

Kvinnoläkaren



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



Program för SFOG-veckan 2021

Nya SNAKS-studier

Vakuumaspiration

Specialrapport från GynOp

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 Wädell
Hudiksvall
E-post: matilda.wadell@sfog.se

Tryck: Elanders
ISSN 0284-8031

— Ordförande har ordet —



Kära medlemmar!

Sommaren har nu förhoppningsvis kommit till stora delar av landet och med den möjlighet till viss återhämtning och rekreation. Arbetet i vår förening under slutet av våren har varit intensivt med flera digitala ST-kurser och fortbildningskurser och intresset för våra kurser är fortsatt stort. Som jag tidigare beskrivit har vi beslutat ändra ansökningsförfarandet till ST-kurserna och mera information om detta finns på vår hemsida. Kvinnokliniken Malmö/Lund arrangerade också årets ST-tenta i början av maj och drygt 40 kollegor deltog. Det var intensiva dagar med skriftlig tentamen på distans och praktiska moment och försvaret av ST-arbete på plats. Stort tack för ett väl genomfört arrangemang.

Covid-pandemin fortsätter att påverka vårt arbete och vår vardag och vi har nu äntligen fått gehör för att gravida ska ses som en riskgrupp, särskilt om de har andra komplicerande sjukdomar också. Viss vaccinationsverksamhet har kommit igång i dessa riskgrupper och nu återstår att övriga gravida också ska få möjlighet till vaccination i fas 4. Jag vet att många

av våra medlemmar inget hellre vill än att bli vaccinerade för att kunna arbeta med minimerad smittrisk. Jag har regelbundna träffar med ordförandena i de olika specialitetsföreningarna i Läkaresällskapet för att vi ska hålla oss uppdaterade om hur Covid-situationen ser ut över landet.

SFOG håller också regelbundna möten med NPO (Nationella Programområden) Kvinnosjukdomar och förlossning för att stämma av och undvika så mycket dubbelarbete som möjligt. Vi hade hoppats att arbetet kring induktion i vecka 41 hade slutförts under våren, men då man fått in ett stort antal remissvar kommer arbetet inte slutföras förrän tidigast i höst. Det är olyckligt då man i många regioner redan gjort stora förändringar och påbörjat att tidigarelägga induktionerna. Den förhoppning som fanns om ordnat införande på ett jämlikt sätt över landet verkar vara svår att infria. Arbetet pågår inom många andra viktiga områden där NAG (Nationella Arbetsgrupper) har bildats för att utreda handläggning av blödningsrubbnings och fosterdiagnostik.

I DETTA NUMMER

Kallelse SFOG årsmöte 2021	7
SFOG Årsredovisning för räkenskapsåret 2020	11
Årsredovisning för SFOG Utveckling AB	18
Valberedningens förslag till styrelse för SFOG 2022	20
Svar på inlägg om sätesförlossning	22
Vakuumaspiration	24
Härmed vill vi informera om tre nya SNAKS-studier	26
OGUs ordförande informerar	29
OGU-dagarna 2021	31
Jourintroduktion	33
Program SFOG-veckan 2021	34
Specialrapport från GynOp	36
Uppdatering om bakteriell vaginos	37
Abstrakt	39
Intervju med Felicitas Falk	40

En fråga som är mycket viktig för SFOG och har påtalats flera gånger är att med alla olika intressenter inom kvinnosjukvården är det viktigt att vi hushållar med den expertis som finns i våra led. Våra AR-grupper har många kunniga medlemmar och det är roligt att de efterfrågas i så stor utsträckning, men önskvärt att de inte behöver delta i olika grupper med liknande syften. Vi har också pratat mycket om framtiden för ARG-arbetet där det sannolikt inte kommer produceras några fler tryckta ARG-rapporter men däremot att vi kommer publicera mera rapport-liknande rekommendationer som de nya Endometriosis-råden. Vi hoppas naturligtvis också att det ska publiceras flera råd och riktlinjer, men det arbetet har fått stå tillbaka under pandemin. ARG är ju SFOG's själ och skäl att finnas!

Vi ser nu fram emot sommaren med semester för de flesta och kanske lite ökade möjlighet till resor. I månadsskiftet augusti-september kommer vi som vanligt att ha vår SFOG-vecka i Göteborg och vi hoppas på stor uppslutning även om mötet blir digitalt. Anmälan har nu varit öppen några veckor och är du inte anmäld redan gå då genast in på sfogveckan.se och anmäl dig. Vi kommer också hålla digitalt årsmöte 1/9 och kallelse till det finns på annan plats i detta nummer av Kvinnoläkaren. Vi kommer då bl.a. rösta för att bekräfta de stadgeändringar vi redan godkänt 2020 för att anpassa oss till GDPR och för att vi ska bli en fullvärdig specialitetsförening inom Svenska Läkarsällskapet. Föreningens ekonomi är fortsatt god men budgetarbetet har varit mycket svåröversäglbart under pandemin, se särskild ekonomisk

redogörelse av vår skattmästare i detta nummer.

De flesta styrelsemedlemmarna är nu fullvaccinerade och vi har därför kunnat ha en del fysiska möten. Vi hoppas nu verkligen att påverkan från pandemin minskar och med det något lättade restriktioner så att höstens kurser ska kunna genomföras fysiskt. Även om vi under det gångna året lärt oss att många möten kan genomföras digitalt på ett meningsfullt sätt är det ändå större möjlighet till kreativa möten om man ses fysiskt. Inte minst det där trevliga småpratet vid fikapausen och gemensamma middagar bidrar till att bygga nätverk och ge möjlighet till informell kunskapsöverföring.

Eder ordförande
Michael Algovik



SFOGs medlemmar inbjuds via epost till en digital enkät om

Fertilitetsbevarande behandling vid tidigt stadium endometriecancer hos kvinnor i fertil ålder: klinisk praxis och inställning bland läkare i Sverige

Allas svar är viktiga, vi hoppas att du också vill vara med!

Information om enkäten finns med i inbjudan du får via epost.

Ytterligare information lämnas av

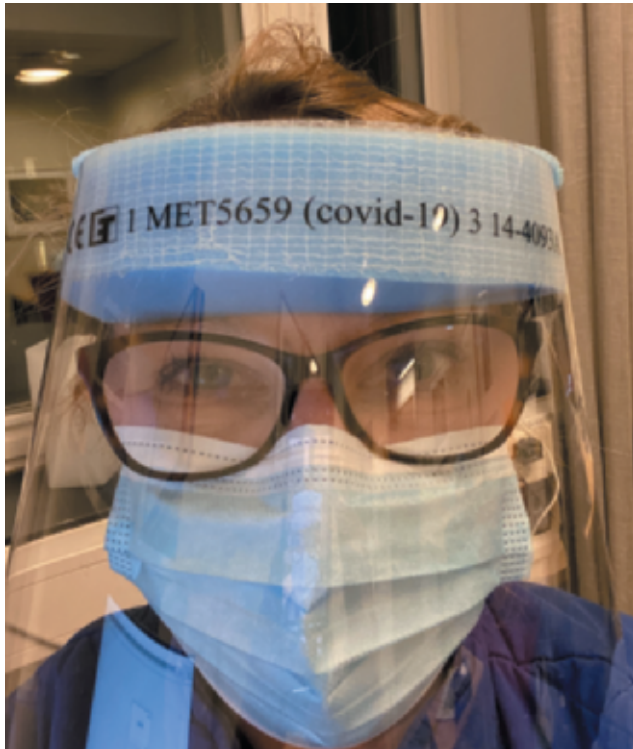
Pietro Gambadauro, MD, PhD, Docent

Inst. för kvinnors och barns hälsa

Uppsala universitet

pietro.gambadauro@kbh.uu.se

REDAKTÖRENS RUTA



Ännu en vår och sommar under pandemins ok. Och vi strekar på likt dragoxen som med möda trampar en lerig åker. Likt drängen som går i alla väder bakom oxen, hojtandes, visslandes och svärande. Men som för drängen finns också små glädjeämnen, även om det förhoppningsvis inte är att snusa, supa och slåss. Efterlängtat vila, få krama gamla mamma, att få träffa några vaccinerade vänner är inte att underskatta. Och nog har väl denna konstiga tid blivit lite av normalitet; att inte skaka hand, att sitta långt ifrån varandra i matsalen, att aldrig se hela ansiktet, att be om ursäkt om man råkar komma närmare än 2 meter känns inte längre obekvämt eller främmande utan självklart. Själv ser jag fram emot att slippa munskydd och visir, det blir en stor lättnad. Kan tyckas banalt men som sagt, de små glädjeämnen ska inte underskattas.

Jag hoppas att detta nummer ska vara till nöje och nytta. Stort tack till alla engagerade medlemmar som inkommer med bidrag. Så roligt med ämnen som väcker tankar och känslor som nu med debattinlägg om sätesförlossningar. MER av det!

Glad sommar önskar er Redaktör
Radha Korsoski

Följande tider gäller för Kvinnoläkaren 2021:

Nr	Deadline	Utkommer
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

Nya medlemmar

Johanna Nylund, Eskilstuna
Hedda Dahlgren, Örebro
Sara Ohlsson, Vaxholm
Ahmad-rafat Abdulkarim, Kalmar
Ida Regnér, Hägersten

Anette Ramirez, Ystad
Miriam Abdul Jalil, Brämhult
Thea Wennman, Hudiksvall
Jurate Viliene, Ingarö
Helena Persson, Lund

Denice Berglund, Vikingstad
Linn Bishop, Uppsala
David Eriksson, Växjö



Tiden går fort när man har roligt! Nu har jag suttit längst av alla i den nuvarande styrelsen. Det innebär att jag skrivit en väldans massa protokoll. I december slutar jag i styrelsen efter 7 år- det känns som 3. Sju år är inte normalfallet. Jag valdes dock in på ett fyllnadsmandat det första året. Men kanske är det som de "gamla rävarna" säger- man sitter alltid minst 2 gånger i SFOGs styrelse.

Att sitta i SFOGs styrelse är otroligt roligt och berikande! Det ger en insyn i hela vår specialitet och ett nätverk över hela Sverige som är ett privilegium att få. Det ger också en insyn i hur sjukvårdens beslutsvägar ser ut. Jag rekommenderar det varmt! Nu håller vår valberedning som bäst att få ihop vilka som ska väljas in på SFOG-veckan.

Som facklig sekreterare sitter man med på läkarförbundets representantskap. Läkarförbundet arbetar just nu mest med arbetsmiljö under COVID-pandemin. Nu när sommaren närmar sig så talas det mycket om återhämtning. Inom förlossningsvården har vi ju alltid paradoxalt antingen jobbat fullkomligt ihjäl oss under sommaren- eller varit lediga. Det känns som att andra specialiteter inom sjukvården först nu har det likadant. Många specialiteter har det ju av förklarliga skäl lugnare under sommaren då sjukdomar helt enkelt inte är lika vanliga då. På mitt sjukhus har jag alltid fascinerats över hur andra får ut flera veckor mera ledighet än vi som ska ta hand om gravida. Icke desto mindre har vi sjukvården, precis som alla andra, behov av ledighet då och då. För att detta ska funka och bli bra för alla är det viktigt att vi kan prio-

ritera andras behov och inte bara våra egna. Hur kul är det att ha en ledig vecka i oktober om alla barnen måste gå i skolan? Och hur kul är det att missa julafton när barnen är runt 10 år? Hur många veckor kan jag vara ledig om alla andra också ska få vara lediga? Det här är egentligen enkel matte och borde vara så självklart. Att vi hugger i och drar olika under vår yrkeskarriär borde vara så självklart. Kanske har en del av våra enheter blivit så stora att vi inte känner solidaritet med alla medarbetare? Jag vill uppmana till eftertanke- och solidaritet nu när vi alla är trötta på COVID-pandemin!

En annan fråga man kan fundera över är hur många kliniker som faktiskt är bemannade för att medarbetare ska kunna ta ut jourkomp i den utsträckning som är rimlig. Och vad är rimligt? Vore intressant att höra om någon endaste klinik någonsin frågat sina medarbetare hur mycket komp de skulle VILJA ta ut- och NÄR- om de själv fick bestämma. Och hur det går ihop med de faktiska möjligheterna.

Läkarförbundet arbetar mycket med att vara rätt till fortbildning. Under alla år har man i Sverige sagt att fortbildning ska ske enligt frivilliga överenskommelser. Och i alla år så har antalet fortbildningsdagar sjunkit. Frågan är när smärtgränsen för läkare är nådd och man kommer att svänga runt och kräva obligatorisk vidareutbildning som s.k. "continuing medical education", CME. I många länder finns det idag krav på att man måste gå ett visst antal kurser, och få ett visst antal poäng, för att behålla sin legitimation. Hittills har alltså Läkarförbundet

varit negativa till detta, till stor del pga. den fria förskrivningsrätten även för pensionärer mm. Men om inte något drastiskt sker snart så kommer nog inställningen att förändras. Jag vill uppmana verksamhetschefer att se till att fortbildning prioriteras, för patienternas skull!

När det kommer till fortbildning så vill jag även slå ett starkt slag för våra ARG! Och jag vill slå ett slag för att verksamhetschefer på alla kliniker ska sträva efter att skicka iväg så många som bara är möjligt på ARG-möten! Billigt och bra! Jag är ju, som kanske bekant, även ordförande i FARG som är en underbar grupp. Att vara med i en ARG grupp är berikande! Man tar del av senaste nytt och bidrar till att utveckla vår specialitet, implementera nya rön, ta fram nya arbets sätt, ge makthavare våra synpunkter genom remissvar mm mm! I SFOG tycker vi att alla specialiteter ska vara med i minst en ARG! Och vi vill gärna att ST-läkarna också är det. Kanske den ARG inom ditt kvalitetsarbetsområde- eller inom ditt vetenskapliga arbete kan vara en idé? Hur gör man för att gå med i en ARG? Maila ordförande eller sekreterare och säg att du vill vara med - KLART! Släng er nu på mailen och bidra till att göra Sveriges Kvinnokliniker ännu bättre!

Med förhoppning om en sommar fylld av vaccin och framtidstro och även återhämtning!

Hälsning

Helena Kopp Kallner

Kallelse

SFOG årsmöte 2021

**Medlemmar i Svensk Förening för Obstetrik och
Gynekologi kallas härmed till årsmöte 2021
Onsdagen den 1 september kl 10.00-11.30**

Länk för registrering via ZOOM kommer att sändas ut via medlemsmail under vecka 34.

Föredragningslista

1. Mötet öppnas
2. Parentation
3. Fastställande av dagordningen
4. Val av mötesordförande, sekreterare
5. Val av två justeringspersoner och rösträknare för årsmöte
6. Fråga om mötet utlysts i laga ordning
7. Styrelsens verksamhetsberättelse och information om dess pågående arbete
8. Skattmästarens ekonomiska redogörelse
9. Revisorernas berättelse
10. Fråga om ansvarsfrihet för styrelse
11. Fastställande av årsavgift för 2021
12. Val av styrelseledamöter
13. Val av två revisorer jämte revisorssuppleant
14. Val av valberedning till SFOGs styrelse
15. Avtackning av avgående styrelseledamöter
16. Förslag om ändring av stadgar, andra omröstningen (se bilaga)
17. Subspecialistexamen, diplomutdelning
18. Tillkännagivande av Berndt Kjessler-pristagare 2021
19. Plats för kommande SFOG-veckor
20. Tid och plats för nästa årsmöte på SFOG-veckan 2022 i Linköping
21. Övriga ärenden
22. Mötet avslutas

**Alla SFOG-medlemmar är välkomna att delta i årsmötet.
Om ni vill att styrelsen ska förbereda övriga ärenden – vänligen
kontakta ordförande i förväg.
Michael.algovik@sfog.se**

Bilaga till årsmöteskallelse 2021: Fastställande av ändringar av stadgarna, se nästa sida.

Fastställande av stadgeändringar vid Årsmötet 2021 med anledning av att SFOG blir medlemsförening i SLS samt behov av ändring på grund av GDPR.

Tidigare stadgeformulering visas genomstruken. Förslag till ny skrivning, vilken redan godkänts vid Årsmötet 2020, som nu ska fastställas med en andra omröstning är skriven i rött. Andra och sista omröstningen:

Föreningens art

§ 1

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

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

Föreningens syfte

§ 2

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, yrkesgrupper. Föreningen ska tillvarata medlemmarnas professionella och fackliga intressen. Föreningen ska främja utbildning och vetenskaplig verksamhet genom sina arbets- och referensgrupper (ARG) och inom Svenska Läkaresällskapet.

~~Föreningen ska som sektionen för obstetrik och gynekologi inom Svenska Läkaresällskapet avge utlåtanden och/eller handlägga ärenden som av sällskapet hänskjutits till sektionen.~~

Som medlemsförening inom SLS ordnar SFOG vetenskapliga presentationer vid SLS sammankomster i överensstämmelse med SLS arbetsordning samt avger utlåtanden i och/eller handlägger ärenden som av sällskapet hänskjutits till medlemsföreningen. Vid handläggning av sådana ärenden som berör andra medlemsföreningar och sektioner i SLS ska samråd med dessa ske.

Föreningen ska som specialitetsförening i obstetrik och gynekologi inom Sveriges Läkarförbund avge utlåtanden i medicinska och fackliga frågor som av förbundet hänskjutits till föreningen.

Medlemskap

§ 3

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

~~Medlem av föreningen bör vara medlem av Svenska Läkaresällskapet och bör tillhöra Sveriges Läkarförbund. Styrelseledamot i föreningen ska vara medlem av Svenska Läkaresällskapet och medlem i Sveriges Läkarförbund.~~

Medlem av föreningen är enligt § 3 SLS stadgar föreningsanknuten medlem i SLS och bör tillhöra Sveriges Läkarförbund. Styrelseledamot i föreningen ska vara medlem av Svenska Läkaresällskapet och medlem i Sveriges Läkarförbund.

Medlemsregister

§ 4b (ny paragraf)

Föreningens medlemsregister innehåller namn, adress, e-postadress, personnummer samt märkning om medlemmen är verksamhetschef, studierektor eller professor.

Medlemsregistret ska årligen senast den 1 november lämnas till Svenska Läkaresällskapet för att medlem ska kunna få nytta förmaner (se § 31 nedan) och för att föreningens medlemsavgift till Svenska Läkaresällskapet samt mandat i Svenska Läkaresällskapets fullmäktige ska kunna beräknas. Antal läkarmedlemmar i medlemsföreningen är grund för avgift och mandat. Medlemsföreningen ska rapportera in antal läkarmedlemmar i föreningen genom att lämna in medlemsregistret till Svenska Läkaresällskapet angivna datum (se § 36h Svenska Läkaresällskapets stadgar). Uppgifterna som lämnas ska avse de medlemmar i registret som fanns registrerade den 1 september samma år.

Föreningens organisation

Årsmöte

§ 5

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

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

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 tre 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.~~

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

Fråga eller frågor som medlemsförening ska föra upp på SLS fullmäktigemötets föredragningslista bör behandlas på ordinarie möte med medlemsföreningen och sändas till SLS nämnd minst två månader före SLS ordinarie fullmäktigemöte.

Votering årsmöte

§6

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

Nämndledamot i SLS, som inte är medlem i medlemsföreningen, äger tillträde till medlemsföreningens årsmöte med rätt att delta i förhandlingarna men inte i medlemsföreningens beslut.

Styrelsens sammanträden.

§ 9

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

Ärenden kan avgöras per capsulam om samtliga styrelseledamöter är eniga i ärendet.

