

Medlemsbladet 5

2007

NR



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



MEDLEMSBLADET

Ansvarig utgivare: Åsa Magnusson
Tel 0340-48 10 00

Layout: Moniqa Frisell

All korrespondens till föreningen
skall ställas till:

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

Tel 08-440 01 75, fax 08-22 23 30

Jeanette Swartz. E-post kansliet@sfog.se

Internet www.sfog.se

Annonser: Åsa Magnusson

asa.magnusson@lthalland.se

Platsannonser hemsidan:jeanette.swartz@sfog.se

SFOGs styrelse 2007:

Ordförande: Charlotta Grunewald

Kvinnokliniken, Södersjukhuset

118 83 Stockholm.

Tel 08-616 26 25, fax 08-616 8 46

E-post charlotta.grunewald@sodersjukhuset.se

Vice ordförande: Ulf Högberg

Kvinnokliniken, Norrlands universitetssjukhus,
901 85 Umeå

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

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

Facklig sekreterare: Birgitta Segeblad

Kvinnokliniken, Länssjukhuset Sundsvall-

Härnösand, 851 86 Sundsvall

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

E-post birgitta.segeblad@lvn.se

Skattmästare: Sven-Eric Olsson

Kvinnokliniken, Danderyds sjukhus

182 88 Stockholm

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

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

Vetenskaplig sekreterare: Lars-Åke Mattsson

Kvinnokliniken, Sahlgrenska Universitet/Östra,
416 85 Göteborg

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

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

Redaktör för medlemsbladet: Åsa Magnusson

Kvinnokliniken, Sjukhuset i Varberg,

432 81 Varberg

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

E-post asa.magnusson@lthalland.se

Utbildningssekreterare: Lisskulla Sylvén

Kvinnokliniken, Karolinska Universitets-

sjukhuset Solna, 171 76 Stockholm

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

E-post lisskulla.sylvén@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: Charlotta Grunewald

Tryck: Elanders Tofters, Östervåla

ISSN 0284-8031

— Ordförande har ordet —



Kära Medlemmar och Kollegor!

Under några veckor i september engagerade sig ett flertal SFOG-medlemmar ur Ultra-ARG, Etik-ARG, Fert-ARG och MÖL-gruppen i Socialstyrelsens remissförslag till "Föreskrifter och allmänna råd om fosterdiagnostik och preimplantatorisk genetisk diagnostik" och "Genetiska undersökningar i hälso- och sjukvården." Tack alla för gemensamma ansträngningar! Läs gärna vårt svar på www.sfog.se under "remisser/svar". Kortfattat kan jag säga att vi från SFOG uttrycker ett starkt missnöje med att remissförslaget helt undvikit den enskilt viktigaste frågan – nämligen precisering av vilken fosterdiagnostik som bör erbjudas till alla gravida kvinnor i Sverige. Vi understryker att det idag finns stort vetenskapligt stöd för att ålder som urval för fördjupad fosterdiagnostik avseende kromosomavvikelser bör ersättas med erbjudandet av kombinerat test till alla gravida. Vi poängterade vikten av att informationen måste ges så att den gravida kvinnans informerade val/samtycke säkerställs, liksom att kvaliteten i hela processen sker på ett säkert och kontrollerbart sätt över hela landet.

Ett annat SFOG-engagemang handlar om patientsäkerhet inom förlossningsvården. De senaste årens inriktning på patientsäkerhet pekar på betydelsen av att istället för att skuldbelägga individen, måste vården organiseras så att misstag som begås inte drabbar den enskilda patienten. Här krävs gemensamma ansträngningar, baserade på tvärprofessionellt samarbete mellan i första hand obstetrik, barnmorskor och neonatologer. SFOG har därför, tillsammans med representanter från Barnmorskeförbundet och Barnläkareföreningen, med stöd från Landstingets Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF), påbörjat ett arbete som syftar till att skapa en större säkerhet i samband med förlossningen. Som första steg har vi utsett en grupp som fått i uppdrag att, via en enkät, kartlägga hur patientsäkerheten säkerställs på våra förlossningsenheter. Enkäten ska pilottestas vid några enheter innan den distribueras till hela landet. Nästa steg blir självfallet att finna lämpliga åtgärder till förbättring. Parallellt med detta arbete testas för närvarande olika dataprogram för CTG-tolkning i syfte att hitta ett

I DETTA NUMMER

Gynopregistret: Året som gått och framtiden	7
Återrapport från Gynopregistret	11
NFOG VISITOR PROGRAM 2008	19
OGU Priset 2007	23
Kodfrågan	22
Pionjärer inom Obstetrik och Gynekologi	24
Nya riktlinjer för fosterövervakning	26
Varför bry sej om Pakistan?	31
Dråplig humor med gynekologen i centrum	36
Specialistexamen i Malmö 2007	39
Ny avhandling	53

lämpligt medel att komma tillrätta med det stora utbildningsbehovet inom fosterövervakning. Behovet gäller i första hand CTG-övervakning, men även kunskap i användning av Oxytocin och träning i handläggning av akuta obstetriska händelser är tydligt eftersatt. Vi har diskuterat möjligheten av ett interaktivt program där var och en som arbetar inom detta område kan träna sina färdigheter.

Kvalitetskontroll är ett honnörsoord inom vården idag. Vi har anledning att vara stolta över att vi, genom inte minst Gynopregistret, har kommit långt i detta arbete. Läs deras verksamhetsberättelse i detta nummer! Jag vill gärna tillägga att det är glädjande att se att ett samarbete

mellan Gynopregistret och det mindre omfattande Stockholmsbaserade Gynekologiskt Kvalitetsregistret (GKR), nu har startat. De båda registren ska stegvis presentera gemensamma basdata, med början i mars 2008.

I vårt grannland Danmark pågår en intensiv debatt om man ska höja abortgränsen från nuvarande 12 veckor till t ex 18 veckor som i Sverige. Jag blev nyligen inbjuden att delta vid ett debattmöte inom DSOG, där min uppgift var att presentera den svenska abortlagen. I Danmark krävs godkännande från ett sk samråd vid alla former av aborter efter 12 veckor. Samråden följer i 93% av fallen kvinnornas önskan om abort. Intressant nog kunde

vi konstatera att den procentuella fördelningen i relation till graviditetslängd är densamma i båda länder. Utvecklingen hos oss båda går mot allt fler mycket tidiga 1:a trimester aborter. Ingenting tyder därför på att en liberalare abortlag skulle ge fler sena aborter. Under mötet framfördes argument för och emot en framflyttning av abortgränsen. Mötet utmynnade i frågan om vem som ska fatta det avgörande beslutet – samhället (=samrådet) eller kvinnan själv. Jag önskar alla kollegor i Danmark som vill följa vårt exempel lycka till.

Allt gott, önskar
Charlotta Grunewald



Nya medlemmar

Sten-Göran Karlsson, Kalmar

Elisabeth Hedlund, Gammelstad

Petra Göthlin, Stockholm

Chero Shwan Anwar, Uddevalla

Maha Alnashi, Hässelby

Louise Fridman, Stockholm

Linnea Ekdahl, Stockholm

Isabelle Freiling, Stockholm

Rezan Fayzylia, Hudiksvall

Ines Rothenhöfer, Forsa

Christian Juresta, Örebro

Karin Hallstedt, Halmstad

Farnosh Zakerkish, Värnamo

Asmaa Soubhi Said, Hisinge Backa

REDAKTÖRENS RUTA

Med detta nummer av medlemsbladet tackar jag för mig, efter fyra år som redaktör, och lämnar över till Anne Ekeryd-Andalen. Det har varit fantastiskt roligt och jag vill tacka alla skribenter som bidragit under åren. Arbetet i SFOGs styrelse har givit möjlighet till kontakt med många aktiva och kreativa medlemmar och har förstärkt känslan av att vi är en riktigt stark yrkesförening.

Åsa Magnusson

Följande tider gäller för medlemsbladet 2008:

Nr	Deadline	Utkommer
1	21 januari	Vecka 8
2	16 mars	Vecka 16
3	11 maj	Vecka 24
4	7 september	Vecka 41
5	26 oktober	Vecka 48

Manus skickas eller faxas till:

Redaktör Anne Ekeryd-Andalen

KK, Alingsås Lasarett • 443 81 Alingsås

Telefon 0322-22 65 94 • Telefax: 0322-22 64 83

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

Adressändring skall göras till

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

Ny ARG-rapport om klimakteriet

Den gamla ARG-rapporten om klimakteriet är utdaterad och behöver förnyas!

Endokrin-ARG välkomnar alla som är intresserade av att arbeta med en ny rapport.

Hör av er till eva.innala@vl.se
eller
inger.sundstrom@kbh.uu.se

ÅRSavgifter

Medlemsavgift SFOG	700:-
Medlemsavgift SFOG (ålderspensionär, fr o m det år man fyller 66 år)	200:-
ARG-rapportabonnemang* (medlemmar)	300:-

* Avdragsgill i deklARATIONEN

Avgifter för icke-medlemmar

Prenumeration Medlemsbladet 5 nr/år	500:- (inkl. moms)
ARG-rapportabonnemang	150:-/rapport (exkl. moms)

– Brev från den fackliga sekreteraren



Kära kollegor,

Så har det kommit till det sista brevet för mig som facklig sekreterare. När jag kom in i styrelsen för snart fem år sedan skrev bara den vetenskapliga sekreteraren – men styrelsen har sedan några år gjort det möjligt för alla sekreterare att i ord formulera det som är viktigt inom vars och ens ansvarsområde.

Varför har då en specialitetsförening en facklig sekreterare – SFOG är ju inte en facklig förening brukar jag få som invändning. Nej, och egentligen är det just det som för både allmänheten och läkarna själva gör det så svårt att förstå vårt system med två parallella organisationer.

Ändå vill jag påstå att SFOG har flera arbetsområden som kan anses som fackliga. Som ett exempel kan nämnas fortbildningen, specialitetsföreningarna är de stora kursgivarna och möjligheten att få ta del av utbudet blir en facklig förhandlingsfråga. Specialitetsföreningarna har på så sätt ansvaret för utbildningen, medan Läkarförbundets delföreningar står för att gentemot arbetsgivarna förhandla fram villkoren för medlemmarnas möjlighet att delta. Det är alltså samarbetet som är det viktiga.

Året före mitt inträde i styrelsen hade SFOG varit drivande med en motion till Läkarförbundet angående specialitetsföreningarnas ställning i förbundet. Denna avslogs då och tillsammans med de övriga intressenterna beslöts att vila på frågan något. Men frågan har varit viktig och diskuteras fortsatt på olika sätt.

Specialitetsföreningarna är sektioner i Läkaresällskapet och delföreningar i Läkarförbundet. I sällskapet har varje för-

ening mandat motsvarande medlemmar med medlemskap i både sektionen och sällskapet. I Läkarförbundet har specialitetsföreningarna närvarorätt men inte rösträtt. Läkarförbundet har ett stort behov av specialitetsföreningarna bl a som remissinstans för alla de remisser som kommer till förbundet. Det är ju i många frågor som kunskapen för att svara finns just i specialitetsföreningen.

Nu har Svensk Internmedicinsk Förening (SIM) tagit initiativ till en motion angående specialitetsföreningarnas ställning i förbundet. SFOG har, tillsammans med ett stort antal andra föreningar, beslutat att stödja denna. Det känns som att en del av arbetet och cirklarna har slutits på detta sätt även om detta inte varit den största frågan under min tid i SFOG.

Det som varit en stor samarbetsfråga har i stället varit uppföljningen av utredningen om antalet specialiteter och nu det arbete med målbeskrivningar som håller på att bli klart.

Ändå finns det många andra fackliga frågor kvar som blir viktiga att fortsätta att arbeta med. Det jag kan se som redan är på agendan är jouten. Det är en fråga för förbundet men också en lika stor fråga för specialitetsföreningarna eftersom jouten ser så olika ut för de olika specialiteterna.

Det har varit fem fantastiska år – tänk att det kan gå så fort!

När jag blev tillfrågad om jag kunde tänka mig att ta en plats i SFOG:s styrelse sa jag som de flesta kvinnor gör: ”Det kan väl inte jag – jag är ju inte disputerad.” Det fanns så många skäl till varför jag

trodde jag inte skulle kunna vara till vara till någon nytta - varför jag inte skulle kunna göra det jobb som förväntades av en styrelsemedlem. Nu vet jag att det varit de mest lärorika åren hittills för mig som gynekolog och obstetriker. Jag hoppas också att jag har kunnat tillföra föreningen något av värde. Det kanske finns de som säger att jag överdriver när jag säger att det varit de mest lärorika hittills. Men ändå är det ju så att under de 16 år av studier och specialistutbildning så fanns det en plan för vad som man skulle lära. Att få arbeta med styrelsen är något som är så annorlunda att det inte kan jämföras med annat i yrkeskarriären. Det finns så mycket som man kan få del av i ett uppdrag som detta. Tro det eller ej men att läsa och svara på statliga utredningar är inspirerande. Det är faktiskt viktigare än man kan tro att påverka ett förslag. Detta är verkligen demokrati.

Jag hoppas att alla de som framöver blir tillfrågade om att ta ett styrelseuppdrag svarar: Ja TACK!

Gör det för att Du som alla andra har något att ge Din förening.

Gör det för att det är ett arbete som alltid kommer att ge Dig en viktig inblick i vad som egentligen styr vår sjukvård.

Gör det för att påverka så att förutsättningarna för Dig och Dina kollegor blir de bästa, nu och i framtiden.

Tack för mig och välkommen Eva Uustal Fornell.

Birgitta Segeblad ■



Året som gått och framtiden

Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi startade 1997 och registrerade enbart benigna hysterektomier. Registret registrerar och återrapporterar nu principiellt all större gynekologisk kirurgi.

Beslutande organ är deltagarmötena och registrets styrgrupp. Mandatet för registerhållare - registeransvarig utgår från SFOG. I styrgruppen ingår:

**Registerhållare centralorganisation samt ansvarig endometri-
eablationer:**

Mats Löfgren, Kvinnokliniken, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

Registeransvarig adnexkirurgi:

Fredrik Nordenskjöld, Kvinnokliniken, Kärnjukhuset, Skövde

Registeransvarig hysterektomier:

Jan-Henrik Stjernedahl, Kvinnokliniken, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg

Registeransvarig inkontinenskirurgi:

Anders Kjaeldgaard, Kvinnokliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge

Registeransvarig prolapskirurgi:

Emil Nüssler, Kvinnokliniken, Lycksele lasarett, Lycksele

Registeransvarig tumörkirurgi:

Thomas Högberg, Onkologen, Universitetssjukhuset, Linköping

Representant SFOGs styrelse:

Charlotta Grunewald, Ordförande SFOG, Kvinnokliniken, Södersjukhuset, Stockholm

Representant SFOGs styrelse:

Åsa Magnusson, redaktör för SFOGs medlemsblad, Kvinnokliniken, Varberg

Representant verksamhetschefer:

Ulf Oscarsson, Kvinnokliniken, Skellefteå lasarett, Skellefteå

Inledning

Ytterligare ett år med Gynop-registret har snart passerat. Och i år firar vi 10-årsjubileum. Registret är nu framför allt i en förvaltningsfas med produktion av resultat. 38 kliniker rapporterade till registret i september.

Gynop-registret skiljer sig i praktiken från samtliga andra kvalitetsregister i landet, eftersom vi lyckats samla hela den större gynekologiska kirurgin, sex delregister, i ett samordnat register. Alla övriga specialiteter har skilda inmatningsprogramvaror för olika behandlingsmetoder och sjukdomar. Denna samordning har gett stora vinster både avseende ekonomi och resurser, men framför allt ger det användarfördelar.

Resurser

De totala resurserna som Gynop-registret omsätter årligen är cirka 2,5 miljoner. Av detta är cirka hälften av värdet insatt läkararbets-tid motsvarande drygt ett årsarbete. Cirka hälften av den tiden sätts in av delregister-ansvariga och registerhållaren, på ideell basis, på fritid, vilket i längden inte är hållbart. De direkta anslagen från Sveriges

Kommuner och Landsting är cirka 1,5 miljoner kronor och de solidariska avgifterna från klinikerna uppgår till cirka 10% av den totala resursåtgången.

Det arbete som utförs inom registret kan uppdelas i att ungefär 50% av arbetet läggs på återföring och bearbetning av data, 25% på internt arbete – organisatoriskt och strukturellt – och resterande 25% på vidareutveckling av programvara och justering av parametrar.

Återkoppling mot deltagande kliniker och allmänhet

Klinikstödet

Det är ett relativt omfattande arbete, framför allt för registrets assistent. Hon har dagligen kontakt med åtminstone någon klinik som har frågor och funderingar hur man ska göra i specifika lägen.

Återrapporter och Rapportgeneratorn

På det utökade registret samt inkomna önskemål från verksamhetschefer och kliniker har Rapportgeneratorn, där klinikerna kan ta ut periodiserad statistik, genomgått en kraftfull bearbetning för att

öka tillgängligheten och överskådligheten. Rapportgeneratoren nås via hemsidan www.gynop.org

Fem återrapporter har producerats under det gångna året. En av dessa skulle kunna betecknas som en klassisk årsberättelse avseende hysterektomi, där ett antal standardtabeller redovisar utan större analyser. Dessa standardtabeller återspeglar vad man kan följa periodiserat i Rapportgeneratoren. Avsikten är att översiktligt kunna kontrollera resultaten i årsrapporten och identifiera var ev ett förändringsarbete behöver genomföras. Man kan sedan följa den – de variablerna periodiserat i Rapportgeneratoren för att säkerställa att förändringsarbetet har avsedd effekt. Arbete med Rapportgeneratoren pågår med skapandet av målvärden för vilka resultatmål som eftersträvas. AR-grupperna är de sammanslutningar som torde vara lämpligast att sätta målvärden. Rimliga målvärden kan även vara något inom ett område som minst 1/3 av deltagande kliniker uppnår.

All information finns tillgänglig via registrens båda hemsidor, för användare och för allmänheten.



