

Medlemsbladet 2

2019

NR



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



***Välkomna till
SFOG-veckan i Östersund
Anmälan är öppen till SFOGs
Fortbildningskurser HT-19***

Foto: Lars Johansson/Mostphotos

MEDLEMSBLADET

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

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

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@ltkalmars.se

Facklig sekreterare:

Helena Kopp Kallner
Tel: 070-440 20 70
E-post: helena.kopp-kallner@ki.se

Skattmästare:

Henrik Graner
Örebro
E-post: henrik.graner@regionorebrolan.se

Vetenskaplig sekreterare:

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

ARGUS:

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

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

E-post: ellika.andolf@ki.se

Adjungerad utbildningssekreterare:

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

Redaktör för Medlemsbladet:

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/Yngre representant:

Elin Svensk

KK, Sundsvall

E-post: elin.svensk@rvn.se

Tryck: Elanders
ISSN 0284-8031

— Ordförande har ordet —



Hej kära SFOG-medlemmar!

Här kommer lite uppdatering om vad som är på gång i föreningen.

SFOG, från början Svensk gynekologisk förening, är Svenska läkaresällskapets äldsta sektion. SLS har länge haft problem med att en vikande andel av Sveriges läkare är medlemmar. Sedan läkarstämman avsåg uppfattar många läkare att man inte har något direkt incitament att vara med. Nyare kollegor känner kanske inte till SLS omfattande verksamhet med seminarier, kommittéer och utbildningsaktiviteter. Det är lite synd. I en tid där respekten för kunskap, forskningsrön och beprövad erfarenhet minskar bland allmänheten behövs ett starkt Läkaresällskap som också märks i debatten.

SLS bjöd in sektionernas ordföranden till ett möte i januari, det första i sitt slag. Man presenterade en ny modell för anslutning till SLS där sektionerna omvandlas till medlemsföreningar. Anslutningen till SLS blir då automatisk för medlemmar i t ex SFOG. Går man inte med som medlemsförening kan man vara associerad förening och medlemmarna kan då fortfarande välja enskilt medlemskap. Jag ser både för- och nackdelar med förslaget. Å ena sidan är en tvingande anslutning i princip otrevlig.

Å andra sidan står SLS för en tradition och en stolthet över vårt yrke som känns extra viktig när varenda tillräckligt karismatiska bloggare verkar ha mer cred i medicinska frågor än läkare. SLS har flera miljarder kronor att dela ut i forskningsanslag och stipendier. Det äger ett stort hus nära centralen i Stockholm med lokaler att låna gratis för medlemmar. Det närmaste året får utvisa om SLS klarar att utvecklas till att bli ett äkta Läkaresällskap eller om det blir bara forskningsanslagsutdelare och fastighetsförvaltare.

SFOGs ekonomi är just nu stabil och det finns utrymme för att vi skulle kunna bli medlemsförening SLS inom ramen för vår egen medlemsavgift eftersom vi då är många som bidrar. Den nya ordningen kräver i vilket fall som helst en stadgeförändring. I kallelsen till SFOGs årsmöte kommer ett förslag som vi får rösta om på årsmötet i Östersund.

På kansliet har vi just högtidligen tackat av vår ekonom Susanne Lundin som går i pension. Hon ersätts av Jessica Hortelius som tillsammans med Diana Mickels kommer att fortsätta hålla i alla frågor om kurser och arbetsgrupper.

NFOG hade nyligen styrelsemöte i februari. Det finns en grupp inom den styrelsen som drivit ett projekt med att

I DETTA NUMMER

Verksamhetsmöte Klara Station, Stockholm	6
Angående spiral från FARG	9
Anmälan är öppen till SFOGs Fortbildningskurser HT-19	10
OGUs ordförande informerar	13
Presentation av NFYOG	14
Handledarpris på Skånes universitetssjukhus Kvinnoklinik	15
Debatt: Vem ska operera oss?	16
Oxytocin som profylax mot postpartumblödning vid planerade kejsarsnitt i Sverige	18

skapa en nordiskt web-lärobok för medicinstudenter på engelska. De svenska och norska representanterna har varit tveksamma till projektet på grund av att affärs-mässiga grunderna har varit oklara. Vi har nu efter en del tuff diskussion begärt och fått till stånd en tydlig ekonomisk ram och även en tidsbegränsning. Med en tydligare styrning ser vi ändå läroboken som ett sätt att skapa samarbetsrelationer mellan de nordiska ländernas kollegor – något som är en del av NFOGs stadgeenliga syfte.

NFOGs flaggskepp, Acta, har fått en överenskommelse med sitt mediehus att artiklar äldre än ett år nu är tillgängliga utan kostnad. Det pågår ett stort omställningsarbete inom hela den medicinska tidskriftsvärlden till att skapa fri tillgång till forskningsrön, Open Access. Actas chefredaktör Ganesh Acharya med medarbetare, jobbar med att hitta ett bra sätt att göra övergången rimlig.

Den svenska delegationen på NFOG vann sångtävlingen. Lars Ladfors, NFOGs webmaster, utgjorde balett vilket gav oss denna ärofulla seger.

I den riktigt stora världen, FIGO, har ju SFOG nu en representant. Professor Kristina Gemzell Danielsson valdes ju in i FIGOs executive board i höstas. Nu blir hon även ordförande, dvs Chair för en nybildad kommitté, ”FIGO Committee for Human Rights, Refugees and Violence Against Women”. Vi önskar

Kristina stort lycka till och stöttar så gott vi kan från föreningen.

På hemmaplan hanterar vi som alltid frågor om abortvård, nu med SMER och Läkarsällskapets etiska nämnd. SFOG och BMF har yttrat sig gemensamt i flera sammanhang om att vi välkomnar en etisk problematisering men undanber oss förslag som griper in i den medicinska vårdkedjan. Den 24/4 ordnar F-ARG en abortdag som blir välmatad, se hemsidan. Styrelsen bjuder in helt enkelt in Socialstyrelsens och SLS etiskt engagerade sammanslutningar till Abortdagen så att de kan få reda på hur vi egentligen resonerar.

Regeringens förlossningsmiljarder som skvätt ojämnt över kvinnosjukvården (en del har fått pengar, andra har inte) de senaste åren har fört med sig ett oförutsett arbetsmiljöproblem. Hur då? Jo, medlen delades ju ut till regionerna utan någon avsiktsförklaring eller syfte. Nu har både SKL, Socialstyrelsen, SBU och myndigheten för Vårdanalys och vissa regioner yrvaknat till och förstått att det kan vara bra med någon typ av koll på vad alla pengar kan ge i utbyte. Man tillsätter i frenetisk takt utredningar, ”förutsättningslösa samarbetsgrupper”, ”bjuder in till dialog”, projekterar för ”strategiska plattformar”, kunskapsstöd, regionala turnéer medan man samtidigt inför nivåstrukturering och nationella programområden. Dessa organisationers projekt

samordnas inte alls trots att de finansieras från samma håll. Det har till följd att många barnmorskor och läkare överöses med kallelser, inbjudningar och mail. I bakgrunden jobbar samtidigt många sedan länge med LÖFs Säker förlossningsvård (Neo-HLR, CTG, antenatal CTG, CTG-utbildning och Bäckebottenutbildning.se) som bidragit enormt till en nationell samsyn och kvalitetsförbättring. Men LÖF är ett privat företag och får inga miljarder från ”satsningen”.

Journalssystemen som vi svär över dagligen och som verkligen skulle behöva nationell samordning är också helt utanför diskussionen.

Alla dessa samtidiga icke koordinerade ansatser dränerar svensk kvinnosjukvård på tid! Så många läkare och barnmorskor som skulle behöva vårda, forska, undervisa och kanske vila reser nu kors och tvärs och förklarar ”vårdkedjan” och ”strategiska kvalitetsmarkörer”. Icke värdeskapande verksamhet skaver rejält när den kliniska vardagen är så slimmad. Fortsättning följer.

Annars är det snödroppar i rabatten så läget är inte nattsvart. Styrelsen åker snart till Tallinn för att brainstorma om de närmaste årens strategi. Tack till alla som mailat idéer, fortsatt!

Eder ordförande, *Eva* ■

Nya medlemmar

Helena Bernstrå, Ljungby
Elias Tappo, Trollhättan
Marcus Klarberg, Örnköldsvik
Ugne Bergendal, Helsingborg
Xiaomin Shi, Göteborg
Signe Löfgren, Stockholm
Evelina Hellström, Karlstad
Alva Gustafsson, Ystad
Erica Wesslén, Göteborg
Emelie Nissborg, Stockholm

Fanny Berger, Stockholm
Mirja Wittgren Happstadius, Stockholm
Isabelle Strand, Värnamo
Stina Berver, Sjömarken
Lars Berglund, Gnarp
Kajsa Andersson, Luleå
Anna Schneider, Frösön
Malin Lerenius, Malmö
Isabel Gurau, Segeltorp
Andreas Jakobsen, Trollhättan

Sondous Abdou, Kristianstad
Jenny Winbo, Uppsala
Charlotte Odevall, Stockholm
Juan Carlos, Ronneby
Maryam Habibikuasaraei, Järfälla
Åsa Hedegran, Västra Frölunda
Anne-Mona Lindström, Hudiksvall
Anne Gemark, Eskilstuna
Rocio Montejó, Vänersborg
Caecilia Paradis, Karlshamn

REDAKTÖRENS RUTA

Hemkommen efter nästan tre veckors semester i Goa. Definitivt inte klimatsmart, men väldigt trevligt. Hemresan som vanligt mer eller mindre irriterande. Denna gång såg vi en 2 dm lång råtta (svansen oräknad) inne i avgångshallen i Goa. Och min hemgjorda chilisås (som passerat åtminstone fem flygplatser tidigare) blev konfiskerad innan jag klev ombord på planet (säkerhetskontroll tre eller fyra på samma flygplats). Motiveringen var att den kunde vara farlig för medpassagerarna (till skillnad från Indisk mat i allmänhet eller Tabasco på flyget i synnerhet).

