

Medlemsbladet 5

2011

NR



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



MEDLEMSBLADET

Ansvarig utgivare: Anne Ekeryd-Andalen
Tel: 010-473 81 00

Layout: Moniqa Frisell

All korrespondens till föreningen
skall ställas till:

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

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

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

Internet: www.sfog.se

Annonser: Anne Ekeryd-Andalen

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

Platsannonser hemsidan: jeanette.swartz@sfog.se

SFOGs styrelse 2011:

Ordförande: Pia Teleman

Kvinnokliniken, Lunds Universitetssjukhus
221 85 Lund

Tel: 046-17 25 51

E-post: pia.teleman@sfog.se

Vice ordförande: Harald Almström

BB Stockholm

182 88 Stockholm

Tel: 0708-168 46 20

E-post: harald.almstrom@bbstockholm.se

Facklig sekreterare: Eva Uustal

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: Matts Olovsson

Kvinnokliniken, Akademiska Sjukhuset

751 85 Uppsala

Tel: 018-5611 57 61

E-post: matts.olvesson@kbh.uu.se

Redaktör för Medlemsbladet:

Anne Ekeryd-Andalen

KK, NU-sjukvården

461 85 Trollhättan

Tel: 010-473 81 00

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: Lars Ladfors

Kvinnokliniken, SU/Sahlgrenska Östra

418 65 Göteborg

Tel: 031-343 57 34

E-post: lars.ladfors@sfog.se

Ledamot: Anna Pohjanen

Kvinnosjukvården Norrbotten

Sunderby sjukhus, 971 80 Luleå

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

E-post: anna.pohjanen@nll.se

Ledamot/Yngre representant: Malin Strand

Kvinnokliniken, Sunderby sjukhus

971 80 Luleå

Tel: 0920-28 20 00

E-post: malin.strand@nll.se

Tryck: Elanders

ISSN 0284-8031

— Ordförande har ordet —



Kära kollegor!

Detta ordförandebrev skrivs på ön i den östgötska skärgården. Det är början av november men milt och stilla med lätt dimma över fjärden. Eklöven har hamnat på marken. Fåren är hemtagna från betesöarna.

Den fantastiska SFOG-veckan i Karlstad ligger nu bakom oss och vi siktar mot Kristianstad 2012. Det vetenskapliga programmet håller på att ta form och de praktiska förberedelserna är igång. Vi kommer att vistas i helt andra lokaler, en gammal yllefabrik istället för en nybyggd kongresshall. Att SFOG-veckan flyttar över landet har den fördelen att olika kliniker och städer får visa framfötterna och sin bygd. Vi ska dock inte underskatta den utmaning som finns i att klara av ett arrangemang av denna storlek. Tack Malmö och Kristianstad för att ni tar er an detta stora arbete under 2012!

Under nästa år händer det mycket på kongressfronten. Det kan vara av värde att redan nu planera vem på arbetsplatsen som ska ta hem kunskap/representera kliniken på NFOG i Bergen i juni, eller

kanske på EBCOGs kongress i Tallinn i maj. I oktober har FIGO, världsorganisationen som SFOG är medlem i, möte i Rom.

I september var ACOGs ordförande James Martin i Sverige. Han berättade att ACOG har 57000 medlemmar! Intressant var också att det finns färre barnmorskor registrerade i hela USA än i Sverige; stora skillnader alltså. Barnmorskorna har också mycket olika utbildning och kunskaper. Vi var helt överens om att det svenska systemet var att föredra. Samma dag träffade vice ordförande Harald Almström och jag Barnmorskoförbundets ordförande och vice ordförande för diskussion om samarbete inom olika områden. Om SFOG och SBF driver en fråga tillsammans gentemot beslutsfattare blir vi betydligt starkare. Bland annat diskuterades arbete för riktiga regler för preventivmedelssubvention för unga och ett nationellt samarbete för att förebygga och bättre behandla uppkomna förlossningsskador på kvinnan.

Det senare för mig över på Projekt

I DETTA NUMMER

Om p-piller och blodpropp – igen!!	7
Maternella dödsfall i Sverige år 2010	8
Angående specialistexamen i Obstetrik & Gynekologi 2012	13
<i>Skrivlust: Same same but different</i>	14
Benigna hysterektomier på rätt indikation	17
Kvalitetsarbete under ST	21
Reseberättelse: ENTOG-utbyte Storbritannien 2011	23
Att fråga om våldsutsatthet som en del i anamnesen	26

säker förlossningsvård som nu i sin ursprungliga form är avslutat. Patientförsäkringen, LÖF, arrangerade ett slutseminarium i september för deltagarna från olika kliniker samt revisorerna och de ingående organisationerna. Exakt vilken effekt detta stora projekt har haft beträffande målet att minska undvikbara skador på barnet kan ännu inte sägas, men utvärdering pågår, bl a av vår fd ordförande Charlotta Grunewald. Alla deltagande organisationer var överens om att en fortsättning bör ske, och första mötet blir 9 november. När man nu har byggt upp en organisation för revision skulle man lämpligen kunna utnyttja den strukturen för återkommande revisioner kanske i regional form.

Jag representerade SFOG på Läkarförbundets representantskap för specialitetsföreningar i oktober. Vi är en delförening i förbundet men utan rösträtt, och en sektion i Läkaresällskapet med rösträtt. På repskapet blir det mycket information om vilka frågor Läkarförbundet arbetar med; läser man Läkartidningen får man en bra bild. En bättre utform-

ning av vårdgarantin var det som diskuterades mest, där en möjlighet till en snabb första konsultation är central, men att man därefter ska kunna lägga upp en individuell plan för varje patient. En garanti för kroniskt sjuka och för återbesök t ex för cancersjuka synes viktigare än att alla prolapsopereras inom 3 månader.

Läkarförbundet arbetar på en omorganisation dels för att möta den "nya" sjukvården där många är anställda av nationella och internationella vårdbolag istället för landsting; detta kräver en annan struktur för förhandlingar. Även den inre organisationen är under diskussion och där togs frågan om specialitetsföreningarnas möjlighet att påverka mer formellt upp, t ex genom en plats i Centralstyrelsen.

Svenska Läkaresällskapet hade sitt fullmäktigemöte 18 oktober. Även Sällskapet tog upp hur man ska arbeta i framtiden, hur Riksstämman ska se ut, hur man ska få fler medlemmar etc. SFOG är en stor förening och de flesta aktiviteter arrangeras ju internt, men de mindre sektio-

nerna har mer nytta av den övergripande organisationen inom Sällskapet. Jag vill passa på att påminna om det intressanta programmet på Riksstämman där vi har 3 symposier. Kom också ihåg att Sällskapet har en hel del pengar som delas ut för studieresor, kongressesor och forskning. Man måste vara medlem för att ansöka.

Till sist en lägesrapport om vår hemsida. Tanken är att göra en ny mer lättarbetad, layoutmässigt bättre version, förhoppningsvis med lösenordsskyddade sidor så att vi kan lägga ut ARG-rapporterna till abonnenterna. En översikt är gjord och vi kommer nu att begära in offerter. Förhoppningsvis kommer ni att se resultatet under nästa år. Är det något ni saknar på hemsidan, kontakta webansvarige Lars Ladfors.

Ha det bra i höstmörkret!

Eder ordförande
Pia Teleman
pia.teleman@sfog.se

Missa inte utskick från SFOG!

Har du flyttat eller bytt mail-adress?

För att du inte ska missa utskick eller för att vi inte skall få tillbaka utskicken pga att adressaten flyttat, är okänd eller adresseftersändningen upphört eller bytt mail vore vi tacksamma om ni mailar era nya uppgifter till kansliet, kansliet@sfog.se.

Tack för hjälpen och God Jul och Gott Nytt År!

Jeanette Swartz
SFOG kansliet



REDAKTÖRENS RUTA

Tiden går fort när man har roligt, en klyscha som faktiskt är sann. I fyra år har jag haft förmånen att få vara Redaktör för Medlemsbladet – en stimulerande och utmanande uppgift och inte minst utvecklande. Man lär så länge man lever. Och lär sig massor, det gör man både som ledamot i styrelsen och som "operationskoordinator" som jag tycker redaktörskapet kan liknas vid. Operationsanmälningarna kommer från er kära medlemmar. För det mesta är allt ifyllt, men ibland behöver det kompletteras med rätt kod för diagnos och ingrepp eller ytterligare utredning innan patienten kan planeras för ingreppet. Vårdgarantin och manusstopp är de tidsbegränsningar man har att rätta sig efter. Ibland blir det fråga om urakuta operationer – går det att klämma in något ytterligare i det redan fulla operationsprogrammet eller skall man stryka någon och i så fall vem? Lika illa är det när operationssalen inte blir maximalt utnyttjad, då får man leta med ljus och lykta efter ytterligare operationskandidater som kan ställa upp med kort varsel. För att genomföra programmet behövs ett team av professionella medarbetare. TACK Moniqa Frisell, layoutansvarig för tidningen, Agnetha Fors Ekander med medhjälpare på Elanders tryckeri och Jeanette Swartz på kansliet som håller reda på det mesta och som alltid ställer upp. Utan er – ingen tidning!

Nu är det dags att lämna stafettpippen vidare till Anna Ackefors som tar över från årskiftet.

Lev väl!

Anne

Följande tider gäller för medlemsbladet 2012:

Nr	Deadline	Utkommer
1	15 januari	Vecka 7
2	11 mars	Vecka 15
3	6 maj	Vecka 23
4	16 september	Vecka 42
5	6 november	Vecka 49

Manus skickas till:

Redaktör Anna Ackefors

Kvinnokliniken Nyköping • 611 85 Nyköping

Telefon: 0155-24 50 00 sök via vx alt direkt 0155-24 50 80

E-post: anna.ackefors@sfog.se

Adressändring skall göras till:

SFOG-Kansliet • Drottninggatan 55 • 111 21 Stockholm

eller kansliet@sfog.se

Nya medlemmar

Sergiu Usurelu, Värnamo

Tell Jakobsson, Umeå

Brynhildur Tinna Birgisdóttir, Solna

Therese Friis, Hudiksvall

Matilda Friman Mathiasson, Åhus

Gustaf Leijonhufvud, Uppsala

Kristina Dahlqvist, Umeå

Joanna Swirtun, Trollhättan

Ann Danielsen, Helsingborg

Esra Al-Mahamoodawy, Sundsbruk

Nashmil Amiri Nateghi, Malmö

Elin Sjölander, Sundsvall

Victoria Ankarcrona, Lidingö

Klara Hasselrot, Vaxholm

Pernilla Arnoldsson, Åtvidaberg

Sverker Hybbinette, Stockholm

Magnus Frödin Bolling, Ekerö

Lena Maltzman, Malmö

Katarina Edblad, Ängelholm

Hanna Röjlar, Stockholm

Pia Saldeen, Limhamn



Kära kollegor!

Fyra år har gått fort och det är snart slut på styrelsearbetet i SFOG för min del. Det är dags att uppdatera några av de ärenden jag har varit delaktig i.

En nationell KVÅ-kodslista att använda för åtgärder publicerades med senaste utgåvan av Diagnoshandboken 2010. Tanken var att man skulle ha något att utgå ifrån om man vill jämföra verksamhet med andra kliniker. Arbetet påbörjades inom Sydöstra sjukvårdsregionens ob/gyn - benchmarkingarbete som inneburit en verklig och fruktbar klinisk förbättringsinspiration för de deltagande klinikerna.

Många kliniker använder den, andra vet inte att den finns. Vi lägger en uppdaterad version på hemsidan efter årsskiftet och emotser tills dess tacksamt ändringsförslag och förbättringar.

En lathund för diagnossättning av aborter och missfall publicerades samtidigt. Att använda den förebygger många av de felkodningar som annars förvandlar den finaste verksamhetsstatistik till avloppsvatten.

Jag har ju ett mångårigt intresse för obstetriska förlossningsskador. Den kodning vi har av analsfinkterskador i det nuvarande diagnossystemet är otroligt vag, se tabell 1.

Tabell 1. Obstetrisk diagnostik enligt ICD 10 idag

- | | |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| • O70.2 Perinealbristning av 3:e graden | = Det är trasigt bakåt |
| • O70.2A Perinealbristning av 3:e graden; partiell sfinkterruptur | = En del av något är trasigt |
| • O70.2B Perinealbristning av 3:e graden; total sfinkterruptur | = Det mesta av allt utom analslemhinnan är trasigt |
| • O70.2X Perinealbristning av 3:e graden; ospecificerad | = Något är trasigt och vi vet inte vad |
| • O70.3 Perinealbristning av 4:e graden | = Allt är trasigt |
| • O70.9 Perinealbristning under förlossningen, ospecificerad | = Något är trasigt och vi bryr oss inte om vad |

Sedan början på 1990-talet är det känt att den interna analsfinktern spelar en avgörande roll för kontinensen för gas, för förmågan att avgöra vilken typ av innehåll som kommer ned i rektum (sampling). Den externa sfinkterns roll är bara att förstärka knipet när expulsionstrycket i rektum ökar. Ändå är den interna sfinkter inte ens med i vår obstetriska skadeklassifikation. I Norge och i England används en klassifikation som vi publicerade redan 1996 där man delar in O70.2 dvs perinealbristning av tredje graden med hänsyn till den interna sfinktern som är så avgörande för resultatet.

Tabell 2

Förslag till ny klassificering

- | |
|-----------------------------------------|
| O70.2A: EAS skadad < 50% |
| O70.2B: EAS skadad > 50% |
| O70.2C: EAS och IAS skadade |
| O70.3: EAS, IAS och analkanalen skadade |

De långsiktiga resultaten av sfinkterskadesuturering är helt beroende av om man får med den interna sfinktern i den primära suturen. Sekundär sutur är sällan möjlig. Skulle IAS finnas med i diagnostiken kanske chansen ökar att fler kommer ihåg att leta efter den med ultra-

ljud eller med ögat och känna igen skador. Att ändra innebörden i diagnoser är inte gjort i en handvändning men SFOGs styrelse lobbar mot Socialstyrelsen.

På UR-ARGs möte i Linköping här-förleden diskuterade vi just handläggning av obstetriska analsfinkterskador. Många kliniker har sina egna uppföljningsrutiner medan andra inte följer upp patienterna. Incidensen av skador varierar mellan olika kliniker. Har de som har mycket skador dålig prevention eller har de stor kompetens i att hitta skador? Har de som har lite skador fantastisk förebyggande vård eller är de dåliga på att leta? Eller finns lite av alla varianterna? I "Vårdens öppna jämförelser" finns sfinkterskadefrekvensen med. Uppdrag granskning har hört av sig till SFOG och undrar varför skillnaderna är så stora. Tänk om vi även kunde få veta hur det går för patienterna...

