

Medlemsbladet 2

2009

NR



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



**Välkommen till
SFOG-veckan i Norrköping
24 – 28 augusti**

MEDLEMSBLADET

Ansvarig utgivare: Anne Ekeryd-Andalen
Tel: 0303-74 34 89

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 2009:

Ordförande: Ulf Högberg

Kvinnokliniken, Norrlands Universitetssjukhus
901 85 Umeå

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

E-post: ulf.hogberg@obgyn.umu.se

Vice ordförande: Pia Teleman

Kvinnokliniken, Lunds Universitetssjukhus
221 85 Lund

Tel: 046-17 25 51

E-post: pia.teleman@med.lu.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: Pelle Lindqvist

Kvinnokliniken, Karolinska Sjukhuset
Huddinge, 141 86 Stockholm

Tel: 08-585 81 628

E-post: pelle.lindqvist@ki.se

Redaktör för medlemsbladet:

Anne Ekeryd-Andalen

Gyn o MVC-mottagningen, Primärvården

Kungälv's sjukhus, 442 83 Kungälv

Tel 0303-74 34 89

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, Danderyds sjukhus

182 88 Stockholm

Tel: 08-655 63 43

E-post mans.edlund@ds.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:

Mårten Strömberg, Kvinnokliniken,

SU/Sahlgrenska, 413 45 Göteborg

Tel: 031-343 10 00

E-post: marten.stromberg@vgregion.se

Tryck: Elanders

ISSN 0284-8031

— Ordförande har ordet —



Kära Medlemmar och Kollegor!

Det är inte alltid så lätt att hinna med snabba förändringar. En fiskarhistoria från norr illustrerar detta. En pimplare från Bygdeå låg på havsisen och tittade stint ner i hålet där en stor sik nosade på betet. Plötsligt noterade han förundrat att havsbotten rörde sig. Hans första tanke var att han bevittnade ett naturfenomen, innan han förstod att han nu befann sig på ett isflak. Han rusade upp och lyckades i sista stund hoppa över den nybildade råken som pålandsvinden hade brutit upp.

Nåväl, så drastiska skillnader mellan karta och terräng tillhör inte vardagen, men vem kunde i somras förutse den ekonomiska recessionen sjukvården hamnat i? Ekvationen med stigande kostnader och vikande intäkter blir allt svårare att få ihop. Sparbetingen duggar nu tätt med vikande skatteunderlag. När ett sjukhus i norr ska minska sin personal med 1/3 och vårdplatser med 1/5 yttrar sig sjukhusdirektören trossvisst att det "kommer att bli omställningsproblem, men på sikt, som jag ser det, så blir det bättre vård för befolkningen lokalt."

Förvisso kan vi springa fort inom kvinnosjukvården när det gäller, men vad tappar vi på vägen om tempot hela tiden skruvas upp? Hur påverkar det vår arbetsmiljö? Vad händer i vården om depressionen bryter ut? Nu gäller det att ännu

mer hålla sikten på SFOGs mål - att främja kvinnohälsa med fokus på gynekologi och obstetrik.

Det man förlorar på gungorna tar man igen på karusellen sjöng Karl Gerhard 1948. Man skulle inför besparingsförslag behöva tänka efter mer än en gång, besluten kan vara hastiga. Vad som till synes är en besparing för en portmonnä kan bli en utgift ur en annan portmonnä och slutresultatet är vare sig en besparing för sjukvården eller folkhälsan. Ett problem härvidlag är att mycket av vad vi gör i hälso- och sjukvården saknar strikt vetenskaplig evidens. Läger man till dimensionen kostnadseffektivitet blir beslutsunderlaget ännu tunnare. Men det behöver inte betyda att sjukvården är verkningslös eller saknar effekt. Visst ska åtgärder med god evidens prioriteras högt men sorterar man bort väsentliga insatser med skäl som "brist på evidens" kan man oväntat fastna på myren. Vad man trodde skulle bli en besparing kan visa sig bli ökat vårdbehov med nya patientkategorier på akutmottagningen eller många vårdbesök för komplikationer.

SMER mot SoS

Nya sparplaner ger nya prioriteringar. I svåra tider pressas etiken. Redan nu pågår ett meningsutbyte mellan SMER (Statens Medicin Etiska Råd) å ena sidan och

I DETTA NUMMER

Brev till Sveriges Kommuner och Landsting	7
Abortverksamhet ingår i specialistutbildningen	8
Specialistskrivning i Obstetrik och Gynekologi 2009	9
Vintermötet 2009	14
Checklistor för specialistutbildning i Obstetrik och Gynekologi	17
Dags att nominera till OGU-priset 2009	25
Pionjärer inom Obstetrik och Gynekologi	26
Minska patientskador – lär av skadeanmälningarna	27
Nya avhandlingar	30
BakreFornix	33

Socialstyrelsen å andra sidan. I Vårdens svåra val (SOU 1995:5) utformades den etiska plattformen som syftade till att förstärka och fördjupa en god vård på lika villkor för hela befolkningen. De grundläggande principerna i den etiska plattformen är den överordnande människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen som i sin tur går före kostnadseffektivitetsprincipen. I Vårdens alltför svåra val? (Prioriteringscentrums rapport 2007) omformuleras människovärdesprincipen, en ansvarsprincip (individen har ansvar sin hälsa) införs och kostnadseffektivitetsprincipen får samma status som behovs- och solidaritetsprincipen.

SMER menar i sin kritik att den nya plattformen kan ge en förändrad värdegrund för hälso- och sjukvården, att kostnadseffektivitetsprincipen kan leda till vård på olika villkor, att omformuleringen av människovärdesprincipen kan leda till att människor prioriteras lägre på grund av ålder, egenskaper eller livsstil. SMER framhåller också att upphävd rangordning mellan de etiska principerna kan leda till olikheter mellan regioner och landsting och vara oförenliga med principen att vård ska ges på lika villkor.

Vad som ska rymmas i det offentliga uppdraget av hälso- och sjukvård bestäms på landsting- eller regionalnivå. Är vi redan inne i en ny etisk plattform för prioriteringar som gör Sverigekartan brokig vad gäller kvinnosjukvård?

Brokig KUB-karta

Genomförandet av KUB visar en brokig Sverige-karta. Lagen om genetisk integritet (SFS 2006) fastslog att alla gravida skall erbjudas en allmän information om fosterdiagnostik. År 2006 kom SBU fram till att KUB är den riskvärderingsmetod med högsta evidensgradering för tidig fosterdiagnostik. SFOG svarade september 2007 på Socialstyrelsens förslag till föreskrifter och framhöll KUB i enlighet med SBU:s rekommendation, samt rättvisaspekten och det informerade valet (flerstegsmodellen) och kvalitetssäkring. Socialstyrelsens föreskrifter lyser ännu med sin frånvaro (mars 2009).

Under tiden har kvinnosjukvården i stora delar av landet äskat medel för infö-

rande av KUB. Förslagen har varit i närmast identiska förslag i enlighet med SBU-rapporten och vad som har diskuterats inom SFOG. Hur ser det då ut våren 2009? Endast ett landsting, Örebro, har infört KUB i informerat val i flestegsmodell oavsett ålder, samt kvalitetssäkring. Ytterligare ett par landsting har detta under införande. I övriga delar av landet ingår eller kommer att ingå, KUB i det offentliga uppdraget med åldersgräns (>32 eller >34) enbart eller också med indikationen oro eller stark oro. Begränsningarna i genomförandet av KUB är politiskt bestämda regionalt utifrån egna prioriteringar och ekonomiska ramar. Vare sig i Danmark eller i Finland med sin annorlunda finansiering av sjukvården skulle sådana geografiska skillnader vara möjliga. Det är inte en vård på lika villkor.

Prioriteringar och reproduktiva rättigheter

Nästa avsnitt är de lagstadgade reproduktiva rättigheterna, steriliseringar och aborter med abortförebyggande arbete. SFOGs styrelse har tillsammans med FARG, Etik-ARG och TON-ARG skrivit en artikel till DN-debatt: Reproduktiv hälsa en rättighetsfråga! Vi beskriver där regionala skillnader där kostnaden för sterilisering nu kan variera mellan 180 och 13 000 kronor, kostnaden för p-piller till unga varierar mellan 0 till 1 100 kronor och skillnad i valfrihet av abortmetod. Visst kan det vara en besparing i den ena portmonnän, men vem vet utgiften i den andra portmonnän, inte bara kostnad utan lidande? Och är det inte samhällets uppgift att skydda lagstadgade rättigheter och följsamhet till hälso- och sjukvårdslagen där om något det informerade valet och självbestämmande är något vi har att möta? På verksamhetsmötet förelåg enighet i att steriliseringar bör ingå i det offentliga uppdraget. SFOG har nu tillsammans med Svensk Urologisk Förening skrivit till SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) om steriliseringsfrågan (se sidan 7).

Positiva nyheter!

Nog med jeremiader. Organisationskommittén för SFOG-veckan i Norrköping jobbar som intensivast nu. De har lättat lite på förlåten och översiktsprogrammet

ger vinken – du kan bara inte missa vecka 35 i Norrköping! Bara de sex gästföreläsarna och de 14 symposierna lovar något alldeles extra. Organisationskommittén är att gratulera till snilledraget att engagera AR-grupperna för programmet – 11 workshops kommer att sjuda under veckan! Även Föreningssymposiet kommer att bli mycket angeläget, nämligen SFOG som motor för fortbildning och kompetensutveckling.

Barnmorskeförbundet har tagit initiativet till revision av dokumentet Normalförlösning (State of the Art, 2001). En redaktionsgrupp med representation från SFOG, Barnmorskeförbundet och Neonatalsektionen inom Barnläkarföreningen kommer att leda arbetet. SFOGs redaktörer i arbetet blir Ulla-Britt Wennerholm och Lennart Nordström. Arbetet är under planering, och tanken är att det ska leda till webbaserade nationella rekommendationer och riktlinjer.

SFOGs styrelse planerar att bjuda in till bildandet av ny AR-grupp med det nygamla arbetsnamnet KVARG. Embryot, arbetsgruppen för årsrapporten, har länge arbetat i det tysta och behöver utvidgat uppdrag för SFOG. Med alla kvalitetsregister inom gynekologi, obstetrik och nyföddhetsvård som vuxit fram var för sig, nationella, regionala och lokala, skulle det nu behövas samordning, samarbete, och informationsutbyte. Representanter för styrgrupperna från de olika kvalitetsregistren behöver en mötesplats tillsammans med verksamheten. De angelägna frågorna är många: Hur kan vi begränsa informationsmängden och kvalitetsregistrens storlek? Hur kan vi få nationell täckning och samordning mellan registren? Hur kan vi maximalt utnyttja datajournalssystemen för att inte behöva registrera en uppgift mer än en gång? Kan årsrapportens initiativ att få in väntetider till abort direktgenererade från datajournalssystem visa på enklare väg än att bilda nya kvalitetsregister? Hur kan ansökningar till SKL samordnas? Vilka frågor till gravida eller patienter behöver finnas i ett kvalitetsregister och kan dessa samordnas? Vi återkommer med allmän inbjudan till SFOG-veckan.

Ulf Högberg



Bästa kollegor!

Det skall bli en spännande utmaning att ta över som vetenskaplig sekreterare efter Lars-Åke. Åtagandet verkar dock betydligt större än vad jag först föreställde mig.

Det känns som vi under de senaste åren lever i en enda lång besparing. Den totala kakan inom sjukvården krymper och en allt lägre del av vår BNP går till akut-sjukvården. Luften trycks ur systemet och möjligheterna för forskning, utveckling och vidareutbildning minskas. När man ser tillbaka ett antal år expanderar vissa discipliner medan obstetrik/gynekologi disciplinen ständigt verkar gå kräftgång. Vad är det som skiljer? Ortopederna till exempel har visat samhällsnytta och expanderar. Andra discipliner som onkologer och reumatologer har nu nya och bättre samt mycket dyrare läkemedel. De gör, eller kommer att göra, anspråk på en större del av kakan. Man får tycka vad man vill, men vården är numera ekonomistyrd.

Jag tror att det är enormt viktigt att vi inom disciplinen sätter större fokus på samhällsnyttan med forskningen. Att ur ett samhällsperspektiv visa att vi är effektiva. Ingen annan kommer att göra detta åt oss. Om vi inte gör det kommer andra att ta vår del av kakan.

Som obstetriker ser jag det som mycket lovande med det nya samarbetet mellan LÖF, SFOG, Barnmorskeförbundet och Neonatologföreningen angående "Säker

förlossningsvård". LÖF anger att den typiska förlossningsskadan som de blir engagerade i kostar 8 miljoner under de åtta första levnadsåren.

Hur mycket de svåra skadorna beräknas kosta under en livstid vet jag inte men sannolikt ligger det på åtminstone femfaldigt detta belopp. Under graviditeten vet vi att upptäckten av 10 tillväxthämningar antenatalt undviker en förlossningskomplikation. Det är en helt annan utväxling än de tusentals kvinnoår som behövs för att undvika ett fall av stroke med anti-hypertensiv behandling. Vi behöver veta kostnaderna för skadorna för att motivera de ökade kostnaderna som krävs för en ökad upptäckt. Det stora problemet är att utgifterna och kostnaderna hamnar i olika budgetar, men jag känner mej helt säker på att samhället skulle spara både personligt lidande och pengar på en bättre identifiering av riskgraviditeter.

När det gäller förlossningsskador vet vi att utbildning inom CTG sänker risken. I en snäv budget blir det ofta kortsiktigheten som tar överhanden. Budgeten hålls, men kostnader får betalas senare från en annan budget. Vem vet, det kanske är lönsamt ur ett samhällsperspektiv med CTG utbildning flera gånger per år? Det blir lättare att argumentera för utbildning om det finns visad nytta. Det är dock vi som måste leverera dessa data! Det är vi som

måste göra denna forskning. Jag känner mig säker på att varje område inom disciplinen skulle kunna leverera detta. Ett effektivt hinder mot detta är givetvis bristen på anslag med den inriktningen.

Nordiskt samarbete

SFOG har inlett ett nordiskt samarbete om sällsynta förlossningskomplikationer med den engelska modellen ELKOSS som förebild. Gruppen består av en obstetriker och en representant från de medicinska födelseregistren i de nordiska länderna. Från den första april är det tänkt att vi skall registrera:

Peripartum hysterektomi,

Placenta accreta /percreta)

Uterusruptur (ej intakt peritoneum)

Förlossning som kräver minst 5 enheter blod första dygnet.

Laparotomi efter förlossning

Exakt hur det skall gå till är inte klart än men i början av april kommer instruktioner att finnas på SFOGs hemsida. Vi kommer att behöva intresserade representanter, både lokala och regionala. Vi räknar att det kan röra sig om 3-4 fall per 1000 förlossningar och år. Maila gärna intresseanmälan till undertecknad.

Pelle Lindqvist

Pelle.lindqvist@ki.se

SFOG gratulerar till Specialistexamen!

