

Nummer 2 / 2021

Kvinnoläkaren



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



Ny rapport från SBU

Referat från Vintermötet

Graviditetsregistret

KVINNOLÄKAREN

Ansvärgivare: Radha Korsoski
E-post: radha.korsoski@sfog.se
Layout: Moniqa Frisell
All korrespondens ställs till föreningen:
SFOG-Kansliet, Klara Östrå Kyrkogata 10
Box 738
101 35 Stockholm
Tel: 08-440 01 75
Jessica Hortelius och Diana Mickels
E-post: kansliet@sfog.se
Internet: www.sfog.se
Annonser: Radha Korsoski
E-post: radha.korsoski@sfog.se
Platsannonser hemsidan: kansliet@sfog.se
SFOGs styrelse 2021:
Ordförande: Michael Algovik
Västervik
E-post: michael.algovik@sfog.se
Vice ordförande: Christer Borgfeldt
Lund
E-post: christer.borgfeldt@sfog.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: Kerstin Nilsson
Örebro
E-post: kerstin.nilsson.ha@oru.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 Kvinnoläkaren:
Radha Korsoski
Göteborg
E-post: radha.korsoski@sfog.se
Webbansvarig: Olof Alexandersson
Östersund
E-post: olof.alexandersson@sfog.se
Ledamot: Marie Wikström Bolin
Sundsvall
E-post: marie.wikstrombolin@sfog.se
Ledamot/OGU-representant:
Matilda Wadell
Hudiksvall
E-post: matilda.wadell@sfog.se

Tryck: Elanders
ISSN 0284-8031

— Ordförande har ordet —



Kära medlemmar!

Nu börjar solen lysa allt längre på dagarna och våren spira på flera håll i landet samtidigt som trycket från pandemin förhoppningsvis börjar lätta i och med att allt fler blir vaccinerade. Vi kommer dock troligen att fortsätta leva med påverkan av pandemin på våra liv på många olika sätt. För vår profession kommer det vara en verklig utmaning att komma ifatt vad gäller de stora volymerna av uppskjuten vård. Vi har ju en speciell situation i och med att förlossningsvården kontinuerligt måste rulla på, medan ffa den benigna kirurgin har ställts in på många håll i landet. Det kommer också lite oroande rapporter om att en del cancerpatienter kommer sent i förloppet.

SFOG påverkas också på så sätt att även om vi kunde genomföra Vintermötet i Malmö digitalt på ett bra sätt så hade vi ändå förhoppningar att SFOG-veckan i Göteborg skulle kunna genomföras som ett fysiskt möte. Vi har dock tvingats inse att även om en majoritet av våra medlemmar kommer vara vaccinerade till augusti så kommer det ändå vara restriktioner kring olika samman-

komster. Därför har vi tillsammans med organisationskommittén tagit beslut att också SFOG-veckan blir digital och något förkortad mellan 30/8 till 1/9. Årsmötet blir kvar som planerat 1/9 medan verksamhetsmötet flyttas till 2/9. Det ser ut att bli ett mycket spännande vetenskapligt program och vi hoppas på högt deltagande även om mötet blir digitalt. Det sociala programmet får ni dessvärre sköta på hemmaplan. Det är även bestämt att FIGO-kongressen i oktober kommer genomföras digitalt.

En annan aktuell fråga pga Covid-19 är om gravida ska ses som en riskgrupp för svår sjukdomsutveckling och därmed ha rätt till ersättning via Försäkringskassan. Vi anser att det borde vara så och har uppvaktat Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Försäkringskassan i frågan och hoppas att det kommer uppdaterade rekommendationer. Ytterligare en viktig fråga är vaccination av gravida och även här har vi kommunikation med berörda myndigheter såsom Folkhälsomyndigheten och Läkemedelsverket. I dagsläget är det vetenskapliga underlaget

I DETTA NUMMER

Replik till inlägg i KL 1	7
Nya rutiner kan öka möjligheten att upptäcka bristningar hos kvinnor efter förlossning	8
OGUs ordförande informerar	9
OGUs symposium under SFOG-veckan	10
SFOG Vintermötet 25-26 januari 2021, Malmö	11
Graviditetsregistret möjliggör registrering av alla fall av intrauterin fosterdöd från graviditetsvecka 22+0	14
Ny avhandling	16

inte så starkt men det verkar åtminstone inte finnas några data som talar för en ökad risk så förhoppningsvis kan även gravida erbjudas vaccination inom kort.

Den nya organisationen med NPO (Nationella Programområden) och sk kunskapsstyrning av vården har börjat utvecklas och den NAG (Nationella Arbetsgrupp) som jobbat med frågan om handläggning av graviditet efter vecka 41 har nu presenterat sina slutsatser. Arbetet är ute på remiss och rekommendationerna kommer kunna fastställas senare i vår. Det kommer förändra arbetet på våra förlossningsavdelningar med en ökad volym induktioner, men förhoppningsvis utan ökad frekvens av instrumentella förlossningar eller sectio. Det återstår att se om det förväntade målet med minskad andel IUFD kommer infrias.

Vår kursverksamhet flyter på trots att många kursgivare fått tänka om och tänka nytt, men SFOG är en av få specialitetsföreningar som trots pandemin lyckats bibehålla och genomföra en majoritet av ST-kurserna. Det är ett imponerande och viktigt arbete som görs av alla kursgivare och det är ju en del av kärnan i SFOG så jag vill rikta mitt varma tack till alla de som gör kurserna möjliga. Vi kommer under året också förändra ansökningsförfarandet till ST-kurserna något så att den enskilda ST-läkaren får anmäla sig själv till relevanta kurser. Allt kommer dock göras för att fördelning ska bli så rättvis som möjligt och för att alla ska hinna gå de stipulerade kurserna inom tidsramen

för ST. Mera information kommer inom kort. Det är också viktigt att ST-läkarna får möjlighet att förkovra sig genom deltagande i AR-grupperna så jag vill verkligen uppmuntra er att kontakta någon ARG av intresse och att verksamhetscheferna kan bereda ledighet för detta viktiga arbete.

En annan viktig fråga för våra ST-läkare är den kirurgiska träningen och det verkar problematiskt på många håll att uppfylla målen beroende på olika vårdvalslösningar och även pga pandemin med minskad operationsvolym och utlokalisering på Covid-avdelningar. Det är inget som är unikt för vår specialitet och vi arbetar tillsammans med de andra specialitetsföreningarna i Läkarsällskapet med kirurgisk inriktning för att se hur man på bästa sätt kan underlätta för att den kirurgiska träningen ska bli så effektiv som möjligt.

Det är mycket roande att intresset för specialistexamen är så stort och i år är det hela 45 stycken anmälda för att göra provet. En diskussion har förts under flera år hur utformningen av det vetenskapliga arbetet ska se ut då kvalitén varit mycket varierad och tillgången på adekvat handledning sett mycket olika ut i landet. Socialstyrelsen har ju dessutom meddelat att det vetenskapliga arbete som görs under grundutbildningen ska kunna godkännas varför motivationen att göra ytterligare ett arbete i många fall inte är så stor. Styrelsen jobbar tillsammans med OGU och studierektorsnätverket SNÄV

för att utvärdera nuvarande form och för att se om vi kan göra några förändringar. Någon form av vetenskapligt arbete anser vi ska finnas i examen då ett vetenskapligt förhållningssätt och förmågan att granska och värdera vetenskapliga artiklar är mycket viktigt i vårt dagliga arbete.

Vår nya webmaster har gjort en hel del förändringar på SFOGs hemsida för att förbättra logiken så det ska gå lättare att hitta det man söker. Vi försöker uppdatera regelbundet så det verkligen är aktuell information som finns där och även kalendarier ska bli lättare att söka i. En annan nyhet är att aktuella disputationer och avhandlingar kommer presenteras. Så det är verkligen värt att gå in och läsa med jämna mellanrum. Gå också gärna in på vår Facebook-sida Kvinnoläkaren för att få aktuell info och delta i diskussioner. Jag vill också tipsa om ett annat socialt medium med stort intresse för vår specialitet nämligen Instagramgruppen Kvinnokliniken. Det är verklig folkbildning på ett smart och bra sätt.

