

Medlemsbladet 5

2016

NR



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



Mödradödsfall 2015

***Platser kvar till
SFOG fortbildningskurser***

Patienter utan livmoder sökes

MEDLEMSBLADET

Ansvarig 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

Annonser: Liselott Andersson

E-post: liselott.andersson@sfog.se

Platsannonser hemsidan: kansliet@sfog.se

SFOGs styrelse 2016:

Ordförande: Lotti Helström

KK, Södersjukhuset

Tel: 08-616 10 00

E-post: lotti.helstrom@sfog.se

Vice ordförande: Andreas Herbst

VO Kvinnosjukvård, Skånes Universitetssjukhus

Tel: 040-33 20 86

E-post: andreas.herbst@sfog.se

Facklig sekreterare:

Helena Kopp Kallner

Tel: 070-440 20 70

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

Skattmästare: Bengt Karlsson

KK, Sjukhuset Varberg

Tel: 0340-48 12 56

E-post: bengt.karlsson@sfog.se

Vetenskaplig sekreterare: Annika Strandell

KK, SU/Sahlgrenska

Tel: 0700-90 44 54

E-post: annika.strandell@vgregion.se

ARGUS: Matts Olovsson

KK, Akademiska sjukhuset, Uppsala

111 21 Stockholm • Tel: 018-611 57 51

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

Utbildningssekreterare: Ellika Andolf

Danderyd

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

Östersund

E-post: kristina.nordquist@jregion.se

Ledamot/Yngre representant:

Paulina Arntyr Helligren

KK, Universitetssjukhuset Örebro

Tel: 019-602 20 01

E-post:

paulina.arntyr.helligren@regionorebrolan.se

Tryck: Elanders

ISSN 0284-8031

— Ordförande har ordet —



Kära vänner!

I skrivande stund sitter jag, Andreas Herbst och Lars Ladfors på NFOGs styrelsemöte som pågår här i Stockholm 4–6 november. Ämnet för ögonblicket är planering av ett nordiskt symposium på nästa FIGO kongress i Rio de Janeiro oktober 2018. En annan fråga är vårens utbildningsmöte i Köpenhamn med temat: "Hormones: Friends or Foe?" 27–28 april 2017. Kursen kommer att vara kraftigt subventionerad av NFOG, (som har ett stort överskott i sin budget, tack var inkomster av Acta och kongressen i juni). Kursen kommer snart att annonseras, så håll ögonen öppna och anmäl er på en gång.

För några veckor sedan hade vi tillsammans med barnmorskeförbundet symposiet "Individualiserad förlossningsvård – vem bestämmer?" på Svenska Läkaresällskapet. Lokalen var full och diskussionen livlig. Baronessan Julia Cumberlege inledde med att tala om hur de utrett patientinflytande i förlossningsvård i Storbritannien. Brukarorganisationerna Födelsevrålet och Födelsehuset redogjorde för kvinnors upplevelser av

förlossningsvården. Vi fick fina exempel, bl.a. från Skövde, på hur man kan ta reda på vad de födande önskar och möta de önskemålen utan att minska säkerheten. Målet för symposiet var att finna vägar för teamarbete kring patienten med patientens behov och önskemål i centrum. Min uppfattning är att symposiet var en succé och ett viktigt exempel på hur vi kan utveckla samarbetet med barnmorskeförbundet.

Tyvärr blir det inget vintermöte i januari. Stockholm vill stå över eftersom SFOG 2017 hålls i Stockholm på Münchenbryggeriet v. 35. Det kommer att bli ett fantastiskt möte, programmet är nästan klart. Stockholmarna har mycket att leva upp till efter SFOG 2016 i Örebro, och vi tackar särskilt för det fantastiska stöd vi fick av våra sponsorer. Styrelsen kommer att ordna verksamhetsmötet som vanligt 27 januari på Södersjukhuset.

Kursplaneringen för ST-kurserna under 2017 är nästan klar och meddelande till kursdeltagarna kommer att ha blivit utsända före denna tidnings press-

I DETTA NUMMER

Mödradödsfall 2015	6
Platser finns kvar i SFOG fortbildningskurser	7
Patienter utan livmoder sökes för uppföljande livmodertransplantationsstudie	8
OGUs ordförande informerar	13
OGU-enkäten 2016 – del 2	
GKR + GynOp = Sant	17
Tant Trattkantarells kåseri	19
ST-arbeten	20
Nya avhandlingar	31

läggning. Vi håller tummarna för att detta jätteprojekt från SFOG skall vackert sjösättas under våren.

Planerna på ett aktiebolag för att hantera ekonomin runt kurser och konferenser fortskrider och styrelsen har beslutat om ett namn: SFOG-KUL. Riktigt vad KUL är förkortning för har vi inte enats

om än, men ett förslag är ”Kompetensutveckling, Utbildning och Lärande.”

Första snön faller idag i Stockholm och jag önskar er alla en fin och fridfull jul.

Efter 4 år i styrelsen lämnar jag nu den imaginära ordförandeklubban till Andreas och tackar för den här tiden!

Lotti

REDAKTÖRENS RUTA

Nu nalkas vintern. I Norrbotten är den redan här. Vad är mysigare än en varm gryta – på kött eller annat. Eftersom jag är mestadels köttätare kommer ett recept på en sådan gryta. Obs att Birger som är på bilden är fortsatt intakt! Skicka gärna bidrag till MB – behöver inte vara helt vetenskapligt!

Liselott Andersson

Redaktör för SFOGs Medlemsblad

Följande tider gäller för medlemsbladet 2017:

Nr	Deadline	Utkommer
Nr 1	16/1	20/2
Nr 2	13/3	17/4
Nr 3	8/5	12/6
Nr 4	18/9	23/10
Nr 5	6/11	11/12

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 växel 0920-28 20 00

Adressändring skall göras till:

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

Grönpeppargryta Till 6 pers:

1 kg grytbitar av nöt eller älg
2-3 msk smör
1 msk grönpeppar, grovkrossad
1 finhackad gul lök
1 finhackad vitlöksklyfta
1 dl finstrimlad kryddstark korv
2 msk vetemjöl
2 1/2 dl madeira
4 dl vatten
1 st grönsaksbuljongtärning
2 msk soja
2-3 dl crème fraîche
2 dl syltlök eller inlagd gurka i mindre bitar

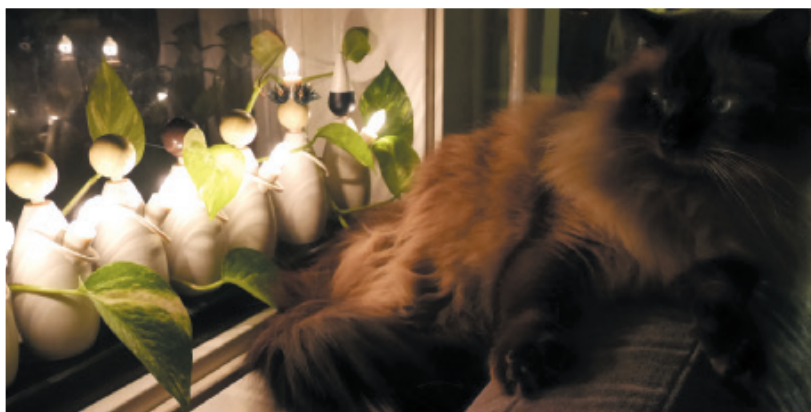
Tillbehör

Kokt pasta eller kokt pressad potatis eller rostade rotsaker

Gör så här:

Bryn grytbitarna väl runt om i smör, i en järngryta. Låt peppar, löken, vitlöken och korvstrimlorna steka med lite på slutet. Pudra över vetemjålet och blanda väl. Späd med vinet och det mesta av vattnet samt smula i buljongtärningen. Tillsätt sojan och låt sedan grytan puttra sakta under lock 1–1 1/2 tim tills köttet känns mört. Späd med mer vatten om det behövs.

Tillsätt crème fraîche och låt koka med den sista halvtimmen. Smaka av med salt. Före serveringen tillsätts syltlöken eller gurkan.



—Brev från utbildningssekreteraren



Hej!

Nu börjar vi äntligen få litet ordning på kurserna.

Som vi tidigare har meddelat så finns det fr.o.m. 2017 två olika typer av kurser som SFOG är involverade i. De så kallade SK-kurserna sköts helt och hållet från Socialstyrelsen.

Den första typen är fortbildningskurserna (tidigare SFOG-kurser). De har nu färdiga specialister som enda målgrupp. För några veckor sedan gick besked om sökande ut till kursledarna som därefter sköter kontakten med kursdeltagarna. Alla sökande har inte fått det de har sökt i första hand, men så har det alltid varit. Kansliet har gjort ett stort och fantastiskt jobb med fördelningen. Några kurser har ställts in pga. för få sökande.

Sedan har vi de nya ST-kurserna som är avsedda enbart för ST-läkare. Där har verksamheten rapporterat in de ST-läkare man har och vilka kurser de har gått. På basis av detta underlag har kansliet åter gjort ett utomordentligt jobb och fördelat ST-läkarna på de kurser de inte gått. För några veckor sedan gick ett preliminärt antagningsbesked ut till alla anmälda ST-läkare. I vissa fall visade det sig att någon redan gått en kurs som hen blivit tilldelad och en del hade inte fått någon kurs tilldelad alls. Kansliet arbetar med det underlag man fått in och därför kan felaktigheter uppstå om underlaget inte är uppdaterat eller om ST-läkaren t ex är föräldraledig. Så fort vi fått in budgetunderlag för kurserna kommer vi

att kunna prissätta dem och skicka ut en definitiv antagning. Jag tycker ändå att det hela gått förvånansvärt smärtfritt mycket pga. att kursledarna är så positiva och pga. kansliets stora arbetsinsats.

Jag har fått en del förfrågningar om hur Socialstyrelsen kan lägga upp ett paket med kurser utan att ta ansvar för att de genomförs. Jag kan inte svara på det, men vet att utan alla de frivilliga insatser som görs av kursledarna skulle det bli mycket få kurser och vi ska vara mycket tacksamma för deras arbete. Utbildning och fortbildning är ju också en av SFOGs huvuduppgifter.

Hälsningar
Ellika



Nya medlemmar

Karin Edén Wahlberg, Gävle
Shahla Al-Saqi, Huddinge
Sara Sherlund Bredin, Danderyd
Sissela Sylvan, Stockholm
Rasha El-ahmad, Sundsvall
Irma Mehmedagic, Örebro
Jeanette Ring, Skellefteå
Hamida Khanum, Örebro
Victoria Klerelid, Sävedalen
Hanna Hultquist, Kalmar
Lina Larsson, Östersund
Klara Thepper, Västerås
Karin Elgemark, Uppsala
Aldo Silva Tapia, Luleå
Louise Wikström, Trollhättan
Annica Morén, Tullinge
Gunilla Jensen, Enskede

In memoriam

Vi sjunger Som en bro över mörka vatten och jag tänker att precis så är de. Och var han.

Dessa trygga äldre kollegor, som med sin erfarenhet bygger broar åt oss yngre kollegor, över de mörka vatten som en okänd situation kan upplevas som.

Jag tänker på de gånger vi opererat ihop. På hur du lärde mig göra kejsarsnitt. Och på hur vi skojade om hur gammal du måste vara, du som kejsarsnittade min mamma när jag föddes.

Nu begravs du på dagen 36 år efter att du hjälpte mig till Världen. Livet går i oanade cykler.

Tack för de broar du byggde åt mig, och så många andra.

Nu tar jag det som en utmaning att, som nybliven specialist hjälpa mina yngre kollegor över mörka vatten.



Till minne av Gösta Granberg,
överläkare obstetrik och gynekologi,
Norrbottens Läns Landsting.

Helena Carré

Fakultetens medalj till professor emeritus Nils-Otto Sjöberg

Medicinska fakultetens silvermedalj tilldelas personer som på olika sätt visat ett stort engagemang för Medicinska fakulteten och vår forskning och utbildning inom medicin och hälsa.

Nils-Otto Sjöberg, professor emeritus vid fakulteten, tilldelas i år fakultetens silvermedalj "för sina utomordentliga insatser för Medicinska fakulteten".

"Nils-Otto Sjöberg får medaljen för sitt varma engagemang och för att han outtröttligt lyfter värdet av medicinsk forskning historiskt och i ett samhällsperspektiv för såväl dagens som för kommande generationer", förklarar fakultetens dekan Gunilla Westergren-Thorsson. "Han är en sann eldsjäl som ständigt har nya intresseväckande idéer som han även genomför med stor entusiasm."

Medaljen kommer att delas ut vid det populärvetenskapliga arrangemanget Forskningens dag i Malmö den 1 november.

Nils-Otto Sjöberg var under 1980-2002 professor vid Medicinska fakulteten i obstetrik och gynekologi och var då verksam inom både undervisning och forskning. Efter pensionen har hans engagemang för fakulteten, och framför allt fakultetens studenter, inte avtagit.

"Ända sedan jag var ung läkarstudent på 50-talet har jag varit knuten till Medicinska fakulteten", säger Nils-Otto Sjöberg. "Det har varit en ständig glädje att få ägna mig åt forskning, undervisning och en rad olika aktiviteter i fakultetens tjänst. Jag känner mig naturligtvis mycket tacksam och djupt hedrad när jag nu får ta emot fakultetens medalj."

Att räkna upp allt Nils-Otto Sjöberg gjort för fakulteten i en enda text låter sig inte göras. Men några av de insatser som han har gjort som professor emeritus bör ändå nämnas.

Nils-Otto Sjöbergs arbete för fakultetens studenter resulterade i att studenterna 2011 fick en egen samlingsplats i Malmö, Locus Medicus Malmoensis, som



möjliggjordes genom en donation från Gunnar och Evy Sandbergs stiftelse. Som tack för detta utsågs Nils-Otto Sjöberg till hedersmedlem i studentföreningen Medicinska Föreningen Lund-Malmö.

Sedan några år tillbaka är Nils-Otto Sjöberg en av arrangörerna bakom den årligen återkommande Sandblomdagen, som är en mötesplats för medicin och humaniora. Han har även, tillsammans med Kungl. Fysiografiska Sällskapet i Lund arrangerat flera uppskattade symposier som bland annat Från nerv till piller, Den oändliga reproduktionen, Kreativa miljöer samt Kvinnligt - Manligt - Finns det skillnader?

Nils-Otto Sjöberg var även drivande bakom att en minneskylt under våren 2016 sattes upp på fasaden till gamla farmakologen på Sölvegatan 10 i Lund. I huset var nämligen inte mindre än tre blivande nobelpristagare verksamma samtidigt på 1950-talet.

På kvinnoklinikerna i Lund och Malmö kan besökande även beskåda den

privata samling av ägg i konsten som Nils-Otto Sjöberg donerade till Medicinska fakulteten 2009.

Tillsammans med en annan eldsjäl, Anders Palm som är professor emeritus i litteraturvetenskap, har Nils-Otto Sjöberg även satt spår som kommer att få positiva följder för fakultetens utbildning och studenter många år framöver. De har verkat för att området medicinsk humaniora ska få en permanent plats på Lunds universitet, något som nu blivit möjligt tack vare en donation från Birgit Rausing.

På frågan om vad som han minns med störst glädje från sitt liv vid fakulteten svarar Nils-Otto Sjöberg: "Jag minns med stor glädje att jag som ung fångades upp av dåvarande professor Gösta Glimstedt vid histologiska intuitionen. Där fick jag uppleva en fantastisk forskningsmiljö, särskilt präglad av Falk-Hillarp-metoden, som banade väg för den moderna neurobiologin. Där lärde jag mig vad laganda och kamratskap betyder för en arbetsplats." ■

Mödradödsfall 2015

MM-ARG vill här presentera de tre mödradödsfall som inrapporterats under 2015.

En kvinna dog av oklar anledning post partum, en kvinna drabbades av aortadissektion och en kvinna drabbades av svår preeklampsi och hjärtstillestånd.

Vår målsättning när vi granskar och presenterar fallen är att som kollegor lyfta fram vad vi kan lära oss av dessa tragiska händelser. Vi ersätter inte granskning av IVO i de fall där detta är befogat. Det är oundvikligt att vi i denna presentation beskriver vård som ibland var suboptimal, men vi hoppas att vi gör det med full respekt för de avlidna och för all personal som var inblandad i de aktuella dödsfallen.

Fall 1 Oklart dödsfall post partum

Detta var en frisk 24-årig kvinna med helt normal graviditet, ingen hereditet och normalt BMI på 19. Förlossningen startar spontant i vecka 39+5 och det föds ett friskt barn efter normal förlossning. Hon skrivs hem från BB två dagar post partum, välmående. Kvinnan hittas död i sin säng åtta veckor efter förlossningen. Obduktionen visar lungödem, men inga organskador. Rättskemiska och rättsgenetiska undersökningar utförs utan att hitta någon förklaring till dödsfallet.

I detta fall hittas inte dödsorsaken men vi vill uppmärksamma att genetisk utredning har genomförts vilket inte alltid är fallet. I ett fall liknande detta letar man framförallt efter kända mutationer som kan öka risken för hjärtarytmi och plötslig död, t.ex. långt qt-syndrom, arytmogen högerkammarmarkardiomyopati (ARVC) eller Brugadas syndrom. Detta kan vara mycket viktigt, ibland livräddande, för efterlevande släktingar.

Fall 2 Aortadissektion

Detta var en frisk 33-årig kvinna 2 gravida 1 para, med normal förlossning 2012. Under föregående graviditet hade kvinnan gränsblodtryck men inte preeklampsi. Hennes fader fick hjärtinfarkt vid 50 års ålder. Under denna graviditet har hon BMI 32 och blodtryck 125/90 vid inskrivning, vilket leder till tätare blodtryckskontroller. Blodtrycket ligger under graviditeten mellan 120/80-130/95.

Kvinnan inkommer till länssjukhus med ambulans i vecka 41+3 p.ga andningsbesvär samt bröst- och nacksmärtor. Kvinnan utreds snabbt med spiral-CT som visar aortadissektion med en aorta som mäter 5.4 cm. Hon flyttas fyra timmar efter inkomst med helikopter till en thoraxklinik på universitetssjukhus. Blodtrycket vid inkomsten till länssjukhuset är 139/89, pulsen 78, saturationen 96 % och kvinnan är takypnoisk. Kvinnan opereras omedelbart efter ankomst till thoraxklinik och sectio utförs i samma seans. Operationen är lyckad, peroperativt upptäcks bicuspid aortaklaff. Fyra dagar post operativt får kvinnan, på vårdavdelning, ett långvarigt hjärtstopp. Akut thoracotomi med interna kompressioner utförs och hon vårdas fyra dygn i ECMO. Vid väckningsförsök har hon höga intrakraniella tryck och inklänningsattacker och hon återfår aldrig medvetandet. Därefter följer flera komplikationer med infektioner och aspirationer och beslut tas om palliativ vård fyra månader efter

förlossningen och operationen. Hon avlider fem månader efter förlossningen.