Joanna Stiller Lindskog

Klaus Groth

Marlén Sjöblom

Lana Salih

Tekla Lind

Lotta Herling

Eva Enocson

Johanna Sundqvist

Annika Kahnberg

Mingde Wang

Charlotta Ersmark

Staffan Jannesson-Billing

Lena Ljungqvist

Edward Morcos

Nya medlemmar

Irina Ktsoeva, Västra Frölunda
Karin Olsson, Karlstad
Anne-Charlotte Shayegh, Nyköping
Zoltan Czank, Hudiksvall
Artilla Toth, Forsa
Sara Acking, Stockholm
Nils Ludwig, Hudiksvall
Diana Zach, Eskilstuna
Åsa Ehlin, Stockholm
Emma Gustafsson, Eksjö
Jonas Eklund, Norrköping

Rättelse

Ultraljudspionjären Birger Sunden begåvades med fel förnamn i "Minnen nedtecknade av prof em A Ingelman-Sundberg" i nr 1. Birger är det korrekta namnet och inte Bengt. Vi beklagar!
Redaktören

REDAKTÖRENS RUTA

Från Vintermöte till sommar och SFOGvecka

Tiden rinner snabbt iväg, det tycker säkert de specialister som precis har fått specialistkompetensbevis. Vägen till detta mål synes lång och svårgenomtränglig i början, med rätt karta och kompass når man målet snabbare än man kunde ana vid starten. Det digra arbetet att föra ned den översiktliga målbeskrivningen av de medicinska delmålen i den nya ST-utbildningen till en mer detaljerad och praktisk användbar "checklista" presenteras i detta nr. Läs och begrunda!

Men specialistkompetens är bara en bit på vägen i det livslånga lärandet. Fortsatt diskussion om kontinuerligt lärande och utveckling följer i Norrköping. Vi ses!

Anne Ekeryd-Andalen

Följande tider gäller för medlemsbladet 2009:

Nr	Deadline	Utkommer
3	10 maj	Vecka 24
4	6 september	Vecka 41
5	25 oktober	Vecka 48

Manus skickas till:

Redaktör Anne Ekeryd-Andalen

Gyn och MVC-mottagningen, Primärvården, Kungälv's sjukhus
442 83 Kungälv

Telefon 0303-74 34 89 • E-post: anne.ekeryd-andalen@vgregion.se

Adressändring skall göras till:

SFOG-Kansliet • Drottninggatan 55 • 111 21 Stockholm
eller kansliet@sfo.se

Brev till Sveriges Kommuner och Landsting

Vi vill med denna skrivelse göra SKL uppmärksam på en olycklig utveckling avseende tillgången till sterilisering för kvinnor och män i Sverige.

Rätten till sterilisering för män och kvinnor lagstodades år 1975. Sedan sterilisering prioriterades till grupp 5, "Efterfrågade med inte nödvändiga behandlingar" i Vårdens svåra val (SOU 1995:5) har antalet steriliseringsoperationer minskat till en tredjedel.

Även om behovet av steriliseringar stadigt har minskat sedan tillkomsten av moderna preventivmedel så kvarstår behovet. För män är sterilisering det enda effektiva preventivmedlet. För kvinnor är det tillsammans med kopparspiral de enda effektiva hormonfria preventivmedlen. För kvinnor finns tillfällen då andra metoder, exempelvis hormonella metoder eller spiral, av medicinska skäl inte kan tillämpas, och där en steriliseringsoperation kan förebygga framtida lidande och många sjukvårdsbesök.

Under 2007 utfördes 1 500 steriliseringar på män och 3 000 steriliseringar på kvinnor, varav 85% utfördes i öppen vård. Med den nya operationstekniken hysteroskopisk sterilisering som nu introduceras som förstahandsmetod i öppen vård sparar operationsresurser.

En förfrågan till landets kvinnokliniker under hösten 2008 visade stor variation i tillgängligheten till sterilisering. Den rådande meningen är att tillgången till sterilisering ska vara ett offentligt åtagande och kunna rymmas inom ramen för landstingens ekonomi. Flertalet landsting utför sterilisering mot patientavgift, även om en del landsting inte har möjlighet att utföra sterilisering inom vårdgarantin. En för-

skjutning till ökade kostnader som läggs på patienterna är på gång inom flera landsting. Idag lägger 1/4 av landstingen en kostnad på 2 000 – 13 000 kronor direkt på patienten.

SFOGs intressegrupp Mödrahälsovårdsöverläkargruppen, vars medlemmar inom respektive landsting ofta har det medicinska ansvaret för preventivmedelsgivningen i Sverige, finner den minskade tillgängligheten för sterilisering bekymmersam. I den kliniska verkligheten kan det, trots dagens utbud av preventivmedel, av medicinska eller sociala skäl vara svårt att finna ett preventivmedel som fungerar för en viss individ. De framhåller att det är viktig att alla typer av preventivmetoder finns att tillgå och att sterilisering är ett bra och ibland av medicinska eller sociala skäl det enda rimliga valet för många kvinnor. Svårigheten att finna passande och behovet av ett brett utbud av preventivmetod för alla kvinnor illustreras av de senaste årens ökning av antalet legala aborter.

Frågan om tillgänglighet till steriliseringsoperationer har diskuterats inom FARG (SFOGs arbetsgrupp för familjeplanering) och Etik-ARG. I detta vill vi framhålla de etiska principerna för prioriteringar:

a) Enligt den överordnade människovärdesprincipen bör vård ges på lika villkor oavsett boendeort och privat ekonomi. Med så höga kostnader som nu tillämpas inom en del landsting föreligger att sterilisering som valmöjlighet

och självbestämmande för familjeplanering har minskat och den lagstadgade rättigheten till sterilisering begränsas för många kvinnor på ett orättvist sätt.

b) Enligt behovs- och solidaritetsprincipen är vi överens inom SFOG att tillgången inte bör begränsas för dem som är i behov av sterilisering.

c) Enligt kostnadseffektivitetsprincipen torde sterilisering vara den mest kostnadseffektiva familjeplaneringsmetoden för såväl vissa kvinnor/män som för samhället och med hänsyn till den totala kostnad som bör beaktas, exempelvis vårdbesök på grund av komplikationer till preventivmedel och oönskade aborter.

Vi vill med denna skrivelse framhålla att tillgången till sterilisering för män och kvinnor som familjeplaneringsmetod bör värnas. Den lagstadgade rätten bör säkras enligt de etiska principerna för god sjukvård.

Professor Ulf Högberg
Ordförande
Svensk Förening för Obstetrik & Gynekologi
ulf.hogberg@obgyn.umu.se

Docent Ralph Peeker
Ordförande
Svensk Urologisk Förening
Enheten för Urologi
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
ralph.peeker@vgregion.se

Anmäl dig nu! www.sfogveckan.se

Abortverksamhet ingår i specialistutbildningen i Obstetrik och Gynekologi

Fri abort till och med graviditetsvecka 18 är en lagstadgad rättighet för kvinnor i Sverige och sjukvården har skyldighet att ge en säker och human abortvård fri från negativa värderingar. För gynekologer är det nödvändigt att möta kvinnor i samband med abort för att förstå betydelsen av säker abort för kvinnans reproduktiva

hälsa. Därför ingår tjänstgöring på enhet som bedriver abortverksamhet i svensk specialistutbildning i obstetrik och gynekologi. Efter uppnådd specialistkompetens förväntas läkaren behärska det medicinska området inducerad abort. Detta regleras i Socialstyrelsens författning om ny specialistutbildning som gäller läkare

som påbörjat sin utbildning efter 1 juli 2006. SFOG har aktivt deltagit i utarbetandet av de medicinska målen för specialistutbildning och kommer inte att verka för att undantag kan medges.

SFOGs styrelse



Specialistskrivning i Obstetrik och Gynekologi 2009

Skrivningen består av kortsvarsfrågor med delfrågor. Totalt omfattar skrivningen 105 poäng. Skrivningstiden är max 5 timmar. CTG-kurvan till fråga 15 hittar du på hemsidan, www.sfog.se.

Vi har denna gång valt att publicera enbart frågorna i Medlemsbladet. Hela skrivningen med svar är publicerad på hemsidan.

Lycka till! Redaktören

GYNEKOLOGI

Skrivningsfråga nr 1

En patient som är 63 år gammal är inplanerad för kirurgisk åtgärd av ett rektocoele. Hon har fött tre barn vaginalt efter okomplicerade graviditeter. I samband med att du skriver in patienten framkommer att hon är rökare sedan 20-årsåldern. Hon genomgick för ett par år sedan en höftledsoperation och drabbades postoperativt av en blodpropp i lungan. Hon tog blodförtunnande medicin i ungefär ett halvår. Någon utredning beträffande trombosbenägenhet är inte gjord. Under samtalets gång noterar du att patienten har en hel del hosta och att patienten är lite dyspnoisk efter sina hostattacker och efter den relativt raska promenaden till undersökningsrummet. Enligt undersköterskans notering är patienten 168 cm lång och väger 56 kilo. Patienten medicinerar med Seloken SOC 100 mg x 1 samt Vagifem 2 gånger/vecka. I samband med klinisk undersökning noteras blodtryck 172/92, puls 64, lungor med en del sibilanta och sonora ronchi samt en del sekretljud. Upprepade blodtryckskontroller på avdelningen visade liknande nivåer. Den gynekologiska undersökningen visar bland annat ett reкто/enterecele som är drygt hönsäggstort. Slemhinnorna är hyggligt östro-

geniserade. Måttlig uterusdescens samt inget cystocoele. Du planerar för en åtgärd av enterocoelet och en bakre plastik med levatorsuturer. I övrigt framkommer inga avvikande fynd vid auskultation av hjärtat, palpation av buk samt undersökning av bröst och sedvanliga lymfkörtelstationer. **Fråga 1a) Vilka tre preoperativa undersökningar/bedömningar tycker du verkar rimliga att vidta? Motivera dina svar. (1,5p)**

Operationen gjordes någon månad efter att ovan beskrivna inskrivning gjordes. Under operationen friar du vaginalslemhinna från underliggande vävnad och du identifierar enterocoelet.

Fråga 1b) Vad gör du med enterocoelet som är stort som en tumme? (1p)

Fråga 1c) Vad skall du tänka på när du sätter dina levatorsuturer? (1p)

Fråga 1d) Dagen efter operationen har patienten mer ont än vad de brukar ha efter en motsvarande operation. Vilka tankar väcks hos dig? (1p)

Fråga 1e) Nästa dag får du veta att patienten är helt personlighetsförändrad och hon betar sig mycket konstigt. Berättar om konstiga drömmar bland annat. Vilka tankar väcks hos dig nu? (0,5p)

Fråga 1f) Vilka ordinationer/råd ger du patienten i samband med utskrivning? (1p)

Skrivningsfråga nr 2

En 45-årig kvinna är inlagd på gynekologisk vårdavdelning. Hon sökte akut under efternatten då hon drabbats av akut insättande buksmärta. Du träffar patienten på morgonen ungefär 5 timmar efter det hon blev inlagd. Hon är fastande samt har dropp. Hon har fått 100 mg diklofenak intramuskulärt samt sammanlagt 16 mg

morfin intravenöst men uppger sig ha ont ändå. Inskrivande doktor har angett myomnekros som trolig orsak till patientens smärta. Hon är i övrigt frisk och har ingen regelbunden medicinering. Hon var på sin årliga gynekologiska rutinundersökning för ett par månader sedan och undersökande gynekolog sa att hon hade en muskelknuta i livmodern. Hon var då helt besvärsfri. Du konstaterar att hon är mest öm över en grapefruktstor resistens som finns långt nere till höger i buken. Vid gynekologisk undersökning med ultraljud kan du konstatera att det finns flera myom i uterus och att det största mäter 7 cm i diameter. Vidare finner du en misstänkt högersidig ovarialcysta som mäter 9 cm i diameter och den ligger ganska högt upp så det var närmast slumpen som gjorde att du såg den med vaginalt ultraljud. När du trycker med ultraljudsproben mot uterus och vad du tror är höger adnex så gör det mycket ont. På andra sidan om uterus ser du ett normalt ovarium och hon är inte speciellt öm på den sidan. Med abdominellt ultraljud så ser man en enkelrummig 9 cm stor cysta av benign utseende.

Fråga 2a) Hur tänker du och vilka åtgärder vidtar du? (1p)

Fråga 2b) Patienten har läst på lite om myom och hon undrar om de kan omvandlas till cancer. Hur är det med den saken? (0,5 p)

Fråga 2c) Hur kan man krympa myom medicinskt (hormonellt)? (1p)

Fråga 2d) Beskriv ett par ickemedicinska/ickehormonella metoder för åtgärd av uterusmyom medan uterus och fertilitet bibehålls. (2p)

Fråga 2e) Vilka två celltyper dominerar i ett myom? (0,5 p)

Fråga 2f) Vad menas med ett submuköst myom och hur kan det tas bort? (1p)

Fråga 2g) Vilka anamnestiska och statusmässiga data skulle tala för att det rör sig om ett uterusarkom och inte ett uterusmyom? (1p)

Skrivningsfråga nr 3

I morgon skall du operera en 46-årig kvinna som har en drygt barnhuvudstor uterus pga. myom. Du planerar att göra total hysterektomi i medellinjessnitt då uterus når ca 2-3 tvärfingrar ovan navelplanet. Hon har fött fyra barn vaginalt efter normala graviditeter. Hon är i övrigt frisk och tar inga mediciner. Patienten är 176 cm lång och väger 86 kg.

Fråga 3a) Önskar du ordinera några preoperativa undersökningar/bedömningar utöver sedvanliga blodprover och bedömning av narkosläkare? Motivera ditt svar. (1p)

Fråga 3b) Hur tänker du beträffande antibiotika- och trombosprofylax? (1p)

Under operationen visar det sig att det finns ett flertal intramurala myom i corpusdelen av uterus och ett 7-8 cm stort myom

långt ner mot cervix. Det senare ligger intraligamentärt på höger sida. Hela paketet går relativt bra att skjuta upp men det är trångt nere i lilla bäckenet och ganska svårt att komma åt.

Fråga 3c) I ett tidigt skede av operationen orienterar du dig i det planerade operationsområdet. Hur tänker du i det uppkomna läget? (2p)

Operationen går bra utan några uppenbara komplikationer men under ett skede av operationen var det svårt att komma åt på ett bra sätt på högersidan. Operationstiden var 203 minuter. Patienten mår dock inte bra efter operationen. Hon har inte ont annat än i ryggen men mår illa och kräks fortfarande två dygn efter operationen. Hon får inte i sig något per os och det går inga gaser. Kroppstemperaturen är nu 38,1°C.

Fråga 3d) Hur resonerar du beträffande ordinationer av intravenösa vätskor? (1p)

Fråga 3e) Vad beror den lätt förhöjda temperaturen mest sannolikt på? Motivera ditt svar. (1p)

På 3:e postoperativa dagen går det lite

gaser och patienten har en liten avföring men hon mår inte bättre. Hon har mer ont mot ryggen men det är alla överens beror på att hon nu legat så länge till sängs och att hon har en rygg som periodvis varit besvärlig.

På 4:e postoperativa dygnet utvecklar patienten svår högersidig flanksmärta och hög feber med frossbrytningar. Hon blir riktigt dålig med lågt blodtryck och hon blir konfusorisk.

Fråga 3f) Hur bedömer du det nu uppkomna läget? Vad misstänker du?

