

Medlemsbladet 1

2008

NR



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



MEDLEMSBLADET

Ansvarig utgivare: Anne Ekeryd-Andalen
Tel: 0322-22 65 94

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@vgregion.se

Platsannonser hemsidan:jeanette.swartz@sfog.se

SFOGs styrelse 2008:

Ordförande: Charlotta Grunewald

Kvinnokliniken, Södersjukhuset,

118 83 Stockholm

Tel: 08-616 26 25. Fax: 08-616 26 40

E-post: charlotta.grunewald@sodersjukhuset.se

Vice ordförande: Ulf Högberg

Kvinnokliniken, Norrlands Universitetssjukhus

901 85 Umeå

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

Epost: ulf.hogberg@obgyn.umu.se

Facklig sekreterare: Eva Uustal Fornell

Kvinnokliniken, Linköpings Universitetssjukhus

581 85 Linköping

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

E-post:eva.fornell@lio.se

Skattmästare: Sven-Erik Olsson

Kvinnokliniken, Danderyds sjukhus

182 88 Stockholm

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

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

Vetenskaplig sekreterare: Lars-Åke Mattsson

Kvinnokliniken, Sahlgrenska Universitet/Östra,

416 85 Göteborg

Tel: 031-343 40 00. Fax: 031-25 43 87

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

Redaktör för medlemsbladet:

Anne Ekeryd-Andalen

Gynmottagningen, Alingsås Lasarett

441 83 Alingsås

Tel 0322-22 65 94. Fax: 0322-22 64 83

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

Utbildningssekreterare: Marie Bixo

Kvinnokliniken, Norrlands universitetssjukhus

901 85 Umeå

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

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

Ledamot/Webbmaster: Måns Edlund

Kvinnokliniken, Karolinska Universitets-

sjukhuset Solna, 171 76 Stockholm

Tel 08-517 700 00. Fax 08-31 81 14

E-post mans.edlund@karolinska.se

Ledamot: Anders Lagrelius

ANDLAG AB/Oxbackskliniken kvinnohälsan

Lagmansvägen 14, 152 40 Södertälje

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

E-post: anders@lagrelius.com

Ledamot/Yngre representant: Sara Sundén-

Cullberg, Kvinnokliniken K54, Karolinska

Universitetssjukhuset, Huddinge

141 86 Stockholm, Tel 08-585 800 00

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

Tryck: Elanders Tofters, Östervåla

ISSN 0284-8031

— Ordförande har ordet —



Kära Medlemmar och Kollegor!

Ett år som ordförande för SFOG har passerat. Det har varit intensivt och händelserikt. Arbetsuppgifterna är mångfacetterade och ibland svåra, men mest är det roligt och otroligt stimulerande. Nätverket inom SFOG är en guldgruva att ösa ur. Jag har sagt det förut, men det tål att upprepas: så många kunniga, arbetsvilliga och dessutom trevliga personer samlade i en och samma förening! Det är värt allt. Tre av styrelsens medlemmar har bytts ut och jag hälsar Anne Ekeryd-Andalen, ny redaktör för Medlemsbladet, Marie Bixo, ny utbildningssekreterare och Eva Uustal Fornell, ny facklig sekreterare varmt välkomna till styrelsen och hoppas vi ska få en trevlig tid tillsammans. Till Birgitta Segeblad, facklig sekreterare under 5 år, Åsa Magnusson, redaktör under 4 år samt Lisskulla Sylvén, utbildningssekreterare under 4 år vill jag säga: Ni har skött era uppgifter på ett kompetent, professionellt och pålitligt sätt. Dessutom har vi haft kul tillsammans, vilket inte är att förakta. Vi har haft en tät kontakt och jag kommer att sakna er! Till övriga styrelsemedlemmar, Måns Edlund, webmaster, Ulf

Högberg, vice ordf, Anders Lagrelius, ledamot, Lars-Åke Mattsson, vetenskaplig sekreterare, Sven-Eric Olson, skattmästare, och Sara Sundén Cullberg, OGU-representant, samt till Jeanette Swartz, vår kanslist, vill jag säga: Tack för att ni finns kvar även detta år!

Under året har SFOG deltagit i samhällsdebatten kring diverse viktiga ämnen såsom tidig fosterdiagnostik, vaccination mot HPV, medicinska aborter, utländska kvinnors rätt till abort i Sverige, rätten att välja bort manliga gynekologer etc. Jag tror det är viktigt att SFOG syns och hörs och för fram "Sveriges gynekologers syn på" för oss viktiga frågor. Inte minst frågan om medicinska aborter är ständigt aktuell. SFOG bidrog med sin expertis i form av två representanter, Kristina Gemzell och Ulf Högberg, i referensgruppen för Socialstyrelsens utredning Medicinska aborter, fördelning av arbetsuppgifter – praxis och regelverk som presenterades den 9 januari 2008. Kristina och Ulf har under hösten haft möjlighet att framföra SFOGs synpunkter. Inom referensgruppen har det funnits stor enighet mellan SFOG,

I DETTA NUMMER

Öppenvårdsgruppen inom SFOG	5
Intresseanmälan till ny AR-Grupp: Mödramortalitet	7
SFOG kurser hösten 2008	8
Utvärdering av Nationella kvalitetsregistret	12
Kommentar till projektarbetet	15
Gynkvalitetsregistret Stockholm.	16
Kodfrågan	17
ENTOG-utbyte i Österrike samt konferens i Wien	18
OGU:s utbildningsenkät är här!	19
Från sängbunden mamma och instrumentell förlossning	22
Pionjärer inom Obstetrik och Gynekologi	27

Barnmorskeförbundet och Läkemedelsverket i synen på nuvarande abortlag, ansvar och utförande av medicinska aborter. Vid ett möte i november informerades våra representanter om att SFOG inte skulle medges möjlighet att ha synpunkter på den skrivna texten efter avslutat utredning. Vi fann detta beklagligt och SFOGs styrelse fattade därför beslutet att SFOG inte skulle vara omnämnt i den slutliga rapporten. Diskussionen om rapporten fortsätter på verksamhetsmötet.


NFOG beslutade under hösten att stödja både vårt och DSOGs s.k Twinning-projekt med Pakistans respektive Nigerias förening för obstetrik och gynekologi. Det

känns helt rätt att det blir ett nordiskt samarbete kring dessa projekt. Våra kollegor i Pakistan möter tyvärr stora svårigheter i sitt arbete, inte minst sedan Benazir Bhutto så brutalt mördats i december. Vår planerade resa i februari, för uppföljning av projektet, har ställts in pga den osäkra politiska situationen. Våra kollegor håller oss informerade om läget och visar uppskattning över att vi bryr oss om deras situation.

En rad möten under våren ligger framför oss, gå in på hemsidan www.sfog.se och titta på kalendariet och se det rika urval av möten som bjuds. Några möten har redan passerat när Du läser detta, t.ex

Verksamhetsmötet den 31 januari, direkt följt av Vintermötet, som i år arrangeras av Södersjukhuset. Den 4-8 mars har vår europeiska förening EBCOG kongress i Lissabon, Portugal, den 14-17 juni har NFOG kongress på Island. På Verksamhetsmötet är vår huvudpunkt den nya ST-målbeskrivningen. Vi ska diskutera hur den ska kunna genomföras ur verksamhetens, forskningens och studenternas aspekter.

Allt gott, önskar
Charlotta Grunewald



Nya medlemmar

Gabriel Kral, Tromsø, Norge

Arif Halimi, Huddinge

Radu Vasilcanu, Stockholm

Gita Strindfors, Sköndal

Celine Lönnerfors, Lund

Anders Josefsson, Jönköping

Valur Gudmundsson, Lund

Malin Edlund, Malmö

REDAKTÖRENS RUTA

Nytt år, nya löften och ny redaktör!

Men Medlemsbladets inriktning kommer att vara oförändrad, dvs en tidning för Sveriges gynekologer och obstetiker, producerad av föreningens medlemmar. Så kära medlemmar, fortsatt att skicka in manus men till ny adress. Jag ser fram emot många spännande artiklar från er.

Tack Åsa Magnusson, avgående redaktör, för råd och dåd och inte minst tålamod under de senaste månaderna.

Anne Ekeryd-Andalen

Följande tider gäller för medlemsbladet 2008:

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

Manus skickas eller faxas till:

Redaktör Anne Ekeryd-Andalen

Gynmottagningen, Alingsås Lasarett • 441 83 Alingsås

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

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

Adressändring skall göras till

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



Kära kollegor,

Vart tog entusiasmen och den spirande framtidstron bland kollegor och andra sjukvårdsanställda vägen?

Varför känner sig så många äldre trötta och håglösa och många yngre kollegor oinspirerade? Är det så att alltför mycket luft pressats ur systemet och att tid för återhämtning saknas? Vi har ju en intressant jourtung specialitet och kanske medför rutinsjukvården och många mer eller mindre nödvändiga möten att vi inte längre orkar lyfta blicken och speja efter nya utmaningar och chanser till utbildningstillfällen.

Orsaken till att jag undrar över sakernas tillstånd är att endast ett fåtal kollegor från de nordiska länderna har ansökt om bidrag från NFOG för att besöka "Centers of excellence" och hämta hem ny kunskap inom ramen för NFOG Visitor Program. Från Sverige har inte en enda ST-läkare uppmärksammat och utnyttjat möjligheten att få komma på en betald vistelse till annan klinik under 2008. Beror detta på ointresse, lättja eller bara tidsbrist? Jag skulle önska att både fler ST-läkare och verksamhetschefer uppmärksammade möjligheten att söka bidrag utanför konventionella LUA/ALF medel. Kanske vilar det ett särskilt stort ansvar på verksamhetscheferna att skapa en miljö där det är högt i tak så att nyfikenhet och ifrågasättande blir en del av dagen.

NFOG, s policy har under senare år varit

att stödja framförallt yngre kollegor ekonomiskt. Detta tar sig bland annat uttryck i att de ST-läkare som får ett abstract accepterat till NFOG-kongressen i Reykjavik på försommaren kommer att erbjudas en reducerad registreringsavgift. Dessutom kommer som tidigare år sex priser á 10 000 DKK att delas ut för bästa föredrag respektive posters. Programmet på NFOG-kongressen på Island den 14-17 juni 2008 är som det framgår av annons i detta medlemsblad spännande och varierat. Passa på och ta en tur till Island!

Det är viktigt att kunskap och evidens är och kommer att förbli en naturlig del av vår verksamhet. Kunskapsstyrning är något vi måste betona. Att stimulera utbildning, uppmuntra utbyte av kunskap men samtidigt ställa krav på återkoppling borde vara självklart och nödvändigt. Andra grupper tar gärna över vår verksamhet. Ett sådant exempel är debatten som pågått om medicinska aborter. Kan det verkligen vara rimligt att vi endast ska ta hand om komplikationerna till det som andra hanterar. När det gäller utbildning för våra yngre kollegor är det viktigt att ta hand om både normala och komplicerade situationer. Liknande är situationen vad gäller normalobstetrik. Detta är i huvudsak barnmorskans ansvarsområde men för mig känns det viktigt att "lägga sig i" och intressera sig aktivt för normalobstetrik och som

jour hålla sig orienterad om progressen i enskilda fall. Då kanske vi slipper att "snitta" en förstföderska som varit fullvidgad i fem timmar klockan 03.00 på natten. Vi har sedan lång tid känt till, men även nyligen påmints av gruppen på SÖS om att Oxytocin fel använt kan få deletära följder men observera att det är skillnad på att stimulera och överstimulera. Kanske kan en förbättrad kommunikation med våra barnmorskor även i detta sammanhang modifiera och förbättra handläggningen.

Inom våra ARG-grupper finns en fantastisk stor samlad kunskapsmängd. Jag har under senare delen av hösten och under julhelgen fått förnyade bevis på detta då jag haft förmånen att få läsa igenom tre rapporter som är på väg ut till medlemmarna under de närmsta månaderna. Först kommer en ny ARG-rapport om obstetriskt ultraljud och senare under våren följer rapporter om polycystiskt ovariesyndrom och endometriosis. Det har varit mycket lärorikt och intressant att få läsa ett stort antal välskrivna kapitel och jag vill passa på att tacka alla författare som lagt ner stor möda och mycket tid på detta arbete.

Väl mött på NFOG kongressen i Reykjavik under försommaren och senare i vecka 35 på SFOG-veckan i Skövde.

Lars-Åke Mattsson

Öppenvårdsgruppen inom SFOG

Den 11 april har vi nästa möte då det medicinska temat handlar om PCO. Ordförande i Endokrin-ARG, Inger Sundström-Poromaa, uppdaterar oss med bakgrund av den kommande ARG-rapporten. Du som är intresserad av deltagande och inte redan får inbjudningar till våra möten, skicka ett mail till sekreteraren.

Väl mött i april på Läkarsällskapet i Stockholm!

Inga Sjöberg

Ordförande

inga.sjoberg@vll.se

Peter Krug

Sekreterare

peter.krug@lthalland.se

INTRESSEANMÄLAN

Ny AR-Grupp – Mödrasmortalitet

Styrelsen har beslutat att tillsätta en ny arbets- och referensgrupp som fortlöpande ska utvärdera dödsfall i samband med graviditet.

Arbetsgruppen bör vara tvärprofessionell och bestå av obstetiker/gynekologer (även specialintresserad ST-läkare är välkommen!), anestesilog och barnmorska. Övriga specialiteter konsulteras vid behov. Ansvariga klinikchefer uppmanas att fortlöpande rapportera in dödsfall med avidentifierade journalkopior. Arbetsgruppens

huvuduppgift blir att bearbeta och sammanställa materialet och presentera detta årligen tillsammans med registerdata från dödsorsaksregistret och medicinska födelseregistret.

Ett första möte är planerat till torsdagen den 6 mars 2008, kl 09 – 12 på SFOGs kansli.

Intresserade kan anmäla sig till Charlotta Grunewald charlotta.grunewald@sodersjukhuset.se eller Jeanette Swartz kansliet@sfog.se

Förslag till Berndt Kjessler pristagare 2008

Nu är det dags att utse pristagare till Berndt Kjessler-priset 2008!

Priset, som är på 10 000 kronor, instiftades 1996 i samband med att Berndt Kjessler avgick som ARGUS och kommer att delas ut på SFOG-veckan i Skövde 25-29/8.

Priset skall tilldelas ”en person, som i Berndt Kjesslers anda gjort berömliga insatser för undervisning och utveckling inom obstetrik och gynekologi”. Tidigare pristagare: Barbro Wijma 1997, Mats Hammar 1998, Ingemar Ingemarsson 1999, Kerstin Hagenfeldt 2000, Ian Milsom 2001, Per Olof Janson 2002, Gun Heimer 2003, Karel Marsál 2004, Nils-Otto Sjöberg 2005, Ove Axelsson 2006 och Eva Rylander 2007.

SFOGs styrelse vill således få in förslag på förtjänstfulla personer till detta pris. Förslaget bör innehålla väsentliga personuppgifter samt en kort motivering.

Svaren skall skickas till jeanette.swartz@sfog.se före den 16/4 2008.

Charlotta Grunewald

ÅRSavgifter

Medlemsavgift SFOG	700:-	Avgifter för icke-medlemmar	
Medlemsavgift SFOG (ålderspensionär, fr o m det år man fyller 66 år)	200:-	Prenumeration Medlemsbladet 5 nr/år	500:- (inkl. moms)
ARG-rapportabonnemang* (medlemmar)	300:-	ARG-rapportabonnemang	150:-/rapport (exkl. moms)

* Avdragsgill i deklarationen

SFOG kurser hösten 2008

Bästa kollegor!

Höstens SFOG kurser presenteras här nedan, men observera att anmälan till kurs **endast** sker via www.sfog.se, där du klickar sig fram till kursutbudet. Det är viktigt att du fyller i alla uppgifter och rangordnar valet av kurser, det vill säga anger vilken kurs du önskar gå i första hand, i andra hand o.s.v. samt om du har tillåtelse från din verksamhetschef att gå mer än en kurs. Syftet är att fylla så många kursplatser vi kan och i möjligaste mån tillgodose allas önskemål.

Sista anmälningdatum för höstens kurser är den 30 mars 2008 och kursplatserna skall vara fördelade i slutet av april. Kursledarna

ansvarar för att du får besked om antagning. Om du missar sista anmälningdatum kan du alltid gå in på hemsidan och se om restplatser finns.

Jag vill åter påminna om regeln att den som fått besked om antagning till kurs har två veckor på sig att tacka nej och om så inte sker kommer hela kursavgiften att debiteras. Det är därför mycket viktigt att du bevakar din mail i början av maj, så att du inte drabbas av att betala för en kurs du inte kan gå.

Marie Bixo

Utbildningssekreterare SFOG

1. Reproduktionsendokrinologi och infertilitet

Kursledning: Jan Holte, Uppsala och Lars Nilsson, Göteborg
Kurstid: 1-3/9 (mån – ons v 36) 2008
Kursort: Internat på Krusenbergs Herrgård mellan Uppsala och Stockholm

Avsedd för: 40 specialister och ST läkare.
Program: Kvinnlig och manlig reproduktionsendokrinologi. Normal och avvikande pubertetsutveckling. Modern utredning, rådgivning och behandling av infertilitet. Spermaprovsvärdering. Missfallsutredning. Ägglossningens reglering, orsaker och mekanismer vid anovulation. PCO. Ägglossningsstimulering vid anovulation och IVF. Överstimuleringsyndrom. Bedömning av reproduktiv potential, ovarialreserv, prediktionsmodeller vid IVF. Maternella och fetala risker vid IVF, duplexproblematiken. Ägg- och spermiedonation.

