

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

Avd f Endokrinologi, Universitetssjukhuset MAS,

205 02 Malmö, tel: 040-33 10 17

Pal.Wolner-Hanssen@skane.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, Kvinnokliniken,

Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala

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

Tryck: Elanders Tofters, Östervåla

Foto: Tommy Lennartsson

ISSN 0284-8031



SFOG-medlemmar!

Vilken fantastisk sommar vi har fått uppleva. Den sköna värmen har gjort det lätt att leva lättjefullt. Och det är just det man behöver på semestern. Så nog är man utvilad och nog börjar det kännas bra att aktivera sig igen...

Ett fantastiskt och välarrangerat årsmöte har vi just upplevt i Växjö. Det medeltida biskopsätet invaderades de sista dagarna i augusti av 300 SFOG-medlemmar, som i det vackra och centralt belägna konserthuset fick både andlig och lekamlig spis av god kvalitet. Iréne Dahl Lundqvist och medarbetare vid Växjö-kliniken hade ordnat det bra för oss och alla inblandade ska ha ett stort tack! Vår vetenskapliga sekreterare Pål Wölner-Hanssen ska också ha "credit" för det vetenskapliga programmet

som var uppskattat. Etik och visionära tankar om fosterdiagnostik, Manchesterplastikens avskaffande (!) och palliativ vård vid cancer var teman som diskuterades. En mer fyllig rapport finns på annan plats i bladet. Att patienttrycket på jourtid i våra storstäder är magnifikt framstod tydligt vid det fackliga symposiet som vår fackliga sekreterare Pia Teleman modererade. Åtgärder behövs och SFOG jobbar vidare med frågan. Än en gång ett stort TACK till alla som bidrog till årsmötet!

Om ett år, i augusti 2003 får vi bege oss till Trollhättan och det årsmöte som NÄL har åtagit sig att ordna. Vi ser redan fram emot det. Kanske blir det sista gången som vi har möte torsdag-lördag. Att ta upp kirurgernas rutin och ordna en SFOG-vecka med lite intensivare vetenskaplig aktivitet väckte positivt gensvar på

I DETTA NUMMER

7	SFOGs grafiska profil	Nils Fryklund
8	Referat från årsmötet	Inga Sjöberg
10	Årsmötesprotokoll	
13	Specialitetsföreningarna i LF	Pia Teleman
14	Antibiotikaproylax	P-G Larsson, I Wikström
15	NFOG 2002	A Pojhanen, A Sazonova, B Thahad, L Andersson, Å Lindholm
21	Rapport från NFYOG	Jan Wall
23	Rapport från ENTOG i Prag	Helene Haesert
25	Utvekslingsophold i Prag	Marlene Mohr, Lisa Bang
27	Utmaning	Agneta Romin
29	OGUs utbildningsenkät 2002	Mia Lindroth
34	Stillbirth	Bo Lindberg
37	Hur reagerar vi inför döden?	Lars Björklund, Bo Lindberg
39	Provtagning för rubella och HIV	C Ottenblad, S Lindgren
44	Kalendarium	
47	Nya avhandlingar	

årsmötet så styrelsen jobbar vidare med den frågan. Det behövs lite ytterligare diskussion och lång framförhållning. Ett minskande intresse för Riksstämman har också framförts från olika håll i föreningen. Jag själv tycker att Riksstämman har en funktion i det tvärvetenskapliga samarbetet och därför har ett värde i sig. Men en förnyelse i de arrangemangen välkomnas också och är på gång.

Föreningens årsmötesförhandlingar avhölls också i Växjö. Protokoll finns på sidan 10. Höjningen av årsavgiften med 200,- för samtliga medlemmar gör att föreningen kan fortsätta att utvecklas och det är positivt. Vi har mycket spännande framför oss. SFOG är Svenska Läkaresällskapets äldsta sektion och vi firar 100-års jubileum år 2004. Då blir det ett förstärkt jubileumsårsmöte som kommer att äga rum i september i Stockholm. För att fira vårt jubileum har vi planerat att ge ut en bok över specialitetens utveckling. En redaktionsgrupp med Bo Lindberg från Uppsala i spetsen har tillsammans med Kerstin Hagenfeldt och PO Janson gjort ett intressant synopsis där en mängd författare engagerats för att beskriva vår utveckling. Det ser väldigt spännande ut. Alla kommer att få del av detta så småningom.

En nyhet som presenteras på annan plats i bladet är SFOG grafiska profil. Vi har under de senare åren varit mer utåtriktade, syns i medier, gästade riksdagspolitiker och framfört våra åsikter i olika sammanhang. Då är det angeläget att SFOG logo – som vi ju själva känner väl – används på ett konsekvent och entydigt sätt. Vi vill att vår logo ska bli igenkänd och associera till kvalitet och kompetens. Att ha ett välkänt varumärke som ger positiva ”vibbar” är basen vid all marknadsföring. Vår förträfflige webmaster Nils Fryklund presenterar tankarna på sidan 7.

När det gäller utåtriktade aktiviteter har vi under försommaren fortsatt med möten med olika grupper av riksdagspolitiker för att ”lobba” för den kliniska patientnära forskningen. Vi har haft bra diskussioner med riksdagspolitiker från (s), (m) och (kd). Sedan tog sommaren vid och just

nu har ingen tid med oss. Vi får vänta med ”resten” till nya riksdagen är på plats. Vi förväntar oss inga stora resultat omedelbart men vi tror att vi sår frön inför framtiden. Svenska Läkaresällskapet ordnade tillsammans med Läkarförbundet i början av september ett seminarium om bristen på resurser till patientnära forskning och vilka konsekvenser det kommer att få för framtidens sjukvård. Det var ett informativt möte som på ett tydligt sätt lyfte fram problemen för Vetenskapsrådet och Wallenbergstiftelsen bland andra. Vi får jobba vidare på alla fronter.

Det är inte bara externt som vi vill synas mer. Även internt vill vi försöka att aktivera medlemmarna. Styrelsen har tagit upp diskussionen med vår lekmanarevisor Lennart Wilhelmsson i Göteborg. Vi har haft givande samtal som också redovisades på årsmötet. Jobbar styrelsen med rätt saker? Fokuserar vi på det som är viktigast för medlemmarna? Hur kan vi bli bättre? Styrelsen försöker presentera tankar och förslag i Medlemsbladet och på hemsidan, www.sfog.se. Där finns utrymme för debatt men det är som ingen riktig fart på den. Mycket av styrelsens kontakter med medlemmarna sker genom det fantastiska nätverk som ARG utgör. Men vi tror att samverkan med medlemmarna kan utvecklas. Förslaget som vi kommit fram till är att inrätta ett slags ”revisorsråd” som kunde granska styrelsens arbete även ur saklig synpunkt – alltså inte bara ekonomiskt - och också vara bollplank i viktiga frågor. Att ordna detta blir ett uppdrag för nästa styrelse som tillträder vid årsskiftet. Hör gärna av Er med synpunkter!

Margareta Hammarström från Octavia-kliniken i Stockholm valdes vid årsmötet till föreningens nästa ordförande. Vid hennes sida, som vice ordförande, träder Göran Berg från Linköping in och som ny facklig sekreterare valdes Birgitta Segeblad från Sundsvall. De nyvalda ska känna sig varmt välkomna till ett roligt arbete i en fin kamratkrets. Margareta är ju väl inarbetad i styrelsejobbet, övriga får se tiden an till årsskiftet innan slitet börjar.

Ett stort och viktigt regeringsuppdrag som den förre sjukhusdirektören i Uppsala,

Gudmar Lundqvist har, är en översyn av den framtida specialistläkarutbildningen. SFOG har deltagit och bidragit på olika sätt. Utredningen har som ambition att många specialiteter bör ha en ”common trunc” under ett par år i början av specialistutbildningen vilket innebär att många både invärtes medicinska och kirurgiska specialiteter kommer att omformas. Ingen vill ju detta förstås och diskussionerna är heta på många håll. För vår del finns idag inget som tyder på några större förändringar eftersom vi har så stor bredd i vår egen verksamhet att vi har en alldeles egen ”common trunc”. Däremot kommer sannolikt ett nationellt råd i fortsättningen att ta ställning till om specialistkompetens uppnåtts på ett rimligt sätt. Det innebär att det inte kommer att vara verksamhetschefen som bestämmer om det längre. Det tror vi inom SFOG är bra för att säkra en hög kvalitet i utbildningen. Frågan om obligatorisk specialistexamen diskuteras livligt. Utredaren lägger slutgiltigt förslag vid årsskiftet. Vi ser med spänning fram emot det.

Sent i våras stred vår fackliga sekreterare Pia Teleman mycket aktivt och bra för vår och andra specialitetsföreningars sak, på Läkarförbundets fullmäktige. Vi hade med goda argument fått förbundets centralstyrelse att föreslå att specialitetsföreningarnas roll inom förbundet skulle utredas. Efter en hetlevrad debatt föll förslaget. Tyvärr. Vi har inget att säga till om i förbundets fullmäktige men de förlitar sig på vår medverkan och ger oss uppdrag. Vi tycker det är fel och tänker inte ge upp ännu.

När Ni läser detta närmar sig Perinataldagarna i Stockholm, därefter följer Riksstämman i Göteborg i slutet av November. Vintermötet hålls i år den 31 januari och ordnas av Södersjukhuset. Så vi har många trevliga aktiviteter att se fram emot.

Lev väl!

Stockholm i början av september 2002.

Elisabeth Persson
Ordförande

Brev från den vetenskaplige sekreteraren



Kolleger,

Årsmötet i Växjö var väl organiserat och trevligt. Jag vill passa på att tacka arrangörerna för deras insatser. Referat från innehållet i mötet finns på annat ställe i Medlemsbladet. Jag vill bara nämna att både verksamhetscheferna vid verksamhetschefsmötet och medlemmarna vid årsmötet verkade entusiastiska inför en framtida SFOG-vecka. Min vision är att en sådan vecka bör innehålla kurser för ST-läkare, vetenskapliga abstrakt, symposier, debatter och gästföreläsningar. För en klinik att arrangera de yttre omständigheterna runt ett upplägg på fem dagar i stället för tre dagar är knappast något större problem. Däremot kräver en SFOG-vecka mycket mera resurser för att åstadkomma ett spännande och givande innehåll. Man kanske skall ta efter kirurgerna och låta en universitetsklinik stå för arrangemanget tillsammans med en mindre klinik i närheten. Ett sådant "tandemarrangemang" kan "flyttas" runt i landet från år till år. Hursomhelst, nästa årsmöte arrangeras i Trollhättan på traditionellt sätt. Hundraårsjubileet år 2004 i Stockholm blir säkert något mera än vanligt, men det är först år 2005 som vi kan ha en SFOG-vecka. Det passar speciellt bra eftersom det inte är NFOG-möte det året. Frågan är vilken klinik norr om Stockholm som kan tänka sig stå för den första veckan? (det är då dags att ha årsmötet norr om 60:e breddgraden).

Årets Riksstämman är i Göteborg. Som det framgår av bifogade program har SFOG två fullspäckade dagar med symposier och abstrakt. Många symposier arrangerade av andra sektioner kan vara av stort intresse för några av er. Vi hänvisar därför

till några av dessa symposier i vårt program. Det är ju mycket av Riksstämmans idé - att kolleger från olika specialiteter skall träffas och lära av varandra. Det tycker jag man skall satsa mera på när det framöver arrangeras SFOG-veckor.

Det ingår i den vetenskapliga sekreterarens uppgifter att besvara remisser som styrelsen får från olika Departement eller från Socialstyrelsen via Läkaresällskapet. Under denna fantastiska sommar har det regnat sparsamt, men mest har jag glatt mig över "remisstorkan". Kan det vara valåret som ligger bakom sistnämnda? En remiss från Socialstyrelsen har dock legat på mitt skrivbord i sommarvärmen och är just besvarad. Det rör sig om en reviderad version av förslag till ny patientjournal. Intressant med detta förslag är Socialstyrelsens uttryckliga önskemål om att komma åt överdokumentering. Överdokumentering innebär att läkarna skriver för mycket i patientjournalen och ofta upprepar samma uppgifter flera gånger. Läkare och sjuksköterskor dokumenterar ofta samma saker, men på olika journalblad. En del läkare överdokumenterar för att säkerställa att ingen (t ex HSAN) skall utöva kritik över bristande dokumentering. Andra överdokumenterar av brist på kunskap om vad som är essentiellt. Därmed går tid till spillo som annars kunde ha använts att vårda patienter. Socialstyrelsen menar att överdokumenteringen kan minskas något om en och samma journal följer patienten runt i systemet. För övrigt ser man inte hur överdokumentering kan påverkas genom lagparagrafer. Hursomhelst är detta en viktig diskussion.

Ett annat tema som tas upp i remissen, men som man inte har någon lösning på, är oklarheten i lagen över hur noggrann en muntlig information givet till en patient måste dokumenteras i journalen. Ett juridiskt prejudikat gör det möjligt för en patient att vinna fram med påståenden om att t ex en preoperativ information inte var tillräcklig noggrann. SFOG har anmodat Socialstyrelsen att ta initiativ till ny utredning av detta dokumentationskrav.

En tredje punkt i journallagen gäller språket i journalen. Journalen skall vara skriven på svenska (§5). Om nödvändigt får uttryck och termer användas som inte förstås av var och en, men då skall texten kompletteras med förklaringar. Hur det skall gå till, t ex med en operationsbeskrivning, blir en uppgift för verksamhetscheferna att lösa. Ytterligare ett angeläget tema är signering av journalanteckningar. Socialstyrelsen önskar reducera signeringsplikten så att endast slutanteckningar, anteckningar som innehåller anamnes, diagnos, uppgift om läkemedelsförskrivningar, samt beslut om vårdåtgärder skall signeras. Övriga anteckningar kan verksamhetschefen besluta om. Vi tror inte detta förslag medför någon ändring i praktiken. De flesta anteckningar kvalificerar fortfarande för signering. I vårt svar står vi fast vid vår övertygelse att verksamhetschefen helt skall få bestämma vad för anteckningar som behöver signeras.

Med hälsningar

Pål Wölner-Hanssen
vetenskaplig sekreterare

Nya medlemmar

Cathrin Alvendal, Enebyberg
Ilona Barnard, Norrtälje
Tomas Björk, Frösön
Claudia Bruss, Halmstad
Allan Calaby, Skärholmen
Jacek Chomicki, Örebro
Francisco Dias, Vejbystrand
Anna Enander, Sundsvall
Charlotta Ericson, Stockholm
Vera Gaberi, Sköndal
Katarina Gustafson Brywe, Särö
Anna Hagman, Lerum
Carola Hamann, Sollentuna
Lars-Eric Johansson, Halmstad
Rezan Kader Galal, Uppsala
Catarina Notelid-Claus, Eksjö
Bassam Odicho, Gävle
Martina Prager, Stockholm
Jan Rapp, Stockholm
Evet Sako, Saltsjöbaden
Sara Sandström, Stockholm
Johanna Schmidt, Göteborg
Anna-Clara Spetz, Linköping

REDAKTÖRENS RUTA

Ett speciellt tack denna gång till OGU som rapporterar så idogt från sina aktiviteter!

Följande tider gäller för medlemsbladet 2002:

Nr	Deadline	Utkommer
5/02	10/11	v 50

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
inger.sundstrom@obgyn.umu.se

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



SFOGs grafiska profil

Styrelsen beslutade 2002-03-07 om en grafisk policy för SFOGs verksamhet. Genom att konsekvent använda SFOGs logotype blir vi tydligare i vårt budskap. Det är samtidigt viktigt att inga andra logotyper används när vi representerar SFOG.

Vårt ansikte utåt

SFOGs profil är summan av alla de intryck som vi, medvetet eller omedvetet, gör på vår omvärld.

Vårt ansikte utåt handlar mycket om vad vi laddar vår symbol/logotype med. Logotypen är en kvalitetsstämpel. Vår kvalitet, kompetens och mångfald återspeglas i logotypen, när vi använder den enhetligt och tydligt i alla sammanhang.

En klar och enhetlig grafisk profil är viktig. För mottagaren blir det tydligt vem som är avsändare av det budskap vi vill förmedla. Vi visar också att våra olika verksamheter hör ihop, och att vi alla är en del av SFOG. Vår grafiska profil är ett utmärkt redskap för att inte bli bortsorterade i det stora informationsflödet.

Nils Fryklund

Webmaster SFOG

E-post: nils.fryklund@lthalland.se

Utformning, typsnitt och färg

Logotypen är uppbyggd i två delar, symbol och text. De bildar tillsammans SFOGs varumärke. Symbolen kan i vissa fall användas ensam utan text.

Typsnittet är Helvetica och färgen är processblå. Färgen skall återges i sin rätta nyans, men ibland kan det vara nödvändigt att använda logotypen i svart utförande.

Logotypen kan kompletteras med information för att det skall var möjligt att avgöra vilken verksamhet som är avsändare. Som undertext till SFOGs logo anges med svart text namnet på verksamheten. Inga andra logotyper skall användas.

Kursintyg

Utformningen av kursintyg efter SFOG-kurser skall vara enhetlig. SFOGs logotype skall placeras centralt och högst upp på sidan och dokumentet omges av en tunn blå ram med rundade hörn. Mall för kursintyg finns att hämta på hemsidan www.sfog.se/blankett.html

Har ni några frågor eller önskemål med anledning av vår grafiska policy kan ni ta kontakt med vår ordförande eller under-tecknad.



Jag gillar våra årsmöten!

Jag gillar våra årsmöten! Antalet gynekologer i Sverige är inte större än att man kan hålla ganska väl reda på dem. Jag känner väldigt många, känner till desto fler, och det är överhuvudtaget inte många okända ansikten man ser. Årsmötena har en mycket bra blandning av hög vetenskaplig kompetens, viktiga fackliga frågor och trevlig samvaro.

Till torsdagen åker jag för verksamhetschefsmötet. Som verksamhetschef känns det omöjligt att vara utan dessa möten. Där tas alla våra tunga dagsaktuella frågor upp; bemanningen, utbildningen, kvalitetsfrågorna och även om vi inte löser våra problem så vill jag tro att varje gång vi diskuterar dem kommer vi lite närmare en förnuftig lösning. Dessutom är det ju alltid så mycket bättre att få dela sina bekymmer!

Från verksamhetschefsmötets oväntade och roliga övergång i form av en öl-pub till kvällens välkomstfest var det lätt att passera. Snart hög stämning, roligt att mingla, träffa alla gamla och nya vänner, till och med ta sig en bugg.

Fredag morgon var det högtidlig invigning med fanfar blåsta av glasblåsare. I alla fall hade dom standar som det stod Kosta-Boda på. Vår värd Iréne Dahl Lundqvist höll en inledning där vi fick veta att det var årsmöte senast 1975 i Växjö och att kliniken firar 50-års jubileum 2005. Därefter kom en läkartrio, alla tre verksamma i Växjö, som spelade cello, piano och violin. Det var ljuvlig musik av Schubert, Beethoven med flera som försatte oss i behaglig förväntansfull stämning.

