

Medlemsbladet 3

2014

NR



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



***Välkomna till SFOG-veckan
i Varberg***

Ny AR-grupp har bildats

***SFOG-kurser våren 2015
ansök senast 15/9***

MEDLEMSBLADET

Ansvarig utgivare: Anna Ackefors

Tel: 0155-24 50 00

Layout: Moniqa Frisell

All korrespondens till föreningen

skall ställas till:

SFOG-Kansliet, Drottninggatan 55, 2 tr

111 21 Stockholm

Tel: 08-440 01 75

Jeanette Swartz. E-post: kansliet@sfog.se

Internet: www.sfog.se

Annonser: Anna Ackefors

E-post: anna.ackefors@sfog.se

Platsannonser hemsidan: jeanette.swartz@sfog.se

SFOGs styrelse 2013:

Ordförande: Harald Almström

BB, Stockholm

182 88 Stockholm

Tel: 08-655 78 88

E-post: harald.almstrom@sfog.se

Vice ordförande: Lotti Helström

KK, Södersjukhuset

118 83 Stockholm

Tel: 08-616 10 00

E-post: lotti.helstrom@sodersjukhuset.se

Facklig sekreterare: Louise Thunell

Kvinnokliniken, Malmö Universitetssjukhus

205 02 Malmö

Tel: 040-33 21 61

E-post: l Louise.thunell@sfog.se

Skattmästare: Sven-Eric Olsson

Kvinnokliniken, Danderyds sjukhus

182 88 Stockholm

Tel: 08-655 56 08. Fax: 08-753 22 76

E-post: sven-eric.olsson@ds.se

Vetenskaplig sekreterare: Annika Strandell

Kvinnokliniken, SU/Sahlgrenska

413 45 Göteborg

Tel: 0700-90 44 54

E-post: annika.strandell@vgregion.se

Redaktör för Medlemsbladet:

Anna Ackefors

Nyköpings lasarett

611 85 Nyköping

Tel: 0155-24 50 00

E-post: anna.ackefors@sfog.se

Utbildningssekreterare: Jan Brynhildsen

Kvinnokliniken, Linköpings Universitetssjukhus

581 85 Linköping

Tel: 013-22 20 00

E-post: jan.brynhildsen@lio.se

Ledamot/Webbansvarig: Lars Ladfors

Kvinnokliniken, SU/Sahlgrenska Östra

418 65 Göteborg

Tel: 031-343 57 34

E-post: lars.ladfors@sfog.se

Ledamot: Anna Pohjanen

Kvinnosjukvården Norrbotten

Sunderby sjukhus, 971 80 Luleå

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

E-post: anna.pohjanen@nll.se

Ledamot/Yngre representant: Mahsa Nordqvist

Kvinnokliniken, SU/Sahlgrenska Östra

416 85 Göteborg

Tel: 031-343 40 00

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

Tryck: Elanders

ISSN 0284-8031

— Ordförande har ordet —



Bästa Medlemmar!

I år kom sommaren rekordtidigt till södra delen av landet, redan i början av april, men nu har den gjort en time out åtminstone i Stockholmstrakten. Vårvintern har för min del varit fylld av arbete, både för SFOG och i mitt jobb som VD för det nya förlossningssjukhuset BB Sophia. Det senare har lett till en hel del debatt i media, vilket refereras av den övriga styrelsen på annan plats i detta Medlemsblad och på hemsidan. Själv vill och ska jag inte föra någon debatt här.

Vi måste dock alla ha klart för oss att situationer kan uppstå även vid förändringar i landsting och på kliniker där styrelsemedlemmar i SFOG är verksamma i mer eller mindre ledande befattningar. I styrelsen är vi alla förtroendevalda och gör vårt styrelsearbete till största delen på vår fritid och till viss del på arbetstid med arbetsgivarens goda minne. Det innebär att man som styrelseledamot – och särskilt som ordförande – måste

vara noga med att skilja på sina uppdrag. Själv känner jag mig trygg i att det är så och har varit på det sättet tidigare.

Styrelsen har haft två möten sedan föregående Medlemsblad, det senare i slutet av april var förlängt och gav oss tid till strategiska frågor. En sådan är kansliets framtida funktion. Jeanette Swartz, som ansvarat för kansliet i 10 år, har haft en deltidstjänst men med ökande uppgifter har det blivit heltid. Jeanette har signalerat, att hon vill gå i förtida pension och skriver på egen plats i detta nummer. Samtidigt ser vi behov av ökande uppgifter för kansliet runt kursadministration och administration kring specialistexamen. Vi skulle också kunna "ta hem" bokföringsarbetet om kansliet förstärks personalmässigt. Vi kommer att återkomma med mera information om detta.

En ny AR-grupp har bildats, Robson-ARG med Lars Ladfors i Göteborg som ordförande och Eva Nordberg i Halmstad

I DETTA NUMMER

Kallelse till årsmötet 2014	7
Årsredogörelse för förvaltningen under år 2013	15
Förslag till styrelse för SFOG 2015	22
OGUs ordförande informerar	27
OGU-dagarna 2014 Uddevalla	28
Referat från Vintermötet 2014	30
ST-läkarna från Göteborg satsar på registerforskning	34
Specialistexamen i Obstetrik & Gynekologi 2014	35
Öppen fråga till SFOGs styrelse	38
Lika, jämlikt, jämfört?	41
Dags att arbeta om patientinformationen om förlossningssätt	42
Vilka är egentligen Privatgynekologerna?	44
Nya forskningsresultat om östrogen för kvinnor i klimakteriet	45
Tumörregistret Återrapport	47
Utdrag ur årsrapporter från GynOp-registret	48
En gåta att klura på	53
Bokrecension	52
Ny avhandlingar	54

som sekreterare. Robsongruppen har funnits i några år som en undergruppering till Perinatal-ARG, men nu är det alltså en självständig ARG, den 20:e inom SFOG.

Projektet Säker Förlösningsvård befinner sig nu i halvtid av det andra steget, vilket genomförs regionvis och innefattar även riskförlossningar och bristningsskador hos mamman. Sydöstra, norra och mellersta regionerna har genomfört självvärderingar, revisorsbesök och återföringar. De regionala sammanfattningarna ges lite längre tid. Återstår gör Västra Götaland, Södra och Stockholm, vilka alla beräknas vara genomförda under 2015.

Den 21 mars anordnades Abortdagen i Stockholm av SFOG och Barnmorskeförbundet, för första gången i samverkan. Det blev en mycket välbesökt dag med ett varierat program runt abortvård.

NFOG-styrelsen höll det sista styrelsemötet före NFOG-kongressen i Stockholm i början av april. I samband med kongressen kommer ordförandeskapet att övergå till Norge. Som ordförande kommer att föreslås Knut Hordnes i Bergen, som varit ordförande i NGF och var kongresspresident på den förra kongressen i Bergen. ACTA Obstetrica et Gynecologica söker en ny Chief Editor efter Reynir Geirson, se www.sfog.se där annonsen finns!

Socialstyrelsen har beslutat att gyne-

kologisk onkologi blir tilläggspecialitet till båda basspecialiteterna onkologi och obstetrik/gynekologi. SFOG stöttade förslaget i ett remissvar 2012. Flera verksamhetschefer på landets onkologiska kliniker stöder dock inte förändringen och vissa vill även avskaffa gynekologisk onkologi som grenspecialitet. Styrelsen uttalar nu åter sitt stöd för att både obstetrik/gynekologi och onkologi ska kunna vara basspecialitet för gynonkologi. Det viktiga är att målbeskrivningen uppfylls.

OGU-dagarna, som avhölls i april i Uddevalla med närmare 100 deltagare och med ett matnyttigt program, blev mycket lyckade. Under maj kommer enkäten om projektet "Ge kniven vidare" att skickas ut.

LIPUS, dvs Läkarförbundets organisation för bland annat SPUR-inspektionerna, har kommit igång med denna verksamhet efter ett par års uppehåll efter IPULS nedläggning. Vi har inom SFOG alltid haft en välfungerande organisation med en SPUR-samordnare och flera SPUR-inspektörer. Vår SPUR-samordnare avsade sig uppdraget en tid innan IPULS nedläggning och under uppehållet har frågan vilat. Nu är vi i stort behov av en utbildningsintresserad person som SPUR-samordnare och även av nya SPUR-inspektörer. Läkarförbundet håller utbildningar efter sommaren. Den som är intresserad av dessa viktiga uppdrag får mycket gärna kontakta vår

utbildningssekreterare Jan Brynhildsen!

SFOGs ordförande, vice ordförande och Perinatal-ARGs ordförande och sekreterare har haft ett möte med Barnmorskeförbundets presidium i slutet av april. Det är numera en tradition med dessa möten en gång varje halvår. Vi har ju i många frågor gemensamma mål och vi är överens om att driva dessa gemensamt för att få större genomslag. En av dessa frågor är abortvården och försvaret av abortlagen liksom synen på samvetsfrihet. Vi tog beslut om att även nästa år anordna Abortdagen i Stockholm tillsammans.

När detta skrivs den 4 maj inväntas Läkarsällskapets fullmäktige den 6 maj. I mitten av maj är det EBCOG-kongress i Glasgow och den 10-12 juni hoppas vi på stor uppslutning till NFOG-kongressen på Waterfront i Stockholm, som har ett mycket intressant program (www.nfog2014.se). Då kommer även Göran Berg att avtackas som ordförande. Efter sommaren blir det som vanligt SFOG-vecka med Årsmöte, denna gång i Varberg den 25-28 augusti med verksamhetsmöte den 29 augusti. Programmet är brett och kompletterar NFOG-kongressen (www.sfogveckan.se). Till dess hoppas vi på en riktigt fin sommar!

Er ordförande

Harald Almström

SFOG-kurser våren 2015

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

Sista datum för anmälan 15/9, via SFOGs hemsida som tidigare. Medlemmar i SFOG har företräde till kurserna.

Vår förhoppning är att vi ska kunna ge antagningsbesked betydligt tidigare och därigenom underlätta planeringen för kliniker och kursgivare.

Jag ber kursgivarna att om möjligt maximera antalet deltagare/kursplatser. Ta chansen – arrangera en SFOG-kurs våren 2015. Såväl gamla som nya kursgivare är varmt välkomna, behovet är stort!

Jan Brynhildsen

Utbildningssekreterare

Kära SFOG-vänner!

Man säger ofta... - ojoj, vad tiden går fort, eller - ju äldre man blir desto fortare går tiden... eller... tiden går så fort när man har roligt...

I år kommer jag delta på min tionde SFOG-vecka.

Sedan 2005 har jag haft förmånen att lära känna och arbeta med fem olika ordförande/chefer.



Göran Berg, var han docent eller motorcykelknutte?

Charlotta Grunewald, expert eller vinterbadare?

Ulf Högberg, professor eller författare?

Pia Teleman, specialist eller ståuppkomiker?



Sedan 2013, *Harald Almström*, vd eller trendsättare?

Jag hoppas ni förstår att jag skämtar! De var och är alla fantastiskt skickliga i sin roll som SFOGs ordförande. Alla med olika mål och visioner, alla med olika sätt att arbeta tillsammans med och alla väldigt trevliga.

Man brukar också säga att när man blir äldre pratar man mer om den tid som varit... varför en kort återblick kommer här:

2005 – nyanställd, mitt första verksamhetsmöte, nervöst, ca 80 nya ansikten. Praktikertjänsts lokaler, Holländargatan i Stockholm. Jag plockade fram mina kunskaper som jag lärt mig på Proffice om hur man skulle komma ihåg nya människor. Hälsade på väldigt många, men haha... kom ihåg endast två personer, Ove Axelsson och Harald Almström.

2005 var också min första SFOG-vecka, i Falun. En av mina arbetsuppgifter när jag anställdes var att bygga en ny hemsida. Tillsammans med webbansvarige Måns Edlund skulle denna presenteras på årsmötet. Jag hade jobbat hela sommaren och allt var klart. Bara koppla in kabeln till Internet... men det fanns inget Internet i stora hörsalen! Måns och jag såg säkert ut som två fågelholkar... Ingen tid att förlora, vi lyckades få tag på 70 meter kabel. Voilá! Tack du käre doktor för hjälpen, som jag trodde var vaktmästare i Folkets Hus.

Man vet nu att sedan 2005 har tekniken också utvecklats och gått framåt med rasande fart. Overheadapparat, fax och datorburk med tjockskärm har mer eller mindre försvunnit. Bärbara datorer, surfplattor, mobiler och appar har kommit i stället. Allt trådlöst! Allt enklare!

Två SFOG-veckor brukar jag tänka tillbaka på lite mer än andra,

2007 - Luleå, strålande väder, fantas-

tisk vacker konferensanläggning och i mitt i stan! Då fick vi bland annat lyssna till Dr Shershah Syed från Pakistan. Han höll en fängslande föreläsning om stackars kvinnors förhållande, om hur en kamel var mer värd än en kvinna.

2010 - Visby, precis som i Luleå, top-penvackert, fast strömmen gick... och det precis innan plenarföreläsaren, den kongolesiske läkaren Denis Mukwege höll sin föreläsning om "Våldtrakt som vapen i krig". Vid dessa två tillfällen var det många som hade en klump i halsen och inte ett öga var torrt.

Men det har inte bara varit seriöst och vetenskapligt, vi har fått skratta mycket också. Vi har varit på fantastiska utflykter och lärt känna en massa nya människor, trollkarlar, delfiner, känt kraften av Storforsen, fått gå i Arns fotspår och på nära håll se hur en av Sveriges längsta motorvägbro med sina 2109 meter växa fram.



Varför berättar jag nu allt detta? Jo, tiden har gått så fort att det är dags att tacka för mig.

10 år går som sagt väldigt fort. Jag har bestämt mig för att gå i pension, få mer tid för mina fritidsintressen.



Tack alla ni trevliga människor som jag lärt känna genom åren. Tack också min distanskollega Moniqa, (SFOGs lay-outare) konsulter, leverantörer och annonsörer. Jag kommer vara kvar lite grann, för att hjälpa min efterträdare att komma in i arbetet så att ni även i framtiden kan få det stöd och den fina service som SFOG-kansliet gett er.

Snart kommer sommaren, vi syns på SFOG-veckan i Varberg. Till dess, ha det gott och kram på er!

Jeanette

- Brev från den fackliga sekreteraren



Kära kollegor,

Som facklig sekreterare har jag förmånen att representera SFOG i möten med Läkarförbundet. Läkarförbundet ordnar två gånger per år ett representantskap. Då bjuds företrädare för specialitetsföreningarna in och vid mötet deltar även personer från Centralstyrelsen, kansliet och Läkartidningen. Vid senaste mötet i mars var det rekord med 72 stycken deltagare. Läkarförbundet har sitt fullmäktigemöte 15-16 maj. "Observatörer" för specialitetsföreningarna bjuds in men specialitetsföreningarna har ingen rösträtt, vilket de däremot har på Läkaresällskapets fullmäktige.

Vid senaste representantskapet var Göran Stiernstedt inbjuden. Han redogjorde för sitt uppdrag som regeringens nationelle samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. Han efterlyste åsikter i frågan från föreningarna och fick snabbt mycket synpunkter. Han avser bland annat att få klarhet i paradoxen många läkare, få besök och få vårdplatser! En annan punkt på dagordningen var Nationella kvalitetsregister. Det finns för närvarande 104 olika nationella kvalitetsregister. Läkarsällskapet utreder nu med hjälp av en webbenkät hur specialitetsföreningarna jobbar med registerfrågor.

En återkommande punkt på representantskapen har varit det viktiga ämnet fortbildning. Trots att vi doktorer förväntas uppdatera vår kompetens ständigt så visar resultat från den senaste fortbildningsenkäten från Läkarförbundet (2012) en fortsatt negativ utveckling. Antal dagar för extern fortbildning har sjunkit kontinuerligt från 9.1 dagar 2005 till 7.1 dagar 2012 och även internutbildningen har minskat. Att fortbildningen är bristfällig utgör ett hot mot vårdkvalitet och patientsäkerhet. Både Läkarförbundet och Läkaresällskapet är mycket engagerade och arbetar intensivt med fortbild-

ning men det krävs även att specialitetsföreningarna tar ansvar i frågan.

Det pågår ett arbete på Läkarförbundet gällande fortbildningsinspektioner, "Fortbildning i dialog". Modellen speglar den modell som använts för SPUR-inspektioner. En arbetsgrupp med bland annat sju specialiteter representerade har utformat en enkät som ska testas i ett pilotprojekt hösten 2014.

I slutet av 2013 antogs ett nytt yrkeskvalifikationsdirektiv av EU. Enligt detta måste medlemsstaterna vidta nationella åtgärder för att främja fortbildning. Sverige har till skillnad från många andra länder inga specifika krav på att specialistläkare fortbildar sig. Utredning är på gång för att lämna ett förslag på vilka åtgärder Sverige ska vidta och direktivet ska vara genomfört i början av 2016. Sannolikt kommer myndigheterna i Sverige precis som i många andra länder ställa krav på att vi upprätthåller vår kompetens. Hur det kommer att regleras återstår att se; recertifiering? revalidering? extern granskning?

Fortbildning, även ST-utbildning, kommer att diskuteras vidare under SFOG-veckan i Varberg på Förenings-symposiet; Lära för livet – Håller du dig à jour? Välkomna!

Glad Sommar och hoppas att vi ses i Varberg

Louise Thunell

Facklig sekreterare

REDAKTÖRENS RUTA

Jag hoppas ni blir lika glada som jag är över alla intressanta bidrag i detta Medlemsblad. Passa på att testa era kunskaper genom att göra specialist-examen, debattera på forum på www.sfog.se och gissa på Peter Palsternacks gåta.

Er redaktör
Anna Ackefors

Följande tider gäller för medlemsbladet 2014:

Nr	Deadline	Utkommer
4	15 september	vecka 42
5	3 november	vecka 49

Manus skickas via mail till:

Redaktör Anna Ackefors

E-post: anna.ackefors@sfog.se

Kvinnokliniken Nyköping • 611 85 Nyköping

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

Adressändring skall göras till:

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

Nya medlemmar

Despoina Lykou, MALMÖ

Panagiotis Gkouzias, UDDEVALLA

Konstantinos Menexakis, LUND

Susanna Falgren, HELSINGBORG

Michail Malliotakis, VÄSTERÅS

Sara Brattmyr, STOCKHOLM

Sofia Persson, SUNDSVALL

Nadia Hasan, LINKÖPING

Helena Bäckström, VÄSTERÅS

**Medlemmarna i
Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi
kallas härmed till**

årsmöte 2014

**Onsdagen den 27 augusti kl 10.45 – 12.15, Varberg,
Lokal: Sparbankshallen**

Föredragningslista – Årsmöte

- a) Mötet öppnas
- b) Val av ordförande och två justeringsmän för årsmötet
- c) Styrelsens verksamhetsberättelse
- d) Skattmästarens ekonomiska redogörelse
- e) Revisorernas berättelse
- f) Fråga om ansvarsfrihet för styrelse och skattmästare
- g) Årsavgift för det kommande året
- h) Avgift för ARG-abonnemang
- i) Val av styrelseledamöter
- j) Val av två revisorer jämte revisorssuppleant
- k) Val av två nya personer till valberedningen
- l) Avtackning av styrelseledamöter
- m) Ändring av stadgar § *)
- n) Information om utbildning - Specialistexamen 2014,
DIPLOMUTDELNINGAR
- o) OGU-information
- p) Information om ARG-verksamheten
- q) Berndt Kjessler-pristagare 2014
- r) Information om kanslifunktionen
- s) Information från NFOG, EBCOG & FIGO
- t) SFOG-veckor 2016 och 2017
- u) Tid och plats för nästa årsmöte - SFOG-veckan 2015
- v) Mötet avslutas

Vid årsmötet är det gott om tid avsatt för diskussion. Alla medlemmar är välkomna att delta.
Om ni vill att styrelsen ska förbereda övriga ärenden - vänligen kontakta ordförande i förväg.



STIFTELSEN
FÖR UTBILDNING
OCH UTVECKLING
INOM OBSTETRIK
OCH GYNEKOLOGI

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

www.stiftelsen.org/KK_Stiftelsen/Valkommen.html

***)Stadgeändringsförslag vid årsmötet 2014**

Styrelsen ansåg det nödvändigt att till årsmötet 2013 lägga ett mer genomgripande förslag till ändringar med en modernisering av språkbruket och en anpassning till verkligheten. Detta förslag till nya stadgar kan utgöra ett bra stöd för framtida styrelsearbete och vara en bättre grund för revisorernas kontroll och uppföljning av styrelsens arbete. Nedan följer nu gällande och föreslagna nya stadgar för Föreningen, vilka för att få laga kraft ska tas vid två på varandra följande Årsmöten. *Ändringarna är markerade i kursiv stil.*

Harald Almström
Ordförande

Nuvarande § 1

Föreningens art § 1

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

Nuvarande § 2

Föreningens syfte § 2

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

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

Förslag ändring § 1

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.

Förslag ändring § 2

Föreningens syfte § 2

SFOG skall främja utvecklingen inom obstetrik och gynekologi och verka för bästa möjliga hälso- och sjukvård för kvinnor. Detta sker genom att främja medicinsk forskning, utbildning, etik och kvalitet inom vårt verksamhetsområde och i samverkan med andra specialiteter, yrkesgrupper samt hälso- och sjukvårdens huvudmän. Föreningen skall främja utbildning och vetenskaplig verksamhet genom sina arbets- och referensgrupper (ARG) och inom Svenska Läkaresällskapet. Föreningen skall som sektionen för obstetrik och gynekologi inom Svenska Läkaresällskapet avge utlåtanden och/eller handlägga ärenden som av sällskapet hänskjutits till sektionen.

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

Nuvarande § 3

Medlemskap § 3

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

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

Förslag ändring § 3

Medlemskap § 3

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

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

Ansökan om medlemskap § 4

Ansökan om medlemskap skall ställas till styrelsen, vilken genom majoritetsbeslut avgör om sökanden kan antagas som medlem. Medlem som trots påminnelse ej under två på varandra följande år erlagt årsavgiften anses ha utträtt ur föreningen.

Nuvarande § 5

Föreningens organisation Årsmöte § 5

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

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

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

Förslag ändring § 5

Föreningens organisation Årsmöte § 5

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

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

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

Nuvarande § 6

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

Förslag ändring § 6

Votering årsmöte § 6

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

Nuvarande § 7

Styrelse § 7

Föreningens angelägenheter handhas av en vid årsmötet vald styrelse som skall bestå av ordförande, vice ordförande, sekreterare för vetenskapliga frågor, sekreterare för fackliga frågor, skattmästare, utbildningssekreterare, redaktör för medlemsbladet, styrelserepresentant från intressegruppen Obstetrik och Gynekologer under Utbildning (OGU), samt två övriga medlemmar. Mandatperioden är två år och fördelas så att årligen hälften av styrelseposterna står under val. Styrelsens förvaltning granskas årligen av två revisorer utsedda av föreningen. För dessa skall finnas en suppleant.

Nuvarande § 8

§ 8

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

Nuvarande § 9

Styrelsens sammanträden § 9

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

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

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

Nuvarande § 10

Ordförande § 10

Ordföranden åligger att leda styrelsens sammanträden samt att i samråd med de bägge sekreterarna upprätta föredragningslista till sammanträden och årsmöte.

Styrelsen utser representanter till Svenska Läkaresällskapetets fullmäktige och Sveriges Läkarförbunds fullmäktige jämte suppleanter för dessa.

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

Förslag ändring § 7

Styrelse § 7

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

Förslag ändring § 8

§ 8

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

Förslag ändring § 9

Styrelsens sammanträden § 9

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

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

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

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

Förslag ändring § 10

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.

Nuvarande § 11

Facklig sekreterare § 11

Sekreteraren för fackliga frågor skall minst två veckor före varje styrelsesammanträde tillstålla styrelsens ledamöter kallelse och föredragningslista samt föra protokoll vid dessa sammanträden. Sekreteraren för fackliga frågor svarar för samarbetet med Läkarförbundet.

Förslag ändring § 11

Facklig sekreterare § 11

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

Nuvarande § 12

Vetenskaplig sekreterare § 12

Sekreteraren för vetenskapliga frågor skall bevaka den medicinskt- vetenskapliga delen av föreningens verksamhet såsom utbildning, vetenskapliga förhandlingar och forskning samt svara för samarbetet mellan föreningen och Läkaresällskapet. Sekreteraren för vetenskapliga frågor utses till ARGUS.

Förslag ändring § 12

Vetenskaplig sekreterare § 12

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

Nuvarande § 13

Utbildningssekreterare § 13

Utbildningssekreteraren skall bevaka utbildningsfrågor inom föreningen.

Förslag ändring § 13

Utbildningssekreterare § 13

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

Nuvarande § 14

Skattmästare § 14

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

Förslag ändring § 14

Skattmästare § 14

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

NY § 15

ARGUS § 15

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

(OBS! ny numrering på paragraferna)

Valberedning § 16

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

Nuvarande § 16

Utbildningsnämnden **§ 17**

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

Förslag till ändring § 17

Utbildningsnämnden **§ 17**

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

Ny § 18

Vetenskapliga nämnden **§ 18**

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

Ny § 19

Kvalitetsnämnden **§ 19**

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

Nuvarande § 17

Medlemsblad/Hemsida **§ 20 och § 21**

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

Förslag ändring § 20

Medlemsblad **§ 20**

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

Förslag ändring § 21

Hemsida **§ 21**

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

Arbets- och Referensgrupper (ARG)

§ 22 (Nuvarande § 18)

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

Intressegrupper

§ 23 (Nuvarande § 19)

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

Riksstämman **UTGÅR!**

§ 20

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

Nuvarande § 21

FIGO/UEMS/EBCOG

§ 24

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

Förslag ändring § 24

FIGO/UEMS/EBCOG

§ 24

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

Nuvarande § 22

NFOG

§ 25

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

Förslag ändring § 25

NFOG

§ 25

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

Nuvarande § 23

Regionala sällskap

§ 26

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

Förslag ändring § 26

Regionala sällskap

§ 26

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

Stadgebestämmelser

§ 27 (Nuvarande § 24)

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

En ny AR-grupp har bildats, Robson-ARG

Sedan många är träffas barnmorskor och obstetriker årligen för att gå igenom föregående års resultat från Sveriges förlossningsavdelningar. Man använder den klassificering som föreslagits av Mike Robson där man delar in alla förlossningar i 10 huvudgrupper med undergrupper. Det ger möjlighet att jämföra förlossningsutfallet då det gäller andel kejsarsnitt i de olika grupperna mellan olika klinker.

