

Medlemsbladet 2

2008

NR



SVENSK FÖRENING FÖR OBSTETRIK & GYNEKOLOGI
Swedish Society of Obstetrics and Gynecology



Välkomna till
SFOG-veckan i Skövde
25-29 augusti

Anmälan på www.sfogveckan.se

MEDLEMSBLADET

Ansvarig utgivare: Anne Ekeryd-Andalen
Tel: 0322-22 65 94

Layout: Moniqa Frisell

All korrespondens till föreningen
skall ställas till:

SFOG-Kansliet, Drottninggatan 55, 2 tr
111 21 Stockholm

Tel: 08-440 01 75. Fax: 08-22 23 30

Jeanette Swartz. E-post: kansliet@sfog.se

Internet: www.sfog.se

Annonser: Anne Ekeryd-Andalen

E-post: anne.ekeryd-andalen@vgregion.se

Platsannonser hemsidan:jeanette.swartz@sfog.se

SFOGs styrelse 2008:

Ordförande: Charlotta Grunewald

Kvinnokliniken, Södersjukhuset,

118 83 Stockholm

Tel: 08-616 26 25. Fax: 08-616 26 40

E-post: charlotta.grunewald@sodersjukhuset.se

Vice ordförande: Ulf Högberg

Kvinnokliniken, Norrlands Universitetssjukhus

901 85 Umeå

Tel: 090-785 68 33. Fax: 090-13 75 40

Epost: ulf.hogberg@obgyn.umu.se

Facklig sekreterare: Eva Uustal Fornell

Kvinnokliniken, Linköpings Universitetssjukhus

581 85 Linköping

Tel: 013-222 000. Fax: 013-0148156

E-post:eva.fornell@lio.se

Skattmästare: Sven-Erik Olsson

Kvinnokliniken, Danderyds sjukhus

182 88 Stockholm

Tel: 08-655 56 08. Fax: 08-753 22 76

E-post: sven-eric.olsson@ds.se

Vetenskaplig sekreterare: Lars-Åke Mattsson

Kvinnokliniken, Sahlgrenska Universitet/Östra,

416 85 Göteborg

Tel: 031-343 40 00. Fax: 031-25 43 87

E-post: lars-ake.mattsson@vgregion.se

Redaktör för medlemsbladet:

Anne Ekeryd-Andalen

Gynmottagningen, Alingsås Lasarett

441 83 Alingsås

Tel 0322-22 65 94. Fax: 0322-22 64 83

E-post: anne.ekeryd-andalen@vgregion.se

Utbildningssekreterare: Marie Bixo

Kvinnokliniken, Norrlands universitetssjukhus

901 85 Umeå

Tel:090-785 21 40. Fax: 090-77 39 05

E-post: marie.bixo@obgyn.umu.se

Ledamot/Webbmaster: Måns Edlund

Kvinnokliniken, Karolinska Universitets-

sjukhuset Solna, 171 76 Stockholm

Tel 08-517 700 00. Fax 08-31 81 14

E-post mans.edlund@karolinska.se

Ledamot: Anders Lagrelius

ANDLAG AB/Oxbackskliniken kvinnohälsan

Lagmansvägen 14, 152 40 Södertälje

Tel: 08-550 991 00. Fax: 08-554 431 20

E-post: anders@lagrelius.com

Ledamot/Yngre representant: Sara Sundén-

Cullberg, Kvinnokliniken K54, Karolinska

Universitetssjukhuset, Huddinge

141 86 Stockholm, Tel 08-585 800 00

E-post sara.sunden-cullberg@karolinska.se

Tryck: Elanders i Uppsala

ISSN 0284-8031

– Ordförande har ordet –



Kära Medlemmar och Kollegor!

SFOG är en förening med sjudande akti-
vitet! Det svåra med detta brev är att sovra
- jag kan ju inte skriva hur mycket som
helst. Många viktiga frågor avhandlades
under verksamhetsmötet i januari. Störst
tyngd lades vid diskussionen kring den
nya ST-målbeskrivningen. Lisskulla Sylvén,
fd utbildningssekreterare i styrelsen, pre-
senterade riktlinjerna och framhöll att en
nyhet i målbeskrivningen är att ”metod för
lärande” och uppföljning tydlig ska framgå.
Den nya författningen är tänkt att höja
kvaliteten i arbetet och vara hållbar under
lång tid och bidra till enhetlighet över lan-
det, vilket naturligtvis är enbart positivt.
Men målbeskrivningen ställer höga krav
på verksamheterna och både verksam-
hetschef Margareta Hammarström och
Christina Gunnervik, företrädare för den
”stora” respektive ”lilla” kvinnokliniken,
framhöll oklarheter kring bl a finansie-
ringen. Det praktiska genomförandet krä-
ver mycket handledning och ST-utbild-
ningen tenderar att bli mer av en ren utbild-
ningstjänst. Ove Axelsson, framhöll som
representant för akademien, att det behövs
morötter för att brett rekrytera kollegor

till forskarutbildning men att vi även har
ett problem med brist på akademiskt hand-
ledarkompetenta läkare. ST-läkarna Märten
Strömberg och Sara Sunden Cullberg
poängterade vikten av engagerade hand-
ledare som har koll på vad ST-läkarna kan
och – inte minst – ställer krav. Ett bra
feedbackklimat med både ris och ros behö-
ver utvecklas och flera förslag gavs. ST-skriv-
ningens existens har varit omdebatterad
inom OGU. Att behålla frivilligheten är
viktigt. Enligt de nya riktlinjerna ligger frå-
gan om ST-skrivningen på intresseföre-
ningens bord. Detsamma gäller för frågan
om vi vill utveckla möjligheten till sub-
specialisering inom gynekologi och obste-
trik. Styrelsen planerar ett gemensamt möte
med OGU i april där bl.a dessa frågor ska
diskuteras vidare.

Vintermötet, detta år arrangerat av min
egen moderklinik, Södersjukhuset, följde
dagen efter verksamhetsmötet. Mötet
recenseras i detta nummer av två ST-läkare
vid kliniken. Jag är väl något partisk, men
vi som var där – visst var det ett väldigt
lyckat möte!?

En ny Arbets- och Referensgrupp

I DETTA NUMMER

Forskningsmiljoner till SFOG-forskare!	9
Har Du svårt att se uppdateringar på vår hemsida?	9
Rättelse: Mikrogram blev milligram i cybervärlden	9
Specialistskrivning Obstetrik och gynekologi 2008	10
Peter Palsternacka	17
Vintermötet 2008	18
Återrapporter från Gynopregistret	20
Förslag till vägledning angående kejsarsnitt...	27
Pionjärer inom Obstetrik och Gynekologi	31
Rättelse: Riktlinjer för fosterövervakning...	32
Nya avhandlingar	42

– Mödra Mortalitets-ARG, förkortat till MM-ARG, har bildats. Den 6 mars samlades 15 intresserade deltagare för att konstituera gruppen. Till ordförande valdes Aljana Mulic-Lutvica och till sekreterare Sissel Saltvedt. I gruppen finns både seniora och mer juniora obstetrikare, ST-läkare, några barnmorskor och en anestesilog med specialintresse inom området. Olof Stephansson, specialistläkare från Karolinska Universitetssjukhuset i Solna, är speciellt kunnig inom epidemiologi och har ett nära samarbete med Epidemiologisk Centrum, Socialstyrelsen, vilket är viktigt för samordning och uppföljning av registerdata.

Uppgiften för MM-ARG är i första hand att granska och analysera maternella dödsfall utifrån ett systemperspektiv. Syftet är att vi ska lära oss av fallen och kunna föra detta vidare till professionerna. På sikt ska fallen kunna jämföras med data från Socialstyrelsens register (MFR, dödsorsaksregistret och O-diagnoser från ICD-10. I samband med verksamhetsmötet uppmuntrades alla verksamhetschefer att skicka in de fall som inträffat år 2007. Gruppen enades om att alla fall som skickas in från verksamhetscheferna ska granskas på samma sätt, oavsett när de inträffat i förhållande till graviditeten, dvs ingen avgränsning i tid till < 42 dagar efter partus (motsvarande WHO:s definition för mödradöd). Totalt fem fall med avidentifierade journalhandlingar har inkommit till SFOG:s kansli. Primär målsättning är att analysera dessa fall och presentera dem i samband med SFOG-veckan. Den engelska rapporten "Saving mothers lives"

(www.cemach.org.uk/getdoc/) tjänar som föregångsexempel. Kontakt har även tagits med våra danska kollegor som arbetar enligt en motsvarande modell sedan några år tillbaka.

En annan nybildad AR-Grupp, Etik-ARG, axlar allt mer sin roll som etiskt bollplank inom SFOG. Läs Elsa-Lena Rydings kloka råd om hur vi kan hantera den ibland frustrerande och svåra rådgivningen när kvinnor önskar kejsarsnitt utan medicinsk indikation.

Ett annat spännande projekt som pågår är det tvärprofessionella samarbetet mellan SFOG, Barnmorskeförbundet och Neonatologföreningen, med stöd av LÖF (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag) för att förebygga förlossningsskador hos barn. Projektet har beskrivits i tidigare ordförandebrev. Vi går nu in i en andra fas, där ett s.k. självskattningsinstrument (ett frågeformulär) för förlossningsvårdens kvalitet testas på fyra utvalda kliniker. Ett antal revisorer, dvs intresserade obstetrikare, barnmorskor och några neonatologer, har engagerats för uppgiften att granska svaren från de olika klinikerna, göra platsbesök och därefter sammanfatta resultatet i en rapport. Efter utvärdering av självskattningsinstrumentet är planen att detta ska användas i stor skala vid samtliga kvinnokliniker. LÖF ger både administrativt stöd för projektet och stimuleringsbidrag till klinikerna, samt bekostar revisorernas resor och lönebortfall. Skälet till detta generösa engagemang är en förhoppning om att kunna minska undvikbara skador och därmed stora kostnader, för att inte tala om det mänskliga

lidandet, genom påvisande av brister i systemet och utbildningsinsatser. Ersättning för undvikbara förlossningsrelaterade skador till barn utgör idag en mycket stor andel av LÖFs utgifter. En parallell uppgift i detta projekt har varit att utvärdera befintliga CTG-program (ett engelskt och ett amerikanskt) för utbildning av personal. LÖF ämnar bekosta även detta. Några obstetrikare och barnmorskor har avlämnat en rapport, där de sammanfattar sina bedömningar. Projektgruppen har därefter, tillsammans med LÖF, beslutat att satsa på framställning av ett svenskt program, eftersom inget av de granskade programmen motsvarar svenska krav. En upphandling ska påbörjas.

Arbetet med SFOG-veckan 25-29 augusti på Billinge hus i Skövde framskrider enligt planerna. Det vetenskapliga programmet bäddar för ännu en intressant och givande vecka och det sociala programmet kommer garanterat att uppskattas. Programmets struktur liknar tidigare veckor med obstetrik i början och gynekologi i slutet på veckan och ett blandat program på onsdagen. För de som är intresserade av preeklampsi kan jag rekommendera Berzelius-symposium i Uppsala 2-3 juni där ämnet belyses ur alla tänkbara aspekter av en rad nationella och internationella experter. Någon vecka senare (14-17 juni) går NFOG-kongressen på Island av stapeln. Ta chansen och res dit! Det blir helt säkert en upplevelse utöver det vanliga.

Allt gott önskar
Charlotta Grunewald

ÅRSavgifter

Medlemsavgift SFOG	700:-	Avgifter för icke-medlemmar	
Medlemsavgift SFOG (ålderspensionär, fr o m det år man fyller 66 år)	200:-	Prenumeration Medlemsbladet 5 nr/år	500:- (inkl. moms)
ARG-rapportabonnemang* (medlemmar)	300:-	ARG-rapportabonnemang	250:-/rapport (exkl. moms)

* Avdragsgill i deklARATIONEN

Nya medlemmar

Tatjana Magnusson, Norrköping

Martin Berndtsson, Göteborg

Mette Ludvigsen, Karlskrona

Andreas Fredriksson, Göteborg

Johanna Wiik, Göteborg

Jing-Yie Ma, Uppsala

Sarah Törnqvist de Masi, Göteborg

Degaulle Najm, Borås

Peter Anfelter, Stockholm

Bahra Hamaresh, Eksjö

Teresia Svanvik, Helsingborg

Anders Linde, Täby

REDAKTÖRENS RUTA

Våren är här. Färsk rapport från grönsakslandet där Peter Palsternacka sticker upp igen. Men vi vill också veta vad som händer på sjukhusen, mottagningarna och på forskningsfronten från våra medlemmar. Spirar det där också? Utvecklingsarbeten, ST-arbeten och avhandlingar har en naturlig plats i medlemsbladet.

Anne Ekeryd-Andalen

Följande tider gäller för medlemsbladet 2008:

<i>Nr</i>	<i>Deadline</i>	<i>Utkommer</i>
3	11 maj	Vecka 24
4	7 september	Vecka 41
5	26 oktober	Vecka 48

Manus skickas eller faxas till:

Redaktör Anne Ekeryd-Andalen

Gynmottagningen, Alingsås Lasarett • 441 83 Alingsås

Telefon 0322-22 65 94 • Telefax: 0322-22 64 83

E-post: anne.ekeryd-andalen@vgregion.se

Adressändring skall göras till

SFOG-Kansliet • Drottninggatan 55 • 111 21 Stockholm

eller kansliet@sfog.se



Patientinformation: vad vet man och hur gör vi? Vad vet man?

Som nybliven facklig sekreterare tycker jag att vår psykosociala arbetsmiljö är en viktig fråga. När vi utför ingrepp, undersökningar eller operationer har patienternas mentala beredskap för trassel en avgörande betydelse för hur vi själva mår när dagen är slut. Välinformerade patienter tolererar i regel komplikationer bättre än de som ”inget visste.” Jag har upplevt stor skillnad i arbetsglädje mellan små enheter med genomtänkta informationsrutiner och större enheter där informationen spretar eller saknas. Dubbla, ofullständiga eller motsägelsefulla budskap ställer till problem som kostar oro, frustration och resurser. All personal som träffar patienter, även operations- och narkospersonal, skulle behöva veta vilken information patienterna fått. Det är väl ganska rimligt att man får liknande information oavsett vem inom vården de pratar med?

Med den här artikeln vill jag

1. Ge exempel på aktuell forskning inom området patientinformation
2. Föreslå riktlinjer för hur skriftlig patientinformation kan vara utformad
3. Föreslå en enkel rutin att öka kunskapen hos medarbetare och remitterer om vad olika kirurgiska ingrepp innebär.

AKTUELL FORSKNING:

Jag har sökt i Läkartidningens register och på Pubmed med sökord som patientinformation, ambulatory surgery, consent, counselling, patient education. Evidensgraden varierar men vissa ledtrådar kan man i alla fall hitta om hur vi kan strukturera vår information. Kursivt är mina reflexioner.

Är det överhuvudtaget bra för patienten bli informerad?

Doering et al jämförde stressnivåer genom validerade psykometriska enkäter och labdata (kortisol och katekolaminer mättes i urin) hos 100 patienter som genomgick höftledsplastik(1). En grupp fick noggrann information och fick se en video ur patientperspektiv om ingreppet. Den andra gruppen fick klinikens vanliga information. *Den välinformerade gruppen hade mindre oro under de tre första dagarna, behövde mindre smärtlindring och hade lägre intraoperativt blodtryck och kortisolnivåer.*

När ska information om operationsrisker ges?

Gillies et al utvärderade vad patienter tyckte om en omfattande informationsbroschyr om anestesi(2). 99% tyckte informationen var till hjälp men 32% blev oroade. Endast 3% tog upp sin oro med anestesiologen. *Om vi inte vill ha oroliga patienter bör man kanske ge oroväckande information i god tid så att patienten vid behov hinner bearbeta sådant som oroar och inte komma ängslig på operationsdagen.*

Hur ska informationen utformas?

Från sjukhusapoteket i Linköping gjordes en studie för att bedöma hur patienter uppfattar skriftlig information om läkemedel(3). Delar av läkemedelsinformation som berörde kontraindikationer och interaktioner förstods sämst av patienterna sannolikt beroende på ett komplexare språkbruk. Chew beskriver från Seattle i Am J Surg 2004 att 12% har låg läskunnighet(4). Denna grupp har mer komplikationer och följer postoperativ rådgivning sämre. *Om man använder en skriftlig hälsodeklaration som patienten själv fyller i är*

det inte bara fakta man får utan man kan även värdera vilken språkhantering patienten är kapabel till.

Kusec et al i Kroatien testade språkförståelse av patientinformation genom sk Close-test(5). Man fann att den effektivaste informationen var baserad på andra patienters egna berättelser om hur operationen gått till. Ju komplexare språkbruk beträffande ordval och längre meningslängd desto mindre begrep patienterna.

Hur ska man berätta om smärta och komplikationer?

Lang et al i Pain 2004 visade att negativt värdeladdade ord från personalen i samband med smärtsamma ingrepp vid interventionell radiologi ökar patientens smärtupplevelse(6). Att säga ”nu gör det ont” eller att fråga ”gör det mycket ont” gör att t ex stick upplevs som mer smärtsamt och ångestväckande än när samma sak görs med neutral information som t ex ”nu sätter jag en kanyl” eller ”nu tar jag ett blodprov”. Även uttryck för empati som ”står Du ut lite till” eller ”gör det mycket ont” förstärker alltså patientens smärta trots att vi menar väl. *Vi bör alltså tala om vad som händer men inte ladda informationen med negativt värdeladdade uttryck.*

Hur viktig är den skriftliga informationen?

Ashraff et al visade att skriftlig information ökade kunskapen om ingreppet och dess följder signifikant jämfört med enbart muntlig information(7).

Hur mycket behöver respektive vill patienten veta?

I England och många andra länder kräver lagen att patienter får information om riskerna före ett ingrepp. Det finns dock inga riktlinjer i vare sig lagstiftning eller

forskning om hur information om risker och komplikationer ska utformas.

Inför kataraktkirurgi ville patienter på Nya Zeeland få reda på allvarliga komplikationer i 93,5% om det rörde sånt som händer 1 på 50 och 63% om det händer 1 på 1000(8). I Lund inför hjärtkirurgi ville 72% ha information om både vanliga och ovanliga komplikationer(9).

Pleat et al analyserade betydelsen av hur stor en risk måste vara och hur allvarlig den ska vara för att tas upp med patienten(10). Man frågade plastikkirurger om hur de informerade sina patienter. Studien visade att diskussionen med patienten påverkas av hur kirurgen upplever komplikationsrisken. Kirurgerna var överens om att patienten skulle informeras komplikationer som förekommer hos 5% eller fler oavsett allvarsgrad. Allvarliga komplikationer ansågs viktiga att informera om även om de var sällsynta.

Man skulle kunna hantera denna fråga genom att vara att använda en kvantifierande komplikationsincidensparameter i informationsmaterialet liknande den som finns i FASS. På så sätt kan patienten avgöra vad hon vill "ta in" beroende på sannolikheten att det ska hända.