Efter detta en plenarföreläsning av en docent i praktisk filosofi, Christian Munthe från Göteborg. Rubriken var etiska betraktelser kring fosterdiagnostik. En omedelbar reflektion var att den här typen av reflektioner gör vi alltför sällan. Han

Inga Sjöberg

KK, Norrlands Universitetssjukhus

konstaterade att ju fler undersökningar och behandlingar vi kan erbjuda desto fler val måste vi och patienterna göra. Det blir inte lättare för patienterna och det är sällan likgiltigt. Han drog en intressant historik rörande fosterdiagnostiken. Märkligt att konstatera att fosterdiagnostiken kom till

mer eller mindre av en slump. Den började på 70-talet, fick en back-lash på grund av att handikapprörelsen vaknade till och började ifrågasätta, och det blev en vildsint debatt i slutet på 70-talet. Frågan togs upp –95 i Riksdagen. Riksdagen utfärdade riktlinjer men inte en lag, vilket anses vara unikt. Just för att det inte är någon lag kan Socialstyrelsen inte ge oss tydliga riktlinjer. Vad gäller fosterdiagnostik finns det länkar till eugeniken (rasbiologin). Nyligen har vi haft diskussion om den svenska



SFOGs årsmöte gick av stapeln i Växjös vackra konserthus.

steriliseringpolitiken. Christian Munthe konstaterade att den tidigare svenska steriliseringspolitiken inte var så rasbiologisk som framställt i media. Det var faktiskt främst ekonomiska skäl som frammanade de politiska tankarna. Man oroade sig för att samhället måste ta hand om ett stort antal handikappade och "sinnesslöa" människor och vilka kostnader detta skulle medföra.

Den genetiska vägledningen måste kopplas dels till individens autonomi (att få bestämma själv) men också ibland till prevention, sett ur samhällets synpunkt. Vad gäller detta skall man veta att vi räddar inte någon från sjukdom, vi sorterar ju bort individer! Vi bestämmer oss alltså för att det i vissa fall är bättre att aldrig bli till! Det innebär att vi satt en konstgjord gräns någonstans, ingen av oss är ju riktigt fulländad egentligen. Han pratade en hel del om screening ultraljud. Få kvinnor är säkert medvetna om vad de egentligen utsätter sig för "risker" i samband med detta. Man går dit med en förväntan om att få ett positivt besked men riskerar att gå därifrån med ett helt annat besked.

Min personliga slutsats efter denna föreläsning var att vi bör ha ett etiskt seminarium vid varje årsmöte!

Sedan följde årsmötet. Jag konstaterade att det för varje år faktiskt kommer fler till årsmötesförhandlingarna. Sannolikt är detta för att vår förening är så aktiv och har så mycket positiva aktiviteter för sig. Det som kanske var viktigast var att vi får räkna med en förhöjd medlemsavgift men med tanke på allt vi får för denna så är det nog inte fel.

Två vetenskapliga symposier följde därefter, det första om fostermissbildningar. Det var en bra blandning av föredragshållare som täckte området brett. Sissel Saltvedt redogjorde för sitt arbete inom NUPP studien. Studien har i stort sett rekryterat färdigt det stipulerade patientantalet men vi kan inte vänta några resultat förrän i slutet av nästa år. En viktig reflektion som Sissela gjort i samband med arbetet med studien var vikten av att kvalitetsgranska de egna ultraljudsundersökning-



Iréne Dahl Lundqvist, verksamhetschef vid kvinnokliniken i Växjö och SFOGs ordförande Elisabeth Persson.

arna. Det är bara några ynka millimetrar som ska mätas och utan regelbunden granskning av de egna mätningarna är det lätt att hamna i ett läge där man antingen överdiagnostiserar eller underdiagnostiserar risk för kromosomrubning. Nikos Papadogiannakis berättade om PAD-diagnostik vid spontana aborter och intrauterin fosterdöd. Jag var inte medveten om att man på vissa ställen kommit långt i PAD-diagnostik vid dessa tillfällen. Nikos konstaterade att detta arbete måste centraliseras eftersom det rör sig om förhållandevis få fall per år. Som alltid imponeras man över vad man kan se med ultraljud, t ex svåradiagnostiserade fetala hjärtmissbildningar.

Efter fika var det ett symposium om prolaps – modern syn på gammalt problem. Jag tycker också att detta symposium var väl balanserat. Kanske där var lite för många föredragshållare för att det skulle bli tid för riktigt bra diskussion på slutet och det fanns uppenbart behov av att diskutera! Själv generas jag över att vi i så många år har hållit på med en gammal metod (manchesterplastiken) utan att

någonsin utvärdera! Emil Nüssler gav oss ett intressant historiskt perspektiv på plastikens tillkomst och påpekade inte minst att manchesterplastiken utvecklades för att åtgärda svåra fall av prolaps där ringbehandling inte längre fungerade. Något viktigt att ta med sig från detta symposium var data från Gunilla Tegerstedts epidemiologiska studie om prolaps. Den enda fråga man egentligen behöver ställa är: "Har Du en känsla av att något buktar ut i slidan?" Denna fråga hade det bästa prediktionsvärdet för prolaps. Vi ser fram emot vad det kommande prolapsregistret kommer att ge oss för information.

Så snabbt hem, göra sig vacker, sträcka lite på benen, och så bankett. Jag hade väldigt trevligt eftersom jag fick sitta tillsammans med den barnläkare som föreläst om det svåradiagnostiserade hjärtmissbildningarna. Vi hade många andra gemensamma intressen, bl a whisky ... Det var trevligt, högt tryck, kanske lite väl högt tryck kommenterade en och annan. Måste det vara hög musik på hela tiden? ■

Protokoll Svensk Förening för Obstetrik och gynekologi årsmöte fredagen den 30 augusti 2002 i Växjö

Närvarande: Styrelsen och ca 150 medlemmar.

§1 Mötets öppnande.

Ordföranden Elisabeth Persson förklarade mötet öppnat och hälsade närvarande medlemmar välkomna.

Parentation över avlidna medlemmar under perioden augusti 2001 till och med juli 2002.

Mötet har varit utlyst i laga ordning i Medlemsblad Nr 3/02.

§2 Val av ordförande och två justeringsmän för årsmötet.

Till ordförande för dagens möte valdes Irené Dahl-Lundqvist, till justeringsmän valdes Inga Sjöberg, Umeå och Ulf Hanson, Uppsala. Föredragningslistan godkändes med tillägg av en fråga på övriga ärenden.

§3 Styrelsens verksamhetsberättelse.

Styrelsens verksamhetsberättelse 2001 föredrogs av fackliga sekreteraren Pia Teleman. Verksamhetsberättelsen har tidigare i sin helhet publicerats i Medlemsbladet (3/02).

§4 Diskussion med anledning av avgivna remissvar.

Inga frågor ställdes med anledning av avgivna remissvar.

§5 Skattmästarens ekonomiska redogörelse.

Skattmästare Jan Rydnert föredrog föreningens ekonomiska redogörelse för år 2001. Föreningens kapital är investerat i svenska och utländska aktier samt räntebärande papper.

Vid protokollet

Pia Teleman, Facklig sekreterare

Mötets ordförande

Irené Dahl Lundqvist

Justeringsmän

Inga Sjöberg, Umeå

Ulf Hanson, Uppsala

§6 Revisorernas berättelse.

Revisionsberättelsen föredrogs av lekmanarevisor Lennart Wilhelmsson. Berättelsen var undertecknad av densamme och externe revisorn Christer Eriksson. De rekommenderade ansvarsfrihet för styrelsen.

§7 Fråga om ansvarsfrihet för styrelse och skattmästare.

Mötet beviljade styrelsen och skattmästaren ansvarsfrihet för verksamhetsåret 2001.

§8 Årsavgift för det kommande året.

Mötet beslöt att årsavgiften höjs för samtliga medlemmar med 200 kronor (dvs till 800 kronor för nu betalande medlemmar och till 200 kronor för pensionärer).

§9 Avgift för ARG-abonnemang.

Mötet beslöt att avgift för årligt ARG-abonnemang kvarstår oförändrad på 300 kronor.

§10 Val av styrelseledamöter.

Som medlemmar av SFOGs styrelse valdes till ordförande Margareta Hammarström Stockholm, vice ordförande Göran Berg Linköping, bägge på två år, till facklig sekreterare (fyllnadval 2003) Birgitta Segeblad, Sundsvall. Till vetenskaplig sekreterare på ytterligare två år omvaldes Pål Wölner-Hanssen, Lund och till skatt-

mästare på ytterligare två år omvaldes Jan Rydnert, Halmstad. På pågående mandat är följande kvar i styrelsen: utbildningssekreterare Ove Axelsson, Uppsala, ledamot och redaktör för Medlemsbladet Inger Sundström-Poromaa, Umeå, ledamot och webbmaster Nils Fryklund, Halmstad, ledamot Christina Gunnervik, Värnamo och som yngre representant Karin Ståhlberg, Uppsala.

Valberedningens förslag har varit publicerat i Medlemsblad 3/02.

§11 Val av två revisorer och en revisorssuppleant.

Som lekmanarevisor omvaldes Lennart Wilhelmsson och som revisorssuppleant Elisabeth Ljunger. Som auktoriserad revisor utsågs Christer Eriksson.

§12 Val av valberedning.

Till valberedningens ordförande (efter Inga Sjöberg) valde mötet Inger Bryman. Karin Petersson och Harald Almström kvarstår i valberedningen.

§13 Bästa föredrag och poster vid 2001 års Riksstämman.

Pris för bästa föredrag vid 2001 års Riksstämman utdelades till Isis Amer-Wählin, hedersomnämning för bästa föredrag till Nina Bohm-Starke.

Pris för bästa poster vid 2001 års Riksstämman utgick till Anna Rudin (icke närvarande på mötet) samt hedersomnämning för bästa poster till Christian Ottosen.

§14 Berndt Kjessler-priset 2002.

Priset delas ut till ”en person, som i Berndt Kjesslers anda gjort berömliga insatser för undervisning och utveckling inom obstetrik och gynekologi”.

Berndt Kjessler-priset 2002 delades ut till professor P O Janson med följande motivering: "Per Olof Janson passar synnerligen väl in på denna beskrivning. Han har under flera decennier med energi och vänlighet gjort avgörande insatser vad gäller undervisning och utveckling i obstetrik och gynekologi för såväl läkarstudenter, ST-läkare som specialister i ämnet. Han har kraftfullt och framgångsrikt förbättrat specialistutbildningen och var initiativtagaren till införandet av vår frivilliga specialistexamen.

§15 Prioriteringsgruppen.

Margareta Hammarström redogjorde för SFOGs prioriteringsarbete. Svenska Läkaresällskapets prioriteringsnämnd har bitt fyra av sina sektioner varav SFOG är en, att utföra ett pilotarbete med att hitta en modell för vertikal prioritering inom specialiteten och så småningom också horisontell prioriteringsmodell mellan specialiteterna. Principen är att det är bättre att prioriteringar sker medvetet och genomtänkt än omedvetet och slumpartat. I prioriteringsgruppen ingår Göran Berg, Linköping, Kenneth Challis, Sundsvall, Kerstin Nilsson, Örebro, Dag Prebensen, NÄL och Inga Sjöberg, Umeå. Man har hittills utformat en diagnoslista över de vanligaste gynekologiska och obstetriska diagnoserna och därefter använt sig av en matrismodell ursprungligen gjord av kardiologer för en första sortering. Där registrerar man svårighetsgrad och parar det med åtgärd, nytta av åtgärd, risk och kostnad. Årsmötet välkomnade fortsatt arbete efter angivna riktlinjer.

§16 Årsmötet i framtiden.

Vetenskaplige sekreteraren förde fram förslag på att SFOG skall arbeta för att skapa en "SFOG-vecka" liknande de som Svensk Kirurgisk Förening, Svensk Ortopedisk Förening och Svensk Förening för Anestesiologi och Intensivvård har. Vid kirurgveckan nyligen inkom över 200 abstrakt vilket kan jämföras med de 30 som inkommit till vår sektion till Riksstämman. Syftet skulle vara att fler skulle välja att presentera sin forskning inom landet, att nå större gemenskap och "vi-känsla" inom specialiteten och att bättre nå ut till media och allmänhet. Framfördes viss tvekan att innefatta Perinatal-dagarna i denna vecka,

50% av besökarna vid dessa är barnläkare. Påpekades att man kan ha ett löpande ST-program över en vecka, precis som kirurgerna. Kanske vore det realistiskt att ha en vecka vartannat år och mer begränsat till vartannat år då NFOG-kongressen kan ha den största vetenskapliga tyngden. Möjligen kan man också efterhand verka för att andra personalkategorier ansluter, t ex barnmorskor, sjuksköterskor och sekreterare. Mötet var positivt till att frågan drivs vidare av styrelsen.

§17 Arbetssättet i SFOG.

Ordförande Elisabeth Persson påminde om att de nyvalda ledamöterna och den nya styrelsesammansättningen börjar sitt arbete efter årsskiftet då vi har kalenderår som verksamhetsår.

Därefter presenterade Nils Fryklund föreningens grafiska profil eller logotype. Denna ska fungera som SFOGs ansikte utåt och hjälpa mottagaren att inte bortsortera nödvändig information. Den står också för ett innehåll, dvs SFOGs arbete. Den har ett viss typsnitt och färg (processblått eller svart). Frågor och synpunkter kan ställas till Nils Fryklund.

En diskussion om arbetssättet inom SFOG och styrelsen har skett med lekmanarevisor Lennart Wilhelmsson. Man bör sträva efter en tydlig långsiktig målsättning för styrelsearbetet och det kan behövas bollplank för styrelsen som också ser till att beslutade frågor drivs. Lennart Wilhelmsson menade att det är mycket möjligt att specialitetsföreningen också så småningom kommer att vara vår huvudsakliga fackförening och då krävs det än mer aktivitet och tätare kontakter med medlemmar. Mötet ställde sig positivt till förslaget om ett "revisionsråd" med representanter från olika delar av landet som ska tillvarata medlemmarnas intressen och också kan driva frågor. Styrelsen arbetar vidare på utformning och återkommer till medlemmarna.

§18 SFOGs medlemsregister.

Medlemsregistret sköts nu av föreningen efter det att obligatoriskt medlemskap i Läkarförbundet avskaffades. Registret används strikt för att skicka ut material från SFOG och andra organisationer som vi är medlemmar i. Många förfrågningar kommer om att få tillgång till registret,

framför allt från företag. Mötet var enigt om att registret ska tillämpas mycket strikt och i princip endast användas enligt ovan. Styrelsen gavs dock frihet att avgöra i enskilda angelägna frågor, t ex att Läke-medelsverket ska kunna få ut snabb information vid läkemedelslarm som gäller specialiteten.

§19 Information om utbildning.

Utbildningssekreterare Ove Axelsson informerade om pågående aktiviteter, bland annat pågår översikt och omarbeting av utbildningsboken för ST-läkare.

§20 ARGUS.

ARGUS, Nils-Otto Sjöberg, informerade om ARG-verksamheten. För närvarande har vi 17 Arbets- och Referensgrupper, varav en är Evidens-ARG som ska stödja de andra AR-gruppernas arbete. AR-grupperna har nästan 1 000 medlemmar sammanlagt. Snart utkommer en ARG-rapport om intrauterin fosterdöd och därefter kan vi vänta en om vulvasjukdomar och en om hemostatiska sjukdomstillstånd. Nästa Riks-ARG äger rum 10 april 2003. ARGUS har en hemsida som är länkad till SFOGs hemsida (www.sfog.se). Enligt tidigare önskemål har ARG-rapport 46 lagts ut på nätet för abonnenterna. Dock har intresset för att ladda hem den därifrån varit svagt, enbart nio (9) har gjort det hittills i år.

§21 Information från OGU.

OGUs nya styrelse presenterade sig. Ny ordförande från årsskiftet är Karin Ståhlberg, Uppsala.

§22 Termkatalog.

Arbete med att utforma en termkatalog för datajournal skall påbörjas. Intresserade personer ombedes kontakta Göran Holmberg, Karolinska sjukhuset (goran.holmberg@ks.se).

§23 Tid och plats för nästa årsmöte.

Årsmötet 2003 kommer att avhållas i Trollhättan den 28-30 augusti och arrangeras av NÄL. Dess verksamhetschef Sven-Åke Carlsson hälsade alla välkomna dit.

§24 Mötesordföranden förklarade årsmötet avslutat, tackade styrelsen och mötesdeltagarna för visat intresse. ■

Vilken roll har specialitetsföreningarna i Läkarförbundet?

När jag för tre år sedan tillträdde som facklig sekreterare i SFOG spände dåvarande ordförande Bo von Schoultz ögonen i mig och meddelade att ”vi bedriver ett arbete för att specialitetsföreningarna ska få säte och stämma i Läkarförbundets fullmäktige”. Trots ett antal år som ledamot i en lokalförenings styrelse med fackliga kurser bakom mig stod jag som ett frågetecken – varför då? Vad har SFOG i Läkarförbundet att göra? Vi ägnar väl oss åt helt olika saker?

Den svenska läkarkårens olika organisationer och deras inbördes relationer är av historiska skäl snåriga. Läkarsällskapet är den organisation som ägnar sig åt utbildning, forskning, etiska frågor etc, men inte strikt fackliga frågor. Här är SFOG en sektion med 4 delegater och rösträtt i fullmäktige. Läkarförbundets fullmäktigesammansättning har under åren förändrats, inte utan maktkamp. I Läkarförbundet är vi en delförening utan rösträtt men med närvaro- och yttranderätt (och den utnyttjar vi!) och möjlighet att ställa motioner. Lokalföreningarna som drar det absolut tyngsta lasset med det dagliga fackliga arbetet, har inte som man skulle kunna tro majoriteten av rösterna; det har yrkesföreningarna, däribland SYLF, ÖF (som nu bytt namn och inriktning till Sjukhusläkarföreningen), Distriktsläkarföreningen Militärsläkarföreningen etc. Ingen förening släpper frivilligt ifrån sig röster i fullmäktige.

