

Medlemsbladet 2

2015

NR



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



*Välkomna till
SFOG-veckan i Jönköping*

MEDLEMSBLADET

Ansvarig utgivare: Anna Ackefors

Tel: 0155-24 50 00

Layout: Moniqa Frisell

All korrespondens ställs till föreningen:

SFOG-Kansliet, Drottninggatan 55, 2 tr

111 21 Stockholm

Tel: 08-440 01 75

Susanne Lundin

E-post: kansliet@sfog.se

Internet: www.sfog.se

Annonser: Anna Ackefors

E-post: anna.ackefors@sfog.se

Platsannonser hemsidan: kansliet@sfog.se

SFOGs styrelse 2014:

Ordförande: Lotti Helström

KK, Södersjukhuset

Tel: 08-616 10 00

E-post: lotti.helstrom@sfog.se

Vice ordförande: Andreas Herbst

VO Kvinnosjukvård, Skånes Universitetssjukhus

Tel: 040-33 20 86

E-post: andreas.herbst@sfog.se

Facklig sekreterare: Anna-Karin Lind

Fertilitetscentrum, Carlanderska

Tel: 031-710 46 16

E-post: annakarin.lind@sfog.se

Adjungerad facklig sekreterare:

Helena Kopp Kallner

Tel: 070-440 20 70

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

Skattmästare: Bengt Karlsson

KK, Sjukhuset Varberg

Tel: 0340-48 12 56

E-post: bengt.karlsson@sfog.se

Vetenskaplig sekreterare: Annika Strandell

KK, SU/Sahlgrenska

Tel: 0700-90 44 54

E-post: annika.strandell@vgregion.se

ARGUS: Matts Olovsson

KK, Akademiska sjukhuset, Uppsala

111 21 Stockholm • Tel: 018-611 57 51

E-post: matts.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

KK, Nyköpings lasarett

Tel: 0155-24 50 00

E-post: anna.ackefors@sfog.se

Ledamot/Webbansvarig: Lars Ladfors

Kvinnokliniken, SU/Sahlgrenska Östra

Tel: 031-343 57 34

E-post: lars.ladfors@sfog.se

Ledamot: Anna Pohjanen

Kvinnosjukvården Norrbotten

Sunderby sjukhus

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

E-post: anna.pohjanen@nll.se

Ledamot/Yngre representant: Mahsa Nordqvist

KK, SU/Sahlgrenska Östra

Tel: 031-343 40 00

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

Tryck: Elanders

ISSN 0284-8031

— Ordförande har ordet —



Kära medlemmar!

Vad är det för likheter mellan SFOGs ordförande och Amerikas president?

Jo, båda väljs långt innan de tillträder. Det är den enda likheten.

En annan konsekvens av detta förhållande är dock att SFOGs ordförande avgår mer än åtta månader innan hen får ansvarsfrihet. Det har i och för sig inte varit något problem hittills utom att Harald Almström nu måste skriva verksamhetsberättelsen för hela 2014 till årsmötet i slutet av augusti 2015 fast han kanske borde få vila sig efter ordförandeuppdraget. Det samma kommer jag att behöva göra 2017. Det kan också vara svårt för er medlemmar att minnas vad som hände mer än trekvarts år tidigare, liksom att beslut fattade för länge sedan fortsätter att verkställas utan att revisorerna får tillfälle att utöva insyn enligt sitt uppdrag.

Det har gått många år sedan vi lämnade brutet räkenskapsår för att övergå

till det mycket mera praktiska och ekonomisk/juridiskt enklare, att räkenskapsår och kalenderår sammanfaller. Men vi ändrade inte tidpunkt för årsmöte och val av ny styrelse.

Är det möjligt att flytta årsmötet till en tidpunkt närmare nyår? Kan man tänka sig att ha årsmöte vid vintermötet istället för under SFOG-veckan? Detta är inte något skarpt förslag från min sida, men jag vill inbjuda till reflektion och diskussion. Att flytta SFOG-veckan är inte aktuellt. Det är underbart att i samsommaren träffas i någon trevlig stad som man annars sällan besöker.

Vi hade ett lyckat och lärorikt vintermöte, tack Privatgynekologerna. Verksamhetsmötet förflöpte också väl, denna gång med fokus på värdebaserad vård och ersättningssystem. När jag skriver detta stundar styrelsens strategimöte där vi bland annat kommer att diskutera hur vi skall genomföra vår vision att mera aktivt

I DETTA NUMMER

Kodfrågor	7
SPUR-inspektioner inom obstetrik och gynekologi	8
Definition av etablerat förlossningsarbete	9
OGUs ordförande informerar	11
Återrapport med reflexioner, första året med Bristningsregistret "BR"	12
Referat Vintermötet 2015	15
Vi vill hjälpa till att få de bästa specialisterna!	19
Acta - AOGS har nått 2.005!	20
Utvärdering av informationsbrev inom benign gynekologisk kirurgi	21
Ny avhandlingar	23
Etikkurs	28
BakreFornix	28

styra och administrera både ST-kurser och fortbildningskurser. Det är en spännande och utmanande utveckling vi har framför oss. Samtidigt fortsätter riktlinje- och ARG-rapportarbetet i våra flitiga AR-grupper. Det är flera nya rapporter

är på gång. Inom NFOG pågår samtidigt en diskussion om samordnade nordiska riktlinjer.

Och så har våren kommit till Stockholm. Idag har jag med mina barnbarn i Uppsala varit ute hela dagen och

ätit både lunch och fika på altanen i vår solens sken. Tidigt men välkommet!

Solvarma hälsningar!

Lotti Helström

REDAKTÖRENS RUTA

Hej!

Tack alla ni kollegor som engagerar er och skickar in fina bidrag till vårt Medlemsblad.

Vårhälsningar från Er redaktör
Anna Ackefors.

Följande tider gäller för medlemsbladet 2015:

Nr	Deadline	Utkommer
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

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

Nya medlemmar

György Csemiczky Upplands Väsby
Tahmineh Badiei Uppsala
Sandra Perten Bjästa
Latifa Farooq Bandhagen
Josline Chidiac Trollhättan
Jonas Hebbe Sollentuna
Kai Beckman Knäred
Matthias Lehnert Hönö
Grigorios Karampas Malmö
Anastasis Panaretou Västra Frölunda
Rocio Montejo Vänersborg
Agnes Birner Luleå
Caroline Casselsjö Kolmården
Azita Mahmoudan Växjö
Cecilia Allansson Arvika
Jennie Wingerstran Limhamn
Muna Abdullrahman Karlskrona
Lisa Rembeck Göteborg
Sofia Avenstam Växjö
Isabelle Göransson Karlstad
Jennie Larsudd Göteborg
Ulrica Mossberg Sundsvall
Emma Rosenberg Göteborg

Kan du tänka dig att delta i en intervjustudie om svåra händelser på förlossningen?

För ett drygt år sedan skickade vi ut en enkät med frågor som handlade om svåra, potentiellt traumatiska, händelser som du som barnmorska/ läkare eventuellt upplevt i ditt arbete. Många besvarade vår enkät, vilket vi är mycket tacksamma för! För att kunna gå vidare och ytterligare öka förståelsen och kunskapen om hur vi reagerar och vad vi kan behöva för stöd när vi varit med om svåra händelser i vårt arbete som barnmorskor/läkare, söker vi nu personer som kan tänka sig att bli intervjuade om sina erfarenheter av svåra händelser. Av praktiska skäl söker vi personer som bor i södra Sverige (Skåne, Halland, Blekinge, Småland) eller i Mälardalen. Intervjuerna planeras till hösten 2015.

Om du är intresserad och vill ha mer information får du gärna maila asa.wahlberg@kbh.uu.se

Ansvariga för studien är:

Professor Ulf Högberg, Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala Universitet

Professor Maria Emmelin, Institutionen för socialmedicin och global hälsa, Lunds Universitet

Doktorand Åsa Wahlberg, Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala Universitet

—Brev från utbildningssekreteraren



Vänner!

I mitt förra "brev" i nr 5, 2014 redogjorde jag för en del av innehållet i förslaget till nya föreskrifter för ST. Bland annat berördes hur i stort sett samtliga specialitetsföreningar reagerat kraftigt över förslaget att slopa extern granskning av ST. Glädjande nog tog socialstyrelsen till sig av kritiken och i det förslag som nu klubrats finns ett krav på extern granskning vart femte år. Mycket bra! En kvalitets-säkrad ST är fundamental för att vi ska kunna säkra en hög och jämn kvalitet!

Den 17 februari beslutade alltså Socialstyrelsen att de nya föreskrifterna och allmänna råden om läkarnas specialiseringstjänstgöring ska träda i kraft den 1 maj 2015. Det nya regelverket innehåller förutom skärpta krav för kvalitetsgranskningen av ST också nya bestämmelser för tredjelandspecialister, ny specialitetsindelning med sex nya specialiteter samt ny struktur i målbeskrivningarna. Det är möjligt för den som så önskar att redan nu få tillgång till en digital version av de beslutade målbeskrivningarna genom att kontakta: febe.westberg@socialstyrelsen.se.

Ett ständigt (känns det som...) problem med ST har varit kravet på kurser. Behovet har överstigit tillgången på kursplatser. SFOG arbetar nu med ett förslag som i korthet går ut på att de 11 specialitets-specifika kursämnen (www.socialstyrelsen.se/lakarnas-st/sokkursamnenst)

som finns specificerade av socialstyrelsen ska ligga till grund för SFOG-kurser för ST-läkare. Vi har för avsikt att försöka ta fram ett koncept där SFOG ger kurserna som ska tillgodose behovet. Grundtanken är att en antagen ST-läkare ska anmälas till SFOG-kansliet som sedan, direkt efter antagning till ST planerar in när den enskilde individen ska gå kurserna. Detta förutsätter att vi kan ge kurser i ett sådant antal att alla kan få plats på kursen vid lämplig tidpunkt. En ST-läkare och hans verksamhetschef/ST-studierektor ska alltså redan vid starten av ST kunna få en plan för när kurser ska genomgå och kursgivarna ska kunna få en rimlig framförhållning. Naturligtvis kommer föräldraledigheter, forskningstid, avhopp etc att medföra att det blir förskjutningar men förhoppningsvis kommer vi att med tiden få ett slags "steady-state" i detta. Grundtanken kan ni se i den enkla skissen nedan. Observera att detta ännu så länge är en vision men styrelsen och utbildningsnämnden kommer att jobba vidare med den.

Vi får all anledning att återkomma till detta framöver!

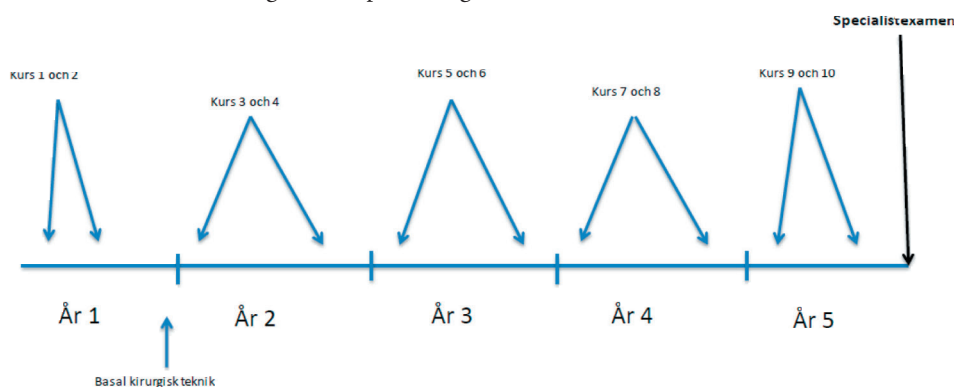
Våren närmar sig och det innebär också att dead-line för årets specialistexamen har passerats. Vi har sett en glädjande trend med allt fler anmälda ST-läkare under senare år och vi har tangerat det praktisk genomförbara. Detta

innebar att vi till årets examination i Göteborg hade satt ett tak på 42 anmälda. När väl klockan hade passerat sista anmälningsdag kunde vi till vår förvåning, glädje och vända se att 56 personer anmält sig. All-time-high!! Tanken på att behöva meddela 14 personer att de inte kunde få plats kändes inte speciellt tilltalande. Efter en massa dribbel och ihärdigt arbete av Ylva Carlsson och kollegerna i Göteborg har vi nu kunnat ordna så att alla kan beredas plats. Fantastiskt och ett stort tack redan nu till alla som gör detta möjligt!

Slutligen vill jag passa på att göra reklam för NFOGs utbildningskonferens 7-8 maj – "Nordic OBGYN training – are we good enough?" Ett gemensamt nordiskt möte om ST-utbildning där fokus denna gång ligger på utvärdering och examination. Mötet har tre olika huvudtemata, "Trainers need training too", "Assessment" och "Feed-back". Vi har en spännande blandning av nordiska och inbjudna internationella föreläsare och gott om tid för debatt och diskussion. Ta chansen och var med! Priset är dessutom kraftigt subventionerat – 2000 DKK för "all inclusive", dvs konferens, luncher och middag samt en hotellnatt.

Väl mött!

Jan Brynhildsen



Kodfrågor

I samarbete med Anna Berglund, NCK, presenteras följande lathund gällande diagnos- och åtgärds-koder att använda vid våldtäkt/sexuellt övergrepp.