Nu har gruppen blivit en av SFOGs arbetsgrupper och är öppen för barnmorskor och läkare som är medlemmar i SFOG.

På Robson-ARGs hemsida finns en sammanställning av resultaten år 2013 <https://www.sfog.se/start/arg-intressegrupper/argus-arg/robson-arg/rapporter/ar-2013/>

Nästa möte i AR-gruppen är fredag den 13:e mars 2015 i

Göteborg. Vid mötet går man igenom resultaten och diskuterar förbättringsmöjligheter för patienterna.

Om du är intresserad av att vara med i gruppen går det bra att anmäla sig på SFOGs hemsida, <https://www.sfog.se/start/arg-intressegrupper/argus-arg/robson-arg/start/>

Med vänlig hälsning

Lars Ladfors

Ordförande Robson-ARG



Årsredogörelse för förvaltningen under år 2013

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

VERKSAMHETSBERÄTTELSE

Styrelsen har under det gångna året haft åtta protokollförda sammanträden varav ett strategimöte och ett telefonmöte. Den har det gångna verksamhetsåret haft följande sammansättning:

Harald Almström, ordförande

Lotti Helström, vice ordförande

Louise Thunell, facklig sekreterare

Annika Strandell, vetenskaplig sekreterare

Jan Brynhildsen, utbildningssekreterare

Sven-Eric Olsson, skattmästare

Anna Ackefors, redaktör för

Medlemsbladet

Lars Ladfors, ledamot och webbansvarig

Anna Pohjanen, ledamot

Malin Sundler, ledamot, OGU-representant

Matts Olovsson, ARGUS

Allmänt om verksamheten

Föreningens verksamhet har som tidigare präglats av omfattande utbildningsaktiviteter i samband med kurser och konferenser, inklusive SFOG-veckan. ARG-verksamheten har varit aktiv och under 2013 utkom tre rapporter; Nr 69 Sexuell och reproduktiv hälsa hos ungdomar (Ton-ARG), Nr 70 Asfyxi och Neonatal HLR (Perinatal-ARG) och Nr 71 Vulvovaginala sjukdomar (Vulv-ARG). Arbetet med SFOG-riktlinjer enligt strikta evidenskrav är i gång och under året publicerades den första: Trombosprofylax vid IVF (samverkan mellan Hem-ARG och Fert-ARG). Under 2014 planeras två nya riktlinjer, dels Genetiska ultraljudsmarkörer i 2:a trimestern (Ultra-ARG) och dels

Thyroideasjukdomar under och efter graviditet (Endokrin-ARG).

Styrelsen har ansvarat för två verksamhetsmöten, där verksamhetschefer, professorer, vetenskapliga råd och representanter från AR-grupper och intresseföreningar har deltagit (se nedan). SFOG-veckan i Sundsvall lockade 579 deltagare och 61 utställare och programmet var mycket uppskattat (se nedan). Under årsmötet tilldelades Ulla-Britt Wennerholm årets Berndt Kjessler-pris.

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

SFOG har under året haft ordförandeskapet i Svenskt Kirurgiskt Råd och arrangerade årets möte under två halvdagar i Stockholm.

Den nya Kvalitetsnämnden med representanter från styrelsen, kvalitetsregistren och den vetenskapliga nämnden har påbörjat sitt arbete under året och haft två möten. Arbetet med att ta fram ett gemensamt obstetriskt kvalitetsregister, Graviditetsregistret, har fortskridit med beviljade medel från SKL och startar 2014. Även ett nytt register för registrering av bristningsskador vid förlossning, Bristningsregistret, har startat i pilotform under året och planeras gå i skarp drift från 2014.

Projekt Säker Förlossningsvård i samarbete med Patientförsäkringen LÖF, Barnmorskeförbundet (SBF) och Barnläkarföreningens neonatalsektion (SNS) fortsätter. Under året har Steg 2 i detta projekt startat. Det genomförs regionvis med alla förlossningskliniker inom en region samtidigt. Denna version innehåller frågor om handhavande dels av

komplexerad förlossning och dels av bristningsskador hos mamman. SFOG representeras i styrgruppen av ordförande och vice ordförande. CTG-programmet uppdateras återkommande med nya övningskurvor och nya fall för examination.

Arbetet med att utarbeta nationella råd/rekommendationer för BB-vård med SFOGs representant Ylva Vladic-Stjernholm är slutfört.

Föreningen har aktivt deltagit i samhällsdebatten och i internationella kontakter.

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

Föreningen har under året haft två möten (där styrelsens ordförande och vice ordförande samt ordförande i Perinatal-ARG deltagit) och upprepade kontakter med Svenska Barnmorskeförbundet. Vi har konstaterat att vi blir starkare av att uppträda gemensamt i de frågor, där vi har samma ståndpunkter som exempelvis abortfrågan. Frågan om användningen av misoprostol inom gynekologi och obstetrik har fortsatt debatterats i media. Föreningen har deltagit i debatten och haft kontakter med Läkemedelsverket. Föreningen har bistått Arbetsmarknadsdepartementet med uppgifter gällande samvetsfrihet för sjukvårdspersonal vid abortvården. Det är Föreningens uppfattning och i överensstämmelse med målen i ST-läkarutbildningen, att alla gynekologer ska kunna förväntas delta i vård av abortsökande kvinnor.

Föreningen har genomfört en medlemsenkät och därefter bland annat infört ett debattforum på den nya hemsidan. Under året har föreningen ökat sitt medlemsantal med 96 medlemmar. 55 medlemmar har utträtt.

Uppdrag

- *Equalis, referensgrupp för laboratorie-verksamhet: Bengt Andrae och Björn Strander*
- *Folkhälsoinstitutets vetenskapliga råd: Lotti Helström*
- *International Federation of Fertility and Sterility (Executive Board): Pietro Gambadauro*
- *Livsmedelsverkets amningskommitté: Lotta Luthander och Agneta Romin*
- *Läkaresällskapets Delegation för medicinsk etik: Claudia Bruss*
- *Läkaresällskapets IT-kommitté kontaktperson: Mats Bergström*
- *Läkaresällskapets nämnd: Margareta Hammarström*
- *Läkaresällskapets riksstämmedelegation: Lotti Helström*
- *Läkarförbundets Etik- och ansvarsråd (EAR): Lotti Helström*
- *Läkarförbundets konsultationsläkare: Ove Axelsson, Lennart Nordström och Ulrika Ottander*
- *Referensgruppen för Antiviral Terapi (RAV): Karin Pettersson*
- *Socialstyrelsens arbetsgrupp för riktlinjer för mödravården: Margareta Bondestam*
- *Socialstyrelsen, Registret för övervakning av fosterskador och kromosomavvikelser: Peter Conner och Peter Lindgren*
- *Socialstyrelsens vetenskapliga råd: Ulf Hanson, Jan-Henrik Stjern Dahl, Pål Wölner-Hanssen och Magnus Westgren*

Medlemsbladet

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

SFOG-kansliet

Jeanette Swartz är ansvarig för SFOGs kansli. Kansliets huvuduppgifter har varit

att ge stöd åt styrelsen, medlemsservice, administration och ekonomiarbete. För ekonomiarbetet har konsult och extraresurs anlitats. Kansliet har även varit stöd för ARGUS och ARG-verksamheten. Dessutom har kansliets uppgift varit att underhålla SFOGs nya hemsida och styrelsens intranät. Kansliet har varit behjälplig med Arbets- och Referensgrupperna samt Intressegruppernas hemsidor.

J Swartz har även varit behjälplig inför och under externa möten samt SFOG-veckan.

Följande remissvar har avgivits under året 2013

Fullständiga remissvar finns på www.sfog.se

2013-09-09 Remiss: "Vägledning för mödrhälsovården",

Preliminärversion 2013-08-02

2013-05-15 Remiss; Vårdval för lossningsenhet förfrågningsunderlaget (fd regelboken)

2013-03-12 Remiss: Fortbildning i Dialog - en metod att förstärka läkarnas möjligheter till god fortbildning. GEM 2013/0054

SFOGs aktiviteter i Svenska Läkaresällskapet

På SLS fullmäktigemöte 15 oktober 2013 deltog fyra ledamöter från SFOGs styrelse. Det beslutades att övergå till obrutet räkenskapsår, vilket kommer att påverka fullmäktigemötena under 2014. Fortbildning var ämnet för en halvdagsdiskussion och upptakten till SLS fortsatt agerande i frågan.

Medicinska riksstämman 5-6 december 2013 hade genomgått en stor förändring. Den flyttade till Stockholm Waterfront Congress Centre och koncentrerades till två dagar. Ett övergripande tema var fortbildning och man satsade mycket på ett utbud över specialistgränserna. SFOG hade ett heldagsprogram med temat "Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter jämlik vård?"

Medicinska riksstämman 2013

SFOG var huvud- eller medarrangör i följande symposier/ debatter/ kurser:

"Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter jämlik vård?" *Kristina Gemzell Danielsson*

"Surrogatmoderskap exploatering eller altruism?" *Ingemar Engström, Medicinsk etik*

"Assisterad befruktning för samkönade par inom svensk sjukvård" *Lena Mogelin, Medicinsk psykologi*

"Preventivmedelsföreskrivning inte bara för gynekolog och barnmorska" *Helena Kopp Kallner*

"Sexualmedicin för ST-läkare" *Stefan Arver, Andrologi, Lotti Helström*

SLS som arrangör av Riksstämman hade i år Sveriges Läkarförbund och Läkartidningen som huvudpartner. Det kom drygt 2000 besökare, vilket var strax under målsättningen. I utvärderingen talar man om att flytten till Waterfront och det nya upplägget med kurser specialitetsövergripande ämnen var mycket lyckosamt, trots ett fortsatt underskott. Man har beslutat att 2014 års Riksstämman kommer att hållas på samma plats och under liknande former. Därefter görs en ny utvärdering.

Sveriges Läkarförbund

Under det gångna året har Louise Thunell deltagit vid två representantskapsmöten. Vid båda tillfällena har ämnet; fortbildning för specialister varit uppe för diskussion. Svenskt Kirurgiskt Råds möte 2013 arrangerades av SFOG, Harald Almström och Louise Thunell deltog.

SFOG-veckan

Den nionde SFOG-veckan, arrangerad av kvinnokliniken i Sundsvall och Norrlands Universitetssjukhus på Södra Berget, lockade 579 föreningsmedlemmar. Det var en 4-dagarsvecka med givande symposier, plenarföreläsningar, fria föredrag och posters - vetenskapliga översikter och nyheter, diskussioner och samtal. Inslaget "meet the expert" har blivit en stående punkt. Föreningssymposiet avhandlade frågan "Journal på nätet" med dess möjligheter och fallgropar. En revidering av stadgarna för anpassning till föreningens nuvarande verksamhet antogs och ska konfirmeras på nästa årsmöte för att bli gällande.

Ett utförligt referat av veckan har publicerats i Medlemsblad nr 4 2013.

En uppdaterad upplaga av SFOG-veckans lathund har färdigställts. En deltagarenkät skickades ut efter mötet. Ett avtal finns för 2012-2014 med Traveko rörande rekrytering av sponsorer till SFOG-veckorna.

Arbets- och referensgrupper

Aktiviteten i arbets- och referensgrupperna har även i år varit imponerande. Riks-ARG hölls i år i Sundsvall i samband med SFOG-veckan. Protokoll från Riks-ARG 27/8 finns publicerat i Medlemsblad 4/2013). Mötet var välbesökt och en hel del viktiga frågor diskuterades.

Under 2013 publicerades ARG-rapporterna "Sexuell och reproduktiv hälsa hos ungdomar" av Ton-ARG, "Asfyxi och neonatal HLR" av neonatalsektionen inom Svenska Barnläkarföreningen i samarbete med Perinatal-ARG och "Vulvovaginala sjukdomar" av Vulv-ARG. Under 2014 har ARG-rapporten "Preeklampsi" från Perinatal-ARG givits ut och fler är på gång. Bland de som är på gång finns bland annat "Obstetriskt ultraljud", "Endometrios", "Psykosocial obstetrik & gynekologi", "Inkontinens" samt "Gynekologiskt ultraljud". En helt ny rapport med titeln "Erytrocyt-immunisering under graviditet" är också på gång. Möjligen har jag glömt någon.

Jävsproblematiken har diskuterats i SFOGs styrelse och lett fram till att instruktionen för AR-gruppernas arbete har kompletterats med följande skrivning: Varje aktiv medlem i en AR-grupp ska deklarerat sina potentiella jäv, intressekonflikter och andra bindningar enligt Socialstyrelsens blankett www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/svensk-deklaration-2013-07.pdf

Blanketten skickas sedan för granskning och bedömning av ordförande i AR-gruppen, som vidarebefordrar till ARGUS för arkivering på SFOGs kansli. Personer som är anställda i till exempel läkemedelsindustrin eller som har andra potentiella ekonomiska intressen som kan påverka arbete och ställningstaganden inom AR-gruppen, ska inte vara

aktiva medlemmar i gruppen. Personer enligt ovan som inte är medlemmar i SFOG ska inte vara medlem i en AR-grupp. Om förhållandena ändras ska ny jävsdeklaration inges enligt ovan.

ARGUS har ekonomiska medel avsatta för ARG-verksamhet. Medlen har efter prioriteringsdiskussion i SFOGs styrelse och Stiftelsen kommit att i huvudsak användas till arbete med SFOG-riktlinjer och AR-gruppernas arbete med ARG-rapporter. Medlen har användas till internatskostnader och resor till/från internat.

Föreningens hemsida

Föreningen har under året byggt upp en helt ny hemsida. Det är version 3.0 av www.sfog.se. Den nya hemsidan lanserades i oktober 2012.

Hemsidan är SFOGs informationsnav med nyheter som berör medlemmar, information om kommande aktiviteter och ett arkiv över bl.a. alla ARG-rapporter som är tillgängliga on-line för alla medlemmar efter inloggning. Dessutom läggs kontinuerligt nya SFOG-råd och SFOG-riktlinjer in på hemsidan.

Inför styrelsens strategimöte våren 2013 skickades en elektronisk enkät ut till alla medlemmar, en synpunkt var att man vill använda hemsidan för diskussioner. Under slutet av 2013 skapades ett Forum på hemsidan som ger möjlighet till detta.

ARG och intressegruppernas hemsidor har under hösten utvecklats för att bli lättare att redigera och den nya versionen kommer att lanseras i början av 2014.

Antal besök under 2013 var 49 736, varav 14% från mobila enheter. Antal unika besökare var: 22 239.

Under året har 23 platsannonser presenterats på hemsidan.

Verksamhetsmöten

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

Vid mötet i Stockholm presenterades 2012 års professorer; Marie Bixo (Stockholm), Sonja Andersson (Stockholm) och Karin Sundfeldt (Göteborg).

Användningen av misoprostol, off-label och som registrerat läkemedel i Sverige, diskuterades av Kristina Gemzell Danielsson. Det finns ett godkänt preparat för medicinsk abort, Medabon, där förpackningen innehåller både mifepriston och misoprostol.

KGD diskuterade vidare tillsammans med Jan Brynhildsen, hur vi arrangerar en effektiv och högkvalitativ abortvård i Sverige. Handläggningen av medicinska aborter kan skötas av läkare och barnmorskor tillsammans, task-sharing. Utbildning med certifiering för att handlägga medicinsk abort finns nu för barnmorskor.

En återkommande punkt på verksamhetsmötena är presentation och diskussion av Årsrapporten.

I Sundsvall hölls verksamhetsmötet sent på torsdag eftermiddag. Det var svårt att hinna med programmet och deltagare behövde avboka för att hinna med transporter hem. Verksamhetsmötet kommer därför precis som tidigare att ligga på fredagen under SFOG-veckan.

Kerstin Nilsson, vice ordförande i SLS, gav SLS synpunkter på varför SFOG-medlemmar också bör vara medlemmar i Läkaresällskapet. KN beskrev också SLS verksamhet.

Isis Amer-Wählin och Johan Mesterton (IVBAR) informerade om värdebaserat ersättningssystem (VES).

Utbildningsfrågor

Utbildningsnämnden hade två reguljära sammanträden, 4 mars och 15 maj samt ett tvådagars internat i november. Under 2013 utgjordes utbildningsnämnden av följande personer: Aino Fianu-Jonasson, Anna-Karin Wikström (ansvarig för specialistexamen), Martin Stjernquist, Ylva Carlsson, Verena Sengpiel (OGU), Lina Bergman (OGU), Helna Fadl och Jan Brynhildsen (ordförande).

Specialistexamen gick av stapeln 15-17 maj i Uppsala. För första gången genomfördes specialistexamen under tre

dagar på grund av det stora antalet deltagare. Dag 1 genomfördes en skrivning och dag 2 en OSCE-tentamen (kliniska stationer) och dag 3 presentation av ST-arbeten. 41 ST-läkare genomförde examinationen och 36 blev helt godkända. En deltagare blev underkänd på den skriftliga tentamen medan fyra fick komplettera brister som uppdagades vid OSCE-tentamen. Samtliga deltagare fick individuell feedback. Deltagarna, såväl ST-läkarna som utbildningsnämnden, tyckte att det var tre mycket intensiva dagar men flertalet var nöjda med upplägget. Vid ett symposium under SFOG-veckan presenterades senare fem ST-arbeten som valts ut av utbildningsnämnden och OGU.

Antalet deltagare i specialistexaminationen har ökat under senare år och tangerar nu vad som är möjligt att genomföra. Då vi spår en fortsatt ökning kommer det framöver sannolikt att bli nödvändigt med två examinationstillfällen varje år. Examinationerna medför en avsevärd arbetsbelastning för utbildningsnämnden och arrangerande klinik. Utöver detta innebär det också stora merkostnader, framför allt i form av arbetstid. SFOGs styrelse har därför beslutat att fr o m 2014 ta ut en avgift för specialistexaminationen med avsikt att från 2015 ha full kostnadstäckning.

Sammanlagt 42 kurser för ST-läkare och specialister arrangerades i SFOGs regi under året. ABC-kurser för nya läkare tidigt under ST genomfördes på Universitetssjukhuset i Örebro och på Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Det råder en stor efterfrågan på kursplatser, framför allt från ST-läkare då dessa har svårt att tillgodose socialstyrelsens krav på tio specialitetsspecifika kurser under ST. SFOGs kurser räcker inte till men kurser har också getts i samband med SFOG-veckan och riksstämman. Under 2013 har Socialstyrelsen startat arbetet med nya SK-kurer med projektet "kursämnen under ST" där representanter för utbildningsnämnden deltagit och arbetat fram förslag på kurser.

Under 2013 har nybildade LIPUS startat och SPUR-inspektörsverksam-

heten har åter startat. Utbildning för nya SPUR-inspektörer har genomförts och tre kliniker inspekterades under hösten 2013

Intressegruppen för "studierektorerna för ST" hade i september sitt första möte. Vidare möten med bl.a. kartläggning av verksamheterna runt om i landet planeras. Utbildningssekreteraren deltog i mötet liksom i möten med Läkarförbundets nätverk för fortbildningsfrågor.

I november 2013 anordnade NFOG Educational Committee, där utbildningssekreteraren ingår, ett gemensamt nordiskt möte om specialistutbildningen I Norden, "Harmonizing and improving the Nordic ObGyn training - how to get there?" Många intressanta aspekter kom fram och vidare arbete kommer att fokusera på det vetenskapliga arbetet liksom på handledning.

Mödrahälsovårds- överläkargruppen

Under 2013 var Joy Ellis, Västra Götaland/Södra Bohuslän, ordförande och Elisabeth Lindholm, Stockholm/Danderyd, var sekreterare.

Mhöl-gruppen har deltagit i två nationella möten under året, varav ett traditionsenligt tillsammans med samordningsbarnmorskorna. Uppdateringen av ARG-rapport 59, som betraktas som ett nationellt styrdokument bland annat i samband med beställning av mödrahälsovård, har kommit igång. Det rör sig om ett teamarbete med representanter för samordningsbarnmorskorna och mödrabarnhälsovårdspedagogerna. Uppdateringen synkroniseras med Mhöl-gruppens uppdrag att, tillsammans med projektet Rökfri Operation, representera SFOG i projektet Läkares Samtal om Levnadsvanor, som drivs i SLS regi för att implementera Nationella Riktlinjerna för Sjukdomsförebyggande Metoder.

Införandet av Aktiva Val i Obstetrixjournalen, som en förberedelse till att patienter ska kunna sparra sin journal enligt Patientdatalagen (PDL), har lett till utomordentligt stora bekymmer och hotad patientsäkerhet i flera lands- ting. Vi har blivit uppmärksamma på det

unika i vår vårdkedja, där samtliga gravida i mödravården, som oftast organiseras inom primärvården, blir slutenvårdspatienter på förlossning/BB, för att sedan åter bli primärvårdspatienter i mödravården. Att förlossningsklinik och mödravård smidigt kan läsa varandras journalanteckningar är i de gravidas intresse och något de allra flesta blivande föräldrar tycker är önskvärt, om inte självklart. Att det plötsligt blir mycket tidsödande och att journalmappar blir osynliga för vårdgrannar har lett till medicinska incidenter och försämrad arbetsmiljö. Det är ännu oklart hur detta problem ska lösas på sikt.

Bland övriga frågor som varit i fokus under 2013: den nya ungdomssubventionen av preventivmedel som olyckligtvis begränsats till preparat som ingår i TLV-förmånen; effekterna av vårdval på vårdkvalitet och organisation; framtidens fosterdiagnostik; influensavaccination, hepatit C samt TBC och graviditet; övervikt och fetma bland gravida; Graviditetsregistret samt global mödradödlighet.

Sveriges Privatgynekologer

Årets utbildningsresa gick till Cannes. Vi var ett 40-tal gynekologer som ägnade 2 dagar åt intressanta föreläsningar. Årets teman var HPV samt Etik.

Docent Björn Strander föreläste om HPV i klinisk praxis. ÖNH-läkare Britt Nordlander lärde oss om HPV i öron-näsa-hals-regionen.

En förmiddag ägnades åt frågan "Påverkar personliga värderingar kliniska beslut?" under ledning av professor Niels Lynoe.

Vår vetenskapliga rådgivare Lena Marions uppdaterade oss inom området reproduktiv hälsa; senaste nytt om STI, preventivmedel och abort.

Som vanligt var det livliga, högljudda diskussioner och mycket kollegialt nätverkande. Årsmötet hölls efter att det vetenskapliga programmet var avslutat.

Gunnar Möllerström som i många år varit vår ordförande avgick och till ny ordförande valdes Ilona Barnard. Catharina Lyckeberg fortsätter som kassör, Agneta Möller som sekreterare och

Johanna Isaksson invaldes som ny i styrelsen och blir webbansvarig.

Resegruppen omvaldes, består av Boel Larsson-Bahr, Sara Sunden-Cullberg och Agneta Möller.

Till ny representant i taxeförhandlingarna utsågs Katarina Johansson.

Under hösten har arbetet i styrelsen ägnats åt att få en bra och fungerande hemsida med aktuellt medlemsregister. Ambitionen är att vi ska bli fler aktiva i intressegruppen, att öppna upp föreningen för samarbete med alla öppenvårdsgynekologer. För detta krävs också att vi blir synligare i medlemsbladet.

Styrelsen har under året haft 10 telefonmöten, ett styrelsemöte i Stockholm.

Gruppen för Öppenvårdsgynekologi

(har inte avgett någon rapport)

OGU

OGU har under 2013 arbetat med och dragit igång kampanjen "Ge kniven Vidare". Syftet har varit att sätta fokus på den kirurgiska träningen av ST-läkare, vilket halkat efter sedan införandet av Nya ST 2008. Kraven på vad en ST läkare skall kunna begränsas inte längre till specialitetsspecifika färdigheter utan även ledarskap, vetenskap och organisation samt många kurser måste hinnas med vilket ger en snävare tidsram för annat. OGU har även lockat med andra föreningar inom kirurgiska specialiteter till ett samarbete med kampanjen Ge kniven vidare. Mer finns att läsa i samtliga medlemsblad under våren och hösten 2013. Arbetet har legat i att framställa arbetsmaterial till lokala informatörer samt en PowerPoint presentation med manus och lathundar. LÖF har sponsrat projektet då det anses öka patientsäkerheten, och stått för tryckkostnaderna.

OGU har haft fyra möten, varav ett strategimöte, samt ett telefonmöte. En stor del av arbetet bedrivs mellan möten i form av mailkorrespondens, Google DOCs och telefon/Skype konversationer. OGU-dagarna blev mycket lyckade i Östersund och temat var graviditet och interkurrenta sjukdomar.

OGU har fortsatt diskutera arbetssätt

och mål för verksamheten i samband med att vi fick fyra nya styrelsemedlemmar har vi försökt förnya, utveckla och förbättra oss. Ett stort arbete och engagemang har årligen tilldelats SFOG-veckan. Vi har under 2013 beslutat att lämna över en del av ansvaret på ST-programmet under SFOG-veckan till lokala ST-läkare och arbetar för att försöka anordna godkända ST-kurser under både OGU-dagarna och SFOG-veckan. Göteborgs ST-läkare har nu en organisationsgrupp inför SFOG-veckan i Varberg, med stöd från OGU-styrelsen och två styrelsemedlemmar med i gruppen. OGU kommer att finnas vid en monter under SFOG-veckan för att ha en dialog och informera. I samma anda har vi fortsatt använda vår Facebook-sida. I varje nummer av medlemsbladet försöker vi summera våra aktuella projekt i ett sätt att hålla en god kommunikation med våra medlemmar. I medlemsbladet har vi även skrivit om internationella utbyten, Ge kniven vidare och ST-examen. Det finns ett årligt återkommande problem att uppdatera maillistan till våra medlemmar. Vår kassör Olof Alexandersson har drivit detta viktiga projekt. Vi gläds åt att vi är över 400 stycken ST-läkare inom vår specialitet!

Fortlöpande under året har vår webbmaster Erik Ahlgren jobbat med att hålla hemsidan aktuell, senaste nytt hittar du på www.ogu.se. Under året har OGU varit representerat på ABC-kursen och vid AT-stämman. Ordföranden Malin Sundler har varit med på verksamhetsmötena under vintermötet och i samband med SFOG veckan.

