

MEDLEMSBLADET

Ansvarig utgivare: Inger Sundström-Poromaa
tel: 090-785 34 61

Layout: Marie-Louise Schyberg

Adress: SFOG-kansliet, Svenska Läkarsällskapet, Box 738, 101 35 Stockholm
tel: 08-440 88 68 fax: 08-440 88 86
e-post: ml.schyberg@sfog.se

Internet: www.svsl.se/sektioner/sfog

Annonser: Inger Sundström-Poromaa
inger.sundstrom@obstgyn.umu.se

SFOGs styrelse 1999-2000:

Ordförande: Prof Bo von Schoultz, KK, Karolinska sjukhuset, 171 76 Stockholm
tel: 08-517 700 00, fax: 08-31 81 14
bvs@obgyn.ks.se

Vice ordförande: Doc Elisabeth Persson, KK, Karolinska sjukhuset, 171 76 Stockholm
elisabeth.persson@post.netlink.se

Facklig sekreterare: Dr Pia Teleman, Gynmottagningen, Specialisthuset, Odengatan 66, 241 35 Eslöv
tel: 0413-55 60 66, fax: 0413-55 60 74
pia.teleman@skane.se

Vetenskaplig sekreterare: Dr Kerstin Andersson, KK, SU/Östra, 416 85 Göteborg
tel: 031-343 40 00, fax: 031-25 43 87

Skattmästare: Dr Harald Almström, Ultra Gyn, Läkarhuset Odenplan, Odengatan 69, 113 22 Stockholm
tel: 08-587 103 90, fax: 08-587 101 90
harald.almstrom@kids.ki.se

Redaktör: Dr Inger Sundström-Poromaa, KK, Norrlands universitetssjukhus, 901 85 Umeå
tel: 090-785 34 61, fax: 090-77 39 05
inger.sundstrom@obstgyn.umu.se

Utbildningssekreterare: Doc Ove Axelsson, KK, Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala
tel: 018-66 30 00, fax: 018-55 97 75
ove.axelsson@obstgyn.uu.se

Övriga ledamöter: Dr Nils Fryklund, KK, Länssjukhuset, 301 85 Halmstad
tel: 035-13 10 00, fax: 035-13 66 28
nils.f.fryklund@lthalland.se
Dr Sonja Kvint, Kvinnosjukvården, Kärn sjukhuset i Skövde, 541 85 Skövde tel: 0500-43 14 88,
fax: 0500-43 14 54 sonja.kvint@ltskar.se
Dr Cilla W Salamon, KK, Södersjukhuset, 118 83 Stockholm tel: 08-616 10 00
fax: 08-616 26 40 c.salamon@swipnet.se

Tryck: Graphium Västra Aros, Västerås

Foto: Rolf Werne

ISSN 0284-8031



Kära vänner i SFOG

När detta skrivs i mitten av maj har ett ljuvligt högttryck långtidsparkerat över Skandinavien. Motorbuller och avgaser från Solnavägen bryts mot doften av hägg och syren och koltrastens sång under ljumma kvällar.

Det råder högttryck även inom vår förening där en mängd aktiviteter pågår på olika områden. Evidens-ARG, kvalitetsrådet, de nya intresseföreningarna för öppenvårdsgynekologer, såväl privat som offentligt anställda, och den internationella nämnden har alla tillkommit under det senaste året. Utbildningsplanen för vår nya subspecialité har etablerats. Efter överläggningar med våra vänner inom gynekologisk onkologi och efter en förändring av benämningen till "Gynekologisk tumörkirurgi med cancervård" är vi nu helt eniga

om att tillsammans driva detta viktiga utvecklingsarbete vidare. Dialogen med barnmorskeförbundet fortsätter i god anda och under året räknar vi med att alla våra tre arbetsgrupper skall inkomma med förslag på hur vi på bästa sätt samarbetar kring våra gemensamma patienter.

I fjol lämnade SFOG in en motion till Läkarförbundet angående specialitetsföreningarnas representation i fullmäktige. För närvarande representeras Läkarförbundet i fullmäktigeförsamlingen av sina lokal- och yrkesföreningar. Utvecklingen under senare år har inneburit stora förändringar som påverkar representativiteten. Allt fler läkare identifierar sig idag inte i första hand som överläkare eller underläkare utan främst som specialister inom olika ämnesområden. Den stora nya gruppen specialisläkare har ingen representation. Stora och viktiga delar av utveckling, policy och fackligt arbete drivs idag inom

I DETTA NUMMER

3	Vårdprogram vid Turners syndrom	Inger Bryman
5	Debatt Gynekologiskt ultraljud	Harald Almström
7	Kallelse till årsmöte	
8	Valberedningens förslag	
11	Verksamhetsberättelse 1999	
16	Stadgar och stadgeförslag	
22	Specialistskrivning 2000	
25	SFOG och Läkarförbundet	Elisabeth Persson
26	Expanderande samarbete om Endometriosis	Agneta Bergqvist
27	Våra viktiga tonåringar	Mari Svanberg-Risberg
30	Protokoll från Riks-ARG	Nils-Otto Sjöberg
34	Rapport från AR-grupperna	
40	Kalendarium	
48	FIGO Committee Report	
51	Examensarbete	Liselott Ahlqvist
55	Facit till specialistskrivningen	
58	Avhandlingsabstrakt	Eva Runesson, Erik Ivarsson

ramen för specialitetsföreningarna. Genom bristen på representation försvåras Läkarförbundets kommunikation och kontakter med starka strömningar och opinioner bland medlemmarna. Mot denna bakgrund yrkade SFOG att fullmäktige till en tredjedel skall utgöras av representanter för specialitetsföreningarna och att om detta ej kunde beviljas man skulle vidare utreda frågan om en förändrad representationsordning. Motionen avslogs men har ändå lett till en markant förbättring i relationen och påtagligt ökade kontakter med Läkarförbundet. Vi är mycket glada över att förbundets ordförande Bernard Grewin kommer för att delta i den fackliga diskussionen vid vårt årsmöte i Halmstad. SFOG samarbetar också med förbundet i en projektgrupp (våra representanter är Elisabeth Persson, Pia Teleman och Cilla W Salamon) bl a om arbetsmiljöfrågor och lönesättning inom och mellan olika specialiteter.

Vi är nu också mycket aktiva inom specialitetsföreningarnas representantskap. Vid senaste mötet diskuterades bl a prioriteringar, fortbildning och den kliniska patientnära forskningen. Prioriteringsdelegationen som tillsatts av regeringen med Annelie Nordström-Eriksson som ordförande gör nu en uppföljning av hur den av Jerzy Einhorn genomförda utredningen om "Vårdens svåra val" och riksdagens prioriteringsbeslut tillämpas i praktiken. Ännu har ganska lite förändrats. De fem V:nas patienter; de välmående, välnärda, välkädda, välutbildade och vältaliga tenderar att ta resurser från svårt sjuka, handikappade och mindre talföra grupper i samhället. Prioriteringar måste göras på olika nivåer. Politikerna har ansvarat att prioritera mellan hälso- och sjukvården och andra offentliga utgifter, liksom mellan olika vårdområden. Däremot är det en viktig uppgift för specialitetsföreningarna att prioritera mellan olika diagnoser och tillstånd inom sina respektive områden och mellan patienter inom samma diagnosgrupp. Prioriteringsdelegationen kommer att gå ut till specialitetsföreningarna med önskemål om att få in förslag till detta (läs mera om prioriteringsdelegationen www.prio.gov.se).

Läkarförbundet lanserar nu ett handlingsprogram "Bättre fortbildning i fyra steg". Fortbildningen bör omfatta såväl den medicinska som den sociala, etiska, organisatoriska och pedagogiska kompe-

tensen. SFOG instämmer i att individuella fortbildningsplaner som följs upp vid regelbundna planerings/utvecklingssamtal med verksamhetschefen, bör utformas för varje läkare. Vi menar också att CME eller andra system för att kvantifiera och dokumentera fortbildningen kommer att bli allt viktigare i framtiden. Här svävar ännu förbundet på målet och tänker sig att pröva någon form av ännu inte framtagen individuell loggbok för uppföljning och redovisning. Utvecklingen i flera av våra grannländer och inom EU går snabbt mot system med krav på tydlig dokumentation. Detta är viktigt t ex för att undvika av oss alla oönskade beslut om t ex recertifiering som nu börjar diskuteras på olika håll.

Det är mycket glädjande att Läkarförbundet nu också kommer med ett handlingsprogram med åtgärder för att förbättra den medicinska forskningens villkor. Vi menar att få frågor är så viktiga för vår framtid och vår rekrytering som just dessa om hur vi skall återskapa möjligheterna för så många som möjligt att aktivt delta i forskning och utveckling som en naturlig del av det dagliga arbetet. Behovet av resursförstärkning är uppenbart. Visionen att 20-30% av arbetstiden används för FoUU verksamhet, även vid kliniker med omfattande klinisk verksamhet är lovvärd men kan sannolikt inte uppnås förrän på lång sikt. Därigenom blir problemet med fördelning av befintliga resurser desto mera angeläget att lösa.

En bakomliggande orsak till dagens skeva fördelning av befintliga resurser är ett problem som inte diskuteras i aktionsprogrammet. Det gäller den patientnära kliniska forsknings status vid våra universitet och högskolor. Inom delar av forskarsamhället nedvärderas den kliniska patientnära forskningen. Den anses ofta undermålig och läkare som också arbetar med patienter ses inte som "riktiga" forskare. Definitionen av vad som är viktig och angelägen forskning görs idag i stor utsträckning av experimentella och teoretiska forskare utan klinisk förankring. En nedvärderande attityd återspeglas inte enbart i fördelningen av FoUU- och ALF-medel utan också i värderingen av impaktfaktorer för olika tidskrifter och fördelningen av beviljade anslagsansökningar. Praktisk sjukvårdsforskning har låg status. Läkarförbundet bör tillsammans med företrädare för de patienttunga, jourbelastade kliniska specialitetsföreningarna åter-

erövra problemdefinitionen. Man bör framhålla att den kliniska forskningen har sina egna villkor, sin egen problematik och att den är av omedelbar och direkt nytta för patienten. Vi måste informera beslutsfattare och anslagsgivare om att just vi här i Sverige genom vår sjukvårdsorganisation, ett gott förtroende från våra patienter, våra personregister och höga deltagande frekvens i olika behandlingsprogram och screeningverksamheter har utomordentligt goda förutsättningar att bedriva en internationellt konkurrenskraftig patientnära forskning. Den kliniska forskningen har av tradition varit ett område där Sverige hävdar sig särskilt väl. Vi behöver också tydliggöra att klinisk forskning kräver bredd, delaktighet och medverkan från många läkare på alla nivåer. Medan det för universitet och högskolor kanske kan vara en tänkbar målsättning att satsa koncentrerat inom endast ett fåtal områden, är det ute på kliniker i sjukvårdsmiljö helt nödvändigt att driva forskning och utveckling med bredd inom hela området av patientverksamheten. När det gäller forskning utanför universitetssjukhus finns goda exempel på forskning på distans, t ex inom sjukvården i norra regionen. Förutom viktiga resultat ger distansforskning också stimulans och kompetensutveckling, samt bidrar till en positiv arbetsmiljö för individen.

"Should profitability determine the availability of effective contraception?" är titeln på ett brev som efter initiativ av SFOG och framförallt av Ian Milsom nu publicerats i Lancet. Vi har tidigare i Läkartidningen (97:1721-5; 2000) och i Medlemsbladet 2/00 i år redovisat våra synpunkter på det upprörande och olyckliga beslutet att sluta tillverka och marknadsföra den världsledande spiralen Gyne T-380 slimline. Vid kontakter mellan SFOG och representanter för Janssen-Cilag i Sverige har man från företaget förklarat sig villiga att arbeta för att söka en lösning. Tanken är att kunna erbjuda den av bl a WHO utvecklade prototypen Gyne T-380A som har samma dokumentation, höga säkerhet och långvariga effektivitet som ett alternativ till den nu nerlagda Gyne T-380 slimline. Vi menar att om detta går att genomföra så kan det vara en acceptabel lösning för oss här i Sverige. Frågan har emellertid också ett vidare mera globalt intresse. Ett multinationellt företag som har ett credo som lyder "Vi känner

ansvar gentemot det samhälle vi lever och arbetar i såväl lokalt som globalt” och ”Vi har ansvar i första hand gentemot de läkare, sköterskor, patienter, mödrar, fäder och alla andra som använder våra produkter och tjänster” bör leva upp till sitt ansvar för kvinnors hälsa också i andra delar av världen än i det lyckligt lottade Sverige. Vi har redan fått stöd från europeiska IPPF och hoppas på reaktioner även från andra håll.

Detta är mitt sista ordförandebrev och också det sista Medlemsbladet före sommaren. Det har varit en stor glädje att under några år ha fått känna ert förtroende och att få arbeta inom styrelsen. Vi har en fantastisk förening – SFOG har flyt! Lite övermodigt kan man nästan säga som BMW att vi följer inte utvecklingen – vi leder den! Hoppas att få se er alla på ett härligt årsmöte i Halmstad den 25-26 augusti. Observera också att anmälningar av abstrakts för föredrag/posters till Riksstämman som äger rum 29/11-1/12 i Göteborg skall insändas till SFOG kansliet och Marie-Louise Schyberg senast 21/8.

Bo von Schoultz
Ordförande SFOG

REDAKTÖRENS RUTA!

Tack alla för era fina bidrag som gör Medlemsbladet så läsvärt.

Följande tider gäller för medlemsbladet 2000:

<i>Nr</i>	<i>Deadline</i>	<i>Utkommer</i>
4	4/9	2/10
5	23/10	20/11

OBSERVERA: Adressändring skall göras till Marie-Louise Schyberg, SFOG-Kansliet, Box 738, 101 35 Stockholm.
Telefax: 08-440 88 86/96
Telefon: 08-440 88 68 (må-fr 9-11)
E-post: ml.schyberg@sfog.se
Manus skickas eller faxas till nedanstående adress.

Redaktör Inger Sundström-Poromaa
Motorbåtsvägen 20
907 88 Täfteå

Telefon: 090-785 34 61 (dagtid)

Telefax: 090-77 39 05

E-post: inger.sundstrom@obstgyn.umu.se

Nya Medlemmar

Liv Ahlberg, Bromma
Sofia Bernhardt, Trollhättan
Åsta Cerin, Enskede Gärd
Aliakbar Dayani, V. Frölunda
Anna Maria Johnsson, Stockholm
Elina Kari-Koskinen, Umeå
Olof Rugarn, Sturefors
Sonia Sundquist, Skellefteå
Jatta Vallirinne, Uppsala

Incidensen för Turners syndrom anges till c:a 1/2000 födda flickor och många inom sjukvården, inte minst gynekologer, kommer i kontakt med denna patientgrupp. Kunskapen om och möjligheten till medicinsk hjälp har tidigare varit begränsade, men genom ett nationellt, övergripande, tvärdisciplinärt och tvärprofessionellt samarbete, som engagerat både medicinsk och psykosocial expertis har nu ett vårdprogram sammanställts. I arbetet har både barnendokrinologer, genetiker, vuxenendokrinologer, gynekologer, örönläkare, logoped, psykologer och tandläkare bland annat deltagit. Målsättningen är att ge alla som möter och behandlar flickor/kvinnor med Turners syndrom möjlig-

Docent Inger Bryman,
verksamhetsområdet för reproduktionsmedicin, SU/Sahlgrenska,
413 45 Göteborg, fax 031-41 87 17
e-mail: inger.bryman@sahlgrenska.se

heter att göra detta på ett medicinskt och psykologiskt korrekt sätt genom en ökad baskunskap och också uppgifter om var ytterligare sakkunskap kan inhämtas. Vår förhoppning är att kunna distribuera vårdprogrammet till bland annat alla gynekologer framöver. I väntan på att detta kan ske kan vårdprogrammet beställas från undertecknad. Kostnaden för vårdprogrammet är 20 kronor/ex.

Debatt:

Gynekologisk ultraljudsundersökning

I föregående nummer av medlemsbladet här på debattsidan reagerar Inger Björn och Inger Aurell på de riktlinjer, som styrelsen för SFOG antagit och som finns publicerade i nr 1/00. Jag vill nu föra debatten vidare, då jag som ordförande i Ultra-ARG varit med och tagit fram underlag för riktlinjerna. Ultra-ARG publicerade för övrigt förslag till riktlinjer för ca två år sedan, och då förekom en kortare debatt. Den upphörde när det visade sig att enigheten var stor. Jag tror att det är så nu med. Jag tror inte att det är kollegor som Inger Björn eller Inger Aurell som behöver förändra sitt arbetssätt. Jag tror att de, liksom de flesta deltagarna i Nordsvenska Gynmötet, anser att nya metoder bör utvärderas innan de införs och ffa innan de blir rutinåtgärder. Jag vill också ställa mig bakom Inger Björns slutsats: Hämma inte bruket av vaginalt ultraljud i den gynekologiska vardagen. Ögat och handen kan komplettera varandra.

Däremot anser jag inte att styrelsens riktlinjer innebär en hämning! Tvärtom innebär riktlinjerna, att alla gynekologer bör få tillräcklig både utbildning och träning i denna relativt nya undersökningsmetod. Riktlinjerna fäster uppmärksamhet på en träning och utbildning, som många utbildande kvinnokliniker nedprioriterat, för att andra utbildningsmoment ansetts mera väsentliga. Uppfatta

Harald Almström
Ultra-Gyn, Odenplan

inte riktlinjerna som pekpinna! De är till för att stötta dem som behöver utbildningen, och för att se till att metoden används av rätt kategori – dvs gynekologer. Riktlinjer måste vara kortfattade och entydiga. Det faktum att en indikation för undersökningen ska framgå av journalanteckningen innebär inte, att den måste vara skriven i anslutning till det beskrivna fyndet. Däremot ska man kunna förstå av journalen varför ultraljudsundersökningen utförts.

Jag tror **INTE**, att varje gynekolog kan börja använda sig av ultraljudsapparaten utan utbildning – och ändå tro sig kunna lita på vad ögat ser. De 20% som saknade utbildning vid Nordsvenska Gynmötet bör se till att få sin utbildning, eller avstå från att använda metoden!

Jag tror inte heller, att man vid varje gynekologisk undersökning ska komplettera med ultraljudsundersökning. Det gör jag definitivt inte själv, trots att jag nog har mera erfarenhet av att tolka ultraljudsbilder än de flesta kollegor. Dessutom är det faktiskt så att ingen vetenskaplig studie kunnat visa, att gynekologisk ultraljudsundersökning som screening medför några

fördelar. Det är alltså inte i överensstämmelse med evidensbaserat tänkande att införa metoden vid varje gynekologisk undersökning.

Slutligen känner jag mig övertygad om att gynekologisk ultraljudsundersökning använd på rätt sätt – dvs av en kunnig och utbildad gynekolog som använder metoden vid behov och som ett komplement till övriga undersökningsmetoder samt remitterar vidare till specialkompetens när det behövs – innebär ett bättre omhändertagande för patienten. ■

**Glöm inte
SFOGs debattsida**

www.svls.se/sektioner/sfog

DITT MEDLEMSNUMMER I LÄKARFÖRBUNDET
ÄR DITT LÖSENORD

KALLELSE

Medlemmarna i Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi
kallas härmed till årsmöte fredagen den 25/8 kl. 11.00-12.15.

Lokal: Stora Kongresshallen, Hotell Tylösand

Föredragningslista

- a) Mötet öppnas.
- b) Val av ordförande och två justeringsmän för årsmötet.
- c) Styrelsens verksamhetsberättelse.
- d) Ev diskussion med anledning av avgivna remissvar.
- e) Skattmästarens ekonomiska redogörelse.
- f) Revisorernas berättelse.
- g) Fråga om ansvarsfrihet för styrelse och skattmästare.
- h) Årsavgift för det kommande året.
- i) Avgift för ARG-abonnemang.
- j) Revision av stadgar.
- k) Val av styrelseledamöter.
- l) Val av två revisorer jämte revisorssuppleant.
- m) Val av valberedning.
- n) Bästa föredrag och poster vid 1999 års Riksstämma.
- o) Berndt Kjessler-priset 2000.
- p) Information från ARGUS
- q) Ev meddelanden.
- r) Övriga ärenden.
- s) Tid och plats för nästa årsmöte.
- t) Mötet avslutas.

Vid årsmötet är rikligt med tid avsatt för diskussion.

Alla medlemmar är välkomna att delta.

Om ni vill att styrelsen ska förbereda övriga ärenden skriv då till ordföranden i förväg.

INFORMATION OM STIFTELSEN

Kl. 12.15-12.30 i Stora Kongresshallen informerar stiftelsens
ordförande Viveca Odland och kassör Harald Almström om Stiftelsen för utbildning
och utveckling inom obstetrik och gynekologi.

Valberedningens förslag till styrelseledamöter

Valberedningens förslag till nyval/omval till Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi styrelse vid årsmötet i Halmstad 25 augusti 2000:

Befattning	Förslag
Ordförande	Elisabeth Persson, Stockholm (nyval)
Vice ordförande	Margareta Hammarström, Stockholm (nyval)
Vetenskaplig sekreterare	Pål Wölner-Hanssen, Lund (nyval)
Skattmästare	Jan Rydnert, Halmstad (nyval)

Följande styrelsemedlemmar är valda till år 2001:

Utbildningssekreterare	Ove Axelsson, Uppsala
Redaktör	Inger Sundström-Poromaa, Umeå
Facklig sekreterare	Pia Teleman, Eslöv
Yngre representant	Cilla W Salamon, Stockholm
Övriga ledamöter	Nils Fryklund, Halmstad Sonja Kvint, Skövde
Förtroendemannarevisor	Lennart Wilhelmsson, Göteborg

Stockholm den 16/5 2000

Inga Sjöberg *Madeleine Olsson* *Magnus Lindahl*
Ordf Valberedningen

Curriculum vitae för valberedningens förslag på nya styrelseledamöter

Vetenskaplig sekreterare - Pål Wölner-Hanssen

Jag föddes 1947 i Oslo, växte upp i Hamar, och studerade medicin i Bern och Basel. Specialistutbildningen påbörjades i Växjö och avslutades i Lund 1979. 1983 flyttade jag till Seattle för att ingå i den mycket framgångsrika forskningsgrupp runt genitala infektioner vid University of Washington. 1985 besökte jag Lund för att disputera på en avhandling om klamydia-salpingiter. Efter ytterligare fem år i Seattle med studier rörande genitala infektioner återvände jag till Kvinnokliniken i Lund. Jag blev utnämnd till docent vid Lunds Uni-

versitet 1992. 1994 tog jag universitetsexamen i "Hälso- och sjukvårdsadministration" vid Statsvetenskapliga Institutionen vid Lunds Universitet. Under de senare åren har mitt kliniska arbete framförallt rört infertilitet. Jag har varit kursledare vid vidareutbildningskurser i genitala infektioner och varit sekreterare, sedan ordförande i Inf-ARG. Jag är fackligt ombud samt skyddsombud för läkarna vid kliniken. Socialt tillhör jag de sannolikt få nordmän boende i Köpenhamn som arbetar i Sverige.