Kursavgift: 6.250 kr. Kostnad för kost & logi på herrgården

tillkommer ca 5000 kr.

Kontaktperson: jan.holte@linne.se
tel 018/550044
fax 018/558011

2. Evidensbaserad obstetrik och gynekologi

Kursledning: Christina Bergh och Annika Strandell, Göteborg, Kerstin Nilsson, Örebro

Kurstid: 29/9-2/10 (mån – tor v 40) 2008

Kursort: SU/Sahlgrenska, Göteborg

Avsedd för: 20 specialister inom obstetrik och gynekologi, i mån av plats också öppen för ST- läkare i

slutet av ST-perioden. Kursen vänder sig till kollegor verksamma inom alla fält av disciplinen. (Kursen är inte avsedd för andra yrkesgrupper än läkare)

Program: Kursen syftar till att ge deltagarna färdigheter i att självständigt kunna lösa kliniska frågeställningar inom ramen för principerna för evidensbaserad medicin. Detta innefattar hur man formulerar en fråga, söker underlag, kritiskt granskar och värderar, omsätter i praktiken samt utvärderar. Stor vikt läggs vid praktiska övningar och arbete med egna kliniska frågeställningar, träning på sökning i databaser och kritisk litteraturgranskning av relevanta artiklar inom obstetrik och gynekologi.

Kursavgift: 8.125 kr

Kontaktperson: annette.nattland@vgregion.se
031/ 342 4308

3. FARG-kurs i antikonception

Kursledning: Jan Brynhildsen, Linköping och Kristina Gemzell-Danielsson, Karolinska Solna.

Kurstid: 6-7/10 (mån – tis v 41) 2008

Kursort: Hasseludden internat

Avsedd för: 30-35 specialister, ST läkare och barnmorskor. Barnmorskor som kommer tillsammans med gynekolog ges företräde.

Program: Genomgång av viktiga och aktuella frågeställningar inom hela området antikonception.

Kursavgift: 3.500 kr (inkl internat)

Kontaktpersoner: jan.brynhildsen@lio.se
kristina.gemzell@ki.se

4. Hysteroskopi

Kursledning: Jörgen Nathorst-Böös, Arne Rådestad
Kurstid: 20 – 22/10 (mån – ons v 43) 2008
Kursort: Sabbatsberg Närsjukhuset, Olivecronas väg 1, Stockholm
Avsedd för: 6 specialister/blivande specialister i obstetrik och gynekologi.
Program: Introduktionskurs till operativ hysteroskopi. Kursen består av en heldags teoridel där bl.a. indikationer, teknik och komplikationer behandlas. Därefter följer två hela operationsdagar. Under dessa arbetar kursdeltagarna i grupper om tre tillsammans med en av lärarna. Tonvikt har lagts på att erhålla praktiska kunskaper varför deltagarantalet är begränsat till 6 personer. Undervisningen kan på så sätt utformas individuellt utifrån deltagarnas förkunskaper. Varje deltagare skall under kursen ha möjlighet att utföra 3-4 hysteroskopier.
Kursavgift: 7.000 kr
Kontaktperson: jorgen.nathorst-boos@aleris.se
arne.radestad@aleris.se
Tel: 08/690 63 00

5. Vidareutbildning i laparoskopisk kirurgi med träning på sövd gris

Kursledning: Jan-Henrik Stjernedahl och Göran Kurlberg.
Kurstid: 20 – 23/10 (mån – tors v 43) 2008.
Kursort: Sahlgrenska Universitetssjukhuset, enheten för Gynekologi, Göteborg.
Kursarrangör: Scandinavian Centre of Gynecological Endoscopy SCGE och Kolorektalenheten, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.
Avsedd för: 20 läkare inom gynekologisk specialitet vilka önskar vidareutveckla sin teknik och kompetens i riktning mot vad som krävs för att självständigt kunna utföra avancerad laparoskopisk kirurgi.
Program: Laparoskopisk operationsträning på sövd gris innefattande suturteknik, metoder för att undvika och åtgärda kirurgiska komplikationer såsom stora blödningar, kärlskador, ureterskador, blås- och tarmskador. Träning av teknik vid gynekologiska typingrepp. Reproduktionsmedicinska aspekter på laparoskopisk kirurgi. Praktisk träning med olika kirurgiska instrument som morcellator, ultraljudskniv och diatermiinstrument. Träning i ”pelvic trainer” och i operationssimulator (virtual reality). Demonstration av operationer live och med video. Föreläsningar inom respektive kursmoment.
Kursavgift: 10.600 kr
Kontaktperson: jan-henrik@stjernedahl.se,
Information: www.scge.org

6. Fosterövervakning

Kursledning: Solveig Nordén Lindeberg och Ulf Hanson, Uppsala
Tid: 3-5 november (mån – ons v 45) 2008
Kursort: Uppsala
Avsedd för: 25 specialister och barnmorskor.
Program: Hypoxiutveckling och fostrets försvarsmekanismer mot hypoxi. Samband CP-skador-hypoxi, epidemiologiska data. Antenatalövervakning med CTG, doppler och ultraljud Förlossningövervakning med CTG och pH/laktat provtagning. Övriga metoder för fosterövervakning såsom system 8000, STAN. Övervakning av fostret vid riskgraviditeter som t. ex diabetes, blodtrycksjukdom. Legala synpunkter. Mycket utrymme för falldiskussioner. Deltagarna förväntas ha med egna fall.
Kursavgift: 4.000 kr
Kontaktperson: agneta.lange@akademiska.se

7. Fostermedicin

Kursledning: Karin Eurenus, Peter Lindgren och Ove Axelsson, Akademiska sjukhuset, Uppsala.
Kurstid: 11-14/11 (tis – fre v 46) 2008
Kursort: Akademiska sjukhuset, Uppsala
Avsedd för: 30 specialister i obstetrik och gynekologi. I mån av plats även ST-läkare i obstetrik och gynekologi samt barnmorskor med erfarenhet av fostermedicinsk verksamhet.
Program: Kursen ges i form av föreläsningar inkluderande fallbeskrivningar och diskussioner. Följande ämnen berörs: sjukdomar och missbildningar hos foster, intrauterin fosterdöd, isoimmuniseringar, fosfolipidantikroppssyndrom, tyreoidesjukdomar, fetal och neonatal kirurgi, överburenhet, störd fostertillväxt och flerbördsgraviditeter.
Kursavgift: 6.250 kr
Kontaktperson: susanne.loberg@kbh.uu.se
Tel: 018-6112683

8. Förlossningsrelaterade bäckenbottensskador

Kursledning: Gunilla Tegerstedt, Inger Nordlander, Gisela Wegnelius, Kvinnokliniken, Södersjukhuset Stockholm
Kursort: Södersjukhuset, Stockholm
Kurstid: 10-12/11 (mån – ons v 46) 2008
Avsedd för: 20 yngre specialister och ST-läkare i mån av plats.
Program: Kursen omfattar föreläsningar och diskussion om tidiga skador som sfinkterrupturer och perinealskada, samt sena följder som prolaps och urininkontinens. I seminarieform belyses perinealskydd med eller utan sugklocka och konservativ behandling. Liveoperationer och inspelade filmer med inkontinens och prolapskirurgi, perinealrekonstruktion samt akuta sfinkterskador.
Kursavgift: 6.500 kr
Kontaktperson: gunilla.tegerstedt@sodersjukhuset.se

9. FARG-kurs i antikonception steg II 2007

Kursledning: Jan Brynhildsen Linköping och Kristina Gemzell-Danielsson Karolinska Solna
Kurstid: 17-18/11 (mån – tis v 47) 2008
Kursort: Hasseludden internat
Avsedd för: 15 specialister med särskilt intresse av antikonception och abortfrågor.
Program: Fördjupning i epidemiologi och mekanismer med fokus på komplicerande tillstånd. Stor vikt kommer att läggas vid falldiskussioner.
Kursavgift: 4000 kr (inkl internat)
Kontaktpersoner: jan.brynhildsen@lio.se
kristina.gemzell@ki.se

10. Avancerad laparoskopisk gynekologisk kirurgi

Kursledning: Jan-Henrik Stjerndahl och Lena Otterlind.
Kurstid: 17 – 19/11 (mån – ons v 47) 2008
Kursort: Sahlgrenska Universitetssjukhuset, enheten för Gynekologi, Göteborg.

Kursarrangör: Scandinavian Center of Gynecological Endoscopy, SCGE.

Avsedd för: 35 specialister.

Program: Teoretisk och praktisk undervisning i avancerade laparoskopiska operationsmetoder vid gynekologiska sjukdomstillstånd. Liveoperationer visande laparoskopisk teknik vid: total och subtotal hysterektomi av stor uterus, myomenukleationer utero-vaginal prolaps, även vid samtidig rektalprolaps och djupt infiltrerande endometrios med tarmengagemang. Praktiska tips för att undvika komplikationer. Demonstration av morcellatorteknik och suturering. Föreläsningar angående olika metoders för- och nackdelar, tillämpbarhet, svårigheter och komplikationer. Videodemonstrationer. Erfarenheter från Norden och internationellt. Vetenskaplig dokumentation. Kvalitetsaspekter. Instrumentdemonstration.

Kursavgift: 7.975 kr

Kontaktpersoner: jan-henrik@stjerndahl.se
lena.otterlind@vgregion.se

Information: www.scge.org

11. Fördjupningskurs i Obstetriskt ultraljud

Kursledning: Rose-Marie Holst, Lars-Åke Mattsson, Hans Bokström, Kvinnokliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, Göteborg

Kurstid: 17-21/11 (mån - fre v 47) 2008

Kursort: Kvinnokliniken, Östra sjukhuset, Göteborg

Avsedd för: 12-16 specialister i gynekologi och obstetrik som avser att erhålla obstetriskt ultraljudskompetens på second opinion nivå.

Program: Ultra-ARGs utbildningsgrupp har beslutat att genomföra ytterligare en fortbildningskurs i obstetriskt ultraljud. Kursen är en fördjupningskurs och ingår i det utbildningskoncept som syftar till att ge kompetens för att kunna ansvara för obstetrisk ultraljudsverksamhet (second opinion nivå). Examination och examensbevis efter godkänd kurs ingår i priset.

Krav för att delta i kursen är specialistkompetens i obstetrik och gynekologi med ultraljudskompetens motsvarande minst grundkursnivå. För godkänd kurs krävs att man dessutom har gått, eller går dopplerkurs.

Den aktuella kursen fokuserar på missbildningsdiagnostik och fosterhjärtundersökningar och kursen sträcker sig över fem dagar. Därefter ska man träna på hemmaplan och föra en loggbok över 10 självständigt handlagda fall med litteraturgenomgång, bildokumentation, differentialdiagnoser och diagnos. Loggboken skickas sedan till kursledningen. Instruktioner för hur en sådan loggbok ska se ut kommer att presenteras på kursen. Ämnen som kommer att tas upp är ultraljudsfysik, artefakter, ultraljudsäkerhet samt organisation av en ultraljudsavdelning. Genetik. Diagnostik av missbildningar. Tvillingdiagnostik. Falldemonstrationer. Praktisk träning av fosterhjärtundersökning. Introduktion till Doppler. Övervakning av riskgraviditeter. Etik.

Kursavgift: 12.500 kr inkluderar avgift för examen

Kontaktperson: annika.bolinder@vgregion.se kurssekreterare
Tel: 031-343 80 03

12. Fortsättningskurs i operativ hysteroskopi

Kursledning: Jörgen Nathorst-Böös, Arne Rådestad.

Kurstid: 24-26/11 (mån - ons v 48) 2008

Kursort: Närsjukhuset Sabbatsberg, Olivecronas väg 1, 113 24 Stockholm. Tel 08 /690 63 00

Avsedd för: 4 specialister i gynekologi/obstetrik med erfarenhet av diagnostiska och mindre operativa hysteroskopier.

Program: Fortsättningskurs i operativ hysteroskopi. Kursen består av en halvdags teoridel där bl.a. tekniker vid myomresektion, endometriresektion och korrigering av missbildningar behandlas. Därefter följer två hela operationsdagar där kursdeltagarna arbetar i grupper om två tillsammans med en av lärarna.

Tonvikten har lagts på att erhålla praktiska kunskaper varför antalet deltagare är begränsat till fyra. Undervisningen kan därigenom också anpassas till deltagarnas förkunskaper. Varje kursdeltagare skall under kursen få möjlighet att under handledning genomföra 3-4 hysteroskopier. Fyra instrumentfirmor kommer att delta så deltagarna skall ha möjlighet att prova olika former av utrustning. Om så önskas kan en sjuksköterska från den egna kliniken också delta i kursen. Reducerad avgift för detta tillkommer.

Kursavgift: 9.000 kr

Kontaktpersoner: jorgen.nathorst-boos@aleris.se
arne.radestad@aleris.se

13. Gynekologisk kirurgisk teknik för ST läkare

Kursledning: Mats Brännström, Janusz Marcickiewicz och Pernilla Dahm-Kähler, Sahlgrenska Göteborg

Kurstid: 24 - 26/11 (mån - ons v 48) 2008

Kursort: Kvinnokliniken Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Avsedd för: 30 ST-läkare i början av sin utbildning

Program: Föreläsningar, operationsfilmer och live-operationer av abdominell hysterectomi, vaginal hysterectomi, laparoskopisk salpingo-oophorectomi, laparoskopisk cystenukleation, främre och bakre plastik samt mindre kirurgi såsom marsupialisation av Bartholinicysta. Genomgång av operationsinstrument, suturer, knyttteknik och diatermiutrustning.

Kursavgift: 6.000 kr

Kontaktperson: pernilla.dahm-kahler@vgregion.se

14. Obstetrisk Medicin

Kursledning: Katarina Bremme, Eva Nord och Eva Östlund, Stockholm

Tid: 1 -3/12 (må - ons v 49) 2008

Kursort: Stockholm (ev internat)

Avsedd för: 30 specialister i obstetrik och gynekologi

Program: Omhändertagande och behandling av den gravida kvinnan i samband med obstetriska komplikationer som hypertoni/preeklampsi, intrauterin tillväxthämning, immunisering, diabetes, ITP, koagulationsrubbning och hepatos. Även behandling av gravida kvinnor med komplicerade invärtesmedicinska sjukdomar som autoimmun sjukdom tex SLE, tyroideasjukdom, hjärt/kärlsjukdom, neurologisk sjukdom och njursjukdom kommer att tas upp. Föreläsningar och falldiskussioner.

Kursavgift: 5.000 kr + ev internat

Kontaktperson: eva.jader@karolinska.se
Tel 08-51773794 (sekr)



Utvärdering av Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi ur ett användarperspektiv, en intervjustudie

Projektarbete termin 6, Medicinska fakulteten, Umeå universitet.

Författare

Erik Björkman, termin 6, Medicinska fakulteten Umeå universitet.

Nils Hellström, termin 6, Medicinska fakulteten Umeå universitet.

Handledare

Mats Löfgren, registerhållare Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi, Institutionen klinisk vetenskap, enheten för obstetrik och gynekologi, Umeå universitet.

Ewa Andersson, lektor, institutionen för beteendevetenskapliga mätningar, Umeå universitet

Sammanfattning

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska kvaliteten i sjukvårdens verksamheter säkras. Intresse och möjlighet att delta i ett kvalitetsregister, varav Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi (Gynop-registret) är ett, är relaterade till den grad av merarbete ett deltagande kan innebära. Vid nio kliniker i landet intervjuades läkare och läkarsekreterare för att få en bild av hur arbetet med registret fungerar och huruvida registerinformation används. Vid kliniker där läkarna registrerar elektroniskt med användning av genererad text återvinns den tid inmatningen i registret medför till följd av minskat arbete med journalföringen. De pre- och postoperativa patientenkäterna används som ett kliniskt

hjälpmedel. Utan enkäterna skulle i systematisk uppföljning saknas. Ändring av klinikerutiner baserat på registerinformation konstateras av ungefär 40% av läkarna. Studien visar att båda personalkategorier är uttalat positivt inställda till fortsatt registerdeltagande.

Bakgrund

I enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (1) ska kvaliteten i sjukvårdens verksamhet systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. I dagsläget finns ett 60-tal s.k. nationella kvalitetsregister inom en rad områden, däribland Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi (Gynop-registret). Av landets cirka 55 opererande kliniker deltar 38 i registret (4).

Det är väl känt att intresse och möjlighet att delta i ett kvalitetsregister är relaterade till den grad av merarbete som ett deltagande kan innebära (5). Från regeringshåll betonas vikten av kvalitetsuppföljning inom vården. Vidare att sådana integreras i journalsystemen av tidsbesparande anledningar samt för att minimera mängden felkällor och bortfall (6). Gynop-registret har sedan det startades 1997 eftersträvat integration i journalföringen genom att ur registrerade data i registret generera en text som kan överföras journalen. (4). På Gynop-registrets användarmöte har beslutats att all dataregistrering skall komma

att ske elektroniskt och pappersformulären avvecklas. (4).

En majoritet av vårdgivare och befattningshavare inom landstingen anser att information från nationella kvalitetsregister är värdefull. Däremot har långt ifrån alla kliniker ändrat klinisk praxis på grund av registerinformation. Enheterna använder snarare informationen för att stämma av sin verksamhet mot resten av landet (7). Syftet med undersökningen är att, ur ett användarperspektiv, få en bild av hur sekreterare och läkare arbetar med Gynop-registret.

