

## MEDLEMSBLADET

**Ansvarig utgivare:** Inger Sundström  
tel: 090-785 34 61

**Layout:** Marie-Louise Schyberg

**Adress:** SFOG-kansliet, Svenska Läkaresällskapet,  
Box 738, 101 35 Stockholm  
tel: 08-440 88 68 fax: 08-440 88 86  
e-post: ml.schyberg@sfog.se

**Internet:** www.svsl.se/sektioner/sfog

**Annonser:** Inger Sundström  
inger.sundstrom@obstgyn.umu.se

### SFOGs styrelse 1999-2000:

**Ordförande:** Prof Bo von Schoultz, KK,  
Karolinska sjukhuset, 171 76 Stockholm  
tel: 08-517 700 00, fax: 08-31 81 14  
bvs@obgyn.ks.se

**Vice ordförande:** Doc Elisabeth Persson,  
Centrum Kvinnosjukvård, Universitetssjukhuset  
MAS, 205 02 Malmö  
elisabeth.persson@post.netlink.se

**Facklig sekreterare:** Dr Pia Teleman,  
Gynmottagningen, Specialisthuset, Odengatan 66,  
241 35 Eslöv tel: 0413-55 60 66,  
fax: 0413-55 60 74 pia.teleman@skane.se

**Vetenskaplig sekreterare:** Dr Kerstin  
Andersson, KK, SU/Östra, 416 85 Göteborg  
tel: 031-343 40 00, fax: 031-25 43 87

**Skattmästare:** Dr Harald Almström,  
Ultra Gyn, Läkarhuset Odenplan,  
Odengatan 69, 113 22 Stockholm  
tel: 08-587 103 90, fax: 08-587 101 90  
harald.almstrom@kids.ki.se

**Redaktör:** Dr Inger Sundström, KK, Norrlands  
universitetssjukhus, 901 85 Umeå  
tel: 090-785 34 61, fax: 090-77 39 05  
inger.sundstrom@obstgyn.umu.se

**Utbildningssekreterare:** Docent Ove Axelsson,  
KK, Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala  
tel: 018-66 30 00, fax: 018-55 97 75  
ove.axelsson@obstgyn.uu.se

**Övriga ledamöter:** Dr Nils Fryklund, KK,  
Länssjukhuset, 301 85 Halmstad  
tel: 035-13 10 00, fax: 035-13 66 28  
nils.fryklund@lthalland.se

Dr Sonja Kvint, Kvinnosjukvården, Kärn-  
sjukhuset i Skövde, 541 85 Skövde tel: 0500-43 14 88,  
fax: 0500-43 14 54 sonja.kvint@ltskar.se  
Dr Cilla W Salamon, KK, Södersjukhuset,  
118 83 Stockholm tel: 08-616 10 00,  
fax: 08-616 26 40 c.salamon@swipnet.se

**Tryck:** Graphium Västra Aros, Västerås

**Foto:** Qlas Larsson

ISSN 0284-8031



# Kära vänner i SFOG

Ljuset återvänder så sakteliga till Norden. Millennieskiftet är avklarat och vi ser med spänning och förväntan fram mot

fortsättningen av Y2K.

Vid sitt senaste sammanträde i december strax före jul kunde styrelsen fastställa vår förenings nya Utbildningsplan för sub-specialisering inom Gynekologisk Tumörkirurgi och Onkologi. Gynekologisk onkologi med diagnostisk och kirurgisk inriktning har förekommit som subspecialitet inom obstetrik och gynekologi i USA sedan 1970-talet och i England sedan tidigt 1980-tal. I Sverige har vi hittills inte haft någon organiserad utbildning inom området, vi har saknat formaliserade kompetenskrav och vår kvalitetssäkring av den

gynekologiska tumörkirurgin har varit ganska begränsad. Det känns därför mycket roligt och nästan lite historiskt att nu kunna erbjuda svenska gynekologer en utbildning till en formell kompetens som är likvärdig den för våra kollegor i Norden och övriga Europa.

Utbildningsplanen har tagits fram av en arbetsgrupp inom Tumör-ARG och presenteras i sin helhet på sidan 9 i detta nummer av medlemsbladet. Den kommer också att presenteras för landets verksamhetschefer vid nästa möte den 3 februari i Uppsala och vi hoppas att man därefter kan komma i gång med utbildningen och annonsera riktade tjänster för ett litet antal yngre kollegor så snart som möjligt. Stöd och uppbackning från verksamhetscheferna är av avgörande betydelse för att en genomgången utbildning följd av certifiering

## I DETTA NUMMER

4	Rapport från Läkarstämman	Inger Björn, Marie Bixo
8	Östriol och endometrie cancer	Bo von Schoultz, Kerstin Nilsson, Arne Victor
9	Gynekologisk tumörkirurgi och onkologi	Tumör-ARG
12	Evidensbaserad Obstetrik och Gynekologi	Kerstin Andersson, Berndt Kjessler, Nils-Otto Sjöberg Mats Eliasson
17	Rapport från ENTOG, Rom och auskultationsprogrammet	OGU
23	Abortsökande kvinnor i ett modernt samhälle	POS-ARG
27	Information från Ultra-ARG	SFOG/Ultra-ARG
31	Dags att sätta P i sjukvården	Nils-Otto Sjöberg
33	Anmälan till ST-skrivning	Ian Milsom
35	Stipendieansökan	
37	Internationalisering av ST-utbildning	Helena Haesert, Lotta Klynning, Björn Rosenlund
39	Kodfrågan nr 6	Karin Pihl
45	Avhandlingsabstrakt	

skall komma att fungera som merit och behörighetskrav vid framtida tjänstetillsättningar inom området. På nationell nivå vill ju Socialstyrelsen för närvarande snarast minska antalet medicinska specialiteter och vi får därför på samma sätt som för exempelvis specialistexamen räkna med att tills vidare själva driva på utvecklingen inom vår egen specialitetsförening.

Benämningen av den nya sub- eller snarare superspecialiteten har väckt en viss oro bland våra vänner och kollegor inom gynekologisk onkologi. Representanter för styrelsen kommer att sammanträffa med företrädare för landets gyn-onkologiska kliniker och vi kommer att framhålla att vi på intet sätt vill göra intrång eller ta över deras etablerade verksamhet. Samtidigt är det mycket viktigt att klargöra att den nya utbildningen inte enbart syftar till en ökad operativ/teknisk kirurgisk färdighet utan också avser att ge en bred onkologisk kompetens inom andra områden, t ex palliation och smärtlindring som är av största betydelse för våra gynekologiska tumörpatienter. Det är också nödvändigt att vi organisatoriskt och utbildningsmässigt får till stånd en anpassning till förhållandena i övriga Europa.

Utbildningsprogram och kvalitetssäkring är också viktiga inslag i det nya konceptet *evidensbaserad kvinnosjukvård*. Behovet av prioriteringar stimulerar debatten kring kostnader och nytta och kraven växer på att dagens metoder för diagnostik, behandling och omvårdnad skall utvärderas med bästa möjliga metodik. På initiativ av Nils-Otto Sjöberg och "Argus emeritus" Berndt Kjessler avhölls under hösten ett extra Riks-ARG kring detta högaktuella ämne. Styrelsen har därefter beslutat att inrätta en *ad hoc* grupp för evidensbaserad medicin med Kerstin Nilsson som ordförande. Man hade sitt första möte under Riksstämman och beslöt att utarbeta en utbildningsmodell för gynekologer inom ämnesområdet evidensbaserad obstetrik och gynekologi. Utan tvekan kommer detta nya begrepp att ha stor betydelse för hur vi i framtiden uppfattar och värderar det som vi kallar kunskap och det blir allt mer angeläget att beslut som rör medicinska prioriteringar baseras på bästa möjliga evidens. Evidensbaserad medicin handlar i grund och botten om en metodik för att bearbeta, analysera och värdera medicinsk information på ett strukturerat sätt. Ar-

betsgruppen kommer att presentera sig vid verksamhetschefsmötet i februari och därefter vid kommande Riks-ARG den 6 april. Alla ni som är intresserade av att deltaga aktivt eller få information om det pågående arbetet kan kontakta Kerstin Nilsson, Kvinnokliniken, Regionsjukhuset, 701 85 Örebro, eller via e-post [kerstin.nilsson@orebroll.se](mailto:kerstin.nilsson@orebroll.se).

Frågan om östrial- och endometrie-cancer har varit föremål för livlig diskussion all sedan en svensk fall-kontroll studie (Weiderpass, et al, Low potency oestrogen and the risk of endometrial cancer: A case-controlled study, Lancet 1999;353: 1874-8) publicerades i våras. Under hösten har företrädare för SFOG, KARG och Läkemedelsverket efter överläggningar med artikelförfattarna gemensamt arbetat fram en skrivning med förtydligande av tidigare rekommendationer. Texten som återges i sin helhet på sidan 8 i detta nummer av medlemsbladet finns också på vår hemsida, har distribuerats till SFAM och kommer att publiceras i Information från Läkemedelsverket. Sammanfattningsvis bör resultaten av studien i första hand ses som en varningssignal och föranleda skärpt uppmärksamhet bland förskrivande läkare. Det finns i dagsläget däremot ingen grund för en drastisk förändring av rådande praxis.

Under hösten har hemförlossningsdebatten åter aktualiserats i media. Inom vissa landsting har man nu börjat ge ekonomisk ersättning för hemförlossningar och vi behöver inom föreningen diskutera hur vi från professionen skall gå vidare i denna viktiga och kontroversiella fråga. Vi för också en dialog angående allmänna övergripande samarbetsformer med representanter för Svenska Barnmorskeförbundet. Vi har stora gemensamma intressen i att vidareutveckla svensk kvinnosjukvård och kvinnohälsa. Med bibehållen respekt för våra båda yrkesgruppers kompetens behöver vi också klarlägga riktlinjer och ansvarsförhållanden inom flera områden av vår gemensamma verksamhet.

Till Riksstämman hade vi från SFOG som vår hedersgäst inbjudit professor Gerard H.A. Visser från Utrecht som föreläste om "Home deliveries in Holland: Relic or example?". I Holland, som är känt för sin långa tradition av hemförlossningar, har man inga säkra belägg för ökade

risker för mor och barn. Visser betonade emellertid att det holländska exemplet kräver detaljerade riktlinjer för handläggning av förlossningen, strikta urvalskriterier av kvinnor med låg medicinsk risk och korta avstånd till sjukhus med förlossningsavdelning eftersom ca 20% av kvinnorna överförs under pågående värbete. Framförallt måste verksamheten för att fungera väl ha en tillräckligt stor volym. Visser angav ca 20% av det totala förlossningstalet som ett minimum för att hemförlossningar skulle vara säkra och kostnadseffektiva. Han anförde exempel från Australien där en analys av lågfrekventa hemförlossningar visade att dödligheten såväl perinatalt som intrapartal var ungefär fördubblad jämfört med sjukhus förlossningar. En situation där ett fåtal hemförlossningar bedrivs med stöd av entusiastiska barnmorskor och gynekologer betecknade han som djupt olycklig och menade att vi i Sverige i första hand bör söka utveckla vår befintliga BB- och förlossningsvård för att möta olika behov.

Avslutningsvis vill jag önska alla en God fortsättning på Y2K. Hoppas att se så många som möjligt vid Vintermötet som i år anordnas av Uppsalakliniken på Sky City utanför Arlanda, fredagen den 4 februari. En förening blir vad dess medlemmar gör den till och jag hoppas att ni alla känner att ni kan höra av er till oss i styrelsen och komma med synpunkter, idéer och förslag i olika frågor. Skriv gärna till mig eller de övriga i styrelsen och föreslå färdriktning inför framtiden! ■

*Bo von Schoultz*  
Ordförande SFOG

## Gyne T 380

Jansen-Cilag har som bekant meddelat att de kommer att upphöra att leverera Gyne T 380 vilket orsakat huvudbry hos kolleger såväl i vårt land som internationellt. FARG arbetar med frågan och kommer med kommentarer och rekommendationer under våren.

# Brev från den vetenskaplige sekreteraren

Kära vänner!

Detta brev skrevs en av de första dagarna på året då röken av millenniumfyverkerierna knappt hade lagt sig. Julen är över, granen barrar i år igen och Göteborg har julfirats med regn och översvämningar. Sedan förra brevet skrevs i början på oktober har det varit en hel del aktiviteter med såväl möte för landets studierektorer såsom ett extra Riks-ARG. Återigen ligger SFOG före de andra sektionerna denna gång genom att starta en ad hoc arbetsgrupp för evidensbaserad obstetrik och gynekologi. Vi har all anledning att känna oss stolta och tacka ARGUS emeritus och ARGUS agens för initiativet och önska Kerstin Nilsson och övriga entusiaster i gruppen lycka till.

Höstens huvudnummer har förstås varit Svenska Läkaresällskapets Riksstämman som i år hölls i Stockholm. Ett stort arbete hade lagts ner av många för att bidra till den höga vetenskapliga standarden. Någon hade roat sig med att summera hur många kvinnor som ingått i alla studierna, som presenterades som vår sektionens poster och fria föredrag och det skulle kunna räcka till att befolka en hel kommun. SFOGs vetenskapliga råd vill speciellt hylla följande kolleger som utsetts som pristagare och som i samband med årsmötet i Halmstad 25/8 erhåller 5 000 kr, diplom och massornas jubel.

Pris för bästa poster; Inger Björn Piteå för arbetet "Negativa humörsymptom vid sekventiell östrogenbehandling". Medarbetare har varit Marie Bixo, Karin Strandberg Nöjd, Sigrid Nyberg och Torbjörn Bäckström. En välgjord studie som belyser ett vardagsproblem på våra gynekologiska mottagningar och som dessutom visar att det går utmärkt att forska på distans. Utseendemässigt var postern också en bland många av hög teknisk kvalitet.

Pris för bästa föredrag gick till Pelle G Lindqvist Malmö för presentationen "Aktiverad protein C resistens (FV:Q<sup>506</sup>) och Graviditet. APC-resistens diskuteras mycket bland vårdgivare inom vår specialitet idag och ibland kommer patienter och frågar efter ett sådant test. Den aktuella undersökning av över 2000 gravida kvinnor gav inget stöd för profylaktisk behandling av alla APC-resistenta under graviditet utan det kunde t o m vara en fördel att vara APC-resistent i samband med förlossningen. Mycket fin presentation av detta intressanta arbete. Medarbetare har varit Karel Marsál, Lars Grennert, Marie Lutherkort, Björn Dahlbäck.

Hedersomnämning för poster och föredrag innebär att få diplom, blommor och hyllning i samband med årsmötet och hedersomnämning för poster överlämnas till Kerstin Wolff Huddinge för postern "Prediktion av maternella och fetala komplikationer vid preeklampsi - värdet av urin- och blodprover" Medarbetare har varit Kerstin Palm och Henry Nisell. I dagens sjukvård när vi alltmer diskuterar evidensbaserad medicin blir det hela tiden viktigt att ifrågasätta vad vi gör av vana. Visserligen var materialet begränsat men budskapet att ifrågasätta upprepade rutinemässiga urin- och blodprover vid preeklampsi var väl värt en eftertanke.

Hedersomnämning för fint föredrag gick till Anette Lindhard Köpenhamn "Ska patienter med hydrosalpinx genomgå salpingektomi före IVF?" Nio Nordiska IVF-kliniker hade samlat ett stort material och Annika Strandell hade gjort en elegant datorpresentation som initierat framfördes av hennes danska medarbetare. Övriga medarbetare i studien var Urban Waldenström, Jane Thorburn och Lars Hamberger.

Sammanfattningar av dessa arbeten publiceras i nästa nummer av medlemsbladet.

SFOGs styrelse vill också framföra sitt varma tack till de vänner som varit moderatorer för våra symposier, fria föredrag och postersessionen. I dessa kärva tider när de flesta har mer att göra än de hinner med är det underbart med entusiastiska kolleger som gärna engagerar sig i extrauppgifter och som gör det så bra. Margareta Wennergren och Mats Hammar ledde våra två symposier om perinatale hjärnskador respektive mannens klimakterium och båda var mycket välbesökta och givande. Angélique Flöter, Ann Hjelm, Ulla-Britt Wennerholm, Jan Brynhildsen, Mats Brännström och Per Olofsson som ansvarade för sessionerna med fria föredrag och posters, var väl inlästa och tog hand om de intressanta diskussioner som följde.

Riksstämmans allmänna möte handlade om läkekonsten i framtiden och Thomas Ihre var moderator. Bland annat tänkvärt betonades det viktiga mötet med patienten och doktorn som placeboeffekt. Något att begrunda i tider när vi försöker bortrationalisera mycket av detta.

Redan i samband med Vintermötet i början av februari skall årets symposieförslag bestämmas så Riksstämman engagerar året runt.

Planeringen för nästa årsmöte är i full gång och det är Jan Rydnert i Halmstad som inviterar oss till Tylösand 25-26/8 i år. Reservera dagarna redan nu i almanackan, ty mötet ligger tidigare än normalt, för att inte i tid krocka med FIGO.

Många hälsningar från er tillgivna  
*Kerstin Andersson*  
vetenskaplig sekreterare

# Rapport från årets läkarstämma

När millenieavslutningens värsta höststorm, med vindhastigheter i orkanstyrka, rasade i mellan och syd Sverige, gick besökare runt i montrar och föredragshallar i Älvsjö. Årets Riksstämma i Svenska Läkaresällskapetets väloljade regi är till ända; väl genomförd med äran om att vara Sveriges största medicinska sammankomst, i behåll.

För en senkommen besökare som inte anträtt Älvsjö mässans portar på något decennium, fanns mycket att förundras över. Kongressavgiften om 1700 kronor var det första som föranledde ögonbrynen att lyftas. Detta faktum påkallar betydelsen av att vara medlem i Svenska Läkaresällskapet. Anslut Dig!

Alltfler divergerande intressenter väljer att ställa ut i mässhallarna som idag liknar en gycklarnas marknad. Montrarna har blivit påkostade och spektakulära. Det räcker inte med en disk och en godisskål på för att locka besökare; nej hus, torg och ubåtar behövs!

