

MEDLEMSBLADET

Ansvarelig utgivare: Marie Bixo
tel: 090-785 21 40

Layout: Marie-Louise Schyberg

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

Besöksadress: Klara Östra Kyrkogata 10
tel: 08-440 88 68 fax: 08-440 88 86
ml.schyberg@sfog.se

Internet: www.sfog.se

Annonser: Marie Bixo
marie.bixo@obstgyn.umu.se

SFOGs styrelse 2000-2001:

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
Gynmottagningen, Specialisthuset,
Odengatan 66, 241 35 Eslöv
tel: 0413-55 60 66 fax: 0413-55 60 74
pia.teleman@gyn.lu.se

Vetenskaplig sekreterare: Doc Pål Wölner-Hanssen
KK, Universitetssjukhuset, 221 85 Lund
tel: 046-17 10 00 fax: 046-15 78 68
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

Tf redaktör: Dr Marie Bixo
KK, Norrlands universitetssjukhus, 901 85 Umeå
tel: 090-785 21 40 fax: 090-77 39 05
marie.bixo@obstgyn.umu.se

Utbildningssekreterare: Prof Ove Axelsson
KK, Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala
tel: 018-66 30 00 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.f.fryklund@lthalland.se

Dr Sonja Kvint, Kvinnosjukvården,
Kärnsjukhuset, 541 85 Skövde
tel: 0500-43 14 88 fax: 0500-43 14 54
sonja.kvint@vgregion.se

Dr Cilla W Salamon, KK, Södersjukhuset,
118 83 Stockholm
tel: 08-616 10 00 fax: 08-616 26 40
c.salamon@swipnet.se

Tryck: Graphium Västra Aros, Västerås

Foto: Rolf Werne

ISSN 0284-8031



Kolleger inom SFOG!

Våren är på väg, det blir ljusare och dagarna blir allt längre. Man ser framåt med tillförsikt.

Vintermötet i år anordnades av kollegerna på Karolinska sjukhuset. Vi huserade på Konserthuset mitt i city. Programmet som var uppskattat var mycket varierat och aktuellt. Dessutom inramades det av musik av det mest skilda slag som gav extra pluspoäng. Dagarna före samlades verksamhetscheferna; först på en utbildningsdag om evidensbaserad medicin som anordnades av vår förträffliga arbetsgrupp. Uppdrag gavs till arbetsgruppen att arbeta vidare med utbildning som kan erbjudas klinikerna lokalt och regionalt. Dagen efter var inriktad på hur vi skall kunna förbättra vår arbetsmiljö. Problematiken

hänger intimt samman med den bemanningsproblematik som nu förekommer på många håll. I diskussionen utbyttes erfarenheter av ökad flexibilitet i anställningar, olika belöningssystem för jourverksamhet och marknadsföring av vår specialitetsfantastiska innehåll bland kandidater och unga läkare. Vi lär höra mer i frågan.

I mitt förra ordförandebrev hänvisade jag vid flera tillfällen till vår hemsida, för debatt och för information. Det var ingen slump eftersom vi inom styrelsen tror att vår hemsida är ett utmärkt redskap för oss både när det gäller att komma till tals och ha synpunkter och när det gäller att söka information. Vår eminente webbmaster Nils Fryklund har nu fört oss ytterligare ett steg framåt i IT-världen. Vår hemsida har nämligen bytt domän; www.sfog.se

I DETTA NUMMER

- | | | |
|----|--|--|
| 3 | Projektarbete för frivillig specialistexamen | Ove Axelsson, Pål Wölner-Hanssen |
| 4 | SFOGs nya domän | Nils Fryklund |
| 6 | Vinnande bidrag vid Riksstämman 2000 | |
| 10 | Bättre arbetsmiljö | Svein-Erik Tronstad, Sonja Kvint |
| 11 | SLS Prioriteringskommitté | Margareta Hammarström |
| 16 | Fortbildningsprogram hösten 2001 | Ove Axelsson |
| 20 | Nytt från OGU | Mia Lindroth |
| 22 | "Minimalinvasiva" metoder för behandling av menorrhagi | Miriam Mints, Arne Rådestad, Anders Linder |
| 26 | Bäckenbottenträning i Bordeaux | Beatrice Lindell |
| 28 | Nätverk för öppenvårdsgynekologer | Kristina Lindgren |
| 32 | Kurser | |
| 34 | Möten | |
| 36 | Lägesrapport EAGO/EBCOG 6-9/6 | Nils-Otto Sjöberg |
| 42 | ARG-förteckning | |
| 46 | Förteckning över intresseföreningar | |
| 47 | Beställningsblankett ARG-rapporter | |
| 48 | SFOG Anmälningsblankett | |

är vår nya adress. Man behöver alltså inte gå via Läkaresällskapet eller Ronden för att komma dit, även om de vägarna också fungerar. En av fördelarna med detta är att vi kan hantera våra lösenordsskyddade sidor själva. Följden blir att vi har möjlighet att kunna lägga ut ARG-rapporterna på nätet till våra prenumeranter. Vi återkommer till om och hur detta skall ske efter att i vederbörlig ordning ha diskuterat med våra ARG.

Årsrapporten från 1999 har nyligen kommit. Håkan Rydhström, Helsingborg har åter igen lagt ned ett stort arbete på den. Vi får gemensamt tacka Håkan för väl genomfört uppdrag under många år när han nu lämnar årsrapportarbetet. SPRI och Socialstyrelsen har också "tagit sin hand" ifrån den. Fortsättningsvis får vi från SFOGs sida driva rapporteringen. För förra årets rapport kommer det gamla frågeformuläret att användas men vi kommer att ge vårt kvalitetsråd, under ledning av Inga Sjöberg i Umeå, i uppdrag att arbeta vidare med ett förenklat formulär för både kvalitetsindikatorer och deskriptiv statistik för kommande år. Den som är intresserad av arbete med detta i kvalitetsrådet kan kontakta Inga.

Utbildningsnämnden arbetar bland annat med SK-kurser. Det är Socialstyrelsen som tar in anbuderna men vi har via utbildningsnämnden uppdrag att prioritera kurserna. Det visade sig att förslag på

kurser sänkades från flera kursorter (Göteborg, Malmö/Lund och Linköping) vilket föranlett vår utbildningssekreterare att kontakta Socialstyrelsen. Därifrån sägs att alla fakulteter tillskrivits. Uppenbarligen har något gått snett därefter. Detta är minst sagt irriterande, faktiskt upprörande. Viktigt är att fortsättningsvis bevaka dessa frågor på respektive kursort eftersom man inte längre kan lita på "nån".

Diskussioner pågår sedan ett drygt år mellan Läkarförbundet, Läkaresällskapet och Landstingsförbundet om att skapa ett Institut för Läkare Professionella Utveckling (ILPU). Det finns förhoppningar om att det skall kunna starta under hösten och från Socialstyrelsen ta över förfarandet med SK-kurserna redan från nästa år. Det kan väl bara bli bättre det...

Tanken är att både SK-kurser och annan fortbildning för läkare skall hantearas av ILPU. Ackreditering av kurser kommer till exempel att vara en fråga för dem. Samordning av vissa kurser av bredare karaktär en annan. SFOG kommer som sektion/specialitetsförening att få arbeta vidare som tidigare men vi hoppas kunna få lite administrativt stöd där.

På tal om utbildning så har Regeringen givit allmänmedicinerna ett uppdrag att etablera ett Institut för Familjemedicin som skall syssla med utbildning av primärvårdens alla yrkesgrupper. Personal inom mödravården kommer att involveras i

detta. Vi känner en viss oro för vad innebörden blir men avser att knyta kontakter för att bevaka frågan.

Specialistexamen är på gång igen. Det är trevligt att allt fler vill delta och föreningen hoppas att klinikerna stöttar sina läkare med tid för inläsning. Jag tror att det finns vinster för verksamheten genom att även de teoretiska kunskaperna fördjupas. När det gäller upplägget av projektarbetet som ska ingå i examen har vår vetenskaplige sekreterare På Wölner-Hanssen och vår utbildningssekreterare Ove Axelsson skrivit en "guide-line" som kompletterar det som Birgitta Essén i Malmö mycket klokt formulerat i tidigare Medlemsblad. Den kan läsas på sidan 3. Samma riktlinjer bör förstås gälla även för de projektarbeten som ligger utanför specialistexamen och som många har inskrivna i sina ST-kontrakt. Brist på handledare finns på flera håll och utbildningsnämnden har mycket tacknömligt erbjudit sig att förmedla kontakt om så behövs.

Våren närmar sig och vi ser fram emot EAGO-EBCOG-mötet i Malmö i början på juni. Nästa evenemang att pricka in i almanackan är årsmötet som i år försiggår i Linköping i månadsskiftet augusti-september.

Lev väl!