Helt osökt kommer receptet på den fermenterade chilisåsen. Kul gebort sak om man inte vill behålla själv. Fjolårets chiliskörd blev usel i Luleå så jag köpte några kilo vid resa till Budapest på höstkanten 2018. Den mildare såsen döptes till "Buda".

Skicka gärna egna bidrag och/eller tipsa om sådana, liksom om lämpliga annonsörer.

Ha det allra bäst!

Liselott Andersson

Redaktör för SFOGs Medlemsblad



Sriracha chilisås ("tuppsås")

350 g chili (snoppade, halverade på längden och grovhackade)

2 vitlöksklyftor

1 1/2 tsk salt

1-2 tsk rörsocker

0,6 dl vit vinäger

Vatten vid behov

Gör så här:

1. Välj att ta med eller utesluta kärnorna beroende på chilins styrka och personlig smak. Mixa chili, vitlök, salt och socker i matberedare till en konsistens som påminner om våta havregryn. Häll över blandningen till en glasskål och täck med plastfolie. Låt stå i rumstemperatur 3-4 dagar tills dess att små bubblor har formats under ytan.
2. Häll den jästa blandningen och vinäger i en liten kastrull. Koka upp och låt sjuda ca 5 minuter.
3. Ta undan från värmen och låt kallna. Häll över till en matberedare och mixa det hela slätt. Tillsätt vatten om det behövs.
4. Sila blandningen med durkslag. Smaka av med salt, socker och vinäger.
5. Häll över i små flaskor (begagnade och väl rengjorda snapsflaskor à 0,5 dl fungerar utmärkt).
6. Håller åtminstone 6 månader i kylskåpstemperatur.

Följande tider gäller för Medlemsbladet 2019:

Nr	Deadline	Utkommer
Nr 3	6 maj	10 juni
Nr 4	16 september	21 oktober
Nr 5	4 november	9 december

Manus skickas via epost till:

Redaktör Liselott Andersson

Epost: liselott.andersson@sfog.se

Verksamhetsområde obstetrik och gynekologi Sunderby sjukhus, 971 80

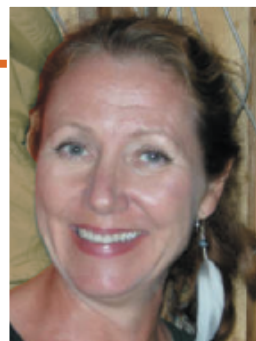
Luleå

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

Adressändring skall göras till:

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

— Brev från fortbildningsbildningssekreteraren —



Kära kollegor i SFOG!

Jag skriver detta brev i ett litet vinds-
kupeliknande hotellrum med utsikt över
takåsarna i Quartier Latin i Paris, där jag
befinner mig för en världskongress på
temat "Womens Mental Health". Man
kan här lätt få uppfattningen att kvinnor
förväntas att må mer eller mindre dåligt
genom livet. Om det inte beror på hor-
moner så är det socioekonomiska fakto-
rer eller barndomstrauman! Lite smält
deprimerande, även om jag på inget sätt
vill förringa att det finns problem. Tack
och lov så kan man bli lite upplivad av
att det spirar i rabatterna här och av att
få umgås med inspirerande kvinnliga for-
skarkollegor, inklusive vår egen veten-
skapliga sekreterare i SFOG.

Dessutom är det fantastiskt roligt att
vara tillbaka i "händelsernas centrum" –
SFOG-styrelsen. Förra gången hade jag
rollen som utbildningssekreterare men
nu har jag fått förtroendet att ta ett steg
till och driva frågor som rör fortbildning
av specialister. Ett både utmanande och
spännande uppdrag!

Det är inte så konstigt att fortbild-
ningsfrågorna hamnat lite i skymundan
när det gjorts en sådan enorm satsning
på att öka kvaliteten i specialistutbild-
ningen. Det är naturligtvis en viktig och
välkommen förbättring men nu har det
hela "satt sig" och det är verkligen dags
att satsa på fortbildning för våra specia-
listler.

Ett av SFOGs flaggskepp historiskt
har varit vårt rika utbud av bra fortbild-
ningskurser och nu när Socialstyrelsen
åter har ett visst ansvar för ST-kurserna
är det dags för oss att fokusera kursutbu-
det på fortbildning. Således kommer alla
SFOGs fortbildningskurser hädanefter
att i första hand rikta sig till specialister.
Min förhoppning är också att det kom-
mer att förenkla för kursgivarna som får
en mera homogen målgrupp och då
kan lägga kursen på "rätt" nivå. Fort-

bildningskurserna kan med fördel ha
inslag av nya forskningsrön, nya metoder
för diagnostik och behandling samt svåra
områden där vetenskapligt underlag sak-
nas och där kollegiala konsensusdiskus-
sioner är viktiga. I den enkätundersök-
ning till verksamhetscheferna som gjor-
des 2018 framkom att man saknade vissa
specifika kurser. Min känsla är dock att
merparten av dessa är kurser som givits
tidigare men som av någon anledning inte
ges idag. Förutom "favoriter i repris" vill
jag uppmuntra alla våra medlemmar/AR-
grupper att tänka nytt och fundera på
vilka ämnen för kurser som är aktuella
och som behövs idag. I takt med att vår-
den förändras uppkommer ju hela tiden
nya behov av kurser för specialister.
Behöver vi kanske också fler kurser i
generiska kompetenser såsom ledarskap,

hälsoekonomi, teamarbete, förbättrings-
arbete etc?

Förutom att se över kursutbudet har
jag ambitionen att ta fram en modell för
fortbildning på individnivå. Såväl
Svenska Läkaresällskapet som Läkar-
förbundet driver att alla specialister ska
ha en individuell fortbildningsplan.
Denna ska dokumenteras och följas upp
i någon form av portfolio. En "SFOG-
portfolio" med lite olika inriktningar som
passar specialister skulle kunna vara en
möjlig väg framåt.

Som ny på posten fortbildningssekre-
terare välkomnar jag goda idéer från alla
medlemmar om hur SFOG ska kunna
bidra till en fortbildning i toppklass!

Marie Bixo, fortbildningssekreterare ■



Marie Bixo och Inger Sundström Poromaa.

Verksamhetsmöte Klara Station, Stockholm

2019-01-25

Efter ett riktigt gott förmiddagsfika inleddes mötet med en presentationsrunda, sedan följde

Aktuellt från styrelsen, axplock

- SMER och senaborter: SMER har utrett frågan på nytt och ett uttalande kommer i närtid. SFOG har tillsammans med Barnmorskeförbundet förberett en respons.
- Socialstyrelsens kunskapsunderlag för förlossningsvård: SoS har för avsikt att göra arbete som redan är gjort med utarbetande av CTG-utbildning, Bäckebottenutbildning och Kunskapsstöd för säker förlossningsvård. SFOGs styrelse kommer att försöka förhindra detta, eftersom det är ett onödigt arbete.
- Revision av MFR, påverkar bl.a. de som har på gång att upphandla nytt journalsystem.
- Läkaresällskapet, anslutning som medlemsförening eller sektion. Läkaresällskapet har ett minskande medlemsantal. Sällskapet vill att de nuvarande sektionerna betalar 200 kr/medlem och sektionen övergår därmed till att bli en medlemsförening, med bättre villkor än en sektion. Frågan måste avgöras genom medlemsomröstning på SFOGs årsmöte. Kommentar: Man har inte funderat på VARFÖR medlemsantalet blir lägre? Undrar vän av ordning.
- Förberedelser för SFOG-veckan i Östersund. Aktuellt läge redovisades.

OGU-stund, Elin svensk, OGUs ordförande

OGUs styrelse, som består av 10 personer, presenterades med bilder. ST-arbete och forskning kan vara problematiskt.



Elin Svensk, Ellika Andolf och Marie Bixo.

Bakgrunden till ST-arbetet presenterades, liksom resultaten av enkät från utbildningssekreteraren. I enkätsvaren blev det uppenbart att förutsättningarna för det vetenskapliga arbetet varierar stort mellan klinikerna. En tydlig mall för ST-arbetet finns på SFOGs hemsida och mötesdeltagarna uppmanades att sprida den informationen.

Problemen är bl.a. tillgång till kvalificerade handledare, att handledartid inte avsätts och att det är svårt hitta bra ämnen.

Förslag på hur man kan underlätta för ST-läkaren att hitta handledare och ämnen presenterades. Disputerad handledare behöver t.ex. inte nödvändigtvis

vara inom obgyn; man kan använda sig av AR-grupperna, kontakta aktiva forskare direkt, använda sig av SNAKS eller specialitetens register.

Forskning: Resultaten från OGU-enkäten 2018 redovisades. Kring 18 % av de som svarade forskade aktivt, fler på universitetsklinik. Finansieringen varierade, liksom om man forskade på arbetstid, fritid eller jourkomptid. Analogt varierade skälen till varför man forskade eller inte.

Den viktigaste faktorn för forskning på icke-universitetsklinik var att ha avsatt tid. Att få lön samtidigt var också viktigt. Finansiering kan ofta ordnas regionalt, t.ex. via FOU.

Förslag/frågor om hur man kan främja ST-arbetet och forskning visades för fortsatt diskussion bland mötesdeltagarna och på hemmaplan.

Ellika Andolf, utbildningssekreterare

Fortsatte på samma tema och underströk vikten av att läsa anvisningarna för ST-arbetet i förväg. Ett kvalitetsarbete på den egna kliniken duger inte som ST-arbete, men kanske om det kompletteras med en litteraturgenomgång/review. Vid tveksamheter kan man alltid kontakta Utbildningsnämnden för råd/bedömning. Ett tips på att lättare få handledare är att arvoda dem på samma sätt som handledare arvodas för det vetenskapliga arbetet under läkarutbildningen. Kommentar: Varierar högst avsevärt över landet. T.ex. på NUS får man inte ens använda de blygsamma medlen (ca 10 000 kr/student) själv, utan måste ansöka om dem.

Respons gavs bl.a. från verksamhetschefen i Falun, som är en mellanstor klinik. Där har man ett problem med att kunna ha en fungerande sjukvård med många som är frånvarande pga. forskning.

