

# Medlemsbladet 5

2015

NR



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

***Schemalagda  
SPUR-inspektioner***

***Rapport från GKR***

***Graviditet efter  
Gastric Bypass***



## MEDLEMSBLADET

Ansvarig utgivare: Anna Ackefors

Tel: 0155-24 50 00

Layout: Moniqa Frisell

All korrespondens ställs till föreningen:

SFOG-Kansliet, Drottninggatan 55, 2 tr

111 21 Stockholm

Tel: 08-440 01 75

Susanne Lundin

E-post: kansliet@sfog.se

Internet: www.sfog.se

Annonser: Anna Ackefors

E-post: anna.ackefors@sfog.se

Platsannonser hemsidan: kansliet@sfog.se

SFOGs styrelse 2014:

**Ordförande:** Lotti Helström

KK, Södersjukhuset

Tel: 08-616 10 00

E-post: lotti.helstrom@sfog.se

**Vice ordförande:** Andreas Herbst

VO Kvinnosjukvård, Skånes Universitetssjukhus

Tel: 040-33 20 86

E-post: andreas.herbst@sfog.se

**Facklig sekreterare:**

Helena Kopp Kallner

Tel: 070-440 20 70

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

**Skattmästare:** Bengt Karlsson

KK, Sjukhuset Varberg

Tel: 0340-48 12 56

E-post: bengt.karlsson@sfog.se

**Vetenskaplig sekreterare:** Annika Strandell

KK, SU/Sahlgrenska

Tel: 0700-90 44 54

E-post: annika.strandell@vgregion.se

**ARGUS:** Matts Olovsson

KK, Akademiska sjukhuset, Uppsala

111 21 Stockholm • Tel: 018-611 57 51

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

**Utbildningssekreterare:** Jan Brynhildsen

Kvinnokliniken, Linköpings Universitetssjukhus

Tel: 013-22 20 00

E-post: jan.brynhildsen@regionostergotland.se

**Redaktör för Medlemsbladet:**

Anna Ackefors

KK, Nyköpings lasarett

Tel: 0155-24 50 00

E-post: anna.ackefors@sfog.se

**Ledamot/Webbansvarig:** Lars Ladfors

Kvinnokliniken, SU/Sahlgrenska Östra

Tel: 031-343 57 34

E-post: lars.ladfors@sfog.se

**Ledamot:** Anna Pohjanen

Kvinnosjukvården Norrbotten

Sunderby sjukhus

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

E-post: anna.pohjanen@nll.se

**Ledamot/Yngre representant:** Mahsa Nordqvist

KK, SU/Sahlgrenska Östra

Tel: 031-343 40 00

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

Tryck: Elanders

ISSN 0284-8031

## — Ordförande har ordet —



### Kära medlemmar!

Vem är skyldig till oskuldsintyg?

Ett obekvämligt drev uppstod plötsligt sedan Kalla Fakta i TV4 gjort ett inlägg om så kallat Oskuldsintyg. I svepet drogs kollegor med och blev plötsligt satta på gatan utan att det prövats om programmet var seriöst inspelat.

Flera grupperingar har krävt huvud på fat och absoluta krav på absoluta förbud mot intyg, av vilket skäl det än må vara.

Personligen har jag valt att inte offentligt uttala mig å SFOGs vägnar. Efter manusstopp för detta Medlemsblad men före publicering har SoS utlyst ett möte för att diskutera frågan, vilket är lämpligare än att hals över kräva förbud.

Frågan om hur kvinnors utsatthet i hederskulturerna skall hanteras kräver ett nyanserat synsätt där kvinnans personliga säkerhet, situation och behov måste vara läkarens första hänsyn, inte principer av "aldrig-" eller "alltid-"karaktär. Det är självklart förkastligt att på anhörigas begäran utföra besiktning av en kvinnas underliv utan att i avskildhet ha inhämtat hennes uppfattning om vad hon behöver. Det är också givet att vi inte ska

svikta i uppfattningen att det inte finns begrepp som skuld och oskuld i förhållande till en individs sexuella erfarenheter, frivilliga eller ofrivilliga. Vi är också skyldiga att bekämpa myter om mödomshinnans förekomst och upplysa om att en krans av slemhinna hela livet omger slidöppningen på varje kvinna, vare sig hon haft samlag, fött barn, använt tampong eller praktiserat hästsport. Att man av utseendet av dessa veck inte kan uttala sig om någonting alls, såvida hon inte tillhör den ringa andelen av kvinnor som har en missbildning som medför att slidan saknar öppning. Därtill är det oetiskt att utnyttja en förtvivlad persons oro för sin personliga säkerhet genom att ta oskäligt betalt eller utföra meningslösa kirurgiska åtgärder.

För övrigt skall läkarens omdöme råda i bemötandet.

Som så ofta uppstår moralpanik kring kvinnans reproduktiva rättigheter och återigen ventileras attityden att kvinnor inte kan fatta kloka reproduktiva beslut, utan måste styras av samhällets regelsystem trots att kvinnan själv är den som vet

## I DETTA NUMMER

Ny service till SFOGs medlemmar	3
Mödradödsfall 2014	7
Behövs Etik-ARG?	9
SPUR-inspektioner inom obstetrik och gynekologi	10
OGUs ordförande informerar	13
Specialistexamen 2016	14
Strukturerad kirurgisk träning	15
GKR – Gyn-Kvalitetsregistret – utdrag ur Årsrapport 2014	16
Ny avhandling	23
ST-arbete	24

vad som det bästa för henne. Vi har sett det förr i abortdebatter, i frågor om assisterad befruktning och surrogasi.

För övrigt är vädret underbart i Stockholm och var det också i Vancouver där XXI FIGO kongressen hölls. Vid FIGOs årsmöte i Vancouver fick professor Marie Bixo pris för sina insatser att främja utvecklingen av vetenskap och forskning inom obstetrik och gynekologi samt att hon under hela sin karriär arbetat för en förbättrad sjukvård för

kvinnor. Vid mötet valdes Seija Grenman från Finland till Vice ordförande. Vi har nu tre nordiska delegater i Executive board.

Glöm inte att skriva in vintermötet i Uppsala sista fredagen i januari i era kalendrar och passa på att gå på riksstämman nu när det äntligen blivit fritt inträde för medlemmar igen!

Njut av hösten före vintermörkret!

*Lotti Helström*



## – Brev från utbildningssekreteraren



### Vänner!

Fyra år som utbildningssekreterare lider mot sitt slut. Det har varit ett fantastiskt roligt, om än ibland rätt slitsamt uppdrag. När det blir dags för en liten summering kan man konstatera att det hänt rätt mycket på utbildningsfronten under de här fyra åren.

Vi har fått en ny specialitetsindelning, nya föreskrifter för ST och en ny läkarutbildningsutredning som har hunnit presenteras, glömmas bort, dammas av och sen remitterats. Vi får se vad som händer med den och framtida AT.

SK-kursutbudet har totalt havererat och våra ST-läkare har varit helt beroende av att få plats på SFOGs egna kurser. Systemet har varit djupt otillfredsställande och det är enbart på grund av alla kursgivares ansträngningar som detta trots allt fungerat hjälpligt för våra ST-läkare. Som en följd av detta arbetar vi nu med ett av de största projekten inom SFOG på många år – kurser under ST. Vi håller nu med att ta fram ett heltäckande utbud av kurser för ST-läkare där alla ska garanteras plats på samtliga de ST-kurser som kommer att ges i SFOGs regi. Det är ett stort arbete där AR-grupperna och intressegrupperna samt andra engagerade personer gör en stor insats. Ni har säkert

läst om detta i tidigare Medlemsblad. I nuläget sliter AR-grupperna med att ta fram kurserna samt kursmaterial och kansliet jobbar på med den administrativa delen. Målet är att kursverksamheten ska sjösättas från och med 2017. Till dess får våra ST-läkare fortsätta att söka kurser inom SFOGs reguljära kursutbud.

Antalet deltagare i specialistexamen har formligen exploderat de senaste åren. 2012 deltog 13 ST-läkare, 2015 deltog 55. Det är på alla sätt glädjande men vi har noterat en liten geografisk snedfördelning under de senaste åren med få deltagare från norra regionen.

IPULS har gått i graven och med dem försvann SPUR-inspektionerna från kartan under nästan två år. Ur IPULS återuppstod LIPUS och så småningom har SPUR-verksamheten börjat komma igång igen, inte minst tack vare vår nya SPUR-samordnare Verena Sengpiel. Vi behöver fler inspektörer, så passa på att anmäla dig. Det krävs inga speciella kvalifikationer mer än att du är en klok person.

Subspecialistprogrammet i reproduktionsmedicin examinerade sin första subspecialist 2013 och även subspecialistprogrammet i tumörkirurgi och cancer-

vård har i sitt nya utbildningsprogram numera en formell examination. Under de senaste åren har flera examinerats i båda programmen och vederbörligen hyllats under SFOG-veckan. Stort grattis till er alla. Ett nytt subspecialistprogram i fetomaternell medicin är under utarbetande och vi ser med spänning fram mot kommande förslag till utbildningsplan.

Utvecklingen inom vår specialitet går fort. Utbildningsmål blir snabbt inaktuella då verkligheten inte längre stämmer överens med kartan. Utbildningsnämnden hade i oktober ett internat där vi reviderade checklistorna för delmål 1-12 och gick igenom samtliga SFOGs styrdokument och rekommendationer för ST och specialistexamen. Håll koll – snart läggs de ut på hemsidan

Slutligen vill jag rikta ett stort tack till medlemmarna i utbildningsnämnden och till OGU för ert stora engagemang. För att lätt förvanska ett citat från Paul McCartney: "Writing songs with you is such a joyride".

Lycka till framöver Ellika – det kommer att bli kanonbra!

Varma hälsningar  
Janne!

## Ny service till SFOGs medlemmar

Föreningens hemsida uppdateras regelbundet. Medlemmar har hört av sig och föreslagit att SFOG skickar mail till alla medlemmar vid större nyheter på hemsidan. Vi inför nu denna service till medlemmarna. Kom gärna med andra synpunkter och förslag, tips på länkar eller på arrangemang till kalendern på hemsidan. De som inte vill få mail kan meddela detta till SFOG.

Lars Ladfors  
Webbansvarig



## REDAKTÖRENS RUTA

Efter tjugo Medlemsblad och fyra år i SFOGs styrelse är det dags att lämna över redaktörskapet till Liselott Andersson.

Ett stort tack till Moniqa Frisell som lugnt och kompetent skött layout, våra samtal i samband med manusstopp och korrekturläsning har varit ett nöje.

Till sist ett tack till alla er som bidragit på olika sätt till tidningens innehåll, utan er inget Medlemsblad!

Anna Ackefors

### Följande tider gäller för medlemsbladet 2016:

Nr	Deadline	Utkommer
1	18 januari	vecka 7
2	14 mars	vecka 15
3	9 maj	vecka 23
4	9 september	vecka 42
5	7 november	vecka 49

Manus skickas via mail till:

Redaktör Liselott Andersson

E-post: lise-lott@bredband.net

Kvinnosjukvården Norrbotten

Sunderby Sjukhus • 97180 Luleå • Telefon: 0920-28 30 11

Adressändring skall göras till:

SFOG-Kansliet • Drottninggatan 55 • 111 21 Stockholm

eller kansliet@sfog.se

## Nya medlemmar

Tim Dahlberg, Malmö

Evelina Åström, Örnköldsvik

Marwah Abu-Kassaiwah, Karlstad

Stefhanie Romero, Solna

Anna-Lena Morén, Åre

Fairouz Rustom, Karlstad

Frida Waldheim, Johanneshov

Anna Brammås, Frösön

Ingrida Mockute, Skövde

Maria Gustafsson, Norrköping

Sandra Halldórsdóttir, Uppsala

Jannika Norlander, Svedala

Karin Jonsson, Huskvarna

## Till minne av Margareta Hammarström

Som tidigare meddelats har Margareta Hammarström avlidit i en ålder av 63 år. Hon efterlämnar maken Hans-Åke och sönerna Niklas och Magnus med familjer.