Elisabeth Persson
Ordförande

Nya medlemmar

*Arthur Aanesen, Stockholm • Monika Cardell, Lund • Olov Grankvist, Piteå
Lisa Jonsson, Göteborg • Katharina Löffelhardt-Wengerzink, Linköping
Snezana Malbasic, Borås • Irina Mashkovitch, Västervik
Abdulghafom Solaf Nouraldin, Norsborg • Ritwa Kristina Opara, Fredrikstad
Katerina Storek, Göteborg • Johanna Sundqvist, Skellefteå
Ingrid Sääv, Stockholm • Sara Törnblom, Nyköping*



Utbildningssekreterare Ove Axelsson och vetenskaplige sekreteraren Pål Wölner-Hanssen.

Projektarbete för frivillig specialistexamen

Det primära syftet med projektarbetet är att öka förmågan att tänka och agera evidensbaserat i den kliniska verksamheten. Ett sekundärt syfte är att rekrytera nya forskare. Genom att blivande specialister kommer i kontakt med vetenskapligt arbete hoppas vi att några blir intresserade och påbörjar forskarutbildning.

Mot denna bakgrunden bedömer vi att själva processen – det vetenskapliga arbetet – är det viktigaste. Resultaten är av sekundär betydelse. Det är väsentligt att man via projektarbetet får öva sig i databassökning (Medline, Cochrane) samt i att kritiskt granska vetenskaplig litteratur. Ytterligare övningsmoment är att projektarbetet skrivs enligt vedertagna normer för medicinska vetenskapliga artiklar. Originalforskning är positivt men inte nödvändigt. Vi förväntar oss inte att ett projektarbete för frivillig specialistexamen skall innehålla avgörande nya rön. En sammanställning av ostrukturerade data från den egna klinikens journaler kan å andra sidan vara ett tveksamt underlag för ett projektarbete.

Arbetet kan vara en strukturerad översiktsartikel med fokus på en klinisk frågeställning. Val av artiklar motiveras och en sammanfattande analys av dessa utförs.

Pål Wölner-Hanssen
Vetenskaplig sekreterare
Ove Axelsson
Utbildningssekreterare

Det är av avgörande betydelse att i metodbeskrivningen ange vilka databaser man granskat och hur de olika artiklarna värderats. Denna typ av projektarbete kan också utmynna i ett PM.

Det är viktigare att starta med en bra handledare än med ett bra tema! Handledaren bör vara någon som har forskningserfarenhet, som man kan samarbeta med och som är intresserad av handledning.

Problemet för många som vill göra ett frivilligt projektarbete är dels tidsbrist, dels svårigheter att hitta en handledare. I detta sammanhang vill vi uppmana äldre kolleger att ställa upp som handledare för unga kolleger som satsar på att få sin frivilliga specialistexamen. Processen kan ju leda till en givande mentor-adept relation. Vid många kliniker finns tyvärr få handledarekompetenta kolleger. Det kan då bli nödvändigt att söka handledare på annat håll. Utbildningsnämnden har sagt sig villiga att hjälpa finna handledare. Om man

tänker starta ett projektarbete utan handledare med vetenskaplig erfarenhet bör projektplanen föreläggas någon med forskarutbildning innan projektet påbörjas.

Några ST-läkare har påbörjat sin forskarutbildning. För dessa kan en publicerad eller accepterad vetenskaplig artikel också fungera som projektarbete under förutsättning att ST-läkaren har haft huvudansvar för skrivandet av artikeln.

Genomförandet av ett bra projektarbete kräver tid. För att arbetet ska kunna genomföras måste verksamhetschefen bidra med att ge resurser till ST-läkaren.. En ST-läkare, som har för avsikt att genomföra den frivilliga specialistexamen bör, när ST-kontraktet skrivs, se till att tid avsätts för projektarbetet. För dagens konkurrensutsatta kvinnokliniker är välvilja från verksamhetens sida när det gäller möjligheten att genomföra projektarbete med all sannolikhet ett bra lockmedel för ST-läkare.

Birgitta Essén skrev i Medlemsbladet föregående år (MB 2/00) om förslag till minimikrav för examensarbetet inom ramen för frivillig specialistexamen i obstetrik och gynekologi. För ytterligare detaljer om projektarbetet hänvisas till denna artikel, vars innehåll vi stödjer till fullo. ■

REDAKTÖRENS RUTA!

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

Följande tider gäller för Medlemsbladet 2001:

<i>Nr</i>	<i>Deadline</i>	<i>Utkommer</i>
3/01	20/5	18/6
4/01	2/9	1/10
5/01	21/10	19/11

OBSERVERA: Adressändring skall göras till
Marie-Louise Schyberg • SFOG-Kansliet • Box 738 • 101 35 Stockholm
Telefax: 08-440 88 86 • Telefon: 08-440 88 68 (må-fr 9-11)
E-post: ml.schyberg@sfog.se • Internet: www.sfog.se

Manus skickas eller faxas till nedanstående adress.
Tf redaktör Marie Bixo

KK • Norrlands Universitetssjukhus • 901 85 Umeå
Telefon: 090-785 21 40 (dagtid) • Telefax: 090-77 39 05
E-post: marie.bixo@obstgyn.umu.se

Nu har SFOGs hemsida bytt adress!!

www.sfog.se

Lösenordsskyddade sidor

Vissa sidor på hemsidan skall endast vara tillgängliga för SFOGs medlemmar. För att kunna komma åt dessa sidor behöver Du ett användarnamn och ett lösenord. Det gamla lösenordet gäller inte automatiskt på vår nya adress!

För att Du som är medlem i SFOG skall kunna få ett lösenord och användarnamn måste Du meddela vår kanslichef Marie-Louise Schyberg via:

Telefon 08 - 440 88 68 eller

Fax 08 - 440 88 86 eller

Brev (FOGs kansli, Klara Östra

Kyrkogata 10, 101 35 Stockholm eller

E-post ml.schyberg@sfog.se

att Du önskar få tillgång till SFOGs ”skyddade” sidor. För att kunna ge Dig ett användarnamn och ett lösenord behövs att Du uppger Ditt namn och personnummer eller Ditt namn och medlemsnummer i Läkarförbundet.

OBSERVERA!! Om Du loggar in via arbetsplatsen kan det hända att Du förutom SFOGs användarnamn och lösenord dessutom behöver ange användarnamn och lösenord för att logga in på arbetsplatsens nätverk

Välj själv

Du har nu möjlighet att själv välja användarnamn och lösenord. Meddela i så fall Marie-Louise önskat användarnamn och lösenord. Namn och lösenord är shift-

känsliga, vilket innebär att stora och små bokstäver uppfattas som olika tecken. (Jag rekommenderar att Du genomgående använder små tecken.)

Om Du inte meddelar något önskemål om speciellt användarnamn och/eller lösenord så blir Ditt användarnamn samma som ditt efternamn (med små bokstäver) och lösenordet samma som Ditt medlemsnummer i Läkarförbundet.

Du är inloggad ända tills Du stänger Internet. Glöm därför inte att logga ut från Internet efter Du varit på de ”skyddade sidorna”.

Har Du några frågor eller funderingar så hör gärna av Dig till mig.

Nils Fryklund

Webbmaster SFOG
nils.fryklund@lthalland.se

Vinnande bidrag vid 2000 års läkarstämma

Bästa föredrag:

Betydelse av p53 polymorfism för utveckling av cervicala adenocarcinom

Andersson Sonia¹, Larson B², Rylander E³, Strand A⁴ & Wilander E⁵.

Institutionerna för Obstetrik och Gynekologi (Huddinge¹, Karolinska², Danderyd³), Stockholm, Dermatologi och Veneurologi⁴, Patologi⁵ UAS.

Bakgrund. Incidensen av skivepitelcancer på cervix har minskat med 60% sedan mitten av 1960-talet, då populationsbaserad vaginalcytologisk screening infördes. Samtidigt har antalet adenocarcinom ökat, främst hos yngre kvinnor. Adenocarcinom har inte samma tydliga förstadium som skivepitelcancer och ger sig därför inte lika ofta till känna via cytologscreening. Humant papillomavirus (HPV) förekommer i nästan 100% av analyserade cervixcancerfall från hela världen och HPV betraktas som en nödvändig om än inte tillräcklig faktor för utveckling av invasiv

skivepitelcancer. I dessa tumörer dominerar HPV typ 16. HPV finns i 70% av de cervicala adenocarcinomen. Här dominerar HPV typ 18.

HPV-genomet består av en dubbelflätad, cirkelrund, 8-kb DNA molekyl som innehåller åtta gener. Genomet är organiserat på följande sätt: "Open reading frames" är designat som "early" (E) region och "late" (L) region. Proteinerna som är involverade i replikation av DNA är E1 och E2. E2 ansvarar för transkriptionskontroll, och E5, E6, E7 för cell transformation. Virus DNA är omgivet av en "kapsid" som består av två proteiner - L1 och L2. Det finns ytterligare en region som kallas för NCR "non-coding region" och som befinner sig mellan L och E regionerna.