Diagnoskoder

Sexuellt övergrepp	T74.2 + Y05.9*
Sårskada vagina, vulva	S31.4
Kontusion, yttre könsorgan	S30.2
Traumatisk analfissur	S32.8
Akut stressreaktion	F43.0

*Y05.9 - Lägg till A/B i femte position:

A= känd gärningsperson, B= Okänd gärningsperson

Vid återbesök för ytterligare undersökning/provtagning Z04.4

Åtgärds-koder

Undersökning efter våldtäkt/misstänkt våldtäkt	AV047**
Undersökning efter incest/misstänkt incest	AV046**
Mer omfattande undersökning efter misshandel och våld	AV025**
Proktoskopi	UJH02
Rättsintyg/annat omfattande intyg	GD003**

**koder som påverkar öppenvårds-DRG

Fråga: Vilken operationskod passar bäst för en mellannålsbiopsi som utförs vaginalt med ultraljudsledning mot en misstänkt tumör av okänt ursprung, där alltså en organrelaterad kod inte är tillämplig?

Svar från Klassifikationscentrum: Tilläggs-koden ZXC40 kan användas även för ultraljudsledda punktioner. Kodningen blir vid punktion av en förändring i fossa Douglasi TLE20 + ZXC40, för annan lokalisation TLW99 + ZXC40.

Fråga: Vilken diagnoskod kan man använda för en patient som har högrisk HPV men inga cellförändringar?

Svar från Klassifikationscentrum: Z22.4 + B97.7.

En liten rättelse till Diagnoshandbokens femte upplaga:

Sid. 134, Angående op.koden "XLW99 Annan diagnostisk undersökning på kvinnliga genitalia, inkl Hydrosonografi".

Eftersom hydrosonografi/hysterosonografi numera har en Åtgärds-kod, nämligen AL005 (vilket står i Diagnoshandboken sid. 51 och sid. 139) skall denna användas istället för XLW99. Ovanstående inklusion till op.koden XLW99 skall alltså tas bort.

Till de kliniker som använder Obstetrix. Angående kodtexter i förlossningsjournalerna.

Det är i en del fall diskrepans mellan överskådlig och lättbegriplig kodtext i Diagnoshandboken och lämplig kodtext på förlossningsjournalerna. Detta gäller framför allt de nya fördjupningskoderna för fosteravvikelse under koden O35. När man väljer en kod där, till exempel O35.8F kommer endast ordet "Diafragmabräck" på journalöversikten. Ser man bara detta kan det ju vara svårt att förstå att det gäller en fostermissbildning. Ser man det däremot i Diagnoshandboken/Diagnoslistan i datajournalen, har man rubriken till alla koder under O35 där: "Vård på grund av känd/misstänkt abnormitet eller skada hos fostret". Det skulle bli svåröverskådligt i diagnoslistan om man hade fullständig text på alla underrubriker. Jag tänkte inte på denna diskrepans när jag meddelade de nya fördjupningskoderna till

Siemens. Men om ni tycker att kodtexten som kommer upp är för kort, får ni använda "ändra text-funktionen" så att det i nämnda exempel blir "Diafragmabräck hos fostret" eller "Fosterskada, diafragmabräck". Jag hoppas att ni inte tycker detta är en alltför stor olägenhet. Skulle ni användare allmänt önska fulltext på samtliga kodtexter kan jag be Siemens ordna detta till kommande uppdateringar. Hör av er med synpunkter och i så fall gärna uppgift om att det är diskuterat på er klinik och ett önskemål från majoriteten av kollegerna.

Och så en sak om koderna för kejsarsnittsförlossning: O82-koderna gäller enkelbörd. Koder för kejsarsnitt vid flerbörd finns på O84.

Hälsningar
Karin Pihl
karin.pihl@telia.com

SPUR-inspektioner inom obstetrik och gynekologi

Hej kollegor!

Det är hög tid att vi kommer igång med SPUR-inspektioner inom vår specialitet igen! SPUR är vår läkarledda inspektionsverksamhet där professionen granskar kvaliteten på ST-utbildningen.

ST målbeskrivningen (SOSFS 2008:17) som trädde i kraft 2008 ställer många krav på ST-läkare, handledare och verksamheter och innebär obligatoriskt krav på extern granskning. Några år senare hamnade dock SPUR-verksamheten i kris. IPULS, som då hanterade administrationen lades ned och Läkarförbundet blev tvungen att skapa ett nytt bolag, Lipus AB (Läkarnas Institut För Professionell Utveckling i Sjukvården). Som en följd av den lätt kaotiska situation som uppstod när IPULS lades ned blev också SFOGs egen organisation av inspektionerna lidande. Vi försöker nu att råda bot på detta.

I Socialstyrelsens nya förslag till ST-föreskrifter som ska gälla från 1 maj 2015 hade kravet på extern granskning av ST-utbildningen tagits bort. Efter massiv kritik och stark argumentering från samtliga specialistföreningar och från Läkarförbundet ändrade Socialstyrelsen sig och aviserade på Riksstämman att kravet på extern granskning var 5e år istället ska skärpas på några punkter.

Den nya ST-målbeskrivningen kommer att träda i kraft våren 2015. Denna kommer att kräva ännu tydligare struktur kring ST-utbildningen. Det är någonsom vi välkomnar eftersom en högkvalitativ ST-utbildning säkerställer en god kvinnosjukvård även i framtiden. Den ungefärliga fördelningen av SFOGs 2000 medlemmar visar att vi är cirka 800 pensionärer, 400 ST-läkare och enbart cirka 800 specialister. I gruppen specialister är många födda på 40- och 50-talet

och kommer inom kort att gå i pension. Mot den bakgrunden blir det tydligt att det inte bara är det formella kravet på extern granskning av ST-utbildningen från Socialstyrelsen som ska tillfredsställas, utan också att framtidens kvinnosjukvård är beroende av att vi säkrar en hög och god kvalitet på ST-utbildningen.

Hur går en SPUR-granskning till?

Verksamhetschefen beställer en SPUR granskning hos Lipus som samordnar och sköter administrationen runt inspektionerna. En inspektion, inklusive rapport-skrivning, tar vanligtvis 2¹/₂ dagar och faktureras till självkostnadspris plus moms.

Själva inspektionen består av en digitaliserad enkätundersökning som sänds

till alla ST-läkare, handledare, studierektorer samt verksamhetschefer vid den kvinnoklinik som skall inspekteras. Enkäterna sammanställs av Lipus och resultaten skickas till det inspektörspår som ska besöka utbildningsenheten. SPUR-inspektörerna kontrollerar bland annat att de formella kraven uppfylls, att patientunderlagets sammansättning och bredd garanterar en fullgod ST-utbildning och att det finns tillräckligt många specialistläkare med rätt kompetens på kliniken. Inspektionen omfattar intervjuer med de olika svarandegrupperna var för sig och avslutas med en samsynsdiskussion kring de slutsatser och rekommendationer som inspektörerna kommit fram till. Resultaten sammanfattas i en skriftlig rapport. Innan slutrapporten

Klinik	Datum
Universitetssjukhus Örebro	Planerade för inspektion under 2015
Sunderby Sjukhus, Luleå	
Vrinnevisjukhuset i Norrköping	
Högländsjukhuset Eksjö	
Centralsjukhuset Kristianstad	
Östersunds Sjukhus	
Västmanlands sjukhus Västerås	2014-09-11
Hallands sjukhus Halmstad	2014-05-09
Centralsjukhuset i Karlstad	2014-04-09
Hallands sjukhus Varberg	2013-11-28
Solleftå Sjukhus	2011-10-12
Blekingesjukhuset Karlskrona	2011-10-10
Centralsjukhuset Kristianstad	2011-09-19
Länssjukhuset Ryhov	2011-09-12
Centralsjukhuset Kristianstad	2011-04-07
Södra Älvsborgs Sjukhus, SÅS	2011-04-07
Skånes Universitetssjukhus	2011-03-21
Södersjukhuset	2010-12-06
Sundsvalls sjukhus	2010-09-27
Helsingborgs lasarett	2010-09-13
Örnsköldsviks sjukhus	2010-10-25
Akademiska sjukhuset Uppsala	2007-10-22
Södersjukhuset	2004-03-29
Akademiska sjukhuset Uppsala	1999-01-18
Södersjukhuset	1998-02-24

publiceras skickas den för påseende till den inspekterade kliniken. Alla rapporter publiceras på Lipus hemsida: www.lipus.se/www/templates/spur.cfm?sid=259. Kliniker som har genomgått en SPUR granskning brukar uppskatta att få feedback på sin ST-utbildning och få många bra tips på förbättringar.

Hur ser det ut inom obstetrik och gynekologi just nu?

Just nu har vi inom vår specialitet 18 utbildade SPUR inspektörer – tack för era insatser! När och vilka kliniker som har SPUR granskats framgår i tabellen. Som ni ser, har vi en bra bit kvar för att uppnå målet att granska varje utbildningsenhet var 5:e år, vilket är kravet!

Alltså: Om du ser att din klinik inte har granskats de senaste 5 åren, diskutera gärna med chef, studierektor och ST-läkare för att planera när kliniken skulle kunna genomgå en ny SPUR granskning och hör av er till SPUR-samordnare Verena Sengpiel (verena.sengpiel@obgyn.gu.se) eller till Lipus!

Verena Sengpiel, SPUR samordnare
Mahsa Nordqvist, ordförande OGU
Jan Brynhildsen, utbildningssekreterare SFOG
Lotti Helström, ordförande SFOG ■

Definition av etablerat förlossningsarbete

Bakgrund

Vintern 2011-2012 besvarade förlossningsansvariga barnmorskor och obstetrikern en enkät med frågan: Hur definierar ni aktiv förlossningsfas på er klinik? Orsaken till frågan var att det framkommit att förlossningskliniker i Sverige använde olika definitioner. Resultatet från enkäten visade att det inte fanns någon samsyn i landet kring detta. Ett missnöje med definitionen från 2001 (Socialstyrelsen, State of the art) redovisades och många kliniker använde egna definitioner. Varför är detta viktigt? Sveriges alla förlossningskliniker jämför sina siffror med så kallade kvalitetsmått. Utan en gemensam definition av förlossningsstarten blir dessa mått inte jämförbara. Exempelvis kommer, beroende på den lokalt använda definitionen, fler alternativt färre kvinnor att hamna i gruppen för induktion respektive gruppen för spontan förlossningsstart på olika sjukhus. Detta kommer naturligtvis att påverka Robsonsiffrorna, mått som vi idag använder för att jämföra oss med varandra och lära av goda exempel.

Vad har vi gjort? Frågan om en gemensam definition har diskuterats under flera möten i Perinatal-ARG. Det har även gjorts en litteraturgenomgång. Därefter har representanter för Perinatal-ARG mött Svenska Barnmorskeförbundet i denna fråga. Vi har tillsammans kommit

överens om att utgå från den spontana förlossningsstarten och övergången i ett etablerat förlossningsarbete. Enighet har då uppnåtts om följande definition.

För att en förlossning ska ha startat spontant och förlossningsarbetet ha etablerats (kommit in i aktiv förlossningsfas) ska två av följande tre kriterier vara uppfyllda:

1. Spontan vattenavgång
2. Spontana smärtsamma, regelbundna värkar minst två-tre/10 minuter
3. Cervix öppen fyra cm eller utplånad och öppen mer än en centimeter.

I tillägg till dessa beskrivna kriterier bör progress av förlossningsarbetet fortskrida inom de närmaste två timmarna. Progress av förlossning kan antingen bestå utav att cervix blir tunnare, modermunnen öppnar sig, nedträngande av föregående fosterdel och eller tilltagande värkar i styrka eller frekvens. Detta anses viktigt för att kunna urskilja kvinnor som fortfarande befinner sig i latensfas.

Ingela Wiklund, ordförande Svenska barnmorskeförbundet

Mia Ahlberg, vice ordförande Svenska barnmorskeförbundet

Karin Pettersson, ordförande Perinatal-ARG

Marie Blomberg, sekreterare Perinatal-ARG

Litteraturlista

1. Albers LL. The evidence for physiologic management of the active phase of the first stage of labor. *J Midwifery Womens Health*. 2007 Maj- Jun; 52(3):207-15.
2. Robson MS. Can we reduce the caesarean section rate? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2001 Feb; 15(1): 179-94. ■

Program

*OGU-dagarna, 13-14 april 2015
i Tällberg, Dalarna*



© Anne Carlquist

Dag 1

Måndag 13/4

- 09.30-10.00 VÄLKOMNA OCH INTRODUKTION
- 10.00-10.45 **Ajlana Lutvica** (överläkare, med dr obstetrik och gynekologi UAS)
"Postpartum ultraljud"
- 10.45-11.15 FIKA OCH UTSTÄLLARE
- 11.15-12.00 **Ove Axelsson** (överläkare, professor obstetrik och gynekologi UAS)
"Förlossningsblödningar"
- 12.00-13.00 LUNCH
- 13.15-14.00 **Gunnar Dahlgren** (överläkare, med dr anesthesi och intensivvård, St Görans sjukhus)
"Stor obstetrisk blödning - vårt gemensamma ansvar"
- 14.00-14.45 **OGU-symposium** "Underläkare till forskning"
Erica Schytt (barnmorska, docent CKF Dalarna) och
Rebecka Arnsrud Godtman (ST-läkare, med dr urologi, Sahlgrenska)
- 14.45-15.00 **Presentation av AR-grupper**
- 14.45-15.15 FIKA OCH UTSTÄLLARE
- 15.15-16.00 **Margareta Hellgren** (överläkare, professor emerita obstetrik och gynekologi Östra/Sahlgrenska sjukhuset)
"Hemostas vid stor blödning, diagnostik och behandling"

Dag 2

Tisdag 14/4

- 8.30-9.15 **Philip Steer** (professor emeritus obstetrik och gynekologi Imperial College London, f d Chief editor BJOG)
"Postpartum Haemorrhage - pharmacological management"
- 9.15-9.30 FIKA OCH UTSTÄLLARE
- 9.30-10.15 **Philip Steer** (professor emeritus obstetrik och gynekologi Imperial College London, f d Chief editor BJOG)
"Postpartum Haemorrhage - surgical management"
- 10.15-10.45 FIKA OCH UTSTÄLLARE
- 10.45-11.45 **OGUs årsmöte**
- 11.45-12.45 LUNCH
- 12.45-13.30 **Claudia Hanson** (läkare, med dr obstetrik och gynekologi, KI) med 6 års erfarenhet av arbete i Afrika
"Why do 80,000 women die globally every year due to post-partum haemorrhage:
What do we know, and what can be done?"
- 13.30-14.15 **Jens Langhoff-Roos** (överläkare, med dr obstetrik och gynekologi Rigshospitalet Köpenhamn)
"Kirurgisk teknik vid placenta percreta och cervixinsufficiens"
- 14.15-14.45 FIKA OCH UTSTÄLLARE, UTVÄRDERING, INTYG, AVSLUTNING



OGUs ordförande informerar

Kära OGU-medlemmar!

