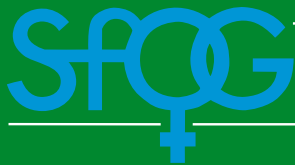


Medlemsbladet 5

2013

NR



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



*Läs sex rapporter från
Gynop-registret*

Rapport från MM-ARG

MEDLEMSBLADET

Ansvarig utgivare: Anna Ackefors

Tel: 0155-24 50 00

Layout: Moniqa Frisell

All korrespondens till föreningen

skall ställas till:

SFOG-Kansliet, Drottninggatan 55, 2 tr

111 21 Stockholm

Tel: 08-440 01 75

Jeanette Swartz. E-post: kansliet@sfog.se

Internet: www.sfog.se

Annonser: Anna Ackefors

E-post: anna.ackefors@sfog.se

Platsannonser hemsidan: jeanette.swartz@sfog.se

SFOGs styrelse 2013:

Ordförande: Harald Almström

BB, Stockholm

182 88 Stockholm

Tel: 08-655 78 88

E-post: harald.almstrom@sfog.se

Vice ordförande: Lotti Helström

KK, Södersjukhuset

118 83 Stockholm

Tel: 08-616 10 00

E-post: lotti.helstrom@sodersjukhuset.se

Facklig sekreterare: Louise Thunell

Kvinnokliniken, Malmö Universitetssjukhus

205 02 Malmö

Tel: 040-33 21 61

E-post: louise.thunell@sfog.se

Skattmästare: Sven-Eric Olsson

Kvinnokliniken, Danderyds sjukhus

182 88 Stockholm

Tel: 08-655 56 08. Fax: 08-753 22 76

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

Vetenskaplig sekreterare: Annika Strandell

Kvinnokliniken, SU/Sahlgrenska

413 45 Göteborg

Tel: 0700-90 44 54

E-post: annika.strandell@vgregion.se

Redaktör för Medlemsbladet:

Anna Ackefors

Nyköpings lasarett

611 85 Nyköping

Tel: 0155-24 50 00

E-post: anna.ackefors@sfog.se

Utbildningssekreterare: Jan Brynhildsen

Kvinnokliniken, Linköpings Universitetssjukhus

581 85 Linköping

Tel: 013-22 20 00

E-post: jan.brynhildsen@lio.se

Ledamot/Webbansvarig: Lars Ladfors

Kvinnokliniken, SU/Sahlgrenska Östra

418 65 Göteborg

Tel: 031-343 57 34

E-post: lars.ladfors@sfog.se

Ledamot: Anna Pohjanen

Kvinnosjukvården Norrbotten

Sunderby sjukhus, 971 80 Luleå

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

E-post: anna.pohjanen@nll.se

Ledamot/Yngre representant: Malin Sundler

Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset Lund

225 85 Lund

Tel: 046-17 10 00

E-post: malin.sundler@skane.se

Tryck: Elanders

ISSN 0284-8031

— Ordförande har ordet —



Kära kollegor!

Så här i början av november är kanske skillnaderna störst mellan nord och syd i vårt avlånga land. Norrut rapporteras det om 15-20 minusgrader och 30-40 cm snö och söderut liksom i Stockholm är det mest mulet eller regn med 5-10 plus. Över hela landet kan vi dock komma in i värmen en mörk söndagseftermiddag och mysa framför en brasa.

De vackra sensommardagarna i Sundsvall under den trevliga och välarrangerade SFOG-veckan ligger långt bakom oss och planeringen har påbörjats inför nästa års SFOG-vecka i Varberg. Vi hade i oktober ett styrelsemöte hos Bengt Karlsson på sjukhuset i Varberg och fick se hur man kan skapa fina kongressmöjligheter i en "idrottshall". Tack Bengt, med kollegor i Halland, för att Ni tar på Er detta arbete! Göteborgskollegorna kommer att vara behjälpliga med det vetenskapliga programmet som blir brett och intressant för de flesta av oss. Hem-

sidan hittas snart på www.sfogveckan.se

Det blir flera kongresser nästa år. NFOG håller sitt möte med ett mycket fint program på Waterfront i Stockholm 10-12 juni, se www.nfog2014.se. Det erbjuds också flera Pre-congress kurser till attraktiva avgifter. Anmälningssidan är redan öppen, och den som anmäler sig före den 1 december har garanterad plats på valfri Pre-congress kurs. EBCOG har sin kongress 7-10 maj i Glasgow, den finner Ni på www.ebcog2014.org

Projektet Säker Förlossningsvård fortsätter med andra omgången. Som jag skrivit tidigare så är det denna omgång dels en komplettering av den första omgången och dels genomgång av rutiner för riskgraviditeter samt bäckenbottensskador hos mamman. Projektet genomförs regionvis, vilket fick ett positivt utfall i den Sydöstra regionen som var först ut i våras. I september startade den Norra regionen och till vintern planeras nu för

I DETTA NUMMER

Rekommendationer angående gränsöverskridande fertilitetsbehandling	6
Mödradödsfall i Sverige under 2012	9
Upprop!	11
OGUs ordförande informerar	13
ENTOG-utbyte för ST-läkare i Glasgow maj 2014	14
OGUs ST-dagar 2014	15
ST-tjänstgöring i Etiopien – en spännande möjlighet	17
Resultat från din klinik	21
Användarmötet 25 oktober	23
DEBATT Ska vi ha debattartiklar i Medlemsbladet?	25
Sveriges Privatgynekologer	27
Sex rapporter från Gynop-registret	28
Ny avhandling	34

Uppsala/Örebro-regionen. Därefter är det Västra Götaland, Stockholm/ Gotland och Södra regionerna kvar. Ni får gärna höra av Er till mig med önskemål om vilka tider under 2014-15 som passar bäst. Detta projekt drivs som ett samarbete mellan Patientförsäkringen LÖF, SFOG, Barnmorskeförbundet och Neonatalsektionen i BLF och involverar alla förlossningskliniker i landet. En utvärdering av den första omgången pågår och vi ser med spänning fram emot resultaten någon gång det närmaste halvåret.

SFOG har sedan ett par år regelbundet träffar med Barnmorskeförbundets presidium. Vi har ju i många frågor gemensamma mål och är överens om att samverka i de frågorna gör oss starkare. Hittills har det varit ordförande, vice ordförande och Perinatal-ARGs ordförande som representerat SFOG. En tydlig framgång för båda organisationerna är att vi beslutat att arrangera en gemensam Abortdag (vilken Barnmorskeförbundet tidigare ensam ansvarat för). Vi är överens om att båda yrkesgrupperna behövs med sin kompetens i detta arbete, så kallad Task Sharing. Abortdagen kommer att äga rum i Stockholm den 21 mars 2014.

Svenskt Kirurgiskt Råd heter en sammanlutning av alla kirurgiska specialitetsföreningar samt anesthesiologerna, rådet har ett möte årligen. I år var SFOG värd och arrangör av mötet som samlade representanter från alla 14 föreningarna (utom ögonläkarföreningen) den 26-27 september. Vi har många gemensamma frågor inte minst vad gäller utbildning,

av såväl ST som fortbildning av specialister, kirurgisk träning och bakjourns-kompetens. Flera av oss har kvalitetsregister med likartad problematik vad gäller inhämtande av uppgifter. Vidare konstaterades att vi tillsammans fick ett bra utfall vad gäller specialitetsindelningen. Sedan förra året har vi tillsammans drivit projektet "Rökstopp före operation", vilket haft ett stort genomslag och har stöttats av LÖF. Nu ska detta projekt implementeras under ledning av Socialstyrelsen.

Louise Thunell, som vår fackliga sekreterare, representerade SFOG på Läkarförbundets representantskap, som är ett samverkansorgan för Specialitetsföreningarna och Läkarförbundet. Utbildning och SPUR/Lipus avhandlades liksom Läkarförbundets syn på "Uppdrag Läkare".

Läkarsällskapet hade sitt fullmäktige i oktober och där har SFOG fyra röster. Utöver mig representerades vi av vice ordförande, vetenskaplig sekreterare och ARGUS. Styrelsen i sällskapet kallas Nämnden, Kerstin Nilsson valdes till ordförande från nyåret 2014 och Margareta Hammarström sitter kvar på fortsatt mandat. Vi kan konstatera att gyn/obst har en mycket god representation. Den löpande ekonomin har varit dyster i flera år, främst på grund av stora underskott för Riksstämman. I år tas det nya grepp, Riksstämman flyttas till Waterfront mitt i City och förkortas till två dagar. Vi har flera intressanta programpunkter på fredagen och hoppas nu på stort deltagande den 5-6 december.

Även NFOG har haft ett par styrelsemöten i höst. Vi har mycket gemensamt i de nordiska länderna, många arbetar i grannländerna och det är ju onödigt att göra samma utvecklingsarbete parallellt. Harmonisering av specialistutbildningen, eventuellt gemensam specialistexamen på sikt samt samordning av arbetet med guidelines har diskuterats. Till årsmötet General Assembly under NFOG-kongressen i juni kommer ett förslag om en ny Guidelines Committee, vars uppdrag blir att finna områden med stark evidens där vi kan ha gemensamma guidelines i Norden. Helt nyligen avhölls också ett gemensamt utbildningsmöte i två dagar med internationella auktoriteter som Wendy Reid från RCOG. Jan Brynhildsen representerade SFOG. Det ska bli intressant att höra hur diskussionerna gick där!

Årets Vintermöte arrangeras av Danderyds kvinnoklinik fredagen den 31 januari på Norra Latin vid Norra Bantorget i Stockholms city. Mer information finns på www.vintermotet.se

Väl mött där och ha tills dess en bra höst och en riktigt fin Jul och Nyårshelg!

Eder ordförande
Harald Almström
Harald.almstrom@sfog.se

SFOG-kurser • SFOG-kurser • SFOG-kurser • SFOG-kurser • SFOG-kurser

Höstens SFOG-kurser annonseras och söks **enbart via www.sfog.se**

Kurserna läggs ut 10/2 2014 (v7) och söks **senast 16/3 2014** (v11), besked om kursplats ges tidigast v 15!

Eder utbildningssekreterare *Jan Brynhildsen*

SFOG-kurser • SFOG-kurser • SFOG-kurser • SFOG-kurser • SFOG-kurser

REDAKTÖRENS RUTA

Kära medlemmar!

År två som er redaktör är snart slut. Efter julfirande och några lediga dagar är det dags att ta itu med 2014. Vi vill presentera nya avhandlingar i Medlemsbladet liksom fina ST-arbeten. Skicka gärna in en debattartikel eller referat av en intressant föreläsning. Nedan ser du datum för manusstopp och utgivning av nästa års fem "blad".

Ha en riktigt skön avslutning på 2013!

Anna Ackefors

Följande tider gäller för medlemsbladet 2014:

<i>Nr</i>	<i>Deadline</i>	<i>Utkommer</i>
1	13 januari	vecka 7
2	10 mars	vecka 15
3	5 maj	vecka 23
4	15 september	vecka 42
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

Lisa Franke, Sundsvall

Anna-Maria Swahn Azavedo,

Linköping

Pantea Piravogi, Borås

Johanna Berg, Göteborg

Elin Collins, Umeå

Tomas Sjöberg Bexelius, Hägersten

Niklas Rexelius, Örnköldsvik

Annika Platte, Karlstad

Tove Wrande, Trosa

Jwan Al-Mukhtar, Landvetter

Lars Thurn, Karlskrona

Mohammad Sadoon, Södertälje



Kära medlemmar!

På utbildningsfronten har mycket hänt under de senaste åren, det mesta tyvärr negativt. Men – hav förströstan – det börjar ljusna. Ur askan efter det insomnade IPULS har LIPUS stigit fram. Kanske inte så stora skillnader egentligen men nu börjar äntligen SPUR-verksamheten så sakta starta upp igen. LIPUS har presenterat ett nytt system för kostnadsberäkningar och det skiljer sig avsevärt från det som IPULS hade. Kostnaderna verkar rimliga och dessutom är redovisningen helt öppen vilket givetvis är ett baskrav som nu alltså tillgodoses. Inspektionerna har så sakteliga tickat igång och ett par kliniker har blivit inspekterade/ska inspekteras under hösten. Under den stiltje som rått sedan årsskiftet 2011/2012 har vi tyvärr tappat ett antal SPUR-inspektörer och behovet av nya inspektörer är stort! Det är en rolig och spännande verksamhet som dessutom innebär att man kan hämta hem mycket idéer till den egna kliniken. SPUR/LIPUS anordnar regelbundet utbildningstillfällen för nya inspektörer.

Ta chansen och anmäl dig! Skicka ett mail till undertecknad: jan.brynhildsen@lio.se

När IPULS gick i graven beslutades att ansvaret för SK-kurserna skulle återgå till socialstyrelsen (SoS). SoS har nu börjat arbetet med att ta fram en kurskatalog för samtliga specialiteter. För vår del innebär det att utbildningsnämnden, förstärkt av ytterligare OGU-representanter, tillsammans med konsulter (utsedda av SoS) jobbar med att ta fram en katalog för SK-kurser. Det är ett viktigt och stimulerande arbete som inte bara går ut på att ta fram kursbeskrivningar utan också fokuserar på var under utbildningen den enskilde ST-läkaren bör gå kursen. Detta ska finnas som underlag för upphandling. Tyvärr är byråkratin rätt omfattande och det finns en påfal-

lande tröghet i systemet. Sannolikt kommer inte det nya programmet för SK-kurser att sjösättas förrän tidigast 2017. Man blir lite matt...