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

Fall 3 Svår preeklampsi

Detta var en 29-årig engelsktalande kvinna med afrikanskt ursprung, utan uppehållstillstånd och socialt nätverk. Hon var inneboende tillsammans med sin familj. Hon var 3 gravida 2 para och första förlossningen skedde i vecka 34 i Italien, vaginalt efter prematur vattenavgång. Andra graviditeten hade hon tidigt debuterande svår reglerad hypertoni som övergick i svår preeklampsi. Hon förlöstes då med kejsarsnitt i vecka 36 p.ga. svår preeklampsi. Ingen uppföljning finns noterad efter förlossningen.

Nuvarande graviditet skrivs hon in på MVC i vecka 17 med blodtryck 165/115. Hon hänvisas till VC, men kommer inte i kontakt med läkare där. Tre veckor senare träffar hon läkare på MVC som remitterar kvinnan till spec-MVC som i sin tur, med två veckors fördröjning, hänvisar tillbaka till MVC, där hon i vecka 26 påbörjar behandling med Trombyl samt

Trandate 100 mg 1x2. En anledning till att kvinnan remitteras fram och tillbaka är att hon vid tidigare graviditet haft ett annat reservnummer och att det därför är svårt att komma in i journalen och få information om föregående graviditet.

I vecka 30 höjs dosen Trandate till 1x3 och i vecka 32 har blodtrycket stigit ytterligare och kvinnan remitteras akut till sjukhus där blodtrycket är 170/120 samt 1 + protein i urin (2+ på MVC). Kvinnan observeras i fem timmar på sjukhuset och får under tiden extra Adalat 10 mg samt Trandate 100mg 2+1. Tillväxtultraljud visar normal tillväxt hos fostret. Kvinnan vill inte kvarstanna på sjukhuset och skrivs ut till hemmet med planerat återbesök efter fyra dagar, vilket hon uteblir ifrån. Fem dagar efter sjukhusbesöket är hon på MVC med blodtryck 160/115 vilket inte föranleder någon åtgärd. Hon uteblir därefter från en läkartid på MVC innan hon i vecka 34+3 larmar ambulans pga andningssvårigheter. I ambulans på väg till universitetssjukhus får hon hjärtstillestånd. HLR utförs kontinuerligt och perimortemsectio utförs omedelbart vid ankomst till sjukhus. Efter ca en timme avslutas HLR och kvinnans liv går inte att rädda. Barnet återupplivas och vårdas på neonatalavdelning men avlider åtta dagar post partum. Dödsfallet bedöms, efter obduktion, bero på hjärtpåverkan pga. kvinnans svåra preeklampsi som lett till hjärtstillestånd.

Vi vill påminna om vikten av noggranna BT kontroller och adekvat behandling av höga blodtryck under hela graviditeten. Vi vill även påminna om de extra risker som en relativt nyinvandrad kvinna löper samt om den ökade risken för svår preeklampsi som finns hos svarta kvinnor. MM-ARGi vill tacka de kliniker som har delat med sig av journaler till de dödsfall som inträffat under 2015 och samtidigt be er informera oss i MM-ARG om det inträffat ett dödsfall under 2016 som kan ha haft samband med graviditet och förlossning. ■

Platser finns kvar i följande SFOG fortbildningskurser

3. Gynekologisk onkologi: utredning, diagnostik och behandling

Kursledning: Miriam Mints, Sonia Andersson, Stockholm

Kurstid: Första alternativet, vecka 11 (15-17 mars)

Kursort: Stockholm

Avsedd för: 30 specialistkompetenta gynekologer (både nyblivna kollegor och kollegor med lång erfarenhet)

Program: Tumörbiologi. Gynekologiska tumörer (vulva-, vagina-, cervix-, uterus- och ovarial- cancer): principer för utredning, behandling och uppföljning. Diagnostiska metoder vid gynekologisk cancer. IOTA workshop och certifiering ingår som del i kursen. Kursen kommer att integrera delar kring bröstcancer och ärftliga cancersyndrom, även om fokus ligger på gynekologisk cancer. Stor del av kursen kommer att bedrivas i seminarieform med diskussioner utifrån kliniska fall.

Examination: Sker kontinuerligt genom falldiskussioner samt IOTA certification test

Mål: Efter genomgången kurs ska deltagarna kunna förstå bakomliggande orsaker till gynekologiska tumörsjukdomar. Deltagarna ska förstå principer hur, när och vilka metoder som kan tillämpas för utredning, behandling och uppföljning av patienter med olika former av gynekologisk cancer. Deltagarna ska praktiskt kunna utföra utredning, föreslå behandling och uppföljning av kvinnor med olika gynekologiska tumörformer.

Kursavgift: 10 000 SEK exkl. moms

Kontaktperson: miriam.mints@telia.com

10. "Cervixdysplasier: från A till Ö"

Kursledning: Miriam Mints, Sonia Andersson, Stockholm

Kurstid: Första alternativet, vecka 20 (17-19 maj 2017)

Kursort: Stockholm

Avsedd för: 30 specialistkompetenta gynekologer (både nyblivna specialister och kollegor med lång erfarenhet)

Program: CIN ur cytologisk och patologisk synpunkt. Principer för utredning, behandling och uppföljning av cervixdysplasi. Adenocarcinom i cervix. Tyngdpunkten av kursen ligger på bedömning av kolposkopibilder, fall diskussioner under ledningen av dr Nick Nicholas och Panos Sarhanis, UK. Konisering med LETZ-elektrod: principer och praktiska övningar.

Examination: sker kontinuerligt genom falldiskussioner och i samband med praktiska övningar.

Mål: Efter genomgången kurs ska deltagarna kunna förstå bakomliggande orsaker till cervix dysplasier. Deltagarna ska förstå principer och praktiskt kunna utföra utredning och behandling av kvinnor med cervixdysplasier.

Efter godkänd kurs deltagarna kommer erhålla intyg både från SFOG och från EFC (European Federation for Colposcopy and Pathology of the lower genital tract).

Kursavgift: 10 000 SEK exkl. moms

Kontaktperson: miriam.mints@telia.com ■

Patienter utan livmoder sökes för uppföljande livmodertransplantationsstudie

Livmodertransplantationsprojektet vid Sahlgrenska startade redan 1999 genom djurförsök i mus. Några år senare (2003) kunde vi med hjälp av denna djurmodell för första gången i världen presentera levande avkomma från en transplanterad livmoder. Våra försök fortsatte därefter i råtta, gris, får och babian för att optimera livmodertransplantation inför en första klinisk humanstudie. Under dessa mer än 10 år av forskning fick vi svar på ett

stort antal frågor som berörde kirurgi, anastomosteknik, immundämpande medicinering, avstötningsreaktion, och effekter på graviditet och avkomma.

Under hösten 2012 och våren 2013 genomförde vi nio livmodertransplantationer inom ramen för den första kliniska observationsstudien i detta fält. Resultaten är publicerade i detalj avseende både medicinska och psykologiska variabler. I korthet, så genomfördes hys-

terektomi av transplanterad livmoder hos två patienter under de första månaderna efter transplantation. Orsakerna var trombos av uterinakärl i ett fall och persisterande intrauterin infektion och abscessbildning i det andra fallet. De övriga sju livmodertransplanterade kvinnorna fick alla regelbundna menstruationer inom 2 månader efter transplantationen och inväntade sedan start av embryotransfer (ET) 12 månader senare.

Det har nu fötts världens fem första barn efter livmodertransplantation från dessa sju svenska kvinnor som först genomgått IVF, därefter livmodertransplantation och senare ET. Ytterligare en kvinna har varit gravid men fått två missfall. Under hösten 2016 fortsätter vi försök med ET hos de två kvinnor som ännu inte fött barn, samtidigt som vi övervakar en pågående livmodertransplantationsgraviditet (andra barnet), med beräknad partus i januari, 2017.

Vi har med vår studie visat en hög effektivitet (idag 87 % graviditetsfrekvens; 71 % take-home-baby-rate, hos de patienter som även genomgått ET) vid denna första tillgängliga infertilitetsbehandling vid absolut livmoderfaktor infertilitet. Trots dessa goda resultat så finns det delar av metodiken kring livmodertransplantation som bör förbättras. Operationen med organuttag från levande donator (majoriteten mödrar) tog väsentligt längre tid än de ca 6 timmar som vi hade beräknat, baserat på våra djurförsök. Hysterektomierna, där långa vaskulära pediklar inkluderades, tog mellan 10 och 13 timmar. Orsaken till den långa durationen är fr.a. den mycket komplicerade dissektionen av uterina vener med venplexus där vi även inkluderar en del av vena iliaca interna. Tilläggas bör att vi har haft en donatorkomplikation. Det var en uretärskada som reparerades framgångsrikt på sedvanligt sätt med uretär-reimplantation några månader efter organuttaget och denna donator mår idag väl och likaså alla andra donatorer.

Vi har nu fått etiktillstånd och forskningsfinansiering för att starta en uppföljande observationsstudie med 10 patienter, där vi ska göra organuttag delvis med robotassisterad laparoskopi. Vi tror att vi kan väsentligt minska den långa operationstiden hos donator med detta förfarande, samtidigt som vi ytterligare ökar graviditetschansen genom att vid IVF göra blastocystodling.

Vi vill gärna komma i kontakt med yngre kvinnor (under 35 år) med absolut livmoderfaktorinfertilitet och med barnönskan. Kvinnorna kan vara födda utan livmoder (MRKH/Rokitansky-syndrom), ha genomgått hysterektomi (cervix cancer, postpartum blödning, myom) eller vara infertila pga. svåra intrauterina sammanväxningar. Maila ev. intresseanmälningar/kontaktuppgifter till vår forskningssekreterare Anna-Karin Thölin (anna-karin.tholin@vgregion.se)

Mats Brännström, Professor

Pernilla Dahm-Kähler, Överläkare



Kirurgi under donator operation vid livmodertransplantation.



Världens första livmodertransplantationsbarn, Vincent, föds 4 september 2014.

OGU-DAGARNA 2017

Välkomna till Helsingborg, Sundets Pärla, den **24-25 april**

Årets tema blir **antenatal obstetrik** och ett inspirerande och spännande vetenskapligt program utlovas. På kvällen blir det middag och underhållning i hög klass.

Miss inte detta tillfälle att besöka vackra Helsingborg och träffa ST-kollegor från hela Sverige. Konferensen kommer att hållas på hotell Radisson i centrala Helsingborg.

Håll utkik på vår hemsida ogu.se eller på vår Facebooksida för mer information.

Vi ser fram emot att träffa er!



OGUs ordförande informerar



Bästa medlemmar,

Kylan och mörkret biter sig fast. Trots att jag bara har fem minuter till jobbet på cykel, har jag de senaste dagarna haft blåfrusna fingrar i de genomblöta vantarna när jag kommit fram. Fort tar jag mig till mitt rum och kan byta om till torra och varma arbetskläder och inom en timme har jag fått dagens första kopp kaffe. Smärtan eller snarare pirret i fingrarna, är då redan som bortblåst. För alla går det dock inte så lätt. Central hypersensibilisering, opioidberoende hypersensibilisering, stressrelaterad hypersensibilisering och postoperativa neuropatier är exempel på tillstånd som jag fick lära mig mer om i förra veckan när jag fick förmånen att gå med smärtsektionen på AnIVA-kliniken under min randning hos dem. Jag har fått lära mig om ACNES (Acute Cutaneous Nerve Entrapment Syndrome) där perifera nerver kläms åt i nära anslutning till rectusskidan på buken eller i ett gammalt operationsärr, och kan ge återkommande buksmärtor som i värsta fall leder till många onödiga kirurgiska ingrepp. För att mycket av detta var helt ny kunskap för mig, var en återkommande tanke under veckan: varför har jag inte lärt mig mer om detta tidigare? Under läkarutbildningen? Som AT-läkare under något av alla de seminarier som skulle avhandla akuta tillstånd? Eller hitintills som ST-läkare på kvinnoklinik där så många patienter söker just på grund av buksmärtor? Jag vet att det finns de som menar att vi som gynekologer inte ens har tillräcklig kunskap om de smärttillstånd som orsakas av just patologi i gynsfären, exempelvis endometriosis, men jag tror att vi måste kämpa för att bli ännu lite bredare. Tänk så tillfredställande det vore att kunna komma med något mer

än ”det är inget uppenbart gynekologiskt som orsakar dina besvär...”. Ytterligare har vi enligt Röda Korset uppskattningsvis 180 000 människor i Sverige som utsatts för tortyr tidigare i livet. Utöver dessa finns ett mörkertal av kvinnor som blivit utsatta för våldtäkt och/eller osäker abort när de försökt fly sina drabbade hemländer. Hur tar vi oss an deras smärta? Inte alls enligt experterna som uttalade sig i Dagens Medicin nyligen.

Hur ska vi bli bättre på att hjälpa alla dessa kvinnor då? Som underläkare eller ST-läkare har vi faktiskt en gyllene chans att ta oss an just dessa svåra ämnen. Redan när vi skriver våra ST-kontrakt kan vi förhandla om särskilda randningar och eventuella utlandstjänstgöringar. Missa inte att göra en period på en smärtenhet! OGU kan ge hjälp att vidga perspektiven genom sitt samarbete i den europeiska organisationen för ST-läkare inom Ob/Gyn (ENTOG) och det årliga internationella utbyte som nu till våren sker i Slovenien. Vi uppmanar alla våra medlemmar att söka medel från NFOG (vår nordiska specialistförening) för att främja internationellt utbyte, erfarenhet och forskning inom Ob/Gyn. Hitta det smärtcentrum som du har tagit reda på kan mest om området, sök pengar och åk! Finns det någon i Europa som framgångsrikt behandlar gynekologisk smärta också efter övergrepp vid krig och flykt? Sök EBCOG exchange (från vår europeiska specialistförening), få 3 000 euro och spendera tre månader av din ST där. För ytterligare information kan ni läsa på ogu.se eller kontakta någon av de internationellt ansvariga i OGU-styrelsen. De kan också hjälpa till med era ansökningsar vid behov.

Ett annat sätt att hjälpa dessa kvinnor eller snarast förhindra att smärtproblemet över huvud taget ska bli kroniskt, är kanske att lära sig att operera rätt från början. I detta nummer av Medlemsbladet publiceras resterande data från årets OGU-enkät om just den kirurgiska träningen. OGU kommer också fortsättningsvis att nöta denna fråga och vi tar nu vidare avstamp i årets enkätresultat. Något att glädjas åt är den nya nationellt harmoniserade kursen i Basala Kirurgisk Teknik för ST-läkare inom just Obstetrik/Gyn som kommer att börja ges som en del av det stora nya ST-kurspaketet nästa år. OGU-styrelsen har varit drivande för att denna skulle bli den elfte nationella kursen och inte lämnas åt regionala initiativ, för att försöka säkerställa en god jämlik kvalitet på även denna kurs. Och fokus under kursen verkar bli helt i linje med SBU-rapporten om simuleringsträning inom de kirurgiska specialiteterna som kom i juni, nämligen mycket praktisk träning bland annat i simulator.

Nu är det dags att gå ut igen i kylan och slasket. Hunden ska rastas innan sänggåendet och jag är så otroligt tacksam att jag med trygga steg kan gå ut i den mörka skogen bakom huset. Jag känner mig säker på att jag snart är tillbaka oskadad i vårt varma hem och att min sköna säng står kvar att krypa ner i. Och ändå borde allt detta vara självklarheter, inte bara för mig utan alla människor. Alla dessa moment behandlas som helt grundläggande i FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna från 1948.

Varma hälsningar,
Paulina Arntyr Hellgren
Ordförande i OGU

Specialistexamen 2017

Örebro 10-12 maj 2017

Välkommen att anmäla dig till specialistexamen 2017. Skriftlig tentamen är onsdag 10/5, praktiskt prov torsdag 11/5 och presentation av ST-arbeten fredag 12/5.

Observera!

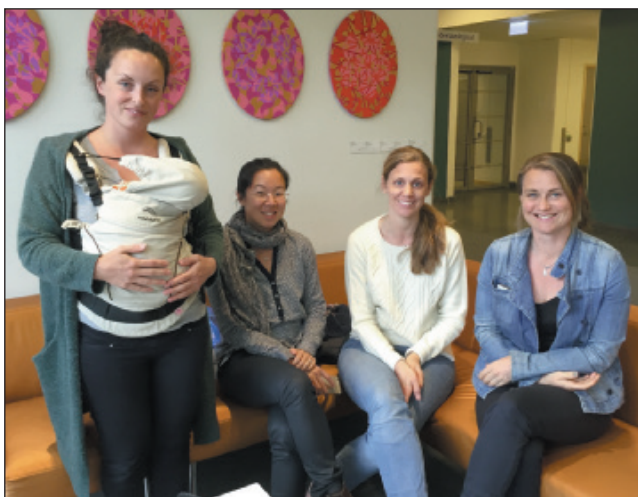
- En avgift på 10 000 kronor att faktureras. Ange faktureringsadress i din anmälan.
- Komplet ansökan krävs inklusive slutversion av ST-arbetet för giltig anmälan.
- ST-arbetet skall skickas som en enda fil, eventuella bilagor skall inkluderas i detta enda dokument, gärna som pdf. Benämnen filen med ditt namn, sjukhus och ort.
- De närmaste två åren godkänns även ST-arbeten som inte är skrivna inom obstetrik och gynekologi. Arbetet får dock inte vara äldre än 8 år. Utbildningsnämnden kommer därefter utvärdera om det fortsättningsvis ska vara så på Specialistexamen.
- Man måste vara medlem i SFOG för att delta i ST-examen.

Anmälan OCH ST-arbete skickas senast 1 mars 2017 till kansliet@sfog.se. Besked om man kommit med kommer cirka en vecka efter sista anmälningsdatum.

För den/de som önskar att anordna ett diagnostiskt test på hemmakliniken finns precis som tidigare möjlighet att få skrivningen mailad 10/5 kl. 10.30.

Kontakta Camilla Hartin (camilla.hartin@regionorebrolan.se). Facit skickas därefter ut 15.30.

