

MEDLEMSBLADET

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

Layout: Marie-Louise Schyberg

Adress: SFOG-kansliet, Box 738, 101 35 Stockholm

Besöksadress: Klara Östra Kyrkogata 12 (LRF)

tel: 08-440 01 75 fax: 08-22 23 30

ml.schyberg@sfog.se

Internet: www.sfog.se

Annonser: Inger Sundström-Poromaa

inger.sundstrom@obgyn.umu.se

SFOGs styrelse 2002:

Ordförande: Doc Elisabeth Persson

KK, Karolinska sjukhuset, 171 76 Stockholm

tel: 08-517 700 00, fax: 08-31 81 14

elisabeth.persson@ks.se

Vice ordförande: Margareta Hammarström

Octaviakliniken, Tideliugatan 22,

118 69 Stockholm

tel: 08-690 62 70 fax: 08-690 62 76

margareta.hammarstrom@octavia.ptj.se

Facklig sekreterare: Dr Pia Teleman

KK, Universitetssjukhuset, 221 85 Lund

tel: 046-17 10 00 fax: 046-15 78 68

pia.teleman@gyn.lu.se

Vetenskaplig sekreterare: Doc Pål Wölner-Hanssen

KK, Lasarettet, 231 85 Trelleborg

tel: 0410-552 28 fax: 0410-464 64

Pal.Wolner-Hanssen@gyn.lu.se

Skattmästare: Doc Jan Rydnert

KK, Länssjukhuset, 301 85 Halmstad

tel: 035-13 66 10 fax: 035-13 66 28

jan.rydnert@lthalland.se

Redaktör: Dr Inger Sundström-Poromaa

KK, Norrlands universitetssjukhus, 901 85 Umeå

tel: 090-785 34 61 fax: 090-77 39 05

inger.sundstrom@obgyn.umu.se

Utbildningssekreterare: Prof Ove Axelsson

KK, Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala

tel: 018-611 57 56 fax: 018-55 97 75

ove.axelsson@kbh.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 Christina Gunnervik, Kvinnokliniken,

Värnamo sjukhus, 331 85 Värnamo

tel: 0370-69 73 15 fax: 0370-69 73 08

christina.gunnervik@ljkpg.se

Dr Karin Stålberg, Kirurgkliniken,

Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala

tel: 018611 00 00 karin.stalberg@kbh.uu.se

Tryck: Elanders Tofters, Östervåla

Foto: Kerstin Selgeryd

ISSN 0284-8031



SFOG-medlemmar!

Gnistrande vit snö, klarblå himmel och möjlighet till allt fler soltimmar varje dag. Visst är det en härlig dagordning som ju gäller framöver! Just nu känns det bra att ha kommit igång igen efter ett bitigt och snörikt helgfrirande.

Den största nyheten inom SFOG för i år är att den vanliga SFOG-medlemmen inte längre *måste* vara medlem i Läkarförbundet. Däremot måste styrelsen vara med i Förbundet liksom i Läkaresällskapet eftersom SFOG är både en specialitetsförening och en sektion i de respektive organisationerna. Samtidigt vill jag passa på att upprepa att vi inom styrelsen anser att det är viktigt att vara med i båda. Förbundet driver våra fackliga frågor och gör det naturligtvis bättre ju fler som är med. Läkaresällskapet är vår organisation för vetenskap, utbildning och kvalitet. Riksstämman, Berzelius symposier, 25 miljoner årligen i forskningsanslag är en del av vad vi som medlemmar bistås med. SFOGs möjligheter att påverka organisationerna internt är också större med fler anslutna medlemmar.

Som en följd av det nya kommer vi att hålla och ta ansvar för vårt medlemsregister inom SFOG och debitera Er vår årsavgift själva. Vi har "ärvt" de registerdata som fanns på Förbundet och Marie-Louise Schyberg på vårt kansli kommer att skicka ut fakturor till Er senare under våren. Om Ni sköter inbetalningarna utan "prut", det vill säga i tid och utan påminnelser, kommer våra omkostnader för debiteringen att minska påtagligt. Och det är bra. Styrelsen och Marie-Louise arbetar stenhårt med att minska samtliga kostnader. Eftersom det är ett dataregister gäller PUL (personuppgiftslagen) för det. Det innebär exempelvis att man har rätt att få utdrag ur registret en gång per år och att få felaktigheter rättade. Allt för att Medlemsblad, kallelser till årsmöten och annat liksom fakturor skall hamna rätt. Vi avser att informera om och diskutera mer med Er vid årsmötet i Växjö.

När det gäller årsavgiften har den varit konstant under sju år. Vi tycker att man får bra utdelning för pengarna genom de olika former av utbildning och information som föreningen står för. SFOG är

I DETTA NUMMER

6	Smakprov från Riksstämman	B Essén, A-K Welin
9	Vinnande bidrag Riksstämman	
11	Föreningens ekonomi	Jan Rydnert
13	Specialistexamen - något att ha?	Nils-Otto Sjöberg
14	Anmälan till specialistexamen 2002	Ulf Hanson
16	Information från Prioriteringsgruppen	Margareta Hammarström
17	Till Anders Ericsons minne	B Lindberg, I Milsom, KG Nygren
19	Sammanfattning från årsmötet	M Hammar, S Kjellberg
25	Slutrapport sfinkterskador	Margareta Wennergren
28	Ultraljudsekvationer	Jan Lundberg
30	Blodtransfusioner & Jehovas vittnen	Bo Lindberg
33	Stiftelseansökan	
39	Avhandlingsabstrakt	Olof Rugarn
40	Kalendarium	
42	Pionjär	Bo Lindberg

mycket aktiv och respekterad på många håll. Vi är en stor förening som omsätter mycket pengar. Det handlar om tryckkostnader för Medlemsblad och ARG-rapporter, kostnader för fortbildningsverksamheten, ARGUS, styrelsearbetet och kansliet. Vi har en omslutning på ca 3 miljoner kronor. Vi lever på intäkter från annonser i Medlemsbladet och medlemsavgifter. Med den aktivitet som råder har vi idag svårigheter med ekonomin. Det innebär att vi kommer att behöva höja vår medlemsavgift något till nästa år om vi inte skall behöva prioritera bort aktiviteter. Vår skattmästare Jan Rydnert informerar mer på sid 11

På sid 25 publicerar vi nu den slutrapport och de rekommendationer rörande sfinkterskador som Barnmorskeförbundet och SFOG gemensamt kommit överens om. Samarbetsgruppen avslutade sitt arbete för ett drygt år sedan men vi har avvaktat med publikation av den till utgivningen av ARG-rapporten om sfinkterskador som Ni alla ARG-abonnenter skall ha fått i Er brevlåda nu. De två dokumenten kompletterar varandra på ett bra sätt. Styrelsen riktar ett stort TACK till alla som bidragit!

Samarbetet med Barnmorskeförbundet fungerar bra. På förslag av och efter grundläggande arbete i MÖL-gruppen har vi gemensamt tillskrivit socialförsäkringsminister Ingela Thalén och föreslagit att alla gravida kvinnor erbjuds en månads ledighet, med ersättning motsvarande föräldrapenningen, under 30 dagar före beräknad förlösning. Vi har från SFOG föreslagit detta förut men utan positiv respons. Regeringen har tydligt markerat att man vill satsa på ökat barnafödande, dessutom är det valår. Så vi hoppas...

Styrelsen har under helgerna arbetat med svar på en remiss från Utbildningsdepartementet om "Etikprövning av forskning som avser människor" (DS 2001:62). Förslaget innebär att det blir en lag om etikprövning och vi anser att det är bra. Våra nuvarande etikkommittéers arbets sätt ligger till grund för lagförslaget. Vi tror att lagregleringen kan befrämja människors i allmänhet förtroende för forskning och vetenskap. Vårt remissvar finns på hemsidan (www.sfog.se).

På tal om vetenskap och forskning så har vi olika begivenheter att se fram emot under våren. KK i Umeå står i år som arrangör för NFOG-kongressen som till-

drar sig de första dagarna i juni. Det blir ett synnerligen välordnat möte med många intressanta symposier och föredrag/posters. Jag har haft möjligheter att följa arbetet med kongressen i NFOGs styrelse och det finns all anledning att åka dit. Deadline för att skicka in abstrakt har passerat när Ni läser detta men det är hög tid att planera i schemat och anmäla sig.

Direkt efter Umeåmötet följer en annan höjddare. Svenska Läkaresällskapet ordnar med Ove Axelsson, SFOGs utbildningssekreterare, i spetsen ett tvådagars Berze-liussympodium om intrauterin fosterdöd, med titeln "Stillbirth – death in no man's land". Kunniga kolleger från hela världen finns bland föreläsarna. Fosterdöd är ett försummat område inom vår specialitet och det är bra att det uppmärksammas på det här sättet. Intresserade kan anmäla sig till Annie Melin på Läkaresällskapet (annie.melin@svls.se).

Vintermötet, som i år anordnas av Huddinge Universitetssjukhus, ser jag i skrivande stund framemot. Det är även då ett trevligt och intressant program så jag hoppas vi ses där.

Lev väl - Eder

Elisabeth Persson
Ordförande

Brev från den vetenskaplige sekreteraren



Käre kolleger,

Årets Riksstämman hade för vår del ett nytt inslag med 20-minuters presentationer av utvalda avhandlingar som hade försvarats under senaste året. Syftet var dels att åstadkomma en större spridning av den värdefulla kunskap som ofta ingår i avhandlingar, dels låta författaren presentera det hela i ett större sammanhang. Det var många som skickade in abstrakt, men endast tre valdes ut då vi gjorde detta på försök och hade avsatt en timma till sessionen. Framöver tänker vi ge denna typ av presentationer större utrymme, så flera av er som disputerar framöver får detta utmärkta tillfälle att sammanfatta avhandlingen.

Jag vill här tacka de personer som ledde vår sektionens olika arrangemang: Barbro Wijma, Margareta Wennergren, Christina Crafoord, PO Janson, Jan Brynhildsen, Elisabeth Darj, Maria Cederholm, Thomas Bossmar, Lars Ladfors och Charlotta Grünewald. Jag vill också tacka Magnus Westgren och Jane Thorburn som tog på sig att granska och välja ut bästa föredrag; Gunilla Bodelsson och Harald Almström som granskade postrarna.

Till bästa föredrag utsågs det med titeln: Fosterövervakning under förlossningen: en randomiserad kontrollerad multicenterstudie avseende CTG mot CTG plus ST-analys av foster-EKG av författarna Isis Amer-Wählin, Charlotte Hellsten, Håkan Norén, Henrik Hagberg, Andreas Herbst, Ingemar Kjellmer, Håkan Lilja, Claes Lindoff, Majvi Månsson, Lena Mårtensson, Per Olofsson, Anna-Karin Sundström och Karel Marsál. Föredraget baserades på den i Lancet publicerade,

randomiserade studien om användning av CTG med eller utan ST-analys (STAN) för att påvisa hotande fosterasfyxi. Enligt studien medförde möjligheten till CTG-bedömning och ST-analys att signifikant färre kvinnor blev förlösta med akut kejsarsnitt samtidigt som färre nyfödda barn föddes med acidosis. Priset motiverades med att det var en trevligt framförd, tydlig och klar presentation av denna stora studie med viktig klinisk betydelse i den praktiska obstetrikern.

Hedersomnämmande förtjänade föredraget med titeln: Sensitisering av nociceptorer – orsak till långdragen smärta och ökat blodflöde i vulvaslemhinnan hos kvinnor med vestibulit av författarna Nina Bohm-Starke, Gunilla Brodda-Jansen, Christian Falconer, Marita Hilliges, Eva Rylander, Erik Torebjörk. För att ta reda på möjliga orsaker till smärta och rodnad i vulva vid vulvodyni hade författarna studerat smärtrösklar för mekanisk och termisk stimulering bland 22 kvinnor med vulvodyni och 20 friska kontroller. Med laser doppler hade de också studerat det ytliga blodflödet i slemhinnan. Vulvodyni var relaterad till allodyni för mekanisk stimulering, nedsatt smärtröskel för värme samt ökat blodflöde i slemhinnan. Detta tyder på ökad innervation och/eller sensitisering av termoreceptorer och nociceptorer i vestibulumslemhinnan. Föredraget fick hedersomnämmandet för att man hade tagit sig an ett svårt ämne och med vassa naturvetenskapliga metoder plockat fram hårda data, klart presenterade, följt av en stimulerande diskussion.

Till bästa poster utsågs den med titeln: Immunsvar i cervix, vagina och serum efter vaginal och nasal vaccinering av författarna Anna Rudin, Jan Holmgren, Marianne Jertborn, Eva-Liz Johansson och Lotta Wassén. Författarna vaccinerade 21 kvinnor antingen nasalt eller vaginalt med modell-antigenet koleratoxin B-subenhet och mätte nivåerna av vaccin-specifika IgA och IgG antikroppar i cervixsekret, vaginalsekret och serum med ELISA-teknik. Både vaginal och nasal vaccinering gav öknings av specifikt IgA och IgG i serum. För att erhålla antikroppssvar i cervixsekret krävdes att vaccinationerna gavs vaginalt och på rätt tid i cykeln. Detta resulterade i en 58-faldig ökning av IgA och i en 16-faldig ökning av IgG i cervixsekret. För att få antikroppssvar i vaginalsekret krävdes att vaccinet gavs nasalt vilket resulterade i en 35-faldig ökning av IgA i vagina. Som motiv för premieringen angavs: "Studien presenteras på ett klart, konsekvent och överskådligt sätt. Forskningsområdet är nytt, spännande och originellt. Projektet kan leda till kliniska genombrott med vaccination mot genitala virusinfektioner såsom klamydia, herpes och papillom. Studien är föredömligt och multidisciplinärt upplagd och genomförd. Den integrerar mikrobiologisk grundforskning med metodutveckling och applikation av en koleravaccinationsmodell med den kliniska gynekologiska vardagens infektionsproblematik."

Hedersomnämmande förtjänade postern med titeln: "Laparoskopisk radikal vaginal trachelektomi – fertilitetsbevarande kirurgi vid livmodershalscancer" av

Christian Ottosen från Helsingborg/Lund. För att bevara fertiliteten gör man först en laparoskopisk, pelvin lymfadenektomi. Via vagina extirperas sedan översta delen av vagina med större delen av cervix och paracervikal vävnad. Ett permanent cerclage läggs på kvarvarande cervix och vagina sys tillbaka över. En av tre patienter opererade i Sverige har genomfört graviditet och fött barn med kejsarsnitt. Hedersomnämmandet motiverades med: "Postern beskriver ett banbrytande arbete med metodutveckling för behandling av cervixcancer som tidigare inte utförts i vårt land och som lett till graviditet, förlossning och barn i efterförloppet. Kombinationen av avancerad laparoskopisk och vaginal kirurgi för livmodershalscancer är i sig en teknisk framgång men framför allt är nytänkandet och orienteringen mot fertilitetsbevarande kirurgi utan avkall på säkerhet i detta sammanhang berömvärd, kliniskt viktigt och efterlängtat."

Dessa fyra presentationers abstrakt finns att läsa i sin helhet på sid 9 samt på vår hemsida (www.sfog.se).

Vi har nyligen besvarat Socialstyrelsens remiss "Översyn av Lex Maria". Socialstyrelsen hade tillsatt en arbetsgrupp som fick i uppdrag att förutsättningslöst pröva eventuellt behov av förändring av bestämmelserna. Det är välkänt att Socialstyrelsens tillsyn främst syftar till att förebygga skador och eliminera risker i vården (6 kap. 3 § LYHS).

