

Medlemsbladet 5

2009

NR



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



MEDLEMSBLADET

Ansvärlig utgivar: Anne Ekeryd-Andalen
Tel: 0303-74 34 89

Layout: Moniqa Frisell

All korrespondens till föreningen
skall ställas till:

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

Tel: 08-440 01 75. Fax: 08-22 23 30

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

Internet: www.sfog.se

Annonser: Anne Ekeryd-Andalen

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

Platsannonser hemsidan:jeanette.swartz@sfog.se

SFOGs styrelse 2009:

Ordförande: Ulf Högberg

Kvinnokliniken, Norrlands Universitetssjukhus
901 85 Umeå

Tel: 090-785 68 33. Fax: 090-13 75 40

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

Vice ordförande: Pia Teleman

Kvinnokliniken, Lunds Universitetssjukhus
221 85 Lund

Tel: 046-17 25 51

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

Facklig sekreterare: Eva Uustal Fornell

Kvinnokliniken, Linköpings Universitetssjukhus
581 85 Linköping

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

E-post: eva.fornell@lio.se

Skattmästare: Sven-Erik Olsson

Kvinnokliniken, Danderyds sjukhus
182 88 Stockholm

Tel: 08-655 56 08. Fax: 08-753 22 76

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

Vetenskaplig sekreterare: Pelle Lindqvist

Kvinnokliniken, Karolinska Sjukhuset

Huddinge, 141 86 Stockholm

Tel: 08-585 81 628

E-post: pelle.lindqvist@ki.se

Redaktör för medlemsbladet:

Anne Ekeryd-Andalen

Gyn o MVC-mottagningen, Primärvården

Kungälv's sjukhus, 442 83 Kungälv

Tel 0303-74 34 89

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

Utbildningssekreterare: Marie Bixo

Kvinnokliniken, Norrlands universitetssjukhus
901 85 Umeå

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

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

Ledamot/Webbmaster: Måns Edlund

Kvinnokliniken, Danderyds sjukhus

182 88 Stockholm

Tel: 08-655 63 43

E-post mans.edlund@ds.se

Ledamot: Anders Lagrelius

ANDLAG AB/Oxbackskliniken kvinnohälsan

Lagmansvägen 14, 152 40 Södertälje

Tel: 08-550 991 00. Fax: 08-554 431 20

E-post: anders@lagrelius.com

Ledamot/Yngre representant:

Mårten Strömberg, Kvinnokliniken,

SU/Sahlgrenska, 413 45 Göteborg

Tel: 031-343 10 00

E-post: marten.stromberg@vgregion.se

Tryck: Elanders

ISSN 0284-8031

— Ordförande har ordet —



Kära Medlemmar!

Kapstaden, kan man tänka sig vackrare plats för FIGOs 19:e världskongress; staden som klättrar från havsbukten mot Taffelberget, våren i Botaniska trädgården och morgonjoggen längs stranden. Invigningen var betagande där regnbågsnationen Sydafrika visade upp sig i körsång och dans. Dorothy Shaw, avgående president, gav anslaget för kongressen i sitt inledningsanförande – global reproduktiv hälsa är en rättighetsfråga. Hon framhöll tre prioriteter för FIGO – 1) mödradödlighet 2) cervixcancer 3) HIV och sexuellt våld. För hållbar utveckling betonade Shaw betydelsen av partnership.

Vi var närmare 7 000 deltagare från alla världens hörn. 163 var från Sverige, varav 14 barnmorskor. SFOG vill särskilt tacka Elisabeth Persson, avgående ledamot i executive board och Jerker Liljestrand, avgående honorary treasurer, för deras eminenta insatser för FIGO.

Kan man bli annat än inspirerad av det överväldigande kongressutbudet – i dagarna fem nio parallella sessioner med 192 symposier/plenarföreläsare, 146 sessioner med fria föredrag, och 1131 posters. SFOG vill särskilt tacka de svenskar som hade egna föredrag och posters, deltog och ledde symposier. Särskilt tack till Kristina Gemzell som var flitigast av oss alla! Abstrakten finns på SFOGs hemsida. Här kommer bara ett litet urval.

Reproduktiva rättigheter och Safe Motherhood

Ett genomgående tema var Safe Motherhood och milleniummålet att reducera mödradödligheten med 3/4 ännu är mycket långt borta. Det SIDA finansierade projektet "Saving Mothers and Newborn", där SFOG deltar som twinning med vår pakistanska systerförening, rapporterades på flera sessioner. Det nya "FIGO-Gates Initiative" presenterades. HIV-epidemin beskrevs som en pest med

I DETTA NUMMER

Att möta och ge information till en person som söker information om sin ägg- eller spermadonator	7
Det är inte olagligt att förskriva p-piller till flickor under 15 år!	8
"Gynekologskräck" – fobi för gynekologisk undersökning	9
Distinguished Service Award	11
Diagnoshandbok för kvinnosjukvården 2010	11
SFOG-riktlinjer för handläggning av cyster	12
Född: Ny nordisk arbetsgrupp!	13
Maternella dödsfall i Sverige 2008	15
Förslag till nationell KVÅ-kodlista och abortlathund...	17
Catherine Hamlin – 2009 års Right Livelihood-pristagare	19
Vad sysslar vi egentligen med?!	21
Jämställdhet – Är det önskvärt med jämställdhet?	22
Hiv-projekt i Malawi, "The warm heart of Africa"	23
Pionjärer inom Obstetrik och Gynekologi	28

bibliska proportioner - 20% av världens HIV-positiva är sydafrikaner, 80% av världens HIV-sjuka bor i subsahariska Afrika. Detta är en orsak till varför mödradödligheten på denna kontinent är i det närmaste oförändrad och på sina håll ökar. 30-40% av de gravida i Sydafrika kan vara HIV-positiva. Mycket av den sydafrikanska obstetriska intensivvården har nu samband med HIV-epidemin. HIV är nu är den främsta orsaken till mödradöd i landet. I Dorothy Shaws "President's session" var temat kvinnors rättigheter och deras hälsa med deltagare från Sydafrika, WHO, FN Population Fund och Mary Robinson, Irlands förra president, nu från frivilligorganisation Realising Right. Podiesamtalet handlade om vad som finns bortom sjukbädden, nämligen ojämlikhet och marginalisering där svaret är mänskliga rättigheter; osäkra aborter, bristen kvalificerad personal vid förlossningar, female genital mutilation (FGM), våld mot kvinnor. Samhällelig utveckling och ökat utrymme för rättighetsperspektivet blev svaret för "no more poor options for poor people." I sammanhanget passade sedan väl att gå på Amnesty Internationals symposium "Obstetricians and gynaecologists working in defence of human right". Från Amnesty poängterade man "we look for you, you look for your patients". Symposiet handlade om läkare och gynekologer utsatta för förföljelser, för att de i sitt arbete företräder kvinnors rättigheter, ofta enligt landets lagar; från trakasserier till mord, fångslade HIV-doktorer i Iran, filipinska läkare som erbjuder sterilisering och postkoital kontraception, hur läkare kan skyddas i Mexico City när de implementerar den nya lagen om fri abort, engelska läkarförbundets arbete för whistle blowers. Från FN framhöll man sitt arbete där rapporter om övergrepp sedan tas upp till diskussion med respektive lands regering.

För mig var FIGO-kongressen också en hemkomst, även om det var mitt första besök i Sydafrika så var jag närmare Mozambique än på 30 år. Det var där jag bestämde mig för att bli gynekolog utifrån de svåraste förlossningskomplika-

tioner jag ställdes inför på den sjukstuga jag arbetade på; vad jag gjorde rätt eller gjorde fel under mörkrets timmar så skulle det bli min yrkesinriktning och livslånga pay off. Det var därför nu intressant att få gå symposium om symfyiotomi och kraniotomi och höra att det ännu är det bästa alternativet vid obstructed labour. Det gladdde mig att nu få möta den 81-årige R.H. Philpott, som när jag var i Mozambique, var professor i Salisbury (nuvarande Harare), vars partogram med action line jag lärde mig att tillämpa.

Ett återkommande tema var bristen på gynekologer särskilt i låginkomstländer och hur man bäst kan lösa det. Vid invigningsceremonin var vi stolta över att Staffan Bergström erhöll FIGO distinguished award för "his work on the crisis in human resources in the fields of maternal and newborn health in low income countries", hans project om mid-level providers som gör kejsarsnitt. Wendy Graham, Aberdeen, professor i obstetrisk epidemiologi, höll i en mycket intressant föreläsning om att det inte finns några enkla samband mellan skilled birth attenders, d.v.s. utbildade barnmorskor, och sjunkande mödradödlighet, istället handlar det om integration i fungerade hälsosystem, uppbackning med fungerande sjukhus och samarbete med övrig kvalificerad personal. I frågan om unsafe abortion redovisade också framgången och behovet av mid-level providers, barnmorskor och sköterskor, som gör VA och medicinsk abort.

Våldet är överskuggande i Sydafrika. Landet har en mordfrekvens som är 37 ggr högre än i Sverige. Rachel Jewkes, Pretoria, redogjorde för en studie där 28% av männen hade begått våldtäkt, i Sydafrika handlar det framförallt om överfallsvåldtäkter utomhus, men nästan lika många män hade varit med i gängvåldtäkt. Riskfaktorer hos kvinnan visade hon översiktligt och koncentrerade sig sedan på förövarna och de negativa maskulinitetsfaktorer som frånvarande pappa, hög allmän våldsnivå, normförskjutning, fattigdom och utslagning och ojämlikhet i relationer.

Säker förlossningsvård

Flera symposier handlade om patientsäkerhet i förlossningsvården. Från USA, Kanada och England redovisades lokala projekt med samma utgångspunkt som vårt Projekt Säker Förlossningsvård. Nämligen försäkringsbolag som går in och stödjer förbättringsarbete med utgångspunkten att patientsäkerhet är en resa inte ett mål. Philip Steer var framträdande – to err is human, to forgive is divine.

Steers föredrag "Error reduction through the Use of Technology" och "Intrapartum partum Fetal Monitoring – Why People Make Mistakes and What We Can Do about It" tillhörde det bästa jag lyssnade till. I blyxtljus visade han villkoren för CTG där 1/3 kan uppvisa avvikelser men endast 1/30 har någon betydelse för barnet. Det är i detta spann kritiker av intagningsstest och CTG-övervakning så lätt hittar argument och å andra sidan förbättringar har så svårt att visa på ytterligare vinster.

För Steer handlar det om back to basics. När upp till 20% av granskare kan sakna kognitiva förutsättningar för att bedöma en kurva, och generellt går intekognitionen att skilja från känslorna, d.v.s irrelevanta faktorer låter sig lätt påverka eller försena rätt åtgärd, så blir CTG-tolkningen sannerligen en utmaning. Steers bot är förbättrad utbildning, kommunikation, standardiserade PM/riktlinjer, triage, teamträning, bekämpa trötthet, lära av misstag med standardiserade protokoll och datoriserat beslutstöd. Mycket har vi inom Projekt Säker Förlossningsvård, en del kan vi utveckla mera. Flera föredragshållare framhöll den vita tavlan som stenålder och berättade om programutveckling för tillämpning av datoriserat beslutsstöd, triage och larmfunktioner där CTG, partogram, syntocinontillförsel m.m, tillsammans bearbetas för att kunna ge larm och öka "situational awareness".

Symposiet "New technologies for Assessing the Progress of Labour" hade sin utgångspunkt i partogrammet och dess möjliga svagheter som övervakningsinstrument. Ultraljudets möjligheter att

övervaka förloppet presenterades. Till det mer spektakulära inslagen hörde Drorith Hochen-Celnikiers presentation från Israel. Hon redovisade en serie på 100 förlossningar där man med videokamera och doppler i nedre vagina följde förlossningsprogressen.

Tippling point och accreta

Susan Walker från Melbourne och James Drife talade för och emot i debatten "Women Have a Right to Request Elective Caesarean". Utgångspunkten var de stigande sectio-talen; Italien 36%, Kina 40%, Puerto Rico 45%, USA 32% och England 25%. Bägge var ytterst välformulerade i evidens och argument de presenterade och egentligen ganska samsvunna, även om perspektiven var olika. Riskundvikande är motorn vare sig det är kvinnan eller doktorn som talar. Drife talade om att vi närmar oss en tipping point, skräcken han sett i ögonvrån hos den unge läkaren när tången behövs, d.v.s. de stigande sectio-talen minskar vår färdighet i assisterad vaginal förlossning som i sin tur minskar valfriheten för kvinnan.

Drife refererade till den senaste UK

Confidential Report där 10 mödradödsfall, varav tre fall av placenta accreta, direkt kunde hänföras till sectio. Passande var sedan att gå på ett symposium om placenta accreta. Man framhöll vikten av utredning vid lågt sittande placenta innan förlossningen så långt det är möjligt med ultraljud, färgdoppler och MR även om falsk positiv diagnos kan föreligga upp till 28%. Å ena sidan förespråkades vid den planerade operationen att inte förse-na beslutet om hysterektomi, å andra talades för Ward-operationen - att reseccera afficerad uterusvägg med placentan. Jaraquemada från Buenos Aires redovisade en serie på 350 fall opererade enligt Ward, varav 54 hade fött barn på nytt utan recidiv av accreta.

FIGOs framtid

På generalförsamlingen, ett FN i minatur, framkom spänningar och motsättningar om FIGOs fortsatta inriktning. Tillträdande president Gamal Serour, och valet av, med knapp majoritet, Sir Sabaratnam Arulkumaran som president-elect, borgar för kontinuitet. Från Norden valdes Seija Grenman, finska gynekologföreningen, som medlem till



FIGOs avgående ordförande Dorothy Shaw.

executive board. Generalförsamlingens omröstning för två- eller treårsintervall för kongresserna slutade med lika röstetal, d.v.s. ingen ändring. Beslutet innebär att FIGOs budget fortsätter att gå med minus två år av tre. Vi får hoppas att nuvarande verksamhet och ambitioner ändå kan säkras. Kommande FIGO kongress blir i Rom 2012 och därpå väntar Vancouver 2015. Låt oss förvalta den återkommande devisen från flera föredragshållare i Kapstaden - Yes we can , yes we must.

