

Medlemsbladet 1

2019

NR



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



Uppdatering av ICD-koder
Symposium om flerbörd

MEDLEMSBLADET

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

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

Susanne Lundin och Diana Mickels
E-post: kansliet@sfog.se
Internet: www.sfog.se

Annonser: Liselott Andersson
E-post: liselott.andersson@sfog.se
Platsannonser hemsidan: kansliet@sfog.se

SFOGs styrelse 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:

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
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 —



Kära kollegor!

Så har det då blivit min tur att skriva SFOGs ordförandebrev till medlemmarna. Vilken speciell och mäktig förening att leda!

Vi hjälper människor att blir gravida – och att slippa bli eller vara gravida. Vi får ta del av kvinnornas mest personliga berättelser och har ofta möjlighet att ge lindring och bot för de mest privata åkommor. Vi ger besked om graviditet, infertilitet, cancer, fosterdöd och vi konfronteras förr eller senare med våra tillkortakommanden när det vi gjort/inte gjort har orsakat sorg och skada. Vi opererar och tar prover från de allra djupast belägna kroppsdelarna och får inte sällan nackdiskbräck när vi år efter år försöker avskaffa halsen och få ner ögonen i samma plan som axlarna. Vi har varliga teleskop-fingrar med de finaste sensorer för mått, vävnadsbeskaffenhet och smärta. Vi korsar oförfärat floder av fostervatten, blod, ascites, var, urin, avföring, ättiksyra och tårar. Våra skor blir med åren ett rikt pot-

purri av mänskligt DNA. Mitt i allt detta så rapporterar vi enligt SBAR, utvärderar, registrerar, analyserar, forskar, läser på, undervisar och träffas – och har väldigt kul. Jag ser fram emot de kommande två åren.

Jag är rätt stolt över att få efterträda en rad av kloka personer, nu närmast före mig Anderas Herbst. Han har fått det att verka lite lagom laid back och enkelt. Men bara efter första veckornas mäktiga mailflod börjar jag förstå att vara SFOG-ordförande inte är någon sporadisk bisyssla, mer som ständig bakjour åt halva myndighetssverige.

Med varje ny ordförande åker styrelsen iväg på strategidagar för att sätta riktningen för de närmaste åren för SFOG. I början av april går resan över havet till vårt östra grannland Tallinn. Några exempel på ämnen att diskutera är

- Ska SFOG vara mest en remissinstans och kursarrangör? Eller ska vi ta mer plats i samhällsdebatten?

I DETTA NUMMER

Jävsregler för uppdrag i SFOG	5
Kodfrågan	6
BENK-ARG	8
Uppdatering av ICD-koder i dysplasiverksamheten	10
OGUs ordförande informerar	11
Kallelse till årsmötet 2019, OGU	13
Verksamhetsberättelse för OGU	14
Valberedningens förslag till styrelse och valberedning för OGU 2019	16
Möte för kursledare av SFOGs ST-kurser	19
Symposium om flerbörd 2019-01-14	21
Nya svenska riktlinjer för bedömning av antepartalt CTG	24
Bokrecension: Nils-Otto Sjöberg, "Sagan om ägget"	28

– Ordförande har ordet –

- Fortbildning – vad ska en gynekolog kunna? Vilka kurser behöver SFOG ta initiativ till?
- Finns det områden utöver infertilitet och tumör som borde bli föremål för subspecialisering?
- Hur ska vi samverka i Norden, (NFOG), Europa (EBCOG) och med resten av världen (FIGO)?
- Ska SFOG agera när kvinnors underliv blir kassako i privat verksamhet med i bästa fall verkningslösa, annars farliga, dyra behandlingar (Reimer, 2018)? I så fall, hur?
- Hur kan vi bäst göra för att locka nya kollegor till specialiteten?

Vi vill gärna höra förslag på fler frågor vill ta upp, så maila gärna mig eller kansliet.

Från i år har vi en ny situation rent tekniskt för vårt samarbete med våra närmaste kollegor, Barnmorskeförbundet. Det blir nu fackförening utöver att vara intresseorganisation. SFOG är ju däremot inte föreningen för obstetrik och gynekologer – utan för ämnet obstetrik och gynekologi. SFOGs medlemmar har Läkarförbundet som facklig representation.

Det blir viktigt att hålla isär vad som är rent fackliga frågor, som man driver för att främst förbättra läkares eller barnmorskors arbetsituation – och intressefrågor, som avser ämnesområdet och främst patienternas bästa. Det finns en viss överlappning men inte i allt. Framförallt gäller det i samarbetet med Socialstyrelsen, SKL och LÖF med flera som ser SFOG och Barnmorskeförbundet som likadana organisationer. Vi har pratat med Barnmorskeförbundets styrelse om detta och tror att det kommer att fungera bra om vi är observanta.

Jävsfrågor har stötts och blöts i styrelsen. Man kan ju tycka att det känns onödigt att deklarerar jäv som om man vore FIFA-pamp eller plenarföreläsare på FIGO när man t ex håller kurs. Men jäv handlar inte bara om ekonomi som ersättning för tjänster till organisationer och företag. Det finns även fördoms- eller intressejäv – att vara så starkt engagerad i en fråga att man (miss)färgar en diskussion, föreläsning eller möte med sin åsikt. Det är därför vi tycker det är viktigt att föreläsare på SFOG-dagarna, kurshållare, ledamöter i våra nämnder, register, styrelsen och ARG-rapportsförfattare

med flera, tydligt anger sina organisationsuppdrag och intressen. Det ska finnas en mycket fri yttranderätt men mottagarna av budskapet behöver vara trygga med vad avsändaren står för. Det ställer delvis nya krav på dem som arrangerar möten och kurser. Vi vill ju verkligen ha fortsatt passionerat ämnesintresserade SFOG-medlemmar – som även uppvisar god självkännet. Mer om jäv finns på hemsidan.

Jag avslutar med klinikerns bön, fritt egenförvanskad:

Ge mig sinnesro att acceptera att det aldrig kommer att finnas evidens för allting, mod att ändå fortsätta tänka konstruktivt och vishet att inse skillnaden – mellan vad som är evidensbaserat och vad jag själv bara har fått för mig.

Eder, *Eva Uustal*

Reimer, M. (2018). Hämtat från <https://www.dagensmedicin.se/blogg/mats-reimer/2018/09/26/privatkliniker-foryngrar-vagina-med-osaker-laser/>

Till alla AR-Grupper!



STIFTELSEN
FÖR UTBILDNING
OCH UTVECKLING
INOM OBSTETRIK
OCH GYNEKOLOGI

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

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

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

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



Kära kollegor!

En av mina favoriter inom professionen är Ernst Westerlund, "Enköpingsdoktorn". Han var huvudsakligen verksam i just Enköping men jag har gjort hans bekantskap i Storlien. Där drev han sanatorieverksamhet sommartid med upp till 200 "luftgäster". Vål bevarade är de stigar och bänkar, som då anlades i anslutning till hotellet. Dr. Westerlunds idé var att vandringar och sund diet kunde bota många, som led av det som då benämndes "neurasteni". Diagnosen ställdes först efter att en noggrann undersökning uteslöt somatisk sjukdom. Han menade att det "det bästa värdet mot sjuka nerver är en sund kropp". Hans behandlingar accepterades primärt inte av skolmedicinen men så småningom erkändes hans storhet och år 1900 utnämndes han till hedersdoktor vid Lunds universitet. Ett citat från doktorn, som jag gillar, är "att vila är att göra någonting annat".

AR-Grupperna är nu 20 till antalet, varav två är nytillkomna; Benk-ARG (ägnar sig åt benign kirurgi) och Pre-eklampsi-ARG. Dessutom har Tumör-ARG väckts ur sin törnrosasömn. AR-Gruppernas övergripande mål är att verka för professionell utveckling inom specifika områden av vår specialitet och att

fungera som styrelsens rådgivare. I praktiken innebär det, till exempel, framtagande av ARG-rapporter. Sedan jag tillträdde som ARGUS har fyra nya ARG-rapporter publicerats. Jag är redaktör för dessa och läser igenom alla kapitel. Det innebär att jag får god fortbildning och att jag imponeras av den kunskap våra medlemmar sitter på liksom av förmågan att förmedla den på ett pedagogiskt sätt. AR-Grupperna är också involverade i de ST-kurser SFOG erbjuder liksom i många fortbildningskurser. Utbildningsplanerna för våra två subspecialiseringar är framtagna av Fert-ARG (reproduktionsmedicin) respektive Tumör-ARG (gynekologisk tumörkirurgi med cancervård). Grupperna möts regelbundet och då diskuteras aktuella frågor, vilket kan ge upphov till kliniskt användbara dokument som SFOG Riktlinjer eller SFOG Råd. AR-Grupperna fungerar också som styrelsens stöd då expertkunskap behövs för att handlägga frågor på styrelsens bord. Samarbeten mellan AR-Grupper (tvärmöten) eller med andra organisationer som neonatalföreningen eller endokrinföreningen gör att kliniska frågor kan ges en bred genomlysning. De flesta medlemmar i AR-Grupperna är läkare från vår specialitet men medlemskap är också

öppet för kollegor från andra specialiteter eller andra yrken, till exempel barnmorskor och kuratorer.

Till alla SFOG-medlemmar, som ännu inte upptäckt fördelarna att tillhöra en AR-Grupp vill jag säga; tveka inte, anmäl dig till en grupp, som sysslar med något som intresserar dig särskilt. Du kommer att få nya kunskaper, som är värdefulla för såväl dig själv som din klinik och dessutom få vänner från hela landet. Till våra verksamhetschefer vill jag säga; ge era medarbetare, såväl specialister, ST-läkare som barnmorskor möjlighet att delta i en AR-Grupp. Det är stimulerande på det personliga planet och för era kliniker innebär det att ni får hem ny och användbar klinisk kunskap.

Nu har jag skrivit färdigt och ska gå på ett spinning-pass med Ulf Högberg. Jag ska alltså göra någonting annat, eller om man så vill "vila".

Må väl!

Ove Axelsson

ARGUS

Nya medlemmar

Linnea Nissen, Höör

Bandar Saleh, Lund

Violetka Boshkilova, Eksjö

Johanna Bjurström, Köpenhamn

Anna Aronsson, Norrköping

Emma Persson, Gävle

Jawhara Baker, Enköping

Emma Hjelm, Norrköping

Victoria Ahlstedt, Stockholm

Elin Edlund, Solna

Sana Asif Thor, Uppsala

Karolina Weidne, Sollentuna

Nina Abersek, Göteborg

REDAKTÖRENS RUTA



Nu är vintern här på allvar, med goda mängder snö och 20 minusgrader. Att ha möjlighet att resa till varmare land i februari ger ett välgörande avbrott i snöeländet, även om det inte är särskilt klimatsmart. Här uppe i Norrbotten kan isarna ligga till början av juni.

Med detta nummer startar en ny "serie", där ordförande, sekreterare och ev. webbmaster i AR-grupp skriver några rader om sig själva och bifogar foto. Idén har jag inte kommit på själv och vem som kläckte den har jag tyvärr glömt. Jag tar dem i alfabetisk ordning, så först ut blir BENK-ARG.

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

Detta nummers recept är en av många förrätter som vi njöt av på nyårsafton – såsen är gudomlig! Rätten har avnjutits en gång efteråt. Båda gångerna har vi missat att garnera med löjrom, så den är inte jättenödvändig.

Redaktörsbilden är från FIGO i Rio 2018. Jag brukar få kritik för att ha svårt att komma i tid. Denna gång var jag i GOD tid. På väggen står det nämligen (20)22!

God fortsättning på er alla!

Liselott Andersson

Redaktör för SFOGs Medlemsblad

Följande tider gäller för Medlemsbladet 2019:

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

Manus skickas via epost till:

Redaktör Liselott Andersson

Epost: liselott.andersson@sfog.se

Verksamhetsområde obstetrik och gynekologi Sunderby sjukhus, 971 80 Luleå

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

Adressändring skall göras till:

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

Jävsregler för uppdrag i SFOG

För att förtydliga jävsreglerna för uppdrag i SFOG, fastställdes följande riktlinjer i samband med SFOGs styrelsemöte 2018-12-06.

De regler för jäv som anges i detta dokument gäller för:

- Ledamöter i SFOGs styrelse
- Ledamöter i OGU:s styrelse
- Ledamöter i SFOGs vetenskapliga nämnd
- Uppdrag som ordförande eller sekreterare i AR-Grupper
- Medverkan i författande av ARG-rapporter, råd och riktlinjer

Tidigare beslutade jävsregler för AR-Grupper och för SFOGs styrelse ersätts av detta dokument.

Jäv innebär omständigheter som kan innebära att en person i aktuellt sammanhang har intressen som kan stå i motsättning med något av SFOGs syften, som enligt våra stadgar är att främja utvecklingen av obstetrik och gynekologi, verka för bästa möjliga hälso- och sjukvård för kvinnor, och att tillvarata medlemmarnas professionella och fackliga intressen.