Idealiskt vore

- om det kan göras i ett redan befintligt system på klinikens datorer
- om vi kan mäta patientupplevda symptom
- om det bygger på validerade frågor
- om det sker automatiskt utan mycket extraarbete från vårdpersonal
- om det är webb-baserat
- om det är nationellt nästan heltäckande

Där och då föddes idén om att skapa en sfinkterskadedel i gynopregistret med tonvikt på bäckenbottenproblem.

Jag har nu tillammans med Gynopregistrets styrgrupp med Mats Löfgren i spetsen sökt om projekteringspengar från SKL. Får vi ansökan beviljad kan vi starta arbetet med att skapa ett pilotregister till våren. UR-ARG blir remissinstans. Vi kommer att sträva efter att använda internationellt validerade frågeformulär och så mycket av Gynopregistrets befintliga infrastruktur som möjligt. Följer sedan GKR med på tåget är vi unika i världen

på sfinkterskade uppföljning. Så många frågeställningar som det av praktisk/etiska skäl inte går att göra randomiserade studier om kan äntligen få svar.

Perinatale register som ska hantera hela den obstetriska vårdkedjan finns ju också under utarbetande. Enligt Perinatal-ARG ligger dock starten av

dessa så långt fram i tiden att ett sfinkterskaderegister i Gynop ändå kan startas och sedan om så önskas integreras i de perinatale registren.

Sen har jag lärt mig helt nya saker om konsensusmetoder, om implicit och explicit kunskap, om arbetsmiljö, om bilateral könsdiskriminering, om vilket

kraftfullt engagemang som finns bland SFOGs medlemmar och inte minst om återskapande av förlorade dokument.

Stort tack för alla glada tillrop om mina "krönikor" i Medlemsbladet under de här åren.

Hej Hopp!

Om p-piller och blodpropp – igen!!

Den 26/10 har media åter rapporterat om nya, "farliga" p-piller. Denna gång är det preparaten Yasmin, Yasminelle och Yaz som hamnat i blickfånget. Bakgrunden är en nypublicerad dansk studie som visar att risken för blodpropp med dessa preparat är dubbelt så hög som med vissa äldre p-pillersorter. Det insinueras i ett inlägg i SVT rapport att läkare och barnmorskor som förskriver dessa preparat är ansvarslösa och okunniga. För gynekologer och barnmorskor som dagligen arbetar med preventivmedelsrådgivning är detta inget nytt. Det har under flera år diskuterats om användning av dessa p-piller skulle innebära en ökad blodproppsrisk. Flera olika studier har genomförts och resultaten är inte entydiga. Några pekar mot en ökad risk medan andra studier inte kan påvisa någon skillnad. Risken för en ung svensk kvinna att drabbas av blodpropp är ca 1-2/10000 och år. Användarens ålder men också andra riskfaktorer spelar stor roll. Yngre kvinnor har lägre risk. Om man använder de äldre p-pillertyperna ökar risken till ca 2-3/10000 och med de nyare antyder nu data, som alltså inte är oemot-sägda, en risk på 4-6/10000. Att man i den nu aktuella studien får högre absoluta risktal än i tidigare studier beror framför allt på att grundrisken för de dan-

ska kvinnorna, dvs även utan p-piller, är ovanligt hög. P-piller används mestadels av unga friska kvinnor och acceptansen för allvarliga bieffekter ska givetvis vara låg. Vi som förskriver dessa läkemedel är i högsta grad medvetna om detta och strävar hela tiden mot minsta möjliga risk. Detta måste dock hela tiden vägas mot sannolikheten att kvinnan trivs med sina preventivmedel och fortsätter att använda dem och beslut om val av metod fattas i samråd med kvinnan. De äldre p-pillersorterna har en annan biverkningsprofil när det gäller besvärliga men ofarliga biverkningar. Detta leder inte sällan till att kvinnan slutar med sina preventivmedel och därigenom kan riskera att bli oplanerat gravid. Vid en graviditet ökar dessutom blodproppsrisken drastiskt, något som inte är allmänt känt, och överstiger klart risken vid p-pillerbruk, oavsett typ! I rådgivningen måste vi alltså inte bara ta hänsyn till vilket preparat som innebär allra lägst risk utan också ta med i beräkningen sannolikheten för att kvinnan kommer att trivas med sitt preventivmedel och fortsätta att använda det! I annat fall löper hon alltså risk att bli oönskat gravid och härigenom också en betydligt större blodproppsrisk. Vi har tidigare sett effekterna av braskande blodproppslarm. Hösten 1995 kom flera rap-

porter om skillnader i blodproppsrisk mellan olika p-pillersorter och inom några månader hade närmare 50000 svenska kvinnor slutat med sina p-piller. Antalet aborter en tid efter detta ökade markant. Vi menar inte på något sätt att man ska negligera risker – tvärtom – och vi välkomnar alla studier som kan bringa klarhet i svåra frågor. Däremot vädjar vi om en balanserad diskussion och rapportering. Braskande larmrubriker riskerar annars att slå tillbaka mot de kvinnor som behöver säkra och effektiva preventivmedel.

Jan Brynhildsen, Docent, Gynekolog, Ordförande i Arbets- och Referensgruppen för Familjeplanering (FARG)

Kristina Gemzell Danielsson, Professor, Gynekolog, Sekreterare i FARG

Pia Teleman, Med Dr, Gynekolog, Ordförande i Svensk Förening för Obstetrik & Gynekologi (SFOG)

Matts Olovsson, Professor, Gynekolog, Vetenskaplig sekreterare i SFOG

Lena Marions, Docent, Gynekolog, Ordförande i Arbets- och Referensgruppen för Tonårsgynekologi

Maternella dödsfall i Sverige år 2010

Arbetsgruppen för Mödrarmortalitet redovisar nedan de åtta fall av mödradödsfall som kommit till gruppens kännedom och som genomgått granskning och analys. I dessa ingår tre ”sena” maternella dödsfall, dvs de inträffade senare än 42 dagar post partum men med en dödsorsak som var associerad till graviditeten. Vi noterar att vi därmed fått in fler fall än tidigare (cirka fem per år) vilket förhoppningsvis innebär att viljan och medvetenheten om vikten av att rapportera fall har ökat.

Kända fall av maternella dödsfall ska skickas in till gruppen via Jeanette Swartz på SFOGs kansli. Sjukhusjurist har fastslagit att inskickade journaler och andra handlingar inte behöver vara avidentifierade och att anhöriga inte behöver tillfrågas – detta eftersom uppgifterna rör avlidna personer. Därför är vi tacksamma om ni inte avidentifierar journalerna utan låter oss göra det. Har vi personnummer och namn kan vi lättare eftersöka kompletterande handlingar när vi behöver. För att kunna göra en noggrann bedömning är det av stor vikt att alla journalhandlingar skickas in, dvs löpande journaltext, MHV/FV-kopior, lablistor, eventuell journal från IVA eller annan klinik, obduktionsprotokoll, eventuell händelseanalys mm. Med kompletta handlingar sparas mycket arbete och tid för arbetsgruppen!

Bland förra årets fall finns två kvinnor som var sjukligt överviktiga, två med okänd missbruksproblematik och två fall av suicid. I hälften av fallen dog kvinnan av förvärvat hjärtkärlsjukdom, och detta är därmed, i likhet med tidigare år, den diagnosgrupp som är vanligast.

Fall 1

24-årig svenskfödd förstgravida som skriver in sig på MVC på sin hemort på lands-

bygden. Under graviditeten flyttar kvinnan till större stad där pojkvännen bor. Han är tidigare bestraffad för droghandel. Kvinnan själv har inget känt missbruk. Hon följer basprogrammet. Vid 36 fulla veckor hittar sambon kvinnan livlös i hemmet. När ambulans anländer 15 minuter senare har hon asystoli. Vid ankomst till akuten förnekar partnern att kvinnan använder droger. Förlöses på akutmottagningen med ett perimortem sectio, 50 minuter efter att hon hittades livlös, barnet visar inga livstecken. Man avbryter HLR efter ytterligare 20 minuter. HLR-insatserna bedömdes som tillfredsställande vid genomgång på sjukhuset. Likbesiktning visar inga tecken till yttre våld.

Rättsmedicinsk obduktion visar pneumoni med staphylococcus aureus. Amfetamin påvisades i hjärtblod och hår. Inget i journalen som tyder på att kvinnan skulle ha varit sjuk innan hjärtstilleståndet inträffade. Dödsorsaken är indirekt obstetrisk i form av Staphylococcus pneumoni med intravenöst missbruk som bidragande orsak.

Kommentar: Fallet belyser vikten av att alla gravida explicit tillfrågas om missbruk, och svårigheten att få en sanningsenlig anamnes vad gäller missbruk.

Fall 2

33-årig förstföderska med morbid obesitas (BMI >45). Under graviditeten görs bl a bedömning av narkosläkare inför förlossningen. I slutet av graviditeten gränsblodtryck/lätt preeklampsi. Kvinnan blir inlagd för induktion vid vecka 42+5, vilket resulterar i vaginal förlossning samma dag. Några minuter postpartum får kvinnan kortvariga generella kramper, vilket tolkades som eklampsi och behandlades med magnesiumsulfat. Kort därefter uppstår cyanos och asystoli. Hjärtlarm utlö-

ses åtta minuter efter hjärtstopp och HLR-team är på plats efter ytterligare fem minuter. Hjärtaktivitet återfås inom tio minuter varefter kvinnan förs till IVA för kylbehandling. Kort därefter riklig vaginal blödning som föranleder manuell exploration. Påföljande morgon är kvinnan inte väckbar, har ingen spontan rörlighet, har vida pupiller och är anurisk. CT skulle visa generell svullnad och begynnande inklämning. Hjärteko talar för hypertrof vänsterkammare med ejakulationsfraktion 40-50%. Upprepade neurologbedömningar visar grav hjärnskada. Efter två dagar beslutas att avbryta livsuppehållande behandling i samråd med neurolog och anhöriga.

Obduktion visar utbredd hjärtinfarkt som dödsorsak och är därmed indirekt obstetrisk.

Kommentar: Att diagnostisera asystoli kan ibland vara svårt och definitivt hos en kvinna med så uttalad fetma. Detta kan leda till fördröjning av åtgärder. Av klinikers händelseanalys framkom också svårigheter att initialt tillföra syrgas och att det dröjde några min innan hjärtstopp konstaterades.

Fall 3

38 årig förstföderska med BMI 26, samboende, deltidsarbetande i kassa/kundtjänst och med anamnes på colon irritabile. Följer basprogrammet med totalt 10 barnmorskebesök och ett läkarbesök. Kvinnan inkommer akut med ambulans i graviditetsvecka 33+4 med intervallsmärtor, diarréer och kräkningar. Symptomen betraktas initialt som hotande förtidsbörd och behandling påbörjas med Bricanyl dropp/Betapred, som sätts ut efter några timmar eftersom symptomen bedöms som ”magsjuka”. Får tre doser Morfin (2,5 mg) inom 12 timmar. Vid 39 fulla veckor får kvinnan hjärtstopp i

hemmet. Hittas av mannen som varit ute cirka 10 min. Det tar sju minuter från larm till ambulans. HLR ges i ambulansen och 26 efter konstaterad asystoli fås ROSC (Return of Spontaneous Circulation). "Alla på plats" vid ankomsten till sjukhus, där snitt utförs. Barnet dött. Kvinnan tas till IVA för intensivvård och respiratorbehandlas. CT hjärna visar tilltagande bild av svår ischemisk skada och efter avstängning av respiratorn avlider kvinnan efter fem dagar.

Obduktion visar förändringar i hjärna och hjärta till följd av syrebrist samt lindrig leverförfettning. Rättskemisk undersökning påvisar rester av tramadol, morfin och etylmorfin i hår samt i fostret talande för "att patienten intagit höga doser av tramadol och även etylmorfin". Dödsorsak blir tillfälligt sammanträffande (coincidental), med syrebrist i hjärnan troligen utlöst av läkemedelsförgiftning.
Kommentar: Enligt senare uppgift framkommer att patienten fått upprepade telefonrecept av motsvarande läkemedel utskrivna via vårdcentralen, belägen vägg i vägg med MVC. Orsaken till besvären har varit hosta/bihåleproblem, sömnbesvär, men inga depressiva besvär. Någon suicidrisk har inte framkommit. Hon hade där inte berättat att hon är gravid. Enligt händelseanalysen har hon även sökt andra läkare, okänt vilka. På MVC har hon träffat samma barnmorska i stort sett varje gång men inte berättat om sitt missbruk. Kvinnan förefaller ha fört ett dubbelt liv som inte upptäcktes, bl a då det saknades kommunikation mellan VC och MVC. En gemensam databas och gemensamma E-recept skulle ha kunnat bidra till upptäckt av missbruket. Den stora förskrivningen av tramadol per telefon kan ifrågasättas

Fall 4

30-årig förstgravida, gift. I anamnesen PCO och hypothyreos. De sista åren sjukskrivna u d bipolär sjukdom. Vid fertilitetsutredning tillrådd att gå ner i vikt och har gått ned 15 kg, men har vid MVC-inskrivning BMI >45. Kontrolleras på vanlig MVC och remitteras för anestesiamtal, men blir inte kallad.

Kommer in i graviditetsvecka 38 med värkar, får EDA och blir kort därefter urakut snittad i generell anestesi pga hotande fosterasfyxi. Peroperativt ges två doser oxytocin, Methergin och infusion oxytocin, total blödning 600 ml. Några minuter innan operationen avslutas sjunker blodtrycket, ventrikulär rytm utvecklas och följs av hjärtstillestånd som inte kan hävas.

Obduktion visar lungödem, lunginfarkt, lätt hjärthypertrofi. Dödsorsaken blir indirekt obstetrisk med plötslig hjärt-död och sjuklig fetma.

Kommentar: Vikten av förlossningsplanering och att genast informera narkosläkare vid inkomst av en kvinna med morbid övervikt kan inte nog understrykas. Enligt brittiska CMACE (Centre for Maternal and Child Enquiries) finns en ökning av diagnosen "SADS" (sudden adult/arrhythmic death syndrome) där en av undergrupperna är associerad med obesitas. Påpekas i CMACE vikten av att vid obduktion av dessa fall konsultera en specialist och i största allmänhet att standarden på undersökningar vid maternella dödsfall bör förbättras-centraliseras.

Fall 5

31-årig frisk förstföderska med väsentligen normal graviditet, som genomgår akut sectio i v 41+3 pga dålig progress. Total blödning 2000 ml, kapillärt Hb är som lägst 76 på BB. Kvinnan rekommenderas järntabletter. Läger ner amningen. Söker KK akut dagen efter hemgång pga rastlöshet och sömnsvårigheter, får utskrivet liten mängd Stilnoct. Kontakt etableras med BVC-psykolog. Pat söker psykakuten två månader post partum, bedöms som mild-måttlig depression. Insätts på Citalopram 20 mg samt Lergigan. Följs upp hos underläkare på VC samt hos sin psykolog. Beskrivs som uttalat nedstämd och initiativlös, svårt att klara ens enkla hushållssysslor och deltar inte aktivt i omvårdnaden av barnet. Uppvisar viktminskning och uttalad sömnstörning med tidigt uppvaknande. Citalopram trappas upp, men pga utebliven förbättring söker kvinnan igen psykakuten tre månader post partum.

