

Medlemsbladet 3

2010

NR



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



MEDLEMSBLADET

Ansvärlig utgivare: Anne Ekeryd-Andalen
Tel: 0303-986 90

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 2010:

Ordförande: Ulf Högberg

Kvinnokliniken, Norrlands Universitetssjukhus
901 85 Umeå

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

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

Vice ordförande: Pia Teleman

Kvinnokliniken, Lunds Universitetssjukhus

221 85 Lund

Tel: 046-17 25 51

E-post: pia.teleman@med.lu.se

Facklig sekreterare: Eva Uustal Fornell

Kvinnokliniken, Linköpings Universitetssjukhus
581 85 Linköping

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

E-post: eva.fornell@lio.se

Skattmästare: Sven-Erik Olsson

Kvinnokliniken, Danderyds sjukhus

182 88 Stockholm

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

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

Vetenskaplig sekreterare: Pelle Lindqvist

Kvinnokliniken, Karolinska Sjukhuset

Huddinge, 141 86 Stockholm

Tel: 08-585 81 628

E-post: pelle.lindqvist@ki.se

Redaktör för Medlemsbladet:

Anne Ekeryd-Andalen

Gyn o MVC-mottagningen, Primärvården

Kungälv's sjukhus, 442 83 Kungälv

Tel 0303-986 90

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: Måns Edlund

Kvinnokliniken, Danderyds sjukhus

182 88 Stockholm

Tel: 08-655 63 43

E-post: mans.edlund@ds.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:

Mårten Strömberg, Kvinnokliniken,

SU/Sahlgrenska, 413 45 Göteborg

Tel: 031-343 10 00

E-post: marten.stromberg@vgregion.se

Tryck: Elanders

ISSN 0284-8031

— Ordförande har ordet —



Kära Medlemmar!

I skrivande stund just hemkommen från EBCOGs 21:a kongressen i Antwerpen 5-8 maj. Antwerpen är hemstaden för Rubens, van Dyck och Erasmus, som var nära vän till Thomas More och Antwerpen blev scenen för Mores *Utopia* (1517) som föreskrev religionsfrihet, 6 timmars arbetsdag och lika rättighet till utbildning för kvinnor och män. Antwerpen idag: centrum för världens diamanthandel, Europas andra största hamnstad, näst efter New York flest invånare från olika länder – 171!

Älskvärda värdar för kongressen var den belgiska gynföreningen, till vardags tudelad med flamländsksektion och fransksektion med tysk underavdelning, under kongressen sida vid sida.

Europé blir man som deltagare i EBCOG-kongress. Över 1000 deltagare representerade de 37 medlemsföreningarna samt 27 ytterligare länder. Vi var 62 från Norden (Norge 21, Danmark 15, Sverige 13, Finland 12, Island 1). Kon-

gressen bjöd på rika tillfällen till fortbildning: plenarsessioner, kurser, obstetric skills & drills med ALSO-instruktörer, hands-on-training laparoskopi, 131 fria föredrag, 300 posters. Tidvis blev det överdåd med 7-8 parallella sessioner.

Först på plats får alla förkortningar ansikten och man inser det europeiska gynekologiska och obstetriska nätverkets vidd. Europeiska medarrangörer i särskilda sessioner och kurser var: ESGO (onkologi), EUGA (urologi), EAGS (kirurgi), ESHRE (human reproduktion & embryologi), ESGE (endoskopi), EUROPAG (barn & tonår), EFC (kolposkopi), EMA (menopaus), ISUOG (ultraljud), ISSC (sexualitet och cancer), ESIDOG (infektioner), EAPM (perinatalmedicin), ISPOG (psykosomatik). Kunskapsutvecklingen som speglades under kongressen var överväldigande. Passande hade därför ENTOG (läkare under utbildning) valt som tema för en av sina sessioner för och emot samlad eller

I DETTA NUMMER

Berndt Kjessler pristagare 2010	4
Årsredogörelse för förvalningen under år 2009	7
Valberedningens förslag till styrelse för SFOG 2011	17
Referat från Riksstämman 2009. Peripartum preeklampsi	22
Annual Report 2009	23
Etisk analys av "Läkarutlåtande angående könsstympning"	28
Malin Strand, OGU's nya ordförande	31
Rapport från OGU's ST-dagar 2010 i Lund	32
Kunligt roligt i Huvudstaden!	33
ST-läkarens vardag, en dans på rosor?	35
Specialistexamen 2010	37
Nationellt endometrioscenrum	41
Recensioner	42
Ny avhandling	47

delad obgynspecialité. Gudskelov övervägde ännu argumenten för samlad specialité.

Presidenterna för FIGO, Gamal Serour, EBCOG, Peter Hornnes, och ACOG, Gerarld F. Joseph Jr, hade en mycket intressant plenarsession *What are the most critical challenges for obgyn?* Serour gav i blytljus den höga mödradödligheten som den stora globala utmaningen för FIGO och presenterade alla pågående och planerade aktiviteterna med olika länders obgynföreningar. Den amerikanske presidenten talade om dagens förändringar med kejsarsnittsfrekvens på 32%, arbetstidsreglering för de yngre från 80 till 60 tim per vecka, genomsnittsåldern att sluta med obstetrik är 48 år, färre enskilda praktiker och mer gruppomtagningar, generationsskiftet till dominerande kvinnor inom specialiteten, skifte av arbetsuppgifter till sköterskor och barnmorskor. Hornnes gav det europeiska perspektivet och visade på de stora skillnaderna i reproduktiv hälsa och rättigheter mellan EBCOGs medlemsländer. Bland EBCOGs uppgifter framhöll han harmonisering och kvalitetshöjning av utbildning och fortbildning, befrämjandet av kontakter mellan Europas gynekologer och standards för diagnostik och behandling. Om EBCOG-aktiviteter det senaste året framhölls att man med regeringsuppvakning i ett land lyckades stoppa ett förslag att korta obgynutbildningen från fyra år till två år. Nu väntar en uppvaktning av EU-kommissionen där man bl.a. avser att

diskutera arbetstidsdirektiv, medical shopping, möjligheterna till ökad barnmorskemedverkan i vården, den ökande andelen kejsarsnitt där Italien toppar med 35%.

Mödradödligheten som utmaning återkom som särskild FIGO-EBCOG session *The Maternal Mortality, a challenge* for FIGO där bland annat den blivande FIGO-presidenten Sabaratnam Arulkumaran visade hur Sri Lanka lyckats gå i mål med milleniummålet att radikalt sänka mödradödligheten, en resa som påbörjades redan på 1950-talet med såväl samhällelig och professionell mobilisering.

En särskild eloge till de tre svenska föredragshållarna vid kongressen: Liliana Kocoska-Maras visade med sin randomiserade studie att vare sig östrogen- eller testosteronsubstitution påverkade kognition hos postmenopausala kvinnor. Elisabeth Wikström Shemer presenterade sin studie med nya rön som visade att gravida med intrahepatisk kolestas hade lägre 1,25 D3 i serum, samt att korrelation förelåg till förekomst av mekonium i fostervattnet. Charlotta Grunewald visade att i län med högre andel förlossningar >42+2 så var risken högre för mekoniumaspiration och Apgar <7⁵. I Stockholm hade andelen förlossningar >42+2 hos gravida med graviditetslängd >41+2 minskat från 21% (2000-2004) till 5,9% (2005-2007). Samtidigt reducerades risken för perinataldöd med 48%, mekoniumaspiration 51%, och låg Apgar med 31%, medan andelen operativa förloss-

ningar >41+2 förblev oförändrad.

Lovande för EBCOGs framtid var den stora andelen gynekologer under utbildning som deltog i kongressen. ENTOGs pågående program med utbytestjänstgöring till ackrediterade kliniker i Europa ska byggas ut. Kongressen avslutades med stor optimism om det fortsatta europeiska samarbetet. Lägligt för SFOG & OGU är att kommande EBCOG-kongress ligger nästgårds - Tallin 2012. För 2014 tog Glasgow hem segern.

Medan man själv roat sig i Antwerpen befinner sig organisationskommittén för årets SFOG-vecka i slutfinishen för Visby-veckan. Efter idogt och smidigt arbete ligger nu ett enastående program klart. Utvilade efter sommaren blir det nu vi deltagare som interaktivt gör SFOG-veckan till årets fortbildningstillfälle! Vi ses i Visby!

Ulf Högberg

PS. SFOG (UH, Anna Lindqvist och Ulla Björklund) uppvaktade i april avdelningschef Karin Nylén och juristen Pål Resare, avdelningen för regler och tillstånd, Socialstyrelsen, med anledning av vårt remissvar 2009-12-09 till Socialstyrelsens *Förslag till föreskrifter och allmänna råd om fosterdiagnostik och preimplantatorisk genetisk diagnostik - SOSFS 2008:X*. Vi mötte ett beredvilligt lyssnande och beaktande av våra synpunkter. Socialstyrelsens nya förslag kommer inom kort. DS. ■

Kodfrågan

En rättelse gällande Diagnoshandboken: Sidan 81, andra raden: Z42.2 Skall vara Z41.2
Z42.8 Skall vara Z41.8

Jag beklagar detta djupt, och ber er införa rättelsen i era Diagnoshandböcker. En uppdaterad lista över "errata" finns på SFOGs hemsida på samma plats som beställningsformuläret för Diagnoshandboken.

Med vänlig hälsning,

Karin Pihl

karin.pihl@telia.com

Nya medlemmar

Susanne von Schreeb, Stockholm

Karin Breeding, Skövde

Hannelore Wenkeler, Skellefteå

Hanna Abäck, København Ø

Mira Ehrig, Göteborg

Erik Hagman, Sundsvall

Fotios Sergouniotis, Skövde

Sujata Lalitkumar, Stockholm

REDAKTÖRENS RUTA

Härlig sommar önskas er alla. Vi ses i Visby!

Anne Ekeryd-Andalen

Följande tider gäller för medlemsbladet 2010:

Nr	Deadline	Utkommer
4	12 september	Vecka 41
5	31 oktober	Vecka 48

Manus skickas till:

Redaktör Anne Ekeryd-Andalen

Gyn och MVC-mottagningen, Primärvården, Kungälv
442 83 Kungälv

Telefon 0303-986 90 • E-post: anne.ekeryd-andalen@sfog.se

Adressändring skall göras till:

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

Berndt Kjessler pristagare 2010

Lars-Åke Mattsson



Priset för år 2010 går till Professor Lars-Åke Mattsson som med en smittande entusiasm, avundsvärd noggrannhet, utomordentlig vetenskaplig bredd och skärpa, bidragit till att utbilda, fortbilda och forskarutbilda ett stort antal obstetrikere och gynekologer.

Med uppdrag som vetenskaplig sekreterare och ARGUS i SFOG 2005-2008, ordförande i NFOGs vetenskapliga kommitté NFOG 2006-2008 ledamot i riksstämmodelegationen 2005-2008, vetenskaplig rådgivare till Sveriges Privatgynekologer i fem år, har Lars-Åke delat med sig av sin kunskap med ett enastående engagemang och med en glädjande värme.

Marie Bixo
Utbildningssekreterare

Ulf Högberg
Ordförande



Kära kollegor!

Den nya specialistutbildningen håller nu på att rulla igång på allvar. Vissa kliniker har kommit långt med att bygga upp en ny struktur för ST-utbildningen medan andra förhåller sig mera avvaktande och kanske tycker att det fungerar bra som det är. Frågan är väl – Blir det så mycket bättre, som det var tänkt? Det blev bra gynekologer av våra underläkare även i det tidigare systemet och läkaryrket är och förblir i mångt och mycket ett lärlingsyrke. Problemet är väl att ingen riktigt har vetat vad som blev resultatet av den gamla ST-utbildningen och att innehållet och kvaliteten till stor del berodde på var i landet man fick sin utbildning. Mitt intryck är ändå att ST-läkarna välkomnar detta. Tveksamheter framförs istället från verksamhetschefer, som anar att det kan bli dyrare, och handledare, som värjer sig för ökat ansvar och krav på dokumentation.

En av farhågorna har varit att inte kursutbudet ska räcka till. Lärandemetoden "kurs" finns ju i 10 av de 12 medicinska delmålen samt i de gemensamma målen. En översyn av årets kursutbud visar dock att det finns en tillräcklig bredd om man räknar in både våra egna kurser och de som IPULS står för. Hela delmålet behöver heller inte täckas in av en kurs. Viktigt är dock att man använder Socialstyrelsens kursintyg och får detta påskrivet, om man tänker använda en kurs i sin ST-utbildning. Vi måste verkligen värna om vårt stora utbud av SFOG-kurser! Jag kan inte nog understryka hur unik vår förening är i detta avseende. Tyvärr har ett fenomen dykt upp under det senaste året vilket ger anledning till oro. Kurser har fått ställas in på grund av att kursdeltagare i sista minuten av ekonomiska skäl fått sin kursresa indragen. I ett fall vägrade kliniken att betala kursavgiften trots ett mycket sent återbud och drev, efter krav från

kursgivaren, saken via landstingets jurister. **Detta är mycket allvarligt.** SFOG-kurserna är vår gemensamma angelägenhet och de flesta kursgivare arbetar mer eller mindre ideellt. IPULS-kurserna räcker inte på långa vägar till för den nya ST-utbildningen och behovet av fortbildning för specialister är också stort. Vi måste vara rädda om den entusiasm som finns i vår förening och till fullo uppskatta allt det arbete som läggs ned både på kurser och i AR-grupper. På tal om kurser vill jag också uppmärksamma er på att NFOG för andra året arrangerar en specialistkurs i Köpenhamn i höst, denna gång på ämnet PCOS genom hela livet. Förra årets kurs i vulvasjukdomar var fulltecknad och mycket uppskattad och vi hoppas naturligtvis på att årets kurs ska bli lika lyckad. Annonns finns i detta medlemsblad.

Nya ST-utbildningen ställer krav på de enheter som utbildar specialistläkare att kvalitetsgranskas vart femte år och därför kommer SPUR-inspektionerna att bli viktiga. Det pågår för närvarande diskussioner mellan SKL, Läkarförbundet och Läkarsällskapet om en ny ST-inspektion som sannolikt kommer att ingå i IPULS. Beslut om den nya organisationen ska tas vid årsskiftet. Oavsett hur det går med det är det viktigt att vi inom SFOG upprätthåller SPUR-inspekterandet så att vi inte bygger upp ett stort berg framöver. Under förra året inspekterades endast en klinik, vilket är en bottennotering. Vi kommer även i fortsättningen att behöva rekrytera inspektörer från den egna föreningen och just nu behöver det fyllas på. För intresserade kan jag tipsa om att det under ST-kongressen "Framtidens specialistläkare" i Malmö 8-10 september 2010 kommer att erbjudas utbildning för SPUR-inspektörer (titta in på www.framtidenslakare.se).

Under de senaste åren har vi ofta sett

larmrapporter om att den kliniska forskningen är i kris. I och med att ett vetenskapligt arbete kommer in både på grundutbildnings- och specialistutbildningsnivå finns dock hopp om bättre tider. Det gäller bara att vi gör det bästa möjliga av denna chans och ansvaret för kvaliteten vilar tyngst på handledarna. Att förklara för en adept vad vetenskap är, till skillnad från vanligt kliniskt bondförnuft (läs klinisk blick) och förbättringsarbete på den egna kliniken, är inte det lättaste. Många har försökt att definiera begreppet vetenskap, bl.a. Descarte. "*Vetenskap är ett begrepp som kan sägas innebära organiserad, verifierbar kunskap. Den bygger starkt på ett system att skaffa kunskap som kännetecknas av empiri (undersökning) och om möjligt experiment.*" eller "*Vetenskap är det systematiska sökandet efter sådan kunskap som inte beror på den enskilda individen, utan som envar skulle kunna återfinna eller kontrollera.*"

Enklare uttryckt – Ett vetenskapligt arbete kännetecknas av att det finns en tydlig frågeställning, en definierad metod och att frågeställningen besvaras, samt att resultaten är generaliserbara. Det finns dock begränsningar i vad som kan studeras med vetenskapliga metoder. Att få etiskt tillstånd att randomisera mellan fallskärm eller inte fallskärm för dem som hoppar ut från ett flygplan är knappast möjligt. Å andra sidan kan man genom att använda sunt förnuft vara ganska säker på resultatet utan att behöva testa effekten av fallskärm på överlevnad i en RCT. Men det sunda förnuftet kan ibland vilseleda oss, vilket beskrivs på ett inspirerande sätt i Jerome Groopmans bok *How Doctors Think*. Att förutsättningslöst bedöma en patients sjukhistoria och symptom är mycket svårare än det kan tyckas. Hur ofta har vi inte kommit på oss själva med att ställa diagnosen redan när vi kliver in genom dörren och sedan haft

— Brev från utbildningssekreteraren —

väldigt svårt att byta spår? Det omvända, "commission bias", att utsätta patienten för onödiga åtgärder utifrån ett tvångsmässigt behov av att alltid agera, är att hamna i det andra diket. I den moderna sjukvården har patienten rätt att, så långt det är möjligt, får utredning och vård baserad på det bästa evidensunderlaget. Det kan tyckas enkelt, men för det krävs att doktorer har vetenskaplig kompetens.

Gamla tiders krav på en doktorsavhandling för att få en överläkartzjänst känns väldigt avlägset idag. Det är heller inte önskvärt att återgå till det när nu kraven på en doktorsavhandling blivit så mycket större. Att tillägna sig ett vetenskapligt förhållningssätt är dock inte för

mycket begärt. På sina håll finns idag en olycklig polarisering mellan doktorer som forskar och "fullblods-kliniker". Kan det verkligen vara så att om man delvis ägnar sig åt forskning räcker inte tiden till för att bli en riktigt briljant kliniker? Eller litar den hängivne klinikern alltid till 100% på sin egen beprövade erfarenhet och är helt ointresserad av vetenskap och "EBM-tjafs"? Jag tror inte att någondera är sant. Om vi bara kunde mötas med respekt utifrån våra olika utgångspunkter så skulle den kliniska forskningen kunna få ett riktigt lyft. För det är väl ur den kliniska vardagen och från den erfarna klinikern, som de mest relevanta vetenskapliga frågeställningarna kommer, eller hur? Det gäller bara att tillhan-

dahålla verktygen, sedan gör fantasin sitt, och där kommer införandet av det vetenskapliga ST-arbetet att bli en mycket viktig förändring.

Sist men inte minst, forskning är kul, och vi kan alla behöva ha lite roligare på jobbet då och då. För den som vill låta sig inspireras av underhållande vetenskap kan jag rekommendera *Stanfield J. A Double Blind Efficacy Trial of Placebos, Extra Strength Placebos and Generic Placebos. J Irreproduc Res 49: 54;2005.*

Marie Bixo



Årsredogörelse för förvalningen under år 2009

Styrelsen för Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi får härmed avge redogörelse för föreningens fyrtionde verksamhetsår, det etthundraåttio år som sektion i Svenska Läkaresällskapet.

VERKSAMHETSBERÄTTELSE

Styrelsen har under det gångna året haft åtta protokollförda sammanträden varav ett strategiinternat.

Den har det gångna verksamhetsåret haft följande sammansättning:

Ulf Högberg, ordförande

Pia Teleman, vice ordförande

Eva Uustal Fornell, facklig sekreterare

Pelle Lindqvist, vetenskaplig sekreterare

Marie Bixo, utbildningssekreterare

Sven-Eric Olsson, skattmästare

Anne Ekeryd-Andalen, redaktör för

Medlemsbladet

Måns Edlund, ledamot och webbmaster

Anders Lagrelius, ledamot

Mårten Strömberg, ledamot, OGU-repr.

Allmänt om verksamheten

Föreningens aktivitet har som tidigare präglats av omfattande utbildningsaktiviteter i samband med kurser och konferenser, inklusive SFOG-veckan. Ett stort antal remisser har diskuterats, bedömts och besvarats. ARG-verksamheten har varit mycket aktiv, två nya ARG-rapporter och bildandet av en ny AR-Grupp (KVARG). Föreningen har aktivt deltagit i samhällsdebatten och i internationella kontakter.

Styrelsen har ansvarat för två verksamhetsmöten, där verksamhetschefer, professorer och representanter från AR-Grupper och intresseföreningar har deltagit (se nedan). SFOG-veckan lockade 746 deltagare och 144 utställande personer och programmet var mycket uppskattat (se nedan). Under årsmötet tilldelades Kerstin Nilsson årets Berndt Kjessler pris.

Styrelsen har under året haft ett internat där SFOGs måldokument reviderades, kanslifunktionen diskuterades, samt där årets föreningskonferens om fortbildning förbereddes. Styrelsen har under året haft en gemensam dag med OGU:s styrelse där viktiga frågor för specialitetens framtid, såsom den nya ST-målskrivningen med alla dess aspekter, kursverksamheten och specialistexamen diskuterades. Det diskuterades även jämställt specialitetsval, vad som framkom i OGU-enkäten från 2008 om diskriminering, och hur vi tillsammans kan arbeta vidare med frågor som rör negativ särbehandling pga. kön. Besluts arbeta med attityd- och rekryteringsfrågor som förberedelse till föreningskonferensen 2010 på temat jämställt specialitetsval.

Styrelsen har under året haft kontakter med flertal myndigheter fr.a. genom besvarande av remisser men även med direktkontakt. Remisser har, som tidigare år, fördelats inom och utanför styrelsen. Vissa remisser har, som t.ex. remissförslaget Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om fosterdiagnostik och preimplantatorisk diagnostik, vägledning för HIV/STI prevention, samt cancerstrategi, besvarats av styrelsen efter att flera olika AR-Grupper lämnat synpunkter.

Frågor om kvalitetsregistrering inom vår verksamhet har under året varit föremål för diskussion inom styrelsen och föreningen. Styrelsen har uppvakttat SKLs avdelning för Nationella kvalitetsregister i behovet av samordning och samarbete mellan registren. Föreningens behov av gemensamt forum för kvalitetsregister har förverkligats med skapandet av ny AR-grupp (se vidare "Arbets- och referensgrupper"). Kvalitetsregistret Gynop-registret har utvecklats ytterligare, liksom det Stockholmsbaserade GKR (Gynekolo-

giskt kvalitetsregister), och samarbetet dem emellan. SKL beviljade under året extra medel för att etablera fasta rutiner för gemensam redovisning av data från GynOp och GKR. Detta arbete startar 2010.

Samarbetet med Barnmorskeförbundet (SBF) och Barnläkarföreningens neonatalsektion (SNS) i projektet Säker Förlossningsvård, med administrativt stöd från LÖF, har utvecklats och stärkts under året. SFOG har representerats i styrgruppen av SFOGs ordförande och Charlotta Grunewald. Genomförandet för de fyra pilotklinikerna som gick in i projektet våren 2008 avslutades med en hearing i september. De 14 klinikerna i etapp 1 är klara med rapport om godkända åtgärder. Flertalet av de 13 klinikerna i etapp 2 blev även klara under året med sina slutrapporter. De 15 klinikerna i etapp 3 påbörjade sina revisioner mot slutet av året. Som ett led i projektet har Elisabeth Almström och Andreas Herbst från SFOGs Referensgrupp för Fosterövervakning, deltagit i expertgruppen i framtagandet av ett interaktivt webbaserat utbildningsprogram för CTG-tolkning. Under SFOG-veckan i Norrköping presenterades programmet och har under hösten introducerats på klinikerna. Expertgruppen har även tagit fram ett CTG-tolkningskort med triage för åtgärder vid avvikelser vilket har distribuerats till landets kliniker. Projektet Säker Förlossningsvård tilldelades under hösten en extraresurs för att påbörja en bearbetning av gemensamma samlade råd för identifierade riskområden. Tre arbetsgrupper med representation från SFOG tillsattes under hösten.