Vice ordförande - Margareta Hammarström

Jag är född 1952 och uppvuxen i Stockholm där jag också läst vid Karolinska Institutet. Läkarexamen tog jag 1977 och fortsatte sedan direkt med en forskarutbildning, disputerade 1980 vid dåvarande Fysiologiska Institutionen med en avhandling med titeln ”Uterine secretomotor innervation”.

1981 började jag vid KK Karolinska Sjukhuset och blev specialist 1987. Där-efter var jag klinisk amanuens och så småningom bül. 1995 flyttade jag till Södersjukhuset som överläkare för en gyn avdelning och gynoperation.

Under hela denna tid har jag parallellt försökt bedriva vetenskaplig verksamhet, och blev docent 1992. Jag arbetar nu med ett epidemiologiskt projekt om urininkontinens hos förstföderskor, och är handledare för ett teoretisk forskningsprojekt om hormonberoende hos den autonoma innervationen av kvinnliga genitalia, samt handledare för ett epidemiologiskt projekt om prolaps.

1999 startade jag tillsammans med fyra kollegor ”Octaviakliniken”, en öppenvårdsverksamhet inriktad mot specialiserad vård, utredning och behandling inom allmän gynekologi, urogynekologi, ultraljud och riskgraviditeter.

Jag är gift sedan 25 år, bor i en närförort till Stockholm. Jag har två söner 14 och 18 år. I själ och hjärta är jag bohuslänning och tillbringar alla somrar på Sveriges framsida. Familjen spelar golf och det är en ynnest att då och då få vandra fyra timmar med en tonårsson i stilla samspråk.

Jag ser fram mot att få bli mer delaktig i SFOGs angelägenheter och tycker att det skall bli roligt att aktivt få arbeta med föreningsangelägenheter och hoppas jag kan bidra med erfarenheter från forskningsarbete och entreprenörsverksamhet inom privat driven, offentligt finansierad sjukvård.

Skattmästare - Jan Rydnert

Jag blev legitimerad läkare 1973 och specialist i Obstetrik och Gynekologi 1978. 1985 disputerade jag på en avhandling kring prostaglandiner och prostaglandinanaloger. Två år senare blev jag docent vid Umeå universitet i Obstetrik och Gynekologi. 1998 flyttade jag till Halmstad, där jag 1992 blev chefsöverläkare och numera är verksamhetschef. Mina intressen ligger främst inom obstetrike. Dessutom är jag intresserad av kvalitets- och utvecklingsarbeten. Jag är också SPUR-inspektör.



Verksamhetsberättelse för Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi 1999

Styrelsen har under det gångna året haft nio protokollförda sammanträden samt ett strategiseminarium.

Styrelsen har under verksamhetsåret haft följande sammansättning:

Bo von Schoultz, ordförande

Elisabeth Persson, vice ordförande

Inga Sjöberg, facklig sekreterare

(Pia Teleman, efter årsmötet 3/9)

Kerstin Andersson, vetenskaplig sekreterare

Ian Milsom, utbildningssekreterare

(Ove Axelsson, efter årsmötet 3/9)

Harald Almström, skattmästare

Per-Olof Karlström, redaktör för medlemsbladet (Inger Sundström-Poromaa, efter årsmötet 3/9)

Nils Fryklund, ledamot och webbmaster

Kristina Lindgren, ledamot (

Sonja Kvint, efter årsmötet 3/9)

Karin Petersson, ledamot och yngre representant (Cilla W Salamon, efter årsmötet 3/9)

Under året har två nya **intresseföreningar** konstituerats, dels för privatgynekologerna (Susanne Damm, Charlotta Wällgren, Gunnar Möllerström, Jan Holte) och dels den internationella nämnden med Viveca Odland som ordförande.

Efter förslag från verksamhetscheferna har styrelsen tillsatt ett **kvalitetsråd** med uppgift att utarbeta förslag till övergripande riktlinjer för kvalitetsarbetet vid landets kvinnokliniker, att kritiskt granska och utveckla våra årsrapporter och att utgöra ett stöd och rådgivande organ för styrelsen. Ordförande i kvalitetsrådet är Inga Sjöberg i Umeå.

Bo von Schoultz

Ordförande

Kerstin Andersson

Vetenskaplig sekreterare

Pia Teleman

Facklig sekreterare

Ove Axelsson

Utbildningssekreterare

Utbildning och kvalitetssäkring är viktiga inslag i det nya konceptet evidensbaserad kvinnosjukvård. Behovet av prioriteringar stimulerar debatten kring kostnader och nytta och kraven växer på att dagens metoder för diagnostik, behandling och omvårdnad skall utvärderas med bästa möjliga metodik. På initiativ av Nils-Otto Sjöberg och "Argus emeritus" Berndt Kjessler avhölls under hösten ett extra Riks-ARG kring detta högaktuella ämne. Styrelsen har därefter beslutat att inrätta en arbetsgrupp – **Evidens-ARG** med Kerstin Nilsson, Örebro som ordförande och Håkan Rydhström som sekreterare. Gruppen skall vara ett stöd för arbetet med ARG-rapporterna samt utveckla program för utbildning för gynekologer inom ämnesområdet evidensbaserad obstetrik och gynekologi.

I december kunde styrelsen fastställa vår förenings nya utbildningsplan för subspecialisering inom **Gynekologisk Tumörkirurgi med Cancervård**. Utbildningsplanen har tagits fram av en arbetsgrupp inom Tumör-ARG och före beslut presenterats i Medlemsbladet och för landets verksamhetschefer. Utbildningen kan erbjuda svenska gynekologer en formell

kompetens som är likvärdig med den för våra kolleger i Norden och övriga Europa.

Styrelsen har under det gångna året och även in i år 2000 haft fortsatta kontakter med **Svenska Barnmorskeförbundet**. Man arbetar i tre grupper; med övergripande frågor, klimakteriet och sfinkterrupturer. Rapporter med förslag om policy- och samarbetsformer väntas under 2000.

Frågan om gränsdragningen i registrering av **dödfödda barn/missfall** har under året åter aktualiserats. Redan 1994 uttryckte SFOG sin åsikt att gränsen skulle sänkas från idag 28 till 22 fulla graviditetsveckor och därmed anpassas till internationell praxis. Efter kontakter med berörda AR-grupper har styrelsen ånyo inlämnat en skrivelse om detta till såväl Socialdepartementet som Socialstyrelsen.

Frågan om **östriolbehandling** och endometrie-cancer har varit föremål för livlig diskussion som följd av resultaten av en svensk fall-kontrollstudie. Under hösten har företrädare för SFOG, KARG och Läke-medelsverket efter överläggningar med artikelförfattarna gemensamt arbetat fram ett förtydligande av tidigare rekommendationer.

Diagnoshandboken som tillkommit efter en enastående insats av Karin Pihl har under året utgivits i en reviderad upplaga.

Arbete med förslag till **stadgeändringar** har fortgått. Det viktigaste förslaget behandlar ändringen från att SFOG-medlem **ska** vara medlem av Läkarförbundet till att SFOG-medlem endast **bör** vara medlem. SFOG har förlorat en del med-

lemmar som har gått ur Läkarförbundet. Även en del andra ändringar kommer på förslag till årsmötet 2000, dessa är mer en anpassning till den verksamhet som nu försiggår inom SFOG.

Medlemsbladet under Per-Olof Karlströms och efter årsmötet Inger Sundström-Poromaas ledning i samarbete med Marie-Louise Schyberg har ytterligare utvecklats och förbättrats. Annonsörerna är en förutsättning för både Medlemsbladet och SFOGs arbete och en stor insats görs för att bibehålla dessa annonsörer och skaffa nya. Samtidigt är målsättningen att innehållet inte ska överskuggas av antalet annonser.

Föreningens *hemsida* med Nils Fryklund som ansvarig webbmaster börjar få större anslag. På föreningens hemsida finns aktuell information om vad som händer inom vår förening. Dessutom finns länkar till andra intressanta hemsidor och ett kalendarium med information om kongresser, kurser o dyl. Antalet besökare ökar hela tiden, men det är fortfarande dålig fart på debattsidan. Även ARGUS har en hemsida på SFOGs hemsida.

Svenska Läkaresällskapet

Följande remissvar till Svenska Läkaresällskapet har avgivits och redovisas i korthet: **Underhandsremiss: Socialstyrelsens allmänna råd om abort**

Inom Socialstyrelsen pågår en översyn av de allmänna råden mot bakgrund av ett par uppmärksammade abortärenden där vårdnadshavare för minderåriga flickor ej informerats. SFOG välkomnar ett förtydligande av informationsskyldigheten och instämmer i att vårdpersonal bör åläggas att försöka nå kontakt med vårdnadshavaren om flickan är under 14-15 år. Den individuella bedömningen av ålder och mognad bör också innefatta flickans partner. Socialstyrelsen bör analysera konsekvenserna av förslaget i relation till annan lagstiftning exempelvis 15-årsgränsen för sexuellt umgänge. Uppföljningsbesök med gynekologisk undersökning efter abort bör ske hos gynekolog.

God sed i forskningen (SOU 1999:4)

SFOG instämmer i att högskolorna på ett aktivt sätt bör engagera sig för att förebygga oredlighet i forskningen och för att därigenom öka allmänhetens förtroende. Vi betonar genusperspektivet vid tillsättningen av etiska kommittéer och beredningsgrupper. Vi stöder förslaget att kunna

inlämna anonym ansökan och om möjligheten till "second opinion". Det är viktigt med utbildning i forskningsetik inom forskarutbildningen. Förslaget om en intresseorganisation "Forskningen och Folket" leder däremot till en ökad risk för byråkratisering.

Allmän information till patienter om klinisk prövning (SLS Dnr 1999/0017)

Skriften har utformats som en patientbroschyr med allmän information som komplement till den specifika information som alltid lämnas av ansvarig provare för varje enskilt projekt. Vi ställer oss positiva till detta initiativ och har lämnat förslag till kompletteringar och förtydligande av texten.

Terapeutiska sjukskrivningar (SLS Dnr 1999/0209)

Med terapeutisk sjukskrivning avses behandlande läkares rätt att "ordinera" absolut vila eller belastningsfrihet för att möjliggöra läkning eller behandling t ex efter operativ åtgärd. Ärendet har aktualiserats av lagändringar inom Socialförsäkringen 1995 och 1997. SFOG har för typingrepp som hysterektomi, prolaps, äggstocksoperation angivit en sjukskrivningstid som kan variera mellan 2-10 veckor beroende av operationsmetod, komplikationer och patientens allmäntillstånd. Under graviditet kan många komplikationer som kräver sjukskrivning uppkomma, som regel förbättras tillståndet snabbt efter förlossningen. I enstaka fall inträffar mycket allvarliga komplikationer som kan kräva sjukskrivning under flera månader.

Värdkatalog 2000-2001 (Socialstyrelsen; 52-5242/99)

SFOG har utan ytterligare förslag tillstyrkt förteckningen över regionvård inom landet.

Angående forskningsrätt för distrikts-sköterskor m m Socialdepartementet S1999/6097/HS)

SFOG har motsatt sig förslaget om utökade indikationer för sköterskors forskningsrätt. Förändringar i dosering av läkemedel och utökade indikationer förutsätter goda kunskaper inom sjukdomslära och farmakologi. Många patienter framför allt äldre har flera olika sjukdomar och läkemedel vilket innebär ökade risker för oönskad interaktion. Modern IT-teknik möjliggör receptförskrivning av läkare på distans.

SFOGs övriga aktiviteter med Svenska Läkaresällskapet (SLS)

SFOG representeras i fullmäktige av fem ledamöter och vice ordförande Elisabeth Persson är ledamot i Läkaresällskapets nämnd.

Sveriges Läkarförbund

Under året har följande remisser besvarats: **Angående projekt: Väntetider i Vården – Nationellt utvecklingsarbete för förbättrad tillgänglighet**

SFOG instämmer i behovet av gemensamma definitioner för registrering av medicinsk prioritet. Man menar också att inom gynekologin finns ett stort behov av en kategori, s k "halvakut" vård med tillstånd som kräver mottagningsbesök inom en till två dagar efter symtom. Man föreslår tre diagnosgrupper som ska ingå i nationell uppföljning av väntetider, nämligen framfall, infertilitet och hysterektomi på benign indikation.

Remissvar: Betänkandet Smittskydd, samhälle och individ (SoU 1999:51)

Remissen har besvarats positivt, SFOG stöder att den tidigare särregleringen av HIV-infektion nu upphävs och även att de s k veneriska sjukdomarna lyfts ut från de allmänfarliga sjukdomarna. Vi hade gärna sett en diskussion om förhållningssätt vid risk för mor-barn-smitta. Detta är inte diskuterat i betänkandet.

Remiss Invandrade läkare – en resurs i svensk sjukvård - rapport från arbetsgruppen för invandrade läkare

Remissen positivt besvarad med kommentaren att man saknar en passus om att invandrade manliga läkare från länder med en annorlunda kvinnosyn kan få problem.

Remiss: Läkemedel i fokus – ett policy-program för Sveriges Läkarförbund

Remissen har besvarats positivt. SFOG menar dock att vårdprogram visst kan bli nationella, t ex om hela vår specialitetsförening ställer sig bakom. Vi påpekade också särskilt att det inte är önskvärt att förflytta receptförskrivningsrätten alltmer till sjuksköterskor och barnmorskor med exemplifiering östrogen till postmenopausal kvinnor.

SFOG har också avgett ett yttrande angående enkät om utbildningsinstitut och där meddelat att mycket av det som utbildningsinstitutet är föreslaget att sköta redan sker i SFOGs regi. Det är däremot viktigt att se till att organisera finansiering av SK-kurser och fortbildningsverk-

samhet. Man anser att fortbildning till stor del ska finansieras av deltagarnas arbetsgivare samt stat och landsting.

SFOG har tillskrivit Landstingsförbundet och betonat att kostnader för RH-profylax skall bestridas av sjukvårdshuvudmannen. Vi befarar att om RH-profylax förskrivs på recept det kan inträffa att vissa patienter inte löser ut receptet och därvid löper risk att bli immuniserade.

SFOG har besvarat en remiss angående förslag till nya journaler inom barnhälsovården till Socialstyrelsen positivt.

Till Socialstyrelsen har avgivits svar angående remissen Förslag till föreskrifter om screening av gravida. Vi anser inte att det finns anledning att i dagens läge erbjuda samtliga gravida provtagning för hepatit B, HIV och syfilis.

SFOGs övriga aktiviteter med Sveriges Läkarförbund

Under året har SFOG avgivit en motion till Läkarförbundet angående specialitetsföreningarnas representation i fullmäktige. För närvarande representeras Läkarförbundet av sina lokal- och yrkesföreningar. Den stora nya gruppen specialitetsläkare har ingen representation. Stora och viktiga delar av utveckling, policy och fackligt arbete drivs idag inom ramen för specialitetsföreningarnas arbete. Motionen avslogs men har medfört påtagligt ökade kontakter med Läkarförbundet och samarbete i olika projekt har påbörjats.

Under året har Inga Sjöberg och sedan Pia Teleman deltagit i Läkarförbundets representantskap för specialitetsföreningar.

Information från pågående aktivitet 2000

Diskussionerna med Barnmorskreförbundet fortsätter, utarbetandet av gemensamma synpunkter angående handhavande av klimakteriebesvär och vem som ska göra vad är på gång.

SFOG har framgångsrikt bedrivit opinionsbildning beträffande fortsatt tillverkning av Gyne-T 380 där nu Janssen Cilag kommer att arbeta för att hitta någon som vill överta rättigheterna för tillverkningen.

Arbets- och referensgrupper

Under året har 15 AR-grupper varit aktivt verksamma. Ordinarie Riks-ARG hölls 15/4 och extra Riks-ARG 14/10. Under året har utgivits rapporter i "Ungdomsgynekologi" samt "Cancer, graviditet och

fertilitet". Under år 2000 planeras utgivning av fyra ytterligare rapporter. Omtryck samt uppdatering av "Neonatal Asfyxi" gjordes i 4.000 exemplar.

Verksamhetschefsmöten

Styrelsen har i samband med vintermötet och årsmötet träffat landets klinikchefer. Förutom mycket information från styrelsen diskuterades bland annat ST-utbildningen och rekryteringen som inte torde kunna täcka pensionsavgångarna inom de närmsta tio till femton åren. Diskussion om små och stora förlossningskliniker ägde rum i Sundsvall. Man diskuterade vad som är rimlig bemanning dygnet om. Årsrapporten och dess innehåll diskuterades. Likaså utbyggnaden av den gynekologiska öppenvården.

Årsmötet i Sundsvall 3-4/9 1999

Ett stort antal gynekologer hade tagit sig norrut till Sundsvall och Tonhallen. Symposierna behandlade urininkontinens, androgensubstitution i klimakteriet samt den ökande sectiofrekvensen. Det fackliga symposiet tog upp forskning på distans. Det norrländska klimatet visade sig vara tropiskt och norrlandskalaset i statshusets spegelsal med en totalt avväpnande show av en (tyvärr) urolig går till historien.

Svenska Läkaresällskapets Riksstämman 1999

Riksstämman avhölls detta år på Älvsjömässan i Stockholm. Vår sektion bidrog med 16 fria föredrag och 30 postrar. Två mycket välbesökta symposier hade SFOG som huvudarrangör "Uppkomstmekanismer vid perinatal hjärnskada; behandling i sikte?" med Margareta Wennergren och "Manligt klimakterium – finns det?" med Mats Hammar som moderator. SFOG-medlemmar deltog också aktivt i flera symposier anordnade av andra sektioner. Därutöver hade föreningen på initiativ av Perinatal-ARG som internationell gäst inbjudit professor Gerhard H.A. Visser från Utrecht som höll en mycket uppskattad föreläsning om hemförlossningar; "Home deliveries in Holland; Relic or example?".

Till bästa föredrag utsågs av bedömargruppen Pelle G Lindqvists presentation "Aktiverad protein C Resistens (FV:Q⁵⁰⁶) och Graviditet". Hedersomnämning tilldelades Anette Lindhard för bidraget "Ska patienter med hydrosalpinx genomgå salpingektomi före IVF?".

Priset för bästa poster gick till Inger Björn för arbetet "Negativa humörsymtom vid sekventiell östrogenbehandling". Hedersomnämning tilldelades Kerstin Wolff för bidraget "Prediktion av maternella och fetala komplikationer vid pre-ekampsi – värdet av urin- och blodprover". Pristagarna får sina utmärkelser vid årsmötet i Halmstad 25-26 augusti.

Utbildningsfrågor

Utbildningsnämnden har under året organiserat 12-14 fortbildningskurser var termin, som getts i föreningens regi. En gemensam nordisk kurs i vulvasjukdomar har också stått på programmet. Den prioritering som utbildningsnämnden inlämnade till Socialstyrelsen beträffande SK-kurser följdes inte av Socialstyrelsen. Utbildningsnämnden har i skrivelser till Socialstyrelsen kritiserat valet av SK-kurser liksom i ett fall ämnesområdet. För år 2001 har Socialstyrelsen helt följt utbildningsnämndens rekommendationer beträffande utbudet av SK-kurser. Utbildningsnämnden har arrangerat den frivilliga specialistexamen där det avslutande muntliga förhörtet hölls på kvinnokliniken i Umeå.

SPUR-verksamheten

Verksamheten har under året haft låg aktivitet. Inger Bryman har övertagit ansvaret för verksamheten och nya inspektioner kommer att planeras under år 2000 och 2001.

Program- och utbildningskommittén (PUK)

Två möten har ägt rum under året där planering och samordning av föreningens fortbildningskurser diskuterats liksom lämpliga ämnesområden för symposier till riksstämman.

EBCOG

SFOG har varit representerat i EBCOG (The European Board and College of Gynecology and Obstetrics). EBCOG arbetar med utbildningsfrågor och kvalitetssäkring inom kvinnosjukvården på europeisk nivå. Preliminära dokument avseende subspecialistutbildning inom obstetrik och gynekologi (Fetomaternell medicin; Human reproduktion; Gynekologisk onkologi) bearbetas för närvarande.

Stockholm 2000-05-16

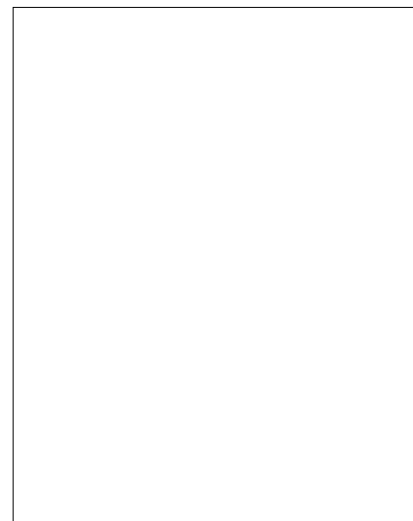
Berndt Kjessler-priset 2000 till Kerstin Hagenfeldt!

