

Kvinnoläkaren



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



Medlemsbladet har bytt namn

Referat från SFOG-veckan i Östersund

SFOG-fortbildning VT 2020

KVINNOLÄKAREN

Ansvarig utgivare: Liselott Andersson
Tel: 0920-28 30 11, alt vx 0920-28 20 00
Layout: Moniqa Frisell
All korrespondens ställs till föreningen:
SFOG-Kansliet, Klara Östrå Kyrkogata 10
111 52 Stockholm
Tel: 08-440 01 75
Jessica Hortelius och Diana Mickels
E-post: kansliet@sfog.se
Internet: www.sfog.se
Annonser: Liselott Andersson
E-post: liselott.andersson@sfog.se
Platsannonser hemsidan: kansliet@sfog.se

SFOGs styrelse 2019:

Ordförande: Eva Uustal
Kvinnokliniken Linköping
E-post: eva.uustal@sfog.se
Vice ordförande: Michael Algovik
Västervik
E-post: michael.algovik@ltkallmar.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 förbildningssekreterare:
Marie Bixo
Umeå

E-post: marie.bixo@umu.se

Redaktör för Kvinnoläkaren:

Liselott Andersson
Sunderby sjukhus, Luleå
Tel: 0920-28 30 11, alt vx 0920-28 20 00
E-post: liselott.andersson@sfog.se

Webbansvarig: Malin Sundler
Malmö

E-post: malin.sundler@livio.se

Ledamot: Kristina Nordquist
Kvinnosjukvården, Östersunds sjukhus
E-post: kristina.nordquist@sfog.se

Ledamot/OGU-representant:

Elin Svensk
KK, Sundsvall
E-post: elin.svensk@rvn.se

Tryck: Elanders
ISSN 0284-8031

— Ordförande har ordet —



Hej kära SFOG-medlemmar!

Premiär för tidskriften Kvinnoläkaren! Även om SFOG kommer före kattklubbar och HSB när man websöker på Medlemsbladet tror vi att det blir lättare att veta att det är Sveriges gynekologer och obstetrikare som skriver här efter namnbytet.

Hösten har rivstartat med en fullspäckad SFOG-vecka på det vackra Frösön. Plenarföreläsare av hög internationell klass turades om med engagerade gynekologer/obstetrikare och barnmorskor och lyckades verkligen öka vår gemensamma kunskapsbas och belysa forskningsfronten. Kombinationen av Umeås vetenskapliga nätverk och Östersundskollegornas rävar bakom öronen blev utsökt. Tack! Storsjöödjuret sneglade gillande på oss från djupet och lämnar nu med tillförsikt över till sin Östersundskollega inför Malmö/Lund 2020. Och tack till er som skötte vården och undervisningen hemma- hoppas ni kan åka nästa gång.

På årsmötet i Österund beslutades att SFOG blir medlemsförening i Svenska Läkaresällskapet. Veckan innan beslutade våra kirurgkollegor samma sak. Styrelsen kommer att verka för att vi verkligen får fördel av att vara medlemsförening och får ekonomisk och praktisk nytta av att komma närmare SLS. Exakt när övergången blir återkommer vi till att ha lusläst alla stadgar.

Den första oktober flyttar Diana och Jessica på SFOGs kansli in i Läkaresällskapets lokaler. Separationen mellan SLS och SFOG som uppstod i historiens dunkel på 90-talet är därmed över. Kom och hälsa på!

Kunskap och nya forskningsrön har som bekant inget egenvärde om de inte når ut i verksamheterna och används. Skörbjuggen försvann i engelska flottan först 200 år efter att man sett att citronsaft förhindrar den plågsamma sjukdomen. De hade inga ARG-rapporter. En stor styrka och finess med SFOGs

I DETTA NUMMER

Protokoll fört vid SFOGs årsmöte	6
Protokoll Riks-ARG	9
Redogörelser från AR-grupperna 2018 – 2019	10
SFOG-veckan i Östersund 2019 – referat	17
Sponsrat SFOG symposium: Azanta	23
SFOG-Fortbildning	25
OGUs ordförande informerar	31
OGUs handledarpris	32
Specialisttentamen 2019	33
Reseberättelser från ENTOG Exchange Polen 2019	34
Nya lagar - nya möjligheter inom assisterad befruktning	38
Tant Trattkantarells kåseri	40
Abortdagen 2019	41
ST-arbete	42

arbets- och intressegrupper genom åren är att möten och kunskapsutveckling sker direkt med dem som fattar behandlingsbesluten, dvs. SFOGs medlemmar. Implementeringen av nya rön har på så sätt varit inbyggd i systemet. Det kommer dessvärre inte att vara fallet i de nya nationella och regionala insatserna för kunskapsstyrning.

Socialstyrelsens olika avdelningar, SKL och SBU, myndigheten för vårdanalys och de Nationella Medicinska programområdesgrupperna har sina egna uppdrag kring alla de olika diagnosgrupperna. Det är inte unikt för kvinnosjukvården men vi ligger i skottlinjen eftersom vi är pilotspecialitet för flera satsningar. De olika myndigheterna och SKL, som för övrigt inte är en myndighet utan en intresseorganisation, har egna budgetar, mål, strategiska planer och uppföljningsmetoder. De stora regionerna kör också vidare i sina egna spår med förlossningssatsning och kunskapsstyrning utan nationell samordnande ledning. Många samordnare/projektledare blir det, som alla behöver en (helst tam) gynekolog/obstetriker att hänvisa till.

Vi ser att SFOGs ARG som professionens företrädare riskerar att hamna i bakvattnet när dessa stora nya maktstrukturer byggs upp uppifrån. Ett exempel är frågor om innehållet i Socialstyrelsens stora Kunskapsstöd för Förlossningsvården där SoS projektledare hänvisar till NPO, NPO hänvisar till regionerna, regionerna till SKL och SKL ser sig som samordnare utan beslutsrätt. En skuta med den styrningen kan hamna precis var som helst.

SFOG har nationell överblick i och med våra arbetsgrupper, nätverk och sty-

relse. Prata med varandra, diskutera med kollegor och grupper och tänk efter innan ni springer på precis varje projektboll på precis varje lokal grusplan.

Man kan t ex använda Facebooksidan Kvinnoläkaren som är en öppen sida men även den slutna gruppen Kvinnoläkaren som är förbehållen gynekologer och annan oss närstående vårdpersonal. Sidorna har rivstartat från noll till många hundra medlemmar efter SFOG-veckan. Fortsätt gärna att gilla, bjuda in, dela och göra inlägg så blir det en levande och kul sida.

Styrelsen jobbar vidare med både högt, lågt och mittemellan. Vi lobbar för nordiskt inflytande i FIGO samtidigt som vi sätter stopp för att SFOGs logga används av en klinik som erbjuder intimkirurgi och laserbehandling för "vaginal försmävning".

Jag har bett LÖFs chefläkare Pelle Gustavsson formulera råd till Kvinnosjukvården om hur man ska tänka kring vårdskador, anmälan till IVO och/eller LÖF när det handlar om dels förlossningsbristningar, dels förlossningsskador. Eko på SR gjorde ju ett inslag i somras

där det framstod som om alla större bristningar, oavsett hur de lagas och läker, borde anmälas till IVO och LÖF eftersom de är undvikbara. Vi ska ju verkligen hjälpa våra patienter att få en rättvis bedömning men vi kan rimligen inte betrakta varje bristning som en vårdskada. Vävnader behöver flytta sig för att barn ska födas. Från LÖFs sida poängterar man begreppet undvikbar skada. Förlossningsvården får svåröverskådliga problem om vi ska börja bedriva verksamheten utifrån att i varje läge undvika skada. Är det dit vi ska? Min linje är att bristningar kommer att förekomma trots förebyggande insatser men att vi ska göra allt i vår makt för att de inte ska ge bestående men, dvs. skador. Styrelsen formulerar vidare. Håll utkik på hemsidan, i Bäckebottenutbildning.se och på Facebook.

"Jag har med åren blivit bestämdare och ger icke en tum efter när jag vet att jag har rätt, och önskar behålla min vilja och mitt förstånd"

Wilhelmina von Halwyl, 1927

Eder, Eva



Nya medlemmar

Emelie Looft-Trädgårdh, Visby

Magdalena Carlsson, Växjö

Isabel Gurau, Segeltorp

Ingrid Andersen, Uddelvalla

jozephine Hagenlöf Nyberg, Luleå

Agnes Larsson, Bromma

Christina Roeck Hansen, Stockholm

Anna Boström, Jönköping

Kerstin Lindh, Karlskoga

Nathalie Roos, Stockholm

Mais Tahir, Malmö

Barry Macdonald, Örnköldsvik

Ida Moberg, Gävle

Anne-Lie Waldener, Ronneby

Alba Fuertes Somón, Kalmar

Fillie Uhlhorn Bardis, Helsingborg

Alexandra Spasojervis, Sundbyberg

Singoalla Tiroler, Uppsala

Ingrid Blombäck, Nyköping

Chrysanthos Ioannou, Karlstad

Katarzyna Miszuzuk, Kristianstad

Linnéa Binfaré, Sundsvall

Josefin Brännström, Falun

Maria Mellander, Helsingborg

Ásdis Egilsdóttir, Lund

Viktoria El Radaf, Malmö

Maryam Saeedi, Örebro

Louise von Derdel, Norrköping

Adam Larsson, Östersund

Donia Krümmel, Jakobstad

Elin Elgeskog, Värnamo

Nellie Henriksson, Nyköping

Denisa Marcisova, Norrköping

Fillie Uhlhorn Bardis, Helsingborg

Alexandra Spasojervis, Sundbyberg

Har du bytt email-adress senaste året?

Vänligen skicka ett mail till kansliet och informera
om rätt e-mailadress.

kansliet@sfog.se

ÅRSavgifter

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:-

REDAKTÖRENS RUTA



Äntligen är hösten här med alla fina svampar! Och lite närmare jul så känns det helt legitimt att kura ihop sig i soffan med t.ex. en god bok.

Redaktörsbilden är hämtad från vår gård med en magnifik humle som verkar trivas i vår odlingszon.

Här kommer ett recept på en kycklingrätt från en av våra favoritkrogar i Luleå. Testa gärna att fritera glas-/risnudlar, enklare än man kan tro! Kycklingen går utmärkt att byta ut mot quorn eller annat vegetariskt alternativ.

Skicka gärna in bidrag i form av debattinlägg, avhandlingssammandrag osv.!

Liselott Andersson

Redaktör för SFOGs Kvinnoläkaren

Följande tider gäller för Kvinnoläkaren 2019:

Nr	Deadline	Utkommer
Nr 5	4 november	9 december

Manus skickas via epost till:

Redaktör Liselott Andersson

Epost: liselott.andersson@sfog.se

Verksamhetsområde obstetrik och gynekologi Sunderby sjukhus,
971 80 Luleå

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

Adressändring skall göras till:

SFOG-Kansliet • Klara Östra Kyrkogata 10 • 111 52 Stockholm
eller kansliet@sfog.se

James' & Villgot's Korean Chicken

Till 4 pers:

4 kycklingbröstfiléer i lagom stora
tärningar (eller vegetariskt alternativ)
Mjolk

1 tsk salt

1 tsk gurkmeja

1 tsk paprikapulver

1 tsk svartpeppar

75 g majsmjöl/Maizena

Rapsolja

Sås:

1/2 dl soja

2 msk äppelcidervinäger

3/4 dl rörsocker

1/2-1 msk koreansk chilipasta

1 1/2-2 msk honung

1/2-1 msk riven färsk ingefära

1 msk riven eller pressad vitlök

1/2 msk mald koriander

1 1/2 msk rapsolja

Nudlar, gärna friterade risnudlar

Strimlad röd chili

Färsk koriander

Gör så här:

1. Låt kycklingbitarna marinera i mjölk ca 1 timme.
2. Häll av mjölken och blanda bitarna med kryddorna. Tillsätt majsmjöl. Stek i olja tills dess att bitarna är krispiga.
3. Blanda samtliga ingredienser till såsen. Koka upp och låt sjuda 4-5 minuter. Smaka av.
4. Blanda kycklingbitarna med såsen.
5. Servera med nudlar, strimlad röd chili och färska korianderblad.

Protokoll

fört vid årsmöte Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) 2019-08-28 i Östersund

1. Mötet öppnades av SFOGs ordförande Eva Uustal.

2. Parentation för avlidna medlemmar

3. Fastställande av dagordning

Dagordningen fastställdes utan justeringar.

4. Val av ordförande och sekreterare

Eva Spetz valdes till ordförande och Helena Kopp Kallner till sekreterare.

5. Val av justeringspersoner

Katarina Tunón och Erika Gyllencreutz valdes till justeringspersoner.

6. Styrelsens verksamhetsberättelse

Nuvarande ordförande Eva Uustal föredrog styrelsens verksamhetsberättelse för 2018 vilken publicerats i medlemsbladet och på hemsidan. Föredrogs även pågående arbete och planer för framtiden.

OGUs ordförande Elin Svensk föredrog OGU:s verksamhetsberättelse vilken även denna publicerats tidigare.

7. Skattmästarens ekonomiska redogörelse

Nuvarande Skattmästare Henrik Graner föredrog årsredovisningen för 2018 som tidigare publicerats på hemsidan. Föredrogs även SFOGs ekonomi uppdelad på SFOG Förening och SFOG Utveckling AB samt vad Stiftelsens ekonomi har för betydelse för föreningens ekonomi.

Nuvarande Skattmästare Henrik Graner föredrog budgeten för 2019.

8. Årsavgift för det kommande året och avgift för ARG-abonnemang/Medlemsstatistik

Beslutades att fastställa oförändrad årsavgift till 1200 kr inklusive ARG-abonnemang och reducerad avgift för pensionärer inklusive ARG-abonnemang till 600 kr.

9. Revisorernas berättelse för SFOG Förening

Revisorernas berättelse som publicerats på hemsidan förevisades och revisorernas rekommendation lästes upp av mötesordförande i revisorerna Christer Eriksons (aukt revisor) och Gerald Wallstersons (lekmanarevisor) frånvaro. Revisorerna tillstyrkte ansvarsfrihet för skattmästare och styrelse.

10. Fråga om ansvarsfrihet för styrelse och skattmästare

Beslutades att styrelsen för 2018 och skattmästaren för 2018 beviljas ansvarsfrihet.

11. Revisorernas berättelse SFOG Utveckling AB

Revisor Christer Eriksons (aukt revisor) rekommendation förevisades.

Revisorerna tillstyrkte ansvarsfrihet för bolagets styrelse.

12. Val av två revisorer jämte revisorssuppleant

Samtliga revisorer har fortsatt mandat. De utgörs av Christer Eriksson som är auktoriserad revisor och Gerald Wallsterson, lekmanarevisor samt Anne Ekeryd-Andalen som revisorssuppleant.

13. Förändring av stadgar

Andra omgångens ändringar:

Varje paragrafs ändring redovisades och röstades för sig. Borttagen text är struken. Ny text är understruken.

Förändring 1

§ 3 Medlemskap

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

Förändring 2

§ 13 Utbildningssekreterare

Utbildningssekreteraren ska bevaka ~~grund och specialist~~ utbildningsfrågor inom föreningen. Till sin hjälp har utbildningssekreteraren en utbildningsnämnd, i vilken utbildningssekreteraren eller fortbildningssekreteraren är ordförande.

Förändring 3

§ 14 Fortbildningssekreterare

Fortbildningssekreteraren ska bevaka fortbildningsfrågor inom föreningen, dvs. vidareutbildning av specialister, inbegripet frågor kring subspecialisering.

Förändring 4

§ 15 Kvalitetssekreterare

Kvalitetssekreteraren ska bevaka utvecklingen av och vara styrelsens kontaktperson gentemot de kvalitetsregister som berör obstetrik och gynekologi. Till sin hjälp har kvalitetssekreteraren en kvalitetsnämnd som bör ha en representant från varje aktuellt register.

Förändring 5

§ 19 21

Kvalitetsnämnden

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

Förändring 6

§ 24 Riksstämman

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

Samtliga ovanstående stadgeförändringar antogs för andra gången och antogs därmed slutligt.

Första omgångens stadgeförändringar:

Förändring 1

§ 5 Årsmöte

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

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

Medlemmar i SFOG har rätt att ta upp för föreningen viktiga frågor till beslut på årsmötet. För att en fråga ska tas upp för beslut på årsmötet ska en skriftlig motion ha inkommit till kansliet senast tre månader innan årsmötet och biläggas årsmöteskallelsen.

Ändringen antogs av årsmötet i första omgången.

14. Val av styrelseledamöter för 2019

Nyval: Vradha Korsoski (redaktör)
Marie Vikström Bohlin (kvalitetssekreterare)
Matilda Wäddell (OGU-representant)

Omval: Helena Kopp Kallner (facklig sekreterare)
Ellika Andolf (Utbildningssekreterare)

Samtliga valdes enligt förslag

Valberedning: Andreas Herbst valdes till valberedningen.

15. Avtackning av styrelseledamöter

Liselott Andersson, Kristina Nordquist och Elin Svensk avtackades av ordförande Eva Uustal.

16. Utbildningsfrågor

Årets nyblivna specialister äntrade scenen, erhöll blomma och diplom samt mottog församlingens jubel och applåder.

17. Subspecialister

Marie Bixo presenterade de subspecialister som tagit examen under året. Församlingen applåderade var och en.

18. Tillkännandegivande av Bernt Kjesslerpriset

Eva Uustal presenterade året pristagare Annika Strandell som erhöll församlingens applåder.

19. Omröstning angående medlemsskap i Svenska Läkaresällskapet

Eva Uustal presenterade bakgrunden till omröstningen och styrelsens förslag.

Årsmötet beslutade att SFOG skall bli medlemsförening i Svenska Läkaresällskapet. Ärendet avgjordes med acklamation.

20. Information från NFOG, EBCOG och FIGO

Eva Uustal föredrog samarbetet med ovanstående organisationer. Under 2023 och 2025 kommer ingen SFOG-vecka att hållas utan föreningens möte kommer då att hållas i samband med NFOGs kongress.

Eva Uustal föredrog svenska representater i FOGO Working Groups Kristina Gemzell Danielsson och Bo Jacobsson.

21. SFOG-veckor 2020 och 2021

Pia Teleman föredrog SFOG-veckan 2020 som kommer att anordnas i Malmö/Lund i samarbete med Skånes Universitetssjukhus. En film förevisades. 2021 blir SFOG-veckan i Göteborg.

22. Övriga frågor

Lyftes att specialiteten behöver arbeta aktivt med att rekrytera män! Förslaget mottogs med jubel!

23. Mötet avslutas

Mötet förklarades avslutat av mötets ordförande Eva Spetz.

Eva Spetz *Eva Uustal*
Ordförande vid mötet Ordförande SFOG

Vid pennan *Helena Kopp Kallner*, Facklig sekreterare, SFOG

Justeras
Katarina Tunón *Erika Gyllencreutz*

Protokoll Riks-ARG

Östersund 2019-08-27

1. Val av ordförande och sekreterare

Ove Axelsson valdes till ordförande och Liselott Andersson till sekreterare.