Du vet den där handledaren som gav dig vingar? Hen som fick dig att känna att du valt rätt yrke på läkarutbildningen. Och den handledare som inspirerade dig till att söka ST? För mig symboliserar dessa personer änglar som dykt upp i olika stadier av mitt yrkesliv, väglett mig, gjort mig till en bättre läkare och en allmänt lite lyckligare person. Det finns egentligen ingen present i världen som kan återgälda ett gott handledarskap, men en god handledare förtjänar att uppmärksammas. Det är nu dags att samla in nomineringar till årets vinnare av OGUs handledarpris som kommer att delas ut på SFOG veckan i Jönköping i slutet av augusti. Maila din nominering till ogu@sfog.se.

Inom utbildningsnämnden har man nu färdigställt specialistexamen och kommer att ta emot ett rekordantal ST-läkare i Göteborg 20-22 maj. Vi tackar utbildningsnämnden och kvinnokliniken i

Göteborg för den tid och det engagemang som man erbjuder landets ST-läkare. Under våren och sommaren kommer dessutom arbetet med revidering av målbeskrivningen av ST att fortgå.

Är du intresserad av utbildningsfrågor och dessutom vill knyta internationella kontakter kan du passa på att anmäla dig till en spännande 2-dagars kurs om utbildning som anordnas av NFOGs educational committee 7-8 maj i Köpenhamn. Programmet är nu publicerat och mer information finns på nfog.org.

Vi vill passa på att gratulera Anna Lundmark (Södersjukhuset) och Katarina Edblad (Helsingborgs lasarett) som i juni kommer att åka till Nederländerna på ENTOG utbyte!

Vi håller på att revidera vår hemsida som kommer att ligga under SFOGs hemsida. Den kommer fortfarande att kunna nås via adressen www.ogu.se. Vårt mål är att hemsidan ska innehålla upp-

daterad och relevant information om ST-utbildningen och att du ska kunna få just den information som du söker med så få klick som möjligt. Kom gärna med feedback om vad du tycker om vår hemsida.

Sist men inte minst ser jag tillsammans med resten av styrelsen fram emot att få träffa er som kommer på OGU dagarna i Tällberg 13-14 april!

Er Ordförande
Mahsa Nordqvist



STIFTELSEN
FÖR UTBILDNING
OCH UTVECKLING
INOM OBSTETRIK
OCH GYNEKOLOGI

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

www.stiftelsen.org/KK_Stiftelsen/Valkommen.html

Återrappport med reflexioner, första året med Bristningsregistret "BR"

Efter tre års utveckling finns nu ett fungerande Bristningsregister. Hittills har i huvudsak sfinkterskador registrerats. Registret är designat för att man även ska kunna följa upp grad 2 bristningar. För att det ska fungera behöver även barnmorskorna fylla i opmallen i obstetrix kompletterat med information enligt PISA-lathunden. PISA står för: perinealkroppens palperade höjd före suturering, intern sfinkter, suturmaterial och antibiotika. Detta är kliniskt viktiga variabler som idag saknas helt i Obstetrix, se vidare slutet av artikeln.

Denna rapport visar ett första axplock av beskrivande data. Data samlas in om fyra områden:

- om hur det var före graviditeten med kontinens, bukmärta och upplevelse av vaginal funktion
- obstetriska data om förlossning och suturering

- resultat och komplikationer 8 veckor efter förlossning
- mer ingående om funktion och komplikationer ett år efter förlossning

Glädjande nog har hela 23 av 46 förlossningsenheter anslutit sig under 2014. I de flesta län har man kommit igång (figur 1).

Dataurval och forskningsmöjligheter

I denna första rapport publicerar jag inte resultat från enskilda kliniker utan visar data för riket. Många kliniker har ännu få fall.

För att se den egna klinikers resultat kan alla med inlogg i GynOp med SIHTS-kort hitta "Rapportgeneratorm" från startsidan. Där ser man efter några knapptryckningar hur den egna kliniken ligger till i jämförelse med resten av landet. Det finns en förberedd standardrapport som beskriver 14 variabler. Den kan

modifieras enligt önskemål, kontakta mig. Därutöver kan datauttag göras till statistikprogram och då kan man analysera alla variabler. En webbjälpfunktion med instruktioner finns länkad från startsidan.

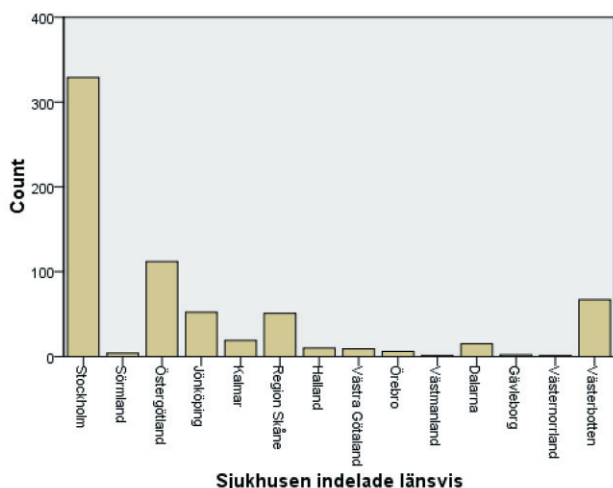
Redan med dagens material finns unika möjligheter till jämförande studier. Klinikens egna data tillhör kliniken. Vill man forska på avidentifierade nationella data är man välkommen att höra av sig till mig. Tillsammans med GynOps registerhållare och kansli koordineras då forskningsprojekt och datauttag. Etikansökan krävs för det.

Nationella resultat

Obstetriska data och operation

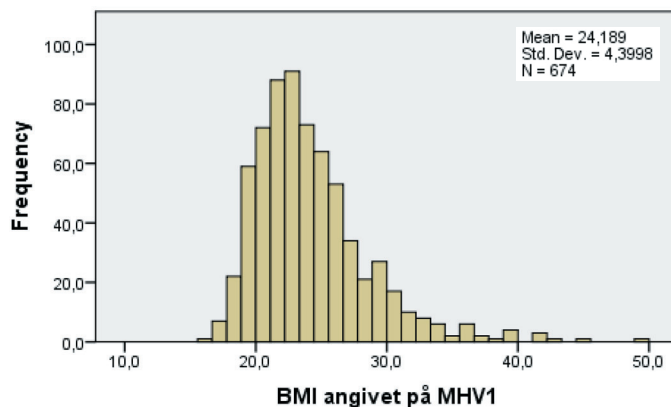
Från starten januari 2014 till januari 2015 är 678 kvinnor med sfinkterskada registrerade, 93% grad 3 och 7% grad 4. Ingen rapporterades ha tidigare sfinkterskada av de 17% som hade tidigare

Figur 1. Antal sfinkterskador rapporterade i Bristningsregistret indelat per län.



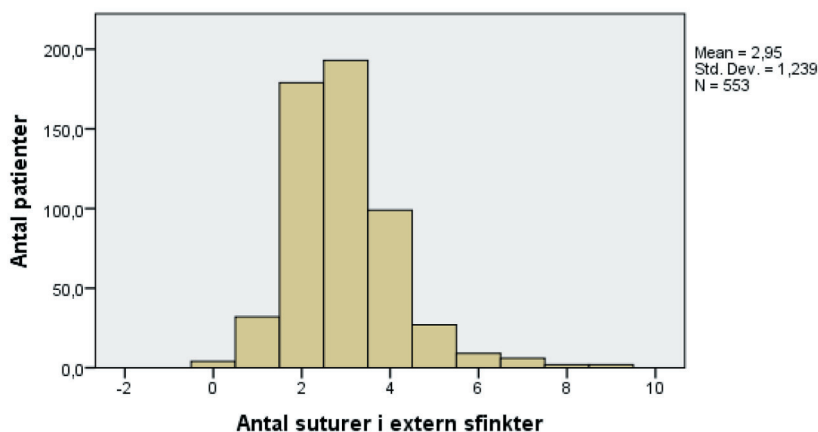
Figur 2. BMI angivet på MHV 1.

Medel-BMI, 24,2 var något lägre än 24,8 i hela populationen gravida (Graviditetsregistrets årsrapport 2013).

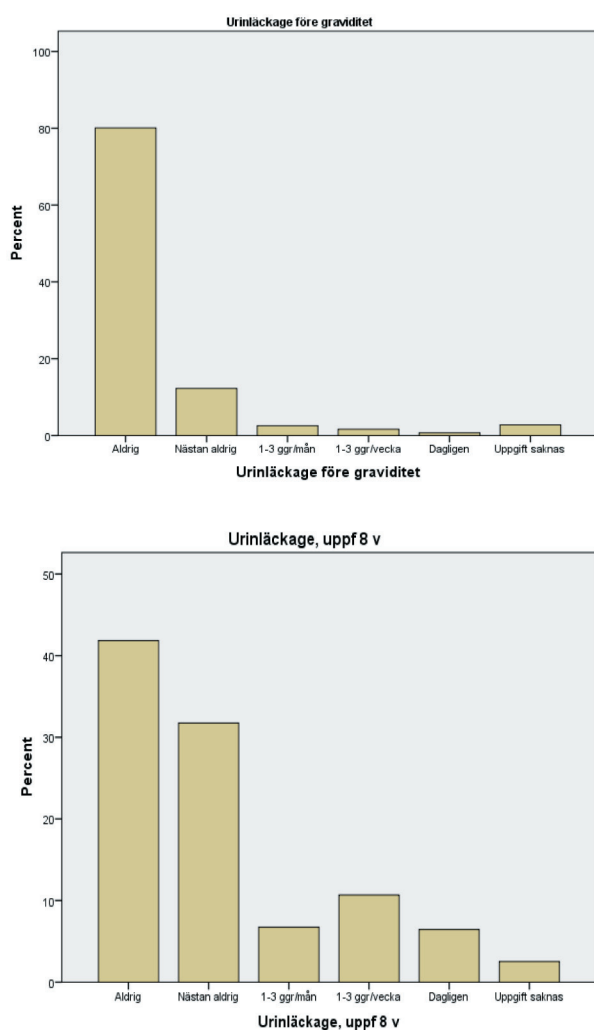


Figur 3.

Antal suturer i den externa analsfinktern.



Figur 4. Frekvens av urinläckage före graviditet och 8 veckor efter sfinkterskada



vaginal förlossning och 83% var således förstföderskor.

I figur 3 ses hur många suturer man suturerat den externa sfinktern med. Medelvärde är 2.95.

Överlappande sutur är vanligast med 77%, end to end användes i 9% och uppgift saknas i 14%.

I den tidigare svenska klassificeringen av sfinkterskador var den interna analsfinktern inte alls omnämnd. Efter första året 2014 med ny klassificering där den ingår anges den vara skadad i nästan 22% (tabell 1). I 35% av fallen har man bedömt den som oskadad. Uppgift saknas i 39% av fallen. Om det beror på att man inte undersökt patienten, underlåtit att ange status i fritext eller problem med databearbetning vet vi inte. Detta är helt nya intressanta uppgifter som behöver omsorgsfull validering ur många aspekter innan man kan dra några slutsatser.

Tabell 1. Bedömning av den interna analsfinktern

Intern analsfinkter	Antal	Procent
Angiven som ej undersökt	21	3,1
Bedöms hel	240	35,4
Skada	152	22,4
Uppgift saknas	265	39,1
Total	678	100,0

Patientens upplevelse efter 8 veckor

Kontinens

Urinläckage en gång i veckan eller oftare rapporteras av 1% före graviditeten och 9% av kvinnorna 8 veckor efter förlossningen (figur 4).

Svårighet att hålla gaser eller avföring beskrivs före graviditeten av 5% och 8 veckor efter sfinkterskada av 45%. Nio procent uppgav buksmärta före graviditeten enligt Rom-kriterierna (ett epidemiologiskt scoring-system använt inom gastroenterologin) som kan tala för IBS, irriterad grovtarm. Kvinnor med denna åkomma kan få mer uttalade symptom efter en förlossningsbristning.

