

# Medlemsbladet 4

2015

NR



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



***Referat från SFOG-veckan***

***Graviditetsregistret  
äntligen igång!***

***Kikhosta ökar***

## MEDLEMSBLADET

Ansvarig utgivare: Anna Ackefors

Tel: 0155-24 50 00

Layout: Moniqa Frisell

All korrespondens ställs till föreningen:

SFOG-Kansliet, Drottninggatan 55, 2 tr

111 21 Stockholm

Tel: 08-440 01 75

Susanne Lundin

E-post: kansliet@sfog.se

Internet: www.sfog.se

Annonser: Anna Ackefors

E-post: anna.ackefors@sfog.se

Platsannonser hemsidan: kansliet@sfog.se

SFOG:s styrelse 2014:

**Ordförande:** Lotti Helström

KK, Södersjukhuset

Tel: 08-616 10 00

E-post: lotti.helstrom@sfog.se

**Vice ordförande:** Andreas Herbst

VO Kvinnosjukvård, Skånes Universitetssjukhus

Tel: 040-33 20 86

E-post: andreas.herbst@sfog.se

**Facklig sekreterare:**

Helena Kopp Kallner

Tel: 070-440 20 70

E-post: helena.kopp-kallner@ki.se

**Skattmästare:** Bengt Karlsson

KK, Sjukhuset Varberg

Tel: 0340-48 12 56

E-post: bengt.karlsson@sfog.se

**Vetenskaplig sekreterare:** Annika Strandell

KK, SU/Sahlgrenska

Tel: 0700-90 44 54

E-post: annika.strandell@vgregion.se

**ARGUS:** Matts Olovsson

KK, Akademiska sjukhuset, Uppsala

111 21 Stockholm • Tel: 018-611 57 51

E-post: matts.lovsson@kbh.uu.se

**Utbildningssekreterare:** Jan Brynhildsen

Kvinnokliniken, Linköpings Universitetssjukhus

Tel: 013-22 20 00

E-post: jan.brynhildsen@regionostergotland.se

**Redaktör för Medlemsbladet:**

Anna Ackefors

KK, Nyköpings lasarett

Tel: 0155-24 50 00

E-post: anna.ackefors@sfog.se

**Ledamot/Webbansvarig:** Lars Ladfors

Kvinnokliniken, SU/Sahlgrenska Östra

Tel: 031-343 57 34

E-post: lars.ladfors@sfog.se

**Ledamot:** Anna Pohjanen

Kvinnosjukvården Norrbotten

Sunderby sjukhus

Tel: 0920-28 20 00. Fax: 092-28 32 90

E-post: anna.pohjanen@nll.se

**Ledamot/Yngre representant:** Mahsa Nordqvist

KK, SU/Sahlgrenska Östra

Tel: 031-343 40 00

E-post: mahsa.mohammadi.khoshoi@vgregion.se

Tryck: Elanders

ISSN 0284-8031

## — Ordförande har ordet —



### Kära medlemmar!

Hujedamej vilken SFOG-vecka! Helt fantastisk. Jönköping och Linköping hade gjort ett strålande program, såväl vetenskapligt som socialt. Läget vid Mullsjön var så fint att vi trots det lite kyliga vädret då och då kunde sitta ute. Den omfattande utställningen var belägen så att alla lätt kunde komma fram och prata med representanterna. Lokalerna för det digra, breda och informativa programmet var idealiska. Det sociala programmet var storslaget och alldeles lagom, inte för mycket, så att vi hann med att träffa varandra, prata och dansa så mycket vi ville. Tack Birgitta Borg Gustafsson med din fina stab, Mats Hammar och hela Linköping! Och tack för alla fina bidrag med posters och föredrag! I år delade vi också för första gången ut ACTA prize, denna gång till bästa ST-projekt (se även vetenskapliga sekreterarens krönika). Nästa års möte i Örebro har utlovats att bli ännu bättre!

Mötet liksom styrelsearbetet har fortfarande utbildningsfrågorna överst på agendan, hur ST-utbildningen skall säkras. AR-grupperna har engagerats och vi har mött entusiasm och kreativitet när

vi bett om hjälp med utformandet av kurser. Hoppas nu bara att klinikerna kan frigöra folket så att processen går så snabbt som möjligt. Verksamhetscheferna har lovat!

Vi försöker också att hålla reda på våra medlemmar, och särskilt de som går under utbildning. Hjälp gärna till på kliniken och besvara vår förfrågan om ST-läkarnas utbildningsbehov och med aktuella adressuppgifter till våra register!

Snart är det riksstämman och nytt för i år är att medlemmar i Svenska Läkarsällskapet går in gratis igen efter några år med avgift även för medlemmar. Skynda att boka, det är ett fint och brett program, och vi behöver alla lära av varandra. [www.sls.se/Riksstamman](http://www.sls.se/Riksstamman)

Kom också ihåg att det nästa sommar är dags att bege sig Helsingfors i försommarsvädret för att avnjuta NFOG kongressen 13-15 juni. [www.nfog.org](http://www.nfog.org)

Nästa gång vi ses blir dock i Uppsala på vintermötet den 29:e januari 2016, Uppsala konsert och kongress i konserthuset mitt i staden. Väl mött där!

*Lotti Helström*

## I DETTA NUMMER

Protokoll fört vid årsmöte för SFOG	5
Protokoll RIKS-ARG	7
Redogörelser från Arbets- och Referensgrupperna	9
Pristagare under SFOG-veckan i Jönköping	17
SFOG-veckan i Jönköping 2015	18
OGUs ordförande informerar	23
Nordic OBGYN training – are we good enough?	24
Specialisttentan i Göteborg	26
ENTOG utbytet i Nederländerna, juni 2015	28
Patientinformation om APC-resistens	30
Graviditetsregistret är nu äntligen igång!	31
Kikhosta ökar och spädbarn är den mest utsatta gruppen	33
Postoperativ antibiotikaanvändning efter gynoperationer	36
ST-arbeten	38



### Hej alla SFOG-medlemmar!

Vad är nytt på den vetenskapliga fronten inom SFOG? Den största händelsen är bildandet av SNAKS; Svenskt nätverk för Nationella Kliniska Studier inom Ob/Gyn. Sedan 2014 finns det en styrgrupp och ett nätverk av kontaktpersoner. Nu är det 35 kliniker som har gått med i nätverket och vill vara med och bidra till att göra bra studier och få en mer evidensbaserad vård. Fantastiskt! Vilket brett gensvar! En eller två kontaktpersoner på varje klinik kommer kontinuerligt att informeras om vilka studier som är på gång, de sprider informationen vidare på sin klinik. Vissa studier kommer att lämpa sig för ett fåtal kliniker att medverka i medan andra passar för samtliga kliniker.

Först ut att starta är en studie i GynOp-registret. Den handlar om rökstopp inför operation och kommer att engagera merparten av opererande kliniker. Den är helt integrerad i GynOp-registret och testar funktionen att randomisera direkt i registret innan operation. Detta är en ny studiedesign som kallas R-RCT (register-randomised controlled trial). Det svenska kvalitetsregistret för kardiovaskulär sjukdom, SWEDEHEART, har varit banbrytande i introduktionen av R-RCT, som kombinerar det bästa av observationsstudier och randomiserade prövningar.

Inom obstetrik startar Överburenhetsstudien. Det är en RCT som jämför induktion vid 41 respektive 42 fulla veckor. Det primära kombinerade utfallet inkluderar neonatal död och svår neonatal morbiditet. Det krävs förstås en stor multicenterstudie för att kunna studera frågan om den optimala tidpunkten för induktion vid överburenhet. Alla universitetskliniker jämte ytterligare några kliniker medverkar. Vi hoppas att fler kliniker kommer att ansluta när rekryte-

ringen är igång. Även i denna studie kommer register att spela en stor roll. Både Graviditetsregistret och Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister (SNQ) kommer att användas för datainsamlingen.

Detta är bara början. Vilka studier ska SNAKS engagera sig i? Framför allt de studier som kräver stora material från flera kliniker. Har du en klinisk fråga som söker ett svar? Hör av dig till SNAKS styrgrupp och bolla idén. Är du klinisk forskare och behöver stora material? SNAKS hjälper dig med kontakter i det nationella nätverket. På [www.sfog.se](http://www.sfog.se) finns SNAKS under både flikarna Forskning respektive ARG & IG (Arbets- och intressegrupper). Där hittar du kontaktinformation. Eller prata med kontaktpersonen på din klinik. Om du inte vet vem det är borde chefen informera bättre.

SFOG-veckan gick av stapeln i Jönköping, där vi hade nöjet att husera i ett nybyggt kulturhus med utsikt över Munksjön. Linköpings universitet ansvarade för det vetenskapliga programmet, som hade många höjdpunkter. Vi fick ta del av det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete som drivits i regionen med stor framgång, vilket bland annat avspeglar sig i en förlossningsvård med hög kvalitet och låg sectiofrekvens.

En numera återkommande punkt är presentation och diskussion av nya SFOG-riktlinjer. Ultra-ARG har arbetat med "Fosterdiagnostik med NIPT" (non-invasive prenatal testing), baserat på en Alert-rapport från SBU. Förslaget kommer att innebära stora förändringar för många landsting och det blir intressant att följa hur det kommer att implementeras över landet. Perinatal-ARG presenterade "Induktion av förlossning". Den innehöll terapeirekommendationer som orsakade en hel del debatt. Båda rikt-

linjerna finns som preliminära versioner att läsa på hemsidan under fliken Råd & riktlinjer/SFOG riktlinjer. Färdiga versioner publiceras under hösten. Andra riktlinjearbeten som pågår är Behandling vid upprepede missfall och Rh-immunisering.

Som traditionen bjuder delade SFOG delade ut priser för bästa fria föredrag och poster. Läs mer om pristagarna på annan plats i denna tidning. Nytt för i år var ACTA prize. Det är instiftat av NFOG och ACTA, delas ut i varje nordiskt land vid respektive förenings årliga möte och avser att stimulera till att publicera sig. Gärna i ACTA! SFOG valde att premiera ST-läkarna och två nyblivna specialister fick dela på det första ACTA prize. Vilka som fick priset kan du läsa på sidan 17.

Det vetenskapliga året avslutas med Riksstämman. Numera alltid i Stockholm, kan en göteborgare sucka. Men läget på Waterfront är optimalt och programmet bjuder på många höjdpunkter. Framför allt är det en arena för tvärdisciplinärt utbyte och utbildning där även SFOG bidrar. Marie Bixo ansvarar för symposiet Ny behandlingsstrategi vid PMDS (premenstruellt dysforiskt syndrom). Helena Kopp Kallner håller i kursen Preventivmedlens betydelse för hälsa - viktig kunskap inte bara för gynekologen, som riktar sig till ST-läkare i både gynekologi och allmän medicin. En glad nyhet är att Svenska Läkaresällskapet återinfört fritt inträde för medlemmar. Det gäller vid anmälan fram till och med den 15/11 2015. Datum för Riksstämman är 3 - 4 december.

Fram till dess önskar jag er alla en härlig höst!

Annika Strandell

## REDAKTÖRENS RUTA

### Hej alla ST-studierektorer!

Under SFOG-veckan träffades studierektorsnätverket SNÄV under några intensiva timmar. Vi fick diskutera och ta del av mycket bra information bland annat från SPUR samordnare Verena Sengpiel och utbildningssekreterare Jan Brynhildsen som berättade om SFOGs satsning på kurser för ST-läkare.

Om du inte finns med på listan över studierektorer eller någon annan på kliniken tagit över maila [sofie.graner@karolinska.se](mailto:sofie.graner@karolinska.se). Nästa möte är i Stockholm kl 10-15 14/1 2016. Mer information hittar du på: [sfog.se/start/arg-ig/intressegrupper-ig/st-studierektorer/start/](http://sfog.se/start/arg-ig/intressegrupper-ig/st-studierektorer/start/)

Hälsar *Anna Ackefors*

Studierektor och Er redaktör

### Följande tider gäller för medlemsbladet 2015:

Nr	Deadline	Utkommer
5	2 november	vecka 49

Manus skickas via mail till:

Redaktör Anna Ackefors

E-post: [anna.ackefors@sfog.se](mailto:anna.ackefors@sfog.se)

Kvinnokliniken Nyköping • 611 85 Nyköping

Telefon: 0155-24 50 00 sök via vx alt direkt 0155-24 50 80

Adressändring skall göras till:

SFOG-Kansliet • Drottninggatan 55 • 111 21 Stockholm

eller [kansliet@sfog.se](mailto:kansliet@sfog.se)

## Nya medlemmar

Dalia Abdul-Kareem, Helsingborg

Agnes Edling, Uppsala

Linnéa Ekström, Skövde

Andreas Falaris, Växjö

Filip Herbst, Halmstad

Anna Igerud, Linköping

Oscar Lührs, Lund

Simona Negri, Umeå

Oskar Nydahl, Västervik

Fanny Palmgren, Luleå

Ivika Palu, Stockholm

Anders Royton, Göteborg

Marcus Sjöholm, Blentarp

Ylva Torborg, Malmö

Caisa Viberg, Sundsvall

Lisa Vinnerljund, Hudiksvall



# Protokoll fört vid årsmöte för Svensk förening för Obsterik och Gynekologi (SFOG)

Onsdag den 26:e augusti 2015 i Jönköping

## 1. Mötet öppnades

## 2. Val av ordförande och justeringsperson

Birgitta Gustavsson Borg valdes till ordförande och till justeringspersoner valdes Johan Skoglund och Ulrika Laurelii.

## 3. Styrelsens verksamhetsberättelse

Nuvarande ordförande Lotti Helström föredrog styrelsens verksamhetsberättelse för 2014 vilken publicerats i Medlemsbladet och på hemsidan.

## 4. Skattmästarens ekonomiska redogörelse

Nuvarande Skattmästare 2015 Bengt Karlsson föredrog den ekonomiska redogörelsen för 2014 vilken publicerats i Medlemsbladet och på hemsidan. Budgeten för 2015 föredrogs.

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

Beslutades att fastställa årsavgift och ARG-abonnemang enligt förslag i budgeten.

## 6. Revisorernas berättelse

Revisorernas berättelse förevisades och revisorernas rekommendation lästes upp av mötesordförande i revisorerna Christer Eriksons (auktoriserad revisor) och Gerald Wallstersons (lekmannarevisor) frånvaro. Revisorerna tillstyrkte ansvarsfrihet för skattmästare och styrelse.

## 7. Fråga om ansvarsfrihet för styrelse och skattmästare

Beslutades att styrelsen för 2014 och skattmästaren för 2014 beviljas ansvarsfrihet.

## 8. Val av styrelseledamöter för 2015

Valberedningens förslag till styrelse för 2015 föredrogs av valberedningens ordförande Pia Teleman. Årsmötet valde Ellika Andolf till utbildningssekreterare (2 år) Liselott Andersson till redaktör för medlemsbladet (2 år) Kristina Nordqvist till övrig ledamot (2 år) Paulina Arntyr Hellgren till OGU-representant (2 år) Matts Olovsson till ARGUS för ytterligare 1 år.

## 9. Val av två revisorer jämte revisorssuppleant

Valberedningens ordförande Pia Teleman föredrog valberedningens förslag till revisorer och revisorssuppleanter. Årsmötet valde Christer Eriksson till auktoriserad revisor och Gerald Wallsterson till lekmannarevisor samt Anne Ekeryd-Andalen till revisorssuppleant.

## 10. Val av valberedning

Årsmötet valde Pia Teleman (sammankallande), Birgitta Essén och Anna Bäckström

## 11. Avtackning av styrelseledamöter

Anna Ackefors, Jan Brynhildsen, Anna Pohjanen och Mahsa Nordqvist avtackades.

## 12. Ändring av stadgar

SFOGs ordförande Lotti Helström föredrog bakgrunden till föreslagna stadgeändringar att beslutas om i första omgången för att stå för fastställande på nästa årsmöte. Stadgeändringsförslag lästes upp vid sittande möte av mötets ordförande Birgitta Gustavsson Borg innan beslut. Årsmötet Godkände föreslagna stadgeändringar i en första omgång för slutlig fastställande på nästa årsmöte.

## 13. Information om utbildning, specialistexamen och subspecialistexamen

Utbildningssekreterare Jan Brynhildsen föredrog specialist- och subspecialist examen. De nyblivna specialisterna och subspecialisterna steg upp på scenen för att mottaga församlingens beundran, applåder och jubel. Därefter föredrog Jan Brynhildsen utbildningsnämndens verksamhetsberättelse för 2014 vilken publicerats i Medlemsbladet och på hemsidan.

## 14. OGU-Information

Mahsa Nordqvist föredrog OGU:s verksamhetsberättelse vilken publicerats i Medlemsbladet och på hemsidan.

## 15. Information om ARG-verksamheten

ARGUS Matts Olovsson föredrog ARG-verksamheten vilken publicerats i Medlemsbladet och på hemsidan.

## 16. Berndt Kjessler-pristagare 2015

Lotti Helström presenterade årets Berndt Kjessler-pristagare Marie Blomberg.

## 17. Information om kanslifunktionen

SFOGs nya kanslist Diana Mickels presenterades av Lotti Helström.

## 18. Information från NFOG, EBCOG och FIGO

Lotti Helström föredrog samarbetet med ovanstående organisationer. Professor Oskari Heikinheimo presenterade NFOG-kongressen 2016 i Helsingfors.

## 19. SFOG-veckor 2017 och 2018

Lotti Helström föredrog att SFOG-veckan 2017 kommer att anordnas av Karolinska Institutet av Stockholm/Gotland och kommer att äga rum i Stockholm.

SFOG-veckan 2018 kommer att anordnas av Uppsala Akademiska Sjukhus/Uppsala Universitet och kommer att äga rum i Uppsala

SFOG-veckan 2016 anordnas av Örebro och presenterades av arrangörerna vid sittande möte.

## 20. Tid och plats för nästa möte under SFOG-veckan 2016

Datum för nästa möte är under SFOG-veckan v 35 2016.

## 20. Mötet avslutas

Mötet förklarades avslutat av mötets ordförande Birgitta Gustavsson Borg.

*Birgitta Gustavsson Borg*

Ordförande vid mötet

*Lotti Helström*

Ordförande SFOG

Vid pennan

*Helena Kopp Kallner*

Facklig sekreterare, SFOG

Justeras

*Johan Skoglund*

Justeras

*Ulrika Laurelii*

# Protokoll RIKS-ARG

Jönköping 2015

*Närvarande:* Matts Olovsson (ARGUS), Jan Brynhildsen (utbildningssekreterare SFOG), Lotti Helström (ordf SFOG), Andreas Herbst (vice ordf SFOG) Helena Kopp Kallner (FARG, facklig sekr SFOG), Annika Strandell (vetenskaplig sekr SFOG), Mahsa Nordqvist (OGU-ordf), Lina Bergman (OGU), (Pos-ARG), Alkistis Skalkidou (Endokrin-ARG), Karin Pettersson (Perinatal-ARG), Nina Bohm-Starke (Vulv-ARG), Christina Rydberg (Vulv-ARG), Greta Edelstam (Endometriosis-ARG), Lars Ladfors (Robson-ARG), Birgitta Essén (MM-ARG och Global-ARG), Kristina Elfgren (C-ARG), Claudia Bruss (Etik-ARG), Marie Söderberg (UR-ARG), PG Larsson (MIG-ARG), Emelie Ottosson (Ultra-ARG), Åsa Magnusson (Fert-ARG), Kjell Wänggren (Fert-ARG), Ragnhild Hjertberg (Hem-ARG), Gisela Wegnelius (Hem-ARG), Anke Zbikowski (Pos-ARG)

## Godkännande av föregående protokoll

Det godkändes och de frågor som bör diskuteras igen tas upp under pågående möte.

## Verksamhetsberättelse ARGUS

Två ARG-rapporter på gång att publiceras; Endometriosis (Endometriosis-ARG) och Erythrocyttimmunisering under graviditet (Perinatal-ARG).

## Kommande ARG-rapporter

UR-ARG kommer att publiceras 2015 möjligen 2016, Pos-ARG hoppas blir klar 2016, Ultra-ARG ev 2016, Inducerad abort (bör bli klar 2016), Mhöl-gruppen oklar tidsplan, Tumör-ARG oklar tidsplan

## Lagerläge ARG-rapporter

Det finns gott om de senaste rapporterna.

## Arbete med ARG-rapporter

ARGUS går igenom hur en ARG-rapport

framställs då det varit mycket jobb då författare ej följt instruktionerna.

## SFOG-riktlinjer

- De äldsta riktlinjen är Hem-ARGs riktlinje om trombosprofylax vid IVF. Den uppdateras nu.
- Tyroideasjukdom i samband med graviditet är ej aktuell för revision.
- Gränsvärden för gravdiabetes. Perinatal-ARG har ej varit med vid skrivandet av rapporten och man har varit mycket kritiska, men den kommer att publiceras som en riktlinje.
- Ultraljudsmarkörer i andra trimestern för trisomi 21 och 18 skall revideras.
- Fosterdiagnostik med NIPT (arbete pågår).
- Induktion av förlossning (skall diskuteras denna vecka).
- Behandling vid upprepade missfall (arbete pågår).
- Progesteronbehandling vid hotande prematuritet (Perinatal-ARG skall arbeta med nordiska riktlinjer och man återkommer kring detta).
- Graviditetsimmunisering (oklar tidsplan).
- Det diskuterades om C-ARG skall skriva nya riktlinjer då man jobbar med nationellt vårdprogram för HPV-screening. Togs emot positivt.

## Kortfattade presentationer av höjdpunkterna i varje AR-grupps årsrapport, se nedan.

## SK-kurser

- Jan Brynhildsen föredrog nya kursplanen för ST inom Ob/Gyn. Det är 11 specialitetsspecifika kursämnen inom Ob/Gyn. Socialstyrelsen har fastställt dessa men tar inget ansvar för att behovet tillgodoses. SFOG har därför beslutat ta över ansvaret för att kursbehovet tillgodoses enligt modell från Svensk Kirurgisk Förening. Jan Brynhildsen föredrog att det blir AR-

gruppernas ansvar att ordna kurser för de kursämnen som ligger inom deras respektive ansvarsområde.

- Det är omkring 80 ST-läkare i varje "årskull" varför man behöver ha ca 2-3 kurser per år inom ämnet. Varje ST-läkare får en personlig kursplan och går 1-2 kurser per år vilket gör att alla kommer att ha gått sina kurser när deras ST är klar. På så vis blir systemet förutsägbart för individen, kliniken och kursgivarna.
- Vissa farhågor togs upp såsom att man inte kommer att mäta med att organisera kurser för både ST-läkare och specialister. Vissa lokala utbildningar kanske kan göras nationella och annonseras som SFOG-kurs. Även möjligheten till e-learning togs också upp med interaktiva moment, till exempel webbaserat material som ska läsas in innan kursen och sedan diagnostiskt test i början av kursen vilket man har på en del av kirurgernas kurser.
- Det påtalades vikten av att verksamhetschefen måste bevilja tid för att planera kurser.
- Diana Mickels som skall administrera SFOG-kurserna framgent presenterades på mötet.
- Om man har kursgivare som inte är anställda kan de fakturera SFOG för deltagande i kursadministrationen.

