

Medlemsbladet 3

2015

NR



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

***Välkomna till
SFOG-veckan i Jönköping***



MEDLEMSBLADET

Ansvärlig utgivare: Anna Ackefors

Tel: 0155-24 50 00

Layout: Moniqa Frisell

All korrespondens ställs till föreningen:

SFOG-Kansliet, Drottninggatan 55, 2 tr

111 21 Stockholm

Tel: 08-440 01 75

Susanne Lundin

E-post: kansliet@sfog.se

Internet: www.sfog.se

Annonser: Anna Ackefors

E-post: anna.ackefors@sfog.se

Platsannonser hemsidan: kansliet@sfog.se

SFOGs styrelse 2014:

Ordförande: Lotti Helström

KK, Södersjukhuset

Tel: 08-616 10 00

E-post: lotti.helstrom@sfog.se

Vice ordförande: Andreas Herbst

VO Kvinnosjukvård, Skånes Universitetssjukhus

Tel: 040-33 20 86

E-post: andreas.herbst@sfog.se

Facklig sekreterare: Anna-Karin Lind

Fertilitetscentrum, Carlanderska

Tel: 031-710 46 16

E-post: annakarin.lind@sfog.se

Adjungerad facklig sekreterare:

Helena Kopp Kallner

Tel: 070-440 20 70

E-post: helena.kopp-kallner@ki.se

Skattmästare: Bengt Karlsson

KK, Sjukhuset Varberg

Tel: 0340-48 12 56

E-post: bengt.karlsson@sfog.se

Vetenskaplig sekreterare: Annika Strandell

KK, SU/Sahlgrenska

Tel: 0700-90 44 54

E-post: annika.strandell@vregion.se

ARGUS: Matts Olovsson

KK, Akademiska sjukhuset, Uppsala

111 21 Stockholm • Tel: 018-611 57 51

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

Utbildningssekreterare: Jan Brynhildsen

Kvinnokliniken, Linköpings Universitetssjukhus

Tel: 013-22 20 00

E-post: jan.brynhildsen@regionostergotland.se

Redaktör för Medlemsbladet:

Anna Ackefors

KK, Nyköpings lasarett

Tel: 0155-24 50 00

E-post: anna.ackefors@sfog.se

Ledamot/Webbansvarig: Lars Ladfors

Kvinnokliniken, SU/Sahlgrenska Östra

Tel: 031-343 57 34

E-post: lars.ladfors@sfog.se

Ledamot: Anna Pohjanen

Kvinnosjukvården Norrbotten

Sunderby sjukhus

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

E-post: anna.pohjanen@nll.se

Ledamot/Yngre representant: Mahsa Nordqvist

KK, SU/Sahlgrenska Östra

Tel: 031-343 40 00

E-post: mahsa.mohammadi.khoshoi@vregion.se

Tryck: Elanders

ISSN 0284-8031

— Ordförande har ordet —



Kära medlemmar!

Våren är här, snart är det sommar och dags att ses på SFOG-veckan! Varmt välkomna till vackra Jönköping vid Vätterns strand. Verksamhetschef Birgitta Gustafsson och hela kvinnokliniken tillsammans med professorerna Mats Hammar och Preben Kjölhede i Linköping har skapat ett spännande vetenskapligt och ett lockande socialt program för veckan. Vi ser också fram emot att träffas på årsmötet då vi skall revidera stadgarna (som vanligt!), gratulera nya specialister och subspecialister samt diskutera angelägna frågor. Välkomna att väcka debatt på årsmötet!

Styrelsen arbetar intensivt med frågor om utbildning. Projektet att ta över och strukturera ST-utbildningen är hög-prioriterat. Vi kommer att behöva alla verksamhetschefer, medlemmars och i synnerhet AR-gruppernas engagemang om vi skall gå iland med att ordna tillräckligt många högkvalitativa kurser för alla blivande specialister.

Susanne Lundin får en kollega då Diana Mickels börjar på SFOGs kansli på Drottninggatan. Hon har tidigare arbetat på Apotekarsocieteten - Läke-medelsakademien och har lång erfarenhet av att ordna och administrera kurser. Hon blir ett välkommet tillskott i ST-kurssatsningen. Välkommen Diana!

Under senare år har samarbetet med barnmorskeförbundet intensifierats, vid regelbundna presidieträffar har vi diskuterat vår gemensamma syn på framtidens kvinnosjukvård och vilka utmaningar vi står inför. Vi planerar flera spännande gemensamma program framöver. Närmast är det dags för årets gemensamma "Abortdag" den 18 september på ABF-huset i Stockholm! Abortfrågan är ständigt lika het med ifrågasättande och krav på samvetsklausul. Se annons för denna utbildning på omslagets baksida i detta Medlemsblad, anmäl dig redan idag!

Väl mött i Jönköping!

Lotti Helström

I DETTA NUMMER

Stadgar: Förslag att föredra vid årsmöte 2015	8
Årsredogörelse för förvaltningen under år 2014	13
Förslag till styrelse för SFOG 2016	20
Viktigt påpekande angående medicinsk abort	24
OGUs ordförande informerar	25
OGU-dagarna 2015	27
Specialistexamen i Obstetrik & Gynekologi 2015	28
Fysiska konsekvenser för kvinnan vid de olika förlossningssätten	32
Kvinnor positiva till rutinmässig provtagning från navelsträngen vid förlossning	34
Skall svenska kvinnor ha extra jod under graviditet och amning?	36
Nya föreskrifter för hälso- och sjukvården om att identifiera våldsutsatthet bland patienter	39
Nya avhandlingar	41



Kära kollegor!

Läkarförbundets centralstyrelse har ett rådgivande representantskap knutet till sig. I representantskapet ingår lokalföreningar och specialistföreningar. SFOG representerar oss i denna rådgivande församling och vid representantskapet 24/3 deltog Andreas Herbst, SFOGs vice ordförande. Heidi Stensmyren, ordförande för Sveriges Läkarförbund, talade om aktuella arbetsområden för läkarförbundet.

Man upplever alltjämt besvär med att sjukhusen överbelastas med färdigbehandlade patienter. Även om de flesta av våra patienter är relativt unga och friska så väcker det stor frustration när man inte får ut så kallade färdigbehandlade patienter till kommunen. Man kan ju bara tänka sig hur det skulle kännas att arbeta med denna frustrerande uppgift varje dag, i värsta fall flera gånger per dag.

Den senaste tidens debatt kring hur "lite" svenska läkare arbetar och hur mycket lediga vi är känns inte igen av de flesta läkare som känner stor frustration över bristen på förståelse för våra oregelbundna arbetstider och vår jourbörda. Man önskar från läkarförbundets sida nyansera debatten och tala mera om hur vi faktiskt arbetar och hur mycket vi arbetar.

I de regioner där man infört vårdval upplever man svårigheter att få en bra ST-utbildning när många patientgrupper helt lämnar sjukhusen. Man får också ofta en obalans mellan akut och planerad verksamhet när man flyttar ut den planerade verksamheten från sjukhusen. Läkarförbundet har utarbetat en rapport "ST i en föränderlig sjukvård" som beskriver hur man måste ta hänsyn till ST-utbildningen vid vårdval och upphandlingar. Man behöver ställa krav på verksamheter i vårdval att vara med och

utbilda specialister. Inte bara utbildningsuppdraget bör förtydligas i dessa verksamheter utan även forskningens villkor har förändrats. Läkarförbundet vill att man även tar hänsyn till forskningens villkor vid vårdval och upphandlingar. Här är man även bekymrad över att forskningen har svårt att bli framgångsrik i små regionen. Läkarförbundet är därför positiv till större regioner som också kan medverka till en större jämlikhet i vården. De senaste dagarnas debatt om ambulans-tillgänglighet är ju egentligen bara toppen på ett isberg där vi vet att de flesta former av vård är ojämlik i landets olika delar.

Ulf Haglund talade om våra nationella kvalitetsregister. Det finns idag 105 nationella kvalitetsregister som totalt kostar SKL och staten 320 miljoner kronor per år. Ett problem är att mindre än hälften av specialistföreningarna upplever att de kan påverka registrens inriktning eller innehåll. I över hälften av fallen saknas anknytning till någon specialistsektion. Man arbetar på att förbättra anknytning och inflytande över registren. Man berättade också om att ett prioriterat område är att få till register som hämtar information direkt från journalsystem så att man som i nuläget slipper dubbel-dokumentation. Detta är inom vår specialistförening högaktuellt med vårt nya bristningsregister och det abortregister som vi kämpar för att få till. Man vill dock undvika att koppla register till ersättning på grund av risk för friserade data om man skulle införa detta. Från EU finns ett förslag till ny datalag som skulle innebära att varje patient måste ge sitt explicita medgivande till deltagande i alla kvalitetsregister. Detta upplever man på läkarförbundet skulle bli slutet för registren med ytterligare administration för

oss läkare. Man arbetar för att få till ett undantag för våra kvalitetsregister till exempel medicinska födelseregistret.

Läkarförbundet arbetar också på en fortbildningsöversyn och utför varje år en fortbildningsenkät bland specialistkompetenta läkare. Denna visar en nedåtgående trend av möjligheten till fortbildning. Trots att läkemedelsindustrin inte längre till 50% kan sponsra resor till kongresser eller kurser har mycket få arbetsgivare och landsting tagit fram en plan för att kompensera för detta bortfall. Man upplever också att verksamheternas produktionskrav inverkar menligt på möjligheterna till fortbildning. Läkarförbundet verkar för att det skall finnas fortbildningsansvariga läkare på samtliga arbetsplatser och att man skall ta fram verktyg för att betygssätta olika arbetsplatsers möjlighet till fortbildning.

Det var allt för denna gång. Flera av läkarförbundets prioriterade områden berör som ni ser vår specialitet direkt. Om ni har tankar eller funderingar kring dessa frågor är ni hjärtligt välkomna att höra av er.

Helena Kopp Kallner
adjungerad facklig sekreterare ■

REDAKTÖRENS RUTA

Sommarhälsningar!

Anna Ackefors

Redaktör för SFOGs Medlemsblad



Följande tider gäller för medlemsbladet 2015:

<i>Nr</i>	<i>Deadline</i>	<i>Utkommer</i>
4	14 september	vecka 42
5	2 november	vecka 49

Manus skickas via mail till:

Redaktör Anna Ackefors

E-post: anna.ackefors@sfog.se

Kvinnokliniken Nyköping • 611 85 Nyköping

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

Adressändring skall göras till:

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

Nya medlemmar

Muna Abdullrahman, Karlskrona

Lisa Rembeck, Göteborg

Sofia Avenstam, Växjö

Isabelle Göransson, Karlstad

Jennie Larsudd, Göteborg

Ulrica Mossberg, Sundsvall

Emma Rosenberg, Göteborg

Karina Varasteh, Uppsala

Rim Berggren, Sävedalen

Anna Egardt, Västervik

Josefin Nilsson, Kristianstad

Kalle Pettersson, Skövde

Johanna Lind, Uppsala

Sanna Holmquist, Vellinge

Philip Haraldson, Stockholm

Anastasija Andrianova, Lund

Caroline Lyssarides, Eksjö

Kajsa Huss, Uppsala

Maria Sonesson, Malmö

Hedvig Engberg, Hägersten

Agnes Blomberg, Falun

Julia Wängberg, Nordborg Göteborg

Åsa Antonsson, Stockholm

Lovisa Högberg, Falun



Berndt Kjessler-pristagare 2015 Marie Blomberg

Priset går till docent Marie Blomberg på kvinnokliniken, Universitetssjukhuset i Linköping, för hennes uppmärksammade och framgångsrika arbete med bland annat teamträning, strukturerad utvärdering och diskussion i arbetsgruppen som resulterat i sänkt kejsarsnittsfrekvensen utan att barnutfallet försämrats. Hon har sedan flera år varit engagerad i Perinatal-ARG. Marie Blombergs forskning om obesitas, graviditet och förlossning är ett kunskapsområde som är viktigt och för varje år som går rör allt större andel av de gravida. Hon är mycket uppskattad av studenterna och har fått Kandidat Kork (bästa handledaren under utbildningen) minst tre gånger. Marie Blomberg är en förebild inom vår specialitet och en mycket värdig Berndt Kjessler pristagare!

Torbjörn Bäckströms symposium 12 september 2015 kl 13-17 Bergasalen, Norrlands universitetssjukhus i Umeå

Efter en lång och framgångsrik forskargärning går nu Torbjörn Bäckström i pension vilket uppmärksammas med ett vetenskapligt symposium på temat Steroidhormoners effekt i hjärnan.
Föreläsare: Shaughn O'Brian, Inger Sundström Poromaa, Maja Johansson, Britt-Marie Landgren, Karin Ekberg, Conny Bogentoft, Marie Bixo, Torbjörn Bäckström.
För detaljerat program se www.sfog.se

Hjärtligt välkomna!

SFOG-KURS • SFOG-kurs • SFOG-KURS • SFOG-KURS • SFOG

Kurserna annonseras endast på vår hemsida www.sfog.se. Vi behöver få in annonser för kurser senast 15/6 och räknar med att kurserna ska finnas annonserade på hemsidan under juli.

Sista datum för anmälan 14/9, via SFOGs hemsida som tidigare. Medlemmar i SFOG har företräde till kurserna. Vår förhoppning är att vi ska kunna ge antagningsbesked i oktober och därigenom underlätta planeringen för kliniker och kursgivare.

Jag ber kursgivarna att om möjligt maximera antalet deltagare/kursplatser. Ta chansen – arrangera en SFOG-kurs våren 2016. Såväl gamla som nya kursgivare är varmt välkomna, behovet är stort!

Jan Brynhildsen, utbildningssekreterare

Medlemmarna i Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi kallas härmed till årsmöte 2015

Onsdagen den 26 augusti kl 10.45 – 12.15, Jönköping

Föredragningslista – Årsmöte

- a) Mötet öppnas
- b) Val av ordförande och två justeringspersoner för årsmötet
- c) Styrelsens verksamhetsberättelse
- d) Skattemästarens ekonomiska redogörelse
- e) Revisorernas berättelse
- f) Fråga om ansvarsfrihet för styrelse och skattemästare
- g) Årsavgift och avgift för ARG-abonnemang för 2016
- h) Val av styrelseledamöter
- i) Val av två revisorer jämte revisorssuppleant
- j) Valberedningen är oförändrad under 2016
- k) Avtackning av styrelseledamöter
- l) Ändring av stadgar § *)
- m) Information om utbildning - Specialistexamen
- n) OGU-information
- o) Information om ARG-verksamheten
- p) Berndt Kjessler-pristagare 2015
- q) Information om kanslifunktionen
- r) Information från NFOG, EBCOG & FIGO
- s) SFOG-veckor 2017 och 2018
- t) Tid och plats för nästa årsmöte - SFOG-veckan 2016
- u) Mötet avslutas

*Styrelsen fick vid årsmötet 2014 i uppdrag att se över de då antagna stadgeändringarna med avseende på några punkter som blivit otillräckligt uppdaterade.

Från årsmötesprotokollet hämtas:

Gällande § 2 påtalades det att det i Föreningens syfte borde finnas med att medlemmarnas intressen ska tillvaratas. Att "hälso- och sjukvårdens huvudmän" skall stå med ifrågasattes
Gällande § 7 påtalades det att styrelsen numera har 11 ledamöter och då kan inte hälften stå under val årligen

Gällande § 9 formuleringen "kan även utse representant till Sveriges Läkarförbunds fullmäktige" ifrågasattes och synpunkt var att det skulle stå "ska" istället

Styrelsen har efter diskussion kommit fram till förslag till stadgeändring som följer nedan. Alla medlemmar är välkomna med förslag och synpunkter på stadgeförslaget. Som framgår av stadgarna kräver ändring av stadgar att två årsmöten godkänner förslaget.

Alla medlemmar är välkomna att delta i årsmötet. Om ni vill att styrelsen ska förbereda övriga ärenden - vänligen kontakta ordförande i förväg.

Stockholm 27 april
Lotti Helström
Ordförande

STADGAR

Förslag att föredra vid årsmöte 2015

Kursiverad text = ändringsförslag

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 är Swedish Society of Obstetrics and Gynecology.

Nuvarande § 2

Föreningens syfte

§ 2

SFOG skall främja utvecklingen inom obstetrik och gynekologi och verka för bästa möjliga hälso- och sjukvård för kvinnor. Detta sker genom att främja medicinsk forskning, utbildning, etik och kvalitet inom vårt verksamhetsområde och i samverkan med andra specialiteter, yrkesgrupper samt hälso- och sjukvårdens huvudmän. Föreningen skall främja utbildning och vetenskaplig verksamhet genom sina arbets- och referensgrupper (ARG) 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.

Förslag ändring § 2

Föreningens syfte

§ 2

SFOG skall främja utvecklingen inom obstetrik och gynekologi och verka för bästa möjliga hälso- och sjukvård för patienter i specialiteten. Detta sker genom att främja medicinsk forskning, utbildning, etik och kvalitet inom vårt verksamhetsområde och i samverkan med andra specialiteter, yrkesgrupper.

Föreningen skall tillvarata medlemmarnas professionella och fackliga intressen.

Föreningen skall främja utbildning och vetenskaplig verksamhet genom sina arbets- och referensgrupper (ARG) 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 legitimerad 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 medlem av Svenska Läkaresällskapet och bör tillhöra Sveriges Läkarförbund. Styrelseledamot i föreningen skall vara medlem av Svenska Läkaresällskapet och medlem i Sveriges Läkarförbund.

Ansökan om medlemskap

§ 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 utsändas till föreningens medlemmar senast en månad före årsmötet. Föreningens räkenskapsår omfattar tiden 1 januari till och med 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.

Votering årsmöte

§ 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 medlemmar i sällskapet rösträtt. Vid frågor som rör Sveriges Läkarförbund har endast medlemmar i Läkarförbundet rösträtt.

Nuvarande § 7

Styrelse

§ 7

Föreningens angelägenheter handhas av en vid årsmötet vald styrelse som skall bestå av ordförande, vice ordförande, skattmästare, facklig sekreterare, vetenskaplig sekreterare, utbildningssekreterare, samordnare för arbets- och referensgrupperna (ARGUS), redaktör för medlemsbladet, webbansvarig, styrelserepresentant från intressegruppen Obstetrik och Gynekologer under Utbildning (OGU), samt en övrig medlem. Mandatperioden är två år och fördelas så att årligen hälften av styrelseposterna står under val. Styrelsens förvaltning granskas årligen av två revisorer, varav en skall vara auktoriserad, utsedd av föreningen. För dessa skall finnas en suppleant.

Förslag ändring § 7

Styrelse

§ 7

Föreningens angelägenheter handhas av en vid årsmötet vald styrelse som skall bestå av ordförande, vice ordförande, skattmästare, facklig sekreterare, vetenskaplig sekreterare, utbildningssekreterare, samordnare för arbets- och referensgrupperna (ARGUS), redaktör för medlemsbladet, webbansvarig, styrelserepresentant från intressegruppen Obstetrik och Gynekologer under Utbildning (OGU), samt en övrig medlem.

Mandatperioden är två år och fördelas så att årligen minst fem av styrelseposterna står under val. Vid fyllnadsval skall mandatperioden för den nyvalda begränsas till den återstående tiden för mandatet.

Styrelsens förvaltning granskas årligen av två revisorer, varav en skall vara auktoriserad, utsedd av föreningen. För dessa skall finnas en suppleant.

§ 8

Föreningen skall direkt efter val av förtroendemän insända uppgift om de valdas namn och adress till Svenska Läkaresällskapet och Sveriges Läkarförbund.

Nuvarande § 9

Styrelsens sammanträden

§ 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 begärs. 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 eniga i ärendet.

Styrelsen utser representanter till Svenska Läkaresällskapets fullmäktige och kan även utse representant till Sveriges Läkarförbunds fullmäktige jämte suppleanter för dessa.

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

Förslag ändring § 9

Styrelsens sammanträden

§ 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 fem ledamöter är närvarande. Omröstningen är öppen utom då annat begärs. 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 eniga i ärendet.

Styrelsen utser representanter till Svenska Läkaresällskapets fullmäktige och Sveriges Läkarförbunds fullmäktige jämte suppleanter för dessa. Beslut i ärenden rörande Svenska Läkaresällskapets gemensamma angelägenheter skall snarast meddelas Läkaresällskapets nämnd.

Ordförande

§ 10

Ordföranden åligger att leda styrelsens sammanträden samt att upprätta föredragningslista till sammanträden och årsmöte. Ordföranden, eller av styrelsen delegerad person, undertecknar handlingar upprättade i styrelsens namn.

Facklig sekreterare

§ 11

Fackliga sekreteraren skall föra protokoll vid styrelsens sammanträden, vid föreningens årsmöte samt vid verksamhetsmöten. Fackliga sekreteraren svarar för samarbetet med Läkarförbundet.

Vetenskaplig sekreterare

§ 12

Vetenskapliga sekreteraren skall bevaka de medicinska och vetenskapliga delarna av föreningens verksamhet samt svara för samarbetet mellan föreningen och Läkaresällskapet. Till sin hjälp har vetenskapliga sekreteraren en vetenskaplig nämnd. Se § 18

Utbildningssekreterare

§ 13

Utbildningssekreteraren skall bevaka utbildningsfrågor inom föreningen. Till sin hjälp har utbildningssekreteraren en utbildningsnämnd. Se § 17

Skattmästare

§ 14

Skattmästaren åligger att föra föreningens räkenskaper och godkänna 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. Föreningens firma tecknas av ordföranden och/eller skattmästaren.

ARGUS

§ 15

Arbets- och ReferensGrupper-UtvecklingsSamordnaren (ARGUS) ansvarar för att stödja, samordna och följa upp ARG-verksamheten. ARGUS är redaktör och ansvarig utgivare för ARG-rapporterna. ARGUS skall sammankalla och leda minst ett Riks-ARG med ordförande och sekreterare från respektive AR-Grupp årligen.

Valberedning

§ 16

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

§ 17

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

Vetenskapliga nämnden

§ 18

Vetenskapliga nämnden är rådgivande organ till SFOGs styrelse och har till uppgift att stödja vetenskapliga sekreteraren i bland annat arbetet med SFOG riktlinjer. Ordförande i nämnden är vetenskapliga sekreteraren. Samtliga fakulteter/universitetssjukhus bör vara representerade i nämnden. Nämndens ledamöter skall bestå av seniora lärare (lektor eller professor) som är specialister i obstetrik och gynekologi och utses av föreningens styrelse. Nämnden bör sammanträda minst två gånger per år.

Kvalitetsnämnden

§ 19

Kvalitetsnämnden är rådgivande organ till SFOGs styrelse. Ordförande i nämnden är föreningens ordförande. Samtliga inom specialiteten aktuella kvalitetsregister bör vara representerade i nämnden. Nämndens ledamöter utses av föreningens styrelse. Kvalitetsnämnden skall säkra ett gott samarbete mellan de olika registren samt arbeta för framtagande av kvalitetsparametrar för nationella jämförelser. Nämnden bör sammanträda minst två gånger per år.

Medlemsblad

§ 20

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

Hemsida

§ 21

Föreningen har en hemsida, www.sfog.se. Ansvarig utgivare för hemsidan är webbansvarig styrelseledamot.