Hemsidor

Sedan tidigare har Gynop-registret en hemsida framför allt avsedd för registrets användare och sjukvården. Hemsidan har under året bytt namn till www.gynop.org (tidigare www.gynop.com). På denna webbplats finns bl a allmän information om Gynop-registret, lista över deltagande kliniker, alla utgivna åiterrapporter, ett antal presentationer i PowerPoint-format och lista över publikationer som utgått från Gynop-registret. Här finns också den elektroniska manual – Webb-hjälp – som även nås från registreringsprogrammet.

I och med webbaserandet av patientenkäterna som är under införande, är även en hemsida för patienterna under konstruktion - adressen till den webbplatsen är www.gynop.se. Till den hemsidan är även önskvärt att patientinformation avseende registrerade ingrepp finns. AR-grupperna borde även här vara en lämplig organisation för att ge respektive rekommendera adekvat befintlig patientinformation. Patientinformation alternativt bra webb-länkar efterlysas.

Användarmöten

De tre sedvanliga användarmötena har hållits. I oktober 2007 hölls ett gemensamt möte för ansvariga läkare och sekreterare från deltagande kliniker, med 83 deltagare. Inga större beslut avseende registret tas utan att det sanktionerats i detta forum.

Vid höstens användarmöte diskuterades trombosprofylax med medverkan från Margareta Hellgren, HEM-ARG. Gynop-registrets material torde det vara det största gynekologiska materialet i världen. Materialet visar på en mycket låg trombosincidens med de korta behandlingar som ges. Materialet skall analyseras ytterligare.

Gruppen som satts samman efter föregående års höstmöte under ledning av Serney Bööj, Varberg, avseende vad som är en lindring eller allvarlig komplikation, redovisade vad de kommit fram till så här långt. Arbetet med detta fortsätter och kommer att redovisas vid läkarmötet i februari 2008.

En angelägen fråga är livskvalitets-skattningar. Allt större önskemål från cen-

trala instanser, såsom Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting, framställs om att infoga livskvalitetsfrågor typ SF-short form, EQ-5D etc. Att införa dessa är enkelt men det måste finnas kompetens och någon intresserad som gör urvalet av frågor och analyserar dessa. Inga data skall samlas där analysplaner och ansvariga inte finns utsedda. Inom vår specialitet borde finnas någon – några lämpliga och intresserade. Från registrets sida önskar vi få kontakt.

I diskussionerna kring registret beslutades samt remitterades ett par frågor till deltagande kliniker:

1. Deltagande kliniker skall tillfrågas om man lokalt på kliniken skall kunna ta ut statistik på läkarnivå, dvs att man vid uttag av data även kan ta med namnet på läkaren/operatören. Detta i likhet med klinikernas övriga elektroniska system som datajournaler, operationsplaneringssystem etc. Denna begäran kommer framförallt från kollegor som vill kunna se sin egen statistik.
2. Likaså väcktes frågan om man skall ha en rapportgenerator på nationell resp. regionnivå som skall vara öppen även för allmänheten. Även denna fråga har remitterats till deltagande kliniker.

I början av februari 2007 hölls ett läkarmöte med medicinskt tema i symposieförm utifrån fynd i registret, med 39 deltagare. Symposierna var: hysteroskopisk kirurgi, vaginal hysterektomi, dagkirurgi vid adnexkirurgi, kvalitetsindikatorer vid tumörkirurgi och trender inom inkontinenskirurgin.

I maj månad hölls ett sekreterarmöte med framför allt administrativa och organisatoriska frågor, med 43 deltagare.

Kvalitetetsutvecklings-, utbildnings- och revisionsrond (KURR) samt introduktion

Ett kombinerat utbildnings- och revisionsprogram (KURR) finns för kliniker som deltar i Gynop-registret. Det innefattar genomgång av registrets funktionalitet och validitet, kombinerat med en för den enskilda kliniken anpassad utbildning. KURR har utförts vid sju kliniker under gångna året. Huvudansvarig för detta

är Fredrik Nordenskjöld, Skövde (fredrik.nordenskjold@vgregion.se). De kliniker som önskar ha en KURR kontaktar honom.

För introduktion av kliniker som skall ansluta till registret har vi ett utbildningsprogram vars utformning liknar KURR. Under hösten 2006 och våren 2007 har åtta kliniker besökts för introduktion och minst tre nya kliniker skall introduceras under hösten 2007.

SFOG-symposium

23 augusti hade registret ett halvdags-symposium om komplikationer vid gynekologisk kirurgi vid SFOGs kongressvecka i Luleå. Efter redovisning av registerdata på spektrum, frekvens och konsekvens diskuterades problemet med att klassificera komplikationer som lindriga eller allvarliga. Likaså presenterades praktiska exempel på hur man på kliniknivå kan använda registrets data för att följa, styra och förbättra den vård man ger.

Internt, organisatoriskt och administrativt arbete

Registrets styrprotokoll

Med start av de tre nya registersträngarna våren 2006, kom tre nya registeransvariga in i hela arbetet med registret. Därmed förändrades och utökades också registrets funktion. Under gångna året har därför mycket tid ägnats åt en genomgång av registrets funktion, alla dess rutiner etc. Resultatet har bl a blivit en totalrevision av registrets styrprotokoll (regelverk). Detta sanktionerats av SFOG under oktober och finns tillgängligt på registrets hemsida.

Styrgruppsmöten

I styrgruppen ingår två representanter från SFOGs styrelse, en representant från verksamhetschefskollegiet samt delregisteransvariga. Två heldagsmöten har hållits i oktober 2006, resp. februari 2007 med hela styrgruppen. Framför allt diskuteras strategiska beslut, arbetets inriktning, arbets- och prioriteringsordning och redovisning av finansiering. Inga större projekt eller förändringar genomförs utan att de är diskuterade och beslutade i hela styrgruppen. Att det i styrgruppen sedan tre år finns fast representation från SFOGs



styrelse och verksamhetschefskollegiet säkerställer legitimiteten och att arbete utförs i verksamhetens och specialitetens intresse.

Arbetsmöten

De sex registeransvariga har haft fem arbetsmöten under gångna året, varav ett veckolångt arbetsmöte i internatform. Arbetsmötena ägnas framför allt åt statistikbearbetning och skrivande av åiterrapporter.

Samarbete med Gyn-kvalitetsregistret (GKR)

Inom Stockholms läns landstings kvinnosjukvård har man under våren tagit ett eget register, Gyn-kvalitetsregistret (GKR), i pilotdrift, principiellt med variabler tagna ur Gynop-registret. GKR inkluderar färre variabler än Gynop-registret. Samarbete har nu kommit till stånd.

Omarbetning av programvaran

De tre nya delregistren som lanserades våren 2006, tumör-, inkontinens- och prolapskirurgi, visade sig som förväntat ha en del "barnsjukdomar" som uppdragades under första halvårets drift samt vid analyser av det första inrapporterade materialet. Felen var till ringa del i programvaran utan fanns i variabelutformningen. Det som på skrivbordet förefaller utomordentligt klarar inte alltid kollisionen med verkligheten.

Programvaran, Gynop version 3.1, gjordes tillgänglig i december 2006. Ännu tio månader efter detta är det fortfarande sex kliniker som inte fått uppdaterat till den versionen. Arbetet att utföra uppdateringen av både programvara och databas tar ungefär 20 minuter. Trots den ringa arbetsinsatsen att få detta utfört möter det stora problem vid en del kliniker. Samarbetet mellan IT-avdelningarna och klinikerna innehåller ibland intressekonflikter om, och skillnad i, synen på vems behov och regler som skall gälla. Detta är inget okänt fenomen och en av de stora anledningarna att de flesta register i dagens läge försöker att webbaseras inmatningen, och därmed bli helt oberoende av den lokala IT-avdelningens resurser och stöd. Att ha en lokal programvara innebär dock ännu stora fördelar avseende datasäkerhet och drifts-

säkerhet. De användarnamn och lösenord som finns i drift på webben, när användare loggar in själva, är inga större svårigheter att forcera och man får då tillgång till en stor mängd patienters data. Att det ännu inte kommit till allmänhetens kännedom hur pass enkelt det är, och att då klart sekretessbelagda patientuppgifter kan läsas av obehöriga är enbart en tidsfråga. Vi anser att det inte är i våra patienters intresse att Gynop-registret exponeras för den risken, likaså att webbaserad kräver banksäkerhet avseende obehörigas möjligheter att forcera inloggningen.

Rent registermässigt sker/har genomförts tre större förändringar.

Läkarformulären

Pappersformulären för läkare skall tas bort. Att fylla i pappersformulär måste nog räknas till historien i dagsläget. Detta beslut togs även för ett år sedan och upprepades vid årets beslutande möte, ingen klinikrepresentant reserverade sig. De problem pappersformulären skapat är: När de ska fyllas i ser man alla de olika svarsalternativen oavsett om de är aktuella eller ej, vilket enkelt styrs upp vid direktinmatningen i programvaran. Påminnelser för missade obligatoriska variabler samt möjligheten att se resultatet av registrering saknas i pappersformatet. Likaså kan en hel del funktionalitet som underlättar inmatningen inte införas, eftersom så länge pappersformulären finns kvar måste en 100%-ig korrelation mellan papper och inmatningsprogram finnas.

Datorjournalintegration

Registret har skapat integration och även preliminärt bekostat åtgärderna i två stora dator-journalsystem för fullständig integration, SYSteam Cross och Melior. 80% av dubbelarbetet med att både mata in data och skriva journal elimineras. Detta arbete har utförts baserat på uttalade krav från deltagande kliniker.

Vad som nu gäller för deltagande kliniker som har SYSteam Cross eller Melior är att förmå sin lokala journalsystemförvaltning att göra de lokala inställningar som behövs för att integrationen skall fungera. Från datorjournalleverantörerna SYSteam Cross och Siemens Medical

System AB hävdas att den arbetsinsats som behövs för den lokala systemförvaltningen rör sig om 1-2 arbetsdagar för systeminställningar till funktionalitet. Inget annat kvalitetsregister har uppnått denna grad av integration.

Integrationen är i stort sett identisk i de två journalsystemen och arbetet bedrevs som ett samarbetsprojekt mellan de tre parterna Gynop-registret, Siemens Medical System och SYSteam Cross. Integrationen mot SYSteam Cross kunde tas i drift vid de tre sjukhusen i Västerbotten i mars 2007 och har fungerat alldeles utmärkt. De lokala inställningarna är gjorda i Karlskrona och torde vara i drift när detta läses. Avseende Melior är integrationen acceptanstestad och är helt driftsfärdig sedan februari 2007. Skulle de kliniker som har SYSteam Cross eller Melior ha tagit integrationen i bruk så skulle över hälften av deltagande kliniker vara helt integrerade mot datorjournalsystemet. Skapandet av den integrationslösningen mot andra datorjournalsystem skulle även ha initierats. Det kan synas märkligt att med det starka krav som finns från verksamheterna att få integration till stånd för att slippa dubbelarbete, så har ännu ingen Melior-klinik tagit integrationen i drift. Det enda som fordras är systeminställningar i Melior lokalt, förutsatt att man har version 1.5 212B eller senare.

Den invändningen som reses mot denna integration är att alla data inte samlas i journalen för att sedan exporteras till registret. Detta kan eventuellt bli möjligt när Snowmed CT projektet är genomfört (Termkatalog med 360 000 termer nu), om det lyckas, och i drift vilket beräknas ta minst cirka 15 år. Till dess är det ett slöseri av arbetstid med dubbelarbete för läkare och sekreterare i väntan på något som kanske kommer och som definitivt inte finns idag. Det finns en möjlighet att använda det som fungerar idag i väntan på något som kanske kommer.

Ytterligare fyra kvalitetsregister, Riks-Stroke, Riks-Höft, RA- och Korsbandsregistret, har påbörjat arbetet för att i sina register införa samma komponenter, så integration skall vara möjlig.



— Gynopregistret —

Utredningsarbete för detta gjordes under våren 2007 och bedömdes som fullt genomförbart. Specifik gemensam ansökan om detta är inlämnat till SKL.

Webbaserade patientenkäter

Patientenkäterna har webbaserats. Detta har inletts med de postoperativa patientenkäterna. Sekreterarna vid deltagande kliniker har ett merarbete med att registrera svaren från patienternas pappersenkäter. Webbenkäterna fyller patienterna i direkt via Internet. Beräknas att 30-50 % av patienterna kommer att besvara enkäterna via webben, med den stora reduktion detta ger av sekreterarnas merarbete med inmatning av enkätsvaren. Säkerheten baseras ej på enskild inloggning, annat än den enskilda patientens enkät medan hon besvarar sin enkät, och kan därför läggas på en mycket hög nivå.

Webbenkäterna skall nu börja användas i pilotdrift i Västerbottens läns landsting.

Planerad nationell driftsstart för webbenkäter februari 2008.

Cellprovtagning

Till den allmänna gynekologiska cellprovskontrollen kallas många kvinnor som är totalt hysterektomerade och som egentligen inte borde kallas. Detta medför en inte oväsentlig del merarbete och onödig provtagning. Gynop-registret kan på begäran till de olika verksamheter som kallar dessa patienter leverera uppgifter om vilka patienter som genomgått total hysterektomi inom resp. upptagningsområde, så att dessa kan uteslutas från kallelse.

Framtiden

Några större projekt närmaste tiden, inom själva registret eller registerprogramvaran, är för närvarande ej planerade, endast att implementera det som redan finns.

Det mesta arbetet inriktas på resultatbearbetning, användar- och verksamhetsstöd. Registret kan ej bli bättre än det användarna kräver och kommer med förslag om. Vi försöker och kommer även fortsättningsvis att försöka var öppnast möjliga och förändra det som begärs. Våra resurser i form av tid och pengar är dock begränsade varför alla önskemål tyvärr ej kan uppfyllas. Allt mer arbete läggs även på att rekrytera fler, att använda och bearbeta registrets data. Obearbetade data är okända data. Registret skall vara specialitetens. ■



VARNING

Vi kan vara beroendeframkallande.

Välkommen till nya OrganonService, fem erfarna och kompetenta personer som står redo att lösa dina problem och erbjuda nya möjligheter. Vi besvarar dina frågor om våra läkemedel och tjänster, lyssnar på dina erfarenheter och tar emot dina beställningar. Räkna med snabba och uttömmande svar – men också med öppen och levande dialog. Vi levererar de lösningar du behöver.

Ring OrganonService på tel 020-68 69 00 mellan 9.00 och 16.00 på vardagar eller skicka e-post till service@organon.se. Vi hör. Hoppas det blir en vana.

Snabba svar och öppen dialog. OrganonService 020-68 69 00, service@organon.se



Från vänster: Helene Degerlund, Malin Stålborg, Lotta Vedholm, Charlotte Antmarker & Christel Anker-Hansen

Organon AB Fiskhamnsgatan 6 C, 414 58 Göteborg. T 031-720 65 00. F 031-720 65 01. www.organon.se



Delregister: Prolapskirurgi

ÅRSRAPPORT 2006

"De första 1000 operationerna"

REGISTRET UNDERSTÄLLT SFOG. RAPPORTEN ÄR DISTRIBUTERAD MAJ 2007.

Inledning

På www.gynop.com har programversionen av Gynop-registret innehållande prolapsregistret varit tillgängligt för nerladdning i ett års tid.

17 kvinnokliniker har börjat med systematisk registrering av patientdata. Vid senaste exporten (15 februari, 2007) har vi operationsdata tillgänglig från 1 136 operationer.

Registret är ännu helt i sin början, det tar sin tid att organisera systematisk kvalitetskontroll och de deltagande klinikerna har börjat registreringen vid helt olika tidpunkter under årets lopp. Därför är våra data (och därmed resultaten) utifrån ett svensk nationellt perspektiv fortsatt ganska "snedfördelade".

Dessutom har prolapsregistret ett stort (men utmanande) analysproblem:

De flesta gynekologiska operationer (hysterektomi, inkontinensoperationer, även canceroperationer) är ganska "standardiserade" ingrepp som relativt lätt kan kvalitetsgranskas "i grupp".

Diagnosen prolaps har stort betydelsebredd och kan täcka in helt olika svår-

Emil Nüssler, registerhållare för prolapsregistret, Lycksele lasarett

hetsgrader: från en liten lokal förslappning till ett komplext, ibland olösligt problem. En prolapsoperation kan vara en mycket simpel poliklinisk procedur eller en av de största operativa utmaningarna inom den benigna gynekologin.

En kvalitetsanalys kräver ett riktigt stort material för att kunna bilda undergrupper som är tillräckligt stora för signifikans – där måste vi vänta ett par år. Fram till dess kan och vill vi göra en "beskrivning av verkligheten": hur ser den svenska prolapsvården ut, kartlägga och försiktigt analysera våra (olika) vanor och kanske dra lite lärdom av varandra.

Alla tabeller är sorterade med de "bästa" eller "mest intressanta" resultaten i toppen. Sorteringskolumnen har grå bakgrund.

I litteraturen finns inte något enskilt material med över 1000 konsekutiva prolapsoperationer där både kliniska data och patienternas uppfattning är systematiskt registrerad.

Mot denna bakgrund är vi mycket stolta att kunna presentera vår första årsrapport.

