

Medlemsbladet 5

2018

NR



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

Mödradödsfall 2018 *Obstetriska axplock* *från FIGO*



MEDLEMSBLADET

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

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

Susanne Lundin och Diana Mickels

E-post: kansliet@sfog.se

Internet: www.sfog.se

Annonser: Liselott Andersson

E-post: liselott.andersson@sfog.se

Platsannonser hemsidan: kansliet@sfog.se

SFOGs styrelse 2018:

Ordförande: Andreas Herbst

VO Kvinnosjukvård, Skånes Universitetssjukhus

Tel: 040-33 20 86

E-post: andreas.herbst@sfog.se

Vice ordförande: Eva Uustal

Kvinnokliniken Linköping

E-post: eva.uustal@sfog.se

Facklig sekreterare:

Helena Kopp Kallner

Tel: 070-440 20 70

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

Skattmästare: Bengt Karlsson

Göteborgs Kvinnoklinik

Tel: 031-700 12 90

E-post: bkarlsson.se@telia.com

Vetenskaplig sekreterare: tf Annika Strandell

Göteborg

E-post: annika.strandell@vgregion.se

ARGUS: Ove Axelsson

KK, Mälarsjukhuset Eskilstuna

E-post: ove.axelsson@kbh.uu.se

Utbildningssekreterare: Ellika Andolf

Karolinska Institutet, Danderyds sjukhus

Tel: 08-123 550 00

E-post: ellika.andolf@ki.se

Redaktör för Medlemsbladet:

Liselott Andersson

Sunderby sjukhus, Luleå

Tel: 0920-28 30 11, alt vx 0920-28 20 00

E-post: liselott.andersson@sfog.se

Ledamot/Webbansvarig: Lars Ladfors

Kvinnokliniken, SU/Sahlgrenska Östra

Tel: 031-343 57 34

E-post: lars.ladfors@sfog.se

Ledamot: Kristina Nordquist

Kvinnosjukvården, Östersunds sjukhus

E-post: kristina.nordquist@sfog.se

Ledamot/Yngre representant:

Elin Svensk

KK, Sundsvall

E-post: elin.svensk@rvn.se

Tryck: Elanders

ISSN 0284-8031

— Ordförande har ordet —



Kära kollegor!

Börjar skriva i en hotellobby i Rio de Janeiro efter FIGO-kongressen. FIGO, vår internationella sammanslutning av gyn-obstetrik-föreningar, arrangerar vart 3e år en världskongress. I Rio samlades 11 000 deltagare! Vi åkte några representanter från SFOGs styrelse för att bevakna mötet och delta i generalförsamlingen, med ambition att tillsammans med våra nordiska systerföreningar få invalt en god representant från SFOG i FIGOs General Assembly.

Inför mötet hade vi informerats om ett förslag till nya stadgar, som bekymrade oss då det syntes innebära minskat inflytande för medlemsländerna i FIGOs beslutsprocesser. Pga. de reaktioner man fått hade dock styrelsen bordlagt frågan för att förberedas bättre, vilket vi såg positivt på. Inför generalförsamlingens andra dag med val av ny styrelse var lobbyverksamheten intensiv. Vi gick på mottagningar hos Belgiens, USAs, Irlands, Italiens och Indiens gynekologförening-

ar och lobbade för Kristina Gemzell Danielsson som vår kandidat till Executive Board. Vid omröstningen fick Kristina flest röster av alla, så hennes goda meriter och internationella anseende hade nog räckt utan vår flygbladsutdelning i bensträckarpausen. Vi önskar Kristina lycka till i det internationella arbete för FIGO som hon nu åtagit sig under 6 år, och är övertygade om att hon kommer att göra skillnad.

Det extensiva vetenskapliga programmet hade 25 parallella sessioner, vilket innebar svåra val och snabba förflyttningar. Från svenska kollegor får man ofta höra att FIGO-kongresserna inte innehåller något av intresse. Det är fel – om man är intresserad av hur kvinnosjukvård fungerar i andra länder, om man värdesätter kliniskt inriktade symposier som sammanfattar evidensen på olika områden, och om man tycker att de utmaningar i kvinnohälsa och förlossningsvård som föreligger globalt är av intresse. Ärligt

I DETTA NUMMER

Kodfrågan	7
Mödradödsfall 2017	9
Obstetriska axplock från FIGO	12
OGUs ordförande informerar	17
OGU-enkäten 2018:	
Arbetsmiljö, ultraljud, forskning och kirurgisk träning	18
Specialisttentamen 2018	21
Evidensbaserad gynekologi och obstetrik har klivit in på sociala medier	23
ST-arbeten	24
Peter Palsternak	27

talat borde det vara det för oss alla. Hamnade varje morgon vid samma frukostbord som en trevlig kollega från Etiopien, som på mötet föreläste om mödradödlighet. På frågan vilken enskild åtgärd som skulle ha störst effekt för att sänka denna svarade han: Det snabbaste och billigaste skulle vara att liberalisera vår abortlag.

Inte bara tillgång till och acceptans av god vård är en global utmaning, utan också motsatsen – för hög tillgång till dålig vård. Ett flertal symposier avhandlade hur man ska få ned den extremt höga andelen kejsarsnitt i många länder, som orsakar ett stort antal undvikbara mödradödsfall. Vi i NFOG arrangerade ett av dessa: "How to maintain a low cesarean rate", vilket lockade dubbelt så många intresserade som lokalen klarade. Glädjande stort intresse, men en missräkning att lokalen blev för liten. Dessa presentationer har ni fått i ett medlemsmail. En artikelserie i ämnet publicerades i oktober i Lancet, och refererades på flera symposier. Årligt antal kejsarsnitt i världen har ökat från 16 miljoner (12 %) år 2000 till 30 miljoner (21 %) 2015, av vilka 9 miljoner estimerades vara onödiga. Samtidigt som man i Väst- och Centralafrika (4 % kejsarsnitt) inte har resurser till indicerade ingrepp, förlöses 44 % med sectio i Latinamerika; i Brasilien 60 %. WHO estimerar att medicinsk indikation för sectio föreligger i cirka 10 %, och flera föreläsare framhöll att en sectiofrekvens över 19 % vid epidemiologiska jämförelser är förenat med ökad mödradödlighet. FIGOs rekommenderade åtgärder för att nå en rimlig sectiofrekvens inkluderar att ersättningen till vårdgivaren för förlossning bör vara densamma oavsett förlossningssätt, och att de resurser som frigörs genom den reduktion av kejsarsnitt detta skulle medföra används till att förbättra förlossningsvården.

Globalt har mödradödligheten halverats 1990-2010, men är ännu oacceptabelt hög i många afrikanska och asiatiska länder. På ett symposium om insatser för att minska denna rapporterades från väs-

tra Kenya hur man gått tillväga för att få patienterna att komma till 90 nya mödra- och förlossningsvårdenheter man byggt och bemannat i provinsen. Lösningen var dialog med patienterna – något som ju nu även vi insett att vi behöver. Man bjöd in befolkningen till möten och frågade vad de ville ha för att komma till vårdenheter och föda. Dialogerna tillsammans med små justeringar – som tillverkande av pall för att stå på alla fyra och föda (tradition i området) – gjorde att de som tidigare fött hemma nu kom till de nya enheterna. I Tanzania ledde dialog med patienterna till att man slutade att skicka med dem placenta hem, varefter fler ville komma till sjukhuset för att föda. Ett problem som avhandlades var att i vissa länder undviker kvinnorna sjukhusen av rädsla att behandlas illa av vårdpersonalen. Verbala smädelser eller negligering av personalen framhölls därmed som ett folkhälsot. Bland konkreta exempel fanns dessvärre sådant man kände igen hemifrån. Kommentaren "skrik inte - det gjorde du inte när barnet blev till" till en födande kvinna i smärta har man ju hört refereras även hos oss (fast förhoppningsvis inte på länge).

På temat "evidence from the frontline on saving lives" framhöll Atul Gawande från Boston att om 1900-talet var de medicinska genombrottens århundrade är det nu tid att systematiskt genomföra det vi upptäckt. Han framhöll att vi inte når våra mål pga. "ignorance, inattitude and failure to implement". Ska man lyckas införa bästa vård räcker det inte att undervisa eller skapa regler, utan vi behöver göra det lättare att välja rätt genom checklistor, coachning och feed-back. Han menade att WHO:s checklistor för operation minskat peroperativ mortalitet med 22 %, och att respekt, kliniskt ledarskap och tydlighet vid implementering av kirurgiska checklistor var för sig var associerat med sänkt postoperativ dödlighet. Många värjer sig mot checklistor och önskar autonomi, men jag delar hans uppfattning att patientens intresse går först, och att disciplinerat teamarbete gagnar patienten bättre än cowboy-anda.

Utrymme för individuell skicklighet kvarstår. Den intresserade hittar på <https://www.emergencymanuals.org/> bl.a. checklistor för allt från navelsträngsprolaps till sepsis.

Ett av de genombrott som gjordes på 1900-talet var Rh-profylaxen, som kom för 50 år sedan. Gerhard Visser framhöll att Rh-immunisering nu borde vara näst intill utrotad, men att incidensen bara har halverats sedan 1968. I vissa länder har man inte resurser till Rh-profylax, i andra länder är immunisering vanligt pga. glömska att ge profylax.

Det är lätt att vi slår oss för bröstet med jämförelsevis goda ekonomiska och legala förutsättningar och goda medicinska resultat, men dessa kommer inte av sig självt utan kräver att vi fortsätter att arbeta för dem. Min uppfattning är också att vi i Sverige, behöver mer dialog med våra patienter, arbeta för bra bemötande, bli bättre på att implementera ny evidens, och bevaka förutsättningar.

Inom obstetrik, som jag känner bäst, är vi i Sverige enligt min uppfattning väl konservativa och skeptiska till att implementera ny evidens. Ibland är försiktighet bra, men kan i andra fall innebära att våra patienter kan få vänta många år innan de kan erbjudas effektiv behandling. Insåg dock att jag är likadan när jag värjer mig något för den rekommendation som framfördes vid ett symposium - att erbjuda alla gravida induktion i vecka 39 – nu med stöd från den nyligen publicerade ARRIVE-studien, och redan implementerad på föreläsarens klinik Taiwan. Det är klart att eftertanke behövs för att ta ställning till åtgärder som berör huvuddelen av populationen, och att medicinsk evidens för nytta måste vägas tillsammans med numbers needed to treat, kostnader, prioritering av andra patientgrupper och vårdåtgärder och patienters önskemål. Men det skadar inte att ha lite koll på omvärlden och ett öppet sinne för ny evidens, och jag skulle välkomna fler aktiva diskussioner och ställningstaganden i SFOG och våra AR-Grupper kring sådana frågor.

Så till hemmaplan. Socialstyrelsen

hade 31/10 kallat SFOG, Barnmorskeförbundet och Neonatalföreningen till ett uppföljande möte om sena aborter. På detta möte fick vi beskedet att man från SoS är nöjd med att våra föreningar tagit fram och står bakom ett gemensamt konsensusdokument kring sen abort, och menade att detta ökar förtroendet för vården, och ger bättre förutsättningar för en god och jämlik vård för patientgruppen. Socialstyrelsens och Rättsliga Rådets representanter meddelade att de inte har några aktuella planer på ändringar i regelverk eller praxis. SMER utreder dock också denna fråga, som därmed eventuellt kan bli aktuell på nytt när deras utredning är klar. En fråga som diskuterats i sammanhanget är hur vi oftare skulle kunna undvika att hamna nära aktuell övre tidsgräns för Rättsliga Rådets eventuella tillstånd (vecka 21+6). Jag tror att vi måste anstränga oss här, och bl.a. vad gäller rutiner vid missbildningsdiagnostik inte bara se till att sensitivitet för detektion ökar med gestationsålder utan också se till negativa konsekvenser av sen diagnostik.

En positiv nyhet från "Säker Förlösningssvård" är att vi oktober 2018 nådde all time high vad gäller antal besök på samtliga webbutbildningar. Väldigt glädjande att de utbildningsmaterial som vi varit med att ta fram verkligen används, och i ökande utsträckning, och förhoppningsvis faktiskt resulterar i ökad patient-säkerhet i våra verksamheter. Vid riks-

ARG-mötet i Uppsala presenterade Charlotte Millde Luthander ett förslag till en ny AR-Grupp: Patientsäkerhets-ARG. En sådan AR-Grupp skulle specifikt driva patientsäkerhetsfrågor, sammanställa evidensläget inom detta relativt nya fält, och bistå vid implementering av olika patientsäkerhetsåtgärder mm. Förhoppningsvis finns det fler intresserade kollegor så att idén kan bli verklighet.

Det är dags för mig att ta farväl som ordförande och från arbetet i SFOGs styrelse. Stort tack för att jag fått representera vår förening! Vår specialitetsförening är stor (näst störst efter Svensk Förening för Allmänmedicin), och väldigt aktiv genom stort engagemang från så många av er kollegor. De senaste åren har vi haft ett starkt fokus på ST-utbildningen – fr.a. vad gällt att realisera kursprogrammet. Min förhoppning är att fokus på ST-utbildningen ska fortsätta – inte minst vad gäller den kliniska tjänstgöringens innehåll och utformning, så att framtidens gynekologer-obstetiker får ännu högre kunskapsnivå och yrkesskicklighet än vi nuvarande specialister. Detta är en utmaning då både spetskompetens och bredd behövs i en specialitet med väldigt olika områden där samtidigt en stor del av verksamheten är akut och på jourtid. Min förhoppning är att vi nu också ska göra ett motsvarande lyft av fortbildningen oss specialister och få till stånd en struktur för detta – för alla olika delar av

specialiteten. Slutligen hoppas jag att vi väljer att kvarstå som en sektion i Läkaresällskapet även framgent – jag tror det är viktigt för vår förenings legitimitet och för samarbetet på den nationella arenan.