Suhonen i Finland utvärderade patientinformation ur patientperspektiv hos 928 patienter(11). Patienterna uppfattade att information om sjukdom och behandling var viktig och tillräcklig. Information om postoperativt förlopp och riktlinjer för eftervård uppfattades visserligen som mindre viktig men för knapphändig. Lithner i Lund fann i en undersökning av 50 kolecystektomipatienter att 30% av patienterna önskade både muntlig och skriftlig information(12). Den mest efterfrågade informationen rörde ångestskapande faktorer som smärta och postoperativ återhämtning. Detta glömmes vi ibland bort att beröra specifikt.

Hur ska man då diskutera risker med patienter?

Epstein et al (JAMA 2004) presenterar efter systematisk litteraturgenomgång en modell för hur man kan presentera evidens i samtal med patienter(13). Man visade föga överraskande att patienter generellt har

svårare att förstå sannolikheter och relativa riskökningar (sannolikheten är att 10% kan få än proportioner och absoluta risktal (en av 10 kan få).

Epsteins råd var:

1. Sätt Dig in i patientens och familjens förutsättningar och förväntningar
2. Skapa ett samförstånd byggande på empati och ömsesidig förståelse
3. Lägg fram evidens inkluderande en balanserad diskussion och dess säkerhet
4. Ge rekommendationer baserat på tillgänglig evidens och egen erfarenhet
5. Kontrollera vad patienten uppfattat

Michael Hoffman analyserar i sin avhandling från Linköping 2005, "Risk talk- on communicating benefits and harms in health care", läkare-patientsamtal om risker med HRT(14). Hans resonemang kring retoriken i patientsamtalet är intressant. Hoffman beskriver att läkare i samtal vanligen använder retoriska strategier där man undviker att använda ordet risk, som har en emotionell färg. Man slutar gärna med positiva tongångar för att återförsäkra patienten och öka compliance. Han beskriver Braddocks samtalsanalys för informerat beslutsfattande. Den är tänkvärd som underlag till alla patient-samtal(15).

1. Diskussion av patientens roll i beslutsfattandet - "har jag rätt att säga nej?"
2. Diskussion av det kliniska problemet - "Vad beror åkomsten på?"
3. Diskussion av alternativen - "Kan man vänta ett tag och se?"
4. Diskussion av positiva och negativa aspekter på alternativen - "Blir det värre om man låter bli att operera?"
5. Diskussion om osäkerheten i beslutsunderlaget "Evidensgrad!"
6. Utvärdering av patientens förståelse "Vad hörde patienten?"
7. Ta reda på vad patienten vill. "Måste jag bestämma mig idag?"

Braddocks strukturering av samtalet kan användas vid information kring kirurgi eller andra interventioner, varför inte förlossningssätt eller abortsamtal. Jag har också funnit modellen användbar när man skriver patientinformation.

HUR GÖR VI?

Inkontinensoperationen TVT är ju ett mycket standardiserat och tungt evidensbestyckat ingrepp som egentligen inte ska gå att göra eller informera om på så många olika sätt.

Efter att ha sett några väldigt olika varianter på patientinformation inför TVT roade jag mig med att försöka göra en nationell sammanställning.

Metod:

Det saknas nationell statistik om inkontinensoperationer. I Socialstyrelsens DRG-register fortfarande betecknas inkontinensoperationer som slutna vård vilket är inaktuellt på de flesta håll. Jag tog istället reda på vilka kliniker som gjorde TVT via SLFs sida Vantetiderivarden.se. Tjugoåtta av de 46 kliniker jag frågade via telefon, brev eller mail skickade sin skriftliga TVT-information. Dessa 28 kliniker utförde ca 75 % av TVT-operationerna under sista kvartalet 2006. Jag analyserade innehållet i patientinformationerna enligt Braddocks kriterier.

Resultat:

Ämne	Andel
Ingen egen pat info	1 av 28
Information om hur metoden fungerar	20 av 28
Information om att miktionen kan förändras	22 av 28
Information om att det kan blöda	8 av 28
Information om att det kan göra ont	13 av 28
Information om stygn	12 av 28
Information om samlag	12 av 28
Information om fysisk aktivitet	22 av 28
Information om uppföljning	20 av 28
Information om vart man vänder sig om något händer	21 av 28
Information om risker med op	11 av 28
Kvantifiering av komplikationsrisken	7 av 28

Tabell 1.

Innehåll TVT-patientinformation fritt enligt Braddocks kriterier(15)

Diskussion:

Det fanns stora skillnader i hur informationerna var skrivna. Endast två uppfyllde samtliga kriterier, den från Lund och den från ett annat universitetssjukhus i Sydöstsverige. Få skrev om smärta och blödning, något som många patienter oroar sig för. Sjukskrivningstiderna varierade från 0-30 dagar. Många angav stränga regler om lyft och motion. Kan detta ligga kvar sedan den tiden det var stygn som höll upp plastiken och inte ett prolenband? Alla som förgäves försökt lossa på en TVT-slynga vet att det inte torde göra någon skillnad hur många mjölkpaket patienten får lov att lyfta efter operationen. Evidens saknas som bekant.

Bara en dryg fjärdedel av klinikerna kvantifierar riskerna för komplikationer. Inte undra på att doktors och patientens

uppfattningar om komplikationer skiljer sig åt. Det ser man tydligt i rapporterna från Gynopregistret. Utan evidensbaserad grundlig patientinformation, där vi tydligt berättar vad som är

1. förväntat postoperativt besvär,
2. lindrig komplikation
3. allvarlig komplikation

och kvantifierar riskerna kan vi inte förvänta oss värderingsbara patientupplevda resultat. Utan överensstämmelse mellan klinikerna kan vi inte heller göra jämförelser vare sig regionalt eller nationellt. Gynopregistrets tilltänkt starka sida blir försvagad.

Konklusion:

Att skriva patientinformation verkar oftast okomplicerat eftersom vi är experter på att kommunicera med patienter. Frågan är

bara hur bra det blir. En struktur där man använder kloka människors kunskap om informationsöverföring kanske kan öka kvaliteten på våra alster. Om man delar upp patientinformationsdokumenten i en ingreppspecifik del och en lokal del med info om vart man ska etc skulle man till och med kunna använda den ingreppspecifika delen på flera kliniker.

Patientinformationen skulle lätt kunna göras till en komponent i fortlöpande vidareutbildning, t ex via mail, för all personal. Då kanske patienterna slipper höra om varierande antal "mjölkpaket" och sjukskrivningsveckor och känner sig tryggare i att vi vet vad vi gör inom vården.

För det vet vi väl?

Eva Uustal Fornell

Referenser

1. Doering S, Katzberger F, Rumpold G, Roessler S, Hofstoetter B, Schatz DS, et al. Videotape preparation of patients before hip replacement surgery reduces stress. *Psychosom Med.* 2000 May-Jun;62(3):365-73.
2. Gillies MA, Baldwin FJ. Do patient information booklets increase perioperative anxiety? *Eur J Anaesthesiol.* 2001 Sep;18(9):620-2.
3. Gustafsson J, Kalvemark S, Nilsson G, Nilsson JL. Patient information leaflets--patients' comprehension of information about interactions and contraindications. *Pharm World Sci.* 2005 Feb;27(1):35-40.
4. Chew LD, Bradley KA, Flum DR, Cornia PB, Koepsell TD. The impact of low health literacy on surgical practice. *Am J Surg.* 2004 Sep;188(3):250-3.
5. Kusec S, Oreskovic S, Skegro M, Korolija D, Busic Z, Horzic M. Improving comprehension of informed consent. *Patient Educ Couns.* 2006 Mar;60(3):294-300.
6. Lang EV, Hatosiopolou O, Koch T, Berbaum K, Lutgendorf S, Kettenmann E, et al. Can words hurt? Patient-provider interactions during invasive procedures. *Pain.* 2005 Mar;114(1-2):303-9.
7. Ashraff S, Malawa G, Dolan T, Khanduja V. Prospective randomised controlled trial on the role of patient information leaflets in obtaining informed consent. *ANZ J Surg.* 2006 Mar;76(3):139-41.
8. Elder MJ, Suter A. What patients want to know before they have cataract surgery. *Br J Ophthalmol.* 2004 Mar;88(3):331-2.
9. Ivarsson B, Larsson S, Luhrs C, Sjöberg T. Extended written pre-operative information about possible complications at cardiac surgery--do the patients want to know? *Eur J Cardiothorac Surg.* 2005 Sep;28(3):407-14.
10. Pleat JM, Dunkin CS, Davies CE, Ripley RM, Tyler MP. Prospective survey of factors affecting risk discussion during consent in a surgical specialty. *Br J Surg.* 2004 Oct;91(10):1377-80.
11. Suhonen R, Nenonen H, Laukka A, Valimäki M. Patients' informational needs and information received do not correspond in hospital. *J Clin Nurs.* 2005 Nov;14(10):1167-76.
12. Lithner M, Zilling T. Pre- and postoperative information needs. *Patient Educ Couns.* 2000 Apr;40(1):29-37.
13. Epstein RM, Alper BS, Quill TE. Communicating evidence for participatory decision making. *Jama.* 2004 May 19;291(19):2359-66.
14. Hoffmann M, Hammar M, Kjellgren KI, Lindh-Astrand L, Ahlner J. Risk communication in consultations about hormone therapy in the menopause: concordance in risk assessment and framing due to the context. *Climacteric.* 2006 Oct;9(5):347-54.
15. Braddock CH, 3rd, Edwards KA, Hasenberg NM, Laidley TL, Levinson W. Informed decision making in outpatient practice: time to get back to basics. *Jama.* 1999 Dec 22-29;282(24):2313-20. ■

Forskningsmiljoner till SFOG-forskare!

FAS (Forskningsrådet för Arbetsliv och Socialvetenskap) satsar mer än 86 miljoner kr på forskning om kvinnors hälsa under en fyraårsperiod. Sjuttion projekt vid olika universitet och högskolor delar på pengarna. Tre projekt går till forskare i SFOG.

Professor Inger Sundström Poromaa, Uppsala Universitet, Inst för kvinnors och barns hälsa: Reproduktion och psyke 5 360 000

Professor Kristina Gemzell Danielsson, Karolinska Institutet, Inst för kvinnors och barns hälsa: Studier av kvinnlig fertilitet och utveckling av metoder för fertilitetsreglering 8 375 000

Docent Birgitta Essén, Uppsala Universitet, Inst för kvinnors och barns hälsa /Lunds universitet, Inst för kliniska vetenskaper, Malmö, Barn/Urologi/Kvinnosjukvård/Endokrinologi: Mödradödlighet i ett migrationsperspektiv – dödsorsaker och sociokulturella faktorerens betydelse inom vården av afrikanska kvinnor 3 874 000

SFOG önskar lycka till! ■

Vad händer 25–29 augusti?

Se omslagets baksida.

Foto: Länsstyrelsen Västra Götalands län

Har Du svårt att se uppdateringar på vår hemsida?

Några av våra medlemmar har hört av sig med anledning av hemsidan och berättat att det är svårt att se de senaste uppdateringarna. Det kan till exempel ställa till med svårigheter om man vill hitta kurser eller annat som är tillgängligt från hemsidan. Problemet ligger oftast i att våra sjukhus har brandväggar och andra system som förlångsammare uppdateringar, bland annat genom att spara äldre versioner av hemsidan som sedan visas upp för användaren. Ibland kan det lösas genom att man uppdaterar sidan med tangent F5, ibland fungerar inte det heller. Tyvärr finns det inte mycket att göra då och vi rekommenderar användarna att istället besöka hemsidan från en dator utanför sjukhuset, de allra flesta får upp en helt aktuell hemsida på sin hemdator.

Vi återkommer om vi finner någon annan bättre lösning.

Måns Edlund, webmaster

Jeanette Swartz, SFOGs kansli ■

RÄTTELSE

Mikrogram blev milligram i cybervärlden

I förra numret var tryckfelsniss framme. I artikeln ”Från sängbunden mamma och instrumentell förlossning till stå-upp-epidural” sid 22- 25 blev mikrogram omvandlat till milligram.

Doser och koncentration av sufentanyl och fenatanyl skall naturligtvis vara i mikrogram och inget annat.

Red. ■

Specialistskrivning

Obstetrik och gynekologi

2008

Skrivningen består av kortare eller längre s.k. MEQ (modified essay questions) frågor, vissa med inslag av faktafrågor. Totalt omfattar skrivningen 100 poäng. Poäng per fråga anges nedan. Skrivningstid 6 timmar.

Frågor och svar är sammanställda i Medlemsbladet av utrymmestekniska skäl. MVH journal till fråga 3, CTG-kurvor till fråga 5 och foto till fråga 10 finns på hemsidan där hela skrivningen i original finns (Red.).

Frågorna ser ut så här:

Informationen står med: vanlig stil

Svaret på föregående fråga med: kursiv stil

Den nya frågan med: fet stil

Lycka till!

Fråga 1

En 29-årig I-gravida i vecka 37 ringer till dig som förlossningsjour och berättar att hon har frossa, muskelsmärter och allmän sjukdomskänsla.

Vad mera vill du veta från kvinnan? Hur länge har hon haft symptomen? Har hon ont någon annanstans än i musklerna? Har andra i familjen liknande symptom?

Svar:

Hon har haft symptomen några timmar. Hon har ont över livmodern. Ingen annan i familjen känner sig sjuk.

Vad råder du henne att göra? 1p

Svar:

Du råder henne att komma in till förlossningen för undersökning.

Vid ankomst till förlossningen en halvtimme senare har hon värkar med 5 minuters mellanrum och känner sig febrig. Cervix öppningsgrad är 3 cm. Temperaturen är 39,5.

Vilka infektioner inkluderar du i dina differentialdiagnoser? 2p

Svar:

Influensa, chorionamnionit, pyelonefrit.

Vad gör du för att komma närmare diagnosen? 2p

Svar:

Du palperar uterus samt njurlogerna och tittar patienten ned i halsen. Du begär ett urinprov för undersökning med urinsticka för nitrit och mikroskopering av sediment.

Uterus är onormalt palpationsöm. Övriga fynd är negativa.

Vilka prover tar du? 0,5p

Vad ordinerar du? 0,5p

Förklara varför? 1p

Svar:

Odlingsprov tas för GBS från vagina och rektum. Urin skickas för allmän odling. Eftersom patienten har etablerat värkarbete, är palpationsöm över uterus och har feber tydande på chorionamnionit ordinerar du ett antibiotikum som är aktivt mot GBS (t. ex ampicillin, benzylpenicillin) i infusion.

En timma efter antibiotikabehandlingen påbörjats tillkallas du p g a avvikande CTG. Kurvan visar bradykardi med upphävd korttidsvariabilitet. Cervix är fullvidgad och huvudet står mot bäckenbotten. Du lägger en utgångsklocka och fostret framskaffas efter två värksynkrona dragningar. Barnet kommer ut slappt och hämtar sig aldrig trots intensivvård. Det avlider i GBS-sepsis.

Internationellt används huvudsakligen två profylaktiska upplägg att minska risken för neonatal GBS-sepsis. Beskriv de två och kommentera insatt behandling i ovanstående fall. 2p

Svar:

Ett upplägg går ut på att vaginalodla alla gravida kvinnor för GBS i vecka 35-36 och under förlossningen behandla de som var GBS-positiv med antibiotika. Ett annat upp-

lägg går ut på att, i stället för att odla, under förlossningen behandla alla som har vissa riskfaktorer för att barnet ska få GBS-sepsis, dvs de med prematur förlossning, feber under förlossningen, vattenavgång längre än 19-20 timmar, tidigare född barn som fick GBS-sepsis, samt under graviditeten varit odlingspositiv i urinen. För att antibiotikaprofylaxen skall få full effekt behöver infusionen pågått minst 4 timmar innan förlossningen. I ovanstående fall var barnet sannolikt infekterad redan innan antibiotika gavs.

Fråga 2

En 28-årig förstföderska med genomsnittlig kroppsstorlek kommer till Dig på specialist MVC. Hon kommer från dateringsultraljud med en graviditetenslängd av 18 veckor + 3 dagar enligt SM som är regelbundna (3-4/28). Enligt ultraljudsundersökningen är dock graviditetenslängden endast 16 veckor + 1 dag. Hon uppger sig i övrigt vara frisk. Äter inga mediciner förutom järntabletter, som hon började med för några dagar sedan. Blodtryck 135/80. Urinprov negativt för protein och glukos. Blodsocker i fasta 5.8 mmol/ml. Hb 106.

Vad frågar Du kvinnan om samt vad informerar Du henne om? 2p

Vilken/vilka undersökning(ar) föranstaltar Du om? 2p

Svar:

Fråga ytterligare om menstruationsanamnes. Regelbundenhet? Tidpunkter för konceptionsmöjligheter? Att det är en diskrepans mellan gravlängden enligt amenorrhé och ultraljudsdatering på 16 dagar och att man därför inte kan utesluta en tidig tillväxthämning. Risken för detta ökar om hon har helt regelbundna menses och tror sig vara säker på konceptionsdatum. Ordnar med nytt u-ljud om 2-3 v.

Hon berättar att hon har helt regelbundna menses och att hon är övertygad om att hon blev gravid på dag 16 räknat från SM's första dag. Hon går på ultraljud tre veckor efter den förra undersökningen och är således då 21 veckor + 3 dagar gången enligt amenorré. Enligt ultraljud motsvarar graviditetens längden 18 veckor + 6 dagar. Läkaren undersöker också fostret som inte uppvisar några synliga missbildningar. Foster-vattenmängd väsentligen normal. Eftersom fostret har vuxit tämligen normalt med normal foster-vattenmängd och inga missbildningar kan ses, ordnar Du med ny ultraljudsundersökning samt återbesök till Dig om 4 veckor.

Ny undersökning görs efter 25 veckor + 6 dagar. Foster-vikt skattas till 561 gram, vilket är -39% deviation från förväntad vikt (motsvarar -3.5 standardavvikelse). Foster-vattenmängd fortfarande normal. Umbilikal doppler visar BFK1.

Vad gör Du? 2p

Svar:

P.g.a den uttalade tillväxthämningen tar Du upp frågan om amniocentes för karyotypbestämning och virusundersökning samt ordnar med ny viktskattning. Doppler och CTG om 2 veckor.

Patienten genomgår en amniocentes 2 dagar senare. Ytterligare 5 dagar senare när graviditeten nått 26 veckor + 6 dagar fås resultatet som visar kromosomuppsättning 45X0. När patienten får höra detta säger hon spontant att hon vill avbryta graviditeten.

Vad kallas denna kromosomavvikelse för och vad svarar Du patienten? 2p

Svar:

Turners syndrom. För sent att göra abort. Turners syndrom är en relativt "benign" kromosomanomali. Kan oftast leva ett helt normalt liv. Ökad risk för missbildningar, men några sådan har man ju inte sett.