Komplikationer

Medelvärde för när man uppger återgång till normal aktivitet (normal ADL) efter sfinkterskada är 6 dagar att jämföra med

efter prolapsoperation där medelvärdet är 4 dagar. Endast 60% av kvinnorna upplever ett komplikationsfritt förlopp efter sin förlossningsbristning. Det kan jämföras med 70% efter prolapsoperation (figur 5).

Svårigheter att hålla gas och/eller avföring angavs av 156 kvinnor (23%) som med graderade sig Wexner score, ett enkätverktyg för att bedöma hur uttalande besvaren är. Mer än 4 poäng angav 32% av dessa och enstaka hade höga poäng talande för uttalad fekal inkontinens.

Reflexion så här långt

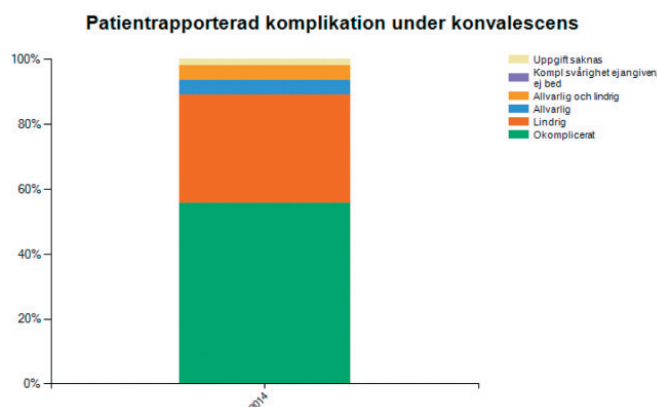
Redan nu finns i Bristningsregistret ett delvis unikt material för forskning och utveckling. Vinsten med att delta för den egna kliniken är på kort sikt att patienter med komplikationer kan fångas upp och suturerande läkare och barnmorskor får veta hur det gått för patienten.

När vi så småningom får ett-årsresultat i hand kan vi på allvar börja bedöma och jämföra klinikers och även om så önskas läkarens/barnmorskans egna behandlingsresultat med riket ("selfie" i rapportgeneratoren).

Förväntningarna på det postoperativa förloppet styr upplevelsen för patienten. Patientinformationen, både skriftlig och muntlig, påverkar den registrerade komplikationsfrekvensen. Här finns utrymme för detaljstudier av kliniker med höga och låga siffror och deras patientinformation. I fritextkommentarer från patienter anges till exempel sårsmärta, brådska till toalett, förstoppning, smärta vid defekation, blödning, kvarvarande sårbildning och smärta/blödning vid samlag. Mig förvånade det att många kvinnor börjat ha samlag 2 månader efter en stor bristning, frågan om samlagssmärta tog vi inte ens med i 8-veckorsuppföljningen. Djupare analys av vårdförloppen utifrån registerdata kan ge nya kunskaper om vad som är naturalförlopp och vad som är komplikationer efter bristning. På samma sätt är det intressant att analysera den grupp som uppger okomplicerade förlopp.

Flera kliniker förbereder sig för att även följa upp grad 2-skador i registret. Det blir en givande jämförelse med grad

Figur 5. Patientens uppfattning om komplikation efter 8 veckor.



3 skador och inte minst en möjlighet för förlossningsbarnmorskor att få reda på hur det blir för patienterna efter suturering. Kvinnorna som föder barn idag vill veta fakta om hur det blir med underlivet efter en förlossningsbristning. Att inte kunna visa "svart på vitt" att de flesta har bra funktion känns omodernt.

Lite om Obstetrix och andra journalsystem allmänt

De data från Obstetrix som läkarsekretärer behöver föra över till Bristningsregistret omfattar ett 50-tal variabler vilket tar ca 5 minuter per patient. Formulären har gjorts lika för att göra det enkelt att hitta data för sekretärerna. Detta görs oftast när patienten inkluderas i registret och ändå är "på skärmen". 3/4 av informationen i Bristningsregistret kommer inte från journalen utan från patients ifyllda enkäter, i de flesta fall direkt via webbinmatning som idag kan initieras via systemet Mina vårdkontakter.

Några kliniker har velat vänta med att ansluta sig till BR tills man får en direktöverföring av data från Obstetrix till Bristningsregistret. Tack vare arbetet med Graviditetsregistrets utveckling finns nu en teknisk lösning för det. Dock är arbetsinsatsen och kostnaden för det inte försvarbar förrän operationsmallen i Obstetrix moderniserats. Den saknar idag vissa kliniskt viktiga data och utvärderingsbar struktur. Den utformad för textgenerering utan hänsyn till databearbetning. Äpplen, päron och små hundar, alltså t ex förekomst/ längd i centimeter/

djup/ antal suturer blandas i samma variabel utan inmatningsstyrning.

En uppdatering av Opmallen i Obstetrix har önskats från flera håll, däribland SFOG, BMF, Graviditetsregistret, Bristningsregistret, LÖF-projektet Skador på kvinnan och Stockholms läns landsting. Från den nationella Obstetrixkundgruppen anger man att det kan dröja upp till 4 år trots att Socialstyrelsen infört den nya sfinkterskadeklassificeringen från 2014. Medan klinikerna väntar kan de med fördel använda Bristningsregistret och dess kompletteringar (PISA) för att få struktur på operationsberättelserna och rätt diagnoser.

Textgenerering från Bristningsregistrets operationsmall till andra journalsystem är planerad men kommer att dröja till sommaren på grund av hög belastning på programmerarna.

Bristningsregistret är precis nyfött och under utveckling. Tack vare att vi använt GynOps vårdapplikation med en färdig struktur är det inte bara flygfärdigt utan uppe i luften och jag hoppas många vill ta del av dess fördelar. Det är unikt i internationella sammanhang. Jag vill tacka Styrgruppen som bidrog till skapandet och alla sekretärer, barnmorskor och kollegor i landet som kommit med kloka synpunkter och frågor. Fortsätt höra av er!

Eva Uustal, Registerhållare Bristningsregistret, Överläkare,
Universitetssjukhuset Linköping
Eva.uustal@regionostergotland.se

Referat Vintermötet 2015

Det var ett snöigt Stockholm som mötte gynekologerna som kom till Vintermötet 2015, denna gång arrangerat av Privatgynekologerna i Stockholm. Sophia Ehrström och Folke Flam hälsade alla varmt välkomna.

Dagen inleddes med att Daniel Altman från Stockholms Urogynmottagning berättade om behandling av urininkontinens med Botox. På deras mottagning finns urolog, uroterapeuter och gynekologer och de har cirka 4500 besök per år, de flesta uroterapibesök. Av de patienter som tas emot har cirka hälften en blandinkontinens, 25% överaktiv blåsa, 15% ansträngningsinkontinens och 5% neurogen blåsrubbning som MS, Parkinson, ALS, stroke. Idag finns bra metoder för behandling av ansträngningsinkontinens. För överaktiv blåsa, OAB, finns däremot ingen bra kurativ behandling. Botulinustoxin som bland annat finns i fabrikatet Botox, blockerar neurotransmittorreceptorer vilket leder till en sensorisk och motorisk blockering i både afferenta och efferenta nerver till blåsan. Medlet har använts under många år för till exempel strabism, CP skador, profus svettbildning. Ny indikation är OAB. Behandlingen varar i högst 1 år, är kostsam och ingår inte i läkemedelsförmånen. Behandlingar i Stockholm utförs på Karolinska samt Stockholms Urogynmottagning. Uppföljningsprojekt i samverkan med Danderyd pågår och hittills är 32 patienter inkluderade med goda resultat, särskilt för kvinnor med detrusorinstabilitet.

Därefter var det Jan Zetterströms tur från Ultragyn Sophiahemmet, att redogöra för apikal defekt vid prolaps. Han redogjorde för POP-Q systemet för bedömning av prolaps för att sedan med eleganta anatomiska bilder gå igenom patofysiologin vid prolaps och hur det i många fall av cystocele även föreligger en apikal defekt. En genomgång av olika operationstekniker demonstrerades. Sedan 2011 är det förbjudet i USA att

använda vaginala nät vid prolapsoperation. Idag rekommenderas av Cochrane och amerikanska urogynkologer att man opererar dessa defekter med antingen vaginosacropexi eller cervicosacropexi. Vårdtiden för patienterna är mycket kort. I uppföljning ses enbart 5-10% recidiv, men operationen är tekniskt krävande. Under 2014 har 40 kvinnor opererats med denna teknik på Ultragyn Sophiahemmet.

Så var det Arne Rådestads tur från Aleris, Sabbatsbergs sjukhus att redogöra för medfödda uterusanomalier vilket, som Arne påpekade, är sällsynt. Prevalensen är 4-8% hos infertila kvinnor och 12-18% hos kvinnor med upprepade missfall. Viktigt att ha i åtanke att det finns ett samband mellan uterusmissbildningar och missbildningar i njurar och urinvägar. Hos kvinnor med njuragenesi ses i 60% även en uterusmissbildning. Arne gick även igenom den nya klassifikationen av uterusmissbildningar framtagna av ESSHRE. Det finns få studier avseende behandling av uterusmissbildningar eftersom tillstånden är sällsynta. I fall med uterusseptum eller bicorporeal uterus finns stark evidens för att dela, inte reseccera ett intrauterint septum. Alla uterusmissbildningar leder vid graviditet i hög grad till malpresentation, prematuritet, placentaavlossning och en högre perinatal mortalitet. Han påpekade även att förekomst av rudimentärt horn ska tas bort.

Johanna Andersson, Aleris Specialistvård Sabbatsberg, redogjorde för en nyligen startad pilotstudie avseende bromokriptinbehandling vid adenomyos, i samarbete med professor Kristina Gemzell, WHO center, Karolinska Universitetssjukhuset Solna. Att hitta en medicinsk

behandling som alternativ till hysterektomi skulle leda till en stor vinst för kvinnor med adenomyos. Tidigare studier har visat att kvinnor med adenomyos har uppreglerade prolaktinreceptorer i endometriet. I djurstudier har man visat att ökade halter av prolaktin intrauterint leder till adenomyos. Prolaktin är en känd tillväxtfaktor för myometriet. Bromokriptinbehandling skulle eventuellt kunna minska prolaktinkoncentrationen och därmed minska förekomsten av menometrorrhagier och dysmenorré. Diagnosen ställs med ultraljud-uterus ses rundad, tjocklek i fram- och bakvägg skiljer sig åt och endometriet är svåravgränsat. Utöver ultraljud och klinisk bedömning ingår MR. Ett flertal validerade frågeformulär besvaras, blödningskalender fylls i. I studien ges tablettorna vaginalt, då man i andra studier sett att vaginal applicering ger ett högt upptag. Vi ser fram emot slutresultaten av denna studie.

Så var det Angélique Flöter Rådestad från Ersta Diakoni, som gav svar på frågan när man kan ge HRT efter cancer. Kvinnor överlever cancer i högre grad än tidigare. Cirka 20% av kvinnor med ovarialcancer är premenopausala, motsvarande siffra för corpuscancer är cirka 10%. Av kvinnor med cervixcancer är 20% yngre än 40 år och för bröstcancer är 4% under 40 år. 10% av kvinnor med rektalcancer går in i prematur menopaus på grund av strålbehandling. För tidig ovarialsvikt leder till osteoporos, ökad frekvens coronarsjukdom samt nedsatt kognition. I Vårdprogrammet för cervixcancer i Stockholm rekommenderas HRT till naturlig menopausålder. Om uterus är kvar ges den i form av kontinuerlig kombinationsbehandling. Enligt

uppföljning är det 50% som inte hämtar ut sina recept, alltså underbehandlas kvinnorna. Vid endometriecancer ses ingen ökad recidivrisk vid HRT. Enligt Vårdprogrammet i Stockholm bör man överväga HRT i särskilda fall, i så fall kombinerad kontinuerlig behandling. I det Nationella vårdprogrammet saknas det skrivning avseende HRT i dessa fall. Angeliq hoppas att frågan adresseras i kommande programarbete. Vid ovarialcancer ses en dålig prognos men i en prospektiv kontrollerad kohort om 649 kvinnor med HRT ses en ökad överlevnad. I Nationella vårdprogrammet skrivs att vid förtidig ovarialsvikt kan HRT ges utan risk fram till naturlig menopaus. Vid bröstcancer är HRT kontraindicerat. Man avråder från lokal östrogenbehandling vid behandling med adjuvant aromatashämmare. Dessa råd bygger på en studie inkluderande 7 patienter. Ny studie planeras enligt Angeliq. Lokal

östrogenbehandling kan ges vid tamoxifenbehandling.

Dagens andra session inleddes med en intressant diskussion mellan Folke Flam, Gyn Sthlm, och Sophia Ehrström, Ultragyn Sophiahemmet avseende val av hysterektomimetod. På Gyn Sthlm görs de flesta hysterektomier vaginalt, till skillnad från Ultragyn Sophiahemmet där de flesta utförs med laparoskopisk teknik. I Sverige dominerar historiskt abdominell metod på benign indikation. Sedan 2010 har enligt GKR (Stockholm, Karlstad och Gotland) dock frekvensen abdominell hysterektomi om 74% sjunkit till ca 45% år 2014, samtidigt som laparoskopisk hysterektomi med och utan robot har ökat till ca 30%. Frekvensen vaginal hysterektomi har legat stabilt på 20-25% under dessa år. En liknande förändring har skett i så väl USA som flera av våra nordiska grannländer. Det är visat att vaginal och laparoskopisk hysterektomi

har mindre risk för komplikationer, kortare operationstid, kortare vårdtid och kortare sjukskrivningstid för patienter, jämfört med abdominell hysterektomi. Varför dominerar då abdominell hysterektomi metod? Gammal vana? Utbildningssyfte? Av de livmödrar som opereras bort väger 80 % <500g, varför storlek inte kan vara orsaken. Enda hållbara argument för abdominell hysterektomi är att den alltid kan utföras, samt av alla kirurger. Vaginala och laparoskopiska (inkl robotassisterade) hysterektomier är beroende av kirurgens erfarenhet och har en inlärningskurva. Tidigare bukoperationer bör inte betraktas som kontraindikation, då det sällan finns adherenser i lilla bäckenet. Laparoskopisk hysterektomi görs både totalt och subtotalt. Risken för stumpcancer är <0,03%, så den oron är överdriven i Sverige.

