

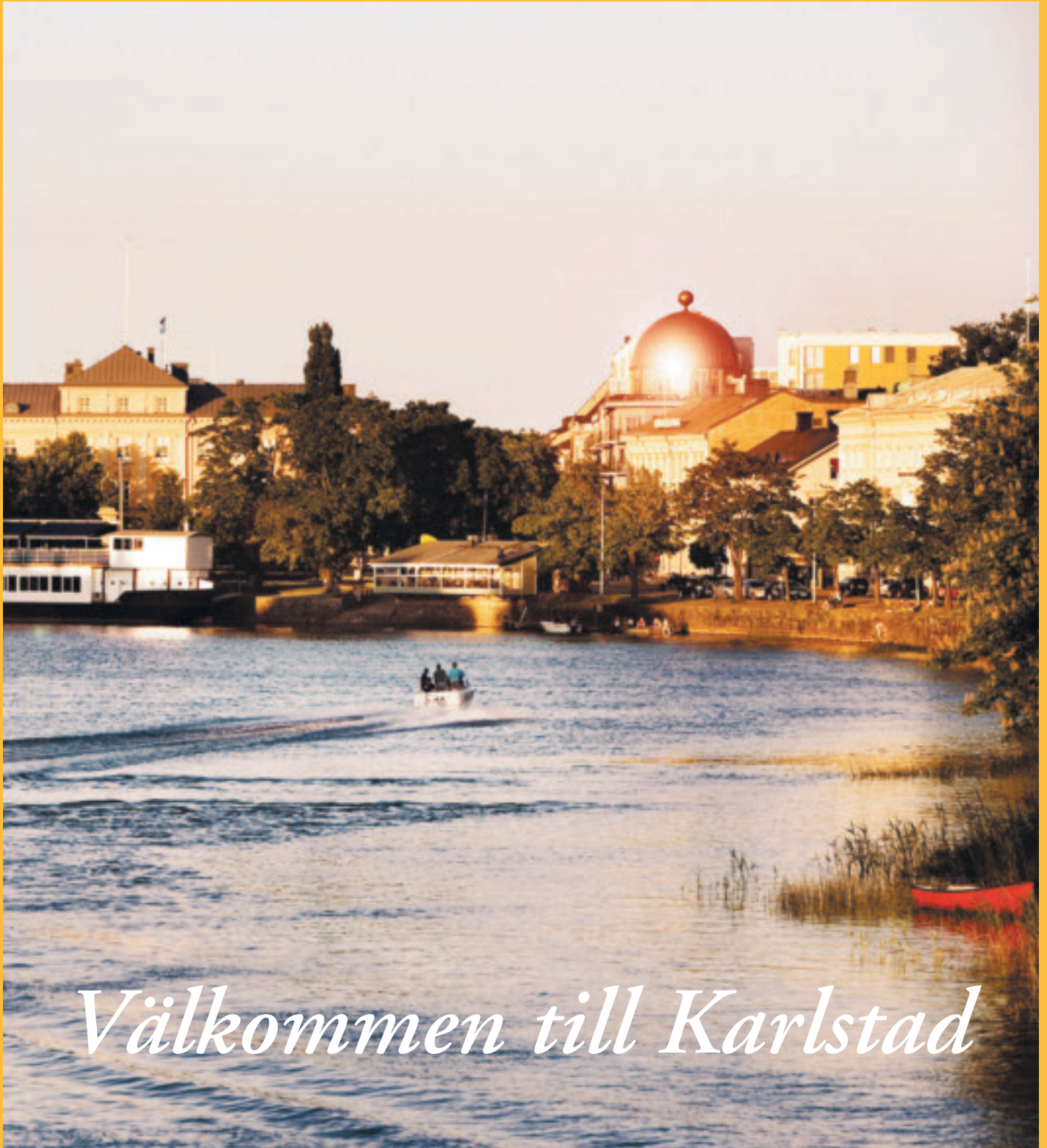
Medlemsbladet 2

2011

NR



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



Välkommen till Karlstad

MEDLEMSBLADET

Ansvärlig utgivar: Anne Ekeryd-Andalen
Tel: 010-473 81 00

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@sfog.se

Platsannonser hemsidan: jeanette.swartz@sfog.se

SFOGs styrelse 2011:

Ordförande: Pia Teleman

Kvinnokliniken, Lunds Universitetssjukhus

221 85 Lund

Tel: 046-17 25 51

E-post: pia.teleman@sfog.se

Vice ordförande: Harald Almström

BB Stockholm

182 88 Stockholm

Tel: 0708-168 46 20

E-post: harald.almstrom@bbstockholm.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: Matts Olovsson

Kvinnokliniken, Akademiska Sjukhuset

751 85 Uppsala

Tel: 018-5611 57 61

E-post: matts.olvsson@kbh.uu.se

Redaktör för Medlemsbladet:

Anne Ekeryd-Andalen

KK, NU-sjukvården

461 85 Trollhättan

Tel: 010-473 81 00

E-post: anne.ekeryd-andalen@sfog.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: Lars Ladfors

Kvinnokliniken, SU/Sahlgrenska Östra

418 65 Göteborg

Tel: 031-343 57 34

E-post: lars.ladfors@sfog.se

Ledamot: Anna Pohjanen

Kvinnosjukvården Norrbotten

Sunderby sjukhus, 971 80 Luleå

Tel: 0920-28 20 00. Fax: 092-28 32 90

E-post: anna.pohjanen@nll.se

Ledamot/Yngre representant: Malin Strand

Kvinnokliniken, Sunderby sjukhus

971 80 Luleå

Tel: 0920-28 20 00

E-post: malin.strand@nll.se

Tryck: Elanders

ISSN 0284-8031

— Ordförande har ordet —



Kära medlemmar och kollegor!

Det finns numer ett visst hopp om att vår och sedan sommar kommer att inträffa även i år. Fåglarna samlar kvistar för fullt och cykellyktan måste inte alltid vara tänd.

Vad har då hänt sedan sist? Massor förstås! Först måste man ju nämna att våra medlemmar framträder som goda exempel i Läkartidningen, nummer efter nummer. Margareta Hammarström berättade i nr 3 om hur hon personligen erbjuder alla patienter som drabbats av en vårdskada att komma för ett personligt samtal. Hon menar, att förutom att man ger patienten en möjlighet att ge sin version och upplevelse av vad som hänt, vinner verksamheten information som bidrar till förbättringar. Kerstin Nilsson är en av de som utarbetat den nya läkarutbildningen i Örebro som det skrivs om i nr 4. Man får nästan lust att gå om utbildningen!

Det skulle dessutom förmodligen behövas, eftersom det i Lund har kommit propåer av och till om att vi gynekologer ska ta medicinskt ansvar för de

patienter som läggs in från andra kliniker, oftast medicin, på vår avdelning. Allt tal om patientsäkerhet sätts raskt åt sidan när det blir trångt i juletid; visst kan vem som helst som gått läkarutbildningen (för 30 år sedan; har det inte hänt något sedan dess?) ta ansvar för patienter med svängande blodtryck, blodsocker och diverse läkemedelsbiverkningar? Ingen skulle drömma om att anställa mig eller någon av mina skickliga gynekologkollegor på medicinkliniken, men ta hand om patienterna när de redan är placerade långt bort skulle gå bra? Socialstyrelsen har klart fastslagit, vilket är bra om än sorgligt att det behövs, att vårda patienter på annan klinik än där de hör hemma är förenat med sämre patientsäkerhet, längre vårdtid etcetera. Ändå görs det och i ökande grad. Detta diskuterades på verksamhetsmötet i februari i Uppsala och förekommer i varierande grad på i stort sett alla kvinnokliniker över landet. Vissa har redan fått kapitulera och har accepterat det medicinska ansvaret för patienterna också. Jag vill uppmana alla

I DETTA NUMMER

Diskussionsforum: Vetenskapligt ST-arbete	6
Svar till ST-studierektorerna	6
Vintermötet 2011 i Uppsala	9
The Pakistani SMNH project	
– a report from the Swedish twinning partners	11
”Gynekologen i Askim” eller professionell läkare	15
”Är det värt det?”	15
Hurrarop och applåder!	17
ST-arbete: Eklampsi vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset	18
Focus on Gynecology	21
ÅÄÖ – så långt bak man kommer?	23
Peter Palsternacka	25
Nya avhandlingar	27

medlemmar att inte acceptera en "normalisering" av ett onormalt och patient-osäkert tillstånd. Professionen har ett etiskt ansvar att stå upp för en säker sjukvård istället för att kortsiktigt vara "duktiga medarbetare".

På verksamhetsmötet fortsatte också diskussionen om patientens möjlighet/rätt att välja kön på sin gynekolog, en fråga med många facetter. Utgångspunkten var den händelse som inträffade i Örebro där en manlig kollega blev misshandlad av en anhörig som inte accepterade en manlig läkare till sin blödande nyförlösta fru. Lotti Helström relaterade de tankegångar man haft vid mottagningen på Södersjukhuset för kvinnor som utsatts för sexuellt våld, nämligen att man ser det som en tillgång med manliga gynekologer i den verksamheten. Elisabeth Rynning, professor i medicinsk rätt i Uppsala, gav oss fakta om patientens rätt att önska läkare, och den är långtgående. Diskussionen rörde mycket arbetsmiljö och kanske mindre den del som är svårare att belysa – vad är det för föreställningar/fördomar eller historiskt bagage som gör att en manlig gynekolog betraktas om något avvikande? Läs Mårten Alkmars och Victor Hantelius reflektioner kring detta ämne på sid 15. En annan infallsvinkel förmedlas i Verkligheten i P3, sverigesradio.se/p3/,

Inkquisitionen, och lyssna på den låtsasrättegång man där har med en manlig gynekolog. "Anklagelsen" lyder: alla manliga gynekologer är snuskgubbar. Observera att det är ett humorprogram, och tanken kan vara god att faktiskt skämta om det som diskuteras, inte minst bland unga kvinnor. Tyvärr blev det inte särskilt kul; all heder åt den manlige gynekolog som ställde upp, stod ut med taffliga frågor och blev "frikänd".

Agneta Romin, ordförande i Mödravårdshälsovårdsgruppen, relaterade resultatet av enkäten om det fria vårdvalets effekter på mödravården. Här nöjer jag mig med att konstatera att det ser olika ut på olika ställen beroende på förutsättningar, men att det är viktigt att följa utvecklingen. Det är professionens uppgift att värna om våra patienters tillgång till hög kompetens med god tillgänglighet. I Region Skåne läggs nu mödravården ut enligt det fria vårdvalet. Alla som vill bedriva mödravård ska söka ackreditering. I Skåne finns det en välfungerande organisation där mödravården är knuten till kvinnoklinikerna som står för vidareutbildning av barnmorskorna och där läkare åker ut från kvinnoklinikerna till de många barnmorskemottagningar som finns. Det mesta kan alltså skötas på hemorten och få mammor behöver skickas in till förlossningsavdelning eller specialist-

mödravård. Och nu? Jo! Kvinno-klinikerna FÖRBJUDS att söka ackreditering! Varför? Därför att det är orättvist mot eventuella privata aktörer som kanske då inte har samma kanaler. Alltså – välfungerande kompetenta enheter beläggs med förbud att bedriva den vård man nu gör. Ideologi före förnuft är inte bra. Frågan är om konkurrenslagstiftningen godkänner detta?

Mats Löfgren och Kerstin Palm representerade Gynopregistret och GKR. Uppgifterna från GKR kan nu exporteras till Gynopregistret så att vi verkligen har nationella siffror. Hela 19000 av 21000 benigna operationer som görs per år i Sverige går in i registerna.

Jag vill runda av med att tacka arrangörerna av årets Vintermöte, Uppsala, för ett givande och högintressant program i en fantastisk lokal, Universitetets aula! Att gå på nationella möten är ytterst allmänbildande, och det är njutbart att lyssna till alla kunniga kollegor som på ett tydligt sätt presenterar sina kunskapsråden.

Ni är alltid välkomna att ha synpunkter och inte minst förslag på vad SFOG skall driva för frågor. Gör det!

Pia Teleman
pia.teleman@sfog.se

Författarsinstruktioner

Manus skickas via e-post till redaktören:

anne.ekeryd-andalen@sfog.se. För att säkerställa att ditt bidrag kommer med i önskat nr - skicka in det i god tid innan manusstopp. Om tveksamheter kontakta redaktören via mail eller SFOGs kansli.

Följande regler underlättar processen.

1. Vi kan ta emot de flesta filer från ordbehandlingsprogram för Mac och PC. (Power Point är ett bildvisningsprogram och Excel ett kalkylprogram.) **Skicka inte PDFfiler om de inte är färdiglayoutade och högupplösta.**
2. Gör inga egna avstavningar utan låt texten flöda över automatiskt till nästa rad (detta gäller vare sig om det finns avstavningsprogram eller inte).
3. Gör en blankrad mellan varje nytt stycke.
4. Använd programmets tabuleringsfunktion vid inskrivning av tabeller, inte mellanslagstangenten.

5. Använd inte egen design i texten i form av ovanliga typsnitt, understrykningar, fetstil eller dylikt. Det medför ett avsevärt arbete att leta efter dolda koder i texten. Ange hellre i ett medföljande dokument hur typografin önskas utformad.

6. Kom ihåg att skicka med logotyper och bilder som egna bildfiler. Bilder monterade i Word är bara skärmbilder som inte lämpar sig för tryck. Bildfiler bör ha en upplösning på 300 dpi för att göra sig bra i tryck. De flesta typer av bildformat kan tas emot. De vanligaste bildformaten som används i tidningen är jpeg, tif eller eps.

7. **Om du tar bilder med digitalkamera, använd kamerans högsta upplösning.**

REDAKTÖRENS RUTA

Rapport från Vintermöte och Vasalopp i grönsakslandet i detta nr får ses som en avslutning på den långa vintern.

Nu ser vi fram mot sommar och SFOG-vecka. Ett inspirerande program väntar oss hos Sola i Karlstad, så gå in på hemsidan och ta del av ett digert vetenskapligt program med lockande sociala aktiviteter.

Anne Ekeryd-Andalen

Följande tider gäller för medlemsbladet 2011:

<i>Nr</i>	<i>Deadline</i>	<i>Utkommer</i>
3	8 maj	Vecka 23
4	18 september	Vecka 42
5	7 november	Vecka 49

Manus skickas till:

Redaktör Anne Ekeryd-Andalen

Kvinnokliniken • NUsjukvården • 461 85 Trollhättan

Telefon: 010-473 81 00 • E-post: anne.ekeryd-andalen@sfog.se

Adressändring skall göras till:

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

Nya medlemmar

Maria Lindström, Lund
Petra Lindberg, Visby
Linus Berggren, Göteborg
Hanna Eriksson, Gävle
Anna Karin Vargas Moberg, Karlstad
Agota Malmborg, Motala
Malin van Hogerlinden, Vällingby
Charlotte Dillström, Sävedalen
Kathrin Möcking-Lingl, Uppsala
Anna Griph, Malmö
Emma Norrman, Göteborg
Lena Liljeström, Uppsala
Erica Ginström Ernstad, Göteborg
Emelie Stotzer, Stockholm
Christina Nyrelli, Trångsund
Hanna Lovén Öberg, Göteborg
Anna Rutkowska, Limhamn
Marja Mitsell, Hägersten
Cecilia Malmsten, Askim
Denise Goldman, Stockholm
Johanna Dyvling, Rönninge



Kära kollegor!

