

Medlemsbladet 4

2014

NR



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



***Referat från SFOG-veckan
"Gynsatsningen" i Falun
Se svaret på gåtan***

MEDLEMSBLADET

Ansvarig utgivare: Anna Ackefors

Tel: 0155-24 50 00

Layout: Moniqa Frisell

All korrespondens ställs till föreningen:

SFOG-Kansliet, Drottninggatan 55, 2 tr

111 21 Stockholm

Tel: 08-440 01 75

Susanne Lundin och Henrietta Solander

E-post: kansliet@sfog.se

Internet: www.sfog.se

Annonser: Anna Ackefors

E-post: anna.ackefors@sfog.se

Platsannonser hemsidan: kansliet@sfog.se

SFOGs styrelse 2014:

Ordförande: Harald Almström

UltraGyn Odenplan, BB Sofia, Stockholm

E-post: harald.almstrom@sfog.se

Vice ordförande: Lotti Helström

KK, Södersjukhuset

Tel: 08-616 10 00

E-post: lotti.helstrom@sodersjukhuset.se

Facklig sekreterare: Louise Thunell

Region Skåne

E-post: louise.thunell@sfog.se

Skattmästare: Sven-Eric Olsson

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

Vetenskaplig sekreterare: Annika Strandell

Kvinnokliniken, SU/Sahlgrenska

Tel: 0700-90 44 54

E-post: annika.strandell@vgregion.se

ARGUS: Matts Olovsson

KK, Akademiska sjukhuset, Uppsala

111 21 Stockholm • Tel: 018-611 57 51

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

Utbildningssekreterare: Jan Brynhildsen

Kvinnokliniken, Linköpings Universitetssjukhus

Tel: 013-22 20 00

E-post: jan.brynhildsen@lio.se

Redaktör för Medlemsbladet:

Anna Ackefors

Nyköpings lasarett

Tel: 0155-24 50 00

E-post: anna.ackefors@sfog.se

Ledamot/Webbansvarig: Lars Ladfors

Kvinnokliniken, SU/Sahlgrenska Östra

Tel: 031-343 57 34

E-post: lars.ladfors@sfog.se

Ledamot: Anna Pohjanen

Kvinnosjukvården Norrbotten

Sunderby sjukhus

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

E-post: anna.pohjanen@nll.se

Ledamot/Yngre representant: Mahsa Nordqvist

Kvinnokliniken, SU/Sahlgrenska Östra

Tel: 031-343 40 00

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

Tryck: Elanders

ISSN 0284-8031

– Ordförande har ordet –



Kära Kollegor!

Efter en sommar, som kommer att stanna länge i våra minnen tack vare ett underbart fint väder i hela landet, samlades många av oss i Varberg för den tionde SFOG-veckan. Stort tack till kvinnoklinikerna i Halland och Göteborg för allt engagerat och värdefullt arbete som lagts ner för att skapa en så lyckad vecka som vi som var med fick uppleva! Ett mycket intressant och brett vetenskapligt program matchades med sociala delar både i form av morgonbad eller träning och mycket lyckade kvällsprogram. På hemsidan www.sfog.se har de allra flesta presentationerna legat ute redan direkt efter framförandet, vilket vi ska tacka våra webbansvariga för. På årsmötet kunde efter en grundlig diskussion det förslag till ändrade stadgar, som antogs första gången förra året, till slut antas. Styrelsen fick årsmötets uppdrag att till nästa år återkomma med förslag till ett par ytterligare tillägg. Mats Löfgren tilldelades

årets Berndt Kjessler Pris för sitt framsyna och för oss alla så värdefulla arbete med och för GynOp registret. Årets förningssymposium hade titeln "Lära för livet, Håller du dig à jour?" Vi fick höra om den organiserade kontinuerliga utbildning, som nu äntligen planeras bli obligatorisk i Sverige. Vi är tillsammans med Portugal och Malta de enda länder i EU som fortfarande inte har en sådan formaliserad. Professionen med specialitetsföreningarna kommer att ha en betydelsefull roll i utformningen av fortbildningen. Detta kommer sannolikt att vara en av de viktigaste uppgifterna för SFOG under de närmaste åren.

Redan nu är planeringen för nästa års SFOG-vecka i Jönköping i full gång. Den som har förslag på ämnen som känns aktuella kan fortfarande – men helst ganska snart – skicka dessa till Mats Hammar i Linköping, som är ordförande i den vetenskapliga kommittén.

I DETTA NUMMER

Protokoll SFOG årsmöte	6
Minnesanteckningar Riks-ARG	9
Redogörelser från Arbets- och Referensgrupperna (ARG)	13
Svaret på gåtan	22
Pristagare SFOG-veckan 2014	23
Referat SFOG-veckan 2014 i Varberg	25
OGUs ordförande informerar	31
Vinnare av OGUs handledarpris 2014	33
"Gynsatsningen" vid Falu lasarett	33
ENTOG-mötet i Glasgow maj 2014	35
OGU-enkäten	36
Specialistexamen 2014	37
ST-enkäten	39
FIGO / NFOG Newsletter	42
Nya avhandlingar	45

I juni hade många av oss glädjen att delta i NFOG-kongressen på Waterfront Congress Centre mitt i centrala Stockholm med utsikt över Riddarfjärden och Stadshuset. Det var ett mycket lyckat arrangemang med ett intressant och varierat vetenskapligt program. Föredrag och posters finns på hemsidan www.nfog.org under rubriken Abstracts. Stockholm bjöd alla deltagare på sitt bästa försommarväder och kvällarna tillbringades på Skansen respektive Stadshuset med en festlig bankett i bästa Nobelstil. Knut Hordnes i Bergen valdes till ny president efter Göran Berg. Reynir Geirsson avgick som chief editor på *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* (AOGS) och hans framgångsrika arbete med vår tidskrift har nu krönts med en impact factor på 2,005. Skicka era bästa artiklar dit, så att tidskriften kan fortsätta att utvecklas i denna positiva anda.

På SFOG-kansliet har, som jag skrev

i föregående Medlemsblad, Jeanette Schwartz nu gått i pension något tidigt och på egen begäran efter 10 år hos SFOG. Kansliet står inför nya utmaningar i takt med att SFOG kommer att ta ett allt mer omfattande ansvar för både fortbildning och specialistexamina samt sannolikt även SK-kurser. Vi har därför rekryterat två kompetenta medarbetare med lite olika profil, Susanne Lundin och Henriette Solander. De ansvarar nu gemensamt för kansliet. Susanne ansvarar för ekonomi och bokföring, som nu hämtats hem till kansliet, i samverkan med skattmästaren. Henriette har huvudansvar för kurser och utbildningsfrågor i samverkan med utbildningssekreteraren.

Arbetet med SFOG Riktlinjer fortsätter i flera AR-grupper. Läs den vetenskapliga sekreterarens brev i detta nummer och gå gärna in på hemsidan under fliken Råd och Riktlinjer för mer information.

Projektet Säker Förlösningvård, som genomförs i samverkan med Barnmorskeförbundet, Neonatalsektionen och Patientförsäkringen LÖF pågår i det andra regionala steget. Under hösten i år genomförs det i Södra regionen, i vinter blir det Västra Götaland som tar denna stafettpinne och till hösten 2015 står Stockholm-Gotland på tur. Under 2016 kommer så en sammanfattning för hela landet. Det är ett imponerande arbete som genomförs i och med detta!

Under hösten väntar Perinatalmötet och Riksstämman, kom och delta! Och slutligen som vanligt: Hör av er med synpunkter till mig på harald.almstrom@sfog.se eller till kansliet på kansliet@sfog.se

Er ordförande
Harald Almström



”Efterlysning”

Ett populärt inslag i kirurgernas tidning är de så kallade bakjoursfallet. De presenterar ett klurigt fall men lägger svaret på diagnos och handläggning på en sida längre bak i tidningen. Vi efterlyser nu svåra fall som vi kan presentera i Medlemsbladet. Ta chansen att bidra till vår tidning. Jag vill även gärna få fler debattartiklar som rör aktualiteter, frågeställningarna där praxis skiljer sig från klinik till klinik, förändringar i organisationen av kvinnosjukvård och nya behandlingsregimer som behöver lyftas och gärna diskuteras på FORUM på hemsidan. Du vet väl att du numera kan gå in på FORUM utan inloggningsuppgifter?

Er redaktör
Anna Ackefors

REDAKTÖRENS RUTA

Medlemsblad nummer fyra innehåller alltid referat från SFOG-veckan och redogörelser från alla AR-grupper. Jag blir stolt över att vara del av en förening med så många engagerade medlemmar.

Jag och Peter Palsternack tackar alla som skickat in förslag till svar på gåtan som stod i MB 2 och 3. Ingen lyckade pricka helt rätt varför priset, en god flaska rödvin, frös inne. Kanske kommer det en ny fråga i nästa nummer?

Jag efterlyser kluriga fall till ett nytt inslag i bladet "Bakjoursfallet" motsvarande det som kirurgerna har i sin tidning. Maila mig gärna så kommer det med i nästa blad.

Höstliga hälsningar från er redaktör
Anna Ackefors

Följande tider gäller för medlemsbladet 2014:

<i>Nr</i>	<i>Deadline</i>	<i>Utkommer</i>
5	3 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

Connie Jörgensen, MALMÖ

Mohammad Sadoon, SÖDERTÄLJE

Ida Björk, HÄGERSTEN

Hanna Löfgren, GÄVLE

Sofia Karlsson, LERUM

Helena Mattson, GÖTEBORG

Isabella Bizjak, STOCKHOLM

Sofia Stenelind, ED

Caroline Stadelmann, LERUM

Ellen Hjelmare, SKELLEFTEÅ

Ragnheidur Valdimarsdottir, UPPSALA

Istvan Turi, SÖDRA SUNDERBYN

Farnaz Mohammad Zadeh, UPPSALA

Linda Tufvesson, KARLSKRONA

Tagrid Jar Allah, ALINGSÅS

Randa Akouri, ANGERED

Roosi Verendel Nyberg, ÖREBRO



Hej alla SFOG-medlemmar

Nu är det stora saker på gång inom svensk obstetrik och gynekologi. Kommer ni ihåg uppropet som Magnus Westgren och Henrik Hagberg skrev om i Medlemsblad nr 5, 2013? De förespråkade en nationell samling kring kliniska studier inom obstetrik och gynekologi enligt den modell som Nederländerna har lyckats så väl med. Många obstetrikere och gynekologer var intresserade och vi har träffats vid två tillfällen, dels i samband med NFOG-kongressen i Stockholm och dels under SFOG-veckan i Varberg. Nu jobbar en grupp vidare med att ta fram regler för en framtida styrgrupp och skapa förutsättningar för att komma igång med en eller ett par studier. Tanken är att involvera många av våra kliniker och förlossningsenheter i patientrekryteringen till studierna, både på universitetsorter och i övriga landet. Vi tror att våra register, Graviditetsregistret och Gynop, kan bli viktiga verktyg som kan underlätta rekrytering, randomisering och uppföljning. Fortsättning följer och jag hoppas att det snart kommer att finnas en egen flik på SFOGs hemsida där man kan läsa mer. Nästa "stormöte" planeras i anslutning till Vintermötet i Stockholm i januari 2015. Alla intresserade är välkomna.

I skrivande stund är SFOG-veckan nyligen avslutad. Kvinnokliniken i Halland i samarbete med Göteborgs universitet, bjöd på ett späckat och varierat program. Jag hörde bara positiva kommentarer om det vetenskapliga programmet och de parallella sessionerna gjorde det svårt att välja. Den enda negativa kommentaren var att dagen började så tidigt på grund av att programmet skulle rymmas utan att inkräkta på kvällsakti-

viteterna. För er som inte hade möjlighet att vara med i Varberg finns de flesta presentationer tillgängliga på hemsidan. Det underlättar också för er som rapporterar från de föreläsningar ni lyssnade på. En annan intention var att varje föreläsare skulle deklarerar eventuella intressekonflikter. Det lyckades inte lika väl och det blev särskilt tydligt vid en av plenarföreläsningarna. Till nästa SFOG-vecka får det bli tydliga regler för deklaration av intressekonflikter.

Postersessioner hamnar ofta i skymundan. I år hade vi försökt lyfta fram dessa genom att låta ett antal posterförfattare presentera sitt arbete centralt i utställningshallen under eftermiddagarnas fikarast, då många kunde samlas kring den lilla scenen. När väl tekniken med både ljud och bild fungerade blev det en engagerad debatt. Två av posterförfattarna liksom två som hade fria föredrag belönades med pris. Dessa presenteras på annan plats i detta nummer.

Två nya SFOG riktlinjer presenterades. Tanken är att medlemmarna ska kunna vara med och debattera en ny riktlinje innan den slutliga versionen publiceras på hemsidan. Tills dess finns de preliminära versionerna tillgängliga. Ultra-ARG har arbetat med "Soft markers" i ultraljudsscreening. Peter Lindgren presenterade "Ultraljudsmarkörer i andra trimestern för trisomi 21 och 18". Endokrin-ARGs ordförande Alkistis Skalkidou presenterade "Tyreoideasjukdom i anslutning till graviditet". Den stora frågan är om man ska rekommendera allmän eller riktad screening för hypothyreos. Efter genomgång av litteraturen rekommenderar Endokrin-ARG

fortsatt riktad screening. Referensvärden baserat på en svensk population saknas fortfarande, så vi hoppas att framtida studier ska ge ett bättre underlag.

Ett nytt riktlinjearbete har startat under året. Det handlar om handläggning av upprepade missfall. Fert-ARG ansvarar för det och arbetet leds av Leif Mathiesen.

Tyreoideasjukdom i anslutning till graviditet är även namnet på en session under Riksstämman. Det blir ett tvärdisciplinärt symposium där gynekologer, obstetrikere, endokrinologer och barnläkare medverkar. Andra symposier handlar om fosterdiagnostik, graviditet och reumatisk sjukdom samt kronisk bäcken-smärta. SFOG är dessutom medarrangör till ett symposium om organ- och oocytdonation. Som tidigare är det många utbildningsaktiviteter på stämman. FARG håller i en halvdagsutbildning om preventivmedel. Den riktar sig till ST-läkare både inom allmänmedicin och vår egen specialitet. Så programmet ser lovande ut för Ob&Gyn. Till det kommer alla andra symposier, debatter och kurser. Tid och plats är 4-5 december på Waterfront i Stockholm.

Efter Riksstämman blir det dags att önska God Jul men nu önskar jag alla en fin höst och att vi får njuta av en "Brittsommar" i oktober.

Annika Strandell

PROTOKOLL

SVENSK FÖRENING FÖR OBSTETRIK OCH GYNEKOLOGI ÅRSMÖTE

Onsdag den 27:e augusti 2014 i Varberg

Närvarande: Styrelsen och ca 100 medlemmar

§1 Mötets öppnande

Ordföranden Harald Almström öppnade mötet och hälsade alla medlemmar varmt välkomna.

Parentation av avlidna medlemmar senaste året (Laila Tamsen, Sven Bobeck, Mats Ahlgren, Gabriel Kral, Stig Kullander, Bertil Hagström).

Mötet har utlysts i laga ordning i Medlemsblad nr 3, 2014.

§2 Val av ordförande och två justeringspersoner för årsmötet

Till ordförande för mötet valdes Bengt Karlsson. Till justeringsmän valdes Teresia Svanvik och Eva Nordberg. Föredragningslistan godkändes.

§3 Styrelsens verksamhetsberättelse

Styrelsens verksamhetsberättelse för 2013 föredrogs av fackliga sekreteraren Louise Thunell. Den fullständiga verksamhetsberättelsen finns publicerad i Medlemsblad nr 3, 2013.

§4 Skattmästarens ekonomiska redogörelse

Skattmästare Sven-Eric Olsson föredrog föreningens ekonomiska redogörelse i korthet. Fullständig beskrivning av den ekonomiska redovisningen för 2013 finns i MB nr 3, 2014. Föreningens ekonomi är i god balans. Medlemsavgiften kvarstod oförändrad 2013. Intäkterna varierar med annonseringen. Föreningen behöver ett kapital på mellan 4 och 5 miljoner för att bibehålla stabilitet. Inkomst från platsannonser har ökat. SFOG-veckan i Sundsvall gick med överskott. Summa kapital vid årets slut var 5 442 082 kr.

Föreningen har 1976 medlemmar, med dominans för kvinnor.

§5 Revisorernas berättelse

Revisionsberättelsen föredrogs av Gerald Wallsterrson. Berättelsen var undertecknad av externa revisorn Christer Eriksson och lekmanarevisorn Gerald Wallsterrson. Revisionen är gjord i enlighet med god revisionssed. Styrelsen har handlat i enlighet med god föreningsledningssed. Revisorerna rekommenderade ansvarsfrihet för styrelsen.

§6 Fråga om ansvarsfrihet för styrelse och skattmästare

Mötet beviljade styrelsen och skattmästaren ansvarsfrihet för verksamhetsåret 2013.

§7 Årsavgift för det kommande året

Mötet beslutade om oförändrad medlemsavgift för kommande år, dvs. 800 kronor för betalande medlemmar varav 250 kronor är för ACTA. Pensionärer betalar 200 kronor.

§8 Avgift för ARG-abonnemang

Mötet beslutade att avgift för årligt ARG-abonnemang 2014 blir oförändrat 400 kronor.

§9 Val av styrelseledamöter

Valberedningens sammankallande Charlotta Grunewald redovisade valberedningens förslag till styrelse 2015.

Mötet nyvalde enligt valberedningens förslag Lotti Helström (ordförande), Andreas Herbst (vice ordförande), Bengt Karlsson (skattmästare) och Anna-Karin Lind (facklig sekreterare). Anna Pohjanen (övrig ledamot) omvaldes på ett år. Annika Strandell (vetenskaplig sekreterare) och Lars Ladfors (webansvarig) omvaldes på två år.

Fortsatt mandat har Jan Brynhildsen (utbildningssekreterare), Anna Ackefors (redaktör) och Mahsa Nordqvist (OGU-representant).

Den nya styrelsen tillträder den 1 januari 2015.

§10 Val av två revisorer och en revisorssuppleant

Valberedningens förslag är att sittande revisorer fortsätter. Mötet omvalde enhälligt Gerald Wallsterrson (lekmanarevisor), Christer Eriksson (auktoriserad revisor) och Anne Ekeryd-Andalen (revisorssuppleant).

§11 Val av valberedning

Charlotta Grunewald och Märten Alkmark avgår från valberedningen. Anna Bäckström har fortsatt mandat. Mötet nyvalde Pia Teleman och Birgitta Essén till valberedningen. Valberedningen konstituerar inbördes sammankallande.

§12 Avtackning styrelseledamöter

Avgående ordförande Harald Almström avtackades varmt av Lotti Helström. Övriga avgående styrelsemedlemmar Sven-Eric Olsson och Louise Thunell avtackades varmt av Harald Almström.

§13 Ändring av stadgar

Harald Almström presenterade styrelsens förslag på stadgeändringar vilka även presenterades vid årsmötet 2013. Ändringarna finns att läsa i sin helhet i Medlemsblad nr 3, 2014. Ändringarna ska godkännas vid två på varandra följande årsmöten för att få laga kraft.

Synpunkter inkom från medlemmar gällande §2, 7 och 9. Ytterligare synpunkt var att det inte står något i stadgarna om hedersmedlemmar.

Gällande §2 påtalades att det i Föreningens syfte borde finnas med att medlemmarnas intressen ska tillvaratas. Att "hälso- och sjukvårdens huvudmän" ska stå med ifrågasattes.

Gällande §7, påtalades det att styrelsen numera har 11 ledamöter och då kan inte hälften stå under val årligen.

Gällande §9, formuleringen "kan även utse representant till Sveriges Läkarförbunds fullmäktige" ifrågasattes och synpunkt var att det skulle stå "ska" istället.

Vid muntlig omröstning kunde inte majoritet säkert fastställas, varför öppen votering med handuppräkning genomfördes. Ändringsförslagen antogs med 70 ja-röster mot 28 nej. Stadgeändringarna är därmed nu gällande.

Bra synpunkter kom in från årsmötet och styrelsen tog uppdraget att arbeta vidare med formuleringar inför nästa årsmöte.

§14 Information om utbildning – Specialistexamen 2014, Diplomuutdelningar

Jan Brynhildsen (utbildningssekreterare) redogjorde för utbildningsnämndens verksamhet under 2013, vilken haft två sammanträden och ett internat.

Specialistexamen 2013 genomfördes av 41 personer. I år har 33 stycken genomgått specialistexamen, vilken numera är avgiftsbelagd.

De närvarande nyutexaminerade specialisterna från 2014 gratulerades till sin bedrift och fick diplom och blommor.

36 kurser anordnades för ST-läkare i SFOGs regi under 2013. SPUR- inspektörer behövs. En intressegrupp för studierektorer har bildats.

Raghad Samir, Falun och Johanna Schmidt, Göteborg har fått godkänd subspecialistexamen i Reproduktionsmedicin och tilldelades diplom och blommor.

§15 OGU-information

Mahsa Nordqvist (OGUs ordförande) informerade om OGUs aktiviteter under 2013-14. OGUs verksamhetsår sträcker sig från april 2013 till april 2014. Verksamhetsberättelsen finns att läsa på www.ogu.se och i Medlemsblad nr 1, 2014.

§16 Information om ARG-verksamheten

Matts Olovsson (ARGUS) informerade om nya och kommande ARG-rapporter.

Ett nytt styrdokument för ARG-verksamheten har kommit. Alla som är aktiva i en AR-grupp ska lämna jävsdeklaration. På Riks-ARG har arbetssätt för skrivande av ARG-rapport diskuterats. MO informerar om ekonomin som finns vid AR- gruppens arbete.

Annika Strandell (vetenskaplig sekreterare) informerade om den vetenskapliga nämndens arbete och dess medlemmar. AS informerade vidare om "Uppropet" av Henrik Hagberg och Magnus Westgren angående samverkan kring kliniska studier inom Sverige.

Två nya SFOG-riktlinjer är på gång, vilka kommer att presenteras för diskussion på verksamhetsmötet 29/8.

§17 Berndt Kjessler-pristagare 2014

Priset delas ut till "en person, som i Berndt Kjesslers anda gjort berömliga insatser för undervisning och utveckling inom obstetrik och gynekologi".

Berndt Kjessler-priset 2014 utdelades till Mats Löfgren. Motiveringen finns i Medlemsblad nr 3, 2014.



Berndt Kjessler-pristagare 2014 Mats Löfgren och SFOGs ordförande Harald Almström.

§18 Information om kanslifunktionen

Harald Almström avtackade varmt Jeanette Swartz som slutar den 1 september efter 10 år på kansliet och går i tidig pension. Två nya medarbetare på kansliet presenterades och välkomnades, Susanne Lundin och Henriette Solander. SL blir huvudansvarig för ekonomifrågor och HS blir huvudansvarig för utbildningsdelen. SFOG-kurser våren 2015 ligger ute på hemsidan och ska sökas före 15/9.

§19 Information från NFOG, EBCOG och FIGO

NFOG-kongressen hölls på Stockholm Waterfront 10-12/6-2014. Göran Berg har avgått som ordförande i NFOG och ordförande nu är Bengt Hordnes (Norge). Marie Bixo är utsedd till att se över om det finns förutsättningar för gemensamma nordiska guidelines. EBCOG-kongressen var i Glasgow i maj. FIGO-kongressen är i Vancouver hösten 2015.

§20 Kerstin Nilsson om riksstämman

Kerstin Nilsson, ordförande SLS, informerade om årets Riksstämma. Riksstämman är ett bra tillfälle för fortbildning. En länk till Riksstämman kommer att finnas på SFOGs hemsida.

§21 SFOG-veckor 2016 och 2017

Örebro arrangerar SFOG-veckan 2016
Stockholm är arrangör 2017

§22 Tid och plats för nästa årsmöte, SFOG-veckan 2015

Birgitta Gustavsson Borg, Jönköping, hälsade alla välkomna till SFOG-veckan i Jönköping 2015. Mats Hammar, Linköping, presenterade några förslag på symposier.

§23 Mötet avslutas

Mötesordföranden förklarade årsmötet avslutat, tackade styrelsen och mötesdeltagarna för visat intresse.

Vid protokollet

<i>Louise Thunell</i>	<i>Bengt Karlsson</i>
Mötets ordförande	Facklig sekreterare

	Justeras
<i>Teresia Svanvik</i>	<i>Eva Nordberg</i>

Minnesanteckningar

Riks-ARG

Varberg 2014-08-26

Närvarande: Matts Olovsson, ARGUS
Lars Ladfors, Robson-ARG
Kristina Elfgrén, C-ARG
Elisabeth Storek Lindholm, Riks-
MHÖL-gruppen
Marie Söderberg, UR-ARG
Karin Pettersson, Perinatal-ARG
Gunnel Lindell, Tumör-ARG
Ragnhild Hjertberg, Hem-ARG
Gisela Wegnelius, Hem-ARG
Kristina Gemzell Danielsson, F-ARG
Harald Almström, SFOG styrelse, ordf
Emelie Ottosson, Ultra-ARG
Greta Edelstam, Endometriosis-ARG
Olle Frankman, Vulva-ARG
Britt Friberg, Fert-ARG
Henriette Solander, SFOGs kansli
Susanne Lundin, SFOGs kansli
Anna Pohjanen, SFOG styrelse

Val av ordförande och sekreterare

Matts Olovsson föreslogs och valdes till mötets ordförande. Anna Pohjanen föreslogs och valdes till mötets sekreterare.