Specialisttenta



OGU-enkäten 2016 - del 2

OGU har sedan år 2000 sänt ut en enkät vartannat år till ST-läkare och vikarierande underläkare inom gynekologi och obstetrik i Sverige för att kartlägga utbildningsförhållanden och arbetsmiljö. I årets enkät fortsätter vi på den redan inslagna vägen att fokusera på kirurgisk träning och eftersom specialisterna är höggradigt involverade i vår kirurgiska träning har vi även valt att skicka ut enkäten till alla specialister. De specialister som fått frågor om kirurgisk träning är alla de som svarat ja på frågan om akut eller planerad gynekologisk kirurgi ingår i deras arbetsuppgifter. Vi använde oss av SFOGs medlemsregister och de mailadresser som finns registrerade där för att skicka ut enkäten. Bland våra drygt 2000 medlemmar fanns det ca 1600 mailadresser registrerade och hur stor andel av dessa som är pensionärer vet vi inte. Totalt fick vi en svarsfrekvens på 47 % efter ett antal påminnelser och av dessa var andelen

ST-läkare och vikarierande underläkare 26 % I numeriska tal motsvarar det 205 stycken ST-läkare och vik UL, vilket är ett nästan lika stort antal som svarade på 2014 års enkät. Av de svarande ST-läkarna har knappt hälften gjort två år eller mindre av sin ST, 16 % gör sitt femte år eller mer.

Vi har valt att dela upp rapporten från OGU-enkäten i två delar. En första del som behandlar utbildningsmiljö och forskning och en andra del där vi fokuserar på kirurgisk träning. Del ett publicerades i förra numret av Medlemsbladet.

Kirurgisk träning

Socialstyrelsen har i sin målbeskrivning inga detaljer kring kirurgisk träning, där står bara att den färdiga specialisten ska behärska basal kirurgisk teknik, självständigt kunna handlägga akuta tillstånd samt behärska medicinskteknisk apparatur som används inom specialiteten. Stor

del av kompetensen baseras på klinisk tjänstgöring och som Socialstyrelsen skriver i en färsk SBU-rapport (2016_03) "Utbildningen i kirurgi grundas således på systemet handledare-lärling...". SFOGs utbildningsnämnd har därför tagit fram checklistor på vilka kirurgiska färdigheter som en ST-läkare ska lära sig behärska. Under 2015 har checklistorna reviderats och OGU har för tydlighetens skull tagit fram ett separat appendix där alla kirurgiska "ST-ingrepp" nu står listade, se länk.

Vi hör ofta bland kollegorna i vår specialitet att den kirurgiska träningen verkar minska i omfattning och att man upplever det svårt att uppnå färdigheter motsvarande förväntad kompetens, detta återspeglas också i årets enkätsvar. Från ST-läkarna framkommer skäl som pressat program på op, för få handledare samt att ST-läkare inte prioriteras på op utan tilldelas andra uppgifter. Vi vet att det ser

väldigt olika ut ute i landet vad gäller kirurgisk träning och att det egentligen inte finns något enhetligt upplägg. Vi har efter en del övervägande valt att använda det vida begreppet strukturerad kirurgisk träning i några av våra frågor men vet att det är ett problematiskt begrepp eftersom det kan innebära olika saker. Vår tanke var i alla fall att se om de ST-läkare som jobbar på en klinik där man uppfattar att det finns någon form av struktur på träningen är mer nöjda och om de har högre kompetens. Vi ville också se om specialisterna på dessa kliniker är mer eller mindre nöjda då vi fått indikationer på att specialister på kliniker med ST-satsningar upplever sig få för lite operationstid. Vi har som komplement till begreppet strukturerad kirurgisk träning frågat om man har en sammanhängande placering med målet att operera på gynop. På enskilda kliniker har man mer intensiva gyn-op-träningsperioder som t ex "Gynsatsningen" i Falun. I enkät-svaren tycks det som att liknande modeller införs på allt fler kliniker och cirka hälften av ST-läkarna svarar att man har en strukturerad kirurgisk träning på sin klinik, en tredjedel uppger att man vet att den initierats efter OGU's arbete med "Ge kniven vidare -kampanjen". En större andel av ST-läkarna på universitetsklinik jmf med på icke-universitetsklinik har en sammanhängande, 1-6 månader lång, gynplacering med målet att operera.

Av specialisterna svarar drygt hälften att det finns en strukturerad kirurgisk träning för ST-läkarna på deras klinik och majoriteten tycker att den är fungerande. Skäl som framkommer från de som inte tycker att den är välfungerande är att produktion prioriteras framför utbildning, underbemanning, dålig kontinuitet på operation, för liten volym benigna ingrepp samt att ST-utbildningen blir alltmer teoretisk och att ST-läkaren är dåligt förberedd i t ex suturteknik.

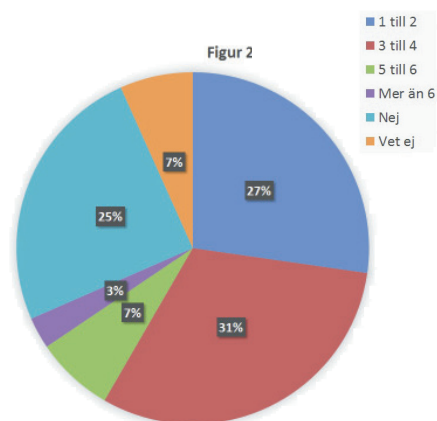
Av specialisterna är 62 % nöjda med sina egna kirurgiska färdigheter i förhållande till förväntad kompetensnivå och av ST-läkarna endast 36 %. Det är en något högre andel (40 %) av ST-läkarna på kliniker med strukturerad kirurgisk träning som är nöjda med sina egna kirurgiska färdigheter jämfört med på kliniker

där man inte har någon strukturerad träning (29 %).

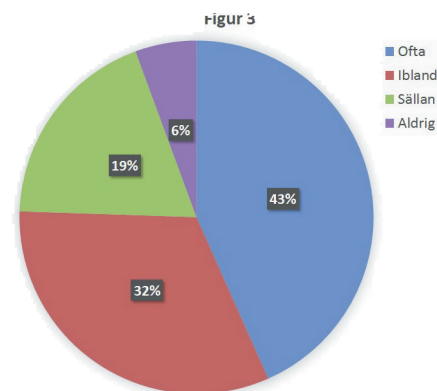
En femtedel av ST-läkarna tycker att de får tillräckligt med aktivt operationsarbete. Om man jämför ST-läkare på universitetsklinik med de som arbetar på icke-universitetsklinik tycker fler bland de sistnämnda att de får tillräckligt med aktiv operationstid (12 % vs 25 %) men fortfarande är det en liten andel. Drygt hälften (53,5 %) av specialisterna på kliniker med strukturerad kirurgisk träning för ST-läkarna tycker att de får tillräckligt med aktivt operationsarbete jämfört med bara 35 % på kliniker utan strukturerad ST-träning. Utifrån detta kan man i alla fall säga att det inte verkar som att det innebär mindre operationstid för specialisterna på kliniker med strukturerad kirurgisk träning för ST-läkarna, kanske snarare tvärtom. I frågorna till specialisterna kan man inte utläsa något om storleken på kliniken men cirka 2/3 av ST-läkarna som svarat på enkäten jobbar på ett icke-universitetssjukhus och begreppet strukturerad kirurgisk träning är brett. Kan man gissa att kliniker med mer struktur kanske är mer välfungerande generellt?

Tittar man på simuleringsträning så har 66,5 % av ST-läkarna tillgång till en laparoskopisk simulator - att jämföra med 60 % år 2014 - men i princip är det ingen som har tid avsatt för att simulera under handledning. I sin avhandling "Virtual Reality Simulation in Laparoscopic Gynaecology" från 2009 har Dr CR Larsen, Köpenhamns Universitet, bl.a. visat att en ST-läkare i gynekologi snabbt kan öka sina tekniska färdigheter mha träning i laparoskopisk simulator och efter i medeltid 7 h och 15 minuters träning nå en nivå motsvarande 30-50 utförda laparoskopiska salpingektomier. Dessutom med väsentligt kortare operationstid än kontrollgruppen som fått vanlig klinisk träning. I den tidigare nämnda alldeles nya SBU-rapporten, där även gynekologisk laparoskopi ingår, konstaterar man också att effekten av simuleringsträning för laparoskopi är god jämfört med ingen simuleringsträning och att det är en säker, etisk och effektiv träningsmetod som kan leda till förbättrad kirurgisk färdighet. Dr CR Larsen

har utvecklat utvärderingsinstrumentet OSA-LS (Objective Structured Assessment of Laparoscopic Salpingectomy) vilket kan användas för att objektivt utvärdera och ge feedback till en ST-läkare under laparoskopisk utbildning. Detta och flera andra utvärderingsinstrument används flitigt av våra kollegor i Danmark kunde vara värt att prova för att strukturera den kirurgiska träningen i Sverige, se länk. Ytterligare ett instrument som används för struktur i flera av våra nordiska grannländer samt även bland svenska ST-kollegor inom t.ex Öron-näsahals är loggböcker med specificerat antal ingrepp som ska utföras. Detta är inget som vi i nuläget vet används på någon klinik i Sverige, men något som OGU föreslagit som examinationsform till den bearbetade versionen av kursen Basal Kirurgisk Teknik.



Figur 2 visar hur stor andel av ST-läkarna som har en sammanhängande placering på gyn-op och hur många månader den placeringen i så fall omfattar.



Figur 3 visar hur ofta man blir prioriterad som huvudoperatör under sin gyn-op-placering.

Kirurgiska färdigheter

Vad som krävs av en nybliven specialist att kunna självständigt är bland annat diagnostisk laparoskopi och laparoskopisk salpingektomi. I enkäten svarar 57 % av ST-läkarna att de kan utföra en diagnostisk laparoskopi självständigt/med viss assistens, men däremot är det bara 34 % som svarar att de kan utföra en laparoskopisk salpingektomi självständigt/med viss assistens. Av de 205 ST-läkare som har svarat på enkäten har 32 stycken uppgett att de gör år 5 eller mer av sin ST. Om man endast tittar på hur många i den gruppen som anser att de kan utföra en diagnostisk laparoskopi självständigt så är siffran 78 % och 56 % för laparoskopisk salpingektomi. Av de som har en strukturerad kirurgisk träning på sin klinik är siffrorna något högre, 80 % resp. 67 %. Önskvärt är att en ännu högre andel av de ST-läkare som snart är färdiga specialister känner att de kan behärska dessa två ingrepp. Konisering och cystoskopi är andra exempel på ingrepp som en nybliven specialist förväntas att kunna. I enkäten svarar endast 42 % av ST-läkarna att de kan utföra en konisering och 30 % att de kan utföra en cystoskopi självständigt/med viss assistens. Motsvarande siffra för ST-år 5 eller mer är 66 % för konisering och 63 % vad gäller cystoskopi. När vi jämför svaren från ST-läkarna

på universitetssjukhus med ST-läkarna på icke -universitetssjukhus så är det ingen större skillnad i självuppskattade färdigheter avseende laparoskopi och konisering, men däremot fler på icke-universitetssjukhus som anser att de kan utföra en cystoskopi.

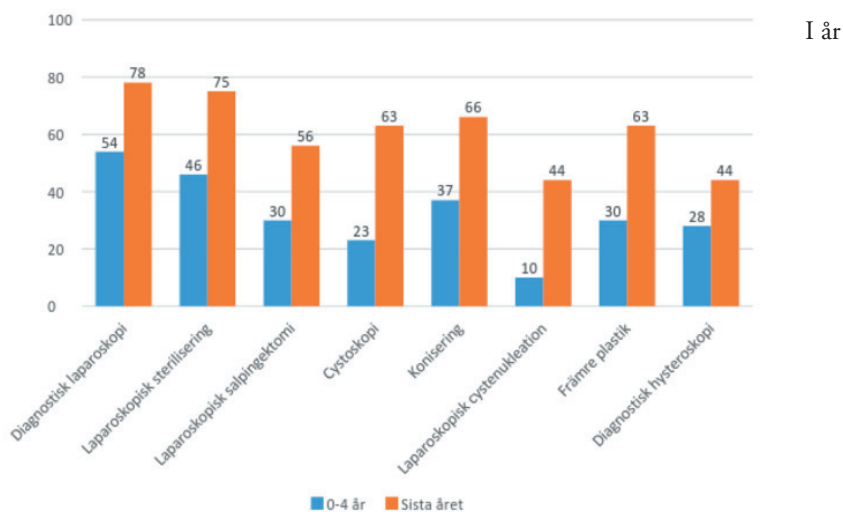
Tittar man på gruppen ST-läkare som gör år 5 eller mer av sin ST och som haft en sammanhängande placering 1-6 månader på gyn-op så uppger de generellt något sämre kompetens på de utvalda ingreppen, med undantag för konisering, jämfört med de som inte haft någon sammanhängande placering. 82 % av de som haft en sammanhängande gyn-op placering uppger dessutom att de inte får tillräckligt med aktivt operationsarbete jämfört med 60 % i den andra gruppen. Utifrån dessa resultat, dock på små grupper, verkar det som att man får operera mera om man inte har en avgränsad gyn-op placering. Kanske har kliniker som lyckats implementera kirurgisk träning som en självklar del i ST-utbildningen inte samma behov av en sammanhängande gyn-op placering? Och om man, som vi kan se i figur 3, inte blir prioriterad som huvudoperatör under sin placering på gyn-op, går värdefull tid avstätt för kirurgisk träning förlorad och den sammanhängande placeringen gör ingen nytta.

fick även specialisterna svara på frågor kring sina kirurgiska färdigheter. Av specialisterna svarar 82 % att de kan utföra en cystoskopi självständigt, 90 % anser att de kan göra en konisering, 96 % svarar att de behärskar diagnostisk laparoskopi och 89 % svarar att de kan utföra en laparoskopisk salpingektomi självständigt. Av specialisterna som svarat är som sagt endast de som har kirurgisk gynekologi i sina arbetsuppgifter inkluderade.

Av ST-läkarna på år 5 eller mer svarade oroväckande många, 21 av 32 styckena (66 %), att de inte var nöjda med sina kirurgiska färdigheter i relation till sin förväntade kompetensnivå. Om införandet av en strukturerad kirurgisk träning liknande Gynsatsningen i Falun är lösningen på problemet är i nuläget svårt att avgöra eftersom vi i enkäten inte preciserat vad vi menar med en strukturerad träning och endast 15 styckena av de totalt 32 ST-läkarna i senare delen av sin ST svarat ja på frågan att de har en befintlig sådan på sin klinik. Man kunde dock se, som tidigare nämnt, fler som var nöjda i gruppen med en strukturerad kirurgisk träning jämfört med gruppen utan en sådan. Bland specialisterna var det också fler som var nöjda med mängden aktiv operationstid om man arbetade på en klinik med strukturerad kirurgisk träning för ST-läkarna. Från OGU:s håll är vi glada att fler kliniker tycks ta tag i det viktiga arbetet med att strukturera den kirurgiska träningen och kan utifrån resultaten på enkäten bara uppmuntra fortsatt arbete med detta. Vi tänker fortsätta att stötta våra ST-läkare i att få en bättre kirurgisk träning och fortsätter också att försöka ta reda på hur man på bästa sätt lägger upp träningen. Givet är att träningen måste anpassas efter den typ av klinik som den ska bedrivas på och kanske är det just detta som vi sett i våra enkät-svar - bara man har någon form av genomtänkt struktur så blir det bättre för alla. Så, fortsatt då att utveckla den och använd gärna metoder som är framtagna för detta och utvärderade, t ex laparoskopisk simulering och OSA-LS!

/OGU-Styrelsen

Figur 4 Andel ST-läkare (%) som kan utföra ingreppen självständigt/med viss assistens.



Länk till checklistornas appendix:

https://www.sfog.se/media/304149/kirurgiska_ingrepp_som_appendix_till_checklistorna_redigerad_151019.pdf

Länk till OSA-LS: <http://www.dsog.dk/uddannelse/intro-og-hoveduddannelse/kompetencevurdering/>

ENTOG-TSOG short term fellowship to Antalya, Turkey 15-18 May 2017

including registration to the EBCOG-TSOG congress

In collaboration with the Turkish Society in Obstetrics and Gynaecology (TSOG), ENTOG is awarding 10 short term fellowships to Antalya, Turkey from 15 to 18 May 2017. The fellowship includes registration to the EBCOG-TSOG congress taking place in Antalya from 17 to 21 May 2017.

The purpose of the fellowship is for 10 trainees in ObGyn from 10 different European countries to experience the training programme in Turkey. The objective of the exchange is to facilitate networking between trainees from across Europe with the aim to harmonise and improve the quality of training across Europe. ENTOG hopes that the experiences gained will inspire hosts and exchangees.

During the four day exchange the trainees will attend the clinics together with a local trainee. During this time the exchangees will be hosted locally by the local trainees. The exchange is rounded up with a scientific meeting and an ENTOG dinner. Exchangees are encouraged to stay for the EBCOG-TSOG congress after the exchange program has finalized.

Program

Sunday 14 May 2017: Arrival to Antalya
Monday 15 to Thursday 18 May: Exchange
Thursday 18 May; evening: ENTOG dinner
Friday 19 May 8:30-12:00: ENTOG-TSOG Scientific meeting (details tba)
Friday 19 May to Sunday 21 May: EBCOG-TSOG congress.

Accommodation

During the exchange visiting trainees will be hosted by local trainees or consultants privately. During the meetings exchangees will have to arrange their own accommodation at local hotels.

Financing

The fellowship includes financial coverage of the exchange and registration to the EBCOG-TSOG congress (value EUR 450). Exchangees have to pay for transport to Antalya, travel insurance, food during the fellowship and accommodation during the congress.

Other information

The fellowship can host 10 trainees. The fellowship will host only one exchangee from each country. However as many trainees as wish to can apply from each country.

This fellowship is a special independent event and not the annual ENTOG exchange (<http://entog.eu/entog-exchange/>).

Application requirements

To apply you have to be a trainee in ObGyn in one of the ENTOG member countries (<http://entog.eu/members/>). You may have attended an ENTOG exchange previously.

Application process

To apply please send

- A one page motivation letter
- A resume/CV of maximum 2 pages to the fellowship committee consisting of
- Dr. Selçuk Erkilinc: selcukerkilinc@hotmail.com
- Dr. Alexandra Kristufkova: a.kristufkova@gmail.com
- Dr. Agnieszka Horala: agnieszka0lemanska@gmail.com before 31 December 2016. Applicants will receive a confirmation of acceptance/rejection before 1 February 2017.

In case of questions, please contact the fellowship committee. We are looking forward to your application.

GKR + GynOp = Sant



Vid verksamhetsmötet i slutet av augusti (under SFOG-veckan) var man eniga om att tiden var mogen för ett samgående mellan GynOp och GKR. Därefter har processen rullat vidare och samarbetet mellan representanterna för GKR och GynOp har varit framgångsrikt. Planen

är nu att de kliniker som registrerar i GKR gradvis konverterar till en modifierad plattform baserad på GynOps befintliga. De förändringar som planeras kommer att diskuteras vid användarmötet den 18 november. Vi tror att de förändringar som genomförs även kommer att upp-

skattas/accepteras av de nuvarande GynOp-användarna. Karlstad startar som pilotklinik i november och övriga startar under våren 2017. Det blir en klar förbättring av analyserna när helt jämförbara data insamlas i hela landet. ■

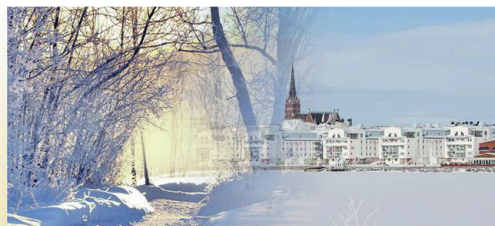
Tävling! Skapa en ny logotyp till GynOp!