Jag har nyligen påbörjat mitt uppdrag som SFOGs vetenskaplige sekreterare och ARGUS, och som väntat är det en hel del att sätta sig in i. I nuläget känns det otroligt stimulerande och spännande.

Bland det första jag tagit tag i är symposieförslag till årets medicinska riksstämma som i år hålls i Stockholm, 30 november – 2 december. Temat för årets riksstämma är "Läkekunst i en säkrare vård". Jag har lämnat in fyra förslag till symposier så får vi se vilka som accepteras av riksstämmoderationen. Medicinska riksstämman brottas som bekant med sjunkande antal deltagare. Svenska Läkaresällskapet vill nu bryta denna trend och arbetar med att ge mötet en delvis ny utformning. Målet är att medicinska riksstämman ånyo ska bli en årlig samlingspunkt för alla läkare från alla specialiteter. För första gången ordnas riksstämman i egen regi av Svenska Läkaresällskapet, vilket öppnar för nya intressanta och förhoppningsvis lockande pedagogiska grepp. Några stora specialitetsföreningar inkluderande SFOG har sedan några år egna möten vilket dränerar medicinska riksstämman på många besökare och mycket energi. Min företrädare Pelle Lindqvist har vittnat om ett lågt deltagande av obstetiker och gynekologer i samband med de av SFOG anordnade aktiviteterna vid medicinska riksstämman 2010. Inom ämnesområdet obstetrik och gynekologi anmäldes ifjol bara ett abstract! Det är bra att vi har ett möte som vi ordnar själva, där vi har ett vetenskapligt program som har både djup och bredd inom vårt eget område. Många förfaktar åsikten att medicinska riksstämman mycket väl kan läggas ner då vi har vår SFOG-vecka. Faktum är att flera specialitetsföreningar är så små att de inte har möjlighet att ordna ett eget nationellt möte som fyller den funktion riksstämman har. Dessa föreningar har omfattan-

de verksamhet under stämmodagarna. Jag tror vi gör ett stort misstag om vi skapar en egen ankdamn där vi nöjt sitter och plaskar, utan att se över kanten på vad som sker i hela vår medicinska omvärld. Jag tror det är mycket viktigt att vi finns kvar på medicinska riksstämman för att interagera med icke-gynekologer. I vårt dagliga värv samarbetar vi med kollegor inom de flesta specialiteter och då bör vi även interagera med dem i samband med olika aktiviteter på medicinska riksstämman. Förhoppningsvis kommer årets medicinska riksstämma att locka många obstetiker och gynekologer. Åk dit och delta!

Detta för oss osökt över på årets SFOG-vecka som hålls i Karlstad och arrangeras av kvinnoklinikerna i Karlstad och Uppsala samt institutionen för kvinnors och barns hälsa vid Uppsala universitet. Arrangemanget ligger redan ute på www.sfogveckan.se där program med mera finns att ta del av. Årets möte blir såklart årets höjdpunkt för oss med ett späckat vetenskapligt och socialt program. Det vetenskapliga programmet har stor bredd och det finns en hel del för alla och envar. Korta föredrag har fått en hel del plats och syftet är framförallt att ge så många som möjligt av våra yngre vetenskapligt aktiva kollegor en möjlighet att framträda och kort berätta om sina projekt. En nyhet är "meet the expert" där man kan anmäla sig för att under tisdagen och onsdagen äta lunch tillsammans med en expert på något område. Här finns alltså en möjlighet till en mer informell diskussions och frågestund inom något kliniskt/ vetenskapligt område man är särskilt nyfiken på. Det sociala programmet som ordnats av organisationskommittén i Karlstad ser dessutom mycket lockande ut. För ett lyckat möte krävs deltagare, massor av deltagare. Sveriges alla kvinnokliniker bör redan nu börja

fundera över hur man skall lösa bemaningsfrågan så att så många läkare som möjligt skall medges möjlighet att delta i samband med SFOG-veckan. Det gäller inte minst våra yngre medarbetare. OGU har egna programpunkter mötets alla dagar och förväntar sig att många ST-läkare är på plats i Karlstad. Vi ses i Karlstad sista veckan i augusti!

Uppdraget som SFOGs vetenskapliga sekreterare innebär också att jag är ledamot av NFOGs vetenskapliga kommitté som bland annat ansvarar för NFOG fund och NFOG-kongressen. Ansökningstiden för NFOG fund har gått ut för den här gången och ett ganska stort antal ansökningar skall bedömas. Man kan alltså söka anslag från NFOG fund för att bland annat finansiera deltagande i kurser, inbjudan av föreläsare eller forskningsprojekt. Mer information om NFOG fund finns på NFOGs hemsida www.nfog.org. Nästa NFOG-kongress kommer att hållas i Bergen 16-19 juni 2012 www.mednet.no/nfog2012. Förberedelserna pågår för fullt med bland annat det vetenskapliga programmet. Tyvärr har det varit ett ganska klen deltagande från svensk sida vid de senaste mötena med relativt sett få abstracts och föreläsare samt mötesdeltagare från Sverige. Hur skall programmet se ut för att locka fler deltagare från Sverige? Kom gärna med programförslag till undertecknad. AR-grupperna har kanske några bra uppslag till programpunkter och föreläsare? Min förhoppning är att vi skall vara fler från Sverige vid NFOG-kongressen i Bergen 2012 än vad det varit på de senaste NFOG-kongresserna.

Väl mött!

Matts Olovsson

SFOGs rekommendationer för det vetenskapliga ST-arbetet

Revision?

Vi har inom Södra Sjukvårdsregionen etablerat ett nätverk av alla KK-studierektorer sedan 2009. På vårt möte i februari 2011 har vi bland annat diskuterat vilka krav som kan ställas på ST-läkarens vetenskapliga arbete och skrivit i protokollet att vi avser att följa Socialstyrelsens rekommendationer som är publicerade på deras hemsida. SFOGs rekommendationer går långt utöver dessa rekommendationer både när det gäller krav på handledare av arbetet och även tiden som arbetet ska ta. Detta upplevs som ett problem av alla deltagande studierektorer i Södra sjukvårdsregionen (inkl. universitetssjukhusen). Vi

önskar därför att kunna vara med i en revision av SFOGs rekommendationer så att ST-läkarna inte behöver få olika bud. Frågan har även diskuterats vid senaste nationella studierektorsmöte i Visby (2010) och varit kontroversiell. Där var dock inte alla kliniker representerade varför det skulle vara bra att diskutera frågan vidare. Vi ser fram emot ett bra samarbete med ansvariga på SFOG.

För studierektorer vid kvinnokliniker i Södra sjukvårdsregionen
Barbara Schülke, studierektor Kvinnokliniken Helsingborg

Svar till ST-studierektorerna i Södra regionen avseende SFOGs rekommendationer för det vetenskapliga ST-arbetet

Vi är tacksamma för att en diskussion startats i denna viktiga fråga. Det har således förts en diskussion bland ST-studierektorer om vilka krav man anser ska gälla för det vetenskapliga arbetet under specialistutbildningen. I en skrivelse ifrågasätter studierektorerna i Södra sjukvårdsregionen SFOGs rekommendationer om att det ska finnas vetenskaplig kompetens i handledningen av det vetenskapliga arbetet. Som argument framför man att det kravet inte finns i riktlinjerna på Socialstyrelsens hemsida. Vi vill på detta sätt bemöta skrivelsen.

Vi i SFOGs utbildningsnämnd har formulerat rekommendationer för genomförandet av det vetenskapliga ST-

arbetet (se SFOGs hemsida) som är i linje med det uttalande som Läkarförbundets och Läkaresällskapets utbildningsdelegationer gjort. Detta uttalande gjordes som stöd till specialitetsföreningarna efter ett gemensamt möte med företrädare för SoS, specialitetsföreningarna, SLF och SvLS förra året. Då blev det uppenbart att SoS inte avser att ge några riktlinjer för ST-arbetet utan lämnar till specialitetsföreningarna att formulera rekommendationer utifrån de förutsättningar som finns inom respektive specialitet. Det centrala i SFOGs rekommendationer är att det ska finnas vetenskaplig kompetens i handledningen av ST-arbetet och att tillräcklig tid ska avsättas. Däremot är

rekommendationen om tillgodoräknan- de mera liberal än den från SLF och SvLS.

Vi anser att det är praktiskt möjligt att ha vetenskaplig kompetens i handledningen av ST-arbetet inom vår specialitet. Om inte handledaren på hemmakliniken är disputerad så rådgör han/hon förslagsvis med en disputerad kollega på annan klinik när projektplanen skrivs och vid behov när resultat bearbetas och arbetet författas. Själva genomförandet kan handledas på hemmakliniken. Enligt årsrapporten för 2009 saknade 4 av de 49 kliniker som har ST-utbildning disputerade läkare men endast fyra av dem hade fler än tre ST-läkare. I södra sjukvårdsregionen fanns, enligt samma årsrapport,

totalt 52 disputerade läkare varav 42 på Skånes universitetssjukhus. Detta kan sättas i relation till att det i samma region fanns 34 ST-läkare och 5 som tog ut sin specialistkompetens under samma år.

Vår uppfattning är att SoS inte har publicerat några generella riktlinjer. På SoS hemsida finns frågor och svar om ST-arbetet. I ett av dessa svar står att vetenskaplig kompetens vid handledning av ST-arbetet är önskvärt men inte nödvändigt. Vi tolkar detta som en vägledning för de specialiteter som för närvarande är i ett mycket sämre läge. Allmänläkarna räknar med att ca 2% av dem är disputerade. För obstetrik och gynekologi ligger siffran på 20% och stiger för varje år. Det är olyckligt om detta svar tolkas som en generell riktlinje.

Vi i SFOG är inte ensamma om rekommendationen vetenskaplig kompetens i handledningen av ST-arbetet. Den

delas av andra stora specialitetsföreningar, t.ex. Svensk Kirurgisk Förening. I och med införandet av ett självständigt arbete på grundutbildningen kommer även kraven på kompetenta handledare för ST-arbetet att öka då ST-läkarna själva har mer vetenskaplig baskunskap. OGU:s uppfattning (se nedan) är också entydig, och deras krav på kompetent handledning anser vi vara både rimligt och legitimt. SFOG:s styrelse står fast vid de rekommendationer som utbildningsnämnden publicerat, och dessa gäller vid deltagande i specialistexamen. Vi hoppas att merparten av ST-läkarna utnyttjar möjligheten till den granskning av ST-arbetet som sker i samband med specialistexamen och den möjlighet till presentation under SFOG-veckan alt. publicering i Medlemsbladet som erbjuds. Det är av stor vikt att vi lyfter fram våra kompetenta och ambitiösa ST-läkare i olika

sammanhang och en hög kvalitet på ST-arbetena kan också stärka rekryteringen till vår specialitet. Vi i SFOG:s styrelse och utbildningsnämnd ser dessutom en stor potential i det vetenskapliga ST-arbetet, dels som en förstärkning av den kliniska forskningen, dels att det skapas nätverk mellan universitetsklinik och kliniker i regionen. Med tanke på det uppsving som finns för forskning med hjälp av olika register så kommer med största sannolikhet de nationella forskningsnätverken att blomstra, vilket ger stora möjligheter för ST-läkare att få göra högkvalitativa ST-arbeten och få chansen att påbörja en doktorandutbildning.

Vår uppfattning är att om vi verkligen vill stärka den kliniska forskningen inom vår specialitet så är ST-arbetet en viktig bas och en fantastisk möjlighet.

SFOG:s styrelse och utbildningsnämnd

Svar till studierektorerna i Södra sjukvårdsregionen på deras synpunkter avseende kraven på ST-läkarnas handledning vid genomförandet av vetenskapliga arbetet

Vi i OGU-styrelsen har haft förmånen att med våra två OGU-representanter i utbildningsnämnden fått vara delaktiga i arbetet med utformningen av den nya målbeskrivningen. Ett hårt men givande och mycket viktigt arbete som vi är stolta över! Vi tycker att det är mycket tråkigt att det nu höjs röster för att sänka kraven på ST-arbetet.

Det första som står att läsa på Socialstyrelsens sida "Om läkarens nya specialiseringstjänstgöring" är följande: Från och med den 1 september 2008 gäller högre krav och breddat innehåll för den som vill utbilda sig till specialistläkare. Viktigast i de nya föreskrifterna och allmänna råden SOSFS 2008:17, är att stär-

ka och säkra kvaliteten i läkarnas specialiseringstjänstgöring". Med andra ord, vi ska bli bättre än vi redan är!

Vid grundutbildningens specialarbete krävs disputerad handledare och om Socialstyrelsen har en önskan om ökad vetenskaplig skolning kan vi inte se annat än att detsamma ska gälla vid specialistutbildningen. Eftersom det är det vetenskapliga förhållningssättet som skall läras ut så måste följaktligen den som lär ut det kunna det; således en disputerad handledare! Dessutom är allt färre disputerade och/eller forskningsintresserade läkare ett problem inom yrkeskåren, och här har vi en lysande möjlighet att ändra på detta inför framtiden.

Detta har diskuterats tidigare och vår synpunkt nu är samma som då; i egenkap av medlemmar i OGU-styrelsen vill vi ge vårt fulla stöd till Marie Bixo och utbildningsnämnden vad gäller deras rekommendation i denna fråga!

För OGU-styrelsen

Malin Strand
Ordförande OGU

Vintermötet 2011 i Uppsala

I snömodd och blåst samlades den 4 februari ett antal entusiastiska deltagare till årets Vintermöte. Värddar för mötet var i år Kvinnokliniken, Akademiska sjukhuset och institutionen för kvinnors och barns hälsa vid Uppsala universitet. Vi fick avnjuta ett mycket varierande och inspirerande program som hölls i den vackra universitetsaulan mitt i Uppsala.

Först välkomnades vi av Bo Sultan, verksamhetschef vid kvinnokliniken, Akademiska sjukhuset och professor Inger Sundström Poromaa. Plenarföreläsningen hölls av överläkare Greta Edelstam från Reproduktionscentrum, Akademiska sjukhuset. Hon gav oss en underhållande exposé över reproduktionsmedicinens historia, nutid och framtid och lyckades hålla föredraget på en nivå som gjorde det intressant även för den med ytliga kunskaper i ämnet. Hon gav oss en god inblick i den oöverskådliga internationella (och kommersiella) marknaden kring spermabanker, social freezing och surrogatmödrar. Intressanta jämförelser gjordes mellan kostnader för behandlingar i olika länder och vilka olika regler som styr exempelvis äggdonation och surrogatmödraskap och därmed vart och hur långt man kan behöva åka för att få sina drömmar om föräldraskap uppfyllda. Föreläsningen väckte föga förvånande en livlig diskussion och många olika åsikter framfördes från auditoriet.

Därefter följde en och en halv timmes föredrag inom gynekologi. Först ut var Juliane Baumgart som forskat kring vaginala besvär hos bröstcancerpatienter. Sedan några år tillbaka rekommenderar svenska och brittiska onkologer att bröstcancerpatienter som behandlas med aromatshämmare ska avstå även lokal, vaginal östrogenbehandling. Juliane kunde berätta att närmare 60% av alla kvinnor som behandlas med aromatshämmare

**Johanna Belachew, ST-läkare
KK, Akademiska sjukhuset**

har vaginala atrofisymtom där smärta vid samlag dessutom är det vanligaste symtomet. Till skillnad från vad de randomiserade kliniska prövningarna visat finner man inte heller de extremt nedpressade östrogennivåer man skulle förvänta sig, vilket möjligen indikerar att behandlingen framför allt har en lokal tumöreffekt. Resultaten kan komma att få betydelse för hur vi ska förhålla oss till lokal östrogenbehandling i patientgruppen.