Styrelsen har aktivt deltagit i diskussioner och debatter i frågor som berör specialiteten. Styrelsen har haft frekvent kontakt med massmedia och fortlöpa-

besvarat frågor, men även deltagit i intervjuer och publicerat inlägg i bland annat Läkartidningen. Styrelsen har haft direktkontakt med Socialdepartementet.

SFOG har i samarbete med Svensk Föreningen för Urologi skrivit till SKL om vikten av lika möjligheter för sterilisering i landet, samt även tillskrivit Socialutskottets ledamöter. I samarbete med SKL har SFOG-medlemmar deltagit i arbetet med Nationella Medicinska Indikationer för operativ åtgärd vid urininkontinens, sectio på icke medicinsk indikation, samt åtgärder vid värkrubbing vid förlossningen.

SFOGs styrelse och FARG har avgett synpunkter till Ander Miltons idepromemoria "Bättre förutsättningar för det förebyggande arbetet" om förebyggande av oönskade graviditeter som presenterades i juni 2010 av Socialdepartementet.

Sara Lundqvist har i samråd med kansliansvarig, skattmästare och ordförande skött föreningens ekonomi. Det nya bokföringssystemet för kontering har fungerat väl. Hon har arbetat 50% deltid på kansliet som inhyrd från Proffice fram till i april och sedan under året som deltidstillsatt. I oktober sade hon upp sin tjänst och styrelsen startade processen för ersättare.

Under året har föreningen ökat sitt medlemstal med 112 medlemmar. 50 medlemmar har utträtt varav 11 avlidit.

Uppdrag

Socialstyrelsens vetenskapliga råd:

Ulf Hanson, Jan-Henrik Stjernedahl och Margareta Wennergren, Magnus Westgren

Socialstyrelsens externa bedömare för ST-utbildningen: Barbro Edén, Per Ekström, Jan Rapp och Birgitta Segeblad

Folkhälsoinstitutets vetenskapliga råd: Lotti Helström

IPULS expertgranskare: Ove Axelsson och Elisabeth Nedstrand

Referensgruppen för Antiviral Terapi (RAV): Karin Pettersson

Livsmedelsverkets amningskommitté: Lotta Luthander, och Agneta Romin

Läkarsällskapets Delegation för medicinsk etik: Gunilla Tegerstedt

Läkarsällskapets nämnd 2010:

Margareta Hammarström

Läkarsällskapets IT-kommitté kontaktperson: Mats Bergström

Läkarförbundets konsultationsläkare:

Ove Axelsson, Lennart Nordström och

Ulrika Ottander

Läkarförbundets Etik- och ansvarsråd (EAR): Lotti Helström

Sakkunniga i www.growingpeople.se:

Lars Grennert, Göran Lingman, Lennart

Nordström, Elsa-Lena Ryding och

Anders Åberg

Medlemsbladet

Redaktör för Medlemsbladet under 2009 har varit Anne Ekeryd-Andalen. Medlemsbladet har under året utkommit med fem nummer och har en upplaga på drygt 1800 ex. Medlemsbladet finns också tillgänglig via hemsidan. Alla medlemmar är välkomna att skicka in bidrag till och påverka innehållet i medlemsbladet. Annonsintäkterna minskade med 13% jämfört med 2008.

SFOG-kansliet

Ansvarig för SFOGs kansli har även i år varit Jeanette Swartz. Kansliets huvuduppgifter har varit att ge stöd åt styrelsen, medlemsadministration och ekonomiarbete. Kansliet har även varit stöd för ARGUS och ARG-verksamheten. Dessutom har kansliets uppgift varit att underhålla SFOGs hemsida och styrelsens intranät. Kansliet har varit behjälplig med Arbets- och Referensgrupperna samt Intressegruppernas hemsidor. Kansliet har också ansvar för SFOG-veckans hemsida.

Följande remissvar har avgivits under året 2009

Fullständiga remissvar finns på www.sfog.se

2009-12-09 Socialstyrelsens förslag till föreskrifter och allmänna råd om fosterdiagnostik och preimplantatorisk genetik diagnostik -SOSFS 2008:X (M version 091120) Diarienumr 512748/2007

2009-09-21 Donation och tillvaratagande av organ, vävnader och celler, Vävnadsinrättningar, Användning av vävnader i celler i hälso- och sjukvården och vid klinisk forskning (SOSFS 2009:00).

2009-08-24 Betänkandet Klinisk forskning – ett lyft för sjukvården Utredningen av den kliniska forskningen (SOU 2009:43)

2009-06-17 SoS Vägledning för HIV/STI prevention, riktade insatser till unga och unga vuxna

2009-05-26 En nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11)

2009-04-07 Nationell handlingsplan för klamydiaprevention – med fokus på ungdomar och unga vuxna 2009-2013.

2009-03-31 Patients rätt – Några förslag för att stärka patientens ställning (SOU 2008:127).

2009-03-23 Patientsäkerhet – Vad har gjorts? Vad behöver göras? (SOU 2008:117)

2009-03-04 Etiska regler för läkemedelsföretagen: Inbjudan att lämna synpunkter på möjliga förändringar.

SFOGs aktiviteter med Svenska Läkarsällskapet (SLS)

På SLS fullmäktigemöte i oktober 2009 deltog flera ledamöter i SFOGs styrelse. Bland annat etiska frågor diskuterades. Margareta Hammarström valdes in som ledamot i Läkarsällskapets nämnd.

Svenska Läkarsällskapets Riksstämma 2009

Årets Riksstämma, som gick av stapeln i Stockholm hade som tema ökad kunskap för klokare vård. SFOG var huvudarrangör för två symposier med följande titlar: 1) "Könsbestämning under graviditet" (moderator Charlotta Grunewald). Symposiet gav en inblick i möjligheterna vi har idag och en fördjupad diskussion av de etiska frågeställningarna; 2) "Peripartum handläggande av svår preeklampsi" (moderator Pelle Lindqvist). Symposiet syftade få ökad samsyn vid dessa svåra fall mellan obstetriken och intensivvården. SFOG var även medarrangör i symposiet "Utan tvivel är man inte riktigt klok" som handlade om psykologisk fortbildning, där från SFOG Elsa-Lena Ryding berättade om Balint-grupper på kvinnokliniker. SFOG tillsammans med Läkarsällskapet hade även förmånen att kunna bjuda in Palmepristagaren Denis Mukwege, Panziskhuset i Kongo, som gästföreläsare att tala om "Obstetrisk fistelkirurgi" och "Kvinnovåld som krigsstrategi". SFOGs arrangemang på riksstämman var välbesökta och mycket uppskattade.

Sveriges Läkarförbund

Under det gångna året har fackliga sekreteraren och ordföranden representerat föreningen vid ett representantskap i Läkarförbundet i oktober. Kvalitetsregister och jämställda specialitetsval diskuterades.

SFOG-veckan

Den sjätte SFOG-veckan hölls i Norrköping 24-28 augusti i den stilfullt renoverade kongresslokalen Louis de Geer i Norrköpings gamla industri kvarter. Nyheten för året var workshops med AR-grupper vilket blev en framgång. Med ett väl balanserat program kan styrelsen endast gratulera till ett lyckat och högt uppskattat möte. Såväl ansvariga för det vetenskapliga som det sociala programmet har anledning att känna sig nöjda med resultatet. Föreningssymposiet under SFOG-veckan modererades av utbildningssekreteraren och hade titeln "Det livslånga lärandet – fortbildning i fokus". Det väckte en del diskussioner om hur kvaliteten på fortbildningen ska kunna upprätthållas även i nedskärningstider. Ett utförligt referat av den mycket uppskattade veckan har publicerats i Medlemsblad nr 4 2009.

Tredje upplagan av SFOG-veckans lathund har färdigställts. För SFOG-veckan 2010 har ettårigt avtal slutits med Traveko AB för att företräda arrangörerna i förhandlingar och avtal med sponsorer och utställare. QuickSearch har utarbetat deltagarenkät för SFOG-veckan. Styrelsen har under året intensifierat sitt samarbete med de lokala organisationskommittéerna för SFOG-veckorna.

Arbets- och referensgrupper

Aktiviteten i de 18 olika arbets- och referensgrupperna har under året varit imponerande, se vidare redogörelser för ARG och protokoll från Riks-ARG 25/8 (Medlemsblad 4/2009). Under Riks-ARG diskuterades frågan om nationella riktlinjer. Under hösten har styrelsen arbetat vidare för att på hemsidan presentera SFOG råd/guidelines.

Under året har två nya ARG-rapporter publicerats, Prolaps och Hysterektomi vid icke-maligna tillstånd. POS-ARG, Perinatal-ARG, C-ARG, Endokrin-ARG och MIG-ARG är i slutfasen av sina rap-

porter. TON-ARG har startat med ny rapport.

Styrelsen har initierat bildandet av AR-gruppen för kvalitetsregistrering, KVARG, som konstituerades under årets SFOG-vecka. Göran Berg valdes till ordförande. Målet för AR-gruppen är att på styrelsens uppdrag representera SFOG i kvalitetsregistrering inom obstetrik och gynekologi. De specifika syftena för AR-gruppen är: 1) ansvara för Kvinno-klinikernas årsrapport: 2) göra urval av variabler från kvalitetsregister till årsrapporten, 3) vara forum för samtliga kvalitetsregister inom obstetrik och gynekologi, 4) befrämja informationsutbyte och samordning av enskilda kvalitetsregistren inom respektive område, 5) sträva mot nationell täckning av kvalitetsregistrering, 6) befrämja kompetens och IT-stöd för kvalitetsregistren, 7) leda SFOGs diskussion med SKL i val om öppna jämförelser, 8) representera SFOG i SKLs stöd till kvalitetsregister.

Styrelsen har initierat bildande av en arbetsgrupp för planering av ett obstetriskt kvalitetsregister, PNQ-O, med förankring i samtliga sjukvårdsregioner och Perinatal-ARG. Arbetet startar 2010.

INFPREG utarbetade rekommendationer för profylax och vård i samband med svininfluensaepidemin vilka presenterades på föreningens hemsida.

I oktober avsåg sig vetenskapliga sekreteraren uppdraget som ARGUS, vilket efter styrelsebeslut övertogs av ordföranden.

I december beslöt styrelsen att initiera bildandet av en ny AR-grupp -Global-ARG.

Föreningens hemsida

Föreningens hemsida är nu inne på sitt femte år i ny skepnad. Besöksfrekvensen är stadigt över 500 unika besökare per dygn och mycket över detta i perioder då hemsidan används som ingång till exempelvis kursansökningar eller SFOG-veckan. Med Meltwater News som leverantör har vi sedan 2008 en tjänst för tillgång till sökmotor och Newsfeed funktion på hemsidan, nyheterna uppdateras manuellt några gånger per vecka. Styrelsens sida och valda AR-Grupper hemsidor är etablerade. Under året har nio platsannonser presenterats på hemsidan.

Verksamhetsmöten

Verksamhetsmöten har hållits i samband med vintermötet i Stockholm och vid SFOG-veckan i Norrköping. Båda var välbesökta med god geografisk spridning bland deltagarna som var verksamhetschefer, AR-representanter och professorer.

Vid vinterns verksamhetsmöte diskuterades utbildningsnämndens uppgift i ST utbildningen. Nya variabler för Årsrapporten 2008 presenterades av Jan Rydnert, t ex vem som sköter aborterna och väntetider till besök respektive abort, läkarbemanning, utbildning och förekomsten av stafettläkare. Gruppen kring årsrapporten har kommit överens om att rapporten ska vara offentlig. Jan Brynhildsen talade om steriliseringar. Konsensus blev att professionen ska arbeta för att sterilisering, både manlig och kvinnlig ska erbjudas inom ramen för landstingets ekonomi. Hysteroskopisk sterilisering "och det här med ekonomin" problematiserades av Bengt Johansson. I Stockholms landsting arbetar verksamhetscheferna med att försöka få ut ersättning för hysteroskopisk sterilisering. Karin Pihl berättade om behovet av samla nationella koder, ffa KVÅ-koder och en arbetsgrupp arbetar vidare med frågan. Lennart Nordström presenterade vårdprogrammet för sen avnävling efter födelsen. GKR och Gynop-registret diskuterades av Kerstin Palm och Ulf Oskarsson. Fördjupad analys av data i prolapssträngen i Gynopregistret presenterades av Raymond Lenrick och Emil Nussler. Förslag till nya riktlinjer för cervixcancerprevention presenterades av Kristina Elfgrén och Bengt Andrae. Läkares fortbildning, från CME till CPE föredrogs av Kerstin Nilsson. Professorerna Inger Sundström Poromaa och Kristina Gemzell Danielsson presenterade levande och intressant om sina forskningsområden.

Vid verksamhetsmötet i Norrköping presenterade P-O Jansson den nya svensk lärobok i gynekologi som publiceras på Studentlitteratur. Britt-Marie Landgren och P-O Jansson är redaktörer. Marie Bixo rapporterade om nyheter inom ST-utbildningen. Pelle Lindqvist berättade om Vasa previa test. Han informerade

även om Nordic Obstetric Surveillance System (NOSS) – ett nordiskt samarbetsprojekt om sällsynta obstetriska komplikationer. Mötet tillstyrkte att man startar projektet. Kvalitetsutveckling av ovarialcancervården diskuterades av Kjell Bergfeldt, gynekolog från Lund. SFOG bildar AR-grupp för kvalitetsregistrering Ulf Högberg. Diskussion kring detta fördes.

WHO's checklista för säkerhet vid operationer presenterade av Jon Ahlberg, LÖF. Två kvalitetsregister presenterades på verksamhetsmötet: 1) Perinatal Revision Syd kvalitetsregisterpresentation av Karin Källén, Lunds universitet; Patientupplevd kvalitet inom mödra-förlossnings och BB-vård av Kristina Arheden, QuickSearch. Om den nya influensan informerade Karin Pettersson. Lägesrapport gavs om Projekt Säker Förlossningsvård och det nya utbildnings- och träningsprogrammet för CTG presenterades. Nationella riktlinjer inom obstetrik & gynekologi diskuterades. SFOGs förslag om förankring av presenterades och accepterades. Handläggning av normalförlossning togs upp av Ingela Wiklund från SBF. SFOG, SBF och SNS har haft ett möte om detta under året. Pia Teleman och Märten Strömberg talade om Jämställt specialitetsval -rapport från Läkarförbundet.8

Utbildningsfrågor

Utbildningsnämnden hade tre reguljära sammanträden, 2 april, 27 augusti och 6 november och utgjordes under 2009 av följande personer: Aino Fianu-Jonasson (ansvarig för specialistexamen), Cilla Salamon, Matts Olovsson, Jan Brynhildsen, Barbro Edén, Pål Wölner-Hansen, Martin Stjernqvist, Ylva Carlsson (OGU), David Stenson (OGU) och Marie Bixo (ordförande).

Under 2009 fortsatte utbildningsnämnden arbetet med att utforma praxis för den nya ST-utbildningen. Detaljerade checklistor för de medicinska del-målen i ST-utbildningen publicerades på SFOGs hemsida. Checklistorna har utarbetats av utbildningsnämnden i samråd med AR-grupperna, OGU och SFOGs styrelse. Checklistorna kommer att vara ett levande dokument som revideras med 1-2 års intervall.

Efter att ha inhämtat synpunkter från OGU och verksamhetscheferna beslöt utbildningsnämnden att fortsätta att erbjuda en frivillig specialistexamen även i den nya ST-utbildningen. En nyhet är att specialistexamen från och med 2010 kommer att genomföras vid ett enda tillfälle med skrivning dag 1 och muntlig examen inklusive presentation av ST-arbetet dag 2. Specialistexamen kommer framgent att vara nära kopplat till den nya målbeskrivningen för ST, även för dem som gör sin ST enligt den gamla förordningen. Under året beslutades även, i samråd med OGU och styrelsen, att ett urval av ST-arbeten ska uppmärksammas genom att en sammanfattning publiceras i medlemsbladet och att arbetet presenteras i samband med SFOG-veckan. Specialistskrivningen genomfördes av 34 ST-läkare och samtliga godkändes. Den muntliga examen genomfördes i Umeå 15 november och 12 ST-läkare blev därmed godkända på hela specialistexamen.

Sammanlagt 41 kurser för ST-läkare och specialister arrangerades i SFOGs regi under året. Antalet kurser som anpassats efter ST-läkare respektive specialister ökade jämfört med tidigare medan antalet breda kurser minskade något, vilket utbildningsnämnden tycker är en positiv utveckling. Vi fick sammanlagt 10 SK-kurser via IPULS, varav sju var centrala kurser för ST-utbildningen (en förbättring jämfört med året innan). ABC-kursen för läkare tidigt under ST genomfördes på Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg 27-29 april. NÄL, Trollhättan SPUR-inspekterades under året.

Möten med grundutbildningsansvariga på de sex universitetsorterna och studierektorerna för ST genomfördes under SFOG-veckan i Norrköping. Utbildningssekreteraren deltog vid ST-dagarna i Nyköping 21 april för att diskutera nya specialistutbildningen samt vid ett möte arrangerat av Svenska Läkaresällskapet och Läkarförbundet där alla specialitetsföreningarna diskuterade de gemensamma, allmänna målen i ST-utbildningen. Det senare utmynnade i att Läkaresällskapet och Läkarförbundet formulerade rekommendationer kring målet vetenskaplig kompetens.

Sveriges Privatgynekologer

Årets utbildningsresa gick till Krakow 23-27 sept. Det vetenskapliga programmet innehöll bland annat föreläsningar om gynekologisk endokrinologi av professor Angelica Hirschberg, om invandrarkvinnan av barnmorskan Marina Franck. Med dr Anettes Sjösten föreläste om habituella aborter och dr Gustav Giertz om ultraljud i den gynekologiska vardagen. På årsmötet i Krakow antogs nya stadgar för föreningen varvid även vår gamla utbildningsförening Fosterfattenseglarna) införlivades i Privatintresseföreningen. Vi har också bytt namn till Sveriges Privatgynekologer. Från att ha varit ett passivt medlemskap måste nu alla medlemmar aktivt registrera sig och hålla sina uppgifter aktuella. Medlemsregistret finns nu på SFOGs hemsida under Intressegrupper, där också information kommer ges om vad som händer. Intressegruppen är representerad på verksamhetsmötena, har en kontaktperson till Privatläkarföreningen, samt en taxegrupp.

Gruppen för Öppenvårdsgynekologi

Öppenvårdsgynekologerna har sedan många år tillbaka två träffar per år, varje gång i Stockholm. Till varje möte bjuds en föredragshållare. Efter föredraget tas gemensamma angelägenheter upp. Våren 2009 kom professor emeritus Ingemar Joelsson och informerade om Remifemin och andra receptfria östrogensubstitut. Hösten 2009 kom professor emeritus Bo von Schoultz och berättade om det senaste inom forskningen rörande klimakterieöstrogener.

OGU

Under första delen av året arbetade styrelsen hårt med att färdigställa vår nya hemsida. Hemsidan är framtagen tillsammans med Sajtkonserterna och resultatet hittar du på www.ogu.se. Vår nya webbmaster är Magnus Eneberg.

Vidare så sjuöppnades 2009 års OGU-dagar i Nyköping med huvudtemat randutbildningar. Dessa dagar lockade ca 45 ST läkare från hela landet. Redan innan 2009 års OGU dagar var genomförda påbörjades arbetet med 2010 års OGU-dagar i Lund. Arrangemang och veten-

skapligt program var klart redan i november och annonserades i Medlemsbladet nr 5. Året fortsatte med arbete kring SFOG veckans symposium och tre workshops vilka avlöpte väl i Norrköping. Årets OGU-pris utdelades till utbildningssekreterare Marie Bixo.

En stor del av styrelsens arbete har även ägnats OGU:s utbildningsenkät som kommer att delas ut under början av 2010. Detta års enkät kommer, förutom flera återkommande frågor, att ha mer fokus kring din arbetsmiljö samt dina forskningsmöjligheter. Ett avtal med Cadcoordinator har även slutits angående att webbaserat enkäten. I samband med detta arbeta har en uppdaterad epost-lista upprättats över alla ST-läkare och vikarierande underläkare inom vår specialitet.

Samarbetet mellan styrelserna för OGU och SFOG fortgår i positiv anda. I samband med styrelsemötet i april hade vi ett gemensamt möte med SFOG:s styrelse (se ovan). Under året har även Ylva Carlsson och Mårten Strömberg presenterat OGU på ABC kursen i Göteborg. Vidare har Mårten Strömberg representerat OGU under de två verksamhetsmöten som SFOG anordnat under året. På verksamhetsmötet i Norrköping i augusti presenterades Läkarförbundets utredning Jämställt specialitetsval inklusive en subanalys av OB/GYN läkarnas svar för auditoriet.

Vidare har vi varit synliga i Medlemsbladet med artiklar om den nya Specialistexamen, internationellt utbyte i Ungern och Tanzania och den nya målbeskrivningen ur flera olika perspektiv. Vi vill även särskilt understryka Sara Törnblom-Paulanders artikel om "OGU 15 år".

Internationellt samarbete

SFOG är med i SIDA:s "Swedish Reference Group within the Swedish special effort to improve maternal health within a broad Sexual and Reproductive Health and Rights agenda in order to accelerate results towards the Millennium Development" SFOG har gått med som medlem i den nybildade svenska grenen White Ribbon Alliance, en policyföreningen för bättre global mödrhälsa. Flera SFOG-medlemmar har under året delta-

git som ST-läkare i utbytestjänstgöring vid universitetssjukhuset i Dar-Es-Salam förmedlat av CeFAM, KI. SFOG har medverkat i förberedelserna till tisdags-sammankomst om mödradödlighet på Läkaresällskapet 2010.

FIGO

Vid FIGO:s 19:e världskongress deltog 149 SFOG medlemmar som bidrog flitigt till det vetenskapliga kunskapsutbytet med föredrag och posters. Staffan Bergström erhöll FIGO distinguished award för "his work on the crisis in human resources in the fields of maternal and newborn health in low income countries." Vid generalförsamlingen representerades SFOG av åtta delegater. Elisabeth Persson och Jerker Liljestränd avtackades för sina sex år som ledamot i Executive Board respektive Honorary Treasurer. Dorothy Shaw avgick som president och Gamal Serour tillträdde. Till President-Elect valdes Sir Sabaratnam Arulkumaran. Från Norden valdes Seija Grenman, finska gynekologföreningen, som medlem till Executive Board. Nästa kongress blir 2012 i Rom.