Genomgång/uppföljning, föregående mötesprotokoll

Cross-Border Reproductive Care (CBRC); Det finns ett dokument under Råd och Riktlinjer på SFOGs hemsida tänkt som stöd för de som handlägger patienter som funderar på fertilitetsbehandling utanför landets gränser.

Preventivmedelssubvention i landstingen – SKL kom med en ganska tam rekommendation till nationell subvention. FARG arbetar med frågan och har möten med TLV för att försöka åstadkomma subvention för fler preparat än de som subventioneras idag. SLL har inkluderat en del som t ex Jaydess och bland annat Gotland och NLL har fort-

farande en mer generös subvention än det nationella förslaget.

Screening för gestationsdiabetes: Socialstyrelsen har bollen, MÖL-gruppen är inbjuden. Diskussionen pågår om det ska finnas en nationell rekommendation eller inte, remissrunda kommer.

Naturligt progesteron: Vid Riks-ARG förra året beslutades att frågan, som TLV ställt till Endokrin-ARG, skulle bollas tillbaka till TLV som borde ha nödvändiga resurser att utreda den. Oklart hur läget är. MO planerar att fråga Viveca Odland under pågående SFOG-vecka.

ARG-rapporter på nätet: I nuläget fortsatt tillgängligt för medlemmar som har abonnemang, i form av PDF-filer. Utgör en bra inkomstkälla för SFOG och med annan finansiering (oklart hur detta ska åstadkommas) skulle en annan öppenhet vara möjlig. På sikt kommer troligen bara rapporterna på nätet att uppdateras eftersom det inte är kostnadseffektivt att trycka en ny bok. Finansieringsfrågan kommer att diskuteras fortlöpande men sannolikt svårt att ordna med extern finansiering.

Allmän verksamhetsberättelse (ARGUS)

Utgivna rapporter under gångna året: Neonatal HLR (Perinatal-ARG m fl, hösten 13), Vulvovaginala sjukdomar (Vulv-ARG, hösten -13), Preeklampsi (Perinatal-ARG, våren -14), Obstetriskt ultraljud (Ultra-ARG, våren -14). *Kommande rapporter:* Endometriosis (Endometriosis-ARG, nytt manus troligen klart under mitten av hösten -14). Psykosocial obstetrik och gynekologi (POS-ARG). Inkontinens (UR-ARG, 3 kapitel klara, fått skjuta arbetet då författare fallit ifrån). Erytrocytimmu-

nisering (Perinatal-ARG, Hem-ARG). Gynekologiskt ultraljud (Ultra-ARG; 80% färdigt, något kapitel kräver ytterligare diskussion innan manuset är klart). Mödrahälsovård – kommer reviderad rapport i höst (MHÖL-gruppen).

Flera av ovanstående rapporter har varit på gång ganska länge. Grupperna arbetar olika och ARGUS har förslag på ett gemensamt arbetssätt, se vidare nedan under punkten ”Arbete med ARG-rapporter”.

Vem ska ta initiativ till att en ARG-rapport skall revideras? Enligt MO i första hand kapitelförfattarens och i andra hand AR-gruppens ansvar, så länge vederbörande fortfarande är aktiv. Samtidigt har alla ett ansvar att kontakta berörd ARG om något upplevs som mycket inaktuellt.

För SFOG riktlinjerna rekommenderas att gruppen som är ansvarig överväger revision vart tredje år, och påminnelser om att överväga revision skall komma från vetenskapliga sekreteraren. Ev kan man tänka sig samma modell för ARG-rapporterna, där ARGUS påminner grupperna vart tredje år.

ARGUS gör förslag på text avseende arbetssätt till ”Råd- och skrivregler ARG-rapport”.

AR-gruppernas verksamhetsberättelser

De flesta inskickade till ARGUS, saknas 5-6 stycken.

KP frågar om lämplig omfattning på gruppernas verksamhetsberättelser – brukar skilja sig väldigt mycket från grupp till grupp. Efterfrågas en enhetlig mall för rapporterna. MO tar fram förslag på sådan.

Kort nytt från grupperna:

Vulv-ARG; planerar för att börja ha ett gemensamt möte med sina nordiska motsvarigheter vartannat år – smalt område och man kan dra nytta av varandras arbete.

HEM-ARG; patientinformation om APC-resistens finns på en del håll men inte överallt. Det borde finnas en gemensam som kan ligga på SFOGs hemsida och som alla kan dra ut och ge till patienterna. En sådan håller på att tas fram och skickas snart till ARGUS. Man har också haft ett möte med andra koagulationsmottagningar för diskussion och genomgång av svåra livshotande komplikationer. Det upplevdes som en bra modell för lärande.

Fert-ARG; händer mycket, bland annat är nationella riktlinjer på gång för assisterad befruktning och det pågår diskussioner kring surrogatmödraskap. Fert-ARG påminner om att det är viktigt att åsikter förs fram från hela landet. AS föreslår ny debattartikel som drar igång diskussion i SFOG-forum.

ARG ekonomi

I SFOGs budget finns 100 tkr avsatt för ARGUS och AR-gruppernas arbete. I tillägg till detta avsätter Stiftelsen 300 tkr per år. En del delas ut direkt till AR-grupperna (5 tkr/grupp) och 200 tkr som skall gå till arbete med ARG-rapporter mm enligt de riktlinjer som finns för utdelning av Stiftelsens medel.

Det är viktigt att grupperna är kostnadsmedvetna och strävar efter att hålla nere kostnaderna så mycket som möjligt. Det fungerar i de flesta fall mycket bra. Det är också viktigt att man meddelar MO om beviljade medel inte kommer att utnyttjas eftersom dessa pengar istället kan beviljas någon annan grupp.

Ansökan om medel bör inkomma så långt i förväg som möjligt. Beviljandeprocessen går oftast snabbt om det inte finns några tveksamheter (i de fallen tar MO ärendet till styrelsen som har möte en gång/månad).

Ansökan om medel från Stiftelsen sker via e-post ansokan@stiftelsen.org. Mer info finns på Stiftelsens hemsida:

www.stiftelsen.org/KK_Stiftelsen/Information.html

Ansökan om medel från ARGUS budget sker via e-post till Matts Olovsson, se www.sfog.se under ARGUS.

C-ARG undrar varför man fått avslag för avgift till den internationella kolposkopiska föreningen. HA och MO informerar om varför styrelsen valt att avslå trots att det är en liten summa. Det handlar om en princip eftersom en förening är en egen juridisk person som ska ha egna stadgar mm och frågan behöver därför gås igenom ordentligt, formaliteterna gör att detta blir svårt. SFOG betalar kollektiva avgifter för alla medlemmar till de stora internationella organisationerna men kan inte åta sig att betala för flera små organisationer. Sannolikt finns ganska många små föreningar som andra AR-grupper gärna skulle vilja vara medlemmar i. Tills vidare får AR-grupperna som tidigare inkomma med förfrågningar till styrelsen när det gäller denna typ av frågor.

Planerade aktiviteter

Nya hemsidan; Det är tänkt att AR-grupperna ska använda sina nya hemsidor men oklart om alla kommit igång. Utbildning har ordnats vid två olika tillfällen. Det framkommer från AR-grupperna att det har funnits vissa problem, bland annat har det varit svårt att få lösenordet att fungera. Det kommer att bli bättre support i och med de nya kanslifunktionerna. Gruppmailen har inte fungerat men verkar nu vara igång.

Jävsdeklaration

Under hösten 2013 beslutade styrelsen att alla som är aktiva i styrelsen och de som är aktiva medlemmar i AR-grupperna skall avge jävsdeklaration. Deklarationerna ska samlas in av respektive AR-grupp och skickas till kansliet för att arkiveras elektroniskt. MO och styrelsen tycker att detta är viktigt och ber AR-grupperna att säkerställa att detta blir gjort. Info finns i styrdokumentet och i rapportriktlinjerna. Socialstyrelsens blankett skall användas: www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/svensk-deklaration-2013-07.pdf

Om aktiv medlem får förändrade förhållanden som medför ändrad jävssituation skall ny jävsdeklaration avges. Internationellt är man mycket noga med att ange eventuella jäv. I styrdokumentet står också att personer anställda av industrin eller som har andra potentiella ekonomiska intressen som kan påverka arbete och ställningstaganden inom AR-gruppen inte ska delta aktivt i gruppens arbete.

Närvarande vid mötet menar att det kan vara svårt att definiera aktiv medlem. Det föreslås att grupperna mailar ut till de som finns på listan och dessutom lyfter frågan på varje möte. Fert-ARG tar upp problemen med alla privatanställda gynekologer som arbetar med infertilitet som kan ha potentiella egna vinnningar när det gäller t ex diskussion om finansieringsmodeller landsting respektive privat mm. Eftersom Fert-ARG sannolikt kan komma att avge remissvar i dessa frågor, men inte besluta om riktlinjer, bör man dessa gånger kunna utesluta personer med särintresse när remissvar avges och tydligt deklarerat deltagandes eventuella jäv.

När det gäller ARG-rapporterna finns även här tydliga riktlinjer för jävsdeklaration. Se skrivriktlinjerna.

Tidsåtgång för ARG-arbete

MO planerar att återigen lyfta läkares svårigheter att få tid avsatt för att delta i ARG-arbete, såväl rapporter, möten som riktlinjearbete, på Verksamhetsmötet 2014-08-29 då det är ett stort problem för en del kollegor.

Arbete med ARG-rapporter

Det är viktigt att det manus som lämnas till ARGUS följer riktlinjerna och att det är ordning och reda. Om det som lämnas över är osorterat och i fel format tar det för mycket tid för ARGUS att göra korrekturarbetet. Det är därför viktigt att grupperna försöker optimera sina arbetsätt. När kapitlen är färdiga bör gruppen ha en egen redaktionsgrupp, 2 - 4 personer, som går igenom och diskuterar det som är klart för att smälta ihop kapitlen till en helhet. En tidskrävande process men det ger en mycket bättre slutpro-

dukt. Diskussioner kring formulering, omfattning, att säkerställa att kapitel harmonierar med varandra, är viktigt för en bra helhet. Redaktionsgruppen är också bollplank för ARGUS vid slutbearbetning av rapporten. De mest välfungerande AR-grupperna arbetar på detta sätt. HEM-ARG med flera poängterar också värdet av arbetet i den stora gruppen, internatform, för ökat lärande i gruppen. Ev felaktigheter i rapporterna faller tillbaks på respektive kapitelförfattare, inte på ARGUS eller SFOG.

ARGUS föreslår att riktlinjerna kompletteras med ovan föreslagna arbetssätt och tar fram textförslag.

Remissvar

Påminnelse från ARGUS om att remissvar inte skall skickas från AR-grupperna utan formellt gå via styrelsen, även om AR-grupperna är experterna bakom remissvaret. Däremot har var och en självklart rätt att uttala sig som sig själv i sin egenskap som professionell person.

SFOG riktlinjer

Trombosprofylax vid IVF; Hem-ARG/Fert-ARG: publicerat 2013-03-21, behövs i nuläget inte någon uppdatering enligt de båda grupperna.

Två nya riktlinjer kommer att presenteras under torsdagen under SFOG-veckan:

Ultra-ARG: Soft Markers vid andra trimester-screening

Endokrin-ARG: Tyreoidesjukdom i samband med graviditet

På gång: Upprepade missfall; En ad-hoc-grupp med medarbetare främst från Fert-ARG som vill att ad-hoc-gruppen skall ligga under Fert-ARG, vilket är rimligt. Erytrocyttimmunisering; Det blir sannolikt både en ARG-rapport och en riktlinje.

Förlossningsinduktion med Misoprostol: oklart vem som ska hålla i detta, NMI, SFOG eller Socialstyrelsen? Det finns en utsedd grupp inom Perinatal-ARG som gärna vill arbeta med frågan. Frågan har ställts till NMI men man var bara intresserad av att arbeta med indikation till induktion, inte metod, varpå det föll. Perinatal-ARG skulle däremot

kunna börja arbeta med metod för induktion inom ramen för riktlinjearbete.

Diagnostik vid tidiga missfall och misoprostol-behandling vid tidiga missfall; Det finns redan en del via FARGs hemsida, borde länkas till SFOG-råd också.

HPV-screening vid cervixdysplasi har varit uppe som förslag men SoS har precis givit ett stort uppdrag till Björn Strander vilket innebär att SFOG inte behöver göra något inom området just nu.

När en riktlinje är färdigskriven skall den ligga på hemsidan för att alla ska kunna ta del av den och delta i diskussionen när den presenteras under SFOG-veckan. Utifrån den diskussion som blir och efterföljande diskussion i vetenskapliga nämnden skrivs riktlinjen sedan klar. Det är väldigt viktigt att riktlinjen blir sådan att den går att använda – annars måste riktlinjen tas om ett varv till.

Vetenskapliga nämnden

Vetenskapliga nämnden instiftades 2012 som ett forum för diskussion och beslutstöd för vetenskapliga sekreteraren. Nämnden skall vara sammansatt av en representant från varje lärosäte. Nuvarande sammansättning:

Annika Strandell (Vetenskaplig sekreterare), Kristina Bergh (Professor, Göteborgs Universitet), Kerstin Nilsson (Docent, Örebro Universitet), Kristina Gemzell Danielsson (Professor, Karolinska Institutet), Matts Olovsson (Professor, Uppsala Universitet), Preben Kjölhede (Professor, Linköpings Universitet), Stefan Hansson (Professor, Lunds Universitet) och Torbjörn Bäckström (Professor, Umeå Universitet).

AR-grupper storlek

Det har kommit önskemål från en del subgrupper att bryta ut delar av innehållet från vissa AR-grupper för att skapa nya AR-grupper. Gäller främst Perinatal-ARG där fosterövervakningsgruppen vill bli en egen AR-grupp. KP ger kort bakgrund. Gruppens ursprungliga syfte var att utgöra nationell referensgrupp för CTG/STAN-tolkning.

Gruppen har nu istället önskat att bli

revisionsgrupp för fall med dålig perinatal outcome – ”perinatal audit”. Gruppen är heterogen och består inte bara av gynekologer.

Även gruppen bakom preeklampsirapporten har framfört tanken om egen AR-grupp. Perinatal-ARG har på sina egna möten varit tydliga med att man inte dela upp gruppen i ”diagnosgrupper”. Det skulle göra gränstragningen väldigt svår. Man anser det bäst med en stor samlad grupp men med subgrupper vid behov, t ex vid skrivande av rapporter, remissvar mm. Man upplever att nuvarande arbetssätt fungerar bra.

Robson-gruppen

Ny AR-grupp som tidigare varit informell grupp. Stort intresse, 100 personer på första mötet. Graviditetsregistret utvecklas snabbt och eventuellt kan gruppen användas som referensgrupp i arbetet med registret. HA påpekar att det är viktigt med nära kontakt mellan Perinatal-ARG och Robsongruppen.

Kalender

Riksstämman: 4/12 2014 – 5/12 2014, SFOG deltar i flera symposier.

The NFOG fund, sista ansökningsdag

1 oktober respektive 1 mars,

www.nfog.org

Nästa riks-ARG:

25/8 2015 kl 15.00 – 17.00, SFOG-veckan i Jönköping, lokal meddelas senare. ■



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

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

www.stiftelsen.org/KK_Stiftelsen/Valkommen.html

Redogörelser från Arbets- och Referensgrupperna (ARG) 2013-2014

C-ARG (Cervixcancerprevention)

Ordförande: Bengt Andrae
Sekreterare: Kristina Elfgrén

C-ARG och dess medlemmar har även detta år, tillsammans och i respektive landsting, fortsatt arbetet med frågor som rör organisation och genomförande av cervixcancerprevention utifrån den svenska bearbetningen av European Guidelines som utgavs våren 2010 i form av ARG-rapport nr 63. Handläggningsfrågor inom den kliniska delen av cervixcancerpreventionen diskuteras kontinuerligt vid C-ARGs möten och vissa av frågorna kan med god evidens baserad på svenska data besvaras av det Nationella Kvalitetsregistrets Audit arbete.

Vid C-ARGs möten rapporteras och diskuteras också frågor att ta upp i det nationella arbetet som utförs i RCC i samverkans arbetsgrupp "Nationella arbetsgruppen för cervixcancerprevention, NACx, där Björn Strander ordförande och C-ARGs medlemmar Bengt Andrae, Kristina Elfgrén och Pia Collberg är utsedda som representanter av och för sina respektive regioner. NACx arbetar med att klarlägga lokala strukturer och få till en nationell samordning av cervixcancerpreventionen innefattande både screening och vaccination. Under året har kvalitetsvariabler för screeningen lagts ut på hemsidan, en nationell aktionsplan antagits och en nationell kallelse utarbetats. Nya frågor väcks av C-ARGs medlemmar och tas tillbaka till NACx. Medlemmarna i NACx ingår även i styrgruppen för det Nationella kvalitetsregistret för cervixcancerprevention, NKCx

som är representerat i SFOG's kvalitetsnämnd. Till stöd för arbetet finns Equalis expertgrupp inom SKL som arbetar med kvalitetsmått inom cervixcancercreeningen och leds av Björn Strander. I gruppen deltar flera av C-ARGs medlemmar. Under året har processregistret i NKCx (Cytburken), förutom i de tre redan anslutna landstingen/regionerna, introducerats i ytterligare ett tiotal landsting, i vissa redan i funktion. Planen är att alla landsting skall vara anslutna under 2015 och diskussionerna i C-ARG utgör en viktig bas för registrets användning som beslutsstöd.

Flera av C-ARGs medlemmar har tillfrågats om att delta i Socialstyrelsens uppdrag att utreda cervixcancercreeningen under 2014. Medlemmar i arbetsgruppen har arrangerat kolposkopikurser i Göteborg och i Stockholm under året. Arbetsgruppen har under året utökats med att flertal nya medlemmar och vi behöver numera alltid de större lokalerna på Läkarsällskapet – roligt. Samarbetet med HPV nätverket har fortsatt och i maj 2014 arrangerades ett möte i Umeå där många av C-ARGs medlemmar deltog både som föredragshållare och aktiv publik. Mötet var mycket intressant och välbesökt med cirka 75 deltagare från hela landet.

Vid januarimötet i år bekräftades beslutet från 4 september 2009 att C-ARG kommer att utgöra en kolposkopi-grupp där medlemmarna i C-ARG tillfrågas om de önskar vara medlem. Avgiften om ca 50 kronor betalas av var och en.

Vi gratulerar C-ARGs medlemmar

Susanne Müller och Maria Persson som båda disputerat på avhandlingar inom cervixcancercreening.

Många medlemmar har deltagit aktivt på den internationella HPV konferensen Eurogin i Florens november 2013, IFCCP i London maj 2014 och IPV i Seattle aug 2014.

ENDOKRIN-ARG (Endokrinologi)

Ordförande: Alkistis Skalkidou
Sekreterare: Eva Innala

Under det gångna verksamhetsåret har Endokrin-ARG haft tre möten och vi har fortsatt jobba med vårt uppdrag från SFOG, om riktlinjer kring "Diagnos och handläggning av tyreoidesjukdomar under graviditet och postpartum." Vi har sammanställt ett riktlinjedokument samt ett bakgrundsdokument inom en särskilt arbetsgrupp, i samarbete med endokrinologer, svenska forskare inom området samt MÖL gruppen och Evidens-ARG. Dokumentet läggs ut på SFOG hemsidan för kommentarer och diskussion under SFOG veckan i Varberg.

ENDOMETRIOS-ARG (Endometrios)

Ordförande: Greta Edelstam
Sekreterare: Lollo Makdessi

Vi har fortsatt arbetet med ARG-rapporten under året och räknar med att lämna in en färdig version i slutet av september. SFOG-kursen om endometrios i september 2013 var fulltecknad och mycket uppskattad. Antal sökande har ökat för varje år, till hösten 2014 finns över 40 reserver.

Under 2013 fanns två viktiga endometrioskongresser, en nordisk i Åbo och

en europeisk i Berlin. Världskongressen 2014 var förlagd till Sao Paolo. Samtliga kongresser har varit mycket intressanta samt bjudit på flera nyheter inom fältet. Deltagare från arbetsgruppen har återrapporterat från kongresserna vilket har varit ett uppskattat inslag i gruppen. Flera i arbetsgruppen har hållit föreläsningar, som har haft skiftande fokus, över hela landet.

Under året har endometriosis blivit uppmärksammas i media; i lokaltidningar, i Sveriges radio och i Sveriges television (SVT). Deltagare från arbetsgruppen har medverkat vid flera av dessa sammanhang, senast i SVT där ett kort inslag handlade om gruppens möten och några av deltagarna deltog i längre intervjuer. I samband med detta beslöt gruppen att lämna in en skrivelse till Socialstyrelsens generaldirektör med önskemål om inventering av endometriosisvården och även en inbjudan till generaldirektören att delta i kommande möten.

Under 2013 har gruppen haft tre möten samt ett internat i samband med endometriosiskursen. Patientföreningen har varit representerad vid samtliga möten exklusive internatet. Dokumentärfilmen om endometriosis i Patientföreningens regi är klar och håller på att spridas. Både Patientföreningen och arbetsgruppen är nöjda med resultatet.

Nästa möte kommer att vara i Stockholm 23/9, SFOG-kursen 24/9-26/9 och årsmötet 21/11. Alla är hjärtligt välkomna

ETIK-ARG

Ordförande: Claudia Bruss

Sekreterare: Ingrid Bergelin

Vi har haft två möten inom gruppen, ett i september -13 då vi diskuterade SMERs rapport "Assisterad befruktning – etiska aspekter".

Vid samma möte diskuterade vi även NIPT och behovet av nationella riktlinjer för NIPT/fosterdiagnostik, information kring fosterdiagnostiken och utbildning av personal som ska ge informationen. Vi beslöt att försöka ordna en SFOG-kurs i ämnet "Information kring fosterdiagnostik".

Vid nästa möte i januari – 14 drogs riktlinjerna för kursen upp och därefter har ordförande och sekreteraren tillsammans förberett och anmält kursen som kommer att äga rum våren 2015.

Representanter för gruppen har deltagit i etikseminarier på Riksstämman och varit moderator för en paneldebatt om surrogatmödraskap i Kalmar i samband med regionmöte för de sydöstsvenska kvinnoklinikerna.

Inga förändringar av gruppens sammansättning har skett under året. Arbetet med hemsidan har fått anstå till senare.

EVIDENS-ARG (Evidensbaserad medicin)

Ordförande: Annika Strandell

Sekreterare: Sissel Saltvedt

Antal medlemmar: ca 15

Evidens-ARG har som syfte att främja evidensbaserad medicin inom SFOG i allmänhet och att utgöra ett stöd för övriga AR-grupper i synnerhet. Verksamheten har varit fokuserad på kursverksamhet och under senare år på SFOG-riktlinjer. Arbetet drivs av få aktiva medlemmar.

SFOG-riktlinjer; Arbetet med SFOG riktlinjer fortsätter. Den första "Trombosprofylax vid IVF" publicerades 2013-03-21 och det är dags för uppdatering. Under SFOG-veckan presenterades och diskuterades två nya riktlinjer. Tyreoidasjukdom i samband med graviditet (Endokrin-ARG) finns publicerad i en preliminär version på hemsidan. Ultra-ARG presenterar Ultraljudsmarkörer i andra trimestern för trisomi 21 och 18. Perinatal-ARG har startat arbete med ARG-rapport om graviditetsimmunsivering och eventuellt blir det även SFOG riktlinjer från den.

En ad-hoc grupp har bildats för riktlinjearbete om upprepade missfall.

EBM-kurs; Fortbildningskurs i evidensbaserad obstetrik och gynekologi har arrangerats sedan 2001. Arrangörer har växlat mellan kvinnoklinikerna på Sahlgrenska och Södersjukhuset. Under våren 2014 arrangerades en 3-dagars kurs på Kvinnokliniken Karolinska sjukhuset Solna. Nästa kurs är planerad till våren

2015, även den på Karolinska sjukhuset, Solna.

Stöd till AR-grupper; Evidens-ARG utgör en resurs för övriga AR-grupper och kan erbjuda visst stöd till grupper som arbetar med rapporter och SFOG riktlinjer. Under året har GRADE-seminarium (evidensgradering) arrangerats för Perinatal-ARG, som påbörjat en rapport om Graviditetsimmunsivering. Evidens-ARG har också deltagit i starten av riktlinje om upprepade missfall samt i det fortsatta arbetet med riktlinjeprojektet Tyreoida och Soft markers.

Evidens-ARGs framtid; Evidens-ARG har från början tillskapats som en stödresurs för övriga AR-grupper och SFOG i stort. Hur länge det finns behov av att ha en särskild AR-grupp för evidensbaserad obstetrik och gynekologi bör fortlopande diskuteras. Under de senaste åren har arbetet framför allt drivits i samband med projekt som arbetet med SFOG-riktlinjer och kursverksamhet. Frågan om evidensarbetet ska bedrivas i form av en AR-grupp har diskuterats av SFOGs styrelse, som förra året föreslog oförändrat status tills vidare. Diskussionen bör återkomma.