Ulf Högberg



ADRESSÄNDRING

Ny mailadress till Redaktören
anne.ekeryd-andalen@sfog.se

Har du också bytt adress, meddela
SFOGs kansli, kansliet@sfog.se

Nya uppdrag för SFOG

Margareta Hammarström, Stockholm - ledamot i Läkaresällskapets Nämnd 2010-2012.

Lotta Luthander, Stockholm, och **Agneta Romin**, Falun - SFOGs representanter i Livsmedelsverkets referensgrupp för amningsfrågor

Mats Bergström, Stockholm - SFOGs kontaktperson för Läkaresällskapets IT-delegation.



Bästa kollegor!

“All denna tid som vi använde till att jaga diagnoskoder, inte visste jag att det var livet...”

Scenario: Du har en gynpatient på mottagningen. Du lyssnar på anamnesen, undersöker henne och förklarar Dina fynd, föreslår behandling och dikterar sen vad Du hittat. Där skulle det kunna vara färdigt att ta in nästa patient eller samlas sig en liten stund. Vad händer istället? Jo, Du sätter igång att bläddra i DH eller lusläsa lathunden för att hitta rätt diagnoskod.

I bästa fall är det en oklar buksmärta och man kan snabbt sätta den koden. Svårare blir det vid t ex en patientupplevd labiaförstoring med psykologisk pålagring. Letar man då reda på “psykosociala omständigheter som föranleder sjukvård? Letar man upp koden för labiahypertrofi och skriver kontroll? Skriver man koden för misstänkt fynd som inte kan verifieras? Eller ger man upp och skriver koden för “Klåda UNS”? Eller övervakning av intrauterint preventivmedel eftersom man såg hennes spiral på ultraljud? Inget är helt rätt men inget är heller helt fel. Osökbart blir det oavsett.

Vän av ordning hävdar kanske att vi självklart måste sätta diagnoser för att kunna registrera och följa vårt arbete. Visst, läkare ska självklart avgöra vilken åkomma patienten lider av så att patienten får rätt vård. Det jag har en intensiv motvilja mot är att vi ska utföra arbetsuppgifter som inte ger något användbart resultat.

När vi i sydöstra regionen skulle försöka jämföra oss mellan sjukhusen och skapa gemensamma kvalitetsmarkörer visade det sig att våra omsorgsfullt regi-

strerade diagnoser inte gav någon vettig information alls. Så länge vi inte pratar ihop oss om vad som ska kallas vad är diagnosregistreringen inte pålitlig för retrospektiv verksamhetsuppföljning ens inom en klinik, än mindre nationellt. Förutom frustrationen som man upplever när man ska krysta fram sin kod kan man fråga sig om det inte är en jättelik förskingring som pågår. Om man räknade ihop all tid vi alla lägger ned på att jaga koder skulle man nog kunna driva ett litet extra sjukhus. Vi har ett stort arbete framför oss om vi vill ändra på detta.

Som facklig sekreterare har man förmånen att representera SFOG i möten med Läkarförbundet och Läkarsällskapet. I höst har det varit ett representantskap där företrädare för specialitetsföreningarna träffar Läkarförbundets styrelse och diskuterar aktuella frågor. Vi talade om bland annat jämställt specialitetsval och jag fick tillfälle att berätta om SFOGs och OGU:s situation som skiljer sig från de flesta andra specföreningarna..

Läkarsällskapet hade sitt fullmäktige 20/10 och man slås av hur mycket parallellarbete som görs i Sällskapet och Förbundet. Båda arbetar för att hålla sin egen profil, Läkarförbundet “för Sveriges läkare” och Sällskapet “för Sveriges patienter”. På ett representantskapsmöte förra året framkom förslag från flera olika håll om att slå ihop organisationerna till “Svenska Läkare” men det ska nog mycket till innan SLS och SLF avskaffar sig själva och slår ihop sig.

På Läkarsällskapets fullmäktige valdes Margareta Hammarström från Södersjukhuset in i styrelsen. Hon önskas lycka till! Uttrycket “ledamot” i Läkarsällskapet

kommer i modernitetens tecken att ändras i stadgarna så att man blir “medlem”. Det känns inte riktigt lika högtidligt. Snart kommer väl nämnden i bakvänd keps.

Eftermiddagen gick i etikens tecken. Man talade om palliativ sedering vid livets slutskede. En neonatolog, en geriatriker, en jurist och Etiska nämndens Nils Lynöe talade engagerat. För mig var det nytt att det finns en hel vetenskap om vilka droger, doseringar och strategier man använder vid palliativ sedering. En kluvenhet finns inför patientens val i sammanhanget. Ett exempel var en cancersjuk kvinna med ett par veckor kvar att leva som inte vill ha kortison mot illamående för att inte bli vanställd i ansiktet utan vill somna in. Det ansågs inte rätt att ge henne palliativ sedering eftersom det skulle kunna jämföras med läkarassisterat självmord. En annan cancersjuk patient i samma situation som är motoriskt orolig och förvirrad tycker man däremot kan sederas. Skillnaden är att den första patienten själv önskar dö och den andra kan inte uttala sig. Samtidigt förordar man livstestamente där patienten ska kunna tycka till om hur hon vill dö. Sett även med terminalglasögon finns det rejäla logiska kullerbyttor i resonemangen.

Synpunkter emottages tackamt.

Eder facklige sekreterare
Eva Uustal Fornell

Nya medlemmar

Zeinab Alkattan, Varberg
Maria Abrahamsson, Lund
Beatrice Berter, Göteborg
Anna Blomkvist, Malmö
Anna Dannaeus, Strängnäs
Suhair Dawood, Växjö
Lena Dippel, Uppsala
Åsa Eriksson, Halmstad
Maria Fogelberg, Lomma
Malin Granström, Eskilstuna
Ghada Hussein, Umeå
Raia Ismaeel, Gävle
Won-Hie Kim, Skövde
Irina Kulakova, Uppsala
Olga Lindkvist, Träslövsläge
Anette Ramirez, Kristianstad
Maria Revelj, Alingsås
Axel Rhenman, Uppsala
Maria-Zanthoula Stefopoulou, Växjö
Maria Tronner, Stockholm

Återinträtt har följande:
Jennie Granlund, Sollentuna
Tatjana Omazic, Malmö

REDAKTÖRENS RUTA

Ett år går fort, du håller nu 2009 års sista nr i din hand. Tack för alla bidrag under det gångna året.

Skulle julen bli grå och regnig, julklappsboken tråkig, enbart usla filmer på TV – surfa runt på www.glowm.com

Allt gott önskar *Anne Ekeryd-Andalen*

Följande tider gäller för medlemsbladet 2010:

Nr	Deadline	Utkommer
1	17 januari	Vecka 7
2	14 mars	Vecka 15
3	9 maj	Vecka 23
4	12 september	Vecka 41
5	31 oktober	Vecka 48

Manus skickas till:

Redaktör Anne Ekeryd-Andalen

Gyn och MVC-mottagningen, Primärvården, Kungälv
442 83 Kungälv

Telefon 0303-74 34 89 • E-post: anne.ekeryd-andalen@sfog.se

Adressändring skall göras till:

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

Redan 2005 fick Fert-ARG i uppdrag av Socialstyrelsen att utarbeta en vägledning för de kliniker som arbetar med gametdonation. Fert-ARG involverade initialt bl a barnpsykiatern Frank Lindblad i detta arbete och ett första utkast diskuterades med jurister på Socialstyrelsen. Därefter har även professorerna Gunilla Sydsjö och Gabriel Fried inkommit med förslag på lydelse. Nya behandlingsformer och riktlinjer har tillkommit varför föreliggande dokument publiceras först nu.

Det aktuella förslaget är en syntes av ovan nämnda skribenters utkast i samarbete med Fert-ARGs medlemmar. Syftet är att dokumentet ska vara kortfattat och tydligt och tjäna som hjälp för de kliniker som ska bistå personer som söker sin gametdonator.

Claes Gottlieb
ordförande Fert-ARG

Margareta Fridström
Sekreterare Fert-ARG

Ulf Högberg
Ordförande SFOG

Att möta och ge information till en person som söker information om sin ägg- eller spermadonator

1. Kontakt

En person ringer och vill ha identifierande uppgifter om sin donator.

Den som tar emot samtalet (sekreterare, barnmorska, sjuksköterska, läkare, beteendevetare) noterar namn och personnummer, moderns namn och personnummer och ombesörjer tid för samtal på enheten.

2. Kontroll

Ett personligt sammanträffande är nödvändigt för identitetskontroll av den sökande.

Ansvarig personal på enheten gör kontrollen, och därefter informeras personen om tillfrågad information finns tillgänglig eller inte. Om inte någon information finns tillgänglig hänvisas till Socialtjänsten i den sökandes hemkommun för vidare efterforskningar.

Om information finns på enheten bör tid vara avsatt för samtal redan vid detta tillfälle.

Uppgifter om donatorn eller utdrag ur donatorns särskilda journal ska således inte skickas per post utan information ska alltid ske vid en personlig kontakt.

3. Samtal

Samtal förs på enheten mellan den sökande och ansvarig läkare, företrädesvis tillsammans med beteendevetare eller annan personalkategori. Efterfråga vilken information som önskas och anpassa samtalet därefter.

Informera om att Socialtjänsten bistår med information och hjälp att spåra donatorn om dennes adress är okänd.

Om en sökande önskar få identifierande uppgifter om donatorn antecknas detta i donatorns medicinska journal. Efter mötet mellan personal och den sökande skrivs en anteckning om vad som sagts och gjorts. Denna anteckning bör förvaras på en för enheten lämplig plats (t.ex. i journalarkivet för donatorer men i en separat mapp för kontakter). Observera att den sökande inte är en patient och följdaktningen ska någon journal inte upprättas.

4. Närvaro av föräldrar

I vissa fall kommer föräldrarna att följa med den sökande till informationssamtalet. Man bör förvissa sig om att den sökande vill att föräldrarna ska vara med genom att fråga honom/henne i enrum.

Kanhända vill han/hon till exempel först ha ett enskilt samtal och sedan ett samtal i närvaro av föräldrarna. Det bör påpekas att inte heller föräldrar till minderåriga barn har rätt att få ut uppgifter från donatorns särskilda journal, även om de åberopar att de efterfrågar uppgifterna för barnets skull.

5. Övrigt

Om den sökande inte är 18 år ska en mognadsbedömning göras med hjälp av Socialtjänsten. Utlåtandet ska tillsändas kliniken innan information om donatorn kan ges.

Patientavgift ska inte debiteras för denna typ av kontakt. Om det framkommer önskemål/behov av ytterligare stöd av medicinsk eller psykologisk art hänvisas till annan vårdgivare.

Stockholm 2009 10 27

Claes Gottlieb
Ordförande Fert-ARG

Margareta Fridström
Sekreterare Fert-ARG

ARG-workshops under SFOG-veckan – en succe!

Här följer två referat från de några av de workshops som hölls under veckan, TON-ARGs ”Skall det vara straffbart att förskriva preventivmedel till unga” och POS-ARG om ”Gynekologskräck – fobi för gynekologisk undersökning.

Det är inte olagligt att förskriva p-piller till flickor under 15 år!

Enlig brottsbalken är det olagligt att ha sex med en person under 15 år. Så har det varit länge men sedan 2005 har såväl brottsrubricering som påföljd skärpts med syfte att skydda barn och ungdomar. Sex med personer under 15 år klassas som våldtäkt och det krävs inte längre motstånd från den unga.

Förändringen i rubriceringen har hos vissa vårdgivare t ex barnmorskor och/eller läkare på ungdomsmottagningar skapat förvirring och detta accentuerades under hösten 2008, då en vice chefsåklagare i Gävle, Mikael Hammarstrand, uttalade att han kunde tänka sig att åtala p-pillerförskrivande barnmorskor för medhjälp till våldtäkt.

För att inte riskera att agera mot lagen införde en del mottagningar vissa restriktioner i omhändertagandet av ungdomar under 15 år. De som sökte för preventivmedel kunde antingen mötas av beskedet att detta var omöjligt pga låg ålder eller så krävdes målsmans godkännande. På en del håll ökade plötsligt andelen unga kvinnor med dysmenorre påtagligt och

Lena Marions
Ordförande TON-ARG
KK Karolinska Sjukhuset Stockholm

kombinerade p-piller användes som behandling.

I en enkätundersökning, utförd av RFSU, bland landets ungdomsmottagningar, uppgav ungefär hälften av de svarande att diskussionerna kring lagen förändrat omhändertagandet av unga och c:a en tredjedel krävde nu intyg från föräldrar/målsman.

Under SFOG-veckan i Norrköping, hölls ett symposium om detta. Mikael Hammarstrand lämnade återbud till deltagande men chefrådman Lars Lundgren, Stockholm, bistod med juridisk expertis. Förutom undertecknad var även Eva Wendt, ordförande i Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (FSUM) deltagare i symposiet.

Lars Lundgren kunde tydligt klargöra att förskrivning av preventivmedel inte är en förutsättning för våldtäkt, man kan bli

våldtagen utan p-piller, och därmed finns inget uppsåt till brott. Vad som dock självklart är viktigt att bedöma är förstås om barnmorskan eller läkare tror att den unga far illa och anser att det därmed finns skäl att anmäla till socialtjänsten. Denna bedömning utförs ju hela tiden i arbetet på en ungdomsmottagning och omfattar förstås även unga över 15 år. Personalen på ungdomsmottagningarna har en unik kompetens och där bedrivs ett tvärprofessionellt arbete av hög kvalitet mellan barnmorskor, läkare och beteendevetare.

