

Medlemsbladet 1

2011

NR



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



MEDLEMSBLADET

Ansvarig utgivare: Anne Ekeryd-Andalen
Tel: 010-473 81 00

Layout: Moniqa Frisell

All korrespondens till föreningen
skall ställas till:

SFOG-Kansliet, Drottninggatan 55, 2 tr
111 21 Stockholm

Tel: 08-440 01 75. Fax: 08-22 23 30

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

Internet: www.sfog.se

Annonser: Anne Ekeryd-Andalen

E-post: anne.ekeryd-andalen@sfog.se

Platsannonser hemsidan: jeanette.swartz@sfog.se

SFOGs styrelse 2011:

Ordförande: Pia Teleman

Kvinnokliniken, Lunds Universitetssjukhus
221 85 Lund

Tel: 046-17 25 51

E-post: pia.teleman@med.lu.se

Vice ordförande: Harald Almström

BB Stockholm

182 88 Stockholm

Tel: 0708-168 46 20

E-post: harald.almstrom@bbstockholm.se

Facklig sekreterare: Eva Uustal Fornell

Kvinnokliniken, Linköpings Universitetssjukhus
581 85 Linköping

Tel: 013-222 000. Fax: 013-0148156

E-post: eva.fornell@lio.se

Skattmästare: Sven-Erik Olsson

Kvinnokliniken, Danderyds sjukhus

182 88 Stockholm

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

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

Vetenskaplig sekreterare: Matts Olovsson

Kvinnokliniken, Akademiska Sjukhuset

751 85 Uppsala

Tel: 018-5611 57 61

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

Redaktör för Medlemsbladet:

Anne Ekeryd-Andalen

KK, NU-sjukvården

461 85 Trollhättan

Tel: 010-473 81 00

E-post: anne.ekeryd-andalen@sfog.se

Utbildningssekreterare: Marie Bixo

Kvinnokliniken, Norrlands universitetssjukhus
901 85 Umeå

Tel: 090-785 21 40. Fax: 090-77 39 05

E-post: marie.bixo@obgyn.umu.se

Ledamot/Webbmaster: Lars Ladfors

Kvinnokliniken, SU/Sahlgrenska Östra

418 65 Göteborg

Tel: 031-343 57 34

E-post: lars.ladfors@vgregion.se

Ledamot: Anna Pohjanen

Kvinnosjukvården Norrbotten

Sunderby sjukhus, 971 80 Luleå

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

E-post: anna.pohjanen@nll.se

Ledamot/Yngre representant: Malin Strand

Kvinnokliniken, Sunderby sjukhus

971 80 Luleå

Tel: 0920-28 20 00

E-post: malin.strand@nll.se

Tryck: Elanders

ISSN 0284-8031

– Ordförande har ordet –



Kära medlemmar och kollegor!

Varför tackar man ja när valberedningen ringer och frågar om man vill ställa upp för val till vice ordförande, något som sedan kan leda till ordförandeskapet i SFOG? Undrar jag nu, två år senare, när jag med viss bävan men också stolthet skriver detta mitt första ordförandebrev. Efter en tidigare sejour i SFOGs styrelse kan jag säga, att första gången tackade jag ja på grund av att jag inte visste vad det innebar, andra gången för att jag visste. Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi med sina nästan 1900 medlemmar står för så mycket av det som är viktigt för vårt yrkesliv – bra utbildning, fortgående kunskapsutveckling, maximal kompetens och kvalitet för våra patienters skull, men också en bit mer traditionellt fackligt tänkande för ett hållbart arbetsliv. Att få ta del av detta arbete är oerhört stimulerande och meningsfullt. Här finns det en möjlighet att faktiskt påverka hur vi arbetar inom vår specialitet.

Om ordföranden är något av en spindel i nätet är det tur att nätet är så stort!

En bred kompetens finns i styrelsen liksom i alla våra Arbets- och Referensgrupper. Tack Ulf Högberg för din hängivna insats som ordförande under de senaste två åren! Tack också till Måns Edlund, ständig webmaster, Mårten Alkmark, OGU:s representant och Pelle Lindqvist, vetenskaplig sekreterare, för att ni delat med er av era kunskaper och tid. I år välkomnar vi Harald Almström, ny vice ordförande, Matts Olovsson, vetenskaplig sekreterare, Lars Ladfors, webmaster och Malin Strand, OGU till styrelsearbetet. På kansliet finns sedan flera år Jeanette Swartz, kansliansvarig och webbredaktör, samt Kicki Minuzzo som sköter ekonomifrågor.

Våra grundpelare står fast – AR-grupperna med nya rapporter på gång (har ni hunnit läsa alla de som kom ut 2010?). Det rika utbudet av fortbildningskurser som medlemmarna själva arrangerar i föreningens regi. Det internationella nätverket med FIGO, EBCOG och NFOG. Eftersom vi har så stort nationellt utbud av kurser förbises kanske det utbud som

I DETTA NUMMER

SFOGs riktlinjer för ST-arbete	7
SFOGs rekommendationer för sidutbildning...	9
Stöd vid preventivmedels- och abortrådgivning till unga	10
SFOG-kurser HT 2011	13
Valberedningens förslag till styrelse för OGU 2011	21
Verksamhetsberättelse för OGU	24
Kostnader för verksamhetsåret 2010	25
ST-arbete Litteraturgenomgång av adherensprofylax...	28
Ett nationellt handlingsprogram ska förbättra omhändertagandet efter sexuella övergrepp	31
Referat från Läkarstämman	35
Kvalitetsarbete i förlossningsvården	38
Gynopregistret	40

EBCOG och dess yngre organisation ENTOG arrangerar liksom NFOGs utmärkta kurser – missa inte dom! EBCOGs nästa kongress äger rum i Rom 2012, NFOGs också nästa år i Bergen.

Detta år kan ni helt koncentrera er på SFOG-veckan som även i år är 4-dagars-vecka med utrymme för ARG-möten och verksamhetsmöte på fredagen. I år åker vi till Karlstad som arrangerar tillsammans med Uppsala som står för det vetenskapliga programmet. Spana på hemsidan där programmet kommer upp inom kort! Även Läkarstämman rymmer en hel del intressanta symposier arrangerade av vår sektion. Tänk på att NFOG fund delar ut bidrag till forskningsprojekt två gånger per år. Ansökningsdatum förste mars och oktober, gå in på hemsidan.

Arbetet med våra nationella kvalitetsregister fortgår. Under det gångna året har det nu blivit möjligt att exportera data från GKR (Stockholm, Värmland, Gotland) till Gynopregistret för sammanställning tack vare ett intensivt arbete av respektive registers ansvariga med hjälp av anslag från SKL. Ett nationellt

register för obstetrik och perinatalvård PNQ-O, kommer förhoppningsvis att sjösättas. Samtidigt måste vi fortsätta att arbeta för att registerna mäter rätt saker och blir maximalt användarvänliga (också en arbetsmiljöfråga!).

SFOG är ju en sektion i Läkaresällskapet och en delförening i Läkarförbundet. Det senare står inför ett förnyelsearbete av sin organisation under ledning av sin nyvalda ordförande Marie Wedin. Möjligen kommer då frågan om specialitetsföreningarnas representation åter upp. Det finns mycket av det mer renodlat fackliga att bevaka och arbeta med. Gynekologens erbarmliga ergonomi med gynundersökningar, vaginal och laparoskopisk kirurgi nu i kombination med sittningar vid datorer tar nog kål på fler nackar än vi vet. Vem ser över doktorernas arbetsställningar? Vad gör facket?

På verksamhetsmötena diskuteras och rapporteras utbildnings- och medicinska frågor men även organisatoriska frågor som besparingar, splittring av specialiteten mellan olika divisioner och bespa-

ringar. På mötet den 3:e februari tar vi bland annat upp hur det fria vårdvalet kommer att påverka den svenska mödravården. Vi kommer också att återigen ta upp patientens rättigheter till val av kön på sin kvinnoläkare i olika situationer. Be era verksamhetschefer att rapportera efter mötet! Dagen efter vidtar vintermötet i Uppsala, se hemsidan för program.

Det här var en uppräknig av det som löper på under året men det finns naturligtvis så mycket annat som händer och som kan förbättras. I mars ska den nya styrelsen ha strategiinternat för att fastslå inriktningen för de närmaste två åren. Alla medlemmar är hjärtligt välkomna att via mail till kansliet höra av sig nu och när som helst med förslag och synpunkter på vad vår specialitetsförening ska arbeta med. Hör av er!

Vinterhälsningar från ett mycket halt Lund

Pia Teleman
pia.teleman@sfog.se

Förslag till Berndt Kjessler-pristagare 2011

Nu är det dags att utse pristagare till Berndt Kjessler-priset 2011!

Priset, som är på 10 000 kronor, instiftades 1996 i samband med att Berndt Kjessler avgick som ARGUS och kommer att delas ut på SFOG-veckan i Karlstad 29/8 – 1/9.

Priset skall tilldelas ”en person, som i Berndt Kjesslers anda gjort berömliga insatser för undervisning och utveckling inom obstetrik och gynekologi”.

Tidigare pristagare: Barbro Wijma 1997, Mats Hammar 1998, Ingemar Ingemarsson 1999, Kerstin Hagenfeldt 2000, Ian Milsom 2001, Per Olof Janson 2002, Gun Heimer 2003, Karel Marsál 2004, Nils-Otto Sjöberg 2005, Ove Axelsson 2006, Eva Rylander 2007, Staffan Bergström 2008, Kerstin Nilsson 2009 och Lars-Åke Mattsson 2010.