Patienten accepterar detta. Följs med tillväxtultraljud, Doppler, foster-vattenmängd samt CTG varannan vecka. Uppvisar en tämligen konstant viktavvikelse på drygt -40%. Umbilikal artärdoppler BFK0-BFK1. Ingen redistribution till art. cerebri media. Foster-vattenmängd normal och CTG u.a. Ultraljud 36 veckor + 0 dagar: 1900 gram (-40%)

Inkommer till förlossningen efter 36 veckor + 5 dagar med 2-3 kontraktioner/10 minuter sedan tre timmar. F.f.d huvud. Cervix i det närmaste utplånad. Y.m.m. öppen drygt 2 cm. CTG: basalfrekvens 155, variabilitet väsentligen normal. I samband med de flesta värkar ses sena decelerationer ned till cirka 130.

Vad gör Du? 2p

Svar:

Sectio inom 30 minuter.

Fråga 3

Du har mödravård och träffar Stina Lundström som väntar sitt första barn. Hon är nu i graviditetsvecka 31. Barnmorskan har hänvisat henne till dig eftersom hon känner sig extremt trött och hängig. Bifogat finner du Stinas MVC-journal.

Med tanke på Stinas symtom - vad är relevant att titta efter i MVC-journalen? 2p

Vad vill du fråga henne mer? 1p

Svar:

MHV 1: Sjukdomar, hereditet, yrke.

MHV 2: Hb, p-glukos, urinprover, blodtryck, vikt, sf-mått.

Andra symtom som smärtor, andfäddhet, yrsel, törst, infektionssymtom, kräkningar/illamående.

Stressigt på jobbet? Problem hemma? Sömnsvårigheter? Oro, nedstämdhet?

Stina berättar att hon har känt sig väldigt törstig och lite illamående de senaste dagarna. Hon oroar sig en del för förlossningen och har svårt att somna på kvällen trots att hon är trött. Det är svårt att sköta jobbet.

Rutinproverna idag visar protein +1 och glukos +1. Blodtryck 145/88. Vikt 105 kg. Fosterljud 134.

Vilka ytterligare undersökningar/prover vill du göra? 2p

Svar:

Allmän kroppsundersökning inkl. hjärta/lungor. Blodstatus, CRP och järnstatus. Oral glukosbelastning måste göras snarast (borde ha gjorts tidigare).

Du hittar inget avvikande i status. Under dagen får du svar på blodstatus som visar LPK 10, 2, CRP 22, Hb 102, S-järn strax nedom nedre normalgränsen. Stina får en tid för OGTT redan nästa dag och den

visar: Fastevärde 7,0 mmol/l och 2-timmarsvärde 12,3 mmol/l.

Hur bedömer du glukosbelastningen? 1p
Vad gör du nu? 1p

Svar:

Glukosbelastningen är onormal och tyder på en graviditetsdiabetes.

Du tar kontakt med Stina och informerar (helst vid ett besök). Kopplar in diabetisläkare/sköterska och dietist. Instruktioner om egna blodglukosmätningar.

Remiss till ultraljud av barnet. Kontrollerar att Stina har järnbehandling.

Stina har en graviditetsdiabetes. Du ordnar ett besök tillsammans med diabetessköterskan där ni tillsammans informerar och hon får lära sig att själv kontrollera blodssockret. Därefter får Stina en remiss till dietisten. Ultraljudet, som du själv utför, visar normal tillväxt och flöde. Slutligen sjukskriver du Stina 50%.

Stina kommer på nästa besök till dej efter 3 veckor. Hon tycker att det går bra att mäta blodssockret och att hålla diet. Däremot är hon orolig över vad hennes graviditetsdiabetes betyder för barnet och henne själv.

Alla MVC-kontroller är normala men hon lämnade en urinodling förra veckan och den visade signifikant växt av E. coli. Hon har inga miktionsbesvär.

Vad gör du med tanke på urinodlings-svaret? 1p

Vilka parametrar kommer att kontrolleras under resten av graviditeten med tanke på komplikationsrisker? 1p

Hur stor är risken för Stina att själv få en typ 2-diabetes i framtiden? 1p

Svar:

Tar en ny urinodling och om denna visar växt av samma bakterier behandlar jag med antibiotika, t.ex. mecillinam, cefadroxil eller nitrofurantoin. Kontrollodling efter avslutad behandling.

Barnets tillväxt kommer att kontrolleras med ultraljud regelbundet. Vid MVC-kontrollerna läggs särskild vikt vid p-glucos, HbA1C, urinodlingar och urinprotein.

Risken för Stina att själv få en typ 2-diabetes är 10-15% första året och 60% inom 20 år.

Stina får behandling med nitrofurantoin 50 mg x 3 i 5 dagar. Kontrollodlingen är

därefter negativ. Resten av graviditeten förlöper komplikationsfritt och Stina sköter sin graviditetsdiabetes bra. Hon föder spontant i v. 39 och barnet har en lindrig hypoglykemi men mår därefter bra.

Fråga 4

En 36-årig kvinna kommer till din läkarmottagning på MVC. Hon är II-gravida, I-para. PN för 8 år sedan. Frisk. Kvinnan är nu gravid i vecka 10 enligt SM och kommer för att få diskutera fosterdiagnostik då hon har en väninna som för tre år sedan fick ett barn med morbus Down vilket gjort att hon har en ökad medvetenhet kring detta.

Vad är hennes åldersrisk för att föda ett barn med morbus Down? 0,5p

Vilken typ av kromosomavvikelse är det som ökar med kvinnans ålder? 0,5p

Svar:

30 år 1/1000, 40 år 1/100 medför knappt 0,5%

Risken för fetal trisomi

Du talar om för henne att åldersrisken är cirka 0,5%. Kvinnan berättar att hon egentligen inte vill ta några risker med ett test för fosterdiagnostik och undrar vilka metoder som finns och hur tillförlitliga de i så fall är.

Nämn tre olika screeningmetoder för kromosomavvikelse och deras sensitivitet för trisomi 21. 3p

Vad betyder begreppen sensitivitet och specificitet? 1p

Svar:

Fetal nackkuppklarningsmätning (NUPP) i kombination med kvinnans ålder.

Sensitivitet 62-93%.

CUB= kombinerat ultraljud och biokemi (NUPP + ålder+PAPP-A, fritt β -hCG)

Sensitivitet 77-93%

2-4 serum screening + kvinnans ålder (dubbeltest) (trippeltest) (quadrupel test)

Sensitivitet 70-84%

Sensitivitet= andelen med sjukdom som har positiv test

Specificitet= andelen utan sjukdom som har negativ test

Du berättar att de tester som finns (NUPP, CUB, biokemi, screeningtester) understryker att möjligheten till fosterdiagnostik är ett erbjudande och givetvis frivilligt. De etiska överväganden vid fosterdiagnostik kan vara svåra.

Vilka är de fyra etiska grundprinciperna som gäller all sjukvård? 2p

Svar:

Autonomiprincipen, godhetsprincipen, lidandeprincipen, rättvisprincipen.

Patienten har uppfattat att de tester du nämnt är riskbedömningar. Om hon nu inte skulle kunna acceptera en riskbedömning utan vill veta så säkert som möjligt om fostret har en kromosomavvikelse.

Vad finns det då för möjligheter i tidig graviditet? 0,5p

Svar:

Amniocentes, korionvillibiopsi

Du informerar om amniocentes och korionvillibiopsi.

Vad är riskerna med dessa metoder och i vilken graviditetslängd bör de utföras? 1p

Svar:

0,5-1% missfallsrisk.

Amniocentes efter vecka 15, korionvillibiopsi vecka 10-11.

Hon tycker att du har informerat henne bra och önskar få en remiss för CUB och undrar när i graviditeten detta skall göras.

Vad svarar Du? 0,5p

Svar:

Vecka 11-14

Hon genomgår CUB på centralsjukhuset och visar ha en risk på 1/120.

Vad innebär detta? 0,5p

Vad erbjuder du? 0,5p

Svar:

Screening med CUB påvisar högre risk för fetal kromosomavvikelse än hennes åldersrisk. Erbjuder diagnostisk metod med fetal kromosomavvikelse= amniocentes efter vecka 15.

Fråga 5

25-årig förstföderska med normal graviditet. Vid kontroller hos barnmorskan har symfys-fundus mätningarna varit i överkant. Inkommer till förlossningsavdelningen i vecka 40 + 2 med värkar och vattenavgång.

Hur undersöker Du henne vid inkomsten? 1p

Svar:

Yttre och inre palpation, CTG-undersökning

Kvinnan ifråga har ett regelbundet värkarbete. P g a smärtsamma sammandragningar erhåller hon en epidural. Efter 14 timmars värkarbete är cervix fullvidgad

och huvudet har trängt ned till spinae. Man ser nu ett förändrat CTG-mönster. På dessa två registreringar så finns ett CTG-mönster vid inkomsten och ett efter 14 timmars värkarbete.

Hur har CTG förändrats? 1p

Vad ska man göra i en sådan här situation? 2p

Svar:

Tidigare CTG: normal basalfrekvens, god korttidsvariabilitet och accelerationer. Efter 14 timmar visar CTG förhöjd basalfrekvens, nedsatt korttidsvariabilitet och decelerationer. Ta skalpblodprov

Den handläggande läkaren beslöt sig för att ta skalpblodprov p g a avvikande CTG-mönster. pH i skalpblod var 7,09.

Vilka åtgärder är lämpliga att göra i denna situation? 2p

Svar:

Besluta sig för att förlösa patienten. Låta patienten fasta och ha sectio beredskap.

Den handläggande läkaren beslöt om vakuumentextraktion p g a misstanke om asfyxi.

Vad ska man tänka på innan man beslutar om att extrahera barnet? 1p

Svar:

Det är viktigt att utföra yttre palpation för att kunna bedöma fostrets nedträngande i bäckenet genom att palpera eventuella segment på fosterhuvudet utifrån.

Hon fann efter ett tag att barnet följde dåligt i samband med extraktionen.

Vad kan vara orsaken till det? Vad är lämplig åtgärd i en sådan situation? 2p

Svar:

Sannolikt föreligger en disproportion mellan foster och bäcken som gör att barnet följde dåligt vid extraktionen. Du konverterar till akut kejsarsnitt.

Det hela slutar med att man gör ett akut kejsarsnitt och utan svårigheter kan barnet tas ut och barnet vägde 4700 g. Barnet var taget och erhöll Apgar 4, 6, 8 vid 1, 5 och 10 minuter.

Orsaker till varför barnet är påverkat? 1p

Svar:

Den troligaste orsaken till att barnet är påverkat är att det förelegat en asfyxi. CTG bedömdes patologiskt och pH i skalpblod var 7,09. Normalt pH 7,25. Själva utdrivningsskedet har tagit tid då man först försökt med vakuumentextraktion och konverterat till akut kejsarsnitt.

Fråga 6

Annika 44 år kommer för första gången på g a mensuppehåll i 4 månader. Hon är helt frisk, använder inga mediciner eller preventivmedel.

Vilka diagnoser överväger Du i första hand? 1p.

Vad vill Du undersöka/kontrollera för att komma närmare diagnos? 1p

Svar:

*Graviditet - gravtest ev vaginalt ultraljud
Hormonrubbning - kontrollera T4, TSH, prolaktin och LH, FSH(+ ev vaginalt ultraljud); fråga om symtom associerade till dessa tillstånd*

Perimenopaus - LH, FSH; klimakteriesymtom

Hypotalamisk hämning – viktsvängningar? excessiv träning? Stress? (Utmattnings) depression?

Gravtest är negativ. Hon har svårt att sova på nätterna och känner sig varm ibland på dagarna. Hon känner sig trött och har ned-satt lust.

Vilka är de sannolikaste diagnoserna? 0,5p

Hur ställer Du diagnos? 0,5p

Svar:

Depression, thyroidea sjukdom eller premenstruell menopaus

Diagnos efter noggrannare

Anamnes; t ex svettningar? Varm på vilket sätt? Hur ofta kommer besvären? Svårt att somna? Vaknar varm? Svårt att sova på morgonen? Psykosocial belastning? När kom Din mammalsystrar i klimakteriet? Hur har Du det i livet nu? Liknande besvär tidigare?

Provsvar från lab.

Det visar sig att FSH är 36, LH 12 övriga hormonprover normala. Hon vaknar av svettningar på nätterna och orkar inte vara koncentrerad på dagarna.

Vad föreslår Du för behandling, och vilket/vilka eventuella läkemedel? 1p

Redogör för risker/vinster med behandlingen och vilka biverkningar som är vanligast. 1p

Svar:

Östrogensubstitution + gestagen cykliskt. Rekommenderar även regelbunden fysisk träning (det kan minska besvären).

Risker: 2-3 gånger ökad risk trombos, liten riskökning bröstcancer.

Vinster: bra symtomlindring av övergångsbesvär, bra effekt på vaginalslemhinna, bra effekt på bentiätthet under pågående behandling

Vanliga biverkningar: ömhet i bröstet (huvudvärk, viktpåverkan, bukspänning).

Vilka undersökningar skall Du göra i samband med förskrivning av HRT? 1p

Svar:

Gynekologisk undersökning, kontrollera blodtryck, bröstpalpation, mammografi (samt anamnes angående riskfaktorer för bröstcancer och trombos).

Annika undrar nu över hennes risker för benskörhet om hon nu är i övergångs-åldern.

Redogör för riskfaktorer för fraktur och hur dessa kan förebyggas. 2p

Svar:

Risikfaktorer osteoporos hos Annika:

Inga säkra, ev menopaus före 45 års ålder

Risikfaktorer generellt:

Hög ålder, tidigare lågenergi fraktur, höft- eller kotfraktur hos någon förälder, låg ben-täthet, systemisk glukokortikoid behandling under minst 3 månader.

BMI <20, vikt <55 kg vid genomsnittlängd, rökning, mer än 5 kg i vikt-förlust sista året, inaktivitet, ökad fallbenägenhet.

Rekommendera adekvat födo-intag inkluderande calcium och D-vitamin.

Regelbunden motion för att belasta skelettet och bygga upp muskelstyrka och koordination.

Undvika riskfaktorer enligt ovan.

Hur ställs diagnosen osteoporos? 1p

Svar:

Bentäthet 2,5 SD eller mer under medelvärdet för friska unga vuxna kvinnor (T-score $\leq -2,5$) mätt med DXA i höft eller rygg.

Redogör för nuvarande rekommendationer när det gäller östrogensubstitution som behandling mot osteoporos. 1p

Svar:

Förebyggande av osteoporos hos postmenopausal kvinna med hög risk för framtida fraktur, om hon inte tål eller har kontraindikationer mot andra läkemedel godkända för att förebygga osteoporos.

Fråga 7

35-årig kvinna söker akut med sparsam blödning och lätt buksmärta. Graviditetstest som hon utfört i hemmet för en vecka sedan var svagt positivt. Vaginalt ultraljud visar ett förtjockat endometrium med lite växlande ekogenitet och en vätskespalt nertill.

Vad saknas i anamnes och status för att kunna göra en adekvat bedömning? 2p

Hon hade en PN 98 och har nu barnnöskemål i ny relation. Hon är frisk men hade en period med recidiverande UVI och candida för något år sedan. SM för 4 v. sedan var något försenad och sparsammare än vanligt. Mensintervallen kan bli upp till 35 dagar långa. Hon har haft bröstspänningar av och till sedan 4 veckor. Småblödningarna har pågått i 2 veckor av och till liksom molvärken som sitter ovan symfyssen och något till vä i magen. Det föreligger sparsam brun flytning och måttlig ömhet över uterus och åt vä sida. Vid ultraljudsundersökningen syns också en 2 cm stor corpus luteum cysta på vä sida och lite fri vätska.

Vad uppskattar du graviditetens längden till och varför? 0,5p

Hur handlägger du fallet? 0,5p

Vilka prover tar du? 0,5p

Vilken information får patienten? 0,5p

Graviditetens längden är oklar. Kan som minst vara i 3-4 v räknat från SM (svagt pos grav.test). Då sista mens var något avvikande kan graviditeten dock vara 7-8 veckor från förra månadens mens. Graviditetstest i urin på mottagningen är klart positivt. Hb är 120 och blodgruppen 0 neg. Serum hCG tages. Ultraljudsfyndet och pat. ålder talar för tidigt missfall. Inga säkra riskfaktorer för extrauterin graviditet finns utom en möjlig infektionsperiod för ett år sedan. Pat informeras om att grav längden är osäker och att du inte helt kan utesluta utomkvedshavandeskap varför nytt s-hcg och ultraljud planeras. Då det är fredag och patienten mår relativt bra planeras detta till måndag 3 dagar senare. Pat uppmanas återkomma vid ökad smärta. På måndag eftermiddag har du svar på dina 2 s-hCG som stigit från 600-900 IE. Pat mår som tidigare och flytningen har upphört. Nytt ulj visar en ojämn upplärning på 6-7 mm i nedre delen av endometriet och ingen fri vätska.

Hur resonerar du och hur blir fortsatt handläggning? 2p Behöver anti-D ges?

Svar:

Utifrån otillräcklig s-hCG stegring och dif-fust ulj-fynd bedömer du att det är en patologisk graviditet med största sannolikhet en "missad abortion" tidigt missfall med kvarstående trofoblast. Pat allmäntillstånd är gott och några smärtattacker har ej inträffat. Du föreslår därför att ni avvaktar spontant förlopp ytterligare minst 1v. då ultraljudsbilden inte ger entydigt besked. Risk för Rh-immunisering är försumbar varför man avstår från sådan profylax. Pga av den tidigare x-misstanken tas dock ytterligare ett s-hCG. Vid återbesöket är s-hcg 700 och ultraljudsbilden identisk med den vid föregående tillfälle.

Vad gör du nu? 2p

Du anser nu att det med största sannolikhet rör sig om ett inkomplett missfall. Du föreslår därför att man försöker framkalla ett komplett missfall med prostaglandin vaginalt. Pat informeras om att detta kan framkalla blödning och smärta men att hon får smärtstillande i tablettform med sig hem och återbesök inom en vecka för att kontrollera att

livmodern är tom. Pat vill inte vänta mera utan önskar genomgå exaeres. Vid exaeren skickas dock materialet på PAD pga av tidigare x-misstanke och svaret blir "riktigt med regressivt förändrat decidua". Vid telefonkontakt 1 v efter ingreppet mår dock patienten bra och har endast sparsam blödning och ingen smärta och jobbar som vanligt.

Kan fallet avslutas? Motivera 2p

Svar:

Nej på grund av oklarheten i graviditetens längd och nu bristande stöd för missfall i PAD måste man kontrollera att s-hCG försvinner. Då pat mår bra kan man vänta 1 v med s-hCG som skall följas till under 20 IE = negativt svar. Med tanke på den kliniskt svaga misstanken kan ett gravtest som är negativt accepteras om pat. är fortsatt symptomfri.

Fråga 8

Ett par, en 25-årig man, säljare, och en 25-årig kvinna, ekonom, söker för barnlöshet. Hon är 1 gravida med en legal abort i tonåren. Sedan aborten har hon stått på p-piller och haft regelbunden mens. Hon är frisk men hade en period i samband med studenten när hon minskade kraftigt i vikt. När de båda ville ha barn slutade hon med p-piller för ett knappt år sedan och har sedan dess inte fått mens. Han är frisk och tränar på gym 5 dagar i veckan.