Den allmänna uppfattningen bland deltagare och åhörare blev att vi ska arbeta med den ungas bästa för ögonen, ingen skall riskera att inte bli omhändertagen och det skall inte ställas krav på intyg eller tillstånd för att få hjälp på mottagningarna.

Ett gemensamt möte mellan TON-ARG, FSUM, barnmorskeförbundet samt barn och ungdomsmedicinare, planeras till den 19 mars 2010 i Stockholm, för att tillsammans skriva riktlinjer som kan fungera som stöd för personal på alla Sveriges ungdomsmottagningar. ■

POS-ARG workshop: "Gynekologskräck" – fobi för gynekologisk undersökning

Elsa-Lena Ryding, överläkare Juno-enheten Karolinska Universitetssjukhuset, ledde workshopen om fobi för gynekologisk undersökning. Definitionen av en sådan fobi är att kvinnan har en orimlig och stark ångest inför den gynekologiska undersökningen, ett undvikande av den eller uthärdar den under intensivt ångest eller plåga.

Barbro Wijma, professor i genusmedicin, Linköping, belyste vikten av diagnostik före behandling. Är kvinnans problem del av en mer utbredd ångestproblematik eller en renodlad fobi? Lider hon av vaginism? Är hennes rädsla på något sätt befogad?

Hur kan Du hjälpa henne att komma från rädsla till "orädsla"?

Undersök inte om Du inte har indikation. Var uppmärksam på kontraindikationer såsom obehandlad vaginism och/eller "offer-roll" med svårighet att säga nej i undersökningssituationen. Föreligger ett oidentifierat tidigare övergrepp har kvinnan ofta svårt att uttrycka om hon vill/inte vill bli undersökt. "Maktassymetrin" i konsultationen gör att det är extra viktigt att försäkra sig om att kvinnan kan säga nej. "Nejet behövs för att kunna säga ja". Kom ihåg att den gynekologiska undersökningen associerar till kvinnans sexualitet. Oro och känslor såsom att "avslöjas, förnedras, vanhelgas" kan förekomma men även rädsla för att bli sexuellt upphetsad.

Undersökarens rädsla för att skada/göra ett nytt övergrepp kan ibland bidra till att nödvändig undersökning inte utförs.

Enligt en psykodynamisk referensram

Ulla Sellgren, Avenykliniken
Göteborg

finns hos patienten ett moment 22 av skam och rädsla. Undersökaren kan fyllas av dessa känslor (överföring) och skyddar sig genom att "stänga av" för att kunna genomföra undersökningen. Då riskerar kvinnan att "objektifieras" vilket kan upplevas förnedrande och öka skammen.

Som undersökare behöver Du således fråga Dig vilka känslor kvinnan väcker hos Dig, hur Du reagerar på dessa känslor och hur Du kan använda Dig av denna kunskap. Att benämna känslan kan hjälpa kvinnan att hantera situationen.

Vid ett inlärningspsykologiskt synsätt fokuseras det fobiska undvikandet: den gynekologiska undersökningen har utvecklats till ett betingat aversivt stimulus, som behöver göras om till något ofarligt. Penetrationsrädslan kan annars smitta av sig och leda till skräck för förlossning, sexualitet, partnersökande ja till sist rädsla för framtiden. Undvikandet underhåller betingningen och ökar ångesten.

Behandling: Gradvis exponering utgör basen för behandlingen. Därvid kan en eventuell PTSD diagnostiseras om kvinnan får flashbacks eller uttalade stressymptom. Vad vi uppfattar som harmlösa stimuli kan utlösa dessa reaktioner.

Vårt förhållningsätt till patienter med rädsla för och fobi för gynekologisk undersökning

Andra delen av vår workshop handlade om våra egna tankar och känslor inför denna patientgrupp.

Auditoriet bestod av ca 20 gynekolo-

ger och barnmorskor med varierande erfarenheter av kvinnor med rädsla för gynekologisk undersökning. Tillsammans konstaterade vi att Du märker kvinnans rädsla i hur hon uttrycker sig och hur hon rör sig. Kanske gör hon försvarsrörelser, visar tvekan eller överreaktioner men framförallt syns rädslan i spändhet och oro.

Hos Dig som undersökare väcks kanske irritation eller osäkerhet men även ödmjukhet och vilja att hjälpa. Vi listade åtgärder att vidta vilka varierar beroende på graden av rädsla hos patienten. Viktigast är frågan till kvinnan om hon vill bli undersökt – det är inte så självklart. Kanske Du ska ta en "undersökningsanmälan", undersökningen kanske kan vänta. Fråga vad som behövs för att hon ska känna sig trygg. Kan plastinstrument upplevas lättare att tolerera? Erbjud spegel. Vanligen spelar undersökarens kön ingen roll men enstaka kvinnor kan givetvis ha särskilda önskemål. På de flesta kliniker tjänstgör både kvinnor och män.

Genom att fråga kvinnan om lov visar Du respekt. "Förhandlingen" om detaljer i den kommande undersökningen likasom att utföra den bimanuella palpationen sittande kan minska maktassymetrin, vi kan rentav tala om empowerment. Tala om att det är kvinnan som styr. "Om du säger stopp under undersökningen så 'fryser' jag, håller mig stilla tills du är redo att fortsätta." Genom Din egen trygghet kan Du avdramatisera situationen och minska kvinnans rädsla. Du kan hjälpa henne andas lugnt med buken, fokusera på att ligga tungt och kanske föreslå "knip + släpp" och därigenom hjälpa henne bli så avslappnad som möjligt.

Någon gång räcker inte dessa åtgärder och då behövs hjälp av en psykoterapeut.

Gynekologen och KBT-terapeuten Maria Engman redovisade sitt arbete med en kvinna med fobi för gynekologisk undersökning. Innan behandlingen inleddes gjordes en noggrann utredning av problemets utveckling och underhållande faktorer. Behandlingen innebär gradvis exponering i små steg av den gynekologiska undersökningssituationen. Denna exponering ska ske i samråd med patienten och inte vara svårare än att varje steg efteråt upplevs som ett framsteg. Mellan varje session fick kvinnan på egen hand fortsätta behandlingen med hjälp av olika hemuppgifter. Kognitiva tekniker användes för att bearbeta plågsamma livshändelser som i näraliggande tid bidragit till utvecklandet av fobin.

Kanske har Du en KBT-utbildad kurator eller psykolog på Din klinik som Du kan samarbeta med? Kanske Din Balintheadledare kan föreslå en sådan kontakt för Dig och Din patient.

Vi diskuterade till sist kravet på undersökning i narkos. Det rådde samsyn om att Du inte hjälper en frisk kvinna på sikt om du genomför en undersökning och cellprovstagning i narkos. Vilka åtgärder Du än vidtar är det viktigt att avsluta konsultationen med nedtrappad oro/spänning/ångest annars riskerar Du att förstärka rädslan.

Litteratur

B Wijma, PE Liss, M Engman(Jansson), K Siwe: Att vilja eller inte vilja – vad betyder ”jag vill” när det inte är ett uttryck för ett fritt val? Läkartidningen 2002 /15: 1716-19

Areskog-Wijma B. Överföring och motöverföring - användbara instrument i den gynekologiska undersökningssituationen? Läkartidningen 1987;84:2195-8.

Wijma B. Gynundersökningen, ett rollspel för två. Läkartidningen 1998;95: 1125-9.

Wijma B, Gullberg M, Kjessler B. Attitudes towards pelvic examination in a random sample of Swedish women. Acta Obstet Gynecol Scand 1998;77: 422-8.

Wijma B, Siwe K. Empowerment i gynstolen. Teori, empiri och möjligheter. Kvinnovetenskaplig Tidskrift 2002;2-3:61-73.

Fittfakta – en skrift om kvinnors kön. www.rfsu



Distinguished Service Award

FIGOs ordförande Dorothy Shaw delar ut priset till professor Staffan Bergström för "his work on the crisis in human resources in the fields of maternal and newborn health in low income countries".

NYTT!

Diagnoshandbok för kvinnosjukvården 2010

En reviderad upplaga av Diagnoshandboken kommer till årsskiftet. Den kommer att innehålla alla nya koder och fördjupningskoder som kommit sedan föregående upplaga, även de som införs från 2010-01-01.

Jag kommer också att ta med det urval av åtgärds-koder som en arbetsgrupp inom SFOG rekommenderar till användning. Ett exemplar av boken kommer att skickas ut till alla medlemmar tillsammans med Medlemsblad nr 1 nästa år, men redan från januari kommer den att finnas tillgänglig för beställning via SFOGs kansli.

Styrelsen har även beslutat att Diagnoshandboken kommer att kunna laddas ner från hemsidan.

Hälsningar

Karin Pihl

karin.pihl@telia.com

The Global Library of Women's Medicine

Vill du ha tillgång till:

- peer-reviewed textbok i Gynekologi och Obstetrik?
- "Safe Motherhood" en sammanställning av aktuella läroböcker och publikationer.
- Instruktionsvideo för olika kirurgiska ingrepp.
- Diagnostiska atlaser, med mera

Gå då in på sidan: www.glowm.com

Sidan drivs av en obunden, icke vinstgivande stiftelse, ingen reklam förekommer och är helt gratis för användarna. Till vissa funktioner måste man registrera sig för att kunna delta, men i övrigt krävs det ej.

Textboken har som ursprung den amerikanska Gynecology & Obstetrics. Alla kapitlen är reviderade och uppdaterade av författarna, nya författare utanför USA har kommit till. Textboken kommer att uppdateras kontinuerligt. ■

SFOG-riktlinjer för handläggning av cystor

Vid Riks-ARG i Norrköping diskuterades behovet av SFOG-riktlinjer. Här presenteras nu förslaget från Ultra-ARG för handläggning av cystor.

Handläggning av cystor hos både asymtomatiska och symtomatiska kvinnor i olika åldrar är en vanlig frågeställning i den gynekologiska vardagen. En evidensbaserad sammanställning för ett handfast PM är dock nästan omöjlig eftersom randomiserade studier i princip är oetiska att genomföra.

Detta är ett handlägningsstöd så gott det låter sig göras utifrån existerande forskning och samlade erfarenheter. Handläggningen måste naturligtvis anpassas till lokala förhållanden. Referenslistan är ett kondensat av alla publicerade arbeten angående värdering av cystor och deras möjliga malignitetsrisk.

Synpunkter på riktlinjerna emottages gärna: kansliet@sfog.se

Stöd för handläggning av cystor hos PM-kvinnor:

1. En enkelrummig, ekofri och slätväggig cysta <30 mm: Ingen åtgärd.
2. En enkelrummig, ekofri och slätväggig cysta 30-50 mm: Kontroll efter 4 och 12 månader varefter kontrollerna avslutas om cystan är mindre eller oförändrad. Eventuellt CA 125 vid 0 och 4 månader.
3. En enkelrummig, ekofri, slätväggig cysta >50 mm bör remitteras för second opinion ultraljud och/eller operation. Eventuellt CA 125.
4. Alla andra cystor och tumörer, bilaterala cystor eller cysta med ascites bör remitteras för second opinion ultraljud och/eller operation. Eventuellt CA 125.
5. Hydrosalpinx och peritoneala cystor: Vid säker diagnos expektera, vid osäker diagnos remiss för second opinion och eventuell operation.

Stöd för handläggning av cystor hos premenopausala kvinnor:

1. En enkelrummig, ekofri och slätväggig follikel/cysta <30 mm: ingen åtgärd.
2. En enkelrummig, ekofri och slätväggig cysta diameter 30-50 mm: ingen kontroll eller vid tveksamhet kontroll efter 3 månader.
3. En enkelrummig, ekofri och slätväggig cysta på 50-70 mm: kontroll om 3 månader, ifall persisterande: remiss för second opinion ultraljud och eventuell operation.
4. En enkelrummig, ekofri och slätväggig cysta >70 mm: remiss för second opinion ultraljud och/eller operation. Eventuellt CA 125.
5. Andra cystor och solida tumörer, bilaterala cystor eller cysta med ascites bör remitteras för second opinion ultraljud och/eller operation. Eventuellt CA 125.
6. Hydrosalpinx och peritoneala cystor: Vid säker diagnos expektera, vid osäker diagnos remiss för second opinion.

Stöd för handläggning av cystor >50 mm hos gravida:

(Handläggning vid ultraljudsenhet.)

1. En enkelrummig, ekofri och slätväggig cysta < 80 mm i max diameter: expektera och kontrollera.
2. Osäkra eller suspekta tumörer: operation i andra trimestern.
3. En enkelrummig, ekofri och slätväggig cysta > 80 mm: eventuellt operation i andra trimestern.

För ULTRA-ARG

Berit Gull

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Referenser:

Kroon E, Andolf E. Diagnosis and follow-up of simple ovarian cysts detected by ultrasound in postmenopausal women. *Obstet Gynecol* 1995;85:211-14.

Jacobs I, Oram D, Fairbanks J, Turner J, Frost C, Grudzinskas JG. A risk of malignancy index incorporating CA125, ultrasound and menopausal status for the accurate preoperative diagnosis of ovarian cancer. *Br J Obstet Gynaecol* 1990;97:922-9.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Guideline No. 34, Oct 2003.

Knudsen UB, Tabor A, Mosgaard B, Soegaard Andersen E, Kjer JJ, Hahn-Pedersen S, Toftager-Larsen K and Mogensen O. Management of ovarian cysts. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83:1012-1021.

Cohen I, Potlog-Nahari C, Shapira J, Yigael D, Tepper R. Simple ovarian cyst in postmenopausal patients with breast carcinoma treated with tamoxifen: long term follow-up. *Radiology* 2003;227(3):844-8.