SFOGs styrelse vill således få in förslag på förtjänstfulla personer till detta pris. Förslaget bör innehålla väsentliga personuppgifter samt en kort motivering.

Förslagen skall skickas till
jeanette.swartz@sfog.se
före den 9/4 2011.

Pia Teleman

REDAKTÖRENS RUTA

Om sexualitetens maktspråk läser vi dagligen, sexuella övergrepp i alla dess former. Kan vi påverka situationen? På SFOGs hemsida finns ett upprop mot krigsvåldtäkterna i Kongo, där nästan 900 individer skrivit på och som stöds av specialitetsföreningarna i Norden, FIGO och andra internationella sammanslutningar. Du har väl skrivit på? www.stophewarrapes.com.

I detta nummer redovisar NCK den Nationella handlingsplanen för omhändertagande av offer vid sexuella övergrepp. NCK har regeringens uppdrag att implementera den nationellt. För er som inte haft möjlighet att bevista utbildningsdagarna så kan ni nu läsa om handlingsplanen på sid 31.

Men det finns positiva nyheter också – den 17 januari var det premiär för Sex på kartan, UR och RFSUs sexualupplysningsfilm som är tänkt att användas på högstadieskolorna. Du kan se den på www.ur.se/sexualkunskap.

Anne Ekeryd-Andalen

Följande tider gäller för medlemsbladet 2011:

Nr	Deadline	Utkommer
2	13 mars	Vecka 15
3	8 maj	Vecka 23
4	18 september	Vecka 42
5	7 november	Vecka 49

Manus skickas till:

Redaktör Anne Ekeryd-Andalen

NUsjukvården • 461 85 Trollhättan

Telefon: 010-473 81 00 • E-post: anne.ekeryd-andalen@sfog.se

Adressändring skall göras till:

SFOG-Kansliet • Drottninggatan 55 • 111 21 Stockholm

eller kansliet@sfog.se

Nya medlemmar

Jesús González Asensio, Västerås

Hanna Milerad Sahlgen, Falun

Fredrik Bornhov, Östersund

Linda Englund-Ögge, Göteborg

Johan Fistouris, Göteborg

Maria Hansson Uhlin, Jönköping

Josefin Kataoka, Göteborg

Isabel Löhr, Huddinge

Irmina Cuszynska-Kruk, Västra

Frölunda

Sanaa Saghir, Södra Sandby

Mårten Ageheim, Hudiksvall

Stefanie Sedlacek, Täby

Christina Joud, Borås

Catherine Marusik, Älvsjö

Mikaela Söderström, Saltsjö-Boo

Janna Gustavsson, Gävle

Nina Betzler, Stockholm

Anna Molinder, Göteborg

Anna Biller, Östersund

Birgitte Oxlund-MariEGAARD,

Stockholm

Rebecka Erichsen, Eksjö

Gudný Jónsdóttir, Sundbyberg

Marta Lomnytska, Upplands Väsby

Maria Severin, Delsbo

Lina Ekegren, Falun

Johanna Andersson, Karlskrona

Hej alla medlemmar!

Vi kommer mer och mer gå över till utskick via mail, synd om du missar något viktigt.

Har du bytt email-adress senaste året?

Vänligen skicka ett mail till kansliet och informera om rätt e-mailadress.

kansliet@sfog.se



Bästa kollegor!

Många av oss minns nog hur det kändes när man var på väg att få ut det där intyget om uppnådd specialistkompetens från överhögheten (SoS). Man ville ju att det skulle betyda något att vara specialist! Helst ville man behärska allt och faktum är att med den gamla tidens mängdträning (läs orimlig arbetsbörda) och, i många fall påtvingad självständighet (läs frånvaro av back-up), lärde man sig snabbt av ren självbevarelsedrift. Det är sant att man blir en bra kliniker enbart genom att exponeras för många patienter under lång tid. Då utvecklar man ”pattern recognition”, d.v.s. att snabbt känna igen tecken och symtom som leder tankarna till rätt diagnos, vilket är en viktig strategi i det kliniska arbetet.

Numera existerar knappast någon mängdträning på oselektade patienter längre och skälen är flera. Från sjukvårdshuvudmännens sida görs omorganisationer som innebär att hela patientgrupper flyttas från den egna kliniken till andra sjukhus eller primärvård, vårdtiderna kortas mer och mer, verksamheter prioriteras bort eller nätbaseras (!). Allt detta försämrar den kliniska utbildningen för våra ST-läkare, och naturligtvis även för studenterna på grundutbildningen. Men det finns också tendenser inom vår egen profession som bidrar till detta. Jag tänker då på att initiativ till fler subspecialiseringar blir vanligare. Vi har sedan tidigare Tumörkirurgi med cancervård samt Reproduktionsmedicin, och det finns även planer på en obstetrisk subspecialisering. Sannolikt kommer det fler och man kan fundera på vad detta är uttryck för. Brist på klinisk träning under ST? Behov av att muta in ett revir? Säkra tillgång på patienter till den egna verksamheten? Brist på status inom specialiteten? Projektlusta? Oavsett drivkrafterna så riskerar vi att specialistutbildningen urvattnas eftersom effekten blir att kraven under ST sänks när innehåll flyttas till subspecialiseringarna. Är ett framtids-

scenario att man direkt efter specialistutbildningen fortsätter in i en subspecialisering? Hur ska den basala gynekologin/obstetrikerna då skötas? Kommer det att bli ett A- och ett B-lag? Är vi på väg mot en splittring av vår specialitet? Eller får vi grenspecialiteter i likhet med t.ex. kirurgerna? En ny specialitetsindelning är förresten på gång, och systemet kan komma att se helt annorlunda ut. Ja, frågorna är många, svaren få, och någon kristallkula har åtminstone inte jag.

Åter till den kliniska utbildningen för ST-läkarna. I brist på mängdträning på slak lina så är det nödvändigt att utbildningen får ett mer strukturerat innehåll där man gör det bästa av det man har. Incitamentet för den nya specialistutbildningen var att höja kvaliteten på hela utbildningen och att på ett konsekvent och synligt sätt införa allmänna kompetenser som vetenskap, ledarskap och kommunikation. Bra tänkt, men nu återstår bara att genomföra detta i praktiken. Farhågan hos många är att den kliniska utbildningen blir ännu mer lidande när mycket tid går åt till handledarsamtal, kurser, vetenskapligt ST-arbete och inte minst dokumentation av alla aktiviteter. När ska man hinna träffa patienter över huvudet taget?

Den nya ST-utbildning är målstyrd, till skillnad från den gamla som var innehålls- och tidsstyrd. För schemaläggningens skull måste man fortfarande ha en viss tidsmässig planering och SoS har angett en minimitid på 5 år, men i princip är det individuellt hur mycket man behöver av varje del. En målstyrd utbildning innebär kontinuerlig utvärdering av hur målen uppfylls och det kan med fördel integreras i den kliniska handledningen. På ”Framtidens specialistläkare” i Malmö i höstas fick vi höra John Norcini från Philadelphia tala om work-place based assessment – begränsade moment som utvärderas återkommande under den kliniska tjänstgöringen. Metoden används

också med framgång i Storbritannien under det s.k. foundation year i början av specialistutbildningen. Flera goda exempel finns på andra håll i världen.

I Sverige höjs även röster för en certifiering av de kliniker som bedriver specialistutbildning (se Läkartidningen 107; 2010). IPULS övertagande av SPUR är möjligen ett steg i den riktningen. SPUR-inspektionerna har hittills betraktats mer som ett kvalitetshöjande instrument och den s.k. SPUR-effekten har ansetts som det viktigaste. Med en skarp certifiering riskerar, de facto, kliniker att förlora rätten att bedriva specialistutbildning. Ett sådant system skulle säkerligen höja kvaliteten på utbildningen men sannolikt försvåra rekryteringen till en del kliniker.

Personligen så välkomnar jag den nya målstyrda specialistutbildningen helt enkelt därför att den ger en kvalitetsgaranti och minskar risken för att ST-läkarna får en godtycklig och ofullständig utbildning. Gamla tiders ”trial and horror” får dock inte ersättas med alltför mycket ”hålla handen”. Lagom är bäst – som vi brukar säga i mellanmjölkens land! De flesta ST-läkare vill trots allt så fort som möjligt komma in i själva jobbet och bli en del i den kollegiala gemenskapen. Man måste ju också tillåtas att växa upp och bli stor någon gång! En sista reflektion kring ST-läkarnas kliniska utbildning får bli att alldeles oavsett vilket utbildningssystem de utsätts för så tycks de flesta ändå bli både kompetenta och självständiga. Det märker vi inte minst under specialistexamen som är årets höjdpunkt för oss i utbildningskommittén. Jag ser fram emot att få träffa ett gäng duktiga, nya kollegor i Linköping 18-19 maj i år. Kom ihåg att anmäla er, både ni som går enligt nya och gamla systemet, och skicka in ST-arbetet före 15 mars.