Spelemän och stå-upp komiker var inslag som lockade publik. Ja, allt kan behövas för att dra förvirrade och okoncenterade läkares uppmärksamhet till sig, där de på språng i korridorerna undrar över var sal E 8 ligger. Om man dock tar sig lite tid och stannar till någonstans hittar man en hel del av intresse. Jag köpte en bok om Utbrändhet, det kändes adekvat, så att man lär sig att inte gå i den fällan.

Obstetrik och Gynekologi sektionen bjöd på en samling symposier, fria föredrag och posterutställning. Bland de fria föredagen kan man verkligen hitta nyheterna. Årets gästföreläsare kom från Holland och talade om hemförlossningar. Här ges några glimtar från årets symposier.

## Manligt klimakterium

Ett välbesökt symposium väckte frågan om mannens klimakterium finns. Mats Hammar modererade mötet på ett stilfullt

---

### Inger Björn

Läkarhuset Björnen, Piteå

### Marie Bixo

Norrlands universitetssjukhus, Umeå

---

och avslappnat sätt. Frågan är tvärvetenskaplig och symposiet var ett samarrangemang mellan gynekologer, endokrinologer och urologer. Om man som lyssnare lär sig något nytt och dessutom har roligt på föreläsningar, då har föredragshallarna lyckats.

Stefan Arver lärde oss att klimakterium betyder kris och i biologins vokabulär står för den slutgiltiga mognaden av fruktens arom och konsistens. Ingen verkade dock vilja påstå att ett manligt klimakterium i klass med det kvinnliga existerar, men förslag till benämning av de manliga gonadernas åldersförändringar saknades inte; Testosteronbrist? Andropaus? PADAM (=partiell androgen deficiency in aging men)? Med åren svarar Leydigcellerna något sämre på LH stimulering och testosteronproduktionen sjunker. En del män behåller dock normalt s-testosteron (>12nmol/l) livet ut, emedan andra tappar. Vår förmåga att diagnostisera testosteronbrist är dock rudimentär. Denna brist kan leda till osteoporos, minskad muskelmassa och ökad bukfetma. Testosteron är pre-hormon till dihydrotestosteron och östrogen som medierar effekterna på benstommen även hos män.

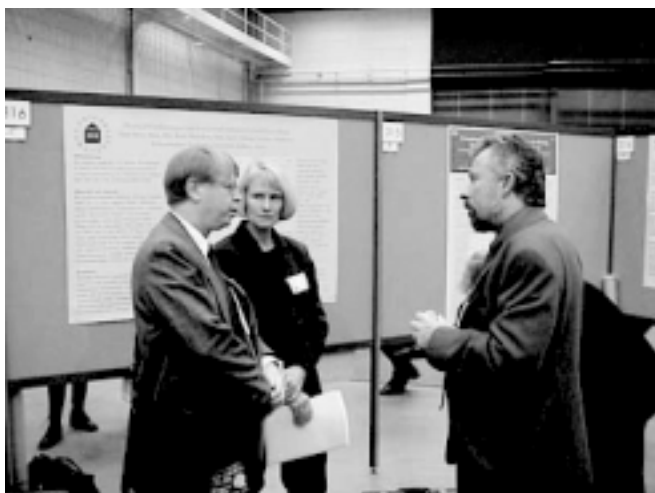
Hypogonada män som testosteronbehandlas ökar i vikt genom att muskelmas-

san ökar via ökad proteinsyntes i mitokondrier och myosin. Cirka 30% av män i åldern 60-80 år har subnormala testosteronnivåer. Allmän sjuklighet, reumatism, hjärt-kärl sjukdom och kronisk obstruktiv lungsjukdom m m är kopplade till låga testosteronnivåer. Behandlingsmodeller som finns tillgängliga idag är injektion av testosteron-enantat, peroralt undecanoat och transdermalt testosteron.

Den viktigaste bieffekten är påverkan på hemoglobinsyntesen med polyglobuli och förhöjd hematokrit som följd. Vidare finns risk för prostata förstoring och eventuell stimulering av prostata cancer.

Per Björntorp diskuterade det metabola syndromet som innefattar hyperlipidemi, insulinresistens, visceral fetma och hypertension. Fritt s-testosteron korrelerar omvänt till visceral fetma, dvs ju högre testosteron nivå, desto mindre benägenhet för bukfetma. Lågt s-testosteron korrelerar till ökad insulinresistens men det gör även onormalt förhöjda T nivåer vilket pekar på att där finns ett terapeutiskt fönster. Testosteron håller glykogensyntesen igång emedan dihydrotestosteron ökar insulinresistensen. Dihydrotestosteron har inga goda metabola effekter.

Kan män få vallningar och svettningar efter kastrering? Ja, det belyste Anna Klara Spets som i studier visat att 68% av orchidectomerade män har vegetativa symptom och de kvarstår efter 5 år hos 48%. Förekomsten hos en frisk manlig population är dock inte klarlagd. Den manliga termostaten i hypothalamus förefaller regleras



*Torbjörn Bäckström, Inger Björn och Mats Hammar i diskussionstagen.*

på liknande sätt hos män som hos kvinnor. B-endorfiner spelar här en roll, och Calcitonin Gene Related Petide kan vara substansen som medierar kärldilatationen som ger värmeökningen.

Man talar inte längre om impotens; erektil dysfunktion anses vara en bättre benämning på detta manliga sexologiska problem. Urban Ekström talade om detta. Sexuell aktivitet och frekvens minskar med åren. Bland gifta 70-åriga män har 50% regelbundna samlag och bland 80-åriga män är motsvarande siffra 25%. Erektionen blir svagare och mer kortvarig med åren. Frekvensen spontana erektioner minskar. Starkare stimuli krävs, både taktila och cerebrala. Med åldern minskar känsligheten i mamiller och penis, och elasticiteten i corpora cavernosa minskar. Testosteron produktionen minskar och känsligheten för T sjunker. Allmän sjuklighet, rökning, prostatectomi och medicinerig ökar benägenheten för erektil dysfunktion. Bästa rådet Ekström gav för att bibehålla erektil funktion var att hålla god fysisk kondition, idka sexuell aktivitet och inte röka. Testosteron har sällan effekt på erektil funktion, möjligen en liten effekt på libido.

### Läkarens roll i framtiden

Vid ett allmänt symposium om läkarens framtida yrkesroll framfördes historiska, genusbetingade och realpolitiska aspekter. Förr hade läkaren en patriarkalisk roll men idag står patientens autonomi i centrum. Den medicinska vetenskapen har som uppgift att beskriva, förklara och förstå för att hjälpa en sjuk människa. En läkekonst är att kunna hantera ovisshet och idag har

Tröstens betydelse lyfts fram i diskussionen. Vi balanserar mellan en humanistisk och en "apparat-teknisk" syn på patienten.

I en rapport från SBU framkommer att mötet mellan läkare och patient är av avgörande betydelse. Vart 7:e anmälningsfall handlar om bemötandet.

De kvinnliga läkarnas historia är kort. 1870 fick

kvinnor rätt att avlägga läkarexamen och den första blev som bekant Karolina Widerström 1888. Kvinnliga läkare fick dock endast arbeta privat och kunde inte inneha högre tjänster. Först 1923 lagstodades den behörigheten. Helena Klein blev den första kvinnliga överläkaren 1926 och Nanna Schwarz första professor 1938. År 1900 var 0,6% av läkarkåren kvinnlig att jämföra med 34% 1990.

Vilka villkor är viktigast bland unga läkare? En undersökning visar att 32% håller inflytande på arbetsplatsen som viktigast, 26% ser fast anställning högst och 13% värderar kollegialt stöd. 68% vill inte avstå från familj och fritid för jobbets skull men en majoritet är villiga att arbeta mer än 40 timmar per vecka gentemot högre inflytande. 61% tycker att landstinget är en mycket dålig arbetsgivare!

30% av läkarna vill sluta på sin nuvarande arbetsplats och 10% vill lämna vården. Sedan mitten av 90-talet upplever läkare högre krav och arbetsbelastning i jämförelse med andra yrkesgrupper. Den globala arbetsmarknaden växer dock och alternativet är fler idag.

Det framfördes förslag för att vända den negativa trenden. Det behövs ökat inflytande och ökad möjlighet att skapa sin

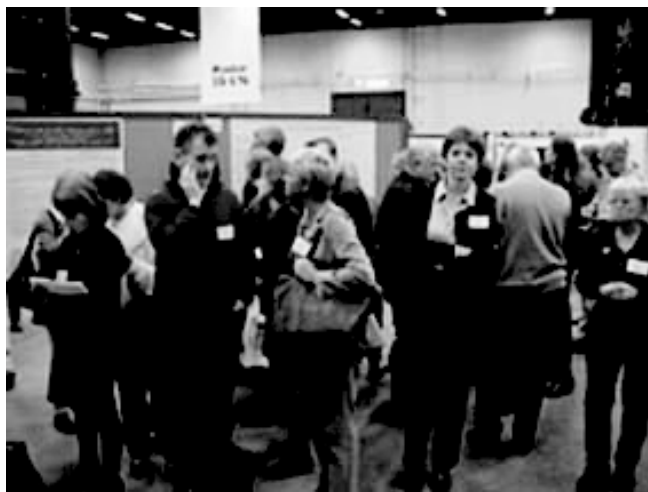
egen vardag. I energigivande arbetsmiljöer med intellektuella utmaningar blir arbetsglädjen högre och det avspeglas i vårdkvaliteten. Man slog ett slag för mentorskap och ökat stöd från äldre kolleger.

Robert Leth påminde om läkaretiken sedan Hippokrates tid: Om möjligt bota, alltid lindra, aldrig skada! FN har stadfäst varje människas okränkbara rättigheter och i vår Hälso och Sjukvårds Lag utlovas vård till alla på lika villkor. I Helsingfors deklarationen regleras den medicinska forskningens villkor. Deklarationen förbjuder läkare att delta i tortyr, tvång, organhandel och dödsstraff. Samhället har dock krav på läkare att bistå vid tvångsvård, ta ansvar för den ekonomiska finansieringen av sjukvården och för socialförsäkringssystemen. Vidare förväntas läkare ta ansvar för vården oavsett ekonomiska villkor och ge underlag för preventivt arbete. En konflikt uppstår mellan läkarens löfte om sekretess och samhällets krav på uppgiftsskyldighet. Likaså finns konflikten när det gäller den ekonomiska verkligheten. Leth menade att grunderna för läkaretiken är densamma som på Hippokrates tid.

Läkaren skall stå för etiken oavsett samhällets krav och värna om sekretessen.

### Den intrauterina miljöns betydelse för tillväxt och framtida hälsa

Moderator Finn Rasmussen, epidemiolog från Karolinska, inledde symposiet med att berätta om svältförsök på råttor. Studier har visat att svält vecka 3-6 postpartum ger en bestående låg vikt medan svält något senare (vecka 9-12) ej ger någon bestående undervikt. Det finns två hypoteser



*Mingel vid den välbesökta posterställningen.*

om betydelsen av intrauterin undernäring: 1) The fetal programming hypothesis (Barkers hypotes): Intrauterin undernäring ger förändringar i HPA-axeln och ökad insulinresistens. 2) The fetal insulin resistance hypothesis: Insulinresistensen är genetiskt betingad.

Margareta Wennergren, obstetiker från Sahlgrenska, talade om diagnostik av intrauterin tillväxthämning. Utan screening hittas mindre än hälften, med SF-mått hittas 60-70% och med ultraljud och riskfaktorbedömning hittas 85%. Riskfaktorer anses vara genetiska faktorer, nutrition och sjukdomar. Etnisk tillhörighet kan spela roll för vad som är normal fostervikt. Mammans storlek anses ha en viss begränsande effekt på barnets storlek.

Hugo Lagercrantz, Astrid Lindgrens barnsjukhus, talade om kronisk hypoxi intrauterint vilket anses predisponera för plötslig spädbarnsdöd och DAMP senare.

Cristina Hultman från Ulleråker relaterade flera studier som påvisat ett samband mellan IUGR och schizofreni. Riskfaktorer som framkommit är, förutom IUGR, infektion och perinatale skador. I en registerstudie där man jämförde medicinska födelseregistret och ett psykiatriskt slutenvårdsregister kunde man påvisa flera riskfaktorer: manligt kön, SGA, blödning under graviditet, placentadysfunktion, multipara och födelseid januari – april. En tvillingstudie har visat 60% konkordans vid monochoriotisk graviditet. I en studie har man också påvisat att SGA, prematuritet och cephalhematom var riskfaktorer för ätstörning senare i livet.

Hans Lithell, Uppsala, rapporterade från The Uppsala Longitudinal Study of Mean där man funnit en korrelation mellan BMI vid födseln och blodtrycket senare. I studien har man korrigerat för socioekonomiska faktorer men fann ändå ett samband mellan låg födelsevikt och kar-

diovaskulära sjukdomar samt risken att dö i hjärtinfarkt. Teorin framfördes att man programmerats in utero via påverkan på kortisolproduktionen.

Stellan Håkansson, barnkliniken i Umeå, berättade om ett perinatalt kvalitetsregister (PNQ) som snart ska tas i bruk. MFR innehåller 2 700 000 födselar (sedan 1973) och kommer att harmoniseras med PNQ. Man räknar med att kunna täcka innehållet i hela vårdkedjan för 90 000 mödrar/barn per år. Inklusionskriterier för PNQ kommer att vara: graviditetslängd över eller lika med 22 veckor, barn levande eller död, neonatalvård påbörjad vid 0-2 dagars ålder. Ambitionen

är att det lokala registret står för flexibilitet, det regionala för validitet och det nationella för rigiditet samt att tillgängligheten är god. Tidsplanen är en pilotfas under år 2000 och genomförande 2001-2004. En viktig kommentar som kom upp under diskussionen var att även den intrauterina miljön också är genetiskt bestämd.

När torsdag eftermiddagen kom och de sista besökarna släntrade ut från Älvsjö mässan hade stormen mojnät och flygen fungerade som vanligt. Syd-Sverige fick dock en andra orkankänning under helgen. Stackars skåningar! tänker en Norrbottning i 23-gradig kyla och snö. ■

## REDAKTÖRENS RUTA!

Välkommen till Medlemsbladet i det nya milleniet. Vi har 2000-anpassat oss med ny layout, som ni förstås gärna får ha synpunkter på. Den blåa färgen som återkommer i tidningen är processblå, vilket också är färgen på SFOG logotype.

Som tidigare är vi tacksamma för förslag och synpunkter på Medlemsbladets utformning och innehåll. Dessutom - tack för alla trevliga bidrag till detta nummer!

Följande tider gäller för medlemsbladet 2000:

Nr	Deadline	Utkommer
2	13/3	10/4
3	15/5	13/6
4	4/9	2/10
5	23/10	20/11

**OBSERVERA:** Adressändring skall göras till

Marie-Louise Schyberg, SFOG-Kansliet,

Box 738, 101 35 Stockholm.

Telefax: 08-440 88 86/96

Telefon: 08-440 88 68 (må-fr 9-11)

E-post: ml.schyberg@sfog.se

Manus skickas eller faxas till nedanstående adress:

Redaktör Inger Sundström, Motorbåtsvägen 20, 907 88 Täfteå

Telefon: 090-785 34 61 (dagtid) • Telefax: 090-77 39 05

E-post: inger.sundstrom@obstgyn.umu.se

# Medlemskap SFOG - Läkarförbundet

En hel del medlemmar (och icke-medlemmar) hör av sig angående att medlemskap i SFOG kräver dito i Läkarförbundet. Stadgeändring gällande detta kommer att ske med början årsmötet 2000; två årsmöten krävs.

Pia Teleman

Facklig sekreterare SFOG

# Östriol och endometriecancer

## Skärpt uppmärksamhet – råd från SFOG, KARG och Läke- medelsverket

I Information från Läke-medelsverket 4:99 presenterades resultaten från en nyligen publicerad svensk fall-kontrollstudie, där författarna påvisade en ökad risk för endometriecancer vid oral användning av östriolpreparat (1). Med anledning av fynden i denna studie lämnade Läke-medelsverket samtidigt en rekommendation i fyra punkter där omprövande av behandlingsindikation, byte till vaginal beredning, tillägg av gestagen samt skärpt uppmärksamhet vid blödning rekommenderades (2).

Då dessa rekommendationer uppfattats som en betydande förändring av praxis, har de mötts av en osäkerhet hos företrädare för professionen, vilket avspeglat sig i ett stort antal frågor rörande hur man praktiskt skall agera som förskrivande läkare.

Av denna anledning har en diskussion förts mellan företrädare för Svensk För-  
ening för Obstetrik och Gynekologi och dess Arbets- och Referensgrupp för Klimakteriella Problem (KARG), artikelförfattarna och Läke-medelsverket

Vi vill nu därför komma med följande gemensamma förtydligande:

- Den refererade artikeln utgör ännu den första studien i sitt slag, och fynden har således inte bekräftats i andra studier. Det finns också skäl att uppmärksamma att observationsstudier framför allt är hypotesgrundande. En fall-kontrollstudie kan påvisa ett risksamband men inte säkert fastslå kausalitet eller risksambandets styrka, vilket måste tas med i bedömningen av denna typ av studie. För den aktuella frågeställningen är det dock välkänt från studier av

---

**Bo von Schoultz**  
Ordförande SFOG  
**Kerstin Nilsson**  
Ordförande KARG  
**Arne Victor**  
Läke-medelsverket

---

medelpotenta östrogenpreparat att östrogenbehandling ger upphov till stimulering av endometriet, och det finns därför en trovärdig biologiskt grund för att detta kan gälla även lågpotenta östrogenpreparat. För resultatens trovärdighet talar också att risken ökar med behandlingens längd och att ingen riskökning ses vid vaginal behandling med östriol (se nedan). Artikelförfattarna beräknar att en kvinna av hundra som behandlas i tio år kan drabbas av endometriecancer som kan tillskrivas behandlingen. Riskökningen gäller framförallt högt differentierade tumörer som har en god prognos vid behandling.

