna stödsats.

Arbetet som gynekolog innebär ffa - obstetrisk verksamhet. Merparten av förlossningar sker i hemmen eller på någon av de 31 klinikerna som finns i Phebes upptagningsområde. Det finns ett program som innebär träning i "Life saving skills" där Phebe inbjuder distriktets barnmorskor till utbildningsseminarier under några dagar. Ett välkommet avbrott för personal som, förutom att vila sig från vardagsarbete, också får träffa kollegor. Genom den externa verksamheten avlastas sjukhuset från merparten av normala förlossningar, därav den skeva fördelningen med 462 kejsarsnitt och 1115 vaginala förlossningar under 2006. Tyvärr kommer många kvinnor till sjukhuset sent i förlossningsskedet. Det är både "patient's delay" och "doctor's delay" som ligger bakom detta. En annan viktig faktor är att transportfrågan för kvinnor boendes i detta närmast väglösa land kan vara oövervinnlig. Sjukvård kostar också pengar och det är inte säkert att familjöverhuvudet tycker det är rimlig fördelning av en familjs begränsade resurser att satsa på en födande kvinna. En kejsarsnittsförlossning kostar 25 USD vilket är en halv månadslön för ett sjukvårdsbiträde. Det finns tankar om att göra en omfördelning så det skall vara samma pris oavsett förlossningssätt, så att man inte avstår från att komma till sjukhuset av rädsla för en ekonomisk katastrof om doktorn skulle komma på idén att föreslå snitt. Som obstetriker är det inte så ofta ens roll är att förutse svårigheter, utan att lösa konsekvenserna av problem som redan varit uppenbara länge. Obstructive labour är den vanligaste snitt-diagnosen och en del kvinnor har varit så pass länge i förlossningsarbete att de har en stor risk att



Kloka svärmor som förde sin tonåriga mycket småväxta svärdotter till sjukhuset i tid. Utgången blev lycklig för både mor och barn.

utveckla obstetriska fistlar. En del går att bota med konservativ handläggning och lång kateterbehandling efter operationen.

För närvarande pågår en planering av upprustning av operationsavdelningen och vidareutbildning av personal genom en tysk biståndsorganisation, som valt ut Liberia och Nigeria där man under fem år vill göra en specialsatsning för både bot och prevention av obstetriska fistlar. Detta innebär att operationsinstrument kommer att förnyas och i ett av de två operationsrummen kommer såväl operationsbord som operationslampa att bli mera adekvata för de behov som de skall fylla. Obstetriska fistlar är ett stort lidande för de drabbade kvinnorna och är en spännande utmaning för oss gynekologer. De kan vara mycket avancerade med frånvaro av hela främre vaginalväggen och i 6% av fallen kombinationsfistlar med såväl recto- som vesicovaginal fistlar. Lidandet är 100%, dvs ständigt urinläckage vare sig man har en helt liten fistel eller en avancerad, och de enklare fallen kan alla gynekologer med god erfarenheter av vaginala operationer klara av. Medelsvåra och svåra bör man

lämna till specialister då patienten försätts i ett sämre prognostiskt läge vid en eventuell reoperation. Det finns en bra guideline (Brian Hancock, First steps in Vesico-vaginal fistula repair) för den som vill lära sig ABC i fistelkirurgi och instruktiva videoinspelningar på fisteloperationer går att få tag i.

På mottagningen är det svårt att begränsa sig då kvinnors längtan att träffa en doktor som speciellt kan och vill förstå deras problem är stor. Man har möjlighet att screena kvinnor till planerade operationer, men merparten av sin tid får man ägna åt att lyssna på kvinnors frustration över att inte kunna få det antal barn de önskar. Man inser att deras smärta är stor och det är svårt att behöva förmedla att man inte kan göra så mycket för att hjälpa dem. Vid varje besök kan man dock ta chansen att ge kvinnor kunskap om hur deras underliv fungerar och en sådan enkel åtgärd

verkar i många fall ge en god patienttillfredställelse.

Att jobba i ett utvecklingsland är inte bara ett spännande äventyr som ger personlig tillfredställelse. Med tanke på det multikulturella samhälle vi numera har i Sverige är det en god vidareutbildning som kan ge ökad förståelse vid möte med många av våra patienter på hemmaplan.

För vidare information:
www.rotarydoctorbank.org
info@doctorbank.se

*Bilden till höger:
Tammy med sin vuxna dotter som vårdare. Vid lillebrors födelse för 25 år sedan ådrog sig Tammy en VVF. Hon förbehandlades med p-piller för att fräscha upp vävnaden och efter tre veckors katetervård kunde hon gå och kissa för första gången på ett kvarts sekel!*





Pionjärer inom Obstetrik och Gynekologi



James Douglas (1675-1742)



I fossa Douglasi råder mörker, varför upplysning är påkallad. Platsens betydelse går inte att underskatta. Den närmas dagligen av palperande fingertoppar, utsätts för laparoskopisters nyfikna blickar eller rent av blottas vid buköppning.

Inledningsvis måste konstateras att någon avbildning av James Douglas anletsdrag inte är bevarad till eftervärlden, vilket är förbryllande. Vi får nöja oss med en teckning hämtad ur hans efterlämnade papper.

Skotten James Douglas var nummer tre av sammanlagt åtta söner (dessutom fem döttrar) till en välsituerad jordbrukare utanför Edinburgh. Att fyra söner så småningom blev invalda i Royal Society tyder på att det fanns resurser i hemmet. James studerade i Edinburgh och Utrecht samt doktorerade i Reims i Frankrike 1699. Praktiserade sedan förlossningskonst i London från år 1700 till sin död 1742. Benämndes "man-midwife", ibland "nightman".

Douglas byggde i sitt hem upp ett privat institut, där man mot betalning undervisade i anatomi. Han genomförde i sitt hus offentliga dissektioner av både djur och, vid tillgång, även lik. Den välrenommerade och inkomstbringande praktiken med kundkrets hos överklassen gjorde att han kunde anställa assistenter och bedriva forskningsprojekt främst inom jämförande anatomi, osteologi och botanik. Assistenterna ingick i storhushållet.

Jörgen Sigurd, Gynmottagningen,
Piteå Älvdals Sjukhus

I och med att Douglas invaldes i Royal Society redan 1706 kom han genom dess president, Isaac Newton, i kontakt med den kulturella och vetenskapliga eliten i London (poeten Alexander Pope, filosofen George Berkeley, författaren John Gay m.fl) samt inte minst den vittra drottningen, Queen Caroline från Ansbach, som gjorde honom till sin livläkare vid trontillträdet 1727. Då Caroline födde nio barn behövde hon i sanning en personlig obstetrik. Douglas flyttade flera gånger inom London. En period bodde han vid Covent Garden, där han odlade medicinalväxter.

Douglas vetenskapliga produktion kröns av "A Description of the Peritoneum" från år 1730, i vilken bok "the fold in the peritoneum between the rectum and the bladder" beskrivs. I det bevarade utkastet till texten gör han en referens till Winslöv, som tidigare beskrivit samma sak. Som av en händelse föll emellertid denna referens bort vid slutredigeringen! Begreppet "fossa Douglasi" var fött. Dansken Winslöv fick nöja sig med det mindre glamorösa "foramen Winslowi". Egentligen var nog Douglas' upptäckt av synovialmembranet och dess roll som producent av ledvätska både mer originell och av större betydelse.

Obstetrikern James Douglas anlätades år 1726 som en av undersökningsdomarna i fallet "Mary Toft of Godalming". Det rörde sig om en ung gravid kvinna, som väckte uppståndelse i hela riket genom att

föda kaniner! Hon blev trodd i vida kretsar även bland läkare och väckte utomordentlig stort allmänt intresse. I sinom tid blev hon avslöjad som bedragerska.

"She had simply been inserting rabbits into a place in her anatomy, where they ought not to have gone" konstaterade den vetenskapliga kommissionen. Förnuftet hade segrat och ordningen återställdts.

Douglas var klassiskt bildad och utgav en bibliografi om Horatius, vars första ode han själv översatte från latin. Han skrev även arbeten om fonetik. Börje Holmberg, mångårig chef för Hermods korrespondensinstitut i Malmö, disputerade 1956 på engelska institutionen i Lund på en tjock avhandling med titeln "James Douglas on Pronunciation".

Dätidens vetenskapsmän hade mindre snäva gränser än dagens.

Douglas var de sista åren mentor och lärare för sin assistent William Hunter, en av de stora anatomerna i sena 1700-talets England. Landsmannen Hunter bodde i Douglas' hushåll under sju år, även sedan Douglas själv dött. Han var nämligen djupt förälskad i dottern Martha Jane. När även hon avlidit, flyttade Hunter till eget boende, men gifte sig aldrig. Arvet och traditionen från Douglas förvaltade han väl, och blev följaktligen nästa drottningens livläkare. Queen Charlotte sysselsatte honom med inte mindre än sexton förlossningar.

Hunter såg till att hans och Douglas' efterlämnade papper hamnade i Glasgows universitetsbiblioteks arkiv hemma i Skottland och inte i Oxford. ■



Inkontinensoperationsregistret

Nationella data från Gynop-registret för tidsperioden 2006

Registret är underställt SFOG. Rapporten är distribuerad maj 2007.

INKONTINENSREGISTRET

Kort om registrets historik

I slutet på 1990-talet väcktes tanken om ett landstäckande kvalitetsregister för inkontinenskirurgi på flera håll. Det fanns då flera olika alternativ för operativ behandling av urininkontinens, t ex konventionell Burch och laparoskopisk kolposuspension med olika suturtekniker och mesh samt den nya minimalinvasiva metoden IVS, som sedan blev den snabbt framväxande TVT. Problemet var, då som nu, att nya tekniker infördes i kliniken utan tillräcklig vetenskaplig dokumentation eller utvärdering i randomiserade studier. Planerna konkretiserades först då SFOGs (Svensk förening för obstetrik och gynekologi) Arbetsgrupp för urogynekologi (UR-Arg) i slutet av år 2000 började diskutera organisation och utformning av registret. Efter två års diskussioner kring inkontinensspecifika frågor beslöts hösten 2002 att koordinera registret med det planerade prolapsregistret och att ansluta sig som delregister till det befintliga Nationella kvalitetsregistret inom gynekologiska operationer (Gynop-registret). Härefter följde en tidskrävande validering av registerfrågorna, och först efter tillstånd erhållits att använda de redan validerade NUGG-frågorna från det norska inkontinensregistret (verksam sedan 1997) kunde programmeringen påbörjas. Den första testversionen utprovades hösten 2005 på tre ställen i Västerbotten, och efter justeringar sattes registret i drift januari 2006 i samband med Gynop-registrets uppgraderade version 3.0, som då även inkluderade de nytillkomna registren för prolaps- och tumörkirurgi.

Denna återrapport är en delanalys av de data som samlats under Inkontinensoperationsregistrets första år. Därför finns endast resultat tom 8 veckor efter operationen. Eftersom hälften av de deltagande klinikerna har tillkommit under detta första år och bidragit med ett relativt lågt antal operativa ingrepp, redovisas endast analys av det samlade materialet.