Nästa föredrag som hölls av Tord Naessen, docent och överläkare, handlade också om östrogenbehandling med titeln: HRT – är vi allt för rädda? Efter WHI studien har som bekant HRT förskrivningen minskat dramatiskt i Sverige. Senare tids subgruppsanalyser från WHI studien visar dock att HRT som förskrivs på rätt indikation, dvs till kvinnor i anslutning till klimakteriet, har positiva effekter på total mortalitet och kardiovaskulär sjuklighet. Dessa slutsatser finner man också i den nyligen publicerade ARG rapporten om hormonbehandling i klimakteriet.

Det sista föredraget före lunch hölls av docent och överläkare Birgitta Essén. Birgitta är verksam inom en del av institutionen, IMCH; International Mother and Child Health. Därifrån redogjorde hon för det regeringsuppdrag man har fått om hymenplastik och och oskuldskintyg. Hon beskrev bl.a. den problematik som uppstår i mötet mellan kulturer med helt olika syn på sexualitet. Ett intressant och högst aktuellt ämne som även det föranledde en hel del diskussion.

Efter lunch var det dags för några obstetriska föreläsningar. Först ut var

docent Helena Åkerud som föreläste om markörer för preeklampsi och vilka möjligheter vi kommer att få i framtiden att screena för sjukdomen. Helenas budskap var i huvudsak inte om utan när screening kan komma att implementeras i klinisk vardag och gav en översikt över de ultraljudsmässiga och biokemiska markörer som testats så här långt. Inte minst Helenas egen forskning kring histidinrikt glykoprotein (HRG) verkar lovande i det avseendet.

Därefter fick vi ett nytt inlägg i den så aktuella snusdebatten från Anna-Karin Wikström, överläkare på kvinnokliniken. Hennes föreläsning med titeln "Är snus under graviditet ett harmlöst alternativ till rökning?" handlade om studier som med material från medicinska födelseregistret tydligt kunde visa att snusande gravida kvinnor har en ökad risk för intrauterin fosterdöd och prematur förlösning. Däremot ökar inte risken för att få ett barn som är litet för tiden eller för antenatal blödning. Risken för preeklampsi minskar inte med snusning. Så, det sammanfattande svaret på frågan om snus under graviditet är att detta inte är riskfritt.

Den sista obstetriska föreläsningen hölls av docent Alkistis Skalkidou. Hennes föreläsning handlade om ultraljudsdatering och överburenhet. Efter en intressant och härligt personlig inledning om hur hon kom på tanken att ultraljudsdateringen borde skilja sig mellan pojkfoster och flickfoster då pojkarna redan i v 18 är något större, gick hon in på vilka konsekvenser detta får för överburna flickor och prematura pojkar. Hon kunde bl.a. visa med hjälp av medicinska födelseregistret hur andelen överburna pojkar i förhållande till flickor ökat sedan rutinultraljud i v 18 infördes i Sverige. Detta borde kunna ge negativa effekter

på de flickor som föds överburna i v 42 som då kanske är ännu äldre. På samma sätt kan det få konsekvenser för de pojkfoster som föds prematurt och kanske är yngre än man tror. Denna föreläsning resulterade förstås i en hel del funderingar hos auditoriet och diskussioner om dateringen i v 18.

Efter kaffet på eftermiddagen var det ånyo gynekologernas tur. Matts Olovsson, nybliven professor på institutionen var först ut. Förutom att ge en intressant och informativ bild av endometriosis i allmänhet rapporterade han från det nationella endometrioscenrum som startade på kvinnokliniken, Akademiska sjukhuset i oktober 2009. Centret är en remissinstans för kvinnor med svårbehandlad endometriosis där det förutom en samlad erfarenhet finns kompetens från flera olika discipliner. Där bedrivs även forskning inom ämnet och man ger kurser för vidareutbildning. Matts visade på imponerande hög aktivitet inom verksamheten 2010 med många

remisser, besök och operationer utförda. Uppmaningen blev att samarbetet mellan landets kvinnokliniker bör öka och fler centra för endometriosis med specialkompetens bör öppnas.

Därefter föreläste Miriam Hudcová, överläkare från Gravdal (Lofoten) om långtidskonsekvenser av PCOS. Miriam har i sin långtidsuppföljning av PCOS patienter visat att de har en god reproduktiv prognos, en för åldern god ovarialreserv och en oväntat hög andel av patienterna hade också vid något tillfälle spontant gravida. Vid uppföljningen i 40-års åldern hade fritt androgenindex sjunkit jämfört med diagnostillfället (även om det fortfarande var högre än hos åldersmatchade kontroller) men insulin känsligheten var oförändrad. Omkring 20% av kvinnorna hade utvecklat diabetes eller nedsatt glukostolerans.

Dagen avslutade av Malin Gingnell som berättade för oss om funktionell magnetkameraundersökning av hjärnan hos kvinnor med premenstruellt dys-

foriskt syndrom (PMDS). Malin har speciellt studerat amygdala, som är en del av hjärnans äldsta områden och som anses involverat i ångest- och depressionssyndrom. Hon fann att kvinnor med PMDS hade tecken till ökad amygdalaaktivering, men något förvånande i follikelfas. Vidare analyser visade dock att amygdalaaktiveringen kunde förklaras av patienternas grundläggande ångestbenägenhet. Patienter med uttalad ångestbenägenhet uppvisade en tydlig ökning av amygdalaaktiveringen i menstruationscykelns lutealfas, medan mönstret var det omvända för patienter med låg ångestbenägenhet.

Avslutningsvis inbjöds till mingel och lättare förtäring i angränsande lokal till universitetsaulan. Så förutom en hel del friskvårdstips och vasaloppssnack bjöd årets Vintermöte på ett axplock av intressanta ämnen och forskningsområden från kvinnokliniken, Akademiska sjukhuset och Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet i Uppsala. ■



STIFTELSEN
FÖR UTBILDNING
OCH UTVECKLING
INOM OBSTETRIK
OCH GYNEKOLOGI

Rapport från Stiftelsen för året 2010

Huvuddragen från det gångna året är en förbättrad ekonomi, ökad sponsorstöd och att Stiftelsens styrelse nu också ansvarar för Stiftelsen för utbildning och forskning inom ämnesområdet de kvinnliga och manliga övergångsåren.

Stiftelsens sammanlagt kapital var vid årsskiftet 4 003 959:-. Stipendier delas ut från avkastningen och sponsordonationer. Under året 2010/2011 är följande företag Stiftelsens sponsorer.

Astellas

Bayer Schering Pharma

Erol

MSD

Novo Nordisk

Stipendier under 2010 gick till Hem-ARG, Endokrin-ARG, Referensgruppen för fosterövervakning och POS-ARG för olika ändamål. Alla ARGrunder (som nu är 20 stycken) tilldelades också 5000:- för mindre omkostnader.

Ansökningar till stipendier som rör klimakteriet är särskilt prioriterade.

Mer information om ansökningar och utbetalning finns på www.stiftelsen.org

Vid årsskiftet lämnade Charlotta Grunewald och Pelle Lindqvist styrelsen. Stort tack Charlotta och Pelle för era insatser. Nya styrelsemedlemmar är Pia Teleman och Matts Olovsson. Övriga styrelsemedlemmar är Ulf Högberg, Sara Sundén-Cullberg och kassör Anna Glantz.

Ordf *Raymond Lenrick* ■

The Pakistani SMNH project – a report from the Swedish twinning partners

Background

Achieving the UN millennium development goals (MDG) by 2015 has made progress in many fields, but MDG 5, reducing maternal mortality by 75%, has made slow progress. With Prof Mahmoud Fathalla as an energetic proponent, FIGO had solicited funds for maternity projects in the years before the turn of the century. SFOG at that time was twinned to ESOG Ethiopia and a project to strengthen obstetric services in the rural area of Ambo was run. Ten years later, after another FIGO initiative, funds were available for a new round of projects. FIGO outlined conditions for project formulation and funding and approved of the SOGP (Pakistan) proposal, one of ten country societies applying for funds. In 2009 it was agreed that SFOG would be a twinning partner to SOGP in the FIGO Saving Mothers and Newborn Health (SMNH) project. The Nordic Federation of Ob&Gyn (NFOG) has given support to the twinning-project by financing the participation of two Pakistani colleagues to the FIGO world congress in Cape Town in 2009.

SFOG and The Swedish Midwifery Association (SMA) participated with their respective chairpersons and Bo Möller, with a background of participation in the Swedish/Ethiopian FIGO project, was appointed mentor for the project. The idea was the same as that of the Ethiopian project; i.e providing a district hospital and two health centers with the staffing, training, communications, supervision, upgrading of facilities and consumables to enable the units to provide basic and comprehensive

obstetrical services. The Pakistani project leadership was very senior, committed and able. We had a very pleasant and smooth interaction all through the project and have the highest regards for our partners.

Judging from government spending, Pakistan is a country with many problems and priorities opposite to those conducive to economic and social development. Defense spending is 16% of BNP, education gets 2% and health 1%. The country faces challenging problems with illiteracy. Only 46 percent of adult Pakistanis are literate. Corruption is rampant, Pakistan ranks among the worst in the world together with Nigeria and Afghanistan.

What have been the main successes and challenges?

In spite of all the baseline obstacles for all activities in Pakistan the team managed to establish cooperation with the local authorities at the project site in the Thatta region of Sind and with numerous UN and NGO actors in the area. Through several channels it was possible to reach and get acceptance from the local communities and health workers. Several meetings were held at village level to educate the public about health issues especially those pertaining to pregnancy, childbirth and newborns. Attendance increased over time even though there were periods with great political tension in Pakistan, not least in Sind/Karachi.

There is a great challenge to find doctors to work in the rural areas and even though surgical services such as cesarean sections were reintroduced in the project hospital they still were at a level of

15/month. The recruitment of various cadres of staff also meant that salaries above the government rate was paid to newly employed. Such conditions usually create envy among regular staff and when the project ends staff tend to disappear. During the project cycle there was no staff turnover, which is unusual, and indicates favorable working conditions and satisfaction. The training of local girls to become community midwives was in our opinion a main success of the project.

The project leadership had many commitments and responsibilities in addition to the project but despite this they devoted much time and effort to the project. However, there was a lack of younger staff that could have learnt from it and have it as a valuable experience and CV merit. There was a lack of staff within the project with the abilities and time to compile, analyze and report on the vast amount of data amassed.

The natural disaster in 2010 with flooding was devastating to the province of Sindh and to the SMNH project. It was really heartbreaking to witness this on top of all other hardships. There has been a move from FIGO to extend funds for the Pakistani project. If that materializes the team can draw from previous experience and get a new start.

FIGO, twinning and mentorship

The task description for mentors from FIGO was vague from the onset. Mentors and twinning partners visited Karachi/Thatta thrice, each time 4-6 days. The exchange of ideas and experience with other country projects was limited. During a two day summit in London

twinning coordinators and mentors met. We had talks with our Pakistani partners and listened to the presentation of other projects. Each project had a different design and scope and many projects were struggling with specific country obstacles. There really was no time to get a closer and continuing contact with other country teams.

In London a considerable time was spent on format issues. In an attempt to have a uniform format the consultant partner Options instructed the teams on how to use their logistical framework. An Option' consultant was hired and met with us in Karachi 2009. The report came a bit late in the project cycle and a follow-up with the entire group would have been desirable. A final report from Option' is ongoing.

There has been mail communications at times with the FIGO coordinating office in London. It was a disappointment that the coordinator was changed twice, three persons during the span of about 3 years! They hardly had started to get connected to the various teams, mentors and twinning partners before they were replaced or the project ended. Intentions of field visits were shelved.

Evaluation

An evaluation of the project has been initiated and Professor Shamsa Zafar has been appointed to conduct it. Instruction from FIGO include twinning and mentoring partnerships as key components of all FIGO SMN projects. It is important that lessons learnt from these partnerships are fed back to FIGO both in terms of individual projects but also to enable FIGO to learn important lessons for the future regarding mentoring and partnerships. We look forward to the report in the not too distant future.

Economy is of course central to all projects as it governs the allocation of the various resources. The aim is to have a favorable cost/benefit ratio. Too seldom an outright cost/benefit analysis is done. The most costly part is of course running a hospital with operation facilities. What is the cost per operation? The simplest analysis is to divide the project costs with the total number of operations for a chosen period of time. What is the alternative cost if patients as previously were sent to Karachi? This is but one example, many other activities could be examined and discussed as to other factors and development directions.

Is the twinning arrangement a good idea?

The idea of twinning i.e mutual strengthening by sharing ideas and competences within professional organisations is good but hard to implement. We think it was valuable that we were three representatives from Sweden. It is essential that Ob/Gyn and midwifery societies work together on maternal health issues. Ob/Gyn and midwives in Scandinavia have managed to team up well in many aspects including concomitant courses in many subjects. This partnership has been achieved through reduction of professional competition and this attitude is something we would like to be spread in order to provide better and cost efficient services. The success of twinning projects like this would be more pronounced if midwives and their organizations were more deeply involved. Unfortunately the Pakistan Midwives Society, was not involved in the project at a level that we had envisaged.

Do these projects contribute to improved services and health?

A project such as this must be regarded as a kind of prototype. A prototype is expensive to produce. The gains come later when the serial production gets momentum. Projects serve as awareness creators and models. In the end they may contribute to decisions on new priorities. Today on the UN homepage "every woman, every child (counts)" it states that Ethiopia: commits to emergency obstetric care for all women at all health centers and hospitals, supported by a statement on by President Meles Zenawi. Awareness also by the head of state is vital in many countries. We hope the FIGO activities on all levels are contributing to achieve this.

Bo Möller, MD, PhD, mentor

Charlotta Grunewald, MD, PhD, ex-president of SFOG

Ingela Wiklund, PhD, RNM, president of The Swedish Midwifery Association

Anna Nordfjell, RNM, international secretary of The Swedish Midwifery Association

Author of correspondence:
Charlotta Grunewald
Dpt of ObGyn, Södersjukhuset
SE 118 83 Stockholm
Sweden
E-mail:
charlotta.grunewald@sodersjukhuset.se

**Du har väl anmält dig?
www.sfogveckan.se**



Måndag 11/4

- 08.30-09.00 Registrering.
09.00-09.15 Inledning/ praktiska detaljer
09.15-10.45 Jerker Liljestrand : Kvinnlig Sexuell och Reproduktiv hälsa i låginkomstländer
10.45-11.00 Fika
11.00-12.15 Birgitta Essén - Mödradödlighet i migrationsperspektiv
12.15-13.15 Lunch
13.15-14.30 Kristina Gemzell Danielsson - Prevention of Unsafe Abortion
14.30-14.50 Fika
14.50-15.50 Sara Johndotter - Kvinnlig omskärelse - varför görs det?
15.50-17.00 Karin Pettersson - Gravida invandrarkvinnor - en obstetrisk utmaning?
18.00 Kvällsaktivitet, Nationalmuseum

Tisdag 12/4

- 08.30-09.30 Lotti Helström - Sexologi
09.30-10.30 Charlotta Grunewald - Preeklampsi - en multiorgansjukdom av global betydelse för maternell hälsa
10.30-11.00 Fika
11.00-12.00 OGU:s Årsmöte - Ordförande Malin Strand
12.00-13.00 Lunch
13.00-14.00 Henrik Falconer – Endometrios, global sjukdom i genusperspektiv
14.00-14.20 Fika
14.20-15.20 Daniel Altman - Genetik och etnisk tillhörighet vid urogynekologisk sjukdom
15.20-15.35 Avslutning/intyg

”Gynekologen i Askim” eller professionell läkare

Till förra årets föreningsposium i Visby genomfördes en enkätundersökning bland alla läkarstudenter som genomgick kursen i obstetrik och gynekologi. Enkäten var inriktad på framtida specialitetsval samt negativ särbehandling pga. kön under kursen. Glädjande nog rankade 62% av studenterna gynekologi och obstetrik bland de topp tre tänkbara framtida arbetsfälten. 75% bland kvinnorna och 41% bland männen kan tänka sig att arbeta som gynekolog och obstetriker. Således finns det en bra grogrund för att kunna motverka att vår specialitet går från en jämn könsfördelning till en specialitet där män lyser med sin frånvaro. Ännu mer glädjande var att 85% av de som svarat att kursen i gynekologi och obstetrik påverkat rangordningen av deras framtida specialitetsval har svarat att de har påverkats till de bättre.