2. Presentation av närvarande representanter

Sophia Ehrström (ordf. BENK-ARG), Kristina Elfgren (ordf. C-ARG), Cecilia Kärrberg (sekr. C-ARG), Alkistis Skalkidou (ordf. Endokrin-ARG), Måns Palmstierna (ordf. Endometriosis-ARG), Annika Strandell (ordf. Evidens-ARG), Elisabeth Nordstrand (ordf. Fert-ARG), Michael Algovik (sekr. Global-ARG, vice ordf. SFOG), Maria Revelj (ordf. HEM-ARG), Gustav Biasoletto (sekr. HEM-ARG), Sissel Saltvedt (ordf. MM-arg, sekr. Evidens-ARG), Karin Pettersson, ordf. Prenatal-ARG), Lena Moegelin (ordf. POS-ARG), Eva Henning (sekr. POS-ARG), Lina Bergman (ordf. Preeklampsi-ARG), Eva Bergman (ordf. Ultra-ARG), Marie Söderberg (UR-ARG), Christina Rydberg (sekr. VULV-ARG), Judit Sundström (Sollefteå), Eva Uustal (ordf. SFOG), Ove Axelsson (ARGUS), Henrik Graner (skattmästare SFOG), Malin Sundler (webbmästare SFOG), Ellika Andolf (utbildningssekr. SFOG), Liselott Andersson (redaktör SFOG), Elin Svensk (ordf. OGU), Matilda Wådel (vice ordf. OGU).
Adjungerade: Diana Michels (SFOG-kansliet), Jessica Hortelius (SFOG-kansliet).

3. Godkännande av föregående protokoll

Godkändes och de frågor som borde diskuteras igen togs upp under pågående möte.

4. Verksamhetsberättelse ARGUS

Kommande ARG-rapporter
Fert-ARG Reproduktionsmedicin
UR-ARG Inkontinens
Ultra-ARG Gynekologiskt ultraljud (samt kanske obstetriskt ultraljud)

Jävsdeklarationer

Aktuell jävsdeklaration med nya riktlinjer finns på hemsidan. Det är viktigt att de som arbetar med ARG-rapporter lämnar in jävsdeklaration.

SFOG-råd

Önskemål om att de, som är äldre än 3 år uppdateras. 1/11 2019 kommer råd äldre än 3 år att tas bort från hemsidan.

Uppdaterade 2019:

Checklista och bilddokumentation av fosteranatomiundersökning v 18-20.

Ultraljudsfynd av vidgat njurbäcken hos foster.

Medfött komplett hjärtblock.

Ryggmärgsbräck, prenatal utredning och handläggning inklusive fetal kirurgi.

Fetometri.

På gång:

Kosmetisk vulvakirurgi.

Hygienregler vid ultraljud.

Endometriosis.

Riktlinjearbeten:

Uppdaterade 2019:

Trombosprofylax vid IVF.

Cervixcancerprevention.

På gång:

Vaginal dysplasi.

Menopausal hormonell terapi.

Hysterektomi.

Preeklampsi.

5. Rapport från AR-grupperna

Varje närvarande AR-Grupp redogjorde kortfattat för sin verksamhet under året och planerad verksamhet under kommande år.

7. Ekonomi

Varje AR-grupp har för 2019 tillgång till en handkassa motsvarande 7 500 kr via Stiftelsen, sedan räcker inte Stiftelsens medel till för finansiering. Det går att söka ytterligare medel för ARG-relaterade kostnader direkt till SFOG-kansliet. Anvisningar finns tillgängliga på SFOGs hemsida. Budgeten ser för stunden svagt positiv ut, men det finns en viss osäkerhet inför framtiden. Mera om ekonomin presenteras på SFOGs årsmöte 2019-08-28.

8. Övriga frågor

Bland annat Hem-ARG har ambitionen att uppdatera sina ARG-rapporter årligen, på webben. Det beslutades att SFOGs styrelse hanterar frågan hur detta enklast går till i samband med kommande styrelsemöte, helst med synpunkter från AR-grupperna till styrelsen innan mötet.

Nästa möte blir under SFOG-veckan 2020 i Malmö.

Ordförande *Ove Axelsson*, ARGUS

Vid tangenterna *Liselott Andersson*, redaktör för Kvinnoläkaren

Redogörelser från AR-grupperna 2018 – 2019

Perinatal-ARG

*Ordförande Karin Pettersson,
sekreterare Marie Blomberg,
webansvarig Jesper Clausen*

Perinatal-ARG har haft två möten (okt 2018 i Stockholm och april 2019 i Malmö) under året. I anslutning till vårmötet arrangerade perinatal-ARG en temaeftersmiddag om definition av aktiv förlossning.

Katarina Remaeus går igenom WHO:s rapport och direktiv samt ett stort antal publikationer och samverkar med Barnmorskeförbundet i arbetet kring ställningstagande om Sverige bör ändra definitionen av aktiv start.

Perinatal-ARG har ca > 160 medlemmar varav en hel del som inte längre är aktiva varför en översyn över medlemslistan fortsätter löpande.

Det har varit stora problem med mailutskick via medlemssidan på sfog.se och en förbättring är helt nödvändig.

Webmaster Jesper Clausen har avtackats under året och SFOGs kansli har tillfälligt varit behjälpliga med utskick, publicering på hemsidan mm

I oktober 2018 anordnade perinatal-ARG och neonatalföreningen det 37:e Svenska Perinatalmötet på Svenska Läkarsällskapet. I april 2019 arrangerade kvinnokliniken och barnkliniken i Skåne (SUS) vårmötet i perinatologi i Malmö. SFOG har tagit ett brett initiativ för att utarbeta och säkra tillgången på kurser och kursplatser under ST och denna nya organisation för ST-kurser startade 2017. För perinatal-ARGs räkning gäller kurser i: Jourförberedande obstetrik och gynekologi, Fosterövervakning samt Komlicerad graviditet. Inför 2020 års kurser har perinatal-ARG tillsett en rotation av kursort för alla tre kurserna. Medlemmarna har visat stort engagemang i att anordna dessa kurser. Sam-

arbetet med SFOGs kansli fungerat allt bättre efter en del "barnsjukdomar" i början.

SFOGs styrelse har beslutat att ordförande och sekreterare i AR-grupperna ska ha tidsbegränsade mandat (2+2 år). Perinatal-ARG har därför tillsatt en valberedning och ny ordförande och sekreterare kommer väljas i samband med höstmötet oktober 2019.

Preeklampsi-ARG

*Ordförande Lina Bergman,
sekreterare Eva Östlund Södersjukhuset,
webmaster Omar Gunnarsson*

Preeklampsi-ARG bildades i samband med SFOG-veckan i Uppsala 2018. Arbetsgruppen består av 28 medlemmar och cirka 10-12 medlemmar har deltagit vid tre anordnade möten under året.

Våra mål och visioner är att vara ett forum för samverkan inom forskningsområdet och det kliniska arbetet kring preeklampsi nationellt och internationellt där man i Preeklampsi ARG kan underlätta nätverk både i Sverige och internationellt. Vi strävar efter att verka för en balans på våra möten mellan klinik och forskning och även möjlighet till falldiskussioner.

En arbetsgrupp har de senaste fem åren arbetat med att sammanställa evidensbaserade nationella riktlinjer avseende prevention, behandling och uppföljning av preeklampsi. Drygt 10000 abstracts har screenats och 500 fulltextartiklar har granskats. Riktlinjerna presenterades i samband med ett välbesökt symposium på SFOG-veckan i Östersund.

Nya arbetsgrupper håller på att bildas för att arbeta vidare med att hålla riktlinjerna uppdaterade och även utarbeta patientinformation och arbeta för mer patientsamverkan. Vi har även ett pågående arbete kring att ändra texten i diagnoskoderna ICD10 för hypertensiv sjukdom.

Fortsatt arbete kommer ägnas åt att implementera riktlinjerna på klinikerna i landet.

Under året har vi även engagerat oss i fortbildningen och ansvarar för preeklampsidelen på fortbildningskursen i högriskobstetrik som hålls av Perinatal-ARG.

POS-arg

*Ordförande Lena Moegelin,
sekreterare Eva Henning*

ARG gruppen för psykosocial Obstetrik och gynekologi har haft två möten under det senaste året.

Höstmötet, där 10 medlemmar deltog, hölls i Stockholm, och i samband med mötet presenterade Ann-Christine Shayegh och Anna-Linda Karlsson sina intressanta ST arbeten rörande arbetsmiljö.

Vårmötet hölls i Malmö i anslutning till SFPOGs årliga symposium. Nio medlemmar deltog och i samband med mötet föreläste Professor Lotta Löfgren Mårtensson, professor i Hälsa och sexualitetsstudier.

ST-kursen i psykosocial Obstetrik och gynekologi hölls i Malmö v 50 respektive Stockholm v 4. Två kurser, på samma kursorter, planeras kommande år. ARG-gruppen planerar även en SFOG-kurs i sexologi under våren 2020. Gruppen diskuterar även framtagandet av riktlinjer/stöd kring kollegialt omhändertagande vid svåra situationer "second victim".

UR-ARG

*Ordförande Marie Westergren Söderberg,
sekreterare Riffat Cheema,
webmaster Mats Stenberg*

Ur-ARG har haft två möten och ett internt under perioden.

Under ett välbesökt möte i december fortsatte diskussionen angående långtidskomplikationer efter TVT vilket lett till

att TVT-bandet ifrågasatts och dragits in i vissa länder. Vanligast förekommer erosion av bandet (1,5 %), men i betydligt färre fall uppstår kronisk smärta vilket är mer problematiskt och medfört en efterfrågan på kirurgiskt borttagande av hela bandet. Efter att Eva Uustals presentation från Gynops användarmöte av aktuella publicerade siffror visats och Pia Telemans genomgång av TVT-komplikationer kom gruppen fram till att vi vill fortsätta hjälpa våra patienter med TVT-metoden, men också:

Förbättra Gynop-registrets och verksamheternas patientinformation om risker

Verka för att riktlinjerna vid TVT-operationer i NMI-dokumentet framtagget av Socialstyrelsen och SKL följs (<http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/nationella-indikationer-operation-ansträngningsinkontinens-kvinnor.pdf>)

Verka för att operationer pga. TVT-komplikationer också registreras i Gynop-registret

Verka för att patienter med svåra komplikationer efter TVT utreds och behandlas vid nationella centra och ska ingå i begreppet avancerad bäckenbottenrekonstruktion som nu ska nivåstruktureras.

Stimulera till svensk forskning om sena TVT-komplikationer

En debattartikel i Läkartidningen publicerades i ämnet: <http://www.lakartidningen.se/Opinion/Debatt/2018/12/Inkontinenssynga--van-eller-fiende/>

I mars hölls en tvådagars internat för att ta fram ett SFOG-råd om viken operationsmetod som ska rekommenderas till vilken patientgrupp med apikal prolaps. Det ser olika ut runt om i Sverige beroende på olika kompetens och resurser och UR-ARG vill verka för en så långt det går evidensbaserad och jämlik vård. Vissa patienter med apikal prolaps kan komma att ingå i begreppet avancerad bäckenbottenrekonstruktion och nivåstruktureras. Arbetet kom igång bra, men när metoden att lägga nät inte längre blev lika tillgänglig påverkades arbetet negativt. De amerikanska tillverkarna av de mest använda prolapsnäten la nämligen ned tillverkningen under våren 2019 på

begäran av FDA pga. nätkomplikationer. UR-ARG återsamlas i höst för att fortsätta arbetet. En sammanfattning av UR-ARGs alltfjänt restriktivt tillåtande inställning till det prolapsnät som finns att tillgå kommer att läggas på hemsidan. Arbetet med en ny ARG-rapport om urininkontinens har fått stå tillbaka eftersom de ovanstående områdena bedömts mer angelägna, men kommer att återupptas när tiden medges.

FARG

Ordförande Helena Kopp Kallner, sekreterare Ingrid Sääv

Under det gångna året har FARG haft två välbesökta möten med dryga 70 deltagare. Vi har flyttat från Rydbergsska rummet med sin atmosfär och alla minnen, och har senaste gångerna varit i toppmoderna möteslokaler på NKS område. På mötena kommer en blandning av gynekologer, barnmorskor och även kuratorer.

FARGs ultraljudskurs för barnmorskor inom abortvård, i samarbete med ultra-ARG, kommer att hållas i Stockholm under november 2019. Söktrycket är högt, men då vi vill bibehålla vår höga kvalitet och målsättning, med stor vikt vid praktiska moment och även praktik med inlämningsuppgifter året efter genomförd kurs, vill vi inte utöka antalet platser. Vi siktar dock på att försöka hålla kursen 1 gång per år.

FARGs hemsida har under året uppdaterats, så man tydligt ska kunna hitta riktlinjer och rekommendationer från FARG. En del av presentationerna från FARG-mötena finns också att hitta där.

SMER kom med sin skrift "Livstecken vid sen abort", vilket har blivit både kritiserat och livligt debatterat, bl.a. i samband med abortdagen. Vi är dock tack samma för att man tydligt uttalar att man inte vill sänka abortgränsen ytterligare, då man ser stora oönskade konsekvenser för de få men mycket speciella fall som får tillstånd till abort efter v 20.

Abortdagen anordnades i samarbete mellan SFOG och Barnmorskeförbundet i ABF huset. På programmet fanns föreläsningar av ledamöter från Rättsliga

rådet, neonatologer samt även Statens medicinsk-etiska råd, som bjudits in för att kommentera sin skrift "Livstecken vid sen abort". Hans Linde gav en presentation om ideologier på frammarsch i Europa och hotet som nationalkonservativa ideologier innebär för kvinnor och aborträttigheter. Helena Kihlander presenterade sin avhandling om preventivmedelsrådgivning vid abortbesöket.

Arbetet fortgår med att utforma en gemensam preventivmedelsjournal och abortjournal. Här har vi hjälp av Carina Zetterberg från Socialstyrelsen som arbetat med att utforma landsövergripande journaler tidigare. Frågan har diskuterats och förslag på journalen har tagits upp på FARG-möte. Vi arbetar vidare med detta projekt.

Under våren presenterade Helena Kopp Kallner evidensen för omedelbar spiralinsättning i samband med sectio. Det praktiseras i många länder, och har en klart lägre utstöttningsrisk än efter vaginal förlossning. Ytterligare en fördel är ju att de kvinnor som genomgått kirurgi får ett säkert preventivmedel redan vid förlossningen, och således kan undvika ny graviditet under första året med de risker det innebär. På Danderyd har man satt ihop en patientinformation och startade redan före sommaren. Vi hoppas att det sedan kan få snabb spridning nationellt. RFSU har tagit fram en app för preventivmedelsrådgivning. Denna finns på flera språk och görs lättillgänglig, samt ska ge information om närmsta mottagning.

Studien med manligt preventivmedel, i form av en gel har startat. Alla preventivmedel kan ju ha sina biverkningar, men denna har som möjlig biverkan ökad sexlust, vilket helt verkar ha överskuggat allt annat i medias rapportering. Vi hoppas tillströmningen blir stor, men av praktiska skäl kan endast par från Stockholm delta.

Vid sista mötet diskuterades ånyo att sätta upp mål för preventivmedelsrådgivning, både i samband med abort och vid vanligt prev-besök. Rimliga mål som FARG enades om var; 100 % ska få rådgivning om preventivmedel i samband

med abort, och 100 % ska ha en namngiven metod (ingen metod kan vara ett val), 60 % av kvinnor väljer LARC, och av dessa ska 100 % få möjlighet att starta LARC inom 1 vecka. På vanligt rådgivningsbesök diskuterade FARG att det vore önskvärt om 40 % väljer LARC, och då erbjuds tid för insättning inom 7 dagar.

Eftersom vi vet att LARC ger ett överlägset skydd mot graviditet och även att några av de preventivmedel som flest kvinnor är nöjda med och vill fortsätta med verkar det rimligt att sätta målet högt – samtidigt vill vi påminna om att det är viktigt att kvinnan själv har fått välja och inte bara gått hem med ett recept. Det framgick också tydligt i Helena Kihlanders studie.

BENK-ARG

*Ordförande Sophia Ehrström,
sekreterare Klara Hasselrot*

BENK-ARG är en nybildad ARG-grupp (bildad dec 2017) med huvudområde BENIGN Gynekologisk Kirurgi. ARG-gruppen har vuxit snabbt och har nu sammanlagt ett 40-tal medlemmar. Representation utgörs av kollegor speciellt intresserade av gynekologisk kirurgi på benign indikation. Medlemmarna kommer från hela riket, med god geografisk spridning.

BENK-ARG har under 2019 fått i uppdrag av SFOG, att författa SFOG riktlinjer avseende hysterektomi på benign indikation.

ARG-gruppen har under året haft två protokollförda möten, varav ett under hösten 2018 och ett under våren 2019. Utöver sedvanliga möten arrangerades i februari 2019 ett tvådagars internat i Stockholmsområdet, varvid 14 medlemmar närvarade.

Under det gångna året har fokus lagts på att upprätta riktlinjer för hysterektomi på benign indikation. Ett 15-tal av medlemmarna arbetar aktivt med upprättandet av SFOG riktlinjer. Deadline för färdig sökalgoritm/kapitel är september-19. Deadline för färdigt kapitel av respektive kapitelförfattare är bestämt till november-19.

Planerad publicering av SFOG Riktlinjer för Hysterektomi på benign indikation våren 2020, med planerad presentation på SFOG-veckan 2020.

Arbetsmetodik:

Genomgång av rådande kunskapsläge och inspiration från andra nationella riktlinjer från Storbritannien (RCOG), USA (ACOG), Frankrike, Danmark och Norge inhämtades. Beslut om arbetsförfarande enligt nedan.

1. Kapitel utdelade till medlemmarna i BENK-ARG
 2. Opponering på kapitlen mellan kollegorna i BENK-ARG, i syfte att slipa fram en bra text.
 3. Beslut att arbeta evidensbaserat, efter samråd med Evidens-ARG
- a. Utbildning i Evidensbaserat byggande av riktlinjer av en kärngrupp i BENK-ARG, som introduktion till INTERNAT februari 2019. Föreläsningar och skriftligt underlag tillhandahållet av professor Alkistis Skalkidou, Evidens-ARG Uppsala.
 - b. Identifiering av sökalgoritm i samarbete med KI Danderyds sjukhusbibliotek för säkerställande av likartat arbetssätt enl GRADE, i varje kapitel. Arbetssätt enl SBU:s rekommendationer.

Vi planerar redaktionsarbete av inlämnade kapitel under höst/vinter 2019/20.

Året HT/VT 19/20 planeras påbörjande av arbete med nya riktlinjer: SFOG riktlinjer för Hysteroskopi.

UltraARG

*Ordförande Eva Bergman,
sekreterare Mirka Blommé,
webbmaster Jesper Agrell*

UltraARG håller tre möten per år, ett på hösten och två på vårterminen. Då de flesta universitetskliniker är representerade på mötena hålls de ofta växelvis på universitetsorterna. På mötena deltar även representanter för RUD och NUB, som är barnmorskornas ultraljudsorganisationer. Till mötena har vi vid tillfälle bjudit in experter som är viktiga samtalspartners i våra intresseområden. Representanter för socialstyrelsen, ultraljudsindustrin, och barnläkare har bjudits in.

Utbildning och vidareutbildning inom ultraljudsområdet är ett av UltraARGS huvudmål. De som organiserar kurser för läkare och barnmorskor inom området har diskuterat innehåll och tidpunkt för kurserna. Vi har i gruppen även diskuterat vad som krävs för utbildningsinsatser vid införande på bred front av ett förstatrimesterultraljud. Utformning av en möjlig subspecialisering inom fostermedicin har avhandlats, liksom hur vi kan arbeta vidare med frågan och lyfta den med SFOGs ledning.