Basdata och operationsmetoder

Under året har antalet deltagande kliniker ökat med 8 kliniker och den senaste exporten från sista tertiäl 2006 inkluderar 17 kliniker vars bidrag med patienter till Inkontinensoperationsregistret redovisas i Figur 1. Allt som allt deltar 524 patienter som genomgått en inkontinensoperation. TVT används fortfarande mest (59%), men transobturatoriska tekniker som TVT-O och TOT är på stark framfarsch och utgör 36% fördelade på 13 kliniker. TOT/TVT-O är den dominerande metoden på sju kliniker. Tyvärr går det ej att urskilja de två principiellt olika transobturatoriska tekniker "inside out" (TVT-O) och "outside in" (TOT) i den aktuella versionen (3.0). Zuidexbehandling är ett alternativ

Anders Kjaeldgaard

Registeransvarig för Nationella kvalitetsregistret för inkontinenskirurgi
Docent, överläkare, Kvinnokliniken,
Karolinska Universitetssjukhuset,
Huddinge

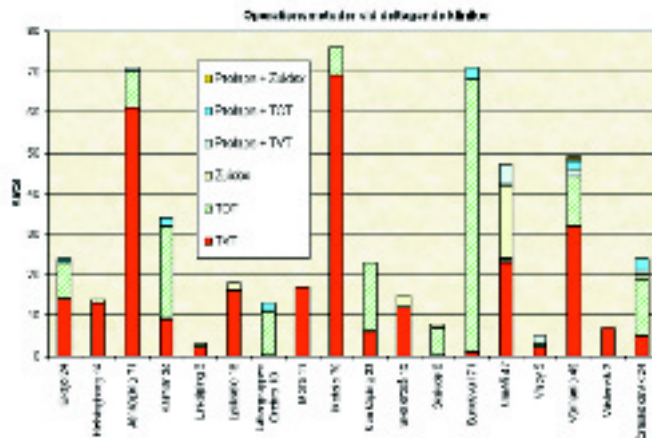
på sex kliniker, men en klinik bidrar med 70% av dessa patienter.

Kombinationsoperationer var relativt ovanliga (5,4%). Inkontinensoperation kombinerades då med en prolapsoperation i samtliga fall (28) utom två då den kombinerades med vaginal hysterektomi pga av myom eller blödningar. I de följande analyserna har kombinationsoperationerna exkluderats.

Åldersfördelningen bland de inkontinensopererade framgår av Figur 2. Medianåldern är 56 år. Ålder tycks inte vara något hinder, ty 5% av all inkontinenskirurgi utförs på kvinnor i åttaårsåldern. Lika ofta opereras kvinnor vid 30-36 år vilka har en förväntad återstående livslängd på 50 år. Medelåldrarna är nästan identiska för de tre aktuella operativa behandlingsmetoderna.

Figur 1

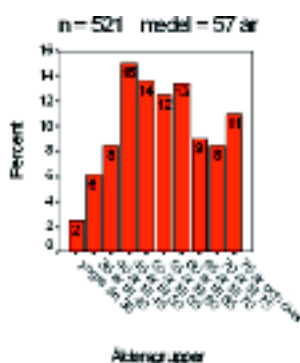
Operationsmetoder vid deltagande kliniker i Inkontinensoperationsregistret.





Figur 2

Åldersfördelning vid inkontinenskirurgi.



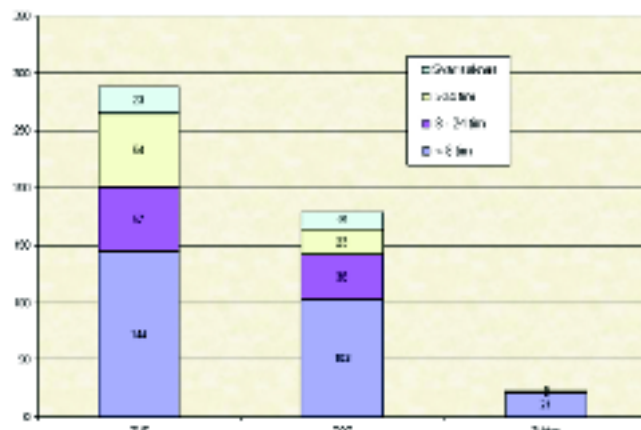
Vårdtid, snabbt skrivningar och sjukskrivningar

Som framgår av redovisade data (Figur 3) utskrivs drygt hälften av de inkontinensopererade inom åtta timmar efter operationen. Alla Zuidexbehandlade kunde lämna vårdavdelningen samma dag, även om somliga sedan fick behandlas polikliniskt för urinretention (se avsnittet om urinvägskomplikationer). Merparten av TVT- och TOT/TVT-O-patienterna (54% resp. 63%) kunde också lämna sjukhuset inom åtta timmar, och ytterligare knappa 20% inom 24 timmar (14% resp. 24%). Det går inte att av nuvarande registerdata få fram hur många av dessa som stannade kvar över natten. Medianvårdtiden för de återstående dryga 20% var endast ett dygn och endast enstaka patienter stannade längre än två nätter på sjukhuset. En 86-årig patient med IVS-plastik fick dock stanna kvar på sjukhuset under åtta veckor pga allvarliga komplikationer som transfusionskrävande retropubisk blödning, bukväggshematom, reoperation och postoperativ infektion samt långvarig KAD-behandlad urinretention.

Endast 42% av de inkontinensopererade blev sjukskrivna, mestadels heltid (93%). Halvtidssjukskrivning var lika ovanlig som 75% sjukskrivning (3%). För 2/3 vidkommande var sjukskrivningstiden mindre än 16 dagar som framgår av Tabell 1.

Figur 3

Antal snabbt skrivna inkontinensopererade patienter fördelade på operationsmetod.



Tabell 1

Sjukskrivningsmönster efter inkontinenskirurgi.

Sjukskrivning efter inkontinensoperation

	n	%
Sjukskrivna	129	42
Ej sjukskr	178	58

Dagar	Kumulativ %
7	29,8
14	62,8
21	88,4
27	94,2
42	100

Inkontinensbehandlingsresultat

Målet med operativ behandling är att bota eller lindra patientens urininkontinens och minimera komplikationsrisken. Den inskrivande och opererande läkaren är mycket medveten om att operationen endast avser att förbättra ansträngningsinkontinensen. Samtidig trängningsinkontinens kan förbättras, kvarstå eller i vissa fall försämrats eller uppkomma de novo efter inkontinensoperationen. Denna preoperativa information bör delges patienten som ofta inte kan skilja på dessa två huvudorsaker till urininkontinens: hon vill bli av med

eller åtminstone få hjälp med sitt urinläckage. Frågan om den preoperativa informationens inverkan på förväntningarna på operationsresultatet har ställts två-tre månader efter operationen vilket kan vara en medverkande orsak till att 25% ej tar ställning till frågan (Tabell 2). Dessutom känner hon nu till operationsresultatet. Det är dock intressant att notera att patienterna redan innan inskrivningen har ganska realistiska förväntningar på operationsresultatet. Möjligen utgör här de Zuidexbehandlade ett undantag, men materialets storlek medger inga valida konklusioner.

Vid inskrivningen bedömdes 79% av patienterna att ha ren ansträngningsinkontinens, och siffran för blandinkontinens var 21%. Som framgår av Tabell 3 läckte nästan 80% dagligen, och i stort sett alla klarade den internationella definitionen på urininkontinens, nämligen urinläckage minst en gång i månaden.

Vad gäller själva behandlingsresultatet kan dessa redovisas på olika sätt. I den kliniska vardagen går det knappast att tillämpa objektiva metoder som ICSs standardiserade regim, olika kvantifierade provokations- eller blöjvägningstest. Eftersom

Tabell 2 Preoperativ informations inverkan på förväntningar på operationsresultatet.

	TVT		TOT		Zuidex		Totalt	
Preop-information	n	%	n	%	n	%	n	%
Ökade förväntningarna	16	9,6	12	14,6			28	10,4
Verifierade förväntningarna	67	40,1	35	42,7	9	42,9	111	41,1
Minskade förväntningarna	6	3,6	3	3,7	6	28,6	15	5,6
Ingen ytterligare information	26	15,6	17	20,7	1	4,8	44	16,3
Vet ej	33	19,8	11	13,4	2	9,5	46	17,0
Svar saknas	19	11,4	4	4,9	3	14,3	26	9,6
Total	194	100,0	91	100,0	22	100,0	307	100,0



– Återrapport från Gynopregistret

patienterna redan preoperativt har redovisat sin urinläckagefrekvens kan denna parameter även användas postoperativt för att mäta behandlingsresultatet. Som framgår av Tabell 4 blir mer än 2/3 av patienterna kontinenta efter TVT eller TOT/TVT-O. Siffran för Zuidex är något sämre, men många av dessa patienter kommer att genomgå en andra injektionsbehandling. Därför får ettårsresultaten avvaktas för rättvis jämförelse med slingoperationerna under mitturetra.

Ett annat sätt att mäta behandlingsresultaten är om patienten upplever någon förbättring efter sin behandling. Detta mått är kanske en mer samlad bedömning av behandlingsresultatet och behandlingens bieffekter. Enl. detta mått kan man med glädje konstatera att vi i detta osekulerade svenska material kan redovisa en förbättring två månader efter operationen hos mer än 90% av de patienter som genomgått slyngplastik under mitturetra. Behandlingsresultaten är lika bra för TVT och TVT-O och står sig väl vid jämförelse

med internationellt redovisade serier. Inte oväntat ligger Zuidex lite sämre till, men närmare 2/3 upplever förbättring efter första behandlingen. Återigen får man här avvakta ettårsresultaten och större patientunderlag innan utvärdering kan ske.

I registret finns även en fråga om patienten skulle vilja rekommendera sin behandling till en väninna i liknade situation. Denna parameter mäter troligen även omhändertagandet i samband med behandlingen. Som framgår av Tabell 6 liknar denna sammanställning mera översikten över förbättring än motsvarande över postoperativt urinläckage. Patienten förefaller vara nöjd ifall behandlingen har förbättrat urininkontinensen.

Komplikationspanorama vid utskrivning

Data i Tabell 7 är hämtade från Inkontinensoperationregistrets uppgifter om de 492 patienter vars vårdförlopp har bedömts och ifyllts av utskrivande läkare. Inkontinensoperationer är nästan alltid okompli-

cerade och utförs oftast som dagkirurgi, och därför uppmärksammas endast tidigt manifesterande komplikationer. De lindriga komplikationerna är övervägande relaterade till urinretentionsproblem. Blåsskador var utmärkande för TVT med en frekvens på 3,6% vilket motsvarar internationella siffror. Inga organskador noterades vid Zuidexbehandling, men en nervskada noterades i samband med TOT. Den enda allvarliga komplikationen inträffade vid en retropubisk IVS-plastik då en hysterektomerad 86-åring fick retropubisk transfusionskrävande blödning med bukväggshematom, reopererades och sedan drabbades av postoperativt sårinfektion med sepsis och långvarig urinretention. Lindriga komplikationer inkluderade en patient med sepsis samt ett par bukväggshematom och vaginalblödningar. En patient fick hjärnskakning efter att ha ramlat ur sängen.