De typer av jäv som fr.a. bör beaktas är om ekonomiskt intresse föreligger som kan stå i strid med SFOGs syften, eller innebär att opartiskheten kan ifrågasättas vid beslut eller vid författande av rapporter, råd eller riktlinjer, eller om andra åtaganden kan vara förtroendskadliga för SFOG.

Jävsregler för SFOGs och OGU:s styrelse

- Jäv för styrelsemedlem föreligger om styrelsemedlem har egna intressen som riskerar kollidera med föreningens intresse. Grundprincipen för SFOGs styrelsearbete är att potentiellt jäv ska deklarerars, och att styrelseledamot inte ska delta i diskussion och beslut i frågor där jäv kan anses sannolikt.
 - Styrelseledamot ska inte delta i beslut i vilka hen har egna ekonomiska intressen
 - Styrelseledamot ska inte delta i beslut som rör enskilda medlemmar som hen har en nära relation till, t.ex. handledarskap, chefskap, nära släktskap, eller nära vänskap.
- Inför nominering av ledamot till SFOGs styrelse ska valberedningen tillfråga den tilltänkta ledamoten om eventuella jäv, och vederbörande ska lämna en deklaration över anställningar, inkomstkällor och andra uppdrag till valberedningen. Valberedningen tar ställning till om det finns jäv som innebär att vederbörande är mindre lämplig för styrelseuppdrag. Sådant jäv kan vara ekonomiska intressen eller andra engagemang som bedöms kollidera med SFOGs intresse eller vara förtroendskadliga för SFOG.

- Arbete som läkare (gynekolog-obstetriker), inklusive chefsuppdrag i sjukvården, kan inte anses vara jäv för styrelsearbete, eftersom SFOG företräder läkare inom obstetrik och gynekologi. Detta gäller såväl privat- som offentliganställda läkare, och såväl anställda som egenföretagare.
- I enskilda frågor kan dock en jävssituation föreligga, då en viss verksamhet i vilken styrelseledamot är verksam kan ha andra intressen än SFOG och SFOGs medlemmar som helhet. Styrelseledamoten bör i sådana frågor inte delta i diskussion och beslut.
- Jävsdeklarationer för styrelsemedlemmar ska finnas på SFOGs kansli och hemsida, och presenteras vid årsmötet inför nyval eller omval av styrelseledamot.

Jävsregler för vetenskapliga nämnden och utbildningsnämnden

- Jäv för ledamot föreligger om ledamoten har egna intressen som riskerar kollidera med SFOGs intresse. Grundprincipen är att potentiellt jäv ska deklarerars, och att ledamot inte ska delta i diskussion och beslut i frågor där jäv kan anses sannolikt.
 - Ledamot ska inte delta i beslut i vilka hen har egna ekonomiska intressen
 - Ledamot ska inte delta i beslut som rör enskilda medlemmar som hen har en nära relation till, t.ex. handledarskap, chefskap, nära släktskap, eller nära vänskap.
- Inför tillsättande av ledamot till vetenskapliga nämnden och utbildningsnämnden ska vetenskapliga sekreteraren respektive utbildningssekreteraren tillfråga den tilltänkta ledamoten om eventuella jäv, och vederbörande ska lämna en deklaration över anställningar, inkomstkällor och andra uppdrag till vetenskapliga sekreteraren. SFOGs styrelse tar vid behov ställning till om det finns jäv som innebär att vederbörande är mindre lämplig för ledamotskap. Sådant jäv kan vara ekonomiska intressen eller andra engagemang som bedöms kollidera med SFOGs intresse eller vara förtroendskadliga för SFOG.
- Jävsdeklarationer för vetenskapliga nämndens ledamöter ska finnas på SFOGs kansli.

Jävsregler för ordföranden och sekreterare i AR-Grupper

- Jäv för uppdraget föreligger om ledamoten har egna intressen som riskerar kollidera med SFOGs intresse, varvid särskilt ska beaktas det specialitetsområde som rör AR-Gruppen. Grundprincipen är att potentiellt jäv ska deklarerars, och att vederbörande inte ska delta i diskussion och beslut i frågor där jäv kan anses sannolikt.
- När en AR-Grupp väljer ny ordförande eller sekreterare ska de som är intresserade av att ta på sig uppdraget presentera sina eventuella jäv för AR-Gruppen. Vederbörande ska, innan eller snarast efter utnämmandet, lämna en deklaration över anställningar, inkomstkällor och andra uppdrag till ARGUS.
- Jävsdeklarationer för ordföranden och sekreterare i AR-Grupper ska finnas på SFOGs kansli.

Jävsregler vid författande av ARG-rapporter, råd och riktlinjer

- När en författargrupp utses ska samtliga tilltänkta författare lämna en deklaration över anställningar, inkomstkällor och

andra uppdrag till ARGUS. Redaktören har ansvar för att tillse att samtliga tilltänkta medförfattare inkommer med dessa.

- Medförfattare till ARG-rapporter, råd och riktlinjer ska inte ha ett ekonomiskt intresse som kan innebära att opartiskheten i det rapporten, rådet eller riktlinjen gäller kan ifrågasättas. ARGUS har att ta ställning till om jäv föreligger som gör det olämpligt att en person medverkar som författare.
- För övriga personer med potentiellt jäv ska dessa redovisas i ARG-rapporten, rådet eller riktlinjen i förtext eller appendix.

Jävsregler vid presentation på kurser och kongresser

- Varje presentatör ska börja med att presentera sina jäv. För kurser har kursledare ansvar för att så sker, på kongresser har moderatorn och kongressarrangören detta ansvar.
- Vid planering av en kurs ska kursledarna lämna in jävsdeklaration till utbildningssekreteraren respektive fortbildningssekreteraren. ■

Kodfrågan

Kollegor och medicinska sekreterare skickar kodfrågor till mig.

Nedan följer ett urval av dessa, och de svar frågeställaren fått.

Hälsningar Karin Pihl, karin.pihl@telia.com

Fråga:

Har en fråga som rör åtgärdskodning vid hysterektomi. En op. startar som laparoskopierad vaginal hysterektomi, LAVH. Pga blödningar övergår man till laparotomi efter att uterus och adnexa är borttagna. Gyn.op.registret säger att eftersom man fick konvertera till öppen kirurgi blir kodningen LCD00 abdominell hysterektomi, LAF10 bilat SOE, ZXX00 konvertering från laparoskopisk till öppen kirurgi. Stämmer detta, att alltså LAVH-koden bortfaller helt?

Svar:

Ja, det stämmer. Av Z-koden framgår att man påbörjat en laparoskopisk operation som övergår till öppen, varför koden för LAVH inte ska användas. Kodningen blir LCD00+ LAF10 + ZXX00.

Fråga:

Vilken ingreppskod kan användas för "borttagande av mesh"? Komplikationer vid prolapsoperation med nät brukar inträffa betydligt senare än den tid man vanligtvis använder reoperationskoder. Är det fortfarande så att tidsgränsen 30 dagar gäller för användning av reoperationskoderna?

Svar:

Någon specifik kod för att man avlägsnar nät/mesh finns inte idag. Det finns ingen riktlinje som säger att en reoperation måste ske inom 30 dagar, även om de flesta tidiga komplikationer inträffar inom den tiden. 30 dagar är ingen absolut gräns utan ska ses som ett riktmärke; operationen kan alltså kodas som en reoperation även om det gått mer än 30 dagar. Föreslår i detta fall LW96.

Fråga:

Jag ser av och till patienter som har ett s.k. isthmocele efter tidigare sectio. Detta kan ge upphov till både blödningstrassel och infertilitet. Finns något förslag på hur man ska koda detta specifikt, eller ska man sätta diagnos efter symtom, t.ex. N92.6?

Svar:

Föreslår N99.8 + diagnos för symtomet patienten har.

Fråga:

I Diagnoshandboken står det vid lichen sclerosus et atrophicus, yttre genitalia N90.4+L90.0. När man läser i ICD-10 står det vid L90.0 Utesluter: Lichen sclerosus på yttre könsorgan kvinnliga N90.4. Enligt ICD-10 ska det alltså kodas endast med N90.4.

Svar:

Ja, visserligen står det så, men det betyder i så fall att vi inte kan specificera lichen i vulva, utan det klumpas ihop med andra ospecificerade vulvasjukdomar "dystrofi" och "krauros", vilket är en oönskad effekt av att följa instruktionerna. I detta fall har vi valt att tillämpa lite s.k. civil olydnad för att kunna koda för detta specifika tillstånd som ofta innebär invaliderande symtom om inte rätt behandling ges. Så tokigt är det väl inte att använda båda koderna; på så sätt följer vi åtminstone delvis instruktionerna i ICD-10-boken.

Fråga:

Hur föreslår du att trachelektomi ska kodas?

Svar:

LDC10 resektion av cervix + för lymfkörtelutrymningen tillämpliga koder från PJD (de återfinns på sid. 125 i Diagnoshandboken).

Fråga:

En patient söker abort, grav.test är positiv men man kan inte lokalisera graviditeten. Eftersom patienten inte har några symtom som ger misstanke om X så fortsätter man abortprocessen med farmakologisk abort. Vilken diagnoskod ska användas?

Svar:

O04.9A

Fråga:

Patient med önskad graviditet, söker för blödning och man finner en levande intrauterin graviditet. Vilken diagnos sätter man lämpligen vid besöket – O20.0 hotande missfall eller O20.9 Blödning i tidig graviditet, ospecificerad? Om någon form av smärta också föreligger ska man då alltid välja O20.0? Tacksam för lite råd. Bra om vi gör lika över landet.

Svar:

Föreslår O20.9 om graviditeten ser normal ut. O20.0 om det t.ex. finns hematom/deformerad hinnsäck med fortfarande viabelt foster. Smärta är subjektivt – det är lättare att basera kodvalet på objektiva fynd. Lovvård ambition, men jag tror

det kan svara svårt att få alla i hela landet att göra likadant.

Fråga:

Patient med önskad graviditet och positiv g-test söker för blödningar och ev. värk. Man finner oklar graviditetslängd och osäker viabilitet. Vilken är den lämpligaste huvuddiagnosen – O20.0 eller O20.9? Ska Z32.1 vara med som bidiagnos?

Svar:

Föreslår O20.0. Inte lägga till Z32.1.

Fråga:

Finns det en specifik kod för måttlig hyperemesis? (PUQE-score har ju 3 grader). Om inte, vilken av koderna lätt/svår hyperemesis bör man använda?

Svar:

Nej, det finns inte. Kanske mest logiskt att tills vidare slå ihop lätt/måttlig. Om det finns ett samlat önskemål från specialiteten att få fördjupningskoder (A, B osv.) på O21.0 så får ni återkomma med detta.

Fråga:

Patient söker för abort, har inte haft några blödningar. Ultraljud visar foster utan hjärtaktivitet. Graviditeten avslutas farmakologiskt. Sätter man den vanliga abortdiagnosen eftersom patienten önskar abort, eller sätter man diagnosen missed abortion?

Svar:

Föreslår Z64.0 för att visa att pat sökte för avbrytande, men även koda för uteblivet missfall.

Fråga:

Vi är lite nyfikna på tänket bakom kodningen av induktion av förlossning. Diagnoshandboken säger ju att man ska koda för den metod man börjar med även om man använder ytterligare metod. Hur tänker man när det gäller KVÅ-koder sedan, det finns ju mer än en medicinsk/mechanisk metod?

Svar:

Man bör inte använda mer än en diagnoskod O61.-; det är ju bara en förlossning man inducerar. Att det i Diagnoshandboken står att man ska använda

diagnoskoden för den metod man börjar med är för att det ska stämma med tidsangivelsen från start till förlossning när man väljer A eller B. KVÅ-koder för de metoder som används bör lämpligen anges. Av de mekaniska metoder vi f.n. använder finns amniotomi och cervixdilatation (ballongkateter). Jag rekommenderar att man inte anger MAC00 Amniotomi annat än som induktionsmetod och inte sätter denna KVÅ-kod när amniotomi görs som del av normal handläggning av förlossningsförloppet, t ex för att gynna progressen eller i samband med att man sätter skalpelektrod.

(När det gäller induktion vill jag påminna om att "misslyckad induktion" är när man inte lyckats få igång värkarbetet – det har inget att göra med om patienten blir vaginalförlöst eller inte).

Sophia Ehrström

Ordförande BENK-ARG

Jag är född och verksam i Stockholm, men delvis uppvuxen i Kongo-Kinshasa, där mina föräldrar var verksamma för Röda Korset 1974-76. Morfar bodde i Geneve, där han arbetade för FN. Min uppväxt där flera familjemedlemmar har arbetat humanitärt har präglat mig mycket.

Jag är 50 år och mor till sex barn i åldrarna 8 till 24 år. Jag är också extra-mormor till lille Charles 1 år. På fritiden gillar jag att vara ute i friska luften, gärna skidåkning, men också paddling i skärgården och förstås att tillbringa mycket tid med familjen.

