

Medlemsbladet 2

2017

NR



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



***Välkomna till
SFOG-veckan i Stockholm
Nya SFOG riktlinjer***

MEDLEMSBLADET

Ansvärlig utgivare: Liselott Andersson
Tel: 0920-28 03 11, alt vx 0920-28 20 00

Layout: Moniqa Frisell

All korrespondens ställs till föreningen:

SFOG-Kansliet, Drottninggatan 55, 2 tr

111 21 Stockholm

Tel: 08-440 01 75

Susanne Lundin och Diana Mickels

E-post: kansliet@sfog.se

Internet: www.sfog.se

Annons: Liselott Andersson

E-post: liselott.andersson@sfog.se

Platsannonser hemsidan: kansliet@sfog.se

SFOGs styrelse 2017:

Ordförande: Andreas Herbst

VO Kvinnosjukvård, Skånes Universitetssjukhus

Tel: 040-33 20 86

E-post: andreas.herbst@sfog.se

Vice ordförande: Eva Uustal

Kvinnokliniken Linköping

E-post: eva.uustal@sfog.se

Facklig sekreterare:

Helena Kopp Kallner

Tel: 070-440 20 70

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

Skattmästare: Bengt Karlsson

KK, Sjukhuset Varberg

Tel: 0340-48 12 56

E-post: bengt.karlsson@sfog.se

Vetenskaplig sekreterare: PG Larsson

Skövde

E-post: p-g.larssonl@vregion.se

ARGUS: Ove Axelsson

KK, Akademiska sjukhuset, Uppsala

751 85 Uppsala

E-post: ove.axelsson@kbh.uu.se

Utbildningssekreterare: Ellika Andolf

Karolinska Institutet, Danderyds sjukhus

Tel: 08-123 550 00

E-post: ellika.andolf@ds.se

Redaktör för Medlemsbladet:

Liselott Andersson

Sunderby sjukhus, Luleå

Tel: 0920-28 03 11, alt vx 0920-28 20 00

E-post: liselott.andersson@sfog.se

Ledamot/Webbansvarig: Lars Ladfors

Kvinnokliniken, SU/Sahlgrenska Östra

Tel: 031-343 57 34

E-post: lars.ladfors@sfog.se

Ledamot: Kristina Nordquist

Kvinnosjukvården, Östersunds sjukhus

E-post: kristina.nordquist@sfog.se

Ledamot/Yngre representant:

Paulina Arntyr Hellgren

KK, Universitetssjukhuset Örebro

Tel: 019-602 20 01

E-post:

paulina.arntyr.hellgren@regionorebrolan.se

Tryck: Elanders

ISSN 0284-8031

— Ordförande har ordet —



Hej!

Igår kom våren till Skåne med sol, värme, blommande hägg och koltrastsång – men idag tvekade den igen. Och vi vet ju alla varför, eller hur? Det gör ju ont när knoppar brister.

Apropå bristningar, var jag i förrgår på SKLs första ”turnemöte” kring regeringens och SKLs satsning på förlossningsvård och kvinnors hälsa. Jag presenterade det kunskapsstöd/utbildningsprogram kring prevention, diagnostik, handläggning och uppföljning av bäckenbottenskador vid förlossning, som har tagits inom projekt ”Säker förlossningsvård” av Marie Bolin, Monica Orrskog, Gunilla Tegerstedt och Eva Uustal, tillsammans med företrädare från barnmorskeförbundet och fysioterapeuterna. Detta kunskapsunderlag med rekommendationer ska ni få tillgång till senare under våren (fritt på nätet på samma sätt som CTG- och Neo-HLR-utbildningarna), och kommer efter hand att kompletteras med bilder och videoklipp. I dokumentet diskuteras även vårdens organisation.

Det har blåst i media kring förlossningsvården senaste tiden. Det har rapporterats om personalbrist, vårdplats-

brist, och ifrågasatts att omfödelskor förväntas åka hem 6-8 timmar efter normal förlossning. I januari lades förlossningsverksamheten i Sollefteå ned av besparingskäl, och i media rapporterades först oro hos gravida över att inte hinna till närmaste sjukhus, och sedan om en jobbig upplevelse för ett par som inte hann fram. Det inslag som berört mest var en händelse i södra Sverige där en kvinna avled i blödningskomplikationer vid en tvillingförlossning, en svår tragedi för alla involverade. I SDS skrev i veckan företrädare för Födelsevrålet ett debattinlägg rörande orimliga väntetider för sekundär kirurgi efter bäckenbottenskada. Inlägget avslutades med ”Att få vara trygg under graviditet och förlossning, och få adekvat eftervård är att få grundläggande behov uppfyllda, allt annat är oacceptabelt”.

Det är lätt att hålla med. SFOG ska verka för bästa möjliga vård inom vår specialitet. Att föda barn må vara normalt och naturligt, men för att det ska vara säkert och upplevas tryggt måste det finnas plats på en förlossningsavdelning inom ett rimligt avstånd, där det finns barnmorskor och läkare med kunskap

I DETTA NUMMER

Viktig information till alla medlemmar i SFOG	3
Vad händer i SNAKS?	7
Ny SFOG riktlinje om upprepade missfall	8
”Ljusa slingor” från Bristningsregistrets årsrapport	14
OGUs ordförande informerar	15
Nominera till OGUs handledarpris 2017	16
Ett nationellt kvalitetsregister för gynekologiska kirurgin på benign indikation	19
Nordsvenska gynekologsällskapets möte i Luleå	20
Peter ”Lill-Donald” Palsternacka-Trump	23

och erfarenhet, och ytterligare kompetens och resurser för att kunna hantera olika komplikationer. Hur man i enskilda landsting och verksamheter prioriterar resurser är som regel dock inte frågor för vår specialitetsförening (vilket det kan vara för Läkarförbundet).

Även om vissa problem som brist på personal och vårdplatser är accelererande så är Sverige fortfarande ett av världens säkraste länder att föda barn i, och såväl mödra- som spädbarnsdödlighet har halverats sedan 1990 (och fortsatt att sjunka även under 2000-talet). Trots detta är oron kring förlossningsvården stor. Denna oro behöver mötas både med åtgärder mot det som fungerar dåligt och

med faktabaserad information. Sannolikt är det inte farligt att gå hem sex timmar efter en normal förlossning – våra kvalitetsregister ger goda möjligheter att följa upp effekten av olika förändringar, och att identifiera regionala skillnader. Vid Gyn-OP-registrets användarmöte kommer frågan om ojämlig vård att tas upp.

En medlemsenkät skickades ut via mail till er alla i förra veckan. Svara gärna på den så att vi i styrelsen får veta vad ni tycker är viktiga frågor att driva framöver.

Hälsningar,
Andreas Herbst



Viktig information till alla medlemmar i SFOG

Uppdatera er mail-adress om ni har bytt eller inte kommer ihåg vilken mail-adress ni har registrerat tidigare.

Som inloggad medlem får man tillgång till alla ARG-rapporter online.

OCH från och med nästa år kommer betalning av årsavgift ske via inloggning på hemsidan.

Maila kansliet med ert aktuella mail-adress.

Lösenordet är ert medlemsnummer som framgår av fakturan.

REDAKTÖRENS RUTA



Tor, Atle och Oden mm heter dessa kraftfulla skönheter. Som trotsar Kung Bore och assisterar sjöfarten då den har svårt att komma fram.

Betydligt lättare är det att nå mig med material till nästa nummer. Deadline för innehåll är enligt nedanstående. Vi har säkert is som behöver brytas, även vi, i vår verksamhet. Så vässa pennan och skapa.

Jag har skapat en potatissallad som fungerar nu i sommar.

Liselott Andersson

Redaktör för SFOGs Medlemsblad

Följande tider gäller för medlemsbladet 2017:

<i>Nr</i>	<i>Deadline</i>	<i>Utkommer</i>
Nr 3	8 maj	vecka 24
Nr 4	18 september	vecka 43
Nr 5	6 november	vecka 50

Manus skickas via epost till:

Redaktör Liselott Andersson

Epost: liselott.andersson@sfog.se

Verksamhetsområde obstetrik och gynekologi Sunderby sjukhus
971 80 Luleå

Telefon: 0920-28 03 11 alternativt sök via växeln 0920-28 20 00

Adressändring skall göras till:

SFOG-Kansliet • Drottninggatan 55 • 111 21 Stockholm
eller kansliet@sfog.se

Kryddig potatissallad

8 hg potatis

1 dl olivolja

1/2 dl vit balsamvinäger

1 msk fransk senap

2 pressade vitlöksklyftor

1/2 tsk salt

1 strimlad chilipeppar, valfri sort

1/2 dl finhackade örtekryddor, t

ex persilja och basilika

Svartpeppar

2 skivade röda knipplökar (med blasten)

eller 1 skivad rödlök + 1 dl strimlad

purjolök

1 dl grovt riven parmesanost (eller

Västerbottenost)

4-6 finhackade saltorkade tomater

Gör så här:

1. Skala och koka potatisen.
2. Blanda under tiden olivolja, balsamvinäger, senap, vitlök, salt, chili och örtekryddor. Smaka av med nymalen svartpeppar
3. När potatisen är färdigkokt så delas den i mindre bitar varpå dressingen hålls över och det hela får svalna. Blanda med rödlök, parmesanost och saltorkade tomater. Salladen görs med fördel flera timmar innan den ska ätas.



Hej!

ARGUS var enligt grekisk mytologi såväl skarpögd som mångögd och sattes därför av Hera att bevaka Zeus älskarinna Io. Han dödades av Hermes på uppdrag av Zeus och hans många ögon hamnade på påfågeln stjärtfjädrar. Min uppgift som SFOGs ARGUS är av annan natur och det är min förhoppning att jag får sluta mitt uppdrag mer välordnat än den mytologiska ARGUS.

