

Medlemsbladet 5

2008

NR



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



MEDLEMSBLADET

Ansvarig utgivare: Anne Ekeryd-Andalen
Tel: 0303-74 34 89

Layout: Moniqa Frisell

All korrespondens till föreningen
skall ställas till:

SFOG-Kansliet, Drottninggatan 55, 2 tr
111 21 Stockholm

Tel: 08-440 01 75. Fax: 08-22 23 30

Jeanette Swartz. E-post: kansliet@sfog.se

Internet: www.sfog.se

Annonser: Anne Ekeryd-Andalen

E-post: anne.ekeryd-andalen@vgregion.se

Platsannonser hemsidan:jeanette.swartz@sfog.se

SFOGs styrelse 2008:

Ordförande: Charlotta Grunewald

Kvinnokliniken, Södersjukhuset,

118 83 Stockholm

Tel: 08-616 26 25. Fax: 08-616 26 40

E-post: charlotta.grunewald@sodersjukhuset.se

Vice ordförande: Ulf Högberg

Kvinnokliniken, Norrlands Universitetssjukhus

901 85 Umeå

Tel: 090-785 68 33. Fax: 090-13 75 40

Epost: ulf.hogberg@obgyn.umu.se

Facklig sekreterare: Eva Uustal Fornell

Kvinnokliniken, Linköpings Universitetssjukhus

581 85 Linköping

Tel: 013-222 000. Fax: 013-0148156

E-post:eva.fornell@lio.se

Skattmästare: Sven-Erik Olsson

Kvinnokliniken, Danderyds sjukhus

182 88 Stockholm

Tel: 08-655 56 08. Fax: 08-753 22 76

E-post: sven-eric.olsson@ds.se

Vetenskaplig sekreterare: Lars-Åke Mattsson

Kvinnokliniken, Sahlgrenska Universitet/Östra,

416 85 Göteborg

Tel: 031-343 40 00. Fax: 031-25 43 87

E-post: lars-ake.mattsson@vgregion.se

Redaktör för medlemsbladet:

Anne Ekeryd-Andalen

Gyn o MVC-mottagningen, Primärvården

Kungälv sjukhus, 442 83 Kungälv

Tel 0303-74 34 89

E-post: anne.ekeryd-andalen@vgregion.se

Utbildningssekreterare: Marie Bixo

Kvinnokliniken, Norrlands universitetssjukhus

901 85 Umeå

Tel:090-785 21 40. Fax: 090-77 39 05

E-post: marie.bixo@obgyn.umu.se

Ledamot/Webbmaster: Måns Edlund

Kvinnokliniken, Danderyds sjukhus

182 88 Stockholm

Tel: 08-655 63 43

E-post mans.edlund@ds.se

Ledamot: Anders Lagrelius

ANDLAG AB/Oxbackskliniken kvinnohälsan

Lagmansvägen 14, 152 40 Södertälje

Tel: 08-550 991 00. Fax: 08-554 431 20

E-post: anders@lagrelius.com

Ledamot/Yngre representant: Sara Sundén-

Cullberg, Kvinnokliniken K54, Karolinska

Universitetssjukhuset, Huddinge

141 86 Stockholm, Tel 08-585 800 00

E-post sara.sundencullberg@gmail.com

Tryck: Elanders

ISSN 0284-8031

— Ordförande har ordet —



Kära Medlemmar och Kollegor!

Stunden har kommit när jag ska skriva mitt sista ordförandebrev, det 10:e i ordningen. Det känns både vemodigt och inte helt enkelt. Två år som ordförande i SFOG har gått fort, som alltid när man har roligt! I vågskålen finns både det som väger tungt och lätt, men övervikten är definitivt positiv. Jag vill verkligen tacka för förtroendet att få representera denna fantastiska förening – det har varit ett stort privilegium. Det känns i alla fall lätt att lämna över klubban till Ulf Högberg – en mer grundmurat kunnig och mångsidigt kompetent efterträdare kan jag inte tänka mig. Vi har haft ett mycket kreativt och trevligt samarbete, som jag kommer att sakna. Över huvud taget har arbetet i styrelsen varit ett nöje! Vi har träffats åtskilliga gånger under åren, dels under våra totalt 16 styrelsemöten, varav två internat, dels under fyra verksamhetsmöten och under hela SFOG-

veckan i Luleå respektive Skövde. Utöver detta har delar av styrelsen deltagit i en rad andra möten både nationellt och internationellt. Om man därtill lägger de täta, ibland dagliga, kontakterna per mail eller SMS/telefon inser jag plötsligt att det kommer att bli en annorlunda tillvaro efter nyår. På sätt och vis hade det varit bra om ordförandeskapet varade längre än två år. Det tar ju onekligen ett tag innan man blir varm i kläderna. Men samtidigt är det en orimlighet med tanke på att en stor del av arbetet faktiskt sköts på fritiden. Förutom den egna insatsen, förutsätts den enskilda kliniken "sponsra" SFOGs aktiviteter genom att ge tjänstledighet till aktiva medlemmar, vilket gynnar större enheter. Det är kanske något att fundera över framöver – de professionella intresseföreningarna i hälso- och sjukvårds-Sverige tillmäts ju betydelse på många sätt, inte minst som

I DETTA NUMMER

Specialister bör få fortbildning även i Vulvasjukdomar!	7
NFOG VISITOR PROGRAM 2009	8
Till alla gamla och nya samt presumtiva kursgivare	9
Kända maternella dödsfall i Sverige under 2007	11
Fortsättning för internationellt symposium i World Contraception Day 2008	13
Reproduktionsmedicin och Gynekologi i Göteborg	14
Presentation av OGU-styrelsen	17
Rapport från konferensen Framtidens Specialistläkare	18
Nya ST-utbildningen!	19
DEBATTINLÄGG: Diskriminering av gynekologer	21
Sänkt gräns för definition av barn till v 22+0	23
Kodfrågan	23
Gabriel Gräslök	25
Pionjärer inom Obstetrik och Gynekologi	27
Ny avhandling	33
NYTT! Bakre Fornix	35

remissinstans och garant för utbildning, vetenskap och kvalitet inom sina specialitetsområden. Det kommer inte att vara mindre viktigt i framtiden att professionen värnar om dessa aspekter.

Min tanke var att kort summera vad styrelsen åstadkommit under de senaste två åren, men när jag gått igenom protokoll och minnesanteckningar inser jag att det är en uppgift som inte låter sig göras inom detta spaltutrymme. Vi måste komma ihåg att styrelsens del i SFOGs olika aktiviteter är bara toppen på isberget. Det finns ju ett mycket stort antal kollegor som engagerar sig i olika arbets- och referensgrupper (f.n 17 st!), andra intressegrupper (OGU, MÖL-gruppen, privatläkargruppen och öppenvårdsgruppen), alla som arbetar för förbättrad kvalitet inom verksamheten (årsrapporten, gynopregistret, gynekologiskt kvalitetsregister, mödrahälsovårdsrapporten) med alla dess aktiviteter. När jag tittar på vårt "Måldokument", som reviderades i samband med styrelsens strategi-internat i mars 2007, tycker jag att vi har lyckats rätt bra med våra intentioner. För dig som inte sett dokumentet ber jag att få hänvisa till www.sfog.se under spalten "Styrelsen", "Meddelanden fr Styrelsen". Jag skulle vilja lyfta fram några saker. Vi har genomfört ytterligare två lyckade SFOG-veckor, där målsättningen om att det ska vara "föreningens stora vetenskapliga forum" har uppfyllts väl. Som jag skrev i förra numret tror jag dock att man måste fundera vidare över både utformningen av programmet (ffa med den strikta uppdelningen i obstetrik och gynekologi) och längden på veckan. Med hjälp av alla tidigare lokala SFOG-veckoarrangörer har vi sammanställt en gedigen lathund för kommande SFOG-veckor. Den samlade erfarenheten kommer säkert

att vara till nytta. Abortfrågan har varit ett viktigt tema, både vad gäller barnmorskornas roll i den medicinska abortprocessen och i frågan om rätten att välja bort aborter under specialistutbildningen. Här har vi deltagit i Socialstyrelsens översyn, men även i den offentliga debatten. Vår åsikt har varit tydlig: läkarens roll som medicinskt ansvarig i abortverksamheten är inte förhandlingsbar. Vi anser inte heller att man kan bli specialist utan att delta i abortverksamheten. En annan debatt som rört upp många känslor är frågan om kvinnor har rätt att välja bort en manlig gynekolog. Här har vi också tydligt framfört att i princip har man inte, som patient, rätt att välja läkare utifrån könstillhörighet – lika lite som utifrån andra aspekter såsom hudfärg eller religiositet. Tillsammans med OGU har vi diskuterat andra viktiga frågor för specialitetens framtid, såsom den nya ST-målbeskrivningen med alla dess aspekter, ytterligare sub-specialisering och krav på ST-skrivning. Vi har beslutat om att tillstyrka Reproduktionsmedicin som en subspecialitet, med ett särskilt utbildningsprogram. Vi har inlett ett nationellt tvärprofessionellt samarbete med Svenska Barnmorskeförbundet och Barnläkarföreningens Neonatalsektion, med administrativt och ekonomiskt stöd från Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF), med syfte att uppnå en säkrare förlossningsvård. Som ett led i projektet "Säker Förlossningsvård" ska ett interaktivt utbildningsprogram för CTG-tolkning tas fram, under översyn av SFOGs referensgrupp för fosterövervakning. SFOG/NFOG har, även detta tillsammans med Barnmorskeförbundet, inlett ett samarbete med motsvarande professionella organisationer i Pakistan, i syfte att stärka deras positioner i landet. Ett pro-

jekt för förbättring av mödradödligheten inom ett begränsat område utanför Karachi, initierat och finansierat av FIGO, engagerar våra kollegor där och stöds på avstånd av oss. Vi har också, för att öka kunskapen om mödradödligheten inom Sverige, bildat en ny Arbets- och referensgrupp (Mödradödlighets-ARG). Framöver tror jag det skulle vara värdefullt med ett nordiskt samarbete kring dessa frågor.

Jag vill avsluta med att tacka mina kära styrelseledamöter för allt gott samarbete. Vi har verkligen haft många både arbetsintensiva men också roliga stunder tillsammans. Ni är alla så kloka och reflekterande människor, en fröjd att lära känna. Ni som avgår; tack Lars-Åke Mattson för allt du gjort som vetenskaplig sekreterare – en otrolig insats – och Sara Sundén-Cullberg för din tid som pigg och klok OGU-representant. Och ni som är kvar: tack Marie Bixo för ditt idoga arbete med utbildningsfrågor, Måns Edlund för din insats för att bygga upp vår nu så välfungerande hemsida, Anne Ekeryd-Andalen för din roll som redaktör som du axlat med bravur, Eva Uustal Fornell för din humor och effektiva skrivförmåga, Anders Lagrelius för din klokskap och hjälpsamhet och Sven-Eric Olsson för väldigt trevligt samarbete. Lycka till med ert fortsatta arbete! Tack Sara Lundqvist, vårt kvalificerade nytillskott på kansliet och sist men inte minst – tack Jeanette Swartz för att du är en klippa på kansliet som alltmör blivit en spindel i SFOGs nät. Tack för alla trevliga stunder vi haft tillsammans!

Allt gott, önskar
Charlotta Grunewald

ÅRSavgifter

Medlemsavgift SFOG	700:-	Avgifter för icke-medlemmar	
Medlemsavgift SFOG (ålderspensionär, fr o m det år man fyller 66 år)	200:-	Prenumeration Medlemsbladet 5 nr/år	500:-
ARG-rapportabonnemang* (medlemmar)	300:-	ARG-rapportabonnemang	250:-/rapport
			(exkl. moms)

* Avdragsgill i deklarationen

Nya medlemmar

Taghrid Faysal-Abed, Tumba

Riikka Neuvonen, Hägersten

Erica Axenborg Nilsson, Träslövsläge

Evangelia Elenis, Karlstad

Berglind Arnadottir, Falun

Malin Ermedahl, Stockholm

REDAKTÖRENS RUTA

Tack för alla bidrag till Medlemsbladet under det gångna året.

Anne Ekeryd-Andalen

Följande tider gäller för medlemsbladet 2009:

Nr	Deadline	Utkommer
1	18 januari	Vecka 8
2	15 mars	Vecka 16
3	10 maj	Vecka 24
4	6 september	Vecka 41
5	25 oktober	Vecka 48

Manus skickas eller faxas till:

Redaktör Anne Ekeryd-Andalen

Gyn och MVC-mottagningen, Primärvården, Kungälv's sjukhus
442 83 Kungälv

Telefon 0303-74 34 89 • E-post: anne.ekeryd-andalen@vgregion.se

Adressändring skall göras till

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

Årets Riksstämman i Göteborg, 26-28 November

Symposier inom ämnesområdet Obstetrik och Gynekologi

Torsdag 27/11 kl 08.30-10.00

Akut buk under graviditet

Moderator: *Ove Axelsson*

Torsdag 27/11 kl 14.30-16.00

Kan vi påverka dagens aborttal - i så fall hur?

Moderator: *Ian Milsom*

Fredag 28/11 kl 10.30-12.00

Patientsäkerhet inom förlossningsvården - hur kan den förbättras?

Moderator: *Charlotta Grunewald*

VÄLKOMNA

Lars-Åke Mattsson



"Nu förstår jag varför man vet sånt man inte kan!"

Efter en fullmatad SFOG-vecka kommer här lite annorlunda infallsvinklar på vår kliniska utbildning. Jag har hittat en ytterligare dimension på vetenskap och beprövad erfarenhet! En klok spexkompis och teknolog, Lars-Erik Björklund, dispute-rade nämligen i våras med monografin "Från Novis till Expert: Förtrogenhets-kunskap i kognitiv och didaktisk belysning".

