

Kvinnoläkaren



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



Välkomna till SFOG-veckan i Malmö

SFOG-kurser hösten 2020

SNAKS

KVINNOLÄKAREN

Ansvarig utgivare: Radha Korsoski
E-post: radha.korsoski@sfog.se
Layout: Moniqa Frisell
All korrespondens ställs till föreningen:
SFOG-Kansliet, Klara Östrå Kyrkogata 10
Box 738
101 35 Stockholm
Tel: 08-440 01 75
Jessica Hortelius och Diana Mickels
E-post: kansliet@sfog.se
Internet: www.sfog.se
Annonser: Radha Korsoski
E-post: radha.korsoski@sfog.se
Platsannonser hemsidan: kansliet@sfog.se

SFOGs styrelse 2019:

Ordförande: Eva Uustal
Kvinnokliniken Linköping
E-post: eva.uustal@sfog.se
Vice ordförande: Michael Algovik
Västervik
E-post: michael.algovik@ltkmar.se
Facklig sekreterare:
Helena Kopp Kallner
Tel: 070-440 20 70
E-post: helena.kopp-kallner@ki.se
Skattmästare: Henrik Graner
Örebro
E-post: henrik.graner@regionorebrolan.se

Vetenskaplig sekreterare:

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

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

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

E-post: ellika.andolf@ki.se
Adjungerad utbildningssekreterare:

Marie Bixo
Umeå
E-post: marie.bixo@umu.se

Redaktör för Kvinnoläkaren:

Radha Korsoski
Göteborg
E-post: radha.korsoski@sfog.se
Webbansvarig: Malin Sundler
Malmö

E-post: malin.sundler@livio.se
Ledamot: Marie Wikström Bolin
Sundsvall
E-post: marie.wikstrombolin@sfog.se

Ledamot/OGU-representant:

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

Tryck: Elanders
ISSN 0284-8031

— Ordförande har ordet —



Hej kära SFOG-medlemmar!

I Linköping har hösten övergått i vår. Utan snö ligger allt möjligt och töar fult. SFOGs styrelse är i gång med många ärenden och uppdrag och arbetsgrupperna strävar på.

I styrelsen diskuterar vi vidare om fortbildning. Frågan om det behövs fler strukturerade subspecialiserings/profilområden för att skärpa fortbildningsbehoven hos SFOGs medlemmar ställs mot det lika viktiga behovet av att behålla en sammanhållen specialitet. Någon måste ju kunna vara jour och bakjour samtidigt som man vill få bli duktig på sitt profilområde. Vi välkomnar medlemmarnas åsikter i frågan, gärna på Kvinnoläkarens Facebookgrupp eller via mail.

Vår specialitet är ständigt granskad av sociala och andra medier. Från att ha varit en lite tystlåten organisation med bara enstaka debattartiklar förekommer nu SFOG på Facebook och lite oftare i allmän press. Som ordförande får jag många frågor om vår hållning i olika frågor.

För att behålla professionens trovärdighet och skapa trygghet i vården, behövs vi visa att vi bryr oss om behovet av kommunikation. SFOG-rådet kring

induktion på grund av graviditetslängd togs därför fram på rekordkort tid av perinatal-ARG och representanter för Barnmorskeförbundet. Det fick direkt spridning med hjälp av Läkaresällskapets presavdelning och våra organisationer kunde visa allmänheten och media att vi lyssnar och agerar. Det var uppskattat. Vi har därefter fått en del både positiv och negativ återkoppling av kollegor som i vissa fall inte läst själva rådet.

Jag fascinerar över vårt sökande efter evidens som om det finnes en entydig sanning-den heliga graalen. Det finns till exempel ett flertal metaanalyser kring induktion på grund av graviditetslängd. Beroende på urvalskriterier och population kommer de till olika konklusioner. Oavsett god vetenskaplig stringens och metod kvarstår att tolkningen av resultaten ändå blir subjektiv och färgas av författarens mind-set- Cochrane, HTA eller WHO spelar ingen roll. Debatten om induktionstidpunkt böljar vidare, fram och åter.

Nu har Nationella programområdesgruppen, NPO, utsett en Nationell arbetsgrupp, NAG, som har i uppdrag att

I DETTA NUMMER

Spiralinsättning vid kejsarsnitt? Svar – JA!	7
SFOG-kurser hösten 2020	11
SNAKS	14
OGUs ordförande informerar	19
OGUs vetenskapliga program – SFOG-veckan 2020	21
Linn och Emma representerar Sverige på ENTOG-utbyte i Norge	22
Intervju med Ylva Strandberg på uppdrag för MSF	24
Nya avhandlingar	27

skapa induktionsrekommendationer som regionerna sedan förbinder sig att följa. Det ska bli spännande att se om regionerna följer just dessa råd när det finns så många andra råd och riktlinjer som är lite valfria att följa trots stabilt vetenskapligt underlag.

Jag har tidigare skrivit om hur många av SFOGs medlemmar som får utredningsuppdrag från Socialstyrelsen, SKR och SBU. Regeringen uppmärksammar ju lite slumpartat olika brister i vården och ger sina myndigheter i uppdrag att lösa problemet. När uppdragen åtföljs av ersättning till arbetsgivarna, som det gör från SBU, Socialstyrelsen och LÖF, finns det i alla fall en teoretisk chans att man kan ersätta bortfallet i produktion med andra personer. NPO och NAG däremot, förväntar sig att klinikerna ska stå för lönekostnaden. Det är så bakvänt att klinikerna ska bekosta beordrade utredningsuppdrag och samtidigt spara på t ex jourlinjer och fortbildning. En annan pikant abrovink: medel från "Satsningen" på kvinnosjukvård används för att skapa parallella utvärderingsprojekt, både av SKR internt och på myndigheten för Vårdanalys. Utvärderingen sker i efterhand, långt efter att efter att pengarna betalades ut till regionerna utan några instruktioner om vad de skulle användas till. SKR har skapat kvalitetsindikatorer med hjälp av SFOGs experter. Självklart är indikatorerna desamma som vi redan registrerar och rapporterar i våra register. SKR kommer dock att bara visa på resultat för hela riket, inte per region, eftersom man inte vill peka ut någon region. Graviditetsenkäten till alla förlösta kvinnor, som Graviditetsregistret och Bristningsregistret varit med om att ta fram sedan 2012 ska nu enligt uppgift komma igång nationellt. Även här betonar man att det är regionerna och klinikerna som ska äga data för sin egen förbättring och

slippa skämmas. Någon plan för allmän återrapportering eller forskning har man inte hunnit skapa trots att vi efterfrågat det från start.

Det är ledsamt om vi som profession, som har kommit längre än de flesta i register- och förbättringskunskap, nu behöver falla undan för regionernas ovilja till granskning. Det är påminner om hur det var på 90-talet när GynOp startade. I början ville man ogärna yttra sig om vad som var bra eller dålig vård- man ville inte stöta sig med klinikerna och riskera att de skulle sluta registrera. Nu har vi 23 år senare äntligen enats om målvärden för stora delar av kvinnosjukvården. Klinikerna får överblick över sina förbättringsområden. Det är modigt och det ska bli extra kul att läsa Kvinnoklinikernas årsrapport. Vi bjuder på varsitt ex till SKR och myndigheten för Vårdanalys!

Myndigheten för Vårdanalys, som är satta att utvärdera effekterna av Satsningen, har gjort en egen enkät till kvinnor som fött barn de senaste fem åren med flervalsfrågor om vad man tyckte om förlossningsvården. Den riktade sig särskilt till kvinnor som inte var födda i Sverige. Den var dock inte översatt till något annat språk. Svarsfrekvensen var blygsam. Man har inte ställt frågorna till företrädare för SFOG eller BMF, läkare eller barnmorskor, om vad man upplever som de viktigaste förbättringsområdena. Preliminära resultat visar att man upplever brister i eftervård, för lite information och rädsla för att inte få plats på förlossningen. Rekommendationer om eftervård och patientinformation på många språk presenterades i Bäckebottenutbildning.se 2017.

LÖF, Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag som ägs av regionerna, och finansieras av skattemedel, har sedan 00-talet bidragit stort till patientsäkerheten inom vår specialitet genom projektet

Säker förlossningsvård. LÖF har finansierat och administrerat framtagandet av gratis webbutbildningsprogram som utarbetats av och för gynekologer, obstetriker, barnmorskor och neonatologer. Hela Sverige kan använda samma språk och samma riktlinjer. De medicinska resultaten förbättras.

Användarsiffrorna för 2019 är imponerade. CTG-utbildningen hade 73700 besökare och 116600 sessioner. Bäckebottenutbildningen hade 71700 besökare och 103700 sessioner. Neo-HLR-utbildningen hade 38500 besökare och 59700 sessioner. NEWS2utbildningen visade upp 12700 besökare och 18200 sessioner. Tack vare en bra web-byrå som kan pedagogik är dessa utbildningar en utmärkt kunskapskälla för oss. Det är spännande att tänka på vad man skulle kunna göra även inom andra delar av specialiteten. Web-utbildning och årliga kunskapsprov om endometrios? Blödningsrubbningar? Cervixcancerprevention? Abortvård? STD? Ultraljud? Det finns enorma möjligheter. Tänk om bara lite av alla medel för att förbättra kvinnosjukvården kunde ha använts för sådan kunskapsutveckling- vilken patientnytta!

För övrigt funderar jag på om LÖF har tänkt att byta namn nu när landsingen blir regioner.

SFOG-veckan i Malmö har som väntat fått ett fullmatat och intressant program. Fina lokaler mitt i stan och massor av trevliga kollegor - det ser vi fram emot!

Utan tvivel är man inte riktigt klok (Tage Danielsson)

Eder, Eva

REDAKTÖRENS RUTA

Min 9-åriga son blev oerhört lättad när flyget till Milano blev inställt. Corona återkommer flera gånger per dag i samtalen hemma och frågorna är många. Begrepp som pandemi, karantän, smittspridning, flygförbud, mm. mm. får förklaras. Det är lätt att förstå att det skrämmer och är svårt att omfatta för en 9-åring. Och även svårt för mig, som ändå har så mycket mer kunskap och tillgång till informationskällor. Vad ska en tro på? Medierna fylls med information och tyckande, rykten och rena hittepå. Och går det att föreställa sig en situation med stor spridning i samhället och stor belastning på sjukvården? Vad kommer det att betyda för mig? Och för dig? Vi inom professionen har ett stort ansvar att hålla information saklig och att inte dras med i panikåtgärder. Jag känner stor ödmjukhet och respekt för det arbete som Folkhälsomyndigheten och Smittskyddsinstitutet gör, och för alla regioner som febrilt arbetar med att få rutiner och utrustning på plats.

Detta nummer innehåller inte information om Corona men är nog så spännande och läsvärt ändå!

Så håll huvudet kallt, fötterna varma och händerna rena!

Hälsningar Er redaktör *Radha*

Följande tider gäller för Kvinnoläkaren 2020:

Nr	Deadline	Utkommer
Nr 3	4 maj	8 juni
Nr 4	14 september	19 oktober
Nr 5	2 november	7 december

Manus skickas via epost till:
Redaktör Radha Korsoski
Epost: radha.korsoski@sfog.se

Adressändring ska göras till:
SFOG Kansliet
Box 738 • 101 35 Stockholm
eller kansliet@sfog.se

Nya medlemmar

Monisha Pandita, Karlskrona

Camilla Tjörnvik, Göteborg

Isabel Kolmodin, Jönåker

Deborah Utjes, Järfälla

Fredrik Ahlström, Norrköping

Hugo Aronzon, Väservik

Klara Törneke, Skövde

Matilda Dehlin, Göteborg

Susanna Alder, Stockholm

Oscar Hernan Penaloza Gonzalez,
Karlstad

Christina Östeberg Lloyd, Lund

Johanna Olsson, Halmstad

Saida Hashimi, Helsingborg

Henrik Makokha.Sandell, Uppsala

Andrea Stuart, Helsingborg

Anastasija Arechvo, Limhamn

Jakob Nordström, Uppsala

ÅRS AVGIFTER

Medlemsavgift SFOG

1200:-

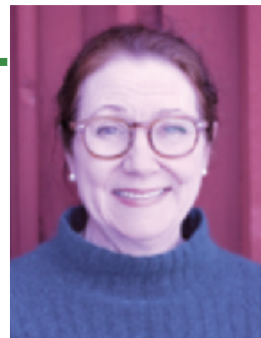
Inkluderar medlemskap i NFOG samt prenumeration på

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:-



Kära kollegor i SFOG,

Söndag eftermiddag och jag sitter och tittar ut på en virvlande snöstorm som plötsligt drabbat Umeå. Tankarna vandrar i efterdyningarna från strategidiskussioner med SFOGs styrelse.

