

Medlemsbladet 5

2010

NR



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



MEDLEMSBLADET

Ansvarig utgivare: Anne Ekeryd-Andalen
Tel: 0303-986 90

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@sfog.se

Platsannonser hemsidan:jeanette.swartz@sfog.se

SFOGs styrelse 2010:

Ordförande: Ulf Högberg

Kvinnokliniken, Norrlands Universitetssjukhus
901 85 Umeå

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

E-post: ulf.hogberg@obgyn.umu.se

Vice ordförande: Pia Teleman

Kvinnokliniken, Lunds Universitetssjukhus

221 85 Lund

Tel: 046-17 25 51

E-post: pia.teleman@med.lu.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: Pelle Lindqvist

Kvinnokliniken, Karolinska Sjukhuset

Huddinge, 141 86 Stockholm

Tel: 08-585 81 628

E-post: pelle.lindqvist@ki.se

Redaktör för Medlemsbladet:

Anne Ekeryd-Andalen

Gyn o MVC-mottagningen, Primärvården

Kungälv's sjukhus, 442 83 Kungälv

Tel 0303-986 90

E-post: anne.ekeryd-andalen@sfog.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: Anna Pohjanen

Kvinnosjukvården Norrbotten

Sunderby sjukhus, 971 80 Luleå

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

E-post: anna.pohjanen@nll.se

Ledamot/Yngre representant:

Mårten Strömberg, Kvinnokliniken,

SU/Sahlgrenska, 413 45 Göteborg

Tel: 031-343 10 00

E-post: marten.stromberg@vregion.se

Tryck: Elanders

ISSN 0284-8031

— Ordförande har ordet —



Kära Vänner!

I utvärderingen från årets SFOG-vecka fick Denis Mukweges plenarföreläsning "Våldtäkt som vapen i krig" den överlägset högsta poängen, 9,48 av 10. Efter Mukweges föreläsning kom årsmötet. Berörda och upprörda uttryckte auditoriet att SFOG måste agera. Margit Endler, tolk par excellence till Mukwege, lyckades sedan tillsammans med Charlotta Grunewald och Lotti Helström publicera en mycket välskriven appell på DN-debatt "Stoppa den sexuella tortyren i Kongo". I faksimil finns nu artikeln i detta medlemsblad. Artikeln fick ett gensvar utan dess like, den låg på topp som den mest lästa webbartikeln i flera dagar. På Margits initiativ startar nu SFOG ett särskilt webbupprop, en budkavle bland världens läkare, sjuksköterskor och barnmorskor. Vi börjar internt inom SFOG, går vidare och söker namnunderskrifter bland organisationerna i Sverige, sedan NFOG, EBCOG, FIGO, WMA.

Detta är min tionde ledare och det är snart dags att sätta punkt. När jag bladdrar tillbaka bland mina tidigare

ledare tänker jag att det är de små stegen som gäller, ibland två kliv framåt och ett kliv tillbaka. Kompassnålen har bara fladdrat lite under dessa år. SFOGs styrelse äger de tidlösa och återkommande frågorna: 1) Odla vår vetenskapliga nyfikenhet och förbättringsanda; 2) Stärka vår yrkesidentitet, kompetens och ST-utbildning; 3) Arbeta för jämlik vård; 4) Arbeta för jämlik specialitet; 5) Företräda vår profession, våra patienter och kvinnohälsa gentemot myndigheter och arbetsgivare; 6) Medverka i Läkarförbundet och Läkaresällskapet; 7) Samverka med Barnmorskeförbundet; 8) Medverka i NFOG, EBCOG och FIGO.

I de snabba klippens mediavärld har jag ibland förvånats över att SFOGs röst inte alltid efterfrågas eller får plats. När den tredje statsmakten är mer alarmistisk och löpsedelsfokuserad än evidensbaserad är det inte alltid lätt att göra SFOGs röst hörd.

Alliansregeringens första regeringsperiod var de stora utredningarnas tid med flitigt remissvarande från SFOG.

I DETTA NUMMER

Upprop mot våldtäkterna i Kongo	3
La mort douce – den långsamma döden	3
Maternella dödsfall i Sverige år 2009	7
Nya rekommendationer för beräkning av graviditetslängd och fostervikt!	9
Gynekolog från Danderyds Kvinnoklinik 2:a i nationell tävling	11
Specialistexamen 2010	13
ST-läkare är intresserade av forskning!	16
Varför Nya ST?	17
Nyheter från SPUR	21
Robert G. Edwards – en värdig Nobelpristagare	23
Sommaren med Kajsa – en förlösande historia	27
Ny avhandling	33
BakreFornix	35

– Ordförande har ordet

Nu kanske det mer blir fråga om implementering av Socialdepartementets förslag, en nog så viktig uppgift för SFOG att följa upp. Dock upphör man inte att förvånas över det oförutsägbara i myndigheters förehavande. Socialstyrelsens föreskrifter om fosterdiagnostik som utlovades till våren 2007 låter ännu vänta på sig. Det senaste beskedet nu i oktober är att Juridiska avdelningen är färdig och förslaget ligger på intern remiss inom Socialstyrelsen.

Med våra kvalitetsregister har vi medvind. Måns Roséns utredning med förslag kring nationella kvalitetsregister som nu är överlämnad till regeringen och SKL följer vår anda. Långbanken med nationell redovisning av gynopdata (Gynopregistret och GKR) når nu snart en framgångsrik lösning. Med bildandet av KVARG har SFOG också nu en plattform för förbättring av kvalitetsregistren. Om SKL beviljar startanslag till obstetriskt kvalitetsregister, PNQ-o, kommer också ett viktigt arbete att startas.

Projekt Säker Förlossningsvård går nästa år mot sitt slut. Styrgruppen arbetar nu med redovisning av resultat och den avgörande frågan hur erfarenheterna från förbättringsarbetet kan inlemmas i den lokala verksamheten, samt bidra till regionalt och nationellt förbättrings-

arbete. Lagarbetet, nyckeln till patient-säkerhetsarbete inom förlossningsvården, med samverkan mellan professionerna (SFOG, neonatalsektionen och barnmorskeförbundet), måste utvecklas vidare.

Även mitt uppdrag som tf. ARGUS har varit givande och lärorikt. Jag har lärt mig mycket om processen att skriva en ARG-rapport i kontakterna med redaktionsgrupperna, om redigering, layout och korrekturläsning. Med detta nummer kommer de två sista av sex rapporter som utlovades vid årets början. Det är frukten av fleråriga oförtröttliga arbeten som nu går i mål. Vi diskuterar nu om det via webbpublicering kan finnas möjligheter för arbetsbesparande möjligheter till uppdatering. Ett viktigt steg för SFOG är nya parallella arbetet med SFOG-riktlinjer som togs vid Riksarg i Visby. Det är en process som startat nu.

Min fyra år i styrelsen går nu mot sitt slut. Det är ett avsked med blandade känslor. Lättnad över att vi avgående, Pelle, Måns, Märten och jag, gjort vårt så gott vi kunnat – good enough. Saknad över att lämna ett kreativt uppdrag, styrelsekamrater, fart och fläkt och den ständiga debatten.

Till er alla vill jag framföra mitt varma tack för förtroendet att först få vara vice ordförande och sedan ordförande. Även

om jag tvekade när vallberedningen ringde mig för fem år sedan så har uppdraget var otroligt berikande och utvecklande. Uppdrag inom SFOG, vare sig det är styrelseuppdrag, kvalitetsregister, ARG-grupp, är det bästa man kan göra. Nyckeln till SFOGs framgång är vår förningsanda, att ställa upp tillsammans för det som vi uppfattar som vår mission med SFOG, att arbeta för bättre kvinnohälsa och bättre kvinnosjukvård, att stärka vår yrkesidentitet. När författaren Torgny Lindgren ser tillbaka på sitt författarliv menar han att det varit 90% plikt och 10% lust. Är det inte så det är? För vad skulle nöjet vara utan arbetstillfredsställelsen? Särskilt vill jag tacka styrelsen för den glädje och arbete vi delat och önskar Pia Telemann lycka till!

Jag vill också tacka alla i föreningen jag under åren tillskrivit eller ringt som så beredvilligt ställt upp på uppdrag och arbete för SFOG. Med John F Kennedy travesti – fråga inte vad SFOG kan göra för dig, fråga vad du kan göra för SFOG.

Ulf Högberg

ÅRSAVGIFTER

Medlemsavgift SFOG	800:-
Medlemsavgift SFOG (ålderspensionär, fr o m det år man fyller 66 år)	200:-
ARG-rapportabonnemang* (medlemmar)	400:-

* Avdragsgill i deklarationen

Avgifter för icke-medlemmar

Prenumeration Medlemsbladet 5 nr/år	500:- (inkl. moms)
ARG-rapportabonnemang	250:-/rapport (exkl. moms)

Det pågår ett upprop mot våldtäkterna i Kongo som till stor del har kommit att domineras av medicinsk personal.

Skriv på uppropet du också på
<http://upprop.nu/ZHJV>
Uppropet avslutas 15 december.

DN-debatt den 2 oktober 2010

La mort douce – den långsamma döden.

EU och FN måste stoppa sexuella tortyren i Kongo

Omvärlden har – liksom i Rwanda på 90-talet – dröjt ousäktligt länge med att ingripa mot det sexuella våldet i Kongo. Minst en halv miljon kvinnor i östra Kongo beräknas ha våldtagits och torterats sexuellt. Är det de stora talens förbannelse som gör att den systematiska och överlagda terrorn tillåts fortsätta? Varje beväpnad milis har en egen utmärkande tortyrmotod. En grupp tvingar rutinmässigt kvinnorna ner på huk över kol och öppen eld, en annan trycker upp tillhyggen i slidan. Det rör sig om en utstuderad sammanflätning av fysisk och psykisk tortyr. Demokratiska Republiken Kongo, Rwanda och Uganda måste nu tvingas ta kontroll över och avvärja sina reguljära och irreguljära miliser, skriver Margit Endler, Charlotta Grunewald och Lotti Helström.

Det öppna kriget i östra Demokratiska Republiken Kongo har ersatts av en lågintensiv men brutal våldföring på områdets kvinnor och flickor. Minst en halv miljon av dem beräknas hittills ha våldtagits och torterats sexuellt. Är det de stora antals förbannelse som gör att terrorn tillåts fortsätta? Siffran motsvarar alla kvinnor i Stockholm oavsett ålder.

Om vi istället börjar med att föreställa oss bara en enda kvinna, att hon först gruppvåldtas offentligt och sedan tvingas sitta på glödande kol till dess att hela hennes underliv förbränts. Hennes man, barn och familj tvingas att bevittna tor-

tyren. Hennes far tvingas delta i våldtäkten. Familjens hus och åker bränns sedan ner. Låt oss föreställa oss att 242 andra kvinnor bli våldtagna under de påföljande dagarna, något som skedde så sent som förra månaden, och sedan föreställa oss att det här har pågått i över tio års tid. Då närmar vi oss denna ofattbara siffra.

Om kvinnan överlever är hennes tarm och urin- och könsorgan så skadade att hon även efter flera operationer riskerar att alltid läcka urin okontrollerat, något som ofta leder till att hon stöts bort ur samhället. Manliga familjemedlemmar som maktlösa tvingas se eller delta i över-

greppet förlora sin roll som familjens ledare och försvarare. Det är alltså inte bara primitiva uppfattningar om en kvinnas egen skuld och orenhet efter våldtäkt som gör att männen ofta överger sina familjer, utan identitetsförlust, sorg och skam. Byborna som bevittnat den offentliga våldtäkten av sina kvinnor förlorar sin inre sammanhållning. Barn föds som ett resultat av våldtäkterna och blir utstötta. Allt detta betyder att byns sociala väv trasas sönder. HIV och syfilis sprider sig i ökad takt eftersom våldtäkten sker i såriga underliv. Plundringen fräntar människors möjlighet till egen försörjning. Den

ständiga rädslan gör att handeln upphör. Landsbygden utarmas och byn splittras samtidigt som många flyr till städernas relativa säkerhet men absoluta fattigdom.

Det sexuella våldet har samma långsiktiga mål som den konventionella krigsföringen: erövring och plundring av resurser och dödande av befolkningen. Utan ekonomisk och social struktur kan en befolkning lätt underkuvas och på sikt utrotas. Våldtäkterna blir på så sätt ett effektivare vapen i kriget än att döda befolkningen.

Om detta vittnade den kongolesiske gynekologen Dr Denis Mukwege inför Sveriges gynekologer och förlossningsläkare i början av september. Sedan elva år behandlar och opererar han kvinnor som överlevt denna typ av övergrepp och lyckats ta sig till Panzisjukhuset i Kivuprovinzen i östra DR Kongo. Hittills har ca 30 000 kvinnor behandlats. Sjukhuset inhämtar rutinmässigt detaljerad information om övergreppen. Uppgifterna har övertygat personalen om att våldtäkterna och tortyren sker överlagt och systematiskt. Varje beväpnad milis har en egen utmärkande tortyrmetod som följer på våldtäkten. Detta kan inte nog understrykas: våldtäkten åtföljs nästintill konsekvent av olika former av tortyr. En grupp tvingar rutinmässigt kvinnorna ner på huk över kol eller öppen eld, en annan trycker alltid upp tillhyggen, andra skjuter med gevär upp i slidan. Man kan på så sätt identifiera förövarna utifrån

signaturtortyren. Det rör sig om en utstuderad sammanflätning av fysiskt och psykisk tortyr. Ett söndertrasat underliv förstör på ett högst påtagligt sätt kvinnans förmåga att bära och föda barn, men lika effektiva är de psykologiska konsekvenserna av våldtäkten på kvinnan, hennes familj och hela samhället.