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

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

Styrelsen utser representanter ledamöter till SLS Svenska Läkaresällskapets fullmäktige och suppleanter för dessa . Medlemsförenings ledamot (suppleant) i SLS fullmäktige ska vara läkare. Styrelsen kan även utse representant till Sveriges Läkarförbunds fullmäktige jämte suppleanter för dessa.

Beslut i ärenden rörande Svenska Läkaresällskapets gemensamma angelägenheter ska snarast meddelas Läkaresällskapets nämnd genom utdrag ur protokoll.

Ordförande

§ 10

Ordföranden åligger att leda styrelsens sammanträden samt att upprätta föredragningslista till sammanträden och årsmöte.

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

Ordförande ansvarar för att uppgifter från medlemsregistret insändes till SLS enligt § 4b. Ordförande är GDPR-ansvarig.

Medlemsblad

§ 22

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

Personuppgifter i förhållande till medlemmar (Ny paragraf)

§ 30

Föreningen samlar in och behandlar personuppgifter (se § 4b) för att bedriva den stadgereglerade verksamheten. Föreningen behandlar personuppgifter för att administrera föreningens angelägenheter, utöva olika aktiviteter, kommunicera med medlemmar samt hantera olika ekonomiska transaktioner. Den lagliga grunden för behandlingen är avtal (dessa stadgar).

Föreningen behandlar även personuppgifter om medlemmar i andra fall för att informera, föra dialog etc. med medlemmarna i övriga frågor inom ramen för föreningens ändamål.

Inbördes arrangemang mellan medlemsföreningen och Svenska Läkaresällskapet (Ny paragraf)

§ 31

Föreningen och SLS har ett samarbete för att skapa nytta både för föreningen och för medlemmarna i föreningen. Det föreligger därför ett gemensamt personuppgiftsansvar mellan föreningen och SLS rörande föreningens medlemmar.

De olika rollerna i det gemensamma ansvaret ser ut så här: SLS behandlar personuppgifter för sina egna ändamål enligt vad som framgår av SLS stadgar.

Föreningen behandlar personuppgifter för sina egna ändamål enligt vad som framgår av stadgarna (se § 30 ovan).

Det gemensamma området där personuppgifter behandlas gemensamt är då föreningen lämnar in sitt medlemsregister till SLS för följande ändamål;

- beräkning av avgift till SLS (se § 4b andra stycket),
- beräkning av mandat i SLS fullmäktige (se § 4b andra stycket),
- när SLS gör kontroll av medlemskap vid ansökan om forskningsanslag och deltagande i aktiviteter samt

- när SLS i övrigt informerar om SLS aktiviteter och verksamhet så att föreningsmedlem, som också är föreningsanknuten medlem i SLS, kan utnyttja dessa.

Föreningen får inte radera personuppgifter förrän skyldigheter gentemot SLS fullgjorts.

SLS genom sitt kansli är kontaktpunkt för registrerad som vill utöva sina rättigheter både för SLS egna behandling och för den gemensamma behandlingen som beskrivs ovan. Föreningen är kontaktpunkt för sin egen behandling (se SFOG.se för kontaktuppgifter).

(Fastställda 2002-01-30, reviderade 2019-08-29, ny revision med förändringar godkända vid första omröstning på Årsmötet 2020-08-27, andra omröstning och slutligt godkännande vid Årsmötet 2021-09-01.)

Styrelsen för Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi får härmed avge årsredovisning för räkenskapsåret 2020.

Årsredovisningen är upprättad i svenska kronor, SEK.

FÖRVALTNINGSBERÄTTELSE

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

VERKSAMHETSBERÄTTELSE

Under året har SFOGs styrelse bestått av Eva Uustal, ordförande

Michael Algovik, Vice ordförande

Ellika Andolf, Utbildningssekreterare

Ove Axelsson, ARGUS

Henrik Graner, Skattmästare

Malin Sundler, Webbansvarig

Inger Sundström Poromaa, Vetenskaplig sekreterare

Matilda Wådel, OGU-representant

Radha Korsoski, Redaktör Kvinnoläkaren

Marie Vikström Bolin, Ledamot/kvalitetssekreterare

Marie Bixo, Fortbildningssekreterare

SFOG har 2192 medlemmar varav 474 pensionärer. Styrelsen har under året haft 4 fysiska möten och 5 digitala möten.

Verksamheten

Främjande av ändamålet

Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) är en specialitetsförening inom Sveriges Läkarförbund och sektion i Svenska Läkarsällskapet, 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 Läkarsällskapet och specialitetsförening i obstetrik och gynekologi inom Sveriges Läkarförbund avge utlåtanden och/eller handlägga ärenden som hänskjutits till SFOG från Läkarsällskapet 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 specialiteten, arrangerar nordiska kongresser i obstetrik och gynekologi, samordnar vetenskaplig aktivitet mellan föreningarna och utger den internationella engelskspråkiga facktidskriften *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* (AOGS).

Allmänt om verksamheten

Årets första månad präglades av debatten

kring vid vilken graviditetslängd förlossningsinduktion bör utföras. En arbetsgrupp med företrädare för SFOG och Barnmorskeförbundet tillsattes och enades på en månad om ett gemensamt uttalande som presenterades på ett välbesökt verksamhetsmöte i januari i Stockholm. Att organisationerna gemensamt kunde presentera ett besked följt av ett pressuttalande togs emot positivt av media och debatten ebbade ut. Därefter har en nationell arbetsgrupp NAG, tillsatts för att ytterligare bereda frågan och väntas komma med utförliga riktlinjer under 2021.

Redan innan pandemin i början av året önskade flera kursledare och arbetsgrupper stöd från SFOG för distansmöten och undervisning. SFOG skaffade efter en genomgång av marknaden ett antal licenser på ZOOM vilket skulle visa sig vara bra. Vid styrelsemötet i mars hölls ett halvdags strategimöte där vi bland annat förberedde hur årsmöten kan hållas på distans de år SFOG och NFOG slås ihop.

Under våren visade sig konsekvenserna av pandemin alltmer och många regioner utfärdade reseförbud för personal. SFOGs ST-kurser och fortbildningskurser ställdes om till webbkurser i hög omfattning, vilket inneburit att de flesta kurser kunnat hållas trots pandemin till gagn för medlemmarnas kunskapsutveckling. Kursledarna, kansliet och utbildningssekreterarna har gjort en stor insats i denna omställning.

Arbetsgrupper från SFOG och deras systerorganisationer skapade under mars/april fem nya råd kring COVID-19 i obstetrisk/gynekologiska sammanhang. I maj uttalade SKR via NPO att alla riktlinjer om COVID-19 skulle gå via NPO. SFOG och senare SLS motsatte sig detta

och ordförandena skrev i Dagens Medicin.

SFOG-veckan Malmö/Lund fick i mars ställas in av pandemiskäl. Ett omfattande organisationsarbete av kongresspresidenterna Pia Teleman och Stefan Hansson med kollegor gick i stöpet. De ekonomiska konsekvenserna för SFOG balanserades med därför avsatt reservkapital från tidigare kongresser.

SFOG kontaktade Socialstyrelsen och intensivvårdsregistret för att säkerställa att koder för COVID-19 och graviditet etablerades i april. Från mitten av april anordnades uppskattade veckovisa SFOG-webbmöten via perinatal ARGS nätverk där Karin Pettersson från KS Huddinge och övriga med erfarenhet av COVID-19 hos gravida delade med sig av sin kunskap.

Från april deltog ordförande i SLS websända veckovisa ordförandemöten där de olika specialiteterna delade erfarenheter och frågor. Det blev ett värdefullt exekutivt nätverk i professionen som utvecklades organiskt utifrån behov. Det bidrog till i flera gemensamma rekommendationer om COVID-19 från de olika specialiteterna. De fyllde viktiga akuta kunskapsluckor medan myndigheterna påbörjade sina aktiviteter.

I juni bad SFOG Gynopregistret om en sammanställning av hur mycket operationsverksamheten under pandemins första månader minskat och uttrycket "vårdskuld" spred sig. Merparten av gynekologiska ingrepp utförs utanför centraloperationsavdelningar och står därmed utanför SPOR, SFAls operationsregister. SFOGs diagnoshandbok utkom med en ny orange upplaga under Karin Pihls redaktörskap.

Svenska Läkaresällskapet omorganiseras med början 2020. Nu blir inte längre enskilda läkare medlemmar utan man utgår ifrån medlemskap i de olika sektionerna. Detta kommer att innebära att man som SFOG-medlem automatiskt blir medlem även i SLS på samma sätt som i de internationella organisationerna NFOG, EBCOG och FIGO. SFOGs årsmöte 2019 i Östersund röstade för att SFOG ska kvarstå i SLS.

Vid årsmötet 2020 biföll mötet även de stadgeändringar som krävs för organi-

sationsförändringen. Om dessa bifalles en andra gång vid 2021 års årsmöte blir SFOG medlemsförening från 2022.

NFOGs styrelsemöten har under året hållits digitalt liksom mötena med EBCOG och FIGO. De övriga nordiska länderna har haft betydligt färre gravida med COVID-19 än Sverige och har haft nytta av SFOGs erfarenheter och råd. EBCOG-kongressen i Bergen maj 2020 ställdes in. NFOG-kongressen i Reykjavik i juni 2021 har ställts in. NFOG beslutade att använda sitt styrelsekapital "board reserve" för året till att delfinansiera en nordisk studie om COVID-19 och graviditet.

Styrelsen har ordnat två verksamhetsmöten, ett i fysiskt möte i Stockholm i januari och ett digitalt i anslutning till SFOG-dagen i augusti.

SFOG-dagen, i frånvaro av SFOG-vecka, anordnades för att summera året, samla medlemmarna samt hålla årsmöte och fackligt symposium. Det fackliga symposiet gästades av IVO och POS-Arg och olika perspektiv på oväntade händelser i vården ventilerades. RIKS-ARG-mötet och kvalitetsregisterhållarmötet avhölls också. Det föll väl ut och mellan 3 och 400 medlemmar deltog under dagen. Jan Brynhildsen utsågs till Berndt Kjesslerpristagare.

Den ekonomiska satsningen "kvinno-miljarden" med ovillkorade resurstillskott till regionerna har sedan 2015 inneburit att många av våra medlemmar och barnmorskekollegorna har belastats med omfattande utredningsarbeten på uppdrag av Socialstyrelsen, SKR och SBU, NPO samt Myndigheten för Vårdanalys utöver insatserna i Säker förlossningsvård. Ordförande har ånyo uppvaktat Regeringskansliet och problematiserat frågan om dubbelarbete och en osynkroniserad dränering av verksamhetsresurser för utredningsuppdrag. En SBU-rapport om hyperemesis kommer att påbörjas under 2021 på SFOGs direkta initiativ. Samarbetet med NPO-gruppen håller på att finna sin form trots att organisationerna skiljer sig åt i flera avseenden. Ett digitalt presidiummöte har hållits med Svenska Barnmorskeförbundet. Utöver det har vi haft fortlöpande informella kontakter.

SFOG-kansliet

SFOGs kansli bemannas av Diana Mickels, kanslissekreterare och Jessica Hortelius, ekonom. Det administrerar den omfattande kursverksamheten både praktiskt och ekonomiskt samt bistår medlemmarna och styrelsen med allhanda hjälp. Under året har pandemi-situationen med omställning till webbkurser inneburit ett omfattande stödarbete och rutiner med diplom, underskrifter och föreläsningsunderlag har behövt anpassas och moderniseras. Kansliet finns i Svenska Läkaresällskapets hus. Där finns gästarbetsplatser för SFOGs medlemmar. På SLS finns även möjlighet att utan kostnad låna mindre möteslokaler med plats upp till 15 personer.

Medlemsbladet

Radha Korsoski har varit redaktör för Kvinnoläkaren under 2020. Tidningen har under året utkommit med fem nummer och har en upplaga på drygt 2 100 ex. Kvinnoläkaren 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. Även arbeten som inte har valts ut av utbildningssekreteraren är välkomna. Obs, utrymmet är begränsat så avgränsa texten, t.ex. abstract + någon tabell eller liknande.

Alla medlemmar kan skicka in debattartiklar till Kvinnoläkaren. Dessa kan sedan kommenteras och diskuteras under "Öppet Forum" på hemsidan. Debattlusten har varit låg, men möjligheten finns fortfarande.

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

Remissvar

Styrelsen har under året besvarat 22 remisser.

Arbets- och referensgrupper

På grund av pandemin hölls årets Riks-ARG möte via zoom i samband med SFOGs webinar den 27/8. Deltagarantalet var högt. Protokoll från Riks-ARG mötet samt verksamhetsberättelser från AR-Grupperna finns publicerade i Kvinnoläkaren nr 4 och 5 2020.

AR-Gruppernas aktivitet har under 2020 varit omfattande. Ett flertal SFOG-råd har publicerats om Covid-19 och dess betydelse för vår specialitet. Till dessa hör Hem-ARGs Hemostasutredning och behandling av tromboembolism samt trombosprofylax vid Covid-19 hos obstetriska patienter, Fert-ARGs Assisterad befruktning med anledning av Covid-19, BENK-ARGs Gynekologisk kirurgi under Covid-19, Perinatal-ARGs Handläggning av gravida och nyfödda barn till kvinnor med verifierad/sannolik Covid-19 och Råd avseende gravida under rådande Covid-19 pandemi. Dessutom har Endometriosis-ARG påbörjat en omfattande revision av sina SFOG-råd om endometriosis, VULV-ARG och C-ARG publicerat råd om Gynekologisk kontroll av patienter före och efter stamcellstransplantation, FARG om Inducerad abort, Preventivmedelsrådgivning och förskrivning av preventivmedel på distans samt reviderat råden om Behandling av missfall, Perinatal-ARG om Placenta previa, vasa previa och invasiv placenta och Patientinformation vid dessa tillstånd, Magnesiumsulfatbehandling för neuroprotektion vid hotande förtidspärd föreläggning på graviditetsvecka 32 + 0 och Induktion på grund av graviditetslängd och Ultra-ARG har uppdaterat råden om Tyreoidea-sjukdom i samband med graviditet, Checklista vid förstatrimesterultraljud och Ultraljudsövervakning vid hypertyreos.

Medel för att bedrivande av verksamhet inom AR-Grupperna kunde under 2020 sökas direkt från SFOG. Stiftelsen till stöd för utbildning och utveckling inom Obstetrik och Gynekologi överförde under året medel till SFOGs budget öronmärkta till AR-Gruppernas verksamhet.

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. Dessutom läggs kontinuerligt nya SFOG-råd och SFOG-riktlinjer in på hemsidan. Under 2020 har ARG grupper varit snabba med att publicera råd kring Covid-19. Covid-19 har fått en egen flik på hemsidan där uppdaterade råd som rör vår specialitet läggs upp.

ARG och intressegrupper redigerar sina egna undersidor.

Hemsidan är sedan 2018 anpassad för mobiler/plattor. En koppling mellan föreningens administrativa system (Filemaker) och hemsidan har under 2020 slutförts i ett projekt med Authority och PositionEtt. Detta gör att medlemmar kan logga in och ändra sina personliga uppgifter.

SFOG startade en Facebooksida med namnet Kvinnoläkaren 2019. Idag har vi strax över 600 följare. Vi uppmanar alla våra medlemmar att följa kontot. Alla kan lägga upp information som är av intresse för specialiteten. Vi har även en sluten grupp på Facebook som heter "Grupp för Kvinnoläkaren". Denna är endast för SFOG medlemmar och man ansöker om medlemskap. Där är högt i tak och man kan lägga ut information samt starta diskussioner inom våra ämnesområden.

Kvalitetsfrågor

Under 2020 har ordförande Eva Uustal deltagit i Gyn-ops styrgruppsmöten medan vice ordförande Michael Algovik har deltagit i Graviditetsregistrets styrgruppsmöten.

Kvinnoklinikernas årsrapport 2019 sammanställdes och utgavs som vanligt. Den återfinns på SFOGs hemsida. I årsrapporten presenterades för första gången målvärden framtagna i samarbete med respektive register där olika kvalitetsmått har fastställts för obstetrik, obstetriskt ultraljud, benign kirurgi, cancervård, cervixcancerprevention, abortverksamhet och IVF. Q-IVF kunde inte lämna ut de fastställda kvalitetsmåten men övriga register samt journalgranskning gällande abortverksamhet finns presenterade. Under SFOG-dagen och under efterföljande verksamhetsdag presenterades resultaten. De olika klinikerna samt verk-

samhetscheferna uppmanades inkomma med synpunkter samt ta del av de kliniker som har lyckats uppnå flera mål. På SFOG-dagen redovisade två kliniker med goda resultat sitt kvalitetsarbete, Gävles Kvinnoklinik gällande obstetriska resultat och Södersjukhuset arbetet med benign gynekologisk kirurgi. Två kvalitetsregister presenterade sitt respektive arbete med glädjeämnen och svårigheter där Christina Bergh representerade Q-IVF och Eva Uustal bristningsregistret. Ett registerhållarmöte via zoom genomfördes också under SFOG-dagen där Maud Ankardal för gyn-opregistret, Michaela Granfors för graviditetsregistret, Eva Uustal för bristningsregistret och Marie Vikström Bolin, kvalitetssekreterare, deltog. Representanter för cervixcancerprevention, cancerregistret samt Q-IVF hade inte möjlighet att delta. I huvudsak diskuterades de olika målvärdena utifrån erhållna resultat och möjligheten att justera vissa värden i samråd med respektive ARG föreslogs.

Utbildningsfrågor

I början av 2020 utgjordes utbildningsnämnden av följande personer: Sofie Graner (ansvarig för specialistexamen), Charlotte Dahlbäck, Jan Brynhildsen, Stavros Iliadis, Therese Fries (OGU), Verena Sengpiel, Ellika Andolf (ordförande), Caroline Lyssarides (OGU), Karin Hildén, Sahruh Turkmen samt Jenny Immerstrand (SPUR-samordnare). Verena Sengpiel ersattes av Lina Bergman som representant för Göteborg. Marie-Therese Vinnars ersattes av Anne Örtqvist. Utbildningsnämnden har under året haft tre reguljära sammanträden, 4 mars, 24 september och 19 november. Det sista gjordes via zoom. På mötena har ST-arbetet, den framtida läkarutbildningen, BT och ST-bildningen diskuterats. Vidare ägnades marsmötet som brukligt åt årets Specialistexamen. Det bestämdes att intressegruppen för studierektorsnätverket för ST (SNÄV) skulle få en representant i Utbildningsnämnden. SPUR-inspektionerna behandlades också i nämnden eftersom några sköts upp under pandemin och man inte tycker det fungerar digitalt. Flera inspektioner planeras dock under 2021.

Specialistexamen skulle ägt rum 8–10 maj 2020 i Stockholm men sköts upp pga pandemisituationen. Den genomfördes istället den 23–25 september. Dag 1 genomfördes en skrivning på hemorten och dag 2 presentation av ST-arbeten som skedde digitalt. Dag 3 genomfördes OSCE-tentamen på plats (kliniska stationer). Alla deltagare blev godkända på den skriftliga tentamen medan tre fick komplettera OSCE-tentamen. Därefter blev examen godkänd. Vid OSCE 2020 deltog också lärare från andra fakulteter. Samtliga deltagare fick individuell feedback.