Men det är inte jag som ska styra vad som ska åstadkommas framöver. Det känns tryggt att lämna över ordförandeuppdraget till Eva Uustal, och styrelsearbetet till era kloka kollegor som finns kvar eller börjar i styrelsen vid årsskiftet. Lycka till!

Till sist vill jag tacka Susanne Lundin som nu går i pension, efter att ha hållit ordning på vår förenings ekonomi, och tillsammans med Diana Mickels har ratat vårt kansli de senaste åren. Susanne har noggrant skött vår ekonomi samtidigt som hennes lugn, trygghet och värme har smittat av sig. Stort tack Susanne!

Bästa hälsningar,
Andreas Herbst





Hej allihopa!

Min inlaga den här gången blir rätt kort eftersom vi har två möten i november och jag skulle därför haft mer att säga i december.

Men som ni kanske observerat är annonsen för specialistexamen ute och sista anmälningssdag är 1 februari. Vi kommer i år inte godkänna för sent inkomna anmälningar om man inte har inkommit med ansökan och fullgott skäl i förväg.

Jag får nästan dagligen förfrågningar om vad som gäller för det vetenskapliga arbetet. Då vill jag påminna om att instruktioner finns på SFOG.se/utbildning/ST-utbildning. Läs det innan ni mailar mej, så får ni svar på en del av era frågor. Sedan är det ju så att vi läser igenom alla arbeten när de kommit in vid anmälan och bedömer om de måste revideras. Det skall i så fall ske inom en månad och det är därför vi behöver få in arbetena i tid. Orsaken till att vi bedömer att de måste revideras är att de inte

uppfyller kriterierna som ställts upp i informationen. Det kan vara så att man inte står först på ett publicerat arbetet och då måste vi veta vad vederbörande gjort och att hen förstått vad det hela går ut på. Det kan också vara så att det är en studie på det egna patientmaterialet, vilket inte är forskning utan kvalitetssäkring. Endast om det egna patientmaterialet tillför något unikt kan det godkännas. Vi måste också kunna förstå arbetet, det måste alltså vara skrivet på engelska eller svenska.

Vad beträffar kurserna så flyter de på, en del är överbokade, andra inte, vilket är litet märkligt. Men vi försöker låta kurser gå, även om de inte är fullbokade, och tar i så fall förlusten. Den jourförberedande kursen är oftast fullbokad vilket kan leda till att man kan få gå den sent. Vi har försökt få till ytterligare en kurs, men den kommer nog inte förrän 2020 tyvärr.

Vi skall ha ett möte med kursledarna

i slutet av november för att ventilera kursupplägg, ersättningar, pedagogiska utmaningar och tips för att göra kurserna bättre. Man kan säkert lära mycket av varandra.

Sedan har vi fått en ny Tumör-ARG vilket gläder mej eftersom vi då fått någon att bolla registreringar av subspecialister med. Välkommen, Karin Ståhlberg.

Registrering och certifiering av subspecialister tas över av vår nya fortbildningssekreterare Marie Bixo från årsskiftet.

Jag ser mycket fram emot att få arbeta med henne, vi har tidigare jobbat ihop som lektorer i Stockholm. Det blir bra att få någon att bolla med.

Det var allt för denna gång

Hälsningar *Ellika*



STIFTELSEN
FÖR UTBILDNING
OCH UTVECKLING
INOM OBSTETRIK
OCH GYNEKOLOGI

Som många av er kanske redan vet är de sökbara medlen från vår Stiftelse slut och medel därifrån kan sökas tidigast från april 2019. Handkassorna är tillgängliga för de av er som inte utnyttjat dessa. Fram till april 2019 finns sökbara medel från SFOG. Regelsystemet är detsamma, det vill säga prioriterade områden är:

- Färdigställande av ARG-rapporter, SFOG-riktlinjer eller SFOG-råd.
- Gemensamma möten med flera AR-Grupper.
- Inbjudan av experter/föreläsare vid arbete med ARG-rapporter, SFOG-riktlinjer eller SFOG-råd.

SFOG kan inte stödja forskningsprojekt, lön eller aktiviteter som redan ägt rum. Anslag tilldelas löpande under året. Anslag delas ut för rimliga internat- och resekostnader. Ansökan sker via e-post, kansliet@sfog.se.

Utdelade anslag finns tillgängliga under ett år från beslutsdatum och kan rekvireras mot kvitto från SFOGs kansli.

REDAKTÖRENS RUTA



Än så länge snöfritt och gråmulet i Luleå. Vid bilkörning är det större åtgång på spolarvätska än bensin. Redaktörsbilden skickade jag in som ett tävlingsbidrag till en gratistidning häromåret. Tävlingen handlade om den mest onödiga julklapp man någonsin fått. Jag fick ett hedersamt 2a pris på 500 kr (tack mamma). Ni får gissa vad bilden föreställer!

Jag ser som vanligt fram emot spontana inlägg till Medlemsbladet och/eller konkreta tips om ämnen. Några tips ska jag försöka realisera under kommande år.

Här kommer några recept på "småplock" som kan passa till glöggen, nyårsminglet eller en vanlig vardag.

God jul och gott nytt år på er alla!

Liselott Andersson

Redaktör för SFOGs Medlemsblad

Följande tider gäller för Medlemsbladet 2019:

Nr	Deadline	Utkommer
Nr 1	14 januari	18 februari
Nr 2	11 mars	15 april
Nr 3	6 maj	10 juni
Nr 4	16 september	21 oktober
Nr 5	4 november	9 december

Manus skickas via epost till:

Redaktör Liselott Andersson

Epost: liselott.andersson@sfog.se

Verksamhetsområde obstetrik och gynekologi Sunderby sjukhus
971 80 Luleå

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

Adressändring skall göras till:

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

Sallad med aubergine, druvor, hasselnötter och getost (à la Kristina)

1 aubergine

300 g blå druvor.

1/2 kruka timjan, finhackad

1/2-1 dl hackade rostade hasselnötter

150 g riven hård getost

1. Skiva aubergine i 1 cm tjocka skivor. Salta och låt stå. Torka bort vätskan. Stek i gyllenbrun i olja.
2. Dela druvorna. Stek i olja med timjan tills allt saftar sig.
3. Varva aubergine, druvor, nötter och ost. Klart!

Chili- och honungs-marinerad fetaost (à la Kristina)

1-2 pkt fetaost i kuber

1 dl honung

Chiliflakes

1. Häll honungen i en ugnsfast form (värm den lite innan om den är hård).
2. Pudra över 1-2 tsk chiliflakes.
3. Rulla fetaosten i honungen.
4. Häll i en liten ugnsfast form. Tillaga 10-15 min i 200 grader.

Olivietter

100 g smör

200 g ost, helst västerbotten

2 dl mjöl

1 äggvita

Lite salt

28 gröna oliver med pimiento

Blanda alla ingredienser, rulla till längder, skär i ca 2 cm bitar, rulla, lägg på oljad plåt, platta till lite och tryck ned en oliv i mitten. Det ska bli ca 28 stycken.

Grädda i 200 graders värme i ca 10 min. Passar till allt!

Tunnbrödschips med tomatpesto och rökta räkor

2 stora mjuka tunnbröd

Smält smör

Flingsalt

1 burk tomatpesto (ca 185 g)

Rökta räkor

Tunt strimlad salladslök eller späda salladsskott

1. Sätt ugnen på 175°C.
2. Skär 2 stora mjuka tunnbröd i trekanter i "chipsstorlek". Pensla trekanterna med smält smör. Strö över flingsalt.
3. Rosta tunnbrödschipsen i ugnen 5-8 minuter, tills de fått fin färg.
4. Lägg upp dem på ett fat. Häll av en burk tomatpesto (ca 185 g) i ett kaffefilter för att få bort överflödiga olja.
5. Lägg knappt 1 tsk avrunnen tomatpesto på varje chips. Toppa med en skalad rökt räka. Gamera ev. med tunt strimlad salladslök eller späda salladsskott.

Getostkräm på mandelpotatischips

150 g getost

100 g naturlig färskost

2 msk olivolja

1 msk honung

1 tsk pressad citronjuice

1 påse mandelpotatischips

Torrostade jordnötter

Finhackad gräslök

1. Rör ihop getost, naturlig färskost, olivolja, honung och pressad citronjuice till en slät konsistens.
2. Välj ut stora och fina potatischips från en påse mandelpotatischips och lägg på ett fat. Spritsa eller klicka på lite getostkräm på varje chips.
3. Grovhacka torrostade jordnötter och strö över. Gamera med finhackad gräslök.

Kodfrågan

Nu är det snart årsskifte och det innebär som vanligt en del nyheter, ändringar och tillägg på klassifikationsfronten – bl.a. får vi fördjupningskoder för modernisering av dysplasi-kodningen och en KVÅ-kod för GBS-profylax. Dela informationen med era kolleger och sekreterare!

Kodnyheter fr.o.m. 2019-01-01, som kan vara aktuella inom kvinno-sjukvården

Nya diagnoskoder/fördjupningskoder:

- A92.5 Zikavirusinfektion
- D06.9A Höggradig skvamös intraepitelial lesion (HSIL) i cervix
- D06.9W Cancer in situ i cervix beskriven på annat sätt (än som HSIL)
Innefattar: Adenocarcinoma in situ (AIS)
- N46.9A Manlig infertilitet pga azoospermi
- N46.9B Manlig infertilitet pga andra störningar i sädeskvaliteten än azoospermi
- N46.9C Manlig infertilitet beroende på faktorer hos partnern
- N46.9D Manlig infertilitet; sociala faktorer med möjlig inverkan på fertiliteten
- N46.9E Manlig infertilitet; oförklarad efter utredning
- N46.9W Manlig infertilitet av annan specificerad orsak
- N46.9X Manlig infertilitet, ospecificerad orsak
- Z22.8B Bärare av humant papillomvirus (HPV)
Innefattar: HPV-positivitet

Ändrade koder/kodtexter:

- N87.0 Lätt dysplasi i cervix. Undertexten "Låggradig skiv-epitelcancer, intraepitelial lesion (LSIL)" har ändrats till "Låggradig skvamös intraepitelial lesion (LSIL)"
- Irritabel tarm (IBS) UNS har bytt kod från K58.9 till K58.8
- M45.9 "Pelvospondylit" har bytt kodtext till
"Ankyloserande spondylit (Bechterews sjukdom)"
- O24.4A "Graviditetsdiabetes, ej insulinbehandlad (Whites klass A)" har bytt kodtext till "Graviditetsdiabetes, ej läkemedelsbehandlad (Whites klass A)"
- O24.4B "Graviditetsdiabetes, insulinbehandlad (Whites klass AB)" har bytt kodtext till "Graviditetsdiabetes, läkemedelsbehandlad (Whites klass AB)"

Ny operationskod

TLF00 Defibulering. Öppningsoperation hos könsstympad kvinna

Ändrad kodtext i operationskoder

- LCB25: Inklusionstexten har ändrats från "T ex polyp, myom" till "T ex polyp, myom/del av myom"
- LCC05: Kodtexten har ändrats från "Hysteroskopisk resektion *Inkl. delning av septum*" till "Hysteroskopisk resektion av septum i uterus *Inkl. delning av septum*"

Gällande LEF50, LEF51 och LEF53 har orden "...efter tidigare hysterektomi" tagits bort.

Gällande reoperationskoderna LWC01, LWE01, LWF01 formuleras början av kodtexten nu "Perkutan endoskopisk reoperation..."

Nya KVÅ-koder

- AV134 Undersökning efter sexuellt övergrepp eller vid misstanke om sexuellt övergrepp
- DM010 Grupp B-streptokock-profylax i samband med förlossning
- GD010 Utfärdande av rättsintyg

Rättelse av tryckfel i Diagnoshandboken sid. 68:

Könsstympling, status post Z90.7 - SKALL VARA Z91.7

Information om arbete med fördjupningskoder som förväntas bli klara till 2020-01-01:

N81.8A-X Defektläkta förlossningsskador
O70.1A-X Perinealbristning grad 2
Angående de planerade fördjupningskoderna till O70.1 påbörjade en arbetsgrupp ett förslag gällande detta redan förra hösten, men enighet uppnåddes inte förrän Klassifikationscentrums dead-line för nya kodönskemål hade passerats. Eva Uustal har publicerat förslaget i Bäckebottenregistret, men dessa koder är alltså inte valida ännu.

Fråga: Hur ska man diagnoskoda blödningskomplikation i samband med operation? Det är inte alltid det passar att koda det som "Skador på blodkärl" (sid. 64 i Diagnoshandboken).

Svar: T81.0 + Y83.9. Detta står på uppslagsordet "Komplikationer" under punkten "Blödning" sid. 62 i Diagnoshandboken.

Det som står där "t.ex. > 1 000 mL perop blödning vid hysterektomi på benign indikation" är för att ge ett exempel på vad som kan räknas som en blödningskomplikation. Jag tror att många kolleger har missat att läsa det där "t.ex." och tror att det måste vara blödning mer än en liter för att man ska använda denna kodning, men så är alltså inte fallet. Vid t.ex. en prolaps- eller TVT-operation kan en betydligt mindre blödningsmängd än så, räknas som en komplikation.