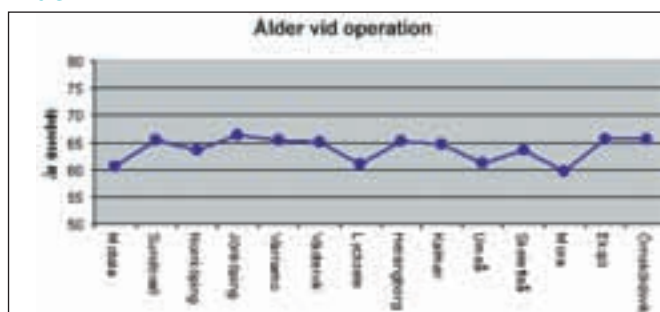
Volym och patientkaraktäristika

Antal

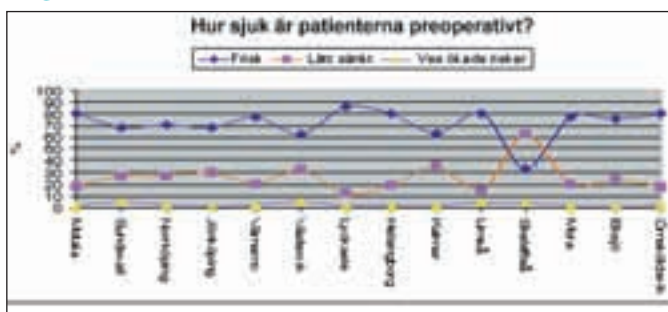
Prolapsop. 2006	Antal	%
Motala	126	11,1
Sundsvall	105	9,2
Norrköping	98	8,6
Jönköping	96	8,4
Värnamo	84	7,4
Västervik	76	6,7
Lycksele	75	6,6
Helsingborg	71	6,2
Kalmar	70	6,2
Umeå	66	5,8
Skellefteå	66	5,8
Mora	53	4,7
Eksjö	51	4,5
Örnsköldsvik	46	4,0
Visby	24	2,1
Läkargruppen Örebro	15	1,3
Linköping	12	1,1
Sunderbyn	2	0,2
Sahlgrenska	1	0,1

I denna årsrapport analyserar vi data för 1 083 operationer från ovanstående 14 kliniker. Visby, Läkargruppen Örebro och Linköping har för få patienter för meningsfull analys. Patienterna från Sunderbyn och Sahlgrenska är prolapspatienter registrerade via "hysterektomi-registret".

Ålder



ASA



Patienternas ålder och "friskhet" (uttryckt som ASA) är förvånansvärt lika i hela landet (med undantag av Skellefteå där anestesiläkarnas bedömning är basis för ASA-bedömningen, och de är kanske lite mera noga än oss andra...).



– Återrapport från Gynopregistret

Operationens svårhetsgrad

I ett försök att gradera komplexiteten av operationerna på de olika sjukhusen har vi delat in operationerna i tre grupper:

1. ”Max. Manchester” inkluderar patienter där man endast har opererat cystocele, rektocel, perinealplastik, cervixamputation (eller kombinationer därav).
2. Operation med vaginal hysterektomi inkluderar alla prolapsoperationer som innehåller vaginal hysterektomi
3. Operation med vaginaltoppsfixation inkluderar alla operationer där man har markerat detta i Gynop.

OBS: en pat. kan t ex få gjort både vag. hysterektomi och vaginaltoppsfixation, dvs resultatet kan vara > 100%, men på detta sätt blir relationerna mest tydligt.

Det är viktigt att notera den stora spridningen i svårhetsgrad mellan olika kvinnokliniker när man senare bedömer ”medelvärden” på andra vårdparametrar såsom vårdtider, komplikationer och dyl.

Implantat

Totalt har 8,3% (n=135) av alla opererade prolapspatienter fått ett (eller flera) implantat: en stor (kanske för stor?) andel - men med betydliga skillnader mellan sjukhusen.

Det används ungefär lika många resorberbara och permanenta implantat (Pelvikol räknas i detta samband som resorberbart). Ingen vet idag vad som är rätt och fel, men en spridning mellan 0 - 23% tyder på att vi har mycket olika inställningar till användandet av implantat.

Kliniska kvalitetsmått – medan patienten är under behandling

Blödning (alla, medel)

Perop. blödning	Antal	Medel
Motala	126	35,9
Sundsvall	105	44,0
Helsingborg	71	49,0
Norrköping	98	55,5
Kalmar	70	59,0
Jönköping	96	61,1
Örnsköldsvik	46	62,7
Värnamo	84	65,1
Mora	53	79,2
Västervik	76	85,4
Lycksele	75	92,7
Umeå	66	105,6
Eksjö	51	114,8
Skellefteå	66	122,0

Medelblödningen vid prolapsoperationer är 69,5 ml, vid 8% anges blödning = 0 ml och vid 15% en blödning under 15 ml.

Blödning > 500 ml

Perop. blödning > 500 ml	Antal	%
Skellefteå	2	3,0
Västervik	2	2,6
Eksjö	1	2,0
Umeå	1	1,5
Sundsvall	1	1,0
Jönköping	1	1,0
Motala	0	
Norrköping	0	
Värnamo	0	
Lycksele	0	
Helsingborg	0	
Kalmar	0	
Mora	0	
Örnsköldsvik	0	

Svåra/allvarliga komplikationer

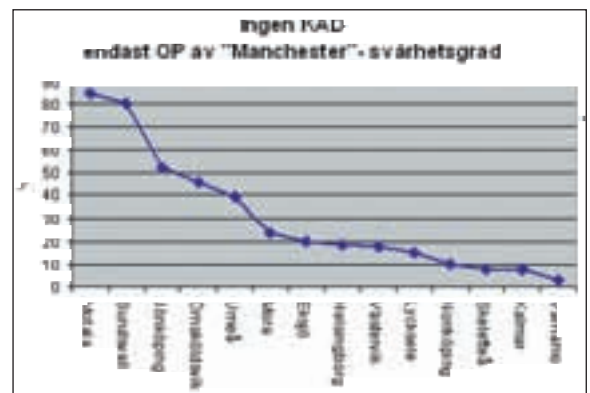
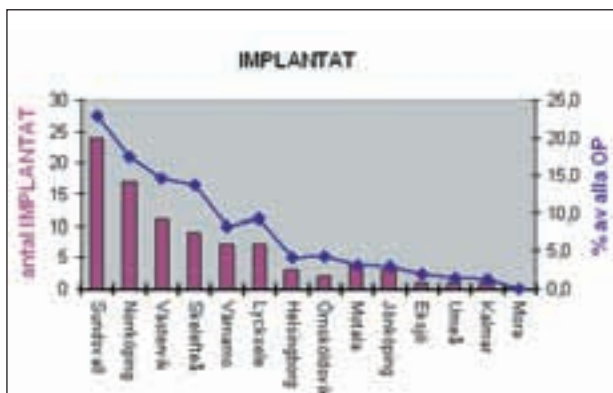
Vi har inte någon konsensus i Sverige, för vad som är skillnaden mellan en lätt och en svår/allvarlig komplikation. En arbetsgrupp inom Gynop-registret arbetar för närvarande med detta problem. Tabellen visar klinikernas subjektiva bedömning.

Svår/allv.

Komplikation	Antal	%
Örnsköldsvik	1	2,2
Skellefteå	1	1,5
Värnamo	1	1,2
Norrköping	1	1,0
Motala	1	0,8
Sundsvall	0	
Jönköping	0	
Västervik	0	
Lycksele	0	
Helsingborg	0	
Kalmar	0	
Umeå	0	
Mora	0	
Eksjö	0	

Utan KAD postoperativt

45,8% av patienterna har ingen kateter efter en prolapsoperation. Det finns stora skillnader i operationernas svårhetsgrad. För att göra sjukhusen jämförbara har vi i denna tabell enbart tagit med operationer av ”Manchestertyp” (totalt 838 operationer).





KAD > 24 tim. postoperativt

KAD > 24 t.	Antal	% av KAD-pat.	% av alla OP
Örnsköldsvik	2	6,9	4,3
Norrköping	3	3,8	3,1
Skellefteå	2	3,2	3,0
Värnamo	2	2,6	2,4
Sundsvall	2	10,0	1,9
Helsingborg	1	1,7	1,4
Jönköping	1	2,1	1,0
Motala	0		
Västervik	0		
Lycksele	0		
Kalmar	0		
Umeå	0		
Mora	0		
Eksjö	0		

Av dem som har haft kateter är det endast 1,3% som har kateter över 24 timmar! Det samlade kateterresultatet tyder på ett mycket väl etablerat "fast track-tänkande".

Urinretention vid utskrivning

I Gynop-registret har vi definierat "urinretention" som resturin > 150 ml > 24 timmar efter operationen. I medel har klinikerna angett 4,9% urinretentioner, men med stor spridning.

Urinretention vid

utskrivning	Antal	%
Helsingborg	1	1,4
Värnamo	2	2,4
Lycksele	2	2,7
Umeå	2	3,1
Mora	2	3,8
Motala	5	4,0
Kalmar	3	4,3
Sundsvall	4	4,4
Västervik	4	5,6
Eksjö	3	5,9
Norrköping	6	6,6
Jönköping	7	7,7
Skellefteå	6	9,1
Örnsköldsvik	5	11,1

Kliniska kvalitetsmått – första 8 veckorna (pat-enkät)

8-veckorsenkäten ger inte en "vetenskaplig" bild av läkningsförloppet men är "personlig": en bild av "upplevt kvalitet" sett med patienternas ögon.

Blödning hemma "rikligt/mycket rikligt"

Även om begreppet "rikligt" inte är definierat alls så borde det vara patienternas värdering i genomsnitt lika mycket "för snäll" eller "för sträng".

Blödning "mkt rikligt"	Antal	%
Lycksele	4	16,0
Helsingborg	2	18,2
Västervik	5	20,0
Kalmar	4	21,1
Jönköping	6	26,1
Umeå	6	26,1
Motala	11	26,2
Örnsköldsvik	4	26,7
Värnamo	7	26,9
Skellefteå	7	28,0
Mora	6	37,5
Norrköping	10	41,7
Sundsvall	14	43,8
Eksjö	8	50,0

Urinvägsinfektion efter utskrivning

7,7% av patienterna har i 8-veckorsenkäten upplyst att de har haft urinvägsinfektion hemma.

Det är ju inte säkert att alla patienter som uppfattar sina postoperativa underlivsbesvär som UVI också har haft en bakteriell infektion, men ett "Ja"-svar representerar under alla omständigheter subjektiva besvär i urinblåsan och/eller urethra.

UVI hemma	Antal	%
Helsingborg	0	
Motala	1	1,4
Lycksele	1	2,3
Värnamo	2	3,6
Västervik	3	6,7
Umeå	3	7,0
Mora	3	7,7
Sundsvall	5	7,8
Norrköping	4	8,5
Örnsköldsvik	3	9,7
Eksjö	3	10,3
Jönköping	6	11,1
Kalmar	6	11,3
Skellefteå	6	13,3

Feber efter utskrivningen

Feber hemma	Antal	%
Kalmar	0	
Örnsköldsvik	0	
Motala	1	1,4
Sundsvall	1	1,6
Värnamo	1	1,8
Skellefteå	1	2,2
Lycksele	1	2,3
Umeå	1	2,3
Mora	1	2,6
Eksjö	1	3,4
Helsingborg	1	3,8
Norrköping	2	4,3
Västervik	2	4,4
Jönköping	3	5,6

"Okomplicerat förlopp?" – bedömt av patient och läkare (8 veckor)

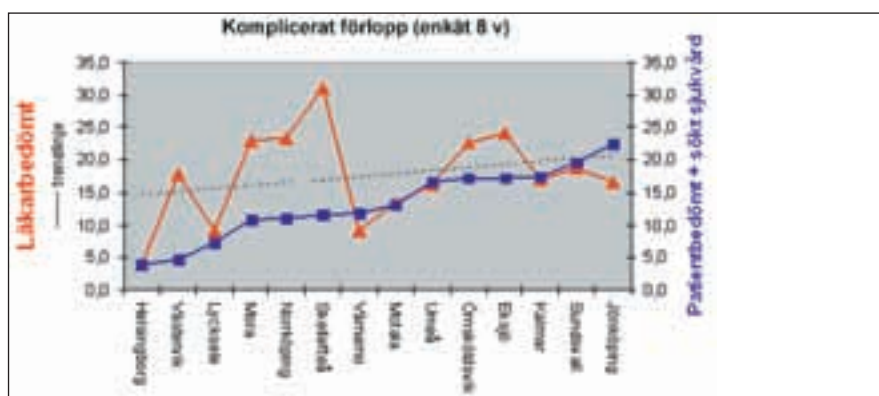
Man kan – med rätta – vara mycket tveksam vad som är komplikation och eller inte. Subjektiv uppfattning och avsaknad av definitioner gör bedömningen svår.

Om man jämför läkarnas 8-veckorsbedömningar (lindrig eller allvarlig komplikation) med andel patienter som har uppgivet att förloppet var komplicerat och som samtidigt har sökt sjukvård för komplikationer får man denna bild:

Läkarbedömningen varierar en del, men trendlinjen för "läkarbedömningen" är ganska tätt på patientresultaten. Med ett större patientmaterial kan vi se närmare på detta.

Även om det är svårt att få konsensus om innehåll i begreppet "komplikation", så kan de flesta komma överens om vad som är okomplicerat. Både patienten (8-veckorsenkät) och läkaren (enkätbedömning) har möjligheten att bedöma förloppet som "okomplicerat".

Uppfattningen om detta är lite olika. Patienterna anger i 67,1% att de första 8 postoperativa veckorna var okomplicerade, läkarna bedömer att 82,4% var okomplicerat. Endast i Norrköping och Skellefteå är patienterna och läkarna (nästan) överens.



Okomplicerad?	Läkarbedömt	Patientbedömt
Lycksele	90,9	75,0
Norrköping	76,6	74,5
Mora	76,9	71,8
Helsingborg	96,2	69,2
Västervik	82,2	68,9
Umeå	83,7	67,4
Värnamo	90,9	67,3
Sundsvall	81,3	67,2
Jönköping	83,3	66,7
Skellefteå	68,9	66,7
Eksjö	75,9	65,5
Örnsköldsvik	77,4	64,5
Motala	86,5	58,1
Kalmar	83,0	56,6

Postoperativ funktion - första 8 veckorna

Det är inte svårt att få korta vårdtider, den intressanta frågan är alltid: hur mår patienten hemma, hur snabbt kommer hon igång med sitt liv och hur nöjd är hon med hela behandlingstiden? I 8-veckorsenkät frågar vi patienten hur många dagar det gick efter operationen till "allmän daglig livsföring" (ADL).

ADL alla, medel

ADL dygn	Antal	Medel
Helsingborg	71	2,9
Jönköping	96	3,3
Sundsvall	105	3,5
Umeå	66	3,7
Motala	126	3,8
Skellefteå	66	4,4
Mora	53	4,4
Örnsköldsvik	46	4,5
Västervik	76	5,2
Värnamo	84	5,3
Norrköping	98	5,3
Lycksele	75	5,4
Kalmar	70	5,7
Eksjö	51	6,4

ADL är i medel 4,6 dygn. Om man också ser på andelen av mycket snabbt fungerande patienter (ADL < 3 dygn) och andelen "långsamt" mobiliserade patienter (ADL > 7 dygn) få man en mera strukturerad bild över patienternas tillstånd efter hemkomsten. Vi har analyserat de patienter som har besvarat enkäten. Vi måste dock komma ihåg olika svårhetsgrader av operationerna och att vi vid nuvarande tidpunkt av olika orsaker (och tidsmässig snedfördelning...) har ett mycket högt bortfall!

ADL < 3 dygn/ADL > 7 dygn

	ADL < 3 dygn %	ADL > 7 dygn %	ADL missing %
Sundsvall	59,3	9,3	48,6
Helsingborg	59,1	20,0	69,0
Umeå	58,3	11,1	45,5
Motala	53,4	10,3	54,0
Mora	51,4	20,0	66,0
Jönköping	44,2	9,3	55,2
Västervik	43,6	23,1	48,7
Skellefteå	42,5	12,5	39,4
Lycksele	37,1	17,1	53,3
Värnamo	36,2	23,4	44,0
Örnsköldsvik	35,7	14,3	60,9
Eksjö	29,6	33,3	47,1
Kalmar	20,9	20,9	38,6
Norrköping	15,0	20,0	59,2

Smärtstillande medicin hemma efter operationen är i hög grad "patientstyr" och därför en bra indikator på förloppet av sår-läkningen och hur patienten mår fysisk. De som använder smärtstillande hemma tar medicinen i medel 6,7 dygn. Vi har analyserat de patienter som har besvarat enkäten. Svårhetsgraden av operationerna och rådgivning vid utskrivning har stort betydelse för längden av smärtbehand-

lingen. Varje klinikchef måste bedöma om resultaten är tillfredsställande, då det inte finns inte någon standardbenchmark.

Ingen smärtstillande medicin hemma

Inget smärtstillande	Antal	%	Missing %
Kalmar	28	56,0	28,6
Västervik	21	46,7	40,8
Sundsvall	28	44,4	40,0
Jönköping	21	41,2	46,9
Eksjö	11	37,9	43,1
Norrköping	17	36,2	52,0
Helsingborg	9	36,0	64,8
Värnamo	19	34,5	34,5
Örnsköldsvik	10	33,3	34,8
Motala	22	32,4	46,0
Mora	12	31,6	28,3
Umeå	12	28,6	36,4
Lycksele	12	27,9	42,7
Skellefteå	12	27,3	33,3

Smärtstillande medicin hemma (dygn)

Smärtstillande hemma	Antal	Medel
Helsingborg	15	5,1
Motala	44	5,1
Sundsvall	33	5,5
Örnsköldsvik	19	5,7
Kalmar	20	6,1
Norrköping	30	6,4
Skellefteå	30	6,4
Jönköping	24	6,7
Västervik	22	6,7
Mora	23	7,1
Värnamo	30	7,2
Eksjö	17	8,1
Umeå	29	8,1
Lycksele	31	9,5

Patientbedömning - 8 veckor efter operation/enkät

Om våra patienter är nöjda och tillfreds med vården är inte enbart beroende av medicinska fakta. Ytterliga två steg har väsentlig betydelse: vad patienten förväntar sig att få (för operation) och vad patienten tycker att hon har fått ("upplevd kvalitet" efter operation).

En patient med orealistiska förväntningar blir inte nöjd ens med världens bästa terapi. Tillfredsställelse är en lyckad kombination av information, realistisk vårdplan och god vård på alla nivåer. Därför är mätning av patienternas nöjdhet så viktig – och bedömningen av resultaten så komplex.