Att få vara tillbaka i SFOGs styrelse känns positivt. Den arbetsglädje och det goda humör jag minns från min tidigare sejour för drygt 10 år sedan har levt kvar. Det är lätt att trivas och känna sig välkommen när stämningen i styrelsen är så vänskaplig och stödjande.

ARGUS uppgift är ju framför allt att samordna ARG-verksamheten och stödja AR-grupperna. Det är frestande att som nytillträdd ARGUS börja tala om förändringar och förbättringar och jag hoppas att sådana kommer till stånd under min period i styrelsen. Dock, har erfarenheten lärt mig att det också krävs betydande insatser för att bibehålla en välfungerande verksamhet. Det finns många att tacka för att våra AR-grupper varit och är goda källor för utveckling av vår specialitet. I första hand initiativtagaren och föreningens första ARGUS, Berndt Kjessler, och även hans efterföljare på posten. Alla kollegor, som idag och tidigare, tagit på sig rollerna som ordföran-

de och sekreterare i de olika AR-grupperna är hjältar i det tysta. Utan deras engagemang och arbetsinsatser fungerar inte ARG-verksamheten. Slutligen vill jag också nämna alla obstetrikere och gynekologer, som deltar i AR-gruppernas möten, rapportskrivande och andra aktiviteter. Ni är både viktiga och behövda. Att kollegor kan medverka i AR-grupperna beror i sin tur på att våra verksamhetschefer inser värdet av att läkare får möjlighet att delta. Som ARGUS ser jag gärna att fler ST-läkare ges förutsättningar att engagera sig i våra AR-grupper.

Eskilstuna i mars 2017

Ove Axelsson

SFOG-veckan 2017

Nu är anmälan öppen!

Anmäl er på <http://www.sfogveckan.se>.

OBS! Billigare deltagaravgift t.o.m. 31/5.

Nya medlemmar

Anna Löfroth, Malmö

Beatrice Svensson, Borås

Björn Jernlås, Örebro

Camilla Rosberg Greko, Trelleborg

Emilie Widholm, Stockholm

Emma Roos, Malmö

Erica Wingstrand, Skövde

Johanna Andersson, Uddevalla

Johanna Norenhag, Uppsala

Karin Kjölhede, Göteborg

Katarina Björkman, Karlstad

Kristin André, Eksjö

Linnea Hansson Ossinger, Uppsala

Ljubica Petkovic, Skövde

Magnus Löfgren, Umeå

Mehreen Zaigham, Malmö

Mohammad Al-Ali, Malmö

Rashad Felfelan, Lund

Sara Knip, Umeå

Sofia Berglundh, Göteborg

Susan Mahboba, Linköping

Susanne Ehn, Malmö



STIFTELSEN
FÖR UTBILDNING
OCH UTVECKLING
INOM OBSTETRIK
OCH GYNEKOLOGI

Rapport från Stiftelsen mars 2017

Stiftelsen grundades 1998 av Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) genom två donationer, överskott från mångårig försäljning av ARG-rapporter och vinst från FIGOs världskongress i Köpenhamn 1997. Avkastningen samt donationer utgör grunden för de medel som delas ut. Stiftelsen är sedan den grundades fristående från SFOG och oberoende. Styrelsen förvaltar även "Stiftelsen för utbildning och forskning inom ämnesområdet de kvinnliga och manliga övergångsåren".

Stiftelsens syfte är att utdela anslag till stöd för utbildning och utveckling inom Obstetrik och Gynekologi. De områden som prioriteras kan variera men följande har hittills varit prioriterade:

1. Färdigställande av ARG-rapporter
2. Färdigställande av SFOG-riktlinjer
3. Gemensamma möten med 2-3 AR-grupper
4. Framtagande av ST-kurser
5. Inbjudan av experter/föreläsare vid arbete med ARG-rapporter/liknande

Stiftelsen stöder inte forskningsprojekt, lön eller aktiviteter som redan har ägt rum.

Anslag tilldelas löpande under året vid gott finansiellt läge. För att räcka laget runt tilldelas anslag för rimliga internat- och resekostnader. Ansökan sker via e-post med anvisningar på www.stiftelsen.org.

Under verksamhetsåret april 2016 tills nu har 141 900:- tilldelats. Detta huvudsakligen till preeklampsi och tyroidea riktlinjer, inkontinensboken, basal kirurgi för ST samt en jourförberedande kurs.

Nästa styrelse-/årsmöte är den 19 april 2017. Inkommande styrelsemedlemmar är Andreas Herbst, Ove Axelsson och Anders Royton. Stort tack till Matts Olovsson, Harald Almström och Charlotta Ersmark som bidragit till Stiftelsens arbete under lång tid. Kvar i styrelsen under de kommande två åren är Lotti Helström och Raymond Lenrick.

Vad händer i SNAKS?

Sedan den försiktiga starten 2014 har allt fler studier på nationell eller svensk multicenter bas kommit igång. Vår målsättning är att genomföra studier med hög kvalitet och engagera så många som möjligt av landets Ob/Gyn kliniker, utnyttja kvalitetsregistren och få en mer evidensbaserad vård. Målsättningen är även att stärka svenska Ob/Gyns akademiska ställning. För ST-läkare kan det vara ett gyllene tillfälle att engagera sig i SNAKS-studier för det obligatoriska vetenskapliga arbetet.

Dessa studier är på gång:

- **Rökstopp inför operation.** SNAKS första test-studie med randomisering i GynOp är snart redo att börja analysera data.
- **SWEPIS** (SWEdish Post term Induction Study), som randomiserar kvinnor till induktion v 41 eller v 42, har startat i Göteborg och flera kliniker i landet är redo att starta.
- **HOPPSA** (Hysterektomi och Opportunistisk SALpingektomi), en registerbaserad randomiserad studie i vårt nya gemensamma register (GynOp+GKR), är snart redo för start. Alla opererande kliniker kan vara med. HOPPSA kommer att belysa för- och nackdelar med opportunistisk salpingektomi.

- ”The CDC4G trial” (Impact of Changing Diagnostic Criteria for Gestational diabetes in Sweden- a stepped wedge randomized trial) är en implementeringsstudie av de nya nationella riktlinjerna för gränsättning av gestationsdiabetes.

På senaste styrgruppsmötet i januari diskuterades tre nya studier:

- **Handläggning av PUL** (pregnancy of unknown location) baserat på två olika hCG-modeller är en randomiserad studie som avser att skärpa hCG-provtagningarna utan att öka risken för att missa X. Sahlgrenska Universitetssjukhuset ansvarar för studien.
- **LEVA**-studien (Lateral Episiotomy in Vacuum Assisted delivery) randomiserar förstföderskor vars förlossning avslutas med vacuum extraktion till klipp eller ej, för att studera om risken för sfinkterskador kan minskas. Danderyds sjukhus leder studien.
- **SVEA** (Safe Vacuum Extraction Alliance) testar ett intelligent sugklockehandtag som kan registrera dragkraft och larva vid för höga krafter. Det är ett utvecklingsprojekt mellan KI och KTH som nu är redo för en randomiserad studie.

Du kommer att kunna läsa mer om studierna på SFOGs hemsida under

Forskning/SNAKS/Studier. Hör av dig till studieansvarig om din klinik inte är med, men du tycker att den borde vara det. Eller mejla undertecknad för att få kontaktuppgifter.

Annika Strandell

Ordförande SNAKS styrgrupp
annika.strandell@vgregion.se



Ny SFOG riktlinje om upprepade missfall

För utförligare information om ingående artiklar mm i analyserna, se SFOGs hemsida, www.sfog.se

Behandling vid oförklarade upprepade missfall

Riktlinjerna handlar enbart om rekommendationer för behandling av upprepade missfall med okänd orsak och inte utredning eller behandling av upprepade missfall med känd etiologi.

I arbetet medverkade Fert-ARG, Evidens-ARG, HEM-ARG.

Slutsats

Medicinsk behandling:

Idag finns inga studier, som på ett vetenskapligt sätt visar hur oförklarade upprepade missfall skall behandlas. Medicinsk behandling bör ges inom ramen för väl-designerade randomiserade studier.

Kunskapsluckor:

Förutom studie avseende progesteron från verifierad graviditet (PROMISE) saknas stora studier där upprepade missfall definieras som ≥ 3 konsekutiva missfall. I första hand behövs fler studier avseende behandling med progesteron från och med ovulation, samt studier avseende acetylsalicylsyra (ASA) och lågmolekylärt heparin (LMWH).

Omhändertagande:

I denna grupp av kvinnor (≥ 3 missfall) och i denna sökning finns inga randomiserade studier som stöder ett visst omhändertagande.

Dessa kvinnor behöver god information och kontinuitet i sitt omhändertagande med en stödjande läkarkontakt från tidig graviditet.

Bakgrund

Upprepade missfall, här definierat som tre eller fler konsekutiva missfall, drabbar ca 1 % av alla gravida. Det saknas enhetlig definition av upprepade missfall och många publikationer använder definitionen minst två missfall. Kunskapen om mekanismer bakom de återkommande missfallen är bristfällig. Teorier om hemostatiska, immunologiska och placentära mekanismer har lett till att olika behandlingar prövats, utan att dessa har testats i kontrollerade studier. Det innebär att vare sig effekten eller potentiella komplikationer för den gravida kvinnan och fostret är kända. Denna systematiska litteraturöversikt redovisar samtliga

förekommande behandlingar för patienter med minst tre upprepade missfall där utredning varit negativ.

Frågeställning

Ökar chansen till graviditet och levande fött barn genom farmakologisk behandling av kvinnor med upprepade missfall (≥ 3) med samma partner och där utredning uteslutit påvisbar orsak?

Den vetenskapliga frågan specificerades enligt PICO (Tabell 1).

Litteratursökning

Sökning av litteratur har utförts i databaserna PubMed, EMBASE och Cochrane Library.

