

MEDLEMSBLADET

Ansvärlig utgivar: 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@obstgyn.umu.se

SFOGs styrelse 2000-2001:

Ordförande: Doc Elisabeth Persson

KK, Karolinska sjukhuset, 171 76 Stockholm

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

elisabeth.persson@ks.se

Vice ordförande: Margareta Hammarström

Octaviakliniken, Tideliugatan 22,

118 69 Stockholm

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

margareta.hammarstrom@octavia.ptj.se

Facklig sekreterare: Dr Pia Teleman

KK, Universitetssjukhuset, 221 85 Lund

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

pia.teleman@gyn.lu.se

Vetenskaplig sekreterare: Doc Pål Wölner-Hanssen

KK, Universitetssjukhuset, 221 85 Lund

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

Pal.Wolner-Hanssen@gyn.lu.se

Skattmästare: Doc Jan Rydnert

KK, Länssjukhuset, 301 85 Halmstad

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

jan.rydnert@lthalland.se

Redaktör: Dr Inger Sundström-Poromaa

KK, Norrlands universitetssjukhus, 901 85 Umeå

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

inger.sundstrom@obstgyn.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 Sonja Kvint, Kvinnosjukvården,

Kärnsjukhuset, 541 85 Skövde

tel: 0500-43 14 88 fax: 0500-43 14 54

sonja.kvint@vgregion.se

Dr Cilla W Salamon, KK, Södersjukhuset,

118 83 Stockholm

tel: 08-616 10 00 fax: 08-616 26 40

c.salamon@swipnet.se

Tryck: Elanders Tofters, Östervåla

Foto: Kerstin Selgeryd

ISSN 0284-8031



SFOG-medlemmar!

Vintermörkret närmar sig. Vi väntar med viss förtröstan på den snö som kommer att falla och bidra till ljus i vår omgivning. Lucia och julhelg med levande ljus och generöst sinnelag är andra "ljuspunkter" vi har att se fram emot.

Hösten har varit händelserik. Följetongen om p-piller och trombos har fortsatt som förväntat. Läkemedelsverken inom EU tillkännagav i början av oktober en utvärdering av de data inom området som finns och som innebär en viktig förändring för oss forskrivare. P-piller som innehåller desorgestrel medför en något högre risk för venös trombos än motsvarande med levonorgestrel. Risken är dock sammantaget och fortfarande liten och inte större än tidigare. Riskfördelningen

mellan de olika preparaten har dock förändrats. Förstahandsmedel kommer fortsättningsvis, såvida inte speciella skäl föreligger, att vara p-piller innehållande levonorgestrel. Indicier på detta har funnits en tid och forskrivarmönstret är i stort redan anpassat därefter. Våra ARG som arbetar med frågan publicerade redan i förra numret en sammanställning om vad man i övrigt bör tänka på vid p-pillerföreskrivning. Om Ni inte läst eller glömt kan man "kolla in" gamla Medlemsblad på vår hemsida, www.sfog.se. Aktuella ARG dvs FARG, Hem-ARG och Ton-ARG arbetar vidare med frågan.

Tumör-ARG har ett nytt projekt på G som berör många av oss. Man avser att förnya den enkät som en ad-Hoc ARG

I DETTA NUMMER

4	Sexualiserat våld i Sverige	Berit Sjögren
6	En reflektion från årsmötet	Raymond Lenrick
8	Debatt: Vem gör specialistexamen?	Mia Lindroth
9	Varför anmäls inte kvinnlig könsstympning?	Pia Teleman
12	Omhändertagande av förlossningsrädda	POS-Arg
15	SFOGs fortbildningsprogram våren 2002	Ove Axelsson
19	Rapport från ABC-kurs	
20	Rapport från Tumör-ARG	
21	Kodfrågan	Karin pihl
23	Vintermötet 2002	George Evaldson, B-M Landgren
25	ENTOG-mötet Prag 2002	
29	Greifswald-pristagare	Nils-Otto Sjöberg
30	Kalendarium	
34	Avhandlingsabstrakt	Ingela Danielsson, Birgitta Essén
36	Pionjär - Kerstin Andersson	G Rybo, V Odland, I Milsom
38	Förteckning ARG	
41	Förteckning intressegrupper	

under ledning av Marc Bygdeman gjorde i början av 90-talet om vid vilka kliniker cancerkirurgi utförs. Rapporten publicerades 1996. Mycket har hänt inom sjukvården sedan dess och det kan finnas anledning att ta reda på hur det ser ut i vårt land idag. Har någon förändring skett sedan 1995? Till det bättre eller...? Börja redan nu och titta i klinikstatistiken. Styrelsen stöder enkäten från Tumör-ARG och vi ser fram emot att diskutera svaren och organisationen i positiv anda så småningom.

Nordisk Förenings, NFOG, styrelse har haft möte i mitten av oktober. Planeringen för NFOG-kongressen i Umeå i början av juni 2002 stod högst på agendan. Umeå-kliniken med kongresspresidenten Torbjörn Bäckström i spetsen har gjort och gör ett fantastiskt arbete för att göra detta evenemang till en vetenskaplig och social mötesplats för kolleger från hela Norden och andra länder i närområdet. Exempel på det senare exemplifieras av de stipendier som kommer att utannonseras för kolleger från Baltikum. I anslutning till kongressen får vi i Sverige möjlighet

att "ta hand" om en baltisk kollega för auskultation. Intrasserade kliniker kan anmäla sig till Marie-Louise Schyberg på vårt kansli. Inlämnande av vetenskapligt högkvalitativa alster kommer förutom äran att framföra dem också att kunna ge en rejäl slant att ta med hem för dem som är lite yngre. Sex priser á 10 000 kronor vardera för bästa poster respektive föredrag kommer att delas ut, liksom en "young scientist award" på 20 000 kronor till bästa abstract bland yngre kolleger (< 40 år). Det är hög tid att börja formulera sig om man skall vara med på banan. Vi som är lite äldre får väl vässa argumenten för att föra bra diskussioner med möjliga pristagare. Vi hoppas på stort deltagande i Umeå i vår. Se i övrigt vår vetenskaplige sekreterares artikel. Vill man veta mer om NFOG finns all information på den nya hemsidan www.nfog.org.

Riksstämman 2001 står när Ni läser detta för dörren. Vi har ett spännande program som i år ligger förlagt på onsdagen och torsdagen. Vi tycker det är bra eftersom deltagandet i aktiviteter på fredag eftermiddag under de senaste åren varit

lågt. Kom och delta i debatten och gör stämman till det utbyte av kunskap som den syftar till. Vid medlemsmötet får vi tillfälle att avtacka avgående styrelsemedlemmar. Enligt vår nya ordning byter vi ju styrelse först vid årsskiftet för att underlätta redovisningen av verksamhetsberättelser, räkenskaper och bokslut. Dessutom hoppas vi kunna utdela diplom till dem som – i skrivande stund – genomgår slutprovet för specialistexamen i Linköping. Styrelsen är övertygad om värdet av denna examen. Vi tycker dock att genomfört prov bör premieras bättre än för närvarande. En fråga för våra verksamhetschefers bord!