SFOGs styrelse har beslutat tilldela Kerstin Hagenfeldt, Stockholm, årets Berndt Kjessler pris på 10.000 kronor. Priset inrättades 1996 i samband med att Berndt Kjessler avgick som ARGUS för hans stora insatser för svensk obstetrik och gynekologi. Förslag på kandidater till priset har inhämtats från alla AR-grupper, från professorerna i obstetrik-gynekologi och via Medlemsbladet. En rad mycket välförtjänta förslag har inkommit till SFOGs styrelse och det var därför ingen lätt uppgift att bland dessa utse en enda. I reglerna för priset står att det skall tilldelas "en person, som i Berndt Kjesslers anda gjort berömliga insatser för undervisning och utveckling inom vårt ämne". Kerstin Hagenfeldt uppfyller på alla sätt dessa kriterier.

Hon har sedan över 30 år gjort ovärderliga insatser för utvecklingen inom den svenska kvinnosjukvården. Med ett starkt personligt engagemang och en enastående pedagogisk förmåga har hon för flera generationer av unga gynekologer varit en ledande förespråkare för kvinnors hälsa och kvinnors rätt.

Vi gratulerar Kerstin Hagenfeldt varmt till priset, som kommer att utdelas vid årsmötet i Halmstad den 25/8.

Bo von Schoultz



Kerstin Hagenfeldt.

Stadgar för Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi

Föreningens art

§1

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) är en specialitetsförening inom Sveriges Läkarförbund och utgör Sektionen för Obstetrik och Gynekologi inom Svenska Läkaresällskapet. Sektionen tillkom 1904 och är Läkaresällskapets äldsta. Nuvarande förening bildades 1969 genom en sammanslagning av Svensk Gynekologisk Förening och Sektionen för Obstetrik och Gynekologi inom Läkaresällskapet. Föreningens engelskspråkiga benämning skall vara Swedish Society of Obstetrics and Gynecology.

Föreningens syfte

§2

Föreningens uppgift är att befordra hälso- och sjukvårdens ändamålsenliga utveckling inom specialiteten samt att ta tillvara medlemmarnas fackliga intressen. Föreningen skall som Sveriges Läkarförbunds specialitetsförening i obstetrik och gynekologi avge utlåtanden i medicinska och fackliga frågor som av förbundet hänskjutits till föreningen. Föreningen skall ställa sig till efterrättelse beslut i fackliga frågor fattade av Läkarförbundets fullmäktige eller centralstyrelse. Föreningen skall främja utbildning och vetenskaplig verksamhet genom sina arbetsgrupper och inom Svenska Läkaresällskapet. Föreningen skall som Svenska Läkaresällskapets Sektion för Obstetrik och Gynekologi avge utlåtanden och/eller handlägga ärenden som av sällskapet hänskjutits till sektionen.

Medlemskap

§3

Till medlem i föreningen kan väljas läkare som arbetar inom verksamhetsområdet

obstetrik och gynekologi eller med särskilt intresse för detta. Sålunda kan också läkare under utbildning inom specialiteten väljas. Medlem av föreningen skall tillhöra Sveriges Läkarförbund och bör vara ledamot av Svenska Läkaresällskapet. Styrelseledamot i föreningen skall vara ledamot av Svenska Läkaresällskapet.

§4

Ansökan om medlemskap skall ställas till styrelsen, vilken genom majoritetsbeslut avgör om sökanden kan antagas som medlem.

Medlemsförteckning föres av Sveriges Läkarförbund som också upptager årsavgiften.

Medlem som önskar utträda ur föreningen skall skriftligen anmäla detta till styrelsen. Medlem som trots påminnelse ej under två på varandra följande år erlagt årsavgiften anses ha utträtt ur föreningen.

Föreningens organisation

Årsmöte

§5

Kallelse och föredragningslista till årsmötet skall av facklige sekreteraren utsändas till föreningens medlemmar senast en månad före årsmötet. Föreningens räkenskapsår omfattar tiden 1 januari t o m 31 december. Vid föreningens årsmöte skall följande ämnen behandlas:

1. Val av ordförande och två justeringsmän för mötet
2. Styrelsens verksamhetsberättelse
3. Skattmästarens ekonomiska redogörelse
4. Revisorernas berättelse
5. Fråga om ansvarsfirhet för styrelsen och skattmästaren
6. Val av styrelse, revisorer, revisorssuppleant samt valberedning

7. Årsavgift för det kommande året

8. Övriga ärenden

Protokoll från årsmötet föres av den facklige sekreteraren. Extra föreningsmöte skall hållas när styrelsen eller minst hundra medlemmar begär sådant för att behandla angivet ärende.

§6

Omröstning sker öppet om ej annat begäres. Vid lika röstetal gäller sittande ordförandes mening utom vid val då lotten avgör. I ärende som inte blivit meddelat i kallelsen till föreningsmöte, får slutgiltigt beslut ej fattas. Vid frågor som rör Svenska Läkaresällskapet har endast ledamöter av sällskapet rösträtt.

Styrelse

§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.

§8

Det åligger föreningen att omedelbart efter val av förtroendemän insända uppgift om de valdas namn och adress till Sveriges Läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet.

§9

Styrelsen sammanträder på kallelse av ordföranden. Denne är också skyldig att sammankalla styrelsen om minst två ledamöter gör framställning härom. Styrelsen är beslutsmässig om minst halva antalet ledamöter är närvarande. Omröstningen är öppen utom då annat begäres. Vid lika röstetal har ordföranden utslagsröst, utom vid slutet omröstning, då lotten avgör. Vid styrelsesammanträde skall protokoll föras.

Ärenden kan avgöras per capsulam om samtliga styrelseledamöter är ense om beslutet.

Beslut i ärenden rörande Svenska Läkaresällskapets gemensamma angelägenheter skall snarast meddelas Läkaresällskapets nämnd.

§10

Ordföranden åligger att leda styrelsens sammanträden samt att i samråd med de bägge sekreterarna upprätta föredragningslista till sammanträden och årsmöte. Styrelsen utser representanter till Svenska Läkaresällskapets fullmäktige och Sveriges Läkarförbunds fullmäktige jämte suppleanter för dessa.

Ordföranden, eller av styrelsen delegerad person, undertecknar handlingar upprättade i styrelsen namn.

§11

Sekreteraren för fackliga frågor skall minst två veckor före varje styrelsesammanträde tillställa styrelsens ledamöter kallelse och föredragningslista samt föra protokoll vid dessa sammantäden.

Sekreteraren för fackliga frågor svarar för samarbetet med Läkarförbundet.

§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.

§13

Utbildningssekreteraren skall bevaka utbildningsfrågor inom föreningen.

§14

Skattmästaren åligger att föra föreningens räkenskaper och ombesörja utbetalningar i enlighet med föreningens eller styrelsens

beslut. Räkenskaperna skall överlämnas till revisorerna för granskning så att dessa till årsmötet kan avge en skriftlig berättelse. Föreningen tecknas av ordföranden och/eller skattmästaren.

Valberedning

§15

Förslag till styrelseposter skall upprättas av en valberedning bestående av tre medlemmar. Valberedningens medlemmar har vardera en mandatperiod på tre år. Vid årsmötet skall sålunda en av valberedningens medlemmar nyväljas.

Program- och utbildningskommittén (PUK)

§16

Program- och utbildningskommittén (PUK) består av föreningens ordförande (tillika kommitténs ordförande), utbildningssekreteraren, vetenskaplig och facklig sekreteraren samt en ämnesföreträdare från varje undervisningssjukhus. Utbildningssekreteraren utfärdar kallelse och för protokoll. Kommittén samordnar föreningens mötes- och utbildningsverksamhet.

Medlemsbladet

§17

Föreningen utger ett medlemsblad med aktuell vetenskaplig och facklig information till medlemmarna. Ansvarig för medlemsbladet är styrelsen.

Arbets- och Referensgrupper (ARG)

§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, vald på fyra år.

Efter ansökan till och godkännande av styrelsen kan också intressegrupper etableras. En intressegrupp har till uppgift att tillvarata en speciell grupps gemensamma, ofta fackliga, intressen. En intressegrupp kan också fungera som rådgivare till styrelsen enligt ovan.

Riksstämman

§19

Föreningen skall i sin egenskap av Svenska Läkaresällskapets Sektion för Obstetrik och Gynekologi sammanställa dess program på den Medicinska Riksstämman. Vid arrangerandet av symposier skall föreningen samarbeta med berörda sektioner inom Läkaresällskapet.

FIGO/UEMS/EBCOG

§20

Styrelsen utser representanter samt suppleanter till generalförsamlingen av Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO), Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) och European Board and College of Obstetricians and Gynecologists (EBCOG).

NFOG

§21

Föreningen ingår tillsammans med Danmarks, Islands, Norges och Finlands specialitetsföreningar som medlemmar i Nordisk Förening för Obstetrik och Gynekologi (NFOG). Föreningens ordförande ingår som styrelseledamot i NFOG. Föreningens styrelse utser fem ledamöter ur föreningen till NFOGs fullmäktige.

Regionala sällskap

§22

Föreningen utgör den samordnande organisationen för landets regionala gynekologsällskap.

Stadgebestämmelser

§23

Ändringar av dessa stadgar må beslutas endast vid årsmöte, där ärendet varit upptaget på föredragningslistan och förslaget varit utsänt med denna. För beslut fordras instämmande av minst två tredjedelar av antalet närvarande medlemmar. Enskild medlems ändringsförslag skall vara insänt till styrelsen senast två månader före årsmötet. Styrelsens yttrande skall bifogas förslaget. Ändringar av stadgarna skall bifogas förslaget. Ändringar av stadgarna skall träda i kraft efter beslut av två på varandra följande årsmöten. Beslutad ändring träder i kraft sedan Sveriges Läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet fastställt densamma.

(Fastställda 12/9 1997)

Förslag till nya stadgar för Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi

Ändringarna är kursiverade och svärtade.

Föreningens art

§1

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) *utgör sektionen för Obstetrik och Gynekologi inom Svenska Läkaresällskapet och är en specialitetsförening inom Sveriges Läkarförbund. Sektionen tillkom 1904 och är Läkaresällskapets äldsta.* Nuvarande förening bildades 1969 genom en sammanslagning av Svensk Gynekologisk Förening och sektionen för obstetrik och gynekologi inom Läkaresällskapet. Föreningens engelskspråkiga benämning skall vara Swedish Society of Obstetrics and Gynecology.

Föreningens syfte

§2

Föreningens uppgift är att befordra hälso- och sjukvårdens ändamålsenliga utveckling inom specialiteten samt att ta tillvara medlemmarnas fackliga intressen. *Föreningen skall främja utbildning och vetenskaplig verksamhet genom sina arbets- och referensgrupper och inom Svenska Läkaresällskapet. Föreningen skall som sektionen för obstetrik och gynekologi inom Svenska Läkaresällskapet avge utlåtanden och/eller handlägga ärenden som av sällskapet hänskjutits till sektionen. Föreningen skall som specialitetsförening i obstetrik och gynekologi inom Sveriges Läkarförbund avge utlåtanden i medicinska och fackliga frågor som av förbundet hänskjutits till föreningen.*

Medlemskap

§3

Till medlem i föreningen kan väljas läkare som arbetar inom verksamhetsområdet obstetrik och gynekologi eller med särskilt intresse för detta. Sålunda kan också läkare under utbildning inom specialiteten väljas.

Medlem av föreningen bör vara ledamot av Svenska Läkaresällskapet och bör tillhöra Sveriges Läkarförbund. Styrelseledamot i föreningen skall vara ledamot av Svenska Läkaresällskapet och medlem i Sveriges Läkarförbund.

§4

Ansökan om medlemskap skall ställas till styrelsen, vilken genom majoritetsbeslut avgör om sökanden kan antagas som medlem.

Medlem som trots påminnelse ej under två på varandra följande år erlagt årsavgiften anses ha utträtt ur föreningen.

Föreningens organisation

Årsmöte

§5

Kallelse och föredragningslista till årsmötet skall av facklige sekreteraren ut-sändas till föreningens medlemmar senast en månad före årsmötet. Föreningens räkenskapsår omfattar tiden 1 januari t o m 31 december. Vid föreningens årsmöte skall följande ämnen behandlas:

1. Val av ordförande och två justeringsmän för mötet
2. Styrelsens verksamhetsberättelse
3. Skattmästarens ekonomiska redogörelse
4. Revisorernas berättelse
5. Fråga om ansvarsfrihet för styrelsen och skattmästaren
6. Val av styrelse, revisorer, revisorssuppleant samt valberedning
7. Årsavgift för det kommande året
8. Övriga ärenden

Protokoll från årsmötet föres av den facklige sekreteraren. Extra föreningsmöte skall hållas när styrelsen eller minst hundra medlemmar begär sådant för att behandla angivet ärende.

§6

Omröstning sker öppet om ej annat begäres. Vid lika röstetal gäller sittande ordförandes mening utom vid val då lotten avgör. I ärende som inte blivit meddelat i kallelsen till föreningsmöte, får slutgiltigt beslut ej fattas. Vid frågor som rör Svenska Läkaresällskapet har endast ledamöter av sällskapet rösträtt.

Styrelse

§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, *varav en skall vara autoriserad revisor.* För dessa skall finnas en suppleant.

§8

Det åligger föreningen att omedelbart efter val av förtroendemän insända uppgift om de valdas namn och adress till *Svenska Läkaresällskapet och Sveriges Läkarförbund.*

§9

Styrelsen sammanträder på kallelse av ordföranden. Denne är också skyldig att sammankalla styrelsen om minst två ledamöter gör framställning härom. Styrelsen är beslutsmässig om minst halva antalet ledamöter är närvarande. Omröstningen är öppen utom då annat begäres. Vid lika

röstetal har ordföranden utslagsröst, utom vid slutet omröstning, då lotten avgör. Vid styrelsesammanträde skall protokoll föras.

Ärenden kan avgöras per capsulam om samtliga styrelseledamöter är ense om beslutet.

Beslut i ärenden rörande Svenska Läkaresällskapets gemensamma angelägenheter skall snarast meddelas Läkaresällskapets nämnd.

§10

Ordföranden åligger att leda styrelsens sammanträden samt att i samråd med de bägge sekreterarna upprätta föredragningslista till sammanträden och årsmöte. Styrelsen utser representanter till Svenska Läkaresällskapets fullmäktige och Sveriges Läkarförbunds fullmäktige jämte suppleanter för dessa.

Ordföranden, eller av styrelsen delegerad person, undertecknar handlingar upprättade i styrelsen namn.

§11

Sekreteraren för fackliga frågor skall minst två veckor före varje styrelsesammanträde tillställa styrelsens ledamöter kallelse och föredragningslista samt föra protokoll vid dessa sammantäden.

Sekreteraren för fackliga frågor svarar för samarbetet med Läkarförbundet.

§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.

§13

Utbildningssekreteraren skall bevaka utbildningsfrågor inom föreningen.

§14

Skattmästaren åligger att föra föreningens räkenskaper och ombesörja utbetalningar i enlighet med föreningens eller styrelsens beslut. Räkenskaperna skall överlämnas till revisorerna för granskning så att dessa till årsmötet kan avge en skriftlig berättelse. Föreningen tecknas av ordföranden och/eller skattmästaren.

Valberedning

§15

Förslag till styrelseposter skall upprättas av en valberedning bestående av tre medlemmar. Valberedningens medlemmar har vardera en mandatperiod på tre år. Vid årsmötet skall sålunda en av valberedningens medlemmar nyväljas.

Utbildningsnämnden

§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 utbildning. Utbildningsnämnden har ansvar för specialistexamen. Som stöd till utbildningsnämnden finns program- och utbildningskommittén (PUK) som består av SFOG:s styrelse samt verksamhetschef/ ämnesföreträdare från varje undervisningsjukhus. Utbildningssekreteraren är ordförande i PUK.

Medlemsblad/Hemsida

§17

Föreningen utger ett medlemsblad med aktuell vetenskaplig och facklig information till medlemmarna. Ansvarig *utgivare* för medlemsbladet är *redaktören*. *Föreningen har också en hemsida. Ansvarig utgivare för hemsidan är webbmastern som utses av styrelsen.*

Arbets- och Referensgrupper (ARG)

§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.

Intressegrupper

§19

Efter ansökan till och godkännande av styrelsen kan intressegrupper etableras. En intressegrupp *kan ha* till uppgift att tillvarata en speciell grupps gemensamma, ofta fackliga, intressen. En intressegrupp kan också fungera som rådgivare till styrelsen *i olika frågor.*

Riksstämman

§20

Föreningen skall i sin egenskap av Svenska Läkaresällskapets sektion för obstetrik och gynekologi sammanställa dess program på den Medicinska Riksstämman. Vid arrangerandet av symposier skall föreningen samarbeta med berörda sektioner inom Läkaresällskapet.

FIGO/UEMS/EBCOG

§21

Styrelsen utser representanter samt suppleanter till generalförsamlingen av Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO), Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) och European Board and College of Obstetricians and Gynecologists (EBCOG).

NFOG

§22

Föreningen ingår tillsammans med Danmarks, Islands, Norges och Finlands specialitetsföreningar som medlemmar i Nordisk Förening för Obstetrik och Gynekologi (NFOG). Föreningens ordförande ingår som styrelseledamot i NFOG. Föreningens styrelse utser fem ledamöter ur föreningen till NFOG:s fullmäktige.

Regionala sällskap

§23

Föreningen utgör den samordnande organisationen för landets regionala gynekologsällskap *inom specialiteten.*

Stadgebestämmelser

§24

Ändringar av dessa stadgar må beslutas endast vid årsmöte, där ärendet varit upptaget på föredragningslistan och förslaget varit utsänt med denna. För beslut fordras instämmande av minst två tredjedelar av antalet närvarande medlemmar. Enskild medlems ändringsförslag skall vara insänt till styrelsen senast två månader före årsmötet. Styrelsens yttrande skall bifogas förslaget. Ändringar av stadgarna skall bifogas förslaget. Ändringar av stadgarna skall träda i kraft efter beslut av två på varandra följande årsmöten. Beslutad ändring träder i kraft sedan *Svenska Läkaresällskapet och Sveriges Läkarförbund* fastställt densamma. (Fastställda)

Specialistskrivning 2000

Instruktioner för deltagande i teoretiskt kunskapsprov ingående i specialistexamen i Obstetrik & Gynekologi 2000

Hjärtligt välkommen att delta i detta prov!

Frågorna är av två typer;

- **Kortsvarsfrågor:** Här räknar man upp en serie fakta eller relevanta omständigheter utan några särskilda kringkommentarer. Korrekta, korta och distinkta svar poängsätts fördelaktigt. Lämnat svarsutrymme anger maximal längd på svar!
- **Essäfrågor:** Framställningen bör även här vara koncis, logiskt uppbyggd och rimligt uttömmande.

Läsbarheten i det skrivna måste ägnas särskild uppmärksamhet. Det icke odiskutabelt läsbara räknas som icke skrivet!

Skrivningstiden är max 4 timmar.

Varje skrivningssida märkes med en valfri personlig kod på framsidan (alternativt namn om anonymitet ej önskas). Skrivningen i sin helhet lägges i ett omärkt kuvert som förslutes.

Varje skrivningsdeltagare erhåller en sammanställning över samtliga uppnådda resultat relaterade till de använda koderna. Den som önskar göra anspråk på meriten att med godkänt resultat ha genomgått den teoretiska delen av specialistexamen kan med återopande av sin använda kod (insändes i handskriven form) ge sig tillkänna hos examinationskommittens ordförande, professor Ian Milsom, kvinnokliniken Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, 416 85 Göteborg Fax: 031-192940; E-mail: ian.milsom@obgyn.gu.se.

Lycka till!

SFOGs Examinationsnämnd gm

Ian Milsom, Ordförande

Specialistexamen i Obstetrik och Gynekologi 2000

Gynekologi

Kortsvarsfrågor

1. Ange de operativa momenten av betydelse för staging vid radikal operation vid ovarialcancer:
2. Ange de tre moment där ureterskada kan uppstå vid totalhysterektomi med SOE bil.
3. Ange indikationer för trombosprofylax vid gynekologisk kirurgi, precisera riskgrupper med avseende på patientfaktorer och ingreppets storlek samt ange dosering.
4. Mola. Beskriv kortfattat genetisk bakgrund, incidens i Sverige, diagnostik, behandling, uppföljning.

5. Indikation föreligger för kirurgisk behandling av menorrhagi. Ange för- resp nackdelar med hysterektomi respektive endometriresektion och endometrieablation.
6. Testikulär feminisering. Beskriv kortfattat fenotyp och genotyp. Vad är och var ligger defekten?
Utredning, behandling, omhändertagande.
7. När skall hemostasrubbningsmiss-tänkas som orsak till menorrhagi?
8. Fall: Patienten är en 23 årig kvinna som inkom till kirurgklinik med 1 veckas anamnes på högersidiga buksmärta. CRP 116. Beslutas om appendektomi via app-snitt. Man finner en frisk appendix som extirperas. Pat har preop fått Zinacef Flagyl.

Du tillkallas som gynjour till operationssalen. Finner en rodnad, ödematös tuba på högersida ur vilken pus kan exprimeras. Vilka ytterligare diagnostiska åtgärder vidtar Du? Synpunkt på antibiotika valet. Fortsatt handläggning?

9. ESSÄFRÅGA

Ange olika alternativa möjligheter för behandling av extrauterin graviditet; expektans, medicinsk behandling, laparoskopisk kirurgi, öppen kirurgi utifrån patientens tillstånd och de diagnostiska fynden. Ange också för och nackdelar med de olika behandlingsalternativen.

Obstetrik

1. Definiera begreppet överburenhet och dess konsekvenser. Behövs någon särskild handläggning och ge om så är fallet ett förslag till handläggning av överburna patienter.
2. En orolig kvinna söker Dig på mödravården. Hon är gravid i vecka 12 och har tidigare fött två barn. Det första barnet föddes i v38 och dog i en snabbt uppseglande GBS sepsis. Det andra barnet föddes normalt i v 40, okomplicerad perinatalperiod (fick av oklara skäl ingen speciell övervakning eller kontroll under den graviditeten). Nu är hon ängslig och vill bli "odlad och behandlad på en gång". Beskriv kort hur Du handlägger fallet. Diskutera och motivera.
3. En förstföderska med preeclampsia och uttalade subjektiva besvär med bltr c:a 140/100 har satts igång i v.36 och förlossningen går framåt i normal takt. Livmoderhalsen är öppen 6 cm då hon börjar krampa och Du blir inkallad av barnmorskan. Fosterljuden har gått ned till cirka 80-100 med bra variabilitet. Vad gör Du?
4. Hur påverkar graviditeten insulinkänslighet, blodglukosnivåer och insulinproduktion/nivåer. Har det några konsekvenser och i så fall vilka?
5. Ultraljud används bl a för övervakning av tvillinggraviditeter. Hur kan du med ultraljud avgöra om graviditeten är mono- eller dichoriontisk?