- Liksom vid varje annan behandling gäller naturligtvis att behovet av behandling skall vägas mot möjliga sideeffekter och risker. Besvärslösa kvinnor ska ej behandlas profylaktiskt. Urogenitala besvär är emellertid mycket vanliga postmenopausalt, och påverkar för många kvinnor påtagligt välbefinnandet. För många äldre kvinnor är recidiverande urinvägsinfektioner, ett potentiellt allvarligt tillstånd, indikation för behandlingen. Det synes inte rimligt att idag på grundval av de nu tillgängliga uppgifterna göra stora förändringar i rådande behandlingsrutiner.

- I den aktuella studien kunde någon ökad cancerrisk inte påvisas vid vaginal behandling med östriol. Vid vaginal behandling sker en viss absorption av östriol över vaginalslemhinnan, men denna är mycket låg sedan utmognad av vaginalslemhinnan uppnåtts. Det blir därmed en betydligt lägre dos som når systemcirkulationen. Vaginalt östriol tillförs ju som regel också bara 2-3 gånger per vecka, vilket också ger en lägre exposition. Det förefaller därför ändamålsenligt att i första hand rekommendera vaginal behandling, men det är inte alltid praktiskt möjligt, t ex för äldre kvinnor i sjukhemsboende. I sådana fall bör naturligtvis den perorala behandlingen fortgå. Däremot kan det vara motiverat att se över doseringen med hänsyn till ålder och övrig mediciner.
- Gestagenbehandling har visats motverka endometriehyperplasi vid behandling med medelpotenta östrogenpreparat och torde därför också göra det vid behandling med de lågpotenta preparaten. Däremot finns det i dag ingen kunskap om hur gestagentillägget i så fall skulle ges, vare sig vad gäller dos, duration eller intervall. Gestagener har också egna sideeffekter, vilket är belyst i en workshop från Läke-medelsverket (3). Det finns också experimentellt stöd för att gestagentillägg skulle kunna motverka syftet med östrogenbehandlingen avseende de urogenitala symptomen. För närvarande får det därför anses rimligt att avstå från gestagentillägg vid behandling med lågpotenta östrogenpreparat.

- Olaga blödning bör föranleda utredning för att utesluta malignitet, på samma indikationer som hos kvinnor utan östrogenbehandling. Det finns däremot idag inte stöd för att införa några särskilda kontroller av endometriet vid behandling med lågpotenta östrogenpreparat hos symptomfria kvinnor, utan blödning.

Resultaten av studien bör i första hand ses som en varningssignal och föranleda skärpt uppmärksamhet bland förskrivande läkare. Det finns i dagsläget däremot ingen grund för en drastisk förändring av rådande praxis.

1. Weiderpass E, Baron J, Adami HO et al. Low-potency oestrogen and risk of endometrial cancer: a case-control study. *Lancet* 1999;353:1824-8.
2. Information från Läkemiddelsverket, 4;99:3.
3. Information från Läkemiddelsverket, 4;99:5-22. ■

# Utbildningsplan för subspecialisering inom Gynekologisk tumörkirurgi och onkologi

Fastställd 1999-12-16 av  
Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi

## Bakgrund

Gynekologisk onkologi med diagnostisk och kirurgisk inriktning har förekommit som subspecialitet inom obstetrik och gynekologi i USA sedan 1970-talet och i England sedan tidigt 1980-tal.

I Sverige har tidigare inte funnits någon formaliserad utbildning inom specialiteten, vi har saknat formaliserade kompetenskrav och kvalitetssäkring av den gynekologiska tumörkirurgin har bedrivits i mycket begränsad omfattning.

Antalet fall av kirurgiskt tekniskt krävande gynekologisk - onkologisk kirurgi i Sverige på årsbasis är begränsat.

Denna kirurgi kan indelas i följande kategorier:

1. Radikal hysterektomi + lymfkörtelutrymning vid cervixcancer.
2. Radikal operation + lymfkörtelutrymning vid vulvacancer.
3. Staging operation vid tidig ovarialcancer.
4. Primäroperation vid avancerad ovarialcancer där extraperitoneal teknik måste tillämpas.
5. Corpuscancer kliniskt stadium II-III samt kliniskt stadium I med hög risk för retro-peritoneal spridning.
6. Avancerade ingrepp vid recidiverande sjukdom, t.ex. exentration.

## I arbetsgruppen har ingått:

Barbro Larsson, Stockholm  
Margaretha Åkeson, Borås  
Göran Helm, Kristianstad  
Göran Larson, Karlskrona  
Christian Ottosen, Helsingborg  
Gunnar Silfverstolpe, Göteborg  
Marc Bygdeman, Stockholm  
Bengt Tholander, Uppsala  
Petter Orgum, Karlstad

Det totala antalet av dessa mer krävande operationer torde ej uppgå till mer än 2000 per år.

Kartläggningen inom ramen för SFOG (ad hoc arbetsgruppen inom SFOG 1996) har givit vid handen att dessa operationer ej i rimlig utsträckning handhas av personer med adekvat kirurgisk träning och teoretisk kunskap.

Primär kirurgi och kirurgisk stadielinledning vid ovarialcancer och corpuscancer är internationell rutin.

Primär kirurgi med användande av det kirurgisk- patologiska stadiet som utgångspunkt för den fortsatta planeringen är också det vanligaste förhållningssättet internationellt vid behandling av cervixcancer kliniskt stadium IB - IIA.

Detta innebär att den primära behandlingen av gynekologisk tumörsjukdom som regel är kirurgisk och ej längre radiologisk.

Ovanstående förhållanden nödvändiggör inom vår specialitet en utbildning i gynekologisk onkologi med diagnostisk och kirurgisk inriktning.

## Utbildningens syfte

- ♦ att öka kunskapsnivån och förbättra omhändertagandet av kvinnor med gynekologiska tumörsjukdomar.
- ♦ att åstadkomma en koncentration av expertis och speciella resurser för omhändertagande av patienter med mindre vanliga och svårbehandlade problem.
- ♦ att etablera ett fungerande samarbete med andra discipliner vad gäller framförallt radiologisk och medicinskt onkologiskt inriktad terapi, colorektalkirurgi, urologi och plastikkirurgi.
- ♦ att verka för regionalt framtagna och fortlöpanande uppdaterade vårdprogram för varje diagnoskategori.
- ♦ att med utgångspunkt i befintlig organisation verka för en regional samordning vad gäller omvårdnad, kvalificerad kirurgisk träning, palliation, forskning och utbildning.

## Krav för att börja subspecialiseringen

- ◆ specialist i obstetrik och gynekologi
- ◆ minst 6 månaders gynekologisk onkologi
- ◆ minst 1 års allmän kirurgi
- ◆ personliga kvaliteter, professionellt beteende och medmänsklig omtanke i kontakten med cancerpatienter
- ◆ rekommendation av verksamhetschef

## Definition av utbildningscentrum

Huvudansvaret för utbildningen bör ligga på universitetskliniken (regionenhet med tumörkirurgisk verksamhet) i nära samarbete med företrädare för radiologisk och medicinsk gynekologisk onkologi.

Huvudansvaret för utbildningens genomförande har verksamhetschefen till vilken den gynekologiska- tumörkirurgiska enheten hör. Denna samråder med verksamhetscheferna inom regionen avseende fördelning och dimensionering av utbildningen.

En del av utbildningen kan ske på länsjukhus utanför universitetskliniken. Förslagsvis kan en adept börja på länsjukhus och sedan fortsätta på universitetskliniken vilket möjliggör utbildning av mer än en läkare samtidigt i samma region.

Delar av utbildningen bör genomföras på institutioner utomlands.

Handledare utses och utbildningen dokumenteras i en utbildningsbok.

## Utbildningens mål och omfattning

Utbildningen är målstyrd men skall pågå under **minst 4 år** varav:

- ◆ 1 års tjänstgöring inom gynekologisk onkologi
- ◆ 6 månaders tjänstgöring inom colorektalkirurgi är önskvärt
- ◆ 6 månaders tjänstgöring vid internationellt tumörkirurgiskt centrum är önskvärt

## Epidemiologi

En bred epidemiologisk kunskap om all gynekologisk tumörsjukdom.

## Diagnostik

- ◆ En övergripande kunskap om diagnostiska tekniker vad gäller cervix- och vulvadysplasier samt deras uppföljning cytologiskt och kolposkopiskt.
- ◆ Kunskap om endometrium- och cervixbiopsiteknik.
- ◆ Teoretisk och praktisk kunskap av gynekologiskt ultraljud och dess applikation vid gynekologiska tumörsjukdomar.
- ◆ Kunskap om de bilddiagnostiska metodernas tillämpning vid gynekologisk cancer (slätröntgen, CT, MR och scintigrafier).
- ◆ Kunskap om biokemiska, molekylärbioologiska och genetiska metoder.
- ◆ Specialkunskap om klassifikation och stadieindelning av gynekologiska tumörsjukdomar.

## Histopatologi

- ◆ Kunskap om den gynekologiska cancerhistopatologin så att information från den specialinriktade patologen skall kunna översättas i en klinisk relevant hållning.
- ◆ Kunskap om histopatologiska rutiner särskilt hanteringen av operationspreparat.

## Kirurgisk behandling

- ◆ Subspecialisten ska nå en kirurgisk erfarenhetsnivå så att han eller hon självständigt och med säkerhet kan ta fram relevant information vid kirurgisk stadieindelning.
- ◆ Subspecialisten ska under utbildningen ha utfört:  
20 radikala hysterektomier ad modum Wertheim-Meigs varav 10 dito som självständig operatör.  
Minst 20 primäroperationer av ovarialcancer.  
20 primäroperationer av corpuscancer.  
5 primäroperationer av vulvacancer.  
I och med detta är vederbörande också i stånd att adekvat operera de flesta, men ej alla fall av avancerad ovarialcancer.

- ◆ Permanenta deviationsoperationer, vare sig det gäller urinvägar eller tarm bör utföras i samarbete med specialiserad urolog eller colorektalkirurg.
- ◆ Följa den endoscopiska utvecklingen med applikation till tumörkirurgin.
- ◆ Kunskap om palliativ kirurgi och i vilken utsträckning sådan kirurgi ska utföras.

## Strålbehandling och medicinsk behandling

- ◆ Den subspecialiserade gynekologen ska ha god teoretisk kunskap om strålbehandling och systembehandling.
- ◆ Han eller hon ska kunna föra en dialog med onkologen om utredning, behandling och uppföljning av gynekologiska tumörpatienter.
- ◆ Kunskap om bröstcancersjukdomen.

## Omvårdnad

- ◆ Specialkunskap i det psykosociala omhändertagandet inkluderande sexologi.
- ◆ Kunskap om palliativ vård inklusive smärtlindring.
- ◆ Kunskap om nutrition.

## Forskning, utveckling och administrativ färdighet

- ◆ Följa aktuell litteratur.
- ◆ Delta i kurser och kongresser.
- ◆ Delta fortlöpande i utvecklingen av vårdprogram och i produktkontroll samt kliniska studier på regional, nationell eller internationell basis.

## Certifiering

Certifikat efter genomförd utbildning utdelas av SFOGs styrelse efter förslag från utbildningsnämnden. Ansökan om certifiering ställs till utbildningsnämnden. För bedömning av ansökan tillsätter utbildningsnämnden en kommitté om fem ledamöter med följande sammansättning: Utbildningssekreterare (ordförande); 1 professor/ämnesföreträdare; 2 medlemmar från Tumör-ARG där den ena representerar universitetskliniken och den andra länsjukhus; 1 representant som är specialist i gynekologisk onkologi. ■

# ”You are what you know!”

”You are what you know!” utropar det globala TV-företaget CNN - Så sant! - och tillfogar därefter - ”that’s why You must thoroughly exercise every muscle in Your body - especially the most important - the brain!”

Vi tror att vi ”vet” - men vad är det vi vet och hur mycket är det vi vet? Hur mycket ”vetande” har vi inte en aning om? Dessa frågeställningar har kommit alltmer i fokus för vårt professionella intresse där allt beslutsfattande för andras och egen del baseras på någon form av ”vetande”. Det fanns en tid - för inte så länge sedan - när kommunikationen av förefintlig kunskap kunde hanteras av den enskilde genom att följa de nya rönen genom mötesdeltagande, läsande av ett begränsat antal facktidsskrifter eller konsulterande av mera erfarna kolleger vid behov. Med den totala kunskapsmassans explosiva tillväxt och med alltmer raffinerade tekniska hjälpmedel för att screena ”tillgänglig kunskap” i sin helhet, har vår syn på kunskap och vad den i realiteten är värd kommit att förändras radikalt. ”Evidensbaserad medicin” är ett koncept som hävdar att allt medicinskt professionellt och medicinskt-administrativt beslutsfattande bör grundas på den mest omfattande och bäst utvärderade kunskap som finns tillgänglig. *Det är en utmaning!*

Inom svensk obstetrik och gynekologi har vi nu en mer än 20-årig erfarenhet av att för varandras räkning söka ställa samman och värdera den kunskap och personliga erfarenhet som mynnar ut i rapporter med synpunkter och rekommendationer av olika slag. Trots det dokumenterade värdet och den praktiska nyttan av hitillsvarande verksamhet inses lätt att vi har ett stort steg att ta innan vi kommit upp till den eftersträlvade nivå som idén om en ”Evidensbaserad Obstetrik och Gynekologi” representerar.

---

**Kerstin Andersson**

vetenskaplig sekreterare

**Berndt Kjessler**

ARGUS emeritus

**Nils-Otto Sjöberg**

ARGUS agens

---

Torsdagen den 14 oktober 1999 var en märkesdag för svensk gynekologi i detta avseende. Ett 60-tal opinionsledande obstetrik och gynekologer hade då samlats i Läkaresällskapets stora hörsal för att konfronteras med och debattera villkoren och förutsättningarna för att den fortsatta utvecklingen inom disciplinen skall kunna ske med den evidensbaserade professionalet som ledstjärna.

Överläkare Mats Eliasson från Medicinska kliniken i Luleå och tillika en av SBU’s representanter i församlingen informerade instruktivt om ”The Cochrane Collaboration” och dess arbetssätt. Den systematiska *värderingen* av tillgänglig kunskap underströks särskilt. Vi måste lära oss att rensa ut de växter i ”djungeln” som inte representerar något värdefullt. Stora variationer i frekvenser av olika ingrepp och åtgärder (t ex hysterektomi) inom landets olika delar, har sedan länge redovisats av SFOG. Detta utgör självfallet ett betydande incitament till att få utvärderande undersökningar genomförda - på ett adekvat och systematiskt sätt. Här bör vi söka hjälp och stöd i den kliniska epidemiologins metodarsenal. Patientrelaterade effektmått måste t ex ersätta surrogatvariabler och ”statistisk signifikans” får inte vara undersökningens mål. Det är i stället den kliniska betydelsen, mätt med relevanta metoder, som måste stå i förgrunden. Problemet att göra så ”kvalitativa undersökningar” rättvisa måste lösas.

Hur arbetar man rent praktiskt med evidensbaserad medicin? - Berndt Kjessler

*Kerstin Andersson antecknar*

redovisade ett systematiskt förhållningssätt där man börjar med att distinkt formulera sitt aktuella kliniska problem (gärna skriftligt eftersom det skärper de logiska tankekraven!). Därefter söker man tillgänglig information i de rätta källorna. För detta krävs både kunskap och träning! Den information man fått fram valideras därefter kritiskt (av den enskilde eller inom en intresserad grupp); - för detta finns det olika manualer till hjälp. Man anpassar därefter sitt handlande efter det adekvata underlag man kan redovisa - kanske inte alltid så lätt som det låter?! I processen ingår även det obligatoriska momentet att man följer upp resultatet av sitt förändrade handlande och ånyo värderar sitt beteende. För att kunna genomföra detta moment krävs att man har en genomtänkt design med preciserade utfallsmått redan innan eventuella förändringar genomförs. *Ytterligare en utmaning!*

Håkan Rydhström, Helsingborg, exemplifierade nödvändigheten av att man använder adekvata begrepp för att belysa kliniska (och ekonomiska) effekter t ex ”Number Needed to Treat” (NNT) eller ”Number Needed to Harm” (NNH). Han kunde sålunda visa att det behövdes 3 695 kejsarsnitt i viktgruppen över 4,5 kg för att *undvika ett barn med plexusskada* till följd av dystoci.

Kerstin Nilsson, Örebro, belyste den till synes ”självstyrande” utvecklingen vid en klinik där påtagliga skillnader i frekvenser avseende olika ingrepp kunde dokumenteras under ganska korta tidsintervall -

Bo Lindblom, Socialstyrelsen, redovisade hur Socialstyrelsen arbetar för att kunna få fram underlag för adekvata, nationellt giltiga rekommendationer, råd och anvisningar.

Per Carlsson, hälsoekonom hos SBU, informerade slutligen om det nyligen av SBU inrättade "Alert-systemet", ett early-warning system, som regelbundet publicerar systematiska översikter över aktuella idékoncept, terapeutiska och diagnostiska åtgärder under prövning och

införande etc. Man har t ex nyligen publicerat en översikt om vad man "vet" om genterapi och funnit att man har ringa kunskap om eventuella risker, man har ingen kunskap om faktisk patientnytta och heller ingen kunskap om kostnadseffektivitet.

I den efterföljande diskussionen framhölls den enskilda klinikens ekonomi som en möjligen starkare styrkraft än den eventuellt evidensbaserade verksamheten. Det är emellertid just den rationalitet, i vidaste bemärkelse, som uppnås genom evidens-

baserad professionalism inom såväl medicinsk som ekonomisk-administrativ verksamhet, som i framtiden skall ge varje klinik den ekonomi "den förtjänar".

Man har under senare år bantat sjukvården med tio miljarder SEK - och samtidigt noterat en uppgång i läkemedelskostnader med samma belopp! - Hur hänger detta ihop? Läkemedel mot fetma kostar just nu 40 miljoner per månad!