Vad är av betydelse i anamnesen? 1p Hur startar du den basala utredningen (obs. gör den stegvis)? 1p

Svar:

Viktminskningen kan ge hypotalamisk störning. Legala aborten är observandum när det gäller möjlig endometrie och tubarskada. Regelbunden bortfallsblödning talar emot endometrieskada. Ultraljud visar en 4 mm tjock slemhinna och flera jämt fördelade små folliklar i båda ovarierna. BMI = 18.5. Chlamydia serologi och antikroppstest är negativa. Du börjar med gestagen test som resulterar i en svagt rosa flytning men ej mens. Då han tränar väldigt mycket frågar du om han tar något preparat för att förbättra träningseffekten vilket han gör men vet inte riktigt vad det innehåller. Spermaprovet (basalt) visar ett lågt antal spermier på 10 miljoner totalt. (ref >20 milj/ml)

Vad är nästa steg i utredningen för kvinnan resp. mannen? 3p

Svar:

Kvinnan: s-prolaktin är 30mg/l (ref <20), FSH är normalt lågt, TSH är 2.5mE/l (ref 0.5-3.4) Hon har fortfarande inte fått mens. Du informerar om denna låga viktens möjliga inverkan på hormoner och fertilitet. Informerar om balans mellan kaloriintag och motion. Om möjligt remiss till dietist. Mannen: Uppmanas sluta med det preparat han tar och lämna nytt spermprov efter 3 mån. Mannens spermprov uppvisar efter 3 månader nu i ett prov innehållande 3 ml, 50 miljoner spermier totalt med rörlighetsgrad 2.5 (av max 4)

Vilka åtgärder med kvinnan är nästa steg? 2p

Svar:

Då spermprovet är klart förbättrat får kvinnan genomgå kavitetsundersökning och passageundersökning som visar normal kavitet med tunna slemhinnor och fri passage bilateralt. Östrogen + gestagen ger normal bortfallsblödning. Ny kontroll av prolaktin visar samma värde trots vila i samband med provtagningen. Kvinnans BMI ligger nu strax över 19.

Vad erbjuder du nu för behandling? (Resonera med paret.) 2p

Svar:

Båda är unga och barnlösheten har nu varat drygt ett år. Oavsett IVF väntetider i din region föreslår du ägglossningsstimulerande behandling till kvinnan och i första hand ett försök med clomifencitrat med kontroll av ovulation. Du sätter också in en låg dos Pravidel en halv tablett ggr 2 vilket normaliserar prolaktin nivån. Efter höjning till dubbel dos clomifencitrat har kvinnan vare sig fått mens eller tecken på ägglossning på LH-sticka. Du har nu försökt totalt 2 cykler.

Vad blir nu din fortsatta åtgärd? Motivera 1p

Svar:

Du överväger att höja clomifencitratdosen till trippeldos men tror trots allt att hennes anorexiperiod kan ha gett en permanent hypotalamisk störning och avslutar försöket med clomifenstimulering. Remiss till Fertilitets/IVF enhet för Gonadotropinstimulering alternativt IVF. Informera om att Gonadotropinstimuleringsbehandling vid fortsatt förbättrat spermprov har god prognos. Här har givetvis parets önskemål om typ av behandling samt väntetider till IVF betydelse.

Fråga 9

Ingrid är 32 år gammal och har en känd endometrios. Vid 16 års ålder började hon besvär av svår dysmenorre. Besvären tilltog och sedan 20-årsåldern har hon haft ont mer eller mindre hela tiden. I övrigt är hon frisk, slank, icke rökare, ingen here-ditet för bröstcancer, gynekologisk cancer eller djup ventrombos.

a) Vad är endometrios (histopatologiskt)? 0,5p

b) Hur diagnostiseras endometrios? 0,5p

c) Hur stor andel av kvinnor i fertil ålder har endometrios? 0,5p

d) Vilka är de vanligaste lokaliseringarna för endometrios? 0,5p

Svar:

a) Endometriekörtlar med omgivande stroma som befinner sig utanför livmoderhålan.

b) Visuellt då van operatör ser ett flertal typiska förändringar och/eller PAD på biopsi.

c) Ungefär 10%.

d) Peritoneum i lilla bäckenet, ovarier, sakrouterinligament, rektum, urinblåsa, fossa Douglasi.

Vid 26 års ålder genomgår hon sin första laparoskopi. I samband med den ses ett flertal förändringar som ser ut som endometrioslesioner. Hon får nu sin diagnos.

a) Vilka olika typer av endometrioslesioner finns det? 1p

b) Hur ser olika typer av lesioner ut vid laparoskopi? 1p

c) Vilka indirekta tecken till endometrios kan man se vid laparoskopi? 1p

Svar:

a) Peritoneala lesioner: små vesikler (unga lesioner), röda lesioner, svarta lesioner, ärr och fenestreringar av peritoneum. Djupa lesioner. Ovarialendometrios. Endometrios utanför bukhålan.

b) Peritoneala lesioner ser ut som de beskrivits ovan, små vesikler är som regel högst ett par millimeter stora och svåra att se, röda och svarta lesioner är som regel några millimeter stora och lätta att se. Ärr ser ut som vita ytor av fibros. Fenestreringar är som regel 5-10 mm stora ofta ovala öppningar i peritoneum där nästa nivå ligger någon till några millimeter djupare. Ovarialendometriom ses som cystiska uppdrivningar av ovarierna och när de rupturerar tömmas sig ett brunaktigt innehåll. Djupa lesioner kan liksom endometrios utanför bukhålan inte ses vid laparoskopi.

c) Peritoneum som ger ett inflammerat intryck (rodnad, rikligt med kärl) samt adherenser.

I samband med laparoskopin ser operatören ett flertal typiska endometriosförändringar i peritoneum, tunntarm som sitter med adherenser mot höger ovarium och ett misstänkt högersidigt ovarialendometriom.

Vilka kirurgiska åtgärder bör den relativt erfarna operatören vidta? 2p

Svar:

Lös adherenser inom det planerade operationsfältet. Ta bort eller destruera all synlig och åtkomlig peritonealendometrios samt enukleera ovarialendometriomet. Målet är att all synlig endometrios skall vara åtgärdad.

Ovanstående kirurgiska åtgärder utförs lyckosamt och all synlig endometrios destruerades eller togs bort. Du har nu fått i uppgift att skriva ut patienten som vårdats ett dygn efter operationen. Att patienten stannade kvar var för postoperativ smärtlindring.

a) Vilken/vilka mekanismer ligger bakom den smärta som utlöses av endometrios? 1p

b) Mot bakgrund av denna kunskap, vilken/vilka smärtlindrande medicinering förskriver du och hur skall den/de tas? 0,5p

Svar:

a) Inflammation ligger bakom smärtskänsligheten hos kvinnor med endometrios. Får processen fortgå tillräckligt lång tid så uppkommer ett kroniskt smärtsyndrom med pålagring av kognitions- och affektionsstörningar, ökat sympatikuspåslag och sömnstörningar.

b) NSAID är centralt vid lindring av endometriosrelaterad smärta. Bör förskrivas kontinuerligt under några veckors tid för att utnyttja den antiinflammatoriska effekten. Kan därefter tas vid behov. Paracetamol bör användas kontinuerligt. Undvika preparat som är vanebildande.

I samband med utskrivningen diskuteras också långsiktig hormonell behandling.

a) Vad beträffande menstruationscykeln vill man uppnå med den behandlingen? 0,5p

b) Hur kan detta uppnås och vilken regim förordar du? 1p

Svar:

a) Amenorre

b) P-piller kontinuerligt, monofasiska, gestagendominerade. Gestagen kontinuerligt (tabletter, p-spruta eller Levonova). GnRH-analog. I första hand bör p-piller kontinuerligt rekommenderas i detta fall.

Fråga 10

65-årig kvinna söker med mer än 5 års anamnes på tilltagande allt svårare klåda i underlivet framförallt nattetid. Svårt att ha samlag då det känns trångt och gör ont. Lokal östrogenbehandling hjälper ej. Ange en möjlig differentialdiagnos? 1p
Hur säkerställer du diagnosen? 1p
Vilken behandling ordinerar du? 2 p

Svar:

Troligen rör det sig om Lichen Sclerosus (et Atrophicus) – LSA. En möjlig differentialdiagnos kan vara eksem/dermatit (neurodermit, lichen simplex). För att säkerställa diagnosen tar du stansbiopsi och PAD bekräftar LSA. Patienten ordinerar långvarig behandling med grupp IV steroid kräm i schema med nedtrappning.

Vid kontroll efter 2 månader är hon klart förbättrad och bokas för kontroll om ett år. Uteblir och dyker upp först efter 3 år, varvid man finner:

Trolig diagnos? (1p)

Ungefär hur stor är risken för denna komplikation vid LSA? (1p)

Svar:

Misstänkt vulvacancer. Risken för malignisering vid LSA är ca 5-10%.

Ungefär hur många fall av vulvacancer diagnostiseras per år i Sverige? (1p)

Vilken är annars den vanligaste etiologiska orsaken till vulvacancer? (1p)

I vilken ålder är vulvacancer vanligast? (1)

Svar:

Det diagnostiseras ca 120 fall av vulvacancer per år i Sverige. Infektion med HPV-virus anses vara den vanligaste orsaken. Medelåldern för insjuknande är 70 år. ■

M. är en patient, och jag är en läkare, och sällan träffas vi två (mycket fritt efter Kipling)

Vid senaste mottagningsbesöket anmärkte M., aningen sarkastiskt, att hon verkligen hade sett fram emot denna audiens, men trodde att det skulle vara lättare att få en tid med kungen. Så beskrev hon ingående alla de samtal som föregått detta vårt möte. Hon hade det bestämda intrycket att sköterskorna på alla sätt försökte försvåra hennes besök genom att hela tiden upprepa att jag inte hade några mottagningstider. M. kunde komma vilken veckodag som helst, för- eller eftermiddag spelade ingen roll. Inga tider. Nästa vecka då, eller nästa...? Inga tider.

Eftersom M. vet att jag arbetar heltid fann hon detta märkligt och undrade försynt vad jag egentligen gjorde, eftersom det *aldrig* fanns några tider.

Frånsett det faktum att jag den mesta tiden är på förlossningen och tittar på CTG-kurvor och lägger in ballongkatetrar, så förstår jag att M. var mycket undrande. Hon är själv lärare, och blir stolt när elever och föräldrar söker sig till hennes skola för att den har ett gott rykte.

Riktigt så ser vi ju inte på saken i landstingsvärlden.

Först fick jag förstås börja med att försvara våra duktiga sjuksköterskor, som inte svarar så av lättja eller ovilja, utan för att det faktiskt inte finns några tider. Följdfrågan, *varför* det inte finns tider, är mycket svårare att besvara.

På min klinik pågår ett ihärdigt arbete för att minska tillgängligheten. Detta ska ge oss en budget i balans. Antalet

mottagningsbesök ska i år minska med 20%, och vi ska i fortsättningen göra ”rätt” saker. (För dem av oss som trodde att vi också tidigare gjorde rätt och betydelsefulla saker blir det aningen förvirrat, men vi får ju lära oss att tänka om. Om just detta kommer att få budgeten i balans får väl tiden utvisa, men jag tillåter mig att tvivla.)

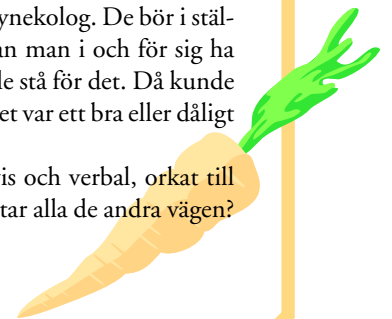
För en begåvad patient som M. är detta mycket märkligt. Hon efterfrågar 30 minuter varje år och vi har under åren byggt upp en relation som hon tycker att hon är nöjd med, och nu upplever hon att vi försöker att motarbeta hennes försök att få kontakt.

Hon påminde om den tiden när vi hade kvällsmottagningar, men det var när vi hade en helt annan sjukhusledning, som då strävade efter att ÖKA tillgängligheten. M. var inte helt nöjd med min förklaring.

I mitt landsting tycker alltså politikerna att det är alltför lätt för kvinnor att få träffa en gynekolog. De bör i stället gå till en distriktsläkare. Det kan man i och för sig ha respekt för, om politikerna bara ville stå för det. Då kunde kvinnor i val visa om de tyckte att det var ett bra eller dåligt förslag.

En patient som M., som är envis och verbal, orkat till sist ta sig förbi spärrarna, men vart tar alla de andra vägen?

Peter Palsternacka



Vintermötet 2008

Den 1:a februari hölls SFOG:s årliga Vintermöte på anrika hotell Rival på Södermalm i Stockholm. Denna gång anordnat av Södersjukhuset. Anmälningssantalet var högt och lokalerna fylldes av förväntansfulla och kunskapsörstande gynekologer från rikets alla hörn. För er som inte kunde närvara kan vi bara beklaga, men här kommer en sammanfattning av dagen.

Först ut på scen var Södersjukhusets Akutmottagningen För Våldtagna Kvinnor (AVK). Detta är en mottagning som startades oktober 2005 och som tar emot alla våldtagna kvinnor från hela Stor-Stockholms län. AVK har två anställda specialister men bemannas på jourtid av Södersjukhusets underläkare. Först började Lena Moegelin, ledningsansvarig läkare, att berätta om statistik från mottagningen. Hon berättade att 1352 kvinnor har sökt mottagningen sedan starten, varav 616 under 2007. Alla kvinnor erbjuds akut omhändertagande, rättsmedicinsk undersökning, hjälp med poliskontakt samt uppföljande kurator/psykolog- samt läkarbesök.

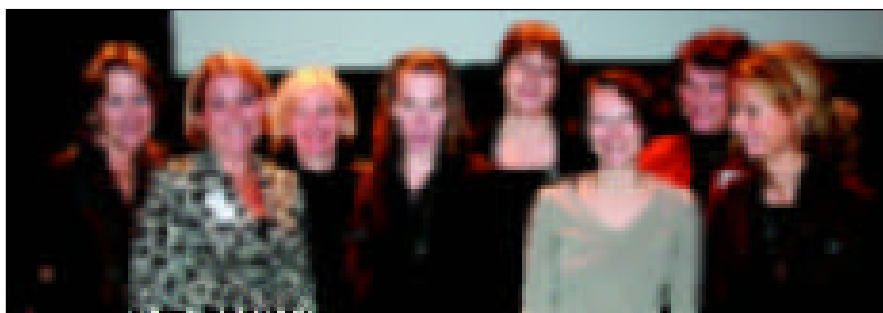
ST-läkare Anna Möller redogjorde sedan med stor övertygelse för underläkarens arbete på AVK. Vi fick en genomgång av undersökningsteknik, skadeförekomst samt tankar kring underläkarnas viktiga arbete.

Docent Lotti Helström berättade till sist om trauma och stress som uppkommer i samband med övergreppen. Hon berättade att många drabbas av långtidseffekter efter sexualövergrepp såsom PTSD, depression, upprepningsrisk samt kroppsliga symptom. Att den psykologiska uppföljningen har blivit bättre efter AVK: s start är således en av de stora vinsterna med en specialiserad mottagning för våldtagna kvinnor.

Efter förmiddagsfika med fruktigt innehåll följde en medley av flera korta föredrag från några av SÖS Kvinnokliniks forskande medarbetare. Moderator för denna session var Charlotta Grünwald, SFOG:s ordförande. Vi fick sammanfattningar från flera forskningsprojekt bl.a. Marie Söderbergs forskning om den svaga bäckenbottens bindväv och Ann Miedels



Lotti Helström, Lena Moegelin samt Anna Möller höll en uppskattad föreläsning om AVK, Akutmottagningen för Våldtagna Kvinnor.



Forskande medarbetare på KK Södersjukhuset. Från vänster: Charlotta Grünwald, Katarina Widén-Pettersson, Marie Söderberg, Marion Ek, Elisabeth Ulén, Carola Holste, Eva Itzel-Wiberg samt Ann Miedel.

sammanställning av symptomlindningsresultat efter prolapsoperationer. Nydisputerade Eva Itzel-Wiberg klargjorde sambandet mellan laktat i fostervatten och värksvaghet. En studie som efter många års idogt arbete och vatteninsamlade på förlossningen givit goda resultat. Flera ST-läkare presenterade också sina forskningsprojekt som man haft som ST-arbeten. Elisabeth Ulén, barnmorska på förloss-

ningen, höll ett fint föredrag om sin forskning angående kvinnors upplevelser vid en normal förlossning.

Eftermiddagen startade allvarligt. Hur kunde det hända? Vad har vi lärt oss? Verksamhetschef Margareta Hammarström berättar om ett händelseförlopp med en svår vårdskada. Utifrån detta initierades en grundlig händelseanalys som bl.a. har lett fram till nya BB-rutiner. En av de

drivande i detta projekt har varit Lotta Luthander, ledningsansvarig läkare för BB. Hon belyste vikten av att alla måste prata samma språk när det gäller patientrapportering såväl inom som mellan olika yrkesgrupper. Vilka verktyg ska vi använda för att identifiera en sjuk patient bland alla "normalförlösta"? Fasta och lättanvända övervakningsparametrar hjälper oss nu att hitta dessa patienter. Överläkare Sophie Berglund fortsatte sedan på ytterligare ett allvarligt tema då hon redovisade sin forskning där hon sammanställt händelseförlopp vid förlossningar där barn föds med hjärnskador. Hon har gått igenom ansökningar till personskaderegleringen angående skadade barn, där man åberopat att felbehandling skett. Sammanfattningsvis har hon visat att brist på övervakningsrutiner, överstimulering med oxytocin samt dåligt samarbete i akuta situationer är de största orsakerna till förlossningsrelaterade hjärnskador hos dessa barn. Innan eftermiddagspausen delade Charlotta Grünwald ut SFOGs diplom för godkänd specialistskrivning till närvarande unga kollegor. De hedrades med varma applåder och en ståtlig ros.

Sist ut på dagens fullspäckade agenda följde ett symposium om den oerhört viktiga bäckenbotten. Moderator Gunilla Tegerstedt belyste med hjälp av kollegorna Gisela Wegnelius och Marie Söderberg detta anatomiskt svåra men viktiga område. Intimkirurgins för- och nackdelar, handläggning av perinealskador och prolapsoperationer diskuterades och en intressant operationsfilm visades. Förlossningsrelaterade bäckenbottensskador är vanliga men kan åtgärdas. En rolig och uppiggande lektion i bäckenbottens styrka och brister hölls av uroterapeut Inger Norlander och många igenkännande fnissningar hördes från auditoriet.

Senare på kvällen begav sig trötta men kunskapspåfyllda deltagare till hotell Clarion för att inta en delikat treätter-smiddag med både magdans och ringdans...

Vid pennan,
ST-läkarna Anna Möller & Sofia Ström,
Södersjukhuset



SFOGs diplomutdelning för godkänd specialistskrivning.



Hur kunde det hända? Forskning kring patientsäkerhetsarbete. Från vänster: Sophie Berglund, Margareta Hammarström, Lotta Luthander, Sissel Saltvedt.



Äran att avsluta dagen fick Inger Norlander, Gisela Wegnelius, Marie Söderberg, Gunilla Tegerstedt som lyfte upp bäckenbotten till ytan.