Finns skillnader i risker vid mono- respektive dichoriontisk tvillinggraviditet?

6. 41 årig förstföderska kommer in till förlossningen i graviditetsvecka 42+2 pga värkar. Graviditeten har varit okomplicerad. I vecka 42+0 gjordes överburenhetskontroll med normalt CTG och normalt AFI. Värkarna kommer med 3-4 minuters mellanrum. Inre undersökning visar cervix delvis utplånad, öppen 1-2 cm. I samband med din undersökning fås vattenavgång och detta är svagt mekoniumfärgat. CTG-registreringen visar under en timme följande mönster: Beskriv det visade CTG:et (se nedan). Hur tolkar du detta? Bedöm situationen och diskutera ev. åtgärder
7. Hur benämns denna bjudning? Är vaginal förlossning möjlig?



8. En HIV-infekterad kvinna kan under graviditet eller förlossning överföra smittan till sitt barn. På senare tid har två metoder identifierats som radikalt minskar denna smittoöverföring från mor till barn. Vilka är dessa?

9. ESSÄFRÅGA

En av mödravårdens viktigaste uppgifter är att identifiera barn med klinisk misstanke på intrauterin tillväxthämning.

Screening av alla gravida sker med SF-mått på MVC.

Hur definieras och diagnosticeras misstänkt intrauterin tillväxthämning? Hur vanligt är detta tillstånd?

Nämna några riskfaktorer.

Skissera ett övervakningsschema vid olika grad av intrauterin tillväxthämning.

Reproduktionsmedicin

1. I en nyligen publicerad artikel har man påvisat en ökad risk för endometrie-cancer vid användning av östrialpreparat. Fyndet har diskuterats mycket. Rekommendationer vad gäller behandling med östrialpreparat har därefter setts över av SFOGs Arbets- och Referensgrupp för klimakteriella problem. Läkemedelsverket och artikelförfattarna gemensamt. Beskriv kortfattat de behandlingsrekommendationer som nu gäller.
2. Hur påverkas spermieproduktionen av tillförda androgener, som vid t ex doping? Vilken är mekanismen?
3. Redogör för och motivera vilken/vilka typ(er) av hormonell behandling (preparat, dosering och administrations-sätt) Du väljer i följande fall:
 - a. 44-årig kvinna med oregelbundna blödningar med tendens till premestruell spotting.

- b. 50-årig kvinna med tablettbehandlad hypertoni, och med hereditär belastning för hjärt – kärlsjukdom, som nu har blodvallningar och svettningar som allvarligt stör nattsömnerna. Kvinnans senaste menstruation var för 3 månader sedan.
- c. 58-årig kvinna med tidigare östrogen/sekventiell gestagenbehandling, som nu önskar slippa blödningar.
- I utredning av oligomenorré/amenorré ingår provtagning med avseende på prolaktinnivåerna i blodet. Ge lämpliga anvisningar för provtagningsrutiner. Ange också faktorer som kan påverka prolaktinnivån.
 - Vilka tre postcoitala antikonnptionsmetoder finns? Redogör kortfattat för hur de används.
 - Hur stor är livstidrisken i % för en icke-östrogenbehandlad kvinna upp till 75 års ålder att få bröstcancer? Hur mycket beräknas denna risk öka efter 10-15 års östrogensubstitution?
 - Definiera fekunditet.
 - Ge exempel på symtom – kliniska fynd vid misstanke om överstimuleringsyndrom (OHSS).
 - ESSÄFRÅGA
Definiera begreppet infertilitet och beskriv de faktorer och utredningsmetoder samt lab-prover du använder dig av.

Allmän del

- Vid statistiska beräkningar ger genomsnittsvärdet begränsad information. För att Bättre beskriva genomsnittsvärdet används spridningsmått. Ge två exempel på vardera:
 - Genomsnittsvärden
 - Spridningsmått
- En frisk, gravid kvinna i fullgången tid anses utgöra en större risk vid narkos än en frisk, icke gravid kvinna. Ange tre förklaringar till detta (i kortfattad form).
- Under Din jourverksamhet inom kvinnosjukvården kan Du ibland ombedjas att göra kroppsundersökning som underlag för rättsintyg. Redogör för fyra bedömningar i Ditt rättsintyg som bygger på undersökningen och de händelsebeskrivningar du fått från kvinnan eller polisen.
- Redogör kortfattat för cyklokaprons (tranexamsyra) verkningsmekanismer.
- En 35-årig kvinna söker dig för långvariga besvär med klåda, irritation och sveda i vulva, har behandlat sig själv upprepade gånger med Pevaryl, och i primärvården fått behandling med Diflucan. Ange dina differentialdiagnostiska överväganden och möjligheter till behandling.
- a) Vilka analyser rekommenderas idag för utredning av kvinnor med misstänkt hereditär trombofili?

- b) Förskriver Du kombinerade p-piller till en flicka med förstegradssläkting med trombos men där flickan har en normal koagulationsutredning?
- Du tar emot en 25-årig tidigare väsentligen frisk kvinna på gynakuten. 0-grav. P-piller. Hon har feber (39,2), huvudvärk, multipla sår i underlivet samt uttalad sveda och smärta i underlivet. Det hela debuterade för 5 dagar sedan med lindriga symtom av sveda vid miktion och ett par dagar senare sökte hon på vårdcentralen för urinvägsantibiotikum mot UVI. (kort svar)
Vad misstänker Du för sjukdom? Ange ett par allvarliga komplikationer. Hur handlägger Du patienten?
 - Vid missbruk hos gravida kvinnor är vi skyldiga att ta hänsyn till olika lagar.
 - Ange de två lagar som reglerar ovanstående problem.
 - Kan en gravid kvinna med gravt pågående missbruk mot sitt medgivande anmälas till sociala myndigheter om Du anser att fostret löper risk att skadas av missbruket?
 - ESSÄFRÅGA
En kvinna kräver ett kejsarsnitt. Du finner inga medicinska indikationer för detta. Vad är rätt att göra? Vilka etiska principer kan hjälpa Dig i Ditt beslut? Gör en etisk analys av problemet. ■

Västsvenska gyn på G igen !

Den 29 mars kallade Västsvenska gynekologsällskapet till möte i Göteborg. Uppehållet sedan Uddevalla 1997 hade gett nya krafter. Den gamla styrelsen Per Olof Janson, ordförande Mats Hahlin, vice ordförande samt Jan Leman skattmästare kunde avgå med den äran att ha omstrukturerat sällskapet till att nu hålla ett möte om året med ett valt tema. Årets tema var

Sonja Kvint Mötesdeltagare

”det kvinnliga bröstet”. Bröstet belystes ur genetisk, endokrin, diagnostisk och rekonstruktiv synpunkt. Mötet var välorganiserat och välbesökt. Deltagarna kunde glädja sig åt bra föreläsare och födragen

fanns att få i sammanfattning. På kvällen fortsatte diskussionen på Göteborgs läkar-sällskap. Referat av föredragen kommer att publiceras i denna tidning inom en snar framtid. I den nya styrelsen valdes Christer Bergqvist, ordförande Ulla-Beth Kroon vice ordförande Karin Tullander skattmästare. Vi ser fram emot att få bevista fler ”TEMA”-möten i denna klass. ■

SFOG och Läkarförbundet

Som alla(?) SFOG-medlemmar känner till har vi vid flera årsmöten diskuterat våra relationer med Sveriges Läkarförbund. Vi tycker att vi alla inom SFOG drar ”ett redigt lass” när det gäller t ex utbildning, fortbildning och utveckling av specialiteten i våra ARG. Stöd från förbundet har vi inte sett så mycket av i dessa våra hjärtefrågor, vare sig beträffande ekonomi eller möjlighet att påverka beslut i förbundets fullmäktige. Specialitetsföreningarna har ju ingen röst där.

Dessa sakernas tillstånd vill vi i styrelsen försöka förändra. Därför har vi startat en projektgrupp bestående av vår fackliga sekreterare Pia Teleman, vår OGU representant Cilla W Salamon och undertecknad. Vi har sammanträffat med förbundets vice ordförande Göran Edbom samt namnkunniga personer på kansliet nämligen Gunilla

Elisabeth Persson

Vice ordförande

Hoffstedt, Kåre Jansson och Ragnar Kristensson. Samtalsklimatet var gott och vi hoppas komma fram till förbättrade samverkansformer. Det ligger i ”deras” intresse liksom i vårt. Vi tror att gynekologer är betjänta av ett starkt förbund och att förbundet är starkt beroende av ett gott samarbete med oss!

Förbundet har en hel del ”nyttig” kursverksamhet som idag enbart kommer lokalföreningsaktiva till del. Vissa kurser är inte fullbokade. Vi fick löfte om att tipsa våra medlemmar om en kurs i ”Arbetslivsfrågor” som sker i form av ett internat den 16-18 oktober i Steningevik som ligger strax norr om Stockholm. Ta kontakt

med Era lokalföreningar för ansökan senast den 16 augusti. Mer info finns på webben!

Som framgår på annat ställe i bladet har vi förslag på stadgeförändringar, där en ändring är att **man inte skall utan bör** vara medlem i förbundet. Gynekologer som inte vill vara medlemmar i förbundet har tidigare inte kunnat vara med i SFOG. Om stadgeändringen går igenom - vid två årsmöten - kommer man att kunna vara medlem i SFOG enbart. SFOG avser att som specialitetsförening att vara kvar i förbundet och förhoppningsvis kunna få en starkare ställning där. Men den enskilde medlemmen får bestämma själv hur hon/han vill ha det. Läkarförbundet stöder oss i denna fråga.

Skriv om vad Du tycker i frågan på vår debattsida på nätet och kom till årsmötet i Halmstad! ■

Expanderande samarbete om Endometrios

Kunskapen om endometrios som ett stort kliniskt problem och fascinerande patofysiologiskt fenomen växer tack vare ett stort intresse hos såväl kliniker som forskare runt om i världen. Ämnet har varit väl företrätt vid kongresser i endokrinologi, reproduktion och laparoskopisk kirurgi. Sedan 1986 har specifika endometrioskongresser hållits vart tredje år, första gången i Clermont Ferrand i Frankrike och den 7:e världskongressen i Endometrios kommer att hållas i London 14-17 maj i år. Följande kongresser blir i San Diego 2002 och i Maastricht 2005.

I samband med den förra världskongressen bildades World Endometriosis Society. En hel del endometriosintresserade svenskar är medlemmar, men vår önskan från WES är att fler ska bli intres-

Agneta Bergqvist
Huddinge Sjukhus


serade. Inom ESHRE finns arbetsgrupper (special interest groups, SIG), som mer eller mindre liknar våra ARG inom SFOG, bl a en SIG Endometriosis sedan ett par år. Även till denna grupp är intresserade kollegor välkomna.

Vi kommer att ha en pre-congress course 25 juni före årets ESHRE-kongress i Bologna. Rubriken är "Pathology of endometriosis related infertility". Den 19-21 april 2001 kommer vi att ha "The first Nordic Congress on Endometriosis" i Stockholm. Det kommer att bli den första

större kongress som ordnas delvis tillsammans med patienter.

Sedan 1994 har vi i Sverige haft en arbetsgrupp, Referensgruppen för Endometrios, med representanter från spridda sjukhus, intresserade av att arbeta med endometriosfrågor. Vi arbetar med vårdprogram, diagnosregister, kliniska studier etc. Sedan en längre tid har det framförts önskemål om att Referensgruppen skulle omvandlas till en ARG, och SFOGs styrelse beslöt i mars att så skulle ske.

Endometrios-ARG kommer att hålla sitt konstituerande möte i Halmstad 24 augusti klockan 15.00-17.00 i anslutning till SFOGs årsmöte. Alla intresserade av att arbeta med endometriosfrågor är välkomna!



Våra viktiga tonåringar – vad vet vi egentligen?

Det finns mycket som vi inte vet om våra tonåringar. Vi vet till exempel inte hur många av våra ungdomar som går till ungdomsmottagningarna i ett område. Kanske är det skillnader i olika delar av landet, men det är säkert olika i storstädernas förorter också.

TON-ARG är nu en grupp som växer. Vi har till och med fått en ny specialitet i vår blandade grupp. Den svarar en tonårsintresserad urolog på Södersjukhuset för, överläkare Per Larsson.

En kurs i "ungdomsgynekologi" ordnades i februari i år igen. Den var öppen för gynekologer och dermatovenerologer, allmänläkare och barnläkare som arbetar med tonåringar. Syftet med dessa kurser är att ge påfyllning för dem som redan arbetar med tonåringar, men också att få möjlighet till mer kontakt över specialistgränserna.

Kursen blev full och många kom tyvärr inte med. Vi höll till på Södersjukhuset och hade därigenom inte något internat denna gång. Innehållet var snarlikt 1999 års kurs, men med bl a nytillskott i form av en föreläsning av psykiatriöverläkare Riyadh Al-Baldawi – rubriken var *Invandrarungdomar*.

Han fick högsta betyg i deltagarnas utvärdering. Det fick också en av fjolårets favorit, Socialstyrelsens biträdande chefsjurist Lars Lundgren. P-piller till riktigt unga och abort på riktigt unga flickor var några av de brännande ämnen som vi diskuterade. Professor Kerstin Hagenfeldt höll en värdefull föreläsning som vi hoppas få med på nästa kurs som vi önskar få

Mari Svanberg-Risberg

Avgående sekreterare i Ton-arg
KK/SÖSAM, Södersjukhuset

arrangera våren 2001. Tonåringars utvecklingspsykologi och identitetsutveckling ville även årets deltagare få mer av.

Skolans roll i kunskapsförmedlandet kan inte nog betonas när det gäller sex- och samlevnadskunskap även om allas vår attityd och förhållningssätt som föräldrar och tonårsarbetare är av största vikt. Men då måste vi också veta hur ungdomar egentligen har det.

Folkhälsoinstitutet har genom socionom Margareta Forsberg, på uppdrag av regeringen gjort en kartläggning av den aktuella forskning som är gjord vad gäller tonåringars sexualvanor och attityder. Upprinnelsen var de övergreppssituationer som uppmärksammades i Södertälje för ett par år sedan. Redovisningen går att nå via www.fhi.se och innehåller mycket spännande läsning. Till exempel ökar STD och aborter hos tonåringar, så det finns ännu mycket kvar att arbeta med och förbättra genom forskning.

Jag vill härmed passa på att informera om att vi på Södersjukhuset sedan ett par år har arbetat i ett projekt för att starta en **Ungdomsenhet** – Sveriges första medicinska samvårdenhet för ungdomar 13- 20 år.

Den gemensamma kompetensen och samarbetet hoppas vi ska förbättra det fysiska och psykiska omhändertagandet. Det kommer att bli en mottagning och dagvårdsavdelning för Kvinnoklinikens, Barnklinikens och Ungdomspsykiatriens tonåringar på sjukhuset.

Till hösten inleds projektet i liten skala i Sachsska Barnsjukhusets lokaler.

Överläkare Lars Sjöstrand, konsultpsykiater på Södersjukhuset skrev i Läkartidningen vol 97 nr 1-2 sid 44-46 att naturfilosofin grundlade antikens medicin. Han inledde med ett citat som jag skulle vilja avsluta med:

"Om osynliga ting liksom levande varelser äger bara gudarna full visshet; för oss människor är det endast möjligt att nå kunskap genom slutledning". Alkmaion ■

**NÄSTA TON-ARGMÖTE
KOMMER ATT VARA I
STOCKHOLM
6 OKTOBER**

Protokoll från Riks-ARG 6 april 2000

§1 Mötet öppnades av ARGUS Nils-Otto Sjöberg som hälsade alla välkomna.

§2 Till ordförande för mötet valdes Nils-Otto Sjöberg och till sekreterare Kerstin Andersson.

§3 **Närvarande representanter:** Magnus Westgren PERINATAL-ARG, Anders Linder SKOPI-ARG, Henning Thejls INF-ARG, Ian Milsom FARG, Ninna Robéus, Kerstin Ernstsson, TON-ARG, Kristina Crafoord, Margareta Hammarström UR-ARG, Björn Strander HARG, Lottie Skjöldebrand Sparre FERT-ARG, Kerstin Nilsson KARG, Barbro Larsson TUMÖR-ARG, Harald Almström ULTRA-ARG, Claes Lindoff HEM-ARG, Eva Rylander VULV-ARG, Nils-Otto Sjöberg ARGUS, Bo von Schoultz ordförande SFOG, Ove Axelsson, utbildningssekreterare SFOG, Kerstin Andersson vetenskaplig sekreterare i SFOG, Cilla W Salamon yngre representant SFOG. Marie-Louise Schyberg SFOG-kansliet, Berndt Kjessler, Håkan Rydhström och Annika Strandell POS-ARG hade anmält förhinder och BRÖST-ARG hade ingen representant på mötet.

§4 Genomgång av föregående mötesprotokoll från Riks-ARG 15 april 1999, som godkändes och lades till handlingarna.

§5 Under år 2000 kommer följande ARG-rapporter att utkomma:
Nr 42 Gynekologiskt ultraljud

Nils-Otto Sjöberg
ARGUS

Nr 43 Vulvacancer
Nr 44 Infektioner hos gravida kvinnor
Nr 45 Endoskopisk kirurgi – Del 2
Pågående ARG-rapporter rörande:
Sviktande placentafunktion, Intrauterin fosterdöd, Akut preventivmedel, Vulvasjukdomar och Anal inkontinens.

§6 Till mötet hade kommit representanter från samtliga AR-grupper utom från POS-ARG och Bröst-ARG. Närvarande representanter redogjorde för sina aktiviteter. Huvudpunkterna var följande:

Perinatal-ARG

Två nya ARG-rapporter med titlarna "Sviktande placentafunktion" och "Intrauterin fosterdöd" är under utarbetande. I framtagandet av en ny lärobok i gynekologi och obstetrik är från Perinatal-ARGs sida Karel Marsál och Magnus Westgren ansvariga för den obstetriska delen. Ulf Hanson har bildat en grupp för att följa upp typ 1 diabetesgraviditeter med avseende på perinatal mortalitet. Karel Marsál och Göran Lingman deltar som svenska representanter i ett EU-projekt rörande etiska problem kring det mycket omogna fostret/barnet. Karel Marsál har utsetts som obstetrikern att representera Svensk Förening för Perinatalmedicin i European Association of Perinatal Medicine. Arbetet med att arrangera det 20:e svenska perinatalmötet, som går av stapeln den 26-27 oktober år 2000 har påbörjats. I program-

met ingår bl a symposium om fosterkirurgi.

Skopi-ARG

ARG-rapporten "Endoskopisk kirurgi – Del 2" har precis sammanställts och inlämnats för genomgång till ARGUS.

Inf-ARG

ARG-rapporten om "Infektioner hos gravida kvinnor" är färdigställd, korrekturläst och ska gå i tryck. Det har tagit lång tid att producera denna ARG-rapport vilket gjort att många kapitel blivit föråldrade och flera kapitel har blivit korrigerade. Kontinuerligt genomföres kurser i gynekologiska infektioner.

FARG

Man arbetar med införandet av ett enhetligt nationellt amnamneskort/journal i syfte att förbättra dokumentationen av preventivmedelsrådgivning. Arbetsgruppen har arbetat på uppdrag av SFOGs styrelse för att besvara olika remisser inom ämnesområdet familjeplanering. Gruppen arbetar med ett viktigt område om nationella riktlinjer över användningen av akut preventivmedel (postcoital antikonception = PCA). Arbetsgruppen engagerar sig i flera utbildningsfrågor och har ett nära samarbete med intresserade barnmorskor.

TON-ARG

Under 1999 utkom ARG-rapporten "Ungdomsgynekologi". Gruppen har tagit initiativ till tvär-ARG-möte med bl a Hem-ARG och FARG avseende förslag på riktlinjer för trombosutredning, anamnes

och ställningstagande till kombinerade p-piller och även angående postcoital antikonception.

UR-ARG

Gruppen har framställt ARG-rapporten "Kvinnlig urininkontinens" som emotagits mycket positivt även utanför gynekologiska kretsar. ARG-rapporten har även bedömts så viktig att den också har ansetts av värde att översätta till engelska. Detta har letts av Tore H:son Holmdahl, Kristina Crafoord och Nils-Otto Sjöberg. Rapporten är under tryckning och beräknas presenteras vid europakongressen i Basel i juni 2000.

HARG

För närvarande inventerar man pågående screening-program och utformning av kvalitetssäkring. Gruppen följer och understödjer SBU:s påbörjade arbete kring HPV-screening. Gruppen försöker skapa forum för utbyte kring den forskning som bedrivs i Sverige kring att förebygga cervixcancer. Systematisk genomgång av aktuella metoder för prevention av cervixcancer utifrån evidensbaserat betraktelsesätt.

POS-ARG

Hösten 1999 arrangerades, med bistånd från Stiftelsen för Utbildning och Utveckling inom Gynekologi och Obstetrik, ett internat "Den Framtida Gynekologen" för gruppens medlemmar där medlemmar från OGU inbjöds. Internatet blev mycket lyckat och det ämne som togs upp var aborter, förlossningsrädsla och aspekter på utbildningen. En sammanfattning från abortdiskussionen återfördes till Medlemsbladet. Arbetsgruppen kommer att lägga ett förslag till årsmötessymposium om förlossningsrädsla vid årsmötet 2001.

Fert-ARG

Inom gruppen råder en enighet om att en ramlag som tillåter äggdonation är att önska. Kontakten med Socialdepartementet visar att man vill planera en remissrunda igen för att få in synpunkter på äggdonation. Förra remissrundan var 1995. Först efter denna remissrunda utarbetas en proposition att föreläggas Riksdagen. Verkligheten är att patienter som drabbats av ovarialsvikt söker hjälp i Finland, Danmark eller England. Man arbetar med huruvida laparoskopins obligatoriska roll vid infertilitetsutredning har ett berätti-

gande. Man diskuterar också adherensprofylax och gör en genomgång av på marknaden tillgängliga adherensförebyggande medel. Denna genomgång kommer att publiceras i Medlemsbladet.

