

Medlemsbladet 3

2019

NR



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

***Välkomna till
SFOG-veckan i Östersund***

***Mödradöd i Sverige:
vad kan vi lära?***

OGU 25 år 1994-2019

MEDLEMSBLADET

Ansvarig utgivare: Liselott Andersson
Tel: 0920-28 30 11, alt vx 0920-28 20 00
Layout: Moniqa Frisell

All korrespondens ställs till föreningen:
SFOG-Kansliet, Drottninggatan 55, 2 tr
111 21 Stockholm
Tel: 08-440 01 75

Jessica Hortelius och Diana Mickels
E-post: kansliet@sfog.se
Internet: www.sfog.se

Annonser: Liselott Andersson
E-post: liselott.andersson@sfog.se
Platsannonser hemsidan: kansliet@sfog.se

SFOGs styrelse 2019:

Ordförande: Eva Uustal
Kvinnokliniken Linköping
E-post: eva.uustal@sfog.se

Vice ordförande: Michael Algovik
Västervik

E-post: michael.algovik@ltkalmars.se

Facklig sekreterare:

Helena Kopp Kallner
Tel: 070-440 20 70
E-post: helena.kopp-kallner@ki.se

Skattmästare: Henrik Graner

Örebro
E-post: henrik.graner@regionorebrolan.se

Vetenskaplig sekreterare:

Inger Sundström Poromaa
Uppsala
E-post: inger.sundstrom@kbh.uu.se

ARGUS: Ove Axelsson

KK, Mälarsjukhuset Eskilstuna
E-post: ove.axelsson@kbh.uu.se

Utbildningssekreterare: Ellika Andolf

Karolinska Institutet, Danderyds sjukhus
Tel: 08-123 550 00

E-post: ellika.andolf@ki.se

Adjungerad utbildningssekreterare:

Marie Bixo

Umeå

E-post: marie.bixo@umu.se

Redaktör för Medlemsbladet:

Liselott Andersson
Sunderby sjukhus, Luleå
Tel: 0920-28 30 11, alt vx 0920-28 20 00

E-post: liselott.andersson@sfog.se

Webbansvarig: Malin Sundler

Malmö

E-post: malin.sundler@livio.se

Ledamot: Kristina Nordquist

Kvinnosjukvården, Östersunds sjukhus

E-post: kristina.nordquist@sfog.se

Ledamot/OGU-representant:

Elin Svensk

KK, Sundsvall

E-post: elin.svensk@rvn.se

Tryck: Elanders
ISSN 0284-8031

— Ordförande har ordet —



Hej kära SFOG-medlemmar!

Nu är det full fart bland såväl rabatter som remisser!

SFOGs styrelse var på strategiresa i Estland i april. Vi diskuterade livligt hur vi bäst kan främja våra medlemmars intressen. Vi valde ut några fokusområden som vi kommer att presentera under det närmaste året.

Arbetsgrupperna som är vår förenings stolthet har tidigare fått ekonomiskt stöd från en särskild stiftelse utanför själva SFOG. Nu börjar de medlen ta slut och vi behöver skapa nya arbetssätt för att säkerställa att ARG-grupperna får sitt ekonomiska stöd. Henrik Graner berättar mer om detta i budgetförslaget. Ove Axelsson fortsätter med mild och fast hand koordineringen av ARG-verksamheten.

Den vetenskapliga sekreteraren Inger Sundström Poromaa tar grepp över SFOGs roll för t ex nationella forskningsprojekt.

Fortbildningsfrågorna är ständigt aktuella, både för medlemmarna och verksamheterna. SFOGs styrelse med Marie Bixo i spetsen kommer att föreslå modeller för styrning av kompetensutvecklingen ur medlemmarnas men även de olikartade verksamheternas perspektiv.

En proaktiv hållning i samhällsdebatten där SFOG syns och hörs mer känns alltmer nödvändig för att ge vår syn på aktuella frågor. Styrelsen tittar nu på långsiktigt hållbara modeller för hur vi vara på plats i sociala medier för att komplettera hemsidan och Medlemsbladet. Håll utkik efter "Kvinnoläkaren"! Under tiden är vi stolta över kollegorna på "Kvinnokliniken" som bedriver förstklassig folkbildning på Instagram.

I slutet av april bad jag om ett möte med departementssekreterare Ulrika Axelsson Jonsson på Socialdepartementet för att höra hur man ser på de olika

I DETTA NUMMER

Årsredovisning för räkenskapsåret 2018	9
Årsredovisning för SFOG Utveckling AB	16
Förslag till styrelse för SFOG 2020	18
Mödradöd i Sverige: vad kan vi lära?	21
OGUs ordförande informerar	29
OGU 25 ÅR 1994-2019	30
OGU-dagarna i Örebro 8-10 april	32
Do the right thing!	34
Frågor och svar vid Specialistexamen i Obstetrik & Gynekologi	37
Hög tid att ansöka om ersättning	43
Ska jag byta kön, jobb eller vänta 100 år?	44
Kejsarsnitt och tarmskador	46
Vad är det som avgör vem som får förskriva läkemedel på recept?	47
Program SFOG-veckan i Östersund!	48

aktörernas roll i förlossningssatsningen. Hon har varit med och sjösat den stora satsningen på förlossningsvård. Jag berättade om SFOGs syn på hur olika satsningens medel fördelats i verksamheterna i Sverige, som SFOG visade 2017. Vidare pratade vi om hur både myndigheten för Vårdanalys (på statens uppdrag) och SKL (på regionernas uppdrag) nu i efterhand behöver professionen för att hitta mätetal och utvärdera satsningens effekter. Det blir en balansgång mellan respekt för den regionala självstyrningen och de statliga myndigheternas nationella uppdrag.

Min reflexion efter mötet är att det är oerhört viktigt att vi inom professionerna är med och driver vårdens utveckling på ett professionellt sätt. Samtal och kontakt hjälper både oss och våra makthavare att jobba bättre. Vi fortsätter dialogen med departementet under våren.

Socialstyrelsen söker idéer för att kunna skapa informationsfilmer för nyblivna föräldrar och en annan SoS-avdelning vill skapa ett nätt litet kunskapsstöd för förlossningsvård. MFR görs om i grunden. Även SBU har fått nya uppdrag om graviditetskomplikationer och förlossningsskador. SKL och Socialstyrelsen samt flera regioner gör likartade enkätundersökningar om hur vården kring förlossning upplevs av kvinnorna.

Utöver detta har den parallella satsningen om kunskapsstyrning och nationella programområden som landstingen driver, också landat på Ob/Gyn



*SFOGs Eva Uustal träffade
Socialdepartements-sekreterare
Ulrika Axelsson-Jonsson 26 april 2019.*

som pilotspecialitet. Utöver vår egen specialitets stora strategiska utmaningar som utredningarna om Nationell Högspecialiserad vård vid t.ex. endometrioskirurgi och avancerad rekonstruktiv kirurgi förväntas vi (och vill) även ha synpunkter på allt från demensvård och thyroideasjukdomar till inflammatoriska tarmsjukdomar.

Alla dessa satsningar kräver närvaro av obstetrik och gynekologer. Vi ska verkligen ta chansen och delta aktivt. Men jag tror att SFOGs styrelse och arbetsgrupper behöver koordinera och sälla bland uppdragen så att inte vård, forskning och undervisning dräneras alldeles. Det gäller ju att det stora tillskottet av resurser som är tänkt att förstärka kvinnosjukvården inte saboterar bemanningen på klinikerna... Men vi är många och får hjälpas åt.

SFOG-kansliet planerar att flytta tillbaka till Läkaresällskapets lokaler under hösten 2019. Till samma hyra får vi större utrymme och kan erbjuda gästbetsplatser för de SFOG-medlemmar som behöver arbeta tillsammans med kansliet. Alla medlemmar i SLS kan även boka mötesrum i huset gratis. Vi har blivit varmt mottagna av SLS och tror det blir bra.

Vår nordiska förening NFOG, där vi alla är medlemmar, har haft sitt General Assembly och styrelsemöte i Stockholm. Den NFOG-satsning på en nordisk webblärobok för grundutbildningen som SFOG tidigare har ifrågasatt har efter våra förslag nu en tydlig ram för uppföljning och ekonomi. Vi har gett grönt ljus till projektet eftersom det kan bidra till goda nätverk mellan specialister i Norden: det är ju NFOGs grundidé.

Efter många år av önskemål från SFOG har NFOG nu gått med på att hålla sin vartannat-års-kongress under vecka 35. Första gången 2023 blir i Trondheim och det året blir det ingen SFOG-kongress. Formerna för SFOGs årsmöte återstår att bestämma. Det går för övrigt fint att åka tåg till Trondheim.

SFOGs egen kongressvecka på vackra Frösön/Östersund har ett riktigt spännande program och jag hoppas vi ses där!

Att drömma, det är lyckan. Att vänta, det är livet. (Huvudstaden, Victor Hugo).

Eder, Eva

ÅRSavgifter

Medlemsavgift SFOG

1200:-

Inkluderar medlemskap i NFOG samt prenumeration på

Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavia samt

ARG-rapportabonnemang (400:- per år och avser genomsnittligt tre rapporter)

Medlemsavgift SFOG (ålderspensionär, fr o m det år man fyller 66 år)

600:-

REDAKTÖRENS RUTA



Den blomstertid nu kommer med smaker, dofter och färg.

Vi nalkas den ljuva sommar som vi alla längtar efter så, med undantag av våra allergiker.

Men det är samtidigt en tuff period (jag är schemaläggare).

När du nu testar hängmattan inför sommarstilleståndet: ägna en tanke på vad du kan dela med dig av i detta medium (läs: Medlemsbladet), så blir dvalan så mycket skönare. För det finns ju så mycket kunskap och bra idéer, runt i vårt avlånga land, vilket kan vara värdefullt för andra.

Här är några snabba vår-/försommarförslag på något snyggt, snabbt och gott att göra för en lunch i stugan, båten eller till buffén på festen.

Tänk klimatsmart inför semestern om det går. Äventyr och upplevelser kan finnas närmare än vi tror, gräset är alltid grönnare (om man inte bor i Norrbotten).

Liselott Andersson

Redaktör för SFOGs Medlemsblad

Följande tider gäller för Medlemsbladet 2019:

Nr	Deadline	Utkommer
Nr 4	16 september	21 oktober
Nr 5	4 november	9 december

Manus skickas via epost till:

Redaktör Liselott Andersson

Epost: liselott.andersson@sfog.se

Verksamhetsområde obstetrik och gynekologi Sunderby sjukhus,
971 80 Luleå

Telefon: 0920-28 30 11 alternativt sök via växel 0920-28 20 00

Adressändring skall göras till:

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

Gubbrörekrans

Till 4-6 pers:

125 g matjessill
4 hårdkokta ägg
1/2 dl hackad gräslök

Kavringschips:

1 liten bit kavring eller rågbröd
1 msk smör

Kan bytas ut mot finska rågchips

Picklad rödlök:

1 dl ättiksprit (12 %)

2 dl strösocker

3 dl vatten

3 rödlökar

1 burk crème fraîche

1 liten burk löj- eller annan rom

50 g smör

Gör så här:

1. Koka upp ättiksprit, socker och vatten, låt svalna. Skala och skiva rödlöken tunt. Blanda med lagen och låt stå minst en timme.
2. Skär lövtunna skivor av brödet. Stek gyllene i smör.
3. Vispa crème fraîche och fyll i en sprits.
4. Hacka äggen och sprid ut dem i en rund ring på ett serveringsfat. Fortsätt med sill, lök, rågchips och löjrom. Spritsa toppar av crème fraîche och strö över hackad gräslök.
5. Smält smöret och låt det bli lite brynt. Skeda över gubbrörekransen och servera direkt med knäckebröd, lagrad ost och en kall öl.

Krämig primörpotatissallad

Till 4-6 pers:

600 g färskpotatis

Ca 200 g gemsallad, bruten i bitar eller strimlad

100-150 g sockerärter, delade på längden

1 knippe rädisor, tunt skivade

1 gurka, urkärnad och skuren i halvmånar

2-3 msk kapis

4-6 löskokta ägg, delade i fyra halvor

Några finhackade dillkvistar

1 rödlök, tunt skivad

1 knippe gräslök, finklippt

Dragon dressing:

1 kruka dragon

1 klyfta vitlök

1 msk kapis

2 msk vitvinsvinäger

1 dl olivolja

1 dl majonnäs

1 tsk strösocker

Salt, svartpeppar

Gör så här:

1. Koka potatisen mjuk i lättsaltat vatten. Häll av vattnet och låt svalna i rumstemperatur.
2. Mixa ingredienserna till dressing utom majonnäsen. Blanda med majonnäsen och smaka av med socker, salt och peppar.
3. Dela potatisarna i mindre bitar. Blanda med sallad, sockerärter, rädisor, gurka och kapis i en stor skål eller på ett stort fat.
4. Ringla över dressing. Toppa med ägg, dill, rödlök och finklippt gräslök.
5. Blanda i en burk avrunnen och delad tonfisk om du vill ha salladen matigare.

– Brev från den fackliga sekreteraren



Hej!

Våren är i antågande och det märks på våra kliniker där arbetsbelastningen tyvärr ökar just när man vill vara ledig. Rent fackligt har dock en del situationer lugnat ner sig. Bland annat verkar schemalägningsivern som jag skrev om i mitt sista fackliga brev ha avstannat helt. Man kan ju hoppas och tro att det faktiskt beror på idogt arbete både via fack, men även via kampanjer på sociala medier. Mycket skönt ändå och det visar också att hårt motstånd faktiskt kan löna sig!

Vi tycks också ha fått gehör för att tillsättandet av experter i olika arbetsgrupper till större del ska gå via specialitetsföreningarna. Men här kommer då knepieriet att faktiskt få folk att ställa upp när förfrågan kommer från SFOG istället för från chefen. Vi är ett litet land och vi är få experter som ofta får sitta på väldigt mycket möten och producera väldigt mycket papper. Nu är situationen värre

än någonsin med alla SKL-medel som måste användas- och gärna på vettiga och eftersträlvade förbättringar. Detta innebär ju naturligtvis enorma möjligheter med blir delvis ett hot mot vår arbetsmiljö. Vi måste bli bättre på att fördela arbetsbördan på fler individer så att vi kan förvalta det vi strävar efter: nämligen inflytande på vårdens organisation och utförande!

Fortbildningen ligger nu verkligen på Läkarförbundets, men även Läkarsällskapets agenda. Antalet fortbildningsdagar fortsätter att minska i samtliga specialiteter, vilket är en krisfråga för hela läkarkåren. Samtidigt fortsätter även andelen disputerade läkare att minska. Det känns som dessa frågor hänger ihop i en alltmer pressad vardag – men vem ska driva att Sveriges sjukvård fortsätter att ligga i framkant? Knappast utarbete hos kliniker. Att få till ett hållbart yrkes-

liv med en god fortbildning och högkvalitativ forskning är en ödesfråga för sjukvården. Vi måste se till att forskning och fortbildning prioriteras på alla plan. SFOG har tagit ledningen i fortbildningsfrågan och tillsatt en fortbildningssekreterare! Vi hoppas mycket på detta och ni ska veta att frågan som sagt står högt upp på båda våra professionsorganisationers agenda! Tryggt känns det att vi i alla fall har varit förutseende och att vi alla tycker att frågan är viktigt.

Vi vill även åter påminna om möjligheten att boka konferenslokaler i huset på Villagatan i Stockholm. Renoveringen av huset och även mötesdelen är helt klar och huset skall användas maximalt är tanken. Kära ARG – tänk på detta!!!

Hälsning
Helena

Sök pengar från NFOG-fonden!

Målet med NFOG-fonden är att stödja professionell utveckling, forskning samt kliniska och vetenskapliga samarbeten inom obstetrik och gynekologi mellan de nordiska länderna.

Vem kan söka?

Du som är medlem i SFOG (och OGU) och antingen är specialist eller ST-läkare med två års erfarenhet vid tidpunkt för ansökan.

Vad kan man söka pengar till?

Bland annat för kliniska utbyten utanför det egna landet, kliniska eller forskningsrelaterade samarbeten med medlemmar i de andra NFOG-föreningarna, volontär- och projektarbeten i utvecklingsländer eller för deltagande på kurser i andra länder. Till exempel brukar ST-läkare som deltar i ENTOG-utbyten beviljas bidrag från NFOG-fonden!

När ska man söka?

Sista ansökningsdatum i år är 1 oktober!

Läs mer på www.nfog.org/fund/



Specialistläkare till Kvinnokliniken Carlanderska Carlanderska Sjukhuset i Göteborg och Carlakliniken i Malmö

Kvinnokliniken Carlanderska bedriver såväl öppenvårds som slutenvårdsgynekologi och mödravård. Idag arbetar 4 heltids gynekologer och 3 deltids gynekologer hos oss i Göteborg. Vi ser totalt drygt 16 000 patienter per år på vår gynmottagning samt mödravård i Göteborg och Malmö. Vi utför kring 800 operationer per år. Vi vill nu utöka vår läkarstab med två specialister i Göteborg och en i Malmö. Vi har en bred verksamhet med stor flexibilitet där du har stora möjligheter att styra över både arbete och arbetstider.

Arbetsbeskrivning

Det finns möjlighet till en eller två rena öppenvårdstjänster alternativt kombinerad öppenvård och kirurgi beroende på kompetens och önskemål. På vår mottagning i Malmö är det ren öppenvårdsgynekologi.

Kvalifikationer

Vi söker dig som är specialist inom Obstetrik och Gynekologi

Anställningsomfattning: heltid men finns även möjlighet för deltidсанställning allt ifrån 25%-100%.

Anställningsform: Tillsvidare anställning

Tillträde: enligt överenskommelse

Välkommen med din ansökan till:

emma@gyncarlanderska.se

Kontakt: Emma Johansson 031-818079

Senaste datum för ansökan 28/6-2019

Antal tjänster 3 (varav två i Göteborg och en i Malmö)

Nya medlemmar

Galina Stenrud, Huddinge

Pia Keijser, Växjö

Roza Chaireti, Solna

Ammi Salén, Värmskog

Erik Holmström Thalme, Värnamo

Lisa Wahlström, Västerås

Lovisa Falk, Karlskoga

Jannie Siensö, Norrköping

Sten Axelsson Fisk, Malmö

Therese Aaltonen, Tumba

Har du bytt email-adress senaste året?

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

kansliet@sfog.se



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

**Medlemmar i
Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi
kallas härmed till
årsmöte 2019**

**Onsdagen den 29 augusti kl 9.45 – 11.45,
Frösö Park, Östersund**

Föredragningslista

- a) Mötet öppnas
- b) Parentation
- c) Fastställande av dagordning och mötet
- d) Val av mötesordförande, sekretetare
- e) Val av två justeringspersoner och rösträknare för årsmöte
- f) Fråga om mötet utlysts i laga ordning
- g) Styrelsens verksamhetsberättelse och information om dess pågående arbete
- h) Skattmästarens ekonomiska redogörelse
- i) Revisorernas berättelse
- j) Fråga om ansvarsfrihet för styrelse
- k) Fastställande av årsavgift för 2019
- l) Val av styrelseledamöter
- m) Val av två revisorer jämte revisorssuppleant
- n) Val av valberedning till SFOGs styrelse, ett nyval
- o) Avtackning av avgående styrelseledamöter
- p) Förslag om ändring av stadgar, andra omröstningen (se bilaga)
- q) Förslag om ändring av stadgar, första omröstningen (se bilaga)
- r) Specialistexamen och subspecialistexamen, diplomutdelning
- s) Tillkännagivande av Berndt Kjessler-pristagare 2018
- t) Information och omröstning om SFOG ska bli medlemsförening i Svenska Läkaresällskapet, <https://www.sls.se/om-oss/nytt-forslag-om-medlemskap/sammanfattning/>
- u) Plats för kommande SFOG-veckor
- v) Tid och plats för nästa årsmöte på SFOG-veckan 2020 i Malmö/Lund.
- w) Övriga ärenden
- x) Mötet avslutas

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

Bilaga till årsmöteskallelse 2019: Förslag om ändring av stadgar

Andra omröstning:

Följande stadgeändringar beslutades av årsmötet 2018 och kan träda i kraft om årsmötet 2019 bifaller förslaget.

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 **icke legitimerad** läkare under utbildning inom specialiteten väljas. (Kommentar: Möjliggör för läkare utan svensk legitimation att bli medlem)

Stadgebestämmelser § 28 29

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 ska vara insänt till styrelsen senast **två tre** månader före årsmötet. Styrelsens yttrande ska bifogas förslaget. Ändringar av stadgarna ska bifogas förslaget. Ändringar av stadgarna ska träda i kraft efter beslut av två på varandra följande årsmöten. Beslutad ändring träder i kraft sedan Svenska Läkaresällskapet och Sveriges Läkarförbund fastställt densamma. (Kommentar: beslutsfrågor ska framgå i kallelse till årsmöte, den ska skickas till medlemmarna 3 månader innan mötet).

Kvalitetssekreterare § 15

Kvalitetssekreteraren ska bevaka utvecklingen av och vara styrelsens kontaktperson gentemot de kvalitetsregister som berör obstetrik och gynekologi. Till sin hjälp har kvalitetssekreteraren en kvalitetsnämnd som bör ha en representant från varje aktuellt register.

Kvalitetsnämnden § 49 21

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

Utbildningssekreterare § 13

Utbildningssekreteraren ska bevaka **grund- och specialistutbildningsfrågor** inom föreningen. Till sin hjälp har utbildningssekreteraren en utbildningsnämnd, **i vilken utbildningssekreteraren eller fortbildningssekreteraren är ordförande**.

Fortbildningssekreterare § 14

Fortbildningssekreteraren ska bevaka fortbildningsfrågor inom föreningen, dvs. vidareutbildning av specialister, inbegripet frågor kring subspecialisering. Till sin hjälp har **fortbildningssekreteraren** en utbildningsnämnd, **i vilken i vilken utbildningssekreteraren eller fortbildningssekreteraren är ordförande**.

Riksstämman § 24

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

Stadgan föreslås utgå eftersom riksstämman inte anordnas längre.

Första omröstning: Årsmötet 2018 beslutade att bordlägga följande förslag till stadgeändring. Förslaget tas därför upp igen på årsmötet 2019.

Årsmöte § 5

Medlemmar i SFOG har rätt att ta upp för föreningen viktiga frågor till beslut på årsmötet. För att en fråga ska tas upp för beslut på årsmötet ska en skriftlig motion ha inkommit till kansliet senast 3 månader innan årsmötet och biläggas årsmöteskallelsen.

Protokoll från årsmötet föres av den facklige sekreteraren. Extra föreningsmöte ska hållas när styrelsen eller minst hundra medlemmar begär sådant för att behandla angivet ärende. (Kommentar: beslutsfrågor ska framgå i kallelse till årsmöte och den ska skickas till medlemmarna 3 månader innan mötet).

Styrelsen avger härmed årsredovisning

Räkenskapsåret 2018

Årsredovisningen är upprättad i svenska kronor, SEK.

Förvaltningsberättelse

Styrelsen för Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi får härmed avge redogörelse för föreningens fyrtio-åttonde verksamhetsår, det etthundra trettionde året som sektion i Svenska Läkaresällskapet.

VERKSAMHETSBERÄTTELSE

Styrelsen har under det gångna året haft sju protokollförda sammanträden.

Årsstämma hölls 29/8 i Uppsala, under SFOG-veckan.

Den har det gångna verksamhetsåret haft följande sammansättning:

Andreas Herbst, ordförande

Eva Unstäl, vice ordförande

Helena Kopp Kallner, facklig sekreterare

P-G Larsson och *Annika Strandell*, vetenskaplig sekreterare

Ellika Andolf, utbildningssekreterare

Bengt Karlsson, skattmästare

Liselott Andersson, redaktör för Medlemsbladet

Lars Ladfors, ledamot och webbansvarig

Kristina Nordquist, ledamot och tillförordnad kvalitetssekreterare

Elin Svensk, ledamot, OGU-representant

Ove Axelsson, ARGUS

Verksamheten

Främjande av ändamålet

Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) är en specialitetsförening inom Sveriges Läkarförbund och sektion i Svenska Läkaresällskapet, och utgör en sammanslutning av svenska gynekologer-obstetiker och andra för obstetrik och gynekologi intresserade läkare.

SFOG ska 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 och yrkesgrupper. Arbetet bedrivs bl.a. genom SFOGs arbets- och referensgrupper, (ARG) som bevakar utvecklingen inom olika områden av specialiteten. Arbetsgrupperna tar fram skrifter med senaste rön och rekommendationer, och kan författa nationella råd och riktlinjer inom sina områden.

SFOG är remissinstans för frågor som berör specialiteten, och ska som sektionen för obstetrik och gynekologi inom Svenska Läkaresällskapet och specialitetsförening i obstetrik och gynekologi inom Sveriges Läkarförbund avge utlåtanden och/eller handlägga ärenden som hänskjutits till SFOG från Läkaresällskapet och Läkarförbundet. Föreningen ska också tillvarata medlemmarnas professionella och fackliga intressen.

SFOG bevakar utbildningen inom obstetrik och gynekologi, står för arrangemang och samordning av ST-kurser, och administrerar fortbildningskurser för färdiga specialister. Föreningen arrangerar årligen en SFOG-vecka med symposier, föredrag, posterutställning och sociala aktiviteter på olika platser i landet, samt två verksamhetsmöten för verksamhetschefer och professorer inom gynekologi och obstetrik.

SFOG ingår tillsammans med specialitetsföreningarna i övriga nordiska länder i Nordisk Förening för Obstetrik och Gynekologi (NFOG). NFOG arbetar med gemensam nordisk vidareutbildning och nordiska riktlinjer inom specia-

liteten, arrangerar nordiska kongresser i obstetrik och gynekologi, samordnar vetenskaplig aktivitet mellan föreningarna och utger den internationella engelskspråkiga facktidskriften *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* (AOGS).

Allmänt om verksamheten

Kursprogrammet för ST-utbildningen av blivande gynekologer har fortlöpt i oförändrad form, där under 2018 de 11 kurser som bedömts erforderliga för att täcka Socialstyrelsen fastställda utbildningsmål arrangerats vid ett eller flera tillfällen (de flesta vid två tillfällen) på olika orter. Under 2018 genomgick 44 ST-läkare den specialistexamen som arrangeras av föreningen.

Under 2018 bildades en ny Arbets- och Referens-Grupp för preeklampsi. Vi ser med glädje på det för vår förening viktiga engagemanget i alla våra AR-grupper, och att nya AR-grupper bildas av kollegor med stort engagemang för ämnesområden inom specialiteten.

Under verksamhetsåret 2018 fullföljdes den revision av vår hemsida som påbörjats 2017.

SFOG-veckan under augusti 2018 hölls i Uppsala, och lockade 991 deltagare (se nedan).

NFOGs kongress hölls i Odense i juni.

Styrelsen har under året arrangerat två verksamhetsmöten, där verksamhetschefer, professorer och representanter från AR-grupper och intresseföreningar har deltagit (se nedan).

SFOG har som tidigare deltagit i Svenskt Kirurgiskt Råd och närvarat vid de två möten som arrangerats under året. Frågor som varit aktuella under året har

bl.a. varit högspecialiserad vård, nivåstrukturering, och vilka krav på utbildning och specialisering som ska gälla för kosmetisk kirurgi och behandling.

SFOG har under året, efter uppmaning från Socialstyrelsen, tillsammans med Svenska Barnmorskeförbundet och Svensk Neonatalförening tagit fram ett konsensusdokument kring sen abort, som presenterats för Socialstyrelsen. SFOG deltog i Almedalsveckan, vid ett symposium kring sen abort, arrangerat av Statens Medicinsk Etiska Råd, SMER.