De i Tabell 8 redovisade urinretentionsproblemen behandlades polikliniskt enl. lokala traditioner, antingen med urintappning vid en eller ett par tillfällen eller RIK. En sällan gång (tre pat) blev ett par dagars KAD-behandling nödvändig. De relativt höga siffrorna för Zuidex kan vara en effekt av att alla utskrevs under kontorstid. Övriga lindriga komplikationer inkluderade UVI, dysuri och enstaka fall med onormala postoperativa smärtor.

Patientrapporterade komplikationer i 8-veckorsenkäten

I enkätsvaren rapporterade en av fyra inkontinensopererade komplikationer, oftast lindriga. Dock angav sju patienter allvarliga komplikationer som alla bedömdes som lindriga av ansvarig läkare. Det handlade om blåspforationer, bukväggshematom, ljumsksmärta, urinretention, ökad trängningsinkontinens och UVI, oftast i samband med utebliven effekt av inkontinensoperationen. I övrigt var komplikationspanoramats dominerat av urinretentionsproblem, ytliga sårinfektioner, hematom, vaginala blödningar och UVI. Hos TVT-opererade förekom smärtor i bukvägg eller bakom symfylen vid tre tillfällen och vid transobturatorisk teknik smärtor i ljumsken lika ofta. De två slyng-

Tabell 3 Preoperativt urinläckagefrekvens i olika behandlingsgrupper

Preoperativt urinläckage	TVT		TOT		Zuidex		Totalt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Aldrig	3	1,7					3	1,1
Nästan aldrig	5	2,9					5	1,8
1-3 ggr/mån	8	4,6	3	3,5	3	13,6	14	5
1-3 ggr/vecka	20	1	12	14,1	2	9,1	34	12,1
Dagligen	136	78,2	69	81,2	16	72,7	221	78,6
Uppgift saknas	2	1,1	1	1,2	1	4,5	4	1,4
Total	187	100	87	100	22	100	296	100

Tabell 4 Urinläckagefrekvens 2 månader postoperativt relaterad till operationsmetod

Urinläckage 8 v	TVT		TOT		ZUIDEX		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Aldrig	83	44,4	29	33,3	1	4,5	113	38,2
Nästan aldrig	52	27,8	32	36,8	5	22,7	89	30,1
1-3 ggr/mån	11	5,9	8	9,2	4	18,2	23	7,8
1-3 ggr/vecka	19	10,2	6	6,9	5	22,7	30	10,1
Dagligen	22	11,8	12	13,8	7	31,8	41	13,9
Total	187	100	87	100	22	100	296	100,0

Tabell 5 Olika metoders behandlingsresultat 2 mån efter ingreppet.

Enkät 8 v	TVT		TOT		ZUIDEX		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mycket förbättrat	133	71,1	62	71,3	7	31,8	202	68,2
Förbättrat	45	24,1	18	20,7	7	31,8	70	23,6
Oförändrat	5	2,7	4	4,6	6	27,3	15	5,1
Försämrat	3	1,6	2	2,3	2	9,1	7	2,4
Mycket försämrat	1	0,5	1	1,1			2	0,7
Total	187	100	87	100	22	100	296	100



metoderna hade samma låga frekvens av urinretention och postoperativ inkontinens. De relativt få Zuidexbehandlade hade dock högre frekvens av dessa komplikationer. Andra miktionsbesvär inkluderar dysuri, UVI och svag stråle.

Kommentar

Denna första återrapport från första året med Inkontinensoperationsregistret i drift kan förhoppningsvis bidra till en diskussion kring vilka kvalitetsparametrar som

bör ingå i rapportgeneratoren som är den främsta källan till kontinuerlig återföring av registerdata till de deltagande kliniker. Det är även viktigt hur en relevant kvalitetsparameter redovisas för att det lokala kvalitetsarbetet kan bli meningsfullt. T ex är man föga hjälpt av en redovisning av medelåldern för inkontinensopererade. Då är det mer relevant att ange andelen patienter över t ex 75 år, eftersom många av dessa kan behöva extra vårdinsatser och längre vistelse på sjukhuset.

Ett mer angeläget problem är hur vi skall redovisa behandlingsresultaten på ett sätt som stimulerar kvalitetsförbättringsarbete på den registrerande kliniken. Problemet illustreras kanske bäst av Tabell 10 som visar relationen mellan patientupplevd förbättring och den faktiska urinläckagefrekvensen. Även om man läcker ett par gånger per vecka upplever knappt 90% en nästan lika stor förbättring efter det operativa ingreppet som de bättre lottade som endast läcker en-tre gånger per månad. Båda dessa grupper är fortfarande inkontinenta enligt definition, men rekommenderar gärna samma operativa behandling till en väninna med liknande besvär.

Dessa observationer skall förstås ses på bakgrund av att 80% av de opererade läckte dagligen. Så vad är det främsta målet med den operativa behandlingen? Att göra patienten helt kontinent? Då är den relevanta kvalitetsparametern andelen patienter som (nästan) aldrig läcker urin postoperativt. Att undvika dagligt läckage? I så fall bör den andelen redovisas. Att hjälpa den joggingfrälsta unga kvinnan som annars inte läcker? Här bör andelen förbättrade vara den relevanta parametern.

Samma resonemang kan föras kring redovisning av komplikationer. De komplikationer som är dåligt kartlagda, kan undvikas eller minskas bör kontinuerligt redovisas som stöd för det dagliga kvalitetsförbättringsarbetet. Därför kommer nästa version att innehålla två nya komplikationsfrågor som berör postoperativa smärtor kring symfyssen eller ljumsken. Enl. nyligen presenterade studier från Finland ses dessa komplikationer hos cirka 2% av inkontinensopererade och bör därför redovisas separat.

Kvalitetsarbete inom inkontinensområdet är ett helt nytt område där det idag knappast finns förebilder, konsensus eller klara riktlinjer. Det är därför viktigt att dessa kliniska register är dynamiskt, dvs. alltid eftersträvar att behandla aktuella problemställningar, och relativt lätt kan förändras med borttagande av mindre relevanta parametrar och tillägg av nya i takt med önskemål från användarna och andra intressenter i kvalitetsarbetet. Förhoppningsvis kan denna rapport bidra till fortsatt dialog.

Tabell 6 Patientbedömning av olika operativa behandlingsmetoder.

Enkät 8 v	TVT		TOT		ZUIDEX		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Rekommenderar op?								
Ja	169	90,9	79	91,9	15	68,2	263	89,5
Vet ej	14	7,5	5	5,8	5	22,7	24	8,2
Nej	3	1,6	2	2,3	2	9,1	7	2,4
Total	187	100,0	87	100,0	22	100,0	296	100,0

Tabell 7 Läkarebedömda komplikationer vid utskrivning relaterade till operationsmetod.

Komplikation vid utskrivning	Okomplicerat		Lindrig		Allvarlig		Total
	n	%	n	%	n	%	
TVT	258	92,2	21	7,5	1	0,3	280
TOT	158	93,0	12	7,0			170
ZUIDEX	19	79,2	5	20,8			24
Total	435	91,8	38	8,0	1	0,2	474

Tabell 8 Urinretention postoperativt.

Op.metod	Urinretention		
	n total	n	%
TVT	279	5	1,8
TOT	171	8	4,7
ZUIDEX	24	5	20,8
Total	474	18	3,8

Tabell 9 Patientrapporterade postoperativa miktionsbesvär relaterade till operationsmetod

Miktionsbesvär i 8 v enkät	Urinretention		Inkontinens		Andra besvär		
	n total	n	%	n	%	n	%
TVT	194	9	4,6	11	5,7	7	3,6
TOT	91	6	6,6	6	6,6	3	3,3
Zuidex	22	5	27,7	3	13,6	1	4,5
Total	307	20	6,5	20	6,5	11	3,6

Tabell 10 Patientens uppfattning av operationsresultatet relaterad till den aktuella läckagefrekvensen

Läckagefrekvens 8 v postop n = 354	Läckagefrekvens					Total	
	Aldrig	Nästan aldrig	1-3 ggr/mån	1-3 ggr/vecka	Dagligen	n	%
Op.resultat	%	%	%	%	%		
Mycket förbättrat	91,6	75,5	48,1	40,6	7,8	221	64,8
Förbättrat	7,6	24,5	40,7	46,9	39,2	85	24,9
Oförändrat			3,7	6,3	33,3	20	5,9
Försämrat			3,7	6,3	13,7	10	2,9
Mycket försämrat					5,9	3	0,9



Årsredovisning tabellverk benign hysterektomi 2006

Nationella data från Gynop-registret för tidsperioden 2006

Registret är underställt SFOG. Rapporten är distribuerad mars 2007.

Inledning

Detta är ett försök att så snart som möjligt efter årsskiftet komma med ett mindre tabellverk mest avsett för verksamhetscheferna och medicinskt ledningsansvariga.

De tabeller vi valt är de som vi vid kontakter med verksamhetschefer fått indikation på är de mest intressanta ur ett ledningsperspektiv. Vi önskar få återkoppling från er, huruvida detta är vad ni önskar få, så snart som möjligt efter årsskiftet.

Vi har fått önskemål om att sammanställa några få tabeller med perspektiv på patienten, vårdproduktionen och det medicinska utfallet. Liknande tabeller går att framställa via Rapportgeneratormen men har den svagheten att det är besvärligt att få en överblick över klinikkens svagheter och styrkor. Meningen med detta tabellverk är att försöka skapa en sådan överblick så att kliniken kan följa de parametrar som ev. är aktuella att åtgärda.

Planen var att även göra motsvarande tabellverk för prolaps-, inkontinens- och adnexkirurgi. Dessa registersträngar har vuxit kraftigt i omfattning under år 2006, men något fullständigt årsmaterial finns ännu ej för dessa strängar.

Anslutning

Registret fortsätter att växa och under gångna året har fem kliniker anslutit sig och ytterligare lika många har börjat registrera data men finns ej med i denna sammanställning. Den största expansionen har varit avseende tumör-, inkontinens- och prolapskirurgi, som startade för knappt ett år sedan. Det har även inneburit att adnexkirurgin, som ofta befinner sig i gränslandet mellan benign och malign kirurgi vuxit dramatiskt. Vår förhoppning

är att, med de förbättringar i registret som nu införts i den senaste versionen, en fortsatt ökande anslutning av kliniker kommer att ske och att redan deltagande kliniker i ökande utsträckning utnyttjar registrets samtliga strängar.

Materialets omfattning

Frånsett tabeller om validiteten så omfattar rapporten enbart patienter inkluderade i hysterektomidelen på benign indikation opererade, eller som besvarat enkät under år 2006.