FARG (Familjeplanering)

Ordförande: Kristina Gemzell Danielsson

Sekreterare: Helena Kopp-Kallner

Under det gångna året har FARG haft två möten med dryga 40 deltagare vid varje möte vilket är fler deltagare än någonsin tidigare. På mötena kommer ofta en blandning av gynekologer, barnmorskor och även kuratorer. Under året har tre SFOG-kurser avhållits i FARGs regi, två antikonnptionskurser och en abortkurs. Det planeras ytterligare en kurs i ultraljudsdiagnostik inom abortvården för framförallt barnmorskor som arbetar i abortvård. FARG arrangerar kursen tillsammans med Ultra-ARG. Kursen planeras till våren 2015. I samband med Riksstämman arrangerade FARG en SK-kurs inom antikonnption som riktar sig till både allmänmedicinare och gynekologer. Denna kommer att återigen vara kurs på Riksstämman vid nästa tillfälle. FARG stod som medarrangör när SFOG

och Barnmorskeförbundet hade sin gemensamma abortdag i Stockholm. Dagen var mycket välbesökt.

Flera medlemmar i FARG har varit med i utarbetandet av den nya Preventivmedelsguiden har producerats med stöd av Bayer men den är produktneutral. Bayer har inte haft något inflytande på innehållet. Flera FARG-medlemmar har även varit med i utarbetandet av Läke-medelsverkets nya riktlinjer för antikonception som ersätter de från 2005. Riktlinjerna presenterades i april 2014. Flera medlemmar i FARG arbetar med att sprida kunskap om dessa nya riktlinjer vid Sveriges gynekologiska kliniker och bland barnmorskor i mödravård och på ungdomsmottagningar. Riktlinjerna har tagits emot väl och även fått genomslag i media där man framför allt tagit upp att Läke-medelsverket nu även rekommenderar spiral till unga.

Frågan om ungdomssubventionens form, storlek och berättigande har liksom andra år varit aktuell. Företrädare för FARG har tillsammans med företrädare för SFOG och andra AR-grupper flitigt deltagit i debatten. Sveriges kommuner och landsting har nu fattat beslut att rekommendera sina medlemmar att t o m 25 års ålder subventionera preparat inom läke-medelsförmånen. Kostnaden för dessa preventivmedel skall vara max 100 kr/år. Olika landsting har olika skrivelser angående sina subventioner där till exempel Stockholm har skrivelsen "hormonspiral" vilket lett till även den nya hormonspiralen Jaydess kunnat inkluderas i förmånen. I andra landsting är detta inte fallet. Förslaget innebär de facto påtagliga försämringar i vissa landsting. Flera landsting har beslutat att behålla sina tidigare mer generösa förmåner och Norrbotten har visat att man sänkt antalet aborter med gratis preventivmedel upp till 25 år. Fortsatt arbete i frågan pågår och det kommer nya utspel från politiker inför valet 2014.

Arbete har även pågått med att utforma en gemensam preventivmedelsjournal och abortjournal. Här har vi haft hjälp av Catharina Zätterström från Social-

styrelsen som arbetat med att utforma landsövergripande journaler tidigare. Arbetet fortskrider.

Vid FARG-mötet 29 november 2013 valdes Kristina Gemzell Danielsson till ny ordförande och Helena Kopp Kallner till ny sekreterare.

FERT-ARG (Ofrivillig barnlöshet)

*Ordförande: Britt Friberg
Sekreterare: Åsa Magnusson
fr o m 2013-10-10 (Pietro Gambadauro
2013-03-21)*

Ordinarie möten 2013-03-21, 2013-10-10, 2014-03-13 på Läkaresällskapet i Stockholm.

En arbetsgrupp inom Fert-ARG har under perioden utarbetat riktlinjer kring "cross-border" behandlingar. Bakgrunden är den osäkerhet som finns kring vad gynekologer får medverka till när patienter söker sig utomlands. Riktlinjerna publicerades i Medlemsbladet nr 5, 2013. "Rekommendationer vid fertilitetsbehandling utomlands, d v s gränsöverskridande fertilitetsbehandling s.k. Cross Border Reproductive Care (CBRC)".

En arbetsgrupp inom Fert-ARG har under perioden diskuterat kring social freezing. Ett dokument håller på att utarbetas med förslag vad som betraktas som rent medicinska indikationer för oocyt-frysning och oocyt-frysning på grund av kvinnans önskemål att av olika skäl senarelägga graviditet och familjebildning. I samband med denna fråga har åldersgränser kring återföring av befruktade ägg diskuterats tillsammans med representanter från Perinatal-ARG.

Fert-ARG har samarbetat med Hem-ARG för utveckling av riktlinjer för trombosprofylax och graviditet.

Fert-ARG har åter igen diskuterat möjligheterna för ett register för lågdosstimulering med klomifen och gonadotropin.

Vid mötet 2013-10-10 deltog Nils-Eric Sahlin, professor i medicinsk etik. Han berättade bland annat om bakgrunden till olika delar i SMER-rapporten. Diskussionen blev livlig och Fert-ARGs medlemmar kunde ställa frågor.

Reproduktionsenheterna vid Uppsala Akademiska Sjukhus och Huddinge Sjukhus/Karolinska har under 2013 blivit ESHRE/EBCOG ackrediterade. Vid Fert-ARG möten har medlemmarna fått information kring hur ackrediteringsansökan går till. För att subspecialist ska få ESHRE/EBCOG legitimation fordras att kliniken man arbetat på är ackrediterad. Representant från Fert-ARG deltar i den grupp som inom Endokrin-ARG utarbetar riktlinjer för tyreoida och graviditet. Vid mötena har informerats kring de pågående utredningarna om utökade behandlingsmöjligheter av ofrivillig barnlöshet. Rapport gällande assisterad befruktning för ensamstående kvinnor kom maj 2014 (SOU 2014:29). En rapport om surrogatmödraskap förväntas 2015.

Information har också lämnats kring Nationella Vänadsrådet som är ett organ som tillsatts av Sveriges Kommuner och Landsting för att verka för en nationell samordning och skapande av enhetliga rutiner kring cell- och vävnadslagen och dess praktiska tillämpning samt för att främja vårdgivarens ansvar för donation av organ, celler, vävnader och blod. Under Nationella Vänadsrådet finns sju vävnadsområdesgrupper (VOG), varav en är VOG könsceller. Denna grupp har utarbetat dokument kring gametdonation, nr 13/3123, som finns på www.vavnad.se/dokument.

SFOGs styrelse har bildat ad hoc grupp för att arbeta med habituell abort, vilket Fert-ARG välkomnar.

GLOBAL-ARG

*Ordförande: Birgitta Essén
Sekreterare: Kenneth Challis*
Global-ARG inledde verksamhetsåret 2013-2014 med ett givande möte i samband med SFOG-veckan i Sundsvall. SFOG-vecka i Sundsvall, som hade ett tydlig globalmedicinskt inslag och där Global-ARG bidragit till programmet. Gruppen hade utarbetat de internationella temat på SFOG-veckan 2013. FIGOs president Sir Professor Arulkumar var gästföreläsare och höll en strålande presentation om FIGOs insatser,

dåtid och framtid, i att uppfylla MDG 5. Vi ordnade ett välbesökt symposium om surrogatmödraskap med forskare Amarita Pande från Sydafrika som gjort studier med surrogatmödrar i Indien samt Anna Arvidsson från Uppsala som studerat svenska par som sökt hjälp för barnlöshet via transnationell värdmoderskap och vad det innebär i en svensk kontext där metoden är helt oreglerad.

En gemensam heldag om SRHR i Sverige på riksstämman 2013 ("Hot topics inom SRHR") ordnade vi tillsammans med FARG. Global-ARG arrangerade även ett symposium på NFOG-konferensen i Stockholm juni 2014 som handlade om reproduktiva rättigheter där abortfrågan, sexselektion och surrogatmödraskap diskuterades med deltagare från alla nordiska länder.

Global-ARG har samarbete med intressegruppen mot mödradöd WRA

där bland annat kontakter etablerats med Kenya och Rumänien. Vi deltog även på MR-dagarna på Kulturhuset i Stockholm tillsammans med WRA och hade en välbesökt monter och föredrag om mödradöd bland afrikanska invandrare.

Det finns ett stort intresse för globalmedicinska frågor inom specialiteten just nu men även på myndighetsnivå. Socialstyrelsen har fått i uppdrag av jämställdhetsministern att se över vården av omskurna kvinnor och i expertgruppen ingår ordförande Essén och Global-ARG har fått i uppdrag att representera SFOG. Rapport kommer nästa år.

Reproduktionsmedicinska föreningen har arrangerats möten om gränsöverskridande vård (Cross Border Reproductive Care) där Global-ARG presenterade frågan utifrån ett låginkomstlandsperspektiv.

I frågan om underläkartzjänstgöring i

låginkomstland har CeFAMs utbyte fortsatt och flera ST-kollegor från kvinnosjukvården tagit möjligheten att på detta sätt få delta i kvinnosjukvård i låginkomstmiljö. Det nuvarande kontraktet med SIDA går ut under 2013. Global-ARG stödjer CeFAM i deras strävanden att förlänga kontraktet.

Under hösten hade arbetsgruppens medlemmar Kenneth Challis och Sigmar Norvad ett möte med MKAIC (Muhimbili Karolinska Anesthesia and Intensive Care) för att diskutera framtida samverkan. MKAIC är igång med ett spännande program med fokus på utbildning och livräddande insatser i Dar es Salaam, Tanzania. MKAICs representant för kvinnosjukvården, Berith Tingåker är nu också medlem i Global-ARG och tror på ett givande samarbete mellan organisationerna. Det finns också ytterligare uppslag om utbildning ibland

annat Etiopien och Uganda som diskuteras under året.

Vi har även fått ett internationellt symposium accepterat för kommande FIGO-kongress 2015. Ett flertal medlemmar har bedrivit såväl klinisk verksamhet som forskning i låginkomstmiljö, vilket borgar för många intressanta presentationer på möten framöver.

HEM-ARG (Hemostasrubbingar)

*Ordförande: Gisela Wegnelius
Sekreterare: Ragnbild Hjertberg*

Hem-ARG har cirka 20 aktiva medlemmar med representanter från kliniker i olika delar av landet. Glädjande nog har gruppen utökats med flera blivande och nyblivna specialister. Vi har haft tre medlemsmöten under hösten-vintern 2013 och i maj månad 2014 ett arbetsinternat i Vitemölla på Österlen.

I september 2013 arrangerade Hem-ARG en efterutbildningskurs, "Hemostasrubbingar inom obstetrik och gynekologi" på Marstrand. Vi brukar anordna denna kurs vartannat år. Kursen fick goda vitsord i utvärderingen och vi planerar att anordna en ny kurs hösten 2015. I mars 2014 inbjöd Hem-ARG representanter från Koagulationscentra och Koagulationsmottagningar till ett möte på Läkaresällskapet. Syftet var att diskutera gemensam handläggning av gynekologiska/obstetriska patienter med trombos, hjärtinfarkt och trombolys. Det blev ett uppskattat möte och trevlig diskussion utifrån våra förberedda fallbeskrivningar. Tolv koagulationister samt 13 medlemmar från Hem-ARG deltog i mötet. Blödningsproblematik vid graviditet och förlossning togs inte upp på detta möte, men det föreslogs bli ett huvudämne vid ett nytt möte nästa år.

Några i gruppen har författat en artikel om trombosprofylax baserat på den senaste Hem-ARG-rapporten. Artikelnen är accepterad för publicering i Läkartidningen.

På internatet i maj diskuterades hur D-dimer kan användas i samband med scoringsystem för att diagnosticera DVT hos gravida. Några i gruppen planerar en

systematisk litteratursökning för att ge underlag till ett protokoll. Detta måste senare förankras hos internmedicinare. Vi diskuterade även möjligheten till en nationell registrering av tromboser i samband med graviditet. På internatet fortsatte arbetet med en artikel om riktlinjerna för trombosprofylax vid IVF samt en artikel om handläggning av ITP vid graviditet.

MIG-ARG (Minimalinvasiv Gynekologi)

Ordförande: P-G Larsson
Ingen aktivitet det senaste året

MM-ARG (Mödra-Mortalitet)

*Ordförande: Ajlana Mulic-Lutvica t o m 140831.
Sissel Saltvedt fr o m 140901
Sekreterare: Sissel Saltvedt t o m 140831
Annika Esscher fr om 140901*

Antal medlemmar: 16
MM-ARG som har funnits sedan 2008 har som uppdrag att årligen analysera kända fall av mödradödlighet i Sverige, cirka 5-8/år. I gruppen ingår seniora och yngre obstetiker, barnmorskor, anestesilog och epidemiolog. Sedan förra året har två nya ST-läkare anslutit till gruppen. Det finns en viss övervikt av kollegor från storstads- och universitetssjukhus och vi skulle gärna se tillskott från något mindre sjukhus.

Syfte: Den övergripande målsättningen är att identifiera kunskapsluckor och systemfel som kan återföras till professionen och därmed leda till förbättringar i omhändertagandet av gravida kvinnor. Varje fall granskas systematiskt och klassificeras enligt internationella guidelines. I auditprocessen bedöms också om det funnits suboptimala faktorer i handläggningen. Återkoppling till professionen sker i olika forum såsom SFOG-veckan, Medlemsbladet, Jordmodern och SFAI-bladet.

Aortdissektion eller annan hjärtkomplikation, venös tromboembolism och komplikationer till preeklampsi har varit de vanligaste dödsorsakerna i de drygt 60 fall som gruppen hittills analyserat.

Internat; I april 2014 hade MM-ARG ett två dagars internatmöte på Björkdala Gärd nära Uppsala med tretton deltaga-

re, varav två nya ST-läkare. Under mötet granskades åtta fall av mödradöd från 2013. Fallen presenterades under SFOG-veckan i Sundsvall. Förutom genomgång av fallen ägnades tid åt att diskutera auditprocessen och auditprotokollet, liksom hur vi ska gå vidare i det nordiska samarbetet.

Nordiskt samarbete; År 2011 bildades en gemensam nordisk grupp för samarbete kring mödradödlighet. Ett gemensamt nordiskt protokoll för bedömning av fallen är under utarbetande men har ännu inte tagits i bruk. Det finns en målsättning att analysera tio års nordiska mödradödsfall under perioden 2005-2014 och publicera som ett supplement till Acta Scandinavica. MM-ARG beslöt vid internatmötet att förslå att man på NFOG-möten kan sammanställa och presentera nordiska data med jämna mellanrum. Det finns då möjligheter till jämförelser och utbyta av lärdomar.

MÖDRAHÄLSOVÅRDS- ÖVERLÄKARGRUPPEN (Mhöl-gruppen)

*Ordförande: Elisabeth Storck Lindholm
Fram till 19 mars 2014 var Joy Ellis, Västra Götaland/Södra Bohuslän, ordförande och Elisabeth Lindholm, Stockholm/Danderyd, var sekreterare. Efter 19 mars är Elisabeth Storck Lindholm ordförande och Caroline Lilliecreutz, Linköping sekreterare.*

Mhöl-gruppen har deltagit i två nationella möten under året, varav en traditionsenligt tillsammans med samordningsbarnmorskorna. På de nationella mötena är uppslutningen av mödrahälsovårdsöverläkare och samordningsbarnmorskor mycket hög.

Uppdateringen av ARG-rapport 59, som betraktas som ett nationellt styrdokument bland annat i samband med beställning av mödrahälsovård, har fortsatt och kommer att avslutas under hösten. ARG-rapporten är ett teamarbete med ett flertal mödrahälsovårdsöverläkare, representanter för samordningsbarnmorskorna och mödra-barnhälsovårdspedagogerna. Uppdateringen synkroniseras med mhöl-gruppens uppdrag att, tillsammans med projektet Rökfri

Operation, representera SFOG i projektet Läkares Samtal om Levnadsvanor, som drivs i SLS regi. ARG-rapporten skrivs bland annat om för att underlätta implementering av de Nationella Riktlinjerna för Sjukdomsförebyggande Metoder.

Införandet av Aktiva Val i Obstetrixjournalen, som en förberedelse till att patienter ska kunna spärra sin journal enligt Patientdatalagen (PDL), har fortsatt lett till bekymmer och hotat patientsäkerhet i flera landsting. Att förlossningsklinik och mödravård lätt och snabbt kan läsa varandras journalanteckningar är i de gravidas intresse och något de allra flesta blivande föräldrar tycker är önskvärt och nödvändigt.

Bland övriga frågor som varit i fokus under 2014; Den nya ungdomssubventionen av preventivmedel som olyckligtvis begränsats till preparat som ingår i TLV-förmånen. Vad händer med kvinnan och barnet vid preventivmedelssubvention; Nya riktlinjer från Läkemiddelverket om preventivmedel, framtidens fosterdiagnostik, NIPT; Bra mat vid graviditet; Graviditetsregistret, Diskussion om vad som händer med kvinnorna mellan mödravård och barnhälsovård; Tyreoidea sjukdomar och graviditet; Den gravide mannens behov av preventivmedel och cytologscreening.

PERINATAL-ARG (Perinatalogi)

Ordförande: Karin Pettersson

Sekreterare: Marie Blomberg

Webbansvarig: Jesper Clausen

Perinatal-ARG har under året haft två ARG-möten med ca 32 respektive 18 deltagare. Teman som diskuterats har bland annat varit ny definition av aktiv förlossning där vi nu bjudit in Svenska barnmorskeförbundet till ett samarbete samt profylax mot prematurbörd.

Representanter från Perinatal-ARG ingår i arbetsgrupper på Socialstyrelsen kring graviditetsdiabetes samt minskade fosterrörelser. Under året har en ARG-rapport om preeklampsi kommit ut. En ny ARG-grupp, Robson-ARG, har bildats under året. Två perinatalmöten har traditionsenligt hållits under året; Höst-

mötet i Stockholm och Vårmetet som i år var i Visby.

POS-ARG (Psykosocial obstetrik och gynekologi samt sexologi)

Ordförande: Katri Nieminen

Sekreterare: Maria Engman t o m vårmötet och Lena Moegelin fr o m höstmötet

POS-ARG har haft ett vår- och ett höstmöte under 2013. Gruppen har efter omläggningen av SFOGs hemsida 38 medlemmar, på möten har det deltagit 10-12 medlemmar. Speciella delområden som arbetsgruppen bevakar är frågor kring bemötandet, kommunikation, sexologi, våldtäkt, förlossningsrädsla, multikulturella aspekter av kvinnosjukvård, psykisk ohälsa och kvinnosjukvård samt HBTQ-frågor inom kvinnosjukvården.

Vid vårmötet föreläste Marie Eriksson, kurator på akutmottagning för våldtagna kvinnor om "Våld i nära relationer/Våldsutsatta patienter", ett projekt där all personal (på hela sjukhuset) ska kunna identifiera våldsutsatta kvinnor. Hon berättade bland annat att 2-5 kvinnor årligen dör i samband med graviditet och förlossning jämfört med att 10 - 30 kvinnor dör årligen av misshandel. Bland patienter på gynekologisk mottagning har 19,7% av svenska kvinnor erfarenhet av grovt våld, av dem upplever 4% aktuellt pågående våld. Studier visar att erfarenhet av våld är vanligare bland kvinnor som lider av smärttillstånd (inklusive ryggsmärta, buksmärta, gynekologisk smärta, vestibulit och många blir opererade för buksmärta), blödningsproblem, legal abort, högt blodtryck, depression, alkoholism. Lotta Samelius visade i sin avhandling att även de som säger att de inte lider av tidigare våld har en ökad sjukvårdskonsumtion.

17-19 april anordnades SFOG-kursen "Sexologi för gynekologer" som har gått årligen sedan 90-talet. Det var 24 deltagare, ST-läkare och specialister.

16-17 maj anordnades ett skrivarseminarium för att starta omarbetningen av Sexologirapporten. Arbetet har fortsatt under året på spridda orter.

I slutet av maj deltog många av arbetsgruppens medlemmar i ISPOG världskonferensen i Berlin både som konferensdeltagare, men även som föreläsare och ordföranden till olika sessioner.

Den 16-18 september anordnade POS-ARG kursen "Hjärna- hjärta - kön, kurs i psykosocial gynekologi och obstetrik". Kursen riktade sig denna gång till ST-läkare och hade 30 deltagare och fick mycket positivt omdöme. Kursen syftar på att ge en basal och bred kunskap om de psykosociala samt sexologiska delarna av kvinnosjukvården samt ge deltagarna färdighet att möta kvinnor i olika känsliga lägen. Under kursdagarna varvades katederföreläsningar med gruppövningar för att befästa de nyvunna kunskaperna.

Vid höstmötet berättade Ulla Björklund om "Vårdprogram psykisk sjukdom i samband med graviditet och spädbarnsperiod" riktlinjer som tagits fram i SLL för Samverkan- MVC, Socialtjänst, Förlossning, Neo, BVC, BUP, Psykiatri, Vårdcentral. Materialet är gediget, och användbart även för kliniker utanför Stockholmsområdet

(se www.psykiatristod.se)

Gruppen har under det gångna året planerat att under 2014 anordna vidareutbildningskurser i sexologi (vt 14) och förlossningsrädsla (ht 14).

ROBSON-ARG

Ordförande: Lars Ladfors

Sekreterare: Eva Nordberg

Gruppen bildades den 14 mars 2014, men det har i många år arrangerats årliga möten där man redovisat obstetriska resultat uppdelat i Robson grupper. Gruppen är öppen för medlemmar i SFOG och barnmorskor, 77 medlemmar i arbetsgruppen.

Robson-ARG sammanställer varje år resultaten från Sveriges alla kliniker och har ett årligt möte med diskussion utifrån resultaten. Resultat och föreläsningar finns öppet på SFOGs hemsida; www.sfog.se/start/arg-intressegrupper/argus-arg/robson-arg/rapporter/ar-2013/

Årliga mötet hålls alltid på fredag, kalendervecka 12.

TON-ARG (Tonårsgynekologi)

Ordförande: Lena Marions

Sekreterare: Anna Palm

Verksamhetsberättelse TON-ARG

HT 2013-VT 2014

Ton-ARG har ca 50 medlemmar med olika yrkesinriktningar såsom gynekologer, dermatovenereologer, barnläkare, barnmorskor, kuratorer och psykologer. Gruppen har haft två möten i Stockholm under perioden, ett möte i oktober 2013 samt ett i mars 2014.

Höstens möte handlade till stor del om arbetet med förslaget till ny SRHR policy som håller på att tas fram. Flera av Ton-ARGs medlemmar har varit representerade i detta arbete. I september 2014 ska förslaget presenteras. Ansvariga för projektet besökte mötet och inhämtade synpunkter från medlemmarna och beskrev förloppet.

För åttonde året var Ton-ARG och FARG representerade vid den årliga World Contraception Day som den 26 september i Stockholm gick av stapeln på Oscarsteatern. Aktiviteter pågick även i Göteborg på Hvitfeldska gymnasiet samt Polhemsskolan i Lund.

Under hösten har Ton-ARGs medlemmar fortsatt sina aktiviteter för att få till stånd ett mer jämlikt subventionssystem för unga avseende preventivmedel. Debattinlägg har skrivits och politiker har kontaktats.

Vid vårens möte presenterades verksamheten Origo i Stockholm som är det första myndighetsövergripande resurscentret mot hedersrelaterat våld och förtryck.

Ton-ARG planerar en kurs i tonårsgynekologi till hösten 2015 alternativt våren 2016. Målgruppen är alla personalkategorier som arbetar med reproduktiv hälsa hos ungdomar.

TUMÖR-ARG (Gynekologisk tumörkirurgi med cancervård)

Ordförande: Gunnel Lindell

Sekreterare: René Bangshøj

Sedan föregående rapport har vi haft ett möte. Det ägnades åt arbetet med det nya vårdprogrammet för cervixcancer som just startats upp. Karin Bergmark,

Göteborg, som är sammankallande, berättade om hur arbetet fortskrider och är upplagt. Louise Bohr från Örebro talade också om nya strålbehandlingsmetoder för cervixcancer och uppdaterade oss om icke kirurgisk cervixcancerbehandling.

Ett arbete med att revidera planen för subspecialisering inom gynekologisk tumörkirurgi med cancervård har inletts. Många av AR-gruppens medlemmar är engagerade i skrivande och revisionsarbete av de nationella vårdprogrammen inom ovarialcancer, endometriecancer samt cervixcancer. På tur står nu Vulvacancer. Några nya ARG-rapporter är därför för närvarande inte planerade.

Nästa möte äger rum i Stockholm på Karolinska sjukhuset i Solna den 24/10, 2014.