Nästa möte innan vårens lockelser i Umeå är vintermötet som i år anordnas av Huddinge universitetssjukhus. Första fredagen i februari – som vanligt. Pricka för i almanackan så ses vi även då!

Till dess: Lev väl!

Eder
Elisabeth Persson
Ordförande

REDAKTÖRENS RUTA!

Efter ett härligt, innehållsrikt och turbulent år i New York är jag nu tillbaka som redaktör för Medlemsbladet. Stort tack till Marie Bixo som har ställt och styrt medan jag varit borta.

Följande tider gäller för medlemsbladet 2002:

Nr	Deadline	Utkommer
1/02	20/1	18/2
2/02	17/3	15/4
3/02	20/5	17/6
4/02	8/9	7/10
5/02	10/11	9/12

OBSERVERA: Adressändring skall göras till

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

Telefax: 08-22 23 30 • Telefon: 08-440 01 75 (må-fr 9-11)

E-post: ml.schyberg@sfog.se

Manus skickas eller faxas till nedanstående adress.

Redaktör Inger Sundström-Poromaa

Motorbåtsvägen 20, 907 88 Täfteå

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

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

Nya medlemmar

*Helena Fadl, Odensbacken
Åsa Heldestad, Solna
Anna Rudbeck, Stockholm
AnnKristin Rönnberg, Örebro*



Brev från den vetenskaplige sekreteraren

Kolleger,

Som er vetenskapliga sekreterare ingår jag i NFOGs vetenskapliga kommitté tillsammans med vetenskapliga sekreterarna från de andra nordiska föreningarna. Vetenskapliga kommittén leds av Seija Grenman i Turku. Vi har haft två möten under året för att diskutera det vetenskapliga upplägget vid NFOG-mötet i Umeå i början av juni nästa år. Förutom en rad intressanta symposier blir det sex sessioner med fria föredrag och två postersessioner denna gång. NFOG har ställt en imponerande summa prispengar till disposition. Den vetenskapliga kommittén skall varje dag dela ut ett pris för bästa föredrag och bästa poster. Priserna ligger på 10 000 danska (!) kronor vardera. Det blir tre priser för bästa poster och tre för bästa föredrag. Som ett nytt inslag skall vi dela ut en "Young Investigator Award" på 20 000 danska kronor! Detta pris tillfaller den unga (< 40 år) forskare som lämnar in ett toppenabstract och som vi för övrigt bedömer vara en "kommande stjärna". Vi hoppas åtminstone prisvinnarna vill hålla med om att forskning lönar sig! Abstrakten skrivs in på elektronisk väg via NFOG-mötets hemsida (www.kongress.com/nfog.nsf). Deadline är 1 februari.

Årets Kirurgrådsmöte hölls på Krusen-berg utanför Uppsala i slutet av september. Styrelserepresentanter från de kirurgiska specialitetsföreningarna diskuterade ämnen av gemensamt intresse. Förra året skrev vi ett gemensamt brev till Läkarför-

bundet med krav om att specialistföreningarna får rösträtt i Läkarförbundets fullmäktige. Sedan dess har kravet upprepats av SFOG som en motion vid fullmäktigemötet i Göteborg, men vi har inte fått gehör i denna fråga. Nu beslöt Kirurgrådet skriva en ny begäran. Bristen på operationssjuksköterskor togs upp av SFOG tillsammans med Svensk Förening för Barnkirurgi. Huruvida bristen på operationssjuksköterskor är vårt problem beror på hur långa väntetiderna för gynekologiska operationer har blivit och vad de förorsakas av. "Flaskhalsarna" kan utgöras av för få självständigt opererande gynekologer, för få sjuksköterskor på vårdavdelningarna, för lite anestesipersonal, eller just för få operationssjuksköterskor. Ibland har man "roterande flaskhalsar": bristkategorin ändrar sig från tid till annan. Hur som helst, Riksföreningen för Operations-sjuksköterskor har skickat en enkät till cheferna vid alla landets 185 operationsavdelningar. Svar inkom från 55% av avdelningarna. Data från enkäten rapporterades av undertecknad på Kirurgrådsmötet. 20% av operationssjukskötersketjänsterna var obesatta vid universitets/regionsjukhusen (33% totalt vid ett universitetssjukhus) mot 8-9% vid andra sjukhus. Från Riksföreningen vet vi att medelåldern bland deras medlemmar är hög. Skolorna har svårigheter att fylla utbildningsplatserna för operationssjuksköterskor även om full lön betalas under utbildningen. Därför kan vi förvänta oss en tilltagande brist-

situation framöver med ökande operationsköer. Två tredjedelar av operationscheferna anser att för lite operationspraktik i sjuksköterskornas grundutbildning är en mycket viktig orsak till bristande intresse att bli operationssjuksköterska även om detta sannolikt inte kan förklara den stora skillnaden mellan regionsjukhus och småsjukhus. Arbetsmiljön kanske är bättre vid småsjukhusen?

När detta Medlemsblad kommer ut är Riksstämman precis om hörnet. Som ni kan se av bifogade program har vi ett Riksstämmosymposium och två s k sektionssymposier (minisymposier) samt en rad intressanta abstrakts. Framöver skulle vi vilja arrangera flera symposier och välkomnar redan nu förslag till symposiemännen för nästa års stämma. Jag hoppas många av er kommer till årets stämma. De som inte åker brukar säga att Riksstämman har förlorat sin betydelse. Till "soffliggarna" vill jag säga: Riksstämman är som en snyggt skuren tårta. SFOG har ansvar för sin tårtbit. Den tårtbiten är vår förenings enda stora årliga vetenskapliga evenemang. Den måste vi värna om och ständigt förbättra. Kom dit och lyssna på era kolleger som visar upp sig med sina vetenskapliga alster. Tyck sedan till om arrangemanget så vi kan göra det bättre nästa gång.

Med kollegiala hälsningar

Pål Wölner-Hansen

Sexualiserat våld i Sverige

I gynekologens arbetsplikter ingår att utföra undersökningar i rättsmedicinskt hänseende när kvinnor utsatts för våldtäkt. Vid denna kontakt skall också planeras en medicinsk uppföljning och ett psykologiskt omhändertagande som lämpar sig för den enskilda kvinnan. Detta trauma är en mycket svår upplevelse för kvinnan och vi lyckas endast i vissa fall nå fram till henne med våra erbjudanden om psykosocialt stöd. Enligt ett material från Stockholm återkommer endast en mindre del av den gruppen patienter till kliniken för att få detta stöd (Kerstin Ehnhage-Johnson & Berit Sjögren). Det är också så att rättsväsendet inte heller kan hjälpa dessa kvinnor i många fall eftersom gärningsman är okänd och en rättslig påföljd inte blir genomförbar.