Den resurskrävande medicinska och kirurgiska behandlingen syftar inte bara till att försöka rekonstruera könsorganets funktion men även till att rehabilitera kvinnorna mentalt och om möjligt integrera dem i samhället igen. Endast tio kvinnor kan varje dag omhändertas på Panzisjukhuset för framtida kirurgi, en försvinnande liten del av de drabbade kvinnorna.

Läkarna i Kivuprovinzen vittnar om och om igen inför världen om det helvete deras kvinnor utstår. Lever man mitt i det har man sannolikt svårt att ta in att helvetet trots ens trovärdiga vittnesmål tillåts fortsätta och fortsätta. All kraft måste riktas till att omedelbart få ett slut på terrorn och dess bakomliggande orsaker.

Vi ställer oss bakom Dr Mukweges och hans kollegors följande krav

Tvinga DR Kongo, Rwanda och Uganda att ta kontroll över och avväpna sina reguljära och irreguljära miliser som sår förödelse i området. De ekonomiska intressen som underbygger kaoset i regionen förklarar tills stor del dessa regering-

ars uppenbara likgiltighet inför det obeskrivliga mänskliga lidandet som sker.

Kräv av FN ett utökat och starkare mandat för de fredsbevarande trupperna för att försvara civilbefolkningen.

Uppmana EU och USA att finansiera skapandet och utbildningen av en kongolesisk polisstyrka till stor del utgjord av kvinnor med uppgift att skydda civilbefolkningen.

Dessa krav återspeglas i det uttalande Margot Wallström, FN:s särskilda representant för att bevaka kvinnors situation i krig, gjorde i media nyligen. Hennes arbete måste prioriteras och hennes ord omsättas i handling. Det massiva dödandet i östra DR Kongo fortsätter i samma skala som förut men sker nu förrädiskt långsamt och genom ett utdraget lidande. Människor dör, som Dr Mukwege uttrycker det, "la mort douce", den långsamma döden. Övergreppen sker sedan mer än tio år tillbaka och till del av samma grupp förövare som våldtog och torterade i Rwanda 1994. Omvärlden dröjde då ousäktligt för länge, och har nu återigen dröjt ousäktligt för länge.

Margit Endler, Charlotta Grunewald och Lotti Helström, Södersjukhuset ■

ADRESSÄNDRING

Har du bytt adress meddela SFOGs kansli

kansliet@sfog.se



När man måste kunna sånt man inte vet.

Under arbetet med att ta fram PM, guidelines och nu nationella medicinska indikationer stöter vi ständigt på problemet att det saknas evidens. Man räknar med att bara 15-20% av de åtgärder vi utför inom vården man kan rättfärdigas med rigorösa vetenskapliga data. Den kliniska vardagen befolkas av patienter som inte alls möter några exklusions/inklusionskriterier utan har interkurrent sjukdom eller psykosociala omständigheter som gör att man inte kan följa ens det mest genomtänkta vårdprogram.

Behovet av att tänka själv kvarstår alltså även i EBM-tider. När man kör fast frågar man någon som vet bättre. När den som vet bättre inte heller vet säkert frågar hon andra erfarna kollegor nationellt eller internationellt. Så långt är allt väl men när man börjar skapa rutiner eller praxis utifrån personliga erfarenheter blir risken stor för att man inte beaktar den samlade kunskap som ändå finns om området.

Nytt för mig under de senaste åren har varit att man kan använda vetenskapliga metoder för att komma fram till konsensusbeslut. Jag tänkte dela med mig lite av den kunskapen. Mycket baseras på fakta ur den förträffliga skriften "Konsensusmetoder inom hälso- och sjukvård - en kunskapsöversikt" skriven av Ingemar Bohlin, Avdelningen för teknik- och vetenskapsstudier vid Sociologiska institutionen, Göteborgs universitet. Boken finns att beställa via SKIs hemsida, www.skl.se.

En klassisk metod för konsensus är GOBSAT. Det står för "Good Old Boys Sitting At a Table" där en grupp likasinnade sitter och bestämmer sig för vad som gäller. Metoden är utmärkt för kunskapsutbyte och nätverksbyggande och oändligt överlägsen att sitta ensam på sin kamrars och veta bäst. GOBSAT-metoden begränsas dock av att beslutsgången inte

är dokumenterad (den bästa retorikern och kanske inte den som kan mest vinna diskussionen), urvalet av beslutsfattare kan vara oklart (det blir enklare om bjuder in personer som man vet tycker som man själv) och att själva gruppprocessen kan påverka vilka beslut som fattas – det är mänskligt att vilja vara sams och ha trevligt. ARG-grupperna har bitvis använt metoden, ehuru numer med modifikationen att det inte är bara "Boys" som deltar.

Den först dokumenterade formaliserade konsensusmetoden är Delfimetoden. Den utvecklades på 50-talet i USA inom militären där man lät experter utan inbördes diskussion besvara en serie enkäter om olika möjliga kärnvapenkrigsscenario. Ny information om hur gruppen har svarat sändes ut löpande och proceduren ledde till en konvergens av åsikter som sedan ledde till konsensus.

Exempel på andra konsensusmetoder är nominella grupper där interaktionen mellan gruppmedlemmarna sker enligt en strukturerad form och konsensuskonferenser som är en sorts offentlig hearing.

Den kanske intressantaste metoden inom medicinen är RAM: "The RAND Appropriateness Method". En tvärprofessionell grupp av experter får utifrån tillgänglig evidens bedöma en lång rad med kliniska scenarion enligt en niogradig skala. Man bedömer ändamålsenligheten "appropriateness" av en åtgärd under olika förutsättningar. Efter att man fått siffror på åtgärderna vidtar en konsensusutvecklingsfas där deltagarna diskuterar fallen. Metoden innebär att åtgärdernas lämplighet blir både kvantifierad och motiverad. Resultaten ska sedan kunna ligga till direkt grund för kliniska beslut.

Metoden har utsatts för en del kritik. Till exempel fann man i en studie om kardiovaskulära interventioner att en

brittisk och en amerikansk expertpanel hade vitt skilda åsikter om metoderna s tillämplighet. Detta illustrerar betydelsen av expertpanelens sammansättning. Likaså kan scenarion vara så otydligt utformade så att man förutsätter förkunskaper hos experterna som kan variera mycket.

Några nya vetenskapliga data skapas inte genom RAM eller andra konsensusmetoder, man formaliserar mest bara gamla åsikter. Däremot är en oerhört viktig funktion att man kan identifiera specifika områden där randomiserade studier och fungerande kvalitetsregister är extra viktiga. Det gäller särskilt sådana områden där experternas åsikter går isär och åtgärderna är resurskrävande, invasiva eller behäftade med allvarliga biverkningar.

I det pågående arbetet med att ta fram nationella medicinska indikationer har SKL utvecklat en modifierad konsensusmetod som mest liknar upprepade konsensuskonferenser efter en initial strukturerad litteraturgenomgång. Att helt genomföra arbetena efter Delfimetoden eller RAM-metoden bedömdes kräva för mycket resurser. Representanter från Socialstyrelsen som ska ta över arbetet med NMI från 2011 har sagt sig komma att använda olika metoder beroende på vilka områden som ska belysas. SFOGs medlemmar har här en viktig roll i att ta fram indikationsområden som är betydelsefulla för patienterna. Det paradoxala är att det är enklare att ta fram riktlinjer kring välbeforskade områden än mer vaga kliniska frågor även om de är kring de senare som behovet av kunskap är störst. Ett exempel är inkontinenskirurgi kontra behandling av trängningsinkontinens. Det är liksom lättare att leta där det är ljus.

För att nå följsamhet till riktlinjer behövs dels transparens i beslutsfattandet

– Brev från den fackliga sekreteraren

och även en bred förankring i de professionella organisationerna. Det blir nästa utmaning och där hoppas vi att hemsidan kan få en viktig roll. Håll utkik efter NMI-dokumenterna och tyck till!

När man begrundar erfarenhetens relation till vetenskapliga rön kan vetenskapen om att det finns formaliserade konsensusmetoder ge en vägledning om hur man kan kombinera erfarenhet med vetenskap- ett sätt att få ihop det lilla man vet med det lilla man kan.

Eder facklige sekreterare
Eva Uustal Fornell

	Ad Hoc panel	Delfi	Nominell grupp	Konsensus-konferens	RAM
Frågeformulär distribueras	Nej	Ja	Nej	Nej	Ja
Bedömningar görs enskilt	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja
Deltagarna får ta del av sammanställningar av gruppens bedömningar	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja
Interaktion ansikte mot ansikte	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
Formaliserad aggregering av resultat	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja

Tabell 1. Förenklad summering av metodernas centrala egenskaper.

Källa: Konsensusmetoder inom hälso- och sjukvård- en kunskapsöversikt” ©SKL 2009

REDAKTÖRENS RUTA

Ja, så var det årets sista nummer igen, med en julbilaga – 2 ARG-rapporter att försjuka i mellan helgerna.

Tack för alla bidrag under det gångna året.

Allt gott önskar *Anne Ekeryd-Andalen*

Följande tider gäller för medlemsbladet 2011:

Nr	Deadline	Utkommer
1	16 januari	Vecka 7
2	13 mars	Vecka 15
3	8 maj	Vecka 23
4	18 september	Vecka 42
5	7 november	Vecka 49

Manus skickas till:

Redaktör Anne Ekeryd-Andalen

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

Telefon: 0303-986 90 • E-post: anne.ekeryd-andalen@sfog.se

Adressändring skall göras till:

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

Nya medlemmar

Vian Al-Najar, Källered

Bogdan Dumitrescu, Hägersten

Pia Ekman Zgryzniak, Uppsala

Malin Ewerth, Stockholm

Arnfridur Henrysdottir, Lund

Chasapis Konstantinos, Örebro

Helena Levander, Falun

Camilla Rasmus-Gusenbauer,
Karlstad

Emma Råsmark, Frederiksberg C

Joakim Samuelsson, Västerås

Al Shididi, Trollhättan

Sultana Tural, Eskilstuna

Maternella dödsfall i Sverige år 2009

Arbetsgruppen för mödramortalitet bildades 2008 och har, efter frivillig inrapportering via verksamhetscheferna för landets kvinnokliniker, analyserat fem fall per år av maternell död år 2007, 2008 och 2009. Rapporterade fem fall från 2009 redovisas kort nedan. Varje år har fallen också presenterats under SFOG-veckan, med efterföljande intensiv diskussion, liksom i Jordemodern och i SFAI-bladet (tidskrift för Svensk förening för Anestesi och Intensivvård).

Liksom tidigare år vill MM-ARG uppmana alla verksamhetschefer att aktivt eftersöka och delge arbetsgruppen alla kända fall av maternell död – även, och inte minst, sådana som handlagts på andra kliniker. Vi känner till ett par fall som av oklar anledning inte blivit inrapporterade. Vi vill framhålla att man inte behöver inhämta tillstånd från anhöriga eftersom inrapporteringen gäller en avliden person. MM-ARG planerar att ansöka om att få skapa ett register för maternella dödsfall och att för detta ändamål få personnummer på aktuella personer via Socialstyrelsens register. Eftersom vi vet att denna datainhämtning inte identifierar alla maternella dödsfall (Grunewald C och medförfattare, LT 2008:34) är inrapporteringen från klinikerna oerhört viktig!

Fall 1

38-årig överviktig 1-para med cerebral venös trombos i anslutning till den tidigare graviditeten, behandlad med trombolys men ej koagulationsutredd. Har dessutom essentiell hypertoni, ej läkemedelsbehandlad. Söker nu abort i graviditetsvecka 6. Då blodtrycket var 160/90 ordinerades blodtryckskontroller på vårdcentralen. Kvinnan fick tid för kirurgisk abort 10 dagar senare. Samma dag hade hon telefonkontakt med distriktsköterska pga svullet ben och tre dagar senare sökte hon läkare på vårdcentralen för smärta vid djupandning, tryck över bröstet och viss dyspne. EKG och klinisk

undersökning var utan anmärkning. Sex dagar efter denna undersökning avled patienten i hemmet i bilden av en cirkulationskollaps. Obduktionen visade stor central sadelemboli i lungan samt perifer lungembolism.

Direkt obstetrisk dödsorsak i form av lungembolism.

Kommentar: Många kollegor skulle nog ha avstått från trombosprofylax i denna situation eftersom graviditeten strax skulle avbrytas. Dock, med hänsyn till tidigare cerebral trombos och ytterligare riskfaktorer, borde patienten ha fått trombosprofylax redan vid besöket inför abort. Att risk för tromboembolism föreligger redan från början av graviditeten hos kvinnor med riskfaktorer framhålls i den engelska rapporten Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (2003-2005). I vår svenska ARG-rapport om Hemostasrubbnings är skrivningen i detta avseende möjligen något otydlig, men kommer att förtydligas i kommande revision. Utredningen och handläggningen på vårdcentralen var suboptimal eftersom man där inte tagit tillräcklig hänsyn till graviditeten, kombinerat med andra riskfaktorer.

Fall 2

33-årig förstföderska med normal graviditet förutom en episod med diastoliskt gränsblodtryck 125/90. Kvinnan förlöstes med en utgångs-VE pga uttröttad moder i fullgången tid. Tre dagar efter hemkomsten från BB fick hon plötsligt

mycket kraftig huvudvärk, följd av kramper och medvetlöshet. CT visade utbredd subarachnoidalblödning sannolikt utgången från ett stort ACM aneurysm. Kvinnan bedömdes som inoperabel och dödförklarades senare. Obduktion ej utförd.

Graviditetsrelaterad koincidental död i form av subarachnoidalblödning..