KARG

Inför de nu pågående förhandlingarna mellan SFOG och Barnmorskeförbundet har en bred diskussion förts kring formerna för samverkan. Diskussionerna med Barnmorskeförbundet har skett i gott samförstånd och man ser fram emot en för båda parter bra överenskommelse. I en gemensam skrivelse har KARG tillsammans med SFOG och representanter från Läkeemedelsverket kommit med riktlinjer rörande lågpotent östrogenbehandling och risk för endometrie-cancer. KARG har arrangerat ett minisymposium tillsammans med Tumör-ARG för att debattera profylaktisk oophorektomi vid hysterektomi på benign indikation. KARG kommer att ta upp arbetet med Hem-ARG rörande HRT och tromboembolisk sjukdom.

Tumör-ARG

Under 1999 har rapporten "Cancer, Gravitet och Fertilitet" kommit i tryck och nästa rapport om "Vulvacancer" tryckes inom en snar framtid. Arbetet under det gångna året har dominerats av färdigställandet av utbildningsprogrammet för subspecialisering. Detta har nu accepterats av SFOG och blivit presenterat i Medlemsbladet. Den nya subspecialiteten kommer att kallas "Gynekologisk Tumörkirurgi med Cancervård". Gruppens tanke var att inventera vårdprogram för ovarialcancer inom de olika regionerna i landet. Man fann till sin glädje att samstämmigheten var mycket god och att det inte fanns något underlag för något större arbete att ändra på dessa program.

Ultra-ARG

Gruppen har precis publicerat sin senaste ARG-rapport "Gynekologisk ultraljudsdiagnostik". Gruppen har under det gångna året genomfört två heldagskonferenser för att följa upp SBU-rapport 139 om rutinmässig ultraljudsundersökning under graviditet. Under dessa möten har förutom Ultra-ARG även representanter från Perinatal-ARG, MÖL-gruppen och Utbildningsnämnden samt barnmorskor från riksföreningen för ultraljuds-

diagnostik (RUD) deltagit. Arbetsgruppen har utsett fyra mindre arbetsgrupper: 1) samarbete med RUD för att utforma ett gemensamt utbildningsprogram för obstetrisk ultraljud med diagnostik 2) förslag till nationell informationsskrift om rutinmässig ultraljudsundersökning under graviditet 3) arbeta fram kvalitetskriterier som ska kunna användas i det praktiska arbetet lokalt på varje ultraljudsenhet som sedan rapporterar sin modifierade årsrapport 4) arbeta med kvalitetskriteriet och system för kvalitetsuppföljning av gynekologisk ultraljudsdiagnostik. Gruppen bedriver tvär-ARG-arbete 1) med Tumör-ARG avseende ovarialresistens av corpuspolyper 2) med Bröst-ARG avseende termoxifenbehandling och endometriepåverkan 3) med KARG avseende endometriet.

Hem-ARG

Gruppen har genomfört en efterutbildningskurs i hemostasrubbningar inom obstetrik och gynekologi. Kursen var så uppskattad att man finner anledning att återupprepa denna. Representant från gruppen arbetar med Perinatal-ARG för framställandet av kommande ARG-rapport "Intrauterin fosterdöd och koagulationsrubbningar". En databas är under utarbetande för registrering av patienter med DVT under graviditet och också för patienter med profylaktisk fragminbehandling under graviditet.

Bröst-ARG

Någon rapport förelåg inte.

Vulv-ARG

Vulv-ARG och NFOG har hållit nordisk kurs i vulvasjukdom för över 100 deltagare i oktober 1999. Gruppen har utarbetat en autojournal att använda på Vulvammottagningar. Denna fylls i av patienten före läkarbesöket. Gruppen har påbörjat ett arbete för att utarbeta råd och anvisningar och information till kvinnor med vulvklåda/sveda. Gruppen arbetar med en kommande ARG-rapport angående vulvasjukdomar.

§7 Mötet diskuterade ARG-rapporterna på nätet och hemsidan. Nils Fryklund i SFOGs styrelse har fått uppgiften att utarbeta ett förslag där man kan finna ARG-rapporterna på hemsidan utan att det drabbar den inkomstkälla som man

idag har på ARG-rapporterna. Planen är troligen att ha en kod som man måste äga för att kunna gå in på nätet. Denna skall kunna lämnas till den som redan är abonnent på ARG-rapporterna eller att man separat betalar för en sådan kodnyckel.

§8 Kerstin Nilsson berättade om det fortsatta arbetet i evidensbaserad obstetrik och gynekologi. I oktober 1999 diskuterades evidensbaserad obstetrik och gynekologi på Läkaresällskapet. AR-grupperna var väl representerade men endast ett fåtal verksamhetschefer deltog. Den evidensbaserade ad hoc-gruppen bildades i samband med Riksstämman 1999 med Kerstin Nilsson som ordförande och Håkan Rydhström som sekreterare.

I samband med vintermötet presenterades planer på en kurs i evidensbaserad obstetrik och gynekologi framför allt riktad till arbetsgruppernas ledning och verksamhetscheferna.

En planeringsgrupp för att forma denna kurs har tillsatts. Personerna är Annika Strandell, Göteborg, Kristina Bergh, Göteborg och Ted Jakobsson, Linköping.

Närmare information om det pågående arbetet inom Evidens-ARG kommer att framläggas vid årsmötet i Halmstad.

§9 Ordföranden Nils-Otto Sjöberg lämnade information om den kommande europakongressen (EAGO) 6-9 juni år 2001. AR-grupperna kommer att få möjlighet att lämna in förslag på vetenskapliga program till den vetenskapliga kommittén i EAGO. Nils-Otto Sjöberg framhöll också möjligheten att där den vetenskapliga kommittén accepterar deras förslag kan man också tänka sig att någon från AR-gruppen representerar såsom moderator vid detta vetenskapliga möte.

§10 Nästa Riks-ARG bestämdes att förläggas på Svenska Läkaresällskapet, Stockholm den 26/4 år 2001 kl. 10.00-16.00.

§11 Övriga frågor förekom inte. ■

Nils-Otto Sjöberg inför påvens granskande Argusöga.

Vid den personliga audiensen överräckte Nils-Otto Sjöberg till påven Giovanni Paolo II ett kristallägg från sin äggsamling. Kristallägget är gjort på ett glasbruk i Småland och innehåller i sin mitt ett uggleansikte. Nils-Otto Sjöberg överräckte gåvan till påven och Vatikanstaten med

följande ord: "This gift is a symbol. The owl in the egg is a symbol of Your Holiness, the wisdom. The crystal egg surrounding the owl is a symbol of me, the beginning of life and professional obstetrics and gynecology". ■

Stiftelsen för "Utbildning och Forskning inom ämnesområdet De Kvinnliga och Manliga Övergångsåren"

utlyser totalt 250 000 SEK att söka för envar med forskningsaktivitet inom området. Stiftelsen, som tillskapats efter VII:e Internationella Menopauskongressen, har till syfte att "främja vetenskaplig forskning och utbildning i Sverige om de kvinnliga och manliga övergångsåren". Högsta enskilda forskningsbidrag som kan erhållas vid ansökningstillfället är 50 000 SEK, högsta belopp för resestipendium är 10 000 SEK. Ansökningarna skall skrivas som fritext och omfatta forskningsplan, målsättning, metod, beräknade kostnader samt förväntade resultat. Ansökan får omfatta högst 2 A4-sidor. Ange tydligt om ansökan avser resestipendium eller forskningsbidrag.

Samtliga ansökningar sändes till:

Doc Göran Berg, Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset, 581 85 Linköping och skall vara Stiftelsen tillhanda **senast den 1 september 2000.**

Ange "Stiftelsen för utbildning och forskning..." på kuvertet.

Välkomna med ansökningar!

För Stiftelsen
Bo von Schoultz, ordf
Göran Berg, sekr

Redogörelser från AR-grupperna

Perinatal-ARG

Till det 19:e Svenska Perinatalmötet, som traditionsenligt ägde rum i Svenska Läkaresällskapets lokaler den 28-29 oktober 1999, hade Karen B Nelson vid National Institute of Neurological Disorders and Stroke, Bethesda, Maryland, inbjudits som gästföreläsare att tala om "Perinatal factors and neurological disability: birth asphyxia and beyond". Pris till bästa föredrag och poster utdelades till C Casper med medarbetare för deras arbeten kring HIV vid graviditet respektive B Hallberg med medarbetare för en studie rörande det prediktiva värdet av laktat- och pH-bestämning i skalpblodprov från foster som markörer för neurologiska störningar.

Två nya ARG-rapporter med titlarna "Sviktande placentarfunktion" (redaktör Margareta Wennergren) och "Intrauterin fosterdöd" (redaktör Ove Axelsson) är under utarbetande.

I framtagandet av en ny lärobok i gynekologi och obstetrik är från Perinatal-ARGs sida Karel Marsál och Magnus Westgren ansvariga för den obstetriska delen.

För uppföljning av typ1-diabetesgraviditeter med avseende på perinatal morbiditet och mortalitet har en arbetsgrupp med Ulf Hansson som kontaktperson bildats.

Karel Marsál och Göran Lingman deltagar som svenska representanter i ett EU-projekt rörande etiska problemställningar kring det mycket omogna fostret/barnet – ett frågeformulär kommer efter sommaren att tillställas sjukhus med neonatalavdelningar på nivå 2 och 3.

En för några år sedan påbörjad studie rörande överlevnadschanserna för mycket prematura foster (21 + 0 – 28 + 0 graviditetsveckor) har aktualiserats och ett modifierat protokoll kommer att framtagas och utsändas till större kliniker.

Kvinnoklinikerna i Motala och Värnamo har deltagit i ett norskt sk breakthroughprojekt, vars mål varit bl a att reducera antalet icke medicinskt indicerade kejsarsnitt och att minska den nationella variationen i kejsarsnittsfrekvens. Arbetsmetoden och vad projektet inneburit för verksamheten i Värnamo presenterades i samband det 19:e Svenska perinatalmötet i oktober 1999. De intressanta resultaten har mynnat ut i det tänkta bildandet av en planeringsgrupp bestående av Håkan Stale, Magnus Westgren, Ditte Persson-Lindell (Motala), Christina Gunnervik (Värnamo), för projektets genomförande i Värnamo ansvarig barnmorska samt Carina Svensson (Landstingsförbundet) för att undersöka förutsättningarna och möjligheterna att utvidga projektet nationellt.

Karel Marsál har utsetts att som obstetriker, tillsammans med Hugo Lagercrantz i egenskap av neonatolog, representera Svensk Förening för Perinatalmedicin i European Association of Perinatal Medicine.

Arbetet med att arrangera det 20:e Svenska Perinatalmötet, som går av stapeln den 26-27/10 2000, har påbörjats. Programmet omfattar bl a ett symposium om fosterkirurgi till vilket två internationellt erkända experter inbjudits att tala – Kurt Hecher från Hamburg med mycket stor

erfarenhet från laserbehandling av transfusionsyndrom hos monozygota tvillingar samt Alan Flake från Philadelphia, kanske oftast citerad av alla i samband med fosterkirurgiska problemställningar.

Skopi-ARG

Gruppen avhåller två möten per termin. Varje möte koncentreras till ett eller ett par huvudteman. Ett viktigt syfte är att höja kompetensen inom gruppen och att medlemmarna på så sätt kan komma att utgöra källor till kunskapsspridning. Det föregående mötet avhölls på Socialstyrelsen. Olika aspekter av anmälningsärenden var temat för dagen och Bo Lindblom stod för både värdskap och innehåll på ett mycket inspirerande sätt. Nästa möte kommer att handla om "robotteknik" inom endoskopi.

Våra ansträngningar att rekrytera yngre kollegor börjar nu sätta sina spår.

Samlingsutgåvan av ARG-rapport, del 2 är nu sammanställd för tryckning.

Ett s k Nyhetsbrev för Medlemsbladet håller på att färdigställas. Denna gång är ämnet olika metoder för kirurgisk behandling av menorrhagi.

I slutet av våren räknar vi med att ARG-gruppen kommer att utgöra basen för svenskt deltagande i en europeisk monitoreringsvecka amgående olika metoder att skapa tillträde till bukhålan vid laparoskopi.

Inf-ARG

Inf-ARG har haft tre möten under året. Ett möte har avlysts pga. lågt deltagarantal. Det har varit 6-8 deltagare närvarande vid

övriga möten. Under året har ARG-rapporten om infektioner under graviditet färdigställt och korrekturläst av ARGUS som föreslagit en del korrekationer och ett nytt kapitel om puerperala infektioner och information om infpreg. Vissa kapitel har av författarna underkastats mera omfattande korrekationer delvis pga. av nya rön. Förutom ARG-rapporten har flera mindre ämnen berörts: En studie om vaginosdiagnostik enbart på basis av förekomst av lactobaciller före abort och behandling av vaginosen med klindamycinkräms redovisats av P-G Larsson. En diskussion om policy vid obedömbara smear pga infektion skall föras vidare med HARG. Tre frågor för ST-skrivning har arbetats fram.

Kurs i gynekologiska infektioner har genomförts med föreläsare från AR-gruppen förstärkt med externa bidrag. Kursen hade 23 deltagare

Referensmetodik för klinisk bakteriell infektioner har varit på remis och en representant från INF-ARG (Mats Bergström) har deltagit i möte kring denna.

En ny infektionskurs kommer att genomföras under 2001. En policy diskussion kring atypisk PID, dvs utan buksmärter, skall initieras med målsättningen att ge rekommendation om diagnostiska minikriterier och nya diagnostiska metoder. Möjlighet för en multicenterstudie av endometriebiopsi som diagnostiskt hjälpmedel skall diskuteras. Policydiskussion om diagnostik och behandling av BV under graviditet och dess roll vid prematur förlossning efter resultat från FORS-studien. Betydelsen av odling från bröstmjölk vid puerperal mastit; möjlighet för studie skall diskuteras.

FARG

Arbets- och Referensgruppen för Familjeplanering (FARG) håller 1-2 referensgruppsmöten per termin. Nästa sammanträde är planerat till den 5/5 2000 i Stockholm.

FARG arbetar med frågor rörande alla aspekter på familjeplanering och arbetar för närvarande med följande projekt:

1. Införande av ett enhetligt nationellt anamneskort/journal i syfte att förbättra dokumentationen av preventivmedelsrådgivning.
2. FARG har på uppdrag av SFOGs styrelse besvarat en remiss från Social-

styrelsen angående allmänna råd om abort.

3. FARG har på uppdrag av SFOGs styrelse lämnat rekommendationer avseende användning av kopparspiraler då produktionen av Gyne-T slimline spiralen har upphört.
4. FARG arbetar på uppdrag av SFOGs styrelse med att lämna rekommendationer avseende användandet av hormonstavar som preventivmetod. Uppdraget avser framförallt vilka yrkeskategorier som kan få forskrivningsrätt och rätt att införa och ta bort preventivstavar/kapslar.
5. FARG arbetar med nationella riktlinjer över användningen av akut preventivmedel (post koital antikonception = PCA) samt råd vid glömda p-piller.
6. Arbetsgruppen har engagerat sig i utbildningsfrågor kring antikonception. Gruppen har de senaste åren anordnat en efterutbildningskurs i familjeplanering en gång per år. Kursen är avsedd för gynekologer och barnmorskor verksamma inom preventivmedelsrådgivning och är dimensionerad för 45 deltagare per kurs.

Ton-ARG

Arbets- och Referensgruppen för Tonårsgynekologi är tvärdisciplinär med läkarrepresentanter från gynekologi, dermatovenerologi, barnmedicin, allmänmedicin och psykiatri inriktade på verksamhet vid ungdomsmottagningar. Yrkesgruppen barnmorskor är starkt representerade. Dessutom har vi en psykolog, däremot ingen kurator. Totalt är vi f n 55 medlemmar varav ca hälften är gynekologer.

TON-ARG har haft tre möten sedan föregående Riks-ARG med inbjudna föreläsare från VULV-ARG och HEM-ARG. Vid senaste mötet 000324 deltog nästan hälften av medlemmarna. Nästa möte äger rum 001006.

Till ny sekreterare i TON-ARG har valts Katarina Erntsson, gynekolog vid kvinnokliniken, Södersjukhuset som efterträder Mari Svanberg-Risberg from 000324.

ARG-rapporten i ungdomsgynekologi, som Marianne Wiksten-Almströmer och Mari Svanberg-Risberg ansvarat för, färdigställdes och kom ut i tryck sommaren -99.

På uppdrag av TON-ARG-mötet 990917 genomförde sekreteraren och ord-

föranden en enkät om aktivt medlemskap i AR-gruppen för att få en uppfattning om vilken resurstillgång vi har/saknar i gruppen. Resultaten presenterades vid mötet 000324.

Högaktuellt för gruppen är fortfarande att tillmötesgå behov av utbildning och kompetensutveckling för läkare verksamma vid ungdomsmottagning. Även så att utforma läkarens roll utöver konsultens för att aktivt bidra till utveckling och påverkan av ungdomsmottagningens organisation och kvalitet.

Både internationellt och nationellt efterlyses behov att inventera och vidta åtgärder för att främja ungdomars fysiska och psykiska hälsa. Enligt WHO's definition av ungdomar 10-19 år utgörs 1/5 av jordens befolkning av ungdomar. Nationellt kommer signaler om minskad STD-kunskap bland våra skolorungdomar, otillräckliga resurser i Landstingen för ungdomar med ärstörningar (och amenorréproblem bland flickor) samt begränsade möjligheter att ta sig an ungdomar med annan social svikt som bl a kan yttra sig i missbruk av exempelvis anabola steroider.

AR-gruppen har därmed fortsatt att satsa mycket tid på efterutbildningskurser i ungdomsgynekologi även innefattande andrologi, psykosociala frågeställningar, invandrarungdom och juridiska aspekter. Årets kurs hölls 14-16/2 på Södersjukhuset. Utvärderingen är på gång. Behovet av fortsatta kurser samt fördjupningskurser ser fortfarande ut att vara stort. Kursinnehåll och utvärdering kommer att presenteras i medlemsbladet.

För närvarande har en grupp läkare i TON-ARG engagerat sig i pågående organisationsutredningar av ungdomsmottagningen. Till denna grupp har även läkare vid ungdomsmottagning anslutit sig, som ej varit medlem i TON-ARG. Målsättningen är att SFOG/TON-ARG, Barnläkarföreningens sektion för ungdomsmedicin, Svenska Dermato-Venerologi Sällskapet, Skol- och Distriktläkarföreningen skall vara självklara "remissinstanser" vid frågor som berör ungdomsmottagningen. Debattartikel infördes i Läkartidningen nummer 47 1999.

Representanter från AR-gruppen har deltagit vid RFSUs hearing om postcoital antikonception och hearing med politiker angående ungdomsmottagningens framtid.

Vi planerar att sända yngre representant från AR-gruppen till VIII European Congress on Pediatric and Adolescent Gynecology i Prag nu i juni.

TON-ARG medlemmarna är intresserade av Tvär-ARG-möten bl a med HEM-ARG och FARG avseende förslag till riktlinjer för trombositutredning, anamnes och ställningstaganden till kombinerade p-piller, även angående riktlinjer för post-coital antikonception.

UR-ARG

Under året har arbetet med "Anal inkontinens hos kvinnor" framskridit bra. Gruppen, som under detta arbete, är "tvärvetenskapligt" sammansatt har medarbetare bland obstetiker, colonrektalkirurger, neurofysiolog, barnmorska med flera. Vi vill belysa och informera brett men förstas fokusera på obstetriska sfinkterskador.

Då flera studier ser den ökande frekvenser sfinkterskador som bland annat beroende på bristande skydd av perineum kommer ett kapitel att belysa i text + bild hur detta kan göras.

Vi försöker också ge hjälp till en mer detaljerad "skade-bild" vid en etablerad vaginal bristning-analsfinkterskada samt hur reparation kan ske. En video producerad av doc Per Johnsson och fotoavdelningen på Akademiska sjukhuset kan också visa exempel på reparation av en akut grad III-skada.

Vi räknar med att under hösten 2000 vara klara med detta arbete.

Då gruppen varit blandad har övrigt UR-ARG-arbete inte förts så intensivt. Dock har en subgrupp bildats för ge förslag på kvalitetsuppföljning av urogynekologiska behandlingar. I första hand planeras uppföljning av kirurgisk behandling av kvinnlig urininkontinens men även prolaps samt obstetriska sfinkterskador. Övriga typer av behandlingar kan bli aktuella i framtiden men avhandlas inte nu.

Nästa möte blir den 29 maj i Örebro. Kommande möte annonseras på SFOG:s webbsida.

HARG

Inventering av pågående screeningprogram. Uppbyggnad av nätverk mellan programansvariga och engagerade gynekologer för att få in gynekologiska perspektiv i livmoderhalscreeningen. Initiativ till att bilda användarnätverk kring de två stora kommersiella databaserna.

Sverige har stora fina uppdaterade befolkningsregisterbaserade screeningdatabaser med cytologi, histologi och uppgifter om anamnes och behandling men datateknologin är väldigt utvecklad. Det är emellertid fortfarande så att den minoritet av befolkningen som inte deltagit optimalt i screening står för en stor del av cancerfallen. Det finns en jättelik decentraliserad screeningorganisation med behov av kommunikation och samordning av initiativ och resurser. Det finns en stor potential i att bättre använda databaserna för uppföljning och rationell screening och behandlingskontroll.

Vi har principer för hur det skall skötas, men det finns samordningsproblem där ARG-strukturens informella karaktär passar för uppbyggnad av ett nätverk där vi tar tillvara de fina databaser och det utvecklingsarbete som pågår i och utom landet. Aktivitet i Onkologiska centra med behov av samverkan pågår på flera regioner (till exempel Linköpingsregionen, Västra Götaland, Uppsala-Örebro och Stockholm). Samordning behövs med epidemiologer och HPV-forskare samt datafirmorna som inte har någon egen kunskap om screeningen. Flera forskare som haft anledning att granska uppgifter i cancerregistret har noterat anmärkningsvärda felaktigheter i klassifikation och rapportering. Cervixcancer är den enda cancersjukdomen där samhället genom betydande screeninginsatser har ambitionen att påverka incidensen. Detta ställer särskilda krav på datakvalité. Vi behöver uppmuntra Onkologiska centras kvalitets-säkringsarbete. HARG gör nu en inventering både geografiskt och tvärvetenskapligt av resurserna i Sverige och har mött ett stort intresse, även internationellt.