Margareta, vår vän och kollega, har alldeles för tidigt lämnat oss. Hennes verksamhet inom svensk gynekologi avbröts i förtid, men före det hann hon ge ett ovanligt betydande bidrag, inte bara inom specialiteten, utan också för läkarprofessionen som helhet. Hennes engagemang var mycket omfattande och hennes verksamhetsfält brett. Margareta hade sin huvudsakliga verksamhet inom gynekologin vid Södersjukhuset i Stockholm, som läkare och senare som verksamhetschef under flera år. Däremellan var hon en av grundarna av Octaviakliniken i Stockholm. Under sin sista yrkestid var hon verksam som divisionschef vid Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg.

Margareta var kreativ och innovativ, hon disputerade tidigt och fortsatte sedan att utveckla den kliniska forskningen och

kunde i sin kombinerade roll som verksamhetschef och professor få forskningen att blomstra vid Södersjukhuset. Hon tänkte brett och modigt och var en pionjär i att driva frågan om den jämlika forskningen, vilka frågor blir "beforskade", vilka blir det inte.

Margaretas engagemang räckte också för att ta sig an mer övergripande frågor. Hon har haft flera betydelsefulla uppdrag. Särskilt vill vi beskriva vad hon betytt för Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi, och för Svenska Läkaresällskapet. Hon var en ledande kraft i SFOG och föreningens ordförande 2003-2005. Hon var ledamot i Svenska läkaresällskapets nämnd sedan flera år, då hon på grund av sjukdomen lämnade nämnden vid början av detta år. Margareta var mycket betydelsefull i sin roll i nämnden med aldrig sviktande

omdöme, stor integritet och ett stort engagemang. Särskilt var hon engagerad i frågan om den jämlika hälso- och sjukvården.

Hon var en ovanlig kapabel person med förmåga att engagera sig i många olika saker. Hon var initiativkraftig och modig, och kunde få människor i sin omgivning att också känna sig kapabla. Hon var samtidigt en anspråkslös person som aldrig framhöll sig själv utan föredrog att oftast verka i det tysta och låta andra lysa. Hon var en verklig förebild och vi är tacksamma att ha fått verka tillsammans med henne. Vi saknar henne mycket.

*Lotti Helström* ordförande Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi  
*Kerstin Nilsson*, ordförande Svenska Läkaresällskapet

# Mödradödsfall 2014

MM-ARG vill här presentera de fem mödradödsfall som inrapporterats under 2014. Tre kvinnor drabbades av plötslig hjärtdöd och två drabbades av hjärnblödning varav en hade HELLP-syndrom.

Vår målsättning när vi granskar och presenterar fallen är att som kollegor lyfta fram vad vi kan lära oss av dessa tragiska händelser. Vi ersätter inte granskning av IVO i de fall där detta är befogat. Det är oundvikligt att vi i denna presentation beskriver vård som ibland var suboptimal, men vi hoppas att vi gör det med full respekt för de avlidna och för all personal som var inblandad i de aktuella dödsfallen.

## Fall 1. Akut hjärtmuskelinflammation

Denna kvinna var en 29-årig förstföderska med typ 1-diabetes sedan 9 års ålder, känd hypothyreos, ansträngningsutlöst astma och BMI 30. Hennes graviditet och förlossning var komplikationsfria. Hon födde en gosse som var tung för tiden (3870 g) i vecka 37+4 och mor och barn skrevs välmående ut fyra dagar efter förlossningen.

Tjugosju dagar efter förlossningen fann maken sin fru livlös i sängen. Hon hade mått bra föregående dag. Hjärt-lungräddning påbörjades av räddningstjänsten som anlände efter ungefär 15 minuter och fortsatte på akutmottagningen under 85 minuter innan hon dödförklarades. Rättsmedicinsk obduktion utfördes och dödsorsaken bedömdes som akut hjärtmuskelinflammation. Det finns inget i journalen som signalerat att hon var sjuk innan hon plötsligt avled.

## Fall 2. Hjärtinfarkt

Denna tidigare friska kvinna var 35 år, förstföderska med BMI 23 och utan anamnes för hjärt-kärlsjukdom, hade en okomplicerad graviditet. Vid 39 veckors graviditetslängd gick vattnet och drygt två dygn senare inducerades hon med

Cytotec. Fosterläget bedömdes genom yttre palpation. När modermunnen var öppen 8 cm, konstaterades att barnet låg i sätesläge. Man beslutade då om akut kejsarsnitt som utfördes okomplicerat i spinalanestesi och med en blödningsmängd på 500 ml. Hb före hemgång var normalt (128 g/L). Postoperativa förloppet normalt och mor och barn skrevs ut välmående tre dagar efter förlossning.

Femton dagar efter förlossningen fick kvinnan plötsligt andningssvårigheter och tillkallade ambulans. Under transporten till sjukhuset fick hon hjärtstillestånd. Upplivningsförsök var resultatlösa och kvinnan avled. Rättsmedicinsk obduktion visade utbredd ischemisk myocardskada (hjärtmuskelskada på grund av syrebrist), men orsaken till hjärtinfarkten förblev okänd. Alla utförda kemiska, genetiska och virologiska undersökningar var negativa. Inte heller i kvinnans sjukhistoria fanns några ledtrådar. Induktionen var onödig då det var sätesbjudning, men det finns inget som talar för att induktion eller akut kejsarsnitt, eller de läkemedel som användes (Misprostol, Terbutalin, Diklofenak och Oxytocin i normala doser) skulle ha haft ett samband med dödsfallet två veckor senare.

## Fall 3. Intracerebral blödning

Detta var en 25-årig förstföderska med BMI 21 som var somatiskt frisk, men medicinerade med Sertralin 200 mg dagligen då hon led av depression och ångest som försämrats under graviditeten. I övrigt hade hon normal graviditet utan blodtrycksstegring. Förlossningen startade spontant i vecka 40+6 och förlossningen gick fint framåt tills modermun-

nen var öppen 6 cm. CTG-registreringen blev mer och mer påverkad och laktat i skalpprov steg till 4,0 varför man beslutade om kejsarsnitt som utfördes okomplicerat i spinalanestesi. Blödning 500 ml. Barnet fick Apgar 3-7-9 men hämtade sig snabbt och pH i navelartär var 7,11, BE -7,6. Kvinnan kom tillbaka till vårdavdelning 2,5 timmar efter operationen och var då helt vaken och opåverkad, hade full rörlighet, VAS 0 och blodtryck 115/45. Elva timmar efter kejsarsnittet blev kvinnan plötsligt tyst och blå och maken larmade personalen. Hon hade då hjärtstillestånd och hjärtlungräddning påbörjades, kvinnan återfick snabbt cirkulation men ingen spontanandning. Hon var djupt medvetslös (RLS 8) och fördes till IVA via röntgen där datortomografi visade en massiv intracerebral blödning med genombrott till ventrikler och helt upphävd cirkulation i hjärnan. Organdonation utfördes. Klinisk (partiell) obduktion visade intracerebral blödning i basala ganglierna höger sida med genombrott till ventrikelsystemet, men inget i förloppet synes kunna förklara det inträffade.

## Fall 4. Hjärtstillestånd med oklar orsak

Den fjärde kvinnan var en 38-årig förstföderska som blivit gravid med hjälp av IVF efter många års ofrivillig barnlöshet. Hon var 154 cm lång och hade BMI 29. I tidig graviditet hade hon ett högt blodtryck på 155/104, men under graviditeten låg blodtrycket mellan 115/85 och 133/88 utan medicinering. Med anledning av ett högt SF-mått gjordes en tillväxtkontroll i graviditetsvecka 32 som visade en viktavvikelse på +10%. Vid

vecka 40+0 inkom kvinnan till förlossningsavdelning med värkar sedan 18 timmar. Modernmunnen var då öppen 8 cm och huvudet stod ovan spinae. Tre timmar senare utfördes amniotomi i värkförstärkande syfte och tre timmar senare var modernmunnen retraherad. Ytterligare tre timmar senare startades ett Syntocinondropp för värkförstärkning. Efter 40 minuters krystning beslutades att förlossningen skulle avslutas med en sugklocka. En pudendusblockad lades och Syntocinondroppet höjdes i rask takt först till 300 ml/timme och sedan till 600 ml/timme. Då kvinnan fick en fyra minuter lång värkpaus gavs två bolusdoser (en bolusdos i detta fall = 1 ml av Syntocinon 8,3 µg/ml spätt med 9 ml NaCl). Efter tre dragningar med sugklockan och ett klocksläpp föds huvudet fram i vidöppen bjudning och därefter uppstod en skulderdystoci. Under tiden man försökte lösa skuldrorna upptäcktes att kvinnan blivit okontaktbar och man larmade för hjärtstillestånd. Efter att skuldrorna suttit i åtta minuter föddes en flicka med födelsevikt 4850 g och Apgar 1-2-3 som omhändertogs av neonatalteam. Mamman blödde sammanlagt 1500 ml. Hjärtlungräddning av mamman startades omgående av personalen på förlossningsrummet och narkospersonal tog över när de anlät. Åtta minuter efter hjärtstoppet återfick kvinnan spontan cirkulation och transporterades 2,5 timmar senare till intensivvårdsavdelning på universitetssjukhus. Där konstaterades en anoxisk hjärnskada efter hjärtstilleståndet. Kvinnan avled dag 6 efter förlossning. Rättsmedicinsk obduktion visade utbredd uttalad syrebristbetingad hjärnskada, men orsaken till hjärtstoppet kunde inte fastställas vid obduktionen. I det rättsmedicinska utlåtandet saknas uppgifter om att toxikologisk, genetisk eller fostervattenemboliutredning har utförts, vilket är olyckligt.

Detta fall illustrerar vikten av att göra en riskbedömning inför förlossningen och att denna riskbedömning behöver omvärderas av barnmorska i samarbete med läkare under förlossningens gång. I

detta fall fanns ett flertal riskfaktorer såsom att kvinnan var en äldre kortvuxen förstföderska med IVF-graviditet och högt SF-mått. När förlossningsförlopp avviker bör en bedömning av eventuella orsaker till detta göras. I detta förlossningsrum inträffade två katastrofer samtidigt, skulderdystoci och hjärtstopp. I denna situation brast övervakningen av mamman vilket sannolikt ledde till fördröjd start av hjärtlungräddningen. Denna kvinna fick stora mängder Oxytocin, som har en myokarddeprimerande effekt. Bolusdoser av Oxytocin bör undvikas, främst för att det kan vara skadligt för barnet. Kan ryggsläget och uppdragna ben lett till vena cava-syndrom som i kombination med höga doser Oxytocin bidragit till utgången?