Kommentarer: Blödningen bedöms som en koincidental dödsorsak och det har inte framkommit något under graviditet eller förlossning som signalerade något avvikande. Av en enkel litteratursökning framkommer att prevalens och mortalitet efter subarachnoidalblödning inte förefaller skilja sig mellan gravida och icke-gravida och att kvinnor med genomgången aneurysmal blödning inte behöver avrådas från vaginal förlossning (Tiel Groenestege et al, Stroke 2009). Undantag är kvinnor med hypertoni/PE eftersom högt BT är den största riskfaktorn för cerebral hemorrhagi både under graviditeten och utanför.

Fall 3

38-årig 1-para som tidigare förlöstes med elektivt sectio. I anamnesen framkom essentiell hypertoni och ångestsyndrom samt en komplicerad social situation. Vikt okänd men kortvuxen (140 cm). Utvecklade under graviditeten insulinkrävande graviditetsdiabetes. Inlades v 32+5 pga preeklampsi och förlöstes med sectio efter två dygn pga svårbehandlat högt blodtryck. Krampprofylax

med Mg-infusion insattes efter sectio. Dagen efter mådde kvinnan inte bra, kände sig yr, andfädd, "konstig". Viss förbättring sågs under tillfällig avstängning av Mg-droppet. På kvällen, 24 timmar efter sectio, plötslig cirkulationskollaps. HLR lyckas ej. Obduktion visade akut myokardit. Inga hållpunkter för läkemedelsöverdosering (Mg) har framkommit vid rättsmedicinsk undersökning.

Dödsorsaken är indirekt obstetrisk i form av myokardit.

Kommentarer: Bristande underlag har försvårat analysen, t.ex saknas MVC-journal och händelseanalys. Inget framkommer dock ur tillgängliga handlingar som talar för att patienten hade någon annan graviditetskomplikation än preeklampsi.

Fall 4

5-para av okänd ålder med ursprung i Mellanöstern. Under graviditeten anemi. Inducerades pga överburenhet och misstanke om tillväxthämning, normal progress. Kort efter födelsen började patienten att blöda. Placentalösning i narkos utfördes inom 25 min, blödning 3000 ml. Fortsatte att blöda och behandlades med uterotonika, blodprodukter och uterusmassage på postop avdelning. Koagulationsjour inkopplas. Ny exploration påbörjades 4 timmar efter den första, då uppskattades blödningen totalt 4300 ml. Såväl vid första som andra sövningen hade man vissa intubationssvårigheter. Man fann lite koagel i uterus, gav oxytocin i cervix på misstanke om blödande kärl. Då patienten uppfattades som cirkulatoriskt stabil väcktes och extubades hon, men började samtidigt blöda rikligt på nytt. Man hade svårigheter att hålla fri luftväg, saturationen försämrades och tecken på lungödem uppstog. Det beskrevs som mycket svårt att reintubera och patienten försämrades. HLR påbörjades men misslyckades. Obduktionen visade utbredda syrebristsskador och att tuben låg i oesophagus.

Direkt obstetrisk dödsorsak i form av blödningar med efterföljande anestesikomplikation.

Kommentar: Endast en händelseanalys finns tillgänglig vid analys. Av denna framkommer att narkosläkare och gynekolog hade olika uppfattning om patientens tillstånd på uppvakningsavdelningen samt att det förelåg kommunikations-svårigheter i personalgruppen vid den sista explorationen och därefter. Dokumentationen var bristfällig, t.ex har det i efterhand inte kunnat verifieras att tubläget kontrollerades via koldioxidkurva. I efterhand förefaller det uppenbart att det hade varit klokt att avvakta med extubation och väckning efter den andra explorationen, då patienten blött så pass mycket, varit instabil under en längre tid och då tidigare intubationer inte varit helt lätta.

Fall 5

38-årig överviktig 7-para med ursprung i Balkan med astma och depression i anamnesen och en mycket komplicerad social situation. Sökte 8 ggr under graviditeten pga förvärkar, inlagd vid 4 tillfällen. Även utredd för bröstsmärtor. Induktion vid 41 fgv pga avvikande CTG. Fick Miniprostin 1 mg, Cytotec 200 mikrogram 5-6 timmar senare och Syntocinon 2 timmar därefter. Partus 2,5 timme efter Cytotec. Blödde uppifrån efter placentaavgång trots väl kontraherad uterus, efter undersökning av läkare lades en boll mot cervix. En halvtimme postpartum blodtryck 96/57 och puls 151. Efter läkarordination per telefon läggs en bukduk i vagina. En dryg timme postpartum hade patienten blött 1900 ml och var i prechock. Ultraljudsundersökning och gynekologisk undersökning utfördes av läkare innan beslut om att ta patienten till operationsavdelningen. På väg dit utvecklar patienten ett hjärtstopp. HLR inleds. Man fann en misstänkt blödning i cervix och försökte suturera. Tre timmar efter partus avled patienten. Total blödning oklar.

Direkt obstetrisk dödsorsak i form av blödning och tillstötande hjärtstopp.

Kommentarer: Kan behandlingen med Cytotec i högre dos än rekommenderat lett till störförlossning med cervixskada?

Prostaglandiner (Miniprostin +Cytotec) kan potentiella effekten av oxytocin och rekommendationen från både RCOG och DSOG är att minst 4 timmar bör förflöta innan man sätter in Syntocinon efter Cytotec. Det kan också framhållas att kunskapen om vilka effekter det får att blanda olika prostaglandiner är mycket begränsad. Kunde en aggressivare handläggning i tidigt skede av blödningen förändrat förloppet (volymexpander, avstå ultraljudsundersökning på förlossningen och istället snabbare ta patienten till operation)?

Lärdomar av fallen från 2009

Vid hög risk för tromboembolism ska trombosprofylax ges från tidig graviditet och även om graviditeten ska avbrytas

Essentiell hypertoni är en viktig riskfaktor som kan indikera bakomliggande hjärt/kärlsjukdom och som ska föranleda noggrann monitorering och behandling

Alla som arbetar på förlossningsenhet måste vara väl förtrogna med att känna igen tecken på stor blödning och hur man ska omhänderta patienter vid detta tillstånd. Gruppvis och återkommande tränings- och simuleringsövningar är viktiga liksom kunskap om aktuella PM. Det behövs även god organisation med t.ex tydliga riktlinjer för dokumentation, en välutrustad blödningsvagn mm.

Motsvarande gäller även för hjärtstopp med träning i HLR etc!

MM-ARG



Nya rekommendationer för beräkning av graviditetslängd och fostervikt!

Obstetrisk ultraljudsverksamhet bedrivs väldigt olika i Sverige. Detta har bekräftats med en enkätundersökning som besvarats av i stort sett landets samtliga privata och landstingsstyrda obstetriska verksamheter. Med målsättning att underlätta en harmonisering har arbetsgruppen för ultraljud (Ultra-ARG) gjort

en evidensbaserad genomgång av aktuella mätmetoder för beräkning av graviditetslängd (datering) och fostervikt. En sammanställning av enkätundersökningen och de nya riktlinjerna kommer att skickas ut till alla verksamhetschefer samt finnas tillgänglig via SFOGs hemsida senast januari 2011. De verksamheter

som önskar tillämpa de nya riktlinjerna förväntas hinna med omställningen till första mars 2011.

Peter Lindgren
Ordf Ultra-ARG



SFOG GRATULERAR

Anslag till forskning om kvinnohälsa – Ny metod att spåra livmodercancer

Miriam Mints, docent, överläkare och adjungerad lektor vid Institutionen för Kvinnors och Barns Hälsa, Karolinska Institutet och Kvinnokliniken Karolinska Universitetssjukhuset Solna har fått 2 824 146 SEK från AFA Försäkring för att leda en studie som ska analysera vilka gener som orsakar livmodercancer och påverkar tillväxt och spridning av tumören. Syftet är att ta fram underlag för molekylära markörer för diagnostik och screening av livmodercancer. Resultatet ska även kunna användas för att kontrollera om en behandlad patient är frisk eller har fått återfall.

Alvarengas pris

Charlotta Grunewald, Stellan Håkansson, Sissel Saltvedt och **Karin Källén**, har tilldelats Alvarengas pris på 45 000 för artikeln "Significant effect on neonatal morbidity and mortality after regional change in management of postterm pregnancy" .

Gynekolog från Danderyds Kvinnoklinik 2:a i nationell uppfinnartävling

SKAPA-stipendiet, som är Sveriges största och mest prestigefyllda uppfinnarstipendium, firade 25-årsjubileum i år.

SKAPAs utvecklingsstipendium är instiftat till minne av Alfred Nobel. Finalisterna tävlar om att vinna titeln Sveriges uppfinnare 2010 och SKAPA-stipendiet på sammanlagt 500 000 kronor. Pengarna fördelas på maximalt tre finalister.

Syftet med stipendiet är att uppmuntra initiativ och att medverka till att nyskapande och kreativitet i landet tillvaratas mer effektivt.

Per-Olof Karlsson från Norrbotten utsågs till Sveriges uppfinnare 2010 och belönades med en check på 300 000 kronor. Hans uppfinning gör det möjligt att på ett energisnålt sätt förädla rötda gas och uppgradera den till fordonsgas. Fordonsgasen framställs genom förädling av biogas som renas från koldioxid. Reningen sker genom en process där koldioxiden löser sig i vatten. I småskaliga anläggningar är det vanligast att biogasen kommer från gödsel. Metoden är patentsökt.

Gynekologen Elisabeth Wikström Shemer, Danderyd, delade andraplatsen i Sveriges uppfinnare 2010 med östgötrion Trine Vikinge, Per Aspenberg och Pentti Tengvall. Östergötlands bidrag var en uppfinning som gör det lättare att laga benbrott hos personer med benskörhet. Uppfinningen innebär att man kan fästa ett läkemedel, som ger en lokal förstärkning av benet, direkt på implantatet. Andrapristagarna belönades med 100 000 kr var .

I arbetet som gynekolog på Danderyds sjukhus har Elisabeth Wikström Shemer tillsammans med Danderyds innova-



Elisabeth Wikström Shemer

tionsavdelning utvecklat Gynocularet, ett undersökningsmikroskop i fickformat med specialanpassad patenterad illuminationsteknik. Tekniken medför en högre färgåtergivning av vävnaden i vagina och cervix, vilket medför att förändringar syns tydligare för undersökaren. Dessutom finns möjlighet till att undersöka med blått och grönt ljus .

- Jag hoppas att alla gynekologer så småningom ska ha ett Gynocular i fickan, säger Elisabeth. Eftersom instrumentet är både billigt i inköp och enkelt att använda jämfört med den traditionella utrustningen, är det min förhoppning att fler patienter kan få möjlighet att bli undersökta.

Cervixcancer är den näst vanligaste dödsorsaken bland kvinnor i världen, framför allt i utvecklingsländer. I många länder där screeningverksamhet saknas eller är otillräcklig, kan då Gynocularet vara ett alternativ. Bara fem procent av kvinnorna i världens utvecklingsländer genomgår en undersökning för cellförändringar och när sjukdomen upptäcks är det ofta redan för sent.

- SKAPA-stipendiet innebär ett välkommet tillskott inför den valideringsstudie som väntar, men framför allt känns det fantastiskt att en innovation inom kvinnosjukvård lyckas att få ett sådant prestigefyllt pris. ■

Specialistexamen 2010

Den 19-20 maj stod för andra året i rad Umeå som värd för specialistexamen.

Läs gärna Mårten Strömbergs reflektioner ur ett ST-läkarperspektiv i Medlemsbladet nr 4.

Från och med 2010, i och med implementeringen av den nya specialistutbildning, har specialistexaminationen nu en lite annan struktur. Istället för att som tidigare ha haft skrivningstillfälle och praktiska prov åtskilda ligger numera allt samlad under två dagar. Den 19:e maj genomfördes själva skrivningen varpå praktiska prov med OSCE (Objective Structured Clinical Examinations) tentamen, eller stationtenta på vanlig svenska, och presentation/försvar av examinationsarbeten följde dagen därpå. Samtliga skrivningar rättades omedelbart av utbildningsnämnden och eftermiddagen 20/5 kunde vi meddela samtliga 22 att de var godkända.

Den skriftliga examinationen omfattar numera alla de 12 specialitetsspecifika delmålen i ST-målbeskrivningen. Glädjande nog var resultaten på den skriftliga delen överlag bra eller mycket bra. Likaså var en absolut majoritet av prestationerna under OSCE-tentan mycket bra. Syftet med OSCE-tentan, vilken liksom skrivningen i möjligaste mån följer målbeskrivningens domäner, är förutom en översiktlig kunskapskontroll, att identifiera brister i utbildningen – inte att "sätta dit någon" (självkärligt kan tyckas – men förtjänar att påpekas!). I enstaka fall kunde vi identifiera kunskapsbrister som hade sin grund i bristande praktisk utbildning på kliniken. I dessa fall, när denna typ av luckor kan identifieras, åter-

kopplar utbildningsnämnden till vederbörande verksamhetschef med förslag på kompletterande utbildning vilket då förutsätts genomföras och ligga till grund för godkänd examination. Detta kan alltså ses som ytterligare ett, om än mycket grovt, sätt att ytterligare kvalitetssäkra ST-utbildningen.

Under eftermiddagen dag 2 följde sedan presentation och försvar av de vetenskapliga arbetena. Just ST-arbetena, deras form och vilka krav som är rimliga att ställa, har diskuterats mycket både inom utbildningsnämnden och mellan ST-läkare/handledare och ST-ansvariga.