Arbets- och Referensgrupper (ARG)

§ 22

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

Intressegrupper

§ 23

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

Riksstämman NY (återinförs, tidigare § 20)

§ 24

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

§ 25 (tidigare § 24)

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

NFOG

§ 26 (tidigare § 25)

Föreningen ingår tillsammans med Danmarks, Finlands, Islands och Norges 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, samt ledamöter till NFOGs utskott och nämnder.

Regionala sällskap

§ 27 (tidigare § 26)

Föreningen utgör den samordnande organisationen för landets regionala sällskap inom specialiteten.

Stadgebestämmelser

§ 28 (tidigare § 27)

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. ■

Årsredogörelse för förvaltningen under år 2014

Styrelsen för Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi får härmed avge redogörelse för föreningens fyrtiofemte verksamhetsår, det etthundraelfte året som sektion i Svenska Läkarsällskapet.

VERKSAMHETSBERÄTTELSE

Styrelsen har under det gångna året haft åtta protokollförda sammanträden och ett telefonmöte.

Den har det gångna verksamhetsåret haft följande sammansättning:

Harald Almström, ordförande

Lotti Helström, vice ordförande

Louise Thunell, facklig sekreterare

Annika Strandell, vetenskaplig sekreterare

Jan Brynhildsen, utbildningssekreterare

Sven-Eric Olsson, skattmästare

Anna Ackefors, redaktör för Medlemsbladet

Lars Ladfors, ledamot och webbansvarig

Anna Pohjanen, ledamot

Mahsa Nordqvist, ledamot, OGU-representant

Matts Olovsson, ARGUS

Allmänt om verksamheten

Föreningens verksamhet har som tidigare präglats av omfattande utbildningsaktiviteter i samband med kurser och konferenser, inklusive SFOG-veckan och Riksstämman. ARG-verksamheten har varit aktiv och under 2014 utkom två rapporter; Nr 72 Preeklampsi (Perinatal-ARG) och Nr 73 Obstetriskt ultraljud (Ultra-ARG). Även en ny Diagnoshandbok utkom under 2014. Två nya SFOG-riktlinjer enligt strikta evidenskrav har under året publicerats: dels Ultraljudsmarkörer i andra trimestern för trisomi 21 och 18, slutsatser och riktlinjer (Ultra-ARG) och dels Thyroideasjukdom i samband med graviditet (Endokrin-ARG). Styrelsen har ansvarat för två verksamhetsmöten, där verksamhetschefer, pro-

fessorer, vetenskapliga råd och representanter från AR-grupper och intresseföreningar har deltagit (se nedan). SFOG-veckan i Varberg lockade 831 deltagare och 46 utställare och programmet var mycket uppskattat (se nedan). Under årsmötet tilldelades Mats Löfgren årets Berndt Kjessler-pris.

Styrelsen har under året besvarat ett antal remisser (se nedan), vilka utformats med bistånd från AR-gruppernas kompetenser. SFOG har även haft direkt kontakt med Socialstyrelsen och dess rättsliga råd samt Läkemiddelverket i flera frågor.

SFOG har liksom tidigare år deltagit i Svenskt Kirurgiskt Råd som hade möte under två halvdagar i Stockholm. En viktig gemensam fråga är utbildningen och kraven på såväl vidareutbildning och fortbildning.

Graviditetsregistret har gått i skarp drift avseende Stockholm-Gotland och från 2015 planeras utvidgning till större delen av övriga landet. Bristningsregistret har också startat och inkluderar flera kliniker successivt.

Projekt Säker Förlossningsvård i samarbete med Patientförsäkringen LÖF, Barnmorskeförbundet (SBF) och Barnläkarföreningens neonatalsektion (SNS) fortsätter. Under 2013 har Steg 2 i detta projekt startat. Det genomförs regionvis med alla förlossningskliniker inom en region samtidigt. Denna version innehåller frågor om handhavande av dels komplicerad förlossning och dels bristnings-skador hos mamman. SFOG representeras i styrgruppen av ordförande och vice ordförande. CTG-programmet uppdateras återkommande med nya övningskurvor och nya fall för examination. Projektet beräknas ha slutförts under 2015, då Västra Götaland och Stockholm är de sista regionerna att revideras.

Föreningen har aktivt deltagit i samhällsdebatten och i internationella kontakter.

Styrelsen har haft kontakt med massmedia och fortlöpande besvarat frågor och även deltagit i intervjuer.

Föreningen har under året haft två möten (där styrelsens ordförande och vice ordförande samt ordförande i Perinatal-ARG deltagit) och upprepade kontakter med Svenska Barnmorskeförbundet. Vi genomförde en gemensam "Abortdag", som fick stor anslutning.

Föreningen har även haft samverkan med RFSU i abortfrågan.

Under året har föreningen ökat sitt medlemstal med 100 medlemmar. 65 medlemmar har utträtt.

Jävsfrågor har diskuterats under året. Styrelsen jävsdeklarerar nu inför varje styrelsemöte. Alla ARG-medlemmar, utsedda representanter för föreningen, föreläsare på SFOG-veckan med flera skall deklarerar jäv vid åtagande/inträde och vid förändring av eventuella jävsförhållanden.

Medlemsbladet

Anna Ackefors har varit redaktör för Medlemsbladet under 2014. Medlemsbladet har under året utkommit med fem nummer och har en upplaga på drygt 2100 ex. Medlemsbladen kan även läsas via hemsidan. Alla medlemmar är välkomna att skicka in bidrag till och påverka innehållet i Medlemsbladet. Presentation av nya avhandlingar ges utrymme liksom ST-arbeten. Efter utvärdering av 2013 års medlemsenkät inbjuder vi alla medlemmar att skicka in debattartiklar till medlemsbladet. Dessa kan sedan kommenteras och diskuteras under "Öppet Forum" på hemsidan.

SFOG-kansliet

Jeanette Swartz har varit ansvarig för

SFOGs kansli fram till sista augusti. Därefter delades ansvaret för kansliet av Henriette Solander och Susanne Lundin, som även ansvarar för ekonomin. Kansliets huvuduppgifter har varit att ge stöd åt styrelsen, medlemservice, administration och ekonomiarbete. För ekonomiarbetet har konsult och extraresurs anlåtats under tiden fram till augusti då ekonomiarbetet togs tillbaka till kansliet. Kansliet har även varit stöd för ARGUS och ARG-verksamheten. Kansliet har hjälpt till med Arbets- och Referensgruppernas samt Intressegruppernas hemsidor. J Swartz har även varit behjälplig inför och under externa möten samt SFOG-veckan.

Följande remissvar har avgivits under året 2014

För remissvar se: www.sfog.se/start/om-sfog/remisser/2014/

2014-02-28 Remiss: Förslag på kursämnen, Dnr3.2-41927/201

2014-04-01 Remissvar till Svenska Läkaresällskapet från Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) på remissen Betänkandet "Starka tillsammans", SOU 2013:87 från Utbildningsdepartementet

2014-04-01 Remiss avseende förslag till ändringar av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:30) om donation och tillvaratagande av vävnader och celler. Dnr 4.4.4-7580/2014

2014-04-28 SFOG-synpunkter på "Kartläggning av behov av nationella kunskapsunderlag 2015"

2014-09-29 4.1.1-27795/2014 Angående specialistföreningarnas synpunkter på remiss avseende Socialstyrelsens förslag om nya ST-föreskrifter

2014-10-02 SOU 2014:29 Assisterad befruktning för ensamstående kvinnor

2014-10-03 SOU 2014:23 Rätt information på rätt plats och i rätt tid

SFOGs aktiviteter i Svenska Läkaresällskapet

På SLS fullmäktigemöte oktober 2013 beslutades att övergå till obrutet räkenskapsår, vilket innebar att ett extra fullmäktigemöte hölls 6 maj 2014. Från SFOGs styrelse deltog Harald Almström, Annika Strandell, Anna Pohjanen och Sven-Eric Olsson. I planeringen för verk-

samhetsåret 2014/2015 prioriterades att verka långsiktigt och med centrala frågor; läkarnas fortbildning, folkhälsa-levnadsvanor, kroniska sjukdomar, en värdefull vård och global hälsa. Eftermiddagen ägnades åt en uppföljning på temat Fortbildning.

Medicinska riksstämman 2014

För andra året hölls Riksstämman på Stockholm Waterfront Congress Centre. SFOG var huvud- eller medarrangör i följande symposier/ debatter/ kurser:

- "Pengar vid donation av organ och köns-celler – vad är rimligt?" i samverkan med Statens Medicinsk-Etiska Råd.

- "Nya möjligheter till fosterdiagnostik, hur enkelt kan/bör det bli?"

- "Preventivmedlens betydelse för hälsa – viktig kunskap inte bara för gynekologen", ST-kurs som riktade sig till både framtida gynekologer och allmänläkare.

- "Tyreoidasjukdom i samband med graviditet" i samverkan med sektionen för endokrinologi

- "Långvarig smärta i bäcken och buk hos kvinnor – orsaker, utredning, behandling och omhändertagande"

Dessutom medverkade SFOG-medlemmar i bland annat följande symposier:

- "Vad vet de om människor? Om behovet av icke-juridisk kunskap i lagstiftning och rättstillämpning", arrangerat av Kvinnliga läkares förening.

- "Stark för operation - stark för livet" var ett symposium med fokus på hur alkohol, rökning, övervikt/obesitas samt fysisk inaktivitet påverkar utfallet vid en operation.

Riksstämmans nya koncept har nu testats i två år. Sällskapets ordförande har framhållit att Riksstämman är viktig plattform för att diskutera frågor som rör vetenskap, utbildning, etik, kvalitet och att samla flera specialiteter runt gemensamma frågor. Efter en utvärdering av SLS har man beslutat att även 2015 års Riksstämman kommer att hållas på samma plats och under liknande former. Därefter görs en ny utvärdering.

Sveriges Läkarförbund

Under det gångna året har Louise Thunell deltagit vid de två representantskapsmötena. Harald Almström deltog vid ett av

mötena. Vid båda tillfällena har ämnet fortbildning för specialister varit uppe för diskussion. Protokoll från specialitetsföreningarnas representantskap finns på Läkarförbundets hemsida. Läkarförbundets Fullmäktige var i maj, specialitetsföreningarna har ingen rösträtt där.

Svenskt Kirurgiskt Råds möte 2014 arrangerades av Svensk Urologisk Förening. Harald Almström och blivande fackliga sekreteraren Anna-Karin Lind deltog. I Rådet deltar 12 kirurgiska specialitetsföreningar.

SFOG-veckan

Den tionde SFOG-veckan arrangerades av kvinnokliniken i Varberg och Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg. Det var en 4-dagarsvecka med givande symposier, plenarföreläsningar, fria föredrag och posters, vetenskapliga översikter och nyheter, diskussioner och samtal. Föreningssymposiet rörde fort- och vidareutbildning under rubriken: Lära för livet: Håller du dig à jour?

Den revidering av stadgarna för anpassning till föreningens nuvarande verksamhet, som antogs vid årsmötet 2013 konfirmerades i år och trädde därmed i kraft. Styrelsen fick också årsmötets uppdrag att bland annat ytterligare precisera "Föreningens syfte att tillvarata medlemmarnas intressen" och återkomma med förslag till formuleringar vid nästa årsmöte.

Ett utförligt referat av veckan har publicerats i Medlemsblad nr 4 2014.

En uppdaterad upplaga av SFOG-veckans lathund har färdigställts. En deltagarenkät skickades ut efter mötet.

Arbets- och referensgrupper

Aktiviteten i arbets- och referensgrupperna har även i år varit imponerande. Riks-ARG hölls i år i Varberg i samband med SFOG-veckan. Protokoll från Riks-ARG 26/8 finns publicerat i Medlemsblad nr 4 2014. Mötet var välbesökt och en hel del viktiga frågor diskuterades.

Under 2014 publicerades ARG-rapporterna Nr 72 Preeklampsi (Perinatal-ARG) och Nr 73 Obstetriskt ultraljud (Ultra-ARG). Det är flera ARG-rapporter på gång, bland annat "Gynekologiskt ultraljud", "Endometriosis", "Psykosocial obstetrik & gynekologi", "Inkontinens"

samt ”Erythrocytimmunisering under graviditet”.

Jävsproblematiken diskuterades igen i samband med Riks-ARG och det poängterades att varje aktiv medlem i en AR-grupp ska deklarerat sina potentiella jäv, intressekonflikter och andra bindningar enligt Socialstyrelsens blankett www.socialstyrelsen.se/blanketter/Documents/jav-externa-sv.pdf

Blanketten skickas sedan för granskning och bedömning av ordförande i AR-gruppen, som vidarebefordrar till ARGUS för arkivering på SFOGs kansli. Personer som är anställda i till exempel läkemedelsindustrin eller som har andra potentiella ekonomiska intressen som kan påverka arbete och ställningstaganden inom AR-gruppen, ska inte vara aktiva medlemmar i gruppen. Personer enligt ovan som inte är medlemmar i SFOG ska inte vara medlem i en AR-grupp. Om förhållandena ändras ska ny jävsdeklaration inges enligt ovan.

Kort jävsdeklaration ska även ges i ARG-rapporterna enligt ”Råd och skrivregler från ARGUS för publicering av ARG-rapporter”.

ARGUS har ekonomiska medel avsatta för ARG-verksamhet. Medlen har efter prioriteringsdiskussion i SFOGs styrelse och Stiftelsen kommit att i huvudsak användas till arbete med SFOG-riktlinjer och AR-gruppernas arbete med ARG-rapporter. Medlen kan bland annat användas till internatkostnader. ARGUS har även medel för andra omkostnader för ARG-verksamheten men även dessa ska godkännas i förskott.

Föreningens hemsida

Hemsidan är SFOGs informationsnav med nyheter som berör medlemmar, information om kommande aktiviteter och ett arkiv över bland annat alla ARG-rapporter som är tillgängliga on-line för alla medlemmar efter inloggning. Dessutom läggs kontinuerligt nya SFOG-råd och SFOG-riktlinjer in på hemsidan. AR- och intressegrupper sköter sina egna undersidor.

Ett öppet och ett slutet forum har skapats för att ge medlemmar och alla andra möjlighet att debattera. Tyvärr har intresset för att debattera hittills varit lågt.

Antal besök under 2013 var 54 605, varav 14% från mobila enheter. Antalet unika besökare var: 26 360.

Verksamhetsmöten

Verksamhetsmöten har hållits i samband med vintermötet i Stockholm och vid SFOG-veckan i Varberg. Båda var välbesökta med god geografisk spridning bland deltagarna som förutom SFOGs styrelse utgjordes av verksamhetschefer, representanter för AR-grupper och Intressegrupper och professorer.

Vid mötet i Stockholm presenterades nyblivna professorer; Margareta Hellgren, (Sahlgrenska Akademin). MH berättade om sin karriär och forskning inom koagulation.

Peter Lindgren (ordförande Ultra-ARG) och Alkistis Skalkidou (ordförande endokrin-ARG) informerade om pågående riktlinjearbete ”Genetiska ultraljudsmarkörer i 2:a trimestern” och ”Thyroideasjukdomar under och efter graviditet”.

Samvetsklubben diskuterades då Sverige fått kritik av EU i abortfrågan. Mötesdeltagarna var eniga om att blivande specialister inte kan neka till att handlägga och utföra aborter.

Utbildningsfrågor

Utbildningsnämnden hade tre reguljära sammanträden, 5 mars 14 maj och 11 november. Under 2014 utgjordes utbildningsnämnden av följande personer: Sofie Graner, Anna-Karin Wikström (ansvarig för specialistexamen), Martin Stjernquist, Ylva Carlsson, Emma Råsmark (OGU), Lina Bergman (OGU), Helna Fadl och Jan Brynhildsen (ordförande). Umeås plats var fortfarande vakant. Under hösten 2014 tillträdde en ny SPUR-samordnare, Verena Sengpiel.

Specialistexamen gick av stapeln 14-16 maj i Uppsala. Specialistexamen genomfördes under tre dagar på grund av det stora antalet deltagare. Dag 1 genomfördes en skrivning och dag 2 en OSCE-tentamen (kliniska stationer) och dag 3 presentation av ST-arbeten. 36 ST-läkare genomförde examinationen och 31 blev helt godkända. En deltagare blev underkänd på den skriftliga tentamen medan fyra fick komplettera brister som uppdagades vid OSCE-tentamen.

Samtliga deltagare fick individuell feedback. Deltagarna, såväl ST-läkarna som utbildningsnämnden, tyckte att det var tre mycket intensiva dagar men flertalet var nöjda med upplägget. Vid ett symposium under SFOG-veckan presenterades senare fyra ST-arbeten som valts ut av utbildningsnämnden och OGU.

Antalet deltagare i specialistexaminationen har ökat under senare år och tangerar nu vad som är möjligt att genomföra. Under 2014 var det något färre som genomförde specialistexamen jämfört med 2013 men vi kalkylerar med en avsevärd ökning under kommande år då allt fler ST-läkare har specialistexamen inskrivna i sina ST-kontrakt. Då examinationerna medför en avsevärd arbetsbelastning för utbildningsnämnden och arrangerande klinik togs 2014 ut en mindre avgift för specialistexaminationen. Från och med 2015 kommer avgiften att höjas för att medge full kostnadstäckning. Sammanlagt 47 kurser för ST-läkare och specialister arrangerades i SFOGs regi under året. ABC-kurser för nya läkare tidigt under ST genomfördes på Universitetssjukhuset i Örebro och på Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Det råder som tidigare en stor efterfrågan på kursplatser, framför allt från ST-läkare då dessa har svårt att tillgodose socialstyrelsens krav på tio specialitets-specifika kurser under ST. SFOGs kurser räcker inte till men kurser har också getts i samband med SFOG-veckan och riksstämman. Socialstyrelsens projekt ”kursämnen under ST” har ännu inte inneburit något ökat kursutbud och utbildningsnämnden och styrelsen initierade 2014 ett arbete med att inom ramen för SFOGs kursverksamhet till fullo täcka behovet av kurser för ST-läkare.

Under 2014 presenterade socialstyrelsen förslag på reviderade mål för ST-utbildningen vilka ska gälla från 1/5 2015. SFOG har deltagit vid arrangerade work-shops och kommit med synpunkter på de nya förslagen av vilka glädjande nog ett flertal beaktats.

Utbildning för nya SPUR-inspektörer har genomförts. Behovet av inspektioner är stort och inför 2015 finns en tydlig plan för inspektioner.

Intressegruppen för ”studierektorsnätverket för ST (SNÄV)” har blivit etablerat och visat sig vara en mycket värdefull resurs.

Utbildningssekreteraren har deltagit i möten med NFOG Educational Committee. 2013 genomfördes en gemensam nordisk konferens ”Harmonizing and improving the Nordic ObGyn training - how to get there?” och under 2014 har en uppföljande konferens planerats vilken kommer att hållas i Köpenhamn 7-8 maj 2015 (”Nordic OB-Gyn training – are we good enough?”).

Mödrahälsovårds- överläkargruppen

Fram till 19 mars 2014 var Joy Ellis, Västra Götaland/Södra Bohuslän, ordförande och Elisabeth Lindholm, Stockholm/Danderyd, var sekreterare. Efter 19 mars är Elisabeth Storck Lindholm ordförande och Caroline Lilliecreutz, Linköping sekreterare.

Mhöl-gruppen har deltagit i två nationella möten under året, varav en traditionsenligt tillsammans med samordningsbarnmorskorna. På de nationella mötena är uppslutningen av mödrahälsovårdsöverläkare och samordningsbarnmorskor mycket hög.

Uppdateringen av ARG-rapport 59, som betraktas som ett nationellt styrdokument bland annat i samband med beställning av mödrahälsovård, har fortsatt och kommer att avslutas under våren 2015. ARG-rapporten är ett teamarbete med ett flertal mödrahälsovårdsöverläkare, representanter för samordningsbarnmorskorna och mödra-barnhälsovårdspsykologerna. Uppdateringen synkroniseras med mhöl-gruppens uppdrag att, tillsammans med projektet ”Rökfri Operation”, representera SFOG i projektet ”Läkares Samtal om Levnadsvanor” som drivs i SLS regi. ARG rapporten skrivs bland annat om för att underlätta implementering av de Nationella

Riktlinjerna för Sjukdomsförebyggande Metoder.

Bland frågor som varit i fokus under 2014; den nya ungdomssubventionen av preventivmedel, nya riktlinjer från Läkemiddelsverket om preventivmedel, framtidens fosterdiagnostik, NIPT, graviditet och fetma, Graviditetsregistret. Diskussion om vad som händer med kvinnorna mellan mödrahälsovård och barnhälsovård, thyroideasjukdomar och graviditet, ätstörning och graviditet, Hepatit C och TBC under graviditet, progesteronbehandling vid tidigare prematurbörd, Sos fokusrapport om mötet med könsstympade kvinnor i vården.

Sveriges Privatgynekologer

Verksamhetsberättelse för Sveriges Privatgynekologer 2014. Årets utbildningsresa till Nerja i oktober lockade många. Vi var närapå 50 gynekologer som ägnade två dagar åt intressanta föreläsningar och livliga diskussioner kring

aktuella ämnen. Årets huvudteman var medicinsk etik och bioidentiska hormoner.

Docent Niklas Juth, lektor i medicinsk etik, föreläste på temat ”När patienten bestämmer- var går gränsen”. Vi fick mycket att fundera över, hedersproblematik, etiska frågeställningar kring assisterad befruktning.

Anette Sjösten bidrog till diskussionerna genom att berätta om ett besök på Fertilitetskliniken i USA där man har stor och långvarig erfarenhet av surrogatmödraskap.

Professor Marie Bixo uppdaterade oss om hormonbehandling av klimakteriebesvär, med tonvikt på en genomgång av kunskapsläget vad gäller bioidentiska hormoner och användandet av ”naturligt” progesteron. Det är viktigt att vi är uppdaterade inom området eftersom det finns oseriösa marknadsförare på området. Hilde Löfqvist berättade om sin verksamhet på en mottagning där allt fler kvinnor efterfrågar just detta.

Vår vetenskapliga rådgivare Lena Marions bidrog åter med nyheter inom reproduktiv hälsa och antikonception. I pauserna, över lunch eller middag stort utbyte kollegor emellan och när vetenskapen var avklarad hölls årsmötet.

Katarina Johansson invaldes i styrelsen som kassör efter avgående Catharina Lyckeberg. Hon ansvarar även för taxeförhandlingarna. Ilona Barnard omvaldes som ordföranden. Johanna Andersson fortsätter som webmaster och Agneta Möller som sekreterare. Resegruppen består i år av Boel Larsson-Bahr samt Agneta Möller. Maria Cederholm är vår representant i Privatläkarföreningen.

På årsmötet diskuterades om revidering/ tillägg av särskilda åtgärder att presentera för SPLF inför taxeförhandlingar. En omröstning genomfördes för att bestämma prioriteringsordning för föreslagna åtgärder.

Under året har styrelsen haft tre möten och sex telefonmöten. Ett öppet möte för alla intresserade hölls i samband med vintermötet. På detta möte påbörjades en diskussion om syftet med föreningen, krav för medlemskap och förhållandet till SFOG.