Komplikationer efter hysterektomi

Komprimerad återrapport från Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi.

Rapporten distribuerad mars, 2008. Endast ett urval av hela rapporten presenteras nedan. Den fullständiga rapporten kan hämtas från www.gynop.org

Sammanfattning

Rapporten bygger på data från 37 kliniker under år 2004-2007. I registret finns data från över 15 000 hysterektomier som utförts under denna period. Efter att sammanställningen rensats från alla som saknar fullständiga komplikationsdata från såväl patienten som läkaren samt alla som utförts p.g.a. elakartade förändringar återstår 11 693 operationer.

Rapporten ger en sammanställning av alla komplikationer så som de angivits och bedömts av patienterna själva och sedan bedömts av behandlande läkare. Naturligtvis finns även de komplikationer med som enbart läkarna rapporterat. Rapporteringen från läkarna har skett i samband med operation och utskrivning, och från patienterna via enkäter 2 månader efter operationen med svarsfrekvens över 97 %. Komplikationerna presenteras ackumulerat så som de uppträder under registreringsperioden.

Alla komplikationer är i någon form ett misslyckande. Det skall dock påpekas att de redovisade komplikationsfrekvenserna är låga sett ur ett internationellt perspektiv. De är även lägre än vad som finns redovisat i randomiserade studier. Svensk rutinsjukvård är i detta avseende världsledande men kan säkerligen bli ännu bättre.

Enligt patienternas rapportering ledde ingreppen i 32 % till lindriga och i 7,2 %

Jan-Henrik Stjern Dahl, docent, överläkare, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
Mats Löfgren, universitetslektor, Norrlands universitetssjukhus, Umeå
Birgitta Renström, registerassistent, Gynop-registret, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

till allvarliga komplikationer. Efter läkarbedömning sjönk frekvenserna till 20 % lindriga och 2,5 % allvarliga komplikationer. När samtliga komplikationer tas med ledde efter läkarbedömning 30 % av operationerna till lindrig komplikation och 4,7 % till allvarlig komplikation. Färre än hälften av komplikationerna upptäcktes under vårdtiden. Rapporten bekräftar betydelsen av att ha en god uppföljning av vad som händer patienten även efter att hon lämnat sjukhuset sedan hon blivit opererad.

Vad är en lindrig resp allvarlig komplikation?

Någon klar definition finns inte utan varje patient och läkare bedömer utifrån sina egna referensramar. För närvarande utarbetas en definition att förankra inom verksamheten.

Grovt sett benämner läkarna en komplikation som allvarlig om den föranlett en fördubbling av förväntad operationstid/vårdtid alt föranlett återinläggning, reoperation, dubblering av sjukskrivningstiden eller orsakat organskada. Lindrig

komplikation har innefattat sådant som ej orsakat något av ovanstående men varit utanför det förväntade och kunnat behandlas polikliniskt.

Patienterna anger ofta som lindrig komplikation täta urinträngningar (efter kateter) eller oväntat stor trötthet efter operationen. Läkarna bedömer ofta inte detta som någon komplikation. 34,9 % av patienterna som uppgett lindrig komplikation har inte heller behövt uppsöka sjukvården för det. Generellt förefaller patienterna värdera komplikationerna utifrån vilka obehag som uppträder medan läkarna mer ser till de medicinska konsekvenserna.

Komplikationer registrerade vid operationstillfället

Allvarliga komplikationer som upptäcks under operationen förekommer endast i några få tiondels procent oavsett vilket organ som drabbas. Vanligaste typen av allvarlig komplikation är kraftig blödning följt av skada på urinblåsan. Resterande typer av allvarliga komplikationer förekommer var för sig i under 0,1 % av operationerna. Även lindriga komplikationer av ovanstående typer är ovanliga och förekommer var för sig under 1 %, förutom lindrig blödning.

Genomsnittlig operationstid vid hysterektomi som utförs utan komplikation är 79 min. Man kan tydligt notera att om någon typ av komplikation inträffar ökar operationstiden avsevärt, vid lindrig blödning med 50 % och vid allvarlig blödning med 100 %.



Komplikationer registrerade vid utskrivningen

Den vanligaste allvarliga komplikationen under vårdtiden är blödning inne i buken. Hälften av dessa blödningar har bedömts som allvarliga. Den vanligaste lindriga komplikationen är urinvägsinfektion. Man bör då även betänka att flertalet infektioner manifesterar sig först efter att patienten skrivits ut från kliniken.

Vanligaste organskadan, pga operation, som registrerats vid utskrivningen är skada på urinblåsa. 25 % av dessa är bedömda som allvarliga. Sammantaget har dessa skador skett i färre än 1 % av operationerna. Skada på urinledare är näst vanligast och har skett i ett fall per 1000 opererade patienter. Dock är flera av dessa skador "tysta" och manifesterar sig först senare, vilket kan konstateras vid komplikationsrapporteringen två månader efter operationen. Övriga skador är sällsynta och sker i färre fall än en per 1000 operationer.

Andelen komplikationer totalt är ungefär den samma per operationsmetod men andelen allvarliga är lägst då livmodern avlägsnas via öppen bukkirurgi och högst då man använder titthålskirurgi (se tab 1).

Tabell 1

	Abdominell 7712 op %	Vaginal 3174 op %	Laparoskopisk 561 op %
Lindriga	10,7	8,6	6,8
Allvarliga	2,6	3,1	4,3

Tabell 2

Patientens värdering	Värdering av postoperativ komplikation				Totalt
	ingen	Lindrig	Allvarlig	Övrig skada	
Ingen komplikation	5285	103	10	170	5568
Lindrig komplikation	1386	1424	29	112	2951
Allvarlig komplikation	146	323	359	31	659
Övrig skada	105	26	3	62	196
Totalt	7114	1872	427	275	9688

Komplikationer registrerade av patienterna 2 mån efter operationen

När det gäller organskada och defekter till följd av operationen anges oftast besvär från operationssåret. Andelen allvarliga skador på urinledaren har som förväntat stigit och dubblats jämfört med vid utskrivningstillfället.

Urinvägsinfektion (UVI) är två månader efter operationen fortfarande den vanligaste infektionen följt av infektion i bukväggen. Till största delen utgörs den senare av infektioner i operationsåret efter abdominell hysterektomi.

Korstabulering av patienternas bedömning av sina besvär mot läkarnas bedömning visar en god överensstämmelse sinsemellan fränsett att patienterna generellt i högre grad värderar besvär som komplikation (se tab 2).

Komplikationer totalt per operation

I tabell 3, nedan, redovisas ackumulerat hur många komplikationer man upptäckt vid de olika registreringstillfällena. Andelen operationer, angivet i procent, som lett till lindrig resp allvarlig komplikation redovisas. En operation kan ha lett till en eller flera komplikationer. För såväl de lindriga som allvarliga komplikationerna sker en successiv ökning av antalet från operationstillfället och framåt.

Laparoskopiska operationer har något högre komplikationsfrekvens jämfört med vaginala och abdominella. Orsaken kan bero på skillnader i operationernas komplexitet och svårighetsgrad liksom skillnader i operatörernas erfarenhet med respektive operationsmetod, varför operationsmetodernas säkerhet som sådana inte kan bedömas utifrån dessa data.

Tabell 3. Sammanfattning

Operationer där komplikation har registrerats.

Data från 11 693 hysterektomier.

	Reg vid operation %	Reg vid utskrivning %	Reg 2 mån postop %
Lindriga	5,5	12,7	29,7
Allvarliga	0,7	2,3	4,3





Operation vid ektopisk graviditet

Komprimerad återrapport från Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi.

Adnex från år 2000 - september 2007. Rapporten distribuerad februari, 2008. Endast ett urval av hela rapporten presenteras nedan. Den fullständiga rapporten kan hämtas från www.gynop.org

Adnexregistrets utveckling

Antalet inkluderade patienter uppgår nu till 5 255 från 32 kliniker. I och med att Tumörsträngen startade 2006 har antalet patienter i adnexregistret ökat markant.

Operation av ektopisk graviditet

Denna rapport belyser operation av ektopisk graviditet, fyra fall av ovarialgraviditet och 439 fall av tubargraviditet.

Operation är utförd som laparotomi (17%), laparoskopi (77%), samt konvertering från laparoskopi till laparotomi (6%). Kliniker som registrerat få fall tycks ha högre frekvens laparotomi direkt och konvertering.

Medianvärdet för operationstid var tio minuter längre vid laparoskopisk operation. Mediantiderna för postoperativ vårdtid, tid till normal ADL (activity of daily living) och sjukskrivningstid var dubbelt

Fredrik Nordenskjöld, överläkare,
Skaraborgs Sjukhus,
delregisteransvarig Adnexregistret

så långa efter laparotomi som efter laparoskopiooperation. Peroperativa komplikationer registrerades för 2,2 % av de laparoskopiskt opererade patienterna och för 5,6 % av de som genomgick laparotomi. Komplikationer under vårdtiden registrerades hos 6,4 % av de laparoskopiskt opererade, för de som genomgått laparotomi 12,7 %.

Patienterna rapporterar generellt fler komplikationer än läkarna. Patienterna bedömer ofta infektion eller smärtor efter operation som allvarlig komplikation medan läkarna bedömer denna typ av komplikation som lindrig. De enda komplikationer som bedömts som allvarliga av läkare är reoperation på grund av kvarvarande trofoblast. Det är ingen större skillnad i frekvensen patienter som rapporterat komplikationer respektive läkarbedömda komplikationer avseende laparoskopi eller laparotomi.

I bara 104 (24 %) av de 439 fallen av tubargraviditet gjordes konservativ, äggledarsparande operation. Fem av de konservativt opererade patienterna hade tecken på kvarvarande graviditetsvävnad efter operationen, tre opererades och två fick medicinsk behandling.

Utifrån uppgifter ur uppföljningsenkäten kan man inte säkert avgöra om patienterna föredrar laparotomi eller laparoskopi. ■



De transobturatoriska metoderna utmärker sig med väsentligt längre sjukskrivningstider som framgår av tabell 1.

Registrets unga ålder (nyss två år fyllda) medger ej redovisning av behandlingsresultat efter 1 år på klinisk nivå. I stället redovisas 2 mån resultat som brukar ligga knappa 10 % högre än ettårsresultaten. 8 utav 9 patienter uppger sig förbättrade, varav drygt hälften mycket förbättrade, efter inkontinenskirurgi. Ingen klinik skilljer sig signifikant ifrån landsgenomsnittet. Behandlingsresultaten för de nya transobturatoriska metoderna är likvärdiga med den klassiska TVT-metoden som framgår av tabell 2. Däremot ger Zuidexinjektion signifikant ($p < 0.001$) sämre resultat efter första behandlingen.

Komplikationer vid utskrivning

Endast två allvarliga komplikationer har registrerats. Båda inträffade peroperativt. En patients drabbades av hjärtinfarkt under ingreppet (TOT) och överfördes direkt till medicinkliniken. Den andra roterade bäckenet under ingreppet (TVT) och utvecklade sedan ett svårtbehandlat smärttillstånd som resulterade i 12 dagars slutenvård med smärt- och sjukgymnastbehandling vilken även fortsatte efter utskrivningen och under den förlängda sjukskrivningsperioden.

Under vårdtiden noterades lindriga komplikationer i 7,9 % av fallen. Komplikationspanoramata domineras främst av urinretentionsproblematik (2,1 %), postoperativa smärtor och blåsperforation (3,1 %) som endast noterades i samband

med TVT. Denna välkända komplikation var alltid lindrig och krävde bara i ett fall KAD-behandling längre än 24 timmar. TVT-O utmärkte sig med två fall av skada på vagina (peroperativt upptäckt perforation i vaginalfornix). Först i den kommande version 3.2 kan det vid transobturatoriska metoder ej ovanligt förekommande postoperativa, ofta övergående smärttillstånd i lumsken registreras. Frekvensen av lindriga komplikationer under vårdtiden var närmast identisk för de tre slyngplastikerna.

Patientrapporterade komplikationer i 8-veckorsenkäten

Vid bedömning av 8-veckorsenkäten tillkom en ny allvarlig komplikation: Patienten

fick dagen efter den polikliniska operationen återintas p.g.a. urinretention. Efter tre dygns vistelse i slutenvård skrevs hon ut med KAD och övergick så småningom till RIK som avslutades lagom till sjukskrivningens slut efter 3 veckor. Patienten uppfattar troligen många skeende i den normala läkningsprocessen som en komplikation som rapporterades av drygt 30 %. Om man i stället selekterar ut de besvär som patienten sökt vård för (13,5 %), börjar man närma sig samstämmighet mellan bedömande läkares och patientens komplikationsuppfattning. Andelen patienter som söker postoperativ vård, varierar mellan 0 och 25 %. En hög andel skulle kunna initiera ett kvalitetsförbättringsarbete kring bättre patientinformation. ■

Tabell 1.
Medellängd av planerad sjukskrivning vid olika slyngplastiker

Planerad sjukskrivning			
Op.typ	Antal op	Medel	Median
TOT	113	21,4	21,5
TVT	503	14,7	14,0
TVT-O	195	19,9	17,0

Tabell 2. Behandlingsresultat efter 2 mån relaterat till operationstyp

Behandlingsresultat				
OPTYP	Antal op	Förbättrad	Oförändrad	Försämrad
TVT	305	90,5	6,9	2,6
TVT-O	93	91,4	6,5	2,2
TOT	76	85,5	10,5	3,9
Periuretral inj.	17	58,8	35,3	5,9
Total	491	88,6	8,3	3,0

Förslag till vägledning angående kejsarsnitt på kvinnans begäran

”Rätt att välja förlossningssätt?” hette ett symposium vid SFOG-veckan 2007. Från auditoriet kom förslag om gemensamma riktlinjer för hur vi ska handlägga fall då kvinnan själv begär kejsarsnitt. Vi har fortsatt diskutera frågan ur etisk synvinkel. Vi i Etik-ARG vill inte komma med riktlinjer, men väl med ett förslag till vägledning.

En ökande andel gravida kvinnor i Sverige begär ett planerat kejsarsnitt trots att det inte finns obstetriska skäl för det. I många fall utförs också kejsarsnitt om kvinnan så önskar.

Vid Karolinska Universitetssjukhuset i Solna utgör kejsarsnitt på ”humanitär” indikation omkring 5% av alla förlossningar. Cirka 60% av dessa kvinnor är omfödelskor med ett tidigare kejsarsnitt, ofta akut, i anamnesen. Riskfaktorer för ett nytt akut kejsarsnitt, som t.ex. tidigare stort barn och värksvaghet, övervikt, assisterad befruktning, äldre obstetrisk förstföderska föreligger ofta. 25-30% är förstföderskor och ett fåtal är omfödelskor med vaginal förlossning bakom sig. I de senare två grupperna finns mera sällan obstetriska riskfaktorer för akut kejsarsnitt.

I en enkät till män och kvinnor 20-80 år i Stockholm och Västerbotten menade 32% att en kvinna utan påverkan själv borde få välja förlossningssätt (1). Man hänvisar till kvinnors rätt i samhället, kroppslig integritet samt förlossningsrådslä. Andelen kvinnor med stark förlossningsrådslä har fördubblats i Sverige sedan tidigt 90-tal. Enligt en studie av 1632 kvinnor år 2006 hade 15,8% en kliniskt relevant förlossningsrådslä och 5,7% en mycket stark förlossningsrådslä/förlossningsfobi (2).

Varför begär kvinnor kejsarsnitt?

En rimlig oro för ett andra akut sectio har nämnts ovan. Sekundär förlossningsfobi efter en okomplicerad eller ”vardagligt komplicerad” första förlossning liksom primär förlossningsfobi (3) är andra skäl. Man kan tala om fobi när en person har skräck för något och därför undviker det samma. De flesta kvinnor som genomgått en förlossning med VE eller med efterföljande placentalösning är inte extremt rädda för en andra förlossning. Det fordras andra faktorer hos individen (eller i vården) för att förklara skräcken för vaginal förlossning (4). Personlighetsvariabler spelar in hos förstföderskor som begär sectio (5). De lider ofta, men inte alltid, av stark förlossningsrådslä (6).

Varför är det viktigt att vi inte gör onödiga kejsarsnitt?

Medicinska risker har ofta jämförts mellan kejsarsnitt över huvud taget och genomförd vaginal förlossning. Det finns färre studier som jämför elektivt sectio med de förlossningar där intentionen varit att förlösa vaginalt, men där utgången även kan bli ett akut sectio. Efter en genomgång av tillgängliga data har American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) funnit att säkrast evidens (7) finns för följande variabler:

- Mindre genomsnittlig blödningsmängd i samband med elektivt sectio
- Andningsproblem hos barnet (både lindriga och allvarliga) är klart ökad risk vid elektivt sectio före v 39-40
- För varje kejsarsnitt ökande risk för placenta previa och accreta

- För varje kejsarsnitt ökande risk för uterusruptur. ACOG kommer fram till dessa rekommendationer:
- Inga planerade kejsarsnitt före v 39 om inte lungmognad hos barnet dokumenterats
- Inga planerade kejsarsnitt på grund av bristande tillgång till smärtlindring
- Kejsarsnitt kan inte rekommenderas kvinnor som vill ha många barn

Hur ska vi förhålla oss till kvinnan/paret som begär ett kejsarsnitt när indikationer saknas ur obstetrisk synvinkel?

FIGO statement on caesarean section från januari 2007 kan ge vägledning (understrykningarna är författarens).

FIGO supports the view that childbearing, for the great majority of women throughout the world, is a normal, physiological process influenced by culture, traditions, religion and psychosocial factors. FIGO further asserts that childbearing is a family event that requires as a starting point a health-oriented rather than a disease-oriented model of care from providers.

The ability to offer delivery by Caesarean section is essential for safe maternity care. In poor countries there remains a substantial burden of maternal and fetal death due to a lack of access to safe Caesarean delivery. Internationally, recommendations on maternal and fetal indications for Caesarean delivery continue to evolve in the light of research findings. However, some countries have experienced increasing recourse to Caesarean delivery for non-medical indications. FIGO considers surgical intervention without a medical rationale to fall outside the bounds of best

professional practice. Caesarean delivery should be undertaken only when indicated to enhance the well-being of mothers and babies and improve outcomes.

FIGO respects women as active participants in decisions that affect their health care. Making informed decisions about the use or non-use of interventions such as Caesarean section requires that women have up-to-date, complete and understandable information on the risks and benefits of proposed interventions.

FIGO calls upon individual obstetricians to offer women evidence based delivery care within a framework of professional practice. FIGO exhorts those responsible for public and private maternity service provision to facilitate the best standards of professional practice by enabling staff participation in continuing medical education, review processes such as clinical audit, and outcomes research. Health systems need fully to address the infrastructure requirements for safe operative delivery including anaesthesia, prevention of hospital acquired infection and safe blood transfusion.

All professionals and health policy makers share responsibility for comprehensive maternity service provision that enables women to access appropriate care in a timely manner. Women should not be denied access to Caesarean delivery when needed for want of funds or infrastructure; neither should they be placed under pressure to have a Caesarean birth because of a lack of professional care to support a normal labour and delivery.