SFOG har fortsatt med det av FIGO initierade s.k. twinningprojektet i Pakistan. Kontakten med Pakistan har försvårats av det instabila politiska läget, men gruppen, bestående av Bo Möller, mentor, Charlotta Grunewald samt Ingela Wiklund, SBF, har haft upprepade kontakter med kollegorna i SOGP resp. barnmorskeförbundet i Pakistan via e-mail. Gruppen har även besökt Karachi. Samarbetet har rapporterats i Acta Obstet Gynecol Scand nr 2 och 9 2009.

NFOG

SFOG:s ordförande har deltagit i NFOG:s två styrelsemöten under året. En dominerande fråga har varit förbättringsarbetet och ekonomin för Acta Obstet Gynecol. Övriga frågor har varit arbetet inom Scientific och Educational Committee, NFYOG, driften av Visitors Program och Collaborative Programs, förberedelser till att slå samman desamma till en utökad NFOG Fond, förberedelser för NFOG kongressen i Köpenhamn. Vetenskapliga sekreterare har representerat SFOG i NFOG:s Scientific Committee. NFOG:s "Educational

Committee" genomförde två möten i Köpenhamn. En nordisk kurs i Vulvasjukdomar för specialister genomfördes 18-19 november i Köpenhamn.

OGU:s internationella representanter har under året deltagit i arrangerandet av det tvådagarsseminarium som anordnas av NFYOG vartannat år. Seminariet hölls i Köpenhamn och temat var "Third world challenges in Obstetrics and Gynecology". De svenska styrelsemedlemmarna organiserade också NFYOG:s styrelsemöte i Stockholm i oktober. Under detta möte påbörjades bl.a. planeringen av det kortare seminarium som NFYOG kommer att arrangera i anslutning till NFOG-kongressen 2010.

EBCOG

Av SFOG:s två EBCOG Council representanter, Charlotta Grunewald och Ulf Högberg, har båda deltagit i mötet i Budapest i juni 2009 och avgett rapport till styrelsen men inte vid det andra Council mötet i november p.g.a. av deltagande i Riksstämman. ■

RESULTATRÄKNING				KOMMENTARER OCH NOTER REDOVISNINGSPRINCIPER			
				Årsredovisningen har upprättats enligt Årsredovisningslagen och Bokföringsnämndens allmänna råd.			
				Tillämpade redovisnings- och värderingsprinciper är oförändrade jämfört med föregående år. Kortfristiga placeringar värderas enligt lägsta värdets princip. Upplupen ränta på placeringarna redovisas som upplupen intäkt i balansräkningen.			
				Fordringar har upptagits till de belopp varmed de beräknas inflyta. Övriga tillgångar och skulder har upptagits till anskaffningsvärden där inget annat anges.			
				Periodisering av inkomster och utgifter har skett enligt god redovisningssed.			
INTÄKTER		2009	2008	Not 1 NETTOOMSÄTTNING	2009	2008	
Nettoomsättning	Not 1	3.318.894	3.488.644	Medlemsavgifter	1.126.350	1.114.100	
Övriga intäkter		-	836	Annonsintäkter	800.922	809.325	
SUMMA INTÄKTER		3.318.894	3.489.480	ARG-verksamhet	843.416	1.039.991	
RÖRELSENS KOSTNADER				Diagnoshandbok	30.900	44.700	
ARG-verksamhet		- 117.361	- 365.785	Årsrapporter	260.000	240.000	
Medlemstidning		- 432.409	- 459.571	Utbildningsnämnden	70.800	53.300	
Övriga externa kostnader	Not 2	- 2.597.720	- 2.187.650	Utfakturerade kostnader	127.226	134.041	
Personalkostnader	Not 3	- 657.354	- 459.082	OGU ST-dagar	18.800	20.700	
Årets avskrivning		- 26.159	- 26.159	Bidrag	40.480	32.487	
SUMMA RÖRELSEKOSTNADER		- 3.831.003	- 3.498.247		3.318.894	3.488.644	
RÖRELSERESULTAT		- 512.109	- 8.767	Not 2 ÖVRIGA EXTERNA KOSTNADER	2009	2008	
RESULTAT FRÅN FINANSIELLA				Årsmöte	50.466	32.201	
INVESTERINGAR				Medlemsavgifter (Acta, Figo, NFOG, ECOG, IFFS)	704.225	664.813	
Ränteintäkter		3.776	48.390	Möten och kongresser	497.953	376.447	
Utdelningar		52.727	44.616	Utbildningsnämnden	77.491	144.757	
Räntekostnader och liknande resultatposter		- 14.795	- 16.901	Revisionsarvoden	93.125	37.900	
Realisationsvinster och realisationsförluster	Not 4	151.035	- 223.219	Övriga kostnader inkl OGU	1.174.460	931.532	
RESULTAT EFTER FINANSIELLA					2.597.720	2.187.650	
POSTER		- 319.366	- 155.881	Not 3 PERSONALKOSTNADER	2009	2008	
Skatt på årets resultat		- 169.172	- 234.389	Medelantalet anställda, med fördelning på kvinnor och män har uppgått till:			
ÅRETS RESULTAT		- 488.538	- 390.270	Kvinnor	1	1	
				Män	-	-	
BALANSRÄKNING		2009-12-31	2008-12-31		1	1	
TILLGÅNGAR				Löner, ersättningar och sociala avgifter har uppgått till:			
ANLÄGGNINGSTILLGÅNGAR				Löner och ersättningar	436.305	318.720	
Inventarier	Not 5	9.147	35.306	Pensionskostnader	49.003	34.387	
SUMMA ANLÄGGNINGSTILLGÅNGAR		9.147	35.306	Sociala avgifter	159.845	98.147	
					645.153	451.254	
OMSÄTTNINGSTILLGÅNGAR				Not 4 REALISATIONSVINSTER OCH REALISATIONSFÖRLUSTER	2009-12-31	2008-12-31	
VARULAGER M.M.				Vinst vid försäljning av värdepapper	47.738	2.505	
Färdiga varor		271.231	297.809	Förlust vid försäljning av värdepapper	- 122.427	-	
KORTFRISTIGA FORDRINGAR				Nedskrivning av värdepapper	-	- 225.724	
Kundfordringar		38.211	113.654	Återföring av nedskrivning av värdepapper	225.724	-	
Övriga kortfristiga fordringar		217.677	73.590		151.035	- 223.219	
Förutbetalda kostnader och upplupna intäkter		101.534	148.745	Not 5 INVENTARIER	2009-12-31	2008-12-31	
SUMMA KORTFRISTIGA FORDRINGAR		357.422	335.989	Ingående anskaffningsvärde	187.872	172.627	
KORTFRISTIGA PLACERINGAR				Inköp -	15.245	-	
Aktier och andelar	Not 6	2.648.450	2.352.663	Försäljning/utrangering	-	-	
SUMMA KORTFRISTIGA PLACERINGAR		2.648.450	2.352.663	Utgående ackumulerade anskaffningsvärden	187.872	187.872	
KASSA OCH BANK		305.617	762.932	Ingående avskrivningar	- 152.566	- 126.407	
SUMMA OMSÄTTNINGSTILLGÅNGAR		3.582.720	3.749.393	Årets avskrivningar	- 26.159	- 26.159	
SUMMA TILLGÅNGAR		3.591.867	3.784.699	Försäljningar/utrangeringar	-	-	
EGET KAPITAL OCH SKULDER		2009-12-31	2008-12-31	Utgående ackumulerade avskrivningar	- 178.725	- 152.566	
EGET KAPITAL				Utgående planenligt restvärde	9.147	35.306	
Ingående eget kapital		3.313.987	3.714.257				
Beslutade bidrag	Not 7	-	10.000				
		-	10.000				
Årets resultat		-	488.538				
		-	390.270				
SUMMA EGET KAPITAL		2.815.449	3.313.987				
KORTFRISTIGA SKULDER							
Leverantörsskulder		64.344	36.720				
Övriga kortfristiga skulder		236.681	164.813				
Upplupna kostnader		475.393	269.179				
SUMMA KORTFRISTIGA SKULDER		776.418	470.712				
SUMMA EGET KAPITAL OCH SKULDER		3.591.867	3.784.699				
POSTER INOM LINJEN							
STÄLLDA SÄKERHETER							

Not 6 AKTIER OCH ANDELAR

	Marknads- värde	Anskaffnings- värde	Bokfört- värde
Svenska aktier/ aktierelaterade instrument	2.758.127	2.648.450	2.648.450 <u>2.648.450</u>

Not 7 BESLUTADE BIDRAG

Beslutade bidrag 2009 och utbetalade 2009	
Kerstin Nilsson	10.000 kr
	<u>10.000 kr</u>

Stockholm den 21 april 2010

Ulf Högberg
Ordförande

Pia Teleman
Vice ordförande

Pelle Lindqvist
Vetenskaplig sekreterare

Eva Uustal-Fornell
Facklig sekreterare

Marie Bixo
Utbildningssekreterare

Sven-Eric Olsson
Skattmästare

Anne Ekeryd-Andalen
Red, Medlemsbladet

Måns Edlund
Ledamot, webbmaster

Anna Pohjanen
Ledamot

Mårten Strömberg
Ledamot, OGU-representant

Vår revisionsberättelse har lämnats den 29 april 2010

Christer Eriksson
Auktoriserad revisor

Gerald Wallsterson

Skattmästarens rapport.

Det ekonomiska utfallet 2009 framgår av årsberättelsen. Annonstäckningen har fortsatt att sjunka. Stora ansträngningar att hitta nya annonsörer har gjorts av Anne och Jeanette.

Kansliet har blivit dyrare än budgeterat pga personalomsättning, bemanningsföretag och nyrekrytering.

Medlemsavgifter i NFOG o FIGO blev dyrare genom den svaga kronkursen.

Revisionskostnaden ökade pga utredning angående realisationsvinster.

För att "städa" i aktieportföljen såldes en del gamla placeringar som visat dålig avkastning av. Detta innebar då att en del realisationsförluster som egentligen inte avser 2009 togs fram.

Engångsposter som en del datainvesteringar och ny hemsida för OGU har också belastat resultatet.

Vi har nu haft 2 år med lägre medlemsavgift efter sänkningen 2008 med 100:-. Även 2010 gäller den sänkta medlemsavgiften.

Pga ökat kostnadsläge vad gäller våra köpta tjänster och små möjligheter att på annat sätt öka våra inkomster föreslås till 2011 en höjd medlemsavgift med 100:- till 800:-/år.

Kostnaderna för tryck och utskick av ARG-rapporter ökar också och därför föreslås en ökning av ARG-abonnemanget med 100:- till 400:-/år.

SFOGs budget 2010

Intäkter

Medlemsavgifter	1 100 000
Medlemsblad, annonsering	700 000
ARG-abonnemang	500 000
Försäljning ARG-rapporter	400 000
Försäljning Diagnosbok	30 000
Årsrapport Kvinnokliniker	300 000
Platsannonser hemsidan	100 000
Kursavgift administration	100 000
Övriga poster	150 000
OGU-intäkter	50 000
Täckning underskott av eget kapital	245 000
Summa intäkter	3 675 000

Kostnader

SFOG-kansliet	1 000 000
Medlemsavgifter NFOG/ACTA/EBCOG/FIGO/IFFS	700 000
Medlemsbladet 1-5 (layout/tryck/utskick)	520 000
ARG-rapport (tryck/utskick)	300 000
Styrelsemöten	350 000
Övriga möten	170 000
Utbildningsnämnden	80 000
ARG-verksamhet	25 000
Årsrapport Kvinnokliniker	140 000
Datakostnader	60 000
Hemsidan	60 000
Revision	50 000
Övriga kostnader	75 000
Avskrivningar	25 000
OGU	120 000
Summa kostnader	3 675 000

Kallelse

**Medlemmarna i
Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi
kallas härmed till årsmöte 2010
Onsdagen den 1 september kl 10.00 – 11.45
Wisby Strand**

Föredragningslista – Årsmöte

- a) Mötet öppnas
- b) Val av ordförande och två justeringsmän för årsmötet
- c) Styrelsens verksamhetsberättelse
- d) Skattmästarens ekonomiska redogörelse
- e) Revisorernas revisionsberättelse
- f) Fråga om ansvarsfrihet för styrelse och skattmästare
- g) Årsavgift för det kommande året
- h) Avgift för ARG-abonnemang
- i) Val av styrelseledamöter
- j) Val av två revisorer jämte revisorssuppleant
- k) Val av valberedning
- l) Avtackning av styrelseledamöter
- m) Stadgeändring §12 & §18 (1:a beslut 2009)
- n) Stadgeändring §7 & §16
- o) Information om utbildning
- p) OGU-information
- q) Information om ARG-verksamheten
- r) Berndt Kjessler-pristagare 2010
- s) Information från NFOG, EBCOG & FIGO
- t) SFOG-veckor 2012 & 2013
- v) Val av hedersmedlemmar i SFOG
- å) Tid och plats för nästa årsmöte - SFOG-veckan 2011
- ä) Mötet avslutas

Vid årsmötet är gott om tid avsatt för diskussion. Alla medlemmar är välkomna att delta. Om ni vill att styrelsen ska förbereda övriga ärenden var vänlig kontakta ordförande i förväg.



**STIFTELSEN
FÖR UTBILDNING
OCH UTVECKLING
INOM OBSTRETIK
OCH GYNEKOLOGI**

INFORMATION FRÅN STIFTELSEN

**Onsdagen den 1 september 2010
kl 11.45 (efter årsmötet)
Wisby Strand**

Bilaga till m)

Stadgar t.o.m. 2008

§12

Sekreteraren för vetenskapliga frågor skall bevaka den medicinskt- vetenskapliga delen av föreningens verksamhet såsom utbildning, vetenskapliga förhandlingar och forskning samt svara för samarbetet mellan föreningen och Läkaresällskapet.

§18

Efter ansökan till och godkännande av styrelsen kan Arbets- och Referensgrupper (AR-grupper) etableras. Dessa grupper verkar för professionell utveckling inom specifika områden av specialiteten. AR-grupperna skall också fungera som styrelsens rådgivare. Styrelsen har det slutliga ansvaret att utforma föreningens ståndpunkter. Samordningen mellan AR-grupperna sköts av en av styrelsen utsedd person, ARGUS, vald på fyra år.

Beslut om stadgeändringar vid årsmötet 2009

§12

Sekreteraren för vetenskapliga frågor skall bevaka den medicinskt- vetenskapliga delen av föreningens verksamhet såsom utbildning, vetenskapliga förhandlingar och forskning samt svara för samarbetet mellan föreningen och Läkaresällskapet. Sekreteraren för vetenskapliga frågor utses till ARGUS.

§18

Efter ansökan till och godkännande av styrelsen kan Arbets- och Referensgrupper (AR-grupper) etableras. Dessa grupper verkar för professionell utveckling inom specifika områden av specialiteten. AR-grupperna skall också fungera som styrelsens rådgivare. Styrelsen har det slutliga ansvaret att utforma föreningens ståndpunkter. Samordningen mellan AR-grupperna leds av ARGUS.

Bilaga till n)

Nuvarande stadgar

§7

Föreningens angelägenheter handhas av en vid årsmötet vald styrelse som skall bestå av ordförande, vice ordförande, sekreterare för vetenskapliga frågor, sekreterare för fackliga frågor, skattmästare, utbildningssekreterare, redaktör för Medlemsbladet samt tre övriga medlemmar. Minst en styrelsemedlem skall vid val vara under specialistutbildning. Mandatperioden är två år och fördelas så att årligen hälften av styrelseposterna står under val. Styrelsens förvaltning granskas årligen av två revisorer utsedda av föreningen. För dessa skall finnas en suppleant.

§16

Utbildningsnämnden består av åtta ledamöter, som utses av föreningens styrelse. Ordförande i nämnden är utbildningssekreteraren. Utbildningsnämnden fastställer föreningens fortbildningsprogram och har att bevaka föreningens intressen beträffande utbudet av SK-kurser och motsvarande utbildning. Utbildningsnämnden har ansvar för specialistexamen. Som stöd till utbildningsnämnden finns program- och utbildningskommittén (PUK) som består av SFOGs styrelse samt verksamhetschef/ämnesföreträdare från varje undervisningsjukhus. Utbildningssekreteraren är ordförande i PUK.

Bilaga till v)

Nominering av hedersmedlemmar i SFOG

Kaj Essinger

Kaj Essinger har på ett oreserverat, framsynt och engagerat sätt stött utveckling och forskning i syfte att förhindra undvikbara förlossningsrelaterade skador på barn. Som VD för landstingen Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) under åren 2000-2009 avslutade han sin mångåriga professionella gärning inom hälso- och sjukvården genom att verka för en säkrare start i livet. I sitt deltagande i en rad nationella och internationella patient-säkerhetskonferenser har Kaj Essinger

Förslag till stadgeändring

§7

Föreningens angelägenheter handhas av en vid årsmötet vald styrelse som skall bestå av ordförande, vice ordförande, sekreterare för vetenskapliga frågor, sekreterare för fackliga frågor, skattmästare, utbildningssekreterare, redaktör för Medlemsbladet, styrelserepresentant från intressegruppen Obstetrik och Gynekologer under Utbildning (OGU), samt två övriga medlemmar. Mandatperioden är två år och fördelas så att årligen hälften av styrelseposterna står under val. Styrelsens förvaltning granskas årligen av två revisorer utsedda av föreningen. För dessa skall finnas en suppleant.

§16

Utbildningsnämnden ansvarar för grundutbildningsfrågor, ST och fortbildning. Nämnden består av nio ledamöter, som utses av föreningens styrelse. Av dessa nio ledamöter skall 1-2 vara representanter från OGU-styrelsen. Ordförande i nämnden är utbildningssekreteraren. Samtliga fakulteter/universitetssjukhus skall vara representerade i nämnden. Utbildningsnämnden fastställer föreningens fortbildningsprogram och har att bevaka föreningens intressen beträffande utbudet av SK-kurser och motsvarande utbildning. Utbildningsnämnden har ansvar för specialistexamen.

framfört behovet av gränsoverskridande samverkan för en säkrare vård. Enligt Kaj Essinger är LÖFs uppgift inte bara att ”ge patienter som skadats i vården rätt ersättning” utan även att ”hjälpa sjukvården att minska patientskador.” Som ett led i detta har han genom ett betydande finansiellt och administrativt stöd från LÖF möjliggjort genomförandet av Projektet Säker Förlossningsvård, som nu till vår glädje omfattar Sveriges samtliga kvinnokliniker och vars förbättringspotential vi redan börjat skönja. Kaj

Essingers intresse för att göra just förlossningsvården säkrare för barnet avspeglar en genuin förståelse för det kanske mest sårbara men också livsavgörande momentet i en människas liv. SFOG är djupt tacksam över Kaj Essingers insatser och vill därför utnämna honom till hedersmedlem.

Torbjörn Schultz

Torbjörn Schultz, projektadministratör på LÖF, har med sina gedigna administrativa kunskaper varit en helt oersättlig hjälp i genomförandet av Projektet Säker Förlossningsvård, som nu till vår glädje omfattar Sveriges samtliga kvinnokliniker och vars förbättringspotential vi redan börjat skönja. Torbjörn Schultz förmåga

att hålla i alla trådar med sitt varma, prestigelösa och positiva engagemang har uppskattats oändligt av alla som deltagit i arbetet. Torbjörn Schultz intresse för att göra just förlossningsvården säkrare för barnet avspeglar en genuin förståelse för det kanske mest sårbara, men också livsavgörande momentet i en människas liv. SFOG är djupt tacksam över Torbjörn Schultz insatser och vill därför utnämna honom till hedersmedlem.

Jon Ahlberg

Som chefläkare vid LÖF insåg Jon Ahlberg tidigt behovet av att göra förlossningsvården säkrare för barnet och tog därför initiativet till studier, där LÖFs arkiv över barn med svår förlossningsre-

laterad skada ställdes till en forskargrups förfogande. Efter de första resultaten som visade en rad brister inom förlossningen startades Projektet Säker Förlossningsvård, som nu till vår glädje omfattar Sveriges samtliga kvinnokliniker och vars förbättringspotential vi redan börjat skönja. Jon Ahlberg har under dessa år aktivt deltagit i projektets styrgrupp och varit ständigt engagerad. Jon Ahlberg är en flitig ambassadör för patientsäkerhet med intresse för att göra just förlossningsvården säkrare för barnet. SFOG är djupt tacksam över Jon Ahlbergs insatser och vill därför utnämna honom till hedersmedlem. ■

Valberedningens förslag till styrelse för SFOG 2011

Ordförande	Pia Teleman	Nyval
Vice ordförande	Harald Almström	Nyval
Facklig sekr	Eva Uustal Fornell	Fortsatt mandat
Vetenskaplig sekreterare	Matts Olovsson	Nyval
Utbildningssekreterare	Marie Bixo	Fortsatt mandat
Skattmästare	Sven-Erik Olsson	Omval
Redaktör	Anne Ekeryd-Andalen	Fortsatt mandat
Övrig ledamot/webbmaster	Lars Ladfors	Nyval
Övrig ledamot	Anna Pohjanen	Fortsatt mandat
Övrig ledamot/OGU-representant	Malin Strand	Nyval

Revisorer

Aukt revisor	Christer Eriksson
Lekmannarevisor	Gerald Wallstersson
Revisorsuppl	Christina Gunnervik

SFOGs valberedning:

Lars-Åke Mattsson (sammankallande), Cilla Salamon, Sara Törnblom Pahlander.

Ordförande



Pia Teleman

På grund av födsel och ohejdad vana växte jag upp och läste medicin i Lund. Flyttade därefter till Östergötland och blev specialist –91 i Norrköping. Sju år senare flyttade jag åter söderut och disputerade 2003 inom området urogynekologi och arbetar nu som överläkare på Kvinnokliniken SUS/Lund. Fick kring millennieskiftet den

första erfarenheten inom SFOGs styrelse som facklig sekreterare och blev mäkta imponerad över allt det arbete, det mesta helt ideellt, som läggs ner av så många medlemmar för att öka vår kunskapsgrad. Förutom kärnfrågorna utbildning, fortbildning och forskning ser jag gärna att SFOG fortsätter sitt engagemang inom patientsäkerhetsfrågor och kvalitetsssäkring med nationella kvalitetsregister. Jag driver gärna också en diskussion kring ett hållbart arbetsliv ”tiden ut” med kunskapsöverföring till den yngre generationen, och varför inte att vi arbetar för en bättre gynekolog-ergonomi!

Den fritid som finns ägnas åt familjen där 2 av 3 barn är utflugna, skärgårdsön, enstaka böcker och lite dans. Dessutom inbillar jag mig understundom att jag motionerar.

Vice ordförande



Harald Almström

Efter ett visst initialt övervägande känner jag mig både glad och i viss mån förväntansfull över att åter arbeta inom SFOG, en av de mest aktiva och drivande specialitetsföreningarna.

Det är nu 28 år sedan jag blev specialist efter utbildning på Danderyds, Löwenströmska och Karolinska sjukhusen. De första åtta åren därefter arbetade jag på Danderyds kvinnoklinik, där jag snart blev alltmer intresserad av den snabba utvecklingen inom ultraljudsdiagnostiken och engagerade mig i UltraARG. 1995 disputerade jag på avhandlingen "Antenatal surveillance and labour induction in high-risk pregnancy". Redan 1990 hade jag dock lämnat anställningen på kliniken och tillsammans med Gustav Giertz startat UltraGyn på Läkarhuset Odenplan i Stockholm, dit även Anna Marsk kom ett år senare. Vi fortsatte ett nära samarbete med Danderydskliniken och höll under många år SK- och efterutbildningskurser i ultraljudsdiagnostik. 1994-95 och 1998-99 arbetade jag även deltid på KK Karolinska med uppbyggnad av ultraljudsverksamheten där.