ULTRA-ARG (Ultraljudsdiagnostik)

Ordförande: Peter Lindgren

Sekreterare: Emelie Ottosson

Under det gångna året har vi haft tre ordinarie möten, bevistade av 20 – 25 deltagare. Representanter för RUD (ultraljudsbarnmorskornas organisation) är också inbjudna till våra möten eftersom vi uppmuntrar till samarbete, särskilt i utbildningsfrågorna. Mötena utgör även en möjlighet att diskutera forskningssamarbete samt delge varandra intressanta fall inkluderande ultraljudsbilder, rapporter från kongresser, miniföreläsningar om aktuella ämnen med mera.

Det arbetas för att göra hemsidan användarvänlig och hålla den uppdaterad. Hemsidan är tänkt att fungera som ett översiktligt ansikte utåt men gränssnittet lämnar därvidlag en hel del att önska.

Inom Ultra-ARG har arbetsutskottet för så kallade mjuka ultraljudsmarkörer (soft markers) under året haft möten i syfte att slutligen ge vetenskapligt stöd till praxis i Sverige (som hittills varit mycket varierande) med etisk belysning i samarbete med Etik-ARG. Sammanställningen blir en så kallad nationell riktlinje, dessa riktlinjer skall vara klara för diskussion vid SFOG-veckan 2014.

Arbetsutskottet för ultraljudsutbildning inom Ultra-ARG består av representanter från de universitetskliniker som erbjuder ultraljudskurser. Tankar finns också på att även andra kliniker i landet skall kunna vara med och anordna kurser i samarbete med universitetskliniker eftersom det krävs mycket arbete att hålla en kurs och behovet av utbildning inom ultraljudsområdet är stort. Det finns ett väl utarbetat utbildningskoncept inom såväl gynekologiskt som obstetriskt ultraljud, vilket tidigare har beskrivits i medlemsbladet. Ultra-ARGs strävan är att alla ST-läkare ska genomgå basal kurs i ultraljudsdiagnostik samt att verksamhetscheferna i landet skickar ett erforderligt antal läkare till handledarkursen inom ultraljud. En viktig del av utbildningarna är examinationen, vilket är en i högsta grad levande fråga inom Ultra-ARG. En lista på hittills examinerade på olika kurser finns på Ultra-ARGs hemsida, där det också finns information om kurserna och utbildningskonceptet.

Under året har en reviderad upplaga av ARG-rapporten inom obstetriskt ultraljud publicerats. Revision pågår också av ARG-rapporten inom gynekologiskt ultraljud. Den rapporten är till stora delar klar och beräknas vara färdig för publikation under hösten 2014. Där kommer även kapitel angående diagnostik av missfall ingå.

Socialstyrelsen beslutade om rikssjukvård inom intrauterina ingrepp med startdatum januari 2013. Karolinska sjukhuset tilldelades uppdraget som omfattar blodtransfusioner, laserbehandling av tvillingtransfusionssyndrom samt shuntläggning. Årliga möten organiseras via Karolinska för att få en nationell gemensam handläggning och delaktighet i denna vård. Två nationella register är skapade, www.gravimm.se samt www.fosterterapi.se för att kunna kvalitetssäkra verksamheten. De är öppna för alla som arbetar inom området.

Utvecklingen går mycket snabbt framåt både när det gäller pris och teknik avseende analys av fritt fetalt DNA i maternellt blod (Non Invasive Prenatal Test,

NIPT), varför Ultra-ARG tillsammans med etik/tvär-ARG under året haft möte. SBU kommer att hjälpa oss i den vetenskapliga utvärderingen med i första hand en Alert-rapport som beräknas vara klar i september 2014.

När det gäller tillgång till tidig fosterdiagnostik är det fortfarande väldigt olika i landet. Ultra-ARG befarar att skillnaderna till och med kan öka när nu NIPT kommer att bli mer tillgängligt. Det är en viktig uppgift för Ultra-ARG att arbeta för att minska skillnaderna i landet när det gäller den tidiga fosterdiagnostiken. En arbetsgrupp håller på att bildas för att arbeta kring hur NIPT eventuellt skall implementeras i den tidiga fosterdiagnostiken.

En checklista för vad som skall ingå vid organscreening har arbetats fram under året liksom vad som bör dokumenteras med bild (bildlagring). Tillgången till bildlagring ser mycket olika ut över landet.

Ultra-ARG har diskuterat det faktum att barnmorskor sköter allt större del av abortverksamheten, alltså även ultraljud och rådgivning. Ultra-ARG har varit tveksam till denna utveckling framför allt baserat på utbildningsproblematiken för yngre doktorer om abort och preventivmedel sköts mer eller mindre helt av barnmorskeåren.

Screeningverksamhet av cervixlängd med ultraljud för att minska förekomst av prematuritet sker idag runt om i världen. Dock är prevalensen av kort cervix i den svenska gravida populationen mycket låg och en studie pågår därför med Göteborg som bas för att kartlägga detta och sannolikheten för prematurbörd vid olika längder på cervix. När denna studie är klar får man se om det är möjligt att designa en större RCT interventionsstudie med progesteron. Det kommer att krävas ett stort ekonomiskt stöd för att kunna genomföra detta.

Nästa verksamhetsår förväntar vi oss således bland annat en ny ARG-rapport publicerad, nationella riktlinjer via

SFOG för soft markers, arbete med hur NIPT kan komma att implementeras i den tidiga fosterdiagnostiken och studier kring cervixscreening för att minska prematuritet samt fortsatt aktiv utbildning inom gynekologisk och obstetrisk ultraljudsverksamhet.

UR-ARG (Urogynekologi och vaginal kirurgi)

Ordförande: Marie Westergren Söderberg

Sekreterare: Riffat Cheema

Webmaster: Johan Skoglund

Under året har UR-ARG haft fyra möten. Tiden har huvudsakligen använts till att fortsätta arbetet med ARG-rapporten om urininkontinens. Huvudinnehållet är klart i 4 av 6 kapitel och planering finns för de återstående 2. Om planeringen håller kan rapporten bli klar under 2015.

Diskussionen om hur sena komplikationer av prolaps- och TVT-nät bäst ska registreras i GynOp-registret har fortsatt. En enkät skickades till medlemmarna huruvida man föredrog en 5-årsenkät till patienterna som inkluderade frågor om detta eller om den läkare som upptäckt skadan aktivt skulle gå in och registrera enligt en mall som IUGA utarbetat. Vi fick många svar som inte gav uttryck för någon enhetlig uppfattning. Vi beslutade då att registerhållaren för prolaps, Emil Nüssler, ska börja med att ta fram en 5-årsenkät. Vid misstanke enligt enkäten om nätskada ska enkäten bedömas av läkare som i förekommande fall registrerar nätskadan enligt tidigare journalanteckning eller efter ny undersökning.

Bristningsregistret för rapportering av sfinkterskador är nu sjösatt.

VULV-ARG (Vulva)

Ordförande: Nina Bohm-Starke

Sekreterare: Christina Rydberg

Vulv-ARG har ökande antal medlemmar, nu ca 100 stycken, där det utöver gynekologer ingår dermatologer, barnmorskor, kuratorer, sexologer och sjukgymnaster.

Hösten 2013 publicerades den reviderade ARG-rapporten om Vulvovaginala sjukdomar.

Den internationella vulvakongressen (ISSVD) bevakades och rapporterades på Vulv-ARGs höstmöte. Höstmötet ägnades även åt nyheter om svampinfektioner och uretritmärta samt en work-shop kring vilka områden vi önskar arbeta med framöver. Några projekt är en inventering av hur vulvasjukdomar omhändertas inom olika områden i Sverige, förbättra hemsidan, starta ett nordiskt samarbete, arbeta vidare med patientinformerationer på 1177.se.

Vid vårens möte föreläste en sjukgymnast och Inga Sjöberg från Umeå om sitt arbete med sjukgymnastisk behandling av bäckendysfunktion vid vulvodyni och en del andra smärttillstånd. Hudläkare Karin Sartorius rapporterade om sin avhandling om hidroadenitis suppurativa. Vid mötet arbetade vi även vidare med enkät för inventering av vården vid vulvasjukdomar som sedan skickats ut till alla verksamhetschefer inom kvinnosjukvården och kommer att presenteras under SFOG-veckan som poster och på VC-möte.

Våren 2014 arrangerades åter en fulltecknad SFOG-kurs om vulva-sjukdomar. ■

SVARET PÅ GÅTAN

(se hela gåtan i MB 2 och 3 2014, finns även på www.sfog.se under medlembudet)

Som flera varit inne på tänkte jag på menstruationens förbannelse hos den som väntar barn. Men ingen kom fram till Pablo Neruda, Nobelpristagare 1971, gav 1952 ut "Kaptenens verser". Han kallades, och kallade sig själv "Kaptenen" i politiska (och erotiska) sammanhang. Han gifte om sig med Matilde Urrutia, och till henne skrev han bl.a. "Den slösaktiga", varur jag saxar följande:

"Dig valde jag bland alla kvinnor
för att du skulle upprepa här på jorden
mitt hjärta som dansar med ax
eller kämpar skoningslöst om så behövs.
Jag frågar dig: var är min son?"

Väntade han inte på mig i dig,
kände han inte igen mig och sade han inte till mig:
"kalla mig till jorden så att jag kan fortsätta dina strider och
dina sånger"

Giv mig åter min son!

Peter Palsternack

PS Pablo och Matilde fick inga barn



Pristagare SFOG-veckan 2014

Enligt traditionen delades fyra priser ut för bästa föredrag och poster inom obstetrik och gynekologi. Gratulationer till Annika, Marta, Johanna och Elisabet!



Annika Esscher

Poster obstetrik

Annika Esscher, Uppsala universitet
Suicides during pregnancy and one year postpartum in Sweden 1980-2007
Annika har i sin registerstudie synliggjort en grupp kvinnor vars diagnoskod sällan borde behöva användas. Att uppmärksamma behovet av suicidprevention hos kvinnor under och efter graviditet är det första steget på vägen till ett förbättrat omhändertagande.

Poster gynekologi

Marta Lomnytska, Karolinska sjukhuset, Solna
Novel platelet based method for early ovarian cancer diagnosis

Motivering:

Tidig upptäckt av ovarialcancer är essentiellt för att förbättra överlevnaden i sjukdomen och hittills prövade screeningmetoder har varit insufficianta. Marta har studerat trombocyters proteinuttryck från patienter med ovarialcancer och identifierat möjliga biomarkörer. En multivariat modell ligger till grund för en lovande metod för att tidigt detektera ovarialcancer, vilket skulle kunna få en avgörande betydelse för denna patientgrupp.

Fria föredrag obstetrik

Johanna Gunnarsdottir, Uppsala universitet
Risk of placental dysorders after prior miscarriages; a population based study
Johanna har i en väljord registerstudie funnit stöd för en association mellan flera tidigare missfall och risk för placentadysfunktion i efterföljande graviditet. Sambandet väcker nya hypoteser samt signalerar att flera tidigare missfall kan ses som en riskfaktor att beakta inom mödravården. Hon har presenterat och försvarat sina data på ett utmärkt sätt.



Elisabet Ödesjö

Fria föredrag gynekologi

Elisabet Ödesjö, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
Operationsmetoder vid tubargraviditet – dess effekter på ovarialfunktionen vid IVF

Motivering:

Att vid en akut X-operation välja mellan salpingektomi och salpingotomi är en knivig klinisk fråga, som har sysselsatt gynekologer i decennier. Även om en nyligen publicerad RCT har visat att operationsmetoden inte påverkar den efterföljande fertiliteten vid spontan konception, har frågan om påverkan på ovarialfunktionen vid efterföljande IVF varit obesvarad. Elisabets studie har belyst den aspekten av operationsmetodernas effekt. Vi kan nu känna oss trygga med att utföra salpingektomi som förstahandsmetod oavsett om kvinnan kommer att försöka bli gravid spontant eller genom IVF. Elisabet har presenterat sina data på ett tydligt och trevligt sätt.

Referat SFOG-veckan 2014 i Varberg

Årets SFOG-vecka gick av stapeln i Varberg sista veckan i augusti. Stolta värddar var Kvinnokliniken Hallands Sjukhus Varberg i nära samarbete med Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Göteborgs Universitet. Konferensen hölls på Sparbankshallen ett stenkast från Varbergs centrum och granne med den grönskande Påskbergsskogen. Programmet erbjöd föreläsningar, posterpresentationer, OGU-kurser, presentation av ST-arbeten och avhandlingar samt fria föredrag inom gynekologi, reproduktionsmedicin och obstetrik.

Mötet invigdes måndagen den 25 augusti till musik av Dag Hallbergs eminenta kvartett samt allsång. Därefter bjöd ordförande Harald Almström på historiska återblickar och verksamhetschef för kvinnoklinikerna i Varberg och Halmstad Bengt Karlsson hälsade välkommen. Mats Eriksson, ordförande i hälso- och sjukvårdsstyrelsen och ordförande för sjukvårdsdelegationen vid SKL, berättade bland annat om Halland och dess befolkningsutveckling samt vad som är utmärkande för Varberg.

Efter invigningen följde en mycket intressant föreläsning om livsstilsfaktors inverkan på gynekologisk och obstetrisk hälsa. Katja Stenström-Bohlin föreläste om kopplingen mellan levnadsvanor och operationsresultat. Vikten av rökstopp inför operation, för att minska risken för postoperativa komplikationer, lyftes särskilt fram. Angelica Lindén Hirschberg talade om livsstilsrekommendationer vid PCOS och Kjell Salvesen om fysisk aktivitet under graviditet.

Den första plenarföreläsningen "The listening uterus" av professor Nick Macklon från University of Southampton, inleddes med att konstatera att det föds betydligt färre barn än vad man

beräknat borde födas. Han har forskat i Holland där man kunnat visa att onormala embryon skapar en inflammatorisk process i livmodern som lättare leder till bortstötning. Är kvinnor med återkommande missfall egentligen är superfertila, dvs accepterar deras endometrium fler ägg av lägre kvalitet?

Måndagen avslutades med två parallella sessioner. Fria föredrag inom gynekologi och reproduktionsmedicin belyste flera spännande områden. Robotassisterad laparaskopi jämfört med laparotomi vid cancerkirurgi och huruvida det kan vara motiverat med robotkirurgi på mindre sjukhus. Regionala variationer i hur GynOp-registret används, vilket leder till att dess fulla potential inte uppnås. Operationsmetoder vid tubaraviditet samt möjligheter för IVF hos transplanterade patienter vilket visat på ökade risker för förtidsbörd, lägre födelsevikt men tillfredsställande långtidsmorbidity. Ett uppskattat föredrag handlade om forcerad dilatation, att skapa en neovagina vid vaginalatresi.

Samtidigt pågick paneldebatten "Privat gynekologi i dag och i morgon - vårdval mm". I denna deltog Heidi Stensmyren, ordförande Sveriges Läkarförbund, Ulf Zachrisson, ordförande Göteborgs privatläkarförening, Mats Eriksson (m), från Region Halland samt Håkan Linnarsson (s), hälso- och sjukvårdsnämndens ordförande i Västra Götalandsregionen. Man diskuterade bl a hur det fungerar att arbeta privat med samverkansavtal och möjligheter att påverka sitt arbete och sin karriär. Diskussionen berörde även vårdvalet, dess för- och nackdelar både ur vårdtagarnas och arbetstagarnas perspektiv.

Måndagskvällen bjöd på sensommarparty på "Societen" med drink, mingel



Ett normalt embryo som "infångas" av endometrieceller vid implantation, från professor Nick Macklons plenarföreläsning.

och kåseri av Peter Börjesson om "huset för gräddan". Rockiga Nisse Berglunds Cover Power Band fyllde dansgolvet snabbt och fick alla danssugna att svänga loss.

Tisdagen startade med ett förenings-symposium: Lära för livet, håller du dig à jour? Vikten och formerna för medicinsk fortbildning inom obstetrik och gynekologi diskuterades. Denna dag hölls även en efterlängtd OGU-kurs i Sexologi. Inledningsvis gick Lotti Helström igenom den normala sexuella fysiologin och gav råd om hur man kan tänka när sexologiska problem uppstår. Lene Chidekel delade med sig av sina kunska-

per kring vulvodynier och vaginism. Hon bjöd också på matnyttiga råd om omhändertagandet av patienter med dyspareuni. Det gavs också en inblick i HBTQ-världen och information om hur arbetet på ett sexualmedicinskt centrum går till.

Dagens plenarföreläsning hölls av professor Jacques Donnez från Université Louvain, Belgien. Som utlovat låg fokus på behandlingen av myom och inleddes med en översyn av nuvarande operativa möjligheter och deras för- och nackdelar. Huvuddelen av föreläsningen ägnades dock åt selektiva progesteronreceptormodulerare (SPRM) och de goda behandlingsresultat man ser med ulipristalace-

tat. Under frågestunden diskuterades ulipristal som preventivmedel och man var från både föreläsar- och auditoriehåll överens om en god effekt men att studier saknas och kommer knappast att utföras.

Eftermiddagen innehöll föreläsningar om fertilitetsbevarande åtgärder. Milan Milenkovic talade om bröstcancer och fertilitet. Kenny Rodrigues-Wallberg belyste behandlingar och fertilitetsbevarande åtgärder efter bland annat cytostatikabehandling av tonåringar och unga vuxna. Kirsten T Macklon från Köpenhamn redogjorde för hur cytostatika påverkar ovarierna och fertiliteten.



Parallellt pågick föredraget "Cervixdysplasi och cervixcancerprevention" med Sonia Andersson, Cecilia Kärrberg och Björn Strander.

Kvällens aktiviteter inleddes i strålande sol. På fästningen var det kulturkväll med buffé, historisk happening, fantastisk körsång av Vox Humana och nattbio om Warbergs fästning 1612. På OGU-kvällen samlades ST-läkarna på Varbergs Kurort, ett av Varbergs prisbelönta spa-hotell. Där ordnades ett spännande GPS-äventyr i de vackra omgivningarna kring hotellet och havet. I hård konkurrens utsågs till slut ett vinnande lag. Priserna bestod såklart av ett presentpaket med tång. Efteråt blev det middag på hotellets trevliga restaurang med kåseri om Kurorthotellets historia och olika hälsotrender.

Nästa dag började med fria föredrag i obstetrik där deltagarna fick ta del av ett mycket varierat och intressant program som rymde placentaperfusionsmätning med magnetkamera för bedömning av placentainsufficiens, hjärnskademarkörer vid preeklampsi, komplikationer vid misslyckad vakuumentextraktion samt postpartumblödning och depression. Eva Wiberg-Itzel redogjorde för en studie om AFL-test som hjälpmedel vid oxytocinstimulering och Annika Esscher talade om suboptimal vård och mödradöd bland utlandsfödda. Ulf Högberg presenterade en enkätstudie avseende posttraumatiska stressreaktioner hos obstetrik och barnmorskor och efterföljande diskussion engagerade många i auditoriet.

Under onsdagen hölls även en OGU-kurs i obstetriska perinealskador. Jouko Pirhonen betonade vikten av perinealskydd, episiotomi vid behov och den viktiga kontakten mellan patienten och den som förlöser. Detta följdes av en grundlig genomgång av anatomin vid och klassificering av perinealskador samt suturerings teknik av Karl Möller Bek från Aarhus. Kursen fortsatte under eftermiddagen med Eva Uustal som pratade om diagnostik av perinealskador såväl på förlösningsskavdelningen samt i efterskedet.



Sjukgymnast Karin Torell pratade om behandling och uppföljning av sfinkterskador. Därefter följde ett föredrag om utredning och behandling av sena komplikationer ur gynekologisk respektive kirurgisk synvinkel.

Vid SFOGs årsmöte meddelades traditionsenligt att årets Berndt Kjesslerpristagare var Mats Löfgren. Han erhöll denna utmärkelse för sitt hängivna arbete med att bygga upp det gynekologiska operationsregistret GynOp vilket med-

för att klinikerna som deltar kan följa sina resultat kontinuerligt och jämföra sig med riksgenomsnittet.

Phil Bennet från London presenterade sitt arbete kring prematur förlossning och inflammatoriska mekanismer. Han talade om att oxytocinantagonister som Atosiban kan öka den inflammatoriska aktiviteten och han avslutade med frågan om vi verkligen skall ge tokolys!

Banketten gick av stapeln på onsdagskvällen. Denna hölls i anslutning till kon-

ferenslokalen. Alla kom såklart uppklädda och kvällen inleddes med champagnemingel. Därefter flyttade vi över till bankettsalen. Bengt Karlsson och Mats Brännström, ordförande för vetenskapliga kommittén, hälsade alla välkomna. Därefter avnjöts en tre-rätters galamiddag. Festgeneral/toastmadam för kvällen var Anna-Karin Welin från Varberg, vilket hon skötte med bravur. Mahsa Nordqvist delade ut OGU:s pris för bästa handledare 2014. Priset gick i år till Leif Holm



från Falun som står bakom den populära och effektiva ”gynsatsningen”. Kvällens underhållning stod hemmakliniken för i form av en kort fars till publikens jubel. Efter middagen blev det dans till Street Bourbon Band och dansen pågick till långt efter midnatt.

Torsdagen inleddes med ett välbesökt och givande seminarium om akuta leversjukdomar i samband med graviditet och förlossning där många aspekter av både HELLP, AFLP och annan akut leversjukdom täcktes in. Vikten av att alltid ta leverpåverkan på allvar under graviditeten betonades särskilt. Vi fick oss också till livs en lärorik föreläsning om hemostas vid akuta leversjukdomar och framtida laboriemetoder för att bedöma koagulationsstatus liksom det typiska förloppet hos patienter med olika typer av leverpåverkan. Passet avslutades med anestesilogens syn på obstetriska patienter med leversvikt och vikten av ett gott samarbete mellan alla inblandade specialiteter underströks.

Torsdagens plenarföreläsning hölls av Jan Brynhildsen som på ett mycket engagerat sätt framhöll vikten av fungerande preventivmedel och möjlighet till säkra aborter. Via liknelser och tankeväckande exempel fick vi en tydlig bild av mödradödligheten i världen liksom den positiva effekten av en liberal abortlagstiftning på kvinnors mortalitet och morbiditet. Han bjöd också på en exposé över preventivmedlens historik och användningsstatistik både i Sverige och globalt. Han betonade vikten av att lyfta fram preventivmedels positiva hälsoeffekter för att öka användningen men menade också att detta borde kunna utvecklas ytterligare framöver.

SFOG-veckan i Varberg avslutades på eftermiddagen med prisutdelningar för bästa poster bland annat. Bengt Karlsson och Harald Almström tackade för den gångna veckan och en påkostad, rolig film om Jönköping hälsade oss välkomna dit nästa år.

Avslutningsvis vill vi från Kvinno- kliniken i Varberg tacka alla som engagerat sig och deltagit i årets SFOG-veckan runt om i landet. Vi ser fram emot 2015 och önskar Jönköping och Linköping lycka till med arbetet att anordna nästa års SFOG-veckan. ■



Jeanette Swartz, Henriette Solander och Susanne Lundin från SFOG-kansliet.

Sahlgrenska University Hospital and St George's Hospital, London University, invite you to:

CTG Master Class

Dates:

4th to 5th of December or 23rd to 24th of February at Sahlgrenska University Hospital, Gothenburg.

Conducted by the Intra Partum Fetal Monitoring Group from St George's Hospital, London University, for healthcare professionals of Obstetrics and Midwives.

The program includes:

- Fetal heart rate control and pathophysiology
- Deeper understanding of intrapartum hypoxia and the wider clinical picture
- Interactive review of cases

Faculty:

Edwin Chandraharan
Austin Ugwumadu
Annika Mårtendal
Håkan Norén

Venue:

4-5/12 2014	Järneken, KK huset/Östra Sjukhuset
23-24/2 2015	To be announced

Two day course fee: 1340 SEK (excl. VAT, including lunch and coffee).

For registration:

To all employees at Sahlgrenska University Hospital: Please make your registration at SU/Obstetriken's web-site. FOU och utbildning/interna utbildningar.

To all interested participants outside SU, send an e-mail to info@neovolta.com with your name, invoice address and the date of the course. You will then receive an invoice. **Please note we must receive payment as cleared funds prior to course.** Last day for registration November 3rd, 2014.

Places available on 'first come first serve' basis.

For more information about the program contact hakan.noren@vgregion.se

The CTG Master Class will give you a deeper understanding of CTG and CTG interpretation and offers an incomparable opportunity to assess and interpret a wide range of real life obstetric emergencies. This highly esteemed course is run by the team at St George's several times a year.



OGUs ordförande informerar



Bästa OGU-medlemmar!

Patientsäkerhet och vårdkvalitet är två ord som ligger oss alla varmt om hjärtat. Det finns många viktiga sätt att granska och säkerställa att detta fungerar, så som nationella register, avvikelserapportering, vårdrutiner, journalsystem osv. Låt oss titta på några enstaka faktorer som är förutsättningar för god patientsäkerhet och vårdkvalitet. Det handlar om hög kompetens och förmågan att bevara och utveckla den kompetensen, god arbetsmiljö, god forskningsmiljö, och framförallt att den kliniska och medicinska kompetensen systematiskt förs vidare och vidareutvecklas. Det skulle vara pinsamt om vi inte tittar en eller två generationer längre fram och plötsligt står med ett generationsgap där vårdkvaliteten sjunker på grund av att kompetensen, både den kliniska och akademiska, försvinner från kliniken och inte i tillräckligt snabb takt förs vidare till nästa generation.