## Etik-ARG

Nuvarande ordförande Claudia Bruss vill kliva av. Det är få aktiva och frågan är om AR-gruppen skall läggas på is. Det finns aktuella frågor såsom NIPT och surrogatmödraskap. De bestämdes att lägga ut på hemsidan att man söker intresserade som kan ingå och engageras sig. Etik-ARG läggs i vila till dess frågor dyker upp. Sekreteraren i gruppen finns kvar. Alla var överens om att gruppen måste finnas kvar.

## **MIG-ARG**

Skall man lägga ner MIG-ARG. Man har inte haft någon aktiv grupp på flera år. De beslöt att lägga ner MIG-ARG.

## **Subvention av antikonception**

TLVs ändrade inställning till preventivmedel som ingår i subventionen där man numera tar hänsyn till positiva hälsoeffekter och till typisk användning.

## **ARGUS ekonomi**

Det finns pengar att söka för att anordna internat för att skriva ARG-rapporter och utarbeta kursplan. Inom Stiftelsen för utbildning och forskning inom ämnesområdet de kvinnliga och manliga övergångsåren finns avsatt 200 000 kr för arbete med SFOG-riktlinjer och ARG-rapporter samt 200 000 kr för arbete med de nya ST-kurserna. ARGUS har också 100 000 kr avsatt i SFOGs budget för att stötta AR-gruppernas verk-

samhet. För att nyttja dessa medel krävs ansökan till ARGUS i god tid före aktiviteten där det i budget eller liknande klart ska framgå vad medlen ska användas till. Det avsätts som vanligt 5000 kr per AR-grupp för "kaffepengar". Föredrogs hur man söker pengar.

## **Nästa RIKS-ARG**

30/8 under SFOG-veckan i Örebro.

## **NFOG-fonden**

Glöm inte möjligheten att söka!

## **Remissvar**

Om remisser går direkt till AR-grupperna så är det viktigt att svaren ska godkännas av SFOGs styrelse.

## **Påminnelse om att alla aktiva i en AR-grupp ska lämna jävsdeklaration**

Med aktiv menas de som är med på möten, deltar i mailkonversation samt är

med i arbete med till exempel ARG-rapporter eller SFOG-riktlinjer. Jävsdeklarationerna skickas till ARGUS som granskar och skickar vidare till kansliet för arkivering. Ändras förhållandena ska ny deklaration skickas in.

## **Övriga frågor**

Hem-ARG undrar om sponsrat symposium. SFOGs styrelse är inte tillfrågad trots att loggan står med på annonsbladet.

Ordförande

ARGUS *Matts Olovsson*

Sekreterare vid mötet

*Helena Kopp Kallner*

SFOGs fackliga sekreterare, sekr FARG



# Redogörelser från Arbets- och Referensgrupperna (ARG) 2014-2015

## C-ARG (Cervixcancerprevention)

Ordförande: Kristina Elfgrén  
Sekreterare: Pia Collberg

Arbetsgruppen har under året utökats med ett flertal nya medlemmar och vi behöver numera alltid de större lokalerna på Läkarsällskapet - roligt. C-ARGs medlemmar fortsätter arbetet med organisation och genomförande av cervixcancerprevention både vad gäller screening och vaccination.

Den inför framtiden viktigaste frågan under året har varit att på SoS initiativ att utreda HPV-testning som metod för primärscreening i programmet för cervixcancerprevention. Björn Strander var ordförande i SoS expertgrupp och flera av C-ARGs medlemmar har deltagit i arbetet som utförts enligt SoS generiska modell för utvärdering av nationella screeningprogram. Remissvar på SoS förslag har formulerats av C-ARG och vidarebefordrats efter beslut i SFOGs styrelse. Ett vårdprogramarbete har påbörjats inför övergången till primärscreening baserad på analys av högrisk-HPV. Flera av C-ARGs medlemmar har vara aktiva i detta arbete.

Kliniska handlägningsfrågor diskuteras kontinuerligt vid våra möten och vissa av frågorna kan besvaras med god evidens, baserad på svenska data utifrån Nationella Kvalitetsregistrets, NKCxs, auditarbete. I år har frågorna om utvidgning av screeningen till 64 år samt ny rekommendation för handläggning av ASCUS/CIN 1 hos kvinnor 23-27 år diskuterats på C-ARGs möten. Handläggning av dysplasier under graviditet har diskuterats efter presentation av

Cecilia Kjærberg som nyligen försvarade sin doktorsavhandling i ämnet.

C-ARG får regelbundet rapporter från den nationella gruppen för cervixcancerprevention, NACx [www.cancercentrum.se/nacx](http://www.cancercentrum.se/nacx) där Björn Strander är ordförande och Bengt Andrae och Pia Collberg är utsedda som representanter för sina respektive regioner. Nya frågor väcks av C-ARGs medlemmar och tas tillbaka till NACx som arbetar med att klarlägga lokala strukturer och skapa en nationell likriktning av insatser inom hela vårdkedjan. Flera medlemmar har bidragit i SKLs arbete med att ta fram mallar för nationell GCK-kallelse och svar, som nu är under implementering. NACx har bildat en styrgrupp för det Nationella kvalitetsregistret för cervixcancerprevention, NKCx, [www.NKCx.se](http://www.NKCx.se) som också har representanter i SFOGs kvalitetsnämnd.

Till stöd för det nationella arbetet finns även Equalis Expertgrupp för cervixcancerprevention, som arbetar med kvalitetssäkring och kvalitetsmått, där flera av C-ARGs medlemmar deltar. Under året har processregistret i NKCx, den så kallade Cytburken, introducerats i Jönköping, Kalmar och Östergötland och ytterligare ett tiotal landsting står på tur. Sedan tidigare används cytburken i tre landsting/ regioner. Förhoppningen är att alla landsting skall vara anslutna före slutet av 2016. Diskussionerna i C-ARG utgör en viktig bas för registrets användning som beslutsstöd.

Samarbetet med HPV-nätverket har fortsatt och i maj 2015 arrangerades ett möte på Karolinska/Huddinge i Stockholm där många av C-ARGs medlemmar deltog både som föredragshållare och

aktiv publik. Mötet var mycket intressant och välbesökt med deltagarrekorde från hela landet.

C-ARG tar på sig funktionen att utgöra basen för Svensk kolposkopisk förening och C-ARGs medlemmar blir med automatik medlemmar när man betalat medlemsavgift som avser kolposkopiföreningen.

Många medlemmar har deltagit aktivt på den internationella HPV konferensen IPV i Seattle aug 2014 samt Eurogin i Sevilla februari 2015.

På mötet i januari avtackades Bengt Andrae efter nästan 15 år som ordförande. Ann Edblad Svensson kommer att efterträda Bengt som webbansvarig under kommande år.

## ENDOKRIN-ARG (Endokrinologi)

Ordförande: Alkistis Skalkidou  
Sekreterare: Angelica Linden-Hirschberg

Under det gångna verksamhetsåret har Endokrin-ARG haft två möten (17 november 2014 samt 5 februari 2015). Riktlinjedokumentet angående "Diagnos och handläggning av tyreoidesjukdomar under graviditet och postpartum" diskuterades vid och efter SFOG-veckan i Varberg. Vid ett särskilt möte med representanter från Mhöl-gruppen, nåddes konsensus och dokumentet publicerades på SFOGs hemsida i december 2014. Det planeras också ett inlägg i Läkartidningen om de i Sverige och internationellt pågående funderingarna.

En annan fråga som diskuteras aktivt inom gruppen är den ökande förfrågan efter preparat med mikroniserat progesteron. Diskussioner pågår inom gruppen

om fördelar och risker med naturligt progesteron/dydrogesteron i jämförelse med gestagen som tillägg till östrogenbehandling i klimakteriet. Marie Bixo och Angelica Lindén Hirschberg har skrivit ett inlägg till Läkartidningen om att i nuläget är bedömningen att det saknas evidens för att rekommendera mikroniserat progesteron framför traditionella preparat. Professor Torbjörn Bäckström bjöds in till diskussionerna. En potentiell nationell studie med syfte att jämföra naturligt progesteron i kombination med östrogen med gestagen plus östrogen vad gäller endometriesäkerhet diskuteras.

Endokrin-ARG fortsätter anordna SFOG-kursen "Gynekologisk Endokrinologi för ST-läkare" årligen.

Eva Innala avtackades som sekreterare. Till ny sekreterare i Endokrin-ARG valdes Angelica Lindén Hirschberg och som webbansvarig valdes Natalia Cruz.

Alkistis Skalkidou fortsätter som ordförande.

### **ENDOMETRIOS-ARG (Endometriosis)**

*Ordförande: Greta Edelstam*

*Sekreterare: Lollo Makdessi*

Under 2014 hade arbetsgruppen fyra möten varvid patientföreningen var representerad vid samtliga möten. Endometriosis blev uppmärksammat i media vid upprepade tillfällen under årets gång. Flera av gruppens deltagare var aktuella med intervjuer och uttalanden i media. Det blev tydligt att både allmänhet och politiker fått upp ögonen för sjukdomen. Vår skrivelse till socialstyrelsens generaldirektör med inbjudan till gruppen har resulterat i ett möte under 2015. Under 2014 ägde världskongressen om endometriosis rum i Sao Paolo. Deltagare från arbetsgruppen återrapporterade från

kongressen, ett uppskattat inslag för alla. Som tidigare höll flera i arbetsgruppen föreläsningar, både för patienter/anhöriga och vårdpersonal.

Endo-tåget med syfte att sprida mer information om endometriosis var väldigt efterfrågat.

Slutversionen av den uppdaterade versionen av Endometriosis ARG-rapporten skickades till gruppens medlemmar för kommentarer och godkännande. Rapporten har kompletterats med ett nytt kapitel om endometriosis och fertilitet som är väldigt angeläget. Rapporten förväntas komma i tryck under 2015.

SFOG-kursen om endometriosis i september 2014 var fulltecknad och mycket uppskattad. En del ändringar hade gjorts i programmet. En kompletterande SFOG-kurs om smärta och fertilitet planerades till 2015.

## ETIK-ARG

*Ordförande: Claudia Bruss*

*Sekreterare: Ingrid Bergelin*

Etik-ARG har under året varit med i riktlinjearbetet kring NIPT.

För övrigt har verksamhetsåret till största delen upptagits av arbete med att förbereda SFOG-kursen om att informera om fosterdiagnostik som vi höll i mitten på april 2015. Kursen fick överlag goda omdömen och behovet av ny kurs ansågs stort men några planer för en ny kurs finns för närvarande inte. Etik-ARG anser inte att det primärt är vårt ansvar att driva frågor om information kring fosterdiagnostik. Etik är dock en viktig del i frågan om och hur samhället erbjuder fosterdiagnostik och vi ser oss som en av aktörerna i arbetet med att ta fram en nationell information kring dessa frågor. Etik-ARG har skrivit till Mhöl-gruppen med förslag att bilda en arbetsgrupp.

I maj 2015 hade Etik-ARG ett möte, initierat av en SFOG-medlem, där vi diskuterade det etiska dilemma som kan uppstå kring aborter efter vecka 18, i och med allt bättre överlevnad för extremt prematura barn. Till mötet var neonatolog, obstetriker och representant för Socialstyrelsens rättsliga råd inbjudna för att belysa problemet. Mötet utmynnade i ett förslag att Rättslig rådets nuvarande praxis bör omvärderas. Skrivelse till SFOG styrelse i frågan är under utarbetande.

Arbetet med att utforma en bättre hemsida är fortfarande i sin linda, sekreteraren har varit på ett utbildningsmöte anordnat av SFOGs sekretariat.

Några förändringar i styrelsen har ej skett under året men ordförande har aviserat sin avgång.

## EVIDENS-ARG

### (Evidensbaserad medicin)

*Ordförande: Annika Strandell*

*Sekreterare: Sissel Saltvedt*

Evidens-ARG har som syfte att främja evidensbaserad medicin inom SFOG i allmänhet och att utgöra ett stöd för övriga AR-grupper i synnerhet. Verksamheten har varit fokuserad på kursverk-

samhet och under senare år på SFOG-riktlinjer. Arbetet drivs av få aktiva medlemmar. Antal medlemmar totalt är ca 15.

## SFOG-riktlinjer

Nya på hemsidan:

- Gränsvärden för graviditetsdiabetes – Stöd för beslut och behandling (Socialstyrelsen med medverkan av representanter från SFOG)

Två nya SFOG riktlinjer presenterades och diskuterades under SFOG-veckan i Jönköping:

- Induktion av förlossning (Perinatal-ARG)
- Fosterdiagnostik med NIPT (Non-Invasive Prenatal Test), (Ultra-ARG)

Under SFOG-veckan i Varberg presenterades och diskuterades två nya SFOG riktlinjer:

- Tyreoidasjukdom i samband med graviditet (Endokrin-ARG) publicerades under hösten 2014 på hemsidan.
- Ultraljudsmarkörer i andra trimestern för trisomi 21 och 18 (Ultra-ARG) finns på hemsidan, fortfarande i en preliminär version

Pågående riktlinjearbeten:

- Behandling vid upprepade missfall (Fert-ARG m.fl.)
  - Graviditetsimmunisering (Perinatal-ARG) planeras starta till hösten 2015.
- Den första SFOG riktlinjen ”Trombosprofylax vid IVF” är dags att uppdatera.

### EBM-kurs

Fortbildningskurser i evidensbaserad obstetrik och gynekologi har arrangerats 2001-2014. Arrangörer har växlat mellan kvinnoklinikerna på Sahlgrenska och Karolinska sjukhuset. F.n. ser vi över behovet av andra typer av kurser, såsom forskningsmetodik samt att skriva evidensbaserade guidelines.

### Stöd till AR-grupper

Evidens-ARG utgör en resurs för övriga AR-grupper och kan erbjuda visst stöd till grupper som arbetar med rapporter och SFOG riktlinjer. Under året har Evidens-ARG medverkat i flera av ovanstående riktlinjer.

### Evidens-ARGs framtid

Evidens-ARG har från början tillskapats

som en stödresurs för övriga AR-grupper och SFOG i stort. Hur länge det finns behov av att ha en särskild AR-grupp för evidensbaserad obstetrik och gynekologi bör fortlöpande diskuteras. Under de senaste åren har arbetet framför allt drivits i samband med projekt som arbetet med SFOG-riktlinjer och kursverksamhet. Frågan om evidensarbetet ska bedrivas i form av en AR-grupp har diskuterats av SFOGs styrelse, som 2013 föreslog oförändrat status tills vidare. Diskussionen bör återkomma.

## FARG (Familjeplanering)

*Ordförande: Kristina Gemzell Danielsson*

*Sekreterare: Helena Kopp-Kallner*

Under det gångna året har FARG haft två möten med dryga 40-50 deltagare vid varje möte vilket innebär att antalet fortsätter att stiga. På mötena kommer en blandning av gynekologer, barnmorskor och även kuratorer. Under året har fyra SFOG-kurser avhållits i FARGs regi, två antikonceptionskurser och en abortkurs samt en kurs i ultraljudsdiagnostik inom abortvården för framförallt barnmorskor som arbetar i abortvård. Här är FARG delarrangör med Ultra-ARG. I samband med Riksstämman arrangerade FARG en SK-kurs om hälsoeffekter av antikonception som riktar sig till både allmänmedicinare och gynekologer. Denna kurs kommer att ges igen i samband med Riksstämman. Inför Riksstämman 2015 kommer vi att göra betydligt mera reklam och påtala de områden som berörs (anemi, dysmenorré, PMS och cancer). FARG stod som medarrangör när SFOG och Barnmorskeförbundet hade sin gemensamma abortdag i Stockholm. Mötet var mycket välbesökt och kommer att anordnas igen under 2015.

Flera medlemmar i FARG arbetar fortsatt med att sprida kunskap om Läke-medelsverkets nya riktlinjer för antikonception. Riktlinjerna har nu börjat implementeras och vi ser förskrivning av kombinerade p-piller när 8 veckor efter förlossning har passerat även vid amning. Frågan om ungdomssubventionens form, storlek och berättigande har liksom andra

är varit aktuell. Företrädare för FARG har tillsammans med företrädare för SFOG och andra AR-grupper flitigt deltagit i debatten om TLVs kriterier för subvention. En hearing hölls också angående detta och under våren 2015 fattade slutligen TLV beslut om att hormonspiralen Jaydess skulle ingå i subventionen. Även generika med Etinylestradiol och Drospirenon ingår i subventionen sedan maj 2015. På initiativ av Mariann Hansson från Göteborg finns nu en uppdaterad lista över samtliga tillgängliga hormonella preventivmedel på FARGs hemsida och här ser man även vilka som ingår i subventionen. Listan skickas även ut till FARGs medlemmar då den uppdateras.

Det har även fortsatt att vara en livlig diskussion kring ett eventuellt abortregister där representanter från FARG varit aktiva i möten med politiker. Frågan kommer säkerligen att diskuteras vidare under 2015 och särskilt med anledning av att vår abortlagstiftning firar 40 år.

Under 2014 sänktes gränsen för abort med Rättliga rådets tillstånd till 21 veckor och 6 dagar.

Arbete har även fortgått med att utforma en gemensam preventivmedelsjournal och abortjournal. Här har vi haft hjälp av Carina Zetterberg från Socialstyrelsen som arbetat med att utforma landsövergripande journaler tidigare. Frågan har diskuterats och förslag på journalen har tagits upp på FARG-möte. Vi arbetar vidare med denna fråga.

Under 2015 kommer arbetet att påbörjas med att skriva en ny ARG-rapport om Inducerad abort då den gamla är inaktuell i flera kapitel.

### **FERT-ARG (Ofrivillig barnlöshet)**

*Ordförande: Britt Friberg t o m 2015-03-27. Därefter Kjell Wänggren.*

*Sekreterare: Åsa Magnusson.*

Ordinarie möten: 2014-10-08 på Läkarsällskapet i Stockholm, 2015-03-27 på SFOGs kansli, Drottninggatan, Stockholm.

Fert-ARG har besvarat en remiss från Justitiedepartementet gällande assisterad

befruktning till ensamstående kvinnor. Vi har även besvarat en remiss från SKL för harmonisering av reglerna för assisterad befruktning vid de olika landstingen i Sverige samt en remiss från Socialstyrelsen angående översyn av kursutbudet för ST-läkare. Fert-ARG har vidare bistått Endokrin-ARG med att utarbeta nationella riktlinjer för utredning och behandling av tyreoidesjukdom i samband med graviditet. Ett arbete har sedan startats inom Fert-ARG med att ta fram riktlinjer för handläggning av tyreoidesjukdom i samband med infertilitet. Vi arbetar även med att ta fram ett kunskapsunderlag gällande assisterad befruktning och risk för vertikal smitta av hepatit. Fert-ARG har tagit fram ett förslag till nationella riktlinjer för frysförvaring av obefruktade ägg på icke-medicinsk indikation, s.k. social freezing, och i samarbete med Perinatal-ARG utformat ett förslag till underlag för rådgivning till äldre kvinnor. Fert-ARG har representerat SFOG vid ett IFFS möte i München samt ett EATB (European Association of Tissue Boards) möte i Lund där frågan om ersättning till donatorer diskuterades. Fert-ARG har under 2014 tillsammans med SFOGs utbildningssekreterare examinerat 3 nya specialister i Reproduktionsmedicin. Britt Friberg avgick som ordförande i samband med Fert-ARG mötet 2015-03-27 där Kjell Wänggren sedan valdes till ny ordförande.

### **GLOBAL-ARG**

*Ordförande: Birgitta Essén*

*Sekreterare: Kenneth Challis*

Global-ARG inledde verksamhetsåret 2014-2015 med ett givande möte i samband med SFOG-veckan i Varberg. Vi bestämde att ansöka om symposium i samband med SFOG-veckan i Jönköping men fick tyvärr nej. Detta föranledde att vi i år motionerar till SFOGs styrelse om att Global-ARG ska erbjudas att organisera ett symposium med internationell profil varje år. Hemsidan har också uppdaterats regelbundet.

Global-ARG arrangerade ett symposium på NFOG-konferensen i Stock-

holm juni 2014 som handlade om reproduktiva rättigheter där abortfrågan, sex selection och surrogatmödraskap diskuterades med deltagare från alla nordiska länder.

Global-ARG har samarbete med Läkare Utan Gränser och intressegruppen mot mödradöd WRA där bland annat kontakter etablerats med kollegor i Rumänien. Vi har ett projekt som handlar om intervention mot kvinnlig omskärelse bland afrikanska invandrare. Vi har även arbetat med Socialstyrelsens uppdrag att se över diagnosättning och vården av omskurna kvinnor. I expertgruppen ingår ordförande Essén från Global-ARG som representerar SFOG. En första del rapport om prevalens kom i januari och slutrapporten väntas koma sommaren 2015.

En gemensam debattartikel om abortvården i Sverige skrevs tillsammans med bland annat SFOGs styrelse och FARG. Den publicerades i Svenska Dagbladet.

I frågan om underläkartyjänstgöring i låginkomstland har CeFAMs utbyte fortsatt och flera ST-kollegor från kvinnosjukvården tagit möjligheten att på detta sätt få delta i kvinnosjukvård i låginkomstmiljö. Det nuvarande kontraktet med SIDA gick ut under 2014. Global-ARG stödjer CeFAM i deras strävanden att förlänga kontraktet och slutrapporten skickades in under 2015. CeFAM har i sin slutrapport yrkat om förlängning men inget svar föreligger ännu från SIDA. Arbetsgruppens medlemmar Kenneth Challis och Sigmar Norvad har haft ett möte med MKAIC (Muhimbili Karolinska Anesthesia and Intensive Care) för att diskutera framtida samverkan. MKAIC driver program med fokus på utbildning och livräddande insatser i Dar es Salaam, Tanzania. MKAICs representant för kvinnosjukvården, Berith Tingåker är nu också medlem i Global-ARG och kan leda samarbetet mellan organisationerna. Det tilltänkta utbildningsprojektet i Aira i Etiopien fick läggas ned då man endast vill ta emot specialister om man var utländsk läkare. Det är också en komplicerad process att

få arbetstillstånd. När man väl fått det är det dock giltigt i fem år. Kontakt kan tas med Margareta Sidenvall för intresserade specialister.

I maj hölls ett nordiskt nätverksmöte om forskningsfrågor som berör religion och reproduktiv hälsa och rättigheter. Cirka 30 kollegor från Norden samlades och diskuterade frågan. Bland föreläsare var socialantropolog Aje Carlbom, Fatima El-Haij samt doktorand Jonna Arousell som pratade om islam och familjerådgivning. Doktorand Josephine Sundquist från Uppsala pratade om religionens roll och preventivmedelsrådgivning i Tanzania. Anne Stensvold (professor i religionsveten), gav en introduktion om de olika världsreligionernas hållning i abortfrågan.