Ett av årets återkommande diskussionsområden har varit just förstatrimesterultraljud. Vi har i gruppen arbetat med en checklista. I det arbetet ingick deltagande i mötet av fosterkardiolog som gav oss input. Checklistan är nu färdig för användning.

Gruppen har diskuterat vilka tekniska lösningar som finns för bilddelning mellan kliniker i konsultations- och utbildningssammanhang. Vi har också funderat vidare på den praktiska implementeringen av de hygienråd som arbetats fram för vaginala ultraljud.

Mötena ger möjlighet att diskutera nya PM, checklistor, forskningsstudier och bildandet av grupper inom olika intresseområden. De ämnen som varit i fokus i år har varit övervakningen av foster till mödrar med hyperthyreos, ickeselektiv fosterreduktion vid flerbörd, diafragma-bräck, och övervakning vid minskade foster rörelser. En ny grupp har bildats inom UltraARG med fokus på patientinformation kring fosterdiagnostik.

Nya medlemmar med intresse för obstetriskt och gynekologiskt ultraljud välkomnas! De som vill ha protokoll från mötena för att följa med i diskussionerna får detta genom att anmäla sig till vår mejllista. Kontaktinformation finns på SFOGs hemsida. Kommande möten blir 191105 i Lund och 200120 i Stockholm, och är öppna för dig som vill bli medlem. Välkomna till en dynamisk ARG där du är med och utformar det som händer på ultraljudsfronten.

HEM-ARG (Hemostasrubbingar)

*Ordförande Maria Revelj,
sekreterare Gustaf Biasoletto*

Hem-ARG har 48 medlemmar varav ca 20 aktiva representanter från olika kvinnokliniker över hela landet. Vi har haft en kurs för specialister, tre medlemsmöten under hösten-vintern 2018-2019 och i maj månad 2019 hade vi ett arbetsinternat i Mölle.

I september 2018 höll Hem-ARG en tredagarskurs i hemostasrubbingar inom gynekologi och obstetrik för i specialister. Både nationella och internationella föreläsare deltog. Kursen fick mycket goda omdömen av deltagarna och vi planerar ev att ordna en ny kurs hösten 2020. Löpande under året men ffa under internatet i Mölle pågår arbetet att hålla HEM-ARGs bok om Hemostasrubbingar inom obstetrik och gynekologi från 2018 uppdaterad. Mötet i Mölle ägnades också åt projektplan för att inom ramen för ett vetenskapligt arbete starta ett nationellt trombosregister för gravida och nyförlösta. HEM-ARG arbetar också med en rekommendation kring ASA-profylax och graviditet. Syftet är att publicera på HEM-ARGs hemsida och Läkartidningen.

I mars var ett flertal medlemmar i HEM-ARG på kongress i Madrid, WHITH (Women's Health Issues in Thrombosis and Haemostasis). Vi konstaterade att Sverige ligger i framkant när det gäller nationella riktlinjer inom detta område och att vi har många aktiva forskare som bidrar till kunskapsbredd.

VULV-ARG

*Ordförande Nina Bohm-Starke,
sekreterare Christina Rydberg*

VULV-ARG har nu 179 medlemmar bestående av 80 gynekologer/ST och övriga är dermato-venerologer/ST, barnmorskor en del även sexologer, kuratorer, fysioterapeuter.

ST-kurs om vulvovaginala sjukdomar och STI arrangeras två gånger per år samt specialistkurs årligen om vulva-sjukdomar. Arbeta fortgår med att starta en kurs för vulvteam, dvs. tvärprofessionellt

arbete med långvariga vulvabesvär.

September 2018 hölls europeiska konferensen om vulvasjukdomar inom ECSVD i Köpenhamn i samarbete mellan Sverige och Danmark som arrangörer.

Regeringssatsningen på förbättrad förlossningsvård och kvinnohälsa via SoS och SKL identifierade vestibulit/vulvodyni som ett förbättringsområde och juni 2018 kom rapport från SoS om området. Arbeta fortsätter för att få komma vidare med att skapa kunskapsstöd för detta område.

SFOG-Riktlinjen för kosmetisk vulvakirurgi har reviderats i samråd med Etik-ARG, samt i uppdrag från SFOGs styrelse att inkludera även annan vulvovaginal kosmetisk behandling.

Nya riktlinjer om vulva-dysplasi kommer att ingå i kommande nationella vårdprogram för vulvacancer, där gynekolog och dermatoverenerologer från VULV ARG ingår i arbetet.

Diagnoser vid dysplasi i vulva samt även vid vulvodyni har setts över och förslag arbetats fram inför hösten och ny version av SFOGs diagnosbok 2020.

C-ARG

*Ordförande Kristina Elfgrén,
sekreterare Cecilia Kärrberg*

Arbetsgruppen är mycket aktiv. Dysplasi-ansvariga från landsting i hela Sverige är medlemmar och på våra möten deltar upp till 40 personer, allt ifrån nyfärdiga specialister till seniora nationella experter. Nästa möte, i september 2019, blir vi tvungna att hyra in oss i en annan lokal för att alla intresserade ska få plats.

Vid 50 årsjubileet för Cervixcancerprevention i nov 2017 rapporterades att screeningen under dessa 50 år hindrat utveckling av cervixcancer hos ca 100 000 kvinnor i Sverige!

Vi fortsätter tillsammans arbetet med frågor som rör organisation och genomförande av cervixcancerprevention vad gäller screening, utredning och behandling av dysplasi samt vaccination mot HPV.

Kliniska handläggningsfrågor/fall diskuteras kontinuerligt vid våra möten och många av frågorna kan besvaras med god

evidens, baserad på svenska data utifrån Nationella Kvalitetsregistrets, NKCxs, auditarbete.

Det nationella vårdprogrammet för cervixcancerprevention (NVPCxcaprev) med primär HPV screening, godkänt av RCC i samverkan i januari 2017, implementeras nu i landsting efter landsting i Sverige. Under våra möten diskuteras implementeringen och hur denna påverkar vår kliniska vardag. Tyvärr ser vi sedan 2014 en ökning av cervixcancerfall i Sverige med ca 100 fall årligen. Ökningen visar stora regionala skillnader, från en fördubblad risk i vissa landsting till en minskning i andra. Detta talar för att ökningen beror på faktorer som är relaterade till den regionala organisationen av screeningsprogrammet (Nationellt Kvalitetsregister för cervixcancerprevention årsrapport 2018).

Trots att det nu snart är tre år sedan det NVPCxcaprev kom, håller fortfarande 9 regioner i Sverige fast vid den mer än 50 år gamla primärscreeningmetoden. Detta och det faktum att vi nationellt dessutom noterat att det periodvis rest-noterats nödvändiga läkemedel för att genomföra en säker cervixcancerprevention (under det senaste året har det bl.a. gällt 5 % ättiksyra och 1,2 % jodjodkalium) föranledde C-ARG/SFOGs styrelse att tillskriva Regionala Cancer Centrum i samverkan, SoS och Läke-medelsverket att verka för att NVPCxcaprev genomförs i alla regioner och att läkemedel finns tillgängliga för att säkerställa en jämlik vård för kvinnor oavsett bostadsort.

I juni 2018 fick vi styrelsens uppdrag att skriva en SFOG riktlinje om handläggningen av VaIN. Arbetet påbörjades hösten 2017 och nystartades 2018 i samarbete med Evidens-ARG.

Den tidigare SFOG riktlinjen om NVPCxcaprev, färdigställd 2018, reviderades våren 2019 efter att NVPCxca reviderats i dec 2018. Den nya versionen finns på hemsidan.

C-ARG får regelbundet rapporter från den nationella gruppen för cervixcancerprevention, NACx (se: www.cancercentrum.se/nacx) av dess ordförande.

Nya frågor väcks av C-ARGs medlemmar och återförs till NACx som arbetar med att klarlägga lokala strukturer och skapa en nationell likriktning av insatser inom hela vårdkedjan.

Equalis Expertgrupp för cervixcancerprevention, som arbetar med kvalitets-säkring och kvalitetsmått inbegriper flera av C-ARGs medlemmar. NACx tillsammans med expertgruppen i Equalis bildar styrgrupp för NKCx, (se: www.NKCx.se) som också är representerat i SFOGs kvalitetsnämnd.

Läget i vaccinationsprogrammet rapporteras regelbundet. Folkhälsomyndighetens rekommendation om vaccination av pojkar ligger efter förnyad utredning sedan 1 april 2019 åter på Socialdeparte-

mentets bord. Enstaka landsting har startad i väntan på nationellt beslut.

Arbete med att utveckla en nationell audit avseende cervixcancer pågår i gruppen - särskilt viktigt i dagens läge när incidensen av cervixcancer ökar i flera landsting och nationellt.

C-ARGs medlemmar svarade för undervisning i cervixcancerprevention under SK-kurserna Gynekologiska tumörsjukdomar och högriskobstetrik under året. Med stöd av det nya VP har C-ARG/SFOG medverkat till att SoS ansvarar för en SK kurs i cervixcancerprevention som gavs i Stockholm i nov 2018. Flera av C-ARGs medlemmar föreläste och medverkade där liksom i specialistkursen i kolposkopi i Göteborg maj

2019. I vårdprogrammets anda har vi under flera år arbetat fram ett förslag till en certifiering av kolposkopister i Sverige. Förslaget lades fram till SFOGs styrelse oktober 2018 och diskuteras nu vidare med den nya styrelsen.

Flera medlemmar deltog aktivt på FIGO i Rio de Janeiro, IPV i Sydney och Eurogin i Lissabon. Att vårt arbete i Sverige håller hög internationell klass bekräftades av BSCCP (British Society of Colposcopy and Cervical Pathology), den brittiska kolposkopiföreningen i maj 2019 då Björn Strander tilldelades medalj för sina insatser inom cervixcancerpreventionen.

Pristagare under SFOG-veckan

Bästa fria föredrag gynekologi

Anna Darelius

Bästa fria föredrag obstetrik

Stefhanie Romero

Bästa poster gynekologi

Emma Björk

Bästa poster obstetrik

Henrik Makokha-Sandell

ACTA prize = bästa ST-vetenskapliga arbete

Lina Nilsson

Bernt Kjessler

Annika Strandell

Bästa avhandling

Barbara Geppert

OGU-pris bästa handledare

Helene Dalemo-Lundin

SFOG-veckan i Östersund 2019 – referat

Så var det äntligen dags för SFOG-veckan! Som värd i år stod Område Kvinna vid Östersunds sjukhus och Institutionen för klinisk vetenskap, obstetrik och gynekologi vid Umeå universitet. SFOG-veckan 2019 ägde rum i Frösö Park Arena, vackert beläget på Frösön med makalös utsikt över fjällen och Storsjön. Området har en stolt tradition som mötesplats – i närheten på Bynäset samlades jämtarna redan för hundratals år sedan årligen i Jamtamot, Jämtlands allting, för att ta viktiga beslut om Jämtlands utveckling och framtid. I den andan genomfördes SFOG-veckan 2019, med presentation av nya rön, aktuell forskning och uppdaterade nationella riktlinjer med mycket mera. Själva konferensen hölls i en lokal som för inte så länge sedan var en flyghangar, tillhörande Jämtlands Flygflottilj.

Årets referat av SFOG-veckan presenteras av OGU, som också firar 25 år som förening i år! OGU:s styrelse hade under veckan privilegiet att närvara vid en stor del av programmet, som presenteras nedan. Utöver det som refereras hölls flertalet ytterligare föredrag och föreläsningar, även som brukligt en rad ARG-möten, barnmorskesymposium, posterpresentationer, sponsrade symposier arrangerade av samarbetspartners samt mycket mer. För den intresserade går det ännu ett tag att se 2019 års program på www.sfog-veckan.se.

MÅNDAG

SFOG-veckan 2019 inleddes med en varmt välkomnande av professor Eva Spetz, överläkare Eva Uustal och professor Marie Bixo. Annika Norlin (Säkert!, Hello Saferide), bygdens dotter, hyllad sångare och kompositör samt tre gånger grammisvinnare öppnade kongressen med två fina låtar där en handlade om hennes erfarenhet av att föda sitt barn!

Annika Norlin, som 2015 sommarpratade om bland annat PMS och hur vissa kvinnor påverkas av sina hormoner, höll ett inledningstal där hon tackade samtliga deltagare och hela professionen för det dagliga arbete som bedrivs på kliniker och institutioner landet över.

Invigningssymposiet var på temat Global hälsa. Professor Elisabeth Darjs upprörande grafer från studier om våld mot gravida kvinnor i Nepal satte perspektiv på utmaningarna för den gravida kvinnan i tredje världen.

Birgitta Esséns, professor och överläkare vid Akademiska sjukhuset, föredrag handlade om vikten att använda empiriska underlag vid implementering av vårdinsatser för migranter och inte bara en god vilja att hjälpa utsatta kvinnor. Hon visade på hur somaliska kvinnorna har en numera välkänd förhöjd risk för maternell dödlighet som bland annat orsakas av bristande kommunikation eller "doctors delay". Å andra sidan visade hon hur Socialstyrelsen och SKL ekonomiska satsningar genom åren fokuserat på kulturdoula eller könsstympningsprojekt – områden där det faktiskt saknas evidens för att det reducerar svår maternell sjuklighet.

Professor Essén visade vad vi kunde lära från Somalia om hur kulturella förändringar spontant sker i den somaliska gruppen efter migration. Till exempel att hemförlossningar helt upphör, eller hur den somaliska papparollen snabbt närmar sig den svenska normen att partner är med vid själva förlossningen något som är helt otänkbart i Somalia. Hon uppmanade oss: "Lyft blicken från underliv till somaliska kvinnoliv!"

Professor Ingrid Mogren förklarade diskrepanser i användningen av "Obstetriskt ultraljud i låginkomst och medelinkomstländer". I Vietnam, till exempel,

överanvänder man ultraljud med täta och kanske irrelevanta kontroller. Rwanda har mycket sparsam tillgång till obstetriskt ultraljud. Det är endast läkare som utför alla ultraljudsundersökning och kunskap sprids sällan till barnmorskorna.

Parallellt med invigningssymposiet hölls ett symposium om kvalitetsregister och huruvida de kan bidra till en ökad jämlik vård. Joakim Dillner och Thomas Högberg höll presentationer om nationellt register för cervixcancerprevention respektive kvalitetsregistret för gynekologisk cancer.

Eftermiddagen inleddes med en plenarföreläsning av och med professor Hans Peter Dietz, Sydneybaserad urogynekolog och internationellt erkänd expert på bäckenbottenultraljud. Föreläsningen fokuserade på förlossningsskador och upptäckten av dessa. Vi uppmanades att våga undersöka patienten noggrant efter förlossning i jakt på levatorskador och tilldelades palpationsmodeller att öva på. Levatorskador är vanligare än vi tror, många av dem ockulta bakom en intakt vaginalvägg. Risken ökar med maternell ålder vid första förlossningen. Störst risk för skada uppstår vid bruk av förlossningstång och Dr Dietz avrådde starkt från detta verktyg.

Inom ramen för Fria Föredrag Gynekologi presenterade Johanna Wiik sin studie där hon undersökt huruvida mikrobiota i cervix förändras efter konisering till följd av CIN-förändringar. Laktobaciller dominerar i vagina och cervix, men studien visade att patienter med HPV-infektion hade högre andel icke-laktobaciller än friska. Däremot sågs ingen signifikant skillnaden i flora efter konisering hos de med persisterande HPV-infektion och hos de där HPV inte längre kunde påvisas.

Sofia Persson kan efter sin populationsstudie om PCOS och fruktsamhet dra slutsatsen att kvinnor med PCOS föder färre barn per kvinna och en lägre andel spontana graviditeter (dock fler än 50 %), men har under sin livstid lika god sannolikhet som kvinnor utan diagnosen att föda barn.

LVSI, lymfovaskulär kärlinväxt, i endometroid endometriecancer är den starkaste riskfaktorn för nedsatt överlevnad. Detta tycks gälla även då lymfkörtelmetastasering saknas och man funderar kring om hematogen spridning kan förklara detta. Om detta berättade Karin Ståhlberg.

De Fria Föredragen fortsatte med Björg Jonsdottir som i en studie undersökt om PCI, peritoneal cancer index, kan användas för att utvärdera om en patient med ovarialcancer är operabel eller inte. PCI mäter carcinos i 13 regioner i buken och studien visar stora skillnader i PCI-värde mellan de patienter som genomgått komplett vs inkomplett kirurgi. Utmaningen är hur denna PCI-bedömning ska kunna göras preoperativt.

Anna Darelius visade i sin studie att hysterektomi ger minskad risk för epitelial ovarialcancer, både för typ 1 (som tros uppstå från endometriet, långsamt växande) och typ 2 (aggressiv tumörväxt, misstänkt från fimbrietratten). Endometriös ökar risken för båda typerna av ovarialcancer, salpingit signifikant riskökning endast för typ 2. Bör äggledarna opereras bort i samband med benign hysterektomi mot bakgrund av ovan? Fler studier behövs.

Psykolog Anna Wikman avslutade de Fria Föredragen med en sammanfattning av en kvalitativ studie av unga kvinnors upplevelse av stöd efter gynekologisk cancer och fann att 2/3 upplevde otillfredsställande stöd inte minst beträffande information kring fertilitet, sexualitet och psykiskt mående.

Eftermiddagen bjöd även på symposium om gynekologisk cancer, där docent och överläkare i onkologi Hanna Dahlström presenterade nya gynonkologiska behandlingsstrategier. Professor

Ann Lalos talade om sexuellt samliv efter gynekologisk cancer och påminde oss om att inte glömma bort att ställa frågan om sexuell funktion och eventuella problem till våra gyncancerpatienter. Bertil Axelsson gick igenom behandlingsprinciper vid palliativ medicin vid obotlig cancer och poängterade även han vikten av att ställa rätt frågor till patienter och att använda skattningsskalor för att kunna utvärdera effekten av symtomlin-drande behandlingar.

MM-ARG, representerade av Hanna Åmark och Linnéa Lindroos, gick traditionenligt igenom förra årets mödradödsfall. 2018 rapporterades sju fall vilka kommer att redovisas i årets sista nummer av Medlemsbladet. Vid dagens föreläsning ägnades extra uppmärksamhet åt obstetriskt NEWS, en av de tio viktigaste rekommendationerna för att minska gravida kvinnors morbiditet och mortalitet. Obstetrisk NEWS är anpassad till gravida, som ju har en förändrad fysiologi, validerad och översatt till svenska. Skalan ska användas på alla patienter som

inte har en helt normal graviditet eller förlossning.

Måndagen avslutades med mingel på friluftsmuseet Jamtli. Inte bara gavs möjlighet att äta och dricka gott i sällskap av gamla och nya vänner, deltagarna hade även fri tillgång till museet och kunde passa på att lyfta blicken från det medicinska och ta en tur genom svensk folk-kultur och historia.

TISDAG

På tisdagsmorgonen hölls symposier om pågående multicenterstudier i Sverige i SNAKS regi, och om graviditet vid GUCH. Ulf Thilén, docent i kardiologi, och Ajlana Mulic-Lutvica, överläkare i obstetrik och gynekologi, presenterade var och en för sig och tillsammans olika aspekter på kombinationen medfödd hjärtsjukdom och graviditet/förlossning. Normala graviditetssymtom och -fynd påminner ofta om de vid hjärtsjukdom och där tenderar obstetrikern ofta att underskatta och kardiologen överskatta innebörden av dessa symtom.

