

Medlemsbladet 2

2013

NR



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



***Välkommen till
SFOG-veckan
i Sundsvall***

MEDLEMSBLADET

Ansvarig utgivare: Anna Ackefors
Tel: 0155-24 50 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

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

Internet: www.sfog.se

Annonser: Anna Ackefors

E-post: anna.ackefors@sfog.se

Platsannonser hemsidan: jeanette.swartz@sfog.se

SFOGs styrelse 2013:

Ordförande: Harald Almström

BB, Stockholm

182 88 Stockholm

Tel: 08-655 78 88

E-post: harald.almstrom@sfog.se

Vice ordförande: Lotti Helström

KK, Södersjukhuset

118 83 Stockholm

Tel: 08-616 10 00

E-post: lotti.helstrom@sodersjukhuset.se

Facklig sekreterare: Louise Thunell

Kvinnokliniken, Malmö Universitetssjukhus

205 02 Malmö

Tel: 040-33 21 61

E-post: louise.thunell@sfog.se

Skattmästare: Sven-Eric 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: Annika Strandell

Kvinnokliniken, SU/Sahlgrenska

413 45 Göteborg

Tel: 0700-90 44 54

E-post: annika.strandell@vgregion.se

Redaktör för Medlemsbladet:

Anna Ackefors

Nyköpings lasarett

611 85 Nyköping

Tel: 0155-24 50 00

E-post: anna.ackefors@sfog.se

Utbildningssekreterare: Jan Brynhildsen

Kvinnokliniken, Linköpings Universitetssjukhus

581 85 Linköping

Tel: 013-22 20 00

E-post: jan.brynhildsen@lio.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 Sundler

Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset Lund

225 85 Lund

Tel: 046-17 10 00

E-post: malin.sundler@skane.se

Tryck: Elanders

ISSN 0284-8031

— Ordförande har ordet —



Kära Kollegor!

I Stockholm skiner solen och den kalla nordanvinden blåser. När detta skrivs en vecka in i mars känns det som att det är långt kvar till våren. Under tiden är dock aktiviteten i vår livaktiga förening hög. Våra fortbildningskurser är utannonserade och förberedelserna inför SFOG-veckan i Sundsvall är i full gång. Det är dags att planera in några dagar i Sundsvall i slutet av augusti! Programmet ser mycket spännande ut och vi kommer säkert att trivas högt uppe på Södra Berget med utsikt över staden. Vi planerar just för föreningssymposiet med titeln "Patienter eller Papper – Hur kan vi minska den administrativa bördan?" Gå in på www.sfogveckan.se för mer information.

Årets Vintermöte anordnades av Södersjukhuset centralt i Stockholm och bjöd på ett varierande program, vilket inleddes med ett föredrag med titeln "Får vi använda Cytotec vid förlossningsinduktion, eller?" av Viveca Odland från Läkemedelsverket. Viveca redovisade det arbete som genomförts vid Läkemedelsverket, där man konstaterat att de beredningar som använts vid SöS och i Malmö hållit hög kvalitet. Att Läkemedelsverket däremot inte kan rekommendera använd-

ning av ett läkemedel "off-label" är en annan fråga.

SFOGs styrelse har också gjort ett uttalande om användning av Misoprostol (Cytotec) som förlossningsinduktion, där vi ställer oss bakom de kliniker som använder metoden, grundat på vetenskap och beprövad erfarenhet. Uttalandet finns på hemsidan. Därefter presenterade Lotti Helström arbetet med att implementera landstingets handlingsprogram Våldsutsatta kvinnor. Återstoden av dagen presenterades klinikens forsknings- och utvecklingsarbete.

Dagen före Vintermötet hölls verksamhetsmöte med representanter från de flesta kvinnokliniker, universitetsinstitutioner och större privata enheter i landet. Nyblivna professorer brukar vid dessa möten presentera sig själva och sin forskning. Denna gång fick vi inspirerande föredragningar av Marie Bixo, Södersjukhuset, Sonia Andersson, Karolinska och Karin Sundfeldt, SU/Sahlgrenska. Kristina Gemzell Danielsson talade om "Misoprostol och dess användning off-label i Sverige och Norden" och redogjorde för aktuell forskning i området. Tillsammans med Jan Brynhildsen del-

I DETTA NUMMER

Vintermötet februari 2013	8
Håll dig uppdaterad inom ultraljudsområdet på ett trevligt vis– bli medlem i Ultra-ARG!	11
Stiftelsens halvårsrapport	12
OGUs ordförande informerar	14
Nytt år – nytt OGU-pris!	15
<i>Fältstudie från norra Tanzania: Hög prevalens av preeklampsi i Kilimanjaro – ett problem att uppmärksamma</i>	16
Bakre Fornix	25
<i>Ny avhandling: Maternal Diabetes during Pregnancy</i> Obstetrical considerations and long term effects	26

tog Kristina även under ämnet "Hur organiserar vi en effektiv och högkvalitativ abortvård i Sverige – Task-sharing". Här var slutsatsen, att gynekologer och barnmorskor i team bäst når målet att erbjuda en god och säker abortvård. Slutligen presenterades Hem-ARGs arbete med den första SFOG-riktlinjen "Trombosprofylax vid IVF".

Arbetet i de nationella kvalitetsregistren i vår specialitet har accelererat under det senaste halvåret, mycket beroende på nationella satsningar både från regeringen och SKL.

Samordning har skett på den obstetriska sidan, där mödravårdsregistret gått ihop med fosterdiagnostikregistret och ett nytt förlossningsregister till Graviditetsregistret. Samtidigt har Gynopregistret och det Stockholmscentrerade gynekologiska kvalitetsregistret GKR samordnats, ett mycket stort arbete som verkligen uppskattas. Två nya register har också bildats per årsskiftet, Kvalitetsregistret för cervixcancerprevention och Bristningsregistret. Det senare kommer att spänna från obstetrikerna och över i

gynekologin och dess samverkan mot både Graviditets- och Gynopregistren är mycket viktig.

IPULS upphörde under hösten och dess verksamhet har tagits över dels av Socialstyrelsen avseende fortbildningskurser och dels av en helt nyligen bildad verksamhet under Läkarförbundet, Lipas. Den ska ansvara för SPUR-verksamheten och dess funktion ska tas fram i samverkan mellan förbundet och specialitetsföreningarna. Vi ska arbeta för att det ska bli en välfungerande verksamhet med god förankring i professionen.

Vid förra årets Vintermöte presenterade Lil Valentin de krav som bör ställas vid ultraljudsdiagnostik i tidig graviditet och redogjorde för riktlinjer från andra länder, till exempel RCOG. Efter diskussioner med företrädare för Ultra-ARG har styrelsen nu initierat ett riktlinjearbete om diagnostik vid misstänkt uteblivet missfall. I väntan på detta rekommenderar vi RCOGs Green-top Guideline No 25 "The Management of Early Pregnancy Loss". Se länk på hemsidan.

Utvecklingen går nu snabbt avseende

Non-Invasive Prenatal Test (NIPT). Flera olika laboratorier erbjuder testet och i landet pågår studier. Det brådskar därför med utvärdering och råd eller riktlinjer om hur vi ska använda detta i förhållande till invasiva provtagningar (amniocentes och CVB) respektive KUB/Nupp och serumscreening. Etiska ställningstaganden behövs i detta sammanhang och Etik-ARG har påbörjat ett arbete i tvärarg-konstellationer. Styrelsen har nu tillskrivit SBU med förfrågan att ta sig an ämnet i första hand som en Alert-rapport och därefter eventuellt en fullskalig rapport.

Via mail har Du nyligen fått en kort enkät om vilka frågor Du vill att SFOG ska arbeta med framåt och även hur Du ser på Medlemsbladet. Svara oss på den, vi kommer att diskutera framtida strategier vid vårt möte i styrelsen den 11-12 april och då är det viktigt att vi har input från medlemmarna.

Harald Almström
harald.almstrom@sfog.se

REDAKTÖRENS RUTA

Kära kollegor!

Vi lever i en "enkätistisk" period enligt Spanarna i P1. SFOG och OGU är up to date med denna trend och ber dig, kära medlem, att svara på två mail. SFOGs enkät som nyligen mailats till dig innehåller frågor om vad du tycker att styrelsen ska driva för frågor de kommande åren och vad du tycker om medlemsbladets format och innehåll. Även OGU-enkäten har skickats ut per mail inför kampanjen "Ge kniven vidare", den är väl värd några minuter av din tid.

Er redaktör
Anna Ackefors

Följande tider gäller för medlemsbladet 2013:

Nr	Deadline	Utkommer
3	6 maj	Vecka 23
4	16 september	Vecka 42
5	4 november	Vecka 49

Manus skickas via mail till:

Redaktör Anna Ackefors

E-post: anna.ackefors@sfog.se

Kvinnokliniken Nyköping • 611 85 Nyköping

Telefon: 0155-24 50 00 sök via vx alt direkt 0155-24 50 80

Adressändring skall göras till:

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



Vänner!

Så kom den då, SOU 2013:15 ”För framtidens hälsa - en ny läkarutbildning”. Regeringens utredning av en ny svensk läkarutbildning presenterades den 12:e mars. Den intresserade kan ladda ner dokumenten från <http://www.regeringen.se/sb/d/16745/a/211382>.

Bakgrunden är att regeringen hösten 2011 tillsatte en utredning under ledning av Stefan Lindgren, till vardags professor i medicinsk gastroenterologi i Lund. I utredarens direktiv ingick bland annat att han skulle föreslå en sexårig läkarutbildning med legitimation samtidigt med examen. Detta skulle då alltså innebära att AT slopas.

Vad har han då kommit fram till? Jo, efter en snabb genomläsning kan man konstatera att han föreslår – grovt sett, just detta! Utredarna föreslår en sexårig utbildning med stärkt fokus på vetenskaplighet, integration mellan baskunskap och klinik samt ett tydligt fokus på profession under de senare åren av utbildningen. Han vill se färre och längre kliniska placeringar under grundutbildningen samt införa valbara moment.

Som grund för detta har man bland annat en harmonisering med EU. Utredarna ser inga större problem med att AT avskaffas då man konstaterat stora problem med sviktande och varierande kvalitet i AT samt bristande tillgång på AT-block. Vidare har man kommit fram till uppfattningen att AT har gjort att många lärosäten prioriterat ner den direkt kliniska undervisning då ju studenterna ”ändå får lära sig detta under AT”.