Tabell 1. Sjukhus som deltar

Sjukhus/Ort	Adnex	EA	Hyst	Inkont	Prolaps	Tumör	Antal patienter
Borås			x				122
Eksjö	x	x	x	x	x	x	189
Falun		x	x			x	15
Gällivare		x	x				58
Gävle		x	x				66
Halmstad	x		x			x	58
Helsingborg	x		x	x	x	x	414
Jönköping	x	x	x	x	x	x	428
Kalmar	x	x	x	x	x	x	227
Linköping	x		x	x	x	x	178
Ljungby			x				25
Lund			x				80
Lycksele	x		x	x	x		167
Läkargruppen Örebro	x		x	x	x		70
Malmö			x				154
Mora	x		x	x	x	x	178
Motala	x	x	x	x	x		326
Norrköping	x		x	x	x		317
Sahlgrenska S/Ö			x				511
Skellefteå	x	x	x	x	x	x	185
Skövde	x	x	x	x		x	347
Sunderbyn	x	x	x		x	x	193
Sundsvall	x		x	x	x	x	410
Trollhättan	x	x	x			x	357
Umeå	x	x	x	x	x	x	526
Varberg			x				138
Visby	x	x	x	x	x	x	80
Värnamo	x	x	x	x	x	x	243
Västervik	x	x	x	x	x	x	313
Växjö			x				133
Örnsköldsvik	x		x	x	x	x	171
Östersund	x		x			x	125
Totalt	1097	248	3294	541	1213	411	6804

Mats Löfgren, universitetslektor, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå.
Jan-Henrik Stjernedahl, docent, överläkare, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg.
Emil Nüssler, överläkare, Kvinnohusvården, Västerbottens läns landsting.
Birgitta Renström, registerassistent, Gynop-registret, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå.



– Återrapport från Gynopregistret

VALIDITET

Resultatens trovärdighet

En klar majoritet av de deltagande klinikerna har nu en sådan validitet i sina data att resultaten bör vara tillförlitliga. Av 32 redovisade kliniker har hälften av kliniker 95% eller mer av formulären avseende anamnes/status, operation och epikris insamlade. De obligatoriska parametrarna som skall fyllas i är i anamnes/status 15 st, i operation 26 st och postoperativt 11 st fullständigt insamlade för 1/3 av klinikerna och mer än 95% insamlade för cirka 2/3 av klinikerna.

Gångna året med den reviderade insamlingsprogramvaran med inbyggda valideringsfunktioner (översikterna) har klart ökat andelen komplett ifyllda data. Delar av den genererade texten används i ökande grad i journalen. Likaså har kollegorna i allt mer ökande omfattning börjat fylla i direkt i programmet istället för att gå omvägen via pappersformulären. Detta sammantaget ökar validiteten i data. Vår förhoppning är att så många som möjligt så snart som möjligt går ifrån att använda pappersformulären.

Vid bedömning av följande tabellers ”sanningshalt” måste man väga in antalet patienter för varje klinik som ingår i analyserna och hur stort bortfallet är. Ju färre patienter som ingår desto större inverkan har utfallet för en enskild patient på resultatet. Med konfidensintervall på 95%, dvs inom det område det sanna värdet (slumpen borträknat) sannolikt ligger kan grovt skattas till $\pm 2\%$ för material över 250 patienter, $\pm 5\%$ för 100 patienter, $\pm 10\%$ för 50 patienter. Konfidensintervallet ökar vid små eller höga procenttal. För antal patienter understigande 50 bör man snarast se resultaten som en fingervisning, en trend, där en enskild patient (slumpen) har stor inverkan på resultatet. Detta gör att dessa tabeller och klinikernas rangordning inte skall läsas som någon form av sanning, utan mer som en sifferuppställning vars relevans säkrast och enbart kan bedömas av verksamheten på den enskilda kliniken.

Vi har i ett antal av tabellerna ej angivit medelvärde eller median utan enbart angivit den andel av patienter som kliniken har som ligger under cirka 25% resp över cirka 75% av riksgenomsnittet.

Tabell 2. Saknade formulär

Sjukhus/Ort	Anamnes, operation och epikris finns (%)	Kompleta anamnes-formulär (%)	Kompleta operations-formulär (%)	Kompleta utskrivnings-formulär (%)
Ljungby	100	100	100	100
Skellefteå	99	100	100	100
Lund	99	100	100	100
Borås	98	100	100	100
Lycksele	96	99	100	100
Kalmar	96	100	100	100
Umeå	95	100	100	100
Malmö	95	99	100	99
Läkargruppen Örebro	95	100	100	98
Norrköping	91	100	100	100
Motala	87	100	100	100
Falun	75	100	100	100
Örnsköldsvik	97	99	99	98
Jönköping	91	99	99	99
Sundsvall	95	96	99	99
Mora	99	99	99	99
Sunderbyn	61	75	99	76
Helsingborg	99	99	97	97
Eksjö	90	98	97	96
Västervik	85	95	95	88
Växjö	91	99	94	94
Visby	90	97	94	99
Halmstad	95	98	91	94
Gällivare	88	90	91	91
Trollhättan	88	96	91	96
Värnamo	92	88	91	96
Linköping	95	56	89	77
Skövde	79	88	81	88
Varberg	100	62	63	69
Östersund	83	41	49	79
Sahlgrenska S/Ö	96	25	47	67
Gävle	70	0	16	27
Totalt	91	88	90	92



Patienterna

Tabell 3. Sjukhusens patientunderlag

Sjukhus/Ort	Antal	Ålder vid op alt första registr	BMI	Yrkesarb (%)	Rökare (%)	Antal förl	Andel bed ASA1 (%)	Andel förvänt opsvårigh. (%)	Allm sjukd (%)	Hypertoni (%)	Andel ej bukoper patienter (%)	Uterus storlek i gravv (ver 2.0)	Uterusvikt (gr)
Borås	138	46,9	25,3	80	21	2,5	89	16	62	18	55	8,6	293
Eksjö	52	50,3	25,5	88	17	2,3	67	17	67	31	58	9,5	475
Falun	8	42,4	23,7	86	33	3,0	100	13	50	17	50	11,1	396
Gällivare	37	49,7	26,7	85	19	2,4	78	24	49	24	58	9,2	310
Gävle	39	46,0	27,4	69	24	2,6	69	30	87	34	68	8,4	334
Halmstad	68	47,1	26,1	89	24	2,2	88	15	57	21	49	8,1	294
Helsingborg	214	48,5	25,7	79	30	2,3	93	28	63	18	56	7,4	260
Jönköping	84	49,6	26,6	65	20	2,3	80	20	68	14	48	8,5	286
Kalmar	38	48,5	27,4	94	22	2,6	76	26	62	19	59	10,7	402
Linköping	59	45,9	27,5	81	27	1,8	85	21	63	14	54	9,5	382
Ljungby	23	47,2	27,4	91	17	2,7	91	17	52	13	57	7,6	342
Lund	60	48,9	26,6	85	24	2,1	82	27	68	24	53	9,5	295
Lycksele	29	45,8	27,9	72	32	2,8	90	17	57	17	66	9,5	299
Läkargruppen													
Örebro	29	48,4	25,4	69	24	2,4	76	17	66	24	69	5,5	197
Malmö	86	49,4	27,3	72	23	2,2	77	16	75	25	53	10,0	475
Mora	46	48,3	26,7	85	15	2,5	78	22	59	20	60	7,2	270
Motala	24	48,1	24,5	79	18	2,3	100	17	43	14	59	7,6	225
Norrköping	113	45,6	26,6	81	30	2,2	79	38	75	26	60	10,6	388
Sahlgrenska S/Ö	417	45,7	25,5	83	24	2,3	87	22	64	18	54	9,3	348
Skellefteå	28	45,8	24,7	81	18	2,5	75	4	71	14	46	9,7	402
Skövde	67	47,0	27,4	74	22	2,4	72	38	64	19	54	8,3	331
Sunderbyn	94	47,3	26,4	80	24	2,3	72	18	67	21	64	7,9	264
Sundsvall	97	45,4	27,1	82	21	2,1	85	15	73	28	46	9,6	360
Trollhättan	144	45,1	25,9	83	24	2,2	83	28	61	11	62	8,7	359
Umeå	56	46,3	25,4	91	25	2,5	80	29	54	11	65	8,7	303
Varberg	82	47,1	25,1	85	20	2,2	89	20	61	14	54	9,0	384
Visby	12	49,1	25,8	100	8	2,1	92	8	75	25	58	9,0	303
Värnamo	31	43,4	26,7	96	19	2,0	100	29	50	15	60	10,7	428
Västervik	38	48,9	25,3	67	14	2,2	84	24	63	23	72	8,4	423
Växjö	96	52,3	26,1	84	16	2,6	92	23	70	31	58	8,9	377
Örnsköldsvik	34	49,8	26,8	89	9	2,6	74	29	69	19	58	7,6	277
Östersund	49	45,7	26,6	79	12	2,5	84	19	64	27	57	8,8	335
Totalt	2399	47,2	26,1	82	23	2,3	84	23	64	20	57	8,8	337

De deltagande klinikernas patientunderlag visar stor homogenitet. Det är inga markanta skillnader mellan de olika sjukhusens patienter. De parametrar vi redovisar är framför allt hämtade med utgångspunkt från det danska kvalitetssäkringsverket för vården.



– Återrapport från Gynopregistret

Tabell 4. Vet ej planerad op, klinikerna rangordnade efter frekvens (%).

Sjukhus/Ort	%	Av totalt antal patienter
Motala	0	26
Eksjö	0	54
Ljungby	0	23
Visby	0	12
Lund	0	55
Varberg	0	70
Trollhättan	0	143
Falun	0	8
Skellefteå	0	29
Sunderbyn	0	94
Läkargruppen		
Örebro	0	29
Sundsvall	1,1	99
Umeå	1,8	56
Östersund	2,0	49
Borås	2,3	133
Mora	2,5	40
Jönköping	2,6	83
Norrköping	2,6	116
Västervik	2,8	38
Halmstad	2,9	68
Örnsköldsvik	3,1	34
Skövde	3,2	68
Sahlgrenska S/Ö	3,3	365
Värnamo	3,3	34
Lycksele	3,4	29
Linköping	3,6	58
Helsingborg	4,3	211
Gällivare	5,6	36
Gävle	5,9	35
Växjö	5,9	101
Kalmar	6,3	33
Malmö	7,3	87
Totalt	2,7	2321

Det redovisas här den procent-sats av patienter som uppgivit att de inte vet vilken operation som planeras. Generellt sett är patienterna välinformerade. Man kommer heller aldrig att nå dit-hän att alla patienter är välinformerade eftersom det ibland är svårt att ta till sig information och att patienter ibland inte vill veta.