Till vardags arbetar jag sedan sju år tillbaka med benign gynekologisk kirurgi och mottagningsverksamhet på Ultragyn Sophiahemmet. Jag är utbildad på Kvinnokliniken Danderyds sjukhus, där jag arbetade i 14 år. Som del av min ST-utbildning tillbringade jag i slutet av 1990-talet ett år i Paris, på en stor klinik för benign gynekologisk kirurgi, som leddes av professor Charles Chapron och Bernard Dubuisson. Det var mycket stimulerande och jag såg redan då vilken komplex kirurgi man kan åstadkomma med laparoskopisk teknik och skickliga kirurger.

Jag blev specialist 2003, disputerade 2007 med en avhandling som handlade om recidiverande vulvovaginala candidainfektioner. Detta har lärt mig att tänka evidensbaserat och att förstå vikten av att ha väl underbyggda argument. Jag önskar att tiden räckte till för mer forskning.

2012 fick jag tillsammans med min partner förmånen att tillbringa ett par månader i USA och följde då med en robotkirurg i dennes vardag. Tekniken är fantastisk, men fanns då inte tillgänglig



för oss, varför vi valde att utveckla vårt laparoskopiska kunnande. Genom att gå flera suturerings- och dissektionskurser, kan jag nu med stolthet se tillbaka att vi sedan dess har levererat en av de vetenskapligt bäst underbyggda metoderna för korrigering av apikal prolaps; laparoskopisk vagino-/utero-/cervicosakropexi. Vi gör nu strax under 90 % av våra hysterektomier med laparoskopisk teknik och 70 % av våra myomenukleationer görs laparoskopiskt. Med ett bra team tillsammans med narkos och op-personal, kan man som verksamhet minska sin andel laparotomier, till förmån för våra patienter.

Pga. att det är så viktigt med kvalitetsuppföljning, har jag engagerat mig i såväl GynOP-registret som nybliven ansvarig för hysterektomisträngen, samt i BENK-ARG, då det behövs en genomgång och uppdatering av de kirurgiska tekniker vi använder inom benign gynekologisk kirurgi idag, jämfört med tidigare. Andelen minimalinvasiva hysterektomier

(vaginal, laparoskopisk och robotassisterad laparoskopisk) översteg för första gången 50 % i Sverige år 2017. Det här är tyvärr ett område där vi som nation ligger efter, inte minst våra grannländer. Här kan BENK-ARG förhoppningsvis hjälpa till!

Jag ser BENK-ARG och GynOP som en bra kombination för att kunna påverka och förändra. Min förhoppning är också att undervisning inom gynekologisk kirurgi skall kunna beredas både under ST och för särskilt lämpade färdiga specialister. Kanske bör vi kunna erbjuda en subspecialisering inom gynekologisk kirurgi?

Jag ser med entusiasm fram emot ett fortsatt arbete inom BENK-ARG och GYN-OP, tillsammans med trevliga kollegor, för våra patienter!

Sophia Ehrström



Klara Hasselrot

Sekreterare BENK-ARG



Hej!

Jag är verksam som specialistläkare på Kvinnokliniken, Danderyds Sjukhus i Stockholm. Mina intresseområden är främst benign gynekirurgi och specialiserat gynekologiskt ultraljud. Att kombinera dessa två tycker jag är av stor vikt, och gör den individuella fortbildningen effektivare, både som kirurg och undersökare.

Sen är jag glad över att jobba på storsjukhus – även om gynekologin ligger mig närmast, hade jag inte velat vara utan obstetrikern på jourtid!

Min forskning var tidigare preklinisk; jag disputerade 2009 på slemhinneimmunitet hos HIV-exponerade individer, men rör sig nu inom framförallt uterinpatologi; myom och adenomyos.

I min familj fanns inga läkare, men många författare och sjöfarare. De influenserna bär jag med mig, på fritiden fiskar jag hummer eller havskräftor från en ö i Bohusläns ytterskärgård. Jag känner också starkt för att kommunicera kunskap om sjukvård och forskning till allmänheten, och kommer driva på för att BENK-ARGs arbete inte bara blir en skrivbordsprodukt, utan till gagn för patienten och underlag för beslutsfattare/lek-män.

Klara Hasselrot, sekreterare för Benign Gynekologi/BENK-ARG

Författarinstruktioner

Manus skickas via e-post till redaktören:

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

Följande regler underlättar processen.

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

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

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

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

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

Uppdatering av ICD-koder i dysplasiverksamheten efter införandet av HSIL-begreppet och vid HPV-positivitet

Nationella vårdprogrammet för cervixcancerprevention 2017 innebär primär HPV-screening för åldersgruppen över 30 år. Det medför att man behöver nya koder vid utredning av onormalt cellprov, såsom positiv HPV analys med eller utan cytologisk förändring och cytologisk förändring med eller utan HPV-positivitet. Det behövs koder för besöksorsak som kan sättas i väntan på ett PAD-svar som kan verifiera en misstänkt dysplasi.

I vårdprogrammet rekommenderas, på morfologernas initiativ, att man skall anpassa nomenklaturen för både cytologiska och histologiska cellförändringar till Bethesdasystemet i enlighet med internationella rekommendationer. Det innebär att man går från tredelad nomenklatur CIN 1-3 (cervical intraepithelial neoplasia) till en tvådelad där man betecknar förändringar som endera lågradiga eller högradiga. LSIL (low-grade squamous intra-epithelial lesion) motsvarar tidigare CIN 1. HSIL (high-grade squamous intra-epithelial lesion) innefattar både CIN 2 och CIN 3.

HSIL är således en mycket större grupp än CIN 3, men termen innefattar inte AIS (adenocarcinoma in situ). Både HSIL och AIS skall anmälas till tumörregistret.

Alla dessa ändringar föranleder en översyn av ICD koderna inom dysplasiområdet.

Det finns internationella regler för diagnoskodning, så efter ingående diskussioner mellan C-ARG, NKCx (Nationella kvalitetsregistret för cervixcancerprevention) och Karin Pihl har Socialstyrelsen infört följande tre nya fördjupningskoder från 1/1 2019.

I övrigt hänvisas till befintliga ICD koder vars innehåll inte får ändras, men kan omformuleras. Däremot kan vi påverka KVÅ-koderna som är svenska.

Nya koder

D06.9A	Högradig intraepitelial skivepitellesion (HSIL) i cervix
D06.9W	Cancer in situ i cervix beskriven på annat sätt (än som HSIL)
	Innefattar: Adenocarcinoma in situ (AIS)
Z22.8B	HPV-positiv i cervix/HPV bärare

Utredningskoder som används vid besök för utredning (innan PAD föreligger) eller då PAD inte bekräftar dysplasi

R87.6	Utredning av cytologisk atypi
R87.6 + Z22.8B	Utredning av cytologisk atypi med pos HPV
R87.8 + Z22.8B	Utredning av pos HPV utan påvisad cytologisk atypi

XLE00	Kolposkopi
LDA10	Biopsi endocervix
LDA20	Biopsi portio
O99.8	Cellförändring under Graviditet (sätts före övriga koder)
H210	Start av SVF vid grundad misstanke på invasiv cervixcancer

Handläggning och uppföljning av PAD verifierad dysplasi

D06.9A	HSIL (om ej närmare specificerat, eller motsv CIN3)
D06.9A + N87.1	HSIL (om CIN2 anges särskilt, vilket är aktuellt hos yngre kvinnor)
D06.9W	AIS
N87.0	LSIL
Z09.9 + D09A (eller W)	Behandlingskontroll ("test of cure")

Operationskoder

LDC03 + ZXC00	Excision med diatermi
LDC03 + ZXC10	Excision med laser

Några andra frågor som diskuterats:

Vulva-ARG vill vänta med ändringar beträffande VIN och VaIN, då dVIN (HPV-independent Differentiated Vulvar Intraepithelial Neoplasia) signalerar en annan sjukdom än vad HSIL gör och gruppen vill diskutera olika alternativ.

Den nya koden för HPV positivitet i cervix Z22.8B ersätter en tidigare använd kombination som bedömts som både otymplig och olämplig (Z22.4 Könssjukdom + B97.7 Papillomvirus som orsak till sjukdomar)

Självttest – är inget som SoS tar ställning till och det är definitionsmässigt inte en besökskod.

Kristina Elfgren, ordförande C-ARG
Cecilia Kärrberg, sekreterare C-ARG
Bengt Andrae, medlem av NKCx styrgrupp

OGUs ordförande informerar



Bästa kollegor!

God fortsättning! I Sundsvall har vi i början av januari ett tunt snötäcke på marken, barnbacken har öppnat och längdskidträningen pågår för fullt! När denna tidning kommer i tryck har jag, liksom ett fyrtiotal av er, anmält mig till ST-tentan. Jag misstänker att ni delar mina känslor av lust att faktiskt få lite mer sammanhållen tid att få läsa (och kanske få ytterligare ett större sammanhang och en och annan aha-upplevelse), och ångesten att skriva tenta igen för första gången sedan AT-tentan någon gång. OGU-styrelsens två utbildningsrepresentanter, Lovisa Brehmer och Marie-Therese Vinnars, sitter i Utbildningsnämnden och deltar i arbetet med att förbereda tentan. Liksom övriga medlemmar i Utbildningsnämnden medverkar de även under själva tentamensdagarna som observatörer, i syfte att säkerställa att examinationen ligger på rätt nivå och går juste till. OGU-representanterna är dessutom med och rättar den skriftliga tentamen.

Under hösten deltog jag i ett möte för kursgivarna för det nya ST-kurspaketet, vilket sjösattes januari 2017 i nuvarande form. Ett kurspaket som i mitt tycke verkligen strukturerat upp vår utbildning och tydliggjort dess mål, och som jag helhjärtat står bakom. Kursgivarna gör ett

enormt arbete med dessa kurser, och jag är mycket tacksam för deras engagemang. Det är viktigt att komma ihåg att vi ST-läkare till största delen allokeras platser till de olika kurserna, så det är av största vikt att samma kurs på olika orter håller samma kvalitet och uppfyller samma kunskapsmål, samtidigt som varje kursgivare givetvis måste få sätta sin egen prägel på dessa.

Under vintern kommer styrelsens medlemmar också att, utöver ordinarie möten inom OGU och SFOG, hålla ett kortare föredrag och en diskussion kring ST-arbetet under ett av årets två verksamhetsmöten samt medverka i studierektorsnätverkets möte. Läs gärna mer om vårt arbete i verksamhetsberättelsen, som publiceras i detta nummer. På vår hemsida, www.ogu.se, hittar ni också styrelsens verksamhetsplan inför det kommande året.

Samtidigt pågår arbetet för fullt i Örebro med att färdigställa OGU-dagarna 2019, 8-9 april. De lokala ST-läkarna tillsammans med vår styrelserepresentant har satt ihop ett spännande program, vilket ni hittar i detta nummer. Jag ser gärna att varje ST-läkare får åka på OGU-dagarna minst en gång under sin ST. Anmälan är öppen på www.ogudagarna.se, kom ihåg att gå in och anmäla dig!

Denna konferens brukar uppskattas av ST-läkare, och erbjuda ett fint forum för nätverkande och mingel. Under OGU-dagarna väljs också OGUs styrelse för det kommande året. Läs gärna presentationen av de nya kandidaterna i detta nummer. Arbetet i OGUs styrelse är stimulerande och lärorikt, och de olika posterna kräver olika mycket engagemang, så är du intresserad av vårt arbete får du gärna höra av dig. Styrelsens kontaktuppgifter, och annan aktuell information, hittar du på www.ogu.se. Följ också gärna vår Facebook-sida, som vi uppdaterar med jämna mellanrum.

Hoppas ni får en fortsatt fin vinter!

Elin Svensk
Ordförande OGU



OGU
+ DAGARNA
ÖREBRO
8-9 APRIL 2019

Fysisk och psykisk ohälsa under graviditet

Program

Måndag 8 april

Övervikt vid graviditet och förlossning –
Obstetriker Marie Blomberg

Graviditetsdiabetes – Obstetriker
Helena Fadl

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

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

Motiverande samtal – Specialistläkare
lungmedicin Matz Larsson

Tisdag 9 april

Ångest och depression vid graviditet
– Psykiater Marie Bendix

PTSD och psykisk ohälsa hos gravida
– Obstetriker Lena Holzman

OGUs årsmöte

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

**OGU-symposium "Hur ska doktorn
orka?"** – Psykiatriker Marie Åsberg

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

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

Välkomna!

KALLELSE TILL ÅRSMÖTET 2019

**Medlemmarna i Obstetrik och Gynekologer under Utbildning (OGU)
kallas härmed till årsmöte**

Tid: tisdagen den 9/4-19, kl 10:45 – 11:45.

Plats: Örebro Slott, Örebro

Föredragningslista

Mötet öppnas

Val av ordförande och två justeringspersoner för årsmötet

Anmälan av övriga ärenden

Styrelsens verksamhetsberättelse för verksamhetsåret 2018

Kassörens ekonomiska redogörelse för 2018

Fråga om godkännande av verksamhetsåret 2018

Val av ny styrelseledamot

Val av valberedning

Verksamhetsplan för verksamhetsåret 2019

Information från utbildningsnämnden

Information från de internationellt ansvariga

Övriga ärenden

OGUs ST-dagar 2020 i Eksjö

Tid och plats för nästa årsmöte

Mötet avslutas

Vid årsmötet är tid avsatt för diskussion. Alla medlemmar är välkomna att delta.
Om ni vill att styrelsen skall förbereda ett övrigt ärende, vänligen kontakta
ordföranden Elin Svensk i förväg: elin.svensk@rvn.se. Vi ses!