Styrelsen fortsätter jobba på via digitala möten, men vi hoppas också kunna mötas fysiskt inom kort. Slutligen hoppas jag alla får en fortsatt fin vår och att ni får tillfälle till välbehövlig återhämtning för att orka fortsätta arbetet i kliniken, i arbetsgrupper, med kurser etc.

Eder ordförande
Michael Algovik

ÅRS AVGIFTER

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



En vårhälsning från västkusten och er redaktör. Håll ut!

Radha Korsoski

Följande tider gäller för Kvinnoläkaren 2021:

<i>Nr</i>	<i>Deadline</i>	<i>Utkommer</i>
Nr 2	15 mars	vecka 11
Nr 3	10 maj	vecka 24
Nr 4	20 september	vecka 43
Nr 5	8 november	vecka 50

Manus skickas via epost till:

Redaktör Radha Korsoski

Epost: radha.korsoski@sfog.se

Adressändring ska göras till:

SFOG Kansliet

Box 738 • 101 35 Stockholm

eller kansliet@sfog.se

—Brev från utbildningssekreteraren—



Kära kollegor i SFOG,

Det går knappt med ord beskriva det gångna året. Mitt förra brev skrevs pre-Covid och det känns helt surrealistiskt att läsa det nu. Idag sitter jag dessutom hemma i Covid-karantän och försöker summera fortbildningsåret. Det känns som om huvudet är fyllt av fluffig bomull – är det ett Covid-symtom eller är det en reaktiv depression efter social deprivering och en helt utmattande kavalkad av zoom- och teams-möten?

Nåväl, det finns ljuspunkter och en är SFOG. Jag är djupt imponerad av hur vi i vår förening klarat att hålla fanan högt när det gäller fortbildning trots pandemi-situationen. Förutom att vi lärt oss extremt mycket om Covid-19 har större delen av fortbildningskurserna kunnat ges, om än på distans. Våra kursgivare har gjort ett makalöst bra jobb med att växla om till digitalt format trots mycket osäkerhet och motstridiga besked om restriktioner för fysiska möten. Kursutvärderingarna vittnar om att kvaliteten fortsättningsvis är hög när kurserna ges digitalt. Den kompetens för att använda digitala verktyg som nu tvingats fram med rekordfart kommer vi att ha nytta av framöver. Vissa kurser kommer säkerligen att fortsätta ges helt eller delvis på distans. Andra kommer att bli ännu mycket bättre när vi äntligen får träffas fysiskt igen. Apropå en kurs som defini-

tivt bör ges fysiskt så saknar vi fortfarande en kursgivare till bakjourkursen. Det finns en mall och förslag till upplägg som SFOG utarbetat. Den som är intresserad kan höra av sig till undertecknad.

Glädjande nog har ett antal subspecialister kunnat slutföra sina utbildningar under året. Även på det området har vi tvingats ställa om och examinationerna har genomförts digitalt vilket faktiskt fungerat riktigt bra. I vilken mån digitalt deltagande kommer att vara möjligt även efter pandemin får framtiden utvisa.

SFOGs gemensamma arrangemang för fortbildning i samband med årsmötet i augusti och det förlängda vintermötet i Malmö i januari höll hög standard innehållsmässigt och fungerade väl trots smärre tekniska problem. Fördelen med det digitala formatet är att många kan delta men visst saknade man minglet, bruset och de spontana mötena!

När det gäller fortbildning för läkare generellt så är situationen ganska katastrofal men likartad för alla specialiteter. Svenska läkarsällskapet gör vartannat år en enkätundersökning av läkares fortbildning och den senaste är nyligen publicerad här:

<https://slf.se/app/uploads/2021/03/fortbildningsenkät-2020-1.pdf>

I SFOGs fortbildningspolicy framförs samma minimikrav på fortbildning av specialister som Läkarförbundet gör, dvs

10 dagar extern fortbildning per år och 10% av arbetstiden (1/2 dag per vecka) för internutbildning och egen fortbildning. Resultatet av enkäten är minst sagt nedslående med en nedåtgående trend under flera år, och ingen region i landet lever upp till dessa mål. Dessutom varierar det stort mellan regionerna, exempelvis anges extern fortbildning till allt mellan 1,8 och 8 dagar per år. Variationen mellan specialiteter inom samma region är däremot inte så stor. Fem av sex specialister uppger att det på deras arbetsplats finns en struktur som uppmuntrar till lärande men endast 30% att de har en individuell fortbildningsplan. Att Covid-pandemin haft påtagligt negativ effekt på fortbildningen är uppenbart och i enkätsvaren bekräftade drygt hälften detta.

Här finns alltså fortfarande mycket att göra och vår specialitetsförening skulle kunna ta på den s.k. ledartröjan. Vi har en unik infrastruktur för fortbildning i form av våra AR-grupper som arbetar hårt med riktlinjer/råd, kursverksamhet och mycket mera. Målet är att alla specialister (och de flesta ST-läkare) utifrån intresseområde ska ingå i en AR-grupp och aktivitetsnivån bestämmer man så klart själv. För den som inte redan är medlem i en AR-grupp är det alltså hög tid!

Marie Bixo, utbildningssekreterare

Nya medlemmar

Kajsa Martinsson, Umeå

Sara Karlsson, Ljungskile

Violetka Boshkilova, Eksjö

Jonatan Regander, Örebro

Linn Arnesen, Sundsvall

Jynfiat Francis, Billdal

Kristina Mattsson, Dalby

My Andréasson, Göteborg

Jannike Cassel, Malmö

Soetinah Wirjosoekarto, Stockholm

Paliz Nordlöf Callbo, Uppsala

Kristina Mattsson, Dalby

Replik till inlägg i KL 1

Sätesförlossning

Det var nästan en d'ej`a vue upplevelse att läsa om Sätesförlossning i sista numret av Kvinnoläkaren där författarna beskriver kunskapsläget (sk HTA analys) och patientinformation inför sätesförlossning. I den käcka sammanfattningen konstaterar man att visst är det en ökad risk för död och skada hos barnet vid vaginal förlossning, men risken är liten och skall vägas mot en rad otäckheter som kan hända vid kejsarsnitt. Artikeln utstrålar en känsla av säkerhet, och man får ett intryck av gör man på det här sättet så kommer det bli bra.

Jag tror att det kan vara av värde att reflektera över resan hur vi kom hit. På 70-80 talet var vi flera obstetiker i landet som lade ner stor möda på att argumentera för vaginal sätesförlossning. På den tiden hade vi i Sverige en sectiofrekvens på ca 50% vid sätesbjudning. I olika delar av landet bedömde man olika mått i den obligatoriska pelvimetrin (summa utgång) lite olika, men i stort fanns en konsensus över att om man selekterade noggrant så var det säkert och bra (1-4). På vissa håll var man mer skeptisk. 1979 la Stefan Finau fram en avhandling som talade för en ökad frekvens neurologiska problem hos barn som var födda efter vaginal sätesförlossning (5). I Borås under ledning av klinikchef Eva-Britta Möller så rekommende-

rades kejsarsnitt som rutinåtgärd. Vi var många inom svensk obstetrik som gjorde oss roliga på hennes bekostnad, och tyckte att denna överdrivna försiktighet var ett tecken på bristande obstetrisk färdighet och tveksamt omdöme. Idag tycker jag att hon var en föregångare och att hon fick helt rätt.

Vi levde i denna bekväma värld tills Hannah publicerade sin randomiserade studie om vaginal vs kejsarsnitt vid fullgångna säten (6). Trots metodologiska svagheter visade hon på en uppenbart ökad risk vid vaginalförlossningen. Vi var många som tyckte att så här kan det väl i alla fall inte vara i Sverige, och efter diskussion på Perinataldagarna beslöt att man skulle titta igenom det svenska materialet. Andreas Herbst från Lund ledde detta arbete och till vår förvåning kom hans granskning fram till att det var en hel del problem vid vaginala sätesförlossningar även i vårt land. (7) Vidare var det uppenbart att inte sällan rådde det en bristande erfarenhet i handläggningen, och när man räknade på det i förhållande till antal vaginala sätesförlossningar per obstetiker så blev antalet försvinnande litet. Så det verkar som att Hannah hade rätt. Allt sedan dess har antalet vaginala sätesförlossningar ytterligare reducerats.