Pia Teleman, facklig sekreterare
pia.teleman@gyn.lu.se

Läkarförbundet är, vilket man är noga med att påpeka, både en traditionellt facklig organisation som arbetar med löner, arbetsmiljö etc, såväl som en professionell organisation som liksom Sällskapet arbetar med utbildning, forskning etc. Till denna viktiga del anlitas specialitetsföreningarna och deras kunskaper och engagemang till stor del. Vi lägger ner stor möda och mycket (fri)tid på t ex remissvar. Det nystartade IPULS som ska samordna SK-kurser men även fortbildningskurser begär specialitetsföreningarnas hjälp när kurser ska granskas och ackrediteras. Tyvärr utan ekonomisk ersättning vare sig till personen eller föreningen. Lagg märke till att denna granskning alltid gjorts inom föreningens kursutbud – väljer vi att lägga kurserna via IPULS ska vi dessutom betala för ackrediteringen som vi alltså gör själva gratis! Ack du sköna nya värld! När Ronden startade ville man att specialitetsföreningarna skulle utforma en lärobok med kapitel om de 80 vanligaste diagnoserna inom specialiteten. Gratis förstås. SFOG avböjde, vi tyckte att våra ARG-rapporter som ju nu ligger på vår egen hemsida var av bättre kvalitet. Alla vet ju hur det har gått för Ronden och att Läkarförbundet glatt slängde ut 34 miljoner av våra medlems-

avgifter på det käcka projektet. Ni får mer för medlemsavgiften i SFOG, gott folk! Vid fullmäktige i maj antogs en motion från Sjukhusläkarföreningen om att man ska arbeta fram en nationell termkatalog att använda i datajournaler. I motionen angavs det att specialitetsföreningarna skulle göra detta! Vi befinner oss alltså i en situation där förbundsfullmäktige ser det helt i sin ordning att besluta vad en viss kategori av delföreningar ska lägga ner ett stort arbete på när samma föreningar inte ens får rösta i samma fullmäktige! Självklart ska detta arbete utföras utan ekonomisk ersättning och äran ska sedan tillfalla förbundet i sin helhet och motionären som inte lyft ett finger utom för att inkassera medlemsavgifterna från sina tvångsanslutna medlemmar. Jag finner detta anmärkningsvärt och oacceptabelt.

Alltså: Specialitetsföreningarna är en synnerligen aktiv del av Läkarförbundet. Det arbete vi utför görs till stora delar på en knapp fritid av entusiaster. Ju mer arbete som initieras av förbundet ju fler resor etc måste bekostas av specialitetsföreningen som naturligtvis får ökade sammanlagda kostnader. Detta är en av anledningarna till att vi nu har fått höja medlemsavgiften. Ingen ersättning utgår från förbundet, och jag kan intyga att vi har försökt.

Läkarförbundets enkät till medlemmarna för ett par år sedan visade med stor

tydlighet ett stort missnöje med förbundets arbete, möjlighet till inflytande etc. En återkommande kommentar i svaren var att man kände en större samhörighet med sin specialitetsförening. Det vore naturligt att förbundet tog fasta på det och använde sig av de kontaktytor vi har.

Under de gångna åren har SFOG vid upprepade tillfällen tagit upp diskussionen om specialitetsföreningarnas representation – på de representantskap vi har tillsammans med centralstyrelsen och kansliet och en gång om året med lokalföreningarna, i möten med centralstyrelsen och även med dåvarande Överläkarföreningen. SFOG har 1999, 2001 och 2002 lagt en motion i fullmäktige i frågan, de två senare gångerna tillsammans med en stor andel av de andra specialitetsföreningarna. I år föreslog Centralstyrelsen i sitt svar fullmäktige att besluta att se över frågan i positiv anda. Fullmäktige röstade dock ner motionen.

Min uppfattning är att vi behöver ett starkt och samlat fackförbund med både de traditionellt fackliga och de professionella delarna – de hör intimt samman för att vi ska kunna skapa ”det goda arbetet”. Då måste vi ha ett fack med så stora kontaktytor som möjligt och där de som verkligen gör jobbet har ett faktiskt inflytande. Ett argument i debatten är att medlemmarna redan är representerade via flera kanaler – men uppenbarligen fattas något om medlemmarna är missnöjda? Är det inte dags att skrota den nydöpta Sjukhusläkarföreningen åtminstone som obligatorium (varför ska en gynekolog på en öppenvårdsmottagning betala till en sjukhusläkarförening??) och inse att specialitetsföreningarna tillför något viktigt till förbundsarbetet?

Just nu diskuterar vi hur frågan ska drivas vidare. Klart är att ett ännu större lobbyingsarbete måste initieras, även lokalt i lokalföreningarna och i de få fungerande

lokala avdelningarna av yrkesföreningarna. De andra specialitetsföreningarna måste övergå från ett passivt stöd av våra insatser till att själva bedriva ett aktivt arbete. Kontakter med Kirurgrådet som består av de opererande specialiteterna + anestesiologer och Medicinrådet görs i dagarna. Under tiden vore jag mycket tacksam för synpunkter på t ex hemsidans debattsida eller till oss medlemmar i styrelsen enklast per mail. Vi kanske ska gå ur förbundet som delförening och sälja våra tjänster istället? Senast på årsmötet framfördes visionen om att SFOG så småningom skulle själva fungera som förhandlingspart mot arbetsgivaren i fackliga frågor av en medlem. Ingenting är självklart men vad är den bästa lösningen? Inte status quo i alla fall! ■

Antibiotikaprofylax

Antibiotikabehandling och profylax inom gynekologi och obstetrik

Medarbetarna inom INF-Arg har länge arbetat med att ta fram ett dokument om antibiotika behandling och profylax inom gynekologi och obstetrik. Det är svårt, för att inte säga omöjligt, att enas om ett dokument som skulle kunna användas vid alla kliniker i Sverige. Det är inte heller önskvärt. Avsikten med detta dokumentet är att det skall vara en hjälp för olika kliniker att själva skapa sin egen lokala variant. Alla kvinnokliniker är inte representerade i INF-Arg (vilket naturligtvis hade varit önskvärt) och för att dessa kliniker inte skall behöva ”göra om” allt arbete från början kan detta dokument användas som mall.

Vi har valt att inte publicera det i medlemsbladet utan på SFOGs hemsida www.sfog.se där intresserade kan gå in och hämta ner PM:et.

P-G Larsson, KK, Skövde
p-g.larsson@vgregion.se
Ingrid Wikström, KK, Uppsala
ingrid.wikstrom@kbh.uu.se

Rent allmänt gäller för antibiotikaprofylax att när kirurgin påbörjas ska adekvata vävnadskoncentrationer finnas redan när vävnaden kontamineras. Enkeldos bör eftersträvas. Det är önskvärt att inte använda samma preparat för profylax och sedan behandling. Alla kliniker vid ett sjukhus eller t o m i ett land bör inte använda samma profylax.

Vi ska t ex inte använda samma profylax som colo-rectalkirurgin då det bakteriella spektrat i vagina till en del skiljer sig från det i tarmen. Vid små sjukhus måste enkel-

het och praktiska rutiner också vägas in. Det kommer därför alltid att bli en kompromiss anpassad till det lokala sjukhuset. Detta gäller även vid behandling av olika infektioner inom gynekologi och obstetrik. Det här dokumentet får ses som en allmän rekommendation och som till stora delar används vid kvinnoklinikerna i Uppsala, Stockholm (SöS, Huddinge), Skövde och Gävle.

Intresserade kollegor som skulle vilja vara med i vår arbetsgrupp kan också via SFOGs hemsida få adressen till ordförande respektive sekreterare, och på så sätt få inbjudan till INF-Arg's kommande möten. Aktuella frågor för framtiden är t ex den stigande chlamydiafrekvensen, salpingitens förändrade panorama eller tidiga infektioner hos den gravida kvinnan som orsak till prematur födsel. ■

NFOG 2002

Så var det dags, första helgen i juni – NFOG 2002 i Umeå. Fantastiskt - en stor kongress så nära hemmaplan för oss, det hör inte till vanligheterna!

Anna Pohjanen
Antonia Sazonova
Baraa Thahad
Liselott Andersson
Åsa Lindholm

Sunderby sjukhus, Luleå

En varm och solig lördagseftermiddag satte vi oss i bilen och körde från Luleå till Umeå. Trots en förtjusande vacker men aningen oplanerad extrasväng i Västerbottens inland hann vi fram i tid (avsaknaden av vägskyltar med "Umeå" på fick oss att vända innan vi hamnade i Åmsele). Utanför parkeringshuset var den förste vi mötte mr Congress President Torbjörn Bäckström himself, lätt andtruten, på väg till invigningsfestligheterna. Upplivade av hans entusiasm skyndade vi oss till registreringen i Folkets hus och möttes för första gången av den synnerligen charmannte dörrvakten. Det skulle visa sig att han aldrig underlät att hälsa lika glatt oavsett hur många gånger man gick in och ut under samma dag...

Conferencier under invigningsceremonin på Norrbottensoperan var Anna Ildgruben, dagen till ära iförd Norrbottensdräkt. Hon presenterade på utmärkt sätt det digra programmet, som bjöd på vacker musik av kända nordiska kompositörer. Varvat med detta fick vi höra poesi på tre simultana språk samt lyssna till Sara Lidman som gav oss en betraktelse om moder jord. Professor Torbjörn Bäckströms invigningstal var kort och kärnfullt.

Själsligen välmatade gick vi sedan till Operahusets lobby där det bjöds Västerbottensbuffé, jazzmusik och trevlig samvaro med nordiska kolleger (vi kunde också konstatera att ganska många grannar från Baltikum hittat till Umeå).

Dom av oss som ännu inte var mätta på nöjen fortsatte kvällen med salsadans på Club Havana och slutligen avrundning på Lottas Krog – alltid lika rätt!

Söndag 2 juni

Kongressinformation, plenary lecture I och II

Efter det att professor Torbjörn Bäckström givit oss kort kongressinformation fick vi lyssna till kongressens första Plenary lecture, hållen av professor Nils-Otto Sjöberg som presenterade sina visioner inför vår specialitets framtid. Han framhöll flera intressanta områden och utmaningar saknas inte. Därefter gav Phyllis M Wise från University of California oss en intressant redogörelse för sitt arbete kring östradiolens roll som protektiv faktor vid ischemisk hjärnskada. Man har tidigare sett positiva effekter av östrogen såväl vid normalt åldrande som vid neurodegenerativ sjukdom, ischemi och neurotrauma. Wise pre-

senterade nu en studie på råttor som illustrativt visade att ER-alpha spelar en viktig roll som mediator av östrogenets neuroprotektiva effekt vid inducerad ischemisk skada.

Symposium 1 om tidiga missfall gav nya synvinklar på immunologiska orsaker till upprepande aborter. Kristina Gemzell-Danielsson från KI visade att postcoitala rubbningar i cytokin- och leukocytreaktioner i cervix kan vara nyckeln till lösningen av sådana problem.

Harm-Gerd Blaas från Trondheim illustrerade sin redogörelse om onormala fynd vid tidig graviditet med fina ultraljudsbilder. Hans studier bekräftade tidigare data om att nackuppklärningsgrad korrelerar med risker för skelett- och neuromuskulära anomalier liksom hjärtdefekter och fosterinfektioner.

Symposium 2 började med en beskrivning av Dan Apter om hur man i olika länder anammat strategier för att hantera ungas sexualitet, t ex genom giftermål i unga år, separation av könen på olika skolor m m. Sammantaget ligger de nordiska länderna bra till jämfört med resten av världen vad gäller handhavandet av ungas sexualitet. MEN BRA KAN BLI BÄTTRE!



NFOGs kongressenspresident Torbjörn Bäckström och generalsekreterare Ulf Högberg pustar välförtjänt ut efter månader av intensivt arbete.

Lars Lundgren belyste därefter problemet med den unga kvinnans ("barnets") integritet gentemot sina föräldrar vilket är något man kommer i kontakt med lite då och då. Förändring i ålder vid sexualdebut presenterades av Elise Kosunen. Bland annat är mäns ålder lägre än kvinnans ålder vid sexualdebut i södra Europa men i Norden är det tvärtom. Totalt sett har man under perioden 1950 - 1990 märkt en trend mot lägre ålder för sexualdebut. Lottie Helström från KS lärde oss att även unga har sexuella problem och behöver stöd och hjälp. Som sammanfattning kan man säga: "Lyssna, utbilda, rådgiv, intensiv terapi" när det behövs. Som avslutning på symposiet berättade Mari Svanberg-Risberg från SöS om projektet med ungdomsenheten som startade september 2000 och ska pågå tre år. Den är inte en ungdomsmottagning utan den är inriktad på tonårsutveckling och är multidisciplinär med gynekolog, barnläkare, psykiatriker, barnmorska m fl. Man har startat med att ta emot patienter med kroniska sjukdomar såsom DM, tarmsjukdomar m m. Det blir spännande att följa den fortsatta utvecklingen!

Symposium 3

Söndag förmiddag bjöds även symposiet med titeln "Active perinatal management and the extreme preterm birth". Douglas Richardsson konstaterade att dom förbättrade oddsden för extrema prematurer till ca en tredjedel beror på "better babies" där antenatal steroidbehandling troligen har en stor betydelse. Resterande två tredjedelar utgörs av "better care", dvs den neonatala intensivvården. Per-Åke Holmgren från värdkliniken presenterade data från MFR under perioden 1985 - 1999 för barn födda före 25 fulla gestationsveckor (3612 st). Visade sig vid jämförelse att andelen extrema prematurer var oförändrad över tid men att överlevnaden bland dessa har ökat, troligen pga ökat omhändertagande (=aktiv satsning) på neonatal intensivvårdsavdelning. I det sammanhanget lärde vi oss också att överlevnaden ökar om man sectioförlöser säten med PROM. Hur hjärnan fungerar hos dessa barn förmedlades på ett underhållande sätt av Hugo Lagercrantz som bl a fastslog att "the brain is not a computer - it's a jungle". IQ hos dessa barn var något lägre än bland fullgångna men inom det norma-



Duktiga GABA-forskare från Umeå vid sina postrar; Per Nyberg, Jessica Strömberg och Inga-Maj Johansson.

la. Skillnaden bestod i sämre resultat när det gällde "performance skills" medan den verbala förmågan inte verkade vara lika sårbar. Det föreföll också vara bättre att födas för tidigt än för liten. Upprepad behandling med steroider ifrågasattes då detta påvisats minska den grå substansen. Fredrik Serenius avslutade med att presentera data från Umeå-Uppsala-studien där det framkom att både obstetrikern och neonatologen underskattade grad av överlevnad utan handikapp bland extrema prematurer. Nyare data visade att flertalet överlevare (75%) var normala. Trots att en föreläsning utgick rann tiden iväg så att det ej fanns någon över till avslutande diskussion och frågor och det beklagades av dom flesta bland publiken, inte minst för att vi anade att konsensus inte var alldeles självklar.

Telemedicin - ultraljud on-line

Varje dag efter lunch bjöd Acuson tillsammans med Umeås ultraljudsbarnmorska Nisse (efternamn) på en förevisning av hur det ser ut när man skickar ultraljudsbilder via telenätet. Detta ger nya möjligheter att få en second opinion och en expertbedömning utan att behöva skicka patienten långa vägar. Tyvärr var det lite svårt att hinna med eftersom övningens placering i schemat innebar att lunchen bara blev en halvtimme kort.

Posterutställning och postpostersessions

Posterutställningen var imponerande och bjöd på mycket av intresse. Varje dag hölls en postposter session, som också innefattade prisutdelning för dagens bästa poster och dagens bästa föredrag. Sista dagen delades också NFOG Young Scientist Award ut till Seppo Heinonen, Kuopio Universitet, Finland - hans meritlista var minst sagt imponerande trots hans relativa ungdom!

Oral presentation 1: Gynecology

På söndageftermiddagen fick vi bl a höra Helena Strevens från Uppsala berätta att cyklisk behandling med T.Naratriptan visade sig ha bra effekt och tolereras väl vid premenstruell dysfori. Eszter Vanky från Trondheim presenterade resultat från en studie där kvinnor med PCO behandlades med låga doser dexametason som tillägg till Metformin. Behandlingen minskade androgennivåerna i blodet ytterligare men hade ingen effekt på vikt eller glukosvärden.

Oral presentation 2: Induction and preterm delivery inleddes med en diskussion kring induktion och överburenhet där en grupp från Odense och Århus hade tittat på överburna (mer än 294 dagars graviditet) mellan 1973-1993 och där sett fler komplikationer hos både mor och barn.

Misoprostol i gelatinkapsel har provats vid induktion i Norge (Elverum) och man har sett att om Bishop score är 4 eller mer har man haft bra utfall. Från detta gjorde vi ett kast över till midtrimesteraborter där man från Trondheim visade att mifepristone som start innan gemprost eller misoprostol förkortade tiden för abort. Från Helsingfors påpekades att NO har en roll i cervix under graviditet. Bakteriell vaginos har en roll vid för tidig förlossning och man har vid universitetssjukhuset i Helsingfors visat att det sannolikt är kostnadseffektivt att screena och behandla i tidig graviditet.

Kvällssymposium och annat skoj

Schering utmanade Luther och öppnade ölpub kl 16, en söndag och dessutom i Västerbotten. Till iskall Lapin Kultra serverades ölkorv, rökt renhjärta, chips och nötter. Mycket uppskattat av besökarna men kanske inte så bra för uppmärksamheten vid följande föreläsningar. Vi var fler än en som inte fullt ut förmådde uppskatta all lärdom som förmedlades under kvällssymposiet med titeln "Iron supplementation" men Dr Breymanns inlägg lär ha varit mycket uttömmande (och långt). Sammantaget verkar det säkert och effektivt att behandla anemi med intravenöst järn både under graviditet och post partum trots aktuell FASS-text. Efterföljande kvällsbuffé var minst lika god som kvällen innan med bl a grillspett, paj, pizzabitar, sallader, såser, bröd och till detta spanskt rött eller australiensisk chardonnay eller alkoholfritt. Efteråt var vi några som avnjöt utsikten över Umeälven från bastun i Plaza's relaxavdelning på våning 14 – magnifikt! Dom sociala aktiviteterna fortsatte sedan på spridda ställen. Vi hörde ryktas om försrättning men var varken kallade eller utvalda så vi besökte i stället Teatercaféet och efter att dom stängt gästade vi Mucky Duck, en folklig pub i brittisk stil.

Måndag 3 juni

Plenary session

På måndag morgon hade vi förmånen att få höra Mary Hannah, University of Toronto, Canada, presentera sin vid det här laget välkända TBT-studie, som har gjort vaginal sätesförlossning till en stor diskussionsfråga världen över. Efter Hannahs presentation fick vi en stringent redogörelse av Erja Halmesmäki, Helsinki



Mary Hannah, University of Toronto, Canada föreläste om Term Breech Trial

University, Finland, för hur man i Finland hanterar sina sätesförlossningar. Hon hade flera invändningar mot Hannahs studie, och menade att upplägget i studien skiljer sig alltför mycket från de nordiska förhållandena. Den finska inställningen är att med rätt selektionskriterier kan motiverade omfödelskor föda vaginalt i säte med rätt övervakning, och med möjlighet att konvertera till sectio vid behov. Man ser dock stora problem eftersom den allmänna opinionen nu lutar mer åt sectio, vilket innebär att det inom en snar framtid kommer att bli brist på obstetiker som kan hantera en sätesförlossning. Vi riskerar att hamna i en situation där kvinnorna inte längre har något val.