Que! Undrar ni då.

Jo- i studier på 1980-talet av sjuksköterskor kunde man påvisa att de som hade lång tid i yrket såg mer och gjorde bättre bedömningar snabbare. Man talade om en intuitiv förmåga, säger Lars-Erik Björklund, som har ägnat sitt avhandlingsarbete åt att sammanställa forskningen kring denna "intuitiva" kunskap.

På 1990-talet gjordes liknande studier av läkare och affärsmän som visade att erfarenhet gav bättre bedömningar. Det var väl ingen nyhet egentligen. Men några neurobiologiska förklaringar till varför det var så hade det inte funnits.

Först kring det senaste sekelskiftet beskrev bland andra neuroforskarna Frensch, Tulving och Schachter i arbeten från vitt skilda ämnesområden att den mänskliga hjärnan har dubbla system för att ta emot och analysera sinnesintryck, ett medvetet och ett omedvetet.

Det medvetna, explicita, "vanliga" systemet är det vi använder vid t ex textinläsning och faktainläring. Skolans kunskapstradition bygger på detta system. Funktionell MRI och PET har visat att den mediala temporalloben med hippocampus är aktiva i processen. Systemet är relativt långsamt eftersom arbetsminnet bara rymmer mellan fem och tio informationsenheter åt gången.

I det andra omedvetna, s.k. icke deklarerbara eller implicita, systemet jämförs sinnesintryck med tidigare lagrade bilder. Här är striatum, amygdala och de basala

ganglierna aktiva. Prousts berömda Madeleinekaka exemplifierar detta. Jämfört med de explicita processernas enkelriktade synsvägar uppvisar det implicita systemet ett mångförgrenat nätverk där kognitionen sker snabbt och säkert eftersom flera vägar bidrar till hjärnans slutsats. De dorsala implicita vägarnas banor kan tolka och även agera på visuella stimuli redan innan det klassiska visuella systemet noterat att något händer. Vi har alltså alla en inre kartbok med lagrade erfarenheter utifrån vad som hänt oss tidigare i livet. Emotionell färg är central för utfallet, hur kändes det? Med hjälp av våra minnen bedömer vi blixtnabbt omedvetet en situation och kan förutsäga utfallet. Denna förmåga har vi glädje av särskilt i komplexa och informationstäta situationer, till exempel i vardagens kliniska problemställningar. I EBM-sammanhang kallas detta för "experts opinion" och har den lägsta graden av evidens.

Björklund skriver om den skicklige målvaktens obegripliga förmåga att kasta sig åt det håll som en straffspark är på väg. I vår värld finns många exempel på kollegor som fattat snabba beslut som haft avgörande betydelse vid komplexa sjukdomsförlopp.

Hockeyspelaren Wayne Gretzky ger exempel på den implicita kompetensen då han beskriver hur han kan vara så skicklig. "Jag åker bara dit pucken kommer att vara om en stund, inte dit den är". Man kan också kalla denna förmåga intuition, tyst kunskap, handens kunskap eller förtrogenhetskunskap.

Björklund exemplifierar handens kunskap med gynekologens bedömning av cervix. För nybörjaren tar det lång tid att först tänka ut vart fingrarna ska riktas, minnas vad det är man ska känna, gå igenom de olika Bishopscore-kriterierna och sedan bestämma sig för vidare handläggning. Experten gör detta på några sekun-

der. Ska man däremot använda "fel hand" blir bedömningen plötsligt taffligare. Tillgången till den implicita kunskapen blockeras när mönsterigenkänningen störs av att man måste "tänka".

Min egen erfarenhet är att varje gång rutiner, personal och arbetsförutsättningar byts ut bromsas uppbyggnaden av avancerad implicit kunskap och tempot i vårdarbetet stannar av till "en sak i taget och dokumentera allt-nivå." Känns det igen?

Dofter, gester eller atmosfär bildar en svårbeskrivbar kombination av intryck som gör att det vi kallar vår intuition säger oss en viss sak, säger Lars-Erik Björklund. Uttrycket magkänsla anspelar på de visceral stimuli som olika synapsmönster associeras till. Hjärnan söker hela tiden efter mönster. Ju fler variationer av en situation som vi upplevt, ju rikare blir bilderboken och desto större sannolikheten att vi bedömer en ny situation rätt.

Minnen lagras dock bara om de berör oss. Det krävs alltså känsla och engagemang för att erfarenhet ska lagras. Björklund menar därmed att vi svårligen kan läsa eller räkna oss till alla de kunskaper och förmågor vi behöver i yrkeslivet. Praktisk erfarenhet är oundgänglig och behöver uppvärderas. Han pläderar för att inslag av praktik och laborationer ska utökas snarare än minskas i akademiska utbildningar. "Vi behöver se, känna, lukta, höra, smaka och uppleva med våra sinnen. Denna datainhämtning kan inte ersättas med t.ex. litteraturstudier", skriver han.

I vår ST-utbildningsplan som nu kommer att bli styrd av explicita formulerade mål minskar värderingen av arbetad tid. Men den egna erfarenheten av glädje och sorg med de dofter av blod och foster-vatten som ger oss vår djupa implicita kunskap kan inte ersättas av evidensbaserade kurser.

Många av oss har begått sina första stora misstag i det skede i yrkeslivet när

nybörjarförsiktigheten börjat ersättas av en känsla av trygghet i det explicita kunskandet. Man har börjat lita på sin förmåga men saknar de arbetade år som behövs för att ge nyanser åt mönsterpaletten. En aspekt på dessa olika typer av kunskap är vad som händer när det går riktigt fel i vården. Personalens väg tillbaka till självförtroende efter en tragisk incident avgörs nog i många fall av omgivningens reaktioner. Stöder systemet, med H5AN-anmälan ständigt runt hörnet, vidareutvecklingen av "fingertoppskänsla" och implicit kunskap med äkta expertis som mål? Eller premieras strikt rättning efter dokumenterade rutiner och explicita kunskaper? Ett system med linjära händelseana-

lyser där andra än de som själva förstår implicit kunskap bedömer ett handlande kan i värsta fall leda till att vår kår fastnar i fyrkantig "PM-medicin" och själva läkekunsten faller i glömska. Vem ska då våga ge sig ut i det okända och hitta nya stigar att gå?

"En expert kanske inte är så hungrig eller energisk som en ung nyutexaminerad medarbetare, men har i gengäld en överlägsen förmåga att se och bedöma vad som bör göras och vad som går att göra", skriver Björklund i sin avslutning. "Erfarenhet värderas lågt idag och det beror kanske på att vi inte har förstått hur dessa kunskaper ser ut".

Genom Björklunds kompilation av

forskningsfronten på området kunskapsinhämtning kanske vi kan få knäckfrågan om bakjournskompetens belyst. Det är ju svårt att ställa upp vilka absoluta kunskapskrav man ska uppfylla för att vara bakjour. Det är nog helt enkelt för att det implicita systemets finesser inte låter sig beskrivas med vår sedvanliga terminologi för kunskap. Coolt, eller hur?

Lars-Erik Björklund har disputerat vid Fontd, Nationella forskarskolan i naturvetenskapernas och teknikens didaktik. Han nås på e-post: labjo@ifm.liu.se

Läs mer på: <http://www.skolporten.com>

Eva Uustal Fornell ■

Specialister bör få fortbildning även i Vulvasjukdomar!

Kommentar till Core Curriculum för specialister i Västra sjukvårdsregionen

VULV-ARG genomförde 2005 en enkätundersökning riktad till Sveriges samtliga kvinnokliniker där vi frågade om det fanns någon som var huvudansvarig för handläggandet av hudförändringar, dysplasi/cancer och smärttillstånd i vulva. Svarefrekvensen var mycket hög, 96%. Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg var en av de kliniker som inte hade någon ansvarig inom något område. Möjligen kan det vara en av orsakerna till att man inte lagt in Vulvasjukdomar i fortbildningsprogrammet för specialister när man gjort ett i övrigt mycket ambitiöst och angeläget program som presenterades i förra Medlemsbladet ("Core curriculum Fortbildningsprogram för specialister i Västra sjukvårdsregionen." Medlemsbladet 4/08 sid 39).

Ingela Danielsson, Ordförande i VULV-ARG, Överläkare KK, Länssjukhuset Sundsvall
ingela.danielsson@lvn.se
Nina Bohm-Starke, Sekreterare i VULV-ARG, Överläkare KK, Danderyds sjukhus
Nina.bohm-starke@ds.se

Av de patienter som vi gynekologer träffar, både inom öppen och slutna vård, är en stor andel kvinnor med olika besvär ifrån vulva, framför allt recidiverande svampinfektioner, olika smärttillstånd och olika hudsjukdomar. Handläggningen av dessa patientgrupper har väsentligt förändrats under senare år och prognosen vid adekvat omhändertagande och behandling har också förbättrats betydligt.

När VULV-ARG hösten 2007 annonserade en SFOG-kurs i vulvasjukdomar var intresset för kursen mycket stort och endast knappt hälften av de sökande kunde beredas plats på kursen. Vi bedömer att intresset för vulvasjukdomar är stort och planerar att erbjuda SFOG-kurser även fortsättningsvis. Vi anser inte att vulvasjukdomar hör till ett litet subspecialiserat område, som det räcker för några få specialister att förkovra sig i, utan tycker att alla gynekologer bör ha en chans att få en ordentlig uppdatering inom området.

Det utmärkta Core Curriculum med fortbildning för Västra Götalands specialister, som sannolikt kommer att användas även inom andra landstingsområden i Sverige, bör således kompletteras med en halv till en dags utbildning i olika vulvasjukdomar! ■

NFOG VISITOR PROGRAM 2009

Purpose

- Clinical program: To improve clinical skills and/or develop and share the expertise of departments by visiting a highly qualified Nordic department of obstetrics and gynecology.
- Research program: To enhance cooperation between Nordic scientists in the field of obstetrics and gynecology.

NFOG support is aimed at

- Covering travelling expenses and accommodation (if not arranged by the hosting clinic). The total maximum support will be decided by the board of NFOG. Daily allowances are not included.

Length

- Minimum 1 week

Applicants

- Clinical: Trainees at the final stages of specialization or specialists working at hospitals.
- Research: Trainees and specialists within the field of obstetrics and gynecology irrespective of position and place of employment (hospital department, clinical practise or research unit).

Applications must include

- Short CV of the visitor
- Length of the visit
- Goal of the visit and how it will be achieved according to the plan accepted in advance by the hosting and sending clinics.
- Budget of the visit

Deadline of applications

- December 1st, 2008

Applications should be sent to

- Secretary General of NFOG
Ragnheidur Inga Bjarnadottir,
Department of Obsterics and Gynaecology
Landspítali University Hosptial
101 Reykjavik
Iceland
e-mail: lagholt@simnet.is
- Chaiman of the Scientific Committee
Lars-Åke Mattsson, Professor
Sahlgrenska Akademin KK,
SU/Östra
416 85 Göteborg
Sweden
e-mail: lars-ake.mattsson@vgregion.se

Important

- From NFOG Visitor Program you can apply support only for future visits, not visits already made. The applicants will be informed of the decisions by the end of January 2009.

Report

- A written report to the NFOG board should be sent within 3 months after the visit. The report should include evaluation of the visit by the visitor, the clinic hosting the visit and the clinic sending a visitor.

Further information

- Chairman of the scientific committee of NFOG
Lars-Åke Mattsson , lars-ake.mattsson@vgregion.se
- Secretary general of NFOG
Ragnheidur Inga Bjarnadottir, lagholt@simnet.is

Till alla gamla och nya samt presumtiva kursgivare

Som ni alla vet är SFOGs flaggskepp den omfattande kursverksamheten och jag vill börja med ett STORT TACK till alla kursgivare för det arbete ni lägger ned i syfte att vidareutbilda och förkovra oss alla. För att ytterligare förbättra verksamheten, underlätta för kursgivarna och kanske inspirera nya kursgivare kommer här lite information och några nya idéer som jag hoppas faller väl ut.

SK-kurser via IPULS

SFOGs utbildningsnämnd lämnar varje år en lista på prioriterade kurser till IPULS som brukar bevilja ca 7 kurser. Listan har sett ungefär likadan ut de senaste åren men inför 2010 har den reviderats i enlighet med den nya målbeskrivningen (se nedan).

- 1) Komplicerad graviditet och förlossning inkl fosterasfyxi
- 2) Gynekologiska och obstetriska infektioner inkl postoperativa infektioner
- 3) Familjeplanering - abort
- 4) Baskurs i obstetriskt och gynekologiskt ultraljud
- 5) Basal obstetrik och graviditetsövervakning
- 6) Gynekologisk endokrinologi inkl infertilitet och klimakteriet
- 7) Benigna tillstånd i bäckenbotten inkl urogynekologi
- 8) Gynekologiska tumörsjukdomar och dysplasi
- 9) Psykosocial obstetrik och gynekologi
- 10) Gynekologisk kirurgi inkl pre- och postoperativ vård

Tyvärr har intresset för att ge IPULS-kurser varit ganska svalt på senare tid och endast 3-4 av de prioriterade kurserna har genomförts årligen. Ur ST-läkarens perspektiv är det dock viktigt att IPULS-kurser ges eftersom de är gratis för klini-

kerna. I den nya målbeskrivningen för ST är kurser en viktig del eftersom de anges som lärandemetod för 10 av de 12 medicinska delmålen. Detta innebär dock inte att det kommer att finnas 10 st obligatoriska SK-kurser som alla ska gå. Vissa kurser kan omfatta flera delmål och det kan finnas olika alternativ i kursutbudet. Totalt sett kommer det ändå att behövas fler kurser för ST-läkare.