Sedan början av 1990-talet har utredningarna av Lex Maria-ärenden fokuserats på möjligheterna att finna orsakerna till anmälda händelser i stället för att fokusera på individuellt ansvar hos vårdgivaren. Detta till trots ansåg Riksrevisionsverket i sin granskning i 1996 att rädslan för bestraffningar och disciplinåtgärder "hämmar benägenheten att anmäla enligt Lex Maria. Tillsynens repressiva uppgift begränsar möjligheten att få in flera anmälningar..." (RRV 1996:23). Liknande slutsats drogs av forskare vid Sociologiska institutionen vid Umeå Universitet 1997 efter att dessa hade intervjuat 36 läkare och sjuksköterskor i chefsställning (SoS-rapport 1997-19). Det var hoppfullt att läsa arbetsgruppens åsikt att "det inte går att straffa bort mänskliga misstag" (sidan 53). Man fortsätter i nästa mening med "Ett oreflekterat tillämpande av det disciplinära förfarandet kan dessutom vara direkt kontraindicerat i den meningen att när en syndabock utses så kan man föranledas att tro problemet är ur världen, vilket ju inte alls behöver vara fallet". Utredarna vill att man tydliggör bestämmelsernas

preventiva syfte. "Det finns dock en betydande okunskap om den konkreta innebörden av och syftet med bestämmelserna. Ofta görs en - i och för sig förståelig - sammankoppling med HSAN, som olyckligtvis ger en repressiv prägel åt det i grunden preventiva systemet, vilket i sin tur återverkar bl a på benägenheten hos hälso- och sjukvårdspersonalen att rapportera begångna misstag" (sidan 48). I vårt svar uttrycker vi vår uppskattning av detta synsätt, men anser att Socialstyrelsen har en tung pedagogisk uppgift framför sig om man vill få sjukvårdspersonalen och media att betrakta en Lex Maria-utredning som en systemutredning för att öka patientsäkerheten snarare än ett sökande efter "den skyldiga". Jag tror knappast det blir någon stor ökning i rapporteringsbenägenheten innan sjukvårdspersonalen inser att anmälan till HSAN (sker i mindre än 10% av alla ärenden) uteslutande sker utifrån patientsäkerhetsintresset när man anser att en disciplinpåföljd kan förväntas ändra ett riskfyllt arbetssätt (sidan 53).

Trelleborg i Januari

Pål Wölner-Hanssen
vetenskaplig sekreterare

REDAKTÖRENS RUTA!

Tack alla för era fina bidrag som gör Medlemsbladet så läsvärdt.

Följande tider gäller för medlemsbladet 2002:

Nr	Deadline	Utkommer
2/02	17/3	15/4
3/02	20/5	17/6
4/02	8/9	7/10
5/02	10/11	9/12

OBSERVERA: Adressändring skall göras till

Marie-Louise Schyberg • SFOG-Kansliet • Box 738 • 101 35 Stockholm

Telefax: 08-22 23 30 • Telefon: 08-440 01 75 (må-fr 08.30-11.30)

E-post: ml.schyberg@sfog.se

Manus skickas eller faxas till nedanstående adress.

Redaktör Inger Sundström-Poromaa

Motorbåtsvägen 20, 907 88 Täfteå

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

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

Nya medlemmar

Mona Aboulghar, Kairo
Maria Ahlinder-Engren, Växjö
Karin Engström, Stockholm
Mina Filosof, Järfälla
Jonas Franklin, Lidköping
Jennie Granlund, Stockholm
Maria Herbstman, Malmö
Anna Hilbertson, Kristianstad
Eric Hildebrand, Jönköping
Margareta Legowik-Tobola, Västervik
Alice Lunak, Lindesberg
Maria Lundekvam, Mora
Teresia Ondrasek, Linköping
Sophie Ramberg, Gustavs
Christian Ringart, Enskede
Christer Wahlsberg, Stockholm

Smakprov från Riksstämman

Tack vare våra generösa chefsöverläkare fick vi möjlighet att besöka årets Riksstämman, vilken hade många intressanta inslag. Medlemsbladets redaktör, Inger Sundström-Poromaa, bad oss referera några av de föredrag och symposium som vi lyssnade på.

Fria föredrag i gynekologi

De fria föredragen i gynekologi bjöd på många intressanta resultat från olika studier. Det är intressant att höra att mutationen vid APC-resistens kan ha haft en evolutionär fördel för kvinnan. Pelle Lindqvist redogjorde för att bärarskapet visade sig vara relaterad till högre blod- och ferritinvärden och en lägre självskattad blödningsmängd vid menstruation hos ett antal tillfrågade kvinnor i Malmö. Den evolutionära fördelen för kvinnan skulle vara lägre blodbristrelaterad dödlighet, pga förbättrat järnstatus genom århundradens gång. Pelle Lindqvist spekulerade vidare om fördelen för männen med APC-resistens genom århundraden kunde vara ökad överlevnad i strid. Vi undrade om han tänkte komma med resultaten över dessa spekulationer nästa år.

Jan Persson, som nyligen disputerade i urogynekologi i Lund, presenterade preliminära resultat från en prospektiv randomiserad studie där man jämförde laparoskopisk kolposuspension mot TVT. I Lund hade en studie genomförts där båda metoderna klassats som rutinmetoder för behandling av ansträngningsinkontinens. Resultaten efter ett år visade att det inte var någon skillnad på andelen botade kvinnor i de två grupperna. TVT-gruppen hade lättare att kissa efter operationen, men hade fler bestående urinretentioner, som krävde intervention. Vi ser fram emot att följa studien och höra mer om grad av komplikationer och hälsoekonomiska as-

Birgitta Essén, Malmö Anna-Karin Welin, Varberg

pekter för att vi skall kunna välja rätt operationsmetod.

Om man inte direkt arbetar på en vulvamottagning kan vestibulit vara en svår diagnos. Nina Bohm-Starke från Danderyds sjukhus, visade med mycket bra bilder och föredrag, orsaker till långdragna smärtor och ökat blodflöde i vulvaslemhinnan hos kvinnor med vestibulit. För oss hade hon använt avancerade metoder för att studera nociceptorer och ytligt blodflöde i kärl i vulvaslemhinnan. Den kliniska bilden av beröringsmäta och erytem bekräftades av att de undersökta patienterna hade en ökat innervation och sensitisering av termo- och nociceptorer slemhinnan.

Ett välkommet nytillskott på årets Riksstämman var presentation av några av de senaste avhandlingarna som försvarats inom vår disciplin. Christer Borgfeldt, en eminent föreläsare och forskare från Lund, berättade på ett mycket tydligt sätt om förekomsten av ovarialcystor och risken för att cystor skall utvecklas till ovarialcancer. De kliniska och registerstudierna kompletterades väl av ett prekliniskt arbete om sökande efter nya tumörmarkörer för ovarialcancer. Vi lärde oss att ovarialcystor är vanligt förekommande och att vi kan avvakta i 6-12 veckor innan åtgärder. Unga kvinnor som opereras för ovarialcysta har en något ökat relativ risk för ovarialcancer

i senare stadium. Plasminogenaktiverings-systemets genaktivitet och proteinmängd visade sig vara associerat till differentieringsgraden av ovarialtumörer.

Fria föredrag i obstetrik

Eftersom morgontågen nog inte går så tidigt från Varberg till Stockholm....(!) anlände jag först lagom till de fria föredragen i obstetrik på onsdagseftermiddagen.

Förste talare var Pelle G Lindqvist som pratade om selektiv screening av faktor V Leiden för identifiering av kvinnor med hög trombosrisk under graviditet. Faktor V Leiden är den ärftliga formen av APC-resistens. Man finner faktor V Leiden hos cirka hälften av alla kvinnor med trombos. Riskfaktorer för trombos är övervikt, förstagsgradsläkting med trombos, sectio och preeklampsi. Genom att screena för faktor V Leiden hos gravida med minst två riskfaktorer kan en liten grupp hittas som skulle ha fördel av trombosprofylax post partum.

Bosse Jacobsson redogjorde härefter för den så kallade cytokinstudien i Göteborg. Tidigare studier har visat en association mellan intrauterin infektion, vissa proinflammatoriska cytokiner, vissa kemokiner och prematurbörd. I denna studie inkluderades patienter med graviditetslängd 22+0 till 33+6 som hade \geq två kontraktioner på 10 minuter och cervixpåverkan (< 30 mm). Exclusionskriterier var chorioamnionit, uterusmissbildning och/eller

kromosomavvikelse. Amniocentes utfördes inom 12 timmar och odling för urea-plasma, mycoplasma och allmän odling, aerob och anaerob togs. Dessutom analyserades interleukin (IL) -6, -8 och -18 i amnion med ELISA. IL -6, IL -8 och IL -18 var associerade med intrauterin infektion och kort latenstid till förlossningen. Dessutom förelåg högre nivåer av IL -6, IL -8 och IL -18 om patienten förlöstes före 34 veckor.

Är kvinnlig omskärelse/könsstympning orsak till den högre perinatale dödligheten som man finner hos kvinnor som invandrat från Afrikas horn? Nej! Birgitta Esséns studie avseende förstföderskor visar att dessa kvinnor födde signifikant fortare än icke omskurna kvinnor (34 respektive 53 minuters utdrivningstid). Birgitta framförde sitt föredrag på ett strålande och charmant sätt som vanligt. Fast hon var faktiskt lite torr i munnen innan (nervös) och åt upp halva mitt Läkerolpaket. Varsågod Birgitta!

Härefter redovisades STAN-studien av Isis Amér-Wåhlin. I studien inkluderades 4966 kvinnor med fullgången graviditet (\geq vecka 36+0) med singelgraviditet och huvudbudning. Hälften övervakades med CTG enbart och hälften övervakades med CTG + STAN. Man fann en 53%-ig minskning av antalet barn födda med metabol acidosis (artär pH < 7,05 och basunderskott > 12) och en 17%-ig minskning av antalet operativa ingrepp i STAN-gruppen. Efter genomgång där endast de fall man följt studieprotokollet inkluderades (n=4392) blev skillnaden ännu större. Tyvärr är STAN ännu inte infört på prematurer, enligt Isis är ingen studie hittills planerad för detta. (För den oinvidige kan jag berätta att det bl a bedrivs CTG-STAN-studier på prematura får-foster...)

Michael Algovik från Västervik/Huddinge redogjorde för genetiskt inflytande vid dystoci efter att ha analyserat 2 539 534 (!) förlossningar. Utifrån diagnosnummer beräknades förekomst av dystoci vara 7,5%. Tvilling-, hel- och halvsyskon samt mor och dotterpar identifierades. Man fann en genetisk bakgrund till dystoci hos 28% där monozygota tvillingar hade störst konkordans.

Första och enda föredraget på engelska hölls av Hui Li, kinesisk gästforskare i Malmö, då hon berättade om sin studie där man gjorde dopplerflöde och OST (oxytocinstresstest) på 73 gravida kvinnor vid misstanke på IUGR. Vid positivt OST utfördes kejsarsnitt. Osäkerhet råder vad det gäller förlossningssätt vid IUGR komplicerat med blodflödesförändringar. Slutsatsen var att genom att utföra OST vid misstänkt IUGR och blodflödesförändringar utan annan komplikation kunde man i 63% expektera och/eller planera för vaginal förlossning. Endast 2/19 förlöstes sedan operativt p g a hotande fosterasfyxi.

Sista kvinnan på podiet var Helle Kieler från Uppsala, med frågeställningen om fostrets hjärna påverkas av ultraljud. Studien som var en prospektiv kohortstudie inkluderade 180 000 män födda i Sverige 1973 till 1978. Man jämförde andelen vänsterhäntha bland ultraljudsexponerade och icke exponerade. Under denna tid utfördes ultraljud på 90% av de gravida i Malmö. Som ultraljudsexponerade räknades 7000 män födda på Malmö Allmänna Sjukhus. Dessa jämfördes med 173 000 män som inte exponerats för ultraljud dvs födda på andra sjukhus i Sverige under samma tid. Höger- och vänsterhänthet inhämtades från Värnpliktsverkets register. Efter att man infört två ultraljudsundersökningar i Malmö 1976 fann man att andelen vänsterhäntha var högre bland ultraljudsexponerade än bland icke exponerade. Härmed drog man slutsatsen att ultraljud påverkar fosterhjärnan. Denna slutsats väckte debatt. Man menade bland annat att statistiska samband ej är lika med kausala samband. Att man inte infört ultraljud på andra sjukhus i Sverige innebär inte nödvändigtvis att dessa inte blivit utsatta för ultraljudsvågor.

Efter detta vandrar jag iväg till ett symposium med rubriken "Orsakar dålig arbetsmiljö för tidig död för anestesiologer?" Just som jag kom in började dr Maria Kock, anestesiologer från Göteborg, tala och berättade bland annat om hur ett arbetspass för en anestesiologer kunde se ut. I detta ingick bland annat att man fick söva patienter man aldrig sett förut, ta ansvar för andras ordinationer som man kanske inte själv skulle ordinerat, dålig patient-

kontinuitet m m. Skrämmande men verklighetstroget. Härefter diskuterades orsaker till varför anesthesiologer dör i förtid. Eftersom det för en tid sedan stod att läsa i flera tidningar bl a i Dagens Medicin att även vi gynekologer i genomsnitt dör tidigare än läkare i många andra specialiteter berör detta naturligtvis även oss. Man diskuterade utifrån en epidemiologisk studie att narkosläkare har en signifikant ökad dödlighet jämfört med läkarkåren som helhet. Vad man tog upp var bland annat hur pass säkerställda är de funna riskökningarna, är arbetsmiljön en orsak, personlighetstyp eller livsstil? Olika dödsorsaker presenterades. Det är naturligtvis viktigt att tala om vår arbetsmiljö om denna påverkar oss negativt och leder till ökad stress, sjukskrivning och mortalitet. I denna sena stund på eftermiddagen måste jag dock erkänna att jag bestämde mig för att lämna läkarstämman för den här dagen. Jag kände mig helt enkelt inte mottaglig för att höra mer om utbrändhet och liknande. I stället åkte jag hem till en av mina gamla gymnasievänner, som inte är läkare, och blev bjuden på god mat och mycket vin. Carpe Diem.

Fördelen med Riksstämman är att man har möjlighet att vidga vyerna och lyssna på andra specialiteters symposium och föredrag. Ena hälften av oss ägnade en förmiddag att lyssna på socialmedicinarnas symposium om migration och hälsa. På Karolinska Institutet har man startat ett omfattande projekt om incidensen av hjärt- och kärlsjukdomar i ett etniskt perspektiv. Preliminära siffror visar att samtliga utlandsfödda kvinnor, med undantag av kvinnor från Latinamerika, hade en ökad relativ risk för förtidig död i hjärt- och kärlsjukdomar. Epidemiologen och barnläkaren Anders Hjern, har tittat på riskfaktorer för ohälsa hos barn och ungdomar i familjer med utländskt ursprung. Beträffande faktorer såsom missbruk och suicid, så följer barnen föräldrarnas mönster och har t o m en relativ ökad risk jämfört med sina föräldrar. Sammanfattningsvis visade det sig att etnisk bakgrund, social position och avsaknad av svensk folkhälsofostran hos barnens föräldrar vara viktiga determinanter för ohälsa hos barn och ungdomar boende i Sverige men med utländskt ursprung. Det är speciellt intres-

sant gällande folhälsofostran där t ex sex och samlevnad och abortförbyggande verksamhet har beröringspunkter med vår specialitet.