SFOG har fortsatt samarbetet med Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, Svenska Barnmorskeförbundet och Svensk Neonatalförening i projektet Säker Förlossningsvård. Under 2018 tillkom en ny web-utbildning om bäckenbottensskador, och CTG-utbildningsprogrammet kompletterades med en ny tolkningsmall för CTG under graviditet (antepartalt). En översyn/uppdatering av de råd som tagits fram inom Säker Förlossningsvård har påbörjats under 2018, där bl.a. det rådgivande dokumentet kring vård efter förlossning är under omarbetning. Arbete med ett nytt rådgivande dokument kring postpartumbildning påbörjades. I samarbete med Svenska Barnmorskeförbundet och Svensk Förening för Obstetrisk Anestesiologi togs en ny "Obstetrisk Early Warning Scale" fram, och lanseras nationellt tillsammans med NEWS-2 (national early warning scale 2).

Föreningen har under året haft två möten och upprepade kontakter med Svenska Barnmorskeförbundet.

SFOG har under 2018 tagit fram nya regler för jäv, som finns publicerade på hemsidan.

SFOGs årsmöte 2018 godkände förslag från styrelsen att utöka styrelsen med en fortbildningssekreterare med uppgift att bevaka fortbildningsfrågor inom föreningen, dvs. vidareutbildning av specialister, inbegripet frågor kring subspecialisering, och genom att styrelsen i stället för en "övrig ledamot" ska ha en kvalitetssekreterare med ansvar för att bevaka utvecklingen av och vara styrelsens kontaktperson gentemot de kvalitetsregister som berör obstetrik och gynekologi. Förslagen behöver godkännas även av årsmötet 2019 innan förändringarna kan bli gällande i SFOGs stadgar.

Med syftet att öka SFOGs nordiska och internationella samarbete lade styrelsen vid årsmötet även fram ett förslag att

SFOG-veckan från och med 2023 hålls vartannat år, och vartannat år ersätts av SFOG-aktivitet i samband med NFOG-kongressen. Förslaget godkändes av årsmötet.

Årsmötet godkände även förslag från styrelsen att för medlemskap i SFOG inte längre kräva läkarlegitimation, vilket nu innebär att för specialiteten intresserade läkare har möjlighet att söka medlemskap i SFOG efter läkarexamen.

Årsmötet godkände också styrelsens förslag att från och med 2019 ersätter SFOGs ordförandes arbetsgivare med 20 % av vederbörandes månadslön inkl. sociala avgifter, under ordförandeperioden. Förändringen motiverades av ambitionen att säkerställa att SFOGs ordförande kan avsätta tillräckligt med tid för uppdraget.

Under 2018 hade SFOG 2326 medlemmar, vilket var en ökning med 207 medlemmar jämfört med 2017.

Medlemsbladet

Liselott Andersson har varit redaktör för Medlemsbladet under 2018. Medlemsbladet har under året utkommit med fem nummer och har en upplaga på drygt 2 100 ex. Medlemsbladen kan även läsas via hemsidan.

Presentation av nya avhandlingar ges utrymme liksom de ST-arbeten som utbildningssekreteraren väljer ut efter ST-examen. Vetenskapliga arbeten ska vara granskade av "referee" eller motsvarande inför publicering.

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. Debatt lusten har varit låg men möjligheten finns fortfarande.

I medlemsenkäten som utvärderades 2017 framkom bl.a. önskemål om artiklar om nya forskningsrön, debattartiklar ometiska svårigheter, tips på böcker, hemsidor mm, kåserier, dödsrunor, patientfall och mycket annat. SFOG uppmanar alla medlemmar att påverka innehållet i Medlemsbladet genom att skicka in bidrag!

SFOG-kansliet

Diana Mickels har tillsammans med Susanne Lundin varit ansvariga för SFOGs kansli. Susanne Lundin är även ekonomiansvarig. Kansliets huvuduppgifter har varit att ge stöd åt styrelsen, kursadministration för nystartade ST-utbildningen, medlemsservice, administration

och ekonomiarbete. Kansliet har även varit stöd för ARGUS och ARG-verksamheten. Kansliet har varit behjälpligt med Arbets- och Referensgrupperna samt Intressegruppernas hemsidor.

Följande remissvar har avgivits under året 2018

Fullständiga remissvar finns på www.sfog.se
2018-02-07 Bastjänstgöring för läkare Dnr 2017:56

2018-03-14 Nationella riktlinjer för vård vid endometrios

2018-06-14 Remissvar från SFOG angående nytt biobankslag

Verksamhetsmöten

Två verksamhetsmöten hölls under 2018, med högt deltagande. Utbildning var fokus vid januarimötet i Stockholm. Jens Schollin presenterade utredningarna över ny läkarutbildning, basår, och ny specialistutbildning, och vi diskuterade kompetensförsörjning med specialistläkare, fortbildning av specialister och utbildning av bakjourer. En arbetsgrupp tillsattes för att utreda frågan hur operativ träning ska kunna tillgodoses när operationsverksamhet förläggs till vissa enheter. Representerer för SKL presenterade planen för nationella programområden och kunskapsstöd, där vi lyft frågan hur detta kan samordnas med det arbete som bedrivs i SFOGs AR-grupper. Som nya professorer presenterade sig Alkistis Skalkidou och Ganesh Acharya. En lägesrapport för den statliga satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa gavs också från SKL. Denna punkt följdes upp med en enkät till verksamhetscheferna vars resultat presenterades på verksamhetsmötet i Uppsala 31 augusti. Ett problem som tydligt framstod att olika landsting sett väldigt olika på hur dessa medel skulle användas. Många verksamheter hade fått stor nytta av satsningen medan det också fanns kliniker som inte alls fått ta del av dessa medel.

SFOGs aktiviteter i Svenska Läkaresällskapet

Andreas Herbst och Helena Kopp Kallner representerade SFOG vid läkaresällskapets fullmäktigemöte. Läkaresällskapets styrelses förslag att alla sektioner ska bli medlemmar i SLS (med avgift i relation till antal medlemmar i sektionen) debatterades, och bordlades till nästa års fullmäktige.

SFOG-veckan

Den trettonde SFOG-veckan arrangerades i Uppsala under 4 dagar i slutet av

augusti av Kvinnokliniken på Akademiska sjukhuset och Institutionen för Kvinnors och Barns Hälsa, Uppsala Universitet. Veckan lockade 991 deltagare. Programmet inkluderade symposier, plenarföreläsningar, fria föredrag och posters. Ett referat av veckan har publicerats i Medlemsblad 4/2018. Till föreningssymposiet hade vi bjudit in de båda ordförande i våra moderföreningar – Heidi Stensmyren från Läkarförbundet och Britt Skogseid från Läkaresällskapet – för att presentera vad de arbetar med och motivera varför man som SFOG-medlem även bör vara med i moderföreningarna. 2018 års Berndt Kjesslerpris utdelades till Henrik Hagberg. ACTA-prize för bästa ST arbete utdelades till Linda Jans, och pris för bästa avhandling gick till Ulrika Nörby. För bästa poster och föredrag i Gynekologi respektive Obstetrik utdelades pris till Anna Karlsson, Ruth Hermansson, Stephanie Romero och Michaela Granfors.

Arbets- och referensgrupper

Aktiviteten i arbets- och referensgrupperna var hög även 2018. Riks-ARG hölls i Uppsala i samband med SFOG-veckan. Protokoll från Riks-ARG samt verksamhetsberättelser från AR-Grupperna finns publicerade i Medlemsblad 4/2018.

Under 2018 publicerades ARG-rapport Nr 78 "Inducerad abort", ARG-rapport Nr 79 "Hemostasrubbingar inom obstetrik och gynekologi samt ARG-rapport 80 "Sexologi ur gynekologisk synvinkel". Flera ARG-rapporter är på gång. Först ut 2019 kommer en rapport från Fert-ARG.

AR-Gruppen i "Tumör-kirurgi" har återuppstått och två nya AR-Grupper har bildats, nämligen BENK-ARG, som fokuserar på benign kirurgi och Pre-eklampsi-ARG. ARG-familjen fortsätter att växa och vi ser med förväntan fram mot de nya gruppernas bidrag till att utveckla vårt ämne.

Jävsproblematiken diskuteras på varje Riks-ARG möte. Ett uppdaterat dokument om Jävsregler för uppdrag i SFOG är antaget av styrelsen och kommer att publiceras i Medlemsblad 1/2019. Här tydliggörs vad som gäller för ordföranden och sekreterare i AR-Grupperna samt för författare av ARG-rapporter, SFOG-råd och SFOG-riktlinjer. En blankett benämnd "Jävsdeklaration" finns tillgänglig på SFOGs hemsida.

Stiftelsens ekonomi är inte så stark som

tidigare. Ändå kommer varje AR-Grupp att från Stiftelsen erhålla en handkassa om 7 500 kr för att finansiera verksamheten under 2019. Då handkassan är förbrukad finns möjlighet för AR-Grupperna att söka ytterligare medel från SFOG.

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.

Antal besök under 2018 var 68 000. Antalet unika besökare var 33 000.

AR och intressegrupper redigerar sina egna undersidor.

Under året har Authority uppdaterat hemsidan till senaste versionen av Umbraco. Hemsidan är nu anpassad för mobiler/plattor. En koppling mellan föreningens administrativa system (filemaker) och hemsidan håller på att slutföras i ett projekt med Authority och positionEtt.

Kvalitetsfrågor

Under 2018 har SFOG deltagit på GynOps två styrgruppsmöten. Andreas Herbst och Lars Ladfors har representerat SFOG i Graviditetsregistret.

Ett protokollfört kvalitetsråd hölls under SFOG-veckan och där närvarade registerhållarna för GynOp, Graviditetsregistret, Bristningsregistret, Svenska kvalitetsregistret för gynekologisk cancer och Nationella kvalitetsregistret för cervixcancerprevention.

Kvinnoklinikernas Årsrapport 2018 sammanställdes och utgavs som vanligt. Den ligger på SFOGs hemsida. Delar av innehållet drogs på Verksamhetsmötet i Uppsala i augusti.

Utbildningsfrågor

Under 2018 utgjordes utbildningsnämnden av följande personer: Sofie Graner, Martin Stjernquist, Jan Brynhildsen, Eva Bergman, Andrea Jonsdotter (OGU), Verena Sengpiel, Ellika Andolf (ordförande), Lovisa Brehmer (OGU), Karin Hildén (ansvarig för specialistexamen), Sahruh Turkmen samt Jenny Immerstrand (SPUR-samordnare). I maj ersattes Andrea Jonsdotter av Marie-Therese Vinnars. Utbildningsnämnden har under året haft tre reguljära sammanträden, 5 mars, 13 juni och 13 november. Specialistexamen avhölls 13–15 juni i

Örebro och 44 blivande specialister genomförde ST-examinationen. Det är något färre än föregående år och kan bero på att examen låg i juni. Dag 1 genomfördes en skrivning och dag 2 en OSCE-tentamen (kliniska stationer) och dag 3 presentation av ST-arbeten. Av de 44 ST-läkare som genomförde examinationen blev 31 helt godkända. Tre deltagare blev underkända både på den skriftliga och på OSCE-tentamen och en på den skriftliga medan nio fick komplettera brister som uppdagades vid OSCE-tentamen. Vid OSCE 2018 deltog också lärare från andra fakulteter. Samtliga deltagare fick individuell feedback.

Vid ett symposium under SFOG-veckan presenterades tre ST-arbeten som valts ut av utbildningsnämnden och OGU i samband med ST-examen. Några arbeten publicerades också i Medlemsbladet.

Kurssystemet för ST-läkare har fungerat rätt väl under 2018. Totalt planerades 22 kurser i 11 ämnen och drygt 800 kursplatser fanns. Systemet är unikt i Sverige. Kirurgerna har ett liknande men enligt uppgift är vårt mera välfungerande. Vi är oerhört tacksamma för att vi har så många entusiastiska kursledare. Vi hade hösten 2018 ett möte för kursledare den 21/11. Det var mycket uppskattat och budget, kursinnehåll och mycket annat diskuterades. Det hela avslutades med en trevlig middag.

Fortbildningskurserna (SFOG-kurserna) har fortsatt och vänder sig nu enbart till specialister.

Under 2018 gavs 22 kurser. På årsmötet fick vi acceptans för att tillsätta en fortbildningssekreterare. Marie Bixo valdes och tillträder 1/1 2019.

Vi har haft en hel del kontakt med intressegruppen för "studierektorsnätverket för ST (SNÄV)" och fått många bra synpunkter. Utbildningssekreteraren och OGU-representanter har varit med på mötena. Utbildningssekreteraren har deltagit i möten med NFOG Educational Committee. En kurs för specialister i NFOGs regi kommer att ges i Stockholm 25-26 april 2019. Ämnen kommer bland annat att vara etik och media inom obstetrik och gynekologi. Dessa kurser är ofta kraftigt subventionerade och ett utmärkt tillfälle att träffa trevliga nordiska kollegor.

Det vetenskapliga arbetet (ST-arbetet) har diskuterats både på OGU-möten, SNÄV-möten och verksamhetsmöten. Förslag har kommit att man skall kunna

använda SNAKS-studier, AR-grupper och forskningsledare på universitetssjukhus för att höja kvalitén. Man kan om tveksamhet råder vända sig till utbildningssekreteraren för diskussion om ett arbete kan godkännas som del i ST-examen.

Under året har tre subspecialister godkänts i Reproduktionsmedicin och en i Gyn-/Tumörkirurgi med cancervård.

SNAKS – Svenskt Nätverk för Nationella Kliniska Studier inom Ob/Gyn

SNAKS har under 2018 utvecklat sin position som intressegrupp för klinisk forskning. I samband med SFOG-veckan i Uppsala hölls ett öppet möte för alla intresserade medlemmar. Styrgruppen representeras av företrädare för obstetrik, gynekologi och reproduktionsmedicin, geografiskt från hela landet, universitetskliniker liksom landsortskliniker, samt av både äldre och yngre kollegor som arbetar i vår specialitet. SFOGs vetenskapliga sekreterare och representant från OGU ingår alltid i styrgruppen, liksom företrädare från våra stora register; Gynop och Graviditetsregistret. Två nya medlemmar (Povilas Sladkevicius; Christer Borgfeldt, GynOp,) har ersatt Lil Valentin och Maud Ankardal som avgått. Annika Strandell har varit sammankallande. Ett kontaktnät av kollegor finns ute på kliniker. De har ansvar för att sprida information om SNAKS-studier på kliniken och därmed bidra till både utveckling av studierna samt rekrytering av patienter. Alla som forskar och driver kliniska studier, uppmanas att ta kontakt med SNAKS styrgrupp för att kunna dra nytta av kontaktnätet och även få synpunkter på studieupplägg. Samtliga kliniker som bidrar i SNAKS-studier kan räkna med en positiv effekt för sin verksamhet; det är visat att bara genom att medverka i studier förbättras utfall för patienterna ur flera aspekter.

Styrgruppen har under 2018 haft möten vid fyra tillfällen och diskuterat nya studieprotokoll;

- SALSTER (SALpingektomi vid STERilisering), en registerbaserad randomiserad studie i GynOp
- IMPACT (Improving Maternal, Pregnancy and Child Outcomes) med fokus på pre-eklampsi
- Magnesium-studien (Mg för neuroprotektion hos prematurt födda barn), kvalitativ delstudie till HOPPSA (Hysterektomi och Opportunistisk

Salpingektomi) om kvinnors upplevelse inför hysterektomi

- SWIDDICH (SWedish IoDine in Pregnancy and Development In Children)

SWEPIS (SWedish Post term Induction Study), som randomiserade kvinnor till induktion v 41 eller v 42, avslutades i december på inrådan av studiens säkerhetskommitté och resultaten kommer att publiceras under 2019.

Mycket glädjande är att två SNAKS-studier stöttats av Vetenskapsrådet med anslag i flermiljonklassen för klinisk behandlingsforskning;

- "The CDC4G trial" (Impact of Changing Diagnostic Criteria for Gestational diabetes in Sweden - a stepped wedge randomized trial) – 18 miljoner SEK
- EVA (Episiotomy in vacuum extraction) – 9 miljoner SEK

Pågående och planerade SNAKS studier under 2018 är beskrivna i Medlemsbladet. På hemsidan finns mer information; länk www.sfog.se/start/arg-ig/ intressegrupper-ig/svenskt-natverk-for-nationella-kliniska-studier-inom-ob-gyn-snaks/studier/ eller klicka dig fram via [sfog.se/ARG & IG/SNAKS/ Studier](http://sfog.se/ARG%20&IG/SNAKS/Studier).

SNAKS har bevakat den årliga kongress som Vetenskapsrådet driver; "Nationella Kliniska Studier" som gick av stapeln i Uppsala. Till nästa års konferens har SNAKS blivit inbjudet att föreläsa.

SNAKS har haft ett internationellt samarbete med det holländska forskningsnätverket "Dutch consortium" och NFOG. Vi har planerat för ett gemensamt forskningsmöte med fokus på Perinatal mortalitet. Mötet kommer att äga rum i Stockholm mars 2019.

Nätverket har en hög målsättning. Vi har börjat i liten skala och kan expandera i takt med att fler studier kan göras. Vinsterna kan bli stora. Först och främst bidrar detta arbete till att den kliniska vården blir mer evidensbaserad. Stora nationella material har större chans att kunna svar på de kliniska frågor som ställs. Egna resultat är lättare att implementera. Kliniska studier blir en naturlig del av den kliniska vardagen, även på mindre sjukhus som inte har en stark akademisk tradition. För många ST-läkare kan arbetet i nätverket ge material till det obligatoriska vetenskapliga arbetet. Vi har under 2018 initierat en diskussion mellan SNAKS styrgrupp och SFOG utbildningsnämnd för att möjliggöra ett sådant

samarbete kring ST-projekten. Svensk obstetrik och gynekologi kan synas mer genom att studierna presenteras på internationella kongresser och publiceras i välmeriterade vetenskapliga tidskrifter.

SFOG riktlinjer

Hem-ARG och Fert-ARG har uppdaterat riktlinjen om Trombosprofylax i samband med IVF.

C-ARG har skrivit en SFOG-riktlinje av Nationella vårdprogrammet för cervix-cancerprevention.

Årsberättelse för Mödrahälsovårdsöverläkargruppen (mhöl-gruppen)

Sedan sommaren 2018 är Anna Bäckström, Västernorrland, ordförande och Birgitta Segeblad, Uppsala, sekreterare.

Mhöl-gruppen har haft två nationella möten under året, ett på våren tillsammans med samordningsbarnmorskorna och ett på hösten. På de nationella mötena är uppslutningen mycket god.

Vårsmötet anordnades 2018 av mödrahälsovårdsöverläkarna och handlade en hel del om kost, kosttillskott och vikt.

Under höstmötet hade vi som vanligt livliga diskussioner kring allehanda aktuella ämnen. Externa föredragshållare höll presentationer om jodstudien, nya Hem-ARG-rapporten, utredningen om modernare regler om faderskap och föräldraskap samt migranthälsa med SRHR-fokus.

Arbetet kring en metodhandbok för mödrahälsovård, motsvarande barnhälsovårdens rikshandbok, har fortsatt och förhoppningen är att arbetet ska bli mer konkret under 2019.

Ett försök till nationell samverkan för digitalisering av mödrahälsovården har påbörjats och planeras fortsätta under 2019.

Under 2018 har mhöl-gruppen yttrat sig avseende följande remisser och skrivelser: promemorian "Avgiftsfrihet för screening för livmoderhalscancer", delbetänkandet "God och nära vård – en primärvårdsreform" (SOU 2018:39), Socialstyrelsens rapport "Screening för 24 medfödda sjukdomar hos nyfödda barn - Rekommendation och bedömningsunderlag, Remissversion", RCCs vägledning "Cancer under graviditet", samt råd angående munhälsa under graviditet från Svensk förening för parodontologi och implantologi.

Sveriges Privatgynekologer

Styrelsen för privatgynekologerna i Sverige avger härmed följande berättelse

över föreningens verksamhet under tiden 29 september 2017 till 30 september 2018.

Styrelse

Ordförande Ilona Barnard, Slottstadens läkarhus, Malmö

Sekreterare Teresia Ondrasek Jonsson, Ondrasek Läkarmottagning, Sundsvall
Kassör Katarina Johansson, Helsa Specialistvård, Linköping

Webmaster Johanna Andersson, Aleris Specialistvård, Sabbatsberg, Stockholm

Revisor

Catharina Lyckeberg Heimburger, Ultragyn, Stockholm. Revisorssuppleant Britt-Marie Carsjö, Sergel City.

Övriga valda

Valberedning: Inger Alenius, Stockholm (sammanställande), Helen Wennerström, Göteborg samt Anna-Maria Kanold, Nacka.

Vetenskaplig rådgivare: Med Dr Karin Bergmark, Jubileumskliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset Göteborg

Kansli

Föreningen har ingen egen lokal. Information om föreningens verksamhet finns på Sveriges privatgynekologers hemsida, www.privatgynekologerna.se. För medlemmar finns inloggning.

Medlemsantal

Under 2017 har privatgynekologerna lite drygt 100 medlemmar. Kontaktpuppgifter till alla betalande medlemmar finns på hemsidan vid inloggning för medlemmar. Medlemsavgiften är 200 kr/år.

Föreningens inre verksamhet

Under året har styrelsen haft 8 styrelsemöten varav 6 telefonmöten och 1 fysiskt möte. Under mötena har tonvikten legat på planering av utbildningsresan år 2018. Man har diskuterat vetenskapligt innehåll, lämpliga föreläsare, reseplan mm. Sedan tidigare har beslutats att utbildningsresan ska planeras via styrelsen utan

att ha en specifik resegrupp.

Utåtriktad verksamhet och information

180122 hölls ett möte angående Standardiserat vårdförlopp, Vulvacancer, i Stockholm. Ytterligare ett möte genomfördes som internat i Sigtuna 180509-10. Privatgynekologerna representerades av Eva Hardmeier, Ultragyn. Allmänt medlemsmöte har inte hållits under året.

Ekonomi

Ekonomi är god. Styrelsen har vid årsmötet 2016 getts fria händer för lämpligt arvode. 2018 tas arvodet ut i form av reducerat pris på utbildningsresan.

OGU

OGU har under 2018 fortsatt att driva frågan kring kirurgisk träning för ST-läkare. Detta genom en fortsatt dialog med studierektorer, verksamhetschefer, Svenskt Kirurgiskt Råd, Benk-ARG, SFOGs styrelse och GynOps styrgrupp. OGU har också lanserat kampanjen "Nya Ge Kniven vidare" med hjälp av lokala ambassadörer.

OGU-enkäten 2018 har genomförts och sammanställts, vänl se Medlemsbladet 5 2018.

OGU har också arbetat med frågan om hur förutsättningarna för ST-arbetet ska förbättras.

OGU-dagarna 2018 arrangerades i Hudiksvall i samarbete med lokala ST-läkare, Konferensbyrå i Dalarna och trofasta sponsorer. Temat var "Bäckenbotten", och konferensen lockade ca 100 deltagare. OGU hade också en representant i den vetenskapliga kommittén för SFOG-veckan 2018 i Uppsala. I samarbete med lokala ST-läkare arrangerades tre välbesökta symposier på teman "Induktion – vart är vi på väg", "Mellan tystnadsplikt, patientförtroende och orosanmälan – om teamarbete på ungdomsenhet", samt "När det värsta händer – att hantera och gå vidare". OGU stod också

som värd för tisdagskvällens sociala program, vilket arrangerades av lokala ST-läkare. OGU delade också ut OGU:s handledarpris under onsdagens bankett.

OGU representerades också i SFOGs styrelse och i Utbildningsnämnden. Våra internationella representanter deltog i NFYOGs arrangemang under NFOG Congress 2018 i Odense, samt deltog i OGU:s europeiska motsvarighet ENTOGs arbete med att harmonisera ST-utbildningen i Europa. 2018 blev vår europeiska representant också inbjuden till World Association of Trainees in Obstetrics and Gynecology, WATOGs, general assembly i samband med FIGO 2018, för att representera OGU. OGU anordnar varje år också europeiska utbyten, vänligen se Medlemsbladet nr 3.

OGU:s verksamhetsberättelse finns att läsa i sin helhet i Medlemsbladet nr 1 2019.

Internationellt samarbete

NFOG, FIGO

SFOGs ordförande respektive vice ordförande deltog i NFOGs styrelsemöten under året, samt vid NFOGs generalförsamling i Odense i samband med NFOG-kongressen, vid vilken hela styrelsen deltog.

SFOGs ordförande och ytterligare fyra representanter för SFOGs styrelse deltog i FIGO-kongressen under oktober 2018. Två symposier hölls gemensamt arrangerade av de nordiska gynekologföreningarna, och handlade om eradikering av HPV respektive hur kejsarsnittsfrekvensen kan hållas på en rimlig nivå. Vid generalförsamlingen valdes Kristina Gemzell Danielsson in i Executive Board som representant för SFOG, efter en gemensam lansering av de nordiska gynekologföreningarna.

Företaget har sitt säte i Stockholm. ■

Väsentliga händelser under räkenskapsåret

Inga väsentliga händelser har skett under året.

Flerårsöversikt (tkr)	2018	2017	2016	2015
Nettoomsättning	2 560	2 167	1 993	4 668
Resultat efter finansiella poster	352	525	1 210	57
Soliditet (%)	71	80	49	87
Förändring av eget kapital	Balanserat resultat	Årets resultat	Totalt	
Belopp vid årets ingång	4 662 719	313 030	4 975 749	
Disposition enligt beslut av årets årsstämma:				
Beslutade bidrag	313 030	-313 030	0	
Årets resultat	-15 000		-15 000	
	209 103	209 103		
Belopp vid årets utgång	4 960 749	209 103	5 169 852	

Resultatdisposition

Styrelsen föreslår att till förfogande stående vinstmedel (kronor):

från föregående år överfört eget kapital	4 960 749	
årets vinst	209 103	
	5 169 852	
disponeras så att i ny räkning överföres	5 169 852	
	5 169 852	
Företagets resultat och ställning i övrigt framgår av efterföljande resultat- och balansräkning med noter.		
Medlemsavgifter	2 337 400	1 440 200
Nettoomsättning	2 559 962	2 166 544
Övriga rörelseintäkter	0	1 444 222
Summa rörelseintäkter, lagerförändringar m.m.	4 897 362	5 050 966

Rörelsekostnader	Not		
ARG-verksamhet		-278 254	-46 928
Medlemsbidrag		-267 997	-263 242
Övriga externa kostnader		-2 987 211	-3 163 669
Personalkostnader	2	-1 093 897	-1 108 638
Av- och nedskrivningar av materiella och immateriella anläggningstillgångar		-4 904	-4 904
Summa rörelsekostnader		-4 632 263	-4 587 381
Rörelseresultat		265 099	463 585
Finansiella poster			
Ränteintäkter		0	0
Realisationsvinster och realisationsförluster		66 773	-6 184
Utdelningar		20 881	68 440
Räntekostnader och liknande resultatposter		-305	-496
Summa finansiella poster		87 349	61 760
Resultat efter finansiella poster		352 448	525 345
Bokslutsdispositioner			
Förändring av periodiseringsfonder		-14 000	-40 000
Summa bokslutsdispositioner		-14 000	-40 000
Resultat före skatt		338 448	485 345
Skatter			
Skatt på årets resultat		-129 345	-172 315
Årets resultat		209 103	313 030
TILLGÅNGAR			
Anläggningstillgångar			
Immateriella anläggningstillgångar			
Hyresrätter och liknande rättigheter	3	43 500	43 500
Summa immateriella anläggningstillgångar		43 500	43 500
Materiella anläggningstillgångar			
Inventarier, verktyg och installationer	4	4 904	9 808
Summa materiella anläggningstillgångar		4 904	9 808
Finansiella anläggningstillgångar			
Andelar i koncernföretag	5	50 000	50 000
Summa finansiella anläggningstillgångar		50 000	50 000
Summa anläggningstillgångar		98 404	103 308
Omsättningstillgångar			
Varulager m. m.			
Färdiga varor och handelsvaror		66 881	52 034
Summa varulager		66 881	52 034
Kortfristiga fordringar			
Kundfordringar		959 954	244 929
Fordringar hos koncernföretag		650 000	650 000
Övriga fordringar		37 442	34 552
Förutbetalda kostnader och upplupna intäkter		879 650	1 291 404
Summa kortfristiga fordringar		2 527 046	2 220 885
Kortfristiga placeringar			
Övriga kortfristiga placeringar	3	370 855	3 415 332
Summa kortfristiga placeringar		3 370 855	3 415 332
Kassa och bank			
Kassa och bank	2	439 372	1 488 778
Summa kassa och bank		2 439 372	1 488 778
Summa omsättningstillgångar		8 404 154	7 177 029
SUMMA TILLGÅNGAR		8 502 558	7 280 337
EGET KAPITAL OCH SKULDER			
Eget kapital			
Fritt eget kapital			
Balanserat resultat	4	975 749	4 722 719
Beslutade bidrag		-15 000	-60 000
Årets resultat		209 103	313 030
Summa fritt eget kapital		5 169 851	4 975 749
Summa eget kapital		5 169 851	4 975 749
Obeskattade reserver			
Periodiseringsfonder	1	116 000	1 102 000
Summa obeskattade reserver	1	116 000	1 102 000
Kortfristiga skulder			
Leverantörsskulder		213 089	398 057
Skatteskulder		0	42 774
Övriga skulder		237 517	33 392
Upplupna kostnader och förutbetalda intäkter	1	766 101	728 365
Summa kortfristiga skulder		2 216 707	1 202 588
SUMMA EGET KAPITAL OCH SKULDER		8 502 558	7 280 337

NOTER

Not 1 Redovisningsprinciper

Allmänna upplysningar

Årsredovisningen är upprättad i enlighet med årsredovisningslagen och Bokföringsnämndens allmänna råd (BFNAR 2016:10) om årsredovisning i mindre företag.

