

Kvinnoläkaren



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



Mödradödsfall 2018

SFOG råd

Femton frågor och svar

Feedback – en knivig fråga?

KVINNOLÄKAREN

Ansvarig utgivare: Liselott Andersson
Tel: 0920-28 30 11, alt vx 0920-28 20 00
Layout: Moniqa Frisell
All korrespondens ställs till föreningen:
SFOG-Kansliet, Klara Östrå Kyrkogata 10
Box 738
101 35 Stockholm
Tel: 08-440 01 75
Jessica Hortelius och Diana Mickels
E-post: kansliet@sfog.se
Internet: www.sfog.se
Annonser: 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@ltkmar.se

Facklig sekreterare:

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

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

Vetenskaplig sekreterare:

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

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

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

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

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

Redaktör för Kvinnoläkaren:

Liselott Andersson
Sunderby sjukhus, Luleå
Tel: 0920-28 30 11, alt vx 0920-28 20 00

E-post: liselott.andersson@sfog.se
Webbansvarig: Malin Sundler

Malmö
E-post: malin.sundler@livio.se

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

Ledamot/OGU-representant:

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

Omslagsfoto: Rödkallen, Luleå skärgård av
Lars Nordström

Tryck: Elanders
ISSN 0284-8031

— Ordförande har ordet —



Hej kära SFOG-medlemmar!

Mörkret sänker sig tidigt och löven som nyss var så vackra har fallit på järnvägs-spåren och orsakar tågalka. Styrelsen jobbar på med remisser och nämnder. Kursverksamheten och förberedelser för nästa års kurser pågår intensivt.

Kansliet har flyttat i in Svenska Läkaresällskapets hus och har ny post-boxadress, se hemsidan. Diana och Jessica har nu ett lite större rum där vi medlemmar kan få en plats att sitta och jobba en stund om man har tid över i Stockholm.

Jag skriver detta i Oslo i väntan på NFOGs styrelsemöte. NFOG är en viktig röst i EBCOG och FIGO med nordiska ländernas syn på kvinnors reproduktiva rättigheter. Som SFOG-medlem är man ju med i både NFOG, EBCOG och FIGO. Vi nationella ordföranden byts ut vartannat år och hinner knappt förstå hur NFOG fungerar, varken formellt eller informellt, innan det är dags för nästa stafettlöpare att ta över. Inspirerad av att SFOG har strategimöten med varje ny ordförande, har jag nu

föreslagit NFOG samma tradition. För första gången i modern tid ska vi därför inte börja med att diskutera föregående mötesprotokoll och läroboken utan träffas i en mindre gruppering och diskutera NFOGs strategi inför de närmaste åren. Jag återkommer med rapport.

De kvalitetsregister som berör obstetrik och gynekologi kommer troget med genomarbetade årsrapporter. Jag vill verkligen rekommendera alla medlemmar att gå in på Graviditetsregistrets, GynOps, Cervixcancerpreventions och INCAS hemsidor och läsa om hur man står sig i jämförelse med andra kliniker. Det är vi alla som fattar de dagliga behandlingsbesluten som verkligen behöver reflektera över vilka val man gör.

Flera register och arbetsgrupper har bestämt målvärden. I samband med nästa årsrapport kommer klinikerna även att kunna se hur man ligger till i en sorts "besiktningsprotokoll". Utkasten till rapporterna kommuniceras i god tid före publicering med verksamhetscheferna så

I DETTA NUMMER

Uppdatering av diagnosättning vid dysplasi i vulva samt vid vulvodyni och samlagssmärta	8
Mödradödsfall 2018	9
SFOG råd	11
En ny bok på väg!	13
Femton frågor och svar om koder, sfinktrar, bristningar och levatorskador	14
OGUs ordförande informerar	17
Feedback – en knivig fråga?	19
Bästa poster obstetrik under SFOG-veckan 2019	22
Debattinlägg: Ulla Waldenströms blogg	23

att de kan ha chans att rätta till felaktiga indata eller förbereda sig för att kommunicera med media om man ligger sämre till.

Några exempel på tankeväckande resultat från våra register: femårsöverlevnaden vid ovarialcancer är hälften i en region jämfört med en annan, en universitetsklinik har halva andelen minimalinvasiv kirurgi vid hysterektomi jämfört med andra, några kliniker har både en hög snitt- och bristningsfrekvens, alla utom tre kliniker ligger långt under målvärdet för komplikation efter bristning, ett län opererar 1/3 så många kvinnor per 10 000 för inkontinens som riket och två kliniker har mer än 10 % som är missnöjda ett år efter inkontinensoperation.

SFOG och registren har visat många stora skillnader i landet på många möten. Förändring tar tid. Både Graviditetsregistret och Gynop kan hjälpa till med verksamhetsutvecklingsstöd för kliniker som önskar förbättra sina resultat.

De kliniker och regioner som haft bäst utveckling av sina medicinska resultat har använt evidensbaserade implementeringsmetoder. Ett framgångsexempel är regionala samarbetsgrupper för benchmarking där resultaten och hur man ska förbättra dem diskuteras av de läkare som fattar behandlingsbesluten, både inom obstetrik och gynekologi. Man har haft stöd från register och ledning och PM har regionaliserats eller legat nationsövergripande. Personlig kännedom, mandat att förändra och kontinuerlig uppföljning behövs. Det är samtalet, inte dokumentet, som ger äkta förändring.

I Graviditetsregistrets rapport för 2018 (s 86) visas andelen ”standard-förstföderskor vid graviditetens start” med spontan förlossningsstart, induktion och elektivt snitt. Andelen induktioner i denna grupp jämförbara kvinnor varierar utan känd förklaring mellan 9 och 29

% och medel för riket ligger på 20 %. De stora klinikerna inducerar generellt sett en högre andel än de mindre. Diskussionen om hur man ska hantera SWEPIs-studien resultat, som publiceras i dagarna, baseras på i att alla kliniker i landet idag följer samma induktionspolicy vilket inte verkar vara helt sant.

I Danmark ändrades induktionspolicy för några år sedan till att alla ska vara förlösta före eller till 42+0. Den ändringen gjordes utan konsekvensanalys och orsakade problem. Rådet från DSOG är att förbereda och finansiera eventuella ändringar på förhand. Perinatal-ARG kommer att föreslå en strategi och regionerna har att lösa resursfrågan.

Förlossnings- och eftervården har varit mer i blåsväder än vanligt på sistone. Jag tror att en del förlossningsvårdskritiker gör samma tankekurva som psykiatriveårdskritikerna; man attackerar vård och behandlingsmetoder men glömmer att vården inte är ett självändamål utan har utvecklats på grund av sjukdomstillstånd. Människans psyke liksom vår specialitet innehåller en massa fascinerande normalvarianter. När friskt övergår till sjukt, ibland livshotande, är det vi och våra teamkompisar som ska ha kompetensen att agera rätt, på rätt tid och utan att göra skada. Svårigheten i den balansgången är nog lätt att underskatta utifrån. Men vi behöver också lyssna på kritiken och föröka bli bättre på att kommunicera varför vi gör som vi gör.

För att främja en förbättrad diagnostik och uppföljning av bristningar efter förlossning införs nu mer detaljerade diagnoskoder för bristningar grad 2 vid förlossning. Det kommer även nya koder för defektlästa skador, de som föregår utvecklingen av prolaps. Det är jag stolt över. Många kvinnor har själva läst på vilka muskler och fästen som kan vara med i bristningar och skador. Det ställer

nya krav på oss, barnmorskor och uro-/fysioterapeuter. Patienterna och våra framtida kollegor måste känna tillit till att vi kan vårt jobb, men även att vi vill lära oss vad vi inte kan. Läs mer längre fram i denna tidning och på Backenbottenutbildning.se som är uppdaterad nu i höst.

Kollegorna som driver instagramkontot @Kvinnokliniken är fenomenala på att bygga den viktiga tilliten till vår specialitet. Varje inlägg är en liten kåserande kunskapskaramell. Det är folkbildning i toppklass men även en fin tonträff i bemötandet av de många kvinnor som kommenterar med sina egna historier. Det vore kul om fler av alla kompetenta kollegor inom SFOG sprider kunskap och positiva nyheter utanför vården. Använd gärna Facebooksidan och/ eller Facebookgruppen Kvinnoläkaren!

Eder, Eva



Skriet av Edvard Munch i Oslo. Varje likhet med ordförandes sinnesstämning är oavsiktlig.

REDAKTÖRENS RUTA



Äntligen har snön kommit till Luleå! Ska det ändå bli en vinter (100 % säkerhet i Norrbotten åtminstone) så föredrar jag en med snö, även om någon annan gärna får skotta undan den.

Detta är mitt sista nummer som redaktör för medlemstidningen och jag lämnar nu över stafettpippen till Radha Korsoski.

Det har varit fyra givande år trots en del att göra. Tveka inte över att ta ett styrelseuppdrag i SFOG om ni får möjligheten! En del av er vet sedan tidigare att omslagsbilderna har gjorts av min make, Lars Nordström och att motiven har varit från Luleå och/eller Norrbotten.

Receptet är på en rätt jag gör av och till när fantasin tryter. Fyllningen kan varieras nästa hur mycket som helst, men jag föredrar fetaost som en bas. Rätten passar inte minst in i mellandagarna, när många är lite less på julmat. Är man i ett hushåll färre än fyra så passar resterna utmärkt till matlåda/-or.

God jul och gott nytt år på er alla!

Liselott Andersson

Redaktör för SFOGs Kvinnoläkaren

Följande tider gäller för Kvinnoläkaren 2019:

Nr	Deadline	Utkommer
Nr 1	13 januari	24 februari
Nr 2	9 mars	13 april
Nr 3	4 maj	8 juni
Nr 4	14 september	19 oktober
Nr 5	2 november	7 december

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

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

Späckad majskyckling med rotsaker

Till 4 pers:

1 majskyckling, ca 1,5 kg
1 citron
Valfria rotsaker, ca 1 kg
2 rödlökar
8 hela oskalade vitlöksklyftor
Vitlökspeppar och/eller valfri rub
Olivolja
Salt, peppar

Fyllning;

1 fetaost, 150 g
1/2-1 liten burk valfri pesto, gärna Arrabiata
Lite citronolivolja alternativt pressad citron

Gör så här:

1. Sätt ugnen på 200 grader.
2. Mixa ingredienserna till fyllningen (en vanlig gaffel går bra).
3. Torka kycklingen inuti och utanpå. Peta med fingrarna under skinnet nere vid låren, spreta lite och gör en ficka över varje bröst mot halsen. Lägg så mycket som möjligt av fyllningen på varje sida och klappa ut det så det ligger någorlunda jämnt fördelat under skinnet. Gör likadant över låren och eventuellt vingarna.
4. Dela citronen i halvor. Lägg ena halvan inuti kycklingen och pressa den andra halvan över kycklingen. Gnid in kycklingen med vitlökspeppar eller rub. Lägg den i en stor ugnssäker form.
5. Skala och skär rotsakerna i lagom stora delar. Skär lökarna i klyftor. Fördela runt om kycklingen tillsammans med vitlöksklyftorna. Håll lite över olivolja, salta och peppra.
6. Sätt formen i ugnen, gärna med en termometer i kycklingen. Den är klar vid 82 grader, tar ca 80 minuter. Ha den gärna i ugnen lite längre tid om termometer saknas. Den ska inte vara rå!
7. Dela kycklingen i mindre bitar.
8. Ät och njut, gärna med ett gott bröd till.



Snart är det dags för jubileum! SFOG har arrangerat Specialistexamen i 28 år!

Examen genomfördes i Stockholm i maj. I år examinerades 50 ST-läkare och alla godkändes i den skriftliga tentamen. Några fick rest på OSCEn. Om så är fallet mailar jag verksamhetschefen om att vederbörande nog inte fått tillräcklig undervisning i just detta ämne. Ofta framkommer det att verksamhetschefen redan är medveten om det. Det är också orsaken till att vi inte vill att man skall göra Specialistexamen för tidigt.

Vi har också haft möte i Utbildningsnämnden som utökats med nya medlemmar. Stavros Iliadis är representant för Uppsala och Caroline Lyssarides från Eksjö är OGU-representant. Vi har en otroligt väl fungerande nämnd som också är mycket effektiv. Dessutom har vi roligt. På mötet hann vi skriva om core curriculum för grundutbildningen. Det är viktigt i synnerhet nu läkarutbildningen görs om. Ansökan om att få hålla den nya läkarutbildningen skall göras från alla kursorter och vara inne i mars 2020. Det nya core ligger nu på SFOGs hemsida under utbildning. Vi hann under mötet också planera för nästa Specialistexamen och diskutera hur fortbildningen skall se ut. ST-arbetet ventilerades som på alla våra möten.

Jag får varje vecka frågor om ST-arbetet. På hemsidan ligger ett dokument om ST-arbetet (Information om vetenskapligt arbete). Detta reviderades 2017 för att bättre precisera vad som krävs. Den vanligaste frågan är om frågeställningen man tänker undersöka håller. Det viktigaste är att arbetet inte är ett kvalitetsarbete utan ett vetenskapligt arbete. Ett kvalitetsarbete rör oftast bara den egna verksamheten och går inte att generalisera till andra populationer. Man gör kvalitetsarbete mest för att kontrollera att

man lever upp till de krav som ställs. Även i ett vetenskapligt arbete kan man undersöka den egna populationen, men man måste då undersöka en aspekt som tidigare inte är undersökt och som kan ha betydelse även för andra. Men fråga gärna om ni är osäkra.

Socialstyrelsen tar inget ansvar för att ST-arbetet är lämpligt och inte heller för att de vetenskapliga delmål som finns i förordningen uppfyllts. Det ligger helt på verksamhetschefen och handledaren. SFOGs styrelse och Utbildningsnämnden är av den åsikten att vetenskapliga arbeten från grundutbildningen inte skall godkännas som vetenskapligt arbete under ST-utbildningen eftersom det i delmålet talas om en fördjupad vetenskaplig kunskap.

Vi får beröm för vårt kursprogram. Jag har skrivit en artikel i Läkartidningen, pratat på Läkarförbundet och på Röntgenveckan om vårt kurssystem och många har varit intresserade.