Folke Flam, Gyn Sthlm var moderator för nästa session som handlade om

organisation och kvalitet. Folke inledde blocket med att berätta hur den privata gynekologin har utvecklats i Stockholm. Från att ha varit enmansmottagningar har nu stora privata landstingsfinansierade vårdgivare vuxit fram, som producerar lika mycket vård som de större sjukhusen. I Stockholm har olika privata vårdgivare profilerat sig på olika patientgrupper vilket har lett till effektivisering av arbetet där till exempel erfarna kirurger kan utföra stora operationsvolymen med bra resultat.

Isis Amer-Wählin, medicinsk rådgivare inom Stockholms Läns Landsting samt Martin Irding, Mc Kinsey, redogjorde för vad vårdvalet har haft för effekter inom SLL. Intressant att få ta del av statistik. De privata vårdgivarna har lett utvecklingen till allt mer poliklinisering av kirurgi inom gynekologin. Tidigare opererades exempelvis prolaps i slutenvård, nu görs dessa operationer till övervägande del som dagkirurgiska ingrepp. En stor andel adnexkirurgi görs i dagkirurgi. Vårdvalet har lett till en ökad effektivisering av kvinnosjukvården. Färre läkare producerar mer vård. Antalet mottagningsbesök har ökat, liksom kostnaderna för mottagningsbesök. Vårdvalet har ökat rörligheten av personal mellan vårdgivarna. 12% av personalen på Stockholms akutsjukhus har bytt arbetsgivare och börjat inom privat vård. Största personalgruppen är sjuksköterskor/barnmorskor. Stor del av personalbyten skedde 2014, vilket förklaras av öppnandet av BB Sophia.

Kerstin Palm, Karolinska universitetssjukhuset Huddinge, berättade om Gynkvalitetsregistret, GKR. GKR är ett förenklat register, med färre parametrar, jämfört med GynOp-registret. Det som förs in i GKR kommer numera även in i GynOp-registret, så att resultat kan jämföras, samma statistik och slutsatser kan tas fram. GKR används av Stockholms sjukhusen, Gotland och Karlstad.

Mats Löfgren tog över och pratade om vilken statistik som kan fås fram ur GynOp-registret. Det är lagstadgat att man ska ha samma rätt till vård obero-



de av var i landet man bor. Hur lever Sverige upp till det? Tyvärr inte alls, när man tittar på antal operationer/10 000 kvinnor. Hysterektomifrekvensen ser ungefär lika ut över landet. Operation av ovarialcystor, prolapskirurgi samt inkontinens skiljer sig mellan olika sjukhus. Det som avviker mest är inkontinenskirurgin. Vi fick lära oss hur mycket statistisk information som kan fås fram ur registret. När man loggar in på sitt namn, kan man se hur många operationer man gör, operationstid, komplikationer osv. Få känner till vilka uppföljningsmöjligheter som finns.

Efter en varierad och intressant förmiddag med gynekologi och kirurgi som ämne, var eftermiddagen vikt åt reproduktion och obstetrik.

Först ut på eftermiddagen var Thorir Hardarson, laboratoriechef på Fertilitetscentrum, IVF, Sverige. Han berättade för oss om en av de senaste behandlingsmetoderna inom IVF, nämligen att förlänga eller bevara kvinnors fertilitet genom äggfrysning. Förutom i Göteborg, kan det

nu utföras även i Stockholm. Ägget är människokroppens största cell och innehåller mycket vatten. Det gör att den är känsligare för nedfrysning än till exempel ett befruktat embryo. Vitrifikation är en ny metod för nedfrysning, som sker i två steg och förhindrar att det bildas iskristaller i äggcellen, vilket varit ett problem med tidigare metoder. Med vitrifikation överlever nu 85% av äggen nedfrysning och upptining, förmågan att befruktas ökar därmed väsentligt.

Hittills har 6 barn fötts i Sverige efter befruktning av frysta ägg. Förutom önskan att bevara fertiliteten hos kvinnor som av medicinska eller kirurgiska behandlingar fått sin fertilitet begränsad, öppnar detta även möjlighet för "social freezing". Det vill säga kvinnor som av sociala skäl har anledning att skjuta upp sitt barnafödande. Möjligheterna till äggdonation förbättras också väsentligt. Det finns i Sverige idag inga lagar som reglerar vid vilken ålder man får frysa sina ägg, eller vid vilken ålder man får tina upp och befrukta sitt ägg. I världen finns det vitt

skilda åsikter om detta, men Fertilitetscentrum har hittills satt gränserna 40 år vid nedfrysning och 45 år vid upptining. Vi får säkert anledning att föra många intressanta diskussioner om detta i framtiden.

En annan metod under utveckling är preimplantatorisk genetisk screening (PGS), vilket Charles Hanson, även han från Fertilitetscentrum, IVF, Sverige berättade om. Metoden utvecklas främst för par med infertilitetsproblematik och går ut på att analysera det befruktade ägget med avseende på kromosomavvikelse. Det är celler från det yttre celllagret på blastocysterna som analyseras, vilket gör att man måste utföra ICSI för att vara säker på att det är rätt spermie som analyseras. Förhoppningarna för framtiden är att kunna minska riskerna för spontan abort och öka chanserna till en frisk graviditet.

Anna Marsk, Ultragyn, Odenplan, Stockholm, gav oss en kort historisk exposé av fosterdiagnostikens utveckling under de senaste 30-40 åren. Kraven och efterfrågan på fosterdiagnostik har ökat kraftigt under denna tid, i takt med att åldern på gravida kvinnor stiger. 1973 var frekvensen gravida kvinnor över 35 år 5%, jämfört med 28% nu på 2010-talet. Då på 70 & 80-talet användes i regel kvinnans ålder som riskvärdering för att erbjuda ett fostervattenprov. När NUPP testet (nackuppläkning) kom på 90-talet fick vi en ny, icke invasiv metod för att kunna urskilja de kvinnor med förhöjd risk för kromosomavvikelse, istället för att som tidigare endast använda kvinnans ålder som riskfaktor. Med hjälp av NUPP samt följande invasivt prov i 5%, på de med förhöjd risk, detekteras 75% av fostren med trisomi 21. På 2000-talet har KUB (kombinerat ultraljud och biokemisk analys), följt av invasivt prov i 5%, ytterligare förbättrat detektionsfrekvensen till 90%. I Stockholm gör nu 63% av kvinnorna KUB, jämfört med drygt 40% i övriga landet. Invasiva prov, amniocentes och CVB, görs i frekvensen 7% i Stockholm. Anna lämnade över stafettpipen till ...

Erik Iwarsson, Klinisk genetik, Karolinska Solna, som guidade oss vidare i den senaste metoden för fosterdiagnostik, NIPT "non-invasive prenatal testing". Metoden tar fasta på att det i maternellt perifert blod, finns cellfritt DNA från fostret, i upp till 10% av den totala mängden. Fostrets DNA har en kort halveringstid, på ca 30 minuter, vilket gör att man inte riskerar att DNA kommer från en tidigare graviditet. NIPT är användbart för genotypning av RhD, könsdiagnostik, aneuploidi och andra kromosomanalyser. Provet har en hög sensitivitet och specificitet, och allra högst är det för trisomi 21. NIPT har ett högt prediktivt värde, vartannat positivt prov är falskt positivt, jämfört med 9/10 vad gäller KUB. Dock är det fortfarande viktigt med ett invasivt prov för att fastställa diagnosen av kromosomavvikelse. Det är nu möjligt att göra provet i Sverige, men föräldrarna får än så länge bekosta undersökningen själva. Kostnaden för ett prov rör sig om ca 10 000 kr. För att begränsa kostnader och för att minimera antalet invasiva ingrepp är SFOGs preliminära riktlinjer för fosterdiagnostik är att man först gör KUB, sen NIPT och därefter invasiv diagnostik. Ett KUB resultat med risk, 1/1000 skulle då vara gränsen för rekommendationer för invasivt ingrepp. Detektionsgraden för kromosomavvikelse kommer då mycket nära 100%.

Charlotte Elvander, barnmorska på BB Stockholm, disputerade i december 2014 med en avhandling om sugklockans incidens, riskfaktorer och betydelse för framtida barnafödande. Studierna är epidemiologiska och uppgifter hämtade från Medicinska födelseregistret. Det var intressant att höra att incidensen sugklocka har ökat från 11,5%, 1990, till 14,8% 2010. Förklaringar till detta skulle kunna vara ökad maternell ålder samt ökad frekvens EDA under denna tid, men framför allt har ökningen skett på indikation fetal stress. Huruvida barn verkligen är mer stressade under förlossningen nu jämfört med för 10 år sedan förblir osagt, men är intressant att reflektera

över. Av barn födda med hjälp av sugklocka är det dock bara 3% som har Apgar < 7 vid 5 minuter. Charlotte har också studerat sugklockans betydelse för förlossningsupplevelse. Det visar sig att de mödrar som uppvisar en hög rädsla inför förlossningen i mycket högre grad anger en negativ upplevelse om de har blivit förlösta med sugklocka, än om förlossningen sker spontant. Hela 37% anger då en negativ upplevelse. 4% färre kvinnor föder ett andra barn inom 5 år om första förlossningen avslutats med sugklocka, jämfört med de med de som födde spontan vaginalt. Allt detta, och mer ur Charlottes avhandling ger oss en tankeställare på vilka indikationer vi beslutar att utföra en instrumentell förlossning!

Sist ut för dagen var Anders Linde, BB Sophia. Anders har ett pågående avhandlingsarbete som handlar om minskade fosterrörelser i sen graviditet och förlossningsutfall. På 25 år har vi inte lyckats minska frekvensen intrauterin fosterdöd (IUFD). Det är fortfarande ca 450 fall/år i Sverige. Enkäter har skickats ut till de i Stockholm, med IUFD > 28v samt till de som sökt för minskade fosterrörelser (FR) > 28v. Hittills har 3555 enkäter inkommit, så Anders har att göra, och vi hoppas att vi alla småningom kan få lite mer handfasta råd i hur vi ska kunna förhindra IUFD, när arbetet är klart! Hittills visar det sig att majoriteten av 215 kvinnor har upplevt minskade FR de sista två dagarna. Vissa kvinnor upplevde dock extrem fosteraktivitet, följt av inga alls och 20% upplevde normala FR innan IUFD konstaterades.

På kvällen samlades många på Operaterassen till fin middag och underhållning av Divine, tre skönsjungande sopranoer. De bjöd på populära stycken från operans värld. Efter kaffet dans till DJ, innan det var dags att bege sig hemåt i ett vackert vitt snöklätt Stockholm. Stafettpipen lämnades över till Uppsala att organisera 2016 års Vintermöte.

Vid pennorna
*Johanna Andersson, Ann Hjelm,
Ragnhild Hjertberg*

DEBATT

Replik till debattartikel "Hur får vi de bästa specialisterna" publicerad i Medlemsbladet nr 5, 2014

Vi vill hjälpa till att få de bästa specialisterna!

Mahsa Nordqvist och Lotti Helström ställer i Medlemsbladet nr 5 många viktiga frågor kring ST-utbildningen. Vi ST-ansvariga på kvinnoklinikerna runtom i Sverige är mycket glada att se engagemanget i denna fråga!

För att stärka förutsättningarna att jobba vidare med ST-utbildningens kvalitet bildades nyligen en intressegrupp för Studierektorer i Obstetrik och Gynekologi, kallad SNÄV, inom SFOG. Vi kommer att ha planerade möten två gånger per år och träffades nu senast 15:e januari i Stockholm. Naturligtvis är det helt otillfredsställande att 30% av ST-läkarna anger att de inte har en fungerande studierektorsfunktion. Genom ett nationellt nätverk för studierektorer bildas ett forum som kan arbeta för systematik i utbildningsprocessen. Varje

enskild studierektor behöver inte "uppfinna hjulet" – vi brottas i stort med samma frågor och problem, även om lösningen kan se lite olika ut utifrån lokala förutsättningar. Att mötas för att diskutera detta, få nya infallsvinklar, utbyta bra idéer och haka på goda exempel tror vi definitivt att vi kan bidra till att få duktiga specialister! Vi har under det gångna året med intresse följt och bidragit med synpunkter till Socialstyrelsens nya direktiv för specialistutbildningar som snart träder i kraft. Vi har också ett nära samarbete med OGU som var representerade vid vårt senaste möte då vi bland annat diskuterade resultaten från OGU-enkäten, ST-enkäten och Gyn-satsningen i Falun.

En annan viktig samarbetspartner är SFOGs utbildningsnämnd. Jan Bryn-

hildsen deltog också vid mötet och med honom diskuterade vi specialistexamen, framtida SK-kurser och behovet av revision av SFOGs checklistor.