Ungefär 50% av männen som svarat på enkäten upplever att kursen ändrat

Mårten Alkmark, Specialistläkare, KK, Sahlgrenska universitetssjukhuset

deras syn på obstetrik och gynekologi till det bättre trots att enkäten entydigt visar att de manliga studenterna i större utsträckning blivit nekade att få vara med vid patientmöten. Hur kommer det sig? Vilken föreställning av vår specialitet har de manliga studenterna innan de kommer till vår kurs?

Som obstetriker och gynekolog upplever jag att jag oftare än mina kvinnliga kollegor får förklara och ibland till och med försvara mitt yrkesval. Obstetrik och gynekologi berör många olika medicinska ämnesområden och vi befinner oss i navet av livets cykel. Vi är med i livets början och i livets slut. Vårt yrke berör i allra högsta grad flera svåra etiska frågor och är därmed utmanande på flera plan. Detta står klart för oss alla som arbe-

tar i vår specialitet men det är som om de flesta andra bara tänker sexualitet och könsroller när de hör att man arbetar som gynekolog. Samhällets bild av den manliga gynekologen ligger närmare den stackars förvirrade privatgynekologen i Askim än de professionella läkare vi är.

Som ansvarig för studenterna som genomgår kursen Tidig Yrkeskontakt (TYK) på vår klinik har jag förmånen att träffa unga studenter som går termin 1-4. De är alldeles i början av sin utbildning och håller på att nosa på sin nya roll som läkare. Jag träffar dem åtta heldagar utspritt på 2 terminer och i slutet av året får de skriva en reflektion av deras intryck och upplevelser. Den text ni nu skall få läsa på följande sidor är skriven av en av mina TYK-studenter och beskriver fint och humoristiskt vilka känslor och funderingar vår specialitet kan väcka hos en blivande läkare. ■

”Är det värt det?”

Det är märkligt hur folk reagerar när man säger att man har praktik på gynekologen. Som om det inte var tillräckligt hur ögonbrynen höjs när de får höra att man studerar till läkare. Som tur är kan man släta över lite genom att lägga till ”obstetriken” och ”jag får mest se gravida kvinnor”. Ändå måste vissa människor envisas med att illustrera hur de skulle gjort, visar hur plasthandsken tas på och de för upp två fingrar i kvinnans vagina. Eller ”upp i fittan” som de brukar uttrycka det. Andra är lite mer sofistikerade och stäl-

ler istället nyfikna frågor som kan vara viktiga för dem att veta. Exempelvis: ”Har du sett många fittor?” Frågan är ju trots allt ganska intressant, om än möjligtvis illa formulerad. Jag brukar inte få se så många vad-man-nu-kallar-dem. Jag tror jag fick se två sammanlagt under min praktik, och den första jag såg vågade jag knappt titta på. Vad hade jag för rätt att stå där och stirra upp i denna kvinnas mest privata delar. Vet hut Viktor! Hur du ingen skam? Du måste ju titta! Du är här för att lära. TYK! Tidig yrkes kon-

takt. Kontakt! Konfrontation! Krock!

Ja, det är inte utan att man stöter sig med människor. Människor man stöter på krockar man ibland med helt enkelt. Men jag är glad att jag blir lite stött, lite putt, när jag för femtioelfte gången blir utskickad ur ett undersökningsrum för att kvinnan inte vill visa sig och bli undersökt med en man i rummet. Ju fler gånger det händer desto mer tyckte jag att det var dumt och onödigt. Dumma kultur, förstå att det är för kvinnans bästa! Dumma kvinna, förstå att jag inte har nåt

sexuellt intresse av att se dig. Dumma mig, förstå! "...patienter bör bemötas med lyhördhet och respekt (1)." Förstå att kvinnan inte känner sig bekväm. Hur skulle du känt dig? Men jag har ju en namnbricka... det står ju att jag är läkarkandidat! Läkarkandidat Victor Hantelius! Men hur skulle du känt dig om det var en kvinna som undersökte dig? Ja du! Jag skulle faktiskt föredra att en kvinna undersökte mig om jag hade något problem i de nedre regionerna! Varför detta? Jag vet inte. Vet inte.

Klart man ska få välja att inte bli undersökt på vilka grunder som helst. Om hon ska bli undersökt av en manlig, kristen, svart gynekolog som är dvärg med stor näsa, ska då näsan, längden, hudfärgen, religionen eller könet var för sig kunna vara anledning till att säga "nej, jag vill inte bli undersökt av denna läkaren, jag vill ha någon annan istället". Kan anledningen till att kvinnan inte vill att jag ska vara med vid undersökningen vara att hon är rädd att jag har orena tankar om henne, eller att hon kanske får orena tankar om mig... PINSAMT!

Ja, för det är ju sexigt med läkare. Det är jag, militärer, piloter, brandmän (?) och kungen. Vi som får bära uniform. Jag kan inte hjälpa att jag är ett sexobjekt helt plötsligt. Viftar jag med mitt stetoskop så slänger de trosorna på mig. Ska jag ljuga när de frågar vad jag gör? Det går inte, de får reda på det ändå. "Ja, men VAD pluggar du?" "Medicin? Vadå Medicin?" "Läkare alltså, coolt, vilken sorts ska du bli?" "Du kan bli plastikkirurg så kan du operera mig sen *fnitter*!" Alltid samma frågor! Alltid!

Man känner sig lagom osexig när man står där med alldeles för stor pyjamas som luktar ättika och fula opassande gymnastiskor när man ska ropa upp en patient i vänturmet. Hur fan hetter hon? Nåt på A? "Hej, jag heter Victor Hantle...lius, läkarkandidat" Idiot, varför säger du ditt efternamn, skulle Märten ha gjort det? Nää, tänkte väl det. Så, nu är patienten i rummet, sätt dig nu så att du ser nåt. Idiot, du är ivägen, du kan inte sitta där! Du glömde sprita händerna också! Men

hjälp till då, dra av pappret, du är sååå seg! Vad mycket lättare allt skulle vara om man hade snygga skor på sig... Crockett & Jones. Kan inte Acne sy upp ett gäng sjukhuskläder, scrubs? Varför är läkarrocken vit?

Men vad bryr de sig om hur du ser ut? Du är fortfarande bara läkarkandidat! Varför skulle de vara intresserade av att prata med dig? Hon har ju ont, hon gråter, och det är ditt fel. Du står där och ställer dumma frågor. Var du tvungen att fråga om hennes hepatit? Sen ska du dessutom klämma på henne där det gör ont. Njuter du nu ditt as! Nu har du äntligen fått träffa en patient som är sjuk på riktigt som du ville, som har smärtor, och då ska du inte nöja dig med det utan förlänga och förvärta hennes lidande. Men hon verkar ju rätt glad efteråt, du var den första som satt sig ner och pratat med henne den dagen. Du undersökte henne, du ville gott och brydde dig om vad hon kände, du fick henne till och med att gråta.

Om hon inte var gravid och lycklig så skulle jag frågat ut henne på fika! Den vackraste kvinna du sett. Som en ängel i oversized sjukhusskjorta sittandes i skräddarsällning på sjukhussängen, redo att gå hem... och aldrig se dig igen. Men hennes leende och snälla ögon och svallande hår över axlarna har etsat sig fast. "... a smile means happiness (2)". Jag skulle nog bli en jävligt bra plastpappa ändå...

Titta mamma, titta, jag kan! Jag kan göra ultraljud och se! Jag ser hjärtat som bultar, benen som sparkar, armarna, ryggraden, huvudet, näsan, navelsträngen och ... såg jag en snopp? Jag hoppas inte det. Så mycket vackrare att föda ett flickebarn. Är det inte det? Föräldrarna har redan en flicka och vill ha en pojke... idioter. Tre flickor ska man ha, sen kanske en pojke, för att komplettera lite. En lillebror som lär sig vad det är att vara kvinna genom att se sina systrar växa upp! Själv har jag tre bröder... se hur jag har blivit, kan inte skriva en jävla TYK-text utan att skriva "fitta"!

"Vilket yrke! Hur kom det sig att jag bland alla näringsgrenar valde den, som

passade mig minst? En läkare måste vara ett av de två: människovän eller ärelysten. - Det är sant, på den tiden trodde jag mig vara bägge delarna." Jag lånar Hjalmar Söderbergs ord från "Doktor Glas" för det jag tänker har redan blivit sagt, och jag kan inte säga det bättre själv. Den tiden för mig var i mina tidiga tonår, tills världen vända sig emot mig. "I'm not as soft or as generous a person as I would be if the world hadn't changed me." Sagt av Bobby Fischer. Denna idiot! Detta geni! Världsmästare i schack, men till vilket pris? Vill man uppnå någonting ska man offra något annat, och man får fråga sig själv två frågor. 1. Vad måste jag offra? 2. Är det värt det? Denna pojke som offerade all sin tid, sin möda, sin barndom, sitt förnuft, sitt liv för att bli världsmästare i schack. När han hade blivit det fanns det inget kvar... bara avsky och förakt. För att knyta ihop denna säck av frågor om vad det innebär att vara ska jag återigen citera Söderberg, och applicera detta på Fischer. För sällan, om aldrig har ett citat gestaltats så bra i verkligheten. "Man vill bli älskad, i brist därpå beundrad, i brist därpå fruktad, i brist därpå avskydd och föraktad. Man vill ingiva människorna någon slags känsla. Själens ryser för tomrummet och vill ha kontakt till vad pris som helst." Vad är jag i brist på?

Ett litet ljus i mörkret, ett litet hopp om liv! Ut ur den uppskurna magen dras ett litet flickebarn. Jag står på tå för att se. Gåshud. Barnet är vackert. Inte allt så fult som jag föreställt mig det. Kanske ser jag inte dess lila-blå-vita slem och blod och gegg, utan bara potential. Nåt stort har nyss hänt. En stjärna har tänds. Snälla, låt den bli älskad!

Extas! Jag fick assistera vid en operation! Jag fick suga blod med nån slang, jag fick hålla isär organ med nån tång, jag fick klippa trådar, jag fick vara till hjälp! Utropstecken!!! Allt blev plötsligt värt det. Värt att sitta på tråkiga morgonmöten, värt att bli utskickad ur rummet, värt att inte vara välkommen, värt att varit ivägen, värt att varit till besvär. Varför får jag inte operera jämt? Jag vill också sy,

jag vill också skära. Skära bort allt det onda! Slänga det i nån ful soptunna och slänga påsen dit pepparn växer. Aldrig se den igen!

Just nu rider jag på en liten våg av inbillning att jag ska bli någon typ av kirurg. Det måste ju ändå ses som att jag har ett mål att uppnå. Jag ställer mig frågan vad måste jag offra? Svaret: Min tid, min möda, mitt förnuft, mitt liv. Min andra fråga blir, är det värt det?

Victor Hantelius, termin 4

Referenser

1. Hundskår, Steinar; Allmänmedicin; Studentlitteratur 2007; s 78.
2. Fuller, Jon; Effective cross-cultural communication; s 63

Hurrarop och applåder!

Nu har du chansen att lyfta och berömma en person eller en grupp personer som du upplever arbetar för en bättre ST-utbildning.

Det är dags att nominera till OGU-priset 2011

Det kan vara en engagerad handledare, kursledningen för en bra ST kurs eller någon/några som har befrämjat ST-utbildningen lokalt, regionalt eller nationellt.

Priset delas ut under SFOG veckans bankett.

Nomineringar skickas till Emilia Rotstein **senast den 1 maj**, emilia.rotstein@karolinska.se

Hej alla medlemmar!

Vi kommer mer och mer gå över till utskick via mail, synd om du missar något viktigt.

Har du bytt email-adress senaste året?

Vänligen skicka ett mail till kansliet och informera om rätt e-mailadress.

kansliet@sfog.se

Vi ses väl i Karlstad?
www.sfogveckan.se

Eklampsi vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset 1998-2007

Introduktion

Ordet eklampsi kommer från grekiskan och betyder, fritt översatt, blixtn från klar himmel. Det är en allvarlig graviditetskomplikation, som f.f.a. i utvecklingsländer i hög grad bidrar till mödradödlighet. Man har uppskattat att så många som 50.000 kvinnor dör årligen till följd av preeklampsi/eklampsi i världen [1].

Patofysiologin vid eklampsi är ännu inte helt utredd och ingen av de teorier som lanserats har kunnat bevisas fullt ut. Etiologier som föreslagits är cerebral vasokonstriktion eller vasospasm, hypertensiv encefalopati, cerebralt ödem eller infarkt, cerebral blödning och metabol encefalopati. Det är inte klart om dessa fynd är orsak eller resultat av kramperna [2].

Behandlingen av eklampsi har historiskt varit antikonvulsiv terapi med syfte att förhindra upprepade kramper, med olika preparatval beroende på lokala traditioner. I USA har man sedan ett sekel använt magnesiumsulfat ($MgSO_4$) medan vi i Skandinavien i stor utsträckning använt diazepam som förstahandspreparat. Andra läkemedel som använts är fenytoin och även en s.k. lytisk cocktail bestående av olika kramplösande mediciner inkluderande karbamazepin och nitrazepam. I en randomiserad multicenterstudie som publicerades 1995 i Lancet, jämfördes $MgSO_4$ med diazepam respektive fenytoin. Man fann halverad risk för återkommande kramp vid $MgSO_4$ -behandling jämfört med de övriga preparaten. Det blev ingen signifikant skillnad i mortalitet eller morbiditet för vare sig mor eller barn mellan $MgSO_4$ och övriga preparat [3]. Härefter har

Maria Nelander, KK, Sahlgrenska universitetssjukhuset
maria.nelander@vgregion.se
Handledare: Ulla-Britt Wennerholm

användandet av $MgSO_4$ snabbt spridit sig även i Europa. $MgSO_4$ används också profylaktiskt för att förhindra krampanfall hos patienter med preeklampsi [4].

Incidensen av eklampsi varierar stort mellan länder. Man finner högre förekomst i länder med lägre socioekonomisk nivå och lägre incidens i höginkomstländer. För några år sedan publicerades en genomgång av eklampsifall i Skandinavien åren 1998-2000, där man fann en incidens på 5,0/10000 [5]. Brittiska data från 2005, sammanställda via UKOSS (United Kingdom Obstetric Surveillance System) rapporterar incidens på 2,7/10000 [6].

Syfte

Detta arbete kom till stånd efter att man vid SU (Sahlgrenska Universitetssjukhuset) under flera år upplevt en ökad förekomst av eklampsi. Syftet med denna studie har varit att beskriva våra incidenssiffror, maternella och neonatala komplikationer och utvärdera möjligheten till prevention, utifrån befintlig evidens på området. Vi har även haft resultaten som underlag då vi utvecklat nya riktlinjer för handläggning av preeklampsi och eklampsi.