Ulf Hanson, Uppsala Universitet tog vid och presenterade läget i Sverige där sectiofrekvensen vid sätesbjudning ökat dramatiskt efter Hannahs studie. Detta trots att man även här ifrågasatt de metoder som använts för viktskattning och pelvimetri samt fosterövervakning i TBT-studien. En case-control-studie pågår än men i nuläget har man på flera håll i landet drastiskt ändrat inställning till förmån för sectioförlossning.

Jens Langhoff-Roos från Köpenhamns universitet beskrev hur man i Danmark fann en signifikant ökning av sectio på indikation säte i fullgången tid året efter TBT-studien. Dessutom fann man också en generell ökning av sectiofrekvensen på de flesta andra indikationer.

Mary Hannah avhöll sig från att utvidga sitt resonemang och deltog inte nämnvärt i den paneldiskussion som följde.

Man hade önskat någon form av konsensus men dit nådde diskussionen tyvärr inte.

Symposium 6 handlade om ovariefunktion och inleddes av J Tapanainen med follikulogenesen från fetal till vuxen kvinna. M Brännström diskuterade kring vad som indikerar en follikels kvalitet vid PU (pick up). Sannolikt spelar blodflöde kring follikeln och storleken roll. Därefter talades det kring GnRH agonister/antagonister. J Olofsson presenterade corpus luteums roll och beskrev även ultraljudsundersökning för att bedöma funktionen. Att mittcykelprogesteronnivå i serum i spontan cykel kan ha betydelse för utfallet vid en IVF-behandling visade U Bentley-Ley.

Symposium 8 belyste från flera håll de speciella problem som flerbördsgraviditeter utgör. Vi fick först höra Mika Gissler, som visade att duplexfrekvensen ökat i Finland, framför allt bland äldre förstföderskor och i relation till ökat antal IVF-behandlingar. Därefter betonade Neil Sebire, London, vikten av att tidigt i graviditeten bedöma chorioniciteten vilket lämpligast görs med ett ultraljud före 14 fulla veckor. Sebire talade också om förtidsbörd och möjligheten att göra en riskbedömning utifrån cervixlängd samt en hel del om de speciella problem som en monochoriotisk duplexgraviditet utgör. Vi fick också höra Aili Tiitinen från Helsingfors Universitet beskriva hur singelembryotransfer faktiskt är kostnadseffektivt just på grund av minskat antal duplex, trots att det kräver 5-10% fler cykler för att uppnå samma antal graviditeter. Avslutningsvis beskrev Per E Børdahl, Oslo Universitet, Norge, hur inställningen till tvillingförlossning och framförallt Tv II har förändrats genom åren.

Oral presentation 4 med titeln "Prenatal diagnosis and preeclampsia" hölls i Bio Marx. Helena Strevens från Lund berättade att man inte funnit någon skillnad mellan kvinnor med normal graviditet och dom med preeklampsi när man studerat glomerulär endotelios med hjälp av njurbiopsier. Aktuella data för eklampsi i Skandinavien redovisades och frekvensen är jämförbar med övriga västvärlden (1/2000-3000 förlossningar).

Eklampsi är fortfarande en betydande orsak till maternella och perinatale komplikationer.

Seppo Heinonen från Kuopio, Finland redovisade aktuella forskningsresultat som ger stöd åt teorier om genetiskt samband beträffande preeclampsia.

Från Danmark presenterades resultat av kombinerad serologisk och ultraljudsscreening under första respektive andra trimestern. Högsta graden av upptäckande fick man vid kombinationen nackkuppklaringsmätning, b-HCG (första trimestern) och proMBP (andra trimestern). I och för sig lovande men man kan ju undra om det inte kostar mera än det smakar...

Som avslutning presenterades en studie från Tammerfors där man undersökt bilateral "notching" i aa uterinae v 12-14 som prediktor för preeklampsia och IUGR. Resultatet av studien, som utfördes på 120 kvinnor, visade att sensitiviteten var hög men dessvärre inte specificiteten. (Ska man verkligen undersöka 12-14 v foster med flödesmätning i a umbilicalis???)

Oral presentation 5 handlade om gynekologi och inleddes av Helga Gimbel från Danmark som presenterade en studie där man jämfört resultaten mellan subtotal och total hysterectomi. Som bakgrund konstaterades att andelen subtotala hysterectomier ökat medan de totala har minskat och att det inte har funnits någon evidensbaserad orsak. Av alla de parametrar som undersöktes fann man inga skillnader fränsett större andel kvinnor med urininkontinens liksom blödningar i gruppen som genomgått subtotal hysterectomi. Slutsatsen blev att det inte finns något stöd för den ökning som skett.

Från Finland redovisades därefter en multicenterstudie där man jämfört TVT och laparoskopisk kolposuspension. Konstaterades att dom omedelbara postoperativa resultaten och komplikationerna var jämförbara men att TVT hade klara fördelar när det gällde operationstid, postoperativ smärtlindring, sjukdagar och sjukhusresurser. Detta tillsammans med bättre ettårsresultat ger stöd åt att rekommendera TVT som förstahandsmetod vid operation pga stressinkontinens.

Därefter redovisades en dansk undersökning där man kanske funnit ett samband mellan adenomyos och endometriehyperplasi.

Nästa föredrag handlade om olika faktorer som begränsar 24-timmars vårdtid efter abdominell hysterectomi. Man kunde visa att det oftast rörde sig om smärta, illamående eller komplikationer



Anna Ildgruppen, ansvarig för kongressens sociala program, finslipar detaljerna inför galamiddagen.

men att detta inte tycktes påverka återgången till normala aktiviteter. Vidare menade man att nuvarande vårdtider går att reducera om man reviderar gamla traditioner när det gäller postoperativ smärtlindring och regim och att det först då är meningsfullt att jämföra abdominell och laparoskopierad hysterectomi.

Slutligen behandlades en danska kohortstudie (the Danish nurse cohort study) där man undersökt samband mellan HRT och stroke. Under en 6-årsperiod fann man inget säkerställt samband med stroke som helhet men däremot en signifikant ökning av ischemisk stroke, särskilt vid kombinerad behandling (östrogeron + progesteron).

Banketten utspelades på Universum, vilket i sig var en nostalgitripp för oss som studerat i Umeå. Lokalerna var sig lika men dessbättre inte maten. Efter välkomstdrink avnjöt vi en tre-rättersmiddag bestående av bl a enbärsgravad lax, renfilé med en helt sagolik sås och rösti med västerbottensost. Lagom till kaffet överlämnade Unni Kirste, dittillsvarande ordföranden i NFOG, sitt uppdrag till Peter Hornnes, Danmark.

Dom alltid lika lysande Renhornen bjöd sedan på dansmusik med en hel del inslag av storbandsjazz. Kvällen till ära kunde vi avnjuta skönsång av en helt otroligt bra gästsångerska med rötterna i USA. Bandet är värda en eloge för alla

extranummer! Vi som avnjutit deras musik tidigare gladdes också åt att ortoped Thelander fortfarande är "still going strong". Stämningen var fortsatt på topp i sista bussen mot city, med dansk allsång i många varierande stämmor.

Tisdag 4 juni

Plenary lecture VI

De mer morgontidiga av oss bevistade Eli Y Adashis presentation om molekylär-genetik i reproduktiv medicin. Titeln ingav viss bävan men vi fick oss till livs en intressant genomgång av autosomala ärftliga mutationer som orsak till kvinnlig infertilitet, med trevliga fallpresentationer och levande historik.

Symposium 9, "violence during pregnancy", gav nog dom flesta en tankeställare. Vi fick veta att våld mot gravida kvinnor förekommer i 1-20% och att det är en mera betydande orsak till mödradöd än någon annan enskild graviditetskomplikation. Likaså riskerar kvinnan ett sämre graviditetsutfall, bl a i form av missfall, prematurbörd, IUGR. Dom flesta tidigare gjorda studierna har i huvudsak berört Nordamerika och Europa, varför WHO:s pågående multicenterstudie är ett välkommet tillskott eftersom den genomförs i 8 kulturellt olika länder. De preliminära resultat som redovisades indikerade att det finns stora skillnader i frekvens beroende på kultur. En studie på nyfödda, lågviktiga

barn från Nicaragua visade att 22% av deras mödrar hade blivit utsatta för fysiskt våld under graviditet jämfört med 5% hos kvinnor med normalviktiga barn. Den låga födelsevikten berodde oftast på IUGR (75%). Lena Widding Hedins föredrag handlade om vikten av personlig lämplighet, teknik och utvärderade metoder för att upptäcka och ta hand om misshandlade kvinnor. En imponerande presentation som nog berörde samtliga djupt!

Från Rikskvinnocentrum i Uppsala redovisades resultatet av antenatal screening. I det sammanhanget diskuterades orsaker till underrapportering och en tänkvärd är att mannen numera ofta förväntas delta vid MVC-besöken vilket kan försvåra upptäckten av misshandel då kvinnan ej vågar svara sanningsenligt.

Symposium 12, "PCOS – ett metabol tillstånd", bjöd på en intressant genomgång av olika aspekter på PCOS. Att tillståndet har någon form av genetisk bakgrund beskrevs av J F Strauss från Philadelphia, USA. Jan Holte, Uppsala, diskuterade insulinresistens kontra PCO.



Seppo Heinonen, Kuopio Universitet, Finland, fick The young Scientist award.

Eva Dahlgren, Göteborg/SU, talade om de medicinska riskerna med PCOS med ökad mortalitet och morbiditet relaterat till hjärt-kärl-sjukdom och NIDDM samt belysande om hirsutism. Avslutningsvis fick vi höra hur Hannu Martikainen från Oulu Universitet, Finland, behandlar kvinnor med PCOS med Metformin och Klomifen i kombination och på det när

hög andel ovulation samt minskad missfallsrisk och möjligen minskad risk för gestationsdiabetes.

Meeting the experts blev en av dagens och kongressens sista övningar. Vi fick höra Claus Yding Andersen från Danmark berätta hur man genom att tillvarata och frysa ovarialvävnad före chemoterapi, och sedan transplantera den till underarmen, kunde återfå normal menstruationsrytm och i framtiden kanske också bevara kvinnans fertilitet på detta sätt. Fascinerande! Därefter presenterade Isis Amer-Wählin sitt arbete på STAN och intrapartal hypoxi, på ett övertygande vis. Eller, som den norske kollegan uttryckte det: "STAN is resource demanding, but it enhances knoy_ledge. Unnessecary CS are also resource demanding, but they do not enhance knowledge!".

Sist men inte minst: ett varmt TACK till kollegorna i Umeå för ett excellent genomfört arrangemang!

Måtte vädergudarna vara lika goda när nästa NFOG kongress går av stapeln i Helsingfors 2004! ■

Rapport från NFYOG

Skall alla ST-läkare tränas till att bli självständiga operatörer? I en paneldebatt med specialister och ST-läkare från alla nordiska länder argumenterades det för och emot, analyserades och kommenterades. Detta och en forsränning i en av Sveriges nationalälvar, var två av huvudaktiviteterna för de yngre kollegerna och en del i programmet från NFYOG, (Nordic federation of young obstetricians and gynecologists), under NFOG 2002.

Ole Mogensen från Odense i Danmark var inbjuden att föreläsa och argumentera för en delning i en öppenvårds- och en slutenvårdsspecialitet. Huvudargumenten till detta var enligt Mogensen att man kunde ge slutenvårdsspecialisten en rejäl mängdträning i operationsteknik och satsa på de kirurgiskt intresserade. Samtidigt såg Mogensen fördelar i en framtida rekrytering där man kunde erbjuda läkare en öppenvårdsutbildning och arbete utan jourbörd.

Från Norge och Gjøvik kom Alice Beate Andersgaard. Hon var som huvuddelen av auditoriet helt inne på att alla ST-läkare skall få en bra kirurgisk träning i operationsteknik. Ett av huvudargumenten för detta var att man vill behålla helheten inom specialiteten. På individbasis kan man med en bred utbildning i början av karriären fungera mycket bättre globalt och eventuellt senare i karriären smalna av.

Därefter hade NFYOG ett årsmöte där Jeanne Mette Godelstad ifrån Norge valdes till ordförande. Redan här smiddes planer till temat för nästa paneldebatt vid NFOG 2004 i Helsingfors. Temat som diskuterades var tillgången/utbildningen av specialister i de olika länderna. I Sverige väntas det bli en stor brist i framtiden på specialister inom gynekologi och obstetrik. Det är här inte helt lätt att rekrytera heller. I Norge förväntas det i framtiden bli ett litet överskott på färdiga specialister och ifrån Danmark fick vi höra att vår specialitet är klart populärast bland alla specialiteter för nylegitimerade läkare.

Jan Wall

Kvinnokliniken, Umeå

Under söndagseftermiddagen, kvällen och natten hade den lokala kommittén i Umeå med hjälp av ett välkänt läkemedelsföretag ordnat med forsränning i den orörda och outbyggda Vindelälven. Det var 53 förväntansfulla läkare ifrån hela nordnorden som fick åka buss till Vindelns, där få säkerhetsinstruktion, ikläda sig våtdräkt, skyddsväst och hjälm. Därefter forsränning i en av Sveriges nationalälvar under dryga tre timmar. Efter denna forsfärd och ombyte till torra kläder bjöds man på en mycket god västerbottnisk trerättersmiddag strax före midnatt.

Kvällen avslutades med ett bildspel och föreläsning av Leif Eriksson som tidigare under många år varit verksam som överläkare på kvinnokliniken i Umeå. Leif berättade med inlevelse om hur livet kan se ut på Västbanken och i Hebron där han verkat och arbetat i sex månader.

Totalt sett deltog ett sjuttiofemtal blivande specialister under NFOG 2002. Mest underläkare kom ifrån Danmark och Norge som hade fler deltagare än värdlandet. Nämnas bör också att baltstaterna tillsammans skickade nio ST-läkare. Ser man på det vetenskapliga programmet som helhet var det mycket varierat och här kunde man som deltagare väl fylla på sin kunskap på många olika områden. ■



Forsränning i Vindelälven i ljusa sommarnatten.

Möte med våren i Prag

Som nyinvald styrelsemedlem i OGU och ansvarig för internationella frågor fick jag under våren möjlighet att delta i det europeiska mötet ENTOG (European Networks of Trainees in Obstetrics and Gynecology).



Helene Haesert

KK, Huddinge Universitetssjukhus

Detta europeiska samarbete har pågått sedan början av 90-talet och dess huvudsakliga uppgift har varit att arrangera årliga utbyten mellan ST läk i Obst/gyn i olika länder i Europa. Utbyten har blivit allt mer omfattande och har nu senast i Prag där utbytesveckan avslutades med detta ENTOG möte. Tyvärr fanns inga auskultanter med på utbytet från Sverige då det ej fanns några svenska sökande. Däremot fick jag möjlighet att träffa auskultanter från övriga europeiska länder

och på så vis utbyta intressanta och lärorika erfarenheter. De europeiska auskultanterna hade deltagit i utbytet på kvinnokliniken i Prag och på mindre hälsostationer ute på landsbygden.

Sammantaget hade utbytet varit en mycket givande upplevelse med både upprörda känslor och inslag av fascination. I Prag görs exempelvis ultraljud på gravida v 11, 18, 30 och därefter var 14:e dag fram till partus. Vidare utförs amnioskopi samt bishop score varje vecka från den 36:e graviditetsveckan. Många upplevde också kontakten läkare-patient som upprörande. Detta beroende på att patienterna tvingades ligga uppradade med trosorna i knä-

veckan, medan doktorn gick runt och palperade förlossningsstatus samtidigt som en dialog med patienten pågick. Samtidigt fascinerades man över den energi och entusiasm som fanns bland doktorerna trots låga löner och dålig arbetsmiljö.

Förutom utbytet hade vi gästföreläsare från Frankrike och Tjeckien som redovisade hur arbetet med den för Europa gemensamma målbeskrivningen går, den så kallade loggboken. Den syftar till att likställa gynekologer och obstetiker i Europa för en flexibel arbetsmarknad i framtiden. Intressant inlägg i debatten kom från den danska representanten. Den danska loggboken fokuserar mer på den färdige specialistens olika roller, vad man som specialist skall kunna utföra och hur man som utbildningsdoktor på bästa sätt når dit. Detta kräver stort engagemang och kännedom om utbildningsläkaren av både handledare och andra inblandade för att individanpassa utbildningen. Man har ännu inte börjat använda sig av den danska loggboken men jobbar på det. Den europeiska loggboken styrs framförallt av kvantitativa mått exempelvis antal kejsarsnitt som man bör ha utfört m m, i stort som våran svenska målbeskrivning är upplagd.

Hela mötet handlade om vår utbildning och jag fick möjlighet att möta många inspirerande och drivande ST-läkare från alla hörn av Europa. Med på Mötet var också Mia Lindroth, ordförande i OGU, som presenterade OGU:s tillkomst och senaste siffror kring det framtida arbetsbristsituationen i Sverige. Jag insåg att den stora utmaningen för övriga gynekologer och obstetiker under utbildning ute i Europa var nu att också försöka organisera sig. De verkade bara vara de nordiska länderna samt Holland och i viss mån Frankrike där det redan finns välfungerande organ som OGU.

Denna spännande dag slutade med "get together" på the Faust House och sen lite härlig jazz fram på småtimmarna i en rökig källarlokal.

Till sist vill jag verkligen uppmana er nyfikna att hänga på nästa utbyte som blir hösten -03 i Holland. Håll utkik i medlemsbladet! ■

Udvekslingsophold i Prag

Pengene i det tjekkiske sundhedsvæsen spenderes på ny teknologi. Dagligdagen præges af høj produktivitet og en patientetik, som danske kvinder aldrig ville acceptere.

Hvert år arrangerer det europæiske netværk for gynækologer og obstetrikere under uddannelse ENTOG et udvekslingsophold for yngre gynækologer i et europæisk land, hvor alle europæiske lande kan deltage med 2 repræsentanter. I år var det Tjekkiet, der stod for tur.

Vi fik udfordret vore forudantagelser og fordomme, og måtte konstatere at vore tjekkiske kolleger på mange måder var længere fremme med meget sofistikeret teknologisk udstyr, høj produktivitet, ingen ventelister, få obstetriske indgreb og et fint perinatalt udkomme samtidigt med en god praktisk uddannelseskultur for de yngre læger. Patientetik er imidlertid ikke i højsæde, der udøres (for) mange undersøgelser, løn- og arbejdsforhold elendige, idet tjekkiske læger arbejder dobbelt så meget som danske og tjener mindre end fjerdedel. Der er ingen primær sundheds-tjeneste med sundhedsplejersker og jordemødre, men til gengæld 3 gange så mange gynækologer pr. kvinde som i Danmark. Der er en mangfoldighed af måder at praktisere vort fag på, og det er meget sundt at få sat et spørgsmålstejn ved, om vi nu er så fantastiske, som vi selv går og tror.