Under 2013 har OGU-styrelsen varit representerat i utbildningsnämnden, Verena Sengpiel och Malin Sundler samt Lina Bergman. Genom att vara delaktiga under utbildningsnämndens möten har OGU kunnat vara med och påverka utformandet av ST-tentamen, och förberedelse av en elektronisk utbildningsbok med mera detaljerade rekommendationer avseende litteraturtips och kurser. OGU har förmedlat ST-läkarnas oro avseende att uppnå delmålen med kurskrav, då kursutbudet inte levt upp till

kraven och många får således inte plats på kurserna. Genom att ordna kurser som genererar intyg på OGU-dagarna och SFOG-veckan framöver hoppas vi på att kunna avlasta delar av detta problem.

Styrelsens internationella representanter Elisabeth Vock, Karin Hallstedt och senare Ida Bergman har under året deltagit på flera internationella möten. I samband med ENTOG-utbytet i Bratislava i maj, gick även ENTOGs styrelsemöte av stapeln. NFYOG har haft tre möten under året, ett i Helsingfors, ett i Reykjavik samt ett i Köpenhamn.

Internationellt samarbete

FIGO

Seija Grenman representerar Norden i FIGO Executive Board.

NFOG

SFOGs ordförande har deltagit i NFOGs tre styrelsemöten under året. Ett av mötena hölls på RCOG i London i mars, dit NFOGs styrelse inbjudits för att diskutera möjligheter till samverkan. Förbättringsarbetet för Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica (AOGS) har fortgått och tidskriften ges nu ut elektroniskt. Övriga frågor har varit arbetet inom Scientific och Educational Committee och NFYOG. Styrelsen har diskuterat möjligheter att samordna riktlinjearbete mellan nordiska länder. I detta syfte kommer styrelsen att föreslå generalförsamlingen att inrätta en "Guidelines Committée". Förberedelser pågår inför kongressen i Stockholm i juni 2014, där också en ny ordförande i NFOG ska väljas efter Göran Berg. Detta följer ett schema, där ordförandeposten nu ska gå till Norge. NFOG Fund fortsätter sitt arbete och det finns stora möjligheter att kunna få anslag. Antalet ansökningar från Sverige har ökat.

EBCOG

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

Eget kapital

Styrelsen föreslår att till förfogande stående eget kapital:

från föregående år överfört eget kapital	3 448 678
årets vinst	709 097
under året beslutade bidrag	-10 000
disponeras så att i ny räkning överföres	4 147 775

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

Nettoomsättning	1	4 030 101	3 770 482	Ställda säkerheter	Inga	Inga
Rörelsens kostnader				Ansvarsförbindelser	Inga	Inga
ARG-verksamhet		-74 614	-234 424	Tilläggsupplysningar		
Medlemsbidning		-194 939	-307 717	Redovisnings- och värderingsprinciper		
Övriga externa kostnader	2	-2 136 736	-2 306 291	Allmänna upplysningar		
Personalkostnader	3	-718 438	-610 319	Årsredovisningen har upprättats enligt årsredovisningslagen och Bokföringsnämndens allmänna råd.		
Avskrivningar och nedskrivningar av materiella och immateriella anläggningstillgångar		0	-3 049	Företaget har valt att inte utnyttja möjligheten att tillämpa förenklingsreglerna i BFAR 2009:1 Årsredovisning i mindre ekonomiska föreningar (K2).		
		-3 124 727	-3 461 800	Fordringar har upptagits till de belopp varmed de beräknas inflyta.		
Rörelseresultat		905 374	308 682	Övriga tillgångar och skulder har upptagits till anskaffningsvärden där inget annat anges.		
Resultat från finansiella poster				Medlemsavgifter och övriga intäkter periodiseras utifrån perioden de avser och ej utifrån faktureringsstidpunkt. Intäkten redovisas till det nominella värdet (fakturabelopp).		
Ränteintäkter		74 971	40 257	Kortfristiga placeringar värderas enligt lägsta värdets princip. Upplupen ränta på placeringarna redovisas som upplupen intäkt i balansräkningen.		
Realisationsvinster och realisationsförluster	4	105 139	71 231	Redovisningsprinciperna är oförändrade jämfört med föregående år. Periodisering av inkomster och utgifter har skett enligt god redovisningssed.		
Utdelningar		5 080	21 877	Noter		
Räntekostnader och liknande resultatposter		-14 611	-15 049	Not 1 Nettoomsättning	2013	2012
		170 579	118 316	Medlemsavgifter	1 375 071	1 346 875
Resultat efter finansiella poster	1	075 953	426 998	Annonsintäkter	845 878	927 675
Bokslutsdispositioner 5		-220 000	-176 000	ARG-verksamhet	990 061	855 850
Resultat före skatt		855 953	250 998	Diagnoshandbok	32 100	60 950
Skatt på årets resultat		-146 856	-140 992	Årsrapporter	312 520	312 520
Årets resultat		709 097	110 006	Utbildningsnämnden	148 778	112 500
TILLGÅNGAR				Utfakturerade kostnader	76 761	53 914
Anläggningstillgångar				OGU ST-dagar	53 183	54 908
Materiella anläggningstillgångar				Bidrag	0	45 290
Inventarier, verktyg och installationer	6	0	0	Årsmöte	195 749	0
Omsättningstillgångar					4 030 101	3 770 482
Varulager m m				Not 2 Övriga externa kostnader	2013	2012
Färdiga varor och handelsvaror		492 687	384 433	Medlemsavgifter (Acta, Figo, NFOG, ECOG, IFFS)	688 432	647 770
Kortfristiga fordringar				Möten och kongresser	584 286	406 956
Kundfordringar		78 957	116 759	Utbildningsnämnden	111 343	41 461
Övriga fordringar		152 585	428 616	Revisionsarvoden	42 000	40 000
Förutbetalda kostnader och upplupna intäkter		260 808	93 724	OGU ST-dagar	0	0
		492 350	639 099	Övriga kostnader inkl övriga OGU	710 675	1 170 104
Kortfristiga placeringar					2 136 736	2 306 291
Aktier och andelar	7	2 688 840	2 062 976	Not 3 Anställda och personalkostnader	2013	2012
Kassa och bank		1 768 205	1 455 308	Medelantalet anställda		
Summa omsättningstillgångar		5 442 082	4 541 816	Kvinnor	1	1
SUMMA TILLGÅNGAR		5 442 082	4 541 816	Män	0	0
EGET KAPITAL OCH SKULDER					1	1
Eget kapital	8			Löner och andra ersättningar samt sociala kostnader inklusive pensionskostnader		
Fritt eget kapital				Löner och andra ersättningar	453 441	408 928
Ingående eget kapital		3 448 678	3 348 672	Sociala kostnader och pensionskostnader (varav pensionskostnader)	230 435	182 399
Beslutade bidrag		-10 000	-10 000		(74 124)	(46 831)
Årets resultat		709 097	110 006	Totala löner, andra ersättningar, sociala kostnader och pensionskostnader	683 876	591 327
		4 147 775	3 448 678			
Summa eget kapital		4 147 775	3 448 678			
Obeskattade reserver	9	846 000	626 000			
Kortfristiga skulder						
Leverantörsskulder		92 113	234 256			
Aktuella skatteskulder		11 266	0			
Övriga skulder		123 415	72 337			
Upplupna kostnader och förutbetalda intäkter		221 513	160 545			
Summa kortfristiga skulder		448 307	467 138			
SUMMA EGET KAPITAL OCH SKULDER		5 442 082	4 541 816			

Not 4 Realisationsvinster och realisationsförluster

	2013	2012
Vinst vid försäljning av värdepapper	105 273	74 606
Förlust vid försäljning av värdepapper	-134	-7 350
Återföring av nedskrivning	0	3 975
	105 139	71 231

Not 5 Bokslutsdispositioner

	2013	2012
Avsättning till periodiseringsfond	-220 000	-176 000
	-220 000	-176 000

Not 6 Inventarier, verktyg och installationer

	2013-12-31	2012-12-31
Ingående anskaffningsvärden	187 872	187 872
Utgående ackumulerade anskaffningsvärden	187 872	187 872
Ingående avskrivningar	-187 872	-184 823
Årets avskrivningar	0	-3 049
Utgående ackumulerade avskrivningar	-187 872	-187 872
Utgående redovisat värde	0	0

Not 7 Aktier och andelar

Namn	Bokfört värde	Marknadsvärde
Svenska aktier/aktierelaterade instrument	2 688 840	3 061 438
	2 688 840	3 061 438

Not 8 Beslutade bidrag

Beslutade bidrag 2013 och utbetalade 2013

Ulla-Britt Wennerholm 10 000 kr

Not 9 Obeskattade reserver

	2013-12-31	2012-12-31
Periodiseringsfond vid 2011 års taxering	230 000	230 000
Periodiseringsfond vid 2012 års taxering	220 000	220 000
Periodiseringsfond vid 2013 års taxering	176 000	176 000
Periodiseringsfond beskattningen 2014	220 000	0
	846 000	626 000
Skatteeffekt av schablonränta på periodiseringsfond	1 474	1 408

Stockholm den 24 april 2014

Harald Almström

Ordförande

Lotti Helström

Vice ordförande

Louise Thunell

Facklig sekreterare

Sven-Eric Olsson

Skattmästare

Annika Strandell

Vetenskaplig sekreterare

Jan Brynhildsen

Utbildningssekreterare

Anna Ackefors

Redaktör för medlemsbladet

Anna Pohjanen

Ledamot

Mahsa Nordqvist

Ledamot, OGU-representant

Lars Ladfors

Ledamot, webbmater

Matts Olovsson

ARGUS

Vår revisionsberättelse har lämnats den 30 april 2014

Crowe Horwath Osborne AB

Christer Eriksson

Auktoriserad revisor

*Gerald Wallsterson***Skattmästarens rapport**

Föreningens ekonomiska ställning är god. Utgifterna har hållits i god kontroll, kapitalförvaltningen har genererat ett överskott och därmed har föreningen kunnat redovisa en vinst för verksamhetsåret 2013. Föreningens tillgångar har ökat och vi har en stabil bas för att kunna genomföra olika aktiviteter framöver. För detaljer, var god se resultat- och balansräkningen.

Jag har varit skattmästare i snart 7 år. Jag kommer att avgå i år och vill tacka för visat förtroende och önska min efterträdare lycka till.

*Sven-Eric Olsson***SFOGs budget 2014****Intäkter**

Medlemsavgifter	1 375 000
Medlemsblad annonsering	500 000
ARG-abonnemang	720 000
Försäljning ARG-rapporter	250 000
Försäljning Diagnosbok	300 000
Årsrapport Kvinnokliniker	310 000
Platsannonser hemsidan	250 000
Kursavgift administration	150 000
Övriga poster	75 000
OGU-intäkter ST-dagar	
Summa intäkter	3 930 000

Kostnader

SFOG-kansliet	1 200 000
Medlemsavgifter NFOG/ACTA/EBCOG/FIGO/IFFS	700 000
Medlemsbladet 1-5 (layout/tryck/utskick)	320 000
ARG-rapport (tryck/utskick)	250 000
Styrelsemöten (inkl internat)	350 000
Övriga möten	150 000
Utbildningsnämnden	150 000
ARG-verksamhet	100 000
Diagnoshandbok	100 000
Årsrapport kvinnokliniker	150 000
Datakostnader	75 000
Hemsidan	50 000
Revision	50 000
Diverse övr kostnader (porto/tel/kontorsmaterial)	50 000
Avskrivningar	5 000
OGU ST dagar	
OGU	150 000
Vetenskapligt råd	50 000
Kvalitetsnämnden	10 000
Förändring lager	20 000

Förslag till styrelse för SFOG 2015

Ordförande Lotti Helström	Nyval
Vice ordförande Andreas Herbst	Nyval
Facklig sekreterare Anna-Karin Lind	Nyval
Vetenskaplig sekreterare Annika Strandell	Omval
Utbildningssekreterare Jan Brynhildsen	Fortsatt mandat
Skattmästare Bengt Karlsson	Nyval
Redaktör Anna Ackefors	Fortsatt mandat
Övrig ledamot/webansvarig Lars Ladfors	Omval
Övrig ledamot Anna Pohjanen	Omval
Övrig ledamot/OGU representant Mahsa Nordqvist	Fortsatt mandat
Revisorer:	
Aukt revisor Christer Eriksson	Omval
Lekmannarevisor Gerald Wallstersson	Omval
Revisorsuppl. Anne Ekeryd Andalen	Omval

SFOGs valberedning 2014

Charlotta Grunewald (sammankallande), Mårten Alkmark, Anna Bäckström

Ordförande

Lotti Helström



Jag föddes hemma i mammas säng på Stora Torget i Visby på Alla Hjärtans dag 1952. Jag tog studenten i Visby och läste sen i Uppsala. AT och FV gjorde jag i Eskilstuna, en turbulent tid rent fackligt, vilket resulterade i att jag hastigt fick lämna Eskilstuna i samband med läkarstrejken och flytta tillbaka till Uppsala 1983. Där disputerade jag 1993 och blev kvar till 1996 då jag flyttade till Karolinska Sjukhuset. 2005 blev jag docent vid Karolinska Institutet, samma år som jag började på Södersjukhuset. Jag har även arbetat på kvinnoklinikerna i Umeå, Söderhamn och Löwenströmska, mest med gynekologi. I Uppsala var det tumörkirurgi, urogynekologi, STI och dysplasier. På KS SESAM-mottagning

mest familjeplanering, STI, sexologi och vulvamottagning. På SÖS är jag aktiv på Akutmottagningen för Våldtagna Kvinnor (AVK) och har varit det allt sedan den startade hösten 2005.

Vid sidan om annan klinik har jag alltid haft tid för psykosomatiska mottagningar och sexologi. Därför är det extra kul att ha blivit tillfrågad, jag ser mig lite som outsider med mitt intresse för psykosociala frågor inom gynekologin.

Jag har undervisat på alla nivåer av läkarutbildningen och barnmorskeutbildningen. Tillsammans med Berit Sjögren startade vi sexologiutbildningarna vid KI och SFOG-kursen Sexologi för Gynekologer. SFOG-kursen i psykosocial ObGyn "Hjärta Hjärna Kön" har jag

också varit inblandad i. Jag är klinisk sexolog (NACS).

Inom SFOG har jag varit med i många ARG-grupper och har deltagit i skrivandet av fem rapporter (Sexologi-, Sexuella Övergrepp, Vulva-, Abort- och Ungdomsgynekologi-rapporterna) och flera läroböcker, till exempel Gynekologiboken och Lärobok för barnmorskor. Jag har också varit aktiv i Etik Arg.

Jag har varit aktiv facklig förtroende- man i läkarförbundet sedan 1973 (!), de senaste 12 i Läkarförbundet Etik- och Ansvarsgrupp (EAR) som bland annat deltar i World Medical Association's

(WMA) arbete med etikdeklARATIONER i många områden som rör vår specialitet. Inom Svenska Läkaresällskapet har jag mest varit aktiv i Sektionen för Medicinsk Psykologi. Sedan några år är jag ledamot i Läkaresällskapets Riksstämmodelagation, och deltar i det spännande arbetet att förändra och modernisera riksstämman.

Många fredagsmorgnar går cykeln över Västerbron till Socialstyrelsens Rättsliga Råds nämnd för abort- och steriliserings- ärenden.

Jag är mamma till Magnus och Ylva, farmor till Greta och Sixten, och mor-

mor till Egil. Fritid? Tja, handen på hjärtat, inte så mycket. Jag läser böcker med några vänner i en läsecirkel, är med i ett gäng som bland annat går på teater och njuter av ett operaabonnemang. Jag strövar gärna i skogen och nosar efter svamp eller längs stranden på Gotland. Barnbarnen vill jag ju också hinna träffa förstås.

Efter två år som vice ordförande under Haralds ledning har jag förstått en del av vad som pågår i föreningen. Om föreningen väljer mig ser jag fram emot att leda styrelsearbetet med ett nytt och delvis förändrat kansli som stöd.

Vice ordförande

Andreas Herbst



Sommaren innan gyn-kursen blev jag fast i obstetrike. Det var när min fru och jag fick vårt första barn och jag insåg att det här är svårt att slå. Som blivande far läste jag Sam Brodys "Obstetrik och Gynekologi" som jag tänkte var en bättre förberedelse än de broschyrer man fick på MVC. Detta ledde till att jag blev en besvärlig anhängig inför den kommande förlossningen, men taggade ned något efter att min svärmor förklarat att jag skulle vara ett stöd för min fru och inte en belastning.

Eftersom jag ändå lärt mig menstruationscykeln, CTG-tolkning och annat som blivande fäder bör kunna, vore det ju synd att inte utnyttja det i den framtida karriären. Tre år senare, 1988, började jag som underläkare på KK. Jag anställdes genom positiv åldersdiskriminering, "Vi behöver en ung läkare" sa schemaläggaren Kerstin Dahlander. Nu har jag blivit dubbelt så gammal, men är kvar i denna fantastiska specialitet, och på samma arbetsplats – Skånes Universitetssjukhus.

Vad är det med gynekologin & obstetrike som gör denna specialitet till den mest spännande? Att så ofta direkt vid första besöket på akutmottagningen kunna ställa diagnos och sätta in behandling? Blandningen av medicin och kirurgi, manuella ingrepp, etik och psykologi? Att få möta alla sorters människor i några av livets avgörande stunder? Det är alla starkt bidragande faktorer.

I Tjörn triathlon för ett par år sedan kom jag tvåa i en gren. Nej, det var varken simningen, cyklingen eller löpningen. Den enda gren där jag låg i elitklass var ombytet mellan grenarna. Om det är något man tränat som gyn-obstetrike är det att snabbt slita av sig vita kläder och dra på gröna. Det kan man ha nytta av även i andra sammanhang.

Att vi så ofta ställs inför akuta situa-

tioner, där ett snabbt ingripande med rätt åtgärder kan vara avgörande, är också tilltalande. Att det man gör faktiskt har betydelse för någon annan. Samtidigt kan det vara tveeggat. Det händer förstås att man inte gör rätt, även om man gör sitt bästa, och konsekvenserna kan då bli svåra för andra människor.

För två månader sedan fick jag besök av en patient som ville berätta vad jag åsamkat henne. Jag hade för 25 år sedan förlöst henne med sugklocka och en grad 4-ruptur uppstod. Infektion tillstötte och efter två reoperationer pga inkontinens fick hon stomi. Efter både ileus och tarmresektion har hon behövt parenteral nutrition. Vi gick igenom vad som hade hänt och jag beklagade att jag orsakat henne den skada som lett till livslånga konsekvenser. Hon var nöjd efter mötet och framhöll att hon i all fall har en nu vuxen son som hon är väldigt stolt över, att det ändå varit värt allt hon gått igenom.

Man kan dra olika lärdomar av en sådan berättelse. En konklusion är att det inte är acceptabelt att så många kvinnor ska drabbas av stora bäckenbottenskador vid förlossningen. Detta är ju en fråga som SFOG nu arbetar med nationellt och vår specialitetsförening är en stark kraft för att driva förbättringar i den gynekologiska och obstetriska vården. Ju mer

komplex vården blir genom ökade behandlingsmöjligheter och ju större behovet av prioriteringar i vården blir (eftersom vi inte kommer att ha resurser att göra allt som är möjligt), desto viktigare blir vårt nationella engagemang genom SFOG. För att värna kvinnosjukvården och samtidigt genom våra AR-grupper kritiskt granska tillgängliga behandlingsmetoder.

Säkerhet och kvalitet i vården är, liksom fortbildning, frågor jag länge varit intresserad av. Mitt avhandlingsarbete handlade om fosterövervakning och aci-

dos hos det nyfödda barnet – förstås med det yttersta målet att bidra till vägar att undvika asfyxi vid förlossning. Senare har jag varit engagerad i att ta fram CTG-utbildningsprogrammet www.ctgutbildning.se. Jag har också varje vårvinter föreläst på Ingemar Ingemarssons CTG-kurser i Lund. Ingemar, som ledsamt nog gick bort i fjol, var min handledare och mentor.

Under de år jag arbetat inom gynekologin och obstetrike har jag haft olika engagerande roller i allt från kursamman- dens, schemaläggare, kursledare, ansvar för

perinatalavdelningen, förlossningsavdelningen, obstetrisk sektionschef och nu verksamhetschef för kvinnosjukvården på SUS. Till hösten ser jag fram emot att åter arbeta som läkare och hoppas då få den tid över som behövs för att engagera mig i SFOG liksom annat som förgyller tillvaron.

Bästa hälsningar,
Andreas Herbst

Facklig sekreterare

Anna-Karin Lind



Från en insjö i Roslagen, via medicinstudier i Stockholm, tog kärleken mig till Göteborg och det salta havet. Efter dubbelspecialisering inom Obsterik/Gynekologi och Allmän kirurgi var jag helt in-

ställd på att bli Gynekologisk Tumörkirurg. För att få ökad förståelse för de IVF patienter som dök upp på jouren, skulle jag bara jobba några månader på Reproduktionsmedicin/Sahlgrenska Universitetssjukhuset och fastnade då helt för detta spännande område. Jag disputerade 2006 med en avhandling som handlade om ägglossningsmekanismer hos människa. I samma veva gick jag en 2-årig ledarskapsutbildning och har sedan haft chefsuppdrag inom både offentlig och privat vård. Sedan 2 år tillbaka arbetar jag som medicinsk chef för IVF Sverige AB. Vi har 6 IVF kliniker i Sverige, från Umeå i norr till Malmö i söder. Vi har också en helt nyöppnad Barnmorskemottagning i Malmö. Mitt uppdrag är att harmonisera den medicinska vården i ett best practice koncept, kvalitetsutveckling, patientsäkerhet samt utbildning. Kliniskt arbetar jag på Fertilitetscentrum, Carlanderska Sjuk-

huset i Göteborg där körsbärsblommorna just nu bäddar in sjukhuset och parken i ett rosa skimmer.

Men jag är ju inte bara gynekolog, jag är "tonårsmorsa" också. Två underbara ungdomar som lär mig något varje dag. Efter 10 år med segelbåt ska vi prova på motorbåtslivet i sommar. Jag blir också lycklig när jag hinner gå till gymmet och lyfta "skrot"... det trodde jag inte att jag skulle säga för några år sedan... men det är så häftigt!

Det är väldigt roligt att få förtroendet att vara en del av SFOGs styrelse, bli lite bredare igen och få arbeta med frågor som rör hela vår fantastiska specialitet. Jag hoppas att min tidigare bakgrund i OGU:s styrelse, tiden som facklig och skyddsombud samt mitt nuvarande engagemang i privat verksamhet ska kunna tillföra något.

Skattmästare

Bengt Karlsson



Sedan 2005 är jag verksamhetschef för KK Varberg. Uppdraget är sedan 2012 utökat till att omfatta även KK Halmstad då vi nu är ett sjukhus och bildat en gemensam klinik för KK i Halland.

Min karriär inom gynekologi och obstetrik startade annars i Borås 1978 där jag fick min grund inom specialiteten. Sedan fortsatte jag med forskning och vidareutbildning på KK Sahlgrenska. Min avhandling "Transvaginal sonography for identifying endometrial abnormality in postmenopausal women, Göteborg 1994, visade att $< 5\text{ mm}$ är användbar cut-off för att mäta endometrietjocklek vid utredning av postmenopausal blödning.

Under dessa 36 år inom specialiteten har det också blivit fackligt arbete, chefskap i Norge och uppstart av privat gynecotagning i Göteborg.

När jag inte jobbar vistas jag ute i natu-

ren och försöker få tillräckligt med motion bland annat i skidspåren och på golfbanan. Barnbarnen och övrig familj får dock alltmer av min tid men det skall också finnas tid för styrelsearbete i SFOG kommande år.

Det känns som en ära att få uppdraget som skattmästare och jag hoppas att min erfarenhet av budgetarbete och ekonomisk styrning av olika verksamheter skall räcka för att föreningens ekonomi skall skötas på ett tryggt och säkert vis. Jag tror vi inom föreningen har en klar bild av vad en realistisk budget är och jag skall inte kopiera landstingsvärldens sätt att lägga upp driftbudgetar.

Berndt Kjessler pristagare 2014

Mats Löfgren

Priset går till Mats Löfgren för hans enastående insatser inom gynekologin. Mats är en pionjär och eldsjäl, som har byggt upp det gynekologiska operationsregistret GynOp vilket i år fyller 20 år. Patientens egen upplevelse av sin sjukdom och sin hälsa efter behandling eller operation och hennes tillfredsställelse med vården och resultatet efter ingreppet, de numera välkända termerna "PROM och PREM", har funnits med redan från starten 1994. Detta var visionärt och då unikt bland svenska sjukvårdsregister.

Tack vare Mats envetna och oförtröttliga arbete, tidvis i motvind, samt hans arbete för optimering av tekniska lösningar, kan SFOG idag visa upp ett välrenommerat web-baserat nationellt register med lättillgänglig resultatuppföljning i realtid. Mats och hans medarbetare har gett Sveriges gynekologer unika registerdata, som används för forskning och för identifikation av undvikbara vårdskador samt är verktyg för verksamhetsuppföljning och verksamhetsutveckling för en jämlik vård över landet.

Mats Löfgren har på ett lågmält sätt bidragit stort till att sprida kunskap inom den gynekologiska kirurgin. Hans unika och värdefulla arbete gör honom till en förebild inom vår specialitet och till en mycket värdig Berndt Kjessler pristagare!



Mats Löfgren med barnbarnet Iris 5 år.



OGUs ordförande informerar

Bästa OGU-medlemmar!

Är det någon som ens läser denna spalt? Eller funkade den här sidan ungefär som mail med begäran om att svara på en enkät. Tack, men nej tack och svisch bläddra till nästa sida? Nåja, har du läst så långt ska jag fånga din uppmärksamhet med storyn om min syster. Mona är 21 år gammal (fortfarande en bebis i vår läkarvärld) och läser andra året på Chalmers industriell ekonomi. Sedan ett år har Mona jobbat som konsult på Chalmers teknologikonsulter (CTK), ett av Europas ledande studentkonsultbolag med 60 anställda. Nyligen blev platsen som VD för företaget ledig och min lillasyster sökte tjänsten. Jag fattade ingenting, var hade min lillasyster fått sån "stake" ifrån? Jag var helt säker på att hon inte skulle få tjänsten och förberedde mig på att trösta henne. Hon fick jobbet. 21 år gammal och VD. Tänk vilken rutinerad ledare hon kommer att vara när hon är 35! Där och då kände jag mig förbannad, förstås mycket stolt men också förbannad. Förbannad över sjukvårdens föråldrade hierarki. Hur mycket får läkarstudenter vara med och bidra till förbättrad sjukvård? Våra fem universitetssjukhus innehåller gräddan av svensk ungdom, men vad gör vi med dem? Vi lär dem att gå längst bak när det är dags för rond, att sitta bredvid som imbeciller när överläkaren undersöker patienten och att de mest är i vägen på operation. När jag lyssnar på min 21 åriga lillasyster blir jag påmind om den enorma kraft och kreativitet som unga människor har. De har inte hört samma tjat i 20 år och vet inte vilka problem som anses omöjliga att lösa. Just därför kan de lyckas hitta möjliga lösningar på så kallade omöjliga problem.