Vart är vi på väg? Hur ska vi kunna hålla ihop vår specialitet i framtiden och även locka flera att bli våra kollegor? Måste man välja mellan obstetrik och gynekologi? Vi har två subspecialiseringar idag och det kommer förslag på flera. Risk eller möjlighet? Tenderar vi att skapa ett A- och ett B-lag? Vi behöver spetskompetenser men vi har också ett stort uppdrag att sköta basal vård, dygnet runt, årets alla dagar. Hur säkerställer vi att alla kollegor inom vår specialitet får fortbildning som verkligen stödjer ett livslångt lärande? Begreppen fort(satt)bildning och vidareutbildning beskriver ju en framåtsträvan, att ständigt bli bättre. Denna utveckling utgår från individen och blir per definition högst individuell. Hur ska vi förhålla oss till produktionskrav och administrativ "overload" som blir hinder för vår professionella utveckling? Vi vill ju ge våra patienter den bästa möjliga vården och för det krävs tid och resurser för fortbildning. Frågorna är många.

Den nya fortbildningspolicy som SFOG-styrelsen beslutade om i december, och som finns på hemsidan, är tänkt

att vara ett stöd till alla kollegor och chefer att strukturera fortbildning i ett längre perspektiv. Jag vill uppmana alla att läsa den och använda de olika portföljerna som beskrivs utifrån individuella behov och önskemål. Alla portföljer passar inte i alla situationer. Lämpligen följer man upp progressionen i utbildningsportföljerna i samband med det årliga medarbetarsamtalet.

Vi ska vara medvetna om att i många andra länder finns re-certifieringssystem för specialister, något som vi hittills velat undvika i Sverige. Därför måste vi se till att ha ett fungerande system för fortbildning och SFOG har en viktig funktion i detta. Som ni vet erbjuder SFOGs verksamhet många möjligheter till fortbildning. Fortbildningskurserna för specialister bygger på enskilda kursgivares initiativ och entusiasm men många av dessa kurser är ganska smala. Det behövs också kurser för dem som fortsatt har en bred, klinisk verksamhet. Vi arbetar för närvarande med att ta fram mallar för två sådana kurser, dels Bakjourskursen (som behöver komma igång igen), dels en kurs i Öppenvårdsgynekologi. Andra förslag på kurser som saknas mottages tacksamt.

Förutom kurserna är ett gyllene tillfälle till fortbildning förstås SFOG-veckan, som i år arrangeras i Malmö. Programmet är som vanligt högaktuellt

och kan redan nu ses på SFOGs hemsida. Dags att planera in ett besök i Malmö i augusti!

För den som inte redan är medlem i en AR-grupp är det hög tid! ARG-verksamheten är helt unik i Sverige bland de olika specialitetsföreningarna och en verksamhet vi ska vara mycket rädda om. Att arbeta i en AR-grupp och delta i att ta fram råd och riktlinjer är ett utmärkt sätt att fortbilda sig på. Alla kollegor bör vara med i minst en AR-grupp!

Eftersom det är bokrea-säsong kommer här slutligen ett litet boktips: *How doctors think* av Jerome Groopman, en liten pärla till bok som väcker en hel del tankar om hur vi läkare faktiskt fungerar när det är som bäst (och sämst).

Glada vårvinterhälsningar!

Marie Bixo, fortbildningssekreterare

ANMÄLAN ÖPPEN!

www.sfogveckan.se

Spiralinsättning vid kejsarsnitt – är detta något för Sverige?

Svar – JA!

Spiral står högst på listan som ett av våra mest effektiva preventivmedel. I studier gällande val av preventivmedel efter abort ger spiral det mest effektiva skyddet för att undvika en ny oönskad graviditet. De hormoninnehållande spiralerna har med sin mensvärksmildrande och blödningsreducerande effekt dessutom den högsta nöjdheten bland användare av preventivmedel.

Vi vet idag att många kvinnor under sin mest fertila period i livet saknar ett effektivt preventivmedel, samtidigt som forskning alltmer visat på betydelsen av att kunna planera sina graviditeter och sin familjebildning. Tiden efter förlossning innebär för många en period utan skydd för oönskad graviditet. Studier visar att ca 2,5 % av kvinnor i Sverige som fött barn gör en abort inom 2 år efter förlossning, vilket motsvarar ca 3000 aborter. I Sverige har vi av tradition erbjudit preventivmedelsrådgivning först på efterkontrollen på barnmorskemottagningen ca 6-12 veckor efter förlossningen, även om en del motiverade barnmorskor berört ämnet redan under kvinnans graviditet. Cirka en tredjedel av kvinnor i Sverige uteblir dessutom från efterkontrollen och går miste om både förskrivning och initiering av preventivmedel i denna period av livet.

I flera andra länder har spiralinsättning vid kejsarsnitt varit rutin sedan flera år, och det är välstuderat som effektivt och säkert.

På Danderyds sjukhus har vi sedan maj 2019 börjat erbjuda patienter som ska genomgå planerat kejsarsnitt att få en spiral insatt i samband med operationen. Projektet är en del av ett FARG-projekt där vi beslutade att börja i liten skala. En

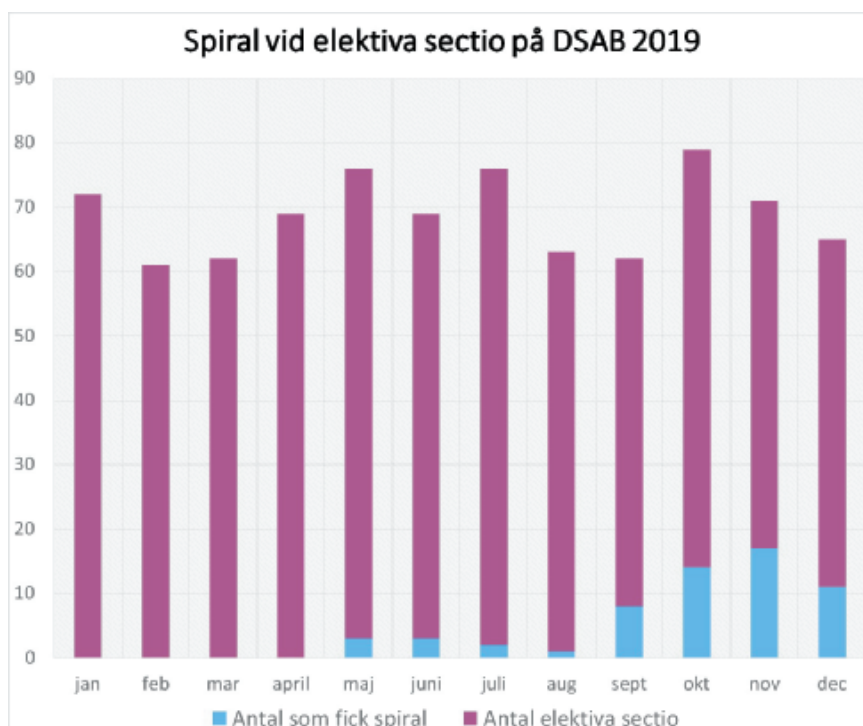
pilotstudie på KK Danderyd under hösten visade att ca 40 procent av alla kvinnor som hade fött via planerat kejsarsnitt hade valt spiral i samband med sitt snitt om de hade fått frågan. Efter en informationsrunda om metoden valde ett par månader senare ca 35% spiralinsättning vid sitt elektiva snitt, av de kvinnor som nåtts av informationen om erbjudandet. Detta visar att det finns såväl behov som hög acceptabilitet hos våra kvinnor!

Hur har vi då gått tillväga?

I korthet har vi gjort så att kvinnor informeras om möjligheten till spiralinsättning i samband med "snittet" antingen via sin barnmorska på Mödravården mot slutet av sin graviditet eller vid inskrivningen. En skriftlig information skickas

hem i kallelsen till inskrivningsbesöket på sjukhuset inför kejsarsnittet. Vid inskrivningsbesöket ges kort samma information. Vi ger ingen utförlig preventivmedelsrådgivning utan om kvinnan behöver sådan får hon kontakta sin mödrahälsovård. Recept skrives om hormonspiral önskas, vilket patienten hämtar ut och bekostar själv. Kopparspiral finns i Stockholm gratis på operationsavdelningen. Patienten operationsanmäles för elektivt kejsarsnitt och insättning av intrauterint preventivmedel.

Vid kejsarsnittet ser man först till att ha uppnått en rimlig hemostas med tex suturer eller peanger i hörnen av uterotomin. Sedan tas spiralen ut ur införelaren och trådarna klipptes till ca 20 cm långd.





Spiralen förs upp i fundus.



Man vänder på införaren för att föra ner trådarna.

Plaströret klipps av för Mirena, Kyleena eller Jaydess och man tar ut den smalare införaren ur plaströret. För kopparspiral eller Levosert behövs ej detta- där har man ju redan ett fritt rör. Sedan petas trådarna tillbaka in i det större plaströret. Spiralkroppen hålles manuellt uppe i fundus uteri medan trådarna förs ner genom cervix med hjälp av plaströret (se bild). Vi har mer och mer övergått till att använda plaströret då det är svårt att få ner trådarna ordentligt med peang i en trång och omogen cervix. Därefter sys uterotomin som vanligt.

Efter kejsarsnittet är det viktigt att spiralinsättningen kodas i Obstetrix - TLC 00 så att åtgärden registreras i graviditetsregistret. Vårt förslag är att operatören för snittet sätter koden i Obstetrix samtidigt som operationsberättelsen skrives, men uppgiften att koda rätt kan naturligtvis ligga på någon annan. Från Graviditetsregistret kan vi som bekant få ut statistik på hur många kvinnor som får spiral i samband med sitt elektiva snitt.

Efter kejsarsnittet ombedes kvinnan gå på efterkontroll hos sin barnmorska ca 10-dagar - 3 veckor efter snittet. Spiraltrådarna kan då behöva klippas eftersom livmodern dragit ihop sig och trådarna eventuellt blivit får långa i relation till uterusmåttet. Om inga trådar är synliga vid uppföljningen rekommenderas kontroll av spiralläget med vaginalt ultraljud så att kvinnan inte stött ut spiralen utan att märka det.

Sammanfattningsvis är vår erfarenhet på KK Danderyd att intresset för spiralinsättning i samband med planerat kejsarsnitt är mycket stort - ca 35% av de som nåtts av informationen - och att många patienter väljer detta. Det har gjort att personalen- såväl läkare som barnmorskor och operationspersonal- upplever detta som viktigt och välfungerande! Erfarenheten pekar mot att det går bra att införa detta nya arbetssätt men det kräver engagerad personal, olika informationsvägar och upprepad information innan nya rutiner sätter sig.

Resultatet av det här arbetet har presenterats vid FARG-mötet i Stockholm i november och mottogs entusiastiskt. BB Stockholm har redan startat upp med erbjudandet. Vi tycker att så många kvinnor som möjligt ska få denna chans och vår förhoppning är att det här ska bli en valmöjlighet för alla kvinnor i Sverige.

Karin Lichtenstein Liljeblad, öl KK Danderyd, doktorand Karolinska Institutet, Stockholm

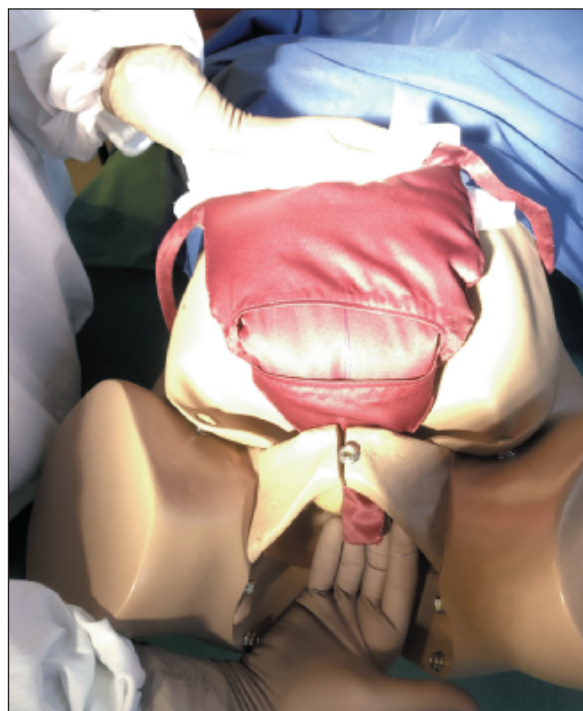
Helena Kopp Kallner, öl, KK Danderyd, docent, Karolinska Institutet, Stockholm

Hanna Lövbrand, ST-läkare, KK Danderyd

Jan Brynhildsen, öl KK Linköping, professor, BKV, Linköpings universitet



Införaren förs ner i cervix.