Ellika informerade sedan om hur det ser ut med ST-kurserna för 2019. Till dags dato är kurserna för våren i princip fyllda, mindre för hösten av naturliga skäl.

Michaela Granfors Graviditetsregistret

Efter fikapausen berättade Michaela Granfors om Graviditetsregistret, där hon är vice registerhållare. Alla som jobbar inom vårdkedjan kan få tillgång till rykande färska data. Två barnmorskor har nyligen anställts, för bl.a. utbildningssatsning. De kan åka ut till intresserade kliniker för en endagsutbildning och det är kostnadsfritt. Namn + mailadress på kvalitetsansvarig kan skickas till michaela.granfors@ki.se för de som är intresserade.

Oves stund/ARGUS

Han inledde med att säga "jag heter Ove", vilket framkallade en viss munterhet hos publiken.

Efter det fortsatte en bakgrund till den mytologiska ARGUS och en historisk resumé över ARGUS tillkomst och funktion. Berndt Kjessler var SFOGs förste ARGUS och i skrivande stund finns det 20 AR-grupper.

Alla medlemmar i SFOG kan vara medlem i en AR-grupp. Även icke-SFOG medlemmar kan vara med, dock inte som ordförande eller sekreterare och majoriteten av medlemmarna ska vara med i SFOG.

Hela 80 rapporter har kommit, en del av dem riktiga "kioskvältare"! Rapporterna ingår i medlemsavgiften för SFOG, men kan också beställas från SFOGs kansli.

ARGUS förhoppning är att alla verksamhetschefer inser styrkan av att ha medarbetare som är med i AR-grupp, inte minst genom att kliniken får hem ny kunskap.



ARGUS Ove Axelsson

Sedan följde ett grupparbete/"stämöte" inför

Maries/fortbildningssekreterarens stund

Fortbildningssekreteraren är en ny roll i SFOGs styrelse.

Läkarsällskapets och Läkarförbundets rekommendationer skiljer sig åt, där Läkarförbundet generellt har högre krav.

Vad finns idag?

- SFOGs fortbildningskurser 10-20/år
 - Regionala kurser, t.ex. Core curriculum i VG-regionen
 - Internationella kurser, t.ex. NFOG, ESHRE
 - Webb-baserad certifiering, t.ex. CTG, bäckenbottenskador (LÖF)
 - Arbete i AR-grupper
 - Internutbildning/egna studier
- Vad behöver vi mera?
- Struktur, t.ex. fortbildningsplan
 - Intern och extern fortbildning
 - Webb-baserade utbildningar
 - "SFOG-portföljen"

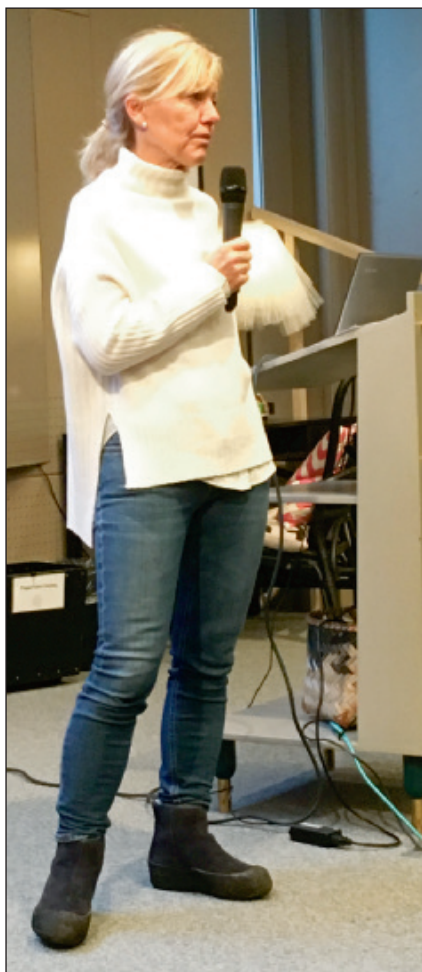
Sedan följde en redovisning om resultatet av diskussionerna i "stämötesgrupperna". Eftersom jag själv var en av gruppledarna hann jag inte skriva ned alla synpunkterna, men återkommande var behov av webb-baserade kurser, med eller utan certifiering, fortbildningsportfölj och bakjournkurs.

Eva Uustal trodde inte att SFOG klarar av att certifiera annat än det som redan görs för reproduktionsmedicin och tumörkirurgi, och menade att det ligger på verksamhetsnivå. Sophie Graner bollade tillbaka frågan och efterlyste en diskussion ute i landet. Skillnaderna mellan certifiering och subspecialisering betonades. I områden där vårdval är viktigt är troligen certifiering också viktigare som en kvalitetsstämpel. Hjälp/stöd från AR-grupperna skulle kunna användas t.ex. för certifiering.

Sedan följde en vegetarisk lunch.

Sissel Saltvedt, SWEPI/överburenhetsstudien

Studien var randomiserad, kontrollerad och inkluderade lågriskgravida. Deltagarna lottades till igångsättning v 41+0 resp. v 42+0.



Sissel Saltvedt

Anledningen till att det hela startades var att studier saknades nationellt och internationellt. Studien startades i Göteborg och totalt har 10 centra deltagit. Primary outcome var barnutfall; minskade antalet intrauterint döda barn. Analys i september visade sex dödsfall i gruppen v 42+0, inget v 41+0. Studien är nu avslutad efter att först ha pausats. Det som skiljde mellan grupperna var perinatal mortalitet, inget annat negativt barnutfall. Annat utfall är inte analyserat (t.ex. det maternella utfallet).

Råd: Se detta som preliminära data, men avvakta med att agera till dess att alla data är granskad inklusive utfall för mamman. Detta råd är förankrat i många tillfrågade instanser. Analysen förväntas bli klar under våren (mars helst).

BMI	Värkrubning O62-63	Obstruktion O64-66
<20	0.57*	1.05
20-24.9	referens	referens
25-29.9	1.50*	1.08
30-34.9	2.15*	1.65
35-39.9	2.69*	1.08
>40	4.05*	1.56

Marie Blomberg

Marie Blomberg, ny professor i Linköping

Hon inledde med att berätta för sin passion för forskning kring obesitas under graviditet och förlossning och bakgrunden till det. Avhandlingsarbetet handlade om varför man hade fler medfödda hjärtfel i Östergötland jämfört med resten av Sverige. Feta kvinnor har fler foster med de flesta sorterna av missbildning inklusive hjärt-. Sedan följde fler studier och en föreläsningsturné i Sverige. Mycket reaktioner under den perioden kom från åhörarna och handlade om attityd och risk för stigmatisering av obesa kvinnor.

Feta kvinnor blir oftare kejsarsnittade pga. värkrubning. De har längre öppningsskede men kortare utdrivningsskede pga. högre buktryck. Glöm inte att provkrysta tidigt eftersom det är svårt att känna var huvudet står palpatoriskt! Preliminära data visar att behov av oxytocin vid värkstimulering ökar med stigande BMI. Finns det något positivt med fetma? Risken för stor bristning verkar vara mindre. Risken för sårinfektion vid kejsarsnitt ökar med stigande BMI, men verkar inte skilja sig åt beroende på planerat eller akut.

Betydelsen av teamarbete i forskning betonades.

Sedan fortsatt en presentation av "the nine-item list"/niopunktslistan.

1. Att mäta sina resultat: Presentera månadsvis, presentera för personalen och använda resultaten med andra klinikers.
2. Rekrytering av barnmorskekoordinator.
3. Riskklassificering av kvinnorna. Handläggs utifrån kompetensnivå.
4. Dela in barnmorskorna i tre kompetensnivåer. Nyfärdiga jobbar bara med gröna patienter första året.
5. Teamarbete. Oerhört värdefullt.
6. Obstetrisk morgonrond. Rapport enligt SBAR, tar ca 20 minuter. Alla föderskor rondas, även de gröna. Vissa regler gäller, t.ex. är alla lika viktiga och alla får/ska delta. Ofta sker omröstning angående handläggning. Falldiskussion ibland och det är viktigt att också visa goda exempel. Sammantaget har det bidragit till den obstetriska "skottkärran" (eftersom verktygslådan inte räckte till).
7. Fetal monitoring skills.
8. Obstetrisk teamträning.
9. Public promotion of the strategy.



Michaela Granfors

NPO – kvinnosjukdomar och förlossning, Ninni Borendal Wodlin

Landstings och regioners system för kunskapsstyrning. Gruppen består av sex personer, en process ledare och startade 2017.

Sikte mot ett nationellt gemensamt system för kunskapsstyrning. Jag räknade till totalt 22 programområden inklusive kvinnosjukdomar, kan ha missat något.

De initiala svårigheterna redovisades och arbetet har tidvis varit frustrerande enligt föredragande. Nivåstrukturering (uppdrag från SoS) har kommit att hamna på första plats, följt av kunskapsstyrning (samverkan med SKL).

Nivåstrukturering 2018: Avancerad fosterdiagnostik och intrauterin behandling av foster, trofoblastsjukdomar och avancerad kirurgi vid endometrios. Ett till fem centra enligt önskemål från SoS. 2019: PGD, gravida med svår maternell sjukdom och avancerad rekonstruktions kirurgi.

Kunskapsstyrning 2019: Blödningsrubbningar och fosterdiagnostik.

Fortsatt arbete för 2019 redovisades, t.ex. fetal RHD-screening och profylax.

Tack alla inspirerande personer för en givande dag!

Liselott Andersson,

redaktör för Medlemsbladet och detta möte representant för region Norrbotten

Angående spiral från FARG

Det har kommit flera rapporter om att kopparspiralen Eurogine Novaplust har en tendens att gå sönder när man drar ut den. Det leder till att man inte får ut hela spiralen. Novaplust har varit upphandlad i flera landsting. Den har blå trådar vilket gör att man innan uttag kan skilja den från andra kopparspiraler. Om man misstänker att en Novaplust gått sönder i samband med extraktion vill vi i FARG gärna få reda på det och det är mycket viktigt att man anmäler till Läkemedelsverket. FARG rekommenderar att man ska använda kopparspiraler som är testade på adekvata patientunderlag och inte alltför lättvindigt sätta in kopparspiraler som enbart bygger på att man har tillräckligt stor mängd koppar och CE-märkning. Eftersom kopparspiraler är medicinskekniska hjälpmedel omfattas de inte av samma regler och testning som läkemedel. På FARGs hemsida finns en skrivelse om rekommendationer för kopparspiraler.