Kortfristiga placeringar värderas enligt lägsta värdes princip.

Upplupen ränta på placeringarna redovisas som upplupen intäkt i balansräkningen.

Långfristiga värdepappersinnehav värderas kollektivt då syftet med placeringarna är att uppnå riskspridning.

Värdepapper, som är anläggningstillgång, är upptagna till anskaffningsvärde minskat med eventuellt erforderliga nedskrivningar, avseende bestående värdenedgångar.

Marknadsvärdering/Förmögenhetsberäkning

Stiftelsens förmögenhet definieras som värdepapper upptagna till marknadsvärde, och övriga tillgångar upptagna till bokfört värde minskade med främmande skulder.

Anslag

Beviljade anslag redovisas direkt mot fritt eget kapital (disponibla medel). Anslagen skuldföres vid beslutstillfället.

Gåvor

Stiftelsen skall tillgodose sitt ändamål genom att bland annat delar av under senaste året tillkomna gåvor/donationer disponeras för stipendier.

Not 2 Medelantalet anställda

	2018	2017
--	------	------

Medelantalet anställda	2	2
------------------------	---	---

Not 3 Hyresrätter och liknande rättigheter

	2018-12-31	2017-12-31
--	------------	------------

Ingående anskaffningsvärden	43 500	0
-----------------------------	--------	---

Inköp	0	43 500
-------	---	--------

Utgående ackumulerade anskaffningsvärden	43 500	43 500
--	--------	--------

Utgående redovisat värde	43 500	43 500
---------------------------------	---------------	---------------

Not 4 Inventarier, verktyg och installationer

	2018-12-31	2017-12-31
--	------------	------------

Ingående anskaffningsvärden	24 520	24 520
-----------------------------	--------	--------

Utgående ackumulerade		
-----------------------	--	--

anskaffningsvärden	24 520	24 520
--------------------	--------	--------

Ingående avskrivningar	-14 712	-9 808
------------------------	---------	--------

Årets avskrivningar	-4 904	-4 904
---------------------	--------	--------

Utgående ackumulerade avskrivningar	-19 616	-14 712
-------------------------------------	---------	---------

Utgående redovisat värde	4 904	9 808
---------------------------------	--------------	--------------

Not 5 Andelar i koncernföretag

	2018-12-31	2017-12-31
--	------------	------------

Ingående anskaffningsvärden	50 000	50 000
-----------------------------	--------	--------

Utgående ackumulerade		
-----------------------	--	--

anskaffningsvärden	50 000	50 000
--------------------	--------	--------

Utgående redovisat värde	50 000	50 000
---------------------------------	---------------	---------------

Stockholm den 16 maj 2019

Eva Ustäl

Ordförande

Michael Algovik

Vice ordförande

Helena Kopp Kallner

Facklig sekreterare

Henrik Graner

Skattmästare

Inger Sundström-Poromaa

Vetenskaplig sekreterare

Ellika Andolf

Utbildningssekreterare

Liselott Andersson

Redaktör för Medlemsbladet

Kristina Nordquist

Ledamot

Elin Svensk

Ledamot

Malin Sundler

Webansvarig

Ove Axelsson

ARGUS

Marie Bixo

Fortbildningssekreterare

Vår revisionsberättelse har lämnats den 16 maj 2019

Crowe Osborne AB

Christer Eriksson

Auktoriserad revisor

Gerald Wallsterson

Revisor

Kommentar ekonomiska utfallet SFOG 2018 och preliminär budget 2019

Under räkenskapsåret har Bengt Karlsson varit skattmästare men jag har tagit över uppdraget fr.o.m. 1 januari 2019.

Föreningen har under 2018 haft en fortsatt stabil ekonomi. Årets vinst efter skatt hamnar på 209 tkr vilket ligger i linje med föregående år. För bolaget SFOG Utveckling AB (som hanterar kurserna för ST-läkare) har vi nu fått ett årsresultat för andra gången och även det ligger i linje med föregående år: resultatet blev överskott på 759 tkr efter skatt. Både föreningen och bolaget har god soliditet dvs relativt hög mängd eget kapital i förhållande till omsättning. I föreningen finns sedan tidigare ansamlade vinster som i dagsläget finns placerade i fonder till ett värde av ca 4 500 000 kr.

Under 2019 kommer den ekonomiska situationen att förändras på flera sätt.

Vid årsmötet 2018 beslutades att SFOG from 2019 ska ersätta 20 % av ordförandens lön (betalas till ordförandes huvudarbetsgivare) vilket innebär en ny utgiftspost som med sociala avgifter och moms beräknas till ca 400 000 kr per år. Dessutom har den stiftelse som tidigare bidragit till att finansiera ARG-gruppernas arbete i år meddelat att de inte längre kommer att kunna bidra med stipendier som tidigare. Styrelsen ser ARG-gruppernas arbete som mycket högt prioriterat och föreslår att SFOG övertar huvudansvaret för finansieringen från stiftelsen. Budgetposten ARG-verksamhet har därför ökat från 150 000 kr per år till 700 000 kr per år.

Båda dessa förändringar ser vi som permanenta och de behöver täckas upp varaktigt i budget. Styrelsens förslag är att detta görs genom årliga utdelningar av vinster från bolaget till föreningen.

Med tanke på den goda soliditeten och ackumulerade vinster i föreningen innebär förändringarna inte något egentligt hot mot föreningens ekonomi även om vi inte kan räkna med lika stora överskott i föreningen framöver och förstås behöver följa kostnadsutvecklingen noggrant. Styrelsen ser inte något behov i nuläget att höja medlemsavgiften och föreslår att den bibehålls oförändrad för 2019.

Med anledning av tidigare osäkerhet kring stiftelsen har styrelsen inte vid dags dato (3/5) fastställt budget för 2019 men räknar med att göra det vid styrelsemöte 16/5. Därför presenteras här en preliminär budget för 2019. Budgeten är förutom ovan nämnda poster väsentligen oförändrad jämfört med föregående års budget.

Henrik Graner
Skattmästare

SFOG PRELIMINÄR BUDGET 2019

SFOGs INTÄKTER 2019

Förslag reviderad budget

Medlemsavgifter	2 400 000
Medlemsblad annonsering	200 000
Försäljning ARG-rapporter	90 000
Försäljning Diagnosbok	30 000
Årsrapport Kvinnokliniker	250 000
Platsannonser hemsidan	300 000
Kursavgift administration	400 000
Specialisttenta	440 000
Övriga poster	50 000
OGU	35 000
SFOG veckan	100 000
SFOG Utveckling AB	800 000
Verksamhetsmöte	
Summa intäkter	5 095 000

SFOGs KOSTNADER 2019

Förslag reviderad budget

SFOG-kansliet	1 500 000
Medlemsavgifter NFOG/ACTA/EBCOG/FIGO	825 000
Medlemsbladet 1-5 (layout/tryck/utskick)	300 000
ARG-rapport (tryck/utskick)	250 000
Styrelsemöten (inkl internat)	450 000
Övriga möten	100 000
FIGO möte	
Utbildningsnämnden	150 000
Specialisttenta	300 000
ARG-verksamhet	700 000
Diagnoshandbok	
Årsrapport kvinnokliniker	50 000
Datakostnader	120 000
Hemsidan	150 000
Revision	65 000
Diverse övr kostnader	50 000
Avskrivningar	
OGU	60 000
OGU ST dagar	200 000
Vetenskaplig nämnd	10 000
SNASKS	30 000
Kvalitetsnämnden	10 000
Verksamhetsmöte	50 000
Förändring lager	
Kostnad ordförande	400 000
Rekrytering	
Summa kostnader	5 770 000

Resultat före finansiella poster

675 000

Aktieutdelning	500 000
Räntetäkter (utdelning vinst värdepapper)	0
Räntekostnader / intäkter	
Återföring av periodiseringsfond	300 000
Summa finansiella poster	800 000
Resultat före skatt	125 000

Årsredovisning för SFOG Utveckling AB

Räkenskapsåret 2018.

Styrelsen och verkställande direktören för SFOG Utveckling AB avger följande årsredovisning för räkenskapsåret 2018. Årsredovisningen är upprättad i svenska kronor, SEK.

FÖRVALTNINGSBERÄTTELSE

Verksamheten

Allmänt om verksamheten

Bolaget bedriver verksamhet inom kompetensutbildning, kurs- och konferensverksamhet, framställande av referensmaterial främst inom obstetrik och gynekologi och därmed förenlig verksamhet. Bolaget är ett helägt dotterbolag till Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi, organisationsnummer 845000-2905 med säte i Stockholm. Företaget har sitt säte i Stockholm.

Väsentliga händelser under räkenskapsåret

Inga väsentliga händelser har skett under året.

Förändring av eget kapital

	Aktie- kapital	Balanserat resultat	Årets resultat	Totalt
Bolagsbildning	50 000		611 829	661 829
Disposition enligt beslut av årets årsstämma:		611 829	-611 829	0
Årets resultat			759 324	759 324
Belopp vid årets utgång	50 000	611 829	759 324	1 421 153

Resultatdisposition

Styrelsen föreslår att till förfogande stående vinstmedel (kronor):

balanserad vinst	611 829
årets vinst	759 324
	1 371 153
disponeras så att i ny räkning överföres	1 371 153
	1 371 153

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

RESULTATRÄKNING

Rörelseintäkter, lagerförändringar m. m.

Nettoomsättning	8 523 192	7 789 888
Summa rörelseintäkter, lagerförändringar m.m.	8 523 192	7 789 888

Rörelsekostnader

Kostnader för kurser	-5 882 989	-5 743 240
Övriga externa kostnader	-869 722	-802 748
Personalkostnader	2 -470 716	-197 946
Summa rörelsekostnader	-7 223 427	-6 743 934
Rörelseresultat	1 299 765	1 045 954

Finansiella poster

Övriga ränteintäkter och liknande resultatposter	54	0
Räntekostnader och liknande resultatposter	-377	-254
Summa finansiella poster	-323	-254
Resultat efter finansiella poster	1 299 442	1 045 700

Bokslutsdispositioner

Förändring av periodiseringsfonder	-325 000	-260 000
Summa bokslutsdispositioner	-325 000	-260 000
Resultat före skatt	974 442	785 700

Skatter

Skatt på årets resultat	-215 118	-173 872
Årets resultat	759 324	611 829

TILLGÅNGAR

Omsättningstillgångar

Kortfristiga fordringar

Kundfordringar	-8 250	0
Övriga fordringar	589 589	577 869
Förutbetalda kostnader och upplupna intäkter	4 579	4 579
Summa kortfristiga fordringar	585 918	582 448

Kassa och bank

Kassa och bank	5 121 841	3 815 193
Summa kassa och bank	5 121 841	3 815 193
Summa omsättningstillgångar	5 707 759	4 397 641
SUMMA TILLGÅNGAR	5 707 759	4 397 641

EGET KAPITAL OCH SKULDER

Eget kapital

Bundet eget kapital

Aktiekapital	50 000	50 000
Summa bundet eget kapital	50 000	50 000

Fritt eget kapital

Balanserat resultat	611 829	0
Årets resultat	759 324	611 829
Summa fritt eget kapital	1 371 153	611 829
Summa eget kapital	1 421 153	661 829

Obeskattade reserver

Periodiseringsfonder	585 000	260 000
Summa obeskattade reserver	585 000	260 000

Kortfristiga skulder

Leverantörsskulder	876 538	1 304 042
Skulder till koncernföretag	650 000	650 000
Skatteskulder	323 363	113 372
Övriga skulder	76 014	26 875
Upplupna kostnader och förutbetalda intäkter	1 775 691	1 381 523
Summa kortfristiga skulder	3 701 606	3 475 812

SUMMA EGET KAPITAL OCH SKULDER	5 707 759	4 397 641
---------------------------------------	------------------	------------------

NOTER

Not 1 Redovisningsprinciper

Allmänna upplysningar

Årsredovisningen är upprättad i enlighet med årsredovisningslagen och Bokföringsnämndens allmänna råd (BFNAR 2016:10) om årsredovisning i mindre företag.

Nyckeltalsdefinitioner

Nettoomsättning

Rörelsens huvudintäkter, fakturerade kostnader, sidointäkter samt intäktskorrigeringar.

Resultat efter finansiella poster

Resultat efter finansiella intäkter och kostnader men före bokslutsdispositioner och skatter.

Soliditet (%)

Justerat eget kapital (eget kapital och obeskattade reserver med avdrag för uppskjuten skatt) i procent av balansomslutning.

Not 2 Medelantalet anställda

	2018	2016-09-15 -2017-12-31
Medelantalet anställda	0	0

Bolaget har inga fasta anställda utan lön betalas endast till vissa kursledare.

Stockholm den 29 mars 2019

Eva Uustal

Ordförande

Justeras

Henrik Graner

Michael Algovik

Min revisionsberättelse har lämnats den 29 mars 2019

Christer Eriksson

Auktoriserad revisor

2019-års Berndt Kjessler pristagare, Annika Strandell



Annika har på flera olika sätt haft en avgörande betydelse för att svensk obstetrik och gynekologi och SFOG har utvecklats starkt vetenskapligt. Annika har haft en mycket tung roll i utvecklingen av evidensbaserad obstetrik och gynekologi som en ledande person inom Evidens-ARG och i drivandet av fortbildningskurser och utbildning för AR-grupperna. Hon har varit ett ankare för alla som vetenskaplig sekreterare men framför allt har hon varit drivande i utvecklingen av SNAKS, där ett flertal nationella studier kommit igång på ett sätt som inte skulle ha kunnat genomföras annars och som kommer få stor klinisk betydelse. SNAKS börjar nu röna ett betydande intresse också från andra specialiteter och kan säkert komma att utgöra en inspiration för andra.

Förslag till styrelse för SFOG 2020

Ordförande Eva Uustal	fortsatt mandat
Vice ordförande Michael Algovik	fortsatt mandat
Facklig sekreterare Helena Kopp Kallner	omval
Vetenskaplig sekreterare Inger Sundström Poromaa	fortsatt mandat
Utbildningssekreterare Ellika Andolf	omval
Fortbildningssekreterare Marie Bixo	tidigare adjungerad, nu nyval
Skattmästare Henrik Graner	fortsatt mandat
Redaktör Radha Korsoski	nyval
ARGUS Ove Axelsson	fortsatt mandat
Websansvarig Malin Sundler	fortsatt mandat
Kvalitetssekreterare/övrig Marie Vikström Bohlin	nyval
OGU-representant Matilda Wådell	nyval

Revisorer:

Auktoriserad revisor Christer Eriksson	fortsatt mandat
Lekmannarevisor Gerald Wallstersson	fortsatt mandat
Revisorssuppleant Anna Ekeryd Andalen	fortsatt mandat

SFOGs valberedning: Paulina Arntyr Hellgren (sammankallande), Mats Löfgren, Lars Ladfors

Redaktör

Radha Korsoski



Hej!

Mitt namn är Radha Korsoski och föreslagen som ny redaktör för Medlemsbladet. Det känns hedrande och roligt att ha fått frågan! Jag är född och uppvuxen i Göteborg med svensk mamma och amerikansk pappa. Jag visste tidigt i livet att jag ville bli läkare och redan under läkarutbildningen, som också gjordes i Göteborg visste jag att det var obstetrik jag ville bli. Det har jag inte ångrat!

Färdig specialist blev jag 2009, och förutom en liten tur i öppenvården med framför allt gynmottagning har det blivit obstetrik på Sahlgrenska Universitetssjukhuset/KK östra. Det känns fortfarande lika spännande och lärorikt och det är ett privilegium att vara obstetriker. Jag har sedan flera år haft olika ledningsuppdrag på kliniken. Sedan ett år tillbaka är jag t.f. sektionschef. Mitt stora intresse är mellanmänniska relationer och hur det utvecklar mig och de människor jag

möter. Både i min läkargärning och i mitt senaste uppdrag som sektionschef har jag haft stor nytta av min nyfikenhet och stora tilltro till människors förmåga att utvecklas. Jag har även tidigare utbildat i ledarskap för ST-läkare.

Jag lever tillsammans med Mats Holmberg, som är androlog och veckopendlar till Stockholm. Vi har 4 barn och ett barnbarn. Vi bor i ett stort hus i Göteborg som vi renoverat. Vi har ett renoveringsobjekt i skärgården och en motorbåt av mindre modellen. På fritiden tycker jag om att läsa skönlitteratur, gå på konstutställningar, teater eller dans. Jag tycker också om att laga mat och baka bröd och då gärna i glada vänners lag.

Jag ser fram emot att få delta i att driva svensk gynekologi och obstetrik framåt på nationell nivå och tror att jag kan bidra på ett positivt sätt som redaktör för Medlemsbladet.

Radha Korsoski

Kvalitetssekreterare

Marie Widström Bohlin



Det självklara valet av specialitet uppenbarade sig för mig under ett sommarjobb som undersköterska på Södersjukhusets förlossningsavdelning under läkarutbildningen. Jag stortrivdes med dynamiken på förlossningen och hela den bredd som det senare visade sig att gynekologi och obstetrik erbjuder.

Efter avslutad läkarutbildning lämnade jag tillfälligt, som jag då trodde, Stockholm för ett vikariat på kvinnokliniken i Sundsvall och sedan AT-tjänst i Härnösand. Min blivande man, också läkare, träffade jag i Sundsvall så efter avslutad AT återvände jag dit för ST-utbildning.

Så småningom påbörjade jag en forskarutbildning i Uppsala angående prediktion av preeklampsi vilket resulterade i en avhandling 2012.

Jag har varit medicinskt ansvarig för obstetrikerna i Sundsvall i många år men sedan 2015, då länsklinikerna bildades, är jag även ansvarig för den obstetriska verksamheten i Örnsköldsvik och Sollefteå. De senaste åren har jag arbetat mycket med kvalitetsuppföljning och ser med glädje fram emot Graviditetsregistrets möjligheter att fortsätta detta arbete. Jag har också deltagit i arbetet med

LÖFs projekt "Säker förlossningsvård" samt Bäckebottenutbildning.se.

Utanför arbetet finns ett familjeliv med tre gemensamma barn, varav en hemmavarande gymnast, tre bonusbarn och fyra bonusbarnbarn samt en hund som är den familjemedlem som helst följer med på skogspromenader. Vi har alltid rest mycket och på senare år har vi gjort flera fina vandrings- och cykelresor tillsammans med vänner.

För mig är det en ynnest att ha ett yrke som även är ett intresse. Jag har också haft förmånen att få arbeta på en klinik med många kunniga och trevliga arbetskamrater, även om jag kan förstå att många yngre ser det som oerhört begränsat att ha varit så länge på en arbetsplats att man får ta emot guldklocka för lång och trogen tjänst. För att i någon mån vidga vyerna har jag under senaste året vikarierat en del på obstetrikerna på Karolinska, Huddinge, vilket har varit otroligt stimulerande och roligt.

Inom vår specialitet finns det ett stort engagemang med otroligt många kompetenta kollegor där SFOG är en samlande kraft och jag ser verkligen fram emot möjligheten att få vara en del av det arbete.

OGU-representant

Matilda Wådel



Jag hann precis påbörja tredje året på min ST i Hudiksvall innan jag nu tar en paus från kliniken och är föräldraledig med min andre son som föddes i mars. Jag och min man flyttade från vår uppväxtort Stockholm till Hudiksvall när jag fick AT där. Sedan blev vi kvar och utökade familjen med en labrador och därefter som sagt två söner. Jag trivs mycket bra i Hudiksvall, både med min arbetsplats och även med livet i övrigt, vardagen blir enklare på en liten ort. Oftast blir det dessutom "riktig vinter" med möjlighet till skidåkning och det är närmare till skog och fjäll.

Det är superspännande att ha blivit nominerad till SFOGs styrelse och OGUs representant i denna. Under det senaste året har jag suttit med i OGUs styrelse som vice ordförande och fått en liten inblick i "Gynekolog-och-Obstetrik-Sverige". Vilken kunskap, engagemang och möjligheter som finns inom vår specialistförening! Som medlem känner jag mig stolt! Om jag blir invald hoppas jag naturligtvis kunna tillvarata OGU-medlemmarnas intressen men också bidra med en ST-läkares perspektiv även i andra frågor.

Symposium om interkurrenta sjukdomar och graviditet

Symposiet riktar sig till läkare och barnmorskor och kommer att belysa akuta och kroniska sjukdomar under graviditet och förlossning. Några av Sveriges ledande föreläsare inom respektive område har bjudits in till Lund denna dag. Förutom intressanta föreläsningar kommer tid att ges till diskussion och genomgång av fall.

Datum: 3 december 2019

Plats: Stora Aulan, Lund, Skånes Universitetssjukhus

Preliminärt program:

Graviditet och

- a) infektionssjukdomar
- b) kardiovaskulära sjukdomar
- c) thyroideasjukdomar
- d) cystisk fibros och lungsjukdomar
- e) hematologi
- f) IVF
- g) reumatologiska sjukdomar
- h) neurologiska sjukdomar
- i) gastric bypass och akut kirurgisk åkomma
- j) intensivvård och anestesilogiska aspekter under graviditet

Organizing committee:

Jana Brodzki, överläkare

Annie Lannto, specialistläkare

Monica Lilja, överläkare

Helena Strevens, överläkare

Dag-Wide Swensson, överläkare

Lars Thurn, överläkare

Kostnad: 1 200 kronor (exklusive moms, inklusive lunch och kaffe)

Anmälan: <https://mkon.nu/interkurrentasjukdomar2019>

Sista anmälningdag: 2019-10-18

Anmälan är bindande. Notera att anmälningavgiften måste vara betald innan sista anmälningdagen.

Mödradöd i Sverige: vad kan vi lära?

Slutsatser från 11 års extern kollegial granskning av graviditetsrelaterade dödsfall.

Glädjande nog har mödradödligheten globalt minskat med 44 % de senaste 25 åren. Skillnaderna i världen är dock stora. Livstidsrisken för mödradöd i höginkomstländer beräknas till 1/3 300 jämfört med 1/41 i låginkomstländer (1). Varje år dör ca sex kvinnor i Sverige under eller inom 42 dagar efter avslutad graviditet. För att dra lärdomar av dessa tragiska fall och därmed eventuellt förhindra nya, beslutade SFOG (Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi) år 2008 att bilda MM-ARG, arbets- och referensgruppen för mödramortalitet. MM-ARG kartlägger och analyserar mödradödsfallen och – inte minst – återkopplar lärdomar till hälso- och sjukvården. Resultatet visar att mödramortalitet berör många specialiteter, utöver obstetrik/gynekologi.

MM-ARG består av obstetrik, barnmorskor och narkosläkare. Andra specialiteter konsulteras vid behov. Journalhandlingar skickas fortlöpande till arbetsgruppen via SFOGs kansli.

Föregående års mödradödsfall fördelas inom gruppen och journaldata sammanställs. Förloppen analyseras därefter gemensamt under ett tvådagarsinternat, presenteras vid SFOGs årliga nationella möte och sammanfattas i respektive intresseförenings tidskrifter. Den engelska audit-modellen MBRRACE-UK har tjänat som förebild (2). MM-ARG samarbetar även med motsvarande arbetsgrupper i våra nordiska specialitetsföreningar (3).

Totalt 67 mödradödsfall i Sverige har kommit till MM-ARGs kännedom under åren 2007–2017. Granskningen visar att av dessa var 38 (56,7 %) förstföderskor, 26 (38,8 %) omföderskor och för tre

Charlotta Grunewald, Annika Esscher, Ajlana Lutvica, Lisa Parén och Sissel Saltvedt.
För MM-ARG, 2019-03-12.

kvinnor saknas uppgift om paritet. Vidare inträffade sex av fallen under tidig graviditet medan nio kvinnor dog efter 42 dagar postpartum (spridning 54 dagar till åtta månader). Av de sent inträffade mödradödsfallen var suicid (n=5) den vanligaste dödsorsaken, följt av tromboembolisk sjukdom (n=2), samt ett fall av cancer respektive oklar död. Förtiofyra kvinnor har lämnat efter sig 46 överlevande barn (två tvillingpar som överlevde), medan förutom de sex tidiga graviditetsfallen, dog 18 barn (ett tvillingpar) i samband med modern (n=17). Under 11 år förlöstes drygt 1 miljon kvinnor. De maternella dödsorsakerna presenteras i Figur 1. Direkt graviditetsrelaterade dödsorsaker domineras av hypertensiv sjukdom/preeklampsi, följt av tromboembolisk sjukdom, sepsis och obstetrisk blödning. Övriga direkta dödsorsaker är fostervattenemboli och extrauterin graviditet. Indirekt död, där en känd eller okänd grundsjukdom har förvärrats av graviditeten, domineras av kardiovaskulär sjukdom inkluderande hjärtinfarkt/hjärtstopp, aortadissektion, kardiomyopati/myokardit och pulmonell arteriell hypertension. Övriga dödsorsaker är suicid, cancer, infektioner, hjärnblödning, oklar död och mord.

Vi kan konstatera att kända risksituationer ofta upprepas. Här följer en sammanfattning av viktiga lärdomar vi har

dragit, med illustrerande exempel, i syfte att bidra till ökad kunskap. Först vill vi delge mer generella lärdomar, därefter mer diagnosspecifika.

I de granskade fallen ses ofta samverkande faktorer som bidragit till ett fatalt slut, men där det kanske hade varit möjligt att bryta kedjan om rätt diagnos ställts och rätt åtgärd vidtagits i tid. Brister i anamnes och kroppsundersökning, ledande till felaktig eller försenad diagnos är vanligt förekommande. Frågor om hereditet kan ibland förbises. Detta gäller bl. a. vid inskrivning inom mödrhälsovården (MHV).

Fall 1.