HPV proteinerna E6 och E7 är involverade i utvecklingen av cervixcancer i samspel med de två tumörsuppressorgenerna p53. HPV E6 proteinet binder sig till p53 som reglerar cellcykeln. Detta leder till degradering av p53 och därmed uppkommer genetisk instabilitet och okontrollerad till-

växt. E6 genen från HPV 16 och 18 binder sig starkt till p53, i motsats till E6-genen från s k lågrisk HPV. Bland svenska kvinnor förekommer genetisk variation i tumörsuppressorgenen p53. Tidigare studier har visat att risken att utveckla cervical skivepitelcancer anses högre hos kvinnor som är homozygota för arginin (R/R), jämfört med de som är heterozygota (R/P) eller homozygota för prolin (P/P).

Målsättning. Att kartlägga förekomsten av polymorfism i p53-genen, codon 72, hos kvinnor med adenocarcinom i cervix. Vi ville jämföra fördelningen med den hos kvinnor utan cancer.

Material och metoder. Identifiering och typning av HPV i 111 cervicala adenocarcinom samt p53 genotypning har utförts med en PCR-SSCP baserad teknik. Resultaten har jämförts med p53 genotypen hos 188 friska kvinnor som varit på gynekologisk hälsokontroll. Analysen utfördes på cytobrushprover och parafinklotsar av adenocarcinom.

Resultat. Genotypisk distribution av p53, codon 72, hos 188 kvinnor utan cancer och 111 med adenocancer i cervix uteri.

	Pro/Pro	Pro/Arg	Arg/Arg	Total
Kontroller	16(9)	83(44)	89(47)	188
Adenoca	0	32 (29)	79 (71)	111

Hos 188 friska kvinnor var 9% homozygota för prolin (P/P), 44% heterozygota (P/R) och 47% homozygota för arginin (R/R). Motsvarande värden hos kvinnor med adenocarcinom var 0% (P/P), 29% (P/R) och 71% (R/R). Skillnaden var statistiskt signifikant, $p=0.001$. HPV påvisades i 86 av de 111 adenocarcinomen (HPV 18 i 48 fall, HPV 16 i 31 fall och HPV okänd typ i 7 fall) och 25 tumörer var HPV-negativa.

Slutsats. Kvinnor som utvecklar adenocancer i cervix uteri är oftare homozygota för arginin (R/R) än friska kvinnor. Denna tendens var inte uppenbart relaterad till HPV-infektionen. Detta skulle kunna betyda att R/R är en riskfaktor för utveckling av cervixcancer.

Detta är viktigt för att öka vår kunskap om malign potential av olika onkogena HPV-typer. Kunskap om detta kan förändra omhändertagandet av kvinnor med preinvasiva lesioner på cervix och leda till mer selektiv behandling. Det är möjligt att HPV-test är viktigt för att minska incidensen av cervikal adenocarcinom hos unga kvinnor.



SONIA ANDERSSON
TÄBY
sonia.andersson@telia.com

Bästa poster: Andra och tredje generationens p-piller har olika effekt på fibrinogen och fritt protein S

Marianne van Rooijen¹, Angela Silveira², Katarina Bremme¹. Kvinnokliniken¹ och Gustav V forskningsinstitut², Karolinska sjukhuset, Stockholm.

Målsättningen med denna studie var att jämföra två monofasiska lågdoserade kombinerade p-pillers effekt på koagulationsfaktorer associerade med venös trombos.

Metod. Studien var upplagd som en crossover-studie där trettiofem friska kvinnor, som inte använde p-piller, randomiserades till behandling med antingen ett s.k. andra generationens p-piller (150 mg levonorgestrel + 30 mg etinylestradiol) eller ett s.k. tredje generationens (150 mg desogestrel + 30 mg etinylestradiol). Behandlingsperioden var två månader och efterföljdes av en lika lång wash-out period. Därefter användes det andra preparatet i två månader. Blutprover togs i normal menscykel innan behandlingsstart, cykel-dag 22-25, samt i slutet av varje behandlingsperiod. Analyserade parametrar var fibrinogen, protrombinfragment 1+2 och fritt protein S.

Resultat. Fibrinogen-nivåerna steg med båda preparaten, signifikant mer med tredje generationens. Fritt protein S ökade under användning av andra generationens p-piller och minskade med tredje generationens. Nivåerna av protrombinfragment 1+2 ökade i samband med båda preparaten.

Sammanfattning. Båda preparaten medför ökade nivåer av protrombinfragment 1+2 talande för en aktivering av koagulationen. Uppmätta förändringar i fibrinogen och fritt protein S kan tala för en större risk för venös blodpropp vid intag av tredje generationens p-piller jämfört med andra generationens.

Hedersnämmande Föredrag: Varför får afrikanska invandrare sämre mödra- och förlossningsvård?

Birgitta Essén¹, N-O Sjöberg¹, Saemundur Gudmundsson¹, P-O Östergren², Birgit Bödker³, Jens Langhoff-Roos³, Grom Greisen⁴. Kvinnokliniken¹, Samhällsmedicinska institutionen², Universitetssjukhuset MAS, Malmö, Kvinnokliniken³, Neonatalavdelningen⁴, Rigshospitalet, Köpenhamn.

Sammanfattningsvis visar denna studie att det fanns betydligt fler fall bland döda barn till afrikanska invandrare, som kunde ha undvikits om vården hade varit mer optimal jämfört med perinatalt döda barn till svenska kvinnor.

Anledningen till att studien genomfördes var, att vi nyligen för första gången visat, att det finns en invandrargrupp som har signifikant ökad risk för perinatal dödlighet jämfört med andra invandrargrupper och svenska kvinnor, nämligen kvinnor från Afrika söder om Sahara, främst Somalia och Etiopien (1).

Vi har i Malmö även genomfört en antropologisk intervjustudie med somalisktalande kvinnor (2). En hypotes framlades, nämligen att de somaliska invandrarkvinnorna har speciella strategier under graviditet och förlossning för att undvika komplicerade förlossningar, t ex kejsarsnitt. Vi ställde oss därmed frågan om invandrarkvinnornas strategier för en säker förlossning i kombination med språkförbistringar i möte med den svenska förlossningsvården, som inte känner till kvinnornas beteende, kunde vara en bidragande orsak till den förhöjda perinatale dödligheten.

En systematisk journalgenomgång genomfördes av samtliga perinatale dödsfall under 1990-96 till kvinnor från Etiopien eller Somalia, vilka fött barn på svenska sjukhus. De matchades mot en grupp perinatalt döda svenska barn från samma sjuk-

hus och dödstid i förhållande till förlossning (ante-, intra- eller neonatal död). Journalsammanställningarna bestod av relevant information om faktorer som påverkat utfallet. En auditgrupp, bestående av obstetiker och neonatologer, bedömde därefter varje enskilt fall och identifierade suboptimala faktorer, som troligtvis hade orsakat dödsfallet. Dessa suboptimala faktorer till de perinatale dödsfallen indelades i tre orsakskategorier: 1) maternella orsaker, 2) medicinska orsaker, 3) bristande infrastruktur i form av språkproblem och avsaknad av tolk.

Det visade sig, att bland de afrikanska invandrarna identifierades signifikant fler faktorer, som lett till perinatal död och som troligtvis kunde ha undvikits med en bättre vård, jämfört med den svenska gruppen. Vilka var då dessa suboptimala faktorer som var mer förekommande bland afrikanska kvinnor med perinatal döda barn? Maternella orsaker var främst att mamman inte sökt vård trots att hon hade uppenbara symtom som, t ex vaginala blödningar och buksmärter eller att mamman i en akut situation avböjt kejsarsnitt trots hotande fosterasfyxi. Suboptimala faktorer som berodde på bristande medicinsk vård var bland annat, att doktorer eller barnmorskor misstolkat CTG intrapartalt eller givit felaktig medicin till mamman eller barnet (t ex Bricanyl vid ablatiosymtom eller ingen cortison till hotande prematurförlossning). Bristande infrastruktur bedömdes ha orsakat att fem barn dött i onödan, bland annat för att man inte använt tolk vid mötet med den icke svensktalande barnaföderskan.

Sammanfattningsvis var det vanligare att den afrikanska gruppen hade fler faktorer, vilka lett till perinatal död. Gruppen av potentiella dödsfall, som kunde ha undvikits, var alltså högre i den afrikanska gruppen jämfört med den svenska.

Den förhöjda perinatale dödligheten bland somaliska och etiopiska invandrare

kan tolkas som en delvis misslyckad integrationsprocess. Vi bör tidigt vara mer medvetna om ovanstående risker vid möte med dessa gravida invandrarkvinnor. Redan på MVC kan vi informera om de låga riskerna i samband med kejsarsnitt i Sverige. Varje barnmorska och läkare i Sverige bör se denna information om kvinnornas riskbeteende mot bakgrund av att de kommer från den del av världen som har bland den högsta mödradödligheten. Rädslan för kejsarsnitt hos dessa kvinnor bygger i de flesta fall på en reell rädsla för maternell död i samband med förlossning. Om vårdpersonalen inte är medveten om barnaföderskornas strategier förbises riskfaktorer, vilket bidrar till den ökade perinatale dödligheten.