Kvalitetsarbetet på ST nivå är ett försök att engagera unga doktorer i förbättringsarbete. Tanken är god men jag undrar hur många krystade projekt som produceras till punkt och pricka efter order från en senior doktor. Jag ser gärna att obligatoriska kvalitetsarbetet får leva kvar men jag tror att vi behöver vara mer kreativa än så. Genom att ha ledarskap som ett av ST-delmålen får alla ST-läkare möjlighet att gå kurser i ledarskap och organisation. Den fördjupade kunskapen i området skapar större intresse hos många men då måste organisationen vara redo att ta emot den entusiasm som väckts till liv. Ge luft under vingarna till de unga doktorer som vill delta i förbättringsarbete. Med detta menar jag inte att man ska slänga ut uppgifter som ska skötas på en höft vid sidan av en heltids tjänst. Vi behöver ett system där vi maximalt tillvaratar den kreativitet och energi som finns bland förändringssugna individer, från de första stappande stegen på läkarprogrammet och framåt.

Inom OGU har vi precis fått maximalt med luft under vingarna. Vi är en helt ny styrelse som står redo att fortsätta arbetet med att bidra till en ST i världsklass. Strax bakom oss har vi OGU dagarna i Uddevalla där ST-gänget i NU-sjukvården visade exempel på hur människor fullkomligt kan slå ut i blom i samband med att de får en uppgift. Jag ser redan fram emot att få inspireras av våra ST kollegor i Falun när de anordnar OGU dagarna 2015. För våra representanter i utbildningsnämnden har de nyligen tre intensiva dagar i samband med ST tentan bakom sig. De deltog i bedömningen under samtliga moment. Våra inter-

nationella representanter lovar givande workshops i samband med NFOG veckan som i år hålls i vår vackra huvudstad. De riktar sig till ST-läkare och man får intyg till socialstyrelsen – anmäl dig om du inte redan har gjort det! ENTOG utbytet i år blir i Glasgow och det blir Ida Bergman från OGUs styrelse som åker då vi tyvärr inte fått in några anmälningar. Är du sugen på att åka på utbyte, se till att redan nu kontakta våra internationella representanter. Själv längtar jag efter sista veckan i augusti och SFOG-veckan och OGUs två ST-kurser. Under kursen i obstetriska perinealskador får vi lära oss allt om prevention, diagnos och behandling både akut och i sent skede. Kursen sexologi lär oss mer om kvinnlig sexuell funktion och dysfunktion, ger oss verktyg att bemöta kvinnor med dyspareuni samt HBT individer. Vi får reda på mer om verksamheten vid sexualmedicinskt centrum. Bägge kurserna genererar intyg till socialstyrelsen och har begränsade platser, så det är först till kvarn som gäller. Anmäl dig på www.sfogveckan.se under fliken "SK kurser". Kurserna är otroligt prisvärda då de är gratis förutom deltagaravgift för den aktuella dagen. Missa heller inte OGU och SFOGs förningssymposium som i år handlar om aktuella fortbildnings- och ST-utbildningsfrågor. I nästa medlemsblad kommer du att få läsa resultaten från OGU-enkäten som också kommer att vägleda OGUs nya styrelse i vårt fortsatta arbete.

Tack för förtroendet!
Er Ordförande,
Mahsa Nordqvist

OGU-dagarna 2014

Uddevalla

Årets OGU-dagar hölls i Uddevalla med Kvinnokliniken på NÄL (Norra Älvsborgs sjukhus Trollhättan) som arrangör. Temat denna gång var "Benign gynekologisk kirurgi" och programmet som sträckte sig över två dagar, 7 - 8 april, var ambitiöst och mycket bra. De flesta av oss som var där anlände till ett grått, regnigt och i dimmor höljt Uddevalla. Perfekt väder för att sitta inne och lyssna på bra föreläsningar. Vädret ingick förresten i arrangemanget (hur gjorde ni??). Det var planerat för en båttur på Byfjorden på måndagkvällen och plötsligt skingrar sig molnen och en blå himmel bjuder på en fantastisk solnedgång under vår båtfärd. Strax efter var det regn och dis igen.

Ett glatt gäng arrangörer i häftiga lila svandunsboor hälsade alla välkomna. Deras entusiastiska och utbildningsintresserade chef Ingrid Almskog presenterade Älvsborg och verksamheten på NÄL. Hon var också senare med och avslutade dagarna och skickade bland annat med en klok devis; "Ingen operation får vara pedagogiskt outnyttjad"!

Föreläsningarna var riktigt bra och fullspäckade med information. Rubrikerna var; Hysterektomi, Iatrogena skador på urinvägarna vid gynekologiska operationer, Rikliga menstruationsblödningar, Minimalinvasiv kirurgi som behandling av blödningar, Smärtfysiologi och postoperativ smärta, Laparoskopi, Varför läcker kvinnor, Prolapskirurgi. Alla deltagare fick ett USB-minne med föreläsningmaterial. Låna gärna av en kollega och titta igenom materialet om du inte hade möjlighet att delta! Där finns intressanta fakta och erfarenheter och säkert ämnen att diskutera med erfarna kollegor på hemmakliniken. Ett "take home message" var särdeles tydligt; glöm inte att heja på Ralph Pecker vid uttag-



Arrangörerna av OGU-dagarna 2014.

ningen till Ironman. Förutom föreläsningarna var det också presentationer av AR-grupper, tid att möta utställarna, OGU:s årsmöte och framför allt presentation av "Ge kniven vidare". Sverige är dåligt internationellt sett på att strukturera den praktiska utbildningen inom opererande specialiteter. Vi fick ett konkret, positivt exempel från Falun hur de skapat en "gynkirurgitermin" kallat "gynsatsningen" för sina ST-läkare då man inte gör något annat än opererar all form av benign kirurgi.

En viktig del med OGU är alla kontakter man bygger upp och inte minst att ha KUL ihop. Efter den saltstänkta båtturen bjöds vi på en gemensam middag

med överraskningar. Först en lite mer dämpad teater om mannen Bengt som uppvägdes av ett formidabelt coverband "Glöd" från Vänersborg. Jag skulle tro att de aldrig tidigare haft en så kvinnodominerad och dansglad publik.

Med några dagars distans är det sammanfattande intrycket MYCKET – mycket bra, mycket matnyttigt, mycket mat, mycket välarrangerat. Tack.

Det blir helt säkert inte samma men förmodligen lika MYCKET nästa år i Falun. Boka dagarna 13-14 april 2015 då temat är Blödningar vid graviditet och postpartum.

Karin Breding
ST-läkare KK SKAS Skövde



Ett stort tack

till ST-läkarna i NU-sjukvården för fantastiska OGU-dagar i Uddevalla. Tack även till Kvinnokliniken NU-sjukvården och framförallt verksamhetschef Ingrid Almskog Mandelman som på ett engagerat sätt gett sitt stöd till att anordna OGU-dagarna i Uddevalla. Slutligen ett stort tack även till sponsorerna som möjliggjorde dessa två dagar, till föreläsarna som delade med sig av sin kunskap och erfarenhet samt alla deltagare.

För OGU styrelsen,
Mahsa Nordqvist
Ordförande, OGU

Under SFOG veckan i Varberg anordnar OGU två stycken ST kurser

Tisdagen 26/8 anordnas kurs i sexologi där vi får lära oss mer om kvinnans sexuella funktion och dysfunktion, dyspareuni, HBT, och verksamheten vid sexualmedicinskt centrum. Onsdagen den 27/8 anordnas kurs i obstetriska perinealskador där vi får lära oss allt om prevention, diagnos samt akut och sen behandling. Kurserna är gratis, man betalar bara deltagaravgift den aktuella dagen. Intyg till socialstyrelsen utfärdas. Begränsat antal platser och först till kvarn gäller. Även barnmorskor och specialister får anmäla sig, men ST-läkare prioriteras.

Anmäl dig på sfogveckan.se under länken "SK kurser".



Mora lasarett är ett modernt akutsjukhus med ett befolkningsunderlag på ungefär 80 000 invånare. Kvinnokliniken i Mora är en klinik i förändring och utveckling. Vi är just nu sju specialister och en ST-läkare. Vi har en omfattande gynekologisk mottagningsverksamhet samt en slutenvårdsavdelning. Vår avdelning är en 5-dygnsavdelning och vi ligger långt fram avseende dagoperativ verksamhet.

Nyfiken på Mora? Gå in på www.mora.se

Opererande gynekolog

till Kvinnokliniken Mora lasarett.
Tillsvidareanställning, heltid.

Är du intresserad av och erfaren inom benign gynekologisk kirurgi?
Intresserad av att driva utvecklingen på en liten enhet?
Vi söker nu en specialist med stort intresse för gynekologisk kirurgi.

Ansök senast 20 juni på www.ltdalarna.se/jobb



Referat från Vintermötet 2014

Norra Latin, Stockholm. Arrangör: Danderyds Kvinnoklinik

Verksamhetschef Birgitta Mörlin hälsade alla deltagare välkomna och öppnade årets vintermöte med temat "Kvinnosjukvård med fokus på livskvalitet". Därefter inledde Helena Kopp-Kallner, bitr ö och med dr, att tala om anti-konception som en väg till bättre livskvalitet. Vi påminnes om paradoxen att ju yngre och fertilar kvinnor är, desto osäkrare preventivmetoder använder de. Många praktiska förskrivarknep levererades; vid endometrios är Dienogest lika effektivt som GnRH-analog, att alla kombinerade p-piller minskar acne (allra bäst Diane), och att allt med "Y" (ffa Yaz) med fördel skrivs ut till kvinnor med PMS. Avslutningsvis har man sett att BRCA-gen + kombinerad metod ger 50% lägre risk för ovarialcancer, men ingen ökad risk för bröstcancer. Kombinerade p-piller har i olika studier visat sig minska risk för såväl ovarial-, endometrie- som coloncancer.

Preeklampsi var nästa ämne, presenterat av Charlotte Iacobaeus, spec läk/doktorand, samt Ellika Andolf, öl/professor. Här fick vi lära oss att man inte måste följa signifikant proteinuri hos kvinnor med havandeskapsförgiftning. Troligen är det sämre att läcka 9g än 5g/dygn men inte tillräcklig signifikant för att intervensera utan den totala kliniska bilden måste avgöra. Grav PE = förhöjt blodtryck + organpåverkan (inte proteinuri). Ett viktigt budskap; om PE efter gravv 37 vänta inte med att förlösa utan inducera. Det blir inte fler sectio men färre maternella negativa effekter. Postpartum är hypertoni värst dag 4 - 6, då mödrar ofta hunnit gå hem från BB. BT normaliseras först efter 6 - 7 veckor. En remiss till husläkare bör skrivas vid hemgång från BB, kvinnor med PE bör kontrolleras årligen med avseende på blodtryck, gärna även vikt och b-glukos. Kvinnor med PE har en kraftigt ökad

**Klara Hasselrot, ST-läkare,
Won-Hie Svedbrant, ST-läkare,
Kvinnokliniken Danderyd**

framtida risk för diabetes, ischemisk hjärtsjukdom och DVT.

Nästa talare var Elisabeth Lindholm, MHV-öl och med dr. Hon tog upp ämnet Bröstmjolk och barnfetma – hur hänger det ihop? Lindholm presenterade vågaväga-projektet och visade betydelsen av att hålla en måttlig viktökning under graviditet. Kraftigt överviktiga kvinnor får nämligen sämre kvalitet på bröstmjölken än mer normalviktiga mammor och barnen riskerar att bli överviktiga. Samtidigt underströk Lindholm positiva effekter av amning, att ovanstående forskning inte bör ses som en uppmaning att flaskmata istället för att amma.

Efter förmiddagskaffet samlades vi åter för att tala om två olika typer av smärtpatienten; kvinnor med samlagssmärta (Nina Bohm-Starke, överläkare/docent) och kvinnor med endometrios (Annika Valentin, överläkare). För patienter med samlagssmärta finns endast ett fåtal specialistmottagningar och köerna dit är långa. Därför gavs en hel del råd om hur man själv på sin mottagning initialt kan handlägga dessa kvinnor. Genom noggrann anamnes och status kan andra behandlingsbara åkommor uteslutas och att prova exempelvis oljebaserad tvättregim och smörjning för att optimera slemhinnorna i vulva/introitus. När detta inte hjälper är det dags att remittera vidare för bedömning i det multidisciplinära team (läkare, sjuksköterskor, kuratorer) som Bohm-Starke förestår. Den multidisciplinära utmaningen var temat även för nästa föreläsare, Annika Valentin som är överläkare och ansvarig för endometriosteamet på Danderyds sjukhus. Här har man samlat gynekologer, sjuksköterskor från

såväl akutmottagning som gynavdelning, kurator, sjukgymnast samt smärtläkare. Man har tagit intryck av studiebesök på endometrioscenrum, Akademiska sjukhuset i Uppsala. Kvinnan med långt gången smärtproblematik till följd av endometrios behöver mötas på många olika plan för att få ett optimalt omhändertagande och för att minska oäktsam analgetikaanvändning. När teamkonferens hållits om en särskild patient, skrivs en behandlingsrekommendation in i patientens journal, för att säkerställa att omhändertagandet blir likartat vid de, tyvärr ofta frekventa, inläggningarna.

Sista gruppen föreläsare före lunch var fyra till antalet: Maria Persson, bitr öl/med dr, Susanne Muller, spec läk/med dr, Sven-Eric Olsson, öl/docent samt Elisabeth Wikström Shemer, öl, med dr och uppfinnare. De berörde alla ämnet cervixdysplasier från olika synvinklar. Vi fick lära oss att incidensen tyvärr ökar hos kvinnor äldre än 60 år och därför bör följa kvinnor med tidigare dysplasi livet ut. HPV-testet beskrevs ha olika viktiga funktioner: att triagera lågradiga förändringar, som test of cure efter behandling/konisation samt som screening då det är 30-35% mer sensitivt än det vätskebaserade cellprovet. Dock är specificiteten sämre och kan därför leda till fler falskt positiva prov. Över 30 års ålder är HPV-screening överlägset, och intervallen skulle kunna förlängas till 5 år. Av alla HPV-positiva patienter får 0,3% cancer. Livstidsrisk för högrisk HPV-infektion beräknas till >80%, varav 90% läker ut inom 2 år. Vid ett operativt ingrepp har man visat att <10mm djup kon har minst obstetrisk påverkan.

Serologi som metod för att hitta äldre kvinnor som fortfarande är osmittade, och därmed goda kandidater för vaccinering, finns tyvärr inte kommersiellt. Att vaccinera som profylax mot recidiv av

sjukdomen presenterades som "signifikant med ett nödrop". Studie av koniserade patienter som därefter vaccinerats finns ännu inte.

Globalt är cervixcancer en stor dödsorsak för kvinnor, ca 250 000 dödsfall/år att jämföra med 570 000 fall pga graviditet och förlossning. Kostnadseffektiv kolposkopi är av stor vikt för att diagnostisera i tid. Gynokularet är förhållandevis billigt och drivs på batteri, vilket gör det praktiskt i resurssvaga miljöer. Man vidareutbildar även sjuksköterskor att genomföra kolposkopi för att öka tillgängligheten. En undersökning genomförd av en sjuksköterska med ett gynokular beräknas kosta endast 90 cent.

Eftermiddagens föreläsningar

"Induktion eller väntan? Aspekter av värksvaghet"

Sophia Brismar Wendel

Överburenhet med en prevalens på 6-8% medför en ökad risk för perinatal dödlighet (6/1000 pågående graviditeter i v 43+0). Cochrane metaanalys från 2012 (Gulmezoglu, 22 studier, >9000 kvinnor) visar att kvinnor som randomiserades till induktion v(37-41) löper lägre risk för sectio och deras barn löper lägre risk för perinatal död, mekonium aspiration samt makrosomi >4000g. Dock föreligger en högre risk för VE än de som randomiserades till expektans till v 42-43. Ingen signifikant skillnad vad gäller stor blödning i samband med förlossningen kunde ses.

Lång latensfas medför ökad risk för värkrubbning, sectio, stor bristning, större blödning, maternell feber, neonatal återupplivning och låg Apgar (Friedman 1961, Peisner 1985, Chelmos 1993, Maghoma 2002)

Vad gäller långsam progress under

öppningsfasen, har man kommit fram till att ju tidigare stimulering sätts in desto kortare blir förlossningen. Kvinnan blir även nöjdare och det påverkar inte sectio-, VE- eller barnutfallet (NMI 2011, Dencker 2008 och 2009). Emellertid ökar lång utdrivningsfas risken för sectio, VE, grad 3-4 bristning, chorioamnionit, endometrit, atoni, och/eller neovård (Allen 2009, Altman 2006, Cheng 2004, Rouse 2009).

"Myom-hur göra?"

Annika Lundgren Cronsioe

Vid symptom givande myom förbättras initialt 75% på medicinsk behandling (Mirena, GnRH-analog, ulipristalacetat) men 60% går till kirurgi inom 2 år (Cochrane 2006). Det nya inom området är ulipristalacetat (Esmya), en selektiv progesteronreceptorblockerare, som resolut ger amenorré samt 20% volymreduktion genom minskad cellproliferation och apoptos (studier pågår). Hysteroskopiskt avlägsnande att föredra när mer än 50% av myomet ligger intrakavitärt annars är abdominell myomenukleation ett vanligt ingrepp vid önskan om uterusbevarande kirurgi. Laparoskopisk eller robotassisterad myomenukleation är förenad med något mindre blödning jämfört med laparotomi och bör övervägas om uterus storleken motsvarar <17 graviditets veckor, få myom, subserösa, skaftade eller intramurala. Vid risk för hysterektomi kan myomembolisering eller MRgFUS (piesoelektrod MR-led ultraljudsbehandling, icke invasiv, poliklinisk teknik) övervägas. Myolys genom laparoskopisk kryo- eller värmekoagulering är en metod under utveckling. När ingen fertilitetsönskan föreligger, ger hysterektomi, med eller utan preoperativ behandling med ulipristalacetat alt. GnRH-analog, definitiv bot.

Paneldebatt

"Vad göra när allt faller ner?"

Daniel Altman argumenterade för vaginal operation med nät, där man har lägre recidiv frekvens samt bättre anatomiskt utfall jämfört med traditionell prolapskirurgi. Nina Kyrklund menade att traditionell vaginal prolapskirurgi är förenad med mindre kort- och långtidskomplikationer och betonade behovet av standardisering i våra preoperativa bedömningar samt flera studier. Ulrika Johansson berättade hur laparoskopisk vaginosakropeksi går till. Ett ingrepp som har visat sig vara fördelaktigt i jämförelse med sakrospinusfixation och TVM, bland annat pga mindre risk för recidiv (Maher et al Cochrane Database syst review 2013). Henrik Falconer visade en film om robotassisterad sakrokolpopexi, vilken har visat sig ha lika bra resultat som öppen abdominell kirurgi och har fördelar som kortare vårdtid, mindre blödning och snabbare återhämtning. Nackdelen är längre operationstid. Chris Falconer avslutade diskussionen med att orden: I dagsläget bör vaginal kirurgi med artificiellt lyft vara standard metod när det gäller recidiv av prolaps eftersom det är en kostnadseffektiv metod som ger bra resultat och kan spridas och tillämpas på flera sjukvårdsinrättningar i landet. ■

Vetenskapliga sekreteraren

TIPSAR

Det finns pengar att söka! Utnyttja resurserna i NFOG. Det har varit bråda tider inför planeringen av NFOG-kongressen i Stockholm. I samband med det har den vetenskapliga kommittén i NFOG har uppmärksammat att både NFOG Fund och NFOG Thesis Registry kunde utnyttjas bättre och vi vill därför göra reklam för dessa. I NFOG Fund kan man söka pengar två gånger om året, inte bara för forskningsprojekt utan även för kurser,

studiebesök och för att ersätta nordiska föreläsare. Läs mer om detta nedan. I NFOG Thesis Registry kan du registrera din avhandling. Läs mer om fördelarna med det nedan. Vi försöker sprida denna information inom alla de nordiska länderna och de engelska texterna kommer att publiceras i alla de nordiska ländernas "Medlemsblad". Fullständig information finns på www.nfog.org.

Annika Strandell

NOW IS THE PERFECT TIME

to start planning for a course or a visit and get funded!

Dear NFOG members,

The NFOG Fund offers a unique opportunity for the Nordic members to apply for and receive support for different types of professional activities. The NFOG Fund supports the member activities very significantly, and presently all reasonable applications receive at least part of the sum applied for.

Last year the amount granted was 733,321 DKK and this money supported 43 applications.

The supported activities are divided into the following categories:

- #1 Clinical or scientific visits outside country of residence with the purpose of improving skills and/or developing and sharing expertise
- #2 Voluntary or project work in developing countries
- #3 Courses outside country of residence
- #4 Collaborative work regarding clinical or scientific topics or projects between members of the national societies in NFOG
- #5 Each national society can yearly apply for the coverage of expenses to bring one lecturer from another Nordic country to speak at the society's annual meeting

The NFOG Scientific committee held its last biannual meeting in Stockholm in March to evaluate the applications. 21 out of 25 applications were at least partly funded. The Committee felt that it would be a good idea to inform the applicants and other members of some of the practises and principles of the evaluations.

Just as the instructions state, the budget needs to be detailed, and travelling expenses according to public transportation and modest accommodation. With the internet and modern apps it is easy and quick to make precise estimates of these expenses, as well as find economical accommodation practically everywhere. Well-detailed projects can be funded fully, vague applications are typically partly funded. Furthermore, the planned activities (visit, project course) should be described properly. Courses outside of

Scandinavia may be supported up to 8000 DKK. Only future activities will be considered for support.

A short written report to the NFOG Board must be sent to the NFOG Treasurer (lousen@dadlnet.dk), the NFOG webmaster (secher@dadlnet.dk) and the Scientific Committee (nfogfund@nfog.org) within three months after the activity. The report will be published on the NFOG website. Expenses will be refunded, when the NFOG Treasurer receives documentation of expenses and the written report.

The next deadline for the NFOG Fund is October 1, 2014.

So there is plenty of time to plan a visit or a course abroad and also enough time to prepare the application carefully following all of the rules and instructions. The Scientific Committee would like to warmly invite all members to take advantage of this potential support.

This notice is in English, just as all of the NFOG Fund applications according to the guidelines need to be in English. This naturally concerns the entire application with all of the attachments e.g. CVs and letters of recommendation etc. Please prepare your application by strictly following the guidelines, and once completed please check once more that you have included all the required attachments. This will maximize your chances of being funded and save the Scientific Committee from having to reject incomplete applications.

GOOD LUCK WITH YOUR APPLICATION !

Do not leave it just to luck, please fill in the application carefully.

The NFOG Scientific Committee

Antti Perheentupa

Annika Strandell

Marit Lieng

Thóra Steingrimsdóttir

Ulrik Schiøler Kesmodel

Sharing knowledge - The NFOG Thesis Registry

Dear NFOG members,

Sharing of knowledge has been a mantra in Nordic research for decades. All the Nordic countries have a variety of national registries, usually containing information on all registered citizens, including name, personal identification number, sex, marital status, date of birth, date of death etc., but often also information on hospital admissions, diagnoses, medication etc. This is all information that can be shared and used for obtaining new knowledge and insight, eventually sharing such new knowledge. There are several recent examples, where researchers from Nordic countries have combined data from national registries to make common Nordic studies in e.g. IVF, obstetrics and HPV vaccines.

The NFOG Thesis Registry was established with a view to just that: Sharing knowledge. An abstract of all types of dissertations in obstetrics and gynaecology from Nordic universities from 1 January 2003 onwards can be submitted. The only condition is that you have to be a member of the NFOG, and you are if you are a member of your national society, i.e. the DSOG, SFOG, FIFK, NGF, or SGY; or alternatively be associated with your local department of obstetrics and gynaecology.

However, the idea of sharing makes the most sense if as many as possible submit. Abstracts can be submitted in any format by e-mail to the NFOG webmaster, currently at secher@dadlnet.dk, including the authors' name, affiliation and e-mail-address, as well as English abstract and, if available, a link to the full text.

To stimulate submissions, the NFOG Board has decided to draw two authors each year to win prizes of DKK 2500 (about EUR 335).

Also, at each NFOG congress, a special session is held, where one author from each country is invited to make a presentation, and a prize for best presentation will be rewarded by the NFOG scientific committee.

If you have not already registered your thesis – or if you know of someone who has not – register now for the common best!

The NFOG Scientific Committee

Ulrik Schiøler Kesmodel

Annika Strandell

Antti Perheentupa

Marit Lieng

Thora Steingrimsdóttir

ST-läkarna från Göteborg satsar på registerforskning

Den 28 april var det redovisning för de ST-läkarna som gjort sina vetenskapliga arbeten med registerforskning i SKL's regi. Sveriges kommuner och landsting (SKL) startade förra året ett pilotprojekt med målsättning att bland annat skapa intresse för registerforskning genom att erbjuda ST-läkare både ett finansiellt och ett kompetensstöd. Fyra ST-läkare från Kvinnosjukvården Sahlgreiska

Universitetssjukhuset (Linn Ekhed, Jennifer Campbell, Emilia Alfonzo och Emma Norrman) sökte och blev antagna. Det har varit tre lärandeseminarier, där deltagarna fått stöd att utveckla sina idéer, hjälp att upprätta projektplaner och statistiska analysplaner samt slutligen fått redovisa sina färdiga projekt och även opponera på de övrigas. Det mesta av det praktiska arbetet har skett på hemmaplan tillsammans med handledare och statistiker. Det var slutligen totalt femton ST-läkare, från olika specialiteter och från olika delar av landet, som deltog. Erfarenheterna var mycket goda även om tidsramarna var knappa för flera. Som tidigare erfarenhet har visat, när det gäller de vetenskapliga ST-projekten, krävs det en lång framförhållning och utspridda veckor för att tidsplaneringen ska fungera.