Tabell 5. Pats förhoppning, klinikerna rangordnade efter frekvens ”Fick ingen ytterligare information”

Sjukhus/Ort	Antal pat	Helt besvärsfri (%)	Hoppas bli besvärsfri men osäkerhet finns (%)	Förhoppning att besvären lindras (%)	Fick info som ökade förväntningarna (%)	Fick info som verifierade förväntningarna (%)	Fick info som minskade förvänt (%)	Fick ingen ytterligare info (%)	Vet ej (%)
Lycksele	29	72	14	14	17	50	0	13	13
Östersund	49	68	21	11	20	39	4	15	15
Gällivare	37	84	16	0	15	58	0	15	10
Jönköping	84	72	18	8	11	39	3	17	20
Läkargruppen									
Örebro	29	69	21	10	10	63	0	17	10
Motala	24	90	10	0	0	44	0	19	25
Sundsvall	97	69	21	10	7	52	4	19	15
Ljungby	23	57	39	4	20	40	0	20	20
Helsingborg	214	75	21	4	18	44	3	20	12
Halmstad	68	87	10	3	14	43	3	20	19
Linköping	59	73	20	5	9	45	9	21	15
Trollhättan	144	77	18	5	15	47	2	21	12
Skellefteå	28	70	7	22	7	55	3	21	14
Sahlgrenska S/Ö	417	82	12	4	13	47	2	23	13
Mora	46	76	16	7	16	31	0	24	29
Sunderbyn	94	67	18	15	9	44	2	24	11
Lund	60	71	24	5	22	29	4	25	13
Varberg	82	83	12	5	13	38	2	26	21
Borås	138	71	24	4	12	40	3	27	18
Örnsköldsvik	34	79	15	6	14	36	2	27	20
Falun	8	100	0	0	5	30	4	30	30
Kalmar	38	68	19	11	16	28	0	31	25
Malmö	86	72	23	5	13	34	1	33	14
Skövde	67	72	24	3	12	34	2	33	18
Norrköping	113	68	25	7	9	37	4	34	15
Eksjö	52	76	18	4	23	22	2	36	16
Växjö	96	72	15	13	8	33	2	37	20
Värnamo	31	74	17	9	16	16	3	38	16
Visby	12	58	25	17	8	54	0	38	0
Umeå	56	76	16	5	10	39	0	41	8
Västervik	38	61	28	11	14	21	2	44	11
Gävle	39	79	8	13	3	27	3	52	15
Totalt	2399	75	18	6	13	40	2	27	16

Patienterna har före operationen en hög förväntan på bot och besvärsfrihet. Upp till 95% räknar med att bli botade. Förväntan stämmer väl överens med de resultat som redovisas två månader efter operationen. Förhoppningarna är höga men relevanta. Trots patienternas höga förväntningar fick ändå mer än 10% i genomsnitt sådan information under vårdtiden att förväntningarna ökade ytterligare. Siffrorna som anger hur många patienter som inte fick någon ytterligare information kan tyckas påfallande höga. Om en patient inkommer för att operera bort livmodern pga rikliga blödningar och med förväntningar att blödningarna därmed skall upphöra kanske ingen ytterligare information behövs. Dessa siffror har med all sannolikhet en betydligt större relevans som kvalitetsmätning avseende tumör-, inkontinens- och prolapskirurgi.



Tabell 6. Bedömning komplikationsfrihet, klinikerna rangordnade efter frekvens "Okomplicerat"

Sjukhus / Ort	Antal patienter	Okomplicerat (%)	Uppgivit lindrig komplikation, ej sökt sjukvård (%)	Läkarbedömning "Ingen komplikation" (%)
Lund	54	74	7	93
Värnamo	31	71	6	74
Gällivare	37	70	11	73
Östersund	41	66	5	63
Eksjö	59	63	15	81
Örnsköldsvik	34	62	15	68
Skellefteå	28	61	14	79
Helsingborg	189	61	13	84
Jönköping	70	61	7	63
Trollhättan	114	60	11	68
Motala	20	60	10	85
Läkargruppen Örebro	26	58	19	85
Mora	40	58	18	75
Sahlgrenska S/Ö	315	58	12	52
Kalmar	28	57	4	82
Borås	124	56	11	63
Lycksele	29	55	21	79
Norrköping	102	55	12	73
Malmö	70	54	7	70
Umeå	55	53	16	80
Ljungby	15	53	13	80
Sunderbyn	79	53	13	61
Linköping	34	53	12	62
Gävle	29	52	17	66
Västervik	46	52	11	67
Varberg	61	51	8	64
Växjö	70	50	9	73
Sundsvall	93	48	15	70
Skövde	58	48	14	45
Halmstad	63	43	8	76
Visby	13	23	15	54
Totalt	2035	57	12	69

I tabellen ingår den andel patienter som anger att det postoperativa förloppet upptill 8 veckor efter operationen varit helt okomplicerat samt de som uppgett en lindring komplikation men ej behövt söka sjukvård. Ingår även läkarbedömningen hur stor andel patienter där förloppet under motsvarande tid varit komplikationsfritt. Det som framgår ur tabellen och som även framgår i all litteratur är att patienterna värderar sin egen hälsa något sämre än vad sjukvården gör. Läkarnas bedömning av komplikationsfrihet överensstämmer väl med andelen patienter som uppgivit att de inte har behövt besöka sjukvårdsinrättning under konvalescenstiden.

Tabell 7. Normal ADL och behov av postoperativ analgetika

Sjukhus/Ort	Antal patienter	Antal dagar till återfått normal ADL (%)		Krävt smärtlindring antal dagar (%)	
		3 dagar eller kortare	10 dagar eller längre	4 dagar eller kortare	15 dagar eller längre
Visby	13	33	8	17	8
Helsingborg	189	30	20	25	29
Kalmar	28	27	14	21	38
Västervik	46	27	22	26	24
Skellefteå	28	26	7	11	14
Växjö	70	25	30	26	24
Ljungby	15	25	17	36	9
Östersund	41	24	24	19	22
Sahlgrenska S/Ö	315	24	25	20	27
Motala	20	24	24	25	13
Lycksele	29	23	27	8	32
Lund	54	22	24	13	30
Läkargruppen Örebro	26	22	26	32	24
Jönköping	70	20	17	13	18
Halmstad	63	20	26	11	35
Trollhättan	114	20	25	15	31
Sundsvall	93	20	21	15	31
Umeå	55	19	29	11	30
Borås	124	19	19	23	21
Eksjö	59	18	20	21	14
Varberg	61	18	18	21	38
Örnsköldsvik	34	18	15	16	28
Skövde	58	17	33	9	32
Gällivare	37	17	23	11	31
Mora	40	16	29	21	15
Linköping	34	15	18	14	28
Gävle	29	14	29	24	24
Norrköping	102	13	29	14	29
Sunderbyn	79	12	37	15	30
Malmö	70	12	31	14	28
Värnamo	31	10	24	18	25
Totalt	2035	20	24	18	27

Allt som gör att patienterna snabbare blir friska är självfallet av godo. Återkomst till normal ADL är ett bra mått på patientens tillfrisknande och återhämtande efter operationen. Här ser vi en rätt stor spridning mellan landets kliniker och sannolikt finns ett samband med hur hela vårdkedjan är utformad. Kortast möjliga tid till normal ADL måste eftersträvas. Sjukhus och operationsmetod (abdominell, laparoskopisk eller vaginal) har oberoende av varandra en stark, statistiskt signifikant påverkan på tid till normal ADL. Ett visst samband finns gentemot hur lång tid patienten behövt ta smärtstillande medicinering efter operationen. Den tiden är naturligtvis avhängig av vilken förskrivning som gjorts vid utskrivningen och vilken information som getts. Kortast möjliga period med smärtlindring är självfallet eftersträvansvärt under förutsättning att det är patientens behov och patienten själv som styr när medicineringen avslutas.



Tabell 8. Resultat, klinikerna rangordnade efter frekvens ”Mycket förbättrad/förbättrad”

Sjukhus / Ort	Antal	Mycket förbättrad/förbättrad (%)	Sämre/mycket sämre (%)
Motala	20	100	0
Ljungby	15	100	0
Gävle	29	100	0
Skellefteå	28	100	0
Läkargruppen Örebro	26	100	0
Eksjö	59	98	0
Växjö	70	97	1
Östersund	41	97	0
Kalmar	28	96	0
Sahlgrenska S/Ö	315	96	0
Västervik	46	95	2
Mora	40	95	3
Sundsvall	93	95	1
Linköping	34	94	0
Norrköping	102	94	3
Lund	54	94	2
Varberg	61	94	4
Trollhättan	114	94	3
Örnsköldsvik	34	94	0
Gällivare	37	94	0
Helsingborg	189	93	2
Lycksele	29	93	0
Halmstad	63	92	3
Borås	124	92	3
Umeå	55	92	0
Jönköping	70	90	2
Värnamo	31	90	3
Sunderbyn	79	90	3
Skövde	58	89	9
Malmö	70	88	3
Visby	13	77	8
Totalt	2035	94	2

Drygt två månader efter operationen upplever 94% av patienterna sig mycket förbättrade eller förbättrade. Ett fåtal, 2%, uppger sig försämrade. De som upplever sig försämrade har ofta drabbats av en komplikation av större dignitet. Denna tabell är ett utmärkt exempel på den försiktighet med hur man skall tolka data. Kvinnokliniken i Visby har lägst frekvens ”mycket förbättrade/förbättrade”, 77%. Tittar man på antalet patienter är det dock uppenbart att detta med största sannolikhet är slumpbetingat. Av 13 patienter har 10 blivit ”mycket förbättrade/ förbättrade”, 2 har angivit ”oförändrad” och en (1) ”försämrade”. Med detta låga antal patienter har slumpen självfallet stor inverkan och några slutsatser om vårdens kvalitet generellt kan inte dras. Däremot kan de tre ej förbättrade patienternas bedömning utgöra incitament att titta närmare på just dessa patienters journaler.

Vårdtid och återbesök

Tabell 9. Vårdtid och patientens bedömning, klinikerna rangordnade efter frekvens ”lagom” vårdtid

Sjukhus / Ort	Antal patienter	Utskrivning senast dagen efter operation (%)	Vårdtiden 4 dygn eller längre postoperativt (%)	”Lagom” vårdtid (%)
Ljungby	23	9	57	100
Visby	13	0	25	100
Mora	44	0	43	97
Skellefteå	28	75	0	96
Jönköping	89	6	12	93
Eksjö	54	8	36	93
Gävle	37	0	42	92
Kalmar	38	5	13	92
Skövde	67	6	31	92
Örnsköldsvik	33	3	24	91
Varberg	81	8	23	91
Norrköping	104	12	13	89
Lycksele	28	7	11	89
Växjö	89	3	18	88
Trollh / Uddevalla	143	18	18	87
Borås	129	10	12	87
Lund	63	6	18	87
Östersund	49	6	2	87
Värnamo	31	3	14	86
Sundsvall	101	5	10	85
Gällivare	37	11	3	85
Helsingborg	213	43	5	85
Sahlgrenska S/Ö	411	17	13	81
Västervik	36	11	8	80
Halmstad	70	1	17	79
Linköping	58	10	26	78
Sunderbyn	99	1	24	78
Läkarg Örebro	31	39	0	77
Malmö	99	11	23	73
Umeå	56	14	11	71
Motala	24	96	0	54
Totalt	2388	15	16	85

Här är andelen patienter med kort resp. lång vårdtid för de olika sjukhusen angiven, likaså patientens bedömning av vårdtidens längd. Någon stark korrelation mellan vad patienten tyckt vara ”lagom” lång vårdtid och vårdtidens faktiska längd finns inte. Bland klinikerna där fler än 95% av patienterna bedömt vårdtiden som ”lagom” lång finns klinik där fler än 50% av patienterna haft en vårdtid längre än 4 dygn och en annan klinik där 75% av patienterna blev utskrivna senast dagen efter operationen. Sjukhus och operationsmetod (abdominell, laparoskopisk eller vaginal) har oberoende av varandra en stark, statistiskt signifikant påverkan på vårdtidens längd. Diskrepansen mellan vårdtidens längd och patienternas bedömning huruvida den är ”lagom” kan nog förklaras av flera faktorer i vårdkedjan som den information patienten får, smärtlindring pre- per- och postoperativt, mobilisering och omvårdnad. Här finns uppenbart en hel del att göra på många kliniker. Situationen i Motala med den kortaste vårdtiden är speciell. Man har ett pågående projekt med utvärdering och man är väl medveten om situationen och arbetar med densamma. Se även kommentaren från Motala i föregående återrapport.