Från 1995 till början av 2000-talet var jag ordförande i UltraARG och 1995-2000 var jag styrelseledamot och skattmästare i SFOG samt tre år därefter i valberedningen. Under den tiden var jag en av initiativtagarna till SFOGs stiftelse för utbildning och utveckling.

Jag har också fortsatt med utvecklingsarbete med anknytning till ultraljuds- och fosterdiagnostik, bl a som en av projektledarna för NUPP-studien.

UltraGyn, där jag varit verksamhetschef fram till 2010, har utvecklats till en ganska omfattande verksamhet med drygt 20 specialitetsläkare och totalt över 50 medarbetare. Hela specialitetens öppenvårdsspektrum handläggs numera på UltraGyn inkl dagkirurgi och abortverksamhet.

År 2001 var jag tillsammans med barnmorskan Gudrun Abascal och Anders Björklund initiativtagare till BB Stockholm, där jag är VD. Det är en privat förlossningsklinik på Danderyds sjukhus där sjukhuset också är 49-procentig delägare.

Privat är jag gift med Anki och vi bor sedan 25 år i Stocksund. Våra båda barn är vuxna och har sedan flera år flyttat hemifrån. Vi tycker om att resa, äta god mat och smaka goda viner. Sedan några år tillbringar vi några sommarveckor på olika platser runt Medelhavet. Annars spelar vi golf och åker skidor utför. Vi håller igång till vardags med "vanlig" träning på gym och i jogging-spåret och träffar många vänner. Vi har bara ett "husdjur" och det är Ankis häst Batique.

Vetenskaplig sekreterare



Matts Olovsson

Jag är född i Östersund 1958, uppvuxen i Stavre som ligger vid Revsundssjöns strand. Efter gymnasiestudier i Östersund flyttade jag som 18-åring till Uppsala där jag blivit kvar. Som gymnasiekemist arbetade jag i 3 år på Pharmacias forskningsavdelning där jag bland annat var med och utvecklade tester för atopisk allergi. Härefter följde medicinstudier som avslutades

med läkarexamen i januari -88. Under de fyra därpå följande åren jobbade jag med min doktorsavhandling som handlade om immunkontraception och det hela ledde till disputation i maj 1993. Sedan kom jag tillbaka till kliniskt arbete med ett par trevliga och givande AT-år i Västerås. Direkt efter AT påbörjade jag min ST-utbildning vid kvinnokliniken, Akademiska sjukhuset. Efter specialistexamen i Obsterik och Gynekologi i mars

2000 har jag arbetat kvar på kliniken, huvudsakligen inom öppenvårds- och slutenvårdsgynekologi. På senare år har mitt kliniska arbete fokuserats allt mer mot patienter med endometriosis. Jag har varit aktiv i endometriosis-ARG sedan drygt 10 år och ordförande sedan 2005. Jag förordnades till docent 2002 och har sedan dess varit adjungerad lektor. Mina huvudsakliga forskningsområden är preeklampsi samt endometrium-endometriosis, med kliniska och experimentella inslag. Jag tycker att arbetet med forskningsprojekt är otroligt stimulerande, särskilt projekt som omfattar både experimentella och kliniska delprojekt och samarbete med andra forskare och forskargrupper.

Om jag blir vald till SFOGs vetenskapliga sekreterare så kommer jag att försöka bidra till att den forskning som görs inom vårt ämnesområde i vårt land lyfts fram och synliggörs i olika sammanhang. Detta är viktigt inte minst om vi vill påverka olika beslutsfattare och forskningsfinansiärer för att skapa bättre framtida förutsättningar för den kliniska patientnära forskningen, framför allt den translationella forskningen. Allt i syfte att kunna erbjuda våra framtida patienter ett bättre omhändertagande samtidigt som forskningen ger oss kliniskt verk samma läkare ytterligare en möjlighet att utvecklas och trivas med vårt arbete.

Webmaster



Lars Ladfors

Född i Skellefteå, barndom + gymnasium + började läsa medicin vid medicinska fakulteten i Umeå. Efter 3 års medicinstudier i Umeå arbetade jag under ett år som sjukvårdsbiträde/undersköterska inom långvård i Lycksele, dialysavdelningen St Erik Sjukhus Stockholm och på CIVA Karolinska Sjukhuset.

Därefter var det dags för studier igen: medicin/kirurgi/psykiatri i Stockholm, hud/infektion i Malmö och resten i Göteborg. Alltså ingen termin i Uppsala/Linköping, jag undrar ibland varför. Sista kursen gick

jag på KK Östra Sjukhuset i Göteborg och jag fastnade för specialiteten - tänk att få betalt för att hjälpa till med det viktigaste i föräldrarnas och barnens liv - förlossningen!

Ett år på KK Östra, AT i Göteborg, sen 3 år i Karlstad med kirurgi, anestesi, KK. Därefter har min flyttkarusell slutat och jag arbetar på Sahlgrenska Sjukhuset/Östra med obstetrisk profil.

Min avhandling handlade om vattenavgång utan värkar i fullgången tid. Jag har ett stort intresse för datorer, Web, kommunikation och var med och startade perinatal ARGs hemsida.

Min vardag är klinisk obstetrik, forskning och jag har haft förmånen att gå en utmärkt 30 poängsutbildning i kvalitetsdriven verksamhetsutveckling. Den utbildningen har gett mig många nya spännande verktyg för arbetet att ständigt förbättra för våra patienter.

Övrig ledamot, OGU-representant



Malin Strand

Jag heter Malin Strand och har gjort drygt fyra år av min ST på Sunderby Sjukhus i Luleå. Jag har suttit med i OGU-styrelsen sedan 2008 och i april i år blev jag vald till ny ordförande. Jag är född och uppvuxen i Luleå, men flyttade till Stockholm för att läsa till läkare på Karolinska Institutet. Studenttiden var fantastiskt rolig och jag blev tidigt kårengagerad, bland annat med

studiesociala aktiviteter och introduktionskollo för de nya studenterna, som numer inleder första terminen på läkarlinjen. Jag gillar att resa vilket resulterat i att jag tillbringade två månader som utbytesstudent på Vanderbilt University i USA, där jag läste traumakirurgi och anestesi.

Även om jag trivdes bra i Stockholm, så valde jag att återvända hem till Luleå och lagom stora Sunderby Sjukhus. Där

fick jag möjlighet att tidigt komma till och vara "riktig doktor", men samtidigt med bra uppbackning på plats. Efter AT:n jobbade jag nio månader på kirurgen innan jag bestämde mig för att prova på gynekologin och därmed hittade jag hem i dubbel bemärkelse. Min sambo jobbar "vägg i vägg" då han är kolorektalkirurg, tillsammans har vi en son som är fyra år. Den lilla fritid jag har tillbringar jag tillsammans med vänner över ett glas vin och en bit god mat. Friluftsliv, fjällen, slalom och dykning gör mig också glad.

I OGU-styrelsen är vi ett härligt gäng med glada och engagerade kollegor som nu senast jobbat med den nya hemsidan samt att webbaserat OGU-enkäten. Vi har i stor utsträckning deltagit i utformningen av den nya målbeskrivningen och som ordförande ska det bli spännande att följa denna process vidare och påverka de kliniker som ännu inte implementerat målbeskrivningen i praktiken. Som OGU-representant i SFOG-styrelsen hoppas jag att kunna bidra med ST-läkarnas perspektiv på vardagen på kliniken, samt arbeta vidare med hjärtefrågorna utbildning och internationellt. Mer om mig finner ni att läsa i min andra självpresentation på OGU-sidorna i detta nummer av Medlemsbladet.

Riksstämman

Boka in onsdagen 1 december i din almanacka redan nu!

Ett spännande och mångfacetterat aktuellt program inleder

Riksstämman i Göteborg. Vi ses!

Pelle Lindqvist

Vetenskaplig sekreterare

10.00-11.30 A6 Hur skall vi undvika långtidsbesvär på grund av sfinkterskador?

I detta seminarium kommer vi att få en inblick i den norska modellen för att minska förekomsten av sfinkterskador vid förlossning. Vidare en uppdatering kring diagnostik och suturteknik. Slutligen en genomgång av konservativ och kirurgisk behandling av kvinnor med analinkontinens efter sfinkterskada.

Moderator Överläkare Eva Uustal Fornell, KK Linköping

Professor Jouko Pirhonen, KK Ullevål, Oslo, Norge. Specialist läkare Susanna Walter, Gastrosektionen Linköping. Docent Claes Johansson, Kirurgen Danderyd

12.30-14.00 A6 Hur skall vi minska övervikten under graviditet?

Ett seminarium där vi kommer att belysa problemet med övervikt under graviditet. Olika sätt att minska problemet som övervikts grupper, interventions behandling och kostrekommendationer presenteras. Slutligen kommer vi att visa hur man kan optimera sin vikt för att undvika graviditets och förlossningskomplikationer.

Moderator Docent Marie Blomberg, KK Linköping.

Mödravårdsöverläkare Elisabet Lindholm, KK Danderyd. Specialistläkare Ann-Kristin Rönnerberg, KK Örebro, Docent Staffan Lindeberg, Allmänmedicin Lund.

14.30-16.00 A6 "Sex in the City" – Vad innebär våra förändrade sexualvanor för HPV-virus relaterad sjuklighet?

Ett tvärvetenskapligt seminarium där vi kommer att belysa förändringen av sexualvanor genom åren. Gynekologens och venerologens syn på HPV presenteras.

Slutligen introduceras vi i effekterna av HPV i munhåla och svalg.

Moderator Docent Sven Erik Olsson, KK Danderyd.

Professor Tanja Tyden, Vårdvetenskap Uppsala. Professor em Eva Rylander, KI. Professor Stina Syrjänen, Åbo. Docent Arne Wikström, Hud KS.

16.30-18.00 K2/3 Vitamin D, sol och kvinnohälsa.

Detta är ett tvärvetenskapligt seminarium där vi kommer att belysa betydelsen av sol och vitamin D inte bara i förhållande till tumörsjukdom (icke melanom hudtumörer, melanom, coloncancer och endometrie cancer) men också till osteoporos, tromboembolism och typ 2 diabetes. Skall vi ha D-vitaminberikning av födan?

Moderator Docent Pelle Lindqvist, Doc, KK KS,

Professor Göran Hallmans, Klinisk Nutrition Umeå. Docent Desiree Wiegleb Edström, KS, Professor Håkan Olsson, Onkologen Lund, Docent Elisabeth Epstein, KK KS

Referat från Riksstämman 2009

Peripartum preeklampsi

Moderator: *Pelle Lindqvist*, Huddinge
Karolinska Universitetssjukhuset
/Huddinge

Föreläsare: *Solveigh Noren-Lindeberg*,
Uppsala Universitet

Hans Hjelmqvist, Karolinska
universitetssjukhuset/Huddinge

Karin Manhem, Sahlgrenska
Universitetssjukhuset

Björn Winblad, Södersjukhuset

Symposiet började med att P Lindqvist redogjorde för ett svårt fall av preeklampsi med övertransfundering under partus och tidigt i puerperiet. Lungödem inträffade ett dygn efter partus. Patienten hade då fått 10 L vätska. Därefter belystes olika situationer i samband med svår preeklampsi.

Hur undviker vi eklampsi? (SN-L)

Incidensen av eklampsi har i Sverige ökat successivt från slutet av 70-talet fram till nu, från 1,2 per 10 000 till 8 per 10 000 (2007). Detta skall jämföras med en incidens i England på 2,7 per 10 000. Maternell mortalitet i England är omkring 1 per 100 000. Vanligast är eklampsi före partus (43%) men det inträffar ungefär lika ofta under partus som postpartum.

Prodromal symtom i form av framför allt huvudvärk rapporterades i 87% av Andersgaard och medarbetare. 14 % hade inga symtom alls. 25% hade ingen preeklampsi före första krampanfallet. Behandling med Magnesiumsulfat har visats i en tidigare stor studie minska eklampsi och maternell död (NNT 390 i låg mortalitetsländer). Vid förfrågan till svenska kliniker gav 37 behandling med MgSO₄ vid eklampsi, 35 vid svår preeklampsi och 2 även vid lätt preeklampsi.

MgSO₄ är billigt, lätt att administrera och har låg toxicitet men är andningsdeprimerande. Detta kräver kontinuerlig övervakning under behandling. MgSO₄ är också hjärttoxiskt och kan leda till bradykardi och asystoli vid överdosering. Behandlingen behöver inte kontrolleras

genom lab analyser utan klinisk övervakning med kontroll av andningsfrekvens och patellarreflexer är tillräckligt.

Följande frågor ställdes; Varför ökar incidensen? Bättre rapportering? Annan population? För lite MgSO₄ profylax? För sen förlossning? För lite behandling av hypertoni?

Vätsketerapi vid svår preeklampsi (H H)

Vid svår preeklampsi förekommer ökad kärlpermeabilitet och vätska tränger lättare ut i vävnaderna. Detta ger generella ödem med risk för lung- och hjärnödem. Dessutom medför en försämrade njurfunktionen en ökning av risken för övervätskning.

Idag då det är populärt att dricka mycket vatten så ökar också risken för okontrollerat drickande under partus. Tillsammans med den antidiuretiska effekten av oxytocin innebär detta en klar risk för hyponatremi och vattenintoxikation.

Erfarenheter angavs om att spädning av läkemedel givna under partus ofta späds i elektrolytfria lösningar och detta ökar ytterligare risken för vattenintoxikation. Även vid förberedelser inför EDA/spinal ges ofta för mycket vätska.

Vid vård på intensivvårdsavdelning före och efter partus är det viktigt att begränsa tillförsel av kristalloider för att undvika övervätskning, lungödem, hjärnödem, organsvikt på grund av hypoperfusion. CVP förordades för kontroll av vätsketillförsel. Ingen studie har visat någon vätska som är överlägsen i detta tillstånd. Diskussioner har förts om kristalloider kontra kolloider.

Vid prioritering av olika organfunktioner framhölls vikten av att prioritera lungfunktion före njurfunktion. Lungödem kan vara fatalt medan njursvikt ofta är reversibel även om det akut krävs dialys. Behandling av kvinna med svår preeklampsi liknades vid sepsisbehandling och det underströks att det är viktigt

med snabbt insatt behandling för att minska risken för organsvikt. Artärkateter, KAD och CVK rekommenderades vid övervakning, men även UCG förordades för bedömning av cirkulerande volym. Utifrån detta görs planläggning av behandling med vasopressor respektive vasodilatator. Vid svikande njurfunktion rekommenderades tidigt insatt dialys.

Sammanfattningsvis sades att vätskerekstriktion med bibehållen perifer cirkulation är viktigt för att inte förvärra situationen och öka risken för lung- och hjärnödem.

Peripartal blodtrycksbehandling (KM)

En av tio graviditeter drabbas av någon form av hypertoni och detta innebär risk för vänster kammarsvikt och risk för hjärnblödningar. Ambulatorisk blodtrycksmätning ger en bättre uppfattning om blodtrycket än enbart blodtryck uppmätta på mottagning eller inläggande. Målblodtryck vid behandlingskrävande hypertoni under graviditet är 140/90 mmHg. Diastoliskt blodtryck har tidigare ansetts vara viktigast men mer kunskap har visat att även det systoliska blodtrycket ökar risken för komplikationer.

Behandling av hypertoni under graviditet minskar risken för svår hypertoni men ingen minskad risk för preeklampsi eller direkta fosterkomplikationer. Labetalol, hydralazin, alfa-metyldopa är läkemedel som kan användas under graviditet.

Ca blockare är mindre studerade men används och ACE hämmare skall inte ges.

Hypertoni under graviditet innebär endoteldysfunktion, metabol obalans och inflammation. På sikt inne bär detta ökad risk för hypertoni, ischemisk hjärtsjukdom, hjärtsvikt, stroke, diabetes mellitus typ 2 och tromboembolism. Risken för framtida sjuklighet är större vid preeklampsi än graviditetsinducerad hypertoni. Studier pågår för att närmare studera samband. Strukturerad uppföljning

Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology

Annual Report 2009

behövs för dessa kvinnor. Kontroll av blodtryck rekommenderas årligen-vartannat år eftersom det förhöjda blodtrycket ofta inte ger sig tillkänna. I en svensk studie visade det sig att 50 procent av undersökta visste om sin hypertoni och endast 8 procent var adekvat behandlade. Vid svår preeklampsi kan medicinering vara aktuellt under längre tid och medel kan användas som under graviditet. Vid längre tids behov av behandling rekommenderades remiss till internmedicinsk mottagning.

Neonatologens synpunkter på preeklampsi (BW)

Fostret vid preeklampsi riskerar att svälta intrauterint, och bli underburet. Det är vid behandling risk för placenta insufficiens, risk för asfyxi vid kramper hos modern och sämre O₂ mättnad vid narkos vid sectio. Det finns sparsam kunskap om olika läkemedelseffekter i tredje trimestern. Då det gäller betablockare kan det resultera i hypoglykemi hos det nyfödda barnet, och klorthiazid kan ge trombocytopeni hos fostret. Furosemid ger inga effekter på fostret. Hydralazin och alfa-metyldopa ger få biverkningar och Ca blockare är säkert för fostret.

Magnesium och calcium balanserar varandra och för mycket Mg är farligt för de flesta system i kroppen. Antidot är calciumglukonat. Mg är kärldilaterande, höjer kramptröskeln men kan ge hjärtstopp. Kombinationen beta-blockare och Mg har rapporterats vara letal för mor och barn. Risken för denna allvarliga komplikation är okänd. Djurexperimentellt har experimentella studier med Mg visat att fostret blir mindre känsligt för asfyxi.

Sammanfattningsvis; Inget läkemedel som behövs för behandling av preeklampsi – eklampsi är så farligt för fostret så att det inte kan användas. Bäst för modern är bäst för foster och barn.

Symposiet var intressant och tog upp många viktiga aspekter på behandling av svår preeklampsi.

Vid pennan

Margareta Hellgren, Obstetrikernheten,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset,
Göteborg

The Board of Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology (NFOG)

President: *Seija Grénman*, Finland

Secretary General: *Ragnheidur I.*

Bjarnadottir, Iceland

Treasurer: *Thea Lousen*, Denmark

National representatives: *Morten Lebech*

(DSOG), *Juha Tappanainen* (SGY),

Arnar Hauksson (FIFK), *Rolf Kirschner*

(NFG), *Ulf Högberg* (SFOG).

Other members of the board: *Reynir T.*

Geirsson, Iceland (Acta), *Alexander K.*

Smarason (Chairman of Scientific Com-

mittee), *Anders Atke*, Denmark (Chair-

man of Educational Committee), *Stig*

Hill, Norway (Chairman of NFOG),

Peter Secher, Denmark (Webmaster),

Peter Hornnes, Denmark, Congress

President of NFOG 2010.

Internal Auditors: *Ditte Trolle* (Den-

mark) and *Nils-Erik Backas* (Finland).

External Auditor: *Bo Hendriksen*, Aaen

& Co

Board meetings

During 2009 the Board of NFOG had 2 meetings.

Economy, budget, accounts

The economy of NFOG was in good balance in 2009 under the surveillance of the treasurer Thea Lousen. According to the preliminary accounts, the total income was 2.403,112 DKK compared with the budget for the year 2008 which was 2.210.000 DKK. The income consisted of membership and subscription fees in addition to an extraordinary income (royalties) of 108.112 DKK. The total costs were less than budgeted: - 2.043.746 DKK vs. -2.150.100 DKK. The cost of the NFOG Board meetings has been slightly less than budgeted (-397.694 DKK vs. -400.000 DKK). The editorial expenses of Acta are currently higher than budgeted (-1.260.646 vs. -1.219.000 DKK). Less has been used for the Committees (-174.237 vs. -240.000

DKK), including the Visitor program and for the Special Initiatives; which includes the Collaborative and Twinning programs (-83.655 vs. -150.000 DKK). However, not all Special Initiatives have been claimed for yet. The Educational Course on Vulva Disease had a small deficit of 35.920 DKK. The operating result was: 359.366 DKK (budget 60.000 DKK). The financial income was 2.403.112 DKK (budget 2.210.000). The preliminary result for the year 2009 was 605.799 DKK (budget 210.000 DKK), which is a higher surplus than in previous years.

Acta

Reynir Geirsson was the chief editor of Acta in 2009 and worked together with the Editorial Board to improve the journal. More resources were given to Acta, and a special Review Editor was nominated from among the existing editors (Niels. Ulbjerg). The publisher of Acta in 2009 was Informa Healthcare. Eva Christina Sterner continued as the Editorial Manager with the Chief Editor. A slightly increasing impact factor of Acta and an even higher 5-year impact factor (1.699) reflected a good scientific profile. The rejection rate increased and was around 67-70 %. Acta changed wholly to electronic submission system in 2009. The economy of Acta was favorable.

Support to education and co-operation

The board of NFOG started the NFOG Visitor Program in 2003 and altogether 29 specialists have visited another Nordic country within this program. In 2009, 5 applications were approved for the Visitor Program. In addition, seven applications for the Visitor Program for 2010 were reviewed by the Scientific Committee and five of them approved. The feedback on the program has been very positive. A new opportunity for scientific collaboration has been announced during 2008, "the NFOG Collaborative

Program". The aim of this program is to encourage scientific collaboration between at least two Nordic countries. Four applications for the Collaborative Program were approved in and three applications have been reviewed and approved for the year 2010.

www.nfog.org

The NFOG website was established in 2001. Peter Secher is the webmaster of www.nfog.org.

Since the beginning, the website has gained an increasing number of visitors. The number of daily visitors has increased steadily from an average of 20 in 2004 to about 40 in 2008.

In 2008 the activities consists of:

The publication of the board meeting minutes was introduced.

The thesis registry has been updated regularly.

The thesis registry lottery was introduced, in order to attract authors to submit new theses.

An introduction to the members of how to get free internet access to ACTA.

Various courses of interest to Nordic colleagues have been made available to visitors and frequently updated.

Committees

Alexander K. Smarason was the chairman of the Scientific Committee in 2009.

The Scientific Committee assessed the applications to the Visitor and Collaborative programs.

Anders Atke was the chairman of the Educational Committee in 2008. The Educational Committee developed a new model for educational courses in 2008 to replace the Hot Topics meetings. The first NFOG Specialist course was held in Copenhagen 18-19th of November 2009. The topic was Vulvar disease and the course was "sold out" with 147 participants and considered to be a success. The aim is to have yearly NFOG Educational courses in the future.

NFYOG

NFYOG has been represented by Stig Hill. The support from NFOG to NFYOG in 2009 was 100 000 DKK. NFYOG held their symposium, "Third world challenges in obstetrics and gynecology: issues, facts and personal experiences" in Copenhagen 12th-13th of June 2009.

EBCOG

Peter Hornnes was elected president of EBCOG in November 2008. He had previously been treasurer of EBCOG. Rolf Kirschner was elected executive member.