Berit Sjögren

Kvinnokliniken, Karolinska Sjukhuset.
berit.sjogren@ks.se

Rättsväsendet och ordningsmakten förser oss med en statistik beträffande brott av det här slaget. Vi har också under de senare åren haft ett mycket gott tillskott till kunskap, klarhet och arbetsrutiner m m från Rikskvinnocentrum i Uppsala. En annan källa till kunskap är den journalföring som finns på våra sjukhus och de akutmottagningar inom kvinnosjukvården som tar hand om kvinnor. I ett material från Stockholm, Södersjukhuset och Karolinska Sjukhuset, har data framkommit som är tankeväckande och som kastar ytterligare ljus över detta svåra fält. I samklang med tidigare uppgifter som

finns tillgängliga visar det sig att av 306 kvinnor som sökt anger 45 kvinnor make, sambo eller exmake som gärningsman samt att 18 kvinnor aldrig haft samlag innan detta våld utövats emot dem. Så många som 49 kvinnor uppger gruppvåldtäkt. Uppgiften om denna relativt höga frekvens av gruppvåldtäkter är ett observandum och skiljer sig från det som kommer från Brottsförebyggande rådet, som anger en lägre frekvens. Den statistiken får man fram på annat sätt och med andra kriterier. Det finns emellertid anledning att ta våra patienters egna uppgifter på lika stort allvar och arbeta vidare med den här frågan. Kanske kan fler kliniker i landet samla data från journaler och göra en enkel uppföljning som kan bidra till att visa hur detta förhåller sig för svenska kvinnor. ■

En reflektion från årsmötet

”Välbefinnande i mycket komplexa system”

När jag lämnade Linköping, inspirerad och tillfreds efter ett härligt årsmöte kände jag ett tema som blev tydligt. En av våra utvecklingsstrategier bör vara en mycket väl tilltagen utbildning för alla gynekologer i ”Välbefinnande i mycket komplexa system”, dvs en förståelse av och utbildning i metoder att påverka dessa. ”Keep it simple” är ett förhållningssätt som poppar upp ibland som överlevnadsknep. Landstingsvärlden, forskningsarenan och de medicinska sammanhangen är bland de mest komplexa system som finns. Stora företag har en enklare mission och mer begränsade hänsyn att ta, skolan ett smalare fokus och försvaret lever gott på att vara enkelspårig. Vi gynekologer är dagligen berörda av tre system, alla var för sig oerhört komplexa i sin uppbyggnad. Inte konstigt att det ibland känns en smula förvirrande och tröttande.

Jag lyssnade på workshopen om IT och vi spånade över vad vi bör lära oss de kommande tio åren. Inte är det programmering i alla fall. Definitioner och kommunikation - ja absolut. Men det är vi rätt bra på redan. Jag tror vi måste utbilda oss själva i förbättringskunskap när det gäller mycket komplexa system. Hur tolkar vi IT-be-

Raymond Lenrick
KK, Jönköping

slut i Landstinget, vilka osynliga influenser finns, vad gör den politiska överbyggnaden, hur tänker teknikern egentligen, vilka strategier för påverkan ger bäst resultat, hur agerar vi för att minimera vår frustration? En av våra utbildningsstrategier bör vara gedigen kunskap för alla gynekologer i förståelse och metoder för påverkan av sammanhang som har kanske tusen påverkande faktorer.

Vår arbetsmiljö blir mycket bättre om vi begriper varför vissa saker händer och även vet hur vi skall gå tillväga för att ändra på det. Vår plats i den globala reproduktiva hälsan framträder klarare. Gestagens varierande påverkan på bröstet blir förståeligt när vi besitter kunskap om hur komplexa system är funtade. Orsakskomplexiteten i den förlossningsrädda patienten kan då enklare struktureras, för att inte tala om alla immunologiska faktorer som orsaker graviditetskomplikationer eller akupunkturens gåta.

Gynekologer är redan framstående att arbeta med ett multifaktoriellt synsätt. Vi kombinerar dagligen medicinska fakta, omvårdnadsaspekter, psykologiska och sociala synpunkter, relationshänsyn, ekonomiska realiteter, mm. Vår utbildning för otaliga detaljer är framgångsrik. SFOG kan framöver initiera och genomföra en utbildning där en fördjupad struktur till komplexiteten ges. Vi kan bli enastående i förbättringar av vår arbetsmiljö, vår gärning på mottagningen eller kliniken, våra resultat i forskningslabbet samt vårt nödvändiga deltagande i utvecklingen av Svensk Hälso- och Sjukvård.

Jag minns vad Lennart Daleus sa när han blev partiledare. En reporter frågade om han inte nu fått världens bästa jobb. ”Nej, det finns många andra fantastiska arbeten”. ”Vaddå?” frågade hon. ”Förlossningsläkare” svarade han. Jag åkte från Linköping med en alldeles distinkt känsla av att jag, med råge, har världens bästa yrke. Allt jag skall göra nu är lära mig att bättre tillfälligt acceptera och senare kunna påverka komplexa system. Tack KK, Linköping. ■

Debatt

Vem gör specialistexamen?

OGU vill än en gång ta upp debatten om specialistexamen, ge statistik och diskutera hur den bäst utformas och vad dess syfte är. Vidare vill vi propagera för att alla under ST-tjänstgöringen skall fullfölja utbildningsbokens mål att göra ett skriftligt projektarbete.

Sedan 1994 finns det en svensk specialistexamen i obstetrik och gynekologi. Examen utformas och handhas av SFOGs utbildningsnämnd. Examen består av tre delar, en skrivningsdel (i mars), en muntlig examen (som äger rum på hösten) och en del som består av ett skriftligt projektarbete. I samband med att man gör den muntliga examen presenterar man också sitt skriftliga arbete. För att bli godkänd på del två och tre krävs att man tidigare är godkänd på del ett. Skrivningen omfattar frågor inom områdena obstetrik, gynekologi, reproduktionshälsa och en allmän del. Den är uppbyggd av kortsvarsfrågor och en essäfråga på varje delområde. Beträffande de två senare delarna av examen har mer detaljerade riktlinjer utarbetats av utbildningsnämnden (Medlemsbladet 2000, nr 2).

Mia Lindroth

Ordförande OGU
mia.lindroth@telia.com

När examen infördes fanns farhågor inom OGU att den skulle förvandlas till ett obligatorium. Så har inte blivit fallet. Så länge examen är frivillig har inte OGU något emot dess existens.