Detta innebär att vi tills vidare rullar på med det gamla systemet, det vill säga att ST-läkaren till stor del måste förlita sig på SFOG-kurser för att få de kurser som krävs.

Jag vill passa på att återigen tacka alla som årligen ger SFOG-kurser. Utan dessa skulle vi inte klara av oss! Antalet kurser har under de senaste åren ökat men fortfarande är behovet stort och det är svårt att tillgodose allas önskemål om kurser. Vissa kurser kan ha över hundra personer på reservlistan.

Specialistexamen 2014 kommer att hållas i Uppsala 14-16/5. Håll utsikt efter annons! I våras slogs rekord i antalet deltagare – 41 personer. Det var på håret att det gick att genomföra detta praktiskt. SFOGs styrelse kommer att verka för en obligatorisk examen och vi ser glädjande nog att allt fler har detta inskrivet i sitt ST-kontrakt. Tyvärr medför detta stora praktiska bekymmer och vi måste på sikt hitta en annan organisationsform för specialistexamen. När du läser detta har utbildningsnämnden nyligen haft ett arbetsinternat där bland annat detta har diskuterats. En av de förändringar som redan har beslutats är att vi från och med 2014 kommer att börja ta ut en avgift för specialistexamen. Det är i nuvarande läge i det närmaste omöjligt att fortsätta att organisera detta på ideell bas och ett administrativt stöd är ett måste – därav kostnaden.

Mycket viktiga personer i ST-utbildningen är de ST-ansvariga eller ST-studierektorerna. Det finns ett stort behov av samverkan och ett nätverk. ST-studierektorerna har haft årliga möten i samband med SFOG-veckan men det har

varit svårt att få till en bred uppslutning vid dessa möten. Därför anordnade vi i september ett första möte med en nybildad intressegrupp, ST-studierektorerna. Det första mötet handlade mycket om förutsättningar och upplägg av arbetet vid olika sjukhus kliniker. Det blev uppenbart att skillnaderna är stora. Ett fortsatt arbete planeras och nästa möte kommer att hållas i januari 2014. Kontakta undertecknad eller Sofie Graner sophie.graner@karolinska.se på Karolinska, Solna om du vill delta.

7-8 november anordnade NFOG ett tvådagarsmöte med rubriken "*Harmonizing and improving the Nordic oblgyn training – how to get there*" i Köpenhamn. ST-läkare och mer seniora kolleger från samtliga nordiska länder deltog liksom ett antal inbjudna internationella föreläsare. Det var ett spännande möte med många nya idéer om hur vi kan samordna stöd runt ST gemensamt. Bland annat framkom ett stort behov av handledarkurser vilket mycket väl kan genomföras gemensamt. Teamträning hellre än individuella kurser betonades. Annars var det också slående att strukturen avseende handledning, krav på vetenskapligt arbete, sidoutbildningar, förkrav med mera skiljer sig åt mellan länderna. Samtidigt verkar både de positiva och de negativa erfarenheterna till stor del överensstämma.

Det var allt för denna gång – snart blir det ljusare igen.

Jan Brynhildsen ■

Rekommendationer angående gränsöverskridande fertilitetsbehandling

Personer som lever som singel eller i par söker sig ibland utanför Sveriges gränser för fertilitetsbehandling. De behandlingar man söker kan till exempel vara IVF, donation (ägg, spermie eller embryo) eller surrogatmoderskap.

Som gynekologer blir vi emellanåt kontaktade av personer som står i begrepp

att inleda behandling i ett annat land, med önskemål om förberedande utredning, kontroller under behandling eller receptförskrivning. Det är svårt att dra gränsen för vad vi skall, bör eller ens får bidra med i dessa sammanhang och det finns ett behov av samstämmiga rekommendationer.

Till stöd för er som möter dessa personer i kliniken har Fert-ARG tagit fram ett dokument med rekommendationer angående gränsöverskridande fertilitetsbehandling. ■

Rekommendationer vid fertilitetsbehandling utomlands,

dvs gränsöverskridande fertilitetsbehandling s.k. Cross Border Reproductive Care (CBRC)

Sammanfattningen är sammanställd av
Fert-ARG

1. Medicinska aspekter

Mottagningsbesök kan alla patienter erbjudas för att erhålla information.

Utredning:

Utredning görs utifrån individuell medicinsk bedömning.

Behandling:

Utgångspunkten bör vara en individuell bedömning med beaktande av det blivande barnets bästa och kvinnans medicinska förutsättningar att genomgå en graviditet (1).

En rekommendation är att fertilitetsbehandling avrådes efter att kvinnan fyllt 45 år.

Patienten/paret bör rekommenderas att ta del av statistik från behandlande klinik avseende utfallet av den planerade behandlingen, och bör avrådas från fertilitetsbehandling som har <10% sannolikhet att resultera i en graviditet (2).

Man bör inte medverka till fertilitetsbehandling:

- om kvinna eller barn utsätts för allvarliga medicinska risker
- där fler än ett embryo (endast i undantagsfall två embryon) återförs
- vid BMI >35 kg/m² (3).

Läkemedelsförskrivning och/eller undersökning i Sverige inför en behandling som initierats av klinik i utlandet, medför att förskrivande läkare har ett medicinskt delansvar för behandlingen.

2. Juridiska aspekter

I CBRC gruppen har diskuterats vad som är lagligt i Sverige. Det är *tillåtet* att informera om olika behandlingar som inte är tillåtna i Sverige.

Det är i Sverige *inte lagligt* att:

utföra donation med oocyter och spermier från okänd donator (4).

Det är i Sverige för närvarande *inte tillåtet* att:

utföra embryodonation
utföra behandlingar avseende värd-/surrogatmodraskap
fertilitetsbehandla ensamstående kvinnor.

Enligt svensk lag är det inte tillåtet för läkare i Sverige att medverka i behandlingar som inte är lagliga i Sverige. Rättsläget är ännu inte prövat.

3. Ekonomiska aspekter

Bedömning av fertilitetspotential och provtagning som hör samman med detta kan göras med offentlig finansiering.

Patienten skall i Sverige själv finansiera kontroller och provtagning avseende behandlingar som påbörjats utomlands.

Läkemedel och provtagning som ordinerar av läkare utomlands och som inte är förenliga med svensk praxis, skall patienten erhålla och betala för i det aktuella landet.

Förmånsberättigade läkemedel som vid fertilitetsbehandling skrivs ut på recept av läkare i Sverige, har patienten rätt att erhålla med förmån oavsett om detta är angivet på receptet.

1. <http://www.smer.se/nyheter/radet-tar-stallning-till-assisterad-befruktning/>

2. <http://www.ucr.uu.se/qivf/>

3. SFOG, Rapport från Fert-ARG 2010: Ofrivillig Barnlöshet

4. http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2006-351/

Ny upplaga av Diagnoshandboken

En reviderad upplaga av Diagnoshandboken utkommer vid årsskiftet och innefattar de nya koder som tillkommit sedan den föregående. Också de nya koder från Socialstyrelsen som börjar gälla från 2014-01-01 kommer att vara med. För kvinno-sjukvårdens del gäller det bland annat en ny indelning av koderna för sfinkterrupturer och femtepositionsindelning under kodgruppen O35 (fosterskador).

Hälsningar

Karin Pihl

karin.pihl@telia.com

Mödradödsfall i Sverige under 2012

MM-ARG presenterar nedan de sex mödradödsfall under år 2012 som hade kommit till gruppens kännedom innan SFOG-veckan i augusti. Vi har därefter fått information om ytterligare ett fall som ännu inte analyserats – vilket aktualiserar vår ständiga påminnelse: skicka in era fall till oss direkt när de händer, så är risken mindre att de tappas bort senare!

Fall till MM-ARG ska skickas till Jeanette Swartz på SFOGs kansli i Stockholm. *Man behöver inte inhämta tillstånd från anhöriga och journalkopiorna behöver inte vara avidentifierade.* "ALLT" ska med: MHV, FV, journalanteckningar från KK, men också relevanta journalkopior från andra kliniker, lab, obduktionsprotokoll, eventuell Lex Maria-anmälan och händelseanalys.

I år fick arbetsgruppen redovisa fallen muntligen på SFOG-veckan. Det kändes, liksom tidigare, att det fanns ett stort intresse och många frågor/synpunkter kom fram. Vi tror att vi har medlemmarnas stöd för att en dragning av mödradödsfall ska vara ett stående inslag på SFOG-veckan och att det behövs tid avsatt för att presentationen ska vara givande.

Fall 1

34-årig 3-para som kommer till Sverige som flykting endast cirka fem dagar efter en vaginal förlossning i ett osteuropeiskt land. Hon söker akut på kvällen på kvinnoklinik på grund av huvudvärk, diarréer, buksmärter och feber och läggs in på misstanke om endometrit. På vårdavdelningen noteras att patienten är förvirrad och hemiparetisk. Labmässigt noteras trombocytopeni (48 x10⁹/l). CT på natten visar misstanke om hjärntumör, men dagen därefter ändras diagnosen till sinus-trombos. Patienten flyttas till neuro-IVA där man ger Heparin och gör försök till trombolys. Patienten har dock ett svår-

behandlat intrakraniellt tryck och sex dagar senare konstateras hjärndöd. Obduktion ej utförd.

Bedöms som *direkt obstetrisk död* till följd av tromboembolism.

Kommentar: Svårtolkad symptomatologi initialt - viktigt med noggrann anamnes (tolk även vid akutbesök), basal kroppsundersökning ("back to basics") och tidig konsultation med andra specialister. Hade MR varit en lämpligare undersökning om man hade haft sinus-trombos som differentialdiagnos? Hade korrekt diagnos då ställts tidigare? Obduktion bör alltid göras vid mödradödsfall – viktig information kan ha missats.

Fall 2

38-årig förstföderska med normal graviditet. I mödravårdsjournalen finns inga noteringar om tidigare psykiatriska problem. Efter en utdragen förlossning blir patienten snittad på grund av värksvaghet, okomplicerat förlopp. På BB vissa amningsproblem, svårt att sova, panikkänslor – får hjälp med sömntabletter och avlastning, kvarstannar ett dygn extra. Vid kuratorskontakt framkommer tidigare ångestproblematik och kontakt inom psykiatrin. Går hem med gott stöd av sambo och familj. Vid telefonkontakt med kuratorn dagen efter berättar patienten om tidigare suicidförsök och att hon nu har stark ångest. På kuratorns uppmaning kommer hon till kvinnokliniken där man begär psykiatrisk bedöm-

ning. Denna utförs av en AT-läkare på psykiatriska kliniken som, efter telefonkontakt med bakjour, bedömer att patienten har ett sänkt livsvilja men att hon inte är suicidal och ordinerar antidepressiva och melatonin. Nästa dag suiciderar patienten.

Bedöms som *indirekt obstetrisk död* genom suicid.

Kommentar: En strukturerad suicidriskbedömning ska göras och dokumenteras av en specialist i psykiatri. Det är inte alltid vi lyckas få en fullständig psykiatrisk anamnes, men vi bör vässa vårt anamnes-tagande då vi väl känner till risken att en psykisk sjukdom försämras i anslutning till graviditet och förlossning, och att denna försämring kan komma plötsligt och dramatiskt. Tidigare suicidförsök innebär en livslång ökad risk för fullbordat suicid! Läkemedelsbehandlingen bedöms otillräcklig, främst valet av melatonin som sömnmedel.

Fall 3

30-årig förstföderska av icke-europeiskt ursprung. Gränsblodtryck i tidig graviditet, från v 30 bedömt som lätt-måttlig preeklampsi. Inläggs v 36+4 på grund av huvudvärk, blodtryck 150/110 och urinprotein 4+. Behandling med Pindolol 5 mg x 2 påbörjas och patienten förbättras. På morgonen två dygn senare mår hon fortsatt bra men blodtrycket är 170/110. Strax därefter debut av kräkningar, hosta, andnöd och bröstsmärter. Utvecklar på endast några minuter ett lungödem och

kort därefter en cirkulatorisk kollaps. Man ger syrgas, diuretika, larmar och flyttar patienten till operationssal, där ett perimortem sectio påbörjas, uppskattningsvis 30 min efter symptomdebut och 4 minuter efter troligt hjärtstopp. HLR återställer cirkulationen men kort efter hjärtstopp igen som inte kan hävas. Barnet medtaget men hämtar sig. Obduktion visar endast lungödem.

Bedöms som *direkt obstetrisk maternell död* i lungödem till följd av svår preeklampsi.

Kommentar: Extremt snabbt förlopp utan förvarning. I gruppen diskuterades om man borde ha utfört perimortem sectio på avdelningen där patienten befann sig, men vi vet inte exakt när hjärtstopp inträffade och hur som helst agerade man mycket snabbt. Narkosläkare framhåller att det är viktigt att påbörja övertrycksventilering vid lungödem för att pressa ut vätska i cirkulationen och skapa förutsättningar för gasutbyte. Fallet visar hur viktigt det är att vara förberedd på det oväntade och att all personal har utbildning i och kännedom om larm, HLR och perimortem sectio.