För oss som dagligen verkar inom läkarutbildningen och tidigare tagit del av Stefan Lindgrens synpunkter kommer inte förslagen som någon överraskning. I stort sett hade han dessa tankar färdiga

redan innan utredningen tillsattes. Om detta vittnar också ett antal artiklar i Läkartidningen.

Samma person har dessutom genomfört Läkarförbundets utredning om en ny specialistutbildning där liknande tankar presenteras. Således ges samma input från ”andra hållet”, om ni förstår hur jag menar. Man kan tycka att det är lite märkligt att en person kan få ett så stort inflytande men i stora drag tycker jag att merparten av förslagen verkar kloka och genomförbara. Den stora stridsfrågan blir förstås AT:s vara eller icke-vara. AT har stått för en inskolning och gett en bred bas för samtliga läkare, något som vi överlag har tyckt varit bra och önskvärt.

Men – utredningen pekar på en hel del svagheter i dagens AT-system. Många sjukhus bygger ju idag en stor del av sin bemanning på AT-läkare. Till viss del kan jag instämma i utredarnas undran över om detta är rimligt. Vidare påtalar man att det i många fall tar lång tid att få sin AT-tjänst och som en följd av detta är tiden från utbildningens start till legitimation/ specialistkompetens orimligt lång, något som också läkarförbundet starkt poängterat. Den varierande kvaliteten i AT vill man istället åtgärda med en nationellt samordnad grundutbildning.

Vad innebär då detta för vår specialist? Sannolikt inte speciellt mycket vid en första anblick. Obstetrik och gynekologi är ett av kärnämnen och sannolikt kommer vi att behålla vår plats som ”obligatoriskt” ämne/klinisk placering vilket är viktigt ur ett framtida rekryteringsperspektiv. Vidare kan vi ges en möjlighet att erbjuda valbara moment vilket till och med kan stärka ställningen. Att ha en hög kvalitet inom grundutbildningen kom-

mer att bli än viktigare för att väcka intresse och rekrytera nya obstetriker och gynekologer.

I den utredning om framtidens specialistutbildning som Stefan Lindgren genomförde för Läkarförbundets räkning (2011/0344) framfördes tanken på ett övergripande, gemensamt basår inom ST, något som till viss del skulle kunna komma att kompensera för att AT tas bort. Detta skulle dock inte ske på bekostnad av en längre specialistutbildning. De facto innebär alltså detta förslag (OBS! FÖRSLAG) att tiden för den specialitets-specifika delen av ST kortas med ca ett år. SFOG har i tidigare remissvar poängterat att det är mycket viktigt att en ny struktur för ST inte får ske på bekostnad av att kraven för en färdig specialist sänks.

Vad övrigt? NFOGs educational committee håller på med en kartläggning av specialistutbildningen i de nordiska länderna. Många likheter finns men också en hel del slående skillnader. Vi har fått i uppdrag från NFOGs styrelse att se över detta, om vi kan erbjuda fler gemensamma moment för ST-läkare från de nordiska länderna. Som ett första steg kommer vi att anordna ett möte i Köpenhamn 7-8/11 med fokus på ST i Norden. Vad kan vi lära av varandra?

Boka in detta! Mötet kommer att hållas på Park Inn, ett stenkast från Kastrup. Annonsering kommer!

Många hälsningar

Jan Brynhildsen

(som den 14:e mars undrar vart våren tog vägen - förhoppningsvis har den kommit när du läser detta)

Nya medlemmar

Anna Ramö Isgren, Motala

Karin Rothlin, Stockholm

Ellen-Elena Reynolds, Stockholm

Åsa Krensler, Stockholm

Zainab Mir Ali, Skärholmen

Sandra Perten, Bjästa

Dögg Hauksdottir, Öjersjö

Catrin Borneskog, Örebro

Emma Forslund, Skövde

Heidrun P Maack, Uppsala

Mathias Brithon, Höganäs

Rana Witwit, Eksjö

Karolina Moldeus, Visby

Malin Bäcker, Göteborg

Nyheter från Gynop-registret

Alla kliniker i landet har nu gått över till den nätbaserade versionen GynopNet. Att registret nu är helt nätbaserat innebär avseende Rapportgeneratören att den nu uppdateras dag för dag och man där kan ta ut sina egna rapporter och grafer fram till dagens datum. Detsamma gäller även eget uttag för analys som finns i GynopNet under menyvalet Datauttag. Där kan man ta ut alla variabler man önskar som finns i registret förutom de mest integritetskänsliga, som t ex personnummer, för- och efternamn.

Datauttag kan idag göras till Excel eller statistikprogrammet SPSS. Möjlighet finns att göra direktuttag till andra statistikprogram, t ex Statistica, Stat – men det kräver att någon som är van användare av de programmen hjälper till. Inställningarna för datauttag och skapade grafer/tabeller kan lagras på kliniknivå och upprepas med önskad periodicitet.

Från GKR, Gyn-KvalitetsRegistret, som används i Stockholmsregionen, i Karlstad och på Gotland importeras nu data och Gynops databaser uppdateras dagligen. GKR-klinikerna kan i Gynop använda funktionerna för Gynops datauttag och Rapportgenerator. GKR-klinikernas resultat ingår numera i alla återrapporter som publiceras av Gynop-registret. Däremot finns skillnader i registrering av data, vilket gör att GKR-data inte finns med i alla analyser.

GynopNet är helt integrerat gentemot SystemCross och används integrerat av de nio sjukhus som har det journalsystemet. Nu är även Melior integrerat med GynopNet. Den integrationen är gratis* och innebär att man ur journalen direkt hoppar in i registret, knappar in uppgifterna i Gynop-registret och sedan till journalen återför den samlade information om så önskas. Detta närmast eliminerar dubbelarbetet med registreringen. Detta används sedan flera år mot den gamla Gynopversionen vid sjukhusen i Gävle och Hudiksvall. Det är noggrant diskuterat och juridiskt kontrollerat och används

systematiskt i en rad landsting vars IT-avdelningar installerat integrationen.

Vårens läkarmöte den 26 april i Stockholm, kommer att fokusera på de återrapporter för år 2012 som skickats ut till klinikerna i dagarna. De registeransvariga presenterar ”goodies” dvs det mest intressanta från de 6 ingående registren. Tack vare den ökade ekonomiska satsningen på kvalitetsregister, har vi kunnat öka arbetet med sammanställning av data högst väsentligt. Vår förhoppning är också att de förenklade datauttagsrutinerna ska ge ett ökat antal ST-arbeten och lokala bearbetningar av data. Insamlade data har ett väldigt ringa värde, det är bearbetningen och återrapporteringen av data som har ett värde för kvalitetsutvecklingen.

**Gratis förutom kostnad för tekniker vid egna IT att installera KRAM och göra de inställningar som där krävs.*

Enkätuppföljning i Gynop-registret är jämställt med ett brev från patienten till behandlande läkare

Patientenkäterna kan ses som ett personligt brev från patienten till behandlande läkare och bör behandlas på det viset. Speciellt i uppföljningen efter 1 år ingår en del inkontinensfrågor. En del patienter har fått tilltagande eller begynnande inkontinensbesvär och skriver om det i 1-årsenkäten och önskar hjälp för det. Patienten tar inte upp detta för att ställa till problem för sjukvården. Har vi inte möjlighet att själva ta hand om patienten, kan vi åtminstone meddela vart hon ska vända sig för att få hjälp. God kvalitet förutsätter att vi på något sätt agerar på patientens begäran.

Varma hälsningar från
Styrgruppen Gynop.

Vintermötet februari 2013

Vintermötet 2013 avhölls en lite ruggig dag i Stockholm den 1 februari 2013. Nästan 200 personer hade strömmat till för att ta del av Södersjukhusets program. Efter en kort inledning av undertecknad så vidtog själva programmet. Professor Viveca Odling från Läkemedelsverket föreläste om "Får vi använda Cytotec vid förlossningsinduktion, eller?". Programpunkten initierades av den mediadebatt som pågick under 2012. Under hösten 2012 var det också ett seminarium på Läkaresällskapet runt användningen av Cytotec. Viveca berättade om skillnaden på registrerade läkemedel som är prövade enligt särskilda regler och de som används off label. Ganska många av våra läkemedel används off label vilket medför att läkemedelsförsäkringen inte gäller. Läkemedlet Cytotec är dock mycket väl utprövat (för de som vill titta, gå in på www.sls.se och se Kristina Gemzell Danielssons föreläsning) och det finns en god dokumentation runt användning av Cytotec. Det förfaringsätt man följt vid användningen av Cytotec på två stora sjukhus, SUS Malmö och Södersjukhuset, anses vara patientsäkert. Riktlinjer har redan tidigare efterfrågats, både ifrån Viveca och från professionen. SFOG svarade att riktlinjer är på väg att tas fram för användandet av Cytotec i förlossningsverksamheten. För de som vill läsa mer om Cytotec, gå in på SFOGs hemsida.

Nästa programpunkt var information om hur vi på Kvinnokliniken Södersjukhuset arbetar med kvinnor som är utsatta för våld. Stockholms läns landsting har tagit fram ett handlingsprogram som ska implementeras i alla verksamheter. Detta har dock gått trögt. Det finns kanske något inbyggt motstånd hos många av oss att faktiskt inse att var tjugonde kvinna



Viveca Odling, professor, Läkemedelsverket.

just nu lever i ett våldsutsatt förhållande? Lotti Helström höll i programpunkten med hjälp av Lisbeth Andersson, undersköterska vid avdelning 72 som har varit mycket delaktig vid införandet av handlingsprogrammet på Kvinnokliniken. För oss innebär det att det nu finns riktlinjer för varje avdelning hur man ska agera när man behöver hjälp då man tar hand om en kvinna som kan vara våldsutsatt. Vi har också rutiner för anmälan till Socialtjänsten. Både Lotti och Lisbet fick långa applåder av publiken för sitt inspirerande föredrag om en så svår situation som när vi upptäcker att en kvinna är våldsutsatt.

Efter detta var det paus och sedan presenterade några av Kvinnoklinikens duktiga doktorander sina forskningsprojekt. Lotti Helström var moderator.