Vi bör också vara frikostigare med att använda tolk i möte med icke svensktalande kvinnor. Någon förklaring till att det var 12 gånger så många fall av inadekvat CTG-tolkning i den afrikanska gruppen jämfört med den svenska, kunde inte ges. Är det en slump att svenska barnmorskor och förlossningsläkare misstolkade CTG till afrikanska barnaföderskor i en större utsträckning än till svenskar? Är det en slump att barnläkare tillkallades alltför sent i bedömning av ett svårt sjukt, nyfött, afrikanskt barn jämfört med sjuka nyfödda till svenska kvinnor?

Referenser:

1. Essen B, Hanson BS, Östergren PO, Lindquist PG, Gudmundsson S. Increased perinatal mortality among sub-Saharan immigrants in a city-population in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79(9):737-43.
2. Essén B, Johnsdotter S, Hovellius B, Gudmundsson S, Sjöberg N-O, Friedman J, Östergren P-O. Qualitative study of pregnancy and childbirth experiences in Somali women resident in Sweden. *Br J Obstet Gynaecol* 2000;107:1507-12.

Hedersnämmande Poster: Kvinnor med polycystiskt ovarie- syndrom har nedsatt sekretion av kolecystokinin vid måltidstest

Sabine Næssén¹, lab.ing., Birgitta Byström¹, Angelica Lindén Hirschberg¹, Jan Holte², Mats Stridsberg³. Kvinnokliniken Karolinska sjukhuset Stockholm¹, Linné-kliniken Uppsala², Klinisk Kemi Akademiska sjukhuset Uppsala³.

Introduktion. Kvinnor med PCOS har ofta hyperandrogenism, ovulationsstörning samt insulinresistens i ökad frekvens. Insulinresistensen är associerad med bälftema och övervikt som är vanligt hos dessa kvinnor. Vidare är det känt att kvinnor med PCOS har en ökad förekomst av bulimi. Syftet med denna studie var att undersöka om kvinnor med PCOS har en störd aptitreglering med förändrad sekretion "mättnadspeptiden" kolecystokinin (CCK).

Metod. Sexton kvinnor med PCOS och sexton friska kontroller matchade för ålder (21-42 år) BMI, 19-33 ingick i studien. Efter en natts fasta insamlades blodprover via en perifer venkateter före och upp till fyra timmar efter intaget av en standardiserad måltid (500 kcal). I samband med måltiden angav försökspersonerna graden av hunger och mättnad med visuell analogskala. Midja/höftmått registrerades. CCK analyserades med RIA-metodik efter extraktion av serum med SEP-PAK.

Resultat. Sekretionen av CCK i samband med måltid var nedsatt hos kvinnor med PCOS jämfört med kontroller. Hos kontrollerna var CCK-svaret positivt korrelerat till upplevelsen av mättnad och negativt korrelerat till body-mass-index medan patienterna inte uppvisade motsvarande samband.

Slutsats. Kvinnor med polycystiskt ovarie-syndrom (PCOS) har nedsatt sekretion av "mättnadspeptiden" kolecystokinin (CCK) vid måltidstest samt uteblivet samband mellan CCK-sekretion och mättnadskänsla. En störd mättnadsreglering är sannolikt av betydelse för ökad förekomst av bulimia nervosa och övervikt vid PCOS. ■

Bättre arbetsmiljö

På verksamhetschefsmötet i Stockholm den 1 februari diskuterades arbetsmiljö inom kvinnosjukvården. Under mötet kom framförallt bemanningsfrågan i fokus. Styrelsen vill ge möjlighet till fortsatt diskussion i Medlemsbladet under rubriken Bättre arbetsmiljö och hoppas få goda uppslag från landets alla kliniker. Skicka in ditt bidrag till medlemsbladets redaktör Marie Bixo marie.bixo@obstgyn.umu.se

Laparoskopisk ergonomi - Har någon tänkt på det?

Inom kvinnosjukvården förekommer allt fler och längre endoskopiska operationer. Detta är oftast till gagn för patienten som får kortare vård- och sjukskrivningstid. Den nya tekniken kan entusiasmera och fascinera operatören som, helt koncentrerad på sin uppgift, glömmer sin egen arbetsställning under operationen. Gynekologen har tagit med sig sin arbetsställning vid laparoskopiooperationer från det kortvariga diagnostiska ingreppet som han/hon utfört i decennier. Konsekvent träning eller professionell handledning i rätt arbetsställning är sällsynt.

Sedan flera kolleger börjat klaga på rygg- och/eller nacksmärtor i samband med längre endoskopiska operationer tog vi initiativ till en ergonomisk kartläggning i operationssalen. Företagshälsovårdens ergonom sjukgymnasten Karin Hedberg fick uppdraget. Hon videofilmade två laparoskopiska operationer där operationspersonalens arbetsställningar och arbetsrörelser studerades ur ett ergonomiskt perspektiv. Resultatet lämnades i en skrift-

Svein-Erik Tronstad

Överläkare, Endoskopi-Centrum
Kärnsjukhuset Skövde

Sonja Kvint

Verksamhetschef, Kvinnosjukvården
Skaraborg

lig rapport. Filmerna visades för läkargruppen och operationspersonalen under ledning av Karin Hedberg. Hennes iakttagelser var att ”placering av bildskärmen, instrumentens utformning och placering runt operationsbordet tvingar in personalen i tröttande, slitsamma arbetsställningar och arbetsrörelser med stor risk för belastningsskador.

God arbetsteknik ger en operationssal möblerad så att all personal *kan se* utan att behöva böja vrida eller sträcka sig vare sig i nacke, bröst eller ländrygg, eller stå på tå. Det är att kunna arbeta med armarna intill kroppen under större delen av tiden och att slippa arbeta med armarna framför sig eller utåtförda från kroppen i tröttande statiska arbetsställningar. Det är att slippa stå på ett ben, därför att man måste sköta ett fotreglage med den andra

foten” skriver hon. I ett antal punkter föreslås förbättringar som kan möjliggöra en sund arbetsteknik.

Instrumenten är för långa för operatören och tvingar ut armarna från kroppen. Övergången från instrumentets ”hand/sax har en vinkel som tvingar operatören att i flera sammanhang arbeta med handleden i ytterläge (60 grader volarflexion). Handens optimala läge för både styrka och precision är ca 15 graders dorsalflexion.

Förbättring: Kortare och bättre utformade instrument.

Fotreglage: Regleras med en fot och då står operatören med hela sin kroppstyngd på ena benet och måste ibland också titta ned mot golvet för att förvissa sig om var reglaget står.

Förbättring: Plattform med nedsänkt fotreglage.

Bildskärm: Skärmen är placerad för högt och något till vänster så att operatörens blickriktning är uppåtriktad med bakåtböjning och sidvridning i nacken som följd. Optimal arbetsställning för nacken är neutralläge och för ögonen gäller blickriktning kring horisontalplanet.

En uppåtriktad blick tröttrar ögonen och hämmar blinkreflexen. Ögat är som mest avspänt när det kan rotera framåt/nedåt i ögonhålan.

Förbättring. Flera bildskärmar på höj- och sänkbar takarm så att all sidvridning och bakåtböjning försvinner.

Stativ som håller kameran.

Sedan rapporten blev klar har förbättringar införts. När nya instrument inköps

tas ergonomiska hänsyn. Nya takmonterade höj- och sänkbara bildskärmar har beviljats. Endoboy kamerahållare finns liksom röststyrd robot. Utvärdering av förbättringarna skall göras. En ny "ergonomisk operationssal" i samarbete med all operationspersonal och ergonomisk expertis planeras. Ytterligare arbetsmoment såsom arbetsställning och teknik vid "vanlig gynundersökning", "ultraljudsundersök-

ning och vaginala operationer kommer att kartläggas.

Det är mycket angeläget att förbättra vår arbetsmiljö. Ergonomisk analys av vanliga arbetsmoment kan vara ett sätt att hitta förbättringar samt att förebygga belastningsbesvär.

Information om Svenska Läkarsällskapets Prioriteringskommitté

SFOG har från Svenska Läkaresällskapet fått en förfrågan om att delta i arbetet med prioriteringar. Fyra sektioner har fått förfrågan. Den har diskuterats på styrelsemöte och styrelsen har utsett fem personer att delta i detta arbete

Från SFOGs styrelse

Margareta Hammarström (v ordf)

Övriga

Kerstin Nilsson (Ordf i Evidens-ARG)

Inga Sjöberg (VC)

Kenneth Challis (Obstetriker)

Dag Prebensen (OGU-representant)

En allmän prioriteringsregel finns i 2§ hälso- o sjukvårdslagen, exemplifierade i breda prioriteringsgrupper (I-IV) Målsättningen med detta arbete är att skapa ett prioriteringsunderlag för öppna horisontella prioriteringar mellan specialiteter. Prioriteringsgrund skall vara Diagnos/åtgärd -hälsovinst/nytta- kostnad/resurs.

Uppdragets art: Att inom specialiteten göra ett underlag och ta fram en metod för öppna horisontella prioriteringar Alla delar av specialitetens verksamheter skall ingå.