Utbudet av kurser börjar nu anpassas efter efterfrågan. Vi hade ett välbesökt möte i november 2018 för kursledare och svarade på många frågor. Så många att bara 3 kursledare anmält sig till mötet i år och det blev därför inställt. Det är glädjande nog populärt att vara kursledare. För några kurser har vi fler kursledare än vi behöver. Det är AR-grupperna som bestämmer vilka som får hålla kurser. Men ibland finns det ingen AR-grupp och ibland kan man inte komma överens. Frågan hänskjuts då till styrelsen. Nya kursledare bör ges chansen att göra kursen efter tre år. Prioritering av kursledare från styrelsen baseras på geografisk spridning, kurskritik och hur länge man haft kursen. Om inga ytterligare intresserade kursledare finns kan man fortsätta även efter 3 år förutsatt att kurskritiken är positiv. Även vid negativ kurskritik

bör kursledare ges 2 tillfällen att hålla kurs så möjlighet till förbättring finns. Vi har från början sagt att sponsring inte skall förekomma på kurserna. Ett undantag från detta utgör ultraljudskurser och BKT-kurser som är beroende av apparater och annat material för sina kurser. Aktiv marknadsföring får dock inte förekomma under dessa kursen och avtal med företagen bör skrivas rörande det. Kursledarna skall första kursdagen deklarera ev. jäv. Undervisningsbudgeten beräknas enligt följande: antal dagar x 75 % av maximalt antal deltagare x 2 500. Mat och husrum samt en kursmiddag ligger utanför. Kursmiddagen får kosta högst 500 kr/person och får inte innehålla alkohol. Detaljerade anvisningar om detta skickas till kursledare och läggs också ut på hemsidan.

Vi har också haft bekymmer med avbokningar och diskuterat detta i styrelsen. Regler för detta kommer också att läggas ut på hemsidan.

SFOG tar ekonomiskt ansvar för kurserna. Ev. överskott skall gå till AR-grupperna. Dessa kan ansöka om pengar för att planera kurser eller ha möten. Tidigare kunde man söka till Stiftelsen men de har nu inga medel kvar.

Jag har också deltagit i möten med Nordic Educational Committee. Vår uppgift är bla att ordna kurser. Man vill också försöka synka utbildningen i olika länder. Den skiljer sig ganska ordentligt i de olika nordiska länderna. Man har egentligen samma problem överallt men har löst det på olika sätt, vilket kan vara inspirerande.

Under detta år har min tillvaro blivit mycket lugnare eftersom Marie Bixo tagit över fortbildningen, något som jag är mycket tacksam för.

Ellika Andolf

Ny upplaga av Diagnoshandboken

Diagnoshandbok för Kvinnosjukvården, sjätte upplagan, är på gång. Den innehåller de ändringar och uppdateringar som tillkommit sedan 2014. Jag vill särskilt nämna några nyheter som gäller från 2020-01-01:

- Fördjupningskoder för Perinealbristning grad 2
- Fördjupningskoder för defektläktade förlossningsskador
- Ny terminologi och definitioner för Hypertensiva tillstånd under graviditet
- Anvisningar och kodtextuppdatering för vulvadysplasi och vulvodyni

Hälsningar

Karin Pihl

karin.pihl@telia.com

Nya medlemmar

Linnea Bohlin, Göteborg

Linnea Skogvard, Stockholm

Lisa Kogner, Bromma

Eva Guöjónsdóttir, Linköping

Elin Ljungström, Göteborg

Aneesa Shabbir, Skellefteå

Linnea Rusek, Mora

Anna Sofia Sundin, Hudiksvall

Linn Koistinen, Sundsvall

Ahmed Baker Alshaikh, Stockholm

Boglarka Balinth, Åled

My Samuelsson, Malmö

Micaela Sundell, Kalmar

Rony Emmer, Stockholm

Björn Röyter, Örebro

Sara Holmström, Stockholm

Emelie Nilsson, Sköndal

Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica (AOGS) i pappersformat

Den elektroniska tidskriften är gratis för alla SFOG-medlemmar.

Det trycks fortfarande en liten volym i pappersformat. Den kan man få hemskickad om man registrerar sig som abonnent/prenumerant på AOGS hemsida:

<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/journal/16000412>

Vid övriga frågor kring abonnemanget kan man kontakta

Susana Benedet, Editorial Manager i AOGS:

acta.obstet.gynecol@obgyn.gu.se

Uppdatering av diagnossättning vid dysplasi i vulva samt vid vulvodyni och samlagssmärta

Ny diagnossättning vid dysplasi i vulva:

- N90.0 = Låggradig intraepitelial skivepitellesion (LSIL) i vulva
N90.2 = Högradig intraepitelial skivepitellesion (HSIL) i vulva
D07.1 = Differentierad intraepitelial neoplas i vulva (dVIN) med eller utan samtidig lichen sclerosus. Mb Paget i vulva.

Vulv-ARG har önskat förtydliga diagnossättningen för dysplasi i vulva enligt ovanstående.

Utveckling av vulvadysplasi sker huvudsakligen via två olika patofysiologiska processer. Den vanligaste formen av vulvadysplasi är HPV-relaterad (främst HPV 16), ibland med utbredda multipla lesioner. Trots den kliniska bilden har HPV-relaterad dysplasi i vulva mindre risk att övergå i invasiv skivepitelcancer, förutom vid immunosuppression. Både N90.0 och N90.2 är HPV-relaterade och i dessa fall används LSIL, respektive HSIL enligt ovan där LSIL betraktas som HPV-reaktion och inte någon premalign förändring.

Den andra formen av dysplasi i vulva är relaterad till kronisk inflammation/autoimmunitet och i de flesta fall vid lichen sclerosus samt har en annan mikroskopisk bild. Internationellt har patologer specialiserade på vulva valt att kalla denna form för differentierad intraepitelial neoplas i vulva (dVIN). I motsats till vad namnet indikerar är detta den verkliga "ca in situ" med mycket högre risk att utvecklas till invasiv skivepitelcancer. Tilläggas bör att patienter med lichen sclerosus även kan ha den HPV-relaterade HSIL där krav på radikalitet är lägre jämfört med dVIN.

Ny diagnossättning vid vulvodyni, samlagssmärta

- N76.3 = Lokaliserad provocerad vulvodyni (tidigare subakut vulvit, vestibulit)
N94.8 = Generaliserad spontan vulvodyni (tidigare vulvasmärta)
N94.2 = Vaginism: när vaginism bedöms vara ett problem och som bidiagnos till vulvodyni-diagnos vid kraftig vaginism
N94.1 = Dyspareuni: symtomdiagnos under utredning, vid oklar diagnos eller som tilläggsdiagnos till tillstånd som bedöms orsaka samlagssmärta

Vulv-ARG önskar även uppdatera och tydliggöra vilka diagnoser som skall användas för vulvodyni och samlagssmärta, i enlighet med ny klassificering av vulvodyni.

N76.3 har tidigare använts för beteckningen vestibulit vilket är en terminologi som vi anser skall ersättas av lokaliserad provocerad vulvodyni då det inte rör som ett inflammatoriskt tillstånd utan är ett provocerat smärttillstånd där andra identifierbara orsaker till smärtan utesluts. Vid provocerad vulvodyni finns ofta ett inslag av vaginism och är den uttalad så kan man ange bägge diagnoserna (N76.3 + N94.2).

Generaliserad spontan vulvodyni får nu en egen diagnos (N94.8) då den har en annan klinisk bild med brännande sveda utan provokation och skall behandlas annorlunda än den provocerade smärtan. Denna typ av vulvodyni kan finnas samtidigt med lokaliserad provocerad vulvodyni och då bör bägge koderna anges.

Om orsaken till samlagssmärta är mer oklar kan diagnosen dyspareuni användas N94.1. Den kan även kombineras med annan diagnos, t.ex. om upprepade svampinfektioner orsakar uttalad samlagssmärta.

*Nina Bohm Starke ordf VulvARG
Christina Rydberg sekr VulvARG*

Mödradödsfall 2018

MM-ARG presenterar sju mödradödsfall som inrapporterats under 2018. Målsättning, när vi granskar och presenterar fallen, är att som kollegor lyfta fram lärdomar från dessa tragiska händelser. Vi ersätter inte granskning av IVO i de fall där detta är befogat. I MM-ARG finns erfarna obstetiker, narkosläkare samt barnmorskor. Vid granskningen tar vi ofta hjälp av specialister från angränsande specialiteter. Med facit i handen kan vi ibland se vad som var bra och mindre bra i handläggningen av dessa ofta akuta och komplicerade situationer. Det är oundvikligt att vi beskriver vård som ibland varit suboptimal, med full respekt för de avlidna och för all personal som var inblandad i de aktuella dödsfallen. Av de sju kvinnor som dog under 2018 hade fem BMI > 30. Två kvinnor blev inte obducerade. Vi vill trycka på vikten av att försöka få till stånd en obduktion, samt genetiska analyser när det är befogat. Detta för att öka chansen att hitta en säker dödsorsak samt möjligheten att hitta genetiska bakomliggande faktorer som potentiellt kan vara livräddande för släktingar i framtiden.

1. Misstänkt lungemboli:

Asylsökande omfödelska med tolkbehov och BMI 35. Graviditeten var normal och i vecka 39+2 startade förlossningen med spontana värkar, och avslutades okomplicerat med normal blödning och grad II bristning.

Åtta dagar post partum ringde kvinnan 112 på grund av andningssvårigheter. Hon föll ihop under samtalet och maken påbörjade HLR. Ambulansen var snabbt på plats. Kvinnan fördes till akuten under pågående HLR. Där hade hon ljusstela pupiller och var påverkad i sina blodprover med laktat 15, pH 6.8 och K 5.7. Transesofagalt ultraljud utfördes och ingav misstanke om central lungemboli (LE) strax ovan pulmonalklaffen. Man fattade initialt beslut om trombolys men detta ändrades och kvinnan lades

istället i ECMO. CT- thorax utfördes men var ej konklusiv för LE.

Kvinnan blev allt sämre med försämrade blodprover och upphörd urinproduktion. CT hjärna visade utbredda ischemiska skador. Hon bedömdes hjärndöd och insatser avslutades. Kvinnan blev inte obducerad.

Lärdomar misstänkt lungemboli: Vid misstanke om lungemboli kan trombolys på vitalindikation ges till gravida och nyförlösta. Om kvinnan nyligen genomgått ett kejsarsnitt finns risk för blödningskomplikationer men det är ingen kontraindikation. Hur stark misstanken om lungemboli var i detta fall vet vi inte.

2. Hjärtinfarkt postpartum:

39-årig förstföderska med en medfödd aortadilatation och aortainsufficiens som fått en mekanisk aortaklaff 2009. I samband med operationen fick hon AV-block 3 och erhöll en pacemaker.

Specialistmödravården och GUCH-mottagningen följde och planerade hennes vård noggrant under graviditeten. Hjärtultraljud utfördes i tidig graviditet och visade EF 50 % och lätt nedsatt global systolisk funktion. I vecka 37+3 inducerades förlossningen enligt planering. Det blev en snabb, okomplicerad förlossning. 3 dagar post partum gjordes ett nytt ultraljud av hjärtat som var oförändrat jämfört med i tidig graviditet. Kvinnan mobiliserades och skrevs ut välmående en vecka post partum.

Sju veckor post partum noterade en förbipasserande person att kvinnan suttit helt stilla i bilen under en timmes tid. Hon var livlös och HLR startades, ambulans tillkallades och hon anlände till sjukhuset 50 minuter efter larmet. HLR avbröts då ingen förbättring skedde. Obduktionen visade hjärtförstoring och utbredda ischemiska skador i hjärtat samt två mindre, äldre infarkter. Dödsorsaken bedömdes vara akut hjärtinfarkt.

Lärdomar hjärtinfarkt postpartum:

Detta var en högriskgraviditet på grund av den mekaniska aortaklaffen och vidgningen av aorta. Graviditeten och förlossningen var mycket väl planerade och dokumenterade. För kvinnor med hög risk under graviditet och förlossning är det generellt viktigt med noggrann prekonceptionell information, men trots god prekonceptionell rådgivning och rigorös planering av graviditeten kvarstår risker vi varken kan förutse eller förhindra.

3. Intraabdominell blödning:

Frisk 25-årig förstföderska med BMI 30. Under graviditeten hade hon vid upprepade tillfällen noterat oregelbunden hjärtrytm och blivit utredd med EKG och kardiologbedömning med normala fynd.

I vecka 38+6 fick hon en plötslig, skarp smärta i ryggen. Hon hade konstant smärta över njurlogerna och höger revbensbåge och var motoriskt orolig på grund av smärtan. Blodtrycket var 140/90, syresättningen 100 %, AF 30, puls 110. Hon fick Spasmofen med god effekt, vilket upprepades knappt två timmar senare när smärtan kom tillbaka, återigen med god effekt. Initiala översiktliga blodprover visade normala värden.

Ytterligare två timmar senare fick hon åter smärta och den hade nu spritt sig även till vänster axel. Vidare åtgärder och diagnostik diskuterades med obstetrisk bakjour. Kort därefter sjönk hon i medvetande och BT kunde inte längre registreras. Kvinnan flyttades till IVA där hon fick hjärtstillestånd. Perimortemsectio utfördes på IVA 2 minuter efter hjärtstilleståndet. Det var en stor mängd blod i buken men inte i uterus. Kärllirurg och kirurg tillkallades. Aortaballong lades vilket stabiliserade situationen. Man gjorde ultraljud av hjärtat och såg en mycket dålig vänsterkammarfunktion men inga tecken till dissektion. DT visade blödning i mjälten samt misstanke om aortadissektion nedom njurartärerna. Kvinnan

flyttades till operationssal för spleenektomi. Vid försök att avlägsna aortaballongen därefter blev kvinnan åter cirkulatoriskt instabil. Det var fortsatt omöjligt att släppa aortaballongen och kvinnan avled. Vid obduktionen hittades en 3 cm lång fransig rift i thorakala aorta med medial degeneration som vid någon form av genetisk bindvävssjukdom.

Lärdomar intraabdominell blödning:

Enligt obduktionsprotokollet fanns medial degeneration som vid någon form av genetisk bindvävssjukdom, vidare genetisk utredning pågår. Riften i thorakala aorta bedömer MM-Arg kan ha uppstått sekundärt till HLR och aortaballong. Vitalparametrar enligt O-NEWS är tagna och följda. Det är viktigt att inte bara avvikande värden på vitalparametrar noteras utan även att den eventuella orsaken till dessa utreds och om möjligt åtgärdas. Vid återkommande smärta bör vidare diagnostik eftersträvas särskilt om vitalparametrar enligt O-NEWS inte förbättrats.

4. Fostervattenemboli:

29-årig omföderska med BMI 31.2 och normal graviditet. Hon inkom vecka 41+5 på grund av riklig vaginal blödning och eventuell vattenavgång. Magen var spänd och bindan var genomblödd. På grund av misstanke om randavlossning inducerades förlossningen med amniotomi. Ett par timmar senare larmade kvinnans mor då kvinnan hade svårt att andas och kände panik. CTG visade bradykardi kring 60 slag/min, och kvinnan hade en sänkt syresättning kring 92 %. Man larmade för omedelbart sectio och ett par minuter senare hade kvinnan ännu svårare med andningen, var gråblek och tagen men klarade att förflytta sig själv till operationsbordet. Strax därefter krampade hon och fick asystoli. HLR pågick i 10 min och hon intuberades under tiden. Perimortem sectio utfördes och ett taget barn föddes. Man konstaterade blodblandat fostervatten men fann inga andra tydliga tecken till avlossning.

En svår atoni uppstod med massiv blödning och bristande koagulation.