Metod

Studien är en deskriptiv kohortstudie av patienter som fått diagnosen eklampsi på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) under perioden 1998-2007. Obstetrikernheten består sedan 1997 av normal- och

specialförlossningsenheterna vid Östra sjukhuset samt normalförlossningen vid Mölndals sjukhus, med sammanlagt mellan 8000 och 9500 förlossning/år under observationstiden. Samtliga journaler med diagnosen eklampsi har identifierats via Obstetrix databas och manuellt granskats för systematisk datainsamling.

Varje fall värderades med frågeställningen om suboptimal vård förekommit. Detta definierades här som ej inlagd på sjukhusvård, ingen provtagning för proteinuri eller blodtryckkontroll; ej blodtrycksbehandling trots upprepade diastoliska blodtryck >110 mmHg; ej ställningstagande till förlossning efter v 34 hos patienter med svår preeklampsi samt avsaknad av $MgSO_4$ -behandling efter eklampsin. Slutligen värderades om man hade kunnat överväga profylaktisk $MgSO_4$ -behandling.

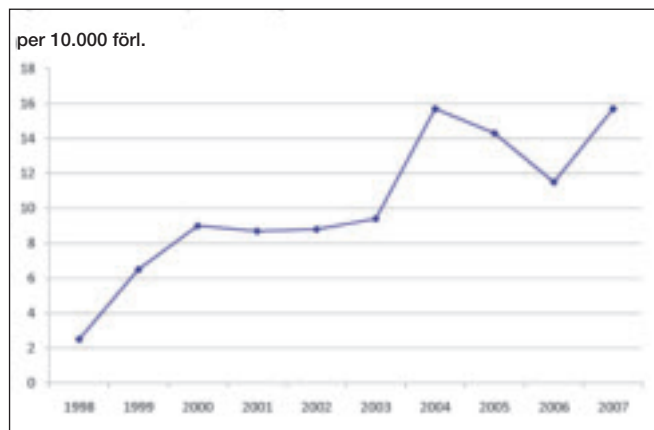
Resultat

Totalt under åren 1998-2007 identifierades 88 patienter som fått diagnosen eklampsi. Incidensen eklampsi under denna period, blev 10/10.000 förlossningar (2,5-15,7) (Figur 1).

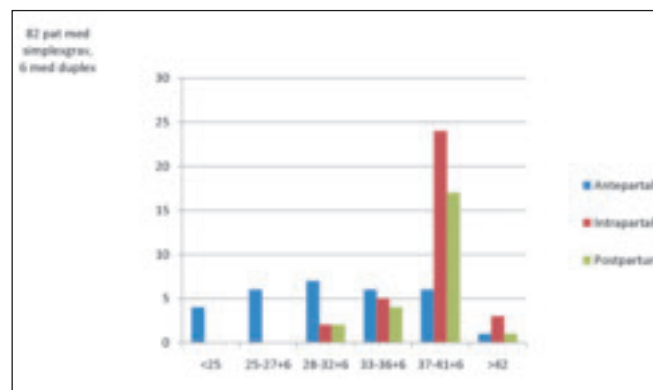
Av de 88 patienterna var 72 förstföderskor (82%). Bland de 16 omföderskorna hade 2 kvinnor återkommande preeklampsi, men ingen hade tidigare haft eklampsi. Flerbördsfrekvensen var 6,8% (6 tvillinggraviditeter).

25 av kvinnorna hade kroniska sjukdomar, varav diabetes (n=2), hypertoni (n=1), genomgången djup ventrombos före graviditeten (n=4), APC-resistens (n=4), interstitiell nefrit (n=1) och HANE typ 1 (n=1), en kronisk sjukdom med angioödem.

Figur 1. Incidens eklampsi SU Sahlgrenska 1998-2007



Figur 2. Eklampsins relation till förlossning (anteartal, intrapartal eller postpartal), uppdelat i graviditetsveckor.



Hos 73 kvinnor (83%) förekom ett eller flera subjektiva symtom före första krampen. Det vanligaste var huvudvärk (63%), epigastriesmärter (32%), synstörningar (24%). Ett systoliskt blodtryck på över 160 mmHg noterades hos 75% av kvinnorna, medan 53% hade ett diastoliskt blodtryck över 110. En stor majoritet, 76 kvinnor (86%), hade redan innan krampen fått diagnosen preeklampsi. Av dessa hade 50 (57%) kvinnor svår preeklampsi.

Tidpunkten för krampen i förhållande till förlossningen fördelade sig enligt följande: 30 (34%) kvinnor krampade antepartal, 34 (39%) hade intrapartal och 24 (27%) hade postpartal kramp. (Figur 2)

Bland de med antepartal eklampsi inträffade den hos 77% före 37 graviditetsveckor samt hos 57% före 34 graviditetsveckor. Av de med postpartal kramp inträffade den hos 83% samma dag som förlossningen. Ingen eklampsi förekom senare än 3 dagar efter förlossningen, den senaste inträffade 64 timmar postpartum. Endast 4 patienter fick sin första kramp i hemmet medan resterande 84 patienter (95%) hade sin första kramp på sjukhus och 67 (75%) hade varit inlagda i mer än en dag innan krampen. De flesta fick endast en kramp, men nio kvinnor (10%) krampade två gånger och tre (3%) tre eller flera gånger. De med upprepad kramp fördelade sig följande: 2 postpartum, 5 antepartal och 5 intrapartal.

För tvillingammorna inträffade eklampsin för fyra av sex efter partus. Endast för två av sex duplexpatienter blev förlossningen prematur. (v 33 resp 36).

Som första behandling erhöll 98% diazepam, intravenöst i de flesta fall. Alla kvinnor utom två erhöll MgSO₄ som profylax mot upprepade kramp. Ingen patient hade före sin första kramp erhållit krampprofylax. Två patienter fick nytt krampfall trots pågående MgSO₄-behandling. Inga patienter fick allvarliga biverkningar. Endast hos 8 rapporteras någon biverkan. 6 av dessa hade påverkan på patellarreflexen, 2 lättare andningspåverkan.

Allvarliga komplikationer förekom hos 39 (44%) patienter, där den vanligaste var HELLP (Hemolys, Elevated Liver enzymes, Low Platelets), vilket förekom i 28 fall (32%). Cerebrala komplikationer förekom i fyra fall, kortikal blindhet i tre fall, samtliga reversibla, samt ett fall med intrakraniell blödning.

Sammanlagt föddes 94 barn, varav 12 var tvillingar. Två barn var dödfödda. En förlossning inducerades i vecka 23 då mamman var svårt sjuk i sin preeklampsi och fortsatt graviditet ansågs utgöra en för stor risk för hennes hälsa. En intrauterin fosterdöd skedde i vecka 24. Ytterligare ett barn dog efter tio dagar, född i vecka 24.

Median gestationslängd var 38+1 v för både enkelbörd och tvillingar. Medianvikt vid födelse var 2865g för enkelbörd

och 2562 g för tvillingar. Antal barn diagnosticerade som SGA (Small for gestational age) var 18 stycken. Då vi eftergranskade barnvikterna visade sig ytterligare 8 stycken få diagnosen, enligt Marsals formel [7], d.v.s. 28% av barnen. Metabol acidosis förekom hos 13 av 77 provtagna barn (17%).

Samtliga journaler granskades med avseende på om suboptimal vård förelegat. Hos 19 patienter uppfylldes något eller några av dessa kriterier (se Metod). Den vanligaste bristen var avsaknad av blodtrycksbehandling trots upprepade mätningar på >110 mmHg diastoliskt. Även bristande blodtryckskontroller eller underlåtelse att observera patienten inneiggande på sjukhus trots svår preeklampsi förekom.

För varje patient tog vi även ställning till om de hade kunnat få MgSO₄ profylaktiskt och om man därmed teoretiskt kunnat förhindra kramp. Förutsättningarna var svår preeklampsi, patient i förlossningsarbete eller med påbörjad induktion samt tillräckligt lång vårdtid för att hinna fatta beslutet. Bedömningen blev att 29 av 88 patienter, eller 33%, hade kunnat få behandling med MgSO₄ profylaktiskt.

Diskussion:

Detta arbete kom till stånd efter att man upplevt en ökad förekomst av eklampsi vid SU under flera år. Vår genomgång visar att incidensen har varierat mellan 3 och 15 per 10000 förlossningar, med en

tydlig ökning under de senare åren. Sammantaget blir incidensen 10/10000, vilket är en betydligt högre siffra än vad som tidigare noterats i svenska material där man 1991-1992 rapporterade 3,3 och 1998-2000 5,7/10000 förlossningar [8] [5]. Ännu större blir skillnaden mot brittiska material där man noterat sjunkande incidens de senaste åren med siffror från 2005 på 2,7/10000 [9]. Denna tendens verkar dock inte gälla svenska förhållanden, då man vid Riksstämman 2009 presenterades ett material med data från 1997 respektive 2007, där incidensen steg från 6 till 8/10000 förlossningar [10].

Det är svårt att förklara vad ökningen beror på. Har vår population födande kvinnor ändrats på något sätt? Detta borde ju också avspeglats i en ökning av antalet fall svår preeklampsi under samma period. Denna ligger dock stilla, kring 10 per 1000 förlossningar perioden 2000-2007.

Är det behandlingen av våra preeklampstiker som brister? Den stora majoriteten, 95%, var redan inlagda på sjukhus då de fick sin första kramp, och 75% hade legat inne mer än ett dygn innan eklampsin debuterade och därmed varit tillgängliga för behandling. Vårt att notera är att endast 53% hade diastoliskt

blodtryck över 110 mmHg, medan 75% hade systoliskt över 160. I vår övervakning hittills har vi fokuserat på det diastoliska trycket, men man har på senare år visat på riskerna av ett förhöjt systoliskt tryck. Rekommendationerna från CMACE (Centre for Maternal and Child Enquiries) 2007 är att man bör behandla systoliskt blodtryck vid 160 mmHg eller högre, samt överväga det vid lägre tryck men där det allmänna kliniska tillståndet talar för snabb försämring [11]. Detta framförallt för att minska risken för cerebrala komplikationer, blödningar och/eller trombosor som kan ge upphov till permanenta skador. De allra flesta eklampsi/preeklampsi-patienter blir, trots ibland svåra komplikationer, helt återställda på ofta kort tid. Men man har på senare år i studier kunnat visa att sjukdomen trots allt kan ge upphov till mer bestående påverkan, framförallt vad gäller kognitiva funktioner [12]. Det finns alltså anledning att se över övervakningen och skarpa blodtrycksbehandlingen vid preeklampsi.

Ett annat handläggande som förändrats de senaste åren gäller profylaktisk behandling med MgSO₄ vid svår preeklampsi. Det har varit en terapitradition i USA sedan länge, men inte introducerats i Västeuropa förrän de senaste åren.

I en stor multicenterstudie, den s.k. Magpie Trial Group från 2002, fann man att profylaktisk behandling av kvinnor med svår preeklampsi gav 58% lägre risk för eklampsi [4]. Biverkningarna man noterade var i första hand värmevallningar, illamående och muskelsvaghet. Det förekom även ökad frekvens av andningsdepression jämfört med placebo, men det var låga siffror och man noterade ingen skillnad i allvarlig morbiditet mellan grupperna. Under vår observationstid har det inte varit klinisk praxis vid SU och en frågeställning i vår studie har varit hur många potentiellt undvikbara fall en ändrad behandlingsstrategi skulle ge. Uppskattningen blev att 29 patienter, 33%, skulle varit lämpliga kandidater för profylax och därmed skulle man teoretiskt ha kunnat förhindra dessa eklampsisfall. Vårt PM för preeklampsi omarbetades med anledning av detta och började gälla fr.o.m. 100114. Rekommendationen är nu att ge MgSO₄ till patienter med svår preeklampsi i förlossningsarbete, vid induktion eller vid postpartuminsjuknande. Under 2010 noterade kliniken endast två eklampsisfall vilket ger en incidens på 1,8/10000 förlossningar. En dramatisk nedgång jämfört med tidigare år. ■

Referenser

1. Duley, L., Maternal mortality associated with hypertensive disorders of pregnancy in Africa, Asia, Latin America and the Caribbean. *Br J Obstet Gynaecol*, 1992. 99(7): p. 547-53.
2. Sibai, B., G. Dekker, and M. Kupferminc, Pre-eclampsia. *Lancet*, 2005. 365(9461): p. 785-99.
3. Duley, L., Which anticonvulsant for women with eclampsia? Evidence from the Collaborative Eclampsia Trial. *Lancet*, 1995. 345(8963): p. 1455-63.
4. Altman, D., et al., Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet*, 2002. 359(9321): p. 1877-90.
5. Andersgaard, A.B., et al., Eclampsia in Scandinavia: incidence, substandard care, and potentially preventable cases. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2006. 85(8): p. 929-36.
6. Knight, M., et al., United Kingdom Obstetric Surveillance System (UKOSS) Annual Report 2007. 2007, National Perinatal Epidemiology Unit, Oxford.
7. Marsal, K., et al., Intrauterine growth curves based on ultrasonically estimated foetal weights. *Acta Paediatr*, 1996. 85(7): p. 843-8.
8. Kullberg, G., S. Lindeberg, and U. Hanson, Eclampsia in Sweden. *Hypertens Pregnancy*, 2002. 21(1): p. 13-21.
9. Knight, M., Eclampsia in the United Kingdom 2005. *Bjog*, 2007. 114(9): p. 1072-8.
10. Lindeberg, S.N. in Symposium vid Läkarnas Riksstämma. 2009. Stockholm.
11. Lewis, G.e., The Confidential Enquiry into Maternal and Child Health. Saving Mother's Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer - 2003-2005, in The Seventh Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. 2007, CEMACH: London.
12. Brusse, I., et al., Impaired maternal cognitive functioning after pregnancies complicated by severe pre-eclampsia: a pilot case-control study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2008. 87(4): p. 408-12.

Focus on Gynecology

Nytt internationellt forum för att utbyta erfarenheter inom klinik och forskning för gynekologer

Jag vill informera mina svenska kollegor om initiativet "Focus on Gynecology" (<http://www.f-o-g.org>). Focus on Gynecology är ett utbildningsinitiativ taget av gynekologer i Storbritannien, Sverige och andra europeiska länder. Syftet är att skapa ett forum för att dela klinisk erfarenhet och forskningskunskap i en öppen miljö.

En av våra viktigaste uppgifter är att organisera utbildningsmöten/workshops med syfte att på djupet penetrera nya eller komplexa medicinska frågeställningar. Dessa möten äger för närvarande rum på The Medical Society of London, 11 Chandos Street, Cavendish Square, London (ligger centralt nära Oxford street). Vi organiserar också web-diskussioner och debatter samt presenterar intressanta fall.

Fyra utbildningsdagar/workshops med internationellt väl kända föreläsare är redan inplanerade för 2011, nämligen

11.3

Pelvic tumours – Recent Developments in Ultrasound Diagnosis (detta möte har redan ägt rum och blev mycket lyckat, bland svenska deltagare märktes Berit Gull, Christine Bruse, Povilas Sladkevicius, Ligita Jokubkiene och Ewa Hellberg).

19.5

Dilation Treatment for Vaginal Stenosis - A Skills Based Workshop

18.6

Hidden morbidity of Caesarean sections: uterine scars and their impact on women's health

14.10

Adenomyosis – Difficult to diagnose. Impossible to treat. Does it really matter?

Detaljer om utbildningsdagarna/workshops finns på hemsidan där man också anmäler sig <http://www.f-o-g.org>

Flera workshops kan dyka upp under året och annonseras i så fall på hemsidan.