Information Arbetsgruppen representerar SFOGs medlemmar. Vi vill därför hela tiden utbyta information med SFOGs medlemmar.

På hemsidan www.sfog.se kommer tankar och arbetsrapporter från oss att publiceras.

För allmän information läs SLS Prioriteringskommitté, sid 14-15.

Välkomna att kontakta oss:

Kenneth Challis, KK, Sundsvalls sjukhus, 851 56 Sundsvall.

Tel: 060 -18 10 00 kenneth.challis@lvn.se

Margareta Hammarström, Octaviakliniken, Tideliugatan 22, 118 69 Stockholm

Tel: 08-690 62 70 margareta.hammarstrom@octavia.ptj.se

Kerstin Nilsson, KK, Regionsjukhuset, 701 85 Örebro

Tel: 019-602 10 00 kerstin.nilsson@orebroll.se

Dag Prebensen, KK, NU-sjukvården NÄL, 461 85 Trollhättan.

Tel: 0520-910 00 dag.prebensen@vregion.se

Inga Sjöberg, KK, Norrlands universitetssjukhus, 901 85 Umeå

Tel: 090-785 21 48 inga.sjoberg.us@vll.se



Prioriteringskommittén

Svenska Läkaresällskapet ser arbetet med prioriteringar som en av de viktigaste frågorna i framtiden. För arbetet har en styrgrupp bildats.

Riksdagens beslut om prioriteringar

Riksdagen beslutade i december 1996 om riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården. Riksdagsbeslutet innebär att det sedan 1 juli 1997 finns en allmän prioriteringsregel i 2 § hälso- och sjukvårdslagen som fastlägger att den som har det största behovet av hälso- och sjukvården skall ha företräde till vården.

Riktlinjer för prioriteringar är baserade på tidigare redovisade etiska principer och är exemplifierade i breda prioriteringsgrupper

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

Svenska Läkaresällskapet styrgrupp för öppna horisontella prioriteringar

Thomas Ihre, ordförande
Kjell Asplund
Per Carlsson
Erling Carlsson
Olof Edhag
Christer Edling
Kerstin Hagenfeldt
Björn Olsson
Inga Berg, sekr till gruppen

Prioriteringsgrupp II

- ◇ Prevention
- ◇ Habilitering/Rehabilitering

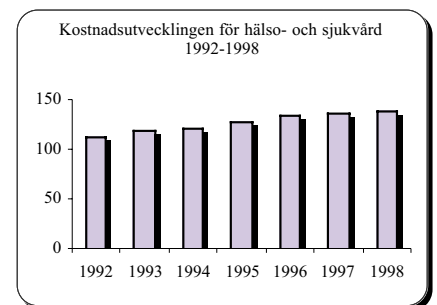
Prioriteringsgrupp III

- ◇ Vård av mindre svåra akuta kroniska sjukdomar

Prioriteringsgrupp IV

- ◇ Vård av andra skäl än sjukdom eller skada

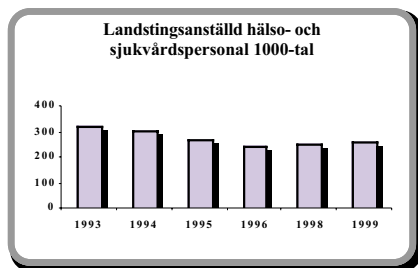
Ett av motiven till arbetet med prioriteringar är kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvården.



Kostnader för läkemedel 1993 – 1998 Mkr

Kostnadsökningen för läkemedel har under 1990-talet legat på 10-15 procent per år och var 1999 cirka 23 miljarder kronor. Tillgängliga analyser anger att ungefär hälften till två tredjedelar av kostnadsökningarna är att hänföra till introduktionen av nya läkemedel, d v s byte till dyrare preparat respektive möjligheterna att behandla sjukdomar som tidigare ej varit tillgängliga för terapeutiska åtgärder.

Bristen på personal är ett ökande problem inom hälso- och sjukvården



Målsättningen är att skapa prioriteringsunderlag för öppna horisontella prioriteringarmellan specialiteter

Sektionerna skall göra vertikala prioriteringar inom sina respektive verksamhetsområden, rangordna Diagnos/Åtgärd inom den egna specialiteten.

Specialiteternas listor ”matchas” mot varandra horisontellt vad gäller minst prioriterade Diagnoser/Behandlingar.

Kontinuerlig revidering över tid – nya behandlingar, nya sjukdomar.

Avsikten är att prioriteringslistorna skall kunna användas för att göra öppna horisontella prioriteringar mellan verksamhetsområden – att de lägst prioriterade inom ett område en tid kan fåstå tillbaka för högre prioriterade inom ett annat verksamhetsområde.

Prioriteringsgrund



Svenska Läkaresällskapet arbetar på två sätt

- ◇ Intervjuar politiker, tjänstemän och verksamhetsföreträdare för att få veta vilket underlag de behöver för att fatta bra beslut om prioriteringar
- ◇ Arbetar med fyra sektioner; Cardiologi, Neurologi, Oto-rhino-laryngologi, huvud och halskirurgi samt Obstetrik och Gynekologi för att få fram en bra metod för öppna prioriteringar. Senare ”alla” sektioner.

Önskelista

- ◇ Bättre beslutsunderlag till politiker för prioritering.
- ◇ Objektiva data beträffande sjuklighet behandlingsbarhet, nytta, kostnad m m.
- ◇ Större inflytande av objektiva företrädare från den medicinska professionen.

SFOGs fortbildningsprogram hösten 2001

Hösten kan tyckas avlägsen men den kommer och med den också nya möjligheter för fortbildning. Till hösten organiserar SFOG tio fortbildningskurser, som presenteras här nedan. Kurserna är ju i första hand avsedda för specialister i obstetrik och gynekologi men ST-läkare är också välkomna att söka kurserna.

Fyll i ansökningsblanketten så fullständigt ni kan för att underlätta en rättvis fördelning av kursplatserna. Ange också prioriteringsordning mellan kurserna. Som regel tilldelas varje sökande endast en kursplats.

Deadline för ansökan är 25/5!

Efter att kursplatserna fördelats tillsänds respektive kursledare en lista på deltagare och det är kursledningens uppgift att meddela er att ni antagits samt övriga uppgifter vad gäller praktiska detaljer kring kursen. Kursavgiften inkluderar moms och 100 kronor avsedda för SFOGs administrativa kostnader.

Välkomna att söka!

*Ove Axelsson
Utbildningssekreterare*

FARG-kurs i antikonception 1-2 oktober 2001

Kursort: Kristina Konferens & Hotell, Sigtuna

Kursledning: Ingrid Östlund, Ian Milsom
Avsedd för: 45 deltagare. Gynekologer och barnmorskor verksamma inom preventivmedelsrådgivning. De barnmorskor som tar med en gynekolog ges företräde.

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

Kursavgift: 2 700 kr (inkl. kost o logi)

CME-poäng: 16

Handledning, pedagogik och organisation i specialiseringstjänstgöringen

1-4 oktober 2001

Kursort: Wiks slott, Uppsala

Kursledning: Magnus Lindahl, Anders Jonzon

Avsedd för: 25 deltagare. ST-handledare och ST-administratörer. Handledare uppmantras att komma gemensamt med "sin" ST-läkare.

Program: Pedagogik: hur vuxna lär, den reflekterade praktiken och det livslånga lärandet. Kompetensbaserad inläring och utvärdering. Handledning: Vad är hand-

ledning, vad gör handledare. Övning i handledningssituationer. Organisation: EU-direktiv, lagen, förordningar. Råd och idéer för uppläggning av program.

Kursavgift: 5 000 kronor

CME-poäng: 30

Grundkurs i praktisk hysteroskopi 3-5 oktober 2001

Kursort: Kvinnokliniken, Kärnsjukhuset, Skövde

Kursledning: Svein-Erik Tronstad, Per-Göran Larsson, Jane Boris, Fredrik Nordenskjöld

Avsedd för: 12 deltagare, även icke specialister välkomna i mån av plats.

Program: Praktisk träning varvat med föreläsningar om teknik, instrument, indikationer och utvecklingsaspekter. Demonstrationsoperationer. Hands on operationer. Handled training på hysteroscopic trainer. Demonstration av videoinspelningar.

Kursavgift: 5 100 kronor

CME-poäng: 24

Påbyggnadskurs i gynekologiskt ultraljud

8-10 oktober 2001

Kursort: Danderyds sjukhus, Stockholm

Kursledning: Harald Almström, Gustav Giertz

Avsedd för: 25 läkare

Program: Kursen behandlar artefakter inom ultraljudsdiagnostik, hanterandet av blödningsrubbningar med och utan hormonbehandling, cystproblematik och ovarialcancerdiagnostik. Hanterandet av kvinnor med hereditet för ovarialcancer. Infertilitet och PCO, myom samt en överblick över nya metoder inom ultraljudsdiagnostiken.