Sedvanlig behandling vid massiv blödning gav ringa effekt. Under operationen drabbades kvinnan åter av asystoli vid två tillfällen, båda hävdes av HLR. Då det fortsatte blöda kraftigt beslutade man om hysterektomi. Postoperativt flyttades kvinnan till IVA. CT hjärna visade utbredda ischemiska skador, EEG var patologiskt och basala reflexer saknades. Livsuppehållande behandling avslutades. Kvinnan obducerades inte men i PAD från livmodern fann man mekonium i kärlväggarna och det bedömdes som fostervattenemboli med DIC och massiv blödning.

5. Fostervattenemboli:

32-årig omföderska med BMI 35. Tidigare graviditetshypertoni och induktion på grund av det i graviditetsvecka 40+0. Denna graviditet inremitterad på grund av BT 170/115, välmående utan proteinläckage. Hon sattes in på Trandate 300 mg x 3 och Adalat 10 mg vb. Kvinnan inducerades v 37+0 på grund av hypertoni med oxytocindropp och amniotomi. Hon fick mycket täta värkar och infusionstakten sänktes. Kort därefter utvecklade hon dyspne med låg syresättning kring 76 %. Hon blev motoriskt orolig och blodtrycket var 178/130. Man fattade beslut om urakut sectio. På operationssalen fick kvinnan hjärtstillestånd och perimortemsectio utfördes. HLR utfördes i 40 minuter utan någon effekt.

Vid obduktion sågs en bild överensstämmande med fostervattenemboli.

Lärdomar fostervattenemboli (fall 4 och 5): Fostervattenemboli är en allvarlig men ovanlig komplikation vid förlossning. I det akuta skedet ställs diagnosen kliniskt och illustreras väl med det snabba förloppet i dessa fall. Målet med behandling är att upprätthålla vitala funktioner. DIC är mycket vanligt och även om man försöker ligga steget före är mortaliteten hög. I båda dessa fall utfördes perimortemsectio för att underlätta HLR på mamman. I ett annat scenario vill vi framhålla vikten av att reglera blodtrycket innan sövning för att minska risken för hjärnblödning.

6. Hjärtstillestånd:

24-årig 0 para med BMI 31.4 och here-ditet för hjärtkärlsjukdom. Hon hade hyperemesis, blev sjukskriven men klarade sig utan inneliggande vård. Efter en natt med kräkningar i vecka 18 hittades kvinnan livlös i hemmet. Rättsmedicinsk undersökning visade kardiomyopati och en genetisk variant på KCNH2-genen som kan leda till långt-QT-syndrom och arytmi.

Lärdomar: Det är mycket viktigt att försöka få till stånd obduktion av mödradödsfall. Detta fall illustrerar hur man både får en trolig dödsorsak och dessutom information till anhöriga som potentiellt skulle kunna rädda liv i framtiden.

7. Koincidental anafylaxi:

37-årig 3-para, BMI 18, som genomgått tre tidigare kejsarsnitt. Graviditeten var normal och avslutades med planerat kejsarsnitt som förlöpte komplikationsfritt 6 månader post partum hittades hon livlös i sängen och enligt obduktionen var dödsorsaken troligen anafylaxi på grund av ett bett i en tä.

SFOG råd

angående transducerskydd och desinfektion av ultraljudsprober vid all gynekologisk och obstetriskultraljudsundersökning inom öppen och slutenvård

Råden är sammanställda av:

Greta Edelstam, docent/ överläkare, KK, DS, Stockholm

Magnus Hagmar, med.dr./ överläkare, KK, DS, Stockholm

Eric Hildebrand, med. dr./ överläkare, KK, US, Linköping

Peter Lindgren, med.dr./ chef CFM, Karolinska universitetssjukhuset

Constantinos Michos, med. dr./ gynekolog, Mama Mia Karlavägen, Stockholm

Sammanfattande rekommendation

1. Samtliga enheter som utför ultraljud inom gynekologi och obstetrik ska ha skriftliga direktiv för rengöring av ultraljudsutrustningen.
2. Vid ultraljud på intakt hud (t.ex. abdominellt) rekommenderas Low Level Disinfection (LLD) som innebär avtorkning med ytdesinfektionsmedel, t.ex. kvartära ammoniumföreningar (KVA) eller klorhexidin, efter varje undersökning varvid mikrobiologisk kontamination *reduceras*.
3. Efter vaginalt eller rektalt ultraljud rekommenderas High Level Disinfection (HLD) med t.ex. väteperoxid som *destruerar* mikrobiologisk kontamination.
4. Flaskor med ultraljudsgel bör inte värmas eller återanvändas utan rengöring. Vid ultraljudslett invasivt ingrepp, skall steril gel användas.
5. Transducerskydd bör vara höggradigt rena eller sterila och ha en hög barriärkvalitet likvärdig med skydd tillverkade av polyuretan.

Bakgrund

Ett flertal studier finns avseende patogener och ultraljudsprober (1). Man har kunnat isolera HPV (Humant Papillom Virus), Chlamydia trachomatis, Stafylo-

koccus aureus, Mycoplasma och mikrobiologisk blandflora efter rengöring enligt LLD (2). Vid provtagning avseende högrisk-HPV har även detta kunnat identifieras efter enklare LLD (3) men inte efter minutiös LDL (4). På abdominalprober har man funnit MRSA (Meticillin-Resistent Stafylococcus Aureus) och VRE (Vancomycin-Resistent Enterokocker) efter ultraljudsundersökning vilket innebär en risk för nosokomial infektion (5). Eftersom mikrobiologisk kontamination av transducern inte kan uteslutas, bör HLD tillämpas mellan varje patient vid vaginal undersökning (6, 7, 8).

Transducerskydd med otillräcklig barriärkvalitet förekommer i vården (9) med förekomst av läckage från 0 % upp till 81 % efter användning (10). Hög barriärkvalitet som t.ex. polyuretan bör eftersträvas för vaginalprober och barriärer med undermålig kvalitet måste utgå (11, 12, 13). Material som polyeten och vinyl uppvisar oacceptabelt läckage vid mekanisk påfrestning och exponering för etanol (14). Vid slemhinnekontakt och användning av transducerskydd med otillräcklig barriär måste rengöring med LLD ändras till HLD för att undvika risk för vårdrelaterad infektion (15, 16). HLD behövs även vid användning av kondomer som transducerskydd eftersom de kan ha upp till 2-5 % läckage (17, 18).

Det finns internationella rekommendationer för rengöring från *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC). I de flesta länder i världen regleras marknaden för produkter som används inom hälso- och sjukvården av en strikt lagstiftning (MDD 93/42/EEC 19). I Europa omfattas alla medicintekniska produkter av det medicintekniska direktivet där krav finns på rengöring av medicintekniska produkter mellan patienter

(20). Vårdhygieniska bindande direktiv behöver tillämpas för att undvika de risker som bristande rengöring kan medföra (21).

Vårdrelaterad infektion innebär att patienter i vårdmiljö exponeras för patogener med risk för att bli smittbärare eller drabbas av en infektion man annars inte skulle ha fått. Vanligen rör detta multi-resistenta bakterier (22) men förekomsten av högrisk-HPV på vaginal transducers väcker frågan om virus kan överföras via läckande transducer skydd (23). Uppvärmad ultraljudsgel kan medföra risk för bakterieväxt i gelflaskor (24, 25). Återanvändning av odiskade flaskor med gel kan innebära risk för vårdrelaterad infektion då gelen kan fungera som ett mikrobiologiskt odlingsmedium (26, 27). Stärkelsepuder förekom tidigare på medicinska engångshandskar, men innebär en medicinsk risk för patienten och allergisk för personalen (28, 29). Engångshandskar är numera puderfria men ultraljudskondomer av stärkelsepudrad latex finns fortfarande. Stärkelsepuder kan migrera från vagina till fri bukhåla (30). Vid kirurgiska ingrepp kan pudret påverka sårsläkning negativt och ge upphov till postoperativ adherensbildning (31, 32, 33). Stärkelsepuder stör också PCR och kan ge falskt negativa provsvar (34, 35). Puderfria transducerskydd behövs således i analogi med puderfria medicinska engångshandskar (36, 37).

Referenser

- Koibuchi H, Kotani K, Taniguchi N. Ultrasound probes as a possible vector of bacterial transmission. *Med Ultrason*. 2013 Mar;15(1):41-4.
- M'Zali F, Bounizra C, Leroy S, Mekki Y, Quentin-Noury C, Kann M. Persistence of microbial contamination on transvaginal ultrasound probes despite low-level disinfection procedure. *PLoS One*. 2014 Apr 2;9(4):e93368.
- Casalegno JS, Le Bail Carval K, Eibach D, Valdeyron ML, Lamblin G, Jacquemoud H, Mellier G, Lina B, Gaucherand P, Mathevet P, Mekki Y. High risk HPV contamination of endocavity vaginal ultrasound probes: an underestimated route of nosocomial infection? *PLoS One* 2012;7(10):e48137.
- Lucet JC, Heard I, Roueli A, Lafourcade A, Mandelbrot L, Estellat C, Dommergues M; PREEV Study Group. Transvaginal ultrasound probes are HPV-free following low-level disinfection: a cross-sectional multicentre survey of 676 observations. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2019 Mar 25. doi: 10.1002/uog.20268. Epub ahead of print. 5 Leroy S. Infectious risk of endovaginal and transrectal ultrasonography: systematic review and metaanalysis. *Journal of Hospital Infection* 2013;83: 99-106
- Mirza WA, Imam SH, Kharal MS, Aslam M, Ali SA, Masroor I, Ahmad MN. Cleaning methods for ultrasound probes. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2008 May;18(5):286-9.
- Guidelines for Cleaning and Preparing External- and Internal-Use Ultrasound Probes Between Patients Approved 4/2/2014 <http://www.aium.org/officialstatements/57>
- Nyhsen CM, Humphreys H, Koerner RJ, Grenier N, Brady A, Sidhu P, Nicolau C, Mostbeck G, D'Onofrio M, Gangi A, Claudon M. Infection prevention and control in ultrasound - best practice recommendations from the European Society of Radiology Ultrasound Working Group. *Insights Imaging*. 2017 Dec;8(6):523-535.
- Hägglström M, Spira J, Edelstam G. Transducer hygiene: Comparison of procedures for decontamination of ultrasound transducers and their use in clinical practice. *J Clin Ultrasound*. 2015 Feb;43(2):81-8.
- http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/Disinfection_Nov_2008.pdf
- Combs CA, Fishman A. A proposal to reduce the risk of transmission of human papilloma virus via transvaginal ultrasound. *Am J Obstet Gynecol*. 2016 Jul;215(1):63-7.
- Drew WL, Blair M, Miner RC, Conant M. Evaluation of the virus permeability of a new condom for women Sex Transm Dis. 1990;17(2):110
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Update: barrier protection against HIV infection and other sexually transmitted diseases. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1993 Aug 6;42(30):589-91, 597.
- Klein RC, Party E, Gershey EL. Virus penetration of examination gloves. *Biotechniques*. 1990; 9(2):196-9
- Kac G, Podglajen I, Si-Mohamed A, Rodi A, Grataloup C, Meyer G. Evaluation of ultraviolet C for disinfection of endocavitary ultrasound transducers persistently contaminated despite probe covers. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2010 Feb;31(2):165-70.
- Merz E. Is Transducer Hygiene sufficient when Vaginal Probes are used in the Clinical Routine? *Ultraschall Med*. 2016 Apr;37(2):137-9.
- Combs CA, Fishman A. A proposal to reduce the risk of transmission of human papilloma virus via transvaginal ultrasound. *Am J Obstet Gynecol*. 2016 Jul;215(1):63-7.
- Storment JM, Monga M, Blanco JD. Ineffectiveness of latex condoms in preventing contamination of the transvaginal ultrasound transducer head. *South Med J*. 1997 Feb;90(2):206-8.
- <http://www.intertek.se/medicinteknik-ward-och-lakemedel/>
- Abramowicz JS, Evans DH, Fowlkes JB, Marzal K, terHaar G; WFUMB Safety Committee. Guidelines for Cleaning Transvaginal Ultrasound Transducers Between Patients. *Ultrasound Med Biol*. 2017 May;43(5): 1076-1079.
- Frazee BW PMID: 21256624 Frazee BW, Fahimi J, Lambert L, Nagdev A. Emergency department ultrasonographic probe contamination and experimental model of probe disinfection. *Ann Emerg Med*. 2011 Jul;58(1):56-63.
- Weber DJ, Anderson D, Rutala WA. The role of the surface environment in healthcare-associated infections. *Curr Opin Infect Dis*. 2013 Aug;26(4):338-44.
- Fowler C, McCracken D. US probes: Risk of cross infection and ways to reduce it--comparison of cleaning methods. *Radiology*. 1999 Oct;213(1): 299-300.
- Spratt HG Jr, Levine D, Tillman L. Physical therapy clinic therapeutic ultrasound equipment as a source for bacterial contamination. *Physiother Theory Pract*. 2014 Oct;30(7):507-11.
- U.S. Food and Drug Administration. (2012, June 8). UPDATE on Bacteria Found in Other-Sonic Generic Ultrasound Transmission Gel Poses Risk of Infection. Retrieved 7 December 2012, from FDA Safety Communications: <http://www.fda.gov/MedicalDevices/Safety/AlertsandNotices/ucm299409.htm>
- Westerway SC, Basseal JM, Brockway A, Hyett JA, Carter DA. Potential Infection Control Risks Associated with Ultrasound Equipment - A Bacterial Perspective. *Ultrasound Med Biol*. 2017 Feb;43(2):421-426..
- Provenzano DA, Liebert MA, Steen B, Lovetro D, Somers DL. Investigation of current infection-control practices for ultrasound coupling gel: a survey, microbiological analysis, and examination of practice patterns. *Reg Anesth Pain Med*. 2013;38:415-24.
- Edlich RF, Long WB 3rd, Gubler DK, Rodeheaver GT, Thacker JG, Borel L, Chase ME, Fisher AL, Mason SS, Lin KY, Cox MJ, Zura RD. Dangers of cornstarch powder on medical gloves: seeking a solution. *Ann Plast Surg*. 2009 Jul;63(1):111-5.
- Edelstam G, Arvanis L, Karlsson G. Glove powder in the hospital environment - consequences for healthcare workers. *Int Arch Occup Environ Health*. 2002 Apr;75(4):267-71.
- Sjösten AC, Ellis H, Edelstam GA. Retrograde migration of glove powder in the human female genital tract. *Hum Reprod*. 2004 Apr;19(4):991-5.
- van den Tol MP, Haverlag R, van Rossen ME, Bonthuis F, Marquet RL, Jeekel J. Glove powder promotes adhesion formation and facilitates tumour cell adhesion and growth. *Br J Surg*. 2001 Sep;88(9):1258-63.
- Holmdahl L. Mechanisms of adhesion development and effects on wound healing. *Eur J Surg Suppl*. 1997;(579):7-9.
- Ellis H. Surgical glove hazards: a commentary. *J Long Term Eff Med Implants*. 1997;7(3-4):215-8.
- de Lomas JG, Sunzeri FJ, Busch MP. False-negative results by polymerase chain reaction due to contamination by glove powder. *Transfusion*. 1992 Jan;32(1):83-5.
- Lampe AS, Pieterse-Bruins HJ, Egter van Wissekerke JC. Wearing gloves as cause of false-negative HIV tests. *Lancet*. 1988 Nov 12;2(8620):1140-1.
- Sussman GL, Beezhold DH, Kurup VP. Allergens and natural rubber proteins. *J Allergy Clin Immunol*. 2002 Aug;110(2 Suppl):S33-9.
- Edlich RF, Long WB 3rd, Gubler DK, Rodeheaver GT, Thacker JG, Borel L, Chase ME, Fisher AL, Mason SS, Lin KY, Cox MJ, Zura RD. Dangers of cornstarch powder on medical gloves: seeking a solution. *Ann Plast Surg*. 2009 Jul;63(1):111-5.