Vi har fått två internationella symposier accepterade för kommande FIGO-kongress 2015 i Vancouver: Reproductive Health and Trafficking in South Asia, samt Migration and Reproductive Health.

Ett flertal medlemmar har bedrivit såväl klinisk verksamhet som forskning i låginkomstmiljö, vilket borgar för ett intressant arbete i gruppen framöver.

### HEM-ARG (Hemostasrubbingar)

*Ordförande: Gisela Wegnelius*  
*Sekreterare: Ragnhild Hjertberg*

Hem-ARG har cirka 20 aktiva medlemmar med representanter från olika kliniker i olika delar av landet. Glädjande nog har gruppen fortsatt att utökas med flera yngre specialister. Vi har haft 3 medlemsmöten under hösten-vintern 2014-15 och i maj månad 2015 hade vi ett arbetsinternat i Skanör.

I mars 2015 inbjöd Hem-ARG återigen representanter från Koagulationscentra och Koagulationsmottagningar till ett möte på Läkaresällskapet. Syftet var att diskutera gemensam handläggning av gynekologiska/obstetriska patienter med trombos eller blödningsproblematik. Det blev ett uppskattat möte och en trevlig diskussion utifrån våra förberedda fallbeskrivningar. Tolv koagulationister och 13 medlemmar från Hem-ARG

deltog i mötet och ett nytt möte med falldiskussioner föreslogs till 2016.

Internatet i Skanör ägnades huvudsakligen åt att uppdatera vår riktlinje om trombosprofylax vid IVF samt översättning av denna till engelska för NFOG och uppdateringen av Hem-ARG rapporten påbörjades, som vi hoppas vara klara med i början av 2016.

Hem-ARG ska anordna en kurs i Hemostasrubbingar inom obstetrik och gynekologi i Marstrand i september 2015.

### MIG-ARG (Minimalinvasiv Gynekologi)

*Ordförande: P-G Larsson*

Ingen aktivitet det senaste året. Upplöst i samband med Riks-ARG 2015.

### MM-ARG (Mödra-Mortalitet)

*Ordförande: Sissel Saltvedt*

*Sekreterare: Annika Esscher*

MM-ARG har funnits sedan 2008 och arbetar med analys av fall av mödradödlighet i Sverige, cirka 5-8/år. I gruppen ingår seniora och yngre obstetriker, barnmorskor, anestesilog och epidemiolog, ungefär 16 aktiva medlemmar.

#### Syfte

Den övergripande målsättningen är att identifiera kunskapsluckor och systemfel som kan återföras till professionen och därmed leda till förändringar/förbättringar i omhändertagandet av gravida kvinnor. Varje fall granskas systematiskt och klassificeras enligt internationella guidelines. I auditprocessen bedöms också om det funnits suboptimala faktorer i handläggningen. Återkoppling till professionen sker i olika forum såsom SFOG-veckan, Medlemsbladet, Jordmodern och SFAI-bladet.

Aortadissektion eller annan hjärtkomplikation, venös tromboembolism och komplikationer till preeklampsi har varit de vanligaste dödsorsakerna i de 70-tal fall som gruppen hittills analyserat.

I april 2015 hade MM-ARG ett tvådagars internatmöte på Björkdala Gård nära Uppsala. Under mötet granskades sju fall av mödradöd från 2013-14. Förutom genomgång av fallen arbetade

vi med färdigställa ett gemensamt nordiskt protokoll för maternella dödsfall.

#### Nordiskt samarbete

År 2011 bildades en gemensam nordisk grupp för samarbete kring mödradödlighet för att med ett större material från likartade förhållanden kunna se mönster och lära av varandra. Gruppen hade möten i dec 2014 och juni 2015 där representanter från Sverige deltog, dessutom ett par telefonmöten. Vi har under året arbetat med att färdigställa det gemensamma nordiska protokollet som nu kommer att börja användas. I samband med NFOG 2016 kommer den nordiska gruppen att ha en gemensam presentation av mödradödsfall.

### MÖDRAHÄLSOVÅRDS- ÖVERLÄKARGRUPPEN (Mhöl-gruppen)

*Fram till 19 mars 2014 var Joy Ellis, Västra Götaland/Södra Bohuslän, ordförande och Elisabeth Lindholm, Stockholm/Danderyd, var sekreterare. Efter 19 mars är Elisabeth Storck Lindholm ordförande och Caroline Lilliecreutz, Linköping sekreterare.*

Mhöl-gruppen har deltagit i två nationella möten under året, varav en traditionsenligt tillsammans med samordningsbarnmorskorna. På de nationella mötena är uppslutningen av mödrahälsovårdsöverläkare och samordningsbarnmorskor mycket hög.

Uppdateringen av ARG-rapport 59, som betraktas som ett nationellt styrdokument bland annat i samband med beställning av mödrahälsovård, har fortsatt och kommer att avslutas under våren 2015. ARG-rapporten är ett teamarbete med ett flertal mödrahälsovårdsöverläkare, representanter för samordningsbarnmorskorna och mödra-barnhälsovårdspsykologerna. Uppdateringen synkroniseras med Mhöl-gruppens uppdrag att, tillsammans med projektet Rökfri Operation, representera SFOG i projektet Läkares Samtal om Levnadsvanor, som drivs i SLS regi. ARG rapporten skrivs om bl a för att underlätta implementering av de Nationella Riktlinjerna för Sjukdomsförebyggande Metoder.

Bland frågor som varit i fokus under

2014; den nya ungdomssubventionen av preventivmedel, nya riktlinjer från Läkemiddelsverket om preventivmedel, framtidens fosterdiagnostik, NIPT, graviditet och fetma, Graviditetsregistret. Diskussion om vad som händer med kvinnorna mellan mödrahälsovård och barnhälsovård, tyroideasjukdomar och graviditet, ätstörning och graviditet, hepatit C och TBC under graviditet, progesteronbehandling vid tidigare prematurtörbörd, SoS fokusrapport om mötet med könsstympade kvinnor i vården.

### **PERINATAL-ARG (Perinatologi)**

*Ordförande: Karin Pettersson*

*Sekreterare: Marie Blomberg*

*webbansvarig: Jesper Clausen*

Perinatal-ARG har senaste året haft två möten med 16 respektive 14 deltagare. Gruppen har besvarat en remiss från Socialstyrelsen angående nya gränsvärden för graviditetsdiabetes. Vi har arbetat fram en överenskommelse med Svenska barnmorskeförbundet om en definition av spontan förlossningsstart. Vidare har vi deltagit i arbetet med en revision av dokument framtagna inom Projekt Säker förlossningsvård. En grupp från perinatal-ARG har utarbetat förslag till SFOG-riktlinje för induktion av förlossning.

Referensgruppen för fosterövervakning har utarbetat ett auditverktyg att använda vid svår perinatal asfyxi.

Perinatal-ARG har utsett representanter till en expertgrupp med fokus minskade fosterrörelser där Socialstyrelsen är initiativtagare. Två ARG-rapporter (Intrauterin fosterdöd samt Förlossningsrädsla) genomgår för närvarande en revision.

Höstmötet i perinatologi samlade som vanligt många deltagare. Ett axplock ur programmet; Infektioner, Navelsträngsblodgas på alla- pro/con, Obstetriskt handläggande vid extrem prematuritet. Professor Bo Jacobsson presenterade sin forskning och professor Vineta Fellman höll högtidsföreläsningen över ämnet "Rare neonatal disorders - from bed to bench and back"

Vårmetet i perinatologi 2015 hölls i

Uppsala. Temat var neurofokuserad perinatalvård och kollegorna på Akademiska sjukhuset hade fått ihop ett spännande program inom detta ämne.

### **POS-ARG (Psykosocial obstetrik och gynekologi samt sexologi)**

*Ordförande: Katri Nieminen*

*Sekreterare: Lena Moegelin*

Arbetsgruppen för psykosocial obstetrik och gynekologi samt sexologi (POS-ARG) har haft och ett vår- och ett höstmöte under 2014. Gruppen har efter omläggningen av SFOGs hemsida 39 medlemmar där 10-12 deltagit i samband med möten.

Speciella delområden som arbetsgruppen bevakar är frågor kring bemötande, kommunikation, sexologi, våldtäkt, förlossningsrädsla, multikulturella aspekter av kvinnosjukvård, psykisk ohälsa och kvinnosjukvård samt HBT- frågor inom kvinnosjukvården.

Vid vårmötet 2014-03-27 föreläste Barbro Wijma, professor emerita om Sexualitet på ålderns höst. Den 12-14 maj anordnades SFOG-kursen "Sexologi för gynekologer" som har gått årligen sedan 90-talet. Det var 24 deltagare, ST-läkare och specialister. Den 6-7 oktober anordnades SFOG-kursen "Förlossningsrädsla" för läkare och barnmorskor. Det var en mycket bra och berikande kurs med blandade yrkeskategorier.

Vid höstmötet 2014-11-14 föreläste Karl Norwald, auktoriserad sexolog och kurator på Enheten för Sexuell hälsa, Hudkliniken, Södersjukhuset. Han berättade om sin Mastersuppsats i Sexologi som handlar om kvinnors erfarenheter av sexuella relationer efter att ha diagnostiserats med HIV.

Gruppen har besvarat två remisser från SFOGs styrelse. Funktionella cystor på äggstockarna - behandling med p-piller, används metoden idag? och Nationellt kunskapsstöd för vård och behandling av barn och ungdomar med könsdysfori.

Under det gångna året har arbete med att revidera ARG-rapporten om Sexologi pågått och den beräknas vara klar under 2015.

Gruppen har under det gångna året planerat att anordna vidareutbildningskurser i "Mindfull communication" (v17), "Sexologi för gynekologer" (v.22) och "Hjärna hjärta kön" (v38).)

### **ROBSON-ARG**

*Ordförande: Lars Ladfors*

*Sekreterare: Eva Nordberg*

Robson-ARG har 103 medlemmar, årliga heldagsmöten fredag kalendervecka 11.

Årets möte var i Göteborg den 13/3, 67 deltagare från hela Sverige, nationella resultat år 2014 (som ligger på hemsidan: <https://www.sfog.se/start/arg-ig/argus-arg/robson-arg/rapporter/ar-2014/>) presenterades och diskuterades.

Nästa Robson-ARG-möte äger rum i Göteborg fredagen den 18:e Mars 2016.

### **TON-ARG (Tonårsgynekologi)**

*Ordförande: Lena Marions*

*Sekreterare: Anna Palm*

TON-ARG har ca 50 medlemmar med olika yrkesinriktningar såsom gynekologer, dermatovenereologer, barnläkare, barnmorskor, kuratorer och psykologer. Gruppen har haft två möten i Stockholm under perioden, ett möte i oktober 2014 samt ett i mars 2015.

Höstens möte handlade till stor del om ungdomssubventionen av preventivmedel och Ton-ARG har fortsatt att aktivt verka för ett mer rättvist system över landet. Prissättningen varierar också mellan olika apotekskedjor och det billigaste alternativet som är ett internet-baserat apotek kräver e-legitimation vilket det är få av de yngsta användarna som har.

Ton-ARG har i media under året också uppmärksammat att personal på flera apotek i landet försvårat för unga kvinnor att få ut sina förskrivna preventivmedel. Skälet uppgavs vara att preventivmedelsstudier ofta inte har utförts på personer under 18 år och en förskrivning till unga skulle därmed utgöra ett undantag som skulle kräva specialmärkning av recept. Efter kontakter med Läkemiddelsverket har man dock meddelat att detta inte ska vara nödvändigt när

det gäller preventivmedel till unga. Ton-ARG fortsätter bevaka detta.

Ton-ARG arbetar aktivt med förberedelserna för en kurs i tonårsgynekologi till våren 2016. Målgruppen är läkare som arbetar med reproduktiv hälsa hos ungdomar.

### **TUMÖR-ARG (Gynekologisk tumörkirurgi med cancervård)**

*Ordförande: Gunnel Lindell*

*Sekreterare: René Bangshøj*

Vi har under året haft ett möte. Gruppen har tyvärr fått ställa in ett planerat möte på grund av för dåligt deltagande.

Prioriterat är arbetet med att revidera utbildningsplanen för subspecialiseringen i gynekologisk tumörkirurgi med cancervård.

Vi arbetar för att göra en nystart med fokus på aktuella frågeställningar såsom nivåstrukturering och kompetensfrågor. Många medlemmar arbetar aktivt och lägger ned mycket möda på de nationella vårdprogrammen.

### **ULTRA-ARG (Ultraljudsdiagnostik)**

*Ordförande: Peter Lindgren*

*Sekreterare: Emelie Ottosson*

Under det gångna året har vi haft tre ordinarie möten, bevistade av 20 – 30 deltagare. Representanter för RUD (ultraljudsbarnmorskornas organisation) är också inbjudna till våra möten eftersom vi uppmuntrar till samarbete, särskilt i utbildningsfrågorna. Mötena utgör även en möjlighet att diskutera forskningssamarbete samt delge varandra intressanta fall inkluderande ultraljudsbilder, rapporter från kongresser, miniföreläsningar om aktuella ämnen, med mera.

Det arbetas för att göra hemsidan användarvänlig och hålla den uppdaterad. Hemsidan är tänkt att fungera som ett översiktligt ansikte utåt, men gränssnittet lämnar därvidlag en hel del att önska.

Inom Ultra-ARG har arbetsutskottet för så kallade mjuka ultraljudsmarkörer (soft markers) under året haft möten i syfte att slutligen ge vetenskapligt stöd till praxis i Sverige (som hittills varit

mycket varierande) med etisk belysning i samarbete med Etik-ARG. Riktlinjerna ligger på SFOGs hemsida som ett preliminärt dokument.

Arbetsutskottet för ultraljudsutbildning inom Ultra-ARG består av representanter från de universitetskliniker som erbjuder ultraljudskurser. Det finns ett väl utarbetat utbildningskoncept inom såväl gynekologiskt som obstetriskt ultraljud, vilket tidigare har beskrivits i medlemsbladet. Ultra-ARG strävar mot är att alla ST-läkare ska genomgå basal kurs i ultraljudsdiagnostik. Vidare arbetar vi med att verksamhetscheferna i landet ska skicka ett erforderligt antal läkare till handledarkursen inom ultraljud. En viktig del av utbildningarna är examinationen, vilket är en i högsta grad levande fråga inom Ultra-ARG. Under året har det diskuterats hur utbildningen inom avancerat gynekologiskt ultraljud bör läggas upp med examinationskrav. En lista på hittills examinerade personer på olika kurser finns på Ultra-ARGs hemsida, där det också finns information om kurserna och utbildningskonceptet.

Revision pågår av ARG-rapporten inom gynekologiskt ultraljud. Den rapporten är till stora delar klar. Under året har det arbetats med att ta fram rekommendationer för diagnostik av missfall. Ett kapitel angående missfallsdiagnostik enligt de nya rekommendationerna kommer att ingå i ARG-rapporten.

Utvecklingen går mycket snabbt beträffande pris och teknik avseende analys av fritt fetalt DNA i maternellt blod (Non Invasive Prenatal Test, NIPT). Under året har ett förslag till SFOG-riktlinjer arbetats fram. Förslaget "SFOG riktlinjer för fosterdiagnostik med NIPT, Non Invasive Prenatal Test" finns på SFOGs hemsida och det diskuterades under SFOG-veckan i Jönköping.

När det gäller tillgång till tidig fosterdiagnostik är det fortfarande väldigt olika i landet. Ultra-ARG befarar att skillnaderna till och med kan öka när nu NIPT kommer att bli tillgängligt. Det är en viktig uppgift för Ultra-ARG att arbeta för att minska skillnaderna i landet när det

gäller den tidiga fosterdiagnostiken. Under medicinska riksstämman 2014 arrangerade Ultra-ARG ett symposium angående fosterdiagnostik med NIPT. Ultra-ARG har diskuterat det faktum att barnmorskor sköter allt större del av abortverksamheten, alltså även ultraljud och rådgivning. Ultra-ARG har varit tveksam till denna utveckling framför allt baserat på utbildningsproblematiken för yngre doktorer om abort och preventivmedel sköts mer eller mindre helt av barnmorskekåren.

Screeningverksamhet av cervixlängd med ultraljud för att minska förekomst av prematuritet sker idag runt om i världen. Dock är prevalensen av kort cervix i den svenska gravida populationen mycket låg och en studie pågår därför med Göteborg som bas för att kartlägga detta och sannolikheten för prematurbörd vid olika längder på cervix. När denna studie är klar får man se om det är möjligt att designa en större RCT interventionsstudie med progesteron. Det kommer att krävas ett stort ekonomiskt stöd för att kunna genomföra detta.

Ett eftersatt område som diskuterats vid flera möten under året är hygien vid ultraljud. Rekommendationer kring rengöring av ultraljudsapparaten och vilka probeskydd som bör användas håller på att skrivas.

Nästa verksamhetsår förväntar vi oss således bland annat en ny ARG-rapport publicerad, nationella riktlinjer via SFOG för soft markers och fosterdiagnostik med NIPT, sammanställa rekommendationer kring missfallsdiagnostik och ultraljudshygien, studier kring cervixscreening för att minska prematuritet samt fortsatt aktiv utbildning inom gynekologisk och obstetrisk ultraljudsverksamhet.

### **UR-ARG (Urogynekologi och vaginal kirurgi)**

*Ordförande: Marie Westergren Söderberg*

*Sekreterare: Riffat Cheema*

*Webbansvarig: Mats Stenberg*

Efter lång och trogen tjänst har Johan Skoglund avslutat sitt aktiva arbete i UR-ARG. Han började som webmaster, blev

sedan sekreterare och därefter webmaster igen. Tack Johan för alla dina insatser!

Vi välkomnar nu Mats Stenberg till uppgiften som webbansvarig. Mats har de sista åren deltagit i UR-ARGs arbete och är bl.a. delförfattare i den kommande ARG-rapporten om inkontinens. Mats arbetar vid Centrallasarettet i Västerås.

Under året har UR-ARG haft 2 möten och ett 2-dagars internat. På internatet fortsatte arbetet med den nya ARG-rapporten om urininkontinens hos kvinnor. Vi har skapat en redaktionsgrupp bestående av Marie Söderberg, Riffat Cheema och Ann Miedel som påbörjade en grov redigering. Vi arbetade också vidare med kapitlen om de dominerande inkontinensformerna ansträngningsinkontinens och ÖAB. Gruppen bedömde att mer tid till gemensamt arbete behövs och ett nytt

internat är önskvärt 2015-2016. Vi saknar dessutom författare till ett kapitel om uroterapi trots flera förfrågningar.

Vid övriga möten återuppväcktes bl.a. frågan om subspecialisering i uro-gynekologi. Efter diskussion om vad detta skulle innebära i en svensk kontext enades mötet om att ett arbete med att ta fram en checklista ska påbörjas. En uppfyllt checklista ska sedan medföra ett körkort som självständig uro-gynekolog.

### **VULV-ARG** **(Vulvovaginala sjukdomar)**

*Ordförande: Nina Bohm-Starke*

*Sekreterare: Christina Rydberg*

VULV-ARG har fortsatt ökande antal medlemmar, nu ungefär 110 personer, där det utöver gynekologer ingår dermatologer, barnmorskor, kuratorer, sexologer och sjukgymnaster. Välbesökta höst- och vårmöten har arrangerats.

Fulltecknad SFOG-kurs om vulva-sjukdomar har arrangerats liksom tidigare år.

Våren 2014 genomfördes en inventering av vården vid vulvovaginala sjukdomar inom olika områden i Sverige, med redovisning i form av poster och diskussion på verksamhetschefsmötet under SFOG-veckan i Varberg. Svar inkom från 19 av 21 landsting/regioner. Vulvamottagning för tvärprofessionellt omhändertagande vid långvariga besvär inklusive vulvasmärta fanns i 14 landsting/regioner dvs. 74% av dem som svarat och 67% av alla 21. Flera vulvamottagningar är på gång runtom i landet.

Under 2015 har vi börjat utarbeta dokument för patientinformation som ska ligga på Vulv-ARGs hemsida och således vara tillgängliga för intresserade. ■



# Pristagare under SFOG-veckan i Jönköping

SFOG brukar dela ut pris för bästa föredrag och poster under SFOG-veckan. Den vetenskapliga nämnden bedömer alla arbeten och utser pristagare. I år fick tre pristagare diplom och 5000 kronor vardera

## Fritt föredrag Gynekologi/Reproduktionsmedicin

**Sofia Widetun**, Umeå Universitet

*Titel:* Kartläggning av patientinformation med fokusgrupper och nationell sammanställning

*Motivering:* Studentarbete i GynOp-registret gjort av Sofia under ledning av Mats Löfgren. Den kliniska frågeställningen är viktig, resultaten har omedelbar betydelse för patienter som ska opereras inom gynekologi. Studien använder registerinformation på ett föredömligt sätt och utvecklar GynOp-registret. Klar och tydlig presentation.

## Fritt föredrag Obstetrik

**Verena Sengpiel**, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet

*Titel:* Caffeine intake during pregnancy and early growth and obesity in childhood.

*Motivering:* Frågeställningen är relevant för många kvinnor; om kaffedrickande påverkar graviteten och barnet. Verena gjorde en utomordentlig presentation med en väl beskriven metod och reflekterade balanserat över styrkor och svagheter.

## Poster Obstetrik & Gynekologi

**Kristina Dahlqvist**, Örnköldsvik, Uppsala Universitet

*Titel:* Neonatal utfall vid vidöppen hjässbjudning

*Motivering:* Kristina har gjort en väl designad retrospektiv kohortstudie och med adekvata multivariabla analysmetoder påvisat hur vidöppen hjässbjudning jämfört med framstupa kronbjudning kan påverka korttidsmorbidity hos det nyfödda barnet. Allt presenterat på en informativ poster.

I år delades det även ut ett nyinstiftat pris; ACTA prize. NFOG och ACTA editorial board har tidigare i år fattat ett beslut att bidra med ett årligt pris till de enskilda nationella föreningarna, att delas ut vid respektive förenings årliga möte. Priset avser att uppmuntra till publicering av nordiska arbeten, gärna i ACTA. SFOG valde att premiera ST-arbeten. Utbildningsnämnden och vetenskapliga nämnden utsåg två nu färdiga specialister till pristagare. Markus och Jennifer fick diplom och 2500 danska kronor vardera.

## ACTA prize

**Markus Jansson**, Örebro

*Titel:* Kostnadsminimeringsanalys av antibiotikaproylax vid elektiva sectio

**Jennifer Campbell**, Göteborg

*Titel:* Sakrospinosusfixation vid vaultprolaps - är operation med sutureringsinstrument likvärdigt traditionell teknik avseende recidiv och allvarliga komplikationer?