Trådarna ska vara ner i cervix.

Patientinformation om spiral efter kejsarsnitt

Danderyds Sjukhus kommer att erbjuda kvinnor som kommer för planerat kejsarsnitt att få en spiral i samband med kejsarsnittet. Detta har visat sig säkert och effektivt i flera studier [1, 2, 3] Spiralinsättningen påverkar inte amningen eller barnet.

Recept för spiralen kan antingen skrivas av din barnmorska eller vid inskrivningen på sjukhuset. Om du väljer hormonspiral ska du ha med den på dagen för kejsarsnittet. Kopparspiral är gratis och finns på sjukhuset. Kejsarsnittet görs precis som vanligt men efter att barnet har fötts så förs spiralen in på plats. Därför syr man ihop såret som vanligt. Du ska inte märka någon skillnad jämfört med om du inte fått någon spiral.

Om du väljer att få en spiral insatt bör du planera ett besök hos din barnmorska ca 10 dagar-3 veckor efter kejsarsnittet för att se att spiraltrådarna inte blivit för långa eftersom livmodern krymper efter en förlossning. Trådarna klipps då till 2-3 cm som vanligt. Du kan göra din efterkontroll i samband med detta besök. Om barnmorskan inte ser några spiraltrådar bör du boka för ett ultraljud för att säkerställa att du inte stött ut spiralen. Om du själv märker att du stöter ut spiralen är detta inget farligt. Du kan då ta kontakt med din barnmorskemottagning för en ny spiralinsättning. Tyvärr måste du då köpa en ny spiral om du valt hormonspiral.

Maria Persson
Verksamhetschef

Maria Sjöstrand
Obstetrisk sektionschef

Ansvarig avd 17

Referenser

1. Heller R, Johnstone A, Cameron ST. Routine provision of intrauterine contraception at elective cesarean section in a national public health service: a service evaluation. Acta Obstet Gynecol Scand. 2017 Sep;96(9):1144-1151. PubMed PMID: 28590560.
2. Levi EE, Findley MK, Avila K, et al. Placement of Levonorgestrel Intrauterine Device at the Time of Cesarean Delivery and the Effect on Breastfeeding Duration. Breastfeed Med. 2018 Oct 30. PubMed PMID: 30376369;
3. Jatlaoui TC, Whiteman MK, Jeng G, et al. Intrauterine Device Expulsion After Postpartum Placement: A Systematic Review and Meta-analysis. Obstet Gynecol. 2018 Oct;132(4):895-905. PubMed PMID: 30204688.

SFOG-kurser hösten 2020

Minimalinvasiv kirurgi vid hysterektomi

Kursledare: Malin Brunes, Peter Anfelter och Marie Westergren Söderberg

Tid: 2-4 september 2020 (ons -fred)

Plats och ort: Södersjukhuset samt Bergrummet -4, Stockholm

Avsedd för: 30 specialister i obstetrik och gynekologi

Program: Kursen kommer att gå igenom fördelar med minimalinvasiv kirurgi vid hysterektomi jämfört med öppen teknik. Indikation för hysterektomi. Preoperativ bedömning inklusive ultraljudsdiagnostik. För och nackdelar med subtotal jämfört med total hysterektomi. Pre och postoperativt omhändertagande. Komplikationer vid hysterektomi. Kursen kommer att beskriva de olika minimalinvasiva tekniker som finns idag dvs vaginal, laparoskopisk och robotassisterad laparoskopisk teknik. Varje kirurgisk teknik kommer att beskrivas steg för steg och för och nackdelar med de olika teknikerna kommer att diskuteras. En av dagarna planeras tre liveoperationer: vaginal, laparoskopisk och robotassisterad hysterektomi.

Den tredje dagen finns möjlighet att träna laparoskopisk kirurgi på gris såsom tex suturering samt dissektionsteknik under handledning. Obs! Begränsat antal platser 12 st.

Kursmål: Känna till de olika operationsmetoderna vid minimalinvasiv kirurgi för hysterektomi, dess för- respektive nackdelar och indikationer. Fördjupad kunskap om kirurgisk teknik för de olika teknikerna. Kirurgisk träning dissektion gris.

Examination: Skriftlig examination

Kursavgift: 15 000 kr inklusive grisdissektion, 10 000 kr om endast dag 1+2

Kontaktperson: Kliniksekreterare Camilla Strandell, camilla.strandell@sll.se

Gynekologiska blödningsrubbningar

Kursledare: Pietro Gambadauro, docent (Uppsala) och Ramesan Navaratnarajah, senior lecturer/RCOG tutor (London)

Tid: 10-11 september 2020 (tor-fre v37)

Plats och ort: Uppsala

Avsedd för: 20-30 specialister i obstetrik och gynekologi med intresse för gynekologiska blödningsrubbningar.

Program: Definitioner, etiologi och epidemiologi. Utredning. Specifika situationer: Myom, polyper, hormonrubbning, koagulationsrubbning, akut blödning, tidig graviditet; mm. Medicinsk behandling. Radiologi. Kirurgi med fokus på hysteroskopi och andra minimalinvasiva åtgärder.

Kursmål: Att kunna analysera och utvärdera olika strategier för utredning och behandling av gynekologiska blödningsrubbningar med stöd av bred och uppdaterad kunskap.

Examination: Kontinuerligt genom interaktiva övningar och diskussion.

Kursavgift: 8 800 kr exkl. moms.

Kontaktperson: gynkurs@reproductivesurgery.net; pietro.gambadauro@kbh.uu.se; www.reproductivesurgery.net/kurs

Ultraljudsbedömning av fosterhjärtat

Kursledare: Eva Bergman, överläkare, med.dr., obstetrik och gynekologi, Fostermedicinska mottagningen, Akademiska sjukhuset, Uppsala.

Gunnar Bergman, överläkare, med.dr., Barnhjärtcentrum Stockholm-Uppsala

Helena Holmgren, barnmorska, Kvinnokliniken, Sundsvalls sjukhus, Sundsvall

Tid: 30 september – 2 oktober 2020 (ons- fre v 40).

Plats och ort: Kvinnokliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala
Avsedd för: Påbyggnadskurs för specialister i obstetrik och gynekologi vilka utför avancerat fosterultraljud och fosterhjärtbedömningar. Barnmorskor med en tidigare genomgången grundutbildning inom ultraljud (barnmorskor med minst två års ultraljudserfarenhet kommer att prioriteras).

Max 30 deltagare.

Program: Normal fosterhjärtundersökning med ultraljud. Normal anatomi och fysiologi. Hjärtmissbildningar, arytmier och hjärtfunktionsstörningar. Klinisk betydelse, behandlingsmöjligheter och prognos. Bildoptimering. Rikligt med bild-demonstrationer av normala och onormala fall. Gruppuppgifter, etik, samt inlämningsuppgift. Daglig Quiz.

Kursmål: Deltagarna ska klara att i ultraljudsbilder från de fem standardprojektionerna identifiera och känna igen anatomiska och funktionella avvikelser inom fosterhjärtat. Deltagarna skall själva kunna producera representativa bilder i dessa 5 plan, vilket skall redovisas i en inlämningsuppgift innan kursstart.

Examination: Inlämningsuppgift samt bildtolkningstest.

Kursavgift: 8 000 kr exkl. moms

Kontaktperson: Helena Holmgren, helena.holmgren@rvn.se

Från förlossningsskada till prolaps - bäckenbottendysfunktion genom livet

Kursledare: Med dr Gunilla Tegerstedt och specialistläkare Sofie Karlström

Tid: 14 -16 oktober 2020

Plats och ort: Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge

Avsedd för: 24 specialister i obstetrik och gynekologi

Program:

Dag 1: I föreläsningsform belysning av epidemiologiska och gynekologiska aspekter på bäckenbottendysfunktion, framförallt prolaps.

Dag 2-3: Kirurgisk behandling av olika former av prolaps (deltagande på operationssalen och länköverförd live-operation), bäckenbottenbedömning av sjukgymnast och liveundersökning av patienter med bäckenbottenultraljud (Voluson och BK). Undervisningen sker gruppvis.

Dag 3: Postoperativa komplikationer. Konservativ behandling av bäckenbottendysfunktion, framförallt tarmbesvär. Det tvärprofessionella teamarbetet belyses med hjälp av sjukgymnast, uro/tarmterapeut och barnmorska från Karolinska Bäckerbottencentrum.

Kursmål: Efter genomgången kurs ska deltagarna kunna förstå bakomliggande orsaker till symtomgivande bäckenbottendysfunktion och förstå betydelsen av rätt utredning samt föreslå behandling och uppföljning av kvinnor med bäckenbottendysfunktion.

Examination: Sker kontinuerligt vid diskussioner under seminarier och praktiska övningar.

Kursavgift: 10 000 SEK exkl moms, lunchmåltider och kaffe ingår i kursavgiften.

Kontaktperson: Cecilia Jansson, cecilia.ma.jansson@sll.se

Förlossningsskador: Perineala och levatorskador – diagnostik och handläggning inklusive akuta och sena komplikationer

Kursledning: Med Dr Riffat Cheema,
Med Dr Ligita Jokubkiene

Kurstid: 14-15 oktober 2020

Plats och ort: Konferenscentrum, Lilla aulan,
Jan Waldenströms gata 5, Malmö

Avsedd för: 25 specialister i obstetrik och gynekologi

Program: Föreläsningar: viktiga aspekter inom bäckenbottenanatom i innan och efter förlossningen; bäckenbottenfysiologi och funktion; bäckenbottendysfunktion inklusive sexologiska aspekter; utredning av förlossningsskador med fokus på levatorskador; diagnostik och konservativ samt kirurgisk behandling av akuta och sena komplikationer av förlossningsskador; ultraljudets roll i utredning av förlossningsskador inklusive levatorskador; undersökning av normal bäckenbottenanatom i, inklusive tre-dimensionellt ultraljud (Voluson och BK); dynamisk ultraljudsundersökning; rikligt bildmaterial; fall presentationer; demo/live scan av patienter med normal bäckenbottenanatom i samt med förlossningsskada mm.

Mål: Efter genomgången kurs skall deltagarna kunna bäckenbottens anatom i och bakgrund till diagnostik och åtgärder av förlossningsskador och utredning samt åtgärd av akuta och sena komplikationer inklusive levatorskador.

Examination: Sker kontinuerligt vid diskussioner under seminarier och praktiska övningar. Skriftlig examination sker i slutet av kursen.

Kursavgift: 10 000 kr exkl. moms

Kontaktperson (vid frågor eller fullbokad kurs):
ligita.jokubkiene@med.lu.se

Avancerad antikonception för specialister

Kursledare: Susanne Sjöström, Ingrid Sääv,
Helena Kopp Kallner, Kristina Gemzell Danielsson

Tid: 5-6 november 2020 (tor - fre v 45)

Plats och ort: Ulfunda slott, Stockholm

Avsedd för: 20 specialister i obstetrik och gynekologi

Program: Kursen, där svenska och internationella experter undervisar, erbjuder fördjupad kunskap om preventivmedels biologiska mekanismer och epidemiologi med fokus på komplicerade tillstånd som interkurrenta sjukdomar, biverkningar, hälsoeffekter och blödningsproblematik. Stor vikt kommer att läggas på interaktiva falldiskussioner där kursdeltagarna förväntas förbereda diskussionsunderlag och ta med autentiska fall.

Kursmål: Efter genomgången kurs ska deltagarna ha fördjupade kunskaper om preventivmedels potential och verkningsmekanismer, ökad förståelse för olika sidoeffekter och hur dessa

kan hanteras samt ha ökad kunskap om handläggning av komplicerade fall till exempel vid interkurrent sjukdom och ärftliga tillstånd.

Examination: Sker kontinuerligt genom interaktivt deltagande och falldiskussioner.

Kursavgift: 8 000 kr exkl. moms. Kostnad för internat 2 300 kr tillkommer.

Kontaktperson: Susanne Sjöström,
susannesjostrom@hotmail.com

Ultraljudskurs för barnmorskor som jobbar inom abortverksamhet

Kursledare: Med dr Ligita Jokubkiene, bm Roxana Leyton

Språk: Svenska

Kurstid: 23-24 november, 2020.

Plats och ort: Aulan, Kvinnokliniken,
Jan Waldenströms gata 47, 20502 Malmö, Sverige.