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.

Verksamhetsberättelse för OGU

– Obstetrik och Gynekologer under Utbildning, 2018

Organisation och stadgar

Obstetrik och Gynekologer under Utbildning (OGU) är en intressegrupp inom Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG). Medlemskap i OGU förutsätter medlemskap i SFOG. OGU vänder sig till blivande specialister och nyblivna specialister med upp till två års erfarenhet. SFOGs stadgar gäller i alla tillämpliga delar även OGU:s verksamhet, men OGU:s egna stadgar har fastställts under 2012, och reviderades senast 2017. Medlemskap betalas inte separat till OGU, utan direkt till SFOG, då OGU:s ekonomi är integrerad med SFOGs ekonomi.

Styrelsen 2018

Styrelsen har under 2018 bestått av:
Elin Svensk, ordförande. Representant i SFOGs styrelse. Har även representerat OGU på årets verksamhetsmöten (som samlar alla verksamhetschefer och professorer inom vår specialitet två gånger årligen) samt möte med ST-kurshållare. Ansvarig för arrangemanget av OGU-dagarna 2018.

Matilda Wådel, vice ordförande. Ansvarig för kontakten med SNÄV (studierektorsnätverket). Delaktig i arbetet med sammanställning av OGU-enkäten 2018 och arrangemanget av OGU-dagarna 2018.

Therese Friis, sekreterare. OGU-representant i vetenskapliga kommittén för SFOG-veckan 2018 i Uppsala. OGU:s representant på möte med Svenskt Kirurgiskt Råd under hösten.

Joanna Romell, kassör. Budgetansvarig. Ansvarig för OGU:s bidrag till Medlemsbladet.

Hanna Toorell, webb-ansvarig. Har tagit ett stort ansvar för att driva OGU:s strategiska arbete för förbättrad kirurgisk träning. Ansvarig för kampanjen Nya Ge Kniven Vidare, representant i styrgruppen för GynOp. Har också deltagit i Benk-Args möte under våren 2018.

Lovisa Brehmer, representant i Utbildningsnämnden. Delaktig i genomförandet av ST-examen i Örebro. Ledamot i SNAKS styrgrupp. Delaktig i arbetet med OGU-enkäten 2018.

Marie Therese Vinnars, representant i Utbildningsnämnden. Delaktig i genomförandet av ST-examen i Örebro. Deltagit på möte med SNÄV. OGU-representant i vetenskapliga kommittén för SFOG-veckan 2019 i Östersund.

Maja Weinryb, ansvarig för internationella frågor med fokus Europa/ENTOG. Representerat i WATOG. Är ansvarig för ENTOG-utbyten.

Hanna Reimerson, ansvarig för internationella frågor med fokus Norden/NFYOG. Delaktig i sammanställandet av OGU-enkäten 2018. Ansvarig för OGU-dagarna 2020 i Eksjö.

Inga Rós Valgeirsdóttir, övrig ledamot. Delaktig i arbetet med OGU-enkäten 2018. Ansvarig för OGU-dagarna 2019 i Örebro.

Styrelsemöten

Under 2018 har styrelsen haft fem fysiska möten och ett telefonmöte:

- 180112: Styrelsemöte, Stockholm.
- 180418: Styrelsemöte i samband med OGU-dagarna, Hudiksvall.
- 180606: Telefonmöte.
- 180827: Styrelsemöte i samband med SFOG-veckan, Uppsala.

- 180913-14: 2-dagars styrelsemöte, Sandhamn.
- 181206-07: Gemensamt möte med SFOGs styrelse samt OGU styrelsemöte, Stockholm.

Ekonomi

OGU:s ekonomi ligger under SFOGs bestämmande. Budgeten styrs efter planerade aktiviteter, storleken på styrelsen samt var de olika styrelseledamöterna är verksamma geografiskt. De största kostnadsposterna är resor till och boende i samband med styrelsemöten. Den geografiska spridningen på styrelseledamöter är stor - från Umeå i norr till Eksjö i söder (2018). Kostnaderna i övrigt är som förväntat och följer de finansiella riktlinjer som upprättats.

Allmänt

OGU har under 2018 fortsatt driva frågan kring kirurgisk träning för ST-läkare. Detta genom ytterligare kartläggning av ST-läkarnas kirurgiska kompetens (via OGU-enkäten 2018, se senare stycke) och fortsatt dialog och möten med bl.a. studierektorer, Svenskt Kirurgiskt Råd, BenkARG, SFOGs styrelse och GynOps styrgrupp. Dessutom har OGU lanserat kampanjen "Nya Ge Kniven Vidare". Detta med stor hjälp av ambassadörer ute på klinikerna, oftast ST-läkare, som har hjälpt till att förmedla konceptet och låta medarbetarna på kliniken fylla i en enkät kring kirurgisk träning inför lanseringen av kampanjen. Detta för att senare kunna utvärdera hur det har gått.

Ett annat fokusområde har varit forskning med särskild inriktning på ST-arbeten. På många håll i landet är det svårt för ST-läkare att hitta kompetenta och

engagerade handledare och genomföra ST-arbeten med hög kvalitet. Diskussioner har förts med Utbildningsnämnden, SFOGs styrelse och SNAKS för hur man på bästa sätt höjer kvaliteten på ST-arbeten och underlättar genomförandet av dessa för ST-läkare. Under det gemensamma mötet med SFOGs styrelse bjöds representanter från kvinnokliniken i Falun in. De resonerade kring faktorer som möjliggjort deras framgång som en mycket forskningsaktiv icke-universitetsklinik och hur man kan bibehålla en god forskningskultur.

OGU-enkäten 2018 har genomförts och sammanställts. Enkäten innehöll frågor kring ST-läkarnas arbetsmiljö, handledning, kirurgiska färdigheter, forskning och ultraljudsfärdigheter. Ett urval av enkätresultaten kan läsas i MB#5. Resultaten har även presenterats för studierektorsnätverket och på verksamhetsmötet.

Vi strävar efter att kontinuerligt informera våra medlemmar kring vårt arbete, främst via Medlemsbladet men även via vår Facebook-sida och med en presentation under kurserna i jourförberedande obstetrik.

Representation i SFOGs styrelse

OGU har en representant i SFOGs styrelse som träffas tio gånger per år. Efter valberedningens förslag väljs representanten in vid SFOGs årsmöte för en mandatperiod på två år. Elin Svensk har varit OGU:s representant sedan januari 2018.

Utbildningsfrågor och Utbildningsnämnden

Under 2018 har OGU-styrelsen varit representerad i Utbildningsnämnden av Lovisa Brehmer och Andrea Jonsdotter som i april avbyttes av Marie-Therese Vinnars. OGU-styrelsen har fortsatt att följa arbetet med de nya kurserna och deras utvärderingar. Kurserna har fått lite skiftande betyg och med tanke på att man numera bli allokerad en kurs och inte kan välja den mest populära ser vi nu att det kommer bli både viktigt och utmanande att främja samma kvalitet på alla kurserna utan att för den skull ta bort möjlig-

heterna till en lokal prägel.

OGU-representanterna i Utbildningsnämnden deltar även i planering och genomförande av ST-tentamen, som under 2018 gick av stapeln i Örebro. Detta för att kunna bevaka och påverka att tentamen läggs på en adekvat nivå för oss ST-läkare. Arbetet innefattar deltagande i planering av den skriftliga ST-tentamen, genomgång av ST-arbeten, samt deltagande under examensdagarna.

Arbete pågår fortfarande med att få till en checklista och/eller appendix för ultraljudskunskaper motsvarande den som finns för kirurgiska ingrepp. Arbetet har gått långsamt men nu under hösten har vi fått kommentarer från bl.a. Ultra-ARG. Utifrån OGU-enkäten vi skickat ut under året, kunde vi se att förväntade ultraljudskunskaper för ST-läkare skiljde sig en del mellan olika orter, i synnerhet avseende tillväxt/viktsskattning och flöde i a umbilikalisk. Arbetet med checklistan kommer fortsätta även under nästa år.

OGU-dagarna

OGUs ST-dagar, OGU-dagarna, 2018 hölls i Hudiksvall. Tack vare en organisationskommitté bestående av lokala ST-läkare i samarbete med Konferensbyrån i Dalarna och trofasta sponsorer kunde Glada Hudik ta emot knappt 100 deltagare från hela Sverige för en två-dagarskonferens. Temat för året var "Bäckenbotten" och utöver intressanta föreläsningar på ämnet fick deltagarna chansen att bekanta sig med staden Hudiksvall via en tipspromenad och bekanta sig mer med varandra under middagen med kvällsunderhållning på tisdagskvällen. Ett utmärkt tillfälle att som ST-läkare knyta nya kontakter och fördjupa sina kunskaper inom utvalda ämnen. För mer information om OGU-dagarna 2018, var god se referat i MB#3.

SFOG-veckan

SFOG-veckan arrangerades 2018 i Uppsala. Från OGU:s styrelse satt Therese Friis som representant i vetenskapliga kommittén för veckan. OGU anordnade tillsammans med lokala ST-läkare tre välbesökta symposier med rubrikerna "Induktion - vart är vi på väg?", "Mellan

tystnadsplikt, patientförtroende och orosanmälan - om teamarbete på ungdomsenhet" samt "När det värsta händer - att hantera och gå vidare".

Lokala ST-läkaren Elin Peterson satt med i organisationskommittén med särskilt ansvar för tisdagskvällens Studentikosa afton i OGU:s regi. Under kvällen fick vi uppleva en nostalgisk kväll på Östgöta nation med bland annat spex och skönsång.

OGU ansvarade också för att sammanfatta SFOG-veckan i Medlemsbladet.

Ett särskilt tack till Agnes Edling, Anna Eliason Törn, Karin Gidén, Johanna Norenhaug, Elin Peterson, Maria Severin och Karina Varasteh!

Utöver dessa aktiviteter delades OGU:s handledarpris ut i samband med festligheterna på onsdagskvällen.

Arbetet inför SFOG-veckan 2019 i Östersund pågår för fullt. Även där kommer OGU arrangera tre symposier och en social kvällsaktivitet.

Internationellt arbete

NFYOG, den nordiska motsvarigheten till OGU, har haft ett fysiskt möte i Köpenhamn 22a april, där OGU:s dåvarande representant Anna-Karin Jacobsson deltog. Där diskuterades framför allt den kommande NFOG-kongressen. I samband med OGU:s årsmöte tog Hanna Reimerson över som nordisk representant. Hanna och Anna-Karin deltog på NFOG-kongressen i Odense 10:e-13:e juni. Inför kongressen anordnades ett tvådagarsutbyte för ST-läkare i de nordiska länderna, med möjlighet att få auskultera med en dansk ST-läkare under ett par vanliga arbetsdagar. Få men nöjda deltagare. NFYOG deltog i en workshop ("Global work from a trainee perspective") under prekongressen som hölls dagarna innan NFOG-kongressen. Under själva kongressen anordnades en ST-kväll av den lokala ST-läkarföreningen med stöd av NFYOG. NFOG-kongressen i övrigt bjöd på ett gediget program, med mycket utrymme för ST-läkare och juniora specialister att delta i det vetenskapliga programmet.

På NFYOGs hemsida har den globala plattformen börjat ta form, och där går att ta del av nordiska ST-läkares erfarenheter av internationellt arbete.

Den 10 oktober hölls ett kortare videomöte, där beslut togs om ett hel-dagsmöte i samband med NFOG:s educational course i Stockholm i april 2019. Målet med mötet kommer bl.a. vara att diskutera kommande projekt samt välja ny ordförande då Elisabeth Rosén nu suttit i två år.

Maja Weinryb har fortsatt som representant i OGU:s europeiska motsvarighet ENTOG. Årets ENTOG-utbyte skedde i Frankrike och samordnades med EBCOG-kongressen i Paris. Från Sverige

deltog två ST-läkare i utbytet, och reseberättelserna finns att läsa i MB#3. I samband med ENTOG:s årsmöte under-tecknades ett samförståndsavtal med organisationen WATOG - World Association of Trainees in Obstetrics and Gynecology och innebar att Maja Weinryb representerade OGU på båda organisationernas general assembly 2018. Under året lanserade ENTOG en ny typ av utbyte som kallas One2One för att skapa en möjlighet för fler ST-läkare att kunna delta i europeiska utbyten, både genom att själv resa eller agera som mottagande värd. ENTOG och EBCOG har under flera år arbetat med en Delphi-process för att för att ta fram ett gemensamt europeiskt cur-

riculum, vilket nu är färdigt och lanserades under EBCOG-kongressen 2018. Nästa års ENTOG-utbyte sker i Polen i juni 2019. TIPS! Du som är sugen på mer internationella erfarenheter – följ ENTOG:s sida på Facebook eller prenumerera på nyhetsbrevet för att inte missa tillfällen till internationella utbyten och konferenser!