Två av ST-läkarna har arbetat med Gynop-registret, med projekt inom prolapskirurgin. Linn Ekhed belyser frågan om cystocele bara ska opereras med främre kolporafi utan att samtidigt operera bakre kompartiment. Så har trenden varit på senare år, men det saknas bra vetenskapliga studier som jämför recidivrisken. Jennifer Campbell undersöker om sutureringsinstrumentet för sacrospinusfixation vid operation av vaultprolaps är lika

bra som traditionell teknik när det gäller risken för recidiv.

Emilia Alfonzo har använt ett annat specifikt gynregister, nämligen Cytburken. Hon har, tillsammans med några kollegor, i en randomiserad studie undersökt om man genom att slopa avgiften för cellprover kan få fler att komma till provtagning i stadsdelar i Göteborg med lågt socioekonomiskt status, där täckningsgraden är låg.

Emma Norrman samkör flera register; IVF-registret, Medicinska födelseregistret, Patientregistret och Dödsorsaksregistret för att följa upp graviditeter hos organtransplanterade kvinnor. Det gäl-

ler kvinnor som efter transplantation blivit gravida antingen spontant eller genom IVF. Det blir en unik studie då endast enstaka fall i denna specifika grupp är beskrivna tidigare.

En av SKL's förhoppningar var att skapa intresse för registerforskning och att flera av deltagarna kommer att fortsätta att forska. Tongångarna för detta lät mycket positiva.

Annika Strandell

Övergripande ansvar för ST-läkarnas vetenskapliga arbete
Kvinnosjukvården Sahlgreiska



ST-läkarna och deras handledare: Linn Ekhed, Jennifer Campbell, Emma Norrman, Emilia Alfonzo, Corinne Pedroletti, Annika Strandell, Björn Strander och Ulla-Britt Wennerholm.

Specialistexamen i Obstetrik & Gynekologi 2014

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

Fråga 1

Hanna, 36 år, väntar sitt tredje barn. Hanna är frisk och har tidigare haft okomplicerade graviditeter och förlossningar. En remiss har skickats till specialistmödravården med frågeställning: "Ställningstagande till fosterdiagnostik på grund av mammans ålder" och Hanna är uppsatt för ett besök hos dig för diskussion om fosterdiagnostik.

a) Hur definieras fosterdiagnostik och vad har vi för lagstiftning/föreskrifter i Sverige att följa? (1p)

Hanna känner sig förvirrad och osäker och undrar varför och om hon måste göra någon form av fosterdiagnostik.

b) Vad informerar du henne om och hur borde Hanna egentligen blivit informerad? (2p)

Hanna känner till att det finns något som heter KUB.

c) Vad innebär det? Vilka övriga fosterdiagnostiska metoder finns som du också informerar om. Beskriv kort de olika metoderna (6p)

d) Hanna undrar till sist om det går att ge besked om könet vid rutinultraljud eller få en filmsnutt vid undersökningen. Vad säger du då? (1p)

Fråga 2

Jenny 32 år väntar sitt första barn. Du möter henne vid ett mödravårdsbesök i graviditetsvecka 16. Jennys barnmorska har nyligen tagit en urinodling på Jenny då Jenny har sveda vid miktion. Du är nu ombedd om att vidimera och handlägga provsvaret. Urinodlingen visar 100,000 beta-streptokocker (GBS).

a) Hur handlägger du detta? Motivera! (3p)

Veckorna går och när Jenny är 34 veckor gravid möter du henne igen på mödravården. Jenny har nu fått svår klåda sedan några dagar. Hon har tidigare inte haft klåda på detta sätt.

b) Nämn två differentialdiagnoser som är specifika för graviditet generellt och inte bara i Jennys fall. Svaret ska inkludera typiska symptom, diagnossättning samt behandling vid varje diagnos. (4p)

Du träffar Jenny ännu en gång. Nu är Jenny 4 veckor postpartum. Hon har ett bröst som blivit svullet, ömt och rött. Hon har hög feber. När du palperar bröstet så känner du en lokal fluktation.

c) Du misstänker bröstabscess. Hur ställer du diagnos och hur behandlar du tillståndet? (3p)

Fråga 3

Hilda är 34 år, är väsentligen frisk förutom måttlig astma och hon väntar sitt andra barn. I sin första graviditet födde hon barn i graviditetsvecka 30 med elektivt kejsarsnitt på grund av svår preeklampsi och tillväxthämmat barn.

Du möter henne nu i början av hennes andra graviditet (v 12) och Hilda undrar vad man kan göra för att förebygga att hon får komplikationerna igen?

a) Vad svarar du? (1p)

Hilda klarar sig bra till vecka 35, men hon har då utvecklat ett förhöjt blodtryck. (150/101). Du önskar sätta in blodtryckssänkande medicinering.

b) Uppge två grupper (ej specifika preparat) av per oral blodtrycksbehandling, lämplighet i detta fall och vilket målblodtryck du önskar? (3p)

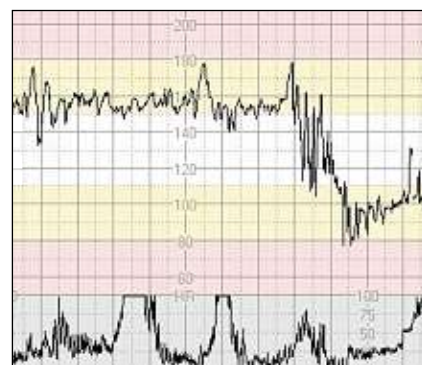
I graviditetsvecka 38 har Hilda utvecklat en preeklampsi och ni beslutar om induk-

tion. Du palperar hennes cervix och bedömer att hon har Bishop score 4.

c) Vilka induktionsval har du? Uppge vilken metod du önskar använda och varför. (3p)

Hilda kommer i gång med aktivt värkarbete. Förlossningen har normal progress. Hilda har en del huvudvärk och blodtrycket har varit lätt stegrad under förlossningen. Du har ordinerat extra läkemedel för blodtrycket för en timme sedan. Nu är cervix öppen 8 cm och huvudet står strax ovan spinae. Hilda får plötsligt generella kramper. CTG är enligt nedan.

d) Hur handlägger du fallet i det akuta skedet? (3p)



Fråga 4

23-åriga Maja Andersson söker på din mottagning för steriliseringssamtal.

Maja är fullt och fast övertygad i sin önskan om att hon aldrig vill skaffa barn. "Jag vill inte sätta några barn till världen som den ser ut" säger hon. Hon är därför fullt och fast övertygad om att hon vill sterilisera sig. Hon ber dig att hjälpa henne med detta

a) Vad säger du till Maja? Motivera (2p)
Ni för ett bra samtal och när ni har

avhandlat steriliseringsfrågan tar du upp en anamnes. Maja har aldrig varit gravid. Hon fick sin första mens vid 13 års ålder. Hennes mens är relativt riklig, ibland måste hon använda dubbla skydd, och rejält smärtsam de först dagarna. Hon blöder 6/28-30.

Hon röker inte, använder inga droger och är vegetarian. Hon arbetar treskift. Hon har en fast relation med Patrik sedan tre år. Paret har använt kondom men efter ett par "haverier" vill hon ha något effektivare, och alltså, helst steriliseras.

Hon använder några mediciner som hon inte direkt kommer ihåg namnet på. Förutom eventuella bakomliggande sjukdomar kan annan medicinering innebära problem och måste beaktas vid val av preventivmedel.

b) Vilka läkemedelsgrupper behöver du vara speciellt uppmärksam på och varför? Motivera och beskriv eventuella problem (4p)

Efter att ha funderat en stund kommer Maja ihåg att hon använder Symbicort mot astma och ibland Loratadin mot allergi.

Hon undrar nu över preventivmedels effektivitet i relation till sterilisering.

c) Hur effektivt är sterilisering i relation till olika preventivmedel? (2p)

d) Vilket preventivmedel skulle du vilja rekommendera Maja? Motivera och diskutera. (2p)

Fråga 5

Kerstin Karlsson, 59 år, kommer till din gynmottagning via primärvården för bedömning. Hon söker pga tyngdkänsla i underlivet sedan något år tillbaka, tilltagande besvär senaste 2 månaderna. Hon har mest besvär när hon promenerar länge. Hon har hört talas om att livmodern kan sjunka ner och skulle gärna vilja bli opererad.

Hon är 4 gravida, 3 para med spontan vaginala förlossningar. Ett tidigt missfall. Hon är tidigare opererad med en högersidig salpingooforektomi laparoskopiskt pga cysta som visade sig vara benign. Hon är även appendektomerad och cholecystektomerad öppet "för länge sedan". Hon säger sig vara frisk sedan tidi-

gare men äter någon typ av medicin mot högt blodtryck som hon inte kommer ihåg namnet på.

a) Vad vill du mer veta i anamnesen? Motivera. (3p)

b) Vad innebär ASA-klassificeringen och hur skulle du vilja klassificera Kerstin enligt detta system? Motivera. (2p)

c) Beskriv kort olika anestesimetoder vid framfallsoperation, kontraindikationer för dessa samt fördelar och nackdelar. (3p)

Du undersöker Kerstin och finner att hon har ett isolerat centralt cystocoele. Du bedömer att en operation skulle kunna hjälpa henne

d) Vad informerar du Kerstin om efter operationen? (2p)

Fråga 6

Frida en 31-årig kvinna, söker på mottagningen då hon de senaste månaderna besvärats av oregelbundna, vaginala blödningar. Frida använder sedan 16 års ålder Neovletta och hennes menstruationer har tidigare varit regelbundna. Hon har ingen fast partner men är sexuellt aktiv. Under de senaste veckorna har Frida besvärats av mellanblödningar. Blödningarna verkar kunna komma när som helst. Under de senaste dagarna har Frida också fått intensivt smärtande förändringar kring blygdläpparna och det är framför allt därför hon nu söker.

Frida arbetar som charkuterist i en ICA affär. Hon röker 10-15 cigaretter dagligen. Hon är frisk för övrigt och tar inga mediciner. Hon väger 86 kg och har ett BMI på 32.

När du inspekterar ser du en bild som inger stark misstanke om pågående herpesinfektion (se bild nedan).



Det går knappt att genomföra någon regelmässig undersökning men du kan ta

prov från blåsorna

a) Virusdiagnostik kan särskilja på infektion med herpes typ 1 och herpes typ 2. Redogör för betydelsen av att veta vilken typ det rör sig om. (1p)

b) Frida behöver behandling. Vilka olika kompletterande behandlingsmetoder finns vid hepesinfektion/skov? Beskriv och förklara. (3p)

c) Fridas blödningsrubbning behöver också utredas. Vilka överväganden gör du och vilka eventuella prover vill du ta? (4p)

En vecka senare ser du svaret på din provtagning. Som du trodde är provet positivt (herpes typ 1 påvisat med PCR).

d) Vilka sexuellt överförbara infektioner är anmälningspliktiga enligt smittskyddslagen? Omfattas herpesinfektioner av anmälningsplikten (2p)

Fråga 7

Du träffar en 28-årig kvinna som fick sitt första barn för 11 månader sedan. Det var en långdragen förlossning som slutade med en sugklocka och sedan atonisk blödning. Blodförlusten var ca 3 l. Efter partus var hon väldigt svag och tagen och amningen kom aldrig igång. Maken ringde nu till din mottagning för att boka en tid för ett besök. Han anger att hustrun är onormalt trött och undrar om det är normalt att mens inte kommit igång ännu? Han anger dessutom att hon tappar massor av hår och att rösten låter så konstig; mörk. Du ser henne inom kort på mottagningen. När du träffar henne har redan mottagningspersonalen kontrollerat ett kapillärt Hb som är 132g/L samt ett U-hCG som är negativt

a) Vad behöver du fråga efter ytterligare? (2p)

b) Vilka undersökningar och utredningar är relevanta i detta skede? Motivera utifrån tänkbara differentialdiagnoser. (2p)

Den här patienten visade sig, efter utredning, ha drabbats av något så ovanligt som Sheehans syndrom.

c) Vad är Sheehans syndrom? Hur kan det komma sig att detta syndrom påverkar hennes menstruationer (amenorré)? (3p)

Ni diskuterar nu hormonbehandling och din patient ser väldigt tveksam ut; hon har ju hört så mycket om alla risker med detta. Du försöker motivera henne genom att ge ett bra faktaunderlag om vinster och eventuella risker.

d) Vad berättar du? Använd ett medicinskt språkbruk. (3p)

Fråga 8

En 37-årig kvinna söker för smärtor i underlivet sedan minst 1 år. Du överväger vestibulit och essentiell vulvodyni och funderar över hur du ska kunna skilja tillstånden åt.

a) Vad karaktäriserar vestibulit och vilka diagnoskriterier finns? (4p)

Du inser att vulvodyni framför allt oftast drabbar äldre kvinnor.

b) Vad övrigt karaktäriserar essentiell vulvodyni?

Du kommer fram till att vestibulit är den mest troliga diagnosen för din patient.

c) Vilken behandling väljer du i första hand? (1p)

Vid vulvodyni väljer man hellre andra behandlingar.

d) Vilken/vilka behandlingar väljer du i första hand vid vulvodyni? (2)

Fråga 9

En 65-årig kvinna söker för inkontinens sedan 3-4 år. Hon får kasta vatten ofta och läcker ibland. Hon medför en miktionslista som ser så här ut:

Tid	Urinvolym	Läckage
07.00	200 ml	
11.00	150 ml	XX
13.00	200 ml	
14.00	250 ml	
16.00	200 ml	XX
18.00	250 ml	
20.00	150 ml	
21.00	200 ml	
23.00	150 ml	
01.00	200 ml	XXX
03.00	250 ml	
04.00	200 ml	XXX
06.00	250 ml	

a) Hur bedömer du miktionslistan? (2p)

b) Ungefär hur stor del av urinproduktion skall normalt ske under natten? (1)

c) Ange tänkbara orsaker till stor urinproduktion på natten! (4p)

d) Hur bör den här patienten utredas? (3p)

Fråga 10

Karin, 26 år, har precis varit på sin andra cellprovskontroll som hon blivit kallad till. Hon är tidigare helt frisk, men har vi ett par tillfällen noterat blodiga flytningar efter samlag. Detta gör att hon nu ringt Sorgenfrids gynnottagning där du arbetar som läkare. Sjuksköterskan som tagit emot samtalet kommer med Karins cellprovssvar i handen. Detta visar CIN 1.

a) Vad innebär svaret och vad gör du nu? (2p)

b) Karin undrar i telefonen om det finns någon chans att förändringen i cellprovet (CIN1) kan försvinna av sig själv och i så fall hur stor den chansen är? Kan det för hennes del vara värt att vaccinera sig med Gardasil® eller Cervarix®? (2p)

c) Beskriv vad du tittar efter och hur du går tillväga när du utför en kolposkopi. (3p)

Det visar sig när Karin kommer till din mottagning att hon är planerat och önskat gravid i graviditetsvecka 7. Hon är mycket orolig över hur "de här cellförändringarna" påverkas av graviditeten och om hon måste göra abort nu.

d) Vad svarar du henne och hur gör du med undersökning och eventuellt svar nu? (3 p)

Fråga 11

Annika, 42 år söker gynnottagningen akut på grund av vaginal blödning. Hon har blött rikligt sedan 4 dagar tillbaka. Hon blöder genom skydd på natten och har börjat känna sig yr. Annika har tidigare haft regelbunden menstruationscykel fram tills för 6 månader sedan, där efter har det "hoppat lite som det vill" men snarare längre cykler än kortare. Blödningarna har varit väsentligen normala till mängd. Annika har varit gravid 3 gånger, 2 vaginala förlossningar, 1 tidigt missfall. Hon och partnern använder kondom som preventivmedel sedan några år tillbaka och lever i ett fast förhållande. Vid undersökning finner du en fritt mobil, måttligt förstorad uterus som ömmar något. Spekulumundersökning

visar pågående färsk blödning från livmoderhalskanalen. Portio av normalt utseende, transformationszonen ej synlig. Ultraljud visar förstorad uterus, endometrium av normal tjocklek, 7 mm, hyperekogent. Något svårt att följa endometriet upp i fundus, eventuellt något tjockare där. I framväggen ett submuköst myom på 5 cm i diameter och i bakväggen två mindre intramurala myom på 3 cm vardera. Till höger om uterus ses en långsträckt förändring med innehåll av blandad eko-genicitet, 3x7 cm. Ovarier ses bilateralt ua. Ingen fri vätska i fossa douglasi.

a) Förutom informationen ovan, vad saknas i anamnesen och hur utreder du patienten initialt vid första besöket? (2p) Myom kan ibland åtgärdas hysteroskopiskt.

b) Nämn de två vanligaste riskerna vid hysteroskopi specifikt för resektion av intrakavitära myom samt ange storleksgräns för myom som kan resektas hysteroskopiskt. (2p)

c) Beskriv fyra andra behandlingsmetoder vid uterusmyom. (2p)

d) Kan något annat ligga bakom Annikas blödningar? Ange eventuella differentaldiagnoser. (2p)

e) Vad kan förändringen på höger sida stå för? Ange möjliga bakomliggande orsaker till tillståndet. (2p)

Fråga 12

Emilia, 36 år, kommer till specialistmödravården i tidig graviditet med remiss från barnmorska pga stor oro och nedstämdhet. I anamnesen framkommer att det är en önskad och planerad graviditet. Emilia har en tidigare normal förlossning. Hon är frisk förutom problematik med tidigare depressioner men ingen mediciner just nu.

Du bedömer att Emilia är deprimerad och behöver behandling

a) Hur planerar du omhändertagandet av Emilia under/efter denna graviditet? (5p)

b) Vilken information ger du henne kring behandling av depression under graviditet? (5p) ■

Öppen fråga till SFOGs styrelse

På SFOGs hemsida går det att läsa att SFOG den 15 maj 2013 fick en förfrågan från Stockholms läns landsting (SLL) om synpunkter på ett utskickat underlag avseende revision av regler inom Vårdval förlossning inom SLL. Remissvaret från föreningen är underskrivet av Harald Almström själv. I september beslutar sedan Hälso- och sjukvårdsnämnden att godkänna det reviderade förfrågningsunderlaget för Vårdval förlossning, vilket sedan legat till grund för politiska beslut att godkänna ansökan om Vårdval förlossning för BB Sophia.

2009 stiftades Lagen om valfrihet i vården (LOV) med regler för förlossningsvården inom SLL. Dessa regler

behövde med nödvändighet ändras för att passa för- utsättningarna för lokalerna som man började bygga i maj 2012 på Östermalm i Stockholm.

Min fråga till styrelsen är: Har det i någon mening förelegat en jävssituation, och kan SFOGs ordförande, Harald Almström, i någon mening ha dragit nytta av sin förtroendepost för att uppnå otillbörlig fördel för egen vinning?

Annika López MD, PhD
Överläkare
Gynekologi och Obstetrik
Norrtälje sjukhus

Tack Annika för att du påminner oss om hur viktigt arbetet med jävsfrågor är i SFOG!

Styrelsen kommer, liksom ledamöter AR-grupper, i fortsättningen jävsdeklarerar. Det beslut som togs i styrelsen 29 januari angående jävsdeklaration för deltagare i AR-grupper skall givetvis också gälla styrelsen. Vi kommer i fortsättningen att som stående punkt på styrelsemötena ta upp frågan om huruvida jäv föreligger vid någon av dagordningens punkter.

Nu till dina frågor till SFOG styrelse:

Styrelsen behandlade dina brev på styrelsemötet 2014-03-20. Vid punkten var ordföranden inte närvarande. Matts Olovsson och Lars Ladfors var också frånvarande pga semester men har bekräftat per mail att de stöder detta svar.

Styrelsen har i detalj studerat mailkonversationen och protokoll från perioden 2013-05-15 då remissen inkom, till 2013-05-31, då remissvaret skickades. Styrelsen har funnit att ordföranden Harald Almström handlagt ärendet enligt den praxis som SFOG

tillämpar för remisshantering, dvs att styrelsen och berörd AR-grupp tillställdes remissen via mail. Synpunkterna samlades in per mail och presenterades på styrelsemötet 30 maj. Vid mötet beslutades att svara på remissen i enlighet med inkomna svar. Ordföranden fick i uppdrag att svara.

Vi har vidare funnit att de synpunkter som lämnades i svaret inte har gagnat de verksamheter som Harald Almström representerar.

Vi bedömer att vi borde ha uppmärksammat att det förelåg en potentiell jävssituation men att styrelsens svar inte har påverkats av denna. Styrelsen beslutade också att uttala fullt förtroende för ordförande Harald Almström.

För SFOGs styrelse
Lotti Helström
vice ordförande

REMISSVAR

Vårdval förlossningsenhet. Tacksam synpunkter på reviderade bilagor i förfrågningsunderlaget (fd regelboken)!

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) har den 15/5 2013 fått förfrågan från Stockholms Läns Landsting (SLL) om synpunkter på utskickat underlag avseende revision av regler inom Vårdval Förlossning inom SLL. SFOG är den nationella professionella organisationen för obstetrik och gynekologi med ca 2000 läkare som medlemmar.

Vi har givits en mycket kort svarstid och vi väljer därför att ha några synpunkter, som vi särskilt anser att SLL allvarligt bör överväga.

1. Stockholm är huvudstadsregion och inom SLL sker närmare 30% av alla förlossningar i landet. Krav och regler som införs i SLL kommer att ha stor påverkan, åtminstone på lite sikt, på övriga regioner och landsting. Det är därför av extra stor betydelse, särskilt när SLL går före med specificerade krav inom olika medicinska områden, att föreslagna krav och regler är baserade på aktuell evidens.
2. Kap 5.3.1 anger att förlossningar mellan v 28-32 ska ske på Karolinska (regionsjukhuset) eller på sjukhus med mer än 5000 förlossningar per år. På övriga håll i landet skulle ett sådant krav medföra att kvinnor i v 28-32 skulle förlösas på regionsjukhus med de olägenheter för kvinnan och hennes familj som långa resor respektive antenatalvård på annan ort skulle innebära. Vissa kvinnor skulle ändå förlösas på hemorten pga snabbt förlossningsförlopp och kanske skulle kompetensen då vara sämre? Man måste också ifrågasätta gränsen på 5000 förlossningar per år, som vi inte kan finna evidens för och som inte stöds av aktuella nationella data i kvalitetsregister (PNQ). Liksom i alla fall av behandling av sällsynta tillstånd är det medicinsk kompetens och träning samt lokala vårdprogram som har störst betydelse, inte underliggande antal individer (eller förlossningar).
3. Kap 5.3.2 p2 Uppdraget avses gälla upp till 7 dagar efter förlossning. Detta är ju alltför kort uppföljningstid för en mindre grupp nyförlösta kvinnor. Dels gäller det tex patienter som fått större bristningsskador, haft en svår preeklampsi eller någon komplicerande sjukdom och dels patienter i behov av stöd, tex de som beskrivs i kap 5.3.8 p3.
4. Kap 5.3.2 Begreppet omedelbar tillgång måste definieras bättre. För anestesi, operation, neonatalkompetens och blodverksamhet krävs ju klart mer akut tillgång än för tex fysiologi, röntgen och patologi.

Stockholm 2013-05-31

För styrelsen för SFOG

Harald Almström
Ordförande SFOG

Styrelsen för Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) har uppmärksammat att Svensk Förening för Obstetrisk Anestesi och Intensivvård (SFOAI) på uppdrag av Stockholms Läns Landsting granskat verksamheten vid BB Sophia i Stockholm. SFOAI har uttryckt stark kritik mot verksamheten.

Styrelsen har därför ställt en fråga till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) om den avser att granska verksamheten vid BB Sophia.



SFOG debatt

Välkommen att tycka till på SFOGs hemsida under FORUM, ingen inloggning behövs. Ta chansen att diskutera viktiga frågor.

BB Sophia

BB Sophia invigdes på Sophiahemmet våren 2014 och drivs av Praktikertjänst. VD för BB Sofia är SFOGs ordförande Harald Almström.

Det pågår en diskussion i media om BB Sophia. På www.sfog.se, FORUM, finns en del av länkarna till den debatten. Alla är välkomna att skriva sina synpunkter.

Lika, jämlikt, jämfört?

Det är senvår/försommar, och vi verksamhetschefer har nyligen rapporterat in 2013 års data till SFOGs årsrapport. Varje år ger det mig samma huvudbry. Jämförelser är både intressant och nödvändigt eftersom det i den bästa av världar identifierar omotiverade skillnader och därmed främjar vårdens kvalitet, men tyvärr har vi fortfarande stora problem att lita på våra utdata. Vi har många olika typer av journalsystem i landet, och en del av dem saknar ännu möjlighet att leverera det vi behöver för att få tillförlitliga data för jämförelse. I vissa fall har vi arbetssätt som innebär dubbeldokumentation, med risk att delar av det vi hämtar utdata från aldrig matats in för att ansvarig läkare inte hunnit med. Även användningen av ICD- och KVÅ-koder ger tyvärr stora variationer i utfall.

Häromkvällen tillbringade jag en stund av jourrapporten med att diskutera riktlinjer för handläggning av corpuscancer med en vikarierande kollega från en annan del av landet. Vi kunde konsta-

tera att det skiljer sig en hel del trots att båda våra regioner har riktlinjer som baseras på det nationella vårdprogrammet som kom 2011. Diskussionen gled vidare till prenataldiagnostik, där det divergerar minst lika mycket. Landstingens erbjudanden om infertilitetsutredning och behandling skiljer sig också åt. Ibland är det traditioner som styr, ibland är det ekonomiska förutsättningar, ibland geografiska.

Vi ska erbjuda våra medborgare god och jämlik vård. Jämlik vård innebär inte med automatik likadan vård, eftersom två olika strategier var för sig kan vara effektiva och innebära god vård med samma objektiva värde för patienten (i den mån det är mätbart). Men vad vinner vi på att olika delar av landet har olika strategi? Det är helt klart att olikheter riskerar att skapa otrygghet hos våra patienter. Det gäller både rutiner/PM och olikheter i utfall.

Därför måste vi sträva efter att göra så lika som möjligt och fortsätta det arbete

som påbörjats med nationella riktlinjer, först via SFOGs initiativ i form av ARG-rapporter och SFOG riktlinjer. Framöver får vi förhoppningsvis fler riktlinjer från Socialstyrelsen som har både muskler (läs ekonomi!) och mandat för sådant arbete. Vi behöver också fortsätta att leta jämförelseparametrar som är så pålitliga som möjligt, och som går att ta fram med minimal handpåläggning (inga fler sena kvällar med handräkning och manuell journalgenomgång för att kunna lämna någorlunda säkra data till Årsrapporten). Vi måste också bli bättre på att inte bara konstatera de skillnader som finns utan faktiskt lyfta dem till diskussion och leta vägar att göra något åt dem. Sverige är ett ganska litet land och det borde inte behöva spreta som det gör. Kan SFOGs nya diskussionsforum kanske vara en del av en sådan arena?