Riksstämman hade i år två teman där det ena var "läkarnas arbetsmiljö" och det andra var cancer. Efter rekommendation från flera kollegor satte jag mig på torsdagslunchen längst bak för att se på vetenskapsteater som berörde concertemat. Jag visste inte riktigt vad vetenskapsteater var men det kan beskrivas som en blandning mellan teater och populärvetenskapligt föredrag. Det var Borås Stadsteater som presenterade "Dr Vag, docent Dryg och professor M. Pati" (det tog mig ganska lång tid innan jag förstod vem (vad!) M. Pati var men efter att ha sett föreställningen har jag lärt mig det!). Medverkande var Carl-Magnus Stolt och skådespelare från Borås Stadsteater. Carl-Magnus Stolt är chefläkare vid Södra Älvsborgs sjukhus och professor i humanistisk medicin vid Karolinska institutet. På ett skickligt, engagerande och tragikomiskt sätt presenterades pjäsen. Flera frågor ställdes: Vad är empati? Vad är tröst? Ska man säga hela sanningen till patienten? Dessutom diskuterades sjukdom som syndastraff. Man påminde om vad Hippokrates har sagt om en läkares uppgift, att vi sällan kan bota, ofta lindra men att vi alltid kan trösta. Sammanfattningsvis: Se den!!!

Man får inte bara nya idéer av att lyssna på Riksstämmans föredrag. Även efteråt kan socialt samkväm ge uppslag för hur vi kan utveckla vår specialitet eller bygga nya nätverk och kontaktgrupper där det behövs. Vi var några som satt och "spånade" över behovet av ett nätverk för disputerade kolleger som ännu inte hade uppnått självständig docentkompetens. Kan en kontaktgrupp vara ett bra stöd när det gäller att upprätthålla den energi och lust att fortsätta forsknings- och utvecklingsarbete som "post doc"? Om Du läser de sista ovanstående raderna och tycker att det skulle vara intressant att utveckla kontakterna vidare inom denna grupp, kan Du kontakta Inger Sundström-Poromaa i Umeå eller Pelle Lindqvist, Kvinnokliniken i Malmö. Kanske kan vi intresserade träffas i samband med SFOGs årsmöte i Växjö nästa år? ■

Vinnande bidrag vid 2001 års läkarstämma

Bästa föredrag

Fosterövervakning under förlossningen: en randomiserad kontrollerad multicenterstudie avseende CTG och ST-analys av foster-EKG

Isis Amer-Wählin¹, Charlotte Hellsten², Håkan Norén³, Henrik Hagberg³, Andreas Herbst¹, Ingemar Kjellmer³, Håkan Lilja³, Claes Lindoff¹, Majvi Månsson¹, Laila Mårtensson², Per Olofsson², Anna-Karin Sundström³, Karel Marsál¹.

¹ Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset i Lund

² Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

³ Kvinnokliniken, Sahlgrenska, Göteborg.

Elektronisk övervakning av fostrets hjärtfrekvens under förlossning (kardiotokografi, CTG) ger ganska ofta svårtolkade och ospecifika resultat. Tidigare djurexperimentella och kliniska studier har visat att analys av ST-vågformen i fostrets EKG tillhandahåller information om fostrets svar på hypoxi. En ny fosterövervakningsmetod, som kombinerar CTG och automatisk analys av fostrets EKG (STAN®, Neoventa Medical, Göteborg), utvärderades i en randomiserad studie vid universitetssjukhusen i Lund, Malmö och Göteborg. 4966 kvinnor med fullgången graviditet och foster i huvudbjudning inkluderades i studien när beslut om användning av skalpelektrod för fosterövervakning fattats. De gravida randomiserades antingen till övervakning med CTG enbart eller

med CTG+ST analys. Det förelåg ingen skillnad i bakgrundsfaktorer mellan grupperna.

Analys av resultaten enligt intention-to-treat principen visade i CTG+ST-gruppen en 53% minskning av antalet barn födda med metabol acidosis (artär-pH <7,05 och basunderskott BDecf >12 mmol/l) (relativ risk RR 0,47; 95% konfidensintervall CI 0,25-0,86) och en 17% minskning av antalet operativa förlossningar (RR 0,83; 95% CI 0,69-0,99). Ingen ökning av antalet operativa ingrepp på grund av andra indikationer såsom värksvaghet inträffade. Skillnaderna mellan grupperna var ännu mera uttalade när endast de fall i vilka man följde studieprotokollet (n=4392) inkluderades: förekomsten av metabol acidosis i CTG+ST-gruppen minskade med 60% och av operativa förlossningar med 24%. Kejsarsnittet pga hotande fosterasfyxi minskade med 34%, antalet kejsarsnitt på annan indikation förblev oförändrat.

Studien, som är den hittills största randomiserade studien avseende elektronisk fosterövervakning under förlossning, har visat att övervakning med CTG kombinerat med ST-analys av foster-EKG signifikant förbättrar diagnostiken av intrauterin hypoxi. Användning av STAN-övervakning leder till minskning av antalet nyfödda med metabol acidosis och samtidig minskning av antalet operativa interventioner.

STAN metoden kommer förmodligen att innebära att vi i framtiden har bättre

möjlighet att identifiera de foster som behöver förlösas med operativ hjälp samtidigt som vi kan undvika onödiga operativa förlossningar.

Bästa poster

Immunsvaret i cervix, vagina och serum efter vaginal och nasal vaccinering

Anna Rudin¹, Jan Holmgren¹, Marianne Jertborn¹, Eva-Liz Johansson¹, Lotta Wassén².

¹ Inst f Medicinsk Mikrobiologi och Immunologi, Göteborgs Universitet

² Kvinnors och Barns Hälsa, Göteborgs Universitet

Bakgrund: För optimalt skydd mot sexuellt överförbara sjukdomar bör det specifika immunologiska svaret finnas framför allt lokalt i slemhinnorna i genitalia men även systemiskt. Ett sådant immunsvaret erhålls säkrast genom vaccinering på slemhinnor men det är oklart på vilka slemhinnor vaccinet bör ges och vid vilken tidpunkt i relation till menstruationscykeln. **Metod:** Tjugoen kvinnor vaccinerades två gånger med 14 dagars mellanrum antingen nasalt eller vaginalt med modellvaccinet kolera toxin B-subenhet och nivåerna av vaccinspecifika antikroppar mättes i cervixsekret, vaginal-sekret och serum med ELISA-teknik. För att undersöka om tidpunkten för vaginal vaccination har betydelse gav vi det vaginala vaccinet antingen oberoende av menstruationscykeln eller på dag 10 och dag 24 i cykeln.

Resultat: Vaginal vaccinering var överlägsnen nasal vaccinering för att uppnå antikroppssvar i cervixsekret. För att erhålla antikroppssvar i cervix krävdes att den vaginala vaccinationen cykel-relaterades och de specifika IgA-titrarna ökade då 58-faldigt. Nasal vaccinering var överlägsen vaginal vaccinering för att uppnå antikroppssvar i vagina då nasal vaccinering gav 35-faldig ökning av IgA medan vaginal vaccinering endast gav 5-faldig ökning av IgA. Vaginal och nasal vaccinering kunde båda ge ökning av specifikt IgA och IgG i serum vilka ökade maximalt 14-faldigt.

Sammanfattning: Ett optimalt skydd mot infektioner i genitalia kräver sannolikt immunsvaret i både cervix och vagina. För att erhålla specifika antikroppssvar i både cervixsekret och vaginal-sekret bör man kombinera vaginal och nasal vaccinering. Den vaginala vaccinationen bör dessutom cykelrelateras för att ge signifikanta antikroppssvar. Denna kunskap ger oss vägledning till hur nya vacciner mot genitala infektioner bör administreras för att ge upphov till immunsvaret.

Bästa föredrag - Hedersomnämning

Sensitisering av nociceptorer – orsak till långdragen smärta och ökat blodflöde i vulvaslemhinnan hos kvinnor med vestibulit

Nina Bohm-Starke¹, Gunilla Brodda-Jansen², Christian Falconer¹, Marita Hilliges³, Eva Rylander¹, Erik Torebjörk⁴

¹ Karolinska Institutet Danderyds sjukhus, enheten för obstetrik och gynekologi

² Enheten för rehabiliteringsmedicin Karolinska sjukhuset

³ Enheten för preklinisk oral vetenskap, Karolinska Institutet

⁴ Klinisk Neurofysiologi, Uppsala Akademiska sjukhus

Bakgrund: Vestibulit är ett långvarigt tillstånd av ytlig dyspareuni hos unga kvinnor. De kliniska fynden är beröringssmärta samt erytem, främst i det bakre omfånget av slidöppningen och vestibulum. För att studera möjliga orsaker till smärtan och rodnaden undersöktes somatosensoriska funktioner samt det ytliga blodflödet i vestibulumslemhinnan hos kvinnor med vestibulit och hos friska kvinnor.

Metod: Quantitative sensory testing (QST), inkluderande smärtrösklar för mekanisk och termisk stimulering samt perception för värme och kyla (war/cold difference limen, WCL), utfördes på 22 kvinnor med vestibulit och 20 friska kontroller. Laser Doppler perfusion imaging (LDPI) användes för att kartlägga det ytliga blodflödet i slemhinnan hos både patienter och kontroller.

Resultat: Patienterna uppvisade allodyni för mekanisk stimulering med von Frey hår, $14,3 \pm 31,1$ mN, i området runt Bartolinikörtelns utförsång jämfört med $158 \pm 33,5$ mN hos friska kvinnor, $p < 0,0001$. Smärtröskeln för värme var $38,6 \pm 0,6^\circ\text{C}$ hos patienterna och $43,8 \pm 0,8^\circ\text{C}$, $p < 0,0001$, hos kontrollerna. Tröskelvärde för köldutlöst smärta var $21,6^\circ\text{C}$ för patienter medan nedkyllning till 6°C som regel inte gav upphov till smärta hos friska kontroller. WCL var $4,9 \pm 0,5^\circ\text{C}$ hos patienterna jämfört med $9,6 \pm 1,5^\circ\text{C}$, $p < 0,01$, för kontrollerna. LDPI visade signifikant ökat blodflöde i den bakre delen av vestibulumslemhinnan hos patienter jämfört med kontroller, $p = 0,003$.

Sammanfattning: Resultaten bekräftar hypotesen att kvinnor med vestibulit har en ökad innervation och/eller sensitisering av termoreceptorer och nociceptorer i vestibulumslemhinnan. Sensitiserade C-fibrer kan också orsaka lokal vasodilatation med ökat blodflöde som i sin tur delvis kan förklara erytemet i slemhinnan hos kvinnor med vestibulit.

Hedersomnämning - Poster Laparoskopisk radikal vaginal trachelektomi - fertilitetsbevarande kirurgi vid livmoderhalscancer

Christian Ottosen, Kvinnokliniken Universitetssjukhuset i Lund och Helsingborgs Lasarett AB

Bakgrund: Invasiv cervixcancer behandlas med radikal kirurgi eller strålbehandling vilket medför förlust av kvinnans fertilitet. Mindre invasiva metoder vinner framgång i behandlingen av andra tumörformer. Återigen drabbas 25-40 kvinnor under 30 års ålder av cervixcancer. Medelåldern för svenska kvinnor att föda sitt första barn är ökande mot 30 år. En funktionsbevarande kirurgisk metod med god internationell erfarenhet finns nu för att behandla tidiga tumörer med likvärdigt onkologiskt och relativt gott obstetriskt resultat.

Metod: Ingreppet omfattar först en laparoskopisk, pelvin lymfadektomi. Sedan extirperas via vagina översta delen av vagina med större delen av cervix och paracervikal vävnad. Ett permanent cerclage läggs på kvarvarande cervix och vagina sys tillbaka över. De olika stegen illustreras med en kort video.

Resultat: Tre patienter med cervixcancer stadium 1A2 och 1B1 med önskemål om bevarande av fertiliteten har opererats. I genomsnitt var operationstiden 200 minuter, blödningen 375 ml och antal lymfkörtlar 33 vilket motsvarar vad som har rapporterats i litteraturen. En patient har genomfört graviditet och fött barn med kejsarsnitt.

Sammanfattning: Cervixcancer med krav på radikal kirurgi drabbar ett antal unga kvinnor, som önskar bevara fertiliteten. Kirurgisk metod som uppfyller såväl onkologiska som obstetriska mål finns nu tillgänglig i Sverige. ■

MEDLEMSREGISTRET!

Nu handhas medlemsregistret av SFOGs kansli (se ordförandebrevet sid 1).
Adressändringar meddelas: SFOG-kansliet, Box 738, 101 35 Stockholm
Tel: 08-440 01 75 Fax: 08-22-23 30 E-post: ml.schyberg@sfog.se

Föreningens ekonomi

Ekonomi i Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi är god men, vi balanserar årligen på gränsen vad gäller intäkter och utgifter!

Vi, i SFOGs styrelse, har tyckt det viktigt att verksamheten ska gå runt ekonomiskt samtidigt som vi har velat avsätta ett mindre kapital i reserv – för framtida förändringar och händelser som vi idag inte vet om eller kan styra. Vi vill under ett löpande år helst inte tära på vårt sparade kapital.

Idag har föreningen sina främsta intäkter genom medlemsavgifterna, genom försäljningen av ARG-rapporterna samt från företagets annonsering i vårt Medlemsblad. Men, utgiftsposterna är många och

Jan Rydnert, skattmästare
jan.rydnert@lthalland.se

vissa av dessa har haft årliga prisökningar. Dessutom har vi ju ett 100-årsjubileum att se fram emot!

Vår sparade reserv förvaltas av Enskilda Bankens kapitalförvaltning där avsikten är ett långsiktigt, icke spekulativt sparande i aktier, fonder och räntebärande papper.

Jag tycker att Du som medlem får ut fantastiskt mycket av föreningen i form av kunskapsåterföring – kurser och andra utbildningar – men också genom kamrat-

lig gemenskap i anslutning till olika arrangemang.

Jag tycker att varje medlemskap är värdefullt - inte bara genom medlemsavgiften - och jag vill därför passa på tillfället att hälsa dig, som tidigare avstått från medlemskap i Sveriges Läkarförbund, välkommen som medlem i SFOG! Vidare tycker jag att vår medlemsavgift, som varit oförändrad 600 kr sedan 1996, skulle kunna höjas något och därmed förstärka den ekonomiska trygghet jag hoppas vi alla anser föreningen ska ha inför kommande utmaningar!

Vad tycker du som medlem? Tyck gärna till!



Specialistexamen – är det något att ha?

Jag har vid flera tillfällen framfört, att vi har alldeles för lite debatt i vårt medlemsblad. Med en dåres envishet försöker jag ännu en gång med ett nytt ämne, som jag vet att många haft synpunkter på.

Skall specialistexamen vara obligatorisk?

Idag är examinationen frivillig. Vid SFOGs medlemsmöten utdelas diplom till de frivilligt examinerade. Det är pinsamt att konstatera att det aldrig är mer än några få som premieras trots det stora arbete som läggs ner på examinationen i form av skriftliga och muntliga förhör med tillresande, professionella examinatoreer från vår egen specialitet.

Att specialistexamen skall vara obligatorisk får kritik från bl a SYLF (Sveriges yngre läkares förening), som anser att det finns en övertro på prov och att dessa mäter fel saker. Även OGU (obstetriker och gynekologer under utbildning) har ställt sig tveksam och hävdar att examination är onödig ifall de utbildande klinikererna satsar på både en god teoretisk och praktisk ST-utbildning.

Idag är det chefsöverläkaren som beslutar om specialistkompetens. Hennes/hans uppgifter är idag så belastande att man kan ifrågasätta möjligheten att i detalj känna till ST-läkarens färdigheter även om handledare är utsedd.