En 37-årig förstföderska med essentiell hypertoni, fick vid förlossningen ett extremt högt blodtryck, vilket inte behandlades optimalt. Hon avled efter ett cirkulationsstillestånd som inte kunde hävas. Dödsorsaken fastställdes som dis-sekerande aortaaneurysm utan säkerställt Marfans syndrom, alternativt till följd av hypertoni. Det var okänt under graviditeten att kvinnans bror hade avlidit i dis-sekerande aortaaneurysm (eventuellt till följd av Marfans syndrom) fyra månader tidigare. Med vetskapen om detta hade kvinnan sannolikt utretts under graviditeten och handlagts på ett annat sätt.

I åtminstone tre fall har drogmissbruk upptäckts först postmortalt. Även om det kan vara svårt att få en sanningsenlig anamnes, är det viktigt att inte bara högt utan också till synes låg-riskkvinnor tillfrågas om användning av läkemedel och droger. En annan lärdom är att vid medvetlöshet hos gravida inte glömma att intoxikation förekommer.

Fall 2.

En 38-årig förstföderska fick ett hjärtstopp i hemmet i fullgången graviditet. Hon återupplivades, men avled efter fem dagar pga. syrebristskador i hjärta och hjärna. Vid rättskemisk undersökning påvisades rester av tramadol, morfin och etylmorfin i hår, samt i fostret, talande för ett högt intag av dessa läkemedel. Utredning visade att kvinnan hade fått upprepade telefonrecept av ovanstående läkemedel utskrivna via vårdcentralen, belägen vägg-i-vägg med MHV. Orsaken till uppgivna besvär var, förutom kroniska tarmbesvär (IBD), även hosta/bihåleproblem och sömnbesvär. Någon suicidrisk hade inte framkommit. Den stora förskrivningen av opioider per telefon kan ifrågasättas. Förutom anamnes, hade en gemensam databas och gemensamma E-recept kunnat bidra till upptäckt av missbruket.

Totalt 13 av de 67 kvinnorna i vårt material är utlandsfödda och i journalerna framgår språksvårigheter. I en nationell studie från Dödsorsaksregistret, baserad på 27 957 kvinnor i reproduktiv ålder mellan 1988-2007, fanns en signifikant högre risk att dö i samband med graviditet hos kvinnor födda i låginkomstland jämfört med svenskfödda (4). Kommunikationssvårigheter, men även psykosociala riskfaktorer, leder ibland till allvarliga problem med följsamhet till behandling och kontroller. Vi vill här särskilt understryka behovet av professionell tolk.

Fall 3.

En 37-årig 2-para av utomeuropeiskt ursprung uppvisade en komplex bild av olika riskfaktorer såsom högt BMI (37), hypertoni och graviditetsdiabetes, kombinerat med språkproblem och kulturella skillnader. Kvinnan avled i graviditetsvecka 33 efter en cirkulationskollaps i hemmet. Obduktion visade varig pyelit, bilateral mikroskopisk lungembolism, eventuellt till följd av urosepsis. Trots uppgiven "relativt god svenska" anges i journalen upprepade gånger kommunikationssvårigheter och dålig compliance, med flera uteblivna besök. Tolk användes inte.

Den ökande andelen gravida av utlandsfödda ställer även krav på kunskap om för oss ovanliga sjukdomar (se även nedan "Infektioner").

Fall 4.

En 29-årig förstföderska av utomeuropeisk härkomst, icke-svensktalande, vårdades för misstänkt influensa i fullgången graviditet. Efter förlossningen blev hon apatisk och svarade inte på tilltal och psykiater konsulterades. Tillståndet förvärrades med tilltagande nackstyvhet och förvirring, följt av kramp. Datortomografi visade hjärnödemed och misstänkt hjärnstamsinfarkt och kvinnan avled i bild av inklämning. Senare svar på likvor visade mycobakterium tuberkulosis och dödsorsaken fastställs som TBC-meningit med kramp. Kommunikationen mellan många och olika inblandade specialister förefaller ha varit suboptimal och avsaknad av multidisciplinära ronder kan möjligen ha bidragit till en försenad diagnos.

Vikten av att göra en riskbedömning inför förlossningen och att denna behöver omvärderas av barnmorskan i samarbete med läkare under förlossningens gång belyses med följande fall. Här fanns flera obstetriska riskfaktorer redan vid ankomsten.

Fall 5.

En 38-årig kortvuxen (154 cm) förstföderska med IVF-graviditet. Misstanke om att barnet var stort för tiden. När förlossningsförloppet började avvika från det normala borde en bedömning av eventuella orsaker till avvikelser göras. I förlossningsrummet inträffade två katastrofer; barnet fastnade i en skulderdystoci samtidigt som mamman fick ett hjärtstopp. I denna situation brast övervakningen av mamman vilket sannolikt ledde till fördröjd start av HLR. Kvinnan fick stora mängder oxytocin, vilket har en myokarddeprimerande effekt. Möjligen kan ryggsläget och de uppdagna benen på mamman, som del i de obstetriska manövrer som tillämpas vid skulderdystoci, ha lett till vena cava-syndrom, som i kombination med höga doser oxytocin kan ha bidragit till den fatala utgången.

Multipla riskfaktorer är vanligt förekommande. Vi vill särskilt poängtera faran med fetma i samband med graviditet och förlossning. Bland de 67 fallen finns 11 kvinnor med fetma ($\text{BMI} \geq 30$), varav fyra med morbid obesitas ($\text{BMI} \geq 45$). Tre av kvinnorna med $\text{BMI} \geq 45$ avled i plötslig hjärtdöd. Morbid obesitas innebär inte bara ökade risker under graviditet och förlossning, men även svårigheter att undersöka patienten och ställa diagnos så som att palpera buken och mäta ett korrekt blodtryck. Vikten av förlossningsplanering och att genast informera narkosläkare när det kommer in en kvinna med morbid fetma kan inte nog understrykas. Enligt MBRRACE-UK finns en ökning av diagnosen "SADS" (Sudden Adult/arrhythmic Death Syndrome) där en av undergrupperna är associerad med obesitas.

Fall 6.

En 33-årig förstföderska med morbid obesitas fick ett hjärtstopp efter en okomplicerad vaginal förlossning. HLR lyckades men en grav hjärnskada uppstod till följd av syrebrist. Hjärt-EKO visade vänsterkammarhypertrofi. Livsuppehållande behandling avbröts efter två dygn. PAD efter obduktion visade utbredd hjärtinfarkt.

Att ställa rätt diagnos är ibland svårt, inte minst hos gravida. Vanligt förekommande symtom kan ibland visa sig vara något helt annat.

Fall 7.

En 34-årig 3-para som sökte akut fem dagar efter en vaginal förlossning med huvudvärk, diarréer, buksmärtor och feber, bedömdes som endometrit. Någon mer avancerad kroppsundersökning utfördes inte, eftersom den gynekologiska diagnosen föreföll "given". Först senare, på vårdavdelningen, upptäcktes att kvinnan var hemiparetisk och förvirrad. Med denna svårtolkade symptomatologi understryks vikten av multidisciplinärt samarbete inklusive teamkonferenser vid ovanliga och komplicerade tillstånd. Ytterligare försvårande faktorer här var att kvinnan fött sitt barn i ett östeuropeiskt land och kommit till Sverige bara

några dagar därefter. Hon talade ingen svenska, men tolk användes inte akut. Här har sannolikt viktig information missats. Utredning på natten visade trombocytopeni och CT-skalle visade misstankar om hjärntumör. Diagnosen ändrades dagtid till sinustrombos, patienten flyttades till Neuro-IVA och man gav Heparin och gjorde försök till trombolys, men hon avled sex dagar senare till följd av ett svårbehandlat högt intrakraniellt tryck. Obduktion utfördes inte, vilket är olyckligt eftersom viktig information kan ha missats.

Hypertensiv sjukdom/preeklampsi

Intrakraniell blödning, som är den dominerande dödsorsaken vid preeklampsi, förekom i 7/10 fall som primär dödsorsak vid detta tillstånd. En generell endotelskada samt att blodtrycksstegringen ofta kommer hastigt kan förklara den ökade risken för hjärnblödning hos gravida med preeklampsi. I majoriteten av fallen har den blodtryckssänkande behandlingen varit för lågt doserad, för sent insatt eller för bristfälligt uppföljd. Det kan inte uteslutas att det fatala förloppet hos dessa kvinnor hade kunnat förhindras med rätt handläggning. En årligen återkommande lärdom är betydelsen av att vara mer aktiv med att både behandla och följa höga systoliska blodtryck hos gravida. Den senaste MBRRA-CE-rapporten visar att man i Storbritannien lyckats sänka hypertoni-relaterad dödlighet till endast 0,13/100 000 graviditeter (5). Vi tror att fortsatt kvalitetsarbete nationellt och lokalt kan minska dödligheten ytterligare även i Sverige. Ett systoliskt blodtryck ≥ 160 mmHg måste sänkas akut med exempelvis labetalol (Trandate®) eller dihydralazin (Nepresol®; licenspreparat) intravenöst eller att inledningsvis tugga 1 tabl nifedipine (Adalat®) medan venösa infarter sätts och effekten av givet läkemedel kontrolleras, oavsett orsak till hypertensionen (6). Dessa situationer skall uppfattas som mycket brådskande och ställer krav på gott teamarbete. En viktig lärdom här är också att blodtrycket måste stabilise-

ras före sectio. I flera fall har en snabb sövning troligen bidragit till en extrem blodtryckshöjning med hjärnblödning som följd.

Ibland är symtombilden vid preeklampsi/HELLP svårtolkad och tillståndet kan försämrats mycket snabbt. Transport av svårt sjuka patienter mellan kliniker är en känd risksituation där man behöver bedöma hur patienten ska övervakas.

Fall 8.

En frisk 26-årig förstföderska med normal graviditet ringde till förlossningsavdelningen vecka 25+2 för att hon hade kräkningar och diarré. Hon negrade huvudvärk och/eller epigastriesmärta och fick rådet att återkomma vid eventuell försämring. En och en halv timme senare sökte hon på akutmottagningen och där uppmättes ett högt blodtryck på 177/105. En och en halv timme senare bedömdes kvinnan av infektionsläkare som kontaktade förlossningsjour. Kvinnan hade då, förutom högt blodtryck, diarré och kräkningar även epigastriesmärta och hematuri. Blodtrycket togs om, och var då ännu högre, och man beslutade att patienten skulle flyttas till förlossningen. Detta fördröjdes bl.a. av att ett förlossningsrum behövde städas. Kvinnan transporterades från akutmottagningen till förlossningsavdelningen av en vaktmästare. Vid ankomsten till förlossningsrummet, ungefär fyra timmar efter ankomst till akutmottagningen, fick hon en generell kramp. Man gav magnesiumsulfatinfusion som krampprofylax, och trandateinfusion eftersom blodtrycket var fortsatt högt (200/110). Laboratorieproverna försämrades snabbt; trombocyter sjönk från 177 till 100 och kreatinin steg från 63 till 100 på fyra timmar, ASAT 20, ALAT 16,2, men APTT och PK inom referensvärden. Man bedömde detta som svår HELLP med eklampsi och beslutade om kejsarsnitt. I samband med att spinalanestesi lades sjönk blodtrycket från 180/110 till 130/90. Strax efter att kvinnan var förlöst men kejsarsnittet inte var avslutat kräcktes hon och krampade igen. Hon blev

då intuberad och fick då ett blodtrycksfall till systoliskt 60. Efter avslutad operation flyttades hon till intensivvårdsavdelning där hon extuberades ca 1,5 timme senare. Hon var då orolig och plockig, en svaghet i höger arm noterades och hon intuberades åter. Datortomografi hjärna visade subaraknoidalt blod och ödem. Patienten försämrades natten efter förlossningen och kontinuerlig dialys inleddes. På morgonen hade hon dilaterade pupiller och medvetandegrad RLS 8. Neurokirurgerna försökte då på vitalindikation göra en hemikraniektomi för att lätta på trycket i hjärnan, men hjärnan fortsatte att svullna och man fick göra en resektion av hjärnvävnad. Patienten diagnosticerades därefter som hjärndöd. Obduktion visade att kvinnan även hade en hypertrof kardiomyopati.

Lungödem (n=2) respektive hjärtpåverkan (n=1) var den primära dödsorsaken i de övriga fallen med preeklampsi/HELLP. Tokolytisk behandling med terbutalin (Bricanyl®), ökar risken för lungödem vid preeklampsi. I åtminstone ett av fallen med lungödem (1/07), kan det inte uteslutas att denna typ av behandling kan ha bidragit till utfallet, speciellt med tanke på att kvinnan redan före behandlingen hade både bilateral pleuravätska och generella ödem. Även vid behandling med MgSO₄ finns en risk för lungödem.

Tromboembolisk sjukdom

Av de totalt sju kvinnorna som avled pga. tromboembolism, inträffade fyra jämnt utspritt under graviditet (vecka 6, 11, 24, 33) och tre postpartum eller senare (5 dagar, 3,5 respektive 4 månader). Vi vill särskilt understryka, att vid hög risk för tromboembolism ska trombosprofylax ges från tidig graviditet, även om graviditeten ska avbrytas. CT ska ej undvikas vid stark embolismisstanke hos gravida (7).

Fall 9.

En 38-årig 1-para med flera riskfaktorer för tromboembolism sökte abort i tidig graviditet (vecka 6). Kvinnan behandlades under förra graviditeten för en cerebral venös trombos, men var inte

koagulationsutredd. Hon hade en essentiell hypertoni och var överviktig. Man planerade för ett avbrytande, men innan aborten hann genomföras insjuknade kvinnan i bilden av en djup ventrombos (DVT) och lungemboli och fick en cirkulationskollaps i hemmet som inte kunde hävas. PAD visade en stor central sadelemboli i lungan samt perifer lungembolism.

Gravida behöver 25-30 % högre dos vid trombosbehandling jämfört med icke-gravida. Det finns otillräcklig erfarenhet av behandling med Innohep® vid tromboembolisk sjukdom under graviditet. Likaså är erfarenheten av endosbehandling liten. Sänkning av behandlingsdos till högdosprofilax bör ske i samråd med expert i hemostassjukdomar och graviditet. Det är också viktigt att överväga trombolys vid cirkulationspåverkan. Även i dessa fall kan rätt vårdnivå ha haft betydelse för utfallet. När en gravid kvinna vårdas inneliggande inom annan specialitet bör obstetrikern inkopplas för bedömning. Immobilisering är indikation för trombosprofilax hos gravida, vilket inte säkert är känt inom andra specialiteter.

Fall 10.

En 29-årig 1-para, med tidigare DVT, heterozygot för APC-resistens (faktor V Leiden) och obesitas med BMI 37, insjuknade i DVT i graviditetsvecka 6. Hon behandlades med Innohep® 18 000E x 1, kontrollerat med antiXa. Efter fyra veckor övergick man till 10 000E x 1. En vecka senare insjuknade hon i lungemboli med högersvikt och avled därefter i ett cirkulationsstillestånd.

Hjärt-kärlsjukdom

Generella lärdomar av fallen med hjärt-kärlsjukdom är att vid plötsligt påkommen andfåddhet/andningssvårigheter hos en gravid kvinna bör man överväga andra diagnoser än graviditetsfysiologiska förändringar, t.ex. hjärtsvikt. Ett systoliskt blodtryck under graviditet eller den närmaste tiden därefter ≥ 160 kan vara livshotande pga. risk för hjärnblödning och måste sänkas akut, oavsett orsak. Lyssna på hjärta/lungor, ta puls och andnings-

frekvens! Ett hjärt-eko bör vara en del i utredningen vid kardiellt misstänkt anamnes, hereditet för hjärt-kärl-sjukdom eller bestickande symptom.

I fem av fallen var aortadissektion/ruptur den primära dödsorsaken. Fyra av dessa hade även hypertoni, som i några fall kan ha bidragit. Risken för dissektion/ruptur av aorta och andra kärl/aneurysm (t.ex. kranskärl) ökar under graviditet, troligen via hormonell effekt på arteriell muskeltonus i interaktion med nedärvd mediaskada. Även i fall där korrekt diagnos ställs är mortaliteten hög. Marfans syndrom, Turners syndrom, Ehler-Danlos syndrom typ IV, coarctatio aortae och bicuspid aortaklaff ökar risken för aortadissektion. Aortadissektion skall övervägas vid akut svår smärta mellan skulderbladen, speciellt vid samtidigt högt blodtryck eller olika blodtryck i armarna, och får inte glömmas som differentialdiagnos till lungemboli. Eftersom cirka 20 % av alla som drabbas av aortadissektion har en släkting med dissektion eller aneurysm i thorakala aorta bör 1a-gradssläktingar erbjudas utredning (8).

Fall 11.

En 35-årig förstföderska med ett förhöjt blodtryck vid inskrivningen på MHV, hade en bicuspid aortaklaff, vilken upptäcktes först i samband med obduktion. Likaså framkom först i efterhand hereditet för hjärtsjukdom. En lätt hypertoni, i kombination med ett systoliskt blåsljud, föranledde remiss till medicinklinik för bedömning. Efter labutredning och 24-timmarsblodtrycksmätning ställdes diagnosen essentiell hypertoni utan behov av farmakologisk behandling. En lärdom är att det angivna blåsljudet borde ha föranlett ett hjärt-eko varvid man hade funnit den bicuspida aortaklaffen, vilket kan vara associerat med både coarctatio aortae och dissektion i aorta ascendens. I detta fall skulle behandling av den lätta blodtrycksstegringen och noggrann blodtrycksmonitorering förhoppningsvis ha inletts och förloppet kanske blivit ett annat.

I vårt material med sex fall av hjärtstopp/infarkt, fanns kända riskfaktorer såsom morbid obesitas (BMI ≥ 45 , n=3), övervikt (BMI 29, n=1), rökning (n=1), hypertoni (n=2), dolt drogmissbruk (n=2) representerade. Ett hjärtstopp inträffade under graviditet. Här uppdagades postmortalt ett uttalat läkemedelsmissbruk som sannolikt utlösande orsak (fall 2). Övriga hjärtstopp har inträffat under eller strax efter partus (n=4), respektive fem veckor postpartalt (n=1). Även i det senare fallet påvisades postmortalt ett okänt missbruk.

Vid många av dessa komplexa fall ställs prov på interprofessionell kommunikation och samarbete. Detta gäller inte minst vid hjärtstopp där det är viktigt att vara förberedd på det oväntade och att all personal har kännedom om och återkommande träning i larmrutiner och HLR. Perimortemsnitt är en central åtgärd vid återupplivning av synligt gravida, i första hand för att optimera möjligheten att rädda mammans liv genom att förbättra det venösa blodflödet till hjärtat. Tydliga rutiner bör finnas avseende vart gravid kvinna med pågående HLR skall transporteras, vem som utför snittet etc.

Fall 12.

En 30-årig förstföderska av utomeuropeiskt ursprung lades in med svår preeklampsi och subjektiva besvär. Blodtryckssänkande behandling påbörjades och patienten förbättrades. Två dygn senare mätte hon bra, men blodtrycket var 170/110. Strax därefter debut av hosta, kräkningar, andnöd och bröstsmärtor. På endast några minuter utvecklades ett fulminant lungödem, följt av en cirkulatorisk kollaps. Man gav syrgas, diuretika, larmade och flyttade patienten till operationssal där ett perimortem sektion påbörjades, cirka 30 minuter efter symtomdebut och fyra minuter efter hjärtstopp. HLR återställde cirkulationen men kort därefter drabbades kvinnan av hjärtstopp igen, som inte kunde hävas. Barnet var medtaget men klarade sig. Obduktion visade endast lungödem. Ågerandet här var mycket snabbt.

Narkosläkare i MM-ARG framhåller att det är viktigt att påbörja övertrycksventilering vid lungödem för att pressa ut vätska i cirkulationen och skapa förutsättning för gasutbyte.

Fyra kvinnor fick diagnosen myokardit eller kardiomyopati, samtliga PAD-verifierade.

I ett fall hade en postmortal immunologisk utredning möjligen kunnat bidra till ökad kunskap. Här fanns en svårtolkad symtombild med komorbiditet (ulcerös colit), diffusa buksymtom, stigande transaminaser och urat, kombinerat med lätt koagulationspåverkan. Bilden ledde felaktigt misstankarna till HELLP-syndrom och akut sectio utfördes inom 20 minuter. En cirkulationskollaps, som inte kunde hävas, uppstod i samband med sövningen. Möjligen hade förloppet varit ett annat om man hade drivit diagnosen längre innan man snittade. I ett annat fall, genomgick en omföderska akut sectio i graviditetsvecka 33 pga. preeklampsi med svårbehandlat blodtryck och graviditetsdiabetes. Ett dygn efter sectio fick kvinnan plötsligt en cirkulationskollaps, men hennes liv gick inte att rädda, trots HLR. De övriga två fallen hittades båda livlösa i sängen. Den ena, en 23-årig väsentligen frisk förstföderska i graviditetsvecka 38, den andra, en 29-årig 1-para med typ 1 diabetes, hypothyreos, astma och BMI 30, 27 dagar efter en vaginal förlossning.

Essentiell hypertension är en viktig riskfaktor som kan indikera bakomliggande hjärt/kärlsjukdom och ska föranleda noggrann monitorering och behandling. En vanlig missuppfattning är att ett blodtryck lägre än 160/110 mmHg är mindre allvarlig vid essentiell hypertoni jämfört med preeklampsi eller graviditetsinducerad hypertoni.

Psykisk sjukdom

Psykisk ohälsa bidrar till ökad sårbarhet under graviditet och många av fallen påminner om vikten av att så långt möjligt optimera vården för denna typ av högriskpatienter.

Fall 13.

En 40-årig 1-para med BMI 45, tidigare amfetaminmissbruk, rökare, ADHD och psykosocial problematik. Behandlingskrävande preeklampsi under senare delen av graviditeten. Uteblir upprepade gånger från graviditetskontroller. Förlöses med kejsarsnitt efter misslyckad induktion i graviditetsvecka 37. Utredds kardiovaskulärt efter förlossningen med bl.a. hjärt-eko som visar vänsterkammerhypertrofi. Rekommenderas av medicinkonsult långsiktig blodtryckskontroll via primärvården, men uteblir från all planerad uppföljning och sätter själv ut ordinerad trombosprofylax. Avlider i akut hjärtinfarkt fem veckor efter partus. I den postmortala rättskemiska analysen påvisas droger (Concerta, Lyrica, Tramadol, amfetamin), vilket tolkas som ett dolt missbruk.

I vårt material suiciderade åtta kvinnor, varav två under graviditetens 3e trimester och sex postpartum (1 vecka – 8 mån). Tre avled till följd av hängning, en kvinna kastade sig framför ett tåg och i fyra fall är tillvägagångssättet för MM-ARG oklart. I samtliga fall fanns någon/några av riskfaktorerna bipolaritet, depression, generaliserad ångest och/eller posttraumatisk stress representerade, men dessa var dessvärre inte alltid kända i tid.

Under graviditet och året efter förlossning har kvinnor en minskad risk för suicid jämfört med sina jämnåriga, men om det finns en allvarlig psykisk sjukdom i botten (t.ex. bipolär sjukdom) utgör de en högriskgrupp. Tidigare psykisk sjukdom är en stark riskfaktor för depression under och efter graviditet. Tidigare suicidförsök är en allvarlig livslång riskfaktor för suicid, vilket bekräftas i vårt material, där tre av kvinnorna hade gjort allvarliga suicidförsök tidigare. I inget av dessa fall blev kvinnorna bedömda av en psykiater under graviditeten. Det finns en risk för försämring postpartum även om kvinnan mår bra under graviditeten. Det är viktigt att kvinnor med aktuell eller anamnestisk psykisk sjukdom fångas upp via MHV och att de följs upp post-

partum. Vårdplanering under graviditeten bör göras i samråd med psykiatri. Postpartumdepression bör handläggas inom specialistpsykiatri. Enligt brittiska rekommendationer finns en bred acceptans för inrättning av ett specialiserat "Perinatal Mental Health Team" som ska prioritera psykisk sjuka gravida kvinnor, särskilt postpartum, eftersom suicidrisken är störst efter förlossningen. Snabb inläggning av mor och barn bör ske utan fördröjning. Vid behov av suicidbedömning ska en sådan göras på rätt kompetensnivå och på ett strukturerat sätt (9).

Infektioner

Åtta kvinnor avled pga. av infektion, varav fyra i sepsis, två av tbc och två i pneumoni. En generell slutsats är att gravida kvinnor kan bli allvarligt sjuka av en infektion och att man bör ha en lägre tröskel för inläggning än för andra. Tröskeln ska också vara låg för att rådgöra med obstettriker om kvinnan vårdas på t ex en infektionsavdelning.

I två fall var dödsorsaken pneumoni, varav i det ena fanns misstankar om primär influensa som utlösande orsak. Att gravida kvinnor bör vaccinera sig mot influensa är välkänt, men de nationella rekommendationer som finns för influensatestning och antiviral behandling när en gravid kvinna exponerats för influensa är mindre kända. När höggravida kvinnor med influensasymptom (även kvinnor utan andra riskfaktorer såsom t ex astma) kontaktar MHV eller förlossningsavdelning bör hon rekommenderas att söka allmänläkare för bedömning och eventuell influensatestning/profylaktisk antiviral behandling enligt de nationella rekommendationer som finns. Rekommendationerna finns på Infpreg:s hemsida

(www.medscinet.se/infpreg/healthcareInfo.aspx). Man bör också dokumentera i mödravårdsjournalen om kvinnan är vaccinerad eller inte.

Fall 14.

30-årig 1-para med en normal graviditet fram till vecka 36+0 då hon kontaktade MHV pga. influensasymptom, med temp

38°C, ont i kroppen och hosta. Hon fick allmänna råd. Sex dagar senare sökte hon akutmottagningen med feber, andningsproblem och hosta. CRP var 199, men uppgifter om andningsfrekvens, puls eller temp saknas. Hon bedömdes ha tonsillit med positivt streptokocktest och sattes in på Kåvepenin® (en dos bensyl-pc given intravenöst) i samråd med infektionsjour. Blododling visade ingen bakterieväxt. Det saknas uppgift om influensavaccinering i journalen. I vecka 37+3 hittades hon död i sängen i hemmet. Obduktionen visade pneumoni. Det är oklart om kvinnan fick sin lunginflammation sekundärt till influensa, men hennes initiala symptom och årstid för insjuknande kan väl stämma överens med influensa.

Sepsisfallen orsakades i två fall av GAS (Grupp A Streptokocker), i övriga av den ovanliga bakterien *Clostridium sordelli* respektive efter en perforerad appendicit. Redan vid misstanke om sepsis hos en gravid eller nyförlöst kvinna bör man överväga en högre vårdnivå eftersom förloppet kan vara mycket dramatiskt. Vitalparametrar (NEWS, National Early Warning Score), helst anpassade till gravida kvinnor, är viktiga både i den initiala bedömningen och när man följer förloppet vid en infektion. Upprepade kontroller är avgörande vid avvikelser för att man tidigt ska upptäcka allvarlig sjukdom och – inte minst – agera på fynden. En andningsfrekvens över 30 ska väcka misstanke om allvarlig sjukdom. Vid sepsis stiger andningsfrekvensen och pulsen innan blodtrycket sjunker, vilket är ett observandum. Ansvariga professionella organisationer har med stöd av Patientförsäkringen LÖF i Projektet Säker Sepsis tagit fram nya kriterier för sepsis (Sepsis-3) och en reviderad version av bedömningsskalan (NEWS-2)

(<https://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/saker-sepsisvard/>).

Antibiotika ska, efter odling, sättas in inom en timme vid konstaterad eller misstänkt sepsis. Vid misstanke om genital sepsis är snabbtest för GAS användbart, med vetskap om att sensitiviteten

inte är hundra procent och att det inte utesluter odling.