FIGO and Twinning program

Seija Grenman was elected member of the executive board of FIGO in 2009. She will attend Board meetings at least once a year to keep the NFOG board informed about the activities of FIGO. The twinning project, which FIGO has organized to 12 developing countries to

strengthen their National Societies of Obstetricians and Gynecologists was ongoing in 2009. Pakistan was twinned to Sweden and Nigeria was twinned with Denmark but NGF has offered to assist DSOG in twinning with Nigeria.

General

The aim of the present NFOG board is to enhance clinical and scientific collaboration between the Obstetricians and Gynecologists in the Nordic countries. The NFOG Visitor program has been conducted since 2003 and in 2008 NFOG introduced a grant to promote Nordic collaboration research, diagnosis and management of rare diseases within the field of Obstetrics and Gynecology. The president of NFOG and the chairman of the scientific committee have written columns and news letters to the bulletins of the National Societies. Reports on both EBCOG's and FIGO's activities have been included in the agenda of each NFOG board meeting.

On behalf of the board of NFOG,
March 30th, 2010

Seija Grénman
President
NFOG

Ragnheidur I. Bjarnadottir
Secretary General
NFOG

VISBY – ROSORNAS STAD
www.sfogveckan.se

NFOG Specialist Course 2010

Polycystic Ovary Syndrome through Life

November 17th – 18th 2010

Park Inn Airport Hotel

Engvej 171, Copenhagen, Denmark

Final announcement

The NFOG Educational Committee hereby invites you to the NFOG Specialist Course on Polycystic Ovary Syndrome through Life. The course will deal with aspects of PCOS related to different ages and endocrine states of a woman's life. Nordic and international top speakers with active research in this area will participate. The course is the second NFOG Specialist Course, planned to run each year with different topics, and aimed at specialists in Obstetrics and Gynecology, but also trainees.

Below you find the final program. The number of participants is limited to 200, due to course facilities. NFOG members (includes all members of the national societies) are welcome to register at the NFOG web-site from now on. Non-members are welcome to register from September 15th. Reservations at different hotels in the area could be made at the same time as the registration. The course will be sponsored according to regulations by the Danish Legal Board of Self-Regulation concerning Pharmaceuticals.

Course fees (including two lunches, refreshments and one dinner at Park Inn):

NFOG member, early registration before September 15th DKK 1800,-

NFOG member, late registration after September 15th DKK 2500,-

Non-NFOG members, registration available from September 15th DKK 3000,-

Welcome!

Marie Bixo and Eszter Vanky

NFOG Educational Committee and local organizers

COURSE PROGRAM

Wednesday 17th of November

11.30 – 13.00 REGISTRATION, LUNCH

13.00 – 13.05 Welcome and introduction
President of NFOG

Session 1 Prenatal and early development and treatment of PCOS

13.05 – 13.30 Intrauterine environment and PCOS
Sven M. Carlsen, MD, Professor (N)

13.30 - 14.00 Early development & pubertal prevention of PCOS
Francis de Zegher, MD, Professor (B)

14.00 – 14.30 Treatment of PCOS in adolescence
Lourdes Ibanez, MD, PhD (E)

14.30 – 14.50 Panel discussion and questions

14.50 -15.20 COFFEE

Session 2 PCOS, pregnancy and metformin

15.20 – 15.50 Metformin and ART in PCOS: A RCT
Sigrun Kjotrød, MD, PhD (N)

15.50 – 16.20 Metformin in early pregnancy and abortions
Laure Morin-Papunen, MD, PhD (SF)

16.20 – 16.50 Metformin and pregnancy outcome in PCOS
Eszter Vanky, MD, PhD (N)

16.50 – 17.20 Panel discussion and questions

19.30 DINNER

Thursday 18th of November

Session 3 PCOS in the adult woman

08.30 – 08.50 PCOS, obesity in the young adult
Ditte Trolle, MD, PhD (DK)

08.50 – 09.10 Metformin: When and to whom?
Ditte Trolle, MD, PhD(DK)

09.10 – 09.30 Diet and lifestyle
Angelica Linden-Hirschberg, MD, Professor (S)

09.30 – 09.50 Are there any benefits of PCOS?

Angelica Linden-Hirschberg, MD, Professor (S)

09.50 – 10.10 Panel discussion and questions

10.10 – 10.40 COFFEE

Session 4 Quality of life – later in life

10.40 – 11.10 Quality of life in PCOS

Georgina Jones, Psychologist, PhD (UK)

11.10 – 11.40 Cardiovascular risk factors

Harpal Randeva, MD, Professor (UK)

11.40 – 12.00 Diabetes and PCOS

Sven M. Carlsen, MD, Professor (N)

12.00 – 12.30 Premenopausal PCOS – symptoms and consequences

Inger Sundström-Poromaa, MD, Professor (S)

12.30 – 13.00 Panel discussion and questions

13.00 – 13.05 Concluding remarks

NFOG Educational Committee

13.00 LUNCH

Välkommen
till Visby!

SFOG
VECKAN + 2010

Kvinnokliniken i Visby har i år den stora äran att vara värd för årets SFOG-vecka med start den 30 augusti (v35).

En av Sveriges minsta kvinnokliniker i samarbete med flera stora stockholmskliniker skapar förhoppningsvis en bredd i innehåll och mottagande som ska vara givande för alla oavsett arbetsplats och inriktning.

I år är SFOG-veckan organiserad på ett nytt sätt med 4 kongressdagar måndag till torsdag innehållande blandat gynekologiskt och obstetriskt program då många av oss behöver förkovran över båda fälten.

Fredagen är avsatt som mötesdag för verksamhetsmöte, ST-studierektorsmöte och AR-gruppsmöten med möteslokaler på Visby lasarett som ligger på gångavstånd från kongresshallen.

Det vetenskapliga programmet är som vanligt innehållsrikt med flera utländska gäster under förmiddagarna och sedan upp till tre parallella föreläsningar under eftermiddagarna.

Årets möteslokal blir Gotlands nya kongresshall Wisby Strand i hjärtat av staden med utsikt över både hav och den medeltida staden. Solnedgången i horisonten är ofta ljuvlig denna tid på året.

Den lilla stadens fördel utnyttjas i det sociala programmet med närhet till alla kvällsaktiviteter. Temat blir förstås gotländskt med lammgrillning, gutniska lekar och museibesök men även jogging längs strandpromenaden, yoga i Almedalen och förhoppningsvis bad vid kallbadhusets brygga.

Tillsammans kan vi skapa en minnesvärd vecka. Väl mött på vår magiska ö!

För organisationskommittén

Kristina Ekbom

Kongresspresident

Marianne van Rooijen

Karolinska universitetssjukhuset

För mer detaljerad information, gå in på hemsidan:
www.sfogveckan.se

Kursändring

På grund av den isländska vulkanaktiviteten är denna kurs framflyttad från april till november. Det finns några platser lediga.

Advanced Course in Obstetrics for Scandinavian Obstetricians

Kursledning: Helena Strevens, överläkare
Dag Wide-Swensson, överläkare
Ingemar Ingemarsson, professor
Ann-Christin Andersson, kurssekreterare
Kvinnokliniken, Lund, Skånes Universitetssjukhus

Kurstid: 22-24 november 2010

Kursort: London, Royal College of Obstetrics and Gynaecology

Avsedd för: 30 läkare, specialister samt ST-läkare i slutet av sin utbildning

Anmälan: Senast 27 juni

Program:

Intercurrenta sjukdomar, prematur vattenavgång och värkar, ultraljud- och dopplerövervakning, överburenhet, induktion av förlossning, fosterövervakning, postpartum blödning, utveckling av svensk obstetrik, patientsäkerhet m.m.

Mål:

Under ett antal år arrangerade professor Ingemar Ingemarsson i samarbete med Royal College of Obstetrics and Gynaecology en kurs i obstetrik i London. Med brittiska föreläsare gavs en uppdatering av de senaste forskningsresultaten samt praktisk handläggning/rutiner kring olika obstetriska problem.

Skandinavisk obstetrik har alltid stått nära den brittiska/anglosaxiska obstetrik. Målet med kursen är att genom föreläsningar av svenska och framstående brittiska obstetiker lägga en grund för diskussioner som förhoppningsvis vill bidra till nya kunskaper.

Kursavgift:

8 225 kronor (kursavgift 6 500 kr, moms 1 625 kr, avgift till SFOG 100 kr). Varje kursdeltagare får själv arrangera resa och boende.

Antagna kursdeltagare informeras om kursprogram, praktiska anvisningar, rekommendationer på närbelägna hotell samt antagna kursdeltagare via mail.

Kontaktperson: Ann-Christin Andersson, kurssekreterare
ann-c.a@hotmail.com
ann-christin.a.andersson@skane.se
Tfn: 046-17 25 02

ÅRSAVGIFTER

Medlemsavgift SFOG

700:-

Avgifter för icke-medlemmar

Medlemsavgift SFOG (ålderspensionär,

Prenumeration Medlemsbladet 5 nr/år

500:-

fr o m det år man fyller 66 år)

200:-

(inkl. moms)

ARG-rapportabonnemang* (medlemmar)

300:-

ARG-rapportabonnemang

250:-/rapport

* Avdragsgill i deklARATIONEN

(exkl. moms)

Etisk analys av "Läkarutlåtande angående könsstympling"

Etik-ARG bildades 2006. Tanken var och är att gruppen skulle spegla och pröva etiska problem och att vara bollplank för AR-grupper och SFOGs medlemmar i etikfrågor. Till gruppen kommer frågor från andra AR-grupper för belysning och etisk analys. För oss är god etik lika med öppenhet och prövande av olika uppfattningar, högt i tak, och inget rätt eller fel. Vår avsikt är inte att ge "rätt" svar på svåra frågor utan uppmuntra till individuell bedömning efter etisk analys. I denna analys har vi dels analyserat utifrån s.k. "aktörsmodell", vilket innebär att man analyserar problemet från flera inblandades synvinkel, dels utifrån "konsekvensmodell" vilket innebär att man analyserar utfallet av det ena eller andra handlingssättet. Vi vill på detta sätt dela med oss av hur man kan göra etisk analys av en mycket komplicerad etisk problematik.

Bakgrund

2005 kom ny flyktinglag och 2009 kom ett prejudikat:

Om risk föreligger att barn (flickor) utsätts för könsstympling kan detta vara ett asylskäl. Om en familj återoppar detta kan familjen bli flyktingklassad = högsta flyktingklass (förföljelse pga kön). Migrationsverket (MV) informerar asylsökande om detta asylskäl. De flesta asylsökande som känner till skälet återoppar det. MV kräver då bevis på att barnet inte är omskuret.

Frågan diskuterades i Specialitetsrådet för hälso- och sjukvård för barn i Stockholms län 2010-02-10. Margareta Blennow specialistsakkunnig (SPESAK) i barnmedicin föredrog ärendet, från vilken presentation dessa fakta hämtats.

Kostnad för läkarintyget får den sökande betala själv, men kan sedan söka pengar av MV för kostnaden. SLL har därför uppmanat barnmottagningar att tillhandahålla mottagning av detta skäl.

Sachsska barnsjukhuset har accepterat att ta emot flickor på denna indikation. Verksamhetschefen för Astrid Lindgrens Barnsjukhus har vänt sig till Etik-ARG med önskan om etisk belysning av frågan.

Gruppens diskussion sammanfattas:

Problemet:

Är det etiskt försvarbart att läkaren medverkar till att verkställa migrationspolitiska beslut som kan vara till men för patienten?

- Myndigheten har fattat ett migrationspolitiskt beslut och begär att läkaren skall bidra med sin kompetens för att verkställa beslutet. Genom att utfärda intyget medverkar läkaren i den politiska handlingen.

Man kan dra parallell till andra (visserligen kanske grövre) politiska handlingar som läkare kan bli ombedda att medverka i:

- WMA (World Medical Association) förbjuder läkare att medverka i tvångsmatning av hungerstrejkande politiska fångar med hänvisning till autonomiprincipen
- WMA förbjuder läkare att undersöka och behandla fångar under omänsklig behandling, exempelvis tortyr, även om det kortsiktigt kan hjälpa patienten, med hänvisning till att läkare inte under några omständigheter får medverka i omänsklig behandling.

Barnet:

Är det etiskt försvarbart att utsätta ett barn för en icke medicinsk åtgärd?

- Gynekologisk undersökning kan upplevas som kränkande av autonomin.
- Om föräldrarna önskar undersökning har barnet små möjligheter att hävda sin autonomi.
- Situationen kan för flickan bli psykologiskt pressande därigenom att hela familjens öde vilar på utseendet av hennes kön.
- Flickans genitala anatomi blir genom kravet på intyg lika viktig i dagens Sverige som i s.k. hederskulturer. MV:s krav bidrar till att upprätthålla myter om de yttre kvinnliga könsorganens betydelse för familjens öde. Undersökning av en intakt flicka kan därmed liknas vid en symbolisk könsstympling.
- Undersökningen är, om den är professionellt utförd, inte förenad med smärta, men kan om flickan motsätter sig undersökning komma att ske med våld. Även under lugna förhållanden kan den ske på sätt som liknar könsstymplingstillfället och därmed väcka fruktan och psykisk smärta hos en redan könsstympad flicka.
- Man har antagit att endast familjer som inte tillämpat könsstympling på sina döttrar kommer att begära intyg, men det kan också tänka sig att familjen i en desperat situation begär undersökning i hopp om att ingreppet inte skall synas, eller att läkaren av humanitära skäl skall intyga falskt. Kunskapen om flickors normala genitala anatomi är ofta begränsad.

Asylskälet:

Hotande könsstympning bedöms som asylskäl genom att barnet därmed är utsatt för förföljelse pga kön

- Könsstympning är genom MV:s beslut en följd av förföljelse pga av kön. Kulturer som tillämpar könsstympning av flickor uttrycker sin förföljelse pga kön inte bara genom könsstympning. Om det redan könsstympade barnet avisas till landet där könsstympning pågår upphör inte förföljelsen pga kön.
- I alla länder (utom möjligen Etiopien, gruppen är osäker) är könsstympning förbjuden. När flickor könsstympas sker det av kulturella skäl och genom familjens, inte nationens, försorg. Den intakta flickan kan därför anses löpa risk även om familjen får asyl.
- I ett stort antal länder som inte tillämpar könsstympning av kvinnor är livsbetingelserna för flickor sådana att man utan vidare kan tala om förföljelse pga kön.
- I exempelvis s.k. hederskulturer läggs ansvaret för klanens ställning och heder på flickors genitala anatomi, vilka därigenom utsätts för omständigheter som också kan kallas förföljelse pga kön, exempelvis genom kravet på sexuell jungfrudom. Om flickor som riskerar förföljelse pga kön därför att deras sexuella kyskhet ifrågasätts också kan anses ha asylskäl sätter det läkaren inför en ännu svårare utmaning, nämligen att fastställa om det ligger anatomiska tecken på att vaginal penetration någon gång förekommit, något som alla erfarna läkare vet endast undantagsvis är möjligt att utesluta.

Läkaren:

Kan man intyga om en flicka är könsstympad?

- Den anatomiska variationen hos små flickor är stor, undersökningen kräver erfarenhet av att göra gynekologisk undersökning på små flickor.
- Hudsjukdomar kan leda till förändringar som liknar anatomin efter könsstympning.

- Könsstympning är ett samlingsbegrepp för mycket varierande kirurgiska åtgärder i kvinnors yttre könsorgan. Redan i Lag (1982:316) med förbud mot könsstympning av kvinnor har lagstiftaren haft svårigheter att definiera begreppet. Hur omfattande kirurgiska åtgärder omfattas av intygsskrivandet?
- I lag mot kvinnlig könsstympning har man definierat könsstympning som åtgärder vars avsikt är att förändra den kvinnliga anatomin. Läkarkåren har efterlyst klarläggande om huruvida lagen också omfattar kirurgiska åtgärder som görs av kosmetiska skäl eller medicinska skäl, exempelvis vid tveksam anatomisk könstillhörighet.
- Läkaren kan i fall av tveksamhet om anatomin hamna i ett moraliskt dilemma om hur intyget skall skrivas.
- I fall där det är uppenbart att flickan har blivit könsstympad kan läkaren hamna i känslomässig svårighet i vetenskap om att ett intyg med stor sannolikhet medför att flickan, istället för att få vård för sviterna av stympningen, kommer att utvisas.

Vad blir följderna om läkare i den offentligt finansierade sjukvården vägrar medverka till undersökning av friska flickor för att utfärda intyg om den genitala anatomin?

- Familjen vänder sig till läkare med lägre professionell kompetens. Flickan kan därmed bli undersökt på ett mindre professionellt och därmed mera traumatiskt sätt.
- MV kan ifrågasätta intyg och därmed begära ytterligare intyg medförande upprepat trauma för flickan.
- En positiv följd kan vara att frågan aktiveras i en dialog mellan MV och läkarkåren varigenom frågan blir och offentliggjord på ett sätt som både kan ha positiv effekt på den politiska diskussionen om asylskäl.
- MV upphör att tillämpa asylskälet med följd att fler familjer utvisas.

Sammanfattning:

Skäl emot att utfärda intyg:

- Den intygsskrivande läkaren skulle då medverka i ett godtyckligt och orättvist migrationspolitiskt beslut,
- Undersökningen är inte medicinskt motiverad
- Undersökningen innebär en kränkning av flickans integritet och kan vara traumatisk för flickan.
- Kravet på intyg sätter läkare i ett svårt dilemma om flickans anatomi är tveksam eller om tecken på könsstympning föreligger.
- Intyg medverkar till att myter om betydelsen av döttrars genitala anatomi för familjers öde vidmaktshålls.

Skäl för att utfärda intyg:

- Könsstympning av flickebarn är ett särskilt grymt uttryck av kvinnoförtryck.
- Familjen kan få asyl och flickan kan därmed få en bättre framtid än om familjen utvisas.
- Genom att garantera att undersökningen blir utförd av erfaren läkare minimeras risken för traumatisering av flickan.
- Undersökning inom ramen för den offentligt finansierade sjukvården besparar familjen en kostnad.
- Endast familjer som inte tillämpar kvinnlig könsstympning kommer sannolikt att begära intyg.

Etik-ARG har inte något svar på frågan om det är rätt eller fel att utfärda intyg. Genom belysningen vill gruppen exemplifiera ett förfarande vid svåra ställningstaganden, och bistå de läkare som har att ställning till om de skall medverka till undersökning och intyg eller inte. ■



Välkommen till OGU's arrangemang under SFOG-veckan i Visby 2010

Kom och lyssna på ST-läkarnas vetenskapliga arbeten!

Hur är det att jobba privat eller starta eget? OGU workshopen "Din egen lyckas smed" kan ge dig svaret.

Träffa ST-läkare från hela landet på OGU's kvällsarrangemang – program hemligt.

OGUS HELA PROGRAM

OGU Workshop

Måndag 30/8 13.15-14.30

Det svåra samtalet - kommunikation och interprofessionellt samarbete (Lotti Helström)

OGU Symposium

Tisdag 31/8 10.45-12.00

Presentation av vetenskapliga ST-arbeten (Moderator Marie Bixo)

OGU Workshop

Tisdag 31/8 13.15-14.30

Cyst-quiz (Lil Valentin)

OGUs kvällsprogram

Tisdag 31/8 17.15

Se fram emot en helkväll i storslagen gotländsk natur med möjlighet till ljummet kvällsdopp! God mat i sköna omgivningar.

OGU Workshop

Onsdagen 1 sep 15.00-16.15

Din egen lyckas smed - att starta eget
- Gunnar Möllerström (Oxbackskliniken, Södertälje)
- Ilona Barnad (Slottstadens Läkarhus),
- Sara Sundén-Cullberg (Ultragyn, privatanställd)

OGU Symposium

Torsdagen den 2 sep 10.30-11.45

Cervixcancer-prevention (Moderator Kristina Elfgren)
- Gynekologens roll i cervixcancerpreventionen - sedd genom kolposkopet
Björn Strander
- Framtida roll för HPV-testning
Joakim Dillner
- HPV-virus och dess onkogenicitet
Stefan Schwartz

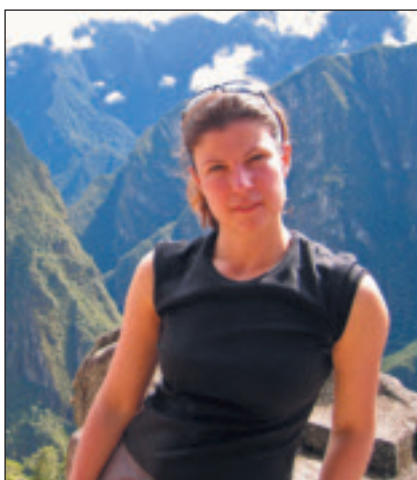
Malin Strand

OGUs nya ordförande

ST-utbildningen har senaste åren genomgått stora förändringar i och med den nya målbeskrivningen. Det mesta har blivit till det bättre, men det finns fortfarande mycket kvar att jobba med. Så många som var fjärde ST-läkare inom Obstetrik och Gynekologi svarade på årets OGU-enkät att den nya målbeskrivningen inte var införd på deras kliniker. Detta vill vi i OGU vara med och förändra!

Jag heter Malin Strand och har gjort drygt fyra år av min ST på Sunderby Sjukhus i Luleå. Jag har suttit med i OGU-styrelsen sedan 2008 och i april i år blev jag vald till ny ordförande. Jag är född och uppvuxen i Luleå, men flyttade till Stockholm för att läsa till läkare på Karolinska Institutet. Studenttiden var fantastiskt rolig och jag blev tidigt kårengagerad, bland annat med studiesociala aktiviteter och introduktionskollo för de nya studenterna, som numer inleder första terminen på läkarlinjen. Jag gillar att resa vilket resulterat i att jag tillbringade två månader som utbytesstudent på Vanderbilt University i USA, där jag läste traumakirurgi och anesthesi.

Även om jag trivdes bra i Stockholm så ville jag ha möjlighet att påverka innehållet i min AT, varför jag valde att återvända hem till Luleå och lagom stora Sunderby Sjukhus. Där fick jag tidigt komma till och vara "riktig doktor", men hade samtidigt bra och engagerad uppbackning på plats. Efter legitimering jobbade jag nio månader på kirurgen innan jag bestämde mig för att prova på gyne-



kologin och därmed hittade jag hem i dubbel bemärkelse. Min sambo jobbar "vägg i vägg" då han är kolorektalkirurg och tillsammans har vi en son som är fyra år. Den lilla fritid jag har tillbringar jag tillsammans med vänner över ett glas vin och en bit god mat. Friluftsliv, fjällen, slalom och dykning gör mig också glad.

I styrelsen är vi ett härligt gäng med glada och engagerade kollegor som senaste åren jobbat med den nya hemsidan www.ogu.se, att webbaserat OGU-enkäten samt uppföljning av diskrimineringsdebatten. Men, utbildning är vår hjärtefråga och en stor del av styrelsens arbete under denna tid har gått åt till utvecklingen av den nya målbeskrivningen där våra två representanter i utbildningsnämnden har gjort ett fantastiskt jobb. Som ordförande ska det bli spännande att följa denna process vidare och försö-

ka påverka de som ännu inte implementerat målbeskrivningen på kliniknivå.