Följande MESH-termer användes: Recurrent miscarriage, recurrent spontaneous abortion (RSA), recurrent pregnancy loss (RPL), habitual abortion and therapy.

Följande söktermer användes: LIT, leukocyte immunotherapy, paternal lymphocyte immunisation, third party donor, preimplantation genetic screening, heparin, low-molecular-weight heparin, lipid emulsion (Intralipid), progesterone, acetylsalicylic acid, psychological support, tender loving care, supportive care, emotional support, intravenous immunoglobulin and corticosteroids.

Fullständig söksträng redovisas i Bilaga 1.

Sökningen utfördes av bibliotekarie på Helsingborgs lasarett och gjordes fram till 31 december 2015 med en kompletterande sökning fram till och med 20 oktober 2016.

Inklusionskriterier för artiklar:

Upprepade missfall definierades som minst tre spontana konsekutiva missfall.

För den kvantitativa analysen inklu-

Tabell 1. PICO (Patient, Intervention, Comparison, Outcome)

Population (patienter)	≥ 3 missfall Inga kända orsaksfaktorer
Intervention (behandling)	Acetylsalicylsyra Lågmolekylärt heparin (LMWH) Progesteron Prednisolon Intravenös Immunoglobulin (Ivlg) Leukocytimmunisering Intralipid Tender-Loving-Care Preimplantatorisk genetisk diagnostik
Comparison (jämförelse med)	Placebo Ingen behandling Alla behandlingar under intervention
Outcome (utfall)	Levande födda barn Pågående graviditet ≥ 22 veckor Komplikationer

derades endast randomiserade kontrollerade studier.

Språk begränsades till engelska och skandinaviska språk.

Selektion av artiklar

Från den ursprungliga sökningen granskades först abstract och sedan fulltextartiklar av minst två personer oberoende av varandra. Dataextraktion utfördes av minst två personer oberoende av varandra. Oenigheter avseende artiklar och data löstes genom konsensus i gruppen.

Analys

Då data från flera artiklar har kunnat sammanvägas, har meta-analys utförts i RevMan 5.1 och redovisats som relativ risk (RR) med tillhörande 95 % konfidensintervall (KI). Random effect model har använts genomgående. Vid hög heterogenitet har inget summa estimat beräknats, utan studierna redovisas bara enskilt.

Gradering av evidensstyrkan

Slutsatser avseende effekt baserat på det vetenskapliga underlaget har graderats enligt GRADE.¹

Gradering av det vetenskapliga underlaget enligt GRADE så som beskrivet av SBU.²

Starkt vetenskapligt underlag (GRADE ⊕⊕⊕⊕). Osannolikt att framtida forskning ändrar uppfattning om effekt.

Måttligt starkt vetenskapligt underlag (GRADE ⊕⊕⊕○). Sannolikt att framtida forskning kan ha betydelsefull inverkan.

Begränsat vetenskapligt underlag (GRADE ⊕⊕○○). Mycket sannolikt att framtida forskning kan ha betydelsefull inverkan.

Otillräckligt vetenskapligt underlag (GRADE ⊕○○○). Uppskattade effekter mycket osäkra.

Gradering av rekommendation enligt GRADE

Rekommendationen kan vara *stark eller svag* och baseras på styrkan i det vetenskapliga underlaget, nytta-risk balans för interventionen samt kostnadsanalyser och etiska aspekter.

Förkortningar

ASA - acetylsalicylsyra
LMWH - lågmolekylärt heparin
IvIg - intravenös immunoglobulin
KI - konfidens intervall
LIT - leukocyt immunisering
PGD - preimplantatorisk genetisk diagnostik
RCT - randomised controlled trial
RR - risk ratio

Resultat

Litteratursökningen genererade 1765 träffar, varav 16 RCT slutligen inkluderades (Fig.1). Senaste uppdaterade sökning är gjord 2016-10-20 (appendix 1). Resultat av respektive behandling redovisas nedan. Samtliga utfall avser levande född, om inte annat anges. Två studier redovisar pågående graviditet men hade även utfallet levande födda varför förstnämnda inte redovisas.

Acetylsalicylsyra (ASA)

Endast en RCT har rapporterats och den har flera kvalitativa problem avseende generaliserbarhet, bias och precision.³ Den jämför ASA med en kontrollgrupp som fått LMWH.

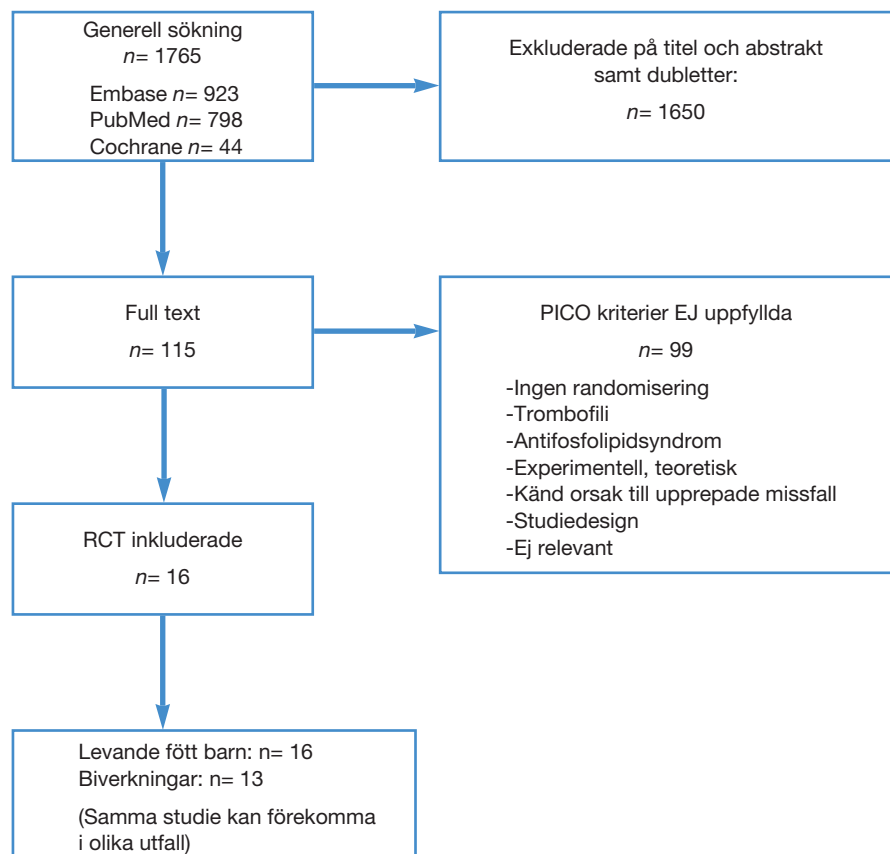
Inga biverkningar till behandling rapporterades (Tabell 4).

Slutsats: Det finns inte tillräckligt med data för att bedöma effekten av ASA. Det vetenskapliga underlaget bedöms som otillräckligt (GRADE ⊕○○○).

Lågmolekylärt heparin (LMWH)

Tre RCT är inkluderade med olika typer av kontrollgrupper. Ingen av studierna startade behandling före konception. Den ena studien har två kontrollgrupper; kombination av ASA/prednisolon/progesteron eller placebo⁴, medan den andra studiens kontrollgrupp inte får någon

Figur 1. Flödesschema: selektion av artiklar



tilläggsbehandling.⁵ Den tredje studien jämför LMWH med eller utan ASA. Där sågs en positiv effekt vid tillägg av LMWH.⁶ Resultaten redovisas i Tabell 3 och Figur 2. I jämförelse med ingen behandling visar den mindre studien⁴ en positiv behandlingseffekt av LMWH, medan den större⁵ visar på en icke-signifikant effekt avseende levande fött barn. Resultaten är inte sammanlagda pga en hög heterogenitet mellan studierna.

Förväntade biverkningar, såsom lokala hudreaktioner och mindre blödningar, rapporterades (Tabell 4).

Slutsats: LMWH kan möjligen påverka chansen till fullgången graviditet jämfört med placebo/ingen behandling. Studierna har vissa anmärkningar på studiekvalitet, är små och dåligt överförbara. Det vetenskapliga underlaget är begränsat (GRADE ⊕⊕○○).

Progesteron

Dydrogesterone har i två studier visat på positiv effekt avseende levande födda barn (Tabell 3).^{7,8} Studierna är små och har en del brister. En relativt stor studie har visat att progesteron plus leukocytimmunisering gav bättre resultat än progesteron enbart. Slutligen har det publicerats en stor RCT med progesteron och placebo. Behandlingen började vid verifierad graviditet senast graviditetsvecka 6. Den sista studien visar ingen effekt på utfallet vid pågående graviditet. Inga biverkningar till behandlingen rapporterades i någon av dessa studier.⁹

Resultaten är inte sammanlagda i en meta-analys pga. en hög heterogenitet mellan studierna, samt att interventionsgruppen i Kumar (2014) redovisas två gånger. En sammanställning ses i figur 3.

Slutsats: Det är en stark rekommendation att inte behandla denna patientgrupp med progesteron efter verifierad graviditet. Dock poängteras att studier där behandling startas från och med ovulation, under lutealfas och före verifierad graviditet saknas avseende levande fött barn. Det finns måttligt starkt vetenskapligt underlag (GRADE ⊕⊕⊕○).

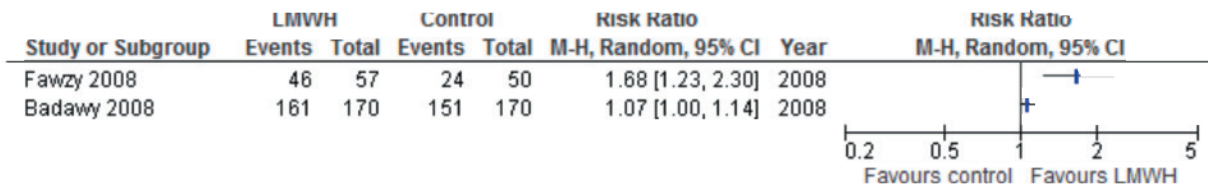
Prednisolon

Inga RCT studier av prednisolon vid ≥ 3 missfall hittades.

