

# Medlemsbladet 5

2014

NR



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



*Vårdhändelser att  
granska*

*Hur får vi de bästa  
specialisterna?*



## 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 och Henrietta Solander

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:** Harald Almström

UltraGyn Odenplan, BB Sofia, Stockholm

E-post: harald.almstrom@sfog.se

**Vice ordförande:** Lotti Helström

KK, Södersjukhuset

Tel: 08-616 10 00

E-post: lotti.helstrom@sodersjukhuset.se

**Facklig sekreterare:** Louise Thunell

Region Skåne

E-post: louise.thunell@sfog.se

**Skattmästare:** Sven-Eric Olsson

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

**Vetenskaplig sekreterare:** Annika Strandell

Kvinnokliniken, 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.olvsson@kbh.uu.se

**Utbildningssekreterare:** Jan Brynhildsen

Kvinnokliniken, Linköpings Universitetssjukhus

Tel: 013-22 20 00

E-post: jan.brynhildsen@lio.se

**Redaktör för Medlemsbladet:**

Anna Ackefors

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

Kvinnokliniken, SU/Sahlgrenska Östra

Tel: 031-343 40 00

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

Tryck: Elanders

ISSN 0284-8031

## — Ordförande har ordet —



### Kära Kollegor!

Tiden går snabbt, snart har mina två år som ordförande passerat. Det har varit en intensiv, intressant och rolig tid med ett mycket fint samarbete med alla högt kompetenta medarbetare framförallt i styrelsen, AR-grupperna och kvalitetsregistren. Men även med andra kollegor i särskilda frågor och inte minst med de ansvariga för SFOG-veckorna.

SFOG är en av de största specialitetsföreningarna, vi har nu knappt 2000 medlemmar. Vi har en mycket aktiv yngre intresseförening i OGU, som också arrangerar ett uppskattat årligt nationellt möte. Styrelsen träffar två gånger per år verksamhetsföreträdare, professorer och ordföranden i AR- och intressegrupper. Vi brukar då framföra, att föreningens, medlemmarnas och specialitetens utveckling i hög grad beror på i vilken utsträckning cheferna kan och vill släppa sina medarbetare till uppdrag, arbete och möten inom SFOG. Detta ligger ju i allas vårt gemensamma intresse.

SFOG har en bra samverkan med Svenska Läkaresällskapet (SLS), vi har säte och stämma på Fullmäktige i SLS. Vi har också sedan många år en obstetriker/gynekolog i Nämnden, som är styrelsen i SLS. För närvarande är Kerstin Nilsson ordförande, i nämnden sitter även Margareta Hammarström. Även med Läkarförbundet (SLF) har vi bra samverkan men där har vi bara närvarorätt i Fullmäktige och ingen rösträtt. Det har bara de så kallade yrkesföreningarna (sjukhusläkarna, distriktsläkarna, chefsföreningen, privatläkarna, SYLF och några mindre grupperingar) och lokal-föreningarna. Här borde SLF allvarligt överväga att förändra sitt regelverk. Specialitetsföreningarna bjuds visserligen in för informationsutbyte två gånger per år till de så kallade representantskapsmötena. Vår roll är dock viktigare än så i förbundet, speciellt som remissmottagare och i de allt viktigare utbildningsfrågorna. Även vad gäller inspektioner av

## I DETTA NUMMER

Mödradödsfall 2013	6
Kodnyheter 2015-01-01	9
Vårdhändelser att granska, läkarens egen operations-Selfie!	11
Dagsläget avseende journalintegration och GynOp	13
OGUs ordförande informerar	15
Gynekologer behövs till Aira Sjukhus i västra Etiopien	18
Från student till docent eller Hur kan man kombinera en klinisk och akademisk karriär?	19
Hur får vi de bästa specialisterna?	21
Gyn-KvalitetsRegistret, GKR	22
Postoperativa komplikationer vid hysterektomi	25
Bokrecension	26
Nya avhandlingar	31

utbildningskliniker för ST-läkare (SPUR-inspektionerna), där ansvaret nu övertagits av SLS genom LIPUS, är förbundet helt beroende av samverkan med specialitetsföreningarna. Ett utökat inflytande genom rösträtt i SLS fullmäktige är därför berättigat.

Våra båda ”moderorganisationer” Läkaresällskapet och Läkarförbundet är gamla och har delvis olika inriktning, men handlägger också ett flertal frågor på varsitt håll bland annat utbildningsfrågor. Samverkan mellan de båda har förekommit länge och har förstärkts under senare år, vilket är bra. Dock kvarstår att läkarna i samhällsfrågor och i många makthavares ögon ses som splitttrade med två olika företrädarorganisationer. Jag tror att ett närmande i form av gemensamma företrädare i utredningar och ett gemensamt uppträdande utåt kommer att bli nödvändigt om läkarkåren ska ha inflytande i framtiden. Detta är mycket viktigt och får inte hindras av traditioner och strukturer från förr.

Sedan många år har de kirurgiska specialitetsföreningarna haft ett årligt höstmöte, Kirurgrådet, och diskuterat gemensamma frågor, särskilt specialistutbildning, fortbildning och kurser. Värdskapet cirkulerar mellan föreningarna, förra året var SFOG värd. Man önskar från flera föreningar en närmare samverkan, till exempel med gemensamma kurser i kirurgisk teknik, men också samverkan vid remissvar för att gemensamt få större tyngd och genomslag. I denna anda har nu beslutats om två möten per år och benämningen har ändrats till Svenskt Kirurgiskt Råd. För SFOG är dock kirurgin bara en del, vi har ju en så mycket bredare specialitet med helt andra fokusområden. Detta hindrar förstås inte ett aktivt deltagande i det kirurgiska rådet.

Jag vill återkomma till SPUR-verksamheten. Det finns ett stort och uppdammt behov av inspektioner efter de problem som uppstod för några år sedan med IPULS. Vi har behov av en ny SPUR-samordnare och nya – eller nygamla – SPUR-inspektörer. LIPUS har en jättestor uppgift tillsammans med specialitetsföreningarna, ca 400 utbildningskliniker

i landet behöver inspekteras de närmaste åren. Man prövar nya modeller, nyligen har det genomförts en samtidig inspektion av utbildningsklinikerna i Västmanland. Om det faller väl ut kan inspektioner av hela sjukhus eller flera sjukhus i ett landsting eller en region medföra en snabbare genomströmning. Vi anser, liksom våra partners i kirurgrådet, att SPUR-inspektionerna är mycket viktiga för att upprätthålla kvaliteten i ST-utbildningen.

En annan viktig fråga i ST-utbildningen är tillgången till kurser inom de olika delmålen i utbildningen. Bristen på SK-kurser har för oss medfört, att många av våra fortbildningskurser har blivit kurser för ST-läkare. Socialstyrelsen har inte heller en målsättning att utöka SK-kurserna i någon större utsträckning. Det kommer sannolikt att innebära att ansvaret, direkt eller indirekt, kommer att falla på specialitetsföreningarna att organisera och arrangera de nödvändiga kurserna inom ST-utbildningen.

Många länder inom EU har obligatorisk specialistexamen. I styrelsen anser vi att det finns mycket som talar för att införa ett krav på specialistexamen även i Sverige. Det finns stöd för detta även inom OGU. Vi flaggade för denna åsikt i Medlemsbladet förra våren och lade upp möjligheter att debattera frågan på hemsidan. Det har inte blivit någon debatt, vilket måste tolkas som att tanken har ett brett stöd i föreningen. Antalet ST-läkare som deltar i specialistexamen har ökat under senare tid men ett obligatorium skulle troligen innebära en fördubbling av deltagandet. Detta ställer stora krav på organisationen och sannolikt måste examen ske ett par gånger per år.

Sverige är tillsammans med Malta och Portugal de enda länderna inom EU, där det inte finns några krav på fortbildning efter specialistkompetens. För närvarande pågår utredning i denna fråga, efter initiativ i EU med det så kallade Yrkeskvalifikationsdirektivet, vilket Sverige måste leva upp till eller på något sätt förhålla sig till. Även i detta fall kommer specialitetsföreningarna att ha en stor och viktig roll, dels vad gäller de specialitets-

specifika kraven och dels i genomförandet. Inom SFOG har vi en lång tradition med fortbildningskurser i SFOGs regi. Den verksamheten kommer sannolikt att få en ökad betydelse i framtiden.

SFOGs hemsida har moderniserats och används alltmer, vilket är positivt. Bland annat har annonseringen av lediga tjänster ökat påtagligt. Detta ställer i sin tur krav på aktualitet och en nästan daglig uppdatering. Medlemsbladet är uppskattat och finns även att läsa på vår hemsida. Frågan är kanske hur länge det kommer att finnas kvar i pappersformat?

Vårt kansli har fått och kommer att få allt fler och mer omfattande arbetsuppgifter. Mycket av detta är knutet till ökat behov av utbildning och kurser, både under ST och inom fortbildningen. Vi har därför efter sommaren förstärkt kansliet med två medarbetare med kompetens inom redovisningsekonomi respektive planering och genomförande av konferenser och kurser. Kansliet kommer att ha kapacitet att stötta utbildningssekreteraren och kursarrangörer med ansökningar och urval, planering och samordning, ekonomi och budget, eventuellt även praktiskt genomförande. Detta tror vi kommer att krävas om vi gemensamt ska klara av att genomföra väsentligt fler kurser än hittills. Kansliet kommer också att kunna bistå specialistexaminationer och SPUR-samordning.

NFOG har vitaliserats under senare år och vi ser en utökad samverkan i både utbildnings- och vetenskapliga frågor. Den nya Guidelines Committee arbetar nu för att utvärderamöjligheterna till samverkan i riktlinjearbeten och hur vi kan ta del av varandras arbete i Norden med dessa frågor. ACTA har också utvecklats positivt och helt nyligen har Impact Factor passerat 2.0, vilket är ett resultat av framgångsrikt redaktörsarbete.

Den 12 november lanseras ”EBCOG’s Standards of Care for Obstetrics and Neonatal Services and for Gynaecology Services” i Europaparlamentet. Detta är en framgång för kvinnosjukvård och förlossningsvård i Europa.

Nästa höst är det åter dags för vår internationella kongress, FIGO, som då äger

rum i Vancouver, Kanada. Se kalendariet på hemsidan.

Sedan några år tillbaka har representanter för SFOGs styrelse två årliga möten med representanter för styrelsen i Svenska Barnmorskeförbundet. Vi anser i båda organisationerna, att vi blir starkare om vi uppträder gemensamt i de frågor där vi har gemensamma mål. Vi har anordnat gemensam Abortdag under vårvintern 2014. Vi planerar för en gemensam dag om fertilitet, infertilitet och etik under 2015. Vi samverkar också sedan flera år i projektet Säker Förlösningsvård tillsammans med Neonatalsektionen och Patientförsäkringen LÖF.

Våra kvalitetsregister har fortsatt att utvecklas och är mycket väl ansedda, för den som vill veta mer om dem och vilka de är – gå in på fliken Kvalitetsregister på hemsidan! Det är roligt att se hur Graviditetsregistret nu tar form och det var särskilt roligt att årets Berndt Kjesslerpris gick till den framsynte eldsjälens Mats Löfgren för hans arbete med GynOp-registret.

Sammantaget är SFOG synnerligen livaktigt och har en stor betydelse för kvinnosjukvården. Det är fantastiskt roligt att arbeta med alla engagerade, kompetenta och trevliga kollegor i vår enastående specialitet. Det är hela tiden

nya utmaningar och jag vill verkligen, efter först fem år i slutet av 90-talet och nu åter de fyra senaste åren, rekommendera styrelsearbete till er alla som kan tänka er att delta. Det tillför verkligen en extra dimension till vårt fantastiskt intressanta yrke!

Nu tar snart Lotti Helström över klubban, som hon kommer att svinga med stadig arm!

Tack för mig!  
*Harald Almström*

## REDAKTÖRENS RUTA

Kära medlemmar!

Vi söker kluriga fall till ett nytt inslag "bakjournalfallet". Tveka inte utan maila mig om ett svårt fall du och dina kollegor tagit hand om.

Jag önskar er alla en skön advent med tända ljus, en god stressfri jul och lite ledigt, i alla fall vecka 52 eller vecka 1.

Er redaktör  
*Anna Ackefors*

### Följande tider gäller för medlemsbladet 2015:

Nr	Deadline	Utkommer
1	12 januari	vecka 7
2	9 mars	vecka 15
3	4 maj	vecka 23
4	14 september	vecka 42
5	2 november	vecka 49

Manus skickas via mail till:

Redaktör Anna Ackefors

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

Kvinnokliniken Nyköping • 611 85 Nyköping

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

Adressändring skall göras till:

SFOG-Kansliet • Drottninggatan 55 • 111 21 Stockholm  
eller [kansliet@sfog.se](mailto:kansliet@sfog.se)

## Nya medlemmar

Victoria Ahlstedt, Stockholm  
Ahmed Baker Alshaikh, Göteborg  
Björn Barup, Sjöbo  
Marius Begu, Täby  
Máté Bollobás, Karlskrona  
Paula da Silva Carvalho, Stockholm  
Malin Dickmark, UPPSALA  
Susanna Eriksson, Stockholm  
Nikolaos Giannakopoulos, Västerås  
Caroline Gillberg, Karlskrona  
Anna Gustafsson, Varberg  
Carmen Henze, Nusnäs  
Björg Jonsdottir, Uppsala  
Emma Klingberg, Ljungskile  
Venla Kurra, Solna  
Eric Lagerström, Umeå  
Josefine Manberg, Umeå  
Christer Marholev, Karlskrona  
Stina Nordström, Kristianstad  
Krunoslav Sabol, Jönköping  
Wazhma Stanikzai, Jönköping  
Elin Stille, Upplands Väsby  
Desiree Tevner, Malmö  
Anna Westling, Jönköping

## – Brev från utbildningssekreteraren



### Vänner

I mitten av juni kom nya förslaget från socialstyrelsen om nya förordningar avseende ST. Remissvändan gick bland annat via Läkarförbundet och de olika specialitetsföreningarna inbjöds till en workshop i augusti och vi ombads att komma med synpunkter vilka sedan läkarförbundet sammanställde. Förslagen gäller målens antal och utformning liksom olika förordningar och råd som reglerar ST. Jag deltog vid work-shopen och sedan gick förlagen ut till ST-studierektorsgruppen OGU. Många synpunkter inkom och dessa sammanställde vi sedan i ett svar till Läkarförbundet. Flera förändringar verkar helt okontroversiella emedan andra är rätt anmärkningsvärda. Socialstyrelsen föreslår bland annat att man ska slopa extern granskning av ST (SPUR) och istället låta verksamheterna utvärdera sig själva, något som varken SFOG eller någon annan specialitetsförening tycker är acceptabelt. En extern granskning är ett absolut krav för att säkerställa kvaliteten. Andra förslag gällde till exempel hur semester och komplement ska räknas in i ST, verksamhetschefernas ansvar, läkare med utbildning i ”tredje land”, ST-studierektorernas och handledarnas utbildning och ansvar. Vi kunde med glädje notera att läkarförbundet i sitt remissvar i stort sett gick på samma linje som SFOG i de olika frågorna.

I förslagen till ny målbeskrivning är också kraven på det vetenskapliga arbetet mycket vagt beskrivna och handledarens kompetens i detta avseende finns inte angiven. Om man i över huvud taget ska ha ett vetenskapligt arbete under ST, vilket SFOG absolut tycker, måste detta arbete innebära en progression, jämfört med det vetenskapliga arbete som idag görs under grundutbildningen. Att ha lägre krav under ST känns mycket märkligt och är inte rimligt. Vi har med stor

glädje sett hur kvalitén på de ST-arbeten som presenterats vid specialistexamen under de senaste åren har fått en märkbart högre kvalitet. Detta är glädjande, nödvändigt och den ökande kompetensen i vetenskapligt förhållningssätt kommer med all säkerhet att komma vården till del. Vi får inte äventyra detta genom att åter sänka kraven. Stor enighet råder inom både SFOG och OGU avseende detta.