Utbildningsnämnden avser att arbeta mera aktivt med prioriteringslistan framöver och revidera den varje år. Kurser som inte givits på flera år eller som inte finns i SFOG's eget kursutbud kommer t.ex. att prioriteras upp. När det gäller IPULS-kurserna för 2010 uppmanar jag alla eventuella kursgivare att titta på listan ovan och för er som brukar ge IPULS-kurs att se om ni möjligen kan modifiera er kurs något enligt prioriteringslistan. Ett önskemål från OGU är att ha veckolånga kurser eftersom det oftast är lättare att få ledigt för kurs en hel vecka än två halva veckor. En möjlighet kan vara att två kursgivare på samma ort delar på en vecka och ger två kurser i följd alternativt integrerat. Fundera på det! **Och kom ihåg att ansökan för kurserna 2010 ska göras redan i januari 2009.**

Fortbildningskurser

Det arrangeras 30-35 kurser varje år i SFOGs regi vilket i sig är helt enastående. Ett fåtal kurser riktar sig specifikt till ST-läkare eller specialister - de flesta kurser vänder sig till specialister och ST-läkare (i mån av plats). Det finns både för- och nackdelar med detta. Fördelen är att det är lättare att fylla kurserna och att utbudet blir större. Nackdelen är att målgruppen blir blandad och det kan vara svårt för

kursgivarna att hitta nivå som gör alla nöjda. Ett önskemål är att det ska finnas något fler kurser som är anpassade till ST-läkare. Ett tips om man vill ge en kurs för enbart specialister på ett smalt område och är orolig för att inte fylla kursen är att annonsera i övriga Norden och fylla på med specialister från våra grannländer.

När det gäller fortbildningskurserna har kursgivarna stor frihet att planera innehåll och upplägg och så måste det förbli. Det är viktigt att ta vara på den kreativitet som finns ute i landet. SFOG står dock som kvalitetsgarant och därför behövs enklare rutiner för kursutvärdering. Som läget är nu sker återkoppling av kursutvärdering till mej högst sporadiskt och när det sker är det oftast i form av en hög individuella kursutvärderingar från deltagarna. Det blir helt ohanterligt. Jag vill därför att kursgivarna gör en sammanställning av de allmänna frågorna längst ned på blanketten och skickar det till mej. Blanketten har reviderats något men det finns fortfarande möjlighet att för eget bruk efterfråga hur enskilda moment fungerat.

Annonsen för kursen bör vara likformig och mallen bifogas nedan. Det är önskvärt om man under "Avsedd för" endast använder begreppen specialister (andra specialiteter anges särskilt), ST-läkare, barnmorskor. Nytt är punkten "Mål" som särskilt avser att beskriva den kunskap/kompetens som deltagarna ska ha efter genomgången kurs. Punkten "Program" beskriver därmed innehållet (och gärna något om pedagogiken). "CME-poäng" existerar fortfarande i viss mån och anges som 1 poäng/timme alt. 8 poäng/dag.

Titel på kursen

Kursledning:

Tid:

Kursort:

Avsedd för:

Program:

Mål:

Kursavgift:

CME-poäng:

Kontaktperson:

Fortbildningskurserna anordnas i SFOGs regi men ibland uppstår frågor kring detta. Förutom att SFOG står som kvalitetsgarant så får man som kursgivare följande service för den hundralapp per deltagare som skickas in till kansliet:

- Annonser i medlemsbladet
- Ansökningsprocedur via hemsidan och support kring ansökningarna av Jeanette Swartz på kansliet
- Urval av sökande på följande sätt. Varje sökande anger tre alternativ i prioriteringsordning. Detta ger en möjlighet att fylla kurserna och att se till att alla får gå minst en kurs. SFOG-medlemmar prioriteras. Om inte annat anges prioriteras sökande med flest år i specialiteten. Observera att när urvalet är klart (ca tre veckor efter ansökningstidens

utgång) skickas listorna till respektive kursgivare och sedan sker all kommunikation mellan kursgivare och deltagare inkl återbud och antagning av reserver.

- Rutiner och uppföljning av kursutvärdering.
- Råd och stöd. Om du är intresserad av att anordna kurs och har frågor, ta gärna kontakt, marie.bixo@obgyn.umu.se

Marie Bixo
utbildningssekreterare



Kända maternella dödsfall i Sverige under 2007

Den nybildade MM-ARG (Arbets- och Referensgrupp för Mödra-mortalitet) som presenterats i ett tidigare nummer av Medlemsbladet har analyserat de fem fall av maternell död under 2007 som kommit till gruppens kännedom. Fallen presenterades på SFOG-veckan och här följer korta sammanfattningar. Dödsorsaken är i dessa fall antingen direkt obstetrisk (död till följd av obstetrisk komplikation under graviditet/förlossning/puerperium eller till följd av interventioner eller felaktig behandling) eller indirekt obstetrisk (död till följd av aggravering av preexisterande sjukdom eller sjukdom som utvecklats under graviditeten). Gruppen har också analyserat om det funnits någon eller några suboptimala faktorer i vården av kvinnan.

Fall 1

Icke-svensktalande 1-föderska från Eritrea, som läggs in vid 24 fulla graviditetsveckor pga. dyspne, anemi (Hb 71) och ödem. Fostret uppvisar takykardi, ascites och hjärtförstoring. Omfattande utredning genomförs, inklusive infektions- njurmedicin-, kardiolog- och hämatologkonsult. Vid inkomsten normalt blodtryck men proteinuri 4+. Oklar diagnos, eventuellt preeklampsi. Betapred ges, digitalisering och senare betablockad inleds för att häva fostertakykardin. Kvinnan behandlas med syrgas, diuretika, plasma/blod. Pga. rikliga mängder pleuravätska läggs bilaterala pleuradrän. Nio dagar efter inläggning ges Bricanylinfusion pga. sammandragningar. Efter avslutad behandling utvecklar hon ett lungödem, som kan hävas, varefter ett snitt utförs på maternell vitalindikation, fostret dött. Därefter viss förbättring, men fortsatt vård på IVA med pleuradrän, albumin och diuretika. Tre dagar senare ånyo lungödem som nu inte kan hävas utan kvinnan går ad mortem.

Dödsorsaken bedöms som lungödem, möjligen till följd av preeklampsi. En

Ajlana Mulic-Lutvica, ordförande
MM-ARG och
Sissel Saltvedt, sekreterare

alternativ orsak skulle kunna vara lungödem som följd av ”maternal mirror syndrome”, ett tillstånd med svåra, preeklampsiliknande symptom hos gravid kvinna som speglar bilden hos ett hydropt foster, ex vid immunisering eller parvovirusinfektion. Typiskt ses ”triple edema” hos fostret, kvinnan och i placenta. Till skillnad från vid preeklampsi finns en hemodilution som ger en utspädningsanemi hos kvinnan. Tillståndet kan gå tillbaka med lyckad etiologisk behandling av fostrets hydrops.

Suboptimala faktorer som diskuterats: Omfattande behandling av kvinnan med läkemedel för fostrets skull som kan ha haft negativ inverkan på kvinnans status? Prioriterades fostret för mycket/för länge? Behandling med Bricanylinfusion hos kvinna med ödem och pleuravätska? Överbelastning med blod och albumin, i synnerhet efter genomgången lungödem?

Fall 2

26-årig förstföderska med relativt snabb förlossning som avslutas med sugklocka. Cirka 16 timmar efter förlossningen får kvinnan tilltagande epigastralgi och blir blek och orolig. Blodtryck 200/115. Efter 40 min ges Visken 5 mg peroralt och 1,5 timme senare, vid blodtryck 200/125, ges Nepresol i v. Trettio minuter senare hittas kvinnan efter att ha krampat. Magnesiumbehandling inleds. Lab. visar tecken på HELLP-syndrom. Efter ytterligare kramper överförs kvinnan till neurokirurgisk klinik där hon diagnostiseras med intracerebral blödning, viss misstanke på cerebral arteriovenös missbildning. CT visar inklämning och hjärndöd konstateras.

Dödsorsaken bedöms som direkt obstetrisk till följd av preeklampsi, eklampsi och HELLP. En bidragande orsak kan ha varit den misstänkta kärllmissbildningen. Den passiva handläggningen av det extremt höga blodtrycket är en suboptimal faktor som kan ha påverkat förloppet.

Fall 3

37-årig förstföderska med essentiell hypertoni. Vid inkomst till förlossningen för induktion vid 41 veckor är blodtrycket 180/100-110. Induktionen inleds med Propess. I samband med EDA uppmäts blodtryck 200/105 och en extra tablett Trandate ges. En knapp timme senare hittas kvinnan med cirkulationsstillestånd och kan inte återupplivas. Ett kejsarsnitt utförs efter 15 min, barnet överlever. Obduktion visar dissekerande aortaaneurysm. Senare framkommer att kvinnans bror avlidit i dissekerande aortaaneurysm (Marfans syndrom?) 4 månader tidigare.

Dödsorsaken bedöms som indirekt obstetrisk med dissekerande aortaaneurysm utan säkerställt Marfans syndrom, alternativt till följd av hypertoni. En viktig suboptimal faktor var att man inte kände till broderns sjukdom – med den vetskapen hade kvinnan utretts och handlagts på ett annat sätt. Dessutom togs det höga blodtrycket under förlossningen inte på tillräckligt allvar när det gäller övervakning och behandling.

Fall 4

29-årig pakistansk förstföderska som talar god engelska. Hon läggs in vid 37 veckor pga. feber, hosta, och ont i kroppen. Lung-röntgen är invändningsfri. Behandlas initialt med penicillin, men pga. fortsatt frossa, hög feber och huvudvärk utvidgad utredning varvid man finner tecken på influensa B. Åtta dagar efter inkomst spontan vattenavgång. Efter försök med oxytocinstimulering förlöses kvinnan med

kejsarsnitt, välmående barn. Två dagar senare är hon apatisk, svarar inte på tilltal och sover mest. Remiss för psykiatrisk konsult skrivs. CT av hjärnan är invändningsfri. Pga. antydd nackstyvhet utförs lumbalpunktion som visar monocytär bild och förhöjt laktat, med misstanke om listeria- eller TBC. Behandling mot listeria påbörjas. Nästa dag byte till bredspektrumantibiotika, kortison och Tamiflu sätts in. Efter kortvarig förbättring uttalad försämring med nackstyvhet och förvirring, senare kramper och medvetslöshet. Dator-tomografi visar hjärnödem och misstänkt hjärnstamsinfarkt och kvinnan avlider 16 dagar efter inkomst i bild av inklämning. Senare svar på likvor visar mycobacterium tuberculosis.

Dödsorsaken bedöms som indirekt obstetrisk i form av tb-meningit med kramper. Fallet belyser svårigheter med ovanliga sjukdomar hos invandrarkvinnor. Kommunikationen mellan många och

olika inblandade specialister förefaller ha varit suboptimal och det fanns en avsaknad av multidisciplinära ronder vilka möjligen hade kunnat leda till en annan bedömning och tidigare diagnos.

Fall 5

40-årig 1-gravida med tidigare depressioner och hereditet för psykisk sjukdom. I samband med misstanke om avvikelse vid rutinultraljud svår ångest och depressiva symptom. Psykiater inleder behandling med SSRI. Pga. utebliven effekt behandling med totalt 11 ECT. Slutna psykiatrisk vård från vecka 30. Två dagar efter en multidisciplinär terapikonferens suiciderar kvinnan i samband med permission i hemmet, då gravid vecka 36. Dödsorsaken är indirekt obstetrisk med psykisk sjukdom och suicid. Suboptimala faktorer var bristande samverkan mellan olika vårdgivare inom mödravård och psykiatri, troligen bristande insikt om den högriskgrupp som

gravida kvinnor med bipolär hereditet och psykisk sjukdom under graviditeten utgör, liksom avsaknad av suicidbedömningar.

Viktiga lärdomar av dessa fall

Ett högt systoliskt blodtryck (>160) ska behandlas aggressivt!

Ökad risk för lungödem i samband med preeklampsi och tokolytisk behandling (med ”maternal mirror syndrome” som differentialdiagnos)!

Invandrar kvinnor kan uppvisa ovanliga sjukdomar under graviditet! De vanligaste formerna av TBC hos gravida kvinnor idag är extrapulmonella.

Kvinnor med allvarlig psykisk sjukdom under graviditeten och postpartum eller med hereditet för bipolär sjukdom är en högriskgrupp för suicid!

Slutligen kan inte nog understrykas hur viktigt det är med multidisciplinärt samarbete vid ovanliga och komplicerade obstetriska fall. ■

World Contraception Day 2008

För andra gången genomfördes 26 september den stora preventivmedelsdagen, World Contraception Day. Syftet med detta globala event är att under en dag fokusera på reproduktiv hälsa för ungdomar. Förra året var temat "live your life before you start another" och i år "your life, your body, your choice".

Detta år var mediapersoneligheten Kelly Osbourne (dotter till Black Sabbath sångaren Izzy Osbourne) global ambassadör för kampanjen som backades upp av bl.a ESC (European Society of Contraception and Reproductive Health), Population Council, Marie Stopes International mfl.

I Sverige stod organisationer som SFOG, RFSU och Sveriges skolsköterskor bakom evenemanget som sponsrades av Bayer Pharma.

I Sverige pågick aktiviteter vid 150 skolor och ungdomsmottagningar runt om i landet och i Göteborg och Stockholm pågick lokalt anordnade arrangemang för skolungdomar.