Vid mitt universitet i Lund har ledningen för den Medicinska fakulteten hos

Nils-Otto Sjöberg

nils-otto.sjoberg@obst.mas.lu.se

Socialstyrelsen efterlyst en obligatorisk specialistexamen, där man på ett mer objektivt sätt testar den blivande specialistläkarens kunskaper, färdigheter och professionella förhållningssätt.

Det dröjer säkert inte länge förrän en specialistexamen blir ett absolut krav inom EU. Vem vill missa chansen till möjlighet att arbeta i ett annat europeiskt land?

Viktigt är, att vi i Sverige själva förstår värdet av obligatorisk examen, så att vi förekommer och slipper inblandning av internationella myndigheter.

Samhället förväntar sig att vi i Sverige gör allt för att garantera att våra specialistläkare verkligen har den kompetens som krävs och dessutom kan fungera på expertnivå, dvs att kreativt och med nytt lärande kunna möta oväntade situationer och kunna lösa helt nya uppgifter. Utbildningen och examinationen skall ske mot tydliga mål och inte bara utformas av SFOG utan tillsammans med ST-läkare. Genom att göra ST-läkarna delaktiga får man dem att acceptera att det är mot just de uppsatta målen som de skall examineras.

Är examinationen för svår idag bör kraven sänkas. Examinationen får inte avskräcka utan vara en kvalitetsstämpel på den examinerade läkaren. Observera att examinationen inte bara skall testa den enskilde läkaren utan även den utbildande kliniken och dess chefsöverläkare. En obligatorisk examination blir på detta sätt en effektiv kvalitetskontroll även av den utbildande kliniken. Detta kan bli ett utomordentligt komplement till de kontinuerligt återkommande SPUR-inspektionerna. Specialistexamen skall dessutom, inom vår specialitet, uppfattas som en tung merit vid tjänstetillsättning och att chefsöverläkarna premierar berörda läkare med en påtaglig löneförhöjning (troligen i euro).

Dessutom måste chefsöverläkarna ge de hårt schemabundna ST-läkarna rimlig avsatt tid (ex två veckors betald tid) för att läsa och studera exempelvis läroböcker och ARG-rapporter inför examinationen. Detta ger en trygghet i förberedelserna och ytterligare ökad kunskap.

Glöm inte att kunskap är makt och är snart det enda som inte kan berövas en människa. ■

Information från prioriteringsgruppen inom SFOG

SFOG fick hösten 2000 förfrågan från Svenska Läkaresällskapet om vi ville vara en av fyra sektioner som kunde arbeta med att utforma ett underlag för öppna horisontella prioriteringar. En kortfattad beskrivning av uppdraget finns i Medlemsbladet nr 2 2001.

Uppdragets art Att inom specialiteten ta fram en metod för öppna vertikala prioriteringar samt att ge exempel på hur en sådan lista kan se ut. Alla delar av specialitetens verksamheter skall ingå.

Prioriteringsgrund skall vara nytta/hälsovinst relaterat till kostnad/tillgängliga resurser.

Syfte Arbetsgruppen representerar SFOG:s medlemmar. Det måste anses som väsentligt att professionen deltar aktivt i prioriteringsarbetet och aktivt tar ställning till prioriteringar i vår dagliga verksamhet.

Mål Att klassificera de vanligaste symtomen/diagnoserna inom vår verksamhet efter en 10-gradig skala beroende av svårighetsgrad. Denna klassifikation skulle sedan kunna vara ett prioriteringsunderlag för öppna horisontella prioriteringar mellan specialiteter.

Gruppen (se nedan) har haft tre möten vilka präglats av livlig diskussion samt en känsla av ödmjukhet inför uppdragets omfattning och svårighetsgrad.

Efter det första mötet och ett försök att sätta struktur på uppgiften har vi kommit fram till följande:

Patienten har ett behov av sjukvårdskontakt som bör tillfredställas.

För att sortera används Prioriteringskommitténs riktlinjer.

Dessa är baserade på tidigare redovisade etiska principer och är exemplifierade i breda prioriteringsgrupper, se nedan.

Margareta Hammarström

margareta.hammarstrom@octavia.ptj.se

Prioriteringsgrupp I

- ◇ Vård av livshotande akuta sjukdomar
- ◇ Vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död
- ◇ Vård av svåra kroniska sjukdomar
- ◇ Palliativ vård och vård i livets slutskede
- ◇ Vård av människor med nedsatt autonomi

Prioriteringsgrupp II

- ◇ Prevention
- ◇ Rehabilitering/Rehabilitering

Prioriteringsgrupp III

- ◇ Vård av mindre svåra akuta kroniska sjukdomar

Prioriteringsgrupp IV

- ◇ Vård av andra skäl än sjukdom eller skada

Inom gynekologi tillkommer de lagstadgade åtgärderna såsom abortrådgivning och ev ingrepp samt STD spårning.

Utifrån denna sällning tänkte vi oss sedan att skatta sjukdomens/symtomets svårighetsgrad

1. Kraftiga besvär
2. Besvär/obehag
3. Lätta besvär-komfortpåverkan
- (0. anatomisk avvikelse - icke besvär kan ev. tilläggas.)

Vi har gjort en matris för en diagnos' svårighetsgrader och åtgärd-nytta-risk-kostnad på följande vis:

Svårighetsgrad	1	2	3
Åtgärd			
Nytta			
Risk			
Kostnad			

För att komma vidare i vårt modellbygge har vi enats om att **kostnaden** ej preciseras mer än grovt (mycket dyr, dyr, måttlig, ringa till ingen kostnad). Vid mer exakt kostnadsredovisning krävs hjälp av en hälsoekonom.

Nyttan kan beskrivas enligt en grov indelning i god, måttligt god, ringa eller ingen. Därutöver anges hur säkert underlaget för denna bedömning är genom angivande av "levels of evidence" i en skala 1-4, enligt de kriterier som nu tillämpas av SBU, Socialstyrelsen och Läkemedelsverket:

1. Starkt vetenskapligt underlag:

Minst två studier med högt bevisvärde eller god systematisk översikt

2. Måttligt starkt vetenskapligt värde:

En studie med högt bevisvärde plus minst två med medelhögt bevisvärde

3. Begränsat vetenskapligt underlag:

Minst två studier med medelhögt bevisvärde

4. Otillräckligt vetenskapligt underlag

Vårt resonemang har redovisats dels på Svenska Läkaresällskapets prioriteringsmöte den 18 september, för SFOGs styrelse den 21 september samt på Riksstämman. Ytterligare diskussion kring arbetet med prioriteringar inom vårt ämnesområde kommer att ske dels vid Riks-ARG 25/4 dels vid SFOGs årsmöte i Växjö 2002.

Prioriteringsgruppen består av:

Göran Berg Högskolelektor, Överläkare vid kvinnokliniken i Linköping. Har tidigare varit Centrumchef på Barn/Kvinnocentrum. Är ansvarig för det medicinska programarbetet om Kvinnohälsa/kvinnosjukdomar som bedrivs inom Östergötlands Läns Landsting.

Kenneth Challis Överläkare på förlossningen på Sundsvalls Sjukhus, arbetat utomlands och har ett ulandsperspektiv på prioriteringar.

Margareta Hammarström vice ordf SFOG, gynekolog på Octaviakliniken.

Kerstin Nilsson Överläkare KK, Örebro, arbetar halvtid vid Centrum för evidensbaserad medicin och utvärdering av medicinska metoder i Örebro, SBU informatör, ordförande i Evidens-ARG i vars tillkomst hon varit aktiv.

Dag Prebenson OGU:s representant i gruppen, arbetar som avdelningsläkare vid NÄL, arbetar med obstetrik.

Inga Sjöberg VC vid KK Umeå. Arbetar med prioriteringar för ferilitetspatienter samt för operationsprioriteringar. Arbetar med projekt genombrott vid Umeå för att minska köer och öka tillgänglighet. ■

Till Anders Ericsons minne

Anders Ericson avled efter en kort tids sjukdom den 30 juni 2001. Han blev 64 år gammal.

Eftersom Anders Ericson gjort vår specialitet och dess medlemmar ovärderliga tjänster under nästan 35 år vill vi påminna om hans livsinsats i Medlemsbladet. Han var aktivt involverad i samtliga hälsodataregister vid Socialstyrelsen, från 1992 som chef för registren vid Epidemiologiskt Centrum.

Cancerregistret är äldst och har under årens lopp bidragit med viktiga kunskaper om cancer och dess orsaker. Mycket snart efter neurosedykatastrofen startade Missbildningsregistret och det har sedan dess fungerat som en alarmklocka för att nya missbildningsrisker i tid ska kunna upptäckas. När larmet gått har det varit trygghet att veta att det fanns expertis som garanterade att datamaterialet hantearades på ett sakkunnigt sätt.

Anders tog 1996 initiativet till en pilotstudie för att ta reda på om en samkörning mellan ett lokalt IVF-register och MFM skulle kunna leda till värdefulla upplysningar rörande förlossningsutfallet efter IVF-behandlingar i Sverige. En av de bärande idéerna var att MFM's totala material därigenom skulle kunna utnyttjas som kontroller. Det visade sig också att detta gick utmärkt bra att genomföra.

Bo Lindberg, Uppsala

Ian Milsom, Göteborg

KG Nygren, Stockholm

När senare SFOG och Svenska Barnläkareföreningen gemensamt och tillsammans med Socialstyrelsen bestämde sig för en rikstäckande genomgång av alla födda IVF-barn i landet kunde Anders modell sättas i verket. I den trepartskommitté som har genomfört IVF-undersökningen var Anders idégivaren och kanske också den viktigaste kuggen av alla. Som den utomordentligt skicklige registerchef han var så kunde vi sammanställa information rörande IVF-barnen från inte bara MFM utan också Cancerregistret, Sjukvårskonsumtionsregistret, Missbildningsregistret, Synskaderegistret med kompletteringar också från Statistiska Centralbyråns register.

Hans stora kontaktnät och ovedersägliga professionalism gjorde att dörrar öppnades som annars kanske skulle ha förblivit stängda. Resultatet blev att vi kunde genomföra den största och mest högkvalitativa genomgången av IVF-barn som gjorts i världen. Arbetet avsatte så småningom fem publikationer på svenska och för svensk publik dessutom en samman-

fattande kapp för Läkartidningen och två vetenskapliga originalartiklar i The Lancet.

För hela arbetets del och speciellt kanske ur SFOGs synpunkt har Anders insatser här varit fullständigt ovärderliga och också unika. Vårt samarbete hade alla de kvaliteter som ett gott samarbete skall ha: Högsta professionalitet, effektivitet i en anda av förståelse, tålmod och gränslös vänlighet.

Det som SFOGs medlemmar kanske känner bäst är det medicinska födelseregistret. Data ur födelseregistret har använts i många doktorsavhandlingar och andra vetenskapliga arbeten. Anders var själv särskilt intresserad av om man kunde påvisa effekter av sociala faktorer på förlossningsutfallet.

Hans publikationslista omfattar över 60 arbeten, publicerade i välrenommerade tidskrifter. Även om hans egna arbeten mer än väl skulle ha räckt till flera doktorsavhandlingar, kände han inget behov av att göra en egen akademisk karriär. Anders var en försynt person som inte ville stå i centrum, men han var alltid beredd att dela med sig av sin stora kunskap. Det är inte allom givet att under drygt tre decenniers arbete på viktiga poster behålla en anspråkslös generositet och hjälpsamhet och därigenom bli omtyckt och respekterad i alla kretsar. Anders lyckades med detta.

Vi har alla tre liksom många andra haft förmånen att dra nytta av Anders kunskaper och hjälpsamhet och saknar honom mycket för den skull. Men mest saknar vi en enastående fin människa. ■

Sammanfattning av workshops vid SFOGs årsmöte 010831

Vid SFOGs årsmöte i Linköping skiftet augusti-september hade arrangörerna, dvs kollegorna vid KK i Linköping föreslagit att vi skulle ordna en rad parallella ”verkstäder” i stället för ett antal plenarföreläsningar. Vi hade förvisso två plenarföredrag; ett underhållande och spännande av professor Sverre Sjölander torsdag eftermiddag om ”Manligt-kvinnligt” och ett mycket engagerande föredrag fredag morgon av fil dr Claes Örtendahl; ”Fattigdom och reproduktion – hur ser vårdens ansvar ut idag och om 10 år?”.

Parallella workshops arrangerades alltså under fredagseftermiddagen i två block om vardera fem workshops. Att ämnesvalet speglade en god bredd illustreras av att alla workshops besöktes av ungefär lika många personer och att utställningslokalerna under workshoptiden var absolut folktom – alla var ”på bettet” och deltog engagerat i olika lokaler.

Under lördag förmiddagen sammanfattades varje workshop in plenum. För att ge en lite fylligare sammanfattning har alla moderatorer erbjudits skriva en sammanfattning av sin workshop och dessa följer nedan. Vi hoppas att Ni haft glädje av detta upplägg och de sammanfattningar som finns nedan, och som Ni ser uppmanar många av dessa workshops till stor aktivitet från SFOG, AR-grupperna och oss själva.

Bästa hälsningar

Svante Kjellberg
Verksamhetschef
KK Linköping

Mats Hammar
Professor
KK, Linköping

Workshop 1. Fattigdom, reproduktion, överlevnad – framtid. Vad kan en gynekolog i Sverige göra?

Claes Örtendahl, fil.dr., doktorand
ICCHAR, KI, Stockholm
Staffan Bergström, professor
ICCHAR, KI, Stockholm
Barbro Wijma, professor
Hälsouniversitetet, Linköping
Moderator: *Barbro Wijma*

De frågor om framtidens gynekologroll, vilka Claes Örtendahl ställde i sin plenarföreläsning, stimulerade till en diskussion, som vi anser bör föras vidare i medlemsbladet:

Är den traditionella läkarrollen med ursprung i 1600-talet en relevant modell för framtiden? Fyra frågor bör ställas om gynekologens framtida roll:

- Skall rollen ha en nationell eller global avgränsning?
- Skall det vara en kommersiell eller behovsorienterad roll?
- Hur skall balansen utformas mellan enskild patientvård och public health uppgifter?
- Hur skall gynekologens roll avgränsas mot andra personalkategoriernas?

Om vi accepterar globaliseringens inträde även inom vårt skrå behöver vi ta ställning till: Vilka långsiktiga utbildningsbehov finns idag för att vi skall kunna hjälpa till att lösa globala uppgifter? Vad skall en gynekolog syssla med och vad kan andra medarbetare lösa? Skall framtidens gynekolog mer vara ledare för ett arbetslag än patientbehandlande doktor? Om kommersialiseringen av rollen tillåts breda ut

sig kommer marknads behov att styra resursflöden, vilket rimmar dåligt med ett globalt perspektiv på yrkesrollen.

En debatt om dessa frågor önskar vi också gällande läkarrollen i stort, för t ex i Läkartidningen och initierad av SFOGs styrelse.

Workshopet mynnade också ut i en rekommendation till styrelsen om internationellt samarbete och lobbying rörande dessa frågor i internationella specialistföreningar. Eller om sådana aktioner redan finns, en rapport om detta.

Ett annat önskemål till styrelsen var att verka för att ett globalt perspektiv förverkligas i alla läkarutbildningar, gärna kombinerat med möjlighet att göra mindre fältstudier på plats i ett utvecklingsland. Workshopet ansåg också att styrelsen skall initiera frågan om en obligatorisk SK-kurs i Obstetrik/gynekologi ur ett globalt perspektiv. SAMOUSA projektet är ett exempel på ett samarbetsprojekt på ST-nivå mellan KK, Huddinge och sjukhus i Sydafrika, Mocambique och Uganda.

Kanske Medlemsbladet kunde bidra till fokuseringen av dessa frågor genom att efterlysa korta rapporter om goda initiativ som finns?