– Återrapport från Gynopregistret

Nöjda med vårdlängden/önskan om längre vårdtid

Även extremt korta vårdtider är bra om patienten tycker att hon har fått den vårdtid hon haft behov av, om patientens liv fungerar efter utskrivningen (kort ADL), patienten inte behöver ytterliga professionell hjälp (återbesök för problem) och hon känner att behandlingen har haft önskad effekt.

Här är patienternas bedömning:

	Medel- vårdtid	Lagom %	För kort %
Motala	0,1	82,4	17,6
Sundsvall	0,8	92,3	0
Helsingborg	1,3	88,5	11,5
Jönköping	1,4	100,0	0
Umeå	1,5	92,3	0
Örnsköldsvik	1,5	81,8	0
Norrköping	1,5	89,4	6,4
Skellefteå	1,7	95,3	0
Lycksele	1,8	92,9	0
Västervik	1,8	91,1	6,7
Mora	2,0	79,4	0
Värnamo	2,1	94,4	5,6
Kalmar	2,1	98,0	0
Eksjö	2,5	92,0	8,0

Önskar inte kontakt (8v enkät)

Önskar inte kontakt	Antal	Önskar ej kontakt %
Skellefteå	37	90,2
Helsingborg	22	88,0
Sundsvall	48	80,0
Eksjö	23	79,3
Motala	49	73,1
Värnamo	40	72,7
Västervik	32	72,7
Lycksele	31	72,1
Norrköping	31	70,5
Örnsköldsvik	20	69,0
Jönköping	35	68,6
Mora	24	63,2
Kalmar	30	62,5
Umeå	26	60,5

Förbättrad/försämrad efter 8 veckor?

Förbättrad/ försämrad	(Mycket) förbättrad 8 v		(Mycket) försämrad 8 v.	
	antal	%	antal	%
Lycksele	43	100	0	
Skellefteå	43	100	0	
Örnsköldsvik	30	100	0	
Sundsvall	62	98,4	0	
Helsingborg	25	96,2	0	
Motala	66	95,7	0	
Västervik	43	95,6	0	
Mora	34	94,4	0	
Kalmar	48	94,1	2	3,9
Eksjö	27	93,1	2	6,9
Umeå	40	93,0	1	2,3
Värnamo	51	92,7	0	
Norrköping	42	91,3	3	6,5
Jönköping	43	84,3	0	

Resursåtgång

Vår uppgift är inte enbart att göra en patientanpassad och medicinskt optimal, utan även en ekonomiskt ansvarig och finansierbar sjukvård.

Drifts-/kostnadsrelevanta kvalitetsparametrar skall hjälpa till att bedöma prolapsprocessen: Får man optimal kvalitet och volym för de använda resurserna? Vilka delar av vårdprocessen är inte tillfredsställande? Vad ska till för att förbättra effektiviteten?

Det finns ingen ”mall”, vedertagen rutin eller konsensus för vad som är vettiga eller användbara parametrar för att bedöma hur vältrimmad en vårdkedja är. Praktiskt kvalitetsarbete måste visa vad som duger. Detta är en ”första test”.

In och ut samma dygn

Andel vårdtid= 0 dygn	Antal	%
Motala	108	85,7
Sundsvall	56	53,3
Örnsköldsvik	14	30,4
Jönköping	24	25,0
Umeå	11	16,7
Lycksele	4	5,3
Mora	2	3,8
Norrköping	3	3,1
Skellefteå	2	3,0
Värnamo	2	2,4
Kalmar	1	1,4
Västervik	0	0
Helsingborg	0	0
Eksjö	0	0

Vårdtid < 2 dygn

Andel vårdtid ≤ 1 dygn	Antal	%
Motala	125	99,2
Sundsvall	74	70,5
Helsingborg	49	69,0
Umeå	38	57,6
Jönköping	55	57,3
Skellefteå	37	56,1
Örnsköldsvik	23	50,0
Norrköping	48	49,0
Lycksele	33	44,0
Västervik	28	36,8
Värnamo	23	27,4
Kalmar	18	25,7
Mora	11	20,8
Eksjö	10	19,6

Vårdtid > 4 dygn

Andel vårdtid > 4 dygn	Antal	%
Motala	0	
Norrköping	0	
Jönköping	1	1,0
Västervik	1	1,3
Helsingborg	1	1,4
Mora	1	1,9
Värnamo	2	2,4
Sundsvall	3	2,9
Skellefteå	2	3,0
Lycksele	3	4,0
Kalmar	3	4,3
Umeå	3	4,5
Örnsköldsvik	3	6,5
Eksjö	6	11,8

Vårdtid (alla, medel)

Medelvårdtid (alla)	Antal	Medel
Motala	125	0,1
Sundsvall	91	0,8
Helsingborg	68	1,3
Jönköping	91	1,4
Umeå	64	1,5
Örnsköldsvik	45	1,5
Norrköping	91	1,5
Skellefteå	66	1,7
Lycksele	72	1,8
Västervik	71	1,8
Mora	53	2,0
Värnamo	83	2,1
Kalmar	67	2,1
Eksjö	51	2,5

Medelvårdtid är 1,5 dygn, de flesta kliniker har en stor andel extremt korta vårdtider och få ”långliggare”. OBS : ”Medelvårdtid” är beräknad på alla prolapsoperationer. Detta betyder att en hög andel ”dagkirurgi” (vårdtid = 0 dygn) kan göra medelvårdtiden till <1.



Reoperation för komplikationer

Reop. för komplikation	Antal	%
Helsingborg	0	
Jönköping	0	
Umeå	0	
Skellefteå	0	
Lycksele	0	
Västervik	0	
Kalmar	0	
Eksjö	0	
Motala	1	0,8
Sundsvall	1	1,1
Norrköping	1	1,1
Värnamo	1	1,2
Mora	1	1,9
Örnsköldsvik	1	2,2

Planerat återbesök

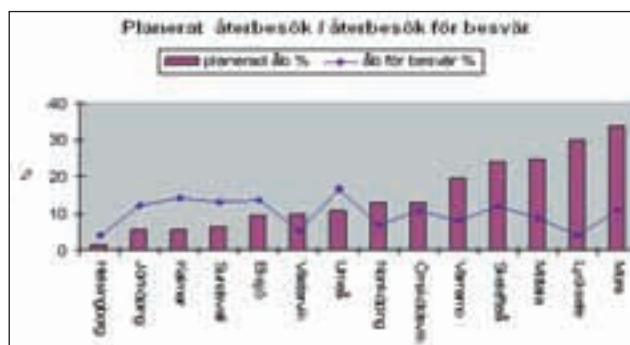
Återbesök planerad	Antal	%
Helsingborg	1	1,4
Jönköping	5	5,5
Kalmar	4	5,7
Sundsvall	6	6,6
Eksjö	5	9,8
Västervik	7	9,9
Umeå	7	10,8
Norrköping	12	13,2
Örnsköldsvik	6	13,3
Värnamo	16	19,3
Skellefteå	16	24,2
Motala	31	24,8
Lycksele	22	30,1
Mora	18	34,0

Uppsökt KK/VC för besvär/compikationer

Uppsökt vård	Antal	%
Lycksele	3	4,0
Helsingborg	3	4,2
Västervik	4	5,3
Norrköping	7	7,1
Värnamo	7	8,3
Motala	11	8,7
Örnsköldsvik	5	10,9
Mora	6	11,3
Skellefteå	8	12,1
Jönköping	12	12,5
Sundsvall	14	13,3
Eksjö	7	13,7
Kalmar	10	14,3
Umeå	11	16,7

Planerat återbesök som kvalitetsparameter är svårbedömt. Orsaken till besöken är ofta en blandning av resultatkontroll, undervisning, tradition och trevligt socialt möte mellan operatör och patient.

Det ser ut som om patientrapporterat ”återbesök för besvär” är nästan konstant (liten band-bredd), ganska oberoende av klinikens policy för ”planerat återbesök”.



Avslutande kommentar

I alla moderna vårdprocesser har vi (minst) tre grupper med legitima intressenter: Patienten, behandlaren och driftsansvarig (sjukvårdshuvudmannen). Dessa tre intressenter är beroende av varandra och ett optimerat samarbete ger ”bäst möjliga” sjukvård.

Ett kvalitetsregister bör därför redovisa parametrar som är orienterade mot patienten, terapin eller driften. Genom kombination av dessa parametrar är det möjligt att beskriva förloppet på alla tre områden på ett kliniskt relevant och matnyttigt sätt.

I denna rapport har jag försökt att efter bästa förmåga redovisa resultat som lever upp till dessa krav. Det finns ingen mall eller konsensus för vad som är vettiga eller användbara parametrar.

Praktiskt kvalitetsarbete i framtiden måste visa vad som duger. Förhoppningsvis har deltagande kliniker nytta av denna sammanställning. Jag vore mycket, mycket tacksam om jag kunde få ”respons” från

klinikchefer eller proplapsansvariga/intresserade kollegor: Har vi redovisat matnyttiga och vettiga parametrar? Vad saknas? Vad bör vi inte redovisa nästa gång? ■

NFOG VISITOR PROGRAM 2008

Purpose:

- Clinical program: To improve clinical skills and/or develop and share the expertise of departments by visiting a highly qualified Nordic Department of Obstetrics and Gynecology.
- Research program: To enhance cooperation between Nordic scientists in the field of obstetrics and gynecology.

NFOG support is aimed at:

- coverage of travel expenses and accommodation (if not arranged by the hosting clinic). The total maximum support will be decided by the board of NFOG. Daily allowances are not included.

Length:

- Minimum 1 week

Applicants:

- Clinical: Trainees at the final stages of specialization or specialists working at hospitals.
- Research: Trainees and specialists within the field of obstetrics and gynecology irrespective of position and place of employment (hospital department, clinical practise or research unit).

Applications must include:

- Short CV of the visitor
- Length of the visit
- Goal of the visit and how it will be achieved according to the plan accepted in advance by the hosting and sending clinics.
- Budget of the visit

Deadline of applications:

- December 1st, 2007

Applications should be sent to:

- Chairman of the Scientific Committee
Lars-Åke Mattsson, Professor
Sahlgrenska Akademin KK,
SU/Östra
416 85 Göteborg
Sweden
e-mail: lars-ake.mattsson@vgregion.se

Important:

From NFOG Visitor Program you can apply support only for future visits, not visits already made. The applicants will be informed of the decisions by the end of January 2008.

Report:

A written report to the NFOG board should be sent within 3 months after the visit. The report should include evaluation of the visit by the visitor.

Further information:

Chairman of the scientific committee of NFOG
Lars-Åke Mattsson, lars-ake.mattsson@vgregion.se

Invitation to

NFOG 2008 Congress

Reykjavík Iceland, June 14th-17th 2008



www.nfог2008.is

NFOG Congress 2008 - Preliminary Programme

Thursday June 12th - Friday June 13th

09:00 NSGO meeting; Nordic Society of Gynecologic Oncology

Saturday June 14th

09:00 **Precourse: Clinical Andrology.** Physical examination and use of laboratory tests (CME points 8)

13:00 **NFOG Symposium:** Nordic Federation of Young Obstetricians and Gynecologists. Is there a future for obstetrics? *Britt-Ingjerd Neshheim NO*

18:00 **Welcome – Get together**

Sunday June 15th

09:00 **Opening ceremony** – MAIN HALL

Young Scientist Award; Best Acta Article Award; Lillehammer Stipendium; Artists

09:30 **Opening lecture** – MAIN HALL

Barriers to Access in Sexual and Reproductive Health Care;

Dorothy Shaw, FIGO president, CA

10:30 Coffee Break / Exhibition

11:00 **NFOG Symposium: Womens health in a global perspective** – MAIN HALL

Introduction; *Peter Hommes DK*

Maternal mortality with emphasis on post partum hemorrhage; *Roland Strand SE*

HIV/AIDS and sexual and reproductive health and rights – what are the links?

Jøker Liljestrand SE

How can ob-gyn societies be useful partners in twinning? *Charlotta Grunewald SE*

12:30 Lunch Break

13:30 **Plenary lecture** – MAIN HALL

Congenital anomalies of the female genitalia; *Marc Laufer US*

14:15 **Human Papilloma Virus** – MAIN HALL

Efficacy of vaccines. Who should get them? *Nubia Munoz FR*

Short and long term consequences of vaccination; *Jorma Paavonen FI*

Should HPV testing be the primary test in screening programmes? *Philip Davies FR*

Other indications for HPV testing; *Joakim Dillner SE*

14:15 **Skills training, simulation and assessment 1** – HALL 1

Implementation and evaluation of interdisciplinary skills training in obstetrics;

Jeitte Led Sørensen DK

Obstetric simulation and training: Impact on neonatal outcome; *Tim Draycott UK*

Integrating skills training in a comprehensive residency program in OB/GYN;

Speaker to be announced

Hands on test of obstetric and gynecological simulators and assessment bench stations available all days

14:15 **Free communications** – HALL 2

14:15 **Ultrasound for fun** – HALL 3

Introduction; *Ove Avelsson SE*

Epidemiological studies on safety; *Helle Kieler SE*

Animal studies on ultrasound bioeffects; *Kjell Å Salvesen NO*

Recommendations from safety committees; *Ove Avelsson SE*

15:45 Coffee Break / Exhibition

16:15 **Ovarian cancer** – MAIN HALL

Are advanced techniques of any use for the patients? *William Cibby US*

Centralization of surgical treatment; *Björn Hagen NO*

Prognostic markers, has anything happened during the last 25 years? *Claes Högdal DK*

New treatment modalities; *Mark Baekeleant NO*

16:15 **Hormones and wellbeing: testosterone, Progesterone, Estrogens** – HALL 1

Testosterone treatment in women; *Speaker to be announced*

Progesterone and progestagens influence on memory and learning;

Torbjörn Bäckström SE

Estrogens; *Speaker to be announced*

16:15 **Free communications** – HALL 2

16:15 **Obesity** – HALL 3

Morbid obesity-a silent killer? *Jøran Sture Hjeltnesæth NO*

Fertility and early pregnancy outcome in obesity; *Tom Tanbo NO*

Overweight and pregnancy, short and long term outcomes; *Tone Henriksen NO*

19:30 **Speaker's dinner**

Monday June 16th

08:15 **Plenary lecture: Preeclampsia** – MAIN HALL

Christopher Redman UK

09:00 **Skills training, simulation and assessment II** – MAIN HALL

The Skills Centre; *Helen MacRae CA*

Simulator training and assessment in laparoscopic gynecology;

Christian Ritbyjerg Larsen DK

The surgical curriculum; an evidence-based approach; *Teodor Grantcharov CA*

09:00 **Rare events in obstetrics** – HALL 1

UK Obstetric Surveillance System, UKOSS; *Marion Knight UK*

Severe cardiac disease in pregnancy and delivery; *Marianne Johannesen DK*

European Obstetric Survey System, EUROSS and Nordic perspectives;

Jens Langhoff-Roos DK

09:00 **Free communications** – HALL 2

09:00 **Medical abortion** – HALL 3

Cervical ripening; *Helena von Hertzen WHO*

Contraception after abortion; *Oskari Heikinheimo FI*

Medical abortion in late first trimester (9–12w); *Ole-Erik Iversen NO*

Medical abortion in very early pregnancy; *Christian Fiola AT*

Home use of misoprostol; *Kristina Gemzell Danielsson SE*

10:30 Coffee Break / Exhibition

11:00 **Hormone treatment in the climacteric – options for today and tomorrow** – MAIN HALL

Is there a "window of opportunity"? *Göran Samsioe SE*

Alternative treatment from an evidence based perspective; *Mette Moen NO*

Guidelines for HT from an international perspective; *Sven Skoubj DK*

11:00 **Severe maternal hemorrhage** – HALL 1

Pathophysiology of severe PPH and general management; *Joumi Ahonen FI*

Placenta accreta; *Speaker to be announced*

New methods in treating severe postpartum hemorrhage; *Kjell Å Salvesen NO*

11:00 **Free communications** – HALL 2

12:30 **Lunch symposium: PMS/PMMD** – HALL 1

12:30 **General Assembly**

13:30 **Plenary: Should we discontinue public funding of assisted reproduction?**

Why are European laws on reproduction so similar? *Paul Devroey BE*

It is a mistake to limit public funding for assisted reproduction; *Hans Evers NL*

14:15 **Genetic medicine** – MAIN HALL

Genetic counselling: psychosocial issues and decision making; *Heather Skirton UK*

Heritable gynecological cancer; *Anne-Marie Gerdes DK*

Combined risk assessment for fetal aneuploidy with nuchal translucency and

biochemical markers. The Danish experience, before and after the guidelines from

Sundhedsstyrelsen 2004; Ann Taber DK

14:15 **Contraception** – HALL 1

The changing panorama of contraceptive use in the Nordic countries; *Ian Milson SE*

The use of (LNG)-IUS in nulliparous women; *Satu Suhonon FI*

Long-cycle combined (oral) contraceptives; *Leslie Miller UK*

Oral contraception and thrombosis. An update; *Øyvind Lidegaard DK*

14:15 **Poster session** – HALL 2

14:15 **Presentation of theses** – HALL 3

To be announced

15:45 Coffee Break / Exhibition

16:15 **Genetic medicine (cont'd)** – MAIN HALL

Prenatal screening for fetal aneuploidy in the first trimester. Nuchal translucency and

biochemical markers; *James Egan US*

Prenatal screening for structural malformations in the first trimester;

Hulda Hjartaradóttir IS

16:15 **New trends in handling male infertility** – HALL 1

Are genetic tests coming? *Ulrik Kvist DK*

Are sperm tests vanishing? *Aleksander Givercman SE*

Cryopreservation of testicular tissue; *Claus Yding Andersen DK and Erik Ernst DK*

16:15 **Free communications** – HALL 2

16:15 **Fear of childbirth – what is it about and what can we do?** – HALL 3

Childbearing women's mental health; *Liselott Andersson SE*

Violence against women may influence childbirth; *Berit Schei NO*

Fear of childbirth and the wish for a cesarean; *Elsa Lena Ryding SE*

Fear of childbirth may be treated and cesarean section avoided; *Terhi Saisto FI*

19:30 **Gala dinner**

Tuesday June 17th

09:00 **Plenary: Anatomy of the pelvic floor; Speaker to be announced**

09:45 **Pregnancy, delivery and the pelvic floor** – MAIN HALL

Epidemiology of female urinary incontinence and prolapse – the impact of pregnancy

and delivery; *Guri Rørthel NO*

Teaching doctors to diagnose and repair perineal lesions; *Ranee Thakar UK*

Teaching midwives to diagnose and repair perineal lesions; *Sara Kinberg DK*

Obstetrical lesions and the importance of the quality of primary repair; *Abdul Sultan UK*

Panel Debate

09:45 **Adolescent gynecology** – HALL 1

Gynecological examination of children and adolescents; *Speaker to be announced*

Do we know the clinical significance of asymptomatic Chlamydia infections in

adolescence? *Speaker to be announced*

How to run a clinic for young people; *Speaker to be announced*

Trends in adolescent fertility, abortion and pregnancy rates in the Nordic countries;

Dan Apter FI

09:45 **Preterm birth** – HALL 2

Pathophysiology of preterm birth; *Henrik Hagberg SE*

Clinical management of preterm birth; *Jan Stener-Jørgensen DK*

11:00 Coffee Break / Exhibition

11:30 **New technologies in pelvic surgery – what is the evidence?** – MAIN HALL

What is the best sling for stress urinary incontinence? *Antti Valpas FI*

The use of implants in surgery for pelvic organ prolapse – evidence or marketing?