Diskussionerna har genom åren varit många om specialistexamen och mycket arbete läggs ner på dess utformning. Trots SFOGs strävan är det dock få som de facto genomgår examen.

Vi i OGU ville kartlägga situationen och har nyligen gjort enkät bland dem som fullgjort examen med godkänt resultat 940101 – 991031.

Endast ca 20% av den tilltänkta målgruppen har fullgjort examen.

Under perioden tog 310 personer ut specialistkompetens, av dessa gjorde 61 kollegor examen i sin helhet.

Vi lyckades få enkätsvar från ca 80%.

Enkäten visar att omkring hälften inte fått någon betald arbetstid för att studera

inför examen, omkring hälften fick 1-2 veckor betald arbetstid. Cirka 86% har inte haft någon möjlighet att studera regelbundet på arbetstid. Omkring 70% såg ingen skillnad i lönekuvertet direkt efter examen. Av de 30% som fick en löneförhöjning med examen som motivering var det ingen som behållit den fördelen jämfört med likvärdiga kolleger efter ett par år. Hälften gjorde examen på eget initiativ. En stor majoritet av dem som gjort examen är positivt inställd till den. 79% har haft nytta av den i sitt arbete och 90% rekommenderar blivande specialister att göra den. Det finns många kommentarer till frågorna och sammanfattningsvis är de flesta mycket nöjda med att ha läst och fördjupat sina teoretiska kunskaper. De anser att tentamen fungerat som en motivation och morot. Många är också mycket nöjda med att ha gjort ett skriftligt arbete och har fått positiv feedback på detta.

Sammanfattningsvis har examen fått väldigt liten genomslagskraft och det verkar som om specialistexamens främsta kvalité hittills är motivation till studier och fördjupning. Eftersom en så liten andel

av nyblivna specialister gjort/gör examen och en så liten andel av dem som gör den premieras av sina verksamhetschefer får man förmoda att den inte behövs för att säkerställa alla nyblivna specialisters kompetensnivå. Examen skall kanske då istället utformas som ett verktyg för motivation som kan användas under hela specialistutbildningen.

OGUs styrelse har funderat på alternativa utformningar på examen. En idé är att ha årligen återkommande diagnostiska prov på olika kunskapsnivåer, dvs år ett, år två osv. Prov som man gör och t ex sedan diskuterar med sin handledare. Dessa prov

kan sedan kombineras ihop till en komplett examen i slutet av utbildningen. Kanske kunde dessa prov distribueras via hemsidan för att underlätta hanteringen t ex en dag på vår respektive höst.

Någon typ av förnyelse och/eller incitament krävs troligen för att göra examen attraktiv.

Vidare vill vi slå ett slag för det skriftliga arbetet. Det ger möjlighet till fördjupning och träning i skriftlig framställning och ger mycket tillbaka till dem som gjort det. Det är angeläget att varje ST-läkare påbörjar **planeringen** av projektarbetet de första åren, då finns det en rimlig chans

att fullgöra det under ST-tjänstgöringen. Vidare är det viktigt att det finns en bra handledare, så att det blir god kvalitet och väl använd tid. Oavsett om man ämnar genomföra den skriftliga/muntliga examen skall ett skriftligt arbete ingå i specialistutbildningen.

Vi hoppas att detta inlägg skall ge fortsatta diskussioner (gärna på hemsidan och i medlemsbladet) och bli fruktbart för att vi alla skall se till att få en god ST-utbildning med såväl intellektuellt som praktiskt innehåll. ■

Varför anmäls inte kvinnlig könsstympling?

Könsstympling av kvinnor är förbjudet i svensk lag. Förbudet gäller oavsett om samtycke givits eller ej. Den som bryter mot detta förbud kan dömas till fängelse. Fr o m 1 juli 1999 kan en person dömas i Sverige för brott mot lagen även om brottet begåtts utomlands, t ex om en familj bosatt i Sverige under en semesterresa till hemlandet fått ingreppet utfört.

Det är väl dokumenterat att kvinnlig könsstympling medför följder av varierande grad alltifrån akuta infektioner, smärta, till livslånga problem i form av en begränsad sexualitet, miktionsbesvär, dysmenorré etc.

Sällan har väl kulturkrocken varit större! Det är oerhört svårt att förstå ett normal-

Pia Teleman

KK, Lund

pia.teleman@telia.com

tetsbegrepp som innebär invaliditet och till yttermera visso tillfogar unga flickor smärta. Anmälningsskyldighet enligt §71 i Socialtjänstlagen anses gälla vid kvinnlig könsstympling, såväl som vid misstanke om att sådan planeras som att den redan skett. Enligt uppgifter finns det ett motstånd bland personal att anmäla av skälet att det inte hjälper utan ytterligare skadar den drabbade flickan. En anmälan skulle kunna leda till att en fungerande familj

(där man handlat i all välmening utifrån sitt normalitetsbegrepp) splittras. Med all respekt för komplexiteten i denna fråga; vi måste stå för och tillämpa den lag som råder. Kvinnlig könsstympling **är** barnmisshandel och kvinnoförtryck. Den norm som förespråkar mutilering av friska könsorgan försvinner förvisso inte i en handvändning, men troligen ändå successivt med hjälp av nya, i Sverige uppvuxna generationer. De som i Sverige redan nu aktivt arbetar mot kvinnlig könsstympling och de föräldrar som är tveksamma till att låta utföra ett ingrepp på sina döttrar får ett stöd genom att gällande lag tillämpas. ■

Omhändertagandet av förlossningsrädsla kvinnor i Sverige 1999

Bakgrund

Ca 6-8% av alla gravida kvinnor har en svår rädsla för förlossningen (1). Kvinnor som söker hjälp för svår förlossningsrädsla är oftare omföderskor. Dessa har ofta genomgått en komplicerad förlossning, även om en del kvinnor kan ha upplevt en obstetriskt normal förlossning som traumatisk. (5,3). Forskning har visat att förlossningsrädsla har ett samband med en rad olika obstetriska problem (7). Tio procent av de mest rädda kvinnorna har en ökad risk (OR 3.0) att få akut kejsarsnitt jämfört med icke rädda kvinnor (4). Kvinnor som genomgått en instrumentell förlossning eller akut kejsarsnitt har symptom av post-traumatisk stress i större utsträckning än andra förlösta kvinnor (6,7). Förlossningsrädsla kvinnor har svårare att förbereda sitt moderskap och knyter sämre an till sitt barn (2). Ju större rädsla kvinnan har före förlossning, desto mera negativ blir hennes förlossningsupplevelse (8).