Jag vill också passa på att rikta ett stort tack till ST-studierektorerna och OGU för det arbete ni lagt ner på att granska förslagen till nya föreskrifter! Vilka resurser vi har i dessa grupper! ST-studierektorsgruppen är inte på något sätt fulltallig. Anmäl intresse till undertecknad, SFOGs kansli (kansliet@sfog.se) eller till Sofie Graner, KS (sofie.graner@karolinska.se)

Kurser under ST är ett ständigt återkommande problem. Antalet platser som står till buds räcker helt enkelt inte till trots alla de ansträngningar som görs. Socialstyrelsen har påbörjat ett arbete med nya SK-kurser men ingen vet riktigt när detta kommer att sjasättas. I väntan på det har vi haft en del kontakter med svensk Kirurgisk Förening och tittat på deras modell för kurser under ST. Vi tror att en liknande modell skulle kunna fungera också för ST-läkare inom Obstetrik & Gynekologi. Vi har definierat 11 olika kursämnen för Ob-Gyn och målbeskrivningar finns framtagna. Utifrån detta försöker vi nu se över om det går att ta fram ”paket” som kan täcka behoven för landets samtliga ST-läkare. Än så länge är det i sin linda men vi återkommer i frågan. AR-grupperna kommer att kontaktas under vintern med förfrågningar och för diskussion.

I maj hade vi åter specialistexamen, även denna gång i Uppsala. Många lysande prestationer och vi kan verkligen

känna oss stolta över och trygga med de nya, examinerade specialisterna. Stort grattis till er alla och ett stort tack till KK UAS och Anna-Karin Wikström som ordnade detta helt perfekt. Många fina, ambitiösa och intressanta ST-arbeten presenterades och det var en glädje att få höra ett axplock av dessa presentationer under SFOG-veckan. Tyvärr krockade denna session med ett annat intressant symposium och uppslutningen var så stor. Fler hade förtjänat att få vara med vid denna session och jag vill redan nu göra reklam för presentationerna av ST-arbeten under nästa års SFOG-vecka i Jönköping.

Nästa års specialistexamen kommer att gå av stapeln i Göteborg 20-22 maj. Ylva Carlsson och kolleger är redan i full gång med planeringen. Deadline för ansökan kommer att finnas på hemsidan samtidigt som du har detta Medlemsblad i din hand.

Miss inte vårens NFOG-möte i Köpenhamn 7-8 maj. "Nordic OBGYN in training - are we good enough?"

Konferensen handlar om specialistutbildning, hur vi utvärderar, vilka krav som kan ställas på handledare och hur vi ska examinera. Många fina internationella föreläsare. Annons kommer men boka redan nu in dagarna! Deltagargift och övernattingspris kommer att vara rimligt

Många hälsningar, God jul  
*Jan Brynhildsen*



# Mödradödsfall 2013

MM-ARG vill här presentera de mödradödsfall som inrapporterats under 2013. 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 den avlidna och för all personal som var inblandad i de aktuella fallen.

## Sepsis

Två kvinnor avled i sepsis. Med anledning av dessa två fall och den ökande andelen av sepsisfall bland mödradödsfall i Storbritannien föreläste Lisa Parén om sepsis under SFOG-veckan i Varberg ([https://www.sfog.se/media/197153/tors.d.15.00.par\\_n.pdf](https://www.sfog.se/media/197153/tors.d.15.00.par_n.pdf)). I det första fallet har vi valt att presentera tidsförloppet för att illustrera hur dramatiskt förloppet kan vara och hur viktigt det är att identifiera tidiga tecken samt att genomodla och sätta in behandling vid misstänkt sepsis. Kvinnan var en normalviktig frisk 24-årig I-para gravid vecka 31+5 när hon inkom till sjukhus.

**Kl. 04.19** kontaktade kvinnan förlossningsavdelningen p.g.a. buksmärter, illamående, kräkningar sedan 12 timmar samt nytillkommen vaginal blödning.

**Kl. 05.05** anlände hon till sjukhus med värkar, cervix bibehållen 2 cm och öppen 2 cm. Fostret var dött. Hon hade takycardi, temp 38,7° och Hb 136. Man misstänkte placentaavlossning.

**Kl. 06.35** lades en EDA.

**Kl. 07.20–08.00** hade patienten temp 39,4°, ont i ljumskarna, diarré och kräktes.

**Kl. 08.58** temp 40,0°, ALAT 6,82, APTT 53, Hb 125. Man misstänkte

sepsis, blododlade, gav Perfalgan och ordinerade antibiotika.

**Kl. 09.29** gavs första dosen Tazocin.

**Kl. 10.00** hade man samråd mellan obstetriker, infektionsläkare och anestesilog och bedömde att kvinnan var i septisk chock. Man flyttade patienten till IVA och gav intravenös vätska och planerade att göra sectio så fort som blod fanns tillgängligt. Patienten hade då TPK 75 och blodtryck 80/60.

**Kl. 10.30** fick hon Gentamycin.

**Kl. 11.24** förlöstes kvinnan med sectio. Sövning med Ketalar och Propofol. Hon hade en syrgassaturation på 67–80% och laktat 20. Man såg ingen tydlig avlossning men uterus var fullständigt atonisk och man utförde en subtotal hysterektomi. Peroperativt fick patienten 6 enheter erytrocytkoncentrat, 6 enheter plasma, 2 enheter trombocyter, Cyklokapron, Octostim, Riastap, Tribonat, Furix, Solu-Cortef, Methergin, Syntocinon, Prostinfenem, Cytotec och NovoSeven.

**Kl. 12.27** fördes patienten intuberad från operation till intensivvårdsavdelning fortfarande i septisk chock och med DIC samt tilltagande respiratorisk och cirkulatorisk svikt. Man kontaktade ECMO-teamet, men kl. 13.42 avled kvinnan.

Blod- och cervixodlingar visade Grupp A streptokocker (*Streptococcus pyogenes*) och PAD uterus med ett totalt nekrotiserat myometrium.

Det andra sepsisfallet var en tidigare väsentligen frisk 32-årig förstföderska som inte talade svenska men god engelska. Hon var normalviktig och icke-rökare och hade haft en normal graviditet. Hon blev förlöst i vecka 41+5 med tång på grund av trögt utdrivningsskede och hotande fosterasfyxi. Barnet vägde 3550 g och fick Apgar 5, 8, 9. Perinealbristning grad 2. Två dagar efter förlossningen

skrevs hon ut från BB. Bristningen hade då inspekterats av barnmorska och ansvarig överläkare hade pratat med henne om förlossningen. Fem dagar efter förlossningen sökte hon akut och blev bedömd av specialist på grund av smärta i underlivet. Hon hade temp 36,9°, blodtryck 130/80, puls 108, CRP 127. Bristningen inspekterades utan anmärkning. Patienten ordinerades fortsatt analgetika samt ny kontakt vid behov. Sju dagar efter förlossningen, kl. 02.30 inkom kvinnan i ambulans till akutmottagningen som redan var förberedd genom så kallat sepsisalarm. Hon var medvetandesänkt och hypotensiv. Hon togs emot av primärjour anesthesi. Bakjour anesthesi, medicinjour, gynjour och infektionsjour tillkallades. På akutrummet erhöll hon vätska, artärnål och antibiotika (Claforan, Gentamycin och Flagyl). Hon överflyttades till IVA där hon utvecklade ett lungödem och intuberades vid 07-tiden. Hon behandlades med inotrop stöd, stora mängder kristalloider och kolloider samt kortison. Man lade till Dalacin på misstanke om GAS. Trots vätska stiger Hb och EVF, och LPK steg kraftigt till >100 under dagen. Således mycket uttalat kapillärt läckage med kraftig leukemoid reaktion. Hematolog och koagulationsjour konsulterades, men kvinnan försämrades successivt och avled 21 timmar efter ankomst.

Blododlingar och vaginalodling var negativa och urinodling visade växt av *Proteus Mirabilis*. Obduktion visar multiorgansvikt. Odling efter punktion av uterus i samband med obduktion visade växt av *Clostridium Sordelli* som är en patogen förknippad med hög mortalitet. I detta fall ställdes sepsisdiagnosen tidigt, man inledde snabbt antibiotikabehandling och samrådde med samtliga berörda

professioner tidigt i förloppet. Vi vill också lyfta fram att obduktionsremissen var detaljerad och man efterfrågade specifikt odlingar från uterus.

### Högt blodtryck

I två fall avled kvinnor av intrakraniella blödningar till följd av otillräckligt behandlad hypertoni. SFOG-rapport nr 72 om Preeklampsi publicerades i år och ger oss anledning att vara uppdaterade och se över våra lokala riktlinjer. Mål-blodtrycket vid akutbehandling är 150 mm Hg systoliskt, och 140 mm Hg vid HELLP. Inför sectio ska blodtrycket först regleras.

Den första kvinnan som avled av intrakraniell blödning som komplikation till blodtryckssjukdom under graviditet var en 27-årig frisk förstföderska utan riskfaktorer. Hon hade haft en normal graviditet och inkom till förlossningen i vecka 38+6 med kraftigt epigastriesmärta och andningsbesvär. Blodtryck var då 120/85 men kvinnan var blek, kallsvettig och kraftigt smärtpåverkad. Provsvarerna visade TPK 144 och ALAT 3,20 och man bedömde att det rörde sig om ett HELLP-syndrom och beslutade om sectio på maternell indikation. På operationssalen uppmättes blodtryck 220/140 och man sövde kvinnan då spinalanestesi inte tog. Blodtrycket sänktes inte före sövningen men under operationen låg det mellan 120–140 systoliskt. Postoperativt fördes patienten till IVA och fyrtiofem minuter postoperativt uppmättes BT 260/140. Hon krampade i samband med detta och fick Stesolid, bolusdos av magnesium och magnesiumdropp samt Trandate intravenöst. Upprepade Trandatedoser intravenöst gav ingen effekt och en timme senare vid ny kramp fick hon åter Stesolid och Nepresol. Patienten blev allt mer medvetandepåverkad och man beslutade att göra en datortomografi av hjärnan som visade blödning i hjärnan med utträde i ventriklar och tecken till kompression. Patienten överfördes då till neurokirurgisk klinik på annat sjukhus för försök till tryckminskning, men där avled hon i inklämning.

Det andra fallet relaterat till blodtryckssjukdom under graviditet var en 41-årig tvåföderska med tvillinggraviditet. Hon inkom kl. 04 i vecka 33+6 med prematurt värkarbete och födde kl. 13 vaginalt. Kl. 14 fick kvinnan ont i magen. Smärtan tolkades som eftervärkar och hon fick Oxynorm. Blodtrycket förefaller enligt journalen ha blivit kontrollerat först kl. 19.40 och var då 196/93 och behandling med Nepresol startades inom en halvtimme. Det finns inte dokumenterat att urinen kontrollerades före förlossningen. Klockan 20.30 fick kvinnan svår huvudvärk och barnmorskan bedömde att medvetandet och talet var påverkat och hon flyttades kl. 21 till intensivvårdsavdelningen där man behandlade henne med magnesiumsulfat och Trandate. Hon har då ett TPK på 42 och datortomografi av hjärnan visade intrakraniell blödning. Kvinnan flyttades då till neurokirurgisk klinik där hon avled dagen därpå.

### Hjärtsjukdom

En 28-årig frisk förstföderska som hade haft ett lätt förhöjt blodtryck under graviditeten (140–145/70–75) beskrev smärtor i ryggen och mellan skulderbladen enligt barnmorskan i mödrahjälsvården i vecka 35+5. Hon hittades av maken livlös i hemmet på kvällen samma dag. Ambulanspersonal startade hjärtlungräddning och den hade pågått under en dryg halvtimme när kvinnan anlände till akutmottagningen där man beslutade sig för att utföra ett perimortem sectio. Barnet var livlöst. Rättsmedicinsk obduktion visade aortadissektion med ruptur i thorakala aorta samt omfattande blödning i hjärtsäcken.

Risken för aortadissektion ökar under graviditet och även i fall där diagnos ställs är mortaliteten hög. Aortadissektion skall övervägas vid akut svår smärta mellan skulderbladen, speciellt vid samtidigt högt blodtryck eller olika blodtryck i armarna. Många blir diagnostiserade som lungemboli. Marfans syndrom, Turners syndrom, Ehler-Danlos syndrom typ IV, coarctatio aortae och bicuspid aortaklaff ökar risken för aortadissektion.

### Övriga fall

En kvinna avled i tidig graviditet i hemmet. Rättsmedicinsk obduktion visade en rupturerad extrauterin graviditet. Ingen journal finns då kvinnan ännu inte var inskriven i mödrahjälsvården.

Förutom dessa mödradödsfall avled en kvinna ett par dagar efter förlossning på grund av en hjärntumör som upptäcktes i sen graviditet och en kvinna blev mördad i graviditetsvecka 29 av en okänd gärningsman.

MM-ARG genom

*Annika Esscher*, sekreterare



# Kodnyheter

## 2015-01-01

### Diagnoskoder

Vi har fått fördjupningskoder till O34.2 Vård av blivande moder för ärrbildning i uterus efter tidigare kirurgiskt ingrepp:

**O34.2A** Ärrbildning i uterus efter ett tidigare kejsarsnitt (exkl. T-/L-snitt)

**O34.2B** Ärrbildning i uterus efter två tidigare kejsarsnitt eller ett T-/L-snitt

**O34.2C** Ärrbildning i uterus efter tre eller fler tidigare kejsarsnitt

**O34.2D** Ärrbildning i uterus efter myomoperation

**O34.2E** Ärrbildning i uterus efter operation av septum eller annan plastikoperation av uterus

**O34.2W** Ärrbildning i uterus efter annan specificerad operation

**O34.2X** Ärrbildning i uterus efter tidigare kirurgiskt ingrepp, ospecificerat

Vi bör alla se till att dessa koder används så snart de är tillgängliga i våra journalssystem. De möjliggör mer detaljerad information gällande att följa förlossningssätt och utfall för kvinnor med tidigare kejsarsnitt i anamnesen.

**Z91.7** Kvinnlig könsstympling i egna sjukhistorien

Denna kod är tänkt för icke gravida patienter; i obstetrikkapitlet har vi redan koden O34.7A.

### Operationskoder

Det har inrättats en del nya koder för bräckplastik med implantat. Jag listar här de koder som gäller ärrbräck och navelbräck:

**JAD 40** Öppen operation av ärrbräck med implantat bakom bukväggsmuskeln framför bukhinnan (sublay)

**JAD41** Laparoskopisk operation av ärrbräck med implantat bakom bukväggsmuskeln framför bukhinnan (sublay)

**JAD43** Öppen operation av ärrbräck med implantat bakom bukväggsmuskeln framför bukhinnan (sublay) och avlastande incision

**JAD47** Laparoskopisk operation av ärrbräck med implantat bakom bukväggsmuskeln framför bukhinnan (sublay) och avlastande incision

**JAF40** Öppen operation av navelbräck med implantat bakom bukväggsmuskeln framför bukhinnan (sublay)

**JAF41** Laparoskopisk operation av navelbräck med implantat bakom bukväggsmuskeln framför bukhinnan (sublay)

### Åtgärds-koder (KVÅ)

**ZV401** Profylaktisk åtgärd

**ZV402** Preoperativ åtgärd

**ZV403** Postoperativ åtgärd

**ZX903** Kohortvård (Patienten vårdas av avdelad personal som sköter flera patienter med samma sjukdom/symtom)

**XS100** Oplanerad inskrivning till slutna vård (Ska endast användas vid öppenvårdsbesök, i första hand akutmottagningsbesök, som leder till inskrivning i direkt anslutning till besöket)

Jag citerar från Nyheter om klassificering och koder nr 36 oktober 2014: "Från och med 1 januari 2015 ändras föreskrifterna till patientregistret (PAR). Det innebär bl.a. att öppenvårdsbesök som leder till inläggning i direkt anslutning till besöket ska rapporteras till patientregistret som separat besök. Detta till skillnad från gällande föreskrift, där den medicinska informationen från besöket (diagnos- och eventuella åtgärds-koder) samt kostnaderna enligt KPP, påförts den efterföljande vårdkontakten. För diagnoskodning av dessa besök gäller att man i första hand bör ange diagnos för aktuell sjukdom, i andra hand för patientens symtom, i tredje hand en Z-kod och som sista alternativ kan diagnoskoden U99.9 (Diagnosinformation saknas) användas. En ny KVÅ-kod XS100 används för alla öppenvårdsbesök som leder till inläggning på det egna sjukhuset. Koden kommer att leda till en ny DRG, Z820, med texten "Besök med oplanerad inskrivning" Detta gör det möjligt att i DRG- och KPP-sammanhang i efterhand lägga till medicinsk information och kostnader till det efterföljande vårdtillfället på samma sätt som man tidigare gjort lokalt".