Daniel Altman SE

Emerging complications with novel technologies in pelvic surgery; *Eckhard Petri DE*

Scientific, ethical and legal implications of introducing new technologies in pelvic

surgery; *Gunnar Luse DK*

11:30 **PCOS** – HALL 1

in utero veritas. Fetal intrauterine androgen exposure and PCOS; *S.M. Carlsen NO*

PCOS features in childhood and adolescence; *Speaker to be announced*

When pregnant – then what? *Eszter Vanky NO*

11:30 **Postterm pregnancies** – HALL 2

Post-term pregnancy and delivery – time to reconsider? *Jacob Nakling NO*

Induction of labour at 41 weeks – consensus and nonsensus; *Kåre Aугensen NO*

Management of post-term pregnancy: Today's evidence; *Ulla Britt Wienerholm SE*

13:00 **Closing ceremony**

Kodfrågan

Klassifikationsnyheter som gäller fr o m 2008-01-01.

Kodnyheter i sjukdomsklassifikationen, ICD-10.

Fördjupningskoder på O04.9 Legalabort, så att man kan ange graviditetslängd:

- O04.9A Legal abort, t o m graviditetsvecka 8+6
- O04.9B Legal abort, fr o m graviditetsvecka 9+0 t o m v. 11+6
- O04.9C Legal abort, fr o m graviditetsvecka 12+0 t o m v. 17+6
- O04.9D Legal abort, fr o m graviditetsvecka 18+0 t o m v. 21+6
- O04.9E Legal abort, fr o m graviditetsvecka 22+0
- O04.9X Legal abort, graviditetslängd ospecificerad

Om fördjupningskoder till O04.9 används i kombination med något annat decimalnummer inom O04, skall den senare koden anges som huvuddiagnos. Fördjupningskoden till O04.9 anges då som bidiagnos för att graviditetslängden ska framgå.

På koden O60.9 Prematurbörd, har man infört nya decimaler, så att man av diagnoskoden kan se om prematurbörden är spontan eller iatrogen, och även gjort fördjupningskoder för angivande av graviditetslängd:

- O60.1A Spontant värkarbete, med prematurbörd t o m graviditetsvecka 27+6
- O60.1B Spontant värkarbete, med prematurbörd fr o m grav.vecka 28+0 t o m v. 31+6
- O60.1C Spontant värkarbete, med prematurbörd fr o m grav.vecka 32+0 t o m v. 36+6
- O60.1X Spontant värkarbete, med prematurbörd, graviditetslängd (t o m v. 36+6) ospecificerad
- O60.3A Prematurbörd utan spontant värkarbete, t o m graviditetsvecka 27+6
- O60.3B Prematurbörd utan spontant värkarbete, fr o m grav.v. 28+0 t o m v. 31+6
- O60.3C Prematurbörd utan spontant värkarbete, fr o m grav.v. 32+0 t o m v. 36+6
- O60.3X Prematurbörd utan spontant värkarbete, graviditetslängd (t o m v. 36+6) ospecificerad

Vid iatrogen prematurbörd ska man komma ihåg att också ange kod från O61 om patienten har inducerats. Om patienten har inducerats pga prematur vattenavgång ska man komma ihåg att även ange kod från O42.

På vissa kliniker har man redan för några år sedan önskat att kunna koda för iatrogen prematurbörd, och till dem rekommenderade jag då att använda kodkombinationen O60.9 + O61.9. Denna ”hemmagjorda” variant har nog inte varit särskilt utbredd, men ska inte användas längre, nu när vi fått koden O60.3.

Någon kanske undrar vart O60.0 och O60.2 tagit vägen. O60.0 står för prematurt värkarbete utan förlossning, och O60.2 står för prematurt värkarbete med förlossning i fullgången tid,

och för dessa kliniska situationer har vi redan koder på O47, så de koderna finns inte mycket användning för.

För trombofilier finns följande koder (sedan 2007-01-01):

- D68.5A APC-resistens
 - D68.5B Brist på antitrombin
 - D68.5C Brist på protein C
 - D68.5D Brist på protein S
 - D68.5E Protrombingenmutation
 - D68.5W Annan primär trombofili
 - D68.5X Primär trombofili, ospecificerad
 - D68.6A Antifosfolipidantikroppssyndrom
 - D68.6B Kardiolipinantikroppssyndrom
 - D68.6C Närvaro av lupus antikoagulans
 - D68.6W Annan specificerad trombofili
 - D68.6X Annan trombofili, ospecificerad
- (Följande fördjupningskoder som funnits tidigare utgår fr o m 2008-01-01:

- D68.2A Koagulationsrubbnings pga ärftlig brist på protein S
- D68.2B Koagulationsrubbnings pga ärftlig brist på protein C
- D68.2C Koagulationsrubbnings pga ärftlig brist på antitrombin III
- D68.2W Ärftlig brist på andra koagulationsfaktorer).

Kodnyheter i operationsklassifikationen.

- MAA06 Amnioreduktion
- MAC00 Amniotomi (kodtexten ”...för inledande av förlossning” har tagits bort. Man kan alltså använda denna kod även när amniotomi gjorts som värförstärkning.)

Traktion med sugklocka/tång har tagits bort från stycket MAH, och istället fått följande placering:

- MAC20 Traktion (ej extraktion) med vakuum
- MAC23 Traktion (ej extraktion) med tång
- MAC96 Annat ingrepp för inledande eller påskyndande av förlossning
- TMA20 Manuell förlossningshjälp vid normal spontanförlossning

(Dessa 4 senaste koderna har jag inte varit inblandad i att önska/flytta på – de har kommit från andra delar av Norden; det är ju en samnordisk operationsklassifikation vi har, NCSP. Jag kan tänka mig att man har velat ha en kod för manuell förlossningshjälp även vid huvudbudningar, i analogi med MAG00 Manuell hjälp vid sätesförlossning).

- ZXM00 Användande av ultraljud under operation

Kodnyheter i åtgärdsklassifikationen, KVÅ.

Jag har inte varit involverad i några diskussioner om utökning av våra åtgärds-koder, men har vid genomläsning av KVÅ hittat dessa nytillkomna koder. ("Take it or leave it".)

- AM002 Obstetriskt ultraljud, fosterövervakning
- AM014 Obstetriskt ultraljud, fosterläge
- AM015 Obstetriskt ultraljud, doppler a umbilicalis
- AM016 Obstetriskt ultraljud, doppler andra fetala kärl
- AM017 Obstetriskt ultraljud, doppler a uterina
- AM020 Obstetriskt ultraljud för bedömning av cervix och placenta
- AM021 Obstetriskt ultraljud för bedömning av fostervattenmängd
- AM030 Obstetriskt ultraljud för bedömning av moderns njurbäcken
- AM035 Ultraljud för bedömning av lakterande kvinnas bröst
- DM020 Punktion av lakterande bröst
- DM021 Inläggning av dränage i lakterande bröst
- AL019 Vaginalt ultraljud med doppler-undersökning av blodkärl
- AL014 Abdominellt ultraljud lilla bäckenet
- QV013 Föräldrautbildning (inom MVC-verksamheten)
- QX006 Vård i livets slutskede
- QX007 Omhändertagande av avliden
- DV030 Hälsosamtal (kost, motion, sömn, tobak o alkohol, sex och samlevnad)
- DV063 Rådgivande samtal (i väsentligt större omfattning än vid ordinära besök)
- DK019 Urininkontinensutredning och behandling (ersätter de tidigare koderna för urininkontinensutredning och behandling I DK018 och dito II DK019).

Från UR-ARG har kommit önskemål att jag påminner om något jag nämnt tidigare i år, nämligen operationskoderna för "vanlig" TVT LEG10, och TVT-O LEG13, samt tilläggskoderna för användande av biologiskt mesh ZLX20 och syntetiskt mesh ZLX21.

Det är också angeläget för att få så bra statistik som möjligt i prolapsregistret, att varje moment i plastiken kodas för sig, t ex främre kolporafi, bakre kolporafi och perineorafi, istället för kombinationskoden fullständig prolapsplastik. Likaså viktigt att inte använda koden för prolapsplastik med samtidig hysterektomi (LEF13) utom i de fall där man vill markera att hysterektomin gjorts enbart som en del av prolapsplastiken. I övriga fall ska man ange hysterektomin separat med kod från LCD.

UR-ARG har också önskat att man med diagnoskod ska kunna ange recidivprolaps, och jag har för detta föreslagit Z98.8. Det är en tilläggskod där kodtexten betyder "Andra specificerade postoperativa tillstånd", och man har i UR-ARG beslutat att rekommendera detta till allmän användning. Således vid recidivprolaps i samma kompartiment, ange prolapskoden från N81.- + Z98.8.

Till sist två kodningsfrågor som inkommit nyligen:

Fråga: Hur kodar man för nekrosskada i vagina efter strålning?

Svar: N89.8 + T95.8 + Y88.3

Fråga: Vad har Fitzhugh-Curtis syndrom (klamydia-perihepatit/-peritonit) för diagnoskod?

Svar: A74.8 + K67.0

Hälsningar

Karin Pihl

karin.pihl@telia.com

alt.

karin.pihl@vgregion.se

OGU Priset 2007

OGU priset 2007 tilldelas Barbro Edén, verksam som överläkare vid Sahlgrenska Universitetssjukhusets kvinnoklinik, med motiveringen:

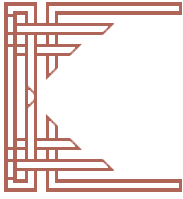
"Med hennes stora engagemang och förmåga att inte ge upp har hon lyckats lyfta och synliggöra ST-läkarens roll på kliniken. Hon har genom att ta sig in i klinikledningen skapat en bra grund för den interna teoretiska utbildningen och hon har starkt bidragit till ett gynnsammare feedback klimat genom sina kunskaper i personlig utveckling och ledarskap. Vidare

är hon en god pedagog som brinner för sina adepters utveckling i de kliniska färdigheterna."

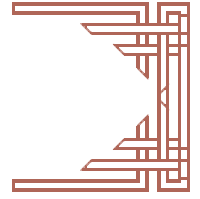
Övriga nominerade till OGU priset 2007 var:
Eva Rylander
Dag Prebensen
Marja- Liisa Swahn
Päivi Kannisto



Barbro Edén, årets OGU-pristagare.



Pionjärer inom Obstetrik och Gynekologi



Albert Döderlein 1860-1941

Vagitorerna "DÖDERLEIN MED", (für Intimpflege), har alltid funnits att köpa på tyska apotek. I en äldre tysk tidskrift löd annonstexten "Zurück zur Döderleinflora". Bilden visade ett sköte vars detaljer doldes av blekblåa blommor. Tanken gick osökt till romantikens blåa blommor.

Albert Döderlein föddes i Augsburg, Bayern 1860. Fadern som var militärläkare dog, när gossen var 11 år. Modern, som härstammade från en italiensk sidenhandlarfamilj från Como gifte snart om sig med en köpman, vilken som änkeman

Jörgen Sigurd, Gynmottagningen,
Piteå Älvdals Sjukhus

utökade barnaskaran med fyra halvsyskon. Familjen var välbeställd, Albert ägnade sig mer åt pianostudier, tog en medelmåttlig studentexamen och började läsa medicin. Han klarade med ett nödrop tentamen i obstetrik i München. Professor Winckel var nytillträdd och ville inte generera sin företrädare med att underkänna allt för

många av dennes kursdeltagare. 23 år senare efterträdde Döderlein sin tentator som professor. Efter disputation med arbetet "Craniorachischisis" hade Döderlein beslutat köpa en privatpraktik, men övertalades av en kamrat att i stället söka assistenttjänst i Geburtshilfe hos Zweifel i Erlangen. Döderlein hade talets gåva och fick tjänsten trots sitt usla tentamensbetyg. Värnplikten hade han sluppit då han hade glasögon. Det visade sig att Döderlein snabbt utvecklades till en god kliniker och mycket fingerfärdig operatör. Bättre före-



Den vävnadsselektiva klimakteriebehandlingen

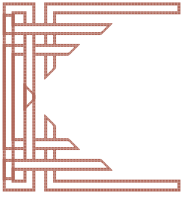
Livial®
tibolon

H.J. Kloosterboer, A.G.H. Ederveen. The Journal of Steroid Biochemistry & Molecular Biology 2003;1852:1-9 Pros and cons of existing treatment modalities in osteoporosis: a comparison between tibolone, SERMs and estrogen (progestogen) treatments.

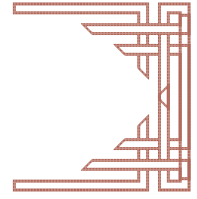
LIVIAL® (tibolon): Substitutionsbehandling av östrogenbristsymtom hos kvinnor mer än ett år efter menopaus. Förebyggande av osteoporos hos postmenopausala kvinnor med hög risk för framtida fraktur, om de inte tål eller har kontraindikationer mot andra läkemedel godkända för att förebygga osteoporos. Erfarenhet av behandling till kvinnor över 65 år begränsad. Tabl 2,5 mg (3x28 st). För ytterligare information, se www.fass.se

Organon

Organon AB, Fiskahamnsgatan 6 A, 414 58 Göteborg. Tel 031-720 65 00. Fax 031-720 65 01. www.organon.se



Pionjärer inom Obstetrik och Gynekologi



läsare hade man aldrig hört. Hans initiativrikedom och aldrig sviktande självförtroende gjorde honom oundgänglig för Zweifel, som tog med honom till Leipzig, då denne kallades dit som ordinarie. Under tiden hade Döderlein gift sig med dottern till en förlags- och universitetsbokhandlare, som raskt födde honom fem barn. Under underläkaretiden provade han ut hur lustgas bäst användes som smärtlindring vid förlossning.

I Leipzig gavs möjlighet till forskning. På 1880-talet var det inom bakteriologin som dynamiken fanns. Döderlein tog sig an vaginas bakteriella innehåll. År 1892 publicerades hans klassiska monografi; *"Das Scheidensekret och seine Bedeutung für das Puerperalfieber"*. Hans upptäckt av laktobaciller i vagina samt dess egenskap att genom pH-sänkning utgöra skydd mot uppstigande infektioner av andra patogener är ju en sanning som gäller än i dag. Han klarade att flickorna i puberteten koloniserar i vagina av de laktobaciller, som fick hans namn. Nästan omgående hakade läkemedelsindustrin på och utvecklade vagitorier, sannolikt inte utan royalties. Året därpå gav Döderlein ut sin lärobok för studenter *"Leitfaden für den geburtshilflichen Operationskurs"*. Denna lärobok i förlossningskonst blev klassisk och gavs ut av honom själv i reviderade upplagor under 48 år. Endast 33 år gammal fick han titeln *"ausserordentlicher Professor"*.

Via Groningen hamnade han som chef i Tübingen 1898, där han arbetade vidare med aseptik och etablerade gummihandsken i kvinnosjukvården! Han visade att bruket att sterila handskar gav färre infektioner än klorkalktvättade händer. Hans nya stora operationslärobok beskrev bland annat en ny teknik för symfyotomi.



Att han dessutom framförde Schumanns pianokonsert i a-moll på en välgörehetskonsert var också en bedrift.

År 1907 kallades han att efterträda Winkel i München. Kliniken hade usla lokaler från 1700-talet men bedrev kvalificerad forskning och var världsberömd. För att Döderlein inte skulle flytta till Berlin, dit han blev kallad efter något år, fick han löfte om en nybyggnad av kliniken bara han stannade kvar. Valet var lätt för en bayrare, som hade svårt för preussier i Berlin.

På Maistrasse i centrala München fick han resurser att skapa en modern universitetsklinik med en av de första strålbehandlingsavdelningarna i Europa. Invigningen var år 1913. Mesothorium användes som strålkälla, men var fruktansvärt dyrt att anskaffa. Radium var inte att tänka på. Den driftige Döderlein finansierade inköpet genom en *"Mesothoriumkonsert"*. I patientstocken fanns operasångerskor, som engagerade sina sängkollegor vid Münchenoperan. Prinzregenten välsignade det hela.

Kliniken betjänades huvudsakligen av

katolska nunnor, som dock ej vistades på förlossningen. Det praktiserades en tidig form av *"rooming in"* med samvård mor och barn. Inom kliniken låg en storrepresentationsvåning där direktorn Albert Döderlein höll hov med hjälp av tjänstefolk. Konsertflygeln var självklar.