Metod

Arbetet genomfördes på uppdrag av Gynop-registret. I samarbete med företrädare för Gynop-registret samt institutionen för beteendevetenskapliga mätningar vid Umeå universitet skapades intervjumallar. Intervjumallarna testades först vid Norrlands universitetssjukhus i Umeå, därefter i Lycksele och Skellefteå. Endast mindre justeringar var nödvändiga. Därefter genomfördes intervjuer vid sjukhus i ytterligare sex orter. Dessa orter var Varberg, Borås, Göteborg (Östra sjukhuset), Lund, Helsingborg samt Växjö. Valet av sjukhus gjordes med målet att få med alla olika användningssätt. Totalt tillfrågades 11 kliniker. Intervjuerna inkluderar personalkategorier som använder



Gynop-registret i sitt arbete, 26 läkare och 17 läkarsekreterare. Urvalet av intervju-personer var ej randomiserat.

Resultat

Läkarintervjuer: 26 läkare från nio kliniker deltog i undersökningen. Det visade sig att läkarna vid en och samma klinik antingen registrerade elektroniskt (N=13) eller via pappersformulär (N=12). Endast en läkare använde båda arbetssätten.

Dataregistrering: Andelen läkare som anger att de har direkt nytta av dataregistreringen skiljer sig mellan de två grupperna. Nio av tio som registrerar elektroniskt svarade positivt. Bland de som registrerar på papper var bara hälften positiva. Läkarna uppskattar tidsåtgången per patient till i genomsnitt 20 minuter vid elektronisk registrering och 16 minuter vid pappersregistrering, N.S. Andelen formulär som måste kompletteras är klart högre vid pappersdokumentation. I medeltal måste ungefär vart femte formulär kompletteras vid pappersregistrering, cirka vart elfte måste kompletteras vid elektronisk registrering (p < 0.005). Genomsnittlig tidsåtgång för att komplettera ett formulär uppskattas till 4 minuter.

Textgenerering: I programvaran genereras text, utifrån markerade fasta alternativ, som kan användas vid journalföring. 77% av dem som registrerar elektroniskt anser att den genererade texten är till hjälp i journalföringen. Uppskattningsvis sparas ca 18 min/patient om texten används jämfört med klassisk journaldiktering. Den genererade texten behöver ofta kompletteras, i genomsnitt i 70% av fallen. De som registrerar elektroniskt är mer positivt inställda till den genererade texten än de som registrerar på pappersformulär. De som registrerar elektroniskt anser att texten innehåller tillräckligt med information i 70% av fallen jämfört med de som registrerar på pappersformulär som anser det i 40% av fallen.

Enkätanvändning: Patienter fyller i en hälsodeklaration innan operation samt två uppföljningsenkäter. Alla tillfrågade läkare uppger att de tar del av informationen från patientenkäterna eftersom de ger hjälp vid anamnes-/statustagande samt att de ger feedback/uppföljning efter operation.

Tjugofyra av tjugosex tillfrågade läkare angav att de har nytta av patientenkäterna. På frågan om hur patienterna skulle ha följts upp om inte enkäterna använts svarade 23 läkare att patienten själv hade fått ta kontakt vid problem, två sa att de hade följt upp alla patienter med återbesök och en läkare med ett eget register.

Registeranvändning: 96% av tillfrågade läkare uppger att de har tagit del av registrets återrapporter antingen på kliniskt möte eller i SFOGs medlemsblad. Den rapportgenerator som registret tillhandahåller för uppföljning av klinikens verksamhet har använts av en fjärdedel av läkarna och tre fjärdedelar tagit del av resultat från rapportgeneratorn. 12 av 26 (41%) säger att kliniken har utfört förändringsarbete baserat på registerdata.

Syn på fortsatt registerdeltagande: Samtliga läkare som ingick i studien anser att deras klinikers fortsatta deltagande i Gynop-registret är självklart. Läkarna ombads att skatta hur viktigt de anser det är att kliniken fortsätter delta i registret. Skalan definierades mellan 1 till 5, där 1 betyder "inte alls viktigt" och 5 betyder "mycket viktigt". Sammantaget blev resultatet 4,4.

Sekreterarintervjuer: Sjutton sekreterare från de nio klinikerna intervjuades.

Dataregistrering: Vid kliniker som använder pappersinmatning uppskattar sekreterarna att tidsåtgången för dataöverföring till registret från pappersformulären tar i medel en halvtimme per patient. När läkarna pappersregistrerar behövs komplettering för två av fem formulär jämfört med ett av sex formulär när läkarna registrerar elektroniskt.

Textgenerering: Elva av tretton (82%) sekreterare på kliniker där läkarna registrerar elektroniskt anger att programmets genererade text används vid journalföring. Endast två av fem av de som jobbar på en klinik där data registreras på pappersformulär uppger att texten används. I stort sett alla sekreterare upplever textgenereringen som ett tidsbesparande verktyg. Där textgenerering till journalföringen används sparar de i genomsnitt ca 20 minuter per patient.

Enkätanvändning: Sekreterarna i studien uppskattar att det i genomsnitt tar cirka

15 minuter att mata in en enkät medräknat allt kringarbete. För att spara läkartid gör 13 av 17 sekreterare bedömningar av enkäter från patienter utan komplikationer. Många av sekreterarna ser fram emot de planerade webbenkäterna.

Registeranvändning: 71% av tillfrågade sekreterare har tagit del av återrapporterna. Endast 2 av 17 sekreterare har arbetat i rapportgeneratorn, däremot har 10 sett resultat därifrån.

Syn på fortsatt registerdeltagande: Precis som bland läkarna anser alla sekreterarna att fortsatt deltagande är självklart. På samma skattningsskala som för läkarna skattade sekreterarna detta till 4,3. En viss skillnad mellan grupperna kunde urskiljas, 4,6 för elektronisk registrering samt 3,8 vid pappersregistrering.

Diskussion

Efter genomförda intervjuer konstateras att valet av sätt att registrera data förefaller vara ett klinikval snarare än ett individuellt val. Intervjuerna visar en tendens att läkarnas dataregistrering tar något längre tid om data registreras elektroniskt jämfört med pappersformulär. Vid registrering på pappersformulär får sekreterarna emellertid 20 minuters merarbete per patient. Båda yrkeskategorier anger att pappersregistreringen medför ett betydligt högre behov av kompletteringar. När den genererade texten överförs till journalen minskar tidsåtgången för journalföring i samma storleksordning som den tid registreringen tar. De läkare som använder sig av den genererade texten torde således tjäna in hela den tid de lägger på registrering i Gynop-registret vid journalföringen.

En majoritet av de läkare som registrerar elektroniskt anser att den genererade texten är till hjälp i journalföringen. Den automatiskt genererade texten kompletteras ofta pga att den är ofullständig samt är ett uppräknande av fakta. Vid elektronisk inmatning begär även programvaran att komplettering skall göras för att det individuella och personliga skall komma med. Från Gynop-registrets ledning poängteras att den genererade texten är faktaspäckad men "död", en personlig komplettering skall i princip alltid göras (4).



— Gynopregistret —

Registrets patientenkäter används av samtliga läkare. I princip alla säger sig ha nytta av enkäterna i sitt kliniska arbete. Utan enkäter hade uppföljningen till största del skett på patienternas initiativ. Patientenkäterna upptar mycket arbetstid för sekreterarna. Enkäterna webbaseras för närvarande och funktionen är i klinisk pilotdrift. Preliminära resultat visar att 25% av patienterna besvarar enkäten webbaserat vilket reducerar sekreterarnas

merarbete (pågående studie inom Gynopregistret).

Bland läkarna har en kvalificerad majoritet tagit del av registrets resultat. 80% av läkarna berättar att resultaten diskuteras på klinikmöten. Huruvida förändringsarbete baserat på registerdata har genomförts var i många fall mer osäkert. Våra resultat överensstämmer med en tidigare undersökning, som visar att endast en tredjedel av inkluderade kliniker ändrat klinisk praxis

pga data från ett kvalitetsregister, även om information från nationella kvalitetsregister anses värdefull (7). Sekreterarna är något mindre insatta i resultaten av kvalitetsuppföljningen. Orsaken till detta är något osäker, men på en del ställen framkommer att sekreterarna normalt inte närvarar vid klinikmöten.

Samtliga tillfrågade anser att deras kliniker ska fortsätta sitt deltagande i Gynopregistret. ■

Referenser

1. Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) § 31
 2. Nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården 2007. Sveriges Kommuner och Landsting.
 3. Styrprotokoll för Nationella registret inom gynekologisk kirurgi (Gynop-registret). Reviderat 2007-09-27.
 4. Gynop-registret: Året som gått och framtiden. Svensk förening för obstetrik & gynekologi. Medlemsbladet 2007;5:7-10
 5. Dueholm M, Rokkones E, Löfgren M, Härkki P, Arason G. Nordic gynecologists' opinion on quality assessment registers. A questionnaire study and presentation of Nordic guidelines for quality assessment of gynecological surgery. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2004;83:563
 6. Borgström A. Regeringen ser över nationella kvalitetsregistren. Ansvarsfrågan och öppenhet för allmänheten på agendan. *Läkartidningen* 2007;104:2940-1
 7. Garpenby P, Lawrence M. Kvalitetsregister bra verktyg för kliniker men av oklar nytta för beställare. *Läkartidningen* 2003;100:715-8
-



KOMMENTAR

Projektarbetet

Från registrets sida har vi under ett par år strävat efter att få en utvärdering av hur registret fungerar ute på fältet bland användarna. Vi har försökt men misslyckats få till stånd en utvärdering av från oss helt fristående institutioner inklusive från Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting. Vi har nu haft förmånen att få det utfört som projektarbete, totalt 10 poäng, av två medicine studerande från termin 6.

Angelägenhetsgraden har även ökat eftersom pappersformulären i registret skall avvecklas och enbart finnas som "nöd-lösning", varför frågan - hur det fungerar om läkarna registrerar själva - har stor betydelse.

Utvärderingens resultat är allmänt så positivt avseende registret att vi måste fundera kring eventuell bias!

Sjukhusen har inte varit randomiserade utan valdes utifrån att vi visste att elektronisk respektive pappersregistrering skedde, att få med olika stora klinikerna samt utifrån att sjukhusen tackade ja till att delta. Två sjukhus avböjde att delta.

De kollegor som intervjuades var de som kunde/ville ställa upp. Dessa faktorer kan ha påverkat mot selektion av för registret allmänt positivt inställda personer. Även om vi från registrets sida ansträngt oss för att inte påverka studenternas sammanställning, databearbetning eller slutsatser har vi dock varit engagerade i utvärderingen. Detta sammantaget kan ha påverkat resultaten i för registret positiv riktning jämfört med en randomiserad helt från registret skild undersökning. Påverkan avseende jämförelsen direktregistrering mot pappersregistrering torde dock vara liten. Studenternas fullständiga uppsats finns att läsa på registrets hemsida www.gynop.org.

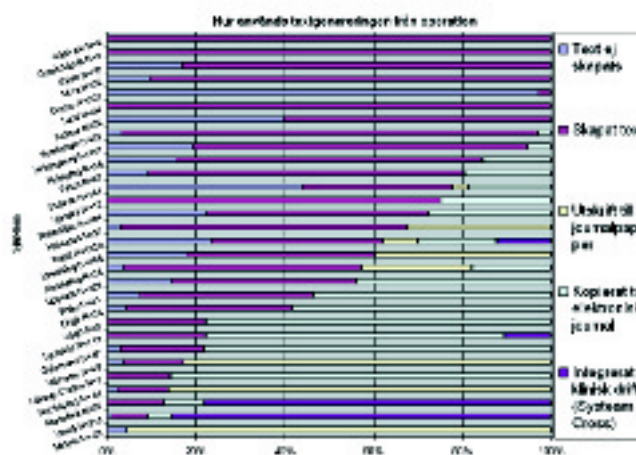
Från senaste registerversionen, tillgänglig december 2006, finns inlagt registrering huruvida text har skapat, skrivits ut till journalpapper, kopierats för klipp-o-klis-tra till elektronisk journal eller direktöverföring till journal via integrationen. Alla sjukhus hade inte installerat den senaste registerversionen till september 2007 varför uppgifter för alla deltagande sjukhus inte finns. Den automatiskt genererade texten från operationsregistreringen förefaller användas till journalföringen i 38% av samtliga i registret registrerade operationer. 11 kliniker använder texten i mer än 50% av operationerna. Spridningen mellan klinikerna varierar från 0 till 96% avseende journaltextanvändning. (Bild 1) I dagsläget är registrets integration avseende SYSteam Cross i klinisk drift vid 3

sjukhus. Förhoppningen är att även någon klinik, lokal IT-avdelning, snart skall driftsätta integrationen avseende Melior som är helt klar för det. Användandet av befintlig integration (SYSteam Cross och Melior) skulle för de sjukhusen närmast eliminera läkarnas merarbete avseende registrering.

Ur ett resursperspektiv är det självfallet mycket tillfredsställande att direktregistrering av läkare och användandet av genererad text i mycket hög grad reducerar tidsåtgången för läkarna att delta i registret. Beslutet att avveckla pappersformulären har ett klart stöd i undersökningen.

Mats Löfgren

Registerhållare. Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi



GYNKVALITETSREGISTRET STOCKHOLM

I förra numret av Medlemsbladet (Nr 5) kommenterades Gyn-kvalitetsregistret (GKR) både i en ledare av Charlotta Grunewald och i en årsrapport från Gynopregistret. Här följer en närmare presentation av registret och dess bakgrund.

År 2003 gav Lennart Nordström, dåvarande Spesak (specialistsakkunnig), i uppdrag till Anders Å:son Berg, Medicinskt råd i SLL (Stockholms läns landsting), att bilda en arbetsgrupp som skulle fastställa ett antal kvalitetsvariabler för beställarnas räkning. Gruppen, med representanter från åtta av Stockholms opererande enheter, började utvecklingsarbetet med GKR - ett kvalitetsregister för gynekologisk kirurgi. Skarp drift inleddes i juni 2006. En förbättrad version togs i bruk i juni 2007. Alla intraabdominella operationer (laparoskopier, laparotomier och vaginala hysterektomier) och intrauterina operationer (hysteroskopier och värmeablation)

inkluderas. Hittills har 1800 patienter registrerats. De parametrar som registreras är identiska med motsvarande parametrar i Gynopregistret men utgör endast en delmängd av dessa (de som är direkt relaterade till kvalitet). Patienterna följs upp med en enkät med nio frågor vilken också kan besvaras via webben, www.gynreg.se.

Karolinska Huddinge och Solna står för utvecklingen av den tumörkirurgiska delen av registret vilken också kommer att innefatta uppgifterna som ingår i kvalitetsregistret för gynekologisk onkologi (inkl canceranmälan och uppföljning). Tumördelen kommer troligen att gå i drift

under våren 2008 och data kommer att exporteras till INCA (Informationsnätverk för cancervården).

Nästa fas kommer att inkludera urogynekologin; prolaps och inkontinensoperationer. Konisationer kommer framöver också att införas i registret.

Vi är glada att samarbetet med Gynopregistret fortsätter och ser fram emot att så småningom presentera våra siffror gemensamt.

Kerstin Palm, Karolinska Huddinge
Jörgen Nathorst-Böös, Sabbatsberg
Närsjukhuset
Mats Bergström, Södersjukhuset AB ■

Kodfrågan

RÄTTELSE

I senaste Medlemsbladet presenterades de nya diagnos- och åtgärdskoderna från Socialstyrelsen som gäller fr o m 2008-01-01. Jag var glad över att kunna få med det i decembernumret. Glädjen blev dock kortvarig, för i sista minuten kom Socialstyrelsen med en hel del ändringar av Åtgärdskoderna (se nedan). Detta efter det att deadline för vår tidning passerats.

Ytterligare en viktig ändring jämfört med det jag skrev i förra Medlemsbladet gäller veckogränserna på de nya fördjupningskoderna för Legal abort O04.9:

Efter ett påpekande från Marc Bygdeman skall veckogränsangivelsen plussas på med en dag (jfr med kodfrågan nr 5 07) för att det ska bli samstämmigt med veckoangivelserna i abortlagen. På Socialstyrelsen har man tidigare velat ha samma formuleringssätt som för de andra veckogränsangivelserna i ICD-10, men de har nu gjort ett avsteg från detta för att det ska bli korrekt och överensstämna i abortstatistiken.

Så här ska det alltså se ut:

- O04.9A Legal abort t o m graviditetsvecka 9+0
- O04.9B Legal abort fr o m graviditetsvecka 9+1 t o m v. 12+0
- O04.9C Legal abort fr o m graviditetsvecka 12+1 t o m v. 18+0
- O04.9D Legal abort fr o m graviditetsvecka 18+1 t o m v. 22+0
- O04.9E Legal abort fr o m graviditetsvecka 22+1
- O04.9X Legal abort, graviditetslängd ospecificerad

Åtgärds-koder

Här nedan följer ett utdrag ur den senaste versionen. Observera att det inte bara är tillägg, utan också ändringar av vissa kodnummer. Liksom tidigare vill jag lämna med en brasklapp att det inte är obligatoriskt att använda alla dessa koder även om de finns, och man får på klinikerna utarbeta lokala rutiner för användning.