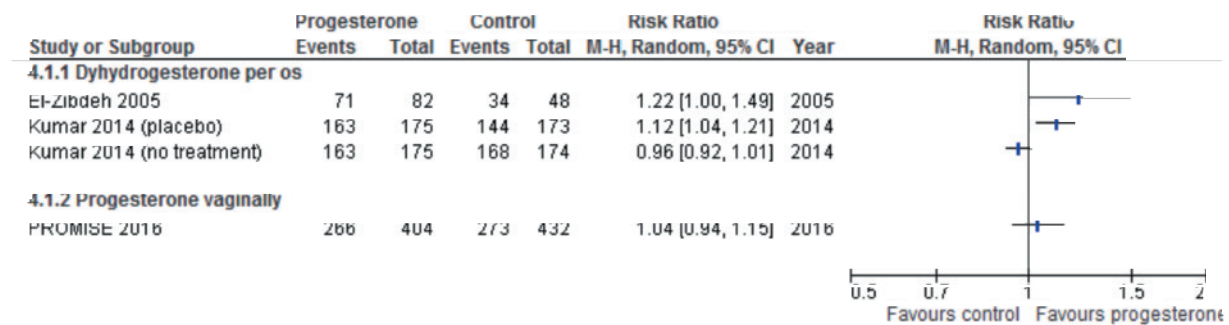
Intravenös Immunoglobulin (Ivlg)

Fem RCT (med kontrollgrupper som får albumin eller placebo) inkluderades. Ingen enskild studie eller det sammanvägda resultatet visar någon effekt.¹⁰⁻¹⁴ En meta-analys ger skattningen RR 1,07 (95 % KI 0,91; 1,26), (Fig.4).

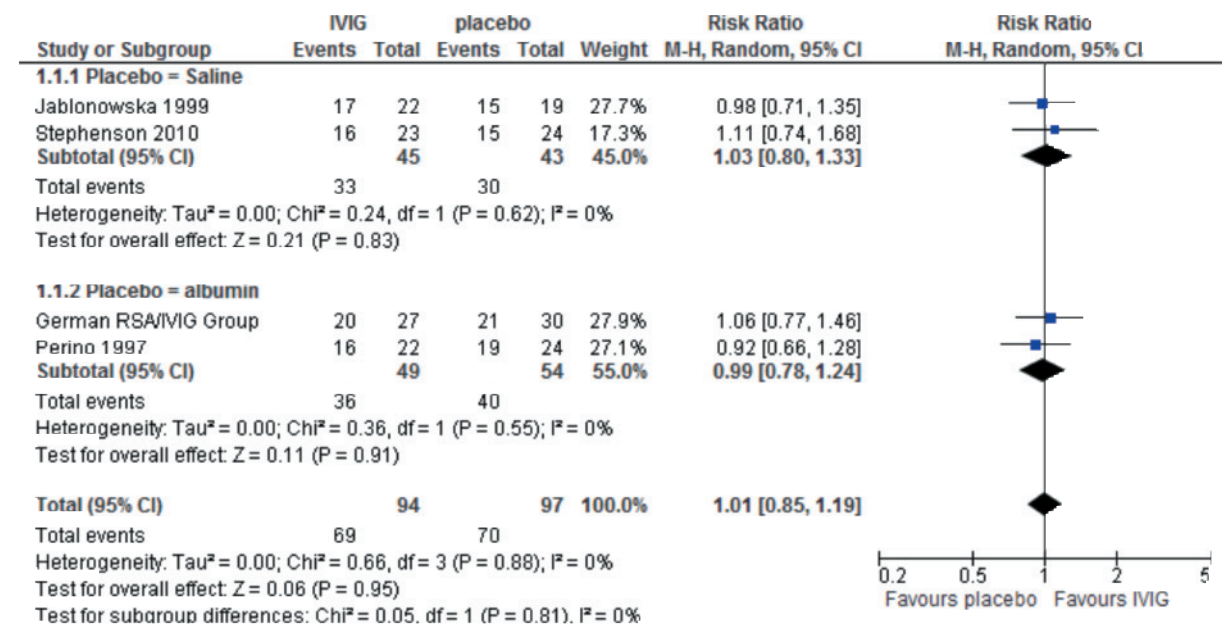
Figur 2. Sammanställning av studier som jämför LMWH med ingen behandling. Utfallsmått levande fött barn



Figur 3. Sammanställning av studier som jämför Progesteron med placebo eller ingen behandling. Utfallsmått levande fött barn.



Figur 4. Meta-analys av IvIg vs. placebo/ingen behandling. Utfallsmått levande fött barn.



Förväntade biverkningar såsom huvudvärk, feber, klåda och exantem rapporterades vid behandling med IvIg (Table 4).

Slutsats: De studier som ingår är huvudsakligen små och flera studier har inte slutförts. Effekten av denna behandling kan inte bedömas utifrån aktuella studier med låg kvalitet.

Det vetenskapliga underlaget bedöms som otillräckligt (GRADE ⊕○○○).

Leukocytimmunisering

Fyra RCT inkluderades, där 110 personer i interventionsgruppen med paternell immunisering jämfördes med autolog immunisering eller exspektans.¹⁵⁻¹⁸ Metaanalys på de tre studier med autolog immunisering som kontroll, ger skattningen RR 1,6 (95 % KI 1,17; 3,32), (Fig.5). Metod med leukocytimmunisering har sedan många år strukits ur behandlingsarsenalen. Dessa studier, även om de var små, ger intryck av att en effekt skulle kunna erhållas med immunisering med paternella leukocyter. Studierna är svårtolkade då antal lyckade graviditeter var ovanligt lågt i kontrollgrupperna.

Inga biverkningar på grund av leukocytimmunisering rapporterades (Table 4).

Slutsats: Det är osäkert huruvida leukocytimmunisering påverkar chanserna till fullgången graviditet jämfört med placebo då studierna har låg kvalitet, är små och är dåligt överförbara. Det vetenskapliga underlaget bedöms som otillräckligt (GRADE ⊕○○○).

Intralipid, Tender-Loving-Care (TLC), Preimplantatorisk genetisk diagnostik

Inga RCT hittades som studerade dessa behandlingar.

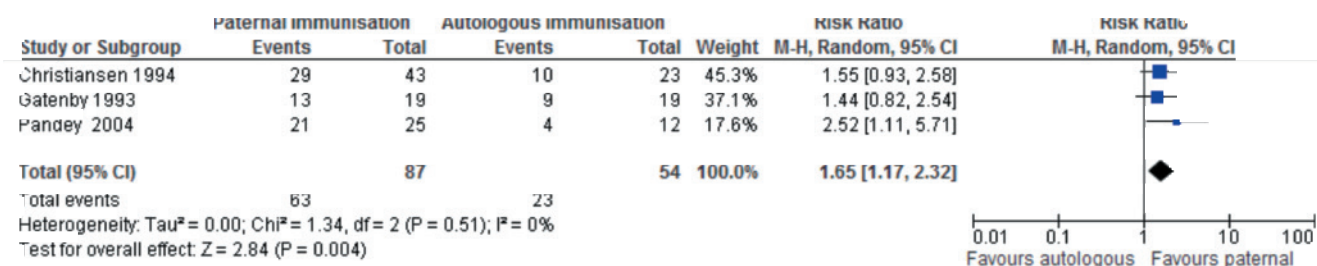
Begreppet TLC innebär ökat fokus på det psykologiska stödet, vilket innebär kontinuerliga vårdbesök, utan direkt medicinsk indikation, men med syftet att ge ett stödande omhändertagande.

Diskussion

I denna systematiska översikt har vi inte funnit något vetenskapligt underlag som stödjer någon form av profylaktisk medicinsk behandling för kvinnor med tre eller flera konsekutiva missfall utan känd orsak. Dessa patienter måste emellertid

tas om hand på ett professionellt sätt enligt kunskap och beprövad erfarenhet. RCOG anger i sin guideline från 2011 att patienter med oförklarliga upprepade missfall har en mycket bra prognos utan medikamentell behandling. Värdet av psykologisk stöttning och upprepade vårdbesök, TLC, i förhållande till graviditetsutfall har inte testats i randomiserade kliniska studier. Det finns dock flera icke-randomiserade studier som tyder på att uppföljning på en specialiserad mottagning för tidig graviditet har en positiv effekt på graviditetsutfallet, men mekanismerna till detta är okända.¹⁹ I en kvalitativ intervju-studie av Muster²⁰ har det visats att patienterna önskar stödjande samtal, praktiska råd om livsstilsfaktorer samt regelbunden ultraljudskontroll av fostertillväxten. I en äldre prospektiv observationsstudie från Norge²¹ ledde ett strukturerat omhändertagande av kvinnor med upprepade missfall till högre andel fullgångna graviditeter.

Figur 5. Meta-analys av paternell vs. autolog immunisering. Utfallsmått levande fött barn.