Hälsningar

Marie Bixo, utbildningssekreterare

SFOGs riktlinjer för eget arbete inom medicinsk vetenskap under specialistutbildning (ST-arbetet)

Bakgrund

Socialstyrelsens (SoS) nya föreskrifter för specialistutbildning trädde i kraft den 1 september 2008. Ett av de mål som är gemensamma för alla specialiteter är "Kompetens inom medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete". I praktiken sönderfaller detta mål i två delar, dels ett skriftligt vetenskapligt arbete och dels deltagande i ett kvalitetsarbete. Båda dessa arbeten kan göras inom samma område men metodiken är olika och arbetena redovisas separat. En kurs i forskningsmetodik är obligatorisk för det vetenskapliga arbetet. Det vetenskapliga arbetet ska enligt SoS redovisas skriftligt, medan deltagande i kvalitets- och förbättringsarbete kan intygas av handledaren. I SoS målbeskrivning för specialistutbildning beskrivs kompetensområdet medicinsk vetenskap så här: Den specialistkompetenta läkaren ska ha förmåga till ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt, kunskap om forskningsmetodik, inklusive epidemiologiska grundbegrepp, samt om metoder för evidensbaserad medicin och granskning av vetenskaplig information.

Syftet med att införa ett vetenskapligt arbete under specialistutbildningen är i första hand att den färdiga specialisten ska kunna tänka och agera evidensbaserat i klinisk verksamhet. En generell höjning av den vetenskapliga kompetensen hos alla specialister kommer på sikt att förbättra kvaliteten i sjukvården. Medicinska beslut ska så långt det är möjligt

baseras på bästa evidens i kombination med beprövad erfarenhet. I de fall det inte finns något vetenskapligt underlag är det lika viktigt att vara medveten om detta och att man då agerar utifrån vedertagen praxis. Det är också viktigt för alla läkare att kunna sälla i den flod av mer eller mindre vetenskaplig information som sköljer över oss. För dem som inte själva vill eller har möjlighet att driva egna projekt är det alltså lika viktigt att tillägna sig ett kritiskt evidensbaserat förhållningssätt till andras resultat.

Det andra syftet med att införa ett vetenskapligt arbete i specialistutbildningen är att den kliniska, medicinska forskningen måste stärkas. Preklinisk forskning expanderar, likaså värdforskning. Eftersom konkurrensen om forskningsanslag hårdnar så sker detta delvis på bekostnad av den medicinska kliniska forskningen. Faktum är att de flesta behandlingsstudier idag bedrivs av läkemedelsföretag, och endast en mindre del av dessa studier publiceras. Medicinsk klinisk forskning ska med fördel ledas av läkare och för detta krävs helt enkelt att flera läkare genomgår forskarutbildning. När klinisk forskning blir en naturlig del i det kliniska arbetet och en integrerad del i läkargärningen kommer även meritvärdet att öka igen. Ett vetenskapligt arbete under ST ger större möjligheter till en sådan positiv utveckling. Till detta kommer även det vetenskapliga arbetet som nu införs under grundutbildningen att bidra.

Förutsättningar för ST-arbetet

Handledaren ska ha vetenskaplig kompetens vid genomförande av ST-arbetet. Om man inte kan engagera en disputerad handledare på den egna kliniken bör en biträdande handledare rekryteras från annan klinik. Denna ska vara involverad i planeringen av ST-arbetet, inklusive val av metod, och färdigställande av rapporten. Den lokala handledaren ansvarar för genomförandet och bör ha avsatt tid för detta, förslagsvis motsvarande en arbetsvecka. ST-studierektorn på kliniken kan vara samordnare och samla in förslag på lämpliga projekt från potentiella handledare samt förmedla kontakter.

SFOG rekommenderar att minst 10 veckor avsätts för ST-arbetet, inklusive kurs i forskningsmetodik. Denna kurs, liksom övriga kurser som hör till de allmänna målen, anordnas av de flesta landsting/FoU-enheter och fördelen är då att de blir specialitetsövergripande. Den obligatoriska kursen i forskningsmetodik kommer inte i första hand att tillhandahållas av SFOG. Varje slutfört arbete ska genomgå en extern granskning av disputerade företrädare för professionen obstetrik och gynekologi. Det kan med fördel ske i samband med specialistexamen. Specialistens ST-arbeten bör på något sätt uppmärksammas, t.ex. under SFOG-veckan eller lokalt på hemma-kliniken. Ovanstående rekommendationer är i överensstämmelse med dem som utgivits av Läkaresällskapet och Läkarförbundets utbildningsdelegationer.

Genomförande av ST-arbetet

Det första steget är att hitta ett ämne som engagerar, samt en handledare. Om det finns möjlighet att komma in i en etablerad forskargrupp och göra ett projekt är detta att föredra. Då finns goda möjligheter att ST-arbetet leder fram till en publikation, och till och med blir starten på en doktorandutbildning. Det är dock viktigt att man aktivt får ta del av hela processen och inte bara "stå med på peket". För övrigt är det sannolikt svårt att genomföra en egen prospektiv studie. Deskriptiva studier, som tvärsnittsstudier, fall-kontrollstudier eller retrospektiva kohortstudier kan i vissa fall vara möjliga att genomföra. Om man begränsar studien till den egna patientpopulationen är det dock av yttersta vikt att man har en klar frågeställning att besvara och att resultatet kan överföras på andra populationer (generaliserbarhet). Att studera patientjournaler ur ett kvalitetsperspektiv, t.ex. för att kontrollera hur lokala PM efterlevs, kan inte anses vara vetenskap, men är lämpligt som kvalitetsarbete. Om man väljer journalstudier ska man vara klar över vilka svagheter och felkällor som finns och kunna diskutera detta när man skriver sitt ST-arbete.

Majoriteten av de ST-arbeten som genomförs kommer med nödvändighet att vara sekundära studier. Det innebär att man kritiskt granskar tidigare publicerade studier och skriver en systematisk översiktsartikel. Kvalitetskraven på en sådan studie är självklart lika höga som på ett originalarbete. Det innebär att man ska ha en tydlig frågeställning, en genomtänkt metod, och besvara sin frågeställning. Läkartidningens ABC-artiklar är bra exempel på ett sådant arbete. ST-arbetet kan även leda fram till ett evidensbaserat PM för den egna kliniken. Oavsett vad slutresultatet blir av denna typ av ST-arbete är det av yttersta vikt att den kritiska granskningen är noggrant gjord och beskriven. Metoder för evidensgranskning finns beskrivna bl.a. på SBU's hemsida och det finns även en ARG-rapport (Metodbok för evidensbaserad obstetrik och gynekologi, ARG-

rapport nr 50). ST-arbetet ska presenteras skriftligt och nedan finns förslag på en mall med kommentarer.

Flödesschema

Steg 1

Hitta ett ämne som engagerar och en eller två lämpliga handledare (varav en disputerad). Tips på ämnen kan fås från kollegor på kliniken, AR-grupper m.m. Alternativt sök upp en aktiv forskare eller forskargrupp och efterfråga ett lämpligt projekt.

Steg 2

Projektplanering i samråd med handledaren/handledarna. Formulera frågeställningen. Välj en lämplig och resursmässigt möjlig metod. Gör en bedömning om det är möjligt att besvara frågeställningen med den valda metoden. Skriv en kortfattad projektplan.

Steg 3

Planera hur ST-arbetet ska genomföras. Avsätt tid för de olika delarna och planera in handledningstillfällen. Räkna med minst två veckor för att skriva ihop arbetet. Bestäm från början om målsättningen också är t.ex. ett lokalt PM, en ABC-artikel eller en vetenskaplig publikation.

Steg 4

Kurs i forskningsmetodik bör helst genomföras innan arbetet påbörjas. Om detta inte är möjligt bör en introduktion till hur man söker i databaser ordnas. De flesta medicinska bibliotek har service för det. Alternativt får handledaren avsätta tid. Förslag på litteratur i forskningsmetodik, EBM, statistik m.m. finns i Litteraturrekommendationer för ST på hemsidan.

Steg 5

Arbetet genomförs under handledning med successivt ökande självständighet. Tidsplanen bör regelbundet följas upp.

Steg 6

Författande av rapporten (se mall nedan) i samarbete med handledare. Korrekturläsning och ev. språkgranskning rekommenderas.

Tillgodoräknande

I vissa fall kan ett tidigare genomfört arbete tillgodoräknas som ST-arbete och användas vid specialistexamen. Arbetet

bör inte vara äldre än 8 år. En peer-review-granskad publikation i en nationell eller internationell vetenskaplig tidskrift inom området gynekologi och obstetrik, eller inom ett närliggande område, kan tillgodoräknas. Detta förutsätter att man deltagit aktivt i genomförandet och författandet av artikeln. Den egna rollen ska tydligt redovisas.

Förhandsgranskning

Vid osäkerhet om ett redan genomfört arbete kan godkännas finns möjlighet till förhandsgranskning av SFOGs utbildningsnämnd.

Presentation av ST-arbetet

ST-arbetet ska i första hand presenteras i skriftlig form, på svenska eller engelska. Språket bör vara precist, inte för mångordigt, och med korrekt stavning. Förkortningar ska förklaras. Typsnitt Times New Roman, 12 punkter, enkelt radavstånd rekommenderas. Strukturen bör efterlikna den som krävs för publikation i en vetenskaplig tidskrift (se nedan). Handledarens namn, klinik/institutions-tillhörighet samt akademisk grad bör anges. Ange också om arbetet ingår, eller kommer att ingå i en avhandling, och/eller är publicerat.

Efter godkännande av den skriftliga versionen kan man välja att gå upp med arbetet i specialistexamen. Då förväntas man att i seminarieform även ge en kort muntlig presentation.

Titel

Kort, enkel och beskriva huvudfyndet. Börja med ett nyckelord. Undvik förkortningar här. Ange ditt och handledarens namn, titel och tillhörighet under titeln.

Sammanfattning/abstract

Ska vara kortfattat (ca 250 ord) och innehålla det absolut viktigaste. Strukturera gärna på samma sätt som arbetet i övrigt.