Skicka gärna ett mail till Helena.kopp-kallner@ki.se och berätta om du försökt ta ut en Novaplust som gått sönder så samlar vi information och skickar ut via FARGs sändlista och meddelar även här i SFOG-bladet.



STIFTELSEN
FÖR UTBILDNING
OCH UTVECKLING
INOM OBSTETRIK
OCH GYNEKOLOGI

Till alla AR-Grupper!

Som många av er kanske redan vet är de sökbara medlen från vår Stiftelse slut och medel därifrån kan sökas tidigast från april 2019. Handkassorna är tillgängliga för de av er som inte utnyttjat dessa.

Fram till april 2019 finns sökbara medel från SFOG. Regelsystemet är detsamma, det vill säga prioriterade områden är:

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

SFOG kan inte stödja forskningsprojekt, lön eller aktiviteter som redan ägt rum.

Anslag tilldelas löpande under året. Anslag delas ut för rimliga internat- och resekostnader. Ansökan sker via e-post, kansliet@sfog.se.

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

Anmälan är öppen till SFOGs Fortbildningskurser HT-19

Fram till söndag vecka 17 (28 april 2019). OBS, anmälan sker via SFOGs hemsida, www.sfog.se

Minimalinvasiv kirurgi vid hysterektomi

Kurstid: 4-6 september 2019 (onsdag-fredag).

Lokal: Aulan på Södersjukhuset samt Bergrummet 4.

Kursledning: Malin Brunes och Marion Ek.

Avsedd för: 24 specialister i gynekologi och obstetrik.

Program: Kursen kommer att gå igenom fördelar med minimalinvasiv kirurgi vid hysterektomi jämfört med öppen teknik. Indikation för hysterektomi. Preoperativ bedömning inklusive ultraljudsdiagnostik. För- och nackdelar med subtotal jämfört med total hysterektomi. Pre och postoperativt omhändertagande. Komplikationer vid hysterektomi. Kursen kommer att beskriva de olika minimalinvasiva tekniker som finns idag d.v.s. vaginal, laparoskopisk och robotassisterad laparoskopisk teknik. Varje kirurgisk teknik kommer att beskrivas steg för steg och för och nackdelar med de olika teknikerna kommer att diskuteras. En av dagarna planeras tre liveoperationer: vaginal, laparoskopisk och robotassisterad hysterektomi. Den tredje dagen finns möjlighet att träna laparoskopisk kirurgi på gris såsom t.ex. suturering samt dissektionsteknik under handledning. **Obs!** Begränsat antal platser (12).

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

Kursavgift: 12 000 SEK exklusive moms inklusive grisdissektion, 10 000 kr om endast dag 1+2

Kontaktperson: kliniksekreterare.katarina.styrudd@sl.se

Gynekologiska blödningsrubbningar

Kursledning: Pietro Gambadauro (Uppsala) och Ram Navaratnarajah (London).

Kurstid: 5-6 september 2019, torsdag-fredag v 36.

Kursort: Stockholmsområdet.

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

Program: Definitioner, etiologi och epidemiologi. Utredning. Specifika situationer: Myom. Polyper; Hormonrubbning; Koagulationsrubbning; Akut blödning; Tidig graviditet; mm. Medicinsk behandling. Radiologi. Kirurgi med fokus på hysteroskopi och andra minimalinvasiva åtgärder.

Examination: Kontinuerligt genom interaktiva övningar och diskussion.

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

Kursavgift: 8 000 SEK exklusive moms.

Kontakt: gynkurs@reproductivesurgery.net;

pietro.gambadauro@kbh.uu.se;

www.reproductivesurgery.net/kurs.

Office hysteroskopi (hysteroskopi på mottagning)

Kursledning: Mats Gunnarsson

Kurstid: 12-13 september 2019 (torsdag-fredag v.37).

Kursort: Föreläsning och internat på Bernstorp (15 km öster om Hässleholm). Demonstrationsoperationer på Citymottagningen, en privat gynekologmottagning i Hässleholm.

Avsedd för: 9 personer i varje kurs. I första hand specialister i obstetrik och gynekologi men vi ser gärna sökande från team med läkare/barnmorska/sjuksköterska/undersköterska.

Maximalt 3 deltagare per klinik/mottagning och kurs.

Program: 2-dagars kurs där förmiddagen dag 1 ägnas åt föreläsningar med teknikgenomgång, anestesimetoder, indikationer och operationstekniker. Officehysteroskopins fördelar och begränsningar belyses. Stort fokus läggs på tips och tricks för att kunna utveckla en fungerande operativ hysteroskopi på mottagning med vaken patient. Teamets betydelse runt patienten lyfts fram. På eftermiddagen varvas föreläsningar med hands-on övningar med riktiga instrument och i simulatorer.

Under dag 2 genomförs ett flertal hysteroskopiska demonstrationsoperationer på vår vanliga gynmottagning. Det visas diagnostisk hysteroskopi med vaginoskopisk teknik, hysteroskopisk resektion, polypektomi och hysteroskopisk assisterad ablationsbehandling. Allt på vakna patienter som gett samtycke till undervisning och med enbart peroral och lokal anestesi.

Examination: Kontinuerligt genom aktivt deltagande och diskussioner.

Mål: Att erhålla en grundläggande kunskap om för- och nackdelar med office-hysteroskopi. Att få inspiration att själv sätta upp och utveckla hysteroskopi på mottagningen. Att kunna utifrån diagnos, undersökningsfynd och patientens förutsättningar avgöra var den hysteroskopiska åtgärden bäst utförs.

Uppföljning: Kursledningen har som ambition att om önskemål finns erbjuda ett uppföljande besök på den klinik/mottagning som vill utveckla sin hysteroskopiverksamhet.

Kursavgift: 9 500 SEK exklusive moms. Inkl. transporter, lunch, fika och middag. Internat med enkelrum och frukost betalas separat (1 600 kr/dygn).

Kontaktperson: mats.cmhassleholm@gmail.com.

Information: Ytterligare information och schema finns på:

www.surgerycourses.com

Ultraljudsdiagnostik av bäckenbottenskador (Pelvic floor ultrasound)

Kursledare: Ligita Jokubkiene, Sverige. Aly Youssef, Italien.

Språk: engelska.

Kurstid: 23-24 september 2019.

Kursort och plats: Aulan, Kvinnokliniken, Jan Waldenströms gata 47, 20502 Malmö, Sverige.

Avsedd för: Specialister i obstetrik och gynekologi med basala kunskaper i ultraljudsdiagnostik.

Antal deltagare: 30.

Program: Kursen inriktad mot obstetiker och gynekologer med intresse för bäckenbottenultraljud. Kursen innehåller föreläsningar om bäckenbotten innan och under graviditet samt postpartum. Teoretiska föreläsningar (anatomi, ultraljudsundersökningsteknik vid normal anatomi och vid förlossningsskador), rikligt bildmaterial, videodemonstrationer. "Live demo scans" av patienter. Stor del av kursen ägnas åt praktiska övningar i tre-dimensionell ultraljudsbildanalys av bäckenbotten (egen PC dator behövs).

Examination: Skriftlig examination sker i slutet av kursen.

Mål: Efter genomgången kurs skall deltagarna kunna använda gynekologiskt ultraljud för att undersöka bäckenbotten och identifiera eventuella bäckenbottensskador.

Kursavgift: 10 000 SEK exklusive moms

Kontaktperson och frågor kring anmälan:

ligita.jokubkiene@med.lu.se

Högriskobstetrik

Kursledning: Karin Pettersson, Anna Sand, Sissel Saltvedt, Gunilla Ajne.

Kurstid: 30 september – 3 oktober 2019.

Kursort: Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, Stockholm.

Avsedd för: 30 specialister i Obstetrik och Gynekologi.

Program: Bakgrund, diagnostik och handläggning av komplicerade obstetriska tillstånd hos den gravida kvinnan så som svår preeklampsi, HELLP, AFLP och hepatos samt differentialdiagnostiska överväganden. Fetala tillstånd som immunisering och intrauterina infektioner ingår samt betydande interkurrent sjukdom hos modern så som hjärtsjukdom, koagulationsrubbning, reumatisk sjukdom, njur- och leversjukdom, neurologisk sjukdom, IBD, svår psykisk sjukdom och maternella infektioner. Kursen inkluderar även obstetrisk anestesologi och maternell mortalitet. Falldiskussioner för varje område. Betydelsen av prekonceptionell rådgivning diskuteras.

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

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

CME-poäng: 32.

Kursavgift: 10 000 SEK exklusive moms (luncher ingår).

Kontaktperson: kurssekreterare Anita Gasperoni,

anita.gasperoni@sll.se.

Påbyggnadskurs Obstetriskt Ultraljud (RUL)

Kursledning: Med Dr Hans Bokström, Dr. Dagmar Elofsson, Dr. Eleonor Eriksson, Med Dr Ylva Carlsson.

Kurstid: 30 september - 4 oktober 2019 (måndag-fredag v 40).

Kursort: Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, Göteborg.

Avsedd för: 16 specialister inom obstetrik och gynekologi och barnmorskor som arbetar med rutinultraljud.

Program: Kursen är påbyggnadskurs för läkare och barnmorskor som arbetar eller ska arbeta med obstetriskt ultraljudsdiagnostik. Kursen innehåller både teoretiska och praktiska moment och avslutas med teoretisk examination. Dessutom planeras praktisk examination cirka 6 månader efter kursens avslutande, vilket medför examinationsbevis att utföra ultraljudsundersökning under graviditet.