Författare

Leif Matthiesen, överläkare, docent, Helsingborgs lasarett, Helsingborg
 Emma Råsmark Röpke, ST-läkare, Skånes Universitetssjukhus, Malmö
 Ragnhild Hjertberg, specialistläkare, med. dr., Ultragyn AB, Stockholm
 Margareta Hellgren, professor emerita, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
 Lennart Blomqvist, överläkare, Södra Älvsborgs Sjukhus, Borås
 Emir Henic, överläkare, med. dr., Skånes Universitetssjukhus RMC, Malmö
 Sujata Lalitkumar, specialistläkare, med. dr., Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, Stockholm
 Sarah Nejedt Harmir, specialistläkare, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
 Annika Strandell, överläkare, docent, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
 Tekla Lind, överläkare, med. dr., Södersjukhuset, Stockholm
 Lena George, specialistläkare, med. dr., Sophiahemmet, Stockholm

Referenser

1. Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *Bmj*. 2004;328(7454):1490.
2. SBU. Statens beredning för medicin och social utvärdering. [Internet] Available from: <http://sbu.se/sv/Evidensbaserad-varld/Faktaruta-1-Studiekvalitet-och-evidensstyrka/>.
3. Dolitzky M, Inbal A, Segal Y, Weiss A, Brenner B, Carp H. A randomized study of thromboprophylaxis in women with unexplained consecutive recurrent miscarriages. *Fertility and sterility*. 2006;86(2):362-6.
4. Fawzy M, Shokeir T, El-Tatony M, Warda O, El-Refaiey AA, Mosbah A. Treatment options and pregnancy outcome in women with idiopathic recurrent miscarriage: a randomized placebo-controlled study. *Arch Gynecol Obstet*. 2008;278(1):33-8.
5. Badawy AM, Khiary M, Sherif LS, Hassan M, Ragab A, Abdelal I. Low-molecular weight heparin in patients with recurrent early miscarriages of unknown aetiology. *J Obstet Gynaecol*. 2008;28(3):280-4.
6. Elmahashi MO, Elbareg AM, Essadi FM, Ashur BM, Adam I. Low dose aspirin and low-molecular-weight heparin in the treatment of pregnant Libyan women with recurrent miscarriage. *BMC research notes*. 2014;7:23.
7. El-Zibdeh MY. Dydrogesterone in the reduction of recurrent spontaneous abortion. *The Journal of steroid biochemistry and molecular biology*. 2005;97(5):431-4.
8. Kumar A, Begum N, Prasad S, Aggarwal S, Sharma S. Oral dydrogesterone treatment during early pregnancy to prevent recurrent pregnancy loss and its role in modulation of cytokine production: a double-blind, randomized, parallel, placebo-controlled trial. *Fertility and sterility*. 2014;102(5):1357-63.e3.
9. Coomarasamy A, Williams H, Truchanowicz E, Seed PT, Small R, Quenby S, et al. A Randomized Trial of Progesterone in Women with Recurrent Miscarriages. *N Engl J Med*. 2015;373(22):2141-8.
10. Christiansen OB, Larsen EC, Egerup P, Lunoe L, Egstad L, Nielsen HS. Intravenous immunoglobulin treatment for secondary recurrent miscarriage: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2015;122(4):500-8.
11. Jablonowska B, Selbing A, Palfi M, Ernerudh J, Kjellberg S, Lindton B. Prevention of recurrent spontaneous abortion by intravenous immunoglobulin: a double-blind placebo-controlled study. *Human reproduction (Oxford, England)*. 1999;14(3):838-41.
12. Perino A, Vassiliadis A, Vucetich A, Colacurci N, Menato G, Cignitti M, et al. Short-term therapy for recurrent abortion using intravenous immunoglobulins: results of a double-blind placebo-controlled Italian study. *Human reproduction (Oxford, England)*. 1997;12(11):2388-92.
13. Stephenson MD, Kutteh WH, Purkiss S, Librach C, Schultz P, Houlihan E, et al. Intravenous immunoglobulin and idiopathic secondary recurrent miscarriage: a multicenter randomized placebo-controlled trial. *Human reproduction (Oxford, England)*. 2010;25(9):2203-9.
14. Group TGRI. Intravenous immunoglobulin in the prevention of recurrent miscarriage. The German RSA/IVIG Group. *British journal of obstetrics and gynaecology*. 1994;101(12):1072-7.
15. Christiansen OB, Mathiesen O, Husth M, Lauritsen JG, Grønnet N. Placebo-controlled trial of active immunization with third party leukocytes in recurrent miscarriage. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 1994;73(3):261-8.
16. Gatenby PA, Cameron K, Simes RJ, Adelstein S, Bennett MJ, Jansen RP, et al. Treatment of recurrent spontaneous abortion by immunization with paternal lymphocytes: results of a controlled trial. *American journal of reproductive immunology*. 1993;29(2):88-94.
17. Illeni MT, Marelli G, Parazzini F, Acaia B, Bocciarelli L, Bontempelli M, et al. Immunotherapy and recurrent abortion: a randomized clinical trial. *Human reproduction (Oxford, England)*. 1994;9(7):1247-9.
18. Pandey MK, Agrawal S. Induction of MLR-Bf and protection of fetal loss: a current double blind randomized trial of paternal lymphocyte immunization for women with recurrent spontaneous abortion. *Int Immunopharmacol*. 2004;4(2):289-98.
19. RCOG. Green-top Guideline No. 17. 2011 [Internet] Available from: https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_17.pdf.
20. Musters AM, Taminiu-Bloem EF, van den Boogaard E, van der Veen F, Goddijn M. Supportive care for women with unexplained recurrent miscarriage: patients' perspectives. *Human reproduction (Oxford, England)*. 2011;26(4):873-7.
21. Stray-Pedersen B, Stray-Pedersen S. Etiologic factors and subsequent reproductive performance in 195 couples with a prior history of habitual abortion. *Am J Obstet Gynecol*. 1984;148(2):140-6.



Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen söker

Specialistläkare inom obstetrik och gynekologi

Välkommen till oss där avstånden till arbete och fritid är korta och där både historia och vacker natur är ständigt närvarande.

Läs mer på www.gotland.se/ledigajobb

Sista ansökningsdag 2017-05-07

”Ljusa slingor” från Bristningsregistrets årsrapport som nu finns på hemsidan

Bristningsregistret är inne på sitt tredje år. Kunskapen ökar om hur det går för kvinnor efter förlossningsbristningar. Trettiosex av fyrtiofem kliniker rapporterar till registret och på dessa sker 85 % av Sveriges förlossningar.

Ett stort arbete läggs ned på de deltagande klinikerna av läkare, barnmorskor och vårdadministratörer/sekreterare. Täckningsgraden och in-datakvaliteten varierar. Där det finns rutiner och engagerade personer som påminner och rättar fel fungerar det utmärkt. Där man inte har kvalitetsuppföljning blir data inkompleta.

Nyheter

Under året har vi skapat möjlighet att generera text och diagnoser om man registrerar bristningen direkt i Bristningsregistret/GynOp. Det kan utnyttjas av kliniker som inte har Obstetrix och/eller om man vill få en bättre operationsmall att skriva i.

Hur man ska bedöma komplikationer har gett huvudbry särskilt hos dem som inte bedömer enkäterna direkt i dator, där det finns hjälprutor i programmet. I det nya kunskapsstödet om bäckenbottenskador från LÖF, SFOG och Barnmorskeförbundet, som web-publiceras senare i vår finns en utförlig beskrivning om komplikationsbedömning.

43 % upplever komplikationer efter sin bristning. För att patienten ska veta

vad som är ett normalt förlopp behövs en realistisk patientinformation som används över hela landet. En sådan finns i kunskapsstödet och kan användas för alla typer av bristning och efter klipp. Den kommer att ligga som default-förslag i enkäterna och behöver kompletteras med lokala kontaktuppgifter på respektive klinik.

Bristningens omfattning har inte så stor betydelse som man tidigare trott för hur mycket besvär man får med smärta och analinkontinens.

Helt nya registerdata visar att infektion efter bristning ökar risken för anal inkontinens mer än tre gånger. Infektioner behöver alltså förebyggas på bästa sätt.

Ett kvalitetsmål inför nästa rapport från Bristningsregistret är att man har dokumenterat undersökning av den interna sfinktern i 90 % av fallen, det klarar tre kliniker idag. I väntan på bättre operationsmallar, skriv ”PISA-variablerna” i fritext så att läkarsekreterarna kan föra in dem i registret. En lathund att kopiera finns på Gynop-registrets hemsida.

<https://www.gynop.org/webhelp/gynopnet/gynopnet.htm>

Den nya patientinformationen läggs under april in i Bristningsregistret och kan användas för alla bristningar och klipp.

Till nästa årsrapport kommer vi att testa ett sammanvägt kvalitetsmått där man räknar in frekvensen av sfinkterskador (prevention), i hur många procent man bedömt den interna sfinktern (diagnostik), andelen patienter som uppger analinkontinens (sutureringskvalitet) samt andelen patienter som är nöjda efter ett år (uppföljning och eftervård). Så nu finns chansen att vässa sin organisation för att få nöjdare patienter.

Hej hopp Eva ■

OGUs ordförande informerar



Bästa medlemmar,

När jag skriver denna spalt har Sveriges regering precis fattat beslut om att avsätta 200 miljoner kronor för preventivmedelsrådgivning och abortvård i utsatta delar av världen. Detta som konsekvens av det som just nu sker i USA under Trumps ledning. Det som bara för några år sedan endast hade kunnat spelas upp i en dålig dystopisk fars, sker nu på riktigt. Historikerna drar allt fler paralleller mellan ledaren i en av världens största demokratier till tidigare kända diktatorers framväxt och deras antidemokratiska politiska åtgärder. Att orka fortsätta kämpa för sanning, godhet och jämlikhet i vardagen i detta klimat tycker jag, och säkert många med mig, är svårt. Inom vår specialitet fortsätter dock arbetet genom SFOG för en säker och jämlik förlossningsvård med LÖF som huvudman. Abortkonferensen kommer att ges igen i höst bland annat genom FARGs och Barnmorskeförbundets försorg. Håll utkik efter datumen och anmäl er på hemsidan! OGU drar sitt strå till stacken genom att fortsätta engagera ST-läkarna i vårt land i kvalitets- och utvecklingsarbete både genom våra försök att förbättra ST-utbildningen och genom att tillsammans med lokala läkare i Helsingborg i år arrangera OGU-dagarna i antenatal obstetrik. I skrivande stund har vi redan runt 60 anmälda ST-läkare och vi inom OGUs styrelse är imponerade över den insats som de lokala ST-läkarna lagt ned i planeringen. Allt från kontakten med sponsorer, kongressbyrå, översyn av ekonomin, ny grafisk profil och IT-lösning till sammansättning av programmet med utmärkta föreläsare vittnar om deras ambitioner. Vissa av oss får möjlighet att göra ledarskaps-ST men jag dristar mig

till att påstå att engagemang inom OGU eller inför OGU-dagarna, kan ge en motsvarande solid bas att stå på inför framtidens utmaningar gällande kvalitetsutveckling och ledarskap inom vården. Om ni är intresserade av att vidga vyerna bortom den egna kliniken och får chansen att engagera er inom SFOG, ta då den! Vi kommer bland annat att behöva nya nominerade under hösten till kommande års OGU-styrelse.