Som ett resultat av mötet föreslogs bildandet av en *ad hoc* Arbets- och Referens Grupp (Evidens-ARG). Denna ARG har till uppgift att stödja redan befintliga ARG-grupper i deras strävan att kritiskt evaluera internationellt tillgänglig information. Därtill skall gruppen planera för och sedan genomföra en nationell utbildning av såväl läkare som annan sjukvårdspersonal, administratörer och politiker vilka alla karakteriseras av sitt intresse för en god och effektiv hälso- och sjukvård för Sveriges kvinnor.

Vid ett senare möte i samband med 1999 års Riksstämman bildades en sådan grupp - med Kerstin Nilsson, RSÖ, som framtida sammankallande (se separat artikel i detta nummer, sid 15).

Som första specialistförening hoppas vi att alla och envar med intresse för dessa problemställningar ansluter sig till den nya Evidens-ARG - för att medverka till vår specialitets utveckling!

**Gör det!**



#### *ARGUS agens och ARGUS emeritus.*

utan att några särskilda, rationella skäl här för kunde redovisas.

Stig Gårdmark, Skåne, framhöll från sitt regionperspektiv nödvändigheten av integration i forsknings- och utvecklingsinsatserna mellan administratörer och kliniker, med målet att få fram en så kostnadseffektiv sjukvård som möjligt. Politiker, administratörer, forskare och sjukvårdspersonal måste tillägna sig ett gemensamt "språk" och gemensamma, erkända utfallsmått för att rätt resurser skall kunna sättas in för att lösa rätt problem.

*Intresserade lyssnare.*

# Cochrane Collaboration - en introduktion

Just nu händer mycket inom evidensbaserad medicin i vår specialitet. Mats Eliasson ger här en kort exposé över Cochrane Collaboration och hur vi kan använda den i vår vardag.

En av rötterna för evidensbaserad medicin är den verksamhet som under nittio-talet etablerats under namnet Cochrane Collaboration. Archie Cochrane var legendarisk epidemiolog i Wales som på sjuttio-talet väckte ett ramaskri i brittisk sjukvård genom att hävda att de kliniska behandlingarna som gavs i ringa utsträckning var baserade på något solitt vetenskapligt underlag. Och allra sämst stod det till inom obstetrik och neonatologi! Han krävde att varje specialitet systematiskt skulle samla in all god vetenskap (dvs huvudsakligen randomiserade och kontrollerade studier) om interventioner inom området. Dessa skulle sammanställas, kritiskt granskas och slutsatser om effektivitet och biverkningar redovisas. Till yttermera visso så skulle dessa systematiska översikter (systematic reviews) kontinuerligt uppdateras och omprövas.

Obstetrikerna i Oxford tog upp utmaningen, under ledning av Ian Chalmers, och sammanställde efter sju års intensivt arbete den välkända Oxford Database of Pregnancy and Childbirth. När brittiska National Health Service (NHS) några år senare genomförde sin stora satsning på klinisk forskning var ett viktigt beslut att avsätta medel till insamling och spridning av information. 1992 inrättades för detta ändamål ett centrum i Oxford med Ian Chalmers som chef och uppkallat efter Archie Cochrane, Cochrane Center. Ti-

---

**Mats Eliasson**  
SBU, Umeå

---

digt betonades behovet av internationellt samarbete och snart växte nya center fram. Redan 1993 öppnade Nordic Cochrane Center i Köpenhamn med stöd från bl a SBU, numera huvudsakligen från Nordiska Ministerrådet. Totalt finns i dag 15 center runt hela världen, inkluderande Kina, Australasia, Sydamerika och Sydafrika. Tillsammans med de 51 ämnesspecifika Review Groups (de som utför det praktiska arbetet med att sammanställa och skriva systematiska översikter) bildar detta nätverk Cochrane Collaboration (CC) ([www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)) som styrs av en Steering Group, ledd av Andy Oxman vid Folkehelsen i Norge. Totalt är i dag ca 6 000 forskare, kliniker, metodologer och lekmanrepresentanter aktiva.

Målet är att samla all tillgänglig vetenskap som berör behandling och som baseras på den randomiserade, kontrollerade studien (RCT), dvs prekliniska studier och patogenetiska, etiologiska eller epidemiologiska studier ingår ej. Starten har till stor del präglats av identifierandet av sådana RCT. Traditionella databaser såsom Medline visar sig innehålla mindre än hälften av det som publicerats inom detta område, sträcker sig bara tillbaka till 1967 och är starkt biased till förmån för engelsk-

språkiga tidskrifter. Därför har CC nyttjat frivilliga krafter runt om i världen för att handsöka nationella och regionala medicinska publikationer tillbaka till femtio-talet. I Norden har vi haft ca 150 tidskrifter under denna period som nu är genomgångna av Karolinska Institutets bibliotek med stöd från bl a SBU och Spri. Denna enorma insats har lett till att 250 000 RCT:n inkluderats i databasen Cochrane Controlled Trials Register (CCTR). Detta skall jämföras med de ca 50 000 som finns i Medline.

Det fortsatta arbetet sker i de 51 Collaborative Review Groups som täcker större kliniska fält såsom Airways Group, Addiction Group. De identifierar viktiga kliniska problem, formulerar sökstrategier, kvalitetsgranskar och sammanställer de RCT som är relevanta för området, oftast i form av en kvantitativ sammanställning, en metanalysis. En Cochrane Review omfattar oftast en 10-20 A 4-sidor, men där stor del utgörs av metodfrågor och tabellrisk sammanställningar av de ingående studierna. Själva slutsatserna och diskussionen är oftast föredömligt korthuggna och summeras alltid i ett strukturerat abstrakt. Just nu är drygt 650 systematiska översikter klara och ungefär lika många pågår.

Allt som Cochrane Collaboration sammanställt finns lätt tillgängligt i Cochrane Library (presenteras på [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)).

org/cochrane/cdsr.htm). Detta "bibliotek" som består av sex databaser publiceras kvartalsvis på CD med en prenumera-tionskostnad på ca 1 500 kr. Sedan något år finns dock Cochrane Library tillgängligt via Internet, men inte fritt. Det är därför mycket glädjande att Svenska Läkarförbundet, via sin webbsida ([www.slf.se/Doktors\\_sida](http://www.slf.se/Doktors_sida)) har gjort databaserna tillgängliga för alla svenska läkare som är medlemmar i förbundet. Du loggar in på Doktors Sida med hjälp av ditt medlemsnummer (finner du på dina inbetalningskort) och efternamn. På samma ställe finns en introduktion till hur man använder Cochrane Library som du kan ladda hem och skriva ut.

Inom obstetrik och gynekologi rymmer Cochrane Libaray stora mängder intresanta översikter. Det finns fem ämnesgrupper: Fertility, Gynaecological Cancer, Incontinence, Menstrual Disorders and Subfertility, Pregnancy and Childbirth. Leta själv vidare efter översikter med relevans för ditt område. Passa på att studera övriga databaser inom biblioteket där du kan hitta många andra systematiska översikter liksom alla de kliniska studierna inom CCTR. Lycka till! Vill du diskutera Cochrane inom SFOG, kontakta Berndt Kjessler. ■

**Glöm inte  
SFOGs debattsida  
[www.svls.se/sektioner/sfog](http://www.svls.se/sektioner/sfog)**

DITT MEDLEMSNUMMER  
I LÄKARFÖRBUNDET  
ÄR DITT LÖSENORD

# Protokoll från möte med nybildade Evidens-Ad Hoc-gruppen

**Nils-Otto Sjöberg**  
ARGUS agens

*Cilla Salamon, Kerstin Nilsson, Ove Axelsson, Nils-Otto Sjöberg, Jan Söderlund, Martin Stjernquist och Göran Bergh samlades till ett första möte den 2 december på Riksstämman.*

**Beslöts** att bilda en evidens-ad hoc-grupp för att utarbeta information och utbildning om evidensbaserad obstetrik och gynekologi.

**Beslöts** utse Kerstin Nilsson till ordförande. Detta innebär att Kerstin Nilsson kommer att avsäga sig ordförandeskapet i KARG.

**Beslöt** gruppen att arbeta med två målriktningar:

1. Att vara ett stöd för att göra de redan evidensbaserade ARG-rapporterna ytterligare förbättrade
2. Att utarbeta en utbildningsmodell för gynekologer inom ämnesområdet evidensbaserad obstetrik och gynekologi.

Diskuterades att i första hand utbilda handledare vid olika kliniker för att denna/denne i sin tur ska utbilda sina kolleger vid sin hemmaklinik.

**Beslöts** att vid vintermötet anhänga hos styrelsen att i samband med verksamhetschefsmötet få tillgång till en timme av programmet. Under denna timme skall Nils-Otto Sjöberg, ARGUS, presentera vad som menas med evidensbaserad obstetrik och gynekologi och därefter skall Kerstin Nilsson ge förslag på framtida verksamhet. Resten av timmen skall anslås till diskussion. Vi hoppas att så många verksamhetschefer som möjligt deltar och får förståelse för detta moderna synsätt.

**Beslöts** att i samband med Riks-ARG den 6 april presentera arbetsformerna för ordförandena och sekreteraren i de olika AR-grupperna, den bildade evidens-ad hoc-gruppen och dess målsättningar.

Under hösten år 2000 beräknas utbildningarna starta.

**Beslöts** att alla skickar sin e-mailadress till Kerstin Nilsson, KK, Regionsjukhuset, 701 85 Örebro, fax: 019 -12 65 90, e-post: [kerstin.nilsson@orebro.se](mailto:kerstin.nilsson@orebro.se) ■

# ENTOG-konferensen i Rom

## 24-27 november 1999

Till ett soligt och vackert Rom och den 9e ENTOG-konferensen anlände tre medlemmar ur OGU:s styrelse. Där träffade vi de tre auktoriteterna från Sverige som varit en vecka på olika sjukhus i Rom. Deras upplevelser kan ni läsa om i reseberättelser som finns med i detta nummer av Medlemsbladet.

ENTOG (European Network of Trainees in Ob and Gyn) bildades i Barcelona 1996 men har varit verksamt sedan 1990. ENTOG har konferens en gång om året och veckan innan får tre ST-läkare från varje land i Europa aukkultera en vecka på en kvinnoklinik någonstans i världsländet. Från Sverige aukkulterade Elizabeth Nedstrand, Linköping, Anette Aronsson, Karolinska sjukhuset och Zahra Sabiterad, Karlstad. Med på mötet finns alltid medlemmarna i EBCOG:s styrelse (European Board and College of Ob/Gyn). I samband med konferensen har både ENTOG och EBCOG styrelsemöte.

Mötet inleddes på kvällen den 24 november med öppningsceremoni av värdens professor Mancuso från Università Cattolica del Sacro Cuore, "A. Gemelli" i Rom där hela konferensen hölls. Därefter följde cocktail och konsert - "tango y amor y passion".

Nästa morgon började med det vetenskapliga programmet där ett 10-tal ST-läkare, de flesta italienare, presenterade abstracts som handlade om allt från hur man smidigast opererar en dermoidcysta utan spill laparoskopiskt till hur det är att arbeta i Pristina, Kosovo och bygga upp infrastrukturen på sjukvården där. ST-utbildningen har ju också blivit lidande av kriget och nu försöker man bygga upp denna igen för att säkra återväxten av läkare.

På eftermiddagen delade vi upp oss i fyra arbetsgrupper där man diskuterade "Etik och attityder", "Nya tekniker för ST-utbildningen", "Öppenvårdsgyneko-

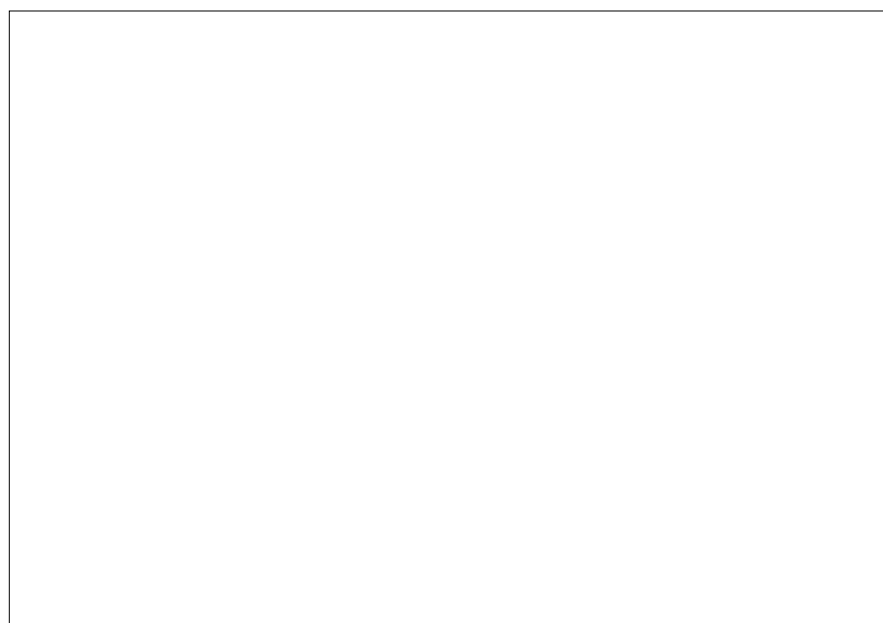
---

**Åsa Hiller**  
**Susanna Horak**  
**Louise von Bergen**  
medlemmar i OGU:s styrelse

---

login i det nya milleniet" samt "Sjukhusackreditering i Europa". I gruppen som diskuterat "Etik och attityder" kunde man än en gång konstatera att vi kommit olika långt vad avser relationer kolleger emellan och även patient-läkar relationer. Samtidigt delar vi alla samma frustration; att vi ofta känner att vi skulle vilja utvecklas snabbare och få mer klinisk träning under

vår ST-utbildning. Dessutom upplever de flesta att handledning sällan förekommer och att handledarna sällan vet vad som förväntas av dem. Från gruppen "Nya tekniker..." presenterades internets alla möjligheter med telemedicin och videokonferenser samt CD-rom program för t ex utbildning i hysteroskopi. "Öppenvårdsgyn..." framförde önskan om att gynekologin i det nya milleniet skall vara kvinnans "husläkare". Gruppen som diskuterade ackreditering av sjukhus leddes av Lord Narel Patel från Storbritannien. Han framförde betydelsen av ackreditering som ett led i arbetet med harmoniseringen av ST-ut-



*ENTOG-deltagarna Zarah Zabeteriad, Åsa Hiller, Susanna Horak, Elisabeth Nedstrand, Susanne Aronsson och Louise von Bergen tillsammans med professor Ian Milsom.*

bildningen i Europa. Sjukhusackrediteringen på kvinnoklinikerna i Europa utförs av EBCOG.

På kvällen gick skandinaverna på restaurang tillsammans. Vi var ett glatt gäng som fann varandra och ser fram emot att ses igen i samband med NFOG-mötet i Oslo 3-6 juni 2000.

Fredagen inleddes med att vi fick höra Elsa Milheiras, ST-läkare från Portugal, jämföra ST-utbildningarnas upplägg i de olika Europeiska länderna. Vanligen var längden på utbildningen 4-6 år med undantag för Storbritannien där den var 5-8 år beroende på att man ofta får vänta flera år på en ST-tjänst. Väntetiden har dock kortats ned sedan man 1995 införde ett nytt system där meningen är att man ej ska behöva vänta mer än två år på en ST-tjänst. Man antas på olika kriterier i olika länder; examination, kösystem eller beslut från chefsöverläkaren. I en del länder är utbildningen resultatorienterad och i andra, såsom Sverige, är den målorienterad. Handledare fanns men generellt fungerade dessa i praktiken dåligt. Utvärdering av utbildningen var i många länder i form av en slutgiltig ST-examination, muntlig, skriftlig eller både och. Arbets-tiden varierade mycket mellan olika länder. De flesta ansåg sig arbeta för mycket medan danskarna med sin 37-timmars arbetsvecka inklusive jourer kände att utbildningen inte alltid kunde tillgodoses på den tiden. Sammanfattningsvis kunde man konstatera att ST-utbildningarna i de europeiska länderna fortfarande är väldigt olika. Kanske behöver inte utbildningen vara exakt densamma men som Lord Narel Patel sammanfattade det hela bör resultatet överensstämma. Målet är att i Europa utbilda kompetenta specialister som kan arbeta i alla de europeiska länderna. Här fyller ENTOG och EBCOG en viktig funktion.

Efter lunch presenterade tre ST-läkare sammanställningar av sina och andras erfarenheter under auskultationsveckan. Vi kan konstatera att vi ÄR olika i vårt sätt

att bemöta och handlägga våra patienter. Alla kunde även konstatera att de italienska ST-läkarna fick dålig praktisk utbildning vilket professor Mancuso upplyste oss om att man nu arbetade på att förbättra. Mer om detta i auskultanternas reseberättelse i detta blad.

Förmiddagen avslutades med att Dr Rowena Bevan från Storbritannien och Dr Sören Johansen från Danmark presenterade hur handledarskap och ST-utbildning fungerar i deras respektive länder. Danmarks system påminner mycket om Sveriges men man har svårt med patient- och avdelningskontinuiteten samt handledningen på grund av deras rullande schema med kombinerat dag- och nattarbete. I Storbritannien har man en mycket väl strukturerad process för att följa ST-läkaren under utbildningen med kontinuerlig uppföljning och utvärdering under hela ST-perioden.