Introduktion/bakgrund

Sammanfattar tidigare forskning inom området utan att värdera dessa resultat. Använd de viktigaste referenserna. Avsluta med din frågeställning/syfte/hypotes. Lämpligt omfång är 1-2 sidor.

Metod

Beskriver materialet/patientgruppen och mätmetoden. Studien bör beskrivas så noggrant att någon annan skulle kunna upprepa den. Beskriv även den statistiska metoden. Om det gäller en litteraturoversikt ska sökmetoden (databaser och sökord) anges här. Lämpligt omfång ca 2 sidor.

Resultat

Beskriv så tydligt som möjligt och på ett objektivt sätt dina resultat. Om tabeller och/eller diagram används behöver inte resultaten upprepas i texten. Redovisa endast resultat som är relevanta för frågeställningen. Lämpligt omfång 2-3 sidor, inklusive 3-6 tabeller och/eller diagram.

Diagram/figurer

Ska kunna förstås för sig själva med hjälp av figurtexten (legend). Åskådliggörs det viktigaste? Är figuren tydlig? Är axlar, linjer, staplar märkta?

Tabeller

Ska ha en beskrivande titel. Är tabellen lätt att läsa och förstå? Finns relevanta siffror med, inklusive spridningsmått?

Diskussion

Börja med svaret på din frågeställning. Vad visade studien? Diskutera styrkor och svagheter i studien. Beskriv hur dina resultat överensstämmer med, eller motsäger tidigare studier på området. Avsluta med en konklusion. Vad har resultaten för betydelse? Hur kan det förändra t.ex. klinisk praxis? Lämpligt omfång 2-4 sidor.

Referenser

Vancouversystemet för angivande av referenser och struktur av referenslistan bör användas (hittas lätt om man Googlar på Vancouversystemet). Använd max 1-2 referenser per påstående. Begränsa det totala antalet referenser till max 30-35.

Marie Bixo,
för SFOGs utbildningsnämnd

SFOGs rekommendationer för sidoutbildning inom obstetrik och gynekologi

Bakgrund

För att kunna uppfylla alla medicinska delmål i Socialstyrelsens målbeskrivning för specialistutbildning i obstetrik och gynekologi skall ST-läkaren, beroende på det egna sjukhusets lokala förutsättningar, fullgöra sidoutbildning (randning) genom arbete på kliniker med angränsande ämnesområden. I målbeskrivningen ingår till exempel att kunna cystoskoperera och att utföra neonatal HLR. Dessa två moment kan inte självklart tillgodoses inom vår egen specialitet. Detsamma gäller för djupare kunskap om vätskebalans, postoperativ smärtlindring och parenteral nutrition. Dessutom krävs allmänkirurgisk "mängdträning" vilket inte alltid kan tillgodoses på en kvinnoklinik.

Vid sidan av den medicinska kompetensen ryms även andra värden i sidoutbildningen. Exempel på sådana är att lära känna andra specialiteter, bredda sitt kollegiala nätverk, få kännedom om varandras arbetsvillkor och att reflektera över samarbetet och ansvarsfördelningen före, under och efter operativa ingrepp.

Rekommendation

Den övergripande rekommendationen från SFOGs sida är att ST-läkaren skall erbjudas minst 12 månaders sidoutbildning. Innehållet kan styras utifrån ST-läkarens tidigare erfarenheter och den egna klinikens förutsättningar i förhållande till målbeskrivningen för ST. En tidsmässig planering måste av praktiska skäl göras i början av ST-utbildningen.

Denna görs lämpligen i samråd med handledare och ST-studierektor och skall revideras fortlöpande. För att kunna uppfylla den nya målbeskrivningen bör kirurgi och anestesi ingå. Poängteras bör att klinisk verksamhet som ingår i bas-specialiteten obstetrik och gynekologi men som av praktiska skäl genomförs på annan kvinnoklinik inte räknas som sidoutbildning.

Sammanfattningsvis skall ST-läkaren erbjudas 12 månaders sidoutbildning, som innefattar kirurgi och anestesi. I denna kan även t.ex. urologi, neonatologi och gynekologisk onkologi ingå.

SFOGs utbildningsnämnd

Stöd vid preventivmedels- och abortrådgivning till unga

Med anledning av ändringar i sexualbrottslagen (2005) och socialstyrelsens föreskrifter om abort (SOSFS 2009:15 kap 4) har frågor väckts, såväl bland hälso- och sjukvårdspersonal som bland allmänhet, angående omhändertagandet av personer under 18 år i samband med preventivmedelsrådgivning och abort.

TONARG (Arbetsgruppen för tonårsgynekologi inom Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi, SFOG) och FSUM (Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar) har därför tillsammans sammanfattat sina ståndpunkter (bifogas) i dessa frågor.

Innehållet stöds också av FARG (Arbetsgruppen för familjeplanering inom SFOG), Barnmorskeförbundet och Adolescensmedicinska Arbetsgruppen (inom Svenska Barnläkarföreningen).

Bakgrunden är att det har kommit till

vår kännedom att omhändertagandet av unga på t.ex ungdomsmottagningar förändrats sedan 2005 på ett sätt som ofta varit till nackdel för den unga. Vissa mottagningar kräver intyg från vårdnadshavare, vissa tillhandahåller inte preventivmedel för den som ännu inte fyllt 15 år och vissa anmäler regelmässigt till sociala myndigheter.

Liknande resonemang finns för kvinnor under 18 år som söker för graviditetsavbrytande.

Arbetsgruppernas ståndpunkt utgår

från de unga individernas rätt att själva få bestämma över sitt liv och sin kropp men också från vårdgivarens skyldighet att uppmärksamma om en ung person riskerar att fara illa och då vidta nödvändiga åtgärder. Vi menar att en individuell bedömning är nödvändig och vi vänder oss emot ett rutinmässigt förhållningssätt i alla situationer.

Vår förhoppning är att dokumenten ska kunna fungera som ett stöd för barnmorskor, läkare och annan personal som träffar dessa patienter i sitt arbete.

För SFOG och Arbetsgrupperna 2010-11-20

<i>Lena Marions</i>	Ordförande	TONARG	lena.marions@karolinska.se
<i>Anna Palm</i>	Sekreterare	TONARG	anna.palm@lvn.se
<i>Eva Wendt</i>	Ordförande	FSUM	eva.a.wendt@lthalland.se
<i>Rebecka Vyth</i>	Sekreterare	FSUM	rebecka.vyth@ssl.se
<i>Ulf Högberg</i>	Ordförande	SFOG	ulf.hogberg@obgyn.umu.se

Omhändertagande av ungdomar under 15 år

En person under 15 år som besöker en ungdomsmottagning ska bemötas på samma sätt som alla besökare, det vill säga, professionellt och med största respekt.

Det kan, till exempel vid förskrivning av preventivmedel eller rådgivning inför abort, vara önskvärt att vårdnadshavare eller annan vuxen (myndig) person informeras och medföljer den unga, men det måste alltid göras en individuell bedömning. I vissa fall kan den unga känna sig särskilt utsatt, och till och med lida men, om vårdnadshavare informeras.

Samma resonemang måste gälla en

eventuell anmälan till socialnämnden. Syftet med en anmälan måste vara att den unga kvinnan eller mannen ska bli hjälpt av kontakten. Bedömningen huruvida en anmälan är nödvändig eller ej, utförs bäst av ett team bestående av läkare, kurator/psykolog och barnmorska på en ungdomsmottagning (eller liknande). Dessa yrkeskategorier måste anses som särskilt kunniga i att göra mognadsbedömningar av ungdomar. Att den unga själv har sökt mottagningen är ofta ett tecken på en viss grad av mognad och insikt. Rutinmässig information till vårdnadshavare eller anmälan till socialnämnden enbart till följd av ålder är inte optimalt ur den ungas synvinkel.

Att förhindra en oönskad graviditet måste anses vara högprioriterat. En flicka som kommer för att få preventivmedel gör oftast detta för att hon redan har debuterat sexuellt. Det är då viktigt att hon känner sig välkommen på ungdomsmottagningen så att ett stödjande, ohälsöförebyggande och hälsofrämjande arbete kan inledas.

Att förskriva preventivmedel kan inte klassas som medhjälp till våldtäkt då det saknas uppsåt till brott. Våldtäkt kan också ske utan att preventivmedel används. Det som dock är av största vikt är att bedöma om den unga riskerar att fara illa och om till exempel socialtjänsten behöver informeras och agera.

Angående Socialstyrelsens föreskrifter om abort 2009:15 (M)

3 kap 3-4§ Kvinnor under 18 år.

Kvinnor under 18 år

3§ Vårdgivaren ska ansvara för att det fastställs rutiner för hur en bedömning ska göras för att avgöra huruvida information ska lämnas till vårdnadshavarna när kvinnan som begär abort är under 18 år.

4§ Vårdgivaren ska ansvara för att det fastställs rutiner för hur en bedömning ska göras för att avgöra huruvida en anmälan ska göras till socialnämnden eller motsvarande när kvinnan som begär abort är under 18 år.

Arbetsgruppernas synpunkter:

En kvinna under 18 år som begär abort ska bemötas på samma sätt som alla kvinnor, det vill säga professionellt och med

största respekt. Hennes beslut och vilja ska respekteras.

Alla abortsökande kvinnor erbjuds kontakt med person med beteendevetenskaplig utbildning (oftast kurator). För kvinnor under 18 år bör det ingå i omhändertagandet att kurator också träffar den abortsökande, detta för att bedöma om den unga kvinnan kan antas fara illa av något skäl.