Mötet samlade denna gång ett 15-tal deltagare och alla studierektorer inom Obstetrik och Gynekologi hälsas hjärtligt välkomna framöver! Nästa möte blir i samband med SFOG-veckan i Jönköping 25/8. Väl mött då!

För Studierektornätverket, SNÄV
Carina Bejlum SR NU-Sjukvården
Trollhättan
Marion Ek SR/ ST-Chef SÖS
Ulrika Heddini SR Danderyd ■

Du vet väl att du kan debattera på www.sfog.se under Forum utan inloggning.

Acta - AOGS har nått 2.005!

I juli fick Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica (AOGS) en ny impakt faktor på 1.985 av Thomson Reuters Journal Citation Reports (JCR), som bestämmer detta för tidskrifter så viktiga tal. Impakt faktorn blev nu i september oväntat reviderad i JCR, den är nu 2.005 och därmed har vi nått det mål som vi länge strävat efter. Bland 78 tidskrifter inom obstetrik och gynekologi är vi i rankade på 31:a plats. Andra måttstockar, såsom nedladdning och generell hänvisning till tidskriften (Altmetrics) är samtidigt goda och på väg uppåt. Vi, 4650 nordiska gynekologer, som äger AOGS och vi som redigerar tidskriften (14 redaktörer plus redaktionsskreterare på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg plus alla våra talrika recensenter) får nu säkra denna plats och komma ännu högre genom att publicera flera manuskript av hög kvalitet från Sverige och de andra nordiska länderna. Omkring hälften av våra artiklar kommer från Norden och en betydande del av manuskripten från våra länder accepteras. Vi har också en rätt stor andel artiklar från västeuropeiska länder, USA, Australien och Japan samt håller utkik efter artiklar från utvecklingsländerna. Vi

får rätt många manuskript från Turkiet och Kina, men endast en liten del av dem håller än så länge tillräcklig kvalitet. Vi har krav på kvalitet, korrekt lay-out och bra vetenskapligt skriftspråk, bland annat medicinsk engelska. Vi accepterar 15-20% av 1000 mottagna manuskript per år. Från Sverige accepteras cirka 50% av manuskripten, dock nästan alltid efter 1-3 revideringar. Optimala artiklar med hänsyn till innehåll, nyhetssvärde och korrekt format behöver mindre justering och därmed blir hanteringstiden också kortare. Mitt budskap till SFOGs medlemmar är; Vi strävar efter att AOGS ska få de bästa manuskripten för publikation och vara ert första val som internationellt orienterad tidskrift.

Alla SFOG medlemmar har automatisk tillgången till tidskriften online. Den publiceras nu huvudsakligen på internet och endast i mindre omfattning på papper. Vi vill gärna att alla svenska liksom övriga nordiska gynekologer och obstetrik, som genom sina nationella föreningar är medlemmar i vår Nordiska Forening (NFOG), aktiverar tillgången till AOGS på internet och gör tidskriften till en favorit hemma och/eller på arbetsplatsen. Nästan alla nordiska sjukhus och



institutioner abonnerer på AOGS liksom 4500 institutioner över hela världen. Det är lätt att aktivera era personliga anknäringar, se nedan information. Där finns också Acta-appar, en AOGS Twitter sajt, eToc alerts med e-mail varje månad från förlaget och den sedvanliga tryckta utgåvan. De två sista genom kontakt med SFOGs fackliga sekreterare eller via email till vårt förlag, Wiley, se nedan.

AOGS är den internationella tidskrift, som ni alla borde ha tillgång till och läsa varje månad för att följa med i en del av den vetenskapliga diskussionen som en tidskrift av vår kaliber deltar i. Självfallet är BMJ, Lancet, JAMA och de andra stora

ONLINE ACCESS:

To register for the online version of AOGS:

E-mail Wiley Membership Services at cs-membership@wiley.com

Ask for online access to 'AOGS' to be activated.

Please include: full name, address, email address and a note that you are a member of NFOG.

You will receive two emails:

- 1) a receipt that your email is received,
- 2) a few days later: instructions on how to activate your online access to AOGS on Wiley Online Library

Download den nye AOGS iPad/iPhone® app!

Use also your Wiley Online Library account details (username and password) to "Log In" from within the App.

AOGS_twitter: Följ oss på Twitter: @AOGS_tweets

AOGS eToc alert (månatlig innehållsförteckning per e.mail): Om du inte redan får den, kontakta SFOGs fackliga sekreterare Dr Helena Kopp Kallner på helena.kopp-kallner@ki.se eller skriv till förlagets service for förenings-medlemmar: cs-membership@wiley.com.

AOGS i printformat (skickat till dit hem/postadress, utan extra kostnad): Helena Kopp Kallner, se ovanstående kontakt detalj, eller skriv till förlagets service for förenings-medlemmar: cs-membership@wiley.com.

Information finns också på www.nfog.org genom snabbblänkan på SFOGs hemsida.

generella tidskrifterna viktiga, men AOGS har också något att erbjuda, särskilt med tanke på det som sker inom vårt område i Europa och i Norden. Vi har också en länk till den australiska tidskriften ANZJOG och den japansk-asiatiska (JOGR) via vår förläggare, Wiley (se NFOG hemsidan, www.nfog.org). AOGS är levande och up-to-date. Vi vänder oss till generell obstetrik, gynekologi och reproduktionsmedicin. I det liknar vi de europeiska BJOG och EJOGRB och de amerikanska AJOG och Obstetrics and Gynecology. I Europa är vi klart nummer två efter BJOG i detta sammanhang. Den kollektiva nordiska anknytning till vår nästan 95 år gamla Acta/AOGS är tidskriftens största resurs.

Jag slutar som chefredaktör i början av det nya året och ersätts av professor Ganesh Acharya från Tromsø. Jag tackar de svenska medredaktörerna under dessa 7,5 år; Britt-Marie Landgren, Ian Milsom, Henry Nisell, Torbjörn Bäckström, Kristina Gemzell-Danielsson och Sebastian Gidlöf för deras viktiga och solida insats för tidskriften. Min företrädare, P-O Janson, påbörjade uppåt trenden under sina sju år som chefredaktör. Vi värdesätter också stort våra tidigare och nuvarande svenska kollegor som har agerat som vetenskapliga granskare för tidskriften. Deras arbete är väsentligt för den framgång som vi nu har och önskar oss framöver.

Reynir Tómas Geirsson,
Professor, dr.med. FRCOG
AOGS chefredaktör
Reykjavik, Island

Utvärdering av informationsbrev inom benign gynekologisk kirurgi

– ett patientperspektiv, rapport från GynOp

Introduktion

Trots att skriftlig information inför gynekologiska operationer används rutinmässigt - Sveriges kvinnokliniker distribuerar brev med lokala rutiner och Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi (GynOp) distribuerar ett nationellt brev - är patienternas behov av information inte undersökt.

Syfte

Att kartlägga lokala informationsbrevs innehåll samt att fastställa om GynOps nationella brev motsvarar patienternas förväntningar.

Metod

Landets kvinnokliniker ombads sända sina lokala informationsbrev som patienterna får inför benign hysterektomi, 32 informationsbrev inkom, skillnader och likheter analyserades. Tre fokusgrupper med totalt 15 kvinnor som genomgått hysterektomi, inkontinens- eller prolapsoperation de senaste 12-24 månaderna och som deltagit i Gynop-registret diskuterade GynOps informationsbrev. De tre fokusgruppdiskussionerna analyserades genom kvalitativ innehållsanalys.

Resultat

Analysen av de lokala informationsbrev visar på stor variation och diskrepans mellan vad kvinnor informeras om inför sin operation.

Analysen av fokusgrupperna gav temat ”man ser inte skogen för alla träd” som beskriver deltagarnas önskan om information och samtidigt upplevelse av att

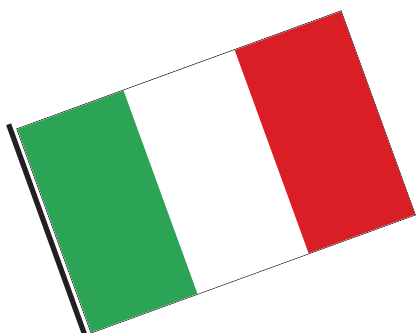
Sofia Widetun, Med Stud T11
Margareta Nilsson, med.dr,
uroterapeut
Maria Lindqvist, doktorand,
barnmorska
Mats Löfgren, docent, överläkare
Institution: Klinisk vetenskap,
enheten för obstetrik och gynekologi,
Umeå universitet.

inte kunna urskilja det viktiga i den massiva informationen de får.

Slutsats

I den här studien har konstaterats att de informationsbrev som idag används inför benign gynekologisk kirurgi inte lever upp till patienternas förväntningar. I de lokala breven saknas evidensbaserad information, i alla informationsbrev ingår information som patienterna inte önskar och som dessutom inte är presenterad på ett önskvärt sätt. Utifrån respondenternas upplevelser av informationsbrev kommer en revidering av GynOps information att genomföras för att på så sätt öka kvaliteten. Kliniker som deltar i GynOp kommer ånyo att uppmuntras att sammanfoga den lokala informationen med GynOps, så att patienterna (helst) enbart får ett informationsbrev och framför allt inte motstridig information. De kvalitativa resultaten kommer också att kvantifieras via GynOps enkäter. Projektet kommer att stå till grund för framtida informationsbrev inom GynOp avseende benign gynekologisk kirurgi.

Den kompletta rapporten finns att läsa på www.gynop.org/rapportering/aterrapporter.htm



Följ med på Privatgynekologernas utbildningsresa!

Vi reser till Camogli i Ligurien, Italien 23-27 september.

Programmet i år innehåller presentationer och diskussioner om mekanismer bakom gynekologisk smärta, sexuell funktion under och efter cancerbehandling, bäckenbottenkirurgi samt aktuellt om sexuell och reproduktiv hälsa.

Externa gästföreläsare är Docent Gunilla Brodda Jansen och Med Dr Karin Bergmark. Dessutom bidrag från specialister inom föreningen.

Docent Lena Marions är ansvarig för det vetenskapliga programmet som pågår under torsdagen och fredagen från 8.30-16.30. På lördagen hålls årsmötet.

Mer information finns på vår hemsida

www.privatgynekologerna.se

Kan också nås via SFOGs hemsida.

Anmälan görs via hemsidan. Alla öppenvårdsgynekologer oavsett anställningsform är välkomna!

Anmäl dig så snart som möjligt, men helst **före 15/4**.

Efter det kan vi inte garantera dig plats.

Välkomna önskar styrelsen och resegruppen

*Ilona Barnard, Katarina Johansson, Johanna Andersson,
Agneta Möller, Boel Larsson-Bahr*

Non-attendees need attention

– Determinants and interventions affecting participation in cervical cancer screening

Bakgrund

Cervixcancer har blivit en relativt sällsynt sjukdom i Sverige sedan organiserad screening med gynekologiskt cellprov infördes i slutet på 1960-talet. Förutsättning för att ett screeningprogram ska vara framgångsrikt är ett högt deltagande. Kvinnor som inte deltar i screening är en minoritet men utgör störst andel av dem som får cervixcancer, framförallt i avancerad form. I Sverige drabbas årligen cirka 450 kvinnor av cervixcancer och cirka 140 dör av sjukdomen.

Kunskapen om att Humant Papillomvirus (HPV) är den bakomliggande orsaken till cervixcancer och utvecklingen av vaccin mot HPV har inlett en ny era för att förhindra sjukdomen. Det kommer dock att dröja decennier innan det nyligen införda vaccinationsprogrammet mot HPV ger effekt på förekomsten av cervixcancer. Screeningprogram kommer fortsatt att vara nödvändiga för att skydda kvinnor mot cervixcancer inom över-skådlig framtid.

Syftet med det populationsbaserade screeningprogrammet är att identifiera kvinnor som riskerar att utveckla cervixcancer och att upptäcka invasiv cancer i tidigare stadier. Detta förbättrar chanserna för en framgångsrik behandling och minskar incidens och mortalitet. De senaste riktlinjerna från Socialstyrelsen rekommenderar cellprov vart tredje år för kvinnor i åldern 23–50 och med fem års mellanrum för kvinnor i åldern 51–60. Screeningen organiseras på landstingsnivå och det finns en variation i hur de nationella rekommendationerna genomförs.

Syften

Det övergripande syftet med avhandling-

Gudrun Broberg, barnmorska, medicine doktor
Institutionen för kliniska vetenskaper, avdelningen för obstetrik och gynekologi, Sahlgrenska Akademin
Göteborgs universitet.

en var att, med fokus på de kvinnor som inte har deltagit under lång tid, pröva metoder för att öka deltagandet i screening och identifiera faktorer som påverkar deltagandet.

- Att studera effektiviteten och kostnadseffektiviteten av att ringa kvinnor som inte deltagit i screening och erbjuda tid för ett cellprov.
- Att utvärdera effektiviteten och kostnadseffektiviteten av att erbjuda kvinnor som inte deltagit i screening en HPV-hemtest.
- Att undersöka barnmorskors upplevelse av att ringa icke-deltagare och erbjuda tid för cellprov.
- Att studera socioekonomiska och demografiska faktorer påverkan på deltagandet i gynekologiskt cellprovskontroll i Sverige.