Ett effektivt sätt att bevara kompetensen är att satsa på ST-utbildningen och skapa en struktur för hur varje enskild ST-läkare ska lära sig färdigheter. Det ska inte vara slumpen eller turen som styr hur kompetent man blir under sin ST.

Inom OGU har vi bland annat från våra enkätundersökningar fått hintar om att det på många håll i landet saknas en struktur för den kirurgiska träningen. Vi har därefter arbetat febrilt med att både förbättra situationen och bättre kartlägga problemet. Under ett års tid har vi drivit kampanjen "Ge Kniven Vidare" som syftar till att förbättra strukturen kring den kirurgiska träningen. Vi har precis avslutat och utvärderat kampanjen och resultatet kan du läsa om i detta nummer

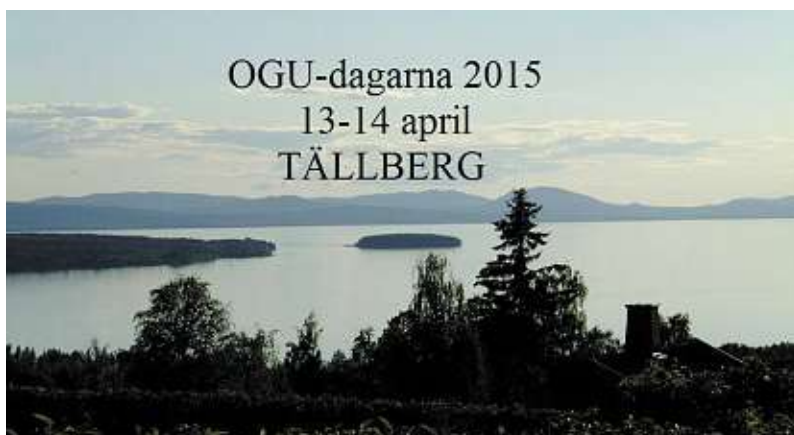
av Medlemsbladet. Bläddrar du vidare ser du även resultatet från den stora OGU-enkäten som kommer ut vartannat år och syftar till att kartlägga kvaliteten på ST-utbildningen. I år har vi haft fokusfrågor om den kirurgiska träningen där resultaten bland annat visar att vi behöver bättre struktur och utvärdering. Det finns även andra strukturella brister så som avsaknad av kontinuerlig handledning och tid för studier. För att bättre kartlägga ST-läkarnas förväntningar gentemot målbeskrivningen och även se i hur stor grad målbeskrivningens kirurgiska krav blir uppfyllda, delade vi tillsammans med utbildningsnämnden ut enkäter till alla som skrev ST-tentan och det spännande resultatet presenteras i detta nummer.

På förenings symposiet under SFOG-veckan fick vi höra hur kirurgerna har kommit betydligt längre och skapat en strukturerad modell för sin kursverksamhet. Där har vi mycket att lära och OGU har därför tagit initiativet till att representera från samtliga kirurgiska ST-föreningar ska närvara vid Svenskt Kirurgiskt Råd som är ett möte där samtliga kirurgiska specialistföreningar samlas. Vi behöver inte alltid uppfinna hjulet på nytt utan kan lära av varandra. Under förenings symposiet fick vi även höra öl Leif Holm från kvinnokliniken Falu Lasarett prata om "Gynsatsningen" som är ett utmärkt exempel på hur man kan strukturera upp den kirurgiska träningen under ST och samtidigt avlasta överläkarna på avdelningen. Leif Holm var även den som tilldelades OGUs årliga handledarpris. Grattis Leif till en mycket välförtjänt utmärkelse!

Under SFOG-veckan närvarade OGU även bland annat på professorsmötet för diskussion kring hur man bäst kan locka unga forskare. Vi har en stor utmaning framför oss med allt fler unga som väljer bort forskningen som utgör grunden för vår verksamhet. Även här måste vi bygga upp en struktur som möjliggör för unga läkare att engagera sig i forskningen och det viktigt att vi unga är med och leder den debatten.

Slutligen vill jag särskilt lyfta fram och tacka ST-läkarna i Varberg för en välorganiserad och trevlig OGU-kväll under SFOG-veckan, samt ST-läkarna från Göteborg som tillsammans med OGU organiserade två SK-kurser under SFOG-veckan. Och sist men inte minst, tack till alla er fantastiska föreläsare, som delade med er av er kunskap och erfarenhet, på både SK-kurserna och övriga SFOG-veckan.

Er Ordförande,
Mahsa Nordqvist



OGU-dagarna 2015 13-14 april

Välkomna till OGU-dagarna 2015 i regi av Kvinnokliniken i Falun-Mora!

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

Bland höjdpunkterna på programmet finns Philip Steer (brittisk obstetriker och f d chief editor på BJOG) som kommer att prata postpartumblödning. Som en intressant vinkling kommer även en hematolog och en narkosläkare ge sin syn på samma ämne.

Vi kommer även få höra om hur man handlägger obstetriska blödningar i Tanzania av Claudia Hanson, tysk forskare och obstetriker som arbetar tillsammans med Hans Rosling, ankaret för Gap Minder.

Detta bland mycket annat får ni inte missa! Man kommer under hösten att kunna anmäla sig via OGU's hemsida.

Med önskan om att få se er alla i Tällberg
Organisationskommittén för OGU-dagarna 2015

Vinnare av OGUs handledarpris 2014

Vi har äran att gratulera Öl Leif Holm från Falu Lasarett som vann priset med följande motivering:

Vi på Kvinnokliniken Falu Lasarett skulle vilja nominera överläkare Leif Holm till OGU-priset 2014. Leif är en ovanligt skicklig gynekologisk kirurg och han har även en unik pedagogisk förmåga. Få kollegor kan som han entusiasmera, engagera och på ett klokt och ödmjukt sätt föra fram sina yngre kollegor. Leif är även initiativtagare till den så kallade Gynsatsningen, som är en kirurgisk utbildningstermin för alla ST-läkare i Falun. Eftersom man får stå som första operatör på all benign och akut kirurgi, utan störningar av jourer eller andra placeringar, utvecklas man enormt kirurgiskt. Vi anser att Leif är en förebild och stolthet för hela kåren.



”Gynsatsningen” vid Falu lasarett

Vad innebär ”Gynsatsningen”?

Vid Kvinnokliniken på Falu lasarett har vi sedan ca 6 år tillbaka haft något som vi kallar för ”Gynsatsningen”. Detta innebär att en ST läkare åt gången under 4 månaders tid är friställd från journalschemat och bara har avdelningsplacering på benign sida på gynekologiska avdelningen. Kravet är att man utför en 100% tjänstgöring samt undviker att delta på andra aktiviteter såsom kurser och andra uppdrag. I praktiken menas då att man har mottagnings- och inskrivningsdagar måndagar och onsdagar samt operationsdagar tisdagar och torsdagar. Fredagar medverkar man i avdelningsarbetet och

Lina Bergman
ST läkare, Falu Lasarett

patolog/onkologrond. Man har även gynjour vissa mån-, ons- eller fredagar dagtid.

I ”Gynsatsningen” ingår preoperativa bedömningar och övrigt avdelningsarbete där man som ”gynsatsare” alltid arbetar heltid och delar allt ansvar för inneliggande patienter tillsammans med överläkare och specialister.

Kvinnokliniken i Falun är en medelstor klinik med ca 10 ST-läkare och en avdelning med 2 sidor där den ena sidan

(den benigna sidan som ”Gynsatsaren” arbetar vid) opererar enligt ovan med ett operationslag på tisdagar och två operationslag på torsdagar. Den andra sidan har blandat maligna och benigna operationer och opererar med ett operationslag på måndagar och ett på onsdagar. På fredagar utförs enbart operationer på akutlaget. Förutom centraloperation har kvinnokliniken även en ”behandlingsavdelning” där mindre ingrepp utförs, mestadels hysteroskopier, TVT-operationer, vacuumexeriser och koniseringar.

Efter ”Gynsatsningen” har man som ST-läkare blivit så pass självständig att man kan assistera den som gynsatsar

vid lättare ingrepp som vissa laparoskopier och prolapsoperationer, beroende på vilka ingrepp man blev mest exponerad för under sin egen "Gynsatsning". Det blir ett naturligt steg vidare i den operativa färdigheten. Man kan även vara placerad vid kvinnokliniken i Mora (som är en del av samma klinik) eller på den maligna sidan. Det är naturligtvis så att det blir mindre operationer att vara med på runt omkring "Gynsatsningen" men totalt sett upplever vi på Falu lasarett det som att man lär sig mer med denna mer intensifierade period som blir under "Gynsatsningen".

Varför uppkom "Gynsatsningen"?

Avdelnings- och operationsarbetet för underläkare fungerade inte optimalt hos oss då många arbetade deltid, hade andra uppdrag såsom kurser och utbildningar och även jourveckor och komplédigt. Detta innebar dels att ST-läkaren inte fick en kontinuerlig utbildning samt att överläkare/specialister fick dra ett tyngre lass på avdelningen.

Klinikens överläkare och specialister pratade då ihop sig med Dr Leif Holm som ledande initiativtagare och i samråd med underläkarna kom man fram till begreppet "Gynsatsningen".

Vad lär man sig?

Målet med "Gynsatsningen" är att man självständigt skall kunna utföra (förutsatt någorlunda normal anatomi):

- Enklare laparoskopier (laparoskopisk sterilisering, laparoskopisk genomspolning av äggledare samt okomplicerade salpingooforektomier laparoskopiskt)
- Prolapsoperationer utan nät (främre plastik, bakre plastik, cervixamputation).
- Hysteroskopi (diagnostiska samt exstirpation av polyper)

Man skall även självständigt, eller under handledning, beroende på hur många av nedanstående ingrepp man blivit exponerad för, kunna utföra:

- Abdominell hysterektomi
- Laparoskopiska cystenukleationer,
- Laparoskopiska tubotomier/salpingektomier vid extrauterin graviditet
- Laparoskopiska salpingektomier
- Laparoskopiska peritoneumresektioner pga endometriosis

Under "Gynsatsningen" brukar man även bli bekant med vaginala hysterektomier (ofta prolaps) och cystoskopier. På samtliga operationer på benign sida är tanken att ST-läkaren skall stå som första operatör och ta ansvaret för operationspatienterna. Successivt blir man under "Gynsatsningen" mer och mer självständig men med tillgång till handledning vid behov så att man får utvecklas under ansvar.

Denna lösning har på kvinnokliniken i Falun fungerat mycket bra och samtliga läkarkategorier är nöjda med upplägget. För överläkare/specialister innebär det att ST-läkaren på "Gynsatsningen" alltid är närvarande och har kontroll över avdelningsarbetet samt tar ansvar för operationsverksamheten. För ST-läkaren innebär det en möjlighet till en mer sammanhängande tid på operationsavdelningen där man på relativt kort tid kan samla på sig mycket erfarenhet och få en chans att bli självständig på de mer basala ingreppen. Detta ligger sedan som en grund för den resterande kirurgiska utbildningen under ST och fortbildningen efter specialisering. Detta tror vi gör det enklare att komma till vid operation under resten av ST-tjänstgöringen och efter att man har blivit specialist. Man får även tillfälle att följa mer komplicerade inläggande fall men även följa upp jourfallen som läggs in dagligen. Vid ett lasarett som Falun är det även viktigt att alla

lär sig att utföra dessa mer basala ingrepp då man senare som bakjour, oavsett om man blir obstetriker eller opererande gynekolog, måste kunna behärska t ex laparoskopiska tubotomier/salpingektomier vid extrauterina graviditeter.

Vi har lagt "Gynsatsningen" någonstans i mitten av ST tjänsten och framåt så att man, när man börjar, redan har en viss operativ vana. Se även artikeln om kirurgiska färdigheter efter ST, i detta nummer av Medlemsbladet, för information kring hur de kirurgiska färdigheterna skiljer sig mellan ST-läkare generellt i landet och ST-läkare som genomgått "Gynsatsningen".

Vid frågor går det bra att kontakta:

Leif Holm, överläkare
leif.holm@ltdalarna.se

Ingela Lundin, överläkare
ingela.lundin@ltdalarna.se

Lina Bergman, ST-läkare
lina.bergman@ltdalarna.se

ENTOG-mötet i Glasgow maj 2014

I egenskap av internationell representant för OGU fick jag möjligheten att åka på det årliga ENTOG-mötet i Glasgow 7-8 maj. ENTOG står för European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology och är en organisation som funnits sedan 1997. ENTOG har idag 29 medlemsländer och kärnverksamheten består att ett årligen återkommande möte och utbytesprogram för ST-läkare. Mötet innefattar alltid ett vetenskapligt tema som berör högaktuella ämnen inom ST-utbildning. På årets möte handlade det vetenskapliga programmet om kvinnosjukvård ur ett globalt perspektiv och om "workforce planning" d v s hur olika länder reglerar antalet ST-läkare och hur rekryteringsprocessen ser ut.

Under rubriken "workforce planning" fick vi höra om det brittiska systemet där nyutexaminerade läkare söker ST-tjänst inom gynekologi och obstetrik via ett webbaserat ansökningsprogram. Därefter kallas sökande till en 3-stepsintervju. För att bli kallad till intervju bör man ha fått sin läkarlegitimation, men får inte ha ytterligare arbetserfarenhet eftersom de vill att alla som börjar på en ST-tjänst skall vara lika "gröna". Storbritannien har därmed en bra helhetskontroll över antalet ST-läkare i de olika städerna och kan reglera antalet tjänster utifrån behovet.

Under föreläsningarna som berörde global kvinnosjukvård fick vi höra om GSF (Gynecologie Sans Frontieres). GSF är en fransk organisation som grundades 1995 och har för närvarande kring 250 medlemmar. Organisationen jobbar likartat som MSF, läkare utan gränser, men med fokus på kvinnosjukvård och välkomnar även ST-läkare i sitt arbete. Exempel på deras arbete är cervixcancer-



prevention på Madagaskar, öppnande av en kvinnoklinik på landsbygden i Nepal och de bedriver även akut kvinnosjukvård på de Syrisk flyktingförläggningarna.

Vi fick höra en inspirerande föreläsning om en dansk ST-läkare som åkte till Sierra Leone för att delta i en verksamhet som kallas "surgical task training". Detta innebär att läkare och barnmorskor åker till ett utsatt område på landsbygden i ett utvecklingsland och lär icke-läkarutbildade sjukvårdare att utföra livs räddande kirurgiska ingrepp som t ex kejsarsnitt, vakumexeres, manuell placentalösning o s v.

Nästa års ENTOG-utbyte och möte går av stapeln i Nederländerna. Där kommer de ST-läkare som deltar i utbytet att få vara med och uppleva Nederländernas berömda hemförlossningsverksamhet. Håll utkik i Medlemsbladet efter ENTOG-utbytesannonser och hör av dig till mig eller Elisabeth Vock om du vill åka. Du kan också gå in på

www.entog.eu och registrera dig så får du deras nyhetsbrev som innehåller information om utbytet. Nästa år kommer det vetenskapliga programmet att handla om "training the trainers", "evaluation and structured feedback" och simulatorträning, jätte spännande!

Ida Bergman

ST-läkare på Södersjukhuset i Stockholm
OGU-styrelsemedlem, internationell representant
ida.bergman@sodersjukhuset.se ■

OGU-enkäten

OGU har sedan år 2000 sänt ut en enkät vartannat år till ST- och underläkare inom gynekologi och obstetrik i Sverige. Som tidigare år efterfrågades i OGU-enkäten 2014 underläkarnas arbetsvillkor och utbildningsmiljö och särskilt fokus las på den kirurgiska utbildningen. Intentionen är att nå ut till alla vikarierande underläkare och ST-läkare men uppgiften försvåras i och med att OGU saknar ett fungerande medlemsregister. Detta försvårar dessutom en bortfallsanalys. Undersökningen har totalt 211 svarande vilket uppskattas vara cirka hälften av alla ST- och underläkare i Sverige. Av de svarande innehar 94% en ST-tjänst och 84% är kvinnor. 63% har arbetat mer än 24 månader inom specialiteten och resten är jämnt spridda från nybörjare med några enstaka månader och fram till 24 månader. 2,3% vikarierar före AT. De svarande representerar således såväl nyblivna som mer erfarna läkare vilket ger en spridning exempelvis för hur de värderar sin egen kirurgiska förmåga.

Arbetsvillkoren skiljer sig åt vilket framkommer i frågan om antalet inestående komptimmar där det varierar mellan 0-50 timmar (32%) till 201 timmar eller mer (23%). Dessutom svarar 29% att de inte får ta ut jourkomp som de önskar. Med tanke på vår ofta jourtunga specialitet är detta en viktig fråga att ta upp till diskussion. Medianen (89 svarande) har en grundlön på 40 000-42 000 kronor.

Två tredjedelar är nöjda med sin intro-

duktion när de börjar inom specialiteten vilket är positivt. Värre är att 30% inte tycker studierektorfunktionen fungerar på deras klinik och nästan var tionde (8%) ST-läkare helt saknar en studierektor, trots att detta är en bindande bestämmelse från socialstyrelsen för att kunna ge en fullgod ST-utbildning. Hälften uppger att de träffar sin handledare endast 0-4 gånger per år. En fjärdedel träffar handledaren 10-12 eller fler gånger per år vilket överensstämmer med rekommendationerna från Läkarförbundet. Det är oroväckande att se nedanstående diagram (Fig 1) där klinikerna borde nå upp till 100% eftersom individuell ST-plan, utsedd handledare, fortlöpande utvärdering och kontinuerlig dokumentation är bindande bestämmelser från Socialstyrelsen. Avsatt tid för det obligatoriska vetenskapliga och kvalitetsarbetet samt schemalagd handledning (minst en timme varannan vecka) är rekommendationer från Läkarförbundet. SFOGs utbildningsnämnd rekommenderar minst 10 veckor som avsatt tid för det vetenskapliga arbetet.

Situationen för våra ST-läkare kan alltså och måste förbättras vilket kräver aktivt och fortlöpande arbete.

Nedanstående diagram (Fig 2) visar hur många timmar per vecka ST-läkare har till teoretisk utbildning med egen inläsningstid och interna/regionala utbildningar. Enligt Socialstyrelsens bindande föreskrifter ska teoretiska utbildningsmoment och kurser enligt målbe-

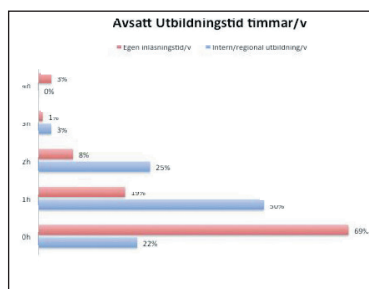
skrivningens krav planeras in i utbildningsprogrammet. Man har som allmänna råd skrivit att ST-läkaren bör ha tillgång till regelbunden och inplanerad intern och extern utbildning liksom möjlighet till regelbundet avsatt tid för självstudier. De allmänna råden är inte juridiskt bindande, men man bör ha mycket starka skäl till att helt frånga dem. Läkarförbundet har utifrån dessa krav från Socialstyrelsen rekommenderat motsvarande 4 timmar per vecka för självstudier, vilket hela 71% av ST-läkarna inte erbjuder på sin klinik. Glädjande är dock att de allra flesta får de rekommenderade 2 veckornas inläsningstid till tentamen och hela 94% planerar att göra eller har redan gjort ST-tentamen. I år genomförde 34 personer ST-examen men utifrån enkätsvaren kan man tänka sig att fler kommer att genomgå denna i framtiden. På frågan om hur ST-läkaren vill examineras svarade 22% att de vill ha frivillig ST-examen medan resterande är för obligatorisk ST-tenta eller examination i förbindelse med obligatoriska kurser. Tendensen är en efterfrågan på mer obligatoriska kurser och examinationer.

När det gäller kirurgisk utbildning har få ST-läkare en strukturerad plan på kliniken för hur de ska uppnå kirurgisk kompetens enligt målbeskrivningen (Fig 3). Endast ett fåtal använder någon form av utvärderingsinstrument för kirurgisk utveckling. Ca 80% av ST-läkarna som svarade på enkäten tycker att det borde specificeras hur många av vardera typgrepp en ST-läkare borde ha utfört för att nå specialistkompetens.

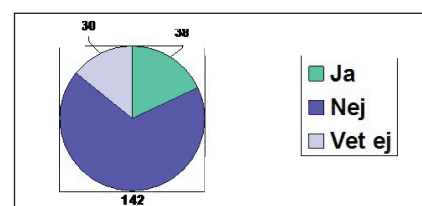
Figur 1



Figur 2

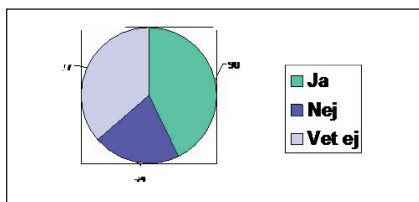


Figur 3



Utifrån enkätsvaren finns god överensstämmelse mellan checklistan och ST-läkarnas synpunkter om vilka ingrepp en ST-läkare ska lära sig självständigt. Det enda ingrepp som skiljer sig markant är diagnostisk hysteroskopi som ST-läkarna vill ha högre krav på än de befintliga. Ca 80% anser att kurs i basal kirurgisk teknik skall vara obligatorisk för alla ST-läkare. Bara 27% har tagit laparoskopikörkort eller gått en kurs i laparoskopimen 60% har praktisk möjlighet att träna i laparoskopisimulator. På frågan "Hur ofta planeras du som huvudoperatör när du har operationsdag?" svarade 24% alltid eller ofta, 61% ibland eller sällan och 14% aldrig. Oroväckande kan tyckas att 57% svarar "nej" eller "vet ej" på frågan om de "kommer att uppfylla de kirurgiska målen i slutet av ST?" (Figur 4). Glädjande för OGU svarar över hälften att "Ge kniven vidare" tillämpas på deras klinik.

Figur 4



Sammanfattningsvis krävs fortsatt arbete med ST-utbildningens struktur, att tillgodose kraven på studierektor, planera för inläsningstid och handledning som att förtydliga ST-utbildningens krav och mål. OGU-styrelsen presenterar enkätresultaten för SFOG, verksamhetschefer och studierektorer. Arbetet med kampanjen "Ge kniven vidare" fortsätter på klinikerna ute i landet i syfte att förbättra den kirurgiska utbildningen. Utbildningsnämnden är delaktig i projektet KUST som ser över kursutbudet under ST-utbildningen. Tillsammans med alla kliniska handledare och engagerade ST-läkare fortsätter vi arbetet för en strukturerad, trygg ST-utbildning av högsta kvalitet!

Med vänlig hälsning
OGU-styrelsen

Specialistexamen 2014

När ansökan är inskickad och man själv tidigare propagerat FÖR specialistexamen i bland annat MB, är det lite svårt att dra sig ur... Men någonstans mitt i inläsningsperioden uppstår en känsla av ånger. Viljan att dra sig ur blir påtaglig. För även om vår specialitet till viss del är begränsad finns det precis hur mycket som helst att läsa in. Kanske är det åldern och att det var evigheter sedan jag skrev AT-tentan eller så är det hormonerna (gick in i tredje trimetern under inläsningen) eller så har jag helt enkelt någon bokstavskombination. Kanske har jag NFED, Nåt Fel E Det. För det är svårt att sitta koncentrerat och fokusera hela dagarna och det är svårt att selektera. Det är så mycket jag behöver läsa in och checklistorna känns oändliga. Och, nej, jag har inte lärt som man ska med kontinuerlig inläsning och fortlöpande utvärdering under ST, men jag har "jourat" mycket. På jourerna vid ett universitetssjukhus lär man sig mycket, men tyvärr hinner man inte få den djupa teoretiska förståelsen, och det märks där och då under inläsningen.

Jag tar mig till Uppsala med en fullpackad väska. Den är tyngre än någon sin, fylld till bredden med litteratur jag kanske behöver skumma igenom ännu en gång. Min pappa brukar alltid säga: "har du inte ätit dig mätt kan du inte slicka dig mätt". Jag har så svårt att åka utan dessa kunskapskällor och det känns snarast som skrockfullt tvång att ha dem med. Jag hoppas kanske på någon slags telepatisk överföring i sista minuten. I vilket fall inger den tunga väskan något slags lugn. Jag har inget resesällskap mer än mina egna nerver och Iphonen med de sociala medierna som perfekt stöttepelare inför kommande dagar. Väl framme visade det sig att det var fler i samma sats som möttes vid frukostbuffén. Gamla

tentafrågor diskuterades hej vilt och man ville gärna hänga med i svängarna för att inte visa sig helt "lost". Vid 09.45 samlades vi i en lagom stor, fräsch aula. 10.00 gick startskottet. Tentan var tjock med betydligt fler blad än tidigare. Vid inläsningen noterades just detta fenomen, att skrivningen blivit tjockare för varje år och i år var det inget undantag. Det är på gott och ont man kan bläddra fram och tillbaka i skrivningen. För visst är det lätt att börja tveka. Var det verkligen detta de frågade efter? Har jag missförstått frågan? Ska jag gå på magkänsla eller försöka hitta svaret någonstans långt in i medvetandet? Är jag för snabb och slarvig? Pennorna i salen gick varma. Däremot var kaffet inte varmt så länge. För man fick inte förtära något annat än lunchen i salen, till mångas stora besvikelse. För egen del var kaffesugget långt lägre än godissugget. Några bitar slank ner trots tentavakternas stränga blickar. När sluttiden närmade sig var det bara någon enstaka person som lämnat salen. Utbildningsnämnden fick förlänga tiden, inte bara en gång utan två, vilket kanske talar för att skrivningen var lite väl omfattande.