Erbjuds inläggning för observation men avböjer. Remitteras till öppenvård psykiatriken där hon tio dagar senare träffar överläkare. Bedöms som medelsvår depression. Man byter Citalopram till Venlafaxin. Fyra dagar senare ringer sambon psykakuten pga att han uppfattar patienten suicidal. När behandlande läkare ringer upp patienten förnekar hon självmordsplaner, men uttrycker tveksamhet att fortsätta med Venlafaxin. Känner sig sämre, vet inte vart hon skall ta vägen. Får återgå till Citalopram och uppfattas vid snar telefonkontakt förbättrad. En vecka senare suiciderar kvinnan genom att kasta sig framför tåget.

Dödsorsaken blir sen indirekt obstetrisk död pga depression.

Kommentar: Tillfrågade psykiatriker framhåller att denna kvinna borde ha erbjudits ECT.

Hon har postpartumdepression med melankoliska drag, är passiv och klarar inte att engagera sig i sitt barn. Psykologkontakt är inte rätt vårdnivå i detta skede, möjligen senare. I detta fall har suboptimala faktorer framkommit när det gäller kompetensnivå på psykiatriska omhändertagandet. Lärdomar kan vara att postpartumdepression bör handläggas inom specialistpsykiatri och att man bör fästa stor vikt vid anhörigas observationer. Vidare måste primärvård och psykiatri ha god kommunikation med ett gemensamt vårdprogram för kvinnor med psykisk sjukdom i samband med barnafödande.

Fall 6

36-årig tidigare frisk 2-para med en övre luftvägsinfektion i början av graviditeten som inom loppet av ett par veckor får tilltagande andnöd. Då hon söker akutmottagningen vid 26 graviditetsveckor konstateras grav hjärtsvikt. Efter omedelbar överföring till regionsjukhus får hon en mekanisk hjärtpump och pleuradrän, varefter hon genomgår snitt inkomstdagen. Hjärtbiopsi visar grav myocardit, möjligen virusutlöst, möjligen autoimmun genes. I efterföljandet svårbehandlade ventrikulärrytmier, sätts på väntelista för transplantation. Waranbehandlas pga

pumpen. Utskriven efter fyra månaders sjukhusvård. Strax efter hemkomsten insjuknar kvinnan i en omfattande stroke på basen av trombos i höger arteria carotis. Försök till trombektomi misslyckas och neurokirurgiskt ingrepp ej möjligt p g a Waranbehandling. Patient avlider i en bild av irreversibel inklämning. Obduktion ej utförd.

Dödsorsaken är indirekt obstetrisk i form av trombos i a carotis interna höger med inklämning som är följd av mekanisk hjärtpump inopererad pga myocardit med svår hjärtsvikt.

Kommentar: Snabb handläggning med multidisciplinär teamkonferens i samband med insjuknandet. Journal från ett besök på vårdcentral 1-2 veckor för inkomsten saknas – oklart om en tidigrelagd diagnos hade förändrat förloppet. Men, vilket också framhävs i ett avsnitt om "Back to basics" i den brittiska rapporten om mödradödlighet¹, så ska man vid plötsligt påkommen andfåddhet/andningssvårigheter hos gravid kvinna överväga andra diagnoser, t ex hjärtsvikt. Lyssna på hjärta/lungor, ta puls och andningsfrekvens!

Fall 7

36 årig 1-para, nu spontant gravid med tvillingar. Medicinerar med lågdos ASA pga upprepade missfall, är anemisk och trött. Normal graviditet fram till vecka 31+6, då kvinnan ringer sin man och lämnar ett meddelande att hon inte mår bra. Vid en andra uppringning hör mannen bara rosslande ljud, tar sig snabbt hem och hittar kvinnan livlös. Larmar och påbörjar HLR vilket man fortsätter i ambulansen. Vid ankomst till sjukhuset 40 min efter påbörjad HLR utförs ett perimortalt sectio på akutintaget, men vare sig kvinna eller tvillingar överlever.

Rättsmedicinsk obduktion visar bild av akut hjärtinfarkt som följd av dissekerande aneurysm i det vänstra kranskärllet. Dödsorsaken klassificeras som indirekt obstetrisk.

Kommentarer: Erfarenheter från brittiska CMACE talar för att graviditet är en viktig riskfaktor för kranskärldsdissek-

tion¹. Detta gäller även aortadissektion och ruptur av andra kärl/aneurysm under graviditeten. Kvinnan hade inga andra kända riskfaktorer för hjärtkärlsjukdom.

Fall 8

22-årig förstföderska med hereditet för depression, som har haft upprepade depressioner, ätstörningar och ångest sedan 15 års ålder. Hon slutar äta antidepressiva då hon misstänker att hon är gravid. Hon har ett stabilt förhållande med barnafadern och gott stöd av sina föräldrar. I graviditetsvecka åtta skriver barnmorskan remiss till psykolog. Vid läkarbesök planeras basprogram med extra observans på kvinnans psykiska status. Har täta kontroller på MVC och klagar på nedstämdhet av och till, mar- drömmar och tilltagande oro. Regelbundna besök och telefonkontakt med psykolog som bedömer henne som mycket skör men inte suicidal. I vecka 40+1 genomgår kvinnan spontan vaginal förlossning och går hem två dagar senare, ammar. En månad postpartum träffar kvinnan en ST-läkare på psykiatrisk mottagning som bedömer patienten som depressiv men ej medicinkrävande. Två dagar senare önskar patienten medicin och fick Zolof. Vid besök hos psykologen sju veckor postpartum är hon påfallande förändrad till utseende och klädsel, utstrålar ett lugn och öppenhet, vilket också bekräftas av hennes mor. Fem dagar senare försämrade igen och får höja sin medicin. Ytterligare fem dagar senare utblir kvinnan tid hos sin barnmorska. Bm ringer mannen som oroade åker hem och finner att hon har hängt sig.

Dödsfallet är ett sent indirekt mödradödsfall i form av suicid pga depression.

Kommentar: Kvinnor med allvarlig psykisk sjukdom eller med hereditet för psykisk sjukdom är en högriskgrupp för suicid under graviditeten och postpartum! Hos kvinnor med psykisk sjukdom ses också en risk för försämring postpartum även om de mått bra under graviditeten. Särskilt ökad risk löper kvinnor som slutar äta medicin i början av graviditeten¹.

Lärdomar av fallen från 2010

Penetrera anamnesen på MVC - två kvinnor med okänt missbruk. Fråga även till synes lågriskkvinnor explicit om användning av läkemedel, droger. Medvetlöshet hos gravida – inte glömma att intoxikation förekommer.

Faran med övervikt – två kvinnor med BMI 45. Inte bara ökade risker, även mycket svårare att ställa diagnos, ex känna puls och lyssna på hjärtat.

Alla som arbetar på förlossningsenhet måste vara väl förtrogna med att känna igen tecken på hjärtstopp och hur man ska omhänderta patienter vid detta tillstånd. Gruppvis och återkommande HLR tränings- och simuleringsövningar är viktiga.

Postpartumdepression bör handläggas inom specialistpsykiatri. Baserat på rapporterna från CMACE rekommenderas att man inrättar specialiserade, multidisciplinära "Perinatal Mental Health Team" som ska involveras i mödravården av psykisk sjuka gravida kvinnor, inte minst postpartum när suicidrisk är störst. Inläggning av mor och barn måste kunna ske utan fördröjning vid försämring av psykiskt status.

MM-ARG

Ref

1. Saving Mothers Lives. BJOG Iss suppl s1, Vol 118,1-203, 2011 ■

Välkomna till Vårmetet i Perinatologi den 19 – 20 april i Stockholm!

Nu är det återigen dags för ett spännande och inspirerande möte, där alla som har ett engagemang i frågor som anknyter till livets start har möjlighet att samlas. Ta del av angelägna ämnen med intressanta föreläsare och ta tillfället i akt att diskutera och utbyta erfarenheter med kollegor från hela landet.

Föreläsningarna och programpunkterna behandlar bland annat ämnen som; hur graviditetslängd påverkar framtida hälsa, mödra- och barnhälsa i ett globalt perspektiv, säkrare förlossningar, hur räddar vi barnets hjärna och etiska dilemman ur vår vardag.

Mötet hålls i år på Clarion Hotel Stockholm på Södermalm, ett stenkast från Södersjukhuset, som är arrangörer för årets träff!

Varmt välkommen hälsar

Margareta Hammarström, verksamhetschef, Kvinnosjukvård/förlossning, Södersjukhuset AB

Eva Berggren Broström, verksamhetschef, Sachsska Barnsjukhuset, Södersjukhuset AB

Se hela programmet på <http://perinatologidagarna2012.se>

Specialistexamen – nu tre dagar

Sedan den "nya modellen" för specialistexamen infördes 2010 har vi numera en sammanhållen examination där skriftlig examination har genomförts dag ett och praktiskt prov/stationstentamen och presentation/opposition av det vetenskapliga arbetet genomförts dag två. Sammantaget har det utfallit väl och systemet med en samlad examination kommer framöver att bestå.

Dock - vid specialistexamen i maj 2011 deltog 29 blivande specialister och vi har anledning att förvänta oss att lika många, eller fler, kommer att delta vid specialistexamen framöver. Det stora antalet som skall examineras har gjort att det är

praktiskt svårt att genomföra detta under två dagar. Framför allt det muntliga/praktiska provet behöver mer tid för att de blivande specialisterna skall kunna "gå upp" på ett rimligt antal stationer och få en rättvis bedömning.

Vi har därför beslutat att from 2012 genomföra specialistexamen under tre dagar, 9-11/5 där den första dagen ägnas åt skriftlig examination, den andra åt muntligt/praktiskt prov och den tredje dagen åt presentation av det vetenskapliga arbetet.

För utbildningsnämnden
Jan Brynhildsen

Skriftlig och muntlig specialistexamen 2012 i Linköping

Skriftligt prov är **onsdagen den 9 maj, kl 10-15**,
muntlig tentamen/praktiskt prov **torsdagen den 10 maj, kl 9-17**,
presentation av ST-arbeten **fredagen 11 maj kl 8.30-13**

Observera att specialistexamen 2012 sträcker sig över tre dagar!

För den/de som önskar finns möjlighet att få skrivningen mailad den 9/5 kl 10.30 för att kunna organisera ett diagnostiskt test för ST-läkarna på hemma-kliniken. Meddela chefssekreterare Ingela Olsson, Ingela.E.Olsson@lio.se , i förväg.

Anmälan och ST-arbete skickas **senast den 1 mars 2012** till till Anna-Karin Wikström (anna-karin.wikstrom@kbh.uu.se)

Skrivlust

Här ytterligare ett bidrag från "sommartävlingen" Skrivlust. Sara Hogmark, ST-läkare i Falun, reste genom CEFAM/ KI till Ujjain i Indien under utbildningen i Global Hälsa i början 2011. Gynekologi i Sverige och Indien, visst är det ...

Same same but different

Jag slår upp dörrarna till operationsavdelningen och kliver barfota rakt ut i en sjö av vatten.

- Har det varit en vattenläcka?
- Nej, nej, de städar ju!

Jag viker upp byxbenen två centimeter och passar på att dölja ett leende när jag böjer mig ner. Så vadar jag in i omklädningsrummet och byter om till en grön pyjamas av det mjuka tyg jag känner igen hemifrån. Skillnaden är att byxorna räcker mig endast till vaderna. För här är jag inte av medellängd, utan minst ett huvud längre än de flesta kvinnor och många män. Jag befinner mig på RD Gardi Hospital i en av Indiens fattigare delstater, Madhya Pradesh. Här ska jag tillbringa tre månader för att lära mig mer om global hälsa. Och visst är det mycket som skiljer sig från det jag är van vid på Falu lasarett.

Munskyddet är av samma slag som hemma, förutom att det här har tvättats och använts om och om igen. Jag kliver i ett par ljusblå flip-flops av stolec 45 och börjar tvätta händer och underarmar intill den ansvarige överläkaren. Jag tvättar mig fyra gånger. Sneglar på överläkaren som fortsätter. Tvättar mig en gång till. Tänker att nu blir jag inte renare av två och vatten. Jag tvättar mig sex gånger, sju. Efter den åttonde gången förstår jag att överläkaren utmanar mig i någon sorts tvagningsritual. Kanske en markering i den strikta hierarki som råder här mellan läkare av olika rang. Jag erkänner mig

besegrad genom att stänga av kranen med armbågen. Då avslutar även min kollega proceduren och vi går in på operationssalen, där någon håller spritlösning över våra uppsträckta händer.

Den gravida kvinna som just fått ryggbedövning framför mig har en sjukhistoria av det slag man sällan stöter på i Sverige. Att råka ut för sjukdom och död i samband med graviditet och förlossning är mycket vanligare här. Med sin stora befolkning står Indien för närmare en femtedel av världens alla mödradödsfall. Stora blödningar, infektioner, osäkert utförda aborter, havandeskapsförgiftning och långdragna förlossningar är några orsaker. Undernäring, blodbrist, malaria och HIV förvärrar utgångsläget. Men många av dödsfallen skulle kunna förhindras. Om bara tillgången till god vård fanns. Brist på sjukvård på landsbygden, fattigdom, okunskap, en tradition av äktenskap och graviditeter i tidiga tonåren är några hinder på vägen. FN:s ambition att minska mödradödligheten med 3/4 från 1990 till 2015 är det så kallade millenniemål som tycks svårast att uppnå.

Framför mig tvättas nu magen på en kvinna, som ska komma att överleva ännu en gång. Men tidigare graviditeter har satt sina spår. Den första förlossningen ägde rum hemma, precis som de flesta förlossningarna här i Madhya Pradesh. Kanske fanns där en väninna, kanske en släkting, men sannolikt ingen sjukvårdskunnig person. Bäckenet var för trångt, barnet

kom inte ut. När hon till sist nådde sjukhuset kunde barnet inte räddas, men kvinnan överlevde efter ett kejsarsnitt. Hon läcker ännu urin på grund skador efter den alltför långdragna förlossningen. Sedan dess har hon fött ett friskt barn genom kejsarsnitt och nu inkommit med värkar. Precis hur långt gången graviditeten är eller om hon är frisk vet ingen.

Kejsarsnittet går till ungefär som jag kan det. Anatomien är den samma. Men vi avslutar med att knyta av äggläderna på denna kvinna i 20-årsåldern. Sterilisering av kvinnan är det vanligaste preventivmedlet här. Medan en underläkare syr ihop huden med bomullstråd tänker jag att måtte den nya strategin att ge gravida kvinnor en slant för att komma på kontroller ge resultat.