### Kodfrågan

I samband med en fråga om hur man kodar en gammal sfinkterskada efter förlossning, har funderingar uppstått kring kommentaren som står vid koden O94 i Diagnoshandboken. Det finns alltså en kod O94.9 Sena besvär av komplikationer till graviditet, förlossning och barnsängstid. I Diagnoshandboken 2014 har jag vid denna kod skrivit "December 2013 finns ej information om när denna kod ska användas". Bakgrunden till denna kommentar är följande:

Jag hade en del funderingar angående de anvisningar till O94 som finns i ICD-10 version 2011. Där står det bl. a. "Med 'sena effekter' avses tillstånd som medicinskt betraktas som 'sena' eller som kvarstår ett år eller mer efter grundsjukdomens början. O94 skall inte användas för kroniska komplikationer vid graviditet, förlossning och barnsängstid". T ex tänkte jag på besvär efter en sfinkterruptur som visar sig redan vid de första uppföljande besöken, utan att det har gått ett år – det stämmer ju inte med de nyss citerade raderna, och inte heller att 'koden O94 inte ska användas för kroniska komplikationer'. Jag bad klassifikationscentrum om förtydligande av detta, men fick inga



besked. Det är därför som det står som det gör i Diagnoshandboken efter denna kod.

Det som står på uppslagsordet ”Defektläkt förlossningsskada” i Diagnoshandboken tar inte specifikt upp defekt funktion efter sfinkterruptur; egentligen är det i första hand tänkt för anatomiska avvikelser i levatormuskler, cervix, vagina, vulva och perineum som blir föremål för rekonstruktiv kirurgi.

Men koden O94 är bra och vi behöver ju inte avstå från att använda den bara för att de frågor jag ställt inte är besvarade. Om en patient söker för fecesinkontinens R15.9 kan man som bidiagnos använda O94.9. Därtill lämpliga operationskoder, t ex från JHC.

### **Önskemål om nya koder?**

Om vissa fastställda kriterier (står att läsa på klassifikationscentrums webbplats) är uppfyllda finns möjlighet att få nya koder; såväl diagnoskoder som operationskoder och icke-kirurgiska åtgärds-koder. Deadline är 2015-01-01 för koder som ska gälla från och med 2016-01-01.

Hälsningar  
*Karin Pihl*  
karin.pihl@telia.com



# Vårdhändelser att granska, läkarens egen operations-Selfie!

Användarmötet 25/10 var välbesökt med 78 deltagare från de flesta sjukhus i landet. På förmiddagen presenterades arbeten utgående från registret till exempel hur patienterna önskar att informationsbrev utformade, robotkirurgi, livsstilsfaktorer och inkontinenskirurgi. Dessa arbeten har utförts framför allt av forskargrupper och ST-läkare utanför registrets styrgrupp. Den första återrapporteringen från Bristningsregistret presenterades. Se [www.gynop.org](http://www.gynop.org) – återrapportering – presentationer. De flesta av arbetena kommer även att publiceras som sammandrag i Medlemsbladet.

Två större nyheter i Gynopregistret presenterades som även kan användas av de som registrerar i GKR.

### Vårdhändelser att granska

En ny översikt har införts som visar patienter där det inträffat en vårdhändelse som bör utredas och användas i lärande och förbättringsarbete. Allvarliga vårdhändelser är lyckligtvis sällan förekommande och därför inte användbara som kvalitetsparameter. Varje enskilt fall behöver analyseras för att hitta undvikbara skeenden. Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) ersätter anmälda vårdskador som bedöms vara undvikbara av deras medicinska rådgivare. De fall LÖF ersatt kan användas som definition av undvikbar vårdskada. Andelen patienter som fått ersättning från LÖF utgör < 0,5% av till exempel alla hysterektomier medan förväntade allvarliga komplikationer, undvikbara vårdhändelser, ligger kring 2-3%.

Via samkörning med data (LÖF) avseende patienter som genomgått en gynekologisk operation under åren 2006-

2012 och fått ersättning från LÖF samt data för dessa patienter i GynOp-registret har vi tagit fram en "vårdhändelseprofil". 85% av fallen i LÖF som borde finnas i GynOp fanns och det är god validitet. Profilen togs fram så att den skulle täcka så många som möjligt av de som erhållit ersättning utan att selektera fram alltför många som inte fått ersättning, men som i GynOp rapporterats ha samma typ av skada/händelse/besvär.

Den framtagna profilen täcker 70% av de som fått ersättning.

Av profilen identifierade patienter i GynOp är 3,5% av samtliga inkluderade. Vid sju sjukhus, varav ett registrerande i GKR, har 257 patienter som tagits fram via "vårdhändelseprofilen" analyserats för att säkerställa att rätt patienter identifierats. 38% av fallen visade att en händelseanalys borde göras. 46% av fallen var av karaktären att de borde tas upp internt på kliniken för genomgång. 16% var "falskt" positiva. Av alla dessa drygt 250 fall, var endast 6 fall rapporterade i något avvikelssystem. Två förbättringsarbeten för vårdrutiner har startats på grund av genomgången vid de 7 sjukhusen.

Kriterier för att en patient ska visas i översikten för vårdhändelser i GynOp finns i detalj beskrivna i programvaran samt på hemsidan. Sammanfattningsvis identifieras cirka 60% av fallen utifrån läkarbedömning vid vårdtillfället eller av patientenkäten, vilket även poängterar vikten av bedömning av enkäterna. Cirka 40% identifieras på grund av specifika svars kombinationer rapporterade av patienterna., till exempel förlängd sjukskrivning med mer än 4 veckor (undantaget malignitet)

De patienter som faller ut bör granskas lokalt och en summarisk konsekvensbedömning noteras i GynOp. Avsikten med att bedömningen registreras i GynOp är för att kunna följa "vårdhändelseprofilens" träffsäkerhet samt som underlag för att analysera mönster av undvikbara skador vid skilda operationstyper. Eftersom verkligheten alltid överträffar dikten kommer det att ta någon månad(er) att finslipa funktionaliteten.

Syftet med "Vårdhändelser att granska" ur GynOps perspektiv är att hitta skeenden som kan undvikas samt att omhändertagande av patienten sker på ett tidigt stadium.

### Läkarens operations-"selfie" i GynOps rapportgenerator.

Enskild operatör inloggad i GynOp kan nu göra en "Selfie" av sina egna operationer i rapportgeneratorns alla tabell- och urvalsfunktioner såsom antal operationer, typer, blödningsmängd, operationstid, komplikationer etc. Varje operatör kan ta fram sin personliga profil och statistik ställd gentemot landets "samtliga" operatörers medelvärden, men även med percentiler och konfidensintervall. Detta är låst till operatör. Enbart den som är inloggad i systemet med sitt SITHS-kort som kan se sin profil och bara sin egen, ingen annans.

"Selfien" är även kopplad till personnummer och för varje användare kan personnummer registreras. Detta innebär att läkare aktiva vid flera sjukhus kan få sin "selfie" för sina samtliga operationer oavsett var i landet de utförts. Dessutom innebär det ovanligt att läkare byter namn eller har råkat få flera användare på samma

sjukhus varför personnummer är nödvändigt för att länka ihop användarens samtliga operationer. Detta med registrering av personnummer har diskuterats vid användarmöten, verksamhetschefmöten samt med specialistföreningens företrädare. Operatören och registrerande läkare är alltid identifierbar via namn, sjukhus och datum varför identiteten är känd så personnummer identifikation bryter inte något integritetsskydd utan enbart tillåter analyser framför allt i selfien. Instruktioner har utgått att registrera personnummer på användarnivå – vilket enskild person självfallet kan neka till. Selfien har även visat på svagheter till exempel behöver läkarlistorna städas upp, samma person har flera identiteter på samma sjukhus och de registrerande i GKR måste koppla till sin GKR identitet i GynOp för att det skall fungera. Förhoppningsvis är detta åtgärdat när ni läser denna artikel.

### **Mina Vårdkontakter**

En ökande andel av Sveriges befolkning registrerar sig i mina vårdkontakter, idag cirka 10%, och får till sin där registrerade e-mail eller mobiltelefon ett meddelande när de har ett efterfrågat något från sjukvården. Mina vårdkontakter har utvecklats för att vara en kommunikationsväg framför allt för patienten till sjukvården. I drygt ett år har vi från GynOp arbetat med att via den skicka meddelanden till patienterna när en enkät finns att besvara utan att patienten specifikt efterfrågat det. Det vill säga att mina vårdkontakter även skall vara en väg för sjukvården att kontakta patienten. Denna funktion har nu lagts till i ”mina vårdkontakter” och pilottestning med just GynOp har utförts med godkända prestanda. Meddelande till patienter från GynOp när det finns enkät att besvara förväntas vara i drift när detta publiceras och ytterligare minska sekreterarnas manuella inmatning av pappersenkäter.

### **Täckningsgrad**

Samkörning med patientregistret har utförts och visar på god teckning. Av alla patienter fanns på riksnivå 70% i båda systemen, 15% enbart i vartdera systemet GynOp-GKR respektive patientregistret. Spridningen på sjukhusnivå var från 94% till 30% med patienterna registrerade i båda systemen. Intressant var att generellt var bortfallet lika stort/ litet i båda systemen och dessutom varierat högregradigt inom samma klinik belägen vid två olika sjukhus. Generellt är det inte är samma personer som rapporterar till patientregistret som till GynOp-GKR. Man bör ställa sig frågan om vilken registreringskultur den lokala organisationen har.

### **Programproblem GynOp – svagheter**

Vid användarmötet diskuterades svagheter och önskemål avseende GynOp i smågrupper och åsikterna samlades in. Synpunkterna kan indelas i tre närmast likstora kategorier.

Programvaran är långsam och hänger sig. Registrerad uppgift fastnar inte. Detta är inte programvarans fel utan att datakommunikationen vid vederbörandes sjukhus inte har adekvata (moderna prestanda). Detta är priset för en internetbaserad programvara. Det har nu kommit en funktion så att aktuell del av programvara kan ”Skjutas ut” och uppträda som lokalt installerad varvid de problemen försvinner. Det går inte att göra för allt men för mycket. De värst drabbade är patienterna med internet med låg kapacitet hemma då de ska fylla i enkäterna samt sekreterarna som registrerar pappersenkäter. Denna funktionalitet införs först för enkäterna och förväntas vara driftsatt innan julen därefter står operationsberättelsen på tur.

Funktionalitetsbrister av typen ”okunskap”. En rad brister framfördes som kan relateras till att programvaran är ”fel-

inställd” lokalt. Adressen på alla insamlade åsikter saknas varför detta inte kan meddelas vederbörande klinik. Detta understryker vikten att kontrollera i manualen samt meddela irritationsmoment så att så många som möjligt kan elimineras, samt att kontakta oss om problemet inte kan lösas.

Önskemål på ej befintliga funktionalitet. Alla önskemål går inte att utföra men en rad guldkorn framkom som kommer att införas. Ett önskemål från användarna som införts är bland annat ”Selfien”. Meddela oss önskemål, irritationer och fel. Allt klarar vi inte men utan att veta klarar vi mycket mindre.

GynOp tackar och önskar om fortsatt gott fruktbarande samarbete.

På styrgruppens vägnar

*Mats Löfgren*

Nationell Registerhållare GynOp  
Enheten Obstetrik och Gynekologi  
Umeå Universitet



# Dagsläget avseende journalintegration och GynOp

## Journalintegration:

Under hösten har jag fått en rad frågor från ett antal kliniker varför Klipp-o-klistra från Gynops applikation till journal inte automatiseras. Jag beskriver nedan min syn på situationen.

Frågan aktualiserats sedan Cosmics användare i Jönköpings län, liksom på andra sjukhus, har kommit med önskemål och krav om samma integration som finns avseende Melior och Evry (CROSS) med automatiserad Klipp-o-klistra till journal. Integrationen, som används vid samtliga sjukhus som använder Cross-Evry samt av Gävleborg som har Melior, har varit störningsfri under de gångna sex åren. Varför sprids den inte till fler system och fler kvalitetsregister när det bevisat fungerar säkert och stabilt?

Från företaget för Cosmic har framförts att man kan överväga integrationen om den stöds av centrala nationella instanser. Vilken central attityd som råder är sannolikt avgörande. Den enda möjliga integration för GynOp bygger på ”portallösning”, vilket även journalföretagens IT-arkitekter håller med om, eftersom journalerna inte har eller kan exportera efterfrågade uppgifter. (Detsamma gäller en rad andra kvalitetsregister).

Integration, elimination av dubbelarbete kan ske på tre sätt:

*Princip 1:* Vilket är den ledande officiella strategin – alla uppgifter skall samlas i journalen och överföras till registren eller till datalager ur vilket kvalitetsregister med flera skall kunna hämta sina uppgifter. I princip skulle då kvalitetsregistrens formulär och program kunna försvinna och allt bara hämtas ur ett datalager. Det är en vacker IT-tanke med några små pro-

blem. a) Man har inte lyckats helt för något register trots att det gått 10 år, delmängder överförs. b) Varje förändring i registret måste införas i alla journalsystem och vara helt lika för att data skall kunna samlas. c) Framför allt måste journalerna ha funktionalitet att kunna exportera data och ha tillräckligt avancerade formulärfunktioner, enkätsystem etc. Inget journalsystem har detta avseende GynOps, eller GKR, variabler vilket även gäller en rad andra kvalitetsregister. Dessa funktioner är inte beställda hos datajournalleverantörerna. Dock samlar journalerna adekvata data i tillräcklig omfattning för ett antal register att överföring från journalen är användbar till exempel lagstadgade formulär som för mödravård-förlossning eller register med många lab-parametrar. Men för GynOp och GKR rör det sig om knappt ett tiotal parametrar som idag skulle kunna exporteras. Huruvida registren, med nödvändig flexibilitet för att följa förändringar, skulle överleva den rigiditet ovan modell förutsätter är en annan fråga.

Syftet med kvalitetsregister är att analysera vårdens resultat och bidra till vårdens förbättring. Detta kan enbart ske om valida data är insamlade.

blem. a) Man har inte lyckats helt för något register trots att det gått 10 år, delmängder överförs. b) Varje förändring i registret måste införas i alla journalsystem och vara helt lika för att data skall kunna samlas. c) Framför allt måste journalerna ha funktionalitet att kunna exportera data och ha tillräckligt avancerade formulärfunktioner, enkätsystem etc. Inget journalsystem har detta avseende GynOps, eller GKR, variabler vilket även gäller en rad andra kvalitetsregister. Dessa funktioner är inte beställda hos datajournalleverantörerna. Dock samlar journalerna adekvata data i tillräcklig omfattning för ett antal register att överföring från journalen är användbar till exempel lagstadgade formulär som för mödravård-förlossning eller register med många lab-parametrar. Men för GynOp och GKR rör det sig om knappt ett tiotal parametrar som idag skulle kunna exporteras. Huruvida registren, med nödvändig flexibilitet för att följa förändringar, skulle överleva den rigiditet ovan modell förutsätter är en annan fråga.

*Princip 2:* Journalen som en portal till vilken information infogas när den inte genereras i journalen. Den information som journalen inte kan leverera till kvalitetsregistret mottas från registren, omvänd överföring. Alla journaler kan ta

emot text. Idag överförs cirka 80% av alla operationsberättelser i GynOp till journalsystem. En automatiserad överföring är en enkel och billig lösning och kan användas av många.

*Princip 3:* I grunden samma som portallösning men informationen överförs inte. Registrets applikation får vara ”journalhandling” man skriver enbart i journalen ”Se XX-registret”. Man får öppna registrets applikation för att läsa journalinnehållet alternativt skriva ut texten som kan scannas in i journalen eller hänvisas till ”se papperskopia från XX-registret”.

Från centrala, framför allt nationella, IT-strategier är princip 1 ledande, princip 2 motarbetas och princip 3 vill man helst inte höra talas om. Att både princip 2 och 3 används storskaligt i Svensk sjukvård är en realitet. GynOp arbetar enligt princip 2 ”portalmodellen”. Integrationen togs fram primärt på kravspecifikation från Västra Götaland och Region Skåne tillsammans med deras IT-avdelningar. Då acceptanstester var klara i Helsingborg och integrationen skulle införas meddelade Skånes Meliorförvaltning att man inte längre var intresserade. Principiellt har verksamhetscheferna i Västra Götaland och Region Skåne krävt att Melior integrationen skall införas men nekats av sin IT-sektion. Direktöver-

föring från journal till register är det som skall gälla. Det var 6 år sedan och inget har skett förutom att man fortsatt med "klipp och klistra". För tre år sedan gick sex större nationella kvalitetsregister samman i en gemensam ansökan till SKL för att utveckla portallösning med GynOps och Reuma-registrets modell som förebild. Den ansökan besvarades inte. Verksamhetens behov och önskemål förefaller inte vara styrande.