Fall 4

38-årig svenskfödd förstföderska med BMI 52 som genomgått infertilitetsutredning men nu blivit spontant gravid. I v 27 opereras hon laparoskopiskt för en perforerad appendicit, får postoperativt Flagyl i tre dagar samt tromboprofylax. Kommer åter fyra dagar senare med buksmärtor och CRP 114. Ultraljud visar ingen säker abscess men man behandlar peroralt med Cedax och Dalacin på kirurgkliniken. Skrivs ut efter fyra dagar, har då CRP 146 (på nedgång) med behov av morfin för smärtlindring. Ytterligare tre dagar senare åter, nu 28 fulla veckor, med låga ryggsmärtor och liten blödning. Cervix är öppen 3-4 cm. Strax efter inkomst får patienten en cirkulatorisk kollaps. HLR påbörjas och ett perimortem sectio utförs på plats inom cirka åtta minuter från hjärtstopp. Efter snittet överförs patienten till IVA där hon är mycket hemodynamiskt instabil och utvecklar en DIC med blödning.

Reopereras med hysterektomi, men avlider inom fem timmar från ankomst i bild av hypovolem chock. Obduktion visar abscessbildning i buken och hemofagocytiskt syndrom.

Bedöms som *indirekt obstetrisk död* till följd av appendicit med komplikationer.

Kommentar: På grund av morbid fetma var diagnostiken extremt svår, men det är ändå viktigt att till exempel inte avstå från CT buk av hänsyn till graviditeten om det är viktigt för att ställa diagnos. Det är också viktigt att gravida med appendicit handläggs i samarbete mellan kvinnoklinik och kir klinik, för att säkra rätt behandling och uppföljning. Enligt vissa riktlinjer ska gravida ha förlängd antibiotikabehandling efter perforerad appendicit och förhöjd dos/flera doseringstillfällen per dygn kan vara aktuellt. Vid presentationen i Sundsvall diskuteras om det var rätt att välja laparaskopi - men här framkom information om att det var en mycket erfaren operatör som bedömde att det var den säkraste och i princip enda framkomliga vägen i den aktuella situationen.

Fall 5

24-årig svenskfödd 1-para med bipolär sjukdom och suicidförsök i anamnesen. Mycket problematisk social situation med missbruk och våld. Tidigare graviditet slutade med intrauterin fosterdöd. Slutar ta psykofarmaka kort innan aktuell graviditet. Under graviditeten försöker mödravården samordna kontakt med psykiatrin, socialtjänst etc, men patienten avböjer och uteblir. Patientens föder normalt i fullgången tid och etablerar amning. Efter förlossningen täta kontakter med BVC men 54 dagar postpartum suiciderar patienten.

Bedöms som *sent indirekt obstetrisk dödsfall* i form av suicid.

Kommentar: Trots försök från MHV blir patienten aldrig under graviditeten bedömd ur psykiatrisk synpunkt, inklusive suicidriskbedömning, vilket är nödvändigt för kvinnor med denna anamnes. Fokus blev istället på den allvarliga sociala situationen och senare på barnet. Det var många inblandade vårdinstanser men

ingen övergripande patientansvarig läkare. Fallet illustrerar tydligt konflikten mellan patientens autonomi/integritet och samhällets ansvar, liksom hur sekretessregler kan försvåra adekvata åtgärder.

Fall 6

35-årig svenskfödd förstföderska som tidigare behandlats för arteriovenös missbildning i hjärnan med blödning i cerebellum, nu friskförklarad. Patienten hade trots järnbehandling en anemi med Hb 100 i v 27+1. I v 29+1 läkarbesök på grund av trötthet, sömnproblem, ostadighetskänsla och klåda. Hb var då 102 g/l och gallsyror 19 umol/l. Sjukskrivning utfärdades. V 33+5 kommer patienten till förlossningen med en knapp veckas anamnes på hög feber och kräkningar. Vid inkomsten takypne, takykardi, syrgassaturation kring 85 %, lätt ikterus. Lab visar laktacidosis och i perifert blod stark misstanke om akut myeloisk leukemi. CT thorax visar infiltrat som troligen utgörs av blaster i lungartärerna. MIG-team kallas direkt, patienten flyttas till IVA och därefter till regionssjukhus där hon förlöses med sectio. Behandling inleds med leukoferes och cytotatika men patienten försämras snabbt och avlider åtta dagar efter inkomsten i bild av generell organsvikt.

Bedöms som *indirekt obstetrisk dödsfall* (indirekt därför att graviditeten genom fysiologisk anemi kan fördröja en anemiutredning).

Kommentar: Enligt mödrahjälsövårdens nationella riktlinjer ska anemiutredning göras om Hb < 105 g/l från andra trimestern eller om patienten inte svarar på järnbehandling på 4-6 veckor. Enligt konsulterad hematolog kunde en tidigare diagnos ha påverkat utfallet, men man kan inte vara säker på att blodstatus 7-8 v tidigare skulle ha varit onormalt; vissa leukemipatienter kan ha normal bild i perifert blod tre veckor innan diagnosen ställs. Cancer är den vanligaste dödsorsaken bland kvinnor i fertil ålder och avvikande symptom (ex trötthet, anemi) ska uppmärksammas och utredas – också under graviditet.

Årets key-points känns igen från tidigare år!

- Noggrann anamnes och basal kroppsundersökning är basen för korrekt diagnos i svåra fall.
- Professionell tolk ska användas för säkra informationsöverföring.
- Samråd tidigt med andra specialister – i svåra fall är teamkonferenser ovärderligt.
- Tidigare suicidförsök är en allvarlig riskfaktor för suicid.
- Suicidbedömning ska göras strukturerat av kollegor med rätt kompetens.
- Vid allvarlig eller oklar sjukdom ska undersökningsmetod väljas oberoende av graviditeten.
- Följ gällande riktlinjer! ■

Upprop!

Vi tycker att det är hög tid att vi inom Svensk Gynekologi och Obstetrik kopierar ett mycket framgångsrikt koncept från Holland (Dutch consortium for studies in women's health and reproductivity.) Man har inom specialiteten skapat en infrastruktur för stora randomiserade kliniska studier, och sedan begynnelsen 2008 kunnat genomföra en rad mycket intressanta väldegnade studier. Studierna berör obstetrik, fetal medicin, neonatologi, fertilitet, gynekologisk onkologi samt urogynekologi. Verksamheten sker i samarbete mellan samtliga kliniker i Holland, och har medfört att den vetenskapliga aktiviteten höjts samt att man inom specialiteten får tillgång i ökad omfattning till stora statliga forskningsresurser. Vidare om man jämför olika kliniska specialiteter i Holland har gynekologi och obstetrik klättrat nio positioner i en skala inkluderande 16 olika specialiteter. Internatio-

nellt har det holländska konsortiet rönt stor uppmärksamhet, och inte sällan belönas man för topp prestationer vid internationella konferenser.

Inom Svensk obstetrik och gynekologi brottas vi med svårigheter avseende forskningsresurser och onödig fragmentering. På många sätt har vi minst lika goda förutsättningar att genomföra kliniska PRTs som de holländska kollegerna, men vi ser idag inte denna aktivitet. Vi vill att man kommer igång med en diskussion om att skapa en sådan organisation i Sverige. Ett initialt möte om detta kommer att arrangeras vid NFOG mötet i Stockholm den 11.6 2014. med ett efterföljande möte i Varberg vid SFOG-veckan.

Välkommen att delta i denna diskussion. Vi behöver alla vara med.

Stockholm och Göteborg
den 28.10 2013

Magnus Westgren och Henrik Hagberg ■

Medlemsavgift för 2014

I februari månads början kommer ni få en faktura på medlemsavgiften för 2014. För att underlätta för SFOGs kansli ber vi er informera oss om ni flyttat och bytt adress. Har ni även bytt mailadress vill vi gärna veta det också.

Skicka ett mail till kansliet@sfog.se eller ring tel 08-440 01 75.

Gott Nytt År!
Jeanette Swartz
SFOG kansliet



Stockholm, Sweden

NFOG

June 10-12, 2014

Welcome to the 39th Nordic Congress of Obstetrics and Gynecology which will be held at Stockholm Waterfront Congress Centre. www.nfog2014.se

Program

Perinatal epidemiology
Mature women's sexuality
Neuroprotection in birth asphyxia
Progesterone and prevention of preterm deliveries
Endometrial carcinoma – management of high risk disease
Maternal obesity, gestational weight gain and diet as determinants of offspring long term health
Management of hypothyroidism during pregnancy
Cervical cancer prevention today and tomorrow
Clinical treatment frontiers in urogynecology
Misoprostol in obstetrics and gynecology
How can we make delivery safer?
NIPT in the Nordic countries
Women's health
Endometriosis

Perineal tears after vaginal delivery
Surrogacy or uterine transplantation
Antidepressant treatment during pregnancy
An overview on Non Invasive Prenatal Testing
Insulin resistance and reproduction in polycystic ovary syndrome
Ultrasound in the screening for and in the diagnostic work-up of endometrial cancer
Reproductive rights with focus on infertility, surrogacy and sex selection in low-resource settings

Pre-conference courses

High risk disorders in obstetrics • Management of endocrine and metabolic diseases in pregnancy • Robotics in gynecology • Fetal medicine • Intrapartum fetal monitoring • The future of perinatal regenerative medicine • Communication skills • Disorders of vulva • Practical course in colposcopy • Reproductive health • Perinatal epidemiology • Fertility preservation • Pelvic floor and birth injuries • Gynecological ultrasound

Pre-conference meetings

Nordic Robson groups • Management of excessive bleeding at delivery
International Obstetric Surveillance System (INOSS)





OGUs ordförande informerar

Bästa OGU-medlemmar!

Gissa om jag kände mig lite stolt häromveckan, när jag randade mig på urologen vid Skånes Universitetssjukhus i Malmö, och såg att våra fina Ge kniven vidare planscher satt uppe i deras konferensrum och på operation. Där var man var i full gång med att driva kampanjen och de hade en arbetsgrupp som drog i det hela. Det verkar finnas väldigt mycket energi ute i landet och många som driver på och hittar olika kreativa lösningar för att optimera förutsättningarna för den kirurgiska utbildningen. Det hade varit mycket värdefullt om ni vill dela med er av era framgångssagor! Skriv och berätta på facebook, till oss i styrelsen eller till medlemsbladet!!

OGU-styrelsen har träffats och haft ett strategiinternat. Vi hade stora planer och lyckades fånga in många viktiga punkter. Det viktigaste summeras här.

Kommunikation

Vi har ett ständigt behov av att förbättra vår dialog med er. Vi vill inte bombardera er med mail utan har målsättningen att endast skicka dig relevant information från OGU som vi bedömer ligger i ditt intresse. Det kan röra sig om OGU-enkäten, OGU:s ST-dagar, OGU:s program under SFOG veckan samt information om kurser/möten/utbildningar som OGU/SFOG står bakom. OGU-enkäten är vårt viktigaste redskap för att få information om hur ST-läkare inom Ob/Gyn har det och vilka förbättringsområden vi måste fokusera på. Nästa enkät kommer att skickas ut i februari 2014. Dina svar

är viktiga och kan göra skillnad. För att vi ska kunna nå dig behöver vi din mailadress. Om du inte får våra mail ber vi dig höra av dig till olof.alexandersson@jll.se

OGU har en facebookside. Om du går in och gillar den kommer du att få fortlöpande information från OGU om relevanta slutdatum etc. Om du dessutom delar något OGU skrivit får dina ST kollegor också ta del av detta. Här har ni även möjlighet till att kommunicera med oss i offentligt forum. Annars när ni oss på våra mailadresser som finns på hemsidan, www.ogu.se som är nu uppdaterad. Gå gärna in och titta på vår sida, nya styrelsen finns på bild.

Hur är en bra ST-utbildning?

Vi lämnade denna fråga öppen och alla fick komma med förslag. Vi ansåg den extra viktig eftersom NFOG valt att hålla en kongress om ST-utbildningarna i Norden för att bättre kunna harmonisera våra utbildningar.

Vad tycker OGU?

OGU vill påtala att utbildning är en del i produktionen. Varje klinik med ST-läkare har i uppdrag att producera specialister. Idag uppfattar vi att fokus i hög utsträckning ligger på produktion endast av sjukvård. För att en ny läkare skall kunna fungera optimalt krävs en strukturerad introduktion. Vår specialitet ingår inte i AT och få har fått göra tillräckligt många undersökningar för att känna sig trygga nog att på egen hand bedöma patienter första veckan. Vi anser

att det bör finnas en utbildningsbok med en fortlöpande plan med logisk avancering. ST-utbildningen kräver blockplaceringar och vi är för att det sker en obligatorisk examination efter varje block. Målen måste vara tydliga i målbeskrivningen och vilka mål som skall täckas av respektive placering. Vi tror på körkortsmodeller. Det skulle kunna genomföras på exempelvis ultraljud, kolposkopi, laparoskopi, basal kirurgisk teknik, akuta obstetriska situationer (ALSO konceptet) osv. Att göra en del av sin ST på ett mindre sjukhus tror vi är gynnsamt. Särskilt ur perspektivet att få en bra kirurgisk utbildning men även för att få en bättre förståelse för olika klinikers arbets sätt. Idag är det oftast ST-läkare från små kliniker som får komma till de stora sjukhusen för externplacering inom obstetrik. Ett utbyte åt båda hållen skulle vara gynnsamt både för både ST-läkarna och klinikerna. OGU tror att vårdval för benign gynekologisk kirurgi är ett stort hot mot den kirurgiska utbildningen för ST-läkare. Det finns många fördelar med en slutexamination med möjlighet att summera sin kunskap och som en kvalitetskontroll.