POS-Arg enkät om omhändertagandet av förlossningsrädsla

SFOGs Arbetsgrupp för psykosocial gynekologi och obstetrik (POS-Arg) skickade under våren 2000 ut en enkät till Sveriges alla 52 förlossningskliniker, för att kartlägga omhändertagandet av förlossningsrädsla kvinnor under året 1999. Efter påminnelse hade 46 kliniker (88%) svarat på enkäten. Enkätresultatet var tänkt att presenteras på årsmötet i Linköping, men

**Katri Nieminen, Klaas Wijma,
Liselott Andersson, Ulla Björklund,
Mimmi Nordbeck, Elsa-Lena Ryding
och Berit Sjögren**

pga ändrat upplägg av programmet har arbetsgruppen beslutat att delge resultaten i SFOGs medlemsblad och Jordemodern.

Sammanlagt assisterades 78 109 förlossningar på de svarande klinikerna. Antal förlossningar varierade från 320 till 7 700.

Enligt enkätsvaren varierade omhändertagandet av förlossningsrädsla patienter mycket från klinik till klinik. Av de 46 kliniker som svarade på enkäten, hade 45 kliniker (98%), en organisation för att ta hand om dessa patienter. Verksamheten kallades oftast för Auroraverksamhet. Antalet personer som deltog i verksamheten varierade från en person (utan ersättare) till 22 personer. Dessa verksamheter tog hand om 3-600 patienter under året 1999 (uppgift fattades från 3 kliniker). Patienterna gjorde i genomsnitt 1-5 besök .

Uppläggning av verksamheten

Det är svårt att dra säkra slutsatser av omfattningen av olika verksamheter baserat på enkätsvaren, framför allt pga att få kliniker hade tillgänglig statistik på denna verksamhet för 1999.

Uppföljning

Uppföljning av förlossningsrädsla kvinnor samt kvinnor med komplicerade förlossningar år 1999 varierade mycket i Sverige.

På vissa kliniker hade man organiserade gruppträff för patienter efter akuta kejsarsnitt eller för pappor som varit med om komplicerade förlossningar. På några kliniker använde man sig av en visuell analog skala (VAS) för förlossningsrädsla, för att fånga upp förlossningsrädsla kvinnor under graviditet eller efter förlossning. På någon klinik använder man ett vårdmeddelande som följer patienten under graviditet, till förlossning och även till efterkontroll.

Diskussion

Det är viktigt att kunskap om förlossningsrädsla sprids och att alla som möter dessa patienter i sin vardag, har rätta verktyg att hjälpa dessa kvinnor.

Kartläggningen som POS-Arg har gjort visar att man på de flesta håll har uppmärksammat patienten med förlossningsrädsla, och att det finns organiserad verksamhet för att ta hand om dessa kvinnor. Däremot är innehållet i verksamheten mycket varierande och det finns knappt någon systematisk uppföljning av verksamheten. Det är vår uppfattning att man inom svensk obstetrik borde komma överens om gemensamma mål och riktlinjer för omhändertagandet av förlossningsrädsla kvinnor. Även kvalitetssäkring inom verksamheten bör eftersträvas. ■

Tabell 1: Förlossningssätt enligt enkätsvaren.

	Antal svarande kliniker	Vaginal förlossning	Kejsarsnitt % (min. - max.)
Samtliga kvinnor	42	86.4%	13.6 (8.2-19)%
-akut kejsarsnitt	38		58%
-elektivt snitt	38		42 %
Förlossningsrädda kvinnor	30	72 (50-86)%	28 (14-50)%
-akut kejsarsnitt	23		9.5 (2.7-17)%
*humanitär indikation	15		1.6 (0-6.5)%
*medicinsk indikation	18		8.6 (4-14.6)%
-elektivt snitt	32		18.2(2.7-50)%
*humanitär indikation	20		13.5 (6 –29) %
*medicinsk indikation	30		3.7 (0-10)%

Tabell 2: Bemanning inom verksamheten.

Läkare/BM / Psykolog/ Kurator med enl. enkäten redovisad årsarbetstid.

	Antal svarande kliniker gällande frågan om individer i verksamheten	Antal individer i verksamheten	Antal kliniker utan denna yrkeskategori	Antal kliniker som svarade på frågan om årsarbetstid	Sammanlagda årsarbetstid i timmar totalt för 1999 per yrkeskategori (min. – max.)
Läkare	42	2 (1-7)	7	14	115 (1-500)t
BM	44	4 (1-15)	1	25	272 (0-1400)t
Kurator	45	1	25	10	116(1-900)t
Psykolog	46	1 (1-5)	20	13	37(0-120)t

Tabell 3: Uppföljning av förlossningsrädda kvinnor samt kvinnor med komplicerad förlossning (svar från 46 kliniker)

Uppföljningsform	Av förlossningsrädda mammor (antal kliniker)	Efter en komplicerad förlossning (antal kliniker)
Postpartum samtal (BM/läkare)	26	8
Återbesök hos läkare/ psykolog/kurator	2	11
Samtal och återbesök	4	18
Telefonkontakt	3	2
Annat (ex enkät, grupp, olika kombinationer av tel. + samtal/återbesök)	8	5
Ingen rutin / uppföljning	3	2

Referenser:

1. Areskog B, Kjessler B, Uddenberg N. Identification of women with significant fear of childbirth during late pregnancy. Gynecologic and Obstetric Investigations 1982;13:98-107.
2. Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Experience of delivery in women with and without antenatal fear of childbirth. J PsychosomRes 1984;28(3): 213-20.
3. Ryding EL. Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 1993;72:280-5.
4. Ryding EL, Wijma B, Wijma K, Rydhström H. Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. Acta Obstet Gynecol Scand 1998;77:542-7.
5. Sjögren B. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology 1997; 18:266-72.
6. Söderquist J, Wijma K, Wijma B. Traumatic stress after childbirth: The role of obstetrical variables. Submitted for publication 2001.
7. Zar M, Wijma K, Wijma B. Is Anxiety a riskfactor for obstetric complications? Submitted for publication, 2001.
8. Zar M, Wijma K, Wijma B. Pre- and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. Scandinavian Journal of Behaviour Therapy (In press).

Rapport från höstens ABC-kurs i obstetrik och gynekologi

Tre vackra höstdagar i början på oktober var vi ett trettiotal unga läkare som fick möjligheten att gå ABC-kursen i gynekologi och obstetrik. Kursen anordnades av SFOG med Lisskulla Sylvén, Cilla Salamon och Nils-Otto Sjöberg som kursledare. I härliga omgivningar ute på Bosön på Lidingö utanför Stockholm hade vi omväxlande föreläsningar och grupparbete om hormonlära, handläggning av gynekologiska akutfall, normalförlossning och obstetriska komplikationer. Kort sagt en snabb sammanfattning av vad man som ung läkare på en kvinnoklinik måste kun-

Sara Bergman
Charlotta Ersmark
Jessica Lindau
Linda Lundgren
alla underläkare på KK, Södersjukhuset

na åtminstone det mest basala om. Förutom ökade medicinska kunskaper fick vi vidga våra vyer beträffande fackliga frågor och SFOGs övriga verksamhet.