Storbritannien är uppdelat i 22 regioner med en ST-ansvarig i varje region. Under denna finns 3 "kontrollnivåer" där den lägsta utgörs av en "District tutor" på sjukhuset som står i direkt kontakt med ST-läkaren. Denna lokala ST-studierektor ansvarar för utformningen av ST-utbildningen på kliniken och att handledningen fungerar. Studierektorn ansvarar även för den kontinuerliga utvärderingen av den enskilda ST-läkaren. Denna utvärdering har som mål att dels utvärdera framsteg, dels identifiera områden där ST-läkaren brister. Utvärderingen görs dels genom en självutvärdering där man satt upp delmål inom specifika områden. En annan utvärdering görs där man identifierar vad man lärt sig samt planerar för framtiden tillsammans med sin handledare. Detta sker var sjätte månad. Dessutom görs en årlig utvärdering tillsammans med studierektorn alternativt med den ansvariga över studierektorn. Här bedöms kliniska, teoretiska kunskaper, ev. forskningsarbete samt attityder och personliga egenskaper. Allt detta sammanställs i en "Personal development file" som ingår som redskap i ST-läkarens

"Record in In-service training". Utöver denna utvärdering får även personal på avdelningen där ST-läkaren gått bedöma ST-läkarens förmåga. ST-läkaren gör även en utvärdering av sin avdelningsplacering.

Denna presentation var oerhört intressant tack vare att den så konkret presenterade hur organisationen kring ST-utbildningen kan se ut. Därför gav den många idéer och inspiration till att konkretisera vår egen ST-utbildning som ju till stor del haltar trots Utbildningsboken och Spurinspektionerna.

Efter lunch berättade professor Ian Milsom om hur man i Sverige utbildar handledare. Han påpekade hur viktigt det är med en väl fungerande handledning och att tid finns avsatt för detta! Handledarna måste erbjudas kurser och handledning i handledning. Hur ska man motivera handledarna? Ekonomisk ersättning? Meritering? Egen tillfredsställelse av att handleda?

Julio Herrera, ST-läkare i Tyskland presenterade en pågående studie i ENTOGs regi som kallas EGO (European Group Of Contraception). Man hoppas på att få ihop 30 000 enkäter från tio länder, inklusive Sverige, för att kunna kartlägga användningsmönstret av preventivmedel i Europa.

Vidare presenterade Susanne Axelsen från Danmark en enkätstudie med syftet att kartlägga kvaliteten på ST-utbildningen i de olika länderna i Europa. Enkäten kommer att delas ut av ENTOG till 30 ST-läkare i varje land i Europa.

Slutligen talade avgående ordförande i ENTOGs styrelse Filomena Nunes som gjort ett stort arbete i ENTOG och suttit med som yngre representant i EBCOGs styrelse. Ny ordförande i ENTOG blir Angélique Goverde från Holland. Konferensen avslutades med en sammanfattning av mötet av ordförande i EBCOG, professor Künzel från Tyskland.

Tack SFOG för ekonomiskt bidrag som gjorde det möjligt för oss att delta i den 9e ENTOG-konferensen i Rom. ■

## Nya medlemmar

Marie-Louise Berg-Lekås, Växjö - Helena Blom, Sundsvall - Lars Olav Dahle, Motala - Viveca Engevall, Viken - Hansa Gohil, Danderyd - Sami Helbaoui, Solna - Katarina Johansson, Linköping - Anneli Jördens, Stockholm - Helena Karypidis, Uppsala - Caroline Larsson, Linköping- Elaine Magnusson, Kungälv - Cecilia Molnár, Kalmar - Sara Rune, Solna - Barbara Schülke, Rydebäck - Johan Skoglund, Jönköping

# Reseberättelse från IX mötet och utbytesprogrammet för europeiska obstetriker och gynekologer under utbildning

## Rom 17-28 november, 1999

Säkert har var och en av oss någon uppfattning om Italien och italienarna och vare sig den är positiv eller negativ så kommer den alltid att förverkligas när man konfronteras med verkligheten!

Att förbereda resan till Italien var sannernigen inte lätt. Vi hade sju italienska möjliga städer att komma till för auskultation under en vecka. Fem dagar innan avresa bestämdes det, eller meddelades det OGU, vilket sjukhus som tog emot oss och dessa dagar hade vi på oss att ordna med biljetter m m. En uppfattning hade alltså redan förstärkts innan avresan! I Italien behövs ingen längre framförhållning, det reder sig ändå!

En annan uppfattning man har om italienarna är att dom pratar mycket och oavbrutet. Min far, som själv är född i Istrien under andra världskriget, som då tillhörde Italien, säger att det är samtalen som håller italienarna vid liv! Det stämmer!

Eftersom jag fått med mig italienska språket hemifrån, blev vistelsen på Università Cattolica del sacro cuore, facolta di medicina e chirurgia "A. Gemelli", istituto di clinica obstetrica e ginecologica, hos mäktige professor Mancuso, en värdefull och lärorik upplevelse. För de läkare som inte kunde tala engelska var det en lättnad och de fick behålla ansiktet.

Den tredje uppfattningen är italienarnas fysiska och dynamiska sätt att bemöta varandra. Den stämmer också!

I patient-läkarrollen är patienten i stor utsträckning underordnad läkaren och läkarens ord gäller och det är sällan något ifrågasättande från patienthåll. Under en mottagning med poliklinisk hysteroskopi (utan lokalanestesi) var flera kvinnor mer

---

### Elizabeth Nedstrand

ST-läkare, Kvinnokliniken,  
niversitetssjukhuset Linköping

---

eller mindre smärtpåverkade och överläkaren konstaterade oavbrutet genom att klappa på låren på kvinnorna att de ljög om smärtan eftersom livmoderhalsen ej hade någon känsel! Vi som såg på blev lätt upprörda men undersökningen avslutades med ett nära och vänligt samtal och en förtroendeingivande handpåläggning på patientens axel och besöket slutade ändå utan förgelse.

### Dubbelmoral -javisst!

Università Cattolica är som man hör på namnet finansierat av den katolska kyrkan. Självklart bedriver man sjukvård där som kyrkans män och påven vill. Under ett föredrag som hölls av en av professor Mancusos doktorander, visades en ny metod för screening av foster med Downs' syndrom. Min fråga till honom var förstås hur man hanterar de kvinnor som konstaterats bära ett foster med Downs' syndrom?

Det var en fråga han helst hade velat slippa svara på men efter ytterligare två följdfrågor, slank det ur honom att på Università Cattolica, får inga aborter utföras utan patienterna skickas till privat klinik. En uppfattning som återigen stämde!

### Italienare är familjebundna!

Såklart de är när de ej bereds möjlighet till ett självständigt liv! I Italien finns knappt någon arbetslöshet för ungdomar. Detta har man löst genom fri intagning till universiteten och därmed är det även fri intagning till läkarutbildningen. Detta leder till ett stort överflöd av doktorer som i sin vidareutbildning får det svårt eftersom specialistutbildningarna är begränsade. På A. Gemelli, Università Cattolica erbjöds officiellt sex nya specialistutbildningsplatser årligen men man måste klara en skriftlig tentamen före antagning. Det fanns en "gräddfil" också på ytterligare lika många platser och i den filen gled söner till kända professorer in, eller någon med en ansenlig mängd pengar eller någon nära släkting till en betydelsefull person i katolska kyrkan. I "gräddfilen" krävdes ingen tentamen och de personliga rockarna med broderat namn var färdigsydda före antagningsbeskedet! Dubbelmoral -javisst!

När man så äntligen fick en specialistutbildningsplats, var man beroende av en eller två personliga handledare som man fick föra handskrivna journaler åt och det praktiska självständiga arbetet fanns överhuvudtaget inte under utbildningen. ST-läkare på A. Gemelli är ständiga assistenter och tar inga egna beslut, går inga primärjourer på egen hand och har inga "egna" patienter och egentligen inget formellt ansvar. Så var det då "gräddfilen". I

den tilläts faktiskt en del praktisera laparoskopikopi och egna kejsarsnitt. Jag vet fortfarande inte hur man skaffar sig praktisk färdighet och hur man kan kalla sig specialist efter fem år!

ST-läkarens anställningsvillkor var ur min synpunkt bedrövlig. Man är inte anställd på sjukhuset utan har universitetsstipendier om ca 5-7 000 kronor i månaden. I Italien är kostnaderna för levernet desamma som i Sverige och på denna penning klarar sig ingen. Då bor man hos mamma och pappa och man blir tvungen till nära band med föräldrar och syskon. Det gör också att egen familjebildning inte kommer på tal förrän man fått en tjänst, i bästa fall två-tre år efter specialistutbildningen.

Intrycken var många och lärorika och jag måste tillstå att min situation som ST-läkare i Linköping jämfört med ST-läkarens situation i Rom är betydligt mer tillfredsställande. Det man kan reflektera över är att det vilar ett stort ansvar på oss ST-läkare i Sverige och att vi ibland lämnas med svåra uppgifter på egen hand framförallt kvälls- och nattetid och ibland med uppgifter vi inte är kompetenta att utföra. Därför måste handledarrollen betonas mer hos oss och värderas högre!

SFOG och OGU, stort tack för att jag fick tillfället att auskultera och delta i denna konferens och speciellt tack till Louise von Bergen som arbetade hårt på att vi delegater skulle komma tillrätta i Italien. ■

## 5TH WORLD CONGRESS OF PERINATAL MEDICINE

23-27 September 2001  
Barcelona

Information:  
Tel: (34) (93) 227 47 09/05/00  
Fax: (34) (93) 418 78 32  
E-mail:  
fundacio@iudexeus.uab.es

# Vår vecka i Rom eller Hur vi mötte Europa

## Annette Aronsson

ST-läkare Kvinnokliniken,  
Karolinska sjukhuset

## Zahra Sabetirad

ST-läkare, Kvinnokliniken, Karlstad

Våra första upplevelser av våra italienska värdar var lite röriga och frustrerande. Efter många turer bestämdes per telefon på Roms flygplats att Annette skulle vara i Rom, i stället för Florens vilket var bestämt sedan tidigare. Kl. 09.00 utanför "Professor Mancuso's" kontor fick jag nya direktiv av professorns sekreterare: "Du skall åka till Florens, de väntar på dig där". När jag väl träffade professor Mancuso, en oerhört charmerande man, och påpekade att jag dagen innan fått beskedet att jag skulle vara i Rom, fick jag till svar att "that was yesterday, today is today". Jag fick dock till slut stanna kvar i Rom. När Zahra sista veckan före avfärd fick besked om vilket sjukhus som gällde, lyckades jag ej kontakta ansvarig professor för vidare information. När jag första morgonen ringer från hotellet för att få besked nu om tid och plats hör jag professorn lugnt säga "don't worry, you come whenever you want". Väl där möter jag professorn och hans pipa. Han säger "don't stress, don't worry, do you want a cup of coffee before we go around".

På kvinnoklinikens operationsavdelning får vi närvara vid ett elektivt sectio tillsammans med tjugo andra läkare och övrig vårdpersonal. Två överläkare opererar och två ST-läkare assisterar. Den mest seniore ST-läkaren fick äran att sy subcutant och huden. Den blivande mamman var under hela operationen till synes helt lugn och opåverkad av det som uppfattades av oss som ganska rörigt.

Under dagen följde vi också en blivande tvillingmamma som haft värkar ca 48 timmar och som så småningom blev retraher-

rad och det var dags för förlossning. Kvinnan flyttades då från ett rum hon delat med sju andra blivande mödrar till Sala Parto. När patienten väl var där samlades snabbt ca 25 personer inklusive två professorer, två ST-läkare, en anestesilog samt barnmorskor och övrig vårdpersonal. FLJx2 som tidigare under dagen var kontrollerat med yttre CTG-registrering blev nu avlyssnat med tratt. TV I i huvudbjudning förlöstes av barnmorska. Den ene professorn kontrollerade TV II:s läge med yttre palpation och den andre förlöste TV II i sätesbjudning. Efter avslutad förlossning hastar vi vidare med den ene professorn. När vi passerar väntrummet där den nyblivna fadern och övriga släkten samlats får de det lyckliga beskedet att allt är väl med mor och barn. Ett stort pusskalas utbröt då alla mycket fysiskt ville tacka professorn.

I det enda arbetsrum som fanns för alla läkarna stod kaffeapparaten. Detta var den populära samlingsplatsen. Så fort vi kom i närheten fick vi frågan "do you want a cup of coffee?". Snart stod vi där och pratade med de jättetrevliga läkarna som gärna ville visa oss runt. Där fick vi även höra från ST-läkarna hur deras situation är. Jobba får de visst göra, 10 till 12 timmar per dag, men vad får de lära sig, vad får de göra under dessa långa arbetspass? De får ta emot patienter på mottagningen, fylla i blanketter och skriva journaler för hand. Samtliga medicinska beslut skall emellertid tas av överläkarna. ST-läkarna sade sig känna sig som sekreterare. På jouren arbetar ST-läkare och överläkare parallellt. Blir det operation, vakuumpexare eller klocka görs detta självklart av överläkaren. Om inte ST-läkaren har mycket att göra på akuten får han/hon titta på och sedan skriva op-berättelsen för hand.

Hos överläkarna märkte vi väldigt lite intresse av att undervisa ST-läkarna. Vid diskussion med en av överläkarna motive-

rade han detta med att det är fel på systemet samt förklarade att han egentligen vill lära ut mycket mer. Om ST-läkaren hade fått möjlighet att utföra ovannämnda under överläkarens överinseende tror vi att detta system att jobba parallellt hade varit idealiskt i början av ST-tjänstgöring. Grunden till ST-läkarnas problem är bl a att antalet läkare vida överstiger antalet tjänster. Förutom stora svårigheter att få praktisk klinisk erfarenhet går ST-läkarna även en oviss framtid till mötes. Vi träffade flera färdiga specialister som arbetat 2-3 år utan lön i förhoppning att få en tjänst.

På en urogynekologisk mottagning träffade vi en färdig 35-årig kvinnlig läka-

re, specialist sedan tre år, som var oerhört tillmötesgående och undervisningsminded. Denna mottagning hade allt som krävdes för en fullständig urodynamisk undersökning. Patienterna blev mycket väl bemötta och enligt vår bedömning helt korrekt undersökta. Det visade sig att denna kvinna var den enda läkaren vilken utförde och bedömde dessa undersökningar på kvinnokliniken. Trots detta hade hon arbetat obetalt i tre års tid och var därför tvungen att leva på sina föräldrar.

Vårt sista samtal med en av ST-läkarna bekräftade det vi hade sett och hört. Då fick vi också lite information om deras löner. Löneutbetalning sker månadsvis

och omräknad till SEK är månadslönen ca 7 500 kr. De skall dessutom betala en årlig undervisningsavgift till universitetet.

Sammanfattningsvis har vi haft en oerhört intressant och trevlig vecka. Vi fick både se lite hur det fungerar i Italien samt chansen att diskutera med kolleger från övriga Europa om hur situationen för ST-läkarna är i respektive land. ENTOGs utbytesprogram har gett oss fantastiska möjligheter att både lära och lära ut. Vi vill härmed tacka SFOG som gett oss denna möjlighet. ■

# Hur tar vi hand om abortsökande kvinnor i ett modernt samhälle?

Rapport från seminariearbete i anslutning till POS-ARGs arbetsinternat 11-12 november 1999.

POS-ARG hade förmånen att i internatform i lugn och ro diskutera några viktiga frågor i gynekologens vardag. Vår grupp hade valt det ämne som anges i titeln ovan. Omhändertagande av kvinnor som önskar abort blir oundvikligen präglad av vilken attityd läkaren eller den som tar hand om kvinnan har till abort. Vi utgick ifrån att man antingen kan vara av uppfattningen att *Abort är bra* eller *Abort är dåligt* och ställde olika argument mot varandra. En-

---

**Gabriel Edström**  
**Bengt Hamark**  
**Lotti Helström**  
**Peter Hinsell**  
**Barbro Tegmark**

---

ligt filosofiprofessorn Torbjörn Tännsjö intar läkare ofta en neutral hållning, där vi låtsas att vi varken tycker att abort är bra eller dåligt. Vi hänvisar istället till juri-

diken: att abort är lagligt, eller till socio-medicenska sanningar som att kvinnor skulle dö i illegala aborter om vi inte tillhandahöll säkra legala ingrepp. Detta lämnar fältet fritt för abortmotståndare att ensamma använda de etiska argumenten. Vi väljer här att förmedla några av de resonemang vi förde för att underlätta för våra kollegor att undersöka sin egen attityd.

## Abort är fel därför att: Ett foster dödas

Det grundläggande problemet att ta ställning till är formuleringen "att döda foster" eller ännu tydligare "att döda ett barn", eftersom kvinnan och mannen själva ofta benämner det väntade som just "barn". Sjukvårdens eufemismer "konceptionsprodukt", "cellklump" är ägnade att skydda sjukvården från insikter, men imponerar sällan på kvinnan eller "barnafadern". Om man inte vågar insikten att abort är

att "döda ett foster" kommer man faktiskt inte vidare i sin etiska diskussion.

Föräldraskap innebär relation. Vi sätter idag inte barn till världen för att öka jordens befolkning utan av privata skäl, för att förverkliga oss själva och varandra genom kärleken till ett barn. I föräldraskapet förverkligas också en relation till det inre ofödda barn de flesta burit med sig ända sedan den egna barndomen. Saknas rela-

## Abort är rätt därför att: Ett ovälkommet barn slipper att födas

tionen till det väntade barnet saknas den viktigaste förutsättningen för ett framgångsrikt föräldraskap. Den abortönskande är en mor som tar ett visst sorts ansvar för relationen till sitt ofödda barn genom att avbryta dess livsbana. Den viktiga tanken i den svenska abortlagstiftningen är att kvinnan själv är bäst lämpad att avgöra hur hennes moderskap skall förverkligas.