Vi fik en uges ophold på et universitets-sygehus i Prag UPMD – Institut for pleje af moder og barn, som varetager et basalt optagelsesområde på 400.000 og herud-

Marlene Mohr

Lisa Bang

over har specielt neonatalt optageområde for 1,2 mio. indbyggere. De tager sig af alle gynækologiske og obstetriske problemstillinger undtagen den gynækologiske onkologi, som er henlagt til et hospital med parenkymkirurgisk og onkologisk funktion. Vi havde fået tildelt 2 kontaktlæger, hvoraf den ene, Jiri på 28 år er 4 års kandidat og på vej til at bestå sin første specialisteksamen og den anden, Jan på 33 år, er 7 års kandidat og har bestået den endelige specialisteksamen. Dynamiske, venlige og nysgerrige ungarle uden børn, der arbejder 70 timer om ugen, har vagt 6 gange om måneden og har udsigt til at gøre det resten af deres karriere. Begge har været ansat på hospitalet siden embedseksamen og kan se frem til at blive der resten af deres karriere. Jan havde dog været 2 år i Tyskland for at lære laparoskopisk.

Hospitalet er en gammel charmerende bygning, der i kernen er restaureret i den oprindelige stil med stuk og diverse gesvejsninger. Afdelingerne derimod er mest præget af østeuropæisk funktionalisme og trænger til en kærlig hånd ved lejlighed.

Operationsgangen bærer præg af at man i moderniseringsprocessen har valgt at satse på moderne udstyr. Rigeligt moderne

laparoskopistyr betyder at flere operationer kan udføres på samme dag. Den første dag klarede man 1 sectio, 1 laparoskopisk punktbrænding af ovarierne på en PCO-patient, 1 hysteroskopisk polypektomi og 2 LAVH'er mellem 8.00 og 13.30, og alle spiste frokost samtidig! Da måtte vi hive kæben op fra kavalergangen! Generelt er operationsgangen præget af en høj grad af effektivitet. Det moderne udstyr omfattede imidlertid ikke servietterne, som personalet selv måtte sy røntgentråde i, og en dansk hygiejnesygeplejerske ville straks have følt sig kaldet. Man udfører bl.a. 600 hysterektomier årligt, heraf 400 laparoskopisk assisteret. Dertil kommer mange vaginale operationer og inkontinensoperationer, både Burch og TVT. Registrering af komplikationer var ikke en del af dagligdagens sure pligter, og tjekkerne undrede sig over med hvilken lethed vi kunne redegøre for vores komplikationsrater.

Gynækologisk ambulatorium er præget af mange undersøgelser. Der er maksimalt 10 minutter pr. patient. De klarer også 37.000 ambulatoriebesøg pr. år. Patienterne er afklædt ved konsultationens start. Det var vanskeligt at følge med, idet der ikke var tid til at oversætte alt - af gode grunde. Men man fik klart det indtryk, at patienterne var autoritetstro og der var ikke lange dialoger læge og patient imellem. Det blev taget cervixsmear på stort set alle, selv om man fra officiel side foretrak kolposkopi som screeningsprocedure

for cervixcancer. Der er ingen ventetider på at komme videre i systemet. Man har ultralydstid og ofte også en operationstid indenfor 14 dage, inden man går fra hospitalet. Lægerne stillede sig selv sagt uforstående overfor vore ventetider!

Fødegangen er hospitalets stolthed. Her kan man som det eneste sted i landet tilbyde enestuer med brusebad. Man råder over STAN og alle patienter bliver registreret på et partogram, der i udformning ligner dem vi er vant til. Man benytter overhovedet ikke vacuumekstraktor, de mener, at det er vældigt farligt for fostrene. Jordmødrene er ikke selvstændige sundhedspersoner. Størstedelen af fødslerne bliver varetaget af en yngre læge i samarbejde med en ældre kollega. Når man starter på afdelingen er man flere måneder på fødegangen og opnår således hurtigt en stor rutine. Der var årligt omkring 2700 fødsler. Mange af kvinderne er 1. gangsfødende, idet der i Tjekkiet, kun fødes 1,1 barn pr. kvinde. Sectiofrekvensen var 17% på UPMD – 13% i hele Tjekkiet og 1,52% blev tangforløst. Omkring 40% fik epiduralblokade. Det er vores indtryk at man ikke i så udtalt grad benytter syntocinonstimulation, som vi er vant til. Alle kvinder får foretaget colluminspektion og mange bliver klippet. Børnene bliver umiddelbart efter fødslen målt og vejede og herefter svøbt i dyne. Herefter kommer en børnesygeplejerske og hjælper med at lægge barnet til, og hvis ikke barnet lige har fattet hvad en sådan knap kan bruges til, bliver det taget med på børneafdelingen. Svangreprofylaksen bliver fortaget af læger - dem er der rigelig af og de koster ingenting. Alle kvinder bliver set løbende i graviditeten af praktiserende gynækologer i byen, mens de henvises til obstetrisk ambulatorium senest fra uge 36. Her bliver de set en gang ugentlig, hvor der bliver foretaget ekstern vurdering af uterus, vaginal eksploration med Bishop scoring, kørt CTG, stikset urin og målt blodtryk. I uge 40 supplerer man om muligt med amnioskopi, med henblik på at sætte fødslen i gang i tilfælde af grønt vand. I modsat fald bliver denne undersøgelse gentaget op til 2 gange ugentlig frem til fødslen. Også her mødte patienterne lægen uden bukser på og afventede ikke at den forrige patient var ude før den næste var inde. Næsten ingen samtale – hele undersøgelsen tog mellem 5 og 7 minutter!



Dr. Janota går stuegang på intensivafsnittet af neonatalafdelingen, der også er ECMO center i det sydlige Prag“.

Den neonatologiske afdeling imponerede os meget. Der findes i Tjekkiet i alt 12 neonatale centre, hvoraf 2 er ECMO-centre, et af disse er på vores hospital, hvor de varetager et befolkningsgrundlag på 1,2 mill. indbyggere. Den perinatale mortalitet var 4,3. Udstyret er helt opdateret og afdelingen er nyrenoveret. Afdelingen råder over 80 senge. Dette store antal skal ses i lyset af, at man kun har sparsom mulighed for at sende forældrene tidligt hjem, idet den primære sundhedstjeneste slet ikke er gearret til disse opgaver. Der er ingen sundhedsplejersker og der er ingen institutionstilbud til handicappede børn. Dog har man fået en psykolog og der er begyndt at komme ressourcestærke forældreorganisationer. Personalet er meget åbne og registrerer alle behandlingstiltag. Data indgår i store europæiske databaser. De er generelt mere forkælede med hensyn til uddannelsesophold og konferencer i udlandet end de gynækologiske læger.

Alle kvinder i Tjekkiet har ret til **legal abort** inden 12. uge, dog kan man ikke få bevilliget provokeret abort, hvis man har fået en legal abort indenfor 6 måneder. Hospitalerne taler imidlertid ikke sammen, så det udgør ikke et reelt problem i hverdagen. Man betaler et beløb svarende til ca. 1000 danske kroner, hvilket er ca. 20% af en normal månedsløn. Sterilisation er ligeledes en ret, men først efter det 3 barn.

Hospitalet råder over en meget produktiv **ultralydsafdeling**, hvis leder er særdeles aktiv. Rygtet lyder, at han producerer ca. 1 videnskabelig artikel om måneden! Men derudover foretager de 15.000 undersøgelser om året. Alle læger ultralydsscanner under tæt supervision, og de mestrer en høj grad af viden og systematik. Jo vi var misundelige. Udstyret er tip top moderne. 2 nye scannere, hvoraf den ene har 3D-funktion. Alle gravide får som standard tilbudt 3 scanninger, 11-13 uger nakkefold, 18-20 uger gennemskanning og 30 uger obs IUGR. Derudover gives ekstra scanninger efter ønske. Kvinderne kommer oftest alene til scanningerne. Man gør et stort nummer ud af de urogynækologiske scanninger, som vi fornemmede var et specielt interesseområde, idet overlægen selv ser alle disse inkontinente kvinder inden scanningen i ambulatoriet. På baggrund af ultralydsscanningsfundet bliver patienten evt. sat til operation indenfor 14 dage.

Vedr. forskning er det regelen at alle skal publicere 1 artikel om året, hvad de yngre læger finder helt urimeligt. Ofte publicerer man i ikke anerkendte østeuropæiske tidsskrifter. Der er en begyndende opblødning, idet dygtige klinikere ikke er underlagt samme publiceringsforpligtigelse.



Praktiserende speciallæge låner operationsgangen om fredagen - superviserer her yngre kollega i hysterectomi“.

Speciallægeuddannelsen påbegyndes på gynækologisk afdeling lige efter universitetet. Efter 3 år går man op til den første specialisteksamen og efter 7 år til den anden. Der er en god uddannelsesånd i hele hospitalet. Man kalder ofte en ældre kollega, som så står bag en. Sjældent tager den ældre over, og supervisionen er oftest diskret, så det virker naturligt i situationen. Der er heller ikke i uddannelsessituationen interessekonflikter med andre personalegrupper. På operationsgangen er det standard, at det er den yngre, der udfører operationen, i modsat fald er der aftaler for, hvornår yngste mand skal til fadet. De yngre læger virker glade for deres job, men giver udtryk for at de lange arbejdstider er et problem i forbindelse med familielivet. Således var der kun en kvindelig læge med 3 børn. Der var tre års barselsorlov, men på en dagpengelignende ordning få havde råd til. De lange arbejdstider og den dårlige løn gælder også for speciallæger, der derfor ser frem til pensionsalderen som 60 årige for mænd og 58 år for kvinder, der dog fik pensionsalderen nedsat med et år pr. barn (maks. 5 år). Man har heller ikke tradition for at organisere sig som yngre læge, hverken i fagpolitisk eller videnskabelig sammenhæng. For et år siden strejkede alle lægerne 1 dag for bedre løn- og arbejdsforhold, men foreløbigt uden særligt resultat.

Til slut mødtes vi med de øvrige europæiske udvekslingslæger og de nationale repræsentanter i **ENTOG**. Her skulle alle rapportere om deres udvekslingserfaringer, og det kom frem, at andre steder i Tjekkiet havde meget dårligere fysiske rammer for patienterne. Samtalerne og de mere organiserede diskussioner om uddannelsestraditioner i andre europæiske lande var meget udbytterig, specielt i en tid hvor vi stor midt i en uddannelsesreform i Danmark. Mange andre europæiske lande går meget op i at tæller antallet af operationer for at opnå speciallægeanerkendelse ligesom de fleste har specialisteksamen. De øvrige europæere rystede på hovedet af vore uddannelsesreformer, men var meget interesserede i de nye kompetencer, som vi med speciallægekommisionens betænkning nu indfører i uddannelsen. **Søren Brostrøm, dansk FYGO formand blev valgt til ENTOG præsident.** ENTOG besluttede, at næste møde forudgået af udvekslingsophold vil blive i Holland om 1_ år, og vi kan kun varmt anbefale andre danske kommende gynækologer, at deltage.

Udover alle disse spændende oplevelser skal vi huske at sige, at Prag er særdeles billig og smuk, specielt i maj, og så har vi slet ikke nævnt deres fantastiske øl og alle de dejlige mennesker vi mødte. ■

Utmaning!

Agneta Romin

KK Falu lasarett

agneta.romin@ltdalarna.se

Vi utmanar alla kvinnokliniker att på samma sätt som vi vara med och förbättra födelsetalen. Våra doktorer är oerhört produktiva. Sex (av 20) har fått barn januari 2001 – januari 2002. Det har naturligtvis lett till att bemanningen tillfälligt varit något lägre än annars, men orsaken till detta är ju så positiv att det även gör oss som varit kvar och arbetat lite stolta. Kanske är det också en lockande slogan vid rekrytering: ”Hos kvinnokliniken i Falun har du tid för annat än arbete.” Nu börjar de nyblivna föräldrarna komma tillbaka i arbete, och vi har fått en vikarie (som också fått barn under samma tidsrymd), så nu börjar det ånyo bli tid för mer fritid även hos oss andra. Det är kanske tur att ”även gynekologer kommer i klimakteriet” (fritt citerat från verksamhetschefen), för annars kanske vi skulle behöva ha en egen barnmorska för doktorerna. De fem första barnen är också flickor, vilket bäddar för en god tillströmning av patienter även framöver. Välkomna Emma, Hanna, Tilde, Alva, Isa och Simon. Välkomna tillbaka Annika, Janne, Ingela, Anna-Maria, Helena och Sophie. Hoppas ni skall trivas med oss Saga och Emelie. Visst arbetar vi inom en fantastisk specialitet!

Hälsningar

Kvinnokliniken Falun gm Agneta Romin
Avd. läkare ■

Redovisning av OGU's utbildningsenkät 2002



MIA LINDROTH

Inledning

OGU's Utbildningsenkät har skickats ut år 2000 och 2002 till så många som möjligt av dem som är under utbildning till gynekolog i Sverige. Syftet är att kartlägga det aktuella utbildningsläget för blivande gynekologer, och att med återkommande rapporter stimulera till förändring när det är rimligt.

År 2000 besvarade 171 personer från 41 sjukhus enkäten, svarsfrekvensen uppskattades till ca 75%. År 2002 besvarades enkäten av 176 personer från 41 sjukhus. Enligt uppgift från de som samlat in enkäten på de olika sjukhusen bör det finnas ca 250 personer under specialistutbildning till gynekolog i Sverige våren 2002. Vilket ger en svarsfrekvens 2002 på ca 70%. Sämst svarsfrekvens har Stockholm och Malmö.

Enkäten i år bestod av 39 frågor att besvaras med ja eller nej, flerval eller öppet svar. När 90% är nöjda med hur utbildningen bedrivs och sin arbetssituation är det ett gott mått på att man arbetar på ett bra sätt inom organisationen och har en god dialog med arbetstagarerna.

Kön, lön och val

Könsfördelning

År	Kön	Antal %
2000	Män	12
	Kvinnor	88
2002	Män	18
	Kvinnor	82
SYLF-enkät:		
	Män	46
	Kvinnor	54

En lätt ökning av antalet män kan ses i år. 31% av männen rekryterades 2000, jäm-

Marie Lindroth

KK, Helsingborgs Lasarett AB
mia.lindroth@telia.com

fört med 14% av kvinnorna. 28% av männen rekryterades 1999, jämfört med 18% av kvinnorna. Kanske har den interna debatten om könsfördelningen inom specialiteten givit utslag.

Medelålder

År	Kön	Ålder
2000	Män	32
	Kvinnor	33,5
2002	Män	36
	Kvinnor	35
SYLF-enkät:		37

Som jämförande material finns en enkät som SYLF gjorde 2001 där 379 ST-läkare svarade. I enkäten står blivande distriktsläkare för 26% av svaren, internmedicinare för 10% och psykiatriker för 9%. Andelen gynekologer är 4%.

Medellön

År	Kön	Kr/mån
2000	Män	27.500
	Kvinnor	26.500
2002	Män	30.535
	Kvinnor	29.717
SYLF-enkät:		
	Män	28.040
	Kvinnor	27.580

Lönespannet för kvinnor är 25 500 - 35 000 kr/mån. För männen är spannet 26 759 - 40 000 kr/mån.

Männen har ökat sin lön med 11% och kvinnorna med 12%. År 2000 hade 65%

förhandlat sin lön och i år är det 82%. I SYLF-enkäten konstateras att förhandling ger bättre lön.

Faktorer som spelar roll vid specialitetsval

Faktor	Män %	Kvinnor %	SYLF %
Jourbörda	9	1	32
Bra betalt	3	0,5	8
Fick erbjudande	22	13	31
Intryck under AT	9	12	46
Hög status	0	0	2
Bra arbetstider	6	5	29
Mest slumpen	16	10	10
Bra chef	19	8	17
Möjlighet att forska	6	10	13
Kul/intressant	66	94	88

I årets enkät kopierades en fråga från SYLF-enkäten där man kunde kryssa i faktorer som spelat roll i specialitetsvalet. Fler än en faktor kunde kryssas i. I SYLF-enkäten spelar intryck under AT in för 46%, jämfört med 10,5% i vår enkät. Hur kan vi skaffa en plats för vår specialité under AT-tjänstgöring? Skillnader finns även när det gäller jourbörda och arbetstider mellan oss och andra ST-läkare. Hur kan vi förnya oss när det gäller schemaläggning. Har vi något att hämta hos professionella schemaläggare?

Har du haft anledning att ågra ditt specialitetsval?

Svar	OGU-män	OGU-kvinnor	SYLF
Ja, i mycket	3%	-	2%
Ja, delvis	22%	6%	25%
Nej	75%	94%	73%

Det är i absoluta tal mycket få som ångrar sitt specialitetsval i stor utsträckning. Viktigast är nog att hitta dem som delvis ångrar sig för att organisationen som helhet inte skall förlora och för att ge dessa människor ett gott arbetsliv.

Introduktion på arbetet

Hur, när och i vilken omfattning skall introduktion ske? Detta kan nog variera mycket beroende på typ av arbetsplats. Lättast är nog att involvera de utbildningsläkare man har för att planera detta. Plan bör göras både för gynekologi och obstetrik. I enkäten svarar 53% att de arbetar på ett sjukhus med <2000 förlossningar per år, övriga 47% arbetar på sjukhus med >2000 förlossningar per år. I frågorna i enkäten ingår klassiska ingredienser, men man kan säkert vara mer fantasifull än så.

Introduktion i obstetrik

Typ	Längd	Antal%
Gått med barnmorska	<2 veckor	70
Gått med barnmorska	>2 veckor	70
Gått dubbelt m läk på MVC		65
Gått dubbelt m BM på MVC		5
Utb. inom screeningut.		41
Har fått adekv. intro inom obst.		60

Hur många normalförlossningar har du skött själv eller med barnmorska?

Antal	% år 2000	% år 2002
0	14	11
1-10	49	52
10-30	29	23
>30	8	14

Kravet för att bli barnmorska är 50 förlossningar. Borde inte vi ha kravet 30 förlossningar, en låg siffra i europeiska sammanhang. I den europeiska loggboken skall man ha skött 100 förlossningar. Att dryga 60% har skött 0-10 normal förlossningar är inte acceptabelt. För att ingripa eller inte ingripa i rätt tid är det viktigt att ha normalförloppet helt klart för sig.

Introduktion i gynekologi

Kategori	Antal%
Praktisk handläggning inom ul.	57
Gått parallellt m kollega på mott.	69
Tror sig kunna vara självs. op. som nyfärdig spec (ex utf hyst)	70
Har fått adekvat intro inom gyn	65

Det är viktigt att man på sin klinik också talar igenom hur introduktionen inom gynekologi skall gå till. Det är lätt att obstetrik får en dominant ställning i och med övervikten av obstetrik i jour-sammanhang. Hur bär man sig åt för att försäkra sig om en adekvat kirurgisk träning? Här ligger mycket ansvar på verksamhetschefen tillsammans med schemaläggaren.