Notera att man anger medicinska skäl och inte endast obstetriska. Det är vanligt att vi i Sverige inte identifierar psykiatriska sjukdomar som depression eller ångest-syndrom som medicinska skäl för ett kejsarsnitt. Psykiatriska diagnoser, förutom mycket svåra tillstånd, journalføres sällan, kanske av hänsyn till kvinnan.

Juridiska aspekter enligt svensk lag

Enligt Hälso- och Sjukvårdslagen har patienten alltid rätt att vägra en föreslagen behandling. Patienten har däremot inte rätt att få en behandling som läkaren anser

olämplig ur medicinsk synvinkel. Hon har alltid rätt till information och varje behandling ska så vitt möjligt ske i samråd med patienten, som också har rätt till ”second opinion”. Inom rimliga gränser får patienten inte nekas en behandling av hänsyn till kostnaden.

Etisk analys

En etisk analys (8) av problemet behövs både generellt och i varje enskilt fall.

Berörda parter är:

- Den gravida kvinnan
- Fostret/barnet
- Blivande barnafadern
- Obstetrikern
- Skattebetalarna
- Framtida patienter

Den gravida kvinnan måste anses som den viktigaste aktören, men även det väntade barnets bästa väger tungt. Vi kan inte heller bortse från framtida patienter/populationen eller från oss själva. Tankarna hos oss som arbetar inom obstetrik betyder också något.

De fyra etiska tumreglerna som ofta används inom medicinsk etik är:

- Autonomiprincipen.
- Icke skada – principen
- Göra gott – principen
- Rättvisep principen.

Även kostnadseffektivitetsprincipen, som framhölls av prioriteringsutredningen (9), kan vara av intresse.

Nedan diskuteras de olika principerna, ut olika aktörers synvinkel.

Autonomi – Vem ska bestämma?

Den gravida kvinnan är den som bär barnet i sin kropp och som ska föda. Förlossningen är en oerhört viktig händelse i de flesta kvinnors liv, något som man minns i detalj under många år framåt. Är det inte rimligt att en gravid kvinna får bestämma, i möjligaste mån, hur hennes förlossning ska gå till? Vem kan bättre än hon veta vad en vaginal respektive en kejsarsnittsförlossning innebär för hennes psykiska hälsa och moderskap? Att kvinnan påverkas i sin syn av massmedia komplicerar bilden av individens val. Har kvinnan verkligen kommit fram till sin önskan själv, eller har hon kanske förletts av popu-

lära (manliga?) drömmen om att behålla slidan i ungdomligt skick? Finns det å andra sidan kanske svåra egna upplevelser i bakgrunden; sådant som hon inte ens vill eller kan benämna?

Ett barn har nedsatt autonomi och företräds av föräldrarna. Ett foster har ingen autonomi alls kan man säga. Är det så att vi kan behöva skydda fostret/barnet från onödiga kejsarsnitt som inte gynnar dess hälsa vare sig på kort eller lång sikt – skydda det i vissa fall mot moderns/föräldrarnas beslut?

Jag vet inte om det finns de som anser att den blivande fadern borde ha ett ökat inflytande på sitt barns förlossning? Ingen tänker väl idag att han bör bestämma över kvinnan?

Hur är det med vår autonomi då? Har en obstetrikern idag något att säga till om? Ska vi bara utföra beställningsjobb? Och ”hur roligt är det”? Ska vi inte få ha ett mycket stort inflytande på ställningstaganden som baseras på vår långa utbildning och praktiska träning; på vetenskaplig evidens och beprövad erfarenhet? ”Jag lutar mer på min svägerska än på dig!”, sa en gravid kvinna till en förlossningsöverläkare i min närhet. Ska en lekman med åsikter få bestämma över medicinska frågor? Hur går det med vår yrkes stolthet och trivsel på arbetsplatsen?

Icke skada och göra gott kan sammanföras inom nyttoprincipen

Kvinnan löper generellt en ökad risk för komplikationer, till och med död efter planerat kejsarsnitt jämfört med efter vaginal förlossning. Det gäller dock alltid att värdera riskerna för individen, och att räkna in risken för akut kejsarsnitt. Är kvinnan en frisk omföderska som fött vaginalt förut? Då tar hon en substantiell risk vid ett inte nödvändigt sectio. Är kvinnan en tidigare kejsarsnittad överviktig äldre obstetrisk förstföderska? Ja, då kan ett elektivt sectio kanske vara säkrare för den kvinnan?

Förutom de obstetriska riskerna med ettdera förlossningssättet har vi de psykiatriska. I de fallen har vi ingen evidens att luta oss mot. Postpartumdepression är inte

generellt vanligare efter en operativ förlossning (10). Stark rädsla för förlossningen ökar risken för en negativ upplevelse (11). Vi vet också att elektivt sectio upplevs mera positivt än akut sectio eller instrumentell vaginal förlossning (12). Det är rimligt att tänka att ju mera psykiskt sjuk eller skör en kvinna är, ju större är risken med att utsätta henne för en oönskad påfrestning. Är hon tidigare frisk kanske hon istället växer med utmaningen?

Nytan för barnet att födas vaginalt framhålls allt mera med hänsyn till mindre risk för neonatal andningsstörning (13), samt framtida astma och allergi. När det gäller dödlighet och förlossningskadorna finns ofta ingen relation till sectiofrekvensen i ett område.

Framtida patienter löper risker om sectiofrekvensen ökar. Kvinnan kan oftare drabbas av i och för sig ovanliga komplikationer som placenta previa med accreta och möjlig hysterektomi vid efterföljande graviditeter. Fler bukoperationer i populationen borde också ge mer ileus och mera kronisk buksmärta i framtiden.

Rättvisa åt alla

Ett skäl för att skriva denna inlägg är att kvinnor behandlas olika i olika områden i Sverige. Möjligheten att få utfört ett kejsarsnitt utan absolut obstetrisk indikation finns i praktiken på många håll men inte överallt. Kvinnor reser då till annan ort om de har kraft därtill. Den som är tillräckligt högröstad eller har rätta kontakter kan till slut ändå bli kejsarsnittad.

Minimera kostnader

Skattebetalare kan tänkas hålla med prioriteringsutredningen om att om två behandlingsalternativ är lika bra bör man välja det billigaste. Vaginal förlossning är billigare än kejsarsnitt. Dock är akut kejsarsnitt ännu dyrare, och även komplikationer vid vaginal förlossning kostar. Kanske kan man säga att en lågriskförlossning bör vara vaginal ur rent ekonomisk synvinkel, men att det är mera tveksamt vid en högriskförlossning?

Finns det kostnader som kommer i efterhand? Fler kejsarsnitt efter det första kostar. Psykiatrisk sjuklighet som posttraumatiskt stressyndrom eller depression

hos någon som vi nekat kejsarsnitt kan leda till kostnader för både kvinnan och barnet.

Förslag till handläggning

Kvinnor som begär kejsarsnitt känner ofta skam och skuld i förhållandet till både sjukvården och bekantskapskretsen (14). Vi som ska handlägga frågan känner oss ofta frustrerade inför motstridiga impulser, exempelvis, en övertygelse om att en kvinnas hälsa skulle gynnas av en vaginal förlossning och, samtidigt, ett obehag inför att blankt neka henne den typ av förlossning hon själv starkt känner är bäst för henne. Dessutom kan vi också känna skam inför kollegor när vi inte kan få våra patienter att göra som de flesta vill. Det gäller att hitta förhållningssätt som hjälper både kvinnan/paret och oss själva.

Förslag till handläggning:

1. Etablera det samråd som patienter har rätt till enligt hälso- och sjukvårdslagen. Tillräcklig tid behövs, och andra personalkategorier kan engageras.
2. Resurserna är alltid begränsade, varför en "sortering" efter fallets art kan vara bra.
 - a. Kvinnor med tidigare sectio. 60-80% kan föda vaginalt enligt olika studier. Vi vet rätt väl vilka som är riskfaktorerna för ett andra akut sectio och för uterusruptur. Relativ bäckensträngsel, obesitas, stort barn, äldre obstetrisk förstföderska, tidigare sectioindikation värksvaghet eller svår ångest under förlossningen kan vara sådana riskfaktorer som förtjänar att ta ställning till. Efter ett samtal med obstetriker, med informationsutbyte, bör en hel del kvinnor, som önskar det, kunna sättas upp för sectio utan större tvekan. Andra, exempelvis unga friska slanka kvinnor som förlöst med sectio på grund av sätesbjudning första gången, kan behandlas som förstföderskor, se nedan. Kvinnor med tidigare sectio på psykosocial indikation ska inte behöva ta resurser för samma utredning en gång till, men naturligtvis få mycket stöd inför en vaginal förlossning om de vill det.

b. Kvinnor med tidigare sfincterruptur. Risken för ruptur vid nästföljande förlossning är totalt sett liten. Analinkontinens kan uppkomma oavsett förlossnings sätt. Kvinnor med opåverkad sfincterfunktion rådes därför idag till vaginal förlossning. Kvinnor med tidigare sfincterruptur kan dock ha minnen av en mycket svår läkningsperiod med negativa konsekvenser för det sexuella samlivet, även om de inte har analinkontinens. Därför bör förlossnings sätt bestämmas vid ett samråd med obstetriker. Kvinnans önskemål om sectio efter full information bör respekteras.

c. Omföderskor med tidigare vaginal förlossning utan större kroppsskada samt förstföderskor förtjänar större resurser vid förlossningsrädsla. Dessa kvinnor drivs av mera irrationella skäl till sin kejsarsnittsönskan. En psykosocial utredning behövs. Kvinnan bör mötas av respekt för sin inställning, ärlig information (varken skräckpropaganda eller överslätande av medicinska risker), och erbjudande om stöd och/eller behandling av exempelvis förlossningsrädsla, symptom på posttraumatisk stress, depression eller andra ångestsyndrom. Behandling av psykiatriska tillstånd kräver gott samarbete med psykiatri. En psykiskt sjuk kvinna kan föda barn som alla andra om inte tillståndet kompliceras av specifika faktorer som t.ex. fobi för att underlivet visas eller berörs, ofta på basen sexuella övergrepp i barnaåren. När en kvinna med psykiatrisk diagnos själv önskar kejsarsnitt bör det tas på högsta allvar.

3. En psykosocial utredning kan innebära samtal med specialutbildad barnmorska/obstetriker och/eller kurator/psykolog och/eller psykiater med god kännedom om förlossningsvård. En viktig del är genomgång av tidigare förlossningstrauma hos omföderskan. Ibland bygger önskan om kejsarsnitt på bristande kunskap om vad som egentligen hände förra gången. Förstföderskans bakgrund, psykiska hälsa och egna skäl

till kejsarsnittsönskan behöver gås igenom. I nästa steg tar man, tillsammans med kvinnan, ställning till om hon

- a. nu kan tänka sig gå planera för en vaginal förlossning med hjälp av MVC
- b. behöver ytterligare psykologiskt stöd, eller psykoterapi inom kvinnokliniken fram, inför en vaginal förlossning
- c. behöver någon dokumenterad överenskommelse angående medicinska åtgärder som exempelvis induktion med tidig EDA hos omfödernsken som chockats av en snabb och smärtsam förlossning
- d. behöver ett elektivt sectio på indikation exempelvis primär förlossningsfobi
- e. behöver behandling utanför kvinnosjukvården, t.ex. remiss till psykiatrisk öppenvård eller till psykolog med koppling till MHV/BHV – kan gälla inför både vaginal och sectioförlossning

Team med barnmorskor, obstetiker och kurator/psykolog/psykoterapeut bör få möjlighet att samarbeta smidigt under handledning av person med kompetens för detta. Den plan som tagits av teamet och kvinnan tillsammans ska vara realistisk och väl dokumenterad och bör i möjligaste mån efterlevas inom aktuell klinik samt på andra sjukhus där kvinnan hamnar av något skäl. Om man planerat ett kejsarsnitt bör man också i samråd med kvinnan ta ställning till vad som ska göras om hon kommer in med förlossningsstart före planerad tid.

Bör vi alltså utföra kejsarsnitt som inte är nödvändiga av obstetriska skäl?

Ja, efter utredning och rimliga försök till motivation för vaginal förlossning. Kan man inte motivera kvinnan/paret till någon grad av öppenhet inför en vaginal förloss-

ning så kan det vara mera kränkande än hjälpande att behöva fortsätta gå i samtal om detta, dessutom slöseri med våra resurser. Psykoterapiforskning visar att motivation är en grundläggande faktor för att uppnå behandlingsresultat - motivation och ett gott förhållande till behandlaren!

Kejsarsnitt av rent praktiska skäl, som att få barn på ”lämpligt” datum, är vi inte skyldiga att utföra.

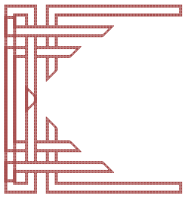
Vad tycker ni? Etik-ARG inbjuder till debatt!

För Etik-ARG

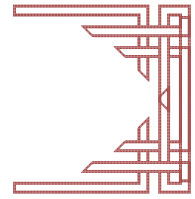
Elsa Lena Ryding, docent, överläkare, Junoenheten, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

Referenser:

1. Wulff M, Högberg U, Lynöe N. Caesarean by choice? Empirical study of public attitudes. Submitted. Eller: Wulff M. Rätt att välja kejsarsnitt – Attityder hos allmänheten i Västerbotten och Stockholm. Föredrag vid SFOGs årsmöte i Luleå 2007.
2. Nieminen K, Ryding EL. Fear of childbirth and wishing to be delivered by cesarean section – a cross-sectional study of women in various stages of pregnancy. Submitted. Eller: Ryding EL. Vems är förlossningen? – Möte med kvinnor som önskar kejsarsnitt. Föredrag vid SFOGs årsmöte i Luleå 2007.
3. Hofberg K, Brockington I, tokophobia – an unreasoning dread of childbirth. *Br J Psychiat* 2000;176:83-5.
4. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmäki E. Psychosocial characteristics of women and their partners fearing childbirth. *BJOG* 2001;108:492-8.
5. Wiklund I, Edman G, Larsson C, Andolf E. Personality and mode of delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85:1225-30.
6. Wiklund I, Edman G, Ryding EL, Andolf E. Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. *BJOG* 2008;115:324-31.
7. ACOG committee opinion. Cesarean delivery on maternal request. *Obstet Gynecol.* 2007;110:1501-4.
8. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics.* New York, Oxford: Oxford University Press, 1989.
9. Vårdens svåra val: Slutbetänkande av utredningen av prioritering inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Allmänna Förlaget, 1995 (SOU 1995:5).
10. Roshni PR, Murphy DJ, Peters TJ. Operative delivery and postnatal depression: a cohort study. *BMJ.* 2005;330:879.
11. Alehag S, Wijma B, Wijma K. Fear of childbirth before, during and after childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85:56-62.
12. Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Psychological impact of emergency cesarean section in comparison with elective cesarean section, instrumental, and normal vaginal delivery. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1998; 19: 135-144.
13. Hansen AK, Wisborg K, Ulbjerg N, Brink Henriksen T. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *BMJ.* 2008;336:85-7.
14. Åmark H, Ryding EL. Kvinnor som önskar kejsarsnitt. Ångest, risktänkande och skam vanligt enligt kvalitativ studie. *Läkartidningen.* 2007; 21-27;104:12:950-3



Pionjärer inom Obstetrik och Gynekologi



CHRISTIAN DOPPLER (1803-1853)

Vad är Dopplereffekten och vem var Doppler?

I början av 1800-talet utvecklades järnvägsnätet och man kunde färdas snabbare än tidigare. Passagerarna hörde att ljudsignalerna vid vägövergångar ändrade tonhöjd, när tåget passerade. Men ingen förstod riktigt varför.

Christian Doppler, som var fysiker och matematiker visste att ljud (liksom ljus) är en fortpantad vågrörelse. När ljudkällan rör sig mot lyssnaren träffar fler ljudvågor per tidsenhet örat (dvs frekvensen höjs) än vid stillastående. Tvärtom om när ljudkällan rör sig från lyssnaren. Tonhöjden bestäms av frekvensen. Även ljuset kan betraktas som en vågrörelse. Astronomerna förstod ej varför vissa stjärnors ljus var rödfärgat. I sitt grundläggande arbete "Über das farbige Licht der Doppelsterne und einige anderer Gestirne des Himmels" från 1842 förklarade Doppler, hur vissa stjärnors rödfärgade ljus i själva verket betydde att de avlägsnade sig från solsystemet. Doppler formulerade här matematiskt hur frekvensen av vågorna ändras om ursprunget och mottagaren rör sig i förhållande till varandra, Doppler-skift.

På den tiden fanns inte apparatur att kunna mäta tonhöjd. Dopplers hypotes verifierades för ljud av holländaren Buys år 1845. Han lät ett tåg med jämn hastighet med trumpetare som blåste en bestämd ton passera en lyssnare med absolut gehör, som kunde ange hur tonhöjden ändrade sig.

Genom att sända vågor av en bestämd frekvens mot ett föremål i rörelse och registrera frekvensändringen hos ekot kan man räkna ut föremålets hastighet och rörelseriktning

Jörgen Sigurd, Gynmottagningen,
Piteå Älvdals Sjukhus



Att kunna beräkna Dopplereffekten innebar ett avgörande steg i teknikutvecklingen och förståelsen av universum.

Flödesmätning med ultraljudteknik, radartekniken med t ex flygledning och polisens hastighetsövervakning, GPS, satellitstyrning är några exempel på tillämpningar i vårt moderna samhälle.

Christian Doppler föddes 1803 i Salzburg, där hans förfäder i århundraden drivit stadens ledande stenhuggeriverkstad. Födelsehuset ligger vid samma torg, där Mozart verkade några årtionden tidigare. Den unge Doppler var klen och sjuklig kunde omöjligen ägna sig åt stenhuggeri. Då gossen hade läshuvud kostade man i stället på honom utbildning vid Wiens Polytekniska institut. Trots utomordentliga framgångar i högre matematik hade han efter examen inte möjlighet att få någon akademisk anställning utan tvingades försörja sig som bokhållare på ett bomullsspinneri. Han hade börjat sälja sina ägodelar för att emigrera till Amerika, när han fick tjänst som matematiklärare vid ett tekniskt gymnasium i Prag år 1835, vilket också innebar att han hade råd att gifta sig. Så småningom meriterade han

sig för att i Prag få en professur i matematik och praktisk geometri år 1841. Tjänsten var emellertid mycket ansträngande med stor undervisnings- och examinationsbörda. 1843 tenderade han 256 studenter muntligt och skriftligt på 17 dagar. Ändå publicerade han sitt epokgörande arbete under denna tid. Studenterna klagade över att han var alltför sträng och krävande. Hans sviktande hälsa medförde att han fick sjukledigt i två år för att vila upp sig. Situationen i Prag var pressad och det var med lättnad han till slut fick en professur i fysik i vid Wiens polytekniska högskola 1850. Doppler principen var ännu inte allmänt accepterad och han hade många antagonister i den vetenskapliga världen. Hans hälsa försämrades snabbt i och med att hans lungtuberkulos progredierade och i november 1852 fick han sjukledigt för att vila upp sig i varmare länder. Vid denna tidpunkt tillhörde Venedig kejsardömet och det var dit han begav sig. Hustrun hann fram till dödsbädden i mars 1853. Fem minderåriga barn fanns hemma i Wien. Stoftet fördes med gondol till kyrkogårdsön Isola di san Michele. På denna kyrkogård halvvägs till Murano hamnade många celebriteter bl.a. Stravinsky och Ezra Pound. I dess kyrka hade "den röde prästen" Vivaldi döpts som barn.