#### **Fall 5. HELLP-syndrom**

En frisk 26-årig förstföderska med afrikanskt ursprung men som talade svenska hade en normal graviditet fram till vecka 25+2 då hon ringde till förlossningsavdelningen för att hon hade kräkningar och diarré. Hon hade ingen huvudvärk eller epigastriesmärta och misstänkte själv magsjuka. Kvinnan fick rådet att stanna hemma och återkomma vid eventuell försämring. En och en halv timme senare sökte hon på akutmottagningen och där uppmättes ett högt blodtryck på 177/105. Ytterligare en och en halv timme senare bedömdes kvinnan av infektionsläkare som kontaktade förlossningsjour. Kvinnan hade då förutom högt blodtryck, diarré och kräkningar även epigastriesmärta och hematuri. Blodtrycket togs om, och var då ännu högre, och man kom överens om att patienten skulle flyttas till förlossningen. Detta fördröjdes bland annat av att ett förlossningsrum behövde städas. Kvinnan transporterades från akutmottagningen till förlossningsavdelningen av en vaktmästare. I samband med att hon flyttades över i en säng på förlossningsrummet, ungefär fyra timmar efter ankomst till akutmottagningen, fick hon en generell kramp. Hon erhöll då magnesiumsulfat, bolusdos och infusion,

samt trandateinfusion då blodtrycket fortsatte vara högt, 200/110. Laboratorieprover försämrades snabbt, trombocyter sjönk från 177 på akutmottagningen till 100 fyra timmar senare och kreatinin steg på samma tid från 63 till 100, ASAT 20, ALAT 16,2, men APTT och PK inom referensvärden. Man bedömde detta som svår HELLP med eklampsi och beslutade om kejsarsnitt. I samband med att spinalanestesi lades sjönk blodtrycket från 180/110 till 130/90. Strax efter att kvinnan var förlöst men kejsarsnittet ej ännu avslutat kräcktes hon och krampade igen. Hon blev då intuberad och fick då ett blodtrycksfall till systoliskt 60. Efter avslutad operation flyttades hon till intensivvårdsavdelning där hon extuberas ca 1,5 timme senare. Hon var då orolig och plockig man observerade en svaghet i höger arm och kvinnan intuberas åter efter drygt tre timmar. Datortomografi hjärna utfördes och visade subaraknoidalt blod och ödem. Laboriemässigt så fortsatte trombocyter att sjunka till ett lägsta värde på 31, Hb sjönk också. ASAT/ALAT vänder med högsta värde 25 respektive 16,2, och kreatinin fortsatte att stiga. Patienten försämrades natten efter förlossning och kontinuerlig dialys inleddes. På morgonen hade hon dilaterade pupiller och medvetandegrad RLS 8. Neurokirurgerna försökte då på vitalindikation göra en hemikraniektomi för att lätta på trycket i hjärnan, men hjärnan fortsatte att svulla och man fick göra en resektion av hjärnvävnad. Patienten uppvisade kliniska tecken till upphävd cirkulation till hjärnan och diagnostiserades som hjärndöd. Organdonation av njurar och lungor utfördes. Obduktion visade att kvinnan även hade en hypertrof kardiomyopati.

Detta fall visar hur snabbt HELLP-syndrom kan progrediera. Snabb diagnos och behandling är central vid preeklampsi och HELLP. I detta fall fördröjdes behandlingen i flera steg, främst för att hon sökte på en akutmottagning och inte förlossningsavdelning. Det kan i ett akut skede vara svårt att veta vilket av tillstånden HELLP, TTP (trombotisk

trombocytopen purpura) eller HUS (hemolytiskt uremiskt syndrom) som en patient har drabbats av.

Vi vill påminna om att transport av svårt sjuka patienter mellan kliniker är en känd risksituation där man behöver bedöma hur patienten ska övervakas. MM-ARG har också diskuterat om en icke vaken patient som krampat två gånger bör genomgå datortomografi av hjärnan före extubering.

Vi vill tacka de kliniker som har delat med sig av journaler till de dödsfall som inträffat under 2014 och samtidigt be er informera oss i MM-ARG om det inträffat ett dödsfall under 2015 som kan ha haft samband med graviditet och förlösning.

*Arbets- och referensgruppen för mödras mortalitet, MM-ARG*

## Behövs Etik-ARG?

I förra Medlemsbladet kunde man läsa att Etik-ARG skulle vara vilande - i väntan på vad? Jag känner mig inte speciellt sömning eller vilande och skulle vilja säga att "ryktet om vår förestående död är starkt överdrivet"! Dock finns anledning till oro - Etik-ARGs ordförande avgick i somras efter att ha varit ordförande sedan 2008 och till mötet vi planerat till i början på hösten för att välja ny ordförande och sekreterare anmälde sig bara en medlem.

Föreningar och politiska partier i Sverige har de senaste åren fått uppleva en nedgång i medlemsantal, människor har inte tid att engagera sig. Är det likadant inom SFOG, har vi inte tid eller får vi inte tid, i dessa besparingstider?

Etik-ARG bildades 4 december 2006 och i protokollet skrevs då "en tvärgrupp som tematiskt kan spegla och pröva argument för SFOG och hjälpa till i ställningstagande, ett bollplank mellan AR-grupper och SFOGs medlemmar för argumentering och etisk analys."

I protokollet framhölls också att styrelsen har behov av en arbetsgrupp att kunna referera till i arbetet med myndigheter och andra aktörer.

På Etik-ARGs hemsida står: "Vi vill vara ett forum för etiska frågor inom reproduktiv hälsa, obstetrik och gyneko-

logi. Vi vill främja etisk debatt, reflektioner och analys inom vårt yrke."

Jag har varit sekreterare i Etik-ARG sedan 2013, en intressant, lärorik och spännande tid. De år jag varit med har mycket fokus legat på fosterdiagnostik, "soft markers" och NIPT men vi har även diskuterat surrogatmoderskap och abortgränser. De flesta av våra möten har varit i form av Tvär-ARG möten.

I takt med samhällsutvecklingen och förändringar i vården, speciellt i tider av ekonomisk åtstramning, tillkommer andra etiska spörsmål inom vår specialitet än de ovan nämnda, till exempel prioriteringsfrågor. I alla målbeskrivningar för ST-utbildningen poängteras av vikt av etik och etiska avväganden.

Det finns enligt mig bara ett svar på frågan i överskriften och det är JA! Tage Danielsson uttryckte det så elegant "utan tvivel är man inte riktigt klok".

Etik-ARGs nästa möte äger rum på Läkarsällskapet fredagen 26/2-16. Anmälan: [ingrid.bergelin@ltdalarna.se](mailto:ingrid.bergelin@ltdalarna.se) senast 15/2-16.

Välkomna!

*Ingrid Bergelin*

Sekreterare i Etik-ARG

## Har du bytt email-adress senaste året?

Vänligen skicka ett mail till kansliet och informera

om rätt e-mailadress.

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



# SPUR-inspektioner inom obstetrik och gynekologi

Hej kolleger!

Vi börjar schemalägga SPUR-inspektionerna fr.o.m. år 2016.

SFOG behöver säkerställa att vi följer SOSFS 2015:8 och SPUR-inspektera samtliga Sveriges kvinnokliniker som ansvarar för ST-utbildning av gynekologer vart 5:e år. Utbildningsnämnden, SFOG- och OGU-styrelse föreslår därför att vi följer Svensk Kirurgisk Föreningens förebild och börja schemalägga SPUR-inspektionerna [www.svenskkirurgi.se](http://www.svenskkirurgi.se) (-> utbildning-> SPUR). På det viset vet samtliga verksamhetschefer, studie-

rektorerna och andra involverade långt i förväg när deras klinik kommer att inspekteras och det blir lättare för SPUR-samordnaren och SPUR-inspektörerna att planera och fördela inspektionerna.

Idén har presenterats och godkänts på både studierektorsmötet och verksamhetsmötet under SFOG-veckan 2015 i Jönköping.

Enligt Lipus är det 41 kvinnokliniker som har ansvar för att utbilda ST-läkare

i obstetrik och gynekologi. Det betyder att vi skulle behöva genomföra cirka 8 SPUR-inspektioner per år.

I sammanställningen nedan kan ni se när er klinik planeras för nästa SPUR-inspektion. Exakt datum kommer man överens om med "sitt" SPUR-inspektörspår när det närmar sig inspektionen! Mera information om hur en SPUR-inspektion går till hittar ni under: [www.lipus.se](http://www.lipus.se) (-> SPUR). I spalten till

höger finns samtliga SPUR-rapporter publicerade.

### Vi behöver bli fler SPUR-inspektörer

För att säkerställa att vi kan genomföra cirka 8 SPUR-inspektioner per år skulle vi behöva vara runt 20 aktiva SPUR-inspektörer. Även om det är fler kolleger som har gått utbildningen, så är det 9 personer som just nu är aktiva inspektörer, dvs vi behöver bli fler!

Alla ni som är eller har varit studierektor, verksamhetschef, ST-chef, suttit i OGU-styrelsen, utbildningsnämnden eller som helt enkelt är intresserade i att vi får en välutbildad ny generation gynekologer, hör av er till Lipus eller SPUR-samordnaren! Även ni som är i slutet av er ST kan inspektera.

Utbildningen till SPUR-inspektor tar en dag och organiseras via Lipus som också står för resekostnaderna [www.lipus.se](http://www.lipus.se) (-> SPUR).

### Genomförda och planerade SPUR inspektioner

Tabellen nedan och all information om SPUR-verksamheten kommer framöver att publiceras på SFOGs hemsida ([www.sfog.se/start/utbildning/](http://www.sfog.se/start/utbildning/)).

### Hör av er till

#### SPUR-samordnaren om:

- ni ser att er klinik saknas eller att ni finns med inte längre utbildar ST-läkare!
- ni redan nu vet att året som ni är schemalagda inte kommer att fungera för er!
- ni behöver SPUR-granskas tillsammans med en av dem övriga kliniker på listan eller om ni inom er Landsting har önskemål att SPUR granska samtliga kliniker samtidigt!