I samband med sammanslagningen mellan GKR och GynOp vill vi ta fram en ny logga för det gemensamma registret. Var med du också, skicka in ditt bidrag till gynopregistret@vll.se

senast den 13 december. Vi kommer därefter att göra en omröstning bland GynOps användare för att ta fram vinnaren. Ett pris kommer att delas ut till det vinnande förslaget.

23-24 FEBRUARI 2017. LULEÅ

Nordsvenska gynekologsällskapets möte



Torsdag 23/2

08.30	ST-kurs Sexologi	
10.00	Kaffe	<i>Ansv. Malin Strand</i>
10.30	ST-kurs Sexologi forts.	
12.00	Lunch	
13.00	Välkomna till mötet	<i>Marie Bixo, Ida Gideonsson</i>
13.15	Nytt från länskliniken för kvinnosjukdomar VLL	<i>Verksamhetschef</i>
13.30	Cerclage vid hotande prematurbörd	<i>Per Olofsson, Erika Timby</i>
14.30	Kaffe och utställningsbesök	
15.00-	Nya behandlingsmetoder för myom Sponsor: Gedeon Richter	<i>Helena Kopp Kallner</i>
16.05	Experiences of counselling on physical activity during pregnancy. Gestational diabetes mellitus –screening and pregnancy outcomes (avh)	<i>Maria Lindqvist</i>
16.35	Årsmöte NSG	
17.00 -	Audit om kontrovers obgyn	<i>Inger Aurell, Annika Idahl</i>
17.30		
19.00	Middag för deltagare och utställare	

Fredag 24/2

08.30	Underlivskläda - rapport från en klådmottagning	<i>Inga Sjöberg</i>
09.30	Kaffe och utställningsbesök	
10.00	Minimalinvasiv hysterektomi -ett polikliniskt ingrepp (ST-projekt)	<i>Malin Labraaten</i>
10.15 -	Fyra decennier av omprovningar i obgyn	<i>Ulf Högberg</i>
11.05	HOPPSA-studien (opportunistisk salpingektomi)	<i>Annika Idahl</i>
11.30	Lunch och utställningsbesök	
12.30-	20 år med GynOp (symposium)	<i>Mats Löfgren (moderator)</i>
14.00	Var står vi idag avseende laparoskopisk kirurgi? Studie i GynOp -5 års uppföljning av prolapsoperationer Förlossningsbristningar - dagsläget	<i>Mathias Pålsson</i> <i>Emil Nussler</i> <i>Eva Uustal</i>
14.05	The Swedish Maternal Health Care Register: Internal Validity, User Perspectives and Register Outcomes; and Experiences by Midwives in Antenatal Care (avh)	<i>Kerstin Petersson</i>
14.35-	Mötet avslutas, kaffe	
15.00		

Tant Trattkantarells kåseri

När jag började som vikarierande underläkare och så småningom blev AT-läkare var det snarast regel än undantag att första dagen blev jag primärjour. Det saknades nämligen alltid primärjour just den dagen.

Detta fick mig till att ompröva mitt yrkesval många gånger. Ibland är kioskbiträde helt OK.

Många anekdoter berättades för att skrämja livet ur mig, enstaka för att styrka. Här kommer en av dem. Fler följer kanske.

Och det hände sig vid den tiden att man kunde komma undan med många konstigheter i sjukvården.

ÖL berättar för UL när vi står vid tvättningen inför op.

ÖL: "Vill du veta hur det gick första gången jag perforerade uterus vid en vacuumaspiration?"

UL: "Absolut!"

ÖL: "Jag hade inte gjort detta speciellt många gånger. På den tiden var det rutin att vid perforation så öppnade man buken – alltså gjorde en laparotomi. Och detta hände just den dagen."

UL: "Oj! Hoppsan!"

ÖL: "Mm."

UL: "Men vad hände sen? Hur gick det?"

ÖL: "Jomen, jag ordnade det."

UL: "Nämen!!!"

ÖL: "När hon vaknade, med ett stort plåster på magen, så sa jag såhär. Det var en väldig tur att du gjorde den här operationen. Då upptäckte jag ju att du hade ett hål i din livmoder! Och då kunde jag sy ihop det!"

UL: "Hm. Tips?"

ÖL: "Gå med i med i ett amatörskådespelarsällskap som jag."

Och detta är sant!

Eder fröken



Highlights från ST-arbete:

Gynekologens Inre Hållbarhet – en kvalitativ studie

Sammanfattning

Inre hållbarhet (IH) kopplas till strävan efter livsmening och personlig motståndskraft. Gynekologen beskriver IH som en balanssituation man ansvarar själv för att skapa. Ett för stort bekräftelsebehov och känslor av "omnipotens" kan utgöra hinder för IH. IH kopplas till en acceptans för sina begränsningar, en närvaro i patientmötet och en insikt om ett större sammanhang. Verktyg behövs för att lättare hantera känslor av ambivalens, hitta mening i arbetet, utvecklas på ett personligt plan och leverera säker och god vård. Arbetsgivaren har möjligheter att främja IH. Kunskap och diskussion kring IH kan gynna läkaryrkets fortsatta omställning.

Introduktion

Inre hållbarhet är förmågan till positiv anpassning vid förändring och kopplas till resiliensbegreppet. Inre hållbarhet kan leda till mänsklig växande, blomstring och lycka [1] vilket är betydelsefullt när man intresserar sig för läkarnas arbetssituation då ohälsa har ökat. Särskilt relevant kan det vara för kvinnliga obstetrik och gynekologer [2]. Välmående och tillfredsställelse i läkarprofession verkar kunna främjas bäst genom att både vårdorganisationen och läkarna själva utvecklar strategier som utgår ifrån individens inneboende styrkor och positivt fungerande [3-4].

Det finns föga forskning där man har undersökt läkaren utifrån begreppet inre hållbarhet. Vad innebär inre hållbarhet för läkare inom obstetrik och gynekologi?

Anne-Charlotte Shayegh, ST-läkare, Obstetrik och Gynekologi, Kvinnokliniken Nyköping
anne-charlotte.shayegh@dll.se
Handledare:

Anamaria Whitmer Jacobsson, Överläkare, Obstetrik och Gynekologi, Region Halland
Ana-Maria.Whitmer-Jacobsson@regionhalland.se
Elsa-Lena Ryding, Med. Dr., docent, Institutionen för Kvinnors och Barns Hälsa, Enheten för Obstetrik och Gynekologi, Karolinska Institutet
elsa.ryding@ki.se
Ana-Maria Whitmer Jacobsson var ledare för kursen Mindful kommunikation, under vilken gruppintervjun utfördes.

Metod

Undersökningsgruppen var 11 kvinnliga specialister inom Obstetrik och Gynekologi deltagande i en kurs i Mindful kommunikation. Materialet inhämtades från en ljudinspelad gruppintervju som transkriberades och analyserades med hjälp av tematisk analys [5].

Resultat

Inre hållbarhet beskrevs som ett löpande förhållningssätt och betyder att inte gå sönder inuti, att orka.

Ansvar för inre hållbarhet

Ansvar för inre hållbarhet kan läggas på ledningen, på kollegorna, på läkargruppen, och på sig själv. För det mesta ansvarar man troligen själv för sin inre hållbarhet.

"att ändå bitta... sitt sätt... att utan för mycket emotionell insats ändå var sin egen grindvakt liksom"

Hinder för inre hållbarhet

Hinder för inre hållbarhet kan finnas i en dålig stämning eller konflikter på arbetsplatsen, i arbetets krav såsom tung arbetsbörda, tunga jourer eller tidspress, ständigt behov av prioriteringar, samt i svåra livshändelser som kan påverka negativt och skapa rädsla att göra fel.

Resursbrist hos individen, som svåra omständigheter i ens privatliv, en komplicerad familjesituation eller ett hälsoproblem, eller en begränsad livs- eller yrkeserfarenhet gör en också mindre utrustad för att möta arbetets utmaningar.

Att inte vara närvarande i nuet kan beskrivas som att ha svårt att vända sig inåt för att filtrera yttre krav och känna efter:

"för att ett sätt att tackla de här kraven, och stress och tidsbrist, är att jobba ännu snabbare, ännu snabbare, och man rusar förbi allting, man känner inte efter, tills man möter på en vägg, och inte kan gå förbi"

Hindrande tankar och känslor kan väckas av ett stort bekräftelsebehov där man riskerar att gå över sina gränser och lättare bli missnöjd med sig själv. Känslor av skam, skuld och sorg, men även dåligt samvete och otillräcklighet kan infinna sig när gynekologen har svårt att vara öppen – för andra och sig själv – med sina begränsningar, som vid sömnbrist, bristande ork eller för stor arbetsbelastning. "nu finns det skam här och rädsla för vad de ska säga - "hon orkar ingenting", eller sorg över att inte orka som jag gjorde förr"

Ett starkt prestationsbehov leder till hindrande attityder: man tar på sig andras ansvar eller extra uppgifter, och man undviker att tala om sina gränser för att slippa ha dåligt samvete.

”Omnipotens” är gynekologens behov att vara obegränsad och totalkunnande, vilket ställer höga krav på professionen: *”förhoppningsvis så ändrar vi på det, men jag tror att historiskt sätt har vi signalerat att vi är odödliga... och där tror jag att vi har oss själva att skylla att vi har... signalerat det”*

Hur inre hållbarhet främjas

Fungerande chefer och goda förebilder inom professionen viktiga. Att ha en fungerande arbetsplats, med sammanhållning i teamet, kollegialt stöd och fungerande kommunikation, kan upplevas som fantastiskt. Det kan även vara upplyftande att få respekt av utomstående som beundrar yrket eller att bli påmind om hur betydelsefullt det är att kunna hjälpa människor. Vila, sömn, återhämtning och fungerande levnadsvanor är nödvändiga för ett hållbart arbetsliv. Att få kraft av aktiviteter eller relationer utanför arbetet kan också kompensera för svårigheter på arbetet. Livserfarenheter och tidigare utbrändhet, sorg och förlust kan bära med sig en potential att bidra till bättre självkännedom och leda till ökad empati både mot sig själv och mot andra.

”det är också en härlig känsla att man känner att... det är tillåtet att använda sin person i det här, [...] att också vara medmänniska och att använda mina egna egenskaper och erfarenheter i det mötet”

Närvaro vid patientmöten kan användas som en ”kompass” för inre hållbarhet. Där finns mycket tillfredsställelse, glädje och kraft att hitta:

”om det här mötet med människor, jag är själv så uppfyllt av det nu för att det har förändrat mitt liv som gynekolog verkligen... nu när jag har börjat känna... det här är som en skattkista som öppnas för mig, det är här jag hämtar min kraft”

Känslor av acceptans är viktiga för inre hållbarhet: att kunna stå ut med det man inte kan förändra som sina begränsningar, sin sårbarhet och otillräcklighet, sina

misslyckanden eller förluster, och även att yrket automatiskt bär med sig vissa svårigheter. En stark självkänsla hjälper också att sätta gränser, be om hjälp och släppa sin prestige utan att känna att ens värde sjunker:

”det blir inte så laddat att sätta gränser för sig själv, alltså för då handlar det om mig och mina patientmöten och för att det ska bli bra, då behöver det få se ut så här för mig just nu”

En strategi kan också vara att inta en positiv attityd:

”även om det kan ha varit en hel jättejobbig dag, någon skäller ut mig, jag håller inte tiden och så vidare... så finns alltid någon liten del i dagen som blev bra, tycker jag, och då ska jag förstärka det, och tänka på det mera”

Man kan främja hållbarhet generellt genom att utstråla ett visst förhållnings-sätt för kollegor och genom att stödja och handleda nya kollegor.

Tillgång till verktyg som mindfulness och styrkebaserad dialog kan vara möjliga vägar för att förebygga utbrändhet och leda till positiv förändring genom att skapa insikt, gemenskap och mening.

Insikt om ett större sammanhang och ett altruistiskt engagemang kan ge ökad acceptansförmåga och välbefinnande. Att kunna hjälpa, läka och trösta en medmänniska kan upplevas som det mest meningsfulla med arbetet. Mening skapas av insikten om hur grundläggande och betydelsefullt det kan vara att intimt röra vid livets storhet. En inre mening och sammanhang hjälper gynekologen att fortsätta bemöta det svåra i arbete, och ger möjligheten att kasta sig helhjärtad i sin livsuppgift.

”det finns ju en existentiell dimension i vårt arbete som ger glädje, vi får vara i den hela tiden”

”det är det som jag tycker är altruism, liksom offra sig för att det är min plikt, det är mitt liv, det är därför jag är skapad”

”det handlar om livet i dessa stora betydelser, vi får ta del av livet, patienternas liv och viktiga skeende i deras liv... jag är på en liten bit där... ja, så fantastiskt”

”vi är helt tysta, händerna på patienten, och förstår storheten i det, och jag delar det med en av de ljuvliga kollegor jag har, och att vi båda fattar innebörden av hur betydelsefullt och intimt... och det grundläggande”

”Ibland... jag tänker vad är det här, vad är det för mening, men... om det här är mitt uppdrag i det här livet... så gör jag det, så är det med det!”

Diskussion

Även om andra strategier för inre hållbarhet kan finnas i andra grupper, fångar troligen resultaten företeelser som existerar hos andra kvinnliga gynekologer i Sverige, och troligtvis hos svenska läkare generellt.

Alla faktorer hänger potentiellt ihop på olika sätt. Till exempel kan ett yttre faktor (tidsbrist) väcka känslor (dåligt samvete), leda till ett tankesätt (jag tar på mig skulden) och påverka ens beteende (jag ber om ursäkt i onödan). Det har föreslagits metoder baserade på kognitiv beteendeterapi för att läkare ska kunna förändra sitt tänkesätt [6]. Att konflikter på arbetsplatsen och brist på stöd i det privata livet påverkar negativt, medan socialt stöd ökade välmående, produktivitet och möjligheten till optimal stresshantering, beskrivs också i litteraturen [7].

Insikten om näringen som finns i patientmötet och dess förändringskraft är troligen en av hörnstenarna för inre hållbarhet. Andra studier har också visat att utrymmet som finns för patientkontakt är kopplat till tillfredsställelse i läkararbetet [8].

Att kunna sätta gränser är en förmåga som kopplas till stressreduktion och välmående [9]. Generellt önskar man vara maximalt behjälplig för sina patienter och kollegor. Även om Hippokrates uppmaning till maximalt altruistiskt engagemang är positiv för den enskilde läkaren [10], måste de egna behoven, kollegornas behov och patienternas behov ständigt sättas i balans.

Att självkännedom och empati verkar öka efter svåra livserfarenheter som utbrändhet, sorg och förlust, kan stödja

Antonovskys forskning som visar att problemhantering kan ge personlig utveckling och ökad motståndskraft [11].

"Omnipotens", som har samband med låg självkänsla och högt prestationsbehov, kan möjligtvis balanseras genom att man oftare bekräftar sig själv. En hög acceptansförmåga kan vara en annan nyckel i hållbarhetsfrågan. Brené Brown beskriver sårbarhet som modet av att kunna stå för sina begränsningar, förståelsen att livet inte innebär några garantier, autenticiteten som främjar djupa relationer, och "good-enough" synsättet som möjliggör självempati och därmed empati mot andra [12]. Studiens resultat överensstämmer således med hennes undersökning.

Genom att ta fram strategier som främjar inre hållbarhet hos alla medarbetare kan förmodligen vissa uppsägningar undvikas, och antalet sjukskrivningar minskas. Redskap som mindfulness kan vara effektiva [13]. Deltagande i Balintgrupper [14] kan ge ökad tillfredsställelse generellt och skapa förutsättningar för bättre vård [15]. Cooperriders metod, styrkebaserad utveckling, som fokuserar på organisationers och individers positiva potential istället för problemlösning, kan användas inom vårdorganisationer

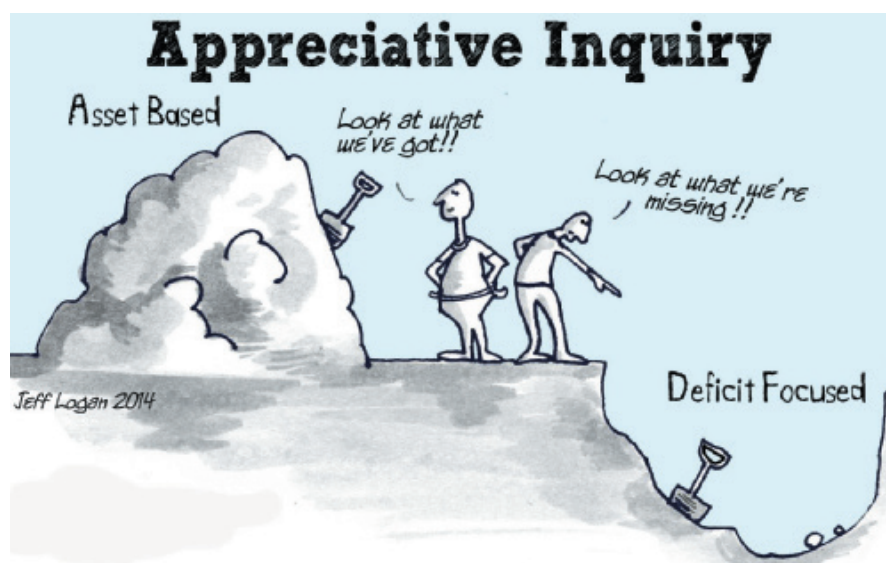
för att främja effektivitet och samarbete (fig. 1) [16,17].

Arbetsgivaren kan främja inre hållbarhet genom att respektera individuella gränssättningar, frigöra utrymme för optimerade patientmöte, erbjuda ett forum för kollegialt stöd samt erbjuda möjlighet för reflektion [18].

Att kunna gynna sin egen hållbarhet är en utmaning och ett livsuppdrag för

gynekologen. Vi behöver skapa känslor av gemenskap, öka vår närvaroförmåga, och ge oss själva utrymme för inre utveckling. Tillsammans är vi starka!

Författarna får gärna kontaktas vid önskemål om att få ta del av det kompletta arbetet och referenslistan. ■



Figur 1. *Appreciative Inquiry.* Logan J. 2012.