Avsedd för: 14 barnmorskor som jobbar inom, eller planerar att jobba inom, abortverksamhet. Obligatoriskt med namngiven handledare i ultraljuddiagnostik inom obstetrik och gynekologi och godkännande av verksamhetschef.

Program: Målet med kursen är att ge utbildning i praktisk ultraljuddiagnostik för barnmorskor som är aktiva inom abortvården. Kursen avser vaginal ultraljudsundersökning i tidig graviditet med graviditetsdatering enligt CRL t o m graviditetsvecka 8 + 6. Kursen innehåller teoretiska föreläsningar om anatom i, ultraljudsundersökningsteknik, bildoptimering, ultraljudsfynd i tidig graviditet vid normal graviditet, graviditet-längdsuppskattning, avvikande ultraljudsfynd, missfallsdiagnostik och etik. Två halvdagar av kursen är avsedda för praktiska övningar samt auskultation med hands-on praktisk träning.

Examination: Efter genomgången kurs, godkänd tenta, godkänd examination av handledare och godkänd logg-bok med 30 fall, av kursledningen, erhålls certifikat. Stor vikt läggs på bildoptimering. Målet är att uppnå examination inom ett år efter avslutad kurs. Alla moment ska vara godkända för att erhålla certifikat.

Kursmål: Efter genomgången kurs skall deltagarna kunna använda gynekologiskt ultraljud för att systematiskt undersöka kvinnor i tidig graviditet inom abortverksamhet, optimera bild och datera graviditet t o m v 8+6 samt upptäcka när ett avvikande ultraljudsfynd avseende graviditeten föreligger.

Kursavgift: 13 500 kr exkl. moms

Kontaktperson vid fulltecknad kurs samt frågor kring anmälan och kursen: ligita.jokubkiene@med.lu.se

Tre-dimensionellt (3D) ultraljud inom gynekologi

Kursledare: Ligita Jokubkiene m fl

Språk: Svenska

Tid: 26-27 november, 2020.

Plats och ort: Medicinskt forskningscentrum,
Jan Waldenströms gata 5, Malmö

Avsedd för: 30 specialister i obstetrik och gynekologi med basala kunskaper i ultraljuddiagnostik.

Program: Kursen är riktad mot gynekologer med intresse för tre-dimensionellt (3D) ultraljud. Målet med kursen är att förse kursdeltagarna med grundläggande kunskaper inom 3D ultraljud och dess användning inom gynekologi.

Teoretiska föreläsningar:

- 3D ultraljudsundersökningsteknik, bildupptagning,
- 3D ultraljudsbildanalys- manuell och automatiserad
- praktisk användning inom klinisk verksamhet
- rikligt bildmaterial inklusive fall

Praktiska övningar:

- hands-on övningar på basal och avancerad nivå med hjälp av software dedikerad för 3D ultraljud
- 3D ultraljudsbildanalys av kliniska fall

Examination: Skriftlig och praktisk examination sker i slutet av kursen.

Kursmål: Efter genomgången kurs skall deltagarna kunna använda 3D ultraljud inom gynekologi

Kursavgift: 10 000 kr exklusive moms

Kontaktperson och frågor kring anmälan:
ligita.jokubkiene@med.lu.se

Reproduktionsmedicin och -kirurgi

Kursledare: Pietro Gambadauro

Tid: 25-27 november 2020 (ons-fre v 48).

Plats och ort: Uppsala

Avsedd för: Ca 25 specialister i obstetrik och gynekologi med kliniskt/vetenskapligt intresse för reproduktionsmedicin/kirurgi samt gynekologer under subspecialisering i Reproduktionsmedicin.

Program: Infertilitet: definitioner, manlig och kvinnlig utredning (hormonell, bilddiagnostisk, endoskopi) och prognos (t.ex. ovarialreservtest). Oförklarad infertilitet. Hormonell dysfunktion relaterad till infertilitet. Ovulationsstimulering. Insemination. Ovariell, tubar och uterin faktor (uterusmissbildningar, myom, polyp, adenomyos, adherenser). Endometriosis och infertilitet. Upprepade missfall. Endoskopi och fertilitetskirurgi (laparoskopi, hysteroskopi). Provrörbefruktning/IVF: indikationer, stimulering, IVF-ICSI labb, komplikationer. Avancerade behandlingar.

Mål: Att kunna analysera och utvärdera olika strategier för utredning och behandling av ofrivillig barnlöshet och vanliga reproduktionsmedicin-relaterade tillstånd.

Examination: Kontinuerligt genom interaktiva övningar/diskussioner.

Kursavgift: 9 600kr exkl. moms (25% moms tillkommer).

Kontaktperson: kurs@reproductivesurgery.net,
pietro.gambadauro@kbh.uu.se;
www.reproductivesurgery.net/kurs;@reprokurs

Högriskobstetrik

Kursledare: Karin Pettersson, Anna Sand, Sissel Saltvedt, Gunilla Ajne

Tid: 28 september – 1 oktober 2020

Plats och ort: Karolinska Universitetssjukhuset Solna, Stockholm

Avsedd för: 30 specialister i obstetrik och gynekologi.

Program: Bakgrund, diagnostik och handläggning av komplicerade obstetriska tillstånd hos den gravida kvinnan så som svår preeklampsi, HELLP, AFLP och hepatos samt differentialdiagnostiska överväganden. Fetala tillstånd som immunisering och intrauterina infektioner ingår samt betydande interkurrent sjukdom hos modern så som hjärtsjukdom, koagulationsrubbning,

reumatisk sjukdom, njur- och leversjukdom, neurologisk sjukdom, IBD, svår psykisk sjukdom och hemoglobinopatier. Kursen inkluderar även obstetrisk anesthesiologi och maternell mortalitet. Falldiskussioner för varje område. Betydelsen av prekonceptionell rådgivning diskuteras.

Kursmål: Efter genomgången kurs förväntas deltagarna kunna identifiera och handlägga de kvinnor och foster med möjlig risk för komplikation inom de områden som ingår i kursprogrammet. Därutöver ges möjlighet att skapa kontakt och nätverk för framtida samarbete kring kliniska patientsituationer.

Examination: Examination sker kontinuerligt genom interaktiva diskussioner, falldiskussioner och kunskapsreflektion varje morgon.

CME-poäng: 32

Kursavgift: 10 000 kr exkl. moms (luncher ingår)

Kontaktperson: Kurssekreterare Cecilia Jansson,
cecilia.ma.jansson@sll.se

Påbyggnadskurs i obstetriskt ultraljud (RUL)

Kursledare: Mårten Ageheim, Med Dr Linda Lindström. Specialtläkare fostermedicinska mottagningen, Akademiska sjukhuset.

Tid: 2-6 november 2020

Plats och ort: Akademiska sjukhuset, Uppsala

Avsedd för: 24 specialister i obstetrik och gynekologi samt barnmorskor som arbetar eller ska arbeta med obstetrisk ultraljudsdiagnostik. Kursen ingår i SFOGs utbildningskoncept när det gäller obstetrisk ultraljudsdiagnostik i samarbete med Riksföreningen för Ultraljudsdiagnostik (RUD).

Program: Kursen innehåller både teoretiska och praktiska moment samt en praktisk examination ca sex månader efter genomgången kurs. De praktiska momenten består av ultraljudsövningar med patient 4x2 timmar.

Kursmål: Efter genomgången kurs (och efterföljande praktisk träning under sex månader) ska deltagarna självständigt kunna bedöma viabilitet, identifiera flerbörd och bedöma chorionicitet, datera graviditet, utföra rutinmässig ultraljudsundersökning, identifiera misstänkta avvikelser, bedöma placentalläge, fosterläge och fostervattenmängd, utföra viktskattning samt ha kännedom om bildoptimering, ultraljudssäkerhet och fosterdiagnostik.

Examination: Kursen avslutas med teoretisk kunskapskontroll. Dessutom planeras en praktisk och teoretisk examination cirka 6 månader efter kursens avslutande, varefter man erhåller intyg från SFOG på att man har kompetens att självständigt utföra rutinultraljudsundersökning under graviditet. Vid anmälan till examination bifogas en loggbok med en typbild för varje punkt på checklistan för rutinmässig ultraljudsundersökning.

Kursavgift: 13 500 kr exkl. moms. Inkluderar avgift för examinationen.

Kontaktperson: Linda Lindström, linda.lindstrom@kbh.uu.se

Obstetrisk fördjupningskurs inklusive handledning och counselling

Kursledare: Ordf i RUD, Elizabeth Crang Svalenius m.fl.

Tid: 11-13 november 2020

Plats och ort: Lovik hotell och konferens, Lidingö, internat med två övernattningar ingår i priset

Avsedd för: Specialister i obstetrik och gynekologi samt barnmorskor med några års erfarenhet av obstetriska ultraljud. Kursen ges i samarbete med RUD

Program: Föreläsningar och falldiskussioner - 1-a trimester, Fosterhjärta, CNS, Tillväxthämningar/Flödesundersökningar, Placenta, Etik, Handledning, Counselling (rådgivning), Hygien

Kursmål: Uppdatera och fördjupa ultraljudskunskaper, samt kunskaper i handledning och counselling. Delta i etiska diskussioner.

Examination: Examination sker kontinuerligt genom interaktivt deltagande, diskussioner och kunskapsreflektioner

Kursavgift: 13 000 kr för icke RUD-medlemmar, 12 000 kr för RUD-medlemmar. Kursavgiften skall vara betald senast 1/11.

Kontaktperson: Christina von Feilitzen, sekr RUD, mail: christinavonfeilitzen@gmail.com

Anmälan kan, förutom via SFOG, ske senast 1/10 till: anne-maj@ultraljud.nu

Perinatologi för specialister i obstetrik och gynekologi

Kursledare: Med dr Marija Simic och docent Ylva Vladic Stjernholm.

Tid: 21 – 23 september 2020 (v 39).

Plats och ort: Obstetrikensheten Karolinska Universitetssjukhuset Solna, Stockholm.

Avsedd för: 25 specialister i obstetrik och gynekologi.

Program: Kursen innehåller föreläsningmoment om den intrauterina miljöns, nutritionens och mikrobiotas betydelse för graviditetsutfall och framtida hälsa, fosterinfektioner, fosterfysiologi och det nyfödda barnets omställning vid födelsen, interkurrenta sjukdomars konsekvenser för mor och barn, intrauterin tillväxthämning, extrem, tidig och sen prematurbörd, konsekvenser av olika förlossningssätt för mor och barn vid olika graviditetslängd, läkemedel och amning, samt betydelsen av interdisciplinärt teamarbete.

I kursen ingår fallseminarium där etiskt och vetenskapligt synsätt belyses.

Kursmål: Efter genomgången kurs ska deltagarna ha fördjupade kunskaper om den intrauterina miljöns, nutritionens och mikrobiotas betydelse för graviditetsutfall och framtida hälsa, läkemedel under graviditet och amning, betydelsen av ett etiskt förhållningssätt och fungerande interdisciplinärt samarbete. Deltagarna ska kunna handlägga interkurrenta sjukdomar i samband med graviditet och förlossning, prematur förlossning, samt redogöra för val och konsekvenser av olika förlossningssätt.

Examination: För godkänd kurs krävs 100% närvaro och aktivt deltagande i avslutande interaktivt seminarium med fallreferat.

Kursavgift: 5 000 kr exkl. moms

Kontaktpersoner: Marija Simic, marija.simic@sll.se och Ylva Vladic Stjernholm, ylva.vladic-stjernholm@sll.se

Ungdomsgynekologi och ungdomsmedicin

Kursledare: Pia Jacobsson-Kruse överläkare Ungdomsenheten KK SÖS, Ann-Christine Nilsson MHÖL Region Örebro län och överläkare KK USÖ, Ingrid Sääv överläkare KK Norrtälje. Kursen arrangeras tillsammans med Svensk Förening för Ungdomsmedicin.

Tid: 21-24 september (3,5 dagar) 2020

Plats och ort: Ersta konferens och Hotell, Erstagatan 1K, Södermalm, Stockholm.

Avsedd för: 20 specialistläkare i obstetrik och gynekologi. (Intresserade ST-läkare uppmuntras att söka kursen i Ungdomsmedicin kursnummer 20.1.25.1)

Program: Tonårsutveckling, tonårshjärnan, sexuell och reproduktiv hälsa hos ungdomar, pornografi, HBTQ-ungdomar, preventivmedel och abort, genital smärta, menstruationsrubbningar och dysmenorré, etik och juridik gällande ungdomar, psykisk ohälsa och neuropsykiatriska funktionshinder hos unga, kronisk sjukdom och unga, hederskultur.