Att vidareutveckla våra internationella kontakter ligger mig särskilt varmt om hjärtat, oavsett om det gäller Norden, Europa eller övriga världen. I Europa pågår ett arbete med att underlätta för ST-läkare att göra delar av sin ST i ett annat EU-land och det ska bli spännande att se hur detta utvecklar sig. Naturligtvis är auskultation i låginkomstländer något som ger oförglömliga minnen och perspektiv på vår dagliga tillvaro och det är en utmaning att bygga hållbara kontaktnät för detta. Tillsammans med SFOG för vi just nu diskussioner om hur vi ska få de yngre kollegorna att intressera sig för ARG-gruppernas arbete, samt hur vi inom läkarkollegiet ska förhålla oss till media på bästa sätt. Ska vi vara proaktiva, eller bara slå till bollen när vi får den?

Utöver våra årliga OGU-dagar och OGU-programmet på SFOG-veckan så finns det alltså många nya spännande utmaningar att jobba med och jag ser fram emot två givande år! Jag hoppas att vi träffas på SFOG-veckan i Visby och nästa års OGU-dagar i Stockholm.

Väl mött!

Malin Strand
Ordförande OGU

Rapport från OGU:s ST-dagar 2010 i Lund

Vi var nästan tresiffrigt antal ST-läkare som samlades för årets upplaga av OGU-dagarna i ett kyligt men strålande Lund. Från flera av föreläsarna fick vi höra att Lund faktiskt ligger mitt i Europa, i händelsernas centrum menade de förstås också.

Det vetenskapliga programmet rivstartade med en odysse om robotkirurgi, vi ledsagades av Jan Persson genom detta spännande ämne. Han lyckades övertyga auditoriet om fördelarna med ledade instrument, alltid rätt orienterad och stadig kamera, djup i bilden mm. Vi fick se filmer från flera operationer, bland annat en retroperitonealt belägen extrauterin graviditet. Jag brukar tycka det är svårt att orientera mig när jag tittar på operationsinspelningar, vad är upp? Oj, nu vreds bilden, hur blev det nu då? Här var det helt klart mycket lättare och sjuksjuk känslan fanns inte heller.

Infertilitetsutredning och habituell abort avhandlades på ett föredömligt tydligt sätt av Britt Friberg. Omhändertagandet av paret betonades, vid såväl barnlöshet som upprepade missfall är det ett par som utreds/behandlas och det är visat att ett gott omhändertagande, "tender love and care", är viktigt.

Sedan var det dags att träna knutar och repetera gynekologisk anatomi med Christer Borgfeldt. En ovetenskaplig handuppräkningsvisade att fascian sys med PDS med självslåsande ankarknut samt avslutande virkknut på de flesta håll i landet numera.

Efter detta kom föreläsningen där jag fick allvarliga dubier om min egen kompetens, nämligen sutur av sfinkterskador. Det finns fler strukturer än den yttre sfinktern som ska adapteras till varandra, jag rodnade när Ann-Kristin Örnö betonade vikten av att perineal membrane identifierades, adapterades och suturerades

Ylva Strandberg, ST-läkare
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Göteborg

des korrekt. Definitivt ett utvecklingsområde för mig och mina kollegor. Pia Teleman konstaterade att miktionslistan är gynekologens enda sanna vän (vid utredning av inkontinens tror jag hon menade).

Och det var bara den första dagen! På tisdagen fortsatte det vetenskapliga programmet med Andreas Herbst och svår-tolkade CTG. Alltid lika angeläget. Alltid lika svårt. Alltid lika lätt att vara efterklok. Vi fortbildades också om ultraljudsteknik i tidig graviditet av Elisabeth Epstein. Svårighet att konstatera viabilitet i tidig graviditet finns, även för en erfaren undersökare och det varnades för att döma ut graviditeten för snabbt. Aldrig

farligt att avvakta hos opåverkad patient!

Mårten Strömberg höll i årsmötet där den nya styrelsen valdes, till nästa år behöver valberedningen tips på unga, fräscha ST-doktorer i början av sin ST-bana. Emilia Rotstein redovisade resultatet av årets OGU-enkät, som tyvärr dragits med en del tekniska problem och kanske därför hade en ganska låg svarfrekvens. Ylva Carlsson och David Stenson från SFOGs utbildningsnämnd försökte tillsammans med Barbro Edén klargöra vad det nya vetenskapliga ST-arbetet egentligen är. En del frustration från auditoriet kom fram. Från scenen betonades de positiva aspekterna med möjlighet till fördjupning, Barbro tyckte att alla ST-läkare som gör detta kommer att vara så mycket bättre rustade specialister än hon var en gång i tiden. Kanske lite sämre operatörer än vad hon var, men ändå så mycket bättre på helheten.



Emellan alla dessa programpunkter fikade, pratade och lunchade vi på anrika Grand Hotel i Lund. Fest var det förstås också, på måndagskvällen middag på Flädie Mat & Vingård, speciellt pilgrims-musslan till förrätten var minnesvärd. Underhållning i studentikos stil (vad annars?) med ett gäng Lunda-spexare. Eller före detta tror jag, en del av dem var ganska tunnhåriga. Sjöng bra gjorde de i vilket fall. Senare under kvällen när dansgolvet fylldes av glada ST-doktorer kom jag på mig själv med att tänka "Ibland har man sina svackor på jobbet, men hur fel kan det bli när alla de här är mina kollegor?"

Tack OGU-styrelsen och organisationskommittén i Lund för två späckade, lärorika, roliga och inspirerande dagar!



Kungligt roligt i Huvudstaden!

Organisationskommittén för OGU-dagarna 2010 i Lund hade ordnat ett matnyttigt program fyllt med intressanta föreläsningar och trevliga sociala aktiviteter. Vi i OGU-styrelsen tackar för ert stora engagemang och ser att ni gett arrangörerna för OGU-dagarna i Stockholm 2011 en utmaning att leva upp till. OGU-dagarna brukar gå av stapeln v 16 men då den sammanfaller med påsken nästa år så bjuder vi in till OGU-dagarna 2011 i Stockholm 11-12/4 (v 15). Boka in detta i kalendern redan nu!

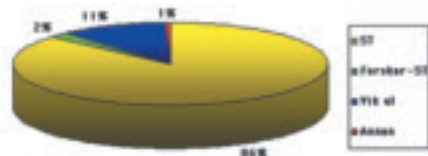
Varmt TACK från hela OGU:s Styrelse

ST-läkarens vardag, en dans på rosor?

I år var 10-årsjubileum för OGU's utbildningsenkät, och för att fira detta med ett kliv in i det moderna livet, var den i år för första gången webbaserad. OGU har sedan år 2000 med två års mellanrum sänt ut frågor till Sveriges ST- och underläkare inom gynekologi och obstetrik som berör arbetsmiljö och utbildningsklimat på klinikerna. Materialet har legat till grund för vårt arbete inom OGU, och även kunnat vägleda underläkare till val av framtida arbetsplats. Enkäten belyser även könsfördelning, framtids- och forskningsplaner. Så håll i er – här kommer rykande färiska siffror!

I Sverige finns 48 kvinnokliniker, varav 43 har ST-utbildning. Där samsas 310 ST-läkare och 41 vikarierande underläkare. I år var enkäten, som sagt, webbaserad och efter att ha blidkat teknikgudarna, fick vi in 195 enkätsvar. Svarefrekvensen blev således 55%. Av dem som svarade var 84% kvinnor och 16% män, genomsnittsåldern är 31-34 år för både män och kvinnor. Fördelningen har sett likadan ut sedan första enkäten år 2000. 43% arbetar på universitetssjukhus, 39% av männen och 44% av kvinnorna. De flesta har ST-kontrakt, framför allt på universitetsklinikerna. Se diagram 1.

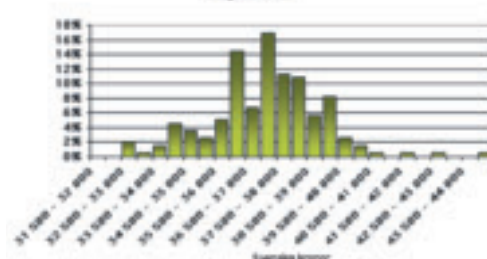
Diagram 1. Arbetsställningsform



23% har gjort sin grundutbildning i ett annat land, varav Tyskland är det mest representerade, följt av Irak, Danmark och Polen. De flesta har fått vikariera 4-6 månader i väntan på sin ST-tjänst, och av dem som svarade på enkäten hade 59% gjort mer än två år av sin ST. Endast

9% arbetade deltid, men 14% har angivit att de önskar göra det. 44% tar ut förlöpande jourkomp, och 22% önskar att de kunde. Den genomsnittliga deltidstjänsten är 82%. Medellönen bland ST-läkarna ligger på 37000 kronor, och på universitetssjukhusen tjänar ST-läkarna i genomsnitt 34000 kronor. Se diagram 2.

Diagram 2. Lön



Kvinnorna har i genomsnitt en dryg tusenlapp mindre i lön i årets undersökning vilket är en förändring från förra enkäten 2008 då männen hade i genomsnitt 270 kr lägre lön än kvinnorna. Siffrorna visar inte att löneförhandling påverkar lönen påtagligt. Det påverkar inte heller hur nöjda ST-läkarna är med sina löner – 49% är missnöjda med sin lön.

Introduktion, kan det vara så svårt?

Väl på arbetsplatsen upplever 65% att de fått tillräcklig introduktion för att förbereda dem på kommande arbete, medan 4,5% anger att det helt saknas introduktion på arbetsplatsen. Glädjande är dock att 91% har en namngiven ST-ansvarig på kliniken, och 79% har regelbundna utvecklingssamtal. Tyvärr har 20% angivit att de inte har utvecklingssamtal, vilket är oacceptabelt många. 98% av dem med ST-tjänst har en handledare, och 69% av handledarna har formell handledarutbildning. Vi träffar våra handledare i genomsnitt varannan månad, eller 6 gånger per år. Tyvärr har endast 30% avsatt handledartid.

Utbildning, är vi på rätt väg?

80% har intern eller regional utbildning, genomsnitt 1,6 timmar/vecka. Dessvärre har endast en knapp fjärdedel angivit att de har schemalagd inläsningstid, trots att många fler har detta inskrivet i sitt ST-kontrakt. Drygt hälften har möjlighet till 6-10 kursdagar per år, 3% stackare har inga dagar alls. Vad som är än mer oroväckande är att 25% anger att nya ST inte implementerats på kliniken! Av dessa arbetar 13% på universitetssjukhus!

En återkommande fråga gäller intresset för specialistexamen. 69% har angivit att de önskar skriva, och 68% har betald inläsningstid. Således har

specialistexamen ett fortsatt stort stöd bland ST-läkarna trots den nya målbeskrivningen där det ligger mer fokus på kontinuerlig kunskapsutvärdering och feedback.

Jämställdhetsplan, behövs det på en kvinnoklinik?

Vi tillbringar alla stor del av vår tid på vår arbetsplats, och den sociala arbetsmiljön är minst lika viktig som den akademiska. I förra enkäten (2008) hade antalet män som kände sig diskriminerade pga kön drastiskt ökat, varför vi i årets enkät fokuserade extra mycket på detta. Nedslående nog hade denna siffra ökat både bland kvinnor och män från 14% till 29%, med fördelningen 65% män (63% år 2008) och 35% kvinnor. En dryg tredjedel upplever sig diskriminerade framför allt av läkarkollegor och barnmorskor/sjuksköterskor. Man framhäver stereotypa uttalanden, sämre hjälp och samarbete från övriga personalgrupper, och uttryck av bristande respekt som mest bevärande. Detta leder enligt svaren bland annat till bristande självkänsla, sämre självförtro-

ende och högre stressnivå på arbetsplatsen. Det leder även till funderingar på att byta specialitet hos en tredjedel av dem som svarat på enkäten, lyckligtvis har endast 3% allvarligt övervägt detta. Man efterlyser en mer synlig jämställdhetsplan på kliniken, och ett tydligt ställningstagande i ledningsgruppen vilket många upplever brister. Dessutom föreslås att problemet tydliggörs för alla personalkategorier på arbetsplatsen, samt att större fokus sätts på teamtänkande, istället för ett individbaserat sådant.

Forskning, ett fritidsintresse?

Ett annat område enkäten belyser är forskning bland ST-läkarna. 15% av dem som svarade forskar idag, en knapp tredjedel planerar att disputerar. 17% finansierar sin forskning via ALF-medel, 14%

via stipendier eller externa medel. Skrämmande mycket forskning på egen tid alltså – är detta rätt taktik av arbetsgivare att stimulera framtidens medicin undrar man. Lyckligtvis verkar det ännu finnas hopp, 50% av dem som inte forskar har svarat att de ämnar börja senare, alternativt ännu inte funnit lämpligt projekt.

Det är också glädjande att se att vi i större utsträckning engagerar oss i ARG-arbete. I årets enkät uppger 8% att de är aktiva i en AR-grupp, jämfört med 4,5% i förra enkäten. Även andelen som vill engagera sig har ökat från 39% 2008 till 43% i årets undersökning. Så det är fritt fram för AR-grupper att visar upp er – här är er chans!

Vad lärde vi oss denna gång?

Tyvärr ser det alltså fortsatt ut så att vi

utsätter framför allt våra manliga kollegor för ett stereotyp tänkande som leder till dålig arbetsmiljö. Vi tillbringar fritiden med att förkovra oss, på arbetstid finns ingen tid för detta. Vi får dessutom inte ta ut fortlöpande ledigheter i den mån vi önskar. Däremot verkar vi trivas ganska bra ändå, eftersom endast ett fåtal överväger ett byta av specialitet, och en dryg tredjedel kan tänka sig en chefsposition i framtiden.

Årets enkät har återigen satt hjulen i rullning – mycket har förbättrats, ännu mer kvar att göra. Hur ser det ut på din klinik? ST-läkare – gör din röst hörd hemma, och ni andra – var en aktiv del av utvecklingen till en ännu bättre ST-utbildning. Det är trots allt framtiden ni hjälper till att forma! ■

Specialistexamen 2010

Skrivningen består av 15 fall-baserade kortsvarsfrågor och max poäng anges efter varje fråga. Totalt omfattar skrivningen 120 poäng – 30 poäng obstetrik och 90 poäng gynekologi. Hela skrivningen med svar finns på SFOGs hemsida, där finner du även fotot till fråga 10.

Fråga 1

Catrin, 25 år, är gravid med sitt första barn och du träffar henne på MVC i graviditetsvecka 35. Hon har önskat en läkarbedömning eftersom hon har andningsbesvär. Vanligtvis är hon i god fysisk kondition (tävlar i orientering) men nu blir hon väldigt andfädd av att gå upp för en trappa. Hon tycker också att hjärtat slår snabbare än det brukar. Besvären har kommit successivt under de senaste veckorna.

1a) Vilka möjliga diagnoser har du i åtanke? (3 p)

1b) Vad bör ingå mer i anamnesen och vad gör du? (3 p)

Din bedömning efter ytterligare utredning blir att Catrins besvär inte är tecken på någon sjukdom.

1c) Beskriv de hemodynamiska och respiratoriska förändringar som kan förklara Catrins besvär och som normalt sker under graviditet. Förklara även varför ödem är vanligt under graviditet. (3 p)

1d) Förklara varför det är viktigt att en kvinna med hjärtsjukdom är adekvat smärtlindrad under förlossningen. (1 p)

Fråga 2

Lena 27 år och Kristian 32 år väntar sitt andra barn. Hon är tidigare gynekologiskt frisk. Kristian har nedsatt spermiekoncentration, vilket medfört att båda graviditeterna är resultat av IVF. Första förlossningen skedde vaginalt i v.31, utan att man fann någon uppenbar orsak. Lena

kommer nu till dig på specialist-MVC för konsultation i första trimestern.

2a) Vilka riskfaktorer för att föda för tidigt har Lena och finns det ytterligare några att vara uppmärksam på? (2 p)

2b) Vilka undersökningar vill du göra redan nu? (2 p)

Hon undrar om hon kan få någon medicin denna gång för att minska risken för att föda för tidigt.

2c) Vad svarar du på det? (1 p)

Lena har nu kommit till v.29 och kommer in med värkar.

2d) Hur undersöker du henne och vad söker du efter? (2 p)

Du bedömer att Lena är i prematurt värkarbete och cervix är öppen 4 cm.

2e) Vilken behandling ger du henne och vilka åtgärder vidtar du? Motivera! (3 p)

Fråga 3

Anna, 32 år, kommer till förlossningsavdelningen tillsammans med sin man på grund av kraftiga värkar. Hon är II-gravida, I-para, förlöst med sectio 2008 eftersom barnet då låg i säte i fullgången tid.

Nu gravid med BPU 100601. Värkarna har pågått i två timmar och hela tiden blivit kraftigare och tätare. Vattnet gick för en halvtimme sedan och det var blodtillblandat. Anna tycker att det gör ont hela tiden nu. Barnmorskan har kört CTG som är normalt och som visar täta värkar. Vid yttre undersökning finner du att Anna ömmar till höger på livmodern men att den slappnar av mellan värkarna.

3a) Vilka diagnoser överväger du? (2 p)

3b) Vad gör du? Motivera! (2 p)

Anna tycker att det trycker på nedåt. Det rinner kraftigt blodtillblandat fostervatten. CTG med yttre registrering är helt normal. Du gör ett VU för att bedöma hur långt förlossningen framskridit och finner att cervix är öppen 7 cm och huvudet står vid spinae.

3c) Hur planerar du i detta läge att förlösa patienten? Motivera! (2 p)

Förlossningen går snabbt framåt men plötsligt sjunker fosterhjärtljuden till 50 slag/minut och patienten har nu intensiva, ihållande smärtor i buken.

3d) Vilka diagnoser misstänker du nu? Vilka åtgärder ska vidtas och i vilken ordning? (4 p)

Fråga 4

Malin Stenberg, 29 år, kommer till gynnottagningen på grund av oönskad graviditet. Malin är VI-grav, II-para med två normala förlossningar, den senaste för tre år sedan och tre tidigare aborter i anamnesen. Samtliga aborter efter det senaste barnets födelse. Malin är frisk. Röker ca 10 cig/dag. Inga hereditära sjukdomar av betydelse framkommer. Malin är helt övertygad i sin önskan om att avbryta graviditeten. SM för ca 7 veckor sedan.

4a) Anamnesen och rådgivningen behöver kompletteras. Ge förslag och motivera. (3 p)

4b) Vilka undersökningar och vilken provtagning föreslår du? (2 p)

Malin genomgår en okomplicerad abort en vecka senare och påbörjar vid första menstruationen användning av Depo-provera®.

4c) Innan Depo-provera® förskrivs bör man penetrera vissa faktorer i anamnesen ytterligare. Vilka? Motivera. (3 p)

Malin fortsätter med Depo-provera® och verkar till en början nöjd. Ett och ett halvt år senare träffar du henne på mottagningen då hon sedan drygt tre månader besvärats av i stort sett dagliga vaginala småblödningar. Cytologprov (benigt) och klamydiaprov (negativt) är taget. Gynekologisk undersökning visar en sparsam pågående blödning och normalt palpationsfynd. Vaginalt ultraljud visar ett mycket tunt endometrium. Du tolkar

detta som att blödningen beror på att endometriet är atrofiskt.

Du rådfrågar en kollega som tipsar om att man kan ge tillägg av östrogen i form av ett par p-piller kartor för att på så sätt förhindra blödningar genom att bygga upp endometriet.

4d) **Fungerar det? Motivera ditt svar.** (2 p)

Fråga 5

Du får under handledning möjlighet att göra en hysteroskopi på en kvinna med ett misstänkt septum.

5a) **Vilka komplikationer kan uppstå i samband med hysteroskopiska ingrepp?** (2 p)

I samband med ingreppet har du problem med bilden som inte blir klar. Detta är ett vanligt problem vid alla typer av endoskopier.

5b) **Vad kan det bero på och hur rättar du till problemet?** (2 p)

Fråga 6

Du kallas till operation och skall göra en hysterektomi på en kvinna på grund av blödningar och myomatös uterus. Patienten, 46 år gammal, är sövd. Dukat och klart. Du har, på grund av ett missförstånd mellan dej och operationspersonalen, inte träffat patienten tidigare.

6a) **Hur agerar du?** (2 p)

Osäkerhet uppstår beträffande om ovarierna skall kvarlämnas eller inte. I tidigare mottagningsanteckning står att saken diskuterats men att patienten ville fundera lite. Enligt operationssköterskan så sades det att ovarierna skulle tas bort.

6b) **Hur gör du nu?** (2 p)

I samband med operationen visar det sig att höger uretär är hårt inbunden mot ett

decimeterstort myom. Du är rädd att skada uretären.

6c) **Hur gör du nu? Motivera ditt svar.** (2 p)

Fråga 7

En 19-årig kvinna har haft ont i nedre delen av buken i 2 veckor. De molande smärtorna är bilaterala med övervikt på höger sida. Hon minns inte när hon hade sin senaste mens men har haft blodiga flytningar ett tag.

Det finns en del möjliga differentialdiagnoser vid ett fall som detta, vissa mera sannolika än andra. Med hjälp av en bra algoritm (räknemetod, metodik), baserad på klinisk undersökning, ultraljudundersökning och laborietester, kan man reducera antalet differentialdiagnoser till ett fåtal mera sannolika diagnoser.

7a) **Beskriv hur du skulle gå vidare och motivera ditt svar.** (3 p)

Du bestämde dig för att det möjligen skulle kunna vara akut salpingit och ordinerade laparoskopi för att få diagnosen verifierad.

7b) **Vilka är de laparoskopiska kriterierna för akut salpingit?** (3 p)

Fråga 8

En kvinna i 30-års ålder uppsöker dig på grund av onormal flytning. Hon uppger att hon inte haft klåda eller onormal doft från underlivet.

8a) **Beskriv hur du undersöker hennes flytning.** (3 p)

8b) **Om du kommer fram till att hon har bakteriell vaginos - hur behandlar du henne och hennes partner?** (1 p)

Fråga 9

En kvinna född 1988, ursprungligen från Bosnien, söker dig på ungdomsmottagningen på grund av utebliven menstruation. Hon är rökare och har haft periton-sillit för 1 år sedan. Hon är virgo och hade sin första menstruationsblödning när hon var 16 år. Hon blödde då i 10 dagar. Därefter har hon haft ytterligare en blödning för 1 år sedan och den varade i 3 dagar.

9a) **Vad behöver du fråga efter ytterligare?** (3 p)

9b) **Vad undersöker du i status?** (2 p)

9c) **Vilka prover är relevanta att ta?** (2 p)

Du gör ett gestagentest, som dock är negativt

9d) **Vad innebär detta?** (1 p)

FSH visar sig vara 77 IE/L även efter upprepad provtagning. Övriga prover är normala.

9e) **Vad kan detta innebära och på vilket sätt skulle du vilja gå vidare?** (2 p)

Fråga 10

Du arbetar på Kvinnoklinikens mottagning. Elsa Svensson, 54 år, söker för klåda och svår smärta/sveda i underlivet sedan ca ett år. Hon har mycket ont vid samlag och har inte kunnat genomföra detta på flera månader.