Verena Sengpiel, SPUR-samordnare

([verena.sengpiel@obgyn.gu.se](mailto:verena.sengpiel@obgyn.gu.se))

Mahsa Nordqvist, ordförande OGU

Jan Brynhildsen, utbildningssekreterare

SFOG

Lotti Helström, ordförande SFOG



Klinik		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Blekinge, Karlskrona			■								■
Borås, SÅS			■								
Eksjö							■				
Eskilstuna, Mälarsjukhuset									■		
Falun	2008										
Gävle								■			
Göteborg, SU	2005								■		
Halmstad						■					■
Helsingborg			■								
Hudiksvall								■			
Jönköping			■								■
Kalmar									■		
Karlskoga/Örebro											
Karlstad						■					■
Kristianstad/Ystad			■				■				
Linköping								■			
Lycksele										■	
Malmö/Lund			■								
Norrköping											
Nyköping											
Skaraborg, Skövde, Skas										■	
Skellefteå	2008										
Sollefteå (med Övik o Sundsvall)			■						■		
Sthlm Danderyd	2006							■			
Sthlm Karolinska (Huddinge/Solna)	2007							■			
Sthlm Södersjukhuset	2004	■								■	
Sthlm Södertälje									■		
Sunderbyn, Luleå											
Sundsvall (med Övik och Sollefteå)		■							■		
Trollhättan, NÄL										■	
Umeå	2006								■		
Uppsala	2007								■		
Varberg					■						■
Visby, Gotland									■		
Värnamo											■
Västervik	2006								■		
Västerås	2008				■						■
Växjö	2007									■	
Örnsköldsvik (med Sundsvall o Sollefteå)		■							■		
Östersund	2005							■			
Örebro	2007							■			
Antal inspektioner/år		4	6	0	1	3	8	9	9	8	8



**OGU-dagarna 2016 18-19 april**

**Vulva Delmål 8**

**Benigt/Malignt/Hudåkommor  
STI/Omskärelse/Sexologi**



**STIFTELSEN**  
FÖR UTBILDNING  
OCH UTVECKLING  
INOM OBSTETRIK  
OCH GYNEKOLOGI

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

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



## OGUs ordförande informerar

### *Kära medlemmar!*

Jag var nog knappt fyra år gammal när min mor för första gången bad mig att vara "tung". Ordet tung är en direkt översättning av det persiska ordet "sagin" som innebär "värdigt beteende". Definitionen på värdigt beteende för en dam är att inte synas och inte höras, sitta fint ihop med benen och vara foglig. Min mor hade själv vuxit upp under mormors mantra: "En kvinna ska bära sina känslor i sin skoklack och trampa på dem varje gång hon tar ett steg." Mellan tänderna väste min mor fram "var tung", titt som tätt. Det var någonting fint med att bete sig fogligt, att infinna sig i en norm. På samma sätt som en svensk mamma lär sitt barn normen att inte prata högljutt, var det en självklarhet för min mor att lära mig normen hur en dam betar sig "värdigt". Jag minns hur jag med hela min 4-åriga kropp kände mig stolt över att jag lärde mig att "vara tung". 11 år senare stod jag utanför porrbutikerna i Borås och skrek ut feministiska låtar samt skrev och regisserade feministiska pjäser. Som 7-åring flyttade jag till Sverige med mina föräldrar som var snabba på att lära om och lära rätt när det kommer till kvinnorättsfrågor och jämlikhet. Detta gällde inte alla mina vänners föräldrar. Jag minns fortfarande med sorg hur en av mina väninnor som brukade bära själ, en kväll lurade sina föräldrar, tog av sig sjalen och följde med oss på mellanstadie-disco. Hennes mor kom till disco och

inför alla drog ut henne därifrån med ett stadigt grepp om henne hår. Några år senare åkte de till hemlandet där hon giftes bort. En annan vän brukade bli misshandlad hemma av sin far för att hon enligt honom inte betedde sig tillräckligt "tungt". Hon var länge kär i en svensk bartender men gifte sig med kusinen från hemlandet.

Senaste tiden har det varit en debatt om gynekologer som gör "oskuldskedömmingar" och "rekonstruerar" hymen. Å hela OGU-styrelsens vägnar vill jag förmedla hur oerhört viktigt det är att vi gynekologer inte bara deltar i utan leder den debatten. Vi måste lyfta fram vikten av korrekt information för att inte bidra till hederskulturens överlevnad. Samtidigt måste vi känna till komplexiteten bakom så att vi kan skydda våra patienter och vara deras stöd, tröst och advokater när de behöver oss. Det finns ingen annan samhällsaktör som så tydligt kan ha den stödjande funktionen för den utsatta kvinnan som vi kan ha.

I detta nummer av Medlemsbladet kan ni läsa resultatet från enkäten där vi jämför Falun Lasarett där man har en strukturerad kirurgisk träning, med en klinik som saknar strukturerad kirurgisk träning, i första hand för att kunna identifiera fallgroppar med Faluns modell "gynsatsningen". I nästa års OGU-enkät kommer en liknande jämförelse att göras på nationell nivå, så missa inte att svara på

den! När det gäller kirurgisk träning har utbildningsnämnden tagit fram appendix till checklistorna där man tydligare kan läsa vilka operativa ingrepp som ska läras självständigt respektive under handledning, detta kommer att publiceras på sfog.se inom kort.

Slutligen vill jag tipsa er om att anmäla er till NFOG-kongressen 2016 som äger rum i Helsingfors i Finland, där man ordnat ett suveränt förkongressprogram. Abstrakt kan skickas in redan nu! Är du sugen på kulturellt utbyte så missa inte ENTOG utbytet i Istanbul nästa år i maj. I samband med EBCOG kongressen har du även möjlighet att skriva EBCOG OBGYN exam. Kontakta Ida Bergman eller Anna-Karin Jakobsson för mer info. Deras kontaktuppgifter hittar du på ogu.se.

Er Ordförande  
*Mahsa Nordqvist*

# Specialistexamen 2016

## Göteborg 18-20 maj 2016

Välkommen att anmäla dig till specialistexamen 2016. Skriftlig tentamen är onsdag 18/5, praktiskt prov torsdag 19/5 och presentation av ST-arbeten fredag 20/5.

### Observera!

- En avgift på 10 000 kronor att faktureras. Ange faktureringsadress i din anmälan.
- Komplet ansökan krävs inklusive slutversion av ST-arbetet för giltig anmälan.
- ST-arbetet skall skickas som en enda fil, eventuella bilagor skall inkluderas i detta enda dokument, gärna som PDF. Benämnen filen med ditt namn, sjukhus och ort.

**Anmälan OCH ST-arbete skickas senast 1 mars 2016** till kansliet@sfog.se. Besked om man kommit med kommer cirka en vecka efter sista anmälningsdatum.

För den/de som önskar att anordna ett diagnostiskt test på hemmakliniken finns precis som tidigare möjlighet att få skrivningen mailad 18/5 kl 10.30. Kontakta Anja Andersson (anja.andersson@gu.se). Facit skickas därefter ut 15.30.

# Strukturerad kirurgisk träning

Ett välkänt problem inom kirurgiska specialiteter är att antalet kirurgiska ingrepp minskar samtidigt som vi blir fler läkare på klinikerna. OGU har under de senaste 3 åren haft fokusområdet ”strukturerad kirurgisk träning under ST-utbildningen”, som startade med kampanjen ”Ge kniven vidare”. Detta är ett långsiktigt arbete som nu börjat ge resultat och därför har vi beslutat att fortsätta driva frågan de närmaste åren med början i form av en utvärdering i nästa års OGU-enkät. Där kommer vi att kunna se om det idag är fler kliniker i Sverige som infört en strukturerad träning, vad det har haft för effekt och vilka delar vi behöver jobba mer med. Inför arbetet med enkätfrågorna har vi gjort en förstudie där vi ville jämföra en klinik med en strukturerad kirurgisk träning med en klinik i samma storleksordning utan samma strukturerade upplägg. Den enda kvinnokliniken i Sverige vid den tidpunkten som hade en strukturerad kirurgisk utbildning var Falu Lasarett där man sedan ca 8 år bedrivit ”Gynsatsningen” som i ”Ge kniven vidare” kampanjen lyfts upp som ett gott exempel på kirurgisk träning. Vi skickade ut förfrågan till olika kvinnokliniker i Sverige med frågan att genomgå en enkätundersökning bland alla läkare på kliniken avseende den kirurgiska träningen. Tyvärr tackade många verksamhetschefer nej men vi fick ett ja från Norra Älvsborgs Läns kvinnoklinik (NÄL).

Bakgrunden till förstudien är även att vissa ST-läkare som ville arbeta för att införa en strukturerad kirurgisk träning på sin klinik i olika delar av landet mötte motstånd. Detta motstånd hade motivationen att många specialister och överläkare i Falun inte var nöjda med att de förlorade så mycket operationstid till ST-läkare och att en strukturerad kirurgisk träning för ST-läkare kunde innebära mindre operationstid till övriga läkarkollegiet. Kvinnokliniken vid Falu Lasarett har ca 30 anställda läkare varav ca 10 ST-läkare och fördelningen ser ungefär likadan ut på NÄL. På NÄL har man sedan en tid tillbaka haft arbetssättet att fokusera på underläkare på operation och till så stor del som möjligt ha en ST-läkare som första operatör men man har inte på pappret en definierad period där ST-läkaren bara går på gynavdelning och operation som man i Falun har genom ”Gynsatsningen” som löper under 4 månaders tid.

Resultaten från enkäterna visar att majoriteten av alla läkare var nöjda med sin kirurgiska kompetens. Majoriteten på båda klinikerna var missnöjda med operationstiden. Om man delade upp ST-läkare och specialister så kvarstod detta mönster i båda grupperna, däremot var det en större andel av specialisterna som var nöjda med sina kirurgiska färdigheter i förhållande till förväntad kompetensnivå jämfört med ST-läkarna.

Slutsatsen av enkäten var att det inte

var någon skillnad i nöjdhet vare sig hos specialister eller ST-läkare mellan NÄL och Falun och påståendet om att det uppstår missnöje hos övriga läkarkollegiet på grund av en strukturerad kirurgisk träning har ingen grund, åtminstone inte om man jämför Falun och NÄL i denna första enkät. Sedan denna enkät genomfördes har fler kliniker i landet infört sina egna former av strukturerad kirurgisk träning. Det som blir spännande med den kommande nationella enkäten, till både ST-läkare och specialister, är att utvärdera vilka effekter strukturerad kirurgisk träning har på den operativa verksamheten på kvinnoklinikerna i Sverige som helhet.

Arbetet med att utvärdera enkäten kommer även förenklas då de kirurgiska målen under ST-utbildningen nu tydliggjorts i form av ett appendix till checklistorna som utarbetades vid utbildningsnämndens förra möte i oktober. Detta hoppas vi i OGU kommer att leda till en större tydlighet i vilken kirurgisk kompetens som förväntas hos ST-läkaren och att detta kan underlätta i upplägget av den kirurgiska träningen under ST.

*Lina Bergman, Anna-Karin Jacobsson och Paulina Arntyr Hellgren för OGU-styrelsen.* ■

# GKR – Gyn-KvalitetsRegistret – utdrag ur Årsrapport 2014

Fram till och med september 2015 har mer än 63 000 operationer registrerats i GKR, varav drygt 10 500 under 2014. GKR har moderniserats ytterligare så att man nu ännu snabbare och enklare kan fylla i operationsformulären vid typoperationer. Det tar knappt 1 minut att fylla i både den preoperativa bedömningen och operationsformulären för en typisk inkontinensoperation. Två till sjukhus har anslutit sig till GKR. I denna rapport redovisas bland annat skillnader mellan de olika sjukhusens operationsmetoder för hysterektomier; både rörande laparotomier vs minimalinvasiva metoder men också skillnader mellan totala och subtotala (supravaginala) hysterektomier. Skillnader i vårdtider vid urogynekologisk kirurgi redovisas också. Man kan notera ett tydligt trendbrott inom framför allt ovarialcancerkirurgin. KS Solna visar nu internationellt konkurrenskraftiga resultat när det gäller makroskopisk radikalitet vid invasiv ovarialcancer stadium III–IV tack vare ett intensivt arbete att höja den kirurgiska kompetensen.

Enkätanternas problematiken på några kliniker är så omfattande att man över huvud taget inte kan bedöma deras resultat. Problemen rör framför allt urogynekologisk kirurgi där det både finns en preoperativ och två postoperativa enkäter. För GKR-klinikerna gemensamt fylls cirka 60–65% av enkäterna i jämfört med hela rikets genomsnitt på 79,8% (ur Öppna jämförelser). För urogynoperationerna är i genomsnitt 49% av enkäterna inte utskickade eller obesvarade. Den höga andelen obedömda enkätsvar är också ett stort problem för några kliniker. Patienter erbjuds kontakt i den postoperativa enkäten. Om svaren lämnas obedömda luras patienten att tro att en kontakt kommer att ske.