I Stockholm inbjöds 1400 gymnasieungdomar till en halvdag på Rival där Jan Brynhildsen, Linköping och undertecknad berättade om aborter och preventivmedel dels i nutid och dels med ett historiskt perspektiv. Daniel Foxhage, kurator på Järva Mansmottagning pratade om kondomanvändning och beskrev frågeställningar om sex och samlevnad som han möter på sin mottagning. Från RFSU kom Ellinor Isfors och berättade om den eviga kampen mot klamydia och hur man bäst kan undvika detta. Det var ett tydligt intresse bland de unga åhörarna som lämnade in skriftliga frågor om precis allt, från vad som händer om killar tar p-piller till varför Polens abortlag är så restriktiv. Mellan fakta inslagen spelade den populära gruppen EMD (Erik, Mattias och Danny från TV4:s Idol). SVT:s David Bexelius agerade moderator med en oerhörd fingertopps känsla för att på ett humoristiskt men ändå respektfullt sätt diskutera sex och samlevnad med den stora

Lena Marions, Ordf. TON-ARG
Karolinska Universitetssjukhuset
Stockholm

gruppen ungdomar med enormt varierande erfarenheter och kunskaper om sex och samlevnad.

Inför dagen utlystes en novelltävling på temat "Vi skyddade oss inte, vad hände" som vanns av Katja Thor från Jönköping. Hon hade skrivit en novell, om en önskad graviditet, som belönades med 3000 kr. Novellen kommer att publiceras i tidningen Chilli.

Denna mix av information och underhållning föreföll vara ett bra sätt att tilltala skolungdomarna och flera skolor hörde tidigt under året av sig för att få biljetter till evenemanget.

Trots allt som skrivs om ungdomar och risktagande så är det ju så att de allra flesta ungdomar är ansvarstagande och har en god kunskap om hur man bäst skyddar sig. Men vi behöver nå ut till fler och för att lyckas med detta måste vi kommunicera med ungdomar på deras villkor och anpassa våra tjänster efter deras behov. Man måste också komma ihåg att detta är en process som ständigt förändras varför vårt arbetssätt också ständigt måste utvärderas och förändras.

Till nästa års WCD planeras att ännu mer involvera skolungdomarna till att aktivt delta med egna förslag på aktiviteter. ■



Frågestund: Ellinor Isfors, RFSU, Lena Marions, Karolinska, Jan Brynhildsen Linköping, Daniel Foxhage Järva Mansmottagning, David Bexelius, moderator SVT.



Katja Thor



EMD



Kelly Osbourne

Fortsättning för internationellt symposium i Reproduktionsmedicin och Gynekologi i Göteborg

Det första Sahlgrenska Meeting on Reproductive Medicine and Gynecology arrangerades i Göteborg, Mars 2007 i samband med Per-Olof Jansons pensionering från sin professorstjänst vid Sahlgrenska Akademin. Mötet initierades inom avdelningen för Obstetrik och Gynekologi såsom en fortsättning av en lång tradition av translationell forskning inom reproduktionsfysiologi, reproduktionsmedicin och gynekologi. Ämnesområdena som behandlades vid det första Sahlgrenska Meeting on Reproductive Medicine and Gynecology återspeglade Per-Olof Jansons rika internationella kontaktnät inom forskarvärlden och berörde framförallt de forskningsområden som Per-Olof varit engagerad inom.

Professor David Baird från Edinburgh har under de många år varit en internationellt ledande forskare inom basal och klinisk forskning rörande ovariet och uterus samt dess patofysiologi. Han inledde symposiet om ovarialfysiologi med att föreläsa om ”The ying-yang world of folliculogenesis” där han beskrev de komplexa mekanismer som styr den flera månader långa utvecklingen från en primordial follikel till en preovulatorisk follikel. Föreläsare från Sverige och Japan gav oss en uppdatering av mekanismer bakom follikelatresi och reglering av follikelns blodflöde.

Ett annat område som behandlades var



PO Jansson

PCOS. Professor Roy Homburg från Amsterdam beskrev varför PCOS folliklar stannar i sin utveckling och hur ovulationsinduktion skall användas på ett optimalt sätt i denna patientgrupp. Docent Jan Holte från Uppsala diskuterade insulin-känslighet hos PCOS-patienter samt hur man skall uppskatta ovarialreserven i denna patient grupp.

I ett symposium om ovulationsmekanismer framförde både lokala och internationella forskare de senaste teorierna avseende den lokala regleringen av ovulation och relationen till patofysiologiska tillstånd såsom OHSS och ovarialcancer.

En av höjdpunkterna vid mötet var en plenarföreläsning av David Baird där han berörde hur viktig translationell forskning

har varit för våra framsteg inom reproduktionsmedicin. Under titeln, “From Louise Brown to Dolly and back: the origins of reproductive medicine are in agricultural science”, berättade han bl.a. om forskningen som låg bakom Louise Brown, världens första IVF barn (1978), och fåret Dolly (1996), som var det första däggdjur som skapats genom kloning av mogna celler (juverceller i detta fall) från ett vuxet djur.

Ett symposium ägnades åt ämnet ovarialcancer. Docent Karin Sundfeldt från Göteborg föreläste om mekanismer bakom omvandlingen av det normala epitelet på ovariets yta till ovarialcancer. Intressanta föredrag om nya metoder för att tidigt kunna diagnostisera ovarialcancer och framtida genterapi vid denna sjukdom hölls av professorerna Ole Mogensen, från Odense, respektive Seppo Heinonen från Kuopio.

Ett högaktuellt ämne inom reproduktionsmedicin är fertilitetspreservation vid malignitet hos flickor och unga kvinnor. Världens första barn som fötts efter att frysbevarad äggstocksvävnad återtransplanterats rapporterades från J. Donnez grupp i Bryssel 2004. Idag har totalt 5 stycken barn, varav 2 från Danmark, rapporterats efter denna metod. En fullständig genomgång av metoderna som används idag och som väntas komma i



David Baird



A-L Wennberg, A-K Lind, I Bryman,
P Dahm Kähler.

framtiden gavs av representanter från gruppen i Bryssel, och även av forskare från Köpenhamns gruppen och från Karolinska sjukhuset, Huddinge.

Första Sahlgrenska Meeting on Reproductive Medicine and Gynecology avslutades med en intressant paneldiskussion där representanter från Europa, Asien och USA diskuterade nya utmaningar inom klinisk reproduktionsmedicin och reproduktions fysiologi.

Ett satellit symposium till mötet utgjordes av det första internationella symposiet om uterustransplantation. Representanter från alla världens ledande forskningsgrupper inom området presenterade nya resultat och definierade de viktiga forskningsfälten inför en klinisk introduktion. En mycket känsloladdad diskussion fördes efter professor Per-Olof Jansons presentation om etiska aspekter vid forskning och vid framtida kliniska applikationer av uterustransplantation.

I mars 2009 arrangeras 2nd Sahlgrenska Meeting on Reproductive Medicine and Gynecology. Vi vill med detta möte stimulera kliniker och forskare inom dessa ämnesområden till ökade kontakter och ökat nordiskt samarbete. Vi hoppas även att dessa återkommande möten kommer att ge kollegor chansen att informellt sammanstråla med internationella auktoriteter inom de områden som skall presenteras. Nästa möte går av stapeln 27-28 mars 2009 och detta möte handlar om fysiologi och sjukdomstillstånd i endometriet, en vävnad som är aktuell för mycket stora

delar av våra patientgrupper. I tre fristående symposier kommer endometriet, endometriosis och endometrie cancer behandlas.

Professor Kristina Gemzell Danielsson från Karolinska sjukhuset och docent Anneli Stavreus från Uppsala kommer ge åhörarna en översikt av de normala menscykelrelaterade förändringarna i endometriet och mekanismer bakom endometrie receptivitet vid implantation och oförklarad infertilitet. Professor Nick Macklon från Utrecht, Holland har länge ägnat sig åt metodik för att avgöra endometriets implantation potential och former för corpus luteum stöd av vid IVF-cykler. Han kommer att delge oss dessa resultat och sina tankar kring detta i två föredrag.

Den gåtfulla endometriosis sjukdomen kommer att belysas i en session där patofysiologin diskuteras i detalj och där professor Thomas D'Hooghe från Leuven, Belgien redogör för ekonomiska aspekter på endometriosis sjukdomen och även ger förklaringar till varför endometriosis kan ge infertilitet. Henrik Falconer från Karolinska sjukhuset kommer att diskutera experimentella studier kring endometriosis och docent Jan-Henrik Stjern Dahl från Göteborg berättar om och visar filmer som återger tekniker för laparoskopisk kirurgi vid avancerad bäcken-endometriosis.

Lördagen den 28/3 kommer helt att ägnas åt endometrie cancer. Vi har lyckats knyta till oss några av världens ledande forskare inom området. Professor Karl Podratz från Mayo Clinic Rochester, USA, håller

en plenarföreläsning om den amerikanska synen på en fullständig kirurgisk staging, inkluderat lymfkörtelutrymning, av endometrie cancer. Vi kommer även att få höra den europeiska synen på detta genom föredrag av professor Fredrik Amant från Leuven, Belgien. Diagnostisering av endometrie cancer genom ultraljud eller hysteroskopi kommer att beröras av Elisabeth Epstein från Lund och tilläggsbehandling i form av strålning och/eller cytostatika kommer att beröras av docent Thomas Högborg, även han från Lund. Framtida kliniska utblickar kommer att ges av professor Helga Salvesson från Bergen som föreläser om biologiska markörer, som kan användas för att upptäcka och prognostisera cancer. I framtiden kommer säkert alltfler patienter med endometrie cancer opereras med laparaskopi och robotkirurgi. Kliniskt ledande på detta område i Sverige är Kvinnokliniken i Lund, och Christer Borgfeldt från denna klinik kommer att berätta om när och hur dessa nya tekniker bör användas vid endometrie cancer.

Det är vår förhoppning att så många som möjligt av svenska gynekologer/obstetriker tar denna unika chans till utbildning av en internationellt erkänd fakultet. Hjärtligt välkomna till Göteborg den 27-28 mars! Anteckna redan nu dessa datum i kalendern!

Mats Brännström, Professor
Per-Olof Janson, Professor emeritus

2nd Sahlgrenska Meeting on Reproductive Medicine and Gynecology

27 MARS

Endometrium

The endometrium and its receptivity at embryo implantation

Kristina Gemzell Danielsson, Karolinska Institute, Stockholm

Endometrial secretions to detect markers of receptivity

Nick Macklon, Utrecht University, The Netherlands

Endometrial function and infertility

Anneli Stavréus, Uppsala University

Luteal support to increase endometrial receptivity in IVF

Nick Macklon, Utrecht University, The Netherlands

Endometriosis

Pathophysiological mechanisms in endometriosis

Agneta Bergqvist, Karolinska Institute, Stockholm

Lessons from endometriosis research in non human primates

Henrik Falconer, Karolinska Institute, Stockholm

Economic impact of endometriosis

Thomas D'Hooghe, Leuven University, Belgium

Surgery for advanced endometriosis

Jan-Henrik Stjerndahl, University of Gothenburg, Sweden

Does endometriosis cause infertility?

Thomas D'Hooghe, Leuven University, Belgium

28 MARS

Endometrial cancer

Surgical staging of endometrial cancer – the role of lymphadenectomy

Karl Podratz, Mayo Clinic, Rochester, USA

The value of 2D and 3D ultrasound in the assessment of endometrial cancer

Elisabeth Epstein, Lund University, Sweden

European perspective on surgical treatment of endometrial cancer

Fredric Amant, Leuven University, Belgium

Adjuvant therapy in endometrial cancer

Thomas Högberg, Lund University, Sweden

Laparoscopic and robotic surgery in endometrial cancer

Christer Borgfeldt, Lund University, Sweden

Predictors of response and endocrine therapy

Fredric Amant, Leuven University, Belgium

Model for surgical quality improvement in endometrial cancer

Karl Podratz, Mayo Clinic, Rochester, USA

Biological markers in endometrial cancer treatment

Helga Salveson, University of Bergen, Norway

Plats: Sahlgrenska Akademin, Arvid Carlsson Salen, Medicinargatan 3, Göteborg

Anmälan: annakarin.lind@obgyn.gu.se

Mötesavgift: 1000SEK (faktureras efter anmälan)

Organisations kommitté: Adungerad professor Christina Bergh
Professor Mats Brännström
Med Dr, Överläkare Pernilla Dahm-Kähler
Med Dr, Överläkare Anna-Karin Lind
Med Dr, Överläkare Janusz Marcickiewicz

Welcome

Presentation av OGU-styrelsen

Mårten Strömberg

Ordförande
Presenterad i nr 3

Sara Sundén-Cullberg

Ultragyn, Stockholm
Spec läkare sedan april -08.
OGUs representant i SFOGs styrelse tom årsskiftet.
Mitt mål är att i SFOGs styrelse bevaka, påverka och föra upp, de frågor som för oss OGUmedlemmar är viktiga.

Maria Krång Lundekvam

Kassör, kontaktperson för OGUs ST-dagar 2009
Kvinnokliniken Linköpings Universitetssjukhus
År 5/5 på ST:n

Charlotta Ersmark

Färdig specialist 080915
Sekreterare i OGU:s styrelse, är med i styrelsen sedan våren -08
Kvinnokliniken Södersjukhuset

Ylva Carlsson

Utbildningsnämnden samt forskningsansvarig
Kvinnokliniken SU/Göteborg
År 5/5 på ST:n Utgör del av den enda procent av landets ST-läkare som har en forskar-ST. Hoppas därför att denna erfarenhet kan bidra till mitt arbete inom styrelsen.