I Sverige har vi valt att delegera en stor del av den praktiska obstetrikern till barnmorskor. Det finns stora fördelar med detta, men det finns också vissa nackdelar, och en uppenbar nackdel är obstetrikers begränsade praktiska erfarenhet med vaginalförlossning. Låt oss vara ärliga svenska obstetiker med få undantag har inte en stor klinisk erfarenhet när det gäller vaginalförlossning. Vid vaginal sätesförlossning är det uppenbart, och med det begränsade antal vaginala sätesförlossningar som vi idag har finns det inte någon realistisk förutsättning att upprätthålla eller erhålla en nämnvärd erfarenhet. PM och simulatorträning i all sin ära, men har svårt att kompensera för bristande klinisk erfarenhet. Den vaginala sätesförlossningens komplikationer är till sin natur ytterst dramatisk och kräver ett omedelbart omhändertagande. Det innebär att en erfaren läkare skall förlösa, och vara närvarande 24/7 vid en vaginal sätesförlossning. Det är i praktikern omöjligt och därför faller tanken med vaginal sätesförlossning. Verkligheten och de krav som ställs inom modern obstetrik är inte förenliga med denna verksamhet.

Så som en röst ur det förgångna hävdar jag att vaginal sätesförlossning tillhör det förgångna. Tyvärr. Eftersom det är så roligt att förlösa säten.

Referenser

1. Westin B. Evaluation of a feto-pelvic scoring system in the management of breech presentations. Acta Obstet Gynecol Scand 1977;56(5):505-8. doi: 10.3109/00016347709155021.
2. Bistoletti P, Nisell H, Palme C, Lagercrantz H. Term breech delivery. Early and late complications. Acta Obstet Gynecol Scand. 1981;60(2):165-71.
3. Svenningsen NW, Westgren M, Ingemarsson I. Modern strategy for the term breech delivery—a study with a 4-year follow-up of the infants J Perinat Med. 1985;13(3):117-26. doi: 10.1515/jpme.1985.13.3.117.
4. Westgren LM, Ingemarsson I. Breech delivery and mental handicap. Baillieres Clin Obstet Gynaecol. 1988 Mar;2(1):187-94. doi: 10.1016/s0950-3552(88)80071-3.
5. Fianu S, Joelsson I. Minimal brain dysfunction in children born in breech presentation. Acta Obstet Gynecol Scand. 1979;58(3):295-9. doi: 10.3109/00016347909154052.
6. Hannah ME, Hannah WE, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Lancet 2000; 356: 1375–1383.
7. Herbst A, Thorngren-Jerneck K. Mode of delivery at breech presentation at term. increased neonatal morbidity at vaginal delivery Acta Obstet Gynecol Scand. 2001 Aug;80(8):731-7. doi: 10.1034/j.1600-0412.2001.080008731.x.

Ny rapport från SBU

Nu har SBU publicerat denna nya rapport:

Förlossningsbristningar – diagnostik samt erfarenheter av bemötande och information

Nya rutiner kan öka möjligheten att upptäcka bristningar hos kvinnor efter förlossning

Både tydliga vårdprogram samt att vara två personer som utför undersökning efter förlossning är rimliga mål för förlossningsvården i Sverige idag.

Det kan vara två sätt att diagnostisera förlossningsbristningar som annars skulle missas.

SBU har gjort en systematisk översikt av forskning på området.

– Om den nyförlösta kvinnan undersöks av ytterligare en barnmorska eller läkare kan fler bristningar identifieras, säger Eva Uustal, gynekolog och en av SBU:s sakkunniga.

Att använda vårdprogram för diagnostik, hantering och behandling av svårare bristningar på förlossningskliniken skulle kunna leda till att fler bristningar upptäcks i tid.

SBU pekar också på att det fortfarande saknas studier kring akutdiagnostik av bristningar i de djupa bäckenbottenmusklerna, så kallade levatorbristningar.

Det är ont om forskning kring diagnostik och uppföljning. Idag upptäcks följderna av vissa bristningar inte förrän efter lång tid, då problem med inkontinens och liknande dykt upp. Barnmorskan Margareta Persson har varit sakkunnig för den del av SBU:s rapport som sammanställt den kvalitativa forskningen:

– Kvinnans eftervårdsbesök är frivilligt, och på BVC ligger fokus huvudsakligen på barnet. Men översikten visar att kvinnor efterlyser uppföljning för sin egen del också, så att de besvär som hon kan ha tas på allvar och undersöks vidare.

I eftervården önskar många kvinnor med förlossningsbristningar att vårdpersonalen ska lyfta känsliga frågor om intima problem, visar sammanställningen. Direkta frågor gör det lättare att ta upp och få hjälp med problem som exempelvis läckage eller smärta.

OGU-priset 2021

Varje år delar OGU ut pris till Sveriges bästa ST-handledare i syfte att uppmuntra goda mentorer på landets kvinnokliniker. 2020 tilldelades Bente Simonsson på Västerviks sjukhus den åtråvärda titeln.

Vem är 2021 års bästa handledare?

Var med och påverka beslutet genom att skicka din eller din ST-grupps nominering inklusive motivering till julia.wangberg@vgregion.se.

Senast 1 maj vill vi ha din/er nominering.

OGU-priset delas ut under SFOG-veckan i Göteborg.



OGUs ordförande informerar

Bästa kollegor!

När jag skriver detta faller snöflingorna ner på blankhal is utanför jourrummets fönster (nej, det är inte januari men jag befinner mig i södra Norrland). När ni läser detta hoppas jag att det är spirande vår och att många av er, när ni läst klart, kommer slå er ner i fåtöljen hemma med en kopp kaffe samtidigt som ni lär er allt om partus normalis! För detta blad kommer ut samtidigt som OGU-dagarna Ystad går av stapeln. Jag vet att det är fler med mig (inte minst organisationskommittén i Ystad) som är besvikna över att vi inte kunde hålla dessa i fysisk form. Men säkert är ni också vana vid det här laget med att anpassa er till pandemins framfart. Jag tror ändå att vi kommer få två spännande dagar och sen får vi istället mingla järnet under OGU-dagarna 2022 i Visby!

Till slut så blev SFOG-veckan Malmö av, fast i form av ett digitalt tvådagars Vintermöte. Ni som hade möjlighet att närvara fick ta del av programmet där OGU fick med ett av sina tre symposium ("Kvinnohälsa – mer än bara kropp och själ"). Stort tack till ST-läkarna på SUS som deltog i organisationskommittén. Det är verkligen tråkigt att vi inte kunde få ta del av alla OGUs planerade symposier och att vi även missade tisdags-

kvällen med boulebar och Bollywood-dans! För mer information kring Vintermötet, läs även referatet i detta nummer. Utvärderingen från Vintermötet visade att 8% av dem som fyllde i den var ST-läkare. Jag hoppas ännu fler ST får chans att delta i SFOG-veckan Göteborg 2021! Liksom med så många andra aktiviteter i år har planeringen varit extra svår då framtiden är oviss pga pandemin. Slutligen fattades ändå beslutet att satsa på ett digitalt program. OGU tillsammans med lokala ST-läkare står värd för ett symposium.

Även om jag är innerligt trött på pandemin så går den varken att ignorera eller inte diskutera. Och som OGUs ordförande tänker jag på hur den påverkar ST-utbildningen. OGU har ett forskningsprojekt på gång i samarbete med COPE-Staff studien som syftar till att kartlägga pandemins påverkan på ST-utbildningen. Vi vet att det har ställts in kurser och randningar, att det förekommit omplaceringar, att vissa inte kommer kunna ta ut sin specialistexamen när det var tänkt. Vi vill även få svar på i vilken utsträckning detta har skett, fånga upp andra påverkande faktorer och få en djupare förståelse för effekterna.