## Kvinnan utsätter sig för medicinska och psykologiska risker

Omsorgen om kvinnans psykiska hälsa präglar ofta abortmotståndarens argumentation. Den finns kanske också underförstådd i lagens obligatoriska rådgivning, eller överhuvudtaget i antagandet att psykosocial rådgivning är viktigare för en

kvinnas framtida välbefinnande när hon väljer abort än när hon väljer att föda barn. Om antagandet är att abort är mord blir det självklart att kvinnan behöver hjälp att bearbeta sitt fruktansvärda beslut. I själva verket är det under alla omständigheter

## Kvinnan slipper att riskera sitt liv, sin psykiska hälsa i havandeskap och förlossning

större medicinska, psykiatriska/psykologiska och sociala risker förenade med att fullfölja graviditeten än att avbryta den. Risken för infertilitet efter säker abort är så liten att den inte längre låter sig mätas, psykisk ohälsa i samband med abort kan i

de flesta fall förklaras med ohälsa före graviditeten. Trots världens bästa mödravård förekommer fortfarande dödsfall direkt eller indirekt orsakad av graviditet och förlossning. Förlängd sjuklighet och komplikationer som leder till infertili-

tet är också vanligare efter förlossning än efter abort. Förutom amningspsykos och livslång traumatisering med förlossningsrädsla skall inte glömmas risken för att bli misshandlad eller dödad av någon i familjen, vilket ökar dramatiskt i anslutning till

graviditet. Trots riskerna väljer kvinnor lyckligtvis att sätta barn till världen, vår fråga är vilken rådgivningen hon har rätt till inför ett så viktigt beslut.

## Aborter är ett samhällsproblem: de förbrukar sjukvårdens knappa resurser. Personal som sysslar med aborter lider

En amerikansk studie har visat att ungdomskriminaliteten sjunkit i de stater som tillåtit abort vid den tidpunkt då de unga faderlösa män, som skulle fötts i socio-ekonomiskt svaga grupper som resultat av en mera restriktiv abortlagstiftning, skulle nått ung vuxen ålder. Studien är mycket kontroversiell, och kan verka cynisk, men förtydligar det faktum att ovälskomna barn

utgör en större resursåtgång än de ganska billiga abortingreppen. Personalens psykiska problem av att behöva träffa kvinnor som söker abort är kraftigt överskattad, i själva verket ser vi som arbetar med kvinnor "mitt i livet" detta som en förmån. Å andra sidan finns en tendens att undertrycka och förneka reaktioner av sorg inför det aborterade fostret, ilska inför den

## Abort är bra för samhället: samhället slipper kostnaden för ovälskomna och faderlösa barn

abortsökande kvinnans val och livsstil, egen trötthet och emotionell överbelastning. Engagerad och empatisk personal kräver handledning, öppen kommunikation och diskussion kring aborternas dilemma och de känslomässiga påfrestningar som mötet med abortsökande kvinnor kan medföra.

## Om abort är för lätt används det som preventivmedel

Det är dags att erkänna att vi mött kvinnor som påpekat att vi talar med kluven tunga när vi säger att abort är ofarligt samtidigt som vi försöker övertala dem att använda

preventivmedel som ger dem dålig hy, illamående, psykiska problem eller infektioner. Vi förutsätter att abortbeslutet är så svårt att kvinnor aldrig medvetet väljer

## Kvinnor slipper riskera svåra biverkningar av preventivmedel

abort före preventivmedel, vilket faktiskt inte alltid är sant. Att bekänna sig till kvinnors rätt till fritt val innebär också att acceptera att kvinnor väljer olika

Några reflexioner kring specifika situationer i omhändertagandet vilka kan innebära etisk konflikt.

**Farmakologisk eller kirurgisk abort?**  
Vilken valfrihet har kvinnan egentligen? Om kirurgisk abort innebär att utan möjlighet till anhörigs stöd och närvaro ligga pre- och postoperativt i en stor sänghall på en centraloperation, medan medicinsk abort sker i ett litet rum med make, pojkvän eller mamma, med trygga sköterskan i närheten, vad är det då kvinnan väljer: abortmetod eller kvalitet i omhändertagande? Tar vi hand om de båda patientgrupperna med samma kvalitet?

### Läkarkontinuitet

Kvaliteten för patienten torde vara störst med samma läkare i hela vårdkedjan. Men hur är det för doktorn? Finns det fördelar

att "slippa" utföra aborten på det fosterman nyss sett sprattla på skärmen? Medvetenhet om att abort innebär att "döda foster" borde innebära att läkaren inte lider, men hur är det i kåren egentligen – hur mycket medvetenhet och vilja att ta itu med obehagskänslor kring abort finns egentligen och vad innebär det för hur vi bemöter kvinnan på operationsbordet?

### Ultraljudsbilden

När ultraljudet kom till abortmottagningarna valde nog de flesta att "skydda" kvinnan från bilden genom att vrida bort skärmen. Många erfor då att kvinnan bad att få se bilden eller ställde frågor om fostret. Idag finns inom arbetsgruppen en likartad arbetsmetod: Genom att vara lyhörd för kvinnans signaler kan de kvinnor som önskar se bilden till och med få foto med sig hem, men ingen kvinna påtvingas upp-

lysningar. Vi är av uppfattningen att kvinnan själv vet bäst vad som är hennes behov i abort-beslutsprocessen. Den sorgereaktion som inte är ovanlig efter en abort är kvalitativt lika den vid andra förluster (Susan Iles). Det lär finnas centra där kvinnan och gynekologen tillsammans tittar på utbytet efter operationen, utifrån tanken att fantasierna oftast är värre än verkligheten. Det som är konkret är lättare att sörja.

Många gånger har vi erfarit att kvinnan som sneglat på skärmen ändå tackar nej till erbjudandet att se ordentligt. Det finns en risk att gynekologen pressar kvinnan att titta, i ett mer eller mindre omedvetet abortmotstånd som vill skuldbelägga eller straffa henne. Information och öppenhet i att visa bilder eller det aborterade fostret måste givetvis ske med stor empati och lyhördhet, kvinnan får aldrig känna sig sadistiskt behandlad eller bestraffad!

När det gäller foto är HSL entydig. Foto är journalhandling som kvinnan har rätt till.

### Missed abortion

Här skilde sig gruppmedlemmarnas rutiner, men vi gjorde raskt upp med kvarvarande tankar om att beskedet att fostret var dött skulle vara extra svårt att ta emot för kvinnan. Att hon måste skyddas från egna fantasier om att ha "önskat ihjäl" fostret. Erfarenheten är att beskedet för många innebär en lättnad, om än med samtidiga skuldfrunderingar. De förekommande skuldkänslorna liknar dem vi ofta möter bland missfallspatienter och ambivalenta känslor i tidig graviditet är inte ovanligt bland de kvinnor som väljer att gå på MVC heller. Självklart skall vi upplysa om en uppenbarad missed abortion!

### Duplex

Här dyker beskyddar-syndromet upp igen! Tanken "det måste vara dubbelt så tungt att abortera två" kontrasterade mot "om kvinnan inte vill ha barn så vill hon väl ännu mindre ha två". Duplexfyndet är

medicinskt relevant och skall journalföras, alltså "äger" kvinnan den uppgiften. När duplex dyker upp på skärmen reagerar nog ofta doktorn med någon form av kroppspråk, om så bara med pupillförändring, som den lyhörda kvinnan avläser. Bäst alltså att vara klar, men lyhörd: "vill du veta?"

### Är det så nödvändigt med gynekologer i abortvården egentligen?

I slutet av första trimestern är den kirurgiska metoden den enda metoden, men man kan föreställa sig att det i en framtid kommer farmakologiska metoder också för denna del av graviditeten. Efter v 14 görs ju redan en slags farmakologisk abort, eftersom de flesta aborterar snabbt och fullständigt på mifepriston plus prostaglandin, skrapning kan ofta undvaras tack vare ultraljud. Kanske kvarstår bara ett litet antal kirurgiska abortingrepp på speciella indikationer. Behövs gynekologen om ingen kirurgi behövs?

Är det nödvändigt med läkarbesök före abort? Vaginalundersökning kan ju ersättas av ultraljud. STD- och vaginos-screening görs med urinprov och pH-sticka.

En intresserad barnmorska klarar alldeles utmärkt att föra abortsamtal och lyhört slussa vidare de kvinnor som behöver mera rådgivning. Kuratorer är väl tränade att hjälpa kvinnan att komma fram i valet mellan abort och fullföljd av graviditet. Förskrivningsrätt för preventivmedel har barnmorskan redan.

Skall vi gynekologer stödja en sådan utveckling? För många är abortverksamhet svår och kontroversiell – en sådan framtid kanske välkomnas? Det är brist på gynekologer – skall vi spara den resursen till annat?

Vi hoppas att vi genom denna, förhoppningsvis provocerande, artikel skall väcka diskussioner kring etiska frågor om huruvida abort är bra eller dåligt för kvinnor och kvinnoläkare, och gynekologens engagemang i arbetet med att förebygga och handlägga oönskade graviditeter.

*Vi välkomnar kolleger till POS-Arg's möten och efterutbildningar för fortsatta diskussioner i dessa och andra svåra frågor i gynekologens vardag!* ■

## Instruktioner till författare

Det är av stor vikt och underlättnad för arbetet med medlemsbladet om manus skickas via e-post eller på diskett. Texten **skall alltid** skickas eller faxas till mig. Följande regler underlättar processen:

1. Vi kan ta emot nedanstående filformat:
  - a) RTF
  - b) Word 7.0 eller äldre version (både Mac och PC)
  - c) PageMaker 6.5 (**OBS! Dessa skall vara zippade, ej pdf!**) Äldre versioner av PageMaker fungerar ej.
2. Enklast är att skicka dokumenten via e-post [ml.schyberg@sfog.se](mailto:ml.schyberg@sfog.se)/[inger.sundstrom@obstgyn.umu.se](mailto:inger.sundstrom@obstgyn.umu.se). Det går också att skicka på Mac eller PC formaterade disketter. Valet av ordbehandlare är fritt, men vi måste få dokumenten i något av ovanstående filformat.
3. **Gör inga egna avstavningar** utan låt texten flöda över automatiskt till nästa rad (detta gäller vare sig om ordbehandlingsprogram har avstavningsprogram eller inte).
4. Gör en blankrad mellan varje nytt stycke (tryck enter/retur 2 ggr).
5. Använd programmets tabuleringsfunktion vid inskrivning av tabeller, **inte mellanslagstangenten**.
6. Använd inte egen design på texten i form av ovanliga typsnitt, understrykningar, fetstil e dyl. Det medför ett avsevärt arbete med att leta efter dolda koder i texten. Ange hellre i den medföljande utskrivna texten hur typografin önskas utformad.
7. Om manus skickas med diskett ska denna märkas med författarnamn.
8. **Kontrollera disketten för virus**. Om disketten inte är kontrollerad för virus - ange det med tydlig text på diskettetiketten.

Redaktören

# Riktlinjer för gynekologisk ultraljudsdiagnostik

Styrelsen för SFOG har antagit följande riktlinjer:

## Bakgrund

Vaginal ultraljudsundersökning är en relativt ny teknik, som under kort tidsrymd fått stor spridning bland gynekologer. Det är ett kraftfullt instrument, som kan effektivisera handläggningen av patienter med gynekologiska problem. Fel använd kan dock undersökningen få ödesdigra konsekvenser för patienten. Under senare år har ett antal fall av feldiagnostik uppmärksamats. Kanske är det inte för alla gynekologer omedelbart uppenbart, att otillräcklig praktisk erfarenhet och teoretisk kunskap hos ultraljudsundersökaren kan få lika negativa följder för patienten som bristande erfarenhet och kunskap hos den som utför ett operativt ingrepp eller biträder vid en komplicerad förlossning. Trots otillräckliga kunskaper i undersökningsteknik och bildtolkning kan det därför vara frestande att använda sig av den lättillgängliga och ”ofarliga” ultraljudsapparaten. SFOG har tidigare (Medlemsbladet 1-97) utfärdat riktlinjer för ultraljudsdiagnostik i tidig graviditet.

Dessa riktlinjer syftade till att höja den diagnostiska kvaliteten, värna patient-säkerheten och att uppmuntra till att en utmärkt diagnostisk metod används på ett optimalt och effektivt sätt. I samma syfte utfärdas följande riktlinjer för gynekologisk ultraljudsdiagnostik:

## Styrelsen för Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi

### Målsättning

En läkare som utför en gynekologisk ultraljudsundersökning skall kunna bedöma om den egna undersökningen är tillräcklig, eller om patienten skall remitteras för kompletterande undersökning av gynekolog med specialistkompetens.

Följande basala krav bör uppfyllas för att en ultraljudsapparat skall användas i kliniskt arbete:

1. En indikation för ultraljudsundersökning skall alltid föreligga, denna skall framgå av journalanteckningen.
2. Praktisk träning i vaginal ultraljudsdiagnostik, efter inhämtande av basala teoretiska och praktiska kunskaper, kan vara indikation för undersökningen. Detta skall framgå av journalanteckningen, och patienten skall informeras om att ultraljudsundersökningen görs för att läkaren tränar sig.
3. Kompetensnivå skall vara åtminstone ST-läkare (eller motsvarande) inom obstetrik och gynekologi. ST-läkare från annan specialitet, som randutbildas inom obstetrik och gynekologi, bör ej utföra gynekologisk ultraljudsundersökning.
4. Undersökaren bör ha tillräcklig apparatkunskap, t ex kunna ändra bildväxlingshastighet, ljudintensitet och bildstorlek samt kunna utföra mätningar. Undersökaren måste förstå hur olika inställningar påverkar bilden.
5. Undersökaren skall behärska tekniken vid vaginal ultraljudsundersökning och ha god kännedom om dokumentationsmetodik.
6. Alla undersökningar skall dokumenteras under separat rubrik i journalen (t ex under rubriken Vaginalt ultraljud).
7. Det är önskvärt att undersökaren följer upp sina ultraljudsfynd med utfallet vid operation etc.
8. Det är önskvärt att undersökaren har genomgått en teoretisk kurs inom gynekologisk ultraljudsdiagnostik.
9. Ansvarig läkare för utbildning inom gynekologisk ultraljudsdiagnostik skall utses vid varje klinik respektive öppenvårdsområde.
10. Den läkare som är ansvarig för utbildning inom gynekologisk ultraljudsdiagnostik, avgör när den grundläggande träningen är fullgjord för varje undersökare. ■

# Vädjan till NUPP-mätande kolleger: vänta på resultatet av NUPP-studien!

Idag genomgår mer än 95% av alla gravida i Sverige en rutinmässig ultraljudsundersökning i andra trimestern. Dessutom erbjuds alla kvinnor vid 35 års ålder eller över ett fostervattenprov för uteslutande av Down's syndrom. Med kvinnans ålder som indikation för kromosomanalys av fostret upptäckes endast 20-30% av graviditeter med Down's syndrom.

Sedan mars 1999 pågår en randomiserad multicenterstudie (inkluderande Hudinge, Danderyd, SÖS, Södertälje och Malmö allmänna sjukhus) med syfte att jämföra nuvarande policy för fosterdiagnostik med en ny. Den nya regimen innefattar en ultraljudsundersökning i graviditetsvecka 12-14 med mätning av en vätskespalt i fostrets nacke (NackUPPKlarning = NUPP) och erbjudandet av fostervattenprov om riskberäkningen visar en ökad risk för kromosomavvikelse hos fostret. Graviditetslängd, antal foster samt fosteranatomi undersöks i båda grupperna. En kvantitativ och kvalitativ utvärdering av de psykologiska effekterna av införande av en generell screening för Down's syndrom pågår. Barnmorskor och läkare från varje deltagande enhet har utbildats via The Fetal Medicine Foundation, London. En fortlöpande kvalitetskontroll via den Internet-baserade databasen säkerställer en god och jämn kvalitet på våra mätningar. Hit-

---

Projektledningen för NUPP-studien

**Harald Almström**

**Roger Bottinga**

**TH Bui**

**Birgitta Dannber**

**Charlotta Grunewald**

**Marius Kublickas**

**Lil Valentin**

**Sissel Saltvedt**

---

tills har drygt 6 000 gravida registrerats i studien. Vi planerar att undersöka 36 000 kvinnor och studien förväntas vara klar om ca 2,5 år.

Det finns redan idag klara belägg för att mätning av nackuppklarning (NUPP) medför fler upptäckta kromosomavvikelser än dagens policy för fosterdiagnostik. Eftersom nackuppklarningsundersökning måste utföras tidigare i graviditeten än dagens rutinmässiga ultraljudsundersökning, står vi inför två möjligheter. Antingen tar vi det unika tillfället i akt och utvärderar den nya metoden, sett i ett helhetsperspektiv, eller också gör vi samma misstag som vi så ofta har gjort i medicinens historia: vi inför en ny rutin, utan att ta hänsyn vare sig till vetenskapliga belägg för eller ekonomiska eller andra konsekvenser av denna nya strategi, och erbjuder gravida ytterligare en ultraljudsundersök-

ning. Av slutsatserna från SBU-utredningen angående rutinmässig ultraljudsundersökning under graviditet (SBU-rapport 1998, Nr 139) framgår att det "saknas vetenskapligt underlag för att dra slutsatser om fler än en rutinmässig ultraljudsundersökning under graviditeten är av värde." Det poängteras i rapporten att "det vetenskapliga underlaget talar för att fosterdiagnostik bör vara en rutinmässigt erbjuden del av screeningverksamheten" men att "de etiska, organisatoriska och utbildningsmässiga konsekvenserna i sammanhanget bör utredas." Det är inte bara i Sverige man ansett att nackuppklarningsmetoden behöver studeras ytterligare innan den införs i klinisk praxis: en multicenterstudie omfattande 55 000 gravida med ett liknande syfte som NUPP-studien pågår i USA. Denna studie har ekonomiskt stöd av National Institute of Health (NIH).

Vi vädjar till alla kolleger runt om i Sverige som redan idag erbjuder gravida en NUPP-mätning; vänta med detta och hjälp oss därmed att slutföra NUPP-studien så att vi kan dra en korrekt, vetenskaplig slutsats innan vi inför en ny metod! Resultatet av vår studie kommer att få betydelse för organiserandet av den obstetriska ultraljudsverksamheten och därmed även för samhällsekonomin. ■

# Det är dags att sätta P i sjukvården

90-talet har uppvisat en sjukvårdskris, som varje svensk medborgare är väl medveten om idag. Under århundradets sista skälvanande dagar är det dags att sätta P för denna negativa utveckling.