Senaste diskussionen jag hade för en månad sedan med ledande IT-strateger inom Nationella kvalitetsregisterkansliet kastade i alla fall en del förklarande ljus över förhållningssättet. Mina synpunkter bemöttes med att kanske kan projekt skapas för "omvänd överföring" men:

a) Detta är inte en fråga för kvalitetsregistren utan en fråga för journalsystemen.

b) Det är ju frivilligt att delta. c) Om detta skulle bli bra motverkar det arbetet med att journalerna skall kunna exportera data till registren. Jag trodde inte jag hört rätt utan ställde kontrollfrågor, enbart svaret i punkt a räcker mer än väl till förvåning.

Syftet med kvalitetsregister är att analysera vårdens resultat och bidra till vårdens förbättring. Detta kan enbart ske om valida data är insamlade. Dubbelregistrering när man först registrerar i journalen och sedan, vid tillfälle, i registret, medför brister i datakvaliteten och är därmed rent kontraproduktivt, dessutom ineffektivt och kostnadsdrivande. Synsättet gentemot registrerande vårdpersonals dubbelarbete kan även förvåna.

Personligen ser jag vare sig ett motsatsförhållande eller någon konkurrenssituation. Att journalen till register, alter-

nativt till datalager, ska leverera det journalen kan borde vara lika självklart som att det som journalen inte kan leverera skall registrets applikation erbjuda journalen. De två principerna borde inte ställas mot varandra utan borde samverka. Inom närtid kommer vi att ha ett möte med ledningen för Nationella kvalitetsregisterkansliet. Förhoppningsvis kan arbete sen påbörjas med integrationslösning av portalmodell gentemot Cosmic och modernisering för de andra två. Verksamhetens synpunkter och krav borde vara styrande för vad verksamheten erhåller.

*Mats Löfgren*

Registerhållare GynOp  
Enheten Obstetrik och Gynekologi  
Umeå Universitet



## OGUs ordförande informerar

### *Kära OGU-medlemmar!*

Var ni än befinner er i vårt avlånga, mörka och kalla land, hoppas jag att ni har det bra. Själv huttrar jag i regnparadiset Göteborg. Jag ber dock en tyst bön av tacksamhet till det oupphörliga regnet som ger mig en utmärkt ursäkt att låta cykeln stå kvar i garaget och kura ihop mig i bussen på vägen till jobbet.

Vartannat år har OGU-styrelsen ett strategimöte för att diskutera inriktningen på vårt arbete. Vi använder resultaten från era svar i OGU-enkäten som fingerledning men tar även med oss diskussioner som förts inom bland andra SFOG, läkarförbundet och internationellt. I september hade vi vårt senaste strategimöte där vi som en relativt ny styrelse valde att diskutera vilka mål och värderingar som ska styra vårt arbete och hur vi ska nå dit. Vi enades om att OGUs arbete ska vara meningsfullt, både för oss och våra medlemmar. Vi vill kunna se resultat av vårt arbete. De verktyg vi har för detta är bland annat enkätundersökningar, direkt feedback från våra medlemmar via sociala medier, OGU dagarna, SFOG veckan samt dialog SFOG styrelsen. Vi är dessutom välsignade med GynOp-registret där det finns potential att eventuellt plocka fram ST-gruppen för att göra undersökningar på till exempel den kirurgiska träningen under ST. Vidare diskuterade vi konkreta vägar för hur vi kan verka för en pedagogisk och kvalitativ ST, där vår representation i utbildningsnämnden är ett tungt kort. Vi kan även ha nytta av konkreta kampanjer så som "Ge kniven vidare". OGU har även under två års tid anordnat ST-kurser under

SFOG veckan för att både locka ST-läkare till SFOG veckan och bidra till att fylla behovet av kurser.

Vi diskuterade även hur vi kan få större möjligheter att påverka och driva frågor. En möjlighet kan vara att med förankring inom SFOG-styrelsen, i större utsträckning ha en dialog med till exempel socialstyrelsen och läkarförbundet. En möjlighet till detta fick vi med vårt deltagande i mötet med svensk kirurgiskt råd där representanter från samtliga kirurgiska föreningar träffas årligen för att diskutera gemensamma ämnen. På senaste mötet kom representanter från socialstyrelsen för att diskutera framtiden för ST-kurserna. Vi har även bjudit in Emma Spak, ordförande för Sveriges Yngre Läkarförbund (SYLF) att delta på vårt kommande möte för att diskutera hur vi kan arbeta för en mer jämlik ST-utbildning. Slutligen kan vi erbjuda våra medlemmar en hög tillgänglighet då vi nu har två personer i styrelsen som ansvarar för hemsidan och vår facebook-sida.

De två huvudfrågor som vi önskar driva närmaste året är hur man kan få nationell spridning av "gynsatsningen" (se förra medlemsbladet) som ett bra sätt att strukturera upp den kirurgiska träningen samt hur vi kan få fler unga till forskningen. Vi har en utmaning framför oss där det i dagsläget råder brist på struktur som möjliggör för unga läkare att forska. För att svensk forskning inte ska tappa mark internationellt gäller det att arbeta aktivt med frågan redan nu, helst igår. Missa inte att i detta nummer av medlemsbladet läsa "Från student till

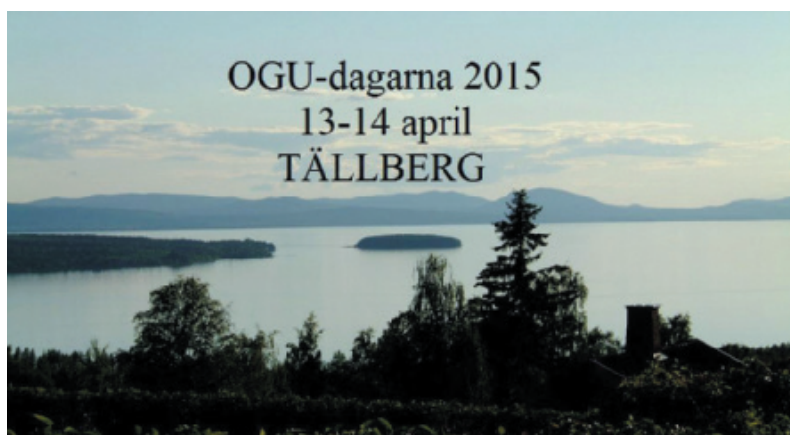
docent", en inspirerande satsning i Östergötland för att skapa konkreta strukturer som möjliggör forskningsarbete.

Våra OGU-representanter i utbildningsnämnden kommer tillsammans med övriga nämnden att diskutera hur vi kan få en struktur kring de nya kurserna under ST (KUST) på ett bra sätt och kommer även börja förberedelserna för specialisttentamen i Göteborg i maj.

År 2014 gick det årliga ENTOG utbytet av stapeln i Glasgow. ENTOG står för European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology och erbjuder varje år ett utbyte för europeiska ST-läkare som är nyfikna på hur det är att arbeta som gynekolog i ett annat europeiskt land. Vi ser fram emot att kunna erbjuda 2-3 ST läkare från Sverige ett utbyte i **Nederländerna 7-12 juni nästa år**. Kommittén i Nederländerna jobbar för att man både ska få uppleva den kliniska vardagen och få följa med barnmorskorna på en hemförlossning, som Nederländerna är känt för. Mer information om utbytet finns i en annons i detta nummer av MB. Sök utbyte, det är en unik upplevelse!

Er Ordförande,  
*Mahsa Nordqvist*





# OGU-dagarna 13-14 april 2015

## Välkomna till OGU-dagarna i regi av Kvinnokliniken i Falun-Mora!

Vi kommer att hålla till på "Klockargården" i pittoreska Tällberg i hjärtat av Dalarna. Ämnet är "Blödningar under graviditet och förlossning" och vi har två dagar proppfulla med intressanta föreläsningar samt förstås en oförglömlig kväll i OGUs anda.

Som ni kunnat ta del av i tidigare nummer av Medlemsbladet är högkvalitativa föreläsare rekryterade såsom Philip Steer (brittisk obstetriker och f d chief editor på BJOG) och Claudia Hanson, tysk forskare och obstetriker som arbetar tillsammans med Hans Rosling, ankaret för Gap Minder.

OGU-dagarna täcker in delar av kursdelmål 1, 2, 3, 4 och 6.

Man kommer fr.o.m. december månad kunna anmäla sig via OGU-dagarnas hemsida som man når antingen via [www.ogu.se](http://www.ogu.se) eller [www.sfog.se](http://www.sfog.se)

**Vi önskar få se er alla i Tällberg**

*Organisationskommittén för OGU-dagarna 2015*

# Utbyte för ST-läkare i Nederländerna juni 2015

ENTOG (European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology) erbjuder varje år ett utbyte för europeiska ST-läkare som är nyfikna på hur det är att arbeta som gynekolog i ett annat europeiskt land.

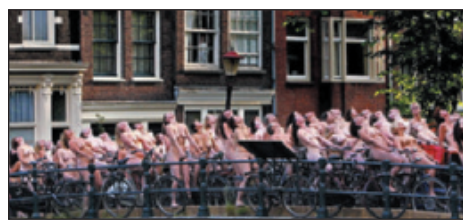
År 2015 sker utbytet till Nederländerna 7-12 juni. Den nederländska organisationskommittén hoppas kunna erbjuda 2-3 ST-läkare från varje medlemsland att auskultera på i kliniker i Amsterdam, Rotterdam, Utrecht, Groningen, Leiden, Nijmegen och Maastricht. Kommittén jobbar också för att man ska kunna uppleva en hemförlossning.

Själva auskultationen äger rum 8-10 juni och avslutas med ENTOGs årsmöte och Scientific Session 11-12 juni i Utrecht. Teman som ska behandlas av kända nederländska föreläsare är "training the trainer", kvinnligt ledarskap, kirurgisimulering med möjlighet till praktisk träning och kommunikation i svåra situationer.

OGU hjälper gärna till med ansökan om NFOG-medel för att delta i ENTOGs utbyte.

Pengarna är avsedda för anmälningsavgift, resa och boende hos nederländsk kollega.

Som motprestation i anslutning till utbytet skall du bidra med en reseberättelse som publiceras i Medlemsbladet.



Intresseanmälan via mail till OGU:s internationella representant Elisabeth Vock  
elisabeth.vock@sodersjukhuset.se

**Mer information finns på [www.entog.org](http://www.entog.org) samt [www.ogu.se](http://www.ogu.se)**



**STIFTELSEN  
FÖR UTBILDNING  
OCH UTVECKLING  
INOM OBSTRETIK  
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)**

# Gynekologer behövs till Aira Sjukhus i västra Etiopien

För ett år sedan hoppades Global-ARG på utbildningsplatser för nästan färdiga gyn-specialister på Aira Sjukhus i Etiopien. Detta var tänkt bli en win-win situation med bra stöd för sjukhusets enda seniora doktor Tariku Wakuma samtidigt som den unge svenska läkaren skulle få en fantastisk möjlighet till intressant yrkeserfarenhet under kunnig handledning.

Tyvärr gick hela projektet om intet genom nya mycket strama regler från hälsoministeriet på utländsk sjukvårdspersonal.

Genom Skandinaviska Läkarbanken/Rotarys Läkarbank inbjuds och uppmuntras specialister att söka arbetsperioder i Etiopien på Airasjukhuset och i några andra länder. Läkarbanken står tilltjänst med att processa arbetstillståndet till Etiopien och beräknar cirka tre månader för att lyckas med detta. Underlaget man behöver är av Notarius Publicus vidimerade kopior på examina och specialistbevis.

Jag har arbetat i tre afrikanska länder på sex olika sjukhus och det har varit en särskild tillfredsställelse med arbetet i Aira tack vare en fantastisk personal med efter omständigheterna stor kompetens. Dr. Tariku tycks behärska allt från tårna till huvudknoppen och opererar obstetriska fistlar med samma finess som kompli-

rade benbrott och läppgomspalter. Man har en barnmorskutbildning knuten till sjukhuset och man har varit del i ett flertal både nationella och internationella forskningsprojekt. För den intresserade, som har möjlighet att återkomma under flera perioder, finns det spännande arbetsområden. Om ett par år räknar man med att få en fast anställd gynekolog.

Fram till dess är man i stort behov av stöd för att det goda arbete som görs inte skall svikta.

För vidare information kontakta koordinator Karin Håkansson på Läkarbanken, [k.hakansson@doctorbank.se](mailto:k.hakansson@doctorbank.se)

*Margareta Sidenvall*  
Hudiksvall



*Dr. Tariku tar bort bandaget från liten patient opererad för läppomspalt dagen innan.*



# Från student till docent eller Hur kan man kombinera en klinisk och akademisk karriär?

## Ingress

När en ung kvinnlig kirurg från Norrköping - som också var doktorand till mig - berättade vad en läkarstudent som hade sin kirurgplacering i Norrköping hade sagt till henne blev jag riktigt bekymrad. Han hade nämligen berättat att han trivdes väldigt bra med sin läkarutbildning vid Hälsouniversitetet (HU) i Linköping, men eftersom han var klart intresserad av forskning skulle han efter examen vara tvungen att flytta till annan ort, troligen Stockholm eller Lund. Så ville inte jag, som dåvarande dekanus för HU, att våra studenter skulle uppfatta sitt lärosäte. Tillsammans med chef-läkaren för forsknings- och utbildningsfrågor inom Landstinget i Östergötland (LiÖ) och de närmaste medarbetarna i fakultetsledningen började vi arbeta för ett program som skulle kunna locka våra studenter och unga läkare att börja forskarutbildning. Tanken var också att detta även skulle främja rekrytering. Programmet kom småningom att kallas "Från student till docent" och har nu fungerat i över fem år.

## Bakgrund

Betydelsen av klinisk forskning för utvecklingen av en god hälso- och sjukvård kan inte överskattas. Devisen "Dagens forskning – morgondagens sjukvård" torde vara riktig. Sverige har en stark tradition inom klinisk forskning och disputation krävdes länge för att få en överläkars tjänst inom de större kliniska specialiteterna. Sverige har fortfarande aktiv och viktig klinisk forskning men vi har tappat mark i förhållande till många länder i Europa och övriga världen (1-5). Flera utredningar och åtgärdsförslag har

**Mats Hammar,**  
Professor, överläkare, KK,  
Linköping, tidigare dekanus vid  
Hälsouniversitetet, Linköpings  
Universitet

tagits fram för att råda bot för detta (2,5,6). Ett antal orsaker brukar tas upp när man diskuterar svårigheter att bedriva klinisk forskning men främst anges brist på tid för forskning i en sjukvårdsvardag med stora krav på produktion. Det är därför viktigt med initiativ som skapar bättre möjligheter att bedriva god klinisk forskning vilket också framhållits i internationella rapporter (7-9). För att lyckas få fart på den kliniska forskningen måste samverkan mellan akademi och hälso- och sjukvården fungera bra och både parter måste definitivt bidra.

## Från student till docent

För att rekrytera studenter och unga medarbetare till forskning och ge bättre möjligheter att engagera sig i forskningsprojekt och forskarutbildning startade HU och LiÖ kring 2008 projektet Från student till docent (Figur 1). Inom projektet ges stöd i form av driftsbidrag till en forskarförberedande kurs som drivs med problembaserat lärande som pedagogisk modell och som belyser olika forskningsmetoder och vetenskapliga projekt. Även övningar i projektdesign, laboratoriearbete och presentationsteknik ingår i kursen. Denna bedrivs framför allt på kvällstid och på "kvartsfart" under tre terminen parallellt med övriga studier redan från den andra terminen i grundutbildningen. Efter kursen kan studenterna söka stipendier för fortsatta forsknings-

förberedande studier till exempel sommartid i anslutning till en forskargrupp vid fakulteten eller inom sjukvården. Medel för sådana stipendier finns öronmärkta för programmet "Från student till docent".

Efter grundexamen finns möjlighet att söka forskar-AT för nyexaminerade som antagits till forskarutbildning. För alla AT-läkare under forskarutbildning finns också möjlighet att förlänga AT-blocket med tre månaders ytterligare forsknings-tid som ersätts med ST-lön. Under specialistutbildning finns sökbara ST-forskningsmånader som kan sökas såväl av disputerade ST-läkare som av dem som är doktorander. Vid förlängning av ST-blocket på grund av forskning ersätts förlängningstiden med specialistlön.

För att öka möjligheterna för kliniskt verksamma läkare att forska vid preklinisk institution ger vi också möjlighet för doktorander med läkarexamen att söka stöd för att bedriva laborativ/translati-onell forskning. Detta stöd är till för att kompensera handledaren för skillnaden mellan normal doktorandlön och den vanligen betydligt högre lön doktoranden har i sin sjukvårdstjänst.