En ny bok på väg!

En historia om gamla förlossningsinstrument i Medicinhistoriska museet i Uppsala är den första studien av Sveriges mest omfattande samling av tänger och andra instrument som använts i samband med förlossningar. Samlingen byggdes upp av Magnus Retzius, professor i obstetrik vid Karolinska institutet, och såldes 1862 till kirurgiska kliniken i Uppsala. Senare har andra personer kompletterat samlingen med nyare instrument.

Bo S. Lindberg beskriver de olika instrumenten och berättar historien om deras tillkomst och upphovsmän när dessa kunnat identifieras. Tillsammans med nytagna fotografier av alla instrument visas många illustrationer av dem ur upphovsmännens originalpublikationer.

Instrumenten blir en påminnelse om de svåra lidanden födande kvinnor måste ha utsatts för när bäckenet var för trångt eller barnet för stort. Genom samlingen ges en intressant bild av obstetrikens utveckling från 1600-talet fram till mitten av 1900-talet.

Bo S. Lindberg är pensionerad överläkare och författare till ett flertal medicinhistoriska artiklar och böcker, bland annat *Anders Fredrik Regnell: Läkare, botanist och donator* (2011 översatt till portugisiska 2019), *Salomon Eberhard Henschen: En biografi* (2013), *Inte vid helt sunda vätskor: Gustav Vasa och hans söner ur ett medicinhistoriskt perspektiv* (2017), *Kirurgernas historia: Om badare, barbe-*



William Smellies tänger.

rare och fältskärer (2017) och *Peregrinatio medica: Svenska medicinares studieresor i Europa 1600–1800* (2019).

Ovanstående text utom rubriken är skriven av fil.dr. Urban Josefsson, föreståndare vid det Medicinhistoriska museet i Uppsala.

Boken kommer att kosta 150 kronor plus cirka 50 kronor i porto.

Intresserade kan kontakta info@mhmu.uu.se.

Femton frågor och svar om koder, sfinktrar, bristningar och levatorskador

1 Varför behövs det nya diagnoskoderna?

”Det som inte har en kod, finns inte”. Resultatuppföljning och registerforskning är svår att bedriva om tillstånd som inte benämns. Socialstyrelsens klassificeringsavdelning har ingen specifik uppsökande verksamhet. Det är vi i professionerna som måste driva utvecklingen av kodsystemen eftersom det är vi som ser patienterna.

2 Varför har bara grad 3 och 4 funnits i statistiken tidigare?

När man för länge sedan skapade de nuvarande MHV- och FV-blanketterna som MFR grundar sig på, ansåg man inte att bristningar som syddes av barnmorskor var relevanta att registrera. Det synsättet har ändrats och vi vet idag att hur vi hanterar grad-2bristningar har stor inverkan på kvinnors livskvalitet på kort och lång sikt. De födande kvinnorna kräver med rätta att vi inte bara vet vad vi gör, utan även dokumenterar det med något annat än ”flertal inre” som det stått i journaler ibland.

3 Finns det isolerade interna sfinkterskador?

Ja. Incidensen ligger enligt preliminära data på några % av alla sfinkterskador. Den interna sfinktern börjar ”en halvtrappa upp” jämfört med den externa sfinktern. Vid uppföljning av kvinnor med fekal inkontinens kan man ibland se en ursparning i bara den interna sfinkterkonturen med ultraljud, samt lågt vilotryck trots ett normalt kniptryck. Symtomen kan vara urgency hos kvinnor och oförmåga att känna skillnad på olika typer av tarminnehåll. Diagnosen ställs i akutskedet när man ser intern sfinkter i

kanterna på en bakre vaginal bristning men kan avgöra att den externa sfinktern är hel distalt därom. Perinealt ultraljud kan användas för att få information om den interna sfinktern. Den kliniska betydelsen av att sy isolerade skador är inte fastställd eftersom man inte kunnat hitta dem och forska tidigare, så det blir moment 22. En ny kod finns nu i alla fall.

4 Hur ser man skillnad på en defekt i fascian mellan vagina och tarm och skada på den interna sfinktern?

Fascian ligger som ett fibröst skikt i bakre vaginalväggen, ventralt om tarmväggen och fäster mot mellangårdens fibrösa muskelfäste. Den interna sfinktern ligger dorsalt om bindväven och är en fortsättning på tarmväggen som blir tjockare i höjd med mellangården. Skadorna kan förstås förekomma samtidigt och bör sys i separata lager. Den interna sfinktern ses tydligt med perinealt ultraljud; som en rundad mörk ring om den är hel, och som ett U om den är trasig. Den mörka färgen beror på att glatt muskulatur innehåller glukogen i som binder vatten. Fascian är ljus, och inte lika tydlig att se, med ultraljud. Det finns mycket sparsam forskning på akuta internsfinckterskador men det pågår.

5 Kan man ha en grad 4-bristning med en hel intern sfinkter?

Nej! Många kodar felaktigt en extern sfinkterskada med en lång hudbristning i perineum lite in i anus som en grad 4. Det ska man inte göra. Grad 4 betyder att tarmväggen är delad. Analhuden slutar och tarmväggen börjar vid linea dentata, den circumferenta småprickiga

linjen ca 1 cm in i analkanalen. Just där börjar den interna sfinktern som ju är själva tarmväggen. Där kan man känna den intersfinkteriska fåran mellan extern sfinkter distalt och kanten på den interna sfinkters början.

Är tarmväggen delad är alltid den interna sfinktern av och då är det en grad 4.

6 Om man har ett hål i tarmväggen ovanför sfinktrarna - är det en grad 4?

Nej. En fullväggsskada i tarmen läker bra vanligen helt utan men om den hittas och sys i sina lager. Den ska klassificeras som en grad 2. En sfinkterskada kan ge mer funktionspåverkan än en sådan tarmväggsskada. Den ska inte räknas som en rektovaginal fistel om den upptäcks och sys direkt. Man ska inte anlägga stomi vid primärsutureringen, vilket oerfarna kolorektalkirurger kan tro att man ska.

7 Vem har hittat på de nya koderna?

Författarna som skrev Bäckebottenutbildning.se önskade sig en fördjupning av kodningen för grad 2 för att poängtera betydelsen av noggrann diagnostik och suturering. Barnmorskan, med dr Malin Edqvist har publicerat en undergruppning av grad 2 bristningar. Subgruppningen har Eva Uustal därefter diskuterat med Socialstyrelsens klassifikationsenhet och förstås SFOGs egen kodexpert Karin Pihl, modifierat och därefter förankrat med den professionsöverskridande grupp som har omarbetat det medicinska födelseregistret MFR. Koderna för sena skador har förankrats i en arbetsgrupp inom UR-ARG och med Karin Pihl.

8 När börjar de nya koderna gälla? Hur funkar det med journalsystemen?

När koderna kommer in i MFR från kommande årsskifte blir de del av en förordning från SoS som är tvingande. Då måste journalsystemsleverantörerna kunna leverera programvara som gör det möjligt registrera enligt förordningen. Där är situationen oklar även för SoS eftersom det finns flera leverantörer med svåröverskådlig beslutsgång. Varje region och leverantör kan köra sitt eget race och det finns ingen central styrning av processen. Man kommer ju rimligen inte att kunna kräva att enskild sjukvårdspersonal ska koda perfekt från årsskiftet innan det administrativa stödet finns på plats. Det hindrar dock inte att man börjar undersöka och dokumentera enligt de nya koderna.

9 Hur tänkte man med de nya grad 2 koderna?

Principen för hur grad 2 graderas i det nya systemet är; hur djupt går bristningen i perinealkroppen, hur djupt ned går den i vaginalväggen den går och hur långt går den upp i slidan. Vid flera bristningar kodar man den mest omfattande. Isolerade labialsador kodas som grad 1.

10 Varför kan man inte bara koda för vilka strukturer som är skadade?

Bristningar kan omfatta muskler, bindväv, muskelfästen och/ eller vaginalvägg i 3 dimensioner. De kan vara olika långa, djupa, vida och komplexa. Uppemot 4 olika bristningstyper blir svåra att både särskilja och dokumentera i akutskedet. Att använda längd och djup tror vi blir enklare och därför mer reproducerbart. I uppföljningsdiagnoserna, N81.8s subgrupper, finns däremot de enskilda strukturerna benämnda.

11 Vad innebär en levatorskada?

En viktig nyhet är att man nu ska koda för levatorskada, ensidig eller dubbelsidig. Levatorskador kan ge symtom som bäckeninstabilitet, en känsla av att "tappa underlivet", trängningar, smärta och vid-

hetskänsla. Levatorskador ökar risken för inkontinens och framfall och symtomen kommer tidigare i livet än hos dem som har hela levatorer. Menskopp/tampong kan ramla ur eller hamna snett och ge läckage pga. ändrad anatomi. Det som prolapskirurger tidigare benämnt "lateralt cystocele" "vida förhållanden," "bredökad vaginalvägg" och/eller "klaffande vulva" har nog ofta varit levatorskador. Skyddande för levatorskada är god bedövning vid förlossning. Det beror sannolikt på att en avslappnad muskel tål mer uttänjning än en spänd muskel innan den brister. Långsamt framfödande har inte studerats. Riskfaktorerna för levatorskada är de samma som för sfinkterskada. Tångförlossning är en stor orsak i andra länder men även sugklockeförlossning tyckes öka risken. Levatorskador uppstår just när huvudet föds fram. Det finns olika typer av levatorskador. Dels finns den kompletta avulsionskadan, där fästet för m puborektalis släppt från sitt fäste mot symfyssen, dels en mer allmän splittning av muskeln där en del muskelfibrer kan vara hela.

11 Hur ställer man diagnosen levatorskada direkt efter förlossning?

Vid akut diagnostik är ultraljud inte så användbart eftersom vagina är utvidgad och blod och ödem gör bilden svårtolkad. Levatorskada föreligger alltid om fettvävnad syns i bristningen. Om fettet i fossa ischiorektalis syns saknas det kontinuitet i levatormuskeln som annars täcker slidans sidor. Levatorskada ska också misstänkas vid riklig blödning på djupet och vid paravaginala hematom. Avståndet mellan uretra och kanten på puborektalis ska vara lika på båda sidor. Är det större glipa på ena sidan kan man misstänka avulsionskada.

12 Hur vanligt är det med levatorskada?

Epidemiologiska studier visar att levatorskador förekommer i ca 10-30 % av vaginala förlossningar. Ungefär hälften av dessa ser ut att ha läkt efter ett år om man följer upp med ultraljud. Vi vet ju inte ännu hur vanlig diagnosen kommer att

bli direkt efter förlossning eftersom levatorskada inte funnits med i några register och är sparsamt studerad i akutskedet.

13 Hur ska man hantera en levatorskada som man hittar efter förlossning?

Infästningen av m puborektalis mot symfyssen består inte av en sena utan muskeln fäster direkt på ben. Man har gjort försök att direkt suturera tillbaka avlöst muskel mot symfyssen men resultaten har hittills varit nedslående. Om man miss-tänker levatorskada direkt efter förlossning ska man förmodligen försöka rekonstruera så mycket man kan av de paravaginala stödjevävnaderna, muskelfasciorna och mellangårdens muskelfästen för att skapa stabilitet. Eftersom många skador läker har det förmodligen betydelse att de återstående muskelfibrerna kan hitta varandra. Förmodligen är det också av värde med tidig muskelskaderehabilitering i samråd med fysioterapeut. I analogi med andra muskelbristningar bör man sannolikt även minska belastningen på bäckenbotten under läkningsfasen. Många frågor finns det. Men det är först när vi börjar registrera tydliga skador som vi kan börja forska på hur de ska hanteras. Under tiden råder som alltid behovet av att utöva sunt förnuft.

14 Ska man verkligen berätta för kvinnor att de fått en levatorskada när vi inte vet vad man ska göra med den??

Ja. Kvinnor känner sig tryggare om de vet att de får all tillgänglig information om sin kropp. Skadorna försvinner inte för att vi inte berättar om dem.

15 Var hittar jag koderna?

De finns på Bäckebottenutbildning.se. Klassifikation av bristningar och kommer också i den nya Diagnoshandboken.

OGU
+ DAGARNA
EKSJÖ 2020
30-31 MARS



TEMA
ENDOMETRIOS

www.ogudagarna.se



OGUs ordförande informerar

Bästa kollegor!

Hösten har kommit en god bit på väg, och den första snön har redan fallit i de nordligare delarna av landet. Mörkt är det också, och det är skönt att sänka tempot, tända en brasa och sitta framför lågorna med en kopp rykande varmt thé.

Enkätgruppen i OGU skruvar dock snarare upp tempot. De lägger nu sista handen vid OGU-enkäten 2020, som kommer ut i början av året. Håll gärna utkik i mailboxen, och lägg gärna några minuter på att svara på denna om du är ST eller två år efter specialistexamen. Svaren på denna ger oss en bild av hur våra ST-läkare och nyfärdiga specialister upplever sin utbildning, och är mycket viktiga när vi funderar vidare på vilka frågor vi ska arbeta med. Så detta är ett utmärkt tillfälle att påverka! För OGU-enkäten 2018 hade vi en svarsfrekvens på 53 %, vilket jag tror och hoppas att vi kan slå i år! Med den tyckte vi oss se skillnader i ultraljudsträningen över landet, varför vi tillsammans med Ultra-ARG och Utbildningsnämnden skapat en checklista för vad vi anser att en nyfärdig specialist ska kunna när det gäller ultraljud. Denna lanserades under SFOG-veckan, och en länk till den finner ni på vår hemsida, www.ogu.se!

Hemsidan är också under omarbeting, vi uppdaterar innehåll och lägger till lite helt nytt. För löpande information rekommenderas dock att ni följer oss på Facebook!