Intressegruppen har under året fått en väl fungerande hemsida. För närvarande har föreningen ett sjuttiofem betalande medlemmar.

Gruppen för Öppenvårdsgynekologi

(har inte avgett någon rapport)

OGU

OGU har under 2014 utvärderat kampanjen ”Ge kniven vidare” och presenterat resultatet på SFOG-veckan 2014, på Framtidens specialistläkare i Malmö samt i Medlemsbladet. Där har vi även publicerat resultat från årets OGU:s enkät och OGU/utbildningsnämndens utbildningsenkät med frågor om den kirurgiska träningen.

OGU har under 2014 lagt fokus på att skicka ut och analysera OGU-enkätendär fokus legat på den kirurgiska träningen under ST. Genom vårt bidrag till förenings symposiet ”lära för livet” och presentation av våra enkätresultat har vi försökt locka kliniker till att strama upp strukturen kring ST-utbildningen och i synnerhet den kirurgiska träningen. Vi har även initierat ett samarbete med andra ST-läkarföreningar inom kirurgiska specialiteter genom möte i samband med mötet med svenskt kirurgiskt råd. Vi har haft möte med SYLFs ordförande, Emma Spak, för diskussion kring hur vi kan hjälpas åt att få en mer jämlik och strukturerad ST-utbildning nationellt. Vi har initierat arbetet med våra två fokusfrågor för arbetsåret 2014/2015; att få en nationell spridning av ”Gynsatsningen” som är en modell från Falun för att få bättre struktur kring den kirurgiska träningen, att skapa strukturer för att få fler läkare till forskningen.

OGU har fortsatt diskutera arbetssätt och mål för verksamheten. Vi har under 2014 beslutat att fortsätta lämna över en del av ansvaret på ST-programmet under SFOG-veckan till lokala ST-läkare och arbetar för att försöka anordna godkända ST-kurser under både OGU-dagarna och SFOG-veckan då behovet av kurser ökat och utbudet inte räcker till. Vi vill synas och nå ut till våra medlemmar på ett bättre sätt och kommer att finnas vid en monter under SFOG-veckan för att

ha en dialog och visa upp vårt arbete. I samma anda har vi vår hemsida och facebook sida som vi försöker uppdatera och hålla igång en kommunikation med våra medlemmar så ofta som möjligt.

I varje nummer av Medlemsbladet har vi summerat våra aktuella projekt för att hålla våra medlemmar informerade och rapporterat om internationella utbyten.

Internationellt samarbete FIGO

Seija Grenman representerar Norden i FIGO Executive Board. Under hösten 2015 kommer FIGO-kongressen att avhållas i Vancouver, Kanada.

NFOG

SFOGs ordförande har deltagit i NFOGs tre styrelsemöten under året. Ett möte avhölls i april i Stockholm inför NFOG-kongressen på Stockholm Waterfront i juni, då ett möte också avhölls. Vid general assembly valdes Knut Hordnes i Bergen till ny President i NFOG efter Göran Berg. Vid årets sista möte i november deltog ordförande och vice ordförande.

Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica (AOGS) har varit framgångsrik under Reynir Geirssons ledning och impact factor för tidskriften har under året passerat 2.0. Acharya Ganesh, professor i Tromsø, tillträdde som ny chief editor under året.

Övriga frågor har varit arbetet inom Scientific, Educational och Guidelines Committée samt NFYOG. NFOG Fund fortsätter sitt arbete och det finns stora möjligheter att kunna få anslag. Antalet ansökningar från Sverige har ökat.

EBCOG

SFOG har under året inte deltagit i möte med EBCOG council. ■

Eget kapital

Styrelsen föreslår att till förfogande stående eget kapital:

från föregående år överfört eget kapital	4 147 775
årets förlust	-326 221
	3 821 554
disponeras så att	
under året beslutade bidrag	15 000
i ny räkning överföres	3 806 554
	3 821 554

Företagets resultat och ställning i övrigt framgår av efterföljande resultat- och balansräkning med tilläggsupplysningar.

Nettoomsättning	1	3 898 414	4 030 101
Rörelsens kostnader			
ARG-verksamhet		-263 917	-74 614
Medlemstidning		-362 233	-194 939
Övriga externa kostnader	2	-2 152 026	-2 136 736
Personalkostnader	3	-1 243 374	-718 438
Summa rörelsekostnader		-4 021 550	-3 124 727
Rörelseresultat		-123 136	905 374
Resultat från finansiella poster			
Ränteintäkter		34	74 971
Realisationsvinster och realisationsförluster	4	-801	105 139
Utdelningar		19 045	5 080
Räntekostnader och liknande resultatposter		-64 612	-14 611
		-46 334	170 579
Resultat efter finansiella poster		-169 470	1 075 953
Bokslutsdispositioner	5	-94 000	-220 000
Resultat före skatt		-263 470	855 953
Skatt på årets resultat		-62 751	-146 856
Årets resultat		-326 221	709 097
TILLGÅNGAR			
Omsättningstillgångar			
<i>Varulager m m</i>			
Färdiga varor och handelsvaror		461 725	492 687
<i>Kortfristiga fordringar</i>			
Kundfordringar		279 758	78 957
Övriga fordringar		94 853	152 585
Förutbetalda kostnader och upplupna intäkter		314 353	260 808
		688 964	492 350
<i>Kortfristiga placeringar</i>			
Aktier och andelar	7	3 650 085	2 688 840
Kassa och bank		521 985	1 768 205
Summa omsättningstillgångar		5 322 759	5 442 082
SUMMA TILLGÅNGAR		5 322 759	5 442 082
EGET KAPITAL OCH SKULDER			
Eget kapital	8		
<i>Fritt eget kapital</i>			
Ingående eget kapital		4 147 775	3 448 678
Beslutade bidrag		-15 000	-10 000
Årets resultat		-326 221	709 097
		3 806 554	4 147 775
Summa eget kapital		3 806 554	4 147 775
Obeskattade reserver	9	940 000	846 000
<i>Kortfristiga skulder</i>			
Leverantörsskulder		67 132	92 113
Aktuella skatteskulder		27 368	11 266
Övriga skulder		148 094	123 415
Upplupna kostnader och förutbetalda intäkter		333 611	221 513
Summa kortfristiga skulder		576 205	448 307
SUMMA EGET KAPITAL OCH SKULDER		5 322 759	5 442 082

Ställda säkerheter	Inga	Inga
Ansvarsförbindelser	Inga	Inga

Tilläggsupplysningar

Redovisnings- och värderingsprinciper

Allmänna upplysningar

Årsredovisningen är upprättad i enlighet med årsredovisningslagen och BFNAR 2008:1

Fordringar har upptagits till de belopp varmed de beräknas inflyta.

Övriga tillgångar och skulder har upptagits till anskaffningsvärden där inget annat anges.

Medlemsavgifter och övriga intäkter periodiseras utifrån perioden de avser och ej utifrån faktureringsstidpunkt. Intäkten redovisas till det nominella värdet (fakturabelopp).

Kortfristiga placeringar värderas enligt lägsta värdets princip. Upplupen ränta på placeringarna redovisas som upplupen intäkt i balansräkningen.

Redovisningsprinciperna är oförändrade jämfört med föregående år.

Periodisering av inkomster och utgifter har skett enligt god redovisningssed.

Noter

Not 1 Nettoomsättning

	2014	2013
Medlemsavgifter	1 372 931	1 375 071
Annonsintäkter	618 325	845 878
ARG-verksamhet	969 658	990 061
Diagnoshandbok	291 000	32 100
Årsrapporter	281 268	312 520
Utbildningsnämnden	104 070	148 778
OGU ST-dagar	80 794	57 983
Bidrag	78 994	0
Årsmöte	101 373	267 710
	3 898 413	4 030 101

Not 2 Övriga externa kostnader

	2014	2013
Medlemsavgifter (Acta, Figo, NFOG, ECOG, IFFS)	839 050	688 432
Möten och kongresser	472 419	584 286
Utbildningsnämnden	74 095	111 343
Revisionsarvoden	10 500	42 000
OGU ST-dagar	23 410	0
Övriga kostnader inkl övriga OGU	732 551	710 675
	2 152 025	2 136 736

Not 3 Anställda och personalkostnader

	2014	2013
Medelantalet anställda		
Kvinnor	2	1
Män	0	0
	2	1

Löner och andra ersättningar samt sociala kostnader inklusive pensionskostnader

Löner och andra ersättningar	728 480	453 441
Sociala kostnader och pensionskostnader (varav pensionskostnader)	355 952 (99 008)	230 435 (74 124)
Totala löner, andra ersättningar, sociala kostnader och pensionskostnader	1 084 432	683 876

Not 4 Realisationsvinster och realisationsförluster

	2014	2013
Vinst vid försäljning av värdepapper	0	105 273
Förlust vid försäljning av värdepapper	-801	-134
	-801	105 139

Not 5 Bokslutsdispositioner

	2014	2013
Avsättning till periodiseringsfond	-94 000	-220 000
	-94 000	-220 000

Not 6 Aktier och andelar

Namn	Bokförtvärde	Marknadsvärde
Svenska aktier/aktierelaterade instrument	3 650 085	4 394 337
	3 650 085	4 394 337

Not 7 Beslutade bidrag

Beslutade bidrag 2014 och utbetalade 2014	
Mats Löfgren	15 000 kr

Not 8 Obeskattade reserver

	2014-12-31	2013-12-31
Periodiseringsfond vid 2011 års taxering	230 000	230 000
Periodiseringsfond vid 2012 års taxering	220 000	220 000
Periodiseringsfond vid 2013 års taxering	176 000	176 000
Periodiseringsfond vid 2014 års taxering	220 000	220 000
Periodiseringsfond vid 2015 års taxering	94 000	0
	940 000	846 000
Skatteeffekt av schablonränta på periodiseringsfond	2 792	1 474

Stockholm den 28 april 2015

<i>Lotti Helström</i>	<i>Andreas Herbst</i>	<i>Helena Kopp Kallner</i>	<i>Bengt Karlsson</i>	<i>Annika Strandell</i>
Ordförande	Vice ordförande	Adjungerad facklig sekreterare	Skattmästare	Vetenskaplig sekreterare
	<i>Jan Brynbildsen</i>	<i>Anna Ackefors</i>	<i>Anna Pohjanen</i>	
	Utbildningssekreterare	Redaktör för medlemsbladet	Ledamot	
	<i>Mahsa Nordqvist</i>	<i>Lars Ladfors</i>	<i>Matts Olovsson</i>	
	Ledamot, OGU representant	Ledamot, webbansvarig	ARGUS	

Vår revisionsberättelse har lämnats den 29 april 2015

Crowe Horwath Osborne

Christer Eriksson
Auktoriserad revisor

Gerald Wallsterson

Skattmästarens rapport;

Föreningens ekonomiska ställning är fortfarande god. Kapitalförvaltningen är stabil och ger ett visst överskott. Men för 2014 redovisar föreningen ett underskott på grund av relativt stor ökning av föreningens kostnad för kansliet. Styrelsen har beslutat att satsa på ökad service till medlemmar och kursgivare vid arrangerande av fortbildningskurser och framför allt SK-kurser. Därför finns nu två anställda på plats från sommaren 2015, efter rekrytering under hösten - vintern.

Med den goda finansiella bas som tidigare förvaltning garanterar klarar SFOG ett mindre underskott för 2014. Budgeten för 2015 är

också underfinansierad och som ny skattmästare har jag ju lovat att inte driva ekonomin i likhet med vissa regioner och landsting.

Det är därför ytterst viktigt att kansliet under slutet av 2015 och framför allt 2016 genererar intäkter som samlat nav för kursverksamhet i SFOGs regi. Styrelsen bedömer att denna potential är stor och att ekonomin under 2016 åter skall vara i balans.

Övrig verksamhet utvecklas stabilt med god balans mellan intäkter och utgifter.

Bengt Karlsson

SFOGs Budget 2015**Intäkter**

Medlemsavgifter	1 400 000
Medlemsblad annonsering	300 000
ARG-Abonnemang	730 000
Försäljning ARG-rapport	240 000
Försäljning Diagnoshandbok	35 000
Årsrapport Kvinnokliniker	310 000
Platsannonser hemsida	230 000
Kursavgift administration	610 000
Övriga poster	75 000
Summa intäkter	3 930 000

Kostnader

SFOG-kansliet	1 600 000
Medlemsavgifter (NFOG/ACTA/EBCOG/FIGO/IFFS)	750 000
Medlemsbladet 1-5 (layout/tryck/utskick)	300 000
ARG-rapporter (tryck/utskick)	250 000
Styrelsemöten (inkl internat)	350 000
Övriga Möten	200 000
Utbildningsnämnden	450 000
Vetenskapliga nämnden	30 000
Kvalitetsnämnden	10 000
ARG-verksamhet	100 000
Diagnoshandbok	5 000
Årsrapport kvinnokliniker	150 000
Datakostnader	90 000
Hemsida	50 000
Revision	60 000
Diverse övriga kostnader	80 000
OGU	195 000
Förändringar lager	30 000
Summa kostnader	4 700 000

Förslag till styrelse för SFOG 2016

Ordförande	Lotti Helström	fortsatt mandat
Vice ordförande	Andreas Herbst	fortsatt mandat
Facklig sekreterare	Helena Kopp Kallner	nyval (för 2015 och 16)
Vetenskaplig sekreterare	Annika Strandell	fortsatt mandat
Utbildningssekreterare	Ellika Andolf	nyval
Skattmästare	Bengt Karlsson	fortsatt mandat
Redaktör	Liselott Andersson	nyval
ARGUS	Matts Olovsson	omval (1år)
Övrig ledamot/Webbansvarig	Lars Ladfors	fortsatt mandat
Övrig ledamot	Kristina Nordquist	nyval
Övrig ledamot/OGU representant	Paulina Arntyr Hellgren	nyval

Revisorer:

Aukt revisor	Christer Eriksson	Omval
Lekmannarevisor	Gerald Wallstersson	Omval
Revisorsuppl.	Anne Ekeryd Andalen	Omval

SFOGs valberedning 2015:

Pia Teleman (sammanställande), Birgitta Essén, Anna Bäckström

Facklig sekreterare

Helena Kopp Kallner



Om någon har gjort personlighetstestet Myers-Briggs någon gång så kan jag direkt meddela att jag är en ESTP person. Det är så nära mig själv så jag bör-

jade skratta men det gjorde också att jag tog mig en funderare. En ESTP-person, kan jag berätta, är en utåtriktad, glad prick som gillar att få saker och ting gjorda och snabbt ska det gå. Tyvärr så är de också väldigt spontana och ärliga så att grodor ibland hoppar ur munnen på dem. Ja, ni som känner mig drar väl på smilbandet nu...

Det finaste med vårt jobb är att man ständigt och jämt konfronteras med mängder av människor. Att jobba med alla dessa människor och att lyfta individer, både arbetskamrater och patienter, är min passion. Ett av arbetena i min avhandling berörde barnmorskor i abort-

vård, att de utför ultraljudsundersökning inför abort, abortrådgivning och preventivmedelsrådgivning minst lika effektivt som läkare. Barnmorskor är en fantastisk resurs i världen! I övrigt handlade avhandlingen om medicinska aborter. Jag är också sekreterare i FARG och håller mycket föreläsningar om preventivmedel och aborter. I personlighetstypen ligger också att man lätt blir uttråkad. Eller som jag brukar säga- jag är projektdriven. Jag älskar att starta nya projekt och ro dem i land. Om man väljer att se varje patient som ett projekt och dessutom intresserar sig för forskning och utveckling- ja, då har man väl hittat drömjobbet!

Under studierna var jag en gedigen föreningsentusiast och enormt kåraktiv på Medicinska Föreningen på Karolinska Institutet. Efter en rejäl paus inom föreningslivet på sisådär 15 år fick jag frågan om jag ville bli facklig sekreterare i SFOG. Det självklara svaret var - JA! Just nu finns verkligen spännande utmaningar för hela läkarkåren. Bland annat hur man ska bevara utbildningens kvalitet och behålla medarbetare på sjukhusen när man i det privata kan göra allt det roli-

ga- slippa det något mindre roliga och dessutom få mer betalt, kunna välja sina arbetstider och ledigheter i större utsträckning än på sjukhuset??? Arbetsmiljön och möjligheten att påverka sitt arbete är viktiga. Man vill ju gärna ha lite tid för familj, båt och resor (i alla fall vill jag det...) Blir det då de bästa kirurgen som opererar de svåraste fallen och är det verkligen de patienterna som våra ST-läkare skall lära sig hantverket på? Detta dilemma gäller just nu mest de stora

städerna men med vår nya patientlagstiftning kan situationen snart se likadan ut i större delar av landet. Efter en AT i Gällivare känner man till villkoren för glesbygden hyfsat väl och nog känns det som att den yngre generationen inte kommer att nöja sig med någon annan sjukvård än den bästa. Jag hoppas kunna göra ett riktigt bra jobb som facklig sekreterare!

Utbildningssekreterare

Eillika Andolf



Efter att ha läst franska ett år i Uppsala (den så kallade förlovningskursen) och inte ens fått någon pojkvän, behövde jag pengar och sökte sommarjobb. Jag fick plats som sjukvårdsbiträde och blev direkt uppskickad att passa respiratorer på IVA. För första gången på åratal var jag inte uttråkad längre. Då bestämde jag mig för att läsa medicin. Jag sökte samtidigt in på Dramatens elevskola och läkarprogrammet i Uppsala, kom in på läkarprogrammet på första försöket och då fick det bli det. Det har jag nog aldrig ångrat. Jag bestämde mig för att bli gynekolog eftersom gynekologer var så trevliga.

Efter läkarexamen gjorde jag min specialistjämsgöring i Västerås. Därefter ville min man och jag forska, vi skrev runt till olika universitetskliniker. Min man, som är ortoped fick direkt jobb i Lund och efter ett vikariat i Helsingborg fick jag också jobb där.

Redan efter några veckor fick jag av professor Birger Åstedt uppdrag att forska på ultraljudsdiagnostik av ovarialcancer. Det var då relativt nytt och vaginalt ultaljud fanns inte. Jag disputerade 1989 på en avhandling om ultraljud och ovarialtumörer och blev docent 1996.

Trött på att arbeta heltid med klinik och forska på fritid sökte jag ett lektorat på Karolinska Institutet 2000 och fick det. På Danderyd fick jag som studierektor ansvar för 100 läkarstudenter per år och kliniskt arbetade jag inom obstetrik. Jag hade två forskningsidéer; dels att undersöka maternella kärnförändringar under graviditet, dels att undersöka maternella effekter av olika förlösningssätt. Jag fick en del finansiering för det sistnämnda. För några år sedan fick jag också finansiering av Hjärt-lungfonden och har nu därför en doktorand som sysslar med kärn hos gravida.

Jag har varit sekreterare i Ultra-ARG, ordförande i Perinatal-ARG och medverkat i tre ARG-rapporter. Jag har skrivit kapitel i läroböcker och samarbetat med SKL i skrivandet av "Nationella medicinska indikationer för kejsarsnitt på moderns önskan". Genom åren har jag undervisat alla kategorier i det mesta, gjort skrivningar, tentat, skrivit otaliga refereutlåtanden, suttit i ett antal halvtidskontroller, betygsnämnder och varit opponent och är sedan 2011 professor.

Jag är gift sedan 35 år med Per Aspenberg som är professor i ortopedi i Linköping. Vi har tre döttrar födda 1980, 1985 och 1991. För 20 år sedan när min yngsta dotter började spela viola började jag också. Det är det svåraste jag gjort i mitt liv. Men nu spelar jag ihop med några varje vecka och tar fiolektioner. Jag började sjunga vid 50 år ålder och sjunger i en kör. Vi har de sista åren sjungit bland annat Mendelsohns andra symfoni och Rutters requiem. Det känns som en fantastisk gåva att få tillgång till musiken på detta vis.

Jag har aldrig tidigare arbetat med ST-utbildningen. Jag har dock tyckt att det varit fantastiskt inspirerande att få arbeta med läkarstudenterna som ofta är kreativa och motiverade. Att arbeta med ST-utbildningen skulle vara att få fortsätta att följa dem. Jag kommer nästa år att avgå från min tjänst på Danderyd på grund av ålder. Jag hade tänkt ägna mig mer åt musiken och min forskning men så dök detta förslag från SFOG upp och det kändes väldigt roligt. Och jag är övertygad om att jag hinner med båda! Tack för förtroendet!

Redaktör

Liselott Andersson



Min karriär som gynekolog startade för snart 54 år sedan, när jag föddes i ren sätesbjudning av en 15-årig förstföderska. Ovanligt nog inte på sjukstugan i Robertsfors, utan i Umeå men det hade med bjudningen att göra. Vägen till gynekologin har efteråt kanske inte varit spikrak. Efter att ha övergett en eventuell framtida karriär som bibliotekarie/jägmästare/teckningslärare med mera så sökte jag läkarutbildningen för att få en lång betänketid på en framtida sysselsättning. Först under sista terminen blev jag intresserad av gynekologi, inte minst efter att ha fått beröm av Dan-Erik Wiklund som då var chef i Umeå. Det var när jag sydde huden intracutant i samband med ett kejsarsnitt.

Efter ett halvårigt vikariat på kirurkliniken i Varberg fick jag AT i Luleå och efter ytterligare ett mellanspel på kirurkliniken så blev det slutligen "gyn", under perioden man övergick från FV till ST.

Det blev några onödiga år som vikarie innan jag och ett trettiotal andra i samma situation i Norrbotten över en natt blev tillsvidareanställda genom fackliga förhandlingar. Då var jag redan med i lokal-föreningens styrelse och fortsatte med det under alldeles för många år.

I samband med Nordsvenska gynekologföreningens årsmöte i Umeå 2000 väckte Inger Sundström-Poromaa mitt intresse för att delta i ett forskningsprojekt. Detta resulterade i en avhandling som presenterades på Nobeldagen 2004. Forskningen har varit på långsam fart sedan dess, till stor del på grund av inställningen både på min arbetsplats på Sunderby sjukhus och Norrbottens läns landstings inställning i största allmänhet.

Det blev inte heller enklare av att jag tackade ja till en position som mellanchef med bland annat schemalägningsansvar. Sedan sommaren 2011 har jag haft en anställning som regionaliserad lektor. Jag är anställd vid Umeå universitet men med tjänstgöring i Sunderbyn, Luleå, eftersom vi har läkarstudenter som finns hos oss från termin 6. Det är kul! Men det har tagit tid att bli varm i kläderna, inte minst som mer eller mindre "fostrad" på hemmakliniken och att få acceptans för min nya roll.

I min kliniska roll är jag i huvudsak obstetriker, även om jag gör repetitionsveckor inom gynekologin i Gällivare framför allt. Jag deltar i några forsknings-

projekt bland annat i samarbete med Anna Sandin, lektor och pediatriker i Sunderbyn.

Privat är jag på mitt tredje och förhoppningsvis sista äktenskap. Tillsammans har vi fyra barn i åldrarna 20-25 år. När vi flyttade ihop var samtliga i tonåren. Det var dynamiskt! Familjen har utökats med Birger, en halvårig Ragdoll (lär vara katt men tror att han är hund). Vi gillar att vara i stugan i Abisko året om och har en gammal Maxi-77 som vi använder under den korta sommaren. Båda är Munsänkansmedlemmar sedan många år, och jag utbildningsansvarig i Norrbotten. Annars gillar jag att läsa, handla på loppis och Tradera och att plocka svamp. Tror mig gärna vilja träna, men inser att jag nog sprang mitt sista maraton i London 2004. Vi lagar gärna mat och vann tillsammans tävlingen Årets hemmakock 2007. Jag vann Doktorn vid spisen 2000 eller om det var 1999.