**Kerstin Palm;** bitr överläkare  
Karolinska Huddinge,  
systemutvecklare GKR

Kvartalsrapporter har skickats ut under året och data exporteras till GynOp-registret samt ingår i Öppna jämförelser. Svenska Kvalitetsregistret för Gynekologisk Cancer har haft svårigheter att ta emot data men detta håller på att förbättras. Många användare har börjat göra egna rapporter i GKR's Rapportmodul. Sjukhusen som deltar i GKR är:

DS	Danderyds Sjukhus
Karlstad	Centralsjukhuset i Karlstad
KS S	Karolinska Universitets-sjukhuset Solna
KS H	Karolinska Universitets-sjukhuset Huddinge
Nacka	Aleris Nacka
NTS	Norttälje Sjukhus
Octavia	Octaviakliniken
GynSthlm	GynStockholm, S:t Göran
Sabb	Aleris Sabbatsberg
SLH	Södermalms Läkarhus
Sös	Södersjukhuset
STS	Södertälje Sjukhus
Ultragyn SH	Ultragyn Sophiahemmet
Visby	Visby lasarett

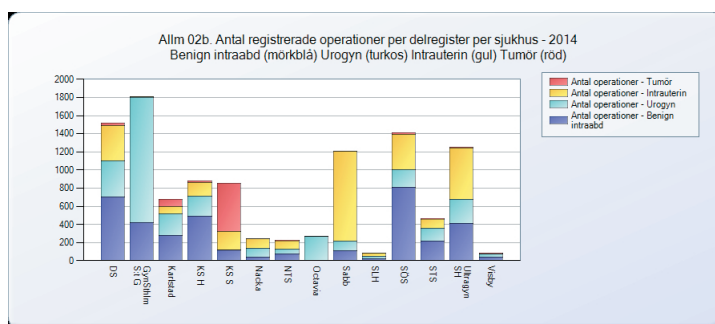
## Delregistret för benign intraabdominell kirurgi (BIA)

Andelen hysterektomier med blödningsmängd över 500 ml var < 10% på GynSthlm, Karlstad, KS S. På KS H, NTS, Sabb, Ultragyn och Visby låg andelen mellan 10 - 20%. På DS, Sös och STS var motsvarande siffror strax över 20%. I genomsnitt gavs antibiotikaproylax vid 91% av de benigna hysterektomierna. Visby och Södertälje har lägst andel (70% resp 78%), Ultragyn Sophiahemmet och Karlstad högst (99% resp 97%). Kirurgisk behandling av extrauterina graviditeter utförs enbart på akutsjukhusen. Konvertering från laparoskopi till laparotomi sker relativt sällan (2-3% på DS, Karlstad och KS H, 4% på Sös). Fler konverteringar noteras på de övriga akutsjukhusen, som mest 30% i Visby (n = 10), 13% på KS S och 9% på STS.

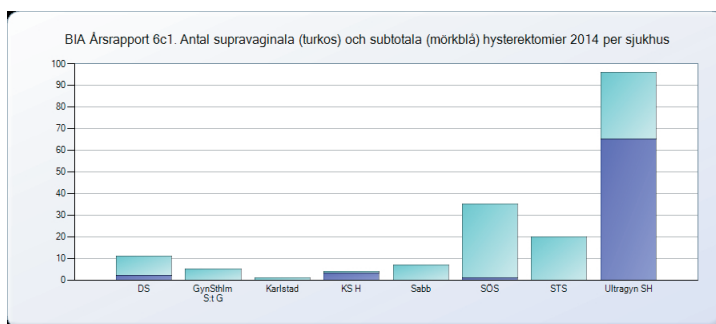
Subtotala öppna/supravaginala laparoskopiska operationer utförs i huvudsak på Ultragyn Sophiahemmet, Södersjukhuset och Södertälje Sjukhus, endast undantagsvis på övriga sjukhus (bild 2).

De sjukhus som har högst andel minimalinvasiv teknik vid hysterektomi är GynStockholm, Ultragyn SH och KS Huddinge (bild 3).

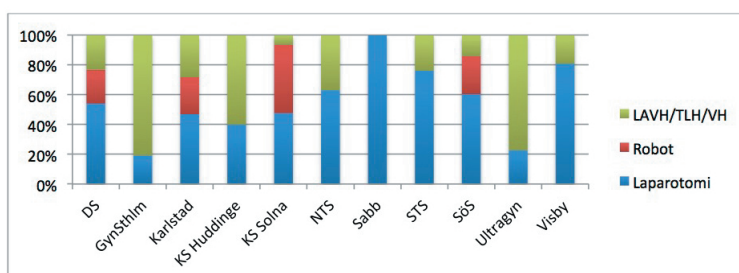
**Bild 1:** Antal registrerade operationer (n) per delregister och sjukhus 2014.



**Bild 2:** Antal (n) supravaginala (ljusblå) via laparotomi och subtotala (mörkblå) laparoskopiska hysterektomier 2014.

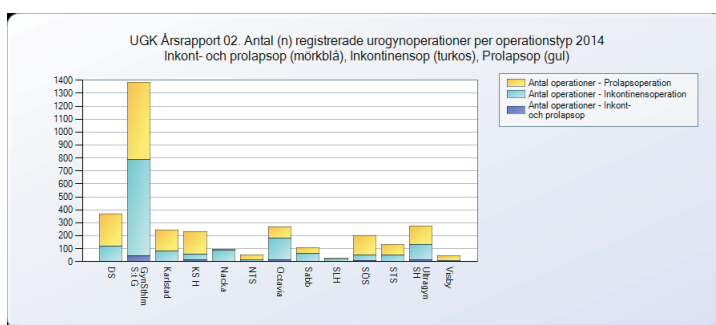


**Bild 3:** Fördelning av hysterektomitekniker (%) per sjukhus 2014. LAVH (lap.ass.vag.hyst.), TLH (tot.lap.hyst.), VH (vag.hyst.)



## Delregistret för urogynekologisk kirurgi (UGK)

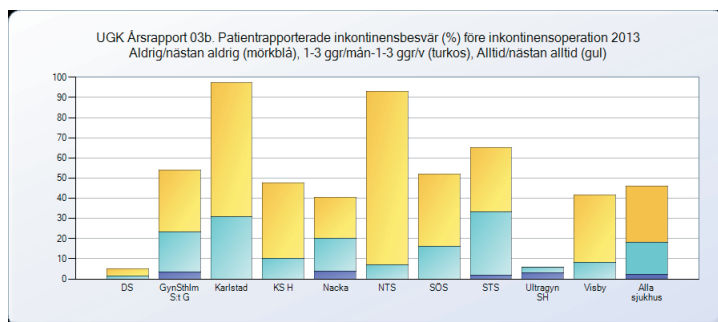
**Bild 4:** Antal urogynoperationer (n) per operationstyp 2014.



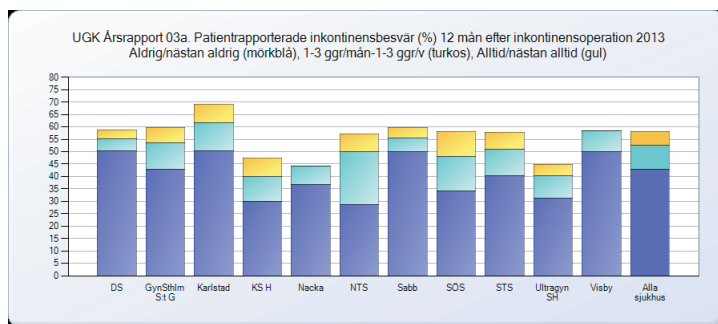
För att jämföra inkontinensbesvären före och efter operation kan svaren i den pre- respektive postoperativa enkäten jämföras. Det stora bortfallet av enkätsvar, framför allt i den preoperativa enkäten, måste tas i beaktande. Flera sjukhus har i stort sett inga ifyllda preoperativa patientenkäter medan Karlstad och Norrtälje har nästan 100%. I genomsnitt är endast drygt 45% av enkäterna ifyllda.



**Bild 5:** Andel patientuppgivna inkontinensbesvär (%) före inkontinensoperation 2013. Avståndet mellan stapeln och 100 % visar antalet ej utskickade/ ej ifyllda enkäter. Antal operationer: Visby n = 12, NTS n = 14.

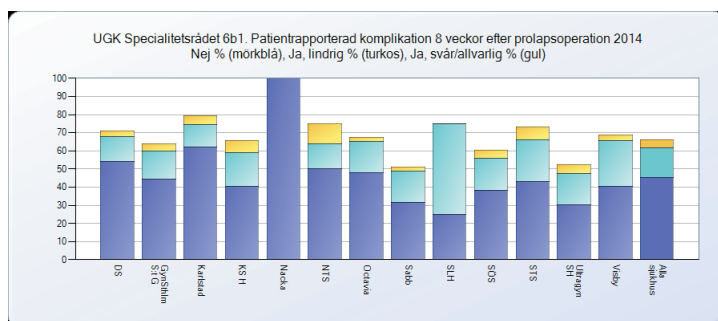


**Bild 6:** Andel patientrapporterade inkontinensbesvär (%) 12 mån efter inkontinensoperation 2013. Avståndet mellan stapeln och 100% visar antalet ej utskickade/ ej ifyllda enkäter. Antal operationer: Visby n = 12, NTS n = 14.

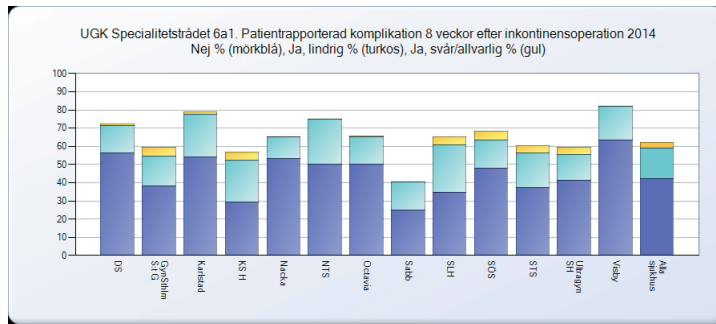


I Sverige opereras årligen ca 6 500 patienter för genital prolaps och 3500 för urininkontinens.

**Bild 7:** Patientrapporterad komplikation (%) 8 veckor efter prolapsoperation 2014. Avståndet mellan stapel och 100 % anger andelen ej utskickade/obesvarade enkäter. Ju lägre stapel desto större andel tomma enkäter. Antal op: Nacka n = 1, SLH n = 4.

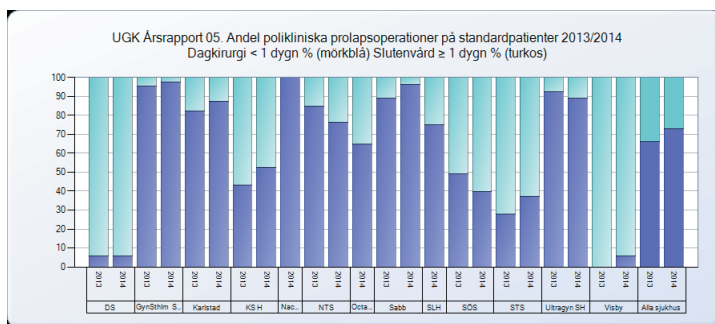


**Bild 8:** Andel (%) patienter som rapporterat komplikation 8 veckor efter inkontinensoperation 2014. Avståndet mellan stapel och 100% anger andelen icke utskickade/obesvarade enkäter. Antal operationer: Visby n = 11, NTS = 16, SLH = 23.