Eftersom SFOG-veckan i Malmö blev inställd och ersattes av ett Vintermöte kunde inte de bästa ST-arbetena presenteras muntligt. Caroline Lyssarides (Sätesbjudning och långsiktiga neurologiska komplikationer) och Paulina Arntyr Hellgren (Birth trauma in babies born vaginally to women with and without type 1 diabetes in Sweden 1998–2012 - relationship with maternal BMI and fetal birth weight classes) fick dela på priset och deras arbeten publicerades i Kvinnoläkaren.

Pga pandemin blev det en förändring i ST-kursverksamheten under 2020. Tre kurser ströks i april 2020, en flyttades till hösten. Totalt planerades 27 kurser i 11 ämnen och 24 av dessa gick, 14 som webinar. SFOG har, till skillnad från många andra specialiteter, kunnat hålla igång kursverksamheten, vilket beror på kursledarnas fantastiska förmåga att anpassa sej.

Utbildningssekreteraren har varit med på mötena i SNÄV. Dessa hålls två gånger per år. Verksamheten i NFOG Educational Committee har helt legat ner under 2020 pga pandemin.

Inom SFOGs subspecialiseringsprogram certifierades fyra personer i Reproduktionsmedicin men ingen i Gynekologisk tumörkirurgi med cancervård under år 2020. Samtliga examinationer genomfördes digitalt av Fert-ARG's ordförande och fortbildningssekreteraren vilket fungerade bra.

På grund av coronapandemin ställdes en del fortbildningskurser för specialister in eller flyttades fram, några genomfördes digitalt och ett fåtal genomfördes

på plats som planerat. Fortbildningssekreteraren utarbetade mallar för Bakjournskursen respektive Öppenvårdsgynekologi vilka efter beredning och inspel från Utbildningsnämnden och Sveriges privatgynekologer diskuterades och beslutades i styrelsen. Implementering av SFOGs fortbildningspolicy följdes upp vid Verksamhetsmötena och i SFOGs årsrapport.

Vetenskap

Vetenskapliga nämnden har haft tre möten under året, samtliga digitala. Då SFOGs årsmötesvecka ställdes in har också vetenskapliga nämndens aktiviteter varit färre under det gångna året. Vetenskapliga nämnden har dock utsett 2019 års bästa avhandling; Born Small for Gestational Age, av Linda Lindström, som presenterades vid vintermötet i Malmö 2021. Vetenskapliga nämnden har också under 2020 för första gången granskat ansökningar för Lena Wäpplings stiftelse som är en nyinstiftad stiftelse med inriktning mot ovarialcancerforskning. Angelique Flöter-Rådestad, Karolinska Institutet i Stockholm och Claudia Mateoiu, Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg erhöll anslag från stiftelsen 2020.

Vetenskapliga nämnden har också beslutat om bredare kriterier för vilka avhandlingar som ska komma i fråga för priset för bästa avhandling. Tidigare har endast avhandlingar som skrivits av SFOGs medlemmar kommit i fråga, urvalet har nu breddats till avhandlingar där SFOGs medlemmar har varit handledare.

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

SNAKS har under 2020 fortsatt att främja samarbete inom landets kvinnokliniker och universitet för att driva klinisk forskning av hög kvalitet. 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. Annika Strandell har varit ordförande. 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, uppmuntras 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.

2020 har även för SNAKS präglats av Covid-19 pandemin. Styrgruppen har under 2020 haft två möten, varav det första var fysiskt, mötet under den planerade SFOG-veckan ställdes in och höstmötet var digitalt. Under året har SNAKS styrelse bestått av Annika Strandell (ordförande), Anna-Karin Wikström, Anne Örtqvist ersatte Marie-Therese Vinnars som OGU representant, Annika Idahl, Christer Borgfeldt (GynOp), Helena Fadl, Inger Sundström Porooma (vetenskapliga sekreterare), Karin Sundfeldt, Katarina Tunon, Marie Blomberg, Povilas Sladkevicius, Sissel Saltvedt och Verena Sengpiel (Graviditetsregistret).

Följande studier har startats under 2020, varav planeringen av de två COPE-studierna om Covid-19 kom igång extremt snabbt under pandemins tidiga fas:

- 1) SPeCOS – Svenskt Perinatalt Core Outcome Set (www.perinataloutcome.com, PI Sophia Brismar Wendel)
- 2) OPTION – Outpatient induction: Labour induction in an outpatient setting - a multicentre randomised controlled trial (www.optionstudien.se, PI Verena Sengpiel)
- 3) COPE - COVID-19 in Pregnancy and Early childhood (www.copestudien.se, PI Verena Sengpiel)
- 4) COPE Staff - Utvärdering av den psykosociala arbetsmiljön och upplevelse av att arbeta med eller nära gravida, födande och nyfödda under COVID-19-

pandemin (www.snaks.se/cope-staff/, PI Karolina Lindén)

5) Mom2B studie (www.mom2b.se, PI Alkistis Skalkidou)

Årsberättelse för Mödrahälsovårds- överläkargruppen

Intressegruppen för mödrahälsovårdsöverläkare (Mhöl) har idag 30 läkare med uppdraget. Alla regioner utom Värmland är representerade då tjänsten där är vakant sedan några år tillbaka. Sedan våren 2020 är Birgitta Segeblad (Mhöl Region Uppsala) ordförande för gruppen och Ann-Christine Nilsson (Mhöl Region Örebro län) sekreterare. Verksamheten för 2020 har i stor utsträckning påverkats av pandemin.

Mhöl gruppen är ett mycket aktivt nätverk där frågor kan tas upp i gruppen. Det kan vara allt som den enskilda Mhölen har behov av att diskutera utifrån sin egen verksamhet. Under 2020 blev detta särskilt viktigt. Tidigt såg vi behov av att informera varandra och göra det som vi kunde för att hålla igång verksamheten inom MHV-enheterna. Hur stöttade vi vår medarbetare, hur såg vi till att stödja verksamheten på barnmorskemottagningarna var bara några frågor. Det var också ett sätt att få ut information snabbt så att vi kunde se till att alla regioner hade så lika arbetssätt som möjligt när verksamheterna behövde anpassas till rådande omständigheter.

Mhöl-gruppen har under vanliga år två möten. Under våren tillsammans med Sveriges samordningsbarnmorskor (Samba) och ”Psykologer för mödravård och barnhälsovård”, på hösten i egen regi. Under 2020 fick vårens möte i mars ställas in då de flesta regioner införde ”reseförbud” för sina medarbetare. Detta antingen på att medarbetarna behövdes på hemkliniken, men också för att inte få in smitta. Då detta gjordes med två veckors varsel fanns ingen möjlighet att ställa om till digitalt möte. Istället beslutade arrangörsgruppen att anordna ett gemensamt höstmöte.

Det gemensamma mötet genomfördes i oktober, digitalt med Uppsala som fast bas. På plats fanns deltagare i arrangörsgruppen, Mhöl (ordförande och sekreterare), Sambor (ordförande, vice ordfö-

rande och sekreterare) och två representer för ”Psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård”.

På mötet fick vi presentation av Livsmedelsverkets nya plattform för information till gravida och ammande kvinnor. Det har varit en process där man från SLV tagit in synpunkter från mödra-
vård, barnhälsovård och kvinnor. Det nya materialitet är uppdaterat med mikrobiologisk, toxikologi och nutritions information. Den nya sökfunktionen ”fråga Liv” presenterades. SKR presenterade pågående projekt. Här togs pågående projekt inom den statliga satsningen på ”Kvinnors hälsa och förlossnings”. En personcentrerad och jämlik mödrahälsovård – regiongemensamt utvecklingsarbete. Organisation inom NPO och NKK.

Det har genom åren varit en dialog med 1177 som har en stor informations-sida om graviditet och förlossning. Kristin Bengtsson presenterade deras pågående arbete. Frågor kring översättningar togs upp till diskussion, något som efterfrågats sedan länge. Viktigt i de texter som

Graviditetsregistret – nyheter och förändringar presenterades.

Stockholm har med stöd av statliga medel under ett par år arbetat fram en ny modell för stöd till kvinnor med lätt till måttlig förlossningsrädsla. Detta är nu implementerat i verksamheten och presenterades på mötet. Modellen är mycket intressant och mycket tid ägnades åt detta. Mhöl gruppen tog vid sina enskilda överläggningar upp diskussion om digitala lösningar för vårdmöten. Det finns en del som kan ”göras digitalt” men det kräver att vi vet mer. Många fristående aktörer vill in på ”marknaden” och det kan innebära att vi får in reklam. Diskussion bör fortsätta då det trots allt i vissa sammanhang kan bli tidsbesparande både för paret och vården. Gruppen diskuterade också behovet av rikstäckande riktlinjer, ”rikshandbok” för mödra-
vård. Detta är något som gruppen har försökt att få till under flera år men det har varit trögt och i och med de pågående processerna med NPO och NKK så har arbetsprocessen förändrats. En mindre grupp med Mhöl och sambor kommer att gå vidare.

Sammanfattningsvis kan sägas att det var otroligt inspirerande att se hur fort vi kunnat anpassa oss till att på ett smidigt och välfungerande sätt har kunnat överföra våra möten till digital form. Man får dock inte glömma bort vad fysiska möte kan ge utöver den information och föreläsningar. Vi får hålla ut och hoppas att vi i en inte allt för avlägsen framtid kan återgå till våra gemensamma sammankomster

Sveriges Privatgynekologer

Styrelsen för privatgynekologerna i Sverige avger härmed följande berättelse över föreningens verksamhet under tiden 24 september 2020 till 28 februari 2021.

Styrelse

Ordförande Teresia Ondrasek Jonsson, Ondrasek Läkarmottagning, Sundsvall
Kassör Katarina Johansson, Linköping Health Care

Webmaster Catharina Hofte, Hofte-kliniken, Helsingborg

Sekreterare Karin Boyer, Kvinnohälsan Stadsfjärden, Nyköping.

Revisor

Catharina Lyckeberg Heimbürger, Ultragyn, Stockholm. Revisorssuppleant Sophia Ehrström.

Övriga valda

Valberedning: Åsa Hiller (sammankallande), Åsa Lindholm samt Ilona Barnard
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 2019/2020 har privatgynekologerna haft närmare 80 medlemmar. Kontaktuppgifter till alla betalande medlemmar finns på hemsidan och ses vid inloggning för medlemmar. Medlemsavgiften är 200 kr/år.

Föreningens inre verksamhet

Under året har styrelsen hittills haft 3 styrelsemöten. Samtliga har varit på distans via Zoom, inget fysiskt möte. Mötena har mycket handlat om årets utbildningsresa till Camogli som åter ställts pga

Coronapandemin. Återbetalning med 25% har förhandlats fram.

Istället kommer 2 utbildningstillfällen på distans med de tilltänkta föreläsarna Eva Uustal och Dimitrios Chantzichristos att hållas i april.

Ambitionen är en ny utbildningsresa hösten 2022.

Marie Bixo/SFOG har under året hört av sig med frågor om en ev. fortbildningskurs för öppenvårdsgynekologer i SFOGs regi. En arbetsgrupp har tagit fram ett förslag och återkopplat det.

Utåtriktad verksamhet och information

Av naturliga skäl har det inte varit så många fysiska möten under första delen av 2021. Allmänt medlemsmöte har inte hållits.

Ekonomi

Ekonomi är stabil, intäkterna kommer från medlemsavgiften. Styrelsen har vid årsmötet 2020 getts fria händer för lämpligt arvode. Det är brukligt att styrelsen tar ut ett arvode i form av reducerat pris på utbildningsresan men detta år har styrelsen inte tagit ut något arvode.

OGU Obstetriker och gynekologer under utbildning

OGUs verksamhetsberättelse finns att läsa i sin helhet i Kvinnoläkaren #1.

OGUs verksamhet har skiljt sig en del 2020 jämfört med tidigare år till följd av covid-19 pandemin. OGU Styrelsen har haft 2 fysiska möten (inklusive strategimöte) och 3 möten i digital form.

OGU-enkäten har utformats och skickades ut början av året ut till OGU:s medlemmar. Resultaten har sammanställts och presenterats på verksamhetsmötet, under OGU-dagarna och i KL#4. Eksjö var värd för OGU-dagarna 2020. Konferensen fick pga covid-19-pandemin göras om till ett webinar och kortades ner till en dag. Temat var "Endometrios". På OGU-symposiet presenterades resultat från OGU-enkäten 2020.

Inför SFOG-veckan i Malmö förbereddes tre symposier i OGU:s regi samt en kvällsaktivitet. Kongressen fick pga pandemin ställas om till en förkortad digital form som ges i januari 2021. OGU

kommer då ha med ett av sina symposier "Kvinnohälsa: Mer än bara kropp och själ".

Efter samarbete mellan OGU:s och SFOG:s styrelse, Utbildningsnämnden, Benk-ARG och Ur-ARG har en checklista för vilka kirurgiska färdigheter en nybliven specialist förväntas ha fastslagits av SFOG:s styrelse. Denna finns tillgänglig på SFOG:s hemsida.

Covid-19 pandemins påverkan på ST-utbildningen har diskuterats och belysts på bl.a verksamhetsmötet i augusti.

Vad gäller internationellt samarbete har OGU representerats i Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology (NFYOG) och European Network of Trainees in Obstetrics and Gynecology (ENTOG). Majoriteten av mötena inom NFYOG och ENTOG har hållits digitalt. Årets ENTOG-utbyte blev pga pandemin inställt.

OGU har representerats även i SFOG:s styrelse, utbildningsnämnden, SNAKS, GynOp-registrets styrgrupp och vid årets två verksamhetsmöten.

Företaget har sitt säte i Stockholm.

Väsentliga händelser under räkenskapsåret

Inga väsentliga händelser har skett under året.

Flerårsöversikt (tkr)	2020	2019	2018	2017
Nettoomsättning	2 538	2 981	2 560	2 167
Resultat efter finansiella poster	1 060	341	352	525
Soliditet (%)	89	80	71	80

Förändring av eget kapital	Balanserat resultat	Årets resultat	Totalt
Belopp vid årets ingång	5 154 852	250 147	5 404 999
Disposition enligt beslut av årets årsstämma:	250 147	-250 147	0
Årets resultat		944 158	944 158
Belopp vid årets utgång	5 404 999	944 158	6 349 157

Resultatdisposition

Styrelsen föreslår att till förfogande stående vinstmedel (kronor):
från föregående år överfört eget kapital 5 404 999
årets vinst 944 158

	6 349 157
disponeras så att ny räkning överföres	6 349 157
	6 349 157

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

Resultaträkning	Not 1	2020-01-01 - 2020-12-31	2019-01-01 - 2019-12-31
Medlemsavgifter		2 196 800	2 416 600
Nettoomsättning		2 538 551	2 981 265
Övriga rörelseintäkter		17 357	1 625
Summa rörelseintäkter, lagerförändringar m.m.		4 752 708	5 399 490

Rörelsekostnader

	Not 1	2020-01-01 - 2020-12-31	2019-01-01 - 2019-12-31
ARG-verksamhet		-85 288	-363 839
Medlemstidning		-396 364	-303 502
Övriga externa kostnader		-2 743 867	-3 749 843
Personalkostnader	2	-1 175 245	-1 171 576
Av- och nedskrivningar av materiella och immateriella anläggningstillgångar		0	-4 904
Summa rörelsekostnader		-4 400 764	-5 593 664
Rörelseresultat		351 944	-194 174

Finansiella poster

Resultat från andelar i koncernföretag	700 000	500 000
Utdelningar	7 599	35 744
Räntekostnader och liknande resultatposter	0	-358
Summa finansiella poster	707 599	535 386
Resultat efter finansiella poster	1 059 543	341 212

Bokslutsdispositioner

Förändring av periodiseringsfonder	-36 000	30 000
Summa bokslutsdispositioner	-36 000	30 000
Resultat före skatt	1 023 543	371 212

Skatter

Skatt på årets resultat	-79 385	-121 065
Årets resultat	944 158	250 147

Balansräkning

	Not 1	2020-01-01 - 2020-12-31	2019-01-01 - 2019-12-31
TILLGÅNGAR			
Anläggningstillgångar			
Immateriella anläggningstillgångar			
Hyresrätter och liknande rättigheter	3	0	43 500
Summa immateriella anläggningstillgångar		0	43 500

Materiella anläggningstillgångar			
Inventarier, verktyg och installationer	4	0	0
Summa materiella anläggningstillgångar		0	0
Finansiella anläggningstillgångar			
Andelar i koncernföretag	5	50 000	50 000
Summa finansiella anläggningstillgångar		50 000	50 000
Summa anläggningstillgångar		50 000	93 500
Omsättningstillgångar			
Varulager m. m.			
Färdiga varor och handelsvaror		43 911	69 646
Summa varulager		43 911	69 646
Kortfristiga fordringar			
Kundfordringar		166 839	530 745
Övriga fordringar		198 623	72 564
Förutbetalda kostnader och upplupna intäkter		975 920	996 329
Summa kortfristiga fordringar		1 341 382	1 599 638
Kortfristiga placeringar			
Övriga kortfristiga placeringar		3 258 256	3 384 304
Summa kortfristiga placeringar		3 258 256	3 384 304
Kassa och bank			
Kassa och bank		3 319 496	2 664 389
Summa kassa och bank		3 319 496	2 664 389
Summa omsättningstillgångar		7 963 045	7 717 977
SUMMA TILLGÅNGAR		8 013 045	7 811 477
EGET KAPITAL OCH SKULDER			
Balansräkning	Not	2020-12-31	2019-12-31
Eget kapital	1		
Fritt eget kapital			
Balanserat resultat		5 404 998	5 169 852
Beslutade bidrag		0	-15 000
Årets resultat		944 158	250 147
Summa fritt eget kapital		6 349 156	5 404 999
Summa eget kapital		6 349 156	5 404 999
Obeskattade reserver			
Periodiseringsfonder		1 122 000	1 086 000
Summa obeskattade reserver		1 122 000	1 086 000
Kortfristiga skulder			
Leverantörsskulder		76 483	243 040
Övriga skulder		79 806	123 971
Upplupna kostnader och förutbetalda intäkter		385 600	953 467
Summa kortfristiga skulder		541 889	1 320 478
SUMMA EGET KAPITAL OCH SKULDER		8 013 045	7 811 477

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 upptagen till anskaffningsvärde minskat med eventuellt erforderliga nedskrivningar, avseende bestående värdenedgångar.

Not 2 Medelantalet anställda	2020	2019
Medelantalet anställda	2	2

Not 3 Hyresrätter och liknande rättigheter

Avser hyresdeposition	2020-12-31	2019-12-31
Ingående anskaffningsvärden	43 500	43 500
Inbetald hyresdeposition	0	0
Återbetalning hyresdeposition	-43 500	0
Utgående ackumulerade anskaffningsvärden	0	43 500
Utgående redovisat värde	0	43 500

Not 4 Inventarier, verktyg och installationer

	2020-12-31	2019-12-31
Ingående anskaffningsvärden	24 520	24 520
Utgående ackumulerade anskaffningsvärden	24 520	24 520
Ingående avskrivningar	-24 520	-19 616
Årets avskrivningar	0	-4 904
Utgående ackumulerade avskrivningar	-24 520	-24 520
Utgående redovisat värde	0	0

Not 5 Andelar i koncernföretag	2020-12-31	2019-12-31
Ingående anskaffningsvärden	50 000	50 000
Utgående ackumulerade anskaffningsvärden	50 000	50 000
Utgående redovisat värde	50 000	50 000

Stockholm

<i>Michael Algovik</i> Ordförande	<i>Christer Borgfeldt</i> Vice ordförande	<i>Helena Kopp Kallner</i> Facklig sekreterare	<i>Henrik Graner</i> Skattmästare
<i>Inger Sundström-Poromaa</i> Vetenskaplig sekreterare	<i>Ellika Andolf</i> Utbildningssekreterare	<i>Radha Korsoski</i> Redaktör för Kvinnoläkaren	<i>Marie Vikström Bolin</i> Kvalitetssekreterare
<i>Matilda Wådel</i> Ledamot	<i>Olof Alexandersson</i> Webbansvarig	<i>Kerstin Nilsson</i> Argus	<i>Marie Bixo</i> Adjungerad fortbildningssekreterare

Vår revisionsberättelse har lämnats
Crowe Osborne AB

<i>Christer Eriksson</i> Auktoriserad revisor	<i>Gerald Walltersson</i> Revisor
--	--------------------------------------

Årsredovisning för SFOG Utveckling AB

Styrelsen och verkställande direktören för SFOG Utveckling AB avger följande årsredovisning för räkenskapsåret 2020.