Kursavgift: 5 100 kronor (inkl. 1 000 kr för praktik vid annat tillfälle)

CME-poäng: 25

Praktisk obstetrik

15-17 oktober 2001

Kursort: KK, Universitetssjukhuset, Lund

Kursledning: Ingemar Ingemarsson (Ann-Christin Andersson, sekr 046-17 25 02)

Avsedd för: 40 läkare, även under utbildning.

Program: Kursen omfattar föreläsningar och seminarier med tonvikt på praktisk handledning av normala och komplicerade förlossningar. Kursen är Steg 1 för vidareutbildning i obstetrik för läkare. Steg 2 kurs kommer att äga rum våren 2002 på Royal College of Obstetricians and Gynaecology i London.

Kursavgift: 3 900 kronor

CME-poäng: 25

Reproduktionsendokrinologi

29-31 oktober 2001

Kursort: Huddinge Universitetssjukhus

Kursledning: Agneta Bergqvist, Britt-Marie Landgren (kurssekreterare Katarina Oxelbäck)

Avsedd för: 30

Program: Dag 1: Störningar i den normala menstruationscykeln: på hypothalamisk/hypofysnivå: oligo/amenorré: ätstörningar, idrottsamenorré, på ovarienivå: PCO Prematur menopaus - utredning och behandling. Turners' syndrom - utredning och behandling

Dag 2: Missbildning av genitalia - symptom, utredning, behandling. Preventivmedel: Funktion av hormonell kontraception. Skillnader mellan olika preparat. Guidelines för förskrivning. IUD - typer, rekommendationer, kontraindikationer. Nya metoder: stavar, plåster, sprutor, vaccin. Manlig kontraception.

Dag 3: Infertilitetsutredning. Ovulationsstimulering. IVF. Gametdonation - möjligheter, begränsningar. Endometriosis: hormonell reglering. Relation till infertilitet. Patogenes och behandling.

Kursavgift: 3 700 kronor

CME-poäng: 24

Fosterövervakning

5-6 november 2001

Kursort: Akadiska sjukhuset, Uppsala

Kursledning: Solveig Nordén Lindeberg, Ulf Hanson

Avsedd för: 25 läkare och barnmorskor

Program: Epidemiologi - hypoxi, hjärnskador. Legala aspekter. Fosterövervakning under graviditet - riskgraviditet (CTG, ultraljud). Hypoxiutveckling under förlossning och metoder för att upptäcka detta. Övervakning under förlossning. Falldiskussioner.

Kursavgift: 2 300 kronor

CME-poäng: 14

Obstetrisk medicin - inter-kurrenta sjukdomar i samband med graviditet

12-14 november 2001

Kursort: Göteborg

Kursledning: Margareta Wennergren

Avsedd för: Ca 25

Program: Medicinska sjukdomar och dess konsekvenser maternellt och fetalt kommer att belysas med tyngdpunkt på: Diabetes, Hjärtsjukdom, SLE och övriga autoimmuna sjukdomar, Koagulationsrubbningar, Kvinnor med svåra funktions-

hinder, Njursjukdom. Teamsamverkan mellan obstetriker, organspecialist, anestesilog och neonatolog, med utformning av vårdprogram, checklistor etc, kommer speciellt att presenteras.

Kursavgift: 3 700 kronor

CME-poäng: 24

Menscykelbundna tillstånd

12-14 november 2001

Kursort: Umeå

Kursledning: Torbjörn Bäckström, Inger Sundström-Poromaa, Marie Bixo

Avsedd för: 20 specialister i gynekologi och obstetrik. Även läkare under ST-utbildning i obstetrik och gynekologi i mån av plats.

Program: Utredning av menstruationscykelbundna tillstånd (t ex premenstruellt syndrom, migrän, porfyri, epilepsi), krav på diagnos och behandlingsalternativ relaterade till utredningsfall. Hormoner involverade i symtomprovokationen och bakomliggande mekanismer för hormonell påverkan vid olika tillstånd. Översiktlig bakgrund till andra sjukdomstillstånd som kan vara menstruationscykelrelaterade.

Kursavgift: 3 700 kronor

CME-poäng: 24

Vulvasjukdomar

21-23 november 2001

Kursort: Aulan, Danderyds sjukhus, Stockholm

Kursledning: Eva Rylander, Barbro Larsson, Olle Frankman (kurssekreterare Ulla Rolén 08-655 60 01)

Avsedd för: 30 läkare

Program: Vulvaanatom i med variationer, terminologi. Vulvovaginala skyddsmekanismer, rubbningar. Genitala herpes simplexinfektioner. Genitala papillomvirusinfektioner. Precancerösa vulvaförändringar. Maligna vulvaförändringar. Vulvapatologi. Lichen sclerosus, lichen planus. Övriga dermatologiska vulvaförändringar. Erfarenheter från vulvamottagning. Vulvodyni - vestibulit. Neurologiska aspekter på vulvaprobem. Psykosexuella aspekter på vulvasjukdom.

Kursavgift: 4 475 kronor

CME-poäng: 24

Nytt från OGU

Våren närmar sig med stormsteg och när den övergår i sommar stundar ENTOG-möte kombinerat med Nationell konferens i Malmö. Det hela går av stapeln den 5-6 juni. Vi i OGU:s styrelse hoppas att alla nyfikna och intresserade har anmält sig nu. Har Du missat detta så hör av Dig till mig så skall jag försöka hjälpa till. Alla verksamhetschefer har i mars fått program och anmälningsblanketter att dela med sig av, är Du med i OGU bör Du ha fått det samma.

En arbetsgrupp inom OGU och flitiga medarbetare i Malmö har arbetat hårt för att presentera ett attraktivt arrangemang med ett lockande program. Förmiddagen den 5/6 ägnas åt OGU och diskussioner om vad vi gjort och vad vi skall inrikta oss på i framtiden. Tid är också avsatt för att tala om specialistexamen ur olika aspekter. I en ny enkät presenteras vad de som tidigare gjort examen tycker. ENTOG-mötet ägnas åt kommunikation läkare-patient och forskningens och publiceringens villkor. Vi hoppas på några intensiva dagar med möjlighet att knyta europeiska kontakter och att kunna tala med våra europeiska kollegor om utbildnings- och arbetsvillkor. Många verksamhetschefer har fått

Mia Lindroth
Ordförande OGU

förfrågan om de kan tänka sig att ta hand om en eller flera auskultörer kolleger vecka 22, har din chef sagt ja till detta har du chansen att se verksamheten på hemmaplan med andra ögon. Hjärtligt välkomna till Malmö alla intresserade! Förmiddagen den 5 juni endast för OGU-medlemmar, vilket man kan vara upp till två år efter uttagen specialistkompetens. ENTOG är för alla som känner sig kallade.

I Medlemsbladet 5/00 efterlyste jag de goda exemplen på förändringar i arbetsmiljön. Jag kan inte påstå att min e-post har gått varm pga av detta. Sedan dess har jag varit på ett par kurser där jag frågat deltagarna om de kan bidra med exempel. Där har jag fått napp! På sjukhuset i Kalmar har man på flera olika kliniker, bl a KK, förhandlat sig till arbetslunch. Det vill säga att lunchen räknas som arbetstid om man bär sökare. Man har även dubbel jourersättning hela lördagsdygnet per arbetad timme. På medicinkliniken i Kalmar har man jourersättning enligt schab-

lon, och slipper då att fylla i långa journaler. KK i Falun har sedan många år ett jourveckosystem som man tycker är mycket bra. Man får det hela att fungera utmärkt utan att vara en stor klinik. KK i Ängelholm satsar på stor möjlighet att få tjänstledigt för tjänstgöring på annan klinik eller forskning, man tror på en stor flexibilitet vad gäller tjänstgöringsgrad. På ögonklinik i Norrköping har ST-doktorer rätt till 4 timmar självstudier varje vecka, 2 timmar utbildning varannan vecka och utvecklingssamtal varje termin. Man har även rätt till en timmes motion på arbetstid varje vecka. Till sist kan jag inte låta bli att nämna Helsingborgs lasarett där alla avdelningar uppmanas att beställa frukt till alla personal att ta av fritt. Lasarettet har även slutit kontrakt med många olika motionsställen i staden där sjukhusanställda kan motionera fritt efter ett särskilt poängsystem. Jag hoppas att dessa exempel kan inspirera till nyheter på hemmaplan. Hör gärna av Dig om du har andra exempel. Viktigast tycker jag är att gå från ord till handling när man har en god idé! ■

”Minimalinvasiva” metoder för behandling av menorrhagi

Bakgrund

En menstruationsblödning som överstiger 80 ml per menscykel definieras som menorrhagi. Mellan 10 och 20% av kvinnor i fertil ålder lider av rikliga menstruationer. Dessa kvinnor är ofta anemiska och blir långvarigt hämmade av sin blödning. Menorragier får sociala, psykologiska och ekonomiska konsekvenser.