Kanske det ibland är bättre att koncentrera denna träning till intensiva perioder med många operationer av samma typ.

Jourverksamhet på 41 kliniker

Typ av jour	Antal%
Primärjour på huset+bakjour i hem	71
Primärjour/mellanjour+bakjour i hem	22
Övriga	7

Män gick självständig primärjour efter i snitt 5,5 månaders arbete och kvinnor efter 4 månader. För männen varierade det mellan en vecka till två år och för kvinnor från första dagen till två år. På frågan om man tycker sig ha fått en adekvat introduktion inom jourverksamheten innan man började gå självständiga jurer svarar 80% av männen ja och 65% av kvinnorna ja. På kliniken måste man ta ställning till om det skall vara en individuell bedömning innan man får gå självständig primärjour, eller om man ställer upp en antal kriterier som skall uppfyllas, eller om en viss tid skall ha gått.

Rimligt är att 90% känner att de har fått en adekvat introduktion inom gynekologi, obstetrik och jourverksamhet. När skall detta vara uppnått?

Hur går utbildningen till?

Har man en handledare?

År	Antal %
2000	89
2002	94

Finns arbetstid avsatt för handledning?

Intervall	2000	2002
Varje/varannan vecka	21%	16%
Varje månad	21%	27%
Mer sällan	23%	28%
Aldrig	41%	29%

Har handledarna full utbildning?

År	Antal %
2000	49
2002	51

För att en handledning skall fungera krävs en insatt handledare och tid avsatt. Att 57% i år och 64% 2000 hade tid för handledning mer sällan än varje månad eller aldrig är inte acceptabelt.

2000 hade 49% av handledarna en formell utbildning och i år är siffran 51%.

2000 visste inte 16% av utbildningsdoktorerna om handledaren hade en utbildning eller ej, i år är det 21%. En okunskap som visar på bristande handledning eller nyfikenhet! Varför utbildas inte handledare i större uträkning? Är det för att man tror sig veta vad handledning är ändå, eller inte alls förstår vad handledning skall vara till för? Handledning och utvecklingssamtal är ryggraden i kommunikationen mellan utbildningsdoktorn och de som har ansvaret för utbildningen.

Både 2000 och 2002 använder sig ca 70% av SFOGs utbildningsbok. Antalet studierektorer verkar ha ökat

Finns studierektor?

Kategori	2000	2002
Egen studierektor	40%	40%
Delar m annan spec.	28%	52%

Finns intern (seminarier, föreläsningar) - och extern (betald) utbildning?

Kategori	2000	2002
Intern	75%	67%
Extern	73%	88%

Flera enkäter med tillägget att ST-doktorerna ordnar undervisningen själva. Är det inte billigare att satsa på internundervisning på hemmaplan först?

Får man möjlighet att åka på OGU:s nationella konferens?

Svar	Antal %
Ja	24
Enstaka tillfällen	52

Vår förhoppning är att man under minst två tillfällen under sin utbildning skall få åka för att träffa kolleger och bilda nätverk. Något som skulle borga för ca 100 deltagare per konferens.

Forskning

Kategori	2000 m/k	2002 män	2002 kvinnor
Forskar du?	25%	33%	19%
Har du publ. en vetenskaplig art.?		16%	20%

Sex procent av männen och 10% av kvinnorna lockades till specialiteten pga möjligheten att forska. Varför uppfattar män och kvinnor innehållet i ordet forskning så olika?

Randutbildning

Randutbildning 2002

Specialitet	Antal män
Kirurgi	7
Urologi	2
Anestesi	3
Neonatologi	2
Gynonkologi	2

En förbättring kan ses när det gäller handledare på klink för randutbildning. 2000 hade 52% en handledare, i år är det 62%. Både år 2000 och i år hade 39% ställt upp mål för färdigheter att uppnå under sin randutbildning. Vad som klart verkar ha förbättrats är kontakten mellan huvudhandledaren och handledaren på randutbildning. 2000 höll 8% kontakt, i år är det 31%.

Randutbildning sker inom klassiska områden. Man får ett intryck av att randtjänstgöringar blir kortare och kortare. Beror det på att de inte känns meningsfulla? Genom att på kliniken tänka igenom vad man skall använda sin randutbildning till kan den kanske tjäna sitt syfte bättre.

Arbetsmiljö och resurser

I enkäten fanns möjlighet till att kommentera vad som är viktigt i det kommande arbetslivet. En återkommande kommentar är vikten av en flexibel arbetstid både på kort sikt med möjlighet till kontinuerligt jourkompsuttag och möjligheten att under perioder arbeta mindre eller mer. Många känner sig trängda under juren med ibland för liten möjlighet till att ha kontroll över sina arbetsuppgifter.

För två år sedan arbetade 26% övertid mer sällan än varje vecka, i år är det 30%. Dryga 2/3 av utbildningsläkarna arbetar alltså övertid i år.

Övertid och ersättning

Mängd	2000	2002
Arb. övertid v.v.	52%	43%
Arb. övertid mer sällan	26%	30%
Ersätts ej i tid eller pengar för övertid	51%	31%

Ett tecken i tiden är nog den ökade dator-tätheten. Tråkigt är om det är det som ligger bakom minskade antal bibliotek som dessutom underhålls sämre.

Tillgång till eget skrivbord och därtill hörande dator

Tillgång till	2000	2002
Eget skrivbord	87%	87%
Dator	39%	78%

Bibliotek

	2000	2002
Finns bibliotek?.	71%	62%
Uppdateras bibliotek?	24%	33%

Ett mycket viktigt instrument för feedback och utbyte av information är utvecklingssamtal, en konststart. År 2000 hade 70% samtal med sin verksamhetschef, i år är det 65%.

I år liksom tidigare planerar drygt hälften att göra specialistexamen, 46% 2000 och idag 48%.

Framtiden

Enligt socialstyrelsen finns det 454 gynekologer födda 1937-45, det finns ingen statistik över i vilken grad de är yrkesverksamma idag. Det antal av dem som gått tidigt i pension redan nu kan nog jämföras med dem som går i tidig pension under de kommande sex åren. Man kan med ganska stor säkerhet säga att det blir ett stort glapp mellan antal pensioneringar och antal nyfärdiga specialister. Kanske en förlust av 200 yrkesverksamma personer, en nettoförlust för varje kvinnoklinik med 4 personer.

När räknar man med att ta ut spec.kompetens (13 st har ej besv. frågan)

År	Antal
2002	25
2003	31
2004	41
2005	25
2006	27
2007	11
2008	3

Hur skall vi klara detta? Förutom förlusten av erfarna specialister kommer önskemål om större makt över sin arbetstid, innehållet i arbetet och tjänstgöringsgrad. Kommer våra arbetsgivare att dra ned på verksamheten och omprioritera? Hur kan de som kan gå i pension lockas att stanna kvar? Kan vi hänvisa fler arbetsuppgifter till en pressad distriktsläkarkår? Finns det specialister i andra länder eller redan invandrade hit att erbjuda arbete? Skall vissa arbetsuppgifter flyttas över på barnmorskor? Skall barnmorskor utbildas till att utföra mer kvalificerade obstetriska bedömningar inklusive sectio? Var finns det rationaliseringar att göra? Är detta ett problem som varje klinik får brottas med på egen hand och lösa efter förmåga?

Frågorna är många och svaren inte givna. Givet är att detta bör diskuteras inom kåren annars riskerar man att bristen på mänskliga resurser blir allas och ingens problem med resultatet en försämrad arbetsmiljö och ökade kostnader för löner.

Uppmaningar

Det är inte så komplicerat att sätta ihop ramarna för en utbildning. Ingredienserna heter ST-läkare med handledare, utbildningsplan, med delmål, randutbildning, bibliotek och dator, internutbildning och externa kurser, feedback, utvecklingssamtal och tid. Tid och uppföljning kan inte underskattas. Allt tar tid och för att inte slösa med den bör utbildningen vara väl planerad. Så verksamhetschefer som sitter med ansvaret och medlen, ta detta till er. Se till att utbildningen hos er är välorganiserad med hög kvalitet! Er personliga möjlighet till kontroll av att utbildningen fungerar som det är tänkt kan vara väl utförda utvecklingssamtal.

Det har inte gått att finna någon statistik över exakt hur många som är under utbildning till gynekolog i Sverige. Att samla sådana uppgifter bör inte vara så komplicerat för verksamhetscheferna, som också skulle kunna sammanställa uppgifter om hur många ST-block som inrättas varje år. Ju mer vi vet om vilka resurser vi har, ju större chans att ha en väl fungerande verksamhet. ■

Stillbirth – death in no man's land

Staff support – doctors and midwives

Föredrag hållet vid ett Berzeliussymposium 5-6 juni 2002 i Uppsala.

I have been asked to talk about the support of the staff in cases of stillbirth. The profession of doctors and midwives is very rewarding, but often we are caught by frustration in the conflict between a feeling of omnipotence at the joy when a healthy child is born and the fear of catastrophe, such as when a baby dies.

In the majority of all antenatal and intrapartum deaths, no one is to blame, but sometime we do wrong. We need to accept the notion that error is an inevitable accompaniment of the human condition, even among conscientious professionals with high standard. The practice of obstetrics is not an exact science.

If a careful investigation shows that a mistake has been done, the parents have a right to a full and candid explanation. The relationship between staff and patients is based on trust, and if parents are given a full explanation, it is likely to defuse the anger, upset and resentment they feel. A doctor or midwife would probably wish to discuss the matter with a colleague or a superior before giving his or her explanation to the parents, but don't wait too long.

Openness and frankness might prevent litigations which otherwise will make the terrible experience of a still-birth to a suffering for years, where the parents are fighting for their rights and the staff are trying to defend themselves. We who are used to see ourselves as the benefactor of the patients will soon see them as our enemies, a view that is very difficult to hold for a professional.

The topic of this conference is stillbirth, but the problems are very much the same for all perinatal deaths. In antenatal care, the question of diagnosis is most relevant,

Bo Lindberg, MD, Ph.D., Uppsala
Bo.Lindberg@gamma.telenordia.se



but in intra partum death, both correct diagnosis and proper technique are of relevance.

The process of reaching a diagnosis is complex, it is rare for the correct diagnosis to be the only possible one. The science of making mistakes is for doctors and midwives to realise that they cannot recognise or recommend that of which they know nothing or little. Professionals such as doctors and midwives need a life-long continual education.

In many cases of still-birth the cause is unknown, but for the doctor or midwife in charge, the question is always, should I have anticipated this dreadful happening?

During delivery, the most common problem is about interpretation of the cardio-tochographic records. The parents

of an intrapartum dead child often argue that if only a caesarean section had been done earlier, the life of the baby would have been saved.

The practice of obstetrics requires high technical skill, doctors must be trained to handle complications swiftly in a professional way, for example to do an internal version and extraction when the second twin is in danger. And the question to answer is always: did I have the skill to do that or should I have asked for help from a more experienced doctor?

As I said before, in most cases of stillbirth, a thorough investigation will show that no one is to blame. In earlier times in the western world and perhaps still so in many countries of the third world, people had a fatalistic view of death, even during the perinatal period. But nowadays, many people believe that if a baby dies, somebody has to be blamed.

I think there is a difference in the experience of a still-birth if a mistake has been done or not. Professionals as doctors and midwives have to be accountable for their mistakes, but they should not be blamed for what they cannot accomplish.

In cases of negligence, there is an additional sense of shame to the feelings a still-birth evokes in a sensible doctor or midwife, but in such cases the need for support is even stronger. Every one of us will do wrong and fail now and then in our professional and private life, but even then we are not morally deficient persons to be condemned, but we will need support in order to be able to continue our lives and to continue to work with patients in the future.

The same basic principles are relevant for the psychological support to the parents of a still-born baby and to a doctor or midwife as well as other members of the team.

There are many traumatic situations in obstetrics, and they are often quite unexpected. We have not always been prepared for them in our training. They provoke surprise, anger, frustration, sorrow and a sense of powerlessness, failure, guilt and sometimes shame. How do we deal with these feelings? In my earlier days as an obstetrician, there was a silent rule not to talk about it, just try to forget and go on working. Some people are good at that, but it might be to the price of disengagement and loss of empathy. Other people carries the memories within themselves, just like sores they try to hide and not want to be reminded about.

There is an evident risk that in such cases the traumatic experience leads to problems for the individual and the group in the long run.

After traumatic experiences all members of the team need to talk about what have happened. It might be particularly frightening for the young and inexperienced, such as students, who perhaps never have seen a delivery before. Their experience of a traumatic delivery and a dead baby might influence their own reproductive life.

All have a need to reconstruct the course of events. This discussion in the group should be combined with individual support to those who have been involved directly.

After catastrophies it has been very common during the last few years to call in a professional team for a brief psychological debriefing for the management of distress after trauma and the prevention of post traumatic stress syndrome. But the scientific basis for this is lacking. As a matter of fact, a Cochrane analysis of all eight randomized studies that fulfilled the inclusion criteria showed that single session individual debriefing did not reduce psychological distress nor prevent the onset of post traumatic stress disorder. One trial reported that there was a significantly increased risk in those receiving debriefing. There was also no evidence that debriefing reduced general psychological morbidity, depression or anxiety. The conclusion from the Cochrane analysis is

that compulsory debriefing of victims of trauma should cease, at least as a single session procedure.

Colleagues have an important role in the support of a member of the staff who has been involved in a perinatal death, irrespective of guilt or not.

But I will concentrate myself on the role of the superior in the support of the staff, because that is an important part of the health policy for the employees working at the department.

When somebody has made a mistake, it is very easy to be angry and anger is one of the worst moods to harbour when you have to talk to somebody. It is better to wait until the anger has settled a little before starting. And you need an open and confident atmosphere when talking. It is essential not to be disturbed by visitors or the phone.

When a person has trouble, such as after the experience of a still-birth, it is important for that person to talk about her feelings. But it is all too easy to interrupt early and start comforting the person, saying that it was not her fault. It is important to permit the person to express her feelings before you try to comfort her. Early comfort may have the opposite effect.

There is often a sense of guilt even if this is quite unfounded and it is important to listen to these feelings before dismissing them by consolation. You must notice the emotion the person is experiencing.

There are many ways to help human beings with distressing emotions. In practice this include numerous nonverbal as well as verbal interventions, sometimes a silent hand on the shoulder is a powerful comforter, while, on other times, it might be felt as an intrusion.

For didactic purposes, I will focus on five basic types of verbal interventions that have been used effectively to help patients and they can also be used to help members of the staff to cope with their emotional reactions.

These skills are empathy, legitimating, support, partnership and respect. Nonverbal facial expressions, body language and movements communicate powerful signals of distress, anger, sadness and fear. To be effective, your effort to help a person through verbal channels of emotional support must be complemented by the expression of a nonverbal warmth.

Empathy might be defined as an ability to understand another persons emotional state from his or her point of view and to successfully communicate this understanding to the person. An empathic intervention would comment on the observation of emotions in some way, for example by naming it; "*You seem to be concerned about what has happened*". The important point is that you must notice the emotions, interrupt the more usual technical discussion and comment on the observed emotion. "*I see that this really is upsetting you.*" Such short empathic comments are usually extremely effective in facilitating the expression of the person's emotions.

A second step in the support is *legitimating*. Legitimating refers to any comment that indicates that the person's feelings are understandable. The most powerful legitimating comments are those that indicate that the feelings are normal under the circumstances. Occasionally, one may believe that the emotion the person expresses is not normal. The person may overreact. It is important to realise that emotions are *always* legitimate, no outside person can reject as irrelevant what another individual feels.

All emotional interventions described so far are supporting in a general sense. Explicit, direct, concrete, personal statements of support, however, can be especially reassuring. "*I want you to know that I am here to help you in any way I can.*" "*I am concerned about your emotions and I will try to help you with those.*" The important part of the message is the use of the word "*I*" in that it conveys personal caring.

Whenever you as a superior or head of the department is able to include the person in the decision making process about how to handle the situation and how to prevent it from happening again, it is of great value in the supporting process.

Such expressions of *partnership* strengthen the self-confidence, which might have been damaged by the events leading to still-birth.

The fifth emotion handling skill, *respect*, suggests that you explicitly compliment the person on whatever he or she is doing well.

Such comments are often made on an intuitive basis, but often in difficult emotional situations, one does not automati-

cally think about commenting on positive personal attributes.

I will now summarize my points of view.

When you are giving support to a person, the essential thing is to *communicate* effectively.

There are some great obstacles for communications to function well.

One is to *interrupt* the distressed person early and tell him about your own experiences,

It is to *devalue* the persons experience if you tell him of all the much more terrible cases you yourself have experienced. The message is then: "*My case was worse. That was really worth to worry about.*"

A third obstacle is to present *own solutions* before the person has told his story. By telling his story he also expresses what *really* troubles him.

Create a comfortable atmosphere in the room, making the person feel at ease.

Take your time.

What is important is to listen.

Keep eye contact.

Give response by humming and nodding.

Don't interrupt.

Don't pity him. You might feel pity for a child, but pity is a form of disregard, not appropriate in the treatment of grown ups.

Show empathy.

Listen actively.

Positive feed-back involves to describe what is good in the management of the case.

Be honest, it is always felt when praise is false. Remember the body language and keep eye contact.

It is much more difficult to give negative feed-back when there are things to criticise.

But don't act in affect.

Describe facts and behaviour.

Describe the effect of the management.

Wait for his reactions.

Discuss an agreement.

What I have discussed is examples of strategies to support the staff after difficult experiences such as when a baby has died. There are certainly many ways to handle such a situation. My presentation might seem to be too mechanistic, but it is mostly of didactic reasons. What is important is to really *remember to give that support*, and you should do it in a way that feels natural for you. What really counts is the attention and careful consideration for the doctors and midwives who have to go on with their work for future parents. ■

Hur reagerar vi inför döden?

En tragisk händelse under sommaren har väckt stor uppmärksamhet i Sverige och Finland. Det gällde en svensk kvinna som väntade tvillingar. Värkarna startade mer än fyra månader för tidigt, vilket innebar att barnen skulle behöva intensivvård efter förlossningen för att överleva. Under sommaren är antalet intensivvårdsplatser för nyfödda lägre än vanligt och inget svenskt sjukhus kunde ta emot två barn som skulle behöva så avancerad vård.

Föräldrarna flögs därför till universitetssjukhuset i Åbo, som har ett mycket gott anseende för sin högkvalificerade förlossnings- och nyföddhetsvård. Båda barnen dog emellertid inom några dagar efter förlossningen. Möjligheten för barn i den här åldern att överleva är liten, speciellt om det rör sig om tvillingar.

Nästan alla föräldrar som förlorar barn vid förlossningen känner ett stort behov av att vara nära sina barn för att skapa minnen att bära med sig i sorgen. Att skiljas från älskade barn, som man nyss fått och som man så snart förlorat är svårt. Det vet sjukvårdspersonalen som har lärt sig respektera föräldrarnas önskan om att få vara tillsammans med barnen.