Utanför operationssalen välkomnar mig en grupp nyfikna sjuksköterskor. De fotograferar mig med sina mobiltelefoner. Det är som om jag kom från en annan planet. Ändå jobbar vi med samma frågor. Samma typ av patienter. Fast med så olika förutsättningar.

Sara Hogmark
ST-läkare
KK Falun



Sara med operationsköterskor



Placenta



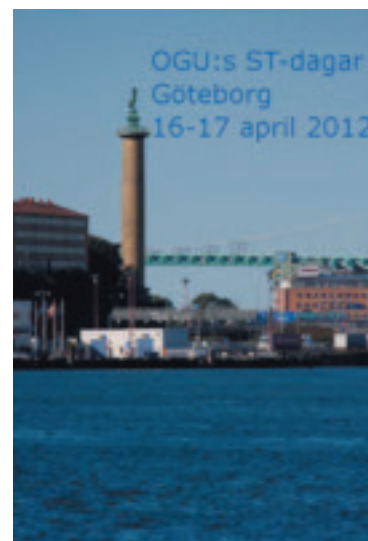
Välkomna till OGU:s ST-dagar i Göteborg 2012!

OGU:s ST-dagar är OGU:s egen utbildningskonferens som anordnas årligen. Under två dagar avhandlas matnyttiga vetenskapliga ämnen blandat med social samvaro. Under dessa dagar har du även möjlighet att träffa hela OGU:s styrelse och vara med och påverka OGU:s arbete genom att delta i årsmötet.

Årets tema är obstetrik och gynekologi i öppenvård.

Anmälan på www.ogu.se

Varmt välkomna den 16-17 april 2012.



Preliminärt program OGU dagar 2012, Göteborg

Måndag 16 april 2012

8.30-9.00	Registrering/FIKA
9.00-9.05	Inledning
9.05-9.45	Gravida med beroende/MVC <i>Joy Ellis</i>
9.50-10.20	Bäckensmärtor under graviditet <i>Annelie Gutke</i>
10.20-10.50	FIKA
10.50-11.30	Bartolinit, prolaps <i>Charlotte Greppe</i>
11.35-12.15	Varför läcker kvinnor, måste vi ha det så? <i>Corinne Pedroletti</i>
12.15-13.15	LUNCH
13.15-13.55	Bakteriell vaginos <i>PG Larsson</i>
14.00-14.40	OGU enkät, introduktion grupparbete
14.40-15.25	FIKA/Grupparbete/Återsamling
15.25-16.05	Graviditet och koagulation <i>Margareta Hellgren</i>
16.10-16.50	Kolposkopi <i>Cecilia Kärrberg</i>
16.50-17.00	Avslut

Tisdag 17 april 2012

8.30-9.10	Endometrios <i>Margita Gustafsson</i>
9.15-9.55	Infertilitet <i>Snorri Einarsson</i> ARG presentation
10.00-10.30	FIKA/ARG
10.30-11.10	HRT <i>Lars-Åke Mattsson</i>
11.15-12.15	OGU årsmöte
12.15-13.15	LUNCH
13.15-13.45	Aurora <i>Margareta Risenfors</i>
13.50-14.30	Tyroidea sjukdomar/diabetes under graviditet <i>Maria Bullarbo</i>
14.30-15.00	FIKA
15.00-15.40	Ungdomsmottagning <i>Lene Chidekel</i>
15.45-16.25	Preventivmedel <i>Ian Milsom</i>
16.25-16.30	Avslut

För mer information www.ogu.se

Benigna hysterektomier på rätt indikation

– en kvalitetsgranskning vid kvinnoklinikerna i Örebro län, Värmland och Uppsala.

BAKGRUND

Hysterektomi är den vanligaste större gynekologiska operationen i Sverige. Enligt "Öppna jämförelser" kan man dock se att frekvensen skiljer sig påtagligt mellan landstingen (1). Spridningen i landet låg år 2008 mellan 67 och 127/100000 kvinnor och åldersstandardiserad beräkning. Bland annat detta har under de senaste åren föranlett diskussioner om på vilka grunder operationen utförs samt om de övriga behandlingsalternativ som finns utnyttjas i tillräcklig grad.

Samtidigt, på uppdrag av Sveriges kommuner och landsting, SoS, SBU och Svenska läkarsällskapet, analyserade en arbetsgrupp inom SFOG den evidens som finns för hysterektomi vid benigna tillstånd. Slutsatserna har presenterats i ARG rapport nr 61 (2). De benigna tillstånd som leder fram till hysterektomi utförs, enligt rapporten, framför allt av två symtomgrupper; blödningsrubbningsar och symtomgivande myom. Dessa utgör tillsammans 85-90% av utförda operationer. Resterande indikationer utförs av smärta, endometriosis och prolaps, som gemensamt står för 15%.

I rapporten drar man slutsatsen att det i Sverige inte generellt finns skäl att förorda en minskning av antalet operationer i sig. Detta då antalet redan sjunkit de senaste 5-10 åren och då Sverige ligger lågt i operationsfrekvens jämfört med andra länder som Finland, England, Danmark och USA. Författarna presenterar dock en behandlingstrappa där i första hand icke-hormonell farmakologisk behandling, hormonell behandling och minimalinvasiva metoder, bör prövas vid menorrhagier. Fungerar dessa inte tillfredställande bör man dock inte dröja för

Lena Wijk, KK, Universitetssjukhuset i Örebro
Handledare: Kerstin Nilsson, KK, Universitetssjukhuset i Örebro

länge med att utföra hysterektomi. Vid myom med mekaniska symtom förordas operation, enukleation alternativt embolisering. Symtomlösa myom skall inte behandlas. Operationsmetoden bedömdes ha begränsad betydelse och grundinställningen ska vara att inte ta bort friska ovarier.

Då Örebro läns landsting under flera år haft en hög frekvens hysterektomier, år 2008 näst högst i landet med 114/100000 kvinnor, medan närliggande landsting t ex Sörmland, Västmanland, och Uppsala låg väsentligen lägre (1) ställde vi oss två frågor:

Varför ligger Örebro läns landsting högre i frekvens operationer än intilliggande landsting, och kan det förklaras av ev. bristande följsamhet till de rekommendationer som presenterats i ARG-rapport nr 61. Syftet med denna studie var att om möjligt försöka besvara dessa frågor.

METOD

Inbjudan gick ut till alla landsting i Uppsala-Örebroregionen att delta (Sörmland, Värmland, Västmanland, Gävleborg, Dalarna och Uppland). Två landsting utöver Örebro; Värmland och Uppsala, accepterade att delta. Till skillnad mot de övriga landstingen där alla operationer sker på det centrala sjukhuset opereras hysterektomier vid fyra sjukhus i Örebro läns landsting; USÖ, Lindesbergs lasarett, Karlskoga lasarett samt Capio Läkargruppen.

Från de patientadministrativa systemen identifierades alla patienter som opererats med hysterektomi år 2008 med operationskoderna LCD 10, LCD 04, LCC 10, LCD00, LEF 13. Patienter med malign diagnoskod sorterades bort varpå de övriga med benign diagnoskod inkluderades. Ett granskningsprotokoll, i pappersformat, utarbetades för genomgång av aktuella journaler (Faktaruta 1). Journaler för Uppsala, USÖ Örebro, Läkargruppen Örebro samt Lindesberg granskades av St-läkare Lena Wijk och för Karlskoga St-läkare Irene Sterpu, samt i Karlstad av St-läkare Leonidas Magirakis. Flera avstämningar och kontakter togs för att säkerställa att protokollet tolkats lika. Protokollen samlades sedan in och all vidare bearbetning och analys utfördes av Lena Wijk vid KK, USÖ.

Data infördes sedan och bearbetades i dataprogram SPSS, version 15.0. Data presenteras med deskriptiv statistik med absolut antal och procentuell andel. Data presenteras med absoluta tal fördelat på landstingen. Där beräkning gjorts mellan grupperna har jämförelsen gjorts med envägs ANOVA. Uppgift om antalet kvinnor i befolkningen i de aktuella landstingen inhämtades från SCB:s befolkningsregister.

RESULTAT

Patienter som opererats tillhörande annat landsting än de tre aktuella landstingen eller hemmahörande utomlands bortsorterades. Ett fåtal patienter (n=8) tillhörande Värmlands landsting opererades i Karlskoga. Deras siffror har inkluderats i Värmlands resultat.

Antal hysterektomier på benign indikation 2008 var totalt 230 st i Örebro, (164/100000 kvinnor), 159 st i Värmland

(115/100000 kvinnor) och 151 st i Uppsala (92/100000 kvinnor). Omräknat för åldersgruppen 30-79 år var antalet i Örebro 280/100000 kvinnor, i Värmland 193/100000 kvinnor och i Uppsala 181/100000 kvinnor. Siffrorna är beräknade utifrån SCBs befolkningsregister över aktuella län. Antalet operationer fördelade per indikation presenteras i tabell 1 som antalet op per 100 000 kvinnor. Indikationen totalt utgjordes i 61% av blödning/myom, 15% ovariell indikation, prolaps 13%, dysplasi 10%, övrigt 1% och fördelningen i de olika landstingen ses i tabell 1.

Då huvudinriktningen i vår frågeställning gällde följsamheten av de angivna riktlinjerna för behandling vid blödningssjukdom eller myom valde vi här efter att se separat på resultaten för den gruppen. Resterande resultat som presenteras gäller således enbart den gruppen.

Demografi

Ålder, BMI, tidigare bukoperationer totalt samt tidigare gynekologiska bukoperationer presenteras i tabell 2. Tidigare bukkirurgi inkluderar all form av bukirurgi inklusive laparoskopier. Statistiskt skiljde sig inte landstingen åt gällande demografiska förhållanden, förutom att patienterna i Värmland var något äldre.

Totalt 34% (27-44% spridning mellan landstingen) hade tidigare haft annan gynekologisk sjukdom. Detta utgjordes framför allt av dysplasier, endometrios, cystor, och infektioner. Majoriteten, 86% (80-90% spridning mellan landstingen) hade tidigare fött barn. 16% via sectio, och 79% via vaginala förlossningar.

Symtom/indikation för operation

Huvudsymtom utgjordes för den totala gruppen i 73% av meno-metrorragi och dysmenorré, fördelat på 57% menorrhagi, 7% metrorragi och 9% dysmenorré. Tryckkänsla och buksmärta utgjorde 20%. Resterande symtom; trängning, urinstämning, att själv ha känt en resistens, anemi, dyspareuni, ökat bukomsfång, urinläckage utgjorde <1% vardera. Det fanns inga påtagliga skillnader mellan landstingen. 1% hade inga symtom. Alla dessa (n=3) var myom. Många upplevde mer än ett symtom.

Vid operationen hade 17% haft symptom mindre än ett år. 37% hade haft symptom i 1-2 års tid, 28% i 3-5 års tid och 14% >5år medan 4% uppgav att de alltid haft symptom.

Behandling innan operation

Majoriteten, 68%, hade inte haft kontakt med vården längre än 1 år när operationen utfördes. Sjuttiofyra procent sökte direkt till gynekolog (69-80% spridning mellan landstingen). 71% hade fått någon annan form av behandling innan operation (56-84% spridning mellan landstingen) Inom gruppen med huvudsymtom meno-metrorragi var motsvarande siffra 81%. Den behandling som framförallt bidrar till ökningen är tranexamsyra som i den gruppen getts till 49%, medan hormonspiral och gestagener enbart ökar med ett par procentenheter vardera.

Femtiofyra procent angav bristande symtomkontroll, 6% biverkningar och 8% en kombination av detta som anledning till att bryta behandlingen. Biverkningarna utgjordes framför allt av humörpåverkan, ökad blödning, smärta samt

utstötning av IUP. De behandlingar som givits ses i Tabell 3. Väntetiden till operation var 1,8 månader (1,3-2,4 spridning mellan landstingen).

Operationsdata

Fördelningen av operationsmetoder ses i tabell 4. Indikationerna för SOE utgjordes i 31% av tekniska orsaker, i 27% uppges patientens eget önskemål, 22% pga ovariellt fynd och i 15% pga pre eller perioperativ malignitetsmisstanke. Operationstiden var i genomsnitt 85 minuter, blödningen 234 milliliter, vård dygn 3 dygn och sjukskrivningstid 30 dagar.

Komplikationer

Komplikationsfrekvensen ses i tabell 5. Perioperativa komplikationer utgjordes av blödning med transfusionsbehov (n=5), tarmskada (n=4), blåsskada (n=3) och uretärskada (n=1). Tidigt postoperativa komplikationer, definierade som uppkommande under vårdtiden, utgjordes av blödning med transfusion (n=12), vaginaltopps hematoma (n=7), blödning krävande reoperation (n=5), UVI (n=2),

Tabell 1
Antal opererade/100 000 kvinnor och indikation

	Örebro n=164 (%)	Värmland n=115 (%)	Uppsala N=92 (%)
Blödning/myom	92 (56)	81 (70)	55 (60)
Ovariellt	31 (19)	10 (9)	14 (15)
Prolaps	30 (18)	8 (7)	9 (10)
Dysplasi	11 (7)	13 (11)	12 (13)
övrigt	0 (0)	3 (3)	2 (2)

Tabell 2
Bakgrundsfaktorer avseende ålder, BMI, och tidigare bukoperationer.

	Totalt n=330 (%)	Örebro n= 129 (%)	Värmland n=111 (%)	Uppsala n=90 (%)
Ålder				
<=34	7 (2)	4 (3)	2 (2)	1 (1)
35-44	137 (42)	65 (50)	34 (31)	38 (42)
45-57	178 (54)	58 (45)	71 (64)	49 (54)
>=58	8 (2)	2 (2)	4 (4)	2 (2)
BMI				
<20	11 (4)	3 (3)	4 (5)	4 (5)
20-24,9	115 (40)	43 (37)	38 (45)	34 (41)
25-30	97 (34)	45 (38)	26 (31)	26 (31)
>30	51 (18)	22 (19)	14 (17)	15 (18)
>35	10 (4)	4 (3)	2 (2)	4 (5)
Tidigare buk op	184 (56)	79 (61)	51 (47)	54 (60)
Tidigare abdominell gynop	109 (33)	45 (35)	29 (26)	35 (39)

bukväggshematom (n=2) och sårinfektion (n=2). Sena postoperativa komplikationer, dvs efter vårdtiden, utgjordes av UVI (n=20), sårinfektion (n=15), hematom i vaginaltoppen (n=12). Resterade utgjordes av enstaka fall av komplikationer av olika typer av infektioner, smärtor, blödningar, påverkan på urinvägar eller tarmar.