Vår vision fortsätter att vara en ST-utbildning i världsklass!

Sammanställt av
Matilda Wådel och *Elin Svensk*
Vice Ordförande respektive Ordförande
OGU

Valberedningens förslag till styrelse och valberedning för OGU 2019

Elin Svensk, ordförande och representant i SFOG

Matilda Wådel, vice ordförande

Therese Friis, sekreterare

Joanna Romell, kassör

Caroline Lyssarides, utbildnings- och forskningsansvarig

Marie-Therese Vinnars, utbildnings- och forskningsansvarig

Mehreen Zaigham, internationell representant

Hanna Reimerson, internationell representant

Camilla Rosberg Greko, webbansvarig

Inga Rós Valgeirsdóttir, övrig ledamot

Fortsatt mandat

Fortsatt mandat

Omval

Fortsatt mandat

Nyval

Fortsatt mandat

Nyval

Fortsatt mandat

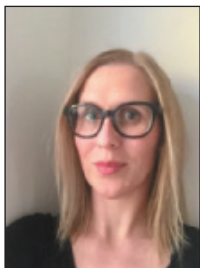
Nyval

Fortsatt mandat

Till valberedningen för kommande verksamhetsår föreslås:

Lovisa Brehmer, Hanna Toorell och Maja Weinryb

Utbildnings- och forskningsansvarig – Caroline Lyssarides



Jag är glad och stolt över att kandidera till posten som utbildningsansvarig i OGU:s styrelse 2019. Jag är inne på fjärde året på min ST på Höglandssjukhuset i Eksjö, och utbildningsfrågor har på ett eller annat sätt engagerat mig sedan grundutbildningen. Som utbildningsansvarig hoppas jag på att kunna fortsätta tidigare styrelsers goda arbete för en högkvalitativ och jämlik ST i hela landet.

Som ST-läkare trivs jag med att få blanda obstetrik och gynekologi på ett mindre sjukhus, och både längtar till, och bävar lite inför, specialisttiteln. När jag inte är på jobbet gillar jag att träna, läsa skönlitteratur och vara i naturen – hoppas på att upptäcka någon ny svensk vandringsled under 2019!

Ser fram emot att träffas i Örebro i april!

Internationell representant – Mehreen Zaigham



Hejsan!

Jag heter Mehreen Zaigham och har en forskar-ST vid Skånes Universitetssjukhus i Malmö sedan 2 år tillbaka. Ursprungligen är jag från Pakistan där jag har jobbat med flera projekt för mödrahälsa under min tid som ordförande för International Federation of Medical Students' Associations (IFMSA)

i Pakistan. Det känns underbart att kunna bidra till OGU:s styrelse som European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology's (ENTOGs) representant. ENTOG arrangerar varje år ett veckolångt spännande utbyte för ST-läkare i något europeiskt land. OGU lottar årligen ut resestipendier för två deltagare i utbytet.

Webbansvarig – Camilla Rosberg Greko



Camilla Rosberg Greko heter jag och jag jobbar på världens bästa arbetsplats, Kvinnokliniken i Ystad. Vi har en chef som alltid ger oss möjlighet till utbildning, som lyssnar på och ser varje medarbetare och som är flexibel med schemat så att alla kan anpassa det till sina egna önskemål. Det i kombination med en struktur som gör att det alltid finns gott om stöd av mer erfarna kollegor gör det möjligt att lära under lagom mycket press, vilket skapar en enorm trygghet. Så vill jag att det ska vara för alla ST-läkare inom Obstetrik/Gynekologi i Sverige, och därför vill jag engagera mig i OGU. Det som lockar mig personligen med vår specialitet är bredden och de tvära kasten mellan akut och lite mer långsamt, medicin och kirurgi, unga och äldre och liv och död.

Det här med styrelsearbete är inget nytt för mig. Jag har engagerat mig i otaliga styrelser och organisationer genom åren, både privat och i arbetet. Nu senast har jag arbetat fackligt både inom vår lokalavdelning och i vår lokala SYLF-förening.

Just för tillfället har jag tagit en paus från jobbet för "personlig kompetensutveckling" då jag är nybliven mamma till vårt andra barn, Rasmus, som kom i oktober -18. Jag bor med honom, hans treåriga storsyster Lovisa och deras pappa Håkan i ett litet fiskeläge utanför Trelleborg. Den lilla fritid som blir över ägnar jag åt scouting, häng med vänner och familj, resor och utflykter, träning och promenader vid havet. Det ska bli fantastiskt roligt att få jobba med alla er kollegor och jag tackar på förhand för förtroendet!

Reproduktion i förändring

Nya patienter, nya tekniker – nya behov?

Svensk Förening för Psykosocial Obstetrik och Gynekologi – SFPOG

inbjuder till symposium i samverkan med institutionen för
Vårdvetenskap vid Malmö Universitet.

Fredag 5 april 2019 kl. 10.00 – 16.00

Aulan Fakulteten för hälsa och samhälle, Jan Waldenströms gata 25, Malmö.

Varmt välkomna!

Anmälan

Sker genom mail till margareta.risenfors@vgregion.se senast 10 mars 2019.

Anmälan är bindande men kan överlåtas. Uppge namn, arbetsplats, telefonnummer och ev. specialkost. Ange också kostnadsställe och fakturaadress. Begränsat antal platser. Alla som får plats meddelas i god tid.

För kostnad och program, se www.sfpog.se.

Möte för kursledare av SFOGs ST-kurser

På väg hem efter en dag med livliga och givande diskussioner lutar jag mig tillbaka och betraktar myllret av människor på Arlandas terminal fyra. Kan man måhända betrakta ST-läkarens utbildning mot specialist som en (flyg-)resa? Ett boardingkort (läkarlegitimation) krävs för att passera säkerhetskontrollen (flaskor större än 100 ml får INTE medtas i handbagaget, oavsett hur gott innehållet luktar). Mitt väna leende och ursäkten att flaskan ändå nästan är tom hjälper inte, jag får snällt kasta bort. Sura tanten före mig med två stora flaskor vägrar bestämt och traskar obekymrat vidare. Var finns säkerhetskontrollanten/socialstyrelsen när man behöver dem, kan man undra?). Väl på plats på flygplatsen (arbetsplatsen) krävs att man väljer rätt gate och rätt flygplan (kurs) innan man ger sig iväg. Oftast krävs det flera resor (kurser), möjligen med mellanlandningar (föräldraledighet/forskning), för att nå sin slutdestination (specialist).

Och här börjar inspirationen och associationerna falna, det kanske bara är trötthet eller det goda vinet som vi drack till middagen som låter min fantasi få fritt spelrum... Ivrigt påhejad av mina kursgivarkollegor runt om i landet utlovade jag övermodigt att författa en sammanfattning av dagen till Medlemsbladet. Eftersom jag på kliniken till vardags sitter vägg i vägg med redaktören för Medlemsbladet så har jag svårt att se hur jag ska komma undan och det är bara att fälla upp laptopen och börja skriva, medan mina medresenärer på planet njuter av (nåväl – inmundigar) kaffe och torr muffins.

Och så blir det som det blir ibland... Såhär nästan två månader efter mötet och tillika två dagar EFTER deadline till Medlemsbladet författas/slutförs fortsättningen med andan i halsen, tack vare att

ovan nämnda redaktör ger undertecknad hjälp medelst en spark i baken samt ett erbjudande om att ronda BB. Tack Liselott!?

Sedan starten av SFOGs "kurståg" för två år sedan har ca 200 ST-läkare passerat genom landets olika kurser. Utbildningsnämnden med Jan Brynhildsen i spetsen gjorde ett omfattande jobb med grunden; kursämnen och kursplatser som automatiskt erbjuds alla ST-läkare i landet är fantastiskt. Nuvarande utbildningssekreteraren Ellika Andolf samt Susanne och Diana på SFOGs kansli blev ansvariga för att sjösätta detta lite ofärdiga skepp, fortfarande under uppbyggnad, som nu efter två år i princip är klart och har fått ordentligt med vind i seglen.

28 kurser bedrivs på nio platser i landet, behovet är stort eftersom alla ska få gå de kurser de behöver för kompetensen såväl som de obligatoriska delmålen. En del kursgivare är gamla i gemet och andra är naiva nybörjare. För egen del som ganska ny kursgivare så har frågorna under resans gång varit många och mejlen till Ellika och kanslitet likaså. Liksom kontakten med kollegorna i Örebro, som hållit kursen före oss och generös delat med sig av sina erfarenheter. Men, OJ vad det har varit roligt! Mötet med ivriga och vetgiriga ST-läkare från landets alla hörn har varit otroligt stimulerande. Och vad vi har lärt oss mycket. Jag kan varmt rekommendera att hålla kurs!

I diskussionen under dagen avhandlades det mesta, ekonomi och budget var en punkt som vi återkom till många gånger. Information om regler och riktlinjer finns på hemsidan, men sammanfattningsvis så går SFOG in som garant för att både individer och kliniker ska känna att det är givande och värt att ge kurs, utan att behöva arbeta obetalt utanför arbetstid med detta. Ekonomiskt bidrag

till kursgivare för förberedelse inför nystart av kurs, eller för möte och samplanering mellan kursgivare för samma kurs men på olika orter, söks av ARGUS och/eller Stiftelsen. En kort diskussion om lämpliga kurslokaler ytmynnande i en glad och livlig debatt om standard på olika toaletter. En kurs hade fått kritik för detta och vi kunde alla konstatera att faciliteterna på Läkarsällskapet, där vi träffades för dagen, höll högsta klass. Fem toa-borstar av fem möjliga, bildbevis bifogas.

Elin Svensk, ST-läkarrepresentant och OGU-ordförande fanns på plats och deltog i diskussionerna. Hon, liksom vi kursgivare, är av uppfattningen att ST-läkarna känner sig mycket nöjda över systemet och att stressen över att inte komma med de kurser som krävs har minskat.

Andra hårda fakta som utkristalliserat under dagen:

ST-läkare; mycket viktigt att ni i samband med kurserbjudan i närtid tackar ja eller nej. Ingen är tankeläsare och kan veta vad ni har tänkt. Om ni avvaktar av särskild anledning, kontakta i så fall kansliet och meddela varför. Ni som har tackat JA, dyk upp vid kursstart eller meddela förhinder så fort ni kan. Restplatser kan bara vidarebefordras om vi känner till att de finns... Och, slutligen – håll hårt i era kursintyg! Att långt i efterhand återskapa försvunna kursintyg (har du faktiskt gått kursen? när? var? blev du godkänd?) är svårt och tidskrävande och kommer troligen faktureras av kansliet framöver.

För verksamhetschefer, tack för att ni möjliggör för ST-läkarna att åka på kurs och inser att det trots kostnaden detta bugdetår ger vinster i framtiden, för alla. Och tack för att ni möjliggör att utbildningsintresserade kollegor har möjlighet att engagera sig och ordna och ge kurs.

För kursgivare som inte hade möjlighet att delta idag; synd för er. Ni missade en inspirerande och faktafylld dag i vacker miljö, som avslutades med god och trevlig middag. Vi saknade er! Men, ni får en ny chans. Preliminärt ses vi åter igen 28/11 2019, save the date!

Det fördes mer strukturerade minnesanteckningar av Diana Mickels från kansliet, som mejlledes distribueras till alla kända kursgivare. För er som vill läsa dessa, istället för mina glada betraktelser, kontakta kanslitet.

Vid tangentbordet,
Malin Strand, överläkare, Sunderby Sjukhus. Kursgivare för Jourförberedande kurs i obstetrik och gynekologi, Luleå. ■



Utbildningssekreterare Ellika Andolf på femstjärnig toalett på Läkarsällskapet.

Symposium om flerbörd

2019-01-14

Symposiet ägde rum på Nya Karolinska Universitetssjukhuset en iskall måndag i januari.

Trots snökaos (i Norrbotten!) så anlände jag nästan i tid. Temperatur i Luleå -10, Stockholm -6. Gissa var jag frös mest...

Ingången till föreläsningssalen var där föreläsarna stod och jag hälsades varmt välkommen av Peter Lindgren, när jag försökte smyga mig in.

Michaela Granfors inledde med en föreläsning om

Okomplicerad tvillinggraviditet.

Incidensen av enäggstvillingar är 1/250 förlossningar – alltså likadan överallt på jorden!

För tvåäggss- är det inte riktigt lika enkelt. Där spelar andra faktorer in såsom etnicitet, ålder, paritet, hereditet och kanske annat.

De kulturella skillnaderna är stora, både för incidens och attityd. Som exempel ett ställe i världen där man välsignar tvillingar och ett annat där man ser dem som, ja missfoster?

När det gäller risker, är alla graviditetskomplikationer vanligare och korioniciteten är avgörande!

Hur farligt är det med monokoriotiska tvillingar? Den kumulativa missfallsrisken är 12 % till v 22 (mest pga. tvillingtransfusion). Det är också vanligare med intrauterin fosterdöd (IUFD), prematuritet, tillväxthämning och missbildningar.