Malin Strand

Vice ordf och Internationell representant
Kvinnokliniken Sunderby sjukhus, Luleå
År 3/5 på ST:n
Var under läkarutbildningen utbytesstudent på Vanderbilt University i USA och har som ST-läkare på ob/gyn auskulterat på kvinnoklinik i Portugal.

Lars Henning

Internationell representant och hemsidesansvarig
Kvinnokliniken Västerås
År 4/5 av ST:n.
Utbildad i Tyskland, ett år som Erasmus-student i Paris. Passionerad lagspelar när det gäller fotboll, innebandy och OGU.

Sara Törnblom Paulander

Hemsidesansvarig
Kvinnokliniken Karolinska Universitetssjukhuset, Solna
Överliggare både som ST-läkare och OGU-styrelseledamot pga långa föräldraledigheter. Påbörjade ST 2001 och är nu inne på sista året. Invald i OGUs styrelse 2002, där jag suttit på diverse olika poster; internationellt, ST-dagaransvarig, ordf, och tycker det är så roligt att jag har svårt att sluta.

David Stenson

Representant i utbildningsnämnden
KK SÖS, Stockholm
Vikarierar i väntan på ST.

Linda Hogan

Övrig ledamot
KK Universitetssjukhuset Lund

Rapport från konferensen Framtidens Specialistläkare

Den 10-12 september anordnades för första gången kongressen Framtidens Specialistläkare i Malmö. Organisatörer var bland annat Region Skåne, i samarbete med Läkarförbundet och Svenska Läkar-sällskapet. Tanken är att konferensen ska bli ett återkommande event vartannat år. Ledorden för konferensen är ledarskap, kommunikation och vetenskap (de ”mjuka” delmålen i den nya målbeskrivningen).

I år var majoriteten av deltagande ST-läkare från södra Sverige men ambitionen är att det ska vara en nationell angelägenhet. Studierektorer från hela Sverige var på plats redan i år.

Denna gång handlade konferensen i första hand om den nya ST-utbildningen. På onsdagen presenterades Socialstyrelsens nya föreskrifter och de nya målbeskrivningarna. De berör alla ST-läkare med legitimation efter 2006-07-01 samt även de som ansöker om specialistlegitimation efter 2013-12-31. För godkännande krävs nu 5 års heltidstjänstgöring inklusive semester och jourkomp. Föräldraledighet och sjukskrivning kommer inte att kunna tillgodoräknas logiskt nog. Utlandstjänstgöring kommer även framöver att kunna tillgodoräknas i ST. Maximal tid blir ett år och krav ställs på handledning och dokumentation. Forskning som lett till disputation medför förkortad tjänstgöringstid med sex månader.

David Stenson
OGU-representant i
SFOGs utbildningsnämnd

I målbeskrivningen för obstetrik och gynekologi ingår 12 medicinska delmål samt 3 delmål vardera för ledarskap, kommunikation och vetenskap. I delmålen ingår i de flesta fall en kurs för godkännande, vilket kommer att ställa stora krav på sjukvårdens huvudmän att frigöra tid för utbildning. Granskning av utbildande kliniker blir obligatorisk var femte år. SPUR kommer förmodligen få en viktig roll i detta.

För den enskilde ST-läkaren medför den nya målbeskrivningen ökade krav på dokumentation av måluppfyllelse. Det inkluderar placeringar och kurser men även utvecklingssamtal och handledarträffar. Ett ofta upprepat råd är att påbörja dokumentationen snarast! www.kompetensportfoljen.se kan vara ett verktyg till vår hjälp.

Ett vetenskapligt arbete under ST blir obligatoriskt. Omfattningen för det lägger Socialstyrelsen ut på de enskilda specialistläkarföreningarna att bestämma. Man skall dessutom få erfarenhet av utvecklings- och kvalitetsarbete under ST.

Under torsdagen diskuterades ledarskapsutbildning. Övergripande studie-

rektorer från Lund och Göteborg samt representanter från Umeå och Jönköping redogjorde för respektive ords utbildning. Värt att notera är att det förekommer stora skillnader mellan orter och sjukhus vad gäller omfattning o ambitionsnivå. Ett föredöme måste man nog kalla Göteborg som avsätter 35 dagar under 2 år för utveckling av ledarskap o kommunikation. Där ingår bland annat en UGL-kurs om en vecka samt arbeten i grupper om sex deltagare. Det kan man tipsa sin studierektor om!

På fredagen hade IPULS en genomgång av sin verksamhet. Nytt är funktionen ”kursbevakningen” som informerar den anslutne om när kurser inom valfritt intresseområde kommer upp. Dessutom kan man nu göra kursansökan helt web-baserat och genast få verifierat att ansökan kommit in.

SFOGs utbildningsnämnd kommer med anledning av den nya målbeskrivningen att utarbeta en ny ”utbildningsbok” som mer i detalj ger förslag på vad som krävs för måluppfyllelse enligt målbeskrivningen. Man har också ambitionen att presentera ett sorts baspaket av kurser som är särskilt angelägna att gå. För att svara upp mot det ökade utbildningsbehovet påbörjas nu ett arbete inom SFOG med uppdatering av kurser i SFOGs regi. Mer information om detta senare. ■

Nya ST-utbildningen!

ST-utbildningen går nu från att vara innehållsstyrd till att bli målstyrd. Tydligare mål och skärpt krav på redovisning skall ge oss en tryggare utbildning enligt socialstyrelsen.

Om man fått legitimation före den 1 juli 2006 har man rätt att få bevis om specialistkompetens enligt äldre bestämmelser, detta förutsatt att man ansöker senast den 31 december 2013. Detta betyder således att alla legitimerade efter 1 juli 2006 redan går enligt nya systemet och detta utan att ha fått klara riktlinjer om det. Oron är stor över detta, då det hittills varit svårt att få grepp om vad det egentligen är som gäller. Oron visade sig bland annat under OGU:s ST-dagar i Linköping april 2008, då en lång diskussion med mycket frågor kom upp under en av dagarna.

Från och med 1 september 2008 finns nu Socialstyrelsens föreskrifter gällande den nya ST-utbildningen på deras hemsida (SOSFS 2008:17). Alla ST-läkare rekommenderas att gå in här och läsa om de 12 delmål som gäller för oss ST-läkare inom obstetrik och gynekologi.

De 12 delmålen är allmänt hållna och nu är det således bråttom för de olika specialiteterna att mer detaljerat utifrån de 12 generella delmålen skapa mätbara mål för varje specialitet. Det är här som SFOG:s utbildningsnämnd kommer in. Arbetet har redan börjat att i den så kallade Utbildningsboken, mer detaljerat och med mätbara mål ange hur de 12 delmålen från socialstyrelsen skall uppnås.

Klart är dock redan att stora krav kommer att ställas på varje ST-läkare att dokumentera allt praktiskt man gör och de kurser man går etc.

Utbildningsnämnden har också till uppgift att se till att det finns kurser att gå som uppfyller ställda krav. Utbildningsnämnden har under hösten 2008 inventerat möjliga kurser att gå. Idag är det väldigt glest med SK-kurser och det är få SFOG-kurser som

Ylva Carlsson, OGU:s representant i utbildningsnämnden/forskningsansvarig inom OGU:s styrelse
ST-läkare, KK,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

uppfyller målen. Detta är således något som man behöver lägga ned mycket arbete på. För att uppfylla 10 av de 12 delmålen krävs att man skall ha gått kurs, men det kommer att finnas olika alternativ på kurser. Vissa kurser kommer att kunna beröra flera delmål och något fixt antal kurser finns inte längre.

Kraven gällande träning i simulerad miljö, innan man får utföra kliniskt arbete involverande patienter, stiger i samhället. Exempel på sådana kurser inom vår disciplin är laparoskopi, neonatal återupplivning (så kallad CEPS-kurs) samt ALSO. Möjligen behöver de större klinikerna ta ett större ansvar för att arrangera kurser i detta. Kvinnokliniken på Sahlgrenska Universitetssjukhuset har laparoskopisimulatorer och har redan idag möjligheter att skapa en ackrediteringskurs. Detta är något som ST-läkarna på kliniken redan arbetar på att få fram.

Vad det gäller randning är det svårare med mätbara mål, då förutsättningarna ser så olika ut. Möjligen får man här i detalj konkretisera målen mer och även ha en tidsaspekt med.

Förutom kurser och de rent kliniska delmålen kommer också kompetenskrav för kommunikativ kompetens, ledarskapskompetens samt kompetens inom medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete ingå. ST-läkare som har en svensk eller jäm-

förbar utländsk doktorsexamen kan få specialistkompetensbevis redan efter fyra och ett halvt års tjänstgöring, förutsatt att målbeskrivningens krav är uppfyllda. Forskningen får alltså en mer tydlig roll inom den nya ST-utbildningen. Troligen kommer det att ställas krav på att handledaren för det vetenskapliga arbetet skall vara disputerad. Detta är ett krav som kan vara svårt att tillgodose på de mindre klinikerna, men som samtidigt skall ange standarden som krävs på arbetet. Möjligen kommer det att krävas en nationell samverkan vad det gäller handledare om kravet på dessa är disputation, liksom det krävs en nationell samverkan mellan klinikerna att se till att behovet av kurser uppfylls. Vi hoppas vidare på en bred överenskommelse och samverkan med samtliga specialiteter vad gäller kompetenskraven rörande de icke medicinska delmålen och tillhörande kurser.

Examination, handledning och uppföljning är också mera detaljstyrt. Dagens slutexamen kommer att ändra form. Redan 2009 går den skriftliga och muntliga delen, som den ser ut idag, för sista gången. Denna kommer att ersättas av en mer kontinuerlig utvärdering, men riktigt hur denna skall se ut är ännu inte klart. En slutlig examen i någon form kommer sannolikt att finnas kvar. Handledningen skall vara kontinuerlig och involvera feedback. Diskussion och idéer finns kring att skapa en IT-plattform där ST-läkare och handledare kan mötas som ett led i att förbättra dagens handledning. Det finns vidare krav på att alla handledare skall ha handledarutbildning. Varje ST-läkares så kallade portfölj kommer att bedömas av 2 externa granskare. Dessa granskare är det

utbildningsnämndens ansvarighet att rekommendera tillsättningen av och de sitter på 3 år åt gången. I den nya målbeskrivningen kommer troligen även regelbundna SPUR inspektioner att bli obligatoriska om man skall ha ST-läkare på kliniken.

En viktig fråga är slutligen vad som händer om det inte går bra, alltså om ST-läkare, handledare och chef å ena sidan och de externa bedömarna å andra sidan inte är överens.

Målen för utbildningsnämnden är att ha ett första utkast till utbildningsboken

klart i november 2008. Gå dock in redan idag på www.kompetensportfoljen.se och skapa ditt CV och dokumentera vad hittills gjort under din ST!

DEBATTINLÄGG

Diskriminering av gynekologer

Läste Lars Hennings artikel i senaste medlemsbladet och känner mig tvungen att ge en kommentar. Din ansats är bra, men tyvärr gör du samma misstag som många andra. Vi skall ALDRIG acceptera att någon väljs bort pga. kön, ras, hudfärg, religion, födelseort - eller annat som inte har att göra med bemötande och kompetens.

Naturligtvis skall patienten ha rätt att önska sig namngiven läkare men vi skall aldrig acceptera önskemål av typen "kvinnlig läkare", "svenskfödd läkare", "manlig läkare", m.m. Att försöka skilja mellan akuta och icke-akuta situationer innebär ju bara att vi accepterar diskrimineringen, och snarast ber om ursäkt för att vi inte klarar av att lösa det vid alla dygnets timmar. Varför skall det behövas en rutin för en sak som är självklar? Skall vi ha "rutiner" för att inte utlandsfödda kollegor skall särbehandlas negativt?

Bifogar en artikel om hur det kan gå när manliga läkare hindras att utföra sitt arbete. Vad som är en akut situation och en icke-akut situation, vem bestämmer det? Visst hade man hunnit kalla in en kvinnlig kollega??

Nils Fryklund
Kvinnokliniken
Centrallasarettet Växjö
Tel: 0470 - 58 84 92
E-post: nils.fryklund@ltkronoberg.se

Bøde for at afvise mandlig læge

Offentliggjort 10.06.08 kl. 19:20

Et fransk ægtepar har fået en bøde på 1.000 euro - 7.450 kroner - fordi parret afviste en mandlig læge, der blev tilkaldt for at hjælpe under en kompliceret fødsel. Parret krævede egentlig en erstatning på 100.000 euro af et hospital i det østlige Frankrig, fordi parret fik et handicappet barn. Kravet blev afvist ved en domstol i 2006, og i dag blev denne dom stadfæstet ved en appel-domstol, og samtidig fik parret så bøden.

Kvinden fødte en dreng i 1998, og han kom til verden under en kompliceret fødsel og er svært handicappet. Ifølge appel-domstolen hindrede faderen i en halv time fysisk en mandlig læge i at komme ind og hjælpe. Lægen var tilkaldt af jordemoren.

Appeldomstolen siger, at drengens tilstand udelukkende skyldes faderens holdning, og at hospitalet ikke kan holdes ansvarlig.

Faderens opførsel forhindrede, at hospitalet kunne tage en række prøver, som kunne have hindret komplikationerne, siger domstolen.