Hämtad från: <http://leadershipoffools.com/tag/appreciative-inquiry/>

Referenser

- [1] Harris, T. Inre Hållbarhet: existentiell utveckling [Internet]. Hämtad från: <https://www.google.se/url?sa=t&rcrt=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&ved=0CEEQFjAFahUKewjA76b8jfvHAhXLFywKHZV0B5k&url=http%3A%2F%2Fh24-files.s3.amazonaws.com%2F189453%2F603619-E5IUk.pdf&usq=AFQjCNGY-GiDquHwzHK41t4JUdc5WYpxg&sig=7kFhIH1ombLJoUZ599Iguw&cad=rja>
- [2] Leigh JP, Kravitz RL, Schembri M, Samuels SJ, Mobley S. Physician career satisfaction across specialties. *Arch Intern Med.* 2002;162:1577-1584.
- [3] Satterfield JM. Happiness, excellence, and optimal human functioning. *West J Med.* 2001;173:26-29.
- [4] Yamey G, Wilkes M. Promoting wellbeing among doctors: we should move away from a disease model and focus on positive functioning. *BMJ.* 2001;332(7281): 252-253
- [5] Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology.* 2006;3 [2]: 77-101.
- [6] Miller FE. Challenging and changing stress-producing thinking. *West J Med.* 2001;174:49-50.
- [7] DeLongis A, Holtzman S. Coping in context: the role of stress, social support, and personality in coping. *J Pers.* 2005;73(6):1633-56.
- [8] O'Connor JP, Nash DB, Buehler ML, Bard M. Satisfaction higher for physician executives who treat patients, survey finds. *Physician Exec.* 2002;28(3):17-21.
- [9] Quill TE, Williamson PR. Healthy approaches to physician stress. *Arch Intern Med* 1990;150: 1857-1861.
- [10] Barondess JA. Medicine and professionalism. *Arch Intern Med.* 2003;163(2):145-149.
- [11] Antonovsky A. *Hälsans mysterium.* 2 uppl. NoK; 2005
- [12] Brown B. The power of vulnerability. [TED talks video, Internet]. 2010. https://www.ted.com/talks/brene_brown_on_vulnerability?language=sv
- [13] Epstein RM. Mindful practice. *JAMA.* 1999;282:833-839.
- [14] Ghetti C, Chang J, Gosman G. Burnout, psychological skills, and empathy: Balint training in obstetrics and gynecology residents. *J Grad Med Edu.* 2009;1:231-235.
- [15] Novack DH, Suchman AL, Clark W, Epstein R, Najberg E, Kaplan C. Calibrating the physician. Personal awareness and effective patient care. *JAMA.* 1997;278:502-509.
- [16] Cooperrider, D.L. & Whitney, D. *Appreciative Inquiry: A positive revolution in change.* Berrett-Koehler. 2015.
- [17] Carter CA, Ruhe MC, Weyer S, Litaker D, Fry RE, Stange KC. An appreciative inquiry approach to practice improvement and transformative change in health care settings. *Qual Manag Health Care.* 2007;16(3):194-204.
- [18] Dunn PM, Arnetz BB, Christensen JF, Homer L. Meeting the Imperative to Improve Physician Well-being: Assessment of an Innovative Program. *J Gen Intern Med.* 2007; 22(11): 1544-1552.

Besvär och sexuell påverkan efter defektläkt perinealbristning grad 2;

en kvalitativ intervjubaserad studie

SAMMANFATTNING

Syfte

Syftet med denna studie är att beskriva vilka besvär kvinnor kan uppleva efter att ha fått en kvarstående perinealkroppsskada efter förlossning med perinealbristning grad 2 och hur deras sexliv påverkas lång tid efter förlossning samt att beskriva hur kvinnor med bäckenbottenbesvär efter förlossning bemöts i vården.

Metod

För att få en djupare förståelse av kvinnornas besvär valdes en kvalitativ forskningsmetod med ostrukturerade djupintervjuer. Sju kvinnor som var planerade för perinealkropsrekonstruktion intervjuades, inspelningarna avidentifierades och transkriberades därefter ordagrant. Därefter genomfördes en kvalitativ innehållsanalys. Kodningen och kategorier skapades efter diskussion med forskargruppen.

Resultat

Informanterna beskriver besvär som vidhetskänsla, skav i underlivet på grund av öppenstående slidöppning, störande vaginal gasinkontinens och tyngdkänsla. Tarmrelaterade besvär dominerades av tarmtömningssvårigheter. Informanterna upplever sexuell dysfunktion i form av minskad känslighet vid penetrerande samlag, minskad orgasmförmåga samt samlagssmärta. Informanterna har svårt att prata om sina besvär och har många gånger lidit i det tysta under flera år. Informanterna beskriver att vårdens attityd till besvärerna och den gynekologiska bedömningen

Sofie Karlström, ST-läkare Obstetrik och Gynekologi Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge
Handledare:

Gunilla Tegerstedt, MD, Överläkare Obstetrik och Gynekologi Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge

varierar. De har sökt flera vårdgivare innan de fått hjälp för sina besvär.

Konklusion

Kvinnorna i denna studie beskriver ett stort lidande och påverkan på livskvaliteten samt sexliv lång tid efter förlossning med perinealbristning grad 2 och en kvarstående perinealkroppsskada. Informanterna beskriver flertalet bäckenbottenrelaterade symptom som inte tidigare är vetenskapligt studerade. Ytterligare studier behövs för att studera sambandet mellan symptom och förlossningsbristningar samt hur vanligt förekommande det är med defektläkt perinealbristning grad 2.

INTRODUKTION

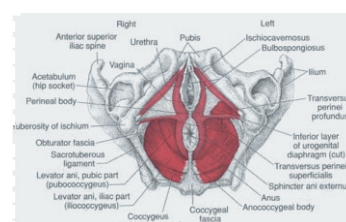
Vid en sökning på Google med termen ”wide vagina” får man ca 8,8 miljoner träffar (jan 2016), vilket kan indikera att intresset i populationen är stort. Detta kan jämföras med en sökning med samma term på PubMed som ger nio träffar, varav endast tre är relevanta (1, 2, 3)

Den vaginala förlossningen innebär ett stort trauma med risk för skador på bäckenbotten och mellangårdens muskler,

nerv, ligament och bindväv. Perinealkroppen är en viktig struktur i bäckenbotten som bland annat ger stöd till den främre vaginalväggen inklusive urinblåsan och urinröret, samt har en avgörande roll för tarmfunktionen (Se bild 1). Här fäster flertalet muskler; M. bulbocavernosus, M. transversus perineii och externa sfinktern samt den rektovaginala fascian och levatormuskulaturens fascia.

Förlossningsbristningar delas in i vaginalbristning, perinealbristning grad 1-4 (Tabell 1) samt cervix- och uterusruptur. Diagnostiken av perinealbristningar kan dock vara svår (4). En studie i Storbritannien där patienter med perinealbristningar undersöktes med efterföljande transanalt ultraljud visade att 27 % av läkarna respektive 87 % av barnmorskorna hade feldiagnostiserat ultraljudsverifierade sfinkterskador som perinealbristning grad 2 (5). Enligt socialstyrelsens rapport från 2015 var frekvensen av perinealbristningar grad 3-4 6 % hos förstföderskor och 1,5 % hos omföderskor. Prevalensen av perinealbristning grad 2 är sämre rapporterat och statistik från socialstyrelsen saknas idag. Enligt

Bild 1: Anatomisk bild av bäckenbotten



socialstyrelsens årliga rapport om "Graviditet, förlossning och nyfödda" läker perinealbristningar grad 1 och 2 ofta snabbt och ger sällan upphov till besvär. Kunskapen om förekomst, omfattning och sequele vid vaginala och perineala grad 2 bristningar är bristfällig och få forskningsstudier finns på området.

Idag finns flertalet studier som studerar sambandet mellan vaginal förlossning och urininkontinens, främre prolaps och analinkontinens. Förekomsten av urininkontinens ökar med 67 % hos förstföderskor efter en vaginal förlossning jämfört med förstföderskor förlösta med kejsarsnitt 20 år efter sin förlossning (6). Symptombgivande framfall av vaginalväggen ökar med antal vaginala förlossningar (7,8). Avföringsläckage är starkt kopplat till sfinkterskada och hos kvinnor med perinealbristning grad 3-4 har 50 % kvarvarande avföringsläckage (9,10,11).

Tidigare studier har påvisat ett samband mellan dyspareuni och perinealskada (12), där risken för dyspareuni ökade med ökad grad av perinealskada. Studien visade att en fjärdedel av förstföderskor 6 månader efter förlossning upplevde minskad känsla vid sex, mindre sexuell njutning samt minskad förmåga till orgasm jämfört med före förlossning (12). Sexuell dysfunktion postpartum är påvisat även i andra studier (13, 14). Det finns ett nyligen validerad svensk version av FSFI (Female Sexual Function index) för att studera sexuell dysfunktion hos kvinnor (15).

Urininkontinens, främre prolaps och analinkontinens påverkan på hälsa och sexuell funktion finns också studerat. Det finns ett validerat danskt frågeformulär för att utvärdera fysiska och psykiska besvär, inklusive sexuell dysfunktion efter

sfinkterskador "Anal sphincter rupture questionnaire: Validity and reliability" (16). Det finns även ett validerat frågeformulär för att kartlägga sexuell dysfunktion hos kvinnor med prolaps och urininkontinens, Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire, PISQ-12.

Vår uppfattning är att allt fler kvinnor söker för bäckenbottenbesvär och sexuella besvär efter förlossning med perinealbristning grad 2. De få studier som finns idag är korttidsstudier. Inget svenskt validerat frågeformulär belyser symptom och sexuella besvär hos kvinnor med förlossningsskador utan prolapsproblematik eller sfinkterskador.

Syfte

Att beskriva vilka besvär kvinnor kan uppleva efter perinealbristningar grad 2 med kvarstående perinealkroppsskada och hur deras sexliv påverkas efter förlossning på lång sikt. Att beskriva hur kvinnor med bäckenbottenbesvär efter förlossning blir bemötta i vården.

Eftersom området är föga vetenskapligt studerat har en kvalitativ forskningsmetod med djupintervjuer valts för att på så sätt få en djupare förståelse för kvinnornas besvär och få en mer nyanserad bild av variationen av de besvär kvinnor med defektläta förlossningsskador kan ha.

METOD

Deltagare

Åtta kvinnor med bäckenbottenbesvär och diagnosticerad defektläkt perinealkroppsskada, utan prolaps och sfinkterskada, inkluderades i studien. Dessa kvinnor var planerade för perinealkropprekonstruktion på Kvinnokliniken Karolinska sjukhuset Huddinge när de rekry-

terades till att delta i en djupintervju. De tillfrågade fick muntlig samt skriftlig information om studien samt fick skriva under ett samtyckesformulär. Inklusions- och exklusionskriterierna sammanfattas i Tabell 2. En informant (nr 7) exkluderades i efterhand, på grund av sfinkterskada. Att rekrytera kvinnor som skiljer sig i paritet, antal vaginala förlossningar, tid sedan sista förlossningen och civilstatus (Tabell 3) ger variation av olika erfarenheter av förlossningsbristningar. De rekryterade var redan planerade för operation när intervjuerna genomfördes. Ingen ersättning gavs till studiedeltagarna. Deltagarna garanterades sekretess.

Intervjuer

För att få en större förståelse för kvinnans symptom, upplevelse och erfarenheter av förlossningsbristning valdes en kvalitativ forskningsmetod med ostrukturerade djupintervjuer. Syftet var att kvinnorna själva skulle få berätta om sina symptom och erfarenheter. Följdfrågor ställdes utifrån vad informanterna berättade och den erfarenhet som forskargruppen har. Forskargruppen bestod i en ST-läkare (S.K.) inom Obstetrik och Gynekologi, en disputerad överläkare (G.T.) med inriktning på urogynekologi, en beteendevetare (M.S.) med tidigare erfarenhet av kvalitativa studier med djupintervjuer, en ST-läkare och doktorand (H.E.) inom obstetrik och gynekologi med erfarenhet av kvalitativ forskning samt en professor och överläkare (K.R.) inom obstetrik och gynekologi med tidigare erfarenhet av handledning av såväl kvantitativ som kvalitativ forskning. Efter första intervjun samlades forskargruppen för en diskussion om intervjun. Alla intervjuer genomfördes av S.K. Intervjuerna hölls under 2013-2014. Intervjuerna

Tabell 1: Klassificering av perinealbristningar enligt ICD-10

O70.0	Perinealbristning grad 1	Involverar hud och slemhinna men inga muskler i perineum.
O70.1	Perinealbristning grad 2	Involverar hud, slemhinna och mellangårdens muskler: M. Bulbuscavernosus och M. Transversus perinei superficialis.
O70.2	Perinealbristning grad 3	Involverar förutom grad 2 även delar (grad 3 a) eller hela (grad 3b) externa sfinktern och kan även innefatta den interna sfinktern.
O70.3	Perinealbristning grad 4	Involverar förutom sfinktern även analslemhinnan.

Tabell 2: Urvalskriterier

Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
Ålder 25-50 år	POP-Q \geq 2
Söker för symptom från tidigare förlossningsskada	Perinealbristning grad 3-4
Genomgått minst en vaginal förlossning	
Anatomisk avvikelse förenat med defektläkt förlossningsskada	
a) Perinealkropp < 2cm (POP-Q kriteriet för förkortad perinealkropp)	
b) Synligt ärr i perineum	
God språkkunskap i Svenska	

Tabell 3: Demografisk information

	Ålder	Civilstatus	Paritet	Antal vaginala förlossningar	Antal år sedan sista förlossningen
Informant 1	45	Singel	3	3	21
Informant 2	38	Gift	2	2	4
Informant 3	53	Frånskild särbo	1	1	14
Informant 4	43	Singel	1	1	10
Informant 5	35	Gift	2	2	6
Informant 6	45	Gift	2	1	13
Informant 8	39	Gift	2	2	8

varade ca. 60 min. Intervjuaren hade civila kläder på sig under intervjun. Intervjuerna spelades in, avidentifierades och numrerades. De transkriberades därefter ordagrant av en sekreterare. Intervjuteexterna lästes igenom ett antal gånger och bandinspelningarna av intervjuerna lyssnades igenom tills dess att S.K. kände sig väl bekant med materialet. Därefter genomfördes en kvalitativ innehållsanalys utan förutbestämda koder eller underkategorier för att få fram en djupare förståelse för kvinnornas besvär och upplevelser av tidigare förlossningsskador. Manifest och latent tema analyserades. Datorprogrammet Open Code 4.03 användes för att underlätta innehållsanalysen. Meningsbärande enheter togs ut från materialet, som därefter kodades och delades upp i underkategorier. Kodning har diskuterats tillsammans med forskargruppen till konsensus har uppnåtts. Latent tema analyserades av S.K. och M.S. var och en för sig och resultatet sammanställdes därefter. Genomförandet av studie har blivit godkänd av Regionala Etikprövningsnämnden i Stockholm 2013.

RESULTAT

SYMPTOM

Vidhetskänsla och öppenstående slidöppning

Informanterna beskriver vidhetskänsla på olika sätt. Informanterna beskriver att underlivet känns stort eller utvidgat. "Det är ju vidare än normalt, som att det

(underlivet) är öppet hela tiden ungefär som ett rör, fast det är det ju inte men det känns så" (Intervju 8). "Jag är som en lagårdsdörr, väldigt vid där nere" (Intervju 6). Att slidan står öppen och att mellangården är tunn upplevs som obehagligt och leder till skavkänsla. Skav i underlivet beskrivs exempelvis av att använda viss typ av trosor, vid cykling, jogging, promenader och även bara av att torka sig då slemhinnan är blottad. "Det känns som att det hela tiden är någonting som retar, när man går eller rör på sig. Det är skönt att ligga ner, då kommer allt i sitt utgångsläge" (Intervju 6). Informanterna beskriver att konsekvenser av att ha en öppenstående slida är att vatten kan komma in i slidan vid bad vilket är obehagligt när det rinner ut och det upplevs som ohygieniskt. Det kan även leda till att tamponger glider ut eller att man inte får in tampongen trots att man är vid.

Luft i slidan/Garulitas

Ett mycket vanligt fenomen som informanterna beskriver är att luft kommer in i slidan och kommer ut som "luftljud" eller "slidpruttar". Det beskrivs som oerhört genant och påverkar livskvaliteten. Hur ofta och i vilka situationer luftljuden uppkommer är varierande. Luftpruttar i samband med aktivitet eller rörelse beskrivs som störande och jobbigt för en del och för andra är ljuden inget att bry sig om. Luftpruttar kan komma bara av att byta ställning från sittande till stående, eller av att gå, "Det låter när jag

går, det är som en orkester ibland, det är genant" (Intervju 5). Den vaginala gasin-kontinensen beskrivs som förvärrad efter menopaus. De störande ljuden leder till undvikande av aktiviteter och informanterna beskriver olika exempel för att dölja ljuden, som att hosta till när ljuden kommer, att träna med musik, att ständigt spänna sig för att kontrollera ljuden eller att undvika vissa rörelser, som att exempelvis sitta på huk och leka med sina barn när andra finns i närheten. Det beskrivs även att det kan uppstå en smärtsam kramp i slidan i samband med att det kommer in mycket luft i slidan.

Tyngdkänsla

Informanterna beskriver besvär med tyngdkänsla och dåligt bäckenbottenstöd som kommit efter förlossningen. "När jag lyfter min dotter är det ett obehag, som att jag inte har något stöd där nere" (Intervju 5). Bäckenbotten upplevs som en hängmatta och tyngdkänslan beskrivs som särskilt påtaglig när bäckenbotten utsätts för påfrestningar. "Det är som ett jättestort tryck fast att jag inte har något framfallsbesvär. När jag tränar mycket känns det som ett bowlingklot håller på att tryckas ut" (Intervju 8). Informanten beskriver också en känsla av att det är något som buktar ut även om det vid gynekologisk undersökning inte ses något framfall. Tyngdkänslan kan både upplevas förbättrad när det gått en tid efter förlossningen och som att den blir värre med åren. Tyngdkänslan är ibland en orsak till att informanten undviker att träna.

”Jag undviker saker som jag har gjort tidigare. Som att ut och springa till exempel” (Intervju 5).