– Återrapport från Gynopregistret

Tabell 10. Planerade återbesök, klinikerna rangordnade efter frekvens önskat "Kontaktbehov"

Sjukhus/ort	Antal patienter	Återbesök planeras postop (%)	Kontaktbehov (%)	Ja, kontakta mig (%)	Ja, önskar återbesök (%)
Motala	24	8	0	0	0
Gällivare	37	5	6	3	3
Läkargruppen Örebro	31	45	8	0	8
Varberg	81	19	8	6	2
Gävle*	37	X	11	7	4
Lund*	63	X	13	4	9
Värnamo	31	23	14	7	7
Östersund	49	4	15	10	5
Örnsköldsvik	33	9	15	6	9
Helsingborg	213	1	15	8	7
Ljungby	23	100	15	8	8
Visby	13	15	15	8	8
Kalmar*	38	X	17	0	17
Sundsvall	101	5	17	13	5
Eksjö	54	9	18	4	14
Skellefteå	28	0	18	14	4
Mora	44	14	18	13	5
Linköping	58	10	19	9	9
Umeå	56	5	20	16	4
Norrköping	104	6	21	11	9
Trollhättan	143	15	21	10	11
Lycksele	28	11	21	4	18
Sunderbyn	99	2	22	11	10
Sahlgrenska S/Ö	411	10	22	10	12
Jönköping	89	7	22	11	11
Växjö	89	7	23	8	15
Västervik	36	17	23	9	14
Borås	129	17	23	7	16
Skövde	67	7	30	15	15
Halmstad	70	27	31	11	19
Malmö	99	5	31	3	28
Totalt	2388	10	19	9	11

Frekvensen planerade återbesök postoperativt Ja/Nej skall behandlas med viss skepsis. Det är inte ett obligatoriskt fält i registret varför där finns ett relativt stort bortfall. För kliniker som till övervägande del endast fyller i obligata parametrar har ett "X" satts i kolumnen och där övriga klinikdata får tas med en viss skepsis. Planerade återbesök är sannolikt något högre än angivet i tabellen eftersom ett antal kan finnas bland saknade uppgifter. Det man dock ser är att klinikerna har en rätt varierande frekvens av planerade återbesök vid utskrivningen. Skillnaderna är så pass stora att det knappast kan vara beroende av befolkningsunderlaget, snarast beror det på lokala traditioner och rutiner. Man kan ställa sig frågan vilket återbesöksbehov patienten har?

Andra delen av tabellen visar patienternas önskan om läkarkontakt åtta veckor efter operationen. Här ser man en synnerligen varierande frekvens mellan klinikerna. Likaså ser man närmast sjukhusbundna skillnader i om patienterna önskar enbart en läkarkontakt eller huruvida de önskar ett regelrätt återbesök.

Planerade återbesök är relativt resurskrävande. Att det är så pass stor skillnad huruvida patienterna i postoperativa enkäten signalerar ett kontaktbehov (telefonsamtal, brev) eller önskar ett återbesök torde till icke oväsentlig del vara orsakat av vilken information patienterna får vid utskrivningen. Erfarenheten visar att om patienten önskar ett återbesök i enkätsvaret så kan det ofta lösas tillfredsställande för patienten med ett telefonsamtal.

Medicinskt utfall

Tabell 11.

Blodtransfusion under vårdtid inkl operation. Klinikerna rangordnade efter frekvens "tre enh blod eller fler"

Sjukhus/Ort	Antal patienter	1-2 enh. blod (%)	3 enh. blod eller fler (%)
Linköping	53	0	0
Motala	24	0	0
Ljungby	23	0	0
Västervik	36	8,3	0
Visby	13	0	0
Helsingborg	213	2,8	0
Falun	5	0	0
Gävle	19	10,5	0
Umeå	56	3,6	0
Skellefteå	28	0	0
Gällivare	37	8,1	0
Läkargruppen Örebro	31	6,5	0
Borås	129	4,7	0,8
Lund	63	3,2	1,6
Norrköping	104	1,9	1,9
Sunderbyn	89	5,6	2,2
Östersund	44	0	2,3
Kalmar	38	2,6	2,6
Varberg	78	0	2,6
Trollhättan	142	4,2	2,8
Sundsvall	101	3,0	3,0
Skövde	65	4,6	3,1
Lycksele	28	3,6	3,6
Jönköping	89	1,1	4,5
Örnsköldsvik	33	6,1	6,1
Växjö	89	4,5	6,7
Mora	44	2,3	6,8
Malmö	99	4,0	7,1
Eksjö	54	7,4	7,4
Sahlgrenska S/Ö	364	4,7	7,7
Halmstad	70	7,1	8,6
Värnamo	31	9,7	9,7
Totalt	2296	3,8	3,6

Uppdelat i kategorierna en-två enheter samt över två enheter. Normalt ger man oftast två enheter om man börjar ge blod. Transfusionsbehovet är ringa och här finns ingen egentlig skillnad mellan sjukhusen.



Tabell 12.

Postoperativ infektion. Klinikerna rangordnade efter frekvens "Postoperativ antibiotikabehandling (infektion)"

Sjukhus/Ort	Postoperativ antibiotikabehandling (infektion) (%)	Av totalt antal patienter	Ab-profylax given (%)	Av totalt antal patienter
Motala	0	20	92	26
Falun*	x	x	100	8
Kalmar	4	28	85	33
Lund	4	54	87	55
Visby	8	13	100	12
Gällivare	8	37	100	36
Helsingborg	9	189	99	211
Sundsvall	10	93	98	99
Norrköping	10	102	96	116
Lycksele	11	29	100	29
Umeå	11	55	91	56
Sahlgrenska S/Ö	11	315	87	365
Varberg	11	61	99	70
Läkargruppen Örebro	12	26	100	29
Halmstad	13	63	95	68
Ljungby	13	15	100	23
Växjö	14	70	99	101
Skellefteå	14	28	96	29
Östersund	15	41	96	49
Örnsköldsvik	15	34	94	34
Mora	15	40	75	40
Eksjö	15	59	96	54
Jönköping	16	70	93	83
Trollhättan	16	114	96	143
Värnamo	16	31	100	34
Borås	16	124	87	133
Sunderbyn	17	79	98	94
Skövde	17	58	94	68
Västervik	17	46	100	38
Gävle	18	29	94	35
Linköping	24	34	95	58
Malmö	25	70	89	87
Totalt	13	2035	94	2321

Tabell 13.

Sökt sjukvård pga komplikationer, "komplicerad" konvalescens. Klinikerna har rangordnats efter frekvens "komplicerad"

Sjukhus/Ort	Sökt sjukvård under konvalescensen %	"Komplicerad" konvalescens %	Av totalt antal patienter
Kalmar	18	0,0	28
Skellefteå	21	0,0	28
Visby	31	0,0	13
Umeå	20	1,8	55
Mora	23	2,5	40
Linköping	35	2,9	34
Borås	24	3,2	124
Lycksele	21	3,4	29
Sahlgrenska S/Ö	26	4,1	315
Västervik	24	4,3	46
Växjö	27	4,3	70
Östersund	22	4,9	41
Norrköping	28	4,9	102
Motala	5	5,0	20
Sunderbyn	30	5,1	79
Lund	17	5,6	54
Jönköping	23	5,7	70
Helsingborg	22	5,8	189
Värnamo	23	6,5	31
Sundsvall	27	6,5	93
Ljungby	20	6,7	15
Eksjö	19	6,8	59
Läkargruppen Örebro	15	7,7	26
Varberg	21	8,2	61
Skövde	19	10,3	58
Gällivare	11	10,8	37
Trollhättan	25	11,4	114
Malmö	33	11,4	70
Örnsköldsvik	21	11,8	34
Gävle	28	17,2	29
Halmstad	35	20,6	63
Totalt	24	6,4	2035

Som infektion har bedömts de patienter som uppgett att de fått en infektion samt att de fått antibiotika. Att patienten behandlats med antibiotika innebär att en läkare har bedömt att patienten har en infektion som kräver antibiotikabehandling. Någon underrapportering av infektioner är inte att förvänta. Enkäten är ifylld två månader efter operationen och skulle patienten ha sökt vård och inte fått antibiotika, men försämrats skulle hon sannolikt ha sökt igen och då fått behandling.

Det finns en stor skillnad i infektionsfrekvens (urinvägsinfektion eller sårinfektion är ej separerade) mellan deltagande kliniker. Sannolikt beror en inte oväsentlig del av dessa skillnader i lokala traditioner att ge antibiotika på kanske väl frikostiga grunder (överföreskrivning).

De absolut flesta klinikerna ger antibiotikaprofylax, som har dokumenterat infektionssänkande effekt, till sina patienter. Antibiotikaprofylax är dock långt ifrån den enda faktorn som påverkar postoperativa infektioner.

I genomsnitt söker ungefär var fjärde patient sjukvård pga komplikationer efter operationen. Vad som skall klassificeras som allvarlig komplikation kan diskuteras och för närvarande håller dr Serney Böj i Varberg tillsammans med registeransvariga läkare inom Gynop-registret på med att sammanställa en definition av begreppet "allvarlig komplikation" med hjälp av material ur registret.

Det vi har definierat som "komplicerad" konvalescens är, att patienten reopererats under vårdtiden, återinlagts eller fått sjukskrivning förlängd mer än fyra veckor. En stor del av de patienter som fått sjukskrivningen förlängd mer än fyra veckor återfinns bland dem som återinlagts. Totalt uppgår de som drabbats på något sätt av något allvarligare efter operationen till 6,4%, en något förvånansvärt hög siffra. Eftersom det rör sig om ett fåtal patienter, 130 av totalt drygt 2000 patienter, har enskild patient och slumbetingelsen mycket stor inverkan på enskild sjukhusnivå. Pga att det är så små tal finns ingen starkare statistisk signifikans mellan de olika sjukhusen.