Ultraljud (nya koder)

- AL018 Abdominell ultraljudsundersökning, annan specificerad
- AL019 Vaginalt ultraljud med dopplerundersökning av blodkärl

Obstetriskt ultraljud (nya koder)

- AM015 Obstetriskt ultraljud med dopplerundersökning av a umbilicalis
- AM016 Obstetriskt ultraljud med dopplerundersökning av andra fetala kärl
- AM017 Obstetriskt ultraljud med dopplerundersökning av a uterina
- AM020 Obstetriskt ultraljud för mätning av cervixlängd och bedömning av placentalläge
- AM021 Obstetriskt ultraljud för bedömning av fostervattenmängd

- AM030 Obstetriskt ultraljud för bedömning av den gravida kvinnans njurbäcken

Smärtlindring (ändrade kodnummer)

- SK529 Paracervikalblockad (angavs tidigare som SK360)
- SK549 Pudendusblockad (angavs tidigare som SK362)
- SN999 Epiduralanestesi UNS (angavs tidigare som SN990)

Anestesi (nya kodnummer)

- SI310 Ytanestesi
- SG999 Generell anestesi UNS

Urogynekologi (kod som utgått)

- DK018 Utgår. Endast en kod finns kvar för Urininkontinensutredning och -behandling, nämligen DK019

Assisterad befruktning (nya koder)

- DL003 Embryo transfer efter standard-IVF (sedan tidigare finns DL002 ET med frysta och tinade embryon)
- DL004 Frysning av embryo
- Läkemedelstillförel (ny kod)
- DT032 Läkemedelstillförel, injektion till foster

Rådgivning (ändrat kodnummer)

- DV026 Genetisk rådgivning (angavs tidigare som DV011)

Konferens/konsultation (nya koder)

- XS007 Konferens med patient, t ex vårdplanering, nätverksmöte (obs! konferens om patient XS008)
- XS002 Behandling under vårdtillfälle (Behandlingsinsats som utförs av personal vid annan enhet än den där patienten vårdas. Registreras av vårdenhet som utförs behandlingen)

Övrigt (nya koder)

- GD001 Anmälan enligt lag (t ex smittskyddslagen, socialtjänstlagen)
- GD004 Övriga anmälningar, som ej regleras i lag (t ex anmälan till Läkemedelsverket)

Hälsningar

Karin Pihl

karin.pihl@telia.com

karin.pihl@vgregion.se

ENTOG-utbyte i Österrike samt konferens i Wien november 2007

Vi var lyckligt lottade som vann OGU:s stipendium och fick åka på utbyte via ENTOG (=European Network for Trainees in Obstetrics and Gynaecology) till Österrike.

Vi åkte till Wien söndagen 26:e november ovetandes om vad som väntade oss då vi hade haft svårt att få tag i den lokala kommittén i Österrike. Väl nere i Wien löste sig allt och vi fick dela på oss. Julia skulle vara på utbyte på ett litet sjukhus i Horn som ligger 1,5 timmes tågresa norr om Wien. Lollo var placerad på Allgemeines Krankenhaus (=AKH = allmänna sjukhuset), Österrikes största sjukhus i Wien.

Julia

Jag fick bo hos en överläkare som bodde i Stockerau, lite norr om Wien, och pendlade varje dag en timme med bil ut till Horn som har 6000 invånare. Jag kände mig som hemma på sjukhuset eftersom tyska är mitt modersmål. Redan efter första morgonmötet blev jag påmind om min studietid i Hamburg. Vi började med "storrond" (Visite) där alla läkare sprang efter chefen som gick in till alla patienter (förlösta, oförlösta, friska, sjuka o.s.v.) och gjorde någon symbolisk undersökning, till exempel att palpera uterus på en sedan tre dagar normalförlöst kvinna. I samband med storronden bestämdes också vilka patienter man ville undersöka på Ambulanzen. Ambulanze är en form av mottagning för både akuta och planerade patienter. I Horn fanns det två olika undersökningsrum, ett för obstetriska patienter ett för gynekologiska med en dörr som förbindelse. Personalen sprang fram och tillbaka utan hänsyn till kvinnorna som låg i undersökningsstolen. Man undersökte både inneiggande och polikliniska patienter där. Operationstider fanns alltid tillgänglig,

Julia Hoge, ST-läkare KK
Nyköpings lasarett
Lollo Makedessi, underläkare KK
Danderyds Sjukhus

ofta inom en veckas tid. Dessutom gick alla gravida efter vecka 36 dit för CTG och ultraljudskontroll (=UL) med viktskattning och flöde varje vecka fram till vecka 41+3, sen blev det induktion. Alla gravida som kom till mottagningen undersöktes med UL, viktskattning och flöde oavsett symtom. Varje kvinna hade ett "Mutter-Kind-Pass" under graviditet och kontrollerades minst en gång/månad av privat gynekolog. Horn har 400 förlossningar/år och en snittfrekvens på 25 %. Det finns inga möjligheter att ta skalpprov och tveksamheter på CTG leder till kejsarsnitt. Då närvarar alltid tre läkare varav en måste vara specialist. Läkarna var alltid närvarande vid varje förlossning. Jag var med på operation vid ett tillfälle och blev mycket imponerad av deras färdigheter. Operationsavdelningen var välutrustad och man utförde stora canceroperationer som till exempel Wertheim. Däremot fanns det ingen abortverksamhet som vi är så vana vid. Det finns bara några sjukhus som utför detta och en abort kostar ca 400 euro eftersom man måste träffa 2 olika läkare för rådgivning. En eftermiddag var jag med på en privat praktik där man mest utförde kontroller. Det betyder att varje kvinna uppmanas att årligen göra en gynekologisk undersökning med cellprov och

UL för kontroll. Hur mycket man betalar för det beror på ens försäkring.

Lollo

Jag auskulterade på AKH som har gamla anor, både Wertheim och Semmelweis har arbetat där. Jag fick kontakt med en professor som jag skulle bo hos och tyckte det verkade som en stor händelse tills jag insåg att ungefär hälften av alla läkare var professorer. Kliniken var svår att få grepp om under de fyra dagar som utbytet bestod i. På Kvinnoklinken arbetade över 60 läkare. Jag spenderade första dagen på Ambulanzen som var indelad efter specialitet, allmän gynekologi, endokrinologi, ultraljud (både obstetriska och gynekologiska) och specialgynekologi. Där var jag med på en mottagning för genetisk rådgivning av kvinnor med misstänkt ärftlighet för bröstcancer. Bröstcancer sköts i första hand av gynekologer. Patienterna fick ca 60 minuters konsultation med gynekolog, psykiater med särskild inriktning på genetisk rådgivning och ibland en genetiker. Det var inte så meningsfullt för mig att vara med på samtalsmottagning då jag inte kan ett ord tyska. Läkarna på kliniken försvann vid 15-tiden på eftermiddagen för att sköta sina privata mottagningar. Kvällsjourerna började därför redan klockan två. Jag stannade kvar och följde med förlossningsjouren, men tyckte att det var väldigt lugnt. Det visade sig att det fanns totalt nio jourlinjer på kliniken. Nästa dag var jag på förlossningsavdelningen som trots sjukhusets storlek har knappt 3000 förlossningar och en snitt-

frekvens på 40 %. Sjukhuset sköter riskförlösningar, normala förlösningar sköts av andra sjukhus eller privatklinik. Professor Hanzal som jag bodde hos berättade att läkarna numera får för lite obstetrisk erfarenhet då det finns många läkare och relativt få förlösningar. Detta gör att ST-läkarna känner sig osäkra och behöver stöd i nästan alla obstetriska situationer. Professor Hanzal kunde t ex bli inkallad som bakjour för en episiotomi. Jag tillbringade en dag på operationsavdelningen vilket var mycket givande. Hela tiden fanns det minst fem studenter på varje operationssal och klimatet var undervisningsvänligt. Varje morgon hölls vid läkarmötet någon form av undervisning, klinikens läkare hade välförberedda föreläsningar om bland annat infertilitet, prenatal hjärtmissbildningsdiagnostik och kosmetisk ögonlockskirurgi. Det sistnämnda berodde på att en plastikkirurg arbetade deltid på kliniken.

ENTOG-meeting in Vienna

På fredagen 1:a december ägde konferensen rum. Temat var ST-utbildning i de olika länderna och förslag till förbättring. Sammanlagt deltog ca 35 ST-läkare, som hade varit placerade på olika sjukhus i hela Österrike, och ett ca 40 andra läkare från europeiska organisationer, motsvarande OGU, samt USA. Det började med att tre av deltagarna i utbytet berättade om sina erfarenheter i Österrike och jämförde med sina hemländer. Samtliga upplevde att ST-utbildningen var dåligt organiserad i Österrike. Detta bekräftades av Österrikiska läkare på olika nivåer på ett kritiskt och nästan uppgivet sätt. Vi fick höra nyblivna specialister i Österrike berätta om svårigheterna att bli självständig under sin ST. En av dessa berättade att hon hade gjort totalt 66 kejsarsnitt under sin ST och var nu nervös inför jourerna utan bakjour på huset och utan att kunna jobba självständigt. Visserligen tycker många ST-läkare i Sverige att de har för lite kunskap och operativ erfarenhet, men nu inser vi hur bra vi har det jämfört med våra kollegor som vi mötte under utbytet. Som ST-läkare i Österrike gör man 4 år gynekologi/obstetrik och 2 års randning. Det finns

ingen utbildningsplan utan placeringarna beror på behovet på kliniken. Man har ingen handledare eller motsvarande. Efter en obligatorisk ST-tenta blir man färdig specialist med svårighet att hitta jobb på grund av överskott av läkare. Mest kritik gav Professor Speicer som arbetade med att förnya utbildningen i landet. Han jämförde utbildningen med Australien som har ett bra system där man får kontroll över sina färdigheter och brister. Systemet bygger på loggböcker som kontinuerligt ska uppdateras samt tentamen som kräver mycket inläsning och där man faktiskt får sluta som ST-läkare om man inte klarar alla tentor (max 3 försök). De flesta tyckte man hade mycket att tjäna på ett sådant system men att problemet med det kan vara att det stjälar tid från den kliniska verksamheten. Engelsmännen hade ett liknande system som de var nöjda med. Även amerikanerna, danskarna och norrmännen berättade om sina system. Vi förstod att det norska systemet var mest likt det svenska. Vi fick också höra ett föredrag och en "Teach the teachers" från Holland som på ett enkelt sätt gav oss tips om lärande.

Totalt sett var det en vecka full av nya lärdomar som vi inte hade velat vara utan. Den viktigaste lärdomen är att vi har ett bra system för lärandet under ST-tiden i Sverige. Stort tack till OGU och våra klinier som gav oss möjlighet att åka. ■

OGU:s utbildningsenkät är här!

Nu i dagarna har du som är ST-läkare eller vik ul (gäller alla, även randare och föräldralediga) fått eller kommer att få OGU:s utbildningsenkät i ditt postfack.

Enkäten syftar till att kartlägga ST-läkarens utbildningsmöjligheter och arbets-situation. Sålunda är det viktigt att så många som möjligt fyller i enkäten så att vi inom OGU har ett starkt underlag till vårt arbete för ett bättre utbildnings- och arbetsmiljöklimat för oss ST-läkare. På varje klinik finns en kontaktperson som kommer att hjälpa oss att samla in enkäterna senast v 9.

Har du några frågor angående enkäten så önskar vi dock att du vänder dig direkt till någon av oss i OGU. Vår hemsida med kontaktuppgifter nås via www.sfog.se.

Stort tack på förhand för din medverkan. ■

Invitation to

NFOG 2008

Congress

Reykjavík Iceland

June 14th-17th 2008

www.nfog2008.is

Deadline for abstract submission is February 17th
Deadline for lower congress fee, April 1st



NFOG Congress 2008 - Preliminary Programme

Thursday June 12th - Friday June 13th

09:00 **NSGO meeting**; Nordic Society of Gynecologic Oncology

Saturday June 14th

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

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

18:00 **Welcome - Get together**

Sunday June 15th

- 09.00 **Opening ceremony** - MAIN HALL
Young Scientist Award; Best Acta Article Award; Lillehammer Scholarship; Artists
- 09.30 **Opening lecture** - MAIN HALL
Barriers to Access in Sexual and Reproductive Health Care; Dorothy Shaw, FIGO president, CA
- 10.30 Coffee Break / Exhibition
- 11.00 **NFOG Symposium: Womens health in a global perspective** - MAIN HALL
Introduction; *Peter Hornnes DK*
Maternal mortality with emphasis on post partum hemorrhage; *Roland Strand SE*
HIV/AIDS and sexual and reproductive health and rights - what are the links?
Jerker Liljestrand SE
How can ob-gyn societies be useful partners in twinning? *Charlotta Grunewald SE*
- 12.30 Lunch Break
- 13.30 **Plenary lecture** - MAIN HALL
Congenital anomalies of the female genitalia; *Marc Laufer US*
- 14.15 **Human Papilloma Virus** - MAIN HALL
Efficacy of vaccines. Who should get them? *Nubia Munoz FR*
Short and long term consequences of vaccination; *Jorma Paavonen FI*
Should HPV testing be the primary test in screening programmes? *Philip Davies FR*
Other indications for HPV testing; *Joakim Dillner SE*
- 14.15 **Skills training, simulation and assessment I** - HALL 1
Implementation and evaluation of multiprofessional skills training in obstetrics;
Jette Led Sørensen DK
Obstetric skills training and team training - a randomized study; *Johanna Crofts UK*
Research in obstetric training; *Tim Draycott UK*
Hands on test of obstetric and gynecological simulators and assessment bench stations available all days
- 14.15 **Free communications** - HALL 2
- 14.15 **Ultrasound for fun** - HALL 3
Introduction; *Ove Axelsson SE*
Epidemiological studies on safety; *Helle Kieler SE*
Animal studies on ultrasound bioeffects; *Kjell Å Salvesen NO*
Recommendations from safety committees; *Ove Axelsson SE*
Possible advantages of 3 and 4 D ultrasound in obstetrics; *Elisabeth Epstein SE*
- 15.45 Coffee Break / Exhibition
- 16.15 **Ovarian cancer** - MAIN HALL
Are advanced techniques of any use for the patients? *William Cliby US*
Centralization of surgical treatment; *Björn Hagen NO*
Prognostic markers, has anything happened during the last 25 years? *Claes Högdall DK*
New treatment modalities; *Mark Bækkelandt NO*
- 16.15 **Hormones and wellbeing: Testosterone, Progesterone, Estrogens** - HALL 1
Progesterone and progestagens influence on memory and learning; *Torbjörn Bäckström SE*
Testosterone treatment in women; *Angélique Flöter Rådestad SE*
The role of estrogen in cognition; *Päivi Polo FI*
- 16.15 **Free communications** - HALL 2
- 16.15 **Obesity** - HALL 3
Morbid obesity-a silent killer? *Jøran Sture Hjeltnesæth NO*
Fertility and early pregnancy outcome in obesity; *Tom Tanbo NO*
Overweight and pregnancy, short and long term outcomes; *Tore Henriksen NO*

Monday June 16th

- 08.15 **Plenary lecture: Preeclampsia** - MAIN HALL
Christopher Redman UK
- 09.00 **Skills training, simulation and assessment II** - MAIN HALL
Organisation of training and intergration of skills training in the curriculum on a local, regional and nation level; *Guyliane Lefebvre, CA*
Simulator training and assessment in laparoscopic gynecology; *Christian Rifbjerg Larsen DK*
The surgical curriculum; an evidence-based approach; *Teodor Grantcharov CA*
- 09.00 **Rare events in obstetrics** - HALL 1
UK Obstetric Surveillance System, UKOSS: Eclampsia, amniotic fluid embolism and peripartum hysterectomy; *Marion Knight UK*
European Obstetric Survey System, EUROSS - The Nordic perspective; *Jens Langhoff-Roos DK*
Cardiac disease in pregnancy; *Marianne Johannessen DK*
- 09.00 **Free communications** - HALL 2
- 09.00 **Medical abortion** - HALL 3
Cervical ripening; *Helena von Hertzen WHO*
Contraception after abortion; *Oskari Heikinheimo FI*
Medical abortion in late first trimester (9-12w); *Ole-Erik Iversen NO*
Medical abortion in very early pregnancy; *Christian Fiala AT*
Home use of misoprostol; *Kristina Gemzell Danielsson SE*
- 10.30 Coffee Break / Exhibition
- 11.00 **Hormone treatment in the climacteric - options for today and tomorrow** - MAIN HALL
Is there a "window of opportunity"? *Göran Samsioe SE*

Alternative treatment from an evidence based perspective; *Mette Moen NO*
Guidelines for HT from an international perspective; *Sven Skouby DK*