Efter kaffet var det svårt att välja. I den ena salen hölls OGU's eminenta symposium om ultraljud av ovarialförändringar, där Lil Valentin och Elisabeth Epstein visade en exposé av benigna och maligna resistenser och hur de kan klassificeras med hjälp av IOTAs formel och "simple rules". Studier visar att strukturerad ultraljudsbedömning är överlägsen matematiska modeller även i händerna på mer juniora kollegor.

I den andra salen talade Karin Pettersson och Jason Gardosi om hur man kanske kan minska antalet IUFD i en svensk kontext, där Jason Gardosi som är chef på the Perinatal Institute i Birmingham delade med sig av brittiska erfarenheter på temat. Båda symposierna var mycket uppskattade.

Tisdagens plenarföreläsning hölls av Sally Collins, överläkare i gynekologi och obstetrik och subspecialiserad inom fostermedicin. Dr Collins är bland mycket annat ansvarig på den specialiserade fostermedicinska mottagningen för placentaldiagnostik vid Oxford. Hon gick på ett inlevelsefullt sätt igenom diagnostiken av



MM-ARG



Specialistexamen 2019

abnormalt invasiv placenta (AIP), vilka diagnostiska fynd som är evidensbaserade och inte och exemplifierade med bilder och fallbeskrivningar. Ultraljudsdiagnostik av invasiv placenta är ett område där det sedan länge finns beskrivet vilka fynd man skall leta efter, men där det tidigare saknats tydliga definitioner av dessa fynd. För den intresserade finns mer att läsa i RCOGs och FIGOS guidelines för klassificering, diagnostik och handläggning av AIP, båda medförfattade av Sally Collins.

Preeklampsi-ARG presenterade de nya svenska riktlinjerna för preeklampsi-vård. Proteinuri är inte längre ett diagnostiskt kriterium och graderingen i lätt/måttlig PE har nu tagits bort. Preeklampsi är alltid en potentiellt allvarlig sjukdom och skall klassas som preeklampsi eller svår preeklampsi.

Fria föredrag Obstetrik bjöd på en rad intressanta presentationer om allt från



Avtackning av styrelsemedlemmar.

skillnaden i referensvärden för Apgar och navelsträngs-pH relaterat till gestationsvecka, till risken för extrem prematurbörd hos kvinnor med PCOS. Pris för bästa muntliga presentation av vetenskapligt arbete gick till Stephanie Romero för hennes presentation av SVEA-studien (Safe Vacuum Extraction Alliance).

På tisdagskvällen samlades först de hugade vid Östersunds Skidstadion för att få testa på springskytte – en lite somrigare variant av skidskytte! Därefter följde vad som enligt betrodda källor var årets tillställning – OGU:s 25-årskalas! På plats i Östersunds enda skybar bjöd OGU tillsammans med ST-läkarna från Östersund på ett firande värdigt en 25-åring – fyllt med 90-tals-nostalgi, uppmärksammande av gamla OGU-styrelsemedlemmar inklusive OGU:s grundare Magnus Lindahl, tal, sång och dans. En av våra internationella gäster som deltog under middagen sammanfattade kvällen med de bevingade orden "You are all bonkers!".

ONSDAG

Morgonen började med presentation av de tre bästa ST-arbetena som valdes bland de som skrev ST-tentan i Stockholm 2019. Lite skrovliga röster hos både moderatorer och föreläsare påminde om gårdagskvällens kalasfirande.

Av Maja Weinryb fick vi höra mer om huruvida ställningstagande till preventivmedel tas vid efterkontrollen och i så fall vilket preventivmedel som väljs, samt hur det skiljde sig mellan svensk- och icke svenskfödda kvinnor.

Lina Nilsson har undersökt om en lyckad vändning påverkar förlossnings-sättet - det verkar som att det finns en högre risk för sectio hos kvinnor som genomgått vändning och senare induceras.

Av Anna Törn lärde vi oss att barn till kvinnor med ursprung från subsahariska Afrika löper högre risk att drabbas av HIE, även om orsakerna till detta fortfarande inte är klarlagda.

Därefter följde SFOG:s årsmöte där bland annat stadgar ändrades, ledamöter avtackades, ledamöter valdes in och de

nyfärdiga specialisterna och subspecialisterna fick motta församlingens applåder.

Eftermiddagens plenarföreläsning hade titeln "Preeclampsia - Answers to Questions and Questions to Answer". Professor Shaun Brennecke at Royal Womens Hospital in Melbourne, Victoria, Australia, betonade att preeklampsi är den vanligaste allvarliga medicinska sjukdomen relaterad till graviditet hos kvinnor med incidens på 1-5 %. En moder dör var 8:e minut i världen på grund av komplikationer till preeklampsi.

Professor Brennecke beskriver preeklampsi som ett syndrom bestående av olika kliniska symtom och tecken, snarare än som en specifik sjukdom. Man har ställt frågan om förhöjd kvot av tillväxtfaktorer (s-Flt1/PlGF) från placenta som finns i moderns blodbana skulle kunna vara tecken på placentadysfunktion och kopplat till ökad risk för att kvinnan kan utveckla preeklampsi de närmaste veckorna vilket PROGNOSIS-studien bekräftade. Detta skulle eventuellt kunna hjälpa till vid riskbedömning för varje kvinna och skulle kunna vara av hjälp att individuellt anpassa kontroller under graviditeten. Samtidigt föreslås det att eventuellt ändra basprogrammet på mödravården utifrån riskprofil med eventuellt tätare kontroller i tidig graviditet som i så fall kan glesas ut hos en frisk kvinna med normal graviditet utan riskfaktorer.

Lågdos ASA har också visat effekt för att minska risken för preeklampsi, men det är fortfarande oklart i vilken dos och när det är optimalt att påbörja behandlingen. De nya svenska riktlinjerna rekommenderar 75 mg x 1, medan dr Brennecke förordade 150 mg x 1. Det finns teorier att det kan vara effektivare om kvinnan tar ASA till natten då blodtrycket brukar vara högre nattetid hos gravida kvinnor. Diagnosen preeklampsi ska föranleda livslång uppföljning och observation på grund av ökad risk senare i livet för bland annat kardiovaskulära sjukdomar, övervikt, och diabetes.

Årets föreningssymposium hölls på temat "Svåra händelser i vården" Obstetiker och gynekologer tillhör ett högriskyrke för arbetsrelaterad stress och vi

utsätts ofta för mycket svåra och traumatiska händelser. Vi fick höra inspelad föreläsning från dr. Åsa Wahlberg om hennes forskning kring PTSD hos obstetiker och barnmorskor. Det visade sig att 84 % av obstetiker och gynekologer hade varit med om svåra händelser på förlossningen, bland barnmorskorna var det 71 %. Av dessa hade 15 % av läkarna symptom på partiell PTSD och 7 % symptom på PTSD respektive 15 % och 5 % av barnmorskorna. Barnmorskorna blev sjukskrivna i större utsträckning än läkarna där ingen blev sjukskriven, något som kanske talar för viss kultur inom denna yrkesgrupp. I båda yrkesgrupperna slutade traumatiserade personer arbeta med akut obstetrik i lika stor utsträckning.

Rutiner för stöd för personal både på individnivå samt gruppnivå efter svåra händelser brister tyvärr inom vården. SFOG vill fortsätta jobba med denna viktiga fråga och har som mål att göra riktlinjer som alla kvinnokliniker i landet kan använda för att se till att samtliga medlemmar och all personal som är med om en svår händelse på jobbet får det stöd som behövs.

För att vi inte ska behöva uppfinna hjulet igen berättade Helena Kopp Kallner om hur andra högrisk yrkeskategorier gör, till exempel polisen. Vi fick höra att vid debriefing med arbetsgruppen eller det avdramatiserande samtalet (After Action Review) efter den svåra händelsen ska man inte fokusera på känslor och skuldbeläggning utan fokusera på att alla kan ge sin bild av det som har hänt. Marie Blomberg redovisade ett utmärkt exempel på handlingsplan från Linköping för personalstöd vid krissituationer. Där är till exempel vårdenhetschefen (eller koordinator på jourtid) ansvarig för att ringa in bakjour för att avlasta primärjour och stötta ansvarig personal. Det är viktigt att frikoppla berörd personal från andra patienter och även från nästkommande arbetspass innan åter-samling sker. Fortlöpande samtal med patienten och anhöriga kan vara svårt för involverade medarbetare.

Det andra OGU-symposiet handlade om sätesförlossningar. Andreas Herbst



*Årets Bernt Kjesslerpristagare
Annika Strandell.*



Från banketten.

tog ansvar för att presentera huvudargu-
menten mot planerade sätesförlossning-
ar. Han redovisade resultat från forskning
från mitten av 1900-talet och framåt.
"Informationschocken" på SFOGs års-
möte 2000 när resultatet från Hannah-
studien presenterades ledde till 23 %
ökning av andelen kejsarsnitt vid sätes-
bjudning i Sverige.

SÖS sätesteam kom starkt in i debat-
ten och kritiserade till viss del Hannah-
studien och visade resultat från andra
stora studier, till exempel PREMODA
som inte visade någon skillnad i svår mor-
biditet hos barnen som kom i sätesbjud-
ning oavsett förlossningssätt. På SÖS
använder sätesteamet sig av evidensbase-
rad riskminimering för att optimera vagi-
nal sätesförlossning. Förlossningsteamet
på SÖS visade bra resultat med ökat antal
sätesförlossningar sedan 2017 med bra
utfall för samtliga barn.

Vår kollega från Bergen, Ferenc
MacSali, pratade sedan om praktisk hand-

läggning av sätesförlossningar i Norge,
där andelen kejsarsnitt på indikation
sätesbjudning är lägst i Norden. Av alla
planerade vaginala sätesförlossningar var
det 70 % som födde vaginalt och 30 %
som födde med akut sectio (1999-2009).
Största skillnaden från det som praktise-
ras i Sverige är kanske att det är tillåtet
att inducera vaginal sätesförlossning i
Norge och att EDA rekommenderas,
framför allt som smärtlindring vid even-
tuellt behov av tång på efterföljande
huvud (ca 15 % av fallen).

Oavsett vilken ståndpunkt föreläsar-
na hade så var det gemensamma budskap-
et att det inte nödvändigtvis finns ett
självlkärt val av förlossningssätt vid
okomplicerad fullgången graviditet och
att kvinnan har rätt till adekvat och evi-
densbaserad information om fördelar och
nackdelar med olika förlossningssätt.

Veckans höjdpunkt var såklart konfe-
rensmiddagen på Frösö Park. Kvällen lik-
nade en flygresor där alla säkerhetsåtgär-

der följdes och kändes mycket tryggt och
stabil. Mat serverades med förnimmel-
ser av Jämtland samtidigt som man njöt
av storslagen utsikt över fjällen och folk-
musik. SFOGs styrelse fick glänsa när de
fick sina röster hörda då det var premiär
för SFOGs alldeles egna låt! Lokala ST-
läkare och specialister fick även de bril-
jera med oförglömlig tolkning av CTG
och EKG. Övriga medlemmar sprakade
minst lika mycket när piprensare omfor-
mades till otroliga konstverk inom ana-
tomi, embryologi och psykosocial obste-
trik. Många fina prisutdelningar ägde
rum och till slut dansades det loss under
taktfast rytm från supersvängiga sju-
manabandet Treokomp Allstars.

TORSDAG

Torsdagen inleddes för de morgonpigga
med ett frukostmöte om vestibulodini
under ledning av Nina Bohm-Starke,
ordförande i Vulv-ARG. Efter en genom-
gång av anamnes, status och olika
behandlingsstrategier konstaterades att

med en individualiserad multidisciplinär behandling uppnås bättre och mer bestående resultat, särskilt om man behandlar

"hela" patienten. Dock ser tillgången till vulvateam olika ut i landet, och även med små resurser kan man göra väldigt mycket för denna patientgrupp genom noggrann information, smärtbehandling, bäckenbottenövningar och stödjande kontakt.

Därefter följde symposiet 'Sexualitet ur gynekologiskt perspektiv'. Sveriges första och enda professor i sexologi, Charlotta Löfgren-Mårtenson, gav publiken en historisk återblick samt ett vetenskapligt och internationellt perspektiv på sexologi och SRHR (sexual and reproductive health and rights). Lena Moegelin, ordf i Pos-ARG, uppmanade oss att "våga fråga!" Fundera över din egen syn på sexualitet och identifiera dina fördomar för att skapa bättre förutsättningar för patientmötet. Nina Bohm-Starke avslutade symposiet med en genomgång av olika orsaker till vulvasmärta. När det gäller kvinnor med cancer lyftes att vaginalt östrogen bör sättas in tidigt efter strålbehandling för gynekologisk cancer, även om patienten redan står på systemiskt östrogen, då detta inte når ut ordentligt till slemhinnan på grund av uttalad fibros. Likaså bör vaginalt östrogen kunna användas vid samtidig bröstcancerbehandling med aromatas-hämmare då det endast är under en kort period vid insättning som östrogen ökar systemiskt, när slemhinnan väl är mättad

ges bara en lokal effekt. Här måste vi dock få med oss landets bröstonkologer på tåget!

Samtidigt som ovanstående så var det dags för OGU:s tredje och sista symposium under SFOG-veckan. "Alternativa karriärsvägar för läkare" var temat och vi fick höra om både kliniskt arbete i Afrika, tips och trix kring forskning där ett huvudtips var att ens egen nyfikenhet bör styra valet av forskningsämne samt sist men inte minst en berättelse av en läkare och entreprenör som uppfunnit och utvecklat ett portabelt kolposkop. Därefter kunde man lyssna på ett symposium om cancer och hur PID och kronisk inflammation skulle kunna bidra till dess genes. Vi lärde oss bland annat att makrofagerna är cancers bästa vän och hur cancer har en lömsk förmåga att lura våra immunförsvar.

Symposiet "Fosterdiagnostik idag" inleddes med att Ylva Carlsson gick igenom läget för fosterdiagnostik i Sverige idag och i framtiden. Därefter presenterade på videolänk Kypros Nicolaides, professor vid King's College i London och en av de stora pionjärerna inom fostermedicin, en fängslande exposé över evidensläget inom fostermedicin. Stundtals något dystert, då dr Nicolaides betonade det bristande evidensläget. Han avslutade dock med förhoppningsfulla ord om framtiden! Symposiet avslutade med en diskussion mellan publiken och representanter för Ultra-ARG där det särskilt lyftes vikten av information till de blivande föräldrarna. Erbjudande om

fosterdiagnostik upplevs ofta som rekommendation och tillgången till korrekt information och stöd vid fynd av avvikelser är av största vikt.

SFOG-veckan 2019 avrundades torsdag eftermiddag med först en plenarföreläsning om PCOS långsiktiga hälsorisker där Dorte Grintborg, endokrinolog från Danmark, bland annat gick igenom resultat från danska studier.

Fert-ARG stod bakom ett symposium om olika vägar till föräldraskap. Vi fick ta del av finska erfarenheter av embryodonation via Viveca Söderström, docent vid Helsingfors Universitet. Embryodonatorer i Finland har möjlighet att ställa upp villkor för vilka grupper av patienter deras embryon får användas och har även möjlighet att ställa andra villkor som krav på ålder hos mottagarna.

SFOG-veckan löpte här mot sitt slut. Fyra dagar fyllda av ett ambitiöst vetenskapligt program, givande möten, kvällar fyllda med fantastiska sociala aktiviteter. "Fagert är landet som blev vår lott och arvedel" – så sjöng arrangörerna när de i avslutningsceremonin gemensamt stämde upp i Jämtlandssången. Vi kan inte annat än hålla med och tackar stort för en inspirerande vecka i en fantastisk miljö.

Nästa år ses vi i Malmö!

SPONSRAT SFOG SYMPOSIUM: AZANTA

Low dose misoprostol for induction of labor - outpatient and inpatient. The Aarhus protocol.

Moderator Karin Pettersson, docent och överläkare i obstetrik, Karolinska Universitetssjukhuset, inledde symposiet med en presentation av svensk induktionsstatistik. Utfallet vid induktion är som vi alla vet annorlunda än vid spontan start. Andelen kejsarsnitt är 24,8 % hos förstföderskor i vecka 39 jämfört med 8,2 % vid spontan start. Motsvarande frekvenser för omföderskor är 5,0 % respektive 1,6 %. En annan utmaning vid induktion är att tiden på förlossningsavdelningen blir avsevärt längre.

Rikke Bek Helmig och Lone Hvidman, Overlaege vid Aarhus Universitetshospital i Skejby, presenterade sedan Clinical practise and data from an observational study från Aarhus Universitets Sjukhus (AUS), Danmark.

Aarhus har 4500–5000 förlossningar årligen. Induktionsfrekvensen är 20–22 % och totala kejsarsnittsfrekvensen ligger kring 20 %.

Induktionsmetoderna är följande:

- Amniotomi när det är möjligt
- Misoprostol (Angusta®)
 - o Följt av amniotomi när det är möjligt
 - o Följt av ballongkateter om amniotomi inte är möjligt

Tidigare kejsarsnitt: Amniotomi eller ballongkateter.

Från 2013 används Angusta® som enda prostaglandin för förlossningsinduktion på Aarhus sjukhus, och 2017 godkändes Angusta® för förlossningsinduktion i Danmark. Lægemiddelstyrelsen har accepterat att fortsatt praxis med induktioner i hemmet sker vid lågrisk graviditet.

Till högrisk graviditeter räknas maternell sjukdom (t.ex. diabetes, svår pre-

eklampsi) och/eller fetal sjukdom (t.ex. tillväxthämning, missbildning).

Bland lågriskpatienter ses graviditetslängd vecka 41+, intrahepatisk kolestas, lätt preeklampsi, graviditetsdiabetes och "graviditetskrämpor".

På Aarhus sjukhus finns en induktionsklinik, bestående av en liten grupp erfarna barnmorskor. Induktionerna görs enligt gällande riktlinjer med dagliga konferenser där indikationerna diskuteras liksom tidpunkt för induktion. Beslut tas sedan om induktionen ska ske hemma eller på sjukhuset. Om beslutat tas för induktion inlaggande får kvinnan oftast vara på patienthotellet. För induktion hemma får kvinnan ett schema för hur Angusta® ska tas och vid varje besök på sjukhuset tas det beslut om induktionsregimen ska ändras.

Dag 1

Inför induktionen görs en klinisk undersökning med uppskattning av fosterstorlek, bjudning och vaginal undersökning, följt av CTG.

Maximal dygnsdos var 6 tabletter à 25 µg Angusta® för både inlaggande patienter och de som är hemma. På fråga från publiken – "varför man inte använde upp till 8 doser per dygn", svarade Rikke Bek att det var med hänsyn till uppstart av heminduktion i Danmark och i samråd med Danska läkemedelsverket ville de fastställa säkerheten kring dosering. Förutom initialt CTG så registreras ny kurva efter dos 3 och 6 för de inlaggande.

Dag 2

Samma som dag 1 men totalt 8 tabletter. CTG efter dos 3 och 5 för inlaggande.



Dag 3

Klinisk undersökning med uppskattning av fosterstorlek, bjudning och vaginal undersökning, följt av CTG.

Tre doser Angusta® för både in-
liggande och heminduktioner. Ballong-
kateter 2-3 timmar efter sista dosen om
amniotomi inte är möjligt, följt av CTG.