Kampanjer

Under 2013-2014 driver vi kampanjen "Ge kniven vidare" som ett steg i att förbättra den kirurgiska utbildningen för ST-läkare nationellt. Vi har fått till ett fantastiskt samarbete med övriga opererande ST-läkarföreningar och tror på stort genomslag. Vi anser det viktigt att

kunna arbeta med kampanjer när ett behov dyker upp och ställer oss mycket positiva till att fortsätta med liknande projekt framöver. För att det skall gå att genomföra måste vi mobilisera resurser. Vi har lärt oss mycket under vår pågående kampanj och kommer förändra en del i våra övriga uppdrag för att just kunna fokusera mer på högaktuella arbetsområden.

SFOG-veckan

OGU skall arbeta för att det finns intressanta punkter för yngre läkare under SFOG-veckan och locka ST-läkare med egna programpunkter. En representant från OGU-styrelsen finns i organisationskommittén för att bevaka att t ex kursutbud tillgodoses. Lokala representanter ordnar föreläsare och kursprogram. Frågan om vi ska ordna kurs kommer att utvärderas efter nästa års möte i Varberg.

OGU-kvällen anordnas av lokala representanter som får instruktioner från OGU:s styrelse om förhållningsregler särskilt avseende budget. OGU kommer mer aktivt uppmuntra ST-läkare att skicka in posters, bland annat under OGU-dagarna.

OGUs ST-dagar

Detta lyckade framgångskoncept är vi alla mycket nöjda med. Vi kommer att fortsätta anordna 2 dagar årligen med olika teman. Vi planerar att fortsättningsvis göra det till ST-kurs och kommer att ha vårt årsmöte i samband med dessa dagar som alltid ligger mån-tis v 16 om det inte sammanfaller med påsken då de förläggs till v 15 istället. 2014 hålls OGU dagarna i Uddevalla med temat benign gynekologisk kirurgi mån-tis v 15.

Valberedningen arbetar för fullt med rekryteringen av nya styrelsemedlemmar.

Är du intresserad av att engagera dig i OGU styrelsen är du varmt välkommen att kontakta oss i styrelsen eller valberedningen. Alla kontaktuppgifter finns på hemsidan.

Nu önskar jag er allt gott tills vi hörs och ses igen! Njut av Julens goda och de tända ljusen. 2014 kommer bli ett riktigt bra år fyllt av nya utmaningar!

Ni är alltid varmt välkomna att höra av er om ni har några frågor eller funderingar. Och glöm inte att gilla oss på "fejjan".

Er Ordförande

Malin Sundler

malin.sundler@skane.se

Kvinnokliniken,

Skånes Universitetssjukhus i Malmö

ENTOG-utbyte för ST-läkare i Glasgow maj 2014

ENTOG (European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology) erbjuder varje år ett utbyte för europeiska ST-läkare som är nyfikna på hur det är att arbeta som gynekolog i ett annat europeiskt land. År 2014 sker utbytet i Glasgow 5-8 maj.

Själva auskultationen kommer att äga rum 5-7 maj och avslutas med ENTOGs årsmöte och Council 8:e maj, som behandlar temat: Ledarskap inom Gynekologi/Obstetrik. På fredagen bjuds även på "Gala Dinner".

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

Pengarna är avsedda för anmälningsavgift, resa, boende hos brittisk kollega.

I anslutning till utbytet ombeds du bidra med en reseberättelse som publiceras i Medlemsbladet.

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

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

ST-tjänstgöring i Etiopien – en spännande möjlighet

Sedan några år tillbaka har det varit möjligt för ST-läkare inom obstetrik och gynekologi, genom ett samarbete mellan SFOG och CEFAM (Centrum för Allmänmedicin) som också involverat SIDA, att under ST-perioden göra en auskultationstjänstgöring på tre månader i ett utvecklingsland. Sedan projektet började har ca 20 gynekologer tagit denna möjlighet och fått upplevelser som fördjupat både på det personliga och det yrkesmässiga planet. Perioden utomlands har kunnat tillgodoräknas inom ST-tjänstgöring genom att följa av Socialstyrelsens godkänd dokumentation och handledning. De gynekologer som tagit chansen har i första hand fått placering på Muhimbili Sjukhus i Dar es-Salaam. En del kollegor som åkt har känt sig lite frustrerade över att tjänstgöringen i första hand varit av auskultationskaraktär och man har inte fullt ut fått utvecklas som handläggande och opererande doktor.

Genom ett samarbete med Skandinaviska Läkarkontoret har en ny möjlighet för ST-läkare öppnats på Aira Sjukhus i västra Etiopien. Läkarkontoret har under flera år skickat gynekologspecialister till Aira på volontärbasis för att stötta, när ordinarie läkare varit på semester.

Aira är ett missionssjukhus med anor sedan 1920-talet då det grundades av tyska missionärer. Det har drygt 100 vårdplatser med verksamheter inom de mest skilda områden. Man utför avancerade ortopediska operationer, opererar läppgomsplalter i ett nationellt projekt och tar hand om avancerade brännskador med bland annat hudtransplantat. Obstetriska fistlar hör till vardagen i ett land som Etiopien och merparten av kvinnor med denna skada kan få hjälp på Aira Sjukhus. De mest avancerade fallen skickar man till Fistulasjukhuset i Addis



Förlossningspersonal i kläder från svenskt landsting poserar under tempelblomma i sjukhusparken

Abeba. Sjukhuset har drygt 1000 förlossningar per år och eftersom de flesta kvinnor föder hemma är olika komplikationer överrepresenterade och kejsarsnittsfrekvensen är hög.

Förutom ett gott samarbete med Sverige genom Skandinaviska Läkarkontoret har Aira andra kontakter både nationellt och internationellt. Man har ett forskningssamarbete med ett tyskt

universitet och nyligen gjorde man en omfattande uppföljning av kvinnor opererade för bröstcancer på Aira sjukhus.

Sjukhuset välkomnar projektet att få ta emot nästan färdigutbildade specialister från Sverige då arbetsbördan inom framför allt obstetrik är stor. De ordinarie läkarna har mycket goda kunskaper inom obstetrik och gynekologi i utvecklingsländer trots att ingen av dem

formellt är gynspecialist. De kommer att fungera som bakjourer när gästdoktorn är i tjänst samt fungera som praktiserande handledare. En handledare, med erfarenheter av arbete i utvecklingsländer, kommer att finnas tillgänglig genom Global-ARGs försorg och kommer att kunna nås via mail eller telefon under arbetsperioden.

Sjukhuset har en nystartad utbildning för barnmorskor och det finns möjlighet göra insatser för deras utbildning efter överenskommelse med skolans rektor. Medicinska assistenter (ungefär "barfotaläkare") med utbildning på ett universitet i regionen kommer till Aira för praktisk verksamhet och utbildning. Man tar också emot motsvarande AT-doktorer för ett par års tjänstgöring efter universitetsstudier på någon av landets medicinarutbildningar.

Skandinaviska Läkarbanken erbjuder fyra ST-doktorer per år att få en utbildningstjänst på Aira Sjukhus. Läkarbanken ordnar med alla formaliteter gentemot sjukhuset och står för resekostnader, försäkringar och visumkostnader. ST-doktorn förväntas få sin ordinarie lön från sin hemortsklinik. Tjänstgöringsperioden har när projektet låg i CEFAMs regi varit tre månader. Av administrativa skäl bör tiden i Aira hålla sig strax under 3 månader, då Etiopiska myndigheter kräver ett mer avancerat arbetstillstånd om man överskrider denna period.

Skulle det vara så att någon intresserad ST-doktor inte kan utverka lön från sin hemmaklinik finns det möjlighet att åka till Aira sjukhus på volontärkontrakt. Tidsperioden brukar då var 6 veckors tjänstgöring. Samma förutsättningar med handledarestöd m.m. kommer att gälla.

Vidare information om Aira Sjukhus samt om ansökningsförfarande finns på Läkarbankens hemsida www.lakarbanken.org. Ansökan skickas till Karin Håkansson på Läkarbanken. Kandidaternas lämplighet kommer att bedömas i samråd med Global-ARGs representanter.

Är Du intresserad – tveka då inte att ta kontakt med någon av oss!

Kenneth Challis, Global-ARG
kenneth.challis@gmail.com
Margareta Sidenvall, Global-ARG
msidenvall@hotmail.com
Karin Håkansson, Läkarbanken
k.hakansson@doctorbank.se



Transport av patienter mellan de olika avdelningar i regn- och solsäkrade korridorer.

SPUSS

Specialistutbildning för Stockholmssjukhusen

SPUSS är en avancerad vidareutbildning för specialister inom gynekologi och obstetrik på alla nivåer i Stockholm. SPUSS är också ett diskussionsforum och en kontaktyta för specialister från sjukhus och privata vårdgivare i Stockholmsområdet.

SPUSS har:

- * 2-3 utbildningstillfällen per termin
- * Samma program varje tillfälle vilket ger möjlighet för många att delta
- * 20-50 deltagare per gång
- * 3-7 föreläsare som är specialister inom det aktuella ämnet

SPUSS startades 2010 och har haft utbildningsdagar varje termin med olika teman: "Rädda bäckenbotten", "Vulvasjukdomar", "Kvinnans endokrinologi", "Ultraljud", "Graviditet och interkurrenta sjukdomar" och "Endometrios". Hösten 2013 handlar utbildningsdagarna om "Hotande förtidsbörd och fostermedicin".

Sjukhusläkare finansieras av respektive hemklinik. Privatläkare betalar 950 kr/dag inkl frukost, lunch och kaffe. I mån av plats tar vi även emot utomlänsspecialister.

Anmälan sker via hemsidan, www.spuss.se senaste 2 veckor innan utbildningstillfället.

Välkommen till SPUSS!

Anna Sand, MD, PhD
Studierektor SPUSS

Resultat från din klinik

GKR eller Gynop?

Vill du följa data på din klinik och kunna jämföra med riket?

1. Du behöver ett SITHS-kort och din PIN-kod

2. Kontakta Gynops kansli

så lägger vi in dig som användare (om du inte redan är det)

Tel 090-785 04 64

E-mail: gynopregistret@vll.se

3. Gå in på www.gynop.org

Välj Logga in

Välj Gynopnet drift

Sätt i SITHS-kortet och logga in

Välj Rapportgenerator i menyn

Välj utförd operation i rullisten

Skapa rapporten – en standard-rapport med förvalda data skapas,

Öppna Jämförelser ingår

Du kan också markera Välj

diagram/tabeller och själv välja

vilka data du vill se

4. Vill du välja helt fritt bland alla de variabler som finns?

Du behöver först tillåtelse från din verksamhetschef

Vill du se hur datauttag går till, välj

Datauttag i webbjälpen på

www.gynop.org och se

instruktionsfilm eller läs manual

Datauttag går att göra till Excel

eller SPSS

**Tillsammans gör vi vården
bättre!**

**Välkommen att kontakta
oss för guidning!**

Användarmötet 25 oktober

Den 25 oktober hölls höstens användarmöte med 67 deltagare från 33 sjukhus, arrangerat av Gynop-registret på World Trade center i Stockholm. De resultat som presenterades innefattar i princip alla landets kliniker eftersom data från GKR importeras till Gynop-registret.

Presentationer från mötet finns på hemsidan www.gynop.org under menyval Organisation – Mötesprotokoll.

Standardpatienter för gynekologisk kirurgi – motsvarigheten till obstetrikens Robson 1:

För att kunna jämföra klinikerna med minimering av casemix har ett förslag på en gynekologisk motsvarighet till obstetrikens Robson 1 för hysterektomi, adnex-, prolaps- och inkontinensoperation skickats ut på remiss till ett 60-tal kliniker, ca 45 svar inkommit.

Definitionen på standardpatient är:

- det ska inte finnas någon orsak att vidareremittera patienten till annan klinik av medicinska skäl
- att det planerade ingreppet ska kunna göras på landets alla kvinnokliniker som bedriver operativ verksamhet.

Selektionen för "standardpatient" kommer att användas i en del analyser för att jämföra klinikerna sinsemellan samt för att beskriva omfattningen av "svårare" fall än standardpatienter vid klinikerna. Det beslutades att följande kriterier skall användas som "standardpatient" på prov.