Anna Pohjanen

Länschef, VO Obstetrik och gynekologi
NLL

Dags att arbeta om patientinformationen om förlossningssätt

Rapport 2011:09 från projektet "Nationella medicinska indikationer" har utarbetats i samarbete mellan SLS, SKL, Socialstyrelsen och SBU. Den tar upp "Indikation för kejsarsnitt på moderns önskan" och redovisar noggrant negativa och positiva konsekvenser och sammanställer dessa mer kortfattat i bilaga 2 "Patientinformation om förlossningssätt". Som "auroraläkare" sedan många år välkomnar jag en för

kvinnan lättläst patientinformation, men denna måste vara vederhäftig. Man är i rapporten noga med att påpeka att studiedesignen måste vara "intention to treat (ITT)" för att man skall kunna dra rätt slutsats, men i patientinformationen frångår man detta. Det som anges nedan med kursiv text är hämtat från rapporten. Sedan följer mina synpunkter på vad som står i de ljusblå faktarutorna i patientinformationen.

Infektion. I patientinformationen anges att: *"Risken för infektion i hud, urinvägar eller livmoder vid vaginal förlossning är cirka 2%, vid planerat kejsarsnitt 10% och vid akut kejsarsnitt upp till 20%."* Detta är resultat från en studie (ref 32) som inte är designad enligt ITT. Man kunde istället ha angett de värden man fann *"studie med högt evidensvärde med antibiotikaprophylax och analys enligt ITT var sårinfektion- och endometritfrekvensen 6,4% jämfört med 4,9%. Denna skillnad tangerade signifikansgränsen"* (ref 24, som dock är fel ref!). Man kunde också ha angett att man ger antibiotikaprophylax vid kejsarsnitt.

Blodpropp

Man kunde ha angett att trombosprofylax ges vid kejsarsnitt samt ytterligare riskfaktorer.

Återhämtning

I patientinformationen anges att: *"Efter en vaginal förlossning återhämtar sig de flesta ganska snabbt, medan det tar längre tid efter ett kejsarsnitt, eftersom det handlar om en stor bukoperation."* För de aurooramammor (ca 50%) med tidigare traumatisk förlossningsupplevelse är detta inte relevant information. Många

av dessa har haft fysiska besvär och/eller känt sig deprimerade en lång tid efter förlossningen och har haft svårt med att knyta an till barnet. Enligt rapporten är resultaten i studier om amning inte entydiga medan det i informationen står: *"det kan ta något längre tid att komma igång med amningen."*

Bristning i livmoderväggen

"Att livmodern brister i samband med kraftigt värkarbete är mycket ovanligt och inträffar hos 0,05 procent av kvinnor som inte tidigare genomgått kejsarsnitt, hos 0,5–1 procent av kvinnor som genomgått ett kejsarsnitt och 2–3 procent av kvinnor som genomgått två kejsarsnitt." Mycket sällan relevant information, då de allra flesta som är förlösta med kejsarsnitt på humanitär indikation önskar kejsarsnitt vid nästa graviditet.

Inväxt av moderkakan i livmoderväggen

Man skriver i patientinformationen att *"Drygt 3 procent av dem som genomgått ett kejsarsnitt drabbas, men hela 40 procent av dem som genomgått tre kejsarsnitt."* De riktiga procentsatserna skall vara 0,31% resp. 2,13%!!! Man har inte angett någon referens men siffrorna kom-

mer sannolikt från Silver RM et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat caesarean deliveries. Obstet Gynecol. 2006 Jun; 107(6) 1226-32." och anger hur många kvinnor med tidigare kejsarsnitt som hade en placenta accreta om de samtidigt hade en placenta previa.

Långsiktiga konsekvenser för barnet

I patientinformationen skriver man att kejsarsnitt kan *"påverka utvecklingen av immunsystemet och exempelvis ge ökad risk för vissa autoimmuna sjukdomar"*, medan man i rapporten skriver: *"I populationer av patienter med vissa autoimmuna sjukdomar har man sett att en högre andel än i den totala populationen har fötts med kejsarsnitt men att sambanden inte är klarlagda"*.

Man skriver i patientinformationen att: *"Det finns inga bevis för att kejsarsnitt utlöser dessa sjukdomar, men man kan inte utesluta att framtida forskning kan komma fram till att kejsarsnitt kan bidra till att de här sjukdomarna uppkommer."* Man kan väl i så fall inte heller utesluta att framtida forskning kan komma fram till att kejsarsnitt inte bidrar till att de här sjukdomarna uppkommer.

Allergi, astma

Vad gäller de kliniska studier samt meta-analysen, som anges i rapporten angående astma och kejsarsnitt, baserades dessa inte på ITT och resultaten är divergerande. Man kan således inte dra slutsatsen att kejsarsnitt skulle öka frekvensen astmatiker. I informationen skriver man: *"Studier tyder på att barn som föds med kejsarsnitt i ökad utsträckning drabbas av astma och/eller allergiska besvär jämfört med barn som föds vaginalt"*.

Diabetes

I patientinformationen påstår man att: *"Barn som föds med kejsarsnitt löper 20 procent högre risk att insjukna i diabetes än barn som föds vaginalt."* Dessa studier har dock inte ITT-design. De tar inte heller med induktion som en confounder. Vad är orsak och verkan? Barn till kvinnor med diabetes samt graviditetsdiabetes har en ökad risk att få diabetes. De blir oftare inducerade samt föder större barn vilket ökar risken för akut kejsarsnitt. Att

ett barn får diabetes är ofta en traumatisk händelse för hela familjen. Att då ytterligare lägga sten på bördan, genom att påstå att kvinnan delvis kan ha bidragit till detta när vi inte vet säkert, är inhumant.

Glutenintolerans

I informationen anges att *"andelen med glutenintolerans är nästan fördubblad bland barn som fötts med kejsarsnitt"*. Det vill säga att 1,7 - 3,6 per 1000 fick celiaki av de kejsarsnittsförlösta mot 1,5 - 2 per 1000 av de vaginalförlösta. En obetydlig skillnad i absolut risk. I rapporten anges dessutom att *"det inte finns stöd för något orsakssamband mellan kejsarsnitt och glutenintolerans"*. Man misstänker att glutenintolerans delvis är ärftligt betingat samt kan påverkas av olika tillmatningsrutiner.

Jag önskar att patientinformationen omarbetas

I vår hälso- och sjukvårdslag står att vi skall ta hänsyn till både kropp och själ.

Därför bör vi hjälpa, inte bara de kvinnor som har medicinsk orsak till infertilitet, utan även de som har en psykologisk orsak. För en del av dessa är kejsarsnitt enda utvägen att bli mammor. Vi hjälper inte dessa kvinnor genom att med felaktig information göra dem rädda även för kejsarsnitt. De bör inte heller lastas för att ha orsakat att deras barn blir sjuka exempelvis i diabetes. En association betyder inte alltid ett orsakssamband. Många statistiker anser att OR under 2,0 oftast beror på olika confounders. För övrigt rekommenderas läsning av Hill AB. The environment and disease: association or causation? Proc R Soc Med 1965; 58: 295-300.

Ulla Kjellberg
ulla.kjellberg@vgregion.se
KK, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Inbjudan till Skrivartävling 2014

Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi inbjuder till 2014 års skrivartävling

Texten ska beröra det medicinskt-psykologiska området. Vi välkomnar alla slags bidrag – personliga rapporter, litterära texter, filosofiska, human- eller samhällsvetenskapliga rapporter eller undersökningar. Det väsentliga är att texten på ett angeläget sätt belyser vårdrelationer, praktiskt kliniska situationer, etiska och kulturella frågeställningar inom vård och behandling i en tid som ställer krav på såväl omprövning och förändring som på att bevara det goda och konstruktiva i befintliga former.

Bidragen får ej tidigare vara publicerade i litterärt eller vetenskapligt sam-

manhang. Författaren ges stor frihet i ämnesval och utformning av sitt bidrag, som dock ej får överstiga 8 sidor, (1,5 radavstånd).

Priset för det vinnande bidraget är 6 000 kr. Ytterligare 1-3 bidrag kan få hedersomnämning och pris om 1 500 kr. De vinnande texterna publiceras i bland annat Bulletinen för Medicinsk Psykologi, läggs ut på föreningens hemsida och kan komma att publiceras i andra facktidskrifter samt presenteras i professionella fora, till exempel Medicinska Riksstämman. Författarna kommer givetvis att erbjudas medverka för att

framföra sina texter vid sådana tillfällen.

Bidragen i Word-format ska vara registrerade via föreningens hemsida: www.sfmp.se **senast den 15 november 2012.**

Ytterligare upplysningar fås genom info@sfmp.se och på www.sfmp.se finns också tidigare skrivartävlingsresultat publicerade.

Välkommen med ditt bidrag!
Skrivarjuryn genom
Elsa Lena Rydning

Vilka är egentligen Privatgynekologerna?

Vilka är med där? Vad gör de egentligen? Varför har de en egen förening?

Ja, dessa frågor och kanske även andra har en del SFOG medlemmar ställt sig.

Jag tänkte försöka redogöra lite för vår förening och dess historik.

Sedan länge har "privatgynekologerna" existerat som en intressegrupp inom SFOG, för att kunna representera just privat verksamma gynekologer i olika frågor. Gunnar Möllerström, verksam på Oxbackskliniken i Södertälje, har varit ordförande i ca 15 år, tills han valde att avgå i höstas. Gunnar har deltagit i SFOGs Verksamhetsmöten och representerat oss i andra viktiga frågor. Vi har också varit representerade vid diskussioner i SLL i samband med införandet av vårdval gynekologi i Stockholm.

Parallellt har det existerat en annan förening för privat verksamma gynekologer, vilken tidigare kallade sig "Fostervattenseglarna". Den startades redan någon gång under 1960-talet av kollegor som såg behovet hos privatläkare att ha ett nätverk inom sin specialitet, för kollegial samverkan och gemensam utbildning. Man ordnade bland annat årliga fortbildningsresor.

Då de flesta medlemmar var med i bägge föreningar, beslöt man för ca 4-5 år sedan att slå ihop dem och byta namn till "Sveriges Privatgynekologer", under fortsatt ordförandeskap av Gunnar

Möllerström. I samband med det moderniserades även föreningens stadgar. Numera kan alla gynekologer som arbetar privat vara medlemmar, oavsett om man är egen företagare, anställd, arbetar heltid privat eller delar tiden mellan privat verksamhet och landstingsanställning. Man ville helt enkelt öppna upp för att fler kollegor skulle kunna delta och känna sig välkomna.

Huvudsyftet med vår förening är just att vara ett kollegialt nätverk och att erbjuda högkvalitativ fortbildning minst en gång per år. En hel del privat verksamma kollegor, speciellt utanför storstäderna, arbetar på enskilda eller små mottagningar med väldigt lite kollegial kontakt. Även för många av oss som arbetar i större städer, på grupp-mottagningar eller i läkarhus, har föreningen haft en oerhört stor betydelse just för samvaron med kollegor, både socialt och professionellt. Många av oss upplever att i samband med kursresor har diskussionerna mellan föreläsningarna varit lika viktiga. Våra kursresor har målsättningen att hålla en hög nivå med kompetenta föreläsare i aktuella ämnen. De annonseras i SFOG

bladet och alla gynekologer är välkomna att delta, oavsett anställningsform. För närvarande ansvarar Docent Lena Marions (tidigare KS, numera SöS) för det vetenskapliga programmet under kursresorna.

Ett annat viktigt syfte med vår förening är att tillvarata medlemmarnas intressen genom att representera oss i olika kommittéer eller arbetsgrupper, exempelvis som nämnts ovan i samband med införande av vårdval. Ett annat exempel är när Förhandlingsdelegationen i Läkarförbundet ber specialistföreningar att tillhandahålla underlag inför förhandlingar av Nationella Taxan, som är den ersättningsmodell många arbetar under.

Om du vill veta mer om oss, gå gärna in på vår hemsida:

www.privatgynekologerna.se

Där hittar du även information om nästa utbildningsresa. Välkommen att anmäla dig!

Ilona Barnard

Ordförande

Slottstadens Läkarhus, Malmö

Du som vill bli medlem i Privatgynekologerna!

Registrera Dig via SFOGs hemsida eller direkt på www.privatgynekologerna.se, samt betala medlemsavgiften 200 kr till Handelsbanken, clearingnummer 6617, kontonummer 343 374 358. Detta gäller även gamla medlemmar, se till att dina aktuella kontaktuppgifter finns i medlemsregistret!

Nya forskningsresultat om östrogen för kvinnor i klimakteriet

Försäljningen av hormonterapi har minskat med nära 90 procent sedan början av 2000- talet. Orsakerna till detta är säkert flera men negativ framtoning i mass-media har spelat stor roll. Vidare har intresset för området hormonbehandling minskat kraftigt bland såväl allmänhet som många inom professionen. Som exempel kan nämnas att Läkemedelsverkets

rekommendationer är oförändrade sedan mer än 10 år tillbaka varför de sista 10 årens betydelsefulla forskningsresultat inte är beaktade. En uppdatering inom området är därför angelägen. Nedanstående är en kort sammanfattning av föredrag hållna under hösten 2013 av några av landets främsta experter inom området.

Professor Göran Samsioe

1. Ålder och östrogenuppehåll påverkar dynamiken

I cellen finns så kallade receptorer, eller mottagare. ER-alfa, ER-beta och GPER är receptorer som påverkar effekterna av östrogen hos kvinnan. Förhållandet mellan receptorerna varierar mellan olika organ, mellan individer och med ålder. ER-alfa minskar kraftigt och ER-beta minskar något ju äldre man blir. ER-alfa medierar i huvudsak de positiva effekterna medan ER-beta medierar de mer negativa effekterna vad gäller hjärt- kärlsjukdom. Man har fler ER-alfa när man är ung och får då flera effekter medierade av alfa- receptorer, vilket innebär flera gynnsamma effekter av östrogen än när man är äldre. Med ett kontinuerligt östrogeninflytande kan ER-alfa och ER-beta bibehållas efter menopaus. Vid ett längre uppehåll (från 10 veckor upp till ett år) i hormonbehandling kan ER-alfa inte återskapas av östrogentillförsel eller annat hormon.

– Detta är en av anledningarna till att kvinnor bör börja i tid med HRT-behandling (Hormone Replacement Therapy), menar Professor Göran Samsioe, Kvinnokliniken, Skånes Universitetssjukhus i Lund.

2. Mindre risker om behandling påbörjas före 60 års ålder

Många är rädda för att börja med östrogen eller avråds använda det. Rädslan härrör delvis från efterdyningarna till den så kallade WHI-studien (Women's Health Initiative) från 2002 där man bland annat slog ihop data om hjärt-kärlsjukdom för hela åldersspannet från 50-79 år när man började studien. När studien avslutades var de äldsta 85 år. WHI-studien utfördes på en grupp kvinnor, som i genomsnitt var tio år äldre än genomsnittsåldern för menopausen, då de flesta kvinnor i vårt land påbörjar sin klimakteriebehandling. Målet med studien, det vill säga att bevisa att HRT ((Hormone Replacement Therapy) stöder primär prevention av hjärtkärlsjukdomar, återspeglar inte den främsta anledningen till att kvinnor börjar med HRT, nämligen lindring av klimakteriesymtom. (www.novonordisk.com).

– Eftersom man inte tittade på de olika åldersgrupperna blev resultaten av WHI-studien inte representativa för äldre där kvinnor i vårt land startar hormonbehandling. Detta och myndigheters reaktioner bidrog till att förskrivningen av HRT-preparat har minskat. Detta är synd eftersom många kvinnor som har uttalade klimakteriebesvär inte vågar prova

östrogen, menar Professor Tord Naessen, Kvinnokliniken, Akademiska Sjukhuset i Uppsala.

Resultat som aldrig presenterades i den första stora WHI rapporten att om man påbörjar HRT- behandling nära menopaus eller före 60 års ålder så är riskerna helt annorlunda än om man börjar behandlingen senare i livet. Att det finns åldersrelaterade effekter är numera accepterat bland många forskare. (www.imsociety.org, 20090712)

– De yngre kvinnorna har många alfa-receptorer som ger positiva effekter vid östrogenbehandling medan de äldre som har mest betareceptorer fick mer negativa effekter vad gäller risk för hjärt-kärlsjukdom. Mot bakgrund av detta är det lättare att förstå WHI-studiens resultat som var bättre för yngre kvinnor än för äldre, menar Göran Samsioe.

3. Dansk studie visar att behandling nära menopaus minskar risken för mortalitet

I en dansk studie från 2012 (Schierbeck et al. BMJ 2012) undersöktes långtidseffekterna av HRT- behandling i relation till hjärt-kärlsjukdom hos kvinnor som nyligen gått in i menopaus (1006 kvinnor i åldrarna 45-58). Medelåldern var 50 år och de undersöktes i medeltal sju månader efter sista mens. Studien

baserades på en skandinavisk population, vilket ger resultat som liknar de förhållanden som finns i de nordiska länderna vad gäller BMI (Body Mass Index), livsstil och hormonpreparat jämfört med studier som görs på populationer i exempelvis USA.

Resultatet visar att kvinnor som fick HRT-behandling tidigt efter menopaus hade en signifikant lägre risk för mortalitet, hjärtproblem eller hjärtinfarkt sammanlagt, utan någon uppenbar ökad risk för cancer, venös blodpropp eller stroke, jämfört med de som fick placebo. Mortaliteten var 40 procent lägre hos de som fick HRT-behandling även i denna studie.

– Om man slår ihop risken för död och risken för hjärtinfarkt är risken halverad vid hormonbehandling jämfört med placebo. Det fanns vidare inga tecken på ökad risk för stroke, bröstcancer eller andra cancerformer i den danska studien, säger Tord Naessen.

4. Östrogen har en skyddande effekt mot upprepade urinvägsinfektioner

I en studie från 2013 (Lühtje et al, Science of Translational Medicine) har man gått djupare in i att förstå hur östrogener påverkar interaktionen mellan kvinnan och mikroorganismer och vilka konsekvenser interaktionen har på uppkomsten av urinvägsinfektioner. I studien jämfördes bland annat urothelceller från unga och postmenopausala kvinnor före och efter två veckor med östrogen.

Resultatet visade att om man tillför östrogen under två veckor så påverkas uttrycket av peptider som håller tillbaka mikrobernas förmåga att föröka sig. Epitelet (hud och slemhinnor i kroppen kallas för epitelvävnad och finns på kroppens ytor, både invändigt och utvändigt) stärks och minskar förlusten av ytliga celler från blåsan. Cellerna hålls kvar på grund av östroget och minskar alltså bakteriernas förmåga att invadera slem-

hinnan och förhindrar att de gömmer sig i reservoarer inne i blåsväggen. Cellerna bromsar bakterietillväxten hos de som får östrogen.

– Detta kan vara en cellulär potentiell förklaring till att östrogen har en skyddande effekt vad gäller upprepade urinvägsinfektioner, säger Professor Lars-Åke Mattsson, Kvinnokliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset Östra i Göteborg. För mer information om forskningen och intervjuer med specialister, kontakta:

Professor Göran Samsioe,
goran.samsioe@med.lu.se

Professor Tord Naessen,
tord.naessen@kbh.uu.se

Professor Lars-Åke Mattsson,
lars-ake.mattsson@vgregion.se

Professor Mats Hammar,
mats.hammar@liu.se



Tumörregistret Återrapport

Operationsdatum 2012-01-01 till och med 2013-12-31

Denna korta sammanfattning baseras på rapporten av gynekologiska tumöroperationer i GynOp-registret 2012-2013 med totalt 2520 cancerpatienter vilket motsvarar ca 50% av alla gynekologiska tumöroperationer i Sverige. Västra Götaland, Stockholm-Gotland och Karlstad rapporterar inte till GynOp. Hela årsrapporten finns på:

<http://www.gynop.org/rapportering/ater-rapporter.htm>

I tvåårsrapporten analyseras de olika gynekologiska cancertyperna per sjukhus i förhållande till operationstid, blödning, vårdtid, patientrapporterad tid till normal aktivitet i dagliga livet (ADL) samt komplikationer som registreras via postoperativ 8 veckors enkät. För endometrie-cancer redovisas operationerna även i förhållande till operationer utan (n=894) eller med (n=266) lymfkörtelutrymning. Både för endometrie-cancer och cervix-cancerkirurgi avspeglas vilka sjukhus som opererar med laparoskopisk och laparoskopiskt robotassisterad kirurgi blödningsmängd, vårdtid och tid till normal ADL i förhållande till öppen kirurgi. Patienter med endometrie-cancer angav i 7% allvarlig komplikation och 19% har sökt sjukvård under konvalescensen. Motsvarande siffror vid cervixcancer var 20% respektive 41%.

Primäropererade ovarialcancerpatienter med Stadium IIIC-IV med makroskopiskt radikalitet (R0) har ökat från 13% 2006 till 47% 2012-2013. Vid intervallkirurgi/fördröjd primäroperation efter neoadjuvant kemoterapi var R0 66%. I EORTC-studien med ovarialcan-

**Christer Borgfeldt och
Thomas Högberg**

cer stadium IIIC-IV uppnåddes R0 i 21% hos dem som primäropererades och hos dem som hade fått neoadjuvant cytotatika 53% (Vergote NEJM 2010). Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, USA redovisade hos 422 patients, R0 i 34 %, 1–10 mm resttumör hos 42 % och >10 mm hos 23% även då de utförde rectumresektion i 42%, diafragmastripping 37% och splenectomi i 15% (Tanner 2012).

Överlevnadsdata har i många studier visat bättre resultat för de patienter som uppnår R0 varför det måste vara målet vid ovarialcancerkirurgi med beaktande av preoperativt allmäntillstånd och comorbiditet (Aletti 2006; Chi 2006; Du Bois 2009; Chang 2013). I GynOp varierade andelen colonresektioner mellan olika sjukhus 0-28% liksom andelen patienter med colonresektioner med eller utan stomi 0-100%. Komplikationsfrekvensen vid sigmoideum-rektumresektion med direktanastomos utan avlastande stomi har i flera internationella studier visat 3 – 6% (Obermaier 2001, Mourton 2005, Pieretta 2012, Kalogera 2012). Annan typ av övre bukkirurgi såsom splenectomi, diafragmaresektion, leverresektion etc var i GynOp registrerat i 0-54%. Patienter med ovarialcancer hade en svarsfrekvens i 8-veckorsenkäten på 89%, angav allvarliga komplikationer i 8,7% och 20,2% hade sökt sjukvård

under konvalescensen. I en stor amerikansk studie med 36 624 patienter fann man allvarliga komplikationer vid ovarialcancerkirurgi i 23% och mortalitet relaterad till kirurgin i 1,6% (Wright 2013).

Vid RMI>200 skall misstänkta ovarialcancerpatienter remitteras till tumörkirurgisk enhet enligt det Nationella Vårdprogrammet för Äggstockcancer men vid analys av RMI i GynOp följs riktlinjerna inte på en del kliniker vilket bör föranleda diskussion inom regionerna och klinikerna. En nyligen publicerad artikel visar att högvolum sjukhus (> 20 fall/år) och högvolumoperatörer (> 10 fall/år) är oberoende faktorer för förbättrad sjukdomsspecifik överlevnad (Bristow 2014)

Mediantid dagar från operation till PAD-bedömning var för alla patienter som canceranmälts 23 dagar och för ovarialcancer inklusive Borderline tumörer 22 dagar. Hur länge skall en patient vänta på definitivt cancerbesked och besked om eventuell efterbehandling? Vid ovarialcancer är det visat att de patienter som är makroskopiskt radikalt opererade och startar cytostatikabehandling senare än 19 dagar har sämre prognos (Mahner 2013). De sjukhus som har tid till PAD-bedömning över 20 dagar bör se över sina rutiner.

Från GynOps registerövergripande årsrapport:

Datakvalitet och tillämpning av registerdata

Nationella kvalitetsregistret för gynekologisk kirurgi, GynOp innehåller nu totalt sju delregister avseende uterus, adnexa, urogynekologi och förlossningsbristningar. Registrets metodik och huvudkomponenter är lika för delregistren och kan därmed redovisas gemensamt.

Här kommer ett urval från vår registerövergripande årsrapport angående datakvalitet och patientuppföljning i GynOp.

Glädjande är att majoriteten av klinikerna har mycket fina resultat med komplett ifyllda läkarformulär. Förbättringspotential finns dock för ett mindre antal kliniker. När det gäller svarsfrekvensen på 8-veckorsenkäten och läkarbedömningen av enkätsvaren är det en större spridning mellan klinikerna än när det gäller frekvensen ifyllda läkarformulär.

Kompleta läkarformulär för patienter opererade år 2013

Datamaterialet som använts till bilderna togs ut ur registret den 31 mars 2014. Det har gett klinikerna minst 3 månader från operationsdatum att fylla i läkarformulären. Bild 1 visar att det framför allt är anamnesformuläret som saknas. Hur ska man kunna utvärdera operationsresultatet när man inte har alla bakgrundsdata? Motsvarande gäller där utskrivningsdata saknas. Hur vet man då om det uppstått någon komplikation under vårdtiden?

Dessutom fordrar komplett export av tumördata till INCA komplett ifyllda anamnes-, operations- utskrivnings- och PAD-formulär.

Birgitta Renström,
registerkoordinator
Margareta Nilsson,
registeranalytiker, med. dr.
Mats Löfgren, registerhållare, docent
Norrlands universitetssjukhus, Umeå

8-veckorsenkät besvarad och bedömd

Datamaterialet i bild 2 avser patienter opererade under perioden oktober 2012 till september 2013. Tidsintervallet har valts för att patienterna ska ha hunnit få och besvara 8-veckorsenkäten samt att kliniken har haft möjlighet att bedöma enkätsvaret.

Vad beror skillnaden i enkäternas svarsfrekvens på? Bristande rutiner för utskick? Skillnader i operationstyp? Annat? Vad är orsaken till att man på vissa kliniker inte bedömer de enkätsvar som kommer in?

Om enkätsvaren inte bedöms, är kliniken då medveten om patienternas eventuella postoperativa besvär, komplikationer, önskemål om kontakt, etc?

Hur vanligt är det att patienterna begär kontakt – återbesök?