För kvinnorna där heminduktion är
beslutat gäller att de ska kontakta sjuk-
huset vid värkar, vattenavgång och/eller
blödning. De rekommenderas också kon-
takta sjukhuset vid tveksamhet, om de
ska ta nästa tablett. Skriftlig informa-
tion/protokoll används.

Sedan presenterades en del resultat
från "The observational study at the Uni-
versity Hospital of Aarhus, Denmark".

Under 2014 hade man en "semi out
patient regime", där kvinnorna tog table-
terna på sjukhuset men var hemma mel-
lan doserna, dosen som gavs var 50 µg var
fjärde timme. Data presenterades för 676
kvinnor.

Från 2016 började man använda
"Århus-protokollet", med mera renodlad
vård antingen inliggande eller hemma,
dosen som gavs var 25 µg varannan
timme med uppehåll nattetid. Data för
1000 inductioner 2016-01-04 – 2016-
10-04 har lämnats in för publicering.

Under 2014 var kvinnornas genom-
snittsålder 32,7 år, BMI 24,0, graviditets-
längd vecka 40+6. Majoriteten var
förstföderskor, 61,2 %. Vanligaste indi-
kationerna för induction var överburen-
het (vecka 41+3-5) och övrigt, 27,7 %
vardera. Därefter kom
preeklampsi/hypertoni (17,9 %), diabe-
tes/graviditetsdiabetes (11,7 %), kolestas
(7,7 %) och tillväxthämning (7,4 %).
Majoriteten, 77,5 %, hade en heminduk-
tionsregim. För en dryg fjärdedel räckte
det med enbart Angusta® innan förloss-
ning. Genomsnittstiden från induction
till förlossning var 36,3 timmar (41,8
timmar för förstföderskor, 28,8 för omfö-
derskor). Av samtliga födde 28 % inom
första dygnet, 68 % inom 48 timmar.
Medianmängden Angusta® var 100 µg
(förstföderskor 150 µg, om- 100 µg).

Hur gick det då med förlossningarna?
Majoriteten, 70,5 %, födde normalt,
10,3 % blev förlösta med sugklocka och
19,2 % blev kejsarsnittade. Av förstfö-
derskor blev 27,4 % kejsarsnittade medan
motsvarande frekvens för omföderskor-
na var 6,2 %. De vanligaste orsakerna till
kejsarsnitt var värkrubbning och hotan-
de fosterasfyxi, 38,8 % vardera. Negativa
utfall för barn och mor var förhållande-
vis ovanliga. Apgar under 7 vid 5 minu-

ter förekom hos 1 % liksom pH under 7
(umbilikalartär). Vanligaste komplika-
tionen för kvinnan var postpartum blöd-
ning som förekom hos 4,6 %.

Sammantaget verkar Angusta® vara
säkert att använda både vid hög- och
låg risk graviditeter, liksom vid induction
hemma och inliggande. Användarna
(patienterna, barnmorskorna, läkarna)
var också nöjda.

Angusta® är godkänt för induction i
Sverige (Norden) sedan 2017, följt av
Frankrike och 10 övriga centraleuropeis-
ka länder och tillhandahålls av Azanta.

Liselott Andersson, överläkare Sunderby
sjukhus, redaktör för Kvinnoläkaren.
Deklarerar jäv i form av arvodering från
Azanta.

SFOG-Fortbildning

Anmälan till SFOG-fortbildningskurser VT-20 öppnar den 25 september.

Sista anmälningsdag söndag v. 48 (1 dec).

OBS, anmälan sker på SFOGs hemsida, www.sfog.se.

Obstetriskt doppler-ultraljud

Kursledare: Överläkare Jana Brodzki.

Föreläsare: Prof. Karel Marsál, Prof. Edgar Hernandez Andrade, Prof. Saemundur Gudmundsson, Ing. Per-Åke Olofsson, ÖL Jana Brodzki, ÖL Gisela Ghosh, biomed analytiker Ann Thuring Jönsson.

Tid: 27 – 29 januari (måndag – onsdag v 5) 2020.

Kursort: Skånes Universitetssjukhus i Malmö.

Avsedd för: 24 specialister i obstetrik och gynekologi samt ultraljudsbarnmorskor

Program: Föreläsningar om fysik och teknik samt biologiska effekter av ultraljud. Information om vågformsanalys samt felkällor vid Dopplerregistrering. Undersökning av arteria umbilicalis och arteria uterina. Redistribution av fetal cirkulation vid syrebrist. Intrakardiell samt venös Doppler. Color och power Doppler. Klinisk applikation. Falldiskussioner. Sex timmar praktisk träning i små grupper.

Mål med kursen: Registrera uteroplacentärt och fetalt blodflöde samt kunskap om handläggning utifrån resultaten.

Examination: Baserad på aktivt deltagande i falldiskussioner och praktisk träning.

Kursavgift: 10 000 kr exkl. moms.

Kontaktperson: Ann Christine Andersson (kurssekreterare) (ann-c.a@hotmail.com)

Ultraljudsundersökning inom abortverksamhet för barnmorskor

Kursledare: Med dr Ligita Jokubkiene, bm Roxana Leyton.

Språk: Svenska.

Kurstid: 9-10 mars 2020.

Kursort: Skånes universitetssjukhus i Malmö, Aulan, Kvinnokliniken, Jan Waldenströms gata 47.

Avsedd för: Barnmorskor som jobbar inom abortverksamhet. Även barnmorskor som är intresserade av ultraljudsundersökning i tidig graviditet är välkomna. Inga ultraljudsförkunskaper krävs. Obligatoriskt med namngiven examinerad handledare i ultraljudsdiagnostik inom obstetrik och gynekologi och godkännande av klinikchefen. Barnmorskor som söker skall ha minst 1 års erfarenhet av dagligt arbete med aborter.

Antal deltagare: 14.

Program: Kursen ges i form av föreläsningar samt gruppövningar. Kursen innehåller teoretiska föreläsningar om anatomi,

ultraljudsundersökningsteknik, bildoptimering, ultraljudsfynd i tidig graviditet vid normal graviditet, graviditetlängdsuppskattning, avvikande ultraljudsfynd, missfallsdiagnostik och etik. Två halvdagar av kursen är avsedda för praktiska övningar på en ultraljudsdocka samt auskultation med hands-on inom abortverksamhet.

Mål: 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 identifiera avvikande ultraljudsfynd.

Examination: Efter genomgången kurs, godkänd tenta, godkänd examination av handledare och godkänd logg-bok med 50 fall, erhålls certifikat. Målet är att uppnå examination inom ett år efter avslutad kurs. Alla moment ska vara godkända av kursledningen för att erhålla certifikat.

Kursavgift: 13 500 kr exkl. moms.

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

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

Kursledning: Med Dr Riffat Cheema,

Med Dr Ligita Jokubkiene.

Kurstid: 17-18 mars 2020.

Kursort: Skånes Universitetssjukhus Malmö, Lilla Aulan, Jan Waldenströms gata 5.

Avsedd för: Specialister i obstetrik och gynekologi.

Antal deltagare: 25.

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 bäckenbottensanatom och bakgrund till diagnostik och åtgärd av förlösningsskador 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: 8 000 kr exkl. moms.

Vid frågor eller fullbokad kurs mejla till:

ligita.jokubkiene@med.lu.se

Endometrios

Kursledning: Said Makari, ÖL, SUS Kvinnosjukvård Malmö, Johanna Nordengren, ÖL, SUS Kvinnosjukvård Malmö.

Kurstid: 25-27 mars 2020 (onsdag-fredag v 13).

Kursort: Skånes universitetssjukhus Malmö, Jubileumsaulan, Jan Waldenströms Gata 5 Malmö.

Avsedd för: 35 specialister i obstetrik och gynekologi, och vi ser gärna sökande från team med läkare/sjuksköterska/fysioterapeut/kurator.

Program: Endometrios- Definition, etiologi, patogenes. Diagnostik inkluderande anamnes, högspecialiserat ultraljud, MRI. Smärtfysiologi samt smärtbehandling och smärtherehabilitering. Medicinsk och kirurgisk behandling. Komplementära behandlingar. Tonårsendometrios. Endometrios och infertilitet. Falldiskussioner med egna fall. Principer för organiserat omhändertagande av kvinnor med endometrios.

Examination: Examination sker kontinuerligt genom interaktiva diskussioner samt falldiskussioner.

Mål: Efter genomgången kurs förväntas deltagarna kunna handlägga patienter med endometrios. De förväntas även kunna bedöma vilka fall som är lämpliga att remittera till endometrios-specialist för konsultation eller fortsatt handläggning

Kursavgift: 10 800 kr exkl. moms. Lunchmåltider, kaffe samt kursmiddag ingår i kursavgiften.

Kontaktperson: Said Makari saidmakari@gmail.com

(Kursansvarig).

Andrologi, manlig reproduktion och könsdysfori

Kursledning: Mats Holmberg och Lars Björndahl. Svensk Andrologisk förening i samarbete med ANOVA, Karolinska Universitetssjukhuset.

Kurstid: 26-27 mars 2020, torsdag-fredag v 13.

Kursort: Stockholm.

Avsedd för: ca 25 specialister i obstetrik och gynekologi med kliniskt/vetenskapligt intresse för andrologi, manlig reproduktion och/eller könsdysfori. Även barnmorskor och andra yrkesgrupper som hanterar dessa ämnen i sin vardag.

Program: Utredning, behandling och fertilitetsaspekter av sexuella dysfunktioner hos män (erektil dysfunktion, låg lust, för tidig utlösning m.m.), hypogonadism - Klinefelters syndrom, Kallmans syndrom, XX-män m.fl. och dess behandling. Missbruk av anabola steroider. Det metabola syndromet. Det avvikande spermieprovet – labanalys och utredning av mannen.

Manlig infertilitet och dess påverkan på det allmänna hälsotillståndet. Könsdysfori – Historik, utredning, behandling och fertilitetsaspekter, sexualitet och graviditet.

Mål: Att skapa förutsättningar för att kunna möta de specifikt manliga problem som är kopplade till sexualitet och reproduktion samt att öka kunskapen om transmäns och transkvinnors speciella behov i den gynekologiska vården.

Examination: Sker kontinuerligt genom interaktiva diskussioner samt falldiskussioner.

Kursavgift: 8 000 kr exkl. moms (i kursen ingår fika samt två luncher).

Kontakt: mats.holmberg@ssl.se; lars.bjorndahl@ssl.se

Hysteroskopi

Kursledning: Per-Göran Larsson, Maria Widmark, Åse Frisk, Rose-Marie Wallhagen och Pasi Bauer.

Kurstid: 1-3 april (onsdag - fredag v 14) 2020.

Kursort: Skaraborgs sjukhus i Lidköping.

Avsedd för: 12 specialister i obstetrik och gynekologi.

Program: Huvudvikten lagd vid praktisk träning och "hands on" demonstrationsoperationer. 25 patientoperationer planeras. Korta föreläsningar om teknik, instrument, indikationer, komplikationer och utvecklingsaspekter inleder kursen på onsdag fm. Resten av kursen är sedan praktisk. Bipolär teknik används. Kursdeltagarna får aktivt vara med "hands on" vid såväl diagnostik som mer avancerad operativ hysteroskopi – extirpationer, resektioner av polyper, myom, septa samt endometriresektioner (TCRE) vid behandling vid menorrhagi. Genomgång av allehanda instrument och diatermi av olika fabrikat. Handled träning i torrlab.

Mål: Efter genomgången kurs ska deltagarna vara förtrogna med skilda praktiska aspekter som indikationer, teknik, klinisk bild och komplikationer vid hysteroskopi samt självständigt kunna utföra både diagnostisk och operativ hysteroskopi på ett säkert sätt.

Examination: Fortlöpande teoretisk och praktisk examination under kursens gång.

Kursavgift: 6 640 kr exkl. moms.

Socialt är både onsdagens och torsdagens kvälls aktiviteter inplanerade.

Kontaktperson: p-g.larsson@vgregion.se, tel. 0500 - 43 14 45, 0702-459820.

Kolposkopi och cervixcancerprevention – utredning och behandling av kvinnor med atypiska screeningprover

Kursledare: Cecilia Kärrberg, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Övrig lärarstab: Maggie Cruickshank, Professor Aberdeen, Björn Strander, Göteborg Henrik Edvardsson Karlstad, Kristina Elfgrén Stockholm, Thomas Rådborg Göteborg, Margareta Goop Göteborg.

Kurstid: 20-22 april 2020 (måndag-onsdag v 17).

Kursort: Göteborg – för lokal, kontakta kursledningen.

Workshop 23 april – separat anmälan till denna dag

(Kräver minst 15 deltagare): Fördjupning: instrumentövningar, fotodokumentation, träning på behandling på modell, tolkning av kolposkopibilder, tips och tricks. **Avsedd för:** 32 specialister i obstetrik och gynekologi.

Program: Tonvikt på kolposkopi samt klinisk handläggning av cytologiska atypier och persisterande HPV-infektion enligt det nationella vårdprogrammet. Gruppövningar med bildvisning, rikligt bildmaterial. Indikation för behandling resp. exspektans. Genomgång av screeningorganisation och vårdprogrammet. Krav på utredande enhet. Vaccination. Epidemiologi.

Mål: Efter genomgången kurs ska deltagarna självständigt kunna handlägga dysplasiutredningar enligt nationella vårdprogrammet för cervixcancerprevention, inklusive kolposkopi.

Kursavgift: 9 000 kr exkl. moms. Inkluderar luncher, fika och middag första kvällen. Logi + frukost finns till rimliga priser.

Workshop: 3 000 exkl. moms, inkluderar lunch och fika.

Kontaktperson: Kurssekreterare Mia Westlund,

mia.westlund@rccvast.se

Påbyggnadskurs i gynekologiskt ultraljud

Kursledning: Elisabeth Epstein, Malin Brunes, Nina Betzler.

Tid: 27-30 april 2020.

Kursort: Stockholm, Södersjukhuset.

Avsedd för: Specialister inom obstetrik och gynekologi med god ultraljudsvana och med intresse av gynekologiskt ultraljud.

Max antal deltagare: 40.

Program: Kursen är en teoretisk påbyggnadskurs inom gynekologiskt ultraljud. Kursen efterföljs av en frivillig möjlighet till examination på second opinion nivå inom gynekologiskt ultraljud. Föreläsningarna kommer bland annat att täcka in: undersökningsteknik, nya tekniker (3D, elastografi, kontrast), uterusmissbildningar, adenomyos/ djup endometriosis, myom/sarkom, ultraljudets roll vid olaga blödningar, IOTA klassificering vid bedömning av endometriet, screening/ incidentella fynd, ultraljud hos den infertila patienten, bäckenbotten ultraljud, ultraljud vid gynekologiska infektioner, buk ultraljud, ultraljud vid staging av gynekologisk cancer, IOTA klassificeringen, ultraljud vid adnexresistenser, ovanliga adnexresistenser/ icke ovarieella bäcken resistenser, mellanålsbiopsier och dränage. OBS! En del föreläsningar kommer att hållas på engelska.

Mål: Efter genomgången kurs ska deltagarna kunna uppnå second-opinion kompetens inom gynekologiskt ultraljud genom teoretiska föreläsningar, praktiska övningar på hemmaplan, loggbok och tentamen.

Examination: Loggbok och skriftlig tentamen?

Kursavgift: 15 000 kr exkl. moms. inklusive examinationsavgift.

Kontaktperson: kliniksekreterare, katarina.styrud@sl.se

Hållbar vård – ledare och läkare tillsammans för arbetsmiljö och patient

Kursledning: Anamaria Whitmer Jacobsson specialistläkare Ob/Gyn, POS ARG; Peter Jacobsson leg. psykolog, leg psyko-terapeut; Fredrik Bååthe PhD/Med Dr.

Målgrupp: Specialister i obstetrik och gynekologi samt chefer/ledare inom kvinnosjukvården.

Max antal deltagare: 30 (kursen genomförs inte med mindre än 20 deltagare). Samsökande bestående av chef/ledare och specialistläkare kommer att prioriteras. Alla enskilda läkare och ledare är naturligtvis också mycket välkomna.

Kurstid: 27-30 april (måndag-torsdag v 18) 2020.

Kursort: Internat på Löftadalens folkhögskola och närliggande B&B, Åsa (på västkusten i havsmiljö)

Program: En upplevelsebaserad utbildning fokuserad på hållbar arbetsmiljö, kommunikation, arbetsglädje, patientsäkerhet och inre balans. Föreläsningar, praktiska övningar och reflektioner. Introducerar deltagaren till praktisk tillämpning av komplexitetsteori, mindfulness och presenterar valda delar av den senaste relevanta neurovetenskapliga forskningen. Fördjupar kunskap om utbrändhet- engagemang och organisatorisk (r)evolution. Meditationsövningar lärs ut och tränas; andra kurskomponenter är interaktiva dialoger, 'non-violent communication', och tillitsbaserad psykosocial arbetsmiljö. Övningar i narrativ medicin och appreciative inquiry (AI) görs omväxlande i grupp och individuellt. För mer information se: <http://www.claritisab.com/new-page-1>

Mål: Efter genomgången kurs ska deltagarna kunna tillämpa praktiska verktyg och forskningsbaserade förhållningssätt för ett mer hållbart arbetsliv, öka patientsäkerhet, förebygga utbrändhet samt öka empati, arbetsglädje och personlig tillfredsställelse. Att erbjuda ett forum för nationellt kollegialt stöd och ökande organisatorisk mognad.

Examination: Kontinuerligt genom närvaro, interaktiva övningar och gruppdiskussioner.

Kursavgift: 11 000 kr exkl. moms. Resonabel internatkostnad tillkommer.

Claritis AB med Anamaria Whitmer och Peter Jacobsson har tidigare gett flera kurser via SFOG: KBT för Gynekologer, Krisstöd, Mindful Kommunikation, och Mindful Practice (både på svenska och engelska). I den aktuella kursen samarbetar vi med Fredrik Bååthe PhD/ Medicine Doktor, civ. ing., tidigare verksamhetschef inom akutvård. Fredriks forskning fokuserar på organisatorisk hållbarhet och läkares engagemang i utvecklings- och förbättringsarbete av vårdens patientnära processer. Gästforskare LEFO (lege-forsknings institutet i Oslo) och ISM (Institutet för Stressmedicin, Göteborg).

Kontaktperson:

ana-maria.whitmer-jacobsson@regionhalland.se

Anmälan: Om du söker som läkar/ledarpar, glöm inte att skriva upp namnet på den kollega du söker med längst ner i fritext-rutan på registreringsblanketten så att vi prioriterar rätt

Vulvovaginala sjukdomar

Kursansvarig: Nina Bohm-Starke, Danderyds sjukhus.

Kursort: Knivsta, Noors Slott (www.noorsslott.se).

Kurstid: 11-13 maj 2020.

Avsedd för: I första hand för 30 specialister i obstetrik & gynekologi eller dermatologi & venerologi.

Program: Föreläsningar med bl.a. dermatolog Fiona Lewis från England och flera medlemmar från Vulv-ARG. Mycket bildmaterial, diskussioner och case-metodik ingår. Basfakta om normal vulva, och undersökningsteknik. Diagnos och handläggande av:

- Dermatoser i vulva/vagina (lichen sclerosus, lichen planus, eksem, psoriasis).
- Sår och infektioner i vulva/vagina (candida, herpes, kondylom).
- Precancerösa förändringar och cancer i vulva.
- Smärta i vulva/vestibulum (vestibulit, vaginism, vulvadysatesi). Etiologi, smärtmekanismer, behandling.
- Psykologiska och sexologiska aspekter på långvariga vulva-besvär inklusive smärta och cancer.