Tvåäggstvillingar DCDA (dikoriotiska diamnioniska) utgör ca 70 % av alla tvillingar.

Hos enäggstvillingar ser fördelningen ut som följande:

- DCDA ca 10 %.
- MCDA ca 20 %.
- MCMA under 1 %.
- Siamesiska ca 1/50 000.

För att differentiera dikoriotiska från monokoriotiska tvillingar, så kan man med ultraljud leta efter Lambda (di-, λ) och T-tecken (mono-, τ).

Följande rekommendationer gäller:

1. Datering: Om IVF, datering enligt IVF, annars daterar man enligt den största tvillingen.
2. Korionicitet ska bestämmas innan v 13+6. Om det är osäkert så bör man kontrollera som vid monokoriotiska tvillingar.
3. Beskrivning av fostrens och placentas/placentornas läge är viktig, så detaljerad som möjligt.

Nationella riktlinjer saknas för rutinkontroller.

KUB, NIPT, invasiv provtagning:

NIPT: Detektionsgraden för trisomi 21 verkar vara lika god som för simplex.

MC har i princip alltid samma karyotyp men inte alltid.

Varför är det fler komplikationer vid MC/enäggstvillingar?

- En gemensam placenta.
- Alltid anastomoser (i princip).

Komplikationerna avhandlades, men återkom under resten av dagen.

Sissel Saltvedt fortsatte med en föreläsning om Tvillingförlossning.

Generellt gäller det att

- Balansera risk för IUFD mot risk för komplikationer av tidigarelagd förlossning/prematuritet.
- Induktion v 36-37 om MCDA (enäggs-).
- V 38 (-39) om DCDA (tvåäggs-).
- Förlossning v (32-) 34 om MCMA (tvillingar i samma hinnsäck) (som regel kejsarsnitt).

Beträffande förlossningssätt tycks kejsarsnitt jämfört med vaginalt generellt inte spela roll för utfallet hos barnen/barnet.

Vilken roll spelar intervall mellan tvilling 1 och 2 vid vaginal förlossning? Resultaten från en studie från studie från Göteborg redovisades, i de lokala riktlinjerna fanns ingen övre gräns.

- Median 19 minuter mellan födslarna.
- Negativt utfall vid median 34 minuter.
- Inte negativt utfall vid median 19 minuter.



Sammanfattningsvis:

- Det finns ingen fördel med kejsarsnitt vid fullgången graviditet och huvudändläge hos tvilling 1.
- Före v 32/1500 g finns det ingen konsensus.
- Om tvilling 2 är större så finns det ingen kontraindikation för vaginal förlossning, men individuell bedömning gäller vid sätesbjudning (väckte en liten diskussion bland de drygt 100 deltagarna).
- Om tvilling 1 ligger i sätesläge så är riskerna likadana som vid simplex och säte. *Risken för tvillingkollision anses vara minimal även om tvilling 2 ligger i huvudläge.*

Berglind Arnadottir lärde oss en del om Komlicerad tvillinggraviditet.

Vid dikoriotiska, diamniotiska (DCDA) tvillingar gäller följande:

Prematur förlossning förekommer hos ca 60 % före v 37, 12 % före v 32. Cervixlängd under 2 cm v 20-24 kan vara en prediktor.

Kan man förebygga prematurbörd? *Knappast.*

Asymptomatiska kvinnor med cervix under 25 mm är en medelgod prediktor och man har *ingen vinst av upprepade mätningar av cervixlängd.*

Hos symptomatiska kvinnor är cervixlängd inte en lika god prediktor.

Och hur löser vi problemet?

Cerclage: Vissa studier visar ingen skillnad alternativt sämre utfall. Retrospektiva studier har visat positiv effekt med cerclage om cervixlängden är under 15 mm.

Progesteron: Oklar effekt, men det är inte skadligt/farligt.

I Danska guidelines ska man anlägga cerclage om längden av cervix är under 15 mm eller cervix är öppen 4 cm eller mera.

S-IUGR/Selektiv intrauterin tillväxthämning/Intrauteri Growth Restriction:

Tidig förekommer hos ca 10 %, främst pga. placentainsufficiens. Olika stora placentor, marginellt/velamentöst hinnfäste

är vanliga orsaker. Man bör följa dessa graviditeter som vid singelgraviditet och IUGR och *försöka att förhindra iatrogen prematuritet.*

S-IUFD (Selektiv Intrauterin FosterDöd):

Otäckt, men förlös INTE den andra tvillingen om det är prematurt. Prematuritet är överlag sämre. Tät uppföljning rekommenderas pga. 54 % risk för prematur förlossning före v 34 hos den kvarvarande levande, som också har 3-4 % risk för IUFD.

Komplicerad monokoriotisk tvillinggraviditet, TTS och TAPS, Eleonor Tiblad

Prediktion för komplikation vid 1a trimester ultraljudsundersökning är svårt.

TvillingTransfusionsSyndrom/TTS förekommer bland 10-15 % av alla monokoriotiska graviditeter. Tidig diagnos är viktig, obehandlat innebär tillståndet över 90 % död eller svår hjärnskada. Stadielinndelning presenterades (I-V) och behandling är indicerad från stadium II. Vid IUFD så är risken för fosterdöd hos kvarvarande fostret 15-20 %. Bedöm risken för fetal anemi, överväg transfusion intrauterint. Fetoskopisk laserbehandling rekommenderas vid stadium II-IV v 15+0 – 28+0. Kroniskt neurologiskt handikapp förekommer hos ca 10 % överlevare, lika stor risk hos recipient som donator. Risken för pulmonalisstenos hos mottagaren är 10 %.

TAPS/ Twin Anemia Polycytemia Sequence.

Båda har risk för ischemisk skada pga. anemi och polycytemi och recipienten är oftast sjukare. Tillståndet inträffar hos 1-5 % av MC spontant, 1-16 % efter fetoskopisk laserbehandling. Man bör titta på blodflödes hastigheten i a. cerebri media hos fostret, ju snabbare desto sämre. Vid konservativ behandling har man 83 % överlevnad, vid intrauterin transfusion 85 % och vid fetoskopisk laser 95 %.

Det är viktigt att skilja på TTS, TAPS eller s-IUGR var sammanfattningsvis ett budskap.

Sedan föreläste Lotta Herlin om Selektiv intrauterin tillväxthämning, S-IUGR och TRAP.

S-IUGR/Selektiv Intrauterine Growth Restriction förekommer hos 10-15 % av alla monokoriotiska tvillingar.

Diagnostik: Ett foster under 10e percentilen och storleksskillnad 25 % eller mera.

Typ 1-3 beroende på diastoliskt blodflöde i a umbilicalis.

Stadium 2 ska följas med flöde i ductus venosus (dessa har redan dåligt flöde i a umbilicalis).

Stadium 3: Intermittent eller permanent reverserat flöde i a umbilicalis.

Och DÄR slog den till, min flygresan med uppstigning redan kl. 05.00.

TRAP/Twin Reversed Arterial Perfusion sequence.

En variant av TTS där det finns det en påtaglig risk för hjärtsvikt hos pumptvillingen. Ur Wikipedia: The twins' blood systems are connected instead of independent. One twin, called the acardiac twin or TRAP fetus, is severely malformed. The heart is missing or deformed, hence the name acardiac, as are the upper structures of the body. The legs may be partially present or missing, and internal structures of the torso are often poorly formed. The other twin is usually normal in appearance. The normal twin, called the pump twin, drives blood through both fetuses. It is called reversed arterial perfusion because in the acardiac twin the blood flows in a reversed direction. TRAP sequence occurs in 1 % of monochorionic twin pregnancies and in 1 in 35 000 pregnancies overall.

Man bör förlösa pumptvillingen först om det är möjligt.

Om Fosterterapi vid komplicerad flerbörd berättade Eleonor Tiblad.

Ämnen som avhandlades var fetoskopi, minimalinvasiv laser. Lämpliga metoder rent praktiskt är lokalanestesi, antibiotikaproylax, tokolys, smärtlindring p o. Maternella allvarliga komplikationer är ovanliga. Inga absoluta maternella kontraindikationer finns. Perioperativa och

senare komplikationer finns (och dessa har jag glömt).

Metoderna hittills är bipolär navelsträngsocklusion, selektiv reduktion och överlevnaden är 75-90 % (för det ena fostret).

Uppföljning efter behandling, var god se www.fosterterapi.se.

Vem ska bestämma om aborter undrade Sverker Ek.

Fosterreduktion är inte jämförbart med abort. Vem ska äga frågan? Selektiv vs. icke-selektiv. DC är tekniskt enklare än MC.

Graviditetstidslängd som mest v 18+0, genomtänkt beslut bör vara grundat på adekvat information och kuratorskontakt är obligatorisk.

Vid DC: Intrakardiell KCl till asystoli. *Inte kul.*

MC: Gemensam cirkulation, laser. *Kanske mera kul.*

Majoriteten av reduktionerna görs på medicinsk indikation, varav de flesta av icke-selektiva reduktioner har utförts före v 18+0. Majoriteten föds efter v 34+0. Risk för förlossning före v 28 är 10-20 %. Över 85 % perinatal överlevnad efter reduktion.

Och hur blir det senare? Ja, en föräning fick vi i nästa föreläsning.

Långtidsutfall efter komplicerad tvillinggraviditet, Cecilia Pegelow-Halvorsen

Den neonatala sjukligheten beror på i huvudsak prematuritet (RDS, BPD, IVH/PVL, NEC, ROP, PDA och hypoglykemi). De har dessutom cirkulationsproblem.

Långsiktig prognos: Neurologisk och kardiovaskulär avhandlades.

Hur informerar vi blivande föräldrar? *Gudskelov har jag långt innan lämnat över det hela till de som kan det bättre, dvs. barnläkarna.*

Konsekvenser vid s-IUFD: Ökad risk för CNS-skada: Cystisk PVL, MCA-infarkt. Större risk ju senare i graviditeten.

Konsekvenser vid TAPS: Kardiovaskulära långtidsstudier saknas.

TTS, hjärtekofynd hos recipienten. Morfologi: hjärtförstoring, kammarhypertrofi, utflödesobstruktion från höger kammare. Funktion: AV-klaffläckage, relaxationsstörning, kontraktionsstörning.

TTS, överlevnad

- Utan behandling 20 %.
- Efter amnioreduktion 50-70 %.
- Efter laser 50-80 %.

Långtid, ekokardiografi: Vid 5-10 års ålder har de väsentligen normal hjärtfunktion fränsett lindriga tecken till diastolisk dysfunktion hos recipienterna utan nytillkomna hjärtsjukdomar.

CNS-skada: 8-18 % efter laser. CP: 6-12 % postlaser. Risk för neurologiskt sequela donator = receptor.

SGA, kärlfunktion långtidsuppföljning: Högre BT och sämre perifer cirkulation hos SGA utan TTS.

Vad kan vi påverka?

- Säkerhet vid diagnostik av TTS, IUGR, TAPS.
- Rätt fetal intervention på rätt ställe.
- Förlösa vid rätt tidpunkt – Avvägning mot prematuritetskomplikationer.
- Ge adekvat och uppdaterad information till blivande föräldrar.

Tack för en matnyttig dag!

Liselott Andersson, redaktör för SFOGs Medlemsblad, tillika arbetare i Norrbotten ■



Nya svenska riktlinjer för bedömning av antepartalt CTG

Bakgrund

2015 publicerade International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) nya riktlinjer för CTG-tolkning, vilka framtoogs av en expert-panel bestående av 45 obstetrikere och forskare från ett 35-tal länder i syfte att bland annat nå ett mer uniformt tolkningsunderlag mellan länder.

SFOG och Svenska Barnmorskeförbundet utsåg vintern 2015 en arbetsgrupp med uppdraget att adaptara de svenska riktlinjerna till det nya FIGO-dokumentet på ett för svenska förhållanden funktionellt sätt.

FIGOs riktlinjer från 2015 gäller specificerat intrapartal övervakning, till skillnad från de föregående riktlinjerna daterade 1987, vilka kommenterade såväl antenatal (antepartal) som intrapartal CTG-tolkning.

Nationella riktlinjer i andra länder har i varierande grad utgått från de internationella riktlinjer som publicerades av FIGO 1987, men inga länder vars riktlinjer är tillgängliga on-line har tydliga eller separata riktlinjer för antepartalt CTG och i rekommendationer för exempelvis handläggning av minskade foster rörelser eller IUGR så hänvisas till intrapartala CTG-tolkningsmallar när det gäller övervakning av fosterhjärtfrekvens.

De nya svenska riktlinjerna som utkom 2016 gäller liksom FIGOs enbart intrapartalt. Våra föregående svenska riktlinjer från 2009 gällde både ante- och intrapartalt, men i praktiken var även de inriktade på förhållanden och situationer under förlossning.