Kursmål: Att ge kunskap om tonårsutveckling samt om specifika sjukdomar/tillstånd i ungdomsåren. Att ge kunskap om juridiska och sociala aspekter vid vård av unga. Att belysa vikten av ungdomsvänlig vård och bemötande inom gynekologi och sexologi, tex vid arbete på en ungdomsmottagning.

CME: 24 poäng

Förberedelser: Ta gärna med fall ur er vardag som har med ungdomsgynekologi eller sexologi att göra, gärna med etisk eller juridisk problematik.

Examination: Falldiskussion.

Kursavgift: 9 000 kr exkl. moms (i avgiften ingår fika men ej lunch)

Boende: Får deltagare själv välja och bekosta

Kurssekreterare: Lina Göthberg assistent MHV-enheten Region Örebro län tel: 019-6027036

Kontaktperson: För frågor angående anmälan: Lina Göthberg tel: 019-6027035, lina.gothberg@regionorebrolan.se
För frågor angående kursen och dess innehåll Ann-Christine Nilsson tel: 019-6027035 (tis,ons samt fre)



Svenskt nätverk för nationella kliniska studier inom Ob/Gyn

Nya studier är på väg in i SNAKS. Två stycken presenteras kort här; Mom2B och OPTION. Båda är mycket intressanta för obstetrikern.

SNAKS jobbar med en ny hemsida www.snaks.se under ledning av Helena Fadl. Du når den även via SFOGs hemsida

under Forskning. Där kan du läsa om pågående studier, hitta kontaktuppgifter till de studieansvariga och SNAKS styrgrupp om du är på gång att starta en ny studie och vill att den ska stöttas av SNAKS.



Mom2B – En nationell studie om perinatal mental hälsa med hjälp av en mobilapp och maskininlärning

Peripartumdepression (PPD) drabbar kvinnor under graviditeten eller upp till ett år efter att barnet fötts. Det är vanligt förekommande (10-15%) och kan leda till allvarliga konsekvenser för både den drabbade mamman och hennes barn. Det finns effektiva behandlingsalternativ, men då många fall förblir ouppräckta är det långt från alla som behöver som tar del av den vården. Tidiga preventiva insatser har visat sig vara effektiva och innebär ett minskat lidande och minskade samhällskostnader.

Att samla in data via mobiltelefoner och andra digitala enheter om hur personer beter sig i verkliga situationer kallas för digital-fenotypning och ger möjlighet till att bättre upptäcka och förstå psykiatriska tillstånd. En persons allmänna aktivitetsmönster har visats vara av klinisk relevans för det psykiska tillståndet. Beteendedata från smartphone-användning, i form av t.ex. geografiska rörelsemönster och aktivitet på sociala medier, har visats samvariera med psykisk ohälsa. Enkät svar och röstinspelningar kan också samlas in via telefonen. En persons röst-användning har visats vara kopplad till graden av depressiva symptom. Med hjälp av moderna maskininlärningstekniker skulle sådana digitala beteende- och röst data kunna användas för att skapa modeller som förutsäger risken för kliniskt viktiga utfall.

Detta projekt syftar till att förbättra upptäckandet av kvin-

nor som löper en förhöjd risk att drabbas av psykisk sjuklighet kring graviditet och förlossning. Rekrytering sker via annonsering och kvinnorna följs upp till ett år efter förlossningen. Data samlas in via en applikation (app) till smarta mobiltelefoner, Mom2B®, som har utvecklats för denna studie och finns tillgänglig på App Store® och Google Play®. Deltagare svarar på självskattningsfrågor via appen och registrerar inspelning av korta texter. Appen samlar in digitala beteendedata (t.ex. allmän mobilanvändning, geografiskt rörelsemönster och aktivitet i sociala media). Graviditets- och förlossningsrelaterad information inhämtas från nationella hälsoregister. Inklusionskriterier är: ålder ≥18, ägande av en smartphone och pågående graviditet eller förlossning under de senaste tre månaderna. Data kommer att analyseras med maskininlärningsmetoder. Insamling påbörjades november 2019 och beräknas pågå i 2-3 år. Vi avser att inkludera 20 000 kvinnor.

Projektet har potential att bidra till förebyggande insatser och tidigare lagd behandling mot perinatal ohälsa som PPD. Mer information finns att läsa på www.mom2b.se.

Studieansvarig är Alkistis Skalkidou, Professor, Överläkare, Inst. för kvinnors och barns hälsa, Uppsala Universitet, Kvinnosjukvården, Akademiska Sjukhuset, alkistis.skalkidou@kbh.uu.se



OPTION – Out Patient Induction

En gemensam randomiserad multicenterstudie om ”heminduktion” i Sverige

I svallvågorna efter SWEPIS (Swedish Postterm Induction Study) har ett behov av förändring i förlossningsvården kring inductioner nu nått strandkanten. Samtidigt finns ett önskemål från kvinnorna om en förlossningsvård med fler valmöjligheter och ökat patientinflytande. För att möta dessa behov startar vi inom ramen för SNAKS en studie för att jämföra induction hemma respektive på sjukhus bland lågriskgraviditeter i vår svenska population. Målet är i första hand att bedöma säkerheten för de födande och deras barn, vilket inte är gjort tidigare. Vi vill även undersöka effektiviteten, kvinnans, partners och personalens upplevelse samt den hälsoekonomiska aspekten av heminduktion.

En HTA-analys (Health Technology Assessment) för att bedöma nuläget i forskningen pågår på HTA-centrum i Göteborg och beräknas vara klar under försommaren. Inkludering beräknas starta i hela landet under tidig höst 2020.

För att visa att heminduktion vid lågriskgraviditet är lika säkert som induction på sjukhus behöver vi inkludera 8476 kvinnor. Om vi räknar med att det blir ca 30% av alla förlossningar som induceras framöver och vi använder oss av siffror

från våra grannländer där 50-75% av alla inductioner sker som heminduktion, så har vi ca 17,000 potentiella heminduktioner i Sverige varje år. Vi hoppas därför att studien kan vara klar inom loppet av 3-4 år.

Induktionsmetoden kan vara ballong eller peroralt misoprostol (preparat registrerat för förlossningsinduktion) enligt klinikens rutin, läkarens bedömning och kvinnans val. Efter att en första dos givits alternativt ballong anlagts utan komplikation lottas kvinnan till att gå hem eller stanna på sjukhus. Kvinnor som lottats till att fortsätta inductionen hemma ska ha telefonstöd och komma för kontroll senast nästa morgon. Induktion kan fortsätta hemma max två dygn.

Redan nu är Göteborg, Stockholm (BB Stockholm, Danderyd, Södersjukhuset, Södertälje), Falun, Borås, Gävle, Halmstad, Helsingborg, Linköping, Lund, Malmö, Norrköping, Skövde, Sunderbyn, Sundsvall, Trollhättan, Umeå, Uppsala, Varberg, Västervik, Örebro, Ystad och Växjö föranmälda.

Klart ni också skall vara med!

Hör av er till Verena Sengpiel, styrgruppsmedlem för OPTION verena.sengpiel@obgyn.gu.se

SNAKS stöttar ytterligare sex studier som pågår. Här följer en kort rapport om läget för var och en av dessa. Två studier i GynOp om opportunistisk salpingektomi pågår;

HOPPSA vid hysterektomi och SALSTER vid sterilisering. Huvudansvarig för båda är Annika Strandell. Hon nås på annika.strandell@vgregion.se

Hysterektomi och OPPortunistisk SALpingektomi



HOPPSA undersöker risken för eventuella kirurgiska komplikationer och påverkan på ovarialfunktion och därmed menopaus symptom, om en bilateral salpingektomi görs i tillägg till en vanlig hysterektomi på benign indikation. Studien har kommit halvvägs in i rekrytering av patienter för att kunna studera risken för komplikationer. Totalt behövs 2800 randomiserade patienter för att svara på frågan om kirurgiska komplikationer. HOPPSA är igång på de flesta kvinnoklinikerna. Danderyd har nyligen kommit med och hälsas speciellt välkommen.

SALpingektomi vid STERilisering



SALSTER bygger på samma teori som HOPPSA, att epitelial ovarialcancer uppstår i distala tuban. Studien kommer att undersöka kirurgiska komplikationer och ålder vid menopause som primära utfallsmått. Vid laparoskopisk sterilisering sker rando-

misering i GynOp till salpingektomi eller tubarligering. Studien startade i höstas och mer än 25% av tänkta 900 patienter har redan rekryterats.

PUL-studien

I PUL-studien jämförs två olika modeller för att säkrast identifiera X-tra uterina graviditeter hos kvinnor med en graviditet med oklar lokalisering (PUL=pregnancy of unknown location). Studien syftar i förlängningen till att göra handläggningen mer effektiv, dvs att minska antalet återbesök, ultraljudsundersökningar och provtagningen med S-hCG utan att minska möjligheterna att korrekt diagnosticera ett X. Hos 6 -15 % av patienter med PUL diagnosticeras slutligen en extrauterin graviditet. I studien randomiseras patienterna till att tolka hCG-värden enligt två olika modeller.

Primära utfallsmått är sensitivitet och specificitet medan sekundära utfallsmått är av klinisk karaktär;

antal patientbesök, blodprovstagningar och ultraljudsundersökningar, tid till diagnos av X, antal operativa ingrepp och komplikationer.

Inkludering av patienter startade 2018 på Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skaraborgs Sjukhus Skövde och 2020 på Södra Älvsborgs Sjukhus. Drygt 300 patienter har randomiserats, vilket utgör en knapp tredjedel av tänkt mål.

Kliniker som är intresserade av att medverka i studien kontakta: johan.fistouris@vgregion.se

Changing Diagnostic Criteria for Gestational Diabetes in Sweden

CDC4G har studerat implementeringen av Socialstyrelsens nya rekommendationer avseende diagnoskriterierna för gestationsdiabetes (GDM). Nio regioner/landsting har medverkat. Samtliga kliniker som tillämpar de nya GDM kriterierna erfar en ökning av antalet diagnosticerade kvinnor med GDM. De första resultaten kommer att publiceras under 2020. CDC4G studien (www.cdc4g.se, Changing Diagnostic Criteria for GDM in Sweden) är en nationell stepped wedge randomiserad studie med syfte att utvärdera Socialstyrelsens nya rekommenderade gränsvärden för diagnos av graviditetsdiabetes vad gäller obstetriska och neonatala utfall. Hypotesen är att behandling av de nya lägre gränsvärdena ger färre antal stora barn och minskar förlossningskomplikationer. Studien involverar 11 kliniker i

Sverige, där varje klinik randomiserades till ett startdatum för implementering av nya diagnoskriterier för GDM. Studien pågick under 2018, och de kvinnor som genomgick en glukosbelastning under 2018 är förlösta under 2019. Just nu pågår kompletterande datainsamling och databearbetning och förhoppningsvis kommer de första resultaten finnas klara mot slutet av 2020. Både mammor och barn kommer följas upp avseende långtidssjuklighet såsom risken för typ 2 diabetes och kardiovaskulär sjuklighet (kvinnorna) och risken för övervikt/fetma (barnen).

EVA-studien – klipp eller inte vid sugklocka?

EVA står för ”Episiotomy in Vacuum Assisted delivery” och är en nationell multicenter randomiserad kontrollerad studie. Studien undersöker om rutinmässigt lateralt klipp minskar andelen förstföderskor som får en sfinkterskada vid sugklockeförlossning. Studien undersöker också andra konsekvenser av klipp eller inte.

EVA-studien startade 2017 och pågår nu på 8 kliniker: Danderyd, Falun, Helsingborg, Uppsala, Södersjukhuset, Växjö, Umeå/Skellefteå och Östra Sjukhuset. Över 2800 kvinnor har tackat ja till deltagande och drygt 280 kvinnor har fött med sugklocka och då inkluderats i studien. För att med statistisk säkerhet kunna påvisa en halvering av andelen kvinnor som får en sfinkterskada behövs 710 kvinnor. Studien beräknas att fortgå

ytterligare 2-3 år. Förstföderskor med enkelbörd tillfrågas om deltagande under graviditeten. Randomisering till rutinmässigt lateralt klipp eller inget klipp sker efter beslut om sugklocka från graviditetsvecka 34. Läkaren kan fråga lotten om det bedöms nödvändigt, vilket hittills skett likartat i båda grupperna hos ca 10%. Primärt utfall är sfinkterskada (grad 3 eller 4) enligt klinisk diagnos. Övrig uppföljning inkluderar bl.a. bäckenbottens funktioner, förlossningsupplevelse, bäckenbottenultraljud samt effekter på barnet.

Läs mer på www.ki.se/kids/eva-studien. Kontakta gärna huvudansvarig forskare Sophia Brismar Wendel om du har frågor eller om din klinik vill ansluta sig till studien.