Mål: Kursen belyser ultraljudsfysik, teknik, säkerhet, biologiska effekter av ultraljud och apparatkännedom. Kursen ger kunskaper om undersökningsteknik och normal fosteranatomi. Ultraljudets plats i graviditetsövervakning kommer att belysas i form av fetometri, biofysisk profil och flödesmätning med dopplertechnik. Orientering kring invasiva ingrepp som amniocentes, chorionvillibiopsi och chordocentes samt handläggning av vanliga fostermissbildningar. Etiska aspekter på ultraljudsdiagnostik kommer att belysas. Typiska patologiska fynd kommer att demonstreras med DVD- teknik och diskussion av fynden görs i anslutning till dessa demonstrationer.

Kursavgift: 12 500 SEK exklusive moms, inkluderar avgift för examen.

Kontaktperson: Emelie Lindström, kurssekreterare

Tfn: 031- 343 63 46, emelie.lindstrom@vgregion.se.

Från förlossningsskada till

prolapsbäckenbottendysfunktion genom livet

Kursledning: Med dr Gunilla Tegerstedt, Specialistläkare läkare Sofie Karlström, Emilia Rotstein.

Kurstid: 16-18 oktober 2019.

Kursort: Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge.

Avsedd för: Specialister i obstetrik och gynekologi.

Antal deltagare: 24.

Program: *Dag 1:* I föreläsningsform (med egna och inbjudna föreläsare) belysning av epidemiologiska, urologiska och gynekologiska aspekter på bäckenbottendysfunktion. *Dag 2:* Kirurgisk behandling av olika former av prolaps (deltagande på operationssalen), bäckenbottenbedömning av sjukgymnast och liveundersökning av patienter med bäckenbottenultraljud (Voluson och BK). Undervisningen sker gruppvis *Dag 3:* Postoperativa komplikationer. Konservativ behandling av bäckenbottendysfunktion, framförallt tarmbesvär. Det tvärfprofessionella teamarbetet belyses med hjälp av sjukgymnast, uro/tarmterapeut och barnmorska från Karolinska Bäckenbotten-centrum.

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

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

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

Kontaktpersoner: Emilia Rotstein; emilia.rothstein@sll.se,

Sofie Karlström, sofie.karlstrom@sll.se, Anita Gasperoni,

anita.gasperoni@sll.se, Tekla Lind; tekla.lind@sll.se.

Perinatal immunhematologi

Kursledning: Eleonor Tiblad, Emöke Deschmann, Kajsa Bohlin, Agneta Wikman, Gunilla Ajne och Peter Lindgren.

Kurstid: 14–15 november 2019.

Kursort: Karolinska Universitetssjukhuset Solna, Stockholm

Avsedd för: 40 specialtläkare inom Obstetrik, Fostermedicin, Neonatologi och Transfusionsmedicin med intresse för perinatal immunohematologi och graviditetsimmunisering.

Program: Kursen syfte är att förmedla nuvarande kunskapsläge och evidens vid erytrocyttimmunisering och trombocyttimmunisering under graviditet och den neonatala perioden. Evidensbaserad behandling vid hemolytisk sjukdom hos foster och nyfödda samt vid allvarlig neonatal trombocytopeni kommer att diskuteras. Det tvärdisciplinära samarbetet vid den perinatala perioden är central i kursinnehållet för prevention och diagnostik av tillstånden samt behandling med erytrocyttransfusion, trombocytttransfusion och plasmaprodukter. Grundläggande kunskaper avseende användning av blodprodukter inom perinatologin kommer att förmedlas.

Examination: Kursexamination sker via tvärdisciplinära interaktiva diskussioner och kunskapsreflektion.

Mål: Efter genomgången kurs förväntas deltagarna kunna identifiera och handlägga de kvinnor, foster och nyfödda barn inom de områden som ingår i kursprogrammet samt tillämpa det tvärdisciplinära samarbetet vid sin arbetsplats. Deltagare kommer att ha god kunskap om indikationer, men också risker vid användning av blodprodukter inom perinatologin. Därutöver skapa kontakt och nätverk för framtida samarbete kring kliniska patientsituationer.

CME-poäng: 16.

Kursavgift: 5 000 SEK exklusive moms (lunch och kaffe/the f.m. + e.m. ingår)

Kursanmälan: Via SFOGs hemsida (www.sfog.se) – Utbildning – SFOG Fortbildningskurser.

Förlossningsskador: Diagnostik och behandling

Kursledning: Med. Dr. Riffat Cheema, Med. Dr. Ligita Jokubkiene.

Kurstid: 27-28 november Kursort och plats: Malmö, Skånes Universitetssjukhus, Medicinskt forskningscentrum (MFC), Jan Waldenströms gata 5.

Avsedd för: Specialister i obstetrik och gynekologi.

Antal deltagare: 25.

Program: Teoretiska föreläsningar (bäckenbottensanatomi innan och efter förlossningsskador, bäckenbottensfysiologi och funktion, utredning och åtgärd av förlossningsskador och akuta samt sena komplikationer), ultraljudsundersökning av normal bäckenbottensanatomi inklusive tre-dimensionellt ultraljud, ultraljudsdiagnostik av förlossningsskador, fördjupade interaktiv diskussion om levatorskador (diagnostik och behandling), rikligt bildmaterial, fall-presentationer, modellvisning sa mm.

Examination: Skriftlig examination sker i slutet av kursen.

Mål: Efter genomgången kurs skall deltagarna kunna bäckenbottensanatomi och bakgrund till diagnostik och åtgärd av förlossningsskador och utredning samt åtgärd av akut och senatill diagnostik och åtgärd av förlossningsskador och utredning samt åtgärd av akut och sena komplikationer inklusive levatorskador.

Kursavgift: 10 000 SEK exklusive moms.

Kontakt: Riffat.cheema@skane.se.

Reproduktionsmedicin och -kirurgi

Kursledning: Pietro Gambadauro.

Kurstid: 27-29 november 2019 (onsdag-fredag v 48).

Kursort: Uppsala.

Avsedd för: ca 25 specialister i obstetrik och gynekologi med kliniskt/vetenskapligt intresse för reproduktionsmedicin/kirurgi samt gynekologer under reproduktionsmedicinsk utbildning.

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

Examination: Kontinuerligt genom interaktiva övningar/diskussioner.

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

Kursavgift: 9 000 SEK exklusive moms.

Kontakt: kurs@reproductivesurgery.net;

pietro.gambadauro@kbh.uu.se;

www.reproductivesurgery.net/kurs.

Gynekologisk cancer

Kursledning: Charlotte Palmqvist, Åsa Åkesson och Anna Lindfors.

Kurstid: 27-29 november 2019 (onsdag-fredag v 48).

Kursort: Verksamhetsområde gynekologi och reproduktionsmedicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg.

Avsedd för: Ny kurs som i första hand riktar sig till specialister som arbetar med, eller är intresserade av att arbeta med, patienter med gynekologisk cancer.

Program: Genomgång av alla gynekologiska cancerdiagnoser med avseende på symtom, utredning, behandling i den primära situationen och vid recidiv, samt uppföljning utifrån aktuella vårdprogram och riktlinjer. Operationsfilmer med "highlights" från typingrepp för respektive diagnos inkluderande radikal hysterektomi, pelvin- och paraaortal lymfkörtelutrymning, sentinel node teknik vid cervix och corpuscancer, vulvacancer kirurgi med sentinel node och med inguinal lymfkörtelutrymning samt extensiv ovarialcancer kirurgi kommer att visas. Programmet innefattar även optimering av patienten inför avancerad kirurgi, fertilitetsbevarande åtgärder och cancerrehabilitering. Undervisningen hålls av gynekologiska tumörkirurger samt gynonkologer.

Mål: Efter genomgången kurs ska deltagarna kunna redogöra för utredning, diagnostik och kirurgisk behandling av de gynekologiska cancerformerna.

Kursavgift: 9 000 SEK exklusive moms.

Kontaktperson: Anna Lindfors: anna.m.lindfors@vgregion.se.



OGUs ordförande informerar

Bästa kollegor!

Våren, och ljuset, har återkommit till Norrland! Med det en lite högre energinivå, vilket kan behövas om en ska jobba, ta hand om sina barn, och lägga in lite plugg i ekvationen!

I mitt förra brev berättade jag lite om hur våra Utbildningsrepresentanter arbetar med ST-tentan. I detta nummer presenterar vår nordiska representant arbetet inom NFYOG (Nordic Federation of Young Obstetricians and Gynecologists). Detta kommer att få en större vikt längre fram, då SFOG-veckan vartannat år ska ersättas av NFOG congress. NFYOG kommer då att ansvara för den del av programmet som riktar sig till ST-läkare.

Arbetet inför OGU-dagarna 2019 börjar i skrivande stund nå sin slutspurt. Organisationskommittén har ansträngt sig för att få till ett spännande program, och jag hoppas att vi är många på plats som tar del av det!

Samtidigt pågår arbetet för fullt också inför SFOG-veckan. OGU kommer där att, tillsammans med lokala ST-läkare, stå som värd för tre symposier och en kvällsaktivitet. Dessa är öppna för alla deltagare på konferensen och även här hoppas vi beröra intressanta ämnen!

Under januari har OGU deltagit i Verksamhetsmötet samt Studierektornätverkets (SNÄV) möte. Vårt tema för

dessa möten har varit ST-arbetet, och hur man kan stimulera ST-läkare till forskning. Svårigheter som har identifierats när det gäller ST-arbetet är tillgången på kvalificerade handledare, ersättningen av dessa, svårt för ST-läkaren att få ut de tio veckor av arbetstid (inkl. kurs i forskningsmetodik) som rekommenderas. Genom AR-Grupper skulle kontakt kunna skapas med aktiva forskare, och deras arbete kunde lämpa sig väl för systematiska reviews. På samma sätt kan ST-läkaren utnyttja SNAKS och våra utmärkta register (t.ex. GynOp, Graviditetsregistret, Bristningsregistret). Jag vill påminna om den 'Information om vetenskapligt arbete', som finns under fliken 'Utbildning' på www.sfog.se, som såväl handledare som ST-läkare rekommenderas att läsa innan ni påbörjar arbetet!