Dikensoy E, Balat O, Ugur MG, Ozkur A, Erkilic S. Serum CA-125 is a good predictor of benign disease in patients with postmenopausal ovarian cysts. *Eur J Gynaecol Oncol* 2007;28(1):45-7.

Nardo LG, Kroon ND, Reginald PW. Persistent unilocular ovarian cysts in a general population of postmenopausal women: is there a place for expectant management? *Obstet&Gynecol* 2003;

Modesitt SC, Pavlik EJ, Ueland FR, DePriest PD, Krysclo RJ, van Nagell JR. Risk of malignancy in unilocular ovarian cystic tumors less than 10 centimeters in diameter. *Obstet&Gynecol* 2003; 102(3):594-9.

Castillo G, Alcázar JL, Jurado M. Natural history of sonographically detected simple unilocular adnexal cysts in asymptomatic postmenopausal women. *Gynecol Oncol* 2004; 92: 965-9.

Valentin L, Akravi D. The natural history of adnexal cysts incidentally detected at transvaginal ultrasound examination in postmenopausal women. *UOG* 2002; 20: 174-180.

Alcázar JL, Castillo G, Jurado M, López García G. Is expectant management of sonographically benign adnexal cysts an option in selected asymptomatic premenopausal women? *Human Reproduction* 2005; 20(11): 3231-4.

Glanc P, Brofman N, Salem S, Kornecki A, Abrams J, Farine D. The prevalence of incidental simple ovarian cysts ≥ 3 cm detected by transvaginal sonography in early pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* 2007; 29(5): 502-6.

Zanetta G, Mariani E, Lissoni A, Ceruti P, Trio D, Strobelt N, Mariani S. A prospective study of the role of ultrasound in the management of adnexal masses in pregnancy. *BJOG* 2003; 110: 578-83.

Condous G, Khalid A, Okaro E, Bourne T. Should we be examining the ovaries in pregnancy? Prevalence and natural history of adnexal pathology detected at first-trimester sonography. *UOG* 2004; 24(1): 62-6.

Caspi B, Ben-Arie A, Appelman Z, Or Y, Hagay Z. Aspiration of simple pelvic cysts during pregnancy. *Gynecol Obstet Invest* 2000; 49: 102-5. ■

Född: Ny nordisk arbetsgrupp!

Den 5 juni 2009 föddes NASH, en nordisk arbetsgrupp i tonårsgynekologi (Nordic working group in Adolescent Sexual and reproductive Health).

Under NFOG mötet i Reykjavik i juni 2009 hölls ett symposium om tonårsgynekologi. I samband med detta föreslogs ett samarbete mellan de nordiska länderna avseende reproduktiv hälsa hos ungdomar. I Sverige utförs mer tonårsaborter än i de andra länderna och klamydia sprider sig alltmer bland unga över hela Europa.

Det känns angeläget att kunna utbyta erfarenheter med kolleger i våra grannländer för att kanske bättre utforma olika strategier i det preventiva arbetet.

Finland har satsat mycket på sex och samlevnadsundervisningen i skolorna och har tack vare detta fått en signifikant minskning av antalet tonårsaborter. Finska ungdomar är överlag mer positiva till användandet av hormonella preventivmedel än svenska. Detta gäller även kondom användningen. Hur kan detta komma sig?

Under en dag träffades vi, sju gynekologer från 4 nordiska länder för ett inledande möte i Helsingfors. Som värd stod professor Dan Apter och övriga deltagare var Satu Sahonen och Minna Joki-Erkkilä Finland, Eszter Vanky och Marianne Iden Norge, Charlotte Wilken-Jensen Danmark, samt Anna Palm och Lena Marions Sverige. Kollegor från Island hade tyvärr förhinder.

Användningen av preventivmedel och antalet aborter hos unga är ständigt aktu-

ella ämnen och kommer naturligtvis att stå högt på listan över ämnen som kommer att diskuteras i gruppen. Att genomföra gemensamma enkäter kan vara ett sätt att undersöka t ex varför det är skillnader i preventivmedelsanvändning. Utbildningen av blivande specialister är ett annat viktigt område där kan vi försöka bevaka att området ungdomsgynekologi blir bättre tillgodosett. Ytterligare områden som kan bli aktuella är HPV vaccination, cell prov/HPV test, sex och samlevnadsundervisning i skolorna, ungdomsmottagningar (läkares resp barnmorskors roll), screening för klamydia.

Närmast har NASH fått en egen workshop i anslutning till NFOG i Köpenhamn juni 2010. Den 15 juni kl 13-16, kommer denna att äga rum. Programmet kommer främst att handla om omhändertagande av unga avseende preventivmedel och abort. Inbjuden gästföreläsare är den färgstarka Ann Furedi från England. Hon är chef för British Pregnancy Advisory Service (BPAS) och har länge kämpat för kvinnans rätt att själv bestämma över sin fertilitet.

Boka redan nu in den 15 juni för en intressant work-shop i Köpenhamn!

Lena Marions (ordförande) och
Anna Palm (sekreterare)
TON-ARG ■

Maternella dödsfall i Sverige 2008

I förra årets sista Medlemsblad presenterade MM-ARG för första gången en genomgång av maternella dödsfall från föregående år (2007). Lärdomar var att det är viktigt att uppmärksamma och behandla högt systoliskt blodtryck (dvs ≥ 160 mmHg) liksom vikten av multidisciplinära samråd vid svåra och oklara fall. Nedan presenteras de fall av maternell död under 2008 som kommit till MM-ARGs kännedom. Fallen har diskuterats inom MM-ARG men även vid en workshop i samband med SFOG-veckan, där ytterligare viktiga synpunkter kom från auditoriet.

Analyserna har fokuserat på vad vi kan lära av fallen för att kunna återföra denna kunskap till professionen. Vi har i denna redovisning inte presenterat vår bedömning av eventuella suboptimala faktorer. Ett skäl är att vi ofta saknar tillräckliga data för att kunna göra en bra värdering. Vi använder ett protokoll som är framtaget i Danmark, där man sedan flera år gör en motsvarande årlig bedömning. Protokollet är dock för närvarande inte optimalt utformat och diskussioner pågår om en förbättring, i samråd med våra danska kollegor.

Vi misstänker att alla maternella dödsfall inte kommer till MM-ARGs kännedom. Genom registersamkörning, som planeras nästa år, kommer vi att få en uppfattning om detta stämmer. Vi vill dock redan nu å det starkaste uppmana alla verksamhetschefer att, med hjälp av alla tillgängliga nätverk (kollegor, ledningsgrupper på sjukhusen, MÖL/ SAMBA, barnhälsovård mm), rapportera in alla fall som ni får kännedom om till SFOG-kansliet för vidare distribution till gruppen.

FALL 1

35 årig förstföderska med hereditet för hypertoni, som vid inskrivning på MVC

har blodtryck 160/110. Vid mätningar i hemmet är blodtrycket normalt. Man avlyssnar på MVC ett systoliskt blåsljud, varför kvinnan graviditetsvecka (gv) 24 remitteras till medicinklinik för bedömning. Labutredning ua. Ingen proteinuri. 24-timmars blodtrycksmätning visar medelvärde ca 145/95. Diagnosen blir essentiell hypertoni, någon antihypertensiv behandling bedöms ej indicerad. Blodtrycket under resterande del av graviditeten inom samma område.

Kvinnan inkommer i gv 40 + 1 till förlossningen med värkar. Då cervix är öppen 10 cm blir hon plötsligt blir okontakbar och pulslös. HLR inleds snabbt. Sex minuter efter intubation påbörjas sectio. Barnet föds med Apgar score 1-3-6. Under snittet fortsätter HLR, så småningom med öppen hjärtmassage. Återupplivningen avslutas efter 70 minuter.

Obduktion visar en bicuspid aortaklaff och strax ovan denna en J-formad 5 cm lång ruptur i aortas bakvägg. Aortabasen är diskret vidare än normalt, med en bredd på 3,9 cm.

Vid senare penetrering av anamnesen framkommer att patientens farfar dog i hjärtsjukdom vid 40 års ålder. Patienten själv hade i samband med p-pillermedicinering uppmätt en lätt blodtrycksstegring.

Dödsorsaken bedöms som indirekt obstetrisk, med hypertoni och bicuspid aortaklaff som under graviditeten lett till aortaruptur.

Kommentarer från MM-ARG

Hjärtfysiolog och kardiolog har deltagit i bedömningen av fallet. Det angivna blåsljudet borde väckt tanken på bicuspid aortaklaff, som är associerat med coarctatio aortae och även med dissektion i aorta ascendens. Om man gjort EKO undersökning och funnit en bicus-

pid aortaklaff skulle behandling av den lätta blodtrycksstegringen och noggrann blodtrycksmonitorering sannolikt ha inletts. Det är dock inte säkert att detta skulle ha förändrat förloppet. Det framgår inte av obduktionsprotokollet om man specifikt letat efter bindvävsjukdom.

Även om internmedicinsk utredning utförs vill vi framhålla att det är obstetrikerns, med dennes kunskap om graviditetsfysiologi, uppgift att ta ställning till resultaten och besluta om vidare uppföljning.

Det kan i detta fall ha funnits en s k "white coat effect", då de uppmätta blodtrycken vid MVC-besöken var högre än de som mättes hemma, även om skillnaden inte brukar vara så stora som i detta fall.

FALL 2

37-årig 2-para med irakiskt ursprung, BMI 38. Hypertoni vid inskrivningen. Antihypertensiv behandling inleds gv 16 varefter blodtrycket är 130-140/90-100. Ingen proteinuri. Kvinnan utvecklar diabetes som insulinbehandlas från gv 24. Trots normala HbA1C-värden accelererad fostertillväxt, +30% gv 32.

Vid 33+3 gv kallas ambulans till hemmet då kvinnan inte mår bra och har vissa andningssvårigheter. Under ambulanstransporten utvecklar hon cirkulationskollaps. Vid ankomst till sjukhuset utförs omedelbart ett perimortalt sectio, varken mor eller barn kan dock återupplivas.

Obduktion visar bilateral varig pyelit, bilateral mikroskopisk lungembolism och vänsterkammarmhypertrofi.

Dödsorsaken bedöms som indirekt obstetrisk i form av lungembolisering, eventuellt till följd av urosepsis.

Kommentarer från MM-ARG

Kvinnan hade uppenbarligen ett flertal riskfaktorer, men i stort sett lyckades man

uppnå en god metabolisk och cirkulatorisk kontroll. Ur journalen framgår att kvinnan gjort 19 besök på aktuell kvinno-klinik under graviditeten. Trots att det är noterat att kvinnan talade relativt god svenska anges i journalen flera gånger kommunikationssvårigheter och dålig compliance, liksom att kvinnan uteblivit från flera besök. Av olika skäl användes inte tolk vid något av de många besöken. Sjukdomsförloppet förefaller oklart. Kan en cystopyelit (och andningsproblem) ha missats pga kommunikationssvårigheter? Hur har kulturella skillnader för övrigt påverkat handläggningen?

Såvitt bedömbart av obduktionsutlåtanden och journal har odlingar/serologiska undersökningar inte gjorts postmortalt, trots tecken på infektion.

FALL 3

34 årig normalviktig förstföderska med bäckenreservoar pga ulcerös colit. Väsentligen normal graviditet fram till gv 35, därefter tillkomst av diffusa symptom i buken. Inläggs gv 35+6 med kräkningar, buksmärter, tryckkänsla i buken. Normalt till lågt blodtryck. Lab visar höga transaminaser, förhöjt bilirubin, mycket högt urat, proteinuri 3+, ej hemolys. Ultraljud lever-gallvägar utan anmärkning. Medicinkonsult diskuterar olika diagnoser, exempelvis viros, men bedömer att någon form av graviditetsrelaterad leverpåverkan är mest trolig. Dagen efter inkomsten beslutas om akut sectio inom 20 minuter på misstanke om HELLP, då transaminaser/urater stiger ytterligare, kombinerat med lätt koagulationspåverkan. Kvinnan utvecklar i samband med sövningen en cirkulationskollaps som inte kan hävas trots 45 min HLR på operationsbordet. Divergerande journaluppgifter om huruvida det också förelåg en riklig blödning i samband med snittet. Barnet ok.

Obduktionen visar multiorganchock med toxisk påverkan i hjärta, lever, njurar, binjuror – efter förnyad granskning bedömt sannolikt på basen av en kardiomyopati.

Dödsorsaken blir indirekt obstetrisk i form av kardiomyopati.

Kommentarer från MM-ARG

Svårbedömd klinisk bild. Kriterier för HELLP-syndrom uppfylldes ej, men denna diagnos nämns upprepade gånger i journalen. Av journalen framgår inte hur kvinnan mätte timmarna före snittet. Det är svårt att ur journaldata förstå varför det var så bråttom att förlösa patienten (inom 20 minuter). Hade det varit möjligt att driva diagnostiken längre innan man snittade och kunde detta i så fall ha påverkat förloppet? Gjordes det någon immunologisk utredning postpartum med tanke på hennes ulcerösa colit?

FALL 4

44 årig tidigare frisk och normalviktig 1-para. Graviditeten normal. Utan föregående symptom utvecklar kvinnan i fullgången graviditet en cirkulationskollaps i hemmet. HLR påbörjas i hemmet och fortsätter i ambulansen, där man ser aktivitet på EKG. Vid ankomst till sjukhuset knappt 40 min efter insjuknandet utförs ett perimortalt snitt, men vare sig mor el barn överlever.

Obduktion visar bild av fostervattenemboli.

Dödsorsak direkt obstetrisk i form av fostervattenembolism.

Kommentarer från MM-ARG

En patolog har konsulterats, som bedömer att med specifika fynd (specialfärgning, fynd av lanugohår) vid PAD i kombination med ”typisk” klinik och avsaknad av annan förklaring kan man säkert ställa diagnosen fostervattenembolism.