STUDY FOR IMPROVING MATERNAL, PREGNANCY AND CHILD OUTCOMES



Syftet med IMPACT är att utvärdera internationella prediktionsmodeller för preeklampsi i en svensk population och att utveckla och implementera en valid och kostnadseffektiv prediktionsmodell i Sverige. Detta för att identifiera högriskgraviteter avseende risk för preeklampsiutveckling och som därmed bör få förebyggande behandling med Trombyl från tidig graviditet. Dessutom kan prediktionen leda till en mer individualiserad mödrahälsovård baserad på riskprofilen.

Kliniker som erbjuder ultraljudsundersökning i slutet av första trimestern (KUB-test eller första trimester ultraljud) till samtliga gravida är välkomna att delta. På deltagande kliniker har forskningsundersköterskor anställts för att informera och inkludera kvinnorna i samband med ultraljud i graviditetsvecka 11+0 till 14+6. De samlar in anamnes och mäter blodtryck på ett standardiserat och validerat sätt. Vi analyserar biomarkören Placental Growth Factor (PIGF) i blodprov. Blodflödeshastigheten i arteria uterina mäts av ultraljudsbarnmorska med hjälp av dopplertechnik och pulsatilt index registreras på de kliniker som har denna möjlighet. Denna data samt ultraljudsdatering samlas in

i KUB-modulen (MedSciNet®) och informationen kommer att länkas till Graviditetsregistret. Då Graviditetsregistret redan samlar in demografiska, reproduktiva och hälsodata från tidig graviditet så kommer anamnesupptagningen bli begränsad till potentiellt viktiga prediktorer som idag saknas i registret. Inkluderade kvinnor träffar vi endast en gång i samband med ultraljudsundersökningen och graviditetsutfall hämtas från Graviditetsregistret.

Studien började inkludera kvinnor i slutet av 2018 och allt fler kliniker har anslutit sig till studien. Idag inkluderar Stockholm (även privata enheter), Göteborg, Uppsala, Falun, Örebro, Helsingborg och Kalmar. Mälarsjukhuset i Eskilstuna och NÄL i Trollhättan planerar att starta under 2021 och diskussion finns med fler kliniker. Vi har inkluderat 4500 graviditeter under denna uppstartsfas och vårt mål är att inkludera drygt 40 000 graviditeter.

Kontaktpersoner och mer detaljerad information om studien finns på vår hemsida www.impactstudien.se. Välkomna att höra av er!

Sammanställt av
Annika Strandell
Ordförande SNAKS styrgrupp

OGUs ordförande informerar



Kära medlemmar!

När denna tidning kommer ut har jag förhoppningsvis valts till OGUs nya ordförande. Jag tar därmed över stafettpinnen från Elin Svensk som med trygg hand lett vårt arbete och representerat oss i bl.a. SFOGs styrelse de senaste två åren. Jag vet att Elin har lagt ner en hel del tid och möda på att utföra detta arbete och vill passa på att tacka henne för detta. Jag tror det krävs lite skinn på näsan för att kunna stå upp för ST-läkarnas intressen i sammanhang där man ofta finner sig både yngst och yrkesmässigt minst erfaren men det har Elin gjort på ett beundransvärt sätt. Tack för allt ditt fina jobb Elin! Även stort tack till våra avgående ledamöter Inga Rós Valgeirsdóttir, Marie-Therese Vinnars, Therese Friis och Joanna Romell för ert engagemang i OGUs styrelse!

Förutom ny ordförande kommer alltså även andra poster ha ändrats i styrelsen. Några ledamöter har avgått och nya har tillträtt. Vi strävar efter att hela tiden ha en blandning mellan nya och gamla ledamöter så att styrelsearbetet flyter på smidigt och så att det finns tid för kunskapsöverlämning från de mer erfarna ledamöterna. Det är på så sätt jag har uppnått ett visst mått av erfarenhet under mina två år som vice ordförande vilket gör att jag känner mig förväntansfullt redo för mitt nya uppdrag som OGUs ordförande.

I en tid med väldigt slimmade verksamheter med mycket fokus på produktion känns vårt arbete extra viktigt. Vi måste hjälpas åt att se till så att utbild-

ningen också får ta plats och fokus. Det handlar inte bara om att tid för kompetensutveckling ska finnas utan också om att verksamheterna värnar om ett gott utbildningsklimat där till exempel konstruktiv och regelbunden feedback är en självklar del av arbetet.

Någon som brukar vara bra på det sistnämnda är vinnaren av OGUs handledarpris. Förra året vann Heléne Dalemo Lundin på Sundsvalls sjukhus och nu söker vi nomineringar till årets pristagare. För mig är en god handledare någon att inspireras av, någon som pushar en att våga utmana sig själv men som tar ner en på jorden och får en att tänka efter en gång till när så krävs. Listan med egenskaper kan göras längre. Ni har säkert egna exempel och personer ni kommer att tänka på. Ta tillfället i akt och ge denna person en chans till ärofylld uppskattning. Mer om hur ni nominerar ser ni i annonsen i detta nummer.

ENTOG (European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology) anordnar varje år ett utbyte för ST-läkare någonstans i Europa. Utbytet inkluderar tre dagars auskultation på klinik och man bor hemma hos en ST-läkare från värdlandet. Intresset att få åka har ökat och val av kandidater sker via en strukturerad urvalsprocess. I denna ingår ett poängsystem som tar hänsyn till bl.a. tid kvar av ST och om man sökt förut samt omröstning i styrelsen baserat på den ansökandes anonymiserade motiveringsbrev. I år blev det Sarac Linn från

Halmstad och Emma Roos från Malmö som får åka på ENTOG-utbytet i Norge i maj. Hoppas ni får en givande upplevelse!

Tack till alla er som har svarat på OGU-enkäten. Den utgör ett viktigt underlag till vår verksamhet och ger oss en bild av er ST-utbildning. Det är även en chans för er att påverka vilka frågor vi lyfter. Nu pågår arbetet för fullt att sammanställa svaren och så småningom kommer ni kunna ta del av resultatet i Kvinnoläkaren.

En av frågorna som var ny för i år handlade om ST-tentan, det ska bli spännande att se hur ni svarade där. När ni läser denna tidning är det inte lång tid kvar tills ST-tentan går av stapeln. Det är SFOGs utbildningsnämnd som utformar, övervakar och rättar tentan. I utbildningsnämnden har OGU två representanter som deltar i nämndens arbete och hjälper till att bevaka och påverka så att tentan läggs på en adekvat nivå för oss ST-läkare. Jag önskar er som ska skriva tentan ett stort lycka till!

Matilda Wädell
Ordförande OGU



FEST!

NÄR?

25/8-2020

FÖR VEM?

**OGU bjuder in alla deltagare på
SFOG-veckan i Malmö**

VAD HÄNDER?

**Middag, underhållning, boule och dans
Oförglömligt!**

SFOG
VECKAN  2020

OGU


SFOG-veckan 2020 – OGUs vetenskapliga program

OGU och lokala ST-läkare i Malmö och Lund önskar er välkommen till SFOG-veckan i Malmö där ni får ta del av ett banbrytande vetenskapligt program och i vilket OGU och Malmö/Lunds ST-läkare ansvarar för tre av veckans symposium:

Kvinnohälsa: mer än bara kropp och själ

Måndag, 24 augusti (15:30-17:00)

- **Hälsans sociala bestämningsfaktorer inom kvinnohälsa**
Karin Hallstedt, Mödrahälsovårdsöverläkare, Kunskapscentrum kvinnohälsa, Region Skåne.
- **Socioekonomiska faktorer påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning**
Karin Källen, Professor i Klinisk Epidemiologi, Lunds Universitet och utredare på Socialstyrelsen.
- **Mötet med "världens kvinnor" i den kliniska vardagen-medicinska och sociokulturella aspekter**
Birgitta Essén, Professor i internationell kvinno- och mödrahälsovård vid Uppsala universitet.

Induktion- timing är allt!

Tisdag, 25 augusti (08:30-10:00)

- **Induktioner- ett danskt perspektiv**
Morten Hedegaard, Överläkare, Klinikchef Rigshospitalet, Köpenhamn (2003–2017).
- **SWEPIs: Igångsättning av förlossning vid 41 eller 42 fullgångna graviditetsveckor**
Mårten Alkmark, Överläkare, Doktorand, Göteborgs Universitet.
- **Överburenhet kontra andra riskgrupper – vilka patienter är det mest rimligt att erbjuda induktion, och vilka konsekvenser kan vi förvänta?**
Andreas Herbst, Docent, Överläkare, Skånes universitetssjukhuset Malmö.

STI idag och imorgon – utmaningar och möjligheter

Tisdag, 25 augusti (13:00-14:30)

- **STI idag och framgent**
Petra Tunbäck, Överläkare Dermatologi/Venereologi, Verksamheten för Hud- och Könssjukvård, Sahlgrenska
- **STI i den kliniska vardagen**
Carina Bjartling, Överläkare Gynekologi/Obstetrik, Kvinnokliniken, Skånes Universitetssjukhus
- **STI ur ett HBTQ-perspektiv**
Lena Moegelin, Överläkare, Gynekologi/Obstetrik, Enheten för sexuell Hälsa/SöSAM, Södersjukhuset.

Vi ses i Malmö i augusti!

Linn och Emma representerar Sverige på ENTOG-utbytet i Norge 2020

OGU fick in rekordmånga ansökningar till årets ENTOG-utbyte i Norge. Stort GRATTIS säger vi till Linn Sarac, ST-läkare vid Kvinnokliniken i Halmstad och Emma Roos, ST-läkare vid Kvinnokliniken i Malmö som röstades fram till årets svenska representanter.

Vi önskar er en spännande och givande upplevelse!

I Kvinnoläkaren #4 i höst får ni läsa Linns och Emmas reseberättelser.



Linn Sarac



Emma Roos

OGU-priset 2020

Varje år delar OGU ut pris till Sveriges bästa ST-handledare i syfte att uppmuntra goda mentorer på landets kvinnokliniker. 2019 tilldelades Heléne Dalemo Lundin på Sundsvalls sjukhus den åtråvärda titeln.

Vem är 2020 års bästa handledare?

Var med och påverka beslutet genom att skicka din eller din ST-grupps nominering inklusive motivering till joannaromell@gmail.com.

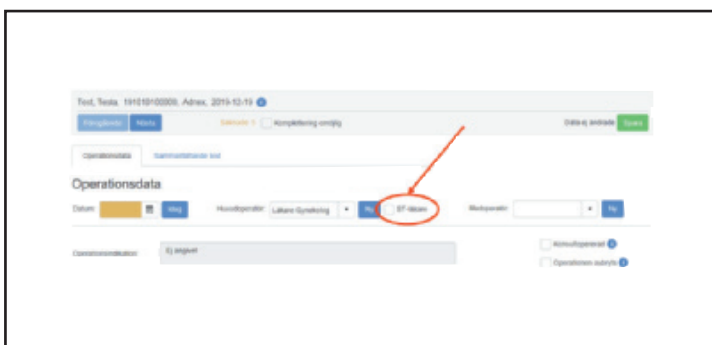
Senast 1 maj vill vi ha din/er nominering.

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

Sista chansen att nominera din favorit!

Kryssa i ST-rutan!

I syfte att bättre kunna följa i vilken utsträckning ST-läkare står som huvudoperatörer på de ingrepp som hen förväntas kunna självständigt vid tiden för specialistexamen, finns sedan en tid tillbaka ST-rutan i GynOp. OGU påminner dig som ST-läkare att kryssa i denna varje gång du opererat och registrerar ingreppet i GynOp.

A screenshot of the GynOp web application interface. At the top, there is a header with patient information: 'Test, Testa 19101010000, Adress, 2019-10-19'. Below this, there are buttons for 'Förskrivning', 'Hälsa', and 'Kontrollera'. A red arrow points to a checkbox labeled 'ST-läkare' in the 'Operationsdata' section. Other visible elements include 'Datum', 'Huvudoperatör', 'Läkare Övervakning', and 'Markera'. There are also checkboxes for 'Kontrollera' and 'Operationsdata' at the bottom right.

Intervju med Ylva Strandberg på uppdrag för MSF

Vad gör du när du inte är på uppdrag med Läkare Utan Gränser?

Jag jobbar på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg, jag är en del av benigna teamet och till vardags alltså mest gynekolog, men jourar ju inom obstetrikén här.

Var var du och hur länge var du borta?