## Forskning efter disputation

För att underlätta fortsatt forskning för nydisputerade läkare har vi med ALF-medel finansierat två forskarmånader per år under två år tillsammans med ett driftsbidrag på 100 000 kr/år. Dessa forskningsmånader kan sökas de två närmaste åren efter disputation. Inom fem år efter disputation kan man också söka ALF-forskartjänst som innebär 50 % forsknings-tid per år i två år med möjlighet till två års förlängning. ALF-forskartjänsten kan

också tas ut som 25% forskning under fyra år efter önskemål från ST läkare i kirurgi som ansåg sig ha svårt att forska på halvtid.

Ett annat sätt att kunna fortsätta sin forskning efter disputation är genom de av LiÖ inrättade tidsbegränsade befattningarna som "universitetsöverläkare/läkare". Befattningen innebär 30% forskningstid under tre år med möjlighet till tre års förlängning. Avsikten är att forskningsbefattningen ska leda till minst docentur, gärna längre. Finansieringen av forskningstiden är delad lika mellan landstingets centrala forskningsmedel och klinikens egna forsknings- och utvecklingsmedel (s.k. L-FoU-medel).

De sista stegen i programmet utgörs av adjungerade befattningar som lektor eller professor vid HU, som ju vanligen innebär mellan 20% - 50% forskning/undervisning finansierad av kliniken. Ett alternativ är förstås en kombinationsanställning som lektor eller professor med 2/3-delar av arbetstiden vid fakulteten och 1/3-del sjukvård.

### **Ekonomiska incitament**

Som nämnts ska en AT-läkare som fördröjs av sin forskarutbildning eller forskning få ST-lön under den extra tiden under AT. På motsvarande sätt ska ST-läkaren som forskarutbildar sig eller fortsätter bedriva forskning få speciallön under den extra tiden som hen är ST-läkare. Vidare har vi infört riktlinjer för hur forskningskompetens ska värderas vid lönesättning. Ett fastställt lönetillägg ges med automatik efter halvtidskontroll, doktorsexamen och uppnådd docentkompetens (totalt 1000 kr + 1000 kr + 4000 kr).

Sedan år 2010 har vi också motsvarande

forskningsbefattningar för medarbetare inom andra legitimationsyrken. Man kan alltså söka befattning som "universitets-sjuksköterska, -sjukgymnast, -BMA, -logoped" etc. Befattningarna är konstruerade på samma sätt som för läkarna och kraven är desamma.

### **Initiala svårigheter**

Självklart kräver start av program som vi här beskrivit mycket information och lanseringsarbete i samarbete mellan akademi och landsting. Vi har arrangerat ett antal informationsmöten, skrivit på hemsidor och i lokala skrifter. Ändå är informationsbehovet stort och vi får regelbundet frågor om vad som gäller.

Starten av programmet för studenter har varit lyckosam men har ett problem. Studenter under grundutbildning som vill antas till forskarutbildning måste ha en garanterad finansiering. Är man landstingsanställd accepteras detta vanligen som finansieringsgaranti men motsvarande finns inte för studenter. När antalet

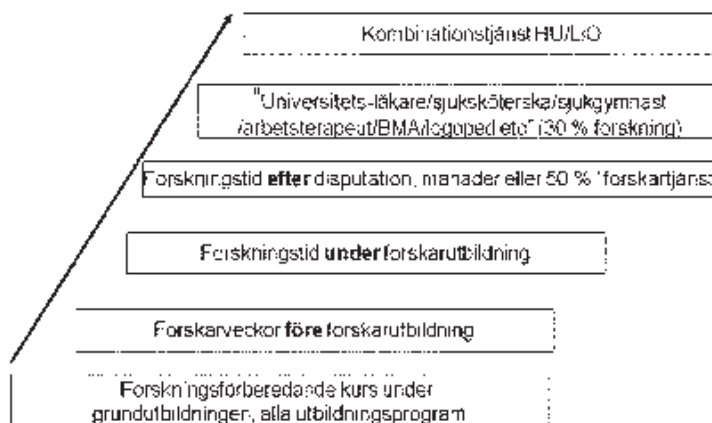
studenter som vill antas till forskarutbildning ökar kan det uppkomma problem för institutionerna att kunna garantera finansieringen.

### **Framtid**

Vi anser att ett nära samarbete mellan landsting som sjukvårdsproducent och universitet med medicinsk och andra fakulteter är nödvändigt om vi skall lyckas ge bättre förutsättningar för god klinisk forskning. Trots att målbilderna för universitet och landsting inte är identiska avseende forskning så överlappar de påtagligt och initiativ pågår runt om i landet mellan akademin och sjukvården för att närma sig varandra och fördjupa samverkan. Detta står också i samklang med den nya målbeskrivningen som gäller för alla ST-utbildningar med krav på kompetens inom medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete (10). Vi måste också öka meritvärdet av forskning och på rätt sätt inom vården ta vara på den kompetens och de resultat som forskningen ger.

### **Figur 1.**

*Schematisk bild som visar stegen i projektet Från student till docent. HU är Hälsouniversitetet och LiÖ är Landstinget i Östergötland.*



### **Referenser:**

- Svensk medicinsk forskning – finansiering och konkurrenskraft. Vetenskapsrådet, 2003.
- Utbildningsdepartementet. Världsklass! Åtgärdsplan för den kliniska forskningen. Delbetänkande av Utredningen av den kliniska forskningen. SOU 2008:7.
- Ett lyft för forskning och innovation. Regeringens proposition 2008/09:50.
- Clinical research in Finland and Sweden. Vetenskapsrådet/Academy of Finland, 2009.
- Utbildningsdepartementet. Klinisk forskning – ett lyft för sjukvården. Slutbetänkande av Utredningen av den kliniska forskningen. SOU 2009:43.
- Näringsdepartementet. Alla vinner genom samverkan inom den kliniska forskningen! Slutrapport av Delegationen för samverkan inom den kliniska forskningen. 2009.
- Gilhus NE, Hjortdahl P. Fordyrningsstillinger er en forskningsresurs. Tidsskr Nor Legefor 2005;125:2224-5.
- Andriole DA, Whelan AJ, Jeffe DB. Characteristics and career intentions of the emerging MD/PhD workforce. JAMA 2008;300:1165-73.
- Ahn J, Donegan DJ, Lawrence JT, Halpern SD, Mehta S. The future of the orthopaedic clinical-scientist: identification of factors that may influence orthopaedic residents' intent to perform research. J Bone Joint Surg Am 2010; 92:1041-6.
- Socialstyrelsen. Läkarnas specialiseringsjämföring. Målbeskrivningar 2008. SOSFS 2008:17.



Du vet väl att du kan debattera  
på [www.sfog.se](http://www.sfog.se)  
under Forum utan inloggning.

## Hur får vi de bästa specialisterna?

See one, do one, teach one. Hur lär man sig något nytt, bibehåller den kunskapen och vidareutvecklar den? Människans inlärningskapacitet är inte svårare än att vi behöver se vad det är vi behöver kunna, vi behöver göra det ett antal gånger, läsa på teorin bakom om det är applicerbart och sedan slipa på kunskapen genom att lära ut den. Det måste finnas en systematik, någon form av; gå från A, då kommer du till B för att nå till C. I Sverige har vi cirka 400 ST läkare inom obstetrik och gynekologi som enligt föreskrifter och delmål från socialstyrelsen behöver tillgodogöra sig en viss mängd kunskap för att få benämnas specialister. De har motsvarande minst 5 års klinisk tjänstgöring på sig för att bocka av listan. Det är en dyrbar grupp individer som inom en inte alltför lång framtid ska ersätta avgående kompetens och ansvara för att klinikerna runt om i landet bedriver en patientsäker och god vård. Hur pass bra är vi i dagsläget på att förbereda dem inför den uppgiften? OGU (Obstetriker och gynekologer under utbildning) tar vartannat år tempen på kvaliteten på ST utbildningen i landet och i senaste numret av medlemsbladet kunde vi läsa resultaten från senaste OGU enkäten. Vi kunde läsa att det i vår jourtunga specialitet är 23% som har 201 timmar eller mer i innestående jourkomp, det vill säga

välbehövlig vila och återhämtning som man av olika skäl inte har tagit ut, 30 % anser inte att de har en fungerande studierektorsfunktion och nästan var tionde ST-läkare saknade helt en studierektor. Det är chockerande siffror med tanke på att kravet på studierektorsrollen är en förutsättning för att socialstyrelsen ska godkänna att kliniken har ST-läkare. Hela 70 % har noll timmar avsatt för egen inläsning per vecka. Om vi anser att vår profession är så enkel att lära sig att vi kan lära bara genom att arbeta på golvet, kan vi väl bespara miljön och bränna upp alla vetenskapliga tidsskrifter och kurslitteratur och använda som värme nu när vintern kommer? Det framkom att enbart 39 % har fortlöpande utvärdering och bara drygt var tredje ST läkare uppfyller socialstyrelsens föreskrift om kontinuerlig dokumentation. Detta i kombination med att hälften av alla ST-läkarna bara träffar sin handledare 0-4 gånger per år får en att undra om det kan vara så att verksamhetschefen, som ju har yttersta ansvaret för att ST-läkaren uppfyller delmålen på ett adekvat sätt, har röntgenblick och på så sätt kan försäkra att ST-läkarna på kliniken tillgodogör sig kompetens och kunskap? Vilket avundsvärt sjätte sinne i så fall! I årets OGU enkät hade man valt att ha fördjupande frågor kring den kirurgiska träningen. OGU har

sedan tidigare genom enkätundersökning inför kampanjen ge kniven vidare gjort oss uppmärksamma på att det på många håll i landet saknas en struktur för den kirurgiska träningen under ST och vi kan bara vara eniga med OGU-styrelsen som uttrycker oro inför att det trots satsningar som "Ge kniven vidare" är 57 % som svarar "nej" eller "vet ej" på frågan om de kommer att uppfylla de kirurgiska målen i slutet av ST.

Så frågan blir hur bra vill vi vara? Var lägger vi ambitionsnivån för våra blivande specialister? Är vi nöjda med dessa siffror? Så som vid all feedback vill vi uppmana er att inte slösa tid på bortförklaringar och försvarstal, utan att ta med dessa siffror och sätta er ner tillsammans på kliniken, verksamhets/ST-chef, studierektor och ST-läkare. Inkludera specialister och övriga yrkeskategorier i debatten. Ställ frågorna; Hur gör vi för att skapa lojalitet så att våra ST-läkare vill stanna kvar som nyblivna specialister? Hur bevarar vi kompetensen trots bemanningsproblem och schemarader som måste fyllas? Hur får vi de bästa specialisterna?

*Mahsa Nordqvist*, OGU:s ordförande  
och

*Lotti Helström*, SFOG:s vice ordförande

# Gyn-KvalitetsRegistret, GKR

Gyn-KvalitetsRegistret, GKR, startade 2007. Sammanlagt har ca 54 000 operationer registrerats varav drygt 1900 är tumöroperationer. Deltagande kliniker är Centralsjukhuset i Karlstad, elva av de opererande klinikerna i Stockholm och Visby lasarett.

I början av 2014 lades den nya statistikmodulen för GKR i den skarpa databasen. Modulen kallas OLAP – Online Analytical Processing och ger möjlighet till tredimensionell analys av data på ett enkelt sätt. För att underlätta för användare och chefer har ett antal standardrap-

porter skapats. Databasen uppdateras varje natt och man kan således på ett enkelt sätt ta fram aktuella data från sin egen klinik. De data varje enskild klinik kan ta ut själva rör endast den egna kliniken med jämförande data mot Alla sjukhus (inkluderar genomsnittsdata för alla GKR-enheter). Man kan dock få jämförande information om alla klinikers data från registeradministratörerna och vi gör regelbundna utskick till verksamhetschefer, lokalt ansvariga och användare samt presenterar data för Spesak och Reprorådet.

Man kan filtrera och söka så man bara ser de rapporter man själv är intresserad av. Man kan både modifiera befintliga rapporter och göra egna nya. En manual för att göra rapporter finns på GKR:s hemsida. Det viktigaste med ett kvalitetsregister är att det är hög kvalitet på inmatade data. Ju längre tid efter en händelse som data inmatas desto större risk för felaktigheter. I statistikmodulen finns en del som kallas "Kvalitetsrapporter" där man kan se hur stor andel av formulären som är inkomplett ifyllda. På detta vis får man omedelbar återkoppling och kan

---



därmed förbättra rutinerna på de områden som inte fungerar.

Våra data exporteras till GynOp-registret och finns med i Öppna jämförelser för de data som är gemensamma. Dataexport och samarbete med GynOp fungerar smidigt. För tumöroperationerna har data börjat överföras till Svenska Kvalitetsregistret för Gynekologisk Onkologi men än så länge kan tyvärr inte GKR-data presenteras via INCA-plattformen. I GKR:s tumördel registreras även data rörande vårdtid, komplikationer, blödningsmängd, operationstid med mera, data som inte registreras i Svenska Kvalitetsregistret för Gynekologisk Onkologi. Via GKR kan canceranmälningar göras för både gynekologisk och icke-gynekologisk cancer samt för preinvasiva förändringar.

Nedan följer några exempel på OLAP-statistik från de sex olika rapportmodulerna.

### Allmänna rapporter

I OLAP-modulen ”Allmänna rapporter” hittar man t ex data om antal utförda operationer per delregister.

### Kvalitetsrapporter

I OLAPs modul ”Kvalitetsrapporter” kan man hitta kvalitetsdata för kvalitetsregistret rörande till exempel ifyllnadsgraden av operations- och utskrivningsdata, om enkäter skickats, ifyllts, bedömts etc. Via denna modul kan man få god uppfattning om vilka kliniker/läkare som har problem med olika rutiner kring registerarbetet.

### Benign intraabdominell kirurgi (BIA), Intrauterin kirurgi (IUK) och Urogynkirurgi (UGK) och Tumörkirurgi (TK)

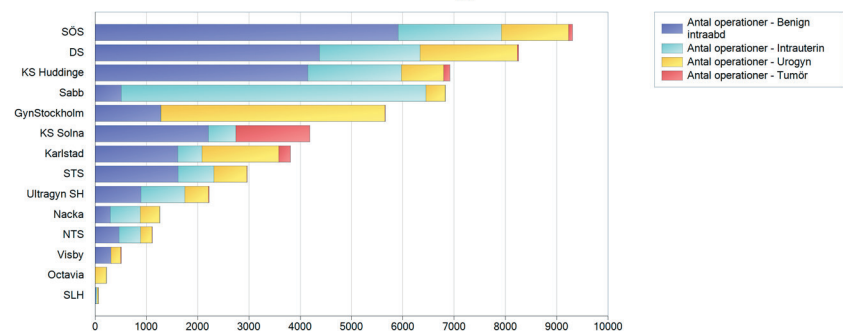
I dessa OLAP-moduler kan man se statistik som rör benign intraabdominell kirurgi, dvs laparotomier, laparoskopier samt vaginala hysterektomier (de senare som utförs pga uteruspatologi). Vid vaginala hysterektomier som utförs som en del i prolapskirurgi registreras i stället i Urogynregistret och statistiken återfinns i OLAP-modulen Urogynkirurgi, UGK. I diagrammet nedan, som ingår som en

regelbunden standardrapport till Reprorådet, kan man se totalantalet operationer för tubargraviditeter som registrerats och hur många av dem som varit laparoskopier respektive tomier. SÖS och DS är ganska jämnstora kliniker och behandlar väsentligen lika många extrauterina

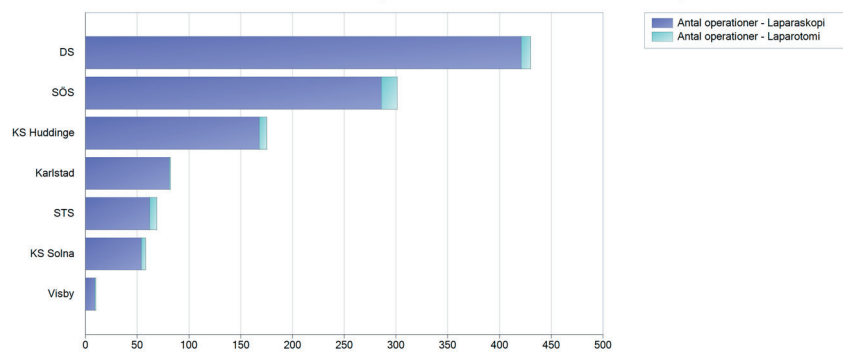
graviditeter. Operationsstatistiken tolkas som att DS har striktare indikationer för konservativ behandling.

I BIA finns ett stort antal rapporter färdiga, t ex rörande operationsmetod och vårdtid vid benign hysterektomi.