Och vad kan jag göra för nytta i SFOG? Jo, jag tror att det fortsättningsvis kommer att behövas ett perspektiv från de relativt små ställena som inte ligger i anslutning till storstäderna. Min stora styrka ligger kanske i att kunna läsa text snabbt. Dessutom är jag en "grammatikfascist", så ett redaktörsuppdrag borde fungera. Om inte annat kan jag rådfråga sonen, Oskar, som nyligen blivit färdig journalist.



STIFTELSEN
FÖR UTBILDNING
OCH UTVECKLING
INOM OBSTETRIK
OCH GYNEKOLOGI

**Stiftelsen hanterar ansökningar fortlöpande
under året med besked inom en månad
(utom sommartid).**

www.stiftelsen.org/KK_Stiftelsen/Valkommen.html

Övrig ledamot

Kristina Nordquist



Jag heter Kristina Nordquist och har mina rötter i Linköping där jag också

pluggade medicin. Därefter flyttade jag till Östersund för att jag älskar snö :-). Jag har nu utvecklats till en glad, engagerad, något envis, ibland lite väl "feed-backande" ;-), men framför allt ändå nyfiken och positiv gynekolog och överläkare på Kvinnokliniken i Östersund. Jag är mest opererande gynekolog, både benign och malign kirurgi. Men... på ett länssjukhus som Östersund behöver man vara all-round. När jag tänker efter så är det när det hettar till, oftast på förlossningen, när det blir akut, man samarbetar och det flyter, som jag får de riktiga kickarna. Jag gillar när det flyter och engagerar mig där-

för ofta i förbättringsarbeten. Jag är också mamma till tre fina barn, körsångare, skidåkare, löpare, älskare av allt gott, nära möten och fjäll, hav och Fårö!

Tack... om jag nu får förtroendet att bli invald i SFOGs styrelse. Jag har stora förhoppningar om att det kommer att bli riktigt intressant att få diskutera och bita i aktuella frågor, få lära mig nytt och än mer få ta del av vår fina, skarpa och produktiva förening och till på köpet få möjlighet att lära känna nya trevliga människor! Jag hoppas också kunna bidra, på mitt vis. Med lite glädje, positivitet och envishet ;-)

Övrig ledamot/OGU-representant

Paulina Arntyr Hellgren



En riktig föreningsnörd får jag nog snart börja kalla mig. Under läkarutbildningen satt jag länge med som studentrepresentant i de olika utbildningsorganen på KI och jobbade som "Kärleksakutare" på ledig tid. Vi var ett gäng läkarstudenter som åkte runt till ungdomar i högstadies- och gymnasieskolorna i Stockholm och försökte ge dem en bättre sexualundervisning än vi själva hade fått. En stor utmaning som jag har nytta av ganska ofta som ST-läkare på Kvinnokliniken på

Universitetssjukhuset Örebro. Nu har jag sedan april 2014 suttit som vice ordförande i OGU och är nominerad till att ta över efter Mahsa Nordqvist, som OGU-representant i SFOGs styrelse från och med början av 2016. Under året som styrelseledamot i OGU har det slagit mig att det ideella arbetet verkligen inte tar slut efter examen och slutet på universitetstiden som jag nog trodde. Det enorma arbete som SFOG gör varje år för vår specialitet avseende ST-utbildningen, fortbildningen av specialister, bevaka våra intressen genom remissvar på statliga utredningar och inte minst genom AR-grupperna är fantastiskt. Och allt detta görs av alla våra hårt arbetande medlemmar i hög grad på obetald tid. Det är vi själva som driver vår specialitet framåt i

Sverige! Detta är jag mycket glad för att vara en del av men det är också något jag tycker vi borde framhäva tydligare i kontakten med media och myndigheter. Med ökande medial kritik av sjukvården och misstro bland patienter tror jag att detta skulle öka vårt förtroendekapital hos gemene man om det kom ut. Inom hur många andra yrken drivs företagsutvecklingen av arbetstagarna på arbetstagarnas fritid? Så tack för att ni alla engagerar er i stor eller liten skala. Med spänning ser jag fram emot att bli invald i SFOGs styrelse och med förhoppning om att mitt arbete kommer att bära frukt. Som OGU-representant kommer jag att försöka föra fram underläkarnas syn på behov och bekymmer i alla diskussioner.

Viktigt påpekande angående medicinsk abort

SFOGs styrelse och FARG önskar påminna landets verksamhetschefer om följande:

Enligt paragraf fem i abortlagen (SFS 1974:595) skall abort ske på sjukhus eller inrättning med speciellt tillstånd:

”Abort eller avbrytande av havandeskap enligt 6 § ska ske på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning som Inspektionen för vård och omsorg har godkänt.”

För att möjliggöra medicinsk abort i hemmet finns följande definition:

Vid medicinsk abort är det tidpunkten för intag av Mifegyne (mifepristone) som definierar tidpunkten för abort. Detta innebär att Mifegyn SKALL intas på sjukhus eller vårdinrätt-

ning med tillstånd. Däremot kan man alltså skicka med Cytotec (misoprostol) efter det att patienten på sjukvårdsinrättningen intagit Mifegyne.

Stockholm 2015-03-10

Lotti Helström
Docent, Ordförande SFOG

Kristina Gemzell Danielsson
Professor, Ordförande FARG

Marianne Wulff
Docent

Jan Brynhildsen
Professor,
Utbildningssekreterare SFOG



OGUs ordförande informerar

Kära kollegor!

Vi inom läkarkåren (ST som specialister) är ett gäng väldigt duktiga människor. Duktigt fattar vi dagligen kloka och duktiga beslut, duktigt uthärdar vi långa och ibland övermäktiga jourpass för att sedan duktigt ta emot kritik de få gånger våra duktiga beslut kunde ha varit klokare. Duktigheten slutar inte där utan många är duktiga nog att forska fram duktiga forskningsresultat, behandlingsriktlinjer och duktiga lösningar som magiskt fyller tomma rader i schemat. Nej, jag har inte glömt vårt utbildningsansvar, det sköter vi förstås på ett särdeles duktigt sätt. Vi är så duktiga att jag är förvånad att vi skrek "fyfan vad jag är bra" när vi tog studenten, långt innan alla våra duktigheter ens hade börjat. Vi stjal från tiden med våra barn och partners, det största och viktigaste vi har, för att hinna med vår duktighet.

Och nu ska jag avslöja en stor hemlighet som jag vet att många av oss ST-läkare inte känner till. Ni vet våra ST-kurser? Nej det finns ingen stor strukturerad organisation som ligger bakom dem. Bara väldigt mycket kärlek, svett och tårar från eldsjälarna. Medan SK-kurserna lyser med sin frånvaro är det eldsjälarna oftast koplade till de ideella AR-grupperna (duktighetsproffsen) som spenderar många timmars fritid för att planera och orga-

nisera våra SFOG-kurser, som många från början är utformade för specialister. Sedan sitter eldsjälarna Jan Brynhildsen, utbildningssekreterare i SFOGs styrelse, inte sällan på sin oavlönade fritid, och går igenom ansökningarna, en och en i taget, och försöker på det mest rättvisa sätt fördela kursplatserna. Det gör han vid sidan av sin professorstjänst, vid sidan av sitt styrelseuppdrag i SFOG och sitt uppdrag i utbildningsnämnden, och alla andra uppdrag som denna sida inte rymmer för att beskriva. Han är en av många kollegor som jag känner evig tacksamhet och respekt för. Staten ser gärna att kliniker levererar fina specialister, men några öronmärkta pengar för att anordna ST-kurser har i alla fall inte jag hört talas om. Man litar på att de duktiga läkarna löser det på något vis. Socialstyrelsen har tagit fram fina kursämnen som ska hjälpa en täcka delmålen och har tagit över det formella ansvaret för ST-kurser. Men "huret" lämnar man med varm hand till de duktiga specialistföreningarna, för där sitter eldsjälarna som säkert kan stjäla ytterligare några timmar från det vackraste, största och viktigaste de har. Jag tycker det är hög tid att den här duktighetshetsen tar slut och jag säger som vår skattmästare Bengt Karlsson "Scouttiden är förbi, det är dags att vi sät-

ter värde på den tid och det arbete vi lägger ner".

På OGU dagarna bad vi alla skriva ner ett ord som bäst beskriver vad de vill att OGU ska arbeta med kommande året och på hälften av lapparna stod det "ST-kurser". Och just ST-kurser är det heta ämnet inom SFOG/OGU styrelsen kommande åren. Vi har nu tillsatt en arbetsgrupp som ska ta fram "huret" som socialstyrelsen lämnat över till oss. Det kommer att ske en hel del förändringar och vi kommer att bevaka varje steg för att säkerställa att varje förändring innebär en förbättring, avseende kvaliteten på ST-utbildningen men också för arbetsmiljön för oss duktighetstörstande läkare.

Vi kommer även att fortsätta att arbeta med en förbättrad kirurgisk träning under ST där en nationell spridning av "Gynsatsning" varit senaste årets strategi. Det finns nu flera olika exempel på hur andra kliniker, stora som små, tagit efter Faluns modell och vi ser fram emot att inspirera era verksamhetschefer på kommande verksamhetsmöte med några sådana exempel.

Njut i vårvärmen, och ta det duktigt lugnt med duktigheten!

Er Ordförande
Mahsa Nordqvist

Stort tack till alla er som deltog på OGU-dagarna!

Tack till kvinnokliniken i Dalarna, inte minst till verksamhetschef Agneta Romin och ST-studierektor Susanne Hesselman som möjliggjorde för oss ST-läkare att ha vår årliga nationella konferens. Ett extra stort och varmt tack till

de fantastiska och engagerade lokala ST-läkarna för den tid och det arbete som ni lagt ner på att organisera hela konferensen. Och sist men inte minst tack till våra utställare.

OGU-styrelsen

Missa inte OGUs program på SFOG-veckan i Jönköping

OGU-kurs*: Reproduktionsendokrinologi- från bas till behandling.

OGU-symposium "Perinealskador"

*Kurs: Reproduktionsendokrinologi - från bas till behandling".

Tid: måndag 24/8 kl 10:30-12:00+14:45-16:15 samt tisdag 25/8 kl 16:15-17:15

Max 50 st deltagare

ST-kurs som ger intyg för del av delmål 7

Föranmälan krävs, personnummer ska uppges vid anmälan. Kursen är gratis men kräver anmälan till

SFOG-veckan (de aktuella dagarna). Du anmäler dig till kursen samtidigt som du anmäler dig till

SFOG-veckan på sfogveckan.com

Alla kan anmäla sig men ST-läkare har förtur.

OGU-dagarna 2015

För flera hundra miljoner år sedan slog en meteorit ned och träffade Jordens yta i mitten av Sverige. Träffen bildade en krater, i dag kallad Siljansringen, som innehåller ett flertal insjöar varav Siljan är den allra största. Mitt i denna djupa, trolska, sagolikt vackra dalaskog i Leksands kommun, på en sluttning mot Sveriges sjunde största sjö och med milsvid utsikt över Siljan, ligger Tällberg. Hit begav vi oss för 2015 års OGU-dagar den 13-14 april. Årets arrangör var kvinnokliniken i Falun (Landstinget i Dalarna, numera med över 3000 förlossningar per år och med den välplanerade och mycket populära "Gynsatsningen" som gynekologisk operativ utbildning under ST). Mycket engagerade ST-läkare och ST-studierektor Susanne Hesselman hälsade oss välkomna.

Programmet var fullspäckat och väl genomtänkt, under temat "Blödningar under graviditet och förlossning". Vi bjöds på förstklassiga föreläsningar som täckte ett brett område och som inkluderade bland annat postpartum ultraljud, förlossningsblödningar, hemostas vid stor blödning och kirurgisk teknik vid placenta percreta respektive cervixinsufficiens. Gunnar Dahlgren (överläkare i anes-

tesi och intensivvård) delade med sig av sin syn på stor obstetrisk blödning med underrubriken "Vårt gemensamma ansvar". Diskussionerna sträckte sig över både nationella och internationella områden och med perspektiv från både när och fjärran, med Claudia Hanson (Läkare och forskare i obstetrik och gynekologi vid Karolinska Institutet och med 6 års erfarenhet av arbete i Afrika) som föreläste under rubriken "Why do 80 000 women die globally every year due to post-partum haemorrhage?". Hedersgästen Philip Steer (Professor emeritus i obstetrik och gynekologi vid Imperial College London, f d Chief editor BJOG) föreläste under rubriken "Postpartum Haemorrhage – pharmacological and surgical management" och gav oss alla en mycket intressant genomgång på detta område. Föreläsningmaterialet från OGU-dagarna 2015 finns fortfarande tillgängligt på OGU-dagarnas hemsida.

Förutom föreläsningar fick vi även en presentation av AR-grupper, tid att möta utställarna, delta i OGU:s årsmöte och lyssna på OGU-symposiet "Underläkare till forskning" av Erica Schytt (barnmorska och docent vid Centrum för Klinisk Forskning i Dalarna) och Rebecka

Arnsrud Godtman (ST-läkare och PhD i urologi, Sahlgrenska universitetssjukhuset).

På måndag eftermiddag guidades vi alla under en solig och blåsig promenad från hotell Klockargården ned till vackra Siljans strand, med paus för bubbeldricka, snittar och en fantastisk utsikt över Siljan. Därefter fanns det tid till avkoppling i hotellets bastu/spa innan det dukades upp till gemensam middag med interaktiv underhållning i form av live-musik i en musiktävling. Sällskapet av trevliga ST-läkare gav ett stort utbyte och många intressanta diskussioner och jämförelser mellan hemmaklinikerna uppstod.

Tack kvinnokliniken i Dalarna, för väl genomförda OGU-dagar i professionell regi! Nästa år styr vi kosan mot Malmö, för 2016 års OGU-dagar under temat "Vulva"!

Katarina Björkeman, ST-läkare, kvinnokliniken, Centralsjukhuset i Karlstad



Specialistexamen i Obstetrik & Gynekologi 2015

Skrivningen består av 12 fallbaserade kortsvarsfrågor. Totalt omfattar skrivningen 120 poäng. Skrivtid max 5 timmar. Hela skrivningen inklusive svar finns på www.sfog.se under fliken utbildning.

Fråga 1

Emma är 33 år och väntar sitt första barn. BMI = 42. Hon mår bra, förutom illamående. I samband med inskrivningen (graviditetsvecka 9) på mödravårdscentralen togs tyroidea screeningsprov på grund av ärftlighet för hypotyreoos. Du får bedöma hennes provsvar och ser att TSH (tyroideastimulerande hormon)-värdet är lägre än referensvärdet (TSH: 0,2 mIE/L; referensvärden på labb-listan: 0,4-4,0 mIE/L).

a) Hur bedömer du värdet? Vad tror du är den mest sannolika orsaken till att TSH ligger så lågt? Vidare utredning? Motivera. (3p)

Du är jour på förlossningen då Emma kommer in med värkar i fullgången tid. Den barnmorska som handlägger Emma kommer till dig då hon tror att fostret ligger i hög rakställning.

b) Vad är hög rakställning? Beskriv fostrets rotationer i samband med en normal förlossning (till förlossning i framtida kronbudning) – rita gärna! (5p)

Emma blev normalförlöst. 10 dagar postpartum söker Emma då hon tycker att hennes vaginala blödning ökat i mängd sedan ett par dagar. När du gynundersöker henne ser du en mensliknande blödning ur cervix. Uterus är lätt ömmande och svår att avgränsa vid palpation (troligen på grund av Emmas övervikt). Emma har ingen feber, kapillärt Hb: 105, kapillärt CRP: 17. Du utför en ultraljudsundersökning och får följande bild.



c) Hur bedömer du bilden (normal eller onormal)? Vad finns det för risker med postpartumexeres? (2p)

Fråga 2

Latifa är tidigare frisk, normalviktig och icke-rökare samt 43 år. Hon väntar sitt första barn efter IVF. Hon är gravid i v 29+5. Du träffar henne på förlossningsmottagningen dit hon kommer efter ett MVC besök, där man upptäckt ett blodtryck på 160/100 mmHg och 2+ proteinuri, 1+ hematuri. Latifa känner sig trött och svullen och har lite ont i ryggen samt ett tryck över pannan. Du misstänker att detta rör sig om en pre-eklampsi.

a) Hur handlägger du detta rent praktiskt nu på mottagningen (utöver utvidgad anamnes)? Ange högst 4 åtgärder! (4 p)

Latifa och hennes man har flera frågor om pre-eklampsi, bland annat om hur vanligt det är, vilka riskfaktorer som finns samt om man hade kunnat göra något för att undvika detta. Vad svarar du avseende:

b) Incidensen av pre-eklampsi? (1 p)

c) Vilka riskfaktorer har identifierats för att utveckla pre-eklampsi? (3 p, 0,5 per rätt svar)

d) Vad finns det för förebyggande behandling för att minska risken för pre-eklampsi? Borde Latifa fått den? (2p)

Fråga 3

35-åriga Sofia förlöstes 2003 med ett akut sectio pga hotande fosterasfyxi. 2005 inducerades hon i fullgången tid, då hon kände stor oro inför förlossningen och hur det skulle gå med barnet. Hon blev vaginalförlöst, men 2008 genomgick hon ett elektivt sectio pga sekundär förlossningsrädsla. Sofia fick diagnosen SLE 2010 med lungengagemang samt periodvis led- och hudbesvär. Hon väntar nu sitt fjärde barn och kommer till dig på specialismödravården för graviditetsplanering. Sofia är nu i graviditetsvecka 13+0.

a) Innebär Sofias graviditet några särskilda risker som du skall ta hänsyn till (både vad det gäller mor och barn och både vad det gäller nuläget, under graviditet, förlossningen och i puerperiet)? 4 svar i punktform. (4p)

b) Hur lägger du upp din plan för hur du skall följa henne under hennes graviditet med hänsyn till eventuella riskfaktorer och hennes grundsjukdom SLE (provtagning, undersökningar, kontroller, ev. medicinering)? 4 svar i punktform. (4p)

Sofia får så småningom en liten gosse där barnmorskan noterar APGAR 4/7/7 i gossens FV2-mapp.

c) Vad innebär detta? (1p) Redogör för vilka parametrar som bedöms i APGAR-score. (2p)

Fråga 4

17-åriga Victoria Blomberg kommer till din mottagning tillsammans med sin 42-åriga mamma. Viktoria är fullt frisk, hade menarche vid 12 års ålder och har regelbundna menstruationer. Hon är normalviktig och röker inte.

Hon kommer nu tillsammans med sin mamma för preventivmedelsrådgivning. Hon har sedan några månader en fast partner. De har haft samlag, men kondom fungerar inte speciellt bra och Viktoria har behov av ett mer effektivt preventivmedel.

Viktorias mamma har följt med till besöket då hon vid 39 års ålder fick bröstcancer och genomgick behandling för denna. Viktoria vill ha p-piller, men både Victoria och mamman har många frågor kring hormonella preventivmedel, cancerrisker och framför allt risken för bröstcancer.

a) Ge Viktoria och hennes mamma adekvat information om hormonella preventivmedel och cancer (6p).

b) Vilka råd ger du Viktoria med avseende på mammans bröstcancer? (2p)

Viktoria får en metod som hon trivs med. Två år senare kommer hon igen för preventivmedelsdiskussion. Hon berättar nu att hennes syster (22 år) för två månader sedan, i samband med ett komplicerat benbrott, fick en blodpropp.

c) Påverkar detta förskrivningen av preventivmedel för Viktoria, och i så fall hur (2p)?

Fråga 5

Du sitter på gynomtagningen med Aina 70 år framför dig. Hon har sökt för postmenopausala blödningar och utredningen, inklusive CT thorax-buk, visar en icke spridd högt differentierad corpuscancer. Din uppgift idag är att skriva in henne för den planerade hysterektomin. Vid anamnesen framkommer att hon har högt blodtryck sedan flera år tillbaka samt diabetes mellitus typ 2. För 4 månader sedan låg hon inne för en mindre bakvägsinfarkt, men nu känner hon sig helt återställd, och tycker att hon klarar alla sina vardagssysslor som vanligt.

Listan med mediciner som hon nog-

samt skrivit ner visar att hon står på Trombyl 75 mg x1, Seloken 150 mg x1, Metformin 400 mg x2 samt Furix 40 mg x1. Hennes blodtryck är 140/90 mmHg och hennes BMI 32 (vikt 95 kg).

a) Vilka ytterligare undersökningar vill du göra? Motivera (3p)

b) Vilka råd ger du till Aina angående hennes medicinering inför operationen? (2p)

c) Varför skall Aina ha trombosprofylax, och hur länge? (2p)

d) Skall Aina ha antibiotika profylax? Motivera (1 p)

e) Hur ordinerar du reglering och övervakning av hennes blodsocker före-, under och efter operationen? (2 p)

Fråga 6

Du är jour på gynakuten. Mette, 32 år, söker på grund av vaginal blödning och högersidig lågt sittande buksmärta. Hon är tidigare frisk, utan allergi och aldrig opererad tidigare.

Hon är spiralbärare med regelbunden menstruation. Senaste menstruation var för 7 veckor sedan. 1 para, partus normalis.

Sjuksköterskan har tagit ett blodtryck som är 90/50 och puls 110. Positivt gravtest. Hb 100 g/L.

a) Vad gör du momentant och hur vill du undersöka henne? (3p)

Utifrån status vid din undersökning misstänker du ett utomkvedshavandeskap.

b) Vilka kvinnor har en ökad risk för utomkvedshavandeskap? (2p)

c) Vilka ultraljudsfynd talar för ett utomkvedshavandeskap? (2p)

d) Vilka behandlingsmöjligheter finns vid utomkvedshavandeskap? (2p)

e) Vilken behandling är lämpligt här? Motivera. (1p)

Fråga 7

Frida Karlsson, en 20-årig student, söker på din mottagning. Hon flyttade till staden för sex månader sedan, för att börja studera till sjuksköterska. I samband med att hon flyttade "gjorde hennes kille slut" och hon slutade då med sina p-piller. Sedan dess har hon inte haft någon menstruation och hon känner sig lite orolig på grund av detta. Hon har "googlat" en

del och blivit uppskrämd av det hon hittat på nätet.

a) Komplettera anamnesen (3p)

Du kompletterar anamnesen och inget påtagligt framkommer. Du går nu vidare med klinisk undersökning.

b) Vad fokuserar du på vid din undersökning/status (3p)?