Medan utbildningsnämnden rättade tentor satt vi andra och spekulerade i vilka OSCE stationer som skulle komma och försökte slicka oss mätta inom de områden vi ansåg mest rimliga. Vi var sedan tidigare indelade i en förmiddags och en eftermiddagsgrupp. Jag hörde till den senare. OSCE är ett utmärkt sätt att testa både teoretiska förmågan till resonemang och praktiska färdigheter, även om det är svårt att simulera allt som finns "IRL". Stationerna var varierande och likaså examinatorerna. Ämnesområdena hade stor spridning med allt från endometriosis till skulderdystoci. När även denna dag var avklarad tror jag de flesta kände sig

ganska lättade. Själv åt jag middag med ett gäng härliga göteborgare och vi snackade vilt om för- och nackdelar med våra olika arbetsplatser och försökte dela med oss av förbättringsmöjligheter att ta med hem till kliniken. Men givetvis snackades det även om annat såsom husköp, resor, barnen därhemma osv. Dag 3 samlades vi tidigt för att presentera och opponera på våra ST-arbeten. Det var tufft tidsschema för att alla skulle ges möjlighet till personlig feedback från utbildningsnämnden innan hemresa. Det som slog mig är vilka fantastiska förmågor som finns. Jag blev så imponerad av allas arbeten och även presentationerna. Det finns gott hopp om framtiden även om vi är många som också kan njuta av föräldraledighet och fortlöpande jourkompdagar! Vi är desto effektivare när det väl gäller skulle jag vilja påstå.

Slutligen samlades vi alla i väntan på vår tur. Alla hade ett nummer i kön och nu skulle juryn alltså ge sitt slutgiltiga utlåtande. Man fick känslan av att vara

på Idol-audition. Jan Brynhildsen kan som Alexander Bard vara rätt sträng och krass ibland. Anna-Karin Wikström, som roddar det mesta men ändå har en ödmjuk framtoning får liknas vid Laila Bagge. Hon kan vara hård men oftast väldigt rättvis och vem är då Anders Bagge? Det får nog vara OGU-representanten, som ju alltid står på vår sida. För min del har jag ju tidigare suttit på andra sidan, som OGU-representant. Jag vet att även de i utbildningsnämnden är rätt matta efter dessa tre intensiva dagar där allt ska klaffa och mycket kan gå fel. Bara det att de rättat alla skrivningar, samlat ihop OSCE resultaten och diskuterat varje blivande specialist var för sig och lyckats snacka ihop sig är imponerande. Men det var inte det jag tänkte på främst när jag stod där och väntade på min tur. Nej, jag var istället orolig för att behöva skämmas...men det gick bra. Det gör det ju oftast, även om pressen kan göra att man både under- och överpresterar.

Jag vill med detta säga att min åsikt

fortfarande är att alla borde genomgå specialistexamen men det vore bra att göra flera examinationer under resans gång. Antingen examineras man vid ett kurs-tillfällen eller att man har en övergripande examination för varje år eller delmål. En avslutande examen kan också vara bra eftersom det alltid fastnar mer vid repetition. Som färdig specialist skulle jag även vilja påtala vikten av fortbildning. Kanske även specialisterna ska få göra några test då och då för att hålla sig uppdaterade och inte tappa för mycket av sina kunskaper ju mer man nischar sig. Ett tack till alla trevliga kollegor som gjorde examen i Uppsala och för att vi hetsade varandra lagom och stöttade desto mer och ett stort TACK till utbildningsnämnden!

Malin Sundler

Specialistläkare

Kvinnokliniken Skånes Universitetssjukhus, Malmö

Författarsinstruktioner

Manus skickas via e-post till redaktören:

anna.ackefors@sfog.se. För att säkerställa att ditt bidrag kommer med i önskat nr - skicka in det i god tid innan manusstopp. Om tveksamheter kontakta redaktören via mail eller SFOGs kansli.

Följande regler underlättar processen.

1. Vi kan ta emot de flesta filer från ordbehandlingsprogram för Mac och PC. (Power Point är ett bildvisningsprogram och Excel ett kalkylprogram.) **Skicka inte PDFfiler om de inte är färdiglayoutade och högupplösta.**
2. Gör inga egna avstavningar utan låt texten flöda över automatiskt till nästa rad (detta gäller vare sig om det finns avstavningsprogram eller inte).
3. Gör en blankrad mellan varje nytt stycke.
4. Använd programmets tabuleringsfunktion vid inskrivning av tabeller, inte mellanslagstangenten.

5. Använd inte egen design i texten i form av ovanliga typsnitt, understrykningar, fetstil eller dylikt. Det medför ett avsevärt arbete att leta efter dolda koder i texten. Ange hellre i ett medföljande dokument hur typografin önskas utformad.

6. Kom ihåg att skicka med logotyper och bilder som egna bildfiler. Bilder monterade i World är bara skärmbilder som inte lämpar sig för tryck. Bildfiler bör ha en upplösning på 300 dpi för att göra sig bra i tryck. De flesta typer av bildformat kan tas emot. De vanligaste bildformaten som används i tidningen är jpeg, tif eller eps.

7. **Om du tar bilder med digitalkamera, använd kamerans högsta upplösning.**



ST-enkäten

Vilka förväntningar har nyblivna specialister inom obstetrik & gynekologi avseende sina kirurgiska färdigheter och vilka ingrepp behärskar de i slutet av sin ST?

Dessa frågor ställde OGU-styrelsen och utbildningsnämnden till samtliga 33 deltagare av SFOGs Specialistexamen 2014.

Vi har fått signaler från ST-läkarna att de är missnöjda med den operativa träningen och att de förväntar sig att komma längre operativt än vad de faktiskt gör under ST-tiden. Det kan skapa stor frustration, stress och dålig arbetsmiljö.

För att kartlägga diskrepans mellan förväntningar och faktiskt uppnådda färdigheter delades det i samband med skrivningen ut en enkät, där deltagarna blev ombudda att sätta ett kryss för olika typ- ingrepp avseende följande påståenden:

1. "Jag tycker att en nybliven specialist inom obstetrik och gynekologi borde kunna utföra följande operation:"
2. "Den här operationen kan jag idag göra:"

Svarsalternativen var: ska kunna utföras "helt självständigt", "under handledning" eller "inte alls".

Jämfört med Socialstyrelsens siffror av antal nya specialistbevis Gyn&Obst /år brukar det vara knappt hälften av ST-läkarna som deltar i specialisttentamen. Av de 31 personer som valde att svara, var 19 anställda på ett universitetssjukhus, 2 på regionsjukhus, 7 på länsjukhus och 2 på länsdelssjukhus (1 svar saknades). Det kan alltså vara så att resultaten framförallt återspeglar de större utbildningsenheterna. Av svarande var 26 kvinnor och 4 män (1 svar saknades). De som valde att delta i specialistexamen hade påbörjat sin ST mellan 2003 och 2011, majoriteten 2007/2008. Detta innebär att en ST-läkare i medeltal behöver 6-7 år för att avsluta sin specialisering.

Enligt nuvarande målbeskrivning ska en nybliven specialist inom obstetrik och gynekologi självständigt kunna:

- suturera vaginalruptur och perinealruptur upp till grad III
- utföra sectio vid graviditet i vecka 28 och uppåt
- utföra manuell placentlösning
- handlägga och utföra sterilisering
- utföra kirurgisk abort
- handlägga extrauterin graviditet & bartholinit (Det framgår dock inte tydligt om det gäller att kunna operera en extrauterin graviditet.)
- utföra cervix- och corpusabrasio
- utföra diagnostisk laparoskopi

Tabellen nedan anger hur deltagarna i specialistexamen har svarat avseende de olika ingreppen:

Operation	En nybliven specialist <i>borde</i> kunna utföra			Den här operationen kan jag idag göra		
	helt självständigt (%)	under handledning (%)	inte alls (%)	helt självständigt (%)	under handledning (%)	inte alls (%)
Kejsarsnitt	31 (100)			31 (100)		
Manuell placentlösning	31 (100)			31 (100)		
Sutur av perinealskada grad I/II	31 (100)			31 (100)		
Sutur av perinealskada grad III/IV	26 (84)	5 (16)		23 (74)	8 (26)	
Vakuümexeres	31 (100)			31 (100)		
Fraktionerad abrasio	31 (100)			31 (100)		
Marsupialisation av bartholinicysta	31 (100)			30 (97)	1 (3)	
Diagnostisk laparoskopi	30 (97)	1 (3)		19 (61)	12 (39)	
Laparoskopisk sterilisering	29 (94)	2 (7)		19 (61)	12 (39)	
Laparoskopisk OP vid extrauterin grav.	23 (74)	8 (26)		11 (36)	17 (55)	
Främre prolapsplastik	16 (52)	15 (48)		11 (36)	14 (45)	6 (19)
Cervixamputation	8 (26)	21 (68)	1 (3)	3 (10)	15 (48)	13 (42)
Bakre prolapsplastik	11 (36)	18 (58)	1 (3)	5 (16)	18 (58)	7 (23)
Abdominell hysterektomi	16 (52)	15 (48)		3 (10)	27 (87)	1 (3)
Vaginal hysterektomi	3 (10)	23 (74)	5 (16)	2 (7)	18 (58)	10 (32)
Hysteroskopisk polypresektion	16 (52)	11 (36)	4 (13)	6 (19)	9 (29)	16 (52)
TVT	6 (19)	15 (48)	10 (32)	1 (3)	9 (29)	21 (68)

Lila = ska kunna självständigt enligt målbeskrivning

Gul = överensstämmelse mellan förväntningar och det inlärd

Rosa = ska kunna under handledning enligt målbeskrivning

Följande ingrepp ska kunna utföras under handledning:

fullständig prolapsplastik, utföra, alternativt förklara proceduren vid; hysteroskopi för diagnostik av intrakavitära myom och polyper, laparoskopisk enukleation av benign ovarialcysta, salpingektomi samt abdominell hysterektomi med eventuell SOE, vaginal hysterektomi

För kejsarsnitt, manuell placentalösning, sutur av perinealskada I/II, vakuummexeres och fraktionerat abrasio lever ST-läkarna enligt ovan enkät upp till sina egna förväntningar (och kraven i målbeskrivningen). För samtliga andra ingrepp har många ST-läkare högre förväntningar än vad de faktiskt kunnat lära sig. Generellt verkar ST-läkarna ha högre krav på sig själva än vad förväntas av dem enligt målbeskrivningen.

Stora skillnader mellan förväntningar och aktuell kunskap finns framförallt för de laparoskopiska ingreppen och abdominell hysterektomi, två ingrepp som belyser olika problem:

De enklare laparoskopiska ingreppen ska en nybliven specialist behärska självständigt men endast runt 60% (både i gruppen anställda på universitetssjukhus respektive icke-universitetssjukhus) svarade att de kunde utföra en diagnostisk laparoskopi eller laparoskopisk sterilisering självständigt och endast 35% svarade att de kunde utföra en laparoskopi vid extrauterin graviditet.

Det finns mycket forskning som har visat att man kan lära sig färdigheter man behöver för laparoskopin i simulerad miljö och vi vet bland annat från OGU enkäten 2014 att cirka 60% av landets ST-läkare har tillgång till laparoskopisimulator. Så varför finns det inget system hur ST-läkarna ska lära sig dessa ingrepp? Vi skulle kunna lära oss av andra kirurgiska specialiteter och länder (se t.ex. www.surgicon.org/presentations Prof. Traynors eller Dr. Christian Ribbjerg-Larssen's presentation och deras publikationer i vetenskapliga tidskrifter).

En abdominell hysterektomi ska en nybliven specialist däremot endast kunna

utföra under handledning vilket de allra flesta kunnat lära sig. Den okomplicerade abdominella hysterektomi blir ett allt mer sällsynt ingrepp. Många kvinnor som tidigare skulle ha genomgått en abdominell hysterektomi på benign indikation, kan vi idag behandla konservativt t ex med en hormonspiral eller via minimalinvasiva ingrepp såsom endometrieablation. På några av våra största sjukhus, som står för en betydande del av Sveriges ST-utbildning inom obstetrik och gynekologi, utförs numera så få som 20-30% av hysterektomierna på benign indikation som abdominella operationer (se Årsredovisning avseende hysterektomi utförd på benign indikation år 2013, Åttersrapport från Gynop-registret på www.gynop.org). På klinikerna upplevdes oftast som om kvinnor med indikation abdominell hysterektomi framförallt utgörs av patienter med stor myomatös uterus och/eller misstanke om adhesioner – det vill säga inga ”nybörjar”-operationer. Här behöver vi kanske bli tydligare att en abdominell hysterektomi inte längre är en ”gynekologisk standardoperation” som alla specialistläkare ska kunna genomföra självständigt?

Gynsatsningen på Falu lasarett

För information kring vad ”Gynsatsningen” innebär, läs gärna separat artikel i samma utgåva av Medlemsbladet.

Under OGU dagarna 2014 i Uddevalla samt vid Framtidens specialistläkare 2014 i Malmö presenterades ”Gynsatsningen” av 2 olika ST läkare från Falun och fick ett mycket positivt mottagande. Under SFOG veckan 2014 presenterades ”Gynsatsningen” av Leif Holm under förenings symposiet ”Håller du dig à jour?”

Som en utvärdering för Kvinnokliniken i Falun men även som ett komplement till enkäten ovan delades samma enkät under sommaren 2014 ut till samtliga ST läkare och nyblivna specialister som genomgått ”Gynsatsningen” i Falun där 9/11 svarade enligt nedan.

Alla som gjort ”Gynsatsningen” utgjordes av 11 personer. Samtliga 11 svarade på enkäten. Av de svarande var

10 kvinnor och 1 man. 4 stycken var aktuella ST-läkare och 7 stycken var nyblivna specialister. Även bland de som gjorde specialistexamen fanns kollegor som redan jobbat som specialister ett tag då man får göra tentan från ca 1 år innan till 1 år efter att man har blivit specialist.

Resultaten skiljer sig på några punkter enligt tabellen till höger jämfört med resultaten från den nationella enkäten. ”Gynsatsningen” innebär exponering för planerade operationer. Bland dessa (laparoskopier och prolapskirurgi) stämde förväntningarna väl med verkligheten. Inom laparoskopi var 100% självständiga inom diagnostisk laparoskopi samt laparoskopisk sterilisering. Även inom främre prolapsplastik var 100% självständiga. Cervixamputation och bakre prolapsplastik gjorde 82% självständigt och detta stämde överens med förväntningarna. Detta skiljer sig tydligt från det nationella genomsnittet där andelen självständiga ligger markant lägre.

Sammanfattningsvis kan man se att ST-läkare och relativt nyblivna specialister i Falun som alla gjort gynsatsningen uppvisar en generellt högre nivå vad gäller kirurgisk färdighet där särskilt färdigheter inom laparoskopiska ingrepp samt prolapsoperationer skiljer sig avsevärt mot det nationella genomsnittet.

Slutsats

Många nyblivna specialister i landet har större förväntningar på sina kirurgiska kunskaper än vad de kunnat lära sig under sin ST. Det finns även en diskrepans mellan vad ST läkarna får lära sig kirurgiskt mot vad målbeskrivningen kräver. Detta gäller i första hand de laparoskopiska ingreppen där nästan 40% av dem som tagit specialistexamen inte når upp till kraven. Eftersom den här diskrepansen betyder missnöje och frustration för en stor andel av våra ST-läkare behöver vi se över den kirurgiska träningen i vår specialitet: Behöver vi omformulera målbeskrivningen så att den överensstämmer med den ”moderna” gynekologin? Behöver vi informera våra ST-läkare bättre om vilka mål som gäller? Hur kan vi uppnå målen inom den laparoskopiska

kirurgin? Är det möjligt/önskvärt med nationella riktlinjer för hur den kirurgiska utbildningen för ST-läkare skall struktureras inkluderande laparoskopisimulatoreträning? Kan det tänkas att fler kliniker strukturerar om sin verksamhet för att ta efter "Gynsatsningen" i Falun som tydligt underlättar inläring av våra elektiva ingrepp?

Läs gärna också sammanfattningen av OGU-enkäten 2014 i samma nummer där ST-läkarna bl a blev tillfrågade om de tycker att vi återigen ska specificera antal typingrepp man ska genomföra under sitt ST, om kursen inom basal kirurgisk teknik ska vara obligatorisk och hur det ser ut med den laparoskopiska träningen.

Tack till alla er som har svarat på enkäten och lycka till i specialistlivet!

Verena Sengpiel

Nybliven specialist vid Sahlgrenska Universitetssjukhus, Göteborg,
f.d. OGU styrelsemedlem och OGU-representant i utbildningsnämnden

Lina Bergman

ST-läkare vid Falu Lasarett,
OGU styrelsemedlem och OGU-representant i utbildningsnämnden ■

Operation	En nybliven specialist <i>borde</i> kunna utföra			Den här operationen kan jag idag göra		
	helt självständigt (%)	under handledning (%)	inte alls (%)	helt självständigt (%)	under handledning (%)	inte alls (%)
Kejsarsnitt	11 (100)			11 (100)		
Manuell placentalösning	11 (100)			11 (100)		
Sutur av perinealskada grad I/II	11 (100)			11 (100)		
Sutur av perinealskada grad III/IV	10 (91)	1 (9)		9 (82)	2 (18)	
Vakuummexeres	11 (100)			11 (100)		
Fraktionerad abrasio	11 (100)			11 (100)		
Marsupialisation av bartholinicysta	10 (91)	1 (9)		8 (73)	2 (18)	
Diagnostisk laparoskopi	11 (100)			11 (100)		
Laparoskopisk sterilisering	11 (100)			11 (100)		
Laparoskopisk OP vid extrauterin grav.	8 (73)	3 (27)		4 (36)	7 (64)	
Främre prolapsplastik	11 (100)			11 (100)		
Cervixamputation	9 (82)	2 (18)		9 (82)	2 (18)	
Bakre prolapsplastik	10 (91)	1 (9)		9 (82)	2 (18)	
Abdominell hysterektomi	4 (36)	7 (64)		2 (18)	9 (82)	
Vaginal hysterektomi		10 (91)	1 (9)		6 (55)	5 (45)
Hysteroskopisk polypresektion	1 (9)	7 (82)	1 (9)	2 (18)	6 (55)	3 (27)
TVT	1 (9)	6 (55)	4 (36)	2 (18.5)	4 (36.5)	5 (45)

Diskrepans negativt

Diskrepans positivt



FIGO / NFOG Newsletter Summer 2014

Dear colleagues,

In order to up-date you on the most recent FIGO Executive Board meeting and to also let you know about some of the latest exciting FIGO activities and initiatives, I have enclosed a brief summary below.

Executive Board meeting (Tokyo, July 2014)

The FIGO Executive Board generally meets once a year with the latest meeting taking place in Tokyo in July 2014.

The logistics, arrangements and generous hospitality were exceptional with great attention to detail resulting in a highly effective, productive event which has received very positive feedback from the participants. This was largely thanks to the superb combined efforts of Professor Tadashi Kimura, the Japan Society of Obstetrics & Gynecology and the respective Japanese and UK Secretariats.

During the last evening of the meeting, it became apparent that the Chairman of the Japanese Society, Professor Ikuo Konishi is also an excellent karaoke singer!

The vast majority of FIGO's work is undertaken by the various Projects, Committees and Working Groups and the discussions during the Executive Board meeting are focused on these. In addition, the Board discussed the current voting system at the FIGO General Assembly (which takes place every 3 years at Congress). Previously, the votes have been cast for candidate countries without knowing who will represent the country if it is nominated. After some discus-

sion the board decided, that in future the Societies are expected to indicate the name of their candidate. In addition, the very complicated voting system was discussed in an effort to simplify the process.

For example, the number of votes per society is dependent on the number of its members. The board decided to suggest, at the 2015 General Assembly, a modification to the existing vote allocation which would result in increased interest, reporting and participation of the countries with higher numbers of members.

A potential addition to the existing membership-votes correlation could be as follows:

Existing current allocation

Up to 500	1 vote
501 - 1000	2 votes
1001 - 1500	3 votes
1501 - 3000	4 votes
Over 3000	5 votes

Possible amendment to allocation

Up to 3000	As above
3001 - 5000	5 votes
5001 - 7000	6 votes
7001 - 12000	7 votes

N.B. Under the terms of our Constitution, this would also require a constitutional change. This could not take effect until, at the earliest, the 2018 General Assembly.

FIGO - NFOG

FIGO has 125 member countries or territories, which are represented at the Executive Board by representatives from 24 countries. The Secretariat Office is in London and the current President is Professor Sir Sabaratman Arulkumaran.

'Sir Arul' is also the President of the British Medical Association and Professor Emeritus of Obstetrics and Gynaecology at St George's University, London. He also served as President of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) from 2007-2010. Many of us had the pleasure to listen to his plenary lecture at the NFOG 2014 congress in Stockholm.

Through mutual effort, understanding and co-operation, the Nordic countries have consistently managed to maintain a member on the FIGO Executive Board for many consecutive terms: previously, among others, Unni Kirste (Norway), Elisabeth Person (Sweden) and currently Anette Tonnes Pedersen (Denmark) and myself (Finland). In addition, Jerker Liljestrand (Sweden) is a former Honorary Treasurer and the Chair of the FIGO Safe Motherhood Committee, Professor Markku Seppälä (Finland), served as the FIGO President 1997-2000.

To initiate a new collaboration between FIGO and NFOG, it was agreed that Professor Lesley Regan, the Chairperson of FIGO Committee for Women's Sexual and Reproductive Rights, will attend the NFOG board meeting in November.

FIGO committees and working groups

Currently FIGO has eight task-oriented committees and four working groups (each with a specific terms of reference approved by the FIGO Executive Board). Usually they meet once a year and work mostly by e-mail.

Committees

- Capacity Building in Education and Training
- Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health
- Fistula
- Gynecologic Oncology
- Menstrual Disorders
- Reproductive Medicine
- Safe Motherhood and Newborn Health
- Women's Sexual and Reproductive Rights

Working groups

- Best Practice in Maternal-Foetal Medicine
- Challenges in Care of Mothers and Infants during Labour and Delivery
- Pelvic Floor Medicine and Reconstructive Surgery
- Prevention of Unsafe Abortion

There is a pressure to establish new committees e.g. to improve diagnostics and treatment of breast cancer and to decrease gender violence. The wide range of issues included in any mandate of a FIGO committee on gender violence would also include 'child marriage'. Final decisions on prospective committees will be made in 2015.

The work of these committees and working groups is mostly funded by donations and, to some extent, by membership fees. Some of our most important support comes from the Melinda and Bill Gates Foundation, which has among other activities made possible the FIGO LOGIC-project (Leadership in Obstetrics and Gynecology). This Project ran from 2008-2013 with the primary aim of strengthening the national societies in 'low to medium resource' nations.

FIGO guidelines

The committees and working groups also produce valuable guidelines and material to enhance clinical work, teaching and problem-solving e.g. difficult ethical issues. I have set out below some of the most frequently used resources:

- The FIGO Recommendations on Terminologies and Definitions for Normal and Abnormal Uterine Bleeding
- FIGO Cancer Report 2012
- FIGO Infertility Tool Box
- FIGO Ethical Guidelines

The FIGO 2015 Congress

The next FIGO congress takes place from 4th - 9th October 2015 in Vancouver, Canada. The congress venue is excellent and the preliminary scientific program looks very promising indeed. The chair of the scientific committee is Joanna Cain from Canada (with Anette Tonnes Pedersen representing Europe). The FIGO 2015 Congress is the hotly anticipated, premier event within our global community. Take time out among your peers to share experiences & learning, to network and to also build collaborative relationships – mark the dates in your calendars now!

ALSO COMING SOON IN AUGUST – OUR NEW LOOK FIGO WEBSITE!

Read more at www.figo.org to see what the International Federation of Gynecology & Obstetrics offers its members!

Seija Grénman
FIGO Executive Board member
Turku University Hospital
Finland

Möte Danderyds sjukhus den 14:e november 2015

Angående patientinformation vid kejsarsnitt på mammans önskan

Som författare anser vi att informationen bara skall användas i samband med personligt besök så att man får möjlighet att stämma av med kvinnan. Vi vet att det i alla skrifter kan insmyga sig felaktigheter och dessa givetvis skall korrigeras. Angående uppdateringen av den vetenskapliga informationen så är området gigantiskt. Jag sökte i juni på cesarean section/adverse effects och fick 19 000 träffar på pubmed. Skriften gäller ju även positiva effekter av kejsarsnitt, effekter av vaginal förlossning, förlossningsrädsla mm. Svårigheterna blir ännu större eftersom det oftast inte finns några randomiserade studier och eftersom man då måste göra bedömningar.