En efterutbildningskurs i samma ämne är också av högsta prioritet, så att en eventuell förändringsvind även blåser högre upp på klinikerna.

Staffan Bergström eldade under diskussionen med fakta från t ex Mocambique. Där har man utbildat ”medical assistants” som efter kort manuell träning och utan egentlig medicinsk utbildning utför bl a akuta kejsarsnitt. Detta tycks gå alldeles utmärkt...

Staffan redovisade också det perspektivskifte som skett. På 1970-talet talade man om det stora hotet ”en befolkningsexplosion”, vilken måste stoppas med olika former av befolkningskontroll. Idag talar man om ”sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter” och ser kvinnors hälsa som mål för insatser gällande global reproduktion.

Barbro Wijma

Workshop 2. Får vi tacka Nej till infertilitetsbehandling/utredning? Vem bestämmer? Vem har ansvaret?

Svante Kjellberg, Gunilla Sydsjö

Kvinnokliniken Linköping

Kerstin Hertzberg jurist

Östergötlands läns landting

Lisbeth Pipping, Göteborg

I denna workshop diskuterade vi hur vi hanterar par som remitterats för behandling eller utredning av ofrivillig barnlöshet, men som vi befarar är olämpliga som föräldrar.

Trots att både assisterad befruktning och insemination är lagligt reglerade är det oklart om vi har möjlighet att neka behandling. Vem som har ansvaret för att paret inte är lämpliga att behandla är oklart (den som utreder paret, den som remitterar paret för behandling, den som behandlar eller paret själva?). Det finns också stor osäkerhet på vilka grunder parets lämplighet skall bedömas.

Gunilla Sydsjö har i en normalpopulation födande kvinnor funnit cirka 5% med psykosociala riskfaktorer (missbruk, långvarig arbetslöshet, psykisk sjukdom etc.). De barn som föddes i familjer med psykosociala riskfaktorer uppvisade i betydligt högre grad beteende- och utvecklingsstörningar än barn i familjer utan psykosociala riskfaktorer.

Bland par som remitterats till Linköping för utredning eller behandling av infertilitet fann vi att 10% hade samma psykosociala riskfaktorer. I de flesta fall framgick inte dessa riskfaktorer av remissen.

Även om de flesta barnlösa sannolikt är väl rustade för sin uppgift att bli föräldrar finns en minoritet som behöver en

mer ingående diskussion och bedömning innan utredning och behandling påbörjas. Om paret inte anses lämpliga att behandla bör de inte heller utredas.

Vi behöver en lag om assisterad befruktning som gör det klart om behandlade läkare har skyldighet att göra en psykosocialbedömning, under vilka omständigheter han bör avstå från behandling, hur patientens rättsäkerhet skall tillgodoses och i vilken utsträckning läkaren skall beakta de rättigheter till en god uppväxt ett eventuellt barn som blir resultat av en utredning och behandling har.

Mer detaljerade tillämpningsregler som kan ge stöd åt den enskilda läkaren i hans beslut behöver inte finnas i lagtext eller utarbetas av socialstyrelsen. En lämplig grupp för att utarbeta sådana regler är Inf-ARG.

Workshop 3. Könshormoner, bröstets vän och fiende!

Charlotta Dabrosin och Bo von Schoultz

Bröstcancer är västvärldens vanligaste cancerform bland kvinnor och incidensen stiger stadigt. Epidemiologiska studier har visat att ju längre tid kvinnan varit exponerad för könshormoner, både kroppsegna och utifrån givna, desto större är risken för bröstcancer. Mekanismerna bakom detta samband är idag fortfarande mycket lite kända. Vi saknar idag både kunskaper om hur östrogen/progesteron/gestagener påverkar normal bröstfysiologi och därmed cancerutveckling och hur dessa hormoner påverkar redan utvecklad bröstcancer.

Epidemiologiska studier har visat att det kan föreligga en skillnad i bröstcancer-risken mellan olika kombinationer av HRT. Ett tillägg med gestagen tycks öka risken jämfört med östrogen enbart. Olika studier tvistar om det är kontinuerlig eller ett intermitterant gestagentillägg som är mest fördelaktigt/ofördelaktigt. Det vi vet idag räcker inte för någon klinisk rekommendation.

För att cancer ska utvecklas i en vävnad krävs förändringar på flera olika nivåer. Det vi sammanfattar i initiering, promo-

tion och progression står för genetiska skador som ger defekt proliferation/apoptos vars styrmekanismer är starkt sammankopplade med fri radikalbildning och antioxidanter. Vidare behövs i bildade tumörer en kärnbildning, angiogenes, och för att spridning ska ske en proteasaktivitet. Sist men inte minst så måste immunsystemet vara påverkat så att det inte känner igen och eliminerar de skadade cellerna. Vi vet idag att könshormoner kan påverka alla dessa olika system men vi vet väldigt lite om den sammantagna effekten i bröstet. Under workshopen presenterades data om proliferation i bröstet som ökar i lutealfas. Vi visade också att antioxidantnivåerna i normal bröstvävnad in vivo såväl som in vitro kan påverkas av östrogen och progesteron.

I djurmodeller av bröstcancer är det visat att östrogen är en kraftig stimulerare av angiogenes och på det sättet stimulerar tillväxt av bröstcancer. Å andra sidan verkar det som om östrogen stimulerar immunsvaret vid genterapi med immunstimulerande molekyler och ökar deras kurativa effekt.

Slutligen presenterades mammografi-data där det tydligt visades att tillägg av gestagen vid HRT klart ökar tätheten i bröst och tätast blir de med kontinuerlig behandling. Tibolon ökar inte tätheten på samma sätt. Vi vet att täthet vid mammografi är en riskfaktor för bröstcancer men vi vet inte vilka biologiska förändringar i vävnaden som står för tätheten.

Sammanfattningsvis så vet vi idag alldeles för lite om både påverkan av östrogen/progesteron/gestagener på normalt bröst och på redan utvecklad bröstcancer.

Gynekologer har ett ansvar för att driva kunskapen inom detta område vidare och vi är också de som har möjlighet att ägna oss åt primär bröstcancerprevention genom att modifiera eller eliminera etablerade riskfaktorer. Vi hoppas att workshopen ökade kunskapsförståelsen så att fler gynekologer kommer att engagera sig i detta spännande och mycket viktiga forskningsfält som definitivt kommer att vara en del av vår specialitet i framtiden.

Workshop 4 . Akupunktur inom Obstetrik och Gynekologi

Christer Carlsson, Lund

Mats Hammar, Linköping

En enkät som besvarat av ungefär hälften av de som anmält sig i förväg visade att akupunktur används i stor utsträckning ute i verksamheten. Tillstånd där akupunktur ofta eller ibland användes vid fler än hälften av de kliniker som svarade var: förlossningssmärta, försenad lösning av placenta och hyperemesis gravidarum. Andra tillstånd där flera kliniker använder akupunktur var mjölkstockning, klimakteriebesvär, postoperativt illamående, vid ryggbesvär och i samband med ingrepp såsom spiralsättning eller endometriebiopsi.

Christer Carlsson redogjorde för de verkningsmekanismer som man i dag fr a diskuterar. "Gate teorin" innebär att man åstadkommer en smärtlindrande effekt kortvarigt just under behandlingen på de nivåer som stimuleras med akupunktur-nålarna. Lokala effekter på inre organ kan också påvisas på samma nivåer. Därutöver kommer afferenta signaler att kunna åstadkomma flera olika effekter på central nivå, såsom induktion av oxytocin och β -endorfin. Dessa centrala effekter kan förklara de långvariga effekter man kan se av akupunktur.

Genomgång av publicerade data visade att det vetenskapliga underlaget för många (de flesta) av de behandlingar vi idag använder inom vår specialitet saknar vetenskaplig grund. Egentligen finns bara vetenskapliga rapporter till stöd för behandling av förlossningssmärta, hyperemesis gravidarum och i någon mån övergångsbesvär. Däremot finns vetenskapligt visat att långvariga smärttillstånd utan relation till graviditet, exempelvis rygg-nackbesvär, epikondylit m m kan behandlas med akupunktur.

Inför framtiden kom vi fram till att det finns en stor potential för behandling av flera olika tillstånd inom obstetrik-gynekologi med akupunktur, men vi behöver studera effekterna vid dessa tillstånd på ett korrekt vetenskapligt sätt. Mats Hammar

(Mats.Hammar@lio.se) erbjöd sig att samla intresserade kliniker till ett nätverk för att möjliggöra multicenter studier och Christer Carlsson erbjöd sig kunna vara konsult i dessa studier.

Resultat av enkät inför årsmötet:

I vilken utsträckning använder Din klinik akupunktur i den kliniska verksamheten?

	Ja, ofta	Ja, ibland	Nej
Förlossning	6	12	1
Placentarettention	2	9	8
Hyperemesis	3	9	7
Mjölksstockning	2	6	11
Klimakteriebesvär	1	3	15
Ryggbesvär	2		17
Vid operation		2	17
Postop illamående		5	14
Spiralsättning		4	15
PCO			19
PMS			19

Övrigt: mot stram cx, haemorrojder, vulvodyni

Behandlingen ges oftast av: Barnmorska 15, sjukgymnast 4, läkare 1.

Workshop 5. Immunologiska förändringar som orsak till graviditetskomplikationer - tidiga och sena!

Göran Berg, Leif Matthiesen
KK, Linköping

De snabbt ökande kunskaperna om immunsystemet som vi erhållit tack vare ny laboratorietechnik kommer att ge oss nya redskap för diagnos och behandling av tidiga och sena graviditetskomplikationer. Redan i dag har kunskapen om de lokala signalsubstanserna - cytokiner – givit oss nya farmaka, vilka används inom andra områden. Ett exempel är TNF α -blockerare – Embrel – som med framgång används inom reumatologin, andra exempel är Interferon β som används vid Multipel Scleros.

Det just nu rådande paradigmet inom immunologin – uppdelningen av T-hjälparceller i två typer, en som stimulerar det humoral immunsvaret – Th2 – och en som stimulerar det cellulära immun-

svaret Th1 – hjälper oss att vidareutveckla tankar kring hur man skall minska avstötningensliknande reaktioner mot placenta såsom vid preeklampsi och grav tillväxthämning. Konceptet har också lett till intensiv forskning kring behandling av upprepade missfall och IVF-misslyckanden. Preliminära data från amerikanska studier talar för att användningen av immunaktiva substanser, t ex TNF α -blockerare, kan öka möjligheterna till lyckad IVF-behandling och sannolikt också minska risken för upprepade missfall.

Det är troligt – om än inte säkert – att vi inom en 10-års period har en lång rad nya immunaktiva behandlingsmöjligheter vid de graviditetskomplikationer vi i dag känner viss vanmakt inför. Med andra ord – den framtida gynekologen måste även vara något av en klinisk immunolog!

Workshop 6. Sex – framtiden - gynekologen

Hanne Risoer, allmänläkare, sexolog,
Köpenhamn

Lotti Helström, överläkare, KS, Stockholm

Barbro Wijma, professor

Hälsouniversitetet, Linköping

Karin Siwe, gynekolog, KK, Linköping

Maria Jansson, gynekolog, KK, Västervik

Moderator: Barbro Wijma

Följande ämnen introducerades:

Samhällsstruktur och sexroller: Hur påverkar förändringar i arbets- och familjeliv och i könsroller mäns och kvinnors sexualitet? (HR)

Stress och utbrändhet – orgasmer hotade eller outnyttjad resurs? Orgasmer är effektiv bot mot stress, men hotas av stress och kan i sig utgöra stress. Talar vi nog med våra patienter om orgasm? (LH)

Smärta vid samlag – ofullständigt nej? Samlagssmärta är ett ökande problem i den kvinnliga befolkningen. Är dessa kvinnors "vårdbehov" att få hjälp att kunna genomföra samlag? Vi behöver utreda symtomets funktion i den interna maktbalansen innan vi föreslår behandling. (BW)

Tonåringar prövar allt – frivilligt? Vad vet vi om tonåringars sexuella erfarenheter

och rådande praxis? Och har vi ett ansvar att på ett strukturellt plan lägga oss i, om vi möter en växande andel ”icke frivillig verksamhet”? (KS)

Porrmotbilder – behövs sådana? 43 porrscener från TV-sändningar granskade: En sexualitet utan mänskliga möten och inriktad på mannens sexualitet. Kvinnan framställs som ett hjälpmedel för att tillfredsställa mannen, och hon ser ut att njuta av sin uppgift. (MJ)

Diskussionen blev livlig och deltagarna enades efter viss möda om följande förslag till föreningens medlemmar och styrelsen:

Del I – Samhällsengagemang.

- Styrelsen bör initiera och bevaka att en debattartikel skickas in på SFOGs vägnar om porrens inflödande i de svenska vardagsrummen, tillsammans med en kort redogörelse för vad den brukar innehålla.
- Styrelsen skall ta ställning till om vi som specialistförening skall verka för att ”porrmotbilder” produceras, t ex i form av bra erotisk film.
- Föreningens medlemmar uppmanas våga öppet stå för sensualitet och njutning i diskussioner om sex med patienter.
- Gynekologer bör utnyttja sin möjlighet att kunna bidra till en ökad kroppskännedom och acceptans av den egna kroppens utseende hos patienter.

Del II – Utbildningsbehov.

- Kunskap om sex och träning i att tala med patienter om sex och sexuella problem skall ingå i grundutbildningen av läkare. Styrelsen har ett ansvar att bevaka att denna del i utbildningen finns.
- Peer Education, dvs läkarstudenter som står för sex- och samlevnadsundervisning på skolor, har prövats på några håll. Vi önskar att styrelsen evaluerar detta projekt och, om det fungerar bra, driver att verksamheten sprids till fler kursorter. Vi ser det också som styrelsens uppgift att vara påtryckningsgrupp för en förbättrad undervisning om sex på skolorna.
- Föreningens medlemmar på beslutande positioner bör verka för att kollegor får möjlighet till vidareutbildning inom ämnet klinisk sexologi; t ex genom att delta i en efterutbildningskurs. En

”Kärleksvecka” för gynekologer fanns både som ett önskemål att delta i och att arrangera.

- Styrelsen bör verka för att en SK-kurs i Klinisk sexologi finns.

Barbro Wijma

Workshop 7. Den nya tidens preventivmedel

Kristina Gemzell-Danielsson, Viveca Odlind, KS, Stockholm

Claes Gottlieb, Sophiahemmet

Moderator: *Jan Brynhildsen*

Kristina Gemzell-Danielsson inledde med att redogöra för nya spännande resultat och rön kring användandet av Mifepristone. Längst har forskningen kommit vad gäller Mifepristones användning som postcoital antikonception. Ett enkelt endosförfarande med mifepristone ger en hög säkerhet, jämförbar med levonorgestrel, och få biverkningar. Olika regimer för användning av Mifepristone som ”p-piller” redovisades. Kontinuerlig administration i olika doser samt ett endosförfarande med en ”stöttdos” en gång per månad, just efter ovulation (LH-toppen + 2 dygn) studeras. Den senare metoden med endast ett dostillfälle per månad förefaller mest intressant men har hittills visat sig svårstyrd då det har varit svårt att praktiskt hitta rätt tidpunkt. Vidare studier pågår och det är mycket tänkbart att dessa metoder kommer att finnas tillgängliga inom en 10-årsperiod.