Vad gör du? (2p)

Skrivningsfråga nr 4

Du laparoskopierar en 26-årig kvinna som vid upprepade tillfällen sökt sin husläkare på grund av periodvisa låga buksmärter. Smärtan har som regel börjat med lite molande som sedan övergått i kramp-liknande smärta som hållit i sig som regel under några timmar. När det värsta släppt så har det varit ömt i magen under några timmar. Hon har ibland mått illa när det varit som mest ont. Ultraljudsmässigt så finns en högersidig ovarialcysta som mäter

6 centimeter i medeldiameter. Den ser ut att vara flerrummig och innehållet har en viss ekogenicitet. De septa som finns ser tunna ut och det finns inga säkra excrescenser.

Fråga 4a) Hur handlägger du detta? Motivera. (1p)

Fråga 4b) Vilken typ av cysta rör det sig troligen om? (1p)

Fråga 4c) Hur tycker du man skall fortsätta operationen om man hittar vegetationer på cystans utsida? (1,5p)

Fråga 4d) Om cystan går sönder i samband med manipulation och den tömmer sig på ett lite mörjigt chokladbrunt innehåll, vad är det för typ av cysta då och hur fortsätter du operationen? (1p)

Fråga 4e) Hur mycket ökar risken för ovarialcancer hos kvinnor med endometriosis och vilka två typer av ovarialcancer är vanligast i denna patientgrupp? (1p)

Fråga 4f) I samband med manipulation av ovariet och cystan så finner du att cystan sitter fast mot bäckenväggen motsvarande fossa ovarica med omnejd. Med diatermi försöker du bränna av de korta och relativt strama stråk som håller fast ovariet. Vad måste du tänka på i det här läget och hur gör du? (1,5p)

Fråga 4g) Anta att du lyckats dissekera loss den ca 6 cm stora cystan utan att den gått sönder. Hur tar du enklast ut den utan att spilla något i buken? (1p)

Skrivningsfråga nr 5

En 66 årig kvinna söker för trängningar och frekventa toalettbesök både dag och natt. Gynekologisk undersökning och urinprover är ua.

Miktionslista visar maxvolym 500 ml, frekvens dagtid 8 och nattetid 4, totalt 12, totalvolym 3 800 ml, varav 1 600 ml nattetid. Inga läckage.

Fråga 5a) Räkna upp minst 4 orsaker till polyuri, och ange minst 2 av dessa som speciellt kan orsaka nykturi! (4 p)

Fråga 5b) Ungefär hur stor andel av urinvolymen utsöndras normalt nattetid? (1 p)

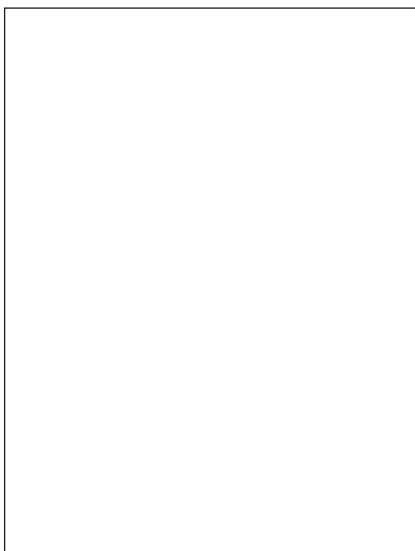
Fråga 5c) Ange en medicinsk behandling av nykturi. (1 p)

Fråga 5d) Ange en farlig biverkning till denna behandling! (1 p)

Fråga 5e) Ange en lämplig kontrollåtgärd för att förebygga denna biverkning (1 p)

Skrivningsfråga nr 6

En 35-årig kvinna söker för klåda i underlivet sedan ca 3 månader; mycket besvär på natten.



Fråga 6a) Trolig diagnos. (1 p)

Fråga 6b) Ange 2 differentialdiagnoser! (1 p)

Fråga 6c) Lämpliga prover för att säkerställa diagnos? (1p)

Fråga 6d) Föreslå lämplig behandling för den troligaste diagnosen (fråga a)! (1 p)

Skrivningsfråga nr 7

Linda 28 år söker mottagningen p.g.a. "svampbesvär".

Fråga 7a) Redogör för, och förklara, symptom och fynd vid en akut svampinfektion. (1 p)

Fråga 7b) Redogör för, och förklara, symptom och fynd efter ett par veckors svampinfektion. (1 p)

När Du frågat henne om symptom framkommer det att hon främst har besvär vid samlag. Fråga 7c) Vilka är de viktigaste frågorna du ställer till henne nu? (1 p)

Du misstänker en lång sjukhistoria av dyspareuni.

Fråga 7d) Vad förväntar du dig av en kommande gynekologisk undersökning och varför? (1 p)

Fråga 7e) Hur hanterar du detta? (1 p) Hon berättar efter ett tag att hon har nedsett sexuell lust. Du påminner Dig om de sexuella responsfaserna.

Fråga 7f) Vilka är responsfaserna och vilket "egennamn" brukar användas för denna graf? (1 p)

Fråga 7g) Beskriv för Linda hur lust och slidkramp kan påverka varandra och ge några enkla råd. (1 p)

Skrivningsfråga nr 8

Evelina, 28 år, kommer till KK's mottagning för vidare utredning och behandling p.g.a. att man upptäckt en skivepiteltypi (ASCUS) vid gynhälsokontrollen. Hon är

sambo och Evelina har sedan ett halvår försökt bli gravid. Sedan hon slutade med p-piller har hon haft en del mellanblödningar och vid två tillfällen blödning efter samlag. Evelina är mycket orolig och har många frågor.

Fråga 8a) Hur stor är risken att en ASCUS i själva verket är en äkta dysplasi? (1 p)

Fråga 8b) Evelina undrar också om blödningarna beror på en cellförändring eller om man ska utreda på något annat sätt. Vad svarar du? (1 p)

Fråga 8c) Om det skulle vara en dysplasi och man måste ta bort en bit av livmodertappen – påverkar det en eventuell graviditet? (1 p)

Om Evelina hade fått vaccinera sig i tonåren kanske hon hade sluppit denna situation. Det finns för närvarande två olika vacciner på marknaden.

Fråga 8d) Hur effektiva är dessa vacciner och är det något som skiljer dem åt? (1 p)

Skrivningsfråga nr 9

Gunilla, 57 år, söker på KK's mottagning efter att hon sedan några veckor känt en molvärk nedtill i buken. Hon är II-på, tidigare gynekologiskt frisk och hade MP vid 52 års ålder. Hon har behandling för hypertoni men inga andra mediciner. Du känner inget avvikande vid palpation men när du gör ett vaginalt ultraljud ser du en cysta som mäter 6 cm i diameter.

Fråga 9a) Hur beräknas malignitetsrisken med hjälp av RMI (Risk of Malignancy Index)? (1 p)

Fråga 9b) Hur handlägger du fallet beroende på olika RMI-nivåer? (1 p)

Det framkommer nu att Gunilla har använt östrogen i 5 år och nu undrar hon om det har orsakat cystan.

Fråga 9c) Påverkar HT risken för ovarialcancer och i sådana fall hur? (1 p)

Fråga 9d) HT påverkar risken för en rad andra cancersjukdomar. Beskriv vad vi vet idag om detta. (1 p)

OBSTETRIK

Skrivningsfråga nr 10

Maria kommer in till förlossningsavdelningen i graviditetsvecka 37+ med fulminant varicellainfektion. Hon har inga värkar.

Fråga 10a) Hur skulle du behandla Maria? (1p)

Fråga 10b) När och hur bör Maria förlösas? (2p)

Fråga 10c) När under graviditeten utgör en varicellainfektion störst risk för fostret? (1 p)

Fråga 10d) Hur stor är risken för fetal skada om Maria i stället haft en herpes zoster? (1 p)

Skrivningsfråga nr 11

Dorothea väntar sitt första barn och har nu kommit till graviditetsvecka 33+. Hon söker MVC pga. klåda i handflator, på fotsulor och över bälgen. Laboratorieutredning visade normala transaminaser, men stegrad bilirubin och kraftigt förhöjda s-gallsyror.

Fråga 11a) Vilka är riskerna för mor respektive foster i samband med detta tillstånd? (3 p)

Fråga 11b) Vill du behandla detta tillstånd och i så fall hur? (1 p)

Fråga 11c) Hur vill du övervaka Dorothea i fortsättningen? (2 p)

Fråga 11d) Hur stor är återupprepningsrisken för detta tillstånd vid nästkommande graviditet? (1 p)

Skrivningsfråga nr 12

Sanna kommer in med ambulans till förlossningen efter att ha börjat blöda hemma så att det rann lite längs låren. Hon är gravid med sitt andra barn och enligt BPU i v. 30 + 3. Du tillkallas direkt när ambulansen anlät.

Fråga 12a) Vilken blir din första åtgärd och vilken fråga ställer du först? (2 p)

Fråga 12b) Vilka undersökningar och åtgärder vidtar du härnäst? (2 p)

Efter en stund har blödningsmängden minskat och Sanna ligger kvar för observation. Hon har nu börjat få sammandragningar med ca 10 minuters intervall.

Fråga 12c) Vad gör du nu? (2 p)

Du har en stark misstanke att Sanna har en partiell ablatio och du diskuterar nu fallet med din överläkare eftersom du upplever att situationen inte är riktigt under kontroll.

Fråga 12d) Vad är det som avgör om man ska göra ett akut sectio i en situation som denna? (2 p)

Skrivningsfråga nr 13

Gudrun är gravid i v 40 + 5 och kommer till förlossningen för induktion på grund av oligohydramnios (AFI= 35). Det är första barnet och Gudrun har en magnifik mage. Hon väger själv 105 kg. Du gör vaginalundersökning och finner att cervix är 2 cm lång, fast i konsistensen och genomsläpper fingret. CTG visar frekvens 120/min, nedsatt variabilitet och enstaka

accelerationer. Efter din palpation har Gudrun känt av några värkar

Fråga 13a) Vilka åtgärder gör du för att inducera förlossningen? Motivera. (2 p)

Nästa dag när du går på jouten är Gudrun igång med ett riktigt hyggligt värkarbete. Cervix är nu öppen 5 cm, huvudet står strax nedom spinae och det går framåt. Barnmorskan ber dig bedöma CTG som visar variabla decelerationer.

Fråga 13b) Vilken är det troligaste orsaken till dessa decelerationer? Kan det åtgärdas? (2 p)

Kl. 01 blir du tillkallad för att lägga en sugklocka. Gudrun har nu krystat i ca 1 timme och hon orkar inte längre.

Fråga 13c) Vilka komplikationer till en vacuumextraktion riskerar du i detta fall? (2 p)

Fråga 13d) Vilka orsaker till oligohydramnios känner du till? (2 p)

Skrivningsfråga nr 14

Sofia är gravid i v 28 när du för tredje gången under denna graviditet skriver ut antibiotika på grund av signifikant växt av bakterier i urinen. Hon ifrågasätter varför hon måste äta så mycket antibiotika när hon inte har några urinvägsbesvär. Du förklarar att det är för att undvika komplikationer både för mamma och barn.

Fråga 14a) Vilka komplikationer för barnets del är kopplade till asymtomatisk bakteriuri (ABU) under graviditeten? (1 p)

Fråga 14b) Förklara vilka fysiologiska förändringar under graviditeten som ökar risken för pyelonefrit hos mamman. (1 p)

Fråga 14c) Vilken sorts behandling skulle du ge Sofia och på vilket sätt skulle du fortsätta att följa henne? (1 p)

Nästa gång du träffar Sofia visar urinodlingen signifikant växt av grupp B streptokocker. Sofia har fortfarande inga besvär.

Fråga 14d) Vad gör du nu och förändrar detta svar på något sätt handläggningen vid förlossningen? (1 p)

Skrivningsfråga nr 15

Carina är förstföderska och ligger inne på förlossningen. Graviditeten har varit normal och hon är nu 40v + 3 d. Eftersom öppningsskedet gått långsamt har hon fått ett oxytocindropp sedan 3 timmar och är nu uppe i den rekommenderad max-dosen. Du blir tillkallad för att bedöma CTG.

Fråga 15a) Vad blir din bedömning av detta CTG, beskriv alla parametrar? (1 p)

Åtgärd? (1 p)

Fråga 15b) Beskriv en vanlig felkälla vid CTG-registrering och på vilket sätt kurvan kan feltolkas. (1 p)

Fråga 15c) Om CTG-kurvan ger misstanke om fosterasfyxi under pågående förlossning kan man utreda vidare. Vilka metoder finns och vad skiljer dem åt? (1 p)

Skrivningsfråga nr 16

Sofia 32 år och Lars 36 år kommer på sitt första läkarbesök på MVC. Sofia är gravid för första gången och är fullt frisk så när som en känd hypotyreoos som behandlas med 50 mikrogram Levaxin. De är förväntansfulla och du gör ett tidigt ultraljud. Du konstaterar en viabel duplexgraviditet i v 10+.

Fråga 16a) Vilka ultraljudsfynd kan vara vägledande för att bestämma korionisitet och när ses dessa tydligast? (1 p)

Fråga 16b) Vilka komplikationer bör man vara uppmärksam på vid en monokorionisk duplexgraviditet? (1 p)

Fråga 16c) Vilken information ger du föräldraparet angående den väntande förlossningen när det gäller en monoamniotisk monokorionisk duplexgraviditet? (1 p)

Fråga 16d) På vilket sätt kommer troligtvis Levaxindosen ändras under graviditeten och hur ofta bör hon kontrolleras avseende sin hypotyreoos? (2 p)

Skrivningsfråga nr 17

Lina är gravid i v 24 och vid ett besök på MVC tas ett kapillärt plasma glukos värde som visar 11,2. Klockan var 10.30 och hon åt frukost kl 9.00. Hon mår bra och tycker att hon äter nyttigt. Hon promenerar till och från arbetet varje dag vilket blir ca en timmes motion om dagen.

Fråga 17a) Föreslå fortsatt utredning och beskriv metoden. (2 p)

Det visar sig att Lina har en graviditetsdiabetes och nu undrar hon vad det innebär för risker för barnet och henne själv.

Fråga 17b) Beskriv riskerna för moder och barn vid graviditetsdiabetes. (2 p)

Lina blir tvungen att börja med insulin och önskar nu få information om hur hon kommer att kontrolleras under återstående del av graviditeten.

Fråga 17c) Beskriv kortfattat fortsatt graviditetsövervakning i Linas fall. (2 p)

Fråga 17d) Lina undrar därefter vad som kommer att ske med hennes hälsa i framtiden.

Vilka ökade risker finns för Linas egen del i framtiden? (2 p)

Vintermötet 2009

Vintermötets anor stammar från mitten av 1970-talet då en handfull läkare från Stockholms kvinnokliniker samlades en lördag i månadsskiftet januari-februari för att diskutera verksamheterna. Med åren har mötet växt i omfattning och samlar också alltfler deltagare från övriga landet. Sedan några år har även SFOG en roll i mötet då utdelningen av diplom för godkänd specialistexamen har tillkommit.

Förutom mötets storlek har mycket av den ursprungliga tanken bibehållits och målet är alltjämt att låta värdkliniken medarbetare presentera egen vetenskap och kliniska arbetssätt.

Vintermötet 2009 arrangerades av Danderyds sjukhus kvinnoklinik och samlade rekordmånga 320 deltagare från hela landet och även internationella gäster. Till detta kom ett 50-tal medverkande från huvudsponsorer och övriga annonsörer. Mötet hölls i ståndsmässiga lokaler på Oscarsteatern där såväl den ordinarie personalen som de för dagen rekryterade styrkorna från kvinnokliniken skötte allt praktiskt med bravur.