Inget avvikande framkommer i status. Du beslutar dig för att gå vidare med lab. utredning.

c) Vilka prover överväger du? Motivera! (2p)

Samtliga provsvar är normala. Du ringer upp Frida och meddelar detta. Hon undrar förstas varför hennes mens ändå uteblir.

d) Hur informerar du Frida? (2p)

Fråga 8

En 57-årig kvinna söker för våldsam klåda i underlivet sedan minst ett halvår. Du ser följande:



a) Trolig diagnos? (1p)

b) Ange minst 2 differentialdiagnoser. (2p)

c) Vilka prover bör tas för säker diagnos och för att utesluta viktiga differentialdiagnoser? (3p)

d) Hur stor är malignitetsrisken? (1p)

e) Vilken behandling väljer du? (2p)

f) Förutom malignitetsrisken, varför bör dessa patienter kontrolleras årligen. (1p)

Fråga 9

En 56-årig kvinna söker för urininkontinens. Hon läcker framförallt vid ansträngning såsom hosta, nysning och skratt. Hon får gå upp och kissa ca 4 gånger per natt. Hon har inga trängningar, och hade sista mens för tre månader

Sahlgrenska University Hospital and St George's Hospital University, invite you to:

CTG Master Class

Dates:

7th to 8th of December at Sahlgrenska University Hospital, Gothenburg.

Conducted by the Intra Partum Fetal Monitoring Group from St George's Hospital, London University, for healthcare professionals of Obstetrics.

The program includes:

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

Faculty:

Edwin Chandraharan
Austin Ugwumadu
Lena Otterlind
Annika Mårtendal

Venue:

7 – 8 /12 - 2015 Östra Aulan/Östra Sjukhuset

Two day course fee: 1340 SEK (excl. VAT, including lunch and coffee).

For registration:

To all employees at Sahlgrenska University Hospital: Please make your registration at SU/Obstetriken's web-site. FOU och utbildning/interna utbildningar.

To all interested participants outside SU, send an e-mail to:

carina.nehls@neoventa.com with your name, invoice address and the date of the course. You will then receive an invoice. **Please note we must receive payment as cleared funds prior to course.**

Last day for registration October 30th, 2015.

Places available on 'first come first serve' basis.

For more information about the program contact carina.nehls@neoventa.com

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

The Master Class arranged in cooperation with Neoventa



sedan. Vid undersökning finner du atrofi och uretra är lite dåligt upphängd och rörlig vid hosta. Inget läckage vid hostprovokation. Det föreligger ingen prolaps, uterus normalstor och inga patologiska palpabla resistenser i lilla bäckenet.

a) **Trolig diagnos?** (1p)

b) **Vad stämmer inte med detta?** (1p)

Du föranstaltar om urodynamisk undersökning och får följande utlåtande:

Residualurin 5 ml, cystometri till 500 ml utan tecken på detrusorinstabilitet, MaxUCP 65 cm, negativt slutningstryck, läcker vid hosta, uretra rörlig, Bonney's test pos. Maxflöde lågt, 5 ml/s.

c) **Hur bör det låga maxflödet utredas vidare och varför?** (1p)

d) **Vilka två huvudorsaker finns till dåligt flöde?** (1p)

e) **Om fyndet skulle bli normalt och du skall erbjuda patienten behandling. Beskriv kort vilka 3 behandlingar som finns?** (3p)

Patienten väljer operation och återkommer efter denna med trängningar, s.k. de novo urge

f) **Vad kan denna bero på?** (3p)

Fråga 10

Sara, 42 år, kommer till din mottagning för undersökning. I Saras cellprov, taget hos barnmorska, sågs atypi, som dessutom visade sig vara högrisk HPV och hon blev därför remitterad till gynekolog. Du finner vid bedömningen av kolposkopin att det rör sig om Low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL), men tar några biopsier för att vara helt säker.

Ett sätt att påvisa HPV infektion är genom att mäta antikroppar i serum, men det är vanligare att analysera ett prov från portio, som i detta fall.

a) **Vilken molekylär metod använder man sig mest frekvent av då man analyserar HPV i cervikala prov och beskriv kortfattat metoden?** (2p)

På cellprovet som du tog i samband med kolposkopin fick du svaret "avvikande körtelceller".

b) **Vid svaret "avvikande körtelceller" på cytologprov från cervix/portio, varifrån kan dessa celler härröra? Ett svar per poäng** (2p)

Vid provtagningen noterade du även en förändring i vulva som du biopsierade. Du tänkte bl.a. på differentialdiagnoserna VIN eller lichen sclerosus.

c) **Höggradiga VIN-förändringar delas upp i två olika typer. Vilka är typerna och vad särskiljer dem?** (2p)

Förändringen visade sig innehålla VIN som kräver behandling. Sara kommer på återbesök för att få besked efter provtagning och undrar om alternativen till kirurgisk behandling vid VIN.

d) **Vilket är alternativet till kirurgi vid VIN? Vilken är mekanismen bakom den behandlingen (2p) samt fördelar respektive nackdelar gentemot kirurgi?** (2p)

Fråga 11

Sofie 42 år kommer till dig på gynecologmottagningen på grund av tilltagande rikliga och oregelbundna menstruationer sedan ett års tid. Inga kontaktblödningar. Hon har fött två barn och är tidigare frisk. Sofie upplever nu att situationen börjar bli socialt ohållbar då det aldrig går att veta när blödningen kommer. Du kontrollerar ett Hb som är 92 g/L.

a) **Vilka differentialdiagnoser överväger du i Sofies fall? Motivera kortfattat.** (2p)

På ultraljud såg du ett förtjockat endometrium på 18 mm. Du tog ett cytologprov samt en endometriebiopsi. PAD från endometriebiopsin visar enkel hyperplasi.

b) **Redogör kort för vad begreppen hyperplasi, dysplasi och neoplasia innebär.** (3p)

c) **Redogör för de tänkbara behandlingsalternativ som finns i Sofies fall samt vilket du väljer i första hand.** (3p)

d) **Vid ultraljudsundersökningar noterade du också denna förändring. Vad är det och hur vill du följa Sofie avseende detta?** (2p)



Fråga 12

Hilda 18 år inkommer till gyn mottagningen kl 04.30 i sällskap av en jämnårig kompis. Hon uppger att hon blivit utsatt för ett sexuellt övergrepp av en före detta pojkvän. De träffades på krogen och efter stängningsdags kom hon ifrån sina

kompisar. På väg till hemmet, där hon bor med föräldrarna, märkte hon att hennes före detta pojkvän följde efter henne. Han var arg och aggressiv. Först försökte hon skaka honom av sig, hon var trött, alkoholpåverkad och ville bara hem och sova. När han fortsatte att skrika åt henne började hon känna sig rädd och ökade takten. Han sprang ikapp henne och grep henne hårt om armarna och la ner henne på gräsmattan där han genomförde ett analt och vaginalt samlag. Eftersom hon var livrädd så gjorde hon inte motstånd. Efter övergreppet hotade han att han skulle "slå ihjäl henne" om hon berättade vad som hänt för någon. Hon sprang den korta biten hem. Hon ville inte väcka föräldrarna men ringde en kompis som kom över och uppmanade henne att söka sjukhuset varför hon nu är här. Hon är för övrigt helt frisk och medicinfri. Senaste menstruationen var för 2-3 veckor sedan och hon använder inget preventivmedel då hon inte har något fast sällskap för tillfället. Hilda berättar att hon är villig att genomgå undersökning och provtagning, men hon tänker inte göra någon polisanmälan.

a) **Vilka typer av undersökningar/provtagningar gör du? Motivera.** (6p)

b) **En uppgift i den gynekologiska anamnesen kräver en specifik åtgärd, vilken?** (1p)

Hilda vill inte berätta för föräldrarna om det som hänt. Inte heller polisanmäla.

c) **Vad har du för anmälningsplikt till socialtjänst och polis som hälso- och sjukvårdspersonal?** (2p)

Fem veckor efter att du undersökte Hilda första gången är hon på återbesök för förnyad undersökning. Du efterhör hur Hilda mår i övrigt. Hon säger att det inte är så bra. Hon har varit till en kurator och pratat om det som hänt, hon har några kompisar att prata med och föräldrarna är även ett stort stöd. Den före detta pojkvännen har inte hört av sig till henne igen. Hon har dock mycket svårt att gå ut ensam, kvällstid går hon överhuvudtaget inte ut. Hon har ångest och återupplever hela tiden vad som hänt. Koncentrationen och sömnen är lidande, vilket i sin tur påverkar studierna. Hon känner sig apatisk och kan inte företa sig något.

d) **Vad tror du Hilda drabbats av och hur kan du hjälpa henne?** (1p)

I medlemsblad nr 3 2014 fanns ett inlägg från Ulla Kjellberg. Hon hade uppmärksammat att patientinformationen som ingår i skriften "Nationella medicinska indikationer för kejsarsnitt på moderns önskan" från SKL borde omarbetas. Gruppen som arbetat aktivt med revideringen har bestått av Gunnilla Sydsjö, Ingela Wiklund, Elsa-Lena Rydning, Håkan Lilja, Ulla Kjellberg, Helena Erlandsson och Ellika Andolf.

Mikael Norman och Anna Karin Edstedt Bonamy har som barnläkare gett tips om artiklar (mestadels American Journal Obstetrics and Gynecology från 2013 och 2014) men inte medverkat aktivt i skrivandet. Eva Uustal har bidragit med siffror

från bristningsregistret och utformat partierna om vaginalöppningen, prolaps och inkontinens dock med vissa tillägg från vår sida.

Vi har i gruppen haft litet olika åsikter om hur mycket som skall stå i en patientinformation till exempel vad beträffar siffror. Vi tycker dock att detta kan användas som underlag för utformade av egna patientinformationer och att skriftlig information endast skall ges tillsammans med personligt besök hos barnmorska eller läkare. Informationen kommer att behöva omarbetas fortlöpande i och med att nya studier kommer.

Fysiska konsekvenser för kvinnan vid de olika förlossningssätten

Vid den aktuella förlossningen:

Infektion

Efter både vaginal förlossning och kejsarsnitt förekommer urinvägsinfektion, infektion i livmodern och sårinfektion i slidan eller bukväggen. Antibiotika i förebyggande syfte ges vid akut kejsarsnitt. Infektionsrisken efter planerat kejsarsnitt är 2,6%, efter förlossning som startat vaginalt 1,1% enligt en ny svensk stor studie.

Blodpropp

Risken för blodpropp är något förhöjd i samband med graviditet och även vid alla bukoperationer. Man vet att risken under graviditet är en på tusen, efter planerat kejsarsnitt har man skattat den till två på tusen. Till kvinnor med riskfaktorer, till exempel övervikt, ges blodförtunnande medel i förebyggande syfte vid kejsarsnitt.

Skador på andra organ

Vid kejsarsnitt kan andra organ i sällsynta fall skadas. Skada på urinblåsan förekommer hos mindre än 1 procent och brukar inte medföra problem om den åtgärdas direkt. Skada på urinledaren rap-

porteras i mindre än 0,05 procent, skada på tarm hos mindre än 0,1 procent. Risken för skador ökar vid upprepade kejsarsnitt.

Återhämtning

Efter en komplikationsfri vaginal förlossning återhämtar sig de flesta fysiskt ganska snabbt medan det tar längre tid efter ett kejsarsnitt. Kejsarsnitt ger också mer smärtor efteråt. Någon gång kan det också vara svårt för tarmen att komma igång efter ett kejsarsnitt.

Bristning i bäckenbottenvävnad

Barnmorskan använder alltid ett förebyggande handgrepp, så kallat bäckenbottenskydd, för att minska risken för stora bristningar. Mindre bristningar av slidväggarna förekommer i ca 80% hos förstföderskor. Bristningar som även omfattar ändtarmens slutmuskel, sfinkterskada förekommer i cirka 6,2% hos förstföderskor. Efter en sfinkterskada upplever 23% till en början svårigheter att hålla gaser eller avföring. Vartefter musklerna läker förbättras de flesta helt.

Sammanväxningar

Alla bukoperationer kan leda till sammanväxningar och kronisk smärta och i sällsynta fall tarmvred och bräck i äret.

Påverkan på slidmyningen

Kejsarsnitt tycks inte skydda mot samlagsmärta när man jämför med normal vaginal förlossning. Större förlossningsbristningar som inte läker rätt kan ge en känsla av vidgad slidmykning och sämre muskelkontroll. Om bäckenbottenträning inte har tillräcklig effekt kan man återställa muskelfästena i slidmyningen med ett mindre ingrepp.

Bristning i livmoderväggen

Att livmodern brister i samband med kraftigt värkarbete är mycket ovanligt och inträffar hos 0,05 procent av kvinnor som inte tidigare genomgått kejsarsnitt, hos 0,5-1 procent av kvinnor som genomgått ett kejsarsnitt och 2-3 procent av kvinnor som genomgått två kejsarsnitt. Vid alla förlossningar följer personalen noggranna rutiner för förlossningsövervakning, om kvinnan tidigare har fött med kejsarsnitt är övervakningen extra noggrann.

Riklig blödning

Risken för riklig blödning (mer än 1000 ml) är 4–5 procent vid både vaginal förlossning och planerat kejsarsnitt. Vid akut kejsarsnitt är risken för riklig blödning upp till 15 procent.

Vid framtida förlossning

Föreliggande moderkaka

Risken för föreliggande moderkaka, det vill säga att moderkakan sitter för långt ned och är i vägen när barnet ska födas, är 0,5 procent hos den som inte genomgått kejsarsnitt tidigare och cirka 2 procent hos den som genomgått ett kejsarsnitt. Risken ökar sedan för varje genomgått kejsarsnitt. Föreliggande moderkaka innebär en ökad risk för större blödning under graviditeten, vilket är farligt för både mamma och barn.

Inväxt av moderkakan i livmoderväggen

Om moderkakan växer in i eller genom livmoderväggen blir det mycket svårt att få ut den vid förlossningen. Drygt 0,3 procent av dem som genomgått ett kejsarsnitt drabbas. Risken fördubblas efter tre kejsarsnitt.

Bristning i livmoderväggen

Se ovan

Långsiktiga komplikationer på ca 20 års sikt

Urininkontinens

Efter en vaginal förlossning förekommer svårigheter att kontrollera urinen, särskilt under de första månaderna. Risken för besvärande urininkontinens är 6,3% kvinnor som genomgått ett kejsarsnitt jämfört med kvinnor som fött ett barn vaginalt 11,2%. Det finns verksamma behandlingsformer mot urininkontinens.

Framfall och läckage av gas och avföring

Med åldern tunnas vävnaderna ut, bäckenbottens hållfasthet minskar och risken för att få besvär av framfall och läckage av gas och avföring ökar. Graviditet och barnafödande spelar en roll men även män riskerar läckage av gaser och avföring i upp till 10%. Faktorer som övervikt, tungt arbete, tarmsjukdomar,

diabetes, rökning och hosta spelar också stor roll. Studier visar att kvinnor som förlöst vaginalt har en större risk än kvinnor som förlöst med kejsarsnitt att få symptom av framfall efter 50 års ålder. De flesta behöver dock inte opereras. Även läckage av gaser och avföring är efter denna ålder vanligare hos dem som förlöst vaginalt. I en svensk studie hade 48,3% besvär av läckage av avföring eller gas 20 år efter vaginal förlossning jämfört 42,8% efter kejsarsnitt. Majoriteten hade besvär mera sällan än en gång i månaden men några hade dagliga besvär.

Konsekvenser för barnet vid de olika förlossningssätten

Kortsiktiga eller omedelbara konsekvenser

Andningsstörning efter ett kejsarsnitt är det vanligare än efter en vaginal förlossning att barnet får andningsbesvär som kan kräva överflyttning till barnklinik. Någon form av andningsstörning uppträder hos 3,7 per 1 000 nyfödda barn som fötts med planerat kejsarsnitt. När förlossningen startat vaginalt är risken 0,7 per 1 000 barn även om det blir akut kejsarsnitt. Vid planerat kejsarsnitt minskar risken ju senare i graviditeten operationen utförs. Därför bör planerade kejsarsnitt göras efter 39 fullgångna veckor.

Allvarlig syrebrist och andra svåra förlossningsskador hos barnet vid vaginal förlossning är mycket sällsynta komplikationer.

Långsiktiga konsekvenser

Hos barn som har fötts med kejsarsnitt etableras bakteriefloran i tarmen ofta senare än hos barn som har fötts vaginalt. Det kan påverka utvecklingen av immunsystemet och skulle exempelvis kunna ge ökad risk för vissa autoimmuna sjukdomar.

Astma, allergi, barndiabetes och glutenallergi har alla ökat i frekvens under den senaste 10-årsperioden. Det finns många olika orsaker bakom de här sjukdomarna. Både arv och miljö har inflytande och kanske också andra faktorer som vi ännu inte vet så mycket om. Det man har kunnat konstatera är att barn

som fötts med kejsarsnitt i högre utsträckning utvecklar de här sjukdomarna. Det kan vara så att det finns andra faktorer som är vanligare hos kejsarsnittsförlösta som gör att barnen blir sjuka än själva kejsarsnittet. Det finns alltså inga bevis för att kejsarsnitt utlöser dessa sjukdomar men man kan inte utesluta att framtida forskning kan komma fram till att kejsarsnitt kan bidra till att de här sjukdomarna uppkommer. Man anser dock att riskökningen i så fall är liten. ■

Kvinnor positiva till rutinmässig provtagning från navelsträngen vid förlossning

Sedan många år har provtagning för analys av syra-bas status på navelsträngsblod rekommenderats som kvalitetsindikator avseende handläggningen av förlossningens slutskede. Vi som är för provtagning finner stort värde av att ha ett objektivi mått på fostrets syresättning under den sista tiden före barnets födelse och att öka förståelsen för det fysiologiska förloppet i förlossningens slutskede, i synnerhet vid fall av asfyxi. Andra kända argument för provtagning är som hjälpmedel vid CTG-utbildning och att uppmätt acidosis är en nödvändig indikator vid svår asfyxi för att uppfylla kriterier för kylbehandling. Vid diagnostiserade handikapp hos barn under uppväxten ifrågasätts ofta förlossningen som skadetillfälle. Syra-bas status vid förlossning är oftast det enda objektiva parametern som kan stödja eller utesluta denna skadeorsak. Genom att skapa en rutin där navelsträngsprov tas rutinmässigt vid alla förlossningar är det sannolikt att färre prover missas att tas vid akuta situationer och att kvaliteten på proverna blir bättre.

Vi på Karolinska lägger stor vikt vid att föräldrarna ska få en positiv upplevelse och störas så lite som möjligt i samband med födseln. Somliga inom förlossningsvården hävdar att rutinmässig provtagning skulle störa kvinnan och hennes upplevelse av barnets födelse och anger detta som skäl till att avstå från rutinmässig provtagning.

Av ovanstående skäl utförde vi en enkät riktad till födande kvinnor om deras upplevelse av provtagningen i samband med förlossningen.

Carina Nyberg, chefbarnmorska,
Susanne Falck, barnmorska,
Sissel Saltvedt, överläkare,
Lennart Nordström, överläkare
Förlossningsavdelningen, Karolinska
Universitetssjukhuset i Solna

Material och Metod

På förlossningsavdelningen Karolinska Universitetssjukhuset i Solna är provtagning för syra-bas analys av blod från navelsträngen rutin vid alla förlossningar sedan många år. Undersköterskan tar proverna på icke klampad navelsträng och "sen avnavling" är rutin om barnet är piggt. Provtagningen utförs som en del av vården och kvinnorna tillfrågas inte specifikt om medgivande inför provtagningen.

Mellan september 2014 och mars 2015 gavs en enkät till kvinnor som talade och förstod svenska vid "efterskötning" två timmar efter sin förlossning. Enkäten var en del i klinikens kvalitetsarbete. Frågorna, som ställdes till 103 kvinnor, framgår av tabell 1.

Resultat

Som framgår av tabell 1 märkte två tredjedelar av kvinnorna inte av provtagningen. Bland de som lade märke till denna upplevde endast en kvinna att provtagningen störde henne i samband med förlossningen. Dock angav hon samtidigt att hon skulle ha givit tillåtelse till provtagning om hon tillfrågats i förväg. Mer än hälften av kvinnorna visste inte om att provtagning utfördes som en rutin vid förlossningen. En stor majoritet, fyra av

fem kvinnor, önskade inte bli tillfrågade vid provtagning, däremot tyckte de flesta att det skulle vara betydelsefullt att få information om provet på MVC innan förlossningen. Bland den mindre grupp som ville bli tillfrågade skulle alla utom en medge provtagning.

Diskussion

Denna enkät visar entydigt att kvinnor inte besväras av provtagningen, i alla fall de som föder på en förlossningsavdelning där inarbetade rutiner finns för provtagning. Det förefaller inte heller vara önskvärt att rutinmässigt fråga kvinnan om medgivande inför provtagning. Däremot bör man förbättra informationen på mödravårdscentralerna om rutiner på våra förlossningsavdelningar.

Kvinnans delaktighet i sin förlossning är viktigt. Vi tycker att kvinnan i större utsträckning än idag ska involveras i beslut om interventioner eller att avstå sådana. Avseende vårdrutiner, som i det aktuella exemplet, bör en stickprovsenkät med resultat som denna vara tillräckligt underlag för att inte tillfråga varje kvinna vid förlossningen. Allmän information på MVC ger det fåtal kvinnor som vill avstå provtagning möjlighet att meddela detta.

Vår slutsats är således att vi även fortsättningsvis kan ta navelsträngsblod för analys av syra-bas status i samband med förlossning utan att kvinnan störs samt att hon inte heller specifikt behöver tillfrågas. Utifrån resultaten av denna enkät kan rutinmässig provtagning rekommenderas till andra förlossningsavdelningar då någon negativ påverkan på förlossningsupplevelsen ej framkommit. ■

Tabell 1.

Enkät till den födande kvinnan om upplevelsen av rutinmässigt navelsträngsprov vid hennes förlossning (N=103).

JA / NEJ

1) Märkte du att blodprov från navelsträngen togs vid ditt barns födelse?	37 / 66
a. Om ja, upplevde du detta som störande i samband med förlossning?	1 / 38
2) Visste Du före förlossningen att vi rutinmässigt tar navelsträngsprov?*	45 / 56
3) Skulle det vara betydelsefullt att denna information ges på MVC före förlossning?*	46 / 56
4) Skulle Du vilja bli tillfrågad om provtagningen i samband med förlossningen?	21 / 82
a. Om Ja, vad skulle ditt svar bli?	20 / 1

*En respektive två kvinnor svarade ej på dessa frågor.

Skall svenska kvinnor ha extra jod under graviditet och amning?

Bakgrundsinformation om nationell jod-studie

Jod tillförs människan i födan främst från fisk, skaldjur, mejeriprodukter och salt. Många länder tillämpar jodtillskott i bordssalt för att uppnå tillräckliga jodnivåer och undvika allvarliga konsekvenser av jodbrist, då jod förekommer sparsamt i omgivningen. Jod är nödvändigt för produktion av thyroideahormon och jodbrist leder till struma och hypothyroidism. Ett normalt jodintag är 150 µg/dag till vuxna.

Thyroideahormoner är nödvändiga för hjärnutvecklingen under fostertiden och i tidiga barnår (1; 2). Hos gravida och ammande kvinnor är det optimala jodintaget 250 µg/dag för att uppnå målet med en jodkoncentration (UIC) under graviditet på 150-249 µg/L och vid amning på >100 µg/L så att jodbrist undviks och för att säkerställa hjärnans utveckling.