Arbetsgruppen har därför sett en fortsatt uppgift med målsättning att doku-

Malin Holzmann¹, för arbetsgruppen
Maria Jonsson², Marianne Weichselbraun³, Andreas Herbst⁴, Lars Ladfors³ och Lennart Nordström¹

¹Karolinska Universitetssjukhuset, Solna, ²Akademiska Sjukhuset Uppsala, ³Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, ⁴Skånes Universitetssjukhus, Lund/Malmö

mentera och sammanfatta aktuellt internationellt kunskapsläge gällande antepartalt CTG och komplettera de nationella svenska riktlinjerna för tolkning av CTG före värkstart.

Graviditetslängds-korrelerade riktlinjer för normalt-avvikande-patologiskt

Inga nationella riktlinjer som är tillgängliga on-line differentierar sina riktlinjer på något tydligt eller strukturerat sätt utifrån vilken graviditetslängd det monitorerade fostret har. Det förekommer dock i flera riktlinjer kommentarer i löpande text eller som fotnoter i tabeller, framför allt vad gäller frånvaro av eller lägre amplitud på accelerationer i lägre gestationslängder. Däremot kommenteras inte longitudinella förändringar i basalfrekvens, variabilitet eller förekomst av decelerationer, trots att flertal studier visar på skillnader relaterade till gestationslängd även för dessa parametrar.

Ett stort antal originalstudier visar samstämmiga resultat som kan utgöra

måttlig evidens för att poängtera skillnader i vad som kan betraktas som normalt för olika graviditetslängder.

De successiva förändringarna i fosterhjärtfrekvensen speglar till stor del nervsystemets mognad hos det växande fostret, vilket de flesta obstetrikere och barnmorskor som arbetar inom förlossningsvård känner till och tar med i sina bedömningar, men kunskapen har hittills inte funnits som dokumenterade riktlinjer. Arbetsgruppen har sett det såväl funktionellt för CTG-bedömaren som i enlighet med aktuellt kunskapsläge att tillämpa separata bedömningsmallar beroende på graviditetslängd.

Avvägningar mellan olika gruppindelningar avseende graviditetslängd och antal grupper har gjorts utifrån befintliga original-studiers resultat och med tanke på riktlinjernas funktionalitet och överskådlighet.

Endast två grupper med 34 eller 37 graviditetsveckor som skiljelinje sågs som alltför grovt, och mer än tre olika grupper bedömdes inte tillföra ytterligare värde.

De svenska riktlinjerna för antepartal CTG-tolkning < v 28+0

Basalfrekvensens (BF) normalintervall är 120-160 slag per minut (spm). BF > 160 spm innebär takykardi och klassificeras som avvikande. BF 100-119 spm är avvikande, och BF < 100 spm klassificeras patologiskt.

Variabilitet 5-20 spm är normalt, 21-25 spm avvikande liksom < 5 spm i mer än 40 minuter. Upphävd variabilitet (< 2spm) respektive sinusoidalt mönster är patologiskt liksom nedsatt variabilitet

Antepartala CTG-riktlinjer – framsida och baksida, vikbart kort i tre delar.

Svenska riktlinjer för bedömning av ANTEpartalt CTG < 28+0

	Normalt	Avvikande	Patologiskt
Basalfrekvens	• 120-160 spm	• 100-119 spm • > 160 spm	• < 100 spm
Variabilitet	• 5-20 spm	• < 5 spm > 40 min • 21-25 spm > 30 min	• < 2 spm (upphävd) ^a • < 5 spm > 60 min ^b • > 25 spm > 30 min • Sinusoidalt
Accelerationer (10 spm/10 s)	• Ja • Nej ^c		
Decelerationer	• Inga eller variabla okomplicerade	• Enstaka uniforma ^d eller variabla komplicerade	• Återkommande uniforma ^d eller variabla komplicerade
Tolkning	• Normalt	• Låg risk	• Medel/hög risk
Åtgärd	• Ingen åtgärd ^e	• Fortsatt CTG • Överväg vidare utredning	• Överväg vidare utredning och behandling • Överväg förlossning i beaktande av graviditetstid och behov av kortison för lungmognad. Ötta bör fler utredningsfynd än CTG ligga till grund för förlossning.

ANTEpartalt CTG < 28+0

Kommentarer:

^a Upphävd variabilitet: (< 2 spm) kräver snar bedömning.

^b Nedsatt variabilitet: Bandbredd på 3-5 spm är inte ovanligt och kan vara normalt. Analys av kortidsvariabilitet (STV) kan vara av värde vid osäkerhet om variabiliteten står för hypoxi.

^c Accelerationer: Accelerationer är ett betryggande tecken, men saknas ofta i närra delen av detta gestationsintervall pga omoget nervsystem.

^d Uniforma decelerationer betraktas som sena: Uppkomstmekanismen bakom uniforma tidiga decelerationer finns inte utanför förlossningsprocessen.

^e Decelerationer: Det är normalt att fosterrörelser utlöser korta variabla okomplicerade decelerationer med låg amplitud.

Både variabilitet och accelerationer är uttryck för nervsystemets utveckling. Hos foster som tidigare haft normal variabilitet och/eller accelerationer ska de parametrarna kvarstå men kan övergående påverkas av läkemedel (t.ex. morfin och kortison).

För referenser, evidensläge och utförligare information se ctgutbildning.se

SBF och SFOG 2018/2018

Svenska riktlinjer för bedömning av ANTEpartalt CTG 28+0 – 33+6

	Normalt	Avvikande	Patologiskt
Basalfrekvens	• 120-160 spm	• 100-119 spm • > 160 spm	• < 100 spm
Variabilitet	• 5-20 spm	• < 5 spm > 40 min • 21-25 spm > 30 min	• < 2 spm (upphävd) ^a • < 5 spm > 60 min ^b • > 25 spm > 30 min • Sinusoidalt
Accelerationer (10 spm/10 s)	• ≥ 2 / 20 min ^c	• 0-1 ^c	
Decelerationer	• Inga eller enstaka variabla okomplicerade	• Flertal variabla okomplicerade	• Enstaka uniforma ^d eller variabla komplicerade • Återkommande av alla typer
Tolkning	• Normalt	• Låg risk	• Medel/hög risk
Åtgärd	• Ingen åtgärd	• Fortsatt CTG-registrering • Överväg vidare utredning	• Överväg vidare utredning och behandling • Överväg förlossning i beaktande av graviditetstid och behov av kortison för lungmognad

ANTEpartalt CTG 28+0 – 33+6

Kommentarer:

^a Upphävd variabilitet: (< 2 spm) kräver snar bedömning och åtgärd.

^b Nedsatt variabilitet: Bandbredd på 3-5 spm förekommer före vecka 30 i en lågriskpopulation. Analys av kortidsvariabilitet (STV) kan vara av värde vid osäkerhet om variabiliteten står för djup sömn eller risk för hypoxi.

^c Accelerationer: Accelerationer kan bara förväntas under aktiva perioder. Om registreringen startar under djup sömn får registreringen förlängas. En mindre andel foster kan sakna accelerationer, och om övriga parametrar är normala kan det accepteras utan åtgärd.

^d Uniforma decelerationer betraktas som sena: Uppkomstmekanismen bakom uniforma tidiga decelerationer finns inte utanför förlossningsprocessen.

Både variabilitet och accelerationer är uttryck för nervsystemets utveckling. Hos foster som tidigare haft normal variabilitet och/eller accelerationer ska de parametrarna kvarstå men kan övergående påverkas av läkemedel (t.ex. morfin, och kortison).

För referenser, evidensläge och utförligare information se ctgutbildning.se

SBF och SFOG 2016/2018

Svenska riktlinjer för bedömning av ANTEpartalt CTG ≥ 34+0

	Normalt	Avvikande	Patologiskt
Basalfrekvens	• 110-160 spm	• 100-109 spm • > 160 spm	• < 100 spm
Variabilitet	• 5-25 spm	• < 5 spm > 40 min	• < 2 spm (upphävd) ^a • < 5 spm > 60 min ^b • > 25 spm > 30 min • Sinusoidalt
Accelerationer (15 spm/15 s)	• ≥ 2 / 20 min ^c	• 0-1 ^c	
Decelerationer	• Inga	• Enstaka variabla okomplicerade ^d	• Enstaka uniforma ^e eller variabla komplicerade • Återkommande av alla typer
Tolkning	• Normalt	• Låg risk	• Medel/hög risk
Åtgärd	• Ingen åtgärd	• Fortsatt CTG-registrering • Överväg vidare utredning	• Överväg förlossning (alternativt vidare utredning och behandling)

ANTEpartalt CTG ≥ 34+0

Kommentarer:

^a Upphävd variabilitet: (< 2 spm) kräver snar bedömning och åtgärd

^b Nedsatt variabilitet: Analys av kortidsvariabilitet (STV) kan vara av värde vid osäkerhet om djup sömn eller risk för hypoxi.

^c Accelerationer: Accelerationer kan bara förväntas under aktiva perioder. Om registreringen startar under djup sömn får registreringen förlängas

^d I lågriskgraviditeter medför enstaka korta variabla okomplicerade decelerationer ingen ökad risk för försämrat barnutfall, och kräver ingen åtgärd.

^e Uniforma decelerationer betraktas som sena: Uppkomstmekanismen bakom uniforma tidiga decelerationer finns inte utanför förlossningsprocessen.

För referenser, evidensläge och utförligare information se ctgutbildning.se

SBF och SFOG 2018/2018

(< 5 spm) > 60 minuter eller saltatorisk variabilitet > 30 minuter. I kommentarer noteras att en bandbredd på 3-5 spm inte är ovanligt och kan vara normalt samt att analys av korttidsvariabilitet (STV) kan användas som komplement vid behov.

Accelerationer definieras i denna graviditetslängd som 10 spm /10 sek och krävs inte för ett normalt CTG.

Förekomst av variabla okomplicerade decelerationer är normalt i denna graviditetslängd, men enstaka decelerationer av annan typ (uniforma eller variabla komplicerade) betraktas som avvikande, och om de är återkommande som patologiskt.

v 28+0 – 33+6

Basalfrekvens och variabilitet har samma indelning som för foster < v 28+0. (I kommentarer noteras att bandbredd på 3-5 spm förekommer före vecka 30 i lågriskpopulation, och att analys av korttidsvariabilitet kan användas som komplement vid behov.)

Däremot börjar cyklicitet mellan djup sömn och REM-sömn uppträda runt vecka 28 varför minst 2 accelerationer (10 spm/10 sek) som regel bör ses under en sammanhängande 20-minutersperiod. I kommentarer förtydligas att accelerationer bara kan förväntas under aktiva perioder och om registreringen startas under djup sömn får den förlängas. 0-1 acceleration är avvikande, men det kommenteras att en mindre andel foster kan sakna accelerationer, och att det kan accepteras utan åtgärd om övriga parametrar är normala.

Gällande variabla okomplicerade decelerationer vid fosterrörelser hos det neurologiskt omogna preterma fostret sker en successiv minskning och övergång mot rörelseutlösta accelerationer i fosterhjärtfrekvensen under en stigande graviditetslängd. Detta försöker riktlinjerna spegla genom att i intervallet 28+0 – 33+6 ange att enstaka fortfarande är normalt, men att däremot flertal är avvikande. Uniforma eller variabla komplicerade decelerationer är patologiskt.

> v 34 + 0

Denna grupp gäller således ända upp i fullgången graviditetslängd. Basalfrekvens 110-160 spm är normalt, 100-109 respektive > 160 spm är avvikande och < 100 spm är patologiskt.

Variabilitet 5-25 spm är normalt, < 5 spm i > 40 min är avvikande och < 5 spm i > 60 min respektive > 25 spm i > 30 min är patologiskt. Upphåvd variabilitet och sinusoidal variabilitet är patologiskt utan tidsangivelser för prompt uppmärksamhet och vidare åtgärder.

Accelerationer definieras som > 15 spm/15 sek från och med vecka 34+0, och ska förekomma minst 2 stycken under en 20-minutersperiod, med samma förbehåll som ovan för att registrering kan ha påbörjats under period av djup sömn och kan behöva förlängas. 0-1 acceleration betraktas som avvikande.

Gällande decelerationer har arbetsgruppen bedömt det väsentligt att inte ha en liberal normaliserande indelning såsom vid intrapartal CTG-tolkning. Under förlossning har även en lågriskpopulation foster en minimi-övervakning som är frekvent och kan fånga successiv försämring men antepartalt rör det sig däremot ofta om polikliniska bedömningar med potentiellt långa tidsintervall till en nästa kontroll. Därför betraktas inga decelerationer som normala, utan bör leda till reflektion hos CTG-bedömaren och övervägande av vidare utredning. Det är känt att enstaka variabla okomplicerade decelerationer förekommer i lågriskpopulationer utan association till försämrat barnutfall. På baksidan av kortet kommenteras att om graviditeten bedöms som lågrisk (vilket exempelvis kan vara utifrån MVC-uppgifter och aktuell anamnes vid besök) så kan enstaka variabla okomplicerade decelerationer lämnas utan åtgärd. Korten hänvisar även till ctgutbildning.se för ytterligare information och beskrivning.

Åtgärder

Bland åtgärder vid patologiskt CTG kommenteras för de två grupperna < 28+0 respektive 28+0 till 33+6 graviditetsveck-

or att förlossning ska övervägas i beaktande av graviditetslängd och behov av kortison för lungmognad, samt att det i gruppen < 28+0 veckor ofta bör ligga fler utredningsfynd än CTG till grund för förlossning.