Det var tre mycket intensiva och givande dagar ute på Bosön med god mat, fin

inkvartering och, för de som så önskade, även fysisk aktivitet i form av jogging eller simning.

Vi hoppas verkligen att kursen fortsätter anordnas så att fler får möjligheten att få lite mer kött på benen och få träffa och utbyta erfarenheter med trevliga underläkarkollegor från andra delar av landet. Det var mycket inspirerande för oss som är i början på vår bana inom - eller kanske inte ens riktigt har bestämt oss för - gynekologi och obstetrik att få gå på kurs. Tack SFOG för det! ■

Lägesrapport från tumörarbetsgruppen

Pågående arbeten

Eva Gerdin, Uppsala, koordinerar en kartläggning av rutiner vid omhändertagandet av gyn. sarkom i vårt land. Cheferna för de gynecologiska enheterna kommer att kontaktas i detta arbete.

Gunnel Lindell, KK Karolinska, har ett uppdrag att vara kontaktperson för arbetet med "Sentinel node-tekniken" vid vulvacancer, att följa och underlätta dess utveckling på olika centra samt i arbetsgruppen rapportera av utvecklingen.

Subspecialiteten gynecologisk tumörkirurg med cancervård

Arbetet pågår med rekrytering och att skapa rätt arbetsbetingelser. En målbeskrivning för den kirurgiska randutbildningen har utarbetats av Petter Orgum och godtagits av gruppen. En diskussion har inletts med gynecologins chefer angående en målbeskrivning av det gynecologiska randutbildningsåret.

Gunnar Silfverstolpe, ordförande
Petter Orgum, sekreterare

Förnyad kartläggning av omhändertagandet av gynecologiska tumörpatienter i Sverige inom och utom ramen för vår specialitet

Arbetsgruppen gav sig själv i uppdrag, vid Linköpingsmötet 10/9, att återupprepa den kartläggning, som gjordes -94 avseende året -93 och som avrapporterades -96. Verksamhetscheferna vid samtliga kvinno-kliniker kommer alltså sannolikt före jul att få en enkät, väsentligen densamma som distribuerades -94, för att vi inom specialiteten kan beskriva organisationen kring diagnostik och kirurgisk behandling av våra patienter med malignitet. Hur många läkare utförde under året kirurgi på invasiv cancer under varje diagnoskategori? Finns för de onkologiska patienterna och vårdkedjorna vid klinikerna ett definierat ansvar etc? Verksamhetscheferna kommer att tillskrivas av Elisabeth Persson, vår ordförande angående denna kartläggning (se ordförandebrev).

Arbetsgruppen kommer även att göra en sammanställning i landet befintliga vårdprogram eller "arbetsmanualer" vid regionsjukhusen både på de gynecologiska enheterna och kvinnoklinikerna.

En sammanställning och genomgång av samarbetsformer mellan gynecologer och gynecologer vid regionsjukhusen kommer också att göras.

Hemsida

René Bangshøj och Petter Orgum, Karlstad, utarbetar för en hemsida vilken snart funnit sina former och som efter avstämning med Nils Fryklund förhoppningsvis kan tagas i bruk i början av december.

Övrigt

Arbetsgruppen har ansökt hos vetenskapliga sekreterare, Pål Wölner-Hanssen, om att på Riksstämman -02 få anordna ett symposium under rubriken gynecologisk tumörkirurgi med cancervård, en specialitet inom ramen för SFOG.

Nästa möte äger rum på Läkaresällskapet, Stockholm den 8/3 2002.

Kodfrågan nr 8

Karin Pihl

Borås lasarett

karin.pihl@telia.com

Det jag skriver om denna gång är några stora principiella ändringar i reglerna för val av huvuddiagnos som Socialstyrelsen beslutat att införa från 2002-01-01.

Nedanstående är citerat direkt ur Socialstyrelsens ”Klassificeringsanvisningar för val av huvuddiagnos vid registrering till patientstatistik, Dnr 24-5857/01:

”Om anledningen till vårdkontakten är enbart cytostatika- eller strålbehandling anges detta som huvuddiagnos (Z51.1 respektive Z51.0). Vid vård för metastasförekomst, då primärtumören tidigare avlägsnats helt, anges sekundärtumören som huvuddiagnos. Vid kontrollundersökning efter behandling anges kod ur kapitel XXI (Z08-Z09) som huvuddiagnos och den bakomliggande diagnosen som bidiagnos.”

(En annan nyhet är att ”Alla typ II-diabetiker skall kodas med E11 och inte med E10, även om de behandlas med insulin.”)

Socialstyrelsen har alltså gjort en helomvändning jämfört med sina tidigare kodningsregler. Man kan ju tycka vad man vill om det, med nu har jag i alla fall meddelat er det nya.



Integrationsministern flankeras av pristagaren och artikelförfattaren

The Greifswald - Lund Community medicine award

1996 instiftade universiteten i Greifswald och Lund ett pris för att tydliggöra värdet utav den tillväxande Öresundsregionen och det historiska samarbetet som funnits mellan de båda universiteten rörande vetenskap och utbildning.

Priset har instiftats till förmån för yngre forskare som arbetar inom fältet samhällsmedicin. Forskningen skall visa en klar potential att förbättra hälsan inom befolkningen.

Priset har år 2001 tilldelats **Birgitta Essén**, Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset MAS, som tidigt under sin utbildning kom i kontakt med internationellt forskningsarbete. Detta intresse resulterade i bl a mödravårdsarbete och SIDA-uppdrag i Nicaragua.

Sedan Birgitta Essén knöts till Kvinnokliniken i Malmö 1996 har Birgitta Essén intresserat sig för det ibland komplicerade mötet mellan en kvinnokliniks personal och patienter från andra kulturer. Hennes vetenskapliga utvecklingsarbete presenterades i en avhandling den 22 september 2001. Titeln är perinatal dödlighet bland invandrare från Africa's Horn där hon påpekar vikten av erfarenhet, rationellt tänk-

Nils-Otto Sjöberg

KK, Malmö

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

ande och traditioner vid riskbedömning under graviditet och förlossning. Syftet med arbetet har varit att studera perinatal dödlighet utifrån en kombination av perspektiven: moderns födelseland, perinatale riskfaktorer, sociokulturella faktorer, vårdens standard och könsstympning/omskärelse. Birgitta Esséns studier pekar på att barn till kvinnor i invandrargrupper från Africa's Horn (majoriteten från Somalia och Etiopien) har högre perinatal dödlighet jämfört med barn till svenska kvinnor. Birgitta Essén menar att denna förhöjda dödlighet kan vara ett symptom på en ofullständig integrationsprocess i den svenska sjukvården där snarare sociala krockar än kulturella tycks utgöra en viktig orsak till påvisade skillnader mellan svenska och invandrade kvinnor.