10% (n=31) uppger kvarstående besvär efter 6 månader. Av dessa uppger 12 personer smärta, fem klimakteriebesvär, och fyra upprepade UVI eller uretritbesvär. Om man betraktar klimakteriebesvär som förväntade vid borttagande av SOE blir den aktuella siffran 8% (n=26). Av de tolv personer som angav kvarstående smärta, hade enbart fyra uppgett buksmärta som huvudsymtom innan operationen. För ytterligare tre fanns dysmenorré eller buksmärta med som en del av symtombilden. För fem personer fanns ingen tidigare smärtanamnes.

DISKUSSION

Sammanfattningsvis visar denna studie att indikationen för benigna hysterektomier till majoriteten utgörs av blödningsproblem och myom, men att en större andel än väntat har annan indikation. Vi har inte funnit något uppenbart som skiljer handläggningen preoperativt i Örebro läns landsting från de andra två. Rent allmänt finns utrymme för alla tre landsting till bättre följsamhet till de givna behandlingsrekommendationerna.

Vid jämförelse av frekvensen operationer i register som t ex Öppna jämförelser, är det viktigt att ha i åtanke vad siffrorna egentligen visar. Vid en operation som hysterektomi, som innefattar olika symptom och diagnoser som indikation, bör man vara extra försiktig att dra slutsatser utan att närmare granska resultatet. Vår studie är ett försök till detta. Genom granskning av patientjournalen har vi mer detaljerat kunnat få ut den önskade informationen. Granskning av

journaler besitter dock välkända brister. Dessutom är information om tiden efter operation ofullständig, då flera besöker annan vårdenhet än det opererande sjukhuset. Där det funnits uppföljande enkäter har dessa uppgifter inkluderats men andelen av enkäter, har skilt sig åt vid de olika sjukhusen. Det är dessutom inte säkert att urvalet från 3 landsting är representativt för övriga delar av Sverige. Det kan invändas att data nu finns att hämta ur färdiga register t ex gynopregistret. Data från Örebro läns landsting var under aktuell tidsperiod inte fullständig i registren och flera av de parametrar studien sökte svar på fanns inte att finna där.

Till skillnad mot siffror och slutsats ur ARG-rapport nr 61 visar denna studie en större andel operationer utförda på annan indikation än blödning och myom som där ffa ovariell indikation, tillsammans med prolapsindikation, också utgör en betydande andel i alla de inkluderade landstingen. Den aktuella diskussionen om frekvensen av hysterektomier i tidigare artiklar har främst berört gruppen blödningar och myom (2,3). Om detta resultat gäller även i andra delar av Sverige är det ett område för vidare analys och diskussion. För en del av operationerna på ovariell indikation finns säkert även indikation för hysterektomi. Men frågan kvarstår om vi ser på uterus som ett organ som när barnafödandet är över har spelat ut sin roll och kan tas bort när ändå operation av ovarierna utförs. I annat fall kanske en del av dessa hysterektomier kunnat undvikas och enbart ooforektomi utföras.

Vi kunde inte se någon tydlig skillnad i bakgrund eller symtombild mellan landstingen. Åldrarna på de opererade rörde sig som förväntat ffa kring sen menstruerande och perimenopausal ålder. Andelen som tidigare blivit opererade förefaller hög. Vid kontakt med Socialstyrelsen uppges i en studie att 11,8% av kvinnor i åldern 35-59 år genomgått tidigare bukkirurgi (personligt meddelande) (4). Kanske har dessa kvinnor tidigare haft positiva upplevelser av operationer och därför ser det som ett bra alternativ på även detta problem. Hälften 54% har inte haft symptom mer än 2 år och ytterligare 28% inte mer än 5 år.

Tabell 3

	Totalt n=329 (%)	Örebro n=128 (%)	Värmland n=111 (%)	Uppsala n=90 (%)
NSAID	24 (7)	11 (9)	4 (4)	9 (10)
Tranexamsyra	126 (38)	57 (44)	24 (22)	45 (50)
Gestagen	11 (33)	58 (45)	29 (26)	23 (26)
Hormonspiral	83 (25)	31 (24)	23 (21)	29 (32)
Endometriedestruktion	10 (3)	4 (3)	2 (2)	4 (4)
Myomoperation	18 (6)	7 (6)	5 (4)	6 (7)
GnRH	15 (5)	8 (6)	2 (2)	5 (6)
Järn	46 (14)	14 (11)	0 (0)	32 (36)
P-piller	23 (7)	9 (7)	1 (1)	13 (14)
Abrasio/polypektaktion	41 (12)	11 (9)	4 (4)	26 (24)
Ingen behandling	94 (29)	31 (24)	49 (44)	14 (16)

Tabell 4

	Totalt n=330 (%)	Örebro n=129 (%)	Värmland n=111/107 (%)	Uppsala n=90 (%)
Abdominell total	228 (69)	88 (68)	56 (50)	84 (93)
Abdominell subtotal	23 (7)	16 (12)	4 (4)	3 (3)
Vaginal	79 (24)	25 (19)	51 (46)	3 (3)
Ensidig SOE	35 (11)	12 (9)	8 (7)	15 (17)
Bilateral SOE	30 (9)	10 (8)	6 (6)	14 (16)

Tabell 5

	Totalt n=330 (%)	Örebro n=129 (%)	Värmland n=111 (%)	Uppsala n=90 (%)
Peroperativt	14 (4)	5 (4)	4 (4)	5 (6)
Tidigt peroperativt	34 (10)	6 (5)	21 (19)	7 (8)
Efter vårdtid	68 (21)	29 (22)	27 (24)	12 (13)

Väntetiden till operation är för alla mycket kort. Detta talar för att vi besitter god tillgänglighet men hög tillgänglighet kan föranleda mindre benägenhet till att utprova andra behandlingsmetoder fullt ut. Studier visar att hormonspiral minskar blödningsmängden med 70-96%, tranexamsyra 30-60% och NSAID utöver sin smärtstillande effekt minskar blödningsarna med 20-50%. Med minimalinvasiva metoder, (dvs endometriresektion alternativt ablation) blir 40% amenoriska och det är en effektiv väg till att minska menorrhagi. (2,5) I denna studie förefaller det som om vi alla har behov av att öka användningen av hormonspiral, hysteroskopiskt borttagande av myom och minimalinvasiva metoder.

Man kan invända att denna studie ser på de som kommer till operation och då torde utgöra den grupp där behandlingen de fått inte fungerat, men fortfarande har 29% inte fått någon behandling alls. De mest osäkra siffrorna gäller användandet av NSAID och Tranexamsyra då de går att köpa receptfritt, samt att vår uppfattning är att detta inte alltid journalförs. Uppgifter från apotekets försäljning av tranexamsyra 2008, uppger att den receptfria försäljning i DDD (antalet sålda definierade dygnsdoser) utgör 30% av totala försäljningen (6). För NSAID finns inga relevanta siffror att tillgå då indikationen för den behandlingen är mångfaldig. Det torde nog ändå vara fler som borde få prova dessa enkla behandlingar som ett första steg än vad vi sett här. Enligt en ny Cochrane-rapport genomgår dock 58% av de som fått peroral medicinsk behandling hysterektomi inom 2 år (7). Även användningen av hormonspiral i vår studie innan operation var påfallande låg. Även om kirurgisk åtgärd vid menorrhagi i studier är effektivare på att minska blödningsmäng-

den efter ett år, verkar nöjdhetsgraden och QoL inte överstiga den vid användning av hormonspiral. Flertalet med hormonspiral går inte heller vidare till kirurgi inom 3 år; 12% efter ett år och 30% efter 3 år. (7)

Operationstekniskt ser vi att abdominal total hysterektomi utgjorde den betydande majoriteten av operationer, där Värmland stod för störst andel vaginala operationer, vilket i litteraturen idag är rekommenderat (8).

Vi fann inga stora skillnader beträffande komplikationsfrekvensen peroperativt. Komplikationsfrekvensen efter vårdtiden utgör de mest osäkra data, då annan vårdgivare inte kunnat innefattas. Troligen ligger den verkliga siffran högre. De faktiska talen är dock små och osäkerheten stor. Enligt rapport från gynopregistret uppgav kvinnorna själva i 71% att de varit komplikationsfria, vilket stämmer väl med våra fynd (9). Säkerhet vid operation på benign indikation är väsentlig. I denna studie är de flesta komplikationer kortvariga och behandlingsbara. I en dansk studie fann man att 31,9% uppgav kroniska smärtor, definierat som ett år efter benign hysterektomi, och riskfaktorerna för det var smärtor preoperativt antingen som del i besvären eller smärtproblem på andra ställen i kroppen, samt att man genomgått sectio (10). I vår studie uppgav en lägre andel 4%, kvarvarande smärtor vid 6 månader. Den danska studien är dock en prospektiv studie gjord via enkäter och vår studie hämtar enbart resultat från journaler varför den verkliga andelen med smärta kan vara större.

Tre landsting utgör bas för resultaten, men eftersom det är små tal har vi valt att presentera data i absoluta tal och inte som skillnader. Vår studie bekräftar resultaten att Örebro läns landsting ligger högre i frekvens än närliggande landsting i fre-

kvens av hysterektomier. Detta gäller för indikationen blödningar/myom, men även i minst lika hög grad gällande ovarial indikation och prolaps. I våra resultat kunde vi inte finna att Örebro läns landsting generellt använde sig av andra behandlingsalternativ i mindre grad än de andra landsting.

Slutsatsen blir att det är viktigt med korrekt information och öppenhet gällande de risker kvinnan utsätter sig för inför operationen, och god presentation och tillgänglighet av alla behandlingsalternativ som finns, så att hon kan fatta ett välgrundat beslut inför val av behandling av denna i grunden benigna åkomma.

FAKTARUTA

Registrerade uppgifter

- Bakgrundsfaktorer: ålder, längd och vikt för BMI-beräkning, yrke (vilket sedan ströks då uppgiften saknades i många journaler), tidigare gynekologiska sjukdomar, tidigare bukoperationer och tidigare förlösningar.
- Symtom och behandling preoperativt: huvudsymtom och övriga symtom, symtomdebut. Tidpunkt och vårdnivå för första kontakt. Andra behandlingsåtgärder och orsak till att man upphört med dessa.
- Operation: väntetid, operationsindikation, operationsmetod, operatörens antal och kompetens, operationstid, blödningsmängd, vårdtid samt antibiotikaproyfax.
- Komplikationer: intraoperativt, under vårdtiden samt postoperativt (inom 6 månader). Kvarstående besvär efter 6 månader.
- Eftervård: egen kontakt eller planerat från vårdgivare, samt sjukskrivningslängd.

Referenser

1. Öppna jämförelser av hälso och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2008.
2. ARG rapport nr 61, 2009 Hysterektomier vid icke maligna tillstånd.
3. Lagercrantz S. Ån styr de lokala traditionerna om livmodern tas bort. Dagens Medicin 2010, bilaga kvinnohälsa.)
4. Personligt meddelande socialstyrelsen, Anders Jacobsson.
5. Lethaby A, Shepperd S, Farquhar C, Cooke I. Endometrial resection and ablation versus hysterectomy for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database of Systematic Reviews 1999, Issue 2. Review content assessed as up-to-date: May 2009.
6. Personligt meddelande, Max Wirén, läkemedelsanalytiker på Apotekens Service AB.
7. Marjoribanks J, Lethaby A, Farquhar C. Surgery versus medical therapy for heavy menstrual bleeding, Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 2.
8. Nieboer TE, Johnson N, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R, van Voorst S, Mol BWJ, Kluivers KB. Surgical approach to hysterectomy for benign gynecological disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 3.
9. Öppna jämförelser av hälso och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2010.
10. Brandsborg B, Nikolajsen L et al. Risk Factors for Chronic Pain after Hysterectomy, Anesthesiology 2007; 106:1003-12.

Kvalitetsarbete under ST

Kvalitets- eller förbättringsarbete har länge varit eftersatt inom vården. Vi ligger långt efter andra viktiga samhällsfunktioner som t ex flygsäkerhet. Enligt en rapport från Socialstyrelsen 2008 så drabbades 8,6% av patienterna i Sverige av skador orsakade av vården varav 10% blir bestående och 3% avlider direkt eller indirekt. Kort sagt: nästan 10% av alla patienter skadas alltså i en verksamhet som syftar till det motsatta. Detta indikerar ett missförhållande. Ett missförhållande som delvis kan beskrivas som ett gap mellan vetenskap och praxis, dvs att det finns en skillnad på vad vi vet och vad vi gör. Utmaningen med med kvalitetsarbetet är att fylla detta gap. Kvalitetsarbetet syftar även till att göra vissa processer smidigare och mer effektiva eller till att uppdatera olika dokument på kliniken för en god evidensbaserad kvalitet.

I socialstyrelsens föreskrifter om den nya ST-utbildningen från 2008 finns krav på att dels utföra ett vetenskapligt arbete och dels ett kvalitets- eller förbättringsarbete. De flesta specialistföreningar har framtagit egna riktlinjer för det vetenskapliga arbetet men ganska lite finns skrivet om kvalitets- eller förbättringsarbetet. I socialstyrelsens föreskrift står:

”Den specialistkompetente läkaren skall ha kunskap om och kompetens i evidensbaserat förbättrings- och kvalitetsarbete. Målet är att kunna initiera, delta i och ansvara för kontinuerligt systematiskt förbättringsarbete med betoning på helhetssyn, patient-säkerhet, patientnytta, mätbarhet och lärandestyrning för att kritiskt kunna granska och utvärdera den egna verksamheten.”
SOSFS 2008:17

Peter Arnfelter, ST-läkare, KK, Södersjukhuset, webmaster OGU
Malin Sundler, ST-läkare, KK, Lund, vice ordf OGU

Enligt delmål 20 skall förbättringsarbete redovisas muntligt och att det godkännes av handledaren skriftligt. Enligt SFOG:s rekommendationer skall arbetet EJ inrymmas i de av SFOG rekommenderade 10 veckorna för det vetenskapliga arbetet.

Det finns stora skillnader i utförandet mellan vetenskapligt arbete och kvalitets- eller förbättringsarbete. Det vetenskapliga arbetet syftar främst till att ta fram ny kunskap, visa vad en metod kan åstadkomma på ett generaliserbart sätt på en tydligt definierbar grupp. Kvalitets- eller förbättringsarbetet syftar mer till att förbättra befintlig verksamhet. I kvalitets- eller förbättringsarbete finns inga krav på generaliserbarhet, men det skall kunna utvärderas. Utvärderingen kan bestå av att man tar reda på hur det är före och jämför med hur det blir efter en åtgärd. Har man vunnit tid, fått färre komplikationer etc? Givetvis så kan begreppen flyta in i varandra exempelvis när ny kunskap skall implementeras på en arbetsplats (t.ex. Semmelweis) och det används något annorlunda metodik för kvalitets- eller förbättringsarbetet.