Se bild www.sfog.se

10a) **Vilka diagnoser överväger du?** (2 p)

10b) **Hur utreder du och ställer en säker diagnos?** (2 p)

10c) **Vilken behandling och uppföljning är lämplig vid de diagnoser du nämnt ovan? Motivera!** (4 p)

10d) **Vilka allmänna råd ger du i övrigt?** (2 p)

Fråga 11

Du arbetar på Kvinnoklinikens mottagning och träffar Eva Persson, 45 år, som söker för urinläckage. Hon är bedömd av uroterapeut och medför en miktionslista som ser ut så här:

Tid	Dryck	Volym	Läckage (g)
8.00	300	250	1
10.00	200	150	
11.00		100	7
13.00	300	150	
14.30	200	100	6
16.00		150	
18.00	300	150	4
19.30		100	
21.00	200	150	
23.00		150	3
24.00		100	
04.00		200	

11a) **Vilken typ av inkontinens passar denna lista bäst med? Motivera!** (2 p)

11b) **Vad bedömer du särskilt vid gynecundersökningen?** (2 p)

Eva genomgår en urodynamisk undersökning, och så här lyder utlåtandet:

Resturin 5 ml, blåsfyllnad till 450 ml då patienten ber att få avbryta pga besvärliga trängningar utan tecken på detrusorinstabilitet i cystometrin. Negativt slutningstryck, läcker sparsamt vid hosta, Bonney's test positivt. Maxflöde 40 ml/s. Cystoskopi: ua.

11c) Vilken typ av inkontinens stämmer bäst med detta utlåtande? Motivera! (2 p)

11d) Vilken blir din sammanfattande bedömning av patientens besvär och resultatet av utredningen? (2 p)

11e) Föreslå lämplig behandling! (2 p)

Fråga 12

Karin, 55 år, söker på kvinnoklinikens mottagning på grund av en vaginal blödning, tre år efter att menstruationerna upphörde. Hon är tidigare frisk, II-på, och har inte någon östrogenbehandling. Vid undersökningen noterar du en del gammalt blod i bakre fornix, uterus är normalstor, och vid ultraljudsundersökningen ser du ett endometrium som är 18 mm tjockt, väl avgränsat. 12a) Vilka diagnoser måste i första hand uteslutas och hur utreder du detta? (2 p)

En alternativ diagnos är corpuspolyp.

12b) Hur utreder och åtgärdar du detta? (2 p)

12c) Ungefär hur stor är risken att en polyp är malign eller premalign och vilka faktorer ökar risken för malignitet? (2 p)

12d) Förklara vilka risk- respektive skyddsfaktorer för endometriecancer som kan bero på hormonella effekter (4 p)

Fråga 13

Du är ombedd att göra en laparoskopi på en 30-årig kvinna som sökt upprepade gånger på grund av lågt sittande buksmärta. Det finns en misstanke om endometriosis.

13a) Beskriv laparoskopiska fynd som är förenliga med endometriosis och hur diagnosen fastställs. (3 p)

Anta att den kliniska bilden och fynden i samband med laparoskopin gör det högst sannolikt att patientens smärtor beror på endometriosis.

13b) Vad gör du med de lesioner du ser i samband med laparoskopin och vilken farmakologisk behandling ordinerar du patienten? (2 p)

Fråga 14

Du handlägger en 24-årig kvinna med en myomatöst förstörad uterus som är stor motsvarande 18-20 graviditetsveckor. Enligt ultraljud och MR så rör det sig om två större intramurala myom och ett flertal mindre. Hon har en anemiserande menorrhagi och barnönskan.

14a) Hur handlägger du fallet? (2 p)

Myomen åtgärdas och patienten blir gravid inom ett knappt år.

14b) Hur påverkas handläggningen av graviditeten och förlossningen av de genomgångna åtgärderna av myomen? (1 p)

När hon blivit 15 år äldre och har fött 3 barn har uterus vuxit rejält igen och det konstateras att det finns multipla myom både subseröst, intramuralt och submuköst. Hon har dessutom anemiserande menstruationer som ej minskat av maximal behandling med tranexamsyra. Cytologprov är normalt.

14c) Hur handlägger du detta? Motivera! Finns det några alternativ? (2 p)

Fråga 15

En tidig lördagsmorgon på jouten blir du uppringd av personal från akutmottagningen. 23-åriga Frida har inkommit tillsammans med sin kamrat. Hon anger att hon har blivit utsatt för ett sexuellt övergrepp. Du går till akutmottagningen och förbereder dig för att ta emot Frida.

15a) Hur går du nu vidare? (3 p)

15b) När du nu ska göra din undersökning – vad ska du tänka på? Finns det något som du kan använda som stöd för att inte missa något? (2 p)

15c) Vem/vilka kan föranstalta om rättsmedicinsk undersökning? (1 p)

15d) Hur kan det komma sig att du kan lämna ut undersökningsresultaten? Vad avgör när sekretessen i liknande fall kan brytas? (2 p)

15e) Hade det inneburit någon skillnad i handläggandet om Frida istället hade varit 14 år? Motivera! (2 p) ■

VI SES VÄL?

www.sfogveckan.se

37TH NORDIC CONGRESS OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY



© Axel Bolvig

15-18 JUNE 2010 · BELLA CENTER, COPENHAGEN

IMPORTANT DATES

Congress dates:
15-18 June 2010

Final Programme is available at the congress website

**You may register for the Congress on-line at www.nfog2010.dk
or on-site at the Congress venue**

W W W . N F O G 2 0 1 0 . D K

Nationellt endometrioscenrum

"Nationellt endometrioscenrum" öppnades i början av oktober 2009 vid kvinnokliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala. Uppdraget från sjukhusledningen innebär att vi skall ta hand om alla kvinnor med endometrios i vår egen region samt kvinnor med avancerad endometrios från hela Sverige och även från utlandet. Vårt uppdrag innefattar även fortbildning, kursverksamhet, kliniska studier och forskning. Det här är den första centrumbildningen i Sverige för omhändertagande av kvinnor med avancerad endometrios. Den här typen av centrumbildningar finns redan på många håll i omvärlden. För drygt 10 år sedan tog Danmarks motsvarighet till Socialstyrelsen beslut om att kvinnor med avancerad endometrios skall skötas via 2-3 centrumbildningar och de har nu två välfungerande centra. Danmark är ett föregångsland i Norden beträffande kvalificerat omhändertagande av kvinnor med avancerad endometrios.

SFOGs styrelse skriver som svar på en skrivelse från Endometrios-ARG att den "instämmer i behovet av centralisering för att tillförsäkra optimalt och multidisciplinärt omhändertagande i vården för kvinnor med avancerad eller på annat sätt komplicerad endometrios. Centrumbildningar skulle därmed kunna utgöra remissinstans för bedömning och omhändertagande av svåra fall samt utgöra kunskapscentra för vidareutbildning, kursverksamhet och forskning".

Uppskattningsvis var 10:e kvinna i fertil ålder har påvisbar endometrios. I Danmark har man uppskattat att ungefär 2% av kvinnor i fertil ålder har en behandlingskrävande endometrios där det är aktuellt med hormonell och/eller kirurgisk behandling. Andras uppskattningar säger att ungefär 0,5% av kvinnor i fertil ålder har en avancerad endometrios som kräver kirurgisk intervention för smärtlindring. Det innebär att ungefär 40 000 svenska kvinnor har en

Matts Olovsson
Nationellt endometrioscenrum
Kvinnokliniken
Uppsala

behandlingskrävande endometrios och att cirka 10 000 har en endometrios som kräver kirurgisk åtgärd. För majoriteten av de med behandlingskrävande symtom så behöver de medicinsk behandling under stora delar av sin fertila period och inte sällan upprepade kirurgiska åtgärder. Det rör sig alltså om en stor patientgrupp och man inser lätt att vi behöver fler endometrioscetra i landet, sannolikt ytterligare 2-3 stycken.

Varför behövs en centrumbildning för att handlägga patienter med avancerad, svårbehandlad endometrios? Vid avancerad endometrios är den medicinska och kirurgiska handläggningen ibland mycket komplicerad. Inte sällan krävs ett multidisciplinärt omhändertagande av patienten då problematiken efter flera år av smärtor blir ganska mångfacetterad. Diagnostiken av endometrios kan ibland vara komplicerad vid förekomst av djupt infiltrerande lesioner och udda lokalisationer. Den medicinska behandlingen av endometrios är ibland mycket komplicerad och kräver okonventionella och flexibla lösningar för att patienten skall må så bra som möjligt. Vidare kan kirurgiska ingrepp vara mycket besvärliga på grund av sammanväxningar mellan bäckenorganen inklusive genitalia, tarm och urinvägar. Fibrosen är ofta stram och ibland närmast broskhård och naturliga clivage bjuds inte alltid. Utgången av det kirurgiska ingreppet är i hög grad beroende av operatörens erfarenhet och flexibilitet i problemlösningen. Erfarna gynekologkirurger bedömer dessa operationer som svårare och mer komplicerade än Wertheimoperationer, vilka sedan decennier koncentrerats till större kliniker. Ett inte ovanligt problem i samband med

omhändertagande av kvinnor med svåra och kanske behandlingsresistenta besvär orsakade av endometrios är att man som doktor känner sig ensam och oförmögen. Ofta slutar detta med att patientansvaret skjuts över på en kollega som får dra det tunga lasset till dess denne inte orkar längre, och så vidare.

Endometrioscetrat i Uppsala bygger på en kärnorganisation som består av gynekologer, barnmorskor, sjukgymnaster och kurator. Utöver detta finns smärt-specialist, reproduktionsmedicinare, MR-specialist, kolorektalkirurg och urolog knutet till teamet. Vid behov har vi även stöd av våra tumörkirurger. Organisationsriktigt fungerar det redan ganska bra. Vi har fokuserat på det multidisciplinära omhändertagandet och har behandlingskonferens en gång/vecka då vi träffas och diskuterar patientfall. Under det första halvåret som centrat varit igång har vi träffat drygt 270 patienter med endometrios och opererat ett ganska stort antal. Många kvinnor med känd eller misstänkt endometrios har kontaktat oss via telefon och e-post. Vi har idag drygt 100 patienter på vår väntelista. Antalet remisser från kollegor ute i landet ökar hela tiden och många hör av sig för att diskutera patientfall. Anstormningen har periodvis varit så stor att vi haft svårt att hinna med de som hört av sig med önskemål om att diskutera patientfall. Även media har visat ett stort intresse. Det tar tid att bygga upp en välfungerande organisation och vi försöker nu växa i takt med att vi ser ett ständigt ökande behov av våra tjänster. För att utveckla vår kompetens och vår organisation så har vi ett gryende samarbete med bland endometrioscetrat i Köpenhamn och andra kollegor i Sverige och Norden som specialiserat sig på omhändertagande av kvinnor med endometrios. Vi ser det som vår uppgift att efter bästa förmåga hjälpa till med handläggning av kvinnor med avancerad eller svårbehandlad endometrios. ■

Ny lärobok i gynekologi

Titel: Gynekologi

Redaktörer: Per Olof Janson, Britt-Marie Landgren

Förlag: Studentlitteratur

Två av svensk gynekologis förgrundsfigurer har som "professor emerita respektive emeritus" åtagit sig redaktörskapet för en ny lärobok i Gynekologi.

Britt-Marie Landgren och Peo Janson har med den äran lyckats att samla närmare fyrtio kollegor till att medverka i författandet. Det har länge funnits ett stort behov av att modernisera och byta ut Sam Brodys legendariska "bibel" och komplettera boken om Öppenvårdsgynekologi. Vår specialitet har genomgått en dynamisk utveckling under senare år och det är inte mycket av diagnostik och behandling som förblivit oförändrat under det senaste decenniet. Redaktörerna är Göteborgs- och Stockholmsbaserade och man anar att detta kan ha haft betydelse för urvalet av författare eftersom 24 av 39 skribenter har sin dagliga verksamhet förlagd till något av dessa områden. Det är inte heller osannolikt att författarnas huvudintressen i någon mån kan ha påverkat kapitelsammansättningen. I läroboken som huvudsakligen är avsedd för studenter och ST-läkare handlar inte mindre än sex kapitel, om än korta, om reproduktionsmedicin. Undertecknad skall dock genast erkänna att det är av dessa kapitel som jag personligen lärt mig mest.

Generellt är de olika kapitlen mycket väl skrivna och koncisa och boken är mycket tunnare än motsvarande inom Obstetrik. Man anar att det bakom detta ligger en tuff redigering. Det intryck jag fick under min tid som vetenskaplig

sekreterare och ARGUS – nämligen att det inom vår specialitet finns ett stort antal kunskapsrika kollegor förstärkts då jag läser boken. Här finns mycket klokskap att hämta.

Kapitlen är välstrukturerade och språket flyter oftast lätt – med enstaka undantag. Ibland tar orden över! Det är kanske inte solklart för alla vad som menas med "hormonella antikontceptionspreparat som ger ovulationshämning, interfererar reversibelt med menstruationscykelns hormonspel" – men det är vackert!

Nästan alla författare har inkluderat bra illustrationer och utmärkta faktarutor vilket gör läsningen lättare. I vissa kapitel hade man dock önskat sig komplettering med algoritmer för att lättare kunna följa utredning och behandling. Exempelvis hade ett flödesschema kunnat tydliggöra hur man handlägger blödningsregelbundenhet i den peri- och postmenopausala fasen. I nuvarande skrivning framgår det inte klart att gestagenbehandling rekommenderas vid anovulatorisk blödningsrubbnings i perimenopaus eller att hysteroskopi kan användas för diagnostik exempelvis vid misstänkta polyper.

Boken tar en bred ansats och jag tycker det är bra att kapitel som "Den gynekologiska undersökningen" och "Sexologi ur kvinnans perspektiv" tas upp trots ett relativt begränsat utrymme. Om den teoretiska och systematiska genomgången av "gynundersökningen" kompletteras med praktik blir detta en

utmärkt syntes som kommer att hjälpa studenterna i en för dem ovan situation. Särskilt viktigt är det att författarna poängterar vikten av respekt, lyhördhet och kommunikation. Många delar av boken ger en praktisk och handfast vägledning om utredning och behandling. Exempel på sådana kapitel är: fertilitetsutredning, vulvasjukdomar och tidig patologisk graviditet.

I kapitlet om antikontception belyser författarna också preventivmedelsrådgivning till speciella grupper vilket är mycket bra. Kapitlen om genital cancer är viktiga och genomgående väl skrivna. Enstaka motsägelsefulla påståenden kan ses men sannolikt beror detta på att författarna lutat sig mot olika referenser. Man kan också notera en del upprepningar i boken och att figuren som visar uterusmissbildningar återkommer i tre kapitel kan antingen vara en redaktionell miss alternativt en pedagogisk finess. Repetition är ju kunskapens moder. Kapitlen om uterovaginal prolaps och urininkontinens är lättlästa och bilderna som beskriver olika stadier av prolaps och operation med främre plastik av cystocele är illustrativa.

I kapitlet om barn- och ungdomsgynekologi, som är mycket trevligt skrivet, illustreras dynamiken i vår specialitet. Begrepp som DSD, AIS fanns inte och knappast heller CAH då undertecknad gick i skolan.

Vad jag möjligen hade önskat mig vore att få en mer samlad bild av sexuellt

Medicinska etikens ABZ

Författare: Niels Lynöe, Niklas Juth

Förlag: Lber

överförbara infektioner (STI). Som det nu är upplagt beskrivs genitala infektioner i flera kapitel. Tuboovarialabscesser beskrivs i kapitlet akuta gynekologiska bukfall medan undertecknad hade förväntat sig att läsa om denna kliniskt viktiga frågeställning i kapitlet om övre genitala infektioner. Jag tycker också att man någonstans tydligare borde ha påtalat hur oerhört mycket vanligare det idag är med *Chlamydia trachomatis* jämfört med *Neisseria gonorrhoeae* som etiologi vid STI - men detta är randanmärkning.

Med en ny lärobok i gynekologi har studenter och kollegor under utbildning fått ett värdefullt tillskott avseende teori och praktisk handläggning av gynekologisk sjukdom. För lärare och akademiska företrädare kommer det att vara ovärderligt att kunna hänvisa till denna kunskapskälla. Det finns dessutom en hel del att "hämta" för den något mer rutinerade gynekologen.

Lars-Åke Mattsson



Förra året kom en ny bok om medicinens etik – Medicinska etikens ABZ. Författarna har inspirerats av "Kärlekens ABZ" av Inge och Sten Hegeler. Genom korta berättelser, lexikaliska definitioner av begrepp och teorier och med små illustrationer vill de presentera det mesta av relevans inom medicinsk etik. Författarna, som har sin bakgrund i medicinen respektive filosofin, lyckas med att belysa ämnet brett. Deras ambition var att skriva en bok för allmänheten men också för all personal med både kort och lång klinisk erfarenhet. Detta gör att läsarna själva kan välja hur mycket de vill fördjupa sig i ett ämne. För de som vill dyka ner i ett ämne finns det många litteraturreferenser.

Ämnen som berör vår specialitet är bland annat abort, fosterdiagnostik och kejsarsnitt. För oss som sysslar med detta kan de medicinska förklaringarna kännas lite basala. I texten finns det teckningar som på ett humoristiskt sätt illustrerar etiska frågeställningar och begrepp. Ibland kan de provocera till eftertanke.

Det här är ingen bok man läser från pärm till pärm, men genom hänvisningarna till andra uppslagsord kan det lätt hända att man dröjer sig kvar i boken mycket längre än man tänkt. Från abortetiken leds man vidare till de mest kända

etiska teorierna som pliktetiken, konsekvensetiken, dygdetiken och feministisk etik. Via exempelvis fostrets rätt leds man vidare till begrepp såsom fosterdiagnostik, fosterreduktion och fosterutveckling. Många kända personer inom etiken och den kliniska forskningen är omnämnda. Bokens styrka utgörs av bredden av alla valda uppslagsord. Trots det har man säkert glömt någon eller något. T. Nilstun undrar i sin recension i läkartidningen nr 6 2010 "Etik utan gränser – men var är Sokrates?"

Författarna har lyckats med en lättläst, faktarik, intressant och inspirerande bok om medicinens etik, som jag varmt rekommenderar till alla.

Claudia Bruss
Ordf Erik-ARG



Kurs för läkare i Global Mödra- och Barnhälsa

Är du intresserad av en fördjupad förståelse för globala frågor inom pediatrik och obstetrik?

I så fall finns nu en 5 dagars kurs för blivande och redan klara gynekologer, pediatriker, infektionsläkare, allmänmedicinare och andra intresserade läkare.

Kursen kommer att behandla aktuella frågor inom global mödra- och barnhälsa, kunskap som kan vara av stort värde både för läkare verksamma i Sverige och särskilt för läkare som planerar att ta uppdrag utomlands.

Kursdatum: 11-15 oktober 2010

Ges på Södersjukhuset i Stockholm med undervisning av läkare med egen erfarenhet av arbete i låginkomstländer.

IPULS har granskat och godkänt denna utbildning. Fullständig utbildningsbeskrivning finns på <http://www.ipuls.se>

Sista anmälningdag 10 september 2010. Skicka ansökan till kurssekreterare jaana.ingeson@sodersjukhuset.se

Pris: 6 000 SEK

Välkomna med din ansökan!
Ann Lindstrand, Birgitta Essén och Tobias Alfvén



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: 3-5 november 2010 (vecka 44).

Kursplats: Internat på Sunnersta Herrgård i Uppsala.

Kursinnehåll: Akut obstetrik
Akut gynekologi
Information om HSAN samt SFOG och andra läkarorganisationer
Undervisningen sker till stor del som falldiskussioner i smågrupper under handledning av specialister i Obstetrik och Gynekologi.

Kursavgift: 7.000 kr exkl moms. I avgiften ingår helpension i enkelrum (två nätter) på Sunnersta Herrgård.

Anmälan: **Senast 13/9-2010.**
Sekreterare Susanne Löberg, susanne.loberg@kbh.uu.se)
Kvinnokliniken, Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala,
telefon 018-6112683.



Du som är ST-läkare, blivande ST-läkare, handledare, studierektor eller beslutsfattare med ansvar för ST-frågor - det här är kongressen för Dig!

Framtidens Specialistläkare är ett nationellt forum för alla frågor som rör ST. Det är en viktig mötesplats och ett fantastiskt tillfälle att knyta kontakter. Programmet pågår under tre dagar och är fullspäckat med intressanta föreläsningar, workshops och kurser på temat kommunikation, vetenskap och ledarskap - kompetensområden som förenar alla specialiteter.

Hela kongressen är en tredagarskurs i ledarskap, vetenskap och kommunikation. Deltagande ger kursintyg som du kan tillgodogöra dig som en del i din ST.

Anmälan är nu öppen, www.framtidenslakare.se
Väl mött på Malmö Arena 8-10 september 2010!



Severe asphyxia due to substandard care during labour

Målsättningen med min avhandling har varit att beskriva de brister inom förlossningsvården som har bidragit till att barn föddes med svår syrebrist eller dog i nära anslutning till födelsen, att söka riskfaktorer hos de mödrar, deras förlossningar och hos barnen som drabbats, och att utreda förekomsten av suboptimal vård i anslutning till barnafödande. Det övergripande målet har varit att finna redskap för att förbättra patientsäkerheten och minska antalet undvikbara förlossningsrelaterade skador i framtiden.

BAKGRUND

Det föds cirka 100 000 barn per år i Sverige. Sjukhusen är moderna och välutrustade och de flesta förlossningskliniker är bemannade med barnmorskor och läkare dygnet runt. Trots detta ansöker varje år i Sverige, föräldrar till 20-50 svårt skadade barn om ekonomisk ersättning på grund av misstanke om att suboptimal vård under förlossningen har bidragit till att deras barn föddes med svår syrebrist eller dog i anslutning till födelsen. Vid skada orsakad av medicinsk felbehandling i anslutning till sjukvårdande behandling i Sverige, är alla drabbade patienter berättigade till ekonomisk ersättning från Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF). Person Skade Regleringen AB (PSR) samlar in alla journalhandlingar gällande patienten och vården och anlitar experter som ansvarar för utredningen. Även om antalet försäkringsskador gällande barnafödande är förhållandevis litet, är ersättningskostnaderna enorma, eftersom det rör sig om livslånga och omfattande handikapp som står för 25% av den totala ersättningen för medicinsk felbehandling inom sjukvår-

Sophie Berglund

Överläkare Kvinnokliniken

Södersjukhuset

sophie.berglund@sodersjukhuset.se

den i Sverige. Utöver de barn som ansökt om ekonomisk ersättning och anmälningar till Hälso- och Sjukvårdens Ansvarsnämnd (HSAN) är förekomsten av suboptimal vård i anslutning till barnafödande i Sverige okänd (1).

Definition och förekomsten av Cerebral Pares

Cerebral pares (CP) definieras som ett kroniskt motoriskt handikapp, karakteriserat av ofrivilliga kropps rörelser och kroppsställningar. Generellt anses att orsaker till CP skador till största delen sker under fosterstadiet och inte under förlossningen. Förekomsten av CP är 1,3 per 1000 levande födda barn i fullgångsen tid. Syrebrist under förlossningen anses bara vara orsaken hos cirka 10% av barnen som drabbas av en CP-skada. Det är möjligt att syrebrist orsakar CP oftare än så. I en västsvensk studie fann man att syrebrist i samband med födelsen sannolikt varit orsaken till CP i 28% av fallen, när man undersökte hjärnan på 241 CP-skadade barn äldre än 4 år med datortomografi eller magnetkamera(2, 3). Om det föds 100 000 barn i Sverige varje år, skulle det innebära att ca 35 barn årligen skadas allvarligt av syrebrist.