Centralt i sepsisdiagnostiken är att söka infektionsfokus och förlösa eller utrymma graviditeten, oavsett graviditetstidslängd, om denna utgör infektionshärden, eller utrymma andra abscesser. Ett konkret tips för att påskynda den primära handläggningen vid sepsis på en förlossningsavdelning/akutmottagning är att man skapar en "sepsiskorg". I korgen kan finnas utrustning för att sätta PVK, Ringer-acetat, provrör för alla relevanta odlingar och blodprover (inklusive laktat), snabbtest för GAS samt inplastade PM för sepsis, instruktion för blododling och ett inplastat blad med etiketter för prover. I provbeställningssystemet kan man även lägga ihop alla relevanta prover i ett sepsisblock, för att underlätta provtagningsordinationen och minska risken att man missar någon analys.

Två kvinnor, båda av utländsk härkomst, avled i TBC, vilket belyser vikten av ökad kunskap om ovanliga sjukdomar som kan finnas bland våra gravida invandrare. De vanligaste TBC-formerna hos gravida är extrapulmonella. I båda fallen var infektionen manifesterad i hjärnan, vilket diagnosticerades sent i förloppet. Det ena fallet är tidigare beskrivet (fall 4). Vid svårt utdraget graviditetsillamående, ibland även kombinerat med huvudvärk och buksmärter, måste andra orsaker till symptomen beaktas. Kraftig viktnedgång är också en varningsklocka som bör leda till bredare differentialdiagnostiska funderingar. Diagnostiken förefaller i båda fallen ha försvärats av kommunikationssvårigheter. Vi vill påminna om att det inte bara är viktigt att använda tolk, utan att även dokumentera när tolk har utnyttjats. Enligt Folkhälsomyndighetens "Rekommendationer för preventiva insatser mot tuberkulos" (10) bygger beslut om behandling av latent TBC på en sammanvägning av en rad olika faktorer, och att graviditet stärker indikationen för preventiv behandling av TBC. Därför bör gravida kvinnor med latent TBC bedömas av infektionsläkare. Idag har regionerna i

Sverige olika riktlinjer för TBC-screening i mödrahälsovården och nationella riktlinjer saknas.

Fall 15.

En 16-årig, ensamkommande flykting från ett afrikanskt land, icke-svensktalande, som upprepade gånger från tidig graviditet söker pga. illamående och kräkningar med kraftig viktnedgång, längre fram även huvudvärk. Det fanns kännedom om latent TBC och remittering till infektionsklinik hade skett, men utan känt svar till berörd MHV. Akut inläggning i graviditetsvecka 25+ pga. tilltagande besvär, svårt psykiskt påverkad och med uttalade suicidtankar. Man planerade psykiatrisk konsultation. Strax därpå ett hjärtstillestånd, återupplivning. CT skulle visade en stor expansivitet med medellinjeförskjutning och hotande inklämning. Bilden bedömdes typisk för tuberkulom.

Cancer

Cancer är den vanligaste dödsorsaken bland kvinnor i fertil ålder. Avvikande symptom ska uppmärksammas och utredas – också under graviditet. Fem kvinnor dog i olika former av cancer med debut under graviditeten; en i ventrikelt-cancer, pancreascancer respektive akut myeloisk leukemi, två i olika hjärntumörer. Det är troligt att graviditeten i sig, i åtminstone i några av fallen, har kamouflerat symtomen och fördröjt diagnosen. Samtliga fall hade ett snabbt förlopp efter diagnos med död från en dag till två månader post partum. Patienter med alarmsymtom vid gastribesvär (bl.a. anemi, viktnedgång) ska utredas omedelbart med gastroskopi, oavsett graviditetstidslängd.

Fall 16.

En 33-årig 1-para sökte upprepade gånger under graviditeten med epigastralgi, kräkning och viktnedgång, vilket tolkades och behandlades som "vanligt" graviditetsillamående. Diagnosen ventrikelt-cancer ställdes via gastroskopi först i vecka 25. Kvinnan förlöstes på maternell indikation med sectio i vecka 28, men avled efter två månader.

Vid misstanke om allvarlig sjukdom hos gravid skall kvinnan prioriteras framför fostret oavsett graviditetslängd. Strålningsrelaterade risker för det enskilda fostret får dessutom betraktas som mycket små.

Fall 17.

En 25-årig tidigare frisk 0-para sökte akut i graviditetsvecka 14 pga. svår huvudvärk sedan flera veckor tillbaka. Hon beskrev illamående och ljuskänslighet och lades in för observation. Neurologstatus var initialt normalt, men tillståndet försämrades snabbt med symtom på högt intracerebralt tryck. Man avstod från akut CT-skalle av rädsla för inverkan på fostret och planerade en MR påföljande dag. Kvinnan avled dagen efter inkomsten till följd av inklämning. PAD hjärna visade medulloblastom. Enligt konsulterad neurokirurg hade man med en tidigarelagd diagnos kunnat undvika inklämning och därmed möjliggjort behandling av hjärntumören. Intern händelseanalys visade på otydliga riktlinjer avseende röntgen av gravida, och gynekolog konsulterades aldrig.

Obstetrisk blödning

Fyra kvinnor avled till följd av stor obstetrisk blödning i samband med förlossningen. I ett av fallen bidrog en allvarlig anestesikomplikation (esofagusintubation) till utfallet. Flera riskfaktorer för atoni och stor blödning efter förlossningen finns här representerade, såsom multiparitet (en 5-para, en 7-para), vaginal duplexförlossning med obehandlad anemi, snabbt förlossningsförlopp efter induktion med höga doser prostaglandiner respektive oxytocin.

Brister i interprofessionell kommunikation och dokumentation förekommer i flera av fallen. Våra lärdomar är att understryka vikten av återkommande teamträning och utbildning med simuleringsövningar för att klara av dessa mycket akuta och stressframkallande situationer. Alla som arbetar på en förlossningsenhet måste vara väl förtrogna med och känna till tecken på en hotande blödning. Kunskaper om aktuella PM, tydli-

ga riktlinjer för dokumentation och en välutrustad blödningsvagn mm är viktiga delar i detta. Aortakompression kan vara livräddande och bör vara en av de första åtgärderna vid stor blödning. Kompression av aorta hålls kontinuerligt och kan pågå även under transport tills annan behandling har gett effekt. Med denna åtgärd vinner vi tid och kan stabilisera kvinnan t.ex. inför sövning.

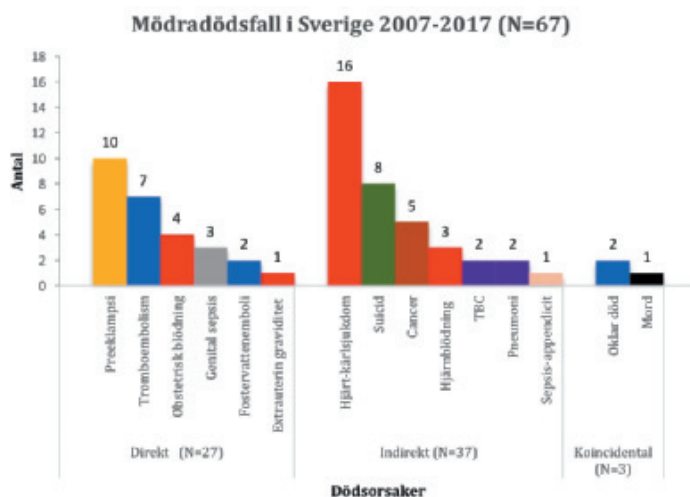
Fall 18.

En 38-årig överviktig multipara (7-para) med ursprung i Östeuropa, astma och depression och en komplicerad social situation i anamnesen. Förlossningen inducerades pga. avvikande CTG. Här användes bl.a. tablett misoprostol 200 mikrogram, följt av värkstimulerande dropp (oxytocin) två timmar senare. Förlossningen gick mycket snabbt och barnet föddes endast 2,5 timmar efter misoprostoldosen. Därefter följde snabbt en riklig blödning, trots en väl kontrahe- rad uterus. BT 96/57, puls 151. På telefonordination av läkare packades vagina. En dryg timme efter förlossningen var patienten i prechock och blödningsmängden uppskattades till 1 900 ml. Ultraljudsundersökning och gynundersökning utfördes av läkare innan beslut om förflyttning till operationsavdelning. På väg till operation fick patienten hjärtstopp och HLR utfördes. Man suturerade

de en bristning i cervix. Patienten avled trots detta, tre timmar efter förlossningen, i bilden av obstetrisk blödning och hjärtstopp. I den efterföljande analysen har MM-ARG framhållit att den höga dosen misoprostol (rekommenderad dos är 25 mikrogram) i kombination med snabbt insättande av oxytocin, kan ha bidragit till det mycket snabba förloppet. Det kan inte uteslutas att snabbare åtgärder för att säkerställa diagnosen (cervixruptur) och med ersättning av blodförlust (volymexpander) på rätt plats (operationssal) med rätt kompetens, hade kunnat ändra utfallet.

Slutligen vill vi understryka att obduktion alltid rekommenderas vid mödradödsfall. Endast 55 % (37/67) av fallen obducerades vilket är olyckligt eftersom viktig information kan missas.

Prov för odlingar, serologi och immunologi bör tas frikostigt, rättskemisk analys vid behov. Genetisk utredning bör göras vid oklara fall. Man kan då leta efter kända mutationer med ökad risk för hjärtarytmi och plötslig död, vilket ibland kan vara livräddande för efterlevande. Vår granskning visar att, även om mödradödligheten är mycket låg i Sverige, inträffar det årligen dödsfall som troligen hade kunnat undvikas med annan handläggning. Lärdomar finns att dra från flertalet av fallen. Vi vet att mödradödligheten är underskattad i



Sverige och att det i Dödsorsaksregistret förekommer kvinnor som dött av t.ex. aortaaneurysm, hjärnblödning, lungemboli, hjärtinfarkt, men som inte fått någon graviditetsrelaterad diagnos då graviditeten inte framkommit av dödsorsaksintyget (kapitel O i ICD) och där-

med inte klassificeras som mödradödsfall (11). I övriga nordiska länder samkörs nationella register för att undvika underrapportering av mödradödsfall och detta bör bli rutin även i Sverige. Styrkan med MM-ARGs arbetsmodell är att professionen genom extern kollegial granskning

tar ansvar för analys och lärdomar av dessa viktiga fall. Vi vill därför även fortsättningsvis uppmana verksamhetschefer inom alla specialiteter att rapportera kända mödradödsfall till SFOGs kansli för vidarebefordran till MM-ARG.

Referenser

1. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en>
2. Knight M, Bunch K, Tuffnell D, et al (Eds.) on behalf of MBRRACE-UK. Saving Lives, Improving Mothers' Care - Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2014-16. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford 2018
3. Vangen S, Bødker B, Ellingsen L, et al. Maternal deaths in the Nordic countries. Acta Obstet Gynecol Scand 2017; <https://doi.org/10.1111/aogs.13172>
4. Esscher A, Haglund B, Högberg U, et al. Excess mortality in women of reproductive age from low-income countries: a Swedish national register study. Eur J Public Health. 2013;23(2):274-279
5. Saving Lives, Improving Mothers Care. Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland. Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2013-15
6. SFOG-rapport: Preeklampsi nr 72/2013
7. Kauler D, Bozorgi S. Risker för negativa effekter på foster vid röntgenundersökningar under graviditeten. En litteraturstudie. 2014. Lunds universitet Medicinska fakulteten Institutionen för hälsovetenskaper Avdelningen för omvårdnad
8. Hannuksela M, Stattin E-L, Nyberg P, et al. Familjära torakala aortaaneurysm och dissektioner – fler former finns. Läkartidningen 2014;111:CM7M
9. Saving Mothers Lives. BJOG Iss suppl s1, Vol 118,1-203, 2011
10. Folkhälsomyndigheten 2017. Rekommendationer för preventiva insatser mot tuberkulos hälsokontroll, smittspårning, behandling av latent infektion och vaccination.
11. Grunewald C, Nilsson E, Stephansson O, et al. Dödsfall i samband med graviditet, förlossning och postpartumperioden i Sverige. Originalstudie. Läkartidningen 2008; 34, 105: 2250-2253

Fördjupningsdag för team kring patienter med långvarig bäckensmärta

- **Var:** Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset i Linköping, lokal meddelas senare
- **När:** 190919 kl 10-16
- **För vilka:** Team med läkare, fysioterapeuter, psykologer, kuratorer, sjuksköterskor och andra som arbetar i eller vill starta multidisciplinära team kring patienter med långvarig bäckensmärta

Program:

Medicinsk bakgrund, evidens kring utredning och behandling av långvarig bäckensmärta

Blåsan, tarmen och smärtan

Psyologen/Psykosociala teamets roll

Fysioterapeutens roll

Organisationens betydelse

Erfarenheter från Bäckensmärlenheten, Bäckenfunktionsenheten och annat multidisciplinärt samarbete i Linköping

Fallbeskrivningar

Erfarenhetsutbyte mellan enheterna

- **Utbildningsmål:** Grundläggande kompetens inom smärtfysiologi, farmakologi, fysioterapi, psykologi samt teamarbetets möjligheter och utmaningar
- **Anmälan:** Senast 190615 till vårdadministratör Christel.fransson@regionostergotland.se
- **Kostnad:** 2000 kronor per team inklusive lunch

Välkomna!

Eva Uustal, gynekolog, Jonas Nilsson, fysioterapeut, Catrin Gunnarsson, psykolog

Bäckensmärlenheten, Kvinnokliniken Universitetssjukhuset i Linköping

OGUs ordförande informerar



Bästa kollegor!

Solen skiner, pusslet med barnens vår- och sommaraktiviteter är i full gång liksom pusslet med sommarens schema, där det alltid verkar bli tight. Inom OGU pågår sista insamlingarna till årets OGU-pris, vi är glada över att ha fått många fina nomineringar i år och ser fram emot att få presentera dem längre fram. Dessutom börjar kampanjen Nya Ge Kniven Vidare lida mot sitt slut. Vi hoppas att den har bidragit till en bättre kommunikation före, under och efter operation, för att optimera ST-läkarens lärande på sal.

Andra som har pusslat är organisationskommittén för OGU-dagarna i Örebro. Ett väl genomfört arrangemang med ett mycket intressant program, och en väldigt trevlig middag och fest. OGU-dagarna går runt hos OGUs styrelsemedlemmar. Dessa övertalar/lockar/mutar därefter sina ST-läkarkollegor till att bilda organisationskommitté, och trots att en del av arbetet ersätts med t.ex. komptid, så pågår en stor del på fritiden. Det är ett stort arbete att anordna en konferens, och jag är så imponerad över att det år efter år blir så bra! OGU-dagarna anordnades första gången 1995, och har därefter anordnats i princip årligen. Ett viktigt forum både för lärande men kanske ännu mer för nätverkande med andra ST-läka-

re. Ett evenemang som jag hoppas att ST-läkare får åka på minst en gång under sin tjänstgöring. Läs gärna mer om årets OGU-dagar i separat artikel!

Något annat som pågått i flera år, är OGU. I år är det faktiskt inte mindre än 25 år sedan OGU bildades. Första mötet hölls 13 april 1994. Läs gärna mer om OGUs historia i detta Medlemsblad! OGU är idag en erkänd intresseförening inom SFOG. Vi representerar ST-läkare inom en rad olika grupper: SFOGs styrelse, SFOGs utbildningsnämnd, NFYOG (Nordic federation of Young Obstetricians and Gynecologists), ENTOG (European Network of Trainees in Obstetrics and Gynecology), SNAKS (Svenskt Nätverk för Nationella Kliniska Studier inom Ob-Gyn), och GynOp. Vi deltar också i Verksamhetsmötet och möten med Studierektorsnätverket. Vår närvaro är sällan ifrågasatt och ofta önskad. Vi har en stor möjlighet att driva frågor som är viktiga för oss ST-läkare: de senaste åren i samarbete med utarbetandet av det nya kurspaketet, där OGU var sammankallande för kursen inom Basal Kirurgisk Teknik, med kirurgiska frågor genom kampanjer som uppmärksammar den kirurgiska träningen, och nu med att lyfta frågan om olika förutsättningar för ST-arbetet runt-

om i landet, och hur vi ska stimulera till forskning. Vår styrelse byts ut med regelbundna mellanrum men tycks ändå alltid bestå av oerhört engagerade och driftiga människor, som med sin kunskap och klokskap driver vårt arbete framåt. Vi tar tacksamt emot feedback från våra medlemmar, och jag är glad för den feedback vi får och för de diskussioner som blir under vårt årsmöte.

25-årsdagen vill vi givetvis uppmärksamma. Under SFOG-veckan kommer vi att fira dagligen i vår monter, så nya som gamla OGU-medlemmar, ST-läkare och andra nyfikna får gärna titta förbi! Under tisdagens sociala kväll kommer vi att ordna ett hejdundrande kalas och det vore roligt om ni kom och firade med oss! Följ oss gärna på Facebook (@OGU (Obstetriker och Gynologer under Utbildning)) för mer uppdatering! Kom också ihåg att kika in på vår hemsida, www.ogu.se, ibland.

Hoppas att vi ses i Östersund!

Elin Svensk
Ordförande OGU

OGU 25 ÅR

*I saw the sign and it opened up my eyes, I
saw the sign
Life is demanding without understanding
I saw the sign and it opened up my eyes, I
saw the sign
No one's gonna drag you up to get into the
light where you belong
But where do you belong?*

Året var 1994 och Ace of Base dominerade musikvärldens hitlistor med sin djuplodade lyrik. Sveriges fotbollslandslag grävde guld i USA. Lejonkungen höjdes till skyarna av mandrillen Rafiki. Estonia förläste. Nelson Mandela valdes till Sydafrikas president efter landets första fria val och mobiltelefonen blev årets julklapp.

Och...1994 var också året då OGU – Obstetrik och Gynekologer under Utbildning – såg dagens ljus.

Efter att ha deltagit vid en europeisk konferens för gynekologer och obstetrik under utbildning inspirerades några entusiastiska svenska deltagare att skapa en nationell gruppering för utbildningsläkare. Under ledning av Magnus Lindahl från Uppsala utsågs den 13 april 1994 en första interimstyrelse för en sådan intresseförening och landets alla kvinnokliniker och dess samtliga icke-specialister, ca 180 stycken, kontaktades. Några månader senare, den 8 september 1994 på hotell Gillet i Uppsala, hölls det första officiella årsmötet och OGU var född.

Från start arbetade OGU utifrån tre fokusområden - specialistutbildningens innehåll, konferensorganisation och utlandstjänstgöring. Arbetet inom dessa områden har fortskridit under OGU:s 25 år.

Specialistutbildningens innehåll

I syfte att tydliggöra anställnings- och utbildningsförutsättningar vid landets kvinnokliniker, och på så sätt identifiera

vilka frågor OGU borde fokusera på, lanserades 1996 OGU-enkäten. Sveriges samtliga ST-läkare inom gynekologi och obstetrik har sedan dess återkommande bjudits in att bidra med sina åsikter och upplevelser i enkäten, som nu genomförs vartannat år.

Vinnare av OGU-priset

- 2004 Cilla Salamon
- 2005 Kursledningen för "Den äldre kvinnans gynekologi inklusive urogynekologi"
- 2006 Karin Petersson
- 2007 Barbro Edén
- 2008 Margareta Pettersson
- 2009 Marie Bixo
- 2010 Barbara Schülke
- 2011 Gunilla Ajne
- 2012 Gisela Ghosh
- 2013 Göran Björk
- 2014 Leif Holm
- 2015 Maria Rökaeus
- 2016 Jan Johnsen
- 2017 Lars Asp
- 2018 Tomasz Styga

Enkäten har fokuserat på frågor som till exempel hållbar arbetsmiljö och kirurgisk färdighet. Utfallet har bidragit till lansering av den specialistöverskridande kampanjen Ge Kniven Vidare (2013) i syfte att förbättra förberedelser, kommunikation och feedback före, under och efter kirurgiska ingrepp. En uppdaterad version, Nya Ge Kniven Vidare, genomförs just nu med hjälp av lokala ST-ambassadörer på kliniker runt om i landet.

OGU har även drivit spridningen av den så kallade Gynsatsningen, ursprungligen från Falu lasarett, där ST-läkaren under en avgränsad tid får möjlighet att lägga fullt fokus på att utveckla sin färd-

dighet inom benign kirurgi. Detta för att säkerställa träning på de ingrepp som ST-läkaren förväntas behärska som huvudoperatör när det är dags för specialistexamen.

I samband med det nya regelverket för ST (Nya ST 2015) förstärktes fokus på ett mer strömlinjeformat nationellt utbildningspaket. OGU var aktivt deltagande i utvecklingsarbetet av ett gemensamt ST-kurspaket i SFOG:s regi, vilket lanserades 2017. Kurspaketet har strukturerat upp utbildningen och tydliggjort dess mål.

Konferensorganisation

Redan från start fanns tanken om en nationell konferens för ST-läkare och 1995 hölls den första Nationella Kongressen. Åtta år senare bytte konferensen namn till OGU:s ST-dagar för att tydliggöra målgruppen och idag kallar vi evenemanget rätt och slätt för OGU-dagarna. Sammankomsten hålls varje vår och organiseras av ST-läkare på den ort på vilken konferensen hålls. Konferenserna har fokuserat på teman såsom gyn/obs i öppenvård, blödning under graviditet och förlossning, bäckenbotten, vulvasjukdomar och nu senast i Örebro diskuterades fysisk och psykisk ohälsa i graviditet.

Sedan den första SFOG-veckan (Falun, 2005) har OGU anordnat ST-program i form av symposier eller workshops. 2012 lämnades organisationen av ST-programmet över till de lokala ST-läkarna med aktivt stöd av OGU. I SFOG-veckans program finns sedan några år utrymme för tre OGU-symposier. I och med att det nya Kurspaketet infördes har OGU-symposierna gått från att utgöra en kurs för ST-läkare till att bestå av ett innehåll som alla konferensdeltagare, även färdiga specialister, är välkomna och uppmuntrade att ta del av.

OGU deltar aktivt i diskussionerna

1994 - 2019

kring det vetenskapliga ST-arbetes vara och icke vara och är via våra utbildningsrepresentanter med och utformar och examinerar vid specialistexamen.

Utlandstjänstgöring och utbyten

Redan vid OGU:s bildande fanns förhoppningen om nordiskt och internationellt utbyte. I interimstyrelsen 1994 utsågs ansvariga för internationella konferenser respektive utbyten. Man avsåg även att upprätta en fond för stöd till utlandsutbyte. Idag har OGU två internationella representanter, en för nordiska och en för utom-nordiska samarbeten.

2002 bildades NFYOG, en subgrupp för ST-läkare inom NFOG. Idag finns 1-2 utbildningsläkare från samtliga nordiska länder representerade, med målsättningen att utbyta erfarenheter i utbildningsfrågor. 2018 fattades beslut att SFOG-veckan from 2023 vartannat år ersätts med en SFOG-dag i anslutning till NFOG-kongressen med förhoppningen att öka de svenska deltagandet på dessa nordiska sammankomster.

På europeisk nivå utlyses årligen möjligheter till ENTOG-utbyte med olika länder i Europa då man under några dagar arbetar med och bor hos lokala ST-läkare. OGU utser varje år två svenska ST-läkare som får representera Sverige i dessa utbyten. ENTOG erbjuder även stipendium för några månaders utbyte på europeisk klinik och nytillskottet, One2One, ger möjlighet att besöka ST-läkare utomlands eller att själv agera mottagande värd.

OGU är representerade i en rad olika intressegrupper (se Elin Svensks ordförandebrev i detta Medlemsblad), alltid i syfte att främja ST-läkarna och deras utbildning på väg mot specialistexamen. Vi representerar Sveriges alla ST-läkare och nyblivna specialister som idag är drygt 500 till antalet.

I samband med OGU:s 10-årsjubileum

2004 delades OGU:s allra första handledarpris ut och har sedan dess varit en återkommande utnämning i syfte att uppmuntra och uppmärksamma duktiga handledare som bidrar till att göra vår utbildning bättre. Individuella ST-läkare eller ST-läkargrupper nominerar inspirerande kollegor och vinnaren presenteras och hyllas under SFOG-veckan. Första vinnaren 2004 var Cilla Salamon, som grundade den sk ABC-kursen (idag Jourföberedande Obstetrik och Gynakologi). Senaste i raden av vinnare var Tomasz Stypa från Höglandssjukhuset Eksjö. Vem blir 2019 års vinnare?

Nu står vi här, 25 år senare, mäktigt stolta över vår förening. Mycket har hänt och mycket återstår. Om det nu är som hjärnforskarna säger – att vårt knöliga organ innanför skallbenet är fullt utvecklat först vid 25 års ålder – tänk vilken potential för kommande 25 år! Vi ser med spänning fram emot OGU:s fortsatta utveckling och arbete.

Slutligen vill vi välkomna er alla på 25-åringens födelsedagsfest den 27 augusti

OGU:s ordföranden genom tiderna

1994-95	Magnus Lindahl
1996-97	Karin Pettersson
1998-99	Jan Söderlund
2000-01	Marie Lindroth
2002-03	Karin Ståhlberg
2004-05	Sara Törnblom
2006-07	Susanne Hesselman
2008-09	Mårten Strömberg
2010-11	Malin Strand
2012-13	Malin Sundler
2014-15	Mahsa Nordqvist
2016-17	Paulina Arntyr Hellgren
2018-19	Ein Svensk

på Arctura Restaurang och Skybar i Östersund i samband med SFOG-veckan. Det utlovas härliga 90-tals hits i högtalarna och hot shots i baren. Vi ses!

Joanna Romell

Källor: Medlemsbladet 4/09 samt verksamhetsberättelser 09-18



OGU-dagarna i Örebro 8-10 april

Till årets OGU-dagar bjöds vi in till självaste slottet i Örebro. Att det spökar, både där och på flera andra ställen i staden, skulle bli ett återkommande tema under dagarna, men huvudtemat "Ohälsa och graviditet" fanns det inget mystiskt med.

Första dagen fokuserade på fysisk ohälsa, och inleddes av Marie Blomberg som föreläste om övervikt vid graviditet och förlossning. Vi fick lära oss om olika komplikationer, och att graden av övervikt/fetma är högst relevant. En inspirerande fallbeskrivning satte säkert nya tankar i huvudet på flera av oss, och vi tar med oss Maries uppmaning att tänka och reflektera själva för att göra det bästa för patienten. Härfter föreläste Helena Fadl om graviditetsdiabetes och de nya kriterierna.

På eftermiddagen berättade fysioterapeut Cecilia Fridén om hur synen på fysisk aktivitet under graviditet successivt har ändrats, från 1800-talets förmåningar om totalt stillavarande, till dagens kunskap om den fysiska aktivitetens positiva effekter, och den mer individualiserade hållningen att de flesta aktiviteter är

ok så länge det känns bra för kvinnan och hon kan hålla tätt. En enkel livsregel för fler än de gravida? Efter detta hölls ett upplysande föredrag om rökning respektive alkohols effekter under graviditet av ST-läkare Lovisa Brehmer, som dispute-rat inom just rökning och graviditet. Lungläkare Matz Larsson tog oss därefter med på en djupdykning i motiverande samtal, fast vägen gick via både fiskar och råd om munhygien. Det kanske låter märkligt, men det var alldeles, alldeles underbart.

Efter föreläsningen stannade de som vågade kvar på slottet för en spökvandring, och fick bekanta sig med hädangångna örebroare av olika kulör. De som ville öka tempot ytterligare följde istället med på en joggingtur i den soliga, men kyliga, eftermiddagen. Mot kvällen återsamlades vi på restaurang Umami för en mycket trevligt arrangerad kväll med mat och musik.