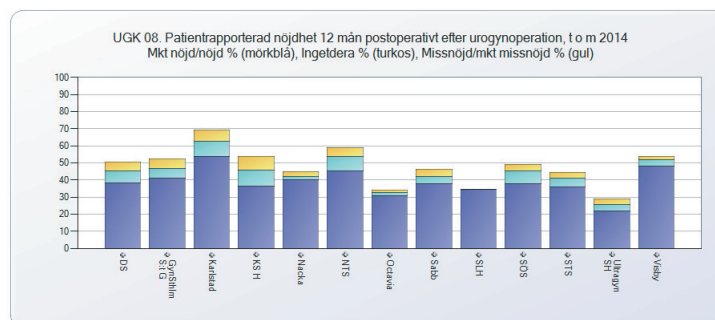
I medeltal utförs 61% av alla prolapsoperationer i dagkirurgi 2014. Andelen är högre, > 70%, vid operation av "standardpatienter" (ålder ≤ 80 år, ASA 1-2, BMI < 35, uterus kvar, ej tidigare urogynop) men varierar mycket mellan sjukhusen (bild 9).

**Bild 9:** Fördelning dagkirurgi/slutenvård vid prolapsoperationer på "standardpatienter" 2013/2014. Antal operationer: Nacka n = 1 (2014), SLH n = 4 (2014), Visby n = 17 (2014), NTS n = 20 (2013), n = 17 (2014).



I bild 10 beskrivs nöjdhetsgraden hos patienter 12 mån efter alla typer av urogynekologiska operationer som utförts fram t o m 2014. I genomsnitt är 49% av enkäterna dock tomma.

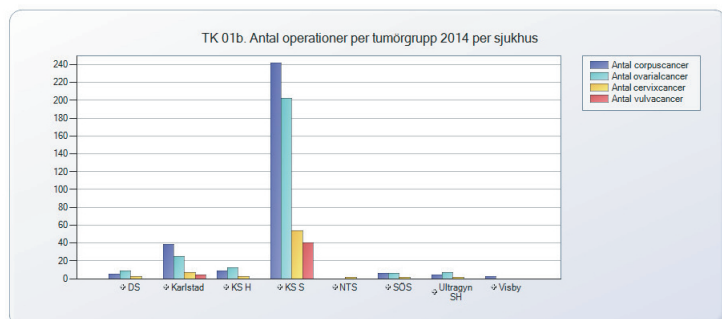
**Bild 10:** Patientrapporterad nöjdhet efter alla typer av urogynoperationer (%) 12 mån postoperativt, utförda t o m 2014. Avståndet mellan stapeln och 100% visar andelen ej utskickade/lej besvarade enkäter. Antal operationer: SLH n = 29.



Ultragyn SH och Södermalms Läkarhus, SLH, har vardera 72% tomma enkäter. SLH har opererat 29 patienter, 21 enkäter är tomma.

## Delregistret för tumörkirurgi (TK)

**Bild 11:** Antal canceroperationer fördelat per cancertyp. Inklusiva borderlinetumör, exklusive icke-gynekologisk cancer, per sjukhus 2014.



Andelen primäroperationer jämfört med fördröjd primärkirurgi 2012 jämfört med 2013 och 2014 har ökat kraftigt på Karolinska Solna, från 70% (2012) till 76% (2013) och under 2014 utfördes 96% av operationerna primärt och endast 4% som fördröjd primärkirurgi. Motsvarande år ändrades siffrorna i Karlstad från 78% till 57% för att 2014 öka till 78% igen. Vid invasiv ovarialcancer (OC) st III-IV var 65% av operationerna makroskopiskt radikala på Karolinska Solna (n = 78) och i Karlstad var motsvarande siffra 40% (n = 10). Kirurgin på KS Solna har blivit mycket mer omfattande, se tabell 1.

**Tabell 1:** Utvidgad kirurgi vid invasiv OC med diagnosdatum 2014, antal operationer: KS Solna n = 96.

Karolinska Solna	Nej	Ja
Bakre exenteration	93	3
Splenektomi	76	20
Ventrikelresektion	94	2
Leverresektion	95	1
Tunntarmsresektion	87	9
Blåstresektion	94	2
Diafragmaresektion	83	13
Cystektomi	96	0
Kolonresektion	71	25
Rektumamputation	86	10

Subdiafragmal peritonektomi utfördes vid 32 av 72 operationer vid invasiv ovarialcancer st III-IV vid tumör > 0,5 cm i övre delen av buken på Karolinska Solna. Peritonektomi i bäckenet utfördes på samma patientgrupp vid 37 av 72 operationer på KS S och vid två av åtta operationer i Karlstad.

*Kerstin Palm*

Bitr överläkare Karolinska Huddinge

Systemutvecklare GKR

Kerstin.Palm@karolinska.se

# Prof. Saemundur Gudmundsson and Prof. Per Olofsson

# Valedictory Symposium

## February 05, 2016

**Venue: Jubileumsaulan, Medicinskt Forsknings Centrum,  
Plan 1, Skånes Universitetssjukhus,  
Malmö, Sweden**

**12:00 - 12:30** Gathering, coffee

12:30 - 12:40 Introduction  
*Lil Valentin and Karel Maršál*

12:40 - 13:10 Caesarean section - an evolving story  
*Michael Robson*

13:10 - 13:40 Fetal cardiac interventions  
*Gerald Tulzer*

13:40 - 14:10 The hypoperfused fetal liver  
*Torvid Kiserud*

14:10 - 14:40 Medical drugs during pregnancy and risk for congenital malformations  
*Karin Källén*

**14:40 - 15:10** Refreshments

15:10 - 15:40 Writing and publishing in today's world  
Reynir Geirsson

15:40 - 16:10 How to prevent growth retardation among PhD candidates  
Birgitta Essén

16:10 - 16:40 Influence of friendship on Doppler ultrasound in pregnancy  
*Mariusz Dubiel*

16:40 - 17:10 Flow and gases around a professor  
*Nana Wiberg*

### Speakers:

<i>Michael Robson</i>	Professor	Dublin, Ireland
<i>Gerald Tulzer</i>	Professor	Linz, Austria
<i>Torvid Kiserud</i>	Professor	Bergen, Norway
<i>Reynir Geirsson</i>	Professor	Reykjavik, Iceland
<i>Mariusz Dubiel</i>	Professor	Bydgoszcz, Poland
<i>Karin Källén</i>	Professor	Lund, Sweden
<i>Birgitta Essén</i>	Associate professor	Uppsala, Sweden
<i>Nana Wiberg</i>	MD, PhD	Lund/Malmö, Sweden



## Vi ses i Örebro nästa år!

Kvinnokliniken på Universitetssjukhuset i Örebro och Örebro universitet hälsar dig välkommen till SFOG-veckan 2016 på Conventum Kongress - mitt i Örebro city och med gångavstånd till allt.

Planeringen av både det vetenskapliga och det sociala programmet pågår. Boka vecka 35, 2016 redan nu!



# Violence exposure among Swedish youth

## Abstract

Date of publication  
18 September, 2015

## Background

Violence is a global public health problem and violence among youth is a matter of high priority. Adolescence and young adulthood are important periods for the foundation of future health. Youth victimization may have serious health consequences, making it important to address the occurrence and socio-medical context for possible interventions against violence.

## Aims

To analyze prevalence, risk patterns and gender differences in emotional, physical, sexual, and multiple-violence victimizations and the associations between violence victimization and sexual ill health, sexual risk behaviors and mental health in Swedish youth.

## Methods

A cross sectional study using two samples, a national sample from nine youth health centers in Sweden and a population-based sample from a middle-sized Swedish city. The questionnaire included standardized instruments addressing violence exposure (NorAQ), socio-demographics, mental and sexual ill-health and

**Helena Blom**, Med Dr, institutionen för klinisk vetenskap, Obstetrik och Gynekologi, Umeå Spec läk, Kvinnokliniken, Länsjukhuset Sundsvall-Härnösand  
*Huvudhandledare: Ingela Danielsson*

sexual risk behaviors, alcohol and substance use. Proportions and crude and adjusted odds ratios with a 95% CI were calculated.

## Results

A total of 2,250 young women and 920 men, aged 15-23, answered the questionnaire at the youth health centers. In upper secondary school, 1,658 women and 1,589 men, aged 15-22, answered the questionnaire.

High prevalence rates with gendered differences both in rates and in co-occurrence of different types of violence were found. Women were more often exposed to emotional violence and sexual violence than men, while men were more often physically victimized. For both women and men, violence victimization before the age of 15 was strongly associated with all types of violence victimizations during the past year.

Strong associations were found between multiple-violence victimization and poor mental health in both genders. Among the sexually experienced students, consistent associations between lifetime multiple-violence victimization and various sexual ill-health and sexual risk behaviors were found in both genders, except for non-contraceptive use.

## Conclusions

High prevalence of violence victimization in youth and strong associations between victimization, especially multiple victimization, and poor mental and sexual health were found. This needs to be recognized and addressed in social and medical settings.

Key words violence; adolescent; self-injurious behaviour; suicidal ideation; mental health; reproductive health; youth

Den elektroniska publiceringen av avhandlingen kan nås via nedanstående länk:  
<http://umu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A849030&dswid=-4211>

# Graviditet efter Gastric Bypass operation

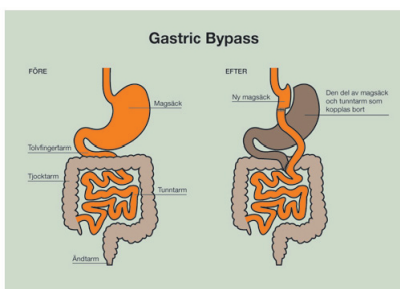
## Bakgrund

Gastric bypass (GBP) är den i Sverige vanligaste och mest väldokumenterade operationsmetoden mot fetma. Huvudanledningen till att denna operationsmetod är så framgångsrik är att den ger de bästa långsiktiga resultaten av viktning (SOS studien) (1).

I takt med att fetman ökar generellt hos befolkningen har antalet gastric bypass operationer ökat och även antalet kvinnor i fertil ålder som blir gravida efter GBP. Enligt Socialstyrelsens statistikdatabas genomfördes det inom svensk slutenvård 8600 GBP-operationer under år 2011, varav 3262 på kvinnor i fertil ålder (15 - 49 år).

GBP-operationen innebär att man sparar en liten ficka av magsäcken (20-30 ml volym) och kopplar tunntarmen direkt till den så kallade alimentära/nybildade magsäcksfickan. Den frikopplade magsäcken och tolvfingertarmen ihopkopplas med tunntarmen ca 1 meter bortom den lilla magsäcksfickan vilket gör att maten där möter magsafter, galla och bukspottkörtelenzymer. Enbart små mängder krävs för att fylla magsäcksfickan och mättnadssignal skickas tidigt till hjärnan vilket får viktning som följd.

Figur 1



**Elisabeth Vock**, specialläkare KK Södersjukhuset  
*Vetenskapliga handledare:*  
Huvudhandledare och medförfattare:  
Rebecka Kaplan Sturk, specialistläkare Oxbackskliniken Kvinnohälsan  
*Bihandledare:*  
Marie Bixo, professor vid Umeå universitet  
Josefine Nasiell, med dr, överläkare KK Karolinska universitetssjukhuset Huddinge  
Mikael Wirén, bitr professor, överläkare, kirurgkliniken Norrköping/ Hälsouniversitetet Linköping

Målet med kirurgin är att uppnå antingen en 30% reduktion av den initiala kroppsvikten, eller en reduktion på 70% av övervikten, alternativt en minskning på 10 BMI-enheter. Malabsorption av födoämnen föranleder en livslång substitution av vissa vitaminer, mineraler och spårämnen.