Allvarlig jodbrist resulterar i kretinism med uttalad mental utvecklingsstörning. Även mild jodbrist kan ha allvarlig påverkan på den neuropsykologiska utvecklingen av det växande barnet och behöver förebyggas (3). Risken för att 8 år gamla barn befann sig i den nedre kvartilen av verbal IQ var högre om deras mammor hade låga jodnivåer tidigt i graviditeten jämfört med om de låg normalt (4). Därutöver är mild jodbrist under graviditet associerat med lägre utbildningsnivå hos barnet (5). Dessa studier ger preliminärt evidens för att mild jodbrist har långsiktig negativ påverkan på barnets neurokognition. Även om normala thyroideahormonnivåer upprätthålls vid mild jodbrist, så kan förändringar i dejod-

Helena Filipsson Nyström, Docent vid Sahlgrenska Akademin Göteborgs Universitet och Överläkare vid Thyroideamottagningen, Endokrinsektionen Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

inasaktiviteten påverka den intracellulära T3 nivån, eftersom hjärnan är beroende av lokalt producerat T3 (6). Avvikande nivåer av thyroideahormon under graviditeten är dessutom associerat med en ökad incidens av uppmärksamhetsstörningar och autismspektrumtillstånd (7).

Rädslan för negativ påverkan på hjärnutvecklingen har motiverat många nationer att rekommendera 150 µg extra jod/dag under graviditet och amning utan att ha randomiserade placebo-kontrollerade studier bakom sitt ställningstagande. I Sverige är tron att vi har tillräckliga jodnivåer under graviditet till följd av det långvariga joderingsprogrammet av bordsalt som funnits sedan 1936 och någon rekommendation kring extra jod under graviditet finns inte. I andra länder med liknande UIC nivåer som de i Sverige (8; 9), har låga UIC nivåer kunnat konstateras hos gravida kvinnor. I Sverige har konsumtionen av mejeriprodukter minskat, mjölkjodkoncentrationen är lägre än tidigare (10; 11) och nya näringsrekommendationer påtalar behovet av att minska saltintaget (12). Dessutom har flera nya populära bordsalt lanserats som är utan jod och en konsumenttrend är att undvika ”tillsatser”.

En stor del av saltintaget innehåller dock inte jod utan mycket salt som används i hel och halvfabrikat är icke joderat. Dessa omständigheter har lett fram till hypotesen att jodbrist kan förekomma bland svenska gravida och ammande kvinnor. Eftersom det inte finns någon randomiserad kontrollerad studie som utvärderar om 150 µg extra jod/dag verkligen resulterar i UIC nivåer inom den rekommenderade nivån i länder som har tillräckliga jodnivåer i normalbefolkningen utvärderar vi detta i 4 studier.

Studie A

En pilotstudie med spot UIC analys i två lokala retrospektiva kohorter av gravida kvinnor.

Gravida icke rökande kvinnor utan känd thyroidea sjukdom undersöktes under tredje trimestern. Kvinnor med diabetes eller flerbörd exkluderades. Tillgängliga för analys blev 469 kvinnor, 279 från Karlstad som undersöktes 2004 och 190 från Uppsala som undersöktes 2010-12. Spot UIC mättes i sparade urinprover och information om vikt, längd och ålder insamlades.

Studie B

En randomiserad placebo-kontrollerad studie med 150 µg jod/dag till 200 gravida kvinnor.

Thyroideafriska kvinnor rekryteras i första trimester på mödrahälsocenter (MVC) i Skövde. De randomiseras dubbel-blindt till 150 µg jod eller placebo dagligen under resten av graviditeten. Thyroideahormonnivåer, thyreoglobulin och spot UIC mäts i varje trimester och

direkt postpartum. Mjölkkjodkoncentration mäts i den första bröstmjölken och UIC och TSH kontrolleras på den nyfödde. Nittio, matchade friska icke gravida kontroller är också inkluderade och undersöks vid ett tillfälle.

Studie C

En randomiserad placebo-kontrollerad studie med 150 µg jod/dag till 200 ammande kvinnor.

Thyroideafriska kvinnor rekryteras i första trimester på MVC i Mölnlycke och Skövde i slutet av graviditeten. En vecka postpartum randomiseras de till 150 µg jod eller placebo dagligen dubbel-blint. Thyroideahormoner, spot UIC och mjölkkjodkoncentration insamlas vid baseline när barnet är fött och efter 13 och 26 veckor postpartum. Vid samma tillfällen insamlas också UIC från barnen. Denna studie inkluderar 90 matchade friska icke-ammande kontroller från Mölnlycke.

Studie D

En nationell tvärsnittstudie av 750 gravida kvinnor.

En trestegsmodell som tar hänsyn till födelsetätheten används för att slumpmässigt välja ut 25 kommuner där en nationell kohort av 750 gravida kvinnor från 25 MVC tillfrågas om deltagande. På varje MVC tillfrågas 30 konsekutiva kvinnor, 10 st från varje trimester, under september månad 2015. Urin- och blodprov för UIC, thyroideahormoner och thyreoglobulin insamlas och kvinnorna fyller i ett par frågeformulär.

Data från studie A kommer att publiceras under 2015 och last patient visit i studie B blir i maj 2015. Studie C kommer att inkludera patienter ännu under några år, eventuellt kommer vi att inkludera ytterligare ”studiesites”. Studie D är just nu under förberedelse och de 25 MVC kontaktas.

Dessa studier kommer svara på frågan om den gravida populationen i Sverige är att anse ha ett tillräckligt jodintag eller inte. Dessutom får vi svar på om vi har en effektiv behandling av den eventuella jodbristen under graviditet och amning i form av tillskott av 150 µg jod/dygn så att barnens hjärnutveckling inte påverkas negativt.

Således befarar vi att det föreligger jodbrist hos gravida och ammande kvinnor, som lätt skulle kunna behandlas för att slippa kognitiv påverkan. Jod i en multivitamin-tablett är en enkel, billig och effektiv behandling som sannolikt vida överstiger både den kostnad för samhället som kognitiv påverkan och neuropsykiatriska problem innebär och det personliga lidande som det innebär att ha det svårare för sig. Målgruppen är barnen till 110000 gravida kvinnor/år. Om vi kunde förhindra några att drabbas skulle samhällsnyttan vara stor. ■

Referenser

1. Zimmermann MB (2007) The adverse effects of mild-to-moderate iodine deficiency during pregnancy and childhood: a review. *Thyroid* 17, 829-835.
2. Velasco I, Carreira M, Santiago P et al. (2009) Effect of iodine prophylaxis during pregnancy on neurocognitive development of children during the first two years of life. *J Clin Endocrinol Metab* 94, 3234-3241.
3. Zimmermann MB, Connolly K, Bozo M et al. (2006) Iodine supplementation improves cognition in iodine-deficient schoolchildren in Albania: a randomized, controlled, double-blind study. *Am J Clin Nutr* 83, 108-114.
4. Bath SC, Steer CD, Golding J et al. (2013) Effect of inadequate iodine status in UK pregnant women on cognitive outcomes in their children: results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC). *Lancet* 382, 331-337.
5. Hynes KL, Otahal P, Hay I et al. (2013) Mild iodine deficiency during pregnancy is associated with reduced educational outcomes in the offspring: 9-year follow-up of the gestational iodine cohort. *J Clin Endocrinol Metab* 98, 1954-1962.
6. Courtin F, Zroui H, Lamirand A et al. (2005) Thyroid hormone deiodinases in the central and peripheral nervous system. *Thyroid* 15, 931-942.
7. Andersen S, Laurberg P, Wu C et al. (2014) Attention deficit hyperactivity disorder and autism spectrum disorder in children born to mothers with thyroid dysfunction: a Danish nationwide cohort study. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*.
8. Andersson M, Berg G, Eggertsen R et al. (2009) Adequate iodine nutrition in Sweden: A cross-sectional national study of urinary iodine concentration in school-age children. *European Journal of Clinical Nutrition* 63, 828-834.
9. Filipsson Nyström H, Andersson M, Berg G et al. (2010) Thyroid volume in Swedish school children: A national, stratified, population-based survey. *European Journal of Clinical Nutrition* 64, 1289-1295.
10. Becker WJ, L; Sundström, B; Pettersson Grawé, K (2011) Contents of Mineral Elements in Swedish market basket diets. *Journal of Food and Composition and Analysis* 24, 279-287.
11. Lindmark Månsson H (2010) the Swedish Milk composition Svensk Mjöl (Swedish milk)
12. (2012) Swedish nutrition recommendation 2012 (Svenska Näringsrekommendation 2012). Uppsala.

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

Kursledning:	Lovisa Bergengren, Hanna Östling.
Kurstid:	5 - 7 oktober (mån-ons) 2015.
Kursort:	Kvinnokliniken, Örebro Universitetssjukhus
Avsedd för:	ST-läkare med högst 1 års tjänstgöring inom gynekologi – obstetrik. Tjänstgöringsmånader vid kursstart anges i kursansökan.
Program:	Grundläggande kunskap med tonvikt på akuta och/eller vanliga tillstånd inom gynekologi och obstetrik. Patientsäkerhet. Stor vikt läggs vid faldiskussioner och praktiska övningar.
Examination:	Deltagande i praktiska moment och skriftlig examination krävs för godkänd kurs.
Mål:	Efter genomgången kurs ska deltagarna ha god kännedom om i första hand akuta gynekologiska och obstetriska tillstånd som en grund för att förbereda och utveckla lärandet vid självständigt jourarbete.
ST-mål:	Delar av mål 1-3, 6, 11.
Kursavgift:	5000 SEK exklusive moms.
Information och anmälningssformulär:	http://www.regionorebrolan.se/uso/utbildning/abckurs2015
Sista anmälningssdag:	23 augusti 2015. Löpande antagningsbesked. Avanmälan senare än 2 veckor efter antagningsbesked debiteras full kursavgift.
Kontaktperson:	Elisabeth Peippo, Universitetssjukhuset Örebro. E-post: elisabeth.peippo@regionorebrolan.se Tel: 019-602 37 34.

Nya föreskrifter för hälso- och sjukvården om att identifiera våldsutsatthet bland patienter

Våldsutsatthet är vanligt bland kvinnliga patienter. Var femte kvinna i Sverige har under sitt liv varit utsatt för en våldtäkt eller ett våldtäktsförsök. Fjorton procent har utsatts för fysiskt våld eller hot om våld i en parrelation och drygt var femte för psykiskt våld i form av systematiska kränkningar från en partner (1). Svenska studier visar också att 2-3 procent bland gravida lever i ett förhållande där det förekommer våld (2,3) och var sjätte kvinna har erfarenhet av sexuella övergrepp då hon går in i sin graviditet (4).

Ett stort antal studier beskriver att somatisk och psykisk ohälsa är vanligare bland våldsutsatta (1, 5, 6). Nya svenska studier har visat att våldsutsatta män också i högre grad drabbas av ohälsa än de som inte har den erfarenheten, och även hos manliga patienter bör våldsutsatthet beaktas som en bidragande faktor till ohälsa (1,7).

Meningarna har varit delade om det finns indikation för att fråga alla vård sökande kvinnor rutinmässigt om våld. Inom regeringsuppdraget till NCK ”att vidareutveckla metoder för att inkludera frågor om personlig erfarenhet av våld som en del av anamnesen inom hälso- och sjukvården” (Skr 2007/08:39), utfördes en etisk analys av risk och nytta med att fråga alla kvinnor vid besök inom hälso- och sjukvården. Det befanns vara etiskt försvarbart eftersom den utsatta då gavs möjlighet till att tidigt få hjälp till en förbättrad livskvalitet. I analysen framhölls vidare att en fullständig anamnes som grund till den medicinska bedöm-

Anna Berglund, med. dr, utbildningschef, NCK
Åsa Witkowski, verksamhetschef för Kvinnofridsenheten, NCK
Gun Heimer, professor och överläkare, chef för NCK
Birgitta Segeblad, med. dr., mödrahälsovårdsöverläkare, Kvinnosjukvården, Akademiska sjukhuset, Uppsala.
Kontakt Anna Berglund, anna.berglund@nck.uu.se

ningen kan bidra till att antalet felbehandlingar och onödiga undersökningar minimeras samt gör vården mer kostnadseffektiv. Personalens behov av grundläggande kunskaper för att kunna ge ett etiskt bemötande underströks (5).

I oktober 2014 trädde Socialstyrelsens nya föreskrifter, Våld i nära relationer, SOSFS 2014:4 i kraft (8). Föreskrifterna, som riktar sig till socialtjänsten samt hälso- och sjukvården inklusive tandvården, slår fast att om en patient visar tecken till att ha varit utsatt för våld ska vårdpersonal ställa frågor för att kartlägga detta. I föreskrifterna beskrivs också de nödvändiga förutsättningarna för att frågorna ska kunna ställas på ett etiskt sätt, det vill säga att det sker i enskildhet med tillgång till professionell tolk vid behov samt att rutiner för hur man ska hantera svaret ska finnas. I den åtföljande vägledningen från Socialstyrelsen Att våga se, vilja veta och våga fråga (9), som syftar

till att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet, rekommenderas att alla kvinnor som uppsöker mödrahälsovården och alla kvinnor som uppsöker psykiatrin ska tillfrågas samt att våldsutsatthet ska efterfrågas i alla ärenden inom barn- och ungdomspsykiatrin.

Men frågor om erfarenhet av våld har sin plats även bland andra patientgrupper. En studie på ungdomsmottagningar i landet beskriver till exempel en bild av att utsatthet för sexuellt, fysiskt och psykiskt våld vanligt förekommande bland unga (10) och samma bild ses i svenska klassrumsundersökningar (11). ”Dating violence” har belysts alldeles nyligen i en europeisk studie, vars första resultat presenterades i februari 2015 på Brottsoffermyndighetens årliga konferens med anledning av den internationella brottsofferdagen (Carolina Överlien, docent i socialt arbete, Stockholms universitet 2015).

Barnmorskor på barnmorskemottagningarna i Sverige har i ökande grad frågat sina patienter om våldsutsatthet sedan 10 år tillbaka, inte minst sedan ARG-rapporten Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa (2008) rekommenderade rutinfrågor till alla gravida. Sedan flera år följs detta upp i Graviditetsregistret. I registrets årsrapport 2013 rapporterade alla barnmorskemottagningar i landet att de hade skrivna rutiner för att fråga gravida om våldsutsatthet och i medeltal hade 80 procent av de gravida också tillfrågats (12). Utvärderingar av hur kvinnor upplever att bli tillfrågade

om våld (2,14,15,16) visar en stor acceptans bland kvinnorna.

Yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården känner sig ofta osäkra och tycker det är svårt att hitta de rätta formuleringarna. För att komma igång kan det vara lämpligt att använda sig av färdiga frågor men de flesta finner snart egna formuleringar som känns bekväma. Det viktigaste är att frågorna ställs i enskildhet, öppet och att patientens upplevelse inte ifrågasätts. Hälso- och sjukvårdens främsta uppgift är att bedöma och handlägga de symtom patienten söker för. I första hand måste det omedelbara behovet av vård bedömas och för detta behövs en så fullständig anamnes som möjligt. När det är tillgodosett finns det tid att ta reda på vilket stöd den utsatta behöver och vill ha. Ett telefonkort med numret till den nationella hjälplinjen Kvinnofridslinjen uppskattas även av kvinnor som svarat nej på frågan om våld och hjälper till att sprida kunskapen om telefonen. Förslag på frågor om våldsutsatthet finns på NCKs hemsida under fliken "Att ställa frågan om våld". Där ligger också korta utbildningsfilmer som illustrerar hur frågor kan ställas i åtta olika konsul-

tationssituationer. Till filmerna hör även ett utbildningsmaterial (www.nck.uu.se).

I Uppsala läns landsting har frågan om våld systematiskt ställts till gravida sedan slutet på 1990-talet. Ett dynamiskt sökord för våldsutsatthet infördes i det elektroniska journalsystemet Cosmic 2012, efter att ha prövats i ett pilotprojekt på barnmorskemottagningarna. Införande av sökordet pågår nu i många landsting. Sökordet är skyddat från direktåtkomst i det nationella regelverket Inera. Detta innebär att dokumentationen är dold och inte går att läsa hemifrån via Mina vårdkontakter, vilket ökar tryggheten för både patient och personal.

I den nya författningen betonas samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård, så att åtgärderna inte riskerar att motverka varandra. Det finns också krav på att hälso- och sjukvården samverkar internt av samma skäl. Detta gäller när det inte finns risk för överträdelse av sekretessbestämmelser. Kunskap om och förståelse för våldets komplexitet och att det många gånger krävs insatser från flera myndigheter och andra aktörer som idéburna organisationer, är förutsättningen för planering av stöd och insatser. Med

en god samverkan förtydligas de olika rollerna. Fungerande rutiner och handlingsprogram underlättar det dagliga arbetet både på vårdgivar- och verksamhetsnivå.

Att ställa frågor om våld inom hälso- och sjukvården bidrar till en mer komplett sjukhistoria och bättre vård. Samtidigt kan fler utsatta få stöd att förändra sin situation och få en bättre livskvalitet.

Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK vid Uppsala universitet och Akademiska Sjukhuset är ett nationellt kunskaps- och resurscentrum för frågor om mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer.

NCK arbetar på uppdrag av regeringen. På NCKs webbaserade kunskapsbank finns rapporter och ämnesguider rörande ämnesområdet, tillsammans med lästips, information om forskare och en söktjänst www.nck.uu.se

NCK driver Kvinnofridslinjen, den nationella stödlinjen för kvinnor som utsatts för hot, våld, och sexuella övergrepp. Även yrkesverksamma samt vänner och anhöriga till utsatta kan ringa. Kvinnofridslinjen är öppen dygnet runt,

Referenser

- Nationellt centrum för kvinnofrid. Våld och hälsa en befolkningsundersökning om våldsutsatthet samt kopplingar till hälsa. NCK-rapport 2014:1. Uppsala: Uppsala universitet; 2014. www.nck.uu.se/kunskapsbanken
- Stenson K, Heimer G, Lundh C, Nordström M-L et al. The prevalence of violence investigated in a pregnant population in Sweden. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2001; 22:189-197.
- Rådestad I, Rubertsson C, Ebeling M, Hildingsson I. What factors in early pregnancy indicate that the mother will be hit by her partner during the year after childbirth? A nationwide Swedish survey. *Birth.* 2004; Jun 31(2):84-92.
- Lukasse M, Schroll AM, Ryding EL, Campbell J et al. Prevalence of emotional, physical and sexual abuse among pregnant women in six European countries. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2014; 93: 669-677. DOI:10.1111/aogs.12392
- Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet. Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen. NCK-rapport 2010:4. Uppsala: Uppsala universitet; 2010. Tillgänglig via Kunskapsbanken www.nck.uu.se
- Studier av våldsutsatthet internationellt och i Sverige- en översikt. Uppsala universitet; 2013. www.nck.uu.se/kunskapsbanken
- Simmons J.(2015). Toward an integrated approach in research on interpersonal violence: Conceptual and methodological challenges. (doktorsavhandling, Linköping University, Gender and Medicine, Department of Clinical and Experimental Medicine, Faculty of health sciences).
- Socialstyrelsen. SOSFS 2014:4, Våld i nära relationer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-5-7
- Socialstyrelsen. Att vilja, att vilja veta och våga fråga- vägledning för att öka förutsättningarna för att identifiera våldsutsatthet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. www.socialstyrelsen.se/publikationer2014-10-30

Danielsson I, Blom H, Nilsen C, Heimer G, Högberg, U. Gendered patterns of high violence exposure among Swedish youth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009. (88)5, 528-535. DOI: 10.1080/00016340902846056

Priebe G, Svedin C. Prevalence, Characteristics, and Associations of Sexual Abuse in a Population-Based Sample of Swedish Adolescents. *J Child Sex Abus.* 2009 Jan-Feb;18(1):19-39

Graviditetsregistret
www.medsinet.com/GR/app/Uploads/hemsida/GR_Årsrapport-2013_2014_1113.pdf

Socialstyrelsen (2002). Tack för att ni frågar. Rapport om ett projekt angående screening för våldsutsatthet på barnmorskemottagningar och ungdomsmottagningar. Stockholm: Socialstyrelsen. Från www.nck.uu.se/kunskapsbanken

Stenson K, Saarinen H, Heimer G. Women's attitudes to being asked about experiences of violence. *Midwifery.* 2001 (17)1, 2-10.

Wendt EK, Lidell EA, Westerståhl AK, Marklund BR, Hildingh CI. Young women's perceptions of being asked questions about sexuality and sexual abuse: a content analysis. *Midwifery* 2011; 27: 250-256

European Agency for Fundamental Rights (2014). Violence against women: an EU-wide survey. Luxembourg: Publication Office of the European Union 2014.



020-50 50 50
Kvinnofridslinjen

Biologiska markörer för fertilitet

Bakgrund

Omkring 15% av alla par i fertil ålder drabbas av ofrivillig barnlöshet, vilket motsvarar globalt cirka 60 - 80 miljoner par (12). Orsaken till varför vissa par inte blir spontant gravida är oklar hos cirka 22% av par som utreds (3), vilket indikerar att nuvarande diagnostiska undersökningar kanske är för trubbiga. Vidare får drygt 30% av alla par inte barn efter tre in vitro fertilisering (IVF) försök (7). IVF är ekonomiskt kostsamt för samhället/paret och emotionellt kostsamt för paret varför det är viktigt att kunna ge varje par bästa möjliga prognos för chansen att lyckas med IVF.

Det finns många olika biologiska processer som är viktiga för att reglera den kvinnliga fertiliteten, till exempel blodkärlsnybildning, immunologiska processer och programmerad celledöd. Mikromiljön i kvinnans genitalier är viktig för oocyt, embryo och fosterutveckling och är således avgörande för normal graviditetsutveckling. För att öka den generella förståelsen av reproduktion samt för att upptäcka bättre diagnostiska verktyg och behandlingsmetoder, fokuseras nuvarande forskning på att studera skillnader mellan infertila och fertila grupper i bland annat gen- och proteinuttryck. Inom genetiken kan skillnader i nukleotidsekvensen inom en gen, så kallad "singel nukleotid polymorfism" (SNP) studeras och kopplas till biologisk betydelse. Polymorfier ibland annat FSH- och östrogenreceptorn har visats vara associerad med barnlöshet, gonadotropin känslighet, antal oocyter samt graviditetsutfall vid IVF (1). Det har föreslagits att vetskap om parets genotyp skulle kunna användas för att optimera rådgivning, förbättra behandlingsprotokoll, minimera risker och förbättra resultat.

Sarah Nordqvist, MD, PhD
Inst. för kvinnors och barns hälsa,
Uppsala universitet samt Carl von Linnékliniken, Uppsala

Histidinrikt glykoprotein (HRG) är ett plasmaprotein som reglerar ett flertal biologiska system, till exempel angiogenes, immunsystemet, koagulation/fibrinolys och programmerad celledöd genom att bilda komplex med olika ligander (9). Det har studerats tidigare, bland annat HRGs inverkan på trombosrisk (10) och tumörer (6,8). I denna avhandling studeras sambandet mellan HRG och kvinnans fertilitet.