Claes Gottlieb redogjorde för dagsläget avseende hormonell antikonception för män. Man har arbetat med olika former för hämning av spermatogenesisen och samtidig supplementering med testosteron. Problemet har varit att finna en stabil form för testosteron vilken inte kräver veckovisa injektioner. Det verkar dock som om man nu är lösningen nära. Vad som prövats med gott resultat är gestagen i form av implantat (Implanon,) vilket ger en bra hämning av spermatogenesisen. Utveckling av testosteron i enantatform har verkat kunna vara en stabil beredning som skulle kunna ges var 3:e månad. Efter att under många år svarat på frågan ”när har vi manliga p-piller” med ”om fem år” dristade sig Claes nu till att säga ”inom 3-4 år”.

Ett intressant fenomen i detta sammanhang är att studier av attityder till manlig hormonell antikonception bland svenska män och kvinnor visar att övervägande

delen, både män och kvinnor, är generellt positiva men när frågan ställs ”skulle du kunna tänka dig att använda/ skulle du kunna tänka dig att din partner använder” så sjunker siffran drastiskt bland kvinnorna. Tolkningen är att kvinnan själv vill ha kontroll över sin antikonception.

Viveca Odlinds anförande handlade om tolkningen av den ökade risken för venös tromboembolism med 3:e generationens p-piller. Nyare studier, som publicerats de senaste 2-3 åren, bekräftar fynd från studierna 1995 och tyder på att det faktiskt föreligger en viss skillnad i trombosrisk mellan 3:e generationens p-piller jämfört med 2:a generationen. Dessutom tyder vissa av studierna på att riskskillnaden är speciellt påtaglig hos förstagsångs användare av p-piller. Olika tolkningar av data gör situationen svårbedömd för den enskilde förskrivaren och inte minst för kvinnan. Den teoretiska förklaringen till skillnaden i risk ligger inte i gestagenet i sig utan i att 3:e generationens gestagener utövar en ”svagare” antiöstrogener effekt, vilket gör att totaleffekten av det kombinerade preparatet blir mera östrogener. Vidare är begreppet 3:e generationens gestagen inte speciellt bra definierat och p-piller innehållande vissa ännu nyare gestagener, som inte räknas till 3:e generationen, kan teoretiskt förväntas innebära ungefär samma totaleffekt som 3:e generationen men den faktiska kunskapen saknar vi ännu.

Hon fick svar av Richard Lindgren, medicinsk chef på Organon och tillika SFOG-medlem som redovisade en annan tolkning av de data som finns. En livlig diskussion följde där svårigheterna med denna typ av studier diskuterades, hur man skall tolka data, vilka fallor som finns, hur data från andra länder/kulturer kan överföras till svenska förhållanden mm. Någon gemensam ståndpunkt kom inte mötet fram till men vi enades (enligt moderatorns tolkning) för följande:

- att avvakta Läkemedelsverkets ställningstagande vad gäller eventuell ändring av förskrivningsrutiner (kan sannolikt finnas tillgängligt när detta läses)
- att vår professions utbildningsansvar, för oss själva och andra yrkeskategorier involverade i preventivmedelsrådgivning, är stort och måste fortgå
- att preventivmedelsrådgivningens status måste höjas inom vår profession och att unga kolleger under utbildning

måste ges tillfälle att delta i denna verksamhet

- att studier som belyser eventuella skillnader, både avseende biverkningar och positiva hälsoeffekter, mellan olika kombinerade p-piller är nödvändiga, för en adekvat risk-nytta bedömning.

Vidare

- att nya substanser med nya verkningmekanismer, ex mifepristone, välkomnas och sannolikt kommer att finnas på marknaden inom 10 år
- att hormonell antikonception för män äntligen verkar kunna bli en realitet och detta kommer att medföra behov av en stor utbildningsinsats.

Jan Brynhildsen

Workshop 8. IT i vården om 10 år – var står vi?

Nils Fryklund, Halmstad
Lars Jerlvall, Linköping

Om 10 år har vi (kanske) en datajournal som vi är nöjda med.

Vi arbetar med moduler och inte med system

Ett problem med dagens datorisering är att det finns alltför många färdiga system, som inte kan kommunicera med varandra. Vi behöver därför gemensamt utveckla ETT system med basala funktioner. På detta system kopplas sedan olika moduler utifrån vilka behov som finns. Man kan jämföra detta med EN motorväg med ett antal avfarter och påfarter. Vi kan då själva bestämma HUR vi vill nå fram till målet - en enklare och tydligare kommunikation. Här måste läkarna hjälpa till i utvecklingen av detta basala program.

Vi tränar operationer via datorn

Det finns redan idag möjligheter att träna operativa ingrepp via datorn. Vi måste sprida kunskapen om att detta finns och efterfråga denna möjlighet. Läkare bör ha samma möjlighet till träning som piloter och sjökapten har!

Vi har en nationell samordning kring utvecklingsarbeten

Läkare och tekniker förstår varandra bättre och har en nära samverkan IT-ARG har utvecklat gemensamma sökord, krav och standarder

Vi måste enas inom kåren vad vi vill ha ut av IT. Vi måste också enas om terminologin. Ord måste ha samma innebörd om man skall kunna kommunicera och göra jämförande analyser. Vi måste utveckla en nationell samverkan mellan alla som utvecklar och använder datoriserade journaler.

Vi arbetar med innehållet och kommunikationen - inte med tekniken

Vi har en datajournal - inte en datoriserad pappersjournal

Vi har lagt ner mycket energi på att göra den datoriserade pappersjournalen användarvänlig. Det har nog varit viktigt för kunna datorisera, men nu är det dags att börja utnyttja IT fullt ut. Vi måste då tänka om, när det gäller hur vi dokumenterar och hur journalen skall vara tillgänglig. En Internetbaserad journal eller en journal som bygger på webbtekniken kommer förmodligen att vara en verklighet. Vi kommer också att i stor utsträckning att kommunicera med kollegor över hela världen via Internet och webbkamrater - såsom t ex Net meeting

Workshop 9. Förlossningsrådsla

Ulla Björklund

Vi inledde med några rollspel. Syftet var att genom aktiv medverkan från workshopdeltagarna belysa några besvärliga typsituationer för obstetrikern. Den första situationen utspelades i förlossningssalen. En orolig patient och orolig barnmorska innebär problem för den medverkande doktorn. Hur påverkas vi av andras oro och rädsla? Hur når man patienten? Det andra rollspelet var doktors möte med en patient med posttraumatiskt stressyndrom. Hur upptäcker man det, hur förstår man det och hur påverkas doktorn? Den tredje situationen utspelades i mottagningsrum där doktorn mötte en kvinna med bestämd önskan om kejsarsnitt utan tydlig medicinsk orsak. Hur hanterar vi det, hur trängda och eventuellt arga blir vi?

Rollspelen belyste framför allt doktors roll och handlingsmöjligheter. Det är lätt att känna frustration, oro och eventuellt ilska när vi inte kan förstå och hjälpa och när vi ibland känner oss inträngda i ett hörn pga patientens krav på sectio.

För att hantera förlossningsrådsla behöver vi god kunskap som obstetriker, trygg arbetsmiljö, möjligheter att minimera överbelastning, utrymme att ta upp våra egna känslor – möjlighet till handledning. Men framför allt också mer kunskap om förlossningsrådsla och möjlighet att ta till vara de forskningsresultat som finns. Vi behöver goda samarbetspartners, barnmorskor, kuratorer och psykologer. Som vid andra sjukdomstillstånd och riskfaktorer behöver vi modeller för att förebygga, upptäcka, diagnostisera och behandla. Viktiga faktorer för att förebygga förlossningsrådsla är god kvalitet i förlossningsvården. Det är avgörande att uppmärksamma förlossningsupplevelsen och att hitta sätt att kvalitetssäkra den. När det gäller diagnostik och behandling behöver vi mer kunskap om PTSS och primära ångestproblem. Vi bör hitta modeller för handläggning och behandling på olika nivåer, exempelvis barnmorskor-läkare, läkare med speciell kompetens och psykologer med speciell kompetens. Ytterligare forskning behövs. Slutligen kan vi se fram emot ett spännande samarbete för att arbeta fram vårdprogram. Perinatal-arg, POS-arg och MÖL-gruppen har från Stiftelsen fått 30.000 kr för att tillsammans arbeta fram riktlinjer för vårdprogram.

Workshop 10. Sammanfattning av workshop; Förlossningsvård på lika villkor?

Moderatorer: *Annika Jeppsson, Birgitta Essén*

Birgitta Essén från Malmö presenterade sina studier om den perinatala överdödligheten bland barn till somaliska mödrar i Sverige. Vi diskuterade kring de frågor som resultaten väcker. Gruppen var överens med Birgitta Essén att hennes kliniska rekommendationer för att sänka den perinatala dödligheten var viktiga. Dessa rekommendationer är indelade i patient information, medicinsk övervakning under graviditeten och förlossning, information till kvinnor från Afrikas Horn och rekommendationer till beslutsfattare inom hälso- och sjukvården. V g se Birgittas avhandling "Perinatal mortality among immigrants from Africa's Horn. The importance of experience, rationality, and tradition for risk assessment in pregnancy and childbirth."

Slutrapport och rekommendationer från SBFs och SFOGs samarbetsgrupp rörande sfinkterskador

Bakgrund, uppdrag

Från de flesta kvinnokliniker i Sverige har en stigande sfinkterrupturfrekvens rapporterats under 80- och 90-talen. Det har ifrågasatts huruvida detta utgör en äkta ökning av andelen sfinkterrupturer eller om ökningen är orsakad av förändrad och möjligen förbättrad rapportering. Efter diskussioner i SFOGs och SBFs styrelser har man enats om att bilda en samarbetsgrupp, vars uppdrag var att diskutera problematiken med sfinkterskador och föreslå gemensamma åtgärder för att minimera dessa. De till samarbetsgruppen utvalda representanterna karaktäriserades av att vara personer med såväl gedigen klinisk erfarenhet som ett dokumenterat aktivt forskningsarbete och intresse.

Arbetsätt

Samarbetsgruppen har under ett år träffats vid fyra tillfällen. Arbetet inleddes med att vi identifierade pågående arbete inom ämnesområdet och härvid framförallt fann att ämnesområdet bearbetades av en arbetsgrupp inom SFOG, som de senaste åren varit verksam med att ta fram en så kallad ARG-rapport samt de personer som fått Socialstyrelsens expertgrupps uppdrag att skriva ett state of the art-dokument om den normala förlossningen. Utöver dessa två grupperingar pågår på flera kliniker ett aktivt forskningsarbete inom

Margareta Wennergren 2000-11-24
SU/Sahlgrenska, Göteborg

ämnesområdet. Vår grupp beslöt vid ett första möte i Göteborg att till sig knyta barnmorska Ellen Samuelsson, som innehar en forskningstjänst vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset, och som utgör Barnmorskeförbundets representant i ovan nämnda arbetsgrupp. Docent Lenart Nordström, Södersjukhuset ingick från början i gruppen och är den person som tillsammans med professor Ulla Waldenström har uppdraget att utarbeta state of the art-dokumentet. Sedan samarbetsgruppen således säkrat samband och avstämningmöjligheter med ovanstående grupper, fann vi att följande områden var vår viktigaste uppgift:

För det första en sammanställning av studier om riskfaktorer för sfinkterruptur i samband med förlossning.

En analys av innehåll och eventuella förändringar av så kallat perinealskydd vid landets barnmorskeskolor samt utbildning av ST-läkare.

Diskussion om det dagliga arbetet på förlossningsavdelningar, med avseende på arbetsrutiner, undervisning, arbetsfördelning mellan olika yrkeskategorier m m. Öppenhjärtliga och konstruktiva diskussioner har förts, där inställningen varit att

barnmorskor och läkare har ett gemensamt ansvar för att arbeta för en minskad sfinkterrupturfrekvens på våra förlossningsavdelningar.

Den omfattande *litteraturgenomgång* som universitetslektor Karin Nyberg gjort har legat till grund för diskussionerna och en sammanställning av denna litteraturgenomgång återgives nedan. Fullständig litteraturlista kan erhållas från Karin Nyberg via e-mailadress: k.nyberg@telia.com.

Sammanställningen bygger på 17 publicerade vetenskapliga artiklar, varav tre är randomiserade, kontrollerade studier, fyra är kohortstudier, två fall-kontrollstudier, fyra deskriptiva/journalstudier, samt två översiktsarbeten. Dessutom har vi studerat två randomiserade, kontrollerade studier om perinealmassage som förebyggande åtgärd beträffande perinealskador.

Några meta-analyser har vi inte hittat (Cochrane gör inte meta-analyser på riskfaktorer (pers. komm. Olsen)), men ett av översiktsarbetena som rör förebyggande av perinealskador, täcker 77 studier och är mycket gediget (Renfrew, 98).

Vid sammanställning av studiernas resultat finner man att det är mycket svårt med jämförelser eftersom studierna är upplagda med olika typ av studiedesign (RCT, kohort, fall-kontroll och retrospektiva, deskriptiva journalstudier) samt har

olika typer av populationsurval (nulli/multipara). Dessutom har studierna ofta olika primäreponering, t ex kan de vara randomiserade till "restricted" eller "liberal" episiotomi.

Om man tittar på de prevalenstal som rapporteras så varierar dessa mellan 0,36% och 16,3%. Även om det förra talet rör en population med varierande paritet och det senare endast för nullipara, så är skillnaderna så pass anmärkningsvärda att man kan dra slutsatsen att dessa stora skillnader inte beror på faktorer hos kvinnorna, utan snarare på yttre faktorer. Dessa faktorer är troligen knutna till handläggningen av kvinnornas förlossningar. Riskfaktorer som man har funnit med god konsistens bland olika studier har varit nulliparitet och hög födelsevikt - dvs faktorer som inte varierar nämnvärt mellan de länder och förlossningsanstalter varifrån studierna kommer. Dessutom beskrivs episiotomi (fr a median dito), instrumentell förlossning, epiduralanestesi och utdraget utdrivningsskede som faktorer vilka ökar risken för en sfinkterskada. Dessa senare faktorer har stor variation i förekomst hos de studerade populationerna och kan betraktas som miljöfaktorer - faktorer vars förekomst varierar beroende på den obstetriska kultur som råder. Ett problem vid tolkningen av dessa data är att många av faktorerna samvarierar (confounding) och att även när multivariata analyser gjorts för att söka se vilka faktorer som har störst och ev oberoende betydelse, så görs dessa jämförelser inom den egna populationen. I och med det senare, kan studier inkluderande grupper med hög förekomst av många av de studerade potentiella riskfaktorerna, visa falska negativa samband.

En av studierna (McCandlish, 1998) samt (Samuelsson et al, Br J Obstet Gynaecol 2000 ;107:926-31) undersöker betydelsen av perinealskydd/kontroll över perineum. För övrigt beskrivs det i flera

andra studier att den förlösande barnmorskan/obstetrikern utövar perinealskydd, dvs man kan inte i någon av studierna se att man förordat total avsaknad av kontroll över perineum. I den första studien randomiserades kvinnorna till manuell perinealskydd alternativt beredskap genom att barnmorskan höll sina händer strax intill bäckenbotten, med beredskap att ingripa om hon bedömde det som nödvändigt. I den studien var prevalensen sfinkterrupturer 1,2% respektive 1,5%, dvs med internationella mått mätt mycket låga tal för båda grupperna. I den senare studien fann man att avsaknad av perinealskydd och bristfällig överblick över perineum ökade risken för sfinkterskador, speciellt hos förstföderskor. De två studierna rörande förebyggande perinealmassage, visade inte på någon effekt när det gällde sfinkterrupturer.

En analys av vad det normala åldrandet respektive graviditet som ej leder till vaginalförlossning innebär för bäckenbotten är intressant, framförallt i de situationer kvinnor argumenterar för elektiva snitt för undvikande av bäckenbottentrauma. En pågående enkätundersökning kommer möjligen att kunna klarlägga denna fråga (Lindblom och Nyberg, pågående studie, Göteborg).