Anna Möller, berättade om posttraumatiskt stressyndrom efter våldtäkt, att nästan 40% av kvinnorna vid en upp-



Lisbeth Andersson, undersköterska, avd 72.

följning 6 månader efter övergreppet utvecklat detta. De största riskfaktorerna för att utveckla posttraumatiskt stressyndrom var tidigare psykiatrisk sjuklighet, tidigare traumatisering och att ha utsatts för en gruppvåldtäkt. Så många som två tredjedelar av kvinnorna kom tillbaka och fullföljde den diagnostiska intervjun, vilket får ses som mycket bra.

Hanna Sahlin Ulfsdottir, barnmorska på Södersjukhuset, berättade om associationer mellan förlossningsutfall och kvinnans subjektiva förlossningsupplevelse. Att föda ett barn med låg Apgar (<7) vid 1 minut påverkade förlossningsupplevelsen påtagligt. Även ryggbedövning hörde ihop med rädsla och oro, vilket ju ofta är en anledning att använda epidural. Men epiduralen minskade alltså inte rädslan och oron när kvinnan skulle skatta sin förlossningsupplevelse efteråt. Att ha en lång latensfas påverkade förlossningsupplevelsen negativt, däremot inte att ha en



Hanna Sablin Ulfssdottir, barnmorska.

lång utdragen aktiv förlossning.

Gustaf Rejnö, berättade om ett påbörjat projekt om astma under graviditet, där man rekryterar patienter i tidig graviditet från mödravårdscentraler och följer dem under graviditet, förlossning och åren efter samt sedan också följer upp deras barn. Man räknar med att rekrytera 1000 kvinnor och har nu startat en pilotverksamhet vid Södersjukhusets mottagningar. Några resultat föreligger inte utan rekrytering pågår.

Sedan berättade Inga-Maj Andersson, barnmorska och utbildningsansvarig, om hur det är att vårda kvinnor som genomgår en sen abort, en intervjustudie av personal. Medarbetarna upplever det som svårt och använder olika strategier för att ge vård. Man använder både sitt professionella jag och sitt personliga jag för att ge kvinnorna ett gott bemötande och hantera de svåra situationer som kan uppkomma. Känslan av att göra ett viktigt arbete för kvinnorna överbyggade dock de obehagliga upplevelser och erfarenheter som personalen varit med om i samband med omvårdnad av kvinnor som genomgår sen abort.

Efter detta vidtog lunch och utställningsbesök. Vi hade många sponsorer som bidrog till Vintermötet och en hög

aktivitet runt utställarna.

På eftermiddagen blev det våra seniora forskare som berättade om sina projekt, Marie Bixo professor vid kliniken, var moderator.

Eva Wiberg Itzel talade om värksvaghet och att det är ett av våra största obstetriska problem. Hon berättade också att det kan finnas en dygnsvariation och att det kanske är bra att det är mörkt om natten. Marion Ek berättade om användning av nät vid framfallskirurgi, att patienterna i stor utsträckning blir anatomiskt väl korrigerade. I jämförelse med vanlig framfallskirurgi så är det ingen skillnad på patientens symtom eller upplevelser av vilken typ av operation man använder. Tyvärr är det så att det finns fler komplikationer med nät. Rekommendationen nu är att enbart använda nät i samband med förväntat mycket komplicerade operationer eller vid recidivoperationer.

Marie Bixo pratade om basal forskning av hur kvinnans hjärna påverkas av hormoner under graviditet. Hon visade preliminära resultat som kan tyda på att gravida kvinnor utvecklar tolerans mot Allopregnanolon, en metabolit till progesteron, som annars skulle ge påtaglig sedation i de nivåer som bildas under sen graviditet. Allopregnanolon är viktigt för utvecklingen av fostrets hjärna och toleransutvecklingen kan vara ett sätt för mamman att klara de höga nivåer som behövs.

Det sista passet under dagen handlade om det utvecklingsarbete som vi gör vid Kvinnokliniken. Margareta Johansson, disputerad barnmorska vid kliniken modererade och ställde frågor.

Malin Brunos och Sophia Grigoriou fick tillsammans med medarbetare på avdelning 72 Södersjukhusets kvalitetspris 2012 för sitt fina förbättringsarbete på gynakuten. Detta var ett arbete i förbättrings cyklens anda, det vill säga man prövar att ändra lite grann, prövar igen och ser vad som blir bättre. Det vinnande konceptet blev att samtliga patienter får en tid när de kommer till akuten, det finns också möjlighet till bokad tid på mottagningen en dag senare för de pati-



Marie Bixo, professor.

enter som ringer via Vårdguiden. Man ändrade helt arbetssätt så till vida att läkare och undersköterska hela tiden arbetar tillsammans. Med detta klarar Kvinnokliniken landstingets högt uppsatta mål när det gäller väntetider på akuten.

Lotta Luthander berättade om ett projekt på Kvinnokliniken där man tränar kommunikation i teamet runt den akuta sjuka gravida, födande eller nyförlösta mamman, detta för att rutiner, larmrutiner, förberedelser och omhändertagande ska bli optimalt. Hittills har alla medarbetare på BB-avdelningarna, antenatalen och Södra BB samt stora delar av förlossningspersonalen tränat tillsammans med team från narkosen, vilket gör att säkerheten vid dessa inte helt ovanliga situationer blir större.

Dagen avslutades med att Ulla Björklund beskrev ett projekt som Stockholms läns landsting driver med Ulla som projektledare runt samverkan och riktlinjer kring den psykiskt sjuka mamman och hennes barn. Projektet involverar hela vårdkedjan från psykiatri till mödrahälsovård, förlossningsvård, neonatalvård, barnhälsovård och barn och ungdomspsykiatri. Farmakologin får ett stort utrymme, både kunskapsbasen och riktlinjerna. Projektet räknar med att

kunna lämna en slutrapport under våren.

Ett stort tack till alla som genomförde Vintermötet på ett strålande sätt. Det fanns många bakom kulisserna som höll i trådarna, allt ifrån att mat och kaffe serverades när det så skulle till att lokaler, teknik och utställning fungerade. Vi från Södersjukhuset hade jätteroligt och känner oss nöjda med dagen. Vi hoppas att ni som var på Vintermötet också hade en bra dag. Nu lämnar vi över stafettpippen till Danderyds sjukhus som arrangerar nästa vintermöte den 8e februari, 2014.

Margareta Hammarström ■



Marion Ek, specialistläkare i gynekologi och obstetrik.



Margareta Hammarström, verksamhetschef, KK, SÖS.

Håll dig uppdaterad inom ultraljudsområdet på ett trevligt vis – bli medlem i Ultra-ARG!



Vi träffas ca tre gånger per år, runt 25 deltagare åt gången, för att diskutera aktuella frågor som berör såväl gynekologisk som obstetrisk ultraljud. Ett axplock: Endometriosis, diagnostik av bäckenresistenser/cystor/cancer, våra utbildningar, ultraljudssimulator, genetiska ultraljudsmarkörer, KUB/fosterdiagnostik, cervixscreening, tvillingtransfusionssyndrom. Vi har nyligen arbetat fram nationella rekommendationer för fetometri och arbetar nu med nationella riktlinjer för genetiska ultraljudsmarkörer. Vi hoppas kunna starta och medverka i fler SFOG riktlinjearbeten, bl.a. fosterdiagnostik och non invasive prenatal testing (med etik-ARG/tvär-ARG). Två ARG-rapporter är under revision och blir färdiga i år respektive nästa år.

Vi är således en aktiv förening men som medlem väljer du själv aktivitetsnivå och hur mycket du kan medverka. Du kan vara passiv medlem för att få utskick, men vi vore extra glada om vi fick träffa dig på våra möten för att få dina synpunkter också. Du är värdefull för oss och välkomnar framför allt dig som är i början av din karriär och är intresserad av gynekologi eller obstetrik som berör ultraljudsverksamhet!

Välkomna

Jesper Agrell

sekreterare Ultra-ARG

Stiftelsens halvårsrapport

Stiftelsens styrelse förvaltar ”Stiftelsen för utbildning och utveckling inom Obstetrik och Gynekologi” samt ”Stiftelsen för utbildning och forskning inom ämnesområdet de kvinnliga och manliga övergångsåren.

Sedan SFOG-veckan 2012 har stipendier utdelats till

FERT-ARG 3400:-

MM-ARG 8500:-

Endokrin-ARG 2630:- plus 30400:-

Perinatal-ARG, preeklampsi 35776:-

Perinatal-ARG 2400:-

TON-ARG 3800:-

Endometriosis-ARG 23 657:-

MHÖL-gruppen 1369:-

TVÄR-ARG och ETIK-ARG 6000:-

ETIK-ARG 5842:-

Våra sponsorer för detta verksamhetsår är

- **Astellas**

- **Bayer**

- **Erol**

Prioriterade områden för utdelning är färdigställande av ARG-rapporter, gemensamma möten med 2-3 AR-grupper och inbjudan av experter vid arbete med ARG-rapporter/liknande.

Stiftelsen stödjer inte forskningsprojekt, lön, arvode eller aktiviteter som redan ägt rum.

Stipendier tilldelas medlemmar i SFOG löpande under året vid gott finansiellt läge och för rimliga internat- och resekostnader.

Anvisningar för ansökan och mer information finns på hemsidan http://www.stiftelsen.org/KK_Stiftelsen/Valkommen.html

Hälsningar

Ordförande *Raymond Lenrick*

raymond.lenrick@lj.se

OGU:s ST-dagar 2013

Östersund 15-16:e April
Gamla Teatern

*Tema: Interkurrent sjukdom
under graviditet*



Program

Måndag	Ämne	Föreläsare
8.30-9	Registrering	
9-9.30	Välkommen	OGU-ordf
9.30-10.30	Graviditesfysiologi	Lisa Lundström
10.30-11	Fika	
11-12	Mödramortalitet	Lisa Paren
12-13	Lunch	
13-14	OGU-tid, Ge kniven vidare	
14-15	ARG-möte	
15-15.30	Fika	
15.30-17	Hjärtsjukdom	Maria Sennström
Tisdag		
8.30-9.30	Reumatiska Sjd	Torgny Smedby
9.30-10.30	Neurologi	Karin Pettersson
10.30-11	Fika	
11-11.45	Årsmöte OGU	
11.45-12.45	Lunch	
12.45-13.45	Njursjukdomar	Gunilla Ajne
13.45 -14.45	Endokrina Sjd	Inger Sundström Poromaa
14.45-15.15	Fika	
15.15-16.15	Övervikt, GBP	Rebecka Kaplan Sturk
16.15-16.30	Kunskapstest/Utvärdering/Avslutning	

Läs mer på www.ogu.se - Välkommen!