Vi lyfte även frågan kring pandemins

påverkan på ST-utbildningen när vi möttes för "ST-SKRÅ" (SKRÅ=Svenskt Kirurgiskt Råd). Det är ett möte mellan representanter för de kirurgiska specialiteternas ST-läkarföreningar inkluderande ortopedi, urologi, allmänkirurgi, anesthesi, öron-näsa-hals och ob-gyn. Det är ett relativt nytt initiativ där tanken var att ha årliga möten, men förra året blev mötet (pga pandemin) inställt. I år sågs vi digitalt och utöver pandemin så låg stort fokus på privatisering och centralisering av vård och dess påverkan på den kirurgiska träningen för ST-läkare. Vi har en målsättning om att, tillsammans med de övriga medlemmarna i ST-SKRÅ, ytterligare kunna kartlägga och belysa problematiken kring att operationsvolymer flyttas mellan olika vårdgivare utan att man i tillräckligt stor utsträckning tar hänsyn till den kirurgiska utbildningen för ST-läkare. Mer om detta framöver.

Avslutningsvis vill jag uppmana er att nominera er bästa handledare till OGUs handledarpris 2021 (se blänkaren i detta nummer)!

Matilda Wädell
Ordförande OGU

OGUs symposium under SFOG-veckan

VÄRNA ABORTRÄTTEN

- Historisk tillbakablick
- Aktuell forskning
- Abortmotstånd, vad kan vi göra åt det?

Det blir ett spännande och mycket viktigt symposium
onsdagen den 1/9.

Missa inte detta – anmäl dig till SFOG-veckan!

SFOG Vintermötet

25-26 januari 2021, Malmö

Öppningen av SFOG-mötet blev annorlunda än tänkt. För inte hade Pia Telemann, verksamhetschefen för Kvinno-kliniken på Skånes Universitetssjukhus, och Michael Algovik, SFOGs ordförande kunnat föreställa sig att de skulle hälsa sina kollegor välkomna i ett tomt rum på Malmö Live med ett par tekniker som åhörare. När planeringen av SFOG-veckan i Malmö 2020 började för tre år sedan var Corona inte annat än en majsöl med en limeskiva i flaskhalsen. Men i pandemin spår byttes SFOG veckan 2020 ut mot ett virtuellt två-dagars möte i januari 2021. Efter att för fjärde gången ha försäkrat sig själv om att varken mikrofon eller kamera var på av misstag, var det bara att luta sig tillbaka i egen skrivbordsstol och njuta av ett fullspäckt program av spännande, relevanta och inspirerande föreläsningar.

MÅNDAG

Dagen började med en inspirerande föreläsning av neuropelveologins fader, Professor Marc Possover. Vi fick inblick i hur gynekologisk patologi, bland annat endometrios men även iatrogena nervskador kan orsaka kroniska neurogena bäckensmärter och påverka patienters autonoma funktioner. Med hjälp av god anatomisk kunskap och noggrann klinisk undersökning kan man identifiera och behandla dessa nervskador. Professor Possover är världsledande i laparoskopisk behandling av nervskador i lilla bäckenet och delade intressanta bilder och videor från hans kliniska verksamhet och forskning.

Därefter skulle vi få höra om de nya centrerna för nationell högspecialiserad vård - NHV - inom endometrios.

Johanna Nordengren från Skånes Universitetssjukhus introducerade sina

kollegor som alla fick berätta kort hur deras verksamhet ser ut idag. Katarina Westman från Södersjukhuset, Ylva Strandberg från Sahlgrenska, Said Makari från Malmö och Christian Moberger från Uppsala representerade de fyra centrerna. Det kommer i första hand endast vara relevant att remittera patienter som är intresserade i kirurgi. Det kommer finnas en gemensam remissmall för att underlätta för såväl remittent som NHV centrerna. Initiiellt kommer geografiska närhetsprincipen att tillämpas, men representanterna kunde inte utesluta att man på sikt skulle kunna få subspecialiseringar mellan centrerna.

Dorthe Hartwell från Rigshospitalet i Köpenhamn berättade hur centraliseringen av endometrioscivård i Danmark gick till 2002 och hur det har utvecklats. Idag utförs 60% av all endometrioscirurgi på ett av de tre centrerna i Danmark där man inte bara utför kirurgin men även är ett kunskapscenter för såväl patienter som kollegor.

Nästa symposium handlade om abnorm placentation. Professor Davor Jurkovic från London var med på länk och levererade en intressant och pedagogisk föreläsning om placentation i tidig graviditet och källor för abnormitet.

Han beskrev illustrativt vad som krävs för en normal placentation och förklarade varför det uppstår problem när implantationen sker på fel plats samt när decidualisationen och vaskularisationen inte fungerar optimalt t.ex. vid ärrgraviditeter. P.g.a. att placentationen varierar i så stor grad ser också missfallen väldigt olika ut. Kromosomavvikelse står endast för en liten del av de ektopiska missfallen vilket tyder på att det är lokaliseringen samt placentas utveckling som styr outcome. Lars Thurn från Lund gav oss



därefter en genomgång av Placenta accreta spectrum (PAS) och dess undergrupper, mekanismen bakom, samt vilka komplikationer det kan leda till. Prevalensen ligger på 2-90/10.000 förlossningar och skillnaden beror på olika populationer, förlossningsmetoder och definitioner.

Han genomgick även NOSS-studien (Nordic Obstetric Surveillance Study).

Charlotte Lindblad Wollmann och Ingela Hultén Varli från Karolinska Sjukhuset i Solna tog sedan över och presenterade nya svenska riktlinjer för hantering av invasiv placenta som finns publicerade på SFOGs hemsida. Den kliniska handläggningen genomgicks schematiskt och vikten av ett multidisciplinärt team samt god information till patienterna togs upp. Därefter fick vi en ovanlig och personlig intervju med Centerpartiets partiledare Annie Lööf som med inlevelse berättade om sin upplevelse i samband med sin andra graviditet där hon diagnosticerades med invasiv placenta och genomgick ett flertal stora operationer efter att hon förlöst prematurt och hysterektomerats. Hon underströk vikten av pedagogisk patientinformation med bildillustrationer och utan fackliga termer samt behovet av upprepning för att man mitt i det mentala kaoset ska kunna hänga med och förstå. Hon pratade även om känslan över att förlora sin livmoder som kan upplevas väldigt olika för olika kvinnor.

Nästa symposium leddes av ett urplock av barnmorskor med intressanta perspektiv på vården vid barnafödande. Barnmorskan Maria Andersson från Lund var först ut med att dela sina insikter i kvinnors upplevelse av vården vid preeklampsi under graviditet och postpartum. Genom intervjuer med både kvinnor som utvecklat preeklampsi och med friska kvinnor konkluderar hennes studie att vården visar stora brister inom den information som ges under, och efter graviditeter som kompliceras av preeklampsi.

Patienterna behöver mer stöd p.g.a. ökad stress, oro och en förtvivlan över att vara separerade ifrån det nyfödda barnet. Patienterna upplever även en brist på kunskap om preeklampsi och de långsiktiga hälsoeffekterna.

Barnmorskan Mia Ahlberg från Karolinska Institutet tog vid och delade sina erfarenheter med vårdformen "Min

barnmorska" - en kontinuerlig och sammanhållen vårdkedja som knyter ihop graviditet, förlossning och eftervård. Kvinnorna har upplevt att de får bättre vård, högre kvalitet av information samt en ökad känsla av egenkontroll. Att få till de fackliga avtalen har varit en utmaning, men över tid upplever barnmorskorna mindre stress förutsatt att man har kontroll över sin egen vardag samt ökad professionell utveckling då man är delaktig under hela vårdförloppet. Enligt projektets beräkningar är det inte dyrare när man väl har tagit sig igenom uppstartsfasen som har en del utgifter.

Barnmorskan Malin Edqvist från Karolinska Universitetssjukhuset och Lunds Universitet berättade om studien "Ett plus ett är två" - där man vill se på om två barnmorskor i samband med utdrivningsskedet kan förebygga sfinkterskador. Studien genomförs på fem kli-

niker i Sverige och är en pågående RCT-studie. Primärt utfall är sfinkerskador och ytterligare kommer man titta på en rad sekundära utfall som utvärderas genom enkäter till kvinnorna 1 år efter förlossningen.

Barnmorskan Pernilla Döj va sist på tur i detta symposium och delade med sig av sina erfarenheter med BB-vård hemma i Malmö. BB hemma invigdes i februari 2019 och erbjuds till familjer som inte behöver sjukhusvård och som väljer att gå hem efter 6 timmar. Cykel används som primärt transportmedel och det erbjuds daglig telefonkontakt under första veckan efter förlossningen samt i genomsnitt två hembesök per familj. Fokus ligger på amningsstöd. En ökad trygghet upplevs hos familjerna. För personalen innebär det friskvård varje dag, härlig arbetsglädje och känslan av att göra gott.