Den omyndiga kvinnan bör uppmuntras och motiveras till att informera vårdnadshavare, eller annan vuxen (myndig person, och att denna medföljer till abortmottagningen. Det måste dock alltid av vårdgivaren göras en individuell bedömning av den enskilda unga kvinnans situation. I vissa fall kan det medföra svårigheter och till och med vara till men för den unga kvinnan om vårdnadshavare informeras.

Samma resonemang måste gälla en eventuell anmälan till socialnämnden. Syftet med en anmälan måste vara att den unga kvinnan ska bli hjälpt av kontakten. Bedömningen huruvida en anmälan är nödvändig eller ej, görs bäst av ett team bestående av läkare, kurator och barnmorska på en abortmottagning (eller liknande). Dessa yrkeskategorier måste anses som särskilt kunniga i att göra mönadsbedömningar av ungdomar.

Den ungas integritet är viktig att värna samtidigt som föräldrabalken visar på föräldrarnas skyldighet att skydda sina barn. Rutinmässig information till vårdnadshavare eller anmälan till socialnämnden är inte optimalt ur den ungas synvinkel, utan bör tillämpas om omständigheterna är sådana att den unga bedöms vara i behov att särskilt stöd.

Arbetsgruppen för Tonårsgynekologi TONARG (SFOG)
Föreningen Sveriges Ungdomsmottagningar FSUM
Arbetsgruppen för familjeplanering FARG (SFOG)
Svenska Barnmorskeförbundet
Adolescensmedicinska Arbetsgruppen (Svenska Barnläkarföreningen)

Privatgynekolog?

Är Du verksam som privatgynekolog och ännu inte medlem i Sveriges Privatgynekologer? Då är det dags att göra en intresseanmälan! Det gör Du enklast genom att gå in på hemsidan via SFOG, intressegrupper och "medlemmar".

Vi är en intressegrupp för privatgynekologer. Utöver att övervaka och tillvarata våra specifika områden, arrangeras varje år utbildningsdagar. Ämnena som avhandlas bestäms efter önskemål från medlemmarna. Eminent föreläsare inom respektive område inbjuds, vilket reflekteras i en mycket hög vetenskaplig nivå. Som huvudansvarig för utbildningssektionen har vi professor Lars-Åke Mattsson.

Årets utbildningsresa går till Ligurien, Italien och kommer att äga rum den 28 september till 2 oktober.

Hjärtligt välkommen som medlem!

Styrelsen

Gunnar Möllerström, Catharina Lyckeberg, Carl-Johan Granqvist

SFOG-kurser HT 2011

Bästa kollegor!

Nu är det hög tid att fundera över vilken SFOG-kurs du önskar gå till hösten.

Anmälningstiden går ut den 21 mars och observera att anmälan endast kan göras via SFOGs hemsida, www.sfog.se. Under rubriken "Utbildning" i vänsterkanten väljer du "SFOG-kurser" så kommer listan på kurser upp. Välj maximalt tre kurser och ange vilken kurs som du vill gå i första, andra, respektive tredje hand. Ange också om du har tillåtelse att gå mer än en kurs och om du sökt samma kurs tidigare.

Drygt en månad efter anmälningstidens utgång får du meddelande från kursarrangören om du fått kursplats. Skulle du ha ångrat dig, eller av någon anledning inte kan gå den kurs du sökt, har du två veckor på dig att tacka nej efter att du fått meddelandet om kursplats. I de fall återbud lämnas senare debiteras hela kursavgiften. I de fall kursen blir översökt antas reserver direkt av kursarrangören som också svarar på frågor om reservlistan.

Med förhoppning om en lyckad fortbildningstermin!

Marie Bixo

Utbildningssekreterare

1. Reproduktionsendokrinologi och infertilitet

Kursledare: Jan Holte, Uppsala och Lars Nilsson, Göteborg

Kurstid: 5-7 september (må-on v 36) 2011

Kursort: Internat på Krusenbergs Herrgård mellan Uppsala och Stockholm

Avsedd för: 40 specialister och ST läkare i mån av plats.

Program: Föreläsningar och gemensamma genomgångar av fallbeskrivningar. Pubertetsutveckling. Utredning, rådgivning och behandling av infertilitet. Spermaprovsvärdering. Missfallsutredning. Anovulation. PCOS. Ägglossningsstimulering. Överstimuleringsyndrom. Bedömning av reproduktiv potential. Maternella och fetala risker vid IVF. Ägg- och spermiedonation. **Mål:** Efter genomgången kurs ska deltagarna kunna hantera infertilitetsutredning inkl bedömning av ovarialreserv och se lämpliga terapeutiska alternativ, sköta enkla ägglossningsstimuleringar, utreda anovulation, diagnosticera PCOS och hantera behandlingsalternativ. Dessutom ska de kunna diagnosticera och hantera överstimuleringsyndrom samt ge rådgivning inför IVF, spermie- och äggdonation och ha förståelse för associerade risker och etiska frågeställningar.

Kursavgift: 6 750 SEK inkl moms. Kostnad för kost & logi på herrgården tillkommer, c:a 6 000 SEK inkl moms.

Kontaktperson: Jan Holte, jan.holte@linne.se, tel 018/550044, fax 018/558011.

2. FARG-kurs i antikonception

Kursledning: Jan Brynhildsen, Kristina Gemzell-Danielsson

Kurstid: 19-20 september (må - ti v 38) 2011

Kursort: Hasseludden, Stockholm, internat, helpension

Avsedd för: 30-35 specialister, ST läkare och barnmorskor. Barnmorskor som kommer tillsammans med gynekolog ges företräde efter kontakt med kursledningen.

Program: Genomgång av viktiga och aktuella frågeställningar inom hela området antikonception. Föreläsningar och interaktiva diskussioner med fallbeskrivningar

Mål: Efter genomgången kurs ska deltagarna kunna:

- Jämföra och förklara verkningsmekanismen av olika preventivmetoder och bedöma biverkningar och komplikationer
- Analysera interkurrent sjukdom eller ärftlighet av betydelse vid preventivmedelsrådgivning
- Värdera och samråda om antikonceptionsmetod utifrån den enskilda kvinnans/ parets önskemål och specifika förutsättningar

CME-poäng: 16

Kursavgift: 4 500 SEK

Kontaktpersoner: jan.brynhildsen@lio.se,
Kristina.Gemzell@ki.se

3. Hjärna-hjärta-kön – Psykosocial obstetrik och gynekologi

Kursledning: Lotti Helström och Elsa-Lena Ryding, Stockholm, Katri Nieminen, Linköping

Kurstid: 19-21 september. (må-on v 38) 2011

Kursort: Internat på ort i Mellansverige

Avsedd för: 25 färdiga och blivande specialister inom obstetrik och gynekologi.

Program: Smärtproblematik och kris samtal (ex IUFD, missbildningar, cancer, barnlöshet, tragiska förlossningar) PTSD, förlossningsrädsla och våldtäkt. Normal och patologisk sorg. Psykisk ohälsa under graviditet. Verktyg för effektivare patientmöten. Föreläsningar varvas med grupparbeten under handledning av erfarna kollegor. OBS! programmet följer kraven avseende psykosomatik i nya ST-utbildningen.

Mål: Att kunna (bättre) bedöma och initialt handlägga obstetriskt/gynekologiska kriser, förlossningsrädsla, psykisk sjukdom under graviditet och våldtäkt. Att optimera patientläkarmötet och förebygga missförstånd.

ST-mål: 12

Kursavgift: 5 100 SEK + internatkostnad

Kontaktperson: katri.nieminen@lio.se

4. Hemostasrubbningar inom obstetrik och gynekologi

Kursledning: Kursen genomförs i Hem-ARGs regi med Margareta Hellgren, SU/Östra Göteborg, Ulla Kjellberg, SU/Östra Göteborg, Eva Östlund Danderyds sjukhus

Kurstid: 21-23 september (on-fr v 38)

Kursort: Marstrand, internat. Övernattning sker i lägenhet om 2 sovrum, köksdel och badrum. Om enkelrum önskas måste det anges i ansökan då inkvartering sker på annat ställe.

Avsedd för: 25 specialister i obstetrik och gynekologi. ST-läkare i mån av plats.

Program: Kursen, som omfattar tre hela dagar, kommer att omfatta grundläggande koagulationslära, medfödd och förvärvad trombofili, inklusive APLA, diagnostik och behandling av tromboemboliska komplikationer, trombosprofylax, blödningsrubbningar, tromboembolism, p-piller och HRT, samt förvärvade koagulationsrubbningar vid obstetriska komplikationer. Stor del kommer att ägnas åt falldiskussioner.

Mål: Efter genomgången kurs ska deltagarna ha förbättrad kunskap beträffande trombos och blödningskomplikationer inom obstetrik och gynekologi.

Kursavgift: 5 000 SEK samt kostnad för kost och logi 5 500 SEK

Kontaktperson: margareta.hellgren@vgregion.se

Tel: 031-3434389, 0706-255579. Fax 031-258374

5. Endometrios – fördjupningskurs

Kursledning: Endometrios-ARG

Kurstid: 28-30 september (on-fr v 39) 2011

Kursort: Odalgården (www.odalgarden.se/) utanför Uppsala. Internat med två övernattningsnätter.

Avsedd för: 25 specialister i obstetrik och gynekologi.