OGUs ordförande informerar

Hallå kära medlemmar!

JA, våren är här! Allt blir lite lättare på något sätt. Inte bara kläderna utan hela sinnesstämningen. Fast det är klart det underlättar att slippa dra på och av overaller på barnen i tid och otid. Har ni tänkt på att folk även blir lite snyggare på våren. Alla ser lite coolare ut, kanske är det ljuset, hyn och solglasögonen. Vi i OGU hoppas på att få stå lite i glansen i vår. För vi har jobbat hårt. Ni förstår säkert varför. Kampanjen "Ge kniven vidare" har kommit i gång på allvar. Det är roligt och energigivande att få arbeta med detta projekt. Vi har i princip haft daglig mailkorrespondens med varandra i OGU och med de andra ST-läkarföreningarna. Det har kommit många kreativa och konstruktiva förslag från alla håll och kanter. Det märks att detta är viktigt! Vi i styrelsen har mottagit lovord från många håll och det gläder oss. Vi vill ju arbeta med något som förbättrar allas vår vardag.

Vad har hänt sen senast:

- Vi har färdigställt en projektplan
- Vi har träffat representanter från de andra ST-läkarföreningarna.
- Vi har arbetat fram ett manuskript och snart en färdig PowerPoint presentation, vilka vi kommer dela ut till ansvariga lokala representanter
- Vi har arbetat med rekrytering av lokala representanter
- Vi har skickat ut en enkät, för att kunna ha ett startläge samt för att senare kunna utvärdera kampanjen, till ST-läkare och instruktörer
- Vi har gjort en lathund som kommer

- tryckas och lamineras i fickformat
- Vi har skrivit abstract och gjort en poster till Surgicon kongressen i kirurgisk träning, som går av stapeln i Göteborg i juni
- Vi har kontaktat media och fått till en artikel i Dagens Medicin och snart kommer en artikel i Moderna Läkare
- Vi har informerat verksamhetschefer på verksamhetsmötet

Planen är nu att vi drar igång i samband med OGU-dagarna i Östersund. Där kommer vi att informera ST-läkarna om kampanjen och dela ut befintligt material. Utvärderingen kommer sedan att ske om ett år och presenteras vid OGU Dagarna på NÄL.

OGU har även med kort varsel lyckats hjälpa ett par ST-läkare med ansökan av medel från NFOG fund för att kunna åka på kortare och längre utbyten. Reseberättelser kommer att presenteras i senare nummer av Medlemsbladet. I NFOG diskuteras behovet av en harmonisering av ST-utbildningarna i Norden.

Vi är också väldigt stolta över att många av de ämnen vi lade som förslag till SFOG-veckan kommer att presenteras på olika sätt. OGU kommer själva finnas på plats med en egen monter nära SFOGs monter. Vi hoppas på många besökare! Vi kommer även hålla i ett symposium om tonårsgynekologi med Lena Marions i spetsen. OGU har även lyckats få till en vulvakurs under SFOG-veckan. Det kommer vara som en ST-kurs som genererar intyg. Detta är något vi ser som en god lösning på problemet med bristande kursplatser. På tisdagen har vi

OGU-kväll då ST-läkarna i Sundsvall står för programmet. Vi kommer inte bli besvikna.

Det har varit en del diskussioner kring utbildningen av barnmorskor inom ultraljudsdiagnostik för att de ska kunna undersöka kvinnor som söker abort. Vi i OGU har inget emot ett ökat teamarbete i abortverksamheten. Vi tycker dock det hade varit önskvärt med en mer strukturerad ultraljudsutbildning även för ST-läkare i tidigt stadium. Ofta blir man placerad på abortmottagning tidigt i sin ST och utan någon ultraljudsutbildning. Abortverksamheten är ett viktigt utbildningsmoment för ST-läkare. Vi tror att det finns utrymme för både barnmorskor och ST-läkare att dela på arbetsuppgiften. Det viktiga är att barnmorskorna kan rådfråga någon med högre kompetens vid behov. Det betyder att ST-läkarna inte kan ha lägre kompetenskrav på sig avseende ultraljudsdiagnostiken.

Snart smäller det! OGU-dagarna i Östersund går av stapeln 15-16/4. Jag hoppas verkligen vi ses där! Det kommer bli intressanta föreläsningar men också bringas möjlighet att knyta kontakt med flera AR-grupper. Det bästa av allt är att vi alla kommer kunna ses, prata och ge varandra tips på goda exempel från våra hemmakliniker.

Sköt om er till dess!

Er Ordförande
Malin Sundler
ST-läkare, Kvinnokliniken
Skånes Universitetssjukhus, Malmö

Ge kniven vidare

Lathund handledare

- **Preop**
 - Vilka förkunskaper har ST-läkaren?
 - Vilka inlärningsmoment finns under operationen?
 - Har jag avsatt tid för handledning?
 - Vilken instruktörsroll ska jag ha?
 - Visa
 - Handleda
 - Assistera
- **Samtal med ST**
 - Kort genomgång av förberedelser.
 - Plan för ingreppet och alternativa ingrepp.
 - Vem är huvudoperatör?
 - Vem gör vilka delmoment?
 - Riskmoment? Hur hanterar vi dem?
 - Vilka farhågor har ST-läkaren och vilka har jag?
- **Postop**
 - Följde vi planeringen? Om inte, varför?
 - Hur fungerade handledningen?
 - Vilka färdigheter ska ST-läkaren träna på?
 - Har jag givit och mottagit feedback?
 - Vad lärde jag mig?



Ge kniven vidare

Lathund ST-läkare

- **Preop**
 - Kan jag patienten?
 - Är indikationen korrekt?
 - Finns etiska frågeställningar att ta hänsyn till?
 - Är patienten optimerad för ingreppet?
 - Har jag kunskap om ingreppet som ska utföras?
 - Vilka kritiska moment finns?
 - Vad vill jag lära mig?
 - Behöver jag backup och i så fall av vem?
- **Samtal med handledare**
 - Kort genomgång av förberedelserna enligt ovan.
 - Lägg upp en plan för ingreppet. Alternativa ingrepp?
 - Vem är huvudoperatör?
 - Vilka delmoment gör jag?
 - Förväntade svårigheter? Hur gör vi då?
 - Vad ska jag lära mig?
- **Postop**
 - Följde vi planeringen? Om inte, varför?
 - Vad lärde jag mig?
 - Vad kan jag förbättra inför nästa operation?
 - Vad gjorde jag bra?
 - Hur fungerade handledningen?



Nytt år – nytt OGU-pris!

OGU-priset är instiftat för att uppmärksamma de som inom ramen för vår specialitet och framför allt vår ST-utbildning uppmuntrar, underlättar och främjar utbildningen av ST-läkare och vikarierande underläkare. Förra året prisades Gisela Gosh av OGU för sitt arbete med ST-utbildningen i Malmö. Nu vill vi ha nomineringar till 2013 års pris.

Skicka ditt förslag inklusive några raders motivering till: malin.a.sundler@skane.se **senast den 1 maj.**

Hög prevalens av preeklampsi i Kilimanjaro – ett problem att uppmärksamma

Sammanfattning

Preeklampsi definieras som graviditetsrelaterad hypertoni med proteinuri efter gestationsvecka 20. Preeklampsi är en viktig orsak till maternell och neonatal mortalitet och morbiditet i låginkomstländer.

Prevalensen av preeklampsi vid Kilimanjaro Christian Medical Centre, Tanzania uppgick till 6,2%, vilket kan jämföras med den svenska prevalensen på 1,5%.

Korrekt blodtrycksmätning och detektion av proteinuri med hjälp av urinstickor är en enkel och effektiv metod för att tidigt upptäcka tillståndet och möjliggöra adekvat handläggning.

Summary

Preeclampsia is a pregnancy-specific condition with hypertension and proteinuria after 20 gestational weeks. Preeclampsia is an important cause of maternal and neonatal mortality and morbidity in developing countries. A hospital based prevalence study was performed at Kilimanjaro Christian Medical Centre (KCMC), Tanzania, in the spring of 2011. According to this study the prevalence of preeclampsia at KCMC is 6,2%, whilst the prevalence in Sweden is 1,5%. Accurate blood pressure measurement and urine dipstick testing for proteinuria is a simple and effective method to diagnose the condition and enables proper management.

Introduktion

Preeklampsi och dess komplikationer är

Maria Ståhlberg, Medicine kandidat, T11, Karolinska Institutet, Stockholm

Isabelle Magnusson, Medicine kandidat, T11, Karolinska Institutet, Stockholm

Katarina Bremme, docent, Kvinnors och barns hälsa, Karolinska Institutet och Kvinnokliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

Sophie Graner, spec läk obst/gyn, PhD, Kvinnors och barns hälsa, Karolinska Institutet och Kvinnokliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm
E-mail till huvudförfattarna
magnusson.stahlberg@gmail.com

en viktig orsak till maternell mortalitet och morbiditet i hela världen. År 2002 diagnostiserades totalt över fyra miljoner kvinnor med preeklampsi och 63.000 av dessa avled till följd av sjukdomens komplikationer. I låginkomstländer råder en fjortonfaldigt ökad risk att dö av eklampsi jämfört med i höginkomstländer (1), där incidensen har sjunkit markant, delvis tack vare utbyggd mödrahälsovård (2).

Preeklampsi är ett graviditetsspecifikt tillstånd som innebär nytillkommen hypertoni och proteinuri efter gestationsvecka 20 (3). Vid en diagnostiserad hypertoni redan före graviditeten krävs en blodtrycksstegring på $\geq 30/15$ mmHg under graviditeten samt nytillkommen eller förvärrad befintlig proteinuri för



diagnos (4). Orsaken till preeklampsi är fortfarande ej helt klarlagd trots intensiv forskning, vilket bidragit till att sjukdomen fått pseudonymen "the disease of theories". Den rådande hypotesen om den patofysiologiska mekanismen innebär ett komplext samspel mellan genetisk predisposition, immunologisk maladaptation samt predisponerande faktorer (5). Flera riskfaktorer till preeklampsi har identifierats såsom hereditet, förstagångsgravitet, kronisk hypertoni, högt BMI, hög maternell ålder och etnicitet (6).