Kurs i avancerad antikonception

Kursledning:	Susanne Sjöström, Ingrid Sääv, Helena Kopp Kallner, Kristina Gemzell Danielsson
Tid och plats:	18-19 november 2021, Näsby Slott Stockholm
Avsedd för:	Specialistläkare i Obstetrik och Gynekologi
Innehåll:	Preventivmedels biologiska mekanismer och epidemiologi, interkurrenta sjukdomar, biverkningar, hälsoeffekter och blödningsproblematik.
Undervisningsformer	Föreläsningar med internationella experter. Interaktiva falldiskussioner kring autentiska fall.
Kursmål	Fördjupad kunskap om preventivmedels potential och verkningsmekanismer, sideffekter samt handläggning av komplicerade fall.
Examination	Kontinuerligt genom aktivt deltagande
Kursavgift	10 000 kr ex moms. Kostnad för internat 2 108 kr ex moms tillkommer
Anmälan	susannesjostrom@hotmail.com Om internat ej önskas skall det meddelas vid bokningstillfället. Vid anmälan senare än 2 veckor efter antagningsbesked debiteras full avgift. Om pandemirestriktioner ej möjliggör fysiskt möte ges kursen digitalt.

OGU fick äran att få hålla i ett symposium och hade valt temat "kvinnohälsa - mer än bara kropp och själ". Anna Hallstedt från Kunskapscentrum kvinnohälsa pratade om de systematiska skillnader som finns utifrån individens sociala position i samhället och hur dessa långsamt ökat om man ser till medellivslängd till exempel. Vi fick se en tankeväckande illustration av att jämlik vård betyder inte att alla ska få samma - men snarare att alla ska nå samma mål och att ta bort hinder för detta där de finns.

Professor Karin Källen från Lunds Universitet tog sen över ordet och visade data på hur mamma och mormors födelseland kan påverka komplikationsrisker i graviditet och förlossning trots korrigering av övriga välkända riskfaktorer såsom rökning, BMI, utbildning mm. Utbildningsnivå hade större genomslagskraft på risker än både inkomst och ersättningsinkomst.

Professor Birgitta Essen från Uppsala tog också till orda och belyste hur god vilja kan hjälpa mer än stjälp i mötet med "världens kvinnor". Styrdokument och stereotypiska värderingar kan hindra oss i en god och hälsofrämjande dialog med kvinnor av annan kulturell bakgrund. Vi ska bli bättre på att navigera mellan gruppdata och individnivå. Det kommer skickas ut en enkät till vår profession om just möten och kulturkrockar för vår profession. En grupp nyanlända kvinnor har redan svarat - snart är det vår tur att bidra!

Priset för bästa avhandling 2019 gick till ST-läkare Linda Lindström från Uppsala som gjort fyra spännande epidemiologiska studier om SGA och dets långtidseffekter, bland annat på barnens postnatale tillväxtmönster, deras skolresultat upp till årkurs 9, och på flickornas risk för kronisk hypertoni i deras första graviditeter. Grattis Linda!

Årets Lennander föreläsare fick äran men också utmaningen att gå på sist för dagen. Docent Pernilla Dahm Kähler höll en fängslande föreläsning om sin karriär inför tumörkirurgin men även uterustransplantationer. Hon tog oss igenom

ovarie-, corpus- och cervixcancer och stora drag i utvecklingen inför behandlingen av dessa sjukdomar medan hon har varit verksam. Centralisering har lett till större andel blir makroskopiskt tumörfria, och att patienterna kan påbörja sin cytostatika behandling snabbare - det ses glädjande på överlevnaden av ovariecancer. Att få följa med på resan från att en patient frågade Mats Brännström om hon inte kunde få någon annans livmoder nu när hennes skulle opereras bort på grund av cancer - till att första barnet förlöstes från en transplanterad livmoder va mycket fascinerande!

TISDAG

Olof Stephansson, docent och överläkare vid Karolinska Universitetssjukhuset och institutet startade dagen på distans med en presentation om Covid-19 och det aktuella kunskapsläget inom graviditet, förlossning och barnutfall. Baserat på tidigare studier anses graviditet medföra ökad risk för behov av intensivvård jämfört med icke gravida. Detta gäller framför allt vid komorbiditet, högt BMI samt i vissa fall invandrarbakgrund. Dr. Stephansson presenterade en studie med data hämtat från graviditetsregistret på kvinnor som förlöstes i perioden mars till juli 2020. PCR positiva för covid19 jämfördes med matchade covid negativa kvinnor. Konklusionen blev att covid positiva möjligen hade en något större risk för preeklampsi men samlat sett sågs ingen skillnad mellan grupperna. I studien har det diskuterats varför andra studier ser större risker för gravida än vad man kunnat påvisa i denna studie. En möjlig förklaring kan ha varit att många studier inkluderar endbart kvinnor med symtom. I denna studie screenades dock alla vid ankomst till förlossningen och 65% av dem som testades positiva var helt asymptomatiska. Det kan även vara så att patienter som redan är inlagda med graviditetskomplikationer i större utsträckning testas. Samma analys gjordes i perioden april till december där man möjligen såg ett fall i IUFD och även färre prematura förlossningar, men det är en komplex bild och svårt att dra slutsatser.

Verena Sengpiel, docent och överläkare vid Sahlgrenska sjukhuset och Göteborgs Universitet tog vid och presenterade COPE-studien - Covid19 under graviditet och tidig barndom. Syftet med studien är att belysa hur Covid19 påverkar den gravida kvinnan, det ofödda barnet samt förlossningen. En screeninggrupp jämförs med en covid-grupp med hjälp av provtagning och enkäter genom graviditeten och barnets första levnadsår. Man undersöker även kvinnan och partners upplevelse av graviditet och tidigt föräldraskap med hjälp av enkäter, och för en mindre grupp mer djupgående intervjuer.

Mehreen Zaigham, ST-läkare vid Skånes Universitetssjukhus, Malmö presenterade därefter ett spännande fall med förmodad transplacentär transmission och dets etiologi, patologi och perinatale utfall. En 1-para i vecka 34+4 sökte med feber och minskade fosterrörelser. CTG var patologisk och barnet förlöstes med urakut sectio. Barnet hade Apgar 1-4-8 och navelsträngsprover med laktat på 11 och pH 7,2. Placantan hade ansamlingar av fibrin och SARS-cov-2 nukleoprotein påvisades i samtliga områden med inflammation. Vertikal smitta konkluderas vara sällsynt men allvarligt.

Ola Andersson, överläkare från neonatalavdelningen i Malmö upplyste oss med neonatala aspekter och erfarenheter av covid-19 pandemin. Dr Andersson gick igenom hur olika utfall påverkats av covid 19, såsom prematur födsel, sectio, låg apgar mm. Dessa faktorer kommer ytterligare att belysas i COPE-studien. Därutöver diskuterades huruvida det nyfödda barnet påverkas av en separation från modern direkt efter förlossning. Att risken för PTSD och postpartum depression ökar samt att amningen påverkas negativt är känt. I nuläget rekommenderas separation från covid positiv mor endast om barnet ska läggas in på neonatalavdelning.

Susanne Hesselman höll föredrag om induktion för överburenhet i vecka 41 och presenterade förslag till en nationell riktlinje och patientinformation till

landets regioner, då det i nuläget är olika rutiner i olika delar av riket. Slutsatsen blev att alla gravida skall ha muntlig och skriftlig information via mödravården om möjlighet till induktion. I början av vecka 41 ska alla erbjudas antingen induktion eller bedömning och planering. Innan vecka 42 är slut ska barnet vara fött eller kvinnan i aktivt värkarbete. Induktioner i vecka 41 ökar inte antalet sectio, instrumentella förlossningar eller allvarliga förlossningskomplikationer såsom större blödningar. NNT är 326 inductioner för att undvika ett dödsfall. Högst prioritet för induktion är avvikande fynd såsom tillväxthämning, medicinska komplikationer såsom stegrat blodtryck, minskade fosterrörelser, ålder >40 år eller 0-para >35 år. Hög prioritet är 0-para, högt BMI och ursprung söder om Sahara.