I det här fallet uppstod problem när föräldrarna skulle resa hem med sina barn. Vuxna som dör utomlands förs hem i en förseglad zinkkista. De skäl som kan motivera en sådan transport kan knappast

Lars Björklund, kaplan vid Sigtuna-stiftelsen, f d sjukhuspräst
Bo Lindberg, f d chefläkare

finnas när det gäller två små döda barn, som reser hem med mor och far. I likhet med vad förmodligen de flesta föräldrar skulle önska, ville de här föräldrarna vara tillsammans med sina barn även på flyget. SAS vägrade med hänvisning till sina regler föräldrarna att ha barnen med sig i passagerarutrymmet, medan FINNAIR ordnade så att föräldrarna och barnen i sina små kistor fick avskilda platser i passagerarkabinen tillsammans med en sjukhuspräst från Åbo.

I svenska massmedia har detta upprört skildrats som att de döda barnen var handbagage. Det hade funnits större skäl till upprördhet om barnen varit fraktgods. Frågan är vilken part som media vill stötta i det här fallet. Om man utgår från föräldrarnas situation så fick de göra det som kändes bäst och riktigast för dem och då kan det hela beskrivas som ett bemötande som stöttade föräldrarna i en svår krissituation. Utgår man från våra föreställningar om hur döda ska tas om hand så lägger man skulden på sjukvården och inte minst föräldrarna som genom massmedias beskrivning helt glömdes bort.

Upprördheten beror nog på att människor, inklusive journalister nuförtiden så sällan har kontakt med döda människor och speciellt inte med att döden också kan drabba barn. Under tidigare generationer hade nästan varje familj förlorat ett eller flera barn och det var också naturligt att familjen själv gjorde den döde en sista tjänst genom att tvätta och klä kroppen och på andra sätt ta aktiv del i förberedelserna för begravningen.

Nu börjar det bli allt vanligare att även vår tids människor tar aktiv del i omvårdnaden av sina döda fram till begravningen – en sista akt av kärlek. Tvillingarnas föräldrar, sjukhuset i Åbo och FINNAIR har därför säkert många människors sympatier för det fina sätt de tog hand om de små döda barnen.

Naturligtvis hade det varit bättre om mor och barn kunnat få adekvat vård närmare hemorten, men när det inte var möjligt är det bättre att kunna få utnyttja de resurser som finns i våra grannländer. Samarbetet mellan olika specialister i Skandinavien fungerar så smidigt att det ur medicinsk synpunkt är ett fullgott alternativ. Det är sannolikt att sådana här händelser kommer att inträffa igen. Sjukhus, landsting och transportbolag bör därför ta tillvara de goda erfarenheterna från det här fallet och utveckla rutinerna så att de problem som uppstod och som störde föräldrarna i deras sorg undviks. ■

Upplevelse av information och frivillighet gällande provtagning för rubella och HIV inom mödrahälsovården

Enkätundersökning till barnmorskor och nyblivna mödrar i Stockholm

Bakgrund

Möjligheten att påverka HIV-spridningen fanns redan 1985, om den HIV-infekterade personen fick kännedom om sin virussjukdom. Den HIV-infekterade personen måste enligt svensk smittskyddslag informera sin sexualpartner om smittan och var/är dessutom ansvarig för att minska den sexuella smittrisen genom att använda kondom vid samlag. Man visste att detta virus också kunde spridas via blod och från mor till barn (under graviditet/förlossning och via amning). De möjligheter som då fanns för att minska transmissionsrisken till barnet var att iakttaga försiktighetsåtgärder vid förlossningen och enligt Socialstyrelsens föreskrifter från 1986, att inte amma barnet. Den höga smittrisen på ca 25% och avsaknaden av behandlingsmöjligheter gjorde att många kvinnor valde att avbryta graviditeten.

Två gravida, intravenöst missbrukande kvinnor, som hade kontakt med Familjesociala Mottagningen, Huddinge Sjukhus visade sig 1985 ha HIV-infektion. Ett team bildades med olika professioner och kompetenser för att kunna ge kvinnorna ett optimalt omhändertagande. Teamet diskuterade erbjudande av HIV-testning till gravida kvinnor för att kunna hitta tidigare okända gravida HIV-bärare, inkluderande rutiner för information till kvinnan med positiv och reaktiv HIV-test, samt medicinskt och psykologiskt omhändertagande av kvinnan och hennes partner och familj.

Christina Ottenblad, barnmorska, enhetschef vid Familjesociala Mottagningen

Susanne Lindgren, överläkare vid Kvinnokliniken och Familjesociala Mottagningen, Huddinge Universitetssjukhus

Valet stod mellan att erbjuda alla gravida kvinnor HIV-test, på mödravårdscentral och abortmottagning, eller att endast testa kvinnor som skulle kunna tillhöra så kallade "riskgrupper". Dessa var till exempel intravenösa missbrukare, prostituerade eller invandrare från ett land med hög förekomst av HIV. Den selektiva testningen skulle sannolikt upplevas som diskriminerande av olika grupper i samhället, med risk för avböjande av test. Risken att missa sexuellt smittade kvinnor från länder med låg förekomst av HIV samt kvinnor som smittats via delade injektionsverktyg vid intravenöst missbruk bedömdes som stor. De HIV-engagerade klinikerna på Huddinge och Danderyds Sjukhus samt virologer och epidemiologer ansåg därför att det första alternativet var att föredra.

Pilotprojektet i Huddinge, Södertälje och Nynäshamn startade 1/9-86. Den epidemiologiska övervakningen pågår fortfarande. Nära samarbete upprättades mellan Familjesociala Mottagningen, de respektive mödrahälsovårdsområdena och kvinnoklinikerna, barnkliniken och hud-venereologkliniken på Huddinge Univer-

sitetssjukhus. Vidare utarbetades ett kontaktnät med infektionsläkare vid Roslagstulls Sjukhus, Statens Bakteriologiska Laboratorium (SBL) och Stockholms Läns Landstings Mikrobiologiska Laboratorium (SMCL). Resultaten av såväl pilotprojektet som den fortsatta "gravida-screeningen" i Stockholm och Sverige finns tidigare beskrivna (1-3).

1987 rekommenderade den dåvarande AIDS-delegationen allmän HIV-screening inom mödravården i Sverige, vilket generellt infördes från september samma år. Den höga acceptansnivån i testningen, 90-99% väckte och väcker fortfarande debatt. En mycket viktig fråga som framkommit under årens lopp är om kvinnan har ett verkligt val, dvs uppfattar HIV-testen som ett erbjudande som hon kan säga ja eller nej till. För att närmare studera hur såväl kvinnorna som varit gravida som barnmorskorna som erbjudit testen upplevt "gravida-screeningen" inom mödravården beslutade vi 1996 att genomföra en enkätundersökning riktad till dessa båda målgrupper.

Metod

En enkät utskickades till alla barnmorskor (279) inom mödrahälsovården i Stockholms Läns Landsting under våren 1997. Samtidigt utdelades enkäter till alla nyförlösta kvinnor vid Danderyds och Huddinge Sjukhus under 3 månader. På grund av stort bortfall 1997, förnyades enkätundersökningen under 6 månader 1998. Ånyo uppkom ett stort bortfall. Därför

gjordes under 2 veckor 1999 en ny enkät-omgång där barnmorska Christina Ottenblad själv delade ut enkäterna enbart på Huddinge Universitetssjukhus. Dessa fylldes i och samlades ihop vid ett och samma tillfälle. Det blev då inget bortfall.

Frågorna till såväl barnmorskorna som de gravida kvinnorna rörde typen av information och frivilligheten att delta. I patientenkäterna fanns dessa frågor för både rubella och HIV och dessutom tillfrågades kvinnorna om de ansåg att det var bra med denna testning under graviditeten. Mellan enkät 1 och 2 ändrades frågan som gällde frivilligheten i provtagningen från "Kände du att du kunde tacka nej?" till "Kände Du att det var Du själv som bestämde om Du ville ta provet?". I barnmorskeenkäten fanns endast frågor gällande HIV-testning.

Resultat

Barnmorskeenkäten besvarades av 253/279 (90.7%) barnmorskor. I denna framkom att barnmorskorna själva svarat att de alltid (100 %) informerade kvinnan att HIV-test tas. Vidare uppgavs att informationen alltid gavs muntligen och även i skriftlig form i ytterligare 10 %. Vad gäller frivilligheten i testningen uppgav 81.4% att detta alltid framfördes till kvinnan och ytterligare 1.6% informerade kvinnorna endast ibland om att testen var frivillig. Femton procent informerade aldrig kvinnan att testen var frivillig och en procent erbjöd ej alla kvinnor att ta HIV-test.

Av patientenkäterna besvarades 1997 39.3% (380/968) respektive 27.1% (385/1420) vid Huddinge respektive Danderyds Sjukhus. Under 1998 var motsvarande antal 42.3% (785/1852) respektive 12.1% (275/2265). Enkäten 1999 besvarades av 100% (146/146).

Resultatet av den senaste enkäten stämde dock i huvudsak med resultaten från de två tidigare, varför dessa ändå inkluderas i denna rapport. Svaren vid de tre enkäterna liknade varandra i hög grad och beskrivs nedan i sina viktigaste huvuddrag.

Sammanfattningsvis uppfattade kvinnorna att de fått muntlig information om rubella-test i 40-50%. Vad gäller "frivilligheten" i rubella-provtagningen uppfattade ca 35% att de kunde tacka nej och lika hög andel att de inte kunde tacka nej till testen. De övriga mindes ej om information givits.

Vad gäller HIV-testen uppfattade mellan 88% och 96% av kvinnorna att de fått

muntlig information. De upplevde i knappt 50% att de kunde tacka nej och således i drygt 50% av fallen att de ej kunde tacka nej. Vad gällde åsikten om det var bra att prov tas för rubella respektive HIV inom mödravården ansåg ca 87% respektive 96% att detta var fallet.

Diskussion

Ovanstående resultat från de respektive enkätundersökningarna visar att upplevelsen av erbjudandet av HIV-testningen skiljer sig mycket mellan barnmorskorna och de nyförlösta kvinnorna. Trots att testningen är frivillig gavs ej information om det av barnmorskorna i 15-17%, vilket är en anmärkningsvärt hög andel. Vidare var det mer än 50% av kvinnorna själva som upplevt att testen ej kändes som frivillig.

Som jämförelse vad gäller kvinnans upplevelse av erbjudanden inom mödravården kan nämnas en intervjustudie, presenterad som uppsats i samhällsvetenskap, Hälso- och Sjukvårdsadministration, gällande ultraljudsundersökning under graviditet. Denna presenterades 1995 och i den påvisades liknande patientupplevelser som i denna enkätstudie-rapport (4). Kvinnorna upplevde ultraljudsundersökningen som obligatorisk, och att de fått för lite information för att förstå varför undersökningen var viktig. Det så kallade informerade samtycket som rekommenderas var ej heller här reellt.

I den fortsatta övervakningen i pilotprojektområdet framgår att deltagandet i HIV-testningen är mycket hög inom mödravården, men lägre vid abortmottagningarna. Orsaken till olikheterna kan vara att motivationen hos kvinnan är lägre inför en abort än inför risken att få ett eventuellt smittat barn. En annan orsak skulle kunna vara att kvinnan inom mödravården upplever pressen starkare och därför inte "kan" tacka nej. Ett glädjande observandum är dock att fler än 90% av kvinnorna som svarat anser att det är bra att provet tas. De omständigheter som framkommit i ovanstående enkätundersökning manar till förbättring och tydlighet i informationen.

Avslutning

Mycket har hänt inom HIV-vården sedan 1985. Sedan 1996 har kombinationsbehandling med flera läkemedel mot HIV drastiskt förbättrat prognosen för de HIV-infekterade vuxna och barn, som lever i

länder där dessa läkemedel är tillgängliga. Risken för HIV-överföring från mor till barn kan minskas från ca 25% till 1-2%, med en kombination av läkemedel under graviditet och förlossning, kejsarsnitt före vattenavgång och värkar, ingen amning samt förebyggande medicin till det nyfödda barnet i 4-6 veckor. Den stora skillnaden i överföringsrisk genom de nyss nämnda åtgärderna jämfört med tidigare gör att det blivit än mer betydelsefullt att känna till HIV-infektionen under graviditet. Att informera, motivera och erbjuda den gravida kvinnan HIV-provtagning har därigenom blivit alltmer angeläget.

Skriftlig information om de tester som erbjuds under graviditet skulle sannolikt vara av värde för den gravida kvinnan liksom för barnmorskan, i samband med den muntliga informationen om provtagningen inom mödravården. Av stor vikt är att tid också ges för eftertanke innan beslut tas om deltagande i provtagningen. Det är också vårt stora yrkesansvar att i så hög grad som möjligt motivera kvinnan till denna viktiga provtagning, men också att acceptera hennes rätt att själv bestämma.

"Acknowledgement" Stort tack till Malin Arneborn, Anneka Ehrnst, Ann-Britt Bohlin med flera för idén till och hjälpen med utformningen av enkätfrågorna, för synpunkter på manuskriptet samt till Anders Ottenblad som utfört sammanställningarna av alla enkätsvaren.

Referenser:

1. Larsson G, Lindgren S, Ottenblad C, Wager J. HIV-screening av gravida kvinnor ett års resultat och erfarenheter. Läkartidningen 1988;(85)5: 332-3.
2. Larsson G, Spångberg L, Lindgren S, Bohlin A-B. Screening for HIV in pregnant women: a study of maternal opinion. AIDS Care 1990;2:223-8.
3. Lindgren S, Bohlin A-B, Forsgren M, Arneborn M, Ottenblad C, Lidman K, B Anzén, M v Sydow M, Böttiger M. Screening for HIV-1 antibodies in pregnancy; results from the Swedish national programme. British Medical Journal 1993;307:1447-51.
4. Sandin Bojö A.K. Informerat samtycke vid obstetrisk ultraljudsundersökning eller ...? Uppsats vid Högskolan, Karlstad 1995 i Hälso- och sjukvårdsadministration 41-60 poäng. (För mer detaljinformation gällande enkätfrågorna och svaren kan kontakt tas med någon av författarna).

Genuine caring in caring for the genuine. Childbearing and high risk as experienced by women and midwives

Marie Berg (2002). Acta Universitatis Uppsaliensis, Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine 1146, 71 pages. Uppsala. ISBN 91-554-6299-X. Dissertation for the Degree of Doctor of Philosophy (Faculty of Medicine) in Obstetrics and Gynaecology presented at Uppsala University in 2002.



MARIE BERG

The experience of pregnancy and childbirth is a central life event with special implications for women at high risk. This thesis describes the meaning of pregnancy, childbirth and midwifery care in four qualitative interview studies based on the lifeworld theory. Women were interviewed during pregnancy and within one week after childbirth. Midwives were interviewed concerning midwifery care for women at high risk. In an intervention study, childbirth experience as reported through a post partum questionnaire was compared between women receiving standard care and women who had formulated a birth plan preceded by a questionnaire on their expectations and feelings about childbirth.

The findings emphasise that childbearing women at high risk live in an extremely vulnerable situation. The vulnerability is obvious in the use of an individual birth plan, where negative feelings become

more frequent in women at high risk than in those with normal pregnancy and childbirth. During pregnancy the women feel a moral commitment towards the child, including feelings of objectification and of exaggerated responsibility. During an obstetrically complicated childbirth the essential meaning is the women's desire to be recognised and affirmed as individual persons. Like women with normal pregnancy and childbirth, they need an emotionally present midwife who sees, give trust and supports.

Good midwifery care of childbearing women at high risk is synthesised as genuine caring in caring for the genuine. The ethos of caring constitutes the basis of caring. Women's transition during pregnancy and childbirth is described as a genuinely natural process. Midwives have a special responsibility to encourage and preserve this process within women at high risk. The caring relationship is the

core and the most essential tool in the care. Distinctive features in the midwifery care are embodied knowledge, physical as well as emotional presence, sensitivity, a mutual dialogue including shared control between midwife and woman, and confirmation and support of the genuine in each woman. The midwifery care is a struggle and a balance between natural and medical perspectives.

Key words: High risk, childbearing, pregnancy, childbirth experience, midwifery, lifeworld research, phenomenology, hermeneutics, motherhood, birth plan, caring relationship.

Marie Berg, Department of Women's and Children's Health, Section for International Maternal and Child Health, Uppsala University, University Hospital, SE-751 85 Uppsala, Sweden.

ISSN 0282-7476

ISBN 91-554-6299-X

Sexuella problem och andra besvärande symtom hos kvinnor som överlevt cervixcancer

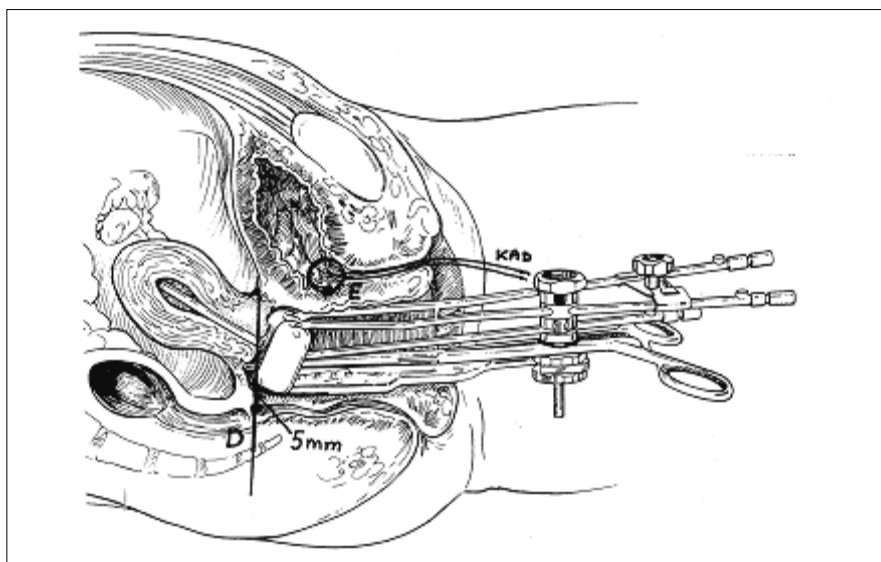


KARIN BERGMARK

Karin Bergmark, Klinisk cancepidemiologi samt Gynekologisk onkologi, Institutionen för onkologi-patologi, Karolinska Institutet.

Majoriteten som överlever cervixcancer är unga eller medelålders kvinnor som kommer att leva i många år med de symtom som sjukdomen och behandlingen lett till. Tilläggs-effekten av strålbehandling i form av inlägg i cervix ("brachyterapi") före operation är inte fastställd och behandlings-traditionerna skiljer sig – i Sverige och internationellt. Risken för bieffekter som besvärar kvinnorna relaterat till olika be-handlingsformer och i vilken utsträckning kvinnorna är beredda att riskera optimal överlevnad för att minska risken för symtom är okänd.