I de flesta fall är gravida kvinnor med preeklampsi asymptomatiska och upptäcks vid rutinkontroll (5). Hos patienter som uppvisar symptom kan syndefekt, epigastrialgi, illamående och huvudvärk förekomma. Preeklampsi kan leda till svåra komplikationer för både modern och barnet. Fruktade komplikationer hos modern är stroke, leverruptur, njursvikt, HELLP-syndrom och eklampsi (7). Barnet riskerar att drabbas av hypoxiska hjärnskador, prematur födsel, intra-

uterin tillväxthämning och död. Den enda botande behandlingen mot preeklampsi är förlossning. All övrig behandling syftar till att vara symptomatisk samt preventiv (4).

En hög prevalens av preeklampsi i Afrika har bekräftats i tidigare studier (8, 9). Vid en grundlig genomgång av publicerad vetenskaplig data har ett mycket begränsat material funnits angående prevalensen av preeklampsi i Tanzania.

Metod

En sjukhusbaserad tvärsnittsstudie genomfördes på Kilimanjaro Christian Medical Centre, (KCMC) under fyra veckor våren 2011. KCMC är ett av Tanzanias fyra ledande sjukhus (10) och drivs i privat regi (11). Sjukhuset har idag ett upptagningsområde på ungefär elva miljoner invånare i norra delen av landet (12). Antenatalkliniken har i genomsnitt 70 besökare per vecka och kvinnorna rekommenderas att besöka kliniken fyra gånger under graviditeten (13).

Punktprevalens, symptom och riskfaktorer för preeklampsi undersöktes i studien. Inklusionskriterier var gravid kvinna från och med gestationsvecka 20 och besök för rutinkontroll vid antenatalkliniken på KCMC. Exklusionskriterierna innefattade gravid kvinna före gestationsvecka 20, avböjt deltagande eller bokade läkarbesök vid antenatalkliniken på grund av någon form av gravi-

ditetsrelaterade besvär, såsom diagnostiserad hypertoni eller preeklampsi.

Samtliga 205 gravida kvinnor som uppfyllde inklusionskriterierna och besökte antenatalkliniken under studieperioden tillfrågades om att delta. Bortfallet uppgick till tolv kvinnor, motsvarande 5,9%. Patienternas längd, vikt och blodtryck registrerades. Ett urinprov lämnades för detektion av proteinuri med hjälp av urinstickan Albustix.

Efter en genomgång av ett flertal erkända internationella riktlinjer sattes definitionen för preeklampsi i denna studie till diastoliskt blodtryck ≥ 90 mmHg och proteinuri $\geq 1+$ (0,3g/l) (14-16).

Statistiska beräkningar gjordes i SAS® System 9.1, SAS® Institute Inc. samt Statistica 10.0. Odds ratio beräknades för samtliga riskfaktorer i univariata analyser. Ett χ^2 -test genomfördes för hypotesprövning av kategoriska variabler, där $p < 0,05$ betraktades som statistiskt signifikant. Om förutsättningarna för χ^2 -test inte var uppfyllda utfördes analyserna med exakta metoder.

Etiskt tillstånd

Ett etiskt tillstånd erhöles enligt lokala riktlinjer på KCMC. Studien utfördes som ett examensarbete på läkarprogrammet vid Karolinska Institutet.

Resultat

Studiepopulationen uppgick till 193 gravida kvinnor i åldern 15-45 år, med en

medelålder på 29 år. Karaktäristika för de deltagande kvinnorna presenteras i Tabell I. Enligt definitionen diastoliskt blodtryck ≥ 90 mmHg och proteinuri $\geq 1+$ (0,3g/l) diagnostiserades tolv kvinnor med preeklampsi, vilket ger en punktprevalens på 6,2%. På KCMC används definitionen $> 140/90$ mmHg och proteinuri $\geq 2+$. Sju kvinnor uppfyllde dessa kriterier, vilket resulterade i en punktprevalens på 3,6%.

De vanligast förekommande riskfaktorerna hos gravida kvinnor med preeklampsi var BMI ≥ 30 kg/m² och nulliparitet. Vikt registrerades vid studietillfället då ingen vikt före graviditet fanns att tillgå. Vid statistisk analys utföll kronisk hypertoni och BMI ≥ 30 kg/m² statistiskt signifikanta, med p-värden på 0,007 respektive 0,048. Kronisk hypertoni som diagnostiserats innan konception gav en 39 gånger ökad risk att insjukna i preeklampsi. En nästan sjufaldigt ökad risk att insjukna i preeklampsi sågs i gruppen med BMI ≥ 30 kg/m² jämfört med BMI < 25 kg/m². Samtliga univariata analyser åskådliggörs i Tabell II. Symptom som rapporterades i högre frekvens hos kvinnor med preeklampsi jämfört med friska individer var huvudvärk, yrsel/illamående och syndefekt. Epigastrialgi var vanligare hos kvinnor utan preeklampsi, enligt Tabell III.

Tabell I. Karakteristika för studiepopulationen

Variabel	Intervall	N (%)	Totalt n	Ej PE n PE (%)	(%)
Ålder (år)	15-19	5 (2)	0 (0)	5 (3)	
	20-29	94 (49)	5 (42)	89 (49)	
	30-45	94 (49)	7 (58)	87 (48)	
Gestationsålder (vecka)	$\leq 36+6$	154 (80)	6 (50)	148 (82)	
	$37+0-41+6$	39 (20)	6 (50)	33 (18)	
	≥ 42	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Paritet (antal)	0	57 (30)	5 (42)	52 (29)	
	1-2	97 (50)	6 (50)	91 (50)	
	≥ 3	39 (20)	1 (8)	38 (21)	

Tabell II. Univariata analyser av riskfaktorer

Variabel	Intervall	N (%)	Totalt n (%)	ej PE n (%)	PE	Odds ratio	p-värde
Paritet	0	57 (30)	52 (29)	5 (42)	1,9	0,3	
	≥ 1	136 (70)	129 (71)	7 (58)	Ref	Ref	
BMI^{1,2}	<25	38 (20)	28 (21)	0 (0)	Ref	Ref	
	25-<30	77 (40)	74 (41)	3 (25)	1,9	0,59	
	≥30	78 (40)	69 (38)	9 (75)	6,7	0,048	
Kroniska sjukdomar¹	nej	191 (99)	179 (99)	12 (100)	Ref	Ref	
	Ja	2 (1)	2 (1)	0 (0)	6,3	1	
Diabetes¹	nej	189 (98)	177 (98)	12 (100)	Ref	Ref	
	Ja	4 (2)	4 (2)	0 (0)	2,9	1	
Ålder	<35	158 (82)	150 (83)	8 (67)	Ref	Ref	
	≥ 35	35 (18)	31 (17)	4 (33)	2,3	0,19	
	<40	190 (98)	179 (99)	11 (92)	Ref	Ref	
	≥40	3 (2)	2 (1)	1 (8)	7,9*	0,35	
Kronisk hypertoni^{1,3}	nej	191 (99)	181 (100)	10 (83)	Ref	Ref	
	Ja	2 (1)	0 (0)	2 (17)	39,2	0,007	
Hereditet⁴	nej	184 (95)	173 (96)	11 (92)	Ref	Ref	
	Ja	9 (5)	8 (4)	1 (8)	2	0,54	
Tidigare PE	nej	193 (100)	181 (100)	12 (100)	Ref	Ref	
	Ja	0 (0)	0 (0)	0 (0)			

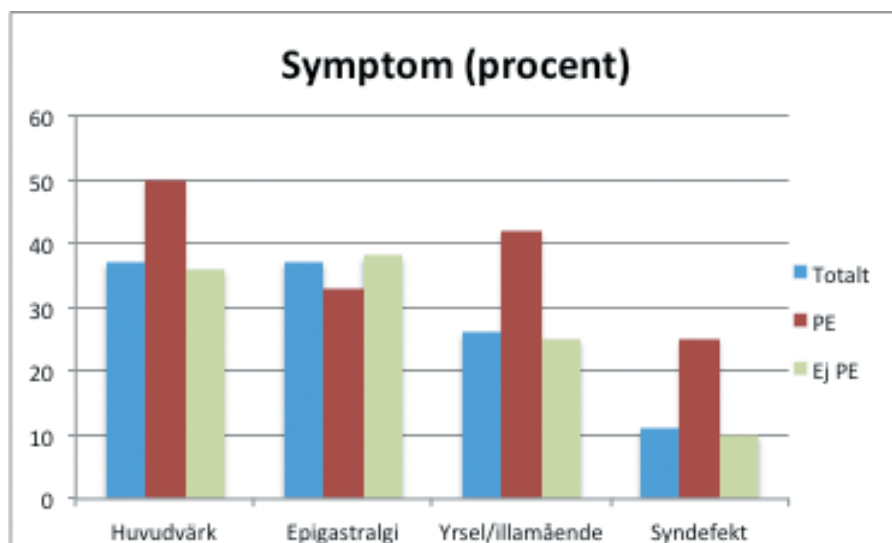
1 Exakta Odds ratio och p-värden.

2 Ej korrigerat för gestationslängd.

3 Kronisk hypertoni som diagnostiserats innan graviditet.

4 Med hereditet avses tidigare preeklampsi hos kvinnans moder, syster eller dotter.

Diagram I. Preeklampsi-relaterade symptom



Huvudvärk, yrsel/illamående och syndefekt var mer frekvent förekommande hos kvinnor med preeklampsi än hos dem utan.

Diskussion

Punktprevalensen av preeklampsi på KCMC uppgick till 6,2 %. Det faktum att preeklampsi är en frekvent förekommande sjukdom i afrikanska länder styrks av vår studie, liksom andra tidigare genomförda studier i Afrika, (11 % på Zanzibar (8) och 11,5 % i Sydafrika (9)). Detta kan jämföras med den svenska prevalensen på 1,5 % (17).

Skillnaden mellan den genomförda studien och tidigare studier i liknande kontexter kan förklaras av flera olika faktorer. Studien genomfördes vid ett av Tanzanias ledande sjukhus och av logistiska skäl var det endast möjligt att inkludera kvinnor som var bosatta i sjukhusets närhet. Kvinnor med redan diagnostiserad preeklampsi, känd kronisk sjukdom eller svåra graviditetsrelaterade besvär gick av praktiska skäl inte att inkludera eftersom de ej besökte barnmorskor för rutinkontroll, utan besökte läkare direkt. Detta bidrar till ett selekterat material. Det mest troliga är att prevalensen hade varit betydligt högre om dessa omständigheter inte förekommit.