Mål: Efter genomgången kurs skall man:

- Kunna utreda och behandla de vanligaste dermatoserna som drabbar vulva samt veta vilka fall som bör remitteras vidare till vulvaspecialist.
- Kunna utreda olika manifestationer av sår i vulva samt basal behandling.
- Kunna utreda och behandla komplicerade svampinfektioner och vulvovaginit.
- Känna igen tecken på precancerösa förändringar i vulva och veta hur dessa skall utredas och behandlas.
- Kunna utredning och omhändertagande av patienter med långdragna smärttillstånd i vulva.
- Ha god kännedom om de psykosexuella konsekvenser som långdragna smärttillstånd och cancer i vulva leder till.

Examination: Kontinuerligt genom falldiskussioner.

Kurskostnad: 10 000 kr exkl. moms. Kostnad för och logi och middagar tillkommer.

Kontaktpersoner: Nina Bohm-Starke, KK, Danderyds sjukhus, nina.bohm-starke@sll.se, Kristian Hagfors, kristian.hagfors@ki.se, tel. 08-123 555 000.

Säkerhet och komplikationer vid gynekologisk kirurgi

Kursledning: Pietro Gambadauro.

Kurstid: 25-27 maj 2020, måndag-onsdag v 22.

Kursort: Uppsala.

Avsedd för: 24 specialister i obstetrik och gynekologi med intresse för kirurgi och patientsäkerhet.

Program: Inledande nätbaserat kursmaterial innan kursstart, föreläsningar, grupparbete, diskussioner och reflektioner om olika aspekter och perspektiv av kirurgisk säkerhet. Mänskliga faktorn (träning, kompetens, team, ledarskap). Patientinformation. Kirurgisk anatomi. Operationssalen och utrust-

ning. Komplikationer i olika kirurgiska ingrepp. Workshop i endoskopisk färdighetsträning respektive i kommunikation.

Mål: Efter genomgången kurs ska deltagarna, från olika perspektiv, kunna analysera kirurgiska komplikationer samt utvärdera säkerhetsstrategier inom gynekologisk kirurgi.

Examination: Kontinuerligt genom interaktiva övningar/diskussion/test.

Kursavgift: 9 600 kr exkl. moms.

Kontakt: gynkurs@reproductivesurgery.net ; pietro.gambadauro@kbh.uu.se

Webb: www.reproductivesurgery.net/kurs; Twitter @gynkurs

Påbyggnadskurs i obstetrisk ultraljudsdiagnostik för läkare och barnmorskor (RUL)

Kursledning: Peter Lindgren, Lotta Herling, Michaela Granfors, Christina Ljungström.

Kurstid: 25 – 29 maj 2020 (måndag-fredag v 22).

Kursort: Stockholm, Centrum för fostermedicin, Karolinska Universitetssjukhuset.

Avsedd för: 24 specialister i obstetrik och gynekologi samt barnmorskor (ca 12 av varje) 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. Teoretiska föreläsningar: Ultraljudsfysik, undersökningsteknik, bildoptimering. Fetometri för datering och vikt-skattning. Diagnostik av flerbörd. Fosteranatomi-granskning. Diagnostik av de vanligaste typerna av fostermissbildningar. Amniocentes, moderkaksprov. Screening för kromosomavvikelse med användning av ultraljudsmarkörer. Etiska aspekter på fosterdiagnostik. Organisation. Kvalitetskontroll. Praktisk utbildning i datering av graviditetslängd, viktskattning, granskning av fosteranatomi och basal blodflödesundersökning.

Mål: Efter genomgången kurs (och efterföljande praktisk träning under sex månader) ska deltagarna självständigt kunna utföra obstetriska rutinultraljundsundersökningar omfattande datering av graviditet, fastställande av antalet foster, fostervikt-skattning och fosteranatomi-granskning med syfte att upptäcka fostermissbildningar.

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 rutinultraljundsundersökning under graviditet.

Pris: 12 800 kr exkl. moms. Inkluderar avgift för examinationen.

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

OGU
+ DAGARNA

EKSJÖ 2020
30-31 MARS



TEMA
ENDOMETRIOS

www.ogudagarna.se

OGUs ordförande informerar



Bästa kollegor!

Äntligen höst! Klara, krispiga dagar, vackra färger, återgång till vardagens rutiner både hemma och på jobbet.

En del får nya rutiner i höst. Kliver av det, i ärlighetens namn ganska skyddade, ST-tåget och ut i "verkligheten" (välkommen till den, har en ju fått höra några gånger). Många skrev specialisttentan i våras – läs mer om upplevelsen i referatet i detta nummer! Imponerad av utbildningsnämnden och deras arbete med att granska ST-arbeten, skriva tentafrågor, och viga tre dagar av sin tid till att examinera oss. Tack också till Danderyds Sjukhus för insatsen med examinators, lokaler och mat! Specialisttentan är ett inslag som OGU stöttar: den markerar en gemensam nivå där en nyfärdig specialist bör ligga, och bidrar med en kvalitetsstämpel på ST-utbildningen för de sjukhus som skickar sina ST-läkare att examineras. Vi är väl medvetna om den svårighet som ST-arbetet medför för vissa, särskilt när det gäller tillgången till kvalificerade handledare, vilket jag berört i tidigare nummer.

Vi har också hunnit med SFOG-veckan sedan senast. En vecka som verkligen visade Östersund/Umeå från sin bästa sida! I fantastiskt sensommarväder fick vi njuta av ett välplanerat och -genomfört program, som inspirerade och sporrade till vidare utveckling. OGU stod som värd för tre symposier: 'Ultraljud ovarialförändringar', 'Sätesförlossningar' och 'Alternativa yrkesval'. Dessa arrangerades

av lokala ST-läkare tillsammans med OGU-styrelsen, och bjöd på ett intressant och lärorikt program som lockade många besökare. Under tisdag kväll arrangerades tillsammans med ST-läkare från Östersund ett kalas 55 meter över marken, med fantastisk utsikt över Jämtland, och fantastiskt glada och taggade deltagare. Vi var många som var hesa dagen efter, efter att ha sjungit med i alla de låttexter från 90-talet som tydligt fortfarande fanns därinne någonstans. Återigen ett program som vi inte klarat av att arrangera utan de timmar, ofta på fritiden, som våra ST-kollegor på plats lagt ned. Stort tack till er!

OGUs pris för bästa handledare har också delats ut, vänligen se separat notis i detta nummer. Detta instiftades 2004 i syfte att uppmärksamma kollegor som särskilt uppskattas för sina insatser i handledningen av utbildningsläkare. Vi fick i år in många nomineringar med fina motiveringar, vilka visar hur många ni är där ute som är enormt uppskattade!

Under SFOG-veckan lanserade OGU också ett appendix med de ultraljudskunskaper som en nyfärdig specialist bör behärska. Dessa har tagits fram tillsammans med Ultra-ARG, och fastställts av SFOG juni -19. Syftet är att tydliggöra vad vi faktiskt ska lära oss under ST-utbildningen, och att verka för att vi lär oss ungefär samma sak över hela landet. Ni hittar dessa på vår hemsida, www.ogu.se.

OGU-styrelsen ska, i skrivande stund, snart träffas och planera för arbetet under det närmaste året. Att delta i styrelsens arbete är olika tidskrävande för olika poster, men jag tror att jag talar för de flesta av oss när jag hävdar att det verkligen är värt det. Styrelsen består av drivna och kloka ST-läkare som alla tar ett stort ansvar för sitt eget område.

Styrelsemedlemmar får ett större nationellt perspektiv och en stor möjlighet att påverka både sin egen utbildning samt ST-utbildningen på ett nationellt plan. Vi medverkar vid samtliga OGU- och SFOG-veckor, och bygger ett rikt nätverk. Vi har olika styrelseposter för olika intressen. Framförallt träffas vi flera gånger om året, utbyter tankar och idéer, och skrattar väldigt mycket. Om du är intresserad, eller känner någon som är intresserad, av styrelsens arbete är det dags att ta kontakt med valberedningen (kontaktuppgifter finns på www.ogu.se), som nu börjar sitt arbete med att sätta ihop OGUs styrelse 2020. Följ oss gärna också på Facebook, @OGU (Obstetriker och Gynekologer under utbildning) för senaste nytt!

Elin Svensk
Ordförande OGU

Heléne Dalemo Lundin är 2019 års vinnare av OGU:s handledarpris



OGU:s handledarpris delas årligen ut för framstående gärningar inom utbildningen av ST-läkare. Till detta samlar vi in nomineringar från landets ST-läkare, vilket påannonserades via Medlemsbladet, vår hemsida, vår Facebooksida samt under OGU-dagarna i april. Vi tackar för era fina motiveringar, som i år var rekordmånga. De nominerade 2019 var:

- Heléne Dalemo Lundin, Sundsvalls sjukhus
- Leila Ekelund Chatti, Södersjukhuset Stockholm
- Laila Falknäs, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping
- Katarina Greksova, Örnköldsviks sjukhus
- Annika Holmberg, Ystads Lasarett
- Emma Holmbom, Skellefteå lasarett
- Barbara Schülke, Helsingborgs lasarett
- Tove Wallström, Södersjukhuset, Stockholm

Årets vinnare blev Heléne Dalemo Lundin på Sundsvalls sjukhus och priset delades ut under pompa och ståt på SFOG-veckan i Östersund. Nomineringen lyder (nerkortad version): ”/.../ Tryggheten hos Heléne, i kombination med hennes höga kompetens både medicinskt och kirurgiskt, gör att handledningen från henne inger lugn, uppmuntran och möjligheten att lyckas. /.../ Heléne har en mycket uppskattad förmåga att beröra, handleda och dela med sig av erfarenheter även i etiska frågeställningar och den professionella utvecklingen. Lyhördheten och bemötandet till patienter, anhöriga och kollegor är av Heléne högt prioriterade och detta blir väldigt tydligt för oss runtomkring. Hon visar ett stort kurage i sina ställningstaganden och är även en förebild för oss genom att hon själv prestigelöst vågar fråga om något är oklart.

Heléne har en mycket god förmåga att se helheten, både hur det ska vara hållbart och rättvist för oss på arbetet men också hur arbets- och privatliv ska kunna kombineras. Helénes omtanke är stor och hon tar ofta själv initiativ för att efterfråga och följa upp måndet hos sina kollegor /.../. Vi vill tacka dig för allt du hittills lärt och hjälpt oss med.”

Tack till alla nominerade för er värdefulla insats i utbildningen av framtida specialistläkare inom obstetrik och gynekologi.

Specialisttentamen 2019

Så var dagarna som så många av oss väntat på komna. Onsdagen 8 maj samlades ca 50 st blivande eller precis färdiga specialister i salen "Pedagogen" på Klinikum på Rygggradsvägen 21, Danderyds sjukhus. Vi kom dit alldeles för tidigt, i ca 1 timma fick vi försöka fördriva tiden innan skrivningen började kl. 10. Fem timmar skulle vi ha på oss att skriva ner det som vi lärt oss de senaste 5 åren. De flesta var nervösa men vissa tyckte att det bara skulle bli roligt!

Jag önskar att jag också kunde haft lite mer av den mentaliteten. Själv var jag stressad. Det var så längesen jag skrev en tenta, närmare bestämt sju år sedan då det handlade om AT-tentan. Innan skrivningen började kändes det som att jag plötsligt glömt allt jag lärt mig. Sofie Graner hälsade oss välkomna och sedan kom Ellika Andolf och försökte lugna oss med ord som "det här fixar ni, har ni arbetat i 5 år så kommer ni kunna tillräckligt för att få godkänt". Jag hoppades att hon skulle ha rätt.

Situationen var lik det som jag kom ihåg från tentorna på läkarprogrammet. Godis, choklad och Cola på bänkarna. Vässade pennor och suddgummi. Äntligen fick vi tentan utdelad och sedan var det bara att börja skriva.

Timmarna flög förbi! Jag skrev ner svar efter svar på frågorna. Visst var det som Ellika hade sagt, många av frågorna kunde besvaras av det man lärt sig genom det kliniska arbetet. Men sen fanns det också svårare frågor i ämnena, som man förhoppningsvis hade hunnit fördjupa sig i under inläsningstiden.

Inläsningstiden på två veckor hade varit en mycket värdefull tid för mig där jag fick tid att fördjupa mig i ämnena som jag tidigare endast kunnat översiktligt. Jag fick många aha-upplevelser när jag läste in mig på allt från koagulation till endokrinologi.

Så blev klockan 15 och skrivningen avslutades.

Vi samlades utanför lokalen och eftermiddagen och kvällens samtal handlade enbart om facit på de olika frågorna och om man trodde man hade klarat sig eller inte. Visst försökte vi prata om annat också men samtalen gled oavbrutet in på tentan. Man hade hoppats att man skulle kunnat slappna av lite efter skrivningen men det var omöjligt. Nu började förberedelserna inför det praktiska provet som de flesta tyckte kändes ännu jobbigare än skrivningen.

Min kväll bestod av att snabbt försöka gå igenom alla möjliga praktiska uppgifter som skulle kunna komma. Återigen blev huvudet så fullt att osorterad kunskap, med Bassons cirkel, HELPER, preventivmedel och klamydia, att allt var ett enda virrvarr. Vi fick alla olika tider för det praktiska provet. Vissa fick morgontider eller förmiddagstider, andra fick vänta till långt efter lunch innan de fick börja. Jag hade turen att få förmiddagstid. Jag ville bara få det överstökad.

Vi hade fått våra praktiska stationer tilldelade dagen innan. Det fanns totalt 20 stationer där varje person skulle genomgå fem av dessa. Återigen var det en nervös väntan innan vi fick starta. Tillslut fanns det ingen återvändo. Det praktiska provet drog igång.

Jag fick visa mina kunskaper om postpartumblödning, neo-HLR, intrauterin fosterdöd, inkontinens och laparoskopi och även om jag aldrig trott det tidigare var det faktiskt riktigt roligt att göra de praktiska proven. Vissa handledare visade att man var godkänd direkt medan andra hade ett "stoneface" och man hade inte en chans att kunna läsa av hur de tyckte det hade gått. Det var stor spridning på ämnena på stationerna och jag måste säga att jag var mycket imponerad av att de som anordnade tentan hade fått till det så heltäckande.

Kvällen fylldes igen av samtal om reflektioner från det praktiska provet. Det var verkligen svårt att släppa tankarna på

tentan. Men det var ändå skönt att två av tre dagar nu var avklarade.

Så kom vi fram till sista dagen på tentamen som ägde rum på patienthotellet på Danderyds sjukhus. Vi delades in i mindre grupper och fick presentera vårt vetenskapliga arbete och opponera på ett annat arbete. Vi fick ta del av många spännande och imponerande projekt. Detta var en värdefull dag då vi fick tips och tankar om hur man lägger upp studier och skriver på ett vetenskapligt sätt.

Efter lunch samlades vi för att få vår dom. En och en fick vi gå in till examinatorerna för att få vet om vi var godkända eller inte. En efter en kom ut från rummet, många med ett leende på läpparna. Till slut var det min tur. Spänningen steg. Hur hade det egentligen gått? Hade jag kunnat det som krävdes för att få godkänt? Yes! Jag hade klarat mig! Jag och många andra kunde sedan lämna Danderyds sjukhus med en lättad och lycklig känsla. Vi hade klarat det som krävdes för att bli godkänd på specialisttentan. För första gången på flera dagar kunde jag andas ut.

Den kvällen firade jag och mina kollegor med champagne på Berns Salonger. Sällan har en kväll känts så värd att fira!

Stort grattis till alla som genomförde specialisttentamen 2019 och stort tack till Kvinnokliniken på Danderyds sjukhus, alla examinatorer och utbildningsnämnden som gjort det möjligt för oss att få sammanfatta kunskap insamlad under ST-tiden och visa att vi faktiskt har lärt oss det man bör kunna som färdig specialist. Så här i efterhand har jag lärt mig väldigt mycket och nu känns det riktigt roligt att ha genomfört ST-tentan!

Hanna Toorell

Specialistläkare inom gynekologi och obstetrik
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Göteborg

Reseberättelser från ENTOG Exchange Polen 2019

Varje år anordnar ENTOG, European Network of Trainees in Obstetrics and Gynecology, ett utbyte för ST-läkare - ENTOG exchange. Två ST-läkare från varje medlemsland får under en vecka möjlighet att delta i kliniskt utbyte och kongress.

I år gick resan till Polen. Filip Herbst från Lund och Karolina Öhman från Halmstad var det utvalda tu som i år fick representera Sverige. Nedan följer deras reseberättelser.

Filip Herbst åkte till Warszawa och till sjukhuset med rekordlångt namn

Vi som deltog i utbytet fördelades över ett stort antal sjukhus i elva polska städer. En eller två besökare placerades med en mottagande polsk ST-läkare. Utbytet inleddes med 3-4 dagars klinisk placering. Jag var på ett sjukhus i Warszawa med det komplicerade namnet Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego tillsammans med en ST-läkare från Prag. Vi fick auskultera på de olika delarna av kliniken efter önskemål och fick även vara med och assistera på operation. Som det är upplagt bor man vanligtvis hemma hos den lokala värden man besöker. Varje dag efter sjukhusplaceringen fanns det även ett omfattande socialt program och planerade aktiviteter med allt från stadsvandring och museer till middagar och pubbesök. Veckan avslutades med en konferens anpassad för ST-läkare med föreläsningar och workshops.

Att komma till sjukhuset gav många intryck och det var omöjligt att inte konstant slås av hur olika vård kan både bedrivas och organiseras i olika länder. På samma sätt som den kliniska placeringen belyste det polska vårdssystemet gav övrig tid tillsammans med ST-läkare från totalt 28 länder en mycket givande och

bredare inblick. De skillnader som framkom var många gånger betydligt större än jag förväntat mig.

Det sjukhus jag besökte i Warszawa är medelstort med knappt 2000 förlossningar per år. Förlossningsverksamheten upplevdes som en mycket liten del av verksamheten på grund av den höga sectiofrekvensen (ca 45 %). Det var absolut så att skillnaderna i vård kändes större än likheterna i jämförelse med hemma i Sverige. Arbetsupplägget var helt annor-

lunda än vad jag är van vid. Eftersom ST-löner i Polen betalas centralt finns det många ST-läkare som får dåligt betalt och inte har så mycket eget ansvar dagtid. En stor del av tiden observerar man vad specialisterna gör, snarare än att omhänderta egna patienter. Lunch struntade de flesta i eftersom de ändå slutade tidigt, ofta ca 14.30. Därefter är det istället standard att man beger sig till en privat mottagning där man tjänar sin huvudsakliga lön och även som ST får ta större ansvar.



Med de erfarenheter utbytet som helhet gett känner jag mig över lag mycket nöjd med att göra min ST i Sverige. Detta både ur ett utbildningsmässigt och arbetsmiljömässigt perspektiv. De två områden där jag framför allt reagerade på att vi generellt ligger sämre till här i Sverige är dels möjligheten till operativ träning och dels vad gäller träning i obstetriskt ultraljud. I det stora flertalet Europeiska länder finns kravlistor på antal operativa ingrepp man ska utföra under sin ST, med siffror långt högre än det finns möjlighet att komma upp i på de flesta svenska sjukhus. Det beskrivs också tydligt från ST-läkarna att dessa kravlistor är till gagn för att komma till på operation. Vad gäller ultraljud utförs rutinmässiga ultraljud i många länder av ST-läkare vilket ställer höga kompetenskrav.