Material och metoder

I en populationsbaserad randomiserad studie studerades effektiviteten och kostnadseffektiviteten av två interventioner för att öka deltagandet i ett välfungerande screeningprogram (Studie I och II). Av de 24 755 kvinnor mellan 30 och 62 år i Västra Götaland, som inte deltagit i screening, valdes 8 800 slumpmässigt ut och randomiserades till tre olika grupper. Barnmorskor i verksamheten ringde upp 4 000 av kvinnorna och erbjöd hjälp att boka tid för cellprovtagning. En grupp



på 800 kvinnor fick erbjudande per post att göra ett hemtest för högrisk-HPV. Deltagandet i dessa två grupper jämfördes med en kontrollgrupp bestående av 4 000 kvinnor som inte var föremål för någon särskild intervention. Skillnaden i antalet upptäckta och utredda cellförändringar jämfördes mellan telefongruppen och kontrollgruppen. Andel låg- respektive höggradiga cellförändringar i telefongruppen och kontrollgruppen jämfördes med en referensgrupp bestående av alla kvinnor mellan 30 och 62 år i regionen, som deltagit i ordinarie screeningprogram. Kostnadseffektiviteten beräknades med kostnader för resuranvändning i interventionsgrupperna och kontrollgruppen. Barnmorskornas erfarenheter av att kontakta kvinnorna diskuterades i fokusgrupper och analyserades med kvalitativ innehållsanalys (Studie III). En tvärsnittsstudie med data från

populationsbaserade register genomfördes för att studera om socioekonomiska och demografiska faktorer påverkar deltagande i screening (Studie IV). En grupp kvinnor som deltagit inom 90 dagar efter att en inbjudan skickats ut jämfördes med kvinnor som inte deltagit i screening under lång tid. Resultaten analyserades med univariat och multivariat logistisk regressionsmodell.

Resultat

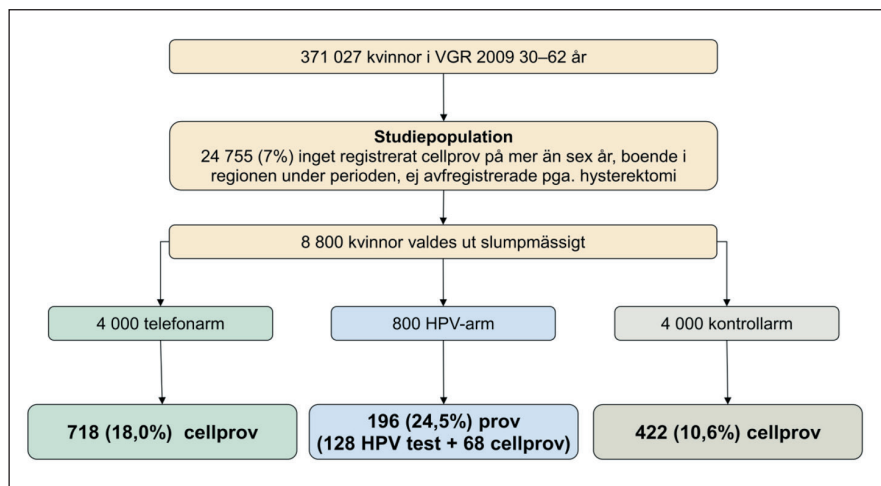
Deltagandet ökade signifikant i båda interventionsgrupperna i Studie 1 och 2, jämfört med kontrollgruppen. I telefongruppen deltog 18,0% och i HPV-hemtestgruppen tog 24,5% prov (16,9% HPV hemtest; 8,5% cellprov), jämfört med 10,6% i kontrollgruppen (Figur 1). Antalet avvikande cellprov och antalet utredningar var signifikant högre i telefongruppen (39 respektive 34) än kontrollgruppen (19 respektive 18). Andelen onormala cellprov var 5,4% i telefongruppen, 4,5% i kontrollgruppen och 2,7% i hela screeningbefolkningen i motsvarande ålder (Figur 2). Relativa risken för en kvinna i telefongruppen för att ha en höggradig cellförändring jämfört med kvinnor i referensgruppen var 3,93 (95% CI 2,39–6,46).

Kvinnorna uppgav många olika anledningar till varför de inte deltagit i screeningen. Det vanligaste var praktiska svårigheter som barnmorskorna insåg skulle kunna undanröjas med ökad tillgänglighet och genom att erbjuda provtagning vid besök av annan anledning.

I Studie IV fann vi att kvinnor med en hög inkomst i familjen eller hög utbildning och de som var sammanboende deltog i högre utsträckning i screeningen. Andra viktiga faktorer förknippade med högt deltagande var att vara född i Sverige, att vara yrkesverksam och att inte ha social- eller bostadsbidrag. Kvinnorna i de högre åldersgrupperna var något mer benägna att delta än i de lägre. Deltagandet varierade stort mellan olika landsting i Sverige. Dessa skillnader kvarstod även efter att effekten av alla andra variabler hade vägts in.

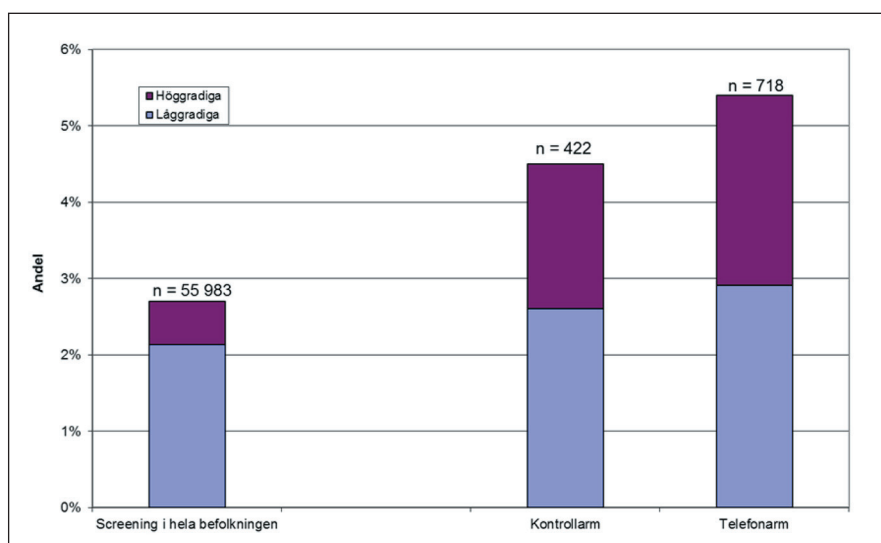
Figur 1

Deltagande i Studie I och II



Figur 2

Andel cellförändringar i hela screeningpopulationen, kontrollgrupp och telefongrupp



Slutsats

Kvinnor som inte har deltagit i screening under en längre tid hade en fyrfaldig ökad risk att ha högggradiga cellförändringar jämfört med hela screeningpopulationen. Både telefonkontakt och erbjudande om ett HPV hemtest gjorde att deltagandet ökade i gynekologisk cellprovskontroll. Metoderna var praktiskt genomförbara i verksamheten och gav inga ökade kostnader. Telefonkontakt ökade även antalet upptäckta och utredda cellförändringar. Erbjudande om alternativa provtagningsmetoder kan främja deltagandet i screeningen. Barnmorskornas förståelse för kvinnors varierande behov kan bidra till att tillgängligheten ökar så att fler ges möjlighet att delta i screeningen. Låg socioekonomisk status, att vara född utanför Sverige eller bosatt i vissa länsting var oberoende faktorer förknippade med lägre deltagande i gynekologisk cellprovskontroll. Sammantaget indikerar detta att förbättringar av screeningen i Sverige kan öka deltagandet.

Implikationer

För att skapa förutsättningar för en mer jämlik vård och ge så många kvinnor som möjligt ett bra skydd mot cervixcancer bör:

- screeningprogram utformas så att alla kvinnor ges möjligheter att delta oavsett landstingstillhörighet. Viktigt är god tillgänglighet, möjlighet till enkel ombokning av tid och plats via internet samt opportunistisk screening,
- särskilda åtgärder vidtas för kvinnor som inte deltagit under lång tid, som telefonkontakt och/eller erbjudande om alternativ provtagning,
- uppmärksamhet och särskilda insatser riktas mot grupper med lågt deltagande.

Delarbeten

Broberg G, Miao Jonasson J, Ellis J, Gyrd-Hansen D, Anjemark B, Glantz A, Söderberg L, Ryd M-L, Holtenman M, Milsom I and Strander B. Increasing participation in cervical cancer screening: Telephone contact with long-term non-attendees in Sweden. Results from RACOMIP, a randomized controlled trial. *International Journal of Cancer* 2013;133:164-71

Broberg G, Gyrd-Hansen D, Miao Jonasson J, Ryd M-L, Holtenman M, Milsom I and Strander B. Increasing participation in cervical cancer screening: Offering a HPV self-test to long-term non-attendees as part of RACOMIP, a Swedish randomized controlled trial. *International Journal of Cancer* 2014; 134: 2223-30

Broberg G, Strander B, Ellis J and Adolfsson A. Attending cervical cancer screening, opportunities and obstacles: A qualitative study on midwives' experiences telephoning non-attendees in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health* Published online July 10 2014 DOI: 10.1177/1403494814541594

Broberg G, Wang J, Östberg A-L, Adolfsson A, Nemes S, Sparén P and Strander B. Socio-economic and demographic determinants affecting participation in the Swedish cervical cancer screening: population based cross sectional study. In manuscript

Länk till avhandlingen: <http://hdl.handle.net/2077/35955>

Huvudhandledare: Björn Strander, Institutionen för kliniska vetenskaper, avdelningen för obstetrik och gynekologi, Sahlgrenska akademien Göteborgs universitet och Regionalt cancercentrum väst.

Bihandledare: Ian Milsom, Institutionen för kliniska vetenskaper, avdelningen för obstetrik och gynekologi, Sahlgrenska akademien Göteborgs universitet. Annsophie Adolfsson, Institutionen för hälsovetenskap och medicin, Örebro universitet.

Disputation: 10 oktober 2014

Opponent: Ann Josefsson, Institutionen för klinisk och experimentell medicin, Linköpings universitet

Maternal Mortality in Sweden—Classification, Country of Birth and Quality of Care

Mödradödligheten i Europa har gått ned under flera decennier, men studier har visat att nedgången har stagnerat och ibland visat en svag uppgång. Utlandsfödda, särskilt kvinnor från Afrika söder om Sahara, har visat sig löpa högre risk än kvinnor födda i Europa. Detta har inte enkelt kunnat förklaras av enbart kända obstetriska eller socioekonomiska riskfaktorer.

Målet med denna avhandling var att studera aspekter av mödradöd i Sverige såsom förekomst, klassifikation och vårdkvalitet, med fokus på utlandsfödda kvinnor.

Vi fann att mödradödligheten i Sverige 1988–2007 var omkring sex per 100 000 levande födda barn. Med denna siffra hör vi till länderna med den lägsta mödradödligheten i världen. Jämförelser mellan länder försvåras dock av underreportering och olika sätt att definiera mödradödsfallen.

I den första studien studerade vi dödsorsaker hos alla kvinnor som avlidit i Sverige i reproduktiv ålder (15–49 år) under åren 1988–2007. Vi valde att gruppera de utlandsfödda kvinnornas födel-seländer enligt Världsbankens klassifikation av ekonomier, i låg-, medel- och höginkomstländer samt Sverige. Vi fann att risken att dö i reproduktiv ålder var högre för utlandsfödda kvinnor som var födda både i låginkomstländer och höginkomstländer än för svenskfödda kvinnor. Risken att dö på grund av en sjukdom eller komplikation kopplad till graviditet

Annika Esscher, Institutionen för kvinnors och barns hälsa (Internationell mödra- och barnhälsovård), Uppsala universitet. Disputation 13 mars 2014.



et och förlossning visade sig vara sex till sju gånger högre för kvinnor födda i låginkomstländer.

Den andra studien handlar om underreportering av mödradödsfall. Vi samkörde dödsorsaksregistret med medicinska födelserregistret och patientregistret och granskade därefter dödsorsakintygen. På så sätt identifierade vi kvinnor som avlidit inom ett år efter att de fött barn eller vårdats på grund av en graviditetskomplikation under åren 1988–2007. Vi fann 64% fler mödradödsfall än de som rapporterats till WHO. Brister i identifi-

eringen av mödradödsfall fanns på tre olika nivåer. De två första bestod i bristande kunskaper eller insikter hos de läkare som fyllt i dödsorsaksintygen, respektive kodat dödsorsakerna i dödsorsaksregistret. Den tredje nivån låg på ett strukturellt plan och orsakades av att reglerna för hur dödsorsakerna kodas inte överensstämmer med definitionen av mödradöd.