Några av oss hade nog svårt att släppa Vita Frun och Svarta Damen ur tankarna när vi skulle somna på kvällen, men så vitt vi vet dök alla deltagare upp igen

till både frukost och den andra dagen med föreläsningar. Då handlade det om psykisk ohälsa, och första föreläsaren, psykiatriker Marie Bendix, upplyste oss om att så många som en av fyra kvinnor drabbas i någon form under graviditet och postpartumperioden. Vi fick även en orientering i behandlingsprinciper för ångest och depression. Nästa föreläsare Lena Holzman berättade engagerande om PTSD, något som ju kan drabba både patienter och personal i traumatiska förlossningssituationer. Behandling av PTSD faller förstås utanför den vanliga obstetrikern, men vi fick tips på hur vi förhoppningsvis kan hjälpa till att förebygga det genom att skapa trygghet för patienten i den akuta situationen.

Sedan var det dags för OGU:s årsmöte. Verksamhetsåret presenterades av styrelseledamöterna, avgående styrelsemedlemmar avtackades och nya styrelsemedlemmar valdes in på ett föredömligt effektivt sätt. Efter lunch arrangerades föreläsning via Skype, en stark insats av jurist Ulrika Sandén, för dagen högfibril, som berättade om juridik kopplat till



Marie Blomberg



Lovisa Brehmer

graviditet; en välkommen hjälp att förstå legala aspekter av bl.a. samtycke och sekretess. Här efter följde OGU-symposiet, i år på temat "Hur mår doktorn". Vi hade förmånen att få lyssna till en riktig nestor inom svensk psykiatri, Marie Åsberg, som berättade om utmattningssyndrom, en tyvärr alltför nära erfarenhet för många inom vår specialitet. Att värna om naturlig återhämtning, pauser på jobbet och sömn, liksom att tala med varandra för att minska den skam som fortfarande finns kring "att inte orka", är vägar för att minska risken att drabbas. Som avslutning fick vi lyssna till en paneldebatt där Susanne Hesselman och Ellika Andolf framhöll olika aspekter av sectio på humanitär indikation, modererat av Ómar Sigurvin Gunnarsson.

OGU-dagarna genomförs med hjälp av våra sponsorer, utan vilka det hade varit en betydligt mindre innehållsrik tillställning. Innan deltagarna lämnade slotet delades pris ut till vinnaren av sponsor-tipsrundan, och vi fick chansen att tacka organisationskommittén för två härliga, inspirerande och sociala dagar. Nu tar vi ST-läkare i Eksjö över stafett-pinnen och välkomnar er till vår mysiga trästad nästa år för OGU-dagarna 30-31 mars 2020. Temat blir endometrios. Håll utkik i medlemsbladet, på www.ogu.se, och på OGU:s facebook sida för mer information!

*Caroline Lyssarides, Hanna Reimersson
och Erik Ängsarve*



Cecilia Fridén



Mingel

Do the right thing!

Ethical dilemmas in obstetrics and gynecology and how to deal with them.

Detta var en NFOG-sponsrad kongress som ägde rum på Läkaresällskapet 25-26/4 2019. Deltagarna var drygt 50 personer, vilket var lite tråkigt, eftersom föredragen var mycket bra. En bidragande orsak till vissa avhopp kan ha varit SAS-piloternas strejk. Referatet blir lite "svengelskt" (föreläsningarna var på engelska).

Intervention on patient request

Induction and Cesarean section on maternal request

Ellika Andolf (Sv)

Kontinuerligt stöd sänker instrumentell förlossning inklusive CS/kejsarsnitt.

Kan man kräva en operation? Ja, abort och sterilisering. Behandling ska ske i samförstånd med patienten.

Induktion och kejsarsnitt, en RCT av Miller med flera. Induktion resulterade inte i fler CS men längre tid till förlossning. Kjerrulf 2017, mycket fler CS men de flesta kunde förklaras av låg Bishop score/omogen cervix innan induktionsförsöken. Ett antal studier presenterades inklusive en systematisk översikt. Grobman 2018, 18,6 % kejsarsnitt vs 22,2 % vid spontan start resp. induktion. Den ökande frekvensen kejsarsnitt globalt diskuterades liksom tänkbara orsaker: "To push to push", bekvämt, rädsla för stämning, typ av sjukhus, brist på barnmorskekompetens och annat kanske kan bidra.

Sverige: kejsarsnitt på maternell begäran ökade med 80 % 1990-2001. Åtminstone 2,8 % av alla förlossningar 2018 var på maternell begäran (MFR). Orsaker till maternellt önskemål redovisades. Enligt W-DEQ skalan har 15,8 % av alla föderskor svår förlossningsrädsla, 5,7 % mycket svår (Nieminen 2009). En annan studie visade att 10 % av de med förlossningsrädsla hade haft psykiatrisk vård innan graviditeten/förlossningen. Inte helt otippat.

Konsekvenser på kort och lång sikt presenterades. Adherenser, givetvis fler för varje ny op. Mera komplicerat i samband med hysterektomi och mera organskador. Lägre frekvens inkontinens och prolaps. För inkontinens behöver man gör 8-9 CS för att undvika en urininkontinens. Anal inkontinens? Kanske Bristningsregistret kan ge svar på.

Konsekvenser för barnet? *Hann vi inte gå in på.*

Hur hanterar man mammas önskemål?

- Det är viktigt att hantera tidigt under graviditeten!
- Fråga varför.
- Strukturerad anamnes.
- Kontakt med bm och/eller psykolog, KBT.
- Planerad vaginal förlossning/induktion.
- Återbesök om det behövs.
- Undvik CS om det är troligt att hon ska föda många barn.

Hysterectomy

Tea Brummer (Fi/No)

Hysterektomi på benign indikation i Finland redovisades. Hälsoministern i Norge Har gått ut med lista över operationer som anses onödiga. Tänk göra nytta, inte skada! Det viktigaste är att veta när man INTE ska operera. I Finland har hysterektomierna minskat sedan 1996. Hormonspiral: 60 % blev inte hysterektomerade pga. menorrage. Esmya diskuterades. Norsk gynekologisk förening har listat förslag på läkemedel mot menorrage att prova innan eventuell op.

I övriga Norden har hysterektomier minskat med undantag för Island. Har den hysterektomerade kvinnan speciella egenskaper? Ja, fler symptom på icke-välbefinnande, lägre socioekonomisk status, fler som inte yrkesarbetar.

Val av operationsmetod: Cochrane. Vaginal i första hand, laparoskopisk som alternativ. Inga hållpunkter för att robotkirurgi är bättre. Tunntarmsobstruktion/ileus var relativt vanlig efter total abdominal hysterektomi, i genomsnitt 4 år efter op. Ovarialcancer minskar efter salpingektomi, en RCT pågår i Sverige (SALSTER). Trender för operationsmetoder redovisades för olika länder liksom komplikationer/organskador i Sverige. I Finland införde man laparoskopisk hysterektomi tidigt till priset av uretärskador, som nu ligger på en acceptabel nivå. Uterusmanipulator är till god hjälp för att undvika uretärskadorna.

Labioplasty and vaginal rejuvenation

Katrin Kristjansdottir (Is)

En typisk fallbeskrivning presenterades. Labiaplastik ökar i Världen. I USA ökade det med 39 % 2016! Det finns dåliga utfallsdata efter labiaplastik. Vad är normalt? Heterosexuella kvinnor har få referenser. Många bilder på Internet kommer från porrsajter och är manipulerade med Photoshop. En kvinna har gjort en bok med bilder på olika vulvor med kvinnornas berättelser. Risker med labiaplastik: att såret går upp, hematom, infektion, ärr, smärta. Orsaker till plastik, 55 kvinnor: estetisk 71 %, funktionell 63 %, sexuell 38 %.

Screening for body dysmorphic disorder (BDD)

Andri Bjornsson (Is)

BDD förekommer hos ca 2 %! D.v.s. vanligare än både schizofreni och anorexi. De tror alltså att en eller flera delar av kroppen är fula eller deformerade. De har ofta tvångsbeteenden, kan t.ex. titta i spegeln timtals, undviker att lämna hemmet. Huden är vanligast, 65 %, håret därefter näst följt av näsan. Låt patienten rita ett självporträtt före terapi (KBT)!

Skillnaden märks efteråt om terapin har varit lyckad!

Kirurgisk behandling är inte speciellt bra mot BDD. Efter kirurgi var 81 % missnöjda eller mycket missnöjda och hos 50 % blev de missnöjda med annan kroppsdel än innan.

Screening för BDD: det finns ett formulär som tar ca 3 minuter att fylla i. Kan användas t.ex. vid önskemål om labiaplastik, eftersom en del av dem har BDD.

The patient, the media... and oh yeah, the doctor

What are we up against?

Elisabeth Rosén (Sv)

Inleddes med ett collage av olika rubriker – skrämselpropaganda och reklam.

Sociala medier... De som bloggar är ofta sponsrade av olika företag. Många Facebook-grupper är stängda, vilket gör att diskussionerna blir ganska ensidiga. Det är svårt som medicinskt kunnig att kommentera eftersom läkare ofta anses vara köpta av industrin. Konsekvenser? Väldigt få som vaccinerade sig mot HPV i Danmark. Natural Cycles och Blondinbella...som har aktier i företaget. FITTLIFE, alternativmedicinskt perspektiv på cellförändringar, behandling med gurkmeja gjorde att förändringarna försvann. FITTLIFE har 25 000 svenska följare. Ett annat exempel är Kopparöverskott/Kopparförgiftning, med eller utan koparspiral, där man för 1 500 kr rekommenderas köpa analys av hårmineral.

Strategies to influence decision making through media

Elisabeth Tissot Ludvig (Dk)

Hon har en bakgrund som journalist, jobbar som kommunikationskonsult.

Hälsa är stort i media och på Internet. I Danmark ca 30 000 artiklar om hälsa/tre månader, 130-140 förstasidor/år. 85 % av danskarna Googlar för hälsofrågor, 25 % gör det flera gånger/månad.

HPV-vaccinet och påstådda biverkningar... "Those who have the power of the media decide", Bente Klarlund, professor och M.D. Cannabis som metod mot biverkningar vid cancerbehandling blev stort när en kändis rekommenderade det. Media kan användas positivt

också, t.ex. för rekrytering av stamcellsdonatorer.

How do the media work?

- News – we didn't know
- Relevant – 10 000 dead chinese/1 dead dane
- Identification – could have been me
- Sensational – Wauww/Oh no!
- Conflict – Disagreements

Traditionell media är utmanad/hotad. Exempel på en känd dansk bloggerska som sade upp planerad medicinsk abort och i stället skulle göra kirurgisk. Hur många följare dök upp på de gynekologiska mottagningarna efteråt? Åtskilliga, om jag ska gissa.

Facebook är störst bland de sociala medierna, följt av Youtube.

What's in it for you? Bättre dialog med patienterna om behandling, bättre följsamhet och behandling, kan möjligen spara tid och du har redan kunskaper och materialet.

Vad göra? Följa med i sociala medier. Kommentera om det behövs. Tänk som en journalist! Vad säga och till vem? Vad vill du få dem att göra? Använd vanligt språk, inte medicinskt. Bilda allianser! Lär känna journalisterna. Informera och dela dina kunskaper. Gå in i dialog med beslutsfattare (Twitter). Exempel på en grupp av läkare som startat en hemsida "Doctors communicate" presenterades, liksom skälen för det.

Vaccination and screening – using social media to your advantage

Amelie Tropé (No)

Tala högt och var ihärdig! Exempel gavs. Kampanjer och enskilda kan bryta en trend, t.ex. när det gällde HPV-vaccinationen i Danmark. Man måste jobba kontinuerligt/hela tiden. Det är enklare att förebygga ett problem än att fixa det. Skriv lättlästa artiklar! Gör dina egna sociala media-nyheter som delas med andra. Korrigera felaktigheter som andra skrivit! Var innovativ. Gör din information intressant. Var inte rädd för att använda humor. Stöd personer som vill berätta sin historia. T.ex. en ung kvinna med cervixcancer som med en mediakampanj fick

cellprovtagningarna att öka i antal efter en nedåtgående trend. Roll som sjukvårdspersonal: presentera statistik, kolla och korrigera fakta, bidra till media, jobba med volontärorganisationer, politiker och auktoriteter.

Ta med sig hem budskap:

- Var högljudd och ihärdig
- Att fylla kunskapsluckor är viktigt och tar tid
- Gör bra hemsidor och samarbeta med andra bra "mediators"
- Stöd individer som vill berätta sin historia
- Känn till journalisters agenda/intressen och påverkans arbete och samarbeta med dem

Equity and equality in obstetrics and gynecology



Ingrid Kvarup Sörbye

Lost in translation – immigrant reproductive health

Ingrid Kvarup Sörbye (No)

Missade början, men uppenbart är att utlandsfödda kvinnor överlag har oftare intrauterin fosterdöd än norskfödda (med undantag för Vietnam och något fler land). Problemen är flera. Bl.a. tolkfunktionen kan vara mycket varierande i kvalitet.

Vilka interventioner fungerar? I Norge finns MiPreg. I Danmark har asylsökande inte rätt till vanlig mödrahälsovård eller barnhälsovård annat än akut.

Ta med sig:

- Arbeta mot rättvisa snarare än jämlikhet
- Göra mödravården migrantvänlig
- Individualiserad vård
- Säkerställ adekvat kommunikation

Equity in practise – socio-economic status and harmful stereotyping of patients

Maria Hedström (Sv)

Bakgrund till Södertälje: ca 100 000 invånare, 1/3 utlandsfödda mm. Södertälje har sedan 60-talet tagit emot flest invandrare i Sverige. Invandrarkvinnor från Syrien har i genomsnitt blivit våldtagna tre gånger på vägen från Syrien till Södertälje!

Oftast fokuserar vi på praktiska problem som i huvudsak berör oss. Det finns en fara i att generalisera och inte individualisera.

INFÖR = Individuell förlossningsförberedelse. Man erbjuder migrerande kvinnor ett eller fler besök på förlossningen där hon träffar en barnmorska eller motsvarande för visning och information om förlossningen, BB-tiden mm. Kvinnan informeras också om sina rättigheter inom vården. Det pågår en KS-initierad studie baserad på projektet. Tips: Det finns en app, tolkwox, som gör att tolkning kan fås snabbt (på engelska). I Södertälje gör man riskgradering utifrån bl.a. tolkbehov.

Work life balance – how to avoid burnout

Second victim phenomenon

Åsa Wahlberg (Sv)

Hon började med att definiera begreppet "second victim" och post-traumatiskt stressyndrom (PTSD). Sedan fortsatte hon med att redovisa sin studie med drygt 1 000 barnmorskor och knappt 600 läkare. Hela 43 % av både barnmorskorna och läkarna kände en intensiv rädsla, hjälplöshet och panik. Obstetrikerna upplevde oftare än barnmorskorna hot mot den professionella rollen och skuld-känslor. Partiell PTSD förekom hos 15 % i varje grupp och komplett PTSD förekom hos 7 % av obstetrikerna, 5 %



Maria Hedström

av barnmorskorna. Riskfaktorer för PTSD belystes. Intressant var att dålig support från kollegorna var en riskfaktor för barnmorskorna men inte för obstetrikerna.

Resilience betyder ungefär uthållighet eller slagtålighet. Hur man som enskild individ klarar sig efter en traumatisk arbetsrelaterad upplevelse beror både på individuella faktorer och gruppen/arbetslaget.

Susan Scott har gjort en modell för omhändertagande: lokal support som steg 1, som steg 2 peer support och tredje steget handlar om professionell hjälp. Replace and support – någon annan tar över! Och en del andra tips fick vi.

Stressed out – ways to handle stress

Anna Bennich Karlstedt (Sv)

Anna är psykolog och psykoterapeut. Vi fick börja med att parvis prata om vad som stressar upp oss. Brist på kontroll är en vanlig stressor. Att tvingas göra många saker samtidigt är en annan. Flight and fight mekanismen diskuterades. Recovery/återställningssystemet är inget vidare hos människor jämfört med t.ex. sebror. Om man inte har tid för återhämtning så blir det sällan bra. För mycket "arousal" ger högt BT, muskelspänning, sömnstörning och yrsel. För lite återhämtning ger matsmältningsbesvär och infektionskänslighet. Minnesbesvär är också vanligt, liksom att man inte känner igen sig själv.



Anna Bennich Karlstedt

Vad gör vi åt saken då? Fysisk aktivitet fungerar, gör att återhämtningssystemet underlättas. Läs en bok, jobba i trädgården, gå ut med hunden och lyssna på musik kan också fungera. Att inte göra något alls är också ett alternativ liksom sömn. Sedan fick vi göra en slags stress-test för att illustrera hur den lilla vardagsstressen faktiskt påverkar oss – och den kan vi oftast påverka!

Exempel på dagliga övningar:

- Lyssna utan att avbryta
- Le mot busschauffören
- Titta ut genom fönstret och försök se något nytt
- Ta en långsam promenad
- Stå stilla i en hiss
- Gör en sak i taget
- Lägg undan din telefon
- Välj längsta vägen/kön
- Säg nej till någon eller något
- Berätta för dina närmaste vänner hur mycket du tycker om dem

Exempel på avslappningsövning: sitt bekvämt, andas in och tänk "1", andas ut och tänk "relax", andas in och tänk "2", andas ut och tänk "relax". Upprepa till 5 och börja om från 1.

Kul föreläsning!

Frågor och svar vid Specialistexamen i Obstetrik & Gynekologi 2019

Redaktören har bara korrigerat lite melanslag och liknande.

Det är vid tidningens tryck okänt hur många som deltog och hur många som klarade provet (läs: manusstopp var två dagar tidigare).

Fråga 1

Anna, 22 år, kommer till den gynekologiska mottagningen tillsammans med Erik på grund av barnönskan. Hon sammanbor med Erik och paret har försökt bli med barn sedan två år tillbaka. Under tiden har de drabbats av tre missfall i tidig graviditet (cirka 7-8 veckor). Anna har inga kända sjukdomar och hade menarche vid cirka 14 års ålder. Efter senaste missfallet utblev menstruationsblödningarna i fyra månader och började sedan spontant igen förra månaden. I övrigt har Anna fått mens nästan varje månad. Längd 152 cm och vikt 68 kg, BMI 29.

a) Du undersöker patienten gynekologiskt (spekulum och bimanuell palpation) och med ett basalt ultraljud. Ange fyra ytterligare utredningar/undersökningar som du behöver göra hos Anna? (0.5p varje, max 2p).

Svar: Karyotyper på båda parter, noggrann livmoderkavitetsundersökning, Test för lupus antikoagulanter, antikardiolipin-antikroppar och anti- β II glykoprotein I-antikroppar, endokrinologisk test, test för ovulation (progesteron), PRL, TSH, anti-TPO, och övriga PCOS prover, test för blodsocker och hemoglobin A1c. För full poäng bör man skriva karyotyp och utredning av uterus-kaviteten samt minst två exempel på lab.

Det framkommer sedan också att Anna har hjärtfel (aortakoarktation) och hörselnedsättning. I din utredning fin-

ner du att hon är TPO-AK positiv med TSH 3.7 mU/L och T4 12.

b) Hur bedömer du Annas sköldkörtelprover? Kan de vara bakomliggande orsak till hennes återkommande tidiga missfall? Behövs någon behandling? Motivera (3p).

Svar: Subklinisk autoimmun hypothyreos. Hypothyreos typ 2 (1p).

Förekomst av TPO-Ak är associerad med en ökad risk för upprepade spontana missfall, vilket är väl dokumenterat i vetenskaplig litteratur (1p). Hos kvinnor med upprepade missfall startas Levaxin-behandling och målet är TSH < 2.5 mU/L (1p).

c) Vilket tillstånd behöver man misstänka i första hand med tanke på kombinationen av Annas anamnes med upprepade missfall och övriga hälsoproblem (1p)?

Svar: Turner mosaism.

d) Givet det tillståndet, kan Anna bli spontant gravid och få barn? Motivera (2p).

Svar: Teoretiskt ja. Enligt olika studier genomgår 5-17 % av flickorna med Turners syndrom pubertetsutveckling, men endast 2-8 % blir fertila.

Det är framför allt kvinnor med mosaik-karyotyp som genomgår pubertet och lyckas bli spontant gravida. Enstaka fallrapporter finns om kvinnor med 45,X- monosomi som blivit gravida och fött barn. I övriga fall behövs äggdonation.

Fråga 2

Anna 38 år, kommer för inskrivning på mödravården. Hon väntar sitt första barn och är gravid i vecka 8. Hon är relativt frisk frånsett en lättare ångest- och orosproblematik, BMI 29. Anna får efter provtagning veta att hennes blodgrupp

är 0 negativ och att hon därför kommer få ta extra prover under graviditeten.

a) Förklara för Anna hur en Rh-immunisering uppkommer, rita gärna (2p)!

Svar: Förutsättningen är en RhD- mor som bär på ett RhD+ foster.

Fetala erytrocyter går över till modern. Hon bildar antikroppar mot RhD (anti RhD) i mjälte och lymfkörtlar. Anti RHD av IgG-typ når fostret via placenta och kan destruera fostrets erytrocyter. Detta kan ske under graviditeten men är vanligast under förlossningen.

Vid nästa graviditet finns redan anti-RhD hos modern som tidigt kan nå fostret och destruera dess erytrocyter om fostret är RhD+.

Källa: SFOGs ARG-rapport nr 74, Graviditetsimmunisering.

I vecka 28 screenas Anna för graviditetsdiabetes och faller ut positiv. Hon har alltså graviditetsdiabetes och behöver behandling. Du träffar i samband med detta Anna på specialistmödravården och ska nu informera henne.

b) Hur är behandlingen upplagd vid graviditetsdiabetes? Vad kan tillståndet leda till för mamma och barn på kort sikt? Med tanke på komplikationsrisk, är det några extra kontroller/åtgärder under graviditeten som behöver planeras (5p)?

Svar: Grundstenen i behandling av kvinnor med konstaterad graviditetsdiabetes är personligt anpassade kostråd och livsstilsråd samt utbildning i självtest, inklusive tolkning av kapillärt P-glukos. Om tre värden på en vecka ligger över målvärdet bör farmakologisk behandling inledas med Metformin eller insulin. Ingen poäng för behandling om man missar livsstilsråd. Risker för mamma: ökad risk för pre-eklampsi, induktion, sectio, instrumentell

förlossning och prematurbörd (minst 2 st. måste anges). Risker för barnet: ökad risk för makrosomi/LGA och dess följder, såsom skulderdystoci, fosterasfyxi, hypoglykemi post partum (minst 2 st. måste anges). Extra kontroller i form av minst en tillväxtkontroll inför förlossning och regelbunden blodsockertestning för att följa metabol kontroll. Induktion v 40+6 om inte förlöst innan. Tillväxt och induktion ska vara med för 2 p.

Källa: Internetmedicin, Graviditetsdiabetes – hyperglykemi under graviditet.

Annas förlossning startar med spontana värkar vecka 39+2. Hon blir till slut förlöst med sugklocka på grund av hotande fosterasfyxi. Nedan ser du hur blodgasen från navelsträngen såg ut precis efter partus.

Artär/Ven pH, 7,01/7,29, pCO₂ (kPa) 8,82/5,14, BDecf (mmol/L) -12,8/-8,0.

e) Hur tolkar du provresultatet (1p)?

Svar: När artärprovet visar högt BD, men värdet i venprovet är normalt, är det tecken på att det varit en metabolisk acidosis. Värdena representerar dock en kortvarig syrebrist. Se ctgutbildning.se.

Fråga 3

Linda är 27 år och väntar sitt första barn. Hon har remitterats till Auroraverksamheten för att hon önskar kejsarsnitt. Enligt barnmorskan är Linda frisk, graviditeten normal och hon har kommit till vecka 27. Linda verkar besvårad över att vara tvungen att gå hit, och hon svarar enstavigt på frågor. Hon är normalviktig.

a) Vilka frågor bör du försöka få svar på när du pratar med henne (3p)?

Svar: Varför hon önskar kejsarsnitt? Är hon fysiskt frisk? Har hon haft någon form av psykiska besvär? Vad oroar hon sig för under förlossningen? Har hon varit utsatt för sexuella övergrepp i någon form? Hur många barn önskar hon sig? Hur är hennes sociala situation? Vad vet hon om kejsarsnitt? Alla dessa ämnen måste vara upptagna i någon form för full pott.

Efter samtal bedömer du att Linda lider av förlossningsrädsla.

b) Vad planerar ni för henne (1p)?

Svar: Stödåtgärder/KBT och samtal med barnmorska/kurator och därefter ny kontakt. Detta bör föregå ev. beslut om kejsarsnitt.

c) Hur kan man mäta förlossningsrädsla (1 p)?

Svar: Med en speciell förlossningsenkät, W-DEQ och med VAS.

d) Vad kan obehandlad förlossningsrädsla få för konsekvenser (1p)?

Svar: Negativ förlossningsupplevelse, PTSD, möjligen en ökad risk för akut kejsarsnitt.

Fråga 4

Du sitter på akutmottagning. Nästa patient som du ska ta in heter Marie, väntar sitt andra barn och är i graviditetsvecka 33. Hon söker för blåsor i underlivet. Hon misstänker själv att det är herpes och är jätteorolig för sitt barn.

a) Vilka allvarliga komplikationer kan ett nyfött barn drabbas av pga. herpesinfektion (1p)?

Svar: Sepsisliknande symtom (disseminerad) (0.5p). Lokaliserad till hjärnan med eller utan hudengagemang (encefalit) (0.5p).

Marie berättar att hon brukar få tre till fyra herpesskov per halvår.

b) Vad rekommenderar du henne avseende hennes graviditet och förlossning med hänsyn till herpesanamnesen (1p)?

Svar: Suppressionsbehandling under graviditet med aciklovir (0.5p). Inväntar spontan förlossningsstart, inspektion av förlossningskanalen när förlossningen kommit igång och kejsarsnitt övervägs endast vid pågående herpesrecidiv i själva förlossningskanalen (0.5p)

c) Om Marie i stället hade berättat att hon aldrig haft herpessymtom förut, hur hade du handlagt fallet då (både i det akuta skedet och under fortsatt graviditet och förlossning) (3p)?

Svar: Inspektera vulva/vagina/cervix (0,5). Ta prov för herpes-PCR och blodprov för serologisk analys (0.5p). Om primärinfektion: Behandla med aciklovir p.o. (0.5p). Antiviral profylax ges före och över partus fr.o.m. 10 dagar före beräknad förlossning tills barnet är fött (0.5p). Vid förlossning inspektera förlossningskanalen: vaginal förlossning om inga synliga förändringar finns (0,5p). Ta prov för herpes-PCR från vulva/vagina-cervix samt blodprov (serologi) vid förlossningen (0,5p). Barnet skall följas kliniskt och virologiskt (0,5p).

Marie fick inte till amningen med sitt första barn pga. upprepade mjölkstock-

ningar och mastiter och har nu stort önskemål om att få amma. Hon varför just hon hade sådana amningsproblem.

d) Vilka riskfaktorer för att få mastit finns det? Nämn två riskfaktorer (1p om minst 2 av nedanstående)?

Svar: Fel amningsteknik, t.ex. barnet tar för litet tag om bröstet (barnet ligger för långt ifrån bröstet och/eller för långt åt någon sida) (ska finnas med för att få full poäng)

Reglerad amning (d.v.s. ammar inte vid behov utan fasta klockslag). Amningsmönstret har ändrats. Återhållen utdrivningsreflex relaterat till smärta/känslomässig stress. Komlicerade förlossningar (ska finnas med för att få full poäng). Tidig introduktion av formula. Mekaniskt hinder som trycker mot bröstet t.ex. åtsittande behå. Hands-on, d.v.s. när anhöriga och personal klämmar på bröstet för att hjälpa till vid urmjölkning eller att stoppa bröstet i munnen på barnet.

Det har gått 9 veckor och du träffar åter Marie på akutmottagning. Hon har med sig sin 2 veckor gamla dotter Ebba som blev förlöst med kejsarsnitt pga. långdraget förlopp i samband med vidöppet läge. Hon söker med 2 dagars anamnes av feber runt 40 grader samt rodnad och kraftig smärta i vänster bröst. Med tanke på hennes tidigare amningsproblem önskar hon att bli insatt på antibiotika.