- 11.00 **Severe maternal hemorrhage** - HALL 1
Pathophysiology of severe PPH and general management; *Jouni Ahonen FI*
Placenta accreta; *Karin Sundberg, DK*
New methods in treating severe postpartum hemorrhage; *Kjell Å. Salvesen NO*
- 11.00 **Free communications** - HALL 2
- 11.00 **Contraception** - HALL 3
The changing panorama of contraceptive use in the Nordic countries; *Ian Milsom SE*
The use of (LNG)-IUS in nulliparous women; *Satu Suhonen FI*
Long-cycle combined (oral) contraceptives; *Leslie Miller UK*
Oral contraception and thrombosis. An update; *Øyvind Lidegård DK*
- 12.30 **Lunch symposium: Last clinical update on GARDASIL** - HALL 1
- 12.30 **Lunch symposium: Postpartum anemia - what is the optimal treatment?** - HALL 2
- 12.30 **General Assembly**
- 14.00 **Plenary: Should we discontinue public funding of assisted reproduction?** - MAIN HALL
Why are European laws on reproduction so similar? *Paul Devroey BE*
It is a mistake to limit public funding for assisted reproduction; *Hans Evers NL*
- 14.45 **Genetic medicine** - MAIN HALL
Genetic counselling; psychosocial issues and decision making; *Heather Skirton UK*
Heritable gynecological cancer; *Anne-Marie Gerdes DK*
Combined risk assessment for fetal aneuploidy with nuchal translucency and biochemical markers. The Danish experience, before and after the guidelines from Sundhedsstyrelsen 2004; *Ann Tabor DK*
- 14.45 **Fear of childbirth - what is it about and what can we do?** - HALL 1
Childbearing women's mental health; *Liselott Andersson SE*
Violence against women may influence childbirth; *Berit Schei NO*
Fear of childbirth and the wish for a cesarean; *Elsa Lena Ryding, SE*
Fear of childbirth may be treated and cesarean section avoided; *Terhi Saisto FI*
- 14.45 **Poster session** - HALL 2
- 14.45 **Presentation of theses** - HALL 3
To be announced
- 16.15 Coffee Break / Exhibition
- 16.45 **Genetic medicine (cont'd)** - MAIN HALL
Prenatal screening for fetal aneuploidy in the first trimester. Nuchal translucency and biochemical markers; *James Egan US*
Prenatal screening for structural malformations in the first trimester; *Hulda Hjartardóttir IS*
- 16.45 **Preterm birth** - HALL 1
Patophysiology of preterm birth; *Henrik Hagberg SE*
Clinical management of preterm birth; *Jan Stener Jörgensen DK*
- 16.45 **Free communications** - HALL 2
- 16.45 **New trends in handling male infertility** - HALL 3
Are genetic tests coming? *Ulrik Kvist DK*
Are sperm tests vanishing? *Aleksander Giwercman SE*
Cryopreservation of testicular tissue; *Claus Yding Andersen DK and Erik Ernst DK*
- 20.00 **Gala dinner**

Tuesday June 17th

- 09.00 **Plenary: Anatomy of the pelvic floor; Speaker to be announced** - MAIN HALL
- 09.45 **Pregnancy, delivery and the pelvic floor** - MAIN HALL
Epidemiology of female urinary incontinence and prolapse - the impact of pregnancy and delivery; *Guri Rørtveit NO*
Teaching doctors to diagnose and repair perineal lesions; *Ranee Thakar UK*
Teaching midwives to diagnose and repair perineal lesions; *Sara Kindberg DK*
Obstetrical lesions and the importance of the quality of primary repair; *Abdul Sultan UK*
Panel Debate
- 09.45 **Adolescent gynecology** - HALL 1
Gynecological examination of children and adolescents; *Saila Piippo FI*
Chlamydia infection - a worry for the young women or for the gynecologist?
Finn Egil Skjeldstad NO
Trends in adolescent fertility, abortion and pregnancy rates in the Nordic countries; *Dan Apter FI*
Models for providing contraception and other sexual health services; *Lena Marions SE*
- 09.45 **PMS/PMMD** - HALL 2
Sponsored symposium; *Speakers to be announced*
- 11.00 Coffee Break / Exhibition
- 11.30 **New technologies in pelvic surgery - what is the evidence?** - MAIN HALL
What is the best sling for stress urinary incontinence? *Antti Valpas FI*
The use of implants in surgery for pelvic organ prolapse - evidence or marketing?
Daniel Altman SE
Emerging complications with novel technologies in pelvic surgery; *Eckhard Petri DE*
Scientific, ethical and legal implications of introducing new technologies in pelvic surgery;
Gunnar Lose DK
- 11.30 **PCOS** - HALL 1
Introduction; *Jens A Gudmundsson IS*
In utero veritas. Fetal intrauterine androgen exposure and PCOS; *Sven Magnus Carlsen NO*
The fertility aspect of PCOS; *Laure C Papunen FI*
When pregnant - then what? *Eszter Vanky NO*
- 11.30 **Postterm pregnancies** - HALL 2
Post-term pregnancy and delivery - time to reconsider? *Jacob Nakling NO*
Induction of labour at 41 weeks - consensus and nonsensus; *Kåre Augensen NO*
Management of post-term pregnancy: Today's evidence; *Ulla Britt Wennerholm SE*
- 13.00 **Closing ceremony**

Från sängbunden mamma och instrumentell förlossning till ”stå-upp-epidural”

– ett halvsekel med ryggbedövning vid förlossning

Även om diverse ideologiska modenycker tidvis hävdar motsatsen, står det helt klart, att det gör ont att föda barn. Studier från olika tider och kulturer visar förvånansvärt samstämmiga resultat: 60 % av mammorna anger, att de någon gång under förlossningen upplevde svår smärta, och för 20 % var den vid något tillfälle outhärdlig. En seglivad myt är dessutom, att omfödern har mindre ont än förstfödern. Så är inte fallet. Metoderna att lindra denna smärta har varierat genom tider och kulturer. Doula, alkohol, opioider, akupunktur, kloroformrus (”anesthésie à la Reine”, John Snows teknik vid drottning Victorias av England allt annat än smärtfria förlossningar, där hon efteråt lovprisade honom), inhalation av lustgas eller pentoxyfluran, massage, transkutan nervstimulering, andningsteknik, vattenkvaddlar, paracervikal- och pudendusblockad är några tekniker, som kommit och gått – eller blivit kvar i behandlingsarsenalen.

Den idag effektivaste och bäst dokumenterade metoden att lindra förlossningssmärta är ryggbedövningen, oftast som epiduralblockad, F-EDA, men numera även i utvalda fall som intraduralblockad, förlossningsspinal. Kombinerad spinal-epiduralblockad – CSE – blir allt vanligare internationellt men har än så länge blygsam utbredning i Sverige.

Denna artikel handlar om, hur ryggbedövning vid förlossning utvecklats under det sista halvseket för att stegvis eliminera problem och samtidigt bibehålla god smärtlindring.

Bror Gårdelöf, Överläkare Anestesi, Universitetssjukhuset Linköping
Tidigare ordförande i referensgruppen för obstetrisk anestesi inom Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård (SFAI)
Redaktör för SFAI-tidningen samt styrelsemedlem SFAI
bror.gardelov@lio.se

”All vår början...”

Tidiga ryggbedövningar för förlossningsanestesi lades i regel som andra ryggbedövningar under 1950- och 1960-talen; instick i nedre ländryggen med samma volym och dos lokalanestesimedel som för kirurgiska ingrepp. Smärtlindringen blev ypperlig – ofta fullständig smärtfrihet – men problemen tornade upp sig. Uttalad motorblockad gjorde mamman obligat sängbunden, minskade avsevärt hennes förmåga att krysta och slog dessutom ut muskeltonus i bäckenbotten, vilket ledde till en högre incidens av utebliven slutrotation av barnets huvud, djupt tvärläge och därpå följande instrumentell förlossning – eller i värsta fall urakut kejsarsnitt. Lades blockaden intraduralt, blev samtliga effekter ovan ännu mer uttalade. Den tidens relativt grova spinalnålar – 0,7 mm eller mer i diameter – med skärande spets orsakade dessutom ofta besvärliga problem med postpunktionell huvudvärk.

Sammantaget är det föga förvånande, att ryggbedövningar som förlossningsanestesi då betraktades med avsevärd skepsis, och intraduralblockader kom helt ur

bruk. Till detta kom, att antalet anestesiologer, som kunde tillhandahålla dessa blockader, då var avsevärt färre än idag. Intressanta alternativ utifrån den tidens förutsättningar blev i stället paracervikalblockad (”Västerviksmetoden”), som lades av förlossningsläkare, för utdrivningsskedet eventuellt kompletterad med pudendusblockad (”bäckenbottenbedövning”) lagd av barnmorska.

Höga lumbala epiduraler

Ett första steg mot avsevärd förbättring togs med försöken att begränsa såväl smärtlindringens utbredning som dess djup. Målet blev inte smärtfrihet utan god smärtlindring. Eftersom smärtsignalerna under livmoderhalsens öppningsskede når ryggmärgen i nivån T10 – 12, började man vid slutet av 1960-talet lägga epiduralblockaden högre upp än tidigare, med mindre volymer anestesimedel och lägre koncentrationer. Eftersom thorakala epiduralblockader fortfarande betraktades med stor respekt och var något av en exklusivitet, valdes i regel insticksnivån L1 – 2. Då ryggmärgen på vuxna i regel slutar vid L1, betraktades risken för oavsiktlig ryggmärgsskada som mycket liten vid denna nivå. (Senare tiders forskning har visat, att ryggmärgen inte sällan slutar längre ned också på vuxna, men det var inte bekant då – och tekniken visade sig säker i klinisk praxis.)

Resultatet blev en ”korsettblockad” – från de nedre thorakalsegmenten till en bit ned på benen. Den svagare koncentrationen gjorde, att viss muskelkraft kvarstod, så att mamman kunde krysta – i alla fall

något så när. Hennes ben blev i regel fortfarande tunga, och i praktiken blev mamman obligat sängbunden även med denna teknik, även om motorblockaden inte var lika höggradig.

Viktigare var, att spänsten i bäckenbotten som regel bevarades så pass, att barnhuvudets slutrotation oftare ägde rum, och andelen instrumentella förlösningar minskade. Dock var den fortfarande högre än utan epiduralblockad, varför tekniken alltjämt betraktades med viss, om än inte lika höggradig skepsis.

I avvägningen låg emellertid även paracervikalblockadens nackdelar; injektioner i närheten av större blodkärl – i ett rikligt blodförsörjt område – innebar risk för, att såväl mamman som barnet utsattes för akut toxiska doser. Ur den aspekten var epiduralblockadens risker mindre. Samtidigt gav epiduralkatetern möjlighet till långvarig, obruten smärtlindring. ”Korsettblockadens” uteblivna effekt på bäckenbotten gällde även känslan. För smärtlindring under utdrivningsskedet fick pudendusblockad eller lustgasinhalationer tillgripas.

Opioider epiduralt – lågdos ”stå-upp-EDA”

I skiftet 1970 – 80-tal kom de första rapporterna om, att opioider givna epiduralt gav högklassig smärtlindring även i små doser jämfört med, vad som krävdes för samma grad av smärtlindring intravenöst. Tekniken visade sig innebära risk för sen andningsdepression, men patienterna blev inte lika slöa som efter intravenös tillförelse, och risken för illamående minskade.

Blandades opioider med lokalanestetika, kunde koncentrationerna av båda preparaten minskas avsevärt, vilket reducerade deras icke önskade effekter men bibehöll god smärtlindring. Thorakala epiduraler med sådana blandningar är idag rutin såväl under som efter större buk- och kirurgi och har närmast revolutionerat vårdkvaliteten under de första postoperativa dygnet.

För förlösningsepidualerna kom genombrottet med sufentanil – en starkt lipofil, relativt kortverkande opioid, exkluderat



Bror Gårdelöf

svt framtagen för epiduralt bruk. Även i denna situation kunde koncentrationerna av båda komponenterna minskas radikalt. Efter konsensus inom SFAI:s delförening för obstetrisk anestesi levererar Apoteket idag färdigblandad lösning med bupivakain 0,6 mg/ml + sufentanil 0,5 mg/ml i påsar om 100 ml. Utan sufentaniltillsatsen skulle bupivakainkoncentrationen vara närmast homeopatisk, men kombinationen ger högklassig smärtlindring.

Den låga koncentrationen av lokalanestesimedel har i regel ingen märkbar motorisk effekt, dvs mamman har en ”stå-upp-epidural”. Att tidvis vara uppegående kan vara skönt som omväxling mot sängläget och stundtals hjälpa förlösningssarbetet på traven. Självklart innebär de låga koncentrationerna också, att risken för överdosering – till såväl mamma som barn – är mycket liten. Däremot är klåda en vanlig bieffekt av epidurala opioider. I regel är besvären beskedliga och accepteras, när mamman fått dem förklarade, men någon gång kan de bli så pass besvärande, att antihistaminer eller t.o.m. opioidantagonist behöver ges.

Högre insticksnivå – bättre smärtlindring i bäckenbotten!

En till synes paradoxal effekt, när sufentanilblandning används epiduralt, är, att smärtlindringen under utdrivningsskedet blir bättre, när insticket görs högre upp, trots att smärtan från bäckenbotten medieras via sakrala nervrötter! I en uppföljning av 258 förlösningsepidualer, lagda på Universitetssjukhuset i Linköping andra halvåret 2002, visade sig mer än två mammor av tre ha haft (mycket) god smärtlindring även under utdrivningsskedet, när blockaden lades i T12 – L1 eller L1 – 2. Vid instick längre ned var andelen (mycket) väl smärtlindrade mammor under utdrivningsskedet kring hälften.

Paradoxen förklaras av sufentanils höga fettlöslighet. Det går snabbt genom duran, löser sig i ringa grad i liquor och fäster sedan i ryggmärgens bakhorn – i övergången mellan bröst- och ländrygg just de sakrala segmenten, som alltså får en hög dos sufentanil. (Används tekniken utan sufentanilblandning, uteblir som regel smärtlindringen under utdrivningsskedet.)

Oftast utmärkt vid konvertering till kejsarsnitt

På grund av tidigare grova, skärande spinalnålar – och därmed sammanhängande risk för huvudvärk – var epiduralblockad svensk rutinteknik vid ryggbedövning inför kejsarsnitt fram till andra hälften av 1980-talet. Tekniken är alltså leger artis och fortfarande rutin i bl.a. Storbritannien, medan intraduralblockaden – idag ofta med en kombination av lokalanestesimedel och opioid – dominerar i Sverige sedan ett par decennier.

En förlossningsepidual, lagd i T12 – L1 eller L1 – 2, borde teoretiskt innebära problem vid konvertering till kejsarsnitt, eftersom det kan vara problem med att ”få ned den i botten” – till de sakrala segmenten. I praktiken visar sig dock dessa farhågor oftast ogrundade. En väl fungerande förlossningsepidual förefaller ha ”grundat” mamman för högklassig kirurgisk analgesi. Eftersom de låga doserna i dagens förlossningsepidualer inte säkert ger avvikande symtom vid felaktigt kateterläge, bör en testdos med c:a 1 mg mepivakain-adrenalin/kg (3 – 5 ml á 20 mg/ml) ges. Ligger katetern intraduralt, fås i regel en fullgod spinal blockad med denna dos. Ligger den däremot i ett kärl, brukar injektionen resultera i snabbt insättande takykardi och/eller kortvariga centralneurologiska symtom.

Efter att felaktigt läge uteslutits, kan c:a 14 ml ropivacain 7,5 mg/ml, levobupivacain 5 mg/ml, eller mepivakain adrenalin 20 mg/ml, blandat med en liten dos fentanyl (50 – 100 µg) eller sufentanil (5 – 10 µg), ge ett högt anslag – upp till övre thorakal- eller nedre cervikalsegmenten – men täckningen nedåt blir i regel också fullgod. En bonuseffekt är, att anslagstiden ofta är märkbart kortare än på icke gravida patienter. Redan efter fem minuter kan ofta en god bedömning av utbredningen göras. När operationssköterskan därefter tvättat och sterilklätt mamman, har i regel full kirurgisk blockad uppnåtts.

En viss nackdel med denna konvertering är, att motorblockaden inte blir lika höggradig som vid spinal anesthesi, men erfarenhetsmässigt accepterar de flesta operatörer situationen.

En dåligt fungerande förlossningsepidual är däremot olämplig för konvertering. Tidigare har spinal blockad inte rekommenderats, men med dagens lågdosepiduraler har en ändring skett, så att spinal läggs på åtskilliga svenska sjukhus. Spinalens snabba, djupa anslag och höggradiga motorblockad talar för denna teknik – som på en del sjukhus används rutinmässigt i stället för konvertering av även fullgoda epiduraler. Ett argument mot denna rutin kan vara, att ytterligare ett stick på en patient med väl fungerande epidural innebär ett riskmoment, men här saknas veterligen hårddata.

Förlossningsspinalens återkomst

Sufentanil ger också möjlighet att lägga förlossningsspinaler, eftersom dagens tunna, icke skärande spinalnålar reducerar förekomsten av postpunktionell huvudvärk till ett närmast obefintligt problem. Då intradural mikrokateter vid förlossningsanalgesi inte rekommenderas för rutinbruk, läggs dock dessa blockader som ”enkelskott”, som med rätt avpassad blandning – c:a 7,5 mg sufentanil och 2 mg bupivacain – ger högklassig smärtlindring utan märkbar motorblockad i upp till två timmar. I praktiken används de därmed relativt sällan – oftast på omfödorskor, vars förlossning fortskridit till en öppningsgrad kring 8 cm, varefter smärtupplevelsen snabbt blir avsevärt mycket värre, och förloppet kan bli stormigt, samtidigt som det är högst sannolikt, att barnet föds inom kort.

I detta läge kan det vara vanskligt att lägga den tekniskt mer avancerade epiduralblockaden, medan spinalen är ett enklare alternativ, som också har ett närmast ”omedelbart” tillslag. En bonuseffekt är, att spinalens effekt i regel är fullt tillräcklig för eventuell suturering efter förlossningen.