När det gäller forskning så har vi försökt kartlägga hur det ser ut i OGU-enkäten (Medlemsbladet #5, 2018). 5 % av de svarande ST-läkarna angav att de disputerat, 18 % att de forskar aktivt. Andelen forskande ST-läkare ter sig större på universitetsklinik jämfört med icke-universitetsklinik. OGU bjöd i december också in representanter från Kvinnokliniken i Falun, som lyckats mycket väl med att stimulera forskning, till diskussion om

detta tillsammans med Utbildningssekreteraren samt SFOGs styrelse. Viktiga faktorer för en bra forskningsmiljö är avsatt arbetstid, och goda möjligheter till finansiering. Kulturen på arbetsplatsen, och verksamhetschefens/ledningens inställning till forskning, är också viktiga faktorer.

Jag vill också påminna er om nomineringen till OGU-priset 2019, som ni kan finna en blänkare om i detta nummer. Vi vill med detta pris uppmuntra de fantastiska mentorer och handledare som finns runtom i landet!

OGU tar gärna emot feedback kring vårt arbete, och tankar/förslag kring ämnen vi borde fokusera på. Följ gärna vår hemsida, www.ogu.se, där ni också hittar kontaktuppgifter till samtliga styrelsemedlemmar, samt vår Facebook-sida, som vi försöker att uppdatera mer löpande.

Elin Svensk
Ordförande OGU

Presentation av NFYOG

Läkaryrket i allmänhet och kanske vår specialitet i synnerhet är en akronymtät historia. När det gäller föreningsverksamheten kan det ibland vara svårt att hålla tungan rätt i mun. SFOG representerar sina medlemmar i en rad internationella organisationer – NFOG (Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology), FIGO (Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique) och EBCOG (European Board and College of Obstetricians and Gynecologists) bland annat. På samma vis representerar OGU sina medlemmar i de internationella föreningarna som riktar sig till ST-läkare – främst NFYOG (Nordic Federation of Young Obstetricians and Gynecologists) och ENTOG (European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology)

Vad är NFYOG?

NFYOG grundades 2002, som en subgrupp för ST-läkare inom NFOG. Det är en sammanslutning av de nationella ST-läkarföreningarna OGU (Sverige), FUGO (Norge), FYGO (Danmark), EGO (Finland) och NFK (Island). NFYOG-styrelsen består av 1-2 representanter från respektive nationell förening. Styrelsen träffas 2-3 gånger om året och de olika länderna turas om att stå som värd för mötena. All finansiering byggs på bidrag från NFOG. Målet med NFYOG är att inspireras och utbyta erfarenheter i frågor som rör utbildning, och på så vis förbättra och utveckla ST-utbildningen. Genom att diskutera och utbyta kunskap och erfarenheter strävar vi efter att harmonisera utbildningen i våra olika nordiska länder, och göra nordisk ST-utbildning till bäst i världen!

Ett område som NFYOG har haft som fokus är att uppmuntra och stärka globalt fokus hos unga läkare, genom att på olika sätt försöka förenkla utlandspraktik och skapa plattformar för utbyte av erfarenheter av, och kunskap om utlandstjänstgöring. På NFYOGs hemsida kan man t.ex. ta del av berättelser från ST-läkare som på olika sätt arbetat internationellt.

På SFOGs årsmöte under SFOG-veckan i Uppsala 2018 beslutades att SFOG-veckan vartannat år från 2023 ersätts med en SFOG-dag med årsmöte, fackligt symposium mm i anslutning till NFOG-kongressen. Förändringen förväntas ge ett ökat svenskt deltagande i NFOG-kongresserna, vilket i sin tur kan gagna forskningsutbyte och professionellt utbyte mellan Sverige, de övriga nordiska länderna och internationellt. OGU hoppas att detta inte bara blir en möjlighet för våra medlemmar att få delta på internationella kongresser med hög vetenskaplig kvalitet, utan också ett tillfälle att knyta kontakter och utbyta erfarenheter med våra nordiska ST-kollegor. Under NFOG-kongressen arrangerar NFYOG varje år en ST-middag, vilket är ett utmärkt tillfälle att lära känna sina nordiska grannar och till exempel ta reda på mer om laparoskopikutbildningen i Danmark, vilket land som har en obligatorisk ledarskapsutbildning och hur många sätesförlossningar man måste ha varit med på för att bli specialist i Norge. NFOG-kongressen går av stapeln vartannat år, och medlemsländerna turas om om värdskapet. Senaste kongressen var i Odense i Danmark 2018. Eftersom EBCOG-kongressen kommer vara i Bergen 2020 så har kommande NFOG-kongress skjutits upp ett år för att undvika krock, och kommer hållas i Reykjavik 2021. Hoppas vi ses där!

Är du intresserad av nordiskt/internationellt samarbete?

Har du idéer och förslag på frågor som du vill att OGU skall driva inom NFYOG? Kontakta OGU via facebook, eller maila de internationella ansvariga (mailadresser hittas på www.ogu.se).

Läs mer om NFOG och NFYOG på www.nfog.org/nfyog

Hanna Reimerson, internationell representant Norden för OGU

OGU-priset 2019

Varje år delar OGU ut pris till Sveriges bästa ST-handledare i syfte att uppmuntra goda mentorer på landets kvinnokliniker. 2018 tilldelades Tomasz Stypa på Höglandssjukhuset Eksjö den åtråvärda titeln.

Vem är 2019 års bästa handledare?

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

Senast 1 maj vill vi ha din/er nominering. OGU-priset delas ut under SFOG-veckan i Östersund.

Handledarpris på Skånes universitetssjukhus Kvinnoklinik

För Malmö:

Hanna Abäck, Specialistläkare. Motiveringen lyder:
"Med sin lugna framtoning lyckas hon alltid, trots en stressig vardag, att förmedla att hon har all tid i världen att hjälpa oss. Efter att man blivit handledd av Hanna är man lite lugnare, lite gladare och betydligt klokare. Dessutom är Hanna ett föredöme avseende patientbemötande."



För Lund:

Louise Moberg, Överläkare. Motiveringen lyder:
"Louise är alltid lika hjälpsam, vänlig och mån om att förklara, och oavsett tillfälle eller arbetsbelastning så bistår hon alltid med tid, kunskap och goda råd till den som behöver. Det finns inga dumma frågor! Hon ger dessutom ofta spontan feedback till oss ST-läkare i vårt vardagsarbete vilket gör att man växer i sin roll som läkare."



Vem ska operera oss?

Mats Holmström, professor i ÖNH, tidigare verksamhetschef på KS, och Olle Svensson, professor emeritus i ortopedi vid Umeå universitetssjukhus, skriver här om sina synpunkter på den kirurgiska utbildningssituationen i Sverige.



OLLE SVENSSON
Umeå
olle.svensson@orthop.umu.se



MATS HOLMSTRÖM
Stockholm
mats.holmstrom@sll.se

Stockholms läns landsting (SLL) har köpt stora volymer av rutin-kirurgi av privata aktörer. Det gäller främst den kirurgi som lätt kan polikliniseras: gyn, ÖNH, allmänkirurgi och ortopedi.

Kirurgutbildningen

Men man har glömt bort utbildningen av yngre läkare. Nu görs rutinoperationer geschwint av rutinerade specialister medan de yngre läkarna inte har tillräckligt med patientmaterial för

att lära sig de enklare ingreppen och svårt att nå utbildningsmålen på grund av brister i verksamheten på vissa universitetssjukhus. Vi uppmärksammade problemet i artiklar i SvD (googla "fritt fall för utbildningen i kirurgi"). Det visade sig tyvärr att SLL fortfarande inte hade insett problemet, utan svarade att vi inte behövde oroa oss, ty man skulle utbilda fler läkare, vilket inte är huvud-

problemet, och även att det finns tillräckligt med patienter, vilket vi nog också är väl medvetna om.

Ethos, pathos och yrkesstolthet

Fortfarande har det inte hänt något i SLL. Varför? Förväntas kirurger vara autodidakter genom trial and terror? Eller är man så fokuserad på pinnar och pengar att andra kvalitetsaspekter – som att göra rätt – kommer i skymundan? En troligare förklaring är att många naivt nog tror att utbildning är gratis och drivs av professionernas ethos och pathos. Så var det till viss del tidigare när det fanns mer luft i systemet. Även om det väl aldrig funnits en medicinsk guldålder, de kirurgiska resultaten är i dag bättre än någonsin, så fanns det en lojalitet, kärlek till specialiten och yrkesstolthet hos många ledande läkare anno dazumal. Det saknas tyvärr ofta idag. *Commit or quit!* var mottot för den holländske förre direktören för Nya Karolinska: civil olydnad gav förutsägbara konsekvenser.

Mäster-gesällrelation

Det kokar ner till mjuka immateriella faktorer som kultur och förhållnings-sätt. En sociolog studerade under 18 månader seder och kultur vid en



De värderade kollegorna från kirurgiska kliniken i Malmö skulle knappast känna igen sig i en modern operationssal, men kirurgi är fortfarande både hantverk och vetenskap som man inte kan lära sig själv, utan det krävs både utbildning och träning och konstruktiv kritik.

Foto från Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet.

akademisk kirurgklinik i Seattle, med samma metoder som man studerar urinnevånare i Amazonas (*googlea forgive and remember*). Kirurgin är som många andra komplexa värv hierarkisk, men i det amerikanska systemet fanns det en mästergesällrelation som ofta var bra för utbildning och utveckling. Dagens korta fragmenterade placeringar har till stor del eliminerat den egennytta för en överläkare som det innebär att lära upp en vikarie.

Specialistexamen som krav

En annan faktor är EU-lagarna. Alla med en EU-examen kan börja operera i Sverige vad de kommer över. Här har inte våra tillsynsmyndigheter hängt med i svängarna. IVO är tandlöst. Det är därför ofrånkomligt att även Sverige inför en obligatorisk specialistexamen (som nu är frivillig och sker i specialistföreningarnas regi). Endast mellan hälften och en tredjedel tar examen. Det är en patientsäkerhetsfråga – konsumentskydd, helt enkelt. Tyvärr är ”examen” ett fult ord för myndigheter och speciellt så för läkarförbundet.