Du börjar med att undersöka henne. Bröstvårtorna är såriga och du tar en odling.

d) Vilka bakterier orsakar vanligtvis en mastit, vad behöver du tänker på i fall av såriga bröstvårtor (2p)?

Svar: Vanligast är *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) (ska finnas med för att få full poäng), men växt av koagulasnegativa stafylokocker, viridans streptokocker, grupp B-streptokocker (GBS) och enterococcus faecalis m.fl. Vid Erysipelas förekommer streptokocker, oftast betahemolytiska grupp A men även grupp C och G streptokocker. Uteslut MRSA i fall av såriga bröstvårtor (ska finnas med för att få full poäng).

Referenser: Herpes: t.ex. www.infpreg.se. Amning: t.ex. www.vardgivarguiden.se SFOGs ARG rapport Nr 53 "Bröstet", www.internetmedicin.se.

Fråga 5

Jasmine och hennes man väntar sitt första barn. Jasmine är gravid i vecka 8 enligt sista mens och får nu information om fosterdiagnostik då de efter erbjudande om detta tackat ja. Paret är intresserat av att göra fosterdiagnostik avseende kromosomförändringar. Det är många svåra förkortningar och inte helt lätt att hålla reda på allt.

a) Jasmine ber dig nu reda ut skillnaden på KUB och NIPT. Hon frågar om hon skall göra båda eller räcker det med den ena? Vilken i så fall? Kan man missa något med endera metoden? Bortse i svaret från att vi har olika riktlinjer i olika delar av landet (4p).

Svar: KUB- kombinerat ultraljud och biokemi. Mätning av nackupplarning i kombination med nivåer i mammas blod av PAPP-A och beta-hCG (1p). Ultraljud, vilket möjliggör diagnostik av flerbörd och tidigare datering, man kan också se större missbildningar. En stor nackupplarning (> 3,5 mm) är en riskmarkör för hjärtfel hos fostret. Ingen diagnos utan en sannolikhetssiffra man måste ta ställning till (1p). NIPT-Blodprov på kvinnan med mätning av placentärt fetalt DNA för att hitta kromosomavvikelse (1p). (Ingen bild av fostret. Mycket varierande detection rate för olika kromosomfel. Bra för 13, 18 och 21. Ska bekräftas med invasiv fosterdiagnostik då det positiva prediktiva värdet är 30-40 % för NIPT). För 1p krävs resonemang om detection rate).

b) Jasmine gör KUB-testet och på bilderna ses fostret i tvärsnitt och längssnitt. Vad kan denna bild tala om för kromosomavvikelse hos fostret? Ge exempel på en av de vanligaste (1p).
Svar: Turners syndrom, triploidi, trisomi 21.

Jasmine och hennes partner har efter denna undersökning en hel del frågor.

c) Vad finns för vidare diagnostik och hur tillförlitlig är den (2p)?

Svar: Chorionvillibiopsi (extrapoäng om man kan placenter mosaicism och att man behöver komplettera med amniocentes för att vara 100 % säker). Amniocentes.

Om man endast nämner metoderna ger det 1p.

d) Om man vill göra abort efter 18+0 (från 18+1) hur går man tillväga då?

Vilka delar ingår i en ansökan? Vem är det som ansöker om avbrytandet? Vart ska ansökan ställas (3p)?

Svar: Ansökan till Socialstyrelsens rättsliga råd (1p). Ansökan ska innehålla själva ansökningsblanketten, den psykosociala utredningen och den medicinska utredningen (1p). Det är kvinnan själv som ansöker om avbrytande av graviditeten (1p).

Fråga 6

En 31-årig frisk, förutom IBS, 1-para inkommer till gynakuten med smärtor som startat för ett par timmar sedan. Smärtan sitter i nedre delen av buken, inte mer uttalat på någon sida. Du ser en mager kvinna med en vetevärmare över nedre delen av buken, hon ser uppgad ut. Hon har småblött vaginalt de sista veckorna oavbrutet sedan sista mens. Hon ömmer i nedre delen av buken men har ingen defecation. BT 95/70. Hon har inte kunnat kissa. Puls 100. Temp 37.8. Hb 105. CRP 20.

a) För att komma vidare måste du fråga mer. Vad (2p)?

Svar: Preventivmedel, partner, samlag, gastrointestinala besvär, hämaturi, avviken- de flytningar?

Gynundersökning visar litet svart blod ur cervix som är slutet. Ömmer i bakre fornix och åt höger, oklart om det finns någon resistens. Vaginalt ultraljud visar en normal uterus med slemhinna på 10 mm, på höger sida en oklar förändring på 5 cm av växlande ekogenicitet, 2 cm vätska i buken.

b) Vilka är de viktigaste differentialdiagnoserna (2p)?

Svar: X, appendicit, salpingit, torsion, intraabdominell blödning.

Plötsligt blir patienten sämre. Börjar skaka lätt, kallsvettas och klagar på mer smärta.

c) Vad gör du (2p)?

Svar: Dubbla infarter, dropp, MEWS och bastest, blodgrupp.

Patienten blir opererad och man blir tvungen att konvertera till en laparotomi. Hon har genomgått en högersidig SOE, och skrivs ut 2 dagar senare, välmående med endast Alvedon p.o. En dryg vecka senare söker hon igen eftersom hon är trött. Har buksmärta i nedre delen av buken. Vid vaginal undersökning känns en ömhet framför uterus, kanske en resis-

tens eller en tarm. Gravtest neg, temp 37,3, CRP 20 och Hb 112, BT 110/60, puls 85 och andningsfrekvens 12.

d) Vid ultraljudsundersökning ses en dif- fust avgänsad förändring av växlande ekogenicitet framför uterus. Vad tror du det är (1p)?

Svar: Hämatom

e) Vad gör du (1p)?

Svar: Expektans.

Fråga 7

Sheila kommer för ett planerat besök på specialistmödravården där du har mot- tagning. Hon är tidigt gravid och kom- mer på remiss från MVC för graviditets- planering. I remissen får du veta att hon är 1-para med tidigare preeklampsi och akut sectio. Hennes BMI vid inskriv- ningen var 31. Hon är för övrigt frisk.

a) Vad vill du veta om Sheilas tidigare graviditet för att kunna värdera risker- na i den aktuella graviditeten och hur resonerar du kring risken för återupp- repning (2p)?

Svar: Graviditetsvecka vid förlossningen, barnets vikt och ev. grad av tillväxthäm- ning, förekomst av organpåverkan och pre- eklampsikomplikationer (HELLP, eklamp- si, DIC). Återfallsrisken beror framför allt på graviditetslängden vid diagnos under första graviditeten och ökar ju tidigare hon blev förlöst. Generellt är risken för gravi- ditetsinducerad hypertoni 13-53 % och ris- ken för återupprepning preeklampsi 2-7 %.

b) Nämn 5 generella riskfaktorer för insjuknande i preeklampsi (1 p).

Svar: Nulliparitet, obesitas, hereditet för preeklampsi/hypertoni, kronisk hypertoni, tidigare preeklampsi, njursjukdom, ålder > 40 och < 18, diabetes med kärlkompli- kationer, autoimmuna sjukdomar, t.ex. SLE med kardiolipinantikroppar, duplex- graviditet, låg födelsevikt, äggdonation.

Sheila beskriver sin tidigare graviditet och förlossning och utifrån hennes berättelse bedömer du den aktuella gravidite- ten som högrisk. Sheilas blodtryck är vid- din undersökning 135/90.

c) Vilken är din föreslagna handläggning och hur planerar du följa upp graviditeten (2p)?

Svar: ASA som profylax från graviditets- vecka 12. Överväga folsyretillägg. Ev. kon- troll av a. uterinaflöde i graviditetsvecka

24. Extra tillväxtkontroller under graviditeten. Tåta kontroller av blodtryck och urinsticka i sen graviditet.

För två poång skall ASA profylax och tillväxtkontroll med ultraljud och tåta blodtrycks kontroller nämnas.

I graviditetsvecka 37+0 kommer Sheila för en planerad kontroll. Graviditeten har fram tills nu förlöpt normalt. En tillväxtkontroll i graviditetsvecka 32 visade en tillväxtdeviation på -11 % hos barnet. Idag är blodtrycket 175/115, usticka visar 2+ protein och barnets tillväxtdeviation är -23 %. Sheila mår bra frånsett en ökad svullnad och måttlig huvudvärk.

d) Beskriv din handläggning (inklusive eventuell provtagning och kliniska undersökningar, du befinner dig på specialismödravården på ett medelstort sjukhus) (3p).

Svar: Klinisk undersökning inklusive auskultation cor/pulm, reflexer, ev. förekomst av fotklonus, CTG, kontroll flödesprofil i a. umbilicalis, Provtagning: Hb, EVF, TPK, ALAT, bilirubin, Na, K, kreatinin, urat, albumin, PK, APTT, antitrombin. Akut inläggning på avdelning med resurser för tät övervakning, ofta förlossningsavdelningen. Iv. infart ska sättas och bastest skickas. Akut sänkning av blodtrycket indicerat. Planering för förlossning inom kort.

För poång måste inläggning ingå i handläggningen.

Poängavdrag om inte auskultation cor/pulm, reflexer, ctg, Hb, TPK, ALAT el ASAT, el-status och koagulationsstatus är med. Poängavdrag om man inte anger akut sänkning av blodtrycket och planering för snar förlossning finns med som åtgärd.

e) Vad berättar du senare för Sheila post partum vid utskrivning från BB om hennes framtida risker med anledning av genomgångna preeklampsin (2p)?

Svar: Berättar om ökad risk för hypertoni, ischemisk hjärtsjukdom, cerebrovaskulär sjukdom, diabetes typ II, risk för återupprepning vid nästa graviditet.

Fråga 8

Adrijana 54 år kommer till gynekologisk öppenvårdsmottagning pga. vaginala blödningar sedan ett tag tillbaka. Hon hade sin sista mens när hon var 50-51 år. 2-para, 2 PN. Tidigare gynekologiskt frisk.

a) Du tar ytterligare anamnes och undersöker Adrijana, inkl. gyn undersökning och vaginalt ultraljud. Vad är det vid vaginalt ultraljud som avgör hur du går vidare? (1p) och förklara varför utifrån riskbedömning (1p).

Svar: Du mäter slemhinnans AP-mått (0,5p). Vid omätbart eller förtjockat endometrium (AP mått ≥ 5 mm) är risken för endometriecancer förhöjd och biopsi bör tas för att utesluta cancer (1p). Vid väldefinierat tunt endometrium, < 5 mm, är risken för endometriecancer < 1 %; endometriebiopsi behöver då inte tas (0,5p) (men cellprov/biopsi bör övervägas för att utesluta cervixcancer).

För poång krävs alltså inte vidare handläggning, d.v.s. hydrosonografi, endometriebiopsi alternativt hysteroskopi.

Du får efter några veckor svar på din endometriebiopsi och den visar en typ av hyperplasi i endometriet.

b) I vilka grupper indelas endometriehyperplasier (1p)?

Svar: Enkel och komplex hyperplasi (0,5p) med eller utan atypi (0,5p).

Beskriv grupperna kortfattat, och redogör för skillnad i cancerrisk och behandling (3p).

Enkel hyperplasi utan atypi har mycket låg risk för utveckling av endometriecancer (0,5p). Komplex hyperplasi har 3 % risk att utveckla cancer (exakt procent krävs inte) (0,5p). Hyperplasi med atypi har att hög risk utveckla av cancer och 30 % har en samtidig högt differentierad cancer vid diagnostillfället (exakt procent krävs inte) (0,5p).

Enkel hyperplasi utan atypi kan behandlas med cykliskt gestagen, t.ex. Primolut-Nor (0,5p). Komplex hyperplasi har 3 % risk för övergång i cancer, överväg endometriresektion eller hysterektomi (0,5p). Vid atypiska inslag, hysterektomi pga. hög risk utveckling av cancer och att 30 % har en samtidig högt differentierad cancer vid diagnostillfället (0,5p).

c) I västvärlden har incidensen av endometriecancer förändrats i en tydlig riktning sedan 1960-talet. Hur har den förändrats och varför (2p)?

Svar: Ökad incidens i västvärlden (1p). Mycket talar för att den stigande incidensen som ses i hela västvärlden är associerad med livsstilsfaktorer, då riskfaktorer för

endometriecancer inkluderar övervikt, diabetes mellitus, sen menopaus samt en åldrande population. I USA har fetmaepidemin lett till en kraftigt ökad incidens av endometriecancer (1p). I Västeuropa inklusive Sverige kan vi förvänta oss en liknande utveckling.

d) Efter utredning beslutar du att operera Adrijana. Vid inskrivningen framkommer det att hon är ESBL-bärare. Vad innebär det och vilka riktlinjer har du att förhålla dig till? Hon förväntas vårdas inlaggande 1-2 dygn (1p).

Svar: Basala hygienrutiner. Om diarré enkelrum med egentolett. Inte aktuellt med kohortvård (0,5p). Kontakta vårdhygien vid nyupptäckt klebsiella, eller misstänkt spridning (0,5p).

Fråga 9

Maja är 32 år, 2-para, 3-gravida, nu gravid i v 42+0. Första barnet föddes med elektivt sectio pga. sätesläge som inte gick att vända, barnvikt 3500 gram. Därefter PN i vecka 41+5, barnvikt 3800 gram. Nu är Maja på förlossningen då hon ska induceras pga. överburenhet. Hon mår väl och känner rikligt med fosterrörelser. Hon har lite sammandragningar men de är varken starka eller regelbundna. Fostervattenmängden är normal. FFD är huvud som är ruckbart i bäckeningången. Cervix är riktad medialt, har medium konsistens, är bibehållen 1 cm och öppen 3 cm.

Maja berättar om en kompis som födde första barnet med kejsarsnitt och där även andra förlossningen blev ett kejsarsnitt. Hon undrar varför inte hon också kan få ett kejsarsnitt. Hon vill gärna få fler barn men tycker det vore enklare om de kunde komma ut med kejsarsnitt för att en vaginal förlossning gör mer ont och tar längre tid.

a) Nämn två fördelar och två nackdelar för sectio respektive vaginal förlossning (1p).

Risker med vaginal förlossning (därmed talande för sectio): uterusruptur, förlossningsskador på kvinnan och skulderdystoci. Risker med sectio (därmed talande för vaginal): större blödning, postoperativ infektions, mer smärta efter op, på längre sikt risk för bräck, adherenser, endometriosis i sectioärr samt vid ny graviditet ökad risk

för X (i ärret), placenta accreta/increta/percreta samt uterusruptur.

b) Varför rekommenderar du vaginal förlossning i Majas fall (1p)?

I Majas fall förespråkar du vaginal förlossning då hon dels har fött vaginalt tidigare, hon har normalstora barn sedan tidigare och hon har ett gynnsamt cervixstatus.

c) Ni kommer fram till att inducera Maja. Vad får Maja för Bishop's score, vilken induktionsmetod väljer du och varför (2p)?

Svar: 6 poäng, amniotomi och rimlig motivering.

Maja kommer snabbt igång med förlossningen och några timmar senare blir du kallad till rummet pga. CTG förändringar. Då har värkarna varit lite glesa och hon har nu ett Syntocinondropp som går på 120 ml/timme och hon har också fått en EDA. Huvudet är i bing och cervix är öppen 9 cm. Så här ser CTG ut:

d) Bedöm sista 15 min av CTG (2p).

Svar: Man ska ha bedömt basalfrekvensen, variabiliteten och decelerationerna (värkar?). Man ska också ha gjort bedömningen att det är patologiskt.

e) Man gjorde ett omedelbart kejsarsnitt och det visade sig att Maja drabbats av en uterusruptur. Nämn två riskfaktorer som Maja har för detta (1 p)!

Svar: Tidigare kejsarsnitt och samt oxytocinstimulering

f) Andra indikationer för omedelbart sectio är som bekant navelsträngs prolaps och ablatio. Nämn 3 riskfaktorer vardera för dessa (3p).
Svar: Ablatio: hög maternell ålder, tidigare ablatio, flerbörd, chorioamnionit, prematur vattenavgång, hypertoni, preeklampsi, låg födelsevikt, rökning, polyhydramnios, trombofili, kokainmissbruk, trauma. Navelsträngs prolaps: amniotomi, sätesläge/instabilt läge, polyhydramnios, litet barn, flerbörd, prematuritet.

Referenser: William's Obstetrics. ctgutbildning.se.

Fråga 10

Ramona 38-år kommer till dig på gynnottagningen på grund av mellanblödningar. Hon har regelbundna menstruationsblödningar som varar 4 dagar och kommer med 26 dagars intervall. Sedan 3 månader tillbaka har hon fått småblödningar som kommer oregelbundet, ofta

även efter samlag. Ramona är frisk sedan tidigare, BMI 32, 1-gravida 0-para, 1 spontan abort. Hon blev koniserad på grund av cellförändringar HSIL för 15 år sedan och har därefter kontrollerats regelbundet, senaste cellprov för 6 månader sedan var benigt, utan högrisk HPV. Senaste mens var för en vecka sedan. Graviditetstest är negativt och hon använder inget preventivmedel på grund av graviditetsönskan. När du undersöker med spekulum ser du en ca 3 cm lång, slät, smal, mjuk, röd och slemhinneaktig förändring som sticker ut från cervikalkanalen.

a) Vad tänker du att det är och vad gör du med den (2p).

Svar: Troligtvis en cervixpolyp, tar tag i den med förslagsvis en ringtång och vrider tills den lossnar. Till PAD (2p).

Cervixpolyper är i stort sett alltid benigna utväxter från slemhinna/körtelepitel, antingen från ektocervix eller från endocervix.

Du gör även en vaginal ultraljudsundersökning och ser en vätskespalt i uterus-kaviteten på 2 mm och till höger om uterus finns en lågekogen långsträckt förändring mätande 7x3 cm, i denna finns så kallade pseudosepta. Du inser att det är en sactosalpinx/hydrosalpinx.

b) Vad kan orsaka sactosalpinx/hydrosalpinx (2p)?

Svar: Pelvic inflammatory disease (t.ex. efter klamydia eller gonorré), endometrios, appendicit med rupturerad appendix, ovulationsinduktion, post hysterektomi utan salpingektomi, ligering av tuba, tumör i tuban (0,5 poäng per korrekt svar, max 2 poäng).

c) Resonera kortfattat kring eventuell behandling av sactosalpinx/hydrosalpinx. Vilka behandlingar finns det? När skulle du rekommendera behandling? Påverkas rekommendationen Ramonas graviditetsönskan (3p)?

Behandling för hydrosalpinx är oftast individuell. I detta fall upptäcktes det som ett bifynd i samband med att hon sökte för blödning. Man får tolka det som att hon är asymtomatisk, vilket inte är ovanligt. Symtom på hydrosalpinx kan vara buksmärtor, flytningar och infertilitet. I asymtomatiska fall kan man överväga att låta bli att behandla, givet att diagnosen är

säker. Även asymtomatisk hydrosalpinx kan dock öka risken för PID, ektopisk graviditet, missfall och torsion vilket ändå kan motivera behandling. I Ramonas fall har hon en graviditetsönskan och hydrosalpinx, vilket försämrar graviditetschanserna (så även vid IVF med 40-50 % sämre graviditetschans), varför behandling rekommenderas. Behandling är då kirurgisk, ofta laparoskopisk salpingektomi. Andra möjligheter är proximal tubal ocklusion, hysteroskopisk ligering av tuban, sklerosering och aspiration av hydrosalpinx vätska i samband med IVF. Tidigare var det vanligt att tubarkirurgi gjordes där förträngningar i tuban öppnades och/eller att adhe-rensen togs bort. Det finns dock risk att dessa återkommer och risk för extrauterin graviditet, dessutom är graviditetschanserna ändå lägre. (För poäng: resonemang kring ingen behandling/expectans, kirurgisk/salpingektomi, hur graviditetsönskan påverkar) (3 poäng).

Vid ultraljudsundersökningen tycker du även att livmodersslemhinnan är för-tjockad och något hyperekogen i övre delen av kaviteten. Du installerar koksalt via en kateter och ser denna ultraljudsbild.

b) Tolka bilden, diagnos förslag (0,5p)?

Svar: Bild som vid uteruspolyper/endometriepolyper (0,5p).

c) Vilken behandling rekommenderar du Ramona (0,5p)?

Svar: Rekommenderar hysteroskopi med polypresektion. Polyperna kan ha orsakat Ramonas mellanblödningar, de kan ev. även påverka graviditetschanser vid graviditetsönskan (0,5p).

Fråga 11

Du har mottagning och träffar där Jenny Larsson, 28 år, som söker pga. abortönskan. Jenny är IV-gravida, I-para med en vaginal förlossning för två år sedan. Hon har tidigare gjort två aborter för elva respektive sex månader sedan. Abortbeslutet har varit enkelt och Jenny har ingen ambivalens i beslutet. Jenny är frisk, använder inga mediciner, röker inte men har under senare år ökat kraftigt i vikt och har nu ett BMI på 36. Undersökningen visar att Jenny är i v 6+2. Jenny önskar genomgå en medicinsk abort i hemmet och ni planerar det praktiska avseende detta.

Jenny använde innan förlossningen för två år sedan ett kombinerat p-piller som fungerade bra. Efter förlossningen har hon inte kunnat få detta förskrivet pga. sitt höga BMI. Hon fick "någon annan tablett" utskriven men beslutade tillsammans med sin partner att använda kondom vilket inte fungerat så bra. I samband med tidigare abortbesök har man diskuterat olika metoder men Jenny har inte kunnat fatta beslut och det har inte blivit av att hon påbörjat någon användning.

a) Hur resonerar du nu? Hur bemöter du Jenny och vilken/vilka metoder rekommenderar du baserat på evidens (2p)?

Svar: Lugnt samtal. Skuldbelägg inte! Försök att förstå varför hon inte börjat med någon metod. Motiverade samtal. Det finns idag mkt god evidens att långverkande metoder (LARC) bör rekommenderas speciellt till kvinnor som genomgår abort.

Efter ert samtal väljer Jenny att prova p-stav (Nexplanon).

b) Vilken är den optimala tidpunkten för insättning av en p-stav i relation till en medicinsk abort. Motivera (2p).

Svar: P-stav sätts lämpligtvis in samma dag som pat tar mifepristone (Mifegyne). Det finns idag god evidens för att detta fungerar och inte leder till fler komplikationer. Man kan då undvika "glapp" i antikonception och undviker dessutom att kvinnan uteblir från insättning

c) Om hon istället hade valt spiral – när hade du då planerat för insättning? Motivera (1p).

Svar: Inom 5-10 dagar, eller ev. tidigare om man kan säkerställa att graviditeten stötts ut. Motivering i analogi med svar på fråga 2.

Jenny fick en p-stav insatt. Efter fyra månader träffar hon barnmorskan då hon önskar ta bort sin p-stav då hon känt sig nedstämd sedan hon fick den insatt. Det finns inget annat i hennes liv som kan förklara nedstämdheten. Både Jenny och barnmorskan har tolkat det som att det beror på hormonerna i hennes p-stav. Hon undrar om ett byte till Cerazette kan förbättra henne? Cerazette innehåller des-

ogestrel, Nexplanon etonogestrel.

d) Vad svarar du henne? Motivera (2p).

Svar: Om hon bedömer att "deppigheten" beror på hormonerna är detta inte något lämpligt byte då preparaten innehåller samma gestagen. Det korrekta namnet på etonogestrel är 3-keto-desogestrel, vilket är den aktiva metaboliten av desogestrel. Välj annan metod, företrädesvis någon intrauterin metod.

Fråga 12

Maja är 35 år och har fött två barn för 13 och 10 år sedan. Graviditeterna var komplikationsfria och hon födde vaginalt. Hon fick inte någon "stor bristning" och minns att hon läkte i underlivet utan några bekymmer. Nu kommer hon till dig på gyn mottagningen för att hon tycker att det har börjat bli svårt att hinna "fram till toaletten i tid". Maja uppger att hon är frisk, inte äter några mediciner och aldrig blivit opererad. Hon har en hormonspiral sedan flera år tillbaka.

När du frågar vad hon menar med att det är svårt att hinna fram till "toaletten i tid", så beskriver hon att det gäller både urin och gaser. Hon läcker inte varje dag, men det kan komma urin om hon har en väldigt full blåsa och vid hosta och fysisk aktivitet. Hon förnekar soiling i underkläder men erkänner generat att hon inte kan kontrollera gas från tarmen flera gånger i veckan.

a) Vilka fynd letar du efter vid gyn undersökningen av Maja (3p)?

Svar: Finns tecken på prolaps (framvägg, sidor, bakvägg)? Palpabla resistenser i lilla bäckenet? Knipförmåga? Vill du komplettera anamnes och status med någon eller några undersökningar förutom vaginalt ultraljud? Någon form av stresstest d.v.s. hosta med bekvämt fylld blåsa. Miktionslista.

Vilken behandling rekommenderar du Maja (1p), baserat på ovan anamnes avseende urininkontinensen?

Svar: TVT slynga.

Gasinkontinensen?

Svar: Bäckebottenträning.

Hur förklarar du utifrån anatomin i bäckenbotten Majas symtom för henne (3p)?

Svar: Beskriva att muskulaturen i bäckenbotten försämras med åldern. De kan också bero på en inte tidigare diagnostiserad förlossningsskada. Då kan man få symtom både från den främre delen av vagina (sänkt vaginalvägg, påverkar vinkeln mot uretra, svårt att hålla tätt vid ansträngning och full blåsa, samt från bakre delen av vagina om puborektalis inte kan hålla vinkeln mellan rektum och analkanalen. Om det finns en defekt läkt förlossningsskada, som involverar antingen sfinktern eller muskulaturen i perieneum inklusive rektovaginala fascian och puboraktovaginalis som samverkar för en god funktion av bäckenbotten.

Hög tid att ansöka om ersättning

Den 1 maj 2020 är sista ansökningsdag för personer som behövt steriliserats i samband med att de har ändrat könstillhörighet mellan 1972 och 2013. Sedan den nya lagen om ersättning trädde i kraft har Kammarkollegiet arbetat för att nå ut med information till de ersättningsberättigade personerna. 500 har redan ansökt – nu återstår att hitta de sista 150 personerna.

I juli 2013 avskaffades den lag som innebar att personer som ändrat sitt juridiska kön i samband med att ha genomgått könsbekräftande vård (tidigare omnämnts "könsbyte"), var tvungna att sterilisera sig. I februari 2018 gick lagförslaget om ersättning till dessa berörda igenom. Regeringen har gett Kammarkollegiet uppdraget att leda kommunikationsarbetet och hantera ansökningarna.

- Hittills har vi fått 500 ansökningar. 480 av dessa är redan beviljade, 13 är under utredning och 7 har fått avslag. Vi har fått en övervägande bra respons, tack vare bra samarbeten med bland annat FPES (Föreningen för transpersoner) och RFSL (Riksförbundet för homosexuella, bisexuella, transpersoner och queeras rättigheter), säger Erland Törngren, Enhetschef försäkringsavdelningen på Kammarkollegiet.

Kort tid kvar för ansökan

Enligt den nya lagen ska personer som ansökt om att få sin könstillhörighet ändrad och fullföljt processen kunna bli ersatta med upp till 225 000 kronor. För att få ersättning måste ansökan om ändrad könstillhörighet ha godkänts och genomförts någon gång mellan 1 juli 1972 och 30 juni 2013.

- Ansökan stänger efter den 1 maj nästa år och då är det inte längre möjligt att ansöka ens om du är berättigad. Om någon funderar på att ansöka så ska de göra det så fort som möjligt. Det är inte svårt och det behövs inga sparade dokument – bara namnet och personnumret.