Hälsningar
Karin Pihl
karin.pihl@telia.com

Nya medlemmar

Appelbäck, Mia, Malmö

Asp, Joline, Nyköping

Baehrendtz, Karolina, Nacka

Bohm, Caroline, Växjö

Bro, Emelie, Västervik

Dahlberg, Kajsa, Östersund

Ehrstedt, Frida, Staffanstorps

Eriksson, Emma, Falun

Evers, Felix, Göteborg

Fabricius, Maria, Göteborg

Gleissman, Helena, Älta

Haglund, Malin, Lomma

Hassbring, Helena, Stockholm

Huzell, Louise, Halmstad

Junus, Katja, Uppsala

Kramar, Marija, Falun

Krásaneková, Lenka, Växjö

Lassesson, Hannah, Virestad

Lindau, Jessica, Malmö

Lindgren, Emma, Sundsvall

Mannestål Johansson, Caroline,

Sundbyberg

Mikulasova, Ludmila, Karlskrona

Nagander, Anna, Saltsjö-Boo

Nikkilä, Annamaria, Genarp

Olofsson, Sofia, Sundsvall

Rehnström, Mimmi, Malmö

Salim, Salah, Falköping

Stanescu, Alina, Röldeby

Strömgren, Amanda, Undersåker

Szepe, Jonathan, Stockholm

Wällgren, Cecilia, Göteborg

Örtqvist, Anne, Visby

Kungliga Vetenskapssamhället i Uppsala har tilldelat professor Birgitta Essén

*2018 års pris för tvärvetenskaplig insats av utmärkt kvalitet.
Prissumman uppgår till 100 000 kronor.*



"Priset motiveras av hennes banbrytande forskning kring utrikesfödda kvinnors hälsa. Inom ett dolt och tabubelagt område har hon kombinerat medicinsk vetenskap med avancerad antropologisk kulturanalys med syftet att värderingskonflikter ska undvikas, invanda rutiner omvärderas, patientnyttan ökas och sjukvården på så sätt förbättras. Akademien belönar att hon genom hennes forskning därvid är en brobyggare mellan samhällsvetenskap, humaniora och medicin."

Mödradödsfall 2017

MM-ARG presenterar här åtta mödradödsfall som inrapporterats under 2017 och två fall från 2016 som vi fick kännedom om under 2017. Vår målsättning när vi granskar och presenterar fallen är att som kollegor lyfta fram vad vi kan lära oss av dessa tragiska händelser. Vi ersätter inte granskning av IVO i de fall där detta är befogat. I MM-ARG finns erfarna obstetrikere, narkosläkare samt barnmorskor. Vid granskningen tar vi inte sällan hjälp av specialister från angränsande specialiteter. I år har vissa av fallen granskats av kardiolog eller infektionsläkare. Med facit i handen kan vi ibland se vad som var bra och mindre bra i handläggningen av dessa ofta akuta och komplicerade situationer. Det är oundvikligt att vi beskriver vård som ibland varit suboptimal, med full respekt för de avlidna och för all personal som var inblandad i de aktuella dödsfallen.

1.

30-årig tvåföderska med en okomplicerad graviditet fram till vecka 36+0 då hon kontaktade barnmorskemottagningen med anledning av influensasymtom, temp 38°C, ont i kroppen och hosta. Hon fick allmänna råd. I vecka 36+6 sökte hon på akutmottagning pga feber, andningsproblem och hosta. CRP var 199, men uppgifter om andningsfrekvens, puls eller temp saknas. Hon bedömdes ha tonsillit med positivt streptokocktest och sattes in på Kåvepenin (en dos bensyl-pc given intravenöst) i samråd med infektionsjour. Blododling visar ingen bakterieväxt. Det finns ingen uppgift om influensavaccinering i journalen. I vecka 37+3 fann sambon henne död i sängen på morgonen. Obduktionen visade pneumoni.

Lärdomar:

Vi vet inte om kvinnan fick sin lunginflammation sekundärt till influensa, men hennes initiala symptom och årstid för insjuknande kan väl stämma överens med influensa. Att gravida kvinnor bör vaccinera sig är välkänt, men de nationella

rekommendationer som finns för influensatestning och antiviral behandling då en gravid kvinna exponerats för influensa är mindre kända. Högravida kvinnor med influensasymtom som kontakter barnmorska eller förlossningsavdelning ska rekommenderas att söka allmänläkare för bedömning och eventuell influensatestning/profylaktisk antiviral behandling. Nationella rekommendationer finns på Infpregs hemsida. Man bör också dokumentera i mödravårdsjournalen om kvinnan är vaccinerad eller inte.

Gravida kvinnor kan bli allvarligt sjuka av en infektion vilket innebär en lägre tröskel för inläggning än för andra. Tröskeln ska också vara låg för att rådgöra med obstetrikere. Vitalparametrar, helst anpassade till gravida kvinnor är viktiga både i den initiala bedömningen och när man följer förloppet vid en infektion.

2.

En 36-årig 1-para ringde i vecka 28+2 sin sambo då hon har blixtrande huvudvärk, sludrande tal och kräkningar. Sambon kom snabbt hem, fann henne pulslös och påbörjade hjärtlungräddning. Tjugotre minuter efter kvinnans telefonsamtal var ambulans på plats, hon hade då ingen defibrillerbar rytm. Man fortsatte hjärtlungräddning och när man anlände till akutmottagningen var kvinnan djupt medvetslös (RLS 8). Man gjorde en datortomografi som visade en blödning i vänster lillhjärnshemisfär med hotande inklämning. Man beslutade att hon skulle stabiliseras och flyttas till neurokirurgisk klinik, men då kvinnan försämrades och beslutade man att förlösa henne. Kejsarsnitt utfördes okomplicerat och två timmar senare flyttades hon trots dyster prognos till neurokirurgisk klinik där hon avled.

Lärdomar:

En föredömlig handläggning med tidig datortomografi, omgående multiprofessionellt samråd samt en planering som reviderades efter hand.

3.

En 16-årig flicka kom till Sverige ensam som flykting från ett afrikanskt land ungefär ett år innan hon avled. Hon talade ingen svenska. Halvåret innan hon blev gravid hade hon gått ner 15 kg i vikt till ett BMI på 16 vid inskrivning i mödravårdens i vecka 19. Flickan hade en latent tuberkulos och remitterades till infektionsklinik, men vi kan inte se att man fick svar. Från graviditetsvecka 8 sökte hon upprepade gånger för illamående och kräkningar. I samband med vårdtillfälle i vecka 25 noterar man att hon förutom illamående och kräkningar även hade huvudvärk, något som även finns dokumenterat tidigare. I vecka 25+6 lades flickan in pga. illamående. Enligt journalen ville flickan då avsluta graviditeten eller ta sitt liv. Man planerade psykiatrisk konsult nästa dag och satte in extravak. När morgonen kom fick flickan hjärtstillestånd och återupplivades. Datortomografi av hjärnan visade en stor expansivitet med medellinjeförskjutning och hotande inklämning. Röntgenologiskt bedömdes bilden vara typisk för ett tuberkulom. Hon flyttades till sjukhus med neonatalvårdsresurser där hon dagen efter förklarades hjärndöd. Efter multidisciplinär diskussion förlöstes hon med sectio. Det nyfödda barnet avled efter ett par dagar. Mamman blev ej obducerad, enligt familjens önskan. Det är svårt att utläsa från journalen i vilken omfattning tolk har använts i detta fall.

Lärdomar:

Enligt Folkhälsomyndighetens "Rekommendationer för preventiva insatser mot tuberkulos" (2017) bygger beslut om behandling av latent TBC på en sammanvägning av en rad olika faktorer där graviditet stärker indikationen för preventiv behandling. Därför bör gravida kvinnor med latent TBC bedömas av infektionsläkare. Idag har regionerna i Sverige olika riktlinjer för TBC-screening i mödravårdens. Nationella riktlinjer saknas.

Vid svårt utdraget graviditetsillamående, i detta fall även kombinerat med huvudvärk och buksmärtor, måste andra orsaker till symptomen övervägas.

Diagnostiken förefaller i detta fall ha försvårats av kommunikationssvårigheter. Vi vill påminna om att inte bara är viktigt att använda tolk, utan att även dokumentera när tolk har utnyttjats.

4.

25-årig 1-para med normal graviditet fram till vecka 18+2 då hon kände sig febrig och skakig. Hon lades in morgonen därpå kl. 6 på morgonen med på kraftiga buksmärtor och blödning. Vid inläggning hade hon ingen feber, men en andningsfrekvens på 34/min, blodtryck 105/62 och puls 113/min, vilket gav 6 NEWS-poäng. Hb 140 och CRP 73. Uterus var spänd och hård, cervix slutet. Omkring kl. 9 tillkallades läkare pga morfinkrävande buksmärtor och riklig vaginal blödning. Cytotecbehandling påbörjades och Cefotaxim och Metronidazol sattes in. Klockan 14 aborterades delar av placenta, men inte fostret som då var dött. Man gav ytterligare Cytotec. Blodtryck 90/65, puls 120/min, andningsfrekvens 24/min, temp 40,8°C och kvinnan bedömdes ha sepsis. Kl. 15 hade hon 11 NEWS-poäng. Klockan 15.30 fick hon hjärtstillestånd, men återupplivades efter 40 minuters hjärtlungräddning. Hon hade då Hb 55, hypoglykemi och DIC och vårdades på IVA. Under natten laparotomerades hon och det fanns tre liter blod i buken, men ingen tydlig blödningskälla. Sectio parva utfördes och man satte B-Lynchsuturer. Därefter hysterektomerades kvinnan och buken packades, totala blödnindå över fem liter. Man planerade en second look, men innan dess fick kvinnan hjärtstillestånd och avled. Cervixodling visade streptokocker grupp A (GAS). Vid obduktionen fann man tecken till utbredd DIC.

Lärdomar:

Vitalparametrar kontrolleras och följs upprepat vid avvikelser för att man tidigt ska upptäcka allvarlig sjukdom och agera på fynden. En andningsfrekvens över 30 ska väcka misstanke om allvarlig sjukdom.

Vid sepsis stiger ofta andningsfrekvensen och pulsen innan blodtrycket sjunker.

Antibiotika ska sättas in inom en timme vid konstaterad eller misstänkt sepsis. Vid misstanke om sepsis hos gravid eller nyförlöst kvinna bör man även överväga en högre vårdnivå då förloppet kan vara mycket dramatiskt. Vid misstanke om genital sepsis är snabbtest för GAS användbart, med vetskap om att sensitiviteten inte är hundra procent och att det inte utesluter odling.

Vid sepsis på basen av chorioamnionit är utrymning av den infekterade livmodern centralt oavsett graviditetens längd, och bör påskyndas vid svårt sjuk patient. Tidpunkt och tillvägagångssätt måste avgöras från fall till fall. Manuell utrymning (dilatation och curettage) kan göras om patienten inte prompt svarar på Cytotec.

Ett konkret tips för att påskynda den primära handläggningen vid sepsis är att man skapar en "sepsiskorg". I korgen finns utrustning för att sätta PVK, Ringer-acetat, provrör för alla relevanta odlingar och blodprover (inklusive laktat), snabbtest för GAS samt inplastade PM för sepsis, instruktion för blododling och ett inplastat blad med etiketter för prover. I provbeställningssystemet kan man även lägga ihop alla relevanta prover i ett sepsisblock, för att underlätta provtagningsordinationen och minska risken att man missar någon analys.

5.

40-årig 2-para med BMI på 28 och ingen känd ärftlighet för tromboembolisk sjukdom. I vecka 29 fick hon klåda i fingertopparna nattetid. I vecka 31+3 fick hon en stroke med högersidig hemopares, dysartri och dysfasi. Datortomografi visade stopp i arteria cerebri media. Hon fick trombolys och strokesymtomen gick i regress. De två veckorna efter stroke hade kvinnan symptom som först ledde tankarna till antifosfolipidsyndrom, senare till ett katastrofalt antifosfolipidsyndrom (CAPS). Man påbörjade behandling med prednisolon och plasmaferes, trots tveksamhet kring diagnosen. I vecka 33+5 blev kvinnan sämre, fick sämre urin-

produktion och tilltagande ödem vilket föranledde beslut om sectio. Vid kejsarsnittet noterades ett par deciliter ascites. Dagarna efter förlossningen försämrades kvinnan påtagligt. Fortsatt utredning visade en pancreasmalignitet med metastasering till lever och lungor. Drygt en månad efter förlossningen avled hon.

Lärdomar:

Denna kvinna led av ett obotligt tillstånd som inte visade sig förrän hon var gravid. Det är föga troligt att hon hade kunnat räddas om utredningen från hennes första symptom hade gått snabbare. Fallet ger oss en påminnelse om att kräkningar och epigastralgi kan vara orsakat av andra tillstånd än de vi vanligtvis tänker på.

6.

Tyvärr har vi väldigt lite information om detta fall, då vi inte har fått tillgång till kvinnans journal. En svenskfödd 20-årig förstföderska inkom till en akutmottagning med hjärtstillestånd efter att ha fött ett barn i hemmet med tecken på stor blödning. Barnet var dött. Hjärtlungräddning under 50 minuter lyckades inte.

7.

18-årig förstföderska som bott i Sverige i ett par månader och talade lite svenska. Förlossningen startade spontant i vecka 40+5. Värksvaghet föranledde behandling med oxytocin, men efter närmare ett dygn avslutades förlossningen med kejsarsnitt pga. utebliven progress och hotande fosterasfyxi. Operationen utfördes i epiduralanestesi och var okomplicerat. Barnet vägde 3,4 kg och fick Apgar 9-10-10. Även det postoperativa förloppet var okomplicerat fram till att man 18 timmar efter förlossningen fann kvinnan livlös i sängen. Återupplivning lyckades inte. Vid obduktionen kunde man inte finna någon förklaring till kvinnans plötsliga död.

Lärdomar:

Vi vet inte varför denna kvinna dog. Hjärtarytmi? Elektrolytrubbning? Viktigt att komma ihåg att man vid långdragna förlossningar med otillräckligt saltintag och stora oxytocindoser kan drabbas av elektrolytrubbningar. Generella rekommendationer på detta område saknas.

8.