# SFOG-veckan i Jönköping 2015

Kulturhuset Spira var platsen för årets SFOG-vecka i slutet av augusti, vackert placerat vid en för dagen spegelblank Munksjö i Jönköping och med få promenadmeter till centrum. Ett gott samarbete mellan Kvinnoklinikerna i Jönköping och Linköping resulterade i en intressant, lärorik och rolig vecka där Linköping stod för det vetenskapliga programmet och Jönköping såg till att fritiden spenderades på bästa möjliga sätt. Det bjöds på ett spännande program med dagliga plenarföreläsningar, symposier, presentationer av ST-arbeten, OGU-kurs, fria föredrag, diskussioner och posterutställningar. God mat, mestadels fint väder och trevliga sociala aktiviteter förgyllde veckan.

John Bauer Brass blåsorkester öppnade veckan, följt av invigningstal av Birgitta Gustavsson Borg och Ninnie Borendal Wodlin, verksamhetschef i Jönköping respektive Linköping. Välkomnade gjorde även regionsdirektör Agneta Jansmyr. Härefter gick ordet till Mats Hammar, professor i obstetrik och gynekologi från Linköpings universitet som ytterst ansvarat för det vetenskapliga programmet. Veckans första symposium modererades av Eva Uustal och Johan Skoglund. Elisabeth Farrelly, Maud Ankardal samt Pia Teleman föreläste om modern inkontinensbehandling. Parallellt med symposiet hölls OGU-kurs för våra ST-läkare med tema "reproduktionsendokrinologi - från bas till behandling". Mats Hammar inledde och gav deltagarna en uppenbarelse av menscykeln. I anslutning till det tog Jan Holte över och pratade om PCOS, där han poängterade både de genetiska aspekterna och livsstilens betydelse för tillståndet. Kursen fortsatte under eftermiddagen med Elizabeth Nedstrand som talade om kvinnlig infertilitet ur ett medicinskt och etiskt perspektiv.

Eftermiddagen bjöd på intressant föreläsning av professor Charlotta Dabrosin från Linköping om hormoner och bröstcancer. I hennes föredrag togs inte bara vikten av östrogenpåverkan upp, utan även gestagenets roll ur ett behandlingsperspektiv. Angelica Lindén Hirschberg, Tord Naessén och Mats Hammar höll i symposium kring klimakteriet.

Aktuella och väl genomförda ST-arbeten fick avsluta en fullspäckad måndag. Bland annat presenterade Kristina Dahlkvist från Örnsköldsvik sitt arbete "Neonatalt utfall vid vidöppen hjässbjudning", där hon tog upp värdet av det passiva nedträngande av fostrets huvud för bästa resultat. Arbetet gav henne pris för bästa poster. Att bemötandet av kvinnor med sexuell dysfunktion har stor förbättringspotential inom öppenvården, fastställde Maria Sundberg, allmänläkare från Dalarna, genom sin enkätsstudie som presenterades.

Mäktigt var det när gästerna, som njöt av maten under kvällens "get together" på Spira, överraskades av en flashmob. JKPG Kammarkör, Södra Vätterbygdens Folkhögskola och John Bauer Brass framförde "O Fortuna" ur Carmina Burana. Sensommarvärmen höll i sig vilket gjorde det upplagt för mingel även ute i friska luften med skön musik från Karin Seiborg på flygel. Stämningen var på topp när kvällen avslutades med dans till Soul Sisters och det var svårt att stå still.

Tisdagen inleddes med att Christian Munthe, professor i praktisk filosofi, talade om assisterad befruktning ur nya synvinklar och ur ett filosofiskt perspektiv. Åhörarna fick tankeställare omkring dagens, och morgondagens, familjekonstellationer. Han talade om hur den reproduktiva kulturen vidgas och ändras och ställde bland annat den öppna



*Spira*



*Utställningsmingel*



*Christian Munthe*

frågan vad ett "biologiskt eget barn" idag innefattar. Vidare föredrog Göran Westlander från fertilitetscentrum i Göteborg om nya möjligheter till assisterad befruktning hos män. Micro-TESE, som är den första icke-blinda, minimalinvasiva tekniken jämfört med de konventionella för att hjälpa män med azoospermi, presenterades. Katrina Link, androlog på reproduktionsmedicinskt centrum i Malmö höll ett uppskattat föredrag om transsexualism, vilka möjligheter och begränsningar som dessa personer står inför. Hon belyste detta medicinskt-kirurgiskt men inte minst ur ett socialt perspektiv.

Fria föredrag inom gynekologi och reproduktionsendokrinologi visar vilken bredd som finns inom vår specialitet. Kjell Wånggren diskuterade attityder till embryodonation i Sverige. Sofia Widetun hade genom fokusgrupper gjort en kartläggning av hur kvinnor ser på den information de får i förbindelse med operation genom GynOps nationella informationsbrev samt Kvinnoklinikernas lokala informationsbrev. Slutsatsen var att det finns en del kvar att önska då dessa brev idag inte lever upp till kvinnornas förväntningar.

Professor Peter Cherouny från Vermont, USA, höll i dagens plenarföreläsning som handlade om hur vi ska bygga ett tillförlitligt hälso- och sjukvårdssystem. Han menade att "every system is perfectly designed to get the results it gets" och att om vi vill förbättra resultat måste systemet ändras. Värdet av kommunikation, bra teamarbete, väldefinierade roller och övning underströks.

Under eftermiddagen fortsatte temat på kvalitet och patientsäkerhet där det gavs exempel på arbete från regionala medicinska programgrupper. Marie Nelson och Marie Blomberg talade inspirerande om hur de i Linköping har jobbat för att erbjuda en säkrare och mer attraktiv förlossning. Att det finns stora skillnader i vårdtid över riket gällande vårdtid för prolapsoperationer visade Eva Uustal och Johan Skoglund, där GynOp är en guldgruva för data och kvalitets

kontroll. I februari 2014 startades en prolapsgrupp som utmynnade i ett PM för användning av implantat vid prolapskirurgi, som nu används i Regions Jönköpings län. Inte minst har gruppen en viktig roll som diskussionsforum där man lär av varandra. Avslutningsvis föredrog Eric Hildebrand och Katarina Blomstrand om breddinförande av KUB, idag ser det väldigt olika ut beroende på var i landet man bor. Vid symposiet om Svenska kvalitetsregistret för gynekologisk cancer fick vi bland annat höra om hur man i Västra sjukvårdsregionen använder registerdata för verksamhetsstyrning genom årliga dialogmöten med klinikerna i regionen.

Tisdagen bjöd på OGU-kväll som inleddes med Frisbee-golf i Knektaparken, grön och skön park vid en av Jönköpings många vackra sjöar. Trevligt och välkommet aktivt inslag där tävlingsinstinkten var hög. Vinnarna belönades med en äkta "disc". Efter det blev det trerätters middag med grillade läckerheter på Hasse på Sjökantén, ett populärt häng i Jönköping. I bakgrunden spelade och sjöng duktiga Mia Isaksson sköna låtar. Stämningen var på topp! Samtidigt satt övriga deltagare sugna på att socialisera på buss mot Huskvarna, där snittar och bubbel var uppdukade vid vattenfallet utanför Huskvarna fabriksmuseum. En snabbvisit i museet där de flesta säkert kunde referera till någon pryl tillverkad av Huskvarna som står hemma. Kvällen avslutades med god middag på restaurang Stockmakaren.

Onsdagen inleddes med symposium om psykosociala riskgraviditeter parallellt med presentation av ST-arbeten. Caroline Lilliecreutz talade om den ökade risk mödrar med tidigare depression har för depression under eller efter aktuell graviditet och vikten av att erbjuda dessa extra stöd. Utsättning av antidepressiva under graviditeten ökar risken för återfall påtagligt, och är därmed något man bör vara försiktig med.

Årsmöte för SFOG hölls i Konsertsalen där bland annat årets Berndt Kjessler-pris presenterades som gick till



*Caroline Lilliecreutz m fl*



*Gunnar Kratz och Mats Hammar*



*OGU-kväll*



*Huskvarna fabriksmuseum*

docent Marie Blomberg på Kvinno-  
kliniken Linköpings Universitetssjukhus  
för hennes framgångsrika arbete med  
bland annat teamträning, strukturerad  
utvärdering och diskussion i arbetsgrup-  
pen som resulterat i sänkt kejsarsnittsfre-  
kvensen utan att barnutfallet försämrats.  
Information gavs att den nya målbeskriv-  
ningen för ST gäller från och med maj  
2015 och de som redan börjat ST enligt  
2008 års målbeskrivning kan fortsätta  
enligt den. Ett arbete har startat inom  
SFOG för att skapa en struktur för att  
kunna tillgodose ST-läkarnas behov av  
kurser. På barnmorskesymposiet togs  
många intressanta frågor upp om sexuell  
hälsa i olika kontexter. Hanna Grund-  
ström, legitimerad barnmorska och dok-  
torand, belyste genom sin avhandling  
upplevelsen av hälso- och sjukvården hos  
kvinnor med endometrios.

Under eftermiddagen talade professor  
Gunnar Kratz om att vara född i fel kropp  
– könsdysfori. Ett aktuellt ämne där man  
kan se att ansökningar om tillstånd för  
att byta kön ökat från 46 under år 2007  
till 183 stycken under 2014.

Symposiet om förlösningsinduktion  
inleddes av Lars Ladfors, med efterföl-  
jande talare Marie Blomberg och Maria  
Jonsson, där sistnämnda genomgick  
nationella riktlinjer för induktion med  
fokus på induktion efter tidigare sectio.  
Genomgång av sectio och induktionsfre-  
kvens hos förstföderskor i Sverige mellan  
1973-2013 visar att sectiofrekvensen  
stigit från 7% till 20%. Induktions-  
frekvensen har ökat från 7% 1991 till  
15% 2013. Konklusionen löd att endast  
inducera på medicinsk indikation där det  
finns övertygande bevis för mer nytta än  
skada för mor och barn. Under OGU  
symposium som hölls i slutet av dagen  
fick deltagarna en lärarrik föreläsning om  
perinealskador av Eva Uustal.

Den glittriga banketten hölls i annor-  
lunda lokaler i form av Munksjö pappers-  
bruks gamla fabriker. Högt i tak, i flera  
bemärkelser! Röda mattan var utrullad  
och skapade glamourfaktor, generöst till-  
taget med levande ljus levererade mysfak-  
tor. Innanför de brunröda tegelväggarna



*Berndt Kjessler-pristagare 2015 Marie Blomberg.*



*Preben Kjölhede och Mr Edmonds*



*Birgitta Gustavsson Borg och Lotti Helström*



*Goda exempel i sydöstra regionen*



*Urval av de nyblivna specialisterna*

bjöds på välkomstdrink, välkomponerad trerätters middag och underhållning av toastmaster Mats Karlsson från Jönköping. Mycket uppskattat då han trollade sig igenom kvällen och knöt ihop ”papperstrolleri” med den lokala anknytningen, och prolapsringar - modell större - med vår specialitet. Berndt Kjessler-priset delades ut till Marie Blomberg och Maria Rökaeus fick årets OGU-pris för mycket god handledning av ST-läkare. Stort grattis! Dansen fortsatte in på småtimmarna till 10-mannabandet ”Coverlands”.

Torsdag morgon inleddes med ett symposium kring sällsynta diagnoser. Ämnet belystes från patientperspektivet genom förbundsordförande för riksförbundet för sällsynta diagnoser Elisabeth Wallenius och grundaren av Ågrenska, Anders Wallenius. Det som betonades var vikten kring att förbereda sig och vara intresserad vid möte kring dessa patienter samt att förbättra samordningen mellan vården och övriga hjälpinsatser i samhället. Det kliniska perspektivet kom också fram genom överläkare på klinisk genetik på Karolinska institutet Erik Iwarsson, som talade om de metoder som finns tillgängliga för fosterdiagnostik. Slutligen presenterades ovanliga fall av Annika Jeppson, överläkare Östra sjukhuset, och Karin Pettersson, överläkare Karolinska Huddinge universitetssjukhus. De betonade bland annat vikten av tvärprofessionellt teamarbete. Samtidigt som symposiet pågick även fria föredrag inom obstetrik.

Professor Phil Hannaford från Aberdeen i Skottland, höll en plenarföreläsning om hormonella preventivmedel och cancerrisk med fokus framförallt på kombinerade p-piller och cancerrisk. Sammanfattningsvis sågs en viss riskökning för bröst- och cervixcancer hos de som tog kombinerade p-piller framförallt under tiden de behandlades och ett par år efter, risken minskade dock med tiden. Man kunde se en minskning av ovarial- och endometrieicancer där riskminskningen verkade kvarstå upp till 30



*Banketten*

år efter avslutad behandling.

Efter lunch lades det fram två nya förslag till SFOG-riktlinjer, dels angående fosterdiagnostik med NIPT (Non Invasive Prenatal Test) och dels angående induktionsmetoder. NIPT har mycket få falskt negativa resultat och jämfört med KUB är även det positiva prediktiva värdet bättre. Förhoppningen med att införa NIPT är att minska de invasiva proverna amniocentes och chorionvillibiopsi. Vikten betonades av att kunna erbjuda en jämlik vård över hela landet. När det gäller förlossningsinduktioner kommer man inte att rekommendera prostaglandin vid tidigare sectio på grund av risken för uterusruptur. Här blev det diskussioner kring hur man ska förhålla sig till kvinnor med omoget cervixstatus där man ej lyckas applicera en ballongkateter. Från auditoriet påtalade man trots allt vikten av att formulera riktlinjerna på ett sådant sätt att det i utvalda fall ska finnas möjlighet att använda prostaglandin hos kvinnor med tidigare sectio i anamnesen.

Efter posterpresentationer i obstetrik och genomgång av mödramortaliteten 2014 avslutades kongressen med att tacka arrangörer och medverkande för en fantastisk vecka. Och återigen: tack! vill vi från Kvinnokliniken i Jönköping och Linköping säga till alla som har engagerat sig och deltagit i årets SFOG-vecka. Facklan lämnas nu vidare till Örebro och vi ser fram emot ett lika fint arrangemang där år 2016. ■





## OGUs ordförande informerar

### *Kära OGU-medlemmar!*

Först och främst ett stort tack till vetenskapliga- och organisationskommittén för en fantastiskt fint planerad SFOG-vecka. Särskilt varmt tack till ST-läkarna i Linköping som ordnade OGU-kursen med bravur och ST-läkarna i Jönköping som anordnade den trevliga OGU-kvällen. SFOG-veckan är det enda nationella tillfälle då vi unga har möjlighet att nätverka med våra äldre kollegor. Ett värdefullt tillfälle vi inte får missa. OGU har årligen äran att i samband med SFOG-veckan utse en handledare som höjt kvalitén på vår ST-utbildning och i år gick priset till Maria Rokaeus. Motiveringen kan du läsa i detta nummer av medlemsbladet.

Vi inom OGU styrelsen har precis haft två dagars strategimöte där vi diskuterat kommande arbetsår. Våra två fokusområden är:

### **1) Kirurgisk träning för ST-läkare.**

Vi har precis utfört en enkätundersökning och jämfört Falun som har en struk-

turerad kirurgisk träning med NU-sjukvården som är en lika stor klinik men som vid undersökningen saknade en strukturerad kirurgisk träning. Vårt syfte var att undersöka om det fanns skillnader i nöjdhet mellan ST-läkare och specialister på respektive klinik, om till exempel specialisterna i Falun var mer missnöjda med sin op-tid och kirurgiska kompetens, men vi fann inga skillnader. I den stora OGU-enkäten som kommer ut våren 2016 kommer vi att göra en nationell jämförelse mellan alla kliniker i landet för att undersöka samma frågeställning.

### **2) Hur vi skapar strukturer för att få fler läkare att forska.**

Vi försökt belysa och skapa debatt genom att ta upp ämnet på verksamhetsmöten, skriva i medlemsbladet och i år var detta temat på OGU/SFOGs fackliga symposium. Vi kommer att fortsätta använda oss dessa forum för att belysa denna viktiga fråga. I den stora OGU-enkäten 2016 kommer vi att kartlägga hur det ser ut med forskande ST-läkare inom vår spe-

cialitet.

Det största som händer inom ST-utbildning just nu är ST-kurserna där SFOG involverat AR-grupperna för att få hjälp att skapa struktur för hur kurser under ST kan anpassas efter de nya ST-delmålen. Målet är att SFOG ska kunna erbjuda alla nya ST en tydlig ST-plan där de kurser som man behöver gå ska vara inplanerade från början och komma i en naturlig ordning.

Slutligen vill jag be alla er som är intresserade av att gå med i OGU styrelsen att besöka vår hemsida [ogu.se](http://ogu.se) och kontakta vår valberedning. Vi har ett större antal poster som blir vakanta under 2016!

Er Ordförande  
*Mahsa Nordqvist*



STIFTELSEN  
FÖR UTBILDNING  
OCH UTVECKLING  
INOM OBSTETRIK  
OCH GYNEKOLOGI

**Stiftelsen hanterar ansökningar fortlöpande  
under året med besked inom en månad  
(utom sommartid).**

**[www.stiftelsen.org/KK\\_Stiftelsen/Valkommen.html](http://www.stiftelsen.org/KK_Stiftelsen/Valkommen.html)**

# Nordic OBGYN training – are we good enough?

Den 7 maj ringde min väckarklocka 04.30. Jag vaknade med ett ryck, packade ner tio blöjor i skötväskan, hängde min 4 månaders bebis i Babybjörnen på magen och åkte iväg till Köpenhamn. Det var dags för att under två dagar få höra om nyaste nytt inom ramen för utbildning och evaluering, Fogs Educational Course. Programmet var fullspäckt med inspirerande och intressanta föreläsningar, debatter och paneldiskussioner.

Leila Niemi-Murola från Finland inledde med att prata om hur man blir en bra handledare inom vuxenutbildningen. Hon menade att en viktig del av handledarrollen är att observera ”eleven” när denna utför en uppgift och hjälpa denna att själv inse vilka kunskapsluckor om bör fyllas. ”A good trainer is a coach who helps the trainee to see her own blind spots”. Vuxna elever letar därefter ofta självständigt efter svaren, vilket är ett effektivt sätt att öka sina kunskaper och färdigheter. Hon poängterade även nyttan av att vara handledare, man ”tvingas” vara uppdaterad och svara på kniviga frågor. Som handledare får man dessutom chansen att utveckla sin förmåga till kommunikation och att ge konstruktiv feedback. De två stora praktiska utmaningarna är bristen på tid och resurser samt att det är levande människor, patienter, som eleven skall ”öva på”.

Ziva Novac Antolic från Slovenien gav en imponerande presentation som handlade om ja, inget mindre än livet. Hon påminde oss om hur viktigt det är att vi läkare värnar om oss själva, om varandra och om vår arbetsmiljö. Visste ni att självmordsstatistiken är högst för yrkesgruppen läkare? Vi ska inte låta oss gå i fällan som skapats av politiker, där vår entusiasm och energi äts upp av orimliga krav

och en vardag som bara handlar om produktion och kvantitet utan tid för skratt, reflektion och utbildning. ”The most important things cannot be measured but leaders must take them into account”.

Peter Lindgren, ULTRA-ARGs ordförande, presenterade den svenska modellen för strukturerad ultraljudsutbildning som ett gott exempel på hur man kan skapa struktur inom utbildning och fortbildning. Modellen består av en fyra dagars basutbildning som skall genomföras av alla gynekologer och obstetiker, där teoretisk kunskap kompletteras av handledd träning ute på klinikerna, insamlande av bilder i loggbok och godkänd sit-in. För de med särskilt intresse erbjuds sedan påbyggnadskurser för second opinion nivå och för att bli certifierad RUL-undersökare. Slutligen, toppen av isberget, våra experter som lär sig av varandra och av radiologer och gör väldigt avancerade bedömningar som tumörstadium, fostermedicinska undersökningar osv. Martin Tolsgaard, en dansk kollega som disputerat på utvärdering av ultraljudsfärdigheter, förespråkade det validerade utvärderingsinstrumentet OSAUS som kan användas av vem som helst i den kliniska vardagen för att utvärdera och ge feedback kring en kollegas färdigheter inom ultraljud (ett tips till er på klinikerna som ansvarar för ultraljudsutbildning, gå in på [osaus.org](http://osaus.org)).

Det diskuterades även (som vanligt) om ST-läkarnas kirurgiska träning, eller rättare sagt, bristen på denna. Man konstaterade att antalet hysterektomier minskat med åren med följden av att det helt enkelt inte räcker till ST-läkarna. Att utföra en hysterektomi kanske inte längre hör till basal kunskap inom gynekologi? I Norge och Finland har man logg-

böcker för att följa upp kravet på bland annat 20 hysterektomier och 40 laparoskopiska operationer på ovarier eller tubor. Den danska föreläsaren Jeanette Strandbygaard ansåg att man absolut borde kräva införandet av laparoskopikörkort i simulator eftersom studier visar att det ger enorma fördelar innan man ger sig på att laparoskopera en riktig patient. Hennes landsman JM Goderstad berättade om OSATS (objective structural assessment of technical skills). Det är ett enkelt och värdefullt instrument för att utvärdera kirurgisk färdighet och ger mycket bra underlag för diskussion kring vad som bör förbättras. Det är också ett utmärkt sätt att utvärdera den enskilda läkarens utveckling inom laparoskopiskt teknik.

Vad gäller skriftliga prov som redskap för evaluering gick åsikterna verkligen isär. Finländarna är starka förespråkare, svenskarna lagom intresserade medan danskarna förkastar metoden. Fördelarna är att ett prov ”piskar” till teoretiska studier och är en typ av kvalitetskontroll innan man får specialistlegitimation. Jan Brynhildsen påpekade att ett skriftligt prov också är ett verktyg för att upptäcka eventuella brister på de kliniker som inte ger den utbildning de är skyldiga att stå för. Motståndarna menade att det inte överhuvudtaget mäter om man är en bra läkare eller inte och att man bör lita på sina kollegor att det inhämtar nödvändig kunskap.

De gavs många praktiska tips på vad man borde tänka på då man ger en kollega feedback. Man borde tydligt framhålla att ”nu skall jag ge dig feedback”. Annars finns det risk för att mottagande person inte uppfattar att den får feedback. Använd inte ord som ”men” utan istället

”och”. Kom ihåg regeln ”8+1=0”; om du säger åtta bra saker och en negativ sak suddas alla positiva kommentarer ur minnet. Det räcker inte med en klapp på axeln och ”bra jobbat”. Det är naturligtvis viktigt med uppmuntrande, lättsamma kommentarer men för att adepten skall utvecklas och dra nytta av feedback måste den ges strukturerat, mer mångfacetterat och i en dialog. Som handledare måste man också få verktyg för att kunna tackla sin egen konflikträdsla och ta det svåra samtalet när det inte fungerar. Det räcker inte med endast ett slutbetyg i form

av en siffra i slutet av en 5-6 årig utbildning. Utvärdering, evaluering och feedback skall ges kontinuerligt, följas upp, syfta till att stimulera lärande och vara en naturlig del av ST-läkarens vardag. Detta var viktiga budskap som levererades av föreläsare som Marjan Govaerts från Nederländerna och Sandra Halldorsdottir från Island.