Ska man alltid snitta, även om lång tid gått? I detta fall hade HLR påbörjats omedelbart vid hjärtstoppet och man noterade EKG-aktivitet under ambulanstransporten, vilket skulle kunna tala för att återupplivning fortfarande var möjlig. I diskussionerna framhölls också vikten av tydliga rutiner på sjukhusen för omhändertagande av gravida med hjärtstopp som sker utanför sjukhuset; vart ambulansen ska köra, var ett snitt ska göras, utrustning etc.

FALL 5

33 årig 1-para med magproblem som debuterat kort före graviditeten. Under

tiden mellan gv 15 och 25 gjorde kvinnan 5 besök hos barnmorska, 4 läkarbesök och hade 3-4 telefonkontakter pga kräkningar, uppstötningar, halsbränna, epigastralgi och tilltagande viktnedgång på totalt 9 kg. Behandling gavs med diverse olika magmediciner. Remiss för gastroskopi skrevs från vårdcentralen före graviditeten, men kvinnan fick tid först efter ca 6 månader (gv 21+0). Undersökningen kunde dock inte genomföras. Inlagd KK vid 25 veckor. Utredning visade infiltrativt växande ventrikelcancer. Snitt utfört gv 28+6 för att kunna ge behandling med cytostatika. Efter snittet behandlades kvinnan med cytostatikakur och ventrikelstent. Gradvis försämring, avlider 2 månader efter förlossningen.

Dödsorsak blir graviditetsrelaterad (coincidental) död i form av ventrikelcancer

Diskussion

I efterhand är det slående hur man hela tiden uppmanar kvinnan att höra av sig vid försämring – vilket hon gör, dock utan annan egentlig åtgärd än medicinjusteringar. Enligt vårdprogram för det aktuella landstinget ska patienter med sk alarmsymptom vid gastritbesvär (bl a anemi och viktnedgång) utredas omedelbart med gastroskopi. Det är dock troligt att en tidigare diagnos inte spelat någon roll för det slutgiltiga förloppet.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att i flera av fallen saknas en mer omfattande postmortal utredning, exempelvis odlingar, serologi (fall 2) eller immunologisk utredning (fall 3). Detta skulle ha behövts för att bättre kunna förstå och förklara förloppen. I ett fall fanns uppenbara kommunikationssvårigheter och det kan inte uteslutas att dessa, inkluderande kulturella skillnader, kan ha spelat roll för förloppet (fall 2). Betydelsen av tillgång till professionell tolk kan inte nog understrykas.

För MM-ARG

Sissel Saltvedt

Charlotta Grunewald

Förslag till nationell KVÅ-kodslista och abortlathund för öppenvårdsgynekologi, nu på hemsidan

Enligt Socialstyrelsen ska verksamheterna ur den fullständiga listan med över 600 gynekologiska och obstetriska KVÅ-koder själv avgöra vilka som är nödvändiga att använda. Det har varit ganska olika hur man gjort över landet. Många har efterlyst en gemensam lathund som fungerar i daglig verksamhet.

Under 2007-2008 samlades kollegor från alla sjukhusen inom sydöstra regionen i Sverige för att skriva en rapport med gemensamma kvalitetsmått och mål inom gynekologi och jämföra oss mellan sjukhusen.

Det visade sig snart att det var omöjligt att jämföra verksamheterna sinsemellan eftersom vi inte registrerade diagnoser och åtgärder på samma sätt. Detta förslag till gemensam KVÅ-lathund kom till med syftet att öka möjligheten till jämförelser mellan sjukhusen. Vi har försökt begränsa den till två A4-sidor och gjort den alfabetiskt och organledes uppdelad. Listan är provkörd i Östergötland under 2008-2009.

Eva Ustal Fornell
Facklig sekreterare
Eva.Fornell@lio.se

En särskild lathund för abort och missfall tillkom också pga att det hittades många felregistreringar i åtgärder och diagnoser. I listan finns koden för hema-bort som hittills inte varit allmänt använd. Diagnosen misslyckad abort bör användas endast vid fortsatt viabel graviditet och inte vid ”rester” efter inducerad abort

På ett möte i Karin Pihls regi på SFOGs kansli i maj 2009 gick listan igenom med kodintresserade kollegor från hela landet. Listan har reviderats efter gruppens synpunkter. Vaginalt rutin-ultraljud ansågs ingå i gynekologbesök och behöver inte registreras separat.

Nu i oktober skickas listan ut på remiss till ARG-grupperna och verksamhetscheferna och läggs på hemsidan.

SFOGs styrelse samlar synpunkterna. Den reviderade listan är tänkt att kunna distribueras via verksamhetscheferna i början på december och kan förhoppningsvis tas i bruk från 2010.

Denna lathund är tänkt att passa basverksamhet på öppenvårdsgynekologisk mottagning.

Op- och ultraljudskoder kan man lägga till varje enhet beroende på hur vad man gör på gynmottagningen. Däremot bör man undvika att ändra innebörden i KVÅkoderna utan att återkoppla varför.

Dokumentansvarig för listan är SFOGs styrelse, för närvarande med delegation till facklig sekreterare. Uppdatering sker inför varje årsskifte.

Så titta, använd och tyck till!

Förhoppningsvis är detta ett första steg på vägen mot fullständig nationell harmoni. ■

Catherine Hamlin

– 2009 års

Right Livelihood-pristagare

SFOG gratulerar vår kollega till det "Alternativa Nobelpriset".

Motiveringen till hennes utnämning löd – "...for her fifty years dedicated for treating fistula patients, thereby restoring the health, hope and dignity of thousands of Africa's poorest women". Priset kommer att delas ut i Riksdagshuset den 4 december.

Övriga pristagare är René Ngongo, Kongo, för hans kamp mot skövling av Kongos regnskogar, Alyn Ware, Nya Zeeland för globalt fredsarbete. Pristagarna belönas med 50 000 Euro var till de projekt de arbetar med. Hederspriset gick till genetikern David Suzuki, känd radio- och TVpersonlighet i Kanada för sitt miljöengagemang.

Right Livelihood-priset grundades 1980 av den svensk-tyska författaren och filatelisten Jakob von Uexkull med en stor donation. Målsättningen är att "hedra och stödja dem som erbjuder praktiska och exemplariska lösningar på de viktigaste utmaningarna som världen står inför". Till skillnad från Nobelpriset begränsar man sig inte till några kategorier utan priset går till personer som arbetar för social rättvisa och mänskliga rättigheter, för fred och militär nedrustning, för minoriteters rättigheter, rätten till mat och vatten, jordbruk, barn och miljöskydd. Vem som helst kan föreslå kandidater, pristagarna utses av en internatio-

nell jury. Right Livelihood är ett gammalt begrepp som står för principen att alla människor bör leva på ett sätt som till fullo respekterar andra människor och vår natur, vilket också innebär att man tar ansvar för konsekvenserna av sitt handlande och endast nyttjar ens beskärda del av jordens resurser.

En av förra årets pristagare var också gynekolog. Monika Hauser, som startade *medica mondiale* en organisation som arbetar för kvinnor som drabbats av sexuellt våld i krigszoner och katastrofområden.

Catherine Hamlin

Catherine Hamlin kom tillsammans med sin make till Etiopien 1959 för att arbeta som gynekologer på ett sjukhus i Addis Abeba. Obstetriska fistlar som resultat av långdraget förlossningsarbete med svåra skador i bäckenet var mycket vanligt förekommande. De drabbade kvinnorna stöttes ofta ut ur samhället och levde under helt miserabla förhållanden. Hamlins utvecklade den kirurgiska tekniken och förbättrade behandlingen med mycket goda resultat. Patienter strömmade till från hela landet och man fick bygga små hus på sjukhusområdet där kvinnorna kunde bo i väntan på operation. 90% kunde återvända hem friska!

1974 byggdes Addis Abeba Fistulasjukhus efter att paret lyckats samla in medel för detta utomlands. Sjukhuset har expanderat och är nu ett globalt expertcentrum för fistelkirurgi. Man bedriver också utbildning av kirurger samt egen barnmorskeskola, "The Hamlin Midwifery College". Numera finns det 5 regionala centra för fistelkirugi i Etiopien. Man opererar 2750 kvinnor per år, vilket är 29% av alla nyuppkomna fistlar i Etiopien. Utanför Addis Abeba har sjukhuset en egen gård "Desta Mender" (Glädjens by) där man bedriver jordbruk och kvinnor som behöver längre tids rehabilitering kan bo där. All behandling är fortfarande gratis.

Dr Catherine Hamlin är nu 85 år, men fortfarande aktiv som operatör och tillbringar en stor del av sin tid med att resa runt i världen för att sprida kunskap och samla in pengar till verksamheten. Det finns åtta internationella partnerorganisationer varav den svenska stiftelsen Fistulasjukhuset har 70 000 medlemmar. Läs mer på www.fistulasjukhuset.se hur du kan bidra!

Anne Ekeryd-Andalen





Välkomna till OGU's ST-dagar i Lund 19-20 april 2010

Kom och möt våren i Lund!

Vi utlovar ett inspirerande och matnyttigt program och många nya kontakter.

OGU's ST-dagar kommer att hållas på anrika Grand Hotel i Lund.

Ett rikt socialt program kommer att erbjudas med middag och underhållning på Flädie Mat och Vingård på måndagkvällen.

Program (preliminärt)

Basal infertilitets utredning och habituell ab

Tolkning av svåra CTG och STAN

U-ljud i tidig graviditet

Sutureteknik och gyn anatomi

Odyssé inom robotkirugi

Suturering av sfinkterruptur

Utredning av inkontinens hos kvinnor

OGU årsmöte

Nya ST- Det vetenskapliga arbetet

Britt Friberg

Andreas Herbst

Elisabeth Epstein

Pétur Reynisson

Jan Persson

Ann-Kristin Örnö

Pia Teleman

OGU styrelsen

Arrangörgruppen består av ST-läkare på KK USiL;

Linda Iorizzo, Malin Sundler, Anna Bonnevier, Ulrik Dolberg Anderson, Barbara Geppert, Jana Brodzski, Zuzana Kolkova och Carina Liuba, i nära samarbete med OGU styrelse.

Inbjudan kommer per post och via email. Men boka in dessa datum och begär ledigt redan nu!



Vad sysslar vi egentligen med?!

När höstmörkret börjar att sänka sig och temperaturen går ner under noll är det lätt att börja sammanställa och reflektera över vad vi gjort och vad vi har kvar att uträtta. Som ordförande i OGU faller det sig naturligt att sammanfatta OGU:s verksamhet 2009.

Året började med en intensiv spurt av det utdragna arbetet med vår nya hemsida. Sara Törnblöm-Paulander arbetade hårt med Sajt konsulterna och resultatet kan ni se på www.ogu.se. Hemsidan sköts nu av vår nya webmaster Magnus Eneberg och den uppdateras hela tiden. Vi tar tacksamt emot förbättringstips!

Första kvartalet av året ägnades även åt förberedelserna inför OGU-dagarna i Nyköping som gick av stapeln 20-21 april (se MB nr 3). OGU-dagarna är OGU:s egen kongress med både medicinskt vetenskapligt och arbetsmiljö/utbildningsrelaterat program. Även OGU:s årsmöte går av stapeln under OGU-dagarna. Dessa dagar återkommer varje år v 16 (om det inte krockar med påsken vilket det gjorde i år).

I direkt anslutning till OGU-dagarna har OGU- och SFOG-styrelserna ett gemensamt möte där vi tar upp utbildningsfrågor samt andra aktuella frågor. I år diskuterade vi bland annat datoriseringen av 2010 års utbildningsenkät, Jämställt specialitets val och utformningen av den nya specialistexamen. OGU och SFOG:s samarbete fungerar utmärkt vilket är glädjande för alla ST-läkare och underläkare som är medlemmar i vår intresseorganisation.



Mårten Strömberg

Under våren och sommaren har även OGU-styrelsens arbete präglats av förberedelserna inför det symposium och de workshops som vi arrangerar under SFOG-veckan. Detta arbete är stimulerande och lärorikt. Det ger oss bra träning i organisationsförmåga och ett stort kontaktnät. Viktigast av allt är dock att det resulterar i intressanta och välbesökta "events".

Mitt upp i förberedelserna för SFOG-veckan har även två av våra styrelseledamöter arbetat med att förbereda och genomföra NFYOGs seminarium i Köpenhamn. I år var titeln på semina-

riumet "Challenges facing Obstetricians and Gynaecologists in Developing countries".

Efter SFOG hinns inte mer än en kort vilostund med innan höstens jobb tar vid. Vad är det då som ligger i pipeline för OGU:s styrelse att jobba med framöver?

Planeringen inför SFOG veckan i Visby 2010 är i full gång och vi kan utlova ett spännande och lärorikt program. OGU-dagarna i Lund 2010 jobbar den lokala kommittén med för fullt och vi har god framförhållning (se annons här intill). Vidare så arbetar vi med att sammanställa och förbereda administreringen av OGU:s utbildningsenkät som kommer att skickas ut till alla ST-läkare och underläkare inom vår specialitet. Ytterligare en enkät som är under utformning är en enkät riktad till våra studenter som går Ob/gyn kursen. Denna enkät kommer att röra frågor kring bemötande och attityder ur ett jämställdhetsperspektiv. Resultatet av enkäten kommer att presenteras i ett större sammanhang under SFOG-veckan i Visby.

Detta är en översiktlig sammanfattning av vad som har hänt och vad som är på gång i OGU. Vi alla i styrelsen hoppas att NI medlemmar är nöjda med vårt arbete. För att vi skall kunna föra er talan i olika sammanhang är det viktigt att vi har en öppen dialog med er och vi tar gärna emot input i form av mail, telefonsamtal och direktkontakt.

Mårten Strömberg
Ordförande OGU

Jämställdhet – Är det önskvärt med jämställdhet?