Med P:et menas inte att man ska stoppa sjukvården. Den har en kontinuerlig utveckling och ett förändringsarbete, som aldrig går att hejda. Femtio procent av det vi gör idag fanns inte för tio år sedan. Nej, P:et betyder inte stopp utan punkt (lat. punctum) i sjukvården, dvs det vi har bakom oss ska vi försöka lämna och sätta punkt för och istället göra sjukvården till något positivt och attraktivt.

## Negativa P:n

Idag domineras sjukvården av negativa P istället för positiva. De negativa P:na är Pengar, Prestige, Position, Pseudomöten, Pärmar, Papper och Politik(er?). Sjukvården har blivit en ekonomisk fråga och leds tyvärr ofta av förvaltare istället för utvecklare. Ibland är det t o m så att de personer, som i stor utsträckning deltar i möten och bär pärmar och papper har den högsta lönen jämfört med innovatorerna och de som verkligen gör det sjukvårdande arbetet. Har sjukvården en ledarskapskris? Det verkar ibland som om chefer tillsätts på meriten att vara beredd på att göra avkall på sin professionella övertygelse i utbyte mot förbättrad position och löneförhöjning. Visionerna blir allt sällsyntare. Det verkar som om den kostsamma administrativa kolossen lever sitt eget oantastliga liv vid sidan om den besparingstygda verksamheten. Sjukhuschefer är kortlivade och byts ut på löpande band och ogenomtänkta och nyckfulla organisationsförändringar är regel. Ett centralt dilemma i sjukvården är att ledningen löser sina egna problem med fissioner (sprickbildningar) medan samma ledning försöker lösa verk-

---

## Nils-Otto Sjöberg

professor i obstetrik och gynekologi vid Lunds universitet

---

samhetens problem med fusioner (sammanslagningar).

Är det den förkättrade ekonomin, som påverkar de medicinska besluten inom sjukvården? Koncentrerar vi oss alldeles för mycket på sparbetning, ändrad patientavgift, ändrad läkemedelsättning, privatisering, sammanslagning av kliniker, delning av kliniker och ny ansvarsfördelning inom vårdkedjan?

## Positiva P:n

Vad och vem ska bryta den negativa trenden? Jo, vi måste koncentrera oss på de positiva P:na! Dessa är: Patienten, Professionalismen och Personalen.

En krympande sjukvårdsekonomi kräver absolut framöver en kritisk granskning av värdet av olika medicinska åtgärder. Är den slitna frasen "beprövad erfarenhet" en slentrian? Gör vi rätt saker i vården? Behandling, som förr bedömdes som effektiv på basis av beprövad erfarenhet, anses kanske idag helt värdelös och i värsta fall skadlig. Det blir därför alltmer angeläget att beslut, som rör medicinska prioriteringar, baseras på bästa möjliga bevis. Detta innebär: att skilja mellan tro och vetande, att ompröva etablerade rutiner, att kritiskt granska nya metoder och att framförallt stärka sjukvårdens vetenskapliga grund och därmed dra säkrare slutsatser för kliniska beslut. Den kliniska forskningen har mer och mer blivit styvmoderligt behandlad. Denna trend är långsiktigt förödande eftersom all sjukvård har en vetenskaplig grund. Forskningen och utbildningen måste få ett annat inflytande och ett annat anseende.

Massmedia belyser oftast negativa händelser inom sjukvården. Detta skrämmer patienten och skapar en otrygghet. Patienten kommer i "kläm". Den framtida patienten kommer i vårt informationssamhälle att bli alltmer kunnig om olika sjukdomar och mötet mellan personal och patient är läkekonstens kärna. Den idag välutbildade, kompetenta och erfarna personalen är dessvärre resignerad, stressad och lågavlönad. Det är viktigt att slå vakt om de ungas insatser i sjukvården och deras livslånga lärande. Det är de unga i sjukvården som vi ska stödja för att sträva från åsiktsbaserad medicin till evidensbaserad. Då kommer sjukvården att bli mer kostnadseffektiv. Det professionella måste segra och arbetsglädjen och motivationen måste komma tillbaka. Prestationsersättningsmoroten saknas och måste bli tydlig. Den medvetna patienten mår bäst av en glad och kunnig personal. Låt oss leva upp till en välkänd slogan: Patienten i centrum.

Hela samhället drabbas av nedskärningar. Det mest aktuella här i Sydsverige är musikteater och annan konst. Låt inte detta drabba läkekonsten. Den kommer alltid att behövas under livets skeenden.

Nästa århundrade blir livsvetenskapernas århundrade. Vi kommer att stå inför etiska utmaningar och kommer att få uppleva att kroppens egna celler repareras och styrs; att kroppens celler och organ ersätts; att vaccination mot sjukdomar och inte bara infektioner blir en realitet och att läkemedel skräddarsys till varje individ och blir målsökande.

Beslutsfattare! Överlämna läkekonsten till dem, som behärskar den. Då glöms de negativa P:na och de positiva blir allt tydligare.

*Gott Nytt År!* ■

# Kvinnokliniken på Huddinge sjukhus går i bräschen för internationalisering av ST-utbildningen

Under en treveckorsperiod i september-oktober 1999 hölls den första av åtta SAMOUSA workshops i Maputo i Mozambique. Läkare och barnmorskor från Sydafrika (SA), Mozambique (MO), Uganda (U) och Sverige (S) hade inbjudits. Den svenska delegationen bestod av läkarna Helene Haesert, Lotta Klynning och Björn Rosenlund och barnmorskorna Ann-Britt Hjelm, Marianne Hjelm och Maria Rådström, samtliga från Kvinnokliniken, Huddinge sjukhus. Dessutom deltog professor Staffan Bergström och barnmorskan Anna-Berit Ransjö Arvidson, båda verksamma vid Avdelningen för internationell hälsa (ICHAR), Karolinska Institutet.

Staffan Bergström är initiativtagare till detta Sida-finansierade projekt med syfte att främja reproduktiv hälsa i södra Afrika: "Bridging the gap in reproductive health care for women in Southern Africa". Projektet bygger på Sidas nya policy "Partnership Africa" där tanken är att främja delandet av erfarenheter mellan länder i regionen.

Bakgrunden till projektet är att man tidigare noterat att till Sverige inbjudna afrikaner vid kurser inom reproduktiv hälsa ofta är okunniga om förhållandena i sina grannländer. Eftersom problemen är likartade i dessa länder har man haft mycket att lära av varandra när det t ex gäller införandet av strategier för att minska mödradödligheten, strategier för att förebygga HIV infektion och strategier för att förbättra abortvården.

Mötet som var förlagt till tvåmiljonerstaden Maputos största kvinnoklinik, Hospital Central, hade ett intensivt program av erfarenhetsutbyte, föreläsningar,

---

**Helene Haesert**, ST-läkare  
**Lotta Klynning**, ST-läkare  
**Björn Rosenlund**, specialistläkare

---

diskussioner och grupparbeten. Varje deltagare hade förberett minst två föreläsningssämen som kunde handla om allt från HIV/AIDS problematik i Sydafrika till diskussioner om hur omhändertagande av dödfödda barn sker i Sverige. Föreläsningarna kom att diskuteras livligt och med stort engagemang.

Ett ämne som föranledde stor diskussion var tonårsproblematik. I Maputo har man nyligen invigt landets första ungdomsmottagning. Under de sista tio åren har aborter i princip blivit legaliserade även om abort officiellt fortfarande är förbjudet. Införandet av misoprostolmetoden (Cytotec) har inneburit att man nu gör fler än 3000 aborter per år i Maputo, varav ca 15% är tonårsaborter. Behandling med Cytotec har bidragit till att abortrelaterade komplikationer har avsevärt reducerats.

En redogörelse för hur vi inom svensk hälso- och sjukvård försöker att nå ut till tonåringar med ungdomsmottagningar och speciella sex och samlevnadsmottagningar (SESAM) väckte stort intresse. Filmen "Fucking Åmål" visades i en engelsk version med den betydligt mer rättvisande titeln "Show me love". Reaktionen på filmen var mycket starka, bl a beklagade en sydafrikansk kollega att det gått så illa för Sverige. Han kunde delvis känna igen sig men ansåg att vi i Sverige hade tappat kontrollen över de unga och han ville veta när och hur det började gå snett för att kunna förhindra en liknande utveckling i Sydafrika. Intressant var att

se hur våra olika samhällsnormer och även religion påverkar synen på sexualiteten. Så småningom ledde diskussionen fram till att tonåringar i alla länder faktiskt har sex och att de får problem med STD och oönskade graviditeter.

Från svenskt håll talades om resultaten av undersökningar om våld mot gravida kvinnor och behovet av socialt och personligt stöd för kvinnan i förlossningssituationen. Dessutom redogjordes för hur vi fångar upp kvinnor med tecken på preklampsi och hur man handlägger det infertila paret i Sverige, behandlingsområdet med skarpa kontraster till u-lands-situationen.

Föreläsningarna föregicks varje morgon av ronder på någon av kvinnoklinikens olika avdelningar. De mest bestående intrycken finns från förlossningsavdelningen där värmen och dofterna med en blandning av svett, blod, urin och fostervatten mötte oss överallt.

Tystnaden var slående, nästan inga skrik eller tårar. Patienterna var alldeles för många för att någon barnmorska skulle kunna bistå med något påtagligt stöd vilket möjligen kan förklara ansiktena med uttryck av rädsla och apati. I förlossningsrummet fanns tre par britsar vända mot varandra. Ofta var det fullt och vid något tillfälle såg vi kvinnor föda på golvet i brist på plats. För mannen fanns ingen plats i den mån han önskat närvara. Kanske dök han upp vid besökstiden på BB, men vanligen såg han barnet först sedan mamman kommit hem. För oss i Sverige självklara begrepp såsom patientintegritet och skapande av familjekänsla kändes mycket avlägsna. Fosterövervakningen var starkt begränsad vilket också bl a förklarar den

höga perinatale mortaliteten på 6%. Andelen kejsarsnitt var överraskande hög med drygt 20% vid en klinik med nästan 18 000 förlossningar per år! Mödradödligheten i Mozambique är bland de högsta i världen med ca 1 000/100 000 födda barn. I Maputo var dock denna siffra avsevärt lägre, ca 300/100 000 födda barn.

På vårdavdelningarna kunde vi se unga kvinnor med vesico-vaginala fistlar vars långsiktiga konsekvenser med kroniska urinvägsinfektioner och social utstötthet vi helst inte ville tänka på. Åsynen av kvinnor med eklampsi eller sena stadier av AIDS lämnade ingen oberörd. Samtidigt slogs vi av personalens stolthet över sitt sjukhus och de förbättringar som gjorts och att man med afrikanska mått mätt hade en välfungerande klinik.

Med SAMOUSA-projektet har vi fått förmånen att på nära håll ta del av arbetet vid en afrikansk kvinnoklinik. Kontakter har knutits med kolleger på en ditintills främmande kontinent, kontakter som förhoppningsvis leder till fortsatt utbyte och kanske till och med till gemensamma forskningsprojekt. På nära håll har vi fått se och följa sjukdomstillstånd som vi annars sannolikt aldrig kommit i kontakt med. Vidare har vi fått träning i att förbereda och genomföra föreläsningar på engelska.

Kvinnokliniken vid Huddinge sjukhus är den svenska institution som är med i detta partnerskapsarrangemang, och två ST-läkare kommer att beredas möjlighet att tillsammans med två barnmorskor deltaga vid nästa workshop i Durban, Sydafrika i april år 2000. Nya deltagare utses för varje nytt möte var sjätte månad och varje deltagarland kommer att vara värd två gånger. Vi ser med spänning fram emot att ta del av deras erfarenheter från kommande SAMOUSA möten. ■

## Kodfrågan nr 6

Hej alla diagnoskodande kollegor och läkarsekreterare! Vi har ett nytt årtusende, men slitet med diagnoskoderna är det gamla vanliga.

**Obs!** Information om ny operationskod i slutet av denna upplaga av Kodfrågan. Ni är välkomna med frågor på fax nr. 033 – 29 95 96 eller e-post: karin.pihl@telia.com

---

**Karin Pihl**  
Borås lasarett

---

### OBSTETRIK

Fråga 1: **Kan diagnoskod "O91.1A Purulent mastit" användas även vid mastit utan purulent sekretion?**

*Svar:* Ja. Ordet "purulent" skulle kunna bytas ut mot "bakteriell", och används här för att markera skillnaden mot lymfangit/mjölckstockning som har kod O91.2.

Fråga 2: **Gäller >1000 ml fortfarande som gräns för när man ska ge diagnoskod vid atonisk blödning?**

*Svar:* Ja. Gränsen >1000 ml gäller vid alla de blödningsituationer som finns under O72 (det står i rubriken), utom O72.2 där det särskilt anges att man kodar för fördröjd blödning oavsett blödningsmängd. Skriv gärna till >1000 ml på O72.1A och O72.1B i era Diagnoshandböcker Andra upplagan, för tydlighetens skull.

Fråga 3: **Vilken kod ska man använda vid "sent missfall" v. 22-27?**

*Svar:* Jag föreslår följande: Om fostret är dött vid framfödandet, använd O36.4. Om fostret är levande vid framfödandet, använd O80.9 + O60.9 med i diagnostexten angivet "extrem prematuritet". Om fostret är kraftigt underutvecklat – i princip missed abortion föreslår jag O02.1 trots att det är efter v. 21+6.

(Jag kan här passa på att nämna att vi sannolikt från nästa årsskifte får beviljat en

femtepositionsindelning av koden för prematurbörd, så att vi kan skilja t ex v. 28 från v. 36.)

Fråga 4: **Man lägger sugklocka pga stark familjeanamnes på aneurysm. Vilken kod för indikationen?**

*Svar:* Z84.8.

Fråga 5: **Vilken kod använder man för ett polikliniskt besök som gäller provtagning och förberedelser för ett elektivt sectio på humanitär indikation? Kod O82.8 används väl bara vid det värdtillfälle som patienten verkligen sectioförlöses?**

*Svar:* Svaret på andra frågan är Ja. Svaret på första frågan är att jag i denna situation föreslår Z76.8, (ev. i kombination med Z34.9 om man vill att det ska framgå att det är en gravid patient). Diagnostexten till koden Z76.8 lyder "Kontakt med hälso- och sjukvården under andra specificerade omständigheter". Detta skriver man naturligtvis inte, utan formulerar sin egen diagnostext – t ex "Preoperativ kontroll inför kejsarsnittsförlossning". När det gäller andra kejsarsnittsindikationer än humanitär, t ex säte, blir det mer preciserat att använda den kod för vård under graviditet som finns på O30-O48.

Fråga 6: **Vilken diagnos sätter man när en patient kommer in med blödning pga placentarester c:a 3 v. efter förlossning?**

*Svar:* O72.2.

Fråga 7: **Man gör sectio vid säte pga CV 11,2. Förutom sätesdiagnos borde det vara någon kod om att bäckenet är för litet för vaginal sätesförlossning utan att pat har bäckenträngsel.**

*Svar:* I dessa fall räcker det med O32.1 + förlossningskod O82.0. Vid den workshop om obstetrisk diagnosättning som föregick utgivandet av SFOGs Diagnoshandbok beslutades att inte använda någon diagnos av typen relativ bäckenträngsel avseende mått vid säte. Diagnoshandboken anger att man i dessa fall ska använda O32.1 + O82.0 vilket innebär ”Kejsarsnittsförlossning pga sätesläge”. Detta täcker ju vad man gjort och indikationen för det. (Att med ICD-10-koden försöka ange om kliniken i fråga har policyn att snitta alla säten eller om man har vissa centimetrar i bäckenmått som utgångspunkt för om kvinnan ”döms” till sectio eller vaginal sätesförlossning, faller utanför klassifikationens syften.)

Fråga 8: **Hur diagnosätter man en förlossning där man i slutskedet givit ett stöddropp med Syntocinon för att erhålla ett normalt utdrivningsskede? Vissa av kollegerna hävdar att i en situation som denna är diagnosen partus normalis, och att förlossningsförloppet blev normalt tack vare oxytocin-stöd – andra hävdar att just det faktum att Syntocinon givits gör att förlossningen inte kan betraktas som normal, och att värksvaghetsdiagnos ska användas.**

*Svar:* Som framgår av Diagnoshandboken ska värksvaghetsdiagnoser baseras enbart på progressen och alltså inte på ev. användande av oxytocindropp. Om man således i tid har diagnosticerat och framgångsrikt behandlat en värksvaghet, framgår detta inte av diagnosättningen. I de fall värksvagheten trots användande av oxytocindropp kan utläsas ur partogrammet ges värksvaghetsdiagnos.

Fråga 9: **I fall där navelsträngen är lindad ett eller två varv runt barnets hals, hävdas från visst håll att detta skulle kräva en diagnos för navelsträngskomplikation, även om navelsträngsomslingringen i sig inte medför VE eller tång. Vad säger du om detta?**

*Svar:* Under ovan nämnda workshop om obstetrisk diagnosättning sorterades de flesta decimaler under O69 bort. Motivering till detta var att i fall med navelsträngsomslingring med kompression får patienten ändå diagnosen O68.9 Hotande fosterasfyxi. Navelsträngsomslingring utan fosterljudspåverkan finns inget intresse av att koda för, menade man.

Fråga 10: **Om en patient har fått kod för förlossningskomplikation - t ex bristning, hotande fosterasfyxi eller atonisk blödning - täcker sådana koder det faktum att patienten har blivit förlöst, eller ska hon ändå ha förlossningskod från O80-O84?**

*Svar:* Alla förlösta patienter ska ha kod från O80-O84.

Fråga 11: **Hur ska man egentligen göra med huvuddiagnos/bidiagnoser på förlossningspatienter?**

*Svar:* När vi våren –96 jobbade med förberedelserna för ICD-10-införandet i ”Workshop om obstetrisk diagnosättning” var vi helt inne på samma resonemang som i tidigare diagnosklassifikationer, att vid komplicerade förlossningar var det viktigare att registrera komplikationen än förlossningskoden i sig. Därav anvisningarna i Diagnoshandboken om hur man väljer huvuddiagnos och bidiagnos i obstetriska sammanhang.