Verksamhetschefsbeslut

Idag är det som bekant verksamhetschefen som bestämmer när någon ska anses mogen för att bli specialist och när vederbörande har samlat en tillräckligt stor hög papper som visar att man varit fysiskt närvarande vid olika aktiviteter. Här borde Läkaresällskapet agera med större kraft och likt prinsen i sagan ta kronan ur rännstenen och sätta den på sin hjässa. Återigen, det är en patientsäkerhetsfråga. Som alla lärare vet styr examinationer inlärandet mycket mer kraftfullt än studieplaner, hur genomarbetade de än månne vara. Det är också en lysande ekonomisk och humanitär affär, ty inget inom medicinen är dyrare än komplikationer. *If you think that education is expensive, try ignorance!*

Värderad examina

Alla kirurgiska föreningar har bra utbildningsplaner, men det är de 20 regionerna som håller i penningpungen, så det är tveksamt vilken effekt utbildningsplanerna verkligen får. Här måste verksamhetscheferna gaska upp sig; de är de enda som har ett



Även om tekniken förfinats är kirurgi fortfarande ett hantverk.

övergripande juridiskt ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen. Även om det är en förskräckande hastig omsättning på verksamhetschefer, så kan man i specialistföreningarna komma överens om att gynna dem som avlägger specialistexamen, ekonomiskt och tjänstemässigt: guld och ovansklig ära.

Utländska förebilder

En anledning är att de svenska professionella föreningarna i Sverige saknar fokus, enighet och kraft. Jämför med *Royal Colleges* i UK och de stora kirurgföreningarna i USA. De brittiska kirurgiska specialiteterna håller i utbildningsresurser och examination, och det amerikanska läkeriet lär ha flest lobbyister i Washington. I den anglosaxiska traditionen finns det också starka ekonomiska och kulturella incitament. I Sverige är vi splittrade. Att föreslå att man ska slå samman förbundet och sällskapet vore väl som att svära i kyrkan; men det behövs om vi vill ändra ST-utbildningen. De kirurgiska specialiteterna har så mycket gemensamt att vinna på att skapa en tätare federation, kanske enklast under Läkaresällskapet egid. Ju snävare fokus, desto större chans till framgång.

SPUR-inspektioner

SLL struntar ofta högaktionsfullt i SPUR-inspektionerna. Nya Karolinska sjukhuset svarar inte ens på skrivelser från specialistföreningarna. Akademien har tyvärr också visat ett måttfullt intresse för den praktiska kirurgiska utbildningen. Det är oklokt om man vill att det ska kunna bedrivas kirurgisk utbildning på universitetssjukhusen. (Prefixet ”universitet” är omhuldat av sjukhusens PR-avdelningar). Nya Karolinska skulle förmodligen förlora sina federala undervisningsbidrag i USA. Problemen är mest uttalade i SLL men har börjat metastasera även till andra storstäder.

Gemensam sak

Förfallet har på sina håll gått så långt att det blir tungt och tufft att ändra riktning på den tunga kirurgiska skutan. Det kan bara specialistföreningarna göra; inte Excel-Pelle eller Siffer-Nisse. Det finns många eldsjälar, men för att få till stånd någon reell förändring krävs samordnade aktioner. Kirurger av alla specialiteter, förenen eder! ■

Oxytocin som profylax mot postpartumblödning vid planerade kejsarsnitt i Sverige

FNs grupp för mödradödlighet uppskattar att över 300 000 kvinnor per år dör i samband med graviditet och förlossning (1). Postpartumblödning är den enskilt största orsaken till mödradödlighet i världen och står för en fjärdedel av alla dödsfall. Den absolut vanligaste anledningen till postpartumblödning globalt är atoni och står för 75-90 procent av alla fall (2). Trots att 99 procent av mödradödlighet sker i utvecklingsländer, så ger postpartumblödning upphov till konsekvenser även i Sverige (3). En stor blödning kan orsaka blodtransfusionskrävande anemi och i extrema fall hysterektomi eller Sheehans syndrom. Dessutom föreligger en ökad risk för infektion, postpartumdepression, posttraumatisk stresssyndrom, försämrad amning och anknytning till barnet (4).

Enligt riktlinjer från WHO, FIGO och det svenska "state of the art"-dokumentet för normal förlossning, ingår användandet av Oxytocin för att förebygga atonisk blödning (5,6). Under graviditet blir livmodern allt mer känslig för oxytocin, både genom direkt effekt på uterus oxytocin-receptorer och genom parakrina mekanismer (7). Vid slutet av graviditeten föreligger en 12 gånger högre koncentration av oxytocinreceptorer jämfört med tidig graviditet och 80 ggr fler om man jämför med en icke-gravid uterus (8). Värkarbete förändrar antalet oxytocin-receptor än mer. Initialt ökar antalet receptorer 2,5 ggr, men ganska så snart in i aktivt värkarbete så minskar

antalet receptorer signifikant till att endast vara ca dubbelt så många som vid tidig graviditet (9). Fortsatt oxytocintillförsel leder till ytterligare desensitivisering och en minskad kontraktilitet i livmodermuskeln (10).

Det finns god evidens för att använda oxytocin även vid planerade kejsarsnitt (11), även om det runt om i världen förekommer olika rutiner för vilket uterotonika som ges (5). Nationella riktlinjer saknas i de flesta länder. Dosen är i många länder sänkt från 10 IE till 5 IE under början av 2000-talet, pga. risk för biverkningar, och i värsta fall mödradödlighet till följd av oxytocinets hemodynamiska påverkan (12). Det finns vissa studier som visar att lägsta effektiva oxytocindoser för att uppnå god tonus i uterus postpartum skiljer sig åt mellan akut sectio genomförda på indikationen värksvaghet och elektiva sectio, vilka verkar kräva en betydligt lägre dos för att nå fullgod kontraktilitet. Studierna är mestadels små med under 100 inkluderade patienter (13,14). Detta skulle kunna förklaras av bl.a. förändringarna i oxytocinreceptorpopulationen beskrivet ovan. Många använder kontinuerlig infusion med oxytocin istället för bolus postpartum, antagligen pga. att stora mängder ska ges långsamt (15), och då har infusion varit mer praktiskt. Det finns ett par studier som visar att lågdosbolus fungerar lika bra, och utan fler biverkningar, som infusion (16).

I ARG-rapport nr 65 om Kejsarsnitt,

år 2010, föreslås 5 E (8,3 mikrogram) givet som en långsam bolus. I nyare studier verkar det dock som om det finns utrymme att sänka dosen oxytocin ytterligare (13,16,17). Vilken dos oxytocin som används idag på Sveriges sjukhus och även på vilket sätt det administreras, är okänt, då nationell konsensus saknas.

Kvinnokliniken i Norrköping har Östergötlands alla planerade kejsarsnitt, ca 250 patienter per år. I Norrköping har oxytocindosen vid planerade kejsarsnitt minskats till 2,5 IE (4,15 mikrogram) efter att senare studier visat tillfredställande uteruskontraktion och oförändrad blödningsmängd vid bolusdoser så låga som 0,3-1 IE, dock med efterföljande oxytocininfusion med en hastighet av 5-10 IE/h (13,18). Vid kvinnokliniken i Norrköping ges endast en bolusdos á 2,5 IE iv rutinmässigt, som sedan kan upprepas. Om otillfredsställande effekt därefter, kan metylergometrin, karboprost eller oxytocininfusion ges.

Under de senaste årtiondena har den obstetriska patienten blivit allt äldre och det är vanligare med fetma och interkurrenta sjukdomar, så som hjärt-kärlsjukdom och diabetes. Detta innebär att vi måste vara uppmärksamma på de negativa konsekvenser som finns beskrivna med oxytocin, framför allt de hemodynamiska med risk för kärlspasm i coronarkärlen och därmed ischemiska ST-förändringar på EKG och blodtryckspåverkan (15,19) Detta utan att riskera ökad

blödning pga. atoni, och som ofta är fallet inom obstetrik, så är det en fin balansgång.

För närvarande bedrivs en studie för att utvärdera effekter av en sänkning av oxytocin från 5 E (8,3 mikrogram) till 2,5 E (4,15 mikrogram), vid elektivt sectio, för att förebygga atoni postpartum. Som ett led i detta har en kartläggning gjorts för att ta reda på hur oxytocin används i resten av Sverige. Under hösten 2018 skickades det ut en enkät till alla landets förlossningskliniker med frågan om vilken dos oxytocin som användes vid planerade kejsarsnitt, och hur det administrerades. De flesta kliniker använder 5E (8,3 mikrogram), se tabell. Dock finns det vissa kliniker som använder 10 E (16,6 mikrogram), även som bolus, och några som använder ”förstärkt oxytocindropp” med 30 E (49,8 mikrogram) som infusion direkt. De flesta som använder den lägre dosen på 5 E ger den som bolus och majoriteten väntar till navelsträngen är klampad. Även om det inte ingick som frågeställning framkom det att man på några kliniker börjat ge tranexamsyra rutinmässigt vid planerade kejsarsnitt.