Omnämmanden

Författarna vill tacka Dr Gileard Masenga, MD, MMED, överläkare gynekologi och obstetrik, Kilimanjaro Christian Medical Centre, Tanzania, som har möjliggjort studien vid KCMC och förmedlat kontakter med antenatalkliniken. De vill även tacka Bodil Torkelssons stiftelse för stipendium som gjort det möjligt att finansiera projektet.

Referenser

1. Ridge AL, Bero LA, Hill SR. Identifying barriers to the availability and use of Magnesium Sulphate Injection in resource poor countries: a case study in Zambia. *BMC Health Serv Res.* 10. England2010. p. 340.
2. Kidanto HL, Mogren I, Massawe SN, Lindmark G, Nystrom L. Criteria-based audit on management of eclampsia patients at a tertiary hospital in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth.* 9. England2009. p. 13.
3. Steegers EA, von Dadelszen P, Duvekot JJ, Pijnenborg R. Pre-eclampsia. *Lancet.* 376. England: 2010 Elsevier Ltd; 2010. p. 631-44.
4. Gidlof S, Nisell H. [Pre-eclampsia]. *Lakartidningen.* 2010 Dec 22;107(51- 52):3288-92. PubMed PMID: 21294352. Epub 2011/02/08. Preeklampsi. swe.

Det finns inte någon internationellt accepterad definition för preeklampsi. Definitionen som valdes till den här studien är istället baserad på flera erkända riktlinjer. Ett flertal rekommenderar dygnsurinsamling och upprepade blodtrycksmätningar för en säkrare diagnos, vilket inte var möjligt att genomföra i denna studie. Som tidigare nämnts används en annan definition på KCMC än vad denna studie baseras på och resulterar i en lägre punktprevalens av preeklampsi. Följden av detta innebär en risk att färre kvinnor upptäcks tidigt under sjukdomens förlopp.

Ett statistiskt signifikant samband mellan kronisk hypertoni (OR 39.2, p 0.007), respektive BMI ≥ 30 (OR 6.7, p 0.048) och preeklampsi kunde identifieras i studien. Resultaten bör tolkas med försiktighet på grund av en begränsad studiepopulation, men bekräftar ändå vad som visats i tidigare mer omfattande studier (18, 19).

Preeklampsiassocierade symptom såsom huvudvärk, syndefekt och yrsel/illamående sågs i större utsträckning hos

kvinnor med preeklampsi. Däremot är de ospecifika och förekom i hög frekvens även hos friska kvinnor. Trots detta är symptomen viktiga att efterfråga för att kunna värdera svårighetsgraden av kvinnans tillstånd, vilket har betydelse för fortsatt handläggning.

Vid genomförandet av studien observerades brister i material och teknik för blodtrycksmätning. Urinstickor togs inte rutinmässigt vid kontroll, utan endast vid förhöjda blodtryck vilket gjorde att korrekt blodtrycksmätning fick en ännu större betydelse. En annan viktig aspekt att ta hänsyn till är att blodtryck före graviditetsvecka 20 ej fanns att tillgå hos majoriteten av kvinnorna och det var därför inte möjligt att följa ett förlopp.

Den förhållandevis höga prevalensen motiverar att mer fokus bör läggas på preeklampsi i denna kontext. Genom utbildning för korrekt blodtrycksmätning, vidare indikationer för mätning av proteinuri och en revidering av den rådande definitionen av preeklampsi skulle fler patienter upptäckas och kunna handläggas i ett tidigare skede.

5. Hagberg H, Marsal K, Westergren K. *Obstetrik.* 4 ed. Lund: Studentlitteratur; 2008.
6. Grunewald C, Hjertberg R, Kublickiene K. [Pre-eclampsia. A multi-organ disease which occurs in many pregnancies]. *Lakartidningen.* 2006 Aug 9-22;103(32-33):2296-300. PubMed PMID: 16955576. Epub 2006/09/08. Preeklampsi. Multiorgansjukdom som drabbar många gravida. swe.
7. Magee L, Helewa M, Moutquin J, Dadelszen von P. Diagnosis, Evaluation, and Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada.* 2008;30(3).
8. Tufton N, Patel RR. Prevalence of hypertensive disorders in a prenatal clinic in Zanzibar. *Int J Gynaecol Obstet.* 112. Ireland2011. p. 69-70.
9. Immink A, Scherjon S, Wolterbeek R, Steyn DW. Seasonal influence on the admittance of pre-eclampsia patients in Tygerberg Hospital. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 87. Denmark2008. p. 36-42.
10. Welfare TmoHaS. *Health Services in Tanzania: The Ministry of Health and Social Welfare;* 2005. Available from: <http://www.moh.go.tz/health%20services.php>.
11. Larsen U, Masenga G, Mlay J. Infertility in a community

- Tanzania. *East Afr Med J*. 2006 Jan;83(1):10-7. PubMed PMID: 16642745. Epub 2006/04/29. eng.
12. Kilimanjaro Christian Medical Centre: Kilimanjaro Christian Medical Centre; [updated Mar 2011]. Available from: <http://www.kcmc.ac.tz>.
 13. Magnusson I, Ståhlberg M, Institutet K. Intervju med Dr. Masenga. In: Gileard Masenga KCMC, editor. Moshi2011.
 14. ACOG practice bulletin. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. Number 33, January 2002. *Obstet Gynecol*. 2002 Jan;99(1):159-67. PubMed PMID: 16175681. Epub 2005/09/24. eng.
 15. Lowe S, Brown M, Dekker G, Gatt S, McLintock C, McMahon L, et al. Guidelines for the management of hypertensive disorders of pregnancy 2008 2008. Available from: http://www.somanz.org/pdfs/somanz_guidelines_2008.pdf.
 16. Milne F, Redman C, Walker J, Baker P, Bradley J, Cooper C, et al. The preeclampsia community guideline (PRECOG): how to screen for and detect onset of preeclampsia in the community. *BMJ*. 2005 Mar 12;330(7491):576-80. PubMed PMID: 15760998. Pubmed Central PMCID: 554032. Epub 2005/03/12. eng.
 17. Bezerra PC, Leao MD, Queiroz JW, Melo EM, Pereira FV, Nobrega MH, et al. Family history of hypertension as an important risk factor for the development of severe preeclampsia. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010 May;89(5):612-7. PubMed PMID: 20423274. Epub 2010/04/29. eng.
 18. Duckitt K, Harrington D. Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies. *BMJ*. 330. England2005. p. 565.
 19. Sibai BM, Lindheimer M, Hauth J, Caritis S, VanDorsten P, Klebanoff M, et al. Risk factors for preeclampsia, abruptio placentae, and adverse neonatal outcomes among women with chronic hypertension. National Institute of Child Health and Human Development Network of Maternal-Fetal Medicine Units. *N Engl J Med*. 1998 Sep 3;339(10):667-71. PubMed PMID: 9725924. Epub 1998/09/03. eng.
-

Kvinnokliniken vid Universitetssjukhuset i Örebro inbjuder till ABC-kurs i gynekologi och obstetrik

- Kursledning:** Lena Wijk, Hanna Östling, Torbjörn Södergren
- Kurstid:** Måndag 23 september - onsdag 25 september 2013
- Kursort:** Kvinnokliniken, Örebro universitetssjukhus
- Avsedd för:** ST-läkare med högst 1 års tjänstgöring inom gynekologi - obstetrik.
- Program:** Grundläggande kunskap med tonvikt på akuta och/eller vanliga tillstånd inom gynekologi och obstetrik. Patientsäkerhet. Stor vikt läggs vid falldiskussioner och praktiska övningar.
- Examination:** Deltagande i praktiska moment och skriftlig examination krävs för godkänd kurs.
- Mål:** Efter genomgången kurs ska deltagarna ha god kännedom om i första hand akuta gynekologiska och obstetriska tillstånd som en grund för att förbereda och utveckla lärandet vid självständigt jourarbete.
- ST-mål:** Delar av mål 1-3, 6, 11.
- Kursavgift:** 4 500 SEK exklusive moms.
- Information och anmälningssformulär:** www.orebroll.se/uso/utbildning/abckurs2013
- Sista anmälningssdag:** 21 augusti 2013
- Kontaktperson:** Ewa Nyström, Universitetssjukhuset Örebro
E-post: ewa.nystrom@orebroll.se

The South Swedish Society of Gynecologists
&
The Dept of Obstetrics & Gynecology, Skåne University Hospital
invite to

PROS & CONS CONFERENCE ON FETAL SURVEILLANCE IN LABOR

Scientific Evidence for the use of Fetal Scalp Blood Sampling (FBS)
and ST Segment Analysis of the Fetal ECG (STAN)

Friday 13 September 2013 at
Skåne University Hospital, Malmö, Jan Waldenströms gata 47

Program 10.30-17.30

How to interpret statistics?

10.30-12.00 Moderator: *Lil Valentin*, Malmö

Eenie, meenie, minie, mo ... What do the data really show?

Lil Valentin, Malmö

Outcome parameters in perinatal medicine – can data be compared?

Kjell Salvesen, Lund

Risk of bias in trials and systematic reviews

Britta Tendal, Copenhagen

12.00-13.00 LUNCH

Scientific and clinical evidence for the use of fetal scalp blood sampling (FBS) in labor

13.00-15.00 Moderators: *Jens Langhoff-Roos* (Copenhagen), *Andreas Herbst* (Malmö-Lund)

PROS *Tom Weber*, Copenhagen

Jan Stener Jörgensen, Odense

CONS *Edwin Chandraharan*, London

Nana Wiberg, Lund

COFFEE

Scientific and clinical evidence for the use of fetal ECG ST segment analysis (STAN) in labor

15.30-17.30 Moderators: *Jens Langhoff-Roos* (Copenhagen), *Kjell Salvesen* (Lund)

PROS *Gerald Visser*, Utrecht

Jörg Kessler, Bergen

CONS *Lone Hvidman*, Aarhus

Philip Steer, London

Sponsors: Sydsvenska Gynekologsällskapets Vidareutbildningsfond
Dept. of Obstetrics and Gynecology, Malmö-Lund

Participation is free of charge.
Information and registration on
www.skane.se/proscons
Deadline 23 August 2013.