En 32-årig kvinna som talade lite svenska väntade tvillingar (DCDA) efter äggdonation. Hon hade även fött tvillingar två år tidigare, då med sectio pga. sätesändläge. Fostertillväxten var normal, men kvinnan hade en anemi med Hb 96 och ferritin 13. Hon hade inte tagit järntabletter under graviditeten. Vid vecka 37+6 inducerades förlossningen med ballong på kvällen. Nästa morgon kom ballongen ut och förlossningen fortskred normalt. Tvillingarna föddes välmående kl 21.35 och 22.24. För att tydliggöra förloppet därefter presenteras det här med tidsangivelser.

Dag 0

Kl. 22.40 Blödning ca 800 ml inklusive koagler. Placentorna hade ännu ej kommit. Läkare fanns på plats och man hade hämtat blödningsvagnen. Man satte ytterligare en infart och gav Cyklokapron, Ringer-acetat och ett förstärkt oxytocindropp. Blodtryck 110/60 och puls 110/min. Man anmälde henne till operation för placentalsösning.

Kl. 22.50 Narkosläkare var på plats.

Kl. 23.00 Var kvinnan cirkulationspåverkad men vaken och blödde rikligt. Man flyttade henne omgående till operationsavdelningen där placentautrymning utfördes och blödningen skattades till 2 800 mL. Man ordinerade ytterligare Syntocinon, Methergin och Prostinfenem, men det sista fanns ej tillgängligt.

Kl. 23.05 Kvinnan försämrades snabbt och uterus var helt atonisk. Bakjourer kallades in och man gjorde aortakompression och gav blod och plasma.

Kl. 23.15 Laparotomi påbörjades och man satte B-lynchsuturer. Kvinnan fick asystoli, men återfick hjärtaktivitet efter HLR.

Kl. 23.30 Bakjour och intensivvårdsteam var på plats. Kvinnan hysterek-

tomerades, buken packades och lämnades öppen.

Dag 1

Under dagen reopererades kvinnan, buken slöts och man stillade en mindre blödning.

Dag 4

Kvinnan förklarades hjärndöd pga massiv anoxisk hjärnskada.

Lärdomar:

Duplexgraviditet ökar risken för atoni och anemi minskar marginalerna vid blödning. En järnbrist bör korrigeras före förlossning. Aortakompression kan vara livräddande och bör vara en av de första åtgärderna vid stor blödning. Aortakompressionen hålls kontinuerligt tills annan behandling har haft effekt, även exempelvis under transport till operationsavdelning, för att vinna tid och ge möjlighet att stabilisera kvinnan inför sövning. Vid stora blödningar är en snabb och effektiv handläggning på rätt vårdnivå avgörande. Viktigt att ha uppdaterade PM, ett nära samarbete med anestesilog och träna blödningsituationer med hela teamet.

9.

En tidigare somatiskt frisk 33-årig kvinna som var gravid i vecka 24 vårdades inläggande på psykiatrisk klinik för en reaktiv psykos. Hon bedömdes av narkosläkare inför ECT. Hon hade gett mycket dålig kontakt i flera dagar, men status och blodprover talade mot svår intorkning trots dåligt peroralt intag. Kvällen därpå blev kvinnan andfådd och började hosta. Efter två och en halv timme försämrades hon snabbt och narkosläkare tillkallades. Kvinnan var cyanotisk och saturerade sig till 55 % och flyttades till akutmottagningen. Då saturationen förbättrats beslutades om dator-tomografi men på röntgenavdelningen försämrades hon och fördes till operation för sectio. Under operationen fick hon asystoli. Hjärt-eko visade tecken till lungemboli. På vitalindikation påbörjades trombolys, men kvinnan fick upprepade episoder med hjärtstillestånd och avled. Obduktionen visade tromboembolier centralt och perifert i båda lungartärerna.

Lärdomar:

När en gravid kvinna vårdas inläggande inom annan specialitet bör obstetrikern kopplas in för bedömning. Immobileringskoppling är indikation för trombosprofylax hos gravida, vilket inte säkert är känt inom andra specialiteter.

Rätt vårdnivå kan ha betydelse för utfallet. Eventuellt hade kvinnan fått trombolys tidigare om hon hade förts direkt till intensivvårdsavdelningen.

10.

33-årig icke-rökande, normalviktig och vältränad kvinna med hereditet för hjärt-kärlsjukdom. Hon hade sökt vid tre tillfällen från 22 års ålder för symptom som trötthet, hjärtklappning, svimningskänsla och andfåddhet, men förutom att EKG visade ett vänstersidigt skänkelblock och hjärt-EKO (utfört sex år tidigare) visade tecken till myokardstyvhet fann man inget avvikande. Sista gången hon sökte för dessa symptom var i mars 2017. NT-proBNP var då lätt förhöjd (277) och man utförde ett arbetsprov som visade en markerat sänkt arbetsförmåga, men detta bedömdes inte ha kardiell genes. Drygt två månader efter arbetsprovet fick kvinnan hjärtstopp i hemmet och avled, då 10 veckor gravid. Rättsmedicinsk obduktion gav dödsorsaken Pulmonell Arteriell Hypertension (PAH) av oklart ursprung.

Lärdomar:

Vid kardiellt misstänkt anamnes, hereditet för kardiella sjukdomar samt bestickande symptom bör hjärt-eko vara en del i utredningen. Om denna kvinna skulle ha hunnit skriva in sig i mödravården borde en bedömning av kardiolog och obstetrikern ha planerats under första trimestern.

Tre av de dödsfall som vi i år redovisar orsakades av infektioner. På SFOG-veckan i år valde vi att belysa influensa, men lärdomarna från infektionsfallen kan också ge oss anledning att se över våra rutiner kring latent TBC och sepsis.

Avslutningsvis vill vi tacka alla kliniker som skickar in fall till MM-ARG.

MM-ARG
genom Annika Esscher

Obstetriska axplock från FIGO

FIGO är en förkortning för International Federation of Gynecology and Obstetrics. Vart tredje år hålls denna stora internationella kongress och i år var det dags för Rio, Brasilien, 14-19 oktober.

Vi var en handfull delegater från SFOG:s styrelse som var där. Eftersom de mera gynekologiskt profilerade inte har skrivit något, så får ni hålla tillgodo med lite obstetrisk kunskap.

Kongressen ägde rum i Riocentro, en eventanläggning som byggdes 1977. Delar av sommar-OS 2016 ägde rum där.

Vädret var mestadels mulet men varmt. Oktober rekommenderas av turistbyråerna som en bra månad för besök. I november kommer sommaren som kan vara väl så varm.

En hel mässhall var vikt för utställare. Köerna var komiskt långa till de ställen där man kunde få en kopp gratis kaffe,

eftersom inget ät- eller drickbart ingick i kongressavgiften. Lite udda utställare fanns det där, jämfört med vad man är van vid under SFOG-veckan. En välbesökt monter var där man kunde köpa chica läkarrockar (för kvinnor).

Ett NFOG-symposium handlade om hur man ska fortsätta att ha en **låg kejsarsnittsfrekvens**. Man pratade en hel del om nyttan av Robson-klassificering. Marie Blomberg från Linköping presenterade deras "nine-item-list" som exempel på framgångsfaktorer. En faktor är att monitorera de obstetriska resultaten månadsvis och att presentera dem för personalen. Målsättning att öka andelen

icke-instrumentell förlossning, ligger nu kring 84 %. Kejsarsnitt i Robson 1 är nu kring 4 %. Det neonatala utfallet har inte blivit sämre, inte heller kvinnornas förlossningsupplevelse. Andra viktiga faktorer är att riskklassificera kvinnorna när de kommer till förlossningen och en bra sammansättning av teamet som möjliggör en individualiserad förlossning. Morgonrondens betydelse och regelverket presenterades också. Det är viktigt att diskutera både dåliga och goda exempel. Slutligen presenterades färdighetsträningens betydelse.

På ett symposium om **mödrarmortalitet** berättade dr Babu Mwinga, Kenya om



hur man med ganska små medel kan få fler kvinnor att föda på sjukhus och dessutom minska spridningen av HIV från mor till barn. Detta har man lyckats med genom att bl.a. öka antalet hälsoarbetare genom att erbjuda högre lön och en snabbar karriärgång. Att involvera männen har varit en framgångsfaktor när det gäller samhällets engagemang. Dr Victor Ndicunguye, Rwanda berättade om hur man har förbättrat omhändertagandet vid preeklampsi/ eklampsi (PE/E). Mödrarmortaliteten har minskat från 750 – 210/100 000 2005 – 2015. PE/E är den 4:e vanligaste orsaken till mödradöd i Rwanda. Man skapade ett kaskadsystem med mentorer och träning samt implementering av bolusdos MgSO₄ innan remittering. Sju kvinnor dog av PE/E 2015, två 2017.

Dr Gathari Ndirangu presenterade kvalitetsförbättringsstrategier i Kenya. Ökat antal sjukvårdsinrättningar med kvalitetsservice för över 25 000 gravida, minskning av eklampsi med 17 %, ökning av instrumentell förlossning med 123 %. SGA/prematura: 756 fick känguruvård, 87 % överlevde. Postpartum blödningar har dock ökat.

Susanne Stalls, USA berättade om sina erfarenheter från Guatemala och Nigeria. Respectful Maternity Care Operational Guidance skapades för att minska dålig behandling i samband med barnafödande. Dokument har gjorts för god antenatal och intrapartal vård och ett webbaseerat program finns. Processen presenterades, man använder både kvantitativa och kvalitativa verktyg i analyserna. Resultat från Guatemala: Mesta dåliga behandlingen rörde sig om verbal misshandel och dålig kommunikation. Liknande sågs i Nigeria med tillägg av fysisk misshandel. Förekomst av "mistreatment" var 32 % i Nigeria. Ett antal citat om kvinnornas upplevelser presenterades.

Under de fria föredragen i obstetrik presenterades en ny dopplerapparat som man har uppfunnit i Tanzania. Den jämfördes med intermittent doppler. Man hittade patologisk hjärtfrekvens oftare och tidigare men perinatalt utfall var lika-

dant, möjligen för att studiepopulationen var för liten och för att barnmorskorna inte hade tid att reagera tillräckligt snabbt.

Förutsättningarna för lyckosam akut anläggning av cerclage diskuterades. Nitroglycerin intravenöst är till hjälp. Man puttade in hinnsäcken med en KAD för att undvika att den kom ut igen, vilket den gärna gör om man använder en tork. *Smart!*

Episiotomy and forceps are associated with postpartum hemorrhage – a prospective cohort study, Filipe Moraes Ribeiro, Brasilien. Postpartum blödning är vanligaste orsaken till mödradöd i världen. Studiepopulationen, 270 kvinnor, bestod av vaginalförlösta i Sao Paolo under drygt ett års tid. Medelålder 24, medelgraviditetslängd 38 veckor. *Svårsläst presentation med tabeller, som visade det titeln beskriver.* Anemi och förlängt utdrivningsskede var andra riskfaktorer. *Kommentar från moderatorn: Jag visste inte att ni kunde förlösa vaginalt i Brasilien!*

Ett nytt redskap för klipp, episiotometern, presenterades. Det består av ett papper med korrekta vinklar och längd som läggs på perineum. En studie har gjorts om användarvänlighet och nytta, 135 kliniker från tre länder deltog. Längd för en korrekt episiotomi ska vara minst 4 cm! Dåliga saxar kan vara ett hinder. Överlag användarvänligt och inga OASIS, men för få inkluderade. Föreläsaren betonade att man ska vara restriktiv med klipp.

På ett symposium om operativ obstetrik diskuterades det globala problemet med en lavinartad ökad kejsarsnittsfrekvens, framför allt de planerade kejsarsnitten. Globalt har kejsarsnitten ökat med över 150 % de senaste 25 åren. År 2008 gjordes uppskattningsvis 6,2 miljoner onödiga kejsarsnitt. Brasilien och Kina representerar över 50 % av världens kejsarsnitt utan medicinsk indikation. I Kina, Brasilien, Dominikanska, Egypten och Iran kejsarsnittas över 50 % av alla gravida!

Den maternella mortaliteten minskar men inte om kejsarsnittsfrekvensen lig-

ger över 10-15 %. För kvinnans del gäller en ökad risk för placenta accreta, previa och fostervattenemboli, oförändrat för urininkontinens, postpartum depression, blödning, infektion och högre sjukvårdskostnader. För barnet ökar risken för andningsproblem fem gånger. Finns det en optimal kejsarsnittsfrekvens? Mera än 20 % är knappast acceptabelt, inte heller under 5-8 %.

Kvinnorna som föder med planerat kejsarsnitt har högre socioekonomiskt status och föder oftare på privat inrättning.

Sätesförlossning: Resultaten från Hannah-studien 2000 presenterades. Man fann att planerat kejsarsnitt vid sätesbjudning minskade den perinatale morbiditeten, förlossningstrauma mm. Kritiken i efterhand presenterades, t.ex. var den perinatale mortaliteten inte relaterad till förlossningssätt. PREMODA-studien, Frankrike/Belgien: 8105 kvinnor, 22 % födde vaginalt. Man såg ingen skillnad i perinatal mortalitet/morbiditet beroende på förlossningssätt. Cochrane och RCOG: Vaginal sätesförlossning är associerad med högre perinatal mortalitet (2/1000 jämfört med 0,5/1000), mera förlossningstrauma omedelbart, men inte fler neurologiska problem på sikt. Kriterierna för vaginal sätesförlossning redovisades, där simuleringsträning är viktigt.

Symposium: Ethics and law in obstetrics and Gynecology

What is conflict of interest?