Kombinerad spinal-epidual – CSE, ”SPEDA”, ”Spidual”

Kombinerad spinal-epidual är sedan länge en etablerad teknik vid t. ex. höft- och knäkirurgi och numera vitt spridd internationellt också som förlossningsanalgesi. Tekniken kombinerar spinalens snabba anslag med möjligheten att lägga in en

epiduralkateter för långvarig smärtlindring.

Hitills har dock ”SPEDA” fått en blygsam utbredning i Sverige, då den moderna lågdosepiduralen anses god nog. ”SPEDA” kräver eftertanke vid dosering, då en epidural dos, som ges kort efter en intradural dito, klämmer ihop durasäcken och ”trycker upp” spinalen till en högre nivå, än om enbart en intradural dos givits. Dessutom tillkommer rent farmakologiska synergieffekter av intra- och epiduralt tillförda preparat.

Problem – verkliga och påstådda

Även om epiduralblockad alltså är den effektivaste och vetenskapligt bäst dokumenterade smärtlindringstekniken vid förlossningar, är den inte problemfri. Teknikens kanske största nackdel är, att den är utpräglad taktill och kräver vana och skicklighet hos anestesören – och alla är ovana i början. Problemet finns redan på icke-gravida och det accentueras vid förlossningsepidual av följande faktorer:

- Gravida har luckrare vävnader, dvs den taktilla upplevelsen kan vara annorlunda.
- Högravida har svårare att krypa ihop ordentligt, dvs deras förmåga att skjuta ut ländryggen, så att kotbågarna säras och optimerar möjligheten för lyckat instick, är sämre.
- Smärtorna vid kontraktionerna kan göra, att de inte klarar av att hålla sig stilla, och epiduralblockad bör definitivt inte läggas på ”rörligt mål”. Särskilt relativt nyblivna anestesörer arbetar således under viss tidspress.
- I regel finns anhörig(a) i rummet, vilket ytterligare kan öka den psykiska pressen på anestesörer i början av karriären.
- Allt fler mammor i dagens Sverige förstår inte svenska och kan ha ett för oss ovanligt sätt att uttrycka smärta och oro, vilket i akuta lägen, utan tolk, kan förvärra åtskilligt av ovanstående.

Korrekt teknik vid anläggande av epiduralblockad innebär kontroll av, att katetern inte ligger intraduralt (återflöde av liquor) eller intravasalt (återflöde av blod) vid sänkning av katetern (häverteffekt) och aspiration. Tekniken är dock inte felfri, och

beredskap för att omhänderta mamman vid en accidentell total spinal eller stor intravenös bolusdos måste finnas.

Risken för accidentell durapunktion minskar med ökande vana hos anestesören men finns där hela tiden. Den grova epiduralnålen innebär, att postpunktionell, svår huvudvärk närmast är regel i dessa fall, men sådan kan i regel behandlas med snabbt och mycket gott resultat med en epidural blood patch.

Accidentell nervrotskada är sällsynt, men existerar. Om epiduralnålen träffar en nervrot vid insticket, är risken betydligt större, än om den mjuka katetern orsakar övergående parestesier, när den förs på plats.

Den ojämförligt vanligaste orsaken till neurologiska symtom i nedre delen av kroppen efter förlossning är dock själva förlossningsförloppet. Så kan t. ex. övergående droppfot hos mamman orsakas av, att barnets huvud komprimerar plexus lumbosacralis vid passagen genom förlossningskanalen, och smärttillstånd på lårets utsida – meralgia – kan orsakas av, att nervus cutaneus femoris lateralis komprimeras vid sin passage under inguinalligamentet. Som så ofta gäller påståendet ”anaesthesia often gets the blame but is rarely the cause”.

Lågdosepiduraler innebär inte någon ökning av andelen (ur)akuta kejsarsnitt. Påståendet, att epiduralblockad skulle försvåra amningen, saknar vetenskapligt stöd.

Sammantaget finns idag stora material, som visar, att födande kvinnor är en lågriskgrupp, vad gäller allvarliga komplikationer vid epiduralblockad.

Myten om värksvaghet

En seglivad uppfattning är, att epiduralblockad ofta orsakar värksvaghet. Moderna forskningsrön styrker inte detta. Tvärtom innebär den goda smärtlindringen, att barnmorskan vid behov kan stimulera värkarbetet farmakologiskt, utan att detta orsakar svåra smärtor för mamman.

(Miss)uppfattningen om värksvaghet ter sig svårutrotad men beror sannolikt på, att åtskilliga undersökare inte insett, att gruppen ”mammor med förlossningsepidual” inte är likadan som gruppen ”mammor, som inte fått epidural”. Epiduralgruppen innehåller fler mammor, som skulle ha fått (ännu mer) problematiska förlossningar, även om epidural inte lagts, medan icke-epiduralgruppen har en högre representation av mammor med ”hypernormala” förlossningar.

Ytterligare ett argument mot påståendena om värksvaghet är en iakttagelse, som behöver undersökas ytterligare: En epiduralblockad, lagd mycket tidigt i förlossningsförloppet på utvalda mammor med suboptimalt värkarbete, kan underlätta deras förlossning. Därmed minskar sannolikheten avsevärt för, att den måste avslutas med kejsarsnitt. Detta går på tvärs mot den klassiska uppfattningen, att epidural bör läggas, först när värkarbetet kommit igång ordentligt, och livmoderhalsen öppnats 3 – 4 cm.

I större material är andelen instrumentella förlossningar i samband med moderna lågdosepiduraler fortfarande högre än utan epiduralblockad, men skillnaden minskar.

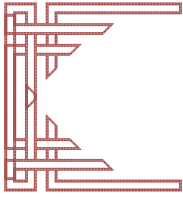
Information till blivande föräldrar

Fram till nyligen har information om tillgängliga smärtlindringstekniker vid förlossning i regel skrivits av andra än anestesiloger – nog så relevant för de tekniker, som används av andra specialister och/eller yrkeskategorier. Tyvärr har detta också inneburit, att nackdelar med idag föråldrade epidurala tekniker finns kvar i tillgängligt informationsmaterial – och en del rena sakfel har smugit sig in.

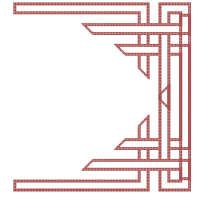
För att åtgärda detta har SFAI:s referensgrupp för obstetrisk anestesi tagit fram ett informationsmaterial, avsett för blivande föräldrar, om just ryggbedövning vid förlossning. Anne Kierkegaard, SöS, har varit drivande i detta arbete. Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi samt Svenska Barnmorskeförbundet har bidragit med värdefulla synpunkter, som arbetades in i slutversionen, som därefter gjorts tillgängligt för allmänheten bl. a. via www.sfai.se, under rubriken ”patientinfo”. Förhoppningen är, att den med tiden skall finnas tillgänglig på varje mödravårdcentral och varje förlossningssal i Sverige.

Än så länge finns informationen enbart på svenska, men självklart bör den översättas till så många i Sverige talade språk som möjligt. Ansvaret för detta åvilar dock sjukvårdshuvudmännen, då SFAI varken har personella eller ekonomiska resurser för en så omfattande uppgift. ■

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



Pionjärer inom Obstetrik och Gynekologi



Caspar Bartholinus d.y. 1655-1738

Vad finns det för samband mellan en kvinna med bartholinit och ljusets hastighet?

Det var en gång en pastor i St.Petri i Malmö, som hette Bertel Jespersen. Sonen Jesper Bertelssen var utomordentligt begåvad, började läsa latin i 3 års åldern och sändes 15 år gammal till närmaste universitetet, dvs Köpenhamn. Universitetskarriären krävde ett anständigt latiniserat namn, dvs Caspar Bartholinus. Han hann med att vara professor i latin, medicin och teologi innan han 44 år gammal dog av "colik och stensmerter". Hans professor-dotter till hustru födde honom sex söner, som alla blev framstående män i staten. Under de närmaste århundradena var tolv av hans avkomlingar med namnet Bartholinus professorer i Köpenhamn. Flera var anatomer och rektorer i olika perioder. Den mest berömde var nog sonen Thomas Bartholinus, som upptäckte lymfsystemet. Vi svenskar håller dock styvt på Olof Rudbeck. Med Thomas' son Caspar Bartholinus d.y. har vi kommit fram till vår huvudperson.

Caspar Bartholinus d.y. (1655 – 1738) blev 19 år gammal professor i filosofi. Att fadern råkade vara universitetets rektor var kanske bara en slump. Med inkomsten säkrad vidtog en tre år lång peregrination, dvs studieresa till Europas lärocentra. Under resan producerade han skrifter i anatomi (bl.a. om upptäckten av körteln!) och klassisk arkeologi (grekernas flöjtspel). Vid hemkomsten kreerade fadern honom till dr med. Då fadern år 1680 dog fanns således efterträdaren redan på plats. De närmaste åren föreläste Bartholinus, men

Jörgen Sigurd, Gynmottagningen,
Piteå Älvdals Sjukhus



gjorde inga nya upptäckter utan ägnade sig så småningom allt mer åt sin ämbetsmannakarriär. Han blev rektor första gången 1687 och var medicinska fakultetens dekanus från 1704 till sin död 1738. Parallellt med sitt medicinska professorat blev han justitieråd, statsråd, medlem av högsta domstolen och i sinom tid generalprokurator för att sluta som finansminister. Kungen adlade honom följdriktigt år 1731.

Åter till upptäckten

Under 1600-talet hade man något dimmiga begrepp om det anatomiska underlaget för avelsen. Italienaren Plazzoni hade börjat kartlägga sexualanatomien och fundera över dess funktion. Plazzoni skrev om erektionens fysiologi och grubblade över clitoris funktion. Hans latinska benämning översätts till engelskan med "the bonbon of love". Vid coitus producerades "safter" hos båda parter. Man postulerade förekomsten av manlig respektive kvinnlig säd. Vid denna tidpunkt visste man intet om

spermier, ägg och hur befruktningen gick till. Den manliga sädens ursprung var lätt att anatomiskt kartlägga. Kvinnan var redan då ett mysterium. Plazzoni hade funnit utförsångar vid sidan om vagina, som ej ledde någonsans. Varifrån kom hennes säd? Problemet var alltså formulerat, när Caspar Bartholinus under sin rundresa i Frankrike kom till Duverney, som studerat kalvarnas körtlar i vulva. Bartholinus kunde konstatera att dylika körtlar även fanns hos kvinnan. Den 22 årige ynglingen hade klart för sig att dessa körtlar producerade safter vid coitus och masturbation.

Upptäckten publicerades första gången 1677. Avhandlingen trycktes de närmaste åren av flera universitet i Europa. Glandula vestibularis major kallades framgent Bartholinska körteln och infektion i densamma Bartholinit.

Caspar hade bara ett barn, dottern Else Magdalene. 19 år gammal giftes hon bort med den 55 årige världsberömde astronomiprofessorn Ole Römer, som blivit änkeman.

Römer hade studerat Jupiters måne Io och vid dess månförmörkelser funnit tidsmässiga avvikelser, som bara kunde förklaras av att ljuset hade en ändlig hastighet. Han beräknade dessutom hastigheten till 225000 km/sek, vilket ju inte var så illa. Den verkliga hastigheten är 299792 km/sek.

Ett biografiskt samband mellan ljuset hastighet och bartholiniten, tröstar sannolikt inte den drabbade kvinnan, men kan möjligen intressera den marsupialiserande gynekologen. ■



STIFTELSEN
FÖR UTBILDNING
OCH UTVECKLING
INOM OBSTRETIK
OCH GYNEKOLOGI

Dags att söka stipendium

Stiftelsen som grundades genom två donationer 1998, utdelar stipendier till stöd för utbildning och utveckling inom obstetrik och gynekologi. Hittills har drygt 2 miljoner kronor delats ut. Tack vare stöd från flera företag är det möjligt att annonsera ut stipendier för ansökan.

Beslut om tilldelning sker under maj månad. Stipendierna är tillgängliga under en period av två år. Områden som prioriteras är angivna på ansökningsformuläret. Rena forskningsprojekt kan ej prioriteras, inte heller aktiviteter som redan ägt rum. Ej heller egen lön till sökanden.

I stiftelsens styrelse för 2008 ingår: Göran Berg (ordförande), Bo Jacobsson, Maria Krång-Lundekvam, Raymond Lenrik, Lars-Åke Mattson samt Charlotta Grunewald.

Ansökan görs på vidstående formulär och skickas per post till stiftelsens ordförande. De ska vara inkomna **senast den 25 april 2008**. För sent inkommen ansökan behandlas ej. Elektronisk ansökan är ännu ej möjlig.

Mer information om Stiftelsen finns att läsa på www.stiftelsen.org. Där finns också mallen att hämta!

Förfrågningar angående stiftelsens verksamhet kan ställas till:

ordförande

Göran Berg

Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset
581 85 Linköping

Tel: 013-22 31 32. Fax: 013-148156

e-mail: goran.berg@lio.se

stiftelsens kassör

Bo Jacobsson

Kvinnokliniken, Sahlgrenska

Universitetssjukhuset/Östra

416 85 Göteborg

Tel: 031-343 41 00. Fax: 031-25 83 74

e-mail: bo.jacobsson@obgyn.gu.se

För utbetalning av stipendier samt för redovisning i form av fakturor, kvittenser och liknande kontaktas:

Ingrid Larsen,

Allévägen 4

183 52 Täby

tel: 08-756 74 84 Fax: 08-756 97 66

e-mail: gamlabrofilm@telia.com



STIFTELSEN
FÖR UTBILDNING
OCH UTVECKLING
INOM OBSTRETIK
OCH GYNEKOLOGI

Stipendieansökan

Gör Din ansökan på nedanstående formulär och skicka in den till adress längst ner. Ansökan skall vara stiftelsens styrelse tillhanda **senast 25 april 2008**. Beslut om utdelning kommer att meddelas i slutet av maj.

Stiftelsens styrelse har beslutat att följande områden prioriteras:

- Underlätta färdigställandet av och/eller presentation av ARG-rapporter.
- Gemensamma möten med 2-3 AR-grupper (Tvär-ARG).
- Anordna utbildningskonferenser eller andra möten, nationella eller internationella, för yngre gynekologer/obstetiker.
- Inbjudna föreläsare, experter till exempel i arbetet med ARG-rapporter eller liknande.
- Stimulera yngre gynekologer/obstetiker att tillsammans med äldre skriva kapitel i ARG-rapporter.

Sökandens (eller gruppens) namn inkl. ev.medsökande: _____

Klinik: _____ Adress: _____

Postnummer: _____ Postadress: _____

Telefon: _____ Telefax: _____ E-postadress: _____

Projektets titel: _____

Bakgrund _____

Målsättning: _____

Betydelse: _____

Ev övrigt: _____

Ansökt belopp: _____

En specificerad kostnadskalkyl ska bifogas ansökan på separat blad.

Har anslag för samma ändamål sökts eller erhållits ur andra fonder? Ja Nej

Datum: _____ Underskrift: _____

Stiftelsen för utbildning och utveckling inom obstetrik och gynekologi
Göran Berg, Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset, 581 85 Linköping
www.stiftelsen.org

The Lillehammer Scholarship

Trainees in obstetrics and gynecology from the Nordic countries and who are members of their national societies are eligible to apply for this scholarship.

Two scholarships amounting to 20.000 DKK each will be allocated in 2008.

Purpose

The aim of the scholarship is to enable a colleague to extend her/his training by visiting a department or an institution in a foreign country to learn diagnostic, therapeutic or organisational methods.

The grant can be used for expenses in connection with travel, board and lodging.

Applications must include

Short CV of the visitor

Location and length of the visit

Budget of the visit

Deadline for applications

April 1st 2008

The decision regarding the allocation of the scholarships will be announced at the NFOG congress which will be held in Reykjavik 14-17th June 2008.

Applications should be sent to

Secretary General of NFOG

Ragnheidur I. Bjarnadottir

Department of Obstetrics and Gynaecology

Landspítali University Hospital

101 Reykjavik

Iceland

e-mail: rib@simnet.is

Report

A written report should be sent within 3 months after the visit.

Further information

Ragnheidur I. Bjarnadottir

Secretary General of NFOG

e-mail: rib@simnet.is

or

Lars-Åke Mattsson

Chairman of the Scientific Committee

e-mail: lars-ake.mattsson@vgregion.se

**Anmäl dig till
ST-dagarna 2008
i Linköping
14-15 april
på Scandic Frimurarehotellet**

Vi kommer att erbjuda ett blandat program med bl a föreläsningar om HRT, epidemiologi, hur man startar sitt ST-arbete. Dessutom workshops med praktisk obstetrik och laparaskopi-simulatorer.

Anmäl dig till ingela.e.olsson@lio.se och betala in anmälningsavgift 600 kr till bankgiro 5179-6076 och ange 02295708, objekt 2200182.

Rum finns preliminärbokade på Scandic Frimurarehotellet, ring 013-495 30 00 och ange LAN 140408. Sista anmälningsdag 3 mars.

Välkomna!