En annan fråga som vi arbetat länge med, efter flera olika OGU-enkäter som visat ett behov, är den kirurgiska träningen. 2018-2019 har vi, med hjälp av våra lokala ambassadörer, drivit kampanjen Nya Ge Kniven Vidare. Läs gärna artikeln om kampanjen i denna tidning! Även om kampanjen är avslutad finns materialet kvar, så fortsatt gärna att använda det i er kliniska vardag för bättre kommunikation kring den operativa träningen. Jag vill också passa på att påminna er om att kryssa i rutan "ST-läkare" efter ert namn, när ni registrerar er som första operatör i GynOp! Detta är ett viktigt verktyg där vi lätt kan plocka fram siffror över hur ofta ST-läkaren faktiskt är första operatör vid olika ingrepp. En lätt uppgift där ni bidrar stort till vårt arbete och förhoppningsvis till den kirurgiska träningen framöver!

Vi tänkte också titta närmare på hur introduktionen till jourtjänstgöring ser ut i landet. Kraven varierar givetvis stort beroende på var i landet ST-läkaren befinner sig, från det lilla sjukhuset där du är själv på huset, till det stora universitetssjukhuset. Dock verkar strukturen kring när ST-läkaren börjar gå jour vara väldigt varierande. Vi hoppas att ni tar er tid att svara också på detta i enkäten, så ser vi om det är något vi bör arbeta vidare med eller ej!

Jag vill också, återigen, påminna om att OGU-styrelsen söker nya ledamöter

till verksamhetsåret 2020-2021. Att tacka ja till detta arbete är inget jag ångrar, trots snart fyra år i styrelsen! Det tar givetvis en del tid, men det varierar mycket beroende på vilken styrelsepost man sitter på. Styrelsearbetet ger det ett rikt nätverk, många erfarenheter, och ett större nationellt perspektiv med vilket en kan påverka situationen både på det större planet och på sin egen klinik. Dessutom har vi en styrelse med osedvanligt god stämning, år efter år, och vi skrattar mycket! Så är du nyfiken på vårt arbete, eller känner att du brinner för en fråga som du vill driva, så hör av dig till vår valberedning på adressen oguvalberedning@gmail.com!

Elin Svensk
Ordförande OGU

OGU-ENKÄTEN 2020

Hjälp oss att hjälpa dig!

**Glöm inte svara på OGU enkäten som
skickas till alla OGU medlemmar i
januari 2020**

OGU-styrelsen

Sök NFOGs fond!

NFOG delar två gånger per år ut anslag för kurser, vistelser och forskning huvudsakligen i de Nordiska länderna. Antalet ansökningar som kommer från Sverige är relativt lågt i relation till antalet obstetrikere och gynekologer som är verksamma i Sverige.

Sista datum för ansökningar är 1 mars och 1 oktober varje år, och närmare information om ansökan finns på <https://nfog.org/fund/>. Sökanden ska vara medlem i NFOG (vilket vi alla är om vi bara är medlemmar i SFOG) och har gjort minst 2 år inom specialiteten. Förutom de regler och riktlinjer som anges på NFOGs hemsida kan det vara bra att tänka på några viktiga prioriteringar. NFOGs fond är framförallt tänkt för kurser och vistelser i de Nordiska länderna, så om man söker för att gå en kurs i Danmark eller Norge har man större chans att bli finansierad än om man söker för en kurs i Storbritannien (därmed inte sagt att man inte ska söka för att gå kurser utanför EU, chansen för

finansiering kan dock påverkas). NFOG finansierar inte heller kurser eller vistelser som är obligatoriska för att bli specialist, sub-specialist eller för att disputerar, eftersom man räknar med att verksamhetschef eller vetenskaplig handledare finansierar detta.

Kurser som inte är obligatoriska för något av ovanstående är däremot möjliga att finansiera. Vad gäller vetenskapliga projekt så prioriteras projekt som involverar samtliga Nordiska länder framför mer begränsade projekt mellan enstaka länder. Tänk på att bifoga en detaljerad budget till ansökan, och att ansökan och CV ska vara på engelska.

Feedback – en knivig fråga?

Under hösten 2018 och våren 2019 genomfördes kampanjen Nya Ge Kniven Vidare i syfte att uppmärksamma vikten av strukturerad och kontinuerlig feedback i samband med kirurgiska ingrepp. Första Ge Kniven Vidare-kampanjen lanserades 2011 av FYGO - danska motsvarigheten till OGU - och kom till Sverige via det nordiska samarbetet i NFYOG. Sedermera spreds kampanjen även till andra kirurgiska specialiteter. KIRUB, allmänkirurgernas yngre förening, valde 2018 att upprepa kampanjen för att lyfta utbildningskvaliteten på operation och för att skapa ett gemensamt språk för feedback. OGU hakade på.

Samtliga kvinnokliniker i Sverige inbjöds att delta och på varje klinik utsågs en frivillig ambassadör som säkerställde introduktion och uppföljning av kampanjen. En enkät med 14 frågor kring förberedelser inför, arbetet under och feedback efter operation fylldes i vid kampanjstart och upprepades vid kampanjslut 6-12 månader senare. Frågorna besvarades med ja/bra, ibland/kan bli bättre eller nej/behöver förbättras.

En introduktionsfilm visades för läkarna på kliniken och både ST-läkare och handledare tilldelades en checklista att bära med sig i fickan för stöd i feedback-processen. På operationsavdelningen sattes affischer upp med motsvarande information för att påminna kollegorna om kampanjen.

Totalt deltog 16 kliniker i kampanjen, från Malmö i söder till Örnsköldsvik i norr, varav 11 inkom med både start- och slutenkäter. Fem kliniker skickade endast in startenkäten och en klinik endast slutenkäten. 126 handledare deltog vid kampanjstart men endast 81 (-36 %) vid kampanjslut. För ST-läkare var motsvarande siffra 85 vid kampanjstart och 61 (-28 %) vid kampanjslut.

Överlag noterades en förbättring för både ST-gruppen och handledargruppen mellan kampanjstart och kampanjslut. För ST-läkarna sågs den största skillnaden i frågorna huruvida man fick strukturerad feedback efter operationen (73 % svarade "ja" eller "ibland" vs 59 % vid kampanjstart) och om man gjort upp ett

inlärningsmål med handledaren innan operationsstart (59 % vs 42 %). Detta var också dessa aspekter som ST-läkarna rankade totalt lägst vid kampanjens start där endast en fjärdedel upplevde att de fick strukturerad feedback efter operation. Handledarna å sin sida upplevde sig ge strukturerad feedback i 86 % av fallen ("ja" och "ibland"), vilket ökade till 95 % vid slutenkäten. Sammanställning av ST-läkarnas och handledarnas svar vid kampanjstart och kampanjslut presenteras i tabeller.

När vi jämförde ST-läkarnas upplevelse jämfört med handledarna vid kampanjstart såg vi stora skillnader mellan grupperna. ST-läkaren tyckte att hen är väl inläst på patientfallet (80 % svarade "ja") medan handledarna inte höll med (42 % svarade "ja"). På motsvarande sätt upplevde 68 % av handledarna att de "tänker högt" under operation medan endast 15 % av ST-läkarna höll med om att handledarna gör så. I slutenkäten sågs fortsatt stora skillnader mellan de två grupperna men en mindre skillnad, inte minst beträffande huruvida ST-läkaren

ST-läkare vid kampanjstart vs kampanjslut



är påläst på patientfallet inför operationsstart ("ja" enl 77 % av ST-läkarna, 62 % av handledarna). Handledarna angav i högre utsträckning vid slutenkäten än startenkäten att de släpper de operativa momenten till ST-läkaren medan ST-läkaren tyckte att läget var oförändrat vilket skapade en än större diskrepans mellan grupperna vid kampanjens slut. Se tabell

I enkätsvaren såg vi även en tendens att ST-läkarna på mindre sjukhus upplever bättre strukturerad avstämning, handledning under operation och feedback efter operation än ST-läkarna på större sjukhus. Detta är något som vi kommer att följa upp ytterligare i 2020 års OGU-enkät.

Förutom att ge oss en aktuell bild av hur utbildningsklimatet i samband med operation inom kvinnosjukvården upplevs, visar även Nya Ge Kniven Vidare effekten av en kampanj i sig. Genom att återkommande påminna om vikten av feedback och bistå med enkla verktyg för uppföljning ökar den medvetenheten och förutsättningarna för ett bättre utbildningsklimat.

Det är fantastiskt att se att just feedback efter operation och uppgjorda inlärningsmål inför operation förbättrades tydligt mellan start och slut både hos ST-läkare och handledare, då det var just vinsten med strukturerad feedback som var kampanjens syfte. Det var också intressant (och lite skrämmande;) att se hur handledare och ST-läkare ser på varandras respektive insatser för att skapa det bästa utbildningsklimatet. Ett bra exempel på vikten av att tydliggöra vilka förväntningar vi har på varandra som handledare respektive adept i en undervisningssituation!

Ett gott utbildningsklimat är en viktig förutsättning för duktiga framtida operatörer. Att komma åt kniven är en annan, och här finns det mer att önska. I en översiktlig genomgång av OGU:s styrelsens egna kliniker (totalt 8, en blandning av stora och små kliniker) noterades stora skillnader mellan klinikerna. För helår 2018 stod ST-läkare som huvudoperatör vid laparoskopisk sterilisering (LGA11) i 14 %-67 % av operationer registrerade i GynOp. För laparoskopisk salpingektomi (LBE01) var motsvarande

siffror 8 %-67 %. Dessa operationer är exempel på ingrepp som ST-läkaren ska kunna utföra självständigt vid tiden för specialistexamen.

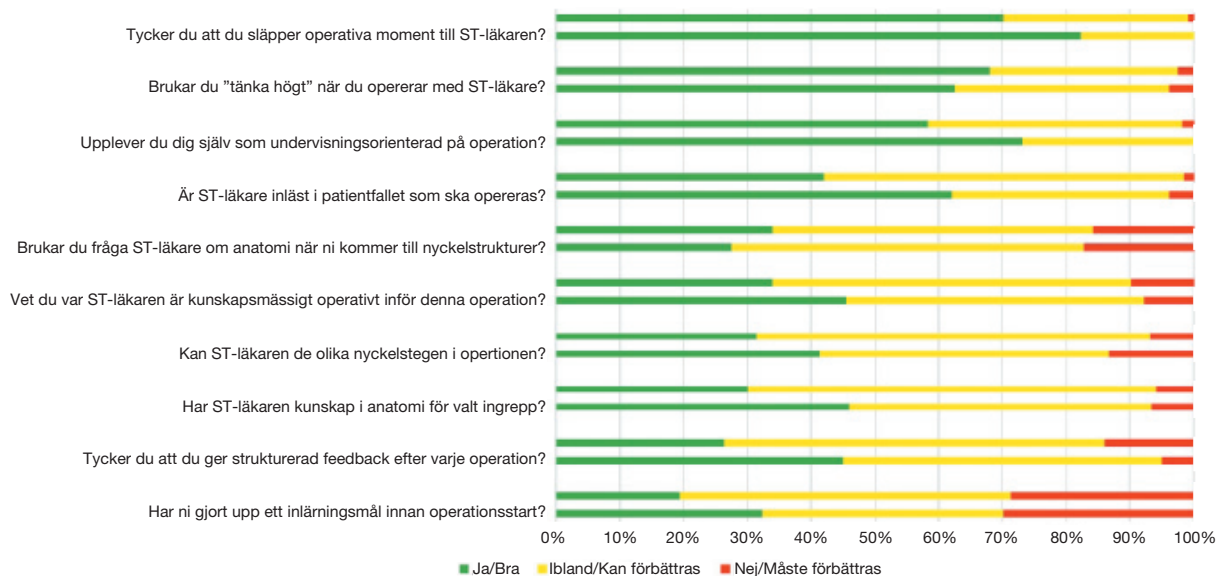
Även om själva kampanjen nu är avslutad så är materialet ständigt aktuellt och vi rekommenderar alla som riskerar befina sig ens i närheten av en utbildningssituation på operation vara redo med en checklista i fickan för mesta och bästa möjliga feedback!

Tack till alla deltagande kliniker och dess ST-läkare och handledare. Ett särskilt tack till våra kampanjambassadörer på respektive klinik.

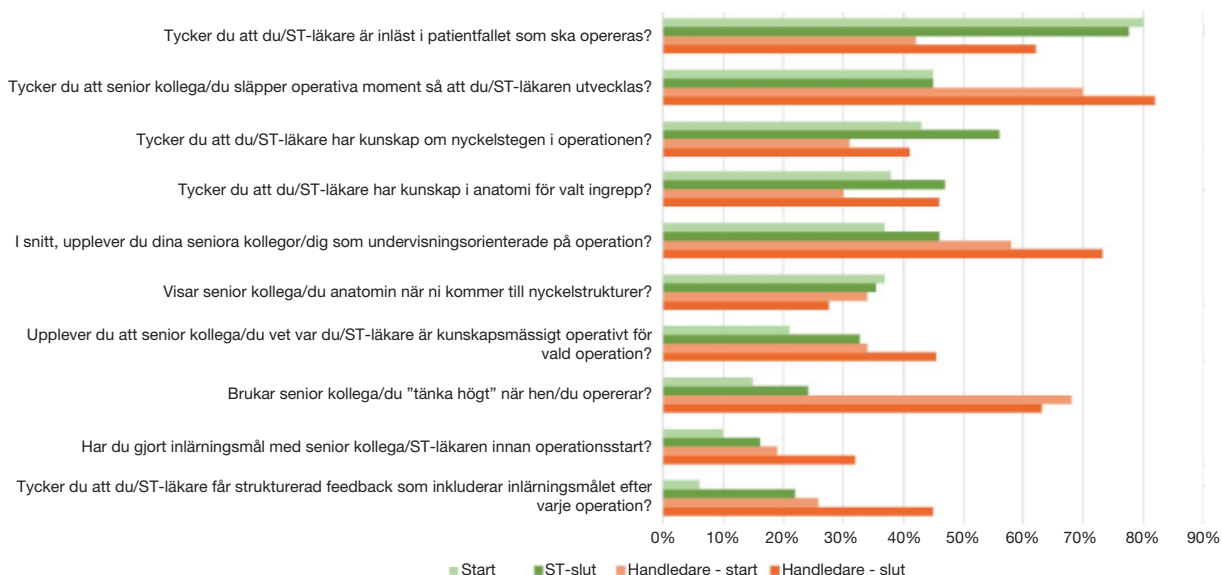
Mer information om kampanjen och dess resultat hittar du på ogu.se. Har du några synpunkter eller idéer för att fortsätta förbättra vår kirurgiska utbildningsmiljö? Hör gärna av dig till OGU:s styrelse, vi tar tacksamt emot alla förslag.

/OGU:s styrelse

Handledare vid kampanjstart vs kampanjslut



Handledare vs ST-läkare vid kampanjstart och kampanjstut (andel som svarat "Ja")



GE KNIVEN VIDARE

CHECKLISTA FÖR ST-LÄKARE OCH HANDELDARE

GEMENSAM GENOMGÅNG FÖRE OPERATIONSSTART

- Inläst på patientfall och operationsmetod?
- Utbildningsmål, moment att fokusera på?