**Följ med på
Sveriges Privatgynekologers
utbildningsresa
till**

**Franska Rivieran
Nice/Antibes – Juan les Pins
2-6 oktober 2013**

Årets konferens innehåller såväl intressanta föreläsningar som inspirerande möten med kollegor och mycket mer. Huvudtema för konferensen är "Etik" och "Senaste rönen kring HPV". Detaljerat program presenteras på hemsidan under våren.

Sista anmälningsdag är den 31 maj.

Mer information om resan och anmälan hittar du på <http://eventregistrering.se/spg2013>.

Välkommen hälsar

Styrelsen:

Gunnar Möllerström, Agneta Möller, Catharina Lyckeborg

Resegruppen:

Sara Sundén-Cullberg, Agneta Möller, Boel Larsson-Bahr

Sahlgrenska University Hospital invites you to:

CTG Master Class

13–14 June at SU Mölndal

Conducted by the Intra Partum Fetal Monitoring Group
from St George's Hospital, London University.

The program includes:

- Fetal heart rate control and pathophysiology
- Deeper understanding of intrapartum hypoxia and the wider clinical picture
- Interactive review of cases

Faculty:

Edwin Chadraharan
Austin Ugwumadu
Virginia Lowe
Annika Mårtendal
Håkan Norén

Venue: Mölndal Hospital

Two day course fee: 1475 SEK (incl. VAT, luncheon and coffee).

Book your participation with: gunilla.stenberg@vgregion.se
Places available on 'first come first serve' basis.

For more information about the program contact:
hakan.noren@vgregion.se

The CTG Master Class will give you a deeper understanding of CTG and CTG interpretation and offers an incomparable opportunity to assess and interpret a wide range of real life obstetric emergencies. This highly esteemed course is run by the team at St George's several times a year and is always fully booked. This is the first time the course is available in Scandinavia.

The Master Class is sponsored by Neoventa Medical



Gustavsbergs akademiska vårdcentral
söker
Öppenvårdsgynekolog
för vårdval
Hel- eller deltid

Vill du arbeta i en trevlig miljö tillsammans med distriktsläkare och psykologer. Under samma tak finns även barnmorskemottagning och ungdomsmottagning. Här finns också specialister inom barn, psykiatri, hud och ÖNH. Det är stort behov av gynekologi varför vi söker dig – en erfaren öppenvårdsgynekolog som vill vara med och bygga upp en basgynekologisk mottagning tillsammans med en kollega.

Vårdcentralen är stor med vackert läge i hamnen med utsikt över havsvik och segelbåtar. Med motorvägsbuss endast 20 minuter från Slussen.

Intresserad?

Kontakta Pia Klevemark gynekolog och psykiater 070-430 15 16,

Kersti Ejeby verksamhetschef 070-484 81 04,

Lena Axelzon personalsekreterare 08-718 73 04.

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,
anna.ackefors@sfog.se

Ange namn och faktureringsadress

Pris per annons för medlemmar 75 kr

SÄLJES

Pga nedlagd mottagning

Gynstol

(elektrisk reglerbar treat-815, Jafaco oy)

Undersökningslampa

(takhängd mindre op-lampa)

Kolposcop (Zeiss)

Mikroskop (Zeiss)

KEN diskmaskin

Autoklav

(Uniclave 40 SV + Elgastat vattenrenare)

Uppsättning gyninstrument, speculum, depressorer, även självhållande, px-tång, peanger, rondskålar mm

Instrumentbord med två hyllor i metall, 2 st + armbord

Dr Inger Lundberg, 070-5262142

i.lundberg@telia.com

Maternal Diabetes during Pregnancy

Obstetrical considerations and long term effects

Diabetes (DM) under graviditeten innebär ökad morbiditet för såväl mamma och foster. Förekomsten av gestationsdiabetes (GDM) ökar stadigt, främst på grund av ökad vikt hos mamman. Syftet med min avhandling var att undersöka både den kort- och långsiktiga risken för hjärtpåverkan hos avkomman till kvinnor med diabetes under graviditeten, undersöka relationen mellan låga Apgar-poäng och långsiktig kognitiv påverkan, samt jämföra Apgar-poäng hos nyfödda till diabetiker beroende på om mamman påbörjat en vaginal förlossning eller förlöst med planerat kejsarsnitt och till sist undersöka mammans framtida risk för diabetes efter det att hon fött ett barn som var "large for gestational age" (LGA). Avhandlingen innefattade följande fem studier:

Delarbete 1:

Blodflödet i duktus venosus hos foster till kvinnor med diabetes

Hjärtmissbildningar är betydligt vanligare hos barn till mödrar med typ 1 diabetes under graviditeten, och förekommer hos 3-6%. Blodflödet i duktus venosus (DV) anses återspegla fostrets hjärtfunktion och avvikande flöde med ökat pulsatilt index (PI) har uppmätts hos foster med hjärtmissbildningar, kromosomavvikelse, och hos foster med förhöjd nivå av hjärtviktsmarkören pro-BNP. Hypertrofisk kardiomyopati är påvisbart hos upp till 40% av nyfödda till mödrar med typ 1 diabetes. Studier har visat att avkomman till diabetesmödrar med hypertrofisk kardiomyopati har högre PI-DV än avkomman till diabetesmödrar utan hypertrofisk kardiomyopati, som i sin tur har högre PI-DV än avkomman till icke-diabetiker.

Vi har funnit en ökad risk för förhöjt

Andrea Stuart

PI-DV hos foster till både kvinnor med GDM (n= 56)(p = 0.006) eller DM (n= 86) (p = 0.0015) i jämförelse med tidigare publicerade normalvärden, vilket skulle kunna tala för en påverkan på hjärtat. Efter exklusion av samtliga foster med blodflödesförändringar i a. umbilicalis samt de som var "small for gestational age" (SGA) så kvarstod skillnaden i PI-DV mellan diabetiker och normalpopulationen. (p = 0.02 för DM och p = 0.035 för GDM). Vidare visade vi på ett positivt samband mellan moderns långtidsblodsocker, HbA1c, och PI-DV.

Delarbete 2:

Diabetes under graviditeten och avkommans framtida risk för hjärtkärlsjukdom

Hypotesen om "fetal origins" hävdar att nutritionella förhållanden i livmodern programmerar fostrets mottaglighet för kroniska sjukdomar som vuxen. Teorin grundar sig på epidemiologiska data som visar ett samband mellan låg födelsevikt och hjärtkärlsjukdom i vuxen ålder. Syftet med studien var att undersöka om avkomman vilka exponerats för typ 1 DM i fosterlivet hade en ökad risk för kardiovaskulärsjukdom som vuxna, mätt som uttag av läkemedel för kardiovaskulärsjukdom. Vidare ville vi undersöka om avkomman till icke diabetiker löpte en ökad risk för framtida hjärtkärlsjukdom beroende på om de föddes SGA eller LGA.

Medicinska Födelse Registret (MFR) och Läkemedelsregistret samkördes, innefattande 1 551 603 personer, och visade en ökad risk för uttag av läkeme-

del för kardiovaskulärsjukdom hos den vuxna avkomman till mammor som hade typ 1 DM under graviditeten i jämförelse till avkomman vilka inte exponerats för typ 1 DM under graviditeten, OR=1.46 (95% KI 1.16-1.83). Efter exklusion av avkomman som själva hade insulinkrävande diabetes, kunde inte den ökade risken för hjärtkärlsjukdom hos avkomman påvisas längre, OR= 1.02 (95% KI 0.96-1.08). Vi tolkar därför resultaten att det är avkommans egen diabetes snarare än exponeringen för mammans diabetes i fosterlivet som utgör risken för hjärtkärlsjukdom. Liksom tidigare studier, visades en ökad risk för hjärtkärlsjukdom hos avkomman till icke-diabetiker födda SGA, OR=1.29 (95% KI 1.24-1.35), men inte födda LGA OR=1.02 (95% KI 0.96-1.08).

Delarbete 3:

Relationen mellan låg 5 minuters Apgar-poäng och avgångsbetyg från grundskolan

Apgar-poäng under 7 vid 5 minuter är associerat med ökad risk för cerebral pares, epilepsi och utvecklingsstörningar. Det långsiktiga prognostiska värdet av ett lågt Apgar-poäng är dock ifrågasatt. I brist på andra bättre markörer var syftet med studien att undersöka associationen mellan låg Apgar-poäng (Apgar <7 vid 5 minuter) och avgångsbetyg från grundskolan (n= ca 900 000 personer) vid 16 års ålder. Data från MFR samkördes med Skolbetygsregistret. Genom att även samköra med utbildningsregistret har vi kunnat justera för mammans utbildningsnivå. Våra resultat visar att de barn som hade Apgar-poäng <7 vid 5 minuter löpte en ökad risk att hamna i sarskola, OR=1.93 (95 % KI 1.75-2.14). Ett av 44

barn som föds med Apgar-poäng <7 vid 5 minuter kommer att kräva skolgång i särskola. Vidare fann vi ett rakt samband mellan ett stegs sänkning av Apgar-poäng och risk för skolgång i särskola. Vi har även visat att de barn som hade Apgar-poäng <7 vid 5 minuter barn hade ökad risk att få lägsta möjliga avgångsbetyg samt minskad chans att få högsta möjliga avgångsbetyg från 9:an.

Delarbete 4:
Jämförelse av Apgar-poäng hos nyfödda till diabetiker efter planerat kejsarsnitt eller planerad vaginal förlossning

Foster till diabetiker löper större risk att utsättas för asfyxi, respiratorisk insufficiens samt hypoglykemi i samband med förlossningen. Vidare är ca 30% av de nyfödda LGA och risken för skulderdystoci är påtagligt högre.

De svenska rekommendationerna eftersträvar att gravida diabetiker ska genomgå en vaginal förlossning i fullgången tid. Trots rekommendationerna, är det förvånansvärt många kvinnor som genomgår ett akut kejsarsnitt eller instrumentell förlossning, ca 60% av typ 1 DM. Vi har visat på en ca 50% lägre risk att födas med Apgar-poäng <7 vid 5 minuter hos diabetiker som genomgår ett planerat kejsarsnitt i 38 fulla graviditetsvecka i jämförelse med de som påbörjar en vaginal förlossning från 39 fulla veckor och framåt. Det krävs dock 132 planerade kejsarsnitt hos diabetiker för att undvika att ett barn föds med Apgar-poäng <7 vid 5 minuter, och därför är det inte självklart att ett planerat kejsarsnitt bör erbjudas till alla diabetiker.