Birgitta Essén påpekar att det finns en förbättringspotential och ger kliniska rekommendationer i sitt arbete till patien-

ten, till de medicinskt ansvariga, till kvinnorna själva från Afrikas Horn och till beslutsfattare inom hälso- och sjukvården.

Birgitta Esséns opponent var professor Ulf Högberg från Umeå. Disputationen var välbesökt och det fanns representanter från administratörer, kommunalpolitiker, svenska regeringen och somaliska invandrare. Disputationsakten var av högsta klass med excellent opposition och välinitierat försvar.

Birgitta Esséns avhandling har rönt mycket stort intresse i vida kretsar och hon kommer att fortsätta sin forskning för att ytterligare förbättra de utlandsfödda kvinnornas integrationsprocess och att höja kunskapen bland svensk sjukvårdspersonal.

Det är glädjande att en avhandling från vår specialitet, obstetrik och gynekologi, premieras för sin samhällsmedicinska insats.

Vill du veta mer om avhandlingen och kommande projekt är du välkommen att kontakta Institutionen för obstetrik och gynekologi, Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset MAS. Vi gratulerar alla Birgitta till det fina medicinska priset.

Avhandlingsabstrakt

Ingela Danielsson

Dyspareunia in women with special reference to vulvar vestibulitis.

Department of Clinical Science Obstetrics and Gynecology,

Umeå University, Umeå Sweden. Umeå Medical Dissertations.

New series No. 746 - ISBN 91-7305-072-5 - ISSN- 0346- 6612

The aims of this thesis were to investigate the prevalence and incidence of severe and prolonged dyspareunia in a non-patient population of women, and to explore the diagnoses, and predictors for them, of a random sample of women with severe and prolonged dyspareunia. Further, to analyze differences in medical, psychosocial and psychosexual background factors and also in somatic symptoms and personality between women with vulvar vestibulitis and a control group. Finally, through a pilot study, to obtain a preliminary indication of the effectiveness of and tolerance to acupuncture treatment for vulvar vestibulitis.

Among 3,017 women aged 20-60, participating in the screening program for cervical cancer, the prevalence for prolonged (≥ 6 months) and severe dyspareunia was

9.3% for the whole group, and 13 % for women aged 20-29 years. The RR was 1.97 (95% CI 1.42-2.75) for the women aged 20-29 compared to the women aged 50-60. The incidence RR was 9.25 (95% CI 2.77-30.84) for the youngest women compared to the oldest.

Women with prolonged and severe dyspareunia had different diagnoses in different ages. Young women had predominantly vulvar vestibulitis, while women aged 30-49 most often had deep dyspareunia and women aged 50-60 mostly vulvovaginal atrophy. Age and pain characteristics were good predictors for different diagnoses.

Women with vulvar vestibulitis had very much the same psychosocial and psychosexual background as their controls and on the personality test they scored

higher on exclusively one subscale, which is considered to give the person a tendency to react on problems with pessimism, increased anxiety, and fatigue. However, they suffered significantly more often from other somatic symptoms than their controls. This was interpreted as a psychosomatic ingredient in the illness. Regardless of whether this is primary or secondary, it should be taken into consideration when treating the women.

A multifactorial origin of vulvar vestibulitis is advocated and a multimodal interdisciplinary treatment approach is suggested.

Acupuncture for vulvar vestibulitis was well tolerated and the results seemed promising. ■

Birgitta Essén

Perinatal dödlighet bland invandrare från Afrikas Horn - Vikten av erfarenhet, rationellt tänkande och traditioner vid riskbedömning under graviditet och förlossning.

Inst för Obstetrik och Gynekologi, Universitetssjukhuset MAS, Lunds Universitet, 205 02 Malmö. ISBN 91-628-4867-4. Sverige 2001

Avhandlingens utgångspunkt var att undersöka om det fanns ett samband mellan maternellt födelse-land och risken för perinatal dödlighet (PD). En högre risk för PD påvisades bland barn födda i Sverige till utlandsfödda kvinnor mellan åren 1990-95. Efter justering för riskfaktorer kvarstod risken endast för kvinnor från Etiopien eller Somalia (ES).

En antropologisk intervjustudie med somaliska kvinnor genomfördes i syfte att identifiera bakomliggande orsaker kopplade till den högre PD. Studien genererade en hypotes: kvinnorna hade graviditetsstrategier, vilka baserades på erfarenhet och traditioner av förlossning i det resurssvaga hemlandet om vilka vårdgivarna i Sverige var omedvetna. Dessa strategier i kombination med språkförbistring skulle kunna bidra till en sämre handläggning av graviditet och förlossningsproblem på grund av missförstånd. Detta kan i sin tur leda till högre risk för PD.

I syfte att testa hypotesen genomfördes en perinatal audit av samtliga perinatalt döda barn mellan 1990-96, till ES-mödrar matchade mot en kohort av svenska mödrar. I ES-gruppen var det signifikant vanligare med sub-optimala faktorer som orsak till perinatal dödlighet. Audit visade att dödsfall som kunde undvikits, t ex intrapartal och neonatala dödsfall, kunde relateras till *maternella graviditetsstrategier* (moder avböjer akut sectio, söker ej adekvat vård trots allvarliga symptom), *sub-optimal medicinsk vård* (tillväxtövervakning ej följt befintliga rutiner, inadekvat CTG-tolkning) och språkförbistring.

Inget samband kunde påvisas mellan könsstympning och PD. Omskurna kvinnor hade i stället lägre risk för utdraget förlossningsförlopp och ett kortare utdrivningsskede jämfört med icke omskurna kvinnor.

Sammanfattningsvis kan den högre incidensen av perinatal dödlighet delvis för-

klaras av olycklig interaktion mellan de specifika graviditetsstrategierna hos ES-kvinnor och av missförstånd som i sin tur leder till undermålig perinatalvård i Sverige. Kvinnornas graviditetsstrategier kan kopplas till såväl erfarenhet, rationellt tänkande och traditioner från deras ursprungsländer. En omedvetenhet och bristande kunskap hos vårdpersonal om graviditetsstrategierna kunde kopplas till sub-optimal vård hos flertalet av de studerade dödsfallen. Vi fann inget stöd för tidigare uppfattning att en högre PD var relaterat till dystoci pga omskärelse.