Src homology 2 domain-containing adaptor protein B (SHB) är ett intracellulärt adaptorprotein. Vid receptoraktivering bildar den signaleringskomplex som ger olika effekter beroende på vilka substanser som ingår i komplexen. SHB reglerar många biologiska processer till exempel angiogenes, immunsystemet, cellproliferation och apoptos (2). SHB-knockout möss har ändrad oocyt/follikel mognadsprocess (4). SHB är även associerat med mus-, embryo- och fostermissbildingar (5). SHB har inte studerats tidigare inom human fertilitet.

Syfte

Huvudsyfte med avhandlingen var att studera om HRG och SHB påverkar kvinnlig fertilitet genom att undersöka:

- 1) Förekomst och uttryck av HRG i kvinnliga genitalia, placenta och embryo;
- 2) Om HRG C633T SNP är associerat med graviditetsresultat och andra variabler kopplade till IVF-resultat
- 3) Samband mellan olika SHB SNP och variabler kopplade till IVF-resultat.



Metoder och Resultat

I det första delarbetet studerades HRG förekomst samt genuttryck i biopsier från kvinnlig inre genitalia samt i embryon. HRG detekterades med Western blot i follikelvätska. Med immunhistokemisk analys fann man att HRG förekommer i äggledarna, endometriet, myometriet och placenta. Genom att använda real-time PCR fann man att inga av dessa vävnader uttryckte HRG. Förmodligen kommer HRG via plasma i dessa vävnader. HRG detekterades också i varierande omfattning i embryots cellkärna beroende på utvecklingsstadium. Genuttryck av HRG har tidigare hittats i levern men detta arbete visade med real-time PCR att även det tidiga embryot syntetiserade HRG mRNA. Vidare analys av mediet som embryot odlats i visade med ELISA dessutom att HRG utsöndrades ut i odlingsmediet.

I det andra delarbetet undersöktes koppling mellan en specifik SNP i HRG,

Ny avhandling

HRG C633T, och graviditetsresultat vid IVF. Follikelvätska från 24 kvinnor, med olika orsaker till infertilitet, som genomgick IVF undersöktes med Western blot och de olika polymorfierna studerades på proteinnivå. En association upptäcktes mellan de olika HRG C633T genotyperna och graviditetsutfall. Homozygoter för HRG C633 hade högst graviditetsfrekvens (88,9%), de heterozygota intermediär frekvens (11,1%) och bland de som var homozygota för HRG 633T blev i detta material inte någon gravid. För att verifiera fynden, inkluderades ytterligare en grupp kvinnor (n = 34) med oförklarad infertilitet. Genotypning för HRG

C633T SNP bekräftade att den homozygota formen HRG C633 är kopplad till en betydligt högre graviditetsfrekvens vid IVF än övriga genotyper (76,5%). Även i denna kohort fanns det inga graviditeter bland de som var homozygota för HRG 633T.

Olika parametrar är kopplat till graviditetschans i IVF (11). I den tredje delarbeten studerades kopplingen mellan HRG C633T SNP och olika variabler associerat till IVF-resultat. En större grupp kvinnor (n = 155) som genomgick IVF rekryterades. De hade varierande infertilitetsorsak. Medicinska bakgrundsfaktorer, behandlingsprotokoll, IVF-

parametrar samt graviditetsutfall sammanställdes. Alla genotypades för HRG C633T. En subgruppsanalys av kvinnorna med oförklarad infertilitet (n = 67) visade att de som var homozygota för HRG 633T fick färre oocyter trots högre gonadotropindoser under IVF-behandlingen (Tabell 1). Det fanns inga bakgrundsfaktorer såsom ålder, rökning, antralfolliklar, antimüllarianhormonivåer med mera som skulle kunna förklara skillnaderna. Det fanns även en tendens för samma grupp till en större risk för att embryokvaliteten skulle vara för dålig för embryoöverföring till livmodern.

Tabell 1. Association mellan IVF variabler och HRG C633T SNP

	C633 39 (58,2)	C633T 23 (34,3)	633T 5 (7,5)
FSH/hMG (IU/L) ^a	1875	1650	3150
Oocyter ^a	8	8	5
Mogna oocyter ^a	8	7	4
Befruktade oocyter ^a	6	5	2
Inget ET n (%) ^b	2 (5,1)	4 (17,4)	2 (40,0)

Data avser medianvärden. Inget ET avser andel kvinnor för vilka ingen återföring gjordes på grund av för dålig embryokvalitet.

^ap < 0,05 ^bp = 0,08.

Tabell 2. Association mellan bakgrundsvariabler, IVF-variabler och SHB SNP

	SNP	1/1	1/2	2/2	p-värde
BMI-Fertil (kg/m ²)	132	23,4	24,3	27,8	0,05
BMI-Infert (kg/m ²)	787	22,7	23,4	22,0	<0.05
FSH (IU/L)	132	1575	1750	1500	<0.05
	787	1875	1687	1500	<0.05
Omogna (%)	787	0,0	12,5	0,0	<0.05
Befruktade	202	5,5	4,0	2,0	<0.05
	132	5,0	4,0	1,0	<0.05
GKE (%)	132	25,0	33,3	8,3	<0.05
ET d 2 - 3 n (%)	787	33 (80,5)	53 (94,6)	23	<0.05
ET d 4 - 5 n (%)	787	8 (19,5)	3 (5,4)	0	

Data avser medianvärden om inte annat anges. BMI-Fertil = BMI kontroll grupp (fertila); BMI-Infert = BMI infertil grupp; FSH = total gonadotropin dos; Omogna = antal omogna ägg/total antal oocyter; Befruktade = total antal befruktade; GKE = antal god kvalitet embryon/total antal oocyter; ET d 2 - 3 = embryoåterföring (ET) dag 2 eller 3; ET d 4 - 5 = ET dag 4 eller 5; 1/1 = homozygous för major allel; 1/2 = heterozygous; 2/2 = homozygous för minor allel. 202 = rs2025439; 132 = rs13298451; 787 = rs78730102.

I det fjärde delarbetet användes DNA från samma infertila studiepopulation som i föregående delarbete, men här inkluderades även en kontrollgrupp bestående av normalt fertila gravida kvinnor. Följande SHB SNPs analyserades: rs2025439 (n = 140 IVF; n = 97 kontroller), rs13298451 (n = 140 IVF; n = 98 kontroller) and rs7873102 (n = 139 IVF; n = 98 kontroller). Prevalensen mellan polymorfierna skilde sig inte mellan infertila och kontroller. BMI, gonadotropindoser, andel omogna oocyter, antal befruktade oocyter, andel embryo av god kvalitet samt dag för embryoåterföring skilde sig mellan genotyper (Tabell 2).

Slutsats och implikationer

Sammanfattningsvis visar delstudierna att HRG och SHB förefaller vara två proteiner som kan ha betydelse för reglering av reproduktion och kvinnlig fertilitet. Större studier behövs för att verifiera fynden. Vidare studier av hur dessa proteiner påverkar manlig infertilitet och olika subgrupper med barnlöshet till exempel låg- eller hög-"responders" behövs. Förhoppningsvis kommer resultaten att bidra till ökad förståelse av viktiga mekanismer som påverkar fertilitet och chansen att lyckas vid IVF. Kunskap om parets genotyp skulle kunna användas för att optimera diagnossättning, rådgivning,

stimulationsprotokoll och resultat. Risken för ovarial överstimuleringsyndrom (OHSS) eller avbrutna behandlingar skulle minska. Fortsatta studier av dessa proteiner och genvarianter skulle möjliggöra prediktionsmodeller för sannolikheten att lyckas vid assisterad befruktning. Det skulle också öka optimering av behandling vid infertilitet, vilket skulle kunna bli till stor nytta och glädje för infertila par. ■

Huvudhandledare:

Professor Helena Åkerud

Biträdande handledare:

Prefekt Agneta Skoog Svanberg

Docent Anneli Stavreus-Evers

Karin Kårehed, MD, PhD

Samtliga vid Inst. för kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet

Ingående arbeten

- I: Nordqvist, S., Kårehed, K., Hambiliki, F., Wånggren, K., Stavreus-Evers, A., Åkerud, H. (2010) The presence of histidine-rich glycoprotein in the female reproductive tract and in embryos. *Reprod Sci*, 17:941-947.
- II: Nordqvist, S., Kårehed, K., Stavreus-Evers, A., Åkerud, H. (2011) Histidine-rich glycoprotein polymorphism and pregnancy outcome: a pilot study. *Reprod Biomed Online*, 23:213-219.
- III: Nordqvist, S., Kårehed, K., Skoog Svanberg, A., Menezes, J., Åkerud, H. (2015) Ovarian response is affected by a specific Histidine-rich glycoprotein polymorphism – a preliminary study. *Reprod Biomed Online*, 30(1):74-8.
- IV: Nordqvist, S., Åkerud, H., Kårehed, K. (2014) The effect of SHB gene polymorphisms on ovarian response and oocyte maturation in IVF. Submitted.

Referenser

- ALTMAE, S., HOVATTA, O., STAVREUS-EVERS, A. & SALUMETS, A. 2011. Genetic predictors of controlled ovarian hyperstimulation: where do we stand today? *Hum Reprod Update*, 17, 813-28.
- ANNEREN, C., LINDHOLM, C. K., KRIZ, V. & WELSH, M. 2003. The FRK/RAK-SHB signaling cascade: a versatile signal-transduction pathway that regulates cell survival, differentiation and proliferation. *Curr Mol Med*, 3, 313-24.
- BRANDES, M., HAMILTON, C. J., DE BRUIN, J. P., NELEN, W. L. & KREMER, J. A. 2010. The relative contribution of IVF to the total ongoing pregnancy rate in a subfertile cohort. *Hum Reprod*, 25, 118-26.
- CALOUNOVA, G., LIVERA, G., ZHANG, X. Q., LIU, K., GOSDEN, R. G. & WELSH, M. 2010. The Src homology 2 domain-containing adapter protein B (SHB) regulates mouse oocyte maturation. *PLoS One*, 5, e11155.
- KRIZ, V., MARES, J., WENTZEL, P., FUNA, N. S., CALOUNOVA, G., ZHANG, X. Q., FORSBERG-NILSSON, K., FORSBERG, M. & WELSH, M. 2007. Shb null allele is inherited with a transmission ratio distortion and causes reduced viability in utero. *Dev Dyn*, 236, 2485-92.
- MATBOLI, M., EIISA, S. & SAID, H. 2014. Evaluation of histidine-rich glycoprotein tissue RNA and serum protein as novel markers for breast cancer. *Med Oncol*, 31, 897.
- OLIVIOUS, K., FRIDEN, B., LUNDIN, K. & BERGH, C. 2002. Cumulative probability of live birth after three in vitro fertilization/ intracytoplasmic sperm injection cycles. *Fertil Steril*, 77, 505-10.
- OLSSON, A. K., LARSSON, H., DIXELIUS, J., JOHANSSON, I., LEE, C., OELIG, C., BJORK, I. & CLAESSESSON-WELSH, L. 2004. A fragment of histidine-rich glycoprotein is a potent inhibitor of tumor vascularization. *Cancer Res*, 64, 599-605.
- POON, I. K., PATEL, K. K., DAVIS, D. S., PARISH, C. R. & HULETT, M. D. 2011. Histidine-rich glycoprotein: the Swiss Army knife of mammalian plasma. *Blood*, 117, 2093-101.
- SHIGEKIYO, T., KANAZUKA, M., AZUMA, H., OHSHIMA, T., KUSAKA, K. & SAITO, S. 1995. Congenital deficiency of histidine-rich glycoprotein: failure to identify abnormalities in routine laboratory assays of hemostatic function, immunologic function, and trace elements. *J Lab Clin Med*, 125, 719-23.
- VAN LOENDERSLOOT, L. L., VAN WELY, M., LIMPENS, J., BOSSUYT, P. M., REPPING, S. & VAN DER VEEN, F. 2010. Predictive factors in in vitro fertilization (IVF): a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*, 16, 577-89.
- WORKSHOP, T. E. C. 1996. Infertility revisited: the state of the art today and tomorrow. The ESHRE Capri Workshop. European Society for Human Reproduction and Embryology. *Hum Reprod*, 11, 1779-807.

Lactate as an early marker of intrapartum fetal hypoxia

Bakgrund

Kardiotografi (CTG) är förutom intermittent auskultation en grundläggande metod för intrapartal fosterövervakning. Ett normalt CTG-mönster är ett betryggande tecken på ett väl syresatt foster, men många välmående foster uppvisar CTG-förändringar någon period under förlossningen. CTG har således hög sensitivitet, men låg specificitet med många falskt positiva test, och medför ökad frekvens kejsarsnitt jämfört med intermittent auskultation¹.

Skalpblodprovstagning med pH-mätning utvecklades under samma tidsperiod som CTG². pH-värdet sjunker både vid respiratorisk acidosis, vilket inte innebär någon risk för fostret³, och vid metabol acidosis orsakat av anaerob metabolism. Laktat är slutprodukt vid anaerob metabolism och under 80- och 90-talen utvecklades metoden att analysera den fetala laktatkoncentrationen intrapartal^{4,5}. Laktatmätning vid skalpblodprov är i randomiserade studier jämförbar med pH analys gällande neonatal utfall och sectiofrekvens, men har fördelen att mindre blod krävs vilket medför enklare provtagning, kortare tid till provsvar och lägre misslyckandefrekvens^{6,7}.

Laktatanalys vid skalpblodprov används på de flesta förlossningskliniker i Sverige⁸. Eftersom riktlinjer för CTG-tolkning till del är expertutlåtanden och konsensusdokument, kan inte heller riktlinjer för skalpblodprovtagning anses vara tillförlitliga evidensbaserade⁹⁻¹⁴.

Flera CTG-mönster, såsom långvarig nedsatt variabilitet utan andra avvikelser, frånvaro av accelerationer eller okomplicerade variabla decelerationer med stor slagförlust, är av osäker patofysiologisk betydelse för fostret, men leder ofta till oro hos barnmorskor och läkare. Tidigare studier avseende sambandet mellan

Malin Holzmänn, MD, PhD,
Institutionen för Kvinnors och Barns
Hälsa, Enheten för Obstetrik och
Gynekologi, Karolinska Institutet
Huvudhandledare: Professor Lennart
Nordström, Institutionen för
Kvinnors och Barns Hälsa, Enheten
för Obstetrik och Gynekologi,
Karolinska Institutet
Bihandledare: Professor Sven
Cnattingius, Institutionen för
Medicin, Enheten för Klinisk
Epidemiologi, Karolinska Institutet



CTG-mönster och fosterpåverkan har små studiepopulationer, flera utfördes när CTG-metoden var nyintroducerad, med inaktuella definitioner av CTG-parametrar. Utfallsmåtten var i flera studier skalp-pH, vilket inte skiljer på metabol och respiratorisk acidosis¹⁵⁻¹⁸. Vissa studier har undersökt sambandet mellan CTG-mönster och syrabasstatus i umbilikalartär, vilket påverkas av förlossnings-sätt och tidsintervall^{19,20}. Andra studier har undersökt sambandet mellan CTG, neonatala kramper och cerebral pares^{21,22}, men intrapartal hypoxi utgör bara en mindre del av många orsaker till cerebral pares²³.

Tillväxthämmade foster har mindre glykogendepåer än normalstora foster och är därför sämre rustade att klara den påfrestning som förlossning innebär. Laktat bildas specifikt vid glykolys, och laktatproduktionen skulle hypotetiskt kunna vara begränsad vid hypoxiutveckling hos tillväxthämmade foster. Skalpbloodprov med laktatanalys är inte studerat med fokus på tillväxthämmade foster.

Ibland uppstår måttliga CTG-förändringar tidigt i förlossningsförloppet och i vissa fall föreligger ett utdraget förlossningsförlopp med måttliga CTG-avvikel-

ser som inte är så allvarliga att de föranleder beslut om omedelbar förlossning. Det finns inga klara riktlinjer för upprepade skalpblodprovstagning vid dessa situationer och huruvida det finns en övre gräns för antal prover under förlossning som är säkert ur fostrets och lämpligt ur den födande kvinnans synpunkt. En tidigare observationsstudie visade en ökad frekvens av neonatalvård efter förlossning med tre eller fler skalpblodprover²⁴.

Avhandlingsarbetets målsättning var att öka kunskapen om fetal laktatkoncentration och dess betydelse vid intrapartal fosterhypoxi samt skapa evidensbas för kliniska riktlinjer avseende skalpblodprovstagning. Delsyften var; att i studie I undersöka neonatal morbiditet efter uttalad fetal acidemi vid skalpblodprov, att i studie II jämföra tillväxthämmade fosters laktatstegring och neonatal utfall med normalstora foster, att i studie III analysera sambandet mellan olika CTG-avvikelser och laktatstegring vid skalpblodprov, att i studie IV studera om förlossning med upprepade skalpblodprover är associerat med ökad förekomst av fetal acidemi, sectio-förlossning och sämre neonatal utfall än enstaka skalpblodprov.

Metod

Avhandlingsarbetet är baserat på två kohorter kvinnor där samtliga genomgick skalpblodprov under förlossning på grund av CTG-förändringar. I studie I användes populationen i en tidigare randomiserad studie (RCT) där 2992 kvinnor lottades till analys av pH eller laktat. 7 I studie II ingick de 1496 kvinnor ur RCT:n som lottats till laktatanalys. Studie III och IV analyserade samtliga 1070 konsekutiva förlossningar med skalpblodprov under 2 år på Karolinska Universitetssjukhuset Solna. I studie I definierades allvarlig intrapartal fostercidemi som värden över den 95:e percentilen i laktat-analysgruppen respektive värden under den 5:e percentilen i pH-analysgruppen vilket motsvarade laktat > 6.6 mmol/l och pH < 7.17. I studie II delades fostren in utifrån födelsevikt i grupperna liten/normal/stor för graviditetens längden (SGA/ AGA/ LGA) och SGA användes som ersättningsmått för tillväxthämning. Grupperna jämfördes avseen-

de laktatkoncentration i skalpblod samt neonatalt korttidsutfall. I studie III tolkades CTG blindat för laktatkoncentrationen vid skalpblodprovstagningen och CTG-mönstren analyserades i förhållande till stegrad laktatkoncentration. I studie IV analyserades förlossningssätt och neonatalt utfall i relation till antal skalpblodprover under förlossning, 1-2 jämfört med ≥ 3.

Resultat

Studie I

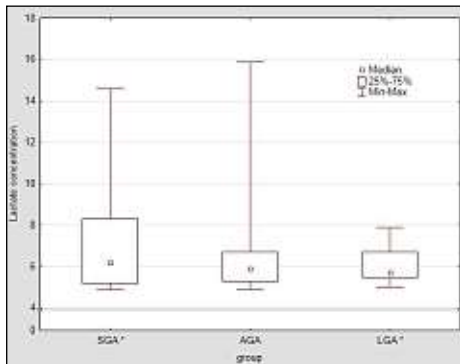
154 foster hade laktatkoncentration > 6.6 mmol/L respektive pH < 7.17 i skalpblodprov och barnutfallet i denna högriskgrupp visade på en låg risk för allvarlig neonatal morbiditet (Tabell 1). Det förelåg ingen skillnad mellan barnen där pH analyserats och barnen där laktat analyserats, men tiden från skalpblodprov till förlossning var kortare i gruppen med pH-analys. Fler blev vaginalförlösta i gruppen med pH-analys vilket sannolikt är förklaringen till tidsskillnaden. Det

lika goda utfallet för barnen i båda grupperna trots tidsskillnaden till förlossning kan tolkas som att laktat är en tidigare markör än pH för begynnande hypoxi.

Studie II

SGA-fostren hade något högre laktatmedelvärde än AGA-fostren, och detta kan tolkas som uttryck för kronisk lågradig syrebrist. Det förelåg ingen skillnad mellan viktgrupperna vad gäller andel foster med förhöjd laktatkoncentration. Vid analys av fostren med laktat > 4,8 mmol/l, sågs att SGA-fostren ökade sin laktatproduktion i samma grad som AGA-fostren (Figur 1). Vid analys av SGA-gruppens laktatnivåer fanns en svag men signifikant negativ korrelation mellan fosterstorlek och laktatkoncentration, som visade att ju mindre foster desto högre laktatnivåer. Detta ger stöd för att även fostren med störst viktavvikelse kan svara med adekvat laktatproduktion vid syrebrist. Det fanns inga skillnader i neonatalt utfall mellan viktgrupperna (Tabell 2).

Figur 1.



Tabell 1.

Neonatalt utfall hos 154 barn med uttalad intrapartal acidemi.

	Skalp-laktat >6.6 mmol/l N=85 (%)	Skalp pH < 7.17 N=69 (%)	p-värde
UA-pH <7.00	8 (9.4)	4 (5.8)	0.41
UA-pH <7.10	14 (16.5)	20 (29.0)	0.06
Apgar < 7 vid 1 min	28 (32.9)	31 (44.9)	0.13
Apgar < 7 vid 5 min	9 (10.6)	7 (10.1)	0.93
Apgar < 4 vid 5 min	3 (3.5)	3 (4.3)	0.79
Inläggning neonatalavd.	25 (29.4)	18 (26.1)	0.65
HIE	2 (2.4)	2 (2.9)	0.83
MAS	1 (1.2)	0 (0.0)	0.37

UA-pH = umbilikalartär-pH
HIE = hypoxisk ischemisk encefalopati
MAS = mekoniumaspirationssyndrom

Tabell 2.

Neonatalt utfall i olika födelsevikt-grupper

	SGA	AGA1	LGA	p-värden ²	
Totalt antal ³	72 n (%)	1237 n (%)	45 n (%)	SGA vs AGA	LGA vs AGA
UA-pH < 7.10	4 (6.2)	106 (9.2)	3 (7.0)	0.40	0.62
UA-pH < 7.0	0	20 (1.7)	0	0.28	0.38
metabol acidemi	1 (1.5)	41 (3.6)	0	0.38	0.21
Apgar < 7 vid 5 min	1 (1.4)	40 (3.2)	1 (2.3)	0.380.7	
N med skalp laktat > 4.8⁴	19 n (%)	247 n (%)	8 n (%)	p-värden ⁵ SGA vs AGA LGA vs AGA	
UA-pH<7.10	2 (10.6)	35 (15.2)	2 (25)	0.44	0.36
UA-pH<7.0	0	10 (4.3)	0	0.45	0.71
metabol acidemi	1 (5.3)	18 (7.8)	0	0.57	0.53
Apgar < 7 vid 5 min	1 (5.3)	21 (9.1)	1 (12.5)	0.52	0.52

AGA=appropriate for gestational age, LGA=large for gestational age,
SGA=small for gestational age, UA-pH=umbilikalartär-pH,
metabol acidemi= UA-pH<7.05 samt base deficit > 12 mmol/L

1 referensgrupp

2 X2-test

3 antal med komplett syra-bas-status i viktgrupperna var 65, 1149 resp. 43

4 antal med komplett syra-bas-status i viktgrupperna var 19, 231 resp. 8

5 Fishers exact test

Studie III

Ett CTG-mönster med nedsatt variabilitet som enda avvikelse var inte associerat med högre median-laktatkoncentration eller ökad förekomst av laktatkoncentration > 4,8 mmol/L jämfört med ett CTG-mönster med normal basalfrekvens och normal variabilitet. Långvarig frånvaro av accelerationer gav inte heller ökad frekvens laktatkoncentration > 4,8 mmol/L vid skalpblodprov. Variabla komplicerade och uniforma sena decelerationer orsakade, trots olika patofysiologiskt ursprung, lika stora andelar av laktatkoncentration > 4,8 mmol/L. Foster med takykardi i kombination med variabla komplicerade eller uniforma sena decelerationer hade det högsta medelvärdet på laktatkoncentrationen, och den högsta andelen av värden > 4,8 mmol/L (Tabell 3).