Åsa Kadowaki höll en oerhört inspirerande föreläsning om kommunikation. Om ni någonsin får chansen att höra henne föreläsa, TA DEN! Jag kan inte i denna resumé komma ens i närheten av

att återge hennes budskap men om ni vill få inblick i hennes viktigaste ”take home message”, gå in på youtube och titta på klippet mr Ramesh. Jag garanterar er livsvisdom och ett gott skratt.

*Ida Bergman*

ST-läkare på Södersjukhuset i Stockholm  
Internationell representant i  
OGU-styrelsen  
NFYOG-styrelsemedlem



## OGUs handledarpris gick i år till Maria Rökaeus, överläkare Gyn-mottagningen Alingsås Lasarettet, med motiveringen:

För att hon i förväg tänker igenom vilken kunskap hon vill förmedla under placeringen på den gynekologiska mottagningen i Alingsås. Dessutom har hon en plan på hur detta skall gå till på bästa sätt. Innan vi ens påbörjar vår placering samlar hon typfall för både en operationsdag och en mottagningsdag där hon avsätter tid för att kunna vara med som handledare. Det finns varje vecka luft i schemat för att få klinisk handläggning avseende knepiga fall. Hon stämmer regelbundet av hur man trivs som öppenvårdsgynekolog. Maria har koll på vad vi gör och bidrar med en utvecklande feedback både när hon håller med om vår handläggning och när hon anser att vi kunde gjort på ett annat sätt. Hon är anledningen till att vi utvecklas mycket under vår 3-4 månaders placering och att vi verkligen känner oss trygga med kolposkopier, koniseringar, inkontinens- och infertilitetsutredningar med mycket mera!

Det är många av oss som kan säga ”Hon är den jag lärt mig mest av under hela min ST”!!

*Elisabeth Ödesjö, Emilia Alfonzo, Linda Englund-Ögge, Maria Forslund, Maria Revelj, Mira Ehrig, Verena Sengpiel*

ST-läkare & nyblivna specialister vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset som har gått sin öppenvårdsplacering i Alingsås



# Specialisttentan i Göteborg

En pessimist ser svårigheter i varje möjlighet, en optimist ser möjligheter i varje svårighet.

Winston Churchill

Redan när jag steg på tåget vid T-Centralen i Stockholm förstod jag att jag hade hamnat på rätt tåg. Utskrivna versioner av det senaste decenniets SFOG-tentor virvlade runt i vagnen; tre timmars resa till Göteborg, det gällde att maximera och mata in så mycket fakta som möjligt i den redan fullproppade hjärnan.

Anspänningen och oron över att SJs kroniska krångel skulle försena ankomsten blandades snabbt med glädjen över att se kollegorna från land och rike runt, som man de senaste 5 åren träffat på kurser och konferenser. Mellan varven passade vi på att förhöra varandra på algoritmer, som vi likt böner i kyrkan rabblade upp och ner. HELLPER, postpartumblödning, riskfaktorer, vi drillade våra hjärnor in i det sista.

”Repetition är kunskapens moder”, men vem är dess fader? Utbildningsnämnden?

Så småningom kom vi dock alla fram till Göteborg, checkade snabbt in på vårt boende för att hinna med en sista repetition av ARG-rapporternas faktarutor.

## Dag 1 Skrivning

Som ett lämmeltåg följdes vi åt på spår-vagnen till Östra sjukhuset, vi var fler än 50 anmälda, vilket slog alla tidigare års rekord. Aulan blev snabbt så knökfull att man nästan satt i knä på bordsgrannen och kunde känna en lätt bris av hyperventilering i nacken av personen bakom. Utbildningsnämnden hade nog inte räknat med sådan entusiasm. Tänk att så många frivilligt skulle utsätta sig för sömnbristens svarta ringar runt ögonen och ”kronisk kurs-mage” på grund av extrem kaffeöverkonsumtion under inläsningstiden, för att äntligen efter 5 års ST-utbildning ta tjuren vid hornen och bese-gra tentaängesten. Ett gäng matadorer helt enkelt!

Tentan delades ut och Jan Brynhildsen önskade oss lycka till och påminde samtidigt med en manande röst om att vi ”vid fusk bara lurar oss själva”. Rekordsnabbt sjönk syrehalten i aulan och ersattes nästan av ett vakuum. Liknande vakuum uppstod i mitt huvud när jag redan vid fråga 1b insåg att jag under mitt 5-åriga kliniska arbete lärt mig så mycket, men aldrig ens gett mig på ett försök att rita en hög rakställning. Nöjde mig efter mycket sud-dande och kluddrande med en Picasso-liknande skiss av ett barnahuvud i ett kvinnligt bäcken och gick raskt vidare till nästa fråga. En lätt svettdoft fyllde snart ut salen, blyertspennorna rispade nästan hål på pappren och en vänlig själ delade givmilt ut hela sitt paket öronproppar. Därefter skrev pennan nästan av sig själv när det gällde uro-gyn-frågorna, p-pillrens skyddande effekt mot alla möjliga olika cancerformer och så vidare...

Efter fem timmars skrivning och en hjärna med samma konsistens som en disktrasa kände alla trots allt en lättnad och såg fram emot den mera fysiska morgondagen; stationsprov, praktiska övningar, hinderbana, ”Bootcamp-OSCE”.

## Dag 2 OSCE

Stationsproverna fick min puls att stiga högre än under ett ”bodycombat-pass”. Min stora farhåga var att springa vilse mellan stationerna utplacerade i olika byggnader på Östra sjukhuset. Väl på rätt station blev man mentalt uppslukad av fallen som dock ofta utmynnade i en trevlig diskussion och ytterligare ett inläringstillfälle. Man fick möjligheten att fråga examinatoren (en mycket erfaren kliniker eller professor) om praktiska råd. När har man annars detta enastående tillfälle?

Nästa station: Salpingektomi av tubar-

graviditet på Lap-simulator. Önskade i den stunden att Lap-simulatorn hade haft ett filter för ”reverberation” som våra ultraljudsapparater, för att osynliggöra mina darrande händer, som skvallrade om min nervositet. Det kändes som en Champions league match med prövning av simultanförmågan att samtidigt rabbla upp riskfaktorerna för utomkvedshavandeskap, dribbla runt det blödande X:et med ett avslutande självmål när ”tuban” hamnade i sin Endocatch-påse! Strike! ”Det är inte antal mål som är viktigast, utan hur jag gjort dem” som Zlatan profeterar.

## Dag 3 Presentationen av det vetenskapliga arbetet

Vi delades in i grupper om 6-7 deltagare och två examinatorer. PI-värden, Gauss normalfördelningar och konfidensintervallsfrågor var mina farhågor inför opponeringen, men vilken tur att min rädsla visade sig vara ”falskt negativ”.

Kollegornas lärorika föredrag blev mer av en komprimerad kursdag än en skallgång. För varje bild i powerpointpresentationerna som klickades vidare kände man hur ytterligare en synaps i hjärnan bildades. Jag blev lite snopen över att alla dessa timmars, veckors och månaders nedlagda arbete gick att avhandla på bara på 10 minuter per person. Säkerligen har dock det vetenskapliga arbetet hos många av oss sått ett frö för fortsatt forskning.

## Feedbackrundan

Största pirret i magen var nog att stå framför utbildningsnämndens feedback-runda som avslutning på specialistexamen. En och en ropades vi in till utbildningsnämnden för att få våra prestationer betygssatta.

Kändes nästan som programmet ”Let’s dance” att efter en utmattande Paso Doble träda till korset och bli ”sågad” av juryn. Men till skillnad från

Tony Irwings ofta så opassande ordval och låga poängtavlor, delade utbildningsnämnden ut välvillig feedback på eventuella "feltramp och taktfel", samt mycket värmande beröm. Paso Doblen var äntligen över, tjuren utmattad som lille Ferdinand och matadorens röda duk ersattes av en vit fredsflagga.

"Detta gick ju som en dans!" menade Jan Brynhild sen.

Snurrig som efter en trippel-spin lämnade jag rummet med en klackvändning och valsade ut. Livet kändes helt plötsligt som en dans på rosor igen.

På tåget hem till Stockholm ersattes adrenalinhalten i kroppen och svettdoften av ett härligt lyckorus endorfiner och en ljuvlig doft av mousserande i bistrovagnen med "debriefing" som vid en "Balintrunda".

Det vi alla var slående överens om var att specialistexamen var en berikande erfarenhet. Tack till hemmakliniken för inläsningstiden och möjligheten att få grotta ner sig i material, som gör att jag äntligen knutit ihop säcken av kunskap och färdighet.

Slutligen vill jag framföra ett stort tack till hela SFOGs utbildningsnämnd, Ylva Carlsson som stått för det organisatoriska och medverkande från Östra sjukhuset för ett gediget arrangemang och engagemang.

Nu är jag redo att kavla upp armarna inför nästa jour och ett livslångt lärande!

Jag kan inte göra allt, men jag kan göra något.

Om vi alla gjorde något, skulle vi tillsammans klara allt.

*Robert L Schimmel*

*Elisabeth Vock* ■



# ENTOG utbytet i Nederländerna, juni 2015

Vi, Katarina Edbladd, Helsingborgs lasarett, Anna Drca och Elisabeth Vock, Södersjukhuset i Stockholm har tack vare ENTOG (Europeiska motsvarigheten till OGU) och anslag från NFOG fått möjligheten att spendera en vecka i Nederländerna.

Veckan inleddes med tre intensiva dagars klinisk placering vid olika sjukhus i Nederländerna. Vi var utlokaliserade till Gronigen, Eindhoven respektive Amsterdam.

Vi välkomnades direkt vid ankomst av våra holländska värdar som arbetade samtliga som ST-läkare vid sjukhusen vi besökte. Med stor gästfrihet bjöd de in oss till sina hem.

I Nederländerna finns åtta akademiska centra och som ST-läkare ansöker man till något av dessa för att sedan arbeta ute i regionen under två år och under fyra år på universitetssjukhus.

Våra värdar introducerade oss på sina respektive kliniker. Vi fick följa det dagliga arbetet samt lyssna till flera intressanta föredrag.

Det finns många likheter mellan den svenska och holländska vården men också skillnader, kanske framför allt på den obstetriska sidan. Den stora skillnaden är att en frisk kvinna utan graviditetskomplikationer förväntas föda i hemmet i närvaro av någon av de barnmorskor som följt hennes graviditet. De barnmorskor som arbetar med hemförlossningar och mödrahälsovården tillhör första linjens barnmorskor och saknar den extra utbildningen i bland annat CTG-tolkning som andra och tredje linjens barnmorskor har. Barnmorskor som förlöser i hemmiljö övervakar fosterljuden via doppler under förlossningsförloppet.

Kvinnor med komplicerad graviditet, interkurrent sjukdom eller komplicerad debut av förlossningen som till exempel



mekoniumfärgat fostervatten förlöses naturligtvis alltid på sjukhus. I händelse av en akut komplikation under förlossningen transporteras kvinnan till sjukhus. Inte sällan då med hjälp av brandkåren som kan få rycka in och hjälpa till då de holländska trapporna är mycket branta och långa och det inte är ovanligt att man väljer fönstervägen. Dock rekommenderas alltid att kvinnor ordnar lämplig förlossningsbädd på nedervåningen i bostaden och kravet är en bädd på 80-90 cm höjd. Klossar för förhöjning av säng finns att hyra hos barnmorska.

Kvinnor som enligt holländska normer saknar indikation för att föda på sjukhus men önskar detta får själva bekosta den del som inte hennes försäkring täcker, vanligtvis kring 400 euro.

Vi fick förmånen att under en av dagarna följa med en barnmorska i första linjen på hembesök vilket var mycket spännande. Ingen av oss lyckades pricka in en hemförlossning men vi besökte både oförlösta kvinnor samt kvinnor första

dygnet efter förlossningen. Barnmorskan har ansvaret för patienten i hemmet fram till tio dagar postpartum och besöker henne ungefär varannan dag. Till sin hjälp i hemmet under denna tid har kvinnan en undersköterska som både kontrollerar barn och mor. Hon ombesörjer även praktiska saker i hemmet som matlagning, te och kaffekokning till gäster, inklusive barnmorskor. Traditionenligt bjöds det vid besöken på små toasts med anisflingor i blått respektive rosa. Detta är även det första den förlösta kvinnan bjuds att äta efter förlossningen och tanken är att optimera amningsstarten. Partner har i samband med förlossningen endast två dagar ledigt från arbetet och föräldraledigheten för kvinnan är 16 veckor. Därefter hänvisas man till barnomsorgen.

Kvällstid under vår vistelse bjöds det på diverse sociala aktiviteter organiserade av de lokala läkarna. Vi upplevde en stor glädje och öppenhet såväl i arbetsmiljön som vid spännande diskussioner kvällstid.

Totalt var vi 48 ST-läkare från 22 länder i Holland denna vecka. Det var fantastiskt spännande att diskutera våra olika förutsättningar samt vår kliniska vardag under de första tre dagarna under utbytet och fortsatt under senare delen av veckan som innebar workshops och simuleringar.

Sista dagen samlades alla ST-läkare i Utrecht på Scientific Session som behandlade temat "Simulerad praktisk träning" med berikande träning i LapSim, hysteroskopisk endometrieablation, morcellering av myom, MOET (Managing Obstetric Emergencies and Trauma) som liknade vår "CEPS eller ALSO träning" och mycket mer. För den mer lekfulla fanns även ett "Wii"-TV-spel med lap-simulator program där man fick träna sin laparoskopiska precision. Ett hett tips är att även ladda ner applikationen "ID-Sim" på sin smartphone (gratis). Eftermiddagen tillägnades träning i "Communication skills in difficult situations" fullspäckat med goda råd vi fick av de schweiziska och nederländska professorerna.

Sista dagen hölls ENTOGs årsmöte där bland andra turkiska, italienska och

ryska ST-läkare presenterade hur de upplevde skillnaderna i kvinnosjukvården när de jämförde nederländsk vård med sina hemländer. Mycket imponerande hur olika vi alla arbetar bara i Europa.

Avslutningsvis bör även rapporteras att ENTOG från och med nästa år erbjuder en internationella Ob&Gyn-tenta (likt den som redan finns i andra specialiteter som t ex anestesi eller kardiologi). Denna tenta har länge varit eftertraktad, inte minst av våra kollegor inom Ob&Gyn från utomeuropeiska länder. Förmodligen kommer den erbjudas 2 gånger årligen i Bryssel och bestå av en skriftlig och en muntlig del (OSCE stationer) på engelska och rätta sig efter europeiska riktlinjer. Den generella uppfattningen är att detta ytterligare kommer harmonisera ST-läkarnas utbildning och sudda ut gränserna mellan medlemsländerna, vilket vore en positiv utveckling.

Hoppas det är många av er som söker utbytet nästa år som går av stapeln i Istanbul. Håll utkik efter reklam i Medlemsbladet. ■



# Patientinformation om APC-resistens

Uppdaterad patientinformation avseende APC-resistens ligger nu på SFOGs hemsida under Riktlinjer/Råd under rubriken Patientinformationer. Den finns också på Hem-ARGs hemsida. Vi föreslår att den lämnas till patienter som har denna mutation.

Gisela Wegnelius, ordf Hem-ARG

Ragnhild Hjertberg, sekr Hem-ARG

Patient: .....

Faktor V Leiden mutation har påvisats i prov datum .....

Anlaget är i enkel (heterozygot) form

dubbel (homozygot) form

Ansvarig läkare .....

## Patientinformation om ärftlig APC-resistens (Faktor V Leiden mutation)

### Vad är ärftlig APC-resistens?

Ärftlig APC (aktiverat protein C)-resistens, upptäckt 1994, är ett tillstånd som medför att blodet lättare leverar sig och därigenom ökas risken för att bilda venösa blodproppar (ventrombos). Propparna är oftast lokaliserade till blodkärl i benen, men kan även uppträda på andra ställen. Ärftlig APC-resistens ger ingen ökad risk för arteriella blodproppar såsom hjärtinfarkt eller ”propp till hjärnan” (stroke).

Tillståndet kan förekomma med enkelt eller dubbelt anlag, d.v.s. ärvd från en eller båda föräldrarna. Den enkla formen förekommer hos 10% av Sveriges befolkning medan den dubbla formen finns hos 0,5%. Vid enkelt anlag ökar risken att bilda blodpropp 5 gånger. Vid dubbelt anlag ökar risken 50 gånger.

### Hur kan man undvika att få blodpropp?

Blodproppar bildas oftast i närvaro av ytterligare någon riskfaktor förutom APC-resistens. Exempel på sådana är: egen tidigare genomgången blodpropp, blodpropp hos nära släkting, preventivmedel innehållande östrogen, graviditet, östrogen som klimakteriebehandling, övervikt, svår sjukdom, operationer, immobilisering t.ex. gipsning samt långvarigt stillasittande t.ex. vid resor.

Kvinnor med enkelt anlag kan använda kombinerade p-piller om de ej har någon ytterligare riskfaktor. En individuell bedömning måste göras. Kvinnor med dubbelt anlag samt kvinnor med tidigare blodpropp skall helt undvika östrogenpreparat. Hormonspiral, samt depåpreparat och tabletter utan östrogen kan användas.

Vid graviditet skall du tidigt kontakta din mödravårdcentral och informera om din APC-resistens då det kan innebära att du skall ha blodproppsförebyggande medicinering.

Vid operationer, gipsning av ben eller om du blir långvarigt sängliggande skall du informera om din APC-resistens.

Vid långa resor bör du röra på benen så att benmuskelnerna, särskilt i vaderna, får arbeta. Knähöga stödstrumpor utgör ett gott skydd mot blodpropp och kan köpas på apotek eller i sjukvårdsaffär.

Ditt barn ärver ett anlag avseende faktor V från dig och ett från din man. Det finns inga generella riktlinjer för huruvida barn till föräldrar med ärftlig APC-resistens skall testas.

### Symptom på blodpropp

Vanliga symptom är smärta i ben eller svullnad, ibland rodnad eller värmeökning. Bröstmärta eller plötslig andnöd utan någon påtaglig orsak. Sök genast sjukvård om du misstänker blodpropp.

### Spara detta meddelande för eventuella framtida kontakter med sjukvården.

Arbetsgruppen för Hemostasrubbnings, Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi 2015



# Graviditetsregistret

mödrhälsovård • fosterdiagnostik • förlossning

LOGGA IN

OM REGISTRET

PATIENTER

VÄRDVERKSAMHETER

FORSKARE

KONTAKT

TRANSLATIONS

## Välkommen till Graviditetsregistret

HISTORIK, MÅL & VISION

ANSVARIGA

REGISTRETS STYRGRUPP

DOKUMENTARKIV

### PRESSMEDDELANDE

**Manuell inmatning i Graviditetsregistret minskar avsevärt genom ny teknisk lösning**  
Det nationella Graviditetsregistret påbörjar nu överföring av data om graviditet och förlossning direkt från journaler. Det har blivit möjligt nu när tre register slogs samman till ett och genom att man skapat en ny sammanhållen dataplattform där ett av de större journalsystemen integrerats.

### Aktuellt

Bevakningslistan - i bevakningslistan finns de registreringar som är ofullständiga, dvs uppföljningsregistrering saknas och/eller överföring av data från journal till registret ej skett. I de flesta landsting är inte journalöverföringen

# Graviditetsregistret är nu äntligen igång!

Graviditetsregistret har tagit ett stort kliv framåt. Vi har bytt leverantör till MedSciNet och den nya IT-plattformen är igång. Nya funktioner tillkommer fortlopande.

### Registrets funktioner idag

- Manuell inmatning av barnmorskor inom Mödrhälsovård där vi nu reducerat antalet variabler med två tredjedelar. Inmatning sker vid inskrivning och vid efterkontroll. De variabler som matas in är de som inte kan fås strukturerat ur journalsystemen, t.ex. födelseland, behandling för psykisk ohälsa, graviditetsdiabetes, självskattad hälsa och amning.
- Överföring från journalsystemet Obstetrix där vi har en fungerande

dataöverföring för Stockholm, Gotland och nu även Örebro! Övriga län med Obstetrix kommer få igång sina överföringar till registret under höst och vår.

- Till KUB-modulen (tidigare PNQf) tillkommer hela tiden nya verksamheter. Via KUB-modulen får man utifrån labvärden, ultraljudsmätning av nackuppkläring och moderns karakteristiska en riskbedömning för kromosomavvikelse.

### Registrets arbetsgrupper

Anna-Karin Wikström vid Akademiska Sjukhuset i Uppsala har tagit över som ordförande i arbetsgruppen för Förlossning/BB. Vi vill passa på att ge ett stort tack till professor Ulf Högberg, som nu avgått efter att ha varit en av de mest drivande för Graviditetsregistrets start. Kerstin Petersson fortsätter som ordförande i arbetsgruppen för Mödrhälsovård och Peter Conner som ordförande i arbetsgruppen för Fosterdiagnostik.

I skrivande stund arbetar alla arbets-



grupper med årsrapporten för 2014 och den kommer publiceras på SFOGs hemsida i början av oktober.

Vi har även startat ett kansli vid vårt registercentrum QRC Stockholm, som nu bemannas av vår administratör Else Friis.

### **Överföring från övriga journalsystem**

- För Uppsala, Kronoberg och Värmlands län som har Cosmic Birth startar vi nu ett projekt för att finansiera och utveckla en direktöverföring av data.
- Norrbotten är idag det enda landsting som har journalsystemet Partus och

även här arbetar vi på en lämplig lösning som är möjlig att finansiera.

I väntan på att din klinik får igång överföring av data via det elektroniska journalsystemet måste vi be om att du har tålamod med att få tillgång till rapporter och utdata. Jag vet att många önskar detta och just därför arbetar vi nu hårt på att ordna detta tekniskt och finansiellt. Graviditetsregistret får sina medel från Nationella Kansliet för Kvalitetsregister och ansökan för 2016 kommer snart skickas in.

Vi kontaktar klinikerna så fort dataöverföring är igång för att ge mer information och återkoppling på Graviditetsregistrets möjligheter och funktioner.

### **Rapportfunktion och förbättringar av inmatning**

Webbinmatningen för barnmorskor inom Mödrahälsovård har haft en del brister som vi arbetar på att förbättra, liksom vår webbsidas funktionalitet och form. [www.graviditetsregistret.se](http://www.graviditetsregistret.se)

Samtidigt arbetar vi på att designa vår rapportfunktion som kommer att ge klinikerna en snabb och säker återrapportering av verksamhetens resultat.