Program: Genomgång av olika typer av lesioner och deras patogenes. Endometrios och genetik samt epidemiologi. Kliniska manifestationer. Diagnostik inkluderande anamnes, status, ultraljud samt MRT. Smärtfysiologi. Medicinsk och kirurgisk behandling. Copingstrategier. Komplementärmedicinsk behandling. Kost, motion och sjukgymnastik. Tonårsendometrios. Adenomyos. Differentialdiagnostik. Falldiskussioner med egna fall. Hur organisera omhändertagandet av kvinnor med endometrios.

Mål: Efter genomgången kurs förväntas deltagarna kunna handlägga majoriteten av de kvinnor som har endometrios. De förväntas även kunna bedöma vilka fall som är lämpliga att remittera till endometriosspecialist för konsultation eller fortsatt handläggning.

Avgift: Kursavgift 7 500 SEK (med moms). Logi, helpension på Odalgården 5 750 SEK (med moms).

Kontaktpersoner: Matts.Olovsson@kbh.uu.se (Kursansvarig)

Margita.Gustafsson@lthalland.se (Endometrios-ARGs ordförande)

6. Fostermedicin

Kursledning: Karin Eurenus, Peter Lindgren och Ove Axelsson, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Kurstid: 10-14 oktober (må-fr v 41) 2011

Kursort: Akademiska sjukhuset, Uppsala

Avsedd för: 30 specialister i obstetrik och gynekologi. I mån av plats även ST-läkare i obstetrik och gynekologi, barnmorskor med erfarenhet av fostermedicinsk verksamhet, specialister i neonatologi, barnkirurgi eller klinisk genetik.

Program: Kursen ges i form av föreläsningar och gruppundervisningar inkluderande fallbeskrivningar och diskussioner. Följande ämnen berörs: sjukdomar och missbildningar hos foster, intrauterin fosterdöd, isoimmuniseringar, fosfolipidantikroppssyndrom, tyreoidesjukdomar, fetal och neonatal kirurgi, störd fostertillväxt, överburenhet, flerbördsgraviditeter och etiska aspekter på fostermedicinsk verksamhet.

Mål: Efter genomgången kurs skall deltagarna: ha god kunskap om möjligheter och begränsningar i dagens fosterdiagnostiska och fosterterapeutiska verksamheter, ha vetskap om hur maternella sjukdomar, såsom exempelvis tyreoiderubbningar och fosfolipidantikroppssyndrom, kan påverka graviditet och foster samt veta hur dessa tillstånd utreds och behandlas, känna till orsaker till intrauterin fosterdöd och störd fostertillväxt samt veta hur dessa tillstånd handläggs, vara medveten om de etiska frågeställningar som ryms inom fostermedicinen.

CME-poäng: 36

Kursavgift: 10 000 SEK exkl moms, 12 500 SEK inkl moms

Kontaktperson: Susanne.Loberg@kbh.uu.se

7. Grundkurs i obstetriskt ultraljud

Kursledning: Rose-Marie Holst, Hans Bokström, Lars-Åke Mattsson

Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Kurstid: 10-14 oktober (må-fr v 41) 2011

Kursort: Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, Göteborg

Avsedd för: 16 ST-läkare, specialister och barnmorskor som arbetar med rutinultraljud.

Program: Kursen är grundkurs för läkare och barnmorskor som arbetar eller ska arbeta med obstetrisk ultraljudsdiagnostik. Kursen innehåller både teoretiska och praktiska moment. Kursen belyser ultraljudsfysik, teknik, säkerhet, biologiska effekter av ultraljud och apparatkännedom. Kursen ger kunskaper om undersökningsteknik och normal fosteranatomi. Ultraljudets plats i graviditetsövervakning kommer att belysas i form av fetometri, biofysisk profil och flödesmätning med dopplertechnik. Orientering kring invasiva ingrepp som amniocentes, chorionvillibiopsi och chordocentes samt handläggning av vanliga fostermissbildningar. Etiska aspekter på ultraljudsdiagnostik kommer att belysas. Typiska patologiska fynd kommer att demonstreras med video- teknik och diskussion av fynden görs i anslutning till dessa demonstrationer.

Mål: Efter genomgången kurs ska deltagarna självständigt kunna utföra och handlägga obstetrisk rutinultraljudsundersökning omfattande datering av graviditet, fastställande av antal foster samt granskning av fosteranatomin. De ska ha basal teoretisk kunskap i fostermedicin inklusive vanligt förekommande fosteravvikelser.

Examination: Kursen avslutas med ett teoretiskt prov. Praktisk och teoretisk examination sker ca 6 månader efter kursen med tanke på möjlighet till praktisk träning på hemort innan examination. Examinationsbevis att utföra ultraljudsundersökning under graviditet utfärdas därefter.

Kursavgift: 12 500 SEK inkl moms

Kontaktperson: Annika Bolinder, tfn 031-343 80 03,

annika.bolinder@vgregion.se

8. Vidareutbildning i laparoskopisk kirurgi med träning på sövd gris

Kursledning: Jan-Henrik Stjern Dahl och Mathias Pålsson.

Kursarrangör: Scandinavian Centre of Gynecological Endoscopy (SCGE), Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Kurstid: 17 –20 oktober (må-to v 42) 2011

Kursort: Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Enheten för Gynekologi, Göteborg.

Avsedd för: 15 läkare inom gynekologisk specialitet vilka önskar vidareutveckla sin teknik och kompetens i riktning mot vad som krävs för att självständigt kunna utföra avancerad laparoskopisk kirurgi.

Program: Laparoskopisk operationsträning i träningsbox, simulator i virtuell miljö och på sövd gris. Träningsmomenten innefattar dissektionsteknik med olika typer av kirurgiska instrument, suturteknik för enstaka och fortlöpande suturering i olika

typer av vävnad samt metoder för att undvika och åtgärda kirurgiska komplikationer såsom stora blödningar, kärlskador, uretärskador, urinblåse- och tarmskador. Träningsmomenten är speciellt anpassade för att simulera tekniken vid hysterektomi, adnexkirurgi inklusive cystextirpationer, X-operationer, endometriiskirurgi, prolapskirurgi och appendektomi. Träningen innefattar att lära sig använda olika typer av kirurgiska instrument såsom morcellator, ultraljudskniv, staples och diatermiinstrument på optimalt sätt. Utbildningen kompletteras med videodemonstrationer av gynekologiska operationer samt med föreläsningar som hålls av experter inom respektive kursmoment. **Mål:** Deltagarna ska efter genomgången kurs vara förtrogna med laparoskopiska metoder i syfte att undvika och åtgärda kirurgiska komplikationer samt känna till egenskaperna hos de laparoskopiska instrumenten och kunna använda dessa på ett optimalt sätt.

CME poäng: 32

Kursavgift: 11 100 SEK ink moms och adm avgift (8 900 SEK exkl. moms)

Information, kontaktpersoner: www.scge.org

jan-henrik@stjerdahl.se, mathias.palsson@vgregion.se

9. Högriskobstetrik

Kursledning: Karin Pettersson, Gunilla Ajne, Eva Nord

Kurstid: 17-20 oktober (må-to v 42) 2011

Kursort: Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, Stockholm

Avsedd för: 30 specialister i obstetrik och gynekologi. ST-läkare i slutet av sin utbildning i mån av plats.

Program: Bakgrund, diagnostik och handläggning av komplicerade obstetriska tillstånd hos mor och foster. Fetala tillstånd såsom komplicerad flerbörd, immunisering och intrauterina infektioner ingår, liksom betydande interkurrent sjukdom hos modern såsom hjärtsjukdom, koagulationsrubbningar, reumatisk sjukdom, njur- och leversjukdom, metabol sjukdom, neurologisk sjukdom, svår psykisk sjukdom och maternella infektioner. Dessa sjukdomars eventuella påverkan på fertiliteten diskuteras och etiska aspekter belyses. Allvarligare graviditetsorsakade tillstånd, t ex preeklampsi, HELLP, AFLP och hepatos är ett av delområdena. Falldiskussioner för varje område. Betydelsen av prekonceptionell rådgivning kommer att diskuteras.

Mål: Efter genomgången kurs förväntas deltagarna kunna identifiera och handlägga kvinnor och foster med möjlig risk för komplikation inom de områden som ingår i kursprogrammet.

Kursavgift: 7 000 SEK

Kontaktperson: Karin Pettersson,

karin.pettersson@karolinska.se,

Gunilla Ajne samt kurssekreterare Eva Westholm

10. Cervixdysplasier från A till Ö

Kursledning: Docent Miriam Mints, docent Sonia Andersson, Kvinnokliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Solna

Kurstid: 19-21 oktober (on-fr v 42).

Kursort: Kvinnokliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Solna.

Avsedd för: 30 specialistkompetenta gynekologer och gynekologer under specialistutbildning

Program: CIN ur cytologisk och patologisk synpunkt. Principer för utredning, behandling och uppföljning av cervixdysplasi. Adenocarcinom i cervix. Kolposkopi som diagnostisk metod. Falldiskussion med bedömning av kolposkopibilder. Konisering med LETZ-elektrod: principer och praktiska övningar.

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

Examination: Kontinuerligt genom falldiskussioner och i samband med praktiska övningar.

Kursavgift: 8 500 SEK

Kontaktperson: miriam.mints@karolinska.se

11. Hysteroskopi

Kursledning: Jörgen Nathorst-Böös, Arne Rådestad

Kurstid: 24-26 oktober (må-on v 43) 2011

Kursort: Sabbatsberg Närsjukhuset, Olivecronas väg 1, Stockholm

Avsedd för: 6 specialister/blivande specialister i obstetrik och gynekologi.

Program: Introduktionskurs till operativ hysteroskopi.