Orsaker

Genesen är ibland känd såsom vid submukösa myom i uterus. I hälften av alla fall, kan dock någon säker orsak inte pekas ut, s k essentiell menorrhagi. Hormonella orsaker, som anovulatoriska blödningar förekommer hos kvinnor under åren före menopausen. De senaste åren har det kommit rapporter om ärftliga koagulationsrubbningar som orsak till menorrhagi. I en nyligen publicerad studie fann man att ca 11% av kvinnor med menorragier har en koagulationsrubbning (vW-brist). Nästan 40% av premenopausala kvinnor som utvecklar endometrie cancer har menorrhagi som enda subjektiva symptom.

Miriam Mints

Specialistläkare KK, Huddinge

Arne Rådestad

Överläkare KK, Danderyds sjukhus

Anders Linder

Överläkare KK, Södersjukhuset

Medicinsk behandling

De mest effektiva medicinska behandlingalternativen vid menorrhagi är:

1. Hormonspiral med levonogestrel minskar menstruationsblödningen med upp till 97%.
2. Antifibrinolytiska läkemedel (tranexamsyra) reducerar menstruationsmängden med upp till 50%.
3. Prostaglandinsynteshämmare åstadkommer en minskning av menstruationsmängden med 30%.

Kirurgisk behandling

Den enda kirurgiska behandlingen som garanterat kan åstadkomma amenorré är hysterektomi. Hysterektomi innebär en högre risk för komplikationer och längre

operations- och konvalenscentid. Trots 100% amenorré, ger ingreppet bara 93% nöjda patienter. Ingreppet kan vara psykiskt påfrestande för en kvinna eller upplevas alltför definitiv. Därför har flera ”minimalinvasiva” metoder utvecklats för att behandla menorrhagi.

Pionjären bland ”minimalinvasiva” metoder är transcervikal resektion av endometriet med eller utan myom (TCR-E/M). TCR beskrevs först av Cherney & Polan 1983. Metoden lämpar sig för resektion av endometriet, där uterus kaviteten är ≤ 10 cm eller vid submukösa myom < 5 cm och polyper. Endometrieablationen utförs med monopolär diatermislynga eller som destruktion med kula. Peroperativa komplikationer som vätskeresorption, uterusperforation och blödning inträffar ungefär i 1 till 5% av alla fall. För att minimera de peroperativa komplikationerna och förbättra långtidsresultatet rekommenderas förbehandling med GnRH-analoger i 6-8 veckor för att åstadkomma en förtunning av endometriet. Risken för vätskeresorption betraktas som minimal

med utvecklingen av en sk ”Hysteromat”, en monitor för in- och utflöde.

Till de postoperativa komplikationerna hör hematometra, endometrit och pyosalpinx. Graviditet kan någon gång inträffa varför preventivmedel bör rekommenderas till kvinnor som är fertila före operation. En långtidsuppföljning (upp till fem år) av kvinnor som genomgått TCR har visat att 20 till 60% är amenorroiska efter fem år, hälften (50%) har oligomenoré men 12 till 20% genomgår hysterektomi inom 3 år. Den vanligaste orsaken till hysterektomi är adenomyos, endometriosis och myom. Dessa kvinnor har kvarvarande symtom som fortsatt menorrhagi och dysmenoré.

TCR är förstahandsalternativ när det föreligger medicinska risker med laparotomi eller vaginal hysterektomi, t ex obesitas eller adherenser i buken efter tidigare bukkirurgi. Det är en säker metod i händerna på en tränad hysteroskopist, men inlärningskurvan är lång.

Utvecklingen av minimalinvasiva metoder har försökt att inrikta sig på att minimera nackdelarna med TCR, som t ex lång inlärningstid för operatören, vätskeresorption med risk för hjärnödemed och uterusperforation med tarmskada.

Intrauterina ballongmetoder som utvecklats de senaste åren är ”Cavaterm”, ”Menotreat” och ”ThermaChoice”. Principen de bygger på är att en uppvärmd vätska cirkulerar i en ballong som ligger an mot endometriet. På så sätt destrueras endometriet under ca 10 minuter. Behandlingen kan utföras i narkos eller regional anestesi och sedering. Det krävs ingen förbehandling av endometriet, men peroperativ abrasio av kaviteten kan vara av värde.

”Vesta DUB” är en annan typ av ballong, där elektrodplattorna sitter på ballongens yta och destruerar endometriet med monopolär diatermi. Studierna som har gjorts på dessa metoder är för det mesta med ett litet antal patienter och några jämförelsestudier mellan de olika metoderna finns inte.

En randomiserad studie mellan ”ThermaChoice” och TRC/E redovisar jämförbara resultat. Hos ca 80% av alla kvinnor reduceras menstruationsmängden. Ame-

norréfrekvensen är dock lägre, mellan 10 och 15%.

Gemensamt för alla ballongmetoder är att de passar för behandling av essentiella menorrhagier, där man har uteslutit annan intrauterin patologi och där kaviteten är <10 cm. Teoretiskt sätt kan man tänka sig att den lägre amenoréfrekvensen beror på svårigheter att komma åt tubarhörnen med ballongen. Med andra metoder som mikrovågsbehandling, laser och kryobehandling har man större möjligheter att behandla hela kavitetens yta.

Med mikrovågsbehandlingen kommer proben i kontakt med hela ytan och temperaturen monitoreras. Behandlingstiden är ca tre minuter och proceduren kan utföras i regional anestesi. Tekniken kan även användas för myomdestruktion. Resultaten är lovande med högre amenoréfrekvens (37%) och mindre frekvens av dysmenoré. Tekniken är inte i bruk i Sverige men erfarenheten av metoden utomlands är upp till tre år.

De två viktigaste metoderna för laserablation av endometriet är dels Nd-YAG laser, dels diodlaser. YAG-laserns ljus leds genom en fiber som förs in i uterus-kaviteten genom ett operationshysteroskop. Ljuset absorberas av endometriet som värms upp och koaguleras. Man kan antingen ha fibern på ett litet avstånd från endometrieytan som vitnar av värmen eller med direktkontakt dra fibern över ytan, långa ränder av värmedestrerad yta uppstår. Det senare sättet ger bäst resultat. Metoden är minst lika tidsödande som TCR och även i det här fallet finns en påtaglig inlärningskurva. Metoden har inte fått spridning i Sverige. En ny och annorlunda metod utgörs av diodlaserkonceptet. Med hjälp av tre fibrer som i hopfält skick förs in i kaviteten för att där fällas ut i form av en avlång triangel, appliceras laserljus. Något hysteroskop behövs inte. Våglängden är på 550 nm vilket gör att ljuset absorberas av hemoglobinet i kapillärerna i skiktet under körtelepitemet. Härvid utvecklas värme som ger en ca 5 mm djup koagulationseffekt. Tid och effektsteg är datorstyrda och proceduren tar 10 minuter. Metoden är ny och är utvecklad i Bryssel. Man kan ej använda metoden i fall av intrauterin patologi såsom myom och

polyper. Resultaten är hittills minst i nivå med de olika ballongkatetrarna. Kostnaden per behandlad patient ligger i nivå med t ex ”Cavaterm”.

För destruktion av myom och polyper har det kommit en ny metod, ”Versapoint”. Tekniken går ut på vaporisering med bipolär diatermi. Som distentionsmedium används NaCl. Det finns tre olika typer av ”Versapoint” engångselektroder, som man för in i 6,5 mm hysteroskop eller 3 mm hysteroskop (”Microspan”). Metoden ger bra hemostas och lämpar sig därför även för delningen av adherenser eller intrauterint septum. För destruktion av större myom eller polyper kan man använda ett bipolärt 9 mm ”Versapoint” resektoskop. Nackdelen med den metoden är att vävnaderna vaporiseras och man därför inte får något material för histopatologisk undersökning. En bipolär ”Versapoint”-slynga kommer att introduceras i Sverige kommande månaderna. Det kommer att ge möjligheter för histopatologisk analys av resecerad vävnad.

Second-look hysteroskopi har visat att det efter endometriresektion bildas en fibrotisk kavitet med synekier och kryptor. Man har påvisat öar av kvarvarande eller regenererat endometrium även hos kvinnor med amenoré. Om dessa synekier ökar risken för utvecklingen av occult endometrie cancer är idag oklart, varför kvinnor efter endometriresektion/destruktion bör rekommenderas gestagentillägg ifall östrogensubstitution gives.

”Minimalinvasiva” metoder är kostnadseffektiva, även vid de tillfällen när man använder engångselektrod. Jämförelse av kostnadseffektiviteten mellan TCR, ”Thermachoice”, vaginal hysterektomi, abdominell hysterektomi och LAVH, har visat att TCR är den mest kostnadseffektiva metoden, tätt följd av ”ballongmetoder”. I jämförelsen inkluderades kostnader för personal, instrument, och postoperativ vård av patienter.

”Minimalinvasiva” metoder kan användas i dagkirurgisk verksamhet. De är säkra och kostnadseffektiva och kan för många kvinnor vara ett bra alternativ till hysterektomi. Med rätt selektion av patienter och bra information kan säkert resultaten förbättras ytterligare. ■



Nio glada och vinintresseade ryttere (författaren i mitten)

Bäckenbottenträning i Bordeaux

Om man vill åka på vinprovning i Frankrike, finns det olika transportmedel man kan välja för att ta sig fram mellan vingårdarna i det franska landskapet. Vi var nio kvinnor, varav fyra gynekologer, som valde att ta oss fram på hästryggen.