Population

Alla fall och kontroller hade en graviditetstidslängd av ≥ 33 fulla veckor, hade en planerad vaginal förlossning och hade en normal fosterljudsregistrering vid inläggning för förlossning, talande för att fos-

tret var väl syresatt foster vid den tidpunkten. I Studie I-III granskades alla de 472 ansökningar om ekonomisk ersättning som fanns arkiverade på PSR under åren 1990-2005, på grund av misstanke om att suboptimal vård i anslutning till barnafödande allvarligt skadat ett barn. I dessa fann vi, enligt våra definitioner och inklusionskriterier, 177 barn som utgör fallen i Studie I-III, och som sannolikt hade skadats av suboptimal vård under förlossningen. I Studie III jämfördes riskfaktorer hos mödrarna, faktorer gällande förlossningen och barnen som hade en anmälan till PSR, med alla de mödrar och friska barn som föddes under samma tidsperiod i Sverige (n= 1 149059). Syftet var att finna de faktorer som är associerade med både syrebrist och suboptimal vård under förlossningen.

I Studie IV granskades riskfaktorer och handläggningen under förlossningen till 313 barn, födda i Stockholms Län under 2004-2006, som hade tecken på syrebrist vid 5 minuters ålder (Apgar poäng < 7) och de jämfördes med lika många friska kontroller (Apgar poäng 10 vid 5 minuter), som föddes under samma tidsperiod i samma region. Syftet var att kartlägga förekomsten av suboptimal vård under förlossningen.

Metod

Vi definierade suboptimal vård under förlossningen:

1. Felbehandling gällande otillräcklig fosterövervakning definierades som:
 - avsaknad av uppföljande fosterljudsregistrering (CTG) efter intagnings-test
 - obedömbart CTG registrering på grund av dålig kvalitet

- utebliven skalpprovtagning trots att indikation förelåg (avvikande eller onormal CTG).
2. Försummelse av tecken på syrebrist definierades om man:
 - inte agerade inom rimlig tid vid onormal CTG (inom 45 minuter från onormal CTG till födelse)
 - ökade dosen med värförstärkande dropp (oxytocin) trots tilltagande onormal CTG eller att droppet orsakade en överstimulering av värkarbetet. Överstimulering av värkarbetet definierades som ≥ 6 kontraktioner/tio minuter i minst 20 minuter (4).
 3. Felbehandling i anslutning till förlossningen definierades i fall vid hotande syrebrist hos fostret:
 - när tiden från beslut att förlösa till födelsen var längre än 30 minuter
 - spontan vaginal förlossning utan försök att påskynda förlossningen, trots onormal eller obedömlig CTG i >45 minuter
 - traumatisk instrumentell vaginal förlossning, definierat som förlossning med sugklocka eller tång vid medicinskt olämplig användning av dessa (5-9).

Resultat

I Studie I och II beskrivs förlossningen och återupplivningen av de 177 av svår syrebrist skadade barnen med en ansökan om ersättning hos PSR. De vanligaste orsakerna till suboptimal vård under förlossningen och återupplivningen var:

1. Bristande fosterövervakning i 98%, dvs. att man inte följde gällande riktlinjer för fosterövervakning.
2. Försummelse av tecken på syrebrist i 72%, där lång tid fortskred från det att man kunde uppfatta tydliga tecken på syrebrist fram till barnets födelse (>45 minuter), eller att man vid tecken på syrebrist inte kontrollerade med ett skalpblodprov eller förvissade sig om barnets välbefinnande. Vi fann i dessa fall också att man använde värförstärkande dropp (oxytocin) utan att kvinnan visade tecken på värfsvaghet, eller på ett oförsiktigt sätt i höga doser,

som ledde till ett överstimulerat värkarbete och som i sin tur kan ha lett till syrebrist.

3. I drygt hälften av fallen valdes inte det för barnet skonsammaste och snabbaste sättet att förlösa vid hotande syrebrist. Till exempel gick det för lång tid från beslut om förlossning till födelsen (> 30 minuter) eller en traumatiskt handlagd instrumentell förlossning som, utöver syrebristen, orsakade ytterligare skada på barnet.
4. I knappt hälften av fallen hade man inte följt de gällande riktlinjerna för återupplivning av nyfödda barn framför allt vad gällde ventilationen och man tillkallade inte hjälp tidigt vid komplicerade förlossningar eller vid hotande syrebrist. Emellertid var dokumentationen vid återupplivningen i vissa fall bristfällig, varför utvärderingen av denna måste tolkas med försiktighet.

I Studie III och IV, som är fall-kontroll studier, jämfördes karaktäristika och riskfaktorer hos mödrarna till fallen med mödrarna till de friska kontrollerna, riskfaktorer under förlossningen och riskfaktorer hos barnen. De riskfaktorer som var överrepresenterade bland fallen med en anmälan på PSR och som kan associeras med ökad risk för syrebrist orsakad av suboptimal vård under förlossningen (Studie III), var maternell ålder >30 år, maternell kortvuxenhet (<159 cm), tidigare förlossning med kejsarsnitt, diabetes, igångsättning av vaginal förlossning och förlossning under nattetid med allt från en dubblad risk till en fyra gånger ökad risk. Vid jämförelse av förlossningar med och utan värfsvaghet var risken för allvarlig syrebrist fem gånger högre och risken var 10 gånger ökad vid användning av bedövning i form av epidural och ytterligare om det kombinerats med morfinliknande preparat under förlossningen. Små och stora barn för graviditetslängden, överburenhet (>42 veckor), tvillingar och sätesförlossningar hade allt från tre till åtta gånger ökad risk för svår syrebrist associerad med felbehandling under förlossningen. Vi fann ingen ökad risk

beroende på vilken veckodag eller vilken säsong barnen föddes. Vi fann inte heller en ökad risk för rökande mammor, singelmammor eller utlandsfödda mammor (Studie III).

De riskfaktorer som var förknippade med ökad risk för låg Apgar poäng vid 5 minuters ålder bland barn födda i Stockholms län 2004-2006 (Studie IV), var i stort desamma som vi funnit vara associerade med svår syrebrist associerad med felbehandling i Studie III (se ovan). Emellertid hade mammor med diabetes ingen ökad risk och inte fann vi någon ökad risk för födselar nattetid, men däremot under våren (januari-juni), då risken för att barnet skulle ha låg Apgar var 50% ökad jämfört med födselar under hösten (augusti-december). Suboptimal vård förekom i 62% bland de barn som hade låg Apgar vid 5 minuters ålder, men även i 35% hos barn med full Apgar poäng. Vid ett antagande om att suboptimal vård under förlossningen leder till låg Apgar poäng vid 5 minuters ålder, hade uppskattningsvis 42% av fallen med tecken på syrebrist kunnat undvikas med korrekt handläggning under förlossningen. Vi fann att ju längre tid som CTG var onormal under förlossningen, desto större var risken för att barnet skulle ha låg Apgar vid 5 minuters ålder. Om CTG var onormal > 45 minuter under förlossningen var det drygt 7 gånger ökad risk att barnet skulle ha låg Apgar och om CTG var onormal >90 minuter var det 15 gånger ökad risk jämfört med födselar där CTG var normal under förlossningen. I hälften av fallen födda med låg Apgar och i 12% av kontrollerna var CTG onormal under längre tid än 45 minuter före födelsen och i 79% av både fall och kontroller kontrollerades inte ett skalpblodprov när CTG visade tecken som vid syrebrist. Var femte kvinna, både bland fall och kontroller, behandlades med oxytocin trots att tecken på värfsvaghet saknades. Värfarbetet överstimulerades i 29% av fallen och 9% av kontrollerna, och i 19% av fallen och 6% av kontrollerna ökades oxytocindosen kraftigt trots gravt onormal CTG. Vid värfsvaghet med ett

överstimulerat värkarbete, var det drygt 5 gånger ökad risk att barnet skulle ha låg Apgar jämfört med förlossningar utan. Sammanfattningsvis fann vi, liksom i delstudie I, att de vanligaste orsakerna till suboptimal vård under förlossningen var relaterade till feltolkning av CTG, att man inte agerade i rimlig tid vid tecken på syrebrist och att oxytocin användes på ett försiktigt sätt.

Sammanfattning av slutsatser

De vanligaste orsakerna till suboptimal vård under förlossningen och återupplivningen var:

Feltolkning av CTG, att man inte agerade korrekt och i rimlig tid vid tecken på syrebrist och att oxytocin användes på ett försiktigt sätt.

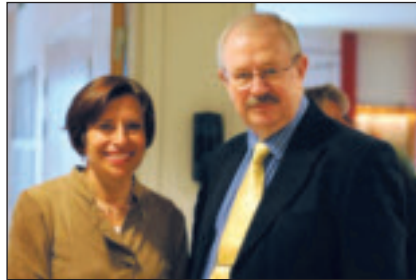
Följsamhet till riktlinjer gällande återupplivning av nyfödda barn kan förbättras, framför allt när det gäller ventilationen och att tillkalla hjälp tidigt vid komplicerade förlossningar och vid hotande syrebrist.

Många riskförlossningar kan förutses när en kvinna skrivs in för förlossning. Genom att öka uppmärksamheten för de kända faktorer som är förknippade med en ökad risk för syrebrist under förlossningen kan patientsäkerheten förbättras, inte minst under natten. Värksvighet i kombination med användning av epidural och eller morfinliknande läkemedel var den allvarligaste riskfaktorn för syrebrist associerad med suboptimal vård under förlossningen.

Suboptimal vård förkom i 62% bland de barn som hade låg Apgar vid 5 minuters ålder, men även i 35% hos barn med full Apgar poäng. Vid ett antagande om att suboptimal vård under förlossningen leder till låg Apgar poäng vid 5 minuters ålder, hade uppskattningsvis hade 42% av fallen med tecken på syrebrist kunnat undvikas med korrekt handläggning under förlossningen.

Hela avhandlingen kan läsas på:

<http://diss.kib.ki.se/2010/978-91-7409-760-3/thesis.pdf>



Sophie Berglund

Referenser

1. Jonsson M, Norden SL, Hanson U. Analysis of malpractice claims with a focus on oxytocin use in labour. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86(3): 315-9.
2. Hagberg B, Hagberg G, Beckung E, Uvebrant P. Changing panorama of cerebral palsy in Sweden. VIII. Prevalence and origin in the birth year period 1991-94. *Acta Paediatr.* 2001 Mar;90(3):271-7.
3. Krageloh-Mann I. Imaging of early brain injury and cortical plasticity. *Exp Neurol.* 2004 Nov;190 Suppl 1:S84-90.
4. Cunningham G, Gant N, Leveno K, Gistrap III L, Hauth J, Wenstrom K, et al. Induction and augmentation of labour. *Williams Obstetrics Mc Graw - Hill Companies.* 2001;Edition 21: 469-79.
5. Miksovsky P, Watson WJ. Obstetric vacuum extraction: state of the art in the new millennium. *Obstet Gynecol Surv.* 2001 Nov;56(11):736-51.
6. Sadan O, Ginath S, Gomel A, Abramov D, Rotmensch S, Boaz M, et al. What to do after a failed attempt of vacuum delivery? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2003 Apr 25;107(2):151-5.
7. Martel MJ, MacKinnon CJ. Guidelines for vaginal birth after previous Caesarean birth. *J Obstet Gynaecol Can.* 2005 Feb;27(2):164-88.
8. Teng FY, Sayre JW. Vacuum extraction: does duration predict scalp injury? *Obstet Gynecol.* 1997 Feb;89(2): 281-5.
9. Turner MJ, Agnew G, Langan H. Uterine rupture and labour after a previous low transverse caesarean section. *BJOG.* 2006 Jun;113(6):729-32.

Cancerrisk hos kvinnor med endometriosis

Endometriosis ökar risken för ovarialcancer

Bakgrund

Endometriosis är en av de vanligaste gynekologiska sjukdomarna och drabbar ca 10% av alla kvinnor i fertil ålder. Det är en kronisk, inflammatorisk, östrogenberoende sjukdom som orsakas av att avstött endometrium växer fast på peritoneum eller på andra organ utanför själva uterus. Sjukdomen ger som främsta symtom smärtor vid menstruation, ägglossning och samlag men är också en vanlig orsak till infertilitet.

Endometriosis betraktas som en godartad sjukdom men har många egenskaper gemensamt med cancer. Ända sedan 1920-talet har det förekommit flera rapporter om endometriosis och cancer som uppstått på samma plats. Man uppskattar att vid ovarialendometriosis utvecklas cancer i 0,7-5,0% av fallen.

Epidemiologiska studier har visat en ökad risk för bl a bröstcancer, ovarialcancer, non-Hodgkin's lymfom, malignt melanom och thyroidea cancer hos kvinnor med endometriosis.

Syfte

Syftet med denna avhandling var att studera sambandet mellan endometriosis och cancer.

Vi ville studera om kvinnor med endometriosis har en ökad risk att insjukna i en cancersjukdom jämfört med Sveriges kvinnliga befolkning i övrigt, undersöka hur barnafödande påverkar risken att utveckla en cancersjukdom hos kvinnor med endometriosis, studera om kvinnor med endometriosis har en bättre eller sämre överlevnad i en cancersjukdom jämfört

Anna-Sofia Melin

Specialistläkare, Kvinnokliniken,
Huddinge/Karolinska
Universitetssjukhuset
anna-sofia.melin@karolinska.se

med andra kvinnor och slutligen studera om den hormonella eller kirurgiska behandlingen av endometriosis ökar eller minskar risken att insjukna i ovarialcancer.

Metod

Samtliga studier i denna avhandling baseras på data från de stora befolkningsbaserade register som finns att tillgå i Sverige som tex Cancerregistret och Patientregistret. Endast de kvinnor diagnostiserade med endometriosis i slutenvård och på offentligt sjukhus är inkluderade. I det sista delarbetet använde vi också medicinska journaler för att få information om behandling.

Delarbete 1

I denna kohortstudie ingick 64 492 kvinnor som vårdats på sjukhus för första gången med diagnosen endometriosis mellan åren 1969 och 2000. Dessa kvinnors risk att insjukna i cancer jämfördes med risken för Sveriges hela kvinnliga befolkning. Studien visade att kvinnor med endometriosis har en ökad risk för ovarialcancer (SIR 1.43, 95% CI 1.19–1.71), endokrina tumörer (SIR 1.36, 95% CI 1.15–1.61), non-Hodgkin's lymfom (SIR 1.24, 95% CI 1.02–1.49) och hjärntumörer (SIR 1.22, 95% CI 1.04–1.41). Om kvinnan hade

endometriosis i ovarierna, hade fått endometriosisdiagnosen före 30 års ålder eller haft endometriosis i mer än tio års tid ökade risken för ovarialcancer ytterligare (SIR 1.77, 2.01 och 2.23). Kvinnor med endometriosis insjuknade också tidigare i livet i ovarialcancer än andra kvinnor och att operera bort livmodern verkade vara förknippat med en minskad risk för att drabbas av ovarialcancer.

Delarbete 2

Här ville vi studera betydelsen av paritet och cancerrisk hos kvinnor med endometriosis. Studien inkluderade 63 630 kvinnor som vårdats på sjukhus för första gången med diagnosen endometriosis mellan åren 1969 och 2002. Från flergenerationsregistret hämtades information om antal födda barn och ålder vid första barnets födelse. Studien visade att kvinnor med endometriosis har en ökad risk för endokrina tumörer, ovarialcancer, njurcancer, thyroideacancer, hjärntumörer, malignt melanom och bröstcancer. Det fanns inga skillnader i risken att insjukna i en cancersjukdom mellan de kvinnor som ej fött barn jämfört med de som fött barn för någon av de cancerformer som studerades.

Delarbete 3

I den tredje kohortstudien tittade vi på endometriosisjukdomens effekt på överlevnaden efter en cancerdiagnos. I studien ingick 4 278 kvinnor med endometriosis och en cancerdiagnos och 41 831 kvinnor med en cancerdiagnos men inte endometriosis. Studien visade bättre överlevnad för kvinnor med endometriosis när

det gällde alla cancerformer tillsammans (HR 0.92, 95% CI 0.86-0.98), men också separat för bröstcancer (HR 0.86, 95% CI 0.75-0.97) och för kvinnor diagnostiserade med ovarialcancer efter 54 års ålder (HR 0.62, 95% CI 0.44-0.88). När det gällde malignt melanom hade kvinnor med endometriosis en sämre prognos än andra kvinnor (HR 1.52, 95% CI 1.02-2.27).

Delarbete 4

I denna fall-kontroll studie undersöktes om kirurgisk eller hormonell behandling av endometriosis kan öka eller minska risken att insjukna i ovarialcancer. 220 kvinnor med endometriosis och ovarialcancer (fall) och 416 kvinnor med enbart endometriosis (kontroller) ingick i studien. Information om medicinsk och kirurgisk behandling av endometriosisjukdomen hämtades från sjukhusjournaler. Studien visade att risken för ovarialcancer minskade dramatiskt om man avlägsnat all synlig endometriosis kirurgiskt (OR 0.30, 95% CI 0.12-0.74) eller om ena äggstocken tagits bort i samband med endometriosisoperationen (OR 0.19, 95% CI 0.08-0.46). När det gällde den medicinska behandlingen fanns endast ett antytt samband mellan antal månader man använt danocrine och ovarialcancer med ökad cancerrisk ju fler månader man använt detta preparat.

Slutsatser

Kvinnor med endometriosis har en ökad risk för flera cancerformer, ffa ovarialcancer. Risken att insjukna i ovarialcancer ökar ytterligare om kvinnan har endometriosis i ovariet, insjuknar i endometriosis i unga år eller har haft endometriosis i minst



Anna-Sofia Melin

10 år. Att operera bort livmodern kan ha en skyddande effekt mot ovarialcancer.

Den ökade risken för cancer är inte relaterad till minskat barnafödande.

Kvinnor med endometriosis har en bättre prognos efter att ha fått en cancerdiagnos jämfört med andra kvinnor utan endometriosis, ffa vid bröstcancer och ovarialcancer. Vid malignt melanom är prognosen sämre för kvinnor med endometriosis jämfört med andra kvinnor.

Risken att insjukna i ovarialcancer minskas kraftigt om all synlig endometriosis avlägsnas kirurgiskt, inklusive om ena äggstocken opereras bort.

Förkortningar

SIR = Standardized Incidence Ratios

HR = Hazard Ratios

OR = Odds Ratios

CI = Confidence Interval

Delarbeten

1. Melin A, Sparén P, Persson I and Bergqvist A.
Endometriosis and the risk of cancer with special emphasis on ovarian cancer.
Hum Reprod. 2006 21(5):1237-42.
2. Melin A, Sparén P and Bergqvist A.
The risk of cancer and the role of parity among women with endometriosis.
Hum Reprod. 2007 22(11):3021-6.
3. Melin A, Lundholm C, Malki N, Swahn M-L, Sparen P and Bergqvist A.
Endometriosis as a prognostic factor for cancer survival.
Submitted
4. Melin A, Lundholm C, Malki N, Swahn M-L, Sparen P and Bergqvist A.
Hormonal and surgical treatments for endometriosis and risk of ovarian cancer.
Submitted

Länk till hela avhandlingen:

<http://diss.kib.ki.se/2010/978-91-7409-843-3/>

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, Länssjukhuset Ryhov
551 85 Jönköping
Tel: 036-32 14 58
johan.skoglund@lj.se

Cervixcancerprevention C-ARG

Ordförande: Bengt Andrae
KK, Gävle/Sandviken Länssjukhus
801 87 Gävle
Tel: 026-15 41 68
Fax: 026-15 41 56
bengt.andrae@gmail.com
Sekreterare: Kristina Elfgrén
KK, Karolinska Universitetssjukhuset,
Huddinge
141 86 Stockholm
Tel: 08-585 800 00
Fax: 08-585 875 75
kristina.elfgren@karolinska.se

Psykosocial Obstetrik och Gynekologi samt Sexologi POS-ARG

Ordförande: 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: Claes Gottlieb
Fertilitets- och IVF-kliniken
Sophiahemmet
Box 5605
114 86 Stockholm
Tel: 08-406 20 00
Fax: 08-10 16 21
claes.gottlieb@ki.se
Sekreterare: Margareta Fridström
Fertilitetsenheten, Karolinska
Universitetssjukhuset, Huddinge
141 86 Huddinge
margareta.fridstrom@gmail.com

Endokrinologi ENDOKRIN-ARG

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

Gynekologisk Tumörkirurgi med Cancervård

TUMÖR-ARG

Ordförande: Christer Borgfeldt
KK, Universitetssjukhuset Lund
Tel: 046-17 10 00
Fax: 046-15 78 68
christer.borgfeldt@med.lu.se
Sekreterare: René Bangshøj
KK i Värmland
Centralsjukhuset
651 85 Karlstad
Tel: 054-61 82 04
rene.bangshoj@reba.se

Ultraljudsdiagnostik ULTRA-ARG

Ordförande: Anna Lindqvist
KK, USÖ
701 85 Örebro
Tel: 019-602 10 24
anna.linqvist@orebroll.se
Sekreterare: Peter Lindgren
KK, Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018-611 00 00
Fax: 018-50 81 27
peter.lindgren@kbh.uu.se

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@ltblekinge.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

Endometrios ENDOMETRIOS-ARG

Ordförande: Matts Olovsson
KK, Akademiska Sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018-611 57 64
Fax: 018-55 97 75
matts.olvsson@kbh.uu.se
Sekreterare: Margita Gustavsson
KK, Kungsbacka Närsjukhus
434 80 Kungsbacka
margita.gustafsson@lthalland.se

Evidensbaserad medicin

EVIDENS-ARG

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

Etik ETIK-ARG

Ordförande: Claudia Bruss
KK, Länssjukhuset 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

Arbets- och Referens-Grupp-Utvecklings-Samordnare

ARGUS

Ulf Högberg
SFOG-Kansliet
Drottninggatan 55, 2 tr, 111 21 Stockholm
Tel: 08-440 01 75
E-post: ulf.hogberg@obgyn.umu.se

SFOG-Kansliet

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

Intressegrupper inom SFOG

Privatgynekologerna

Ordförande

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

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

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

Mödrahälsöversörsläkargruppen

Ordförande

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

Sekreterare

Ingegerd Lantz
MÖL Gävleborg, Psykologmottagningen
Kyrkogatan 28, 3tr
803 11 Gävle
Tel: 026-15 41 61
Fax: 026-15 41 56
E-post: ingegerd.lantz@lg.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 (300:-/år).

Årsavgiften till föreningen är 700 kronor. Prenumeration på ARG-rapporter är avdragsgill i deklARATIONEN. I och med Din anmälan registreras Du i SFOGs 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 och 18-27, 35-36 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	300:-
Nr 56 Endometriosis	2008	300:-
Nr 57 Asfyxi och neonatal HLR	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:-