Årsredovisningen är upprättad i svenska kronor, SEK. Om inte annat särskilt anges, redovisas alla belopp i hela kronor (kr). Uppgifter inom parentes avser föregående år.

FÖRVALTNINGSBERÅTTELSE					Resultaträkning	Not	2020-01-01- 2020-12-31	2019-01-01- 2019-12-31
Verksamheten						1		
Allmänt om verksamheten					Rörelseintäkter, lagerförändringar m. m.			
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.					Nettoomsättning			
					Summa rörelseintäkter, lagerförändringar m.m.			
					Rörelsekostnader			
					Handelsvaror			
					Övriga externa kostnader			
					Personalkostnader			
					-743 999			
					Summa rörelsekostnader			
					Rörelseresultat			
					Finansiella poster			
					Räntekostnader och liknande resultatposter			
					Summa finansiella poster			
					Resultat efter finansiella poster			
					Bokslutsdispositioner			
					Förändring av periodiseringsfonder			
					Summa bokslutsdispositioner			
					Resultat före skatt			
					Skatter			
					Skatt på årets resultat			
					Årets resultat			
					TILLGÅNGAR			
					Balansräkning			
					Not			
					1			
					2020-12-31			
					2019-12-31			
					Omsättningstillgångar			
					Kortfristiga fordringar			
					Kundfordringar			
					Övriga fordringar			
					Summa kortfristiga fordringar			
					Kassa och bank			
					Kassa och bank			
					Summa kassa och bank			
					Summa omsättningstillgångar			
					SUMMA TILLGÅNGAR			
					EGET KAPITAL OCH SKULDER			
					Balansräkning			
					Not			
					1			
					2020-12-31			
					2019-12-31			
					Eget kapital			
					Bundet eget kapital			
					Aktiekapital			
					Summa bundet eget kapital			
					Fritt eget kapital			
					Balanserat resultat			
					Årets resultat			
					Summa fritt eget kapital			
					Summa eget kapital			

Obeskattade reserver		
Periodiseringsfonder	1 385 000	885 000
Summa obeskattade reserver	1 385 000	885 000
Kortfristiga skulder		
Leverantörsskulder	2 051 982	975 551
Skatteskulder	615 731	425 893
Övriga skulder	77 685	26 637
Upplupna kostnader och förutbetalda intäkter	1 461 399	1 487 015
Summa kortfristiga skulder	4 206 797	2 915 096
SUMMA EGET KAPITAL OCH SKULDER	8 065 569	5 491 063

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 boksluts-dispositioner och skatter.

Soliditet (%)

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

Not 2 Medelantalet anställda 2020 2019

Medelantalet anställda 0 0

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

Stockholm 2021

Henrik Graner *Christer Borgfeldt* *Michael Algovik*
Verkställande direktör Ledamot Ordförande

Min revisionsberättelse har lämnats 2021

Christer Eriksson Auktoriserad revisor

Ekonomisk kommentar från skattmästare

Ekonomiskt är verksamheten uppdelad i föreningen SFOG och det helägda aktiebolaget SFOG Utveckling AB.

SFOG Förening

Det ekonomiska rörelseresultatet (alltså summan av inkomster och utgifter) blev i föreningen ett överskott på 352 tkr, vilket var betydligt bättre än budgeterat. I budget räknade vi med ett rörelseunderskott på 750 tkr. Den stora skillnaden i utfall beror huvudsakligen på 2 faktorer varav den ena är Covid-pandemin och den andra är avräkning av medlemsavgift till NFOG. För att börja med den andra punkten upptäcktes under året att SFOG under ett flertal år debiterats för hög medlemsavgift av NFOG. Medlemsavgiften till NFOG är baserad på antalet medlemmar i den nationella föreningen med en summa för ordinarie medlemmar och en lägre summa för pensionsmedlemmar. Det upptäcktes att NFOG debiterat full avgift även för pensionärer. Efter förhandlingar med skattmästaren i NFOG beslutades att avgiften skulle rättas retroaktivt för 5 år vilket innebar att när denna summa avräknats blev årets medlemsavgift 0 kr istället för budgeterade 800 tkr. När det gäller Covid-pandemin har den lett till påverkan framför allt på utgiftssidan varav största posten är kostnaden för den inställda SFOG-veckan. Avbokningskostnaden för SFOG-veckan blev strax under 1,4 mkr inkl moms, vilket kunde finansieras till ca hälften (687 tkr) med fonderade medel från tidigare överskott vid SFOG-veckor. Covid-pandemin ledde också till minskade utgifter, framför allt för ARG-verksamhet och andra möten inklusive styrelsemöten.

Det budgeterade rörelseunderskottet var tänkt att täckas av aktieutdelning från SFOG Utveckling AB på 700 tkr för att nå ett nollresultat. Det totala överskottet för föreningen blev nu efter utdelningen drygt 1 mkr före skatt.

Föreningen har sedan tidigare ett ackumulerat överskott. Det är till stor del placerat i fonder med låg/medel-risk och är i dagsläget värt ca 5,9 mkr.

SFOG Utveckling AB

Verksamheten i företaget är helt inriktat på ST-kurser och gav 2020 ett överskott efter skatt på knappt 1,5 mkr. Storleken på överskottet var större än förväntat och större än för tidigare år. Orsak till att överskottet blev större än förväntat hänger som så mycket annat under året samman med Covid-pandemin. När pandemin slog till under våren ställdes många kurser rekordsnabbt om till digitala kurser istället för fysiska. För vissa kurser innebar detta avbokningsavgifter för lokaler, boende och mat. För andra kurser blev avbok-

ningarna kostnadsfria, vilket ledde till att det ekonomiska resultatet för vissa enskilda kurser blev oplanerat bra. För vissa kurser ledde digitaliseringen till ökade utgifter för kursledare eftersom detta sätt att ge kurs kan vara mer personalintensivt. Under hösten inleddes arbete med att justera kursavgifter efter de nya förutsättningarna, målet är inte att kursverksamheten ska generera så stort överskott som det blev 2020. Digitaliseringen ledde också till att deltagarantalet på vissa kurser blev högre än vanligt eftersom färre deltagare hindrades att delta pga besvärliga resor. I enstaka fall kunde också kurser överbokas eftersom den digitala tekniken möjliggjorde fler deltagare än tidigare planerat.

Av årets överskott avsattes 500 tkr till så kallad periodiseringsfond (finns nu knappt 1,4 mkr i dessa) som kan användas för att balansera eventuella framtida underskott. Styrelsen föreslår att största delen av vinsten efter skatt används till utdelning till föreningen under 2021 eftersom vi inte ser någon poäng med att ansamla mer kapital i företaget, summan föreslås bli 1,2 mkr.

Aktieutdelning på 700 tkr utbetalades under året till ägaren SFOG Förening. Denna utdelning var skattefri för föreningen eftersom ägaren är en ideell förening.

Budget 2021

Budget för innevarande år har justerats med lägre medlemsavgift till NFOG.

Även för 2021 budgeteras för att rörelseresultatet i föreningen blir ett underskott och att resultatet i företaget blir ett överskott. För att balansera dessa resultat planeras en utdelning på 1,2 mkr från företaget till föreningen.

Framåtblick

Styrelsen räknar med att det även framledes inte kommer att bli någon möjlighet för Stiftelsen att finansiera ARG-verksamheten utan att SFOG fortsatt får stå för detta. Med fortsatta utdelningar från företaget räknar styrelsen med att detta är möjligt. Förhoppningen är förstås att ARG-verksamheten ska kunna återgå till tidigare nivåer inkluderande fysiska möten.

Nästa år (2022) kommer en ny utgiftspost att tillkomma som följd av beslutet att bli medlemsförening i SLS. Kostnaden per medlem kommer att bli 140 kr, vilket ger en total kostnad på ca 280 tkr per år.

Medlemsavgiften

Styrelsen ser i nuläget ingen anledning att förändra medlemsavgiften. Avgiften föreslås fortsätta vara 1200 kr för ordinarie medlemskap och 600 kr för pensionär.

Valberedningens förslag till styrelse för SFOG 2022

Ordförande	Micael Algovik	Fortsatt mandat
Vice ordförande	Christer Borgfeldt	Fortsatt mandat
Facklig sekreterare	Sophia Brismar	Nyval 2 år
Vetenskaplig sekreterare	Inger Sundström Poromaa	Fortsatt mandat
Utbildningssekreterare	Sofie Graner	Nyval 2 år
Fortbildningssekreterare	Marie Bixbo	Omval 2 år
Skattmästare	Henrik Graner	Fortsatt mandat
Redaktör	Radha Korsoski	Omval 2 år
ARGUS	Kerstin Nilsson	Fortsatt mandat
Webmaster	Olof Alexandersson	Fortsatt mandat
Kvalitetssekreterare	Marie Vikström Bolin	Omval 2 år
OGU-representant	Kristin André	Nyval 2 år

Facklig sekreterare

Sophia Brismar Wendel



Jag föddes 1974 på Danderyds Sjukhus. Ett skolar i Kalifornien 1985-86 med familjen lärde mig att ansträngning i sig var något bra och kunde på riktigt förändra ens utgångsläge. 1992 började jag läsa medicin på Karolinska Institutet och tog examen 1998 efter 1,5 år som utbytesstudent i Frankrike och New Orleans/Jamaica. På det följde AT i Visby, ST på Danderyds Sjukhus och jag blev specialist i gynekologi och obstetrik 2005. Siktet var inställt på kirurgi och avhandlingen handlade om HPV och tumörprogression, men kärleken tog mig till Obstetriska sektionen, Kvinnokliniken i Tromsö i ett år, där jag blev obstetrikfrälst (och gravid). Sedan dess har jag varit tillbaka i Fredrikstad, Norge under tre småbarnsår, arbetat ett år på Södersjukhuset och lite i privat regi men drogs hela tiden tillbaka till Danderyds Sjukhus, där jag nu arbetar som förlossningsöverläkare sedan 2013.

Ären i Norge inspirerade mig att forska på sådant som vi gör olika, som sätesförlossning och episiotomi. 2017 fick jag ett VR-anslag för att driva EVA (Episiotomy in Vacuum Assisted delivery)-studien, vilket ändrade inriktningen på mitt arbetsliv. Jag gick från

uppdraget som sektionsschef till att driva forskningsprojekt tillsammans med doktorander och kollegor. Jag är på gott och ont ganska målinriktad, uthållig och gillar att driva fram saker, så trots en seg start är EVA-studien snart klar! Vetgirigheten är min passion; att söka svar och lösningar på alla sorters frågor som uppstår varje dag är något jag älskar, särskilt om det gäller praktiska saker som att förebygga sfinkterskador, laga en elsparkscykel eller göra tiramisu. Att projektleda husbyggen och renoveringar, umgås med familjen och springa är andra saker jag gillar att göra på fritiden.

Som facklig sekreterare i SFOG ska en föra protokoll vid styrelsens sammanträden, vid föreningens årsmöte samt vid verksamhetsmöten. En ska också bevaka den fackliga delen av föreningens verksamhet och svara för samarbetet med Läkarförbundet. Här hoppas jag att mina erfarenheter som gammal elevrådsordförande, sektionsschef, projektledare och ledamot i olika styrelser ska komma till pass. Jag tror att jag kan bidra med en vetgirig hållning, målmedvetenhet och framåtanda för vår förening!

Utbildningssekreterare

Sofie Graner



Hej alla kollegor i SFOG!

Jag heter Sofie Graner och har fått frågan om jag ställer upp till val som utbildningssekreterare för SFOG. Det vill jag gärna! Jag har suttit i utbildningsnämnden sedan 2015 och tycker att det är ett jättespännande och viktigt uppdrag att bidra till föreningens arbete med utbildningsfrågor. Jag har fått min kliniska fostran som gynekolog och obstetriker på Karolinska sjukhuset, framförallt på Solna, och min akademiska fostran vid Umeå Universitet där jag disputerade 2010. Sedan 2011 är jag anknuten till Centrum för Läkemedelsepidemiologi som är ett centrum vid Enheten för Klinisk Epidemiologi på Karolinska Institutet. Jag är sedan 2018 verksamhetschef för BB Stockholm, vid Danderyds Sjukhus. Före dess arbetade jag fem år som ST-läkarchef och studierektor för ST-läkare på Karolinska. Jag har också suttit flera år i Läkare utan Gränsers styrelse i Sverige.

Mitt privatliv består av maken Per, våra tre tonårssöner och en katt. Jag tycker om att segla och rida och umgås med vänner. Samt

att försöka läsa en bok lite då och då. Jag uppfattas som tydlig, och hoppas att jag kan är en öppen person som är hyggligt lätt att samarbeta med i olika grupperingar.

Om jag får ert förtroende att bli SFOG nästa utbildningssekreterare så kommer jag att verka för en fortsatt god kvalitet på ST-utbildningen inkl specialistexamen samt stödja fortbildningssekreteraren i hennes uppdrag med professionell utveckling för färdiga specialister. Vi har också ett stort arbete framför oss att bevaka att vår specialitet får adekvat utrymme i den nya läroplanen på läkarutbildningen. Tillsammans med OGU och SNÄV (Studierektorsnärverket) kommer utbildningsnämnden att fortsätta att ta de bollar som studsar in från olika håll när det gäller ST-utbildningen, och andra saker som kommer att dyka upp!

Väl mött på årsmötet i augusti. Om ni har frågor eller funderingar är ni varmt välkomna att mejla mig
sofie.graner@ki.se eller
sofie.graner@bbstockholm.se

OGU-representant

Kristin André



Hej! Jag heter Kristin André och är sedan ett år tillbaka vice ordförande i OGU och är nu nominerad till att vara OGU:s representant i SFOG:s styrelse. Jag är uppvuxen i Lund men flyttade snart till Edinburgh för att ta läkarexamen vid University of Edinburgh. Jag hann även med ett år av fördjupning inom Reproductive Biology innan jag flyttade tillbaka till Sverige för AT-tjänst i Eksjö. Härefter påbörjade jag min ST-tjänst inom gyn/obs och det har utan tvekan varit ett utav de bästa valen jag gjort. Jag har verkligen funnit min plats inom vår specialitet och aldrig ens funderat på alternativa karriärsvägar. Efter några fantastiska år i Eksjö flyttade jag och min man till Wellington på Nya Zeeland där vi jobbade under en kortare period innan vi slutligen bestämde oss för att återvända till Skåne och bosatte oss då i Helsingborg. Jag är nu inne på mitt tredje år av min ST och har nyligen börjat jobba igen efter att vår

dotter föddes i augusti 2020. Under det senaste året av styrelsearbete har jag fått en liten inblick i det jobb och engagemang som driver vår specialitet framåt och det har gjort mig både imponerad och inspirerad. Mycket har givetvis varit annorlunda det senaste året men jag ser därför ännu mer fram emot att få möjlighet att träffas och diskutera med kollegor runt om i landet. I arbetet med SFOG:s styrelse hoppas jag kunna bidra till att vi fortsatt utvecklar och strävar mot att förbättra vår ST-utbildning samtidigt som jag hoppas kunna ge perspektiv ur en ST-läkares synvinkel även i andra diskussioner.

Om våren, sätesförlossningar, friska ekosystem och rik obstetrisk mångfald

Nu är solen och värmen åter här i vårt kyliga land och trädgårdarna blommar igen. De gamla men ändå spännande diskussionerna är också tillbaka och blomstrar. Med denna text vill vi belysa både ett inlägg om sätesförlossningar i KL 1 (1) och en replik i KL 2 skriven av en erfaren obstetriker (2).

Mycket har hänt i sätesvärlden den senaste tiden. Upprätt sätesfödsel ersätter alltmer operativ förlossning i ryggsläge (3), maternella dödsfall pga sectio vid säte har beskrivits (4-5), en Cochrane review, RCOG rekommendationer, franska och kanadensiska riktlinjer har uppdaterats och blivit mer liberala (6 - 9), induktion av sätesförlossning kan övervägas (10), och hands-off trenden börjar ersättas med nya algoritmer som inte har hunnit studeras i RCT (11). Med andra ord vandrar jorden runt solen precis som förut. Frågorna som fortfarande är obesvarade och därför tas upp gång på gång är ju i grunden samma, så det är inte så konstigt att man kan få en känsla av déjà vu.

Det finns massvis med grenar, blad och knoppar i detta diskussionsträd kring sätesförlossningar, men tittar man på lite avstånd så går det att urskilja två huvudstammar, även om de är sammanflätade: 1 – Det är alltför farligt att föda i säte, det ska absolut inte kvinnorna göra, alla ska snittas; 2 – Det vore ju bra att erbjuda kvinnorna ett val men det är omöjligt under moderna förhållanden, med befintliga resurser, givet vårt obstetriska system.

Vi börjar med lite lägre hängande frukt. Det är något farligare för barn på kort sikt att födas vaginalt i säte än i huvudsläge. Det är väl få som ifrågasätter det. Det är därför vi i hela Sverige erbjuder vändningsförsök som förstahandsval vid sätesbjudning, även om konsensus kring detaljer om tidpunkt, kontraindi-

kationer och övervakning saknas (12). Det kommer dock ändå finnas kvar barn som ligger i säte vid förlossningstidpunkten och denna risksituation måste vi hantera.

Det är då tur att vi i Sverige har erfarenhet av att hantera andra riskförlossningar. Ta t ex vaginal förlossning efter tidigare kejsarsnitt. "Ett snitt – alltid snitt" är en bortglömd ramsa sedan länge och försök till en vaginal förlossning efter ett snitt rekommenderas brett, även om individuell bedömning såklart alltid måste göras. Eller tänk på en vaginal förlossning vid duplex, där det finns välkända risker framförallt för tvilling 2. Och vi ska inte glömma elefanten i rummet, nämligen en vaginal förlossning vid huvudbjudning. Hör och häpna, risken för intrapartal asfyxi och till och med perinatal död är högre än vid planerat kejsarsnitt (7).

Hur ska vi då göra vid tidigare snitt, duplex och säte? Ja, egentligen kanske till och med vid en "lågriskförlossning" (OBS inte "nollriskförlossning") i huvudsläge? Ska vi obstetiker liksom ovanifrån baserat på vår kunskap och erfarenhet bestämma detta och kvinnorna ska bara rätta sig efter det? Det ser vi som ett murket och föråldrat synsätt som borde ha utrotats från modern obstetrik för länge sedan. Tvångsoperationer ska verkligen tillhöra det förgångna. Det tror vi ändå att det finns konsensus om. Istället vore det bra att respektera den födande kvinnans autonomi och odla en terapeutisk

allians där läkaren ska vara expert på risker och behandlingar medan kvinnan är expert på sitt liv, sina värderingar och mål, varefter beslutet tas av kvinnan med stöd av professionen (13). Eller finnes det andra, bättre förslag kring vem som ska bestämma över kvinnornas kroppar i det moderna Sverige?