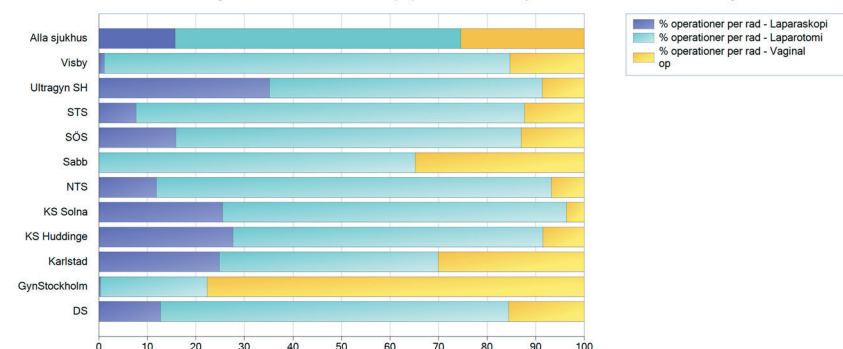
Allm 02a1. Totalt antal registrerade operationer per delregister - alla år (fram t.o.m. 2011 reg alla tumöröpp i delreg Intraabd kirurgi)



BIA Reprorådet 4a. Antal operationer som påbörjats som laparoskopi/laparotomi vid tubargraviditet - alla år



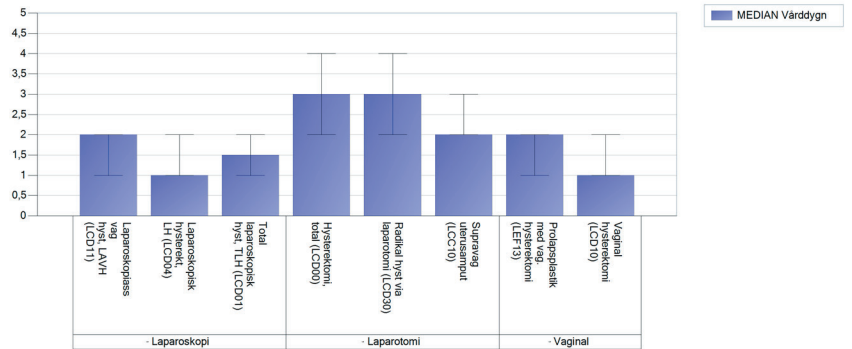
BIA Årsrapport 6a. Fördelning av operationsmetoder (%) per klinik vid hysterektomi där PAD är benignt 2012-2014



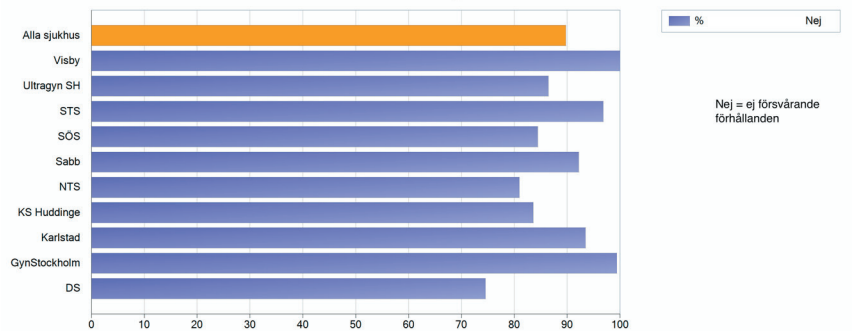
I OLAP Urogynkirurgi, UGK Rapport 2 visas andelen prolapsoperationer som utförts 2013 på patienter utan försvärande operationsförhållanden.

I OLAP Tumörkirurgi, TK, kan man tydligt se förändringar i behandlingsregimer över tid. Man strävar numera efter att utföra primärkirurgi vid invasiv ovarialcancer i stället för fördröjd primärkirurgi (efter neoadjuvant kemoterapi). I diagram TK 04a kan man jämföra hur antalet primäroperationer fördelar sig jämfört med fördröjd primärkirurgi under 2012, 2013 resp 2014:

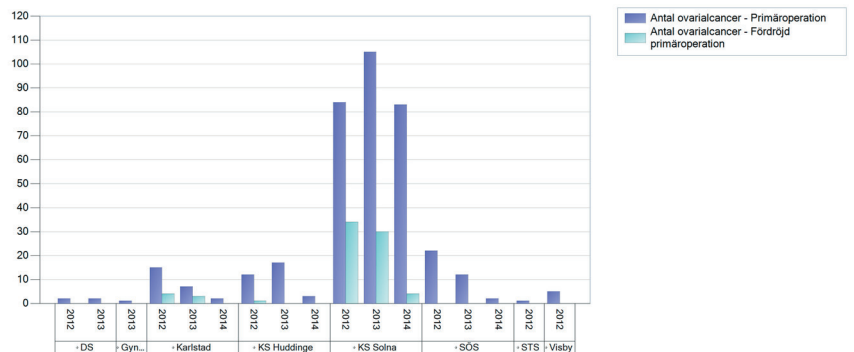
BIA 21. Medianvärdetid (IQR) vid olika typer av benigna hysterektomier



UGK Rapport 2. Ej försvärande operationsförhållanden prolapsoperation (%) 2013 (Nej = ej försvärande förhållanden)



TK 04a. Opererade fall med invasiv ovarialcancer: primärkirurgi vs fördröjd primärkirurgi 2012-2014



# Postoperativa komplikationer vid hysterektomi

– vari består skillnaden när patienten anser sig drabbad men läkaren anser det komplikationsfritt?

### Syfte

Att undersöka patientfall där patienterna upplevt sig drabbade av allvarliga komplikationer eller besvär men där läkarnas bedömningar var att dessa patienter var komplikationsfria.

### Metod

I GynOp besvarar patienter åtta veckor efter operationen en enkät om det postoperativa förloppet. Opererande klinik, vanligtvis ansvarig läkare, erhåller enkätsvaret och bedömer det. I registret finns 30 300 patienter som genomgått hysterektomi på benign indikation, av dem har 2 641 markerat att de drabbats av allvarliga komplikationer eller besvär. Av dessa bedömdes 705 av läkarna som komplikationsfria. Dessa 705 enkätsvar granskades och analyserades i studien.

### Resultat

Vid vår granskning av enkätsvaren bedömdes 10% av patienterna ha haft allvarliga komplikationer, 22% ha haft lind-

Marielle Sandström, med. stud. T10  
Norrlands universitetssjukhus, Umeå  
Mats Löfgren, registerhållare  
GynOp,  
Norrlands universitetssjukhus, Umeå

riga komplikationer, 41% bedömdes som komplikationsfria men hade tagit lång tid på sig att återhämta sig efter operationen, fått förlängd sjukskrivning, blivit återinlagd på sjukhus, reopererad eller behövt använda smärtstillande under en längre tid. Vid genomgången bedömdes 27% komplikationsfria och man fann ingen påtaglig orsak till att de markerat att de drabbats av en allvarlig komplikation eller allvarligt besvär. Patienterna rapporterade ofta flera olika symptom, mest frekventa var smärta, trötthet, tarm- och miktionsrelaterade problem. Antalet patienter som uttryckte missnöje med bemötande från sjukvårdspersonal, med

postoperativ vård eller vårdkontakter, var få.

Patienterna i tabellen bedömdes som komplikationsfria av sjukvården. Patienterna räknas bara en gång i vardera gruppen. 11 patienter bedömdes ha haft både lindrig och allvarlig komplikation. Ett fåtal patienter har bedömts ha en allvarlig komplikation (fistelgång, stämbandskada eller kvarglömd gasbinda) utifrån beskrivningar i fritext men ej kunnat styrkas med kompletterande data.

### Konklusion

Det stora antalet komplikationer talar för att det förekommit negligering och/eller felregistrering vid läkarbedömningarna. Patienternas rapportering bör tas på allvar. Antalet patienter utan uttalade postoperativa besvär var också betydande. Sjukvården bör kontakta patienter som rapporterar allvarliga postoperativa problem och ber om kontakt. ■

**Tabell 1**

#### Komplikationsklassificering utifrån granskning

Allvarliga komplikationer	Antal	Lindriga komplikationer	Antal
Organskada tarm eller uretär	22	UVI	56
Infektionsrelaterad komplikation	16	Övriga infektioner eller feber	53
Blödningsrelaterad komplikation	9	Sårinfektion	39
Sårruptur inkl fascia	7	Anemi, blodbrist	5
Ileus, tarmvred	4	Pneumoni, lunginflammation	4
Organskada blåsa	3	Depression eller ångest	4
Lungemboli	2	Magkatarr	4
Kvarglömd gasbinda	2	Förstoppning	3
Fistelgång	1	Pyelonefrit, njurbäckeninf	1
Stämbandskada	1		
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>Total</b>	<b>169</b>

Återrapporten finns att läsa i sin helhet på [www.gynop.org/Återrapportering/Återrapporter](http://www.gynop.org/Återrapportering/Återrapporter)

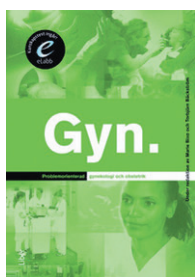
# "GYN. Problemorienterad gynekologi och obstetrik" - inklusive e-labb

Libers förlag, första upplagan 2014.

Under redaktion av Marie Bixo och Torbjörn Bäckström har specialister i obstetrik och gynekologi från hela Sverige bidragit till en ny bok: "GYN. Problemorienterad gynekologi och obstetrik". Som titeln avslöjar är det den första svenska läroboken inom obstetrik och gynekologi med en problemorienterad läroansats. Från första sidan blir det tydligt att bokens målgrupp är medicine kandidater, orienterar sig efter deras förkunskaper när de börjar kursen i gynekologi/obstetrik och deras kunskapsmål enligt utbildningsplanen för läkarprogram vid svenska universitet.

Bokens titel är något missvisande, eftersom den antyder att boken enbart handlar om gynekologi när det i realiteten är en bok som täcker hela kvinnosjukvården på kandidatnivå. Boken är indelad i Introduktion, Gynekologi respektive Obstetrik.

Introduktionen syftar till att ge läsaren en överblick över det kvinnliga könsorganets anatomi, menstruationscykelns fysiologi, gynekologiska och obstetriska undersökningsmetoder. Samtliga kapitel har en nära koppling till kliniken med olika undersökningsfynd och sjukdomstillstånd så att det blir tydligt varför man behöver sätta sig in i de anatomiska och fysiologiska förhållandena. Begripligheten underlättas med hjälp av ett flertal tydliga illustrationer. Det som utmärker introduktionen vidare är kapitlen "Evidensbaserad obstetrik och gynekologi" samt "Lagar, föreskrifter och allmänna råd". Dessa kapitel är av högsta



relevans även i senare stadier i utbildningen som AT och ST och även för andra yrkesgrupper såsom barnmorskor.

Personligen skulle vi ha önskat att även få maternell fysiologi under graviditet, fostrets utveckling och placentans fysiologi översiktligt beskrivet i ett introduktionskapitel och inte utspridd i flera av kapitlen i obstetrikdelen. För att kunna få en uppfattning om vad som är avvikande behöver man ju först känna till den fysiologiska utvecklingen.

I enlighet med den problemorienterade ansatsen utgår kapitlen i delarna Gynekologi och Obstetrik från ett symptom, undersökningsfynd eller en klinisk situation. Till skillnad från böcker som avverkar diagnos efter diagnos, efterliknar boken alltså det kliniska mötet, där våra patienter inte söker med en färdig diagnos "i handen" utan på grund av ett symptom. Kapitlen har en gemensam struktur och inleds med en generell beskrivning av problemet, följt av en fokuserad anamnes och undersökning för att kunna avgränsa differentialdiagnoserna och till sist behandlingsalternativ och överväganden. Varje kapitel avslutas med

ett fördjupningsavsnitt som lämpar sig att läsas av specialintresserade kandidater eller ST-läkare inom specialiteten. Bland kapitlen i gynekologidelen av boken kan nämnas "Blödningsproblem", "Akuta låga buksmärter" och "Vaginal flytning". Obstetrikdelen avhandlar bland annat "Högt blodtryck", "Dyspné" och "Förlossningsrädsla".

Den kliniska användbarheten underlättas genom att författarna introducerar konkreta bedömningsverktyg såsom MEWS, RMI och hänvisar till relevanta och användbara hemsidor såsom INF-PREG eller Janusinfo. Vidare uppskattar vi det konsekventa och neutrala ordvalet "partner" som skärper medvetandet om att det finns många patienter som inte lever i den traditionella kvinna-man relationen.

Generellt skulle vi uppskatta att få se ännu fler bilder, framförallt av vanliga diagnoser och fynd, t ex ett 2D-ultraljud av normala gynorgan, uterus med myom, ett CRL- eller BPD-mått, en mikroskopisk bild av BV och atrofisk vaginit eller bilder av olika underlivsbesvär såsom candidainfektion och lichen sclerosus och vulvacancer. Bilder på avvikande kliniska tillstånd är ett enormt stöd för minnet!

Den problemorienterade ansatsen medför att vissa tillstånd behöver tas upp i flera olika kapitel. Diagnoser såsom myom, cervixcancer eller placentafysiologi och – perfusion tas upp i flera olika kapitel och dessutom i fördjupningsdelar. Som studenter/läkare under utbildning



skulle vi dock uppskatta att ett tillstånd huvudsakligen beskrevs i ett avsnitt och att man refererade till huvudavsnittet i andra delar av boken.

Vår specialitet bjuder på många etiska frågeställningar och dilemman som kandidaterna under gynekologi- och obstetrikkursen konfronteras med för första gången i sina liv. Därför skulle vi även önska ett kapitel om allmänna etiska principer och resonemang.

Läroansatsen stärks än mer genom det medföljande e-labbet, ett webbaserat studieverktyg via Libers hemsida. Studenten kan träna på beslutsfattande genom att praktiskt handlägga ett realistiskt patientfall kopplat till varje kapitel. Fallet börjar med problembeskrivningen, därefter får läsaren välja bland en lista av riktade anamnestiska frågor. Utifrån svaren ska en fokuserad klinisk undersökning utföras för att därefter ordinera


vilka diagnostiska undersökningar som behövs. Slutligen får man välja bland ett antal föreslagna behandlingar. I slutet får man feedback på handläggandet och en kort återkoppling hur man bör tänka runt fallet. Även om handläggningen är lättare än i realiteten, då man endast behöver välja mellan ett förval av olika alternativ, så är e-labbet ett värdefullt hjälpmedel för att testa och träna den nyvunna kunskapen!

Sammantaget anser vi att "Gyn" och e-plattformen är en förträfflig ledsagare genom gynekologi och obstetrik-kursen och den kliniska placeringen. Med ett lättillgängligt och förståeligt språk har författarna genomgående lyckats att anpassa sina kapitel till kandidaternas behov så att de tillgodoser sig det väsentliga under den korta tid som de ägnar åt vår specialitet. Boken lämpar sig för AT-läkare och barnmorskestuderande och

även om boken inte gör anspråk på att täcka alla delmål för ST-utbildningen, kan den vara ett stöd när man går sina första jourer och ska börja handlägga patienter själv. För alla oss som utbildar yngre kollegor kan "Gyn" dessutom vara en värdefull hjälp när vi handleder dem i den kliniska vardagen utifrån patientens symptom: Vilka frågor är det som min student eller yngre kollega ska tänka igenom? Vilka differentialdiagnoser bör betänkas? Hur ska man avgränsa sin arbetsdiagnos? Vad är nästa steg?

Vi kan alltså varmt rekommendera "Gyn" till kandidaterna samt till kollegor som är involverade i den kliniska handledningen!

*Elisabeth Vock*, ST-läkare Södersjukhuset, ledamot i OGU-styrelsen

*Verena Sengpiel*, PhD, nybliven specialist Sahlgrenska Universitetssjukhus 

## Miriam Mints,

universitetslektor, docent och överläkare vid Kvinnokliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Solna, har utnämnts till hedersprofessor vid Ryska Akademin för Medicinsk Vetenskap.

Hon får hedersprofessuren med motiveringen:

*"För grundläggande bidrag till en djupare förståelse av mekanismer och funktioner i endometrium vid rikliga menstruationsblödningar och endometriecancer"*



## *Dear Colleagues*

The Bill & Melinda Gates Foundation is now inviting applications for three new Grand Challenges:

- Putting Women and Girls at the Center of Development
- Creating and Measuring Integrated Solutions for Healthy Birth, Growth, and Development (part of the All Children Thriving platform)
- New Interventions for Global Health

We are sending this information to all members of the FIGO Executive Board so that you may consider applying for a grant through your respective national societies.

Applications for these new challenges will be accepted beginning on November 4, 2014.