HARG är ett forum för dialog med företrädare för cytologi/patologi. Vi deltar dels i morfologernas kvalitets-säkringsarbete och de blir delaktiga i den del som rör gynekologin. För närvarande pågår ett arbete med att utforma ett förslag på nationell remissblankett för cervixpatologi. Denna ska vara enkel att fylla i, innehålla ett fåtal relevanta parametrar, eventuellt även kring kolposkopifynd och vara bas för databearbetning, eventuellt också bas för kvalitetsregister. HARG har utformat kvalitetskriterier för verksamhetschefernas årsredovisning för att mäta några viktiga parametrar.

Följ och understödja SBU:s påbörjade arbete kring HPV-screening.

På diskussionsstadiet har bl a följande idéer framförts men beslut har inte fattats av HARG:

1. Skapa forum för utbyte kring den forskning som bedrivs i Sverige kring att förebygga cervixcancer. Forskningsinsatserna är spridda geografiskt och berör flera specialiteter. Forskning bedrivs inom många aspekter från psykologiska reaktioner på besked om avvikande provsvar, olika aspekter av HPV-epidemiologi, effekt av kliniska registergenomgångar, frågor kring deltagande i screeningverksamhet, teknik vid cellprovstagnning mm. Kanske HARG kan fylla en roll för att skapa ett forum i symposieform för att sammanföra forskare som arbetar med olika aspekter i denna stora värkedja.
2. Systematisk genomgång av aktuella metoder för prevention av cervixcancer utifrån evidensbaserat betraktelsesätt. Vilken dokumentation finns kring åtgärder inom olika delar av värkedjan från kallelens utformning och behov av kvällsöppna barnmorskemottagningar till behandlingsmetoder och behov av uppföljning efter behandling? Vilka redan dokumenterade metoder behöver torgföras tydligare?

POS-ARG

Arbetsgruppen har aktiverats och förnyrats det senaste året. Hösten -99 ordnade vi med bistånd från Stiftelsen för utbildning och utveckling inom svensk obstetrik och gynekologi ett interna för gruppens medlemmar. Vi inbjöd speciellt blivande specialister genom kontakt med OGU. Internatet blev som helhet mycket lyckat och de ämnen som togs upp var aborter, förlossningsrädsla och aspekter på utbildningen. Till Medlemsbladet återfördes en sammanfattning av abortdiskussionen. Vad gäller förlossningsrädsla arbetar vi vidare med ett förslag till årsmötessymposium. Arbetsgruppen har också ansökt om att i SFOG:s regi ordna en kurs i ämnet förlossningsrädsla. Utbildningsgruppen kommer senare att återföra sina synpunkter till styrelsen. I år har vi hittills haft ett arbetsmöte i april, och planerar ett 2-dagars arbetsgruppsmöte till hösten.

Vi har under 1999 bidragit med remissvar till styrelsen vad gäller :

1. Ethical guidelines/IFFS för fertilitetsbehandling

2. Sänkning av graviditetslängdsgränsen för registrering av födda barn
3. Frågor till specialistexamen
4. Kvalitetsindikatorer

Tyvärr kunde vi inte delta i Riks-argmötet i april, men räknar med att bättre kunna planera in kommande möten.

Fert-ARG

Under det senast gångna året har diskussionsvägarna svallat vidare vad beträffar äggdonation. I arbetsgruppen råder enighet om att en ramlag som tillåter äggdonation är att önska. Alla detaljsynpunkter bör regleras i "Råd och anvisningar" från Socialstyrelsen då dessa är betydligt enklare att förändra efter forskningsframsteg och attitydförändringar i samhället. Vid kontakt med socialdepartementet rörande äggdonation har framkommit att man planerar att gå ut med en remissrunda igen – den förra var 1995. Om det inträffat någon förändring i synen på äggdonation bland remissinstanserna återstår alltså att se. Först efter denna runda utarbetas en proposition att föreläggas Riksdagen. Vi håller en fortsatt regelbunden kontakt med socialdepartementet.

I verkligheten åker de patienter som drabbats av ovarialsvikt och som har ekonomiska möjligheter till Finland, Danmark eller England för att få hjälp. Problemet har alltså skjutsats utomlands. Även massmedia har uppmärksammat äggdonation och ett flertal tidningsartiklar har publicerats och debatt förts i flera TV-program under senvintern.

Laparoskopins obligatoriska roll vid infertilitetsutredning har ifrågasatts och debatterats. Försök att identifiera och selektera grupper har gjorts men materialet är ännu för små för att ge nya klara direktiv. Vidare har vi diskuterat adherensprofylax och gjort en genomgång av på marknaden tillgängliga adherensförebyggande medel som kommer att publiceras i medlemsbladet. Andra adherensförebyggande åtgärder som diskuterats är handskpuder och följer av dåliga produkters användning inte enbart som adherensrisk utan också som alleregi-framkallare.

Remisser rörande IFFS etiska guidelines "Draft, Surveillance 2001" har besvarats via SFOG. Likaså har vi besvarat frågor från European Board and College of Obstetricians and Gynaecologist rörande "Subspecialist training programme in rep-

roductive medicine". Skrivningsfrågor till specialistskrivningen 2000 har utarbetats.

KARG

KARG har för närvarande ca 50 medlemmar, med en bred och allsidig sammansättning. I gruppen ingår sjukhusläkare, från universitetskliniker till länsdelslasarett, liksom öppenvårdsgynekologer i både offentlig och privat regi. De flesta landsändar är representerade. Vid våra möten brukar ca 20-25 medlemmar närvara.

KARG har de senaste åren haft 2-3 möten per år. Ett höstmöte, ofta ett kort möte i samband med Riksstämman samt ett vårmöte som anordnats tillsammans med Bröst-ARG.

KARG har det senaste året, efter det att arbetet med rapporten som utkom 1998 avslutats, arbetat med fortlöpande ärenden. Några av de tyngre frågorna har varit:

- Samarbetet gynekologer – barnmorskor inom klimakterieområdet. Inför de nu pågående förhandlingarna mellan SFOG och Barnmorskeförbundet har en bred diskussion förts i KARG kring formerna för samverkan. Tre av KARGs medlemmar (Kerstin Andersson, tillika styrelserepresentant, Inger Björn och Kerstin Nilsson) utgör nu SFOGs representanter i dessa förhandlingar som beräknas vara avslutade till sommaren. Diskussionerna med Barnmorskeförbundet har skett i gott samförstånd och vi ser fram emot en för båda parter bra överenskommelse.
- Lågpotent östrogenbehandling och risk för endometrie-cancer. Efter publiceringen av den fall- kontroll studie som visade ett samband mellan peroral östriolbehandling och endometrie-cancer (Weiderpass et al) ägnades frågan en ingående diskussion i samband med ett KARG-möte. I en gemensam skrivelse har SFOG, KARG och representanter från Läkemedelsverket kommit med riktlinjer.
- Profylaktisk ooforektomi vid hysterektomi på benign indikation. Denna problematik har diskuterats ingående inom KARG. Vid ett välbesök minisymposium debatterades ämnet emellan företrädare för KARG respektive Tumör-ARG.
- Ett pågående diskussionsämne rör HRT vid tidigare tromboembolisk sjukdom (DVT/PE) eller vid särskild

risk för DVT/PE. Frågan har vilat under en tid, men är ett kommande arbetsfält för KARG i samarbete med Hem-ARG.

- Vid terminsmöten ingår ofta även en vetenskapligt programpunkt. På dagordningen vid kommande möte är ämnet androgensubstitution i klimakteriet.

Tumör-ARG

Arbetsgruppen har haft två ordinarie möten under 1999 och därutöver träffades en grupp om åtta personer vid två tillfällen under våren för att slutföra arbetet med subspecialiseringen i tumör-kirurgi.

Flera nya medlemmar har anslutit sig till gruppen, vilket märktes vid senaste mötet 00 02 03 i Stockholm, då lokalen på KS knappt räckte till. Då kom också flera gynekologiska kollegor för att diskutera benämningen på subspecialiteten.

Under 1999 har rapporten Cancer, Graviditet och Fertilitet kommit i tryck och rapporten Vulvacancer är inlämnad till ARGUS för granskning.

För övrigt har arbetet under året dominerats av färdigställandet av utbildningsprogrammet för subspecialiseringen. Detta är nu accepterat av SFOG och vidare presenterat i medlemsbladet. Namnfrågan har som tidigare nämnts varit föremål för intensiv diskussion eftersom våra kollegor gynekologerna ej kunnat acceptera den av SFOG fastställda titeln Gynekologisk tumörkirurgi och Onkologi.

Vid ett möte 17 mars mellan verksamhetschefer vid de gynekologiska klinikererna och SFOGs ordförande samt under-teknad löstes dock namnfrågan slutgiltigt. Den nya subspecialiteten kommer att kallas **Gynekologisk tumörkirurgi med cancervård**.

I syfte att finna nya arbetsuppgifter gjordes vid senaste mötet en inventering av vårdprogrammen för ovarialcancer inom de olika regionerna. Vi fann till vår glädje att samstämmigheten var mycket god och att det knappast finns underlag för något större arbete där. Vi kommer att diskutera ny arbetsuppgifter vid nästa möte, som är planerat till 26 maj, då Gunnar Silverstolpe inbjudit till Göteborg och föreläsning av nya Kvinnokliniken.

Arbetsgruppen har avgivit ett remissvar angående postoperativ smärtbehandling.

Ultra-ARG

Gruppen har ca 50 aktiva medlemmar, till gruppens möten kommer vanligen drygt 20 personer. Gruppen är numera väl geografiskt spridd, sedan aktiva medlemmar från Umeå tillkommit.

Gruppen har under det gångna året, med stöd av SFOG och Stiftelsen för Utbildning och Utveckling inom Obstetrik och Gynekologi, genomfört två heldagskonferenser för att följa upp SBU-rapport nr 139 om Rutinmässig ultraljudsundersökning under graviditet. Vid konferenserna har deltagit representanter för Perinatal-ARG, MÖL-gruppen och Utbildningsnämnden samt barnmorskor från Riksföreningen för Ultraljudsdiagnostik (RUD).

Program för kvalitet, organisation, patientinformation och utbildning har tagits fram och kommer att presenteras för SFOG, och därefter för SBU och Socialstyrelsen.

Gruppen har utsett fyra mindre arbetsgrupper:

- En ska i samarbete med RUD utforma ett gemensamt utbildningsprogram för obstetrisk ultraljudsdiagnostik. Detta ska leda fram till en examination. När detta program förankrats i gruppen ska det sändas på remiss till MÖL-gruppen, Perinatal-ARG, Utbildningsnämnden, SFOG och Barnmorskeförbundet.
- En ska utforma ett förslag till nationell informationsskrift om rutinmässig ultraljudsundersökning under graviditet. Man ska även undersöka möjligheterna att ta fram ett interaktivt dataprogram att användas av såväl blivande föräldrar som barnmorskor vid MVC. Arbetet ska utföras i samverkan med MÖL-gruppen.
- En ska arbeta fram kvalitetskriterier, som ska kunna användas i det praktiska arbetet lokalt på varje centraliserad ultraljudsenhet och eventuellt sedan rapporteras i en modifierad Årsrapport.
- En ska arbeta med kvalitetskriterier och system för kvalitetsuppföljning av gynekologisk ultraljudsdiagnostik.

Gruppen har planerat nuvarande efterutbildningsprogram tom VT 2002, vilket tillställts Utbildningsnämnden.

Gruppen vill utöver ovan beskriven samverkan med Perinatal-ARG och MÖL-gruppen fortlöpande ha Tvär-ARG-samarbete med:

- Tumör-ARG avseende ovarialresistens och corpus polyper
- Bröst-ARG avseende Tamoxifenbehandling och endometriepåverkan
- KARG avseende endometriet

Hem-ARG

Under det senaste året har vi planerat och genomfört en efterutbildningskurs i Hemostasrubbingar inom obstetrik och gynekologi. Kursen var uppskattad, det finns utrymme för litet förändringar och vi planerar en ny kurs år 2001.

Margareta Hellgren har skrivit ett kapitel om *Intrauterin fosterdöd och koagulationsrubbingar* till ett arbete om IUFD som Perinatal-ARG håller på att sammanställa.

En databas är under utarbetande för registrering av patienter med DVT under graviditet och också för patienter med profylaktisk fragminbehandling under graviditet (Pelle Lindqvist och Ulla Kjellberg).

Dessutom är en hemsida i vardande.

Vid senaste mötet i januari 2000 gjordes ett utkast till disposition av en ARG-rapport som kommer att vidareutvecklas vid nästa möte i höst.

Vulv-ARG

Vulv-ARG har 40 medlemmar på uppdaterad lista, dermatologer och gynekologer i lika mängd. Omkring 20 stycken närvarande vid varje möte.

Gruppen har möten två gånger per år. Vi har haft följande inbjudna föreläsare till våra sammanträden:

- *Marie Lodén* Apotekare från ACO Läkemedel som talade om positiva och negativa effekter av hudvårdmedel.
- *Kerstin Berg Johannesson*, Kunskapscentrum för traumatisk stress, Akademiska Sjukhuset, som talade om EMDR - eye movement desensitization and reprocessing. En behandlingsmöjlighet för kvinnor med kronisk vulvasmärta?
- *Doc Mats Jontell*, Tandläkarhögskolan, Göteborg talade om munslemhinneförändringar.

I Vulv-ARGs och NFOGs regi hölls **nordisk kurs i vulvasjukdomar** för drygt 100 deltagare på Tammsviks herrgård 7-8 oktober 1999. Kursledare var Eva Rylander och Anders Strand.

Vi har utarbetat en autojournal att använda på vulvamottagningar. Den fylls i av patienten före läkarbesöket, om möjligt tillsammans med vulvamottagningens sköterska. Den har visat sig vara till stor hjälp och förenklar anamnesupptagandet. Ett undersökningsformulär är föremål för diskussion.

Vi har påbörjat utarbetande av råd och information till kvinnor med vulvklåda/sveda i vulva.

Vi har börjat förberedelser för en rapport angående vulvasjukdomar. ■

Nu är
ACTA
online
www.ingenta.com

FIGO Committee Report

FIGO Committee for the Ethical Aspect of Human Reproduction and Women's Health

1. Introduction

The FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health considers the ethical aspects of issues that impact the discipline of Obstetrics, Gynecology and Women's Health. The following documents represent the result of that carefully researched and considered discussions. This material is to be regarded as a committee opinion and is not intended to reflect the official position of FIGO, but to provide material for consideration and debate about these ethical aspects of our discipline for member organizations and their constituent membership.

5. Ethical guidelines regarding induced abortion for non-medical reasons⁷

1. Induced abortion may be defined as the termination of pregnancy using drugs or surgical intervention after implantation and before the conceptus has become independently viable (WHO definition of birth: 22 weeks' menstrual age or more.)⁸
2. Abortion is a very widely considered to be ethically justified when undertaken for medical reasons to protect the life and health of the mother in cases of molar ectopic pregnancies and malignant diseases. Most people would also consider it to be justified in cases of incest or rape, when the conceptus is severely malformed, or when the mother's life is threatened by other serious disease.

3. The use of abortion for other social reasons remains very controversial because of the ethical dilemmas it presents to both women and the medical team. Women frequently agonize over their difficult choice, making what they regard in the circumstances to be the least worst decision. Health care providers wrestle with the moral values of preserving life, of providing care to women and of avoiding unsafe abortions.
4. In those countries where it has been measured, it has been found that half of all pregnancies are unintended and that half of these pregnancies end in termination. These are matters of grave concern, in particular to the medical profession.
5. Abortions for non-medical reasons when properly performed, particularly during the first trimester when the vast majority take place, are in fact safer than term deliveries.
6. However, the World Health Organization has estimated that nearly half of the 50 million induced abortions performed around the world each year are unsafe because they are undertaken by unskilled persons and/or in an unsuitable environment.
7. The mortality following unsafe abortion is estimated to be very many times greater than when the procedure is performed in a medical environment. At least 75,000 women die un-

necessarily each year after unsafe abortion and very many more suffer life-long ill-health and disability, including sterility.⁹

8. Unsafe abortion has been widely practiced since time immemorial. Today it occurs mainly in countries with restrictive legislation with respect to the termination of pregnancy for non-medical reasons. Countries with poorly developed health services and where women are denied the right to control their fertility also have higher rates of unsafe abortion.
9. When countries have introduced legislation to permit abortion for non-medical reasons, the overall mortality and morbidity from the procedure has fallen dramatically, without any significant increase in terminations.
10. In the past most pregnancy terminations were undertaken surgically, however recent pharmaceutical developments have made it possible to bring about safe medical abortion in early pregnancy.
11. In addition, the reproductive process can be interrupted before pregnancy begins by classical contraceptive methods or by recently popularized emergency contraception. The latter is not an abortifacient because it has its effect prior to the earliest time of implantation. Nevertheless these procedures may not be acceptable to some people.

5.1 Recommendations

1. Governments and other concerned organizations should make every effort to improve women's rights, status, and health, and should try to prevent unintended pregnancies by education (including on sexual matters), by counseling, by making available reliable information and services on family planning, and by developing more effective contraceptive methods. Abortion should never be promoted as a method of family planning.
2. Women have the right to make a choice on whether or not to reproduce and should therefore have access to legal, safe, effective, acceptable and affordable methods of contraception.
3. Providing the process of properly informed consent has been carried out, a woman's right to autonomy, combined with the need to prevent unsafe abortion, justifies the provision of safe abortion.
4. Most people, including physicians, prefer to avoid termination of pregnancy and it is with regret that they may judge it to be the best course, given a woman's circumstances. Some doctors feel that abortion is not permissible whatever the circumstances. Respect for their autonomy means that no doctor (or other member of the medical team) should be expected to advise or perform an abortion against his or her personal conviction.

Their careers should not be prejudiced as a result. Such a doctor, however, has an obligation to refer the woman to a colleague who is not in principle opposed to termination.

5. Neither society, nor members of the healthcare team responsible for counseling women, have the right to impose their religious or cultural convictions regarding abortion on those whose attitudes are different. Counseling should include objective information.
6. Very careful counseling is required for minors. When competent to give informed consent, their wishes should be respected. When they are not considered competent, the advice of the parents or guardians and when appropriate the courts should be considered before determining management.
7. The termination of pregnancy for non-medical reasons is best provided by the health care service on a non-profit-making basis. Post-abortion counseling on fertility control should always be provided.
8. In summary, the Committee recommended that after appropriate counseling, a woman had right to have access to medical or surgical induced abortion, and that the health care services had an obligation to provide such services as safely as possible.

London, September 1998

⁷ Cairo 1998

⁸ Note: This is not relevant to the lethally malformed fetus, cf. Ethical Aspects of the Management of the Severely Malformed Fetus. International Journal of Gynecology and Obstetrics 1996;53:300. It is also important to consider Ethical Aspects in the Management of Newborn Infants at the Threshold of Viability. International Journal of Gynecology and Obstetrics 1997;59:165-8.

⁹ WHO (1998) Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data, 3rd edition. WHO/RHT/MSM/97.16

Pionjärer inom Obstetrik och Gynekologi

Sedan 1994 har medlemsbladet publicerat levnadsteckningar över en rad pionjärer inom vår specialitet. Tanken är att någon gång i framtiden sammanställa dessa artiklar i bokform. Vi behöver nu medlemmarnas hjälp med att identifiera hittills ej beskrivna pionjärer. Det kan vara framstående läkare/klinikchefer/forskare som på hemorten eller i landet har betytt mycket för specialitetens utveckling. Enda kravet är att personen inte ska vara i livet längre. Läs igenom listan och se om det är någon du saknar. För kom ihåg - vi är de enda som kan skriva vår egen historia. Hör av er till mig med era förslag.

Redaktören

Publicerade Pionjärer

Axel Westman (1894-1960)
Gösta Forsell (1885-1950)
Elis Berven (1885-1966)
James Heyman (1882-1956)
Rolf Sievert (1896-1966)
Olle Reuterwall (1888-1956)
Hans-Ludvig Kottmeier (1903-1983)
Halvar Ludvig (Lolo) Simon (1894-1982)
Tore Wahlén (1907-?)
Alf Sjövall (1905-1981)
Karolina Widerström (1856-?)
Per Wetterdal (1892-1977)
Sebastian von Wachenfeldt (1896-1953)
Sune Genell (1897-1960)
Gunvor Åkeson (?)
Kirsten Karlsson (1931-1988)
Emil Jerlov (1891-1976)
Eric Ahlström (1877-1942)
John Olow (1883-1948)
Axel Otto Lindfors (1852-1909)
Tage Malmström (1911-1995)
John Naeslund (1894-1972) S
Herbert Fredriksson (1903-1958)
Gustav Tage Hedberg (1909-1986?)
Lars Philip Bengtsson (1914-1996)
Ulf Borell (1916-1997)
Bo Fjällbrant (1930-1995)
Sture Cullhed (1926-1996)
Elisabeth Larsson (1895-1997)
Roberto Caldery-Barcia (1921-1996)
Birger Åstedt (1932-1998)
Anders Westgren (1916-1998)
Kurt Swolin (1923-1998)
Gunnar af Geijerstam (1915-1998)

Examensarbete:

Medicinska födelseregistret i Norra Sjukvårdsregionen 1991-96. Möjligheter och begränsningar för obstetrisk kvalitetskontroll

Bakgrund

Enligt lag är varje vårdgivare skyldig att kvalitetssäkra sin verksamhet (SOSFS 1996:24). Hur det i själva verket fungerar är en annan sak. På min arbetsplats pågår en hel del utvecklingsarbete rörande elektiv kirurgi dock inte beträffande den obstetriska verksamheten. Möjligen beror det på dels att obstetrikerna till viss del är oföretsägbara och svårstyrda och dels på att den verksamheten i liten utsträckning är datoriserad till skillnad från övriga sjukhuset. En grund för att överhuvudtaget diskutera vårdkvalitet är att granska sin verksamhet.