Plenarföreläsning – folkhälsomyndighetens arbete med covid-19.

Sedan fick vi lyssna på en inspelad föreläsning av ingen mindre än den numera världsberömda statsepidemiologen Anders Tegnell - åtföljt av en live diskussion och frågestund med Bernice Aronsson, Jerker Jonsson och Malin Ahrne, alla representanter för folkhälsomyndigheten. Dr. Tegnell sammanfattade FHMs arbete under pandemin. Han konkluderade att det inte varit särskilt stora skillnader i arbetssättet jämfört med andra länder. Epidemiologin i Sverige är mer jämförbar med övriga länder i Europa än våra nordiska grannländer. Det har varit god följsamhet där tvingande åtgärder inte bedömts nödvändiga i särskilt stor utsträckning. Det ses en risk för ojämlikhet både i Sverige och globalt där redan utsatta i samhället drabbas hårdare än andra.

Tisdagen bjöd på ett lunchseminarium om som behandlade ämnet vaccination av gravida. FHM informerade i samråd med läkemedelsverket att vaccin är godkänt för gravida men ska ges efter särskild bedömning pga begränsad data på området. I vaccinstudierna har en mindre grupp kvinnor blivit gravida under studietiden och inga allvarliga biverk-

ningar har rapporterats. Djurstudier har inte heller påvisat särskilda risker vid graviditet. För att få behålla indikationen kommer vaccinationsbolagen framöver att behöva göra studier på gravida men först inväntas resultat på den stora grupp friska vuxna som nu vaccineras. FHM arbetar nu på riktlinjer om vilka gravida som skall rekommenderas vaccination för att framöver frångå individuella bedömningar. Amning är inte ett hinder för vaccination.

SFOG-dagarnas sista seminarium hette "Erfarenheter och konsekvenser från riket – hur agerar vi som profession nästa gång?" med Corinne Pedroletti för Västra Götalandsregionen, Masoumeh Rezapour Isfahani för Uppsala – Örebroregionen, Eva Innala för Norra regionen, Karin Pettersson för Stockholmsregionen, Johan Skoglund för Sydöstra regionen och Pia Teleman för Södra regionen.

I tur och ordning genomgicks med bilder och grafer hur SARS-COV-2 påverkat våra verksamheter under första och andra vågen. Starten präglades av en stor portion stress och oro över allt man inte visste. Det har funnits, och finns fortfarande en rad svårigheter och begränsningar i form av smittoutbrott bland personalen, ökad sjukfrånvaro och VAB, dålig tillgång till skyddsutrustning, besöksförbud och restriktioner, högre jourbelastning och trött personal samt brist på kirurgisk träning för ST-läkarna. I några regioner har man sett en minskning i antal som söker vård, på gott och ont. Cheferna har jobbat oavbrutet, och det har avhållits dagliga till veckovisa avstämningsmöten i olika styrningsgrupper. Samtliga regioner har lyckats upprätthålla den operativa verksamheten inom cancersjukdommar men långa vårdköer inom benign kirurgi är ett faktum som man kommer behöva ta ett ordentligt tag om framöver. Screening av alla som läggs in pågår i mindre eller större utsträckning inom samtliga regioner. Vaccinering av personal inom kvinnosjukvård är påbörjad i vissa regioner och i startgroparna i andra. Till trots för detta

har pandemin även kommit med en hel del positiva erfarenheter. Inom flera av regionerna har man sett en ökad användning av video- och telefonsamtal vilket klinikerna tycker ha fungerat utmärkt och kommer hålla fast i även i fortsättningen. Ett ökat samarbete mellan enheter och kliniker har hjälpt oss under pandemin och kan förhoppningsvis leva kvar. Men den kanske viktigaste lärdomen, som samtliga regioner vittnar om, är den snabba omställningsförmågan inom professionen. Viljan att alltid ställa upp när det behövs.

Med dessa uppmuntrande ord rundades SFOG vinterdagarna av. Tack till arrangörerna som med nytänkande och hårt arbete möjliggjorde dessa dagar!

Referat skrivet af Danielle Damm, Frida Laike och Johanna Wagner Bjurström, ST-Läkare i Lund/Malmö

Graviditetsregistret möjliggör registrering av alla fall av intrauterin fosterdöd från graviditetsvecka 22+0

Intrauterin fosterdöd (IUFD) har i Sverige legat på en konstant nivå med 3-4 fall/1000 födda sedan mer än 20 år.¹ En del andra höginkomstländer har lyckats sänka sin frekvens av IUFD de senaste 10 åren (bl. a. våra nordiska grannländer) vilket har gjort att Sverige, som tidigare var ett av de länder med lägst andel IUFD, har halkat ned något i statistiken.^{2,3} Trots det är frekvens av död-födda barn i Sverige relativt låg.¹

Stockholms IUFD-grupp, som består av obstetiker från alla Stockholms förlossningskliniker samt en perinatalpatolog, har sedan 1998 via audit (en gransknings-process) gått igenom alla fall av IUFD i Stockholm från och med graviditetsvecka 22+0. Fallen registrerades initialt i "Stockholms IUFD-databas". Data från databasen har använts till ett flertal vetenskapliga publikationer. Bland annat har gruppen identifierat vilken utredning som mest sannolikt kan leda fram till en diagnos/orsak till dödsfallet.⁴ Gruppen har också skapat Stockholms IUFD-klassifikation som de använder sedan många år.⁵

Det är i tidigare studier visat att sorgearbetet vid IUFD underlättas om föräldrarna får en diagnos/orsak till varför deras väntade barn har dött.⁶ Och det säger sig självt att övervakningen vid en ny graviditet underlättas om man vet vad man ska kontrollera eller vara uppmärksam på.

I en studie från Stockholms IUFD-grupp (manus inskickat) visas att frekvensen IUFD-fall i Stockholm har minskat signifikant de senaste 20 åren, från 4.6/1000 födda mellan 1998-2004 till 3.4/1000 födda mellan 2014-2018 ($p < 0.001$). Enligt en rapport från Socialstyrelsen har, som ovan nämnts,

inte samma minskning kunnat visas i Sverige som helhet.⁷ Orsaken till minskningen i Stockholm har inte studien säkert kunnat identifiera. Bakgrunden till minskningen är med stor sannolikhet heterogen och det är möjligt att audit-verksamheten, som Stockholms IUFD-grupp bedrivit sedan 1998, åtminstone på ett indirekt sätt kan ha bidragit. Regionala audit-program kan identifiera "suboptimal care" och därmed till exempel initiera förändringar av regionala PM. I andra länder med audit-program vid IUFD har man kunnat se en nedgång av frekvensen IUFD.⁸

Graviditetsregistret startade 2013, och 2015 insåg vi i Stockholms IUFD-grupp tillsammans med Olof Stephansson (före detta registerhållare i Graviditetsregistret) att vårt arbete med att registrera IUFD kunde underlättas betydligt genom att

registrera fallen direkt i Graviditetsregistret. Mycket av den data som då registrerades manuellt i Stockholms IUFD-databas (mors ålder, BMI, tidigare graviditeter, sjukdomar, graviditetskomplikationer etc) automat-registreras i Graviditetsregistret. Vi såg också att detta skulle kunna ge samtliga förlossningskliniker i Sverige en möjlighet att registrera sina IUFD-fall på ett enkelt och likartat sätt.

Stockholms IUFD-grupp diskuterade vad som borde registreras i Graviditetsregistrets IUFD-modul och testade den med mindre modifieringar under 2016 – 2018. År 2018 bedömde Stockholms IUFD-grupp att IUFD-modulen fungerade väl, och 2019 öppnade Graviditetsregistret upp för att alla förlossningskliniker i Sverige skulle kunna lägga in sina IUFD-fall.