Förutom att man på hemsidan kan få information om och kan anmäla sig till våra olika utbildningsdagar och workshops, så kan man på hemsidan också initiera och delta i debatter (se under "web discussions" på hemsidan), presentera komplicerade kliniska fall och höra experters synpunkter på dessa fall (se under "case reviews" på hemsidan). De intressantaste falldiskussionerna görs tillgängliga på hemsidan.

Det finns en länk till Focus on Gynecology på SFOGs hemsida under "länkar" och sedan under "Sidor med andra intressanta länkar". Den länken kan vara svår att hitta, så lägg hellre in länken <http://www.f-o-g.org> som en favorit i Din webläsare.

Jag hoppas få se Dig som deltagare i de aktiviteter som Focus on Gynecology erbjuder.

Lil Valentin

Professor
Kvinnokliniken i Malmö
Lunds Universitet



Lil Valentin och Davor Jurkovic initiativtagare till F-O-G samt kursledare för den första kursen.

ÅÄÖ

– så långt bak man kommer?

Februari 2011. Förkunnade glatt för familjen att jag skulle åka till Linköping nästkommade vecka, på efterlängtat "ÅÄÖ"-kurs"! Tre tonåringar (och i ärlighetens namn även maken, så läkare han är) tittade något misstroget på mig. De är i och för sig vana vid att vi gynekologer gör saker som låter konstigt – här i norr har vi årligen "Nordsvenska*" som maken förtjust kallar "travtävlingen". Ordet "bakjour" har också rönt en del munterhet ("det är ni väl alltid?") oaktat hur många gånger man påpekat att det inte är BAKEN vi sysslar mest med! "Vaddå ÅÄÖ, är det nån skrivarkurs, eller??" klämde 16-åringen ur sig.

Jag berättade om de ABC-kurser som senare tidens ST-läkare får gå i början av sin utbildning, och hur behovet av någon form av formell utbildning även för bakjourer lett till att man i Linköping nu skulle hålla den allra första, lite skämtsamt benämnda, ÅÄÖ-kursen. "Ok, det är alltså typ så långt bak man kommer, då eller??" blev svaret, och det framgick med önskad tydlighet att detta i hennes värld inte nödvändigtvis var något positivt.

Det var det emellertid för mig. På min hemklinik växer man successivt in i bakjoursrollen – från att som grön underläkare vara "resursbakjour" till de redan bakjurskompetenta primärjourerna, via att som nästan bakjurskompetent specialist bakjoura åt nästan bakjurskompetenta kolleger (summan av två "nästan" blev på något sätt mer än delarna) till att nu med 10 år som specialist befinna sig tillbaks i cirkelns början, men på andra sidan skranket. Kliniken är mitt i det Stora Generationsskiftet och vi har inte så många äldre kolleger kvar. Följaktligen får vi yngre överläkare växa upp ganska fort, i en verklighet med allt större fokus på patientsäkerhet och allt mindre möjlighet till "trial and error". Det känns tidvis skrämmande att snart vara slutste-

get i kompetenskedjan och att få gå kurs i något har då en nästan magisk effekt. NU skulle jag få verktyg och få se var jag har mina största kompetensluckor, och förhoppningsvis få lära mig en del av det som saknas. Tillsammans med en kollega satte jag mig alltså full av förväntan först på flyget, sedan tåget, och åkte till Linköping.

Måndag morgon den 7 februari. Samtliga kursdeltagare på plats och i tid – inte ett enda sent återbud och inte en enda sen ankomst, något som enligt kursledarna Eva Uustal-Fornell, Preben Kjölhede och Marie Blomberg mycket sällan händer på SFOG-kurser. I kursinformationerna hade det framgått att första dagen skulle ägnas åt praktiska övningar – bekväma kläder och skor anbefalldes. Vid ankomst till Clinicum fick vi omgående byta till de medhavda inneskorna, och skruda oss i vit bussarong. Därefter följde upprop, med kort presentation. Kursdeltagarna hade ganska blandad bakgrund, från unga överläkare som ännu inte börjat gå bakjour, till betydligt mer erfarna kolleger som redan gått bakjour i fler år än man själv varit gynekolog – obstetriker, tumörkirurger, gynekologer. Spannet var stort.

Det var en samling minst sagt något spända kolleger som satt med kurspärmen – ännu så länge tom – i famnen, och lyssnade på hur första dagens övningar var tänkta att se ut, med aktörer, observatörer, och ett antal stationer med kliniska situationer att lösa. Videofilmning skulle ingå. Lunchen skulle ätas på stående fot för att vi skulle kunna vara så effektiva som möjligt. Här skulle vi uppenbarligen granskas och vägas redan första dagen – inför kolleger från hela Sverige... Det var nog fler än jag som hade fjärilar i magen.

Så började övningarna. Neonatal upplivning, VE med skulderdystoci, septisk chock – sammanlagt 6 olika stationer.

Alla visade vi ungefär lika mått av kunskap och klantighet och åh, så roligt vi hade! Ju längre dagen led, desto mer förstod vi att det ju inte handlade om en "examination" i praktiskt handlag (även om det finns en del att hämta där också) utan mer om att sätta fokus på det riktigt svåra: hur vi kommunicerar i en pressad situation, och när och hur vi tar – eller väljer att INTE ta – kommandot. Den berömda "kepsen" har en förmåga att osynligt förflytta sig och ibland upplösas i intet... När kursen återsamlades för videogenomgång och diskussion i slutet av dagen var stämningen en helt annan än på morgonen och alla delade frikostigt med sig av sina upplevelser och reflektioner. Det var tur att det inte fanns någon kvällsaktivitet planerad, för vi var alla tämligen möra efter den långa och innehållsrika dagen!

De två följande dagarna bjöd på föreläsningar inom lite olika ämnesområden. Under CTG-tolkningspasset lotsade tålmodiga och duktiga barnmorskor oss genom verkliga fall i gruppdiskussioner som med önskvärd tydlighet illustrerade hur subtilt och svårgripbart detta ämne är. Vi fick höra om paraplypackning och frimärkssuturer vid stor obstetrisk blödning, diskuterade när det är rätt att reoperera och hur man bäst hanterar en förlossning som gått i stå och där alla, inklusive primärjouren, givit upp. Interna och externa sfinktern blev levande begrepp och supp Paracetamol sågades. En hel bukett kliniska problem med lösningsförslag avhandlades med oförtruten energi.

En höjdpunkt som förtjänar ett särskilt plus i kanten – något som är svårt när allt är så bra! - var Wolfram Antepohls föreläsning och övning kring situationsanpassat ledarskap. Jag tror att varenda en av oss fick en aha-upplevelse och ganska omgående kände igen både oss själva och våra adepter på hemmaplan i den

enkla men mycket användbara modell för förståelse av olika handledarstilar och adeptens utvecklingsfaser som han så engagerat presenterade.

Är man på kurs i Linköping så ingår bowling – så även denna gång. På tisdagskvällen samlades vi i bowlinghallen och konstaterade att detta med riktning och styrning inte bara är svårt i bakjournsammanhang utan även när det gäller bowlingklot – vi fick lika delar träningsvärk i både rumpan och skrattmusklerna! Kvällen avslutades med god middag som vi själva fick grilla på små stenar. Mycket gott och ett säkert sätt att inte äta för fort!

Behållningen av kursen blev minst så bra som jag förväntat mig, om än på ett lite annat sätt än jag trott. Rent klinisk

teori och praktik gav ett kvitto på att jag förhoppningsvis inte har så stora luckor i min kliniska förmåga att jag är en farlig bakjour, vilket kändes bra, och ett och annat guldkorn fick jag definitivt med mig hem. Men nästan ännu mer givande var diskussionerna kring kommunikation, handledning i den kliniska situationen, ansvar och roller. De flesta handledarutbildningar, som alla numer ju går, är bra men förbereder oss inte för den mycket speciella form av handledning som relationen mellan primärjour och bakjour innebär. Här träder ÅÄÖ-kursen in som ljuset i mörkret. En stor eloge till kursledningen som så skickligt lotsade oss vidare i diskussionerna – här serverades inga sanningar utan föddes istället insikter, vilket är betydligt mer frukt-

bart. Vi fick lära oss att inse att man inte kan behandla en omedvetet inkompetent adept på samma sätt som en omedvetet kompetent, för då blir diket onödigt djupt och omvänt vägen till självständighet onödigt lång.

Låter det kryptiskt? – Gå ÅÄÖ-kursen, den rekommenderas varmt!!

Anna Pohjanen, Kvinnosjukvården
Norrbotten, Sunderby sjukhus

*"Nordsvenska" – vad vi i norr i dagligt tal kallar Nordsvenska Gynekologsällskapets Årsmöte. ■

I fäders och mödrars spår, eller plåga som plåga

Redan ute i spåret mellan Sälen och Mora funderade jag på likheterna mellan en förlossning och Vasaloppet. En del tycker kanske att jag borde fundera mindre och åka mera, men dem bryr jag mig inte om.

Det börjar med att man tvingar i sig en rejäl grötportion strax efter 4 på morgonen. Det kan väl närmast jämföras med förlossningens lavemang, något lätt obehagligt, som ska vara bra senare under dagen.

Bussen mellan Mora och Sälen tar två timmar. Det är en sorts latensfas, då man hinner fundera väl mycket.

Som alla vet är det väldigt viktigt att definiera förlossningsstart i partogrammet. Just där visar sig Vasaloppet överlägset, för där får man ett chip om höger vrist, och när man passerar mätinstrumenten så har loppet börjat.

På min klinik arbetar mer än ett hundra kvinnor, men bara en enda som ens skulle överväga nio mils skidåkning, och just henne är jag gift med. Det är för det mesta väldigt stimulerande, men just där kände jag en så stark oro att hon skulle orka gå i mål och jag tvingas bryta så jag började fundera över om det fanns någon Auroraverksamhet för halvtränade män att tillgå.

I den långa backen upp mot Smågan stod vi, nio tusen personer, nästan stilla och trampade på varandras skidor, och det kändes som en paradoxal andra latensfas, alltså efter definierad start. Till Smågan är det en mil, och den tog en och en halv timme.

En förlossning ska normalt framskrida med ungefär en centimeter i timmen, så jag tänkte som äldre debutant att om jag åker en mil i timmen så går det ju i alla fall en miljon gånger fortare än en förlossning. Det var en liten, men dock, tröst när vi så småningom närmade oss Evertsberg.

Efter 60 km var jag rejält trött. En så trött kvinna hade på min klinik fått en spinal eller EDA och ett värkförstärkande dropp, men jag fick bara en mugg blåbärs-soppa.

Det var verkligen en sekundär värksvaghet. I utförsbackarna ramlade människor i spåren lite hur som helst, och vi som kom bakom hade all möda att inte köra på dem, och i uppförsbackarna sprang unga människor förbi, märkligt opåverkade. Det blev allt tuffare att täppa till avståndet till M., som hade nummerlapp 7613. Vi hade visserligen konstaterat att det viktiga var att komma i mål, men vem som gjorde det först var långt ifrån ointressant.

Efter åtta mil var vi inne i utdrivningsfasen. I mål hade M 9.20 och jag 9.24, och båda var väldigt nöjda.

M pratar redan om möjliga tider nästa år. Hon vet att man bara är förstföderska en gång. Jag ska nog vara jour den dagen. Störförlossningar sker aldrig i Vasaloppsspåren.

Peter Palsternacka



Patofysiologiska faktorer och genetisk association i endometrios

Endometrios är en benign gynekologisk sjukdom som karaktäriseras av endometrievävnad (stroma och körtel celler) utanför uterus. Sjukdomen uppkommer oftast som ytliga lesioner i peritoneum, som ovarialcystor (endometriom) eller som djupt infiltrerande lesioner i området mellan vagina och rektum. Endometrios är associerad med kronisk bäckensmärta, dysmenorré, dyspareuni, inflammation och infertilitet. Endometrios drabbar ca 10% av alla kvinnor i reproduktiv ålder och ca 20–40% av subfertila kvinnor har sjukdomen, vilket gör att många kvinnor idag lider av endometrios. Flertalet av de drabbade påverkas även psykiskt och den allmänna hälsan blir sämre (Lorencatto et al 2006). Sjukdomen har också betydande häsloekonomisk påverkan då många kvinnor inte kan arbeta pga sin sjukdom (Hummelshoj et al 2006).

Varför uppkommer endometrios?

Orsaken till varför endometrios uppkommer är fortfarande oklar. Flera olika teorier finns beskrivna, men ingen av dem verkar kunna förklara alla fall av endometrios. Det verkar som om många olika faktorer kan spela en roll i utvecklingen av sjukdomen. En vanlig teori är att "retrograd menstruation" ligger bakom uppkomsten av endometrios (Giudice and Kao 2004). Under varje mens rinner blod även bakåt, dvs genom äggledarna och ut i bukhålan där levande celler från endometriet kan fästa, invadera och bilda en endometrioshärd. De flesta friska kvinnor har retrograd blödning, men för att endometrios ska uppkomma måste även andra faktorer vara inblandade, såsom förändringar i immunsystemet

Johanna Sundqvist, FRH-lab,
Karolinska Universitetssjukhuset
Stockholm
johanna.sundqvist@ki.se

som inte oskadliggör endometrie cellerna i bukhålan och genetiska faktorer.

Celler som fäster och invaderar normal vävnad

Det är möjligt att celler från endometriospatienters endometrium uttrycker olika faktorer som gör att dessa celler har lättare att fästa till den normala vävnaden i buken och bilda endometrioshärdar. Vi har studerat uttryck av olika faktorer (ApoE, ITGB2, ITGB7, LAMC1, CD24 and JAM-1) som påverkar cellernas förmåga att fästa och invadera annan vävnad. I vår studie har vi sett att dessa faktorer finns uttryckta i endometrium från friska kvinnor, i endometrium från kvinnor med endometrios och i endometriom och det verkar finnas ett lägre uttryck av faktorerna i endometriom (Sundqvist et al manuskript). Vi ska nu gå vidare och studera funktionen av dessa faktorer i endometrium och uppkomsten av endometrios för att se om vår teori stämmer, dvs. att dessa faktorer kan vara inblandade i uppkomsten av endometrios.

Endometrios och infertilitet

Kvinnor med endometrios lider ofta även av subfertilitet och de verkar ha en sämre prognos under in vitro fertilisering (IVF) (de Ziegler et al 2010). Vi har studerat resultat av IVF hos kvinnor med endometrios i jämförelse med kvinnor med tubarfaktor. Dessutom har vi tittat på inflammatoriska markörer i follikel-



Johanna Sundqvist

vätskan för att kunna relatera till IVF utkomst. I vår studie såg vi att kvinnor med endometrios svarade bra på ovarialstimuleringen, men att fertiliseringsfrekvensen var sämre än i kontrollgruppen. Dessa kvinnor hade även lägre nivåer av Anti Mulleriskt Hormon (AMH), som är en markör för ovarialreserven, i follikelvätska och serum, vilket tyder på att kvinnor med endometrios har färre oocyter som kan mogna och bli befruktade. Vi såg även att kvinnor med endometrios hade ökade nivåer av pro-inflammatoriska markörer (TNF- α , IL-15 and GM-CSF) och sänkta nivåer av en anti-inflammatorisk markör (IL-10). Dessa resultat påvisar att den minskade ovarialreserven och den sämre IVF utkomsten hos endometriospatienter skulle kunna bero på en inflammatorisk miljö i folliklarna med negativ inverkan på oocyterna (Falconer, Sundqvist et al 2009).