Valerie Stålberg, Överläkare,
Kvinnokliniken Norrköping

Sjukhus	oxytocindos (mikrogr)	infusion/bolus	innan/efter klampning
BB Stockholm	8,3	bolus	oftast efter
Blekinge, Karlskrona	16,6	infusion	efter
Borås/Älvsborg	8,3	infusion	efter
Dalarna, Falun	8,3	bolus	
Danderyd	8,3	bolus	efter
Eksjö/Höglandssjukhuset	8,3	infusion	efter
Eskilstuna/Mälarsjukhuset	8,3	bolus	
Gällivare	8,3	bolus	
Gävle	8,3	bolus	efter
Halmstad	8,3	bolus	
Helsingborg	8,3		
Huddinge	8,5	infusion	
Hudiksvall	8,3	bolus	efter
Jönköping	8,3	infusion	innan
Kalmar	8,3	infusion	efter
Karlskoga	8,3	bolus	
Karlstad	8,3	infusion	efter
Kristianstad	49,8 i 500ml NaCl	infusion	
Linköping	49,8 i 500ml NaCl	infusion	
Lund	8,3 (16,6 till högrisk)	infusion	efter
Lycksele	8,3?		
Malmö	8,3 (16,6 till högrisk)	infusion	efter
Norrköping	4,15	bolus	efter
Nyköping	8,3	bolus	efter
Skellefteå	16,6	infusion	
Skövde/Skaraborg	8,3	infusion	efter
Solna	8,3	bolus	
Sunderbyn	16,6	infusion	efter
Sundsvall	8,3	bolus	efter
Sundsvall	16,6	bolus	
Södersjukhuset	8,3	bolus	efter
Södertälje	8,3	bolus	innan
Trollhättan/Näl	8,3	bolus	efter
Umeå	16,6	infusion	
Uppsala	8,3	bolus	
Varberg	8,3	bolus	efter
Visby	8,3	bolus	efter
Värnamo	8,3	bolus	efter
Västervik	8,3	bolus	efter
Västerås	8,3	bolus	innan
Växsjö	16,6	infusion	
Ystad	8,3-16,6	bolus	
Örebro	8,3	bolus	efter
Örnsköldsvik	16,6	bolus	
Östersund	49,8 i 500ml NaCl	infusion	efter
Östra	8,3	bolus	efter

Referenser:

1. Leontine Alkema et al., Global, Regional and National Levels and Trends in Maternal Mortality between 1990 and 2015, with Scenario-Based Projections to 2030: A Systematic Analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet*. 2016, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00838-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00838-7)
2. Lale Say et al., Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. *The Lancet Global Health* 2014, [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X)
3. Siri Vangen et al. Maternal Deaths in the Nordic Countries. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2017, <https://doi.org/10.1111/aogs.13172>
4. Loïc Sentilhes et al., Long-Term Psychological Impact of Severe Postpartum Hemorrhage. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2011, <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01119.x>.
5. Dahlke JD, Mendez-Figueroa H, Maggio L, Hauspurg AK, Sperling JD, Chauhan SP, Rouse DJ. Prevention and management of post-partum hemorrhage: a comparison of 4 national guidelines. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;213:76, e1-e10
6. Westhoff G, Cotter AM, Tolosa JE. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum hemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;10:CD001808
7. Zeeman GG, Khan-Dawood FS, Dawood MY. Oxytocin and its receptor in pregnancy and parturition: current concepts and clinical implications. *Obstet Gynecol* 1997;89:873-83
8. Kimura T, Tamizawa O, Mori K, Brownstein MJ, Okayama H. Structure and expression of a human oxytocin receptor. *Nature* 1992;356:526-9
9. Fuchs AR, Fuchs F, Husslein P, Soloff MS. Oxytocin receptors in the human uterus during pregnancy and parturition. *Am J Obstet Gynecol* 1984;150:734-41
10. Robinson C, Schumann R, Zhang P, Young RC. Oxytocin induced desensitization of the oxytocin receptor. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:91-7
11. Mousa HA, Alfirevic Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;1:CD003249
12. Lewis G, Drife J. Why Mothers Die 1997-1999. The fifth report of the confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. RCOG Press, London 2001
13. Stephens LC, Bruessel T. Systematic review of oxytocin dosing at caesarean section. *Anaesth and intensive care* 2012;40:247-52
14. Lavoie A, McCarthy RJ, Wong CA. The ED90 of prophylactic oxytocin infusion after delivery of the placenta during caesarean delivery in laboring compared with nonlaboring women: an up-down sequential allocation dose-response study. *Anesth Analg* 2015 Jul;121(1):159-64
15. Thomas JS, Koh SH, Cooper GM. Haemodynamic effects if oxytocin given as iv bolus or infusion on women undergoing caesarean section. *Br J Anaesth* 2007;98:116-9
16. Terblanche N, Otahal P, Messmer A, Wright P, Patel S, Nathan K, Sharman JE. An observational cohort study of 3 units versus 5 units slow intravenous bolus oxytocin in women undergoing elective caesarean delivery. *J Physiol Pharmacol* 2017 Aug;68(4):547-53
17. Tsen LC, Balki M. Oxytocin protocols during caesarean delivery: time to acknowledge the risk/benefit ratio? *Int J Obstet Anesth*. 2010;19:243-5
18. Kovacheva VP, Soens MA, Tsen LC. A randomized, double-blind Trial of a "Rule of Threes" Algorithm versus Continuous Infusion of Oxytocin during Elective Cesarean Delivery. *Anesth* 2015 July;123:92-100
19. Jonsson M, Hansson U, Lidell C, Nordén-Lindeberg S. ST depression at caesarean section and the relation to oxytocin dose. A randomized controlled trial. *BJOG* 2010 Jan;117(1):76-83

Intressegrupper inom SFOG

Mödrahälsovårdsöverläkargruppen

Ordförande

Anna Bäckström
Region Västernorrland
modrahalsovardsoverlakare@rvn.se

Sekreterare

Birgitta Segeblad
Region Uppsala
birgitta.segeblad@akademiska.se

Obstetriker och gynekologer under utbildning (OGU)

Ordförande

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 Elfgren

PO Gynekologi och Reproduktion,

Karolinska Universitetssjukhuset

Stockholm

Tel: 08-585 875 28

kristina.elfgren@sll.se

Sekreterare: Cecilia Kärrberg

Kvinnosjukvård, Sahlgrenska

Universitetssjukhuset

Göteborg

cecilia.karrberg@vgregion.se

Endokrin-ARG

Ordförande: Alkistis Skalkidou

Akademiska Sjukhuset

Uppsala

Tel: 076-206 85 82

alkistis.skalkidou@kbh.uu.se

Sekreterare: Angelica Lindén-Hirschberg

Karolinska Universitetssjukhuset

Stockholm

angelica.linden-hirschberg@karolinska.se

Endometriosis-ARG

Ordförande: Anna-Sofia Melin

Capio Gynekologi Globen

Stockholm

anna-sofia.melin@capio.se

Sekreterare: Bartosz Bezubik

KK, Södertälje Sjukhus

bartosz.bezubik@sll.se

Etik-ARG

Ordförande: Ingrid Bergelin

Kvinnosjukvården Dalarna

Tel: 0250-49 30 00

ingrid.bergelin@ltdalarna.se

Kontaktpersoner: Ann-Kristin Rönnberg

Universitetssjukhuset Örebro

ann-kristin.ronnberg@regionorebrolan.se

Kristina Pettersson

kristina.a.pettersson@sll.se

Evidens-ARG

Ordförande: Annika Strandell

SU/Sahlgrenska

Göteborg

Tel: 0700-90 44-54

annika.strandell@vgregion.se

Sekreterare: Sissel Saltvedt

Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

Tel: 08-517 700 00

sissel.saltvedt@sll.se

Familjeplanering, FARG

Ordförande:

Kristina Gemzell-Danielsson

Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

Stockholm

Tel: 08-524 800 00

kristina.gemzell@ki.se

Sekreterare: Helena Kopp-Kallner

Danderyds sjukhus

Stockholm

Tel: 070-440 20 70

helena.kopp-kallner@ki.se

Fert-ARG

Ordförande: Kjell Wänggren

Reproduktionsmedicin, Novumhuset

Karolinska Universitetssjukhuset,

Huddinge

Tel: 08-585 80 00

kjell.wanggren@karolinska.se

Sekreterare: Elizabeth Nedstrand

KK Universitetssjukhuset Linköping

581 85 Linköping

elizabeth.nedstrand@

regionostergotland.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

416 50 Göteborg

Tel: 031-342 10 00

maria.revelj@vgregion.se

Sekreterare: Gustaf Biasoletto

Sahlgrenska Universitetssjukhuset/

Östra sjukhuset

416 85 Göteborg

Tel: 031-343 63 61

gustaf.biasoletto@vgregion.se

Mödramortalitet, Mm-ARG

Ordförande: Sissel Saltvedt

Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

Tel: 072-711 51 61

sissel.saltvedt@sll.se

Sekreterare: Lisa Parén

Östra sjukhuset

416 85 Göteborg

Tel: 0709-27 81 56

lisa.paren@vgregion.se

Perinatal-ARG

Ordförande: Karin Pettersson

Karolinska Universitetssjukhuset,

Huddinge

Stockholm

Tel: 08-585 875 36

karin.pettersson@karolinska.se

Sekreterare: Marie Blomberg

KK, Universitetssjukhuset

Linköping

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

marie.blomberg@regionostergotland.se

Preeklampsi-ARG

Ordförande: Lina Bergman

Falu Lasarett

791 82 Falun

Tel: 023-49 20 00

lina.bergman@ltdalarna.se

Sekreterare: Eva Östlund

eva.e.ostlund@sll.se

POS-ARG

Ordförande: Lena Moegelin

KK, Södersjukhuset, Stockholm

Tel: 08-616 10 10

lena.moegelin@sll

lena.moegelin@sodersjukhuset.se

Sekreterare: 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-christine.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@sodersjuk-

huset.se

Sekreterare: Riffat Cheema

Skånes Universitetssjukhus

Malmö

riffat.cheema@skane.se

Vulv-ARG

Ordförande: Nina Bohm-Starke

nina.bohm-starke@ds.se

Sekreterare: Christina Rydberg

KK, Varbergs Sjukhus

Varberg

Tel: 0340-48 10 00

christina.rydberg@halland.se

Arbets- och Referens-Grupp-Utvecklings-Samordnare

ARGUS

Ove Axelsson

SFOG-Kansliet

Drottninggatan 55, 2 tr

111 21 Stockholm • Tel: 08-440 01 75

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

SFOG-Kansliet

Susanne Lundin • Diana Mickels

Drottninggatan 55, 2 tr

111 21 Stockholm

Tel: 08-440 01 75 • Fax: 08-22 23 30

kansliet@sfog.se • www.sfog.se

SFOG

MEDLEMSANSÖKAN

www.sfog.se

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

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

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

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

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

För specialister som är medlemmar i SFOG anordnas fortbildningskurser.

De flesta som söker nytt medlemskap är fortfarande under utbildning. Obstetrik/Gynekologer under Utbildning – (OGU) är en av flera intressegrupper inom SFOG. OGU vänder sig till alla under specialistutbildning men även till vikarierande yngre kolleger med intresse för specialiteten och yngre specialister. Aktiviteterna 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