Exempel på data som registreras vid IUFD Graviditetsregistret

(grönmarkerat automat-registreras i Graviditetsregistret)

- Mammas födelsedata
- Paritet
- BMI vid inskrivning MVC
- Rökning vid inskrivning MVC
- BPU
- Enkelbörd/duplex/triplex
- Grav-längd vid IUFD diagnos (vecka+dagar)
- Grav-längd vid partus (vecka+dagar)
- Ante- el intrapartal död
- Förlossningsdatum
- Förlossningssätt (vag, VE/tång, sectio)
- Fostervikt och längd samt tillväxt +/-%
- Kromosomanalys ja/nej
- Missbildning ja/nej
- PAD placenta ja/nej
- Obduktion ja/nej
- Dödsorsak, enl Stockholms IUFD klassifikation
- Säkerhet (Säker/Trolig/Möjlig) gällande primär dödsorsak

Stockholms IUFD-klassifikation

1. Missbildningar och kromosomavvikelser
2. Infektion
3. Immunisering
4. Fetomaternal transfusion
5. Tvillingtransfusion
6. Förlossningshypoxi
7. IUGR/placentainsufficiens
8. Navelsträngskomplikation
9. Placentaavlossning
10. Preeklampsi
11. Diabetes mellitus
12. Hepatos (intrahepatisk cholestas)
13. Uteruskomplikation
14. Koagulationsrubbningar
15. Andra orsaker
16. Okänd
17. Oförklarad

Ref: The Stockholm Classification of Stillbirth
Acta Obstet Gynecol Scand. 2008;87(11):
1202-121

Själva registreringen av fallen är enkel och går snabbt men bygger på att man gått igenom fallen noggsamt innan för att kunna identifiera en diagnos/orsak. Utse en eller två IUFD-användare på er klinik. Återkom med namn, mailadress och HSAID till info@graviditetsregistret.se så får ni ytterligare information. Lathund för hur man registrerar IUFD-fall finns under fliken "dokument" då man loggat in som användare i Graviditetsregistret. Data gällande IUFD på den egna kliniken (t.ex. orsaker/diagnoser, graviditets-

längd och andel intrapartal IUFD), kan tas fram av den som är enhetsadministratör för Graviditetsregistret på kliniken.

Vi i Stockholms IUFD-grupp och graviditetsregistrets förlossningsgrupp rekommenderar varmt till alla kliniker i Sverige att använda sig av IUFD-modulen i Graviditetsregistret. Vi rekommenderar också att man går igenom sina IUFD-fall tillsammans med några andra närliggande kliniker för att gemensamt komma fram till diagnos/orsak, behov av eventuell ytterligare utredning samt pla-

nering för eventuell övervakning vid ny graviditet. Att ha med en perinatalpatolog i "audit-gruppen" är till stor hjälp och borde eftersökas i möjligaste mån.

Ingela Hulthén Varli för Stockholms IUFD-grupp, medlem i förlossningsgruppen, Graviditetsregistret
Michaela Granfors, Registerhållare Graviditetsregistret
Verena Sengpiel och *Charlotte Elvander*, ansvariga för förlossningsgruppen, Graviditetsregistret

Referenser:

1. Socialstyrelsen S. Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2019. Statistics on Pregnancies, Deliveries and Newborn Infants 2019 2020-12-08 ed, 2020. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikamnen/graviditeter-forlossningar-och-nyfodda/> (accessed 16/3/2021).
2. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. European Perinatal Health Report. Available www.europeristat.com: Euro-Peristat Project, 2018. (accessed 3/3/2021).
3. Flenady V, Wojcieszek AM, Middleton P, et al. Stillbirths: recall to action in high-income countries. *Lancet* 2016;387(10019):691-702. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01020-X [published Online First: 2016/01/23]
4. Petersson K, Bremme K, Bottinga R, et al. Diagnostic evaluation of intrauterine fetal deaths in Stockholm 1998-99. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81(4):284-92.
5. Varli IH, Petersson K, Bottinga R, et al. The Stockholm classification of stillbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;87(11):1202-12. doi: 904804125 [pii] 10.1080/00016340802460271 [published Online First: 2008/10/28]
6. Radestad I, Nordin C, Steineck G, et al. A comparison of women's memories of care during pregnancy, labour and delivery after stillbirth or live birth. *Midwifery* 1998;14(2):111-7. doi: 10.1016/s0266-6138(98)90008-0 [published Online First: 1999/06/26]
7. Socialstyrelsen. Dödfödda barn, En inventering och förslag på åtgärder www.socialstyrelsen.se, december 2018 (accessed 3/3/2021)
8. Norris T, Manktelow BN, Smith LK, et al. Causes and temporal changes in nationally collected stillbirth audit data in high-resource settings. *Semin Fetal Neonatal Med* 2017;22(3):118-28. doi: 10.1016/j.siny.2017.02.003 [published Online First: 2017/02/19]

— Ny avhandling —

Management of late term pregnancy

I höginkomstländer är risken generellt mycket låg (i Sverige <0,5%) för att ett barn dör före, under förlossningen, eller som nyfödd, så kallad perinatal död. Även risken att barnet får skador i samband med förlossningen är låg. Det är dock känt att det sker en viss riskökning, både vad det gäller perinatal död och sjuklighet ju längre en graviditet pågår efter vecka 40. Riskerna för barnet ökar markant vid 42 veckor och noll dagar ($\geq 42+0$, så kallad överburenhet) och framåt. Cirka

Mårten Alkmark

20% av alla förlossningar startar spontant först vid 41+0 veckor eller senare och 6% när de blivit överburna. Igångsättning av förlossning görs för att försöka minska riskerna för barnet, men skulle kunna vara förenat med ökade risker för mamman. I Sverige idag sätts i regel förlossningen igång vid 42 graviditetsveckor hos

friska kvinnor med en normal graviditet. I andra länder såsom Danmark, USA och Storbritannien erbjuds dessa kvinnor igångsättning från och med 41+0 veckor. I WHO:s riktlinje från 2018 rekommenderar man igångsättning vid 41+0 veckor.

I våra studier ingick friska kvinnor med en normal enkelbördig graviditet, som nått 41 veckor av sin graviditet där förlossningen inte startat spontant. Syftet med studierna var att undersöka om

igångsättning av förlossningen vid 41+0-2 veckor minskade perinatal död och sjuklighet, utan att öka hälsoriskerna för mamman eller påverka hälsoekonomin i negativ riktning jämfört med igångsättning vid 42+0-1 veckor. Vi undersökte även de två dominerande igångsättningsmetoderna som används i Sverige idag, med avseende på effektivitet, säkerhet och kvinnornas upplevelse.

I delarbete I gjordes ett slumpmässigt urval av 2 760 kvinnor till antingen igångsättning vid 41 veckor eller så avvaktades spontan förlossningsstart till 42 veckor då igångsättning utfördes. Det huvudsakliga utfallsmåttet var en kombination av perinatal död och sjuklighet bland barnen. Studien fick avbrytas i förtid, då det var signifikant färre dödsfall i gruppen som sattes igång vid 41 veckor. Man fann dock ingen skillnad mellan grupperna gällande det huvudsakliga kombinerade utfallsmåttet, död och sjuklighet. Man fann inte någon skillnad mellan grupperna gällande andel kejsarsnittsförlossningar, stora blödningar eller stora bristningar hos mamman. I delarbete II utfördes en systematisk översikt av litteraturen avseende vår huvudsakliga frågeställning i syfte att slå samman flera studier och därmed få ett större antal kvinnor som forskningsunderlag. Tre randomiserade studier med denna frågeställning fanns publicerade och två kunde bidra med forskningsdata på individnivå. Totalt ingick 4 561 kvinnor med data på individnivå. Vårt huvudsakliga utfallsmått var även här en kombination av peri-

natal död och sjuklighet hos barnen. Vi fann en statistiskt säkerställd lägre andel av kombinationen döda och sjuka

barn i gruppen som sattes igång vid 41 veckor jämfört med 42 veckor och detta gällde framför allt förstföderskor. Vi såg även en statistiskt säkerställd skillnad avseende en lägre andel döda barn och barn i behov av neonatal vård fyra dagar eller längre. Dessa resultat uppnåddes utan att andelen kejsarsnittsförlossningar, stora blödningar eller stora bristningar hos mamman ökade. Vi såg dessutom en signifikant minskning av andelen kvinnor med havandeskaps-förgiftning i gruppen som sattes igång vid 41 veckor. Delarbete III baserades på delarbete I och vi undersökte de hälsoekonomiska aspekterna av att ändra handläggningen till igångsättning vid 41 veckor jämfört med att vänta till 42 veckor. Den totala kostnaden (kostnad för öppenvård, förlossningsvård och eventuell neonatalvård) skilde sig inte signifikant mellan grupperna. I gruppen som sattes igång vid 41 fulla veckor var hälsovinsten större, än i den andra gruppen tack vare minskningen av dödsfall. Kostnaden för ett vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (ett år i full hälsa) om man sätter igång förlossningen vid 41 veckor var 6 170 kr, vilket är långt under vad Socialstyrelsen anser vara en hög kostnad och därmed en begränsning för införandet av metoden. Deras gräns för hög kostnad ligger på ca 500 000 kr. Delarbete IV baserades också på delarbete I. Vi undersökte om det var några skillnader gällande effektivitet,