I slutet av 90-talet var den gängse uppfattningen att alla patienter efter gynekologiska operationer önskade och begärde återbesök. Baserat på de diskussionerna infördes en tredelad fråga i den postoperativa uppföljningen (ingen kontakt – kontakt – återbesök). GynOp kunde då

redovisa att 75% av de patienter som inte varit på återbesök inte önskade kontakt utan skulle höra av sig om behov uppstod, 15% önskade återbesök och 10% att bli kontaktade. Dessa fynd har redovisats upprepade gånger avseende kvinnor som opererats på benign indikation.

Det är ett fåtal patienter som önskar kontakt. Siffrorna efter klinikens geografiska namn visar antalet svar totalt/begärd kontakt - återbesök opererade 2013. Klinikvariationen beror till viss del på hur mycket planerade återbesök klinikerna har.

Återbesöksfrågan i 8-veckorsenkäten har ibland ifrågasatts eftersom den skulle ge patienterna en "gräddfil" till läkarkontakt, istället borde de söka ordinarie vågar. Från GynOp har vi dock hävdat att har man blivit opererad och behöver kontakt efteråt är frågan synnerligen rimlig.

Kontaktas patienterna som önskar kontakt?

Endast 50% av de kvinnor som uppgett att de ej haft något återbesök och önskar bli kontaktade, blir kontaktade. Detta kan inte anses representera vård med "patienten i centrum". Vi har inte analyserat frågan på några år och resultaten förvånade oss samtliga inom GynOp, och våra egna kliniker utgör inga undantag. Bortfallet för GKR är 75% och därför tveksamt representativt.

Siffrorna efter kliniknamnen är totalantalet som önskat kontakt samt antalet som ej kontaktats. De flesta kliniker som kontaktar patienterna gör det via telefon.

Det önskade återbesöket består ofta av enkla frågor som kan besvaras utan besök. (Svarsalternativen kommer därför att ändras till ingen kontakt – kontakt). Antalet patienter per klinik som önskar bli kontaktade är så lågt att det inte är en resursfråga utan en attityd-/klinikpolicyfråga. Vi har för ett antal kliniker gjort analyser på individnivå (läkarnivå) och det är inte en individfråga utan en klinikfråga. Uppgift saknas för totalt 14%, de räknas som ej kontaktade men sannolikt kan ett antal av dem vara kontaktade utan att detta har registrerats. Endast två kliniker förefaller ta hand om kontaktbehovet systematiskt. Denna

kvalitetsparameter kommer att redovisas i Öppna Jämförelser. Vad vi vet har inget annat kvalitetsregister en fråga av denna uttalade PREM-karaktär.

Sammanfattning

Detta är ett axplock ur den registerövergripande årsrapporten. Data är generellt för de flesta kliniker så kompletta, att det inte borde vara oövertägligt att komplettera det lilla som saknas. I registret finns på första registreringssidan, under Översikter, listor för att enkelt ta fram vilka patienter det saknas uppgifter för, inklusive enkätbedömningar att åtgärda. Enkäten är en direkt kommunikation till

behandlande klinik från patienten och det är enbart patienter som inte varit på ett besök som tillfrågas om kontaktbehov. Vore det inte rimligt att bemöta patientens önskan om kontakt?

I årsrapporten redovisas ytterligare data på dessa frågeställningar, för att se om vi kan hitta något svar på frågorna. Eller kanske är det så att man ute på klinikerna sitter inne med något av svaren? ■

Bild 1. Formulär

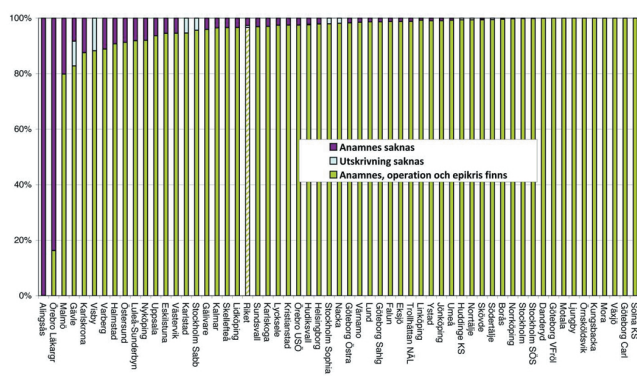


Bild 2. Bedömd

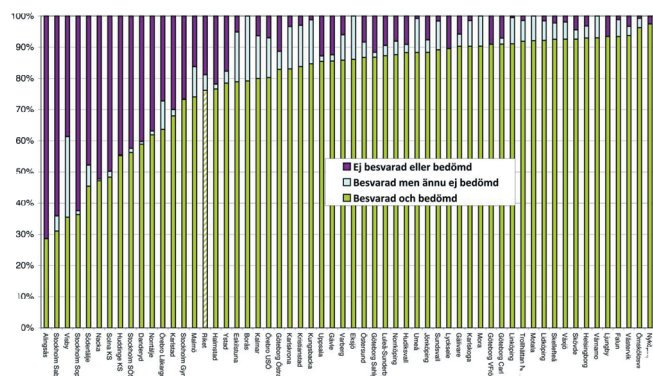


Bild 3. Önskar kontakt

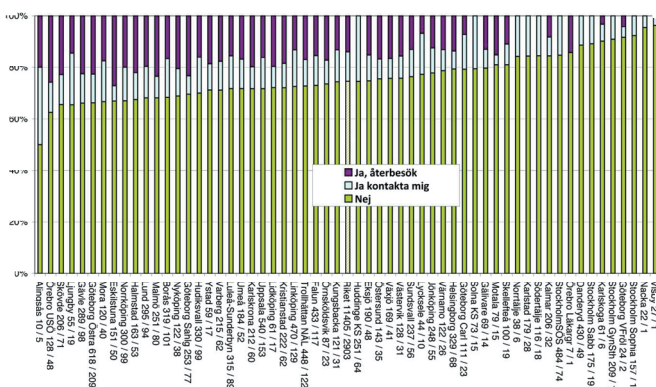
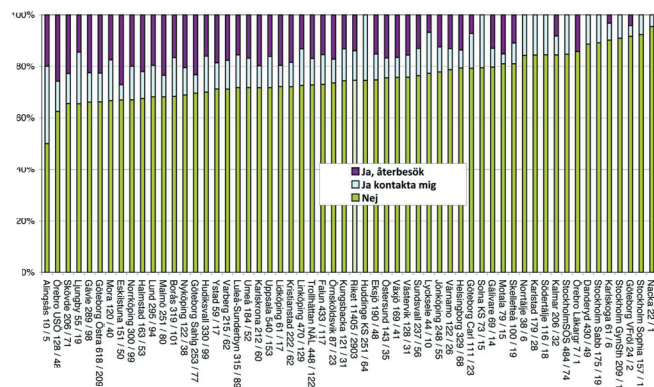


Bild 4. Blivit kontaktad



Utdrag ur Årsrapport

av nationella data inrapporterade till Gynop-registret avseende patienter som under år 2013 fått livmodern avlägsnad p g a godartade besvär/sjukdomar

Årsrapporten kan i sin helhet läsas www.gynop.org/rapportering/aterrapporter.htm. Nedan redovisas fyra bilder, varav de två första visar på lika och jämnt fördelad vård samt två där resultaten tyder på att det finns en klar förbättringspotential vid en del kliniker.

Årets rapport innehåller data registrerade under 2013 från 56 kliniker avseende patienter där man utfört total eller subtotal hysterektomi på benign indikation, men där patienter som fått livmodern avlägsnad i samband med prolapsoperation ej ingår. Sammanlagt innehåller rapporten data från över 7000 patienter inklusive vissa data från patienter registrerade i GKR, dvs de 11 klinikerna i Stockholmområdet samt Karlstad och Visby.

För att göra jämförelsen mellan klinikerna än mer rättvis har i årets rapport införts begreppet "standardpatient". Detta eftersom patientmaterialet kan skilja sig åt mellan klinikerna i viktiga avseenden som kan påverka resultaten. En universitetsklinik har med stor sannolikhet ett mer annorlunda patientklientel än ett mindre sjukhus. Kriterierna för standardpatient har utformats utifrån att ingen av dessa patienter remitteras till annat sjukhus av medicinska skäl för att genomgå hysterektomi. Därför har standardpatienten följande kriterier: ASA <3, BMI <35, ålder 30-60 år och huvudindikationen endometrios har exkluderats. Kriterierna har tillsänts alla kvinnokliniker i landet för bedömning och en kvalificerad majoritet av dessa har svarat och godkänt dem. Med dessa kriterier omfattar standardpatienterna ca 70% av hela patientmaterialet med en spridning mel-

Jan-Henrik Stjern Dahl, docent, överläkare, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Mats Löfgren, docent, universitetslektor, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Birgitta Renström, registerkoordinator, GynOp, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

lan klinikerna från 45-95%. När olika parametrar jämförs mellan klinikerna kommer förhoppningsvis resultaten härmed bli mer jämförbara om man utgår från standardpatienterna. I årsrapporten redovisas resultaten separat för standardpatientgruppen och för totalmaterialet. Kliniker med färre än tio patienter i redovisningsgruppen visas generellt inte.

Indikationerna för hysterektomi, redovisat som det av patienten uppgivna värsta besväret, visar generellt inte någon dramatisk spridning oavsett var patienten opererats i landet. Bild 1.

Att sjukvården är jämlik över landet avseende hysterektomi visas enklast med att antalet hysterektomier på benign indikation, som utförs per 10 000 kvinnor, är någorlunda lika mellan länen. Detta med beaktande att patientrörligheten över länens gränser torde vara mindre än mellan sjukhusen. Det saknas nationella riktlinjer för den här patientgruppen, för vilka indikationer som skall gälla för hysterektomi. Inte heller har någon AR-grupp tagit på sig det ansvaret. Man skulle därför kunna förvänta sig en klar spridning i operationsincidensen. Så tycks inte vara fallet utifrån de analyser vi gjort av data från Patientregistret och GynOp

avseende antalet registrerade operationer länsvis eller utifrån patienternas faktiska bostadsadresser. Mönstret är lika oavsett vilken av analyserna man gör. Vi visar resultaten från Patientregistret från år 2012, eftersom data för år 2013 ej är klara. Bild 2.

Man kan konstatera att flera kliniker glädjande nog allt mer gått över till minimalinvasiv operationsmetod vid hysterektomi och att andelen öppen kirurgi totalt sett successivt har minskat med åren. Fortfarande görs dock 58 % av hysterektomierna på dessa patienter via större buksnitt. Rangordning mellan klinikerna har gjorts utifrån andelen abdominal hysterektomi under år 2013. Kliniker med färre än 15 registrerade patienter har inte tagits med. Evidensen är överväldigande att minimalinvasiv operationsmetod medför färre komplikationer än vid öppen kirurgi. De ansvariga på klinikerna på höger sida av nedanstående bild har anledning att ifrågasätta sina val av operationsmetod. Bild 3.

Planerade återbesök behöver sällan ges efter hysterektomi utförd på "standardpatienter" där vårdförloppet varit okomplicerat. GynOp har år för år redovisat att 75-80% av patienterna inte heller önskar någon uppföljning. Flertalet kliniker väljer idag att inte per automatik erbjuda återbesök i normala fall. Bild 4.

Det kan konstateras att det råder stor variation mellan klinikerna i hur stor andel av patienterna som vid utskrivningen erbjuds återbesök. Det som är anmärkningsvärt är den höga andelen av patienter, för vissa kliniker över 30%, som inte känner till om ett återbesök är planerat eller ej. Här bör respektive

klinik analysera sina data. Likaså bör klinikerna se över sina rutiner hur man hanterar de patienter som önskar kontakt.

I den fullständiga årsrapporten avseende hysterektomi utförda på benign indikation kan alla kliniker hitta delar av sin givna vård som mestadels håller myck-

et hög kvalitet, men även ett antal områden där förbättringsmöjligheter finns. I Sverige har vi mycket god kontroll på och data avseende vårdutfallet men analys av dessa data och utveckling av vården kan och bör öka. Speciellt inom områden där man år efter år visar undermåliga resul-

tat. Varje organisation är perfekt designad för att uppnå precis de resultat man uppnår. Skall andra resultat uppnås måste en förändring göras.

Bild 1

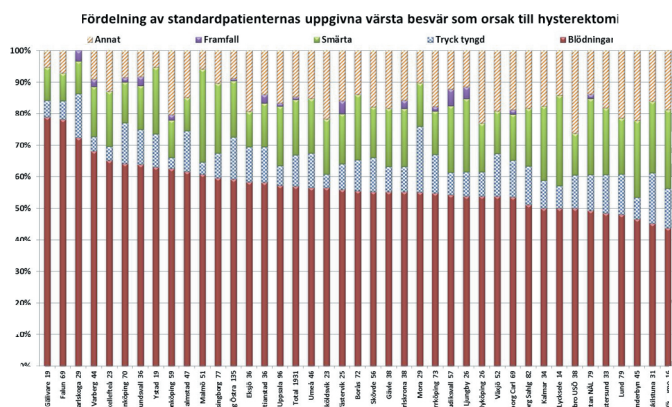


Bild 2

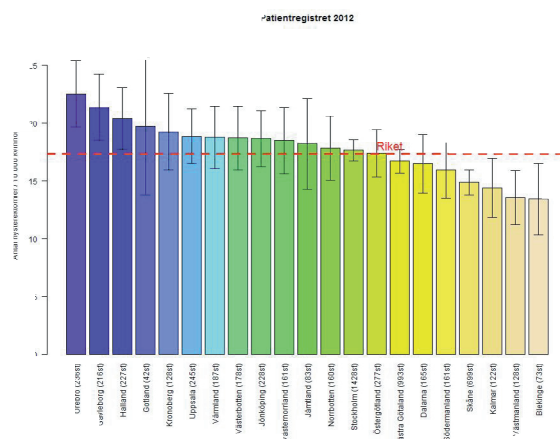


Bild 3

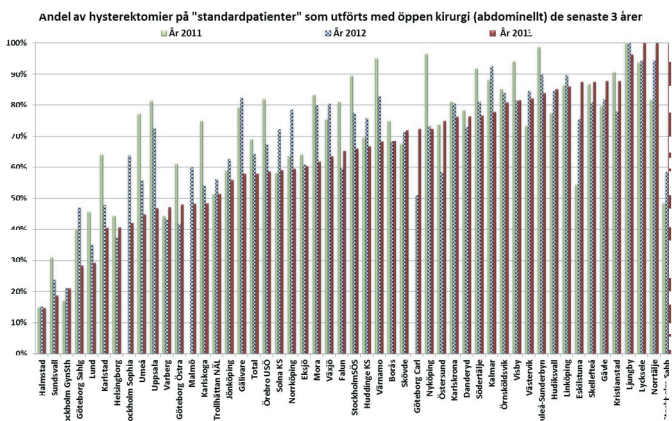
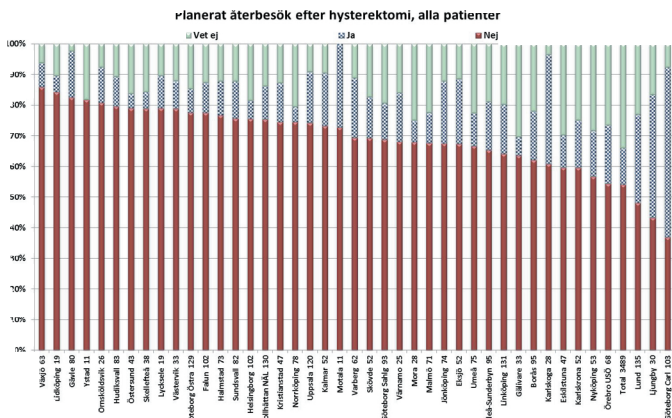


Bild 4





INSULIN

– den felande länken

Författare Agneta Schnittger

Jag har bantat 100 tals kilo i mitt liv och ändå är vikten oförändrad sade den runda kvinnan skämtsamt om än med en allvarlig underton. Det är den bistra sanningen för många människor och precis vad jag sett alltför ofta hos mina patienter som jag gett det välmenande rådet att "vikt-väktarbanta". Därför var det med stort intresse jag började läsa boken *Insulin den felande länken*. Jag fann en välskriven, lättläst och spännande bok om insulinets centrala roll i kroppens energibalans och ämnesomsättning. Mina gamla kunskaper från studietiden har utökats och förändrats efter att den totala effekten av insulin på kroppens organ illustreras på ett logiskt, uttömmande och medicinskt kemiskt övertygande sätt.

Den kolhydratrika kostens effekt i kroppen med höjning av blodsockernivån och därmed insulinfrisättningen ger så småningom efter långvarig stimulans upphov till insulinresistens och det metabola syndromet. Överskottet av kolhydrater lagras som fett och det ständiga överskottet av insulin stänger inne energireserverna i cellerna. Fettdepåerna förblir oförändrade trots en lågkaloridiet eftersom kolhydrater bidrar till glykosförbränning och därmed hindrar fettförbränning. Boken ger en plausibel förklaring till såväl misslyckandet med viktnedgång vid kolhydratrik kost som den goda effekten av kolhydratfattig kost.

Fettintagets betydelse för metabolismen är noggrant skildrat och att en diet med mer fett är hälsosam för kroppen underbyggs med sakliga kemiska argument. Texten om de metabola effekterna av fleromättade, enkelomättade och mättade fetter är ny, spännande och viktig. Den är ett seriöst och intressant inlägg i den pågående fettdebatten där den ger ett tveklöst stöd till motståndarna mot den sedan 1960 talet rådande åsikten om olika fetters hälsosamhet och sjukdomspåverkan.

Boken innehåller talrika belägg för att en kolhydratfattig kost har en positiv inverkan på såväl metabola syndromet som på kroppsvikten men också på en rad sjukdomar såsom arterioscleros, hjärtkärlsjukdom, osteoporos, bröst-, prostata- och coloncancer. Det är tolkningar av insulinets och kolhydraternas roll som öppnar nya spännande möjligheter att påverka folkhälsan.

En fettrik men kolhydratfattig kost som bantningsdiet är inget nytt. Den påminner starkt om William Bantings klassiska metod för viktminskning. Uteslut potatis och bröd men fortsatt med bacon och gräddsås. Det var bantningsmetoden jag hörde talas om som barn. Den kom sedan att förändras till motsatsen när jag läste medicin och fick lära mig den "vetenskapliga sanningen" till skillnad från de irrläror som tidigare rått.

Boken är intressant för alla läkare som i sin yrkesverksamhet har anledning att påverka välbefinnandssjukdomar. Den ger en basal kunskap om metabolismen och insulinets roll samt en ambitiös genomgång av olika förhållande dieters inverkan på kroppen. För oss gynekologer är boken i hög grad värdefull eftersom så många av våra patienter har symtom härörande från metabola syndromet. Det gäller till exempel PCOs och barnlöshet men också blödningsrubbnings, bröst- och corpuscancer.

Insha' Allah! Var det lakoniska svaret från den överviktiga nordafrikanska kvinnan, som så innerligt önskade sig barn, när jag gav henne mina traditionella viktminskningsråd. Uppenbarligen hade hon sin Gud med sig för ett år senare var hon en glädjestrålende nybliven mamma trots oförändrad vikt. Men det skulle onekligen vara bra att i sin terapiarsenal ha kosttråd som fungerade såväl med som utan gudarnas hjälp.

Det är inte kostens kaloriinnehåll som styr metabolismen utan dess påverkan på kroppens centrala metabola hormon insulin. Det är ett nytt och spännande sätt att tänka som är intressant för alla hälsointresserade människor.

Marie Luterkort

Med dr specialist obstetrik & gynekologi

Om författaren:

AGNETA SCHNITTGER, Med Dr, med svensk specialistutbildning i gynekologi och obstetrik samt fransk vidareutbildning i nutrition och diabeteskunskap, universitetet i Montpellier.

Klinisk verksamhet som universitetsläkare i Linköping och grundare av privata Karolinakliniken, delägare i privatkliniken

Swedish Medical Center, Harley Street, London samt under 00-talet egen gynekologpraktik i Sydfrankrike.

Avhandling om obstetrisk screeningverksamhet i sju svenska landsting, 1983, och under 1980-90-talen deltagare i ett 10-tal kliniska läkemedelsprövningar

En gåta att klura på

Vi fått in ett svar med 50% rätt uppgifter men hela gåtan ska besvaras för att man ska få priset från Peter Palsternack under SFOG-veckan. Vi söker en händelse som har anknytning till vår verksamhet samt en Nobelpristagare.

Muntra och segervissa kom de,
tusentals, i våg efter våg.
Vimplarna slog, pukor och trumpeter ljud,
triumfen var given.

Kompanier av kämpar,
så lika varandra som bröder,
fyllda av drömmar och förhoppningar,
beredda på ett helt nytt liv.

Kvinnan kammade sitt långa hår,
hundra tag med borsten,
målade läpparna röda,
log mot sin bild i spegeln.

I blod och besvikelse sköljdes allt bort,
gator, torg, murar och drömmar.
Ingen enda liten förhoppning fick fäste,
allt sköljdes bort i blod.

- Du slösaktigt oansvariga, var är min son?
ropade kaptenen förbittrat.
Kvinnan kammade sitt långa hår,
och sade att hon kunde inget göra.

Kaptenen förstod att hans son aldrig skulle bli general,
och föra befäl över glänsande arméer,
eller president, och inviga nya motorvägar
och universitet.

- Jag anförtrorde dig min son,
ropade kaptenen bittert.
- Jag kunde inget göra,
sade kvinnan och tittade på stjärnorna långt borta.

Peter Palsternack

Det första korrekta svar som inkommer till anna.ackefors@sfog.se belönas med en vinflaska. Priset utdelas under SFOGveckan av Peter Palsternack himself.



Go with the Flow To Facilitate Learning in Laparoscopic Gynecology

Huvudhandledare: Lars Enochsson, enheten för Kirurgi

Bihandledare: Li Felländer-Tsai, enheten för Ortopedi och Bioteknologi. *Henry Nisell*, enheten för Obstetrik och Gynekologi. Carsten Rasmussen, enheten för Obstetrik och Gynekologi. Samtliga Departement of Clinical science, intervention and technology, Karolinska Institutet

Disputation: 14 juni 2013

Opponent: Christian Riffbjerg Larsen, Faculty of Health Sciences, University of Copenhagen, Denmark

Publikationer

I Ahlborg L, Hedman L, Murkes D, Westman B, Kjellin A, Felländer-Tsai L, Enochsson. *Visuospatial ability correlates with performance in simulated gynecological laparoscopy*. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2011, 157: 73-77.

II Ahlborg L, Hedman L, Rasmussen C, Felländer-Tsai L, Enochsson L. *Non-technical factors influence laparoscopic simulator performance among OBGYN residents*. Gynecological Surgery. 2012, 9: 415-420.

III Ahlborg L, Hedman L, Nisell H, Felländer-Tsai L, Enochsson L. *Simulator training and non-technical factors improve laparoscopic performance among OBGYN residents*. Acta Obstet Gynecol Scand. 2013 Oct;92(10):1194-201.

IV Ahlborg L, Weurlander M, Hedman L, Nisell H, Lindqvist PG, Felländer-Tsai L, Enochsson L. *Evaluation of mentorship with feedback and learning during simulated laparoscopic training. A mixed methods study*. Submitted

Liv Ahlborg, enheten för Obstetrik och Gynekologi

Bakgrund

Lärandet påverkas av individuella förutsättningar, tidigare teoretiska och praktiska kunskaper samt inte minst lärandemiljön inklusive mentorer (handledare)¹.

Traditionellt har den kirurgiska utbildningen skett med hjälp av den så kallade "Halsted metoden"; "see one, do one, teach one"². Träningen har skett direkt på patienten och mentorn har ibland själv varit oerfaren.

På 1980- talet började innovativa lära-re inom kirurgi inse att träning utanför operationssalen var av värde för patientsäkerheten³. Initialt använda man sig av så kallade "svarta lådor", där kamera med ljus och instrument infördes och fiktiva operationer utfördes. Dessa lådor utvecklades snabbt till mer avancerade simulatorer. Träning med hjälp av simulatorer visade sig ha positiva effekter på lärandet vid laparoskopi^{4,7} och därmed också på patientsäkerheten⁸. Simulatorn ger en mer autentisk operationssituation än den svarta lådan. Den ger dessutom feedback via olika parametrar som mäts i samband med den simulerade operationen⁹. Parametrar som mäts i simulatorn är t.ex. operationstid, blödningsmängd och hur man rör sina instrument. Den praktiska implementeringen av simulatorträning har skett framförallt under det senaste årtiondet. Flera olika gynekologiska operationer, som laparoskopisk sterilisering och salpingektomi erbjuds i exempelvis

LapSimGyn® simulatorn. Dessa två simulerade ingrepp användes i studierna i avhandlingen.

Utöver simulering finns flera faktorer som kan tänkas stimulera lärandet. Tekniken vid titthålskirurgin ställer andra krav på operatören jämfört med öppen kirurgi. En förmåga som är av betydelse vid laparoskopi är den visuospatiella. Förmågan att bli konvertera den tvådimensionella bild man ser på skärmen (där kamerabilden är projicerad) till en tredimensionell verklighet. Det är därför rimligt att tro att den visuospatiella förmågan inverkar på vår prestation vid laparoskopi.

Tidigare studier har också visat att olika psykologiska faktorer påverkar inläringen¹⁰⁻¹². Self-efficacy eller själv-tillit, tron på den egna förmågan att kunna utföra en viss procedur eller hantera en viss situation (ett matematikprov, en fotbollsstraff eller en operation)¹³, är en sådan faktor.

Upplevelsen av flow, känslan av att vara totalt absorberad, koncentrerad, känna sig utmanad och fylld av glädje¹⁴, är en annan sådan faktor.

Mentorskap med feedback¹⁵ verkar också påverka lärandet inom titthålskirurgi, dock är det fortfarande oklart vilken typ av mentorskap som ger god effekt och hur feedback bör ges¹⁶⁻¹⁸.

Varken visuospatiell förmåga, self-efficacy, flow eller mentorskap med feedback hade tidigare undersökts i samband med gynekologisk simulatorträning eller titthålskirurgi.

Syfte

1. Att undersöka om visuospatiell förmåga påverkar det simulerade gynekologiska resultatet samt resultatet vid titthålskirurgi.
2. Att undersöka om self-efficacy och flow är relaterade till simulatorprestationen samt prestationen vid titthålskirurgi.
3. Att undersöka om mentorskap med feedback påverkar resultatet vid simulering samt vid titthålskirurgi.
4. Att med s.k. gruppintervjuer undersöka studenters åsikter angående mentorskap med feedback för att försöka att fånga idéer och uppslag till hur mentorskapet ska struktureras.