Dagen indelades i fyra föreläsningsblock. Moderator för block nummer ett som handlade om bäckenbotten var Bo Anzén. Först ut var Daniel Altman som under rubriken "Genetisk epidemiologi applicerat på urogynekologi" lärde oss om begreppet heritabilitet, det vill säga hur stor del av fenotypens variation som kan tillskrivas genetiska faktorer. Studier visar att miljöfaktorer har större betydelse än heritabilitet för risken att utveckla operationskrävande sjukdom. Alltså är risken för att utveckla inkontinens och framfall påverkbar. Sedan pratade Caroline Elmér om implantat (eller mesh) vid prolapskirurgi. I de få studier som finns har man en del komplikationer varför användningen av implantat bör begränsas i väntan på



Verksamhetschef Måns Edlund.

resultat från de större studier som pågår. Närmast fick vi lära oss av Catharina Forsgren att data från en nationell kohortstudie på kvinnor som genomgått hysterektomi visar att hysterektomi ökar risken för fistelsjukdom fyra gånger. Störst är riskökningen efter laparoskopisk respektive vaginal operation samt hos kvinnor med divertikulitsjukdom. Urogenital fistulering var den vanligaste fistelformen. Block ett avslutades av Christian Falconer som redogjorde för hur bäckenbottenkirurgi påverkade framtida kärleksliv.

Nina Bohm Starke var moderator för block två med rubriken "Vulva". Nina presenterade själv "Reflektioner från vulvamottagningen" följt av Ulrika Johannesson med en spännande dragnig på ämnet: "Botox - Möjlig behandling för vestibulit?" Preliminära data från en pågående studie på kliniken visar att 11 av 16 patienter som deltagit upplever förbättring eller bot av behandlingen. Sophia Ehrström presenterade resultat av behandling med laktatproducerande lactobaciller vid reci-

diverande vaginoser eller jästsvampinfektioner. Slutsatsen var att upprepad postmenstruell behandling skulle kunna minska återfallsfrekvensen. Sist ut före lunch var Ulrika Heddini som efter en genomgång av centrala respektive perifera smärtemekanismer presenterade gruppens fråga: Genetiska orsaker till ökad smärtekänslighet vid vulvodyni? En fråga som ska belysas med studier av bland annat kopplingen mellan samlagssmärta, generell smärtekänslighet och genvarianter. Sedan bröt vi för lunch. Väl tilltagen tid för lunch, mer än 250 mingelsugna deltagare och inramning av ståndsmässiga lokaler på Oscarsteatern bäddade för en mängd berikande möten.

När vi sedan åter bänkade oss för den tredje sessionen så inledde moderator Ellika Andolf med att utnyttja att det faktiskt var en teaterscen vi hade till förfogande. Efter att ha möblerat om på scenen och ordnat med lite stämninggivande levande ljus i kandelaber så lämnades ordet till Malin Thorsell som presenterade data om "Datering och obstetrisk risk". Mot bakgrunden av det allmänna antagandet att fostertillväxten fram till vecka 24 är relaterad till graviditetslängden har man i två retrospektiva kohortstudier konstaterats att detta inte är en absolut sanning. Bland annat har man visat att intrauterin tillväxthämning kan förekomma redan i första trimestern. Berith Tingåker visade på cervix roll i smärtupplevelsen vid förlossning och om framtidsplanerna att fokusera på cervix som målorgan vid utveckling av nya smärtlindringsmetoder. Sedan kom vi till ämnet Hepatos och de farliga gallsyrorerna. Elisabeth Wikström Shemer presenterade en pågående studie där man behandlar med gallsyresänkande Ursafalk och där efter undersöker förekomst av placenta- patologi. Christina Larsson presenterade

sin studie som syftar till att jämföra de somatiska komplikationerna mellan friska förstföderskor som planeras för vaginal förlossning respektive elektivt sectio. Resultaten påvisar inga skillnader i dessa grupper och kanske kan man dra slutsatsen att det inte medför ökad risk att göra endast ett sectio. Frågan kvarstår; hur vet man vilka som bara kommer föda en gång? Obstetrik-sessionen knöts slutligen ihop av Ellika Andolf som provocerade med frågan: Kan man föda barn normalt om 20 år? Men sedan lugnade hon oss med ett resonemang som ledde fram till att enbart kejsarsnitt inte är ett obligat scenario i framtiden. De flesta kvinnor vill föda vaginalt - vi ska sectioförlösa rätt kvinnor.

Dagen avslutades med ett fjärde block med titeln "Smått och gott" modererat av Sven-Eric Olsson. Bengt Johansson belyste historiken och klinikens framgångar med hysteroskopisk sterilisering. Av Frida Hosseini fick vi höra att en del av mystiken med oförklarad infertilitet och även recidiverande spontanaborter kanske kan skingras när pågående och planerade studier av thyroideahormon och receptorer i endometriet ger resultat. Om dagsläget beträffande HPV, vaccin och cancer berättade Sophia Brismar Wendel. Viktuppgång ligger i tiden, så även i den gravida delen av populationen. Nu handlar det naturligtvis inte bara om den förväntade tillväxten under graviditet utan det faktum att andelen feta och överviktiga gravida ökar i Sverige och denna övervikt ökar risken för komplikationer. Elisabeth Lindholm beskrev sitt interventionsprojekt "Våga väga" och de resultat på graviditeterna som man har sett. Avslutningsvis tog Måns Edlund med oss på en resa in i framtiden när han presenterade hur en kvinnoklinik kan se ut om tio år. Ett bitvis skrämmande kåserande om hur omvärlden och vi med den kan förändras i framtiden.

Traditionsenligt avslutades Vintermötet med middag. I år blev det stor uppslutning till en helkväll med god mat, musikunderhållning och avrundande dans på Operaterassen. För att förgylla kvällen så hade SFOG förlagt sin diplomutdelning till efter middagen. Först ut var Angelique

Flöter Rådestad som erhöll bevis för sub-specialistkompetens inom gynekologisk tumörkirurgi med cancervård. Därefter fick 11 nyblivna specialister diplom och ros för väl utförd specialistexamen. Nästa år är det Privatpraktikerna som ansvarar för arrangemanget. Håll utkik efter informationen som nog kommer att finnas tillgänglig på vintermötets egen hemsida www.vintermotet.se redan efter sommaren.

Organisationskommittén och ST-läkarna, Danderyds sjukhus ■



Angelique Flöter Rådestad tillsammans med utbildningssekreterare Marie Bixo.



Utdelning av specialistexamensdiplom.



Checklistor för specialistutbildning i Obstetrik och Gynekologi

Feed-back på detta arbetsdokument skickas till SFOGs utbildningssekreterare marie.bixo@obgyn.umu.se.
Checklistorna utgår från de 12 medicinska delmålen som kan ses på www.socialstyrelsen.se

Inledning

De medicinska delmålen beskrivs mycket översiktligt i målbeskrivningen för specialistutbildning i obstetrik och gynekologi. Här nedan finns en mer detaljerad beskrivning av de medicinska kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som en färdig specialist förväntas ha efter avslutad utbildning. Checklistorna kan komma att revideras efter hand beroende på hur åsikter och förutsättningar ändras. De är tänkta att fungera som ett hjälpmedel för ST-läkare, handledare och verksamhetschefer när ST-utbildningen planeras och följs upp. Eftersom den nya ST-utbildningen är målstyrd istället för innehållsstyrd ges inga rekommendationer om t.ex. antal kirurgiska typingrepp som ska ha genomförts. Istället förväntas handledaren på den aktuella kliniska placeringen i samråd med ST-handledaren bedöma när ST-läkaren uppnått ett visst mål. Checklistorna uttrycks i termer av mätbara mål och som utgångspunkt har Blooms taxonomi använts. I denna indelas kunskaper och kompetens i sex olika, successivt mer avancerade, nivåer. Att målen är mätbara gör att examination och kontroll av måluppfyllelse underlättas. De sex nivåerna i Blooms taxonomi är:

1. Minnas (identifiera, beskriva)
2. Förstå (förklara, sammanfatta, definiera, exemplifiera)
3. Tillämpa (använda, applicera, diagnosticera på basal nivå, vidta åtgärder)
4. Analysera (särskilja, jämföra, reflektera, kategorisera)

5. Värdera (kritisera, bedöma, gradera, prioritera, motivera, diagnosticera på avancerad nivå, handlägga)

6. Skapa (producera, utveckla)

Efter varje punkt nedan anges vilken nivå (1-5) som avses. Nivå 6 är inte relevant för de medicinska delmålen utan avser forskning, kvalitetsutveckling m.m. (som beskrivs i de allmänna målen).

Vissa av kunskapsmålen lämpar sig inte för de högre nivåerna, t.ex. att beskriva anatomiska strukturer eller fysiologi. "Handlägga" betyder oftast nivå 5 eftersom det kräver en värdering och kritisk granskning av olika symtom, undersökningsresultat och behandlingsmetoder. När det gäller flera tillstånd krävs det dock inte att ST-läkaren självständigt ska kunna handlägga och då hamnar de på någon mellannivå.

1. Normal graviditet, förlossning och puerperium

Kunskap och förståelse

Kunna:

- förklara hur konception och implantation går till (2)
- översiktligt beskriva tidig embryonal utveckling (1)
- beskriva och förklara placentation och placentas fysiologi (2)
- beskriva och förklara fostrets utveckling och fysiologi (2)
- jämföra en gravid och en icke-gravid kvinnas fysiologi (4)
- beskriva principerna för Mödrahälsovårdsprogrammet och kritiskt granska dess möjligheter och begränsningar (5)

- förklara orsaker till vanliga graviditetsbesvär (2)
- jämföra och värdera aktuella metoder för fosterdiagnostik och ge för patienten relevant information (4)
- identifiera när genetisk rådgivning bör rekommenderas (1)
- diskutera för- och nackdelar med olika förlossningssätt (5)
- kritiskt granska möjligheter och begränsningar vid övervakning av fostrets hälsa under graviditet och förlossning (5)
- förklara den normala förlossningens fysiologi och handläggning (2)
- beskriva bäckenbottens anatomi (1)
- jämföra och värdera olika metoder för obstetrisk smärtlindring (5)
- förklara den normala fysiologin under puerperiet (2)

Färdigheter

Kunna:

- tillämpa sjukskrivningsregler och översiktligt beskriva föräldraförsäkring (3)
- bedöma riskgraviditet och remittera till rätt instans (5)
- ge råd om och behandla vanliga graviditetsbesvär (3)
- behandla hyperemesis (3)
- utföra Leopolds handgrepp samt värdera fynden (5)
- bedöma Bishop's score (5)
- utföra och värdera basalt obstetriskt ultraljud (fosterläge, flerbörd, hjärtaktivitet, fostervattenmängd, placentaläge) (5)
- applicera yttre och inre registrering av CTG och bedöma CTG-kurvan (5)

- kritiskt granska och bedöma förlossningsprogress (5)
- tolka partogram (5)
- bedöma om vattenavgång föreligger (5)
- bedöma om förlossningen startat (5)
- vidta adekvata åtgärder vid PROM (3)
- bedöma avvikelse från det normala förlossningsförloppet och vidta åtgärder (5)
- utföra amniotomi (3)
- ta skalpblodprov och tolka resultatet (3)
- utföra perineotomi (3)
- bedöma och suturera perinealbristning grad I-II (5)
- i samband med förlossning identifiera könsstympning och handla i enighet med gällande lagstiftning (3)
- bedöma avvikelser från det normala puerperiet och vidta åtgärder (5)
- utreda feber i puerperiet (3)
- ge amningsråd och behandla mjölkstockning (3)

Förhållningssätt

Kunna:

- reflektera över samarbetet med övrig personal och den egna rollen i förlossningsrummet (4)
- reflektera över etiska problem i samband med fosterdiagnostik (4)

2. Komplexerad graviditet

Kunskap och förståelse

Kunna:

- analysera hur immunförsvaret påverkas vid graviditet (4)
- analysera orsaker till UVI, amnionit och sepsis under graviditet (4)
- analysera betydelsen av GBS-infektion under graviditet (4)
- förklara konsekvenser av infektioner såsom HIV, hepatit, toxoplasma, herpes genitalis och rubella (2)
- förklara och särskilja hypertoni och preeklampsi (4)
- analysera koagulationsrubbnings och uppkomst av trombos (4)
- analysera uppkomsten av gestationsdiabetes (4)
- förklara uppkomsten av hepatos (2)
- beskriva och exemplifiera ovanliga graviditetskomplikationer (2)
- analysera betydelsen av de vanligaste interkurrenta sjukdomarna (4)
- analysera betydelsen av missbruk och psykisk sjukdom under graviditet (4)
- analysera orsaker till och risker vid flerbördsgraviditet (4)
- förstår uppkomst av acardiac twin och tvillingtransfusionssyndrom (2)

- analysera orsaker och risker vid intrauterin tillväxthämning (4)
- jämföra och värdera metoder för att diagnosticera placentainsufficiens (4)
- beskriva hur olika placentaanomalier uppkommer och de kliniska konsekvenserna (2)
- analysera betydelsen av och orsaker till avvikande fostervattenmängd (4)
- analysera uppkomst och konsekvenser av immunisering (4)
- analysera risker vid överburenhet (4)
- analysera risker med obesitas i samband med graviditet (4)
- i samband med graviditet analysera betydelsen av att kvinnan är utlandsfödd (4)

Färdigheter

Kunna:

- diagnosticera och behandla infektioner under graviditet (3)
- analysera svar på urinodling (4)
- diagnosticera och behandla hypertoni under graviditet (3)
- diagnosticera, gradera och behandla preeklampsi (5)
- diagnosticera och vidta adekvata åtgärder vid trombos (5)
- värdera och vidta adekvata åtgärder vid blödningar i sen graviditet (5)
- diagnosticera och behandla gestationsdiabetes (5)
- diagnosticera och vidta adekvata åtgärder vid hepatos (3)
- diagnosticera och vidta adekvata åtgärder vid prematur PROM (3)
- diagnosticera intrauterin tillväxthämning och tillämpa aktuella rutiner (3)
- diagnosticera och vidta adekvata åtgärder vid hotande förtidsbörd (5)
- diagnosticera och vidta adekvata åtgärder vid flerbördsgraviditet och avvikande fosterläge (3)
- bedöma och värdera akuta buksmärtor under sen graviditet (5)
- diagnosticera och vidta adekvata åtgärder vid intrauterin fosterdöd (3)
- under handledning utföra, alternativt kunna beskriva proceduren och risker vid, yttre vändning vid tvär- sned- och sätesändläge (3)
- analysera cervixstatus, inklusive ultraljud, vid hotande förtidsbörd (4)
- demonstrera omhändertagande av eklampsi i simulerad miljö (3)
- demonstrera HLR på gravid i simulerad miljö (3)

- värdera och handlägga gravida kvinnor som är utlandsfödda (5)

Förhållningssätt

Kunna:

- på ett empatiskt sätt genomföra kris-samtal vid komplicerad graviditet (3)
- reflektera över psykosociala riskfaktorer för graviditetskomplikationer (4)
- reflektera över avgränsningen mellan barnmorskans och läkarens funktioner inom obstetrisk vård (4)
- reflektera över det egna bemötandet av föräldrarna vid intrauterin fosterdöd (4)
- reflektera över det egna bemötandet av utlandsfödda föräldrar (4)