I Läkarförbundets stora enkätstudie Jämställt specialitetsval ställdes frågan om det är önskvärt med en jämn könsfördelning inom specialiteten. En överväldigande majoritet svarade ja på denna fråga med motiveringar såsom att mångfald gynnar arbetsmiljön. Även om man bryter ner resultaten och tittar på bara Gynekologerna och Obstetrikernas svar var det ett entydigt JA.

Initiativet till Läkarförbundets undersökning kom från Kvinnliga Läkares Förening. Det är vanligt att det är just kvinnor som initierar denna typ av frågor och jämställdhet blir lätt en kvinnofråga. Enligt min mening är det dock en fråga som angår oss alla och det handlar inte bara om att det finns en manlig kultur på arbetsplatser som skall anpassas till kvinnor utan även det motsatta.

Var är den starka debatten om att män skall kunna bli barnmorskor, sjuksköterskor eller gynekologer utan att möta fördomar eller kommentarer? Vi har alla följt debatten om kvinnliga militärer, poliser och brandmän. Det börjar nu bli mer självklart att som kvinna kunna välja ett

Mårten Strömberg
Ordförande OGU
Marten.stromberg@vgregion.se

mansdominerat yrke och det ställs höga krav på att arbetsmiljön och arbetskultur skall anpassa sig till båda könen. Visst, vi är inte framme vid det optimala läget än när det gäller kvinnors lika rätt i vårt samhälle men vi är på väg.

Hur ser det ut hos oss då? Har vi en arbetsmiljö och arbetsklimat som är anpassat till båda könen?

Med handen på hjärtat kan vi väl svara nja på den frågan. Vi behöver bara gå till vår egen SFOG-vecka som startade med en blåblommig damväska som kongressväska för att sedan fortsätta med manlig striptease på den stora bankettkvällen. Tänk dig en ortopedkongress med en kvinnlig trollkarl som avslutade sitt nummer med att strippa. Det hade kunnat nå riksnyheter.

Vidare har jag själv varit med om att bli nypt i rumpen, fått höra av arbetskamrater att jag inte kan förstå för att jag

är man, samt genomlevt samtal i fikarummet som gått ut på att män absolut inte passade som barnmorskor och gynekologer.

Det är inte så konstigt att det utvecklas en kvinnlig kultur på en kvinnoklinik med tanke på kvinnodominansen. Det är därför av största vikt att inse att en kultur på en arbetsplats lätt kan skena iväg och bli snedfördelad. Den kultur som finns på en del kvinnokliniker kan uppfattas lika oattraktiv ur ett mansperspektiv som en osund kultur på en ortopedklinik ur ett kvinnoperspektiv.

Jag vet att vi inom läkaryrket fortfarande har kvar strukturer (arbetstider, möjlighet till deltidsarbete, lönefördelning osv.) som resulterar i negativ särbehandling av kvinnor. Jag vill dock inte ställa dessa frågor mot varandra. Vi kan hantera båda samtidigt och de är lika viktiga. Således önskar jag att vi rannsakar oss själva ur ett jämställdhetsperspektiv. Det är en förutsättning för att vi skall ha en jämn könsfördelning inom vår specialitet i framtiden. ■



Antwerpen, Belgium

ST-läkare se hit!

Läste du Anne-Charlotte Shayeghs artikel "En skytt av Ungern..." i förra numret av Medlemsbladet? Då är du säkert sugen på att åka på ENTOGs utbyte till Belgien nästa år! Utbytet kommer att äga rum i maj 2010, i anslutning till EBCOGs kongress. Mer information kommer i nästa nummer av Medlemsbladet. Du är också välkommen att höra av dig till Anna Bäckström (tidigare Bendix), internationell representant i OGU:s styrelse, mejladress: anna.v.backstrom@gmail.com.

Hiv-projekt i Malawi, “The warm heart of Africa”

Malawi är hårt drabbat av hiv-epidemin och är bland de tio värst drabbade länderna i världen. Läkare Utan Gränser (Médicins Sans Frontières, MSF) bedriver sedan 1997 ett hiv-projekt i distriktet Thyolo i södra delen av landet. Under tio månader, från augusti 2008 till juni 2009, arbetade artikelförfattaren som “Medical focal point” i detta projekt vilket innebär att vara övergripande medicinskt ledningsansvarig för verksamheten i fält.

Malawi och hiv

Malawi med 13.9 miljoner invånare ligger i sydöstra Afrika och gränsar till Moçambique, Tanzania och Zambia. 82 procent av befolkningen bor på landsbygden och livnär sig på små jordbruk eller arbetar på de stora privatägda te- och tobaksplantagerna. 65 procent av befolkningen lever under WHO:s fattigdomsindex, på mindre än två US\$/dag. Totalt använda medel för sjukvård inklusive mottaget internationellt bistånd är 500 kr per person och år vilket kan jämföras med Sverige där motsvarande siffra är 22 000 kr. All offentlig sjukvård är avgiftsfri.

Hiv-prevalensen i åldersgruppen 15-49 år 2007 var 12.1 procent, en minskning från 14.0 procent 2004. Totalt finns det cirka en miljon hiv-smittade i landet och närmare 90 000 människor beräknas avlida i aids varje år. December 2008 behandlades totalt närmare 150 000 personer i Malawi med livräddande ART (Anti Retroviral treatment) vilket motsvarar cirka 50 procent av det uppskattade aktuella akuta behovet.

Komplikationer och död i samband med graviditet och förlossning där eklampsi, blödningar, försvårat värkarbete och puerperal sepsis dominerar följt av hiv och abortkomplikationer är ett stort problem liksom i många andra låginkomstländer. Mödradödligheten i Malawi är 1 800 per 100 000 levande födda. 120 av 1000 levande födda barn avlider innan 5 års ålder. Förlossnings/



Artikelförfattaren Ann Åkesson tillsammans med teammedlemmar på vandring.

nyföddhetskomplikationer, luftvägsinfektioner, diarré, malaria och hiv dominerar som dödsorsak. En miljon barn i Malawi har mist en eller bägge sina föräldrar. Hiv hos föräldrarna dominerar som dödsorsak.

Generellt i världen finns 33 miljoner hiv-smittade varav 2 miljoner barn <15 år, 2 miljoner avlider varje år och 2.7 miljoner nya smittas. Totalt i låg och medelinkomstländer behandlas idag (dec 2008) 4 miljoner människor med ART vilket utgör ca en tredjedel av det akuta behovet.

Läkare Utan Gränser projekt i Thyolo

Thyolo är ett utpräglat landsbygdsmen relativt tät befolkat. Landskapet



Volontärer sköter lättare sjukvårdsuppgifter.

är mycket vackert med all grönska, ett böljande landskap med stora teplantager omväxlande med höga berg. Thyolo distrikt har cirka 600 000 invånare varav 60 000 beräknas vara HIV-smittade.

Läkare Utan Gränser startade hiv-projektet här 1997. Initialt arbetade man framförallt med rådgivning/prevention, hiv-testning, tuberkulosbehandling, trimsulfaproylax och palliativ omvårdnad. I april 2003 påbörjades antiretroviral behandling och 2006 fastställdes målsättningen att nå "universal access" definierat enligt WHO att behandla minst 80 procent av patienterna i behov av ART. Detta får ses som en hög ambitionsnivå i ett fattigt svårtillgängligt område i Afrika med bristande infrastruktur och sjukvårdsresurser. Visionen är "Good for many instead of excellent for few". Under oktober 2007 nådde man målet och fram till idag (april 2009) har Läkare Utan Gränser inlett behandling av 17 855 personer med antiretroviral läkemedel och drygt 400 nya personer påbörjar behandling varje månad. Den kumulativa mortaliteten sedan starten 2003 är 11.7 procent och det kumulativa bortfallet från uppföljning 10.4 procent. Mortaliteten är högst de första sex månaderna efter påbörjad behandling då läkemedlen ännu inte fått full effekt. Läkare Utan Gränser arbetar på tre olika nivåer, distriktsjukhuset, vårdcentralerna samt inom den kommunala sjukvården och är involverade i all hiv-relaterad vård i distriktet. Arbetet är också strukturerat i olika ansvarsområden; Hälsoinformation/prevention, Testning och rådgivning, Laboratorieverksamhet, PMTCT (prevention mother to child transmission, åtgärder för att minska överföringen av HIV från mor till barn), barnbehandling, nutritionsbehandling, smittskydd/hygien och det största området hiv och tuberkulos inklusive ART. Varje område har ansvariga läkare, sjuksköterskor, psykolog respektive laboratorieingenjör. Det var min uppgift att handleda dessa samt att samordna och utveckla verksamheterna för att uppnå bästa möjliga medicinska resultat. Arbetet innebar också mycket kontakt med lokala hälsomyndigheter, dokumentation av arbetet och verksamhetsorienterad forskning.



Aktiviteter för barn i väntan på mottagningen.

Sjukhuset

Thyolo district hospital har 372 vårdplatser fördelade mellan avdelningar för kvinnor, män, barn, förlossning, tuberkulos och undernäring. Läkare Utan Gränser driver en hiv-mottagning med 3500-4000 besök i månaden. På sjukhuset finns öppenvårdsmottagningar; akutmottagning, allmänmottagning, mödravårdscentral, mottagning för barn under 5 år, tuberkulosmottagning med mera. På tuberkulosavdelningen, nutritionsavdelningen, barnavdelningen och mödravårdscentralen tas hiv-test enligt så kallad "option-out" det vill säga på alla patienten såvida de inte motsätter sig detta, dock alltid efter noggrann information innan och individuell rådgivning då resultatet meddelas. Få motsätter sig testning. På övriga avdelningar föreslås testning vid klinisk misstanke.

På tuberkulosavdelning är 80 procent av patienterna också hiv-smittade. Det finns ett starkt samband mellan hiv och tuberkulos. En tredjedel av världens befolkning är smittade med tuberkulosbakterien men normalt utvecklar endast 10 procent av dessa klinisk sjukdom under hela sin livstid. Av hiv-infekterade utan behandling som är bärare av tuberkulos insjuknar 10 procent i klinisk tuberkulos varje år. I ett land som Malawi har tuberkulosincidensen tredubblats de senaste 20 åren på grund av hiv-epidemin. Tuberkulos leder också till snabbare pro-



Mottagningens väntrum.

gress av hiv-infektionen. De tb/hiv co-infekterade patienterna i Thyolo behandlas mot båda sjukdomarna.

Vårdcentraler

Läkare Utan Gränser stöttar bla hiv-vården på 14 vårdcentraler inklusive initiering och uppföljande behandling med ART. På vårdcentralerna finns förutom allmänmottagning även MVC, förlossningsverksamhet och BVC. Under senare år har det skett en omfattande decentralisering av hiv-behandling från sjukhuset vilket har varit en förutsättning för att kraftigt kunna öka antalet personer under behandling.

Kommunen

För att ingen ska ha mer än en mil att vandra till närmaste vårdinrättning bygger vi för närvarande om ett antal hus, som byledaren ofta upplåtit till Läkare

Utan Gränser, till små hälsostationer på 13 nya platser i distriktet. Våra kommundjuksköterskor, som är utbildade i hiv värderar hiv-infektionens svårighetsgrad enligt WHO-stadieindelning hos de enskilda patienterna och remitterar patienter i stadium III och IV (svåra sjukdomssymtom inkl aids) för att påbörja ART efter noggrann information om hiv och behandling. Inom kommunen finns det 800 volontärer som sköter en del basal sjukvård, uppmuntrar till testning och sköter hemsjukvård. Det finns också stödgrupper med hiv-smittade där man jobbar med information och stöttar varandra. Det var otroligt stimulerande att besöka stödgrupperna av hiv-smittade där man möts av vittnesmål hur situationen för hiv-smittade radikalt förändrats. Som en man uttryckte det: "Förr träffades vi mest på de ständiga begravingarna men nu träffas vi istället i vår stödgrupp varje vecka med sång och dans".

Hiv-testning

I distriktet finns hiv-testning på 32 olika stationer mestadels vårdinrättningar. Information ges i grupp före testning och individuellt då man meddelar resultatet inom en timme. Testning görs på plats med kapillärblod med enkla och sensitiva snabbtest. Rådgivning och kondomutdelning inklusive kvinnliga kondomer är en viktig del till såväl smittade som icke smittade. 2008 utfördes 85 000 hiv-test i distriktet.

Behandling

Genom effektiv antiretroviral behandling har hiv i västvärlden idag förändrats från en dödlig sjukdom till en kronisk men behandlingsbar sjukdom med samma prognos som till exempel diabetes i vissa analyser .

I vårt projekt grundar sig bedömningen vilka som behöver behandling med antiretroviral behandling liksom i de flesta utvecklingsländer främst på WHO:s stadieindelning av sjukdomssymtom med behandling av de patienterna med svårare hiv-relaterade symtom. Analys av antalet CD4-celler, T-lymfocyter som är viktiga för immunförsvaret och minskar successivt då hiv-sjukdomen progredierar, utgör en viktig markör för hur ned-



Enkel provtagning HIV PCR.



Idag möts vi till sång och dans, förr samlades vi mest till begravingar.

satt immunförsvaret patienten har. För närvarande analyserar vi CD4 främst på patienter på sjukhuset samt på alla barn och gravida. På grund av resursskäl och transportproblem har vi idag ingen möjlighet att ta CD4 på alla men provtagningen ökar stadigt. Fördelen att analysera CD4 är att kunna behandla alla med påtagligt nedsatt immunförsvaret (CD4 <250 i vårt projekt) med ART innan allvarliga symtom utvecklas vilket minskar mortalitet och morbiditet. Alla hiv-patienter med något sjukdomssymtom eller CD4 <500 ges också antibiotikaproylax i form av trimсульfa.