Tips

Kvalitets- eller förbättringsarbete är nödvändigt för att kvalitetssäkra vården och det är enormt viktigt att vi läkare aktivt deltar och helst leder arbetet. Men som ST-läkare och oftast ganska ny på en

arbetsplats är det ju inte helt enkelt att ”bara börja förbättra”. Men fördelen är att det sällan krävs etiska tillstånd och att man kan hålla det småskaligt, vilket faktiskt gör det mindre komplicerat än att starta ett vetenskapligt projekt.

Här följer några tips på typer av arbete som tidigare gjorts:

- Händelseanalys. Fråga Din verksamhetschef om det finns någon analysgrupp att ingå i. På de flesta arbetsplatser pågår kontinuerligt arbetet i sådana grupper.
 - Patientinformation.
 - Revidera ett PM.
 - Göra ett målstyrt utbildningsprogram för ST-läkare
 - Medverka i en arbetsgrupp för att förbättra effektiviteten eller flödet i en process på kliniken. T ex starta en inskrivningsmottagning, förbättra vårdkedjan för en viss patientgrupp etc
 - Göra en förbättrad läkarintroduktion
- Exemplen är många. Det är fritt fram att själv starta upp något när man känner frustration. Ta hjälp av handledare och verksamhetschef för att starta och driva igenom arbetet.

Ytterligare info och källor

”Vägen till Specialist-handledning och lärande för läkare i ST”, Egidius, Erwander, Studentlitteratur 2002 s 80-84

”Förbättringskunskap bör tillämpas i förändringsarbetet inom vården” artikel i LT Nr 34, 2002 sid 3312-3314

”Att komma igång med förbättringsarbete” Länk till BLU (Barnläkarnas yngre-förening) ■

Reseberättelse:

ENTOG-utbyte Storbritannien 2011

Årets ENTOG-utbyte var i Storbritannien 2-7 maj. Vi var två ST-läkare som med ett stipendium på upp till 10 000 kronor från OGU fick möjligheten att åka ifrån Sverige. I år var 23 av ENTOGs 29 medlemsländer representerade. Förutom att träffa ST-läkare från hela Europa får man också en möjlighet att auskultera och få insikt om ST-utbildningen där man är.

I Storbritannien är läkarutbildningen 5 år. Efter det gör man 2 "foundation years" motsvarande vår AT. Första året är 4 månader kirurgi, 4 månader internmedicin och 4 månader valfri klinik. Andra året är 4 månader allmänmedicin och 2 x 4 månader valfria kliniker, till exempel "Women's health". Efter det ansöker man om vidare utbildning inom den specialitet som man önskar ägna sig åt. STn inom obstetrik och gynekologi är 7 år lång och inkluderar ingen sidoutbildning överhuvudtaget. Man roterar genom hela STn, ett år per sjukhus vilket ger en blandning av storlek och specialiseringsgrad. De första två åren är grundträning, innan man går vidare till år 3 måste man klara en tenta. År 3-5 är "intermediate training" och innan år 6 gör man ytterligare en tenta som man måste klara för att få fortsätta. De sista två åren; 6 och 7, är "advanced training". Under de två åren ingår att man gör minst två "Advanced training skills modules" (ATSM) som till exempel sexuell hälsa, benign kirurgi, avancerad förlossning eller fostermedicin. Tanken är att man ska välja dessa utifrån vilken typ av tjänst man sedan tänkt sig som färdig. Man kan istället för ATSM välja att söka till subspecialitetsträning som tar 2-3 år. Subspecialiteterna är urogynekologi, sexuell och reproduktiv hälsa, maternell- och fostermedicin, reproduktiv medicin samt

gynekologisk onkologi. Under hela STn utvärderas man kontinuerligt, både med avseende på rent tekniska färdigheter som basal kirurgisk kompetens och mer mjuka variabler som etik och kommunikation. Efter avslutad ST är man "Consultant" vilket i stort sett motsvarar överläkare. Vårt mellanskikt som specialisläkare finns alltså inte. Medelarbetstiden per vecka är 48h och lönen är fast och inkluderar jourer. Föräldraledigheten är i princip fortfarande för mammor, men långsamt börjar även pappor få möjlighet till en kortare tid. Man har ingen garanterad jourfrihet under graviditeten, det får förhandlas från fall till fall.

Jag, Paula, bodde hemma hos Maud i Bristol. Maud var ordförande i den lokala organisationskommittén (L.O.C.) men tog ändå emot både mig och Alexia, en ST-läkare från Portugal, med öppna armar. Maud jobbar detta år i Bath på Royal United Hospital (RUH), så dit följde jag med knappt 4 dagar. Våren i England har varit ovanligt torr och varm och vi hade härliga försommarskvällar på uteserveringarna på de lokala pubarna i Clifton, Bristol. Måndagen var egentligen Bank holiday och alla var fortfarande i yra efter prinsbröllopet fredagen innan. Utmärkt tillfälle att följa jourverksamheten med andra ord. I Bath är det ca 4000 förlossningar per år och barnmorskorna är liksom här självständiga

med eget ansvar så länge förlossningen är normal. ST-läkaren (registrar) sköter det löpande med hjälp av en GP registrar (ST-läkare inom allmänmedicin) som har 6 månader gynekologi i sin utbildning. The consultant motsvarar överläkaren och är i regel hemma under jourtid om det är en van ST. GP STn tar i princip akuta gynpatienter och frågor från gynavdelningarna men även lättare obstetriska frågeställningar. På RUH så är det också de som sätter infarter. Något som skiljer sig från den svenska sjukvården är att mycket mer är regionalt styrt. På vissa sjukhus sätter t ex sjuksköterskor nålar, på andra inte. På tisdagen var jag en halvdag på sjukhusets fertilitetsklinik. Där blev också det regionstyrda tydligt. Samma utredning och behandling för alla men beroende på vilken del av upptagningsområdet paret bodde i fick de statlig finansiering i 1 till 3 cykler, förutsatt att de uppfyllde samma typ av baskriterier som vi har i Sverige som t ex ålder. En cykel med stimulering, äggplockning och återförande av embryo kostar ca 4000 pund medan införandet av tidigare frysta embryon kostar några hundra. När man inte opererar eller är jour är smart clothes dress code. Det är inte längre så strikt som det varit, så i princip hel och ren men inte jeans, gympaskor eller öppna skor. Slipsen blev förbjuden av hygienskäl för några år sedan liksom långa

ärmar. En halvdag gick jag med på antenatalklinik som motsvarar en svensk specialismödravård. På alla delar av kliniken arbetar den ansvariga överläkaren parallellt med de mer komplicerade fallen så att ST-läkaren i tjänst kan konsultera vid behov. Mitt i mottagningen stod det plötsligt en dukad bricka med te och kakor på expeditionen. Jag trodde nog att britternas tedrickande var en något överdriven myt, men icke. Det finns alltid tid för te. Gärna med shortbread till. I Bristol finns det en stor population somalier och en dag per vecka har ett av de större sjukhusen där en somalisk antenatalklinik med fast anställda tolkar. Onsdagen var operationsdag. Innan första operationen hade operationssalens personal snabb genomgång av dagen. Narkosläkaren gör mycket av det som narkosköterskorna gör i Sverige och sitter på sal i princip hela tiden. Det mesta sövs på larynxmask efter spinal, även hysterektomier. Postop är precis utanför dörren vilket gör att patienten inte behöver väckas på sal. Man rullar ut patienten med larynxmasken och så väcker personalen på UVA. Förutom gynekolog och anestesilog var det 5 sjuksköterskor eller assistenter på salen som sinsemellan delade på alla uppgifter; opsköterska, narkosköterska, handräckning. Sinsemellan roterade de uppgifter mellan operationerna. Torsdagen spenderade jag på "early pregnancy clinic" (epc). Alla med graviditeter upp till 12 veckors längd kan remitteras dit från akuten eller mvc. I Storbritannien är det än så länge framförallt radiologer som utför ultraljud, så de kvinnor som kommer jourtid för t ex blödning i tidig graviditet får komma tillbaka till epc dagen efter för ultraljud och därefter gynekologisk bedömning. Man kommer med remiss i handen kl 8 och tar en nummerlapp. Alla bedöms i turordning. Graviditeter med 12-22v längd bedöms på gynakuten. Det arbetas på elektroniska journalssystem men än så länge är allt i pappersform. Jag kan inte påstå att jag alltid är vän med Take Care och Obstetrix som vi använder hos oss men efter att ha betraktat läkare och barn-

morskor skriva journaler och formulär för hand, emellanåt i flera exemplar, känner jag mig mer nöjd mer vår lösning.

Jag, Nora, auskulterade på Whythenshawe Hospital som är ett av Manchesters större sjukhus med ca 3500 förlösningar om året och en stor gynekologisk verksamhet inklusive gynekologisk cancerkirurgi.

Första auskultationsdagen började med ett förmiddagspass på min värdläkare Andreas "gynae clinic" en allmän gynekologisk mottagning där patientklientelet liknade mitt i Värnamo. Skillnaden var dock att alla patienter var remitterade från sina allmänläkare som ofta redan hade gjort ganska mycket med patienten. Patienterna togs emot i ett ca 10 kvm stort rum där anamnesen togs upp och till min förvåning även utfördes den gynekologiska undersökningen med patienten liggande på en brits och läkaren böjande ner sig från sidan för att föra in spekulomet. En rätt ovanligt arbetsställning för en svensk gynekolog. Engelska doktorer är dock vana vid det och lyckas utan problem ta pipelle eller sätta in en spiral. Efter att ha letat efter en ultraljudsmaskin utan framgång fick jag veta att all gynekologisk och större delen av det obstetriska ultraljudet utförs av speciellt tränade bilddiagnostiker. Eftersom dessa kör ultraljud hela dagen är det hög kvalitet på ultraljud i England men å andra sidan kan det bland annat leda till vissa fördröjningar: En patient tex. hade varit på spiralkontroll hos sin distriktsläkare som vid gynekologisk undersökning inte kunnat se några spiraltrådar och remitterade patienten till gynekolog för utredning. Andrea kunde inte heller se några spiraltrådar och remitterade patienten vidare till en ultraljudsundersökning som skulle göras ca 2 veckor senare. Svaret på undersökningen kommer därefter kommer till Andrea som åter tar kontakt med patienten...

Efter en god lunch i sjukhusets nyrenoverade matsal fick jag följa med en av överläkarna s k Consultant på hans gynonkologmottagning. Han hade en del patienter som skulle opereras inom kort

men även patienter som kom för PAD-besked efter operation och planering av fortsatt behandling. Till sin hjälp hade han en ST-läkare som tog upp anamnesen och förundersökte patienterna och ett antal specialiserade onkologsjuksköterskor. Patienterna - och även jag - bemöttes på ett väldigt bra, trevligt och professionellt sätt och de fick mycket information både muntligt och skriftligt. Den utförliga informationen beror sannolikt till viss del på det så kallade "informed consent" där den brittiska lagen säga att patienten måste skriva på ett papper att hon har fått information om ingreppet och är medveten om alla risker det innebär innan hon kan opereras.

Min andra dag på sjukhus började med ett pass på förlösningen. På morgonen samlas all berörd personal och går igenom dagens elektiva sectio samt alla patienter som är inlagda på förlösningen. På grund av att det varken fanns datoriserade journaler eller rutinmässig användning av partogram och inte heller någon möjlighet att övervaka CTG kurvorna centralt var det svårt att få en överblick över patienterna på förlösningen och förlösningsskedet de befann sig i. För övrigt är systemet på förlösningen ganska likt det svenska, barnmorskorna tar hand om alla normala förlösningar och tillkallar läkare vid behov. Läkarteamet på förlösningen består av en överläkare, en ST-läkare som har gjort mer än 2 år och en ST-läkare som har gjort mindre än 2 år. Ansvarsfördelningen mellan dem verkade inte alltid helt klart och i mina ögon gjordes det en del dubbelarbete. Bemötandet gentemot mig var som överallt på sjukhuset vänligt och öppet och många var intresserade av Sverige och framförallt obstetrikern som de hade hört mycket gott om. "Ni är ju världsbäst på obstetrik, vi brukar alltid jämföra vår statistik med era siffror" sa en av läkarna. "Hur lyckas ni med så låga snitt- och induktionsfrekvenser" var också en typiskt fråga som jag fick höra upprepade gånger både av läkare och barnmorskor. Självt ligger de på en sectiofrekvens runt 25%, induktionsfrekvensen fick jag

inga tydliga siffror på. De har ca 8% operativa vaginala förlossningar och använder i mer än 50% av fallen tång, en del var väldigt förvånade att vi i Sverige nästan enbart använder sugklocka, en metod som många brittiska läkare tyckte var klart sämre än tång. Jag hade hoppats kunna vara med på en tångförlossning men så blev dessvärre inte fallet under min förmiddag på förlossning.

Lunchen intogs under ett onkologmöte där både onkologer, patologer, radiologer och gynekologer diskuterade patienter via videokonferens. Det användes mycket datorer och teknik vilket var en tydlig kontrast jämfört med förlossningen och även gynnottagningen.

Under eftermiddagen var det ST-utbildning som läkarna har varje onsdagseftermiddag under ca 3 timmar. En av överläkarna höll en bra undervisning om koagulationsrubbnings- och graviditet och därefter hade vi en trevlig pratstund där jag återigen fick många intresserade frågor om det svenska sjukvårdssystemet. Det enda jag saknade var ett gott svenskt kaffe.

Efter en avslutande rond på BB tillsammans med Andrea och hennes konsultant lämnade vi sjukhuset ca 17:30 vilket var ganska tidigt.

Sista dagen i Manchester började med ytterligare en förmiddag på Whythenshawe Hospital, den här gången fick jag följa med på en antenatal diabetesclinic som hölls av ett multidisciplinärt team med en obstetriker, en endokrinolog, en ST-gyn/obs och en ST allmänmedicin. Det fanns även en diabetesbarnmorska, en diabetessjuksköterska samt en dietist. Patienterna hade var sitt rum och personalen turades om med att komma in till patienterna. Återigen fick jag ett väldigt trevligt bemötande och kunde ställa hur många frågor som jag ville.

Efter detta pass var min tid i Manchester slut och under eftermiddagen gick mitt tåg mot London och ENTOGs möte på Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, RCOG.

Tre utbytesläkare från Holland, Ryss-

land och Frankrike att berättade om sina erfarenheter och intryck som de hade samlat under utbytet. Alla hade ungefär likadana erfarenheter av det brittiska systemet med hade ju helt andra förutsättningar att jämföra sina intryck med så detta var en väldigt intressant programpunkt.