På klinisk nivå utgör årsrapporterna från andra kliniker möjligheter att jämföra sin egen verksamhet mot andra kliniker i landet. ARG-rapporternas slutsatser och rekommendationer innebär också en kvalitetshöjning av den lokala sjukvårdande verksamheten.

Medicinska Födelseregistret startades av Socialstyrelsen 1973, och innebär central dataregistrering på Epidemiologiskt Centrum av vissa uppgifter (119 variabler) från mödra- och förlossningsjournaler, MHV1, FV1&2, med länkning av uppgifter från Statistiska Centralbyrån (12 variabler), samt kvalitetskontroll av gemensamma uppgifter från Socialstyrelsen och Statistiska Centralbyrån. Medicinska Födelseregistret har genom decennierna varit en grund för central perinatal statistik, och även kunnat användas vetenskapligt, men återförande av uppgifter till lokal

Liselott Ahlqvist,

Kvinnokliniken, Sunderby Sjukhus

Handledare:

Dr Ulf Högberg

Kvinnokliniken

Norrlands Universitetssjukhus

nivå har nyttjats mindre, och möjligheterna att använda registret för regional kvalitetskontroll har ännu inte prövats.

Svensk Gynekologisk Förening och Perinatal-ARG i samarbete med Barnläkarföreningen och Socialstyrelsen har nu ett sedan flera år pågående arbete med kvalitetskontroll i den perinatale vården där det handlar om såväl audit som förbättring av lokal registrering, länkning av registeruppgifter mellan sjukhus, i regioner och landet. Perinatal Revision Syd omfattar södra sjukvårdsregionen (ca 18 000 födda per år) där data samlas från kvinnokliniker och barnkliniker till ett regionalt register där planen är återförande till klinisk nivå fyra gånger per år av klinikkens resultat jämte hela regionen (Marsal 1997). Perinatal Databas (MedSciNet) utarbetat vid Kvinnokliniken på Huddinge sjukhus innebär en lokal dataregistrering för kvalitetskontroll av den obstetriska verksamheten. Datajournalen Obstetrix (Siemens) innehåller även en statistikmodul under utveckling för lokal kvalitetskontroll. Arbetsgruppen PNQ (Svensk Gynekologisk Förening, Barnläkarföreningen och Social-

styrelsen) arbetar nu för att integrera de olika erfarenheterna till ett nationellt register, EpiC, där basen är planerad att vara det nuvarande medicinska födelseregistret med plattform från Perinatal Database, Perinatal Revision Syd och Obstetrix För närvarande pågår diskussion om vilka variabler från MFR och vilka ytterligare variabler som bör tilläggas, 112 variabler föreslagna (Håkansson, 1999).

I England har man utvecklat en metod för kvalitetskontroll av obstetrisk vård. Tio kvalitetsindikatorer har arbetats fram: sectio (elektiva och akuta), procent av alla förlossningar; instrumentella förlossningar, procent av alla vaginala förlossningar; induktioner, procent av alla vaginala förlossningar respektive sectio; procent av förlossningar med värkarbete mer än 18 timmar (från tiden när smärtsamma kontraktioner startade); perineotomier, procent av alla vaginala förlossningar; obstetrisk skada, procent av alla vaginala förlossningar; post-partum blödning (500 ml), procent av vaginala förlossningar, procent av sectio; måttlig asfyxi, Apgar <75; procent av alla vaginala förlossningar, procent av alla sectio; antal barn till neonatal avdelning som väger <2500 gr, procent av vaginala förlossningar, procent sectio; antal barn till neonatal avdelning som väger >2500 gr, procent av vaginala förlossningar, % av sectio. För att kunna jämföra förekomsten av dessa kvalitetsindikatorer måste man skapa en referensgrupp som dels är tillräckligt stor för möjliggörande av statistisk

analys dels bestående av i huvudsak kvinnor med förväntad låg risk för förlossningskomplikationer, så kallad standard primipara: vit, ålder 20-34 år, längre än 155 cm, singelbörd, utan medicinska komplikationer under graviditeten. Detta har utvärderats vetenskapligt utifrån data-registrerade uppgifter från sex sjukhus där man dels jämför förlossningsutfallen mellan sjukhusen, dels värderar indikatorerna för standard primipara i jämförelse med kvinnor med kroniska medicinska sjukdomar, samt mödrar med graviditetskomplikationer som exempelvis anemi och preeklampsi. En av svårigheterna som noterades var de påtagliga brister som förelåg för inrapporterade data (Cleary 1997).

1997 bildades en arbetsgrupp¹ inom Norra sjukvårdsregionen med syfte att se över möjligheten att använda sig av obstetriska rutindata för diskussion om förlossningsvården regionalt och kvalitetskontroll. Utgångspunkten var sålunda att samtliga förlossningar i regionen finns registrerade i medicinska födelseregistret (8-9 000 per år) samt att datajournal, Obstetrix (Siemens) användes vid en tredjedel av förlossningarna (AC-län), och intresse fördes fram att nå fram till gemensam databas för kvalitetskontroll. Denna grupp har bland annat inventerat möjligheten av ett gemensamt datasystem för obstetrik inom Norra sjukvårdsregionen, diskuterat kvalitetsindikatorer, framfört tankar om gemensamma vårdprogram och obstetriskt register för regionen. En del av resultatet har presenterats på olika slags regionmöten, bl a Nordsvenska Gynekologföreningens årsmöten våren 1998 och 1999. Ett första steg i detta arbete har varit att pröva värdera möjligheter och begränsningar i det medicinska födelseregistret utifrån prövat system för kvalitetskontroll (Cleary et al 1997).

Målsättning

Målsättningen var att inleda jämförande diskussioner om obstetrisk vårdkvalitet vid Norra sjukvårdsregionens 12 kvinnokliniker. Det specifika syftena var:

- ♦ att pröva möjligheterna att använda medicinska födelseregistret som kvalitetsindikator

Tabell 1. Andel först- och omföderskor med graviditetskomplikationerna preeklampsi och diabetes vid de 12 förlossningsklinikerna i Norra sjukvårdsregionen 1991-96, Medicinska Födelseregistret. Diagnoser och åtgärds-koder enligt ICD9. Medeltal i procent för alla kliniker, samt största och minsta procentuella andelen på respektive klinik.

	Förstföderskor			Omföderskor		
	N	%	min-max	N	%	min-max
Preeklampsi	1 506	6,3	4,2-8,9	1 319	3,4	2,1-5,0
Diabetes	92	0,4	0,05-0,7	207	0,5	0,1-0,8

- ♦ att utifrån jämförbara grupper under en begränsad tidsperiod vara underlag för konsensusdiskussioner om åtgärder, komplikationer och förlossningsutfall.

Material och Metod

Norra sjukvårdsregionen har för närvarande 12 förlossningskliniker, varav 3 i Västernorrland (Sundsvall, Sollefteå, Örnsköldsvik), en i Jämtland (Östersund), tre i Västerbotten (Umeå, Lycksele, Skellefteå), fem i Norrbotten (Boden-Luleå, Kalix, Piteå, Gällivare, Kiruna). För studien användes data från medicinska födelseregistret från samtliga kliniker för åren 1991-96 (66 646 födda barn). Diagnoser och åtgärds-koder var registrerade enligt ICD9.

I arbetet för Norra regionen har man valt följande indikatorer för bedömning:

- ♦ Assisterad förlossning (sectio elektivt, sectio akut, VE, tång)
- ♦ Förlossningsinduktion (åtgärds-kod 9300 eller 9302)
- ♦ Värkförstärkande dropp (åtgärds-kod 9301)
- ♦ Värkrubbning (661A,B,C,D,E,X, 662A,B,C,Z,G)
- ♦ Sfinkterruptur (664C, D)
- ♦ Smärtlindring (Epidural vid vaginala förlossningar, PCB, pudendusblockad och petidin)
- ♦ Asfyxi (Lätt asfyxi Apgar <7¹: vid akut sectio, vaginal förlossning och värkrubbning; Måttlig asfyxi, Apgar <7¹: vid akut sectio, vaginal förlossning och värkrubbning)
- ♦ Preeklampsi diagnos under graviditet
- ♦ Diabetes diagnos under graviditet

För jämförelser mellan kliniker användes urvalet standardprimipara och standardmultipara: ålder 20-34, singelgravitet,

huvudbjudning, gestationslängd över 37 v och utan medicinsk komplikation. Genom registeruppgifterna uteslöts mödrar med komplikationer innan graviditet (diabetes, hypertension, epilepsi, hjärtsjukdom, njursjukdom) och under graviditet (diabetes, svår anemi, blödning före förlossning, hypertension).

Presentation av data är deskriptiv med medelvärden i procent och lägst respektive högst rapporterade procentuella andel av indikatorerna per klinik.

Resultat

För diagnosen preeklampsi noteras 1 506 förstföderskor och 1 319 omföderskor under aktuell tidsperiod. Dessa utgör 6,3 respektive 3,4% i medeltal för vardera gruppen med spridning 4,2-8,9% respektive 2,1-5,0%. Antalet med diabetesdiagnos uppmäts till 92 förstföderskor och 207 omföderskor i hela regionen. Procentuellt blir det i medeltal 0,4 respektive 0,5. Man kan notera en stor spridning, framför allt för förstföderskegruppen där sjukhuset med största andelen, 0,7%, således har över tiofaldigt fler med diabetes än sjukhuset med lägsta andelen, 0,05%. Omföderskornas spridning får också betecknas som stor, med en åttafaldig skillnad mellan sjukhus med lägst respektive högst förekomst (tabell 1).

För gruppen standard förstföderskor och standard omföderskor noterades följande. Förekomst av smärtlindring beträffande samtliga granskade metoder, är högre i förstföderske- än omföderskegruppen. För samtliga smärtlindringsmetoder noterades en ganska stor spridning mellan lägsta och högsta andel. Andelen förstföderskor som fick epidural analgesi varierade mellan 5,5% och 26,7%, och för omföderskor mellan 1,7% och

¹ Denna arbetsgrupp bestod initialt av fyra personer, nämligen Kenneth Challis, Sundsvalls sjukhus, Steen Elmelund, Piteå Älvdals sjukhus, Ulf Högberg, Norrlands universitetssjukhus samt Eva Spetz, Östersunds sjukhus, och utvidgades sedan med ytterligare två medlemmar, Per-Åke Holmgren, Norrlands Universitetssjukhus samt undertecknad som representant för Boden-Luleå Sjukhus.

10,4%. Vid endast ett fåtal sjukhus användes paracervikalblockad med upp till 25% användning hos förstföderskor. Petidin erhöll 20,4% av förstföderskor (9,2-36,9) och 7,5% (3,8-13,5) av omföderskorna (tabell 2).

Andelen sectio i standard grupperna var relativt lika för först- och omföderskor, 14% respektive 12,6%. Förstföderskorna hade relativt sett fler akuta section, medan omföderskorna hade fler elektiva section. Spridningen mellan sjukhusen var störst i gruppen förstföderskor som förlöses med elektivt sectio, med en drygt femfaldig skillnad min – max (tabell 2).

För instrumentell förlossning noterades en uttalad skillnad mellan först- och omföderskor. VE inom förstföderskegruppen utgjorde i medeltal 9,4% (7,2-14,5) jämfört med 1,7% (1,0-2,5) bland omföderskorna. Motsvarande skillnad ses också för tångförlossning som dock i sig utgör en väsentligt lägre andel än VE samtidigt som spridningen var större (tabell 2).

Någon direkt skillnad mellan först- och omföderskor kunde ej ses beträffande förlossningsinduktion, medeltalen var 4,0% respektive 3,7%. Spridningen var dock mycket stor mellan de olika sjukhusen i andelen inducerade (tabell 2). För åtgärden värförstärkande dropp och diagnosen värkrubbning syntes ånyo en klar skillnad mellan först- och omföderskor. Värförstärkande dropp var i medeltal nästan tre gånger vanligare bland först-

föderskorna (18,1 kontra 6,3%), diagnosen värkrubbning nästan fyra gånger vanligare (18,7 kontra 4,4%). En ganska god samstämmighet åtgärd – diagnos kan noteras bland både först- och omföderskor. Diagnosen värkrubbning hade mycket stor spridning mellan de olika sjukhusen med 10,6-38,0% för förstföderskor och 1,6-10,0 för omföderskor. För åtgärds-koden värförstärkande dropp var spridningen ännu större (tabell 2).

Förekomsten av sfinkterruptur var vanligare bland först- än omföderskor med i medeltal 1,8 respektive 0,3%. Skillnaden lägsta – högsta andel mellan sjukhusen var nästan tiofaldig i förstföderskegruppen, och femfaldig bland omföderskorna (tabell 2).

Andelen asfyktiska barn var något fler i förstföderske- än omföderskegruppen och största andelen utgjordes av barn med lätt asfyxi, 5,2% respektive 3,1%. Barn med diagnosen svår asfyxi representerade en väldigt liten andel, 0,4 respektive 0,3% (tabell 2).

Diskussion

Granskning av ovanstående data från medicinska födeleregistret väcker en del tankar. Är den procentuella spridningen mellan de 12 norrlandsklinikerna för diagnoser och åtgärder ett uttryck för slumpmässig variation, eller olika sätt att sätta diagnos och rapportera obstetriska åtgärder, överdiagnostik eller underdiagnostik?

Kriterierna för standardgruppering borde ha minskat möjligheterna att skillnaderna skulle bero på att urvalet barnaföderskorna skulle vara olika mellan sjukhusen.

För preeklampsidiagnosen förefaller data rimliga utifrån ett genomsnitt i riket på ca 5% med ca 2/3 inom förstföderskegruppen. Beträffande diabetesdiagnosen är det frestande att misstänka en betydande underrapportering och/eller underdiagnostik. Riksgenomsnittet uppskattas till 1-4% och det är orimligt att Norra regionen har en lägre andel, inte minst om man betänker att typ 2 diabetes är vanligare i norra delen av landet än i södra. Kan det finnas en koppling till att stora delar av regionen är glesbygd, t ex på så sätt att de långa avstånden gör det svårare att utföra glukosbelastning eller att man helt enkelt besöker MVC mera sällan?

Smärtlindringsmetoderna uppvisar en stor variation som sannolikt är kopplad till tillgång på anestesiloger (under jourtid) men också lokala traditioner, t ex PCB. Man kan anta att det dessutom finns en samvariation på så sätt att riklig förekomst av EDA medför en lägre förekomst av andra bedövningsmetoder, åtminstone hos en och samma kvinna. Det skulle vara intressant att mäta hur stor andel av kvinnorna som har någon smärtlindringsmetod alls, likaså andelen lustgasanvändare.

Intressant och tankeväckande är också den högre förekomsten av elektivt sectio bland omföderskor jämfört med förstföderskor. Speglar detta vårt sätt att (inte) följa upp en tidigare traumatisk förlossning?

Att spridningen är stor beträffande användning av tång är inte så konstigt, ofta är det kopplat till någon enstaka men konsekvent användare.

Den stora spridningen när det gäller förlossningsinduktion förefaller inte rimlig. När man tittar på data per sjukhus finner man att ett och samma sjukhus har en extrem låg andel både för först- och omföderskegruppen och det är frestande att misstänka underrapportering snarare än olikheter i sätt att ställa diagnos. Är det då viktigt att rapportera induktion eller inte? En del sjukhus har enstaka registrerade förlossningsinduktioner medan andra ligger mycket nära riksgenomsnittet.

Den ytterligt stora variationen i registrerade förlossningar med värförstärkande dropp torde också handla om vad man på respektive klinik bedömer ska rappor-

Tabell 2. Andel först- och omföderskor, tidigare friska och utan graviditetskomplikationer (standard) med smärtlindring, abdominell eller instrument förlossning, induktioner (9300), värförstärkande dropp (9302), värkrubbning (661A,B,C,D,E,X 662A,B,C,Z,G), sfinkterrupturer(664 C&D), samt asfyxi vid de 12 förlossningsklinikerna i Norra sjukvårdsregionen 1991-96, Medicinska Födeleregistret. Diagnoser och åtgärds-koder enligt ICD9. Medeltal i procent för alla kliniker, samt största och minsta procentuella andelen på respektive klinik.

	Förstföderskor (standard)			Omföderskor (standard)		
	N	%	min-max	N	%	min-max
EDA	3 590	17,7	5,5-26,7	1 775	5,5	1,7-10,4
PCB	1 725	7,3	0,1-25,4	1 596	4,3	0,2-15,2
Petidin	4 830	20,4	9,2-36,9	2 762	7,5	3,8-13,5
Pudendus-blockad	3 046	12,9	2,5-27,5	2 278	6,2	0,6-15,2
Elektivt sectio	793	3,4	1,0-5,1	1 841	5,0	2,7-7,4
Akut sectio	2 511	10,6	7,9-13,9	2 782	7,6	5,4-9,9
VE	2 349	9,4	7,2-14,5	639	1,7	1,0-2,5
Tång	410	1,7	0,1-4,3	115	0,3	0,06-0,8
Förlossnings-induktioner	933	4,0	0,03-8,0	1 363	3,7	0,04-6,6
Värförstärkande dropp	4 287	18,1	0,1-55,9	2 319	6,3	0,06-22,2
Värkrubbning	4 431	18,7	10,6-38,0	1 602	4,4	1,6-10,0
Sfinkterruptur	418	1,8	0,7-6,2	118	0,3	0,2-1,0
Lätt asfyxi	1 233	5,2	3,8-6,7	1 156	3,1	1,8-5,1
Mätlig asfyxi	303	1,3	0,9-1,7	235	0,6	0,3-1,1
Svår asfyxi	99	0,4	0,2-0,8	123	0,3	0,1-0,5

teras. Är det då viktigt att registrera åtgärds-koder likformigt? Skillnaderna mellan sjukhusen för diagnosen väkrubbing kan, med kännedom om lokala förhållanden, sannolikt förklaras i bristande konsensus i diagnossättning. Där har man också en viss nytta av att kunna jämföra data mellan olika namngivna sjukhus.

Sfinkterrupturerna ger en del att fundera över. Handlar det om slumpmässig variation? Är det under- respektive överrapportering eller är helt enkelt den faktiska skillnaden så stor? Om det senare är fallet, speglar det då trender i sätt att assistera vid förlossning och/eller förlossningsställning (Pirhonen et al 1998)? Finns det ett samband med barnets storlek (Meeuwisse et al 1998)?

Medicinska Födelseregistret innehåller förhållandevis lättåtkomliga data som bör vara användbara för obstetriskt kvalitetsarbete. Regional registrering och presentation ger en möjlighet till debatt och kan utgöra en plattform för fortsatt samarbete t ex i form av regionala vårdprogram.

Medicinska födelseregistret har sina begränsningar för lokalt och regionalt kvalitetsarbete. Återförandet av data från registret till den lokala kliniken sker idag med två års fördröjning, eftersom länkningar till övriga register och central kvalitetskontroll tar så pass lång tid. Registerdata kan aldrig bli bättre än primärdata, det vill säga ytterst handlar det om den omsorg och noggrannhet som kliniken lägger ner på diagnossättning och de data som inrapporteras. Det handlar både om prioritet och tid. Detta arbete innebär ett merarbete för den kliniskt arbetande läkaren och barnmorskan. Dessutom är det oftast både oavlönat och lågprioriterat.

En annan begränsning i Norrland för årlig utvärdering av kvalitetsindikatorer på lokal nivå är de små förlossningstalen som gör det meningslöst att presentera data årsvis och för måttlig –svår asfyxi endast meningsfullt att presentera för hela regionen sammantagen. Det vore också bra med tillgång till fler uppgifter, både beträffande mor och barn, samtidigt som det medför ytterligare merarbete.

I studien av Cleary och Griffin har man ytterligare två variabler för ”standardmultipara”, nämligen ej tidigare kejsarsnitt och ej tidigare ”adverse obstetric history”, dvs neonatal död, spontan abort och intrauterin fosterdöd. Dessa variabler finns ej att få från MFR och är således inte med-

tagna i rapporten från Norra regionen. Årminstone tidigare kejsarsnitt innebär ju en ökad risk för förlösningskomplikation, inte minst uterusruptur (Rageth et al 1999). Inte heller finns uppgifter om blödningsmängd i medicinska födelseregistret.

Möjlighet saknas att ytterligare dela in gruppen omfödorskor i 2-födarska osv. Detta vore intressant då man sett en riskökning vid multiparitet (Cleary et al 1997) (Brunner et al 1992).

Fler perinatale data än Apgar score vore intressant, inte minst vid diskussion kring kejsarsnittsfrekvens (Joffe et al 1994). Konsensus beträffande optimal frekvens finns ju inte och har man inte möjlighet att göra en koppling till utfall för barnets del på längre sikt så är siffrorna egentligen inte så intressanta.

Från medicinska födelseregistret finns dock möjlighet att presentera hur stor andel lågviktiga respektive normalviktiga som behöver vårdas på barnklinik (Cleary 1997), vilket ännu inte är bearbetat för Norrlandsregionen. Även barndiagnoser finns tillgängliga i medicinska födelseregistret.

Slutsatser och framtiden

Korrekt primärdata är en förutsättning för en god registerkvalitet. På den enskilda arbetsplatsen ligger ansvaret dels på varje individ som sätter diagnos men huvudansvaret har ändå verksamhetschefen vars uppgift det är att prioritera den delen av arbetet. Datajournal underlättar standardiserad rapportering av obstetriska åtgärder, exempelvis värförstärkande dropp. Diagnossättningen är dock helt oavhängig den ansvarige läkaren och förbättras med datajournal endast i avseendet av förbättrad tillgänglighet och noggrannare journalföring än tidigare.