Därför föreslår vi ett möte på Danderyds sjukhus den 14 nov kl 10-15. De som är intresserade att närvara eller medverka skriftligt kan anmäla sig till ellika.andolf@ds.se **senast den 1/11** så kan vi uppdatera oss på olika områden.

*Ellika Andolf, Ingegerd Hildingsson, Håkan Lilja,
Fredrik Lundberg, Margaretha Månsson,
Elsa-Lena Ryding, Gunilla Sydsjö, Ingela Wiklund.*

Effects of lignocaine in endometriosis – a clinical and cellular investigation

Ingående arbeten

I. Wickström K, Bruse C, Sjösten A, Spira J, Edelstam G. Pertubation with lignocaine as a new treatment of dysmenorrhea due to endometriosis: a randomized controlled trial. *Hum Reprod.* 2012 Mar; 27(3):695-701

II. Wickström K, Spira J, Edelstam G. Serum Concentration of Lignocaine After Pertubation: An Observational Study. *Drugs R D.* 2013 Sep;13(3):235-9

III. Wickström K, Bruse C, Sjösten A, Spira J, Edelstam G. Quality of life in patients with endometriosis and the effect of pertubation with lidocaine -a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013 Dec; 92(12):1375-82

IV. Wickström K, Spira J and Edelstam G. Responsiveness of the Endometriosis Health Profile-30 questionnaire in a Swedish sample- an observational study. Submitted

V. Wickström K, Stavréus-Evers A, Vercauteren O, Olovsson M and Edelstam G. Effect of lignocaine on IL-6, IL-8 and MCP-1 incultures of peritoneal macrophages and endometriotic stroma cells from women with endometriosis. Manuscript

Bakgrund endometriosis

Endometriosis drabbar 6-10% av kvinnor i fertil ålder och upp till 50% av kvinnor med dysmenorré och subfertilitet vilka är de vanligast symtomen vid endometriosis (1-4). Kvinnor med endometriosis har oftare än andra kvinnor depression och ångest vilket är relaterat till graden av smärta (5-7). Även så kallad hälsorelaterad livskvalitet är försämrad hos kvinnor med endometriosis (5, 8) beroende på långvarig smärta (5,9,10) och nedsatt fertili-

Karin Wickström, Bitr. överläkare, Medicine doktor, Kvinnokliniken, Danderyds sjukhus Karolinska Institutet, Institutionen för kliniska vetenskaper Danderyds sjukhus
Huvudhandledare:
Docent Greta Edelstam

tet (11). 30-50% av kvinnor med endometriosis är infertila (12-14) och av infertila kvinnor har 25-40% endometriosis (14,15).

Endometriosis uppstår genom att fragment av livmoderslemhinna når bukhinnan i samband med retrograd mens. Immunologiska förändringar som påvisats hos kvinnor med endometriosis kan påverka endometriezellernas förmåga att fästa och överleva på bukhinnan (16,17). Riskfaktorer innefattar riklig eller långvarig mens och missbildningar som försvårar det normala avflödet för menstruationen (1,12,18-20). Det finns också en stark ärftlig komponent (6,31,32). Det uppstår en kronisk inflammation i bukhålan hos kvinnor med endometriosis och bukvätskan innehåller fler immunologiska celler och inflammatoriska substanser jämfört med bukvätskan hos friska (12,21,22). Inflammationen ger upphov till symptom såsom smärta, infertilitet och sammanväxningar (12,22,23).

Det finns ingen permanent bot mot endometriosis utan tillgängliga behandlingar syftar till att lindra symtomen (15). Hormonell behandling minskar smärtintensiteten hos 60-100% av patienterna (4,15,24,25) men ca 50% återfår besvären inom 12-24 månader efter avslutad behandling (24) och chansen till spon-

tan graviditet påverkas inte (4,14). De hormonella behandlingarna har biverkningar och fungerar som preventivmedel genom att hämma ovulationen.

Kirurgisk behandling ger symtomlindring hos 50-95% av patienterna (26) men inom 6-12 månader har 30-60% av kvinnorna recidiverande smärta (4,25).

Bakgrund lidokain

Lidokain är ett lokalanestetikum (LA) som först framställdes av den svenske kemisten Nils Löfgren 1943. Lidokain i höga koncentrationer blockerar aktionspotentialen i neuron och kardiomyocyter och används som lokalanestetika och antiarytmika (27). De senaste två decennierna har man upptäckt att LA i låga koncentrationer har anti-inflammatoriska egenskaper (27-30). Om lidokain sköljs genom livmoderhålan och genom äggledarna ut i fri bukhåla (pertubation), så ökar chanserna till graviditet (31,32). Ett bifynd vid dessa fertilitetsstudier var minskad mensvärk hos de kvinnor som inte blev gravida (33).

Höga doser av lidokain kan ge bieffekter (34,35) och uppstår vid koncentrationer i blod kring 3-5 µg/ml (34,36). Nivåer överstigande 20 µg/ml kan orsaka cardiac arrest (34,37).

Bakgrund livskvalitet

Hälsorelaterad livskvalitet mäter fysiska, emotionella och sociala aspekter associerade med en viss sjukdom eller dess behandling med hjälp av särskilda enkäter (38,39). En enkät som skall användas vid kliniska studier måste kunna registrera förändringar (responsiveness) vilket bör värderas i varje enskild population (40,41). EHP-30 (Endometriosis Health Profile-30) är det enda formulär för

endometrios som är validerat och har tidigare visat sig vara känsligt för förändring på alla skalor utom på social support /socialt stöd (39,42,43).

Mål med studierna

Studierna i denna avhandling syftar till att utvärdera effekten av pertubation med lidokain på smärta och livskvalitet hos kvinnor med endometrios. Serum-koncentration av lidokain efter behandling mättes för att utvärdera metodens säkerhet. Vidare utvärderades om EHP-30 var känsligt för förändring (responsive to change) i det aktuella svenska patientmaterialet (41).

En förklaring till kliniska effekter av lidokain på smärta och fertilitet har studerats på cellnivå i det femte arbetet.

Metoder

Studierna har godkänts av Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm och av Läkemedelsverket.

I studie I-IV deltog 42 kvinnor av vilka 24 randomiserades till pertubationsbehandling med lidokain och 18 till behandling med placebo (Figur 1). Deltagarna hade dysmenorré och laparoskopiverifierad endometrios. Tre behandlingar gavs under tre menscykler och behandlingseffekten utvärderades med enkäter i upp till ett år efter påbörjad behandling.

I första studien utvärderades effekten av pertubation med lidokain på smärta med hjälp av VAS-skalan.

Success definierades som en förbättring på >50% på VAS-skalan och effekten utvärderades efter tredje behandlingen samt 3,6 och 9 månader efter avslutad behandling. Andelen förbättrade i lidokain och placebogruppen jämfördes med Fishers exakta test.

I den andra studien insamlades serumprover före samt 5, 15 och 30 minuter efter behandling för att mäta koncentration av lidokain.

I tredje studien utvärderades effekten av pertubation med lidokain på livskvalitet med hjälp av EHP-30. Förändringen i livskvalitet från baseline till uppföljning tre samt nio månader efter avslutad

behandling jämfördes mellan lidokain och placebogrupp med hjälp av Mann Whitney U test.

Patienternas egen skattning av förändring användes som ankare (anchor) för att utvärderades EHP-30 enkätens känslighet för förändring i den fjärde studien. Förändringen i livskvalité på EHP-30 kunde relateras till patienterna egen skattning och responsiveness värderades med effektstorlek (Effect size) och significance of change (parat t-test). Förändringen på EHP-30 jämfördes mellan den förbättrade och den icke-förbättrade gruppen med oberoende t-test.

I studie V insamlades vävnadsprover från 13 kvinnor i samband med planerad operation (sterilisering alt cystenukleation av misstänkt endometriom). Makrofager från bukvätska (endometrios n=5, friska n=5) och stromaceller från endometrioscyster (n=7) odlades utan eller med lidokain 0.1 mg/ml i 24-48h. Relativt genuttryck och proteinutsöndring av MCP-1, IL-6 och IL-8 utvärderades med RT-PCR och ELISA och jämfördes mellan celler odlade med och utan lidokain med Wilcoxon matched pairs test.

Resultat

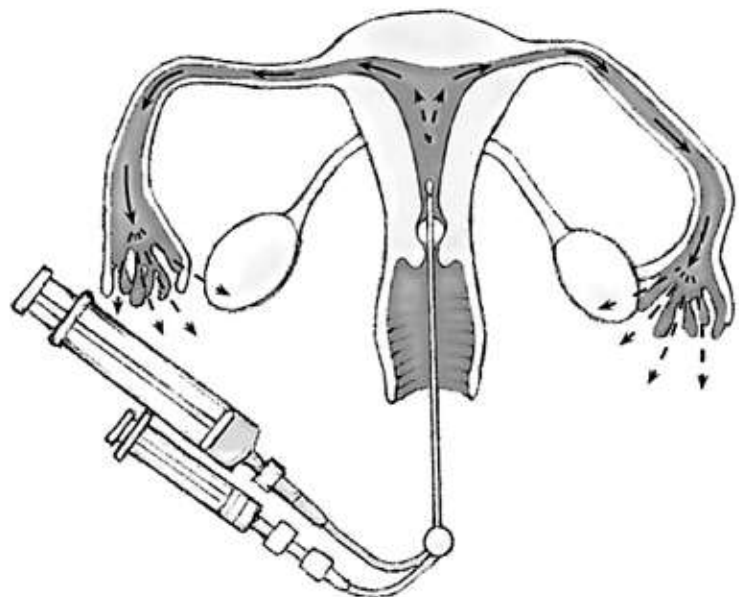
Baslinjedata var lika i lidokain och placebogruppen på samtliga parametrar inkl smärta på VAS-skalan och på samtliga skalor på EHP-30.

Av de kvinnor som behandlats med lidokain enligt protokollet (Per protocol analysis) var signifikant fler förbättrade >50% på VAS-skalan efter sista behandlingen (9 av 20), jämfört med de kvinnor som behandlats med placebo (1 av 14, p=0,024). Effekten kvarstod nio månader efter tredje behandlingen hos fyra av patienterna. Ingen skillnad mellan grupperna sågs i Intention to Treat-analysen (lidokain 10/24 respektive placebo 3/18, p=0.10) eller vid uppföljning 3,6 samt 9 månader efter sista behandlingen.

Nivåerna av lidokain i blodet efter behandling med 10 mg lidokain var mycket låga och den högsta nivån var 0,124 µg/ml vilket uppmättes efter 30 minuter. Inga biverkningar beroende på lidokain sågs och behandlingen tolererades väl.

Drygt två månader efter sista behandlingen hade kvinnorna som behandlats med lidokain en större förbättring på skalan socialt stöd på EHP-30 jämfört med

Figur 1. Perbaturbehandling



de som behandlats med placebo (median -18.8 respektive -6.3, $p=0,034$). Inga skillnader mellan grupperna kunde påvisas efter drygt nio månader.

EHP-30 registrerade förändringar på alla skalor i det aktuella patientmaterialet. Gruppen som skattade sig som förbättrade hade signifikanta förbättringar på alla skalor på EHP-30 (parat t-test, $p=0,04-0,002$) och effektstorleken var stor ($>0,8$) på fyra av fem skalor (-0,84 - (-1,22)) samt medelstor ($>0,5$) på skalan self image (-0,51). I gruppen som skattade besvären som oförändrade sågs inga signifikanta förändringar på EHP-30 ($p=0,16-0,63$) och effektstorleken var liten på samtliga skalor (-0,10-0,35). De som kände sig bättre avseende smärta hade signifikant större förändringar på tre av fem skalor på EHP-30 ($p=0,002-0,004$) samt tendens till större förändringar på två av fem skalor ($p=0,07$) jämfört med gruppen som upplevde sig som oförändrade.

Stromacellerna från cystorna som odlades med lidokain 0,1 mg/ml i 24 h hade ett lägre genuttryck ($p=0,03$) och utsöndrade lägre halter av IL-8 (4.20 pg/ μ g RNA protein med lidokain jfr med 5.95 utan, $p=0,02$) jämfört med cellerna som odlats utan lidokain. Tillsats av lidokain hämmade genuttrycket för de studerade cytokinerna (IL-6, IL-8, MCP-1) i alla cellinjer av makrofager från bukvätskan hos friska kvinnor ($p=0,04$) men ingen skillnad sågs på proteinnivå. Makrofager från bukvätskan hos kvinnor med endometriosis reagerade mer divergerande. Makrofager från två av fem patienter med endometriosis hade minskat genuttryck av samliga cytokiner medan tre av fem patienter hade ökat genuttryck av en till två cytokiner.

Konklusion

Pertubationbehandling med lidokain kan minska smärtan och förbättra livskvaliteten hos vissa kvinnor med endometriosis.

Materialet var dock för litet för att säkra slutsatser skall kunna dras. Behandlingen är säker och utan biverkningar och mycket låga halter av lidokain kan ses i blodet. EHP-30 var känslig för förändring i den studerade patientgruppen, och resultaten således pålitliga. Lidokain kan påverka genuttryck och utsöndring av IL-8 hos stromaceller från endometrioscystor in vitro. Makrofager från bukvätska hos kvinnor med endometriosis reagerar inte alltid som celler från friska kvinnor. Detta kan vara en del i förklaringen till att inte alla kvinnor (utan endast ca hälften) förbättrades av pertubationsbehandlingen. Ytterligare studier behövs för att bekräfta effekten av lidokain på smärta och livskvalitet vid endometriosis. Studien av koncentrationen i blodet, visar att man utan risk kan öka lidokaindosen något för att om möjligt förbättra effekten.

Referenser

- Vigano P, Parazzini F, Somigliana E, Vercellini P. Endometriosis: epidemiology and aetiological factors. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*. 2004;18(2):177-200. Epub 2004/05/26.
- Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. *Lancet*. 2004;364(9447):1789-99. Epub 2004/11/16.
- Houston DE. Evidence for the risk of pelvic endometriosis by age, race and socioeconomic status. *Epidemiologic reviews*. 1984;6:167-91. Epub 1984/01/01.
- Giudice LC. Clinical practice. Endometriosis. *The New England journal of medicine*. 2010;362(25):2389-98. Epub 2010/06/25.
- Sepulcri Rde P, do Amaral VF. Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 2009;142(1):53-6. Epub 2008/11/18.
- Lorenzato C, Petta CA, Navarro MJ, Bahamondes L, Matos A. Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2006;85(1):88-92. Epub 2006/03/09.
- Bancroft J, Rennie D. Perimenstrual depression: its relationship to pain, bleeding, and previous history of depression. *Psychosomatic medicine*. 1995;57(5):445-52. Epub 1995/09/01.
- Garry R, Clayton R, Hawe J. The effect of endometriosis and its radical laparoscopic excision on quality of life indicators. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2000;107(1):44-54. Epub 2000/01/25.
- Jones GL, Kennedy SH, Jenkinson C. Health-related quality of life measurement in women with common benign gynecologic conditions: a systematic review. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2002;187(2):501-11. Epub 2002/08/24.
- Miller JD. Quantification of endometriosis-associated pain and quality of life during the stimulatory phase of gonadotropin-releasing hormone agonist therapy: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2000;182(6):1483-8. Epub 2000/06/28.
- Chachamovich JR, Chachamovich E, Ezer H, Fleck MP, Knauth D, Passos EP. Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*. 2010;31(2):101-10. Epub 2010/05/07.
- Oral E, Olive DL, Arici A. The peritoneal environment in endometriosis. *Human reproduction update*. 1996;2(5):385-98. Epub 1996/09/01.
- Halis G, Arici A. Endometriosis and inflammation in infertility. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2004;1034:300-15. Epub 2005/02/26.
- Holoch KJ, Lessey BA. Endometriosis and infertility. *Clinical obstetrics and gynecology*. 2010;53(2):429-38. Epub 2010/05/04.
- Streuli I, de Ziegler D, Santulli P, Marcellin L, Borghese B, Batteux F, et al. An update on the pharmacological management of endometriosis. *Expert opinion on pharmacotherapy*. 2013;14(3):291-305. Epub 2013/01/30.
- Berkkanoglu M, Arici A. Immunology and endometriosis. *Am J Reprod Immunol*. 2003;50(1):48-59. Epub 2003/09/26.
- Bartosik D, Jacobs SL, Kelly LJ. Endometrial tissue in peritoneal fluid. *Fertility and sterility*. 1986;46(5):796-800. Epub 1986/11/01.
- Arumugam K, Lim JM. Menstrual characteristics associated with endometriosis. *British journal of obstetrics and gynaecology*. 1997;104(8):948-50. Epub 1997/08/01.
- Wu MY, Ho HN. The role of cytokines in endometriosis. *Am J Reprod Immunol*. 2003;49(5):285-96. Epub 2003/07/12.
- Ugur M, Turan C, Mungan T, Kuscü E, Senoz S, Agis HT, et al. Endometriosis in association with müllerian anomalies. *Gynecologic and obstetric investigation*. 1995;40(4):261-4. Epub 1995/01/01.
- Ho HN, Wu MY, Yang YS. Peritoneal cellular immunity and endometriosis. *Am J Reprod Immunol*. 1997;38(6):400-12. Epub 1997/12/31.
- Gazvani R, Templeton A. Peritoneal environment, cytokines and angiogenesis in the pathophysiology of endometriosis. *Reproduction*. 2002;123(2):217-26. Epub 2002/02/28.
- Vinatier D, Orazi G, Cosson M, Dufour P. Theories of endometriosis. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 2001;96(1):21-34. Epub 2001/04/20.
- Farquhar C. Endometriosis. *BMJ*. 2007;334(7587):249-53. Epub 2007/02/03.

25. Guzick DS, Huang LS, Broadman BA, Nealon M, Hornstein MD. Randomized trial of leuprolide versus continuous oral contraceptives in the treatment of endometriosis-associated pelvic pain. *Fertility and sterility*. 2011;95(5):1568-73. Epub 2011/02/09.
26. Treatment of pelvic pain associated with endometriosis. *Fertility and sterility*. 2008;90(5 Suppl):S260-9. Epub 2008/11/26.
27. Cassuto J, Sinclair R, Bonderovic M. Anti-inflammatory properties of local anesthetics and their present and potential clinical implications. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*. 2006;50(3):265-82. Epub 2006/02/17.
28. Swanton BJ, Shorten GD. Anti-inflammatory effects of local anesthetic agents. *International anesthesiology clinics*. 2003;41(1):1-19. Epub 2003/01/25.
29. Mikawa K, Maekawa N, Nishina K, Takao Y, Yaku H, Obara H. Effect of lidocaine pretreatment on endotoxin-induced lung injury in rabbits. *Anesthesiology*. 1994;81(3):689-99. Epub 1994/09/01.
30. Lahav M, Levite M, Bassani L, Lang A, Fidler H, Tal R, et al. Lidocaine inhibits secretion of IL-8 and IL-1beta and stimulates secretion of IL-1 receptor antagonist by epithelial cells. *Clinical and experimental immunology*. 2002;127(2):226-33. Epub 2002/03/06.
31. Edelstam G, Sjosten A, Bjuresten K, Ek I, Wanggren K, Spira J. A new rapid and effective method for treatment of unexplained infertility. *Hum Reprod*. 2008;23(4):852-6. Epub 2008/02/19.
32. Edelstam GA, Sjosten AC, Salamon CW. Perturbation with lignocaine--a possible new treatment for women with endometriosis and impaired fertility. *Upsala journal of medical sciences*. 2001;106(1):51-7. Epub 2002/01/31.
33. Edelstam G, Sjosten A, Jablonowska B, Kjellberg S, Spira J. Perturbation with lidocaine--a non-hormonal, long-term treatment of dysmenorrhea due to endometriosis. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*. 2012;3(2):93-4. Epub 2012/05/15.
34. Yagiela JA. Local anesthetics. *Anesthesia progress*. 1991;38(4-5):128-41. Epub 1991/07/01.
35. Kahokehr A, Sammour T, Vather R, Taylor M, Stapelberg F, Hill AG. Systemic levels of local anaesthetic after intra-peritoneal application--a systematic review. *Anaesthesia and intensive care*. 2010;38(4):623-38. Epub 2010/08/19.
36. Hollmann MW, Durieux ME. Local anesthetics and the inflammatory response: a new therapeutic indication? *Anesthesiology*. 2000;93(3):858-75. Epub 2000/09/02.
37. Benowitz NL, Meister W. Clinical pharmacokinetics of lignocaine. *Clinical pharmacokinetics*. 1978;3(3):177-201. Epub 1978/05/01.
38. Colwell HH, Mathias SD, Pasta DJ, Henning JM, Steege JF. A health-related quality-of-life instrument for symptomatic patients with endometriosis: a validation study. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1998;179(1):47-55. Epub 1998/08/15.
39. Jones G, Kennedy S, Barnard A, Wong J, Jenkinson C. Development of an endometriosis quality-of-life instrument: The Endometriosis Health Profile-30. *Obstetrics and gynecology*. 2001;98(2):258-64. Epub 2001/08/17.
40. Guyatt GH, Cook DJ. Health status, quality of life, and the individual. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 1994;272(8):630-1. Epub 1994/08/24.
41. Revicki DA, Cella D, Hays RD, Sloan JA, Lenderking WR, Aaronson NK. Responsiveness and minimal important differences for patient reported outcomes. Health and quality of life outcomes. 2006;4:70. Epub 2006/09/29.
42. Jones G, Jenkinson C, Kennedy S. Evaluating the responsiveness of the Endometriosis Health Profile Questionnaire: the EHP-30. Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation. 2004;13(3):705-13. Epub 2004/05/08.
43. Jones G, Jenkinson C, Taylor N, Mills A, Kennedy S. Measuring quality of life in women with endometriosis: tests of data quality, score reliability, response rate and scaling assumptions of the Endometriosis Health Profile Questionnaire. *Hum Reprod*. 2006;21(10):2686-93. Epub 2006/07/06.

**Glöm inte bort
NFOGs utmärkta hemsida.
Återfinns på adressen
www.nfog.org**

Placental pathology regarding inflammation and a new classification of stillbirth

Delarbeten i avhandlingen:

The Stockholm Classification of Stillbirth. Hulthén Varli I, Petersson K, Bottinga R, Bremme K, Hofsjö A, Holm M, Holste C, Kublickas M, Norman M, Pilo C, Roos N, Sundberg A, Wolff K, Papadogiannakis N. Acta Obstet Gynecol Scand. 2008;87(11):1202-121

Causes of stillbirth at different gestational ages. Stormdal Bring H, Hulthén Varli I, Kublickas M, Papadogiannakis N, Petersson K. Acta Obstet Gynecol Scand. 2014 Jan;93(1):86-92. doi: 10.1111/aogs.12278. Epub 2013 Nov 7

Both Acute and Chronic Placental Inflammation Are Overrepresented in Term Stillbirths: A Case-Control Study. Hulthén Varli I, Petersson K, Kublickas M, Papadogiannakis N. Infect Dis Obstet Gynecol. 2012;2012:293867. Epub 2012 Aug 26

Chorioamnionitis without foetal inflammatory response is associated with stillbirth in early preterm pregnancies. Hulthén Varli I, Kublickas M, Papadogiannakis N, Petersson K. J Matern Fetal Neonatal Med. Epub 2013 Feb 14

Bakgrund:

Den perinatale dödligheten (fosterdöd samt barn som dör innan sju dagars ålder) har minskat i Sverige de senaste decennierna. Det är framför allt tidig neonatal död (barn som dör innan sju dagars ålder) och intrapartal död (död under förlossning) som minskat medan antenatal död (död innan förlossningsstart) inte minskat i samma grad (1,2). För att kunna minska frekvensen av antenatalt döda krävs ökad kunskap om orsakerna till intrauterin fosterdöd (IUFD).

Ingela Hulthén Varli, MD, PhD,
Institutionen för laboratoriemedicin,
Enheten för Patologi och Cytologi,
Karolinska Institutet samt Karolinska
Universitetssjukhuset Solna,
Obstetriksektionen

Huvudhandledare:

Docent Nikos Papadogiannakis,
Institutionen för laboratoriemedicin,
Enheten för Patologi och Cytologi,
Karolinska Institutet

Bihandledare:

Docent Karin Pettersson,
Institutionen för klinisk vetenskap,
intervention och teknik,
Enheten för Obstetrik och
Gynekologi, Karolinska Institutet
Docent Marius Kublickas,
Institutionen för klinisk vetenskap,
intervention och teknik,
Enheten för Obstetrik och
Gynekologi, Karolinska Institutet

Undersökning av placenta (moderkan) och obduktion av fostret samt perinatal audit minskar andelen oförklarliga fall av IUFD (3-5). I Stockholm bedöms samtliga IUFD-fall i audit efter utredning enligt ett utförligt provtagningsprotokoll, där bland annat placentaundersökning ingår. Klassifikationssystem underlättar bedömningen av dödsorsak vid IUFD. Det finns > 35 olika klassifikationssystem för perinatal död (6-40) men ingen konsensus kring vilket som är att föredra. Få studier har tittat på dödsorsaker relaterade till gestationsålder (7,41-43) även om flera studier har analyserat enskilda dödsorsaker separat. Flera studier har visat att infektion är en van-



Ingela Hulthén Varli

lig orsak till IUFD, framför allt i prematura graviditeter (7,41,43). Olika smittämnen kan orsaka olika former av inflammation i placenta. Bakterier anses orsaka ett maternellt inflammations svar i form av histologisk akut chorioamnionit (CAM: inflammation av fosterhinnor) och härefter ett histologiskt fetalt inflammations svar (FIR) i form av vaskulit (inflammation i kärl i placenta och/eller navelsträng) samt funisit (inflammation i navelsträngens stroma), medan virus anses orsaka kronisk villit (kronisk inflammation i placenta parenkymet) (44-46).