Senare under förmiddagen hölls det en typiskt brittisk debatt om nyttan med sidoutbildning inom andra specialiteter under ST. Debatten började med en allmän omröstning om hur många tyckte att sidoutbildning var bra och hur många som inte tyckte att det var bra. Det fanns en klar majoritet för att sidoutbildning var bra. Därefter följde en pro-condebatt där man först argumenterade för nyttan med en sidoutbildning inom andra specialiteter. De betonade speciellt vikten med att randa sig inom kirurgi och narkos för att lära sig den basala kirurgiska tekniken och hur bedövning och smärtlindring fungerar. De föreslog även ranning inom klinisk genetik, neonatologi och patologi för att se helheten. Considan argumenterade mot sidoutbildning. Deras främsta argument var att all ranning tar tid ifrån utbildningen inom ens egen specialitet och att man skaffa sig en del kunskaper som visserligen är kul att kunna som tex. sätta in navelskateter men som man aldrig kommer använda senare under sitt yrkesliv. Efter en intressant diskussion var det dags för omröstning igen och det visade sig att emot teamet hade lyckats vinna över några på sin sida eftersom även om majoriteten fortfarande favoriserade sidoutbildning hade en del ändrat sin uppfattning och röstade emot sidoutbildning.

Efter en god lunch i RCOGs fräscha, fina lokaler handlade eftermiddagen om simulatorträning och simulering av obstetriska och gynekologiska akutsituationer. Alla föreläsare förespråkade simulationsträning och de flesta tyckte att det behövdes mer möjligheter att träna i simulatorn. Dr Jeanne Mette Goderstad från Norge berättade om ett projekt där en del nya ST-läkare fick träna laparoskopiskt i LapSim innan de fick tillstånd att

laparoskopiskt operera en riktig patient. Det visade sig att de som hade tränat i LapSim innan hade mycket bättre resultat på sin första operation än de som inte hade gjort det. Dr Nazar Amso (UK) höll ett föredrag om både abdominell och vaginal ultraljudsimulation som tydligen också har givit goda resultat. I pausen och även efter att dagens program var avslutat hade vi möjlighet att praktiskt testa både LapSim, ultraljudssimulatorn och en nyutvecklat modell som kallas LASTT i vilken man också kan träna laparoskopiskt.

En knapp vecka ger naturligtvis bara en vag försmak av hur sjukvården och ST utbildningen ser ut i ett annat land men det var roliga och inspirerande dagar. Skönt att få lyfta blicken och se saker vi gör i Sverige som kan bli bättre men också se allt det vi gör som är bra och som fungerar! Nästa år kommer utbytet att vara i Estland, sök om du har chansen!

Tack ENTOG, OGU och våra värdar för en fantastisk vecka

Nora Hanflier-Wolfrum
ST-läkare, KK, Värnamo
Paula Enler-Skyttberg
ST-läkare, KK, Södertälje

Att fråga om våldsutsatthet som en del i anamnesen

– presentation av en rapport från Nationellt centrum för kvinnofrid.

Våld i nära relationer är vanligt i alla samhällen. I den svenska studien Slagen dam från 2001 hade nästan hälften av de tillfrågade kvinnorna varit utsatta för våld av en man någon gång efter sin 15-årsdag och en tredjedel hade upplevt våld i en nära relation med en man. I länder som USA, Kanada och Australien har man länge förespråkat att frågor om våldsutsatthet ska ställas som rutin inom hälso- och sjukvården. De negativa konsekvenserna av våldsutsatthet för hälsan har beskrivits i ett stort antal studier både från Sverige och från andra länder. Inom regeringens handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer (Skr 2007/08:39) fick därför Nationellt centrum för kvinnofrid vid Uppsala universitet i uppdrag att utveckla metoder för hälso- och sjukvården att tidigt identifiera våldsutsatthet hos kvinnor för att säkerställa ett adekvat omhändertagande.

Kvinnor som lever med hot och våld upplever sin situation som skamfylld och berättar sällan spontant hur de har det. Stenson visade emellertid i sin avhandling *Men's violence against women – a challenge to antenatal care* (2004) att kvinnor i de flesta fall inte har något emot att frågan om våld ställs inom mödrahjälsvården. Detta har bekräftats av Wendt m fl. i senare svenska studier, där kvinnor tillfrågats i samband med cellprovtagning.

Cirka hälften av barnmorskemottagningarna i Sverige uppgav 2008 att de har vårdprogram för att fråga om våldsutsatthet. Utanför mödrahjälsvården är det ovanligt att man har som rutin att fråga kvinnor efter våld då de söker vård.

Anna Berglund, mödrahjälsvårdsöverläkare, Nationellt centrum för kvinnofrid vid Uppsala universitet,
Gun Heimer, professor, överläkare, föreståndare för Nationellt centrum för kvinnofrid vid Uppsala universitet
Åsa Witkowski, barnmorska och verksamhetschef för kvinnofridsmottagningen vid Akademiska sjukhuset i Uppsala



Regeringsuppdraget till NCK resulterade i rapporten *Att fråga om våldsutsatthet som en del i anamnesen*, en antologi där svenska forskare och experter från olika verksamhetsområden inom hälso- och sjukvården sammanfattade kunskapsläget och sin egen forskning i ämnet. Rapporten skickas nu ut till alla specialister i obstetrik och gynekologi i landet. Till rapporten hör dvd:n *Att ställa frågan om våld* med åtta korta filmer och ett utbildningsmaterial som belyser hur frågan kan ställas.

Rapportens inledande del behandlar prevalens, konsekvenser för hälsan, brottsrubriceringar och aktuell brottsstatistik, etiska och metodologiska aspekter på att ställa frågor om våld, vårdutnyttjande hos våldsutsatta och hälsoekonomiska konsekvenser. En fokusgruppsstudie belyser hur man bör förhålla sig till att fråga kvinnor från andra kulturer om

våld och en mindre enkätstudie visar att det är ovanligt att frågan ställs som rutin. Därutöver belyses arenor inom sjukvården där många kvinnor söker, till exempel primärvård, akutsjukvård, kvinno- sjukvård, psykiatri, ungdomsmottagning samt våldsutsatthet hos särskilda grupper till exempel, äldre, hbt- personer, barn som lever i familjer där det förekommer våld samt utsatta män. Rapporten avslutas med ett kapitel om vilken utbildning vårdpersonal behöver och landstingens ansvar. Konklusionen blev att våld mot kvinnor har allvarliga konsekvenser för hälsa och livssituation. Om frågan om våldsutsatthet inte ställs som rutin kan det leda till att kvinnor inte får rätt vård och behandling.

För personal inom kvinnosjukvården är det viktigt att tänka på att många kvinnor har varit utsatta för sexuella övergrepp. Inför den gynekologiska undersökningen är det naturligt att ta reda på om kvinnan har varit med om något som gör undersökningen svår för henne. En rädd och spänd patient kan också vara svår att bedöma. Att ställa frågan går på någon minut och i de flesta fall kommer kvinnan att svara nej. Om hon svarar ja, ger denna kunskap flera effekter: Vårdgivaren legitimerar att våldsutsatthet är vanligt och uppmärksammas av hälso- och sjukvården. Vårdgivaren kan anpassa sitt undersökningssätt så att det blir så lätt för kvinnan som möjligt samtidigt som undersökningsfynden blir lättare att bedöma. Kvinnan kan styra undersökningen så att den blir lättare att tolerera. Kvinnan kan få information om vart hon kan vända sig för få hjälp att förändra sin situation och bearbeta sina upplevelser – om hon vill.

Under SFOG-veckan i Karlstad togs våld mot kvinnor upp som inslag i programpunkten "meet the expert". Samtalet kring att fråga om våld som rutin i hälso- och sjukvården kom att handla om hur man ska fråga och vad man ska göra med svaret. Någon reflekterade över att själva frågan mäns våld mot kvinnor har så liten plats i vården som det ser ut nu. När det gällde det nationella handlingsprogrammet rörde sig diskussionen mest om hur man ska förfara med intygsskrivningen. På många ställen i landet skrivs rättsintygen av rättsläkare utifrån journalanteckningar. För och emot diskuteras. Intygsskrivande läkare är som regel inte gynekologer och deras kompetens gällande sexuella övergrepp kan diskuteras. Här finns kanske plats för ett enat ställningstagande inom professionen.

På NCK:s webbplats www.nck.uu.se kan man beställa de ovan nämnda rapporterna med tillhörande filmer och utbildningsmaterial. Rapporterna kan även hämtas digitalt från NCK:s kunskapsbank som är kopplad till webbplatsen.



Referenser

NCK-rapport 2010:4. Att ställa frågan om våld utsatthet som en del i anamnesen.

Lundgren E, Heimer G, Westerstrand J, Kalliokoski A-M (2001). Slagen Dam; Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfångsundersökning. Brottsoffermyndigheten 2001.

Tönnesen E, Lundh C & Heimer G (1999). Respektfullt, lyhört lyssnande kan bryta en ond misshandelscirkel. *Läkartidningen* 1999; 96:48, s. 5381-5384.

Stenson K, Saarinen H, Heimer G. 'Women's attitudes to being asked about experience to violence' *Midwifery* 2001;17(1), s.2-10

Wendt E, Hilding C, Lidell E, Westerståhl A, Baigi A, Marklund B. 'Young women's sexual health and their views on dialogue with health professionals'. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86, s. 590-595

Wendt E, Lidell E, Westerståhl A, Marklund B, Hilding C. 'Young women's perceptions of being asked questions about sexuality and sexual abuse: a contents analysis.' *Midwifery* (2009) doi: 10.1016/j.midw.2009.06.008 e-pub ahead of print

Berglund A, Heimer G. 'Att fråga kvinnor om våld utsatthet måste bli rutin.' *Läkartidningen* 2011; 108: 42, s. 2082 ■

NFOG fund

**Kurs eller studiebesök utomlands?
Nordiskt samarbetsprojekt?
Volontärarbete i utvecklingsland?**

Du vet väl att du kan söka medel från NFOG fund?

Sista ansökningsdag är 1 mars 2012

Läs mer på www.nfog.org



Toppkongress i Bergen

**Kongresspresident Knut Hordnes
om varför vi skall ses i Bergen
16-19 juni 2012**

NFOGs kongress som går av stapeln vartannat år kommer nästa år att hållas i Bergen veckan innan midsommar.

Världsarvsstaden Bergen med kongresscentret Grieghallen, stor hotellkapacitet, bra kommunikationer och en vital medicinsk miljö är ett synnerligen passande val. Staden är mycket vacker med sitt historiska centrum, det kända Fisketorget och Bryggen, och omges av de "syv fjell" (sju fjäll). Bergen är fin utgångspunkt för resor till Vestlandets fjäll och fjordar, reser man hit med bil så går turen över den fantastiska Hardangervidda.

Det vetenskapliga programmet sträcker sig över hela specialiteten med både lokala och internationella programpunkter. Kongressen kommer att invigas av FIGOs ordförande Gamal Serour. Bergen har en lång tradition av framstående obstetrisk forskning, Lövset (tång och handgrepp) verkade här. Ett spännande program som innefattar det mesta - praktisk handläggning av vaginal förlossning, assisterad befruktning, epigenetik, bäckenbotten, fistlar, ALSO i Afrika,

tillväxthämning, psykisk hälsa under graviditet, abort, gynekologisk cancer och lite till.

Det sociala programmet lovar mycket – allt från Get Together vid Bryggen, Speakers Dinner på ett av stadens fjäll och Galamiddag i Grieghallen plus många andra arrangemang.

Arrangemangen och programmet i sig är skäl nog att resa till Bergen men det finns ytterligare anledning att välja NFOGkongressen.

De nordiska länderna har en gemensam identitet. Befolkning, kultur, hälsovård, forskningsinstitutioner, kvalitetsregister osv har stora likheter. De erfarenheter och rön som förmedlas på nordiska kongresser är lättare att omsätta på hemmaplan. NFOG bidrar till ett ökat nordisk samarbete och nätverkande. Därför är det vetenskapliga och sociala utbytet på NFOGkongressen stort.

Vi ses i Bergen!

Knut Hordnes
Kongresspresident



PHOTO: BERGEN REISELIVSLAG

Bryggen - World heritage site

THE 38TH NORDIC CONGRESS OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

in Grieghallen, Bergen, Norway
17-19 June 2012 - Preliminary Program

Dear Colleagues!

Welcome to the 38th NFOG Congress in Bergen next June. The preliminary program is outlined here - further details and updates are presented on the web - see the NFOG website or go directly to www.nfog2012.no.

FREE COMMUNICATIONS: Four sessions of oral presentations, and posters. These are all a very important part of the Scientific Program and we encourage you to send your abstract.

VENUE: Grieghallen in the center of Bergen. Grieghallen is a highly professional conference center and has hosted many great national and international events.

ACCOMODATION: The congress hotels are located nearby in the city center and thus within easy walking distance from the congress venue. They are also close to the UNESCO world heritage listed old town center with its Hanseatic architecture and wharf.

SOCIAL PROGRAM: Get-together! Speakers dinner. Gala dinner!

REMEMBER: The Nordic congresses are the preeminent meeting places for all colleagues. Meet old and make new friends from within the Nordic countries, and also from the world outside. We look forward to see you!

Yours sincerely

KNUT HORDNES

President of the NFOG 2012 Congress

38TH NORDIC
CONGRESS
OF OBSTETRICS
AND GYNECOLOGY



Norsk gynekologisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

IMPORTANT DATES:

Deadline for Abstract Submission: **15 February 2012**

Deadline for low registration fee: **1 March 2012**

FOR UPDATES SEE: www.nfog2012.no

Organising Committee:

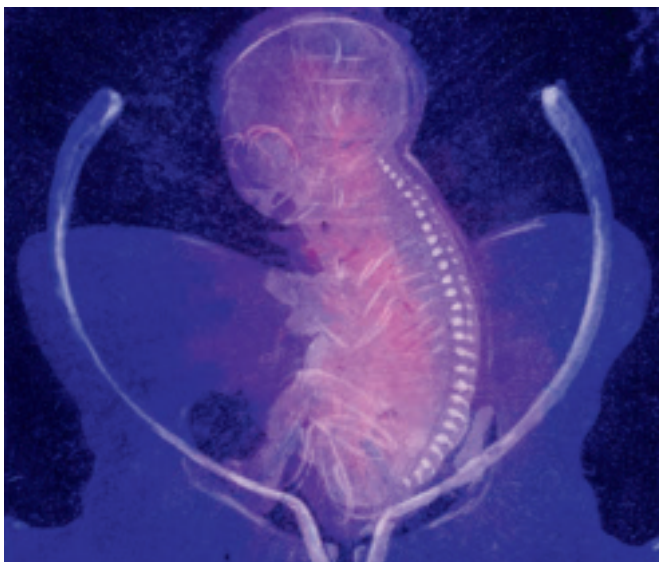
Knut Hordnes, President	Jørg Kessler
Susanne Albrechtsen	Mette Løkeland
Espen Gubberud	Ferenc Macsali
Kristina Johannessen	Helga Salvesen

Contact:

e-mail: knut.hordnes@uib.no Web: www.nfog2012.no

Congress Secretariat:

CIC Congress • Incentives • Conferences
P.O.Box 5123 Majorstuen, N-0302 OSLO
Tel.: +47 22591980
Fax: +47 22591981
e-mail: monica@cic.as or cathrine@cic.as Web: www.cic.as



OLYMPUS
Your Vision, Our Future

 **Bayer HealthCare**


The only PROM test endorsed
by EAPM 2010
www.vitaflo.net

Part of the Navamedic Group



Program

Saturday June 16 – Precourses

Workshop on fetal growth assessment and obstetric Doppler ultrasound (*Kiserud*)

Skills of vaginal delivery (*Albrechtsen*)

Perineal repair (*Sultan*)

Intrapartum fetal surveillance (*Kessler*)

All these hormones..... Workshop in gynecologic endocrinology (*Moen*)

Scientific writing and publishing (*Geirsson*)

Continuous education of specialists in the Nordic countries (*NFOG*)

More..