År 1916 blev han änkeman efter ett 33-årigt lyckligt äktenskap, men gifte snart om sig med en mogen hovdam, Helene, som han lärt känna när drottningen i Bayern dog under hans vård. Den nästan 60-åriga professorn fick anhålla om hennes hand både hos fadern, generalen och hos konungen av Bayern. Helene kunde verkligen hålla hov och blev en storslagen värdinna vid de gynekologkongresser Döderlein presiderade vid. I fortsättningen jagade Döderlein med kungen på hans jaktmarker. Till sin stora villa i Grainau i alperna vid den österrikiska gränsen kördes han av sin trogne privatchaufför Jacob i sin stora bil, en öppen sjusitsig Horch. Garaget hade vändskiva, så att han alltid kunde åka i väg från kliniken rättvänd utan att backa. Han återgäldade konungens vänskap genom att efter dennes abdikation vid revolutionen 1919, rädda hans liv genom att hjälpa honom att på en flotte fly över österrikiska gränsen undan soldatrådets utsända bödler. Professor Döderlein residerade på kliniken till 74 år ålder 1934, praktiskt verksam in i det sista.

När han år 1941 avled i lunginflammation i kretsen av sin stora familj på medicinkliniken i Erlangen hade han tre dagar dessförinnan korrekturläst den sjuttonde upplagan av *"Leitfaden für Geburtshilflichen Operationskurs"*.

Han tycks ha varit mycket nöjd med vad han åstadkommit under sitt långa liv förvissad om att hans namn skulle fortleva genom *"Döderleinfloran"*. ■

Nya riktlinjer för fosterövervakning med CTG + ST analys, svenska rekommendationer

Fosterövervakning med EKG är en ny teknik som införts i syfte att förbättra identifieringen av intrapartal asfyxi och minska antalet onödiga operativa förlossningsingrepp pga falskt positiva CTG mönster. Tekniken är utvecklad i Sverige och har prövats i tre randomiserade studier (1). Metoden har framför allt fått spridning i Europa men introduceras för närvarande i USA sedan godkännandet av Food and Drug Administration.

Med införandet av ny teknik följer ny kunskap och metodens begränsningar och riskerna för användarfel har uppmärksammat (2). För att komma till rätta med detta har nordiska och europeiska expertmöten diskuterat frågorna. Perinatal ARG (en arbetsgrupp inom SFOG) har utsett en svensk referensgrupp för fosterövervakning i syfte att arbeta för kvalitetssäkring inom området. Detta sker bl a genom second opinion av fall med dåligt neonatalt utfall som tillsänds gruppen (Medlemsbladet nummer 4, 2007). Gruppen har också utifrån de europeiska diskussionerna (3) arbetat fram riktlinjer

PerinatalARGs Referensgrupp för Fosterövervakning
Elisabeth Almström,
Isis Amer-Wählin, Mats Blennow,
Jesper Clausen, Henrik Hagberg,
Andreas Herbst, Tony Lavesson

anpassade till svenska förhållanden som redovisas här.

CTG tolkning

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

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

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

Referenser

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

Nya riktlinjer

Vid start av ST analys

- >36+0 gestationsveckor
- Brustna hinnor
- Inga kontraindikationer mot skalpelektrod

- Starta helst i öppningsskedet
- Klassificera CTG
- Kontrollera reaktivitet och att det inte finns tecken till asfyxi (tag ev. skalp-prov)

- Kontrollera att EKG har normal vågform och att signalkvaliteten är god
- Kontrollera i händelselogen att baslinje T/QRS blir fastställd

Under den fortsatta registreringen:

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

Åtgärder kan vara eliminering av orsaken till fosterpåverkan (såsom överstimulering eller maternell hypotoni/vena cava syndrom), skalpprovtagning eller förlossning. Under utdrivningsskedet, som är en högrisksituation för fostret rekommenderas omedelbar instrumen-

tell vaginal förlossning eller kejsarsnitt, om inte spontan förlossning kan förväntas inom 5-10 minuter.

- Patologiskt CTG mönster i > 60 min även med normal ST, kräver förnyad värdering av fostrets tillstånd (t.ex. genom skalpblodprov).
- Om CTG försämras snabbt, t ex bestående bradykardi eller tillkomst av ytterligare avvikande faktorer bör intervention ske även om inte ST-event uppträder.
- Vid en paus i registreringen, eller vid dålig signalkvalitet med avsaknad av T/QRS kvoter mer än 4 min, kan ST-information utebli.

- Vid feber hos modern ökar fostrets asfyxikänslighet. Förutom antipyretika (och ev antibiotika) rekommenderas att tröskeln till intervention sänks.
- Försiktighet bör iakttas om T/QRS-kvoten är hög (>0,25) redan från starten av registreringen.

Överväg skalpprovtagning

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

CTG klassifikation

CTG-klassificering	Baslinje hjärtfrekvens	Variabilitet / Reaktivitet	Decelerationer
Normalt CTG	<ul style="list-style-type: none"> 110–150 spm 	<ul style="list-style-type: none"> 5–25 spm Accelerationer 	<ul style="list-style-type: none"> Tidiga uniforma decelerationer Okomplicerade variabla decelerationer med duration <60 sek och slagförlust <60 slag
Avvikande CTG	<ul style="list-style-type: none"> 100–110spm 150–170 spm Kortvarig bradykardi episod <100 spm i <3 min) 	<ul style="list-style-type: none"> >25 spm (saltatoriskt mönster) <5 spm > 40 min utan accelerationer 	<ul style="list-style-type: none"> Okomplicerade variabla decelerationer med duration <60 sek och slagförlust >60 slag
En kombination av 2 eller fler avvikande faktorer resulterar i ett patologiskt CTG			
Patologiskt CTG	<ul style="list-style-type: none"> 150–170 spm och inskränkt variabilitet >170 spm Bestående bradykardi < 100 spm i > 3 min) 	<ul style="list-style-type: none"> <5 spm i >60 min Sinusoidalt mönster 	<ul style="list-style-type: none"> Komplicerade variabla decelerationer med duration >60 sek Upprepade sena uniforma decelerationer
Preterminalt CTG	<ul style="list-style-type: none"> Total avsaknad av variabilitet (<2 spm) och reaktivitet med eller utan decelerationer eller bradykardi 		

ST-analys

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

Dessa riktlinjer indikerar situationer vid vilka obstetrisk intervention behövs. Intervention kan vara eliminering av orsaken

till fosterpåverkan (såsom överstimulering eller maternell hypotoni/vena cava syndrom), skalpprovtagning eller förlossning.

Dessa kliniska riktlinjer är utarbetade av PerinatalARG:s Referensgrupp för Fosterövervakning.

Varför bry sej om Pakistan?

Varje kvinna som dör i samband med en förlossning är en ofattbar tragedi. I Pakistan sker detta, grovt räknat, 30 000 gånger per år. Med tillgång till basal graviditets- och förlossningsövervakning skulle majoriteten av dessa dödsfall ha kunnat förhindras. Siffror från Pakistan visar att för varje kvinna som dör, finns 20 andra med sviter efter förlossningsrelaterade skador med svåra infektioner, infertilitet och fistlar. Information angående den perinatale mortaliteten talar för att den perinatale mortaliteten är oförändrat hög det senaste decenniet.

I WHO:s millenniumdeklaration för förbättrad global hälsa, stödd av FIGO och undertecknad av 189 länder, är delmål 5 att minska mödradödligheten med 3/4 och delmål 4 att minska dödligheten för barn under 5 år med 2/3 till år 2015. Dessvärre är situationen för världens födande kvinnor och nyfödda barn lika illa idag som vid millennieskiftet. Det är tid för krafttag om man skall komma närmare målen fram till år 2015.

Förra året kontaktades SFOG av FIGO, som startat projektet "Saving Mothers and Newborn Health" (SMNH), vars mål är dels att "minska mödradödlighet och öka nyfödda barns överlevnad" samt att "stärka kapaciteten inom och mellan de nationella förbunden för Obstetrik & Gynekologi och barnmorskeförbunden. Projektet involverar 12 utvecklingsländer i Afrika, Latinamerika, Östeuropa och Asien som har visat aktivt intresse för deltagande. Bidragsgivare är bl a SIDA, delvis via FN-organisationer. Till varje deltagande utvecklingsland knyts kontakt, ett sk tvillingsskap, med ett i-lands representanter för respektive intresseorganisationer, samt en mentor som "bollplank."

SFOG kom att diskutera ett tvillingsskap med Pakistans SOGP (Society of Obstetrics & Gynecology Pakistan) och MAP (Midwifery Association in Pakistan). En personlig kontakt etablerades vid världskongressen i Kuala Lumpur, där jag (CG) fick möjligheten att bekanta mig med en

Charlotta Grunewald, ordförande SFOG, KK, Södersjukhuset
Bo Möller, KK, Mälarsjukhuset, Eskilstuna

grupp kollegor från SOGP. De hade fått sin projektplan godkänd av FIGO och hade redan etablerat kontakter med nationella och lokala hälsomyndigheter. De beskrev kvinnornas situation i Pakistan och var entusiastiska över projektet och angelägna om vårt deltagande. Jag kontaktade barnmorskeförbundet och dess ordförande Anna Nordfjell, som var villig att delta, liksom Bo Möller, obstetrikern med lång erfarenhet från arbete i Etiopien och Tanzania, som föreslogs för mentorsrollen.

Anna Nordfjell, Bo Möller och jag, Charlotta Grunewald, åkte till Pakistan under första veckan i mars, precis i början på sommarperioden med varma dagar och angenämt ljumma kvällar. Vi blev varmt mottagna på flygplatsen av kollegorna Shereen Bhutta, Razia Korejo, Habib Somros och Shershah Syed, samtliga del-

aktiga i projektet och professionellt mycket aktiva personer. Vi inkvarterades på Sheraton hotell där vi bodde hela veckan. Karachi är en 15-miljonstad med stora motsättningar och hög kriminalitet. Västerlänningar betraktas lätt som amerikaner och ses på med misstänksamma ögon. Våra värdar var måna om vår säkerhet och vi insåg att det var bäst att inte ge sig ut på egen hand. Under hela vistelsen var vi omgivna och otroligt väl omhändertagna av våra pakistanska vänner.

Projektområdet ligger i Thatta-distriktet i Sindh-provinsen, några timmars resa utanför Karachi. Distriktet har drygt 1,3 miljoner invånare, merparten bor på landsbygden i små byar. Läskunnigheten är mycket låg, 11% bland kvinnorna och endast 4% föder sina barn i närvaro av en utbildad barnmorska/läkare. Mindre än 17% registreras för "prenatal vård". I distriktet Thatta finns 67 sjukvårdande instanser, 5 sjukhus och en rad andra mindre utrustade hälsostationer. Området för projektet, Taluka Mirpur Sakro, har ca 150 000 invånare och där sker uppskattningsvis 7 300 förlossningar/år (2006).



Charlotta Grunewald med kollegor, projektledaren Razia Correjo och FIGO-delegaten Shereen Butta.

SMNH-projektet i Pakistan

Projektets mål är att genom förbättrade insatser i samband med graviditet och förlossning få en sänkning av mödra- och barnadödligheten inom Thaluka Mirpur Sakro utanför Karachi. Detta förutsätter en ökad medvetenhet om och krav på tillgång till hälso- och sjukvård inom området. Som första steg för att uppnå detta mål ska kvinnorna i byarna inom distriktet lära sig att uppmärksamma tecken på fara under graviditet och förlossning och uppmanas att söka hjälp vid hälsostationerna inom området.

För detta behövs träning och utbildning av i första hand utbildade barnmorskor, men även av traditionella barnmorskor och hälsoarbetare (Lady Health Workers) i basal, förebyggande antenatal, intrapartal och postnatal vård. Vidare krävs utbildning i första hjälpen, basal akut obstetrisk och neonatal vård, inkluderande stabilisering av patienten och transport till rätt vårdnivå i rätt tid, basal nyföddhetsvård, inkluderande återupplivning, vård av navelsträng och förebyggande av avkylning.

Den obstetriska vården erbjuds på två nivåer, basal och komplett. För basal obstetrisk vård gäller upprustning av hälsostationerna inom området och säkerställande av faciliteter inkluderande tillgång till värkstimulering, antibiotikabehandling, abortvård, manuell lösning av placenta och sugklocka. För komplett obstetrisk vård krävs dessutom möjlighet till operationer såsom kejsarsnitt men även blodtransfusioner.

Implementering

Projektgruppen har initialt utfört en studie av hälso- och sjukvårdssituationen inom området. Resultatet kommer att fortlopande följas upp via en strukturerad projektplan, med stöd från FIGO. Indikatorer för projektet är bl a maternell mortalitet och andel förlossningar med utbildad personal, perinatal mortalitet och antal barn under 1 år som vaccinerats mot mässling. I projektplanen ingår stora satsningar på information till allmänheten, utbildning av lokala hälsoarbetare och barnmorskor, samarbete med hälsomyndigheter i området, barnmorskeskolor och andra samarbetspartners. Projektet är tänkt att pågå i



Sjukhuset i Mirpur Sakro.



Traditionell barnmorska.

4 år och finansieras huvudsakligen via FIGO, men till en viss del även via projektgruppen i Pakistan. För detaljerad projektplan hänvisas till SFOGs hemsida www.sfog.se.

Sjukvården i Karachi

Dr Shereen Bhutta är styrelseledamot i FIGO och även chef för kvinnokliniken vid Jinnah Postgraduate Medical Center, som vi besökte dagligen under vår vistelse

i Pakistan. Sjukhuset har ca 13 000 förlossningar/år, varav den största andelen gravida kommer direkt från gatan, många i dåligt skick redan vid ankomsten. Över 40 % förlöses med kejsarsnitt och man uppger två uterusrupturer per dygn. Vi besökte flera andra offentliga sjukhus av motsvarande karaktär, med motsvarande problem. Det råder ingen brist på läkare; proportionerna är en barnmorska på sex

doktorer, det är läkaren som förlöser medan barnmorskan assisterar. Bakom den stora bristen på barnmorskor och ligger dåliga löner och arbetsförhållanden. Barnmorskor som utexamineras med högsta betyg finner ofta arbete utomlands, främst i England, Saudi-Arabien och USA. Andra lockas till annan populär verksamhet som skönhetsalonger och ultraljudsmottagningar. I Karachi, landets ekonomiska centrum, är det stora sociala skillnader. En glimt av Aga Khan University Hospital i glänsande svart marmor, omgiven av en rofylld parkanläggning vittnade om detta. Njurtransplantationer är en stor artikel i Karachi.

Barnmorskeutbildningen

I Qatar Hospital, i Karachis Orange Town, världens största slumområde med sina 3,5 miljoner invånare, finns en barnmorskeutbildning som drivs under målmedveten ledning av Dr Shershah Syed, tillika ordförande i SOGP. Här används en modern pedagogik och utbildningen inriktar sig på att barnmorskorna ska lära sig att självständigt förlösa. Vid sjukhusets förlossningsavdelning med 4000 förlossningar/år tillämpas detta under övervakning av läkare. Detta är ett unikt fenomen i hela landet. Barnmorskeutbildningen följer landets riktlinjer med sina 18 måna-



Dr Syed visar Anna Nordfjell runt på sjukhuset.

der, men här ägnar man de tre första månaderna åt utbildning i engelska, urdu, geografi och samhällskunskap för att bättra studenternas dåliga grundutbildning och stärka deras medvetenhet. Vi fick delta i veckans perinatale audit, som inleddes med att en elev fick redogöra för vilka medicinska nyheter hon hittat i dagstidningarna under veckan som gått. Vid mötet presenterades veckans perinatale dödsfall,

där en barnmorskeelev i detalj redogjorde för förloppet inför alla studenter, läkare, barnmorskor och sjuksköterskor.

Besök på landsbygden

Vid vårt första besök i provinsen, fick vi, som smakprov på hur projektgruppen arbetar med information till allmänheten, delta i ett bymöte mellan projektets ansvariga och byns förtroendeinvånare, dvs männen. Vi samlades i en större hydda där vi slog oss ner på kuddar. Samtalet handlade om hur männen såg på idén att låta sina kvinnor föda sitt barn på hälsocentralen eller sjukhuset, istället för hemma i byn. Männen var mycket intresserade och aktiva i samtalet. Två av de 28 männen hade förlorat sin hustru i samband med en förlossning. Det fanns en klar medvetenhet om att förlossningar kan innebära en stor risk. Frågor och svar bollades fram och tillbaka. Hur ska jag klara familjen om min fru är borta i flera dagar? Vem ska ta hand om de andra barnen? Vem ska sköta djuren? Hur ska hon kunna ta sig till sjukhuset? Hur ska vi veta när hon ska åka dit? Vem ska vi kontakta? Kostar det pengar?

Efter samtalet fick vi besöka kvinnorna och barnen i byn. De tillbringar sina liv inhägnade inom byns gränser, skyddade från insyn. Kvinnorna, som får inkomster



Män i byn deltar i diskussioner om projektet.

genom att sälja broderade tyger, var alla klädda i färggranna, vackra klänningar. Även barnen bar dessa kläder. Vi noterade att flera av barnens huvuden var fyrkantigt omformade (platt skalle) och undrade över detta. Förklaringen som gavs var att man ansåg det praktiskt och fint. Vi såg ett några månader gammalt barn som låg inklämt i en vaggga med huvudet fixerat mot den plana huvudändan. Vi blev presenterade för två äldre traditionella barnmorskor. Enligt våra kollegor är det väldigt varierande vad dessa personer kan och på vilket sätt de hjälper kvinnorna.

Sjukvårdsledningen i Thattadistriktet, representerad av Dr Mohammad Dawood Helayo, var välvillig till det tillskott i sjukvårdsutbudet som SMNH-projektet utgör. På kärnfrågan, om man var villig att fortsätta verksamheten efter projektets slut om ca 4 år svävade han dock på målet. I mötet deltog en lokal representant för UNICEF. Som väntat ville han leda över samtalet mer åt insatser för barnen; kvinnorna har fortfarande inte hunnit ikapp barnen i betydelse när man redovisar kostnader per räddat liv. Primärvården i Pakistan når ut till befolkningen genom systemet med Lady Health Workers, dvs unga, rudimentärt utbildade kvinnor som till fots dagligen besöker 5-6 hushåll i byarna för vaccinationer och datainsamling.