Tarmrelaterade symptom

Framför allt beskrivs svårigheter med komplett tarmtömning sedan förlossningen. Informanterna kopplar ihop tömningssvårigheterna med sin förlossningsskada på grund av att avföringen buktar upp i slidan när informanten försöker trycka ut avföringen. ”Dels upplevde jag att jag hade blivit hård i magen, och sen nära anus var det som en grop där avföringen la sig och jag kunde inte få ut det där sista. Jag hade en känsla av att jag inte tömde tarmen helt” (Intervju 5). Informanterna beskriver att med hjälp av handen kan avföringen komma ut lättare, antingen genom att trycka vid sidan av ändtarmsöppningen eller via fingrar i slidan som kan hålla emot vid krystning. ”Jag skulle vilja att vi åtgärdade någonting. Jag har ganska stort problem med att få ut avföringen. Det är som att kurationen inte är som den ska, så jag måste pressa så mycket och ta hjälp av fingrarna för att få ut avföringen” (Intervju 3). Omväxlande avföringskonsistens beskrivs. Tarmtömningsbesvären beskrivs som förvärrade vid förstoppning och flertalet av informanterna upplever att besvären blivit mindre efter att de börjat med bulkmedel, exempelvis Inolaxol. Tarmtömningsvårigheterna leder till att informanten har långa toalettbesök och behöver trycka på hårt för att få ut avföringen. Det beskrivs även besvär av hemorrojder med blod i avföring och soiling. Soiling upplevs som väldigt besvärande framför allt på grund av känslan att inte bli ren. Gasinkontinens förekommer och vissa har dagliga besvär vilket beskrivs som särskilt jobbigt när de är bland folk.

Urininkontinens

Urinläckage i olika sammanhang beskrivs under intervjuerna i varierande grad från inget läckage alls till urinläckage bara av att ta ett steg ut i sidled. Några av informanterna har genomgått kirurgi av typen TVT. Ansträngningsinkontinens är den dominerande typen av inkontinens. Urinläckage i samband med sex före-

kommer både i samband med orgasm men även under själva akten. Detta upplevs som oerhört jobbigt. ”Droppen var när jag läckte i samband med sex. Jag måste göra någonting åt det här, jag kysar på mig till och med när jag har sex.” (Intervju 1). ”Oavsett om vi har samlag eller om jag onanerar så kysar jag på mig (när jag får orgasm)” (Intervju 6).

Smärta

Förutom samlagsvärta som nämns senare beskrivs andra typer av smärta som kan komma provocerat eller vid aktivitet. ”När jag tränar så kan jag få jätte jätteont i mellangården, känns typ som att man föder barn” (Intervju 8). Det kan även vara en molande mensvärksliknande smärta som förläggs till bäckenbotten. Den smärta som beskrivs är inte analgetikakrävande. Att ha ärrbildning efter förlossningsskadan som är smärtsam förekommer. ”Jag har vissa ärr som gör ont, dels vid samlag och dels vid gynundersökningar” (Intervju 8). Att inte alls ha besvär med smärta förekommer också bland informanterna.

PÅVERKAN PÅ SEXLIVET

Minskad sensation vid penetrerande vaginala samlag beskrivs som en stark negativ påverkan på sexlivet. Av de som har haft flera olika sexpartners efter förlossningen framkommer att mannens penisstorlek inte har någon betydelse för känslan. ”Jag har haft flera män, med olika storlekar på deras penis, och då vet jag att det spelar ingen roll om han är stor för den känns ändå inte riktigt” (Intervju 1). Även om känslan vid penetration uteblir så kan samlag ändå innebära en närhet. ”Jag känner i princip ingenting förutom närheten som jag har med min partner” (Intervju 3). Att känna sig vid eller stor vid samlag är uttryck som vanligen framkommer under intervjuerna. I vissa fall kan den minskade sensoriken beskrivas tydligare, exempelvis ”Det är inte alls samma sensation mot perineum, bak mot rektum, det är som att nervsensationer inte finns där. Det verkar som att det är någonting som har gått sönder”. Effekt av att känna mindre kan göra att informanten kniper under samlaget och då ha

svårt att slappna av. Att spänna sig gör att det även kan göra ont. Förhoppningen med att knipa är att känna mer men även att mannen får ökad njutning. Det finns en oro över att inte mannen ska njuta av samlaget. ”Nu känner jag ingenting, och då känner han säkert ingenting heller” (Intervju 3). ”Idealet i samhället är ju som kvinna inte att vara stor och vid” (Intervju 4).

Det beskrivs att mannen glider ut ur slidan på grund av att informanten är vid. Det beskrivs även att mannen kan ha svårare att komma in i slidan efter förlossningen. ”Han kommer åt sidan, alltid på en viss sida. Det är som att han hakar upp sig där” (Intervju 3). Att komma in fel vid penetrationen kan göra ont. Vissa samlagsställningar är svåra att genomföra på grund av slidans anatomi, obehag eller smärta. ”Bakifrån är jätte-svårt, då är det som ett hinder i vägen” (Intervju 6). ”Vid vissa ställningar trycker det ner mot analen. Det känns väldigt obehagligt för jag är så öppen. Det känns som att jag ska spricka itu i två bitar” (Intervju 5). Smärtan vid samlag beskrivs som allt från ett tryck som leder till obehag, till nervliknande smärta, som en öm punkt i slidan eller som smärtsamma ärr. Att inte uppleva vare sig obehag eller smärta framkommer också.

Orgasmen påverkas på olika sätt hos informanterna. Slidorgasm upplevs som svårare att få. Orgasmen beskrivs även som mindre kraftfull och inte lika ihållande. Vid onani kan det både vara oförändrad förmåga till orgasm och även mindre känslor vilket leder till att det är svårare att få orgasm. Det beskrivs även att informanten fejkar orgasm eller låtsas att denne njuter trots att det inte känns något i syfte att få mannen att njuta. Att låtsas njuta känns inte bra och är egentligen inget som informanten vill göra.

Luftpruttar är vanligt förekommande i samband med sex. De beskrivs som allt från ett normalt fenomen till att vara väldigt genant, framför allt om informanten inte har fast partner. Det kan upplevas så generade att det utgör ett hinder för ny relation. Det beskrivs som avtändande (för informanten) när luft

kommer in i slidan och att det leder till att denna har svårt att slappna av även om inte partnern bryr sig om ljuden. ”Jag har varit kåt flera gånger, men blivit avtänd flera gånger för jag hör ljuden så fort man byter ställning” (Intervju 1). Förutom störande ljud från luft som kommer ut ur slidan påverkas libido av att man har minskad känsel vid sex eller får ont. ”Man känner sig ju inte så sugen, när man undrar om det inte kommer kännas eller om det kommer att göra ont den här gången” (Intervju 8).

Tystnad eller öppenhet

Det beskrivs som svårt att prata om sina besvär efter förlossningen på grund av att det upplevs som pinsamt och skämmigt. ”Det har aldrig funnits i min omvärld att prata om de här besvären som är relaterade till förlossningen” (Intervju 6) och ”Min värdighet, min kvinnliga värdighet sjönk totalt för mig, det var inte så lätt att prata om” (Intervju 1).

Det berättas att även om vänner känner igen symptomen, så dör konversationen ut på grund av att det är för intimt att prata om sitt underliv, sitt sexliv eller tarmrelaterade besvär. ”Lite har jag pratat om det, men det är svårpratad om underlivet, märkligt nog jättesvårpratad” (Intervju 6). Även om det kanske finns ett behov eller en längtan efter att prata om sina besvär kan det var svårt. ”Det vore kanske trevligt att prata med någon, men jag är van att inte ha någon att prata om intima saker med” (Intervju 4). Att prata om besvären med sin partner beskrivs även det som svårt. ”Ja, men han är så himla känslig, så det är mer jobbigt för honom än för mig (att prata om besvären med partnern)” (Intervju 5). Det beskrivs till och med så svårt att vara öppen om sina besvär att det leder till att informanten isolerar sig och undviker nya relationer. ”Hur ska jag våga berätta för en man, att ja du får ursäktas om jag kysar på mig under akten, eller ursäktas om du hör en fis” (Intervju 1).

Det förekommer dock även att informanten är öppen om sina besvär, vilket beskrivs vara ett sätt att informera andra i sin omgivning att hjälp finns att få och

att om man har besvär ska man inte gå och lida i det tysta.

Påverkan på livskvaliteten

Besvären leder till att livskvaliteten påverkas negativt. Informanterna tycker att symptomen besvärar dem olika mycket. Det kan beskrivas som att de påminns om besvären dagligen eller att besvären är handikappande, men att de ändå kan leva ett normalt liv. De fysiska besvären leder i vissa fall till ett psykiskt lidande för att informanten inte är tillfreds med sin kropp eller skäms över sina besvär inför omgivningen. ”Det låter hemskt, men vad är meningen med livet egentligen. Jag mår inte bra för jag känner inte igen min kropp” (Intervju 1). Att inte kunna träna som man önskar är en annan faktor som påverkar ”Livskvaliteten är sänkt för träning är viktigt för mig” (Intervju 3). Att inte ha sex lika ofta pga. besvären eller inte kunna njuta av sex beskrivs även det som negativa faktorer för livskvaliteten. Det uttrycks en längtan efter att känna att kroppen ska kännas normal igen.

Hur bemöts besvären inom sjukvården?

När informanterna sökt sjukvård för sina besvär relaterade till förlossningsskadan har de fått varierande respons. Det beskrivs att besvären inte tas på allvar och normaliseras av vårdgivaren samt att de faktiskt inte ens blir undersökta. Informanterna beskriver att de mött barnmorskor och gynekologer som sagt att man får acceptera och leva med sina besvär. ”Ja, men så här kan det vara, nu när du har fått ditt andra barn. Du får gå hem och göra knipövningar.” (Intervju 5). Informanterna beskriver även hur de har blivit undersökta men att skadan inte noterats vid undersökningen. Det upplevs som jobbigt att barnmorskan eller gynekologen inte har noterat skadan. ”Jag har varit hos gynekologer flera gånger, och beskrivit att det känns konstigt och att det inte känns bra, men fått höra att allt såg jättebra ut” (Intervju 8). ”Det borde ha syntts att muskelfästen brustit, för det är så öppet (underlivet)” (Intervju 2). Tarmtömningssvårigheter förklaras

med att när man fått barn har man inte tid att sitta på toaletten i lugn och ro. Informanterna beskriver att de behövt söka upprepade gånger och ibland upplevt att de tvingats till sig en remiss till Bäckebottencentrum: ”Man måste stå på sig om man tycker att man har besvär, jag har ju mötts av en ganska arrogant attityd” (Intervju 4). Att inte få sina besvär bekräftade leder exempelvis till att informanten tvivlar på sina besvär och att det hindrar henne från att söka hjälp på nytt: ”Jag har jobbat där (gynekologisk avdelning) så det är helt sjukt att tog det typ 11 år innan jag fick hjälp” (Intervju nr 7).

Att få sina besvär bekräftade upplevs i regel som en lättnad och glädje, men kan också vara oroande. ”När gynekologen uttalade sig om att jag var stor, vilket jag själv tyckte att jag var, började jag tänka att jag var abnorm, alltså onormalt utvidgad. Jag började känna mig lite orolig, det är i alla fall inte så roligt att höra” (Intervju 4).

Det beskrivs även som svårt att prata med vårdgivare om sina besvär. Det är lättare att berätta om man fått frågan om det finns kvarstående problem efter förlossningen och det framkommer önskemål om att denna fråga ställs vid efterkontroller. ”Vore skönt om man fick frågan. Det tog flera år innan jag kunde berätta att jag kissade på mig” (Intervju 1).

Bäckebottenträning

Knipövningar har ofta rekommenderats när informanten sökt för sina besvär. Hur pass omfattande information de fått om knipövningar varierar. ”Jag hade inte den kunskapen då, det var ingen gynekolog eller barnmorska som informerade mig riktigt om det här med att knipa” (Intervju 1). Andra har dock blivit väl informerade om bäckenbottenträning och även varit hos sjukgymnast som gett mer konkreta övningar. Att förstå instruktioner om knipövningar är svårt och det är även svårt att veta om man gör övningarna korrekt tycks vara svårt. ”Det är lite diffust eftersom det handlar om ett inre organ” (Intervju 4).

Förmågan att knipa är varierande från att inte alls hitta sina muskler, till att uppleva att knipförmågan är bra. ”Jag förstår inte hur man kan träna upp det här, det händer ju inget fast jag tycker att jag kämpar på. Jag kan aktivera musklerna men jag kan inte hålla dem, inte ens en sekund” (Intervju 3). Effekten av knipövningarna upplevs som mindre bra eller till och med obefintlig. ”Jag har fem olika sorters knipkulor, men inget händer. Jag har knipit i 7 år” (Intervju 8). Det beskrivs av någon som att det möjligen har det lett till mer stadga i samband med gympapass, men inte lett till effekt på luftrelaterade symptom. ”Öppenheten den är ju som den är oavsett om man gör knipövningar” (intervju nr 4). ”Hur mycket jag än försökt träna min bäckenbotten, så tyckte jag att det ändå blev sämre” (Intervju 6).

Kirurgisk behandling

Att höra talas om rekonstruktiv kirurgi kom allt från första barnmorskebesöket efter förlossning till i samband med att patienten har träffat gynekolog på BBC (Bäckenbotten centrum, Huddinge sjukhus). Det kan upplevas som jobbigt att man inte har fått information om att skadan kan korrigeras tidigare. Informanterna rekommenderas att ha fött klart sina barn innan eventuell kirurgi. Att ha blivit rekommenderad att skadan inte bör opereras är också beskrivet under intervjuerna. ”Om du gör något åt det blir du bara för trång, då för du problem sen vid samlag” (Intervju 4). ”Inför TVT operationen berättade jag om mina problem med bakväggen. Läkaren sa men det är en jättestor och jobbig operation, så det får vi vänta med. Du får avvakta och se om det blir bättre” (Intervju 6).

Latent Tema

Det underliggande temat präglas av skam, osäkerhet samt en misstro till vården. Skam lyser igenom på flera sätt. Informanterna har ofta svårt att prata om sina besvär vilket dels kan bero på kulturellt betingat beteende att man inte pratar om problem som är förknippade med underlivet eller med avföring samt på att det är pinsamt att prata om sina besvär.

Skam märks på att informanterna undviker att göra rörelser eller aktiviteter där obehagliga ljud kommer från underlivet samt att informanterna har svårt att använda ”intima” ord, ”underlivet” byts exempelvis ut mot ”där nere”.

Osäkerhet finns latent på olika sätt. Dels upplevs det som att informanterna känner en osäkerhet över sin kropp och sitt underliv. Det kan hindra dem från att ha sex i nya relationer, eller att informanten undermedvetet spänner sig för att förhindra att vaginal flatulens eller andra besvär. Osäkerheten ses även i att informanterna länge har gått med sina symptom innan de söker hjälp. De är osäkra på vad som är normalt efter att ha fött barn. Är det ”kvinnans lott” att inte ha det bättre än så här efter en förlossning? De tvivlar på sina symptom och är osäkra på vad vårdgivaren ska anse om dem om de söker för sina besvär. Att vårdgivaren normaliserar besvären ökar informantens tvivel. Det uttrycks även att det kan vara ett kvinnligt beteende att gå och lida i det tysta. Informanten vill inte verka gnällig eller fåfång. De känner sig osäkra på vilka och hur mycket besvär som man ska acceptera. Men samtidigt i detta märks ett lidande och ibland stor sorg. Det är uppenbart att besvären påverkar informantens dagliga liv även om de ibland slätar över sina problem.

En misstro till vården märks på flera sätt. Det handlar ofta om att deras förlossningsskador blivit olika bedömda beroende på vårdgivare. Det har ofta krävt flera vårdkontakter innan de fått hjälp. De känner att symptomen blir negligerade. Någon fick höra redan från början av läkaren att den akuta suturingen av förlossningsskadan inte blev bra, medan denna upplevde att barnmorskan slätade över det hela. Misstron till vården återspeglas senare i hela intervjun med informanten.

Diskussion

Syftet med denna studie var att beskriva kvinnors besvär efter defektläkt perinealbristning grad 2 och hur deras sexliv påverkats på lång sikt samt att beskriva bemötande inom sjukvården.

Det är i genomsnitt 10,8 år sedan informanternas sista förlossning. Analys av intervjuerna visar att symptomen som beskrivs är snarlika men i vilken grad kvinnorna har drabbats och hur mycket de påverkas av sina besvär är varierande. Vissa har levt med besvären och accepterat att det blir så här efter att ha fött barn, medan någon annan har isolerat sig från relationer på grund av fysiska besvär och psykiska konsekvenser av förlossningsskadan. Hur pass mycket besvären påverkar livskvaliteten tycks inte korrelera till hur pass hjälpsökande kvinnan är.

Kvinnorna i denna studie uttrycker en osäkerhet kring om deras besvär är ”normala” efter att ha fött barn vaginalt. Det beskrivs även att vårdgivare normaliserar besvären som de söker vård för. Professionens uppfattning tycks variera om vad som är en defektläkt förlossningsskada och hur dessa ska behandlas. Att kvinnan känner att symptomen ignoreras stämmer överens med tidigare kvalitativ forskning om bäckenbottenbesvär (17). Det förefaller finnas både en läkarberoende och en patientberoende fördröjning.

Kvinnorna beskriver svårigheter att prata om sina besvär med partners, vårdgivare och vänner. I latent tema analys framkom skam som en av de underliggande känslorna. Att bäckenbottenbesvär är ett tabubelagt ämne är något som även har setts i flera andra studier och kan leda till att det dröjer många år innan kvinnorna söker hjälp (17, 18, 19, 20, 21).

Några av de symptom som framkommer i denna studie är inte tidigare vetenskapligt studerade; vidhetskänsla, öppstående slidöppning och vaginal gasinkontinens. Tarmtömningssvårigheter, som beskrivs som det vanligaste förekommande tarmrelaterade besväret, upplever kvinnorna att de fått efter att de har fött barn och de kopplar ihop besväret med sin förlossningsskada. Vilken relation dessa symptom har till förlossningsskador i perinealkroppen behöver studeras närmare.

I vår studie beskriver kvinnorna dyspareuni, minskad sexuell njutning, minskad känsl vid penetrerande samlag, minskad

förmåga till orgasm även lång tid efter förlossning. Dessa symptom stämmer väl överens med den korttidsstudie som Signorella gjorde på kvinnor 6 månader efter förlossning. Det finns få långtidsstudier idag om kvinnors sexliv efter graviditet och förlossning.

Att ansträngningsinkontinens framkommer som ett symptom hos några av informanterna är inte förvånande, då många studier har visat att vaginala förlossningar ökar sannolikheten för ansträngningsinkontinens jämfört med sectioförlösta kvinnor (6, 22, 23).

Informanterna beskriver smärta från ärr, mellangården eller bäckenbotten. Det finns flertalet studier som har studerat suturmateriel och dess inverkan på sårsläkning och smärta på kort sikt (24, 25), där enstaka suturer med resorberbart suturmateriel minskar risken för smärta. Det finns inga uppgifter om vilken suturteknik och materiel som används vid suturering hos dessa kvinnor. Det finns även studier som har påvisat att sfinkterskada ökar risken för smärtor första halvåret (12). Det finns idag inga långtidsstudier om smärta efter perinealbristningar.