De tidigare direktiven för ST-arbeten har varit relativt luddiga och någon egentlig "kravspecifikation" har inte förekommit. Detta har inneburit att det varit mycket stora skillnader i utformning, nedlagt arbete, vetenskapligt förhållningssätt och presentation av de olika arbetena. Allt från publicerade grundvetenskapliga arbeten till "enkla PM" har förekommit. Att utifrån detta sätta en rimlig, rättvis och någorlunda förutsägbar gräns för vad som skall/kan godkännas har varit svårt och mycket korrespondens mellan medlemmar i utbildningsnämnden och ST-läkare har förekommit. För en rimlig "rättssäkerhet" måste ett visst mått av förutsägbarhet i kraven finnas och med de nya ST-direktiven finns relativt klara direktiv för arbetets innehåll (delmål 19-21).

För att ytterligare försöka att bringa klarhet i kraven och handledarnas ansvar finns numera ett dokument på hemsidan, www.sfog.se som kan tjäna som vägledning för ST-läkare och handledare.

Sammantaget tycker vi ur utbildningsnämndens perspektiv att den nya formen med en samlad ST-examination under två dagar utföll väl. Den nya formen med avgränsade delmål medför en ökad förutsägbarhet i provets innehåll och säkerställer ett bredare "stickprov" av kunskaper.

Programmet blir späckat och intensivt för alla, såväl ST-läkarna som utbildningsnämndens medlemmar men den samlade strukturen möjliggör att det blir betydligt enklare att få en översikt och en tydlighet. Vi är också övertygade om att den snabba feedbacken och att man när man åker därifrån vet om man är godkänd/underkänd är en stor fördel.

Specialistexamination 2011 och 2012 kommer att avhållas i Linköping.

Väl mött i Linköping 18-19 maj 2011! Sista anmälningdag 15:e mars 2011.

Se gärna separat annons i detta nummer av Medlemsbladet. Annonser finns också på hemsidan.

För utbildningsnämnden

Jan Brynbildsen
ST-examinationsansvarig





Välkomna till OGUs ST-dagar

**på Läkarsällskapet,
Klara Östra Kyrkogata 10, Stockholm.**

OGUs ST- dagar är OGUs egen utbildningskonferens som anordnas årligen. Under två dagar avhandlas matnyttiga vetenskapliga ämnen blandat med social samvaro. Under dessa dagar har du även möjlighet att träffa hela OGUs styrelse och vara med och påverka OGUs arbete genom att delta i årsmötet.

Ett preliminärt program kommer att publiceras på www.ogu.se i december, men vi kan utlova många programpunkter kommer att bygga på ett internationellt tema. Vi kan även utlova en spännande föreläsning av doc Lotti Helström, Södersjukhuset, som har arbetat mkt med Stockholms läns landstings mottagning för våldtagna.

ST-läkare är intresserade av forskning!

Årets OGU-enkät är besvarad och analyserad.

I år hade vi valt att ställa mer fokuserade frågor avseende forskningsaktivitet och forskningsintresse bland ST-läkare inom obstetrik och gynekologi. Glädjande nog anger 89% att forskning bidrar till det kliniska arbetet och att forskning är något att sträva efter! Tidigare undersökningar bland medicinstudenter och AT-läkare visar att intresset för forskning är stort; mellan 50-70% kan tänka sig att forska (Vetenskapsrådets enkät 2003). Ändå väljer ofta unga läkare bort forskningen. Vart tar intresset vägen? Vad är det som gör att unga, motiverade och kunskaps-törstande individer ger upp just forskningen? Hur skall vi få en större andel unga läkare att välja forskning som ett alternativ eller allra helst ett komplement till den kliniska verksamheten?

I årets enkät, vilken distribuerades via e-mail för första gången, hade vi en svarsfrekvens på 55%. Den låga frekvensen var troligen orsakad av en del barnsjukdomar associerade till det använda enkätprogrammet, men svarsfrekvensen är ändå väl i paritet med SYLFs stora enkät, som i år hade en svarsfrekvens på 54%.

Av dem som svarade på vår enkät arbetade 43% på universitetssjukhus, i förra årets enkät som hade en större svarsfrekvens var det 41% som arbetade på universitetssjukhus, hade en medelålder på 31-35 år och 84% var kvinnor och 16% män. Detta ter sig ändå väl spegla dagens situation bland ST-läkarna i gynekologi och obstetrik.

15% anger att de forskar, vilket ligger kvar på ungefär samma nivå som 2008 (17%). Detta skall jämföras med SYLFs enkät, där 29% anger att de forskar. Vår specialitet ter sig alltså ha en lägre andel

Ylva Carlsson
Forskningsansvarig inom
OGUs styrelse,
ST-läkare, KK,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

forskande underläkare än vad övriga specialiteter har. Hur kommer detta sig? Har vi sämre förutsättningar för forskning?

Om man tittar närmare på hur övriga specialiteters forskning är finansierad noterar man att 1/3 av ST-läkarna i SYLFs enkät forskar inom ramen för en anställning. Motsvarande siffra för ST-läkare inom obstetrik och gynekologi är endast 2%. 17% finansieras via ALF-medel, 14% via stipendier/externa medel. Slutsatsen blir att majoriteten av forskningen bland ST-läkare inom just vår specialitet sker på egen tid. I SYLFs enkät forskar 24% av ST-läkarna på sin fritid/komptid, vilket alltså är betydligt mindre än hos oss. Gällande doktorandkurserna är det dock något bättre; endast 15% av ST-läkarna behöver gå dessa på sin komp-tid/fritid, resten finansieras av arbetsgivare eller av ALF/Fou-medel.

Glädjande nog anger endast 15% att de inte är intresserade av forskning alls. Orsaken till att övriga inte forskar är att det saknas handledare på kliniken, att de inte har funnit något lämpligt projekt, eller inte har tid. 24% ämnar börja forska senare.

Vad är det som skulle få landets ST-läkare inom gynekologi och obstetrik att börja forska? Majoriteten (47%) anger möjligheten att forska på betald arbetstid/att det ingår i tjänsten. Detta stämmer väl överens med SYLFs enkät, där

44% skulle börja forska om de fick göra det inom ramen för en anställning. Flera har kommenterat vår enkätfråga med ord som "vill inte på fritiden" och tyvärr även "motarbetad av kliniken". 33% anger att de önskar ett intressant projekt, vilket ju inger ett visst hopp inför framtiden.

I SYLFs enkät anger 25% att de hoppat av forskningen för att de inte vill halka efter i sin kliniska karriär. Tyvärr kan nog detta vara verklighet i dagens pressade sjukvård, som endast ger plats för direkt patientarbete, när det istället borde vara så att forskning skulle ge en skjuts även i den kliniska karriären.

Av de 15% som forskar idag, planerar endast 1/3 att disputera. 73% är inte ens doktorandanmälda. Majoriteten forskar också endast 1-5 veckor/år. Detta är inte mycket tid att få ihop en avhandling på. Som nämnts ovan angav 12% att de inte hittat någon handledare på kliniken för att starta ett forskningsprojekt. Detta avspeglar sig även i att 25% anger att det är svårt att hitta disputerad handledare till det vetenskapliga arbetet. Detta kan komma att bli ännu svårare i framtiden när allt färre doktorerar.

Professor Mårten Rosenqvist har varit med om att starta Södersjukhusets kliniska forskarskola 2002 just av den anledningen att han anser att man skall kunna kombinera forskning med den ordinarie kliniska verksamheten och att detta borde vara en självklarhet. Först var tanken att endast doktorander från Södersjukhuset skulle vara med, men intresset spred sig som löpeld och nu är det läkare från hela Stockholm som går programmet. Nyckeln i det hela anses vara att de som går kursen får 4 månaders forskningstid med bibehållen lön.

Varför Nya ST?

En kort uppdatering och repetition

SYLF anser att forskning bör ses som en förtjänst och att de som väljer forskning bör premieras både ekonomiskt, men även meritmässigt. Detta är något som OGU:s styrelse instämmer i. Sammantaget tyder årets OGU enkät på att intresset för forskning finns bland våra underläkare, men att för dagens unga läkare är arbetsvillkoren mycket viktiga och nyckeln verkar vara att få börja forska inom ramen för en anställning – så fram för fler forskar-ST-tjänster! ■

Det hela började med att Socialstyrelsen fick ett uppdrag att föreslå kvalitetshöjande åtgärder i specialiseringstjänstgöringen. Den 1/9 2008 trädde nya ST i kraft. Hur det går vet vi inte än, men känslorna är blandade. Förhoppningsvis kan kunskap om syftet leda till att vi blir mer motiverade att leva upp till kraven. Vi får inte glömma att det faktiskt handlar om att skapa kvalitetssäkrade doktorer. ST-utbildningen är nu målstyrd, men ska fortfarande uppgå till minst fem års klinisk tjänstgöring (inklusive jourkomp och semester, exklusive föräldraledighet). Tidigare har ST varit mer inramad i tid och antal ingrepp, inte hur väl man klarat av uppgifterna. I nya ST har man även tydliggjort vårdgivarens ansvar samt vad som ingår i uppdraget för verksamhetschefer och ST-studierektorer. Tyvärr verkar det dock föreligga stora skillnader i hur studierektorerna uppfyller sina uppdrag och vilken tid de fått avsatt för detta. Deras roll är mycket viktig för att upprätthålla kvaliteten och en god organisation. Både studierektorer och handledare måste ha gått handledarutbildning. Vidare arbetar studierektorerna för framställande av utbildningsprogram och introduktionsprogram.

Hur har kraven förändrats?

Handledningens kvalitet stärks. Handledning bör ges regelbundet och med största möjliga kontinuitet. Alla ska ha genomgått handledarutbildning, vilken ska innehålla pedagogik, kommunikation och etik. Handledarna behöver vara tränade i att ge feedback, och ofta framföra både positiv och konstruktiv kritik till ST-läkaren.

Kontinuerlig bedömning skall ske av ST-läkaren via handledaren och instruktörer som återkopplar till handledaren och ST-läkaren. Möjlighet ges här till revidering av utbildningsplanen innan

Malin Sundler, Vice ordf OGU
KK, Lund

det är för sent för att förbättra ST-läkarens kompetens. Socialstyrelsen har valt att föreslå detta istället för obligatorisk specialistexamen. Det ger en bättre ST-utbildning och en större rättssäkerhet för den enskilde läkaren.

Ökade dokumentationskrav: Alla kurser är kvalitetssäkrade och skall innehålla ett eller flera delmål från målbeskrivningen. Verksamhetschefen bör ansvara för att kompetensutvecklingsamtal hålls. ST-läkaren bör sköta dokumentationen av detta och även av praktiska färdigheter (op-berättelser) kvalitetsarbete, handledarmöten, randning och det vetenskapliga arbetet. Särskilda blanketter finns på socialstyrelsens hemsida och skall fyllas i som kursintyg och efter varje placering. Man fyller även i vilka delmål som uppfyllts.

Krav på extern granskning. Kan kliniken leva upp till de krav som ställs? SPUR-inspektion ska göras vart femte år. Mer om vad detta finns att läsa i artikeln om SPUR-verksamheten.

Krav på externa bedömare. Dessa utses av Socialstyrelsen på förslag av professionen. För att bli godkänd ska två externa bedömare gå igenom ST-läkarens dokumentation och se om det uppfyller kraven. Dokumentationen ska täcka hela ST, och ha utförts kontinuerligt. Specialistexamen kommer att fortsätta vara frivilligt.

Målbeskrivningen för oss inom Obstetrik och gynekologi består av 12 stycken specifika delmål, som har med vår kliniska kompetens att göra. Härfter kommer mål kring Kommunikation, Ledarskap och Medicinsk Vetenskap. Dessa mål är gemensamma för alla ST-läkare. Till varje

delmål har man angivit hur kompetensen skall uppnås. Det kan vara klinisk tjänstgöring, kurs, auskultation etc. En kurs kan täcka in flera delmål, liksom flera kurser kan beröra samma delmål. Det finns inget krav om att allt inom ett delmål måste täckas av kurs, men dokumentationen är viktig för att man ska kunna bedöma att målen uppfyllts.

Utbildningsnämnden inom SFOG har gjort en enorm insats och försökt specificera målbeskrivningen för att få in allt som anses vara baskunskaper inom specialiteten. En del mål kan inte uppfyllas på hemkliniken varför man inom ramen för ST både måste vara externt placerad och randa sig. Randningen skall erbjudas till minst 12 månader om ST läkaren så önskar. Externa placeringar inom specialiteten (t ex på mer avancerad obstetrisk klinik, reproduktions medicin, urogyn

etc) räknas inte in i den tiden. Fortfarande är det målen som ska styra.

Man har även angivit rekommenderad tid avsatt för det vetenskapliga arbetet till tio veckor, vilket är rimligt då man under grundutbildningen gör ett tio veckors arbete och vi nu är på specialistnivå. Har man disputerat tillgodoräknas detta och man kan korta ner sin ST till fyra och ett halvt år. Har man skrivit en avhandling eller vetenskaplig artikel som man vill använda till detta kan den förhandsgranskas av utbildningsnämnden. Ett annat krav är att ST-läkaren ska göra ett kvalitetsarbete. Det ska vara på hemkliniken och innebära en förbättring i vardagen. Det kan handla om att skriva ett nytt PM, göra en vårdkedja enklare, starta upp utbildningsprogram/kurser eller en introduktion etc.