Ralphe Hale, USA

När förhållandet med något påverkar läkar-patient förhållandet. Vanligast är ekonomiska förhållanden, men personliga förhållanden, affärs- mm kan också innebära en intressekonflikt. Flera exempel nämndes. Varför är intressekonflikt viktig? Den kan orsaka förtroendebrist gentemot patienten. Inte bara pengar utan också middagar, gåvor, resor mm kan innebära en intressekonflikt – "no gift is too small to be without impact!" Fallbeskrivningarna var belysande, t.ex. en läkare som blir bjuden på resa och logi

för att lyssna på två industrileda föreläsningar. Att ta emot läkemedelsinformation innebär inte en intressekonflikt (så länge inget av värde/en gåva delas ut). *Andra fall var mera luriga. Läkemedelsluncher är inte OK om man ska vara petig. Tänkvärt och en bra föreläsare!*

Ethical challenges in the provision of reproductive and sexual health services.

Leonel Brizzo, Uruguay

Women vulnerabilities = social vulnerabilities = undeveloping society. Orsakerna till mödra- och barnadöd diskuteras. Barnadödligheten är mycket större om mamman dör än pappan! Sexuella och reproduktiva rättigheter, Kairo 1994. Staten, sjukvårdssystemet och inte minst läkaren har ansvar för att upprätthålla kvinnors och mäns sexuella och reproduktiva hälsa.

Publication ethics. Michael Marsh, UK

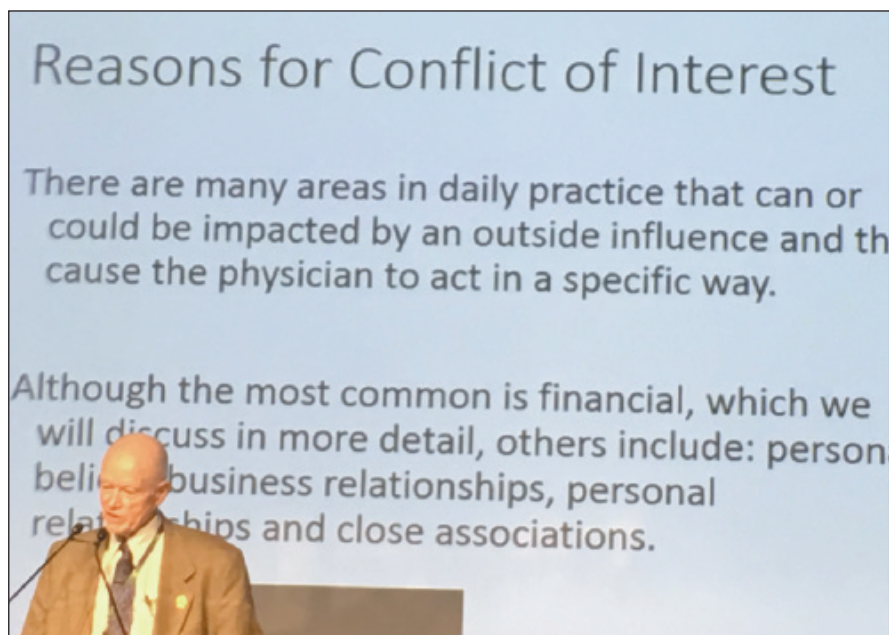
"Scientific misconduct" och "questionable practice" definierades. Hur vanligt? Inte speciellt men har ökat senaste 10 åren. Vanligaste varianterna är duplikat och "redundant publication". Falcifiering och fabricering av data förekommer i ca 2 % (av vad då?). Konsekvenserna leder till att samtliga inblandade utreds, med olika varianter av straff som påföljd. Kriterier för författarskap presenterades också. Tips för att undvika plagiat redovisades och det finns bra program för att spåra plagiat. Selektiv datapublicering är inte "misconduct" utan snarare "questionable practice".

Objection and duty to refer.

Bernard Dickens

Mänskliga rättigheter: frihet till tanke, medvetenhet och religion. Ingen mänsklig rättighet är absolut. Att remittera/hänvisa patienten är läkarens skyldighet och är inte komplicerat. *Sedan tappade jag fokus.*

Symposiet om förlossningsinduktion missade jag början på, eftersom jag och ett sällskap kvinnor inte blev insläppta pga. platsbrist. Sedan krånglade det med presentationen för den tredje talaren, så allt tog mycket längre tid och den fjärde talaren dök inte upp varpå hälften av



Ralph Hale, USA

publiken gick ut ganska omgående, resten lite långsammare.

Fick i a f veta att om man inducerar lågriskgravida v 39 blir signifikant färre kejsarsnittade, men siffrorna låg kring 20 %...Det krävdes 244 induktioner för att undvika ett kejsarsnitt. Induktion på indikationen stort barn är en dålig idé. Man har inte räknat statistik på sjukvårdskostnad vid induktion, alltså ökad hospitalisering.

Man presenterade cerebroplacentär kvot (CPR) för att bestämma tidpunkt för förlossning. Hypoteser kring fetal hypoxi presenterades. PI a cerebri media ska vara högre än PI a umbilicalis. CPR bör vara över 1. Det var sämre perinatal utfall för de med CPR under 1 (fler kejsarsnitt för fetal distress, låg Apgar mm). Oklart vilka slags graviditeter det handlade om. CPR verkade vara bäst för att predicera perinatal död, sämre för andra negativa utfall. Inte helt otippat verkar CPR vara mest användbar vid IUGR, vilket de flesta av oss redan visste.

På ett symposium om **obstetrisk intensivvård** presenterades från Sydafrika hur maternell mortalitet bland obstetriska intensivvårdsfall sjunkit från 20 % till 5 % efter att man inrättat en obstetrisk

intensivvårdsavdelning på förlossningsenheten, med obstetrik och barnmorskor utbildade i intensivvård. Man rekommenderade sådana obstetriska intensivvårdsplatser för alla större sjukhus.

Ett par symposier handlade om förtidsbörd. Evidensen för progesteron vid tidigare förtidsbörd eller kort cervix granskades, och bedömdes av de flesta föreläsare vara stark, samtidigt som den reduktion av förtidsbörd denna enda åtgärd kan åstadkomma är begränsad. En ny metaanalys med originaldata från genomförda studier är under sammanställning. Även evidensen för magnesium för prevention av cerebral pares vid förlossningar innan vecka 30-32 har av de större nationella föreningarna bedömts vara stark, och är implementerad i deras guidelines.

Varje dag hölls ett anförande av en patient eller annan icke-sjukvårdsperson under rubriken **"Hello doctors!"** En ung kvinna från Uruguay berättade om att, trots att abort är tillåtet till och med vecka 12 i hennes land, kunde hon inte få abort i sin hemstad då gynekologerna i hemstaden hade rätt att vägra utföra detta. När hon åkte till en större stad blev det fördröjt, och den man som gjort henne

gravid gick till domstol med önskan om att bli far. Domaren bedömde att rätten till faderskap vägde tyngre än kvinnans rätt. Fallet hamnade i pressen, där hon hängdes ut med familjebilder från Facebook, och i högsta domstolen. Då fick hon missfall.

FIGO-korrespondenterna

Liselott Andersson och Andreas Herbst ■



Cobacabana by night.

Överläkare

Kvinnokliniken, Högländssjukhuset Eksjö

Vill du arbeta på en klinik med goda medicinska resultat? Trivs du med ett självständigt arbete där du får utvecklas? Då har vi tjänsten för dig!

VI SÖKER

Invånarna på Högländet blir fler, så även vi! Vi söker nu efter överläkare inom obstetrik-gynekologi till vår verksamhet på Högländssjukhuset i Eksjö.

VI ERBJUDER DIG

Hos oss får du arbeta på en lagom stor klinik med goda medicinska resultat. Vår klinik har ett utpräglat teamtänk där vi ser styrkan i att arbeta tillsammans. Vi erbjuder dig ett brett arbete inom spännande ämnesområden!

DET HÄR FÅR DU ARBETA MED

Som specialistläkare får du möjlighet att arbeta självständigt inom ämnesområdena, samtidigt som

du själv får utveckla arbetsområden och delta i processarbeten. Du kommer arbeta mycket i team och lägga stor vikt vid förbättringsarbete.

FÖR ATT DU SKA TRIVAS HOS OSS

Då en arbetsdag aldrig är den andra lik ser vi att du är bekväm i snabbt växlande omständigheter och trivs med att självständigt planera och strukturera ditt arbete utifrån verksamhetens bästa.

SÅ HÄR GÖR DU OM DU ÄR INTRESSERAD

Vid frågor är du välkommen att kontakta verksamhetschef Catarina Notelid Claus, 010-243 57 06. Sista ansökningsdag är den 3 januari 2019. Varmt välkommen med din ansökan!



OGU
+ DAGARNA
ÖREBRO
8-9 APRIL 2019

Fysisk och psykisk ohälsa under graviditet

Preliminärt program

Måndag 8 april

Övervikt vid graviditet och förlossning –
Obstetriker Marie Blomberg

Graviditetsdiabetes – Obstetriker
Helena Fadl

**Träning under graviditet och efter
förlossning** – Fysioterapeut Cecilia
Fridén

**Rökning och alkohol vid konception,
graviditet och amning** – ST-läkare
obstetrik Lovisa Brehmer

Motiverande samtal – Föreläsare ej
klart

Tisdag 9 april

Ångest och depression vid graviditet
– Psykiater Marie Bendix

PTSD och psykisk ohälsa hos gravida
– Obstetriker Lena Holzman

OGUs årsmöte

**Juridiska aspekter vid psykisk ohälsa
och/eller missbruk och graviditet** –
Jurist Ulrika Sandén

**OGU-symposium "Hur ska doktorn
orka?"** – Föreläsare ej klart

**Paneldebatt – sectio på humanitär
indikation, när är det rätt?** – Hanna
Östling och Karin Hildén

Kom och delta i debatten om framtidens hälsa för gravida i Örebro i vår! Två timmar från Stockholm och knappt tre timmar från Göteborg med tåg. Förhoppningsvis fortsätter de engagerade diskussionerna också in under kvällens aktiviteter på måndagen. Välj på en historisk guidning på Örebro slott eller en löprunda i åstråket som tar vid efter det vetenskapliga programmet. Sedan är ni välkomna på middag på restaurang Umami på Örebros konserthus. Anmälan är öppen på OGUdagarna.se.

Välkomna!

OGUs ordförande informerar



Bästa kollegor!

Hösten är på god väg. Sommaren är utvärderad, den första snön har fallit, och med ett skolbarn i familjen har jag för första gången höstlov. Att hålla en vettig balans mellan familj/vänner, fritid och arbete, är väl kanske en av de största utmaningarna under ST.

I detta nummer av Medlemsbladet redovisar vi OGU-enkäten. Denna utkommer vartannat år, senast nu i början av 2018. Mycket av vårt arbete inspireras av resultaten från denna, varför en god svarsfrekvens skulle vara att önska. Tyvärr blev inte denna mer än 53 % i år, så det är svårt att dra några större slutsatser. OGU har en god möjlighet att påverka ST-utbildningen, vi är därför tack-samma för er feedback och åsikter kring vad vi borde ägna vår tid åt.

Våra fokusområden hittills har varit den kirurgiska träningen och forskning. Exempel på det kirurgiska arbetet genom åren har varit Ge Kniven Vidare, presentationen av Falun-modellen/Gynsatsningen som förebild för en kontinuerlig kirurgisk träning, framtagningen av ett kirurgiskt appendix (www.ogu.se) tillsammans med Utbildningsnämnden för att tydliggöra de kirurgiska målen, arbetet för att kursen "Basal Kirurgisk Teknik" skulle ingå i kursutbudet, samt nu Nya Ge Kniven Vidare. Ändå ser vi att av ST-läkare i slutet av sin ST klarar fortfarande inte alla av en diagnostisk laparoskopi självständigt. Hur viktig är

den kirurgiska kompetensen för ST-läkare inom Gynekologi/Obstetrik? Vad händer med specialiteten om vi inte lär oss operera? Något vi också sett i våra enkäter är att ett flertal kliniker har en simulator, men ST-läkarna har inte möjlighet att under arbetstid träna i denna. Evidensläget talar för kortare operationstider och bättre teknik om operation på patient föregås av träning i simulator – skulle schemalagd simulatorträning kunna vara väl investerad tid? Finns andra sätt att optimera vår kirurgiska träning i en tid då antalet ingrepp krymper av olika anledningar?

När det gäller ST-arbetet som en introduktion till forskning och forskning i sig, ser vi inte helt oväntat en brist på handledare på mindre sjukhus som ett av de största hindren. Vi har börjat att titta på möjligheter att underlätta detta, bl.a. genom att samarbeta med SNAKS, Svenskt nätverk för nationella kliniska studier inom Ob/Gyn. Just nu för vi en diskussion kring hur vi skulle kunna samverka för att hitta ST-arbeten och handledare inom ramen för dessa studier. Har ni svårt att hitta handledare, kan ni kontakta våra utbildningsrepresentanter kring detta. Och kom ihåg att titta på riktlinjerna för det vetenskapliga arbetet innan ni börjar med det, ni hittar dessa under fliken Utbildning, ST-Utbildning, på www.sfog.se. Här står också om

SFOGs rekommendationer att minst tio veckor, inkl. kurs, bör avsättas för arbetet.

Under vårt strategimöte i september diskuterade vi också vilka kanaler vi skulle använda för vår information. För närvarande är Medlemsbladet, Facebook och vår hemsida de som är aktuella, där vi rekommenderar att ni följer vår Facebook-sida och klickar in på hemsidan då och då för mer och aktuell information.

Jag vill också påminna om att anmälan till OGU-dagarna i Örebro 2019 nu är öppen och det preliminära programmet är klart, ta er en titt på blänkaren i detta nummer och så hoppas jag att vi ses där!

Hoppas ni får en fortsatt fin höst!