Gemensamt för alla nedanstående operationer skall vara benign indikation, ASA 1-2 samt BMI=<35

Specifikt för adnexop: Cysta <= 100 mm, exkludera indikation endometriosis

Specifikt för hysterektomi: Ålder: >= 37 och < 60 år, indikationer: blödnings-/menstruations störning, tryck/tyngd, smärta och myom

Specifikt för inkontinens: Primäroperation, ålder < 70 år, enbart ansträngningsinkontinens

Specifikt för prolaps: Primäroperation, standardoperation = ej mer än motsvarande Manchesterplastik, exkludera

hysterektomi på grund av prolaps, ålder <= 80 år

Samtliga operationer ska naturligtvis även i fortsättningen registreras i Gynop-registret.

Cervix-/endometrie-cancer – användande av robotkirurgi – från kommande specialrapport

Data från en kommande specialrapport avseende användande av laparoskopi (med robotkirurgi) vid cervix- eller endometrie-cancer kontra abdominell kirurgi föredrogs av Christer Borgfeldt, Lund. Bland annat är det närmast halverad blödningsmängd, vårdtid och tid till normal ADL vid laparoskopisk jämfört med abdominell teknik. Även komplikationerna är betydligt färre vid laparoskopisk teknik. Frågeställning utifrån presenterade resultat blir: Varför erbjuds inte alla patienter med endometrie-cancer laparoskopisk kirurgi? Varför erbjuds inte alla patienter med cervixcancer laparoskopisk robotassisterad kirurgi?

Bristningsregistret: Registret för förlossnings-skador/bristningar

Eva Uustal, Linköping, presenterade bakgrunden till och utarbetandet av bristningsregistret, som blir ett delregister i Gynop-registret. Gäller främst bristning grad 3-4. Nationell drift planeras till årsskiftet 2013/2014. Dessförinnan pilot-test vid några sjukhus. Bristningsregistret kommer att finnas för påseende i övnings-sjukhuset från och med uppdatering i GynopNet i mitten av november (www.gynop.org /logga i/övningssjukhus).

Mest arbete i Gynop avseende bristningarna blir det för sekreterarna, för läkarna endast bedömning av 8-veckors och 1-årsenkäter. Läkare fyller i operationsmallen i Obstetrix (eller motsvarande) på vanligt sätt – med tillägg av 4 uppgifter som ska skrivas som kommentar – kom ihåg kombinationen PISA - perinealkropp, intern sfinkter, suturmateriale som använts och antibiotika. Uppgifterna från opmallen för därefter sekreterare över manuellt till Gynop. Tre enkäter ska skickas ut till patienterna – en "hälsodeklaration" om hur det var före patienten blev gravid samt två postoperativa, 8 veckor och 1 år efter operationen. De postoperativa enkäterna går ut på samma sätt som enkäterna i Gynop-registret.

Vårdskador – Allvarliga komplikationer – hur minska dem? Föredragande Mats Löfgren, Umeå

Antalet allvarliga komplikationer per klinik är så pass få att ingen klinik kan följa det via statistiska förändringar över tid. Med utgångspunkt från ersatta vårdskador enligt Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF) kommer en funktion att skapas i registret för att kunna ta fram liknande fall så att kliniken själv genom att analysera dem ska kunna hitta vad som eventuellt hade kunnat undvikas. Antalet anmälda och ersatta via LÖF är enbart en del av antalet inträffade vårdskador. Av förväntad frekvens uppgår det till enbart en tiondel.

I ett pågående ST-arbete har samkörning av gynopdata gjorts med data från LÖF avseende patienter som är opererade för gynekologisk åkomma och fått

ersättning. En genomgång pågår av vilka uppgifter patienterna har fyllt i avseende komplikationer för att hitta den minsta gemensamma nämnaren för de olika registersträngarna. Genomgången för hysterektomi på benign indikation är genomförd och det vi kommit fram till är en sökalgoritm med en träff på 68,5 % av de 182 hysterektomerade som ersatts via LÖF. Sökalgoritmen gav ytterligare träff på 921 ej ersatta patienter inkluderade i Gynop under åren 2006-2012 med samma typ av komplikationer, en faktor på cirka 7,5. Med de 27 249 hysterektomierna under den perioden motsvarar det en komplikationsfrekvens på 3,3 %, vilket stämmer väl med litteraturen.

Denna sökalgoritm, tillsammans med de under utveckling för övriga operationer, kommer att läggas in i Gynop-registrets programvara så deltagande kliniker enkelt inom tre månader efter operation skall kunna identifiera, på individnivå, allvarliga incidenter för utredning och patientomhändertagande.

Beslutsfattande, varför tar vi de beslut vi tar? – presentatör Eva Uustal, Linköping

På SFOGs verksamhetsmöte presenterades hur sjukvårdens beslutsprocesser avspeglas i de diagram som presenteras i våra åiterrapporter, då man applicerar Daniel Kahnemans studier på dessa. Daniel Kahneman, är psykolog och fick Nobels ekonomipris 2002 för studier om hur välinformerade personer styrdes i sitt beslutsfattande.

Våra beslut styrs oftast av två olika kognitiva system: 1) det som är snabbt, intuitivt och lätt – t ex det man redan vet eller 2) det mer långsamma som kräver att man tar reda på mer innan man beslutar. Båda systemen behövs men ofta tar det första överhand – man gör som man alltid gjort. Bestsäljaren "Tänka snabbt och långsamt" av Daniel Kahneman kan rekommenderas.

INCA-exporterna till Gynonkologiskt register inom INCA

Överföringen av uppgifter för patienter med malignitet från Gynop-registret till INCA är nu i drift. Det innebär att uppgifterna skickas elektroniskt till INCA så snart PAD-formuläret är komplett ifyllt, för patienter med diagnos som ska rapporteras till INCA. När PAD fyllts och vederbörande kryssar i att "klart för överföring" får vederbörande kvittens att uppgifterna skall exporteras, och att ingen annan canceranmälan behövs. Dubbelarbetet med att registrera i både Gynop och i INCA är nu eliminerat. Det räcker med att göra det i Gynop.

Utbildning via Internet i både programvara och datauttag

Vi har möjlighet att hålla webbutbildning både om hur man använder GynopNet i patientvården och om hur man gör datauttag. Kontakta oss om ni är intresserade så planerar vi ett utbildningstillfälle.

Klinikbesök – starta lokala förbättringsprojekt

Vi har fått medel från Sveriges Kommuner och Landsting för att hjälpa till att starta upp lokala förbättringsarbeten vid ungefär 10 kliniker. Tanken är att vi tillsammans med er på kliniken och en vårdutvecklare ska starta upp och genomföra ett lokalt förbättringsarbete. Det kan t ex vara något man sett att man ligger sämre till i vid jämförelserna i årsrapporterna från Gynop-registret, eller något man själv kommit fram till i egna analyser. Kontakta registerkansliet i Umeå för mer information om detta. Vi kommer även att skicka ut ett brev om detta till alla kliniker som deltar i Gynop-registret.

Nästa användarmöte fredagen den 4 april 2014

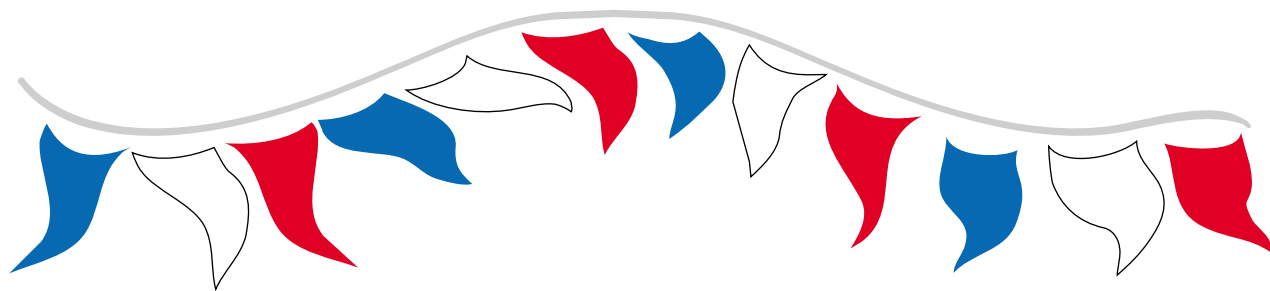
Nästa användarmöte vänder sig till läkare och kommer att hållas i Stockholm. "Gobitarna" ur samtliga årsrapporter – det vill säga för hysterektomi, hysteroskopi, adnex-, inkontinens- prolaps- och tumörkirurgi kommer att presenteras. Benchmarksvärde (25:e percentilen), värden att uppnå samt "skämsvärden" 75:e percentilen kommer att appliceras på presenterade tabeller och översikter. Inbjudan vänder sig till samtliga operativt aktiva gynekologer i Sverige, eftersom resultat från i praktiken samtliga sjukhus i Sverige kommer att presenteras. Anmälan sker på www.gynop.org.



Ska vi ha debattartiklar i Medlemsbladet och möjlighet för alla medlemmar som loggar in att komma med inlägg på hemsidans "forum"?

Det var ett önskemål som många förde fram i enkäten som gick ut till alla medlemmar i våras. Man önskade debattartiklar och då skapade vi (Lars Ladfors) ett forum på hemsidan för att möjliggöra för alla att delta i diskussionen. Vi kan konstatera att aktiviteten på hemsidans forum är mycket låg. Det diskuteras säkert mycket på allas kliniker och arbetsplatser, kanske även debattartiklarna, men man vill eller hinner inte komma med inlägg. Kanske har de artiklar som tryckts hittills inte lockat till debatt? Vi välkomnar ditt bidrag, skicka in en debattartikel till anna.ackefors@sfog.se och ta chansen att debattera på forum. Det är en form av kommunikation med styrelsen och alla SFOGs medlemmar.

Anna Ackefors
redaktör



Sveriges Privatgynekologer

– en organisation för alla verksamma inom gynekologisk öppenvård

Sveriges privatgynekologer har hållit sin årliga utbildningsresa 2-6 oktober, denna gång i Cannes med fyrtioalet deltagare.

Det vetenskapliga programmet omfattade två fullspäckade föreläsningss dagar under ledning av vår vetenskapligt ansvariga medarbetare docent Lena Marions.

Under den första dagen föreläste docent Björn Strander om HPV i kliniks praxis. Föreläsningarna omfattade bland annat frågor kring vårdprogram som när man ska testa för risk-HPV och hur ska man agera utifrån svar på cytologi, PAD och virusfynd. I anslutning till detta talade också ÖNH-läkare Britt Nordlander kring HPV i munhålan.

Under eftermiddagen föreläste dr Ragnhild Hjertberg om nyheter från Hem-ARG samt gav riktlinjer kring trombosprofylax vid IVF.

Under följande föreläsningssdag ägnades förmiddagen åt frågan "Påverkar personliga värderingar kliniska beslut?" med föreläsning av professor Nils Lynoe. Hans föreläsning och efterföljande diskussion visade återigen hur viktiga de etiska frågeställningarna är i vår vardagliga verksamhet.

Under rubriken "Aktuellt inom reproduktiv hälsa" redovisade docent Lena Marions för nyheter kring preventivmedelsrådgivning.

Vid det efterföljande årsmötet i föreningen valdes en ny styrelse som kommer att ledas av nyvalda ordföranden Iiona Barnard tillsammans med Agneta Möller och Catharina Lyckeberg med Johanna Isaksson som webmaster. Riktlinjer för föreningens fortsatta verksamhet diskuterades. Det är idag inte helt

tydligt vad som menas med "privatgynekolog", detta kan vara allt ifrån ensampraktiker med eget bolag till en anställd inom någon av de större medicinska bolagen. Trots att gynekologer verksamma utanför den offentliga vården är en stor och växande skara saknas en organisation för att tillvarata deras intressen. Vetenskaplig fortbildning och diskussion kring öppenvårdsgynekologi behöver ett eget forum. Den tidigare intressegruppen för öppenvårdsgynekologi inom SFOG har ingen verksamhet idag.

Mötet enades därför om att som medlem anta alla som är verksamma i någon form inom öppenvårdsgynekologi utanför den offentliga vården. Naturligtvis välkomnas även offentliganställda öppenvårdsgynekologer till våra utbildningsresor

Du som vill bli medlem i Privatgynekologerna!

Registrera Dig via SFOGs hemsida eller direkt på www.privatgynekologerna.se, samt betala medlemsavgiften 200 kr till Handelsbanken, clearingnummer 6617, kontonummer 343 374 358 .

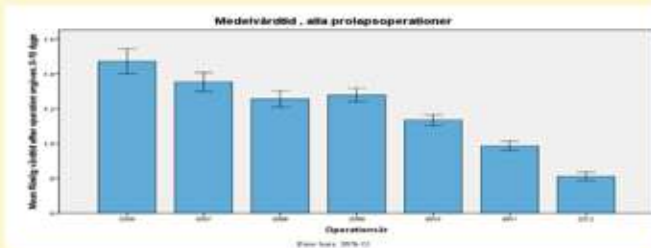
Detta gäller även gamla medlemmar, se till att dina aktuella kontaktuppgifter finns i medlemsregistret!

Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi

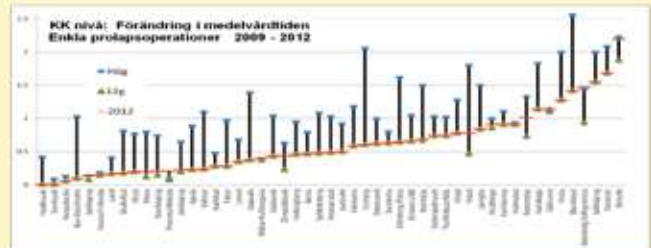
Resursförbrukning Utvecklingen av vårdtiden för prolapsoperationer år 2006 - 2012



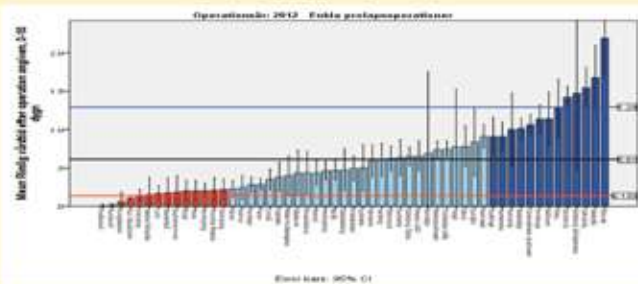
Nüssler E. och Löfgen M. Gynop-registret, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå



Under åren 2006-2012 har alla kliniker i registret minskat vårdtiden, i medel ca. 60 %.



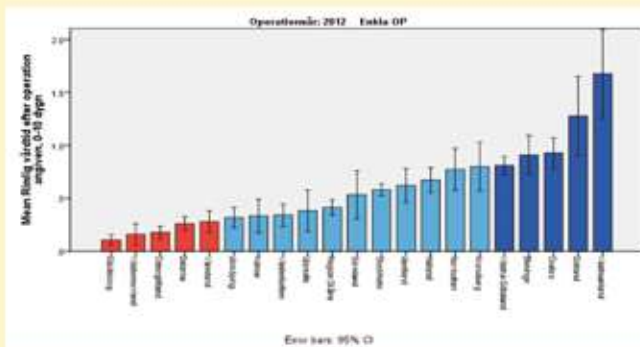
Samma kliniker förblir "snabbast" alt. "långsammast" genom hela tidsperioden.



Klinikerna med längst vårdtid har ca. 22 ggr så lång vårdtid som "benchmarkklinikerna" för samma typ av operation.



Differentierad vårdhantering har utvecklats för enkla och mera avancerade operationer, med en skillnad på 0,5 dygns vårdtid, för alla regioner, län och de flesta kvinnoklinikerna.



Vi förändrar vårdtiden i grupper: Man verkar göra som grannarna inom länet och regionen. Ambitionsnivån är närmiljön - inte de bästa i landet.

Det är ingen skillnad mellan kliniker med kort och lång vårdtid avseende andel läkarbedömda komplikationer, patientbedömd smärta efter operation, patientens nöjdhet med vårdtiden eller patientens bedömning av förbättringsgraden 8 veckor efter operationen.

SLUTSATS

Vi kan göra sjukhussvisten smidigare och lättare för patienterna och spara >1000 vårddygn om vårdgivare och landstingspolitiker inte enbart tittar på närmiljön utan är villiga att lära av de som är bäst i landet.



Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi

Förändringsarbete fordrar vilja och uppföljning

Från 10% till 50% vaginala hysterektomier på tre år



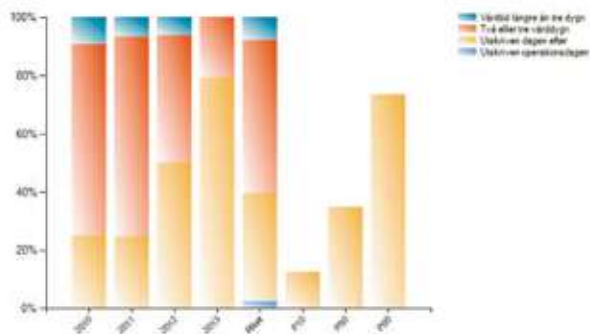
Ottander U. Löfgren M.

Enheten för obstetrik och gynekologi
Umeå universitet

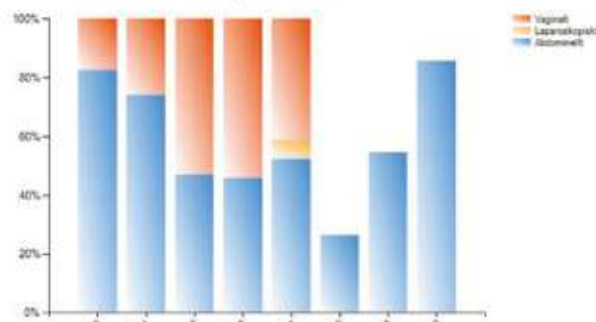
Introduktion: Patienter som genomgått hysterektomi laparoskopiskt eller vaginalt har kortare vårdtid och konvalescens jämfört med de som fått uterus borttagen via abdominell teknik⁽¹⁾. Vid Kvinnokliniken, Norrlands universitetssjukhus i Umeå har abdominell teknik av tradition legat kring 90% av totala antalet hysterektomier. Detta har i rapporteringen från Gynop-registret visat sig ligga långt över riksgenomsnittet. Efter intern diskussion beslöt ansvarig läkare för kirurgin på benigna indikation att från år 2009 skulle detta förändras så att andelen vaginala hysterektomier skulle öka⁽²⁾. För att följa förändringen användes Gynop-registrets nätbaserade rapportgenerator, som ger periodiserad grafik, inkl. riksgenomsnitt samt percentiler 10/50/90 för riket.

Syfte: Öka andelen vaginal hysterektomi till åtminstone genomsnittet i landet.

Vårdtid efter operation indelat i 4 klasser

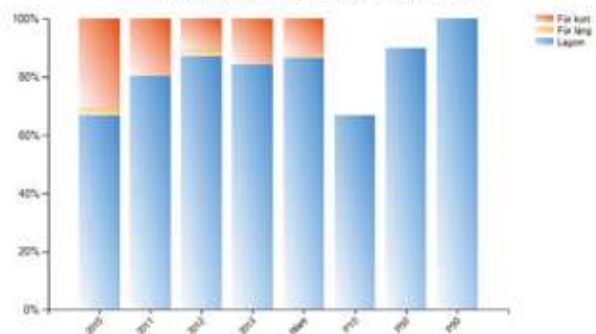


Operationen startat



Resultat: Från januari 2010 till augusti 2013 sjönk andelen abdominella hysterektomier från 85 till 50%. Operationstiden minskades från 90 till 70 minuter. Genomsnittlig vårdtid efter operation minskade från 2,2 till 1,3 vårddygn. Trots detta ökade andelen patienter som var nöjda med vårdtidens längd från 65 till 80%. Sjukskrivningen förkortades från 36,7 till 29,1 dagar utan att andelen patienter som ansåg sjukskrivningen vara för kort ökade. Bilder direkt tagna ur rapportgenerator redovisas avseende andel operationer, vårdtid och patientens bedömning årsvis.

Patientens bedömning av vårdtidens längd



Diskussion: Gynop-registret påvisade under många år för KK Umeå en avvikande tradition för operationsmetod vid hysterektomi jämfört med riksgenomsnittet. För att förändra krävdes att ansvarig läkare ville förändra. Enda merkostnaden var ett engångsinstrument som behövdes för den vaginala kirurgin. Lokala traditioner och personliga övertygelser styr ofta över de beslut som fattas i sjukvården⁽²⁾. Något egentligt merarbete för förändringen behövdes inte då det mest handlade om att börja ta andra beslut⁽²⁾. Metod att monitorera arbetet fanns via Gynop-registret, för att kontrollera att förändringen skedde utan negativa effekter för patienterna. Medicinskt ansvarig för aktuell del av vårdkedjan måste vara beredd att ändra enhetens invanda beslutsgång/tradition. Förändringsarbete behöver inte vara resurskrävande men fordrar vilja och uppföljning.

1. Hysterectomy or a minimal invasive alternative? A systematic review on quality of life and satisfaction. Brölmann HA, Bijdevaate AJ, Vonk Noordegraaf A, Janssen PF, Huirne JA. Gynecol Surg. 2010 Sep;7(3):205-210. Epub 2010 May 22
2. Tänka, snabbt och långsamt. Daniel Kahneman. svenska, 2012 Förlag **Volante**; 2012-11; ISBN10: 9186815725



Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi

Är patienterna välinformerade inför en gynekologisk operation?

Resultat av särskilt utformad studieenkät inlagd i registret



Mojgan Pakbaz¹, Ewa Rolfsman², Mats Löfgren¹

¹MD, PhD; Institutionen för klinisk vetenskap, enheten för obstetrik och gynekologi, Umeå universitet

²PhD Institution för tillämpad utbildningsvetenskap Umeå universitet

Introduktion: Ca 17 000 kvinnor/år genomgår operation på benign indikation för urininkontinens, framfall samt blödningsrubbnig med borttagande av livmodern. Dessa ingrepp kan påverka funktionen av urinblåsa och tarm samt även påverka samlivet.

Syftet med denna studien var att undersöka kvalitet och grad av den information kvinnorna har fått från opererande läkare avseende operationens effekt på funktionen av urinblåsan, tarmen samt påverkan på samlivet.

Metod: En prospektiv tvärsnittstudie genomfördes. Data samlades via en särskild enkät som bearbetades av studiegruppen och infördes i Gynop-registret för datainsamling. **Denna metod presenterades och belönades som bästa poster på Kvalitetsregisterkonferensen år 2011, nu redovisas resultaten.** Data insamlades under fem månader år 2010 vid några kliniker. I datamaterialet genomgick 385 kvinnor hysterektomi, 307 kvinnor opererades för framfall och 280 kvinnor opererades pga urininkontinens. I enkäten besvarade patienterna om de hade fått information från kirurgen avseende operationens effekter. Därutöver fick patienten frågan om hon ansåg sig ha varit delaktig i beslutet för operation. Svarsfrekvens på enkäten var 95%.

Resultat

Ca 50% av patienterna som skulle genomgå en framfallsoperation rapporterade att de samtidigt hade symptom av urininkontinens, tarmtömningssvårighet och miktionsbesvär men enbart hälften av dessa kvinnor fick information om effekten av operation på deras symptom. Tjugo procent av kvinnorna i denna grupp rapporterade att framfallet hade påverkat deras samliv negativt men bara ca 40% av dem fick information om operationens effekt på samlivet.

Bland kvinnor med urininkontinens hade ca 80% fått information om operationens effekt på inkontinensen och urinblåsans funktion. Urininkontinens hade en negativ inverkan på patienternas samliv men endast 30% fick information av operatören om samlivet skulle påverkas av operationen.

Patienter som skulle genomgå hysterektomi rapporterade besvär med urininkontinens och tarmtömning i 30% av fallen men enbart 1/3 fick information avseende effekten av operation på deras befintliga symptom.

95% av patienterna angav att de varit delaktiga i beslutet inför operation.

Andelen patienter som informerats avseende nedan faktorer, vilket visar på ofullständig information.

	Framfall (n=357)	Urininkontinens (n=280)	Hysterektomerade (n=385)
Miktions	152 (43%)	176 (63%)	89 (23%)
Sexualitet	123 (35%)	83 (30%)	98 (25%)
Urininkontinens	163 (46%)	230 (82%)	88 (23%)
Tarmfunktion	118 (33%)	56 (20%)	65 (17%)

Diskussion:

Operation i genitaltrakten kan påverka funktionen av urinblåsan, tarmen samt samlivet både i positiv och i negativ riktning. Denna studie visar att patienterna ofta är dåligt informerade preoperativt. Därför är det viktigt att patienterna ges adekvat information preoperativt så att de kan vara förberedda på vilka symptom som kan förbättras efter operation men även risken för nyttillkomna symptom. Detta kan förbättra patientens möjlighet att ta ställning till att genomgå operation samt öka tillfredsställelsen postoperativt.

Corpuspolyper: Riskfaktorer för malignitet och selektionskriterier för hysteroskopi

En studie ur Gynop-registret

Zacharias S, ST-läkare, kvinnokliniken Hudiksvall
Löfgren M doc. Enheten för obstetrik och gynekologi,
Umeå universitet

Introduktion: Kriterierna för när hysteroskopi skall göras är föremål för diskussion

Syftet: Att belysa vilka fynd man har vid hysteroskopiska polyppoperationer registrerade i Gynop.

Metod: Samtliga hysteroskopiska operationer som registrerades som polyppoperation i registret t.o.m. 2013-01-09 undersöktes med hjälp av SPSS 20.0.

Resultat: Vid 1934 hysteroskopiska operationer kunde man identifiera polyper.

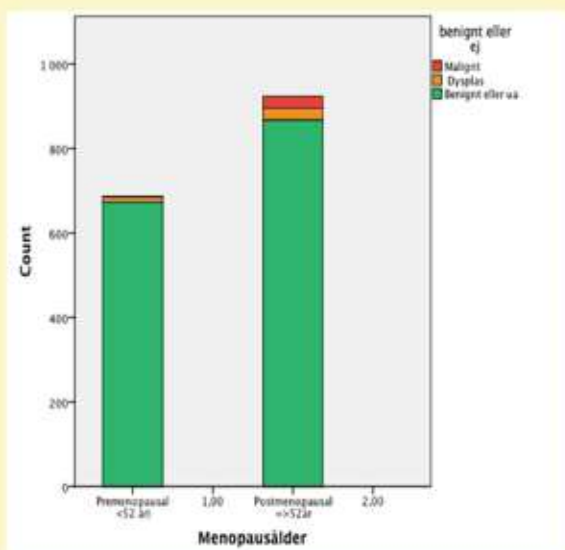
De vanligaste symptomen vid polyp är postmenopausal blödning, blödningsrubbnig, smärta och infertilitet.