Och här kommer vi till nästa, lite svårare fråga: Vad vet vi egentligen om risker och vilken hjälp kan vi erbjuda? Här kan vi ha nytta både av en svensk HTA-analys och flertal riktlinjer och översikter från hela världen (6-9, 14). Även om kvalitén på studierna som finns mestadels är låg och man kan välja att lita på vissa (t ex prospektiva PREMODA (15)) mer än på andra (t ex retrospektiva registerstudier med bland annat selection och misclassification bias), håller slutsatsen för denna riskgrupp: Risken för barnet på kort sikt är högre vid vaginal sätesfödsel, men i absoluta siffror relativt låg. Uppskattningsvis sker ett fall av perinatal död av 500 vaginala sätesförlossningar jämfört med 1000 vaginala förlossningar i huvudbjudning och 2000 planerade snitt (7). Risken för barnet på lång sikt är samma eller till och med lägre vid vaginal förlossning (16). Maternella risker med snitt finns även om de inte är så vanliga och risker vid framtida graviditeter är också viktiga att tänka på, vilket ju togs upp i KL1 (1).

Vad rekommenderar vi då? Eller vad kan vi erbjuda? Ska vi tvinga kvinnor till ett "säkrare" (på kort sikt för barn)

alternativ, övertala och skrämja upp dem? Vad händer om sjukhusen slutar erbjuda professionell hjälp utifrån kvinnornas villkor och önskemål? Det kan vi ju med spänning iakttä på andra sida Atlanten, där riskförlösningar sker på sjukhusparkeringar och antalet hemförlösningar ökar vid säte, tidigare snitt och duplex som en reaktion på den kraftiga medikaliseringen (17). Vill vi verkligen dit eller finns det en annan väg?

Det är verkligen synd att "svenska obstetiker med få undantag inte har en stor klinisk erfarenhet när det gäller vaginalförlösning" (2). Om man bara kan

förlösa abdominellt, är frågan om man ens kan kallas obstetiker och om man inte bör se till att skaffa sig denna värdefulla erfarenhet istället för att vässa kniven. Men egentligen hoppas vi att denna mörka bild ändå inte stämmer. Vi känner i alla fall till kliniker där man har 24/7 tillgång till van läkare och barnmorska med erfarenhet av sätesförlösningar. Det är kanske dit som man bör remittera kvinnor som vill föda vaginalt, istället för att utsätta dem för kirurgiska och framtida obstetriska risker på grund av sin egen bristande kompetens.

Avslutningsvis vill vi ropa: Låt många

blommor blomma! Tack till alla er som gräver efter kunskap och evidens och odlar en mångfald i vårt obstetriska ekosystem, samt hjälper till att behålla ett varmt och fruktgivande samtalsklimat trots ostadiga vindar!

Julia Savchenko, Doktorand,
Överläkare, Medicinskt ledningsansvar
Förlösningen, Södersjukhuset
Sophia Brismar Wendel, Med Dr,
Överläkare, Medicinskt ledningsansvar
Förlösningen, Danderyds Sjukhus

Referenser:

1. Sätesförlösning: HTA-analys och patientinformation. Kvinnoläkaren nr 1, 2021
2. Replik till inlägg i KL1 Sätesförlösning. Kvinnoläkaren nr 2, 2021
3. Louwen F, Daviss BA, Johnson KC, Reitter A. Does breech delivery in an upright position instead of on the back improve outcomes and avoid cesareans? *Int J Gynaecol Obstet*. 2017 Feb;136(2):151-161. doi: 10.1002/ijgo.12033. PMID: 28099742.
4. Lawson GW. Report of a breech cesarean section maternal death. *Birth*. 2011 Jun;38(2):159-61. doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00463.x. Epub 2011 Mar 10. PMID: 21599739.
5. Schutte JM, Steegers EA, Santema JG, Schuitemaker NW, van Roosmalen J; Maternal Mortality Committee Of The Netherlands Society Of Obstetrics. Maternal deaths after elective cesarean section for breech presentation in the Netherlands. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86(2):240-3. doi: 10.1080/00016340601104054. PMID: 17364290.
6. Hofmeyr GJ, Hannah M, Lawrie TA. Planned cesarean section for term breech delivery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jul 21;2015(7):CD000166. doi: 10.1002/14651858.CD000166.pub2. PMID: 26196961; PMCID: PMC6505736.
7. Management of Breech Presentation: Green-top Guideline No. 20b. *BJOG*. 2017 Jun;124(7):e151-e177. doi: 10.1111/1471-0528.14465. Epub 2017 Mar 16. Erratum in: *BJOG*. 2017 Sep;124(10):e279. PMID: 28299904.
8. Sentilhes L, Schmitz T, Azria E, Gallot D, Ducarme G, Korb D, Mattuizzi A, Parant O, Sananès N, Baumann S, Rozenberg P, Sénat MV, Verspyck E. Breech presentation: Clinical practice guidelines from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020 Sep;252:599-604. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.03.033. Epub 2020 Mar 25. PMID: 32249011.
9. Kotaska A, Menticoglou S. No. 384-Management of Breech Presentation at Term. *J Obstet Gynaecol Can*. 2019 Aug;41(8):1193-1205. doi: 10.1016/j.jogc.2018.12.018. PMID: 31331608.
10. Gaillard T, Girault A, Alexander S, Goffinet F, Le Ray C. Is induction of labor a reasonable option for breech presentation? *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2019 Jul;98(7):885-893. doi: 10.1111/aogs.13557. Epub 2019 Feb 24. PMID: 30723903.
11. Reitter A, Halliday A, Walker S. Practical insight into upright breech birth from birth videos: A structured analysis. *Birth*. 2020 Jun;47(2):211-219. doi: 10.1111/birt.12480. Epub 2020 Jan 20. PMID: 31960492; PMCID: PMC7318698.
12. Savchenko J, Lindqvist PG, Brismar Wendel S. External cephalic version for breech presentation: The guideline landscape and a quest for an optimal approach. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020 Dec;255:197-202. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.10.019. Epub 2020 Oct 13. PMID: 33147532.
13. Kotaska A. Informed consent and refusal in obstetrics: A practical ethical guide. *Birth*. 2017 Sep;44(3):195-199. doi: 10.1111/birt.12281. Epub 2017 Mar 7. PMID: 28266081.
14. Term breech presentation - Caesarean section versus vaginal delivery . Health Technology Assessment, HTA report 2017:98. Available from: https://alfresco.vregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/734b7fde-a749-4659-8ca6-c66cc7a52702/2017_98%20HTA-rapport%20Sätesbjudning.pdf?a=false&guest=true
15. Goffinet F, Carayol M, Foidart JM, Alexander S, Uzan S, Subtil D, Bréart G; PREMODA Study Group. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. *Am J Obstet Gynecol*. 2006 Apr;194(4):1002-11. doi: 10.1016/j.ajog.2005.10.817. PMID: 16580289.
16. Whyte H, Hannah ME, Saigal S, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, Cheng M, Gafni A, Guselle P, Helewa M, Hodnett ED, Hutton E, Kung R, McKay D, Ross S, Willan A. Term Breech Trial Collaborative Group. Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the International Randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2004 Sep;191(3):864-71. doi: 10.1016/j.ajog.2004.06.056. PMID: 15467555.
17. Zafman KB, Stone JL, Factor SH. Trends in characteristics of women choosing contraindicated home births. *J Perinat Med*. 2018 Aug 28;46(6):573-577. doi: 10.1515/jpm-2018-0029. PMID: 29649001.

SVAR PÅ INLÄGG OM SÄTESFÖRLOSSNING

Insändaren av replik (KL 2) på inlägg om sätesförlossning börjar få rätt i att vaginal sätesförlossning inte längre hör hemma i svensk obstetrik. Men mestadels inte för att den är farlig för barn eller moder, utan för att svenska obstetriker har avhänt sig möjligheten att få gedigen erfarenhet på att handlägga den typen av förlossningar.

Det började med Boråsklinikens unika policy att förlösa alla sätesbjudningar med kejsarsnitt, som då definitivt inte var rätt. Så småningom blev även andra kliniker restriktiva och därmed fick färre och färre obstetriker erfarenhet av att förlösa sätesändläge eller snarare att låta de födas vaginalt. Fler och fler blev helt enkelt rädd för att handlägga den p.g.a. bristande erfarenhet och gjorde sectio i stället. Därmed minskade även underla-

get till att kunna skaffa erfarenhet.

Jag tycker att om man lyckas skaffa gedigen erfarenhet i handläggning av den typen av förlossning, behöver man inte hela tiden förlösa ett visst antal säten för att behålla den. Färdigheten sitter kvar. Jag utbildades i Ungern och jobbade där i flera år, innan jag flyttade till Sverige med 40–50 utförda sätesförlossningar i bagaget. Därefter hade jag ca 3–4 sätesförlossningar per år i 40 år utan problem eller komplikationer. Viktigaste är faktiskt att göra så litet som möjligt, förut-satt att det finns goda värkar.

Med tanke på att det inte finns några entydiga och oantastliga vetenskapliga bevis på (se tidigare angivna publikationer) att sätesförlossning är nämnvärd farlig för barnet, är det ett vällovligt initiativ av Sahlgrenska Universitetssjuk-

huset att ge grönt ljus till vaginala sätesförlossningar i väl selekterade fall, inte minst för att komplikationer till kejsarsnitt är ej försumbara, som tyvärr ofta glöms bort.

Tendensen är tyvärr ändå att erfarenhet av sätesförlossning hos obstetriker håller på att dö ut i Sverige. Men att vända en utveckling har hänt tidigare: kom ihåg hur Ingemar Ingemarsson i Lund lyckades få en renässans till användningen av tång, då man i Sverige nästan enbart använde VE (vacuumextraktion)!

Så vem vet vad framtiden bär i sitt sköte?

Antal Szabolcs

gynekolog-obstetriker

f.d. klinikchef KK, Södertälje

Vakuumaspiration – konsten att göra något bra när det behövs- och att koda rätt!

Kirurgisk abort och kirurgisk behandling i samband med missfall eller vid inkompleta abort under första trimestern ska göras med hjälp av vakuumaspiration (VA).

I Sverige idag finns följande åtgärds-koder för vakuumaspiration.

LCH 00 Exeres med vakuumaspiration – denna används vid primär kirurgisk abort

MBA 00 Exeres med vakuumaspiration vid missfall eller efter förlossning

LCH 13 Exeres med vakuumaspiration eller curettage efter medikamentellt inducerad abort- används vid VA efter medicinsk abort pga inkomplett abort

I samband med vår ST-kurs i abort och antikonception framkom även en ytterligare kod ”DL009 Vakuumaspira-

Ingrid Sääv, sekr FARG,
Helena Kopp-Kallner, Ordf FARG,
Kristina Gemzell-Danielsson,
Prof KBH KI och **Jan Brynhildsen**,
Prof Örebro Universitet

tion, icke kirurgisk tömning av missfalls- eller abortrester från uterus-kaviteten med sugkateter” som tydligen tillkommit på begäran då man ansåg att man ”behövde en enklare åtgärd för de patienter som inte togs till operation för vakumaspiration”. Detta har skett utan att SFOG centralt eller FARG har konsulterats.

Vi har nu begärt att denna kod ska utgå eftersom den utgör en icke eviden-baserad kodning och heller inte existerar

enligt internationell praxis. Argumenten för detta anföras nedan.

Enkla kit med engångsutrustning, tunna katetrar och manuellt vacuum må förenkla om man behöver utrymma uterus-kaviteten på akuten eller mottagningen. Det förändrar dock ej att åtgärden är en kirurgisk evakuering av abortrester. Adekvat smärtlindring efter behov ska alltid erbjudas. Det är också viktigt att vi med hjälp av korrekta koder kan följa upp kvaliteten på vården i samband med abort och missfall, och att kunna analysera ev förändring i användande av ytterligare medicinsk behandling respektive kirurgisk intervention vid/efter missfall och efter inducerad abort. Att plocka ut synliga rester ur cervix på akuten eller mottagningen behöver ej kodas.

Vakuumaspiration kan vara antingen manuell (MVA) eller elektrisk (EVA). Båda är dock kirurgiska metoder och vakuumkanalerna är samma vid manuell vakuumaspiration och elektrisk vakuumaspiration. Det enda som skiljer metoderna är hur man uppnår undertrycket - manuellt eller elektriskt. Man kan likna de olika metoder med situationen vid kiwi-klocka och vanlig klockanläggning med elektriskt vakuum vid förlossning. Manuell vakuumaspiration och elektrisk vakuumaspiration är lika effektiva och har samma typ och frekvens av komplikationer vid primär kirurgisk abort och vid inkompleta aborter och missfall - dvs de är likvärdiga, vilket också fastslagits av WHO (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe-abortion/clinical-practice-safe-abortion/en/>). Samma behov av förbehandling av cervix (priming) och smärtbehandling gäller för båda alternativen.

Då metoderna är likvärdiga enligt all tillgänglig litteratur - ska manuell vakuumaspiration kodas som LCH 00, LCH 13 eller MBA 00 - precis som den elektriska.

Hur ska man utföra en evidensbaserad vakuumaspiration?

I samband med våra kurser framgår också att ST-läkare ofta får en utbildning i hur man utför vakuumaspiration som inte motsvarar högsta evidens. Vi vill därför ta tillfället i akt att uppdatera angående metod/procedur för vakuumaspiration:

Samtliga patienter bör erhålla medicinsk cervixpriming med misoprostol. Detta har, förutom att förenkla dilatation av cervix, även effekt genom att minska risk för blödningskomplikation och risk för rester och infektion efter VA. Uteruskontraktionen efter misoprostolbehandlingen kan även förenkla ingreppet och göra att perforationsrisken minskar då uterus drar ihop sig. Misoprostol kan administreras sublingvalt en timme innan operation eller vaginalt (om patient inte blöder) 3 timmar preoperativt för maximal effekt. Effekten vid sublingval administration börjar dock redan vid 10

minuter, varför det sällan finns skäl att avstå att ge detta - även vid akut vakuumaspiration. Vid behov av mer uttalad dilatation kan mifepriston 200 mg ges 24-48 timmar innan operationen. Misoprostol administrerat rektalt har minimalt upptag och i stort sett ingen effekt. Misoprostol ska därför inte administreras rektalt på någon indikation, vare sig gynekologisk eller obstetrisk.

Vaginaltävätta inte. Detta saknar evidens. Vid ingreppet inleder man med att sätta Schröder/Bowins tång på portio för att kunna applicera ett lätt drag och därigenom räta ut uterus - detta är speciellt viktigt vid kraftigt ante- eller retroflektad uterus.

Sugkatetern förs in genom cervix - man kan både vid primärt abortingrepp, vakuumaspiration efter missfall och efter medicinsk abort prova att introducera sugkatetern direkt utan föregående mekanisk dilatation. Ofta är patienten tillräckligt dilaterad medicinsk efter misoprostol. Om ej får dilatation utförs mekaniskt. Uterus ska ej sonderas eller mätas med uterussond innan ingreppet utförs.

Först när sugkatetern förts in genom inre modernmunnen appliceras undertrycket, men utan att katetern trycks upp för att "bottna" i fundus. Detta uttryck bör inte användas. Därefter roteras katetern tills abortrester kommer i sugen. Undvik att dra katetern ut och in genom cervix innan ingreppet är färdigt. Sk "muskelskramp" skall INTE eftersträvas. Inte heller behöver man "trycka sugen" utmed uterusväggen för att tömma kaviteten. Man bör normalt sett ha tömt kaviteten inom fåtal minuter. Hur lätt och snabbt det går att tömma kaviteten beror på vilken storlek på sug som operatören valt. Det vanligaste misstaget är att välja en för liten sug vilket ökar behovet att av dra ut sugen och plocka abortrester i cervix samt ökar risken för inkomplett abort.

WHO rekommenderar följande sugstorlekar:

Graviditetsvecka 7-9 sugstorlek 5-10 och graviditetsvecka 9-12 sugstorlek 8-12. Ofta utförs kirurgiska aborter i Sverige i

v 8-12 och då väljer man lämpligen 8:ans sugkurett till v 9 och 10:ans sugkurett i senare graviditet. Vid VA i v 11 kan man behöva göra ett ultraljud för att förvissa sig om att man fått med större fosterdelar.

Efter avslutad VA behövs inget ytterligare kirurgiskt ingrepp. "Skrap" av livmodern även med trubbig kurett ska undvikas. Man ska heller inte "fiska med ringtång". Detta är en gammal tradition som det inte längre finns behov av och som dessutom innebär en perforationsrisk. Är du osäker på om du har tömt bör du istället göra ett ultraljud av kaviteten och vi uppmanar samtliga avdelningar att ha ett ultraljud tillgängligt på operation.

I samband med vår ST-kurs i abort och antikonception följer vi upp kvaliteten på undervisningen i preventivmedelsrådgivning och kan konstatera att mycket blivit väldigt mycket bättre med åren. Vi hoppas att vi framgent även ser hur utbildningen i hur man utför vakuumaspiration ska bli bättre och kodningen korrekt även om ingreppet blir alltmer ovanligt - vilket vi ju enbart ser som positivt!



Saker du inte ska göra:

- Vaginaltävätta
- Sonda
- Bottna
- Trycka sugen mot uterusväggen
- Känna "muskelskramp"
- Skrapa med trubbig kurett



Svenskt nätverk för nationella kliniska studier inom Ob/Gyn

Härmed vill vi informera om tre nya SNAKS-studier

En av studierna, VEMA, önskar fler deltagande svenska siter, se nedan!

Vidare vill vi uppmärksamma forskare på att vi helst vill få ansökningar om att få en studie prövad för att erhålla SNAKS-stöd i ett skede när forskningsplanen är skriven, men innan ansökan skickas in till etikprövningsmyndigheten. Avsikten med detta är att studieupplägg då fortfarande kan diskuteras och eventuellt justeras. Se SNAKS hemsida: <https://www.snaks.se/hur-blir-en-studie-en-snaks-studie/>

Resterande SNAKS styrgruppsmöten år 2021 där vi kan diskutera studier är planerade till den 24 maj, 10 september och 23 november. Studieförslag måste inkomma senast en månad innan mötet för att kunna tas upp.

Verena Sengpiel, verena.sengpiel@obgyn.gu.se
ordförande SNAKS

1) VEMA – Efficacy of Very Early Medical Abortion – a randomized controlled non-inferiority trial

Bakgrund Medicinsk abort med en kombination av Mifepristone och Misoprostol utvecklades av vår forskargrupp på 1980-talet och har sedan dess visats vara säker, effektiv och ha hög acceptans hos kvinnor för avbrytande av oönskad graviditet. Dock finns endast ett fåtal studier på medicinsk abort vid mycket tidig gestation, innan intrauterin graviditet kan bekräftas med ultraljud. Dessa studier har inkonklusiva resultat om effektivitet av behandlingen och det finns även en oro för vad som händer om kvinnan har en odiagnostiserad extrauterin graviditet. Samtidigt ökar andelen kvinnor som söker abort i mycket tidig graviditet. I nuläget finns ej tillräcklig kunskap för att veta om det är säkert och effektivt att erbjuda dessa patienter behandling direkt eller om behandlingen ska fördröjas tills intrauterin graviditet bekräfts.