Vården kan hjälpa till att nå ersättningsberättigade

För att nå resterande cirka 150 personer vänder sig nu Kammarkollegiet till endokrinologer, urologer och gynekologer runt om i landet för att via dem få ut informationen till berörda.

- Vi har testat andra kanaler men nu vill vi gå via vården som kanske har en längre kontakt med ersättningsberättigade. Det gör att vi kommer med information där de redan är sekretesskyddade vilket kan underlätta kontakten och det första steget. Det kan även vara enklare att eventuellt uppmärksamma anhöriga på detta om den berörda personen exempelvis har ett psykiskt handikapp och inte kan göra det själv, säger Erland Törngren.

Enligt analysen som genomfördes i samband med den nya lagen är det troligtvis personer födda på 30-, 40-, och

50-talet som inte har nåtts av informationen. Utöver vården har Kammarkollegiet även gjort insatser i pensionsorganisationer.

FAKTARUTA

Så här ansöker du enkelt

När: Ansökningar skickas till Kammarkollegiet **senast 1 maj 2020.**

Vart och hur: Ansökningsformulär digitalt finns på www.kammarkollegiet.se.

Där finns även mer information om vad lagen innebär, hur ansökningen hanteras och hur Kammarkollegiets beslut överklagas.

Alternativ: Det går även att få ansökan skickad hem till sig eller sin e-postadress, samt att ansöka via ombud med fullmakt.

Frågor kan ställas till Erland Törngren som har telefonnummer 054 22 12 20 och e-postadress erland.torngren@kammarkollegiet.se ■

Ska jag byta kön, jobb eller vänta 100 år?

Så var det dags igen. 8 mars. Internationella kvinnodagen. Vi kan vänta oss statistik i ett genusperspektiv. Förmodligen även resonemang kring hur ett ledarskap för en jämställd arbetsplats bör se ut. Men vad har egentligen hänt sen sist, funderar Birgitta Essén, professor i internationell kvinno- och mödrahälsa.

Nyligen var jag inbjuden föreläsare vid det första mötet för det globala kvinnliga nätverket WGH, "Women in Global Health" i Afrika. Temat var ledarskap och jag ombads prata om ledarskap inom akademien. Mötet skulle hållas i Somalia, ett av Afrikas mest sargade länder. Jag garanterades samma skydd som de inbjudna gästerna från svenska ambassaden och representanterna från de olika FN-organen. Ett nyligen begånget attentat av Al-Shabab i Kenya fick mig att fundera två gånger och noggrant kolla upp säkerhetsläget. Till slut bestämde jag mig emellertid för att tacka ja. Det var den stora äran att bli inbjuden till detta historiska möte som trängde bort oron.

"Research as a vehicle for voice in women leadership" var titeln på föredraget som organisatören Amina gav mig. Amina är en av de många svensk-somaliska akademiker som valt att resa tillbaka och använda kunskapen från sin svenska master- och forskarutbildning i syfte att stärka kvinnors ledarskap inom hälso- och sjukvården i sitt andra hemland. Vad kan då jag som kvinna, forskare och förlösningssläkare från världens mest jämställda land, komma med för budskap? Jag bestämde mig för tre områden:

1) Historiska lärdomar av dedikerat ledarskap, sociala jämställdhetsreformer och dess betydelse för svenska kvinnors hälsa.

2) Forskning om hur snabbt genusnormer förändrats bland den somaliska diasporan i Europa

3) Reflektioner, som professor och läkare, om jämställdheten inom akademien. Så äntligen på plats i Garowe. En varm lokal fylld med 150 förväntansfulla kvinnor som ska lyssna på kvinnors ledarskapserfarenheter. Först talar imamen. Sen talar Sidachefen (Man). Sen UNFPA (Man 2). Sen Man 3. Sen Man 4. Amina är märkbart irriterad på alla Män som "spontant" bjuder in sig själva och hennes tidsschema förskjuts snabbt. "Jag trodde inte männen skulle vara så här fräcka. Snart din tur föreläsa" väser hon till mig. "Det är lugnt" svarar jag. "Jag är imponerad att du samlat så många Women in Global Health från alla regioner i detta splittrade land". Jag tror också att alla dessa Män är nyfikna, några kanske till och med stannar för att lyssna.

Plötsligt tittar jag ut genom fönstret. Tre pickup-bilar fyllda med kamouflagelädda män och maskingevär rullar in i hög fart. Dörren till lokalen öppnas. Terrorister, hinner jag tänka medan min blick irrar efter nödutgången. Säkerhetsmän med mörka glasögon och walkietalkies rusar in. Ska jag kasta mig på golvet under borden? Men Amina tittar på mig med lugn blick och säger "Oj, oj, ser man på, här kommer visst en ny Man". Det visar sig vara den nyvalda regionala presidenten. Tydligt vill han också lyssna till Women in Global Health. Eller rättare sagt: Prata. "Birgitta, du får vänta minst 30 minuter till", viskar Amina. Själv känner jag mig främst lättad. Inte minst för att alla presidentens män med k-pistar håller sig utanför lokalen.

Så blir det till sist min tur att tala. "Mödradödstalen i dagens Somalia är lika



höga som Sveriges på 1700-talet, runt 900 per 100 000 levande födda", börjar jag. Det går ett sus genom salen när jag visar hur talen sjönk redan långt innan den moderna sjukvården med operationsteknik eller läkemedel. Mycket tack vare läkarnas dedikerade ledarskap och samarbetet mellan dåtidens manliga läkare och kvinnliga jordemödrar. Det jämställda undervisningssystemet med skolplikt för både pojkar och flickor liksom en rad nya lagar som stärkte kvinnans ställning (allt detta redan på 1850-talet!) bidrog också till förbättrad kvinnohälsa. Jag berättar hur dessa data, hämtade från Tabellkommissionen (nuvarande SCB), var avgörande när FN formulerade sina Millennium-mål. Likaså hur ledare som implementerar jämställdhet och sociala reformer är nödvändiga för att ett land ska lämna bottenplaceringen över var på jorden det är farligast att föda barn – Somalia tävlar med Afghanistan och Sierra Leone – var min första slutsats (Här har presidenten med sitt hov av säkerhetsmän och soldater redan gjort sorti).

Så mitt andra budskap. Positiva data från migrationsforskning. Hur genusnormer förändras i den somaliska diasporan i Sverige. Att synen på moderskap omvandlas till inkluderande föräldraskap (den ansvarsfulla papparollen synliggörs). Att somaliska män är med sina fruar vid förlossningen av deras barn (delaktigt föräldraskap). Att de – i likhet med svenska män – snart börjar säga vi är gravida! Rätt så otänkbart i Somalia. Hemförlossningar, ett vanligt val i Somalia, väljs bort till förmån för säker förlossningsvård på sjukhus. Kvinnor går från omoderna till moderna val av preventivmedel. Både somaliska kvinnor och män omvärderar synen på omskärelse av dottern. Inte något dokumenterat fall av flickor som omskurits på svensk mark (här uppstår en spontan applåd).

Så till mitt sista budskap. Jämställdheten inom akademien. Jag visar en bild på ett intakt och ett krossat glastak. Jag tar fram mer statistik, men denna gång inte från 1800-talet, utan svensk nutid. Andelarna män respektive kvinnor vid långa läkarutbildningarna är jämnt fördelade. Däremot är bara var femte professor kvinna* vid våra universitet. Jag berättar att kvinnliga forskare och läkare får lägre lön än sina manliga kollegor. I

Sverige. År 2019! Jag berättar att det finns en nationell policy att uppnå jämn könsfördelning vid tillsättning av administrativa uppdrag inom akademien, men att någon motsvarande ambition om lika lön för lika meriter ännu inte speglas i statistiken.

Mitt föredrag närmar sig slutet och jag avrundar med en kommentar att vi kvinnor kan bli bättre att stödja andra kvinnor. Jag citerar Madeleine Albright klassiska "Remember that there is a special place in hell reserved for women who refuse to help one another". Alla nickar. Applåder. Responsen som deltagarna ger Amina och mig vid detta första möte för Women in Global Health i Somalia är enorm. För mig personligen ger det ny energi att fortsätta min forskning inom global kvinnohälsa.

Jag återvänder hem under en alltför strapatsfylld resa via Mogadishu som jag tror jag behåller för mig själv – men som jag klarar tack vare hjälp från starka somaliska kvinnor och deras ovärderliga nätverk i ett kaotiskt land.

Tillbaka på institutionen. Jag hör på radion att det varit ett självmordattentat i Mogadishu. Hör att Världsbankens rankar Sverige högst i världstoppen för lika rättigheter i yrkeslivet. Går igenom mail-

högen: fördelningen av fakultetsmedel (som bygger på meriter och prestation på individnivå) ger mycket bra utdelning för oss Women in Global Health som toppar prestationslistan! Vittjar postfacket, öppnar lönekuvertet. Även efter denna lönerevision visar statistiken att Women in Global Health ligger lägst. Meriter och prestation på individnivå blir underordnat. Så vad mer kan en individ göra? Byta kön? Byta jobb? Vänta 100 år? Vad rekommenderar Du?

Lämpligt till 8 mars och Internationella kvinnodagen bjöd jag så upp till dans med vår dekanus för samtal om strategier mot strukturell utsatthet inom akademien. I väntan på det mötet filar jag vidare på forskningsansökan om intervention på strukturell nivå för Women in Global Health – i Somalia!

Birgitta Essén

Professor i internationell kvinno- och mödrahälsovård, överläkare, Uppsala

** Att jämföra med de medellånga vårdbildningar som fortfarande har extremt ojämn könsfördelning av studenter och i princip inga män blir specialistutbildade till barnmorskor.* ■

Kejsarsnitt och tarmskador

I Svensk Kirurgisk Förenings tidskrift Svensk Kirurgi nr 2/2019 handlar mycket om global kirurgi, inklusive obstetrisk kirurgi, i ett större perspektiv. Här kommer några tankar från golvet perspektiv.

Under några år har jag arbetat kortare perioder, oftast tillsammans med kollegan Håkan Olsson från Umeå, på Panzisjukhuset, Bukavu, DR Kongo. Vårt syfte är att träna yngre kirurger i beslutsfattande, perioperativ vård och inte minst operativ kirurgisk teknik inom fr.a. bukkirurgi och i synnerhet kolorektal kirurgi.

Sjukhuset, under ledning av fredspristagaren Denis Mukwege, är känt för arbetet med rekonstruktiva operationer och rehabilitering av sexuellt våldsskade kvinnor, men är också ett av två större remissjukhus i miljonstaden Bukavu och har en stor kirurgisk klinik med integrerad ortopedi och urologi. Bukkirurgin är en viktig del.

Vi har gjort en viktig observation. Vi noterar en oroande tendens, där patienter remitteras till Panzisjukhuset med svåra tarmkomplikationer efter olika bukingrepp, fr.a. kejsarsnitt, som utförs på större och mindre sjukhus, även hälso-centra med vårdplatser och enläkarbemannning, på olika indikationer och ibland med bristfällig kompetens och teknik. Skador och läckage (fistlar) från tunntarm kan vara omöjliga att behandla i denna miljö som saknar adekvat intensivvård och möjlighet till full paren-

teral nutrition. Detta gäller även Panzisjukhuset. Vi har sett flera dödsfall i peritonit, sepsis och höga tarmfistlar, där nyfödda barn, i de fall barnen överlevt, blivit moderlösa. Situationen är inte ovanlig enligt de fasta kollegorna på sjukhuset.

Problemet storlek är inte känd, statistik verkar saknas, men den är sannolikt i ökande i låg- och medelinkomstländer. Kejsarsnitt ökar, som noterats från Sierra Leone (1), och är givetvis en viktig och livräddande operation i många lägen där det finns klara indikationer, men samtidigt ett bukingrepp med påtagliga risker för organskador, i synnerhet tarm, både i akutskedet och som livstidsrisk för tarmhinder. På ett lokalt sjukhus, nära Panzisjukhuset, har man 1 200 förlossningar årligen, men kan hålla en låg frekvens kejsarsnitt pga. en fast stab av erfarna barnmorskor som behärskar vaginal förlossning. Till saken hör att ett första kejsarsnitt ofta är relativ indikation för följande, och man får alltså en kumulativ effekt.

Jag tror att området behöver belysas med epidemiologisk forskning. Vidare fordras träning i obstetrisk kirurgi, där inte minst indikationer och operativ tek-

nik bör ses över, och komplikationer snabbt detekteras. Utbildning och träning i avancerad tarmkirurgi och komplicerad perioperativ vård på remissjukhusen är viktigt.

Jörgen Rutegård

Docent i kirurgi

Örnsköldsvik/ Umeå universitet

jorgen.rutegard@surgery.umu.se

Ref.

1. Holmer H. Att mäta global kirurgi, obstetrik och anestesi – för hälso- och sjukvårdssystem och patienter. Svensk Kirurgi 2019; 2/77: 96-98. ■

Vad är det som avgör vem som får förskriva läkemedel på recept?

Jag jobbar som läkare sedan drygt 10 år tillbaka och jag har alltid haft stor respekt för det ansvar som min förskrivningsrätt innebär. Vi har mycket att luta oss mot i och med vår utbildning och kunskap om våra patienter och de läkemedel som vi jobbar med i vardagen. FASS med sina, ibland svårtolkade, ibland livräddande rekommendationer, regionala läkemedelslistor, lokala rutiner och kollegialt stöd.

Enligt Läkemedelsverkets föreskrifter definieras en behörig förskrivare som den som har rätt att utöva läkaryrket eller barnmorskor och sjuksköterskor som uppfyller särskilda krav som Läkemedelsverket och Socialstyrelsen har bestämt.

Så sitter jag där och knappar in recept efter recept på patienter som önskar mensförskjutning eller smärtlindring vid mensvärk eller avföringslösande behandling för att graviditeten har gjort att hon blivit hård i magen... Men skrev jag verkligen receptet till henne som skulle resa utomlands? Och kom jag ihåg att skriva instruktionstexten på engelska till den gravida som inte förstod ett ord svenska?

Kraven på hur ett recept ska utformas är högt ställda av naturliga och livsviktiga skäl. Patientens identitet ska tydligt definieras. Läkemedlets namn och styrka får inte missförstås. Dosering, användning och ändamål ska tydligt anges på ett sätt så patienten kan förstå innebörden. Förskrivarkod och namn ska framgå så personalen på apoteket kan kontakta förskrivaren vid frågor.

Så piper min sökare och den noggranna farmaceuten på sjukhusapoteket ringar och undrar om jag verkligen menade att patienten som bara ville slippa ha mens på semestern verkligen ska ta sina tabletter i 100 dagar... Nej 10 hade jag ju tänkt, eller egentligen 14 dagar när jag tittar efter i barnmorskans anteckning. Det finns aldrig någon ursäkt för slarv när vi pratar om förskrivning. Det kan gälla interaktioner, förpackningsstorlek, behandlingstid, styrka. Vi ska sträva efter att i varje situation göra vårt bästa för patienten och att undvika skadliga biefekter. Som del i det arbetet tycker jag att strukturella frågor har en viktig och ibland bortglömd plats. Vi behöver ge

alla förskrivare, oavsett yrke, bra förutsättningar att göra ett bra jobb. Det kan handla om avsatt tid i schemat för receptförskrivning, favoriter i journalsystemet för utvalda läkemedel och internutbildningar kring förändrade rutiner. Allt detta jobbar vi dagligen med i våra egna sammanhang.

Men när sjukvården förändras och barnmorskor inom kvinnosjukvården tar allt mer medicinskt ansvar måste ramarna och reglerna underlätta vårt arbete och inte motarbeta utveckling. För mig är det självklart att den person som träffat patienten och som getts förtroendet att bedöma och föreslå behandling för dennes besvär också är den som på ett säkert och effektivt sätt kan förskriva rätt läkemedel, till rätt person, med rätt instruktioner och vid oklarheter svara på apotekets frågor.

Vad är det som avgör vem som BÖR förskriva läkemedel på recept?

Emma Holmbom, specialistläkare, KK, Sollefteå ■



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

Välkomna till SFOG-veckan i Östersund!

PROGRAM

Söndag 25 augusti

13.00-17.00 Precongress course - Pelvic Floor Ultrasound (Östersunds sjukhus)

Måndag 26 augusti

08.30-10.00 Registrering & kaffe
10.00-10.30 Invigning
10.30-12.00 Symposium: Global reproduktiv hälsa.
10.30-12.00 Symposium – Jämlik vård – kan kvalitetsregistren hjälpa oss?
12.00-13.15 LUNCH
12.30-13.10 Industrisponsrat symposium – B Braun
13.15-14.15 Plenarföreläsning: Pelvic floor ultrasound.
14.15-14.45 Utställning, poster & kaffe
14.45-16.15 Symposium: Gynekologisk cancer
14.45-16.15 Fria föredrag: Gynekologi
16.20-17.20 Symposium: Mödradödsfall i Sverige
16.20-17.20 Symposium: Nya riktlinjer för menopausal hormonell terapi
18.30 Get together mingel - Jamtli

Tisdag 27 augusti

07.30-08.15 Registrering
08.15-09.15 Symposium: Pågående multicenterstudier i Sverige
08.15-09.15 Symposium: Graviditet vid Grown Up Congenital Heart Disease (GUCH)
09.15-09.45 Postersession i utställningen
09.30-10.00 Industrisponsrat symposium – Campus Pharma
09.45-10.15 Utställning, poster & kaffe
10.15-11.45 OGU-symposium: Ultraljud ovarialförändringar – att skilja benignt från malignt
10.15-11.45 Symposium: Reducing stillbirths
11.45-13.00 Lunch
12.15-12.55 Industrisponsrat symposium – Nordic Consumer Health
13.00-14.00 Plenarföreläsning: Diagnosing the abnormally invasive placenta (AIP): difficulties and possible solutions
14.05-15.05 Symposium: Nya riktlinjer preeklampsi
14.05-15.05 Symposium: Robotkirurgi på benign indikation – när, var, hur?
15.05-15.35 Utställning, poster & kaffe
15.35-17.05 Symposium: Hormoner och humör
15.35-17.05 Fria föredrag: Obstetrik
18.15 Springskytte och middag (20.00) – Arctura





PROGRAM

Onsdag 28 augusti

07.30-08.15	Registrering
08.15-09.15	ST-arbeten
08.15-09.15	Symposium: Förlossningsbristningar
09.15-09.45	Utställning, poster & kaffe
09.45-11.45	SFOGs årsmöte
09.45-11.45	Barnmorskesymposium: Mångfald
11.45-13.00	LUNCH
12.15-12.55	Industrisponsrat symposium – Azanta
13.00-14.00	Plenarföreläsning: Preeclampsia – Answers to Questions and Questions to Answers
14.05-15.35	Föreningssymposium
14.05-15.35	Barnmorske-symposium: "Normal" graviditet och förlossning idag
15.35-16.00	Utställning, poster & kaffe
16.00-17.30	OGU-symposium: Sätessförlossning
16.00-17.30	Avhandlingar – gynekologi & obstetrik
19.00	Middag – Quality Hotell Frösö Park

Torsdag 29 augusti

07.30-08.30	Registrering
08.30-10.00	Symposium: Sexualitet ur gynekologiskt perspektiv
08.30-10.00	OGU-symposium: Alternativa yrkesval
10.00-10.30	Utställning, poster & kaffe
10.30-12.00	Symposium: Ovarian cancer – a sexually transmitted disease?
10.30-12.00	Symposium: Fetal Medicine
12.00-13.15	LUNCH
12.15-12.45	Industrisponsrat symposium – Karo Pharma
13.15-14.15	Plenarföreläsning: Long term health risks in PCOS
14.20-15.35	Symposium: Olika vägar till föräldraskap
14.20-15.35	Symposium: SLE och antifosfolipidsyndrom under kvinnans fertila liv
15.35-16.00	Avslutningsceremoni

**Anmäl dig till SFOG-veckan på
www.sfogveckan.se**

Konferensavgift

Pris per dag t o m den 14 juni: 1600 kr exkl. moms

Pris per dag från den 15 juni: 2100 kr exkl. moms

Deltagaravgiften gäller per dag och det ingår konferensprogram, förmiddagsfika, lunch och eftermiddagsfika.

Varmt välkomna!

Eva Spetz

Kongresspresident SFOG 2019

Marie Bixo

Ordförande för vetenskapliga kommittén
för SFOG 2019

Arbets- och Referens- grupperna inom SFOG

Benign (gyn)Kirurgi, BENK-ARG

Ordförande: Sophia Ehrström

Sophia.ehrstrom@ultragyn.se

Sekreterare: Klara Hasselrot

klara.hasselrot@ki.se

Cervixcancerprevention, C-ARG

Ordförande: Kristina Elfgren

PO Gynekologi och Reproduktion,

Karolinska Universitetssjukhuset

Stockholm

Tel: 08-585 875 28

kristina.elfgren@sll.se

Sekreterare: Cecilia Kärrberg

Kvinnosjukvård, Sahlgrenska

Universitetssjukhuset, Göteborg

cecilia.karrberg@vgregion.se

Endokrin-ARG

Ordförande: Alkistis Skalkidou

Akademiska Sjukhuset, Uppsala

Tel: 076-206 85 82

alkistis.skalkidou@kbh.uu.se

Sekreterare: Angelica Lindén-Hirschberg

Karolinska Universitetssjukhuset

Stockholm

angelica.linden-hirschberg@karolinska.se

Endometriosis-ARG

Ordförande: Anna-Sofia Melin

Capio Gynekologi Globen, Stockholm

anna-sofia.melin@capio.se

Sekreterare: Måns Palmstierna

Sollefteå

eclecticus@gmail.com

Etik-ARG

Ordförande: Ingrid Bergelin

Kvinnosjukvården Dalarna

Tel: 0250-49 30 00

ingrid.bergelin@ltdalarna.se

Kontaktpersoner: Ann-Kristin Rönnberg

Universitetssjukhuset Örebro

ann-kristin.ronnberg@regionorebrolan.se

Kristina Pettersson

kristina.a.pettersson@sll.se

Evidens-ARG

Ordförande: Annika Strandell

SU/Sahlgrenska, Göteborg

Tel: 0700-90 44-54

annika.strandell@vgregion.se

Sekreterare: Sissel Saltvedt

Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

Tel: 08-517 700 00

sissel.saltvedt@sll.se

Familjeplanering, FARG

Ordförande:

Kristina Gemzell-Danielsson

Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

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

Fert-ARG

Ordförande: Elizabeth Nedstrand

KK Universitetssjukhuset Linköping

elizabeth.nedstrand@

regionostergotland.se

Sekreterare: Thomas Brodin

Carl von Linnékliniken, Uppsala

thomas.brodin@linne.se

Global-ARG

Ordförande: Birgitta Essén

Akademiska Sjukhuset, Uppsala

birgitta.essen@kbh.uu

Sekreterare: Mikael Algovik

global-ARG@telia.com

Hem-ARG

Ordförande: Maria Revelj

Sahlgrenska Universitetssjukhuset/

Östra sjukhuset, Göteborg

Tel: 031-342 10 00

maria.revelj@vgregion.se

Sekreterare: Gustaf Biasoletto

Sahlgrenska Universitetssjukhuset/

Östra sjukhuset, Göteborg

Tel: 031-343 63 61

gustaf.biasoletto@gmail.com

Mödrarmortalitet, Mm-ARG

Ordförande: Sissel Saltvedt

Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

Tel: 072-711 51 61

sissel.saltvedt@sll.se

Sekreterare: Lisa Parén

Östra sjukhuset, Göteborg

Tel: 0709-27 81 56

lisa.paren@vgregion.se

Perinatal-ARG

Ordförande: Karin Pettersson

Karolinska Universitetssjukhuset,

Huddinge

Tel: 08-585 875 36

karin.pettersson@karolinska.se

Sekreterare: Marie Blomberg

KK, Universitetssjukhuset, Linköping

Tel: 013-22 20 00, 070-433 03 18

marie.blomberg@regionostergotland.se

Preeklampsi-ARG

Ordförande: Lina Bergman

Falu Lasarett, Falun

Tel: 023-49 20 00

lina.bergman@ltdalarna.se

Sekreterare: Eva Östlund

eva.e.ostlund@sll.se

POS-ARG

Ordförande: Lena Moegelin

KK, Södersjukhuset, Stockholm

Tel: 08-616 10 10

lena.moegelin@sll

lena.moegelin@sodersjukhuset.se

Sekreterare: Eva Henning

KK, Sundsvalls sjukhus

eva.henning@rvn.se

Robson-ARG

Ordförande: Lars Ladfors

Göteborg

lars.ladfors@sfog.se

Sekreterare: Sophia Brismar

Danderyd

sophia.brismar-wendel@ds.se

Ton-ARG

Ordförande: Pia Jakobsson Kruse
Södersjukhuset, Stockholm
Tel: 08-616 41 50. Mob: 073-9145205
pia.jakobsson-kruse@sll.se
Sekreterare: Ann-Chistine Nilsson
Örebro
ann-christine.nilsson@regionorebrolan.se

Tumör-ARG

Ordförande: Karin Stålberg
KK, Akademiska Sjukhuset, Uppsala
karin.glimskar.stalberg@akademiska.se
Sekreterare: Åsa Åkesson
SU/Sahlgrenska, Göteborg
asa.e.akesson@vgregion.se

Ultra-ARG

Ordförande: Eva Bergman
eva.bergman@kbh.uu.se
Sekreterare: Mirka Blomme
mirka.blomme@sll.se

Ur-ARG

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

Vulv-ARG

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

Arbets- och Referens-Grupp- Utvecklings-Samordnare ARGUS

Ove Axelsson
SFOG-Kansliet
Drottninggatan 55, 2 tr
111 21 Stockholm • Tel: 08-440 01 75
E-post: ove.axelsson@kbh.uu.se

SFOG-Kansliet
Diana Mickels • Jessica Hortelius
Drottninggatan 55, 2 tr
111 21 Stockholm
Tel: 08-440 01 75 • Fax: 08-22 23 30
kansliet@sfog.se • www.sfog.se

Intressegrupper inom SFOG

Mödrahälsovårds- överläkargruppen

Ordförande
Anna Bäckström
Region Västernorrland
modrahalsovardsoverlakare@rvn.se

Sekreterare
Birgitta Segeblad
Region Uppsala
birgitta.segeblad@akademiska.se

Obstetrik och gynekologer under utbildning (OGU)

Ordförande
Elin Svensk
KK, Sundsvalls sjukhus
elin.svensk@rvn.se

Sekreterare
Therese Friis
KK, Akademiska sjukhuset
Uppsala
therese.friis@akademiska.se

Privatgynekologerna

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

Sekreterare
Teresia Ondrasek Jonsson
Ondrasek Läkarmottagning
Storgatan 1
852 30 Sundsvall
Tel: 070-661 04 64
teresia.ondrasek.jonsson@ptj.se

Kassör
Katarina Johansson
Linköping Health Care
Torkelbergsgatan 14 B
582 24 Linköping
katjoh67@gmail.com

Webmaster
Chatarina Hofte
Hofteklinden
Drottninggatan 7
252 21 Helsingborg
chatarina.hofte@ptj.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 har också tillgång till 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.

Årsavgiften till föreningen är 1 200 kronor och 600 kronor för pensionär. I avgiften ingår abonnemang av ARG-rapporterna, som också är fritt tillgängliga på SFOGs hemsida. I och med Din anmälan registreras Du i SFOGs medlemsregister.

För specialister som är medlemmar i SFOG anordnas fortbildningskurser.

De flesta som söker nytt medlemskap är fortfarande under utbildning. Obstetrik/Gynekologer under Utbildning – (OGU) är en av flera intressegrupper inom SFOG. OGU vänder sig till alla under specialistutbildning men även till vikarie- och yngre kolleger med intresse för specialiteten och yngre specialister. Aktiviteterna syftar bl.a. till 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. Sedan drygt ett år tillbaka är också SFOG huvudman för att organisera ST-kurser för blivande specialister.

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