— Återrapport från Gynopregistret —

Avslutning

Förhoppningsvis har deltagande kliniker nytta av denna sammanställning. Att producera ett stort antal tabeller är inget större problem. Det leder dock lätt till alltför mycket data. Vi har försökt att rikta denna återrapport framför allt till medicinskt ledningsansvariga och verksamhetschefer för att kunna lämna en mer övergripande bild. Vi ser fram emot återkoppling, om det är denna typ av tabellsammanställning man önskar efter årsskiftet. Vi kommer att fortsätta med mer detaljerade analyser, med djupare bearbetning, som separata återrapporter.

Det kan inte nog poängteras att ovanstående tabellsammanställning skall ses som en översiktsbild och inte som en detaljanalys av enstaka variabler. Syftet är att, som komplement till rapportgeneratoren, ge en sammanfattande bild av var ev. insatser kan behöva göras. I rapportgeneratoren kan resultaten följas över tid.

Likåsa måste man vara utomordentligt försiktig med att dra för stora växlar av resultaten i enstaka variabler med små patient-

material. Ett exempel på detta är resultaten från Motala angående vårdtiden, där uppemot hälften av patienterna tyckte att vårdtiden var för kort, samtidigt som man har landets kortaste vårdtid. Motalas patienter har å andra sidan påfallande kort tid till återgång till normal ADL, tämligen lågt behov av smärtledning efter hemgång, återbesök behövs i mycket ringa omfattning och patienterna har inte signalerat något behov av postoperativ kontakt. 100% av patienterna uppgav sig förbättrade/mycket förbättrade och inga postoperativa infektioner förekom. Enbart en (1) patient har behövt söka vård postoperativt. I Motalas fall skulle man kunna ställa sig frågan, vilket som är viktigast, att patienten är nöjd med vårdtidens längd eller att de återhämtar sig snabbt med minimala komplikationer och utan vårdbehov?

Försiktighet anbefalles således vid tolkningen av siffrorna. De är avsedda som ett stöd för verksamheten och medicinskt ledningsansvariga för att utveckla vården till minsta möjliga insatser med bästa möjliga resultat för patienterna. ■

Stiftelsen för ”Utbildning och Forskning inom ämnesområdet De Kvinnliga och Manliga Övergångsåren” utlyser totalt 250 000 SEK att söka för envar med forskningsaktivitet inom området.

Stiftelsen, som tillskapats efter VII:e Internationella Menopauskongressen, har till syfte att ”främja vetenskaplig forskning och utbildning i Sverige om de kvinnliga och manliga övergångsåren”.

Högsta enskilda forskningsbidrag som kan erhållas vid ansökningstillfället är 50 000 SEK, högsta belopp för resestipendium är 10 000 SEK.

Ansökningarna skall skrivas som fritext och omfatta forskningsplan, målsättning, metod, beräknade kostnader samt förväntade resultat. Ansökan får omfatta högst två A4-sidor.

Ange tydligt om ansökan avser resestipendium eller forskningsbidrag.

Bo von Schoultz, ordförande.

Samtliga ansökningar sändes till:

Doc Göran Berg

Avd för Obstetrik & Gynekologi

Universitetssjukhuset

581 85 Linköping

och skall vara Stiftelsen tillhanda **senast den 1 september 2007**.

Ange ”Stiftelsen för utbildning och forskning...” på kuvertet.

Öppenvårdsgruppen inom SFOG

Öppenvårdsgruppen fortsätter sin verksamhet där alla intresserade är välkomna.

Den 26 oktober 2007 planerar vi nästa möte då Överviktsenheten vid Danderyds Sjukhus presenterar sin verksamhet med kopplingar till gynekologin.

Du som är intresserad av deltagande, och inte redan får inbjudningar till våra möten, skicka ett mail till sekreteraren.

Väl mött i oktober!

Inga Sjöberg

Ordförande

inga.sjoberg@vll.se

Peter Krug

Sekreterare

peter.krug@lthalland.se

11-13+6 week scan, teoretisk kurs för ”Certificate of competence” vid the Fetal Medicine Foundation

Kursen riktar sig till gynekologer och ultraljudsbarnmorskor verksamma på enheter som utför eller planerar att erbjuda riskbedömning avseende kromosomavvikelser i första trimestern med kombinerad NUPP-ultraljud och biokemiskt test - CUB.

Kursen motsvarar den teoretiska delen av Fetal Medicine Foundations First trimester scan course som tillsammans med praktisk träning ger deltagarna möjlighet till FMF certifiering liksom anslutning till det svenska nationella riskberäkningsprogrammet från Stiftelsen för kvalitetssäkring inom graviditets- och fosterdiagnostik.

Tidpunkt: Torsdag 6/12 2007, 0930-1700. Dagen kommer avslutas med skrivning, som är obligatorisk för certifiering!

Plats: Stockholm, lokal meddelas senare

Kostnad: 2500:- inklusive moms. Kurslitteratur och lunch/kaffe ingår

Kursen ges av Ultragyn Stockholm och Centrum för fostermedicin, Karolinska universitetssjukhuset i samarbete med the Fetal Medicine Foundation London.

Kursledning: Dr Anna Marsk, Ultragyn samt Dr Peter Conner, Karolinska universitetssjukhuset

Ytterligare information och anmälan på www.ultragyn.nu

Ausultationsvecka i Österrike

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

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

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

Nordisk urogynekologisk Arbetsgrupp Nordic Urogynecological Association



XXIV NUGA CONGRESS 2008

January 18. - 19. City Conference Center Stockholm, Sweden

The Congress will take place in Stockholm 2008, January 18-19.
Location: City Conference Centre Stockholm, Norra Latin.

More information about program, abstracts, scholarship, social events, application and accomodation will be available shortly.

www.nuga-info.org

Kongress president

Doc.Christian Falconer
Kvinnokliniken,
Danderyds sjukhus
182 88 Danderyd

Organisationskommitte

Christian Falconer
christian.falconer@ds.se
Daniel Altman
daniel.altman@ds.se
Charlotte Wistrand
charlotte.wistrand@ds.se

Kongressekretariat

Stockholm Convention Bureau AB
tel:+46 8 54651500
mail: stocon@stocon.se

Preliminary programme of NFOG's Educational course meeting

HOT TOPICS IN OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY

Place: Kalastajatorppa (Fiskartorpet), Helsinki

Date: 04. – 06.10.2007

Organizer: NFOG's Educational Board

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

Thursday 4/10 2007

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

Friday 5/10 2007

Gynaecological surgery

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

General and oncologic gynecology:

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

Saturday 6/10 2007

Obstetrics

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

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

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



NFOG
CONGRESS 2008

Invitation to NFOG congress in Iceland 2008



Dear Nordic Colleagues

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

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

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



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

Yours sincerely,



Thora Steingrimsdóttir, Iceland
President of NFOG 2008 congress



Seija Grénman, Finland
President of NFOG

Kalendarium

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

2007

14 - 16/6	Surgical Pathology Update Institute of Pathology, Leipzig, Tyskland	För mer information www.sfog.se
20 -24/8	SFOG-veckan i Luleå	För mer information www.sfogveckan.se
1 - 3/9	Nesa Days 2007. The Second Annual Scientific Meeting of the New European Surgical Academy Istanbul, Turkiet	Deadline för abstracts är den 10 februari 2007 För mer information: http://www.nesa-days.com
5 - 7/9	8th congress on Reproductive Biomedicine and 3rd congress on Stem Cells Biology and Technology Tehran, Iran	För mer information: http://www.royaninstitute.org/congress/
15 - 19/9	14th World Congress on IVF and the 3rd World Congress on IVM. Montreal, Canada	För mer information http://www.isivf.com/MMactivities/fc_home.htm
21 - 22/9	9th Seminar of the European Society of Contraception "From abortion to contraception" Bukarest, Rumänien	För mer information www.sfog.se
27/9	Patientföreningen för PCO och PCO bjuder in till utbildningsdag för vårdpersonal Hotell Rival, Mariatorget, Stockholm	För mer information www.sfog.se
27 - 30/9	The Breast - First International Conference on Breast Development Turin, Italien	För mer information: http://www.breast2007.com/home.htm
5-6/10	"Hot Topics" Helsingfors	För mer information: http://www.nfog.org/
7-11/10	17th World Congress on Ultrasound in Obstetrics and Gynecology Florens, Italien	För mer information: http://www.isuog2007.com/
8 - 9/10 och 10 - 11/10	American Academy of Family Physicians och ALSO-Scandinavia and Greenland Kurs i akuta förlossningssituationer, Skövde ALSO (Advanced Life Support in Obstetrics)	För kursanmälan: madeleine.bjurman@vgregion.se Sista anmälningsdag är den 25 maj 2007 För mer information om kursen: http://www.also-scandinavia.com
28 - 30/11	Riksstämman 2007 i Stockholm	För mer information och anmälan: www.sfog.se
12 -14/12	Cervical and Vaginal Ecology-Impact on Health and Reproduction, Lund	För mer information: http://www.ssgm.se Deadline för abstrakts är den 30 september

2008

18 - 19/1	NUGA Norra Latin, Stockholm	Mer information kommer
28/2 - 2/3	The 13th World Congress of Gynecological Endocrinology, Florens, Italien	För mer information: www.sfog.se
5/3	EBCOG 2008 Congress Lissabon, Portugal	För mer information: http://www.mundiconvenius.pt/2008/ebcog/
30/4 - 3/5	10th Congress of the European Society of Contraception "Non-contraceptive impact of contraception and family planning" Prag, Tjeckien	För mer information: www.sfog.se
14 -17/6	36th Nordic Congress of Obstetrics and Gynecology, Reykjavik, Island	För mer information: http://www.nfog2008.is