Ritzau

Jag påstår dessutom att det inte finns några negativa attityder mot manliga gynekologer i samhället. Det är bara en lite minoritet av kvinnorna (inklusive tonåringar, våldsutsatta och utlandsfödda kvinnor) som kan tänka sig att välja bort en manlig gynekolog – om det nu visar sig vara en man som skall undersöka. Däremot har vi inom sjukvården fallit för den myten, och överkompenserar genom att ge patienterna något som de aldrig bitt om - därigenom förstärker vi myten! Det innebär också att belastningen och kraven på våra kvinnliga kollegor ökar.

Den verkliga diskrimineringen finns inte hos patienten, utan hos kollegor och annan personal. Hur ser våra PM ut avseende våldsutsatta kvinnor? Vem schemalägs på ungdomsmottagningen? Vem styr patientflödet? Innebär patientens namn att personalen på mottagningen styr patienterna till kvinnliga kollegor i första hand?

Frågan om manligt eller kvinnligt är inte, och har aldrig varit, en fråga om kompetens. Däremot finns det naturligtvis situationer där en enskild kollega har en unik kompetens på kliniken. Om den kollegan då har ifel kön (kan gälla både män och kvinnor) så innebär det att vi kan tvingas att undanhålla viktig kompetens.

Jag tycker faktiskt att Guillermo Forfaits artikel i Medlemsbladet bättre beskriver hur vi skall hantera problemet. OGU bör fundera lite mer på hur ni skall hantera frågan! Det handlar inte om att se till att det blir fler manliga gynekologer. Det handlar om att betrakta gynekologen utifrån kompetens - inte utifrån kön eller andra yttre egenskaper!

Debatten fortsätter i nästa nummer.

Sänkt gräns för definition av barn till v 22+0

Sedan juni 2008 gäller en ny lag för definition av dödfödda barn. Gränsen för folkbokföring (anmälan till Skatteverket) har sänkts till 22+0 graviditetsveckor (SFS 2008:207). Samtidigt har en ändring i begravningslagen (1990:1144) skett så att även gränsen för rätt till gravplats gäller från vecka 22+0. Detta innebär att alla rutiner kring ett barns födelse, oavsett om det föds levande eller ej, flyttas från vecka 28 till 22+0. ■

Kodfrågan

Åtgärdskoderna fortsätter att vara en källa till bekymmer. Det är svårt att hantera denna stora mängd koder. Trots att det på de flesta områden finns mycket mer än man till vardags behöver, saknas ändå t ex möjlighet att på ett smidigt sätt koda för oxytocininfusion, vilket är en allvarlig nackdel för obstetrisk kvalitetskontroll/upp-följning. Det har från flera kolleger på olika håll i landet framförts önskemål om att vi inom SFOG borde ha gemensamma riktlinjer för användande av åtgärdsko-derna. Jag har från styrelsen fått positivt besked vid förfrågan om att arrangera en workshop om användande av åtgärdsko-der inom kvinnosjukvården i Sverige. Också Socialstyrelsen har ställt sig positiv till att sända en sakkunnig från klassifikations-enheten att närvara vid en sådan workshop och bistå oss under diskussionerna. De preliminära planerna är att anordna detta som en heldag på kansliet i Stockholm någon gång i början av våren -09, och att samla 8-10 intresserade kolleger. Jag vore tacksam om ni som är intresserade av att delta i en sådan workshop hör av er till mig.

Karin Pihl
karin.pihl@vgregion.se

En del av åtgärdskoderna har fått ändrat kodnummer, enligt följande:
Tidigare AN990 Epiduralblockad UNS, skall vara SN999
Tidigare SK360 Paracervikalblockad UNS, skall vara SN529
Tidigare SK362 Pudendusblockad UNS, skall vara SK549
Spinalanestesi UNS skall vara SL199

Här är en uppställning av koder som kan användas för de olika besöken i samband med KUB/NUPP.

Informationssamtal inför KUB/NUPP eller amniocentes:
Diagnoskod Z31.5 Genetisk rådgivning
Åtgärdskod DV026 Genetisk rådgivning

Undersökning med KUB/NUPP:

Diagnoskod Z36.3 Prenatal undersökning avseende missbildning med användande av ultraljud och andra fysikaliska metoder
Åtgärdskod AM012 Obstetrisk ultraljudsundersökning sk NUPP
AV024 Provtagning UNS

Pat kommer för amniocentes:

Diagnoskod: Z36.0 Prenatal undersökning avseende kromosomavvikelse
Operationskod MAA00 Amniocentes
Åtgärdskod AM011 Obstetrisk ultraljudsundersökning, annan specificerad ■

Gabriel Gräslök

Regnbågsmammor

På min klinik har vi ett projekt för samkönade par som kommer in för att få barn. Bakgrunden är att barnmorskorna lade märke till att kvinnor som dolde sin homosexualitet och försökte gå in i "heteronormen" på förlossningen i högre utsträckning än andra fick komplikationer, sugklockor och kejsarsnitt. Behandlar man däremot folk som man själv vill bli behandlad så mår de mycket bättre (surprise!) och kan följaktligen föda barn mycket bättre. Någonstans är det väl ett uppvaknande det här med att vi människor har förtjänster, brister och sexualitet och att vi mår bäst om omgivningen förstår detta. Man kan väl dock reagera på att uppvaknandet kommer först en bit in på 2000-talet. Det jag också undrar är – hur 17 upptäckte de där barnmorskorna de dolda homosexuella? De lesbiska kvinnor som var missnöjda med vårdens bemötande när de kom till förlossningen med sin "pojkvän" och det hela utmynnade i en långdragen komplicerad förlossning. Ibland förstår man inte hur barnmorskor förstår, och det får man nöja sig med.

Öppenhet verkar vara ett nyckelord i sammanhanget. Bara alla kan vara öppna med sin sexualitet verkar livet fungera smidigare. Gynekologen behöver inte sitta och fråga – "vad är det för kön på din partner?", utan detta är deklarerat från början.

Öppenheten kring de samkönade paren verkar sprida sig. En av narkosläkarna på mitt sjukhus, doktor Tina, berättade att hennes lille son kom hem från skolan med bestämda uppfattningar:

- Mamma, det finns barn som bara har två pappor och ingen mamma!



- Ja, jo visst så är det...

- Och mamma, det finns också barn som inte har någon pappa utan bara två mammor!

- Mmm, ja visst finns det...

- Mamma, hur gör de?

Här blev dr Tina lite ställd. Det är tillräckligt svårt att prata om blommor och bin med sina barn. När det blir blommor och blommor å s.a.s. ena sidan och bin och bin å den andra blir ju allting än mer komplicerat.

- Mamma! Hur gör dom där mammorna?

- ..öh..jo du förstår lille vän...att... hmm

- Mamma! Du förstår väl, hur gör dom?

- ..mmm..alltså... öh...

- Mamma, om det är två mammor hemma – då är det ju två stycken som ska bestämma om allt hemma! Hur går det till?

Det är tydligt vem som bestämmer hemma hos dr Tina.

Gabriel Gräslök



Behandling av akuta obstetriska situationer

American Academy of Family Physicians och ALSO® Scandinavia
and Greenland anordnar kurs i

Skövde den 20—21 respektive 22—23 april 2009.

Är du intresserad av att få en kursansökan?

Maila till madeleine.bjurman@vgregion.se eller gå in på vår skandinaviska hemsida www.also-scandinavia.com och läs vidare under de svenska flaggorna.

Sista ansökningsdagen till vårens kurser är den 9 januari 2009.

Skriftlig specialistexamen 2009

Dags att anmäla sig till skriftlig specialistexamen i obstetrik och gynekologi!

Skrivningen kommer att genomföras på 3-4 orter i landet (beroende på vilka som anmäler sig).

Vilka orter det blir meddelas när ansökningstiden gått ut. Skrivningen genomförs fredag den 13 mars kl 9-14 och **sista anmälningssdag är söndag den 1 mars.**

Välkommen med din anmälan!

Aino Fianu-Jonasson

SFOGs utbildningsnämnd

Anmälan till skriftlig tentamen 13 mars 2008

Anmälan skickas helst per e-post till aino.fianu-jonasson@karolinska.se alternativt

Aino Fianu-Jonasson, KI Inst. för klinisk vetenskap, intervention och teknik, Enheten för obstetrik och gynekologi, Karolinska universitetssjukhuset/Huddinge, 141 86 Stockholm.

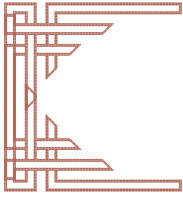
Eventuella frågor besvaras per e-post eller telefon 08-585 875 22.

Namn _____

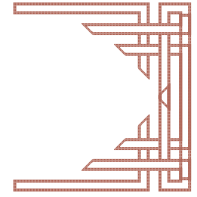
Adress: _____

Tel arbete: _____ bostad: _____

E-post: _____



Pionjärer inom Obstetrik och Gynekologi



Carl Axel Gemzell 1910-2007

Vid 50-års ålder, 1960, utnämndes Carl Gemzell till professor i obstetrik och gynekologi vid Uppsala universitet. Han blev samtidigt chef för såväl institutionen för obstetrik och gynekologi vid Uppsala universitet som kvinnokliniken vid Akademiska sjukhuset. Forskningsmässigt låg Uppsalakliniken då i mångårig träda. Ingen hade disputerat sedan 1949. Under Carl Gemzells tid som professor, 1960-1974, disputerade 18 kollegor bland andra Leif Wide, Berndt Kjessler och Elof Johansson.

Carl Gemzell disputerade vid Karolinska institutet i experimentell endokrinologi 1948 på en avhandling betitlad "The effect of corticotrophic hormone and oestrogen on liver glycogen content and phosphate metabolism in the adrenal cortex". Han blev docent, först i experimentell endokrinologi 1953 och sedan i obstetrik och gynekologi 1955. Under åren 1949-1957 vistades Carl Gemzell i flera perioder i USA, dels vid University of Utah i Salt Lake City, dels vid University of California, Berkeley. Under senare delen av denna period kom hans forskningsintresse att fokuseras på gonadotropiner. Ett flertal försök hade tidigare utförts för att framkalla ägglossning hos anovulatoriska kvinnor med gonadotropiner från djur. Detta visade sig inte fungera, eftersom kvinnorna utvecklade antikroppar mot djurhormonerna. Då Carl Gemzell återkom till Sverige påbörjade han kliniska studier där humana gonadotropiner, som utvanns från hypofyser, användes. En första rapport om denna epokgörande nya behandling för att inducera ovulation publicerade Carl Gemzell 1958 med Egon Diczfalusy och Karl-Gunnar Tillinger som medförfattare. Nästa steg i denna utveckling togs då Carl Gemzell påbörjade ett samarbete med en biokemist från Uppsala, Paul Roos. Carl Gemzell organiserade att hypofyser insamlades från ett stort antal patologavdelningar

Ove Axelsson
Elof Johansson

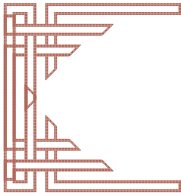
i landet. Paul Roos renade och fraktionerade hypofyshormonerna och stora mängder av preparat med såväl gonadotropa som tillväxteffekter blev tillgängliga för klinisk forskning och behandling. Under åren 1960-1971 behandlades 572 kvinnor med anovulatorisk infertilitet i Uppsala med gonadotropinstimulering vilket i 211 fall ledde till påvisbar graviditet. Flerbörd var vanligt förekommande och uppmärksammades i pressen som en positiv händelse. Carl Gemzell var emellertid väl medveten om att flerbörd var att betrakta som en komplikation innebärande ökade risker för prematur förlossning och därmed också ökad perinatal mortalitet och morbiditet. Via monitorering av behandlingen med mätning av östrogen i urin sjönk flerbördsfrekvensen från 31% till 15% under tiden 1960-1971. I ett senare skede ersatts de hypofysderiverade preparaten med gonadotropiner extraherade från postmenopausala kvinnors urin.

Carl Gemzells framgångsrika behandling av barnlöshet väckte uppmärksamhet världen över, inte bara genom vetenskapliga publikationer utan också via reportage i tidningar, radio och tv. Ofrivilligt barnlösa kvinnor från många länder vallfärdade till Uppsala för att behandlas av den världsberömda professor Gemzell. Framgången medförde att Carl Gemzell erhöll stora forskningsanslag och under 1960-talet skapades med stöd av Wallenbergstiftelsen och Ford Foundation ett primatlaboratorium i Uppsala. Laboratoriets stora insats kom att bli utveckling av känsliga och specifika radioimmunologiska metoder för mätning av såväl endogena som syntetiska steroider. Dessa

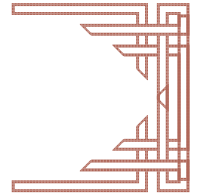


nya laborativa metoder gjorde att djurförsök i många fall blev onödiga och bidrog effektivt till framtagandet av moderna hormonella preventivmedel, ofta i nära samarbete med Population Council i New York.

Året innan Carl Gemzell skulle pensioneras, 1974, lämnade han Uppsala och Sverige för USA. Huvudorsaken var att han önskade fortsätta arbeta som forskare och läkare. Framtill 1980 var han professor och chef vid enheten för gynekologisk endokrinologi vid Downstate Medical Center i New York och från 1980-1985 uppehöll han motsvarande position vid universitetet i Puerto Rico. Carl Gemzell återvände till Sverige 1991 och bosatte sig då i Norrtälje. Han donerade i samband med sin avgång en större penningssumma till institutionen för obstetrik och gynekologi i Uppsala. Dessa medel har möjliggjort att institutionen kunnat bjuda in toppforskare till Uppsala för att hålla



Pionjärer inom Obstetrik och Gynekologi



”Gemzellföreläsningar”. Den förste Gemzellföreläsaren 1977 var professor Griff T Ross och den senaste professor Christina Bergh 2008. Gemzellfonden delar också ut stipendier till unga kliniska forskare vid institutionen för obstetrik och gynekologi vid Uppsala universitet. Under sina USA-år besökte Carl Gemzell Uppsalas samband med sina sommarvistelser i Sverige och kontakterna blev än tätare efter återkomsten till Sverige. Sitt sista besök på kliniken gjorde Carl Gemzell 2005 som en intresserad och road åhörare då hans före detta doktorand, Elof Johansson, höll detta års Gemzellföreläsning.