Liksom i de flesta låg- och medelinkomstländer behandlar vi med de tre olika antiretrovirala läkemedel, stavudine, lamivudine och nevirapin, som ges i en kombinationstablett. Fördelen är att det är en enkel (en tablett morgon och

kväll) och billig behandling. Nackdelen är betydligt fler speciellt allvarigare biverkningar än de mer moderna preparat vi har tillgång till i västvärlden idag. Patienterna kommer för att hämta sina mediciner varannan månad alltid med kontroll av följsamheten till behandlingen och stödjande samtal. Tuberkulos dominerar som dödsorsak hos våra hiv-patienter. Pneumocystis pneumonia, kryptokockmeningit, Kaposi sarkom och inte minst vanliga svåra infektioner som sepsis och pneumonia står för stor del av morbiditeten och mortaliteten.

En hiv-fri generation?

Risken för överföring av hiv-smittan från en smittad gravid kvinna till hennes barn under graviditet, förlossning och amning är 25-45 procent i olika studier. I västvärlden har vi genom antiretroviral behandling till alla gravida hiv-smittade kvinnor från v14, elektivt kejsarsnitt med förstärkt antiretroviral behandling till mor och barn vid förlossningen samt avstående från amning lyckats minska den risken till någon enstaka procent. I låg och medelinkomstländer har idag ca 45 procent av alla gravida kvinnor som lever med hiv tillgång till ARV för att minska risken. Enkeldos nevirapin (antiretroviralt läkemedel) till kvinna och barn vid förlossning som enda åtgärd dominerar dock. Varje år smittas 370 000 nya barn i världen av hiv där mor-barn smitta helt dominerar.

Att minska mor-barn smitta i samband med graviditet, förlossning och amning är en viktig och stor del av Läkare Utan Gränser verksamhet i Thyolo. Viktiga strategier är också att generellt minska hiv-prevalensen bland kvinnor i fertil ålder, minska oönskade graviditeter hos hiv-smittade kvinnor genom preventiv-medelsrådgivning samt att erbjuda god vård och stöd till hiv-smittade kvinnor och deras familjer.

72 procent av alla gravida i Thyolo kommer till mödravården åtminstone vid ett tillfälle, testas enligt "option-out" och 98.7 procent accepterar hiv-testning. 2008 testades drygt 22 000 gravida i Thyolo distrikt med en seroprevalens på 14 procent jmf med 17 procent året innan. CD4 kontrolleras och de med CD4 <250 eller i WHO-stadium III och IV påbörjar behandling för sin egen hälsa. Övriga påbörjar profylax graviditetsvecka 28 med AZT(zidovudin), följt av AZT/3TC(lamivudine) i samband med förlossning och en vecka postpartum samt singeldos NVP(nevirapin) då värkarbetet börjar. Barnet ges singeldos NVP och en veckas AZT. Vi uppmuntrar alla kvinnor att förlösas på sjukvårdsinrättning. Rutinmässigt sectio av alla hiv-smittade kvinnor i Thyolo är allt för resurskrävande och skulle med rådande sjukvårdsstandard öka neonatal och mödradödligheten betydligt. I projektet rekommenderar vi exklusiv amning i sex månader med snabb avvänjning med hjälp av kabergolin vilket minskar överföringen av virus med ca 50 procent jämfört med blandad uppfödning och lång amningsperiod. Amning är djupt rotat i kulturen i Malawi och risken med bröstmjölksersättning med de bristande hygieniska förhållandena i byarna är att barnet istället avlider i diarrésjukdom eller pneumoni. Ett flertal studier i fattiga delar av Afrika har visat att bröstmjölksersättning istället för amning visserligen minskar smittöverföring till barnet men totala dödlighet i grupper som fick bröstmjölksersättning var högre än hos grupper som ammades.

Alla hiv-smittade mammor i vårt projekt uppmanas testa sina spädbarn med hiv-DNA PCR då de kommer för vaccination vid sex veckors ålder. Om detta



Väggmålning på sjukhuset som uppmuntrar till amning.



14-årig pojke på barnavdelning som utreds för undernäring.

första test är negativt upprepas provtagning vid nio månaders ålder eller sex veckor efter avslutad amning. Vi använder oss av en enkel provtagningsmetod, så kallad DBS (dry blood spot), kapillärblod på ett filterpapper som sedan torkas och skickas till speciallaboratorium för PCR. Enligt WHO:s relativt nya riktlinjer behandlar vi nu alla hiv-infekterade barn under ett års ålder med ART oavsett immunstatus så fort diagnosen ställs med positiv PCR. Detta har i studier i Sydafrika visat minska mortaliteten med cirka 70 procent i jämförelse med om man väntar till CD4 sjunker eller barnet utvecklar symtom. Utan behandling avlider 50 procent av de smittade barnen innan två års ålder och 75 procent innan

fem års ålder. Vi finner mycket få smittade bland spädbarn om mamman följt profylaxschemat utan de flesta smittade barn upptäcker vi på barnavdelningen eller barnmottagningen bland barn till mödrar som aldrig tog någon eller ofullständig profylax. Tyvärr är det många mödrar som inte fullföljer hela programmet från första besöket på mödravårdscentralen till sista kontrollen då barnet är ett år. Det har dock förbättrats avsevärt sista året. För att förbättra våra resultat ytterligare kommer vi i år anställa motiverade mammor som genomgått hela profylaxprogrammet och utbildade dessa kvinnor till informatörer och stödpersoner till nya gravida hiv-infekterade kvinnor.

Vårdpersonal

I Malawi finns läkare framförallt på de tre stora centralsjukhusen. I Thyolo distrikt finns endast sju läkare varav tre anställda av Läkare Utan Gränser. Läkaruppgifter sköts främst av "clinical officers" med en lägre utbildningsnivå men med stor praktisk klinisk medicinsk kunskap. På varje vårdcentral tjänstgör en eller två medicinska assistenter (något längre utbildning än sjuksköterskor) som fungerar som "allmänläkare", 3-4 sjuksköterskor/barnmorskor och 10-20 "Health surveillance assistance" (HSA), som också arbetar i kommunen. De senare har en kort grundutbildning på sex veckor med möjlighet till olika påbyggnadsutbildningar.

Brist på sjukvårdspersonal är ett av de absolut största hindren för en väl fungerande sjukvård i Malawi och många andra länder i södra Afrika.

För att delvis komma tillrätta med bristen på utbildad sjukvårdspersonal har Läkare Utan Gränser efter utbildning delegerat vissa arbetsuppgifter till personal med lägre utbildning s.k. task-shifting. På de små hälsoposterna i kommunerna har vi också utbildat lekmän, motiverade hiv-smittade från stödgrupperna, som utan betalning sköter hiv-testning och rådgivning samt en del andra enklare sjukvårdsuppgifter. Läkare Utan Gränser har ett omfattande utbildnings och "mentorprogram" för att utbilda, handleda och kontrollera att allt detta fungerar acceptabelt.

Verksamhetsorienterad forskning

Då Läkare Utan Gränser har en stor kohort av patienter och vi nått förhållandevis långt i vårt projekt att bekämpa hiv/aids medverkar vi i en del verksamhetsorienterad forskning. Tillsammans med tre andra sjukhus i landet följer vi virusmängd och resistensbestämning hos en kohort av 150 av våra patienter, före initierande av behandling och därefter varje år. I samarbete med ett nationellt laboratorium ska vi utveckla och värdera en enkel, billig snabbmetod för odling av tuberkulosbakterier. Idag har vi rutinemässigt endast tillgång till sputummikroskopi som endast är positivt hos mindre



MC-ambulans

än hälften av hiv-patienter med lungtuberkulos.

På sjukhuset medverkar vi tillsammans med tre andra afrikanska sjukhus i en prospektiv analys av olika behandlingsstrategier för Kaposi sarkom (en i Afrika vanlig tumörsjukdom orsakat av hiv), en studie initierat från Tropical Institut of Antwerpen. I en annan studie värderar vi hur man bäst monitorerar hiv-smittade spädbarn som alla enligt WHO:s rekommendation påbörjar ART. Vi kommer troligen också att studera pneumokockvaccination av hiv-exponerade spädbarn. Hiv ökar risken för invasiv pneumokockinfektion 50 ggr.

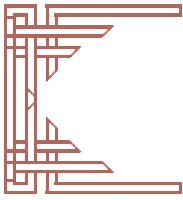
Sammanfattning

Läkare Utan Gränser har i detta projekt visat att är möjligt att nå ut till och påbörja behandling med ART till >80% av hiv-smittade i behov av behandling i ett fattigt område i Afrika med hög hiv-prevalens, stor brist på sjukvårdspersonal, bristande transportmöjligheter och infrastruktur. Profylax/behandling till gravida för att minska antalet smittade spädbarn samt tidig diagnostik och behandling av hiv-smittade barn är en annan viktig del av verksamheten. Genom att vara innovativa och steget före med nya strategier samt medverka i olika nationella arbetsgrupper har Läkare Utan Gränser i högsta grad också påverkat hiv-vården i resten av Malawi. Organisationen arbe-

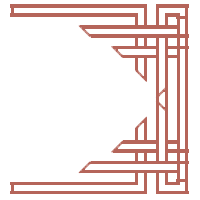
tar för att kontinuerligt behålla patienter under behandling och påbörja behandling av 5000 nya patienter varje år med bibehållen god eller förbättrad vårdkvalité. Samtidigt sker integrering och successiv överlämning av ansvaret för hivvården till de lokala hälsomyndigheterna för att försäkra de hivsmittade en kontinuerlig tillgång till behandling på lång sikt.

Då jag ser tillbaka på 10 månaders arbete i Malawi minns jag den värme man möts av från patienter och anställda, hårt krävande arbete och inte minst känslan och vetskapen att Läkare Utan Gränserns arbete gör en skillnad för befolkningen i Thyolo som är så hårt drabbade inte minst av hiv-epidemin. Jag återvänder till projektet i Malawi i december 2009 nu som medicinsk koordinator och ser fram emot ett fortsatt spännande och utmanande arbete.

Ann Åkesson
Överläkare
Infektionskliniken
Länssjukhuset, Halmstad
Medical focal point
Läkare Utan Gränser
Thyolo, Malawi



Pionjärer inom Obstetrik och Gynekologi



Archie Cochrane 1909-1988

The Cochrane Collaboration är navet för spridande av evidens baserad kunskap om åtgärder inom hälso- och sjukvården, inte minst obstetrik- gynekologi

Archibald Leman Cochrane (1909-1988) var son till en textilfabrikör i Galashiels i Skottland.

Familjen utsattes för stora påfrestningar. Fadern stupade 1917 i Gaza, en broder dog två gammal i pneumoni, en annan 21 år gammal i motorcykelolycka. Archies äldre syster stod honom nära, men hamnade som ung vuxen på mentalsjukhus med diagnosen dementia. Cochrane accepterade inte detta utan krävde ytterligare utredning, varvid det konstaterades av systemen led av porfyri liksom flera släktingar inklusive Archie själv. Systemen tillfrisknade och bildade familj. Syskonbarnen tog hand om Cochrane på gamla dar, eftersom han själv aldrig gifte sig. Efter skolgången fick den briljante rödhåriga något tjurskallige rugbyspelaren stipendium och fortsatte sina studier vid King's College i Cambridge. Efter examen i naturvetenskap jobbade han ett år med vävnadsodling på ett forskningslaboratorium.

Cochrane tröttnade, tvivlade på sin livsriktning och sin sexuella identitet. Tyckte sig inte få någon förståelse i England. Han begav till Berlin, där han påbörjade psykoanalys hos en av Freuds lärjungar dr Reik. Mellan åren 1931 och 1934 analyserades Cochrane, som följde efter efter Reik, när denne pga Hitler först flydde till Wien och senare till Haag. Parallellt studerade han biologi och medicin bl.a. i Wien. Han kom att tvivla på psykoanalysen som metod. Det fanns ej heller några hållbara vetenskapliga bevis

Jörgen Sigurd, Gynmottagningen,
Piteå Älvdals sjukhus



för någon effekt. Under tiden hade han lärt sig tala tyska utan brytning.

Han återvände till London 1934 och påbörjade sina medicinstudier. Archie Cochrane var vid denna tid marxist. Som medicinstudent genomförde han en enmansdemonstration genom att promenera genom London centrum med ett egenhändigt målat plakat på vilket det stod: "ALL EFFECTIVE TREATMENT MUST BE FREE". Han hade alltså anledning att fundera över vad som menades med effektiv behandling. Som den oroliga själ han var tog han en paus i studierna och for till spanska inbördeskriget, som ambulanssjukvårdare i den internationella brigaden. Det blev ett år i Spanien och förlust av ett antal illusioner. Innan världskriget bröt ut hann han vara underläkare på sjukhus i London och även forskningsassistent en kortare tid. Som kapten i Royal Army Medical corps deltog han i engelsmännens katastrofala försök att återta Kreta från tyskarna. Cochrane tillfångatogs 1941 och släpp-

tes först efter freden 1945. Han var ansvarig läkare i Salonica i Grekland för 20 000 krigsfångar utan tillgång till några mediciner. Tuberkulos, tyfus, allehanda bristsjukdomar, hungerödem florerade. Fångarna fick under 1000 cal/ dag. De flesta hade periodvis diarré. Han lyckades få lägerledningen med på att göra försök att behandla beri beri (ödem ovanför knäna) med jäst (B-vitamin) alternativt askorbinsyra (C-vitamin). Jästen botade ödemen! Cochrane beskrev senare detta som sin "first, worst and most successful trial". Lägervistelsen fick honom också att inse att de flesta sjukdomar är självbegränsande. Under året i Salonica lägret dog endast fyra av 20 000 interner, därav sköts tre av vakterna. Om det hade funnits medicin att behandla med, hade man självklart trott att det var en behandlingseffekt av medicinerna. Cochrane funderade mycket över hur man skulle göra för att visa att en behandling har effekt. Han tog som sin livsuppgift att bespara patienterna (och skattebetalarna) de potentiellt skadliga effekterna av verkningslösa behandlingar och medicineringar.