3. Komplexerad förlossning och asfyktiska barn

Kunskap och förståelse

Kunna:

- analysera olika indikationer för induktion (4)
- analysera orsaker till värkrubbnings (4)
- analysera mekanismer bakom fosterasfyxi (4)
- beskriva riskfaktorer och analysera fynd vid ablatio placentae och uterusruptur (4)
- beskriva och förstå förlossning av flerbörd och sätesändläge (2)
- förstå mekanismerna bakom uterusruptur och uterusinversion (2)
- bedöma indikation för urakut sectio (5)
- analysera och kategorisera perinealruptur grad III-IV (4)
- förstå principer för suturering av perinealruptur grad IV (2)
- värdera olika kirurgiska och icke-kirurgiska metoder vid stora obstetriska blödningar (5)
- analysera uppkomst av supra- och infralevatoriska hematomet postpartum (4)
- analysera orsaker till bröstböld (4)

Färdigheter

Kunna:

- analysera och välja lämplig induktionsmetod (4)
- behandla värkrubbnings (3)
- identifiera och vidta åtgärder vid hotande fosterasfyxi (3)
- demonstrera förlossning av säte i simulerad miljö (3)
- demonstrera förlossning med tång i simulerad miljö (3)

- bedöma indikation och förlösa med sugklocka (5)
- under handledning alternativt i simulerad miljö förlösa tvillingar (3)
- suturera vaginalruptur och perinealruptur upp till grad III (3)
- suturera cervixruptur (3)
- utföra sectio vid graviditet i vecka 28 och uppåt (3)
- demonstrera urakut sectio i simulerad miljö (3)
- utföra manuell placentalösning (3)
- demonstrera åtgärder vid skulderdystoci i simulerad miljö (3)
- bedöma och vidta adekvata åtgärder vid blödning intra- och postpartum (5)
- diagnosticera och behandla infektioner intra- och postpartum (3)
- bedöma indikation för, incidera och dränera bröstböld (5)
- auskultera hjärt- och andningsljud hos nyfött barn (3)
- använda APGAR score (3)
- rensuga munhåla och svalg på nyfött barn med misstänkt mekoniumaspiration (3)
- ventilerar nyfött barn på mask (3)

Förhållningssätt

Kunna:

- analysera betydelsen av en traumatisk förlossningsupplevelse och ge stöd (4)
- reflektera över egen handlingsförmåga och samarbete med annan personal vid akuta obstetriska situationer (4)
- reflektera över egen förmåga att ge stöd till föräldrarna vid obstetriska katastrofer (4)
- på ett empatiskt sätt genomföra kris-samtal efter förlossning av intrauterint dött och svårt sjukt eller missbildat barn (3)

4. Antikonception och inducerad abort

Kunskap och förståelse

Kunna:

- förklara konception och implantation (2)
- beskriva normal fertilitet och fekunditet (1)
- jämföra och förklara verkningsmekanismen av olika preventivmetoder (4)
- jämföra effektivitet vid olika preventivmetoder (4)
- bedöma interkurrent sjukdom eller ärftlighet av betydelse vid preventivmedelsrådgivning (5)
- analysera och jämföra biverkningar av olika preventivmedel (4)

- sammanfatta steriliseringslagen (2)
- beskriva gällande subventioneringsregler för preventivmedel (1)
- värdera och jämföra olika abortmetoder (5)
- sammanfatta gällande abortlagstiftning och andra lagar av betydelse i abort-situationen (2)
- beskriva abortepidemiologiska data (1)

Färdigheter

Kunna:

- värdera och föreslå preventivmetod utifrån den enskilda kvinnans önskemål och specifika förutsättningar (5)
- värdera misstänkta biverkningar av hormonella preventivmedel och utifrån detta föreslå byte till annat preventivmedel (5)
- applicera och avlägsna alla förekommande preventivmedel (3)
- bedöma om en spiral/ett implantat finns på plats och vid behov genomföra en adekvat utredning i detta avseende (5)
- genomföra sterilisering (3)
- ge abortrådgivning och bedöma den enskilda kvinnans situation i samband med abortrådgivningen (5)
- genomföra en adekvat datering av graviditetens längd i första trimestern (3)
- utifrån graviditetens längd och den enskilda kvinnans förutsättningar bedöma och föreslå lämplig abortmetod (5)
- värdera abortsökande kvinnors eventuella behov av extra stödåtgärder och vid behov föreslå och genomföra sådana (5)
- utföra kirurgisk och handlägga medicinsk abort (3)
- bedöma och handlägga inkomplett abort och komplikationer som kan uppstå i samband med, eller efter, abort (5)

Förhållningssätt

Kunna:

- samverka med barnmorskan i arbetet med preventivmedelsrådgivning och beskriva yrkesgruppernas olika befogenheter i preventivmedelsrådgivningen (3)
- förstå abort och antikonception i ett socialt, globalt och historiskt perspektiv (2)

5. Kirurgisk teknik, pre- och postoperativ bedömning och vård

Kunskap och förståelse

Kunna:

- värdera behov av antibiotika- och/eller trombosprofylax (5)

- bedöma behov av korrigerande av vätskebalans preoperativt (5)
- förklara mekanismen bakom och tillämpbarheten av olika anestesimetoder (2)
- definiera och beskriva parenteral nutrition (2)
- beskriva anatomin i lilla bäckenet (1)
- bedöma behovet av postoperativ vård, inkl. smärtlindring och behandling av illamående (5)
- bedöma behov av sjukskrivning (5)
- förklara ASA-klass (2)

Färdigheter

Kunna:

- undersöka patienter inför operation och vidta erforderliga preoperativa åtgärder för att optimera patientens tillstånd (3)
- anlägga PCB och infiltrations-analgesi (3)
- sätta KAD och anlägga suprapubisk kateter (3)
- hålla fria luftvägar (3)
- utföra kirurgisk abort (3)
- utföra exaeres vid missfall (3)
- utföra fraktionerad abrasio (3)
- utföra diagnostisk cystoskopi (3)
- under handledning utföra, alternativt förklara proceduren vid, diagnostisk hysteroskopi (3)
- bedöma indikation och utföra diagnostisk laparoskopi samt laparoskopisk sterilisering (5)
- under handledning utföra laparoskopisk salpingektomi, cystenukleation samt SOE (3)
- under handledning utföra laparotomi: hysterektomi med eller utan SOE, adnexkirurgi och sterilisering (3)
- under handledning utföra vaginal kirurgi: cervixamputation samt enklare prolapsoperationer inklusive Manchesterplastik (3)
- utföra konisering (3)
- utföra fenestrering av bartolinicysta (3)
- tillämpa olika former av suturteknik (3)
- utföra buktappning och anlägga dränage (3)
- tillämpa fertilitetsbevarande metoder vid gynekologisk kirurgi (3)
- bedöma postoperativa komplikationer samt vidta lämpliga åtgärder (5)
- värdera och ge råd om patientens postoperativa aktivitetsnivå (5)
- tillämpa patientsäkerhet i samband med kirurgi (3)

Förhållningssätt

Kunna:

- reflektera över samarbete och ansvarsfördelning under den preoperativa processen (4)
- analysera ansvarsfördelningen på operationssalen och reflektera över den egna rollen (4)
- på ett empatiskt sätt informera om effekten av gynekologisk kirurgi på fertilitet och sexualitet (3)

6. Akuta gynekologiska tillstånd inkluderande differentialdiagnos

Kunskap och förståelse

Kunna:

- värdera orsaker till vaginala blödningar i tidig graviditet (5)
- värdera orsaker till vaginala blödningar hos icke-gravid kvinna i olika åldrar (5)
- särskilja menorrhagi och metrorragi och analysera möjliga orsaker (5)
- redogöra för och särskilja akuta gynekologiska infektionstillstånd inklusive differentialdiagnoser (5)
- redogöra för och särskilja orsaker till akuta smärttillstånd i lilla bäckenet (5)
- redogöra för och särskilja vanliga orsaker till akuta smärttillstånd i vulva/vagina (5)
- redogöra för olika orsaker till samt betydelse och handläggning av ascites (4)
- redogöra för och reflektera över differentialdiagnoser vid akuta buksmärter (4)

Färdigheter (se även del-mål 5)

Kunna:

- bedöma bucpalpation (5)
- bedöma vaginalt ultraljud av inre genitalia (5)
- analysera abdominellt ultraljud av nedre delen av buken (4)
- anlägga venös infart (3)
- analysera laboratorieresvar (4)
- analysera vätskebalans (4)
- remittera för relevant bild- och funktionsdiagnostik (3)
- bedöma och handlägga (5):
 - missfall
 - annan blödning i tidig graviditet
 - blödning efter gynekologisk vaginal operation
 - postmenopausal blödning
 - dysfunktionell blödning
 - menorrhagi och metrorragi
 - bartholinit
 - uretrit
 - cervicit

- endometrit
- salpingit
- ruptur av ovarialcysta
- myomnekros
- myom eller polyp under framfödande
- endometriosis
- dysmenorré
- corpus luteum blödning
- vaginaltopps hematom
- urinstämma
- herpes simplex genitalis
- identifiera och initialt eller under handledning handlägga (3)
 - tuboovarialabscess
 - extrauterin graviditet
 - adnextorsion
 - akuta buksmärter
 - peritonit
 - hydronefros i tidig graviditet
 - trauma mot underlivsorganen
- identifiera och initialt handlägga följande akuta icke gynekologiska tillstånd i buken (3):
 - uretärstas/njursten
 - gallstas/gallsten
 - akut gastrit

Förhållningssätt

Kunna:

- på ett empatiskt sätt bemöta kvinnor med akut buksmärta och oro för fertiliteten (3)
- reflektera över den egna rollen vid samarbete med kollegor från andra specialiteter (4)

7. Reproduktionsendokrinologi och infertilitet

Kunskap och förståelse

Kunna:

- beskriva och analysera kvinnlig reproduktionsfysiologi inkl. pubertetsutveckling, menstruationscykel, fertilitet och klimakterium (4)
- analysera och särskilja primär och sekundär amenorré (4)
- analysera följande reproduktionsendokrinologiska tillstånd (4):
 - hypothalamisk amenorré
 - hyperprolaktinemi
 - polycystiskt ovarialsyndrom (PCOS)
 - prematur menopaus
 - hypotyreos
 - hirsutism
- förklara sambandet mellan PCOS och det metabola syndromet (2)
- beskriva olika uterusmissbildningar (1)
- beskriva och förklara orsak till Turners syndrom (2)

- definiera ätstörningar samt förstå dess betydelse för reproduktionsendokrinologi (2)
- beskriva och förklara assisterad befruktning och kriterier för remittering till reproduktionsmedicinska enheter/kollega (2)
- beskriva och förklara ovulationsstimulering och IVF (2)
- beskriva och exemplifiera fertilitetsbevarande metoder inför cancerbehandlingar (2)

Färdigheter

Kunna:

- utföra ultraljudsbedömning av kvinnliga reproduktionsorgan i samband med PCOS och andra orsaker till amenorré/oligomenorré (4)
- utreda amenorré/oligomenorré (4)
- utreda hirsutism (4)
- diagnosticera och behandla amenorré/oligomenorré och hyperandrogena symtom som akne och hirsutism vid PCOS (4)
- analysera och behandla premenstruell dysfori (PMDD) (4)
- bedöma och behandla klimakteriebesvär (5)
- värdera indikation/kontraindikation vid behandling av klimakteriebesvär (5)
- tillämpa basal utredning av ofrivillig barnlöshet (3)
- under handledning tillämpa peroral behandling av anovulation (3)
- identifiera och initialt handlägga överstimuleringsyndrom (3)

Förhållningssätt

Kunna:

- reflektera över betydelsen av ett fungerande reproduktionssystem (4)
- förstå psykologiska/sexuella aspekter på infertilitet (2)

8. Sexuellt överförbara infektioner och vulvasjukdomar

Kunskap och förståelse

Kunna:

- beskriva och förklara det lokala immunförsvaret i vagina (2)
- beskriva epidemiologi och analysera konsekvenser av vanliga STD (4)
- beskriva de delar av smittskyddslagen som rör STD (1)
- analysera och skilja på vanliga dermatoser i vulva (4)
- förstå etiologi och negativa faktorer vid vestibulit (2)

Färdigheter

Kunna:

- diagnosticera och behandla vanliga STD som klamydia, gonorré, herpes genitalis, HPV (5)
- ta anamnes avseende besvär i vulva och vagina (3)
- diagnosticera och behandla vanliga sjukdomar i vulva och vagina som bakterieell vaginos, trichomonas, bartholinitt/cysta, herpes genitalis, HPV/kondylom, candida, eksem, LSA (5)
- bedöma flytningar (5)
- analysera orsaker till vulvklåda (4)
- ta prov från vulva, vagina och cervix avseende bakterier/virus, göra wet smear, kaliumhydroxidtest av vaginal flytning, samt utföra stansbiopsi (3)
- undersöka vulva och vagina samt göra dermatologisk analys och förklara smärttillstånd (4)
- identifiera och vidareeremittera mindre vanliga vulvasjukdomar som vestibulit, vulvodyni, och lichen ruber planus (1)

Förhållningssätt

Kunna:

- på ett empatiskt sätt informera patienter med nydiagnosticerad herpes genitalis, kondylom och LSA om långtidsprognos och risker (3)
- på ett empatiskt sätt möta oro för fertiliteten vid STD (4)
- reflektera över sambandet mellan smärttillstånd i vulva och sexualiteten (4)
- samarbeta med övrig personal vid smittspårning (3)

9. Benigna tillstånd i bäckenbotten och nedre urinvägar

Kunskap och förståelse

Kunna:

- värdera etiologi, mekanismer och epidemiologi beträffande urininkontinens och LUTS (5)
- översiktligt förklara uroterapeutiska behandlingsmetoder (2)
- översiktligt förklara urodynamisk undersökning (2)
- översiktligt redogöra för inkontinenskirurgi (TVT, TOT, TVT-O, abdominell uretropexi), avancerad prolapskirurgi (mesh, kolkpexi, sakrospinusfixation), periurethral injektionsbehandling och elektrostimulering (1)
- förstå sambandet mellan prolaps och urininkontinens/urininstämma (2)

- översiktligt beskriva orsaker till analinkontinens samt diagnostik och behandlingsmetoder av dessa tillstånd (2)

Färdigheter

Kunna:

- värdera anamnesen vid urininkontinens och LUTS (5)
- utföra gynekologisk undersökning avseende urininkontinens och prolaps (3)
- mäta residualurin (3)
- utföra kateterisering av urinblåsan (tappningskateter, KAD) (3)
- analysera vätske/miktionslista och blöjvägningstest (4)
- diagnosticera, behandla och följa upp urinvägsinfektioner (5)
- ge adekvat information och rådgivning till patient med urininkontinens och LUTS (3)
- behandla urininkontinens farmakologiskt (5)
- ge instruktioner om bäckenbottenträning (3)
- prova ut, sätta in och byta prolapsring (3)
- utföra cystoskopi och bedöma om fyndet är normalt (5)
- under handledning utföra en fullständig prolapsplastik (Manchester) (3)

Förhållningssätt

Kunna:

- förstå de sociala, psykologiska och sexuella konsekvenserna av inkontinens (2)
- reflektera över samarbete och arbetsfördelning mellan gynekolog och uroterapeut (4)

10. Precancerösa gynekologiska tillstånd och maligna tumörer i genitalorganen

Kunskap och förståelse

Kunna:

- analysera etiologiska faktorer vid uppkomst av cervixdysplasier (4)
- beskriva principerna för och analysera betydelsen av gynekologiska hälsokontrollen (4)
- beskriva och analysera vaccination mot HPV i cancerpreventivt syfte (4)
- beskriva HPV-test (1)
- särskilja och värdera CIN I, II och III samt andra dysplasier (5)
- förstå uppkomsten av körtelcellsatypi och jämföra med skivepiteldysplasi (4)

- sammanfatta diagnostik, behandling och uppföljning av CIN I-III (2)
- beskriva diagnostik, behandling och uppföljning av VIN I-III (1)
- på ett översiktligt sätt beskriva diagnostik, behandling och uppföljning av VAIN I-III (1)
- analysera etiologiska faktorer vid uppkomst av endometriehyperplasier (4)
- bedöma när blödningar ska utredas med endometriebiopsi och/eller hydrosoneografi (5)
- kritiskt granska ultraljudsundersökningens värde vid utredning av postmenopausal blödning (5)
- analysera diagnostik av och malignitetsrisk vid corpuspolyp (4)
- beskriva etiologi, symtom, diagnostik och behandling av cervixcancer (1)
- beskriva etiologi, symtom, diagnostik och behandling av corpuscancer (1)
- beskriva etiologi, symtom, diagnostik och behandling av ovarialcancer (1)
- på ett översiktligt sätt beskriva etiologi, symtom, diagnostik och behandling av vulvacancer (1)
- förstå principerna för och kunna beskriva stadiindelning vid cervix-, corpus- och ovarialcancer (2)

Färdigheter

Kunna:

- diagnosticera och behandla VIN I (3)
- utföra kolposkopi och analysera fynden (4)
- ta cytologprov och analysera resultatet (4)
- utföra HPV-test (3)
- ta px från vulva (inklusive stansbiopsi), vagina och portio (3)
- utföra konisation (med slyng-diatermi, laser eller kniv) (3)
- anlägga paracervicalblockad (3)
- utföra endometriebiopsi och analysera PAD-svaret (4)
- utföra cervix- och corpusabrasio och tolka resultatet av PAD (4)
- skriva adekvata remisser för cytologi och PAD (3)
- analysera malignitetsrisk vid ultraljudsundersökning av ovarialcysta och beräkna RMI (Risk of Malignancy Index) (4)

Förhållningssätt

Kunna:

- på ett empatiskt sätt ge cancerbesked och initial information till patient med nydiagnosticerad gynekologisk cancer (ev. under handledning) (4)
- på ett balanserat och empatiskt sätt informera om uppkomst, behandling och prognos vid olika typer av cervixdysplasier (3)
- på ett balanserat och empatiskt sätt informera om grunden för uppföljning av ovarialcysta (3)
- på ett empatiskt sätt informera om hur olika typer av cancerbehandlingar påverkar fertilitet och sexualitet (3)

11. Benigna gynekologiska tillstånd i vagina, uterus och adnexa

Kunskap och förmåga

Kunna:

- analysera orsaker till blödningsrubbingar hos pre- och post-menopausal kvinna (4)
- analysera betydelsen av polyper i cervix och uterus (4)
- analysera olika behandlingsmöjligheter vid uterusmyom (4)
- förstå sambandet mellan uterusmyom och infertilitet/graviditetskomplikationer (2)
- analysera och särskilja benigna ovarialcystor och paraovarialcystor (4)
- definiera ovula Naboti (2)
- analysera orsaker till och handläggning av tuboovarialabscess och sactosalpinx (4)
- analysera orsaker till och handläggning av endometriosis och adenomyos (4)
- analysera smärtmekanismer vid endometriosis (4)
- förstå sambandet mellan endometriosis och infertilitet (2)
- identifiera vaginalcystor (1)
- identifiera missbildningar i vagina och uterus (1)
- identifiera defektläkta förlossningsskador i vulva och vagina (1)
- analysera PAD-svar (4)
- förklara hysteroskopisk resektion av intrakavitära myom och polyper (2)

Färdigheter

Kunna:

- behandla menorrhagi med och utan myom (3)
- diagnosticera och behandla dysmenorré (3)

- behandla smärta vid endometriosis (3)
- analysera ultraljudsbilden av benigna förändringar i uterus och adnexa (4)
- utföra hydrosonografi vid utredning av polyper (3)
- under handledning utföra, alternativt förklara proceduren vid, hysteroskopi för diagnostik av intrakavitära myom och polyper (3)
- utföra endometriebiopsi och utifrån PAD-svar planera fortsatt handläggning (4)
- utföra fraktionerad abrasio och utifrån PAD-svar planera fortsatt handläggning (4)
- exstirpera cervixpolyp (3)
- utföra diagnostisk laparoskopi och bedöma eventuella fynd (5)
- under handledning utföra laparoskopisk enukleation av benign ovarialcysta, salpingektomi samt SOE (3)
- under handledning utföra abdominell hysterektomi och eventuell SOE (3)
- under handledning utföra, alternativt förklara proceduren vid, vaginal hysterektomi (3)

Förhållningssätt

Kunna:

- reflektera över de psykosociala och sexuella effekterna av kronisk smärta vid endometriosis (4)
- på ett empatiskt sätt diskutera de reproduktionsendokrinologiska effekterna av hysterektomi med eller utan SOE vid benigna gynekologiska tillstånd (3)

12. Psykosocial obstetrik och gynekologi inklusive sexologi och sexuella övergrepp

Kunskap och förståelse

Kunna:

- förklara psykologiska skeenden vid krisreaktion (2)
- sammanfatta gällande lagar kring sjukvård och sekretess (2)
- förklara olika myndigheters ansvar och befogenheter vid sexuella övergrepp på kvinnor (2)
- förklara grundläggande sexologi och känna till behandling av sexuella dysfunktioner (2)
- sammanfatta vanligt förekommande symtom och beskriva översiktligt behandling vid depression och psykos postpartum (2)
- sammanfatta psykologiska aspekter på graviditet, förlossning och postpartumperioden (2)

- sammanfatta psykosociala aspekter vid vaginism och vestibulit (2)
- beskriva adekvata samband mellan vissa sjukdomar och/eller behandling och sexuell funktion (1)
- identifiera könsstympade kvinnor (1)
- identifiera och förklara kroniska smärttillstånd (2)
- beskriva översiktligt de vanligaste relevanta psykoterapeutiska metoderna (1)

Färdigheter

Kunna:

- genomföra en gynekologisk undersökning på ett respektfullt sätt (4)
- bedöma och omhänderta kvinnor som söker sjukvården efter sexuellt övergrepp (5)
- identifiera en patient i kris och erbjuda relevant stöd för patient och anhöriga (3)
- identifiera och omhänderta patient som tidigare varit utsatt för misshandel och/eller sexuella övergrepp (5)
- utföra undersökning och analysera fynd efter sexuella övergrepp (4)
- utföra rättsmedicinsk undersökning och göra adekvat dokumentation inför utfärdande av rättsintyg (4)
- förbereda och utföra gynekologisk undersökning vid undersökningsrådslä (4)
- identifiera och analysera patient med förlossningsrådslä (4)
- genomföra krissamtal och analysera behov av remiss till lämplig instans (4)
- ge stödsamtal och analysera behov av remiss till lämplig instans (4)
- ge cancerbesked eller andra svåra besked till patient på ett professionellt sätt, eventuellt under handledning (4)

Förhållningssätt

Kunna:

- samverka med andra yrkeskategorier inom och utom vården beträffande psykosocial obstetrik och gynekologi (3)
- reflektera över psykologiska aspekter kring barnlöshet gällande paret och kvinnan respektive mannen (4)
- reflektera över egna reaktioner vid kontakt med kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp (4)

THIRD WORLD CHALLENGES IN OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY

ISSUES, FACTS AND PERSONAL EXPERIENCES

N F Y O G Seminar 2009
Nordic Federation of Young Obstetricians and Gynaecologists

Copenhagen, Denmark, 12th - 13th June 2009

Program (The program is subject to change. Course participants will be notified if any are made.)

Friday 12th of June

- | | |
|-------------|---|
| 10.00-10.30 | Registration and introduction of course participants |
| 10.30-12.00 | Jerker Liljestrand. "Sexual and reproductive health and rights in low and middle income countries - what are the issues? what can we do?" |
| 12.00-13.00 | Lunch |
| 13.15-14.45 | Dr. Martin Rudnicki. "Vesico-vaginal fistulas. Prophylaxis and treatment." |
| 14.45-15.15 | Refreshment break |
| 15.15-16.45 | Dr. Vibeke Rasch. "Unsafe termination of pregnancies in third world countries; the facts." |
| 16.45-17.00 | Refreshment break |
| 17.00-17.45 | Sponsored lecture: Dr. Lian Ulrich. "Endometrial cancer." |
| 20.00 | Sponsored dinner at a restaurant in Copenhagen |

Saturday 13th of June

- | | |
|-------------|---|
| 08.00-08.45 | Breakfast |
| 08.45 | Brisk walk to conference facilities |
| 09.00-10.30 | Dr. Jan Wall. "Where I was the only doctor-what did I learn as a newly graduated specialist?" |
| 10.30-10.45 | Refreshment Break |
| 10.45-11.30 | Plenum discussion |
| 11.30-11.45 | Course evaluation |
| 12.00 | Course finished |

Booking

The seminar is open to both trainees and specialists in Obs & Gyn and is limited to 50 participants. Applications for booking may be made by sending a request to NFYOG-representative henninglars@hotmail.com, at latest May 1st. Applicants must submit their name, nationality, grade, and whether they are members of their national gynaecological society (ie EGO, FUGO, FYGO or OGU). Notification will be given if there are vacancies available, with instructions on how to pay the course fee. Full program and more information at <http://www.nfog.org/files/Seminar%20NFYOG%202009.pdf>

Course fee

1 400 SEK. This covers all expenses, including overnight accommodation in Copenhagen from Friday-Saturday, but not travel to and from Copenhagen, which must be covered by participants themselves.

The course has been made possible by funding from Nordic Federation of Obstetricians and Gynaecologists, and Novo Nordisk. The course fee is payable upon notification that the applicant has been allocated a place. No refunds will be given if cancellations are made less than four weeks before the seminar.

Dags att nominera till OGU-priset 2009

Nominera någon kollega som du tycker har gjort mycket för ST-utbildningen.

Det kan vara en mycket engagerad handledare, någon som ordnat en bra kurs, eller på annat sätt befrämjat ST-utbildningen lokalt eller nationellt.

Priset delas sen ut under SFOG veckan.

Skicka nomineringen via email **senast 22/4** till;

linda.iorizzo@skane.se

**För ST-läkare inom obstetrik och gynekologi,
du har chansen att vara med!**



ENTOGs utbytesprogram 2009 tar plats i Budapest/Ungern

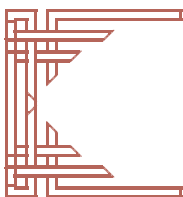
Den 8-11 juni 2009 ordnar ENTOG sitt årliga utbytesprogram, organiserat till ett flertal kvinno-kliniker över hela Ungern. ENTOG-mötet fredag 12 juni tar plats i Budapest, temat i år **"Modern trends and technologies in ob/gyn: their impact on practising ob/gyn"**, med bland annat diskussion om telemedicin och lärande över internet.

OGU lottar ut 1-2 platser till ENTOG-utbytet och representanten/representanterna får, mot uppvisande av kvitton, ett resestipendium på maximalt 10 000 kr, som täcker anmälningsavgiften samt resa och eventuellt andra omkostnader. Arrangörerna ordnar auskultationen på sjukhuset, boende hos ungerska ST-kollegor, samt många trevliga kvällsaktiviteter. Efter utbytet förväntas du skriva en reseberättelse som kommer att publiceras i medlemsbladet.

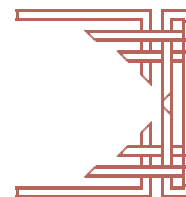
Frågor och/eller intresseanmälan till Malin Strand, internationellt ansvarig OGU, på mailadress: malin.strand@nll.se

Tveka inte att höra av dig! **Sista anmälningsdag söndag 19 april!**

Mer information om ENTOG, utbytesvillkor och reseberättelser från tidigare år, hittar du på OGU:s hemsida under fliken internationellt, samt på www.entog.org.



Pionjärer inom Obstetrik och Gynekologi



Schröders tång

Öppenvårdsgynekologens favoritverktyg? Utan tvekan Schröders tång! I snart 40 års tid har jag nupit tusentals kvinnor i det allra heligaste med denna skräckinjagande tingest utan att ägna en tanke åt vem Schröder var. Tiden är nu mogen för efterforskning.

Spåren leder till La Charité, det berömda universitetssjukhuset i Berlin. Varför har Tysklands mest berömda sjukhus ett franskt namn? När det år 1709 bröt ut en pestepidemi i Ostpreussen fick man i huvudstaden Berlin anledning att se över sin beredskap och bygga ett pestsjukhus.

Berlin drabbades dock inte av pestepidemin och kungen beslöt senare att upplåta sjukhuset till fattiga och behövande i stället. Under första delen av sjuttonhundratalet var franska kulturspråket även i Berlin, därav namnet. Sjukhuset finns än i dag i Berlin. Under historiens gång har det genomgått många omstruktureringar. Under nazitiden var det militärsjukhus och under DDR-tiden gränsade det till Berlinmuren, dock från ”fel” sida. La Charité har producerat minst åtta nobelpristagare i medicin. Det var här Rudolf Virchow (cellularpatologins grundare) och Robert Koch (tuberkelbacillens upptäckare) verkade.

Sist men inte minst kommer även Schröders tång härifrån.

Jörgen Sigurd, Gynmottagningen,
Piteå Älvdals sjukhus



Carl Ludwig Ernst Schröder (1838-1887) föddes i Neustrelitz i Mecklenburg, där fadern var rektor för flickskolan. Medicinarutbildningen genomfördes i Rostock och Würzburg, gynekologutbildningen i Bonn. Schröder blev 1869 professor i Erlangen endast 31 år gammal. Han var vetenskapligt produktiv och skrev uppskattade läroböcker i både obstetrik och gynekologi. Ett av hans specialområden var antiseptik och hygien. När man 1876 skulle nybesätta professuren på La Charité kallades den relativt unge Schröder, som fick möjlighet att bygga upp en helt ny klinik baserad på den nya kunskapen om aseptik. Carl Schröder var en mycket kompetent och drivande operatör och hans klinik på Charité blev snart den ledande i Tyskland. Han förenklade operations-

instrumentariet och rensade bort onödiga verktyg. Som ordförande knöt han också ihop specialiteten genom att genomföra sammanslagning av Berlins båda vetenskapliga sällskap, Gesellschaft für Geburtshilfe och Gesellschaft für Gynäkologie, i en gemensam yrkesförening. Schröder var en mycket god föredragshållare som fängslade auditorier med sin klangfulla stämma. Redan i mitten av 1880-talet började han få problem med hjärtsvagheter. År 1887 insjuknade och dog han 49 år gammal efter 16 dagars sjukläger. Som professor och kollega hade han förmånen att bli obducerad av Rudolf Virchow, som enligt den publicerade sektionberättelsen fann en inkapslad hjärnabscess med genombrott till höger sidoventrikel.