Kulturens Hus i Luleå

**Välkommen
till en
innehållsrik
och
vetenskapligt
spännande
vecka i Luleå.
Se omslagets baksida.**

Arbets- och Referens- grupperna inom SFOG

Perinatologi PERINATAL-ARG

Ordförande: Ellika Andolf

KK, Danderyds sjukhus

182 88 Stockholm

Tel: 08-655 50 00

Fax: 08-622 58 33

ellika.andolf@ds.se

Sekreterare: Anders Björklund

UltraGyn/BB Stockholm

Odengatan 69

113 22 Stockholm

Tel: 08-587 103 90

Fax: 08-587 101 90

anders.bjorklund@ptj.se

Minimalinvasiv Gynekologi

MIG-ARG

Ordförande: Svein-Erik Tronstad

KK, Kärn sjukhuset

541 85 Skövde

Tel: 0500-43 10 00

Fax: 0500-43 14 54

svein-erik.tronstad@vgregion.se

Sekreterare: Katarina Englund

KK, Södersjukhuset

118 83 Stockholm

Tel: 08-616 26 38

Fax: 08-616 43 93

katarina.englund@sodersjukhuset.se

Obstetriska och Gynekologiska

Infektioner

INF-ARG

Ordförande: Mats Bergström

KK, Södersjukhuset

118 83 Stockholm

Tel: 08-616 10 00

Fax: 08-616 26 40

Mats.Bergstrom@sodersjukhuset.se

Sekreterare: Ingrid Wikström

KK, Akademiska sjukhuset

751 85 Uppsala

Tel: 018-611 00 00

Fax: 018-55 97 75

ingrid.wikstrom@kbh.uu.se

Familjeplanering FARG

Ordförande: Jan Brynhildsen

KK, Universitetssjukhuset

581 85 Linköping

Tel: 013-13 22 00

Fax: 013-14 81 56

jan.brynhildsen@lio.se

Sekreterare: Kristina Gemzell-

Danielsson

Inst f Kvinnors och Barns Hälsa

Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

171 76 Stockholm

Tel: 08-515 521 28

Fax: 08-517 743 14

Kristina.Gemzell@kbh.ki.se

Tonårsgynekologi TON-ARG

Ordförande: Lena Marions

KK, Karolinska Universitetssjukhuset,

Solna

171 76 Stockholm

Tel: 08-517 766 55

Fax: 08-31 81 14

lena.marions@karolinska.se

Sekreterare: Karin Edgardh

Sesam City/KK, Karolinska

Universitetssjukhuset

Sveavägen 52

111 34 Stockholm

Tel: 070-794 11 48

karinedgardh@yahoo.se

Urogynekologi och vaginal

kirurgi UR-ARG

Ordförande: Maud Ankardal

KK, SU/Sahlgrenska

413 45 Göteborg

Tel: 031-342 10 00

Fax: 031-41 87 17

maud.ankardal@vgregion.se

Sekreterare: Gregor Larsson

KK, Centrallasarettet

721 89 Västerås

Tel: 021-17 42 16

Fax: 021-17 52 22

gregor.larsson@ltv.se

Cervixcancerprevention C-ARG

Ordförande: Bengt Andrae

KK, Gävle/Sandviken Länssjukhus

801 87 Gävle

Tel: 026-15 41 68

Fax: 026-15 41 56

bengt.andrae@lg.se

Sekreterare: Kristina Elfgrén

KK, Karolinska Universitetssjukhuset

Huddinge

141 86 Stockholm

Tel: 08-585 800 00

Fax: 08-585 975 75

kristina.elfgren@karolinska.se

Psykosocial Obstetrik och Gyne-kologi

saamt Sexologi POS-ARG

Ordförande: Inga-Bodil Melinder

Gynmottagningen, Sjukhuset i Arvika

671 90 Arvika

Tel: 0570-71 20 00

inga-bodil.melinder@liv.se

Sekreterare: Katri Nieminen

KK i Östergötland, Lasarettet i Motala

591 85 Motala

Tel: 0141-770 00

Fax: 0141-777 61

katri.nieminen@lio.se

Ofrivillig Barnlöshet FERT-ARG

Ordförande: Claes Gottlieb

Fertilitets- och IVF-kliniken

Sophiahemmet

Box 5605

114 86 Stockholm

Tel: 08-406 20 00

Fax: 08-10 16 21

claes.gottlieb@ki.se

Sekreterare: Margareta Fridström

KK, Karolinska Universitetssjukhuset,

Huddinge

141 86 Stockholm

Tel: 08-585 800 00

Fax: 08-585 875 75

margareta.fridstrom@karolinska.se

Endokrinologi ENDOKRIN-ARG**Ordförande:** Inger Sundström-Poromaa

KK, Akademiska sjukhuset

751 85 Uppsala

Tel: 018-611 57 64

Fax: 018-55 97 75

inger.sundstrom@kbh.uu.se

Sekreterare: Eva Innala

KK, Norrlands universitetssjukhus

901 85 Umeå

Tel: 090-785 21 61

eva.innala@vll.se

Gynekologisk Tumörkirurgi med**Cancervård****TUMÖR-ARG****Ordförande:** Christer Borgfeldt

KK, Universitetssjukhuset Lund

Tel: 046-17 10 00

Fax: 046-15 78 68

christer.borgfeldt@gyn.lu.se

Sekreterare: Agneta Axelsson

KK, Centrallasarettet Västerås

721 89 Västerås

Tel: 021-70 30 00

Fax: 021-17 52 22

agneta.axelsson@ltv.se

Ultraljudsdiagnostik ULTRA-ARG**Ordförande:** Elisabeth Epstein

KK, Universitetssjukhuset MAS

205 02 Malmö

Tel: 040-33 21 68

Fax: 040-96 26 00

elisabeth.epstein@med.lu.se

Sekreterare: Katarina Tunon

KK, Östersunds sjukhus

831 83 Östersund

Tel: 063-15 30 00

Fax: 063-15 45 17

katarina.tunon@jll.se

Hemostasrubningar HEM-ARG**Ordförande:** Pelle Lindqvist

KK, Universitetssjukhuset MAS

205 02 Malmö

Tel: 040-33 21 66

Fax: 040-96 26 00

pelle.lindqvist@med.lu.se

Sekreterare: Katarina Bremme

KK, Karolinska Universitetssjukhuset Solna

171 76 Stockholm

Tel: 08-517 000 00

katarina.bremme@karolinska.se

Vulva VULV-ARG**Ordförande:** Ingela Danielsson

KK, Länsjukhus Sundsvall/Härnösand

851 86 Sundsvall

Tel: 060-18 10 00

Fax: 060-18 15 57

ingela.danielsson@lvn.se

Sekreterare: Karin Edgardh

Sesam City/CC, Karolinska

Universitetssjukhuset

Sveavägen 52

111 34 Stockholm

Tel: 070-794 11 48

karinedgardh@yahoo.se

Evidens-ARG**Ordförande:** Kerstin Nilsson

KK, Örebro Universitetssjukhus

701 85 Örebro

Tel: 019-602 10 00

Fax: 019-12 65 90

kerstin.nilsson@orebroll.se

Sekreterare: Annika Strandell

Reproduktionsmedicin SU/Sahlgrenska

413 45 Göteborg

Tel: 031-342 10 00

annika.strandell@medfak.gu.se

Endometriosis-ARG**Ordförande:** Matts Olovsson

KK, Akademiska sjukhuset

751 85 Uppsala

Tel: 018-611 57 64

Fax: 018-55 97 75

matts.olvesson@kbh.uu.se

Sekreterare: Margita Blomberg

KK, SU/Östra

416 85 Göteborg

Tel: 031-343 40 00

Fax: 031-25 43 87

margita.blomberg@vgregion.se

Etik ETIK-ARG**Ordförande:** Ulf Högberg

KK, Norrlands universitetssjukhus

901 85 Umeå

Tel: 090-785 68 33

Fax: 090-13 75 40

ulf.hogberg@obgyn.umu.se

Sekreterare: Inger Björn

KK, Norrlands universitetssjukhus

901 85 Umeå

Tel: 090-785 00 00

inger.bjorn@obgyn.umu.se

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

Professor Lars-Åke Mattsson

KK, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra 416 85 Göteborg

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

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

SFOG-Kansliet

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

Nitric oxide donors in labor management

Background:

Nitric oxide (NO), a free radical with ultra-short half-life synthesized from L-arginine by the enzyme nitric oxide synthase (NOS), is in the human involved in many physiological and pathophysiological processes, including different reproductive processes. During pregnancy NO is produced endogenously in the human uterine cervix and placenta. Different effects of NO can be studied by administering NO donors.

Aims and methods:

The aims of the thesis were to perform experimental and clinical studies on late pregnant women to examine the effects of NO donors on cervical ripening and labor induction and to evaluate possible effects of NO on the management of retained placenta. In Paper I the effects of the NO donor isosorbide mononitrate (IMN) administered vaginally were examined by measuring cervical distensibility using a cervical tonometer. In addition, maternal and fetal side effects of the medication were evaluated. In Paper II the efficiency of vaginally administered IMN to induce cervical ripening and labor induction in an outpatient setting was examined. The safety and side effects of this treatment were also evaluated.

In Paper III cervical biopsies were obtained prior to elective caesarean section following vaginal administration of IMN. Western blotting was used for semiquantitative measurements of cyclooxygenase-1 and -2 (COX-1 and COX-2), enzymes involved in prostaglandin synthesis as well as cervical ripening.

Maria Bullarbo

Department of Obstetrics and
Gynecology
Institute of Clinical Sciences



Immunohistochemistry was used for localizing these enzymes within the cervical tissue. Paper IV describes the efficiency of sequential treatment with oxytocin and nitroglycerin for management of retained placenta.

Results:

Treatment with IMN resulted in a significantly increased cervical distensibility. Headache and palpitations of little to moderate intensity were common maternal side effects. A significant decrease in maternal blood pressure and increase in pulse rate were registered. However, the effects were modest and not of clinical importance. No fetal side effects were

observed according to CTG, Doppler ultrasound, Apgar score and umbilical pH. Vaginally administered IMN seemed to be effective in promoting labor induction within 24 hours (22 patients compared to 8 in the placebo group). There were no differences in fetal side effects and the rate of caesarean section between women treated with IMN and women in the placebo group. Semiquantitative measurements by immunoblotting revealed increased expression of COX-2, but not of COX-1 in the NO donor group compared to placebo group. Immunohistochemistry showed similar localizations of COX-1 and COX-2 in the two groups. Sublingually administered nitroglycerin in combination with oxytocin resulted in successfully delivered placenta among all 12 women compared to only 1 woman in the control group. Maternal hemodynamic effects were mild to moderate. Blood loss was increased in women who needed manual removal of placenta.

Conclusion:

The data suggest that IMN administered vaginally at term and postterm for cervical ripening and labor induction seems to be effective and safe. Combined treatment with oxytocin and nitroglycerin seems to promote detachment of retained placenta.

Key Words: cervical ripening, labor induction, nitric oxide donor, retained placenta. ■

Intressegrupper inom SFOG

Privatgynekologerna

Ordförande

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

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

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

Mödrahälsovårdsöverläkargruppen

Ordförande

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

Sekreterare

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

Obstetiker och gynekologer under utbildning (OGU)

Ordförande

Susanne Hesselman
KK, Lasarettet i Falun
791 82 Falun
Tel: 023-49 20 00
Fax: 023-49 09 89
E-post: susanne.hesselman@ltdalarna.se

Sekreterare

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

Gruppen för öppenvårdsgynekologi

Ordförande: Inga Sjöberg

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

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

SFOG

ANMÄLNINGSBLANKETT

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

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

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

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

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

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

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

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

Skickas/faxas till

SFOG-Kansliet, Drottninggatan 55, 2 tr, 111 21 Stockholm

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

Jag vill bli medlem i SFOG:

Namn

Adress bostad

Adress arbete

Telefon bostad Telefon arbete.....

Mailadress.....

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

Medlem i Sveriges Läkarförbund Ja Nej

Medlem i Svenska Läkaresällskapet Ja Nej

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

Jag önskar bli medlem i OGU Specialist Icke specialist

Datum: Namnunderskrift:

BESTÄLLNINGSBLANKETT ARG-RAPPORTER

Svensk Förenings för Obstetrik & Gynekologi Arbets- och Referensgruppers rapportserie

Alternativ I

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

Alternativ II

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

OBS! Glöm ej ange alternativ

Namn _____

Adress _____

Postnummer och postadress _____

Jag vill beställa följande redan utgivna ARG-rapporter:

Nr 1-16 och 18-27, 35-36 har utgått

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

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

Insändes till:

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

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