Regional konsensus för diagnossättning torde inte vara omöjligt. En variant kan vara att bilda en arbetsgrupp med representation från de olika sjukhusen som presenterar förslag där enighet kan nås i samband med större regionala möten. Samma eller liknande arbetsgrupp skulle då kunna arbeta vidare med att utveckla vårdprogram för olika diagnoser med data från MFR som bas. Dessa vårdprogram skulle då utgöra basen för lokalt kvalitetsarbete. Det räcker nämligen inte att bara vara medveten om bristerna för att förändring till det bättre ska ske (Cleary et al 1997). Arbetsgruppen PNQ kommer att inleda

ett pilotprojekt där plattformen för datainsamling är de befintliga databaserna Perinatal Revision Syd, Perinatal Database och Obstetrix. Man tänker sig att detta register så småningom ska bli rikstäckande och att det ska vara en utbyggnad och komplettering till nuvarande MFR. Om man lyckas med sin ambition så får vi en bättre tillgänglighet och till fler data samtidigt som arbetsinsatsen för registrering blir mindre. Änå är dock inte, vare sig gamla eller nya register, självspelande pianon. Kvalitetskontrollen på lokal klinisknivå är grundbulsten.

I PNQs intentioner ligger datoriserad journal. Gemensam datajournal för regionen skulle onekligen underlätta. För vår egen förlossningsenhet innebär det i nuläget att antingen ägaren till vårt nuvarande datasystem utvecklar en obstetrisk journal eller att något annat system, t ex Obstetrix (Siemens) omformas till annat kunna länkas till vårt nuvarande system. De diskussioner som hittills förts har nu börjat verka lovande och om så blir fallet skulle man t ex kunna tänka sig ett pilotprojekt i Norrland med nya versionen av Obstetrix (Siemens) med PNQ.

Fortsatta årliga rapporter med data från MFR fyller en funktion i sig när det gäller att sprida information och att väcka intresse och debatt kring obstetrisk kvalitets-säkring.

Tack

I arbetet med denna uppsats vill jag tacka deltagarna i arbetsgruppen i Norra Sjukvårdsregionen samt byrådirektör Petra Otterblad Olausson och Milla Pakkanen, EpiC, Socialstyrelsen.

Referenser

- Cleary R, Griffin M. CASPE Research, CHKS Ltd, 1997.
- Pirhonen JP et al. Acta Obstet Gynecol Scand 1998 Nov;77(10):974-7.
- Meeuwisse G, Olausson PO. Läkartidningen 1998 Nov;77(10):974-7.
- Rageth JC et al. Obstet Gynecol 1999 Mar;93(3):332-7.
- Brunner J et al. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1992 Dec 28;47(3):201-5.
- Joffe M et al. J Epidemiol Community Health 1994 Aug;48(4):406-11.
- Marsál K. SFOGs Medlemsblad, November 1997.
- Håkansson S. PNQ – Nationellt perinatalt kvalitetsregister (stencil). ■

Facit Specialistskrivning 2000

Gynekologi

Kortsvarsfrågor

1. Cytologi av buksköljvätska eller ascites 2. Hysterektomi 3. SOE bil 4. Omentresektion 5. Palpation av buken och retroperitoneala körtlar.
1. Delning av lig infundibulopelvicum. 2. Delning av lig sacrouterina 3. Delning och omstickning av uterinakärnen och lig cardinale.
- Låg risk - ingen tromboprofylax: Kvinnor upp till 40 år, friska, utan trombosenägenhet, som ej står på kombinerade p-piller och som genomgår medelstora operativa ingrepp.
Medelhög risk: kvinnor över 40 år eller kvinnor under 40 år som står på kombinerade p-piller, och som genomgår medelstora operativa ingrepp. Med "medelstora operativa ingrepp" avses exempelvis laparotomier på benign indikation, vaginala plastiker, ingrepp för stressinkontinens (dock ej TVT-plastiker) eller endoskopisk kirurgi av varaktighet mer än en timme.
Hög risk: Kvinnor oavsett ålder som tidigare haft djup ventrombos eller lungemboli eller som genomgår större abdominell kirurgi för maligna sjukdomar.
Vid medelhög risk ges i lågdos ex Fragmin eller Klexane, vid hög risk ges högdos. Ges dagligen helst med början på kvällen före ingreppet. Alternativt kan injektionen ges tidigt på morgonen operationsdagen. Injektionen ges sedan var 24:e timme till dess patienten är helt mobiliserad och ytterligare 2-3 dygn (i princip under hela vårdtiden).
- Paternalt genetiskt material, 1/2000 graviditeter, ultraljud, evakuering (kir och/eller med), kontroll med Beta HCG varannan vecka tills negativise-

ring, därefter månatligen 6-12 månader.

- Endometrial resection and ablation versus hysterectomy for heavy menstrual bleeding (systematic review 1999 0115, Lethaby A, Sheppard S, Cooke I, Farquhar C) Cochrane Library Document 2000-02-02:
"There was a significant advantage in favour of hysterectomy in the improvement in heavy menstrual bleeding and satisfaction rates (up to 4 years post surgery) compared with endometrial destruction techniques. Although many quality of life scales reported no differences between surgery groups, there was some evidence of a greater improvement in general health for hysterectomy patients. Duration of surgery, hospital stay and recovery time were all shorter following endometrial destruction. Most adverse events, both major and minor, were significantly more likely after hysterectomy and before discharge from hospital. After discharge from hospital, the only difference that was reported for this group was a higher rate of infection. Repeat surgery because of failure of the initial treatment either endometrial ablation or hysterectomy, was more likely after endometrial destruction than hysterectomy. The total cost of endometrial destruction was significantly lower than the cost of hysterectomy but the difference between the two procedures narrowed over time because of the high cost of re-treatment in the endometrial destruction group."
- Testikulär feminisering (AIS, androgen insensitivity syndrom) innebär medfödd defekt av androgenreceptorerna som ej svarar på stimulering av testoste-

ron. Patienten har kvinnliga sekundära könskaraktärer minus axillar- och pubesbe håring. Genotyp 46XY- Defekten är lokaliserad till X kromosomen. Utredning: karyotyp. Behandling profylaktisk extirpation av gonaderna (retinerade testes) pga malignitetsrisk. Psykosocialt omhändertagande. Ställningstagande till HRT p g a osteoporosrisken.

- Primär hypermenorre. Blödningsproblem vid skador, tandextraktion. Hereditet för blödningsproblem.
- Odling från tuban: chlamydia + Neisser. Byte till tetracyklinpreparat. Ordentlig gynekologisk anamnes. Övertagning till kvinnosjukvård. Följ kliniskt förlopp. Smittspårning vid positiv odling för chlamydia eller gonorré.
- ESSÄFRÅGA
Resonemang om handläggning utifrån patientens symtom, cirkulations- och smärtpåverkan, vaginalt ultraljudsfynd, s-hCG nivåer om handläggning med expektans och uppföljning, indikationer för methotrexate-behandling, exeres, laparoskopi för diagnos samt kirurgisk behandling.

Obstetrik

- >41+6
ökad risk i.u. fosterdöd.
ökad risk mekoniumaspiration, låg A.S.
Antingen induktion 42+0 eller övervakning under graviditetsvecka 43
Övervakning med fostervattenbestämning och CTG minikrav med 2-4 dagars mellanrum.
- Viktigt informera patienten. Skall ha i.v pc-behandling under förlossningen. Kan odlas/Behöver ej odlas under graviditeten. Om odling och växt av GBS

inget säkerställt stöd för värdet av peroral behandling under graviditeten. Viktigt att det förs en vettig diskussion då rutiner i landet varierar.

3. Fria luftvägar+O₂
Bryt kramperna med Stesolid i.v. och ev. magnesiumsulfat.
Kontroll puls/bltr.
Ev antihypertensiv behandling.
Stabilisera mammans situation (bltr-kontroll, kramperna upphört)
Ej urakut sectio. Ofta övergående bradycardi i samband med kramper.
När mamman stabil ställningstagande till förlossningsätt. Inte nödvändigtvis sectio. Tillkalla narkosläkare.
4. Framför allt under tredje trimestern ökar insulinresistensen, dvs minskad insulinkänslighet. B-glukos lägre i fastande och högre postprandiellt jämfört med icke-gravida. Insulinproduktion ökar 2-3 gånger. Fastenivåer av insulin före måltid oförändrade eller lägre. Betydligt ökad insulinfrisättning efter måltid. Kvinnor som inte klarar av detta (t ex blivande typ-2 diabetiker) kan utveckla nedsatt glukostolerans/manifest diabetes s k graviditetsdiabetes.
5. Ja, framförallt om ultraljud utföres i v 11 – 14. Hinnfäste med lambdatecken = dich, T-tecken = mono.
Ökad komplikationsrisk, ökad perinatal mortalitet och morbiditet, ökad risk för IUGR och tvillingtransfusionssyndrom vid monochoriotisk jämfört med dichoriotisk tvillinggraviditet.
6. Nedsatt variabilitet, tachycardi och sena decelerationer. Överburen patient med svagt mekoniumfärgat fostervatten är en riskpatient. Mot bakgrund av patologiskt CTG trots ej så tätt värkarbete och alldeles i början av förlossningen bör sectio göras. Sannolikt omöjligt komma åt att ta pH. Om detta lyckas och är normalt kan man möjligen fortsätta men mycket tveksamt alternativ mot bakgrund av helhetsbilden.
7. Framstupa pann- eller ansiktsbjudning. Vaginal förlossning ej möjlig-absolut förlossningshinder.
8. Profylax med zidovudin. Elektivt kejsarsnitt.
9. ESSÄFRÅGA
Definition (statistisk) SGA < medelvärde – 2 SD korrigerat för graviditetslängd och kön. Diagnosticerar med

ultraljud. Viktskattning mindre än – 22 %.

Cirka 2.75 % (om Gausskurva). I realiteten något mindre?

Risikfaktorer: Rökning, tidigare IUGR-barn, kronisk hypertoni, pre-eclamps, kromosomavvikelse, missbildningar m fl

Övervakningsschema: kan naturligtvis se olika ut men bör i stort sett följa Karel Marsals förslag i Obstetrik i Öppenvård baserat på den svenska studien. Viktigt att flöde är basen för övervakning fr.a. vid okomplicerad IUGR

Reproduktionsmedicin

1. Värdering av behandlingsindikation. I första hand vaginal, ej peroral behandling. Vid olaga blödning utredning som för kvinnor utan östrogenbehandling. Inga speciella kontroller med avseende på endometrietjocklek.
2. Spermieproduktionen reduceras p g a att negativ feedback via hypofyshämning leder till en minskad endogen testosteronproduktion, vilket i sin tur leder till en minskad spermieproduktion.
3. a. Ordinerar gestagenbehandling cykeldag 15-24 för regularisering av blödningsmönster.
b. Kombinationsbehandling östrogen/gestagen med t ex tablett estradiol 2mg dagligen med tillägg av gestagen 10mg/dag under 12-14 dagar per cykel. Gestagenet kan även administreras via hormonspiral.
Transdermal östrogenbehandling med estradiol 50ug/dag, alternativt estradiolgel 1mg/dag i kombination med gestagen som ovan.
Transdermal kombinationsbehandling är också en möjlighet.
Cyklerna kan göras 1-3 månader långa. Östrogenbehandling enligt ovan. Kontinuerlig gestagen behandling med gestagen 10mg/dag, alternativt hormonspiral. Även lägre doseringar av östrogen och gestagen kan vara tänkbara. Transdermal kombinationsbehandling är också en möjlighet.
4. Provtagning helst mellan kl 10-12 på förmiddagen, 2 timmar efter uppvaknandet och ett par timmar efter måltid. Medicinering med t ex antidepressiva, stress, födointag, mammillstimulering, graviditet, rökning, könshormonstatus

påverkar. Thyreoideaprover. Hypofysadenom.

5. Två tabletter Follinett alternativt etiny-lestradiol 100ug och levonogestrel 500ug senast 72 timmar efter samlaget, dosen upprepas efter 12 tim. Insättande av kopparspiral inom 5 dygn efter samlaget. Levonogestrel 750ug inom 3 dygn och ytterligare en dos efter 12 tim.
6. Ca 7-8%. Ökar till ca 9%.
7. Sannolikheten för konception per menscykel/månad – väntetiden för konception.
8. Svullnadskänsla i buken. Smärta i buken. Illamående. Kräkningar. Diarré. Minskade urinmängder. Kliniska fynd: ovarialförstoring, ovarialcystor, ascites, pleruravätska, DIC-syndrom, multipel organsvikt.
9. ESSÄFRÅGA
Definition: ingen graviditet efter 12 månaders konceptionsförsök.
Utredning
Anamnes: gynekologiska aspekter såsom tidigare graviditeter, infektioner, menstruationshistoria, coitusfrekvens, sexuella bekymmer. Övriga sjukdomar, tidigare bukingrepp, andra infektioner, aktuell medicinering. Partneranamnes. Kvinnan utreds beträffande ovulation, corpuskavitets utseende, och tubarfunktion. Mannen utreds med spermieanalys och kroppsundersökning. Kvinnans ovulationsmekanism bedöms med ultraljud preovulatoriskt och helst också efter ovulation. Alternativt används LH-sticka, s-progesteron 7 dagar före väntad mens. Endometriets utseende i förhållande till cykeldag bedöms m h a ultraljud. Vid anamnes på oregelbundna cykler eller amenorré kontrolleras prolaktin, thyreoideaprover och FSH. Gestagentest görs vid amenorré för att påvisa ett fungerande endometrium och att inga anatomiska avvikelser finns för att mens blodet skall kunna rinna ut. Corpus uteri/corpuskaviteten bedöms vid ultraljudsundersökning vad beträffar form och ev. anatomiska avvikelser och förekomst av myom. Corpuskaviteten kan utredas med hydrosongrafi, alt hystersalpingografi då ju också tubarpassage bedöms. Alt. kan hysteroskopi utföras. Laparoskopi rekommenderades tidigare som ett obligatorium i infertilitetsutredningen men idag är

uppfattningen att den utförs vid misstanke om tubarskada eller endometrios.

Viktigt är att begränsa tiden som utredningen tar.

Allmän del

1. a Medelvärde, median, typvärde
b Standarddeviation, kvartilavstånd, variationsvidd konfidensintervall.
2. Den gravida har generellt mer vävnadsödem bland annat i svalget, vilket försvårar intubation.
Den gravidas hormonomställning (progesteron) leder till sänkt tonus i glatt muskulatur, vilket försämrar ventrikeltömning och ökar aspirationsrisken.
Livmoderns mekaniska tryck på tarmar och ventrikel leder också till ökad aspirationsrisk.
Hypoxi uppstår snabbare hos den gravida på grund av sänkt FRC (funktionell residualkapacitet) på grund av högt stående diafragma och den ökade

generella basalmetabolismen leder till att syrgastensionen snabbare sänks.

Ökad risk för högt blodtryck under narkosinduktion då man ofta undviker analgetika med tanke på fostrets påverkan. Detta leder till en ökad risk för yttligare narkos (awareness).

3. Om de skador kvinnan uppvisar bekräftar att hon utsatts för det som hon beskriver eller ej.
Om den uppgivna tidpunkten för skadans uppkomst kan stämma.
Om skadan varit lindrig eller livsfarlig.
Om den kan förväntas bli bestående fysiska eller psykiska men.
4. Tranexamsyra som i det fibrinolytiska systemet utövar en hämmande effekt på plasminogenaktivering, d v s omvandlingen av plasminogen till plasmin och på så sätt minskas blödningsen.
5. 1.Någon typ av eksem eller 2.Lichen sclerosus. Behandlas med oljehygien + grupp 3 eller 4-steroid avtrappande. Information om tillståndets kroniska karaktär.

6. (antitrombin III, protein S och C, APC-resistens)

b (Nej)

7. Primär herpes.

Urinretention och smärta (på neurogen väg), meningitretning.

Antiviral behandling, ev KAD och erbjud inläggning.

8. a. Socialtjänstlagen (1980:620) och Lag om vård av missbruk i vissa fall (LVM 1988:870)

b. Ja, sekretesslagen medger undantag i detta fall. (Sekretesslag 1980:100, kap 14, § 2 sista stycket)

9. ESSÄFRÅGA

Svaret bör vara strukturerat enligt principerna för etiska analysen:

godhets-, lidande-, rättvis-, självbestämmande-, och nyttoprinciperna.

I en etisk analys skall ingå att belysa olika aktörer som kvinnan, fostret osv olika etiska principer och olika behandlingsalternativ. Det finns inget givet rätt svar, men man bör komma fram till ett sammanfattande omdöme. ■

Avhandlingsabstrakt

Eva Runesson

Chemotactic factors in the human follicle at ovulation. Department of Obstetrics and Gynecology, Göteborg University, Sahlgrenska University Hospital, Göteborg, Sweden 2000 ISBN 91-628-4144-0

Ovulation is initiated by the midcycle gonadotropin surge, which leads to a controlled degradation of the follicle wall ending in follicular rupture and oocyte extrusion. The gonadotropins triggers several biochemical and biophysical changes such as vascular alterations, increased proteolytic enzyme activity and leukocyte extravasation, within the preovulatory follicle. These events have several characteristics of an acute inflammatory reaction and ovulation is now looked upon as an inflammation-like process. A common phenomenon in inflammation is the gathering of leukocytes at the inflammatory site. In the ovary, leukocytes, especially neutrophils and macrophages, increase in numbers in the preovulatory follicle in response to the gonadotropin surge. Leukocytes may facilitate the events leading to follicular rupture at ovulation by their ability to secrete classical inflammatory/ovulatory mediators. The intra-ovarian signals causing this influx of leukocytes into the preovulatory follicle have been studied in more detail in the present study. The chemokines, a newly discovered group of chemotactic cytokines, have lately been given

much attention for their specific roles in leukocyte migration and activation in inflammatory reactions and was therefore of interest as possible mediators of the ovulatory leukocyte influx. The specific aim of the present thesis were to investigate if some of these chemotactic factors, in particular the chemokines, were present in the human preovulatory follicle and if the synthesis was regulated by gonadotropins, steroids or cytokines.

The concentrations of chemotactic factors in follicular fluid from preovulatory follicles of IVF-patients and follicular fluid at three stages of the natural cycle were studied. It was found that follicular fluid contained chemotactic properties of IL-8, GRO- α , MCP-1, CSF-1 and RANTES, but was devoid of the chemokine MIP-1 α . The levels of the neutrophil attractant IL-8 in follicular fluid from natural cycles were increased at an early stage of the ovulatory process, while the macrophage attractants MCP-1 and CSF-1 increased at a later stage.

Follicular fluid components may either be derived from the circulation or be secreted products from the follicular cells. To

investigate the origin of the follicular fluid chemotactic factors, granulosa and theca cells from natural cycles were cultured and presence of chemotactic factors in conditioned media were studied. IL-8 originated from both granulosa and theca cells whereas MCP-1 and MIP-1 α were more likely secretions from immune cells. The secretion of IL-8 by the granulosa cells was regulated by FSH and possibly by LH. The proinflammatory cytokines IL-1 α and IL-1 β were very potent in the induction of IL-8 and GRO- α secretion from follicular cells.

Cultures of granulosa-lutein cells obtained from IVF cycles often contain a proportion of immune cells. In these cultures, MCP-1 was detected, indicating that immune cells contribute to the secretion of this chemokine in the ovulating follicle. In these cultures basal production of IL-8 and GRO- α but not RANTES was seen. In conclusion, the study shows that IL-8, GRO- α , MCP-1 and CSF-1 are expressed in the follicle and regulated by gonadotropins and cytokines. It is likely that they contribute to the migration and activation of leukocytes into the ovulating follicle.

Erik Iwarsson

Genetic studies in early embryos with emphasis on preimplantation genetic diagnosis. Department of Molecular Medicine, Karolinska Institutet, Stockholm, 2000 ISBN 91-628-4112-2

It has been estimated that as much as 70-80% of all human conceptions do not develop to term. A majority of clinically recognisable pregnancies, which are miscarried, contain chromosome abnormalities. However, data from very early embryo development are difficult to obtain. The recent development of single-cell fluorescent in situ hybridisation (FISH) analysis makes it possible to study chromosome abnormalities and segregation in early embryos. Using preimplantation genetic diagnosis (PGD) for carriers of structural chromosome abnormalities, we were able to perform chromosome studies in embryos as well as evaluate a new diagnostic tool. These experiences were also successfully implemented in a clinical service.

A new single needle approach to obtain blastomere biopsies from human preimplantation embryos was tested and subsequently applied to PGD. The method was first evaluated in a mouse system and shown to be compatible with a high degree of in vitro and in vivo development of biopsied mouse embryos. Successful human PGD was performed when this method was applied in our human PGD programme.

By using FISH, the presence of aneuploidy and mosaicism in normally ferti-

sed freeze-thawed human embryos of good morphology were studied. The study shows a high degree of numerical chromosome abnormalities and 72% of the embryos displayed one or more abnormal blastomeres for the chromosomes studied. These data show a slightly higher incidence of abnormal embryos compared to those obtained with FISH in non-cryopreserved embryos and confirm that the majority of preimplantation embryos fertilised in vitro contain abnormal blastomeres. The investigation on mosaicism and aneuploidy in preimplantation embryos was continued with the detailed analysis of embryos from translocation carriers undergoing PGD. A high number of mosaic/chaotic embryos (73%) for the chromosomes involved in the translocation were found. A second hybridisation with two additional probes not involved in the translocation showed that the degree of mosaicism in each embryo differed between the two hybridisations. The difference in the average degree of mosaicism for all embryos was 65% regarding the chromosomes involved in the translocation as compared to 35% for two control chromosomes.

The chromosome segregation pattern in embryos from carriers of structural

chromosome abnormalities was investigated. The distribution of balanced and unbalanced gametes was for the first time studied in a female inversion carrier and the analysis showed that half of the analysed embryos were balanced. Alternate segregation mode was the most common mode of segregation in Robertsonian (85% of the embryos) and reciprocal (50% of the embryos) translocation carriers.

Carriers of structural chromosome abnormalities are at high risk of having children with a severe handicap. Assays for the selection of balanced embryos was established using FISH. The first cases of PGD in order to avoid chromosomal imbalance in the progeny of two carriers of chromosome abnormalities, a deletion on chromosome 22q11.2 (DiGeorge syndrome) and an inversion of chromosome 5, respectively, were described. In addition, 11 PGD cycles for carriers of Robertsonian and reciprocal translocations were presented. As these patients are at high risk of having children with a severe handicap, PGD may be an attractive alternative as it allows only unaffected embryos to be selected for transfer to the uterus and the need to terminate the pregnancy is thereby avoided. ■