Med hjälp av en bättre patientupplysning, tolkanvändning, förbättrad fosterövervakning och kunskapsspridning om ovanstående bland vårdgivare inom perinatalvården, skulle kunna förbättra förlossningsutfallen i denna invandrargrupp. ■



Integrationsminister Mona Sahlin vid Birgitta Esséns disputation i Malmö 22 september 2001.

Pionjärer inom svensk obstetrik och gynekologi

I detta nummer presenteras Kerstin Andersson av Göran Rybo,
Viveca Odland och Ian Milsom.



Kerstin Andersson 1946 - 2000.

När Kerstin dog hastigt för drygt ett år sedan miste vi en aktad kollega och kär vän alldeles för tidigt. Hon var 53 år. Om hon hade fått fortsätta sitt liv hade hon haft mycket kvar att ge till gagn för vår specialitet. Men hon hann göra mycket under sin levnad och det är för det hon gjort som vi skall minnas och hedra henne.

Kerstin föddes 1946. Efter studentexamen i Nyköping 1966 började hon läsa medicin i Umeå och var under sina studieår aktiv inom Medicinska föreningen där. Hon blev medicine licentiat och legitimerad läkare 1972 och började därefter arbeta på kvinnokliniken i Karlstad där hon blev specialist i obstetrik och gynekologi. Hon kom till kvinnokliniken vid Östra sjukhuset i Göteborg 1977 och där var hon verksam resten av sitt liv. Kerstin var väl bevandrad i kvinnosjukvårdens olika områden, men hon hade ett speciellt intresse för gynekologi.

Avhandlingen 1993 handlade om levonorgestrel-spiralen, Levonova®. Hon visade bland annat hur effektivt och säkert en hormonspiral kan användas för såväl antikonception som för behandling av menorrhagi och som skydd för endometriet mot oönskade östrogeneffekter vid behandling av klimakteriebesvär. Resultaten var av stor klinisk betydelse och fick internationell uppmärksamhet. Hennes studier bidrog i hög grad till att hundratusentals kvinnor i Norden och andra länder kom att använda hormonspiral.

Efter sitt avhandlingsarbete fortsatte hon sin forskning speciellt inriktad på hormonspiraler och rikliga menstruationsblödningar. Detta resulterade i flera vetenskapliga artiklar. Att hon var internationellt känd och uppskattad framgår bland annat av att vid den senaste världskongressen i obstetrik och gynekologi 2000 i Washington hedrades hennes minne, då hennes bortgång blev känd, av framstående forskare inför tusentals gynekologer från hela världen. I den forskning som avsåg nya användningsmöjligheter för levonorgestrelspiraler hade Kerstin viktiga uppgifter för planering av olika projekt. Men det hann hon inte med.

Kerstin var kliniker. Hon var patientnära med förmåga till inlevelse och medkänsla som gjorde henne omtyckt av sina patienter. När man mötte henne under ett jourpass, på förlossningen eller akutmottagningen, såg hon alltid nöjd och glad ut. Hon klagade aldrig över jourbördan, hon gillade den.

Kerstin var omtyckt. Inte bara av patienter och vänner, men också av sina kolleger, äldre som yngre. Alltid hjälpsam, och bistod i synnerhet de yngre med råd och dåd. Hon blev en förebild för den ökande skara kvinnliga gynekologer inom kliniken. Hon

var mån om klinikkens bästa och deltog med liv och lust i de olika förändringar och förnyelser som då och då måste göras. Men även hon kunde ibland stämma in i uppgivna suckanden över omorganisationer och strukturförändringar. Hennes motto var ”det ordnar sig”. Det gjorde så ibland men inte alltid. Men hennes glada leende ansikte på dagliga morgonmöten kunde pigga upp även den mest morgonsure klinikchef. Hon hade kloka synpunkter värda att beakta. De arbetsgrupper som bildades för utveckling och förnyelse och där hon inte deltog är lätt räknade. Hennes arbetskapacitet var stor, hon sparade aldrig på den och verkade aldrig bli trött. Det verkade som om hon inte kunde stava till utbrändhet i sitt professionella liv. Många sena kvällar lyste arbetslampan i hennes rum. Hon arbetade mycket och ständigt, kanske alltför mycket och alltför ständigt kan man tycka när man blickar tillbaka på hennes liv.

Att föreläsa tyckte Kerstin om och det var hon bra på. Hon kunde engagera sina lyssnare och hennes föreläsningar, även om de beskrev komplicerade fysiologiska ting hade alltid ett slags kliniskt budskap till fromma för diagnostik och terapi i det vardagliga arbetet. Hon var efterfrågad som föreläsare för studenter, läkare och barnmorskor på hemmaplan. Men också för kolleger i många länder har hon berättat om våra forskningsresultat och därigenom bidragit till att utmärka Göteborg på den gynekologiska världskartan.

Kerstin invaldes som vetenskaplig sekreterare i SFOGs styrelse 1997 och blev en mycket uppskattad medarbetare i styrelsen ända fram till sin bortgång augusti 2000. Under de år Kerstin tjänstgjorde som vetenskaplig

sekreterare hann hon ta hand om många viktiga frågor för vår förening. Hon stod också bl a för planeringen och genomförandet av programmet för vår sektion vid flera Riksstämmor. Kerstin deltog också som styrelsens representant i överläggningar med Svenska Barnmorskeförbundet avseende arbetsfördelning mellan gynekologer och barnmorskor. Tillsammans med SFOGs ordförande och den lokala organisationskommittén var Kerstin med och organiserade årsmötena i Kristianstad, Göteborg, Sundsvall och Halmstad. Tillsammans med den fackliga sekreteraren fick hon läsa, begrunda och besvara åtskilliga remisser från Läkarförbundet och Svenska Läkarsällskapet. Kerstin deltog också i NFOGs vetenskapliga kommitté, vars uppgift är att bistå i att ta fram det vetenskapliga programmet vid NFOGs kongresser.

Kerstins charmfulla personlighet gjorde henne omtyckt också i sociala sammanhang. Det var alltid muntert vid Kerstins bord. Hon hävdade kvinnosaksfrågor med stor emfas och rätt till jämställdhet mellan könen och gjorde detta på ett sätt som väckte respekt. Hon blev invald i Göteborgskvinnornas Zontaklubb, vars målsättning hon delade.

Fritiden var nog ofta knapp för Kerstin, men när den fanns tillbringade hon den gärna i naturen, på snövidder eller vid den bohusländska kusten i sommarhuset i Heestrand. Där ville hon gärna vara, omgiven av familj och vänner. Alla vi som varit där tillsammans med henne har många fina minnen. Och det har alla andra också som under årens lopp kommit att möta henne.

”Det ordnar sig alltid” var hennes motto. Men inte alltid blev det så.....