Många ställer sig kritiska till att det krävs fler kurser än tidigare och att

gemensamma mål inom ledarskap och kommunikation tar tid i anspråk från kliniska färdigheter. Jag tror vi måste inse att kraven på oss doktorer har förändrats. Man vill ha doktorer som är goda kliniker men också som är välfungerande och drivande medarbetare, ledare och forskare. Kunskapen om hur vi kommunicerar måste förbättras och vi måste säkra kvaliteten så att man inte bara kan joura sig igenom sin ST eller nischa sig från start. Vi behöver även ha en ST-utbildning som står sig internationellt, en utbildning som kan jämföras. Inte minst är också behovet stort för att rekrytera läkare till forskningen där det vetenskapliga arbetet är en perfekt inkörspport. Det finns minimikrav på vad vi ska kunna och allt detta kommer bidra till att vi blir mer kvalitetssäkrade, internationellt hållbara, specialister i framtiden. ■

Utbyte för ST-läkare i Storbritannien maj 2011

Är du intresserad av hur det är att arbeta som gynekolog i ett annat europeiskt land? Nu har du chansen att få auskultera på en brittisk klinik under tre dagar. ENTOG (European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology) organiserar varje år ett utbyte för europeiska ST-läkare. År 2011 sker utbytet i Storbritannien den 2-7 maj. Själva auskultationen kommer preliminärt att ske den 2-4 maj. Den 5 maj möts alla ST-läkare för en gemensam kvällsaktivitet i London. Fredag den 6 maj hålls ett heldagsmöte på Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Temat kommer vara "Simulation and interdisciplinary aspects of training in Obstetrics and Gynaecology". Utbytet avslutas med ENTOGs årsmöte lördagen den 7 maj.

OGU har glädjen att kunna tilldela två svenska ST-läkare ett stipendium på max 10 000 kr vardera för att delta i ENTOGs utbyte! Pengarna är tänkta till anmälningsavgift, resa och ev. andra omkostnader. Arrangörerna ordnar auskultationen och boende hos brittisk ST-kollega. Efter utbytet redovisar du erfarenheterna genom att skriva en reseberättelse som publiceras i Medlemsbladet.

Sista dag för anmälan till utlottning av stipendiet är den 1 feb 2011. Anmälan sker till OGU:s internationella representant Anna Bäckström via mejl: anna.v.backstrom@gmail.com.

Mer information finns på:
www.entog.org samt www.ogu.se.

Skriftlig och muntlig specialistexamen 2011 i Linköping

Skriftligt prov är onsdagen den 18 maj, kl 10-15, med efterföljande muntlig tentamen och presentation av ST-arbeten torsdagen den 19 maj, kl 9-17.

För den/de som önskar finns möjlighet att få skrivningen mailad den 18/5 kl 10.30 för att kunna organisera ett diagnostiskt test för ST-läkarna på hemmakliniken, meddela chefssekreterare Ingela Olsson, Ingela.E.Olsson@lio.se, i förväg.

Anmälan och ST-arbete skickas **senast den 15 mars 2011** till Jan Brynhildsen (jan.brynhildsen@lio.se)

Nyheter från SPUR



Ordet SPUR står för Specialistutbildningsråd och den väletablerade SPUR-modellen har använts sedan 1993, året efter att specialistutbildningen blev målstyrd.

SPUR är en modell för att få en kvalitets-säkring av utbildningen och finns både för AT och ST.

Syftet med SPUR-inspektionen är att granska, stärka och höja kvaliteten i utbildningen för läkare under specialiseringstjänstgöring (ST-läkare). ST-läkar-na ska efter minst fem års tjänstgöring uppfylla de kompetenskrav som finns preciserade i den för specialiteten aktuella målbeskrivningen. Socialstyrelsens nya författning för ST började gälla den 1 september 2008. ST-läkare kommer att göra ST enligt de nya målbeskrivningarna (SOSFS 2008:17) och gamla (SOSFS 1996:27) parallellt fram till och med 31 december 2013. Målbeskrivningarna för ST-läkare reviderades 2008 efter den nya författningen. De nya riktlinjerna innebär förutom tydligare målstyrning att SPUR-inspektionerna blir obligatoriska och bör ske vart femte år på varje utbildande klinik.

Nya SPUR

När det gäller själva inspektionerna har SPUR sett över rutiner och metoder för sina SPUR-inspektioner mot bakgrund av den nya specialiseringstjänstgöringen och det uttalade kravet på regelbunden extern granskning. Dokumenten trädde i kraft 2009.

Det nya instrumentet är mer lättarbetat och resultatet blir tydligare och bedömningen mer objektiv.

De nya checklistorna från SPUR är enkla självvärderingsinstrument och kan användas inför en kommande SPUR-inspektion, men kan användas även utan att en inspektion planeras.

I nya SPUR bedöms dels strukturen (resurserna för utbildning), dels processen (hur resurserna används). Strukturbedömningen avser en analys av den utbildande enhetens materiella och personella resurser som ska vara så dimensionerade att förutsättningar för adekvat specialistutbildning finns. Inspektionen värderar också processen dvs. huruvida den utbildande enheten utnyttjar den befintliga strukturen på ett ändamålsenligt sätt så att utbildningen struktureras, dokumenteras och även i övrigt planeras så att utbildningen håller en god kvalitet. Flera artiklar har nyligen publicerat i Läkartidningen angående "nya" SPUR bland annat i nr 4, nr 5 och nr 9 år 2010. De nya riktlinjerna, checklistor, frågeformulär för självvärdering samt sammanfattning av tidigare SPUR-inspektioner finns lätt tillgängliga på Läkarförbundets hemsida under SPUR.

Förändrad organisation

Fr o m 1 januari 2011 kommer IPULS ta över ansvaret för SPUR (ifrån nuvarande SPUR-stiftelsen), men kansliet kommer troligen vara oförändrat. En målsättning är att checklistor, protokoll, rapporter mm skall finnas - och fyllas i - internetbaserat i framtiden. Kostnaden för inspektionerna kommer dock tyvärr öka då kostnadstäckning för inspektörernas arbete skall ersättas (inte bara resa, uppehälle och boende i samband med inspektionen). Dessutom är IPULS momsbelagt, vilket inte stiftelsen varit. Exakta prisnivåerna är inte klarlagda. Så snart mer information finns om IPULS/SPUR kommer den läggas ut på bägges

hemsidor och brev skickas till specialitetsföreningarna och SPUR-samordnarna.

SPUR-kansliet har lokaler på Läkarförbundet och Ylva Öjvall är ansvarig. Ylva sköter allt praktiskt administrativt. Varje specialitet har en SPUR-samordnare och flera SPUR-inspektörer. Inspektörerna har gått en SPUR utbildning och är läkarkollegor med specialistexamen inom den egna specialiteten.

Ny SPUR-samordnare

Undertecknad har efter sommaren tagit över ansvaret som SPUR-samordnare och rekryterat flera nya inspektörer, då flera "gamla" inspektörer av sagt sig fortsatta uppdrag. Vi tackar dem som nyligen har slutat som inspektörer och välkomnar de nya.

De som för närvarande ingår i "inspektörsstaben" är Gunilla Wadsten, Elizabeth Nedstrand, Nils Fryklund, Pål Wölner-Hanssen, Marie Lindroth, Magnus Lindahl, Catharina Bildh (slutar vid årskiftet), Tommy Sporrang, Anne Ekeryd-Andalen, Olov Granqvist, Sara Törnblom-Paulander, Helena Hognert och Elle Wågström .

Vi arbetar nu för fullt med att planera in inspektioner till de orter som har begärt inspektion och ännu inte hunnit bli granskade. De flesta kliniker har lång framförhållning i schemat, varför det generellt kan ta några månader från begärd inspektion till det tidsmässigt passar både inspektörerna och kliniken.

Att ha SPUR-inspektion är en möjlighet för kliniken att utveckla verksamheten och systematiskt gå igenom förut-sättningarna på kliniken och för läkarna.

I praktiken är det kliniken som begär inspektion, även om det enligt de nya reglerna bör ske vart 5:e år.

Vi hoppas att de orter som ännu inte begärt inspektion men "bör" bli inspekterade snart hör av sig. Råder osäkerhet om när inspektion senast gjordes finns information angående detta på SPUR:s hemsida. Jag planerar att kontakta några kliniker och påminna om möjlighet till

inspektion för de som inte haft besök sedan början av 2000-talet... (det är ett fåtal).

För den klinik som önskar begära en inspektion är Studierektorn, Verksamhetschefen eller annan kontaktperson välkommen att kontakta Ylva Öijvall på SPUR-kansliet eller undertecknad. SPUR:s websida <http://www.slf.se/spur> en länk till SPUR finns även på SFOG:s

hemsida under ST-utbildning

Cilla Salamon

SPUR-samordnare

Ledamot av Utbildningsnämnden

UltraGyn, Läkarhuset Odenplan,
Stockholm



Robert G. Edwards – en värdig Nobelpristagare i fysiologi och medicin

In vitro fertilisering (IVF) är för närvarande den mest effektiva behandlingen av par som drabbats av ofrivillig barnlöshet. De globala siffrorna över förekomst av ofrivillig barnlöshet varierar, uppskattningar om 10 – 15% står att finna i litteraturen. Ofrivillig barnlöshet kan ju bero på många faktorer och det finns mycken aktuell forskning som visar att tillståndet kan orsaka sorg och minska livskvalitet hos dem som drabbats (1,2). Innan IVF introducerades som metod kunde mindre än 30% av infertila par behandlas. I dag kan i princip så gott som alla par behandlas under förutsättning att kvinnan har en fungerande livmoder.

Den brittiske fysiologen Robert Edwards har utan jämförelse varit den ledande pionjären i forskning och klinisk tillämpning av IVF. Redan under 1950-talet arbetade Edwards med grundforskning kring fortplantningens biologi. Framgångarna inom både veterinär- och humanmedicinsk reproduktionsforskning, där flera forskare hade visat att äggceller från kaniner kunde befruktas av spermier i provrör och ge upphov till avkomma, beredde vägen för Edwards att undersöka om liknande metoder kunde användas för att befrukta mänskliga äggceller. Edwards lyckades tillsammans med olika medarbetare att klargöra hur människans ägg mognar, hur olika hormonella faktorer påverkar mognadsprocessen äggen är mottagliga för de befruktande spermier. År 1969 visade Edwards för första gången att ett mänskligt ägg kan befruktas utanför kroppen (4,5). Trots denna framgång visade det sig att de befruktade äggen slutade att

Per Olof Janson
Prof emeritus, Göteborg

utvecklas efter endast en celldelning. Edwards misstänkte att ägg som hade fått mogna på plats i äggstocken innan de togs ut, skulle kunna fungera bättre. Om hans vision skulle kunna bli verklighet gällde det att först finna en säker metod att ta fram äggen ur kvinnans äggstockar.

Edwards tog nu kontakt med gynekologen Patrick Steptoe som tillsammans med Edwards utvecklade IVF från en experimentell metod till praktisk klinik. Steptoe var en av pionjärerna för den då nya och omdiskuterade operativa laparoskopitekniken. Genom laparoskopet

punkterade Steptoe mogna folliklar och erhöll follikelvätska och oocyter. Edwards identifierade äggcellerna i punktaten och inkuberade dem i odlingsmedium. Spermier från maken i det infertila paret genomgick en laboratorieprocedur som gjorde dem befruktningssugliga (kapacitering). De befruktade äggcellerna fick dela sig flera gånger och bildade tidiga embryon. Trots avslag från det brittiska medicinska forskningsrådet på ansökan om forskningsmedel, kunde Edwards och Steptoe fortsätta sina forskning genom privata donationsmedel. De fullföljde sitt arbete genom att analysera patienternas hormonnivåer och lyckades bestämma den bästa tidpunkten för befruktning och på så sätt optimera chanserna till framgång. År 1978 behandlades paret



Edwards (till vänster) tillsammans med Patrick Steptoe 1986.

Leslie och John Brown efter 9 års barnlöshet med in vitro fertilisering. Det befruktade ägget utvecklades till ett embryo med 8 celler som överfördes till fru Browns livmoder. Efter en fullgången graviditet föddes ett friskt flicka-barn, Louise Brown, genom kejsarsnitt den 25 juli 1978. IVF hade gått från vision till verklighet och en ny era inleddes i medicinen (6).

Födelsen av världens första provrörsbarn blev utgångspunkten för ytterligare tillämpningar av tekniken. Idag är IVF en väletablerad rutinmetod för behandling av infertila par, och 4,3 miljoner barn har hittills fötts som resultat av IVF. I Sverige har hittills fötts 40 000 barn efter IVF, det vill säga ca 3% av alla födselar i vårt land har tillkommit efter IVF. I Danmark är siffran något högre, strax över 4%. Genom ytterligare modifikationer av tekniken, exempelvis optimering av hormonstimulering av äggstockarna, förbättring av tekniken för odling av äggen och introduktion av så kallade mikroinjektionsteknik (7) har IVF idag ersatt de flesta andra metoder för behandling av infertilitet som orsakas av såväl kvinnlig som manlig faktor.

I Sverige har man gjort mycket omfattande uppföljningsstudier av barn som hars fötts efter IVF. De allra flesta av dessa barn är friska. Den största risken med IVF är den höga flerbördsfrekvensen som leder till ökade risker för barnen framför allt beroende på förtidsbörd. Den höga flerbördsfrekvensen beror på att man i metodens tidigare utvecklingskede, och tyvärr fortfarande på vissa ställen i världen, återför flera befruktade ägg med syfte att förbättra resultaten. I Sverige återför man idag i allmänhet endast ett befruktat ägg och därmed har risken för graviditetskomplikationer och förtidsbörd minskat betydligt.

Flerbördsfrekvensen i Sverige ligger nu omkring 5% efter att för några år sedan legat omkring 20%. Det finns en liten men väldokumenterad ökad risk för missbildningar hos barnen efter IVF. De ökade riskerna beror sannolikt på individuella egenskaper hos föräldrarna och

inte på IVF-tekniken i sig. När det gäller kromosomavvikelse har man i svenska registerstudier inte observerat någon ökning hos barn som är födda efter IVF. En mycket omfattande dokumentation av barnuppföljning har nyligen publicerats i Läkartidningen (8).