Dag 1: Teoridel där bl.a. indikationer, teknik och komplikationer behandlas. *Dag 2-3:* Individuellt anpassad praktisk träning i grupper om tre. Varje deltagare utför 3-4 hysteroskopier under handledning. Fyra instrumentfirmor deltar vilket möjliggör för deltagarna att få prova olika former av utrustning. Tonvikt har lagts på att erhålla praktiska kunskaper varför deltagarantalet är begränsat till 6 personer. Undervisningen kan därigenom utformas individuellt m h t deltagarnas förkunskaper.

Mål: Efter genomgången kurs ska deltagarna ha basala färdigheter i operativ och diagnostisk hysteroskopi samt kunskap rörande indikationer och komplikationer.

Kursavgift: 9 000 SEK exkl moms

Kontaktpersoner: jorgen.nathorst-boos@aleris.se, arne.radestad@aleris.se

Tel 08-690 63 00 eller 046-17 25 20, Fax 08-690 59 59

12. Reproduktionsmedicin

Kursledning: Kjell Wänggren, Pietro Gambadauro, Akademiska sjukhuset, Uppsala.

Kurstid: 26-28 oktober (on-fr v 43) 2011

Kursort: Reproduktionscentrum, Akademiska sjukhuset, Uppsala.

Avsedd för: 30 färdiga och, i mån av plats, blivande specialister i obstetrik och gynekologi med intresse för reproduktionsmedicin.

Program: Föreläsningar om reproduktionsendokrinologi, reproduktionsendokrinologiska tillstånd som amenorré, hyperprolaktinemi, PCOS, hirsutism, tyreoidarubbningar, prematur menopaus. Uterusmissbildningar, Turners syndrom. Endometriosis. Manlig infertilitet. Utredning och behandling av ofrivillig barnlöshet inklusive ovulationsstimulering, assisterad befruktning med insemination, IVF/ICSI, ägg och spermiedonation. Fertilitetsbevarande åtgärder. Fertilitetskirurgi. Program för subspecialisering inom reproduktionsmedicin. Demonstration av vaginalt ultraljud med avseende på reproduktionsmedicinska tillämpningar. IVF-laboratoriet, med OPU, IVF, ICSI, ET och frysförvaring. Etikseminarium.

Mål: Efter genomgången kurs kommer deltagaren att kunna handlägga vanliga reproduktionsendokrinologiska tillstånd samt ha kunskap om utredning och behandling av infertilitet.

ST-mål: 7.

Examination: Skriftlig examen i slutet av kursen och genom interaktiva övningar/diskussioner under kursen.

Kursavgift: 6 500 SEK inkl moms.

Kontaktperson: kjell.wanggren@akademiska.se

13. FARG-kurs i antikonception steg II

Kursledning: Jan Brynhildsen, Linköping, Kristina Gemzell-Danielsson, Solna

Kurstid: 14-15 november (må-ti v 46) 2011

Kursort: Hasseludden, Stockholm, internat

Avsedd för: 15 (max) specialister med särskilt intresse av antikonception och abortfrågor.

Program: Fördjupning i epidemiologi och mekanismer med fokus på komplicerande tillstånd. Föreläsningar. Stor vikt kommer att läggas vid interaktiva falldiskussioner där kursdeltagarna förväntas förbereda diskussionsunderlag.

Mål: Efter genomgången kurs förväntas deltagarna ha

- Fördjupade kunskaper om preventivmedels verkningsmekanismer och ökad förståelse för olika sidoeffekter.
- Ökad kunskap om handläggning av komplicerade fall med fokus på interkurrent sjukdom.

CME-poäng: 16

Kursavgift: 6 000 SEK (internat, helpension)

Kontaktpersoner: jan.brynhildsen@lio.se,

kristina.gemzell@ki.se. Tel: 013-222000, fax 013-148156

14. Förlossningsrelaterade bäckenbottenskador

Kursledning: Gunilla Tegerstedt, Gunilla Ajne

Kurstid: 14-16 november (må-on v 46) 2011

Kursort: Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge

Avsedd för: 20 specialister i obstetrik och gynekologi, ST-läkare i mån av plats.

Program: Kursen omfattar föreläsningar och diskussioner om tidiga skador som sfinkterrupturer och perinealskador samt sena följder som prolaps och urininkontinens. I seminarieform belyses och diskuteras perinealskydd med och utan sugklocka. Praktisk träning av suturering av sfinkterskada på gris. Livesessioner med perinealt ultraljud följt av perinealkroppsrekonstruktion, liveoperationer prolaps samt inspelade filmer med akuta sfinkerskador.

Mål: Efter genomgången kurs ska deltagarna vara förtrogna med riskfaktorer för förlossningsbristningar och hur dessa ska handläggas samt de konsekvenser som förlossningsbristningar kan leda till. De ska ha kunskap om diagnostik och handläggning av urin- och analinkontinens, framfall och sexuell dysfunktion. Vidare ska de ha kunskap om kirurgisk behandling av bäckenbottenskador såsom rekonstruktion av perinealkroppen, TVT och prolapsplastik. De ska kunna handlägga akuta sfinkterskador och ha praktisk kunskap om perinealskydd.

ST-mål: Delmål 1 och 9.

Examination: Kontinuerligt vid diskussioner under seminarier och i samband med praktiska övningar.

CME-poäng: 24

Kursavgift: 8 500 SEK

Kontaktpersoner: Kurssekretare eva.westholm@karolinska.se

15. Körkortskurs i laparoskopisk kirurgi för gynekologer

Kursledning: Lena Otterlind och Mathias Pålsson.

Kursarrangör: Scandinavian Center of Gynecological Endoscopy, SCGE.

Kurstid: 14 – 16 november (må-on v 46) 2011

Kursort: Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Enheten för Gynekologi, Göteborg.

Avsedd för: I första hand gynekologer i början av sin specialistutbildning men även andra i behov av laparoskopiska grundfärdigheter, max 8 kursdeltagare.

Program: Under senare år har möjligheterna att vinna kirurgisk färdighet på simulerad väg ökat och det finns även tydligt visat att det är en bra och patientsäker metod att på kortare tid än vid traditionell klinisk träning skaffa sig en bra kirurgisk grundkunskap. Laparoskopik medför stora risker för patienten om felaktig operationsteknik används. Den blivande operatören bör därför skaffa sig en teoretisk kunskapsnivå, samt en validerad färdighetsnivå avseende instrumenthantering innan ingrepp på patient tillåts. "Körkortet" är baserat på vad vana laparoskopiska kirurger har presterat i specificerade övningar. För att ge deltagarna möjlighet att nå upp till denna nivå används främst övningar i laparoskopisk simulator.

Följande kursmoment ingår:

Träning i laparoskopisimulator. Videosessioner. Liveoperationer visande laparoskopisk teknik vid gynekologiska typingrepp. Träning i laparoskopibox. Strukturerad genomgång av laparoskopistapel, felsökningsövningar.

Mål: Efter genomgången kurs förväntas deltagarna kunna redogöra för hur en laparoskopistapel fungerar, olika sätt att anlägga pneumoperitoneum, hur vanliga komplikationer kan uppstå, upptäckas och åtgärdas samt hur några utvalda laparoskopiska gynekologiska typoperationer kan utföras. Deltagarna ges möjlighet att erhålla "Körkort i laparoskopik".

ST-mål: Delmål 5 i SFOGs målbeskrivning.

Examination: Certifieringsprov i laparoskopisimulator.

Kursavgift: 7 975 SEK inkl moms och adm avg (6 400 SEK exkl moms)

Information: www.scge.org

Kontaktpersoner: lena.otterlind@vgregion.se,

mathias.palsson@vgregion.se

16. Fosterövervakning

Kursledning: Maria Jonsson, Anna-Karin Wikström

Kurstid: 21-23 november (må-on v 47) 2011

Kursort: Akademiska sjukhuset, Uppsala.

Avsedd för: 13 läkare och 13 barnmorskor.

Program: Hypoxiutveckling och fostrets försvarsmekanismer mot hypoxi. Samband hypoxi och hjärnskador. Riskfaktorer för utvecklande av metabol acidosis. Antenatal övervakning med CTG, system 8000, doppler och ultraljud. Förlossningsövervakning med CTG, STAN och pH/laktat-provtagning. Övervakning av fostret vid riskgraviditeter som t ex tillväxthämning, diabetes och blodtryckssjukdom. Falldiskussioner i grupp. Deltagarna förväntas ha med egna fall.

Mål: Efter genomgången kurs ska deltagarna kunna beskriva fostrets fysiologi vid normal och patologisk graviditet och förlossning samt kunna tillämpa fosterövervakning.

Examination: Web-baserad CTG-certifiering i slutet av kursen.

Kursavgift: 5 500 SEK

Kontaktperson: agneta.lange@akademiska.se

tel: 018-6119640

17. "Fast-track"-teknik inom operativ gynekologi

Kursledning: Docent Miriam Mints, docent Sonia Andersson, Kvinnokliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Solna

Kurstid: 23-25 november (on-fr v 47) 2011

Kursort: Kvinnokliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Solna

Avsedd för: 12 specialistkompetenta gynekologer och gynekologer under specialistutbildning

Program: Kursen är uppdelad i följande avsnitt: cervixdysplasier och office hysteroskopi. Varje avsnitt innehåller både teoretiska och praktiska delar.

Teoretiskt program: CIN ur cytologisk och patologisk synpunkt. Principer för utredning och behandling av dysplasi. Kontroll efter behandlingen. Abnorma uterina blödningar: utredning och behandling. Genomgång av hysteroskopisk teknik och användningsprinciper för poliklinisk hysteroskopi. Indikationer och kontraindikationer för hysteroskopi. Per- och postoperativa komplikationer. Tillämpning av hysteroskopisk teknik i klinisk praxis med speciell inriktning på utredning av precarcinosa intrakavitära förändringar.