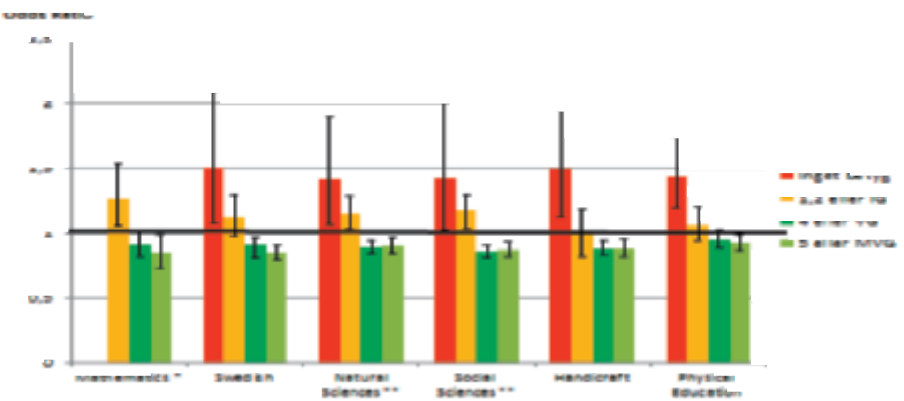
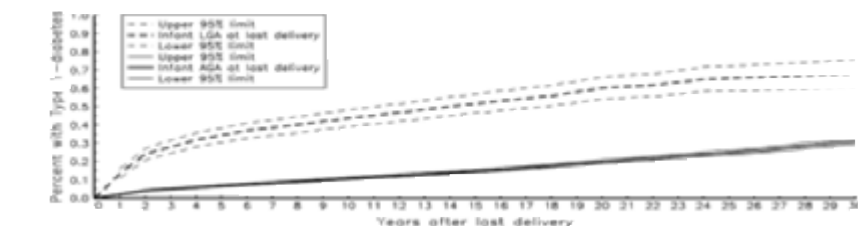
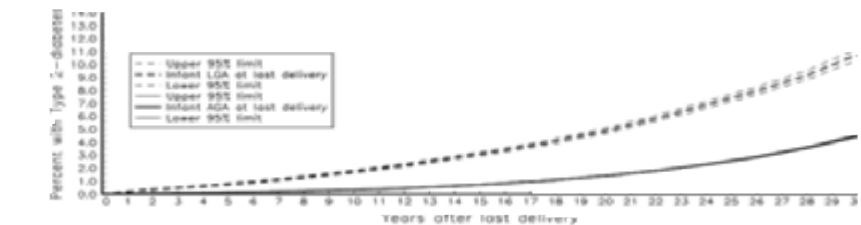
Delarbete 5:
Sambandet mellan fostrets födelsevikt och mammans framtida risk för diabetes

Risken för framtida typ 2-diabetes hos kvinnor som har drabbats av graviditetsdiabetes vid en tidigare graviditet är välkänd och varierar mellan 2-70% beroende på uppföljningstiden. De diagnostiska kriterierna för GDM har nyligen justerats då man även har observerat ökade komplikationer hos såväl fostret och

kvinnan själv, hos de kvinnor som ligger precis under den diagnostiska gränsen för GDM.

Både kvinnor som är överviktiga och som har diabetes är kända för att föda LGA barn på grund av insulinresistens och ökad näringstillgång till fostret. Samma kvinnor löper framtida risk att få typ 2-diabetes.

Genom att samköra information från MFR och Diabetesregistret har vi undersökt sambandet mellan avkommans födelsevikt och mammans framtida risk att få diabetes, hos ca 1 900 000 kvinnor, födda 1930-1989, som inte hade graviditetsdiabetes. Vi har funnit en ökad risk att få såväl typ 1 DM OR=3.46 (95% KI 3.12-3.83) eller typ 2 DM OR= 2.90 (95% KI 2.80-3.01) efter det att kvinnan fött ett LGA barn. Efter att kvinnan fött ett stort barn, är risken ca 9 gånger högre att få typ 1 DM och ca 11 gånger högre att få typ 2 DM inom ett år efter förlossningen jämfört med de kvinnor som föder AGA barn.



Länk till elektronisk avhandling

www.lu.se/lup/publication/3167732

Referenser

Stuart A, Amer-Wählin I, Gudmundsson S, Marsál K, Thuring A, Källen K. Ductus venosus blood flow velocity waveform in diabetic pregnancies. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2010; 3:344-9.

Stuart A, Otterblad Olausson P, Källen K. Apgar scores at 5 minutes after birth in relation to school performance at 16 years of age. *Obstet Gynecol.* 2011; 118:201-8.

Stuart AE, Matthiesen LS, Källén KB. Association between 5 min Apgar scores and planned mode of delivery in diabetic pregnancies. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011; 90:325-31.

Stuart A, Amer-Wählin I, Persson J, Källen K. Long-term cardiovascular risk in relation to birth weight and exposure to maternal diabetes mellitus. Submitted.

Stuart A, Amer-Wählin I, Källen K. Offspring birth weight and risk for future maternal diabetes mellitus: a national longitudinal cohort study. Submitted.

Arbets- och Referensgrupperna inom SFOG

Cervixcancerprevention C-ARG

Ordförande: Bengt Andrae
KK, Gävle/Sandviken Länssjukhus
801 87 Gävle
Tel: 026-15 41 68
bengt.andrae@gmail.com
Sekreterare: Kristina Elfgrén
KK, Karolinska Universitetssjukhuset,
Huddinge
141 86 Stockholm
Tel: 08-585 800 00
kristina.elfgren@karolinska.se

Endokrinologi ENDOKRIN-ARG

Ordförande: Alkistis Skalkidou
KK, Akademiska Sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 076-206 85 82
alkistis.skalkidou@kbh.uu.se
Sekreterare: Eva Innala
KK, Norrlands universitetssjukhus
901 85 Umeå
Tel: 090-785 21 61
eva.innala@vll.se

Endometriosis ENDOMETRIOS-ARG

Ordförande: Margita Gustavsson
KK, Kungsbacka Närsjukhus
434 80 Kungsbacka
margita.gustavsson@lthalland.se
Sekreterare: Greta Edelstam
KK, Akademiska Sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018-611 00 00
greta.edelstam@akademiska.se

Etik ETIK-ARG

Ordförande: Claudia Bruss
KK, SUS Lund
221 85 Lund
Tel: 046-17 10 00
claudia.bruss@med.lu.se
Sekreterare: Lotti Helström
KK, Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-616 10 00
lotti.helstrom@sodersjukhuset.se

Evidensbaserad medicin

EVIDENS-ARG
Ordförande: Annika Strandell
SU/Sahlgrenska
413 45 Göteborg
Tel: 0700-90 44 54
annika.strandell@vgregion.se
Sekreterare: Sissel Saltvedt
KK, Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-616 10 00
sissel.saltvedt@sodersjukhuset.se

Familjeplanering FARG

Ordförande: Jan Brynhildsen
KK, Universitetssjukhuset
581 85 Linköping
Tel: 013-22 20 00
jan.brynhildsen@lio.se
Sekreterare: Kristina Gemzell-
Danielsson
Karolinska Universitetssjukhuset, Solna
171 76 Stockholm
Tel: 08-524 800 00
kristina.gemzell@ki.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

GLOBAL-ARG

Ordförande: Birgitta Essen
Inst för kvinnors och barns hälsa
IMCH
Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
birgitta.essen@kbh.uu.se
Sekreterare: Kenneth Challis
kenneth.challis@gmail.com

Hemostasrubbingar HEM-ARG

Ordförande: Lars Thurn
KK, Blekingesjukhuset
371 85 Karlskrona
lars.thurn@ltblekinge.se
Sekreterare: Gisela Wegnelius
KK, Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-616 27 17
gisela.wegnelius@sodersjukhuset.se

Minimalinvasiv Gynekologi

MIG-ARG
Ordförande: P-G Larsson
KK, Kärn sjukhuset
541 85 Skövde
Tel: 0500-43 10 00. Fax: 0500-43 14 54
p-g.larsson@vgregion.se
Sekreterare: Charlotta Ericson
KK, Karolinska Universitetssjukhuset,
Huddinge
146 86 Stockholm
Tel: 08-585 800 00
charlotta.ericson@karolinska.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

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

**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

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

**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

**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

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

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.lovsson@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

Agneta Möller
Läkarhuset Hermelinen
Sandviksgatan 60
972 33 Luleå
Tel: 0920-40 22 00
E-post: agneta.moller@hermelinen.se

Mödrahälsovårdsöverläkargruppen

Ordförande

Joy Ellis
mödrahälsovårdsöverläkare och medicinsk rådgivare
Ordförande, mödrahälsovårdsöverläkargruppen inom
Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi
Primärvården Västra Götaland
Lillhagsparken 6
422 50 Hisings Backa
Tel: 010-473 30 81, 010-473 30 85 (verksamhetsassistent),
Mobil: 0706 915432

Sekreterare

Elisabeth Lindholm
Danderyds sjukhus
Stockholm
Tel: 070-721 173 94
E-post: elisabeth.storck-lindholm@ds.se

Obstetriker och gynekologer under utbildning (OGU)

Ordförande

Malin Sundler
Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset Lund
225 85 Lund
Tel: 046-17 10 00
E-post: malin.sundler@skane.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:

Vakant

Sekreterare

Vakant

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 vikarie- och 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 1-36, 43, 44, 49 och 57 har utgått

<i>Titel</i>	<i>Utgivningsår</i>	<i>Pris/st exkl. moms, porto & exp.avg 80:-</i>
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 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 Bröstat	2006	100:-
Nr 54 Inducerad abort	2006	100:-
Nr 55 Obstetriskt ultraljud	2007	100:-
Nr 56 Endometriosis	2008	300:-
Nr 58 Polycystiskt ovarialsyndrom (PCOS)	2008	300:-
Nr 59 Mödrhälsövård, 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:-
Nr 68 Hemostasrubbningar inom obstetrik och gynekologi	2012	300:-