Endometrios, autoimmunitet och ovarialcancer

Kvinnor med endometrios har en ökad inflammatorisk aktivitet med bl.a auto-

antikroppar och man har sett att dessa kvinnor i högre utsträckning drabbas av autoimmuna sjukdomar, såsom reumatism (Sinaii et al 2002). Samband har hittats mellan genetiska variationer och olika autoimmuna sjukdomar. Dessutom har det visat sig att endometrios har en ärftlig komponent, då kvinnor med drabbade släktingar löper högre risk att drabbas av sjukdomen (Kennedy et al 2001). Vi ville därför undersöka om de genetiska variationer som är kopplade till reumatism även är kopplade till endometrios. I vår studie har vi undersökt genetiska varianter, single nucleotide polymorphisms (SNPs), där en nukleotid är utbytt mot en annan. SNPs är vanliga i genomet och finns normalt hos alla individer utan att behöva ge en effekt på proteinnivå, men en del SNPs är associerade till vissa sjukdomar. I den här studien valde vi att titta på SNPs som är lokaliserade till inflammatoriska gener. Studiegruppen var en stor grupp kaukasiska kvinnor med laparoskopisk verifierad endome-

trios. Inget samband kunde hittas mellan endometrios och de undersökta SNPs men när kvinnorna med endometrios delades in i två grupper beroende på sjukdomens svårighetsgrad (stadie I/II mot III/IV), såg vi en koppling mellan SNPs i två gener (CCL21 och HLA-DRB1) och moderat/svår endometrios (stadie III/IV) (Sundqvist et al 2011).

Ett samband mellan endometrios och ovarialcancer har också upptäckts (Melin et al 2006). Genetiska studier har hittat association mellan SNPs i genen för Basonuclein 2 (BNC2) och ovarialcancer (Song et al 2009). Vi har studerat några av dessa SNPs i våra endometriospatienter, men kunde inte hitta någon association mellan dessa SNPs och endometrios, varken som en grupp eller indelat i minimal/mild eller moderat/svår endometrios (Sundqvist et al submitted).

Sammanfattning

Endometrios är en komplicerad sjukdom där många olika faktorer spelar en roll för

dess uppkomst. Våra studier indikerar att inflammation är en viktig komponent i sjukdomen, som kan påverka ovarialreserven och leda till fertilitetsproblem. Dessutom upptäckte vi att genetiska varianter i inflammatoriska gener är associerade med moderat/svår endometrios. Ett stort uttryck av olika faktorer på celler från endometriospatienter skulle också kunna göra att dessa celler överlever i bukhålan och kan fästa och invadera normal vävnad för att kunna bilda endometrioshärdar. Genom att studera de gener som skulle kunna vara involverade i utveckling av endometrios kan man få en uppfattning om vilka faktorer som uttrycks annorlunda hos de kvinnor som drabbas av endometrios. Dessa studier kan ge nya idéer om hur man skulle kunna behandla sjukdomen på ett mer effektivt sätt och hjälpa de drabbade att få ett smärtfritt liv.

Länkt till avhandlingen:

<http://hdl.handle.net/10616/40412>

Referenser

- de Ziegler, D., Borghese, B. and Chapron, C. (2010) Endometriosis and infertility: pathophysiology and management. *Lancet*, 376, 730-738.
- Falconer, H., Sundqvist, J., Gemzell-Danielsson, K., von Schoultz, B., D'Hooghe, TM., Fried G. (2009) IVF outcome in women with endometriosis in relation to tumour necrosis factor and anti-Müllerian hormone. *Reprod Biomed Online*, 18, 582-8.
- Giudice LC and Kao LC. (2004) Endometriosis. *Lancet*, 364, 1789-1799.
- Hummelshoj, L., Prentice, A. and Groothuis, P. (2006) Update on endometriosis. *Womens Health (Lond Engl)*, 2, 53-56.
- Kennedy, S., Bennett, S. and Weeks, D. E. (2001) Affected sib-pair analysis in endometriosis. *Hum Reprod Update*, 7, 411-418.
- Lorencatto, C., Petta, C. A., Navarro, M. J., Bahamondes, L. and Matos, A. (2006) Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 85, 88-92.
- Melin, A., Sparen, P., Persson, I. and Bergqvist, A. (2006) Endometriosis and the risk of cancer with special emphasis on ovarian cancer. *Hum Reprod*, 21, 1237-1242.
- Sinaii, N., Cleary, S. D., Ballweg, M. L., Nieman, L. K. and Stratton, P. (2002) High rates of autoimmune and endocrine

disorders, fibromyalgia, chronic fatigue syndrome and atopic diseases among women with endometriosis: a survey analysis. *Hum Reprod*, 17, 2715-2724.

Song, H., Ramus, S. J., Tyrer, J., Bolton, K. L., Gentry-Maharaj, A., Wozniak, E., Anton-Culver, H., Chang-Claude, J., Cramer, D. W., DiCioccio, R. et al. (2009) A genome-wide association study identifies a new ovarian cancer susceptibility locus on 9p22.2. *Nat Genet*, 41, 996-1000.

Sundqvist, J., Falconer, H., Seddighzadeh, M., Vodolazkaia, A., Fassbender, A., Kyama, C., Bokor, A., Stephansson, O., Padyukov, L., Gemzell-Danielsson, K., D'Hooghe TM. (2011) Endometriosis and autoimmune disease: Association of susceptibility with CCL21 and HLA-DRB1 and severe endometriosis. *Fertility and Sterility*, 95, 437-40.

Sundqvist, J., Falconer, H., Seddighzadeh, M., Vodolazkaia, A., Fassbender, A., Kyama, C., Bokor, A., Stephansson, O., Gemzell-Danielsson, K*, D'Hooghe TM*. (*Equal contribution). Replication of ovarian cancer associated polymorphisms in the BNC2 gene among women with endometriosis. Submitted

Sundqvist, J., Andersson, KL., Scarselli, G., Gemzell-Danielsson, K*, Lalitkumar, PGL* (*Equal contribution). Expression of adhesion, attachment and invasion markers in endometrium and endometriosis – Understanding the aetiology of endometriosis. Manuscript

Delarbeten

Henrik Falconer*, Johanna Sundqvist*, Kristina Gemzell-Danielsson, Bo von Schoultz, Thomas M D'Hooghe, Gabriel Fried (*Equal contribution). IVF outcome in women with endometriosis in relation to tumour necrosis factor and anti-Müllerian hormone. *Reprod Biomed Online*. 2009. Apr;18(4). pp.582-8

Johanna Sundqvist, Henrik Falconer, Maria Seddighzadeh, Alexandra Vodolazkaia, Amelie Fassbender, Cleophas Kyama, Attila Bokor, Olof Stephansson, Leonid Padyukov, Kristina Gemzell-Danielsson*, Thomas M D'Hooghe* (*Equal contribution). Endometriosis and autoimmune disease: Association of susceptibility with CCL21 and HLA-DRB1 and severe endometriosis. *Fertility and Sterility*. 2011. Jan;95(1) pp.437-40

Johanna Sundqvist, Henrik Falconer, Maria Seddighzadeh, Alexandra Vodolazkaia, Amelie Fassbender, Cleophas Kyama, Attila Bokor, Olof Stephansson, Kristina Gemzell-Danielsson*, Thomas M D'Hooghe* (*Equal contribution). Replication of ovarian cancer associated polymorphisms in the BNC2 gene among women with endometriosis. Submitted

Johanna Sundqvist, Karin Louise Andersson, Gianfranco Scarselli, Kristina Gemzell-Danielsson*, P. G. Luther Lalitkumar* (*Equal contribution). Expression of adhesion, attachment and invasion markers in endometrium and endometriosis – Understanding the aetiology of endometriosis. Manuscript

Reproductive outcomes in rural Vietnam

Perspectives and experiences by pregnant women and health care professionals on pregnancy promotion and maternal health care

Bakgrund

Reproduktiv hälsa och händelser i samband med graviditet inkluderande inducerad abort tillhör de viktigaste faktorerna som influerar fertila kvinnors hälsa. Ogynnsamma graviditetsutfall påverkar kvinnornas reproduktiva och generella hälsa samt även avkommans hälsa. Graviditet och förlossning äger rum i ett kulturellt sammanhang. Riskfaktorer för ogynnsamma graviditetsutfall inkluderar faktorer avhängiga individen samt faktorer relaterade till kontexten.

Syfte

Denna avhandling undersöker reproduktiv hälsa hos en landsbygdsbefolkning i norra Vietnam med särskilt fokus på ogynnsamma graviditetsutfall och deras determinanter. Därutöver undersöks uppfattningar och erfarenheter hos gravida kvinnor och mödrhälsovårdspersonal avseende risker under graviditet och förlossning, samt mödrhälsovård och förlossningsvård i Vietnam.

Metod

Avhandlingen kombinerar kvantitativa och kvalitativa metoder. I de kvantitativa studierna inkluderades totalt 4369 kvinnor som rapporterade 5838 graviditeter samt 5520 barn. Parametriska och icke-parametriska analyser samt uni-variata och multivariata logistiska regressionsanalyser genomfördes. I syfte att estimeras andelen barn motsvarande 'small for gestational age' (SGA) konstruerades en populationsspecifik referenskurva för intrauterin tillväxt vilken baserades på

Sophie Graner, specialistläkare, Kvinnokliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Stockholm. Sofie.graner@karolinska.se



Sophie Graner

medelvärden av födelsevikterna i fullgången tid hos studiepopulationen. I de kvalitativa studierna genomfördes åtta fokusgruppdiskussioner, fyra fokusgrupper med gravida kvinnor och fyra fokusgrupper med hälsopersonal från mödrhälsovård och förlossningsvård. Manifest och latent innehållsanalys tillämpades.

Resultat

Kvinnor tillhörande etnisk minoritet (AOR 6.34; 95% CI 1.33-30.29) eller kvinnor som födde barn i hemmet (AOR 6.81; 95% CI 2.40-19.30) uppvisade en ökad risk för dödfött barn. Den neonatala dödligheten estimerades till 11.4 per

1000 levande födda barn och den perinatale dödligheten beräknades till 24,8 per 1000 födda barn. Prevalensen SGA var 6,4%. Riskfaktorer för SGA inkluderade sysselsättning inom jordbruket (AOR 1.72; 95% CI 1.21-2.45) och överburenhet (AOR 7.75; 95% CI 6.02-9.98). En markant minskning i den perinatale dödligheten påvisades efter 33 graviditetsveckor.

Villkor relaterade till kontexten influerade både de gravida kvinnornas nyttjande av mödrahälsovård och förlossningsvård samt hälsopersonalens prestationer inom mödrahälsovård och förlossningsvård. Nyttjandet av mödrahälsovård och förlossningsvård influerades av ekonomiska faktorer samt kulturella normer vilka minskade kvinnors möjligheter till självbestämmande. Strukturella hinder inkluderade både otillräcklig finansiering av mödrahälsovård, inkluderande brist på hälsopersonal, otillräcklig yrkesmässig vidareutbildning samt otillräcklig utrustning. De gravida kvinnorna utformade en strategi för att understödja en

normal graviditet genom livsstilsförändringar, insamlande av information samt genom att uppsöka sjukvård i rätt tid. De gravida kvinnorna sökte kunskap avseende graviditetsrelaterade tillstånd från olika källor och influerades både av traditionella vietnamesiska uppfattningar och av modern medicinsk kunskap.

Sammanfattning

Kunskap om graviditetsrelaterade komplikationer och deras symtom samt den höga tilltron till mödrahälsovården och förlossningsvården bidrar sannolikt till de relativt sett goda resultaten avseende graviditetsutfall. I syfte att förbättra perinatale och neonatale utfall bör en större andel födselar säkras tillgång till instrumentella ingrepp inkluderande kejsarsnitt vid akuta obstetriska tillstånd. Därutöver bör prematura födselar i högre utsträckning äga rum hos vårdgivare med möjlighet till mer kvalificerad neonatal vård. Detta kan uppnås bland annat genom ett förbättrat system för remittering kombinerat med möjlighet till medicinsk vård under transport. I vår studie

ökade risken för inducerad abort med kvinnans ålder och var högst hos gifta kvinnor. Detta indikerar att inducerade aborter används som en metod för familjeplanering.

De kulturella normerna i Vietnam begränsar kvinnors möjligheter till självbestämmande avseende deras egen reproduktiva hälsa. Våra studier understryker vikten av tillgång till mödrahälsovård och förlossningsvård för alla kvinnor inbegripet preventivmedelsrådgivning vilka är anpassade till kvinnornas specifika behov. Det erfordras ökad kunskap och förståelse av de kontextspecifika faktorer som påverkar parens val av preventivmedel, val av mödrahälsovård och val av plats för förlossning. Den interpersonella kommunikationen mellan gravida kvinnor och mödrahälsovårdens personal behöver studeras ytterligare. Denna kunskap är nödvändig i syfte att kunna skapa mödrahälsovård och förlossningsvård vilken är geografiskt och ekonomiskt tillgänglig samt acceptabel för samtliga.

Länk till avhandlingen: <http://umu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:143292>

Delarbeten

Graner S, Klingberg-Allvin M, Phuc HD, Krantz G, Mogren I. The Panorama and outcomes of pregnancies within a well-defined population in rural Vietnam 1999-2004. *Int J Behav Med* 2009; 16 (3) 269-77

Graner S, Klingberg-Allvin M, Huong D, Phuc HD, Krantz G, Mogren I. Adverse perinatal and neonatal outcomes and their determinants in rural Vietnam 1999-2005. *Perinat Epidemiol*, 2010 Nov; 24 (6) 535-45

Graner S, Mogren I, Duong LQ, Krantz G, Klingberg-Allvin M. Maternal health care professionals' perspectives on the provision and use of antenatal and delivery care: a qualitative descriptive study in rural Vietnam. *BMC Public Health* 2010; 10:608

Graner S, Klingberg-Allvin M, Duong LQ, Krantz G, Mogren I. Normal foetal movements make me happy: a qualitative study on pregnant women's perception on signs and symptoms during pregnancy and maternal health care in rural Vietnam. Submitted Länk till avhandlingen <http://umu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:143292> ■

3rd Sahlgrenska Meeting on Reproductive Medicine and Gynecology Future Surgical Techniques in Gynecology

Thursday May 19th

08.00-08.30 Registration and coffee

Plenary lecture

Transplantation in Gynecology
Prof Mats Brännström, Sahlgrenska University Hospital, Göteborg, Sweden

Symposium Para-aortic lymph node dissection

Robot-Assisted Para-aortic lymph node dissection
Ass Prof John Boggess, University of North Carolina-Chapel Hill, USA

The new Swedish National Guidelines for Endometrial Carcinoma
Dr Janusz Marcickiewicz, Varberg Hospital, Sweden

LIVE SURGERY Robot-Assisted Para-aortic lymph node dissection
Ass Prof John Boggess, University of North Carolina-Chapel Hill, USA

Symposium Myomectomy

Robot-Assisted Laparoscopic Myomectomy: The Current State of the Art
Prof Arnold Advincula, University of Central Florida College of Medicine, USA

Myomectomy and Fertility
Ass Prof Jane Thorburn, Dr Barbro Eden, Sahlgrenska University Hospital, Göteborg, Sweden

Starting Robot-Assisted Gynecological Surgery –The Sahlgrenska experience
Dr Saskia Eklind, Sahlgrenska University Hospital, Göteborg, Sweden

LIVE SURGERY Myomectomy
Prof Arnold Advincula, University of Central Florida College of Medicine, USA

Symposium Radical hysterectomy

Robot-Assisted Radical Hysterectomy
Ass Prof John Boggess, University of North Carolina-Chapel Hill, USA

Laparoscopic procedure – radical hysterectomy
Prof Christhardt Köhler, Charité, Berlin University, Germany

Friday May 20th

Symposium Trachelectomy

Trachelectomy – the Danish experience
Prof Christian Ottosen, Rigshospitalet, Köpenhamn, Denmark

Trachelectomy – the Norwegian experience
Prof Gunnar Kristensen, The Norwegian Radium Hospital, Oslo, Norway

Trachelectomy – the Sahlgrenska experience
Dr Magnus Haeger, Sahlgrenska University Hospital, Göteborg, Sweden

Radical vaginal trachelectomy – the German experience
Prof. Christhardt Köhler, Charite, University of Berlin, Germany

LIVE SURGERY Robot-Assisted Radical Hysterectomy
Ass Prof John Boggess, University of North Carolina-Chapel Hill, USA

Symposium Endometriosis

Leveraging Robotics for Endometriosis Surgery
Prof Arnold Advincula, University of Central Florida College of Medicine, USA

Holistic Approach to Women with Endometriosis
Prof Matts Olovsson, Akademiska sjukhuset, Uppsala, Sweden

12:00 Ending of the meeting

Plats: Sahlgrenska Akademin, Arvid Carlsson salen, Medicinaregatan 3, Göteborg

Anmälan: www.sahlgrenska3rdmeeting.se

Mötesavgift: 1500 SEK before 31/3, 1800 SEK 31/3-30/4

Organisations kommitté: Dr Pernilla Dahm-Kähler

Dr Saskia Eklind

Dr Katarina Brywe

Dr Asgeir Thoroddsen

Dr Inger Bryman

Welcome

First Announcement

Chronic Pelvic Disorders – a Challenge NFOG Specialist Course 2011

November the 9th – 10th 2011

Dear Colleagues,

The Educational Committee of NFOG hereby invites you to the NFOG Specialist Course on the subject **Chronic Pelvic Disorders – a Challenge**. The overall topic includes conditions in gynecology and obstetrics that are related to chronic pelvic symptoms. Nordic and international top speakers with active research in this area will participate. The course is the third of the NFOG Specialist Course, planned to run each year with different topics, and aimed at OBGYN specialists. However, trainees are more than welcome to participate as well.