ST-läkarna i Östergötland

Kvinnors sexualitet – passion och plåga

Svensk Förening för Psykosocial Obstetrik & Gynekologi
inbjuder till symposium

Fredag 4 april 2008

V-Aulan Psykiatrihuset, Mölndals sjukhus
Göteborg

Program

9.00 – 10.00	Registrering och kaffe	
10.00 – 10.10	Inledning	
10.10 – 10.50	Syndig, sund eller sinnlig – om synen på kvinnors sexualitet i historien	Lena Lennerhed, docent, Södertörns Högskola och förbundsordförande RFSU
10.55– 11.25	Vad händer när det tändes? - Sexualfysiologi	Lotti Helström, docent, gynekolog Södersjukhuset Stockholm
11.30 – 11.55	Att älska med den kropp som svikit. Kliniska exempel från kvinnor som genomgått IVF	Stina Järholm, psykolog, Kvinnokliniken Sahlgrenska, Göteborg
12.00 – 12.15	Presentation av utställningen Orgasm	Frida Klingberg, fotograf, konstnär, Göteborg
12.15 – 13.15	Lunch	
13.15 – 14.15	När samlag gör ont	Maria Engman, med dr, gynekolog, Västervik och Ulla Sellgren, gynekolog Göteborg
14.15 – 14.35	Fruktpaus	
14.35 – 15.15	Jag och sex – att genomsåda normer, fokusera njutning och finna sin sexualitet	Sandra Dahlén, sexualupplysare och författare, Stockholm
15.20 – 15.55	Diskussion	
15.55 – 16.00	Avslutning	

Dagens moderator: Eva Smith-Knutsson, Gynekolog, NÄL, Trollhättan

Avgift: Medlemmar 700 kr, heltidsstuderande och pensionärer 500 kr, övriga 1100 kr. F.m. kaffe, lunch & frukt ingår. Lunchen serveras i hörsalen vid lunchrestaurangen, Mölndals sjukhus.

Anmälan: Anmälan sker genom mail till anneli.kero@sfpog.se, senast 23/2 och är bindande. Uppge namn och telefonnr. Alla som får plats kommer att meddelas i god tid. Man kan bli medlem i föreningen via www.sfpog.se.

Kvinnokliniken vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg arrangerar

ABC-kurs i Obstetrik och Gynekologi

- Kursledning:** Lotta Wassén
Henrik Hagberg
Lars-Åke Mattsson
- Målgrupp:** ST/-underläkare på Kvinnoklinik med högst ett års erfarenhet inom specialiteten.
- Tidpunkt:** 21 – 23 maj 2008 (vecka 21)
- Kursplats:** Kvinnokliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra
- Kursinnehåll:** Obstetrik (asfyxi/fosterövervakning, skulderdystoci, post partum-blödningar, sectio)
- Gynekologi (akut buk, blödning i tidig graviditet, gynekologiska infektioner och blödningsrubbnings)
- Undervisningen kommer att bygga på praktiska demonstrationer i smågrupper, falldiskussioner och föreläsningar.
Information om SFOG, NFOG osv kommer att ges.
- Kursavgift:** 4.000 kr exkl moms.
- Anmälan:** **Senast 25/4 2008** till
Agneta Cedefors-Blom
(agneta.cedefors-blom@obgyn.gu.se)
Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra,
416 85 Göteborg, tel 031-34 38 010

KURS I BASAL ULTRALJUDSDIAGNOSTIK INOM GYNEKOLOGI OCH OBSTETRIK

Kursen riktar sig till Dig som är under ST-utbildning eller tidigare inte gått baskurs.

INNEHÅLL

Ultraljudsfysik, bildoptimering, normala fynd, patologi i uterus och adnexa, infertilitet, tidig graviditetsdiagnostik, rutinmässigt ultraljud, fosterdiagnostiska metoder, viktskattning, blodflödesmätning, flerbörd. Bröstabscesser.

Plats :

Karolinska Sjukhuset, Solna

Tid:

26-29 maj 2008

Kursavgift:

7000:- + moms

Kursledning:

Harald Almström & Anna Marsk
Ultragyn Stockholm

Peter Conner & Hans Wessel
Karolinska Solna

Ytterligare information och anmälan finns på

www.ultragyn.nu

OBSTETRISKT ANESTESIMÖTE, NYNÄSHAMN



Tema: Patientsäkerhet inom obstetrik och anestesi

SFAI:s delförening för obstetrisk anestesi arrangerar vårmöte i Nynäshamn
(www.nynashavsbad.se)

Onsdag 21 maj – torsdag 22 maj 2008



Inbjudna föreläsare: Martin Dresner, Leeds, redogör för senaste CEMACH-rapporten "Saving Mothers' Lives". Torsten Mossberg, Socialstyrelsen, Kaj Essinger, LÖF/PSR, Charlotta Grunewald och Sissel Saltved, KK, SÖS, samt Gunnar Dahlgren, Anestesi, Karolinska Solna, och Ann Hjelm, KK, Karolinska Solna.



Vår förhoppning är att detta möte skall intressera och samla såväl obstetriker som anestesiloger. *Kurskostnad inkl. boende* (exkl. moms: 4 900:-.)

Bindande anmälan via mail senast 15 april till: Michael Rådström, Op/IVAkliniken, NU-sjukhuset, (NÄL) michael.radstrom@vgregion.se

PROGRAM

Onsdag 21 maj

12.00 – 13.00 *Lunch*

13.00 – 13.05 Välkomstord

Susanne Ledin Eriksson

13.05 – 14.00 Omedelbart sectio och patientsäkerhet – Anestesiolog
Obstetriker

Gunnar Dahlgren

Ann Hjelm

14.00 – 15.00 Fallbeskrivningar

Moderator

Michael Rådström

15.00 – 15.30 *Kaffe*

15.30 – 16.00 Aktuell nationell obstetrisk forskning

16.00 – 16.30 Vätska under förlossning, forskningsrapport

Vibeke Moen

16.30 – 17.00 Rapport "Syntocinon landet runt"

Anette Hein

Torsdag 22 maj

8.30 – 8.40 Information om projekt: SSAI Advanced Obstetric Anaesthesia Programme

8.40 – 9.00 Årsmöte Delföreningen för Obsterisk Anestesi och Intensivvård

9.00 – 10.00 Cardiac Disease and pregnancy: Anaesthetic management Martin Dresner

10.00 – 10.30 *Kaffe*

10.30 – 12.00 CEMACH 2003-05 "Saving mothers' lives"

Martin Dresner

12.00–13.00 *Lunch*

13.00 – 13.30 Svensk uppföljning av mödradödlighet

Charlotta Grunewald

13.30 – 14.00 " Hur kan Socialstyrelsen utveckla vårt säkerhetsarbete?"

Torsten Mossberg

14.00 – 14.30 LÖF / PSR – från skadereglering till prevention

Kaj Essinger

14.30 – 15.00 *Kaffe*

15.00 – 15.30 Händelseanalys

Sissel Saltved

15.30 – 17.00 Träning akut obstetrisk anestesi

Birgitta Birgisdottir

Träning HLR på gravida

Susanne Ledin Eriksson

Träning akut obstetrik

Sissel Saltved

BERZELIUS symposium no 73



Preeclampsia

June 2–3, 2008 in Uppsala · Sweden

PRELIMINARY PROGRAMME

Arranged by
the Swedish Society of Medicine



200 ÅR AV

VETENSKAP
UTBILDNING
KVALITET

General Information

When & Where

June 2–3, Sal X Universitetsshuset, Uppsala University, Sweden

Registration

Please return the registration form to the symposium secretariat. Remittance must be made in SEK, payable to the Swedish Society of Medicine. Please indicate »Berzelius 73« and your name on all money transfers. Personal or company cheques cannot be accepted.

Fees

Members of the Swedish Society of Medicine, The Local Societies of Medicine and the Royal Society of London 2 500 SEK · Other academics 3 000 SEK Industry 5 000 SEK · Per day 1 500 SEK · Medical students 500 SEK

Registrations after April 13, 2008: registration fee + 500 SEK. Conference fees are not refundable for cancellations made after April 13, 2008.

All congress documents will be handed out to the participants at the desk outside the symposium hall from 08.30 a.m on June 2.

Lunches

are included in the conference fee and will be served at the conference site.

Symposium Dinner

will be held at Eklundshof, Uppsala, on June 2 at approx. 7 pm

Organizing Committee

Ove Axelsson, and Matts Olovsson, Uppsala University, Charlotta Grunewald, Södersjukhuset, Stockholm, and Helena Åkerud, Karlstad

Symposium Secretariat

Agneta Ohlson, the Swedish Society of Medicine,

P.O. Box 738, SE-101 35 Stockholm

Phone +46 (0) 8 440 88 75, fax +46 (0) 8 440 88 99

agneta.ohlson@sls.se

www.sls.se

for more information on the symposium



BERZELIUS SYMPOSIUM No 73

PROGRAMME

MONDAY, JUNE 2

09.00 Registration and Coffee

09.30 Welcome addresses

Peter Aspelin, President of the Swedish Society of Medicine

Ove Axelsson, President of the Organizing Committee

SESSION 1: INTRODUCTION. CHAIR: OVE AXELSSON

09.45 **Global Aspects**

Archana Shah, Dept of Making Pregnancy Safer, WHO, Geneva, Switzerland

10.15 **Epidemiology**

Sven Cnattingius, Dept of Medical Epidemiology and Biostatistics, Karolinska Institutet, Sweden

SESSION 2: BRIEF INTRODUCTION TO ANGIOGENESIS, OXIDATIVE STRESS, AND INFLAMMATION. CHAIR: HELENA ÅKERUD

10.45 **Angiogenesis**

Lena Claesson-Welsh, Dept of Genetics and Pathology, Uppsala University, Sweden

11.00 **Oxidative Stress**

Samar Basu, Dept of Public Health and Caring Sciences, Uppsala University, Sweden

11.15 Break

11.30 **Inflammation**

Anders Larsson, Dept of Medical Sciences, Uppsala University, Sweden

SESSION 3: PLACENTA. CHAIR: HELENA ÅKERUD

11.45 **The role of placenta**

Fiona Lyall, Dept of Medical Genetics, University of Glasgow, UK

12.30 Lunch and Exhibition

SESSION 4: GENETICAL ASPECTS. CHAIR: BASKY THILAGANATHAN

13.30 **Genetics and preeclampsia**

Reynir Tómas Geirson, Dept of Obstetrics & Gynecology, Landspítali University Hospital, Reykjavik, Iceland

14.00 **Molecular Genetics**

Seppo Heinonen, Dept of Gynaecology & Obstetrics, University of Kuopio, Finland

14.30 Gene and protein profiling of the preeclamptic placenta

Stefan Hansson, Dept of Obstetrics & Gynecology, Lund University, Sweden

15.00 Discussion

15.15 Coffee and Exhibition

SESSION 5: VASCULAR PHYSIOLOGY OF PREECLAMPSIA. CHAIR: LUCILLA POSTON

15.45 **Vascular functioning in normal pregnancy and preeclampsia**

Kevin Harrington, Section of Cell and Molecular Biology, Chester Beatty Laboratories, UK

16.15 **Microvascular studies in preeclampsia**

Karolina Kublickiene, Dept of Obstetrics and Gynecology, Karolinska Institutet, Sweden

16.45 **Etiology of preeclampsia**

Christopher Redman, Dept of Obstetrics & Gynecology, John Radcliffe Hospital, Oxford University, UK

17.30-17.45 Discussion

19.00 Symposium Dinner

BERZELIUS SYMPOSIUM No 73

PROGRAMME

TUESDAY, JUNE 3

SESSION 6: HISTORY AND PROFYLAXIS. CHAIR: MATTS OLOVSSON

- 08.30 **Historical aspects**
Ulf Högberg, Dept of Obstetrics & Gynecology, Umeå University, Sweden
- 09.00 **Prophylaxis with low dose aspirin**
Christopher Redman, Dept of Obstetrics & Gynecology, John Radcliffe Hospital, Oxford University, UK
- 09.15 **Oxidative stress in preeclampsia and prophylaxis with antioxidants**
Lucilla Poston, Maternal and Fetal Research Unit, King's College, London, UK
- 10.00 Discussion
- 10.15 Coffee and Exhibition

SESSION 7: ORGAN PATHOGENESIS AND HELLP SYNDROME.

CHAIR: MICHAEL BELFORT, USA

- 10.45 **Early and late onset preeclampsia – two different diseases?**
Anna-Karin Wikström, Dept of Womens' and Childrens' Health, Uppsala University, Sweden
- 11.15 **Symptoms,organ pathogenesis and HELLP**
George Saade, Maternal & Fetal Medicine and Obstetrics & Gynecology, Galveston, Texas, USA
- 11.45 Discussion
- 12.00 Lunch and Exhibition

SESSION 8: PREDICTION. CHAIR: CHRIS REDMAN

- 13.00 **First trimester markers for prediction of preeclampsia**
Basky Thilaganathan, Fetal Medicine Unit, St George's Hospital NHS Trust, London, UK
- 13.25 **Second trimester markers for prediction of preeclampsia**
Michael Belfort, Maternal & Fetal Medicine and Obstetrics & Gynecology, Salt Lake City, Utah, USA
- 13.50 **Uterine artery Doppler for prediction of preeclampsia**
Kevin Harrington, Section of Cell and Molecular Biology, Chester Beatty Laboratories, UK
- 14.10 **Predictive markers in the future**
Lucilla Poston, Maternal and Fetal Research Unit, King's College, London, UK
- 14.30 Discussion
- 14.45 Coffee and Exhibition

SESSION 9: MANAGEMENT. CHAIR: CHARLOTTA GRUNEWALD

- 15.15 **Antihypertensive treatment**
To be announced
- 15.45 **Eclampsia**
Michael Belfort, Maternal & Fetal Medicine and Obstetrics & Gynecology, Salt Lake City, Utah, USA
- 16.15 **Delivery on fetal indication**
Basky Thilaganathan, Fetal Medicine Unit, St George's Hospital, NHS Trust, London, UK
- 16.45 **Delivery on maternal indication**
George Saade, Maternal & Fetal Medicine and Obstetrics & Gynecology, Galveston, Texas, USA
- 17.15-17.30 Discussion & Closing of Meeting

Kalendarium

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

2008

21-22/2	Nordsvenska Gynekologsällskapets möte Folkets Hus i Umeå	För mer information och program www.sfog.se
28/2-2/3	The 13th World Congress of Gynecological Endocrinology, Florens, Italien	För mer information: www.sfog.se
5/3	EBCOG 2008 Congress Lissabon, Portugal	För mer information: http://www.mundiconvenius.pt/2008/ebcog/
27/3	B-K Medical Ultraljud Symposium MFC, Medicinskt forskningscenter, ingång 59, Universitetssjukhuset UMAS, Malmö	För mer anmälan och program www.sfog.se
4/4	Kvinnors sexualitet – passion och plåga V-Aulan Psykiatrihuset, Mölndals sjukhus, Göteborg	För mer anmälan och program: www.sfog.se Sista anmälningsdag 23 februari
7 - 11/4	Sahlgrenska akademien - Institutionen för vårdvetenskap och hälsa Ny uppdragsutbildning - Diabetes och barnafödande, Göteborg Diabetes och barnafödande, 7,5 högskolepoäng	För ytterligare information kontakta Harrieth Thunberg Sjöström harrieth.thunberg-sjostrom@fhs.gu.se http://www.caresci.gu.se/Utbildning/uppdragsutbildning
10 - 11/4	The Second World Congress on Mild Approaches in Assisted Reproduction. London, UK	För mer information och program www.ismaar.org .
14 - 15/4	ST-dagarna 2008 i Linköping på Scandic Frimurarehotellet	För mer anmälan och program: www.sfog.se
21 - 22/4 och 23 - 24/4	Kurs i akuta förlossningssituationer Skövde	För mer information: www.sfog.se
30/4-3/5	10th Congress of the European Society of Contraception "Non-contraceptive impact of contraception and family planning". Prag, Tjeckien	För mer information: www.sfog.se
15 - 16/5	Värmötet i Perinatologi 15 maj-16 maj, Jönköping	
21 - 22/5	Obstetriskt anestesimöte Nynäshamn	För mer information: www.nynashavsbad.se Bindande anmälan via mail senast 15 april till: Michael Rådström, michael.radstrom@vgregion.se

2-3/6	Berzeliussymposie Bz 73 Preeklampsi (havandeskapsförgiftning) Uppsala	Organisationskommitté: Ove Axelsson, Charlotta Grunewald, Matts Olovsson, Helena Åkerud Mer information agneta.ohlson@sls.se
12 - 14/6	"The Fetus as a Patient" XXIV International Congress , Frankfurt/Main Tyskland	För mer information: http://fetus2008.com/invitation.htm
14-17/6	36th Nordic Congress of Obstetrics and Gynecology , Reykjavik, Island	För mer information: http://www.nfog2008.is Deadline för ansökningar 1 december 2007
6 - 7/10 och 8 - 9/10	Kurs i akuta förlossningssituationer Skövde	För mer information: www.also-scandinavia.com För anmälan kontakta Madeleine Bjurman Sista anmälningsdag är den 23 maj 2008
25 - 28/10	The 12th Biennial International Gynecologic Cancer Society Meeting (IGCS) Bangkok, Thailand	För mer information: http://www.kenes.com
27 - 30/11	IVF 30th ANNIVERSARY The 11th World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility (COGI) Paris, Frankrike	För mer information: http://www.comtecmed.com/cogi/paris/ Deadline for Abstracts Submission: July 27, 2008 Deadline for Early Registration: July 27, 2008
2009		
4 - 9/10	FIGO 2009 Kapstaden, Sydafrika	För mer information: http://www.figo2009.org.za