Bland alla polyper där PAD fanns registrerat hittade man 30 maligniteter och 41 dysplasier motsvarande 1,8% resp. 2,5%. Benigna fynd 95,7%. Bland patienter med dysplasi var 29% (n=12) yngre än 52 år. Tjugonio cancerpatienter var 52 år eller äldre (p<0,001). Enbart en cancerpatient var yngre än 52 år. (p<0,07), hon besvärades av behandlingsresistenta blödningar. Alla cancerpatienter som var 52 år eller äldre hade postmenopausala blödningar.

BMI var riskfaktor för att en polyp skulle vara avvikande i PAD (p=0,014) med hänsyn till ålder som confounding factor.

Komplikationsrisken vid hysteroskopi pga polyp är låg (2,9%). Vanligaste komplikationen är trubbig perforation.

De flesta patienter (82%) som svarar på enkäten har förbättrats i sina besvär 1 år efter operationen, få (0,8%) upplever sitt tillstånd som försämrat.



Slutsats: Utifrån studiens resultat skulle man kunna överväga en rekommendation att vara återhållsam vid asymptotiska polyper i premenopausal ålder och rekommendera hysteroskopisk operation vid polypmisstanke hos postmenopausala kvinnor samt alla symtomatiska premenopausala patienter. Patientens BMI ska ytterligare vägas in i bedömningen. Polypmisstanke hos postmenopausala kvinnor med blödning är en absolut operationsindikation. (26 av 30 maligniteter har Indikation postmenopausal blödning, hos resterande fyra saknas uppgift).

- Lieng M, Qvigstad E, Sandvik L, Jorgensen H, Langebrekke A, Istre O Hysteroscopic resection of symptomatic and asymptomatic endometrial polyps. Journal of Minimally Invasive Gynecology (2007) 14, 189-194
- Epstein E. Management of postmenopausal bleeding in Sweden: a need for increased use of hydrosopy and hysteroscopy. Acta Obstet Gynecol Scand 2004; 83: 89-95

Introduktion

Urininkontinens drabbar ungefär var fjärde kvinna och var tionde har dagliga besvär. Med stigande ålder blir det allt vanligare, men det finns få studier kring äldre kvinnor som opererats för urininkontinens.

Material och metod

Data om 8687 inkontinensoperationer 2006-01-01 till 2011-12-31 från det svenska Gynop-registret indelades i fem grupper utifrån kvinnans ålder vid operation: ≤64 år (n=6558), 65-69 år (n=881), 70-74 år (n=595), 75-79 år (n=384) och ≥80 år (n=269). Utfallet av kontinens, patientnöjdhet och trängningsinkontinens ett år efter operationen studerades.



Av alla som svarat ett år efter operationen (n = 6951) angav 64% att de aldrig/nästan aldrig hade urinläckage kopplat till trängningar, medan 12% hade trängningsläckage dagligen. Trängningsläckage ett år efter operationen var vanligare med stigande ålder. I gruppen ≥80 år hade 42% aldrig/nästan aldrig läckage vid trängningar medan 38% hade dagliga trängningsläckage, jämfört med gruppen 65-69 år där 53% aldrig/nästan aldrig hade läckage vid trängningar och 16% hade dagliga trängningsläckage (p=0,000).

Före operationen angav 2708 (31%) blandinkontinens, med dagliga läckage även vid urinträngningar. Denna subgrupp analyserades efter ett år.

Urinläckage 1 år efter operationen hos blandinkontinenta före op

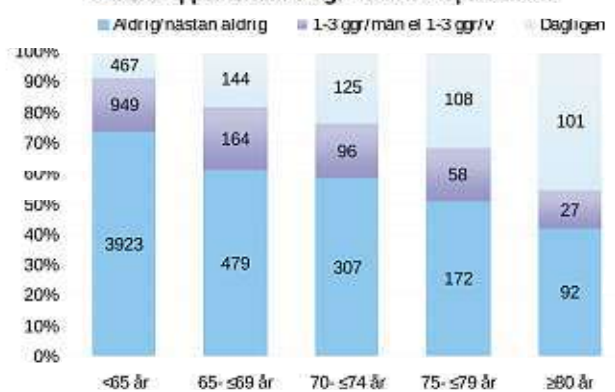


<65 år jämfört med 65-69 år: NS
<65 år jämfört med 70-74 år: NS
<65 år jämfört med 75-79 år: p=0,000
<65 år jämfört med ≥80 år: p=0,000

Resultat

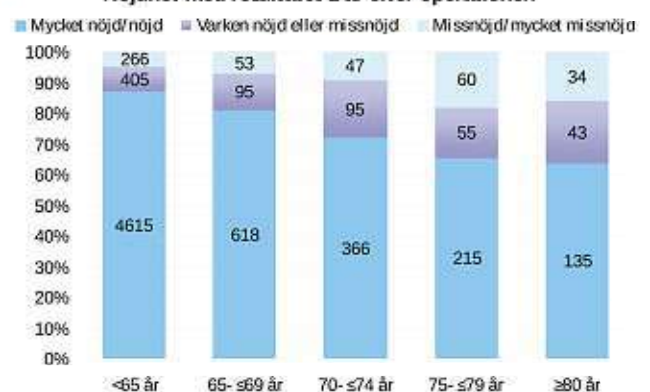
Av de 8687 operationerna har 2129 (25%) utförts på kvinnor ≥65 år. BMI var högre för kvinnor ≥65 år (BMI 27,44) än för kvinnor ≤64 år (BMI 26,31) (p=0,000). Kvinnorna ≥65 år hade också en högre grad av sjuklighet mätt med ASA-klasser, jämfört med kvinnor ≤64 år (p=0,000).

Patientrapporterat läckage 1 år efter operationen



<65 år jämfört med 65-69 år: p=0,000
<65 år jämfört med 70-74 år: p=0,000
<65 år jämfört med 75-79 år: p=0,000
<65 år jämfört med ≥80 år: p=0,000

Nöjdhet med resultatet 1 år efter operationen



<65 år jämfört med 65-69 år: p=0,000
<65 år jämfört med 70-74 år: p=0,001
<65 år jämfört med 75-79 år: p=0,000
<65 år jämfört med ≥80 år: p=0,000

Konklusion

Tjugofem procent av 8687 inkontinensoperationer som registrerats i Gynop eller GKR under 2006 – 2011 har utförts på kvinnor ≥65 år. I åldersgrupperna över 65 år är resultaten sämre än för de som är yngre än 65, och ju äldre kvinnan är vid operationen ses efter ett år en större andel med dagliga läckage, trängningar och missnöjdhet.



Identifikation av vårdskador – allvarliga komplikationer för händelseanalys

Studie i Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi (Gynop-registret) och Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF)



Al Tameemi B. Nilsson M. Renström B. Larsson S. Löfgren M.

ST-läkare, registeranalytiker, registerkoordinator, vårdutvecklare, registerhållare samtliga enheten för obstetrik och gynekologi, Umeå universitet

Inledning

De som anmäler en vårdrelaterad skada och får ersättning via LÖF är en delmängd av de verkligt drabbade. Kan en rimlig andel av ej anmälda vårdrelaterade skador identifieras i registret för att lokalt kunna genomföra händelseanalys syftande till kvalitetsförbättring?

Gynop-registret registrerar all större benign kirurgi. Den kirurgin betecknas av generellt goda resultat avseende att uppnå effekt och kvalitetsparametrarna blir ofta att undvika negativa händelser – komplikationer. För att komplikationer ska kunna följas som ett kvalitetsinstrument, måste de vara frekvent förekommande (>10%) för att en förändring ska bli påvisbar på klinisk nivå. Allvarliga komplikationer är sällan förekommande, ligger på 3-4 % för hysterektomi, varför de ej går att följa som kvalitetsindikator.

Syfte

Att definiera vilka allvarliga komplikationer som skall betecknas som vårdskador och som bör utredas med händelseanalys. Är Gynop-registret ett tillräckligt effektivt instrument för att hitta dessa vårdskador?

Metod

Av LÖF ersatta gynekologiska vårdskador år 2005-2012 påmatchades Gynops databas. Av 564 (motsvarande 0,4%) förväntade fall i Gynop återfanns 479 st. Bortfall 12%.

För hysterektomier på benign indikation fanns 182 LÖF-fall av totalt 27 249 operationer. Utifrån dessa analyserades olika kombinationer av registerdata för att identifiera LÖF-fallen utan att alltför många ej ersatta skall falla ut.

Resultat

Av läkare markerad allvarlig komplikation under vårdtiden eller vid tvåmånaderskontroll identifierades 54% av de ersatta fallen. Olika selektioner av patientsvar testades. Exempel ges nedan (Tabell 1).

Olika kombinationer av selektioner testades varvid t ex reoperation och av patient angiven svår sjukdom utgick, eftersom de som enskilda bidrag gav 4 extra LÖF-fall men adderade 350 ur Gynop. Tabell 2 visar resultatet av de kombinationer som gav träff på 68% av LÖF-fallen och ut föll 3,3 % av matchande fall i Gynop n= 921

Tabell 1	Antal Gynop	Antal LÖF	Relation Gynop/LÖF
	27249	182	
Skatteverket			
Avliden inom 30 dagar postoperativt	3	0	
Läkarbedömning			
Läkare bedömt allvarlig komplikation	560	100	5,6
Patientenkät			
Svår sjukdom + inläggning minst två nätter	229	20	11,5
Återinläggning minst en natt	1424	71	20,1
Återinläggning minst två nätter	653	29	22,5
Reoperation + inläggning minst två nätter	312	44	7,1
Angiven sepsis + inläggning minst två nätter	336	17	19,8
Sjukskrivning förlängd minst 5 veckor	208	39	5,3
Mycket missnöjd + uppger allvarlig komplikation	188	32	5,9
Tid till normal ADL > 40	246	13	18,9

Tabell 2	Gynop	Gynop +LÖF
Avliden inom 30 d postoperativt		
Läkarbedömd		
Sjukskrivning		
Missnöjd och allvarlig komplikation	n=921	n=124
Allvarlig op-komplikation uretär eller urinblåsa		
Totalantal	27 249	182
Fördelning "träffar"	3,30%	68%

Diskussion

Antalet ersatta fall via LÖF (0,4%) av totalt antal opererade är en betydligt lägre andel än förväntad andel vårdskador. Förväntat antal vårdskador är närmast 5-10 gånger högre. Alla patienter anmäler inte. Med en kombination av parametrar i Gynop kan vi identifiera ca 70% av LÖF-fallen utan att det blir alltför många träffar på ej anmälda med samma kriterier (tot 3,3% av opererade) som skulle kunna händelseanalyseras.

Vi analyserar för närvarande ett stickprov av utfallet för att kunna göra en bedömning om det är rimligt att händelseanalysera de fallen. Är det så, kommer analysen att byggas in i den webbaserade analysdelen så att klinikerna månadsvis kan identifiera potentiella vårdskador, händelseanalysera och förhoppningsvis hitta undvikbara risker. Samma förfarande skall sedan göras för övriga operationsgrupper som ingår i Gynop-registret.

Hjärtkärlsjukdom hos kvinnor

Hjärtkärlsjukdom är den vanligaste dödsorsaken hos kvinnor och står för cirka en tredjedel av all mortalitet i denna grupp. Ateroskleros är en viktig faktor för utvecklandet av hjärtkärlsjukdomar. Nuvarande "golden standard" för icke-invasiv undersökning av ateroskleros är att mäta den sammanlagda tjockleken av karotisartärens intima och media (karotis-IMT) med 7-10 MHz ultraljud. Ökad karotis-IMT har visat sig vara relaterat till framtida risk för hjärtkärlsjukdomar. På sista tiden har dock metoden ifrågasatts, då ett flertal meta-analyser visat att karotis-IMT inte på ett säkert sätt kan skilja individer med och utan hjärtkärlsjukdom eller prediktera insjuknande i hjärtkärlsjukdom. Detta kan bero på att med åldrande och utvecklandet av ateroskleros förändras kärllagren olika, intiman blir tjockare och median tunnare. Baserat på denna teori har vår grupp föreslagit en metod, där man med icke-invasiv högfrekvent (22-MHz) ultraljud utför separata mätningar av intima och media och beräknar ett intima/media (I/M) ratio. Med denna metod, tolkas en tjockare intima, en tunnare media och en högre I/M ratio som negativa förändringar som är associerade med ökad risk för hjärtkärlsjukdomar. Metoden har kunnat diskriminera äldre män och kvinnor gällande förekomst av hjärtkärlsjukdom och illustrerat kärleffekter av åldrande och hormonell substitutionsbehandling hos postmenopausala kvinnor.