Kvinnorna i denna studie har en defekt läkning av perinealbristning grad 2 men kan även ha andra skador i underlivet efter förlossning, vilket möjligen kan förklara variationen av symptom. I nuläget pågår studier på Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge, med bland annat ultraljudsundersökning av bäckenbotten på vaginalförlösta förstföderskor. Förutom perinealkroppsskada studeras även förekomst av levatorskada. Ett år efter förlossning har 600 förstföderskor besvarat ett omfattande frågeformulär om bäckenbottenbesvär. Syftet med den omfattande undersökningen av bäckenbotten är att studera samband mellan typ av skada och symptom samt för att identifiera riskfaktorer för att få en viss typ av skada.

Detta är ett område som måste studeras vidare för att vi ska kunna identifiera riskfaktorer för olika skador vid den vaginala förlossningen, kunna motivera till

korrekt suturering av förlossningsskador i akutskedet för att minska risk för defektlästa förlossningsskador och för att kunna identifiera symptom relaterade till kvarstående förlossningsskador i efterförloppet samt vidta rätt behandlingsåtgärder.

Denna kvalitativa studie kan användas som underlag för att skapa ett validerat frågeformulär som kan användas för identifiering av symptom hos kvinnor med olika typer av förlossningsskador och för att kunna genomföra kvantitativa jämförande studier med kvinnor utan förlossningsskador. Ett validerat frågeformulär kan även användas för att utvärdera bäckenbottenträning och rekonstruktiv perinealkroppskirurgi för behandling av förlossningsskador.

Svagheten med denna studie är att endast åtta kvinnor har intervjuats varav endast sju analyserats. Ytterligare information kan framkomma om fler kvinnor intervjuas, vilket bör beaktas när ett validerat frågeformulär skapas. Fler urogynekologer var involverade i att rekrytera kvinnor till djupintervjuer och exakt hur många kvinnor som har tackat nej till att vara med i studien och orsaken till att de inte vill delta i studien är inte klarlagt. Det kan finnas en bias i rekrytering av kvinnor med symptom som överensstämmer med forskargruppens hypotes om vad som är förenat med perinealkroppsskada. I kvalitativ forskning finns även en risk för bias under djupintervjun i och med att dessa utfördes ostrukturerat och intervjuaren således kan ställa frågor som styrker en hypotes. Å andra sida får informanten under en ostrukturerad intervju själv styra innehållet och på så vis kan informationen öka. Ett annat möjligt metodfel är att kvinnorna intervjuas många år efter sin förlossning, vilket kan ha lett till att det finns andra faktorer som påverkar deras besvär, exempelvis en åldersrelaterad försvagning av bäckenbotten. Vi vet heller inget om deras sexuella funktion innan förlossningen.

Styrkan med en kvalitativ studie är att man får en djupare förståelse och en mer ingående beskrivning av de besvär som kvinnorna upplever. En kvalitativ studie

innebär även att man kan få en mer nyanserad bild och variation av ett fenomen. Eventuell bias minskas genom att ett kodningsprogram användes för den kvalitativa innehållsanalysen samt att forskargruppen diskuterade resultatet till konsensus uppnåts.

Konklusion

Perinealbristning grad 2 är mycket vanligt förekommande efter vaginal förlossning men det saknas idag kunskap om hur pass vanligt det är med en defektläkning av denna typ av bristning och vilka besvär dessa skador kan ge. Det saknas även kunskap hur dessa skador påverkar kvinnors livskvalité och samliv över lång tid.

Kvinnorna i denna studie beskriver ett stort lidande och påverkan på sexliv lång tid efter förlossning med defektläkt perinealbristning grad 2. Informanterna beskriver flertalet bäckenbottenrelaterade symptom som inte tidigare är vetenskapligt studerade såsom vidhetskänsla, öppenstående slidöppning och störande vaginal gasinkontinens. Det saknas även kunskap om hur dessa bristningar kan påverka symptom såsom tyngdhetskänsla och tarmtömningssvårigheter.

Resultatet från denna studie kan användas för att utforma ett validerat frågeformulär som i framtida studier kan användas för att studera samband mellan kvarstående förlossningsskada och symptom samt att utvärdera behandlingsresultat av bäckenbottenträning samt rekonstruktiv kirurgi.

Referenslista

1. Pardo JS. Colpoperineoplasty in women with a sensation of wide vagina. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85(9):1125-7
2. Ostrzenski A. An acquired sensation of wide/smooth vagina: a new classification. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011 Sep; 158(1):97-100.
3. Ostrzenski A. The first clinical classification of vaginal introital defects. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011 Dec; 159(2):449-52.
4. Fernando RJ, Sultan AH, Radley s, Jones PW, Johanson RB. Management of obstetric anal sphincter injury: a systematic review & national practice survey. *BMC Health Serv Res.* 2002 May 13;2(1):9.
5. Andrews V, Sultan AH, Thakar R, Jones PW. Risk factors for obstetric and anal sphincter injury: a prospective study. *Birth.* 2006 Jun; 33(2):117-22.
6. Gyhagen M, Milsom I. The prevalence of urinary incontinence 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *BJOG* 2013 Jan; 120(2):144-51.
7. Leijonhufvud A. "Risk of surgically managed pelvic floor dysfunction in relation to age at first delivery" *Am J Obstet Gynecol* 2012 Oct; 207(4):303.e1-7.
8. Tegerstedt G et al. Prevalence of symptomatic pelvis organ prolapsed in a Swedish population. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunction.* 2005 Nov-Dec; 16(6): 497-503.
9. Nordenstam J, Altman D, Brismar S, Zetterström J. Natural progression of anal incontinence after childbirth. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009 Sep; 20(9):1029-35.
10. Pollack J, Nordenstam J, Brismar S, Lopez A, Altman D, Zetterström J. Anal incontinence after vaginal delivery: a five year prospective study. *Obstet Gynecol.* 2004 Dec; 104(6):1397-402.
11. Luthander C, Emilsson T, Ljunggren G, Hammarström M. A Questionnaire on pelvic floor dysfunction postpartum. *Int Urogynecol J.* 2011 Jan; 22(1): 105-13.
12. Signorello LB, Harlow BL, Chokos AK, Repke JK. Postpartum sexual function and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol.* 2001 Apr; 184(5):881-8; discussion 888-90.
13. Sayasneh A, Pandeva I. Postpartum Sexual Dysfunction: A literature review of risk factors and role of mode of delivery. *BJMP* 2010;3(2):316.
14. Khajehei M, Doherty M, Tilley PJ, Sauer K. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in postpartum Australian women. *J Sex Med.* 2015 Jun; 12(6):1415-26.
15. Rydberg EL, Blom C. Validation of the Swedish version of the Female Sexual Function Index (FSFI) in women with hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Med.* 2015 Feb; 12(2):341-9.
16. Due U, Ottesen M. The Danish anal sphincter rupture questionnaire: Validity and reliability. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009;88(1):36-42.
17. Pakbaz M, Rolfsman E, Mogren I, Löfgren M. Vaginal prolaps- preceptions and healthcare-seeking behavior prior to gynecological surgery. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011 Oct; 90(10):1115-20.
18. Buurman MB, Lagro-Janssen AL. Women's perception of postpartum pelvic floor dysfunction and their help-seeking behaviour: a qualitative interview study. *Scand J Caring Sci.* 2013 Jun; 27(2):406-13.
19. Glazener CM, Adalla M, Stroud P, Naji S, Templeton A, Russell IT. Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment. *Br J Obstet Gynaecol.* 1995 Apr; 102(4):282-7.
20. Mason L, Glenn S, Walton I, Hughes C. Women's reluctance to seek help for stress incontinence during pregnancy and following childbirth. *Midwifery.* 2001 Sep; 17(3): 212-21.
21. Herron- Marx S, Williams A, Hicks C. A Q methodology study of women's experience of enduring postnatal perineal and pelvic floor morbidity". *Midwifery.* 2007 Sep;23(3):322-34.
22. Glazener CM, Herbison GP, MacArthur C, Lancashire R, McGee MA, Grant AM, Wilson PD. New postnatal urinary incontinence: obstetric and other risk factors in primiparae. *BJOG.* 2006 Feb; 113(2):208-17.
23. Foldspang A, Mommsen S, Djurhuus JC. Prevalent urinary incontinence as a correlate of pregnancy, vaginal childbirth, and obstetric techniques. *Am J Public Health.* 1999 Feb; 89(2): 209-212.
24. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Jun 16;(6).
25. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Continuous and individual interrupted sutures for repair of episiotomy or second-degree tears. *Cochrane review,* 2012; 14 nov;11:CD000947.



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

Gestational Weight Gain – Implications of an antenatal lifestyle intervention

Ann-Kristin Rönnberg, överläkare KK USÖ och forskare vid Institutionen för Medicinska Vetenskaper, Örebro Universitet, har i sin avhandling undersökt effekter av antenatal intervention som syftar till att begränsa kvinnors viktuppgång under graviditet. Avhandlingen lades fram vid Örebro Universitet den 30e september 2016.

Överflödigt viktuppgång under graviditet är vanligt förekommande i västvärlden och har, i retrospektiva studier, kopplats till en ökad risk för komplikationer under graviditet, förlossning och postpartum för både mor och barn. Framförallt har man sett en ökad risk för komplikationer relaterade till barnets födelsevikt men överflödigt viktuppgång har även associerats med en ökad risk för viktretention hos kvinnan efter förlossningen och för framtida fetma hos barnet. En effektiv och säker intervention som förhindrar eller begränsar överflödigt viktuppgång under graviditet skulle därmed teoretiskt, kunna förbättra förlossningsutfall men även potentiellt ge positiva långtidseffekter för mor och barn genom att minska risken för framtida fetmarelaterad sjuklighet.

Delarbete I:

Systematisk forskningsöversikt. Aktuell forskning inom området ”antenatal livsstilsintervention” identifierades, granskades och sammanställdes systematiskt med kvalitetsgranskning enligt GRADE-systemet. Evidensgraden i publicerade interventionsstudier bedömdes sammantaget vara ”mycket låg” och evidensbaserade riktlinjer för mödrahälsovården avseende antenatal intervention kunde inte

Ann-Kristin Rönnberg, Överläkare, KK Universitetssjukhuset i Örebro
ann-kristin.ronnberg@regionorebrolan.se

Opponent: Docent **Marie Blomberg**, Linköpings Universitet

Handledare: Professor **Kerstin Nilsson**, Örebro Universitet, Docent **Ulf Hanson**, Örebro Universitet

formuleras utifrån rådande kunskapsläge 2009 [1].

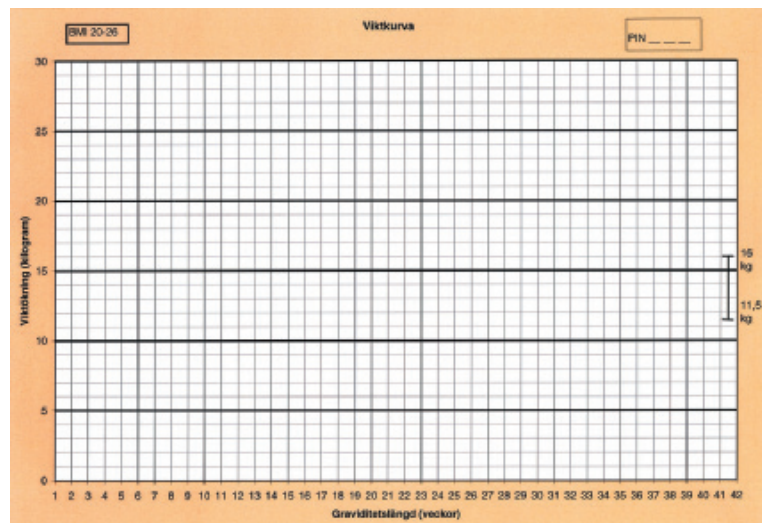
Delarbete II-IV:

Randomiserad kontrollerad interventionsstudie (VIGA-studien), inkluderande 445 friska kvinnor med BMI ≥ 19 , ålder ≥ 18 år och ≤ 16 veckors simplexgraviditet genomförd 2007 – 2010 inom mödrahälsovården i Region Örebro. Kvinnorna följdes upp under graviditet

och upp till ett år postpartum. Barnen till inkluderade kvinnor i originalstudien följdes upp inom Barnhälsovården under fem år efter födseln och VIGA-studien avslutades 2015. VIGA studien jämförde standard mödrahälsovård med en kombinerad intervention bestående av utbildning om rekommenderad viktuppgång enligt internationella rekommendationer ([2]), utdelning av personlig viktgraf (FaR) och tätare mätning av kvinnans vikt. Barnen följdes med standardiserade mätningar av vikt och längd och deras tillväxt analyserades i relation till WHOs internationella referens för tillväxt hos barn upp till fem års ålder [3].

Data från totalt 374 kvinnor analyserades i delarbete II efter fullgången graviditet (I=192 st, K=182 st). Interventionen som testades inom ramen för VIGA studien gav en signifikant lägre

Figur 1. Exempel på personlig viktgraf med målintervall för normalviktiga kvinnor.



total viktuppgång under graviditet (14,2 kg vs. 15,3 kg, $p=0,028$) (Tabell 1). Andelen (%) kvinnor som överskred sina rekommendationer för viktuppgång var lägre efter intervention men skillnaden var inte statistiskt signifikant (41 % vs. 50 %, $p=0,080$) [4]. Riktningen på effekten av intervention var likartad oberoende av kvinnans pregravida BMI status (Tabell 2).

I delarbete III studerades effekter av ovanstående intervention på kvinnornas återgång till pregravid vikt efter förlossningen. Kvinnor i interventionsgrupp hade en lägre viktretention vid korttidsuppföljning (1,81 kg vs. 3,9 kg, $p=0,016$). Ett år efter förlossningen hade interventionsgruppen fortfarande mindre viktretention men skillnaden var då inte längre statistiskt signifikant (0,3 kg vs. 1,0 kg, $p=0,414$). Överflödig viktuppgång under graviditet i förhållande till rekommendationen var en signifikant

riskfaktor för överflödig viktretention (>5 kg) ett år efter förlossningen oberoende av vilken studiegrupp kvinnan tillhört (OR 2,44; 95 % CI; 1,08–5,52, $p=0,029$) [5].

Alla 374 barn till kvinnor i VIGA-studien inkluderades i uppföljande delarbete IV om barnfetma. Medelvärde för barnens BMI z-score eller andelen barn med fetma var inte lägre hos barnen i interventionsgrupp. Andelen barn med undervikt skiljde sig inte heller signifikant mellan studiegrupperna. Överflödig viktuppgång under graviditet gav en ökad risk för barnfetma (BMI z-score >2) vid födelsen (OR=4,51; 95 % CI 1,95-10,44, $p < 0,001$) men inte vid fem års ålder. Den starkaste prediktiva riskfaktorn för barnfetma vid fem års ålder var maternell pregravid obesitas, oberoende av maternell viktuppgång under graviditet (OR 4,81; 95 % CI 1,56-14,83, $p=0,006$).

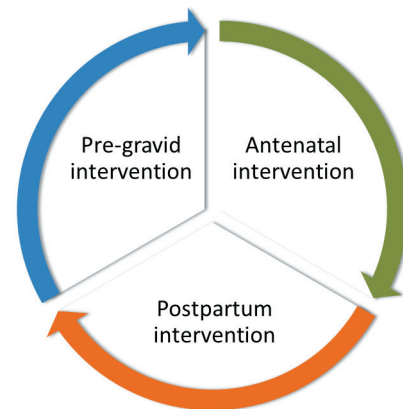
Sammanfattningsvis gav VIGA-studi-

ens intervention en minskad medelviktuppgång under graviditet och en lägre maternell viktretention på kort sikt. Den procentuella andelen kvinnor med överflödig viktuppgång minskades dock inte signifikant i relation till gällande internationella riktlinjer. Positiva långtidseffekter på maternell viktretention eller andel barnfetma hos avkomma vid fem års ålder, kunde inte heller säkert påvisas.

Alternativa metoder och betydelsen av timing (pre-konception, antenatal, postpartum) för livsstilsintervention i relation till reproduktion, bör prövas i framtida studier. Åtgärder för att minska förekomst av pregravid obesitas måste även fortsättningsvis anses vara det primära medlet för att förbättra maternell och fetalt utfall på kort och lång sikt.

Figur 2.

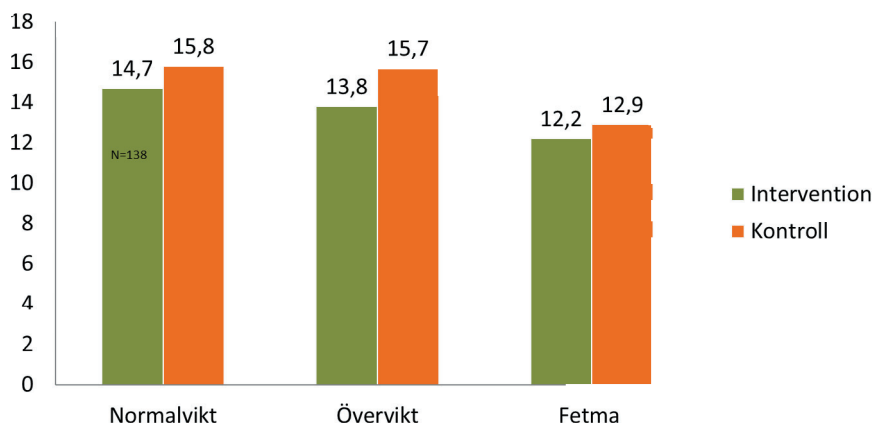
Alternativ timing för livsstilsintervention i relation till reproduktion.



Tabell 1. Andel (%) kvinnor med hög viktuppgång (> IOM rekommendation) samt medelviktuppgång (kg) i relation till studiegrupp. (GWG=gestational weight gain, IOM=Institute of Medicine)

Outcome	Intervention n=192	Control n=182	adjusted p-value	adjusted RR	95% CI
GWG >IOM n(%)	79(41.1)	91(50.0)	0.080	0.82	0.66-1.03
Mean GWG kg(SD)	14.19(4.45)	15.31(5.38)	0.028	-	0.12-2.12

Tabell 2. Medel viktuppgång (kg) i relation till pre-gravid BMI-klass och studiegrupp.



Länk till avhandlingen:

<http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:949871/FULLTEXT01.pdf>

Publikationer

I Ronnberg AK, Nilsson K. Interventions during pregnancy to reduce excessive gestational weight gain: a systematic review assessing current clinical evidence using the Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) system. *BJOG* 2010; 117:1327–1334.

II Ronnberg AK, Ostlund I, Fadl H, Gottvall T, Nilsson K. Intervention during pregnancy to reduce excessive gestational weight gain — a randomised controlled trial. *BJOG* 2014; DOI: 10.1111/1471-0528.13131.

III Ronnberg AK, Hanson U, Ostlund I, Nilsson K. Effects on postpartum weight retention after antenatal lifestyle intervention – a secondary analysis from a randomized controlled trial. *AOGS* 2016; DOI: 10.1111/aogs.12910.