Veckan i Polen gav stora insikter om hur obstetrik och gynekologi bedrivs runt om i Europa, många gånger med stora skillnader mot vad jag förväntade mig. Det finns mycket att lära från andra länder vilket vi skulle kunna bli bättre på här hemma där många kollegor har lärt upp och arbetat i andra länder. Utbytet var också en väldigt rolig upplevelse som jag varmt kan rekommendera!

Filip Herbst, ST-läkare,
Skånes universitetssjukhus, Lund

Karolina Öhman fångade nyfödda barn på volley i Poznan



”Det måste vara för att du också är gammal” hör jag en entusiastisk röst från sidan tränga igenom lyckokänslan. Lyckokänslan härrör från att jag sånär undgått att inleda mitt ENTOG-utbyte i polska Poznan med ett besök som patient på gyn-akuten på grund av olycklig kombination för stor herrcykel och häftigt inbromsning.

Rösten kommer från min, med sina 41 år, tre år äldre värd, Angieszka. Hon är disputerad i endokrinologi, disputerad i gynekologi, biträdande professor och allmänt mycket trevlig. Hon överröser mig med beröm över att jag kan och vill cykla runt i hennes stad och över att jag har barn. Angieszka gör det lätt att känna sig välkommen i Polen. Hon är övertygad om att just hon jag parades ihop eftersom vi båda är så gamla. I jämförelse med ukrainska Samira som efter ingen AT och tre års ST nu är precis färdig specialist och som bor hos 21-åriga ST-läkare Dorotea så är jag väl det. Jag minns ju fotbolls-VM 94 liksom.

Poznan ligger mellan Berlin och Warszawa. Staden har 700 000 invåna-

re och ett stort universitet med bland annat läkarutbildning. Sjukhuset ligger utspritt i staden. Kvinnokliniken är en egen enhet. Där bedrivs benign och malign kirurgi och akuta och planerade mottagningar. På obstetrikensida har kliniken 7000 förlossningar per år, tar emot barn ner till v 23+0 och utför bland annat fetoskopier. Vi i utbytesgänget är fem stycken, Samira från Ukraina, Christina från Rumänien, Angelika från Malta, Kubra från Turkiet, och så jag.

Angieszka jobbar på endokrinavdelningen. På avdelningen läggs 18 patienter in tre gånger per vecka för endokrinologisk utredning. Avdelningen får nämligen bara ersättning för ineliggande vård. Efter en snabb rond i de tre sexbäddssalarna är det undersökning. Den sker med en mycket precis koreografi, anförda av en mycket precis undersköterska. Kvinnorna köar i korridoren och pekas in i ett omklädningsbås. Det finns två bås bredvid varandra med vardera en dörr åt korridoren och en dörr mot undersökningsrummet. Där inne trängs vi; fyra läkare, sju studenter och så jag.

Pappersjournalen tas fram. Tre sidor sprids ut på en bänk. Tre läkare tar var sitt papper, står med ryggen mot patienten och undersökningsstolen med pennen i högsta hugg. En i taget kallas kvinnorna in. De öppnar båsörren och kommer in iklädda morgonrock. Studenterna är hopträngda i ett hörn och får inte se patienten. En student kallas fram. Morgonrocken tas av och kvinnan står naken framför undersökarna. Biträdande professorn palperar höger bröst, studenten palperar vänster, sedan byter de plats och gör om proceduren. Därefter gynekologisk undersökning, inklusive cellprov på alla, även de som söker för tyroideaproblem. Fynd, anamnes och behandling rapporteras högt och rappt av biträdande professorn. En läkare skriver ner anamnes. En annan skriver ner status. En tredje skriver ner förslag på åtgärd. På en och en halv timme undersöks 18 patienter. Patienten förs ut samtidigt som den andra båsörren öppnas för nästa kvinna. Drygt tre minuter per patient.

Lite senare på förmiddagen samma parad, men då med ultraljud. Nästa dag undersöks allas tyroidea, vare sig det finns indikation eller inte, med palpation och ultraljud. Följande morgon dricker vi te med avdelningsprofessorn. Alla journaler går igenom. Han stämplar och godkänner höjning av Levaxin, remisser för undersökning, remiss för operation (operationsprogrammet planeras därefter av sjukhusdirektören). 18 patienter skrivs ut. 18 nya skrivs in.

På eftermiddagen ligger avdelningen öde. Alla läkare jobbar på privatmottagningar för att kunna försörja sig och sina familjer.

Jag är med på sectio som andra assistent. För sent inser jag att det innebär att fånga barnet. Jag står renskrubbad med armarna svidande av desinfektionsmedlet (jag kommer inte få infekterade sår där inom överskådlig tid). Jag står mellan patientens ben och tittar desperat efter en handduk. Det finns ingen. Blicken låser sig på narkosläkarens högklackade



tofflor med en rosa fluffig boll längst fram. Sedan får jag barnet i händerna. Utan handduk eller annat friktionshöjande försöker jag kalibrera mitt grepp så att det landar mellan strypning och att barnet glider iväg som en våt tvål. Som så ofta kommer en undersköterska till min räddning. Navelsträngen klipps raskt av. Barnet lindas in i fleece, modern får en kort kik och sen rullar barnet iväg. Min blick vänds istället mot det raspande ljudet från såret. Operatören gör ett snabbt ettrigt curettage av kaviteten, sticker sedan ner fingrarna och dilaterar cervix till två cm innan uterus stängs. Jag piper häpet. "För att blödningen skall komma ut" säger operatören. Jag säger att vi inte gör så. Operatören piper häpet. Undrar över hur blodet kommer ut. Jag kan bara säga att det gör det ändå. Vi möts i samförstånd över den andras accepterade kliniska galenskap. Operatören sätter enstaka suturer i uterotomin. Lämnar över till assistenten som knyter. Det är säkrare så tydligen. Känner mig nöjd över att inte vara första assistent när jag ser de få enstaka, dock mycket välknutna suturerna, som håller ihop uterus. På 20 min är allt klart.

Så är det ju det här med abortfrågan. Hur det är att jobba i ett land som så tydligt har tagit steg efter steg tillbaka. Efter att ha värkt på olika smidiga sätt att ta upp frågan så frågar jag mer osmidigt rakt ut hur man gör som läkare och gynekolog när en kvinna kommer och önskar abort. En del privatpraktiserande gynekologer annonserar om att de är gynekologer med "full service". För 1000 euro, motsvarande 1/2 månadslön för vissa, under bordet får man Cytotec® och rådet att om vid stor blödning åka till sjukhuset och säga att det är ett missfall. Angieszka har varit med två gånger om att kvinnor har frågat. Hon vågade inte säga ja av rädsla för att dömas till fängelse. Hon vet att en av kvinnorna åkte till Tyskland och den andra till Tjeckien och att det gick bra. Man uppskattar att det sker 40 osäkra aborter varje dag i Poznań och att de flesta, men inte alla, gynekologer tycker att den stränga lagstiftningen är förfärlig. En vecka tidigare gjorde en kvinna en abort på grund av att fostret hade trisomi 21. Det krävdes tre läkares underskrift. Bara två ville skriva på. Till slut skrev sjukhuschefen under själv.

Hur som helst, ENTOG-utbyte är ju

inte bara sjukhuslukt. Det fina med att träffa ST-läkare från andra ställen i Europa är ju allt småprat om jobbet och livet. Som att prata om likheter. Om att hinna lära sig allt man vill under sin ST. Om att träffa patienter som ibland har väntat länge på akuten. Om att ha en bra handledare. Om att få liv och jobb och familj att gå ihop. Som att prata om olikheter. Om att man i Sverige ibland önskar mer inläsningstid. Att man Turkiet helst inte vill gå jour i 36 timmar eller att staten efter ST placerar en på valfri ort i ett år. Om att man i Sverige drömmer om att operera mer under ST. Om att man i

Rumänien önskar sig en hiss så att man slipper bära patienterna i rullstol nerför tre trappor till snittsalen.

ENTOG-utbyte handlar också om lära sig saker om sig själv och andra. Som att om en bokar hotell i Augsburg så ligger inte det i Warszawa utan i Tyskland. Som att om ens väska med hotellnycklar, pass, konferensnamnskylt och plånbok lämnas ensam i en polsk taxi klockan 04.00 så kommer den tillbaka helt intakt en timma senare efter hjälp från en halv taxiflotta och kompletterande efterlysning på ENTOGS hemsida från taxichaffis.

ENTOG-utbyte handlar också om att det finns saker som är värda sin plats i en reseberättelse och att det finns saker som bara kan upplevas på plats. Tack till OGU för en minnesvärd polsk vecka!

Karolina Öhman, ST-läkare, Hallands sjukhus Halmstad



ENTOG Exchange 2020 – Norge

Vill du prova hur det är att vara ST-läkare i ett annat EU-land och få ett internationellt perspektiv på obstetrik och gynekologi?

Sök ENTOGs utbyte i Norge 11-14/5 2020. Denna gång samordnas utbytet med EBCOG-konferensen i Bergen 14-16/5. Passa på!

Ansök med motivationsbrev till Mehreen Zaigham (OGUs styrelseledamot, ansvarig för internationella frågor) mehreen.zaigham@med.lu.se.

Sista ansökningsdag 30/11 2019



Nya lagar - nya möjligheter inom assisterad befruktning

Under flera år har det pågått en utredning kring olika vägar till föräldraskap. Februari 2018 kom en lagrådsremiss med syfte att modernisera reglerna om föräldraskap vid assisterad befruktning, för enkla för ofrivilligt barnlösa att bli föräldrar, stärka barnets rätt till information om sitt genetiska ursprung och skapa en tydligare och mer rättssäker reglering av föräldraskap vid ändrad könstillhörighet. Lagändringarna trädde i kraft 2019-01-01. För att ge alla er som inte arbetar med reproduktion och assisterad befruktning en inblick i lagändringarna, och kunskap om vilka patienter ni kan hänvisa vidare, kommer här en summering.

Vad är nytt?

Genetisk koppling

Kravet på att minst en förälder har genetisk koppling till barnet har tagits bort. Vad innebär detta? Det innebär att för den som varken har fungerande ägg eller spermier att tillgå finns möjligheten att använda både ägg- och spermadonator eller embryodonation. Det första kallas dubbeldonation och innebär att donatorerna är okända för varandra. Det andra, embryodonation, innebär att ett par eller en ensamstående som genomgått behandling, och fått embryon till frysen, har möjlighet att donera dessa. En av personerna i paret eller den ensamstående måste ha bidragit med egna könsceller. Den som får embryon tilldelat sig tillåts inte att donera vidare. För att få donera ett eller flera embryon måste båda i paret eller den ensamstående vara förälder till minst ett barn.

För att få donera könsceller eller befintliga embryon krävs givetvis ett samtycke. Detta kan återkallas fram till befruktningen vid donation av ägg, spermier eller dubbeldonation. Vid embryodonation kan samtycket återkallas fram



till införandet i kvinnans kropp.

Likt tidigare krävs det att donatorn/donatorerna är vid liv när donationen sker.

Ett kvinnligt samkönat par kan donera ägg till varandra, dubbeldonation. Även embryodonation inom ett kvinnligt samkönat par är tillåtet. Detta under de förutsättningar som beskrivits, d v s att den som donerar har bidragit med embryots ägg och att båda i paret är förälder till minst ett barn. Här finns det inget hinder enligt lag men det är Socialstyrelsen som meddelar föreskrifter och allmänna råd till hur detta bör gå till. Samma regler bör gälla som vid annan assisterad befruktning, det vill säga:

En läkare ska pröva om det, med hänsyn till medicinska, psykologiska och sociala förhållanden, är lämpligt att en befruktning utanför kroppen äger rum. Behandlingen ska få utföras endast om det antas att det blivande barnet kommer växa upp under goda förhållanden. Om paret önskar behandling men nekas kan prövning begäras av Socialstyrelsen.

Föräldraskap

Reglerna om föräldraskap för patienter som gjort behandling i utlandet ska vara lika för samkönade och olikkönade par.

Faderskapet eller moderskapet för den som inte fött barnet ska fastställas genom bekräftelse eller dom. Detta kan nu utföras på fler instanser än tidigare.

Regler kring föräldraskap hos de som bytt kön har ändrats: en man som föder ett barn ska anses som far till barnet. En kvinna som bidrar med sina spermier till ett barns födelse anses som mor till barnet. Detta innebär att vid ändrad könstillhörighet bör den föräldrarättsliga regleringen utgå från den könstillhörighet som framgår av folkbokföringen. Den som bytt könstillhörighet genom byte av personnummer/namn kommer således behandlas utifrån sin nya tillhörighet.

Surrogatmoderskap

Utredningen gav inte förändrad syn på surrogatmoderskap utan det är även fortsättningsvis olagligt i Sverige.

Donatorbarnen

Likt tidigare ska information om donatorn finnas arkiverad i 70 år.

När barnet uppnått tillräcklig mognad har hen rätt att begära ut information som finns i den särskilda journalen. I praktiken är det personuppgifter om donatorn och ibland även ett personligt brev.

Det som är nytt är att barnet via en skriftlig begäran kan lägga till uppgifter om sig själv i den särskilda journalen dit även själva begäran tillförs. På detta sätt kan information ges till eventuella andra personer, som också lagt in sina uppgifter i donatorns journal, och som tillkommit med könsceller från samma donator.

Tillgänglighet

IVF med donerade könsceller har tidigare varit en verksamhet som endast fått bedrivas på kliniker i anslutning till universitetssjukhus. Detta har begränsat tillgängligheten eftersom många patienter i behov av donation inte uppfyller de krav som landstingen har på sin patientgrupp, såsom ålder, tidigare gemensamma barn och BMI. Det har även varit svårt, för de som uppfyller kriterierna, avseende tillgänglighet eftersom det varit få kliniker som kunnat bereda hjälp för denna grupp. Detta har lett till att många patienter åkt utomlands för att få hjälp med IVF med donerade könsceller.

Enligt nya lagen finns nu möjlighet för privata kliniker att söka tillstånd hos IVO för att göra IVF med donerade könsceller och dessa behandlingar har startat sedan maj 2019. I praktiken är det för närvarande mest IVF-D, d v s IVF med donerade spermier som är igång eftersom tillgången på donerade spermier är bättre än ägg. En orsak till detta är att sper-

mier kan köpas från spermabanker i Danmark. För att lättare kunna hjälpa patienter som är i behov av donerade könsceller har nu svenska ägg- och spermabanker börjat växa fram. Förhoppningen är att fler patienter ska kunna få hjälp i Sverige där vi kommer att ha bättre kontroll på hur behandlingarna sköts. Dessutom kan riskbedömningar göras i samråd med svenska obstetiker i de fall man anser att det finns en stor risk för kvinnan eller fostret.

Frysförvaring av embryon

Tidigare har embryon haft en reglerad frysförvaringstid på fem år. Om paret önskat förlängning av frystiden har Socialstyrelsen reglerat detta genom att patienten kunnat skicka in en begäran. Nu har frysförvaringstiden för embryon förlängts till tio år, vilket gäller även retroaktivt för embryon nedfrysta från och med 2014-01-01. Detta innebär större frihet för paret men ställer också till en del problem kring vilken maxålder kvinnan bör ha eller vilka medicinska kriterier som ska uppfyllas vid en viss ålder för att graviditeten inte ska anses för riskfylld och också för att barnets bästa ska främjas. Som tidigare finns ingen gräns för hur länge ägg och spermier får förvaras i frys.



Eftersom lagarna inte tar hänsyn till de kliniska problem och ibland svåra etiska frågeställningar som kan uppstå pågår ett arbete för att förtydliga riktlinjer och rekommendationer via Socialstyrelsen. Till exempel ställs det höga krav både medicinskt, genetiskt och psykosocialt på de donatorer som rekryteras. Vilka regler ska gälla om ett par önskar donera ett embryo som frysts ner för ett par år sedan? En annan fråga är hur hänsyn ska tas till eventuella genetiska helsyskon när embryodonation planeras.

För oss som arbetar med ofrivilligt barnlösa ser vi, genom lagändringarna, stora möjligheter att kunna hjälpa fler till att bli föräldrar.

*Malin Sundler, Specialistläkare
Britt Friberg, Docent, Överläkare
Christina Persson, Specialistläkare och Verksamhetschef*
Alla verksamma vid Livio Fertilitetscentrum Malmö

Tant Trattkantarells kåseri

Som ni kanske har förstått, så sysslar jag mest med den barnafödande delen av vår specialitet. Orsakerna är många, men den viktigaste för egen del är att jag aldrig riktigt vet vad dagen kommer att erbjuda. Vissa dagar lugnt, andra inte. Jag brukar ofta jämföra obstetrike med hur det är att jobba inom op-IVA.

Dock har jag ingen naturlig modersinstinkt, vilket blev tydligt när lillasyster döpte sin förstfödda.

De nyblivna föräldrarna hade barndop i hemmet. Barnet videodokumenterades flitigt. Jag fick babyn i mina armar under proceduren och tänkte "nu ska jag säga något gulligt", varpå det kom "mjau" ur min mun. Jag hade skaplig erfarenhet av katter. Och detta finns för evigt på video.

En anledning till att inte "kallprata" (och att läsa journalen i förväg).

1. Jag hade som nybliven specialist fått i uppdrag att göra ett kejsarsnitt på en kvinna som jag inte hade träffat förut. Vad jag minns, så gick det utan komplikation och dagen efteråt så träffade jag paret i samband med BB-ronden. Jag försökte se lite intresserad ut av det nyfödda barnet och kläckte ur mig: "Vad söt, och så lik pappa!" Stämningen frös till is i rummet. Jag förstod inget, förrän jag läste journalen. Det var en donator-insemination. Ridå.

Eder tant



Abortedagen 2019

Idag står vi här, Eva Uustal från SFOG, Kvinnoläkarna och Susanne Åhlund, Barnmorskeförbundet, och inviger tillsammans stolt denna Abortedag.

Välkommen till alla barnmorskor, läkare och etikintresserade som kommit hit från hela Sverige!

Vi kan inte låta bli att reflektera lite bakåt i den svenska kvinnohistorien idag när frågan om aborträtt åter ifrågasätts på så många håll.

Historien lär oss att rätten till preventivmedel och abort är tätt sammanknuten med kvinnors frihet och självständighet:

Författaren Fredrika Bremer var en av pionjärerna för den svenska kvinnörelsen. Hon bidrog till att driva fram beslutet att ogifta kvinnor kunde bli myndigförklarade 1858.

Karolina Widerström som föddes 1856, var Sveriges första kvinnliga läkare och blev legitimerad 1888. Hon öppnade en gynekologisk mottagning i Stockholm. Men hon var inte bara läkare utan även en av sexualupplysningens främsta, och tidiga, förkämpar. Redan 1897 föreläste hon för lärarinnor och tonårstjejer om sexualhygien, alltså om anatomi, reproduktion och hur man bäst skyddar sig mot sjukdomar och graviditet.

Elise Ottesen Jensen - under 1930-talet ägnade hon sin tid i huvudsak åt sexualupplysning och -politik. Hon fick ett internationellt kontaktnät och lärde känna många utländska sexualupplysare, läkare och forskare. Hon informerade om preventivmedel och agiterade mot de s.k. könslagarna, de lagar som förbjöd upplysning om preventivmedel, förbud mot homosexualitet m.m. Det var hon som 1933 grundade Riksförbundet för Sexuell Upplysning, RFSU, som alltjämt är en mycket livaktig organisation - cen-

tral i samhällsdebatten kring reproduktiv hälsa och SFOGs och Barnmorskeförbundet nära samarbetspartner.