Andra användningsområden för IVF

På ett tidigt stadium av den vetenskapliga karriären studerade Edwards möjligheterna att utföra genetisk diagnostik på det tidiga embryot före implantationen. Denna forskning publicerades första gången av Edwards och Gardner 1967 (9) och har utgjort en grund för fortsatt utveckling av klinisk så kallad preimplantatorisk genetisk diagnostik (PGD). Denna teknik har under det senaste decenniet blivit ett viktigt verktyg för att diagnostisera vissa allvarliga och till och med dödliga ärftliga sjukdomar så att tidiga aborter kan undvikas vid konventionell prenatal diagnostik vid redan inträffad graviditet. Den första kliniska tillämpningen av PGD rapporterades 1992 (10).

Edwards unika förmåga att kombinera basal och klinisk forskning har varit av oerhörd betydelse för infertilitetsbehandling och har dramatiskt utökat vår kunskap om de fysiologiska processer som reglerar mänsklig fortplantning, till exempel endokrin kontroll av follikelutveckling, ägglossning, implantation och tidig graviditet samt frysförvaring av embryon. Edwards forskning har också varit av principiell betydelse för utvecklingen av forskning kring embryonala stamceller - en potential för att behandla hittills icke behandlingsbara sjukdomar

Etik

IVF-tekniken blev tidigt föremål för etisk debatt med religiösa förtecken, bl.a. med ifrågasättande av människans rätt att över huvud taget interferera i processer kring själva livets början, liksom debatter kring risker för komplikationer och eventuella risker för missbruk av tekniken.

Edwards deltog redan från början mycket aktivt i den etiska debatten kring forskarnas ansvar gentemot samhället.

Hans publikationer som präglades av stor öppenhet och respekt för olika synsätt och hans deltagande i symposier kring reproduktionsetik har varit av utomordentlig betydelse för allmänhetens alltmera ökande acceptans av IVF-tekniken och också för lagstiftning och utarbetande av medicinska riktlinjer inom professionen.

Tidskrifter och utbildningsinsatser

I tillägg till sina vetenskapliga bidrag där han generöst har delat med sig av sitt kunnande, har Robert Edwards också blivit känd som författare av flera stora läroböcker i reproduktionsmedicin. Han har grundat tidskrifter med hög så kallad impact factor, Human Reproduction, Molecular Human Reproduction, Human Reproduction Update. Edwards har varit mångårig chefredaktör för Human Reproduction som är språkrör för European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE), en omfattande organisation som arrangerar årliga kongresser med ett tiotusental deltagare, och kontinuerliga utbildningar och seminarier för medicinsk och paramedicinsk personal. Nästa ESHRE-kongress kommer att hållas i Stockholm i juli 2011.

Robert Edwards är nu 85 år och har varit på förslag till Nobelpriset i medicin i flera år. Det som bidragit till att Nobel-församlingen dröjt med att tilldela honom Nobelpriset är troligen att den velat invänta uppföljningsstudier som visar att inga medicinska eller psykologiska problem uppstått hos mödrar och barn.

IVF i Sverige

I Sverige påbörjades IVF-behandling tidigt vid Kvinnokliniken på Sahlgrenska sjukhuset under ledning av Lars Hamberger. Arbetet i denna grupp ledde fram till att Nordens första provrörsbarn föddes 1982. Parallellt med Göteborgsgruppen började en grupp i Malmö under ledning av gynekologen Percy Liedholm att utföra IVF, vilket snart resulterade i en fullgången graviditet även där. Utvecklingen gick sedan fort och i Sverige har metoden satts upp vid universitets-

sjukhusen och vid ett antal privata kliniker. Behandlingsresultaten, som till en början var blygsamma med ca 5 – 10% chans till graviditeter per äggåterförande, har nu förbättrats med motsvarande siffror på omkring 20 – 30%. En utomordentlig sammanfattning av reproduktionsmedicinens explosionsartade utveckling har lämnats i Läkartidningen av Matts Wikland (11).

Många forskare och kliniker världen över har del i denna "framgångssaga", där nu slutligen Robert Edwards belönats med Nobelpriset för sin enastående pionjärgärning som han gjorde tillsammans med forskarkollegan Patrick Steptoe vilken avled 1988. Pristagaren och alla vi andra, patienter och kollegor, är skyldiga även honom beundran och tacksamhet. ■

Referenser

1. Johansson M, Adolfsson A, Berg M, Francis J, Hogström J, Janson PO, Sogn J, Hellström AL. Quality of life for couples 4-4.5 years after unsuccessful IVF treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2009; 88 (3):291-300
2. Boivin J, Andersson L, Skoog-Svanberg A, Hjelmstedt A, Collins A, Bergh T. Psychological reactions during in-vitro fertilization: similar response pattern in husbands and wives. *Hum Reprod* 1998;13 (11): 3262-3267
3. Edwards RG. Maturation in vitro in human ovarian oocytes. *Lancet* 1965;2:926-929,
4. Edwards RG, Bavister BD, Steptoe PC. Early stages of fertilisation in vitro of human oocytes matured in vitro. *Nature* 1969;221:632-635,
5. Edwards RG, Steptoe PC, Purdy JM. Fertilisation and cleavage in vitro of human oocytes matured in vivo. *Nature* 1970;227:1307-1309.
6. Steptoe PC, Edwards RG. Birth after the reimplantation of the human embryo. *Lancet* 1978;2:366.
7. Palermo G, Joris H, Devroey P, Van Steirtehem AC. Pregnancies after intracytoplasmic injection of single spermatozoon into an oocyte. *Lancet* 1992;340 (8810):17-18
8. Bergh CH, Wennerholm U-B, Låg risk för ohälsa hos barn födda efter in vitro fertilisering. *Läkartidningen* 2010;s107 (42): 2554-2559.
9. Edwards RG, Gardner RL. Sexing of live rabbit blastocysts. *Nature* 1967;214(5088):576-577
10. Handyside AH, Lesko JG, Tarin JJ, Winston RM, Hughes MR. Birth of a normal girl after in vitro fertilization and preimplantation diagnostic testing for cystic fibrosis. *Nature* 1967; 214 (5088):576-577
11. Wikland M, Infertilitetsbehandling - en framgångssaga utan like. Provörsbefruktning gav avstamp för en nästan ofattbar utveckling *Läkartidningen* 2004 (1): 94-7

Författarinstruktioner

Manus skickas via e-post till redaktören: anne.ekeryd-andalen@sfog.se.

För att säkerställa att ditt bidrag kommer med i önskat nr - skicka in det i god tid innan manusstopp.

Om tveksamheter kontakta redaktören via mail eller SFOGs kansli.

Följande regler underlättar processen.

1. Vi kan ta emot de flesta filer från ordbehandlingsprogram för Mac och PC. (Power Point är ett bildvisningsprogram och Excel ett kalkylprogram.) Skicka inte PDFfiler om de inte är färdiglayoutade och högupplösta.
2. Gör inga egna avstavningar utan låt texten flöda över automatiskt till nästa rad (detta gäller vare sig om det finns avstavningsprogram eller inte).
3. Gör en blankrad mellan varje nytt stycke.
4. Använd programmets tabuleringsfunktion vid inskrivning av tabeller, inte mellanslagstangenten.
5. Använd inte egen design i texten i form av ovanliga typsnitt, understrykningar, fetstil eller dylikt. Det medför ett avsevärt arbete att leta efter dolda koder i texten. Ange hellre i ett medföljande dokument hur typografin önskas utformad.
6. Kom ihåg att skicka med logotyper och bilder som egna bildfiler. Bilder monterade i World är bara skärmbilder som inte lämpar sig för tryck. Bildfiler bör ha en upplösning på 300 dpi för att göra sig bra i tryck. De flesta typer av bildformat kan tas emot. De vanligaste bildformaten som används i tidningen är jpeg, tif eller eps.
7. Om du tar bilder med digitalkamera, använd kamerans högsta upplösning. ■

Sommaren med Kajsa – en förlösande historia

Det var en gång... Ja, man skulle kunna tro att det här är en saga.

Hur som helst så är det en solskenshistoria.

Maj månad, ingen speciell värme men trots det så är det dags att lägga i båten. Mycket jobb, presenning bort, ställning bort, propeller på, skruvas här o skruvas där. Vinterkapell bort, sommarkapell på, dynor tas fram, mahogny poleras, oj vad mycket man måste göra innan det är dags.

Juni månad, snart midsommar, äntligen varmt! Ölen ligger kall i kylen. Dags för årets första tur. Förväntansfulla! Måtte motorn starta. Krånglade förra året. När vi kliver på båten skriker plötsligt min man Harry – Nej, va' f-n! Jag tittar på honom och han pekar ner i ankarboxen. Än en gång säger han, va' f-n. Jag tittar ner i ankarboxen och säger – Åh, va' gulligt, 6 ägg!

Ankarboxen har blivit en "ankbox".

Jag ler och undrar vem mamman är. – Nu kan vi inte åka ut, ankaret är under äggen, säger jag. Så vi sätter oss i båten och väntar. Likt ett pensionärspar, vår första bryggsegling. Och då kommer hon simmande. En tjusig liten and. Hon hoppar upp och lägger sig på äggen. Ja, ja, vi vet ju inte när hon lagt äggen, kanske ungarna är födda till nästa vecka? Eller...

Nästa dag, nu är det 7 ägg! Vad gör vi nu? Jag räknar baklänges och kommer fram till att det första ägget måste ha värpts runt den 11 juni och de bör ju kläckas inom 21 dagar. Jag tittar på Harry och ler men han ser inte speciellt road ut. Snart börjar ju vår semester!

Nästa dag efter jobbet går vi ner till båten, andhonan ligger på sina ägg och vi börjar smida planer om hur vi skall kunna flytta henne. Vi fixar en ny ankarbox och ställer den bredvid på badbryggan. Flyttar försiktigt över äggen.



Men Kajsa vägrar lägga sig i den nya. Nu har hon fått ett namn också, Kajsa. Vi går hem. Nästa kväll gör vi ett nytt försök. Vi matar Kajsa, hon blir simsugen, vi skyndar oss att flytta äggen, lägger en plastpåse i så vi sedan kan flytta hela paketet till en närliggande dunge. Den här gången tar vi också bort ankaret. Men Kajsa vägrar. Vi flyttar tillbaka äggen till ankarboxen men lägger först en plastpåse i botten, för nu vill vi eller rättare sagt Harry att vi åker ut.

Så snart vi lämnat hamnen och kommer ut i farleden flyger Kajsa iväg. Jag tar alla kuddar vi har och lägger över äggen. Vi är inte ute länge, samvetet görs sig hört. Vi fick ju i alla fall en provtur. Snart är det semester och båten går bra. Så snart vi är tillbaka vid båtklubben kommer Kajsa och lägger sig på äggen igen.

Jag tar fram öl, ost och kex och vi myser i sommarvärmen. Börjar planera vad vi ska åka för turer på semestern. Kajsa kommer plötsligt in i båten. Sätter sig i mitt knä och börjar äta med oss. Kex, brie, ja tom dricker öl.

Jag ser att min käre make plötsligt mjuknar. Han tar fram mer kex till Kajsa. Jag bara ler.

Äntligen semester! Kajsa ruvar fortfarande. Det blir korta små turer. Varje gång vi åker ut flyger Kajsa iväg. På med kuddarna över äggen och sen tillbaks till bryggan.

Värmen håller i sig. Vilken härlig kontinental värme, fantastiskt, underbart!

Nu har Harry börjat mata och pyssla om Kajsa, Hon äter med oss, vi får klappa henne och nästan klia henne på huvudet. Kajsa blir tamare och tamare. Men hur länge skall detta hålla på? Semesterplanerna då?

Inget händer med de förbaskade äggen! Nu har vi passerat 21 dagar! De kanske är obefruktade?

En dag när vi åker ut följer Kajsa med hela vägen till vår stora förvåning. När vi gör vårt stopp för att bada o sola är hon med oss. När vi äter kommer hon upp från bryggan och deltar.

Hon är en Kricka, det har jag slagit upp. Jag har läst allt om Krickor. Vi börjar bli lite griniga.



Det är mitten på juli, 2 veckor av semestern har gått. Inga ungar. Nu måste vi bestämma oss. Trötta på dagsutflykter och att alltid ta hänsyn till Kajsa och hennes ägg. Vi måste ta ett beslut.

En dag bestämde vi träff ute på sjön med min bror och hans familj. Tre vilda, glada småflickor hoppade mellan deras

båt och vår, fram och tillbaka, skrattande, stojande och njöt av värmen. Kajsa var med och låg på äggen. Då bestämde vi oss för att äggen skulle bort. De kunde bara inte vara befruktade.

Det hade nu gått nästan en månad sedan vi såg äggen för första gången. När vi kom tillbaka i hamn puttade jag undan

Kajsa för att ta upp äggen. Men jag kunde inte, moderskänslorna var för starka. Harry säger irriterat – men vi kan inte hålla på så här hela sommaren! Ja, ja, sa jag men vi tar bara bort ett ägg först. Och innan jag slänger det måste jag bara kolla...

Först måste jag säga att vår båt ligger nästan längst bort på den långa bryggan. När vi kom till båtklubbens hus tog jag upp en sten, knackade försiktigt på ägget. En bit lossnade och till min stora förskräckelse såg jag en liten andnäbb – vad gör jag nu? Med tårar i ögonen springer jag det fortaste jag kan, hoppar upp på båten så som jag aldrig gjort förut. Puttar bort Kajsa som grymtar och lägger tillbaka ägget. Harry kommer och vi sätter oss på båten och väntar. Skall Kajsa märka något? Tänk om hon ratar äggen nu?