Under OGU-dagarna i år kommer föreningssymposiet att omhandla det nya ST-kurspaketet. Vi har bjudit in Utbildningssekreterare Ellika Andolf och hoppas att kunna besvara era frågor. Om ni inte har fått möjlighet att åka på OGU-dagarna får ni gärna kontakta OGUs representanter i Utbildningsnämnden, Andrea Jonsdotter eller Lovisa Brehmer, med frågor ni vill att vi tar upp, så kan vi bereda dem inför mötet och sedan återkoppla till er. De första ”nya” ST-kurserna går nu i början av mars och vi ser fram emot att följa utvärderingarna av dem under det kommande året. Under SFOG-styrelsens strategimöte i april, där jag representerar er, kommer vi att diskutera formerna för kvalitetskontroll av ST-kurssystemet och eventuella skillnader som kan komma att uppstå mellan kurserna när de ges av olika kursgivare. OGU är mycket måna om att det här ska vara en hög jämlik kvalitet på kurserna och att det vid brister snabbt ska kunna återkopplas till den aktuella kursledningen och att de åtgärdar dessa.

Vid våra studierektors möte i januari och verksamhetsmötet senare samma månad i Stockholm fick jag tala för OGUs räkning. Till verksamhetsmötet bjuds alla Sveriges verksamhetschefer och

professorer inom vår specialitet in två gånger per år av SFOGs styrelse för att diskutera aktuella nationella angelägenheter inom specialiteten. För att följa upp OGU-enkäten blev mitt fokus på dessa möten läget för den kirurgiska träningen för oss ST-läkare i Sverige. Som visat i våra tidigare analyser publicerade i detta blad, verkar en strukturerad kirurgisk träning på kliniken vara det som fungerar bäst både avseende ST-läkarnas kirurgiska kompetens i slutet av ST men också nöjdheten bland specialisterna. För att snabbt och effektivt förbereda en ST-läkare för sin operationsplacering fortsätter vi också att sprida kunskap om vilken betydelse en laparoskopisimulator kan ha. Dr CR Larsen, Köpenhamns Universitet, visade i sin avhandling 2009 att en ST-läkare i gynekologi uppnådde efter i medeltid 7 h och 15 minuters träning en färdighetsnivå motsvarande 30–50 utförda laparoskopiska salpingektomier.

Alternativa fakta kan ibland locka att ta till i mötet med patienter, kollegor eller chefer. Om man slirar på sanningen kanske man kan undvika en obehaglig konflikt eller dålig stämning. Men att ta tag i surdegen, för att citera en fin kollega, på ett ärligt vis är nog ändå enda sättet att driva utvecklingen framåt. Och om ni likt jag känner att det känns mörkt att orka till tider så googla efter ”Valarie Kaur on Trump” och se hennes brandtal. Mörkret just nu kanske inte är något vanligt mörker...

Med hopp om det stundande ljuset,
Paulina Arntyr Hellgren
Ordförande OGU

Nominera till OGUs handledarpris 2017

Ibland träffar man på kollegor som med sitt goda, rentav enastående, handledarskap gör sig förtjänta av lite extra uppmärksamhet. Av denna anledning finns OGU-priset. Det är instiftat för att uppmärksamma de som inom ramen för vår specialitet och framförallt vår specialistutbildning uppmuntrar, underlättar och främjar utbildningen av ST-läkare och vikarierande underläkare.

2016 tilldelades Jan Johnsen, överläkare KK Ystad, OGU-priset för sitt brinnande undervisningsintresse inom framförallt ultraljudskonsten.

Nu börjar det bli dags att nominera 2017 års pristagare.

Skicka in namn på den du/ni vill nominera, tjänsteställe och motivering till Eric Lagerström i OGU-styrelsen **senast 1/5** på mail elagerstr_m@hotmail.com.

Vinnaren av årets handledarpris kommer att tillkännas på banketten på SFOG-veckan i Stockholm.



Årets OGU-program klart – anmäl dig till SFOG-veckan i Stockholm!

OGUs program:

- OGU-kurs ”Malign gynekologi i praktiken – från remiss till uppföljning”. Kursen ger intyg för del av delmål 10 för ST och genomförs tisdag och onsdag 29-30/8. UL och ST-läkare har företräde.
- OGU-symposiet handlar i år om könsstymning och hålls torsdag 31/8. Bita Eshrarghi och Emma Förvenholt Hertting från AMEL-mottagningen för könsstympade kvinnor föreläser.
- Båttur och middag i historisk miljö på Långholmen arrangeras tisdag kväll 29/8 i samarbete mellan OGU och SFOG.

Gå in på sfogveckan.se för ordinarie anmälan och för att ansöka till gyn-onkologikursen.

Varmt välkommen!





STIFTELSEN
FÖR UTBILDNING
OCH UTVECKLING
INOM OBSTETRIK
OCH GYNEKOLOGI

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

www.stiftelsen.org/KK_Stiftelsen/Valkommen.html

Ett nationellt kvalitetsregister för gynekologiska kirurgin på benign indikation

Fram till nu har det funnits två register för kvalitetsuppföljning; Gyn-Kvalitets-Registret för gynekologiska operationer (GKR), där sjukhusen i Stockholms län samt Karlstad och Visby ingått och Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi (GynOp) där i praktiken alla övriga kliniker i landet har deltagit.

Från början fanns en del fundamentala skillnader mellan de två registren, men de har gradvis försvunnit med åren. Data från GKR har sedan år 2010 importerats till GynOp och därmed har GynOps årsrapporter haft en nationell täckning.

Överföringen är dock behäftad med svagheter, eftersom variabeldefinitionen i de två insamlingsinstrumenten inte är helt identiska. Det medför att jämförelsen mellan klinikerna i GKR och GynOp inte blir helt jämförbara. Dessutom går en del variabler inte att konvertera från GKR till motsvarande variabler i GynOp, samt att en del variabler saknas i GKR som ingår i GynOps analyser.

Under våren 2016 blev det aktuellt med en diskussion om sammangående i ett gemensamt register, eftersom skillna-

derna mellan de två registren numera är så pass små. Under september hölls ett möte i SFOGs regi där detta diskuterades och det beslutades om ett samgående. Två arbetsgrupper utsågs: En projektgrupp med Ole Morgensen, professor KI, Kerstin Palm, öl KI, (båda GKR) Maud Ankardal, verksamhetschef Halmstad-Varberg, Mats Löfgren, docent Umeå (båda GynOp) och Anders Royton, ST Karlstad, (OGU). Projektgruppen har kommit till konsensus om ett gemensamt syfte, organisation, IT-plattform mm. Dessutom en arbetsgrupp, med en representant från vardera registret, som arbetat med förändringar i GynOps befintliga variabler.

Eftersom GKR:s data redan var överförda till GynOp, var det enklast att använda GynOps befintliga plattform. Ett arbete med att modifiera GynOps användarinterface har även genomförts under hösten/vintern och driftsatts mars 2017.

Karlstad övergick som första klinik till att registrera i den gemensamma programvaran, efter en del justeringar av datakonvertering, så att man skulle kunna fortsätta med registreringen av i GKR

redan påbörjade patienter. Till dags dato har ytterligare tre kliniker introducerats i den ”nya” plattformen och övriga GKR-kliniker är inplanerade för utbildning under våren. Från halvårsskiftet 2017 kommer med all sannolik registreringen i GKR vara avslutad och vi har då en gemensam registrering med jämförbara data för hela nationen avseende den gynekologiska kirurgin på benign indikation.

För projektgruppen
Mats Löfgren



www.sfogveckan.se

Nordsvenska gynekologsällskapets möte i Luleå 23-24 februari 2017

Nordsvenska gynekologsällskapets möte hölls 23-24 februari 2017 i ett vintervitt Luleå. Det rikliga snöfallet första dagen orsakade tyvärr trafikstörningar som försenade några deltagares ankomst flera timmar. Sällskapets sekreterare Ida Gideonsson Umeå, hälsade deltagarna välkomna. Hon berättade att sällskapet, enligt stadgarna, är en sammanslutning av gynekologer och andra intresserade vilka arbetar inom Norra regionen. Sällskapets uppgift är att sprida kunskap inom obstetrik och gynekologi.