## Syfte

Arbetets syfte är att ge en översikt av den i dagsläget tillgängliga kunskapen inom ämnena, fertilitet, födelsevikt, kirurgi-konceptionsintervall, viktökning under graviditet, substitution vid näringsbrist, gestationell diabetes mellitus, hypertensiv sjukdom under graviditet, kejsarsnitt, överföring av övervikt till nästa generation och akuta komplikationer under graviditet samt postpartumperioden hos kvinnor som genomgått GBP-operation, vilket utmynnat i ett PM (vårdprogram) på Södersjukhusets kvinnoklinik.

## Metod

Arbetet är en litteraturgranskning av studier och vetenskapliga artiklar som undersökt graviditetsutfallet hos kvinnor som genomgått en GBP-operation. Alla studier under tidsspannet 1982-2013 som utvärderat sambandet mellan graviditet och GBP blev underlag för arbetet. Sökningen på 9 söksträngar genomfördes i PubMed med korrekta Mesh termer både som "Mesh major topic" samt som fritextsökningar. De relevanta artiklarna filtrerades ut med hjälp av tydliga inklusions- och exklusionskriterier. Det bör påpekas att ingen prospektiv kohortstudie hittades. Sökningen identifierade en enda RCT (randomiserad kontrollerad studie), ett fåtal fall kontroll studier och retrospektiva studier. Huvudsakligen ledde sökningen till fallrapporter och reviews.

Huvudfokus för denna litteraturgranskning var området "akuta buksmärter efter GBP operation". Eftersom ämnet är så brett har jag i denna artikel till Medlemsbladet valt att redovisa enbart resultatdelen om de akuta komplikationerna där det enbart hittades fallrapporter.

## Resultat

### Akuta buksmärter under graviditet efter GBP operation

Buksmärtor under graviditet är inte ovanligt och utgör fortfarande en utmaning för läkaren på grund av dess olika etiologier. De vanligaste kirurgiska orsakerna till akut buk under graviditet inkluderar akut appendicit, gallsten och akut cholecystit (Tabell1). Hos gravida som genomgått GBP bör man utöver dessa ha ytterligare differentialdiagnoser i åtanke. Till följd av ett förhöjt intraabdominellt tryck

under graviditeten, löper denna patientkategori en ökad risk för inre bråck, volvolus, gastrointestinal blödning och tunntarmsstenoser. Dessa komplikationer kan uppstå lång tid efter genomgången GBP-operation. En av de vanligaste komplikationerna är bildandet av inre bråck, vilket ibland kan leda till tunntarmsskador som kan vara livshotande (2).

Obstetrikern måste vara förtrodda med den långsiktiga risken för komplikationer efter GBP hos gravida patienter och behöver även vara medvetna om att symtomen kan te sig atypiskt.

Nedan följer tabell 1 som visar vilka

möjliga differentialdiagnoser man bör ha i åtanke. Den farligaste av dem är inre bråck vilket beskrivs mer djupgående i nästa avsnitt.

**Inre bråck**

Hos icke-gravida är förekomsten av inre bråck efter laparoskopisk och öppen GBP operation 0.2 – 5% respektive 1–4.7% (3-5).

Inre bråck uppdrags ofta i form av diffusa eller generaliserade buksmärter med varierande intensitetsgrad.

**Bilddiagnostik**

Buköversiktsröntgen, ultraljud och DT, kan vara missvisande eller misstolkas hos

denna patientkategori. Exempelvis kan tillfälliga (bi)-fynd som till exempel gallsten vilseleda undersökaren.

Ultraljud, som används på korrekt vis, anses ej utgöra någon risk för fostret men är begränsat i diagnostiken hos gravida GBP-opererade med buksmärter (6).

Vissa rapporter beskriver användningen av magnetresonanstomografi (MR) som ett alternativ för diagnostisera orsaken till akut buk hos gravida (7).

MR kan betraktas som ett strålningsfritt alternativ. En av begränsningarna för MR under graviditet är användningen av Gadolinium. Kontrastmedel bör ej ges rutinmässigt till gravida patienter. Ytterligare inskränkande faktorer för att utföra en MR i akuta situationer är patienternas vikt och storlek, de höga kostnaderna och den begränsade tillgången.

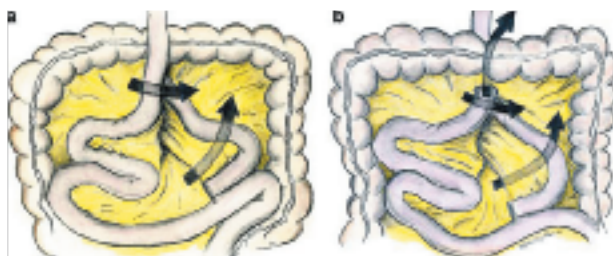
Exponering för strålning under graviditet är ofta en utmaning på grund av oro för att fostret tar skada. Strålningens skadliga effekt på fostret är mer uttalad i första trimestern under organogenesen än senare under graviditeten. Datortomografins (DT) fördelar och risker måste vägas mot varandra. Patienten bör förstå att ett inre bråck eller tarmobstruktion kan få katastrofala följder om det inte upptäcks i tid. DT-undersökningar av lilla bäckenet och buken överstiger sällan 25 mGy (8) och risken för fostrets påverkan av strålningen är nästan försumbar vid doser mindre än 50 mGy (9).

För att komma fram till korrekt diagnos bör DT-bilderna utvärderas av radiolog och kirurg med erfarenhet av patienter som genomgått bariatrisk kirurgi (fetmakirurgi). De radiologiska bilderna kan vara svårtolkade, vilket Higa et al belyser i en fallserie. Higa et al. rapporterade att cirka 20% av patienterna med obstruktiva besvär på grund av inre bråck uppvisade normala röntgenresultat. Till exempel kan en stor inkarcererad tarmlynga med sin massa förskjuta anatomiska strukturer och vilseleda vid tolkning av DT-bilderna (10).

Tabell 1: Differentialdiagnos buksmärta vid GBP och graviditet			
Gallblåsa	Ventrikel	Tarm	Övrigt
Gallstenskolik Cholecystit	Magsår /Ulcus	Bukväggs herniering: ventralt,	Omentinfarkt
Gallsten, Cholangit Pankreatit	Gastrogastrisk fistel	Samman- växningar	SMA-syndrom (superior mesentericartery syndrom)
Sfinkter Oddi dysfunktion	GERD	Inre bråck	Bezoar
	Hiatus hernia, stenos i gastro jejunostomin	Invagination, jejunojejunostomi Stenosering	Hydronefros Pyelonefrit

**Figur 2 Typer av inre bråck**

a) antekolisk GBP: Petersens ficka (övre korta pilen) och EA-slitsen (länga nedre pilen)  
 b) retrokolisk GBP: mesokolon transversum slitshernering (översta pilen), Petersens ficka (mitt pilen) och EA-slitsen (nedre pilen)





Typiska fynd i datortomografin inkluderar ansamling av dilaterade tunntarmslingor till följd av trängseln (8). Se tabell 2 (11).

-rotation av mesenteriska kärl: "swirl sign"
-suddighet i det mesenteriska fettet
-dilaterade tarmslingor i övre buken
-inklämnda tarmslingor ovanför ventrikelns nivå
-Treitz ligament framskjutet till höger

Figur 3 Illustration av "Swirl sign"



Forskningsresultaten förstärker det brådskande behovet att identifiera inre bråck i tidigt skede för att kunna behandla dem utan dröjsmål. Den behandlande läkaren bör ställa diagnosen snabbt och behålla en låg tröskel för laparoskopisk exploration. Många bariatrisk kirurger menar att diagnostisk laparoskopi är den enda tillförlitliga metoden för att utesluta inre bråck: Bildgivning får ej fördröja fastställande av diagnos (6).

### "Den typiska patienten" vid inre bråck

De fallrapporter som ingår i denna litteraturstudie talar för att inre bråck efter GBP-operation hos gravida patienter förekommer i ung ålder och att de flesta patienter väntade minst 2 dagar innan samråd med läkare för sina buksmärtor. Vitalfunktioner och laboratorievärden rapporterades normala i de flesta fallen. Den vanligaste platsen för bråck var Petersen's ficka (se tabell 3 och 4).

Behandlande läkare (kirurger och

obstetriker) bör informera och uppmana patienter med en anamnes av tidigare obesitaskirurgi om vikten av att tidigt uppsöka läkare för buksmärtor, speciellt under graviditet.

I denna sammanställning av fallrapporter beskrivs 26 gravida patienter som genomgått GBP operation och blivit opererade pga akut buksmärtor. Medelåldern då de sökte vård låg på 29,5. Gestationslängden då patienterna sökte vård låg på 30 graviditetsveckor (tids-  
spann: grav v 6-37). Ur sammanställningen framgår fetal död i två fall och maternell död i tre. I sex fall var man tvungen att reseuera en del av den inklämnda tarmen och i två fall saknas denna information.

## Diskussion

### Akuta buksmärtor under graviditet efter GBP operation

Vid akut buksmärtor hos en gravid kvinna efter GBP-operation måste alltid inre herniering misstänkas tills motsatsen är bevisad. Hantering av inre bråck börjar med förebyggande åtgärder genom stängning/suturering av potentiella slitsar i mesenteriet/mesodefekter.

Profylaktisk suturering/stängning av slitsarna för att motverka inre bråck görs sedan 2011 i Sverige, men risken för slitsherniering kvarstår. Man har nämligen observerat att slitsarna kan vidgas igen i samband med fettminskningen intraabdominellt i mesenteriet och åter kan släppa igenom tunntarm.

Tabell 3: Sammanställning av fallbeskrivningar av inre bråck under graviditet.

Ar	Författare	Antal Case	Patient ålder	Grav vecka	GPP- IH intervall	Primär- Op teknik S= Skopi T= Tomi	Symptom	OP- fynd IH= inre herniering	Tarm re- sektion	Utfall maternellt (M) fetalt (F)
2012	Leal-Gonzalez et al.	2	38	25	7år	S ante	buksmärtor illamående	IH; Petersens ficka	nej	
			29	37	2 år	S ante	buksmärtor illamående	IH; Petersens ficka	nej	
2011	Kang et al.	1	37	33	3 år	S	buksmärtor	IH, EA-slitsen	info saknas	
2010	Naef et al.	1	34	35	2 år	S ante	buksmärtor	IH, EA-slitsen	nej	
2010	Hooks et al.	1	38	37	4 år	S	buksmärtor illamående kräkning	IH	ja	
2010	Gagné et al.	4	28	37	4 år	S retro	buksmärtor	IH; Petersens ficka	nej	
			34	30	4 år	S ante	buksmärtor illamående	IH; Petersens ficka	nej	
			25	6	10 mån	S retro	buksmärtor illamående kräkning	IH, EA-slitsen	nej	
			25	13	3 år 6 mån	S retro	buksmärtor	mesokolon transversum IH	nej	
2009	Gazzalle et al.	1	38	33	2 år	S	uterina samman dragningar, septisk	volvulus	ja	
2009	Torres-Villalobos et al.	2	27	30	2 år 4 mån	S ante	buksmärtor	IH; Petersens ficka	nej	
			25	32	1 år 5 mån	S ante	abdominal pain	IH; Petersens ficka	nej	
2009	Efthimiou et al	1	26	24	9 år	T	buksmärtor illamående kräkning	IH; Petersens ficka	ja	F

Inklänningsrisken har visat sig vara som högst i andra och tredje trimestern. I den akuta situationen, vid misstanke om inre bråck, bör beslut om operativ intervention fattas av ett samverkande multidisciplinärt team med erfarna kirurger, obstetiker, radiologer och anestesiologer.