Jo då, hon flyger upp på båtbyggnad och lägger sig i ankarboxen igen. Puh!

Vi går hem under tystnad. Vad höll vi på att göra? Slänga äggen? Vem säger att vi bestämmer över naturen? Okey, en normal graviditet varar 40 veckor, men 42 veckor är inte ovanligt. Normalt kläcks ägg efter 21-25 dagar, men efter 30 dagar?

Vi gick till sängs med dåligt samvete.

Nästa morgon vid 10-tiden gick vi ner till båten. Kajsa låg som vanligt i ankarboxen. Så snart hon ser oss, hoppar hon i vattnet och kraxar, skäller ut oss, för att vi inte trodde på henne. ALLA äggen var kläckta, 7 ungar låg i boxen, Så söta, så små... Jag har blivit "ankmormor"!

Det värmdes i våra hjärtan och vi bad Kajsa om förlåtelse. Nästa dag var alla ute och simmade. Kajsa och hennes 7 små dunbollar.

Tänk, vilken sommar att minnas, visst är det väl ändå en saga?

Surrogatmamman Jeanette ■



NFOG Fund

The NFOG General Assembly at the 2010 congress in Copenhagen decided to establish the new NFOG Fund.

It will replace the NFOG Visitor and Collaborative Programs and provide support for a wider range of activities.

To apply for a grant, please see below.

Deadline for applications:

The next deadline is March 1st 2011
Application dates in the future are March 1st and October 1st each year. Applicants will be notified within two months of the application dates.

Purpose:

The purpose of the NFOG Fund is to support further development of professional skills, research, and clinical and scientific collaboration in the fields of obstetrics and gynecology.

Who can apply:

Members of the national societies of NFOG who are specialists in obstetrics and gynecology or trainees who have completed two years of specialist training.

The following fields within obstetrics and gynecology can be covered:

- 1: Clinical or scientific visits outside country of residence with the purpose of improving skills and/or developing and sharing expertise.
- 2: Voluntary or project work in developing countries.
- 3: Courses outside the applicants country of residence.
- 4: Collaborative clinical or scientific projects between members of the national societies of NFOG.
- 5: Each national society can apply yearly for the coverage of expenses to bring one lecturer from another Nordic country to speak at the society's annual meeting.

In case the number of applications exceed the funding, applications regarding activities within the Nordic countries will have the highest priority.

Grants will not be given for:

- Congresses, symposias, pre and post congress courses.
- Courses arranged by NFOG.
- Training of other professions than gynaecologists/obstetricians.
- Only future activities will be considered for support. Retrospective applications will not be taken into consideration.

The grants will cover:

- Course fee.
- Traveling expenses: Public transport, air fare on economy class, only one return ticket.
- Modest accommodation. For longer visits hotels are not accepted.
- Salary or daily allowance shall not be covered.
- Meeting expenses for the collaborative projects (point 4 above)
- Except for lecturers at societies annual meetings (point 5), only expenses of NFOG members will be covered by the grants.

Application must include:

- Applicant's motivations and reasons for applying.
- Short Curriculum Vitae (no more than two pages). In collaborative projects, short CV from the principal investigator of each participating Nordic country
- Detailed budget.
- Copy of course announcement (point 3)
- In collaborative projects, short description of the research / clinical project, including information on appropriate approvals. Total length up to five pages.
- Letter of recommendation from head of department, including comment in relation to the budget of the clinic (points 1-3).
- In case of clinical visit or voluntary work: acceptance letter from head of department at the clinic where the visit is to take place or the organization who is responsible for the program.
- Information on whether or not the applicant has applied for or received other grants for the same purpose, and how much.

A short written report to the NFOG Board must be send to the NFOG Treasurer within 3 months after the activity. The report will be published on the Website. Expenses will be refunded, when the NFOG Treasurer receives documentation of expenses and the written report.

Applications should be sent to (electronic and signed paper applications):

Alexander Kr Smáráson
Chairman of the NFOG Scientific Committee
Department of Obstetrics and Gynaecology
Akureyri Hospital
600 Akureyri
Iceland
e-mail: smarason@simnet



KK, Akademiska sjukhuset och
Institutionen för Kvinnors och Barns Hälsa
inbjuder till

Vintermötet *2011*

den 4 februari i Universitetsaulan i Uppsala

Ta del av det senaste inom specialiteten och få
möjlighet att träffas under trivsamma former.

Anmälan och mer information på
www.vintermotet.se

Varmt välkommen!

Organisationskommittéen genom
Verksamhetschef *Bo Sultan*
Professor *Inger Sundström Poromaa*



Behandling av akuta obstetriska situationer

**American Academy of Family Physicians och
ALSO® Scandinavia and Greenland
anordnar kurs i Skövde
den 11 - 12 respektive 13 - 14 april 2011**

Vi välkomnar både barnmorskor och läkare till det svenska ALSO®-centret och en intensivkurs under två heldagar

I kursen ingår kortare teoretiska föreläsningar men huvudvikten är lagd på färdighetsträning på fantomer i små grupper. Pedagogiken bygger på en speciell inlärningsmetod med memotekniker som ger en förmåga att minnas rätt åtgärd även i en akut och stressad situation

Kursen avslutas med både teoretiskt och praktiskt test och renderar 16 CME-poäng

Är du intresserad av att få en kursansökan?

maila madeleine.bjurman@vgregion.se
eller gå in på vår skandinaviska hemsida
www.also-scandinavia.com

Sista ansökningsdagen till vårens kurser är den 7 januari 2011

Teenagers' unintended pregnancies and contraception

Bakgrund

Samtidigt som abort blev lagligt i Sverige 1975 gjordes preventiva insatser i Sverige för att minska antalet tonårsgraviditeter och tonårsaborter. Insatserna var undervisning i skolorna om sex- och samlevnad, under 1980-talet utbyggnad av ungdomsmottagningar för att göra preventivmedel tillgängligt, gratis preventivmedelsrådgivning och subventionering av preventivmedel till tonåringar.

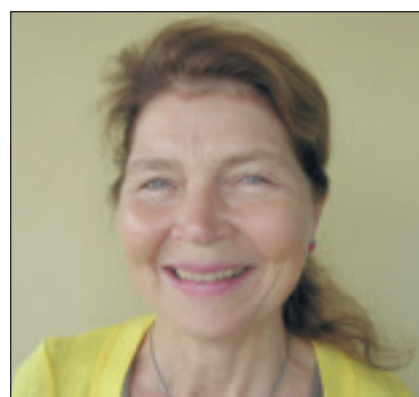
Under 1990-talet minskade antalet tonårsgraviditeter i Sverige men minskningen har avstannat och idag har Sverige tillsammans med Island de flesta tonårsgraviditeterna i Norden. I jämförelse med övriga Europa och världen är dock andelen tonåringar som blir gravida lågt. Tonårsgraviditeter är oftast oplanerade och resulterar ofta i en abort. Samtidigt som andelen tonårsgraviditeter minskat så har andelen som gör abort ökat.

Gabriella Falk, Överläkare,
Med Dr, Kvinnokliniken,
Universitetssjukhuset Linköping
Hälsouniversitetet, Linköping

Idag är besök på ungdomsmottagningar gratis, preventivmedel är subventionerat till tonåringar och det finns en acceptans för tonåringars sexualitet i samhället.

Under 1990-talet har nyare p-piller med mindre biverkningar introducerats och nya metoder har också blivit tillgängliga i Sverige som p-ring, p-stavar och p-plåster. Sedan 2001 är akut p-piller receptfritt och därmed mer lättillgängligt.

Trots detta så är aborter bland tonåringar i Sverige högst i Norden och trots de preventiva insatserna så ökar antalet reaborter.



Gabriella Falk

Syfte

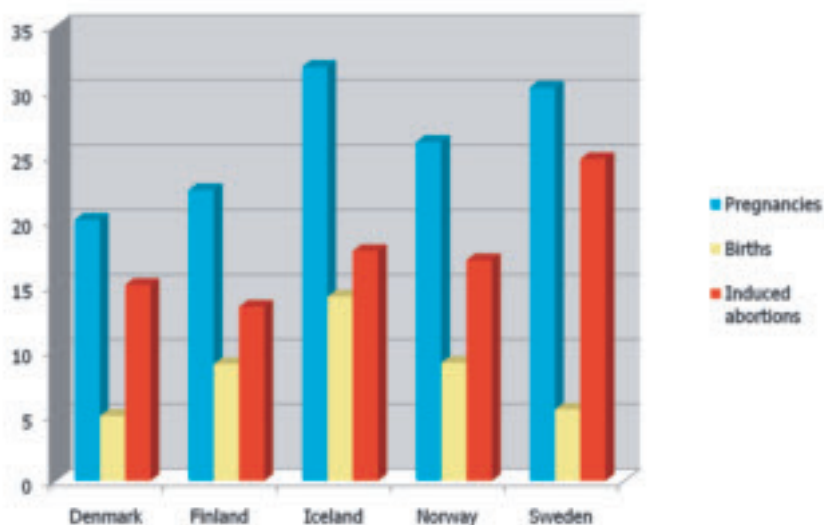
Avhandlingen kan delas in i två delar.

Den första delen syftade till att studera riskgrupper bland tonåringar för oplanerade graviditeter och abort. Den består av delarbete I och II. Dessa arbeten var kvantitativa studier där två grupper av tonåringar studerades och följdes upp avseende risk för oplanerad graviditet och abort i framtiden. Dessa arbeten ingick i en licentiat-avhandling 2006.

Den andra delen av avhandlingen hade som syfte, utifrån frågeställningar som kom fram i arbete I och II, att studera preventivmedelsrådgivning i samband med abort. Ett annat syfte var också att ta reda på tonåringars egna erfarenheter av preventivmedel och preventivmedelsrådgivning innan en abort. Dessa arbeten var kvalitativa studier där uppfattningar och mönster undersöktes.

Delarbeten:

I **Delarbete I** studerades tonåringar och unga kvinnor som sökte på en ungdomsmottagning för att få akut p-piller. Studien genomfördes under 6 månader



Graviditeter, förlossningar och aborter i Norden per 1000 kvinnor 2007 ålder 15-19.

Källa: Nordic statistics on induced abortions 2007.

1998 – 1999 och då behövdes ett recept för att få akut p-piller eller så delades det ut gratis på bland annat ungdomsmottagningar. De tabletter som då användes gav mer biverkningar jämfört med dagens akut p-piller. Genomsnittsåldern på dem som sökte var 17 år. De 134 som sökte för att få akut p-piller hade haft oskyddat samlag i 54% och misslyckats med kondom-användning eller glömt p-piller i 46%. När de följdes upp ett år senare så hade 10 stycken blivit oplanerat gravida och 8 stycken hade gjort abort, en tonåring hade fått missfall och i ett fall var det oklart om graviditeten fortsatte eller ej. I den här gruppen tonåringar blev andelen som gjorde abort 4 ggr högre än förväntat vid jämförelse med riksgenomsnittet för åldersgruppen.

I **Delarbete II**, som var en journalgenomgång, studerades 250 stycken tonåringar som fött barn under åren 1996 – 2000. Genomsnittsåldern var 19 år. Det noterades om de kommit på ett återbesök inom 12 veckor efter förlossningen vilket ingår i det obligatoriska mödravårdsprogrammet som alla gravida erbjuds. Vidare undersöktes det om de fått ett preventivmedel eller inte vid det besöket vilket är ett av syftena med besöket. På efterbesöket kom 71% och av dessa fick 74% ett preventivmedel. Genom att titta i journaler ett år efter förlossningen undersöktes om de blivit gravida igen och om de då valt att föda barn eller gjort abort.

En fjärdedel, 56 st, hade blivit gravida igen och av dem gjorde 20 st abort. Ingen skillnad hittades mellan dem som gjort abort och de som ej gjort abort avseende om de kommit på återbesök eller inte. Ingen skillnad hittades heller om de fått preventivmedel eller ej. Det kan bero på att antalet tonårsmammor som studerades var för få. Andelen som gjorde abort var i denna gruppen c:a 5 ggr högre än förväntat om man jämförde med riksgenomsnittet för åldersgruppen.

I **Delarbete III** studerades 36 stycken journaler från 2006 som förts när ton-

åringar sökt för abort. Syftet var att studera hur det var dokumenterat i journalerna om tonåringarnas tidigare erfarenheter av preventivmedel och vilket preventivmedel som skulle användas efter aborten. Genomsnittsåldern var 17 år. För att studera detta så valdes kvalitativ innehållsanalys. Systematiskt gick texterna i journalerna igenom. Texten grupperades i meningsenheter. De meningsenheter som innehöll samma information samlades i kategorier. Dessa kategorier analyserades avseende innehåll för att få fram ett tema. Två teman kom fram 'Preventivmedelsmetoder som tidigare använts' och 'Planering av framtida preventivmedelsanvändning'. Inom dessa teman fanns subkategorier som handlade om problem med preventivmedelsanvändning. I tio journaler så saknades uppgift om tidigare preventivmedel och i 5 stycken saknades uppgift om framtida planering för preventivmedelsanvändning.

I **Delarbete IV** intervjuades tolv stycken tonåringar c:a fyra veckor efter att de genomgått en abort 2009. Sex stycken öppna frågor ställdes som handlade om deras erfarenhet av preventivmedelsanvändning, var de hade fått preventivmedel ifrån, vem de pratade med preventivmedel med och vad de tyckte om preventivmedelsanvändning. Genomsnittsåldern var 17 år. Följdfrågor ställdes för att få en djupare förståelse. Intervjuerna skrevs ner ordagrant och texten analyserades med samma metod som ovan. Analysen resulterade i ett tema 'Att bemästra osäkerhet och beteende'. Tre stycken kategorier formade detta tema och de var 'Osäkerhet', 'Påverkan på preventivmedelsanvändning' och 'Ängslan'. Av intervjuerna framkom att tonåringar diskuterade preventivmedel med många; vänner, föräldrar och pojkvänner. De sökte också själva information på nätet. Föräldrar visade sig ofta stödja att preventivmedel användes men agerade inte aktivt för att hjälpa till. Problem med biverkningar ledde ofta till

att preventivmedel inte användes vilket i sin tur ledde till oplanerad graviditet. Akut p-piller användes inte alltid trots risk för graviditet.