Elin Svensk
Ordförande OGU

OGU-enkäten 2018: Arbetsmiljö, ultraljud, forskning och kirurgisk träning

OGU-enkäten skickas ut vartannat år för att kartlägga utbildningsförhållanden och arbetsmiljö för OGU:s medlemmar. De senaste åren har extra fokus legat på forskning och kirurgisk träning. För att kunna jämföra resultaten mellan olika år behålls samma frågor i stor utsträckning. Nytt i 2018 års enkät är frågor om ultraljudsfärdigheter. I denna artikel sammanfattas ett urval av enkätsvaren. Vi vill passa på att tacka alla ST-läkare som har svarat på enkäten och gjort detta arbete möjligt!

Genomförande

Från SFOGs kansli hämtades en e-postlista med alla registrerade underläkare/ST-läkare och nyblivna (inom 2 år) specialister. Enkäten skickades per e-post, med upp till två påminnelser till de som inte svarat. Deskriptiv statistik (antal och procenttal) med diagram över detsamma hämtades sedan från ES-maker.

Totalt skickades enkäten till 513 e-postadresser och 274 svar inkom, vilket ger en svarsfrekvens på 53 %. Av dessa var 87 % kvinnor, 13 % män. Vikarierande underläkare och ST-läkare utgjorde 92 % och nyblivna specialister utgjorde 8 %. Andelen som jobbat 5 år

eller längre inom specialiteten var 19 %. Trettiofem procent av de svarande arbetade på universitetsklinik. Totalt var 40 kliniker representerade bland de svarande. Svaren gällande forskning och ultraljudsfärdigheter har delats upp baserat på universitetsklinik/icke universitetsklinik. Svaren gällande kirurgiska färdigheter redovisas för de som har arbetat fem år eller längre i specialiteten samt delas upp på om de har funnits en strukturerad kirurgisk träning eller inte.

Resultat

Handledning och inläsningstid

Av de svarande uppger nästan 98 % att de har en handledare och majoriteten (78 %) vet att deras handledare även har handledarutbildning. Lite drygt 2 % saknar utsedd handledare. Hur ofta man träffas för enskild handledning varierar, det vanligaste är 3-4 gånger per år följt av 5-6 gånger per år (figur 1). Ungefär en fjärdedel (24 %) uppger att både handledare och adept alltid har tid avsatt i schemat för handledningen, medan 46 % har tid avsatt i schemat ibland. Resterande 30 % har aldrig gemensam tid avsatt i schemat för handledning.

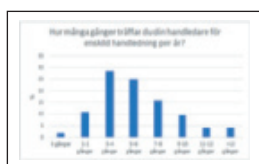
Vad gällde schemalagd inläsningstid i genomsnitt per vecka hade 65 % av deltagarna noll timmar, 23 % hade en timme, 12 % hade två timmar och <1 % hade tre respektive 4 timmar (figur 1).

Ultraljudsfärdigheter

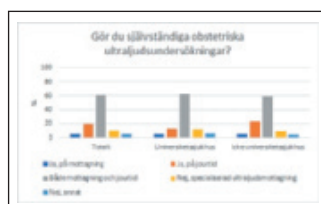
De flesta (60 %) av de svarande utför obstetriska ultraljud både på mottagning och jourtid. Tio procent av de som svarat på enkäten anger att obstetriska ultraljud görs på en specialiserad ultraljudsmottagning (figur 2).

På både universitetskliniker och icke universitetskliniker svarar 90-98 % att det förväntas att man kan bedöma cervixlängd, fostervattenmängd, fosterläge, fosterrörelser och placentalläge. Knappt hälften (45-46 %) svarar att man förväntas kunna göra tillväxtkontroll och mäta flöde i a. umbilicalis. Det är fler på icke-universitetskliniker som förväntas kunna detta (51-52 %) jämfört med på universitetskliniker (34-35 %) (figur 3). Ett mindre antal har svarat att de inte vet då de ännu inte börjat på obstetrikern.

Figur 1



Figur 2



Figur 3



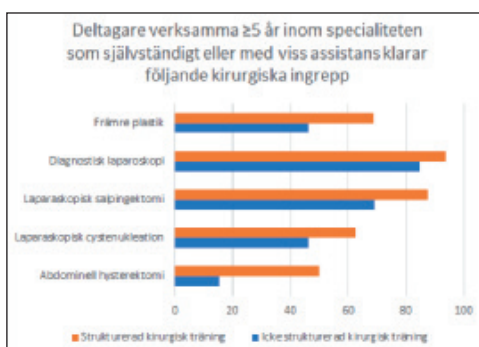
Forskning

Fem procent av ST-läkarna svarar att de har disputerat och 18 % svarar att de forskar aktivt. På universitetskliniker är den siffran 34 % jämfört med 9 % på icke universitetskliniker. De flesta som forskar är doktorander (42 %) eller ska bli doktorander (30 %). Två procent forskar på post-doc nivå. En stor andel svarar att de utför sin forskning på fritid/jourtid. Fyrtioåtta procent svarar att de utför merparten av sin forskning på arbetstid, 62 % på jourkomptid och 36 % på fritiden (fler svarsalternativ var möjligt). En större andel på icke-universitetskliniker svarar att de forskar på arbetstid (63 % jämfört med 41 %), dock svarar de att de forskar på ledig tid i samma utsträckning. Det är vanligare med finansiering via FoU på icke-universitetskliniker 50 % jämfört med 15 %. En fjärdedel (24 %) anger att forskningen finansieras med landstingslön (21 % universitetsklinik, 31 % icke universitetsklinik). En stor andel (46-50%) svarar att forskningen finansieras av fritid eller jourkomp. Uppdelat på typ av klinik är siffrorna 50-59% på universitetsklinik och 38-44% på icke-universitetsklinik.

Figur 4



Figur 5



Figur 6



De vanligaste angivna skälen till att forska är eget intresse (88 %), att det är karriärsfrämjande (52 %) och att möjlighet till god handledning finns (50 %). På universitetskliniker är den vanligare att ange karriär som anledning (62 % jämfört med 31 %). Ingen på icke-universitetsklinik har angivit att det är obligatoriskt som ett skäl vilket 12 % på universitetsklinik anger.

Motsvarande fråga ställdes även till de som inte forskar aktivt. De vanligaste skälen att inte forska var brist på eget intresse (44 %) samt att utrymme saknas i tjänsten (41 %). På universitetskliniker var det färre som angav detta som skäl (39 resp. 32 %) än på icke-universitetskliniker (46 resp. 43 %). Tretton procent angav bristande finansiering som skäl till att de inte forskade. Fler på icke-universitetskliniker (26 %) angav brist på handledning jämfört med universitetskliniker (10 %). En relativt stor andel angav annat skäl till att inte forska (26 %).

Kirurgiska färdigheter

Strukturerad kirurgisk träning finns på nästan hälften av klinikerna (47 %). Att den fungerar tycker 45 % medan 27 % inte tycker det. Det fanns möjlighet att lämna kommentarer till varför man tyckte att den kirurgiska träningen inte fungerade och många av dessa handlade om bristande kontinuitet i placeringen pga. underbemanning, jourer, att operationerna inte var anpassade för ST-läkare, avsaknad av strukturerat sätt för feedback, bristande handledning, totalt sett för liten operationsvolym, konkurrens med nyblivna specialister och robotkirur-

gi. De flesta deltagarna (74 %) uppger att de har en sammanhängande period med målet att operera på gyn-op, med varierande längd (figur 4).

Deltagarna tillfrågades hur självständiga de var gällande vissa specificerade kirurgiska ingrepp. Bland de som varit verksamma 5 år eller mer inom specialiteten uppgav en större andel sig klara av kirurgiska ingrepp självständigt eller med viss assistans, bland de som hade strukturerad kirurgisk träning jämfört med de som saknade strukturerad kirurgisk träning (figur 5).

Jämfört med svaren från 2016 års enkät uppger en något större andel i samma grupp (verksamma 5 år eller mer inom specialiteten) att de klarar av kirurgiska ingrepp självständigt eller med viss assistans (figur 6). En större andel av de som har strukturerad kirurgisk träning är nöjda med sin kirurgiska kompetens, jämfört med de som inte har strukturerad kirurgisk träning (38 % respektive 15 %).

Diskussion

Sammanfattning av resultaten

Av de som svarat på 2018 års OGU-enkät har nästan alla en handledare, som oftast är handledarutbildad och som man oftast träffar var tredje till var fjärde månad. Var tredje svarande har aldrig tid för handledning avsatt i schemat och 65 % har 0 timmar avsatt i veckan för inläsningstid. I stort sett alla svarande kan göra överiktliga obstetriska ultraljud. Något fler på icke-universitetskliniker kan göra tillväxtkontroll och flöde i a. umbilicalis jämfört med de på universitetskliniker.

Forskning är vanligare på universitetskliniker och tillgången till handledare större. Fler på icke-universitetskliniker har dock finansiering för sin forskning. Eget intresse är den viktigaste orsaken till att vara forskningsaktiv. Hälften av de svarande anger att de har strukturerad kirurgisk träning på sin klinik, varav knappt hälften tycker att den fungerar. De som har strukturerad kirurgisk träning uppger i större omfattning att de klarar att utföra olika specificerade kirurgiska ingrepp.

Styrkor och svagheter

Sedan SFOG tog över ST-kurserna 2017 finns det en lista över i stort sett alla ST-läkare inom obstetrik och gynekologi i Sverige. SFOGs lista är inte felfri, det kan förekomma fler än en mejladress till samma ST-läkare, en del kan ha slutat/bytt specialitet och en del kan ännu inte hunnit gå med i SFOG eller gått en ST-kurs. Vi ser ändå mejllistan som en styrka jämfört med tidigare år, då en svarsfrekvens för OGU-enkäten inte har kunnat beräknas. En svarsfrekvens på 53 % utgör dock en svaghet. Speciellt om den hälft som har svarat skiljer sig från den hälft som inte har svarat på enkäten (selektionsbias). Det kan inte uteslutas att sådana skillnader finns, varför resultaten inte säkert kan generaliseras till alla ST-läkare inom obstetrik och gynekologi i Sverige. Enkätsvaren redovisas i procenttal, inga beräkningar har gjorts gällande statistiska skillnader mellan olika grupper.

Diskussion

Det är glädjande att en stor andel av de svarande har en utsedd handledare som de träffar regelbundet. Att handledning inte schemaläggs kan dock innebära svårigheter att hitta tid för handledning regelbundet och i tillräcklig omfattning. Handledning är en central del i ST-utbildningen och ett sätt att följa upp ST-läkarens kompetens och utveckling. Det är en av de parametrar som granskas vid SPUR-inspektionerna. Att 65 % anger att de har 0 timmar i schemalagd inläsningstid kan utgöra utrymme för förbättring. Sker inläsning på annat sätt ändå på

arbetstid? Utanför arbetstid? Blir det ingen inläsning? Schemaläggning i sig förbättrar inte kvaliteten på handledning och inläsning om det ändå blir av, men i pressade verksamheter finns risk att det prioriteras bort om tid inte har avsatts.

OGU-styrelsen har som målsättning att ta fram en checklista för ultraljudsfärdigheter motsvarande den som finns för kirurgiska färdigheter. Det som framförallt skiljer sig åt mellan olika kliniker är om tillväxtkontroll och flöde i a. umbilicalis ska ingå i ST-läkarens utbildning. Det är vanligare att det ingår på icke-universitetskliniker än på universitetskliniker. Vi eftersträvar att ST-utbildningen ska hålla en jämn och hög nivå på alla kliniker. Där denna typ av ultraljudsundersökningar görs på specialiserade enheter bör ST-läkare ha fina möjligheter att kunna tillägna sig kunskapen genom en placering där. Gällande denna fråga och checklistan eftersträvar vi ett samarbete med ultra-ARG.

Forskning inom gynekologi och obstetrik är avgörande för att driva kunskapen och specialiteten framåt. Det är forskningsintresserade och kompetenta medarbetare som gör detta. OGU tycker därför att det är väldigt viktigt att det finns möjligheter att forska för ST-läkarna. Det är rimligt att det är vanligare med forskning på universitetskliniker, då forskning bör vara en del av verksamheten där. Men även på andra kliniker är det viktigt, t.ex. för att öka möjligheterna att delta i nationella kliniska studier inom SNAKS (Svenskt nätverk för nationella kliniska studier inom Ob-Gyn). För att det ska vara rimligt att forska i längden krävs att det finns finansiering och att man har tillgång till handledning, detta är utmaningar på alla typer av kliniker.

En ytterligare stor fråga är hur kvaliteten på den kirurgiska utbildningen ska kunna säkras och hålla en hög jämn nivå över landet. I storstadsregioner, speciellt Stockholm, utlokaliseras en stor del av den benigna kirurgin till privata vårdgivare. På mindre orter kan centralisering av vård innebära problem. En möjlighet skulle kunna vara att bättre utnyttja simu-

lering för kirurgisk träning. I avhandlingen "Virtual Reality Simulation in Laparoscopic Gynaecology" visas att ST-läkare i gynekologi snabbt kan öka sina tekniska färdigheter med hjälp av träning i laparoskopisimulator. Efter i medeltid 7 h och 15 minuters träning nås en nivå motsvarande 30-50 utförda laparoskopiska salpingektomier. Dessutom med väsentligt kortare operationstid än kontrollgruppen som fått vanlig klinisk träning.

Kan det finnas möjligheter att inkludera privata vårdgivare i utbildning samt ett ökat utbyte mellan regioner? I dag kommer många ST-läkare från mindre orter till universitetskliniker för en placering. Även det omvända skulle kunna vara fruktbart. I Finland har de ett system där ST-läkare tjänstgör både på en mindre och en större klinik.

Nu under hösten 2018 lanserar OGU också kampanjen Nya ge kniven vidare som är ett initiativ från kirurgernas ST-läkarförening. Förhoppningen är att alla operationer kan användas ännu bättre som inlärningsstillfällen med ett gemensamt språk för feedback. ■

Specialisttentamen 2018

”Är du färdig specialist nu eller?” Den frågan kanske fler än jag fått av anhöriga, vänner och även kollegor under ST-utbildningen. Hur vet man egentligen när man är färdig? Vad bestämmer? Vem bestämmer? Socialstyrelsen? Kliniken? Du själv? Vad kan jag egentligen?