Sunday June 17–Tuesday June 19 – Main program

SESSION

SELECTED LECTURES (MORE TO COME!)

Opening ceremony and opening lecture

Ethics In Human Reproduction and Women's, Health Gamal Serour, FIGO president (Egypt)

Maternal health in global perspective

Reproduction: evolutionary and lifecourse perspectives, Mark Hanson (GB)
Reproductive changes over generations, Thorkild Tylleskjær (N)

The impact of practical skills in vaginal delivery in modern obstetrics

How to regain lost skills. The Canadian model for revitalization of vaginal breech delivery, Andrew Kotaska (Can)
Practical skills in obstetrics

Pregnancy – more than nine months of a woman's life

Cancer and pregnancy, Fredrik Amant (Belgium)
The impact of pregnancy complications on maternal and fetal health

Cesarean section – the joker in modern obstetrics?

Cesarean section- maternal consequences

The perineum in modern obstetrics – still a challenge?

Perineal injury – prevention and repair, Sultan (UK)

Fetal growth restriction and preeclampsia – potential of Doppler ultrasound in screening, diagnosis and prediction of long-term outcome

1st trimester Doppler ultrasound as a predictor of adverse pregnancy outcome, Nerea Maiz (Spain)
Management of fetal growth restriction - does umbilical artery Doppler tell us the whole truth?
Torvid Kiserud (N)
Impact of fetal circulatory compromise on adolescent and adult health, Jana Brodzki (S)

Psychological wellbeing during pregnancy and postpartum

Psychiatric conditions in pregnancy and postpartum, Jan Øistein Berle (N)
Fear of childbirth - does it affect mode of delivery. Results from a six country study, Elsalena Ryding (S)
Mental distress and life events during pregnancy, Berit Schei (N)
Treating fear of childbirth, Terhi Saisto (F)

The continuing challenges in maternal health in the developing world

Abortion and maternal health globally, Ann Furedi (UK)
Obstetric fistula – causes and consequences, Mulu Muleta (Ethiopia)
Maternal near miss incidents, Mattias Rööst (S)
Implementing ALSO in an african setting, Bjarke Lund Sorensen (DK)

Personalized in endometrial carcinoma – who should be referred to specialized units?

Treatment strategies Frederic Amant (B)

Living beyond cancer therapy – time for a change?

What is the standard for follow-up after treatment for gynecologic cancer, Helga Salvesen (N)
The value of gynecologic cancer follow-up: evidence-based ignorance? Ole Mogensen (DK)

Abortion practice in transition from surgery to medication

The Nordic approach, Kristina Gemzell-Danielsson (S)
Abortion and risk of mental disorders, Ø. Lidegaard (DK)
Medical abortion at 9-12 weeks

Pelvic floor - function and dysfunction

Surgery for urinary incontinence during 40 years, Carl Gustav Nilsson (F)
Reasons for and treatment of surgical complications with alloplastic slings, Eckhard Petri (DE)
Laparoscopic urogynecology: past or future? use of robotics? Søren Brostrøm (DK)
The prolapsed uterus: preserve or remove? How to suspend?

Reproductive technology: from basics to baby

The oocyte, the embryo and the child: epigenetic aspects of assisted reproduction, Arne Sunde (N)
eSET and multiple births - trends
When is the ovary no good? Prediction of ovarian reserve
Fetal and maternal outcome after assisted reproduction in the Nordic countries - NFOG Collaborative project

Life time perspective in the treatment of endometriosis

Endometriosis in different ages Mette Moen (N)

Disorders of the fetomaternal immune system – strategies for prevention

Foetal and neonatal alloimmune thrombocytopenia (FNAIT) – immunological basis and prevention, Heidi Tiller (N)
A new targeted antenatal D immunisation prevention programme in Denmark, Finn Stener Jørgensen (DK)



PHOTO: BERGEN REISELIVSLAG

Behandling av akuta obstetriska situationer

**American Academy of Family Physicians och
ALSO® Scandinavia anordnar kurs i
Skövde den 23 - 24 respektive 25 - 26 april 2012**

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

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

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

Är du intresserad av att få en kursansökan?

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

Sista ansökningsdagen till vårens kurser är den 7 januari 2012



Bild: Södertälje kanal – "Solspann" – Wladyslaw Hasior

Vintermötet 2012

2 februari Verksamhetsmöte, Södertälje Sjukhus
3 februari Vintermöte Obstetrik och Gynekologi,
Södertälje stadshus, inklusive bankett på Telgias
Salonger, Torekällberget, 2 februari

www.vintermotet.se

**Kvinnokliniken vid Akademiska sjukhuset i Uppsala
och Institutionen för kvinnors och barns hälsa vid
Uppsala universitet arrangerar:**

*ABC-kurs
i
Obstetrik och Gynekologi*

Kursledning: Ove Axelsson
Kristiina Kask
Pär Persson

Målgrupp: 28 ST-/underläkare på kvinnoklinik med högst ett års
erfarenhet inom specialiteten.

Tidpunkt: 23-25 maj 2012 (vecka 21).

Kursplats: Internat på Sunnersta Herrgård i Uppsala.

Kursinnehåll: Akut obstetrik
Akut gynekologi
Information om Socialstyrelsen, HSAN samt SFOG och
andra läkarorganisationer.
Undervisningen sker till stor del som falldiskussioner i
smågrupper under handledning av specialister i
Obstetrik och Gynekologi och erfarna barnmorskor.

Kursavgift: 8.000 kr exkl moms. I avgiften ingår helpension i
enkelrum (två nätter) på Sunnersta Herrgård.

Anmälan: Senast 23/4-2012.
Sekreterare Susanne Löberg susanne.loberg@kbh.uu.se
Kvinnokliniken, Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala,
telefon 018-6112683.

Privatgynekologerna

Privatgynekologerna håller
ett extra årsmöte på Vintermötet.
Tid och plats kommer att annonseras
senare på hemsidan

Välkommen!

Styrelsen

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,
anna.ackefors@sfog.se
Ange namn och faktureringsadress
Pris per annons för medlemmar 75 kr

SÄLJES

**Kolposkop, Zeiss OPMI 99 med
golvstativ
Claes Nyberg
E-mail: mottagning@citygyn.se**

Arbets- och Referensgrupperna inom SFOG

Perinatologi PERINATAL-ARG

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

Minimalinvasiv Gynekologi MIG-ARG

Ordförande: P-G Larsson
KK, Kärnjukhuset
541 85 Skövde
Tel: 0500-43 10 00. Fax: 0500-43 14 54
p-g.larsson@vgregion.se
Sekreterare: Charlotta Ericson
KK, Karolinska Universitetssjukhuset,
Huddinge
146 86 Stockholm
Tel: 08-585 800 00
charlotta.ericson@karolinska.se

Familjeplanering FARG

Ordförande: Jan Brynhildsen
KK, Universitetssjukhuset
581 85 Linköping
Tel: 013-22 20 00. Fax: 013-14 81 56
jan.brynhildsen@lio.se
Sekreterare: Kristina Gemzell-
Danielsson
Inst f Kvinnors och Barns Hälsa
Karolinska Universitetssjukhuset, Solna
171 76 Stockholm
Tel: 08-515 521 28. Fax: 08-517 743 14
kristina.gemzell@ki.se

Tonårsgynekologi TON-ARG

Ordförande: Lena Marions
KK, Karolinska Universitetssjukhuset,
Solna
171 76 Stockholm
Tel: 08-517 766 55. Fax: 08-31 81 14
lena.marions@karolinska.se
Sekreterare: Anna Palm
Sundsvalls sjukhus
851 86 Sundsvall
Tel: 060-18 10 00
anna.palm@lvn.se

Urogynekologi och vaginal kirurgi UR-ARG

Ordförande: Marie Westergren
Söderberg
KK, Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-616 10 00
marie.westergren-soderberg@
sodersjukhuset.se
Sekreterare: Johan Skoglund
KK, Länssjukhuset Ryhov
551 85 Jönköping
Tel: 036-32 14 58
johan.skoglund@lj.se

Cervixcancerprevention C-ARG

Ordförande: Bengt Andrae
KK, Gävle/Sandviken Länssjukhus
801 87 Gävle
Tel: 026-15 41 68. Fax: 026-15 41 56
bengt.andrae@gmail.com
Sekreterare: Kristina Elfgrén
KK, Karolinska Universitetssjukhuset,
Huddinge
141 86 Stockholm
Tel: 08-585 800 00. Fax: 08-585 875 75
kristina.elfgren@karolinska.se

Psykosocial Obstetrik och Gynekologi samt Sexologi POS-ARG

Ordförande: Katri Nieminen
KK, Universitetssjukhuset Linköping
581 85 Linköping
Tel: 013-22 20 00
katri.nieminen@lio.se
Sekreterare: Maria Engman
KK, Västerviks sjukhus
593 81 Västervik
Tel: 0490-860 00
marie.engman@ltkalmars.se

Ofrivillig Barnlöshet FERT-ARG

Ordförande: Britt Friberg
KK, Lund och Reproduktionsmedicinskt
Centrum (RMC)
Malmö Skånes Universitetssjukhus/SUS
205 02 Malmö
britt.friberg@skane.se
Sekreterare: Pietro Gambadauro
Reproduktionscentrum, KK
Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018- 611 00 00 (växel)
gambadauro@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: Angélique Flöter Rådestad
KK, Karolinska universitetssjukhuset
Solna
171 76 Stockholm
Tel: 08-517 700 00
angelique.floter-radestad@karolinska.se
Sekreterare: René Bangshøj
KK, Universitetssjukhuset Örebro
701 85 Örebro
Tel: 019-602 12 60
Fax: 019-12 65 90
rene.bangshoj@reba.se

Ultraljudsdiagnostik ULTRA-ARG
Ordförande: Peter Lindgren
KK, Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018-611 00 00
peter.lindgren@kbh.uu.se
Sekreterare: Jesper Agrell
KK, Sundsvalls sjukhus
851 86 Sundsvall
Tel: 060-18 10 00
jesper.agrell@lvn.se

Hemostasrubbingar HEM-ARG
Ordförande: Lars Thurn
KK, Blekingesjukhuset
371 85 Karlskrona
lars.thurn@lblekinge.se
Sekreterare: Gisela Wegnelius
KK, Södersjukhuset
118 83 Stockholm
gisela.wegnelius@sodersjukhuset.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

Endometrios ENDOMETRIOS-ARG
Ordförande: Margita Gustavsson
KK, Kungsbacka Närsjukhus
434 80 Kungsbacka
margita.gustafsson@lthalland.se
Sekreterare: Greta Edelstam
KK, Akademiska Sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018-611 00 00
greta.edelstam@akademiska.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's sjukhus
442 83 Kungälv
Tel: 0303-980 02
annika.strandell@medfak.gu.se

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

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

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

GLOBAL-ARG
Ordförande: Birgitta Essén
Inst för kvinnors och barns hälsa
IMCH
Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
birgitta.essen@kbh.uu.se
Sekreterare: Sigmar Strömngren
sigmars@hotmail.com

Arbets- och Referens-Grupp- Utvecklings-Samordnare

ARGUS

Matts Olovsson
SFOG-Kansliet
Drottninggatan 55, 2 tr
111 21 Stockholm • Tel: 08-440 01 75
E-post: matts.olvsson@kbh.uu.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

Catharina Lyckeberg
Ultragyn
Läkarhuset Odenplan
113 22 Stockholm
Tel: 08-587 10 199
E-post: catharina.lyckeberg@ultragyn.se

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

Mödrhälsövårdsöverläkargruppen

Ordförande

Joy Ellis
Enheten för mödravård, gyn- och ungd.mott.,
Primärvården Bohuslän. Krokslättis vårdcentral
Tel: 010-473 30 81
Mobil: 070-691 54 32
E-post: joy.ellis@vregion.se

Sekreterare

Inga Wihman Fröding
Enheten för mödravård,
Södersjukhuset
E-post: inga.wihman-froding@sodersjukhuset.se

Obstetiker och gynekologer under utbildning (OGU)

Ordförande

Malin Strand
KK, Sunderby sjukhus
971 80 Luleå
Tel: 0920-28 20 00
E-post: malin.strand@nll.se

Sekreterare

Emilia Rotstein
KK, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge
141 86 Stockholm
Tel: 08-585 800 00
E-post: emilia.rotstein@karolinska.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

Sekreterare

Carin Gillberg
GynStockholm
Tunnlandet 11, 6 tr
168 36 Bromma
Tel: 070-611 81 12
E-post: carin.gillberg@gynstockholm.se

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 (400:-/år).

Årsavgiften till föreningen är 800 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.

Obstetrik/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 1-36, 43, 44, 49 och 57 har utgått

<i>Titel</i>	<i>Utgivningsår</i>	<i>Pris/st exkl. moms, porto & exp.avg 80:-</i>
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 45 Gynekologisk endoskopi - del 2	2001	100:-
Nr 46 Anal inkontinens hos kvinnor. Utredning och behandling	2001	100:-
Nr 47 Intrauterin fosterdöd (IUFD)	2002	100:-
Nr 48 Vulvasjukdomar	2003	100:-
Nr 50 Metodbok för evidensbaserad obstetrik och gynekologi	2004	100:-
Nr 51 Förlossningsrädsla	2004	100:-
Nr 52 Perinatalt omhändertagande vid extrem underburenhet	2004	100:-
Nr 53 Bröstet	2006	100:-
Nr 54 Inducerad abort	2006	100:-
Nr 55 Obstetriskt ultraljud	2007	100:-
Nr 56 Endometrios	2008	300:-
Nr 58 Polycystiskt ovarialsyndrom (PCOS)	2008	300:-
Nr 59 Mödrahälsovård, Sexuell och reproduktiv Hälsa	2008	300:-
Nr 60 Prolaps	2009	300:-
Nr 61 Hysterektomi vid icke-maligna tillstånd	2009	300:-
Nr 62 Barnafödande och psykisk sjukdom	2009	300:-
Nr 63 Cervixcancerprevention	2010	300:-
Nr 64 Ofrivillig barnlöshet	2010	300:-
Nr 65 Kejsarsnitt	2010	300:-
Nr 66 Hysteroskopi	2010	300:-
Nr 67 Hormonbehandling i klimakteriet	2010	300:-