Barn med platt skalle.

Sjukhuset inom Taluka Mirpur Sakro heter Sheikh Zaid Medical Center. Vid vårt besök var detta i dåligt skick, trots att det året innan renoverats med medel från UNFPA, ett vittnesmål om den utbredda korruptionen. Verksamheten var liten, det var få patienter och några få förlösta kvinnor, ofta gick de hem efter en halvtimme. Efter lunchen går personalen hem. Operationsrummet var inte användbart, bl a

fungerade inte operationslampan, det fanns inget vatten i kranarna och toaletterna fungerade inte. Centralt för rekrytering av personal är bostäder. På sjukhusområdet fanns bostadskomplex, ett dussintals hus med tvårumslägenheter men i miserabelt skick. Man försökte få ihop medel för hopslagning av några tvåor till läkarbostäder.

Sista dagen av vårt veckolånga besök samlades vi, hela projektgruppen inklusive en grupp barnmorskor från MAP, för en gemensam diskussion kring projektet. Vi hade fått se otroligt mycket på kort tid och blivit väl medvetna om hinder på vägen för att genomföra projektet. De stora utmaningarna kunde sammanfattas i bristen på utbildade barnmorskor generellt i landet, svårigheten att få utbildade barnmorskor att arbeta på landsbygden, svårigheten att få läkare, och i synnerhet specialister, att arbeta på landsbygden och brist på acceptabla bostäder för läkare och barnmorskor i närheten av hälsostationer/sjukhuset. Omfattningen av informations- och utbildningsinsatserna för lokalbefolkning och myndigheter är mycket stor. Risken för korruption och missbruk av resurser är ständigt närvarande. Vad som händer med personal och resurser i området efter projektets avslutande är oklart.



Nyfikna barn i byn.

Vi framförde kritik mot den ursprungliga projektplanen som vi fann för ambitiös, speciellt i dess omfattning. Med tanke på de stora svårigheterna, framför allt i rekrytering av utbildad personal, blev vårt huvudsakliga råd att istället starta i liten skala och koncentrera insatserna på två hälsostationer och ett mindre sjukhus. Vi hade intrycket att man på egen hand dragit samma slutsats och kände stöd i vårt uttalande.

Efter vårt besök har projektgruppen arbetat hårt. Man reviderade den ursprungliga projektplanen i enlighet med vårt förslag och har koncentrerat arbetet på att renovera sjukhuset och att anställa personal. Man har på denna korta tid lyckats anställa både läkare och barnmorskor och renoverat sjukhusets operationssal och även fått fungerande faciliteter i övrigt. Stolta har våra kollegor rapporterat om flera lyckade kejsarsnitt. Man har lyckats att arrangera en ambulansservice, vilket är en betydelsefull faktor i sammanhanget. Flera möten med viktiga samarbetspartners har hållits, bl a med representanter för barnmorskeutbildningen inom Thatta-provinsen. Man har genomfört flera workshops inom området bl a för en grupp traditionella barnmorskor, för att motivera dessa att hjälpa kvinnor till sjukhuset vid tecken på graviditetskomplikationer.

Vad kan SFOG och Svenska Barnmorskeförbundet göra för att stärka våra motsvarande organisationer i Pakistan? Hittills har vi koncentrerat oss på att diskutera och ge synpunkter på det praktiska utförandet av SMNH-projektet. Men FIGOs vision inkluderar även tvillingskapet mellan våra respektive organisationer. Vi kan framhålla vårt exempel på tvärprofessionell samarbete mellan gynekologer och barnmorskor, något som är en självklarhet hos oss men inte i Pakistan. Vi kan uppmanra till professionellt utbyte av kunskap. Vi bjöd Dr Shershah Syed, i hans egenskap av ordförande i SOGP, till Sverige under SFOG-veckan. Där fick han möjlighet att föreläsa om kvinnors utsatta livssituation i Pakistan, både vad gäller risker vid graviditet och förlossningar men även deras underläge i samhället och utsatt-



I detta hus bjöds vi på lunch.



Charlotta Grunewald, SFOG och Shershah Syed, SOGP, undertecknar samarbetsavtalet.

het för våld. Vi undertecknade ett samarbetsavtal mellan SFOG och SOGP, som ett bevis för vår vilja till samarbete. Vi hade tillfälle till många diskussioner om hur våra föreningar arbetar och jag tror att Dr Syed fick en hel del nya tips om hur han ska kunna utveckla SOGP, som är en förhållandevis ung och liten organisation jämfört med SFOG.

Vid senaste styrelsemötet med NFOG beslutades att NFOG, som vår nordiska förening, ska stödja både Pakistan-projektet och Nigeria-projektet, som drivs av SFOGs motsvarighet i Danmark (DSOG).

Det beslutades bl a att några yngre kollegor från Pakistan och Nigeria ska beredas möjlighet att komma till kongressen på Island i juni 2008. En ST-läkare från Södersjukhuset har erbjudits möjlighet att få komma till Pakistan för en månads aukultation. Vi har diskuterat möjligheter till workshops för, i första hand, utbildning av barnmorskelärare. Men störst betydelse har det kanske att vi hjälper våra entusiastiska, hårt arbetande osjälviska kollegor att få kraft och energi att arbeta vidare genom att helt enkelt visa vårt engagemang och stöd. ■

Dråplig humor med gynekologen i centrum

INLEDNING

Idag heter serien som både roar, irriterar och provocerar Gynekologen från Askim. De fyra avsnitten är skrivna av Martina Bigert och Maria Thulin-Kindblom och regisseras av Tova Magnusson Norling. I korthet så utspelas handlingen i den till Göteborg fashionabla förorten Askim där gynekologen Henning har sin privatmottagning som utgör navet i handlingen.

Den dråpliga komiken spetsas av de minst sagt udda personligheterna som på ett eller annat sätt har anknytning till Henning. Förutom att vara osäker på sin sexualitet behandlar han patienterna på märkliga sätt och har en journalföring som skulle få Socialstyrelsen att se rött.

Åsikterna verkar gå isär om huruvida gemene mans bild av gynekologen som en något säregen person, med ett arbetsområde som vid en första anblick kan verka

udda, förstärks på ett negativt sätt genom denna serie. Eller är det helt enkelt en satirbetonad stund av förströelse där man måste ha lite överseende med källfakta?

Inte minst har denna serie givit upphov till en hel del olika reaktioner från personer som arbetar inom vården. Då under-tecknade också givit sig in i den pågående debatten väcktes ett intresse av att se hur vårdpersonal uppfattar serien.

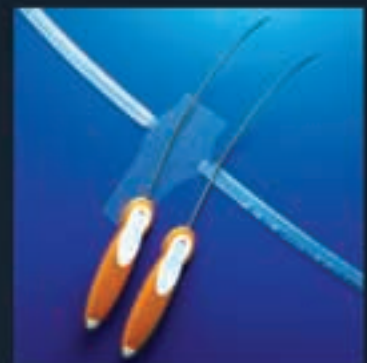
O L Y M P U S M E D I C A L S Y S T E M S

Effektiv och säker behandling av SUI och prolaps

MONARC: Upp till 95% av de kvinnor som behandlas för SUI blir besvärsfria. Monarc är enkel, säker och väldokumenterad, med över 200 000 behandlade patienter. En unik sträcksutur i nätet minimerar risken för urinretention efter operation.



PERIGEE: Effektiv och standardiserad metod för operation av cystosele, som bygger vidare på samma teknik som Monarc.



APOGEE: Effektiv och standardiserad metod för operation av rectocele och vaultprolaps. De två armarna har samma utformning som Monarc med väldokumenterad styrka, samt möjligheten att använda ett litet nät.

Metoder och instrument är utvecklade av AMS och marknadsförs av Olympus. För mer information och demonstration, kontakta Johan Lundholm på telefon 08 735 34 00.

www.olympus.se

OLYMPUS

Your Vision, Our Future

MÅL

Att redovisa åsikterna om ovan nämnda serie hos personal på gynekolog mottagning på ett Universitetssjukhus samt på två privata mottagningar dels i Göteborg och dels i Piteå och läkarstudenter på termin 11 vid Umeå universitet.

METOD

Tvårsnittsstudie i form av enkätundersökning utdelad Umeå (Universitetskliniken), Göteborg samt Piteå (Privata gynekologmottagningar) 17-26 okt 07.

Subjects

gynekologer, sköterskor, barnmorskor, undersköterskor och sekreterare vid KK NUS, läkarstuderande vid Umeå universitet termin 11 (gynekologikursen), samt gynekologer och personal vid privat gynekologmottagning.

Studiedesign

En enkätstudie där deltagarna fick svara på frågorna; Är du man eller kvinna? Ser du serien? Tycker du att den är underhållande? Skulle du som kvinna med förtroende vända dig till gynekologen i Askim? Skulle du som man med förtroende rekommendera gynekologen i Askim till din kvinnliga partner? Har du kritik mot källfakta i serien? Om ja, tycker du att det påverkar seriens trovärdighet? Läkarstudenterna fick även svara på frågan om man skulle kunna tänka sig att bli gynekolog.

Statistik

Utdelade enkäter KK NUS 49 st, Avenykliniken Göteborg 8, Piteå 7, Kandidater 80 totalt 144

Insamlade enkäter KK NUS 28 st, Avenykliniken 6, Piteå 7, Kandidater 62 totalt 103

Svarsfrekvens: 72%

Exkluderade p g a missing data 26 st (25%)

Totalt 77 (75 %) enkäter bearbetades.

Kvinnor, n=54, Män n=23

RESULTAT

Svar i absoluta tal samt i procent.

Fråga	Ja	Nej
Har du sett serien	42 (kvinnor=30, män=12)	33
Svar av de som sett serien		
Underhållande	33 (79%)	8 (19%)
Förtroende (kvinna)	5 (17%)	23 (77%)
Förtroende (man)	4 (33%)	8 (66%)
Kan tänka sig bli gynekolog (kvinnliga kandidater)	16 (62%)	10 (38%)
Kan tänka sig bli gynekolog (manliga kandidater)	3 (33%)	6 (67%)
Kritik mot källfakta	27 (65%)	12 (29%)
Trovärdighetsproblem	19 (70%)	8 (30%)

DISKUSSION

Av dem som sett serien ansåg en stor majoritet att den var underhållande (79%). Av kvinnorna skulle ytterst få vända sig med förtroende till Henning i Askim medan männen i något högre utsträckning skulle kunna tänka sig att rekommendera sin partner att uppsöka Henning. En majoritet hade kritik mot källfakta i serien och av dessa tyckte även flertalet att det gav serien trovärdighetsproblem.

På frågan till läkarstudenter om de skulle kunna tänka sig att bli gynekologer svarade en majoritet av de kvinnliga studenterna (62%) ja medan endast 3 av 9 manliga studenter skulle kunna tänkas sig det. Denna fråga var inte med nödvändighet kopplad till serien och det statistiska underlaget är svagt men det vore tråkigt om så är fallet eftersom en könsutjämning inom yrket då på sikt kan vara svår att få till stånd.

Vilka slutsatser kan man då egentligen dra av en denna tvårsnittsstudie? Syftet, förutom att stilla författarnas nyfikenhet, är att bidra till debatten mer än att vetenskapligt kartlägga huruvida TV-serien utgör ett reellt hot mot professionens trovärdighet? En intressant iakttagelse är att män verkar känna ett större förtroende för denna

gynekolog än kvinnor, något som kan tänkas botten i att de aldrig blivit utsatta för en gynekologisk undersökning själva. Denna fråga ger dock studien inte svar på. Klart är i alla fall att det är en populär serie som verkar omtyckt och uppskattad. På TV visas dagligen åtskilliga serier som med olika grad av sanning speglar polisens, brandmäns, lärares och advokaters vardag utan att folk reagerar i affekt. Varför är det så känsligt när det handlar om en gynekolog? Är gynekologer en fredad yrkesgrupp? Någon gång är det kanske dags att slappna av lite, skratta med och bjuda på sig själv (och sitt yrke). Som avslutning vill jag bara citera en spontan kommentar från en läkarkandidat.

”DET ÄR EN TV-SERIE EJ UPPDRAG GRANSKNING”.

Erik Hagman: Läkarstuderande Umeå Universitet

Inger Björn: Med Dr, Överläkare KK NUS

Erik Bjurulf: Med Dr, Specialistläkare KK NUS

Specialistexamen i Malmö 2007

Övre raden från vänster
Georgios Charonis
Erik Bjurulf
Mårten Mårtensson
Per Holmqvist
Susanne Muller
Martina Prager
Sittande
Johanna Schmidt och
Mathias Pålson



Saknas på bilden gör
Åsa Hiller
Olof Stephansson
Michaela Granfors

Skriftlig specialistexamen 2008

Dags att anmäla sig till skriftlig specialistexamen i obstetrik och gynekologi!

Skrivningen kommer att genomföras på 3-4 orter i landet (beroende på vilka som anmäler sig). Vilka orter det blir meddelas när ansökningstiden gått ut. Skrivningen genomförs fredag den 14 mars kl 9-14 och **sista anmälningsdag är fredag den 8 februari**.

Välkommen med din anmälan!

Aino Fianu-Jonasson

SFOGs utbildningsnämnd

Anmälan till skriftlig tentamen 14 mars 2008

Anmälan skickas helst per e-post till aino.fianu-jonasson@karolinska.se alternativt Aino Fianu-Jonasson, KI Inst. för klinisk vetenskap, intervention och teknik, Enheten för obstetrik och gynekologi, Karolinska universitetssjukhuset/Huddinge, 141 86 Stockholm. Eventuella frågor besvaras per e-post eller telefon 08-585 875 22.

Namn _____

Adress: _____

Tel arbete: _____ bostad: _____

E-post: _____



Nordisk Urogynekologisk Arbetsgrupp Nordic Urogynecological Association



Welcome to Stockholm and NUGA 2008.

The conference will be held January 18-19th, 2008 at the City Conference Centre, Norra Latin. The Congress venue is located within a 5 minute walk from the congress hotel, in the heart of the beautiful Swedish capital. The program will cover a wide range of hot topics in urogynecology, as well as, the latest Nordic research in the field.

We invite researchers from Sweden, Denmark, Finland, Norway and Iceland to submit abstracts covering basic or clinical science in the field of urogynecology and female urology for presentations at the meeting. Abstracts submission deadline is November 16th 2007 at 5 PM. Detailed information on abstract submission requirements are available at the official homepage www.nuga-info.org where you will also find information on the 2008 NUGA scholarship.

Registration to the congress can only be made through the NUGA-homepage, where you will also find detailed information on congress fees, hotel accommodation, congress banquet and the preliminary scientific program. Please note that the very advantageous early registration discounts are only available until November 18th! For further information on booking and accommodation, please visit the NUGA website. Questions regarding registration and arrangements should be directed to Stockholm Convention Bureau at confirmation@stocon.se.

On behalf of the organising committee you are most welcome to NUGA in Stockholm 2008,

Christian Falconer

Behandling av akuta obstetriska situationer

**American Academy of Family Physicians och ALSO®
Scandinavia and Greenland anordnar kurs i Skövde
den 21—22 respektive 23—24 april 2008.**

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

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

ALSO®-kursen är evidensbaserad och bygger på ett omfattande kursmaterial som fortlöpande revideras av American Academy of Family Physicians. Kursen avslutas med examen med både teoretiskt och praktiskt test och renderar 16 CME-poäng.

OBS!

Sista anmälningsdag är 11 januari 2008.

Är du intresserad av att få en kursansökan?

Maila till: madeleine.bjurman@vgregion.se eller gå in på vår skandinaviska hemsida

www.also-scandinavia.com

och läs vidare under de svenska flaggorna.

Kvinnokliniken vid Södersjukhuset bjuder in till

VINTERMÖTET 2008

Hotell Rival, Stockholm den 1 februari

- forskningsnyheter
- akutmottagning för våldtagna kvinnor
- hur arbetar vi?
- förlossningsrelaterade bäckenbottenskador
- patientsäkerhet - strategier och utbildning

Ta del av det senaste inom specialiteten och få möjlighet att träffas under trivsamma former.

Anmälan och mer information på
www.vintermotet.se

Varmt välkommen!

Organisationskommittén genom
Margareta Hammarström
Verksamhetschef vid Kvinnosjukvård / Förlossning, Södersjukhuset



SÖDERSJUKHUSET

Karolinska Universitetssjukhuset inbjuder till nationellt möte för ”*Modern management of menorrhagia*”

Fredag den 15 februari 2008 • Norra Latin, Stockholm

- 8.30-9.00. Samling, kaffe och smörgås
- 9.00-9.20 Menorragi: Ett symtom som är en folksjukdom: *Miriam Mints och Måns Edlund*, Karolinska Universitetssjukhuset
 - 9.20-9.45 Medicinsk behandling av myom: *Kristina Gemzell*, Karolinska Universitetssjukhuset
 - 9.45-10.10 Medical treatment of menorrhagia: *Ritva Hurskainen*, Hyvinkää Hospital, Finland
 - 10.10-10.40 Fruktpaus
 - 10.40-11.05 Embolisering av uterina kärl: *Helena Scheele-Sandström*, Gävle sjukhus
 - 11.05-11.35 Doppler-Guided uterine artery occlusion: *Hans Brolmann*, Amsterdam.
 - 11.35-12.00 Hysteroskopisk resektion av polyper: *Marit Lieng*, Ullevål University Hospital
 - 12.00-12.20 Hysteroskopisk resektion av myom och endometriet: *Miriam Mints*, Karolinska Universitetssjukhuset
 - 12.30-13.30 Lunch
 - 13.30-13.55 Kirurgisk behandling av blödningsrubbnings; vaginal hysterektomi: *Christian Ottosen*, Rigshospitalet, Köpenhamn
 - 13.55-14.20 Subtotal laparoscopic hysterectomy: *Martin Farugia*, UK
 - 14.20-14.40 Resultat i klinisk praxis, rapport från nationella op. registret: *Mats Löfgren*, Umeå Universitetssjukhus
 - 14.40-15.15 Förslag till "Svenska riktlinjer för menorragibehandling": *Miriam Mints och Måns Edlund*, Karolinska Universitetssjukhuset
- Σ 15.15-15.30 Panelen svarar på frågor, avslutning

Välkomna

Miriam Mints *Måns Edlund*

Bindande anmälan till: anita.gasperoni@karolinska.se senast 5 februari 2008

Observera att mötet är kostnadsfritt för deltagare, förtäring ingår.