Symtom efter radikal hysterektomi studerades i en jämförelse med befolkning-skottkontroller och symtom efter tillägget av brachyterapi kunde studeras tack vare de varierande behandlingstraditionerna i Sverige. Genom ett anonymt frågeformulär studerades symtomens beskaffenhet, förekomst och intensitet, och skiljt från detta, i vilken utsträckning symtomen be-rörde kvinnorna 5 år efter behandlingen.



BRACHYTHERAPY, RECTUM POINT D AND BLADDER POINT E.

Tvåhundrafemtiosex av 332 (77%) tidigare cervixcancerpatienter och 350 av 489 (72%) kontroller besvarade frågeformuläret. Radikal hysterektomi ledde till otillräcklig lubrikation (relativ risk 2,8 jämfört med kontroller), förkortad vagina (relativ risk 6,1), behov av att krysta för att tömma blåsan (relativ risk 21,8) och lymfödem (relativ risk 8,1). Tillägget av preoperativ brachyterapi ledde till avföringsträngningar (relativ risk 3,1), frekvent nocturi (relativ risk 8,5) och svår till måttlig ångest (relativ risk 1,6), men ingen ökad risk för vaginala förändringar. Tillägg av yttre strålbehandling efter operationen ledde till, t ex frekvent nocturi (relativ risk 13,1) och frekvent avföring (relativ risk 4,8). Tidigare erfarenhet av sexuell kränkning hos cervixcanceröverlevare ledde till

risk för nedsatt välbefinnande och sexuella problem, t.ex. ytliga smärtor vid samlag (relativ risk 30,0). Majoriteten av kvinnorna som överlevt cervixcancer prioriterade överlevnad framför att undvika långsiktiga besvärande symtom.

Sexuell dysfunktion är det symtomområde som berör flest kvinnor negativt efter behandling av tidig cervixcancer, vilket understryker behovet av att utarbeta metoder för att förebygga och behandla detta. Tilläggsrisken för biverkningar av brachyterapi innan operationen är liten, om någon. Majoriteten av kvinnorna prioriterar optimal överlevnad framför risken för bieffekter av behandlingen. För att möta kvinnornas behov föreslås en randomiserad studie av brachyterpins effekter vad gäller chansen till ökad överlevnad. ■



Epidemiological studies of congenital heart defects in the Southeast region of Sweden

Marie Cedergren

Division of Obstetrics and Gynaecology Department of Molecular and Clinical Medicine Faculty of Health Sciences, Linköping University, Linköping.



MARIE CEDERGREN

In the most recent analysis of Swedish data on congenital malformations, it appeared that in the county of Östergötland, the prevalence of infants with a diagnosed congenital malformation was higher than in the rest of the country. This observation initiated an effort to make a more complete identification of all infants born with a congenital malformation in that county and to compare it with the other two counties in the Southeast region of Sweden (Jönköping and Kalmar), utilising all the relevant Swedish medical health registers available. A total of 10,171 infants with a

congenital malformation of any type were identified in the region: 4,698 infants in Östergötland county (6.2%), and 5,473 in the reference counties (5.4%). A 15% excess malformation risk in Östergötland compared with the two reference counties. Various validations of the register data were undertaken and different types of error were detected. Limb reduction defects seemed to occur more often in Östergötland county and there was an increased risk of cardiovascular malformations in Östergötland county (22%) (Table 1).

The next step comprised an exploration of putative risk factors for cardiac defects in the area. Maternal body mass index (BMI) >29 was found to be a significant risk factor for cardiac defects. Maternal diabetes mellitus and maternal use of anti-epileptics were associated with an increased risk of cardiac defects in the offspring.

To explore if the pregnant women in Östergötland county differed from the women in the reference counties, a comparative analysis of potential risk factors was performed. The only single putative risk factor that could contribute to the excess risk of cardiac defects in Östergötland county was maternal residency in a rural district. Notably, nearly all the potential risk factors studied i.e. spontaneous abortions, involuntary childlessness, maternal disease, high maternal body mass index, maternal medical drug use and alcohol use in early pregnancy, parental employment and paternal age were stronger in Östergötland county compared to the reference area. A conceivable explanation is that one or more unidentified factors could activate prevalent and weak teratogenic risk factors for cardiac defects.

Table 1. Numbers of children with cardiovascular malformations in Östergötland county compared to Jönköping and Kalmar counties and crude odds ratios (OR) with 95% confidence interval (95% CI) for each type of defect. Abbreviations: SUA = single umbilical artery; PDA = patent ductus arteriosus.

	Östergötland Jönköping/ Kalmar		Crude OR	95% CI
	N	N		
All cardiovascular malformations	1173	1284	1.22	1.13-1.33
All except PDA and SUA	1031	1177	1.17	1.08-1.28
Isolated PDA	96	87	1.48	1.10-1.98
Isolated SUA	46	20	2.91	1.75-4.87
Definitive cardiac malformations	431	471	1.23	1.08-1.40
Atrial septal defect	79	78	1.30	0.94-1.79
Ventricular septal defect	328	339	1.30	1.12-1.52
Endocardial cushion defect	9	20	0.64	0.28-1.44
Single ventricle	15	17	1.25	0.65-2.54
Tetralogy of Fallot	27	28	1.30	0.77-2.18
Common truncus	5	10	0.71	0.24-2.15
Transposition of great vessel	29	36	1.08	0.65-1.77
Hypoplastic left heart syndrome	16	17	1.22	0.62-2.40
Pulmonalis valve malformation	30	40	1.07	0.67-1.71
Coarctation of aorta	39	56	0.99	0.65-1.51

Drinking water could be such a factor. By using a geographical information system (GIS) it was possible to obtain individual data on drinking water characteristics. An increased risk of a congenital cardiac defect seemed to be associated with the chlorination procedure, in particular the use of chlorine dioxide, and with increasing total trihalomethane concentration (Table 2).

ISBN 91-7373-174-9 ISSN 0345-0082

Table 2. Trihalomethanes exposure distribution in surface water among cases with a cardiac defect and controls. Crude odds ratios (OR) are estimated. Adjusted odds ratios (OR) are estimated with Mantel-Haenszel procedure after stratification for maternal age, parity, maternal smoking in early pregnancy and educational level, 95% confidence intervals (95%CI) are estimated with Miettinen's test.

Total trihalo- methanes (µg/l)	Cardiac defects	Controls	%	Crude OR	95%CI	Adjusted OR	95%CI
1-4	36	3,752	0.95	} Ref		} Ref	
5-10	179	17,103	1.04				
>10	291	21,767	1.32	1.30	1.09-1.55	1.30	1.08-1.56
Missing value	91	6,304					
Total	597	48,926					

Releasing and relieving encounters. Experiences of pregnancy and childbirth

Ingela Lundgren.

Dissertation for the Degree of Doctor of Philosophy (Faculty of Medicine) in Obstetrics and Gynaecology presented at Uppsala University in 2002.



INGELA LUNDGREN

The experience of childbirth is an important life event for women, which may follow them throughout life. The overall aim of this thesis has been to describe and analyse these experiences from the women's perspective as well as the encounter between the woman and the midwife, and the possibility that a birth plan might improve women's experience of childbirth. The setting has been the ABC-centre (Alternative Birth Care), antenatal clinics and Sahlgrenska University hospital in Göteborg, and Karolinska hospital in Stockholm, Sweden. The studies have used both qualitative (phenomenological and hermeneutic) and quantitative approaches. The essential structure of the experiences of pregnancy and childbirth may be conceptualised under the heading 'releasing and relieving encounters', which for the woman constitutes an encounter with herself as well as with the midwife, and includes stillness as well as change. Stillness is expressed as being in the moment; exemplified as presence and being one's body. Change is expressed as transition; to the unknown and to motherhood. In the releasing and relieving encounter, for the midwife stillness and change equals being

both anchored and a companion. To be a companion is to be an available person that listens to and follows the woman through the process of childbirth. To be anchored is to be the person that in the transition process respects the limits of the woman's ability as well as her own professional limits. The 'releasing and relieving encounter' is not improved for women by a birth plan. Instead, in some aspects, the relationship between the woman and her midwife during childbirth is reported as less satisfactory if preceded by a birth plan although some experiences of fear, pain and concerns for the child might be improved.

Conclusion and practical implications

In summary, this research highlights the complex nature of experiences of pregnancy and childbirth. According to the result there is no single solution that will give a positive experience for all women. A positive childbirth experience is related to the encounter between the woman and the midwife, the women themselves, as well as organisational factors. Therefore, there are no plain answers to questions about practical implications. However, different

aspects of the encounter between the midwife and the woman, summarised as a releasing and relieving encounter, are shown as essential for a positive experience. By being present when encountering the woman the midwife can help her to recognise and have faith in her own abilities, to interpret the signals from her body during delivery, and to cope with pain, in sum being one's body. Hence, attention, must be paid to the different aspects of the encounter in practice. This could be done by working context in which the complexities of the encounter are valued, by daily discussion, as well as by an increased access to support for the caregivers. As the body is central in the encounter, introduction of different forms of physical support in antenatal care as well as care during the delivery would be beneficial for women. However, the positive experience cannot be understood as only an onus for the midwives. For the woman a releasing and relieving encounter is an encounter with herself as well as with the midwife. Therefore, attention must also be paid to the women themselves, to the development of their trust in their own capacity, and of their feelings of control, and, finally,

of their understanding of the limits of their ability. By being an anchored companion midwives can help women to not pass the limits of their capacity, and also to prevent burnout for themselves. This knowledge has important implications concerning the organisation of maternity care, as stress and burnout are common problems in midwifery today. A daily debate on the women's own role, on their responsibility, an on their limits of own capacity must be part and parcel of modern maternity care.

Maintaining a sense of control is central for women when meeting the unknown during pregnancy and childbirth, a situation that in some sense is inherently uncontrollable. Primary in this process is the relationship to people around the woman, especially to the partner. Therefore, a dis-

cussion on sense of control, on preparation for the unknown, on women's own role during childbirth, and on the important role of the partner should be integrated in maternity care.

An attempt to help the woman to formulate specific needs and desires in a birth plan at the end of pregnancy does not improve women's overall experience of childbirth. Instead some aspects of the relationship to the first midwife the woman encounter during childbirth; listening and paying attention to needs and desires, support, guiding, and respect, are experienced less fulfilling after intervention, even though the women generally scored high for the relationship to the midwife, the physician and the partner/other relative. However, some aspects of fear, pain, and concerns for the child were improved

for some groups of women after this intervention. This research also indicates the possibility that birth plans, as a routine may in fact hinder the midwife to develop a uniquely individual encounter with the women. This fact, once again, points to the importance to evaluate and discuss the encounter between the women and the midwives in maternity care.

More research is needed to evaluate different aspects of physical support and preparation of the body during pregnancy and childbirth. The sharing of responsibility between midwives and women and the woman's ability limit during childbirth also need to be further investigated. Finally, more research is needed to evaluate if a birth plan may improve some aspects of the experience of childbirth. ■

Anaemia in women of reproductive age in Tanzania. A study in Dar es Salaam

Siriël Nanzia Massawe. Acta Universitatis Upsaliensis, Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine 1151, 64 pp. Uppsala. ISBN 91-554-5308-2. Dissertation for the Degree of Doctor of Philosophy (Faculty of Medicine) in Obstetrics and Gynaecology presented at Uppsala University in 2002

The overall aims of the study were to determine the prevalence of anaemia in women of reproductive age and to investigate the underlying causes, as well as assess the effectiveness of antenatal care (ANC) interventions for anaemia prevention. Consecutive pregnant women booking for ANC (n=2235) were screened for anaemia, followed up and screened again late in pregnancy. Basic ANC interventions included iron and folate supplementation, malaria chemoprophylaxis and referral of severe anaemia cases, and in addition staff training and education for the women and the community at the study clinic. Non-pregnant women (n=504), adolescents: pregnant (n=76), non-pregnant (n=130), and boys (n=101) were also screened for anaemia. Haematological and biochemical investigations were made on anaemic cases.

The prevalences of anaemia and severe anaemia in pregnant women were 60% and 3.8%, respectively. The adolescent pregnant women were more anaemic, with an overall prevalence of anaemia of 76%. In the non-pregnant women the prevalence was 49%. Anaemia was more prevalent in adolescent girls than in boys, and iron deficiency was the main underlying cause in all groups. In the anaemic pregnant women, malaria and other infections were more common, and Serum ferritin therefore underestimates iron deficiency.

ANC interventions achieved a significant reduction in the prevalence of severe and moderate anaemia but only a moderate reduction in overall prevalence of anaemia. Time for treatment of anaemia during pregnancy is inadequate to correct pre-existing nutritional deficiencies, and all the underlying factors are not address-

sed. Anaemia control must include all women of reproductive age, starting with adolescents to build up their iron stores before pregnancy. ANC supplementation should include other nutrients, and there is also a need to identify and treat infections during pregnancy. Training of ANC providers and supervision as well as improvement in the logistics and supply supplements to the clinics needs reinforcement.

Key words: Anaemia, pregnancy, reproductive age women, iron deficiency, intervention

ISSN 0282-7476
ISBN 91-554-5308-2

Printed in Sweden by Uppsala University, Tryck & Medier, Uppsala 2002 ■

Diagnostic evaluation of fetal death with special reference to intrauterine infections



KARIN PETERSSON

Karin Petersson

Kvinnokliniken, Huddinge Univsersitetssjukhus, Stockholm.

Incidensen av intrauterin fosterdöd är ca 4/1000 förlossningar i Sverige. På senare år har den intrapartala och neonatala mortaliteten visat en stadig minskning medan den antenatala mortaliteten förblivit väsentligen oförändrad. I många fall är orsaken till intrauterin fosterdöd (IUFD) ofullständigt känd. Ett av målen med avhandlingsarbetet var att klarlägga orsakerna till IUFD samt utvärdera diagnostiken vid dessa fall.

Samtliga fall av IUFD i Stockholm under 1998-99 (n=188) undersöktes enligt ett extensivt utredningsprotokoll. Samtliga fall bedömdes i en perinatal audit och resultaten sammanställdes i en gemensam databas (www.medscinet.se/iufd). En möjlig förklaring till dödsfallet kunde identifieras i 91% av fallen. De vanligaste identifierade faktorerna var infektioner (24%), placentainsufficiens/intrauterin tillväxthämning (22%), placentaavlossning (19%), maternell sjukdom (12%) samt kongenitala missbildningar/kromosomrubbingar (10%). Vilka typer av infektioner som kunde identifieras i vårt material redovisas i tabell 1. Placentaundersökning och fosterobduktion var de undersökningar som oftast bidrog till en diagnos och bör, enligt vår bedömning, ingå tillsammans med ett tillägg av ett antal undersökningar, i ett utredningsprotokoll för samtliga fall av IUFD. Detta borde möjliggöra en minskning av andelen oförklarliga fall.

Tabell 1.

Infektioner			
Bakterier		Virus m m	
GBS	16	Parvo B19	4
Enterokocker	13	Enterovirus	2
E.Coli	5	CMV	1
Streptokocker (ej spec)	2	Candida	1
Klebsiella	1	Toxoplasma	0
Lues	1		

Associationen mellan vissa infektionssjukdomar och fetal morbiditet och mortalitet är väl känd. Denna avhandling fokuserar framförallt på två agens; Toxoplasma gondii och parvovirus B19.

Vid en primär toxoplasmainfektion hos den gravida kvinnan finns en risk för transmission av parasiten över placenta till fostret. Fetal infektion kan resultera i inflammatoriska lesioner i hjärna, retina och choroïd, vilket kan leda till permanenta neurologiska skador och synnedsättning/blindhet. Disseminerad toxoplasmainfektion hos fostret kan resultera i fetal död. Flera europeiska länder har screeningprogram under graviditet för att upptäcka toxoplasmainfektion hos den blivande modern. Vi genomförde en studie för att bestämma seroprevalensen av toxoplasma hos gravida, incidensen av primärinfektion hos gravida, transmissionen samt incidensen kongenital infektion i Sverige. Anti-toxoplasma IgG och IgM antikroppar

analyserades i eluat från sk PKU-lappar från 40,978 nyfödda barn i Stockholm och Skåne 1997-98. Seroprevalensen hos gravida kvinnor var 14.0% i Stockholm och 25.7% i Skåne. Incidensen av primär toxoplasmainfektion var 0.51/1000 seronegativa kvinnor (9 månader) och av kongenital toxoplasmos hos levande födda barn 0.73/10000. Vår konklusion är att incidensen av primär toxoplasmainfektion under graviditet är låg i Sverige och att införande av ett screeningprogram inte kan rekommenderas innan effektiviteten av behandling är utvärderad. Hälsoråd till gravida är sannolikt tillräckligt i ett land med så låg incidens.

Maternell infektion med parvovirus B19 kan överföras till fostret via placenta. Ett flertal studier har visat att parvovirus B19 kan orsaka IUFD i andra trimestern, ofta då i kombination med hydrops fetalis. Det har också rapporterats att denna infektion kan vara en viktig orsak till IUFD även i tredje trimestern, i dessa fall ofta utan en hydropsbild hos fostret. Placenta samt fetal vävnad från 47 fall av IUFD undersöktes med avseende på parvovirus DNA med PCR teknik (polymerase chain reaction). Vi fann en signifikant högre frekvens av parvovirus B19 DNA hos IUFD (15%) jämfört med levande födda kontroller (0%). Majoriteten av parvovirus DNA positiva fall uppvisade ingen hydropsbild. Vår slutsats är att majoriteten av sena fall av IUFD orsakade av parvo-

virus B19 uppvisar inte hydrops och att konventionella virusdiagnostiska metoder bör kompletteras med parvovirus PCR för att öka möjligheten att finna alla fall av IUFD associerade med denna virusinfektion.

INFPREG (www.infpreg.com), en Internetbaserad interaktiv databas rörande infektioner under graviditet introducerades på nätet 1999. För utvärdering av INFPREG sändes ett anonymt frågeformulär till samtliga mödravårdscentraler i Sverige år 2000 samt 2002. Frågorna rörde dator- och Internettillgänglighet samt användandet av INFPREG i patientarbetet (Tabell 2). Våra resultat visar att majorite-

ten av barnmorskor på MVC har tillgång till Internet och använder detta verktyg för inhämtande av medicinsk information.

Internets betydelse för medicinsk kunskapsöverföring inom mödravården kommer sannolikt att fortsätta att öka.

Tabell 2.

	2000, n=404	2002, n=501
Tillgång till dator på arbetet	81%	93%
Tillgång till dator med internetuppkoppling	68%	88%
Har fått information om INFPREG	74%	84%
Har besökt INFPREG	29%	58%
Kunskap från INFPREG har implementerats i patientarbetet	67% (av de som besökt INFPREG)	81% (av de som besökt INFPREG)
Behöver mer information om hur man använder INFPREG	45%	43%