Vår samarbetsgrupp kommer till samma slutsats som AR-gruppen, nämligen att handläggning av förlossningen, med god överblick av perineum och perinealskydd, är av stor betydelse (ARG-rapport 46, 2001).

Efter genomgång av detta material framstod det som viktigt att utvärdera **hur undervisningen av blivande barnmorskor och blivande gynekologer** sker. Vid förfrågan till de olika lärosätena för läkar- och barnmorskeutbildningar framkom att konsensus saknas angående utbildningarnas undervisning om perineal- och sfinkterskador. Allt ifrån "inget specifikt" till

rekommendation av perinealskydd och Ritgens handgrepp lärs ut som förebyggande åtgärder. Litteratur som används är de traditionella inom ämnet, dvs Obstetrik och Gynekologi (Brody), Lärobok för barnmorskor (Fixelid m fl) och Myles text book for midwives. Inga specifika referenser angavs som mer värdefulla för problemområdet.

Utbildning av blivande specialistläkare inom gynekologi och obstetrik sker idag ofta på så sätt att den blivande specialisten introduceras genom bredvidgång med barnmorska under ett par veckor, tidigt i utbildningen. Således är barnmorskans förhållningssätt till perinealskydd även väsentligt för våra blivande specialister. Handläggning av förlossningskomplikationer och framförallt extraktion med VE eller tång lärs ut av äldre kollegor. Även i dessa situationer är det väsentligt att läkaren har god kunskap om hur man förlöser, för att kunna undvika perinealrupturer av olika grad.

Samarbetsgruppen har varit enig om att ett prestigelöst samarbete på våra förlossningsavdelningar, där den som har längst erfarenhet skall kunnat bjuda på denna erfarenhet och dela med sig till yngre kollegor oavsett profession, är fundamental. Ett vetenskapligt förhållningssätt är nödvändigt, både då det gäller att värdera publicerade resultat och då nya studier planeras. Identifikation av riskfaktorer och värdering av profylaktiska åtgärder, för att minska sfinkterskador, är ett område som lämpar sig väl för forskningsprojekt där läkare och barnmorskor samarbetar.

Samarbetsgruppens representanter:

Kyllike Christensson, Ingrid Cordesius, Henrik Hagberg, Lennart Nordström, Karin Nyberg, Ellen Samuelsson och Margareta Wennergren (sammankallande)

Ultraljudsekvationer

När man vid obstetrisk ultraljudsundersökning gör en mätning av någon av de vanligaste variablerna, t ex BPD, kan de flesta ultraljudsapparater ange en gestationsålder (GA) vid vilken det uppmätta värdet utgör medelvärde. GA beräknas antingen från en tabell eller en ekvation, som finns inprogrammerad. De flesta apparater som används i Sverige torde därvid använda de normalvärdestabeller som tagits fram i Malmö (Weldner s.316 ff) eller motsvarande ekvationer (Weldner s.326).

När vi nyligen vid vår klinik tog i bruk en ultraljudsapparat som använder ekvationer för att beräkna GA kunde vi konstatera att det beräknade värdet många gånger avviker från det man finner i normalvärdestabellerna och att skillnaden ibland är mer än en vecka.

Detta fick mig att titta litet närmare på de använda ekvationerna, i första hand den som beräknar GA med utgångspunkt från BPD. Den ser ut så här:

$$GA = 5,728571 + 3,435714 * (BPD) - 0,2142857 * (BPD)^2 + 0,0235714 * (BPD)^3$$

och anges vara tillämplig mellan 11,4 veckor och 39,4 veckor.

Att koefficienterna inte är desamma som i den publicerade ekvationen beror på att man i ultraljudsapparaten räknar GA i veckor i stället för dagar och BPD i cm i stället för mm.

Jag har jämfört denna tredjegradsfunktion med värden hämtade ur normalvärdestabellen inom intervallet 12v+0d till

Jan Lundberg
KK, Varberg

42v+0d och resultatet redovisas i tabell 1 och figur 1. Trots att GA i ekvationen är den beroende och BPD den oberoende variabeln har jag i den grafiska framställningen valt att på traditionellt vis sätta GA på den horisontella axeln och tabellen är uppställd på motsvarande sätt. Detta gäller även övriga grafer och tabeller.

Eftersom ultraljudsapparatens programvara kan arbeta med ekvationer upp till femte graden tyckte jag att det kunde vara värt att pröva några femtegradsekvationer på samma sätt. En som jag finner användbar ser ut så här:

$$GA = 10,1939 + 0,525018 * (BPD) - 0,1879 * (BPD)^2 + 0,287255 * (BPD)^3 - 0,050157 * (BPD)^4 + 0,00263483 * (BPD)^5$$

I tabell 1 och figur 2 redovisas en jämförelse mellan denna funktion och normalvärdestabellen.

På motsvarande sätt har jag tittat på de nu använda ekvationerna för FL och AD. Även i dessa ekvationer är sorterna veckor och cm och de anges vara tillämpliga mellan 11,4 och 39,4 veckor. Jag har emellertid testat dem i intervallet 13 till 42 veckor respektive 16 till 42 veckor. Så här ser ekvationerna ut:

$$GA = 4,385714 + 9,928571 * (FL) - 2,885714 * (FL)^2 + 0,4814286 * (FL)^3 - 0,0258571 * (FL)^4$$

Tabell 1

Veckor+dagar	BPD enligt:		
	Nu använd ekvation	Normalvärdestabell	Föreslagen 5:e grads-ekvation
12+0	2,02	1,96	1,96
13+0	2,38	2,39	2,45
14+0	2,73	2,85	2,85
15+0	3,09	3,2	3,2
16+0	3,45	3,5	3,53
17+0	3,81	3,8	3,84
18+0	4,16	4,14	4,14
19+0	4,5	4,45	4,43
20+0	4,84	4,75	4,73
21+0	5,16	5,06	5,03
22+0	5,48	5,38	5,33
23+0	5,79	5,7	5,64
24+0	6,08	6	5,96
25+0	6,37	6,32	6,3
26+0	6,64	6,64	6,64
27+0	6,91	6,95	6,98
28+0	7,16	7,25	7,32
29+0	7,41	7,56	7,63
30+0	7,64	7,88	7,91
31+0	7,87	8,13	8,16
32+0	8,09	8,37	8,38
33+0	8,31	8,58	8,58
34+0	8,52	8,75	8,75
35+0	8,72	8,92	8,91
36+0	8,91	9,06	9,05
37+0	9,1	9,2	9,18
38+0	9,28	9,34	9,3
39+0	9,46	9,47	9,41
40+0	9,63	9,54	9,51
41+0	9,8	9,61	9,61
42+0	9,96	9,67	9,7

Utfallet av jämförelsen framgår av figurerna 3 och 5 samt tabellerna 2 och 3.

och

$$GA = 7,285714 + 2,478571 * (AD) + 0,0272857 * (AD)^2$$

Även för dessa båda variabler har jag tittat på några tänkbara femtegradsekvationer och presenterar här en ekvation för vardera variabeln:

$$GA = 12,163 - 1,72725 * FL + 3,00997 * FL^2 - 0,80044 * FL^3 + 0,0971403 * FL^4 - 0,00420063 * FL^5$$

och

$$GA = 7,73448 + 1,8452 \cdot AD + 0,189605 \cdot AD^2 - 0,00265756 \cdot AD^3 - 0,00228352 \cdot AD^4 + 0,000154354 \cdot AD^5$$

Av figurerna 4 och 6 samt tabellerna 2 och 3 fram går hur dessa femtegradsfunktioner förhåller sig till normalvärdestablerna.

Tabell 2.

Veckor+ dagar	FL enligt:		
	Nu använd ekvation	Normalvärdestabell	Föreslagen 5:e grads-ekvation
13+0	1,22	1,11	1,11
14+0	1,43	1,46	1,47
15+0	1,68	1,74	1,78
16+0	1,96	2,02	2,07
17+0	2,27	2,35	2,35
18+0	2,61	2,64	2,63
19+0	2,96	2,92	2,91
20+0	3,31	3,2	3,2
21+0	3,65	3,48	3,49
22+0	3,96	3,78	3,78
23+0	4,25	4,04	4,07
24+0	4,53	4,32	4,36
25+0	4,78	4,6	4,64
26+0	5,02	4,88	4,92
27+0	5,25	5,16	5,18
28+0	5,47	5,43	5,43
29+0	5,68	5,67	5,67
30+0	5,89	5,9	5,89
31+0	6,09	6,13	6,11
32+0	6,29	6,35	6,31
33+0	6,49	6,53	6,51
34+0	6,69	6,7	6,7
35+0	6,89	6,88	6,88
36+0	7,1	7,05	7,06
37+0	7,31	7,23	7,24
38+0	7,54	7,4	7,41
39+0	7,8	7,58	7,58
40+0	8,09	7,75	7,76
41+0	8,52	7,93	7,93
42+0	9,01	8,1	8,11

Tabell 3.

Veckor+ dagar	AD enligt:		
	Nu använd ekvation	Normalvärdestabell	Föreslagen 5:e grads-ekvation
16+0	3,39	3,45	3,45
17+0	3,76	3,8	3,81
18+0	4,13	4,15	4,16
19+0	4,5	4,5	4,51
20+0	4,87	4,85	4,85
21+0	5,23	5,2	5,2
22+0	5,59	5,55	5,55
23+0	5,95	5,9	5,9
24+0	6,31	6,25	6,25
25+0	6,66	6,6	6,6
26+0	7,01	6,95	6,95
27+0	7,36	7,3	7,3
28+0	7,7	7,65	7,66
29+0	8,05	8	8,01
30+0	8,39	8,35	8,36
31+0	8,73	8,7	8,7
32+0	9,07	9,04	9,04
33+0	9,4	9,35	9,36
34+0	9,73	9,65	9,67
35+0	10,07	9,96	9,97
36+0	10,4	10,26	10,26
37+0	10,72	10,53	10,53
38+0	11,05	10,8	10,79
39+0	11,37	11,07	11,03
40+0	11,69	11,3	11,26
41+0	12,01	11,48	11,48
42+0	12,33	11,64	11,69

Kommentarer:

Om man betraktar graferna som beskriver relationen mellan gestationsålder och normalvärdena för respektive ultraljudsvariabel finner man att i undersökt intervall AD- och FL-kurvorna ter sig betydligt enklare än BPD-kurvan. Detta innebär

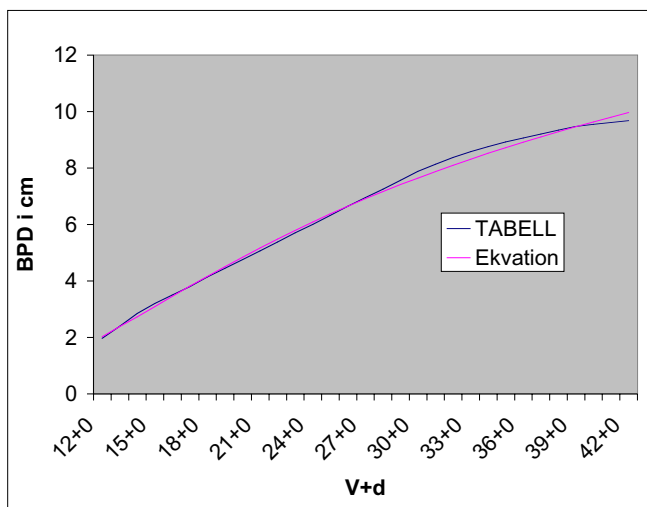
också att de två förra mycket lättare låter sig beskrivas av matematiska funktioner. De ekvationer av femte graden för AD och FL som jag redovisat ger bara vid enstaka mätningar en GA som avviker från den man finner med hjälp av normalvärdestabeller. Avvikelsen blir också högst en dag.

För BPD är det litet annorlunda. Om man använder ekvationen från 1,9 cm motsvarande 11 veckor + 6 dagar får man en avvikelse på 0 till 1 dag upp till BPD c:a 7,5 cm som motsvarar ungefär 28 veckor + 5 dagar. Därefter kan enstaka mätningar ge 2 dagars avvikelse men de flesta fortfarande 0 till 1 dag. Från BPD c:a 9,4 cm motsvarande 38 veckor + 3 dagar ger en del mätningar 3 dagars avvikelse och några få till och med 4 dagar om man relaterar till normalvärdestablerna.

Om man önskar högre precision får man inskränka sig till att använda ekvationen i ett snävare intervall. I så fall kan man också konstruera bättre ekvationer än den jag föreslagit.

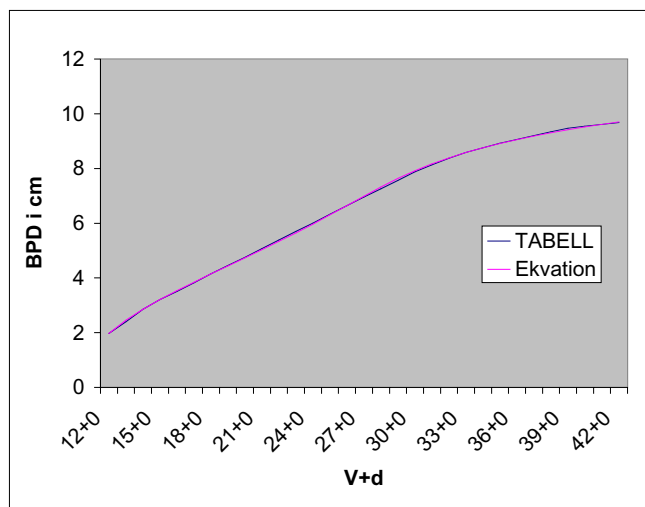
Referens

Ultraljud/Britt-Marie Weldner (red.); [fackgranskning: Reynir T. Geirsson]. - Studentlitteratur 1998;346 s:0200 1995-VN 0033.