Staden Salzburg betraktar i dag Doppler som sin andre store son. Den förste är Mozart.

Chocolatier Fürst lanserade först sina berömda Mozartkugeln, men senare även en Dopplerkonfekt med svag vaniljsmak. Självklart finns i Salzburg också ett museum och en klinik med hans namn.

Att Doppler skulle bli ett begrepp inom förlossningsvården kunde han nog inte ha föreställt sig, ens i sin vildaste fantasi. ■

RÄTTELSE

Riktlinjer för fosterövervakning med CTG + ST-analys

I Medlemsbladet nr 5 2007 har några små feltryck smugit sig in. Korrigerad version av riktlinjer följer här. Vid problem med att sända digitala registreringar via e-mail till Referensgruppen, var god kontakta info@neoventa.com

PerinatalARGs Referensgrupp för Fosterövervakning
 Elisabeth Almström, Isis Amer-Wählin, Mats Blennow, Jesper Clausen, Henrik Hagberg, Andreas Herbst, Tony Lavesson

CTG klassifikation

CTG-klassificering	Basallinje hjärtfrekvens	Variabilitet / Reaktivitet	Decelerationer
Normalt CTG	<ul style="list-style-type: none"> • 110–150 spm 	<ul style="list-style-type: none"> • 5–25 spm • Accelerationer 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidiga uniforma decelerationer • Okomplicerade variabla decelerationer med duration <60 sek och slagförlust <60 slag
Avvikande CTG	<ul style="list-style-type: none"> • 100–110spm • 150–170 spm • Kortvarig bradykardi episod <100 spm i <3 min) 	<ul style="list-style-type: none"> • >25 spm (saltatoriskt mönster) • <5 spm > 40 min utan accelerationer 	<ul style="list-style-type: none"> • Okomplicerade variabla decelerationer med duration <60 sek och slagförlust >60 slag
En kombination av 2 eller fler avvikande faktorer resulterar i ett patologiskt CTG			
Patologiskt CTG	<ul style="list-style-type: none"> • 150–170 spm och nedsatt variabilitet • >170 spm • Bestående bradykardi < 100 spm i > 3 min) 	<ul style="list-style-type: none"> • <5 spm i >60 min • Sinusoidalt mönster 	<ul style="list-style-type: none"> • Komplicerade variabla decelerationer med duration >60 sek • Upprepade sena uniforma decelerationer
Preterminalt CTG	<ul style="list-style-type: none"> • Total avsaknad av variabilitet (<2 spm) och reaktivitet med eller utan decelerationer eller bradykardi 		

ST-analys

	Normalt CTG	Avvikande CTG	Patologiskt CTG	Preterminalt CTG
Episodisk T/QRS stegring	Fortsatt observation	>0.15	>0.10	Omedelbar Förlossning
Baslinje T/QRS stegring		>0.10	>0.05	
Bifasiskt ST		3 Bifasiska ST händelseloggar	2 Bifasiska ST händelseloggar	

Riktlinjerna indikerar situationer i vilka obstetrisk intervention behövs. Intervention kan vara eliminering av orsaken till foster-

påverkan (såsom överstimulering eller maternell hypotoni/vena cava syndrom), skalpprovtagning eller förlossning.

Dessa kliniska riktlinjer är utarbetade av PerinatalARG:s Referensgrupp för Fosterövervakning.

Kalendarium

Mer detaljerad information kan erhållas på SFOGs hemsida www.sfog.se

2008

21 - 22/4 och 23 - 24/4	ALSO Kurs i akuta förlossningssituationer Skövde	För mer information: www.also-scandinavia.com
30/4-3/5	10th Congress of the European Society of Contraception "Non-contraceptive impact of contraception and family planning". Prag, Tjeckien	För mer information: www.sfog.se
15 - 16/5	Värmötet i Perinatologi 15 maj-16 maj, Jönköping	För mer information: www.sfog.se
19/5	NFF inbjuder till konferens Sjukskrivningsprocess på bättringsvägen? Folkets hus, Stockholm	Anmälan senast 18 april 2008 online på www.skl.se/sjukskrivningar
21 - 22/5	Obstetriskt anestesimöte Nynäshamn	För mer information: www.nynashavsbad.se Bindande anmälan via mail senast 15 april till: Michael Rådström, michael.radstrom@vgregion.se
26/5	Mats Åkerlund Valedictory Symposium Uterine Activity – Physiology and Pathophysiology Lund	Registration: Free of charge no later than May 16 Christel Ekstrand christel.ekstrand@med.lu.se Britt-Marie Agmell britt-marie.agmell@med.lu.se
30/5	C-ARG inbjuder till Tredje Nationella Konferensen om Cervixcancerprevention Läkarsällskapets stora sal	Anmälan till: cervixarg@gmail.com
2-3/6	Berzeliussymposie Bz 73 Preeklampsi (havandeskapsförgiftning) Uppsala	Organisationskommitté: Ove Axelsson, Charlotta Grunewald, Matts Olovsson, Helena Åkerud Mer information agneta.ohlson@sls.se
4 - 7/6	ESDP (Perinatal and Paediatric Pharmacology) Safe and Effective Medicines for Children Rotterdam, Nederländerna	För mer information: www.esdp-rotterdam.nl
12 - 14/6	"The Fetus as a Patient" XXIV International Congress, Frankfurt/Main Tyskland	För mer information: http://fetus2008.com/invitation.htm
14-17/6	36th Nordic Congress of Obstetrics and Gynecology, Reykjavik, Island	För mer information: http://www.nfog2008.is Deadline för ansökningar 1 december 2007

25 - 29/8	SFOG-veckan 2008 Skövde	För anmälan och mer information: www.sfogveckan.se
10 - 13/9	PLACENTA Established hypotheses and current concepts IFPA Meeting 2008/12th EPG Conference Seggau Castle, Österrike	För mer information: www.ifpaconference.org/2008/
24 - 26/9	Berzelius symposium 75. The Aging Male Malmö	För mer information: www.sls.se
6 - 7/10 och 8 - 9/10	ALSO Kurs i akuta förlossningssituationer Skövde	För mer information: www.also-scandinavia.com För anmälan kontakta Madeleine Bjurman Sista anmälningsdag är den 23 maj 2008
25 - 28/10	The 12th Biennial International Gynecologic Cancer Society Meeting (IGCS) Bangkok, Thailand	För mer information: http://www.kenes.com
26 - 28/11	Riksstämman 2008 Göteborg	För mer information: www.riksstammangoteborg.se
27 - 30/11	IVF 30th ANNIVERSARY The 11th World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility (COGI) Paris, Frankrike	För mer information: http://www.comtecmed.com/cogi/paris/ Deadline for Abstracts Submission: July 27, 2008 Deadline for Early Registration: July 27, 2008
4 - 6/12	Second Congress of the Asia-Pacific Council on Contraception (APCOC) The Venetian Macao-Resort-Hotel, Macau, China	För mer information: www.sfog.se
2009		
4 - 9/10	FIGO 2009 Kapstaden, Sydafrika	För mer information: http://www.figo2009.org.za

Arbets- och Referensgrupperna inom SFOG

Perinatologi PERINATAL-ARG

Ordförande: Ellika Andolf

KK, Danderyds sjukhus

182 88 Stockholm

Tel: 08-655 50 00

Fax: 08-622 58 33

ellika.andolf@ds.se

Sekreterare: Anders Björklund

UltraGyn/BB Stockholm

Odengatan 69

113 22 Stockholm

Tel: 08-587 103 90

Fax: 08-587 101 90

anders.bjorklund@ptj.se

Minimalinvasiv Gynekologi

MIG-ARG

Ordförande: P-G Larsson

KK, Kärnjukhuset

541 85 Skövde

Tel: 0500-43 10 00

Fax: 0500-43 14 54

p-g.larsson@vgregion.se

Sekreterare: Katarina Englund

KK, Södersjukhuset

118 83 Stockholm

Tel: 08-616 26 38

Fax: 08-616 43 93

katarina.englund@sodersjukhuset.se

Obstetriska och Gynekologiska

Infektioner

INF-ARG

Ordförande: Mats Bergström

KK, Södersjukhuset

118 83 Stockholm

Tel: 08-616 10 00

Fax: 08-616 26 40

Mats.Bergstrom@sodersjukhuset.se

Sekreterare: Ingrid Wikström

KK, Akademiska sjukhuset

751 85 Uppsala

Tel: 018-611 00 00

Fax: 018-55 97 75

ingrid.wikstrom@kbh.uu.se

Familjeplanering FARG

Ordförande: Jan Brynhildsen

KK, Universitetssjukhuset

581 85 Linköping

Tel: 013-13 22 00

Fax: 013-14 81 56

jan.brynhildsen@lio.se

Sekreterare: Kristina Gemzell-

Danielsson

Inst f Kvinnors och Barns Hälsa

Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

171 76 Stockholm

Tel: 08-515 521 28

Fax: 08-517 743 14

kristina.gemzell@ki.se

Tonårsgynekologi TON-ARG

Ordförande: Lena Marions

KK, Karolinska Universitetssjukhuset,

Solna

171 76 Stockholm

Tel: 08-517 766 55

Fax: 08-31 81 14

lena.marions@karolinska.se

Sekreterare: Karin Edgardh

Sesam City/KK, Karolinska

Universitetssjukhuset

Sveavägen 52

111 34 Stockholm

Tel: 070-794 11 48

karinedgardh@yahoo.se

Urogynekologi och vaginal

kirurgi UR-ARG

Ordförande: Maud Ankardal

KK, SU/ Östra

413 45 Göteborg

Tel: 031-34 34 335

Fax: 031-41 87 17

maud.ankardal@vgregion.se

Sekreterare: Johan Skoglund

KK, Länssjukhuset Ryhov

551 85 Jönköping

Tel: 036-32 14 58

johan.skoglund@lj.se

Cervixcancerprevention C-ARG

Ordförande: Bengt Andrae

KK, Gävle/Sandviken Länssjukhus

801 87 Gävle

Tel: 026-15 41 68

Fax: 026-15 41 56

bengt.andrae@gmail.com

Sekreterare: Kristina Elfgrén

KK, Karolinska Universitetssjukhuset,

Huddinge

141 86 Stockholm

Tel: 08-585 800 00

Fax: 08-585 975 75

kristina.elfgren@karolinska.se

Psykosocial Obstetrik och Gynekologi

och Sexologi POS-ARG

Ordförande: Inga-Bodil Melinder

Gynmottagningen, Sjukhuset i Arvika

671 90 Arvika

Tel: 0570-71 20 00

inga-bodil.melinder@liv.se

Sekreterare: Katri Nieminen

KK i Östergötland, Lasarettet i Motala

591 85 Motala

Tel: 0141-770 00

Fax: 0141-777 61

katri.nieminen@lio.se

Ofrivillig Barnlöshet FERT-ARG

Ordförande: Claes Gottlieb

Fertilitets- och IVF-kliniken

Sophiahemmet

Box 5605

114 86 Stockholm

Tel: 08-406 20 00

Fax: 08-10 16 21

claes.gottlieb@ki.se

Sekreterare: Margareta Fridström

KK, Karolinska Universitetssjukhuset,

Huddinge

141 86 Stockholm

Tel: 08-585 800 00

Fax: 08-585 875 75

margareta.fridstrom@karolinska.se

Endokrinologi ENDOKRIN-ARG

Ordförande: Angelica Lindén-Hirschberg
KK, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna
171 76 Stockholm
Tel: 08-517 700 00
angelica.linden-hirschberg@karolinska.se
Sekreterare: Eva Innala
KK, Norrlands universitetssjukhus
901 85 Umeå
Tel: 090-785 21 61
eva.innala@vll.se

Gynekologisk Tumörkirurgi med Cancervård**TUMÖR-ARG**

Ordförande: Christer Borgfeldt
KK, Universitetssjukhuset Lund
Tel: 046-17 10 00
Fax: 046-15 78 68
christer.borgfeldt@med.lu.se
Sekreterare: Agneta Axelsson
KK, Centrallasarettet Västerås
721 89 Västerås
Tel: 021-70 30 00
Fax: 021-17 52 22
agneta.axelsson@ltv.se

Ultraljudsdiagnostik ULTRA-ARG

Ordförande: Elisabeth Epstein
KK, Universitetssjukhuset MAS
205 02 Malmö
Tel: 040-33 21 66
Fax: 040-96 26 00
elisabeth.epstein@med.lu.se
Sekreterare: Katarina Tunon
KK, Östersunds sjukhus
831 83 Östersund
Tel: 063-15 30 00
Fax: 063-15 45 17
katarina.tunon@jll.se

Hemostasrubbingar HEM-ARG

Ordförande: Pelle Lindqvist
KK, Universitetssjukhuset MAS
205 02 Malmö
Tel: 040-33 21 66
Fax: 040-96 26 00
pelle.lindqvist@med.lu.se
Sekreterare: Katarina Bremme
KK, Karolinska Universitetssjukhuset Solna
171 76 Stockholm
Tel: 08-517 000 00
katarina.bremme@karolinska.se

Vulva VULV-ARG

Ordförande: Ingela Danielsson
KK, Länssjukhus Sundsvall/Härnösand
851 86 Sundsvall
Tel: 060-18 10 00
Fax: 060-18 15 57
ingela.danielsson@lvn.se
Sekreterare: Nina Bohm-Starke
KK, Danderyds sjukhus
182 88 Danderyd
Tel: 08-655 50 00
nina.bohm-starke@ds.se

Endometriosis ENDOMETRIOS-ARG

Ordförande: Matts Olovsson
KK, Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018-611 57 64
Fax: 018-55 97 75
matts.olvsson@kbh.uu.se
Sekreterare: Margita Blomberg
KK, SU/Östra
416 85 Göteborg
Tel: 031-343 40 00
Fax: 031-25 43 87
margita.blomberg@vgregion.se

Evidensbaserad medicin**EVIDENS-ARG**

Ordförande: Kerstin Nilsson
KK, Örebro Universitetssjukhus
701 85 Örebro
Tel: 019-602 10 00
Fax: 019-12 65 90
kerstin.nilsson@orebroll.se
Sekreterare: Annika Strandell
Gynmottagningen, Kungälv's sjukhus
442 83 Kungälv
Tel: 0303-980 02
annika.strandell@medfak.gu.se

Etik ETIK-ARG

Ordförande: Ulf Högberg
KK, Norrlands universitetssjukhus
901 85 Umeå
Tel: 090-785 68 33
Fax: 090-13 75 40
ulf.hogberg@obgyn.umu.se
Sekreterare: Lotti Helström
KK, Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-616 10 00
lotti.helstrom@sodersjukhuset.se

Mödra-Mortalitet MM-ARG

Ordförande: Aljana Mulic-Lutvica
KK, Akademiska Sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018-611 00 00
Fax: 018-24 62 86
aljana.mulic-lutvica@akademiska.se
Sekreterare: Sissel Saltvedt
KK, Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-616 10 00
sissel.saltvedt@sodersjukhuset.se

Arbets- och Referens-Grupp-Utvecklings-Samordnare**ARGUS**

Professor Lars-Åke Mattsson
KK, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra 416 85 Göteborg
Tel: 031-343 40 00 • Fax: 031-25 83 75
E-post: lars-ake.mattsson@vgregion.se

SFOG-Kansliet

Jeanette Swartz
Drottninggatan 55, 2 tr, 111 21 Stockholm • Tel: 08-440 01 75 • Fax: 08-22 23 30
kansliet@sfog.se • www.sfog.se

”Chronic hypertension and pregnancy – epidemiological aspects on maternal and perinatal complications”

Kronisk hypertonin har ingen hög prevalens bland gravida kvinnor, men medför betydande riskökningar viktiga att beakta, både för kvinnan själv och för hennes barn, under graviditeten och i framtiden. Kvinnan har en trefaldigt ökad risk för lätt preeklampsi, en femfaldigt ökad risk för svår preeklampsi och en dubblerad risk för graviditetsdiabetes och placenta avlossning. Dessa risker är oberoende av exv ålder och BMI. Barnet har en dubblerad risk för att bli SGA jämfört med barn till normotensiva mammor, oberoende av om preeklampsi tillstöter. Barnet har också en trefaldigt ökad risk för perinatal död, såväl intrauterint som neonatalt, här kan påvisas en betydande könsskillnad med signifikanta resultat bara för söner. Dessa resultat styrker oss i att det är viktigt med antenatal övervakning av en kvinna med hypertonin även om hon inte har andra riskfaktorer och även om graviditeten inte komplicerats av preeklampsi. Den noterade könsskillnaden ska inte tolkas som ett incitament för antenatal könsdiagnostik, men kan stimulera till vidare forskning om varför den föreligger. Kanske kan manliga foster ha svårare att adaptera till den intrauterina miljön hos en kvinna som lider av metabola risksyndromet, vilket hypertonin kan vara en del av. När kvinnor som själva var SGA vid födelsen blir gravida har

Karin Zetterström
Universitetssjukhuset Örebro

de en klar riskökning för svår, men inte för lätt, preeklampsi. Risken ökar om preeklampsi förelåg hos modern då kvinnan var gravid, men förekommer oberoende av detta. Detta indicerar möjligen att vi inom mödravården bör ta reda på mer om den graviditet den blivande mamman själv är kommen ur när vi gör riskbedömningar och planerar kontroller. Kanske är hennes födelsevikt en lika viktig uppgift som hennes ingångsvikt. Det stödjer också indirekt uppfattningen om lätt och svår preeklampsi som två olika sjukdomsgrupper och inte grader av samma sjukdom.

Genomgående har använts data från MFR (Medicinska Födelse Registret). Studierna är prospektiva populationsbaserade kohortstudier och statistisk metod har varit multivariat logistisk regressionsanalys, risker har angivits som OR med 95% CI.