Preeklampsi (PE) är en graviditetsspecifik sjukdom, drabbar ca 3-5% av alla gravida kvinnor. PE är associerat med accelererad inflammation och endotel dysfunktion. Studier har visat att kvinnor som haft PE, speciellt svår PE, har en ökad risk för hjärtkärlsjukdomar senare i livet. Denna förhöjda risk har inte kunnat verifieras med karotis-IMT. Målet med detta avhandlingsarbete var att undersöka eventuella kärllförändringar under och efter normal graviditet och

Tansim Akhter

Institutionen för Kvinnors och Barns Hälsa, Uppsala universitet

PE, med en metod baserad på separata mätningar av karotisartärens intima och media och beräkning av I/M ratio. Inicialt ville vi även validera metoden hos premenopausala kvinnor med systemisk lupus erythematosus (SLE) med känd ökad risk för hjärtkärlsjukdomar.

Delarbete 1:

Kan separat mätning av intima och media samt beräkning av I/M ratio indikera ökad risk för hjärtkärlsjukdomar hos kvinnor med SLE? (publicerad i Scand J Rheumatol. 2011;40 (4):279-82)

Syftet med denna studie var att undersöka om vår föreslagna metod kan indikera den kända förhöjda risken för hjärtkärlsjukdom hos premenopausala kvinnor med SLE. SLE är en systemisk inflammatorisk sjukdom som är förenad med en dokumenterat ökad morbiditet och mortalitet i hjärtkärlsjukdomar senare i livet. Studier baserade på konventionell karotis-IMT mätning har visat varierande resultat, ibland har till och med 'friskare' kärl hos personer med SLE rapporterats. Premenopausala kvinnor med SLE (n=47) undersöktes och resultaten jämfördes med två kontrollgrupper, friska premenopausala kvinnor i motsvarande ålder (n=20) och postmenopausala kvinnor (n=17) vilka var 30 år äldre än SLE gruppen. Vi fann att kvinnor med SLE hade tjockare intima, tunnare media och en högre I/M ratio än ålderslika kvinnor utan SLE och att värdena var jämförbara med de hos 30 år äldre postmenopausala kvinnor (Fig. 1). Vår föreslagna metod indikerade den dokumenterade förhöjda risken för hjärtkärlsjukdomar hos premenopausala kvinnor med SLE, vilket inte kunde visas med karotis-IMT.



Tansim Akhter

Delarbete 2:

Longitudinal studie av karotiskärlväggen under normal graviditet och ett år postpartum (publicerad i Am J Physiol Heart Circ Physiol. 2013 Jan; 304(2):H229-34)

Syftet med denna studie var att undersöka eventuella förändringar i tjocklek av karotisartärens vägglager under normal graviditet och fram till cirka ett år efter förlossning. Kvinnor med normal graviditet undersöktes tre gånger under graviditet (n=57) och cirka ett år postpartum (n=53). Hos gravida fann vi att karotisartärens vägglager inte förändrades i tjocklek. Ett år efter förlossning hade både intimatjocklek och I/M ratio minskat (förbättrats) jämfört de gravida medelvärdena. Vi fann även att kvinnor som i början av graviditet hade lägre S-Östradiol, var äldre, hade högre body-mass-index eller blodtryck oftast påvisade 'negativa' effekter på artärvägglagren senare i graviditet. Mest tydligt syntes detta då vi studerade förändringar mellan första och andra trimestern. Karotis-IMT visade dock ofta motsatta resultat.

Delarbete 3:

Separat mätning av intima och media samt beräkning av I/M ratio, men inte karotis-IMT indikerar ökad risk för hjärtkärlsjukdomar hos kvinnor med pågående PE (publicerad i Circ Cardiovascular Imaging. 2013;6:762-768)

Syftet med denna studie var att undersöka om kvinnor som diagnostiserades med PE har en negativt påverkad artärväggslager jämfört med normalgravida. Kvinnor med PE (n=55) och med normal graviditet (n=64) undersöktes vid diagnos och cirka ett år postpartum. Vi fann att kvinnor med PE hade tjockare intima, tunnare media och en högre I/M ratio jämfört med normal graviditet. Cirka ett år postpartum, hade både intima och I/M ratio blivit bättre i båda grupper, men det fanns en kvarstående signifikant skillnad i artärväggslagren mellan grupperna. Dessa fynd talar för en ökad kardiovaskulär risk hos kvinnor med PE. Med karotis-IMT fann vi ingen skillnad

mellan grupperna, varken under graviditet eller ett år postpartum. I ROC analys både intima och I/M ratio, men inte karotis-IMT kunde diskriminera kvinnor med och utan PE (Fig. 2).

Delarbete 4:

Separat mätning av intima och media samt beräkning av I/M ratio, men inte karotis-IMT indikerar ökad risk för hjärtkärlsjukdomar hos kvinnor med tidigare svår PE (submitted)

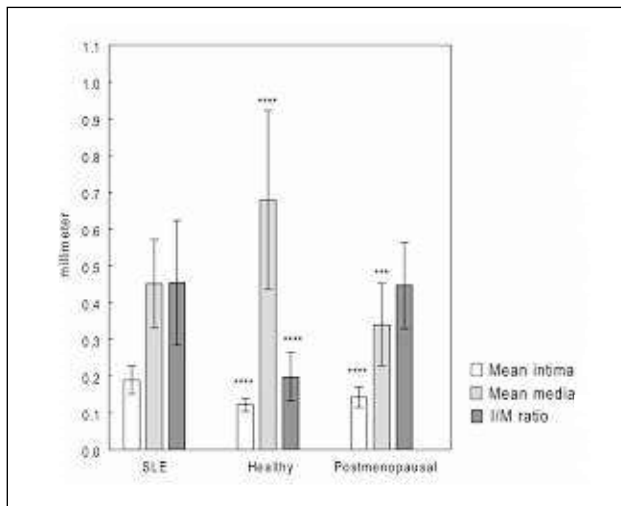
Syftet med denna studie var att undersöka om kvinnor som tidigare genomgått svår PE (n=42) har en negativt påverkad artärvägg jämfört med kvinnor med tidigare normal graviditeter (n=44). Kvinnorna undersöktes i medeltal 11 år efter graviditet och vi fann att kvinnor med tidigare svår PE hade signifikant tjockare intima och en högre I/M ratio jämfört med kvinnor med tidigare enbart normal graviditet. Detta bekräftar den ökade risken för hjärtkärlsjukdomar hos kvinnor med PE. Karotis-IMT visade återigen ingen skillnad mellan grupperna. I ROC analys kunde både intima och I/M ratio, men inte karotis-IMT diskriminera kvinnor med och utan tidigare svår PE (Fig. 3).

Sammanfattning:

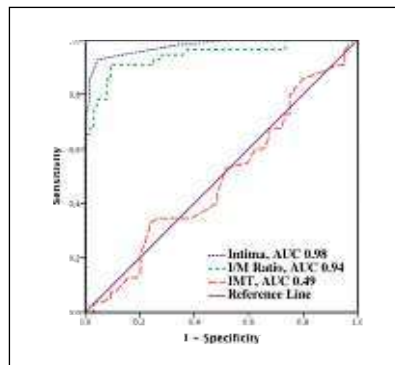
Våra studier tyder på att separata ultraljudsmätningar av karotisartärens intima och media och beräkning av I/M ratio är en bättre metod än karotis-IMT för att illustrera den väldokumenterade förhöjda risken för framtida hjärtkärlsjukdom hos kvinnor med SLE respektive med/tidigare PE. Eventuellt kan metoden användas på dessa patientgrupper för att upptäcka preklinisk ateroskleros som ett underlag för ställningstagande till interventioner som förhoppningsvis skulle kunna förebygga risk för hjärtkärlsjukdomar.

Länk till elektronisk avhandling:
<http://uu.divaportal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:614318>

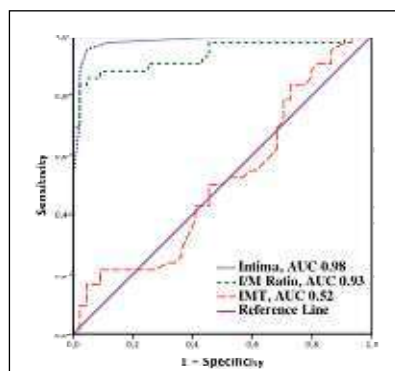
Figur 1



Figur 2



Figur 3



Intressegrupper inom SFOG

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

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

Obstetiker och gynekologer under

Ordförande

Malin Sundler
Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset Lund
225 85 Lund
Tel: 046-17 10 00
E-post: malin.sundler@skane.se

Sekreterare

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

Gruppen för öppenvårdsgynekologi

Ordförande:

Vakant

Sekreterare

Vakant

Kvinnokliniken vid Akademiska sjukhuset
i Uppsala och Institutionen för kvinnors och barns hälsa vid
Uppsala universitet arrangerar:

ABC-kurs

i Obstetrik och Gynekologi

Kursledning: Ove Axelsson
Kristiina Kask
Pär Persson

Målgrupp: 28 ST-/underläkare inom gynekologi och obstetrik med begränsad, helst mindre än ett års erfarenhet inom specialiteten.

Tidpunkt: 9-11 april 2014 (vecka 15).

Kursplats: Internat på Sunnersta Herrgård i Uppsala.

Kursinnehåll: Akut obstetrik
Akut gynekologi
Information om SFOG och andra läkarorganisationer.
Undervisningen sker till stor del som falldiskussioner i smågrupper under handledning av specialister i obstetrik och gynekologi och erfarna barnmorskor.

Kursavgift: 9.000 kr exkl moms. I avgiften ingår helpension i enkelrum (två nätter) på Sunnersta Herrgård.

Anmälan: **Senast 7/1-2014.**
Sekreterare Susanne Löberg susanne.loberg@kbh.uu.se)
Kvinnokliniken, Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala,
telefon 018-6112683.

Arbets- och Referensgrupperna inom SFOG

Cervixcancerprevention C-ARG

Ordförande: Bengt Andrae
KK, Gävle/Sandviken Länssjukhus
801 87 Gävle
Tel: 026-15 41 68
bengt.andrae@gmail.com
Sekreterare: Kristina Elfgren
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: Jan Brynhildsen
KK, Universitetssjukhuset
581 85 Linköping
Tel: 013-22 20 00
jan.brynhildsen@lio.se
Sekreterare: Kristina Gemzell-
Danielsson
Karolinska Universitetssjukhuset, Solna
171 76 Stockholm
Tel: 08-524 800 00
kristina.gemzell@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

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

Hemostasrubbnings HEM-ARG

Ordförande: Lars Thurn
KK, Blekingesjukhuset
371 85 Karlskrona
lars.thurn@ltblekinge.se
Sekreterare: Gisela Wegnelius
KK, Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-616 27 17
gisela.wegnelius@sodersjukhuset.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: Aljana Mulic-Lutvica
KK, Akademiska Sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018-611 00 00. Fax: 018-24 62 86
aljana.mulic-lutvica@akademiska.se
Sekreterare: Sissel Saltvedt
KK, Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-616 10 00
sissel.saltvedt@sodersjukhuset.se

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: Maria Engman

KK, Västerviks sjukhus

593 81 Västervik

Tel: 0490-861 07

marie.engman@ltkalmar.se

Tonårsgynekologi TON-ARG

Ordförande: Lena Marions

KK, Karolinska Universitetssjukhuset,

Solna

171 76 Stockholm

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

lena.marions@karolinska.se

Sekreterare: Anna Palm

Sundsvalls sjukhus

851 86 Sundsvall

Tel: 060-18 10 00

anna.palm@lvn.se

Gynekologisk Tumörkirurgi med

Cancervård

TUMÖR-ARG

Ordförande: Gunnel Lindell

Länssjukhuset i Kalmar

gunnel.lindell@ltkalmar.se

Sekreterare: René Bangshøj

KK, Universitetssjukhuset Örebro

701 85 Örebro

Tel: 019-602 12 60

rene.bangshoj@reba.se

Ultraljudsdiagnostik ULTRA-ARG

Ordförande: Peter Lindgren

KK, Akademiska sjukhuset

751 85 Uppsala

Tel: 018-611 00 00

peter.lindgren@karolinska.se

Sekreterare: Emelie Ottosson

emelie.ottosson@vgregion.se

**Urogynekologi och vaginal
kirurgi UR-ARG**

Ordförande: Marie Westergren

Söderberg

KK, Södersjukhuset

118 83 Stockholm

Tel: 08-616 10 00

marie.westergren-soderberg@

sodersjukhuset.se

Sekreterare: Riffat Cheema

riffat.cheema@skane.se

Vulva VULV-ARG

Sekreterare: Christina Rydberg

KK, Varbergs sjukhus

432 81 Varberg

Tel: 0340-48 10 00

christina.rydberg@lthalland.se

Arbets- och Referens-Grupp-Utvecklings-Samordnare

ARGUS

Matts Olovsson

SFOG-Kansliet

Drottninggatan 55, 2 tr

111 21 Stockholm • Tel: 08-440 01 75

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

SFOG-Kansliet

Jeanette Swartz

Drottninggatan 55, 2 tr

111 21 Stockholm

Tel: 08-440 01 75 • Fax: 08-22 23 30

kansliet@sfog.se • www.sfog.se

SFOG

MEDLEMSANSÖKAN

www.sfog.se

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