Vid avbokning efter 5 februari debiteras en administrativ avgift om 500:-



4-8 March 2008, Lisbon – Portugal

20th European Congress of Obstetrics and Gynaecology
18th Portuguese Congress of Obstetrics and Gynaecology

Congress Presidents: Prof. William Dunlop, Prof. Carlos de Oliveira

Congress Management Committee

Chair: Prof. William Dunlop,
President EBCOG

Prof. André Van Assche
 Prof. Carlos Freire de Oliveira
 Prof. Daniel Pereira da Silva
 Prof. José Martinez de Oliveira
 Prof. Chiara Benedetto
 Prof. Wolfgang Holzgreve
 Prof. Juriy Wladimiroff
 Prof. George Creatsas
 Prof. Peter Hornnes
 Dr. Eva Sommer

Congress Scientific Committee

Chair: Prof. Wolfgang Holzgreve,
Secretary General EBCOG

Prof. William Dunlop
 Prof. Ziva Novak Antolic
 Prof. José Martinez de Oliveira
 Prof. Gerald Gitsch, ESGO
 Prof. Basil Tarlatzis, ESHRE
 Prof. Aris Antsaklis, EAPM
 Prof. Heinz Koelbl, EUGA
 Dr. Ilinca Gussi, ENTOG

Deadline Abstracts
Nov 10th 2007

Programme Details

20th European Congress of Obstetrics and Gynaecology

Plenary Sessions

- Population development in Europe
- PCOS revisited
- New contraceptive alternatives
- Endoscopic surgery – Live surgery
- Joint session with ACOG
- Oncologic Gynaecology
- The pelvic floor

Conferences

- Rich help the poor projects in Europe
- Caesarian
- Consequences of the increase of caesarean sections on subsequent births in developing countries
- Utero-vaginal congenital anomalies
- Preimplantation genetic diagnosis

Special Symposium

- Wine and women's health
- Legislation and assisted reproductive technologies

Parallel Sessions

- Preimplantation genetic screening
- Vulvology
- Communication working-group
- Sexual dysfunction
- Lower genital tract infections and sexually transmitted diseases
- Midwives session

Pre-Congress Course

- New developments in ovarian stimulation
- ENTOG Workshop, Working Conditions across Europe
- Thyroid diseases and diabetes in pregnancy
- Recent advances in prenatal diagnosis
- Hot topics in perinatology
- Oxidative stress in feto-maternal medicine

"Hands on Training" Sessions

- Urethral tapes
- Breast ultrasound
- Endoscopic surgery
- First trimester ultrasound screening
- Colposcopy

18th Portuguese Congress of Obstetrics and Gynaecology

Plenary Sessions

- Multiple pregnancy
- Endoscopy

Conferences

- Monozygosity
- Treatment of micro-invasive cervical cancer
- Accreditation in Reproductive Medicine
- Menopause
- Conservative therapy of female pelvic floor disorders

Parallel Sessions

- Multiple pregnancy
- PMA-Art
- Breast cancer
- Menopause

Workshops

- Gynaecological cancer
- Assisted reproductive technologies
- Management of monochorionic twin pregnancies in the clinical set
- Pelvic floor disorders

Congress Organizer and Secretariat
Mundiconvenius
 Avenida 5 de Outubro, 53 – 2
 1050 – 048 Lisboa – Portugal

Phone: +351 21 3155135
Fax: +351 213558002
E-Mail: monica_ribeiro@mundiconvenius.pt
www.mundiconvenius.pt/2008/ebcog

*Du har chansen att vara med
under 2008 års utbytesprogram
för ST-läkare inom obstetrik
och gynekologi i Portugal samt
deltaga i EBCOGs kongress i
Lissabon*

Den 29 februari till den 5 mars 2008 ordnar ENTOG sitt årliga utbytesprogram (29 februari-4 mars) samt ett symposium om "Working conditions across Europe" (5 mars).

Utbytesprogrammet är organiserat på ett flertal kvinnokliniker över hela Portugal medan symposiet utgör en del av EBCOG-kongressen som hålls i Lissabon den 5 till 8 mars.

Som utbytesrepresentant får man deltaga under både ENTOG-utbytet och sedan under hela EBCOG-kongressen.

Detta arrangemang är ett nytt samarbete mellan ENTOG och EBCOG och tanken är att det skall bli lättare för ST-läkare att få åka på den stora EBCOG-kongressen.

OGU lottar ut 1-2 platser till ENTOG-utbytet och deltagande under EBCOG-kongressen. Representanten/representanterna får ett resestipendium på 10 000 kr. Detta skall täcka anmälningsavgiften på 280/350 euros samt resa och hotell i Lissabon. En reseberättelse skall lämnas in efteråt.

Under ENTOG-utbytesdagarna ordnar arrangörerna boende hos portugisiska kollegor.

Intresseanmälan mailas till Åsa Wahlberg på mailadress: asaulrika73@gmail.com **före den 1 december.**

Ytterligare information finns på hemsidorna www.entog.org samt www.ebcog.org

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



Det perinatala teamarbetet

Gynekologen, barn- och narkosläkaren – teamet kring kvinnan och barnet

4 - 6 februari 2008



CEPS

CENTER FOR EDUCATION IN PEDIATRIC SIMULATOR

Södersjukhuset, Stockholm

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

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

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

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

Kursledare: Anders Dahlström, Sophie Berglund och Anne Kierkegaard

Anmälan via E-mail till Kurssekreterare Monica Husen senast 2007-11-07
monica.husen@sodersjukhuset.se

Avgift: 8.000 kronor

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

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

Kalendarium

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

2007

28-30/11	Riksstämman 2007 i Stockholm	För mer information och anmälan: www.sfog.se
29/11-1/12	THE PLACENTAL BED Pregnancy outcome in subfertile women Leuven, Belgium	International Symposium Katholieke Universiteit För mer information: www.sfog.se
7/12	Nationellt lustgasseminarium "Lustgas den glömda klimatfrågan" Musiksalen, Norra Latin, Stockholm	För mer information: www.sfog.se
12 -14/12	Cervical and Vaginal Ecology-Impact on Health and Reproduction Lund	För mer information: http://www.ssgm.se

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/
10 - 11/4	The Second World Congress on Mild Approaches in Assisted Reproduction. London, UK	För mer information och program www.ismaar.org .
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
15 - 16/5	Värmötet i Perinatologi 15 maj-16 maj, Jönköping	
2-3/6	Berzeliussymposie Bz 73 Preeklampsi (havandeskapsförgiftning) Uppsala	Organisationskommitté: Ove Axelsson, Charlotta Grunewald, Matts Olovsson, Helena Åkerud Mer information agneta.ohlson@sls.se
12 - 14/6	"The Fetus as a Patient" XXIV International Congress, Frankfurt/Main Tyskland	För mer information: http://fetus2008.com/invitation.htm
14-17/6	36th Nordic Congress of Obstetrics and Gynecology, Reykjavik, Island	För mer information: http://www.nfog2008.is Deadline för ansökningar 1 december 2007
25 - 28/10	The 12th Biennial International Gynecologic Cancer Society Meeting (IGCS). Bangkok, Thailand	För mer information: http://www.kenes.com/igcs/index.asp?ref2=db1

Cervical and Vaginal Ecology-Impact on Health and Reproduction

December 12-14th, 2007, Lund, Sweden

www.ssgm.se

**Glöm inte bort
NFOGs utmärkta hemsida.
Återfinns på adressen
www.nfog.org**

Arbets- och Referensgrupperna inom SFOG

Perinatologi PERINATAL-ARG

Ordförande: Ellika Andolf

KK, Danderyds sjukhus

182 88 Stockholm

Tel: 08-655 50 00

Fax: 08-622 58 33

ellika.andolf@ds.se

Sekreterare: Anders Björklund

UltraGyn/BB Stockholm

Odengatan 69

113 22 Stockholm

Tel: 08-587 103 90

Fax: 08-587 101 90

anders.bjorklund@ptj.se

Minimalinvasiv Gynekologi

MIG-ARG

Ordförande: P-G Larsson

KK, Kärnjukhuset

541 85 Skövde

Tel: 0500-43 10 00

Fax: 0500-43 14 54

p-g.larsson@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/ Östra

413 45 Göteborg

Tel: 031-34 34 335

Fax: 031-41 87 17

maud.ankardal@vgregion.se

Sekreterare: Gregor Larsson

KK, Centrallasarettet

721 89 Västerås

Tel: 021-17 42 16

Fax: 021-17 52 22

gregor.larsson@ltv.se

Cervixcancerprevention C-ARG

Ordförande: Bengt Andrae

KK, Gävle/Sandviken Länssjukhus

801 87 Gävle

Tel: 026-15 41 68

Fax: 026-15 41 56

bengt.andrae@lg.se

Sekreterare: Kristina Elfgrén

KK, Karolinska Universitetssjukhuset

Huddinge

141 86 Stockholm

Tel: 08-585 800 00

Fax: 08-585 975 75

kristina.elfgren@karolinska.se

Psykosocial Obstetrik och Gynekologi

samt Sexologi POS-ARG

Ordförande: Inga-Bodil Melinder

Gynmottagningen, Sjukhuset i Arvika

671 90 Arvika

Tel: 0570-71 20 00

inga-bodil.melinder@liv.se

Sekreterare: Katri Nieminen

KK i Östergötland, Lasarettet i Motala

591 85 Motala

Tel: 0141-770 00

Fax: 0141-777 61

katri.nieminen@lio.se

Ofrivillig Barnlöshet FERT-ARG

Ordförande: Claes Gottlieb

Fertilitets- och IVF-kliniken

Sophiahemmet

Box 5605

114 86 Stockholm

Tel: 08-406 20 00

Fax: 08-10 16 21

claes.gottlieb@ki.se

Sekreterare: Margareta Fridström

KK, Karolinska Universitetssjukhuset,

Huddinge

141 86 Stockholm

Tel: 08-585 800 00

Fax: 08-585 875 75

margareta.fridstrom@karolinska.se

Endokrinologi ENDOKRIN-ARG

Ordförande: Inger Sundström-Poromaa
KK, Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018-611 57 64
Fax: 018-55 97 75
inger.sundstrom@kbh.uu.se
Sekreterare: Eva Innala
KK, Norrlands universitetssjukhus
901 85 Umeå
Tel: 090-785 21 61
eva.innala@vll.se

Gynekologisk Tumörkirurgi med Cancervård

TUMÖR-ARG

Ordförande: Christer Borgfeldt
KK, Universitetssjukhuset Lund
Tel: 046-17 10 00
Fax: 046-15 78 68
christer.borgfeldt@gyn.lu.se
Sekreterare: Agneta Axelsson
KK, Centrallasarettet Västerås
721 89 Västerås
Tel: 021-70 30 00
Fax: 021-17 52 22
agneta.axelsson@tv.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

Hemostasrubbnings 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: Nina Bohm-Starke
KK, Danderyds sjukhus
182 88 Danderyd
Tel: 08-655 50 00
nina.bohm-starke@ds.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
Gynmottagningen, Kungälv sjukhus
442 83 Kungälv
Tel: 0303-980 02
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

Instruktioner till författare:

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

asa.magnusson@lthalland.se.

Följande regler underlättar processen.

1. Vi kan ta emot de flesta filer från ordbehandlingsprogram för Mac och PC. (Power Point är ett bildvisningsprogram och Excel ett kalkylprogram.) Skicka inte PDFfiler om de inte är färdiglayoutade och högupplösta.
2. Gör inga egna avstavningar utan låt texten flöda över automatiskt till nästa rad (detta gäller vare sig om det finns avstavningsprogram eller inte).
3. Gör en blankrad mellan varje nytt stycke.
4. Använd programmets tabuleringsfunktion vid inskrivning av tabeller, inte mellanslagstangenten.
5. Använd inte egen design i texten i form av ovanliga typsnitt, understrykningar, fetstil eller dylikt. Det medför ett avsevärt arbete att leta efter dolda koder i texten. Ange hellre i ett medföljande dokument hur typografin önskas utformad.
6. Kom ihåg att skicka med logotyper och bilder som egna bildfiler. Bilder monterade i Word är bara skärmbilder som inte lämpar sig för tryck. Bildfiler bör ha en upplösning på 300 dpi för att göra sig bra i tryck. De flesta typer av bildformat kan tas emot. De vanligaste bildformaten som används i tidningen är jpeg, tif eller eps.
7. Om du tar bilder med digitalkamera, använd kamerans högsta upplösning.

Combined oral contraceptives - impact on the vulvar vestibular mucosa and pain mechanisms

Kombinerade p-pillers effekt på vestibulumslemhinnan samt smärtmekanismer hos friska kvinnor och hos kvinnor med vestibulit.

Abstrakt

Syfte

Syftet med avhandlingen var att studera kombinerade p-pillers effekt på vestibulumslemhinnan och relaterade smärtmekanismer hos friska kvinnor samt hos kvinnor med vestibulit. Känseluppfattningen i vestibulumslemhinnan analyserades hos friska kvinnor med och utan p-piller. En endogen smärtinhiberande funktion kallad DNIC (Diffuse noxious inhibitory controls) studerades hos friska kvinnor med och utan p-piller samt hos kvinnor med vestibulit. Vestibulumslemhinnans morfologi samt hormonreceptorhalten analyserades hos friska kvinnor under menscykeln samt under p-piller användning och hos kvinnor med vestibulit.

Material och metoder

Trettiofyra kvinnor med vestibulit, 60 friska kvinnor med p-piller och 64 friska kvinnor utan p-piller ingick i studierna. Kvantitativa sensoriska tester (QST), inkluderande mekaniska samt värmesmärttrösklar utfördes på vestibulumslemhinnan. Trycksmärttrösklar på ben och arm mät-

Ulrika Johannesson, KK,
Danderyds sjukhus

tes före och under köldprovokation för att provocera en DNIC eller ”smärta inhiberar smärta” respons. Biopsier från vestibulumslemhinnan insamlades för morfologiska samt hormonreceptoranalyser. Halten samt distributionen av östrogenreceptor α och β , progesteronreceptor A och B, glukocorticoidreceptor, androgenreceptor och proliferationsfaktorn Ki67 utvärderades med immunohistokemi och datoriserad bildanalys.

Resultat

Friska kvinnor med p-piller hade signifikant lägre mekaniska smärttrösklar jämfört med friska kvinnor utan p-piller. En intakt DNIC respons sågs i alla tre grupper med signifikant ökade trycksmärttrösklar under köldprovokation. Vestibulitpatienterna hade dock signifikant lägre trycksmärttrösklar generellt jämfört med de friska kvinnorna. I vestibulumslemhinnan var det längre mellan dermalpapillerna i lutealfas jämfört med follikelfas.



Ulrika Johannesson

Detta morfologiska fynd fanns även hos friska p-pilleranvändare, där dermalpapillerna även var kortare. P-pilleranvändarna hade fler ytliga blodkärl. Vestibulum-slemhinnan innehöll mer östrogenreceptor β hos friska kvinnor med p-piller jämfört med ickeanvändare. Halten av progesteronreceptor B minskade i lutealfas jämfört med follikelfas. Kvinnor med vestibulit hade signifikant mer östrogenreceptor α i vestibulum-slemhinnan jämfört med friska kvinnor i follikelfas.

Slutsats

P-piller kan ge en ökad känslighet i vestibulum-slemhinnan hos friska kvinnor och kan vara en bidragande faktor i utvecklingen av vestibulit. En förändrad morfologi samt hormonreceptoruppsättning hos friska kvinnor med p-piller samt i lutealfas indikerar en gestagen effekt på slemhinnan. Det finns en systemisk hypersensitivitet hos kvinnor med vestibulit men den kroppsegna smärthämningen är jämförbar med friska kvinnor med och utan p-piller. Den ökade halten av östrogenreceptor α hos kvinnor med vestibulit,

utan morfologiska förändringar, kan vara relaterad till en pågående neurogen inflammation i slemhinnan.

I. Bohm-Starke N, Johannesson U, Hilliges M, Rylander E, Torebjork E. Decreased mechanical pain threshold in the vestibular mucosa of women using oral contraceptives: a contributing factor in vulvar vestibulitis?

Journal of Reproductive Medicine. 2004 Nov; 49:888-92.

II. Johannesson U, de Boussard CN, Brodda-Jansen G, Bohm-Starke N. Evidence of diffuse noxious inhibitory controls (DNIC) elicited by cold noxious stimulation in patients with provoked vestibulodynia.

Pain 2007 Jul;130; 31-39.

III. Johannesson U, Blomgren B, Hilliges M, Rylander E, Bohm-Starke N.

The vulvar vestibular mucosa-morphological effects of oral contraceptives and menstrual cycle.

British Journal of Dermatology 2007 Sep; 157:487-93.

IV. Johannesson U, Sahlin L, Masironi B, Rylander E, Bohm-Starke N.

Steroid receptor expression in the vulvar vestibular mucosa-effects of oral contraceptives and menstrual cycle. Contraception 2007 Oct;76; 319-325.

V. Johannesson U, Sahlin L, Masironi B, Blomgren B, Hilliges M, Rylander E, Bohm-Starke N.

Steroid receptor expression and morphology in provoked vestibulodynia.

American Journal of Obstetrics and Gynecology 2007; in press.

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

Obstetrik 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 Förening 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 Hemostasrubbnings 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