Privat var Schröder omgiven och älskad av en stor familj på sitt lantställe i Pankow utanför Berlin. Hans hobby var medeltida konst. Anna Busch hade tidigt blivit hans livsledsagarinna. Änkan och nio barn grät vid den öppna graven.

Kollegorna mindes honom som en vänfast positiv ledargestalt, som gärna i vänners lag med kraftig stämma sjöng de gamla sångerna från studentåren. ■

Fallstudie om förlossningsvård på
Socialstyrelsens webbplats inom kort.
www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet

Minska patientskador – lär av skadeanmälningarna

Sedan den 16 februari 2009 finns LÖF:s (patientskadeförsäkringens) jämförelse-diagram publicerade på bolagets hemsida. De finns under rubriken Medicinsk personal och Öppen redovisning. Materialet lämpar sig inte för att rangordna sjukhus och vårdinrättningar. Inte heller är det till för att patienter skall kunna se vilka sjukhus som har många respektive få anmälningar, det är till för att vårdens personal ska kunna ta del av det och lära sig av miss-tagen.

Ärligen presenterar LÖF material som ska bidra till att vårdgivare blir medvetna om och analysera de skador som sker. Avsikten är att man på detta vis upptäcker

Jon Ahlberg, Chefläkare/Medical Director, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag LÖF
jon.ahlberg@patientforsaking.se
www.patientforsaking.se

och förebygger brister i systemen. I materialet presenteras skadeanmälningar som gjorts i samband med operativa ingrepp i slutenvård, inom specialiteterna kirurgi, ortopedi och gynekologi. Dessa anmälningar utgör ungefär 20% av det totala antalet skadeanmälningar.

Att ett landsting, sjukhus eller klinik kan ha en högre andel skadeanmälningar

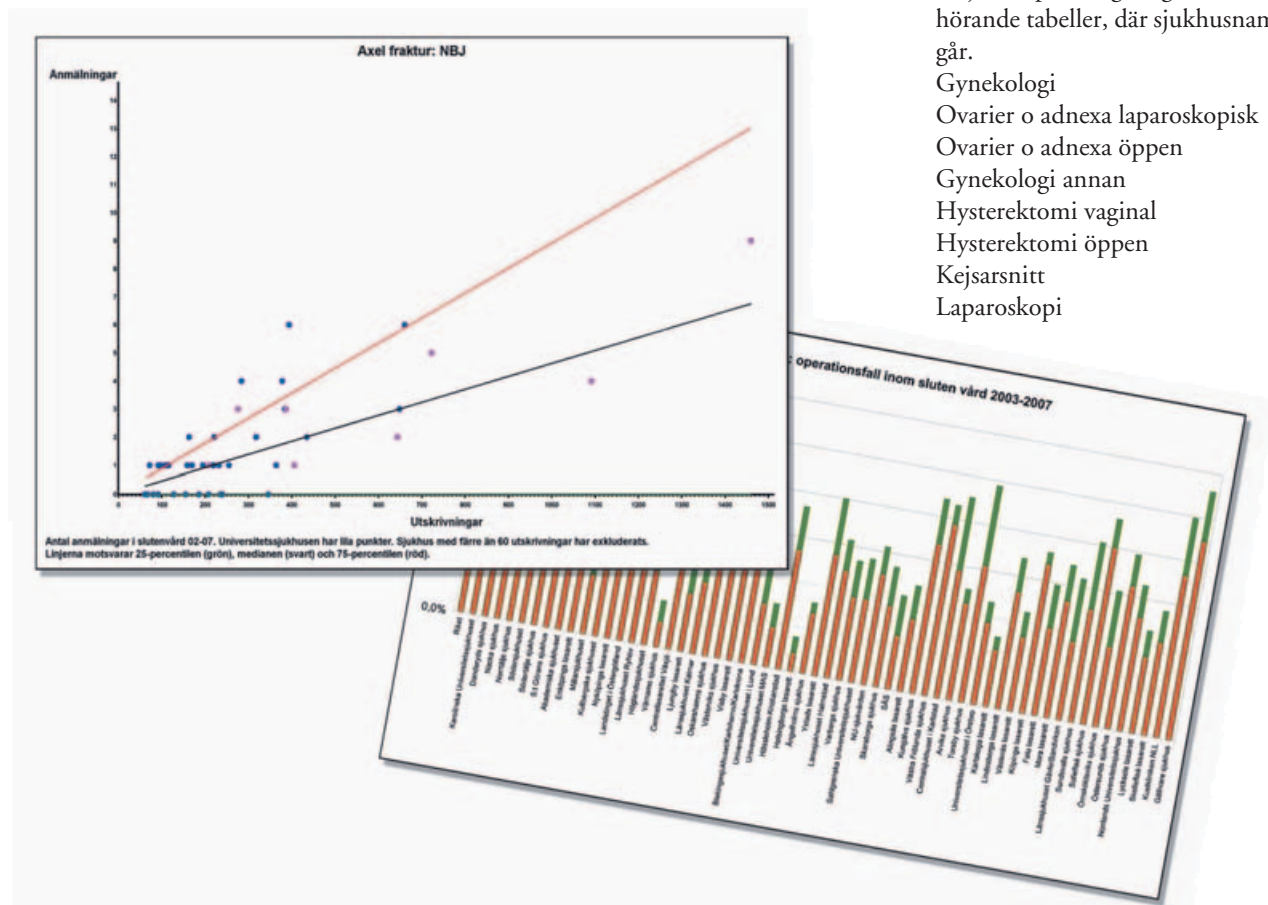
kan bero på olika saker. Det kan vara så att man vid detta landsting inte döljer händelser för patienter och man konsekvent informerar om möjligheten till ersättning från patientförsäkringen. En låg andel skadeanmälningar kan bero på det omvända. Det viktigaste är att ledare och medarbetare inom vården tar tillvara informationen om patientskador, analyserar skadorna och vidtar åtgärder för att hindra upprepning av skador.

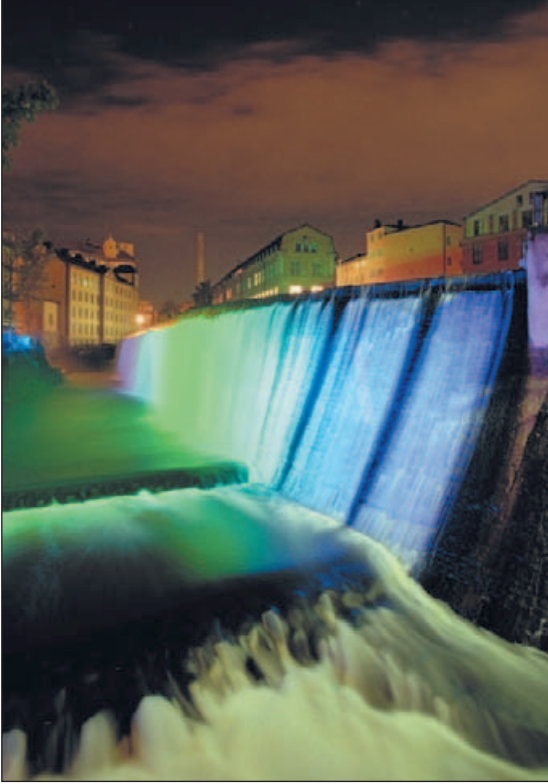
Den öppna redovisningen finner ni här: www.patientforsaking.se/medicinsk_personal/oppen_redovisning/

Spridningsdiagrammen

Följande spridningsdiagram finns med tillhörande tabeller, där sjukhusnamn framgår.

- Gynekologi
- Ovarier o adnexa laparoskopisk
- Ovarier o adnexa öppen
- Gynekologi annan
- Hysterektomi vaginal
- Hysterektomi öppen
- Kejsarsnitt
- Laparoskopi





Hjärtligt välkomna till SFOG VECKAN + 2009 i Norrköping 24 – 28 augusti!



Kvinnosjukvården i Östergötland har visionen "Tillsammans för kvinnans bästa hälsa genom livet". Den visionen tycker vi på kvinnoklinikerna i Norrköping och Linköping passar för en vecka fylld med spännande vetenskapligt program och kvällar där vi får möjlighet att umgås och roa oss tillsammans.

Liksom tidigare år är första delen av veckan inriktad på obstetrik. Onsdagen har ett blandat vetenskapligt innehåll och där ligger även SFOGs årsmöte samt förenings symposiet. Torsdag och fredag koncentrerar vi oss på gynekologi. Nyheter i år är att vi bjudit in AR-grupperna att föredra "hot topics". Vi har mycket glädjande fått stor respons på denna inbjudan. Skövdemötet introducerade workshops i simuleringsmiljö. Vi spinner nu vidare på detta under tisdag och torsdag.

Mötet är förlagt till konferenscentret Louis de Geer i det vackra Industrilandskapet utmed Motala ström inne i Norrköpings stadskärna. Kvällsaktiviteterna kommer också att gå av stapeln i olika lokaler i Industrilandskapet utom på tisdagen då vi tar oss till Kolmårdens djurpark för delfinshow och en lite annorlunda föreläsning.

Vi är stolta över att kunna presentera ett program med många internationellt och nationellt ledande forskare.

Boka så snart som möjligt in v 35 för SFOG veckan. Den lägre avgiften gäller tom 30/5. Ta med dina läkar- och barnmorskekollegor till Norrköping. Tillsammans skapar vi en vecka med nya kunskaper för kvinnans bästa hälsa genom livet

För organisationskommittén

Kerstin Jonsson

Verksamhetschef

Kvinnokliniken Vrinnevisjukhuset i Norrköping



För mer detaljerad information, gå in på hemsidan:

www.sfogveckan.se

STUDIES ON THE EXTRACELLULAR MATRIX OF THE DYSFUNCTIONAL PELVIC FLOOR

Den svaga bäckenbottens bindväv

Syfte

En svag bäckenbotten medför nedsatt livskvalitet för många kvinnor och är en vanlig orsak till gynekologisk kirurgi. De två mest förekommande tillstånden, framfall och ansträngningsinkontinens, har båda vaginal förlossning som enskilt största kliniska riskfaktor.

Bäckenbotten är en platta av tvärstrimmig muskulatur, men insprängt i musklerna, runt om i hinnor och samlad i stödjande ligament finns bindväv. Bindväven är gles på celler, fibroblaster, som producerar de molekyler som finns i det extracellulära rummet. Collagen I och III bildar fibriller som ger denna typ av bindväv dess hållbarhet. De elastiska fibrerna bestående av elastin och ett antal associerade proteiner ger vävnaden elasticitet. Som organisatörer fungerar små proteoglycaner, SLRPs (Small Leucine-rich Repeat Proteoglycans), som påverkar kollagenets tvärbindingar. Hormoner som östrogen och progesteron, men även testosteron kan också antas påverka bindvävens omsättning och kvalitet genom sina receptorer.

Syftet med avhandlingen var att utvärdera om avvikelser finns i bäckenbottenbindväven hos kvinnor som drabbats av framfall eller ansträngningsinkontinens, som kan förklara varför deras vävnad klarat förlossningstraumat sämre och utvecklat dessa åkommor.

Metod

Para-urethrala stansbiopsier representativa för bäckenbottenbindväv samlades från kvinnor med framfall och ansträngningsinkontinens och jämfördes med biopsier från kvinnor utan någon av dessa besvär, matchade för ålder och menopausstatus. Med biokemisk metod jämfördes colla-

Marie Westergren-Söderberg
Institutionen för Kvinnors och Barns Hälsa (enheten för Obstetrik och Gynekologi) Karolinska Institutet Karolinska Universitetssjukhuset Solna Kvinnokliniken Södersjukhuset, Stockholm
marie.westergren-soderberg@sodersjukhuset.se

genkoncentrationen och andelen löst tvärbundet collagen mellan kvinnor med framfall och kontroller. Gensignalerna och proteinuttrycken för collagen I och III, de små proteoglycanerna decorin, lumican och fibromodulin samt de elastinassocierade proteinerna fibrillin-1 och fibulin-5 analyserades med realtime RT-PCR och immunhistokemi. Dessa jämfördes hos kvinnor med framfall respektive ansträngningsinkontinens med kontroller. Hos kvinnor med ansträngningsinkontinens studerades och semikvantifierades könshormonreceptorerna ER- α , ER- β , PR-(A+B), PR-B och AR med immunhistokemisk scoring och imageanalys (ER- α , ER- β), vilket kompletterades med genuttrycket för ER- α , ER- β , PR och AR och jämfördes med kontroller.

Resultat

Collagenkoncentrationen var 30 % lägre hos kvinnor yngre än 53 år med framfall jämfört med jämnåriga kontroller. Genuttrycken för alla de tre undersökta små proteoglycanerna decorin, lumican och fibromodulin samt det elastinassocierade fibulin-5 var signifikant lägre hos premenopausala kvinnor med framfall. En 16-faldig sänkning av mRNA uttrycket och en tillika svagare immunoreaktivitet

för decorin utgjorde den största förändringen i denna grupp. Hos postmenopausala kvinnor med framfall var gensignalerna för proteoglycanen fibromodulin och elastinassocierade fibulin-5 signifikant sänkta. Hos alla kvinnor med ansträngningsinkontinens oavsett ålder eller relation till menopaus fanns ett signifikant lägre genuttryck för elastinassocierade fibrillin-1 speglat av ett svagare immunhistokemiskt proteinuttryck. Alla undersökta hormonreceptor-isoformer eller undergrupper identifierades i bäckenbottenbindväven. Imageanalys visade ett signifikant högre proteinuttryck för ER- β hos premenopausala kvinnor med ansträngningsinkontinens, dock utan motsvarande ökning av genuttrycket.

Slutsats

- Framfall och ansträngningsinkontinens är relaterade till förändringar i bäckenbottenbindväven.
- Förändringarna var helt olika för de respektive åkommorna, varför patofysiologiska förklaringar på vävnadsnivå kan förväntas vara skilda.
- Mest uttalade förändringar sågs hos yngre kvinnor med framfall med påverkan framför allt på de små proteoglycanerna, men även på collagen och ett elastinassocierat protein. I bindväven hos äldre kvinnor med framfall återfanns färre skillnader, varför framfall hos yngre inte bara kliniskt utan också vävnadsmässigt kan anses vara en svårare åkomma.
- Ansträngningsinkontinens var endast associerat till förändring i vävnadens elasticitet med minskad syntes av ett viktigt elastinassocierat protein.
- Bäckenbottenbindväven är målorgan för könshormoner.



Marie Westergren-Söderberg

Referenser

- I. Söderberg MW, Falconer C, Byström B, Malmström A, Ekman G. Young women with genital prolapse have a low collagen concentration. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83: 1193-1198.
- II. Söderberg MW, Byström B, Kalamajski S, Malmström A, Ekman-Ordeberg G. Gene expression of small leucine-rich repeat proteoglycans and fibulin-5 are decreased in pelvic organ prolapse. Accepted *Mol Hum Reprod*.
- III. Söderberg MW, Byström B, Hammarström M, Malmström A, Ekman-Ordeberg G. Decreased gene expression of fibrillin-1 in stress urinary incontinence. Submitted.
- IV. Söderberg MW, Johansson B, Byström B, Masironi B, Falconer C, Sahlin L, Ekman-Ordeberg G. Pelvic floor sex steroid hormone receptors, distribution and expression in pre- and postmenopausal stress urinary incontinent women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007; 86: 1377-1384. ■

Genetiska och epidemiologiska studier av dystoci – värksvaghet vid förlossning

Avhandlingens syfte

Att undersöka epidemiologin för värksvaghet vid förlossning, hur dystoci påverkar den reproduktiva hälsan och utforska den genetiska bakgrunden till värksvaghet.