Det första delarbetet, “Maternal complications in women with chronic hypertension: a population-based cohort study”, bygger på MFR data 1993-98. 681 515 kvinnor, varav 0,5% med kronisk hyper-



Karin Zetterström

Fotoudelningen, USÖ

toni har studerats. Risken för lätt resp svår preeklampsi, gestationsdiabetes och placenta avlossning har undersökts för kvinnor med kronisk hypertonin jämfört med övriga, med hänsyn taget till skillnader i

mödrakaraktäristika (=confounders). Detta pga att de hypertona kvinnorna är äldre, av högre paritet, mindre ofta rökare, oftare av nordiskt ursprung, samt har högre BMI än normotensiva. Risken är i samtliga fall signifikant förhöjd för hypertoniker. (Justerat OR 3,2 (95% CI 2,7-3,7), 5,2 (95% CI 4,3-6,3), 1,8 (95% CI 1,4-2,4) resp 2,3 (95% CI 1,6-3,4))

Det andra delarbetet, "Chronic hypertension as a risk factor for offspring to be born small for gestational age", bygger på MFR data från samma tidsperiod. 560 188 kvinnor, varav 0,5% med kronisk hypertoni har studerats. Risken för kvinnor med hypertoni, jämfört med övriga, att föda ett barn som är SGA (small for gestational age) har studerats. Regressionsanalysen har utförts i tre steg, först bivariat, därefter med hänsyn taget till confounding från avvikelser i mödrakaraktäristika, och i ett ytterligare steg har vi tagit hänsyn till påverkan från om mamman under graviditeten hade preeklampsi. Justerat OR för att föda ett

"SGA-barn" i denna patientgrupp är 2,4 (95% CI 2,1-2,8).

Det tredje delarbetet, "Being born small-for-gestational-age increases the risk of severe preeclampsia", är utfört på 118 634 kvinnor representerade i MFR både som nyfödda och som mödrar 1973-2003. Risken för kvinnor födda SGA, jämfört med övriga kvinnor, att själva få lätt resp svår preeklampsi vid graviditet har undersökts. Eftersom SGA kan bero på preeklampsi har vi kontrollerat för effektmodifiering från preeklampsi under den graviditet kvinnan själv blev född, dvs om hennes mor hade preeklampsi. Dessutom har kontrollerats för ålder, rökning och BMI som kan tänkas påverka risken för preeklampsi. 5,8% av kvinnorna i studien var SGA vid födelsen. De påvisades ha en signifikant ökad risk (OR 1,62 (95% CI 1,35-1,95)) för svår preeklampsi, men ingen ökad risk för lätt preeklampsi. Exposition för preeklampsi under fetalperioden ökade risken för preeklampsi, men modifierade inte effekten av SGA.

I fjärde delarbetet har vi undersökt 1 222 952 kvinnor, varav 0,6 % med kronisk hypertoni. (MFR 1993-2003.) Risken för barnet till en kvinna med kronisk hypertoni, jämfört med övriga, att drabbas av intrauterin fosterdöd, neonatal död eller senare död inom första levnadsåret har studerats. Hänsyn har tagits till kvinnans ålder, paritet, rökning och BMI. Vi har också undersökt hur risken medieras av lätt resp svår preeklampsi, gestationsdiabetes, placenta avlossning och SGA. Risken för pojkar och flickor har undersökts var för sig. Söner, men inte döttrar, till dessa kvinnor har en ökad risk för perinatal (intrauterin resp neonatal) död. OR för intrauterin fosterdöd 3.07 (95% CI 2.12-4.46), OR för neonatal död 2.99 (95% CI 1.84-4.85). Risken påverkas av svår preeklampsi, placentaavlossning och SGA, men inte av gestationsdiabetes och lätt preeklampsi. Ingen ökad risk för senare död under första levnadsåret kunde påvisas.

Författaren kan nås på
karin.zetterstrom@orebroll.se

Lista över delarbeten:

Zetterström K, Lindeberg SN, Haglund B, Hanson U
Maternal complications in women with chronic hypertension: a population-based cohort study.
Acta Obstet Gynecol Scand 2005 May;84(5):419-24

Zetterström K, Lindeberg SN, Haglund B, Hanson U
Chronic hypertension as a risk factor for offspring to be born small for gestational age.
Acta Obstet Gynecol Scand 2006;85(9):1046-50

Zetterström K, Lindeberg S, Haglund B, Magnuson A, Hanson U
Being born small for gestational age increases the risk of severe preeclampsia.
BJOG 2007;114:319-324

Zetterström K, Lindeberg SN, Haglund B, Hanson U
The effect of chronic hypertension on the risk of perinatal death - including gender aspect.
Submitted.

Cervical cancer prevention

– Studies on possible improvements

Cervixcancerprevention

– undersökningar av möjliga förbättringar

Abstract

Syftet med avhandlingen var att finna och värdera möjliga förbättringar i gynekologisk cellprovskontroll.

Material och metoder:

I: Vätskebaserad cytologi (ThinPrep) jämfördes med konventionell cytologi i en randomiserad studie. 13 484 prover, tagna inom den organiserade cellprovskontrollen vid fem mödravårdscentraler i Göteborgsområdet värderades. Huvudfyndet var Måttlig dysplasi eller ”värre” (CIN2+) i histopatologisk uppföljning. II: Ett scoringsystem för kolposkopi konstruerades. Det innehåller 5 parametrar och 3 rangordnade värden för varje. Systemet testades på 297 kvinnor med avvikande cytologi. Relationen mellan scoringen och dysplasi i histopatologi (CIN) modellerades med logistisk regression. III: För att värdera risken efter behandling av Cancer in situ (CIN3) följdes en kohort med 132 493 kvinnor med denna diagnos i cancerregistret med avseende på invasiv cancer i cervix eller vagina. Standard incidens ratios (SIR) och absolut riskdifferens beräknades med hela den kvinnliga befolkningen

Björn Strander, Onkologisk centrum - Västra sjukvårdsregionen, Kungälv sjukhus och Sahlgrenska akademien

som referens. Ålder och tidsperiod (decennium) vid behandling samt antal år efter behandling inkluderades i en multivariabel log-lineär regressionsmodell. IV: För att studera den prediktiva förmågan hos HPV-DNA-testning efter behandling av CIN2-3 gjorde vi en fall-kontrollstudie inbäddad i en kohort kvinnor som behandlats för höggradig dysplasi. Fallen var 189 kvinnor som fick ny CIN2+ mer än två år efter behandling och två kontroller ur kohorten matchades på varje fall. Exponering var närvaro av HPV-DNA i minst ett av två cellprover tagna inom 2 år efter dysplasibehandlingen.

Resultat:

I ThinPrep-armen återfanns mer än 40% fler höggradiga läsioner i PAD utan försämring av positivt prediktivt värde. Andelen obedömbara prover minskade

med 60%. Scoringsystemet visade en mycket god förmåga både att finna och exkludera CIN2+ vid vissa tröskelvärden och ytan under ROC-kurvan för systemet var hela 0,87. Kvinnor som hade behandlats för CIN3 hade en relativ risk om 2,5 för att senare utveckla cervix- eller vaginalcancer. Risken minskade inte påtagligt efter 25 år och var ytterligare accentuerad om behandlingen gjordes efter 50 års ålder. Risken har också ökat med behandlingar gjorda senare decennier jämfört med 1960-70 talen. Bland kvinnor som behandlats för CIN2-3 var oddskvoten för återfall 2.5 bland dem som hade HPV-DNA påvisat 6 – 12 mån och sensitiviteten för HPV-DNA att prediktera sena återfall vid denna tidpunkt var bara 24%.

Slutsatser:

Vätskebaserad cytologi och ett nytt scoringsystem för kolposkopi kan förbättra detektion av CIN2+ i histopatologi. Kvinnor som en gång behandlats för CIN3 utgör en högriskgrupp för cancer och behöver följas länge. Mer studier behövs för att finna de bästa strategierna för sådan uppföljning.

Avhandlingen baserade sig på följande arbeten:

- I. Strander B, Andersson-Ellström A, Milsom I, Rådberg T, Ryd W. Liquid-based cytology versus conventional Papanicolaou smear in an organized screening program : a prospective randomized study. *Cancer*. Oct 25 2007;111(5):285-291
- II. Strander B, Andersson-Ellström A, Franzen S, Milsom I, Rådberg T. The performance of a new scoring system for colposcopy in detecting high-grade dysplasia in the uterine cervix. *Acta Obstet Gynecol Scand*. Oct 2005;84(10):1013-1017.
- III. Strander B, Andersson-Ellström A, Milsom I, Sparen P. Long term risk of invasive cancer after treatment for cervical intraepithelial neoplasia grade 3: population based cohort study. *BMJ*. October 24, 2007 :bmj.39363.471806.BE.
- IV. Strander B, Ryd W, Wallin KL, Wärleby B, Zheng B, Milsom I, Gharizadeh B, Pourmand N, Andersson-Ellström A. Does HPV-status 6-12 months after treatment of high grade dysplasia in the uterine cervix predict long term recurrence? *Eur J Cancer*. Jul 3 2007;43(12):1849 -1

Författaren kan nås på
bjorn.strander@oc.gu.se



Björn Strander

Intressegrupper inom SFOG

Privatgynekologerna

Ordförande

Gunnar Möllerström
Oxbackskliniken
Lagmansv 14
152 40 Södertälje
Tel: 08-5509 9100
Fax: 08-5544 3120
E-post: gunnar.mollerstrom@tyfon.com

Håkan Forsgren
Lovisa Läkarmottagning
Saltängsgatan 15
602 22 Norrköping
Tel: 011-16 44 00
E-post: hakan.forsgren@lovisalakarmott.nu

Olof E. Löfgren
Gynhälsan i Trelleborg
Gamla Torget 3 A
231 63 Trelleborg
Tel: 0410-407 60
Fax: 0410-407 60
E-post: tremottab@swipnet.se

Mödrhälsovårdsöverläkargruppen

Ordförande

Marie Lindroth
Verksamhetsområde Barn-Familj och kvinnor
Helsingborgs lasarett
S. Vallgatan 5
251 87 Helsingborg
Tel: 042-4062254
E-post: marie.lindroth@skane.se

Sekreterare

Agneta Romin
Falun lasarett, Kvinnokliniken
791 82 Falun
Tel: 023-492000, 023-69951
Fax: 023-490989
E-post: agneta.romin@ltdalarna.se

Obstetiker och gynekologer under utbildning (OGU)

Ordförande

Susanne Hesselman
KK, Lasarettet i Falun
791 82 Falun
Tel: 023-49 20 00
Fax: 023-49 09 89
E-post: susanne.hesselman@ltdalarna.se

Sekreterare

Teresia Ondrasek-Jonsson
KK, Sundsvalls sjukhus
851 86 Sundsvall
Tel: 060-18 10 00
Fax: 060-1815 57
E-post: teresia.ondrasek-jonsson@lvn.se

Gruppen för öppenvårdsgynekologi

Ordförande: Inga Sjöberg

Ersboda vårdcentral
Hälsogränd 3
906 25 Umeå
Tel: 090-785 81 81
inga.sjoberg@vll.se

Peter Krug
Gyn. mott., Sjukhuset
Box 113
311 22 Falkenberg
Tel: 0346-560 44
Fax: 0346-581 83
E-post: peter.krug@lthalland.se

SFOG

ANMÄLNINGSBLANKETT

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi är en förening för alla läkare som är verksamma inom specialiteten, specialister såväl som icke-specialister. SFOG är en specialitetsförening inom Sveriges Läkarförbund och den äldsta sektionen inom Svenska Läkaresällskapet.

Medlem av SFOG bör tillhöra Sveriges Läkarförbund, som är den fackliga huvudorganisationen. Man bör också vara medlem i Svenska Läkaresällskapet. Alla medlemmar i SFOG är anslutna till Nordisk Förening för Obstetrik och Gynekologi (NFOG) och Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO), Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) samt European Board and College of Obstetricians and Gynecologists (EBCOG).

I medlemsbladet, som publiceras fem nummer per år, dryftas angelägenheter som berör specialiteten. Där annonseras också fortbildningskurser, möten och symposier. Man får också ACTA Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, som utkommer med 9-12 nummer per år.

Föreningen har ett antal arbets- och referensgrupper (AR-Grupper) som är öppna för alla. Dessa grupper bevakar olika delar av specialiteten, ger ut ARG-rapporter och medverkar till vidareutbildning. Som medlem i SFOG är man abonnent på ARG-rapporterna till en reducerad kostnad (300:-/år).

Årsavgiften till föreningen är 700 kronor. Prenumeration på ARG-rapporter är avdragsgill i deklarationen. I och med Din anmälan registreras Du i SFOGs datoriserade medlemsregister.

För medlemmar i SFOG anordnas fortbildningskurser. SFOG ansvarar för det vetenskapliga programmet inom obstetrik och gynekologi vid den medicinska riksstämman.

De flesta som söker nytt medlemskap är fortfarande under utbildning. Obstetriker/Gynekologer under Utbildning (OGU) är en av flera intressegrupper inom SFOG. OGU vänder sig till alla under specialistutbildning men även till vikarierande yngre kolleger med intresse för specialiteten och yngre specialister. Aktiviteterna går bl a ut på att bevaka specialistutbildningens utformning och innehåll, att försöka underlätta för internationellt utbyte som del av utbildningen och att arrangera en årlig konferens för utbildning och debatt om utbildningsfrågor inom specialiteten.

Bli medlem i SFOG, så kan Du hålla Dig välinformerad om vad som händer inom Din specialitet.

Skickas/faxas till

SFOG-Kansliet, Drottninggatan 55, 2 tr, 111 21 Stockholm

Telefax: 08-22 23 30 • Anmälan via internet: www.sfog.se

Jag vill bli medlem i SFOG:

Namn

Adress bostad

Adress arbete

Telefon bostad Telefon arbete.....

Mailadress.....

Personnummer _ _ _ _ _

Medlem i Sveriges Läkarförbund Ja Nej

Medlem i Svenska Läkaresällskapet Ja Nej

NEJ TACK! Jag vill inte ha medlemsförmånen att vara ARG-rapport abonnent för en kostnad av f.n. 300 kr/år (motsvarande tre rapporter).

Jag önskar bli medlem i OGU Specialist Icke specialist

Datum: Namnunderskrift:

BESTÄLLNINGSBANKETT ARG-RAPPORTER

Svensk Förening för Obstetrik & Gynekologi Arbets- och Referensgruppers rapportserie

Alternativ I

Jag anmäler mig t v som ständig abonnent på ARGs rapportserie. Varje ny rapport som publiceras i serien skall automatiskt tillsändas mig mot betalning enligt bifogad faktura (rabatt 50:-/rapport), intill dess jag skriftligen anmäler annorlunda. Jag förbinder mig att betala de rapporter jag fått tillsända intill dess jag uppsäger mitt abonnemang.

Alternativ II

Jag beställer nedanstående rapporter (markerade med kryss i vederbörande ruta) att tillställas mig per post. Betalning sker mot medsänd faktura.

OBS! Glöm ej ange alternativ

Namn _____

Adress _____

Postnummer och postadress _____

Jag vill beställa följande redan utgivna ARG-rapporter:

Nr 1-16 och 18-27, 35-36 har utgått

Pris/st exkl. moms, porto & exp. avg 50:-

- | | | |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | Nr 17 Prolaps. 1989 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 28 Sexuella övergrepp mot barn och ungdomar. 1994 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 29 Komplikationer vid Obstetrisk & Gynekologisk kirurgi. 1995 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 30 Genitala infektioner hos kvinnan. 1996 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 31 Assisterad befruktning och preimplantatorisk diagnostik i Sverige. 1996 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 32 Gynekologisk endoskopi - del 1. 1996 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 33 Sexologi ur gynekologisk synvinkel. 1996 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 34 Att förebygga cervixcancer samt vaginal- och vulvacancer. 1997 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 37 Ofrivillig barnlöshet. 1998 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 38 Substitutionsbehandling i klimakteriet - aktuella synpunkter. 1998 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 39 Kvinnlig urininkontinens. 1998 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 40 Ungdomsgynekologi. 1999 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 41 Cancer, graviditet och fertilitet. 1999 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 42 Gynekologisk ultraljudsdiagnostik. 2000 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 43 Infektioner hos gravida kvinnor. 2000 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 44 Vulvacancer. 2000 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 45 Gynekologisk endoskopi - del 2. 2001 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 46 Anal inkontinens hos kvinnor. 2001 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 47 Intrauterin fosterdöd (IUFD). 2002 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 48 Vulvasjukdomar. 2003 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 49 Hemostasrubbingar inom obstetrik och gynekologi. 2004 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 50 Metodbok för evidensbaserad obstetrik och gynekologi. 2004 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 51 Förlossningsrädsla. 2004 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 52 Perinatalt omhändertagande vid extrem underburenhet. 2004 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 53 Bröstat. 2005 | 200:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 54 Inducerad abort. 2006 | 200:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 55 Obstetriskt ultraljud. 2007 | 300:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 56 Endometrios. 2008 | 300:- |

Insändes till:

SFOG-Kansliet • Drottninggatan 55, 2 tr • 111 21 Stockholm • Fax: 08-22 23 30
E-post: kansliet@sfog.se • Internet: www.sfog.se

Posttidning B

SFOG

Drottninggatan 55, 2 tr
111 21 Stockholm



Hjärtligt välkommen till

SFOG-veckan i Skövde!

Från Kvinnoklinikerna vid Universitetssjukhuset i Göteborg och Skövde är vi glada för att kunna erbjuda Dig inspirerande dagar med ett intressant vetenskapligt program och trevliga kvällsaktiviteter.

Veckan inleds med huvudsakligen obstetriska ämnen på Måndag och Tisdag. Onsdagen bjuder på ett blandat innehåll med bland annat föreningssymposiet som vi reserverar åt ett aktuellt ämne. Vidare träffas flera Arbets- och referensgrupper denna dag. På Torsdag och Fredag behandlas framför allt gynekologiska ämnen. Även i år kommer vi att presentera nya avhandlingar inom både obstetrik och gynekologi. Förutom medlemmar i SFOG är upp till 150 barnmorskor välkomna.

Mötet är förlagt till välkända Hotel Billingshus med dess magnifika utsikt över Billingslutningen, natursköna motionsspår och möjlighet till avkoppling med spa.

Det är lätt att ta sig till Skövde. X2000 tar Dig hit på 2 timmar från Stockholm och på 4 timmar från Malmö. Kom till SFOG-veckan för att laddas med kunskap, utbyta erfarenheter och träffa gamla och nya vänner! Boka in vecka 35 den 25-29 augusti 2008 i din almanacka redan nu! Anmäl dig via hemsidan helst före den 18/5 för att dra nytta av den lägre anmälningsavgiften.

Call for abstracts

Under SFOG-veckan finns avsatt tid för presentation av nya avhandlingar, fria föredrag och posters inom både gynekologi och obstetrik.

Pris till bästa föredrag och poster kommer att utdelas.

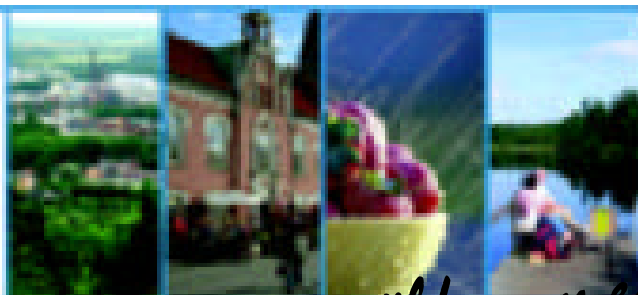
Välkommen med anmälan av din abstract via hemsidan **senast 30 Maj 2008**

Anmälan, bokning av hotellrum och inlämnande av abstracts görs på SFOG-veckans hemsida www.sfogveckan.se

Väl mött!

För organisationskommittén

Gerald Wallsterson
Verksamhetschef
Kvinnokliniken Skövde



Varmt välkommen!