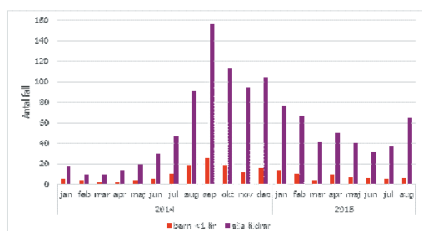
Vänliga hälsningar  
*Olof Stephansson*  
Registerhållare



# Kikhosta ökar och spädbarn är den mest utsatta gruppen

Trots god vaccinationstäckning ökade förekomsten av kikhosta, Bordetella pertussis, kraftigt under 2014 och var den högsta sedan 2007. Antalet fall bland spädbarn trefaldigades jämfört med 2013. De som drabbas allvarligast av kikhosta är framförallt barn under 6 månader som inte hunnit få de två första vaccindoserna. Under 2014 sjukhusvårdades flera spädbarn, två spädbarn avled ytterligare ett spädbarn har avlidit 2015. Spädbarnen som avled var tidigare friska, födda i normal tid, knappt en månad gamla, ovaccinerade, och kikhosta förekom i familjen. Förekomst av kikhosta i Sverige Under perioden 2009–2012, rapporterades årligen 200–300 fall av kikhosta i Sverige, varav 40–50 spädbarn. Under 2014 ökade antalet rapporterade fall till 703 varav 121 spädbarn, och av dessa var 116 yngre än 6 månader.

Fram till den 13 september 2015, har 427 fall rapporterats varav 62 spädbarn och av dessa var 31 yngre än 3 månader och 6 barn yngre än en månad. Antalet fall av kikhosta har minskat något jämfört med förra året men är fortfarande mycket högre än motsvarande perioder under åren 2009–2013. Under augusti månad i år sågs ytterligare en ökning (figur 1, figur 2).



Figur 1. Antal rapporterade fall av kikhosta hos barn yngre än ett år gamla och hos övriga under 2014 och augusti 2015 (SmiNet och Folkhälsomyndighetens fördjupade kikhosteuppföljning).

**Bernice Aronsson**, Barn- och Ungdomsläkare, Sakkunnig, Enheten för Vaccinationsprogram, Folkhälsomyndigheten, Solna.  
Bernice.aronsson@folkhalsomyndigheten.se

Kikhosta har varit en anmälningspliktig sjukdom enligt Smittskyddslagen sedan 1997. Både laboratorier och behandlande läkare anmäler sjukdomsfall via samma rapporteringssystem (SmiNet). Från och med oktober 1997 samlas dessutom vid telefonintervju kliniska data angående kikhostefall. Alla familjer med barn som fått kikhosta kontaktas av en sjuksköterska som ställer frågor om svårighetsgrad, duration, vaccinationsstatus, sjukhusvård, behandling med antibiotika etc. Sedan 1 januari 2009 har också smittvägar kartlagts för insjuknade spädbarn. Årliga rapporter från Folkhälsomyndighetens fördjupade kikhosteuppföljning liksom vetenskapliga artiklar har publicerats (Folkhälsomyndighetens fördjupade kikhosteuppföljning).

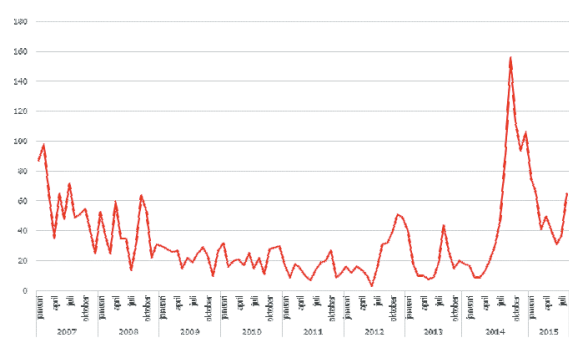
## Sjukdomen

Inkubationstiden för kikhosta är vanligen en till två veckor. Symtombilden

innefattar andningsuppehåll, svår hosta med mycket slem och komplikationer såsom lunginflammation och hjärtpåverkan i form av högersvikt. Drygt 70 procent av de barn som drabbas av kikhosta före 3 månaders ålder behöver sjukhusvård. Dödsfall sker nästan uteslutande under de första levnadsåren hos ovaccinerade barn (Nilsson 2012, Tejpratap 2015). Det nyfödda barnet kan smittas omedelbart efter förlossningen och insjukna redan vid 1–2 veckors ålder. I neonatalperioden kan sjukdomsbilden vara diffus och svårtolkad men snabbt bli mycket allvarlig. Tidiga symtom kan vara matningssvårigheter, tachypné och hosta. Hosta och kikningar kan ibland saknas i symtombilden och debutsymtom kan vara apné, cyanos, bradykardi med risk för blodtrycksfall och hjärtstillestånd.

## Smittväg

Kikhosta förekommer endemiskt också hos vuxna och den trefaldiga ökningen av kikhosta under 2014 sågs i alla åldersgrupper. Hos äldre barn och vuxna är sjukdomsförloppet oftast lindrigt, men man kan få typisk kikhosta med kikningar och kräkningar, men det är vanligare med en envis och långdragen hosta, som kan tolkas som viros, astmatisk/allergisk



Figur 2. Totalt antal rapporterade fall av kikhosta per månad 2008—augusti 2015 (SmiNet, och Folkhälsomyndighetens fördjupade kikhosteuppföljning).



hosta eller mykoplasmainfektion. Kikhosta yttrar sig inte annorlunda hos en gravid kvinna än hos andra vuxna, även om det kan vara mer påfrestande att få kikhosta i slutet av graviditeten.

Småbarn smittas för det mesta av personer i den närmaste omgivningen. I ett flertal studier och även i den svenska uppföljningen av kikhosta har det framkommit att spädbarn ofta har smittats av föräldrar och/eller syskon (Jardine 2009, Nilsson 2013, Skoff 2015). Om mamman är den troliga smittkällan insjuknar spädbarnet tidigare i jämförelse med om någon annan i omgivningen hostar vilket troligtvis speglar den tidiga och nära kontakt som av naturliga skäl finns (Folkhälsomyndighetens fördjupade kikhosteuppföljning).

### Behandling

Tidig antibiotikabehandling har effekt och förkortar sjukdomsförloppet. Antibiotikabehandling som ges till spädbarn med kikhosta inom den första sjukdomsveckan ger en kortare period med hostatacker jämfört med om behandlingen påbörjas senare än två veckor efter symtomdebut (Carlsson 2014).

För att skydda spädbarn behövs en hög uppmärksamhet för misstänkt kikhosta i omgivningen under tiden strax innan barnet föds och de första 6 månaderna. Detta för att misstänkta fall ska kunna provtas. För att skydda de minsta barnen från allvarlig sjukdom ska behandling påbörjas direkt vid misstanke om exposition för kikhosta. Om den gravida kvinnan tillfrisknar från sin kikhosta före beräknad förlossning, så kan hon ändå ha

smittat någon annan i familjen, som i sin tur smittar det nyfödda barnet. Om det finns misstanke eller bekräftad kikhosta i det nyfödda barnets omgivning ska barnet behandlas med antibiotika direkt efter partus (tabell 1). Rådgör med infektionskonsult om tidpunkt för behandlingen, val av antibiotika och dosering till såväl kvinnan som andra familjemedlemmar som barnet kommer att ha nära kontakt med.

Enligt information på Infpreg avseende behandling under graviditet; Smittreducerande behandling ges inte i tidig graviditet men däremot bör erytromycin övervägas inför förlossning (i samråd med infektionskonsult såväl om indikation som dosering). Rådgör även om ställningstagande till om förlossningen samt eftervård bör ske på isoleringsenhet på BB eller på infektionsklinik.

[www.medsocin.se/infpreg/specinfo/specinfo.asp](http://www.medsocin.se/infpreg/specinfo/specinfo.asp)

### Vaccinet

Allmän vaccination med helcells kikhostevaccin infördes 1953 men upphörde 1979 delvis på grund av dålig effekt samt misstänkta allvarliga neurologiska biverkningar av vaccinet. Efter ett uppehåll på 17 år infördes acellulärt kikhostevaccin 1996 i det allmänna barnvaccinationsprogrammet. Idag erbjuds alla barn kikhostevaccin vid 3, 5 och 12 månaders ålder, och vid 5–6 samt vid 15–16 års ålder (vaccination för 15–16 åringar införs 2016).

Initialt vid introduktionen av acellulärt kikhostevaccin sågs en tydlig reduktion av sjukdomsförekomsten, och man

antog att varaktigheten av skyddet var i paritet med helcells vaccin, det vill säga cirka 10 år efter primärvaccination i spädbarnsåret (Guiso 2014, Wendelboe 2005). Övervakning i flera länder har dock visat kikhostefall så tidigt som efter 1–3 år efter vaccination med acellulärt kikhostevaccin. Parallellt förefaller bakterien ha ändrat några av sina genetiska egenskaper, så att det blir tilltagande inkompatibilitet mellan de antigena determinanterna i det acellulära vaccinet jämfört med de stammar av Bordetella pertussis som cirkulerar i samhället (van der Ark 2012, Otsuka 2012, Caro 2008, WHO 2014).

### Nya strategier för att skydda spädbarn från kikhosta

Flera länder har under de senaste åren rapporterat epidemiska utbrott med en ökning av kikhostefall och dödsfall hos spädbarn. I dessa länder har rekommendationer om profylaktiska åtgärder för att minska sjukdomsburden hos spädbarnen innefattat vaccination av hälso- och sjukvårdspersonal, vaccination av vuxna runt det nyfödda barnet (kokongvaccination) och vaccination av gravida under tredje trimestern.

### Hur skydda spädbarn från kikhosta i Sverige?

Folkhälsomyndigheten startade 2013 ett projekt för att ta fram ett evidensbaserat kunskapsunderlag för optimering av skyddet mot kikhosta för spädbarn. Syftet med projektet var att genom en strukturerad litteraturgenomgång utvärdera alternativa strategier för att förebygga

<b>Barn 0–6 månader behandla vid misstänkt smitta. Ta prov men avvakta inte provsvar, behandla direkt!</b>
• Erytromycin 40–50 mg/kg/dag fördelat på två tillfällen i 7–10 dagar. Dosen till spädbarn är samma som profylax som vid terapi. (OBS! Ökad risk för pylorusstenos under de första två levnadsveckorna.)
• Alternativt: Azitromycin 10 mg/kg i 5 dagar.
• Vid intolerans mot makrolider: trimetoprim-sulfametoxazol till barn över 6 veckors ålder.

Tabell 1. Behandling för spädbarn vid misstanke om kikhosta. För fullständig behandlingstabell *vg se:* <http://www.lakartidningen.se/EditorialFiles/RI/%5bCFRI%5d/CFRI.pdf>

kikhosta hos barn under 6 månaders ålder. Kunskapsunderlaget och den hälsoekonomiska analysen kommer att publiceras på Folkhälsomyndigheten hemsida i oktober 2015. Utifrån detta kunskapsunderlag, hälsoekonomisk analys och andra viktiga aspekter kommer Folkhälsomyndigheten göra en utvärdering som kan utmyнна i ytterligare rekommendationer, men redan nu är det angeläget att informera om vikten av att skydda spädbarn från kikhosta.

### Informera

Uppmärksamma vårdgivare och föräldrar på att hosta kan vara kikhosta. Det är viktigt att informera föräldrar om att kikhosta har ökat och att spädbarn yngre än 6 månader har en större risk att få allvarlig sjukdom, varför de bör skyddas genom att undvika nära kontakt med personer som har besvärlig hosta.

### Referenser

R M Carlsson, K von Segebaden, J Bergström, A M Kling, L Nilsson. Eurosurveillance, Volume 20, Issue 6, 12 Feb 2015 Surveillance of infant pertussis in Sweden 1998-2012; Severity of disease in relation to the national vaccination programme. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=21032>

Caro V et al. Is the sequenced Bordetella pertussis strain Tomaha I representative of the species? J Clin Microbiol 2008; 2125-8

Guiso N. Bordetella pertussis: Why is it still circulating? J Infect 2014;68:S119-S124

Jardine, A. et al. Who gives pertussis to infants? Source of infection for laboratory confirmed cases less than 12 mo of age during an epidemic, Sydney, 2009. Commun Dis Intell. 2010; 34: 2: 116-21

van der Ark AAJ, Hozbor DF, Boog CJP et al. Resurgence of pertussis calls for re-evaluation of pertussis animal models. Expert Rev Vaccines 2012;11:1121-37

WHO SAGE pertussis working group, Background paper, SAGE April 2014

Nilsson L, Lepp T, von Segebaden K, Hallander H, Gustafsson L. Pertussis vaccination in infancy lowers the incidence of pertussis disease and the rate of hospitalisation after one and two doses: Analyzes of 10 years of pertussis surveillance. Vaccine 2012; 30: 3239-47

Nilsson L, von Segebaden K, Blennow M, Linde A, Uhnoo I. Kikhosta en risk för spädbarn. Sjukdomen cirkulerar bland ungdomar och vuxna, som därmed smittar vidare. Läkartidningen 2013; 110.

### Erbjud provtagning

Var frikostiga med att ta prov på spädbarn och på personer som vistas nära barnet som har symtom på långvarig hosta även om kikningar inte förekommer. Diagnostik görs med fördel med PCR-teknik (påvisning av bakterien i nasopharynx) och svar fås inom ett dygn. Patienten är PCR-positiv minst tre veckor efter insjuknandet. Vid mer än tre veckors hosta kan serologi användas för diagnostik. Uppmärksamma och provta personal med långvarig hosta som arbetar på BB, förlossningsavdelningar och på mödrahjälsövrden.

### Behandla med antibiotika

Behandling med antibiotika kan bli aktuell, och utgör en väsentlig del av den förebyggande behandlingen, för att undvika allvarlig sjukdom hos spädbarn. Barn under 6 månader bör få förebyggande

behandling redan vid misstanke om att de kan ha utsatts för smitta. För barn som är mellan 6 och 12 månader gamla inleds antibiotikabehandling när första symtom uppkommit hos barnet. Om kikhosta konstateras hos en gravid kvinna eller i en familj där ett barn snart ska födas ska det nyfödda barnet få behandling med antibiotika direkt efter födseln.

### Erbjud vaccination i tid

Spädbarnen får ett visst skydd och har en lägre risk för allvarlig kikhosta redan efter första vaccindosen. Därmed är det viktigt att inte fördröja administrationen av den första dosen vaccin. Den bör ges när barnet är 2,5 till 3 månader gammalt. ■

Läkartidningen 2013.

[www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Klinisk-over-sikt/2013/09/Kikhosta-en-risk-for-spadbarn/](http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Klinisk-over-sikt/2013/09/Kikhosta-en-risk-for-spadbarn/)

Otsuka N, Han H-J, Toyozumi-Ajisaka H et al. Prevalence and genetic characterization of pertactin-deficient Bordetella pertussis in Japan. PLoS One 2012;7:e31985

Skoff T H, Kenyon C, Cocoros N, Liko J, Miller L, Kudish K, Baumbach J, Zansky S, Faulkner A, Martin S W. Sources of Infant Pertussis Infection in the United States. Pediatrics September 2015

Tejpratap SP, Baughman AL, Clarc TA. First Pertussis Vaccine Dose and Prevention of Infant Mortality, Pediatrics Pediatrics Vol. 135 No. 6 June 1, 2015, pp. 990 -999 2015

Wendelboe AM, Van Rie A, Salmaso S, Englund JA. Duration of immunity against pertussis after natural infection or vaccination. Pediatr Infect Dis J 2005;24:S58-S61

Folkhälsomyndighetens fördjupade kikhosteuppföljning. Pertussis Surveillance in Sweden, Sixteen Year report, 2013.

Infpregt <http://www.medscinet.se/infpreg/specinfo/specinfo.asp> Rikshandboken Rikshandboken. [www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Nar-hur-och-varfor/Vaccinationsschema/](http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Nar-hur-och-varfor/Vaccinationsschema/)

Nyhetsmeddelande Folkhälsomyndigheten, december 2014 [www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2014/december/kraftig-okning-av-rapporterade-fall-av-kikhosta-2014/](http://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2014/december/kraftig-okning-av-rapporterade-fall-av-kikhosta-2014/)

Nyhetsmeddelande Folkhälsomyndigheten, mars 2015 [www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2015/mars/spadbarn-den-mest-utsatta-gruppen-vid-kikhosta/](http://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2015/mars/spadbarn-den-mest-utsatta-gruppen-vid-kikhosta/)

# Postoperativ antibiotika-användning efter gynekologiska operationer

- en valideringsstudie inom Gynop-registret

En validering av Gynop-registrets patientenkäter avseende postoperativ antibiotikaanvändning.

## Bakgrund

Avsikten var att kontrollera validiteten i Gynop-registrets 8-veckorsenkät avseende uppgiven infektion med eller utan antibiotikabehandling. Postoperativ infektionsfrekvens undersöktes även.

## Metod

Data från Gynop-registret analyserades. De patienter som efter operation uppgivit infektion samt antibiotikabehandling (grupp IwA) kontrollerades om de fått antibiotika utskrivet av läkare eller ej. Kontrollen skedde mot patientdatajournaler i utvalda län. Även de patienter som efter operation uppgivit infektion utan antibiotikabehandling kontrollerades i en egen grupp (grupp InA). Vid diskrepans mellan enkätsvar och datajournal utfördes en semistrukturerad telefonintervju för att klargöra hurvida antibiotika intagits eller ej.

## Resultat

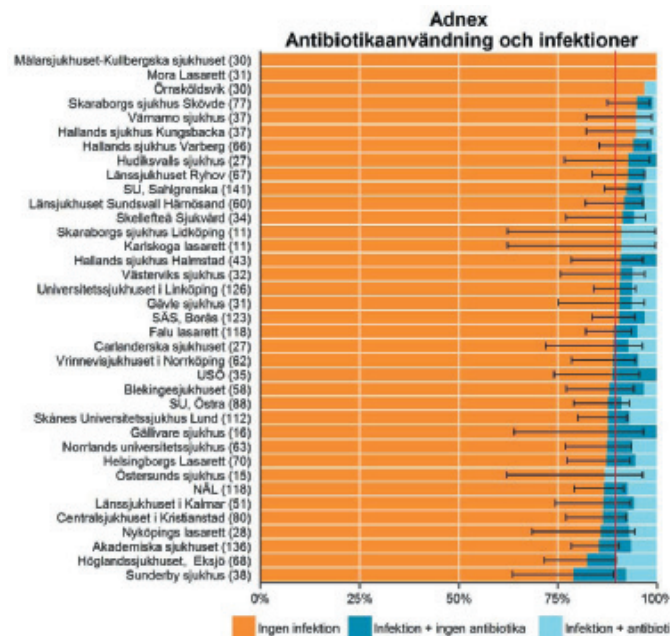
Av 216 patienter i grupp IwA hade 192 fått antibiotika utskrivet enligt journaluppgifter. Efter telefonintervjuer bedömdes det att ytterligare 16 patienter hade erhållit antibiotika. För 3 patienter genomförde ej telefonintervju. Av totalt 213 (100%) kontrollerade patienter i IwA hade 208 (98%) blivit antibiotikabehandlade vilket validerar uppgiven infektion med antibiotikabehandling  $\geq 90\%$ .

Grupp InA utgjordes av 151 patienter varav 118 överensstämde i journal och enkätsvaren. Efter telefonintervjuer

bedömdes det att ytterligare 1 patient ej behandlats med antibiotika. För 11 patienter genomförde ej telefonintervjun. Av totalt 140 (100%) kontrollerade patienter bedömdes det att 119 (85%) ej erhållit antibiotika. Patientmaterialet i grupp InA var för litet för att kunna validera enkäten avseende infektion utan antibiotikabehandling.

Magnus Wieslander, med stud T10, HT 2014

*Institution:* Klinisk vetenskap, enheten för obstetrik och gynekologi  
*Handledare:* Mats Löfgren  
Registerhållare, Gynop-registret



## Konklusion

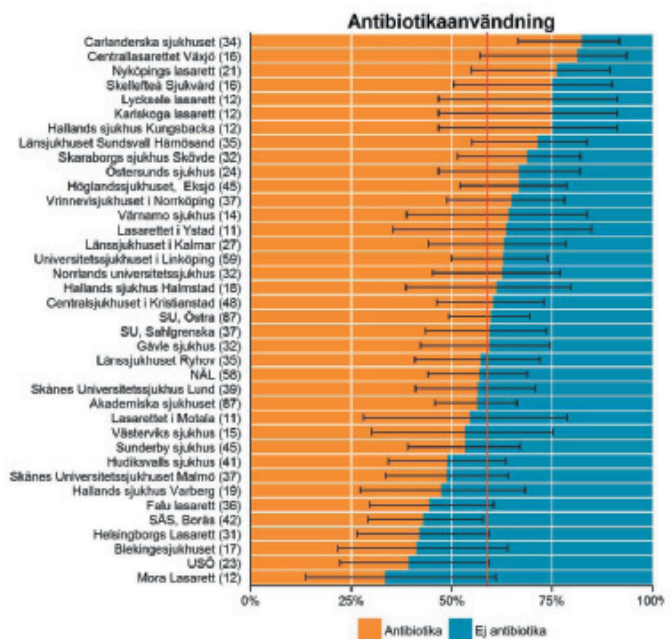
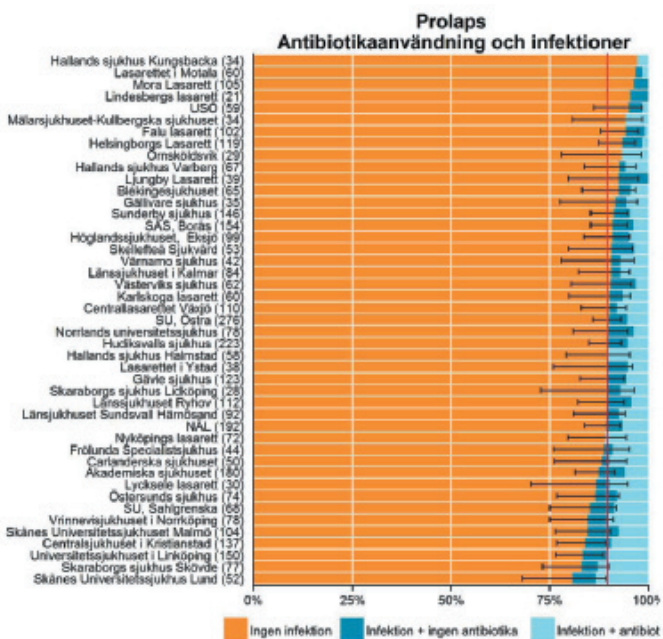
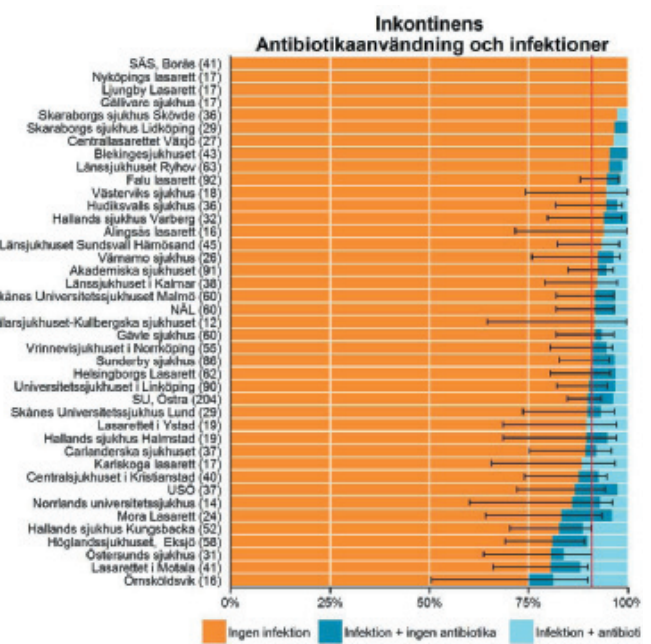
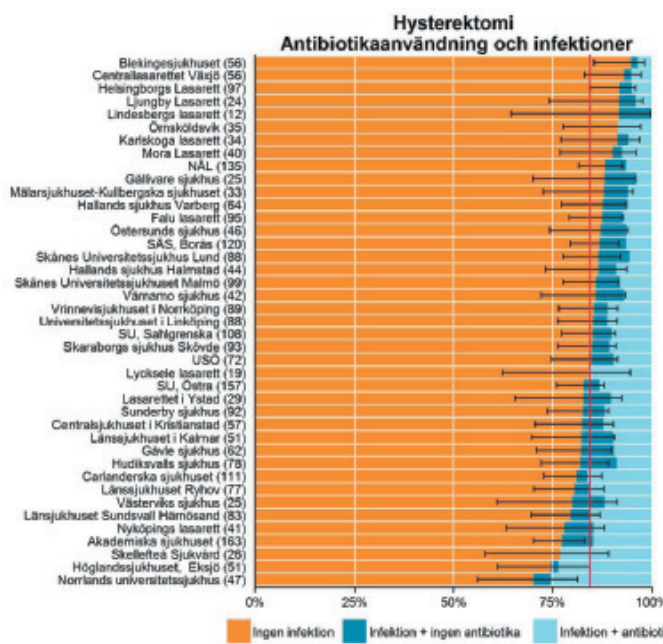
Data har indikerat att det förekommer en viss underrapportering av antibiotikaanvändning efter operation varför infektionsfrekvensen i absoluta tal kan blir något missvisande låg. Ingen större skillnad har kunnat påvisats vid jämförelse mellan sjukhusen, vilket skulle

kunna indikera att infektionsfrekvensen vid gynekologiska operationer är jämförbar i landet.