GEMENSAM GENOMGÅNG VID OPERATIONSSLUT

- ST-läkaren utvärderar sig själv och presenterar:
- Vad gick bra i momentet?
- Vad behöver du träna mer på?

Handledare bedömer:

- Momentet utfördes med aktiv-, passiv- eller ingen assistans

Handledare ger riktad feedback utifrån observation:

- Vad utfördes bra? Ge exempel?
- Vad kan förbättras? Ge exempel?

Läs mer på
kirub.se (kir)
ogu.se (gyn/obst)



GE KNIVEN VIDARE

HANDELDARENS STÖD TILL ATT GE FEEDBACK

- Visa, utbilda och tänk högt!
- Ställ frågor relaterade till operationen
- Basera feedback på konkreta exempel
När du gjorde... blev det...
Om du istället gör... blir det bättre för att...

AKTIV ASSISTANS

- Visa olika tekniska färdigheter
- Optimera operationsfältet, visa viktig anatomi
- Stötta ST-läkaren till att tänka nästa steg
- Visa hur oväntade händelser kan hanteras
- Du växlar mellan att operera och assistera

PASSIV ASSISTANS

- Följ allt mer ST-läkarens ledning
- Korrigera mer genom muntlig instruktion än genom att praktiskt visa
- Undervisa även för att förfinas ST-läkarens teknik

INGEN ASSISTANS

- Assistera under majoriteten av operationen
- Du behöver som mest korrigera muntligen
- Du känner dig trygg med ST-läkarens omdöme, att adekvat hjälp tillkallas vid korrekt tillfälle



*Henrik Makokha-Sandell
fick pris för
Bästa poster obstetrik
under SFOG-veckan 2019*

"The Little I am Exposed to it the Little I am Using it"

Attitudes and perception on vacuum extraction in Dar es Salaam, Tanzania

Conclusion

Provision of practical training and updated guidelines are necessary to improve skills and subsequent use of vacuum extraction. However, amended organisational structure of Muhimbili National Hospital and Muhimbili University of Health and Allied Science stands as a prerequisite for continuous training. Further research bares the potential for greater understanding of not only vacuum extraction's role in low income countries but also the link between academia and clinical work.

Research Question:

What personal, social or structural factors are hindering or aiding the use of vacuum extraction?

Results

Financial incentives, as well as a fear and blame culture among colleagues and management were identified as rationales for caesarean sections instead of vacuum extraction. A lack of structured, updated guidelines defining task division and practical management of patients with vacuum extraction indications were highlighted. Furthermore, a subpar communication between the two institutions in charge of collaborative training of residents and midwifery students was stated to affect updates of clinical guidelines, research and practical teachings. Muhimbili National Hospital's (MNH) and Muhimbili University of Health and Allied Science's (MUHAS) divide resulted in absent clinical teachers and unaccountable students, directly affecting the practical skillsets of vacuum extraction.

```

graph TD
    A[MNH & MUHAS] --> B[Poor Training]
    B --> C[Low Use of VE]
    D[Lack of Guidelines] --> C
    E[Fear & Blame] --> C
    F[Financial Incentives] --> C
            
```

Method

Participatory observations, semi structured in-depth interviews (n=29) and focus group discussions (n=2) and were held with midwives, residents and specialists working at Muhimbili National Hospital, the highest referral hospital in Tanzania and the teaching hospital of Muhimbili University of Health and Allied Science. Thematic analysis was used to identify rationales for low vacuum extraction use.

Background

Vacuum extraction is an evidence based intervention used to shorten second stage of labour. Provision of vacuum extraction has been declining in developing countries. In Tanzania's Muhimbili National Hospital 34% of deliveries are by caesarean section and only 0.8% by vacuum extraction. Vacuum extraction has the potential to reduce caesarean section rates and improve maternal and neonatal outcomes but causes for its low rate of use is not fully researched.

Main Researcher:
Henrik Makokha-Sandell
henrik.makokha-sandell@kbh.uu.se
Dept. of Women's and Children's Health /MCH

Co-Authors:
Andrew Mgaya, Johanna Belachew,
Helena Litorp, Kidanto Hussein and Birgitta Essén

Ulla Waldenströms blogg

Boken BB-krisen. Sveket vid livets början av journalisten Lisa Bjurwald presenteras som "den första djupgående granskningen av krisen i svensk förlossningsvård".

Resultatet sammanfattas på bokomslagets baksida:

"Bilderna är tydliga: Det handlar inte om en tillfällig kris, utan om ett permanent nödläge. Spädbarn dör eller hjärnskasas för livet och berättigad oro viftas bort som sjuklig fobi. Kvinnor utsätts för övergreppsläkande, ifrågasatta metoder och får sina kroppar förstörda. Utan chans till upprättelse, och utan att deras skador förs in i statistiken."

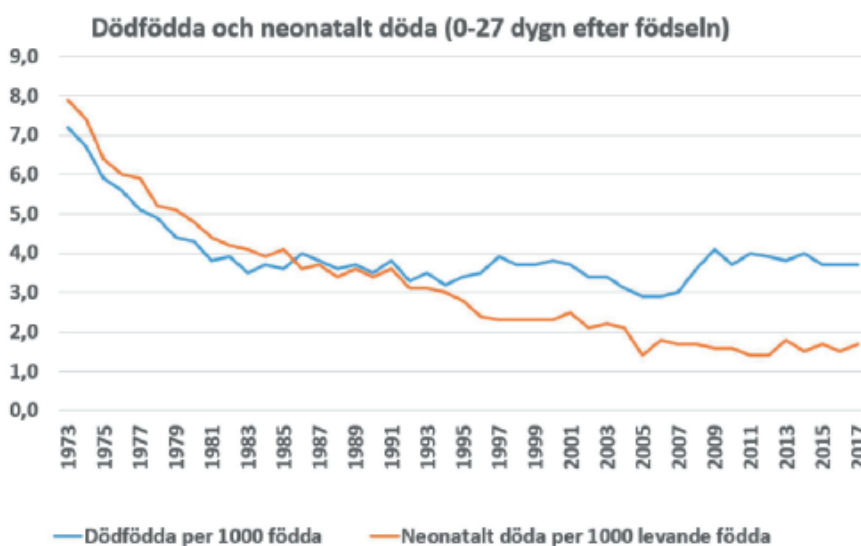
Boken belyser viktiga problem inom dagens förlossningsvård, varav bristen på barnmorskor och vårdplatser kan beskrivas som kris, särskilt i storstäderna. Även om dessa problem varit väl kända så gör boken krisen mer drabbande genom röster från berörda barnmorskor och födande kvinnor. Bristerna i eftervården tål också att upprepas då alltför lite har hänt sedan såväl internationell som svensk forskning visat att kvinnor är minst nöjda med stödet efter förlossningen¹⁻³. Styrkan i boken är berättelserna från många kvinnor som upplevt traumatiska händelser under och efter förlossningen, varav några är direkt relaterade till felbehandling från vårdens sida.

Bokens svaghet är många faktafel, missförstånd och överdrifter. Det gäller framför allt beskrivningarna av vårdens innehåll och resultat. Jag ser boken som ett debattinlägg snarare än grävande journalistik. För grävandet sker främst där det finns stöd för författarens tes, den om permanent nödläge. Då ambitionen med min blogg är att vara motvikt mot dagens relativisering av faktabegreppet granskar jag Bjurwalds bok med samma utgångspunkt. Jag har inget egenintresse av att försvara förlossningsvården, men jag vill att den ska beskrivas så sakligt som möjligt. Jag tror att det är så som brister i vården bäst kan åtgärdas och verksamheten

utvecklas. Endast så undviker vi att i onödan oroa blivande föräldrar.

Färre barn dör

När man frågar blivande föräldrar om vad som är viktigast med mödra- och förlossningsvården kommer ett friskt barn högst på listan. Barnen är krisens offer enligt Bjurwald, vilket avspeglas i bokens undertitel: Sveket vid livets början. Men faktum är att färre barn dör och färre barn skadas i Sverige än tidigare. Jag visar här utvecklingen av dödlighet hos barnen från registrerings början i det Medicinska födelseregistret. Under 1970-talet sjönk andelen dödfödda dramatiskt men har därefter legat mer eller mindre konstant strax under 4 barn per 1 000 födda (varav flertalet dött under graviditeten). Den neonatala dödligheten under barnets första levnadsveckor har fortsatt att sjunka under en betydligt längre tidsperiod, men legat runt 1,5 per 1000 levande födda sedan 2005.



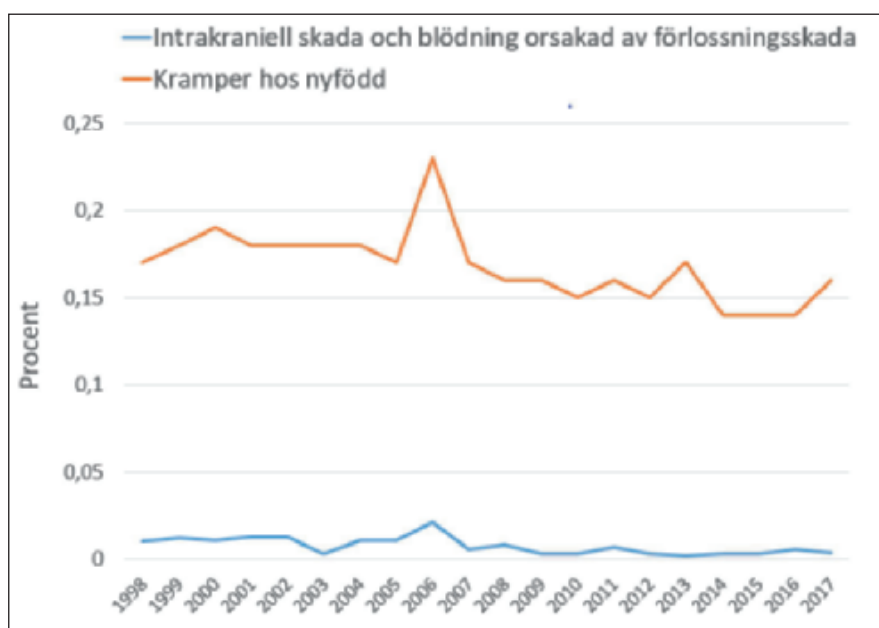
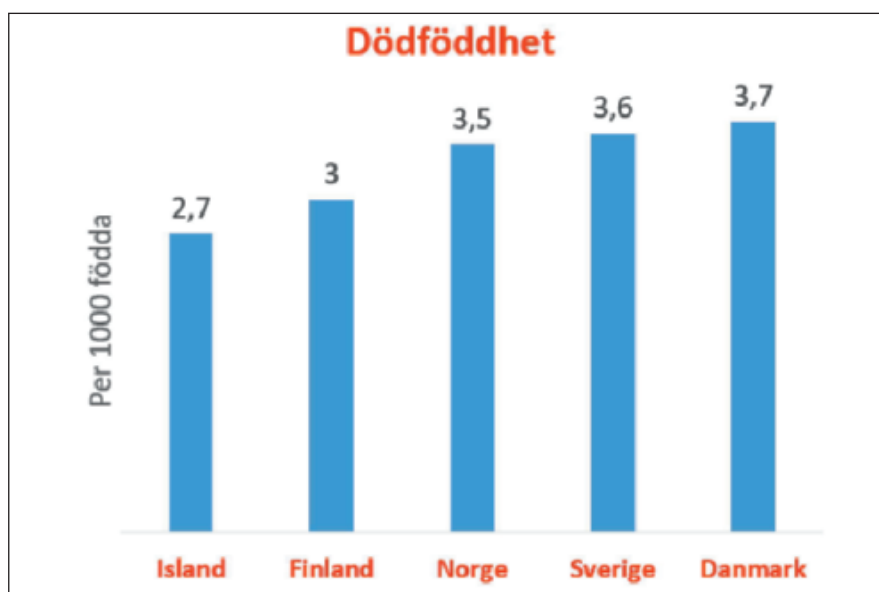
Bjurwald skriver att Sverige inte har någon anledning att skryta över låg dödlighet. ”Vi har nämligen markant högre antal dödfödselar än alla våra nordiska grannar – Finland, Norge, Danmark, Island – och flera andra länder därtill” (sidan 208). Som källa anges Eurostats siffror över barnadödlighet, dvs. dödlighet under första levnadsåret, vilket inte är det mått man relaterar till mödra- och förlossningsvården. (Barnadödligheten enligt källan var i Finland 2,0, Norge 2,3, Sverige 2,4, Island 2,7 och Danmark 3,8, räknat per 1000 levande födda⁴. Andelen dödfödda i de nordiska länderna enligt Nordisk perinatalstatistik 2016 framgår nedan.

Färre barn skadas

Jag har begärt ut data från det medicinska födelseregistret och det mer nystartade neonatalregistret och finner inget stöd för att allvarliga skador på barnet har ökat under senare tid. Nästa figur visar andelen barn med diagnos P10 i det Medicinska födelseregistret, dvs. hjärn-skada eller blödning orsakad av förlossningsskada, och diagnos P90, dvs. kramper hos nyfödda. Båda diagnoserna visar en svagt nedåtgående trend under de senaste två decennierna.

Neonatalregistret dokumenterar skador som allvarlig hjärnpåverkan (HIE), kramper, hjärtmassage och Apgar 0-3 mätt tio minuter efter födelsen. Resultaten var desamma under perioden 2014-2018 som under perioden 2009-2003.

Bjurwald hävdar att andelen barn med Apgar mindre än 7 (på en 10-gradig skala) fem minuter efter födseln har försämrats över tid (sidan 32). Här är kurvan från 1973 och framåt. Den pekar uppåt vid de två senaste mätningarna, vilket inte kan tolkas som i boken. För det första är Apgar ingen diagnos utan en mer eller mindre subjektiv skattningsskala, där låga värden kan vara tecken på allvarlig skada. För det andra kan man i nuläget inte avgöra om den observerade ökningen är slumpmässig eller inte. För det tredje, om trenden skulle kvarstå går det ändå inte att dra slutsatsen att ökningen beror på brister i vården. Man bör helst kontrollera för störande faktorer såsom förän-



dringar i populationen, t.ex. ökningen av andelen utlandsfödda, överviktiga och äldre.

Med detta vill jag inte påstå att misstag inte begås. Nyligen publicerade svenska barnläkare en studie av 13 barn med kärnkiterus⁵, en allvarlig komplikation med hjärnpåverkan orsakad av extremt förhöjda bilirubinvärden hos nyfödda. Studien initierades när man inom nyföddhetsvården reagerade på att antalet fall var högre än förväntat. Vid journalgenomgång av de 13 fallen (1,3/100 000 födda) bedömdes 11 ha varit möjliga att undvika då en eller flera av punkterna i

det nationella vårdprogrammet inte hade följts. Följande fel hade begåtts: missat bilirubinprov enligt screening (n = 6), fel-tolkning av bilirubinvärdet (n = 2), för sent insatt ljusbehandling (n = 1), för sen eller ingen behandling genom blodbyte (n = 6), eller avsaknad av upprepade blodbyten trots indikation (n = 1). Genom att barnläkarna på detta sätt analyserade varje fall och publicerade resultaten i en internationell vetenskaplig tidskrift får resultaten spridning och den tragiska erfarenheten kan förhoppningsvis leda till färre misstag i framtiden.