Professor Per Olofsson, Skånes Universitetssjukhus, inledde mötet med att berätta om cerclage. Föreläsningen hade det beskrivande namnet "Det hänger på en tråd". Olofsson noterade tidigt att många cerclage sattes för löst och i yttre modermunnen, där de inte gjorde nytta. Han fick mycket erfarenhet från arbete i Riyadh, eftersom cervixinsufficiens är vanligare bland den arabiska befolkningen. Han lade över 100 cerclage där och har sedan lagt över 200 under sina år i Skåne. Olofsson redogjorde för naturalförloppet vid cervixinsufficiens, som börjar med tunnelering (vilket han föredrar framför det engelska funnelling) och följs av infektion. Symtomen är diskreta. Elektiv operation görs optimalt graviditetsvecka 13-14. Akut anläggning av cerclage görs vid kort cervix, tunnelering, hinnor i ymm eller buktande hinnblåsa i vagina. Skjut inte upp operationen om en del av cervix är slutet eftersom status kan förändras snabbt. Om hinnblåsa är synlig bör man däremot avvakta ett dygn så att eventuell infektion upptäcks. Det är också viktigt att korion är oskadad om man ska lägga

cerclage. Avstå från operation om tecken på infektion eller kontraktioner. Kort cervix pga. konisering är tveksam tilläggsindikation eftersom det är den yttre modermunnen som är kapad. Cerclaget bör sitta till 37 fullgångna graviditetsveckor. Professor Olofsson redogjorde för operationstekniken. Det är viktigt att få cerclaget så högt upp som möjligt, ovanför kardinalligamenten, och dra åt ganska hårt så att hinnäcken inte hernierar igenom. Bricanyl eller indometacin behövs sällan, däremot ges ofta antibiotikaproylax. Han avslutade med att påminna om att även kvinnor med tidigare fullgången graviditet kan utveckla cervixinsufficiens. I anslutning till denna föreläsning redogjorde överläkare Anna-Karin Wihlbäck, Umeå för några relaterade patientfall.

Överläkare Helena Kopp Kallner, Danderyds sjukhus, berättade om nya behandlingsmetoder för myom. Hon betonade vikten av att ge den bästa evidensbaserade behandlingsmetoden för myompatienten. Riskfaktorer för att utveckla myom är fetma, tidig menarche, nulli-/låg paritet samt genetiska faktorer (t.ex. vanligare vid Västafrikanskt ursprung, mindre vanligt vid asiatiskt). Sarkomrisken är 0,25-1 %, ökande med stigande ålder, däremot är tillväxthastigheten inte avgörande. Ännu finns inga bra algoritmer för att förutsäga sarkomrisk. Helena Kopp Kallner redogjorde för de många behandlingsalternativ som idag finns att tillgå. Föreläsningen fokuserade dock mest på behandling med Esmya, vilka patienter som kan ha nytta av behandlingen och hur länge. Målet med behandlingen bör diskuteras, om



Professor Per Olofsson berättade initierat om cerclage.



En engagerad Helena Kopp Kallner guidade åhörarna bland behandlingsmöjligheterna för myom.

myomet måste krympa eller om det räcker med symtomlindring. Hon påpekade att även en liten krympning i diameter motsvarar en betydande minskning i volym och att olika myom hos samma kvinna kan påverkas mer eller mindre av Esmya-behandling. Helena Kopp Kallner avslutade med att poängtera vikten av att erbjuda kvinnan alternativ, att lyssna på hennes önskemål och att operera på tydlig indikation - rätt behandling till rätt patient.

Barnmorska Maria Lindqvist, Umeå, presenterade sin avhandling *Experiences of counselling on physical activity during pregnancy. Gestational diabetes mellitus – screening and pregnancy outcomes*. De tre arbetena om barnmorskors rådgivning till gravida om fysisk aktivitet visar bl a att rådgivningen är en utmaning pga. många andra krävande uppgifter, men även en möjlighet, som dock kräver mycket anpassning för att kunna se den enskilda kvinnans behov. Många gravida upplevde nämligen rådgivningen som generell och därmed bristfällig eftersom den inte kändes anpassad för just dem.

En återkommande punkt på Nordsvenska gynekologsällskapets möten brukar vara en audit med aktuella, ibland kontroversiella, frågor som hålls av doktor Inger Aurell, läkarhuset Hermelinen. Denna gång samarbetade hon med Annika Idahl, Umeå Universitet. Deltagarna fick via en app svara på frågor om så vitt skilda ämnen som endometrios, perineotomi, framtida risker efter pre-eklampsi, rekommenderade TSH-nivåer inför IVF, KUB-test, lokal östrogenbehandling efter corpuscancer eller bröstcancer (med tamoxifen- eller arimidex-behandling), påverkad ovarialfunktion efter hysterektomi, samt den nu aktuella frågan om eventuell samvetsfrihet bör tillämpas beträffande abort och insättning av kopparspiral. Frågorna följdes av genomgång av det aktuella kunskapsläget och en livlig diskussion.

På kvällen avnjöts en gemensam enkel måltid. Professor emeritus Torbjörn Bäckström, Umeå underhöll deltagarna



Stefan Hammarback, Sigtuna men med ett förflutet i Umeå och professor em Torbjörn Bäckström, Umeå, njöt bland föredrag och utställningar.

med en berättelse om tillkomsten av ett hormonextrakt med extraordinära egenskaper. Berättelsen ska dessutom ha varit helt sann!

Andra mötesdagen berättade Inga Sjöberg, specialist i såväl ob-gyn som allmänmedicin, Ersboda hälsocentral, uttömmande om underlivskläda. Hon startade tillsammans med hudläkare Elisabeth Nylander Sveriges första vulvamottagning 1985 i Umeå. På hälsocentralen har hon nu vulvamottagning/klådmottagning tillsammans med en sjuksköterska. Patienterna bokar själva tid via 1177. De måste ha aktuella pågående besvär, får inte ha behandlat sig med något sista veckan och får inte blöda. Hon har även tagit fram skriftlig information på ”allt”. Inga Sjöberg poängterade några viktiga frågor som ger god ledning till klådans bakomliggande orsak.

- Kliar det mest på dagen (svamp) eller natten (hudsjukdom)?
- Kliar det hela tiden (hudsjukdom) eller i intervall (svamp)?
- Kliar det någon annanstans (hudsjukdom) och var?
- Kan samlagssex under besvärsfri period provocera (ja=svamp)?

Bland hennes patienter har omkring

40 % candida, 40 % eksem (rivmärken patognomont) och 20 % övrigt (ex LSA, erosiv lichen ruber, vulva-vestibulit, herpes, kondylom, bäckendysfunktion!) Den akuta diagnostiken bygger på anamnes, inspektion av vulva, wet smear med KOH och NaCl, samt snifftest. Svampodling har ingen plats i akut diagnostik.

Vid svampinfektion behandling med fluconazol 150 mg peroralt. Om besvären försvinner men återkommer på 2-3 veckor ges långtidsbehandling. Om besvären inte bättras på 2 dagar tas svampodling inom 5-7 dagar. Vid klinisk svamp men negativ odling trolig allergisk reaktion, ge antiallergimedel till fortsatt långtidsbehandling. Vid positiv odling men resistens ge borsyrelösning 3 %. Framgångskonceptet vid svampinfektion är korrekt diagnos (hyfer) och möjlighet för uppföljning.

Vid eksem behandling med stark steroid, avtrappande, samt oljehygien. Denna innebär att lägga på olja och torka av innan duschning, huden blir ren och skyddas. Sedan smörja med en mjukgörande innan sänggåendet. Framgångskonceptet för eksem är också korrekt diagnos med PAD och information om att det är kroniskt.

Malin Labraaten, ST-läkare i Sundsvall, redovisade en liten studie som gjorts på vaginal hysterektomi i Sundsvall. Hela 84 % av planerade polikliniska operationer kunde skrivas ut till vårdhotell samma dag, och gick hem på förmiddagen dagen efter. Studien visade att det var ett bra alternativ men fordrar tät återkoppling (patienthotell) samt liberal användning av antiemetika och analgetika.

Seniorprofessor Ulf Högberg, Uppsala Universitet, nu även specialistläkare vid Gynhälsan Uppsala, höll en personlig och stundtals självutlämnande betraktelse över fyra decennier av omprövningar inom ob-gyn. Han berättade om behandlingar som haft en given plats men tvärt övergivits när kunskapsläget förändrats, t ex laserevaporisering av ”platta kondylom” och rekommendationen att spädbarn bör sova på mage. Mest berörde dock hans personliga erfarenheter av när det blivit fel, när omständigheterna påverkat beslut med allvarliga konsekvenser och om möten med patienter efteråt. Barnmorskor och läkare blir ofta ”second victims” inom förlossningsvården när misstag begåtts. Högberg konstaterade att de flesta misstag i vården handlar om tankefel, att vi inte är alerta. Det gäller att inte tänka på annat, att i alla situationer vara koncentrerad på uppgiften, vilket inte alltid är så lätt. Detta gäller även konsultationen, att respektera de gränser patienten sätter i rummet.

Universitetslektor Annika Idahl, Umeå, redogjorde för den planerade HOPPSA-studien (Hysterektomi och OPPortunistisk SALpingektomi). Det finns inga studier på opportunistisk salpingektomi för att minska risken för serös

tubarcancer. För indicerad salpingektomi finns möjligen en visad effekt. Det saknas även vetenskapligt underlag för eventuella bieffekter av åtgärden. Studien ska fokusera på operationskomplikationer till 8 veckor postop, ovarialfunktion 1 år postop och ovarialcancer 10-30 år postop. Tack vare GynOp, SNAKS och nationella register finns goda förutsättningar att genomföra studien i Sverige.

Undertecknad var tvungen avvika efter lunch och missade tyvärr de två sista programpunkterna. Överläkare Mats Löfgren ledde ett symposium om GynOp-registret som nu funnits i 20 år.

Tre delområden stod på programmet.

Nuläget avseende laparoskopisk kirurgi, femårsuppföljning av prolapsoperationer samt dagsläget om förlossningsbristningar. Mötets sista programpunkt var Kerstin Petersson från Umeå med en redovisning av sin avhandling *The Swedish Maternal Health Care Register: Internal Validity, User Perspectives and Register Outcomes; and Experiences by Midwives in Antenatal Care.*

Text och bilder:

Åke Berggren, överläkare, mödrahälsovårdsöverläkare, region Norrbotten ■



Nordsvenska gynekologsällskapetets ordförande, professor Marie Bixo tar del av nyheter hos utställarna.

Peter Palsternacka

Jag kommer att bli den bästa sjukhusdirektören som sjukhuset har haft. Ni som tänker att det inte säger så mycket eftersom de andra har varit urusla har delvis rätt, men jag tänker inte bara bli den bästa utan också bra.