Carl Gemzells största insats som for-

skare är tveklöst introduktionen av gonadotropinbehandling vid anovulatorisk infertilitet. Det skall dock också ihågkommas att Carl Gemzell tillsammans med Leif Wide presenterade det första enkla immunologiska graviditetstestet och att han publicerade ett flertal uppmärksammade artiklar om tillväxthormon med bl a Rolf Luft och Herbert Olivecrona.

Carl Gemzell var en klinisk vetenskapsman av yppersta märke. Han var en genial klinisk forskare, som dessutom hade en välutvecklad förmåga att samla unga och ambitiösa kliniska forskare kring sig i Uppsala. Vi kom som kom att tillhöra den skaran stimulerades av Carl Gemzells utta-

lade intresse för våra fynd och den positiva forskningsmiljön, som rådde under hans regim. Dessutom fick vi via en rad utländska besökare möjlighet att träffa de stora elefanterna, vilket blev till en extra krydda i vår professionella tillvaro. Inom forskargruppen blev professor Carl Axel Gemzell till ”Kalle” och vi blev som en del av hans familj. Han var en blyg person och tilltalades inte alls av det kändisskap hans framgångar innebar. Han lär dock vid några tillfällen haft nytta av detta, då han i någon av sina snabba bilar på väg från Uppsala till sitt älskade Gräsö blev föremål för polisiärt intresse vid fartkontroller. ■

Prenatal ultrasound and X-ray – potentially adverse effects on the CNS

I Sverige genomgår ungefär 97% av alla gravida kvinnor rutinmässig ultraljudsundersökning och i genomsnitt görs drygt två undersökningar per graviditet. Fördelar med rutinmässig ultraljudsundersökning är en förbättrad uppskattning av graviditetens längd och tidigare upptäckande av tvillinggraviditeter och fostermissbildningar. För riskgraviditeter kan det finnas indikationer för ytterligare undersökningar.

Tidigare studier rörande eventuella risker med ultraljuds användning under graviditeten har visat att exponerade pojkar kan ha en något ökad förekomst av icke-högerhänthet senare i livet. Man har inte sett några säkerställda risker avseende fostertillväxt, cancerrikt, samt intellektuell och neurologisk utveckling. Än så länge är dock eventuella risker med prenatalt ultraljud relativt sparsamt studerat.

Röntgenundersökning under graviditeten var vanligt i Sverige för 20-30 år sedan, men idag är ultraljud förstahandsalternativ vid fosterövervakning. Man vet att höga doser joniserande strålning under fosterlivet innebär en ökad risk för uppkomst av cancer i barndomen. Om låga stråldoser som ges vid enstaka röntgenundersökning under graviditeten ökar cancerriktorna för barnet är dock omdiskuterat och kunskapen om riskmönstret för olika tumörtyper är bristfällig.

Målet med denna avhandling var att utvärdera sambandet mellan ultraljudsexponering under fosterlivet och barnets risk för: schizofreni och annan psykosjukdom; hjärntumör i barndomen och försämrad prestation i skolan i årskurs 9; samt att

Karin Glimskär Stålborg,
Institutionen För Kvinnors och Barns Hälsa, Uppsala Universitet,
karin.stalberg@kbh.uu.se

bedöma risken med röntgenexponering i fosterlivet med avseende på risken för hjärntumör i barndomen.

Studie I

I en kohort barn födda 1973-1978, jämförde vi de som var födda på Malmö Universitetssjukhus (13,212 barn) där man rutinmässigt utförde ultraljudsundersökning på gravida kvinnor, med de födda på 48 sjukhus utan användning av ultraljud (357,733 barn). Resultaten visade att de pojkar som genomgått ultraljud under fosterlivet hade en något högre risk att utveckla schizofreni, men risken var inte statistiskt säkerställd (odds ratio (OR) =1.55, 95% CI= 0.97-2.46). Denna riskökning sågs inte hos ultraljudsundersökta flickor. Vi hittade inget samband mellan ultraljudsexponering och övriga psykosjukdomar för pojkar eller flickor. Vi justerade analyserna för socio-ekonomiska samt graviditetsrelaterade faktorer som kan öka risken för psykosjukdom. Trots detta kan möjligen andra faktorer som är kopplade till bostadsort ha bidragit till riskökningen för schizofreni hos pojkar.

Studie II-III

I en fall-kontroll studie inkluderande barn födda 1975-1984, jämfördes 512 barn som fått diagnosen hjärntumör med 524 slumpvis utvalda barn från Medicinska

Födelseregistret (MFR). Information om röntgen och ultraljudsundersökningar under graviditeten hämtades från mödravårdsjournaler och kompletterades med data från MFR.

Vi fann inget samband mellan röntgen i fosterlivet och insjuknande i hjärntumör i barndomen. När man analyserade de olika histologiska tumörgrupperna separat, skilde riskerna något och den största riskökningen sågs för den embryologiska tumörtyper PNET (primitiva neuroektodermala tumörer) (OR=1.88, 95% CI= 0.92-3.83).

Inget samband sågs mellan ultraljudsexponering i fosterlivet och insjuknande i hjärntumör, inte heller för de olika tumörtyperna. Antal ultraljud eller tidpunkten för undersökningen påverkade inte resultaten nämnvärt.

Studie IV

I en studie utförd på 3 svenska sjukhus 1985-1987, randomiserades knappt 5000 gravida kvinnor till rutinultraljud under graviditetsvecka 15-18 eller ingen ultraljudsundersökning. I studie IV följde vi upp dessa barn med avseende på avgångsbetyg i årskurs 9 (15-16 års ålder). Information hämtades från originalstudien och Skolverkets årskurs 9-register samt kompletterades med data från Utbildningsregistret samt Folk och Bostadsräkningen 1990.

Eftersom det visade sig att ca 30% av de kvinnor som enligt randomiseringen inte skulle genomgå ultraljud, ändå genomgått minst en undersökning, valde vi att jämföra skolresultat enligt tre uppdelningar:

1) enligt den ursprungliga randomiseringen 2) enligt faktisk exponering för rutinultraljud samt 3) enligt ultraljudsexponering under hela graviditeten.

Vi såg inga ökade risker för försämrad skolprestation för de pojkar och flickor som randomiserats till eller genomgått rutinultraljud. Pojkar som varit undersökta med ultraljud någon gång under graviditeten hade signifikant lägre betyg i Idrott, samt en tendens till lägre skolbetyg generellt än icke ultraljudsundersökta pojkar.

Sammanfattningsvis fann vi inte några nämnvärda risker med ultraljud i fosterlivet i dessa studier. Det är dock viktigt att påpeka att ultraljudsundersökningar som utförs idag innebär betydligt högre energinivåer, och skulle möjligen kunna påverka fostret mer, än ultraljud på 70-80-talet, vilket ligger till grund för denna avhandling



Karin Glimskär Stålberg,

Referenser:

- I. K Stålberg, B Haglund, O Axelsson, S Cnattingius, C Hultman, H Kieler. Prenatal ultrasound scanning and the risk of schizophrenia and other psychoses. *Epidemiology*. 2007 Sep;18(5): 577-582.
- II. K Stålberg, B Haglund, O Axelsson, S Cnattingius, S Pfeifer, H Kieler. Prenatal X-ray exposure and childhood brain tumours: a population-based case-control study on tumour subtypes. *Br J Cancer.*, 2007. 97(11): p. 1583-7
- III. K Stålberg, B Haglund, O Axelsson, S Cnattingius, S Pfeifer, H Kieler. Prenatal ultrasound and the risk of childhood brain tumour in children born 1975-1984. *Br J Cancer*. 2008 Apr 8;98(7):1285-7.
- IV. Karin Stålberg, Ove Axelsson, Bengt Haglund, Christina M. Hultman, Mats Lambe, Helle Kieler. Prenatal ultrasound exposure and children's school performance at age 15; follow-up of a randomized controlled trial. Submitted

Har du precis disputerat?

Genom Medlemsbladet kan kollegorna runt om landet få möjlighet att ta del av dina resultat.

Skicka in en sammanfattning på svenska, gärna tillsammans med en bild till redaktören,

anne.ekeryd-andalen@vgregionen.se

Kalendarium

Mer detaljerad information kan erhållas på SFOGs hemsida www.sfog.se

2008

26 - 28/11	Riksstämman 2008. Göteborg	För mer information: www.riksstammangoteborg.se
27 - 30/11	IVF 30th ANNIVERSARY The 11th World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility (COGI) Paris, Frankrike	För mer information: http://www.comtecmed.com/cogi/paris/ Deadline for Abstracts Submission: July 27, 2008 Deadline for Early Registration: July 27, 2008
4 - 6/12	Second Congress of the Asia-Pacific Council on Contraception (APCOC) The Venetian Macao-Resort-Hotel, Macau, China	För mer information: www.sfog.se
21 - 22/1	"Alkoholens hälsoeffekter på det ofödda och födda barnet" Norra Latin, City Conference Center, Stockholm	För mer information: www.sfog.se
6/2	Vintermötet 2009 Stockholm	För mer information: www.sfog.se
5 - 8/3	13th World Congress on Human Reproduction Venedig, Italien	För mer information: www.humanrep2009.com
20-21/3	Mittnordenmöte Åre 2009	För mer information: eva.spetz@jll.se eller katarina.tunon@jll.se
27/3	3rd Skeletal Endocrinology Meeting Brescia, Italy	För mer information: www.euroconventions.it www.skeletal-endocrinology.org
23-24/4	Vårnöte i Perinatologi i Södertälje	För mer information: www.ttab.nu/perinatologi
8 - 10/5	The 3rd Nordic Congress on Endometriosis in Trondheim, Norge	För mer information: www.sfog.se
14 - 15/5	Assisting fertility - challenges and strategies Stockholm	För mer information: www.svls.se/berzelius/5680.cs
11-14/6	Surgical Pathology Update Leipzig Tyskland	För mer information: http://conventus.de/spu2009/

2009

24-29/8	SFOG-veckan i Norrköping - v 35	
4 - 9/10	FIGO 2009 Kapstaden, Sydafrika	För mer information: http://www.figo2009.org.za
2010		
12 - 16/9	20th World Congress on Fertility and Sterility Munich, Germany	För mer information: http://www.iffs-reproduction.org/documents/IFFS_08_4_FINAL_000.pdf http://www.iffs2010.com/

Bakre Fornix

Från och med detta nummer kan du som är medlem i SFOG annonsera till självkostnadspris på Medlemsbladets pryltorg, Bakre Fornix. Köp, sälj, eller byt, varor och tjänster – med en annons når du ca 1750 andra gynekologer. Köp och sälj vad du vill under eget ansvar.

Skicka in din annons per mail till Medlemsbladet, anne.ekeryd-andalen@vgregion.se
Ange namn och faktureringsadress
Pris per annons för medlemmar 75 kr

TJÄNST SÖKES

Kvinnlig gynekolog/obstetrik

Bred och lång klinisk erfarenhet inom obstetrik, allmän gynekologi och onkologisk gynekologi.

Söker:

arbete/konsultuppdrag/timanställning/vikariat kortare el längre i Stockholm med omnejd men även andra delar av landet.

Svar till e-post: efgh@live.se

SÄLJES

Ultraljuds utrustning HAWK 2102 inkl. färg Doppler.



Uttagen i maj 2000: Sparsamt använd 3-4 dagar/månad av en operatör. B- och M-mode, Pulsad Doppler, Färgdoppler, Power-doppler med duplex teknik. -2D live -3D kompatibel -12" monitor -Löstagbart tangentbord -Cinefunktion -Inbyggd diskettstation för överföring av bilder (TIFF format) -Program för avståndsberäkning, volym och omkrets och OB/GYN -Förberedd för inkoppling av roterande motorenhet för analsfinkter undersökning. 1 st Konvex elektronisk array transducer 8665 (ca 1 år gammal), 2,7 - 3,5 och 5 Mhz 1 st linjär elektronisk small-part transducer 8804, 5 - 6,5 och 8 Mhz. 1 st Frame-Grabber inkl. kablage för bildlagring på hårddisk, fotpedal, manualer mm. En bättre begagnad vaginal transducer kan köpas för ca 10000 + moms av svenska B-K Medical.