Färre kvinnor skadas

Bristningar i bäckenbotten har registrerats i Medicinska födelseregistret sedan 1990, och då bara de allvarligaste, grad 3 och 4. Det är troligt att uppgången fram till 2004 i nästa figur berodde på den "naturlighetsvurm" som innebar att kvinnor uppmuntrades att föda i den ställning som kändes bekvämast och att barnmorskorna i hög grad övergav de handgrepp som kollegor tidigare använt rutinmässigt vid barnets framfödande. Därefter har siffrorna sjunkit mer eller mindre kontinuerligt. Ett särskilt bristningsregister har upprättats och utbildningsinsatserna har varit landsomfattande. Kvinnors egna berättelser, sådana som Bjurwald återger i sin bok, har påskyndat den positiva utvecklingen.

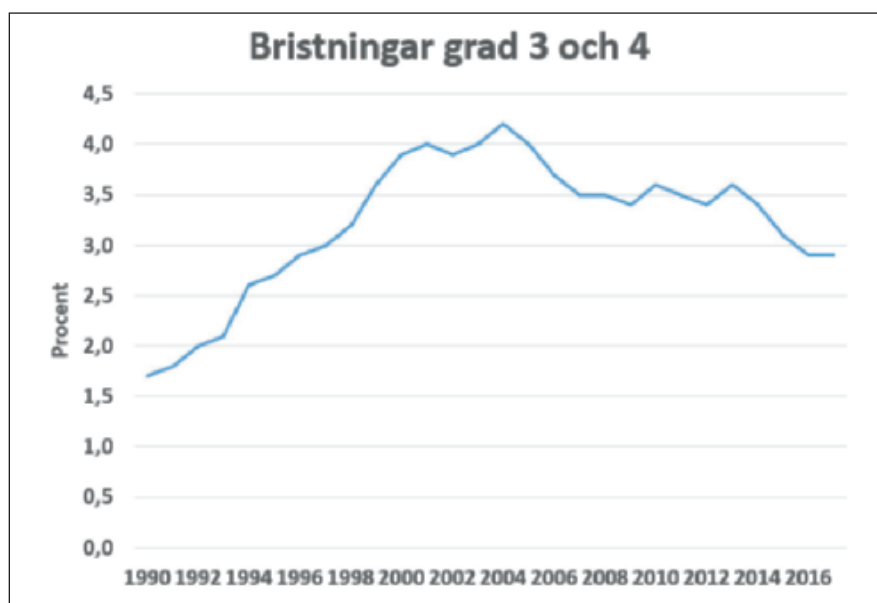
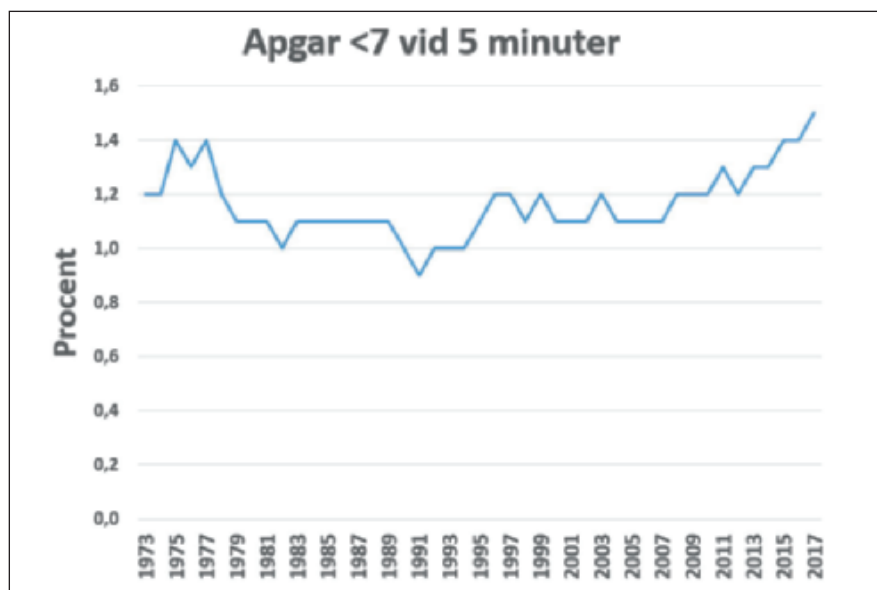
Det är korrekt såsom står i boken att information om bristningar av grad 1 och 2 inte har registrerats i det nationella födelseregistret, enbart i journalerna. Men beslut om att även registrera grad 2-bristningar är redan fattat.

En annan förändring är att diagnostik och behandling av allvarliga bristningar har förbättrats radikalt. Nu rekommenderas att kvinnor efter avslutad förlossning bedövas i underlivet för att underlätta noggrann undersökning av vävnaderna. Ny teknik som ultraljud, bättre operationsteknik och uppföljning kommer förhoppningsvis också att bidra till att färre kvinnor får bestående men.

Om "övergrepp" och "förlossningsvåld"

En "övergreppsliknande" metod som nämns i boken är yttre press, dvs. att barnmorskan eller läkaren lägger underarmen mot livmoderns övre del och pressar neråt för att med visst våld försöka få ut barnet snabbare. Metoden är mycket riktigt ifrågasatt på grund av risken för skador på mor och barn. Numer används den därför sällan och då om det föreligger akut fara för barnet.

Det andra exemplet på "förlossningsvåld" skulle vara att sy bristningar i bäckenbotten utan bedövning – något som är främmande för både barnmorskor och läkare. Bjurwald har missförstått experterna Eva Uustal och innehållet i den angivna referensen (sidan 213). Det som åsyf-



tas är en rekommendation att bedöva kvinnors underliv efter förlossningen i syfte att underlätta undersökning och diagnostik av eventuella vävnadsskador.

Depression

Depression och ångest är de vanligaste komplikationerna under graviditet och tiden efter förlossningen, och konsekvenserna för kvinnan och barnet är väl dokumenterade, skriver depressionsforskare i Läkartidningen⁶. Medelsvår till svår egentlig depression uppskattas till 3-5 procent under graviditeten och 5 procent de första tre månaderna efter förlossningen, med lindrig depression inräknad är siffran 11 respektive 13 procent^{7,8}. Enligt

Bjurwald missar vården en stor del av dessa kvinnor (sidan 60). Den screening som förekommer efter förlossningen i barnhälsovårdens regi anses otillräcklig för att besöken har fokus på barnet, inte mamman. Har Bjurwald undersökt om barnavårdscentralens personal inte tar svaren på depressionsscreeningen på allvar, undrar jag.

Att man inte screenar under graviditeten beror på att det fortfarande saknas evidens för att det är effektivt. I stället rekommenderas en bredare psykosocial bedömning som inkluderar frågor om kvinnans tidigare och nuvarande psykiska hälsa⁶.

Eftervården

Jag vet inte varifrån Bjurwald har fått uppgiften om att Sverige skulle ha den kortaste vårdtiden inom EU, eller att siffran 1,8 dygn även skulle innefatta kejsarsnitt (den gäller endast vaginal förlossning) (sidan 30). Utvecklingen mot allt kortare vårdtider har skett i flertalet länder med likartad nivå på förlossningsvården, kanske med 5-10 års tidsförskjutning. Nästa tabell visar vårdtiderna i samband med normal förlossning 2015 inom OECD. Sedan dessa kan de ha sjunkit ytterligare, liksom i Sverige.

Vad som är för- och nackdelarna med kort vårdtid är fortfarande en omdiskuterad fråga eftersom forskningen fortfarande är för begränsad för att ge evidens⁹. Frågan hänger intimt samman med den övriga uppföljningen efter förlossningen, exempelvis i form av hembesök. I Sverige finns organiserad hemvård endast på enstaka plats, och här kan man nog tala om att Sverige ligger efter flera andra länder, som England och Australien till exempel.

Bemötande av gravida och födande

Jag betvivlar inte att kvinnor kan bemötas på ett oprofessionellt sätt och att berättigad oro inte tas på allvar. Även barnmorskor och läkare kan reagera olämpligt, särskilt under stress. Men att "oro viftas bort som sjuklig fobi" måste höras till det mer unika. Min egen bild är att personal i kvinnosjukvården är mer än genomsnittligt lyhörda för kvinnors behov. Och jag delar inte Bjurwalds bild av att personalen är präglad av en gammal auktoritär kultur, även om det finns undantag. År 2000 genomförde vi i min forskargrupp en landsomfattande studie av ett representativt urval av gravida svensktalande kvinnor och frågade bland annat om upplevelsen av vården under förlossningen¹⁰. Nittio procent skattade vården som positiv eller mycket positiv, 7 procent hade blandade känslor och 3 procent upplevde den som negativ eller mycket negativ. Siffrorna kan ha försämrats sedan dess, men det är svårt att i dessa resultat se spår av en gammal auktoritär kultur.

Bjurwald menar att förlossningsvården omyndigförklarar kvinnorna och

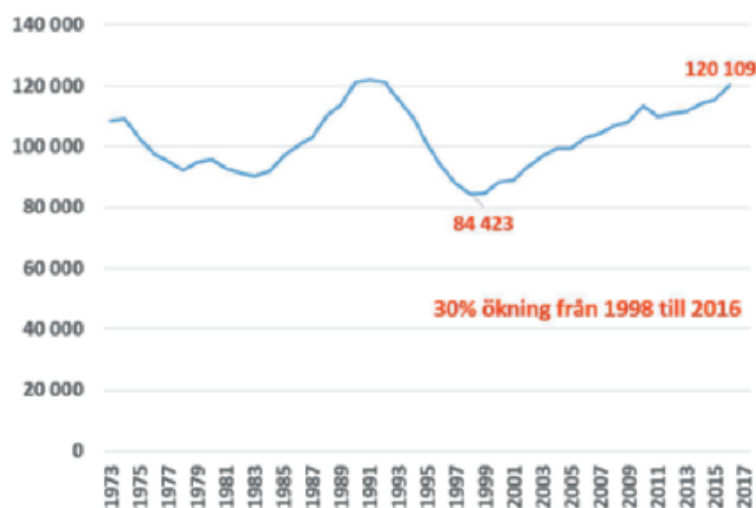
9.14. Average length of stay for normal delivery, 2015 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605198>

Antal förlossningar i Sverige 1973-2016



behandlar dem som småflickor genom att undanhålla väsentlig information och bagatellisera kvinnors besvär. Det ligger ett uns av sanning i den kritiken. Jag har själv tidigare kritiserat bristen på information om olika metoders nackdelar, främst riskerna i samband med ryggbövning och kejsarsnitt. Frågor som handlar om val bör föregås av allsidig och saklig information, annars inget "infor-

merat val". Men informationsfrågan är inte så enkel. Även om man frågar kvinnan vad hon vill veta så måste även personalen ibland göra bedömningar för att anpassa informationen till den enskilda individen och omständigheterna. Det finns olika sätt att hantera en hotfull situation (s.k. copingstrategier), t.ex. en kommande förlossning. Monitors är ofta ängsligare och vill veta allt som går att

veta medan blunters helst tar saken som den kommer. Inför båda extremerna bör man inte oroa i onödan. Det senare illustreras till och med av en av intervjupersonerna i Bjurwalds bok, anestesiläkare Edin som på sidan 124 säger: "Om jag hade beskrivit exakt hur en narkos går till för mina patienter, med alla tänkbara riskmoment och komplikationer, då tror jag att ganska få hade gått med på att bli sövda".

Oavsett hur komplicerad informationsfrågan än må vara bör den bygga på fakta.

Fallbeskrivningar och statistik

Boken BB-krisen utgår huvudsakligen från fallbeskrivningar. Det är i sig inget problem. Tvärt om kan de enskilda berättelserna vara de verkliga ögonöppnarna som får oss att förstå ett problems verkliga dimensioner. Men en grävande journalist bör även ge läsaren en bild av sammanhang och representativitet. Det gäller särskilt förlossningsvård där nollvisionen aldrig kan nås, till exempel i form av noll dödsfall och noll skador. Det kommer alltid att finnas trauman, vare sig vi vill det eller inte. Och i några fall kommer orsaken vara den mänskliga faktorn. Vårdens uppgift är att minimera antalet.

Med hjälp av sociala medier och den ökade öppenheten i samhället som gör att fler kvinnor vågar berätta om sina upplevelser (vilket är oerhört positivt!) är det i dag relativt lätt att få del av traumatiska händelser, både sådana som hade kunnat undvikas och sådana som inte hade kunnat undvikas. Bjurwald försöker att generalisera utifrån de enskilda berättelserna genom att också intervjua sakkunniga personer och hänvisa till olika artiklar.

De texter som hänvisas till är sällan vedertagna studier som ger evidens utan referat av artiklar eller intervjuer. Flera slutsatser är felaktiga. Här några exempel:

1. Ingen ifrågasätter att kvinnor oroas av att inte veta var de ska föda, men stämmer det att kvinnor som blir hänvisade till ett annat sjukhus "oftare får en svår förlossning"? Bjurwald hänvisar till Dagens Medicins referat av en studie. När jag läser originalet framgår att forskarna inte fann några skillnader mellan 133 kvinnor som hänvisats och

133 icke-hänvisade när det gäller kejsarsnitt, sugklockor, svåra bristningar (grad 3 eller 4) eller stor blödning¹¹. Däremot hade fler kvinnor i den första gruppen fått ryggbedövning och episiotomi. Alltså inga uppgifter om förlossningen var svårare eller ej i den hänvisade gruppen.

2. Bjurwald menar att de kvinnor som kategoriseras "Går ej att hänvisa" hamnar i "ett potentiellt livsfarligt limbo". Dessa kvinnor tvingas föda i mottagningsrum eller någon annan stans, skriver Bjurwald och hänvisar till en intervju i Mitt i Stockholm¹². Av den får man intrycket av att alla kvinnor i kategorin (285 i Stockholm från januari till mars 2019) går detta öde till mötes. En sådan uppgift borde rimligen kontrolleras då den förefaller helt osannolik. Kategoriseringens syfte är att särskilt underlätta för dessa kvinnor, av medicinska eller psykologiska skäl, och det troliga är att den stora majoriteten har fått ett eget förlossningsrum, eventuellt genom att någon annan förflyttats till ett mottagningsrum. Det är i alla fall min, och på rundfrågning även kollegors, erfarenhet av förlossningsvårdens flexibilitet.