Please visit the grant opportunity page at [www.grandchallenges.org](http://www.grandchallenges.org)

Kind regards

Professor *Hamid Rushwan*

FIGO Chief Executive

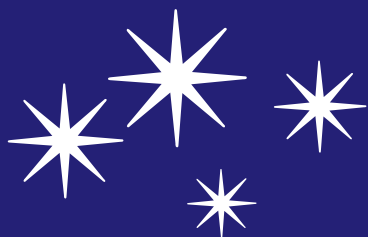
International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)

FIGO House, Suite 3, Waterloo Court

10 Theed Street, London SE1 8ST, United Kingdom

Tel: +44 20 7928 1166; Fax: +44 20 7928 7099

E-mail: [HamidRushwan@figo.org](mailto:HamidRushwan@figo.org); Website: [www.figo.org](http://www.figo.org)



# Vintermötet 2015

**Stockholms privata gynekologiska och obstetriska kliniker  
bjuder härmed in till Vintermötet 2015,  
fredagen den 30 januari!**

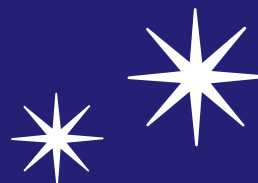
I Stockholm kan numera det mesta inom vår specialitet lösas av de privata klinikerna. Vi kompletterar den traditionella klinikvården och visar på nya sätt att lösa gamla problem, såväl praktiska som organisatoriska. Kom och hör om vilka glädjeämnen och vilka svårigheter vi har.

Vi bjuder på ett spännande vetenskapligt program med stor bredd som sträcker sig från IVF och tidig graviditet till förlossning, nytänkande forskning inom gynekologin samt diskussion om val av operationsmetoder inklusive delrapport från Gynkvalitetregistret.

I år äger mötet rum på Sheraton hotell mitt i centrala Stockholm. På kvällen samma dag hoppas vi att du stannar på middag med dans på Operaterrassen med utsikt över Stockholm i vintrig skrud och mat belönad med en stjärna i Guide Michelin.

**Välkomna!**

För Privatgynekologerna i Stockholm  
*Sophia Ehrström och Folke Flam*



# Provoked vestibulodynia – studies on pain genetics and pain co-morbidity

Kan förändringar i smärtgener bidra till utvecklandet av vestibulit? En studie i smärtgenetik och samsjuklighet i andra smärttillstånd hos kvinnor med vestibulit och friska kontroller.

## Bakgrund

Samlagssmärta har på senare år blivit en allt vanligare orsak till gynekologiska öppenvårdsbesök. Förekomsten är osäker men i en svensk studie uppgav ca 13% av kvinnor i åldern 20-29 år att de haft en längre period av ytlig samlagssmärta. Den vanligaste orsaken till samlagssmärta bland unga kvinnor är vestibulit (provocerad vestibulodyni) vilket är ett långdraget smärttillstånd som kännetecknas av intensiv smärta vid beröring av området kring slidöppningen och försök till vaginal penetration. Smärtan medför att de drabbade kvinnorna inte kan ha ett normalt sexuellt samliv, vilket får stora konsekvenser för deras allmänna välbefinnande och partnerrelation.

Orsaken till vestibulit är ännu inte helt klarlagd men anses vara multifaktoriell med samverkan av både biomedicinska faktorer som till exempel infektioner och hormonell påverkan, och psykosexuella faktorer. Kvinnor med vestibulit uppger ofta smärta även från andra delar av kroppen som muskelsmärta, huvudvärk samt problem från magtarmkanalen. Det är visat att de drabbade kvinnorna har ett ökat antal ytliga nervfibrer i vävnaden kring slidmynningen med sänkta smärttrösklar för flera olika stimuli. Kvinnor med vestibulit har även sänkta smärttrösklar på andra delar av kroppen jämfört med friska kvinnor och det finns en koppling till andra kroniska smärttill-

**Ulrika Heddini**, Institutionen för kliniska vetenskaper, Danderyds sjukhus, Enheten för obstetrik och gynekologi.  
ulrika.heddini@ds.se

stånd som t.ex. fibromyalgi. I likhet med flera andra långvariga smärttillstånd uppvisar vestibulitpatienter i högre grad än friska kontroller vissa psykologiska drag som ångest, depression, ökat katastroftänkande, ökat undvikande av potentiell skada och låg sexuell lust. Om dessa faktorer föregår eller följer som ett resultat av den långvariga smärtan är dock inte känt.

Under senare år har kunskaperna om smärtgenetik gått framåt. Flera gener har identifierats som påverkar kroppens smärtekänslighet och risken att utveckla ett kroniskt smärttillstånd bl.a. gener inblandade i bildandet av smärtreglerande signalsubstanser i nervsystemet (GCH1), i kroppens känslighet för kroppseget endorfin (OPRM1) och i serotoninssystemet (5HT-2A). Om dessa genetiska faktorer kan bidra till utvecklandet av vestibulit har dock inte tidigare studerats.

Även om en utveckling skett de senaste åren är utbudet av effektiva behandlingsmetoder begränsat. För närvarande används oftast en kombination av lokal smärtbehandling med bedövningsmedel, bäckenbottenavslappande övningar samt kognitiv beteendeterapi. Behandlingen är ofta långvarig och behandlingsresultatet är, om än i de flesta fall goda,

varierande. En del av de nuvarande behandlingsmetoderna är mycket resursskrävande och det är viktigt att det sker en fortsatt utveckling inom detta område. Bättre kännedom om de bakomliggande biomedicinska mekanismerna är av stor vikt för att kunna hitta nya, effektivare behandlingsmetoder.

## Avhandlingens målsättning

Att undersöka om det finns faktorer som kan förutse behandlingsresultatet samt kartlägga samsjuklighet med andra smärttillstånd hos kvinnor med vestibulit. (Delarbete I)

Att kartlägga förekomsten av specifika förändringar i tre gener som har en känd effekt på kroppens smärtreglering (GCH1-, OPRM1- och 5HT-2A- generna) hos kvinnor med vestibulit och friska kontroller och dessa genförändringars möjliga bidragande effekt till en ökad risk att utveckla vestibulit. (Delarbete II-IV)

Att undersöka en möjlig kombinationseffekt av förändringar i GCH1- genen och p-pilleranvändning på smärtekänslighet hos kvinnor med vestibulit och friska kontroller (Delarbete II)

Att undersöka en möjlig korrelation mellan förändringar i OPRM1- genen och halterna av  $\beta$ -endorfin i blodet och smärtekänslighet hos kvinnor med vestibulit och friska kontroller. (Delarbete III)

Att undersöka en möjlig samverkan mellan förändringar i 5HT-2A- genen, samsjuklighet i ångest och depression, smärtekänslighet och risken att utveckla vestibulit (Delarbete IV)

## Material och metoder

Studien utfördes mellan maj 2008 och maj 2010. Sammanlagt deltog 109 kvin-



nor med vestibulit, tidigare eller nuvarande patienter vid vulvamottagningen på Danderyds sjukhus, och 103 friska kontroller i samma åldergrupp.

Alla deltagare svarade på studiespecifika frågeformulär, där bland annat smärtsymtom från andra delar av kroppen kartlades och samlagssmärta självskattades med hjälp av en visuell analog skala från 0-100, samt ett screeningformulär avseende ångest och depression. Alla utom 11 patienter genomgick mätning av smärtrösklar för trycksmärta på arm och ben samt lämnade blodprov för de genetiska analyserna. Patienterna genomgick även mätning av smärtrösklar för trycksmärta i vestibulum. Alla mätningar utfördes 2-13 dagar efter senaste mens, och undersökaren kände inte till om personen ifråga var patient eller kontroll (utom vid mätningarna i

vestibulum). De genetiska analyserna och mätningarna av  $\beta$ -endorfin utfördes på Centrum för farmakologisk bioteknik samt Genomcenter i Uppsala.

### **Resultat**

Den enskilda faktor som starkast var kopplat till behandlingsresultat var förekomst av annan smärta. Det var troligare att vestibulit patienter med högst en annan smärta blev "mycket bättre" eller "helt bra" jämfört med patienter med fyra eller fler andra smärtor (OR = 7.8, CI: 1.2 - 49.4,  $p = 0.029$ ). Antal andra smärtor var också kopplat till graden av samlagssmärta (delarbete I).

Vi fann inget samband mellan den GCH1-variant som tidigare definierats som smärtskyddande och vestibulit. Inte heller fann vi något samband mellan denna genvariant och känslighet för trycksmärta, grad av samlagssmärta eller

förekomst av annan smärta. Däremot fann vi att vestibulitpatienter som var bärare av den definierade genvarianten och använde ett hormonellt preventivmedel hade högre smärtekänslighet jämfört med icke bärare. Bland de patienter som inte använde något hormonellt preventivmedel var smärtekänsligheten tvärtom lägre bland bärare. Detta visar på en möjlig förklaring till att en del kvinnor med vestibulit förbättras efter att de slutar använda hormonella preventivmedel (delarbete II).

Vi fann ett samband mellan den studerade varianten av OPRM1-genen och vestibulit (OR 1.8, CI: 1.03–3.31,  $p = 0.039$ ) samt känslighet för trycksmärta. De deltagare som var bärare av den ovanligare varianten hade mer sällan vestibulit och var mindre smärtekänsliga jämfört med de som var bärare av den vanliga

varianten. Patienterna hade högre halter av  $\beta$ -endorfin jämfört med kontrollerna ( $p < 0.001$ ). Dessa resultat tyder på att skillnader i kroppens smärtreglering som involverar det opioida systemet kan bidra till risken att utveckla vestibulit och till den ökade smärtekänsligheten bland dessa patienter (delarbete III).

Vi fann också ett samband mellan den studerade varianten av 5HT-2A-genen och vestibulit (OR 2.9, CI: 1.2-6.9,  $p = 0.017$ ) samt att patienterna uppgav väsentligt högre depressions- (OR 11.6, CI: 1.45 – 92.34,  $p = 0.021$ ) och ångestnivåer (OR 5.2, CI: 2.8-9.5,  $p < 0.001$ ) jämfört med kontrollerna. Däremot fann vi inget samband mellan denna genförändring och graden av depression eller ångest. Annan smärta var vanligare bland deltagare som var bärare av genvarianten och uppgav höga depressions- eller ångestnivåer. Resultaten stärker tidigare fynd av ökad förekomst av depression och ångest bland kvinnor med vestibulit och stämmer väl överens med ett känt samband mellan denna genförändring och

fibromyalgi. Detta erbjuder en möjlig förklaring till kopplingen mellan vestibulit och fibromyalgi och stärker intrycket av vestibulit som en del i ett generellt smärtsyndrom (delarbete IV).

### Slutsats

Våra resultat talar för att olikheter i funktionen hos såväl det opioida som det serotonerga systemet kan bidra till patofysiologin bakom vestibulit och den generellt ökade smärtekänsligheten hos dessa kvinnor. Fynden bidrar till den övergripande förståelsen av detta svårbehandlade tillstånd. Dock är smärta ett väldigt komplext fenomen och en enskild genetisk förändring kan bara förväntas bidra med en liten del av förklaringen till långdragen smärta. Upplevelsen av smärta är subjektiv och påverkas av många faktorer utöver medfödd smärtekänslighet som t.ex. tidigare erfarenheter, personlighet och annan sjuklighet. Både det opioida och det serotonerga systemet har direkta effekter på smärtsignalering och -reglering men de påverkar även psykologiska smärtmodulatorer. Det endogena opioi-

da systemet och  $\beta$ -endorfin har effekt på ångest, stress reaktioner och sexuellt beteende. Serotonin systemets bidrag till ångest- och depressionstillstånd är välkänt och bevisat av effektiviteten av att behandla dessa tillstånd med SSRI. SSRI-behandling har också som känd biverkan en negativ effekt på sexuell lust och funktion. Det är därför intressant att spekulera i om olikheter i OPRM1 och 5HT-2A också möjligen kan bidra till de skillnader i psykologiska drag mellan patienter och kontroller som nämnts ovan, såväl som till skillnader i smärtekänslighet.

Sammantaget stärker våra resultat uppfattningen att vestibulit i många fall utgör en del av ett generellt smärtsyndrom. Eftersom kvinnor som drabbas av vestibulit ofta är unga är detta viktigt att tänka på i omhändertagandet av dessa patienter. En tidig korrekt diagnos och en effektiv behandling kan bidra inte bara till att dessa kvinnor återfår sin sexuella hälsa utan även till att undvika framtida förvärrade smärtproblem. ■

### Avhandlingen baseras på följande delarbeten:

Ulrika Heddini, Nina Bohm-Starke, Kent W. Nilsson, and Ulrika Johannesson. Provoked Vestibulodynia – medical factors and co-morbidity associated to treatment outcome. *J Sex Med* 2012;9:1400–1406.

Ulrika Heddini, Nina Bohm-Starke, Alfhild Grönbladh, Fred Nyberg, Kent W. Nilsson, Ulrika Johannesson. GCH1-polymorphism and pain sensitivity among women with provoked vestibulodynia. *Mol Pain* 2012; 12:8:68.

Ulrika Heddini, Ulrika Johannesson, Alfhild Grönbladh, Fred Nyberg, Kent W. Nilsson, Nina Bohm-Starke. A118G polymorphism in the  $\mu$ -opioid receptor gene and levels of  $\beta$ -endorphin are associated with provoked vestibulodynia and pressure pain sensitivity. *Scan J of Pain* 2013 Published online; <http://dx.doi.org/10.1016/j.sjpain.2013.10.004>.

Ulrika Heddini, Nina Bohm-Starke, Alfhild Grönbladh, Fred Nyberg, Kent W. Nilsson, Ulrika Johannesson. Serotonin receptor gene (5HT-2A) is associated to provoked vestibulodynia and co-morbid symptoms of pain. *Accepted Journal of Sexual Medicine*

# Rastlösa ben är associerat med depression under och efter graviditet och också med klimakteriesymtom

Restless legs syndrome (RLS) och periodic limb movements (PLM) är två sömnstörningar i gruppen sleep related movement disorders. RLS är en vanlig neurologisk sjukdom där fler kvinnor än män är drabbade (~3:1). Detta kan tyda på att hormonella faktorer spelar in i genesen. RLS ökar i förekomst med stigande ålder. Fyra positiva svar på frågor om diagnostiska kriterier ger diagnos: 1) Har du starkt behov av att röra på benen pga obehagliga känselöfnimmelser? 2) Uppträder de symtomen i vila och lindras av aktivitet? 3) Medför symtomen i benen ett obetvingligt behov av aktivitet? 4) Förvärras symtom kvälls- och nattetid?

RLS ger sämre sömn och kan därför via trötthet påverka livskvalité, familjeliv och sociala aktiviteter, arbetsprestation, komorbiditet med högre förekomst av bl.a. depression, diabetes och hypertoni. Det har hos RLS-patienter påvisats en störning i det dopaminerga hormonsystemet i hjärnan med låga dopaminnivåer och/eller få eller mindre känsliga dopaminreceptorer. Läkemedel med dopaminerga effekter har god lindrande effekt på RLS-symtom. RLS är vanligt under graviditet med förekomst upp mot 25% enligt det mest använda diagnosinstrumentet.

PLM kännetecknas av okontrollerade sträckrörelser i ben, speciellt tårna, anklar, knän och höfter under sömn. De varar mellan 0,5 och 5 sekunder och kan orsaka korta uppvaknanden ledande till dagtrötthet. Den kliniska signifikansen

**Jan Wesström**  
Centrum för Klinisk Forskning  
Dalarna  
Institutionen för Kvinnor och Barns  
Hälsa, Uppsala Universitet



av PLM är dock omdiskuterad och PLM ses ibland hos friska personer utan dagssymtom. En övervägande del av RLS-drabbade har också PLM.

Depression är vanligare under och efter graviditet. Det är inte känt om kvinnor med RLS under graviditet har större risk för depression. Vi vet att RLS som uppkommer under graviditet ofta går över efter förlossning men ökad risk finns för återinsjuknande vid nästkommande graviditet o/e längre fram i livet. RLS som fanns före graviditeten förvärras ofta under densamma och finns också kvar efter förlossningen.

RLS är en subjektiv diagnos och sätts

med hjälp av enkät, helst använd i intervju-situation för att minska risken för falskt positivt utfall. PLM däremot kan objektivt diagnostiseras med polysomnografi.

Avhandlingens huvudsyften har varit att ta reda på hur vanligt RLS och PLM är bland svenska kvinnor, dess samband med menopaus och graviditet och sjukdomarnas konsekvenser.