Studie IV

I gruppen med ≥ 3 skalpblodprover under förlossning var median-laktatkoncentrationen vid sista skalpblodprovstagning under förlossning högre än i gruppen med enstaka prov och andelen med laktatkoncentration > 4,8 mmol/L var också högre. Dock var det ingen skillnad mellan grupperna vad gäller andel barn med låga Apgar-poäng, umbilikalartär-pH <

7.00, inläggning på neonatalvårdsavdelning eller hypoxisk ischemisk encephalopati (Tabell 4). Vad gäller den födan- de kvinnan var kejsarsnittsfrekvensen nästan fördubblad (4% jämfört med 23%) bland de förlossningar där CTG-förändringar orsakat ≥ 3 skalpblodprovstagningar jämfört med förlossningar med enstaka provtagning. Oddsquoten kontrollerades för flertal möjliga confounders såsom maternell ålder > 35 år, tidigare kejsarsnitt och överburenhet men påverkades endast marginellt (Tabell 5). Det ska poängteras att även i gruppen med upprepad skalpblodprovstagning födde majoriteten (58%) vaginalt, och 1/3 av dessa spontant.

Slutsatser

En förhöjd laktatkoncentration hos fostret är en tidig markör för hypoxiutveckling, vilket möjliggör att förlösa barnet innan syrebristrelaterad skada sker. Även hos foster med de allra högsta nivåerna av laktat i blodet är risken för hypoxirelaterad neonatal komplikation låg när adekvata åtgärder vidtas.

Skalpblodprov med laktatanalys är en tillförlitlig övervakningsmetod även för misstänkt eller känt tillväxthämmade foster som genomgår vaginalförlossning.

Flera vanliga CTG-avvikelser som ofta

ger anledning till skalpblodprovstagning, är sällan förenade med hypoxiutveckling. Foster med isolerad nedsatt variabilitet och/eller långvarig frånvaro av accelerationer under förlossning behöver inte övervakas med upprepade skalpblodprover under förlossningen om enstaka prov har utslutit pågående hypoxiutveckling. De två allvarliga typerna av decelerationer; variabla komplicerade och uniforma sena, vilka har olika orsaker, har samma konsekvenser i fråga om laktatproduktion hos fostret. Detta kan minska variationen mellan olika CTG-tolkare i fråga om beslut om att ta skalpblodprov eller att avsluta förlossningen aktivt.

I förlossningar där måttliga CTG-avvikelser uppträder tidigt och/eller är persisterande kan upprepad skalpblodprovstagning ses som en tillämplig och säker kompletterande övervakningsmetod. Barn födda i förlossningar med 3 eller fler skalpblodprover har inte ökad frekvens neonatala komplikationer jämfört med barn efter förlossningar med 1-2 prov. Däremot är sectio-frekvensen fördubblad när CTG-förändringar har lett till ≥ 3 prover jämfört med 1-2 prover. Dock föder majoriteten av kvinnorna vaginalt även när CTG-förändringar orsakat upprepad skalpblodprovstagning.

Tabell 4.

Neonatalt utfall och förlossningssätt i grupper med 1-2 resp. ≥ 3 skalpblodprover.

	1-2 FBS N (%)	≥ 3 FBS N (%)	P-värde ^a
Apgar < 7 vid 5 min ^b	9/794 (1.1)	6/272 (2.2)	0.19
UA-pH < 7.0 ^c	7/618 (1.1)	2/234 (0.9)	0.72
UA-pH < 7.10 ^c	34/618 (5.5)	7/234 (3.0)	0.12
Metabol acidemi ^c	11/616 (1.8)	3/234 (1.3)	0.61
Mekonium aspiration	5/795 (0.6)	0/275 (0.0)	0.19
HIE	0/795 (0.0)	1/275 (0.4)	0.09
Inläggning neonatalavd.	42/795 (4.3)	17/275 (6.2)	0.57
Spontan vaginal förlossning	366/795 (46.0)	52/275 (18.9)	<0.001
Instrumentell vaginal förlossning	244/795 (30.7)	108/275 (39.3)	0.009
Kejsarsnittsförlossning	185/795 (23.3)	115/275 (41.8)	<0.001

FBS=fetal blood sampling (skalpblodprov), HIE=hypoxisk ischemisk encephalopati, metabol acidemi = umbilikalartär-pH<7.05 samt basic deficit_{blod} > 12, UA=umbilikalartär

a p beräknat med χ^2 test

b 4 fall utan noterade Apgar poäng

c 218 fall med inga eller inkompleta värden på syrabas-status i umbilikalartär

Tabell 3.

Proportioner fetal acidemi vid första skalpblodprovet.

CTG-mönster	Totalt antal (%)	Antal med laktat >4.8 mmol/L	% (95% CI)	P-värde ^a
Normal basalfrekvens och variabilitet	242 (22.6)	6	2.5 (0.1-4.5)	
Nedsatt variabilitet	154 (14.4)	4	2.6 (0.1-5.1)	1.0
Upphävd variabilitet	32 (3.0)	4	12.5 (0.4-24.6)	0.020
Ökad variabilitet (saltatoriskt)	10 (0.9)	2	20.0 (0.0-50.2)	0.035
Bradykardi-episod	46 (4.3)	10	21.7 (9.4-34.1)	<0.001
Takykardi	124 (11.6)	10	8.1 (3.2-12.9)	0.027
Takykardi + nedsatt variabilitet	149 (13.9)	9	6.0 (2.2-9.9)	0.102
Variabla komplicerade decelerationer	127 (11.9)	18	14.2 (8.0-20.3)	<0.001
Uniforma sena decelerationer	58 (5.4)	8	13.8 (4.6-22.9)	0.001
Variabla komplicerade decelerationer + nedsatt variabilitet	28 (2.6)	4	14.3 (0.5-28.1)	0.013

Tabell 5.

Ojusterad och justerad oddskvot för sectio.

		N	Sectio frekvens (%)	Ojust. OR	95% CI	Just. OR ^a	95% CI
Maternell ålder	≤24	137	23.4	0.79	0.52-1.2 2	0.82	0.53-1.7 2
	25 – 35	725	27.7	Ref		Ref	
	≥36	208	32.2	1.24	0.89-1.7 3	1.20	0.87-1.7 2
Paritet och tidigare sectio	Multiparitet utan tidigare sectio ¹⁸⁹	20.1	Ref		Ref		
	Nulliparitet	772	29.0	1.62	1.10-2.3 9	1.61	1.07-2.4 2
	Multiparitet med tidigare sectio	109	34.9	2.13	1.25-3.6 2	1.97	1.14-3.4 1
Graviditets längd	<37v	36	27.8	1.13	0.53-2.3 9	1.12	0.52-2.4 1
	37-41 v	724	25.4	Ref		Ref	
	>41 v	310	34.2	1.52	1.14-2.0 3	1.30	0.96-1.7 6
Förlossnings start	Spontan	690	23.8	Ref			
	Induktion	380	35.8	1.79	1.36-2.3 5	1.60	1.19-2.1 3
Oxytocin stimulering	Nej	301	21.3	Ref			

Delarbeten i avhandlingen:

Holzmann M, Cnattingius S, Nordstrom L. Outcome of severe intrapartum acidemia diagnosed with fetal scalp blood sampling. *J Perinat Med.* 2011 Sep;39(5):545-6

Holzmann M, Cnattingius S, Nordström L. Lactate production as a response to intrapartum hypoxia in the growth restricted fetus. *BJOG.* 2012 Sep;119(10):1265-9

Holzmann M, Wretler S, Cnattingius S, Nordström L. Cardiotocography patterns and risk of intrapartum fetal acidemia. *J Perinat Med.* 2014 Jun 10. pii: /j/jpme.ahead-of-print/jpm-2014-0105/jpm-2014-0105.xml. doi: 10.1515/jpm-2014-0105. [Epub ahead of print]

Holzmann M, Wretler S, Cnattingius S, Nordström L. Neonatal outcome and delivery mode after repetitive fetal blood sampling during labour. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2015 Jan;184:97-102. doi: 10.1016/j.ejogrb.2014.11.012. Epub 2014 Nov 20

Avhandlingen finns i sin helhet elektroniskt i Karolinska Institutets publikationsdatabas, direktlänk <http://hdl.handle.net/10616/41989>

Referenser

- Alfirevic Z, Devane D, Gyte GM. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;5:CD006066.
- Bretscher J, Saling E. pH values in the human fetus during labor. *Am J Obstet Gynecol.* 1967 Apr 1;97(7):906-11.
- Low JA, Panagiotopoulos C, Derrick EJ. Newborn complications after intrapartum asphyxia with metabolic acidosis in the term fetus. *Am J Obstet Gynecol.* 1994 Apr;170(4):1081-7.
- Eguiluz A, Lopez Bernal A, McPherson K, Parrilla JJ, Abad L. The use of intrapartum fetal blood lactate measurements for the early diagnosis of fetal distress. *Am J Obstet Gynecol.* 1983 Dec 15;147(8):949-54.
- Nordstrom L, Ingemarsson I, Kublickas M, Persson B, Shimojo N, Westgren M. Scalp blood lactate: a new test strip method for monitoring fetal wellbeing in labour. *Br J Obstet Gynaecol.* 1995 Nov;102(11):894-9.
- Westgren M, Kruger K, Ek S, Grunevald C, Kublickas M, Naka K, et al. Lactate compared with pH analysis at fetal scalp blood sampling: a prospective randomised study. *Br J Obstet Gynaecol.* 1998 Jan;105(1):29-33.
- Wiberg-Itzel E, Lipponer C, Norman M, Herbst A, Prebensen D, Hansson A, et al. Determination of pH or lactate in fetal scalp blood in management of intrapartum fetal distress: randomised controlled multicentre trial. *BMJ.* 2008 Jun 7;336(7656):1284-7.
- Holzmann M, Nordstrom L. Follow-up national survey (Sweden) of routines for intrapartum fetal surveillance. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica.* 2010 May;89(5):712-4.
- International Federation of Gynaecology & Obstetrics, Rooth G, Huch A, Huch R. Guidelines for the use of fetal monitoring. *Int J Gynaecol Obstet.* 1987;25:159-67.

10. National Institute for Clinical Excellence. Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth. Manchester: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007.
11. Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Intrapartum Fetal Surveillance, Clinical Guidelines. Second ed. Melbourne, Australia: RANZCOG; 2006.
12. American College of O, Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 106: Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles. *Obstet Gynecol.* 2009 Jul;114(1):192-202.
13. Liston R, Sawchuck D, Young D, Society of O, Gynaecologists of C, British Columbia Perinatal Health P. Fetal health surveillance: antepartum and intrapartum consensus guideline. *J Obstet Gynaecol Can.* 2007 Sep;29(9 Suppl 4):S3-56.
14. Swedish Society of Obstetrics and Gynecology. Guidelines for CTG interpretation and intervention. www.sfog.se. Available from:
15. Saling E. Amnioscopy and foetal blood sampling: observations on foetal acidosis. *Arch Dis Child.* 1966 Oct;41(219):472-6.
16. Kubli FW, Hon EH, Khazin AF, Takemura H. Observations on heart rate and pH in the human fetus during labor. *Am J Obstet Gynecol.* 1969 Aug 15;104(8):1190-206.
17. Beard RW, Filshie GM, Knight CA, Roberts GM. The significance of the changes in the continuous fetal heart rate in the first stage of labour. *The Journal of obstetrics and gynaecology of the British Commonwealth.* 1971 Oct;78(10):865-81.
18. Fleischer A, Schulman H, Jagani N, Mitchell J, Randolph G. The development of fetal acidosis in the presence of an abnormal fetal heart rate tracing. I. The average for gestational age fetus. *Am J Obstet Gynecol.* 1982 Sep 1;144(1):55-60.
19. Low JA, Pickersgill H, Killen H, Derrick EJ. The prediction and prevention of intrapartum fetal asphyxia in term pregnancies. *Am J Obstet Gynecol.* 2001 Mar;184(4):724-30.
20. Williams KP, Galerneau F. Intrapartum fetal heart rate patterns in the prediction of neonatal acidemia. *Am J Obstet Gynecol.* 2003 Mar;188(3):820-3.
21. Williams KP, Galerneau F. Comparison of intrapartum fetal heart rate tracings in patients with neonatal seizures vs. no seizures: what are the differences? *J Perinat Med.* 2004;32(5):422-5.
22. Nelson KB, Dambrosia JM, Ting TY, Grether JK. Uncertain value of electronic fetal monitoring in predicting cerebral palsy. *N Engl J Med.* 1996 Mar 7;334(10):613-8.
23. Blair E, Stanley F. When can cerebral palsy be prevented? The generation of causal hypotheses by multivariate analysis of a case-control study. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 1993 Jul;7(3):272-301.
24. Heazell AE, Riches J, Hopkins L, Myers JE. Fetal blood sampling in early labour: is there an increased risk of operative delivery and fetal morbidity? *BJOG.* 2011 Jun;118(7):849-55.

Vetenskapliga sekreteraren

TIPSAR

Det finns pengar att söka! Utnyttja resurserna i NFOG. NFOG har uppmärksammat att både NFOG Fund och NFOG Thesis Registry kunde utnyttjas bättre och vi vill därför göra reklam för dessa. I NFOG Fund kan man söka pengar två gånger om året, inte bara för forskningsprojekt utan även för kurser, studiebesök och för att ersätta nordiska föreläsare.

Nästa deadline för att söka NFOG Fund är 1 Oktober 2015. I NFOG Thesis Registry kan du registrera din avhandling. Läs mer om fördelarna med detta på www.nfog.org.

Annika Strandell

Intressegrupper inom SFOG

Mödrahälsöversörsläkargruppen

Ordförande

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

Sekreterare

Caroline Lilliecreutz
Linköpings universitetssjukhus
E-post: caroline.lilliecreutz@regionostergotland.se

Privatgynekologerna

Ordförande

Ilona Barnard
Slottstadens Läkarhus
Fågelbacksgatan 11
217 44 Malmö
Tel: 040-985322
E-post: ilona_barnard@yahoo.se

Kassör

Katarina Johansson
Medicinskt Centrum
St Larsgatan 42
582 24 Linköping
Tel: 013-460 10 00
E-post: katarina.johansson@medcentrum.se

Johanna Andersson
Aleris Specialistvård Sabbatsberg
Olivecronas väg 1
113 61 Stockholm
E-post: johanna.andersson@aleris.se

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

Obstetriker och gynekologer under utbildning (OGU)

Ordförande

Mahsa Nordqvist
Kvinnokliniken, SU/Sahlgrenska Östra
416 85 Göteborg
Tel: 031-343 40 00
E-post: mahsa.mohammadi.khoshoi@vgregion.se

Sekreterare

Josefin Kataoka
Kvinnokliniken NÄL
Lärketorpsvägen
Tollhättan
Tel: 10-43 50 00
E-post: josefin.kataoka@vgregion.se

Arbets- och Referensgrupperna inom SFOG

Cervixcancerprevention C-ARG

Ordförande: Kristina Elfgrén
KK, Karolinska Universitetssjukhuset,
Huddinge
141 86 Stockholm
Tel: 08-585 875 28
kristina.elfgren@karolinska.se
Sekreterare: Pia Collberg
MÖL Jämtland
Östersund
Tel: 063-15 37 35
pia.collberg@regionjh.se

Endokrinologi ENDOKRIN-ARG

Ordförande: Alkistis Skalkidou
KK, Akademiska Sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 076-206 85 82
alkistis.skalkidou@kbh.uu.se
Sekreterare:
Angelica Lindén-Hirschberg
Karolinska universitetssjukhuset
angelica.linden-hirschberg@karolinska.se

Endometriosis ENDOMETRIOS-ARG

Ordförande: Greta Edelstam
KK, Akademiska Sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018-611 00 00
greta.edelstam@akademiska.se
Sekreterare: Lollo Makdessi
Vrinnevisjukhuset
Norrköping
lollo.makdessi@gmail.com
Etik ETIK-ARG
Ordförande: Claudia Bruss
KK, Länssjukhuset Halmstad
302 33 Halmstad
Tel: 035-13 10 00
claudia.bruss@med.lu.se
Sekreterare: Ingrid Bergelin
ingrid.bergelin@ltdalarna.se

Evidensbaserad medicin

EVIDENS-ARG
Ordförande: Annika Strandell
SU/Sahlgrenska
413 45 Göteborg
Tel: 0700-90 44 54
annika.strandell@vgregion.se
Sekreterare: Sissel Saltvedt
Karolinska Universitetssjukhuset, Solna
171 73 Stockholm
Tel: 08-517 700 00
sissel.saltvedt@sodersjukhuset.se

Familjeplanering FARG

Ordförande:
Kristina Gemzell-Danielsson
Karolinska Universitetssjukhuset, Solna
171 76 Stockholm
Tel: 08-524 800 00
kristina.gemzell@ki.se
Sekreterare: Helena Kopp-Kallner
Danderyds sjukhus
Stockholm
Tel: 070-440 20 70
helena.kopp-kallner@ki.se

Ofrivillig Barnlöshet FERT-ARG

Ordförande: Britt Friberg
KK, Lund och Reproduktionsmedicinskt
Centrum (RMC)
Skånes Universitetssjukhus/SUS
205 02 Malmö
britt.friberg@skane.se
Sekreterare: Åsa Magnusson
KK, Sahlgrenska
Verksamhetsområde Gynekologi och
Reproduktionsmedicin
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg
Tel: 031-342 00 00
asa.magnusson@vgregion.se

GLOBAL-ARG

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

Hemostasrubbningar HEM-ARG

Ordförande: Gisela Wegnelius
KK, Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-616 27 17/0737-446270
gisela.wegnelius@sodersjukhuset.se
Sekreterare: Ragnhild Hjertberg
Ultragyn
113 22 Stockholm
Tel: 0708-23 10 00
ragnhild.hjertberg@ultragyn.se

Minimalinvasiv Gynekologi

MIG-ARG
Ordförande: P-G Larsson
KK, Kärnsjukhuset
541 85 Skövde
Tel: 0500-43 10 00. Fax: 0500-43 14 54
p-g.larsson@vgregion.se

Mödra-Mortalitet MM-ARG

Ordförande: Sissel Saltvedt
Karolinska universitetssjukhuset, Solna
171 76 Stockholm
Tel: 0727-11 51 61
sissel.saltvedt@karolinska.se
Sekreterare: Annika Esscher
Akademiska Sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018-611 00 00
annika.esscher@akademiska.se

Perinatologi PERINATAL-ARG

Ordförande: Karin Pettersson
KK, Karolinska Universitetssjukhuset
Huddinge
141 86 Stockholm
Tel: 08-585 875 36
karin.pettersson@karolinska.se
Sekreterare: Marie Blomberg
KK, Universitetssjukhuset Linköping
581 85 Linköping
Tel: 013-22 20 00
marie.blomberg@lio.se

Perinatologi PERINATAL-ARG

– fosterövervakning
undergrupp till PERINATAL-ARG
Ordförande: Isis Amer-Wählin
isis.amer-wahlin@ki.se
Sekreterare: Karin Lundmark
karin.lundmark@nll.se

**Psykosocial Obstetrik och Gynekologi
samt Sexologi POS-ARG**

Ordförande: Katri Nieminen
KK, Vrinnevisjukhuset
Norrköping
Tel: 010-10 30 00
katri.nieminen@lio.se
Sekreterare: Lena Moegelin
SöSAM, Enheten för sexuell hälsa
VO, Kvinnosjukvård/Förlossning
Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-616 10 00
lena.moegelin@sodersjukhuset.se

Robson-ARG

Ordförande: Lars Ladfors
Göteborg
lars.ladfors@sfog.se
Sekreterare: Eva Nordberg
Halmstad
eva.nordberg@regionhalland.se

Tonårsgynekologi TON-ARG

Ordförande: Lena Marions
KK, Karolinska Universitetssjukhuset,
Solna
171 76 Stockholm
Tel: 08-517 766 55. Fax: 08-31 81 14
lena.marions@karolinska.se
Sekreterare: Anna Palm
Sundsvalls sjukhus
851 86 Sundsvall
Tel: 060-18 10 00
anna.palm@lvn.se

**Gynekologisk Tumörkirurgi med
Cancervård
TUMÖR-ARG**

Ordförande: Gunnel Lindell
Länssjukhuset i Kalmar
gunnel.lindell@ltkalmar.se
Sekreterare: René Bangshøj
KK, Universitetssjukhuset Örebro
701 85 Örebro
Tel: 019-602 12 60
rene.bangshoj@reba.se

Ultraljudsdiagnostik ULTRA-ARG

Ordförande: Peter Lindgren
KK, Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018-611 00 00
peter.lindgren@karolinska.se
Sekreterare: Emelie Ottosson
emelie.ottosson@vgregion.se

**Urogynekologi och vaginal
kirurgi UR-ARG**

Ordförande: Marie Westergren
Söderberg
KK, Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-616 10 00
marie.westergren-soderberg@
sodersjukhuset.se
Sekreterare: Riffat Cheema
riffat.cheema@skane.se

Vulva VULV-ARG

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

Arbets- och Referens-Grupp-Utvecklings-Samordnare**ARGUS**

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

SFOG-Kansliet

Susanne Lundin och Henrietta Solander
Drottninggatan 55, 2 tr
111 21 Stockholm
Tel: 08-440 01 75 • Fax: 08-22 23 30
kansliet@sfog.se • www.sfog.se

SFOG

MEDLEMSANSÖKAN

www.sfog.se

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi är en förening för alla läkare som är verksamma inom specialiteten, specialister såväl som icke-specialister. SFOG är en specialitetsförening inom Sveriges Läkarförbund och den äldsta sektionen inom Svenska Läkaresällskapet.

Alla medlemmar i SFOG är anslutna till Nordisk Förening för Obstetrik och Gynekologi (NFOG) och Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO), Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) samt European Board and College of Obstetricians and Gynecologists (EBCOG). Som SFOG medlem bör man vara medlem i Sveriges Läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet.

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

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

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

För medlemmar i SFOG anordnas fortbildningskurser. SFOG ansvarar för det vetenskapliga programmet inom obstetrik och gynekologi vid den medicinska riksstämman.

De flesta som söker nytt medlemskap är fortfarande under utbildning.

Obstetiker/Gynekologer under Utbildning – (OGU) är en av flera intressegrupper inom SFOG. OGU vänder sig till alla under specialistutbildning men även till vikarierande yngre kolleger med intresse för specialiteten och yngre specialister. Aktiviteterna går bl a ut på att bevaka specialistutbildningens utformning och innehåll, att försöka underlätta för internationellt utbyte som del av utbildningen och att arrangera en årlig konferens för utbildning och debatt om utbildningsfrågor inom specialiteten.

Bli medlem i SFOG, så kan Du hålla Dig välinformerad om vad som händer inom Din specialitet.

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