Material och metoder

Avhandlingen är retrospektiv och bygger huvudsakligen på hela populationen av kvinnor vilka fick sitt första barn mellan 1973 och 1997. Data är framför allt hämtade från Medicinska Födelseregistret (MFR) och omfattar totalt 2 539 534 förlossningar. Andelen kvinnor som fick dystocidiagnos enligt ICD 8, 9 och 10 beräknades och frekvensen kejsarsnitt samt instrumentella förlossningar (sugklocka eller tång) jämfördes mellan kvinnor med och utan dystocidiagnos. Tiden mellan första och andra förlossningen samt antalet barn jämfördes också. Den relativa risken för dystoci beräknades beroende på syskonrelation och en matematisk modell användes för att beräkna inflytandet av ärftliga faktorer, s.k. heritabilitet, jämfört med omgivningsfaktorer på benägenheten att drabbas av värksvaghet. I en mindre grupp kvinnor om 23 stycken gjordes mutations-screening av generna steroid-5- α -reduktas (SRD5A1), endotelin 1 (EDN1), prostaglandin F2 α -receptor (PTGFR). Det svenska flergenerationsregistret användes för att etablera familjekopplingar och i en grupp, som slutligen bestod av 104 kvinnor, gjordes telefonintervjuer och detaljerad journalgenomgång. Så kallad icke-parametrisk kopplingsanalys med beräkning av NPL-score gjordes

Michael Algovik

Kvinnokliniken, Västervik
Institutionen för klinisk vetenskap,
intervention och teknik (CLINTEC)
Karolinska Institutet, Stockholm
michael.algovik@ltkalmars.se

i familjer med hög förekomst av dystoci. Non-parametric linkage (NPL –score) är en statistisk beräkning för att försöka lokalisera sjukdomsgener genom att finna onormalt starka kopplingar mellan nedärvningen av anlag vid vissa kromosompositioner (lokus). Den bygger på antagandet att loci som ligger nära varandra på kromosomen ärvs ihop i större omfattning än de som ligger på större avstånd under omlagringen vid meiosen. Sekvensering av generna för oxytocin (OXT) och oxytocin receptor (OXTR) utfördes.

Förekomsten av dystocidiagnoser på olika förlossningsavdelningar beräknades och även spridningen per år under studieperioden.

Resultat

I hela materialet var förekomsten av dystoci 8,0%. När endast kvinnor med huvudbudning och fullgångna enkelgraviditeter räknades var incidensen av dystoci 11,8%. Gruppen med dystoci hade 12,5% kejsarsnitt och 51,6% instrumentella förlossningar, jämfört med 6,6% respektive 6,8% i gruppen utan dystoci. I gruppen med dystoci hade 25,2% av barnen någon diagnos under neonatalperioden såsom asfyxi, allmänpåverkan m.fl. jämfört med 14,7% i icke-dystocigruppen. Mödrarnas

ålder, längd, BMI och dessutom barnets kön, vikt, samt huvudomfång var alla oberoende riskfaktorer för dystoci. Intervallet till andra förlossningen var i medeltal 41,7 månader i dystocigruppen och dessa kvinnor fick signifikant färre antal barn, 2,19 jämfört med 42,6 respektive 2,30 bland övriga.

Frekvensen av dystocidiagnoser ökade under studieperioden och det var också en stor spridning av andelen dystocidiagnoser mellan de olika förlossningsavdelningarna. Variationen var från 6,0% upp till 37,8%. Beräkningarna av familjär likhet (relativ risk och korrelation av benägenhet) för dystoci var högre bland enäggstvillingar än bland tvåäggstvillingar, övriga syskonpar och mor-dotter par. Det genetiska bidraget beräknades till 28%.

Genotypningen av syskonpar uppvissade en trend mot koppling med en NPL-score på 3,15 på kromosom 12p12. Inga mutationer kunde identifieras i kandidatgenerna SRD5A1, EDN1, PTGFR, OXT, eller OXTR.

Slutsatser

Värksvaghet vid förlossning är ett komplext tillstånd som påverkar den reproduktiva hälsan hos svenska kvinnor. Kvinnor med dystoci vid första förlossningen har en ökad risk för operativ förlossning. Deras nyfödda har mera komplikationer med ökad förekomst av allmänpåverkan, störningar i cirkulation och andning. Kvinnor med dystoci får signifikant färre barn, vilket är mest uttalat hos kvinnor som genomgått kejsarsnitt.

Fenotypen av dystoci är inte tydligt definierad även om tillståndet är mycket välkänt hos förlossningsläkare och barnmorskor i landet. Det finns helt klart en genetisk komponent i benägenheten att drabbas av dystoci men det exakta ursprunget har ännu inte kunnat identifieras. Flera polymorfismer (små förändringar som inte påverkar genens funktion) hittades men det verkar osannolikt att mutationer i generna för steroid-5- α -reduktas (SRD5A1), endotelin 1 (EDN1), prostaglandin F2 α -receptor (PTGFR), oxytocin (OXT) eller oxytocin receptorn (OXTR) är orsaker till detta tillstånd.

Den successiva ökningen av dystoci-diagnosen likväl som den ökande frekvensen av kejsarsnitt innebär stora utmaningar för förlossningsvården idag och i framtiden.

Länk till avhandlingen:

<http://diss.kib.ki.se/2009/978-91-7409-282-0/>



Michael Algovik

Ingående delarbeten:

- I. Algovik M, Lagercrantz J, Westgren M, Nordenskjold A. No mutations found in candidate genes for dystocia. *Hum Reprod.* 1999;14(10):2451-4.
- II. Algovik M, Nilsson E, Cnattingius S, Lichtenstein P, Nordenskjold A, Westgren M. Genetic influence on dystocia. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004 Sep;83(9):832-7.
- III. Algovik M, Kivinen K, Peterson H, Kere J, Westgren M. Genetic evidence of multiple loci in dystocia – difficult labour. (submitted)
- IV. Algovik M, Brudin L, Westgren M. Perinatal outcome and reproductive health in mothers affected by dystocia in their first delivery. (submitted)

Bakre Fornix

Köp, sälj, eller byt, varor och tjänster – med en annons när du ca 1750 andra gynekologer. Köp och sälj vad du vill under eget ansvar.

Skicka in din annons per mail till Medlemsbladet, anne.ekeryd-andalen@vregion.se
Ange namn och faktureringsadress
Pris per annons för medlemmar 75 kr

UTHYRES

Välkomna att hyra vår välutrustade stuga belägen i Kringelfjordens fritidshusområde. Kringelfjorden ligger mitt emellan Särna och Idre i norra Dalarna nära Norges gräns. I närområdet finner ni bra fiskevatten och härliga skidspår.

Idre by ligger 20 km från kringelfjorden. I Idre by finns en riktigt bra golfbana, flera matbutiker, restauranger och all annan service. Idres stora fjällanläggning ligger 29 km från stugan men går också att nå från den östra sidan ca 20 km bort.

Fjätervålen med långa svepande utförsbackar ligger 25 km från stugan. Särna med sin lilla skidanläggning, skoteruthyrning, matbutik, pizzeria och all annan service ligger 17 km söder om kringelfjorden.

Huset är tillgängligt året om och har 2 sovhytter med vånings-sängar, 1 familjerum samt ett dubbelrum. Totalt finns 10 fasta bäddar, skulle man bli fler finns möjlighet för 3 sovplatser i TV rummet. Huset är två våningar (60 + 40 kvm) och har 2 toaletter, 2 duschar, bastu, extra tvättställ, torkskåp, braskamin, öppet kök med diskmaskin samt veranda.

Veckopris: 1500-4500:- Helgpris: 500-1500:-

Vid intresse välkommen att kontakta Carin 070 727 12 12, Göran 0708107463, Ewa 073369988, Deta 0704938581 eller idrekringelfjorden@hotmail.com

Kalendarium

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

2009

20-21/4	OGUs ST-Dagar i Nyköping	För mer information: www.sfog.se
20-21/4 resp 22-23/4	ALSO. Behandling av akuta obstetriska situationer Skövde	För mer information: www.also-scandinavia.com Sista anmälningsdag var 9 januari 2009
23-24/4	Vårmöte i Perinatologi i Södertälje	För mer information: www.sfog.se
23-24/4	The Fourth International Conference on the Science and Ethics of Assisted Reproduction and Stem Cell Research. Paris, Frankrike	För mer information: www.humanreproethics.org/en/
24/4	Öppenvårdsgruppen inom SFOG	För mer information: www.sfog.se
24/4	Post-traumatic Stress Disorder following Childbirth Svensk Förening för Psykosocial Obstetrik & Gynekologi, SFPOG Nanna Swartz Auditorium, Karolinska University Hospital Solna, Stockholm	För mer information: www.sfog.se
8-10/5	The 3rd Nordic Congress on Endometriosis in Trondheim, Norge	För mer information: www.sfog.se
11 -13/5	Kurs i Mödrahälsovård med sexuell och reproduktiv hälsa. Universitetssjukhuset i Örebro	För mer information: http://www.orebroll.se/uso/page____27526.aspx
14-15/5	Assisting fertility - challenges and strategies Stockholm	För mer information: www.svls.se/berzelius/5680.cs
11-14/6	Surgical Pathology Update Leipzig Tyskland	För mer information: http://conventus.de/spu2009/

2009

12-13/6	NFYOG Seminarium. "Third world challenges in obstetrics and gynaecology- issues, facts and personal experiences". Köpenhamn	För mer information: www.sfog.se
21-25/6	SexoGöteborg 2009	För mer information: www.sexo-goteborg-2009.com/
24-29/8	SFOG-veckan i Norrköping - v 35	
4-9/10	FIGO 2009 XIX World Congress of Gynecology and Obstetrics Kapstaden, Sydafrika	För mer information: http://www.figo2009.org.za
5-6/10 resp 7-8/10	ALSO. Behandling av akuta obstetriska situationer Skövde	För mer information: www.also-scandinavia.com Sista anmälningsdag 22 maj 2009
6 9/10	IFPA 2009 Meeting, Placenta: The Key to Pregnancy Success, Australien	För mer information: http://www.ifpaconference.org/2009/
11-14/10	16th International Meeting of the European Society of Gynaecological Oncology – ESGO 2009 Belgrad Serbien	Mer information: www.esgo.org
2010		
12-16/9	20th World Congress on Fertility and Sterility Munich, Germany	För mer information: www.iffs-reproduction.org www.iffs2010.com

Arbets- och Referens- grupperna 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: Anna Palm

Sundsvalls sjukhus

851 86 Sundsvall

Tel: 060-18 10 00

anna.palm@lvn.se

Urogynekologi och vaginal

kirurgi UR-ARG

Ordförande: Marie Westergren Söderberg

KK, Södersjukhuset

118 83 Stockholm

Tel: 08-616 10 00

marie.westergren-soderberg@

sodersjukhuset.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: 08-585 875 75

kristina.elfgren@karolinska.se

Psykosocial Obstetrik och Gynekologi

samt Sexologi POS-ARG

Ordförande: Inga-Bodil Melinder

Gynmottagningen, Sjukhuset i Arvika

671 90 Arvika

Tel: 0570-71 20 00

inga-bodil.melinder@swipnet.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

Fertilitetscentrum

Storängsvägen 10

115 42 Stockholm

Tel: 08-586 120 00

margareta.fridstrom@gmail.com

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: Anna Lindqvist
KK, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/
Östra sjukhuset
416 85 Göteborg
Tel: 031-34 36 396
Fax: 031-25 83 74
anna.ch.lindqvist@vgregion.se
Sekreterare: Peter Lindgren
KK, Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018-611 00 00
Fax: 018-50 81 27
peter.lindgren@kbh.uu.se

Hemostasrubbingar HEM-ARG

Ordförande: Pelle Lindqvist
KK, Karolinska Sjukhuset, Hudding
141 86 Stockholm
Tel: 08-585 81 628
pelle.lindqvist@ki.se
Sekreterare: Eva Östlund
KK, Danderyds sjukhus
162 88 Danderyd
Tel: 08-655 55 00
eva.ostlund@ds.se

Vulva VULV-ARG

Ordförande: Ingela Danielsson
KK, Länsjukhus 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

Endometrios ENDOMETRIOS-ARG

Ordförande: Matts Olovsson
KK, Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018-611 57 64
Fax: 018-55 97 75
matts.olvesson@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
442 83 Kungälv
Tel: 0303-980 02
annika.strandell@medfak.gu.se

Etik ETIK-ARG

Ordförande: Claudia Bruss
KK, Länsjukhuset i Halmstad
302 33 Halmstad
Tel: 035-13 10 00
claudia.bruss@lthalland.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**

Docent Pelle Lindqvist
Kvinnokliniken, Karolinska Sjukhuset, Huddinge, 141 86 Stockholm
Tel: 08-585 81 628
E-post: pelle.lindqvist@ki.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

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

Susanne Damm
Karolinakliniken
Ågatan 35
582 22 Linköping
Tel: 013-31 86 83
E-post: susanne.damm@telia.com

Carl Johan Granqvist
Gallerians Läkarmottagning
Box 2147
550 02 Jönköping
Tel: 036-16 30 40
E-post: cjg@telia.com

Mödrahälsovårdsöverläkargruppen

Ordförande

Marie Lindroth
Verksamhetsområde Barn-Familj och kvinnor
Helsingborgs lasarett
S. Vallgatan 5
251 87 Helsingborg
Tel: 042-406 22 54
E-post: marie.lindroth@skane.se

Sekreterare

Agneta Romin
Falun lasarett, Kvinnokliniken
791 82 Falun
Tel: 023-49 20 00, 023-699 51
Fax: 023-49 09 89
E-post: agneta.romin@ltdalarna.se

Obstetrik och gynekologer under utbildning (OGU)

Ordförande

Mårten Strömberg
KK, Sahlgrenska universitetssjukhuset
413 45 Göteborg
Tel: 031-34 20 00
E-post: marten.stromberg@vgregion.se

Sekreterare

Charlotta Ersmark
KK, Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-616 27 72
E-post: charlotta.ersmark@sodersjukhuset.se

Gruppen för öppenvårdsgynekologi

Ordförande: Inga Sjöberg

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

Maria Cederholm
Gyn. mott.
Kungsgatan 25
753 32 Uppsala
Tel: 018-15 74 60
E-post: maria.cederholm@bredband.net

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 Obstetricia 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:

BESTÄLLNINGSBLANKETT ARG-RAPPORTER

Svensk Förenings 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 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	100:-
<input type="checkbox"/>	Nr 54 Inducerad abort. 2006	100:-
<input type="checkbox"/>	Nr 55 Obstetriskt ultraljud. 2007	300:-
<input type="checkbox"/>	Nr 56 Endometriosis. 2008	300:-
<input type="checkbox"/>	Nr 57 Asfyxi och neonatal HLR. 2008	300:-
<input type="checkbox"/>	Nr 58 Polycystiskt ovarialsyndrom (PCOS). 2008	300:-
<input type="checkbox"/>	Nr 59 Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa. 2008	300:-
<input type="checkbox"/>	Nr 60 Prolaps. 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