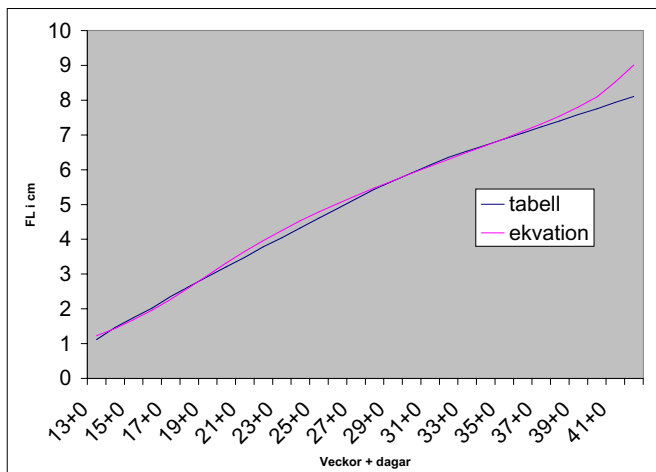
Figur 1.

$$GA = 5,728571 + 3,435714 \cdot (BPD) - 0,2142857 \cdot (BPD)^2 + 0,0235714 \cdot (BPD)^3$$



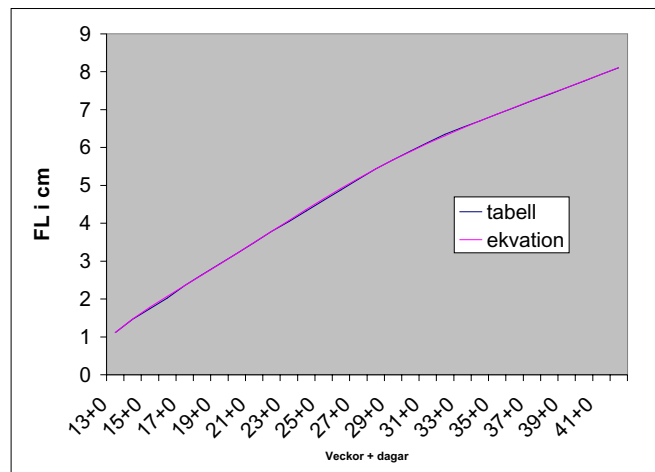
Figur 2.

$$GA = 10,1939 + 0,525018 \cdot (BPD) - 0,1879 \cdot (BPD)^2 + 0,287255 \cdot (BPD)^3 - 0,050157 \cdot (BPD)^4 + 0,00263483 \cdot (BPD)^5$$



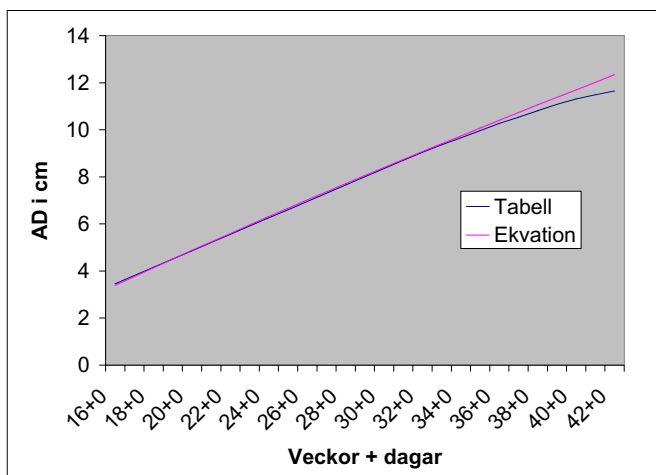
Figur 3.

$$GA=4,385714+9,928571*(FL)-2,885714*(FL)^2+0,4814286*(FL)^3-0,0258571*(FL)^4$$



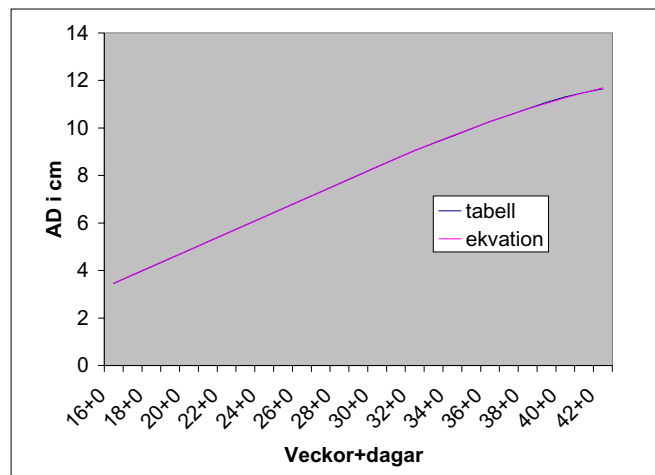
Figur 4.

$$GA=12,163-1,72725*FL+3,00997*FL^2-0,80044*FL^3+0,0971403*FL^4-0,00420063*FL^5$$



Figur 5.

$$GA=7,285714+2,478571*(AD)+0,0272857*(AD)^2$$



Figur 6.

$$GA= 7,73448+1,8452*AD+0,189605*AD^2-0,00265756*AD^3-0,00228352*AD^4 +0,000154354*AD^5$$

Blodtransfusioner och Jehovas vittnen

Vid många situationer inom obstetrik och gynekologi kan det bli nödvändigt att ge blod. Patienter som är Jehovas vittnen vägrar av religiösa skäl att ta emot blod, vilket kan skapa svåra problem för de ansvariga läkarna. Detta diskuterades på ett symposium arrangerat av OGU i maj 2000 i Uppsala. Ett av inläggen på sym-

Bo Lindberg
Uppsala

posiet, av Teol. Dr. Stefan Eriksson har nu publicerats i Socialmedicinsk tidskrift nr 5/2001. Som medförfattare står Teol Dr Lars Andersson.

Alla som kommer i beröring med problemet rekommenderas att läsa artikeln. Den som inte kan få tag i Socialmedicinsk tidskrift kan vända sig direkt till författaren under adress

stefan.eriksson@bioethics.uu.se

GynQval – ett kvalitetssäkringsprogram för gynekologer av gynekologer

Våren 1999, under fostervattensseglarnas konferens i Barcelona, utsågs en arbetsgrupp, sedermera kallad "kvalitetsgruppen", vars syfte var att ta fram ett kvalitetssäkringsprogram specifikt ämnat för öppenvårdsgynekologer. Behovet för ett nytt system bedömdes som stort, då befintliga system bedömdes alltför krångliga, omständliga och inte minst trubbiga - mycket pappersarbete utan att komma åt kärnan för öppenvårdsgynekologi.

Under knappt två års tid, dvs fram till december 2000 arbetade kvalitetsgruppen, bestående av åtta privatgynekologer från hela landet, med att identifiera kvalitetsindikatorer som är relevanta för god gynekologisk öppenvård samt ställa samman dessa i ett program. I korthet delar GynQval-programmet upp verksamheten i tre delar; struktur, process och resultat. I strukturdelen ryms frågor om personal, ut-

rustning öppettider mm, processdelen tittar på rutiner och arbetsflöden, och resultatdelen tar upp statistik för besöken under året.

Tanken är att GynQval-programmet skall fungera som återkoppling/beslutsunderlag för den enskilde läkaren, när han/hon planerar nästa års verksamhet. I och med att GynQval-processen är kontinuerlig, med cykelperiod på ett år, har gynekologen sporrats att förbättra sig från år till år. Vidare får gynekologen tillgång till statistik över hur andra gynekologer bedriver sin verksamhet vilket också kan ge idéer hur den egna verksamheten kan utvecklas.

2001 var det första året där GynQval-programmet var aktivt i drift och ungefär 50 öppenvårdsgynekologer är anslutna. Det återstår att utvärdera detta år, men mycket positivt har sagts om programmet.

I dagsläget är det huvudsakligen privata gynekologer som är anslutna, men det skall poängteras att GynQval-programmet inte är ämnat enbart för privata gynekologer. Samtal pågår med flera intresserade landsting. Kvalitetsgruppen är också representerad i SFOG:s kvalitetsråd.

För mer information om GynQval-programmet hänvisas till Internet, <http://www.gynqval.se>

Kvalitetsgruppen:

Agneta Ehrenborg, Kungsbacka
Bo Dennefors, Varberg
Inger Aurell, Luleå
Agneta Möller, Luleå
Marie Lutherkort, Malmö
Annika Nordlund, Höganäs
Torbjörn Bergh, Uppsala
Eva Hardmeier, Stockholm

Avhandlingsabstrakt

Olof Rugam

Effects of gonadal steroids on galanin and other neuropeptides in the rat brain.

Department of Biomedicine and Surgery/Neurochemistry and Division of Obstetrics and Gynecology. Faculty of Health Sciences, Linköping University, 2001. ISBN 91-7219-973-3

Many women experience mental or emotional changes when variations occur in the plasma concentrations of their ovarian hormones. These observations are supported by a large number of scientific reports concerning interactions between ovarian steroids and cerebral functions, e.g. mood, cognition and motor function. Activation of genes is a fundamental principle by which steroids exert effects in neurons, thereby regulating the expression of enzymes, receptor proteins, trophic factors and regulatory peptides. This thesis examines the hypothesis that sex steroid hormones can modify concentrations of peptides important for neuronal transmission in brain areas relevant for the above-mentioned modalities. A necessary starting point in this quest is to develop good quantitative data on neuropeptide concentrations in relation to sex steroid status. Accordingly,

the general aim of the thesis is to investigate the influence of gender and sex steroid exposure on neuropeptide concentrations and identify one or several steroid-sensitive neuropeptides in extrahypothalamic brain regions of the rat.

Neuropeptide concentrations were measured with radioimmunoassay in extracts of extrahypothalamic brain regions. A new radioimmunoassay, specific for rat galanin, was developed. Concentrations of neuropeptides were compared between sexes, across puberty and in ovariectomized animals treated with different doses and durations of estradiol, progesterone and norethisterone.

We found that differences in sex steroid exposure between gender, across puberty, and during exogenous treatment correlate with differences in concentrations of neuropeptide immunoreactivities in several

extrahypothalamic regions of the rat brain. In particular galanin in rat hippocampus is sensitive to estrogen and can be increased in a dose-dependent manner with chronic estradiol treatment. It is likely that the increase mainly stems from the ascending noradrenergic neuron system originating in locus ceruleus. Chromatographic characterization shows that galanin, measured by the antisera GalRat4 and GalRat5, has a high degree of homogeneity in rat brain tissue. Norethisterone and progesterone have different effects on substance P and neurokinin A in rat frontal cortex and striatum.

These findings could contribute to the understanding of how mood and cognition are affected by sex steroids in females and how estradiol interacts with neurons affected by Alzheimer's disease.

Pionjärer inom svensk obstetrik och gynekologi

I detta nummer presenteras Lennart Lindgren av Bo Lindberg.

Lennart Lindgren föddes den 4 november 1915 i Karlshamn. Han tog studenten i Göteborg 1936 och medicine licentiat-examen vid Karolinska institutet 1944.

Under 1940-talet var arbetsmarknaden svår för unga läkare. De flesta måste arbeta utan lön med kost och logi som enda ersättning, ibland under flera år. En stor del av läkarnas inkomster kom då från patientarvoden vid sjukhusens öppna mottagningar, som sköttes av överläkarna. Sjukvårskoncernreformerna 1970 innebar att patienterna i stället betalade sju kronor till huvudmannen och läkarna fick totallön. Den medförde också att underläkarna fick ta över en stor del av arbetet på mottagningarna.

Lennart Lindgren engagerade sig tidigt i det fackliga arbetet, först som studerande i Medicinska Föreningen och senare som ung läkare i föregångaren till Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi. Det var inte alltid ofarligt att utmana det medicinska etablissemangen vid köttgrytorna med krav på rimliga villkor även för yngre kolleger, det kunde hämma sig vid tentamina eller när man sökte jobb. De usla arbetsvillkoren ledde till att läkarna på allvar diskuterade om det var möjligt att strejka. Lennart gjorde på den tiden viktiga insatser för att genomdriva förbättringar i de yngre läkarnas löne- och arbetsförhållanden.



Lennart Lindgren 1915-2001.

Han vidareutbildade sig sedan i obstetrik och gynekologi vid Allmänna BB och Sabbatsbergs sjukhus där han var förste underläkare 1950-1960. Han blev medicine doktor 1956 på en avhandling med titeln *The lower parts of the uterus during the first stage of labour in occipito-anterior vertex presentation: Studies by means of intrauterine tokography* publicerad i *Acta Obst Gynec Scand* Vol. 34, suppl. 2 1955. Samma år blev han docent vid Karolinska institutet.

I början av 1950-talet var kunskaperna om uterus fysiologi ännu ganska ofullständiga. Sam Reynolds, som var professor i fysiologi vid Pennsylvaniauniversitetet och därefter i anatomi vid Illinoisuniversitetet i Chicago, gav ut ett grundläggande arbete *Physiology of the uterus* 1949. Han var

lärare för flera framstående obstetriker, bland andra professor Roberto Caldeyro-Barcia i Montevideo i Uruguay, senare president för International Federation of Obstetrics and Gynecology, FIGO. Caldeyro-Barcia har haft stort inflytande på den obstetriska forskningen som lärare och inspiratör. Fortfarande brukar uterusaktiviteten anges i Montevideoenheter som en hedersbevisning för hans insatser.

Flera svenska forskare utöver Lennart Lindgren hade nära kontakter med Caldeyro-Barcia, till exempel Lars-Philip Bengtsson i Lund och Stig Melander i Uppsala som gjorde en del av sin forskning i Montevideo. Lennart Lindgren ägnade även i fortsättningen sitt vetenskapliga intresse åt studier över förlossningsfysiologin under normala och patologiska förhållanden och han var opponent vid flera doktorsdisputationer inom området.

1959 hade Lennart Lindgren av samtliga sakkunniga förklarats kompetent som professor i konkurrensen till professuren i obstetrik och gynekologi i Uppsala. Trots det fick han inte omförordnande som förste underläkare vid Sabbatsbergs kvinnoklinik. Efter ett vikariat som underläkare vid Karolinska sjukhuset flyttade han 1961 som klinisk lärare och biträdande överläkare till den unga medicinska högskolan i Umeå. Hustrun Maj Levander, som han träffat redan som medicinstudent

fick samtidigt en motsvarande tjänst i cardiologi.

1968 återvände Lennart Lindgren till Allmänna Barnbördshuset i Stockholm som överläkare och styresman fram till sjukhusets nedläggning 1975, samma år som sjukhuset firade 200 år. Lennart Lindgren blev då chef för kvinnokliniken vid St Eriks sjukhus, vars nedläggning han också fick uppleva. Dagens kris inom förlossningsvården i Stockholm kan spåras tillbaka till sådana beslut som fått svåra följder för de födande kvinnorna. Lennart kände bitterhet över att välfungerande kliniker lades ner på vad han ansåg vara bristfälligt underlag.

Redan under sin aktiva tid intresserade sig Lennart Lindgren för medicinhistoria. Vid Allmänna BB:s 200-årsjubileum gavs en minnesbok ut med honom som redaktör. Han skrev också själv en intressant redogörelse för sjukhusets utveckling under de gångna åren. Efter pensioneringen fortsatte han sin medicinhistoriska insats bland annat med ett arbete om obstetriken tekniska hjälpmedel i Svensk Medicin-historisk tidskrift Vol 3. Suppl.1, 1999.

Det finns inte så många böcker om utvecklingen inom svensk obstetrik och gynekologi de senaste 50 åren. Mycket om den tiden stor emellertid att läsa i Maj Levanders och Lennart Lindgrens bok I Kopparmorrens tecken 1997 (MEJ Communications AB, ISBN: 91-630 6300-X). Båda författarna har skildrat sina yrkeskarriärer med alla dess svårigheter och glädjeämnen.

Maj avled i cancer innan boken blev färdig, men Lennart lovade henne att han skulle slutföra arbetet. Mycket i boken har därför ett speciellt intresse för gynekologer. Den ger många skakande inblickar i den komplicerade, för att inte säga korrumperade värld läkare ger sig in i när de vill göra akademisk karriär. Den som säger att det var bättre förr rekommenderas läsa I kopparmorrens tecken så tas den villfarelsen effektivt bort. Boken är ett mycket personligt vittnesbörd om hur de upplevde sin situation. Naturligtvis kan andra ha helt andra uppfattningar om hur saker och ting förhållit sig, men det illustrerar bara att tillvaron har lika många facetter som det finns människor.

Det har också blivit en personlig, kärleksfull minnesbok som speglar den varma tillgivenheten mellan makarna och den beundran Lennart hyste för sin hustru. Liksom deras liv och yrkesområden var inflätade i varandras är också kapitlen i boken sammanflätade i varandra. Det ger en gripande skildring av ett par äkta makars arbete och gemenskap under ett långt liv.

De erfarenheter han fått av politiken i samband med Allmänna BB:s nedläggning inspirerade Lennart Lindgren att efter pensioneringen engagera sig i lokalpolitiken i Trosa, där han och Maj bosatt sig. Trots att han representerade moderaterna, var han kritisk till den tro på enkla, privata lösningar som ibland framfördes av partikamraterna.

Den 9 november drabbades Lennart Lindgren av ett stort strokeanfall som gjorde honom förlamad och afatisk. Snart tillstötte en lunginflammation och han avled den 19 november 2001. ■