Jag var i Sydsudan, i en stad som heter Aweil. Där driver MSF ett helt sjukhus sedan 2008, alltså ett väldigt stabilt projekt. Jag var borta i 6 veckor och var under den tiden den enda förlossningsläkaren på plats. Det var framförallt ett obstetriskt uppdrag.

Hur många gånger har du arbetat i fält?

Det här var mitt första uppdrag, men jag kan absolut tänka mig att åka ut igen!

Det låter ju bra att du kan tänka dig att åka igen, men var du inte rädd? Och den här patienthistorien som du delat med oss är ju ganska tung!

Jag var aldrig rädd för min egen säkerhet. Men jag var rädd för att inte kunna klara patienters liv, vilket inte heller gick alla gånger. Det är tungt att möta fattigdomen och hur utsatta framförallt kvinnorna är. Men varje dag delade jag också glädje med patienter och barnmorskor, precis som här hemma.

Hur förberedde du dig?

Jag fick tillgång till diverse webb-utbildningar via kontoret i Stockholm och fick också en tvådagarskurs som riktar sig till alla som åker på sitt första fältuppdrag, oavsett yrkeskategori. Så läste jag på det jag kunde och pratade med några som redan varit i fält. Mest försökte jag förbereda mig på att jag inte kunde vara förberedd! Och jag måste säga att efter 15 års jourande inom gyn&obst är jag tränad på att lösa situationer jag aldrig varit i förut.

Om någon som läser detta blir nyfiken och kanske vill åka iväg, hur ska hen göra?

Gå in på Läkare Utan Gränserns hemsida: lakareutangranser.se så kan du läsa mer om ansökningsprocessen. Jag hade funderat länge på att kanske åka och är väldigt glad att jag gjorde det, det var en utmaning på många sätt men sammantaget en väldigt fin och berikande erfarenhet.



Med minstingen Tage 7 år på Landvetter innan avresa.



JAG STÅR OCH SER PÅ NÄR HON DÖR. Hon är 18 år, en flicka, inte ett barn men ännu inte heller helt vuxen. Och hon kommer aldrig bli vuxen. Snart dör hon här, på en sal med 18 bäddar. De andra patienterna är tysta. De tittar och de vet. Alla anhöriga är utkörda, bara föräldrarna till den döende flickan är kvar. Hon födde sitt första barn för fem veckor sedan, innan mitt uppdrag här började. Hon kom in till sjukhuset efter flera dagar i förlossningsarbete, det som kallas obstructed labour i den här delen av världen och som vi inte ser hemma längre. Barnet levde fortfarande då hon kom in och min företrädare försökte förlösa med sugklocka men det var omöjligt och ett akut kejsarsnitt gjordes. Ett mycket svårt kejsarsnitt med djupa rifter ned i cervix och stora svårigheter att få ut barnet som inte svarade på återupplivningsförsök när det till sist kom ut. Det luktade mycket illa från uterus och fostervatten, vävnaderna var sköra och dåligt syresatta, som en kan förvänta sig när det stått ett fosterhuvud i förlossningskanalen i mer än ett dygn. Hon stabiliserades initialt efter snittet men utvecklade sedan en sårruptur och svår infektion, förstås, med nekrotiserande vävnader som krävde revidering. När jag träffade henne första gången såg det ändå ganska ljust ut, såret hade torkat upp och jag kunde sluta huden efter ytterligare någon vecka. Men så började hon tempa upp, igen. Vi bytte antibiotika och kollade malaria-test. Men hon blev stadigt sämre, matt och tagen, kräktes och hade temptoppar. Jag drog mig för att öppna henne igen, hur skulle det se ut där inne i magen? Och kanske jag ställer till mer skada än nytta? Kanske hon ändå är lite bättre idag? Utan CT, bakt-labb och CRP är det vitalparametrar tillsammans med det lilla portabla ultraljudet med bara en abdominal probe (som ibland blir en helt ok bild och ibland motsvaras av min magkänsla) som jag går på. Och imorse blev magkänslan att jag nog inte kommer ifrån att göra en laparotomi, försöka utrymma infektionen som vägrar ge med sig och som nu har gett henne ett stadigt sjunkande Hb så vi måste transfundera henne först. Hon är



stabil trots ett Hb på 35 och arbetet med att rekrytera donatorer pågår hela dagen utan att lyckas, den närvarande mamman och pappan har själva för låga blodvärden för att kvalificera sig. På eftermiddagen bestämmer jag att hon måste få "emergency blood", alltså att hon måste få blod även om vi inte lyckats hitta någon anhörig som kan lämna blod. Ett beslut som bara jag kan ta på Maternity Ward och som kräver en påskrift för att barnmorskan ska kunna få ut det värdefulla blodet från blodbanken. Jag hoppas hon ska vara bättre till morgonronden, för annars måste jag nog operera henne och det är inget jag ser fram emot. Jag skriver på pappret och beger mig sedan "hemåt", till compound där de andra expatsen riggar för lördagkväll. För mig som alltid är jour, spelar det inte så stor roll vilken veckodag det är, men lite helgkänsla infinner sig när jag får en öl i handen av fransmannen som är chef här. "Hey doc, one beer is ok even for you!", och han ber mig sköta spellistan medan han sköter grillen. Några timmar senare ringer telefonen, hon är sämre. Och jag åker in. Blodet gick in under kvällen. Någon timme efter avslutad transfusion började hon klaga på andningssvårigheter. Hon sjönk i saturation och steg i puls. När jag kommer in har hon 10 l syrgas

på mask, allt vi kan åstadkomma här avseende andningsstöd, och pulsoxymetern visar 80%. Det är osannolikt att det är en övervåtskning, hon har fått 450 ml blod och hon är hjärtfrisk men vi ger henne ändå furosemid. För vi kan det. Hennes njurar svarar, hon har en vesikovaginal fistel efter sin svåra förlossning och snart ligger hon i en liten pöl av urin på galonmadrassen. Men hon blir inte bättre i sin andning. Jag ringer den enda vän jag kan ringa här, min narkosläarkollega. Han kommer och han konstaterar med ultraljudet att hennes hjärta arbetar bra men att hon har vätska på lungorna. Hon uppvisar alla tecken på ett fulminant lungödem. Och det finns inget mer vi kan göra. Vi har ingen CPAP, ingen intensivvårdsavdelning. Hon har utvecklat transfusionsreaktionen TRALI, Transfusion Related Acute Lung Injury, och nu står jag och ser på när hon dör och det är så utsägligt sorgligt. Jag kan inte prata med henne, hon pratar bara dinka och inte engelska. Jag kan inte prata med föräldrarna. Inte för att de frågar något ändå. Mamman står vid fotändan och klappar sin döende dotter på foten. När saturationen sjunker till 50 blir flickan kraftigt ångestlad, vrider på huvudet, tar sig mot halsen. Jag ordinerar morfin, hon lugnar sig men fortsätter kämpa

och andas med hela kroppen. Saturationen sjunker stadigt, och jag är osäker på om hon är vid medvetande. Nu ligger hon stilla. Så börjar hjärtfrekvensen gå ner, från att hon varit kraftigt takykard sjunker pulsen. Och jag förstår att det inte är långt kvar nu. Snart dör hon. Jag tittar på föräldrarna, pappan håller sig en bit bort, mamman håller blicken fäst på sin dotter, förstår hon att det snart är över nu? Jag befinner mig på den andra sidan om sängen jämfört med mamman, nu går jag upp och lägger min hand på flickans överarm, och tittar på mamman, vill liksom bjuda in henne att vara nära sin dotter i det sista. Det fungerar, mamman tar steget upp till huvudändan och omfamnar flickan under hennes sista oregelbundna andetag. Så är hon död. Jag ser hur imman på insidan av masken slutar komma. Syrgaskoncentratorn på golvet fortsätter brumma och bubbla, nu hör jag hur högljudd den är. Jag stänger av den och tar av flickan masken. Det blir så tyst. Mamman omfamnar sin dotter en kort stund till, när hon reser sig ser hon på mig. Jag möter hennes blick, jag vet att jag har tårar i ögonen precis som hon. Hon säger fortsatt ingenting, frågar inte varför. Hon lägger handen på min hand alldeles kort och nickar. Så backar hon iväg från sin döda dotter, börjar samla ihop de få tillhörigheter som ligger bredvid och under sängen. De två barnmorskorna som tjänstgör den här natten har redan tagit fram en vit säck i tjock plast med en dragkedja frampå. De viker ut den och jag drabbas av insikten att de har gjort det här förut, att vi har ett lager av liksäckar på avdelningen för döda mammor. För mig är det första gången. Med vana händer krånglar barnmorskorna upp säcken och jag försöker med mina ovana händer hjälpa till att få den under flickan. Jag känner att jag måste vara med, jag måste följa henne hela vägen, ända tills dragkedjan sluts över hennes ansikte. En av barnmorskorna ringer vakten och snart är den vita säcken borta, hon är död och nu är hennes kropp också bortlyft. Hon hette Adau.

Ylva Strandberg



Vid institutionen för kvinnors och barns hälsa vid Uppsala universitet finns nordens äldsta enhet för forskning inom global kvinnohälsa-IMCH (International Maternal & Child Health). Den internationella verksamheten startade med inriktning mot fortbildning för läkare och sjuksköterskor inför internationella uppdrag inom bistånd eller missionen men idag har vi ett starkt fokus på global sexuell och reproduktiv hälsa inklusive migration.

Nedan presenteras tre nya kliniska avhandlingar som är kopplade till kvinnokliniken vid Akademiska sjukhuset och dess transkulturella mottagning. Den första avhandlingen om omskärelse bygger på forskning om somalier, för somalier och med somalier. Resultaten visar på hur djupt rotade sedvänjor som omskärelse av flickor, men inte av pojkar, ändras

efter migration. Den andra avhandlingen, om föräldrar och surrogatmödraskap i Sverige och Indien, utgör ett fint kunskapskomplement till den senaste ARG-rapporten inom reproduktionsmedicin. Sist, men inte minst, ger studierna ifrån den tredje avhandlingen en djupare kunskap om preventiv- och abortrådgivning till patienter med islam som livs-åskådning. Avhandlingen ger på ett unikt sätt möjlighet till reflektion om vår egen professionella roll när det gäller tillämpning av svensk policy med fokus på mångfald och jämlikhet. Jag önskar er alla trevliga läsupplevelser och avhandlingarna kan rekvideras från birgitta.essen@kbh.uu.se.

Birgitta Essén, professor i internationell kvinno- och mödravård, Uppsala universitet

Continuity or Change? Improved Understanding of Attitudes Towards Female Genital Cutting after Migration from Somalia to Sweden

Do people's attitudes towards female genital cutting (FGC) change after they migrate from a country where the practice is common, to one where it is not? Alongside increased levels of migration, this question is increasingly being raised. This thesis aimed to expand the understanding about attitudes towards FGC held by Somali men and women in Sweden, and thereby to identify potential factors that impede or facilitate the cessation of FGC. Cross-sectional questionnaire data were collected in four Swedish municipalities to assess attitudes to FGC. To further explore perceptions of FGC, as well as the circumcision of boys, semi-structured interviews and focus group discussions were conducted. Data were collected in 2015.

The findings identified an overall widespread opposition to forms of FGC that cause anatomical change. A majority (78%) expressed an opposition to the continuation of all forms of FGC, with the odds of supporting FGC decreasing

Doktorand A Wahlberg (2017)
Handledare: professor B Essén,
professor S Johnsdotter,
docent K Selling

with increased years of residency in Sweden. Most Somali men and women (96%) expressed opposition to the continuation of all forms of FGC where tissue is removed, among those 18% showed support for the continuation of symbolic pricking with no tissue removed (WHO type IV). A support of pricking was linked with perceiving it as acceptable according to Islam, not a violation of children's rights, and not causing long-term health complications. Pricking was not defined as a form of FGC by 32%.

Most men described a preference to marry an uncircumcised woman (76%) or one who had had pricking (16%). How the individuals perceived the support of FGC in the Swedish Somali community corresponded well with their own appro-

val of the practice. While there seemed to be a continuity regarding the Swedish Somalis' core values of being a good Muslim, not inflicting harm, and upholding respectability, re-evaluation of how these are applied when it comes to circumcision of girls and boys was identified. This resulted in FGC being viewed as a practice that could be abandoned or adapted. Paradoxically, based on the same core values, the circumcision of boys was continuously perceived as an unquestionable required practice also after migration.

Altogether, these results suggest that a shift in convention towards no FGC is taking place after migration to Sweden and not as deeply rooted tradition as often stated. However, the identified lack of consensus on what is actually included as "harmful practice of genital mutilation", the different practices regarded as "FGC" needs further attention.