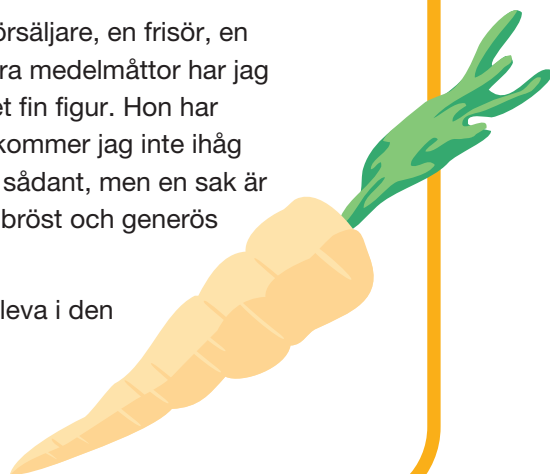
Jag har ingen kunskap om, eller erfarenhet av, sjukvård, vilket jag tror är en enorm fördel, då jag inte känner några begränsningar alls. Jag har byggt upp ett nätverk av pizzerior, och det fungerar alldeles utmärkt. Kan man driva en pizzeria kan man driva vad som helst, det är mitt motto. Nu skall jag alltså driva ett sjukhus. Jag tänker börja med att bygga en sex meter hög mur som landstingen i Skåne och Stockholm ska betala. Människor med äckliga, smittsamma, sjukdomar ska inte få komma in. Mest ska vi satsa på bråck, kärkramp och omföderskor. Allt mina föregångare gjort ska jag omedelbart riva upp. Har man inte lyckats bli mångmiljonär vid 50 har man ju bevisat att man är en idiot, och en idiot lägger ju idiotiska förslag. Bort, bort, bort.

I andra länder talas det om rostbälten. Här ska vi istället ha ett friskbälte, en grön oas som sträcker sig från havet, över slätterna och fälten och långt in i skogarna. Där ska vi odla majs, bönor och palsternackor, så att vi hela tiden blir friskare och magrare. Det behövs förstås en del får och kor för att hålla landskapen öppna, men oroa er inte. De blodiga biffarna och rosa lammkotletterna ska inte få förstöra era hälsosamma liv. Jag och några vänner offerar oss och tuggar i oss dem och besparar er på det viset alla köttkonsumtionens risker. Till styrelsemedlemmar i mitt sjukhus ska jag utse människor som är så lika mig själv som möjligt. På så sätt slipper vi alla gräl och motsättningar.

Det blir alltså mest manliga miljonärer. En bilförsäljare, en frisör, en åkeriägare etc. För att förebygga kritik från sura medelmåttor har jag också tagit med en 28 årig kvinna med mycket fin figur. Hon har någon form av medicinsk utbildning, men nu kommer jag inte ihåg vilken. Undersköterska eller läkare eller något sådant, men en sak är säker: Ingen respekterar en kvinna med stora bröst och generös urringning mer än jag. Ingen!

Ni har tur som får mig, och vi kommer alla att leva i den bästa av världar.

Peter "Lill-Donald" Palsternacka-Trump



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

CTG Master Class

Dates:

4th to 5th of December at Östra Sjukhuset, Sahlgrenska University Hospital, Gothenburg.

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

The program includes:

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

Faculty:

Edwin Chandraharan
Austin Ugwumadu
Corinne Pedroletti
Annika Mårtendal

Venue:

4 /12 - 2017 Östra Aulan - Centralklinikien/Östra Sjukhuset

5/12 - 2017 Järneken - KK-huset/Östra Sjukhuset

Two day course fee: 1690 SEK (excl. VAT, including lunch and coffee).

For registration:

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

To all interested participants outside SU: Please make your registration at

www.neoventa.com/education/ctgmasterclass/registration/

Please note we must receive payment as cleared funds prior to course.

Places available on 'first come first serve' basis.

For more information about the program visit:

www.neoventa.com/education/ctgmasterclass/

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

The Master Class is arranged in cooperation with Neoventa Medical



Intressegrupper inom SFOG

Mödrahälsovårdsöverläkargruppen

Ordförande

Caroline Lilliecreutz
Kvinnokliniken plan 14
Universitetssjukhuset
581 85 Linköping
E-post: caroline.lilliecreutz@regionostergotland.se

Sekreterare

Anna Bäckström
Landstinget Västernorrland
E-post: modrahalsovardsoverlakare@lvn.se

Privatgynekologerna

Ordförande

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

Sekreterare

Teresia Ondrasek Jonsson
Ondrasek Läkarmottagning
Storgatan 1
852 30 Sundsvall
Tel: 070-661 04 64
E-post: teresia.ondrasek.jonsson@ptj.se

Kassör

Katarina Johansson
HELSA Specialistvård
St Larsgatan 42
582 24 Linköping
Tel: 013-460 10 00
E-post: katarina.johansson@helsa.se

Webmaster

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

Obstetriker och gynekologer under utbildning (OGU)

Ordförande

Paulina Arntyr Hellgren
KK, Universitetssjukhuset Örebro
Tel: 019-602 20 01
E-post: paulina.arntyr.hellgren@regionorebrolan.se

Sekreterare

Susanna Falgren
KK, Helsingborgs Lasarett
Helsingborg
E-post: susanna.falgren@skane.se

Arbets- och Referensgrupperna inom SFOG

Cervixcancerprevention C-ARG

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

Endokrinologi ENDOKRIN-ARG

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

Endometriosis ENDOMETRIOS-ARG

Ordförande: Greta Edelstam
KK, Akademiska Sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018-611 00 00
greta.edelstam@akademiska.se
Sekreterare: Margita Gustafsson
Kungsbacka Närsjukhus
margita.gustavsson@gmail.com

Etik ETIK-ARG

Ordförande: Ingrid Bergelin
Kvinnosjukvården Dalarna
Tel: 0250-49 30 00
ingrid.bergelin@ltdalarna.se
Sekreterare: AnnKristin Rönnberg
KK, Universitetssjukhuset Örebro
ann-kristin.ronnberg@regionorebrolan.se
Webmaster: Anke Zbikowski
KK, Länsjukhuset Ryhov
Tel: 036-32 14 00
anke.zbikowski@rjl.se

Evidensbaserad medicin

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

Familjeplanering FARG

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

Ofrivillig Barnlöshet FERT-ARG

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

GLOBAL-ARG

Ordförande: Birgitta Essén
Inst för kvinnors och barns hälsa
IMCH
Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
birgitta.essen@kbh.uu.se
Sekreterare: Michael Algovik
Global-ARG@telia.com

Hemostasrubbningar HEM-ARG

Ordförande: Anna Hagman
Norra Älvsborgs Länsjukhus NÄL
461 73 Trollhättan
Tel: 010-435 00 00
anna.c.hagman@vgregion.se
Sekreterare: Hanna Östling
Universitetssjukhuset Örebro
Tel: 019-602 18 19
hanna.ostling@regionorebrolan.se

Mödra-Mortalitet MM-ARG

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

Perinatologi PERINATAL-ARG

Ordförande: Karin Pettersson
KK, Karolinska Universitetssjukhuset
Huddinge
141 86 Stockholm
Tel: 08-585 875 36
karin.pettersson@karolinska.se
Sekreterare: Marie Blomberg
KK, Universitetssjukhuset Linköping
581 85 Linköping
Tel: 013-22 20 00
marie.blomberg@regionostergotland.se

Perinatologi PERINATAL-ARG

– fosterövervakning

undergrupp till PERINATAL-ARG

Ordförande: Isis Amer-Wählin

isis.amer-wahlin@ki.se

Sekreterare: Karin Lundmark

karin.lundmark@nll.se

Psykosocial Obstetrik och Gynekologi

samt Sexologi POS-ARG

Ordförande: Lena Moegelin

KK, Södersjukhuset, Stockholm

Tel: 08-616 10 00

lena.moegelin@sodersjukhuset.se

Sekreterare: Lena Holzman

KK, Södersjukhuset, Stockholm

Tel: 08-616 10 00

lena.holzman@sodersjukhuset.se

Robson-ARG

Ordförande: Lars Ladfors

Göteborg

lars.ladfors@sfog.se

Sekreterare: Sophia Brismar

Danderyd

sophia.brismar-wendel@ds.se

Tonårsgynekologi TON-ARG

Ordförande: Lena Marions

KK, Södersjukhuset

lena.marions@ki.se

Sekreterare: Pia Jakobsson Kruse

Sundsvalls sjukhus

KK, Södersjukhuset

pia.jakobsson-kruse@sodersjukhuset.se

Ultraljudsdiagnostik ULTRA-ARG

Ordförande: Peter Lindgren

Centrum för fostermedicin

Karolinska Universitetssjukhuset

141 86 Stockholm

peter.lindgren@karolinska.se

Sekreterare: Emelie Ottosson

emelie.ottosson@vgregion.se

Urogynekologi och vaginal

kirurgi UR-ARG

Ordförande: Marie Westergren

Söderberg

KK, Södersjukhuset

118 83 Stockholm

Tel: 08-616 10 00

marie.westergren-soderberg@

sodersjukhuset.se

Sekreterare: Riffat Cheema

riffat.cheema@skane.se

Vulva VULV-ARG

Ordförande: Nina Bohm-Starke

nina.bohm-starke@ds.se

Sekreterare: Christina Rydberg

KK, Varbergs sjukhus

432 81 Varberg

Tel: 0340-48 10 00

christina.rydberg@lthalland.se

Arbets- och Referens-Grupp-Utvecklings-Samordnare

ARGUS

Ove Axelsson

SFOG-Kansliet

Drottninggatan 55, 2 tr

111 21 Stockholm • Tel: 08-440 01 75

E-post: ove.axelsson@kbh.uu.se

SFOG-Kansliet

Susanne Lundin • Diana Mickels

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 Läkarsällskapet.

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.

Obstetrik/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