Fem år har gått, var försvann tiden? Frågorna hopar sig och lägger sig på hög, det är dags att börja sortera. Nog kan det kännas skönt att få någon slags bekräftelse på sitt kunskapsläge trots att tanken på att utsätta sig för den typ av prövning, som ändå ST-tentan är, känns lätt svindlande. Vad händer om jag misslyckas? Blir jag underkänd som specialist? Vad väntar mig då?

Personligen gick jag in med känslan av att det ändå var en ynnest att få, på betald arbetstid, förkovra mig i det som ändå ligger oss varmast om hjärtat – gynekologi och obstetrik. Nu äntligen kunde jag ta chansen att läsa in mig på mer ovanliga diagnoser, på ett djupare plan lära mig om blödningsrubbningar, vaginala besvär och interkurrenta sjukdomar i graviditeten, och inte bara snabbt skumma igenom det aktuella PM:et mellan patienterna under en fullspäckad mottagning. Fjorton dagars inläsning – helt underbart!

På plats i Örebro

Dag 1 – ”The point of no return”. Plötsligt var dagen där, dagen som potentiellt skulle påverka min framtida karriär. Spänningen i rummet gick att ta på. Plats efter plats fylldes upp med ytterligare en person med uppspärrad blick, svettiga händer och bultande hjärta. Precis likt tentorna på läkarprogrammet fylldes borden med allt från vattenflaskor, kexchoklad och frukt till matlådor, energidrycker och smörgåspaket. Någon som nervöst trummade sin penna mot bordskivan, en annan som försökte verka avspänd genom att konversera lite med grannen. Nu var det dags! Vi var drygt

40 stycken tappra, blivande specialister och vi fick nu tillåtelse att vända på den hophäftade pappershögen och så var ST-tentan 2018 i full gång.

Dag 2 – ”Give me a sign”. Som om inte skriftlig tentamen vore nog så hade vi alla samtyckt till att även testas avseende våra praktiska färdigheter. Dagen innebar för mig... väntan. Jag fick fördriva tiden med löpning för att skingra tankarna.

Klockan 13.20 var det dags! På ”Kliniskt träningscentrum” skulle allt utspela sig, lite som en fars: ”In”, ”Gör något bra”, ”Ut”, ”Pusta ut”, ”In”, ”Prester på topp”, ”Ut” etc.

Jag möttes av många, mycket trevliga, examinatorer som ville bedöma min förmåga att undersöka med vaginalt ultraljud, lösa skulderdystoci, ventiler barn, bedöma förändringar i vulva, göra biopsier i potatisar och testas avseende kunskap om endokrinologi. Trots att jag gav mitt yttersta och själv kände att: ”Det här gör jag rätt bra” så fick jag inte tillstymmelsen till bekräftelse i form av leende, nickningar eller ”Bra!” utan bara ”Tack! Vill du göra något mer?”. Trots detta lämnade jag KTC med en skön känsla. Solen sken och fåglarnas kvitter överröstades av en borr som väsnades från byggarbetsplatsen som stora delar av sjukhusområdet utgjordes av.

Dag 3 – ”The final countdown”. ”Okey, dags att ladda om”. Tredje och sista dagen av ”prövningsmaraton”, bara redovisning och opponering kvar. Jag som avskyr att redovisa (!) men har jag kommit hela vägen hit så finns det väl inte så mycket jag inte kan stå ut med.

Efter en mycket intressant och trevlig förmiddag fick vi tid för lunch, som förvisso satte sig i halsen men ändå var välbehövad. Avslutningen innebar återsamling klockan 13 i den gemensamma salen på KTC där stämningen var tryckt. Jag kunde inte låta bli att dra parallellen till

en uttagning till underhållningsprogrammet ”Idol” på TV. En efter en blev uppropad och glädjen som fyllde de personers ögon som strax därefter återvände till salen var uppenbart svår att dölja. Ångesten steg för varje positiv känsloutttring vi andra fick bevittna. ”När är det min tur!?”

Då äntligen! Jag hade passerat! Jag var alltså godkänd! Jag och många med mig kunde nu lämna Örebro och Specialisttentamen 2018 med stolthet och känslan av att vi håller måttet!

Stort grattis till vår bedrift och framförallt ett stort tack till alla examinatorer och utbildningsnämnden som gör denna kvalitetssäkring av vår profession möjlig.

Och så här sett i backspegeln så var faktiskt specialistexamen något mycket lärorikt, utvecklande och riktigt roligt!

Erika Åhlin

Specialistläkare i gynekologi och obstetrik

KK HS Halmstad

Specialistexamen 2019

Stockholm, Danderyds sjukhus 8-10 maj 2019

Välkommen att anmäla dig till specialistexamen 2019. Skriftlig tentamen är onsdag 8 maj, praktiskt prov torsdag 9 maj och presentation av ST-arbeten fredag 10 maj.

Observera!

- En avgift på 10 000 kronor att faktureras. Ange faktureringsadress i din anmälan.
- *Komplett* ansökan krävs inklusive slutversion av ST-arbetet för giltig anmälan.
- ST-arbetet skall skickas som en enda fil, alltså ev. bilagor skall inkluderas i detta enda dokument, gärna som PDF. Benämnen filen med ditt namn och sjukhus/ort.

Anmälan **OCH** ST-arbete skickas **senast 1 februari 2019** till kansliet@sfog.se. Besked om man kommit med kommer ca en vecka efter sista anmälningsdatum.

För den/de som önskar att anordna ett diagnostiskt test på hemmakliniken finns precis som tidigare möjlighet att få skrivningen mailad 9/5 kl. 10.30. Kontakta i så fall

Anna.Rudbeck-Levin@bbstockholm.se. Facit skickas därefter ut kl. 15.30 samma dag.

Varmt välkomna

SFOG Utbildningsnämnd

Ansvarig ledamot: Sofie.graner@bbstockholm.se

Lediga styrelseposter i OGU från april 2019 är följande:

- Utbildnings- och forskningsansvarig
- Internationellt ansvarig med särskilt fokus Europa
- Webb-ansvarig
- Sekreterare

Om ni är intresserade själva eller vill nominera någon kollega hör av er till Paulina Arntyr Hellgren på mailadress parntyr@gmail.com

Vänliga hälsningar OGU:s valberedning

Evidensbaserad gynekologi och obstetrik har klivit in på sociala medier

Patienter inom gyn/obstetrik är ofta unga, relativt friska, och informations-hungriga. De lever en stor del av sina liv på sociala medier, och informella råd och tips från likasinnade kan spela stor roll för beslut om preventivmedel eller inställning till förlossningssätt. Tiden är över då doktorn var en auktoritet i vit rock, vars rekommendationer var oomtvistliga. I många trådar på sociala medier hörs kritiska röster om kvinnosjukvården, och ibland ges uttryck för att läkare/barnmorskor är ett distanserat etablissemang som inte tar den unga kvinnan på allvar.

Vi är tre specialistläkare inom gyn/obstetrik som saknade en vetenskaplig och balanserad röst om kvinnokroppen/kvinnohälsan på sociala medier, och bestämde oss för att försöka ändra på det. Instagramkontot Kvinnokliniken startades, symboliskt nog, den 8 mars 2018. Ambitionen är att med bild och text få våra följare att förstå vilka olika frågeställningar som kvinnokroppen utsätts för genom livet, och hur kvinnosjukvården kan bidra med kvalificerade bedömningar och hjälp.

Sedan starten har vi lagt upp cirka 3 inlägg per vecka: Vad händer egentligen vid en kolposkopi? Hur ser en sugklocka ut? Vad är endometrios? Hur ska jag hitta rätt preventivmetod? Vad händer inom forskningen angående förlossningsskador? Vad är egentligen havandeskapsförgiftning? Är gynekologiska nät en otäck metod eller en kvinnlig rättighet?

Vi tar emot frågor i kommentarsfältet och besvarar efter bästa förmåga, men vi understryker att vi inte ger personliga medicinska råd i detta forum.

I dagsläget har vi nått 14 400 följare, och växer stadigt. Vi tre läkare som ligger bakom kontot är anonyma, då vi lägger fokus på sak istället för person. Arbetet görs helt ideellt, och kontot har ingen officiell koppling till vår arbetsplats/vårt landsting/region. Vi tror att kunskap ger makt, och att väl informerade kvinnor blir tryggare patienter!

Vi uppmuntrar alla kollegor att följa kontot, gärna kommentera om ni har något att tillföra (både ros och ris är förstås välkommet), och självklart hänvisa era patienter dit. Alla inlägg är redigerade av minst två läkare, och bygger på vetenskapligt underlag och/eller vedertagna riktlinjer för vård.

/Kvinnokliniken



The effects of bariatric surgery on the pharmacokinetics of oral contraceptives and other common drugs of relevance in obstetrics and gynecology

ABSTRACT

The prevalence of obesity has increased dramatically worldwide and in Sweden 51 % of the adults are overweight or obese. Bariatric surgery is considered to be the most effective treatment leading to major and sustainable weight reduction in morbid obese patients. Bariatric surgery may affect the pharmacokinetics of several orally administered drugs.

The aim of this study was to review the available literature on the effects of bariatric surgery on the pharmacokinetics of oral contraceptives and other common drugs of relevance in obstetrics and gynecology.

A PubMed literature search was conducted. All original studies who evaluated pharmacokinetics of oral contraceptives, antidepressants, antihypertensive agents, oral antidiabetics (metformin) and thyroid drugs after bariatric surgery, published until the end of November 2017 were scrutinized and finally 13 studies were included in this review.

Pernilla Ekholm, ST-läkare,
Kvinnokliniken, Vrinnevisjukhuset
Handledare:

Jan Brynhildsen, Professor,
Överläkare, Obstetrik och gynecologi,
Instutionen för Klinisk och
Experimentell Medicin, Linköpings
Universitet

Charlotte Ginstman, Överläkare,
Kvinnokliniken,
Universitetssjukhuset i Linköping

Few studies on the effects of bariatric surgery on the pharmacokinetics of drugs have been published. There are no studies on pharmacokinetics of oral contraceptives after bariatric surgery methods used today. The concentration of antidepressants may decrease after gastric bypass. The antihypertensive agent metoprolol and levothyroxine concentration does not seem to be affected by gastric



Pernilla Ekholm

bypass whereas the antidiabetic drug metformin seem to have an increased concentration after gastric bypass.

The pharmacokinetic profile of different drugs after bariatric surgery can be affected by several factors, which are difficult to predict for a specific medication. This makes it important to follow patients' effect and side effects of medication after bariatric surgery. ■

Timing of probiotic milk consumption during pregnancy and effects on the incidence of preeclampsia and preterm delivery: a prospective observational cohort study in Norway

ABSTRACT

Objectives

To investigate whether the timing of probiotic milk intake before, during early or late pregnancy influences associations with preeclampsia and preterm delivery.

Design

Population based prospective cohort study.

Setting

Norway, between 1999 and 2008.

Participants

70,149 singleton pregnancies resulting in live-born babies from the Norwegian Mother and Child Cohort Study (no chronic disease, answered questionnaires, no placenta previa/cerclage/serious malformation of fetus, first enrolment pregnancy). Only nulliparous women ($n = 37,050$) were included in the preeclampsia analysis. Both iatrogenic and spontaneous preterm deliveries (between gestational weeks 22+0 and 36+6) with spontaneous term controls (between gestational weeks 39+0 and 40+6) were included in the preterm delivery analysis resulting in 34,458 cases.

Main outcome measures

Adjusted odds ratio for preeclampsia and preterm delivery according to consumption of probiotic milk at three different time periods (before pregnancy, during early and late pregnancy).

Results

Probiotic milk intake in late pregnancy (but not before or in early pregnancy) was

Authors

M Nordqvist, B Jacobsson, A-L Brantsæter, R Myhre, S Nilsson, and V Sengpiel

Correspondence to M Nordqvist
mahsa.nordqvist@hotmail.com

significantly associated with lower preeclampsia risk (adjusted odds ratio: 0.76 (95 % confidence interval 0.65 to 0.89) p -value: 0.001). Probiotic intake during early (but not before or during late pregnancy) was significantly associated with lower risk of preterm delivery (adjusted odds ratio: 0.77 (0.62 to 0.95) p -value: 0.02).

Conclusions

In this observational study, we found an association between timing of probiotic milk consumption during pregnancy and the incidence of the adverse pregnancy outcomes preeclampsia and preterm delivery. If future randomized controlled trials could establish a causal association between probiotics consumption and reduced risk of preeclampsia and preterm delivery, recommending probiotics would be a promising public health measure to reduce these adverse pregnancy outcomes.

Strengths and limitations of this study

- Large sample size and participants from both urban and rural regions, of different ages and socioeconomic groups.

- Link to the medical birth registry of Norway.
- Self-selection bias has been investigated, showing that single women under the age of 25 are underrepresented in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. However, differences regarding preterm delivery incidence were minor and no differences in preeclampsia incidence were found when compared to the general population. No bias was found in eight selected exposure-outcome associations when compared to data from the Norwegian Medical Birth Registry.
- The questionnaires were filled in before delivery, avoiding confounding by retrospective responses. It is, however, difficult to obtain a true picture of dietary intake from a questionnaire. Questions about food answered in early pregnancy are especially challenging since many women experience changes in appetite.
- Information about lifestyle, allowing adjustment for potential health-conscious behavior. However, although adjusted for a number of confounding variables, including education and income, which are the most important markers of socioeconomic position in Norway, unmeasured confounding cannot be ruled out.

Supplemental table 1.

Intake of probiotics before and during pregnancy and risk of spontaneous early and late preterm delivery in singleton pregnancies, n=34,458.