Nu har det gått några år sedan dess, och vi alla – även kliniker som inte har DRG-baserad budget – tycker det är naturligt att tänka i ekonomiska termer. Huvuddiagnosen ska enligt Socialstyrelsens klassifikationsanvisningar vara den diagnos som representerar den största vårdtyngden, och det uppfattar vi väl alla som den diagnos som representerar den största kostnaden. Följden av detta resonemang blir att man på förlösta patienter alltid sätter förlossningsdiagnosen (kod O80-O84) först. Detta görs automatiskt av många klinkers patientadministrativa system i samband med diagnosinmatningen.

(I årets utgåva av QD är texten anpassad enligt detta, så att ingen ska missledas.)

## GYNEKOLOGI

Fråga 12: **Hur kodar man för vulvasmärta som inte uppfyller de diagnostiska kriterierna för vestibulit?**

*Svar:* N90.8 Vulvasmärta. (Detta framgår av Diagnoshandbokens andra upplaga, samt lathunden QD.)

Fråga 13: **Finns det någon bra kod för spiralutstötning?**

*Svar:* Någon specifik kod för spiralutstötning finns inte, utan det ingår under ”mekanisk komplikation, felläge etc.” som har kod T83.3 + Y76.8 (se Diagnoshandboken sid 58 under Spiral, mekanisk komplikation). Man får i diagnostexten precisera och ange ”Spiralutstötning”.

Fråga 14: **Hur kodar man en legal abort pga anlag för Verdning-Hoffmans musk-elatrofi hos fostret?**

*Svar:* O35.2 + O04.9 Legal abort pga ärftlig sjukdom hos fostret (Detta framgår av anvisningar under O35 i Diagnoshandboken sid 12).

Fråga 15: **Ska man alltid använda Z-kod vid alla kontrollbesök?**

*Svar:* Nej. Z-kod för kontroll rekommenderas vid postop. kontroll samt kontroller efter cancerbehandling (el. dysplasi) – och i dessa fall använder man Z-koden som tillägg så länge pat är s k kontrollfall. Vissa mottagningar, särskilt privata sådana, vill dock gärna ha en noggrann registrering av sina besök, och har särskilda interna sätt att markera om det är nybesök eller återbesök. De har haft önskemål om att med ICD-10-koden markera kontrollbesök. Därför har jag i andra upplagan av Diagnoshandboken samt i QD förutom de tidigare kontrollkoderna även tagit med ”Kontroll UNS Z09.9”, och angivit att den koden kan användas som bidiagnos (alltså inte nödvändigt) vid t ex kontroll av ovarialcysta, kontroll efter salpingitbehandling etc. (En del kolleger tycker att det känns konstigt att ha med koden för ovarialcysta när cystan vid kontrollen visar sig ha försvunnit, men det kan man alltså ha ändå.)

Fråga 16: **Kan en Z-kod stå ensam?**

*Svar:* Ja. Ett par (bland många) exempel på detta är riktade hälsokontroller samt obstetrisk efterkontroll.

Fråga 17: **Vilken kod använder man för kvinnor som söker enbart för att få hjälp med menstruationsförskjutning?**

*Svar:* Jag föreslår Z76.8. (Detta finns med i nya utgåvan av QD som kommer i januari –00.)

Fråga 18: **Vilken kod använder man för adenomatös hyperplasi med lätt atypi?**

*Svar:* Jag rekommenderar användning av D39.0 för alla grader av adenomatös hyperplasi med atypi, även lätt.

Fråga 19: **Kod C49.5D Leiomyosarkom i uterus, går ej att registrera. Vilken kod ska man använda?**

*Svar:* Jag har skrivit om detta tidigare, men informationen tycks inte ha nått alla, varför jag tar det igen:

Innan ICD-10 togs i bruk fick specialistföreningarna tillfälle att önska sig fördjupningskoder. Flera sådana framlades till Socialstyrelsen, de flesta gällande obstetriska koder, t ex uppdelning av O70.2 Perinealbristning grad 3, så att man kan skilja på partiell och total sfinkterruptur. Socialstyrelsens dåvarande föredragande läkare i klassifikationsfrågor meddelade att alla våra önskemål om fördjupningskoder godkännts, och följaktligen togs de med i Diagnoshandboken. Långt senare visade det sig att femtepositionsuppdelningen av bindvävstumörer i bäckenet, C49.5, lovats bort till en annan specialitet, gällande olika histologiska typer av sarkom, utan att man uppmärksammat denna ”dubbelbokning”. Det man från Socialstyrelsen då re-

kommenderade oss, var att klassificera sarkomen på malign tumör i resp. organ – för uterussarkom alltså samma kod som corpuscancer, C54.9. Jag har framhållit vårt önskemål om särskild kod för sarkomen baserades på en önskan om att kunna skilja ut dem från corpuscancerarna, men det har ju inte gått att få en ändring på detta stadium i handläggningen av frågan. Ett alternativ, som jag ser det, är att fortsätta att registrera sarkomen på C49.5 utan femtepositionsbokstav. Den koden är ju valid och går att registrera. I andra upplagan av Diagnoshandboken, och även QD står det så – alltså nästan som tidigare, bara att femtepositionsbokstaven är borttagen.

## OPERATIONER

Fråga 20: **Finns det någon operationskod för transarteriell embolisering av a. uterina?**

*Svar:* PDT30.

Fråga 21: **Hur kodar man prolapsplastik i samband med vaginal hysterektomi?**

*Svar:* Det bästa är att använda LEF13, även om man gör t ex enbart bakre plastik tillsammans med hysterektomin. (Stryk alltså ordet ”fullständig”).

Fråga 22: **Hur kodar man för ovarialresektion/ooforektomi vid vaginal hysterektomi?**

*Svar:* LAF20 Transvaginal ovarialresektion/ooforektomi/salpingo-ooforektomi. Denna kod inrättades fr o m förra årsskiftet, och finns med i Diagnoshandbokens andra upplaga.

Jag har fått frågan varför det i Diagnoshandboken står ”..via laparotomi” i många

op.kodtexter, t ex ”LAF10 Bilateral salpingo-ooforektomi, via laparotomi”, när det inte står så i Socialstyrelsens operationsklassifikation.

Bakgrunden till det är följande: Vid utarbetandet av Diagnoshandbokens Del 3, samarbetade jag huvudsakligen med Fredrik Nordenskjöld. Han ansåg det vara mycket angeläget att nedbringa förväxlingsrisken mellan koder för laparoskopiska och öppna ingrepp till ett minimum. Det syftet skulle uppnås med hjälp av två åtgärder. Dels att skriva dessa skilda operationstyper i separata avsnitt (vilket varit mycket lyckat enl. mitt förmenande), dels att skriva ut ”via laparotomi” istället för att ha det som i Klassifikation av kirurgiska åtgärder 1997, där det i inledningen (på sid 12) står ”Öppna operationer är oftast inte specificerade som sådana i kodtexterna. En operation förutsätts vara öppen om inte annat anges”.

## NYA OPERATIONSKODER GÄLLANDE FRÅN ÅRSSKIFTET 99/00:

### TPX10

På denna kod är det en ändring av kodtexten. ”Subkutan injektionsport” är ändrat till ”vaskulär injektionsport”.

I samband med detta har man kommit med en ny kod, nämligen

### TPX15

Avlägsnande av vaskulär injektionsport (istället för den tidigare använda QBC00 – denna kod används dock fortfarande för avlägsnande av intraperitoneal injektionsport). För in detta i era Diagnoshandböcker sid 113. ■

# Avhandlingsabstrakt

---

## Lindqvist Pelle.

Risk Estimation and Prediction of Preeclampsia, IUGR, and Thrombosis in Pregnancy. Department of Obstetrics and Gynecology, Malmö University Hospital, Sweden 1999 ISBN 91-628-3859-8.

---

The aim of this thesis was to improve background knowledge for making a reliable medical evaluation at the first visit of a woman in her 13<sup>th</sup> gestational week, to the antenatal clinic. We have focused on the prediction and the risk estimation of preeclampsia, intra-uterine growth restriction (IUGR), and thrombosis.

The thesis was based on five studies, in which we have evaluated biochemical analyzes, genetic tests, anamnestic information, and statistical information (based on the data from medical files and from the Swedish Medical Birth and Hospital Discharge Registers).

High maternal urine human chorionic gonadotropin level in early pregnancy was

associated with a 3-fold increased risk of preeclampsia, vis-à-vis low values, while low epidermal growth factor levels were associated with IUGR pregnancies.

Maternal smoking was associated with an increased risk of thrombosis (Odds ratio (OR)=1.24; 95% Confidence interval (CI) 1.02-1.51), which was consumption dependent. Moderate smoking was associated with lower incidence of preeclampsia associated with preterm birth in both study series (OR=0.1; CI 0.01-0.7, and OR=0.6; CI 0.5-0.8, respectively).

Apart from an 1.1% risk of thrombosis, APC resistance was not associated with preeclampsia, IUGR, or spontaneous

abortion. However, the carriers of APC resistance had fewer profuse hemorrhages at delivery (3.7% vs. 7.9%), which might have given them an evolutionary advantage, explaining the high prevalence (10.7%). The incidence of pregnancy-associated thrombosis in Sweden was 13/10000, evenly distributed in the ante- and postpartum periods. APC resistance was associated with an 8-fold increased risk of thrombosis. Overweight, heredity of thrombosis, and cesarean delivery were all associated with a roughly 5-fold increased risk of thrombosis. Preeclampsia was associated with a 3-fold increased risk of thrombosis in the postpartum period. ■

---

## Anna Berglund.

Consequences of programme changes in antenatal care. Department of Women's and Children's Health, Section for Obstetrics and Gynaecology, Uppsala University, University Hospital, Sweden 1999 ISBN 91-554-4602-7.

---

Routine antenatal care includes a number of routine contacts, in Sweden mostly with a midwife but with one visit to a physician. A reduction of the scheduled visits by 4-5 was assessed with retrospective data from the year before and the year after the programme change in 1991.

The effective reduction was 1.8 visits per pregnancy since the need for extra contacts increased. Severe hypertension, preeclampsia and malpresentation were diagnosed to the same extent and risk pregnancies had similar surveillance. The predic-

tive value of risk assessment in early pregnancy was low for complications during pregnancy and risk status at the end of pregnancy. The possibility to predict unexpected complications during delivery was also poor irrespective of the amount of antenatal contacts.

In a randomised controlled trial a planning conference with midwife and physician was compared to the routine doctor's examination early in pregnancy. Doctor's consultations decreased by 70%. The need for extra visits in the first half of pregnancy

increased by 5% but the practical impact was negligible. Need for referrals or interventions later in pregnancy was not influenced by the new routine.

Reducing the routine surveillance programme resulted in less work load within the health care and had no adverse effects on diagnostic safety or risk prediction. With more consultations performed only on indication time could be directed to mothers with special needs. ■

---

**Barbro Friden.**

Human Corpus Luteum. Cyclic changes with special reference to lutelysis. Institutionen för Obstetrik och Gynekologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborgs Universitet, Göteborg, Sverige, 1999 ISBN 91-628-3942-X

---

Proper function of the corpus luteum (CL) is essential for the regulation of normal reproductive cycles and maintenance of early pregnancy in the human. The CL of the non-fertile cycle has a life-span of 14 days, during which it develops, reaches structural and functional maturity and regresses. The main steroid product of CL is progesterone (P4). Luteal regression is necessary for the cyclicity of the human menstrual cycle, but little is known regarding its regulation. One initial aim for this investigation was to develop a technique by which subpopulations of steroidogenic, luteal cells could be isolated and cultured for long-term and short-term purposes. Further aims were to use this model and study potential luteolytic factors such as cytokines, nitric oxide (NO), and estradiol (E2) and to study what influence the non-steroidogenic cells of the human CL have on luteal function.

Two subpopulations of steroidogenic cells were isolated from human CL by mechanical and enzymatic digestion followed by discontinuous density gradient cen-

trifugation. The two subpopulations differed concerning size and responsiveness to luteotropic stimuli and were consequently identified as small and large luteal cells. Extracted small cells were more numerous at both early and late luteal phases than large cells, and increased in numbers with time. During culture up to 9 days, the cells from late luteal phase, regardless of fraction, continued to increase their P4 synthesis. This was contrary to the cells of early luteal phase, which declined their steroidogenesis.

When non-steroidogenic, paraluteal cells were cocultured with steroidogenic cells, P4, E2, and prostaglandin (PG) synthesis was significantly increased compared to steroidogenic cell cultured alone. This mechanism was observed only in the mid luteal phase and not in the late luteal phase.

To investigate whether the cytokine TNF $\alpha$  could play a role in human luteolysis peripheral concentrations of TNF $\alpha$  were assessed during the luteal phase. It was noted that the levels demonstrated

variations during the menstrual cycle and encouraged by this, cultures of dispersed luteal cells and tissue pieces of human corpora lutea were performed. It was demonstrated for the first time that human luteal cells, especially large luteal cell, synthesize TNF $\alpha$  de novo.

Nitric oxide has influence on several reproductive processes in the human and in this study the effects on steroidogenesis in human luteal cells and the presence of a functional NO system was evaluated in the human CL. The results demonstrated expression and localization of endothelial and inducible NO synthases in human CL. Endothelial NO synthase expression was most abundant in cells of steroidogenic appearance in the theca lutein area during late luteal phase, corresponding to luteolytic effects of NO noted in cellcultures with CL cells obtained from the late luteal phase, but not from mid luteal phase.

In conclusion luteolysis in the human is controlled by multiple factors in a time-dependent manner. ■

---

**Ingrid Mogren.**

Reproductive factors' impact on the health of mother and offspring – an epidemiological study. Institutionen för klinisk vetenskap, obstetrik och gynekologi och institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, epidemiologi, Umeå Universitet. 1999 ISBN 91-7191-725-X

---

**Objective:** The overall aim of the research project was to focus on reproductive factors and their impact on the health of the population, with the specific aim to analyse adverse outcomes in both mothers and their offspring in relation to reproductive determinants.

**Subjects and methods:** Information on all deliveries in the northern Swedish counties of Västerbotten and Västernorrland from 1955 to 1972 was combined with data from the Medical Birth Registry from 1973 and onward from the same geographical region. Incidence rates of malignancy were obtained from the Swedish Cancer Registry. Data were further obtained from the Cause of Death Register. Subjects in the birth cohort (i.e. offspring) were identified in the ongoing community inter-

vention programme on cardiovascular disease and diabetes - the Västerbotten Intervention Program, or as participants in the WHO MONICA surveys 1986, 1990 and 1994. The individual risk and the population attributable proportion were estimated for investigated risk determinants.

**Results:** Preeclampsia in mother was a risk factor for preeclampsia in daughter. Prolonged pregnancy had a pattern of familial occurrence. The intra-uterine environment or changed genetic material had a low impact on the future risk of malignancy in the offspring up to early middle age. Reproductive factors, such as maternal age and parity, influenced the risk of breast and gynaecological cancers in the mother. Low birth weight (LBW) in the subject was associated with elevated blood

pressure in the early middle age. Interaction between heredity for myocardial infarction or stroke and LBW was demonstrated with a synergistic effect on elevated blood pressure.

**Conclusions:** Although an increased risk in the exposed individual, familial predisposition explains only a minor part of the occurrence of pre-eclampsia or prolonged pregnancy in the investigated population. Reproductive factors have a low impact on malignancy in the offspring up to early middle age, whereas they substantially influence the risk of breast and gynaecological cancers in the mother. The "fetal origins' hypothesis" is still valid for middle-aged subjects grown up in a welfare society. ■

---

## Bodil Svanberg.

Apoptosis – the cellular mechanism of rat ovarian follicular atresia.

A study on transcriptionally upregulated genes isolated with differential display of mRNA. Department of Physiology, Göteborg University, Sweden 1999. ISBN 91-628-3796-6

---

The normal fate of ovarian follicles is to undergo atresia, and the cellular mechanism behind atresia is apoptosis. This mechanism is sometimes dependent on new mRNA and protein synthesis. To find out if apoptosis in ovarian follicles is dependent on transcription and translation granulosa cells were isolated from pre-ovulatory follicles. The cells were cultured in vitro for 24 h inducing a spontaneous onset of apoptotic DNA fragmentation. Cells incubated in the presence of the transcriptioninhibitor, actinomycin-D, or the translationinhibitor, cycloheximide, showed a dosedependent decrease in apoptotic DNA fragmentation. This indicates that ovarian cell apoptosis is dependent on transcription and translation in vitro.

To study genes upregulated during follicular apoptosis, differential display of mRNA was used. To evaluate its possibil-

ities, this technique was also applied on adipose tissue segments, incubated in vitro in the presence or absence of growth hormone. Eleven genes were shown to be differentially expressed in adipose tissue segments. Two were homologous to ribosomal proteins.

In ovaries with a high abundance of apoptosis, five genes were upregulated. Two were unknown and three were homologous to cytochrome b, aldose reductase and b-catenin. In order to characterize these genes, northern blot analysis was performed to ovarian and a prostate model for apoptosis. ARG-33 was expressed in ovary and brain but not in other tissues studied, indicating a possible tissue specific expression. Aldose reductase was upregulated in tissue with a high abundance of apoptosis from three different in vivo models, two ovarian and one prostate model. In addition, aldose reductase was

shown using in situ hybridization and immunohistochemistry to be expressed in most follicles of a cycling rat. The functional importance of b-catenin during apoptosis was studied when overexpressed in chinese hamster ovary cells followed by fluorometric detection of fragmented DNA. Interestingly, overexpression of b-catenin induced a 23 % reduction in staurosporin induced apoptotic DNA fragmentation.

In summary, apoptosis in cultured granulosa cells was shown to be dependent on transcription and translation. Differential display of mRNA was shown to be a potent method for the isolation of transcriptionally regulated genes. Several genes were characterized further using northern blot analysis. b-catenin was found to be an inhibitor of apoptosis.

**Keywords:** atresia, apoptosis, ovary, aldose reductase, b-catenin, adipose tissue. ■