Karin Kock valdes 1947 som första kvinna i Sverige till konsultativt statsråd och 1948 blev hon folkhushållningsminister. 1939 skrev hon Betänkande angående gift kvinnas förvärvsarbete m.m., som innebar ett förbud mot att avskeda kvinnor på grund av giftermål, graviditet eller barnsbörd. En för tiden och bitvis även nu unik lagstiftning i världen.

Grupp 8 gick från 1968 i spetsen för kampen för smärtlindring vid förlossning, preventivmedel och för barnomsorg.

Professor emeritus Marc Bygdeman, som utvecklade dem medicinska aborten, introducerad för första gången 1992, har genom sin forskning lagt grunden till den medicinska utveckling som gett kvinnor över hela världen möjlighet att slippa kirurgisk abort.

Professor Kristina Gemzell Danielsson har vidareutvecklat och fortsatt forskningen och inte minst bidragit till att implementera den enligt mottot "from bench to bed to roadside - to the hands of women" och är en portalfigur för reproduktionsforskning i hela världen.

Professor Marie Klingberg Alvin som forskat både i Sverige och i Afrika och nu är en internationell förgrundsfigur för att sprida säker abortvård.

För 10 år sedan 2009 startade jag och Janne Brynhildsen med barnmorskan Erika Merits vårt projekt med Barnmorskeledd abortmottagning i Linköping som lever och har hälsan fortfarande med fler välutbildade barnmorskor i teamet.

För bara fem år sedan, 2014, presenterade docent Helena Kopp Kallner i Ljubljana den randomiserade studie som

visar att barnmorskeledda abortmottagningar efter strukturerad utbildning är lika säkra och har bättre preventivmedelsrådgivningsutfall som läkarledda abortmottagningar.

Idag arbetar läkare och barnmorskor på många håll i landet i team utifrån reell kompetens och bästa resursutnyttjande. Efter ett initialt motstånd från delar av SFOG har nu detta blivit lika naturligt som att barnmorskor gör screeningultraljud under graviditet och förskriver preventivmedel. En påtaglig, oerhört viktig effekt av detta är att väntetiden till abortrådgivning och behandling har kunnat minimeras till gagn för kvinnorna. Den medicinska säkerheten ökar ju när fler aborter kan göras så tidigt som möjligt.

I Sverige har vi visat att nya abortmetoder och samarbete mellan kvinnoläkare och barnmorskor ger mer tillgänglig och säker abortvård. Att vi arbetar tillsammans får därigenom en enorm betydelse för kvinnors hälsa.

Men varje år dör cirka 50 000 kvinnor i världen till följd av en osäker utförd abort och många flera skadas för livet. SFOG och barnmorskeförbundet arbetar med våra internationella organisationer för att sprida vår forskning och våra arbetssätt.

Vi ser idag fram emot att lära oss de allra nyaste rönen av Sveriges ledande forskare och aktörer och förklarar 2019 års Abortedag öppnad.

Bästa hälsningar *Eva Uustal*

Validering av hälsoprofilsenkät (EHP-30) för kvinnor med endometrios

Introduktion

Endometrios är ett gynekologiskt tillstånd som påverkar många dimensioner av en kvinnas liv och ofta har negativ påverkan på hälsorelaterad livskvalitet (Health-related quality of life, HRQoL). Den engelska livskvalitetsenkäten Endometriosis Health Profile-30 är en endometriosspecifik enkät som mäter hälsorelaterad livskvalitet. Nya översättningar av ett instrument bör genomgå pre-test med utvärdering och kulturell anpassning innan det testas psykometriskt. Målet med den här studien var att genomföra ett pre-test och kulturellt anpassa den svenska versionen av EHP-30.

Material och metod

Pretestet genomfördes enligt föreslagen metod av Beaton och medarbetare. Svensktalande kvinnor med laparaskopi-verifierad endometrios som besökt Endometrioscenrum i Uppsala under det senaste året tillfrågades om att delta. Arton kvinnor besvarade enkäten och sju kvinnor intervjuades om deras tolkning av enkätfrågorna. Demografi,

Anna Rauden, ST-projekt, Gävle
Handledare: Matts Olovsson, Inst. för kvinnors och barns hälsa, Uppsala Universitet, Magnus Lindberg, Högskolan i Gävle



svarsdistribution, tak- och golfeffekter och saknade svar analyserades. Intervjuerna analyserades utifrån det kvalitativa upplägg som föreslogs av Beaton och medarbetare.

Resultat

Enkäten upplevdes som användarvänlig med 100 % datafullständighet och låg golfeffekt (11%) endast i en dimension. Intervjuerna visade att några kvinnor har svårigheter med instruktionerna och att många kvinnor tyckte att flera aspekter av endometriossens påverkan på livskvaliteten saknades. De aspekter som efterfrågades (relationer, familj, barn, arbete och sex) är inkluderade i EHP-30s modulära del som ännu inte pre-testats och validerats på svenska. Ett ord i enkäten behöver bytas ut för att anpassa EHP-30 till svenska.

Slutsats

Den svenska versionen av EHP-30 är en accepterad och användarvänlig hälsoprofilsenkät för kvinnor med endometrios i Sverige. För att uppnå kulturell anpassning rekommenderas ett mindre ordbyte. Framtida psykometrisk testning behövs innan EHP-30 kan användas i kliniskt bruk.

Patientrapporterad smärta vid resuturering respektive sekundärläkning av rupturerad förlossningsbristning – en systematisk litteraturöversikt

Sammanfattning

Syfte

Syftet med denna systematiska litteraturrenövring var att undersöka kunskapsläget av optimal handläggning av rupturerad förlossningsbristning och mer specifikt patientrapporterad smärta vid tidig resuturering jämfört med sekundärläkning.

Metod

Sökning av artiklar gjordes i databaserna PubMed och Cochrane via sökorden "perineal wound/wound dehiscence/breakdown/episiotomy", samt via referenslistor i funna studier. Observationsstudier och randomiserade studier inkluderades. Fallbeskrivningar exkluderades.

Resultat

Sökningen resulterade i 325 abstracts. 15 artiklar gick vidare till fulltextgranskning efter granskning av abstracts. Ingen studie hade patientrapporterad smärta som primärt eller sekundärt utfallsmått. En studie angav tid till återupptaget samliv och samlagssmärta som utfall, inga signifikanta skillnader sågs mellan grupperna med tidig resuturering och sekundärläkning.

Konklusion

Det finns en kunskapslucka i handläggningen av rupturerad förlossningsbristning avseende patientrapporterad smärta.

Bakgrund

Vid vaginal förlossning ses hos 70-85 % av alla kvinnor en bristning i underlivet av varierande grad. Bristningar är en följd av att barnet, med sitt största omfång runt huvud och axlar, tränger ut genom vagi-

nalöppningen, töjer och spränger isär vävnaderna. Förstföderskor drabbas i större utsträckning av bristningar i samband med förlossning, och har också högre andel allvarligare bristningar jämfört med omföderskor.

Bristningar i perineum graderas från I-IV beroende på vilka strukturer som är engagerade. Bristningar kan drabba vaginalslemhinna, muskler, hud och fascia. Grad I och II omfattar slemhinna, hud och/eller muskler och fascia. Grad III och IV omfattar, förutom nämnda strukturer för grad I och II, även de anala sfinktermuskler (m. sphinkter ani) och/eller analslemhinna.

Bristningar kan i akutskedet leda till blödning, svullnad och smärta. På längre sikt kan konsekvenserna av en förlossningsbristning bli infektion i såret, smärta vid samlag och varierande grad av gas-/urin-/avföringsinkontinens.

Efter suturering av en bristning finns en risk att såret rupturerar. Det uppskattas drabba 0,1-4,6 % av de kvinnor som fått en förlossningsorsakad bristning suturerad postpartalt. Ruptur kan ske i ytliga vävnader, såsom hud och slemhinna, eller komma att omfatta djupare vävnadslager, såsom muskler och fascia. Ruptur sker under läkningsfasen och oftast inom de två första veckorna efter förlossning. Infektion är den enskilt största riskfaktorn för ruptur, andra bakomliggande faktorer innefattar felaktig suturering eller uttalad svullnad. Akuta symptom på rupturerad bristning kan vara feber och ökad smärta. Långsiktiga komplikationer för kvinnan kan vara bäckenbottendysfunktion, kronisk smärta och samlagssmärta.

Det saknas riktlinjer för hur kvinnor med ruptur av suturerad förlossningsskada ska handläggas. Behandlingsalternativen innefattar resuturering i eller att låta bristningen sekundärlåka. Vid rupturerad bristning grad I-II och misstanke om samtidig infektion ges antibiotikabehandling och vid rupturerad grad III-IV ska antibiotika alltid ges. Vid sekundärläkning kan man i ett senare skede göra en rekonstruktion av vävnaden, eller om kvinnan är symtomfri, avstå behandling. Direkt resuturering (inom två veckor efter ruptur) kan potentiellt undvika ett förlängt lidande, minska risk för omfattande granulationsvävnad och ärrbildning medan exspektans och sekundärläkning skulle kunna minska risk för ny infektion och förnyad ruptur av en resuturering.

Dudley et al publicerade 2013 en systematisk litteraturöversikt vars syfte var att utvärdera resuturering jämfört med sekundärläkning av rupturerad bristning. Primärt utfallsmått var sårsläkning vid sex till åtta veckor. Sekundära utfallsmått var smärta, dyspareuni, återupptagande av samliv, patientnöjdhet och påverkan på amning. Två randomiserade studier inkluderades i metanalysen efter att sju studier identifierats. Ingen skillnad sågs för reducerad läkningstid (risk ratio (RR) 1.69, 95 % konfidensintervall (CI) 0.73-3.88). Ingen av de inkluderade studierna redovisade smärta som utfall. Signifikanta skillnader återfanns i utfallsmått återupptaget samliv vid två månaders kontrollen, till fördel för de som resuturerats (RR 1.78, 95 % CI 1.10-2.89), ingen skillnad sågs vid sex månaders kontrollen. Dudley et al inkluderade endast

randomiserade studier i sin systematiska litteraturoversikt. Vi beslutade att göra en ny systematisk litteraturoversikt för att identifiera senare publicerade artiklar i ämnet samt hitta ytterligare evidens genom att även inkludera observationsstudier i vår sökning.

Syfte

Syftet med denna systematiska litteraturgenomgång var att jämföra skillnader i förekomst av patientrapporterad smärta vid tidig resuturering jämfört med sekundärläkning av en rupturerad förlossningsorsakad perinealbristning (grad I-IV).

Metod

Utfallsmått var patientrapporterad smärta inom de 3 första månaderna efter ruptur.

Litteratursökning enligt PICO i databaserna Pubmed och Cochrane databas användes för att hitta relevanta artiklar. Sökorden inkluderade perineal wound/wound dehiscence/breakdown/ episiotomy. Alla språk inkluderades från start. Bibliotikarie Daniel Sundgren, Lasarettsbiblioteket Falun, hjälpte till att utforma söksträngen.

Observationsstudier liksom randomiserade studier inkluderades i sökningen. Fallbeskrivningar exkluderades. Sökningen är utformad för att även inkludera behov av plastisk 3 månader postpartum som utfallsmått. Detta för att sökningen skulle kunna resultera i två skilda studier, gjorda på samma material, med olika utfallsmått; morbiditet (smärta) hos kvinnorna och vårdbehov (behov av plastisk i senare skede)

Två oberoende granskare (AR och CE) granskade abstracts för inklusion av fulltext och en tredje granskare (SH) granskade vid oenighet. Fulltextartiklar granskades åter (AR och CE) för inklusion eller exklusion enligt PICO (tabell 1). SBU:s mall för relevans användes. Mallen är ett verktyg för att systematiskt bedöma studiers utformning, population och redovisning av intervention och jämförelseintervention (bilaga 2). Exklusionskriterier noterades för fulltext.

Resultat

Sökningen gav 320 artiklar, 5 ytterligare artiklar inkluderades via referenser. 15 artiklar inkluderades till fulltext. Av 15 artiklar hade ingen av studierna patientrapporterad smärta som primärt utfall. I en studie av Monberg et al. var dyspareuni och tid till återupptaget samliv sekundära utfall. I gruppen som resuturerades hade fler haft samlag efter två månader jämfört med gruppen som sekundär läkt (19/20 resp. 8/15 ($p = 0.019$), vid sex månader sågs inga skillnader. Inga signifikanta skillnader kunde ses vad gällde dyspareuni (11).

Diskussion

Kunskapsläget kring hur patienter med ruptur av suturerad förlossningsbristning ska handläggas är bristfälligt, avseende patientrapporterad smärta. Inget tydligt stöd finns i den litteratur som gåtts igenom i denna översikt. Dudley et al har i sin Cochraneöversikt från 2013 har kunnat visa detta men eftersom man då enbart inkluderat randomiserade studier var förhoppningen att bredare inklusionskriterier skulle kunna ge tydligare resultat (10). Smärta nämns som en viktig variabel i flera studier men har inte redovisats på något systematiskt eller validerat sätt. Monberg redovisar tid till återupptaget samliv och dyspareuni, detta skulle kunna användas som indikator för smärta. I gruppen som resuturerades hade fler haft samlag vid tvåmånaderskontrollen än i gruppen som sekundärläkte (19/20 resp. 8/15. $p < 0,02$), vid sex månader sågs inga signifikanta resultat. Att använda tid till återupptaget samliv och dyspareuni som generella mått på smärta är osäkert, då samlagssmärta påverkas av fler faktorer än just vävnadssmärta. Ska smärta studeras behöver validerade instrument som till exempel Visuellt Analog Skala (VAS) användas. Vidare behövs skattad smärta innan förlossning och postpartalt vid fasta tidpunkter, för att kunna göra jämförelser på individ- och gruppnivå. Hösten 2018 startade en randomiserad studie på Södersjukhuset i Stockholm (13). Studiens syfte är att undersöka resultaten av tidig resuturering kontra

exspektans och sekundärläkning. Det primära utfallet som studeras är behov av plastisk/rekonstruktion i senare skede, sekundära utfall är patientrapporterad smärta och sårsläkning, förlossningsrädsla och psykiskt mående. Studien har startat och målet är att inkludera 140 kvinnor med rupturerad förlossningsbristning, där hälften randomiseras till tidig resuturering och hälften till sekundärläkning. I studien ska man följa kvinnorna under ett år. Studien kommer kunna bidra till att fylla den kunskapslucka som finns idag och som påvisats i denna litteraturstudie.

Svagheter och styrkor

Sökning skedde i Pubmed och Cochranes databaser. Vi motiverar detta med att dessa databaser är stora, icke kommersiella och internationellt använda. De studier som återfanns var överlag gjorda på ett litet material, av artiklarna som gick till fulltext var populationen som störst 37 kvinnor. Vid studier på små material hittas inte alltid de skillnader man kunnat finna om materialet var större. Utfallsmåttet var valt med syfte att klargöra morbiditet efter rupturerad förlossningsbristning. Möjligen skulle en vidare definition av smärta adderat till söksträngen, till exempel dyspareuni, dyschezi och dysuri, kunnat ge fler inkluderade studier. Studien av Monberg et al. publicerades 1987 och handläggning av förlossning, risk för bristning, diagnostik och handläggning skiljer sig idag vilket innebär att populationen och interventionen är svår att jämföra med dagens förlossningsvård. Styrkor med denna studie är att sökning gjordes systematiskt enligt ett fördefinierat protokoll. Det är en väl definierad strategi och en bred sökning som gjorts. Sökning utformades tillsammans med bibliotekarie. Vidare har två av varandra oberoende granskare granskat abstracts och artiklar. För att sedan granska dessa har validerade instrument nyttjats.

Agnes Rygaard, Falu lasarett

För fullständigt arbete med referenser osv., maila agnes.rygaard@ltdalarna.se

Intressegrupper inom SFOG

Mödrahälsovårdsöverläkargruppen

Ordförande

Anna Bäckström
Region Västernorrland
modrahalsovardsoverlakare@rvn.se

Sekreterare

Birgitta Segeblad
Region Uppsala
birgitta.segeblad@akademiska.se

Obstetrik och gynekologer under utbildning (OGU)

Ordförande

Elin Svensk
KK, Sundsvalls sjukhus
elin.svensk@rvn.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
Hoftekliniken
Drottninggatan 7
252 21 Helsingborg
chatarina.hofte@ptj.se

Arbets- och Referensgrupperna inom SFOG

Benign (gyn)Kirurgi, BENK-ARG

Ordförande: Sophia Ehrström

Sophia.ehrstrom@ultragyn.se

Sekreterare: Klara Hasselrot

klara.hasselrot@ki.se

Cervixcancerprevention, C-ARG

Ordförande: Kristina Elfgrén

PO Gynekologi och Reproduktion,

Karolinska Universitetssjukhuset

Stockholm

Tel: 08-585 875 28

kristina.elfgren@sll.se

Sekreterare: Cecilia Kärrberg

Kvinnosjukvård, Sahlgrenska

Universitetssjukhuset, Göteborg

cecilia.karrberg@vgregion.se

Endokrin-ARG

Ordförande: Alkistis Skalkidou

Akademiska Sjukhuset, Uppsala

Tel: 076-206 85 82

alkistis.skalkidou@kbh.uu.se

Sekreterare:

Angelica Lindén-Hirschberg

Karolinska Universitetssjukhuset

Stockholm

angelica.linden-hirschberg

@karolinska.se

Endometrios-ARG

Ordförande: Anna-Sofia Melin

Capio Gynekologi Globen, Stockholm

anna-sofia.melin@capio.se

Sekreterare: 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:

Kristina Gemzell-Danielsson

Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

Tel: 08-524 800 00

kristina.gemzell@ki.se

Sekreterare: Helena Kopp-Kallner

Danderyds sjukhus, Stockholm

Tel: 070-440 20 70

helena.kopp-kallner@ki.se

Fert-ARG

Ordförande: 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: Karin Pettersson

Karolinska Universitetssjukhuset,

Huddinge

Tel: 08-585 875 36

karin.pettersson@karolinska.se

Sekreterare: Marie Blomberg

KK, Universitetssjukhuset, Linköping

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

marie.blomberg@regionostergotland.se

Preeklampsi-ARG

Ordförande: Lina Bergman

Falu Lasarett, Falun

Tel: 023-49 20 00

lina.bergman@ltdalarna.se

Sekreterare: Eva Östlund

eva.e.ostlund@sll.se

POS-ARG

Ordförande: Lena Moegelin

KK, Södersjukhuset, Stockholm

Tel: 08-616 10 10

lena.moegelin@sll

lena.moegelin@sodersjukhuset.se

Sekreterare: 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@ds.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-chistine.nilsson@regionorebrolan.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 Blommé
mirka.blomme@sll.se

Ur-ARG

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

Vulv-ARG

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

Arbets- och Referens-Grupp-Utvecklings-Samordnare

ARGUS

Ove Axelsson
SFOG-Kansliet
Klara Östra Kyrkogata 10
111 52 Stockholm • Tel: 08-440 01 75
E-post: ove.axelsson@kbh.uu.se

SFOG-Kansliet

Diana Mickels • Jessica Hortelius
Klara Östra Kyrkogata 10
111 52 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