Metod VEMA (Very Early Medical Abortion) är en randomiserad kontrollerad multicenter studie som ska utvärdera effektivitet och säkerhet vid medicinsk abort vid mycket tidig gestation innan intrauterin graviditet kan bekräftas med ultraljud. Deltagare randomiseras till antingen intervention omedelbar start av medicinsk abort (intervention) eller fördröjd start tills synlig graviditet (kontroll). Primärt utfall är komplett abort definierat som ej fortsatt graviditet eller behov av excises för inkomplett abort. Sekundära utfallsmått inkluderar säkerhet, medicinsk behandling för inkomplett abort, acceptans, smärta, blödning.

Deltagare Kvinnor utan kontraindikation till medicinsk behandling som söker abort i tidig gestation (<6+0) där intrauterin graviditet ej kan bekräftas med ultraljud och som samtycker till deltagande för studien.

Deltagande enheter Multicenterstudie med flera siter i Sverige (Umeå, Linköping, Danderyd, SÖS, Karolinska, Södertälje, Göteborg, Malmö) och även internationella siter (Skottland, Finland, 2021 planeras även studiestart i Australien, Nepal och Norge).

Projekttid Studiestart 2019, planerad rekrytering initialt tom 2021 men pga långsam rekryteringstakt på en del siter så har vi nu utökat antal siter samt förlängt rekryteringsperioden till totalt 4 år.

Vi ser gärna fler svenska siter om intresse finns och patientunderlag med minst ca 1000 aborter/år.

Totalt planeras 1500 kvinnor rekryteras till studien, i nuläget har vi rekryterat 370+ patienter

Studien är finansierad med bidrag från VR-behandlingsforskning

Ansvarig forskare Kristina Gemzell Danielsson (kristina.gemzell@ki.se)

Doktorand Karin Brandell (karin.brandell@ki.se)

2) MEPIC2 - Mepivacaine for pain relief at insertion of intrauterine contraception (MEPIC) – a double-blind randomized controlled trial

Bakgrund Önskad graviditet leder till stora konsekvenser för samhällen och för individer. Därför är tillgång till och användning av säkra och effektiva preventivmedel viktigt. Spiral är extremt effektivt och har högst användarnöjdhet och fortsatt användning. Många väljer bort spiral pga rädsla för smärta vid insättningen. Det finns idag ingen effektiv metod för smärtlindring vid spiralinsättning som är både lätt att använda och som har en hög acceptans hos kvinnor.

Metod Vi publicerade 2019 resultaten från en dubbelblind randomiserad studie (DOI: 10.1016/j.contraception.2019.02.003) där kvinnor fick antingen 10 ml Mepivacain (10mg/ml) eller NaCl instillerat i livmoderhålan via en hydrosnografikater (1.6 mm) inför spiralinsättningen. Studien visade goda resultat avseende acceptans för metoden och en signifikant effekt på totalupplevelsen och vid sondning, men nådde inte statistisk signifikans på smärta vid själva insättningen. I MEPIC 2 använder vi samma metod men högre koncentration Mepivacain

(20 mg/ml). Primärt utfallsmått är smärtpoäng på 100 mm VAS vid spiralinsättningen.

Deltagare Friska kvinnor som inte fött barn, som inte har några kontraindikationer för spiral, som inte redan använder spiral.

Vi utför två delstudier eftersom spiralers införare har olika storlek och ger upphov till olika smärta. Patienter som önskar Mirena inkluderas i ena studien (n=150) och de som önskar kopparspiral, Jaydess eller Kyleena inkluderas i den andra (n=370). Sammanlagt behöver vi 520 studiedeltagare.

Deltagande enheter Ungdomsmottagningar inom SLSO, Falun ungdomsmottagning, Rättvik ungdomsmottagning och barnmorskemottagning.

Projekttid Rekrytering av studiedeltagare påbörjas i april 2021.

Ansvarig forskare Helena Kopp Kallner
(helena.kopp-kallner@ki.se)



3) INTRAM – Immediate versus delayed insertion of intrauterine contraception after medical abortion

Bakgrund Nära hälften av de ca 37 000 aborter som årligen utförs i Sverige gäller kvinnor som även tidigare genomgått minst en abort. Då ovulation kan ske redan en vecka efter en abort är det av stor vikt att kunna erbjuda start av ett effektivt preventivmedel skyndsamt efter en abort.

Medicinsk abort är idag den vanligaste abortmetoden. Spiraler tillhör de mest effektiva och uppskattade preventivmedlen och väljs av ungefär var tredje kvinna i samband med abortrådgivningen. Eftersom spiral rutinmässigt sätts in vid ett återbesök efter en medicinsk abort och många kvinnor då uteblir, leder det till risk för ännu en oönskad graviditet. Spiralinsättning direkt efter en medicinsk abort skulle kunna leda till att fler kvinnor får en spiral insatt och därmed förbättra många kvinnors hälsa.

Metod En randomiserad kontrollerad multicenterstudie som undersöker om spiralinsättning inom 48 timmar efter en medicinsk abort är bättre än rutinmässig insättning vid ett återbesök efter två till fyra veckor. I studien undersöks hur effektivt en ny oönskad graviditet kan undvikas, säkerhetsaspekter (utstötning,

perforation, blödning, infektion och andra biverkningar) och hur kvinnor och vårdgivare upplever spiralinsättningen. Uppföljningen sker med enkäter. Primärt utfallsmått är andelen kvinnor som använder spiral vid sex månader efter aborten.

Deltagare Kvinnor ≥ 18 år som ska genomgå medicinsk abort och som valt spiral som preventivmedel efter aborten. Totalt ska 720 patienter inkluderas.

Deltagande enheter Danderyds sjukhus, Falun, Helsingborg, Uppsala, Huddinge, Södersjukhuset och Östra sjukhuset deltar. Ytterligare enheter kan komma att ansluta.

Projekttid Den första patienten rekryterades januari 2019. I februari 2021 inkluderades den sista patienten med tidig gestationslängd ($\leq$ v. 9+0). Idag fortgår rekrytering av patienter med gestationslängd $\geq$ v. 9+1.

Ansvarig forskare Helena Kopp Kallner
(helena.kopp-kallner@ki.se)

Doktorand Sara Hogmark (sara.hogmark@ki.se)

Utbildningsdag för team kring patienter med långvarig bäckensmärta

Var: Webbutbildning från Bäckensmärt enheten, Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset i Linköping,

När: 210924 kl 9-15

För vilka: Team med läkare, fysioterapeuter, psykologer, kuratorer, sjuksköterskor och andra som arbetar i eller vill starta multidisciplinära team kring patienter med långvarig bäckensmärta.

Nya och gamla team välkomnas!

Kostnad: 2000 kronor per team

Program:

- Medicinsk bakgrund, evidens kring utredning och behandling av långvarig bäckensmärta
- Den biopsykosociala modellen
- Psykologen/Psykosociala teamets roll
- Fysioterapeutens roll
- Organisationens betydelse
- Erfarenheter från Bäckensmärt enheten och multidisciplinärt samarbete i Linköping
- Fallbeskrivningar
- Erfarenhetsutbyte mellan enheterna, tips och tricks

Anmälan: vårdadministratör Christel.fransson@regionostergotland.se

Välkomna!

Eva Uustal gynekolog, Thilda Nilsson, fysioterapeut, Catrin Gunnarsson, psykolog
Bäckensmärt enheten, Kvinnokliniken Universitetssjukhuset i Linköping

ÅRS AVGIFTER

Medlemsavgift SFOG

1200:-

Inkluderar medlemskap i NFOG samt prenumeration på

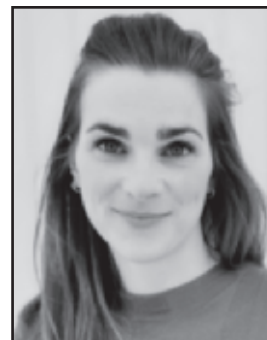
Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavia samt

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

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

600:-

OGUs ordförande informerar



Bästa kollegor!

Tack för trevliga OGU-dagar! Ystad-gänget hade verkligen gjort ett bra jobb för att vi även under ännu ett pandemi-år skulle kunna få ta del av ett intressant och lärorikt innehåll som också inkluderade visst inslag av socialt umgänge. Tack återigen organisationskommittén Ystad! Utöver föreläsningar kring partus normalis hann vi även med årsmötet där förändringar i styrelsesammansättningen genomfördes. Tack till Hanna Reimerson, Caroline Lyssarides och Mehreen Zaigham för allt ert engagemang i OGUs styrelse! Och välkommen till Barry Macdonald, Rasha Polcer och Irma Mehmedagic till OGUs styrelse! För mer information kring årets OGU-dagar, se referatet i detta nummer.

Något annat som kom upp på årsmötet och som OGUs styrelse har varit involverad i är förändringen i anmälan till ST-kurser. Det har visat sig vara en nästintill omöjlig uppgift för SFOGs kansli att distribuera kursplatserna på så sätt att det passar alla ST-läkare med avseende på hur långt man kommit i sin ST, vad man har för övriga utbildningsmässiga aktiviteter inplanerade, ej är i klinisk tjänst etc. Man har blivit tvungen att försöka hitta en annan lösning och har då landat i ett system där ST-läkaren själv söker de kurser som är aktuella, prioritering till kursplats sker enligt förutbestämda kriterier. Kurspaketet kommer inte att förändras och SFOG ämnar bevaka så att det ska finnas tillräckligt med kursplatser. Förhoppningen är att denna förändring kommer ge kansliet mer tid som de kan lägga på att få kursverksamheten att

flyta på så smidigt som möjligt. Detta ger också ST-läkare (tillsammans med studierektor och verksamhetschef) chans att planera in kurser på så sätt att de passar med de erfarenheter man skaffat sig och övriga placeringar. Ni kommer eller har redan fått mer praktisk information kring det förändrade anmälningsförfarandet. Vi kommer naturligtvis löpande bevaka hur det flyter på men också göra en mer formell utvärdering efter 2 år.

I april hade SFOG sitt årliga strategimöte. En punkt på agendan var naturligtvis ST-utbildningen och hur SFOG kan verka för en ännu bättre sådan. Ett område som OGU redan arbetar med är påverkan av centralisering och/eller utlokalisering av kirurgi på den kirurgiska utbildningen för ST-läkare. SFOG delar oron för att detta har en negativ inverkan ur ett utbildningsperspektiv, ställer sig bakom OGUs initiativ att kartlägga saken närmare, kommer verka för att lyfta frågan i olika sammanhang och fortsatta samarbete i frågan tillsammans i SKRÅ (Svenskt Kirurgiskt Råd).

Vidare diskuterades källan till teoretisk kunskap för ST-läkare. Det finns en litteraturlista på SFOGs hemsida (Utbildning & ST-utbildning, längst ner på startsidan) men denna är minst sagt i behov av en uppdatering (med tanke på att den är från 2010). Den ska uppdateras, så håll utkik på hemsidan! Något annat som används av många ST-läkare som inläsningsmaterial är våra ARG-rapporter. ARG-verksamheten och formen för denna diskuterades flitigt under strategimötet. Problemet med ARG-rappor-

terna är att många börjar bli till åren och som det nu är utformat krävs stort arbete för att uppdatera dessa. Fick jag som ST-läkare önska, så skulle det komma fler rapporter som den Endometrios-ARG nyligen producerat vilken ligger uppe på hemsidan (under Råd/Riktlinjer) - online och med uppdelning i olika kapitel. Toppenbra!

Några andra punkter vi diskuterade på strategimötet var i korta drag: ST-SPUR-inspektionerna (kan informationen från dessa utnyttjas ytterligare?), frågor till nästa årsrapport (plan på att inkludera frågor kring primärjourverksamheten), ST-examen (hur ska vetenskapligt förhållningsätt examineras) och ST-kurserna enligt ovan.

Så sammanfattningsvis kan man säga vi har en specialistförening som är mån om att jobba för en bra ST-utbildning och där OGU går i spetsen för att föra arbetet framåt. Säkert sitter ni själva med frustrationer över sådant som inte fungerar bra och med idéer och förslag kring områden där förbättringar skulle kunna göras. Snälla, dela med er av era synpunkter! Kontaktuppgifter till alla i OGUs styrelse finns på hemsidan.

Matilda Wådell
Ordförande OGU

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/

OGU-dagarna 2021

Ystad

Årets OGU-dagar, under superb organisation av en grupp ST-läkare och nyblivna specialister från Ystad, gick av stapeln 19-20/4. Många av oss hade hoppats innerligt på att få träffas på riktigt på Ystad Saltsjöbad och ha en riktig konferens i år, då förra årets OGU-dagar i Eksjö snabbt fick ställas om till digital form på grund av pandemin. På grund av fortsatt rådande situation togs det tidigare i år beslut om att även årets OGU-dagar skulle ske i digital form, vilka genomfördes galant. Vi fick två fantastiskt bra dagar fyllda med utbildning, digitala fikan, quiz och yoga!

Partus normalis

Temat för årets OGU-dagar var partus normalis (PN). Vad innebär då det? En snabb påminnelse: PN = enkelbörd, mellan 37+0 och 41+6 veckor, där det vid förlossningens start inte föreligger några medicinska riskfaktorer som bedöms kunna påverka förlossningens förlopp eller utfall, spontan värkstart, komplikationsfritt förlossningsförlopp, där barnet

föds spontant i huvudbjudning, och till sist där mor och barn mår bra efter förlossningen.

Dag 1

Första dagen började med att barnmorskorna Bodil Herrlin Hedin och Annika Persson från Ystad berättade om barnmorskan, pionjären och avdelningsföreståndare vid Ystads BB från mitten av 70-talet, Signe Jansson, och hennes revolutionerande arbete för förlossningsvården i Sverige. Från att förlossningssalen var läkarens och barnmorskans revir, skulle den födande kvinnan få makt över sin förlossning och själv styra förlossningsarbetet. Papporna blev nu också insläppta i förlossningssalen. Signe arbetade för att förbereda de blivande föräldrarna inför förlossningen med hjälp av psykoprofylax och föräldragrupper. En bra förlossningsupplevelse skulle stärka föräldrarnas anknytning till barnen, resonerade Signe. Mycket av det Signe förespråkade ligger till grund för hur vi jobbar idag.

Marie Carlsson Fagerberg, disputerad överläkare i Ystad, övergick därefter till att prata om de faktorer som samspelar och påverkar chanserna för PN efter tidigare kejsarsnitt (eng. VBAC - vaginal birth after cesarean). Vi fick höra om arbetet med framtagningen av ett hjälpverktyg för att kunna beräkna sannolikheten för en kvinna att föda vaginalt efter ett tidigare kejsarsnitt utifrån en validerad prediktionsmodell (Fagerberg MC et al, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2015). Förlossningsplanering efter ett tidigare kejsarsnitt kan vara komplext. Många med mig tror jag skulle bli väldigt glada att ha ett sådant verktyg att ta hjälp av.

Marie Blomberg, professor i obstetrik och gynekologi i Linköping, tog därefter över för att prata om konsten att arbeta i team som läkare och barnmorska och med den födande i fokus. Vi fick även möjlighet att höra hur barnmorskor och läkare, som spelat in korta videoklipp, resonerade kring teamarbete kring en



födande, och exempelvis påminde oss om att "alla förlossningar (läs även högrisk-förlossningar) har normala komponenter" och "har vi bara en hammare, ser alla problem ut som spikar" för att poängtera att använda oss av alla professioners kompetenser på förlossningsrummet. Mot slutet av föredraget blev vi indelade i digitala "break-out rooms" för att diskutera vad en fungerande teambaserad förlossningsvård är och vad som krävs för att den ska fungera.

Birgitta Essén, professor i internationell kvinno- och mödrhälsovård vid Uppsala universitet, pratade om den inkluderande förlossningskonsten och att maternell- och perinatal morbiditet är kopplad till socio-kulturella faktorer och hur forskningen gång på gång påvisar att kvinnor med utländsk bakgrund, särskilt kvinnor från söder om Sahara, har en högre mödradödlighet jämfört med svenskfödda kvinnor, dels på grund av bristande kommunikation (använd alltid tolk!) men också på grund av 'doctor's delay' där man exempelvis inte upptäckt/diagnosticerat hjärtfel (använd stetoskopet mer!), andra medfödda sjukdomar, tuberkulos eller preeklampsi i tid.

Näst på tur var barnmorskan Hanna Ulfsdottir, som disputerade 2019 vid Karolinska Institutet med en avhandling om vattenförlossningar. Det finns anekdoter om att vattenförlossningar skedde redan under antikens Grekland. År 2019 var det tre förlossningskliniker i Sverige som erbjöd vattenfödsel. Samma år kom en svensk HTA (Health Technology Assessment)-analys där man utvärderade det vetenskapliga underlaget för besvara frågan om vattenförlossning är säker för barnet när modern är en frisk kvinna med en okomplicerad fullgången graviditet med okomplicerat förlossningsförlopp. Svaret på ställd fråga lød: ja, med måttligt starkt vetenskapligt underlag för barnets räkning och begränsat vetenskapligt underlag för modern. Vattenfödsel kan vara ett alternativ för kvinnor som önskar en mer naturlig födsel på sjukhus och ett sätt att normalisera lågriskförlossningar genom att undvika onödiga interventioner.

Christine Rubertsson, barnmorska på Skånes Universitetssjukhus, avslutade dagen med att föreläsa amning. För många inom vår profession är det kanske personliga erfarenheter som är vår enda kunskap kring amning. Vi har många gånger fått höra att det är SÅÅ bra med bröstmjolk men sällan fått förklarat varför. Christine berättade om många fördelar både för barn och mor (och miljö!). Vi fick även mer praktiska råd vid olika amningsbekymmer som kan uppstå. Mycket nyttigt!

Efter en lång dag med föreläsningar fick deltagarna möjlighet att delta i en instruktionsledd digital yogaklass, vilket var mycket ett mycket uppskattat moment!

Dag 2

Andra dagen började med att Anna Bonnevier, specialistläkare i Ystad som forskar på om det verkligen spelar någon roll att födas några veckor för tidigt. Cirka 6% av alla levande barn föds före vecka 37+0. Hon berättade att i vecka 34 väger hjärnan ca 60% av en fullgången hjärna och ca 25% av cerebellums tillväxt sker efter vecka 35. Så ja, varje vecka är viktig. Vi fick höra om risker på kort sikt såsom andningsstörningar, behov av andningshjälp, hypoglykemi och neonatalvård, och risker på lång sikt såsom ökad morbiditet, mortalitet och psykisk ohälsa. Så vad ska vi göra av denna kunskap – jo, orsaka inte en iatrogen för tidig födsel om det inte är medicinskt indicerat!

Ola Andersson, överläkare i neonatologi på Skånes universitetssjukhus och forskare vid Lunds universitet, talade under titeln "Orörd navelsträng efter förlossningen låter ju fint – men är det verkligen alltid bra?". Efter en kunskapskoll av deltagarna via mentimeter fick vi bland annat höra om vad vi ännu inte vet om navelsträngsflöde och när och var artärer och ven faktiskt stängs eller hur det går till, samt hur länge man skall vänta innan man klipper navelsträngen hos vaginalförlösta och kejsarsnittsförlösta fullgångna och underburna nyfödda för att fylla på barnets järndepåer, vilka är väsentliga för deras fortsatta utveckling.