I tredje trimestern, och i de fall där det finns dilaterad tunntarm i buken, kan laparoskopi te sig svårt och öppen kirurgi kan vara att föredra. Ytterligare en faktor som försvårar laparoskopisk teknik är att patienten ligger i vänster sidoläge för att förhindra vena cava syndrom.

Perioperativa åtgärder såsom infektions- och trombosprofylax måste beaktas. Kombinationen av graviditet och

övervikt kan utgöra en ökad risk för trombos. Om möjligt bör patienten placeras i ”vänstertippat” läge under operationen för att förbättra den venösa återfyllnaden och hjärtminutvolymen (12).

Fördröjning av kirurgi bör undvikas eftersom det kan öka risken för mor och foster (13).

Tokolytika/värkämmande medel bör inte användas profylaktiskt. Först vid tecken på prematura värkar bör de övervägas (13).

Intraoperativ fosterövervakning rekommenderas men anses inte obligatorisk, CTG-övervakning av fostret ska i vilket fall utföras pre- och postoperativt (13).

Även om litteraturen förespråkar DT kan en slätröntgen eller lågdos DT med lämpligt inställd stråldos vara ett alternativ i fall där datortomografi inte är lättillgänglig.

Det finns god klinisk erfarenhet av att uppskjuta operation i väntan t ex på effekt av givet kortison för lungmognad, eller för att graviditeten ska vara mindre prematur. Om operation skjuts upp mer än tre dygn bör parenteral nutrition övervägas (personligt meddelande Mikael Wirén).

### Rekommendationer om handläggning av akuta buksmärtor hos gravid efter GBP-OP

Initialt ska diagnostiken av gravida patienter med smärta i buken innehålla:

detaljerad anamnes

fysisk undersökning

laboratorieprover: blodstatus, CRP, glukos, elstatus (K, Na, krea), leverstatus (ASAT, ALAT, ALP, bilirubin, GT), pankreasamylas, laktat, D-dimer.

bilddiagnostik i samråd med kirurg  
tidig konsultation av kirurger och radiologer med erfarenhet av bariatrisk patienter

Eftersom läkare måste fatta avgörande beslut hos denna växande patientkategori som påverkar utfallet hos två liv, både moderns och barnets, är fortsatta studier inom området starkt efterfrågade.

I denna artikel till Medlemsbladet valde jag att redovisa enbart resultatdelen om de akuta komplikationerna, då resultaten av hela arbetet är alldeles för omfattande.

Vid önskan om att läsa hela arbetet kontakta mig gärna via mail.

Elisabeth.vock@gmail.com.

### Referenser

1. Sjostrom L, Narbro K, Sjostrom CD, Karason K, Larsson B, Wedel H, et al. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. The New England journal of medicine. 2007 Aug 23;357(8):741-52. PubMed PMID: 17715408.

Tabell 4: Fortsättning nedan

Ar	Författare	Antal Case	Patient ålder	Grav vecka	GPP- IH intervall	Op teknik S= Skopi T= Tomi	Symptom	OP- fynd IH= Inre hernerig	Tarm re- sektion	Exitus maternellt (M) fetalt (F)
2009	Tomahy & Eid	1	25	33	2 år 6 mån	S retro	invagination	info saknas	nej	
2007	Patel et al	2	info saknas	11	1 år 8 mån	S	buksmärta	IH	nej	
			info saknas	22	5 år 2 mån	S	info saknas	sammansväxningar	nej	
2007	Wang et al	1	32	37	11 mån	T	buksmärta illamående kräkning	IH, EA-slitsen	ja	
2007	Wax et al	1	35	21	1 år	S ante	buksmärta illamående	invagination i EA-slitsen	nej	
2006	Bellanger et al	1	27	33	2 år	S	buksmärta	IH, EA-slitsen	nej	
2006	Ahmed et al	1	26	30	8 mån	S	buksmärta illamående kräkning	mesokolon transversum, IH	nej	
2005	Loer et al	1	31	26	info saknas	S	buksmärta	volvulus	nej	M
2005	Kakarla et al	2	33	12	2 år 6 mån	T	buksmärta	IH, Petersens ficka	nej	
			35	36	9 mån	S	buksmärta illamående kräkning	mesenterium defekt	nej	
2005	Charles et al	1	22	25	6 mån	T	buksmärta illamående kräkning	Petersens ficka	ja	M
2005	Baker et al	1	33	25	10 mån	S	buksmärta illamående kräkning	IH, Petersens ficka	nej	
2004	Moore et al	1	41	31	1 år 6 mån	info saknas	buksmärta illamående kräkning	mesenterium defekt	ja	M, F

2. Al Harakeh AB. Complications of laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. The Surgical clinics of North America. 2011 Dec;91(6):1225-37, viii. PubMed PMID: 22054150.
3. Koppman JS, Li C, Gandsas A. Small bowel obstruction after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: a review of 9,527 patients. Journal of the American College of Surgeons. 2008 Mar;206(3):571-84. PubMed PMID: 18308230.
4. Fobi MA, Lee H, Holness R, Cabinda D. Gastric bypass operation for obesity. World journal of surgery. 1998 Sep;22(9):925-35. PubMed PMID: 9717418.
5. Podnos YD, Jimenez JC, Wilson SE, Stevens CM, Nguyen NT. Complications after laparoscopic gastric bypass: a review of 3464 cases. Archives of surgery (Chicago, Ill : 1960). 2003 Sep;138(9):957-61. PubMed PMID: 12963651.
6. Garza E, Jr., Kuhn J, Arnold D, Nicholson W, Reddy S, McCarty T. Internal hernias after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. American journal of surgery. 2004 Dec;188(6):796-800. PubMed PMID: 15619502.
7. Birchard KR, Brown MA, Hyslop WB, Firat Z, Semelka RC. MRI of acute abdominal and pelvic pain in pregnant patients. AJR American journal of roentgenology. 2005 Feb;184(2):452-8. PubMed PMID: 15671363.
8. Torres-Villalobos GM, Kellogg TA, Leslie DB, Antanavicius G, Andrade RS, Slusarek B, et al. Small bowel obstruction and internal hernias during pregnancy after gastric bypass surgery. Obesity surgery. 2009 Jul;19(7):944-50. PubMed PMID: 18830790. Epub 2008/10/03. eng.
9. McCollough CH, Schueler BA, Atwell TD, Braun NN, Regner DM, Brown DL, et al. Radiation exposure and pregnancy: when should we be concerned? Radiographics : a review publication of the Radiological Society of North America, Inc. 2007 Jul-Aug;27(4):909-17; discussion 17-8. PubMed PMID: 17620458.
10. Higa KD, Ho T, Boone KB. Internal hernias after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: incidence, treatment and prevention. Obesity surgery. 2003 Jun;13(3):350-4. PubMed PMID: 12841892.
11. Ximenes MA, Baroni RH, Trindade RM, Racy MC, Tachibana A, Moron RA, et al. Petersen's hernia as a complication of bariatric surgery: CT findings. Abdominal imaging. 2011 Apr;36(2):126-9. PubMed PMID: 20473666.
12. Clark SL, Cotton DB, Pivarnik JM, Lee W, Hankins GD, Benedetti TJ, et al. Position change and central hemodynamic profile during normal third-trimester pregnancy and post partum. American journal of obstetrics and gynecology. 1991 Mar;164(3):883-7. PubMed PMID: 2003555.
13. Guidelines Committee of the Society of American G, Endoscopic S, Yumi H. Guidelines for diagnosis, treatment, and use of laparoscopy for surgical problems during pregnancy: this statement was reviewed and approved by the Board of Governors of the Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES), September 2007. It was prepared by the SAGES Guidelines Committee. Surgical endoscopy. 2008 Apr;22(4):849-61. PubMed PMID: 18288533. ■

## ÅRSavgifter

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

\* Avdragsgill i deklARATIONEN

### Avgifter för icke-medlemmar

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

---

# Intressegrupper inom SFOG

## Mödrahälsovårdsöverläkargruppen

### Ordförande

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

### Sekreterare

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

## Obstetriker och gynekologer under utbildning (OGU)

### Ordförande

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

### Sekreterare

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

## Privatgynekologerna

### Ordförande

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

### Kassör

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

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

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

---

# Arbets- och Referensgrupperna inom SFOG

## Cervixcancerprevention C-ARG

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

## Endokrinologi ENDOKRIN-ARG

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

## Endometriosis ENDOMETRIOS-ARG

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

## Etik ETIK-ARG

**Ordförande:** Vakant  
**Sekreterare:** Ingrid Bergelin  
ingrid.bergelin@ltdalarna.se

## Evidensbaserad medicin

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

## Familjeplanering FARG

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

## Ofrivillig Barnlöshet FERT-ARG

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

## GLOBAL-ARG

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

## Hemostasrubbingar HEM-ARG

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

## Mödra-Mortalitet MM-ARG

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

**Perinatologi PERINATAL-ARG**

**Ordförande:** Karin Pettersson  
KK, Karolinska Universitetssjukhuset  
Huddinge  
141 86 Stockholm  
Tel: 08-585 875 36  
karin.pettersson@karolinska.se

**Sekreterare:** Marie Blomberg  
KK, Universitetssjukhuset Linköping  
581 85 Linköping  
Tel: 013-22 20 00  
marie.blomberg@lio.se

**Perinatologi PERINATAL-ARG****– fosterövervakning**

*undergrupp till PERINATAL-ARG*

**Ordförande:** Isis Amer-Wählin  
isis.amer-wahlin@ki.se

**Sekreterare:** Karin Lundmark  
karin.lundmark@nll.se

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

**Ordförande:** Katri Nieminen  
KK, Linköpings Universitetssjukhus  
Tel: 010-103 00 00  
katri.nieminen@regionostergotland.se

**Sekreterare:** Lena Moegelin  
KK, Södersjukhuset  
Tel: 08-616 10 00  
lena.moegelin@sodersjukhuset.se

**Robson-ARG**

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

**Tonårsgynekologi TON-ARG**

**Ordförande:** Lena Marions  
KK, Karolinska Universitetssjukhuset,  
Solna  
171 76 Stockholm  
Tel: 08-517 766 55. Fax: 08-31 81 14  
lena.marions@karolinska.se

**Sekreterare:** Anna Palm  
Sundsvalls sjukhus  
851 86 Sundsvall  
Tel: 060-18 10 00  
anna.palm@lvn.se

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

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

**Ultraljudsdiagnostik ULTRA-ARG**

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

**Urogynekologi och vaginal  
kirurgi UR-ARG**

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

**Vulva VULV-ARG**

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

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

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

**SFOG-Kansliet**

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

# SFOG

# MEDLEMSANSÖKAN

## www.sfog.se

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

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

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

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

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

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

De flesta som söker nytt medlemskap är fortfarande under utbildning.

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

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

**Anmäl dig via SFOGs hemsida, [www.sfog.se](http://www.sfog.se), Medlemsansökan**