I den tredje studien undersökte vi förloppet som ledde till mödradöd bland 25 kvinnor födda i låg- och medelinkomstländer samt 48 svenskfödda kvinnor under åren 1988–2010. Vi ville veta om skillnader i vårdens kvalitet kunde bidra till att förklara skillnaden i risk för mödradöd mellan utlandsfödda och svenskfödda kvinnor. Kvinnornas journaler granskades och bedömdes av en expertgrupp bestående av fem förlossningsläkare. Vi försökte rekonstruera förloppet och finna suboptimala faktorer (händelser som inte var gynnsamma) i vårdförloppet som slutade med att kvinnan avled. En suboptimal faktor bedömdes som betydande (major) om den bidrog väsentligt till kvinnans död och att hon troligen hade kunnat räddas av en annorlunda handläggning. En smärre (minor) suboptimal faktor definierades som en händelse som bidrog till det ogynnsamma förloppet, men att kvinnans liv förmodligen ändå inte hade kunnat räddas. I två tredjedelar (51/73) av mödradödsfallen, fann vi suboptimala faktorer. I hälften av fallen (36/73) förekom minst en betydande

suboptimal faktor, vilket betyder att vi bedömde att dessa dödsfall hade kunnat undvikas genom en annan handläggning. Faktorer som relaterade till hur man söker vård, exempelvis att kvinnan skrev in sig sent i mödravården, inte följde läkarens/barnmorskans råd eller inte kom på planerade besök, inträffade både hos svenskfödda och utlandsfödda, men oftare bland de utlandsfödda. Faktorer relaterade till vårdens tillgänglighet omfattar i låginkomstländer oftast försenad transport till sjukhus. I detta material kom kvinnorna fram till vårdinrättningarna, men tillgängligheten till god vård begränsades av en språkbarriär. Om patient och vårdgivare inte talar samma språk får inte vårdgivaren tillgång till patientens sjukhistoria och patienten får inte tillgång till vårdgivarens kunskap. För att komma över denna barriär krävs professionell tolkning. Suboptimala faktorer relaterade till tillgänglighet förekom enbart bland utlandfödda kvinnor. I tre fall bedömdes språkbarriären vara en betydande suboptimal faktor, det betyder att döden kan ha kunnat undvikas om väl fungerande tolkning hade funnits på plats, och i tio fall bidrog språkproblemen till förloppet.

De vanligaste suboptimala faktorerna var relaterade till vårdens kvalitet och förekom i 50 fall (i 34 fall minst en betydande faktor och i 16 fall minst en smärre). Bristande vårdkvalitet omfattade att fel diagnos ställdes, att behandlingen fördröjdes, att remittering till annan vårdnivå/specialitet fördröjdes och/eller att kommunikationen brast mellan vårdgivare eller kliniker. Faktorer som var relaterade till vårdens kvalitet drabbade oftare utlandsfödda än svenskfödda.

Fyra av kvinnorna dog på grund av komplikationer till sjukdomar som inte vanligen förekommer i Sverige, såsom tuberkulos och reumatisk feber. I dessa fall framgick att vårdgivarnas kunskaper om dessa sjukdomar brast.

Den fjärde studien är en beskrivande studie av alla kvinnor som tog sitt liv under graviditet eller inom ett år efter förlossning i Sverige under åren 1980–2007.

Vi undersökte registerdata samt granskade journaler från kvinnornas sista graviditet, förlossning och BB-tid. I genomsnitt dog 3,7 kvinnor per 100 000 levande födda barn på grund av självmord under graviditet eller under första året efter förlossning. Denna kvot var stabil under studieperioden, medan självmord i nästan alla andra grupper i Sverige minskade. Kvinnor födda i låginkomstländer löpte en högre risk (10,8 fall per 100 000 levande födda) än svenskfödda kvinnor (3,5 per 100 000 levande födda). Tre fjärdedelar (77/103) av kvinnorna som avled hade fått psykiatrisk vård före, under eller efter graviditeten, medan för en fjärdedel (26/103) av kvinnorna fanns inga tecken till psykisk sjukdom noterade i journalen eller i patientregistret. Ett flertal av kvinnorna som tidigare fått psykiatrisk vård fångades inte upp av mödravården. Endast en femtedel av kvinnorna hade en dokumenterad plan för hur de skulle följas upp avseende sin psykiska hälsa när de skrevs ut från BB. Vi jämförde självmordssätt och psykiatrisk sjuklighet mellan de kvinnor som tog sitt liv under graviditet eller inom sex månader efter förlossning med de som tog sitt liv 6–12 månader efter förlossning. Vi fann att våldsamma självmordssätt var vanligare bland de kvinnor som dog under graviditet eller inom det första halvåret efter förlossning jämfört med de kvinnor som dog under det andra halvåret efter förlossning. Kvinnorna som tog sitt liv under graviditet eller inom sex månader efter förlossning hade mer sällan en psykiatrisk sjuklighet före graviditeten än de som dog 6–12 månader efter förlossning.

Sammanfattningsvis var mödradödligheten i Sverige mycket låg, men inte riktigt så låg som den siffra vi rapporterade till WHO. Att mäta mödradödlighet är svårt, men man kan få mer sanningsenlig statistik genom att samköra register. Kvinnor födda i låginkomstländer löpte en högre risk för mödradöd samt för självmord under graviditet och året efter förlossning. Den förhöjda risken för mödra-

död bland de utlandsfödda kvinnorna kunde till en del förklaras av sjukdomar med ursprung i kvinnornas ursprungsländer, skillnader i hur man söker vård, bristande tolkanvändning samt att de oftare fick bristfällig vård. Mer än hälften av de kvinnor som begick självmord under graviditet och året efter förlossning hade en känd psykiatrisk sjuklighet, och den hade inte alltid fångats upp av mödravården. I en fjärdedel av självmorden fanns inga signaler till psykisk ohälsa dokumenterade.

Alla mödradödsfall och självmord i samband med graviditet kan inte undvikas, men genom att studera fall med dödlig utgång kan brister i sjukvården belysas och förhoppningsvis leda till förbättringar i vården.

Rekommendationer

För att statistiken över mödradödligheten i Sverige ska bli så sanningsenlig som möjligt rekommenderas rutinmässig samkörning av dödsorsaksregistret och medicinska födelseregistret.

Studierna i denna avhandling talar för att det skulle gå att minska mödradödligheten ytterligare, från en redan mycket låg nivå. Förutsättningarna för detta är ett nära samarbete mellan de olika specialiteter som kan vara inblandade vid svåra obstetriska komplikationer, samt att prioritera av patientsäkerhetsarbete vilket även omfattar att man säkerställer god kommunikation med alla patienter och mellan vårdgivare.

Enligt Förvaltningslagen har alla personer som inte behärskar svenska rätt till tolk i sjukvården. Mer än tio år har förflutit sedan den första studien publicerades som påvisade samband mellan kommunikationsproblem och ökad risk för perinatal död bland barnen till mödrar från Afrikas horn. Än idag händer det att man i sjukvården försöker kommunicera med icke-svenskspråkiga patienter utan professionell tolk, vilket är anmärkningsvärt.

Ansvar för att en patient inte följer vårdgivarens råd bör inte enbart läggas på patienten. Vårdgivaren har ansvar för

att försöka förstå om det kan ligga missuppfattningar bakom patientens förhållningssätt. Mer än var femte kvinna som söker mödrahälsovården i Sverige idag är född i ett annat land. En fullständig sjukhistoria omfattar att man efterfrågar kvinnans hälsa före, under och efter migration till Sverige. Man bör vara medveten om att utlandsfödda kvinnor kan bära

med sig hälsotillstånd som vi inte är vana att se i Sverige idag.

I enlighet med mödrahälsovårdens nationella riktlinjer är det viktigt att fånga upp kvinnor med psykisk ohälsa, och särskilt viktigt är det att identifiera kvinnor med svårare psykiatriska tillstånd. Samtliga kvinnor med tidigare psykisk ohälsa och kvinnor som uppvisar sådana

symptom under graviditeten bör ha en dokumenterad plan för uppföljning efter förlossningen. Utlandsfödda kvinnor utgör en sårbar grupp avseende psykisk ohälsa. ■

Etikkurs

Svenska Läkaresällskapets Delegation för medicinsk etik arrangerar den 14-17 september i år en kurs för lärare i medicinsk etik. **Den riktar sig till läkare som är, eller kan komma att bli, engagerade i etikutbildning för läkarstudenter, AT- eller ST-läkare.** En motsvarande kurs hölls för ca trettio år sedan och bidrog till att flera av kursdeltagarna blev aktiva inom etikområdet under många år.

Kursledningen består av Anders Ågård, Claudia Bruss och Ingemar Engström. Kursen kommer att äga rum under fyra dagar vecka 38 i år, med en uppföljningsdag i december. Vi vill att deltagarna ska delta aktivt i diskussioner och

att de ska få prova på olika lärandemetoder för etikämnet. Några av landets ledande etiker har tackat ja till att medverka som föreläsare och/eller resurspersoner.

Vi tror att det finns ett stort intresse från läkare, som är involverade i PU eller medicinsk etik på läkarprogrammet i landet, att anmäla sig till denna kurs och hoppas att ni har möjlighet att vidarebefordra inbjudan till rätt personer i organisationen.

Mvh

Anders Ågård

Svenska Läkaresällskapets Delegation före medicinsk etik

Mer information under:

<http://sls.se/Aktuellt/Senaste-nytt/Lararkurs-i-medicinsk-etik/>

Bakre Fornix

Köp, sälj, eller byt, varor och tjänster – med en annons når du ca 2000 andra gynekologer. Köp och sälj vad du vill under eget ansvar.

Skicka in din annons per mail till Medlemsbladet, anna.ackefors@sfog.se
Ange namn och faktureringsadress
Pris per annons för medlemmar 100 kr

SÄLJES

ÖVERLÅTES

Lönsam gynmottagning i Sigtuna stad överlåtes fr o m 160101. Kan drivas i eget bolag enskilt eller i samverkan med ett större gynekologiskt vårdbolag.

För närmare information ring
dr Stefan Hammarbäck,
070-6608802 på kvällstid.

Intressegrupper inom SFOG

Mödrahälsovårdsöverläkargruppen

Ordförande

Joy Ellis
mödrahälsovårdsöverläkare och medicinsk rådgivare
Ordförande, mödrahälsovårdsöverläkargruppen 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

Kassör

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

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

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

Arbets- och Referensgrupperna inom SFOG

Cervixcancerprevention C-ARG

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

Endokrinologi ENDOKRIN-ARG

Ordförande: Alkistis Skalkidou
KK, Akademiska Sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 076-206 85 82
alkistis.skalkidou@kbh.uu.se
Sekreterare: Eva Innala
KK, Norrlands universitetssjukhus
901 85 Umeå
Tel: 090-785 21 61
eva.innala@vll.se

Endometriosis ENDOMETRIOS-ARG

Ordförande: Greta Edelstam
KK, Akademiska Sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018-611 00 00
greta.edelstam@akademiska.se
Sekreterare: Lollo Makdessi
Vrinnevisjukhuset
Norrköping
lollo.makdessi@gmail.com
Etik ETIK-ARG
Ordförande: Claudia Bruss
KK, Länssjukhuset Halmstad
302 33 Halmstad
Tel: 035-13 10 00
claudia.bruss@med.lu.se
Sekreterare: Ingrid Bergelin
ingrid.bergelin@ltdalarna.se

Evidensbaserad medicin

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

Familjeplanering FARG

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

Ofrivillig Barnlöshet FERT-ARG

Ordförande: Britt Friberg
KK, Lund och Reproduktionsmedicinskt
Centrum (RMC)
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
Ultragyn
113 22 Stockholm
Tel: 0708-23 10 00
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

Perinatologi PERINATAL-ARG

– fosterövervakning

undergrupp till PERINATAL-ARG

Ordförande: Isis Amer-Wählin

isis.amer-wahlin@ki.se

Sekreterare: Karin Lundmark

karin.lundmark@nll.se

Psykosocial Obstetrik och Gynekologi

samt **Sexologi POS-ARG**

Ordförande: Katri Nieminen

KK, 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 10 00

lena.moegelin@sodersjukhuset.se

Robson-ARG

Ordförande: Lars Ladfors

Göteborg

lars.ladfors@sfog.se

Sekreterare: Eva Nordberg

Halmstad

eva.nordberg@regionhalland.se

Tonårsgynekologi TON-ARG

Ordförande: Lena Marions

KK, Karolinska Universitetssjukhuset,

Solna

171 76 Stockholm

Tel: 08-517 766 55. Fax: 08-31 81 14

lena.marions@karolinska.se

Sekreterare: Anna Palm

Sundsvalls sjukhus

851 86 Sundsvall

Tel: 060-18 10 00

anna.palm@lvn.se

Gynekologisk Tumörkirurgi med

Cancervård

TUMÖR-ARG

Ordförande: Gunnel Lindell

Länssjukhuset i Kalmar

gunnel.lindell@ltkalmar.se

Sekreterare: René Bangshøj

KK, Universitetssjukhuset Örebro

701 85 Örebro

Tel: 019-602 12 60

rene.bangshoj@reba.se

Ultraljudsdiagnostik ULTRA-ARG

Ordförande: Peter Lindgren

KK, Akademiska sjukhuset

751 85 Uppsala

Tel: 018-611 00 00

peter.lindgren@karolinska.se

Sekreterare: Emelie Ottosson

emelie.ottosson@vgregion.se

**Urogynekologi och vaginal
kirurgi UR-ARG**

Ordförande: Marie Westergren

Söderberg

KK, Södersjukhuset

118 83 Stockholm

Tel: 08-616 10 00

marie.westergren-soderberg@

sodersjukhuset.se

Sekreterare: Riffat Cheema

riffat.cheema@skane.se

Vulva VULV-ARG

Ordförande: Nina Bohm-Starke

nina.bohm-starke@ds.se

Sekreterare: Christina Rydberg

KK, Varbergs sjukhus

432 81 Varberg

Tel: 0340-48 10 00

christina.rydberg@lthalland.se

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

Matts Olovsson

SFOG-Kansliet

Drottninggatan 55, 2 tr

111 21 Stockholm • Tel: 08-440 01 75

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

SFOG-Kansliet

Susanne Lundin och Henrietta Solander

Drottninggatan 55, 2 tr

111 21 Stockholm

Tel: 08-440 01 75 • Fax: 08-22 23 30

kansliet@sfog.se • www.sfog.se

SFOG

MEDLEMSANSÖKAN

www.sfog.se

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

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

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

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

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

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

De flesta som söker nytt medlemskap är fortfarande under utbildning.

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

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

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