3. Ur New Scientist, återger Bjurwald följande citat: "Planerade kejsarsnitt är det säkraste alternativet för spädbarnet eftersom de då undviker alla risker för hjärnskador från en vaginal födsel och den icke obetydliga risken för fosterdöd efter 39:e graviditetsveckan". Av texten innan får man intrycket av att detta skulle vara evidensbaserat, vilket det inte är. Kejsarsnitt görs däremot om barnet är mycket prematurt för att minimera trycket mot den mjuka skallen. Annars är kejsarsnitt förenat med fler risker för barnet än vaginal förlossning, såsom andningsstörning och allergier. New Scientist är ett populärvetenskapligt magasin och ingen vetenskaplig tidskrift med originalstudier granskade av forskare. Citatet är ett inlägg i den polariserade debatten om risker vid kejsarsnitt respektive vaginal förlossning.

Patientstyrd eller evidensstyrd vård?

Bjurwalds bok innehåller inga berättelser från kvinnor som skadats i samband med kejsarsnitt och inte heller några övriga uppgifter om operationens risker. Däremot argumenteras för kvinnans rätt att själv välja kejsarsnitt, alltså utan medicinsk indikation som uppväger riskerna. Även om det finns röster som menar att dessa är färre än vid vaginal förlossning finns övertygande evidens för att så inte är fallet. Kejsarsnitt innebär små men mycket allvarliga risker som blodpropp, stor blödning, infektion, och ökad risk för livmoderbristning och lågt sittande moderkaka vid efterföljande graviditeter¹³. För barnet ökar risken för övergående andningsproblem och känsligheten för allergier, som kan bero på färre bakterier i tarmfloran, vilket observerats upp till två års ålder¹⁴.

Patienters rätt att välja vård och behandling måste ställas mot sjukvårdens skyldighet att bedriva säker vård. Läkare och barnmorskor ska i första hand arbeta utifrån evidens, dvs. bevisad nytta för patienten, och i andra hand utifrån beprövad erfarenhet. Som framgår av flera inlägg på min blogg är detta en stor utmaning då beslutsfattare lätt påverkas av trender och opinioner i tiden.

Naturlighetsvurmen inte dagens problem

Under 1960-talet växte kravet på kvinnans rätt till smärtfri förlossning och i slutet på 1970-talet hade flertalet förlossningsavdelningar fått tillgång till ryggbedövning. Under 1980-talet kom reaktioner mot den tilltagande medikaliseringen av födandet i form elektronisk fosterövervakning, ökad värkstimulering och fler operativa förlossningar som kejsarsnitt och sugklocka. Ett uttryck för "naturlighetsvurmen" var öppnandet av tre ABC-enheter, en i Stockholm och två i Göteborg. Vårdfilosofin var att uppmuntra naturlig förlossning genom ökad trygghet och medbestämmande. I Stockholm var mödravård, förlossning och eftervård integrerad i samma småskaliga miljö med samma team av barnmorskor. I dag är samtliga enheter stängda trots stort intresse bland blivande föräldrar och Cochranes forskningsöversikt som visar

färre interventioner, ingen skillnad i medicinska utfall jämfört med ordinarie vård och mer nöjda föräldrar¹⁵. Forskningsevidens har hittills inte har räckt för att bibehålla och utveckla ABC-vården i Sverige. Men kraven på att vård och behandling rent allmänt ska vara evidensbaserad har växt och blivit det nya paradigmet. Det har medfört positiva förändringar som att andelen operativa förlossningar i Sverige har slutat att öka. Men att arbeta evidensbaserat är inte helt enkelt för evidens kräver forskning och många beslutsfattare lyssnar hellre på opinioner än inväntar bevisade effekter. En ny hotfull trend är relativiseringen av fakta i dagens samhällsdebatt. Möjligen förklarar den varför Bjurwalds bok inte har faktagranskats av förlaget, eller av andra journalister. Eller också är man rädd för en annan trend, att eventuell kritik ska tolkas som att man inte tar kvinnors röster på allvar.

BB i kris?

Jag håller inte med Bjurwald om att BB-vården i Sverige befinner sig i ett permanent nödläge. Ordet "kris" skulle jag begränsa till bristen på barnmorskor och vårdplatser, särskilt i Stockholm. Det är illa nog. Problemen måste hanteras med större allvar och de kommer att ta tid att lösa – för enligt min bedömning handlar det om strukturella problem. Det räcker inte med ändrade attityder, mer pengar och fler utbildningsplatser. Man måste tänka till och planera långsiktigt!

Det går inte att bemanna förlossningsavdelningar utifrån tillfälliga pika i antalet förlossningar. Ibland får man ta att det blir stressigt. Men under senare år har det inte handlat om tillfälligheter för antalet förlossningar har stigit kontinuerligt sedan 1998 då siffran var ovanligt låg (se figur nedan).

Demografiska förändringar kan förutses, men inte helt. Delvis oförutsedd stor invandring under senare år ligger bakom att var fjärde förstföderska själv är född i ett annat land. Kanske skulle statlig styrning leda till bättre planering av förlossningsvårdens dimensioner?

När det gäller bemanning är problemet ett annat. Det finns nämligen barnmorskor, men inte tillräckligt många som vill jobba i förlossningsvården. Jag tror att grundproblemet är att barnmorskor på de stora förlossningsklinikerna inte får arbeta som barnmorskor. Jag syftar på förtroendet att få arbeta utifrån sitt kompetensområde, dvs. att självständigt handlägga normala förlossningar men tillkalla läkare vid behov och att handlägga riskförlossningar i nära samarbete med läkare. Samt att ha tid att ge individuellt stöd till kvinnan och hennes partner under förlossningsarbetet. Det förutsätter en barnmorska per födande kvinnan under förlossningens aktiva krävande fas.

Utvecklingen mot storavdelningar med flera tusen förlossningar per år är del av problemet. I en sådan miljö går många

vården förlorade. Stora personalgrupper minskar möjligheten att känna varandras styrkor och svagheter, på bekostnad av förtroendet för de enskilda kompetenserna. Då behöver allt regleras i detaljerade vårdprogram och vården riskerar att bli manualstyrd med litet utrymme för kliniska avvägningar och bedömningar.

Stordriften har också medfört att väggarna på förlossningsavdelningarnas expeditioner numer täcks av monitorer där fosterljuden från samtliga rum kan följas. Det låter som en bra säkerhetsåtgärd, men fungerar det så? Jag har inte sett någon utvärdering av om detta övervakningssystem förbättrar utfallen för barnen, ökar stressen, eller bara gör att läkarna känner ansvar för alla patienter, även de med okomplicerade förlossningar. Hur påverkas arbetet och ekonomin av att alla behöver engagera sig i alla patienter?

I flera länder försöker man nivågruppera förlossningsvården, liksom vi gör inom övrig hälso- och sjukvård, bland annat av ekonomiska skäl. Avdelningar för kvinnor med låg risk och förväntad normal förlossning kan då bemannas med barnmorskor och med läkare som jour. Avdelningar för kvinnor med högre risk bemannas med barnmorskor och med läkare i aktiv tjänst.

Jag tror att fler och mindre enheter skulle minska barnmorskebristen och öka flexibiliteten inför demografiska variationer.

Referenser

1. Waldenström U, Rudman A. Satisfaction with maternity care: how to measure and what to do. *Women's health* 2008; 4(3): 211-4.
2. Rudman A, Waldenström U. Critical views on postpartum care expressed by new mothers. *BMC health services research* 2007; 7: 178.
3. Rudman A, El-Khoury B, Waldenström U. Evaluating multi-dimensional aspects of postnatal hospital care. *Midwifery* 2008; 24(4): 425-41.
4. Eurostat. Infant Mortality. 2017.
5. Alken J, Hakansson S, Ekeus C, Gustafson P, Norman M. Rates of Extreme Neonatal Hyperbilirubinemia and Kernicterus in Children and Adherence to National Guidelines for Screening, Diagnosis, and Treatment in Sweden. *JAMA network open* 2019; 2(3): e190858.
6. Wickberg B, Massoudi P. Viktigt mota effekterna av postpartumdepression. *Läkartidningen* 2018; 115: 1-3.
7. Howard LM, Piot P, Stein A. No health without perinatal mental health. *Lancet* 2014; 384(9956): 1723-4.
8. Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Radestad I. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Archives of women's mental health* 2005; 8(2): 97-104.
9. Waldenström U. Kortare vårdtider och sämre omvårdnad. Barnafödande. 2019. www.bevisadnytta.se.
10. Waldenström U, Rudman A, Hildingsson I. Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2006; 85(5): 551-60.
11. Wiklund I, Matthiesen AS, Klang B, Ransjö-Arvidson AB. A comparative study in Stockholm, Sweden of labour outcome and women's perceptions of being referred in labour. *Midwifery* 2002; 18(3): 193-9.
12. Johansson I. Brist på barnmorskor vid alla förlossningskliniker. Mitt i Stockholm 2017.
13. Education M. Risks associated with cesarean delivery. <https://www.medscape.org/viewarticle>.
14. Snaprud P. Kejsarsnitt ger sämre tarmflora.. <https://fof.se/tidning/2013/9/artikel/kejsarsnitt-ger-samre-tarmflora>.
15. Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. *The Cochrane database of systematic reviews* 2012; (8): CD000012.

Intressegrupper inom SFOG

Mödrahälsovårdsöverläkargruppen

Ordförande

Anna Bäckström
Region Västernorrland
modrahalsovardsoverlakare@rvn.se

Sekreterare

Birgitta Segeblad
Region Uppsala
birgitta.segeblad@akademiska.se

Obstetriker och gynekologer under utbildning (OGU)

Ordförande

Elin Svensk
KK, Sundsvalls sjukhus
elin.svensk@rvn.se

Sekreterare

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

Privatgynekologerna

Ordförande

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

Sekreterare

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

Kassör

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

Webmaster

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

Arbets- och Referensgrupperna inom SFOG

Benign (gyn)Kirurgi, BENK-ARG

Ordförande: Sophia Ehrström

Sophia.ehrstrom@ultragyn.se

Sekreterare: Klara Hasselrot

klara.hasselrot@ki.se

Cervixcancerprevention, C-ARG

Ordförande: Kristina Elfgrén

PO Gynekologi och Reproduktion,

Karolinska Universitetssjukhuset

Stockholm

Tel: 08-585 875 28

kristina.elfgren@sll.se

Sekreterare: Cecilia Kärrberg

Kvinnosjukvård, Sahlgrenska

Universitetssjukhuset, Göteborg

cecilia.karrberg@vgregion.se

Endokrin-ARG

Ordförande: Alkistis Skalkidou

Akademiska Sjukhuset, Uppsala

Tel: 076-206 85 82

alkistis.skalkidou@kbh.uu.se

Sekreterare:

Angelica Lindén-Hirschberg

Karolinska Universitetssjukhuset

Stockholm

angelica.linden-hirschberg

@karolinska.se

Endometrios-ARG

Ordförande: Anna-Sofia Melin

Capio Gynekologi Globen, Stockholm

anna-sofia.melin@capio.se

Sekreterare: Måns Palmstierna

Sollefteå

eclecticus@gmail.com

Etik-ARG

Ordförande: Ingrid Bergelin

Kvinnosjukvården Dalarna

Tel: 0250-49 30 00

ingrid.bergelin@ltdalarna.se

Kontaktpersoner:

Ann-Kristin Rönnerberg

Universitetssjukhuset Örebro

ann-kristin.ronnerberg@

regionorebrolan.se

Kristina Pettersson

kristina.a.pettersson@sll.se

Evidens-ARG

Ordförande: Annika Strandell

SU/Sahlgrenska, Göteborg

Tel: 0700-90 44-54

annika.strandell@vgregion.se

Sekreterare: Sissel Saltvedt

Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

Tel: 08-517 700 00

sissel.saltvedt@sll.se

Familjeplanering, FARG

Ordförande:

Kristina Gemzell-Danielsson

Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

Tel: 08-524 800 00

kristina.gemzell@ki.se

Sekreterare: Helena Kopp-Kallner

Danderyds sjukhus, Stockholm

Tel: 070-440 20 70

helena.kopp-kallner@ki.se

Fert-ARG

Ordförande: Elizabeth Nedstrand

KK Universitetssjukhuset Linköping

elizabeth.nedstrand@

regionostergotland.se

Sekreterare: Thomas Brodin

Carl von Linnékliniken, Uppsala

thomas.brodin@linne.se

Global-ARG

Ordförande: Birgitta Essén

Akademiska Sjukhuset, Uppsala

birgitta.essen@kbh.uu

Sekreterare: Mikael Algovik

global-ARG@telia.com

Hem-ARG

Ordförande: Maria Revelj

Sahlgrenska Universitetssjukhuset/

Östra sjukhuset, Göteborg

Tel: 031-342 10 00

maria.revelj@vgregion.se

Sekreterare: Gustaf Biasoletto

Sahlgrenska Universitetssjukhuset/

Östra sjukhuset, Göteborg

Tel: 031-343 63 61

gustaf.biasoletto@gmail.com

Mödramortalitet, Mm-ARG

Ordförande: Sissel Saltvedt

Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

Tel: 072-711 51 61

sissel.saltvedt@sll.se

Sekreterare: Lisa Parén

Östra sjukhuset, Göteborg

Tel: 0709-27 81 56

lisa.paren@vgregion.se

Perinatal-ARG

Ordförande: Karin Pettersson

Karolinska Universitetssjukhuset,

Huddinge

Tel: 08-585 875 36

karin.pettersson@karolinska.se

Sekreterare: Marie Blomberg

KK, Universitetssjukhuset, Linköping

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

marie.blomberg@regionostergotland.se

Preeklampsi-ARG

Ordförande: Lina Bergman

Falu Lasarett, Falun

Tel: 023-49 20 00

lina.bergman@ltdalarna.se

Sekreterare: Eva Östlund

eva.e.ostlund@sll.se

POS-ARG

Ordförande: Lena Moegelin

KK, Södersjukhuset, Stockholm

Tel: 08-616 10 10

lena.moegelin@sll

lena.moegelin@sodersjukhuset.se

Sekreterare: Eva Henning

KK, Sundsvalls sjukhus

eva.henning@rvn.se

Robson-ARG

Ordförande: Lars Ladfors

Göteborg

lars.ladfors@sfog.se

Sekreterare: Sophia Brismar

Danderyd

sophia.brismar-wendel@ds.se

Ton-ARG

Ordförande: Pia Jakobsson Kruse
Södersjukhuset, Stockholm
Tel: 08-616 41 50. Mob: 073-9145205
pia.jakobsson-kruse@sll.se
Sekreterare: Ann-Chistine Nilsson
Örebro
ann-christine.nilsson@regionorebrolan.se

Tumör-ARG

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

Ultra-ARG

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

Ur-ARG

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

Vulv-ARG

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

Arbets- och Referens-Grupp-Utvecklings-Samordnare

ARGUS

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

SFOG-Kansliet

Diana Mickels • Jessica Hortelius
Klara Östra Kyrkogata 10
111 52 Stockholm
Tel: 08-440 01 75
kansliet@sfog.se • www.sfog.se

SFOG

MEDLEMSANSÖKAN

www.sfog.se

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

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

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

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

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

För specialister som är medlemmar i SFOG anordnas fortbildningskurser.

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

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

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