	Preterm delivery (full term)	Adjusted Odds ratio (95% confidence interval) ¹	p
Early spontaneous preterm delivery	276 (26,910)		
Overall	-		0.75
Before		0.81 (0.45, 1.48)	0.49
Early		1.04 (0.61, 1.78)	0.88
Late		0.84 (0.56, 1.26)	0.41
Late spontaneous preterm delivery	1,260 (26,910)		
Overall	-		0.02
Before		1.36 (1.00, 1.85)	0.047
Early		0.67 (0.50, 0.90)	0.008
Late		0.96 (0.79, 1.17)	0.71

¹ Adjusted for maternal age, height and educational level; parity; history of late miscarriage; history of preterm delivery (for multiparous only); pre-pregnant BMI; marital status; smoking, alcohol, and intake of non-probiotic milk products during current pregnancy; family income; fetal sex; IVF and intake of dietary supplements (with and without vitamin D)

Table 2.

Intake of probiotics before and during pregnancy and risk of preeclampsia in nulliparous women, n=37,050.

	Cases (controls) ²	Adjusted Odds ratio (confidence interval) ¹	p-value
Preeclampsia all	1,833 (34,941)		
Overall		1	0.001
Before		1.02 (0.80, 1.30)	0.90
Early		0.85 (0.68, 1.06)	0.15
Late		0.76 (0.65, 0.89)	0.001
Preeclampsia mild	1,066 (34,941)		
Overall		1	0.13
Before		0.99 (0.73, 1.35)	0.95
Early		0.92 (0.69, 1.22)	0.57
Late		0.80 (0.66, 0.98)	0.03
Preeclampsia severe		545 (34,941)	
Overall		1	0.016
Before		0.98 (0.62, 1.57)	0.95
Early		0.80 (0.53, 1.22)	0.29
Late		0.68 (0.50, 0.91)	0.01

¹ Adjusted for maternal age, height and educational level; pre-pregnant BMI; marital status; smoking, alcohol and intake of non-probiotic milk products during current pregnancy; family income; fetal sex; IVF and intake of dietary supplements (with and without vitamin D).

² The sum of mild and severe does not add up to all due to the fact that some were unspecified.

Peter Palsternak

Lönesamtal

På den tiden var det svårt att komma till det stora sjukhuset, så man fick vara tacksam för att få komma dit och gå jour nästan hela tiden.

När jag hade varit där en vecka sade chefen H.B:

- Du kan komma in till mig efter lunch så ska vi löneförhandla.

Jag ägnade lunchen åt att fundera över vad jag tyckte att jag kunde någorlunda bra, och efter lunch steg jag in till H.B.

- Det minsta jag kan ge dig enligt avtal är 24 300 kr, så då får du det. Du kan skriva på där.

- Är detta löneförhandlingen? Undrade jag.

- Just det. Du skriver på där. Det tog 30 sekunder.

Två år senare, hemma på mitt ordinarie sjukhus hade vi fått en duktig polack, och när min chef P.S. frågade vad jag hade för löneanspråk svarade jag: Inga. Ge det till den polske stjärnan.

- Så här går det inte till, sade P.S. Du ska nämna en rejäl summa, och sedan ska jag pruta ner den. Nu försöker vi igen.

- Men jag vet inte vad jag ska säga. Polacken är så duktig.

- Du är ju också duktig, sade P.S.

- Gör som du vill, sade jag.

Jag fick ett riktigt bra lönepåslag. Så fick vi en kvinnlig chef, B.F. Varje år höjde hon de tre kvinnliga kollegorna betydligt mer än mig och mina två manliga kollegor. Efter ett par år frågade jag ändå hur det kom sig: de är otroligt viktiga för klinikens utveckling, sade B.F. (som själv senare fick nästan astronomiska summa i lön och alltså i handling visade att hon förstätt hur man löneförhandlar).

Fyra år senare var kvinnorna, som var så otroligt viktiga för klinikens utveckling, alla borta, och vi män, som inte var riktigt lika viktiga, stretade på. I år visade det sig att mina kvinnliga kollegor, som tyvärr ofta är sjukskrivna och vars bakjourer jag och andra hugade då får ta, fick en större löneförhöjning än jag, som ändå är där när jag ska vara där.

Bitter? Absolut inte, men det där med lönesamtal är nog ingenting för mig.

Peter Palsternak



ÅRS AVGIFTER

Medlemsavgift SFOG

1200:-

Inkluderar medlemskap i NFOG samt prenumeration på
Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavia samt
ARG-rapportabonnemang (400:- per år och avser genomsnittligt tre rapporter)

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

600:-

Författarinstruktioner

Manus skickas via e-post till redaktören:

liselott.andersson@sfog.se. För att säkerställa att ditt bidrag kommer med i önskat nr – skicka in det i god tid innan manusstopp. Om tveksamheter kontakta redaktören via mail eller SFOGs kansli.

Följande regler underlättar processen.

1. Vi kan ta emot de flesta filer från ordbehandlingsprogram för Mac och PC. Alla tabeller och diagram skickas som separata filer i formatet jpg, tif, eps (Power Point är ett bildvisningsprogram och Excel ett kalkylprogram.) **Skicka inte PDF-filer om de inte är färdiglayoutade och högupplösta.**
2. Gör inga egna avstavningar utan låt texten flöda över automatiskt till nästa rad (detta gäller vare sig om det finns avstavningsprogram eller inte).
3. Gör en blankrad mellan varje nytt stycke.
4. Använd programmets tabuleringsfunktion vid inskrivning av tabeller, inte mellanslagstangenten.

5. Använd inte egen design i texten i form av ovanliga typsnitt, understrykningar, fetstil eller dylikt. Det medför ett avsevärt arbete att leta efter dolda koder i texten. Ange hellre i ett medföljande dokument hur typografin önskas utformad.

6. Kom ihåg att skicka med logotyper och bilder som egna bildfiler. Bilder monterade i Word är bara skärmbilder som inte lämpar sig för tryck. Bildfiler bör ha en upplösning på 300 dpi för att göra sig bra i tryck. De flesta typer av bildformat kan tas emot. De vanligaste bildformaten som används i tidningen är jpg, tif eller eps.

7. Om du tar bilder med digitalkamera, använd kamerans högsta upplösning.

8. Plocka inte bilder från nätet, de har alltför dålig upplösning för att kunna tryckas.

Intressegrupper inom SFOG

Mödrahälsovårdsöverläkargruppen

Ordförande

Caroline Lilliecreutz
Kvinnokliniken plan 14
Universitetssjukhuset
581 85 Linköping
E-post: caroline.lilliecreutz@regionostergotland.se

Sekreterare

Anna Bäckström
Landstinget Västernorrland
E-post: modrahalsovardsoverlakare@lvn.se

Obstetiker och gynekologer under utbildning (OGU)

Ordförande

Paulina Arntyr Hellgren
KK, Universitetssjukhuset Örebro
Tel: 019-602 20 01
E-post: paulina.arntyr.hellgren@regionorebrolan.se

Sekreterare

Therese Friis
KK, Akademiska sjukhuset
Uppsala
E-post: therese.friis@akademiska.se

Privatgynekologerna

Ordförande

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

Sekreterare

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

Kassör

Katarina Johansson
Linköping Health Care
Torkelbergsgatan 14 B
582 24 Linköping
E-post: katjoh67@gmail.com

Webmaster

Chatarina Hofte
Hoftekliniken
Drottninggatan 7
252 21 Helsingborg
E-post: chatarina.hofte@ptj.se

Arbets- och Referensgrupperna inom SFOG

BEnign (gyn)Kirurgi, BENK-ARG

Ordförande: Sophia Ehrström

Sophia.ehrstrom@ultragyn.se

Sekreterare: Klara Hasselrot

klara.hasselrot@ki.se

Cervixcancerprevention, C-ARG

Ordförande: Kristina Elfgrén

PO Gynekologi och Reproduktion,

Karolinska Universitetssjukhuset

Stockholm

Tel: 08-585 875 28

kristina.elfgren@sll.se

Sekreterare: Cecilia Kärrberg

Kvinnosjukvård, Sahlgrenska

Universitetssjukhuset

Göteborg

cecilia.karrberg@vgregion.se

Endokrin-ARG

Ordförande: Alkistis Skalkidou

Akademiska Sjukhuset

Uppsala

Tel: 076-206 85 82

alkistis.skalkidou@kbh.uu.se

Sekreterare: Angelica Lindén-Hirschberg

Karolinska Universitetssjukhuset

Stockholm

angelica.linden-hirschberg@karolinska.se

Endometrios-ARG

Ordförande: Anna-Sofia Melin

Capio Gynekologi Globen

Stockholm

anna-sofia.melin@capio.se

Sekreterare: Bartosz Bezubik

KK, Södertälje Sjukhus

bartosz.bezubik@sll.se

Etik-ARG

Ordförande: Ingrid Bergelin

Kvinnosjukvården Dalarna

Tel: 0250-49 30 00

ingrid.bergelin@ltdalarna.se

Sekreterare: Ann-Kristin Rönnberg

KK, Universitetssjukhuset Örebro

ann-kristin.ronnberg@regionorebrolan.se

Evidens-ARG

Ordförande: Annika Strandell

SU/Sahlgrenska

Göteborg

Tel: 0700-90 44-54

annika.strandell@vgregion.se

Sekreterare: Sissel Saltvedt

Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

Tel: 08-517 700 00

sissel.saltvedt@sodersjukhuset.se

Familjeplanering, FARG

Ordförande:

Kristina Gemzell-Danielsson

Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

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

Fert-ARG

Ordförande: Kjell Wänggren

Reproduktionsmedicin, Novumhuset

Karolinska Universitetssjukhuset,

Huddinge

Tel: 08-585 80 00

kjell.wanggren@karolinska.se

Sekreterare: Åsa Magnusson

KK, Sahlgrenska

Verksamhetsområde Gynekologi och

Reproduktionsmedicin

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

413 45 Göteborg

Tel: 31-342 10 00

asa.magnusson@vgregion.se

Global-ARG

Ordförande: Birgitta Essén

Akademiska Sjukhuset

Uppsala

birgitta.essen@kbh.uu

Sekreterare: Mikael Algovik

global-ARG@telia.com

Hem-ARG

Ordförande: Anna Hagman

Norra Älvsborgs Länssjukhus

Trollhättan

Tel: 010-435 00 00

anna.c.hagman@vgregion.se

Sekreterare: Gustaf Biasoletto

Sahlgrenska Universitetssjukhuset/

Östra sjukhuset

416 85 Göteborg

Tel: 031-343 63 61

gustaf.biasoletto@vgregion.se

Mödramortalitet, Mm-ARG

Ordförande: Sissel Saltvedt

Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

Tel: 072-711 51 61

sissel.saltvedt@sodersjukhuset.se

Sekreterare: Lisa Parén

Östra sjukhuset

416 85 Göteborg

Tel: 0709-27 81 56

lisa.paren@vgregion.se

Perinatal-ARG

Ordförande: Karin Pettersson

Karolinska Universitetssjukhuset,

Huddinge

Stockholm

Tel: 08-585 875 36

karin.pettersson@karolinska.se

Sekreterare: Marie Blomberg

KK, Universitetssjukhuset

Linköping

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

marie.blomberg@regionostergotland.se

Preeklampsi-ARG

Ordförande: Lina Bergman

Falu Lasarett

791 82 Falun

Tel: 023-49 20 00

lina.bergman@ltdalarna.se

Sekreterare: Eva Östlund

eva.e.ostlund@sll.se

POS-ARG

Ordförande: Lena Moegelin
KK, Södersjukhuset, Stockholm
Tel: 08-616 10 10
lena.moegelin@sll
lena.moegelin@sodersjukhuset.se
Sekreterare: Lena Holzman
KK, Södersjukhuset, Stockholm
Tel: 08-616 10 10
lena.holzman@sll
lena.holzman@sodersjukhuset.se

Robson-ARG

Ordförande: Lars Ladfors
Göteborg
lars.ladfors@sfog.se
Sekreterare: Sophia Brismar
Danderyd
sophia.brismar-wendel@ds.se

Ton-ARG

Ordförande: Lena Marions
KK, Södersjukhuset
Stockholm
lena.marions@ki.se
Sekreterare: Pia Jakobsson Kruse
KK, Södersjukhuset
Stockholm
pia.jakobsson-kruse@sodersjukhuset.se

Tumör-ARG

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

Ultra-ARG

Ordförande: Eva Bergman
eva.bergman@kbh.uu.se
Sekreterare: Mirka Blommé
mirka.blomme@sodertaljesjukhus.se

Ur-ARG

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

Vulv-ARG

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

Arbets- och Referens-Grupp-Utvecklings-Samordnare

ARGUS

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

SFOG-Kansliet

Susanne Lundin • Diana Mickels
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 har också tillgång till ACTA Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, som utkommer med 9-12 nummer per år.

Föreningen har ett antal arbets- och referensgrupper (AR-Grupper) som är öppna för alla. Dessa grupper bevakar olika delar av specialiteten, ger ut ARG-rapporter och medverkar till vidareutbildning.

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

För specialister som är medlemmar i SFOG anordnas fortbildningskurser.

De flesta som söker nytt medlemskap är fortfarande under utbildning. Obstetriker/Gynekologer under Utbildning – (OGU) är en av flera intressegrupper inom SFOG. OGU vänder sig till alla under specialistutbildning men även till vikarie- och yngre kolleger med intresse för specialiteten och yngre specialister. Aktiviteterna syftar bl.a. till att bevaka specialistutbildningens utformning och innehåll, att försöka underlätta för internationellt utbyte som del av utbildningen och att arrangera en årlig konferens för utbildning och debatt om utbildningsfrågor inom specialiteten. Sedan drygt ett år tillbaka är också SFOG huvudman för att organisera ST-kurser för blivande specialister.

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

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