säkerhet och kvinnors upplevelse mellan att sätta igång förlossningen, hos kvinnor med en omogen livmodertapp, med en tablettbehandling eller med en mekanisk metod bestående av en ballongkateeter som placeras vid livmodertappens inre öppning. Vi fann att igångsättning med den mekaniska metoden resulterade i något fler vaginala förlossningar inom 24 timmar från igångsättningens start. Inga säkerställda skillnader gällande säkerhetsprofilen för varken barnet eller mamman kunde påvisas. Vi kunde inte heller finna några skillnader i kvinnors upplevelse mellan metoderna. Samtliga kvinnor rapporterade en generellt god förlossningsupplevelse.

Sammanfattningsvis så finns det medicinska fördelar med att sätta igång förlossningen vid 41+0-2 veckor, istället för att avvakta spontan förlossningsstart till 42+0-1 veckor. Den hälsoekonomiska utvärderingen visar också att igångsättning vid 41 veckor är kostnadseffektiv, dvs medför en låg kostnad per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår. Igångsättning av förlossningen bör erbjudas alla kvinnor – särskilt förstföderskor – vid 41 veckor. Kvinnor som inte är förlösta när de närmar sig 41 veckor bör få tydlig, både skriftlig och muntlig, information kring fördelar och nackdelar med igångsättning av förlossningen så att de själva kan göra ett informerat val.

LIST OF PAPERS

This thesis is based on the following studies, referred to in the text by their Roman numerals.

- I. Wennerholm UB, Saltvedt S, Wessberg A, Alkmark M, Bergh C, Brismar Wendel S, Fadl H, Jonsson M, Ladfors L, Sengpiel V, Wesström J, Wennergren G, Wikström AK, Elden H, Stephansson O, Hagberg H. Induction of labour at 41 weeks versus expectant management and induction of labour at 42 weeks (SWEdish Postterm Induction Study, SWEPIs): multicentre, open label, randomised superiority trial. *BMJ (Clinical research ed)*. 2019;367:l6131.
- II. Alkmark M, Keulen J.K.J, Kortekaas J.C, Bergh C, van Dillen J, Duijnhoven R.G, Hagberg H, Mol B.W, Molin M, van der Post J.A.M, Saltvedt S, Wikström AK, Wennerholm UB, de Miranda E. Induction of labour at 41 weeks or expectant management until 42 weeks: a systematic review and an individual participant data meta-analysis of randomised trials. *PLoS Medicine* 2020;17(12):e1003436.

- III. Alkmark M, Wennerholm UB, Saltvedt S, Bergh C, Carlsson Y, Elden H, Fadl H, Jonsson M, Ladfors L, Sengpiel V, Wesström J, Hagberg H, Svensson M. Induction of labour at 41 weeks of gestation versus expectant management and induction of labour at 42 weeks of gestation: A cost-effectiveness analysis. Submitted, pending decision.
- IV. Alkmark M, Carlsson Y, Brismar Wendel S, Elden E, Fadl H, Jonsson J, Ladfors L, Saltvedt S, Sengpiel V, Wessberg A, Wikström AK, Hagberg H, Wennerholm UB. Efficacy and safety of oral misoprostol versus transvaginal balloon catheter for labor induction: An observational study within the SWEdish Postterm Induction Study (SWEPIs). Under

Arbets- och Referensgrupperna inom SFOG

Benign (gyn)Kirurgi, BENK-ARG

Ordförande: Sophia Ehrström

sophia.ehrstrom@ki.se

Sekreterare: Klara Hasselrot

klara.hasselrot@sll.se

Cervixcancerprevention, C-ARG

Ordförande: Kristina Elfgrén

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: Helena Kopp-Kallner

Danderyds sjukhus, Stockholm

Tel: 070-440 20 70

helena.kopp-kallner@ki.se

Sekreterare: Ingrid Sääv

Stockholm

Tel: 0733-54 14 10

ingrid.saav@gmail.com

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: Gustaf Biasoletto

Östersunds sjukhus och

Sahlgrenska/Östra sjukhuset

Östersund

Tel: 063-15 30 00

gustaf.biasoletto@gmail.com

Sekreterare: Malin Öndemark

Södersjukhuset

malin.ondemark@sll.se

Mödramortalitet, MM-ARG

Ordförande: Lisa Parén

Sahlgrenska Universitetssjukhuset,
Göteborg

Tel: 031-343 84 02

lisa.paren@vgregion.se

Sekreterare: Hanna Åmark

KK, Södersjukhuset, Stockholm

hanna.amark@sll.se

Perinatal-ARG

Ordförande: Anna Hagman

Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra

anna.c.hagman@vgregion.se

Sekreterare: Maria Nelander

KK, Akademiska sjukhuset, Uppsala

maria.nelander@akademiska.se

Preeklampsi-ARG

Ordförande: Lina Bergman

Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra

Tel: 070-7920780

lina.bergman82@gmail.com

Sekreterare: Charlotte Iacobaeus

BB Stockholm

charlotte.iacobaeus@bbstockholm.se

POS-ARG

Ordförande: Lena Moegelin

KK, Södersjukhuset, Stockholm

Tel: 08-616 10 10

lena.moegelin@sll

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@sll.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.nilsson2@

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 obstetrik: Jana Brodzki
jana.brodzki@med.lu.se
Ordförande gynekologi: Ligita
Jokubkiene
ligita.jokubkiene@med.lu.se
Sekreterare obstetrik: Kristina Kernell
kristina.kernell@regionostergotland.se
Sekreterare gynekologi: Paula Skyttberg
paula.skyttberg@ultragyn.se

Ur-ARG

Ordförande:
Marie Westergren-Söderberg
KK, Södersjukhuset, Stockholm
Tel: 08-616 10 00
marie.westergren-soderberg@sll.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@regionhalland.se

Arbets- och Referens-Grupp- Utvecklings-Samordnare ARGUS

Ove Axelsson
SFOG-Kansliet
Klara Östra Kyrkogata 10 • Box 738,
101 35 Stockholm • Tel: 08-440 01 75
E-post: ove.axelsson@kbh.uu.se

SFOG-Kansliet
Diana Mickels • Jessica Hortelius
Klara Östra Kyrkogata 10 • Box 738,
101 35 Stockholm • Tel: 08-440 01 75
kansliet@sfog.se • www.sfog.se

Intressegrupper inom SFOG

Mödrahälsovårdsöverläkargruppen

Ordförande
Anna Bäckström
Region Västernorrland
modrahalsovardsoverlakare@rvn.se

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

Obstetrik och gynekologer under utbildning (OGU)

Ordförande
Matilda Wädell
Hudiksvall
matilda.wadell@regiongavleborg.se

Sekreterare
Eva Carlsson Humla
KK, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
eva.carlsson.humla@vgregion.se

Privatgynekologerna

Ordförande
Teresia Ondrasek
Ondrasek Läkarmottagning
Sundsvall
Teresia.ondrasek.jonsson@ptj.se

Sekreterare
Karin Boyer
Kvinnohälsan Stadsfjärden
Nyköping
Karinlovisa.boyer@gmail.com

Kassör
Katarina Johansson
Linköping Heath Care
Katjoh67@gmail.com

Webmaster
Catharian Hofte
Hoftekliniken
Helsingborg
Catharina.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 Kvinnoläkaren, 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. Obstetriker/Gynekologer under Utbildning – (OGU) är en av flera intressegrupper inom SFOG. OGU vänder sig till alla under specialistutbildning men även till vikarie- och yngre kolleger med intresse för specialiteten och yngre specialister. Aktiviteterna 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