The course is held at Hotel Park Inn, close to Kastrup airport in Copenhagen. The program will start after lunch on the 9th and finish in the afternoon on the 10th. Four sessions with lectures and discussions are planned and the titles are:

- Dysfunctional urinary bladders
- Endometriosis
- The impact of mode of delivery
- Sexological problems

A final announcement with information about registration, accommodation etc. will be published later during the spring. Look out for the announcement at the NFOG web-site, the web-site of your national society or national bulletin and make sure to register in time. The number of participants is limited due to the facilities.

Marie Bixo

Chair of the Educational Committee of NFOG

**Endokrin-ARG inbjuder
till ett halvdagsseminarium på temat
Menstruationscykelrelaterade tillstånd**

**Fredag den 27 maj 2011
Skandiasalen, Astrid Lindgrens Barnsjukhus
Stockholm**

11.30-13.00 Buffélunch

13.00-14.15 **Menstrual migraine**
Professor Anne MacGregor, City of London Migraine Clinic

14.15-15.30 **Premenstrual dysphoria and other menstrual cycle-linked disorders**
Professor Torbjörn Bäckström, Obstetrics/Gynecology Umeå

15.30-16.00 Avslutning

Anmälan till eva.innala@vll.se **senast 22/5**, begränsat antal platser

Angelica Lindén Hirschberg
Ordförande Endokrin-ARG

Eva Innala
Sekreterare Endokrin-ARG

Kvinnokliniken vid Akademiska sjukhuset i Uppsala och
Institutionen för Kvinnors och Barns Hälsa vid Uppsala Universitet
arrangerar:

ABC-kurs i Obstetrik och Gynekologi

- Kursledning:** Ove Axelsson
Kristiina Kask
Pär Persson
- Målgrupp:** 28 ST-/underläkare på kvinnoklinik med högst ett års erfarenhet inom specialiteten.
- Tidpunkt:** 23-25 november 2011 (vecka 47).
- Kursplats:** Internat på Sunnersta Herrgård i Uppsala.
- Kursinnehåll:** Akut obstetrik
Akut gynekologi
Information om Socialstyrelsen, HSAN samt SFOG och andra läkarorganisationer.
Undervisningen sker till stor del som falldiskussioner i smågrupper under handledning av specialister i Obstetrik och Gynekologi och erfarna barnmorskor.
- Kursavgift:** 7.500 kr exkl moms. I avgiften ingår helpension i enkelrum (två nätter) på Sunnersta Herrgård.
- Anmälan:** **Senast 18/9-2011.**
Sekreterare Susanne Löberg susanne.loberg@kbh.uu.se
Kvinnokliniken, Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala,
telefon 018-6112683.

Bakre Fornix

Köp, sälj, eller byt, varor och tjänster – med en annons når 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@sfog.se

Ange namn och faktureringsadress
Pris per annons för medlemmar 75 kr

SÄLJES

Sonesta Gynstol med fotreglage

Aloka 500 ultraljudsapparat med vaginal transducer och printer

Kolposkop med stolstativ

Flergångsinstrument, instrumentbord

Bo Sikström, Strängnäs

E-mail: bo.sikstrom@allt2.se

ÖVERLÅTELSE

**En väletablerad privat gynekolog-
mottagning i Varberg överlåtes
fr.o.m. 1/12 2011 pga pensionering.**

Mottagningen är en fristående del av en tvåläkarmottagning i gemensamma lokaler i Varmbadhuset, Varberg.

Vårdavtal med Region Halland.

Mottagningen är komplett utrustad och datoriserad sedan starten 1994.

Stabilt patientunderlag. God lönsamhet vid 2000 besök/år.

Information:

dr Bo Dennefors, tel 070-6265172

E-mail: bo.dennefors@rolfstorp.se

Arbets- och Referensgrupperna inom SFOG

Perinatologi PERINATAL-ARG

Ordförande: Karin Pettersson
KK, Karolinska Universitetssjukhuset
Huddinge
141 86 Stockholm
Tel: 08-585 800 00
karin.pettersson@karolinska.se
Sekreterare: Marie Blomberg
KK, Universitetssjukhuset Linköping
581 85 Linköping
Tel: 013-22 20 00
marie.blomberg@lio.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: Johanna Isaksson
KK, K57, Karolinska Universitets-
sjukhuset, Huddinge
141 88 Huddinge
Tel: 08-585 816 19
johanna.isaksson@karolinska.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, Länsjukhuset Ryhov
551 85 Jönköping
Tel: 036-32 14 58
johan.skoglund@lj.se

Cervixcancerprevention C-ARG

Ordförande: Bengt Andrae
KK, Gävle/Sandviken Länsjukhus
801 87 Gävle
Tel: 026-15 41 68. Fax: 026-15 41 56
bengt.andrae@gmail.com
Sekreterare: Kristina Elfgren
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: Katri Nieminen
KK, Universitetssjukhuset Linköping
581 85 Linköping
Tel: 013-22 20 00
katri.nieminen@lio.se
Sekreterare: Maria Engman
KK, Västerviks sjukhus
593 81 Västervik
Tel: 0490-860 00
marie.engman@ltkalmars.se

Ofrivillig Barnlöshet FERT-ARG

Ordförande: Britt Friberg
KK, Lund och Reproduktionsmedicinskt
Centrum (RMC)
Malmö Skånes Universitetssjukhus/SUS
205 02 Malmö
britt.friberg@skane.se
Sekreterare: Pietro Gambadauro
Reproduktionscentrum, KK
Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018- 611 00 00 (växel)
gambadauro@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: Angélique Flöter Rådestad
KK, Karolinska universitetssjukhuset
Solna
171 76 Stockholm
Tel: 08-517 700 00
angelique.floter-radestad@karolinska.se
Sekreterare: René Bangshøj
KK, Universitetssjukhuset Örebro
701 85 Örebro
Tel: 019-602 12 60
Fax: 019-12 65 90
rene.bangshoj@reba.se

Ultraljudsdiagnostik ULTRA-ARG

Ordförande: Peter Lindgren
KK, Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018-611 00 00
peter.lindgren@kbh.uu.se
Sekreterare: Jesper Agrell
KK, Sundsvalls sjukhus
851 86 Sundsvall
Tel: 060-18 10 00
jesper.agrell@lvn.se

Hemostasrubbnings HEM-ARG

Ordförande: Eva Östlund
KK, Danderyds sjukhus
162 88 Danderyd
Tel: 08-655 55 00
eva.ostlund@ds.se
Sekreterare: Lars Thurn
KK, Blekingesjukhuset
371 85 Karlskrona
lars.thurn@lblekinge.se

Vulva VULV-ARG

Ordförande: Nina Bohm-Starke
KK, Danderyds sjukhus
182 88 Danderyd
Tel: 08-655 50 00
nina.bohm-starke@ds.se
Sekreterare: Christina Rydberg
KK, Varbergs sjukhus
432 81 Varberg
Tel: 0340-48 10 00
christina.rydberg@lthalland.se

Endometriosis ENDOMETRIOS-ARG

Ordförande: Margita Gustavsson
KK, Kungälv Närsjukhus
434 80 Kungälv
margita.gustafsson@lthalland.se
Sekreterare: Greta Edelstam
KK, Akademiska Sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018-611 00 00
greta.edelstam@akademiska.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 sjukhus
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 referansgruppen för kvalitetsregistrering KVARG

Ordförande: Göran Berg
KK, Linköpings Universitetssjukhus
581 85 Linköping
Tel: 013-22 31 32
goran.berg@lio.se
Sekreterare: Karin Franzén
KK, Örebro Universitetssjukhus
701 85 Örebro
karin.franzen@orebroll.se

GLOBAL-ARG

Ordförande: Birgitta Essén
Inst för kvinnors och barns hälsa
IMCH
Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
birgitta.essen@kbh.uu.se
Sekreterare: Sigmar Strömberg
sigmars@hotmail.com>

Arbets- och Referens-Grupp- Utvecklings-Samordnare ARGUS

Matts Olovsson
SFOG-Kansliet
Drottninggatan 55, 2 tr
111 21 Stockholm • Tel: 08-440 01 75
E-post: matts.olvesson@kbh.uu.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

Catharina Lyckeberg
Ultragyn
Läkarhuset Odenplan
113 22 Stockholm
Tel: 08-587 10 199
E-post: catharina.lyckeberg@ultragyn.se

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

Mödrhälsövårdsöverläkargruppen

Ordförande

Agneta Romin
Kvinnokliniken, Falu lasarett
791 82 Falun
Tel: 023-49 22 73
Fax: 023-49 09 89
E-post: agneta.romin@ltdalarna.se

Sekreterare

Joy Ellis
Enheten för mödravård, gyn- och ungd.mott.,
Primärvården Bohuslän. Kroksläotts vårdcentral
Tel: 010-473 30 81
Mobil: 070-691 54 32
E-post: joy.ellis@vgregion.se

Obstetiker och gynekologer under utbildning (OGU)

Ordförande

Malin Strand
KK, Sunderby sjukhus
971 80 Luleå
Tel: 0920-28 20 00
E-post: malin.strand@nll.se

Sekreterare

Emilia Rotstein
KK, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge
141 86 Stockholm
Tel: 08-585 800 00
E-post: emilia.rotstein@karolinska.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

Sekreterare

Carin Gillberg
GynStockholm
Tunnlandet 11, 6 tr
168 36 Bromma
Tel: 070-611 81 12
E-post: carin.gillberg@gynstockholm.se

SFOG

MEDLEMSANSÖKAN

www.sfog.se

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.

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). Som SFOG medlem bör man vara medlem i Sveriges Läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet.

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

Föreningen har ett antal arbets- och referensgrupper (AR-Grupper) som är öppna för alla. Dessa grupper bevakar olika delar av specialiteten, ger ut ARG-rapporter och medverkar till vidareutbildning. Som medlem i SFOG är man abonnent på ARG-rapporterna till en reducerad kostnad (400:-/år).

Årsavgiften till föreningen är 800 kronor. Prenumeration på ARG-rapporter är avdragsgill i deklARATIONEN. I och med Din anmälan registreras Du i SFOGs medlemsregister. (Avgiften gäller endast medlemskap i SFOG)

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.

Anmäl dig via SFOGs hemsida, www.sfog.se, Medlemsansökan

FÖLJANDE ARG-RAPPORTER FINNS ATT BESTÄLLA VIA SFOG:s HEMSIDA www.sfog.se

Nr 1-16, 18-27, 35-36 och 57 har utgått

<i>Titel</i>	<i>Utgivningsår</i>	<i>Pris/st exkl. moms, porto & exp.avg 80:-</i>
Nr 17 Prolaps	1989	100:-
Nr 28 Sexuella övergrepp mot barn och ungdomar	1994	100:-
Nr 29 Komplikationer vid Obstetrisk & Gynekologisk kirurgi	1995	100:-
Nr 30 Genitala infektioner hos kvinnan	1996	100:-
Nr 31 Assisterad befruktning och preimplantatorisk diagnostik i Sverige Uppdat 97. Se även rapp 37!	1996	100:-
Nr 32 Gynekologisk endoskopi - del 1	1996	100:-
Nr 33 Sexologi ur gynekologisk synvinkel	1996	100:-
Nr 34 Att förebygga cervixcancer samt vaginal- och vulvacancer	1997	100:-
Nr 37 Ofrivillig barnlöshet	1998	100:-
Nr 38 Substitutionsbehandling i klimakteriet - aktuella synpunkter	1998	100:-
Nr 39 Kvinnlig urininkontinens	1998	100:-
Nr 40 Ungdomsgynekologi	1999	100:-
Nr 41 Cancer, Graviditet och Fertilitet	1999	100:-
Nr 42 Gynekologisk ultraljudsdiagnostik	2000	100:-
Nr 43 Infektioner hos gravida kvinnor	2000	100:-
Nr 44 Vulvacancer	2000	100:-
Nr 45 Gynekologisk endoskopi - del 2	2001	100:-
Nr 46 Anal inkontinens hos kvinnor. Utredning och behandling	2001	100:-
Nr 47 Intrauterin fosterdöd (IUFD)	2002	100:-
Nr 48 Vulvasjukdomar	2003	100:-
Nr 50 Metodbok för evidensbaserad obstetrik och gynekologi	2004	100:-
Nr 51 Förlossningsrädsla	2004	100:-
Nr 52 Perinatalt omhändertagande vid extrem underburenhet	2004	100:-
Nr 53 Bröstet	2006	100:-
Nr 54 Inducerad abort	2006	100:-
Nr 55 Obstetriskt ultraljud	2007	100:-
Nr 56 Endometrios	2008	300:-
Nr 58 Polycystiskt ovarialsyndrom (PCOS)	2008	300:-
Nr 59 Mödrahälsovård, Sexuell och reproduktiv Hälsa	2008	300:-
Nr 60 Prolaps	2009	300:-
Nr 61 Hysterektomi vid icke-maligna tillstånd	2009	300:-
Nr 62 Barnafödande och psykisk sjukdom	2009	300:-
Nr 63 Cervixcancerprevention	2010	300:-
Nr 64 Ofrivillig barnlöshet	2010	300:-
Nr 65 Kejsarsnitt	2010	300:-
Nr 66 Hysteroskopi	2010	300:-
Nr 67 Hormonbehandling i klimakteriet	2010	300:-