Metod:

I arbete I utarbetades ett klassifikationssystem för IUFD, "the Stockholm classification of stillbirth". Klassifikationen validerades gällande överensstämmelse i diagnossättning mellan användarna. I arbete II jämfördes, enligt klassifikationen, primära samt primära + associerade dödsorsaker i en kohort inkluderande

samtliga 1089 IUFD-fall från enkelbördsgraviteter i Stockholmsområdet under 12 år. Fallen delades in i extremt prematura (gv. 22+0 till 28+6), måttligt prematura (gv. 29+0 till 36+6), fullgångna (gv. 37+0 till 40+6) och överburna (gv. $\geq 41+0$).

Arbete III och IV utgjordes av två fallkontrollstudier där enkelbördsplacentor insamlades från; 126 fullgångna IUFD-fall och 273 fullgångna levande kontroller (arbete III) samt 112 prematura IUFD-fall (gv. 22+0-32+6) och 166 levande födda prematura referenser i matchade graviditetsveckor (arbete IV). Samtliga placentor undersöktes av en erfaren perinatalpatolog enligt ett standardiserat protokoll. Fokus var CAM och FIR (arbete III-IV) samt kronisk villit (arbete III).

Resultat:

Arbete I:

Utarbetande och validering av en klassifikation av dödsorsaker vid IUFD, "the Stockholm classification of stillbirth", vilken består av 17 dödsorsaksgrupper, tabell 1. Klassifikationen tillåter en primär och vid behov en eller flera associerade dödsorsaker. Den primära dödsorsaken är den mest troliga bakomliggande orsaken till dödsfallet. Dödsorsakerna har definierade kriterier och flera av dem är uppdelade i säkert, troligt och möjligt orsakssamband med IUFD. Validering visade god överensstämmelse mellan användarna (Kappa 0.70). I 89% av fallen var minst 4/6 av användarna överens om den primära dödsorsaken.

Arbete II:

De prematura fallen hade oftare placentaavlossning och preeklampsi/hypertoni som primär dödsorsak medan de fullgångna/överburna fallen oftare hade infektion och navelsträngskomplikation som primär dödsorsak. I tabell 2 visas jämförelsen av alla de primära dödsorsakerna mellan prematura och fullgångna/överburna IUFD-fall. Infektion var också vanligare i den överburna gruppen jämfört med den fullgångna gruppen och i den extremt prematura gruppen jämfört med den måttligt prematura gruppen.

Arbete III:

Den fullgångna IUFD-gruppens mödrar var äldre, hade högre BMI och hade oftare haft missfall. Barnen i den fullgångna IUFD-gruppen var oftare "small for gestational age" (SGA) och deras placentor hade oftare en låg vikt i förhållande till graviditetslängden. CAM var vanligare hos IUFD-fallen (65.1% vs 40.7%) men då CAM delades i lätt respektive allvarlig CAM sågs endast skillnad avseende allvarlig CAM, som var vanligare hos IUFD-fallen (33.3% vs 11.4%). Allmän bakterieodling av IUFD-fallens hjärtblod kunde inte verifiera en bakteriell orsak till CAM eller FIR.

Kronisk villit var vanligare hos IUFD-fallen (18.3% vs 5.1%). Vaskulit och/eller funisit, trombos, omogna placenta-villi samt infarkt var vanligare i IUFD-placentor. Multivariat logistisk regressionsanalys visade att CAM (speciellt allvarlig CAM), omognad av placenta-villi, kronisk villit, SGA och BMI ≥ 25 var förknäat med ökad risk för IUFD. Vaskulit och/eller funisit föll inte ut som en oberoende riskfaktor för IUFD, se tabell 3.

Arbete IV:

Kronisk eller graviditetsinducerad hypertoni var vanligare hos mödrarna i den prematura fall-gruppen medan preeklampsi var vanligare hos mödrarna i den prematura referens-gruppen. Det var vanligare med SGA i den prematura fall-gruppen och dessa placentor hade oftare en låg vikt i förhållande till graviditetslängden medan de prematura referensplacentorna oftare hade accelererad villusmognad. Ingen skillnad sågs gällande kronisk villit. Det fanns ingen påvisbar skillnad mellan prematura fall och referenser gällande CAM (33% i båda grupperna), inte heller om man graderade CAM i grad 1-3, men FIR var däremot vanligare i de prematura referensplacentorna (25.9% vs 14.3%). Alla placentor med FIR (utom ett fall) hade CAM. Placentor med CAM delades in i "CAM med FIR" och "CAM utan FIR". "CAM med FIR" var vanligare i referensplacentorna (25.9% vs 13.4%) medan "CAM utan FIR" förekom oftare i IUFD-placentorna (19.6% vs 7.2%). Allmän bakterieodling av de

prematura IUFD-fallens hjärtblod kunde inte verifiera en bakteriell orsak till CAM eller FIR.

I den multivariata logistiska regressionsanalysen var SGA och "CAM utan FIR" oberoende riskfaktorer för IUFD men inte "CAM med FIR" eller kronisk villit, se tabell 4.

Betydelse:

"The Stockholm classification of stillbirth", har visat sig ge en hög grad av klassificerbara fall samt god samstämmighet mellan användare. De definierade kriterierna samt graderingen av sannolikhetsgrad för flertalet dödsorsaker gör att fall som har för få eller svaga fynd i utredningar för en säker dödsorsak ändå kan få en diagnos. Kunskap om hur dödsorsaker bland IUFD-fall fördelar sig i olika gestationsåldrar kan vara kliniskt viktig och användas för att utveckla preventionsstrategier som skärpt/riktad övervakning av vissa gravida. I en kohort av IUFD-fall från enkelbördsgraviteter i Stockholm under 12 års tid var det mest överraskande fyndet den höga andelen infektioner/histologisk CAM i graviditeter ≥ 41 veckor, vilket kan få konsekvens för vid vilken tidpunkt man ska överväga induktion av förlossning.

Det gick varken i arbete III eller arbete IV att verifiera en bakteriell orsak till CAM eller FIR i odlingar från IUFD-fallens hjärtblod. Detta kan bero på att endast allmän odling utfördes, vilken inte klarar identifiering av vissa bakterier men det kan också bero på att CAM och FIR inte orsakas av infektion. Oavsett orsaken till CAM tyder fynden i de två fallkontrollstudierna på att CAM (fr.a. allvarlig CAM), men inte FIR, är en riskfaktor för IUFD i fullgången graviditet. I tidig prematur graviditet var CAM en riskfaktor för IUFD om inte FIR uppstått. Resultaten antyder att FIR skulle kunna ge ett visst skydd mot IUFD i tidig prematur graviditet. Ytterligare studier behövs för att klargöra om utveckling av FIR vid CAM faktiskt skyddar fostret från IUFD, en konsekvens som naturligtvis skulle kunna vara av stor betydelse för förståelsen av infektions-/inflammationsmekanismer vid IUFD.

Kronisk villit var associerat med en ökad risk för IUFD hos de fullgångna men inte hos de prematura fallen. Bakgrunden till detta är oklar, möjligen är det prematura fostrets immunsvår för omoget för att trigga igång ett immunsvår i form av kronisk villit vid t.ex. en virus infektion.

Slutsats:

Med hjälp av de fyra delarbetena har vi;

- arbetat fram en klassifikation som har låg inter-observationsvariabilitet och låg andel oförklarade fall och är tänkt att användas av audit-grupper som arbetar med IUFD
- fått fördjupad kunskap om placenta-patologi vid IUFD, fr.a. gällande inflammation/ infektion i fullgången respektive tidig prematur graviditet
- fått fördjupad kunskap om dödsorsaker i olika graviditetslängder.

Vi hoppas att arbetena ska bidra till ytterligare kunskap om framför allt inflammatoriska processer vid IUFD och att skillnaden avseende dödsorsaker i olika graviditetslängder kan leda till en mer adekvat riskbedömning i olika graviditetslängder. Vi hoppas också att fler föräldrapar ska få en möjlig förklaring till varför IUFD inträffat.

Tabell 1.

The Stockholm classification of stillbirth, Dödsorsaker

1. Missbildningar och kromosomavvikelser
2. Infektion
3. Immunisering
4. Fetomaternell transfusion
5. Tvillingtransfusion
6. Förlossningshypoxi
7. Intrauterin tillväxthämning (IUGR)/placentainsufficiens
8. Navelsträngskomplikation
9. Placentaavlossning
10. Preeklampsi/Hypertoni
11. Diabetes mellitus
12. Hepatos (graviditetskolestas)
13. Uteruskomplikation
14. Koagulationsrubbningsr
15. Andra orsaker
16. Okänd
17. Oförklarad

Tabell 2. Jämförelse av primär dödsorsak mellan prematura och fullgångna/överburna fall av IUFD i Stockholm 1998-2009

Dödsorsak	Alla n (%)	gv. 22 - 36 n (%)	gv. ≥ 37 n (%)	p-värde
Missbildning och/eller Kromosomavvikelse	112 (10.3)	73 (11.7)	39 (8.4)	0.08
Infektion	239 (21.9)	117 (18.7)	122 (26.3)	< 0.01
Immunisering	3 (0.3)	3 (0.5)	0 (0.0)	0.27
Feto-maternell transfusion	30 (2.8)	13 (2.1)	17 (3.7)	0.11
Förlossningshypoxi	11 (1.0)	3 (0.5)	8 (1.7)	0.06
IUGR/placenta insufficiens	242 (22.2)	147 (23.5)	95 (20.5)	0.27
Navelsträngskomplikation	85 (7.8)	40 (6.4)	45 (9.7)	< 0.05
Placentaavlossning	114 (10.5)	78 (12.5)	36 (7.8)	< 0.05
Preeklampsi/Hypertoni	57 (5.2)	51 (8.1)	6 (1.3)	< 0.001
Diabetes mellitus	12 (1.1)	5 (0.8)	7 (1.5)	0.27
Hepatos	5 (0.5)	3 (0.5)	2 (0.4)	1.00
Uterus komplikation	2 (0.2)	1 (0.2)	1 (0.2)	1.00
Koagulationssjukdom	9 (0.8)	8 (1.3)	1 (0.2)	0.09
Andra orsaker	34 (3.1)	17 (2.7)	17 (3.7)	0.37
Oförklarad/Okänd	134 (12.3)	67 (10.7)	67 (14.5)	0.06
Totalt	1089	626	463	

gv, graviditetsvecka; IUGR, intrauterine growth restriction (tillväxthämning)

Tabell 3. Justerat odds ratio med 95% konfidensintervall för demografiska (barn och maternella) data samt histopatologiska fynd i placenta från fullgångna fall av IUFD och levande födda fullgångna kontroller.

Variabel	Justerat OR	95% CI
BMI ≥25	2.06	1.21-3.51
SGA	7.52	3.06-18.48
Omogna chorionvilli	7.17	2.66-19.33
CAM		
Ingen CAM	1	reference
CAM grad 1	2.00	1.08-3.70
CAM grad 2-3	7.39	3.05-17.95
FIR (vaskulit och/eller funisit)	0.67	0.30-1.51
Kronisk villit		
Ingen kronisk villit	1	reference
<1%	4.31	1.16-15.98
≥1%	3.87	1.38-10.83

CI, confidence interval; OR, odds ratio.

BMI, body mass index; SGA, small for gestational age; CAM, histologisk akut chorioamnionit; FIR, fetalt inflammatorisk reaktion

Tabell 4. Justerat odds ratio med 95% konfidensintervall för prematura IUFD-fall och levande födda prematura referenser.

Variabel	Justerat OR	95% CI
SGA	2.13	1.26-3.62
Ej SGA	1	ref
CAM utan FIR	2.44	1.10-5.41
CAM med FIR	0.59	0.29-1.21
Ej CAM	1	ref

CI, konfidens intervall; OR, odds ratio

SGA, Small for gestational age; CAM, histologisk akut chorioamnionit; FIR, fetalt inflammatorisk reaktion

Avhandlingen finns i sin helhet elektroniskt i Karolinska Institutets publikationsdatabas, direktlänk: http://publications.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/41379/Thesis_HulthenVarli.pdf?sequence=4

Referenser:

1. Socialstyrelsen S. Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn : medicinska födelseregistret 1973-2009, assisterad befruktning 1991-2008. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
2. Socialstyrelsen. Medicinsk födelseregistrering 2003, Medical birth registration in 2003. <http://www.socialstyrelsen.se>: juni 2005; 2005.
3. Petersson K, Bremme K, Bottinga R, Hofsjö A, Hulthen-Varli I, Kublickas M, et al. Diagnostic evaluation of intrauterine fetal deaths in Stockholm 1998-99. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2002 Apr;81(4):284-92.
4. Korteweg FJ, Erwich JJ, Timmer A, van der Meer J, Ravise JM, Veeger NJ, et al. Evaluation of 1025 fetal deaths: proposed diagnostic workup. *Am J Obstet Gynecol*. 2012 Jan;206(1):53 e1- e12.
5. Bonetti LR, Ferrari P, Trani N, Maccio L, Laura S, Giuliana S, et al. The role of fetal autopsy and placental examination in the causes of fetal death: a retrospective study of 132 cases of stillbirths. *Arch Gynecol Obstet*. 2011 Feb;283(2):231-41.
6. Korteweg FJ, Gordijn SJ, Timmer A, Erwich JJ, Bergman KA, Bouman K, et al. The Tulip classification of perinatal mortality: introduction and multidisciplinary inter-rater agreement. *BJOG*. 2006 Apr;113(4):393-401.
7. Fretts RC, Boyd ME, Usher RH, Usher HA. The changing pattern of fetal death, 1961-1988. *Obstet Gynecol*. 1992 Jan;79(1):35-9.
8. Wigglesworth JS. Monitoring perinatal mortality. A pathophysiological approach. *Lancet*. 1980 Sep 27;2(8196):684-6.
9. Alberman E, Blatchley N, Botting B, Schuman J, Dunn A. Medical causes on stillbirth certificates in England and Wales: distribution and results of hierarchical classifications tested by the Office for National Statistics. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997 Sep;104(9):1043-9.
10. de Galan-Roosen AE, Kuijpers JC, van der Straaten PJ, Merkus JM. Fundamental classification of perinatal death. Validation of a new classification system of perinatal death. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2002 Jun 10;103(1):30-6.
11. Gardosi J, Kady SM, McGeown P, Francis A, Tonks A. Classification of stillbirth by relevant condition at death (ReCoDe): population based cohort study. *Bmj*. 2005 Nov 12;331(7525):1113-7.
12. Hovatta O, Lipasti A, Rapola J, Karjalainen O. Causes of stillbirth: a clinicopathological study of 243 patients. *Br J Obstet Gynaecol*. 1983 Aug;90(8):691-6.
13. Baird D, Walker J, Thomson AM. The causes and prevention of stillbirths and first week deaths. III. A classification of deaths by clinical cause; the effect of age, parity and length of gestation on death rates by cause. *J Obstet Gynaecol Br Emp*. 1954 Aug;61(4):433-48.
14. Bound JP, Butler NR, Spector WG. Classification and causes of perinatal mortality. *British medical journal*. 1956 Nov 24;2(5003):1191-6; contd.
15. Bound JP, Butler NR, Spector WG. Classification and causes of perinatal mortality. II. *British medical journal*. 1956 Dec 1;2(5004):1260-5.
16. Butler NR, Bonham DG, British Perinatal Mortality Survey. Perinatal mortality : the first report of the 1958 British Perinatal Mortality Survey under the auspices of the National Birthday Trust Fund. Edinburgh: Livingstone; 1963.
17. Chan A, King JF, Flenady V, Haslam RH, Tudehope DI. Classification of perinatal deaths: development of the Australian and New Zealand classifications. *J Paediatr Child Health*. 2004 Jul;40(7):340-7.
18. Hey EN, Lloyd DJ, Wigglesworth JS. Classifying perinatal death: fetal and neonatal factors. *Br J Obstet Gynaecol*. 1986 Dec;93(12):1213-23.
19. Langhoff-Roos J, Borch-Christensen H, Larsen S, Lindberg B, Wennergren M. Potentially avoidable perinatal deaths in Denmark and Sweden 1991. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1996 Oct;75(9):820-5.
20. Whitfield CR, Smith NC, Cockburn F, Gibson AA. Perinatally related wastage--a proposed classification of primary obstetric factors. *Br J Obstet Gynaecol*. 1986 Jul;93(7):694-703.
21. Winbo IG, Serenius FH, Dahlquist GG, Kallen BA. NICE, a new cause of death classification for stillbirths and neonatal deaths. Neonatal and Intrauterine Death Classification according to Etiology. *Int J Epidemiol*. 1998 Jun;27(3):499-504.
22. Reddy UM, Goldenberg R, Silver R, Smith GC, Pauli RM, Wapner RJ, et al. Stillbirth classification--developing an international consensus for research: executive summary of a National Institute of Child Health and Human Development workshop. *Obstet Gynecol*. 2009 Oct;114(4):901-14.
23. Froen JF, Pinar H, Flenady V, Bahrin S, Charles A, Chauke L, et al. Causes of death and associated conditions (Codac): a utilitarian approach to the classification of perinatal deaths. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009;9:22.
24. Dudley DJ, Goldenberg R, Conway D, Silver RM, Saade GR, Varner MW, et al. A new system for determining the causes of stillbirth. *Obstet Gynecol*. 2010 Aug;116(2 Pt 1):254-60.
25. Cole SK, Hey EN, Thomson AM. Classifying perinatal death: an obstetric approach. *Br J Obstet Gynaecol*. 1986 Dec;93(12):1204-12.
26. Alberman E, Botting B, Blatchley N, Twidell A. A new hierarchical classification of causes of infant deaths in England and Wales. *Archives of disease in childhood*. 1994 May;70(5):403-9.
27. McIlwaine GM, Howat RC, Dunn F, Macnaughton MC. The Scottish perinatal mortality survey. *British medical journal*. 1979 Nov 3;2(6198):1103-6.
28. Morrison I, Olsen J. Weight-specific stillbirths and associated causes of death: an analysis of 765 stillbirths. *Am J Obstet Gynecol*. 1985 Aug 15;152(8):975-80.
29. Naeye RL. Causes of perinatal mortality in the us collaborative perinatal project. *JAMA*. 1977;238(3):228-9.
30. Chang A, Keeping JD, Morrison J, Esler EJ. Perinatal death: audit and classification. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 1979 Nov;19(4):207-11.
31. Campbell MK, Webster KM. Age at neonatal death in Ontario, 1979-1987: implications for the interpretation of mortality markers. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 1993 Oct;7(4):426-33.
32. Fairweather DV, Russell JK, Anderson GS, Bird T, Millar DG, Percy PA. Perinatal mortality in Newcastle upon Tyne 1960-62. *Lancet*. 1966 Jan 15;1(7429):140-2.
33. Low JA, Boston RW, Crussi FG. Classification of perinatal mortality. *Canadian Medical Association journal*. 1971 Nov 20;105(10):1044-6 pas-sim.
34. Knutzen VK, Baillie P, Malan AF. Clinical classification of perinatal deaths. *South African medical journal = Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde*. 1975 Aug 16;49(35):1434-6.
35. Keeling JW, MacGillivray I, Golding J, Wigglesworth J, Berry J, Dunn PM. Classification of perinatal death. *Archives of disease in childhood*. 1989 Oct;64(10 Spec No):1345-51.
36. Borch-Christensen H, Langhoff-Roos J, Larsen S, Lindberg B, Wennergren M. The Nordic/Baltic perinatal death classification. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica Supplement*. 1997;164:40-2.
37. Wigglesworth J. Causes and Classification of Fetal and Perinatal Death. *Fetal and Perinatal Pathology*. London: Blackwell Science; 1998. p. 75-86.
38. Alessandri LM, Chambers HM, Blair EM, Read AW. Perinatal and post-neonatal mortality among Indigenous and non-Indigenous infants born in Western Australia, 1980-1998. *Med J Aust*. 2001 Aug 20;175(4):185-9.
39. Cole S, Hartford RB, Bergsjö P, McCarthy B. International collaborative effort (ICE) on birth weight, plurality, perinatal, and infant mortality. III: A method of grouping underlying causes of infant death to aid international comparisons. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1989;68(2):113-7.
40. Setattree RS, Watkinson M. Classifying perinatal death: experience from a regional survey. *Br J Obstet Gynaecol*. 1993 Feb;100(2):110-21.
41. The Stillbirth Collaborative Research Network Writing Group. Causes of death among stillbirths. *JAMA*. 2011 Dec 14;306(22):2459-68.
42. Korteweg FJ, Erwich JJ, Holm JP, Ravise JM, van der Meer J, Veeger NJ, et al. Diverse placental pathologies as the main causes of fetal death. *Obstet Gynecol*. 2009 Oct;114(4):809-17.
43. Copper RL, Goldenberg RL, DuBard MB, Davis RO. Risk factors for fetal death in white, black, and Hispanic women. Collaborative Group on Preterm Birth Prevention. *Obstet Gynecol*. 1994 Oct;84(4):490-5.
44. Redline RW. Inflammatory response in acute chorioamnionitis. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2012 Feb;17(1):20-5.
45. Al-Adnani M, Sebire NJ. The role of perinatal pathological examination in subclinical infection in obstetrics. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2007 Jun;21(3):505-21.
46. Tita AT, Andrews WW. Diagnosis and management of clinical chorioamnionitis. *Clin Perinatol*. 2010 Jun;37(2):339-54.

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

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

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

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

Arbets- och Referens- grupperna inom SFOG

Cervixcancerprevention C-ARG

Ordförande: Bengt Andrae
KK, Gävle/Sandviken Länssjukhus
801 87 Gävle
Tel: 026-15 41 68
bengt.andrae@gmail.com
Sekreterare: Kristina Elfgrén
KK, Karolinska Universitetssjukhuset,
Huddinge
141 86 Stockholm
Tel: 08-585 875 28
kristina.elfgren@karolinska.se

Endokrinologi ENDOKRIN-ARG

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

Endometriosis ENDOMETRIOS-ARG

Ordförande: Margita Gustavsson
KK, Kungsbacka Närsjukhus
434 80 Kungsbacka
margita.gustafsson@regionhalland.se
Sekreterare: Greta Edelstam
KK, Akademiska Sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018-611 00 00
greta.edelstam@akademiska.se

Etik ETIK-ARG

Ordförande: Claudia Bruss
KK, Länssjukhuset Halmstad
302 33 Halmstad
Tel: 035-13 10 00
claudia.bruss@med.lu.se
Sekreterare: Ingrid Bergelin
ingrid.bergelin@ltdalarna.se

Evidensbaserad medicin

EVIDENS-ARG
Ordförande: Annika Strandell
SU/Sahlgrenska
413 45 Göteborg
Tel: 0700-90 44 54
annika.strandell@vgregion.se
Sekreterare: Sissel Saltvedt
KK, Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-616 10 00
sissel.saltvedt@sodersjukhuset.se

Familjeplanering FARG

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

Ofrivillig Barnlöshet FERT-ARG

Ordförande: Britt Friberg
KK, Lund och Reproduktionsmedicinskt
Centrum (RMC)
Malmö Skånes Universitetssjukhus/SUS
205 02 Malmö
britt.friberg@skane.se
Sekreterare: Åsa Magnusson
KK, Sahlgrenska
Verksamhetsområde Gynekologi och
Reproduktionsmedicin
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg
Tel: 031-342 00 00
asa.magnusson@vgregion.se

GLOBAL-ARG

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

Hemostasrubbingar HEM-ARG

Ordförande: Gisela Wegnelius
KK, Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-616 27 17/0737-446270
gisela.wegnelius@sodersjukhuset.se
Sekreterare: Ragnhild Hjertberg
ragnhild.hjertberg@ultragyn.se

Minimalinvasiv Gynekologi MIG-ARG

Ordförande: P-G Larsson
KK, Kärn sjukhuset
541 85 Skövde
Tel: 0500-43 10 00. Fax: 0500-43 14 54
p-g.larsson@vgregion.se

Mödra-Mortalitet MM-ARG

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

Perinatologi PERINATAL-ARG

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

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

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

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

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

Robson-ARG

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

Tonårsgynekologi TON-ARG

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

**Gynekologisk Tumörkirurgi med
Cancervård
TUMÖR-ARG**

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

Ultraljudsdiagnostik ULTRA-ARG

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

**Urogynekologi och vaginal
kirurgi UR-ARG**

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

Vulva VULV-ARG

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

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

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

SFOG-Kansliet

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

SFOG

MEDLEMSANSÖKAN

www.sfog.se

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