1. Wahlberg, A., Johnsdotter, S., Ekholm Selling, K., Källestål, C., Essén, B. (2017). Baseline data from a planned RCT on attitudes to female genital cutting after migration: when are interventions justified? *BMJ Open*, 2017: 7
2. Wahlberg, A., Johnsdotter, S., Ekholm Selling, K., Källestål, C., Essén, B. Factors associated with the support of pricking (female genital cutting type IV) among Somali immigrants: a cross-sectional study in Sweden. *Reproductive Health*, 2017:14:92.
3. Wahlberg A, Johnsdotter S, Ekholm Selling K, Essén B. Shifting perceptions of female genital cutting in a Swedish migration context. *PLoS* 2019;4:14.
4. Wahlberg A, Essén B, Johnsdotter S. From sameness to difference: Swedish Somalis' post-migration perceptions of the circumcision of girls and boys. *Culture, Health & Sexuality*, 2019: 21:6, 619-635.

Challenges of transnational parenthood: Exploring different perspectives of surrogacy in Sweden and India

Transnational surrogacy challenges traditional norms of parenthood, especially motherhood; additionally, it is viewed as the exploitation of poor women. The overall aim of this thesis was to shed light on the consequences of an unregulated situation on surrogacy in the Swedish and Indian contexts, and to give different perspectives on surrogacy and the surrogate. The experiences of using transnational surrogacy and the consequences of using this reproductive method in a context of a largely unregulated situation had rarely been explored at the start of the study.

Between 2012 and 2015, qualitative interviews were conducted with commissioning parents in Sweden who used transnational surrogacy mainly in India, as well as with social workers in Sweden, who have handled cases regarding the legal recognition of parenthood. To capture a non-western perspective on sur-

Doktorand Anna Arvidsson (2019)
Handledare: professor B Essén,
professor S Johnsdotter,
professor P Ouis

rogacy, the views of women and men in different social strata in Assam, India were explored through individual interviews and focus group discussions. At the start of the project, India was the most common country to turn to for surrogacy.

The results reveal that both commissioning parents and social workers needed to navigate inadequate parental legislation, with the result that commissioning parents felt questioned as parents. Social workers tried to balance the protection of the surrogate's rights with the child's best interest. The ethical aspects made the users of surrogacy ambivalent, and, for social workers, it resulted in fur-

ther reluctance to handle legal parenthood cases. However, from an Assamese point of view, no ethical considerations were expressed; instead, the surrogate would either be stigmatized for her act and seen as though she was "selling her child," or seen as a woman doing a noble act, helping a childless couple.

All the informants demonstrated a pragmatic view of legal parenthood, but the current legal situation in Sweden limits the scope to act as parents in relation to society, because of the length of time it takes to be recognized as legal parents. This comes with a risk for children. From the perspective of reproductive justice, a clearer regulation on surrogacy, and kinship rules that are more adjusted to the current family practice, are needed. Additionally, to limit the risks for all parties involved in the surrogacy process, a more transparent surrogacy process is needed.

1. Arvidsson A, Johnsdotter S, Essén B. Views of Swedish commissioning parents relating to the exploitation discourse in using transnational surrogacy. *PLoS One*. 2015; 8.
2. Arvidsson A, Johnsdotter S, Emmelin M, Essén B. Gauging the interests of birth mother and child: a qualitative study of Swedish social workers' experiences of transnational gestational surrogacy. *European Journal of Social Work*. 2016; 23:1-4.
3. Arvidsson, A., Vauquelin, P., Johnsdotter, S., Essén, B. Surrogate mother – praiseworthy or stigmatized: a qualitative study on perceptions of surrogacy in Assam, India. *Global Health Action*. 2017; 10.
4. Arvidsson A, Johnsdotter S, Emmelin M, Essén B. Being questioned as parents: An interview study with Swedish commissioning parents using transnational surrogacy. *Reproductive BioMedicine and Society Online*, 2019;8: 23–31.

VI SES VÄL?
www.sfogveckan.se

Sacred Ideals: Diversity and Equality in Swedish Reproductive Healthcare

To promote diversity (mångfald) and equality (jämlighet) is a key task for a wide range of welfare institutions in Sweden. The two terms appeal to several aspects simultaneously: inclusiveness, moral goodness, awareness and willingness to facilitate a positive social change. Diversity and equality have become, as suggested in the studies, two sacred ideals in Swedish society today. In the context of reproductive healthcare, various forms of diversity and equality measures are thought of as solutions to, for instance, inequalities between immigrant groups and others, structural discrimination of minority groups, and difficulties faced by the Swedish healthcare system in caring for patients' diverse needs and preferences in clinical encounters.

In this thesis, diversity and equality are analysed as two important governing mechanisms in the organisation of healthcare in multicultural Sweden. The aim was to explore how these ideals contribute to shape the provision of reproductive healthcare, and its consequences.

Doktorand Jonna Arousell (2019)
Handledare: professor B Essén,
professor S Johnsdotter,
docent A Carlbom

Interviews with doctors and midwives, women with Muslim background and religious counsellors were performed.

Paper I shows that targeted interventions towards immigrant women in contraceptive counselling risk singling out some women from standard routes of care because they are categorised as "immigrants" or "Muslims". Paper II shows that demands upon healthcare providers to accommodate Muslim patients' presumed needs have the potential of also creating needs that were not there from the start. Paper III shows that many religious counsellors who are affiliated with Swedish healthcare as spiritual advisers present ideas on abortion that are less progressive than what is stipulated in Swedish abortion law. Paper IV shows that imperatives to promote gender equality

in contraceptive counselling were taken seriously by providers in their encounters with non-Western women, at the possible expense of respect for relationship structures that do not conform to the ideals of gender equality.

The findings presented in this thesis show that the interventions and initiatives that sought to presumably help disadvantaged groups of people (i.e. Muslims, immigrant women) could, in fact, be obstacles to solving the problems they were meant to address. The governance of Swedish reproductive healthcare through diversity and equality ideals must be problematised and balanced with regard to their plausible consequences.

1. Arousell J, Carlbom A, Johnsdotter S, Essén B. Are 'low socioeconomic status' and 'religiousness' barriers to minority women's use of contraception? A qualitative exploration and critique of a common argument in reproductive health research. *Midwifery* 2019;75:59-65
2. Arousell, J., Essén B, Johnsdotter, S, Carlbom, A. A Foucaultian Perspective on Encounters between Healthcare Providers and Muslim women in Swedish Reproductive Healthcare (manuscript).
3. Arousell, J., Carlbom, A., Johnsdotter, S, Essén, B. Does Religious Counselling on Abortion Comply with Sweden's 'Women Friendly' Abortion Policies? A Qualitative Exploration Among Religious Counsellors. *Sexuality & Culture* 2019.
4. Arousell, J., Carlbom, A., Johnsdotter, S., Larsson, E., Essén, B. Unintended Consequences of Gender Equality Promotion in Swedish Multicultural Contraceptive Counselling: A Discourse Analysis. *Qualitative Health Research*, 2017: 27;1518-1528.

Arbets- och Referensgrupperna inom SFOG

Benign (gyn)Kirurgi, BENK-ARG

Ordförande: Sophia Ehrström

sophia.ehrstrom@ki.se

Sekreterare: Klara Hasselrot

klara.hasselrot@sll.se

Cervixcancerprevention, C-ARG

Ordförande: Kristina Elfgrén

PO Gynekologi och Reproduktion,
Karolinska Universitetssjukhuset
Stockholm

Tel: 08-585 875 28

kristina.elfgren@sll.se

Sekreterare: Cecilia Kärrberg

Kvinnosjukvård, Sahlgrenska
Universitetssjukhuset, Göteborg
cecilia.karrberg@vgregion.se

Endokrin-ARG

Ordförande: Alkistis Skalkidou

Akademiska Sjukhuset, Uppsala

Tel: 076-206 85 82

alkistis.skalkidou@kbh.uu.se

Sekreterare:

Angelica Lindén-Hirschberg
Karolinska Universitetssjukhuset
Stockholm
angelica.linden-hirschberg
@karolinska.se

Endometriosis-ARG

Ordförande: Anna-Sofia Melin

Capio Gynekologi Globen, Stockholm

anna-sofia.melin@capio.se

Sekreterare: Måns Palmstierna

Sollefteå
eclecticus@gmail.com

Etik-ARG

Ordförande: Ingrid Bergelin

Kvinnosjukvården Dalarna

Tel: 0250-49 30 00

ingrid.bergelin@ltdalarna.se

Kontaktpersoner:

Ann-Kristin Rönnerberg
Universitetssjukhuset Örebro
ann-kristin.ronnerberg@
regionorebrolan.se
Kristina Pettersson
kristina.a.pettersson@sll.se

Evidens-ARG

Ordförande: Annika Strandell

SU/Sahlgrenska, Göteborg

Tel: 0700-90 44-54

annika.strandell@vgregion.se

Sekreterare: Sissel Saltvedt

Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

Tel: 08-517 700 00

sissel.saltvedt@sll.se

Familjeplanering, FARG

Ordförande: Helena Kopp-Kallner

Danderyds sjukhus, Stockholm

Tel: 070-440 20 70

helena.kopp-kallner@ki.se

Sekreterare: Ingrid Sääv

Stockholm

Tel: 0733-54 14 10

ingrid.saav@gmail.com

Fert-ARG

Ordförande: Elizabeth Nedstrand

KK Universitetssjukhuset Linköping

elizabeth.nedstrand@

regionostergotland.se

Sekreterare: Thomas Brodin

Carl von Linnékliniken, Uppsala

thomas.brodin@linne.se

Global-ARG

Ordförande: Birgitta Essén

Akademiska Sjukhuset, Uppsala

birgitta.essen@kbh.uu

Sekreterare: Mikael Algovik

global-ARG@telia.com

Hem-ARG

Ordförande: Maria Revelj

Sahlgrenska Universitetssjukhuset/

Östra sjukhuset, Göteborg

Tel: 031-342 10 00

maria.revelj@vgregion.se

Sekreterare: Gustaf Biasoletto

Sahlgrenska Universitetssjukhuset/

Östra sjukhuset, Göteborg

Tel: 031-343 63 61

gustaf.biasoletto@gmail.com

Mödramortalitet, Mm-ARG

Ordförande: Sissel Saltvedt

Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

Tel: 072-711 51 61

sissel.saltvedt@sll.se

Sekreterare: Lisa Parén

Östra sjukhuset, Göteborg

Tel: 0709-27 81 56

lisa.paren@vgregion.se

Perinatal-ARG

Ordförande: Anna Hagman

Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra

anna.c.hagman@vgregion.se

Sekreterare: Maria Nelander

KK, Akademiska sjukhuset, Uppsala

maria.nelander@akademiska.se

Preeklampsi-ARG

Ordförande: Lina Bergman

Falu Lasarett, Falun

Tel: 023-49 20 00

lina.bergman@ltdalarna.se

Sekreterare: Eva Östlund

eva.e.ostlund@sll.se

POS-ARG

Ordförande: Lena Moegelin

KK, Södersjukhuset, Stockholm

Tel: 08-616 10 10

lena.moegelin@sll

Sekreterare: Eva Henning

KK, Sundsvalls sjukhus

eva.henning@rvn.se

Robson-ARG

Ordförande: Lars Ladfors

Göteborg

lars.ladfors@sfog.se

Sekreterare: Sophia Brismar

Danderyd

sophia.brismar-wendel@sll.se

Ton-ARG

Ordförande: Pia Jakobsson Kruse

Södersjukhuset, Stockholm

Tel: 08-616 41 50. Mob: 073-9145205

pia.jakobsson-kruse@sll.se

Sekreterare: Ann-Chistine Nilsson

Örebro

ann-christine.nilsson2@

regionorebrolan.se

Intressegrupper inom SFOG

Mödrahälsovårdsöverläkargruppen

Ordförande

Anna Bäckström
Region Västernorrland
modrahalsovardsoverlakare@rvn.se

Sekreterare

Birgitta Segeblad
Region Uppsala
birgitta.segeblad@akademiska.se

Obstetriker och gynekologer under utbildning (OGU)

Ordförande

Matilda Wädell
Hudiksvall
matilda.wadell@regiongavleborg.se

Sekreterare

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

Privatgynekologerna

Ordförande

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

Sekreterare

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

Kassör

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

Webmaster

Chatarina Hofte
Hofteklinden
Drottninggatan 7, 252 21 Helsingborg
chatarina.hofte@ptj.se

Tumör-ARG

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

Ultra-ARG

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

Ur-ARG

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

Vulv-ARG

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

Arbets- och Referens-Grupp-Utvecklings-

Samordnare

ARGUS

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

SFOG-Kansliet

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

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