Denna studie validerar tillförlitligheten i patientenkäten för uppgiven infektion med antibiotikabehandling. Patientmaterialet var för litet för att kunna validera tillförlitligheten för uppgiven infek-

tion utan antibiotikabehandling.

Enkätdesignen för 8-veckorsenkäten har som en direkt konsekvens av denna studie ändrats till att kräva ett aktivt bejakande eller aktivt negerande för antibiotikabehandling vid uppgiven infektion.



# Medicinsk behandling av placentarettention med nitroglycerin – systematiskt review

## Introduktion

Kvarhållen placenta efter förlossning (placentarettention) har en incidens på 0,1- 3,3% (1- 3). Det finns hög risk för postpartumblödning om den lämnas obehandlad (1-6). Placentarettention kan orsakas av placenta adherence (81%), trapped placenta (13%) eller partiell accreta 6% (2, 3, 7). Med hjälp av bukpalpation och ultraljud kan man dela in placentarettention i "detached" placenta där placentan har lossnat men sitter kvar bakom en stram cervix eller "undetached", icke lossnat, placenta vilket dock sällan görs i praktiken. Standard behandling av placentarettention är manuell lösning i narkos inom 30-60 minuter post partum, vilket är förknippat med hemodynamiska risker för patienten så som aspirationspneumoni och kardiovaskulära komplikationer (2,3,4,6,7,11). För att minimera behovet av narkos har man studerat alternativa behandlingar med Nitroglycerin (NTG), intravenöst eller sublingualt, (2,3,7). Nitroglycerin relaxerar glatt muskulatur inom 45 – 60 sekunder och har en halveringstid på 2 minuter. Andra farmakologiska behandlingar av kvarhållen placenta är utan kliniskt signifikant effekt (3,20-22). Syftet med denna studie är att granska den medicinska litteraturen för att identifiera och utvärdera fördelar, risker och biverkningar av intravenöst eller sublingualt administrerat NTG för medicinskt behandling av placentarettention samt att fastställa om publicerade studier är av tillräcklig kvalitet och bidrar med tillräcklig kunskap för att kunna ge evidensbaserade rekommendationer för klinisk användning.

Shilan Kadir, MD1,  
Kvinnokliniken,  
Universitetssjukhuset Örebro  
Juliane Baumgart, MD, PhD,  
Kvinnokliniken,  
Universitetssjukhuset Örebro.  
Medicinsk fakultet, Örebro  
Universitet

## Metod

Cochrane Library och PubMed vetenskapliga databasen söktes för engelskspråkig litteratur om användning av NTG för behandling av kvarhållen placenta, senast den 31 maj 2014. Som MeSH-termer, ensam och i kombination, användes: "retained placenta", "retained placenta management" och "nitroglycerine". Alla kliniska studier, oavsett design, som hade framgångsrik placentalösning efter vaginal förlossning som primärt utfallsmått inkluderades. Systematiska och narrativa reviews granskades för att identifiera ytterligare originalstudier. Djurstudier, in vitro studier, fallbeskrivningar och studier om användning av NTG vid andra indikationer t.ex. tvillingförlossning exkluderades. Primärt utfallsmått var framgångsrik placentalösning med hjälp av NTG och sekundära utfallsmått var hemodynamiska effekter av NTG, blodförlust och biverkningar vid användning av NTG.

Kvalitetsbedömningen utfördes av två oberoende granskare som jämförde sina utvärderingar med varandra. Bedömningskriterier inkluderade studietyp, populationsstorlek, randomiseringsprocess, blindning och beskrivning av drop

outs. Dubbel blindade randomiserade kontrollerade studier (RCTs) med adekvat storlek, adekvata metoder för analys av utfallsmått, väl beskriven randomiserings- och blindningsprocess, väl beskrivna drop outs klassificerades som "hög" kvalitet. Dubbel blindade RCTs där en eller två kriterier för "hög" kvalitet inte uppnåddes eller studier med matchade kontroller och prospektivt design klassificerades som "medel" kvalitet. Alla andra artiklar klassificerades som "låg" kvalitet.

## Resultat och diskussion

Den systematiska litteratursökningen med de beskrivna MeSH-termer resulterade i 19 publikationer, se figur 1. Tre RCTs (3,7,11), tre deskriptiva studier (4,16,17) och tre reviewartiklar (2,6,13) uppfyllde inklusionskriterierna i denna studie. Tio publikationer exkluderades enligt exklusionskriterier: en experimentell djurstudie (23); ett in vitro experiment (15); fem fallrapporter (5,12,24-26); och en artikel som analyserade NTG användning vid förlossning av tvilling två (14). Två artiklar, presenterat som brev till redaktionen exkluderades på grund av otillräcklig beskrivning av studier (18,19).

Uppgifter om RCTs inklusive kvalitetsbedömning sammanfattas i tabell 1 och uppgifter om de deskriptiva studierna inklusive kvalitetsbedömning framgår i tabell 2. Effekten av NTG för behandling av placentarettention var mycket varierande bland de granskade studierna. Studier med hög kvalitet visade ingen signifikant skillnad mellan NTG och placebo. Resultat av de sekundära utfalls-

måtten varierade mellan studierna. De flesta studier visade lägre blodtryck och ökad puls utan att detta hade klinisk relevans (3,4,7,16,17). NTG var i studierna applicerad endast till hemodynamisk stabila patienter. Huvudvärk, hjärtklappning och vallningar var rapporterade biverkningar vid NTG användning.

En stor generell begränsning i de analyserade studier var deras storlek med mindre än 40 deltagare i 5 av 6 studier och endast 105 deltagare i största RCT vilket innebär en stor risk för bias. Författarna av de analyserade artiklar diskuterade olika orsaker till dessa skillnader så som samtidig användning av analgetika (27-32), skillnader i bakomliggande orsak vid placentarettion och varierande erfarenhet på olika sjukhus.

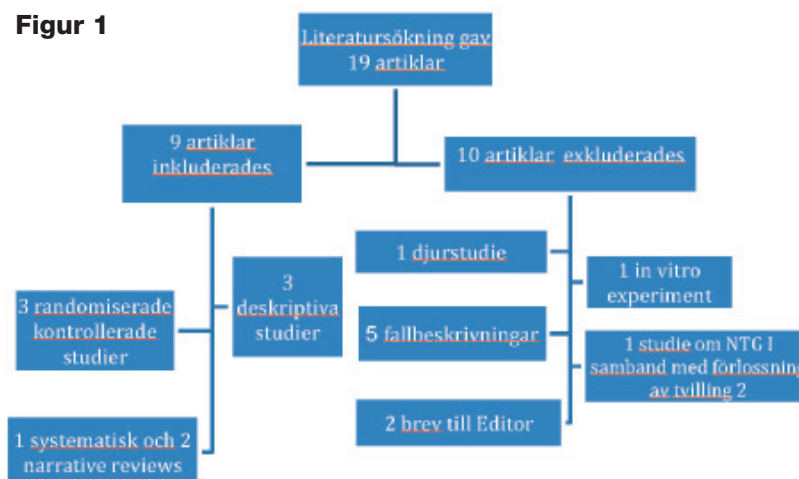
### Slutsatser

Det finns endast få studier som undersöker frågeställningen som har en begränsad storlek och visar motstridiga resultat. Studier med hög kvalitet visade ingen signifikant skillnad mellan NTG och placebo i framgångsrik behandling av

placentarettion. Användning av NTG visade inga signifikanta hemodynamiska förändringar.

Utifrån litteraturgenomgången kan man inte ge evidens-baserade råd om att använda NTG som medicinsk behandling vid placentarettion. ■

Figur 1



Tabell 1

Studie	Design	Population	Intervention (I)	Kontroll (K)	Utfallsmått	Resultat	Kvalité
Bullarbo, et al., 2012	RCT	105 patienter n(I) = 51 n(K) = 54	1 mg NTG sublingual	Placebo sublingual	Primär: Framgångsrik placentallösning med hjälp av NTG jämfört placebo. Sekundär: Hemodynamiska effekter och biverkningar av NTG.	Ingen signifikant skillnad i primärt utfallsmått (I)=37.3% (K)=20.4% (p=0.056) Ingen signifikant skillnad i sekundära utfallsmått.	hög
Vissalyaputra, et al., 2011	RCT	40 patienter n(I) = 20 n(K) = 20	200 µg NTG intravenös	saltlösning intravenös	Primär: Framgångsrik placentallösning med hjälp av NTG jämfört placebo. Sekundär: Hemodynamiska effekter av NTG.	Ingen signifikant skillnad i primärt utfallsmått (I) = 15% (K) = 20% (p=0.63) Signifikant lägre blodtryck i interventionsgruppen, inga signifikanta skillnader i de andra sekundära utfallsmått.	hög
Bullarbo, et al., 2005	RCT	24 patienter n(I) = 12 n(K) = 12	1 mg NTG sublingual	Placebo sublingual	Primär: Framgångsrik placentallösning med hjälp av NTG jämfört placebo. Sekundär: Hemodynamiska effekter och biverkningar av NTG.	Signifikant högre andel framgångsrik placentallösning i interventionsgruppen (I)=100% (K)=8.3% (p<0.0001) Signifikant lägre diastolisk blodtryck, (P=0.013), signifikant högre puls (P=0.001) och signifikant lägre blodförlust (P<0.0001) (I) jämfört (K).	medel

Tabell 2

Studie	Design	Population	Intervention (I)	Utfallsmått	Resultat	Kvalitet
Ekerhovd and Bullarbo 2008	deskriptiv, prospektiv studie	24 patienter	1 mg NTG sublingual	Primär: Framgångsrik placentallösning med hjälp av NTG jämfört placebo. Sekundär: Hemodynamiska effekter av NTG.	Framgångsrik placentallösning vid 21 av 24 patienter (87.5%). Signifikant reduktion av systolisk och diastolisk blodtryck utan klinisk relevans.	låg
Chedraui and Insuasti 2003	deskriptiv, prospektiv studie	30 patienter	50 – 200 µg NTG i.v.	Primär: Framgångsrik placentallösning med hjälp av NTG jämfört placebo. Sekundär: Hemodynamiska effekter av NTG.	Framgångsrik placentallösning vid alla patienter (100%). Signifikant reduktion av systolisk och diastolisk blodtryck och signifikant högre puls utan klinisk relevans.	låg
Lowenwirt et al., 1997	deskriptiv, retrospektiv studie	33 patienter	50 – 200µg NTG i.v.	Primär: Framgångsrik placentallösning med hjälp av NTG jämfört placebo. Sekundär: Hemodynamiska effekter av NTG.	Framgångsrik placentallösning vid alla patienter (100%). Signifikant reduktion av systolisk och diastolisk blodtryck och hematokrit samt as well as hematocrit and signifikant högre puls.	låg

### Referenser

1. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, NCCWCH 2007.
2. Weeks, A.D., The retained placenta. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 2008. 22(6): p. 1103-17.
3. Visalyaputra, S., et al., Intravenous nitroglycerin for controlled cord traction in the management of retained placenta. *Int J Gynaecol Obstet*, 2011. 112(2): p. 103-6.
4. Chedraui, P.A. and D.F. Insuasti, Intravenous nitroglycerin in the management of retained placenta. *Gynecol Obstet Invest*, 2003. 56(2): p. 61-4.
5. Jha, S., J.W. Chiu, and I.S. Yeo, Intravenous nitroglycerine versus general anaesthesia for placental extraction--a sequential comparison. *Med Sci Monit*, 2003. 9(7): p. CS63-6.
6. Abdel-Aleem, H., M.A. Abdel-Aleem, and O.M. Shaaban, Tocolysis for management of retained placenta. *Cochrane Database Syst Rev*, (1): p. CD007708.
7. Bullarbo, M., J. Tjugum, and E. Ekerhovd, Sublingual nitroglycerin for management of retained placenta. *Int J Gynaecol Obstet*, 2005. 91(3): p. 228-32.
8. Herman, A., et al., Dynamic ultrasonographic imaging of the third stage of labor: new perspectives into third-stage mechanisms. *Am J Obstet Gynecol*, 1993. 168(5): p. 1496-9.
9. Farley, A.E., C.H. Graham, and G.N. Smith, Contractile properties of human placental anchoring villi. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol*, 2004. 287(3): p. R680-5.
10. Ticconi, C., et al., Oxytocin modulates nitric oxide generation by human fetal membranes at term pregnancy. *Am J Reprod Immunol*, 2004. 52(3): p. 185-91.
11. Bullarbo, M., et al., Nitroglycerin for management of retained placenta: a multicenter study. *Obstet Gynecol Int*, 2012. 2012: p. 321207.
12. Chan, A.S., C. Ananthanarayan, and S.H. Rolbin, Alternating nitroglycerin and syntocinon to facilitate uterine exploration and removal of an adherent placenta. *Can J Anaesth*, 1995. 42(4): p. 335-7.
13. Dufour, P., D. Vinatier, and F. Puech, The use of intravenous nitroglycerin for cervico-uterine relaxation: a review of the literature. *Arch Gynecol Obstet*, 1997. 261(1): p. 1-7.
14. Vinatier, D., P. Dufour, and J. Berard, Utilization of intravenous nitroglycerin for obstetrical emergencies. *Int J Gynaecol Obstet*, 1996. 55(2): p. 129-34.
15. Axemo, P., et al., Intravenous nitroglycerin for rapid uterine relaxation. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1998. 77(1): p. 50-3.
16. Lowenwirt, I.P., R.M. Zauk, and S.M. Handwerker, Safety of intravenous glyceryl trinitrate in management of retained placenta. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 1997. 37(1): p. 20-4.
17. Ekerhovd, E. and M. Bullarbo, Sublingual nitroglycerin seems to be effective in the management of retained placenta. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2008. 87(2): p. 222-5.
18. DeSimone, C.A., M.C. Norris, and B.L. Leighton, Intravenous nitroglycerin aids manual extraction of a retained placenta. *Anesthesiology*, 1990. 73(4): p. 787.
19. Peng, A.T., et al., Intravenous nitroglycerin for uterine relaxation in the postpartum patient with retained placenta. *Anesthesiology*, 1989. 71(1): p. 172-3.
20. WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. Geneva: WHO; 2009.
21. Gulmezoglu, A.M. and J.P. Souza, The evolving management of the third stage of labour. *BJOG*, 2009. 116 Suppl 1: p. 26-8.
22. Weeks, A.D., et al., Umbilical vein oxytocin for the treatment of retained placenta (Release Study): a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet*, 2010. 375(9709): p. 141-7.
23. Segal, S., A.N. Csavoy, and S. Datta, Placental tissue enhances uterine relaxation by nitroglycerin. *Anesth Analg*, 1998. 86(2): p. 304-9.
24. Harnett, M.J. and S. Segal, Presence of placental tissue is necessary for TNG to provide uterine relaxation. *Anesth Analg*, 2000. 91(4): p. 1043-4.
25. Rodgers, B.C., A. Pasternak, and R. Gray, A novel treatment for management of a trapped placenta using intracervical nitroglycerin tablets. *BMJ Case Rep*, 2013. 2013.
26. Saroa, R., et al., Obstetric use of nitroglycerin: Anesthetic implications. *Saudi J Anaesth*, 2013. 7(3): p. 350-2.
27. Yoo, K.Y., et al., The effects of opioids on isolated human pregnant uterine muscles. *Anesth Analg*, 2001. 92(4): p. 1006-9.
28. Nacitarhan, C., et al., The effects of opioids, local anesthetics and adjuvants on isolated pregnant rat uterine muscles. *Methods Find Exp Clin Pharmacol*, 2007. 29(4): p. 273-6.
29. Kayacan, N., et al., In vitro effects of opioids on pregnant uterine muscle. *Adv Ther*, 2007. 24(2): p. 368-75.
30. Rayburn, W.F., et al., Randomized comparison of meperidine and fentanyl during labor. *Obstet Gynecol*, 1989. 74(4): p. 604-6.
31. Oats, J.N., D.P. Vasey, and B.A. Waldron, Effects of ketamine on the pregnant uterus. *Br J Anaesth*, 1979. 51(12): p. 1163-6.
32. Marx, G.F., H.S. Hwang, and P. Chandra, Postpartum uterine pressures with different doses of ketamine. *Anesthesiology*, 1979. 50(2): p. 163-6.

# Hur påverkar operationsmetoden patientens nöjdhetsgrad och symtom på recidiv efter operation av framväggsprolaps?

## Bakgrund

De senaste årtiondena har det skett en förändring i val av kirurgisk metod vid operation av prolaps och numera opererar man huvudsakligen den del av vagina som prolaberar och ger symtom (1). Tidigare opererade man fram- och bakväggen av vagina oavsett prolapsens läge. Man vet att globuskänsla är det symtom som bäst elimineras vid operation (2, 3) och det är även det symtom som visat sig ha högst korrelation till förekomsten av prolaps (4). Efter operation av framväggsprolaps (cystocele) är det dock många (11-58%) som drabbas av recidiv (2, 5-7). I studier har man sett låg korrelation mellan anatomiska recidiv och subjektiva besvär, där många av de med anatomiska recidiv inte har några subjektiva besvär (2, 3, 5, 6). Ändå är det anatomiska recidiv som oftast anges i studier och symtom-relaterade operationsresultat är sparsamt studerat (8).

## Syfte och frågeställning

Syftet med studien var att undersöka om primäroperation med enbart främre kolporafi jämfört med operation i både främre och bakre "compartment" vid cystocele var förenat med en högre frekvens subjektiva besvär vid ett års uppföljning.

Den primära frågeställningen var om det vid operation av cystocele, var högre risk att erfara globuskänsla vid ett års upp-

### Linn Ekhed

*Handledare:* Corinne Pedroletti, Med dr, Sektionschef gynekologi och Annika Strandell, Docent, Överläkare samtliga Kvinnosjukvård Sahlgrenska Universitetssjukhuset

följning, om endast främre kolporafi jämfört med om operation i både främre och bakre "compartment" utförts.

De sekundära frågeställningarna var om det vid operation av cystocele, var högre risk för reoperation, samt om det var en större andel nöjda med operationsresultatet vid ett års uppföljning, om endast främre kolporafi jämfört med om operation i både främre och bakre "compartment" utförts.

## Metod

Studien är en retrospektiv observationsstudie baserat på data ur det nationella kvalitetsregistret för Gynekologisk kirurgi, Gynop. Samtliga som primäropererats med främre kolporafi med eller utan operation i bakre "compartment" på grund av framväggsprolaps under 2006-2011 och som svarat på ettårs-enkäten ingick i studien.

Inklusionskriterier var genomgången operation med främre kolporafi med eller utan samtidig bakre kolporafi eller perinealplastik, samt cystocele som enda operationsindikation.

Exklusionskriterier var förekomst av uterus- eller vaginaltoppsprolaps eller rektoccele, samt tidigare genomgången prolapsoperation eller cervix amputation.

Ur ettårs-enkäten registrerades utfallsvariablerna globuskänsla och nöjdhet i en femgradig skala, samt reoperation. Svaret bedömdes lyckat om man svarat "aldrig" eller "nästan aldrig" på frågan om globuskänsla samt "mycket nöjd" eller "nöjd" på frågan "vad tycker du om resultatet?". Studien har godkänts av Regionala etikprövningsnämnden i Göteborg.

Data för de två grupperna analyserades med deskriptiv statistik. För jämförelse mellan grupperna användes Fisher's exacta test för dikotoma variabler, Mantel-Haenszel Chi Square test för ordnade kategoriska variabler och Mann-Whitney U-test för kontinuerliga variabler. Varje variabls inflytande på den beroende utfallsvariabeln (globuskänsla, reoperation, nöjdhet efter operation) skattades med en univariabel logistisk regressionsanalys. En multivariabel logistisk regressionsanalys gjordes med operationsmetod som den viktigaste oberoende variabeln och bakgrundsvariabler som antingen var skevt fördelade mellan grupperna eller påverkade den beroende utfallsvariabeln inkluderades i modellen. Resultaten redovisas som oddskvot (OR) med 95% konfidensintervall (KI). Alla



signifikantstest är två-sidiga med signifikansnivån 0,05.

**Resultat**

Enbart främre plastik hade utförts hos 3996 patienter (96%) och 185 hade dessutom genomgått någon tilläggsoperation; bakre kolporafi (n=43), perinealplastik (n=117) eller både bakre kolporafi och perinealplastik (n=25). Grupperna skilde sig åt avseende ålder (medelålder 65 (SD 10,2)vs. 62 år (SD 12,6), p=0,0009) samt användande av lokalanestesi (54% vs 25%, p<0,001), då operation med enbart främre kolporafi jämfördes med kombinerad metod.