IV Ronnberg AK, Hanson U, Nilsson K. Effects of an antenatal lifestyle intervention on childhood obesity – a five year follow-up of a randomised controlled trial. Submitted

Referenser

1. Ronnberg AK, Nilsson K. Interventions during pregnancy to reduce excessive gestational weight gain: a systematic review assessing current clinical evidence using the Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) system. *BJOG*. 2010;117:1327-34.
2. The National Academies Press. Weight gain during pregnancy: Reexamining the guidelines. [11 Feb]. http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=12584
3. Group WHOMGRS. WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatr. Suppl.* 2006;450:76-85.
4. Ronnberg AK, Ostlund I, Fadl H, et al. Intervention during pregnancy to reduce excessive gestational weight gain—a randomised controlled trial. *BJOG*. 2015;122:537-44.
5. Ronnberg A, Hanson U, Ostlund I, et al. Effects on postpartum weight retention after antenatal lifestyle intervention - a secondary analysis of a randomized controlled trial. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2016. ■

Hypothyreos och graviditet

Bakgrund

Till för cirka 100 år sedan var hypothyreos till följd av svår jodbrist en folksjukdom som drabbade människor över hela världen. Struma till följd av detta var vanligt förekommande också i Sverige, och även förekomst av "kretinism" beskrevs. I Sverige liksom i de flesta andra länder, har olika jodprogram, ofta genom jodering av bordssalt, medfört att svår jodbrist och svår hypothyreos med dess allvarliga konsekvenser har blivit sällsynt.

Idag rekommenderas generellt behandling av gravida med en overt hypothyreos (förhöjt TSH i kombination med sänkt fritt T4). Huruvida behandling av lindriga varianter av hypothyreos under graviditeten, till exempel av subkliniska hypothyreos (förhöjt TSH i kombination med normalt fritt T4), förbättrar graviditetsutfallet är fortfarande oklar (1).

I början av 2000-talet kom de första internationella riktlinjerna gällande upptäckt och behandling av hypothyreos under graviditeten. De flesta internationella riktlinjer förespråkar idag en riktad provtagning med TSH i tidig graviditet hos de kvinnor som har riskfaktorer för tyroideasjukdom (2-4). Endocrine Society Guidelines från 2007 rekommenderar precis som de flesta andra riktlinjer att man helst bör ta fram egna, laboratoriespecifika referensvärden för sin gravida population(5). I avsaknad av sådana bör man sätta in eller justera behandling med levotyroxin om TSH ligger > 2,5 mIU/L i första eller > 3,0 mIU/L i andra och tredje trimestern.

Syftet med avhandlingen var att undersöka hur internationella riktlinjer implementeras och hur provtagning för att upptäcka hypothyreos under graviditet fungerar i klinisk praxis, samt att kartlägga jodstatus hos gravida i Sverige.

Michaela Granfors, MD, PhD
 Huvudhandledare: Anna-Karin Wikström, MD, Professor
 Bibhandledare: Helena Åkerud, MD, Professor och Inger Sundström-Poromaa, MD, Professor
 Samtliga vid Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala Universitet, vid tidpunkten för disputationen



Delarbete I

I delstudie I fann vi ett signifikant samband mellan homozygota A/A och G/G bärare av SNP rs 4704397 i PDE8B-genen och upprepade missfall. Var god se originalartikeln.

Delstudie II, del 1: Hur implementeras internationella riktlinjer i lokala PM?

Metod

Alla mödrahälsovårdsöverläkare i Sverige tillfrågades 2011 angående befintliga PM om tyroideasjukdom och graviditet. De

svenska PM:en jämfördes sedan med de då aktuella internationella riktlinjer från "Endocrine Society" 2007 (5).

Resultat

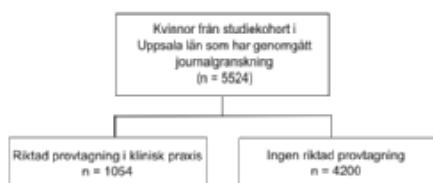
Alla förutom ett MHV-område hade lokala riktlinjer om tyroideasjukdom och graviditet. Samtliga lokala riktlinjer rekommenderade i enlighet med de internationella en riktad provtagning av kvinnor med riskfaktorer för tyroideasjukdom. Dock fann vi att de lokala riktlinjerna var sinsemellan olika och avvek i flera punkter från de internationella riktlinjerna:

- 1) det angavs genomgående färre än de tio i de internationella riktlinjerna angivna indikationerna för provtagning (tabell 1)
- 2) riktad provtagning med fler prover än enbart TSH vid det initiala provtagningstillfället rekommenderades i 83 % av de lokala riktlinjerna samt
- 3) det angavs signifikant lägre övre referensgränser för TSH för de flesta scenarier under graviditeten (tabell 2).

Tabell 1. Indikationer för riktad provtagning enligt "The Endocrine Society 2007". Antal svenska PM (av 29) som nämmer indikationen för riktad provtagning.

Indikation	Antal PM
Anamnes på tyroideasjukdom	25
Hereditet för tyroideasjukdom	25
Struma	20
Typ 1 diabetes	17
Andra autoimmuna sjukdomar	15
Symtom eller kliniska tecken	10
Tidigare missfall/prematurbörd	4
Infertilitet	1
Anamnes på strålning mot halsen	1
Tyroideaantikroppar (om känd)	0

Figur 1. Flödesschema över studieprotokollet



Tabell 2. Övre TSH cut-off värden enligt the Endocrine Society och enligt lokala PM.

Indikation	Endocrine Society	Lokala PM, medel (95 % CI)
1 trim, initiering av behandling	2,5	2,6 (2,4-2,8)
1 trim, justering av behandling	2,5	2,2 (2,1-2,4)
2 + 3 trim, initiering + justering	3,0	2,3 (2,1-2,5)

Konklusion delstudie II, del 1

De lokala riktlinjerna är olika utformade och avviker i flera punkter från de internationella riktlinjerna.

Delstudie II, del 2: Hur många kvinnor genomgår riktad provtagning i praktiken? Hur hög är andelen gravida med förhöjda TSH-nivåer?

Metod

Vidare granskade vi samtliga journaler i en populationsbaserad kohort på 5 254 gravida kvinnor från Uppsala län (figur 1). 1 054 (20,1 %) av dessa kvinnor hade genomgått en riktad provtagning under sin graviditet, dvs. man hade kontrollerat ett TSH i klinisk praxis på mödravårdscentralen, sjukhuset eller annan sjukvårdsinrättning. Övre TSH cut-off värde definierade vi i enlighet med de internationella riktlinjerna som 2,5 mIU/L i första trimestern och 3,0 mIU/L i andra och tredje trimestern.

Resultat

Av de 1 054 riktad provtagna kvinnor hade 18,5 % ett förhöjt TSH-värde vid provtagningen. De kvinnor som hade en pågående levotyroxinbehandling innan

graviditeten stack ut på ett negativt sätt. Av dessa 163 hade mer än hälften (51 %) ett förhöjt TSH-värde vid provtagningen.

Konklusion delstudie II, del 2

Andelen kvinnor med förhöjda TSH-värden vid riktad provtagning är mycket hög, speciellt bland kvinnor med en sedan innan graviditeten pågående Levotyroxin-behandling. Förbättring är önskvärd.

Delstudie III: Fungerar den riktade provtagningen i praktiken?

Metod

I delstudie III undersökte vi de 891 riktad provtagna kvinnor ur kohorten, som inte hade stått på behandling mot hypotyreoos när de blev gravida (figur 2). Dessa 891 riktad provtagna kvinnor definierade vi som "riktad provtagningsgrupp". Vi jämförde nu dessa 891 kvinnor mot 1 006 slumpvis utvalda inte riktad provtagna kvinnor ur kohorten, dvs. gravida där man inte hade kontrollerat något TSH under graviditeten.

Alla kvinnor ur kohorten hade lämnat ett blodprov för forskningssyfte kring graviditetsvecka 18, vilket vi nu använde för att kontrollera TSH-värden i den inte provtagna gruppen.

Resultat

I den riktad provtagna gruppen hade 12,6 % ett förhöjt trimesterspecifikt TSH-värde, medan motsvarande andel i den inte provtagna gruppen var 12,1 % (p=0,8, tabell 3).

Konklusion delarbete III

Riktad provtagning i klinisk praxis var otillfredsställande och inte bättre än slumpen på att identifiera kvinnor med förhöjda TSH-värden. Om pågående

Figur 2. Flödesschema över studieprotokollet



studier visar att behandling av gravida med förhöjda TSH-värden förbättrar graviditetsutfallet vore det rimligt att genomföra en allmän TSH-provtagning tidigt under graviditeten.

Tankarna vi hade inför delstudie IV

I delstudie III fann vi en mycket hög prevalens av gravida med förhöjda TSH-värden (3 % hade någon form av hypotyreos sedan innan graviditeten, plus drygt 12 % nytillkomna under graviditeten). Om dessa höga prevalenssiffror återspeglar en "sjuk" population, eller om TSH cut-off värden helt enkelt är felaktiga för vår population, är oklar.

Det primära målet med den tilltänka delstudien IV var att ta fram referensvärden för TSH i en svensk population. En förutsättning för detta är dock att den studerade populationen bör vara jodsufficient, vilket den visade sig inte vara (se studie 4).

Delarbete IV: Syftet med det sista delarbetet var att undersöka jodstatus under graviditeten i två svenska regioner

Bakgrund

Det är välkänt att svår jodbrist under graviditeten kan leda till hämmad tillväxt och en påverkad neurologisk utveckling hos barnet (6). Ett flertal observationsstudier tyder på att även mildare former av jodbrist under graviditeten skulle kunna påverka barnets motoriska och kognitiva utveckling negativt (7). Studier bland skolbarn från det senaste decenniet indikerar ett adekvat jodintag i den svenska befolkningen (8). I Sverige saknas dock studier som har utvärderat jodintag under graviditet.

Tabell 3. Tyroideadysfunktion i den riktad provtagna och den inte provtagna gruppen

	Riktad provtagen grupp (n = 891)	Inte provtagen grupp (n = 1006)	p-värdet†
Trimester-specifikt förhöjt TSH, n (%)	112 (12.6)	122 (12.1)	0.8
TSH > 10 mU/L, n (%)	2 (0.2)	2 (0.2)	1.0
Klinisk hypotyreos, n (%)	7 (1.1) a	7 (0.7)	0.5

†Fisher's exact test användes för TSH > 10 mU/L, för övrigt användes chi-square tests.

a Trimester-specifikt förhöjt TSH i kombination med fritt T4 < 9,7 pmol/L eller TSH > 10,0 mU/L oberoende av fritt T4 nivå.

Metod

Den totala studiepopulationen på 459 friska gravida bestod av regionala kohorter från Uppsala län (n=186) och Värmlands län (n=273). Alla kvinnor hade lämnat ett slumpmässigt urinprov under graviditetens tredje trimester som sedan analyserades gällande jodkoncentrationen. Enligt WHO/UNICEF/IGN bör medianen på den populationsbaserade jodkoncentrationens median i urinen under graviditeten ligga mellan 150-249 µg/L (9).

Resultat

Medianvärdet för jodkoncentrationen i urinen i den totala studiepopulationen var 98 µg/L, alltså klart under det från WHO angivna referensintervallet på 150-249 µg/L.

Konklusion delarbete IV

Våra resultat indikerar ett lågt jodintag bland gravida i Sverige, vilket skulle kunna ha en negativ inverkan på barnens framtida hälsa. Studien pekar på ett akut behov av en mer omfattande kartläggning av jodintaget under graviditeten och en handlingsplan för att förbättra jodsituationen för gravida i Sverige.

Framtida mål, diskussion

- 1) Det är viktigt att ha evidensbaserade nationella och lokala riktlinjer med god implementering. Hos kvinnor med en känd hypotyreos bör levotyroxindosen höjas så fort graviditetstestet är positivt.
- 2) Enligt våra resultat fungerar inte riktad provtagning i klinisk praxis. Att istället införa en allmän screening med TSH i tidig graviditet skulle vara en logisk slutsats. Dock finns det i nuläget inget vetenskapligt stöd för en sådan åtgärd. Resultaten från två stora

RCT väntas under de närmaste åren. Skulle i dagsläget en allmän screening med därpå följande behandling av enbart allvarliga tyroidearubbningar (såsom overt hypotyreos) vara ett alternativ (10)?

- 3) Vi fann en mycket hög prevalens av förhöjda TSH – värden under graviditet vid användandet av de trimesterspecifika referensvärden som rekommenderas i de internationella riktlinjerna. Att prevalensen av den subkliniska hypotyreosen skulle vara så hög i Sverige förefaller enligt vår åsikt osannolikt, utan troligen kan dessa referensvärden inte appliceras på vår population. Enligt samtliga internationella rekommendationer borde man helst ta fram egna, laboratorie- och trimesterspecifika TSH-värden för en gravid population.
- 4) Jodsituationen under graviditeten i Sverige bör ses över. Det pågår en nationell studie om jodsituationen hos gravida i Sverige. Redan i dagsläget är det viktigt att påminna om att fertila, gravida och ammande kvinnor bör använda uteslutande joderat bordssalt i matlagningen. Enligt uppgifter från "Salinity Group" var endast 27 % av saltet som såldes i Sverige under 2012 joderat. Största andelen av saltet (69 %) såldes till livsmedelsindustrin, varav endast 7 % var joderat. Vi anser att eventuella krav om jodering av salt i högre utsträckning bör ses över av ansvariga instanser.

Delarbeten i avhandlingen

Granfors M., Karypidis H., Hosseini F., Skjöldebrand-Sparre L., Stavreus-Evers A., Bremme K., Landgren BM., Sundström-Poromaa I., Wikström AK., Åkerud H. (2012) Phosphodiesterase 8B gene polymorphism in women with recurrent miscarriage: a retrospective case control study. BMC Med Genet, 13:121.

Granfors M., Åkerud H., Berglund A., Skogö J., Sundström-Poromaa I., Wikström AK. (2013) Thyroid testing and management of hypothyroidism during pregnancy: a population-based study. J Clin Endocrinol Metab, 98(7):2687-92.

Granfors M., Åkerud H., Skogö J., Stridsberg M., Wikström AK., Sundström-Poromaa I. (2014) Targeted thyroid testing during pregnancy in clinical practice. *Obstet Gynecol*, 124(1): 10-5.

Granfors M, Andersson M, Stinca S, Åkerud H, Skalkidou A, Poromaa IS, Wikström AK, Nyström HF. Iodine deficiency in a study population of pregnant women in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2015 Nov;94(11):1168-74.

Referenser

1. Vissenberg R, van den Boogaard E, van Wely M, van der Post JA, Fliers E, Bisschop PH, et al. Treatment of thyroid disorders before conception and in early pregnancy: a systematic review. *Hum Reprod Update*. 2012 Mar 19.
2. De Groot L, Abalovich M, Alexander EK, Amino N, Barbour L, Cobin RH, et al. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2012 Aug;97(8):2543-65.
3. Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E, Azizi F, Mestman J, Negro R, et al. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. *Thyroid*. 2011 Oct;21(10):1081-125.
4. Lazarus J, Brown RS, Daumerie C, Hubalewska-Dydejczyk A, Negro R, Vaidya B. 2014 European thyroid association guidelines for the management of subclinical hypothyroidism in pregnancy and in children. *Eur Thyroid J*. 2014 Jun;3(2):76-94.
5. Abalovich M, Amino N, Barbour LA, Cobin RH, De Groot LJ, Glinoe D, et al. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2007 Aug;92(8 Suppl):S1-47.
6. Zimmermann MB. Iodine deficiency. *Endocr Rev*. 2009 Jun;30(4):376-408.
7. Zimmermann MB. Iodine deficiency in pregnancy and the effects of maternal iodine supplementation on the offspring: a review. *Am J Clin Nutr*. 2009 Feb;89(2):668S-72S.
8. Andersson M, Berg G, Eggertsen R, Filipsson H, Gramatkovski E, Hansson M, et al. Adequate iodine nutrition in Sweden: a cross-sectional national study of urinary iodine concentration in school-age children. *Eur J Clin Nutr*. 2009 Jul;63(7):828-34.
9. Organization WH. Assessment of Iodine Deficiency Disorders and Monitoring Their Elimination. A Guide for Programme Managers, 3rd edn. World Health Organization: Geneva. 2007 (United Nations Children's Fund & International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders).
10. Laurberg P, Andersen SL, Pedersen IB, Andersen S, Carle A. Screening for overt thyroid disease in early pregnancy may be preferable to searching for small aberrations in thyroid function tests. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2013 Sep;79(3):297-304.

Bakre Fornix

Köp, sälj, eller byt, varor och tjänster – med en annons når du ca 1750 andra gynekologer. Köp och sälj vad du vill under eget ansvar.

Skicka in din annons per mail till Medlemsbladet, liselott.andersson@sfog.se

Ange namn och faktureringsadress

Pris per annons för medlemmar 75 kr

ÖVERLÅTES

Gynekologmottagning med plats för 2 läkare i lokaler godkända för Vårdval.

Västra Storstockholm i Vällingby-Vinsta.

Kontakta Dr Karin Etzler, karin.etzler@telia.com, 08-890076

SÄLJES

Orange galonklädd brits, 75 cm x 195 cm

Pappersrullehållare

Hög och sänkbar huvudände

Pris: 2 000 kr el. högstbjudande



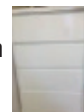
Två arkivskåp/flankskåp i vit plåt

Ett stort med 4 lådor

Höjd 1030 mm Bredd 810 mm djup 420 mm

Varje låda rymmer ca 150 mappar

Centrallås, 2 nycklar



Ett mindre med 4 lådor

Höjd 1280 mm bredd 420 mm djup 630 mm

Varje låda rymmer ca 80 mappar

Trasigt centrallås

Pris: 1 500 kr el. högstbjudande



AVAYA telefoner, 6 svarta

Köpta 2013 använda drygt ett år

Modell: 1408 (CM/BE/IE UpN)

Pris: 1 500 kr el. högstbjudande



Helena Högnäsbacka

Kvinnoläkarna AB

Legeringsgatan 2

721 30 Västerås

021 12 00 38

helena.hognasbacka@kvinnolakarna.se

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

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

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

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: Kenneth Challis
kenneth.challis@gmail.com

Hemostasrubbingar HEM-ARG

Ordförande: Anna Hagman
Norra Älvsborgs Länsjukhus NÄL
461 73 Trollhättan
Tel: 010-435 00 00
anna.c.hagman@vgregion.se
Sekreterare: Ragnhild Hjertberg
Ultragyn, Odengatan 69
113 22 Stockholm
Tel: 0708-23 10 00
ragnhild.hjertberg@ultragyn.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.mogelin@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, 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
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**

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

SFOG-Kansliet

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.

Obstetiker/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