Vi fick också höra om eventuella risker med extremt sen avnavling och att det kan tänkas leda till anemi hos barnet beroende på placentans placering (se Nya Rön, Läkartidningen 4-5/2021), samt att eventuell mjölkning av navelsträngen skall göras med försiktighet hos fullgångna och aldrig hos prematurer då detta kan leda till allvarlig intraventrikulär hjärnblödning.

Sista föreläsningen för temat hölls av barnmorskan MarieLouise Müller från Lund, som talade och förevisade Rebozo, som är en lång handvävd sjal med ursprung från Mexico, vilken används för att få till avslappning och vila innan, under eller efter förlossningen och främja partus normalis.

Årsmöte

Under andra dagen hölls även OGU:s årsmöte där verksamhetsåret som gått gick igenom. Under mötet valdes Irma Mehmedagic, Barry Macdonald och Rasha Elahmad in i OGU:s styrelse – varmt välkomna! Under en fin ceremoni tackade ordförande Matilda Wådel av Caroline Lyssarides, Hanna Reimerson och Mehreen Zaigham för deras utmärkt arbete i styrelsen – ni är redan saknade!

OGU-symposium

Årets OGU-Symposium var tillägnat Covid-19:s påverkan på vår ST-utbildning. Seminariet inleddes av att Matilda Wådel och Mehreen Zaigham presenterade preliminära resultat från en delenkät i COPE Staff, som skickats ut till ST-läkare i obstetrik/gynekologi, neonatologi och infektionsmedicin. Av de 90 ST-läkare som hittills svarat, hade nästan alla svarat att pandemin hade påverkat deras ST-utbildning på ett eller annat sätt och ca 1/10 rapporterade att deras ST skulle bli förlängd på grund av pandemin. En av fyra hade blivit omplacerad under pandemin till andra avdelningar. Många har också rapporterat om att de är oroliga för sin ST-utbildning och många har fått operera mycket mindre än vad som varit tänkt. Detta är otroligt viktig information och OGU:s styrelse i samarbete med forskare ur COPE Staff

kommer att fortsätta att titta närmare på detta. Madeleine Liljegren, ordförande i SYLF, deltog under seminariet och berättade om resultaten från de undersökningar som hittills gjort på nationell nivå för ST-läkare under pandemin. Bland annat poängterade hon att 91000 operationer har ställts in under 2020 – vilket är 91000 utbildningstillfällen!

Care Mahila

Alla föreläsare som deltagit under OGU-dagarna fick två fina postrar med årets tema, och som ytterligare tack skänktes bidrag till Care Mahila. Care Mahila startades av barnmorskan Lisa Gårdlund i Ystad och är ett ideellt projekt där Lisa samlar in menckoppar eller pengar för att kunna köpa in menckoppar som hon sedan tar med sig till Nepal där hon samlar kvinnor hon möter för att undervisa om menstruell hälsa och ge ut menckoppar. I vissa delar av världen anses kvinnan vara ören under sin menstruation. Detta är djupt rotade föreställningar som påverkar kvinnors liv och gäller i synnerhet i Nepal. Vi är många som är djupt imponerade av Lisas arbete och det var fantastiskt att få höra henne berätta om hennes viktiga vandringar i Nepal. Om du vill läsa mer om eller stödjä projektet Care Mahila så finns en facebookside.

OGU-dagarna 2022

Nästa år kommer OGU-dagarna att äga rum i Visby 25-26/4 under temat "Tonåringar och ungdomsgynekologi". Det kommer att bli lärorika föreläsningar om hur en tonårings hjärna egentligen fungerar, ungas rätt i vården, ungdomsgynekologi, könsdysfori och annat spännande, samt trevligt umgänge i en historisk och vacker miljö. Hoppas att vi ses där!

Anne Örtqvist, ST-läkare Visby Lasarett Utbildning- och forskningsrepresentant i OGU:s styrelse och ordförande i organisationskommittén för 2022:s OGU-dagar i Visby

Jourintroduktion

Vi spenderar många timmar av vår ST-utbildning som gyn- och förlossningsjour. Vissa älskar ovissheten i vad en dag eller natt på jouren kommer innehålla. Somliga kanske känner en hat-kärlek till fenomenet jour, medan andra helst skulle slippa. Jag gillar att gå jour. Tycker det är roligt att inte veta vad som ska hända och det får gärna vara lite lagom mycket att göra. Men, det är alltid med en viss ångest jag tar över jourtelefonen. Tankar som "kommer rutinerna och handgreppen sitta när jag ställs på prov" eller "kommer bakjouren kunna komma när jag behöver hen" och "vad händer om jag inte kan hantera det som uppstår" påminner mig om att jag jobbar inom en specialitet där människors liv ibland ställs på sin spets och traumatiska händelser inträffar. Mer en tredjedel av dem som svarade på senaste OGU-enkäten från 2020 har utsatts för en arbetsrelaterad traumatisk händelse!

I samma enkät frågade vi hur många som fått en strukturerad introduktion inför att börja gå jour. Av 271 stycken svarande, var det 61% som svarade ja, medan 34% svarade nej (övriga vet ej, ej aktuellt). Av dem som svarade ja var det 70% som också var nöjda med sin introduktion och övriga 30% önskade att introduktionen kunde ha förbättrats. Av de svarande önskade 81% att de skulle ha haft möjlighet att gå igenom en checklista, praktiskt prov eller körkort innan första jouren.

I enkäten fanns också möjlighet att lämna egna kommentarer. Bland dessa fanns det självklart dem som nöjda med sin jourintroduktion. Många av dem som börjat gå jour tidigt (redan efter några månader på sin ST) upplevde också gott stöd av närvarande bakjourer, och det är förstås toppen. Andra vittnar dock om att man inte kände sig redo att börja gå jour. Man saknade kunskap om rutiner, vissa hade aldrig fått göra en exeres, sett eller lagt en sugklocka, och upplevde att man inte kunde bedöma ens enkla brist-

ningar. Någon vittnade om att man hade gjort sitt första sectio och tagit sitt första laktat på sin första jour. Och så vidare....

Som ny ST är man både örfaren och sårbar. Tänk om ens första jour också var då man utsattes för en traumatisk arbetsrelaterad händelse. Konsekvenserna av en sådan upplevelse, så tidigt i karriären, kan vara förödande på många sätt. Här tänker jag att det finns en stor förbättringspotential. Att "känna sig redo" kanske man inte gör förrän man blir färdig specialist, eller kanske inte ens då. Det varierar ju förstås från person till person. Om arbetsgivaren, studierektorerna och/eller handledare dock kan se till att det finns en strukturerad introduktion med en checklista, ett praktiskt prov eller körkort med en avstämning med ST-läkaren innan hen börjar gå jour, kan detta i alla fall ge ST-läkaren en viss trygghet i vad som förväntas av en. Det blir också en möjlighet att fånga upp kunskapsluckor, få återkoppling, samt bli ett bra lärotilfälle. Något alla kommer att vinna på i längden. Även patientsäkerheten torde ju bli bättre med tryggare och bättre förberedda ST-läkare.

Detta gäller förstås både stora och små verksamheter. Alla kan inte utforma sin introduktion på samma sätt då förutsättningarna varierar över landet. Vill man dock få inspiration och se exempel på hur en checklista kan se ut, hittar man en sådan på ogu.se under fliken "ST-utbildning".

Så till dig som fortfarande har din första jour framför dig – hoppas du fått en bra introduktion med avstämning, annars prata med din handledare. Och till er som gick er första jour för flera år eller decennier sedan, försök minnas hur det var och fortsatt stötta era mindre erfarna kollegor i sina nya utmaningar!

Anne Örtqvist, Utbildning- och forskningsrepresentant, OGU ST-läkare, PhD, Visby Lasarett och Karolinska Institutet

SFOG VECKAN + 2021



Bästa Kollegor

Programmet inför höstens SFOG-möte i Göteborg är färdigt. Som de flesta av er redan vet blir det ett hybridmöte, dvs de som föreläser finns på plats i Göteborg och övriga deltar via länk. Mötet sänds under tre dagar, måndag till onsdag 30/8 – 1/9 utan parallella sessioner varför vi har varit tvungna att banta programmet jämfört med den ursprungliga versionen.

Vi kommer att sända från Svenska Mässans studio i Göteborg där vi får hjälp av en erfaren producent från TV för att resultat skall bli så högklassigt som möjligt. För att uppnå bästa kvalitet på sändningen är det därför viktigt att även mottagarsidan använder så bra utrustning som möjligt.

För betalning se separat information från SFOG.

OBS! oavsett hur betalningen går till är det mycket viktigt att alla som vill delta anmäler sig personligen, både pga GDPR och som information till våra sponsorer.

Verksamhetsmötet på torsdagen den 2/9 sker på Zoom.

Varmt välkomna

Lotta Wassen och Bo Jacobsson

PROGRAM (med reservation för ändringar)

MÅNDAG 30 AUGUSTI

- 07:55-08:00 SFOGs ordförande Michael Algovik, Lotta Wassen, och Bo Jacobsson hälsar välkommen.
- 08:00-09:30 **Session: Kolposkopi – vid ett vägska!**
Moderatorer: Lena Silverdahl och Cecilia Kärrberg
Hur bra är svensk kolposkopi? Blir vi bättre med ökad erfarenhet? – Emilia Alfonzo
Hjälper utbildning och certifiering? Vilka är evidensen? – Kristina Elfgren
Hjälp från kvalitetsregister, bilddokumentation och audit? – Björn Strander
- 09:30-10:00 KAFFE (30 min)
- 10:00-11:30 **Session: Cancer och genetik (90 min)**
Moderatorer: Christer Borgfeldt och Pernilla Dahm-Kähler
Vem skall ha en cancertgenetisk utredning? – de breda panelernas era – Anna Öfverholm
Ovarialcancer och BRCA- möjligheter och utmaningar – Susanne Malander
Målstyrd cancerbehandling och genetik – Fredrik Enlund
Tumör genetiska biomarkörer – Framtidens diagnostik – Maria Lycke
- 11:30-12:45 LUNCH
- 12:45-14:15 **Assisterad befruktning idag och imorgon (90 min)**
Moderatorer: Elizabeth Nedstrand och Randa Akouri
Skall vi frysa embryon vid IVF? – Christina Bergh
IVF – hur påverkar övervikt och ålder – Emma Nilsson Condori
Assisterad reproduktion – 40+ år efter Louise Brown – var står vi idag och vart är vi på väg
Kersti Lundin
- 14:15-14:30 **Tre bästa gynekologipostrarna – Matts Olovsson**
- 14:30-15:00 KAFFE (30 min)
- 15:00-16:30 **Medicinsk turism**
Moderatorer: Johan Skoglund och Helena Hognert
Kvinnors hälsa och EU-vård, vem får ersättning – Lena Marions
Reproduktiv turism – Ann Thurin Kjellberg
Konsekvenserna för mödrahälsövården – Joy Ellis
Diskussion (30 min)
- 16:45-17:30 **Plenarföreläsning 1: Uterustransplantation (45 min)**
Livmodertransplantation: en svensk innovation med lovande kliniska resultat
Mats Brännström, Professor, Överläkare

TISDAG 31 AUGUSTI

- 08:00-09:30 **När skall vi erbjuda induktion vid 41 eller 42 fulla graviditetsveckor? (90 min)**
Moderatorer: Karin Pettersson och Anna Hagman
Pro 41 – *Mårten Alkmark*
Pro 42 – *Katarina Remaeus*
Diskussion (50 min)
- 09:30-10:00 KAFFE (30 min)
- 10:00-11:30 **Framtidens fostermedicin i Sverige (90 min)**
Moderatorer: Eva Bergman och Pihla Kuusela
National fosterdiagnostik i första trimestern – *Ylva Carlsson*
Det tillväxthämmade fostret och när förlöser vi – *Jana Brodzski*
Cervixlängd för prediktion av förtidsbörd – *Lil Valentin*
- 11:30-12:45 LUNCH
- 12:45-14:15 **"Hot Topics" inom Obstetrik (90 min)**
Moderatorer: Anna-Carin Wihlbäck och Verena Sengpiel
Neuroprofylax med MgSO₄: vetenskaplig uppdatering och nationella riktlinjer – *Henrik Hagberg*
Förlossningsdepression: från molekyl till samhälle – *Alkistis Skalkidou*
Asperin under graviditet – något för alla? – *Lina Bergman*
- 14:15-14:30 **Tre bästa obstetrikpostrarna – Stefan Hansson**
- 14:30-15:00 KAFFE (30 min)
- 15:00-16:30 **Mödradödsfall år 2020 (90 min)**
Inledning – *Lisa Parén*
Mödradödsfall år 2020 – *Hanna Åmark, Linnea Lindroos*
Cirkulationskollaps hos gravida – *Ove Karlsson*
- 16:45-17:30 **Plenarföreläsning 2: Reproduktiv hälsa ur ett internationellt perspektiv (45 min)**
Moderator: Karin Sundfeldt
Barnmorskan – nyckeln till hållbar utveckling i ett globalt hälsoperspektiv?
Anneka Knutsson, chef för sexuell och reproduktiv hälsa inom FNs befolkningsfond

ONSDAG 1 SEPTEMBER

- 08:00-09:30 **OGU – Värna aborträtten (90 min)**
Moderatorer: Kristina Cederblad, Julia Wängberg Nordborg
Introduktion (5 min)
Före den svenska aborträtten (20 min) – *Lena Lennerhed*
Dagens abortmotstånd (20 min) – *Kristina Lod Castell*
Abort i skuggan av Covid (10 min) – *Johanna Rydelius*
Autonomi i abortvården (20 min) – *Kristina Gemzell Danielsson*
Diskussion (15 min)
- 09:30-10:00 KAFFE (30 min)
- 10:00-11:30 **SFOG Årsmöte (90 min)**
- 11:30-12:30 LUNCH
- 12:30-13:45 **Fackligt symposium (75 min) – Helena Kopp Kallner**
- 14:00-14:30 **Bästa avhandlingarna inom Gynekologi (15 min) + Obstetrik (15 min)**
Inger Sundström
- 14:30-15:00 KAFFE (30 min)
- 15:00-16:30 **Bäckenbotten: problem och möjligheter**
Moderatorer: Marie Westergren- Söderberg, Corinne Pedroletti
Bristningsregistret: nya koder, ny kunskap – *Eva Uustal*
Bäckenbottenanatom: från 2-D till 3-D – *Emilia Rotstein*
Vaginal förlossning och dess risker för bäckenbotten – långtidsperspektiv – *Maria Gyhagen*
- 16:45-17:30 **Plenarföreläsning 3: Skall man erbjuda induktion redan vid 39 fulla graviditetsveckor? (45 min)**
Moderator: Bo Jacobsson
The ARRIVE study: issues in interpretation and implementation
Bill Grobman, Professor, North Western University, Chicago, USA;
President Society Maternal Fetal Medicine, USA

Specialrapport från GynOp

Den benigna gynekologin berörs påtagligt av Covid-19 pandemin. I en specialrapport har vi granskat hur många operationer som registrerats i de fem delregistren under 2020 och jämfört med motsvarande antal de senaste åren. Resultatet är tydligt. Nära 4200 (motsvarar 30 %) färre operationer registrerades under 2020, främst var minskningen under mars – juni och mest berörda var inkontinens-, prolaps- och elektiva adnex-operationer, samt i viss utsträckning hysterektomier.

Först i rapporten kommer en figur över det sammanlagda antalet registrerade operationer under 2020 i de fem delregistren inkontinens, prolaps, adnex, hysterektomi och hysteroskopi fördelat per klinik. Där finns även en jämförelse med 2019 års operationer per klinik.

Därefter belyses de fem delregistren, ett i taget, ur lite olika aspekter.

I slutet av rapporten är infallsvinkeln hur de sex sjukvårdsregionerna har berörts av Covid-19 under året och om man kan se ifall omfattningen av första och andra vågens inverkan på sjukhusvården kan avspglas i antalet operationer av inkontinens, prolaps och elektiv adnexkirurgi.

Sjukvårdsregionerna berördes i olika stor omfattning och kunde även kompensera i olika utsträckning. Stockholms regionen hade såväl största minskningen under våren 2020, då smittspridningen och sjukligheten var som störst där, men uppvisade också den största förmågan att kompensera genom att patienterna kunde styras om till andra enheter, såväl privata som offentliga, med mindre direkt påverkan av Covid-vård.

Följande två figurer är hämtade ur rapporten. 2019 var ett år som de flesta med en naturlig nedgång i antalet benigna operationer under juli månad. Se figur 1 där de sex sjukvårdsregionerna redovisas.

Motsvarande figur 2 för 2020 har ett helt annat utseende för samtliga sjukvårdsregioner. Ett kraftigt bortfall under den första vågen i mars-juni följt av den vanliga botten i juli och återhämtning i olika grad under hösten innan den andra vågen sätter in i slutet av året.

Hur det ser ut 2021 under andra och tredje vågen får vi återkomma till.

Kompensationen för den uteblivna vården innebär, utöver normal operationskapacitet, ett behov av ytterligare drygt 4200 operationer, som aldrig utfördes under år 2020, plus det antal som

motsvarar den ytterligare minskning som vi kan förutsätta har fortsatt under de första månaderna 2021. Extra satsningar och uthållighet behövs, för kvinnorna som inte fick sin operation finns kvar, med samma besvär och krav på bättre livskvalitet.

Om ni inte redan läst hela rapporten, så finns den på Övriga rapporter - Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi (gynop.se)

Nu finns även samtliga årsrapporter från våra sex delregister och sedan flera månader en separat produktions/kvalitetsrapport gemensam för samtliga delregister

www.gynop.se/wp-content/uploads/2021/05/kvalitetsrapport_20210506.html

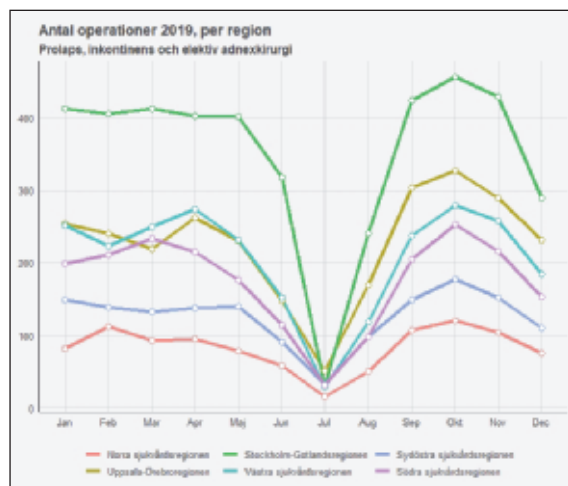
Hoppas ni läser, uppskattar, återkopplar och kommenterar våra olika rapporter. Vi sammanställer dem för er som läsare.

Göteborg i maj 2021

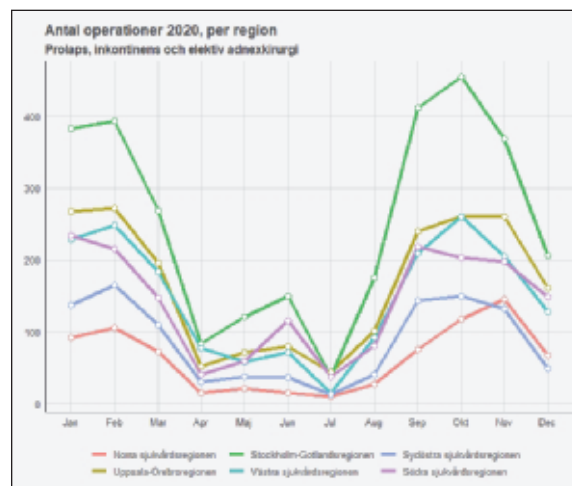
Maud Ankardal

Registerhållare GynOp

Figur 1



Figur 2



Uppdatering om bakteriell vaginos

Jag närmar mig nu med stormsteg min pensionsavgång och det känns skönt att kunna överlämna detta testamente vad gäller bakteriell vaginos. Jag vill överlämna två saker-

För det första en bra diagnostik som kommer göra mycket lättare att följa upp patienter och ge en adekvat behandling.