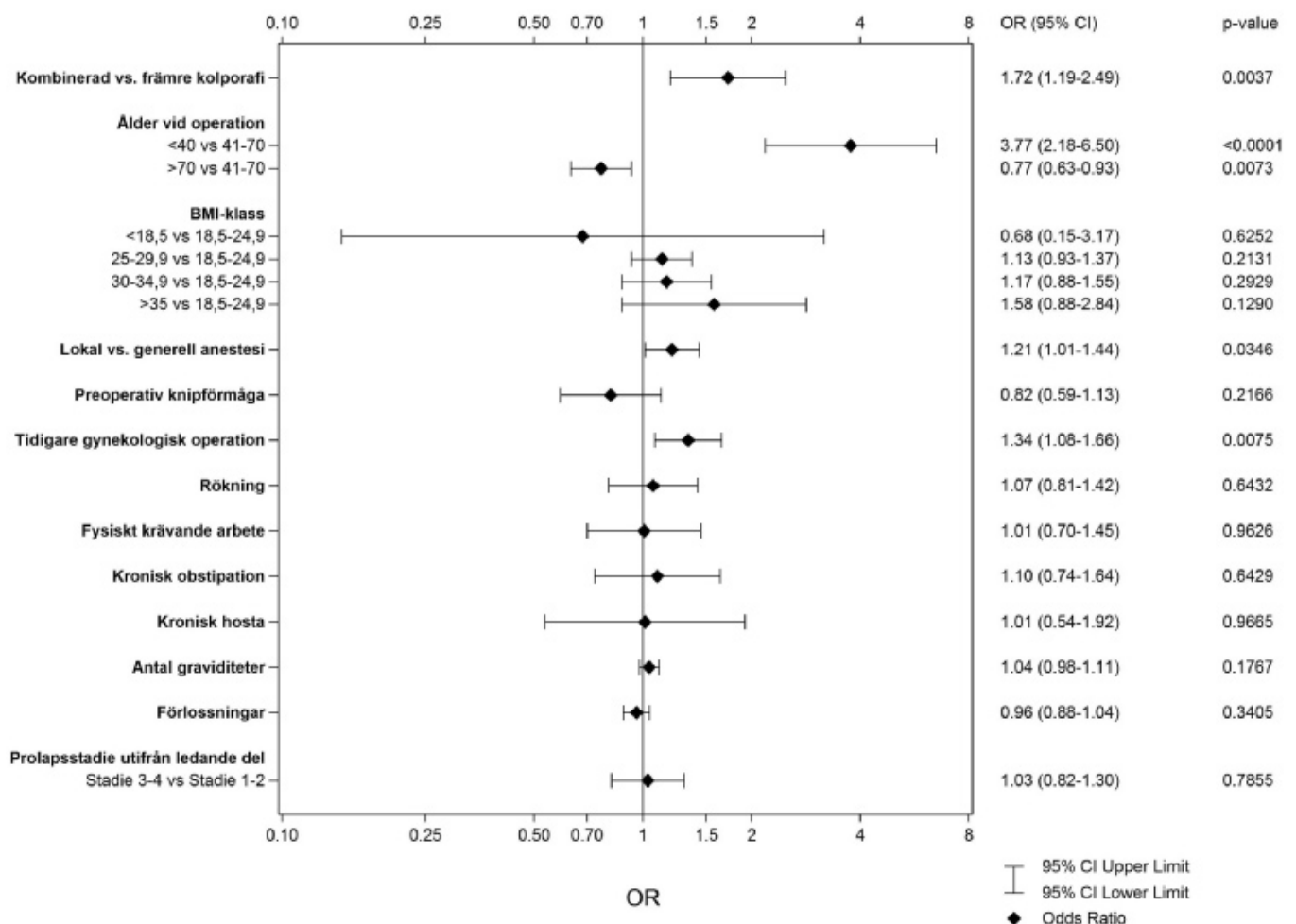
Vid ettårs-uppföljningen rapporterades globuskänsla av 26% respektive 37% av de som opererats med främre kolporafi respektive kombinerad metod. I en univariabel regressionsanalys var operationsmetod, ålder, anestesiform samt tidigare genomgången gynekologisk operation associerade (p<0,1) med globuskänsla (Figur 1). Dessa fyra variabler inkluderades i en multivariabel logistisk regressionsanalys. Operationsmetod (kombinerad vs främre kolporafi) var en oberoende prediktor för att erfara globuskänsla vid ettårs-uppföljningen; OR 1,76 (95% KI 1,17 - 2,64). Även ålder under 40, operation i lokalanestesi samt tidiga-

re genomgången gynekologisk operation ökade risken för ett erfara globuskänsla (Tabell 1).

Vid ettårs-uppföljningen rapporterades 78% respektive 73% nöjdhet, av de som opererats med främre kolporafi respektive kombinerad metod. I en univariabel regressionsanalys var ålder och BMI-klass associerade med nöjdhet (p<0,1). Dessa två variabler inkluderades i en multivariabel logistisk regressionsanalys, där ålder och BMI var oberoende prediktorer även för nöjdhet vid ett års uppföljning (Tabell 2).

Risken för reoperation inom ett år var 13% respektive 10% hos de som genom-

**Figur 1; Prediktion av utfallsvariabeln "Globuskänsla"**



gått främre kolporafi respektive kombinerad metod (n=319). En univariabel regressionsanalys kunde inte påvisa några associationer mellan bakgrundsvariabler och reoperation, varför ingen multivariabel regressionsanalys utfördes.

### Diskussion

Denna studie visar att risken att erfara globuskänsla vid ett års uppföljning efter operation av cystocele är högre för kvinnor som är opererade i båda "compartments" jämfört med de som genomgått enbart främre kolporafi (37% vs 26%). Detta resultat kvarstår efter justering för störfaktorer (justerad OR 1,76, 95% KI 1,17 – 2,64). Däremot var det ingen skillnad i patienternas nöjdhet mätt ett år efter operation efter justering för störfaktorer.

Precis som tidigare studier (2, 7, 9) visar denna att yngre ålder eller högt BMI vid operation ökar risken för sämre postoperativt utfall. En större andel av de yngre kvinnorna erfar globuskänsla vid ett års uppföljning samt en mindre andel är nöjda ett år efter operation i förelig-

gande studie. I studien var högt BMI (>25) signifikant associerat med mindre andel nöjda vid ettårs-uppföljningen. Operation i lokal anestesi ökade risken att erfara globuskänsla vid ett-års uppföljning, vilket även Pong et al (10) tidigare har visat. En begränsning med studien är dess design såsom retrospektiv observationsstudie och därmed finns en risk för störande bakgrundsfaktorer som kan påverka resultatet. I studien har vi tagit hänsyn till det genom att korrigera för tänkbara störande bakgrundsvariabler. Ytterligare en begränsning är att grupperna är olika stora. Dock var den lilla gruppen tillräckligt stor för att kunna utföra planerade statistiska analyser. Vissa kliniskt viktiga variabler fick exkluderas från analysen på grund av stort bortfall i registreringen. Den optimala tidpunkten för uppföljning kan diskuteras. Flera studier har visat att recidiv inträffar tidigt efter operation (9, 11). Styrkan med studien är att det är ett stort material och att det subjektiva resultatet är dokumenterat, vilket utmärker vår studie. Flera studier har tidigare visat att det föreligger

dålig korrelation mellan anatomiskt och subjektivt resultat. Då operation av prolaps i första hand utförs på grund av patientens besvär är det subjektiva resultatet viktigt. Globus är den variabel som i tidigare studier visat sig vara signifikant korrelerat till patientens upplevelse av förbättring. Ingen sådan korrelation är påvisad med enbart anatomiskt resultat (2, 3).

Slutsatsen är att operation av både främre och bakre "compartment" inte ger bättre resultat eller fler nöjda patienter jämfört med operation med enbart främre kolporafi vid cystocele. Således finns ingen indikation att operera även bakre "compartment" vid cystocele.

*Stort tack till Emil Nüssler för datauttag från Gynop-registret samt värdefulla råd. Mattias Molin från Statistiska konsultgruppen tackas för ovärderlig hjälp med statistiska analyser.*

Artikeln är ett sammandrag av ST-arbetet, vid intresse att läsa studien i sin helhet kontakta linn.ekhed@vregion.se

**Tabell 1 Justerad oddskvot för utfallsvariabeln "Globuskänsla"**

Variabel	Odds ratio	Konfidensintervall (95%)
<b>Kombinerad vs främre kolporafi</b>	1,759	1,173 – 2,637
<b>Ålder vid operation</b>	<b>&lt;40 vs 41-70</b>	3,982
	<b>&gt;70 vs 41-70</b>	0,791
<b>Tidigare gynekologisk operation</b>	1,337	1,065 – 1,679
<b>Lokal vs generell anestesi</b>	1,278	1,063 – 1,537

**Tabell 2 Justerad oddskvot för utfallsvariabeln "Nöjdhet efter operation"**

Variabel	Odds Ratio	Konfidensintervall (95%)
<b>Kombinerad vs främre kolporafi</b>	0,842	0,552 - 1,285
<b>Ålder vid operation</b>	<b>&lt;40 vs 41-70</b>	0,248
	<b>&gt;70 vs 41-70</b>	1,092
<b>BMI</b>	<b>&lt;18,5 vs 18,5-24,9</b>	1,317
	<b>25-29,9 vs 18,5-24,9</b>	0,814
	<b>30-34,9 vs 18,5-24,9</b>	0,688
	<b>&gt;35 vs 18,5-24,9</b>	0,287

### Referenser:

1. Crafoord K, Sydsjö A, Nilsson K, Kjølhed P. Primary surgery of genital prolapse: a shift in treatment tradition. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85(9):1104-8.
2. Tegerstedt G, Hammarström M. Operation for pelvic organ prolapse: a follow up study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004 Aug;83(8):758-63.
3. Barber MD, Brubaker L, Nygaard I, Wheeler TL 2nd, Schaffer J, Chen Z, Spino C. Defining success after surgery for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* 2009 Sep;114(3):600-9.
4. Tegerstedt G, Miedel A, Maehle-Schmidt M, Nyren O, Hammarström M. A short-form questionnaire identified genital organ prolapse. *J Clin Epidemiol.* 2005 Jan;58(1):41-6.
5. Weemhoff M, Vergeldt TF, Notten K, Serroyen J, Kampschoer PH, Roumen FJ. Avulsion of puborectalis muscle and other risk factors for cystocele recurrence: a 2-year follow-up study. *Int Urogynecol J.* 2012 Jan;23(1):65-71
6. Chmielewski L, Walters MD, Weber AM, Barber MD. Reanalysis of a randomized trial of a 3 techniques of anterior colporrhaphy using clinically relevant definitions of success. *Am J Obstet Gynecol.* 2011 Jul;205(1):69.e1-8.
7. Diez-Itza I, Aizpitarte I, Becerro A. Risk factors for the recurrence of pelvic organ prolapse after vaginal surgery: a review at 5 years after surgery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007 Nov;18(11):1317-24.
8. Maher CM, Feiner B, Baessler K, Glazener CM. Surgical management of pelvic organ prolapse in women: the updated summary version Cochrane review. *Int Urogynecol J.* 2011 Nov;22(11):1445-57.
9. Miedel A, Tegerstedt G, Mörlin B, Hammarström M. A 5-year prospective follow-up study of vaginal surgery for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunction* 2008 Dec;19(12):1593-601
10. Pong J, Bohlin K, Pedroletti C, Strandell A. Does anesthetic method influence vaginal bulge symptoms and patient satisfaction after vaginal wall repair surgery? *Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Sweden*
11. Dietz HP, Hankins KJ, Wong V. The natural history of cystocele recurrence. *Int Urogynecol J.* 2014 Feb 21.

---

## Författarsinstruktioner

Manus skickas via e-post till redaktören:

[anna.ackefors@sfog.se](mailto:anna.ackefors@sfog.se). För att säkerställa att ditt bidrag kommer med i önskat nr - skicka in det i god tid innan manusstopp. Om tveksamheter kontakta redaktören via mail eller SFOGs kansli.

Följande regler underlättar processen.

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

4. Använd programmets tabuleringsfunktion vid inskrivning av tabeller, inte mellanslagstangenten.
5. Använd inte egen design i texten i form av ovanliga typsnitt, understrykningar, fetstil eller dylikt. Det medför ett avsevärt arbete att leta efter dolda koder i texten. Ange hellre i ett medföljande dokument hur typografin önskas utformad.
6. Kom ihåg att skicka med logotyper och bilder som egna bildfiler. Bilder monterade i Word är bara skärmbilder som inte lämpar sig för tryck. Bildfiler bör ha en upplösning på 300 dpi för att göra sig bra i tryck. De flesta typer av bildformat kan tas emot. De vanligaste bildformaten som används i tidningen är jpg, tif eller eps.
7. **Om du tar bilder med digitalkamera, använd kamerans högsta upplösning.** ■

---

# Intressegrupper inom SFOG

## Mödrahälsöversörsläkargruppen

### Ordförande

Elisabeth Storck Lindholm  
Danderyds sjukhus  
Stockholm  
Tel: 070-721 173 94  
E-post: elisabeth.storck-lindholm@ds.se

### Sekreterare

Caroline Lilliecreutz  
Linköpings universitetssjukhus  
E-post: caroline.lilliecreutz@regionostergotland.se

## Privatgynekologerna

### Ordförande

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

### Kassör

Katarina Johansson  
Medicinskt Centrum  
St Larsgatan 42  
582 24 Linköping  
Tel: 013-460 10 00  
E-post: katarina.johansson@medcentrum.se

Johanna Andersson  
Aleris Specialistvård Sabbatsberg  
Olivecronas väg 1  
113 61 Stockholm  
E-post: johanna.andersson@aleris.se

Agneta Möller  
Läkarhuset Hermelinen  
Sandviksgatan 60  
972 33 Luleå  
Tel: 0920-40 22 00  
E-post: agneta.moller@hermelinen.se

## Obstetriker och gynekologer under utbildning (OGU)

### Ordförande

Mahsa Nordqvist  
Kvinnokliniken, SU/Sahlgrenska Östra  
416 85 Göteborg  
Tel: 031-343 40 00  
E-post: mahsa.mohammadi.khoshoi@vgregion.se

### Sekreterare

Josefin Kataoka  
Kvinnokliniken NÄL  
Lärketorpsvägen  
Tollhättan  
Tel: 10-43 50 00  
E-post: josefin.kataoka@vgregion.se

---

# Arbets- och Referensgrupperna inom SFOG

## Cervixcancerprevention C-ARG

**Ordförande:** Kristina Elfgrén  
KK, Karolinska Universitetssjukhuset,  
Huddinge  
141 86 Stockholm  
Tel: 08-585 875 28  
kristina.elfgren@karolinska.se  
**Sekreterare:** Pia Collberg  
MÖL Jämtland  
Östersund  
Tel: 063-15 37 35  
pia.collberg@regionjh.se

## Endokrinologi ENDOKRIN-ARG

**Ordförande:** Alkistis Skalkidou  
KK, Akademiska Sjukhuset  
751 85 Uppsala  
Tel: 076-206 85 82  
alkistis.skalkidou@kbh.uu.se  
**Sekreterare:**  
Angelica Lindén-Hirschberg  
Karolinska Universitetssjukhuset  
angelica.linden-hirschberg@karolinska.se

## Endometriosis ENDOMETRIOS-ARG

**Ordförande:** Greta Edelstam  
KK, Akademiska Sjukhuset  
751 85 Uppsala  
Tel: 018-611 00 00  
greta.edelstam@akademiska.se  
**Sekreterare:** Lollo Makdessi  
Vrinnevisjukhuset  
Norrköping  
lollo.makdessi@gmail.com

## Etik ETIK-ARG

**Ordförande:** Claudia Bruss  
KK, Länssjukhuset Halmstad  
302 33 Halmstad  
Tel: 035-13 10 00  
claudia.bruss@med.lu.se  
**Sekreterare:** Ingrid Bergelin  
ingrid.bergelin@ltdalarna.se

## Evidensbaserad medicin

**EVIDENS-ARG**  
**Ordförande:** Annika Strandell  
SU/Sahlgrenska  
413 45 Göteborg  
Tel: 0700-90 44 54  
annika.strandell@vgregion.se  
**Sekreterare:** Sissel Saltvedt  
Karolinska Universitetssjukhuset, Solna  
171 73 Stockholm  
Tel: 08-517 700 00  
sissel.saltvedt@sodersjukhuset.se

## Familjeplanering FARG

**Ordförande:**  
Kristina Gemzell-Danielsson  
Karolinska Universitetssjukhuset, Solna  
171 76 Stockholm  
Tel: 08-524 800 00  
kristina.gemzell@ki.se  
**Sekreterare:** Helena Kopp-Kallner  
Danderyds sjukhus  
Stockholm  
Tel: 070-440 20 70  
helena.kopp-kallner@ki.se

## Ofrivillig Barnlöshet FERT-ARG

**Ordförande:** Kjell Wånggren  
Reprod.medicin  
Novumhuset, Karolinska Huddinge  
Tel: 08-585 80 00  
kjell.wanggren@karolinska.se  
**Sekreterare:** Åsa Magnusson  
KK, Sahlgrenska  
Verksamhetsområde Gynekologi och  
Reproduktionsmedicin  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
413 45 Göteborg  
Tel: 031-342 00 00  
asa.magnusson@vgregion.se

## GLOBAL-ARG

**Ordförande:** Birgitta Essén  
Inst för kvinnors och barns hälsa  
IMCH  
Akademiska sjukhuset  
751 85 Uppsala  
birgitta.essen@kbh.uu.se  
**Sekreterare:** Kenneth Challis  
kenneth.challis@gmail.com

## Hemostasrubbingar HEM-ARG

**Ordförande:** Anna Hagman  
Norra Älvsborgs Länssjukhus NÄL  
461 73 Trollhättan  
Tel: 010-435 00 00  
anna.c.hagman@vgregion.se  
**Sekreterare:** Ragnhild Hjertberg  
Ultragyn, Odengatan 69  
113 22 Stockholm  
Tel: 0708-23 10 00  
ragnhild.hjertberg@ultragyn.se

## Mödra-Mortalitet MM-ARG

**Ordförande:** Sissel Saltvedt  
Karolinska Universitetssjukhuset, Solna  
171 76 Stockholm  
Tel: 0727-11 51 61  
sissel.saltvedt@karolinska.se  
**Sekreterare:** Annika Esscher  
Akademiska Sjukhuset  
751 85 Uppsala  
Tel: 018-611 00 00  
annika.esscher@akademiska.se

**Perinatologi PERINATAL-ARG**

**Ordförande:** Karin Pettersson  
KK, Karolinska Universitetssjukhuset  
Huddinge  
141 86 Stockholm  
Tel: 08-585 875 36  
karin.pettersson@karolinska.se  
**Sekreterare:** Marie Blomberg  
KK, Universitetssjukhuset Linköping  
581 85 Linköping  
Tel: 013-22 20 00  
marie.blomberg@lio.se

**Perinatologi PERINATAL-ARG**

**– fosterövervakning**  
*undergrupp till PERINATAL-ARG*  
**Ordförande:** Isis Amer-Wählin  
isis.amer-wahlin@ki.se  
**Sekreterare:** Karin Lundmark  
karin.lundmark@nll.se

**Psykosocial Obstetrik och Gynekologi  
samt Sexologi POS-ARG**

**Ordförande:** Katri Nieminen  
KK, Linköpings Universitetssjukhus  
Tel: 010-103 00 00  
katri.nieminen@regionostergotland.se  
**Sekreterare:** Lena Moegelin  
KK, Södersjukhuset  
Tel: 08-616 10 00  
lena.moegelin@sodersjukhuset.se

**Robson-ARG**

**Ordförande:** Lars Ladfors  
Göteborg  
lars.ladfors@sfog.se  
**Sekreterare:** Eva Nordberg  
Halmstad  
eva.nordberg@regionhalland.se

**Tonårsgynekologi TON-ARG**

**Ordförande:** Lena Marions  
KK, Karolinska Universitetssjukhuset,  
Solna  
171 76 Stockholm  
Tel: 08-517 766 55. Fax: 08-31 81 14  
lena.marions@karolinska.se  
**Sekreterare:** Anna Palm  
Sundsvalls sjukhus  
851 86 Sundsvall  
Tel: 060-18 10 00  
anna.palm@lvn.se

**Gynekologisk Tumörkirurgi med  
Cancervård**

**TUMÖR-ARG**  
**Ordförande:** Gunnel Lindell  
Länssjukhuset i Kalmar  
gunnel.lindell@ltkalmar.se  
**Sekreterare:** René Bangshøj  
KK, Universitetssjukhuset Örebro  
701 85 Örebro  
Tel: 019-602 12 60  
rene.bangshoj@reba.se

**Ultraljudsdiagnostik ULTRA-ARG**

**Ordförande:** Peter Lindgren  
KK, Akademiska sjukhuset  
751 85 Uppsala  
Tel: 018-611 00 00  
peter.lindgren@karolinska.se  
**Sekreterare:** Emelie Ottosson  
emelie.ottosson@vgregion.se

**Urogynekologi och vaginal  
kirurgi UR-ARG**

**Ordförande:** Marie Westergren  
Söderberg  
KK, Södersjukhuset  
118 83 Stockholm  
Tel: 08-616 10 00  
marie.westergren-soderberg@  
sodersjukhuset.se  
**Sekreterare:** Riffat Cheema  
riffat.cheema@skane.se

**Vulva VULV-ARG**

**Ordförande:** Nina Bohm-Starke  
nina.bohm-starke@ds.se  
**Sekreterare:** Christina Rydberg  
KK, Varbergs sjukhus  
432 81 Varberg  
Tel: 0340-48 10 00  
christina.rydberg@lthalland.se

**Arbets- och Referens-Grupp-Utvecklings-Samordnare****ARGUS**

Matts Olovsson  
**SFOG-Kansliet**  
Drottninggatan 55, 2 tr  
111 21 Stockholm • Tel: 08-440 01 75  
E-post: matts.olvesson@kbh.uu.se

**SFOG-Kansliet**

Susanne Lundin och Henrietta Solander  
Drottninggatan 55, 2 tr  
111 21 Stockholm  
Tel: 08-440 01 75 • Fax: 08-22 23 30  
kansliet@sfog.se • www.sfog.se

# SFOG

## MEDLEMSANSÖKAN

### [www.sfog.se](http://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 får också 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. Som medlem i SFOG är man abonnent på ARG-rapporterna till en reducerad kostnad (400:-/år).

Årsavgiften till föreningen är 800 kronor. Prenumeration på ARG-rapporter är avdragsgill i deklARATIONEN. I och med Din anmälan registreras Du i SFOGs medlemsregister. (Avgiften gäller endast medlemskap i SFOG)

För medlemmar i SFOG anordnas fortbildningskurser. SFOG ansvarar för det vetenskapliga programmet inom obstetrik och gynekologi vid den medicinska riksstämman.

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 vikarierande yngre kolleger med intresse för specialiteten och yngre specialister. Aktiviteterna går bl a ut på 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.

**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](http://www.sfog.se), Medlemsansökan**