Sammanfattning

Delarbete I och II visade att trots att preventivmedels rådgivning gavs i samband med besök för akut p-piller och efter graviditet fungerade inte preventivmedelsanvändningen hos en del tonåringar vilket ledde till oplanerade graviditeter och abort. I delarbete II framkom också att följsamheten till efterbesöket efter förlossning då bland annat preventivmedel skall diskuteras var dåligt. I delarbete III framkom det att i flera fall diskuterades tidigare preventivmedelsanvändning men dokumentationen var ytlig vilket kunde spegla att diskussionen också varit ytlig. Detta kunde orsaka att preventivmedel inte användes efter aborten. Dessutom saknades det i journalerna uppgifter om preventivmedelsanvändning vilket kunde betyda att man inte diskuterat preventivmedel eller att man inte journalfört det. I delarbete IV visade det sig att flera tonåringar försökt diskutera problem med preventivmedel med preventivmedelsrådgivare men att de inte alltid togs på allvar. När de försökte lösa problemen själva lyckades de inte och slutade med preventivmedel. Detta gjorde att de blev oplanerat gravida trots att de visste var de kunde få preventivmedel och att de hade använt det tidigare.

Slutsats

Tonåringar som sökte för akut p-piller och tonårsmammor utgjorde en högriskgrupp för oplanerade graviditeter i framtiden trots att en del fick preventivmedelsrådgivning. På efterbesöket efter förlossning förskrevs inte alltid ett preventivmedel. Dokumentationen i journaler i samband med abortbesök var bristfällig vad gäller tidigare preventivmedelsanvändning och vilket preventivmedel som skulle användas i framtiden. Detta kan i sin tur betyda att preventivmedel inte

diskuterades på ett adekvat sätt. Tonåringar som intervjuades i samband med abort hade bristfällig kunskap om preventivmedel och vilka metoder som fanns. De rådfrågade ofta vänner och internet vilket inte säkert gav rätt kunskap. Föräldrar var positiva till att preventivmedel användes men inte aktiva i att hjälpa tonåringarna att skaffa ett preventivmedel.

Avhandlingen finns publicerad elektroniskt.
<http://liu.diva-portal.org/smash/record.jsf?searchId=1&pid=diva2:319591> ■

Delarbeten:

Falk G, Falk L, Hansson U, Milsom I. Young women requesting emergency contraception are, despite contraceptive counseling, a high risk group for new unintended pregnancies. *Contraception* 2001;64:23–7.

Falk G, Östlund I, Schollin J, Magnuson A, Nilsson K. Teenage mothers – a high risk group for new unintended pregnancies. *Contraception* 2006; 74: 471-5.

Falk G, Brynhildsen J, Ivarsson A-B. Contraceptive counselling to teenagers at abortion visits – A qualitative content analysis. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2009; 14(5):357-64.

Falk G, Ivarsson A-B, Brynhildsen J. Teenagers' struggles with contraceptive use-What improvements can be made? *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2010; 15(4):271-9

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@sfog.se
Ange namn och faktureringsadress
Pris per annons för medlemmar 75 kr

KÖPES

Begagnad ultraljudsapparat, gärna liten, med transvaginal givare, önskas köpas.

Kolposkop önskas köpas.

Svar till:
Ewa Hellberg
Gynekologiskt Centrum
Drottninggatan 63 a
602 32 Norrköping
Tel 011-1894 50

SÄLJES

Vaginal probe samt en abdominell probe till ultraljudsapparat ALOKA Model UST-934N-3,5.

Pris: 2500kr per probe alternativt 4000kr för båda proberna.
Kontakt via e-mail: margareta.altin@sll.se
Gynekologmott. i Vallentuna eller tel 08-58754516/15

Arbets- och Referensgrupperna inom SFOG

Perinatologi PERINATAL-ARG

Ordförande: Karin Pettersson
KK, Karolinska Universitetssjukhuset
Huddinge
141 86 Stockholm
Tel: 08-585 800 00
karin.pettersson@karolinska.se
Sekreterare: Marie Blomberg
KK, Universitetssjukhuset Linköping
581 85 Linköping
Tel: 013-22 20 00
marie.blomberg@lio.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: Johanna Isaksson
KK, K57, Karolinska Universitets-
sjukhuset, Huddinge
141 88 Huddinge
Tel: 08-585 816 19
johanna.isaksson@karolinska.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: Marie Westergren
Söderberg
KK, Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-616 10 00
marie.westergren-soderberg@
sodersjukhuset.se
Sekreterare: Johan Skoglund
KK, Länsjukhuset Ryhov
551 85 Jönköping
Tel: 036-32 14 58
johan.skoglund@lj.se

Cervixcancerprevention C-ARG

Ordförande: Bengt Andrae
KK, Gävle/Sandviken Länsjukhus
801 87 Gävle
Tel: 026-15 41 68. Fax: 026-15 41 56
bengt.andrae@gmail.com
Sekreterare: Kristina Elfgren
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: Katri Nieminen
KK, Universitetssjukhuset Linköping
581 85 Linköping
Tel: 013-22 20 00
katri.nieminen@lio.se
Sekreterare: Maria Engman
KK, Västerviks sjukhus
593 81 Västervik
Tel: 0490-860 00
marie.engman@ltkalmar.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
Fertilitetsenheten, Karolinska
Universitetssjukhuset, Huddinge
141 86 Huddinge
margareta.fridstrom@gmail.com

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: René Bangshøj
KK, Universitetssjukhuset Örebro
701 85 Örebro
Tel: 019-602 12 60
Fax: 019-12 65 90
rene.bangshoj@reba.se

Ultraljudsdiagnostik ULTRA-ARG

Ordförande: Anna Lindqvist
KK, Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018-611 00 00
anna.lindqvist@akademiska.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

Hemostasrubbnings HEM-ARG

Ordförande: Eva Östlund
KK, Danderyds sjukhus
162 88 Danderyd
Tel: 08-655 55 00
eva.ostlund@ds.se
Sekreterare: Lars Thurn
KK, Blekingesjukhuset
371 85 Karlskrona
lars.thurn@ltblekinge.se

Vulva VULV-ARG

Ordförande: Nina Bohm-Starke
KK, Danderyds sjukhus
182 88 Danderyd
Tel: 08-655 50 00
nina.bohm-starke@ds.se
Sekreterare: Christina Rydberg
KK, Varbergs sjukhus
432 81 Varberg
Tel: 0340-48 10 00
christina.rydberg@lthalland.se

Endometriosis ENDOMETRIOS-ARG

Ordförande: Matts Olovsson
KK, Akademiska Sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018-611 57 64. Fax: 018-55 97 75
matts.olvsson@kbh.uu.se
Sekreterare: Margita Gustavsson
KK, Kungälv Närsjukhus
434 80 Kungälv
margita.gustafsson@lthalland.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 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 referansgruppen för kvalitetsregistrering KVARG

Ordförande: Göran Berg
KK, Linköpings Universitetssjukhus
581 85 Linköping
Tel: 013-22 31 32
goran.berg@lio.se
Sekreterare: Karin Franzén
KK, Örebro Universitetssjukhus
701 85 Örebro
karin.franzen@orebroll.se

GLOBAL-ARG

Ordförande: Birgitta Essén
Inst för kvinnors och barns hälsa
IMCH
Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
birgitta.essen@kbh.uu.se
Sekreterare: Sigmar Strömberg
Kontaktuppgifter, se hemsidan
sigmars@hotmail.com>

Arbets- och Referens-Grupp- Utvecklings-Samordnare

ARGUS

Ulf Högberg
SFOG-Kansliet
Drottninggatan 55, 2 tr
111 21 Stockholm • Tel: 08-440 01 75
E-post: ulf.hogberg@obgyn.umu.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

Susanne Damm
Karolinakliniken
Ågatan 35
582 22 Linköping
Tel: 013-31 86 83
E-post: susanne.damm@telia.com

Carl Johan Granqvist
Gallerians Läkarmottagning
Box 2147
550 02 Jönköping
Tel: 036-16 30 40
E-post: cjg@telia.com

Mödrahälsovårdsöverläkargruppen

Ordförande

Agneta Romin
Kvinnokliniken, Falu lasarett
791 82 Falun
Tel: 023-49 22 73
Fax: 023-49 09 89
E-post: agneta.romin@ltdalarna.se

Sekreterare

Ingegerd Lantz
MÖL Gävleborg, Psykologmottagningen
Kyrkogatan 28, 3tr
803 11 Gävle
Tel: 026-15 41 61
Fax: 026-15 41 56
E-post: ingegerd.lantz@lg.se

Obstetiker och gynekologer under utbildning (OGU)

Ordförande

Malin Strand
KK, Sunderby sjukhus
971 80 Luleå
Tel: 0920-28 20 00
E-post: malin.strand@nll.se

Sekreterare

Emilia Rotstein
KK, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge
141 86 Stockholm
Tel: 08-585 800 00
E-post: emilia.rotstein@karolinska.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

Sekreterare

Carin Gillberg
GynStockholm
Tunnlandet 11, 6 tr
168 36 Bromma
Tel: 070-611 81 12
E-post: carin.gillberg@gynstockholm.se

SFOG

MEDLEMSANSÖKAN

www.sfog.se

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

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

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

Föreningen har ett antal arbets- och referensgrupper (AR-Grupper) som är öppna för alla. Dessa grupper bevakar olika delar av specialiteten, ger ut ARG-rapporter och medverkar till vidareutbildning. Som medlem i SFOG är man abonnent på ARG-rapporterna till en reducerad kostnad (400:-/år).

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

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

De flesta som söker nytt medlemskap är fortfarande under utbildning.

Obstetriker/Gynekologer under Utbildning – (OGU) är en av flera intressegrupper inom SFOG. OGU vänder sig till alla under specialistutbildning men även till vikarierande yngre kolleger med intresse för specialiteten och yngre specialister. Aktiviteterna går bl a ut på att bevaka specialistutbildningens utformning och innehåll, att försöka underlätta för internationellt utbyte som del av utbildningen och att arrangera en årlig konferens för utbildning och debatt om utbildningsfrågor inom specialiteten.

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

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

FÖLJANDE ARG-RAPPORTER FINNS ATT BESTÄLLA VIA SFOG:s HEMSIDA www.sfog.se

Nr 1-16, 18-27, 35-36 och 57 har utgått

<i>Titel</i>	<i>Utgivningsår</i>	<i>Pris/st exkl. moms, porto & exp.avg 80:-</i>
Nr 17 Prolaps	1989	100:-
Nr 28 Sexuella övergrepp mot barn och ungdomar	1994	100:-
Nr 29 Komplikationer vid Obstetrisk & Gynekologisk kirurgi	1995	100:-
Nr 30 Genitala infektioner hos kvinnan	1996	100:-
Nr 31 Assisterad befruktning och preimplantatorisk diagnostik i Sverige Uppdat 97. Se även rapp 37!	1996	100:-
Nr 32 Gynekologisk endoskopi - del 1	1996	100:-
Nr 33 Sexologi ur gynekologisk synvinkel	1996	100:-
Nr 34 Att förebygga cervixcancer samt vaginal- och vulvacancer	1997	100:-
Nr 37 Ofrivillig barnlöshet	1998	100:-
Nr 38 Substitutionsbehandling i klimakteriet - aktuella synpunkter	1998	100:-
Nr 39 Kvinnlig urininkontinens	1998	100:-
Nr 40 Ungdomsgynekologi	1999	100:-
Nr 41 Cancer, Graviditet och Fertilitet	1999	100:-
Nr 42 Gynekologisk ultraljudsdiagnostik	2000	100:-
Nr 43 Infektioner hos gravida kvinnor	2000	100:-
Nr 44 Vulvacancer	2000	100:-
Nr 45 Gynekologisk endoskopi - del 2	2001	100:-
Nr 46 Anal inkontinens hos kvinnor. Utredning och behandling	2001	100:-
Nr 47 Intrauterin fosterdöd (IUFD)	2002	100:-
Nr 48 Vulvasjukdomar	2003	100:-
Nr 50 Metodbok för evidensbaserad obstetrik och gynekologi	2004	100:-
Nr 51 Förlösningsrädsla	2004	100:-
Nr 52 Perinatalt omhändertagande vid extrem underburenhet	2004	100:-
Nr 53 Bröstet	2006	100:-
Nr 54 Inducerad abort	2006	100:-
Nr 55 Obstetriskt ultraljud	2007	100:-
Nr 56 Endometrios	2008	300:-
Nr 58 Polycystiskt ovarialsyndrom (PCOS)	2008	300:-
Nr 59 Mödrahälsovård, Sexuell och reproduktiv Hälsa	2008	300:-
Nr 60 Prolaps	2009	300:-
Nr 61 Hysterektomi vid icke-maligna tillstånd	2009	300:-
Nr 62 Barnafödande och psykisk sjukdom	2009	300:-
Nr 63 Cervixcancerprevention	2010	300:-
Nr 64 Ofrivillig barnlöshet	2010	300:-
Nr 65 Kejsarsnitt	2010	300:-
Nr 66 Hysteroskopi	2010	300:-
Nr 67 Hormonbehandling i klimakteriet	2010	300:-