För det andra det finns ingen anledning att tro att man inte kan bota en kvinna med bakteriell vaginos. Men Ibland kan det krävas flera behandlingar.

Den metod som jag använder nu är att ge Donaxyl och Dalacin efter varandra och får kvinnan ett recidiv inom två månader så rekommenderar jag partnerbehandling. Det vi använder till partnern är att ge Dalacin-kapslar. Det pågår studier där man försöker att ge kräm till partnern. Den vanligaste diagnostiken av bakteriell vaginos bygger ju på dom så kallade Amsels kriterier (1). Dom är som ni vet subjektiva och innehåller också en mikroskopering som uppenbarligen är väldigt svår att lära ut. Jag har försökt att lära ut till många kollegor under min yrkesverksamma tid och min erfarenhet är att det tar minst 300 preparat innan man har någon sånär aning om vad det är man letar efter och ser. Hur många av er kommer att titta på 300 wet smear under ert hela yrkesverksamma liv? Det finns alternativa sätt att diagnostisera bakteriell vaginos och som bara bygger på mikroskopi av Gram färgade preparat och där har vi Nugent's kriterier vilket oftast används i samband i med olika form av studier (2). Nackdelen med Nugent's kriterier är att där ska man räkna antalet bakterier och då kan det skilja sig beroende på vilket mikroskop man har. Patologerna som räknar mitoser (i samband med bröstcancer) har gjort en standardisering så att har man ett vid-

vinkelmikroskop så måste man räkna fler än om man har ett litet mikroskop. Spelar det någon roll? Ja, Ett vidvinkel (läs laboratoriemikroskop) kan ha en yta som är 300% större än ett "vanligt" mikroskop. Det innebär att om man ska ha mer än 30 bakterier så ska man ha mer än 90 bakterier med ett vidvinkelmikroskop (3). Detta gör att Nugent's inte alls är så självklart eftersom vi inte vet vilket mikroskop som Nugent hade från början.

Vi har gjort en studie där vi skickade runt 300 Gramfärgade preparat till forskare som hade publicerat sig om bakteriell vaginos. Det visade sig att samma preparat kunde i Australien tolkas vara 0 poäng enligt Nugent's kriterier men i USA fick det 10 poäng. Det finns alltså mycket stor subjektivitet även i Nugent's kriterier (4).

Det finns en annan metod som kallas Ison/Hay där man inte räknar antalet bakterier utan man tittar på relationen mellan laktobaciller och kockerna (ref Hay/Ison). Det är en metod som är mycket bättre och som jag använder. Vi har gjort en validering av den metoden p.g.a. att vi inte gramfärgar våra preparat utan vi tittar i rehydrerade lufttorkade smear (5).

Men framtiden då? Det har gjorts ett flertal försök med olika molekylärbio-logiska tekniker för att diagnostisera bakteriell vaginos. Men eftersom man inte riktigt vet vilka bakterier som egentligen orsakar bakteriell vaginos har det inte varit riktigt framgångsrikt fram tills nu. Vi har validerat en metod som är utvecklat av ett företag i Linköping som heter Dynamic Code. Just nu är det mest känt för att dom har ett avtal tillsammans med Folkhälsomyndigheten om att göra PCR tester för covid-19.

Dynamic Code har analyserar fem olika bakterier som är associerade med bakteriell vaginos och så sätter man det i

relation till antalet laktobaciller och så via en algoritm så räkna det ut en sannolikhet för att ha BV. Vi har validerat den gentemot vår egen mikroskopering där vi följde 50 kvinnor som blev behandlade med Donaxyl. Kvinnorna följdes under ett år och vi tog prov en gång i månaden. Gentemot vår mikroskopering så är sensibiliteten 90 och specificiteten 96%. När vi gick in och tittade noggrant på dom patienter där vi inte var överens visade det sig att första och andra månaden efter behandlingen så såg dom helt normala ut. Den tredje månaden så ser det mer ut som intermediär flora men inte riktigt bakteriell vaginos. Här slår testen redan om och sedan på fjärde provet så ser vi att det är en bakteriell vaginos och då är testen också positivt. Så det ser ut som att den molekylärbio-logiska testen är något tidigare (bättre?) än vi själva när det gäller att se om patienten får ett recidiv. Min egen slutsats av testen är att om den finns tillgänglig på alla vårdcentraler så finns det ingen användning att försöka lära ut mikroskopering för att leta efter bakteriell vaginos. Det är en alldeles för komplicerad och subjektiv metod men att de här testen kommer att fungera ungefär som ett klamydiatest det vill säga man tar ett test, patienten är positiv, man behandlar henne, man följer upp med samma test och ser om den blir negativt.

Jag har också gjort ett otal olika behandlingsstudier för att leta efter vilka behandlingar som är dom bästa. I en studie så gav vi både Klindamycin-kräm och kapslar till partnerbehandling. Sedan fick dom probiotiska laktobaciller och sedan fick dom Zidoval-gel efter en månad och så fick dom en ny kur med probiotika och så fick dom en ny behandling igen efter nästa menstruation med Zidoval. Det är en väldigt aggressiv behandling men har fungerat bra (6).

Det nya som vi upptäckte i samband med att vi validerade DynaCods BV test var en bättre utläkning. Först fick alla Donaxyl behandling. Efter en månad (eller nästa mens) så var utläkningen endast 33% och efter ett år endast 13%! Så i mina händer fungerar inte Donaxyl bra (7). Men det vi noterade var att när de som inte blev bra på Donaxyl fick Dalacin vaginal kräm så svarade dom väldigt mycket bättre nästa upp mot 90 % utläkning. Vi håller nu på med en ny studie nu och där resultatet är att om man ger först Donaxyl i sex dagar och sedan direkt efter det går på med Dalacin-vaginalkräm så får man en utläkning på 90%. Om man bara ger Dalacin så hamnar månadsutläkningen på 70% och i mina händer så är månadsutläkningen av Donaxyl bara 33%. Varför det blir så mycket bättre att ge preparaten efter varandra tror jag beror på att Donaxyl

som inte är ett antibiotika utan ett antiseptikum bryter ned biofilmen. I och med att den bryter ned biofilmen så blottläggs bakterierna så att när man sedan tillsätter antibiotika så slår dom ihjäl bakterierna. En tjock biofilm fungerar annars som ett skydd för bakterierna när man ger antibiotika. Cluecellen som vi använder som diagnostikum i samband med mikroskoperingen är ju ett bevis för att det föreligger en biofilm hos just den här patienten.

Efter att jag har gjort dom här studierna och validerat det test som Dynamic Code har så har jag blivit erbjuden att bli deras vetenskapliga rådgivare vad gäller den testen och det har jag tackat ja till så jag sitter nu med ett visst jäv.

Den studien som vi nu gör är att vi jämför Dynamic Codes test mot ett test som Hologic har. Hologic använder då endast två stycken bakterier, det är

Gardnerella vaginalis och *Atopobium vagina* och i relation till laktobacillerna. Syftet är för att se om Hologic test är lika bra som Dynamic Codes test. Hologic har som primärdiagnostik samma bra sensitivitet och specificitet som Dynamic Code men frågan är om det fungerar lika bra som test of cure.

Sammanfattningsvis kommer dessa nya tester att avsevärt förbättra diagnostiken av BV samt att det finns nu en behandling där man ger både Donaxyl och Dalacin efter varandra som ger kvinnan klart bättre utläkning än att bara ge en av dessa.

P-G Larsson

Pensionerad Överläkare och Docent
Kvinnokliniken Skaraborgs sjukhus,
Skövde

1. Amsel R, Totten PA, Spiegel CA, Chen K, Eschenbach DA, Holmes KK. Nonspecific vaginitis. Diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. *Am J Med.* 1983;74:14-22.
2. Nugent RP, Krohn MA, Hillier SL. Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of gram stain interpretation. *J Clin Microbiol.* 1991;29(2):297-301.
3. Larsson PG, Carlsson B, Fahraeus L, Jakobsson T, Forsum U. Diagnosis of bacterial vaginosis: need for validation of microscopic image area used for scoring bacterial morphotypes. *Sex Transm Infect.* 2004;80(1):63-7.
4. Forsum U, Jakobsson T, Larsson PG, Schmidt H, Beverly A, Bjornerem A, et al. An international study of the interobserver variation between interpretations of vaginal smear criteria of bacterial vaginosis. *APMIS.* 2002;110(11):811-8.
5. Larsson P-G, Breeding K, Vikström I, Larsson J. Validation of Hay/Ison Criteria for A Diagnosis of Bacterial Vaginosis Using an Air-Dried Wet Smear. *J J Gynec Obst.* 2018;5(1):038.
6. Larsson PG, Brandsborg E, Forsum U, Pendharkar S, Andersen KK, Nasic S, et al. Extended antimicrobial treatment of bacterial vaginosis combined with human lactobacilli to find the best treatment and minimize the risk of relapses. *BMC Infect Dis.* 2011;11:223.
7. Larsson P-G, Breeding K, Vikström I, Larsson J, Farnebäck M, et al. A Test of Cure Using a New Molecular Diagnostic Approach for Bacterial Vaginosis in Infected Women Treated with Dequalinium Chloride Vaginal Tablets. *J Womens Health Gyn* 7: 1-12.. *J Womens Health Gyn* 2020;7: 1-12. doi: 10.17303/jwhg.2020.7.205

Undergoing pregnancy and childbirth as trans masculine in Sweden: experiencing and dealing with structural discrimination, gender norms and microaggressions in antenatal care, delivery and gender clinics

ABSTRACT

Background:

A sterilization requirement to change legal gender was removed from Swedish law in 2013, facilitating pregnancy in trans masculine individuals. The limited number of studies investigating pregnancy and childbirth among trans masculine individuals indicate increased gender dysphoria and negative experiences of pre- and post-natal healthcare, highlighting a need to improve care. Research focusing on Europe or contexts where sterilization to change legal gender was previously required by national law remains minimal.

Aims:

This study aimed to investigate how trans masculine individuals experience healthcare encounters in connection with pregnancy, delivery and nursing, in a setting where mandatory sterilization to change legal gender was recently removed.

Felicitas Falck,
Louise Friséén,
Cecilia Dhejne &
Gabriela Armuand

Methods:

In-depth face-to-face interviews were conducted with 12 trans masculine individuals who attended Swedish prenatal care and delivered a child after the law on legal gender recognition was amended. Thematic content analysis was used.

Results:

Providers in gender clinics, antenatal care and delivery were perceived to regard a masculine gender identity and pregnancy as incompatible. The main categories encompassed expectations and experiences of pregnancy related care and participant responses to it. Participants took charge of their care to ensure that their needs were fulfilled. The quality of care was inconsistent.

Discussion:

A lack of knowledge, narrow gender norms and the legacy of the former legal sterility requirement limited access to diagnostic evaluation of gender dysphoria, information on reproduction and gender-affirming treatment. Medical safety during pregnancy, childbirth and nursing was impeded, gender dysphoria increased, and participants experienced minority stress. Attempts to avoid microaggressions guided healthcare encounters and birth wishes. Navigating healthcare required considerable attention, personal resources and energy, leaving particularly vulnerable individuals at risk of a lower quality of care. The paper concludes with clinical recommendations.

Intervju med Felicitas Falk

ST läkare i psykiatri på Psykiatri Sydväst och doktorand vid Karolinska institutet.

Från din artikel låter det som att det är svårt att göra rätt som vårdpersonal. Vad kan vi göra för att förbättra vården? Vad har transpersoner för behov?

Generellt sett är transpersoner mycket olika och har olika önskemål, funktionsnivå och behov. För vissa är graviditeten en härlig period i livet medan andra lider av de kroppsliga förändringar som sker och hur omgivningen uppfattar deras könstillhörighet under graviditeten. En del transpersoner vill amma sitt barn och upplever inte så påtaglig könsdysfori av att amma eller kan hantera den dysfori som uppkommer medan andra ser det som otänkbart. Amning kan bli svårare eller omöjligt efter bröstkirurgi men vissa kan amma eller delamma. Som vårdpersonal är det viktigt att inte anta vad en person vill utan fråga vad man kan göra för att underlätta för just den personen i samtal och undersökningssituationer. Det är också viktigt att fråga hur individen vill föda sitt barn, vilka överväganden som påverkar dess önskan om förlossningssätt samt hur individen vill mata sitt barn och hur vården kan stödja detta.

Det är av vikt att respektera patientens önskan om namn och pronomen, oavsett vilket personnummer/juridiskt kön som personen har. Ett sätt att göra det är att i journalen ange det föredragna namnet och pronomen så att alla i vårdpersonalen snabbt kan se vad de ska kalla patienten och slipper upprepa frågan gång på gång. Transpersoner har ofta obehag av att visa sitt underliv för vårdpersonal varför det är viktigt att undvika onödiga rutinundersökningar och förklara noggrant varför exempelvis en gynekologisk undersökning behövs. En viktig regel är också att inte fråga patienter om sådant som inte är relevant för vården såsom intima detaljer om deras utred-



ningsprocess eller sexualpraktik, förutom när detta är relevant. Många transpersoner vittnar om att vårdpersonal ställer nyfikna men för deras vård ovidkommande och närgångna frågor för att lära sig om transsexualism och är trötta på att vara levande läroböcker vilket kan påverka deras öppenhet och vårdsökande negativt och upplevs som påfrestande. Det finns många källor till kunskap bland kollegor inom den könsbekräftande vården, på hemsidor samt genom olika HBTQ certifierings och diplomeringsalternativ som vårdpersonal istället kan använda sig av. Eftersom transpersoner ibland är rädda att bemötas negativt av vårdpersonal när de berättar om sin könsidentitet är det särskilt viktigt med kontinuitet för

denna patientgrupp. I min forskning mötte jag exempelvis en transman som var rädd för att bemötas negativt av förlossningspersonalen och därför önskade sig ett planerat kejsarsnitt. Hans barnmorska på MVC löste detta genom att utbilda sig själv om transpersoners behov och sedan berätta om detta för förlossningspersonalen. När de fick mer utbildning om transpersoner generellt och även blev informerade om hans individuella behov kände han sig bekväm att föda vaginalt istället. Andra transpersoner såg kejsarsnitt som en nödvändighet mot bakgrund av en stark könsdysfori men var rädda att ej bli tagna på allvar vilket ökade deras oro. Detta är något jag kommer att beskriva mer ingående i en kommande publikation. Generellt sett var förtroendet för vården lågt, vilket också är visat i tidigare studier och de jag intervjuade hade därför sett sig tvungna att utbilda vårdpersonalen istället för att kunna lita på dessa som en källa till kunskap och stöd.

De transpersoner jag har intervjuat, som har genomgått graviditet och förlossning, kände sig ofta exkluderade inom graviditetsvården som genomsyrades av grundtanken att bara kvinnor föder barn. Många hade träffat vårdpersonal som försökte göra rätt men hade ändå blivit benämnda med könsmarkerande ord såsom mor, mamma, förstföderska och kände sig exkluderade av uttryck såsom mödravården samt valet av broschyrer och formuleringar i enkäter eller formulär på mottagningarna osv. Vårt språk genomsyras av normer om kön vilket vi behöver bli mer medvetna om och förändra så att alla våra patienter känner sig inkluderade och välkomna. Flera hade även upplevt problem med obstetrix som inte kunde skapa en journal när vårdpersonalen skrev in ett manligt

personnummer vilket resulterade i att de fick ha pappersjournal istället vilket upplevdes som medicinskt osäkert. Eftersom användningen av CTG var kopplad till obstetrix fördröjdes denna undersökning. En transperson vittnade också om hur han hade kommit till akutmottagningen med värkar men att vårdpersonalen hade haft svårt att förstå att han var på väg att föda ett prematurt barn eftersom de läste honom som man och hade svårt att föreställa sig att en person med ett maskulint utseende kan vara gravid. På så vis kan vår föreställning om vem som föder barn också påverka våra medicinska bedömningar negativt, vilket tydliggör vikten av att vidga vår förståelse av vem som kan vara gravid och föda barn.

Får transpersoner samma antal barn som genomsnittet?

Så vitt jag vet finns det inte någon forskning om detta. Jag tänker också att detta är svårt att hitta statistik om. Vissa transpersoner väljer att få barn innan de har påbörjat könsbekräftande vård eller behandling och då vet vi ofta inte om att de är transpersoner. En studie som baserades på diagnosen transsexualism skulle missa dessa personer. Andra transpersoner har påbörjat utredning, fått en diagnos och har påbörjat könsbekräftande behandling med testosteron, har skägg, mörk röst osv men har valt att avvakta med att ändra juridiskt kön tills efter de har fått barn, ibland eftersom de är osäkra på hur de ska bemötas som gravida män i vården eller är rädda för att journalsystemet inte ska fungera med manligt personnummer. En studie som utgick från

hur många personer som har ett manligt juridiskt kön skulle missa dessa personer. Generellt sett tänker jag också att människor generellt gör de val i livet som de vet är möjliga. En transman som har sett andra transmän genomgå graviditet och förlossning har sannolikt lättare att föreställa sig hur detta skulle kunna vara för honom själv att göra detta och ställa sig frågan om han vill välja denna väg för att bilda familj. Samma gäller för icke binära transpersoner. I takt med att transpersoner blir mer synliga som föräldrar tänker jag att tanken på att genomgå graviditet och förlossning blir mer tillgänglig för fler. Därför tror jag att det kommer bli vanligare med gravida män och icke binära transpersoner i vården.

Hur påverkar lagstiftning gällande reproduktion transpersoner?

Fram till 2013 krävde lagen att personer som ville ändra sitt juridiska kön först skulle steriliseras. När lagen ändrades blev det möjligt för transpersoner som ska genomgå könsbekräftande behandling att genomgå fertilitetsbevarande åtgärder dvs spara spermier och ägg. Lagen reglerar sedan hur dessa könsceller får användas. Det faktum att lagen förespråkade sterilisering tills relativt nyligen lever kvar i många transpersoners medvetande och påverkar förtroendet för vården negativt tror jag. Om man har vuxit upp i en tid då det förutsattes att man skulle steriliseras kan det också vara svårt att föreställa sig som förälder. Sedan januari 2019 är det lagligt med embryodonation inom en parrelation. Exempelvis kan en transman som vill ha biologiska barn genom-

gå äggplock, få ägget befruktat och låta sin partner bära graviditeten. Detta är bara möjligt om partnern har en livmoder. Om partnern istället hade haft spermier finns inget annat sätt att bli förälder på än genom att transmannen själv bär barnet.

Din forskning pågår, vad kommer nästa artikel handla om?

Den artikel som jag har publicerat hittills fokuserar på hur gravida transmän har upplevt bemötandet inom svensk graviditets och förlossningsvård. I nästa artikel kommer jag istället fokusera på hur de själva hanterade graviditet och förlossning i relation till sin könsidentitet och omvärlden. I den kommer jag gå närmre in på frågor om könsdysfori och psykiatrisk hälsa i samband med graviditet och förlossning och vilka behov som denna patientkategori har i samband med graviditet och förlossning.

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 Säv

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

Obstetriker 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