Pris: 110000 + moms (Ny pris 590 00)

Kontakt: Dr Theo Magounakis
Ebbetorps Läkarmottagning, Ebbetorpsgård 302,
394 70 Kalmar
Tel 0480-495775 alt 0707-133234

Arbets- och Referensgrupperna inom SFOG

Perinatologi PERINATAL-ARG

Ordförande: Ellika Andolf

KK, Danderyds sjukhus

182 88 Stockholm

Tel: 08-655 50 00

Fax: 08-622 58 33

ellika.andolf@ds.se

Sekreterare: Anders Björklund

UltraGyn/BB Stockholm

Odengatan 69

113 22 Stockholm

Tel: 08-587 103 90

Fax: 08-587 101 90

anders.bjorklund@ptj.se

Minimalinvasiv Gynekologi

MIG-ARG

Ordförande: P-G Larsson

KK, Kärnjukhuset

541 85 Skövde

Tel: 0500-43 10 00

Fax: 0500-43 14 54

p-g.larsson@vgregion.se

Sekreterare: Katarina Englund

KK, Södersjukhuset

118 83 Stockholm

Tel: 08-616 26 38

Fax: 08-616 43 93

katarina.englund@sodersjukhuset.se

Obstetriska och Gynekologiska

Infektioner

INF-ARG

Ordförande: Mats Bergström

KK, Södersjukhuset

118 83 Stockholm

Tel: 08-616 10 00

Fax: 08-616 26 40

Mats.Bergstrom@sodersjukhuset.se

Sekreterare: Ingrid Wikström

KK, Akademiska sjukhuset

751 85 Uppsala

Tel: 018-611 00 00

Fax: 018-55 97 75

ingrid.wikstrom@kbh.uu.se

Familjeplanering FARG

Ordförande: Jan Brynhildsen

KK, Universitetssjukhuset

581 85 Linköping

Tel: 013-13 22 00

Fax: 013-14 81 56

jan.brynhildsen@lio.se

Sekreterare: Kristina Gemzell-

Danielsson

Inst f Kvinnors och Barns Hälsa

Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

171 76 Stockholm

Tel: 08-515 521 28

Fax: 08-517 743 14

kristina.gemzell@ki.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

Urogynekologi och vaginal

kirurgi UR-ARG

Ordförande: Maud Ankardal

KK, SU/ Östra

413 45 Göteborg

Tel: 031-34 34 335

Fax: 031-41 87 17

maud.ankardal@vgregion.se

Sekreterare: Johan Skoglund

KK, Länssjukhuset Ryhov

551 85 Jönköping

Tel: 036-32 14 58

johan.skoglund@lj.se

Cervixcancerprevention C-ARG

Ordförande: Bengt Andrae

KK, Gävle/Sandviken Länssjukhus

801 87 Gävle

Tel: 026-15 41 68

Fax: 026-15 41 56

bengt.andrae@gmail.com

Sekreterare: Kristina Elfgrén

KK, Karolinska Universitetssjukhuset,

Huddinge

141 86 Stockholm

Tel: 08-585 800 00

Fax: 08-585 875 75

kristina.elfgren@karolinska.se

Psykosocial Obstetrik och Gynekologi

samt Sexologi POS-ARG

Ordförande: Inga-Bodil Melinder

Gynmottagningen, Sjukhuset i Arvika

671 90 Arvika

Tel: 0570-71 20 00

inga-bodil.melinder@swipnet.se

Sekreterare: Katri Nieminen

KK i Östergötland, Lasarettet i Motala

591 85 Motala

Tel: 0141-770 00

Fax: 0141-777 61

katri.nieminen@lio.se

Ofrivillig Barnlöshet FERT-ARG

Ordförande: Claes Gottlieb

Fertilitets- och IVF-kliniken

Sophiahemmet

Box 5605

114 86 Stockholm

Tel: 08-406 20 00

Fax: 08-10 16 21

claes.gottlieb@ki.se

Sekreterare: Margareta Fridström

KK, Karolinska Universitetssjukhuset,

Huddinge

141 86 Stockholm

Tel: 08-585 800 00

Fax: 08-585 875 75

margareta.fridstrom@karolinska.se

Endokrinologi ENDOKRIN-ARG

Ordförande: Angelica Lindén-Hirschberg
KK, Karolinska Universitetssjukhuset,
Solna
171 76 Stockholm
Tel: 08-517 700 00
angelica.linden-hirschberg@karolinska.se
Sekreterare: Eva Innala
KK, Norrlands universitetssjukhus
901 85 Umeå
Tel: 090-785 21 61
eva.innala@vll.se

**Gynekologisk Tumörkirurgi med
Cancervård****TUMÖR-ARG**

Ordförande: Christer Borgfeldt
KK, Universitetssjukhuset Lund
Tel: 046-17 10 00
Fax: 046-15 78 68
christer.borgfeldt@med.lu.se
Sekreterare: Agneta Axelsson
KK, Centrallasarettet Västerås
721 89 Västerås
Tel: 021-70 30 00
Fax: 021-17 52 22
agneta.axelsson@ltv.se

Ultraljudsdiagnostik ULTRA-ARG

Ordförande: Anna Lindqvist
KK, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/
Östra sjukhuset
416 85 Göteborg
Tel: 031-34 36 396
Fax: 031-25 83 74
anna.ch.lindqvist@vgregion.se
Sekreterare: Peter Lindgren
KK, Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018-611 00 00
Fax: 018-50 81 27
peter.lindgren@kbh.uu.se

Hemostasrubbingar HEM-ARG

Ordförande: Pelle Lindqvist
KK, Universitetssjukhuset MAS
205 02 Malmö
Tel: 040-33 21 66
Fax: 040-96 26 00
pelle.lindqvist@med.lu.se
Sekreterare: Eva Östlund
KK, Danderyds sjukhus
162 88 Danderyd
Tel: 08-655 55 00
eva.ostlund@ds.se

Vulva VULV-ARG

Ordförande: Ingela Danielsson
KK, Länsjukhus Sundsvall/Härnösand
851 86 Sundsvall
Tel: 060-18 10 00
Fax: 060-18 15 57
ingela.danielsson@lvn.se
Sekreterare: Nina Bohm-Starke
KK, Danderyds sjukhus
182 88 Danderyd
Tel: 08-655 50 00
nina.bohm-starke@ds.se

Endometrios ENDOMETRIOS-ARG

Ordförande: Matts Olovsson
KK, Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018-611 57 64
Fax: 018-55 97 75
matts.olvesson@kbh.uu.se
Sekreterare: Margita Blomberg
KK, SU/Östra
416 85 Göteborg
Tel: 031-343 40 00
Fax: 031-25 43 87
margita.blomberg@vgregion.se

Evidensbaserad medicin**EVIDENS-ARG**

Ordförande: Kerstin Nilsson
KK, Örebro Universitetssjukhus
701 85 Örebro
Tel: 019-602 10 00
Fax: 019-12 65 90
kerstin.nilsson@orebroll.se
Sekreterare: Annika Strandell
Gynmottagningen, Kungälv's sjukhus
442 83 Kungälv
Tel: 0303-980 02
annika.strandell@medfak.gu.se

Etik ETIK-ARG

Ordförande: Claudia Bruss
KK, Länsjukhuset i Halmstad
302 33 Halmstad
Tel: 035-13 10 00
claudia.bruss@lthalland.se
Sekreterare: Lotti Helström
KK, Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-616 10 00
lotti.helstrom@sodersjukhuset.se

Mödra-Mortalitet MM-ARG

Ordförande: Aljana Mulic-Lutvica
KK, Akademiska Sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018-611 00 00
Fax: 018-24 62 86
aljana.mulic-lutvica@akademiska.se
Sekreterare: Sissel Saltvedt
KK, Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-616 10 00
sissel.saltvedt@sodersjukhuset.se

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

Professor Lars-Åke Mattsson
KK, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra 416 85 Göteborg
Tel: 031-343 40 00 • Fax: 031-25 83 75
E-post: lars-ake.mattsson@vgregion.se

SFOG-Kansliet

Jeanette Swartz
Drottninggatan 55, 2 tr, 111 21 Stockholm • Tel: 08-440 01 75 • Fax: 08-22 23 30
kansliet@sfog.se • www.sfog.se

Intressegrupper inom SFOG

Privatgynekologerna

Ordförande

Gunnar Möllerström
Oxbackskliniken
Lagmansv 14
152 40 Södertälje
Tel: 08-5509 9100
Fax: 08-5544 3120
E-post: gunnar.mollerstrom@tyfon.com

Håkan Forsgren
Lovisa Läkaromtagning
Saltängsgatan 15
602 22 Norrköping
Tel: 011-16 44 00
E-post: hakan.forsgren@lovisalakarmott.nu

Olof E. Löfgren
Gynhälsan i Trelleborg
Gamla Torget 3 A
231 63 Trelleborg
Tel: 0410-407 60
Fax: 0410-407 60
E-post: tremottab@swipnet.se

Mödrahälsovårdsöverläkargruppen

Ordförande

Marie Lindroth
Verksamhetsområde Barn-Familj och kvinnor
Helsingborgs lasarett
S. Vallgatan 5
251 87 Helsingborg
Tel: 042-406 22 54
E-post: marie.lindroth@skane.se

Sekreterare

Agneta Romin
Falun lasarett, Kvinnokliniken
791 82 Falun
Tel: 023-49 20 00, 023-699 51
Fax: 023-49 09 89
E-post: agneta.romin@ltdalarna.se

Obstetrik och gynekologer under utbildning (OGU)

Ordförande

Mårten Strömberg
KK, Sahlgrenska universitetssjukhuset
413 45 Göteborg
Tel: 031-34 20 00
E-post: marten.stromberg@vgregion.se

Sekreterare

Charlotta Ersmark
KK, Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-616 27 72
E-post: charlotta.ersmark@sodersjukhuset.se

Gruppen för öppenvårdsgynekologi

Ordförande: Inga Sjöberg
Ersboda vårdcentral
Hälsogränd 3
906 25 Umeå
Tel: 090-785 81 81
E-post: inga.sjoberg@vll.se

Peter Krug
Gyn. mott., Sjukhuset
Box 113
311 22 Falkenberg
Tel: 0346-560 44
Fax: 0346-581 83
E-post: peter.krug@lthalland.se

SFOG

ANMÄLNINGSBLANKETT

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.

Medlem av SFOG bör tillhöra Sveriges Läkarförbund, som är den fackliga huvudorganisationen. Man bör också vara medlem i 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).

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 (300:-/år).

Årsavgiften till föreningen är 700 kronor. Prenumeration på ARG-rapporter är avdragsgill i deklarationen. I och med Din anmälan registreras Du i SFOGs datoriserade medlemsregister.

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.

Skickas/faxas till

SFOG-Kansliet, Drottninggatan 55, 2 tr, 111 21 Stockholm

Telefax: 08-22 23 30 • Anmälan via internet: www.sfog.se

Jag vill bli medlem i SFOG:

Namn

Adress bostad

Adress arbete

Telefon bostad Telefon arbete

Mailadress.....

Personnummer _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _

Medlem i Sveriges Läkarförbund Ja Nej

Medlem i Svenska Läkaresällskapet Ja Nej

NEJ TACK! Jag vill inte ha medlemsförmånen att vara ARG-rapport abonnent för en kostnad av f.n. 300 kr/år (motsvarande tre rapporter).

Jag önskar bli medlem i OGU Specialist Icke specialist

Datum: Namnunderskrift:

BESTÄLLNINGSBLANKETT ARG-RAPPORTER

Svensk Förenings för Obstetrik & Gynekologi Arbets- och Referensgruppers rapportserie

Alternativ I

Jag anmäler mig t v som ständig abonnent på ARGs rapportserie. Varje ny rapport som publiceras i serien skall automatiskt tillsändas mig mot betalning enligt bifogad faktura (rabatt 50:-/rapport), intill dess jag skriftligen anmäler annorlunda. Jag förbinder mig att betala de rapporter jag fått tillsända intill dess jag uppsäger mitt abonnemang.

Alternativ II

Jag beställer nedanstående rapporter (markerade med kryss i vederbörande ruta) att tillställas mig per post. Betalning sker mot medsänd faktura.

OBS! Glöm ej ange alternativ

Namn _____

Adress _____

Postnummer och postadress _____

Jag vill beställa följande redan utgivna ARG-rapporter:

Nr 1-16 och 18-27, 35-36 har utgått

Pris/st exkl. moms, porto & exp. avg 50:-

- | | | |
|--------------------------|---|-------|
| <input type="checkbox"/> | Nr 17 Prolaps. 1989 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 28 Sexuella övergrepp mot barn och ungdomar. 1994 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 29 Komplikationer vid Obstetrisk & Gynekologisk kirurgi. 1995 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 30 Genitala infektioner hos kvinnan. 1996 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 31 Assisterad befruktning och preimplantatorisk diagnostik i Sverige. 1996 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 32 Gynekologisk endoskopi - del 1. 1996 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 33 Sexologi ur gynekologisk synvinkel. 1996 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 34 Att förebygga cervixcancer samt vaginal- och vulvacancer. 1997 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 37 Ofrivillig barnlöshet. 1998 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 38 Substitutionsbehandling i klimakteriet - aktuella synpunkter. 1998 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 39 Kvinnlig urininkontinens. 1998 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 40 Ungdomsgynekologi. 1999 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 41 Cancer, graviditet och fertilitet. 1999 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 42 Gynekologisk ultraljudsdiagnostik. 2000 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 43 Infektioner hos gravida kvinnor. 2000 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 44 Vulvacancer. 2000 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 45 Gynekologisk endoskopi - del 2. 2001 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 46 Anal inkontinens hos kvinnor. 2001 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 47 Intrauterin fosterdöd (IUFD). 2002 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 48 Vulvasjukdomar. 2003 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 50 Metodbok för evidensbaserad obstetrik och gynekologi. 2004 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 51 Förlossningsrädsla. 2004 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 52 Perinatalt omhändertagande vid extrem underburenhet. 2004 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 53 Bröstet. 2005 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 54 Inducerad abort. 2006 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 55 Obstetriskt ultraljud. 2007 | 300:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 56 Endometriosis. 2008 | 300:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 57 Asfyxi och neonatal HLR. 2008 | 300:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 58 Polycystiskt ovarialsyndrom (PCOS). 2008 | 300:- |

Insändes till:

SFOG-Kansliet • Drottninggatan 55, 2 tr • 111 21 Stockholm • Fax: 08-22 23 30
E-post: kansliet@sfog.se • Internet: www.sfog.se