I ridreskatalogen Häst och Sportresor finns det sex veckoturer att välja på i olika delar av Frankrike. Vi valde Bordeaux, som är världens vinhuvudstad och en av de viktigaste hamnarna för fransk vinexport. Det finns 13 000 vinodlare och det ena vinlottet avlöser det andra. Turen innebar sex timmars ridning per dag, fyra mil om dagen i sex dagar, således tjugofyra mil sammanlagt. Gruppen leddes av fransmannen Pierre Chamineau, en f d professionell

Beatrice Lindell

jockey och tränare av galoppörer, som numera ägnar sig åt långritter i olika delar av Frankrike. Hästarna är angloaraber och andra korsningar av arabiska fullblod. De är lugna och pålitliga, men också pigga och framåt. De klarar av ridningen genom trafikerade områden, något som våra hästar hemma skulle ha svårt för.

Vi landade på flygplatsen i Bordeaux första vecka i oktober, där vi blev hämtade av en svensk guide, Anna-Lena. Hon körde oss till vår första övernattningshotellet Clos d'Arsac två mil utanför Bordeaux. Före middagen fick vi avsmaka ett Margauxvin och därefter en god tre-rätters middag innan vi gick till sängs.

Nästa morgon begav vi oss förväntansfulla, men något nervösa till hästarna vi skulle rida. Jag hade veckan före avfärden stukat fotleden, vilket höll på att sätta stopp för resan. Mina medresenärer, som också är mina goda vänner, övertalade mig dock att följa med, även om det inte precis var någon ridning för handikappade. Jag fick den lugnaste hästen, en kraftig gråskimmel vid namn Felicia vilken jag var mycket nöjd över.

Varje morgon började vi med att rita ut dagens ritt på varsin karta. Första dagen hade vi Blaye som mål, en liten stad nära Girondeflodens mynning. Vi fick färdas med hästarna på färjan över Girondefloden. Därefter red vi in i den lilla staden och kände oss som medeltida ryttere på väg till vår borg, när vi hörde ljudet av klappret från hästarnas hovar mot kullerstenarna. Vi red genom staden på gator där folk satt ute på caféerna. När vi red



Vilse bland vinstockarna?



uppför vindbryggan till det medeltida forter, kunde man känna historiens vingslag. Det var en något överklig känsla, att högst upp med citadellet bakom oss, se solen gå ned över Girondefloden.

Hästarna fick tillbringa natten i den tomma vallgraven och fick mat i skåp myseter, en påse fylld med kraftfoder som hängs kring munnen med ett snöre runt hästens hals. Dagen därpå kände sig de flesta ganska ledbrutna, men efter några snabba och långa galopper över vinfälten hade vi mjukat upp oss igen.

Den natten övernattade vi på vingården Croix de Merlet, där vi blev väl mottagna av gårdens ägare. I familjens matsal fick vi äta en tre-rätters middag, som bestod av getost, anka och äppeltårta. Naturligtvis fick vi dricka husets vin, både rött, vitt och rosévin.

Eftersom flera av oss sysslar med musik på fritiden, bl a sjunger i kör, så blev det mycket sång på både franska och svenska under varje måltid. Ibland glömde vi helt bort tiden och vår färdledare Pierre fick avbryta oss, och påminna om att vi hade hästar som väntade.

Bordeaux är känt för sina chateaux, dvs slott, vilket i vinsammanhang är en vingård som ser ut som en större villa med tillhörande byggnad för jäsning och lagring. Vinet lagras oftast ett år antingen i aluminiumcisterner på 15 000 liter eller i ektunnor som rymmer 225 liter. Tunnorna i denna trakt är framställda av ek från Loiredalen. Två vinprovningar om dagen hann vi med, och fick lära oss en hel del om vinframställning. Vinodlarna är mycket stolta över sitt vin - med all rätt, efter-

som man här har Frankrikes största produktion av kvalitetsviner.

Den tredje dagen red vi till vingården Lalande Pomerol och hade picknick ute i naturen, där vi avsmakade en Cote de Fronsac. Fortsatte färden genom vinfälten och red även genom en kiwiskog, där frukterna dignade från träden. Innan solen gick ner kom vi till staden Libourne, där vi red in i den gamla stadsdelen och övernattade på ett hotell.

Fjärde dagen red vi in i den gamla staden St. Emilion med sina tjocka stenmurar översållade av rosor, jasmin och orkidéer. Blev guidade i kyrkan som var byggd av en enda sten (en skåp monolit).



Sauternedruvan som skördas då den är angrädd av ädelröta.

Femte dagen fortsatte vi turen med långa härliga galopper genom bokskogar. Vi red längs Garonnefloden på väg till slottet i Rauzan som på 1200-talet beboddes av en fransk kung. Hans drottning födde inga barn, vilket resulterade i att han skilde sig från henne. Hon fick behålla slottet i samband med skilsmässan, gifte sig med en engelsk kung och födde fyra barn. Den franske kungen gifte också om sig, men fick inte heller några barn i denna relation. Den kvällen stannade vi i staden Cadillac, där vi hade vinprovning på en turistbyrå.

Ritten avslutades vid flodbädden till La Garonne med provsmakning av det kända Sauternevinet, som görs på druvor angrädda av skåp ädelröta. Druvorna handplockas, och detta är en av orsakerna till det höga priset på vinbuteljerna.

Denna ritt gav en härlig eftersmak, inte bara av alla fina viner och den fantastiska ridningen, utan även av den omtanke och värme som Pierre och hans personal visade oss och våra hästar.

För att kommentera rubriken till denna reseskildring, så kan man säga, att ridning är en av de aktiviteter som är stärkande, inte bara för bäckenbottenmuskulaturen, utan även för ryggs-, arm- och benmuskler. När jag klev av flygplanet i Sverige, var jag även förbättrad i min fot, om än inte helt återställd.

Om man är intresserad av en aktiv semester, har några års ridvana, och inte är rädd för lite strapatser, kan jag varmt rekommendera denna resa. Dessutom får man chansen att friska upp sina kunskaper i det franska språket. ■

Nätverk för privata öppenvårdsgynekologer i Stockholms Län

Efter förfrågan från Spesak, Anders Å:son Berg, har en grupp privata öppenvårdsgynekologer i länet bildat ett nätverk, i avsikt att kunna framföra synpunkter på kvinnosjukvården från den privata sektorn i Stockholms Läns Landsting (SLL).

Den privat drivna gynekologin i SLL har de sista åren expanderat och svarar nu för en ansenlig del av sjukvårdsproduktionen inom gynekologisk öppenvård. Det

Kristina Lindgren
Ordf Öppenvårdsgynekologerna

är därför viktigt att denna sektor har möjlighet att avge synpunkter till beslutande organ. Detta är nu möjligt bland annat via Spesak. Vi har inget demokratiskt

mandat, men representerar hittills ca 30% av privata öppenvårdsgynekologer. Är Du intresserad av att vara med i nätverket, kontakta någon av oss.

harald.almstrom@ptj.se


margareta.hammarstrom@octavia.ptj.se

margareta.jonsson@proxima.ptj.se

anders.lagrelius@mm-medical.se

dr.k.lindgren@post.utfors.se

gunnar.mollerstom@tyfon.com



Lägesrapport från 16th European Congress of Obstetrics and Gynecology (EAGO/EBCOG) 6-9 June 2001

Planeringarna går planenligt och det dröjer inte länge förrän man kan finna det slutliga programmet på vår hemsida

www.malmo-congress.com

I princip har alla inbjudna föreläsare tackat ja. Vi har fått mycket god respons från utställare och sponsorer, och alla våra tillgängliga ytor är i princip slutsålda.

Trots de nya hårdare reglerna, att man inte får skicka in abstrakt om man inte har anmält sig, så har vi redan nu cirka 200 abstrakt till postrar. Denna kongress

Nils-Otto Sjöberg
kongresspresident

kommer inte att ha fria föredrag. De enda föredrag som finns är de inbjudna föreläsarna. Däremot kommer vi att ha postpostersessioner, som vi t ex brukar ha på Riksstämman.

Det nya med våra postrar och deras abstrakt är att när man väl kommer till kongressen och sätter upp sin poster och

är närvarande ”at the poster session and the post-poster session” så får man halva kongressavgiften tillbaka samt konkurrerar om otroligt fina posterpriser.

Trots att tiden gått ut för inlämnande av abstrakt vill vi gärna se fler svenska posterdeltagare. Passa på och visa Din forskning på europeisk nivå.

Har Du ännu inte hunnit anmäla Dig, gör det snarast så länge avgiften är låg.

V Ä L K O M M A !





Nordisk Förening för Obstetrik och
Gynekologi (NFOG) har fått egen
hemsida på adressen:

www.nfog.org

- Länkar till de nationella föreningarna
- Länkar till Acta on-line
- NFOG Bulletinen on-line
- Nordiska kongresser och kurser