## Delarbete 1

*Restless legs syndrome hos kvinnor: prevalens, komorbiditet och association till menopaus, Climacteric 2008;11(5);422-28*

**Frågeställning:** Hur vanligt är RLS bland svenska kvinnor och hur stor är risken för komorbiditet?

**Metod:** tvärsnittsstudie där enkäter skickades till 5000 slumpmässigt utvalda kvinnor i åldrarna 25-64 år från den allmänna befolkningen i Dalarnas län. Formulären inkluderande frågor om demografi, hälsa, sömn, RLS och hormonella parametrar.

**Huvudfynd i studie ett:** RLS är vanligt bland svenska kvinnor (figur 1) och RLS är associerat med vasomotor symtom (OR 2.00, 95% KI 1.62-2.48), hjärtsjukdom (OR 2.13, 95% KI 1.18-3.86), depression (OR 2.09, 95% KI 1.53-2.85) och smärta (OR 1.82, 95% KI 1.48-2.22).

## Delarbete 2

*Hälsorelaterad livskvalité och restless legs syndrom bland kvinnor i Sverige, Psychiatry Clin Neurosci 2010; 64: 574 – 9*

**Frågeställning:** Hur påverkar RLS kvinnors livskvalité? **Metod:** till samma kohort som i delarbete 1 skickades också enkät om självskattad hälsa (SF-12). RLS patienter jämfördes med andra patientgrupper.

**Huvudfynd:** Kvinnor med RLS skattar sin mentala hälsa lägre än kvinnor utan RLS (figur 2). Fysisk skattad hälsa påverkas inte lika mycket. RLS patienter skattar sin mentala hälsa i samma nivå som, eller sämre än, andra patientgrupper (figur 3).

### Delarbete 3

*Periodiska benrörelser är associerat med vasomotor symptom, J Clin Sleep Med. 2014 Jan 15;10(1):15-20*

**Frågeställning:** Är objektivt funna PLM vanligare bland kvinnor med vasomotor-symtom och påverkar det så fall dessa kvinnors hälsa?

**Metod:** Tvärsnittstudie där enkät skickades till 10 000 kvinnor i Uppsala län. Formuläret innehöll frågor rörande demografi, hälsa, sömnstörningar, hormonellt status samt självskattad hälsa. Bland dessa genomgick 400 kvinnor sömnregistrering. Trehundrafyrtioåtta polysomnografier analyserades med avseende på PLM. Blodprov togs för analys av follikel stimulerande hormon (FSH),

**Huvudfynd:** Kvinnor med kliniskt signifikant PLM hade signifikant oftare vasomotor symptom (OR 1.86, 95% KI 1.03-3.37), även efter justering för stör-faktorer, exempelvis ålder.

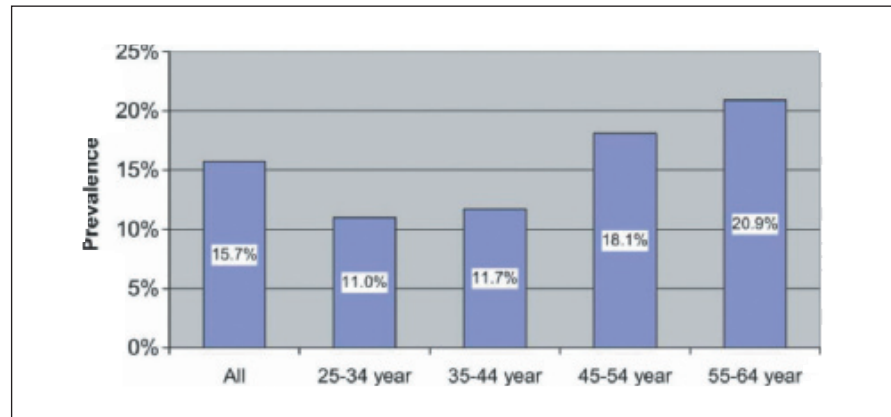
### Delarbete 4

*Restless Legs Syndrom (Willis Ekboms Sjukdom) före graviditeten är associerat med depression under och efter graviditeten, J Clin Sleep Med. 2014 May 15*

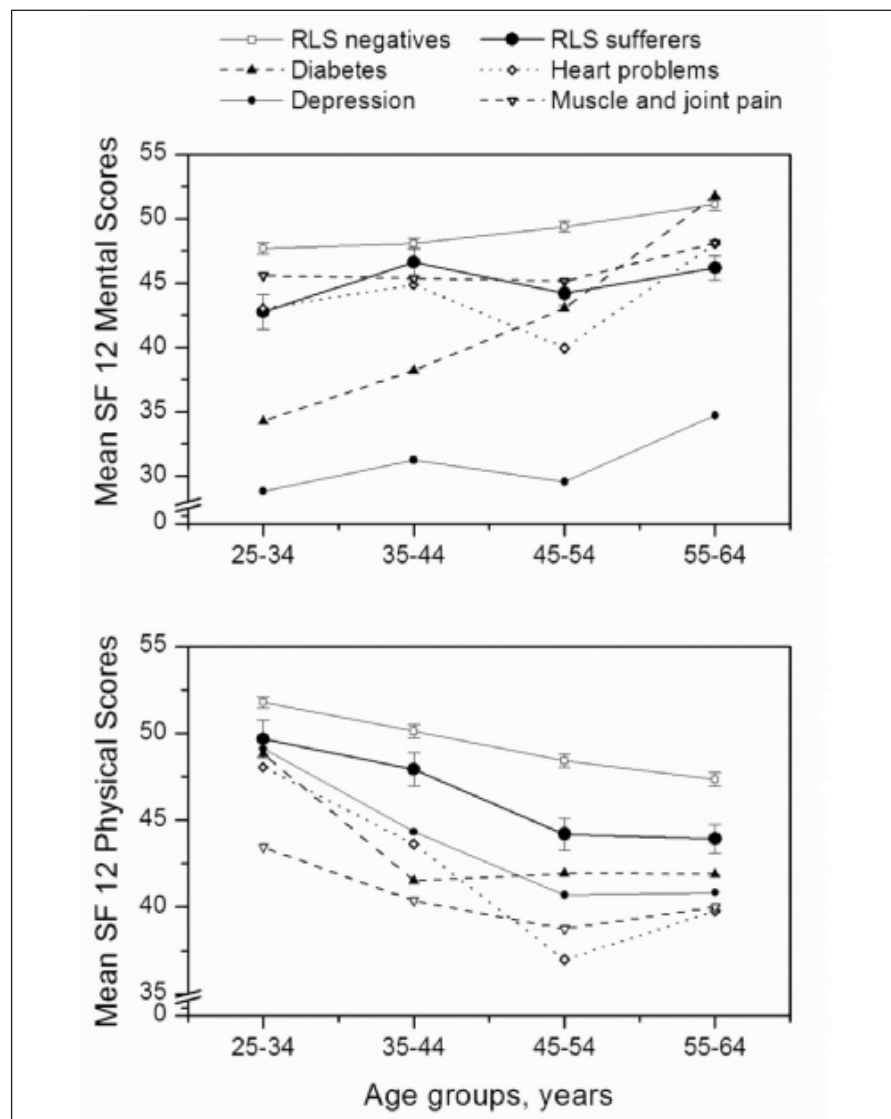
**Frågeställningar:** Har RLS-positiva kvinnor ökad risk för depression under och efter graviditeten (PND)? Är det skillnad i prevalens PND om RLS fanns före graviditeten eller om symptom uppkommit de novo? Skiljer sig prevalensen åt beroende på vilket diagnosinstrument som används?

**Metod:** Longitudinell kohortstudie där alla gravida kvinnor i Uppsala län till-

**Figur 1.** Prevalens av RLS hos svenska kvinnor.



**Figur 2.** Jämförelse mellan mentalt och somatisk välmående kvinnor med och utan RLS.





frågas på screeningultraljudet om de vill delta. Om så följdes de under graviditeten och i puerperiet med web-baserade enkäter, inklusive RLS-dito och blodprover. Via MVC-journal hämtades uppgifter bl.a. om ev. graviditets- o/e förlossningskomplikationer.

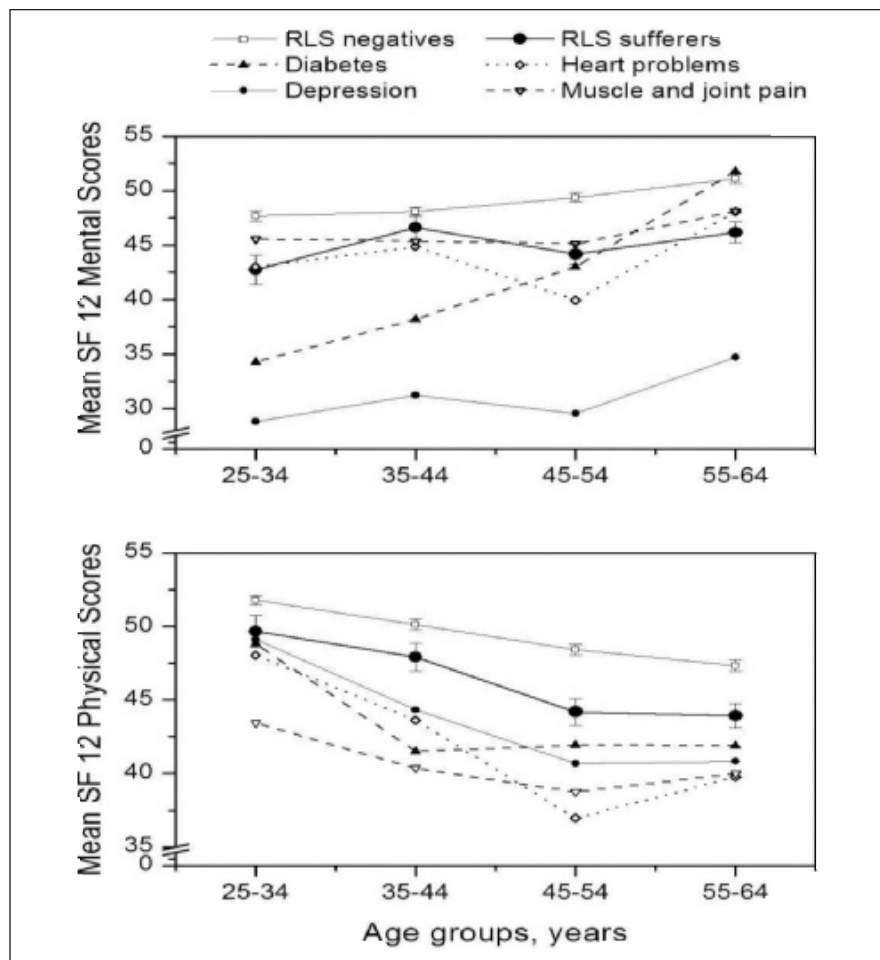
Det mest använda diagnosinstrumentet är enkäten från International Restless Legs Syndrome Society Group (IRLSSG). Här frågas bara efter de fyra kriterierna nämnda ovan. Enkäten har visats ha ett lågt positivt prediktivt värde eftersom andra bensymtom (ex. vadramp) kan ge positivt utfall ("mimics"). En senare utvecklad enkät är CH-RLSQ11 i vilken man försöker utesluta "mimics". Enkäten har också visats ha ett högre positivt prediktivt värde. Kriterier från både IRLSSG enkäten och CH-RLSQ 11 har använts och jämförts i arbetet.

**Huvudfynd:** Kvinnor med moderata eller svåra RLS-symtom före graviditeten har större risk för depression i graviditetsvecka 17 och 32 samt 6 veckor postpartum (OR 4.74, 95% KI 2.30 – 9.76, OR 3.67, 95% KI 1.85 – 7.28, respektive OR 2.58, 95% KI 1.28 – 5.21). Ingen signifikant association sågs mellan peri- och postpartal depression om RLS-symtomen uppstod de novo under graviditeten. Prevalensen av RLS under graviditet skiljer sig mycket åt beroende på vilket diagnostiskt formulär som används och är betydligt lägre när andra bensymtom utesluts.

### Sammanfattning

RLS och PLM är vanligt hos svenska kvinnor. RLS och PLM förekommer oftare hos kvinnor med klimakteriesymtom. RLS ökar risken för depression och hjärtsjukdom. En annan konsekvens är sämre självskattad hälsa. RLS före havandeskapet ger ökad risk för depression under och efter graviditet ■

**Figur 3.** Jämförelse mellan SF 12 mentalt och somatisk välmående kvinnor med RLS och andra sjukdomar.



# Intressegrupper inom SFOG

## Mödrahälsöversörsläkargruppen

### Ordförande

Joy Ellis  
mödrahälsöversörsläkare och medicinsk rådgivare  
Ordförande, mödrahälsöversörsläkargruppen inom  
Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi  
Primärvården Västra Götaland  
Lillhagsparken 6  
422 50 Hisings Backa  
Tel: 010-473 30 81, 010-473 30 85 (verksamhetsassistent),  
Mobil: 0706 915432

### Sekreterare

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

Catharina Lyckeberg  
Ultragyn  
Läkarhuset Odenplan  
113 22 Stockholm  
Tel: 08-587 10 199  
E-post: catharina.lyckeberg@ultragyn.se

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

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

---

# Arbets- och Referensgrupperna inom SFOG

## **Cervixcancerprevention C-ARG**

**Ordförande:** Bengt Andrae  
KK, Gävle/Sandviken Länssjukhus  
801 87 Gävle

Tel: 026-15 41 68

bengt.andrae@gmail.com

**Sekreterare:** Kristina Elfgrén  
KK, Karolinska Universitetssjukhuset,  
Huddinge

141 86 Stockholm

Tel: 08-585 875 28

kristina.elfgren@karolinska.se

## **Endokrinologi ENDOKRIN-ARG**

**Ordförande:** Alkistis Skalkidou  
KK, Akademiska Sjukhuset

751 85 Uppsala

Tel: 076-206 85 82

alkistis.skalkidou@kbh.uu.se

**Sekreterare:** Eva Innala

KK, Norrlands universitetssjukhus

901 85 Umeå

Tel: 090-785 21 61

eva.innala@vll.se

## **Endometriosis ENDOMETRIOS-ARG**

**Ordförande:** Margita Gustavsson

KK, Kungsbacka Närsjukhus

434 80 Kungsbacka

margita.gustafsson@regionhalland.se

**Sekreterare:** Greta Edelstam

KK, Akademiska Sjukhuset

751 85 Uppsala

Tel: 018-611 00 00

greta.edelstam@akademiska.se

## **Etik ETIK-ARG**

**Ordförande:** Claudia Bruss

KK, Länssjukhuset Halmstad

302 33 Halmstad

Tel: 035-13 10 00

claudia.bruss@med.lu.se

**Sekreterare:** Ingrid Bergelin

ingrid.bergelin@ltdalarna.se

## **Evidensbaserad medicin**

### **EVIDENS-ARG**

**Ordförande:** Annika Strandell

SU/Sahlgrenska

413 45 Göteborg

Tel: 0700-90 44 54

annika.strandell@vgregion.se

**Sekreterare:** Sissel Saltvedt

KK, Södersjukhuset

118 83 Stockholm

Tel: 08-616 10 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:** Britt Friberg

KK, Lund och Reproduktionsmedicinskt

Centrum (RMC)

Malmö Skånes Universitetssjukhus/SUS

205 02 Malmö

britt.friberg@skane.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:** Gisela Wegnelius

KK, Södersjukhuset

118 83 Stockholm

Tel: 08-616 27 17/0737-446270

gisela.wegnelius@sodersjukhuset.se

**Sekreterare:** Ragnhild Hjertberg

ragnhild.hjertberg@ultragyn.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

## **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

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

**Ordförande:** Katri Nieminen  
KK, Vrinnevisjukhuset  
Norrköping  
Tel: 010-10 30 00  
katri.nieminen@lio.se

**Sekreterare:** Lena Moegelin  
SöSAM, Enheten för sexuell hälsa  
VO, Kvinnosjukvård/Förlossning  
Södersjukhuset  
118 83 Stockholm  
Tel: 08-616 26 27/0707-913832  
lena.moegelin@sodersjukhuset.se

**Robson-ARG**

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

**Tonårsgynekologi TON-ARG**

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

**Gynekologisk Tumörkirurgi med  
Cancervård  
TUMÖR-ARG**

**Ordförande:** Gunnel Lindell  
Länssjukhuset i Kalmar  
gunnel.lindell@ltkalmars.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.olvsson@kbh.uu.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

# SFOG

# MEDLEMSANSÖKAN

## [www.sfog.se](http://www.sfog.se)

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

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

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

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

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

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

De flesta som söker nytt medlemskap är fortfarande under utbildning.

Obstetriker/Gynekologer under Utbildning – (OGU) är en av flera intressegrupper inom SFOG. OGU vänder sig till alla under specialistutbildning men även till vikarie- och 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**