Efter kriget studerade han public health på London School of Hygiene and Tropical Diseases. Hans mentor Austin Bradford Hill höll på att utveckla metoden med randomiserade kontrollerade material. Efter studier av lungtuberkulosens epidemiologi i USA på Rockfeller stipendium återkom han till England och blev ansvarig för National Health Service forskningsenhet om pneumoconioser (silikos). Denna var lokaliserad i Cardiff Wales. Epidemiologiska studier av gruvarbetare initierades. Han följde dem från 40-talet fram till 70 talet med utom-

ordenligt litet bortfall. Han hade en legendarisk förmåga att undvika bortfall i sina undersökningar. De mest motsträviga kom till kliniken, när de blev hämtade med Cochrane's Jaguar. Parallellt med chefskapet för forskningsrådets (MRC) epidemiologiska avdelning var han professor i lungsjukdomar vid universitetet i Cardiff några år.

Hans epokgörande bok "EFFECTIVENESS AND EFFICIENCY: RANDOM REFLECTIONS ON HEALTH SERVICES" kom ut år 1972 och innebar internationellt genomslag för den randomiserade prospektiva studien med kontrolller som metod.

Cochrane älskade att provocera och framföra inopportuna åsikter. Han hävdade att välmående förskrivning av mer eller mindre verkningslösa preparat leder

till en primärvård, som i bästa fall skapar sysselsättning för personalen och läkemedelsindustrin.

Han ansåg att forskningsrådet inte nog prioriterade miljömedicin och yrkesmedicin, "God-made diseases instead of man-made diseases".

Efter pensioneringen bosatte han sig hos sin systerson och syster i ett tregenerationers hushåll. Cochrane odlade rosorna. Som egenterapi under lägeråren hade han skrivit dikter som publicerades på 50-talet.

År 1983 slutförde han 30 års uppföljning av den egna epidemiologiska studien av alla män i gruvsamhället Rhondda i Wales.

Efter hans död i cancer 1988 publicerade British Medical Journal en ovanligt "levande" dödsruna, signerad, ALC.

Några citat:

"In 1957 he survived a professor of surgery's prognosis that he had only three months to live"

"He was not a real success as a professor, either as a teacher or on the senate, though his kindness to students was proverbial"

"He was a man with severe porphyria who smoked too much, and was without the consolation of a wife, a religious belief-, or a merit award – but he didn't do so badly."

Först efter publiceringen insåg redaktionen att författaren ALC, var ingen mindre än Archie Cochrane själv.

The Cochrane Collaboration, som bildades år 1993 garanterar att hans namn fortlever så länge evidens baserad medicin förhärskar. ■

"THE LILLEHAMMER Educational Scholarship"

Nu är det dags att söka The Lillehammer Educational Scholarship!

Du som är under din specialistutbildning och medlem i SFOG kan söka stipendiet.

Syftet med stipendiet är att möjliggöra vistelse på klinik eller institution utomlands för vidareutbildning inom gynekologi/obstetrik och/eller organisation. Bidraget kan användas för att täcka kostnader för resa kost och logi och är på max DK 20 000.

Tidigare års stipendiater har varit i New York för att förkovra sig inom ultraljud, besökt Pakistan inom Safe Motherhood project och tjänstgjort på Addis Abbeba Fistula hospital för utbildning inom fistelkirurgi.

Sista ansökningsdag är 1 april 2010

Ansökan skall innehålla CV, vistelsens planering och budget.

En skriftlig rapport lämnas senast 3 månader efter avslutad vistelse.

Läs mer på www.nfog.org

Ansökan sänds till
Secretary General of NFOG
Ragnheidur I. Bjarnadottir
Department of Obstetrics and Gynaecology
Landspítali University Hospital
101 Reykjavik
Iceland
e-mail: lagholt@simnet.is



**Privata verksamheterna i Stockholm
inbjuder till**

VINTERMÖTET 2010

**den 5 februari
på Cirkus i Stockholm**

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

**Anmälan och mer information på
www.vintermotet.se**

Varmt välkommen!

**Organisationskommittén genom
*Harald Almström***

VD BB Stockholm AB och Verksamhetschef UltraGyn



Dansk Urogynækologisk Selskab (DUGS) – 5. Videnskabelige Møde
Nordisk Urogynækologisk Arbejdsgrupp (NUGA) – 26th Annual Meeting
22 – 23 January 2010
Hotel Scandic, Copenhagen



Mark your calendar!

The joint meeting of DUGS and NUGA will be a multidisciplinary forum of doctors, nurses, physiotherapists and others interested in the field of urogynecology. The focus of the meeting will be to ensure a forum for younger colleagues to present their scientific endeavors, as well as providing state-of-the-art presentations by senior colleagues on hot topics in the field.

The meeting will feature presentations on a broad range of topics within urogynecology.

- **Invited key-note lectures**
- **Multi-disciplinary interactive sessions**
- **Free communications**
- **Nordic theses**
- **Hands-on workshops**

DUGS-mødet afholdes på dansk. The NUGA-meeting will be held in Scandinavian and English. Programme and registration details will be available at www.nuga-info.org and www.dugs.dk Deadline for submission of abstracts and for low-fee registrations is 20 November 2009. A NUGA-sponsored Research Grant of a sum up to € 15.000 will be awarded at the meeting. Please check www.nuga-info.org for information and deadlines.

Kalendarium

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

2009

25 - 27/11	Medicinska Riksstämman Stockholm	För mer information: http://www.svls.se/riksstamman/811.cs
7 - 9/12	The 8th International Scientific Meeting of Obstetrics and Gynaecology, Abu Dhabi, capital of the UAE	För mer information: http://www.rcog09.com/
2010		
22 - 23/1	Dansk Urogynækologisk Selskab (DUGS) –5. Vedenskabelige Møde Nordisk Gynekologisk Arbetsgrupp (NUGA) 26th Annual Meeting Köpenhamn	För mer information: www.sfog.se
5/2	Vintermötet	För mer information: www.sfog.se
4-7/3	14th World Congress of Gynecological Endocrinology Florens, Italien	Mer information: http://www.isge2010.com/index.htm
15 - 16/4	Värmötet i Perinatologi	För mer information: www.sfog.se
22 - 25/4	The 1st International Congress on Controversies in Cryopreservation of Stem cells, Reproductive cells, Tissues and Organs (CRYO), Valencia, Spanien	För mer information: http://www.comtecmed.com/cryo/2010
5 - 8/5	EBCOG Congress 2010 Antwerpen, Belgien	För mer information: www.ebcog2010.be
19 - 22/5	11th Congress of the European Society of Contraception and Reproductive Health Haag, Nederländerna	För mer information: www.contraception-esc.com
26 - 29/5	XXII European Congress of Perinatal Medicine Granada, Spanien	För mer information: http://www.ecpm2010.org/eng/index.html
7 - 9/6	Women Deliver 2010 Conference Scholarship Washington DC	För mer information: http://www.womendeliver.org/conference2010
15 - 18/6	NFOG – 37th Nordic Congress Köpenhamn	För mer information: http://www.nfog2010.dk

2010

23 - 27/8	International Continence Society (ICS) and International Urogynecological Association (IUGA) Toronto, Kanada	För mer information: www.ics-iuga.com
12 - 16/9	20th World Congress on Fertility and Sterility Munich, Germany	För mer information: www.iffs-reproduction.org www.iffs2010.com
22 - 26/9	Global Congress on Maternal and Infant Health Barcelona Spanien	För mer information: www.globalcongress2010.com/invitation.html

Bakre Fornix

Köp, sälj, eller byt, varor och tjänster – med en annons når du ca 1750 andra gynekologer. Köp och sälj vad du vill under eget ansvar.

Skicka in din annons per mail till Medlemsbladet,
anne.ekeryd-andalen@vgregion.se
Ange namn och faktureringsadress
Pris per annons för medlemmar 75 kr

SÄLJES

Instrument för gyn-mottagning

Hög kvalitet. Spekula Breisky i olika stl + självhållande. depressorer, uterussonder, tänger/Westermark, ögle-, klo-/ . m.m.

Tel: 0708-559931

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: Karin Pettersson

KK, Karolinska Universitetssjukhuset
Huddinge

141 86 Stockholm

Tel: 08-585 800 00

karin.pettersson@karolinska.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@ki.se

Tonårsgynekologi TON-ARG

Ordförande: Lena Marions

KK, Karolinska Universitetssjukhuset,

Solna

171 76 Stockholm

Tel: 08-517 766 55

Fax: 08-31 81 14

lena.marions@karolinska.se

Sekreterare: Anna Palm

Sundsvalls sjukhus

851 86 Sundsvall

Tel: 060-18 10 00

anna.palm@lvn.se

Urogynekologi och vaginal

kirurgi UR-ARG

Ordförande: Marie Westergren

Söderberg

KK, Södersjukhuset

118 83 Stockholm

Tel: 08-616 10 00

marie.westergren-soderberg@

sodersjukhuset.se

Sekreterare: Johan Skoglund

KK, Länssjukhuset Ryhov

551 85 Jönköping

Tel: 036-32 14 58

johan.skoglund@lj.se

Cervixcancerprevention C-ARG

Ordförande: Bengt Andrae

KK, Gävle/Sandviken Länssjukhus

801 87 Gävle

Tel: 026-15 41 68

Fax: 026-15 41 56

bengt.andrae@gmail.com

Sekreterare: Kristina Elfgrén

KK, Karolinska Universitetssjukhuset,
Huddinge

141 86 Stockholm

Tel: 08-585 800 00

Fax: 08-585 875 75

kristina.elfgren@karolinska.se

Psykosocial Obstetrik och Gynekologi samt Sexologi POS-ARG

Ordförande: Inga-Bodil Melinder

Gynmottagningen, Sjukhuset i Arvika

671 90 Arvika

Tel: 0570-71 20 00

inga-bodil.melinder@swipnet.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

Fertilitetscentrum

Storängsvägen 10

115 42 Stockholm

Tel: 08-586 120 00

margareta.fridstrom@gmail.com

Endokrinologi ENDOKRIN-ARG

Ordförande: Angelica Lindén-Hirschberg
KK, Karolinska Universitetssjukhuset,
Solna
171 76 Stockholm
Tel: 08-517 700 00
angelica.linden-hirschberg@karolinska.se
Sekreterare: Eva Innala
KK, Norrlands universitetssjukhus
901 85 Umeå
Tel: 090-785 21 61
eva.innala@vll.se

**Gynekologisk Tumörkirurgi med
Cancervård****TUMÖR-ARG**

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

Ultraljudsdiagnostik ULTRA-ARG

Ordförande: Anna Lindqvist
KK, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/
Östra sjukhuset
416 85 Göteborg
Tel: 031-34 36 396
Fax: 031-25 83 74
anna.ch.lindqvist@vgregion.se
Sekreterare: Peter Lindgren
KK, Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018-611 00 00
Fax: 018-50 81 27
peter.lindgren@kbh.uu.se

Hemostasrubbnings HEM-ARG

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

Vulva VULV-ARG

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

Endometriosis ENDOMETRIOS-ARG

Ordförande: Matts Olovsson
KK, Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018-611 57 64
Fax: 018-55 97 75
matts.olvesson@kbh.uu.se
Sekreterare: Margita Gustavsson
KK, Kungälv
442 83 Kungälv
margita.gustavsson@lthalland.se

Evidensbaserad medicin**EVIDENS-ARG**

Ordförande: Kerstin Nilsson
KK, Örebro Universitetssjukhus
701 85 Örebro
Tel: 019-602 10 00
Fax: 019-12 65 90
kerstin.nilsson@orebroll.se
Sekreterare: Annika Strandell
Gynmottagningen, Kungälv
442 83 Kungälv
Tel: 0303-980 02
annika.strandell@medfak.gu.se

Etik ETIK-ARG

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

Mödra-Mortalitet MM-ARG

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

**Arbets- och referansgruppen för
kvalitetsregistrering KVARG**

Ordförande: Göran Berg
KK, Linköpings Universitetssjukhus
581 85 Linköping
Tel: 013-22 31 32
goran.berg@lio.se
Sekreterare: Vakant

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

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

SFOG-Kansliet

Jeanette Swartz
Drottninggatan 55, 2 tr, 111 21 Stockholm
Tel: 08-440 01 75 • Fax: 08-22 23 30
kansliet@sfog.se • www.sfog.se

Intressegrupper inom SFOG

Privatgynekologerna

Ordförande

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

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

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

Mödrahälsovårdsöverläkargruppen

Ordförande

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

Sekreterare

Agneta Romin
Falun lasarett, Kvinnokliniken
791 82 Falun
Tel: 023-49 20 00, 023-699 51
023-49 22 73 kopplad till mobil 070498 28 14
Fax: 023-49 09 89
E-post: agneta.romin@ltdalarna.se

Obstetrik och gynekologer under utbildning (OGU)

Ordförande

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

Sekreterare

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

Gruppen för öppenvårdsgynekologi

Ordförande: Inga Sjöberg

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

Maria Cederholm

Gyn. mott.
Kungsgatan 25
753 32 Uppsala
Tel: 018-15 74 60
E-post: maria.cederholm@bredband.net

SFOG

MEDLEMSANSÖKAN

www.sfog.se

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

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

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

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

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

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

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

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

Anmäl dig via SFOGs hemsida, www.sfog.se, Medlemsansökan

FÖLJANDE ARG-RAPPORTER FINNS ATT BESTÄLLA VIA SFOG:s HEMSIDA www.sfog.se

*Nr 1-16 och 18-27, 35-36 har utgått
Titel Utgivningsår*

Pris/st exkl. moms, porto & exp. avg 80:-

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