Arbets- och Referensgrupperna inom SFOG

Perinatologi PERINATAL-ARG

Ordförande: Ellika Andolf

KK, Danderyds sjukhus

182 88 Stockholm

Tel: 08-655 50 00

Fax: 08-622 58 33

ellika.andolf@ds.se

Sekreterare: Anders Björklund

UltraGyn/BB Stockholm

Odengatan 69

113 22 Stockholm

Tel: 08-587 103 90

Fax: 08-587 101 90

anders.bjorklund@ptj.se

Minimalinvasiv Gynekologi

MIG-ARG

Ordförande: P-G Larsson

KK, Kärnjukhuset

541 85 Skövde

Tel: 0500-43 10 00

Fax: 0500-43 14 54

p-g.larsson@vgregion.se

Sekreterare: Katarina Englund

KK, Södersjukhuset

118 83 Stockholm

Tel: 08-616 26 38

Fax: 08-616 43 93

katarina.englund@sodersjukhuset.se

Obstetriska och Gynekologiska

Infektioner

INF-ARG

Ordförande: Mats Bergström

KK, Södersjukhuset

118 83 Stockholm

Tel: 08-616 10 00

Fax: 08-616 26 40

Mats.Bergstrom@sodersjukhuset.se

Sekreterare: Ingrid Wikström

KK, Akademiska sjukhuset

751 85 Uppsala

Tel: 018-611 00 00

Fax: 018-55 97 75

ingrid.wikstrom@kbh.uu.se

Familjeplanering FARG

Ordförande: Jan Brynhildsen

KK, Universitetssjukhuset

581 85 Linköping

Tel: 013-13 22 00

Fax: 013-14 81 56

jan.brynhildsen@lio.se

Sekreterare: Kristina Gemzell-

Danielsson

Inst f Kvinnors och Barns Hälsa

Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

171 76 Stockholm

Tel: 08-515 521 28

Fax: 08-517 743 14

kristina.gemzell@ki.se

Tonårsgynekologi TON-ARG

Ordförande: Lena Marions

KK, Karolinska Universitetssjukhuset,

Solna

171 76 Stockholm

Tel: 08-517 766 55

Fax: 08-31 81 14

lena.marions@karolinska.se

Sekreterare: Karin Edgardh

Sesam City/KK, Karolinska

Universitetssjukhuset

Sveavägen 52

111 34 Stockholm

Tel: 070-794 11 48

karinedgardh@yahoo.se

Urogynekologi och vaginal

kirurgi UR-ARG

Ordförande: Maud Ankardal

KK, SU/ Östra

413 45 Göteborg

Tel: 031-34 34 335

Fax: 031-41 87 17

maud.ankardal@vgregion.se

Sekreterare: Gregor Larsson

KK, Centrallasarettet

721 89 Västerås

Tel: 021-17 42 16

Fax: 021-17 52 22

gregor.larsson@ltv.se

Cervixcancerprevention C-ARG

Ordförande: Bengt Andrae

KK, Gävle/Sandviken Länssjukhus

801 87 Gävle

Tel: 026-15 41 68

Fax: 026-15 41 56

bengt.andrae@gmail.com

Sekreterare: Kristina Elfgrén

KK, Karolinska Universitetssjukhuset

Huddinge

141 86 Stockholm

Tel: 08-585 800 00

Fax: 08-585 975 75

kristina.elfgren@karolinska.se

Psykosocial Obstetrik och Gyne-kologi

samt Sexologi POS-ARG

Ordförande: Inga-Bodil Melinder

Gynmottagningen, Sjukhuset i Arvika

671 90 Arvika

Tel: 0570-71 20 00

inga-bodil.melinder@liv.se

Sekreterare: Katri Nieminen

KK i Östergötland, Lasarettet i Motala

591 85 Motala

Tel: 0141-770 00

Fax: 0141-777 61

katri.nieminen@lio.se

Ofrivillig Barnlöshet FERT-ARG

Ordförande: Claes Gottlieb

Fertilitets- och IVF-kliniken

Sophiahemmet

Box 5605

114 86 Stockholm

Tel: 08-406 20 00

Fax: 08-10 16 21

claes.gottlieb@ki.se

Sekreterare: Margareta Fridström

KK, Karolinska Universitetssjukhuset,

Huddinge

141 86 Stockholm

Tel: 08-585 800 00

Fax: 08-585 875 75

margareta.fridstrom@karolinska.se

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

KK, Akademiska sjukhuset

751 85 Uppsala

Tel: 018-611 57 64

Fax: 018-55 97 75

inger.sundstrom@kbh.uu.se

Sekreterare: Eva Innala

KK, Norrlands universitetssjukhus

901 85 Umeå

Tel: 090-785 21 61

eva.innala@vll.se

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

KK, Universitetssjukhuset Lund

Tel: 046-17 10 00

Fax: 046-15 78 68

christer.borgfeldt@med.lu.se

Sekreterare: Agneta Axelsson

KK, Centrallasarettet Västerås

721 89 Västerås

Tel: 021-70 30 00

Fax: 021-17 52 22

agneta.axelsson@ltv.se

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

KK, Universitetssjukhuset MAS

205 02 Malmö

Tel: 040-33 21 68

Fax: 040-96 26 00

elisabeth.epstein@med.lu.se

Sekreterare: Katarina Tunon

KK, Östersunds sjukhus

831 83 Östersund

Tel: 063-15 30 00

Fax: 063-15 45 17

katarina.tunon@jll.se

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

KK, Universitetssjukhuset MAS

205 02 Malmö

Tel: 040-33 21 66

Fax: 040-96 26 00

pelle.lindqvist@med.lu.se

Sekreterare: Katarina Bremme

KK, Karolinska Universitetssjukhuset Solna

171 76 Stockholm

Tel: 08-517 000 00

katarina.bremme@karolinska.se

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

KK, Länssjukhus Sundsvall/Härnösand

851 86 Sundsvall

Tel: 060-18 10 00

Fax: 060-18 15 57

ingela.danielsson@lvn.se

Sekreterare: Nina Bohm-Starke

KK, Danderyds sjukhus

182 88 Danderyd

Tel: 08-655 50 00

nina.bohm-starke@ds.se

Endometriosis ENDOMETRIOS-ARG**Ordförande:** Matts Olovsson

KK, Akademiska sjukhuset

751 85 Uppsala

Tel: 018-611 57 64

Fax: 018-55 97 75

matts.olvesson@kbh.uu.se

Sekreterare: Margita Blomberg

KK, SU/Östra

416 85 Göteborg

Tel: 031-343 40 00

Fax: 031-25 43 87

margita.blomberg@vgregion.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:** Ulf Högberg

KK, Norrlands universitetssjukhus

901 85 Umeå

Tel: 090-785 68 33

Fax: 090-13 75 40

ulf.hogberg@obgyn.umu.se

Sekreterare: Lotti Helström

KK, Södersjukhuset

118 83 Stockholm

Tel: 08-616 10 00

lotti.helstrom@sodersjukhuset.se

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

Professor Lars-Åke Mattsson

KK, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra 416 85 Göteborg

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

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

SFOG-Kansliet

Jeanette Swartz

Drottninggatan 55, 2 tr, 111 21 Stockholm • Tel: 08-440 01 75 • Fax: 08-22 23 30

kansliet@sfog.se • www.sfog.se

Partial vaginismus – definitions, symptoms and treatment

Partiell vaginism – definition, symptom och behandling

Abstrakt

Ytlig samlagssmärta är i dagsläget ett vanligt problem. Samlagssmärta delas vanligen upp i två huvudgrupper: dyspareuni/samlagssmärta utan vidare definition och vaginism/slidkramp. Med vaginism avses återkommande eller ständig muskelkramp i den yttre tredjedelen av vagina som stör samlaget. Vaginism finns i två huvudformer, total vaginism (TV) när slidan är helt stängd och den mer sällan beskrivna partiella vaginismen när slidan bara är delvis stängd och samlag åtminstone till en början går att genomföra till priset av brännande smärta.

Syfte

Syftet med avhandlingen var att utveckla en definition för partiell vaginism användbar både för kliniskt och forsknings bruk; att beskriva förekomsten av partiell vaginism (PaV) bland kvinnor med ytlig samlagssmärta; att beskriva symptom och kliniska fynd hos kvinnor med PaV; och att presentera behandlingsresultat för kvinnor med vaginism.

Metoder och resultat

Bland 224 kvinnor med ytlig samlagssmärta fann vi en stor överlappning mellan de kliniska diagnoserna PaV och vulvavestibulit (VVS) (numera kallad provocerad vestibulodyni): 102 kvinnor kunde diagnostiseras ha både PaV och VVS. Alla kvinnor med VVS hade vaginism, medan 42 kvinnor hade PaV men inte VVS. Partiell vaginism var mer vanligt förekommande i alla våra studier än total vaginism.

Vid undersökning med ytEMG av bäckenbottenmuskulaturen fann vi inga

Maria Engman, Överläkare,
Med Dr, Kvinnokliniken, Västerviks
sjukhus. Avdelningen för Genus och
Medicin, Hälsouniversitetet
Linköping
maria.engman@ltkalmars.se

signifikanta skillnader, avseende vilotonus och förmåga till knip och avslappning, mellan de tre undersökta grupperna enbart PaV (n=47), PaV+VVS (n=33) och asymptomatiska kvinnor (n=27).

Kvinnor med PaV+/-VVS (n=53) rapporterade inte bara sveda utan också klåda under en standardiserad penetrationsituation (ytEMG av bäckenbottenmuskulaturen) medan en grupp kvinnor utan samlagssmärta (n=27) inte angav något av symptomen. I de flesta fallen uppkom den brännande smärtan före klådan.

I en semi-strukturerad telefonintervju med 24 kvinnor med PaV+/-VVS angående symptom på ytlig samlagssmärta, var smärta efter samlag vanligare förekommande än smärta vid penetration när problemet började. När kvinnorna på grund av sina problem tvingades sluta att ha samlag var båda symptomen lika vanliga. Intensiteten på smärtan vid penetration ökade kraftigt (från 0,5-9 på en skala 0-10) från tidpunkten när problemen började till dess kvinnorna slutade att ha samlag, medan intensiteten på smärtan efter samlag var hög redan från början och ökade till mycket hög. Smärtan vid penetration varade en minut och beskrevs som skarp/skärande/bristande medan smärtan efter samlag beskrevs som brännande/svidande och varade i två timmar.

Vid en långtidsuppföljning (mer än tre år efter avslutad behandling) av en grupp kvinnor med vaginism behandlade med kognitiv beteendeterapi (KBT) (n=59; svarsfrekvens 44/59 på ett frågeformulär) kunde en majoritet av kvinnorna ha samlag och njuta av samlag. Två tredjedelar av kvinnorna angav att de uppnått sina mål med behandlingen. De flesta kvinnor som kunde ha samlag vid slutet av terapin kunde ha samlag också vid uppföljningstillfället. Var tionde kvinna med vaginism läkte utan behandling efter en noggrann undersökning och information om problemet.

Slutsats

Partiell vaginism var i våra studier vanligare än total vaginism och alla kvinnor med vulva vestibulit hade partiell vaginism. Vi fann att ytEMG av bäckenbottenmuskulaturen var av ringa värde för att skilja grupper av kvinnor med partiell vaginism med eller utan vulva vestibulit från varandra eller från en asymptomatisk grupp. Kvinnor med PaV+/-VVS rapporterade inte bara brännande smärta utan också klåda och båda dessa symptom tolkas som betingade responser till vaginismreflexen. När problemen startade hos kvinnor med PaV+/-VVS var smärta efter samlag vanligare än smärta vid penetration. Smärta efter samlag beskrevs som långvarig och brännande/svidande medan smärta vid penetration beskrevs som kortvarig och skrap/skärande/bristande. Kvinnor med vaginism som fått behandling med KBT uppvisar goda behandlingsresultat vid en långtidsuppföljning.

Avhandlingen finns publicerad elektroniskt på <http://urn.kb.se>

Referenser

- I. Wijma B, Jansson M, Nilsson S, Hallbook O, Wijma K. Vulvar vestibulitis syndrome and vaginismus. A case report. J Reprod Med 2000;45(3):219-23.
- II. Engman M, Lindehammar H, Wijma B. Surface electromyography diagnostics in women with partial vaginismus with or without vulvar vestibulitis and in asymptomatic women. J Psychosom Obstet Gynaecol 2004;25(3-4):281-94.
- III. Engman M, Wijma K, Wijma B. Itch and Burning Pain in Women with Partial Vaginismus with or without Vulvar Vestibulitis. J Sex Marital Ther 2007; 33(2):171-86.
- IV. Engman M., Wijma, K, Wijma B., Postcoital burning pain and pain at micturition: early symptoms in women with partial vaginismus with or without vulvar vestibulitis?, J Sex Marital Ther. Accepted.
- V. Engman M, Wijma K, and Wijma B, Long-term follow-up of cognitive behaviour therapy in women with superficial coital pain and vaginismus. Submitted.



Maria Engman

Intressegrupper inom SFOG

Privatgynekologerna

Ordförande

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

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

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

Mödrahälsovårdsöverläkargruppen

Ordförande

Marie Lindroth
Verksamhetsområde Barn-Familj och kvinnor
Helsingborgs lasarett
S. Vallgatan 5
251 87 Helsingborg
Tel: 042-4062254
E-post: marie.lindroth@skane.se

Sekreterare

Agneta Romin
Falun lasarett, Kvinnokliniken
791 82 Falun
Tel: 023-492000, 023-69951
Fax: 023-490989
E-post: agneta.romin@ltdalarna.se

Obstetiker och gynekologer under utbildning (OGU)

Ordförande

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

Sekreterare

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

Gruppen för öppenvårdsgynekologi

Ordförande: Inga Sjöberg

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

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

SFOG

ANMÄLNINGSBLANKETT

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

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

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

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

Årsavgiften till föreningen är 700 kronor. Prenumeration på ARG-rapporter är avdragsgill i deklarationen. I och med Din anmälan registreras Du i SFOGs datoriserade medlemsregister.

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

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

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

Skickas/faxas till

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

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

Jag vill bli medlem i SFOG:

Namn

Adress bostad

Adress arbete

Telefon bostad Telefon arbete

Mailadress

Personnummer _ _ _ _ _

Medlem i Sveriges Läkarförbund Ja Nej

Medlem i Svenska Läkaresällskapet Ja Nej

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

Jag önskar bli medlem i OGU Specialist Icke specialist

Datum: Namnunderskrift:

BESTÄLLNINGSBANKETT ARG-RAPPORTER

Svensk Förenings för Obstetrik & Gynekologi Arbets- och Referensgruppers rapportserie

Alternativ I

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

Alternativ II

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

OBS! Glöm ej ange alternativ

Namn _____

Adress _____

Postnummer och postadress _____

Jag vill beställa följande redan utgivna ARG-rapporter:

Nr 1-16 och 18-27, 35-36 har utgått

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

<input type="checkbox"/> Nr 17 Prolaps. 1989	100:-
<input type="checkbox"/> Nr 28 Sexuella övergrepp mot barn och ungdomar. 1994	100:-
<input type="checkbox"/> Nr 29 Komplikationer vid Obstetrisk & Gynekologisk kirurgi. 1995	100:-
<input type="checkbox"/> Nr 30 Genitala infektioner hos kvinnan. 1996	100:-
<input type="checkbox"/> Nr 31 Assisterad befruktning och preimplantatorisk diagnostik i Sverige. 1996	100:-
<input type="checkbox"/> Nr 32 Gynekologisk endoskopi - del 1. 1996	100:-
<input type="checkbox"/> Nr 33 Sexologi ur gynekologisk synvinkel. 1996	100:-
<input type="checkbox"/> Nr 34 Att förebygga cervixcancer samt vaginal- och vulvacancer. 1997	100:-
<input type="checkbox"/> Nr 37 Ofrivillig barnlöshet. 1998	100:-
<input type="checkbox"/> Nr 38 Substitutionsbehandling i klimakteriet - aktuella synpunkter. 1998	100:-
<input type="checkbox"/> Nr 39 Kvinnlig urininkontinens. 1998	100:-
<input type="checkbox"/> Nr 40 Ungdomsgynekologi. 1999	100:-
<input type="checkbox"/> Nr 41 Cancer, graviditet och fertilitet. 1999	100:-
<input type="checkbox"/> Nr 42 Gynekologisk ultraljudsdiagnostik. 2000	100:-
<input type="checkbox"/> Nr 43 Infektioner hos gravida kvinnor. 2000	100:-
<input type="checkbox"/> Nr 44 Vulvacancer. 2000	100:-
<input type="checkbox"/> Nr 45 Gynekologisk endoskopi - del 2. 2001	100:-
<input type="checkbox"/> Nr 46 Anal inkontinens hos kvinnor. 2001	100:-
<input type="checkbox"/> Nr 47 Intrauterin fosterdöd (IUFD). 2002	100:-
<input type="checkbox"/> Nr 48 Vulvasjukdomar. 2003	100:-
<input type="checkbox"/> Nr 49 Hemostasrubbingar inom obstetrik och gynekologi. 2004	100:-
<input type="checkbox"/> Nr 50 Metodbok för evidensbaserad obstetrik och gynekologi. 2004	100:-
<input type="checkbox"/> Nr 51 Förlossningsrädsla. 2004	100:-
<input type="checkbox"/> Nr 52 Perinatalt omhändertagande vid extrem underburenhet. 2004	100:-
<input type="checkbox"/> Nr 53 Bröstet. 2005	200:-
<input type="checkbox"/> Nr 54 Inducerad abort. 2006	200:-
<input type="checkbox"/> Nr 55 Obstetrisk ultraljud. 2007	300:-

Insändes till:

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

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