Smärre justeringar av intrapartala riktlinjer

I samband med ovanstående arbete har några mindre justeringar av det intrapartala CTG-kortet gjorts.

För tydlighet och samstämmighet med antepartala CTG-kortens utformande har upphåvd variabilitet flyttats från att enbart omnämnas i kommentarer till att stå som egen punkt i patologi-kolumnen.

Variabla komplicerade decelerationer har justerats från att definieras i antal sekunder vilket kan inge en olyckligt missvisande exakthet, till att benämnas som "duration en minut eller mer".

Slutligen är infogat bland kommentarer att "mönster som inte uppfyller kriterier för normalt eller patologiskt bör klassificeras som avvikande och registrering fortsätts".

Datoriserat CTG och korttidsvariabilitet (STV)

De antenatala riktlinjerna avser sedvanlig visuell CTG-tolkning. Bedömning av STV-värden som grund för åtgärd är alltför komplex för att kunna ingå i dessa riktlinjer och bör finnas i separata PM för de kliniker som använder datoriserad CTG-tolkning vid fosterövervakning under antenatalperioden. Datoriserat CTG med komplett användning av Dawes/Redman-kriterier är likaså alltför komplext för att integreras i dessa riktlinjer.

Kontroll av funktionalitet och användarvänlighet

CTG-korten har testats av barnmorskor och läkare i Uppsala, Stockholm, Göteborg, Lund och Malmö under oktober månad och därefter har arbetsgruppen analyserat inkomna synpunkter och reflektioner, samt fått godkännande av SFOGs och barnmorskeförbundets styrelser.

Intrapartala CTG-riktlinjer – fram- och baksida.

Svenska riktlinjer för bedömning av INTRApartal CTG

	Normalt	Avvikande	Patologiskt
Basalfrekvens	• 110-160 spm	• 100-109 spm • > 160 spm	• < 100 spm
Variabilitet	• 5-25 spm		• < 2 spm (upphävd) ^a • < 5 spm > 60 min ^b • > 25 spm > 30 min • Sinusoidalt > 30 min
Decelerationer	• Inga repetitiva ^b • Repetitiva ^b variabla okomplicerade / uniforma tidiga	• Repetitiva ^b variabla komplicerade med normal basalfrekvens och normal variabilitet	• Repetitiva ^b uniforma sena > 30 min, vid takykardi/nedsatt variabilitet > 20 min • Repetitiva ^b variabla komplicerade vid takykardi/nedsatt variabilitet > 20 min • Repetitiva ^b förlängda (> 3 min) • En förlängd (> 5 min)
Tolkning	• Ej pågående hypoxi	• Låg risk för hypoxi	• Medel/hög risk för hypoxi
Åtgärd	• Ingen åtgärd	• Korrigera reversibla orsaker • Fortsatt CTG • Överväg stimuleringsprov / skalpblodprov	• Korrigera reversibla orsaker • Utför stimuleringsprov / skalpblodprov eller förtös

Kommentarer:

INTRApartal CTG

- Upphavd variabilitet (< 2 spm) kräver snar bedömning och åtgärd
- Nedsatt variabilitet som enda avvikande fynd är sällan orsakat av hypoxi. Om accelerationer förekommer är hypoxi mycket osannolikt. Annars kan ett enskilda skalpblodprov utesluta hypoxi
- Repetitiva decelerationer förekommer vid minst 50 % av kontraktionerna
- Vid repetitiva variabla okomplicerade decelerationer bör fortsatt CTG övervakas
- Variabla komplicerade decelerationer: Duration > 1 minut eller mer
- Kontraktioner ska inte överstiga 6/10 min
- Reversibla orsaker.
 - Takykystole (> 5 kontraktioner/10 min) är en starkt indikator för hypoxi/överhettning. Vid spontant väsentligt avvikande med tokols så länge CTG är normalt. Vid hypoxi/stimulering så länge som hypoxi
 - Hypotoni i samband med EDA – vätskeintagning, vätskerisikolage
 - Ryggsläp, andra tillväxter, skolage
 - Feber, ge paracetamol, lagställning till eventuellt antibiotikabehandling
- Accelerationer: Förekomst är ett starkt indicium för ett väl syresatt foster. Avsaknad av accelerationer under förlossning vid övrigt normalt CTG är normalt
- Mönster som inte uppfyller kriterier för normalt eller patologiskt bör klassificeras som avvikande och registreras fortsatta

Tidsplan för införande i klinisk praxis

Denna skrivelse läggs på SFOGs och barnmorskeförbundets hemsidor kompletterad med referenslista. Ctgutbildning.se kompletteras under våren med avsnitt om antepartal ctg-tolkning och ctg-mönster i lägre graviditetsintervall. För kommentarer kring evidens bakom förändrade normal-intervall och alla referenser avseende ovanstående information hänvisas dit.

Nya CTG-kort för antepartal och intrapartal CTG-tolkning kommer tryckas av LÖF för distribution under våren och information kommer på sfog.se, barnmorskeförbundet.se samt lof.se så snart de kan beställas. Flera åtgärder i layout har tagits för att undvika felval och sammanblandning av de fyra korten. Efter vårens distribution av fysiska CTG-kort kommer inte LÖF att göra fler tryck. Original-PDF-er av samtliga CTG-kort kommer finnas på LÖFs hemsida så kliniker kan beställa tryck via respektive sjukhustrykteri.

Företaget bakom Milou-programmet har inkorporerat antepartal CTG i vidimeringsfunktionen vilket kommer ingå i nästa version av Milou som kommer under våren 2019. Uppgraderingar kom-

mer ske från mars och framåt. När en CTG-registrering ska vidimeras i Milou kommer först valet att klicka i ante- eller intrapartal. Om ”antepartal” väljs kommer de tre grupperna < 28/28+0-33+6/> 34+0 upp, och kräver aktivt val för att komma till vidimeringsfunktionen.

Kommentar om evidens för att använda CTG antepartal

Evidensläget för antepartal CTG-övervakning avseende neonatal utfall är inte starkt, men däremot bedöms evidensläget gott vad gäller värderingar av normal fosterfysiologi respektive patofysiologi och hur detta återspeglas i varierande CTG-mönster. Då CTG-metoden är klinisk praxis bör vi eftersträva ett gemensamt förhållningssätt, och vi ser det därför av värde att utkomma med nationella riktlinjer för antenatal CTG-tolkning.

Referenser

För samtliga referenser v.g. se ctgutbildning.se

Nils-Otto Sjöberg: "Sagan om ägget"

Professor Nils-Otto Sjöberg har under lång tid verkat i vår specialitet och alltid med stor kunskap, goda idéer, humor och oftast med glimten i ögat talat om det mesta inom och även utanför gynekologi och obstetrik.

Naturlig och mycket välförtjänt avslutning var i hans långa karriär att vara Argus i SFOG. Men att sätta sig till ro är väl inte hans melodi. Hellre kläcka fram någon sorts Columbi ägg i stället. Precis det, som hans bok "Sagan om ägget" är – en briljant idé med perfekt förverkligande. En kulturhistoria när den är som bäst.

Efter fastställandet av den ultimata sanningen att "allt levande kommer ur ägget" får vi en introduktion till ägget som naturens mirakelförpackning, dess symbolvärde inom religionen och påsken som äggets högtid, om ägget i kosten, som naturens eget vitaminpiller, ägg som prydnad, som konstnärens inspirationskälla, som "naturens vackraste skapelse", illustrerad av Brancusis ikoniska marmorskulptur och världens mest kostbara ägg av den fantastiska juveleraren Fabergé. Samt Columbi-ägg, förstås...

Även våra storleksbedömningar inom gynekologin relaterades under lång tid till olika ägg (duv, höns, gås, struts), vilket författaren inte sen att påpeka, som tillhörde standard-inredningen av en gynekologisk undersökningsrum.

Boken avslutas med det som är mest naturlig för en gynekolog-obstetriker: det humana ägget och dess utveckling till en levande varelse.

Det är i sig en prestation att kunna få fram så många olika aspekter av äggtemat, dessutom illustrera det med så många fina bilder. Många av bilderna kommer från hans egen samling av prydnadsägg i olika material samt bruksföremål, som numera donerats till Universitetet i Lund med permanent placering vid kvinnokliniken i Lund och Malmö där författaren var/är verksam.

Boken är utgiven av förlaget Historisk Media i Lund och kan beställas genom bl.a. Akademibokhandeln.

Gör det! Den är en värdefull, kunskapsrik och rolig läsning.

Antal Szabolcs

Gynekolog-obstetriker



Intressegrupper inom SFOG

Mödrahälsovårdsöverläkargruppen

Ordförande

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

Sekreterare

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

Obstetiker och gynekologer under utbildning (OGU)

Ordförande

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

Sekreterare

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

Privatgynekologerna

Ordförande

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

Sekreterare

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

Kassör

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

Webmaster

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

Arbets- och Referens- grupperna inom SFOG

Benign (gyn)Kirurgi, BENK-ARG

Ordförande: Sophia Ehrström

Sophia.ehrstrom@ultragyn.se

Sekreterare: Klara Hasselrot

klara.hasselrot@ki.se

Cervixcancerprevention, C-ARG

Ordförande: Kristina Elfgrén

PO Gynekologi och Reproduktion,

Karolinska Universitetssjukhuset

Stockholm

Tel: 08-585 875 28

kristina.elfgren@sll.se

Sekreterare: Cecilia Kärrberg

Kvinnosjukvård, Sahlgrenska

Universitetssjukhuset

Göteborg

cecilia.karrberg@vgregion.se

Endokrin-ARG

Ordförande: Alkistis Skalkidou

Akademiska Sjukhuset

Uppsala

Tel: 076-206 85 82

alkistis.skalkidou@kbh.uu.se

Sekreterare: Angelica Lindén-Hirschberg

Karolinska Universitetssjukhuset

Stockholm

angelica.linden-hirschberg@karolinska.se

Endometrios-ARG

Ordförande: Anna-Sofia Melin

Capio Gynekologi Globen

Stockholm

anna-sofia.melin@capio.se

Sekreterare: Bartosz Bezubik

KK, Södertälje Sjukhus

bartosz.bezubik@sll.se

Etik-ARG

Ordförande: Ingrid Bergelin

Kvinnosjukvården Dalarna

Tel: 0250-49 30 00

ingrid.bergelin@ltdalarna.se

Sekreterare: Ann-Kristin Rönnberg

KK, Universitetssjukhuset Örebro

ann-kristin.ronnberg@regionorebrolan.se

Evidens-ARG

Ordförande: Annika Strandell

SU/Sahlgrenska

Göteborg

Tel: 0700-90 44-54

annika.strandell@vgregion.se

Sekreterare: Sissel Saltvedt

Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

Tel: 08-517 700 00

sissel.saltvedt@sodersjukhuset.se

Familjeplanering, FARG

Ordförande:

Kristina Gemzell-Danielsson

Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

Stockholm

Tel: 08-524 800 00

kristina.gemzell@ki.se

Sekreterare: Helena Kopp-Kallner

Danderyds sjukhus

Stockholm

Tel: 070-440 20 70

helena.kopp-kallner@ki.se

Fert-ARG

Ordförande: Kjell Wänggren

Reproduktionsmedicin, Novumhuset

Karolinska Universitetssjukhuset,

Huddinge

Tel: 08-585 80 00

kjell.wanggren@karolinska.se

Sekreterare: 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: Anna Hagman

Norra Älvsborgs Länssjukhus

Trollhättan

Tel: 010-435 00 00

anna.c.hagman@vgregion.se

Sekreterare: Gustaf Biasoletto

Sahlgrenska Universitetssjukhuset/

Östra sjukhuset

416 85 Göteborg

Tel: 031-343 63 61

gustaf.biasoletto@vgregion.se

Mödramortalitet, Mm-ARG

Ordförande: Sissel Saltvedt

Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

Tel: 072-711 51 61

sissel.saltvedt@sodersjukhuset.se

Sekreterare: Lisa Parén

Östra sjukhuset

416 85 Göteborg

Tel: 0709-27 81 56

lisa.paren@vgregion.se

Perinatal-ARG

Ordförande: Karin Pettersson

Karolinska Universitetssjukhuset,

Huddinge

Stockholm

Tel: 08-585 875 36

karin.pettersson@karolinska.se

Sekreterare: Marie Blomberg

KK, Universitetssjukhuset

Linköping

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

marie.blomberg@regionostergotland.se

Preeklampsi-ARG

Ordförande: Lina Bergman

Falu Lasarett

791 82 Falun

Tel: 023-49 20 00

lina.bergman@ltdalarna.se

Sekreterare: Eva Östlund

eua.e.ostlund@sll.se

POS-ARG

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

Robson-ARG

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

Ton-ARG

Ordförande: 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.stalberg@kbh.uu.se
Sekreterare: Åsa Åkesson
SU/Sahlgrenska
Göteborg
asa.e.akesson@vgregion.se

Ultra-ARG

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