Material och metoder

Deltagare i studierna var specialister, ST-läkare i gynekologi och obstetrik eller studenter på läkarlinjen.

Visuospatiell förmåga mättes med hjälp av Mental rotation test A¹⁹. Self efficacy och flow mättes med olika frågeformulär^{20, 21}. De kategorier av flow som mättes var glädje samt koncentration.

Simulatorträningen utfördes i LapSimGyn® på CAMST (Center for Advanced Medical Simulation and Training), Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm samt på Södertäljesjukhus, Södertälje. Simulatorprestation utvärderas genom mätning av bl a operationstid och hur långt instrumenten förflyttades.

Sterilisering och salpingektomi var de titthålsoperationer som utfördes i simulatorn och sterilisering den som utfördes på operation. Den laparoskopiska prestationen utvärderades genom att mäta operationstiden.

Mentorskap med feedback utvärderades genom simulatorprestation (instrumentväg) samt genom gruppintervju.

Resultat

Studie I & II visade att visuospatiell förmåga korrelerade positivt med prestationen i simulatorn under de första tidiga simulatorövningarna.

Studie II visade att self efficacy och flow korrelerade positivt till simulatorprestationen både initialt och efter upprepade träning.



Studie III visade att simulatortränade grupper uppgav högre flow och self efficacy jämfört med icke tränade grupper, när de utförde titthålskirurgi. Simulatortränade grupper använde hälften så lång tid för att utföra laparoskopisk sterilisering. Visuospatiell förmåga korrelerade positivt med prestationen hos den icke simulatortränade gruppen vid de tidiga operationerna.

Studie IV visade att studenter som fick feedback av en mentor använde kortare instrumentväg jämfört med gruppen som opererade självständigt. Studenterna uttryckte att det var viktigt att få bekräftelse och stöd. Mentorgruppen var mer koncentrerad, medan den självständiga gruppen uttryckte mer glädje.

Diskussion

Resultaten i den här avhandlingen tyder på att visuospatiella förmågan, self efficacy, flow och mentorskap med feedback alla är viktiga för lärandet i laparoskopi. Brister i den visuospatiella förmågan verkar kunna kompenseras för genom simulatorträning. Genom förberedelser i simulator kan self efficacy och flow optimeras. Andra förberedelser som t.ex. genomgång av operationsförfarandet, potentiella komplikationer och hur arbetet ska fördelas kan också kunna påverka dessa psykologiska faktorer och därmed både det kirurgiska resultatet och patientsäkerheten.

Mentorn kan spela en stor roll både före, under och efter operation. Frågan är hur en mentor ska bete sig och ha förkunskaper för att nå bästa resultat med sin adept. Studier har visat att en "dålig" mentor kan försämma operationsteknik och utgång vid operation medan en "bra" mentor kan förbättra resultatet, vid upprepade typoperationer²². Förutsättningen för att dessa faktorer ska spela någon roll är förstås att "kniven lämnas vidare". En trygg och erfaren mentor som fått utbildning i ledarskap/ mentorskap är sannolikt mer benägen att lämna kniven vidare än en otrygg, oerfaren mentor utan utbildning.

Slutsatser

Simulatorträning med strukturerad mentor som ger feedback, i en lärandemiljö som tar hänsyn till visuospatiell förmåga och förstärker self-efficacy samt flow verkar leda till bättre utförda titthålsoperationer. Att konstruera lärandemiljöer som optimerar dessa förutsättningar skulle därför kunna öka patientsäkerheten. Inte minst mentorskap behöver utvärderas vidare, i synnerhet i det autentiska operationsrummet.

Ett särskilt tack till de specialister, ST-läkare och studenter som medverkat i studierna,

Liv Ahlborg
Stockholm, april, 2014

Referenslista

1. Biggs JT, Catherine Teaching for Quality Learning at University: What the Student Does (3rd Edition). Buckingham, GBR Open University Press 2007.
 2. Cameron JL, William Stewart Halsted. Our surgical heritage. *Annals of surgery*. 1997;225(5):445-58.
 3. Anastakis DJ, Regehr G, Reznick RK, Cusimano M, Murnaghan J, Brown M, et al. Assessment of technical skills transfer from the bench training model to the human model. *Am J Surg*. 1999;177(2):167-70.
 4. Seymour NE, Gallagher AG, Roman SA, O'Brien MK, Bansal VK, Andersen DK, et al. Virtual reality training improves operating room performance: results of a randomized, double-blinded study. *Annals of surgery*. 2002;236(4):458-63; discussion 63-4.
 5. Ahlberg G, Enochsson L, Gallagher AG, Hedman L, Hogman C, McClusky DA, 3rd, et al. Proficiency-based virtual reality training significantly reduces the error rate for residents during their first 10 laparoscopic cholecystectomies. *Am J Surg*. 2007;193(6):797-804.
 6. Grantcharov TP, Kristiansen VB, Bendix J, Bardram L, Rosenberg J, Funch-Jensen P. Randomized clinical trial of virtual reality simulation for laparoscopic skills training. *The British journal of surgery*. 2004;91(2):146-50.
 7. Larsen CR, Soerensen JL, Grantcharov TP, Dalsgaard T, Schouenborg L, Ottosen C, et al. Effect of virtual reality training on laparoscopic surgery: randomised controlled trial. *Bmj*. 2009;338(b1802).
 8. Scott DJ. Patient safety, competency, and the future of surgical simulation. *Simulation in healthcare: journal of the Society for Simulation in Healthcare*. 2006;1(3):164-70.
 9. Issenberg SB, McGaghie WC, Hart IR, Mayer JW, Felner JM, Petrusa ER, et al. Simulation technology for health care professional skills training and assessment. *JAMA*. 1999;282(9):861-6.
 10. Csikszentmihályi M. Beyond Boredom and Anxiety: Experiencing Flow in Work and Play. 1978.
 11. Bandura A, Locke EA. Negative self-efficacy and goal effects revisited. 2003;88(1):87-99.
 12. Maschuw K, Schlosser K, Kupietz E, Slater EP, Weyers P, Hassan I. Do soft skills predict surgical performance?: a single-center randomized controlled trial evaluating predictors of skill acquisition in virtual reality laparoscopy. *World J Surg* 2011;35(3):480-6.
 13. Bandura A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. 1st ed New York, NY: WH Freeman and Company, Worth Publishers, 1997.
 14. Nakamura J, Csikszentmihályi, M, . The concept of flow *Handbook of positive psychology*, 2002.
 15. van de Ridder JM, Stokking KM, McGaghie WC, ten Cate OT. What is feedback in clinical education? *Medical education*. 2008;42(2):189-97.
 16. Issenberg SB, McGaghie WC, Petrusa ER, Lee Gordon D, Scalese RJ. Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. *Medical teacher*. 2005;27(1):10-28.
 17. Kruglikova I, Grantcharov TP, Drewes AM, Funch-Jensen P. The impact of constructive feedback on training in gastrointestinal endoscopy using high-fidelity Virtual-Reality simulation: a randomised controlled trial. 2010;59(2):181-5.
 18. Mahmood T, Darzi A. The learning curve for a colonoscopy simulator in the absence of any feedback: no feedback, no learning. *Surg Endosc*. 2004;18(8):1224-30.
 19. Peters M, Laeng B, Latham K, Jackson M, Zaiyouna R, Richardson C. A redrawn Vandenberg and Kuse mental rotations test: different versions and factors that affect performance. *Brain and cognition*. 1995;28(1):39-58.
 20. Pintrich PR, Smith DAF, Garcia T, McKeachie WJ. Reliability and Predictive Validity of the Motivated Strategies for Learning Questionnaire (Mslq). *Educational and Psychological Measurement*. 1993;53(3):801-13.
 21. Ghani JA, Deshpande SP. Task Characteristics and the Experience of Optimal Flow in Human—Computer Interaction. *Journal of psychology*. 1994;128(4):381-91.
 22. Ahlberg G, Kruuna O, Leijonmarck CE, Ovaska J, Rosseland A, Sandbu R, et al. Is the learning curve for laparoscopic fundoplication determined by the teacher or the pupil? *Am J Surg*. 2005;189(2):184-9.
-

Ovarian Reserve and Assisted Reproduction

Ofrivillig barnlöshet drabbar ca 10% av alla par. Många av dem behandlas med in vitro fertilisering/intracytoplasmatisk spermieinjektion (IVF-ICSI). Kvinnans ålder betraktas som den största enskilda begränsande faktorn till graviditet och barn. Kvinnans ovarialreserv definieras som den i ovarierna befintliga mängden oocyter, samt oocyternas kvalitet. Ovarialreserv samvarierar med ålder och avtar med stigande ålder. Dock kan ovarialreserven – troligen av genetiska skäl – skilja sig väsentligt mellan individer av samma ålder, vilket ger upphov till olika behandlingsförutsättningar vid IVF-ICSI. Kvinnans ovarialreserv har avgörande inverkan på det ovariella svaret på den hormonstimulering som föregår en IVF behandling.

Ovarialreserv kan inte mätas exakt utan kan endast skattas med hjälp av olika markörer. Flera s k ovarialreservtester (ORT) finns beskrivna, såsom mätning av FSH och LH. FSH och LH mäts basalt, dvs tidigt i menscykeln (cykeldag 2, 3 el 4). Andra vanliga tester är blodprov för analys av antimüllerskt hormon (AMH), samt antralfollikelräkning med vaginalt ultraljud (eng. antral follicle count, AFC).

De flesta tidigare studier angående ovarialreserv och samband med utfall vid infertilitetsbehandling har utformats för att studera negativa kvantitativa samband, som till exempel identifiering av gränsvärden för ett dåligt eller uteblivet svar vid hormonstimulering och/eller risken för att behandlingscykeln kan komma att avbrytas. På så vis har ORT fr a kommit att betraktas som hjälpmedel vid individualisering av hormonstimulering, samt för att förutsäga svaret på stimulering. Även om ovarialreservsmått teoretiskt också skulle kunna bidra till att

Thomas Brodin

Institutionen för Kvinnors och Barns Hälsa, Uppsala universitet
Carl von Linnékliniken, Uppsala



prognosticera chans till graviditet och barn efter IVF-ICSI, har majoriteten studier inte förmått visa det på ett övertygande sätt. Den kliniska nyttan av skattning av ovarialreserv har därför ifrågasatts.

I mitt projekt har jag i fem delarbeten studerat sambanden mellan olika ORT och behandlingsresultat vid IVF-ICSI: menstruationscykeln längd (MCL, delarbete I), basala nivåer av FSH, LH och fr.a. kombinationer av dem (delarbete II), AFC (delarbete III), AMH (delarbete IV) samt de olika metodernas inbördes relation (delarbete V). Primära utfall var graviditetsfrekvens och levande födda efter behandling. Sekundära utfall var andra behandlingsparametrar, såsom antal erhållna oocyter och givna doser vid ovariell hormonstimulering.

Alla studier var prospektiva kohortstudier och inkluderade ett stort antal ose-

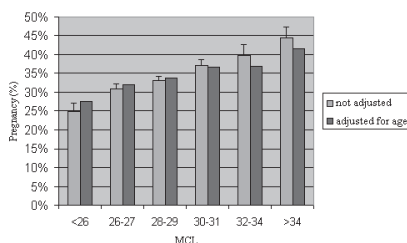
lekterade patienter som genomgick en eller flera IVF-ICSI-behandlingar. För att korrigera för eventuellt beroende mellan flera behandlingar hos samma kvinna gjordes de viktigaste statistiska analyserna med "generalized estimating equation" (GEE) modeller. Samma patient kunde därigenom inkluderas vid olika tidpunkter. Den strategin möjliggjorde inklusion av alla tillgängliga behandlingscykler. Analyserna justerades för kvinnlig ålder.

Syftet med avhandlingsarbetet var att studera olika metoder för skattning av ovarialreserv, respektive metods individuella betydelse, deras inbördes relationer respektive deras prognostiska förmåga för en framgångsrik IVF-ICSI behandling.

Delarbete I:

Brodin, T., Bergh, T., Berglund, L., Hadziosmanovic, N. and Holte, J. (2008) Menstrual cycle length is an age-independent marker of female fertility: results from 6271 treatment cycles of in vitro fertilization. Fertility and Sterility, 90(5):1656-1661.

Studien omfattade menscykeldata från 3228 kvinnor som genomgick 6271 IVF-ICSI behandlingar. Genomsnittlig menstruationscykellängd förkortades med stigande ålder med två dagar, från 30 till 28 dagar (ptrend <0.0001). Sambandet mellan cykellängd och graviditets- och förlösningsfrekvens var positivt och linjärt, även efter åldersjustering (ptrend <0.0001; fig. 1). Chansen att få barn efter IVF-ICSI var nästan fördubblad för kvinnor med en menscykellängd >34 dagar jämfört med kvinnor med cykellängd <26 dagar. Det förelåg också ett motsvarande positivt samband mellan menscykellängd och såväl embryokvalitet som svar på hormonstimulering.



Figur 1.

Gravida (%) efter per embryotransfer i relation till menscykellängd i dagar. Medelvärden $\pm$ SEM. De mörka staplarna är åldersjusterade. P-trend < 0.0001.

Delarbete II:

Brodin, T., Bergh, T., Berglund, L., Hadziosmanovic, N. and Holte, J. (2009) High basal LH levels in combination with low basal FSH levels are associated with high success rates at assisted reproduction. *Human Reproduction*, 24(11):2755-2759.

Basala nivåer av FSH och LH mättes hos 745 kvinnor som genomgick 1328 behandlingar. Av fördelningsskäl log-transformerades värdena. Kombinationer av absoluta FSH- och LH-värden gav signifikant bättre information än såväl FSH och LH var för sig, som kvoten mellan FSH och LH. Högsta genomsnittliga graviditetsfrekvensen (39%) noterades om lågt FSH (<6.7 U/l) kombinerades med högt LH (>4.9 U/l), medan den var lägst (22 %) om högt FSH (>6.7 U/l) kombinerades med lågt LH (<4.9 U/l), och intermediär (27-28%) om FSH och LH båda var låga eller höga (ptrend=0.0004). Motsvarande samband förelåg med förlossningsfrekvens, stimuleringsvar och embryokvalitet. Bästa modellen för prediktion av graviditet utgjordes av ålder tillsammans med grupperade värden på FSH och LH (i de fyra kombinationerna och med gränsvärdena ovan; prediktiv kapacitet utifrån analys med area under ROC-kurva, AUROC, med värde på 0.63).

Delarbete III:

Holte, J., Brodin, T., Berglund, L., Hadziosmanovic, N., Olovsson, M. and Bergh, T. (2011) Antral follicle counts are strongly associated with live-birth rates after

assisted reproduction, with superior treatment outcome in women with polycystic ovaries. *Fertility and Sterility*, 96(3):594-599.

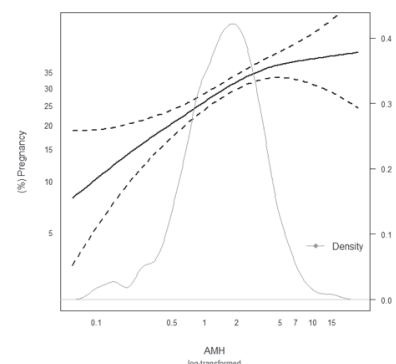
Studien omfattade 2092 kvinnor som genomgick 4308 behandlingar. AFC varierade mellan 3 och 80 och var log-normalt fördelat med ett medelvärde (SD) på 19.2 (11.7). AFC var log-linjärt och positivt associerat med både graviditets- och förlossningsfrekvens, vilka dock planade ut vid AFC över 30. Kvinnor med polycystiska ovarier (PCO) hade bäst behandlingsutfall, oberoende av om de ovulerade eller ej (PCOS). Det var också positiva signifikanta samband mellan AFC och stimuleringsvar respektive embryokvalitet.

I en multivariat GEE-modell med justering för både ålder och mängden erhållna oocyter förblev AFC högsignifikant för både graviditets- och förlossningsfrekvens, vilket talar för att AFC ger information även om den kvalitativa sidan av ovarialreserven, d v s om oocytkvalitet.

Delarbete IV:

Brodin, T., Hadziosmanovic, N., Berglund, L., Olovsson, M., and Holte, J. (2013) Antimüllerian hormone levels are strongly associated with live-birth rates after assisted reproduction. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 98(3):1107-1114

892 kvinnor som genomgick 1230 IVF-ICSI-cykler provtogs för AMH (analys med DSL ELISA). AMH-värdena var log-normalt fördelade med ett medelvärde (SD) på 2,3 (2,5) ng/ml. Levande födda per startad behandlingscykel (% [95% konfidensintervall]) ökade log-linjärt från 10,7% [7,2-14,1] för AMH <0,84 ng/ml (25:e percentilen) till 30,8% [25,7-36,0] för AMH >2,94 ng/ml (75:e percentilen, ptrend <0.0001; fig. 4). Även i denna population var förlossningsfrekvensen högst bland kvinnor med PCO och PCOS. Motsvarande samband med övriga behandlingsutfall, respektive utfallet av analysen avseende oocytkvalitet, fanns för AMH på samma vis som för AFC.



Figur 4.

Gravida (%) per startad behandlingscykel (beldragen linje) i relation till logAMH, med konfidensintervall (punktlinjer). Graviditetsfrekvensen ökade (log)linjärt för att plana ut efter AMH ~4.5 ng/ml. 'Density' avser fördelning efter log-transformering. Värdena längs axlarna är baktransformerade.

Delarbete V:

Brodin, T., Hadziosmanovic, N., Berglund, L., Olovsson, M., and Holte, J. (2013) A comparison of four different ovarian reserve tests (ORT) for predicting the ovarian response and chance of live birth after IVF-ICSI treatment. *Manuscript*.

Studien baserades på samma population som delarbete IV. MCL, FSH och LH, kombinationer av FSH och LH, samt AFC och AMH undersöktes för inbördes korrelationer, samt för samband med levande födda och stimuleringsvar i både univariata och multivariata statistiska modeller. Den starkaste korrelationen förelåg mellan AFC och AMH ($r = 0.71$, $p < 0.0001$). I univariata analyser var ålder, AMH och AFC associerade med antal levande födda per startad cykel. I multivariat analys förblev dock bara ålder och AMH oberoende signifikanta (båda $p < 0.001$). Denna modell, d.v.s. ålder tillsammans med AMH, var också den som bäst predicerade levande fött barn efter IVF-ICSI (AUROC 0.64). Univariat var AUROC 0.61 för både AMH och ålder, vilket talar för att de var för sig har jämförbar inverkan på chansen att få barn efter IVF-ICSI.

Bästa modellen för prediktion av dåligt respektive (alltför) kraftigt stimuleringsvar inkluderade ålder, AMH och AFC (AUROC 0.89). Av dessa tre var ålder den variabel som sämst predicerade stimuleringsvar, medan AFC och AMH var väsentligen likvärdiga med univariata AUROC-värden näst intill lika höga som för modellen ålder+AMH+AFC.

Slutsatser

Ovarialreserv är starkt associerad till graviditets- och förlossningsutfall, men också till andra behandlingsvariabler vid IVF-ICSI. Alla skattningsmetoder, även åldersjusterade, visade successivt förbättrade behandlingsutsikter vid tilltagande ovarialreserv. AMH tillsammans med AFC och ålder predicerade ovariellt stimuleringsvar med stor noggrannhet.

Sambanden var generellt log-linjära, vilket innebär att en given skillnad mellan kvinnor med nedsatt ovarialreserv hade större inverkan på behandlingsutfallet än motsvarande skillnad mellan kvinnor med ovarialreserv i det högre omfånget.

Alla markörerna visade sig inrymma information om såväl den kvantitativa som den kvalitativa sidan av ovarialreserv, vilket tidigare inte visats på ett övertygande sätt. Sannolikt innebär detta att om ett test påvisar bra ovarialreserv, är proportionen euploida oocyter större än då testet visar det omvända.

Ovarialreserv (i den subfertila populationen) är log-normalt fördelad utan klara skiljelinjer mellan nedsatt, bra och väl bevarad ovarialreserv, d.v.s. övergången inom gruppen från dålig till bra är ett kontinuum där kvinnor med polycystis-

ka ovarier utgör den grupp som har bäst bevarad ovarialreserv och därigenom de bästa behandlingsförutsättningarna.

Ovarialreservmarkörer har på individnivå begränsad prediktiv kapacitet för chansen till graviditet och barn efter IVF-ICSI. Utifrån graviditets- och förlossningsfrekvens på gruppnivå kan dock information om ovarialreserv användas vid rådgivning för skattning av chansen även i det enskilda fallet. Av de undersökta markörerna utgör AMH tillsammans med åldern det bästa underlaget för sådan rådgivning, där AMH och ålder tycks bidra med jämförbar prediktiv information.

Länk till avhandlingen: <http://uu.diva-portal.org/smash/record.jsf?searchId=2&pid=diva2:602740>



Intressegrupper inom SFOG

Mödrahälsovårdsöverläkargruppen

Ordförande

Joy Ellis
mödrahälsovårdsöverläkare och medicinsk rådgivare
Ordförande, mödrahälsovårdsöverläkargruppen inom
Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi
Primärvården Västra Götaland
Lillhagsparken 6
422 50 Hisings Backa
Tel: 010-473 30 81, 010-473 30 85 (verksamhetsassistent),
Mobil: 0706 915432

Sekreterare

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

Obstetriker och gynekologer under utbildning (OGU)

Ordförande

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

Sekreterare

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

Privatgynekologerna

Ordförande

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

Catharina Lyckeberg
Ultragyn
Läkarhuset Odenplan
113 22 Stockholm
Tel: 08-587 10 199
E-post: catharina.lyckeberg@ultragyn.se

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

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

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

Kursledning:	Hanna Östling och Lovisa Bergengren
Kurstid:	Måndag 6 oktober – onsdag 8 oktober 2014
Kursort:	Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset Örebro
Målgrupp:	ST-läkare med högst 1 års tjänstgöring inom gynekologi och obstetrik vid kursstart.
Program:	Grundläggande kunskap med tonvikt på akuta och/eller vanliga tillstånd inom gynekologi och obstetrik. Patientsäkerhet. Stor vikt läggs vid falldiskussioner och praktiska övningar.
Examination:	Deltagande i praktiska moment och skriftlig examination krävs för godkänd kurs.
Mål:	Efter genomgången kurs ska deltagarna ha god kännedom om i första hand akuta gynekologiska och obstetriska tillstånd som en grund för att förbereda och utveckla lärandet vid självständigt jourarbete.
ST-mål:	Del av delmål 1-3, 6, 11.
Kursavgift:	4 500 SEK exklusive moms.
Information och anmälningssformulär:	www.orebroll.se/uso/utbildning/abckurs2014 Sista anmälningssdag: 17 augusti 2014
Kontaktperson:	Ewa Nyström, Universitetssjukhuset Örebro. E-post: ewa.nystrom@orebroll.se Tel: 019-602 37 05.

Arbets- och Referens- grupperna inom SFOG

Cervixcancerprevention C-ARG

Ordförande: Bengt Andrae
KK, Gävle/Sandviken Länssjukhus
801 87 Gävle
Tel: 026-15 41 68
bengt.andrae@gmail.com

Sekreterare: Kristina Elfgrén
KK, Karolinska Universitetssjukhuset,
Huddinge
141 86 Stockholm
Tel: 08-585 875 28
kristina.elfgren@karolinska.se

Endokrinologi ENDOKRIN-ARG

Ordförande: Alkistis Skalkidou
KK, Akademiska Sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 076-206 85 82
alkistis.skalkidou@kbh.uu.se

Sekreterare: Eva Innala
KK, Norrlands universitetssjukhus
901 85 Umeå
Tel: 090-785 21 61
eva.innala@vll.se

Endometrios ENDOMETRIOS-ARG

Ordförande: Margita Gustavsson
KK, Kungsbacka Närsjukhus
434 80 Kungsbacka
margita.gustafsson@regionhalland.se
Sekreterare: Greta Edelstam
KK, Akademiska Sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018-611 00 00
greta.edelstam@akademiska.se

Etik ETIK-ARG

Ordförande: Claudia Bruss
KK, Länssjukhuset Halmstad
302 33 Halmstad
Tel: 035-13 10 00
claudia.bruss@med.lu.se
Sekreterare: Ingrid Bergelin
ingrid.bergelin@ltdalarna.se

Evidensbaserad medicin

EVIDENS-ARG

Ordförande: Annika Strandell
SU/Sahlgrenska
413 45 Göteborg
Tel: 0700-90 44 54
annika.strandell@vgregion.se
Sekreterare: Sissel Saltvedt
KK, Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-616 10 00
sissel.saltvedt@sodersjukhuset.se

Familjeplanering FARG

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

Ofrivillig Barnlöshet FERT-ARG

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

GLOBAL-ARG

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

Hemostasrubbningar HEM-ARG

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

Minimalinvasiv Gynekologi

MIG-ARG

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

Mödra-Mortalitet MM-ARG

Ordförande: Aljana Mulic-Lutvica
KK, Akademiska Sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018-611 00 00. Fax: 018-24 62 86
aljana.mulic-lutvica@akademiska.se
Sekreterare: Sissel Saltvedt
KK, Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-616 10 00
sissel.saltvedt@sodersjukhuset.se

Perinatologi PERINATAL-ARG

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

Psykosocial Obstetrik och Gynekologi samt Sexologi POS-ARG

Ordförande: Katri Nieminen
KK, Vrinnevisjukhuset
Norrköping
Tel: 010-10 30 00
katri.nieminen@lio.se
Sekreterare: Lena Moegelin
SöSAM, Enheten för sexuell hälsa
VO, Kvinnosjukvård/Förlossning
Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-616 26 27/0707-913832
lena.moegelin@sodersjukhuset.se

Robson-ARG

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

Tonårgynekologi TON-ARG

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

Gynekologisk Tumörkirurgi med Cancervård TUMÖR-ARG

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

Ultraljudsdiagnostik ULTRA-ARG

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

Urogynekologi och vaginal kirurgi UR-ARG

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

Vulva VULV-ARG

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

Arbets- och Referens-Grupp-Utvecklings-Samordnare

ARGUS

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

SFOG-Kansliet

Jeanette Swartz
Drottninggatan 55, 2 tr
111 21 Stockholm
Tel: 08-440 01 75 • Fax: 08-22 23 30
kansliet@sfog.se • www.sfog.se

SFOG

MEDLEMSANSÖKAN

www.sfog.se

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

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

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

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

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

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

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

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

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