"Hands-on"-delen: varje deltagare planeras att under handledning utföra konisering med LETZ elektrod eller hysteroskopiskt ingrepp. Träning av hysteroskopiska ingrepp på modeller.

Mål: Efter genomgången kurs ska deltagarna kunna förstå hur och när minimal-invasiva metoder kan tillämpas inom poliklinik. Dessutom vill vi erbjuda verktyg för att förbättra tekniken vid sådana minimal-invasiva metoder som konisering och

hysteroskopi för att kunna utföra behandlingarna polikliniskt.

Examination: Kontinuerligt under kursen genom fall diskussioner och i samband med praktiska övningar.

Kursavgift: 8 500 SEK

Kontaktperson: miriam.mints@karolinska.se

18. Gynekologisk kirurgisk teknik för ST läkare

Kursledning: Mats Brännström, Janusz Marcickiewicz, Liza Johannesson och Pernilla Dahm-Kähler, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Kurstid: 5-7 december (må-on v 49) 2011

Kursort: Kvinnokliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Avsedd för: 35 ST-läkare i början av sin utbildning

Program: Genomgång av operationsinstrument, suturer, knytteknik och diatermiutrustning. Föreläsningar, operationsfilmer och live-operationer (storbildsöverföring) av abdominell hysterektomi, vaginal hysterektomi, laparoskopisk salpingo-oophorektomi, laparoskopisk cystenukleation, främre och bakre plastik samt mindre kirurgi såsom marsupialisation av Bartholincysta.

Mål: Efter genomgången kurs ska deltagarna ha kunskap om kirurgiska instrument och dess hantering samt teoretisk kunskap om de olika gynekologiska typingreppen.

ST-mål: Delmål 5 i SFOGs målbeskrivning

Kursavgift: 6 800 SEK

Kontaktperson: liza.johannesson@vgregion.se

Behöver du/ni ett stipendium?



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

Stiftelsens syfte är att utdela stipendier till stöd för utbildning och utveckling inom obstetrik och gynekologi. De områden som prioriteras är följande.

- Färdigställande av och/eller presentation av ARG-rapporter
- Gemensamma möten med 2-3 AR-grupper
- Inbjudan av experter/föreläsare vid arbete med ARG-rapporter/liknande
- Utbildningskonferenser eller andra möten för ST-läkare

Information finns under "Länkar" på SFOGs hemsida eller direkt på www.stiftelsen.org.

Sök senast 2011 - 03 - 31

Tack till följande sponsorer för verksamhetsåret 2010-2011

Astellas • Bayer Schering Pharma • Erol • MSD • Novo-Nordisk

KALLELSE

**Medlemmarna i
Obstetriker och Gynekologer under Utbildning (OGU)
kallas härmed till årsmöte**

Tid: Tisdag den 12 april 2011, kl 11.00

Plats: Läkarsällskapet, Klara Östra Kyrkogata 10, Stockholm

Föredragningslista – Årsmöte

Mötet öppnas

Val av ordförande, sekreterare och två justeringsmän för årsmötet

Anmälan av övriga ärenden

Styrelsens verksamhetsberättelse

Kassörens ekonomiska redogörelse

Fråga om ansvarsfrihet för styrelsen

Val av styrelseledamöter

Val av valberedning

Information från utbildningsnämnden

Information från de internationellt ansvariga

ST-dagarna 2012

Övriga ärenden

Tid och plats för nästa årsmöte

Mötet avslutas

Vid årsmötet är gott om tid avsatt för diskussion. Alla medlemmar är välkomna att delta. Om ni vill att styrelsen skall förbereda ett övrigt ärende, vänligen kontakta ordföranden i förväg.

Valberedningens förslag till styrelse för OGU 2011

Ordförande och SFOG-representant	Malin Strand	Fortsatt mandat
Vice Ordförande och Utbildningsansvarig	Malin Sundler	Fortsatt mandat
Sekreterare	Emilia Rotstein	Fortsatt mandat
Webmaster	Peter Anfelter	Fortsatt mandat
Representant SFOG-veckan	Hugo Hessel	Fortsatt mandat
Forsknings- och Utbildningsansvarig	Verena Sengpiel	Nyval
Internationell representant	Karin Hallstedt	Nyval
Internationell representant	Elisabeth Vock	Nyval
Övrig ledamot alt kassör	Olof Alexandersson	Nyval
Övrig ledamot alt kassör	Ej fastsällt vid pressläggning	Nyval

Ansvarsområden kan komma att ändras under året om oväntade avgångar sker, omfördelning av poster sker i så fall i första hand inom styrelsen.

Valberedning	Mårten Alkmark	Nyval	Sammanställande
Valberedning	Ylva Carlsson	Nyval	
Valberedning	Anna Bäckström	Nyval	
Valberedning	Linda Iorizzo	Nyval	

Verena Sengpiel



Jag har blivit tillfrågad om jag skulle vilja engagera mig i OGU-styrelsen framöver – och det vill jag jättegärna! Så här kommer lite om mig själv: Det märks inte när jag skriver, men jag har en fin drottningbrytning eftersom jag är uppvuxen i Tyskland. Grundutbildning har jag gått i Tyskland och Frankrike, därefter gjorde jag mitt "PJ" (praktiska året) i

Tyskland. Åren 2004-2006 gick jag svenska AT i Eksjö – med en månads placering på kvinnokliniken och sedan 2007 är jag ST-läkare på kvinnokliniken i Göteborg. Min tyska disputation har blivit godkänd av Svenska Högskoleverket och i år har jag fått en ALF-"forskar"-ST.

Jag har varit intresserad av utbildningsfrågor så länge jag minnas. Jag var med i elevrådet samt studentrådet och har jobbat i

tyska sektionen av IFMSA (International Federation of Medical Students Associations). På kvinnokliniken i Göteborg har jag i flera år deltagit i kandidat-undervisningen, varit med och organiserat vår lokala ST-undervisning, byggt upp ST-läkarnas hemsida och arbetat med att förankra den nya ST-målbeskrivningen i verksamheten.

Att det "har dröjt så länge" med engagemang inom OGU beror på att vi har "testat" varje kvinnoklinik där jag har jobbat ifrån patientsidan, så nu har vi fyra underbara, vilda, inspirerande och utmanande barn. Efter 8 år, 4 månader och 12 dagar är blöjorna äntligen borta och alla kan äta och sova själva! Bortsett från barnen är intresset för utbildningsfrågor en av de saker som jag delar med min man: Han är distriktsläkare och studierektor allmänmedicin i Göteborg.

Sammanfattningsvis är det utbildningen på kvinnokliniker-na från kandidat-nivå till nybliven specialist samt även integration av kliniskt arbete och forskning som jag vill engagera mig i. Utöver utbildningsfrågor kommer arbetet med OGU-dagarna 2012 i Göteborg bli en del av mina uppgifter under första året – tillsammans med ST-gänget i Göteborg förstås!

Karin Hallstedt



Jag heter Karin Hallstedt och är 34 år, gift med Martin och mamma till Astrid och Gösta. Familjen har bara för några veckor sedan bytt hemort och vi börjar så smått anpassa oss till vardagslivet i vår nya stad Lund. För mig är sta-

den inte ny, för det är här jag föddes och växte upp, men för Martin, född i Luleå är det lite mer att vänja sig vid. Jag lämnade Lund våren 1998. Flytten gick till Stockholm för att läsa medicin på KI. Dessförinnan hade jag hunnit med ett volontärutbyte i Thailand, lite kemistudier och ett år Freds- och konfliktkunskap i Lund. Möjligheterna till utlandsstudier var stora på KI vilket gladdde mig och jag hann med kurser och projekt i Kina, Tanzania och Indien. Gynkursen var den roligaste på läkarlinjen och efter avslutad utbildning jobbade jag ett år på KK på Danderyds Sjukhus. AT gjorde jag i Halmstad. Jag ville hemåt till ett lagom stort sjukhus. Där föddes barnen och där påbörjade jag min ST. Jag har nu hunnit ungefär halvvägs och börjar på Kvinnokliniken i Lund om några dagar. Sedan ett år tillbaka är jag en av två representanter för Sverige i NFYOG, och nu har jag blivit tillfrågad om att vara med i styrelsen i OGU och det vill jag gärna! Inom OGU vill jag helst arbeta med internationellt arbete och samarbete och verka för att förbättra möjligheterna att förlägga del av ST utomlands, men jag är även intresserad av utbildningsfrågor i stort.

Olof Alexandersson



Mitt namn är Olof Alexandersson och jag är 30 år gammal. Snart har jag gjort mitt andra år som ST inom Obstetrik och Gynekologi vid Östersunds Sjukhus. Turligt nog har jag tillbringat senaste halvåret i Göteborg och har inte tappat tilltron till kranvatten än. Vintertid tillbringar jag helst i våra fantastiska jämtländska fjäll, på tur upp, i tält eller snabbt utför

någon bergssida. Gärna med vänner eller min flickvän Ellika. Sommartid spelar jag beachvolleyboll eller snickrar i sommarstugan. Jag växte upp i Härnösand och flyttade sedan till Umeå för att läsa medicin. Anledningen till att det blev just medicin var mycket av en slump, ett väl genomfört högskoleprov samtidigt som någon sa att jag ser ut som en doktor... Men jag har trivts väldigt bra, och ännu bättre sedan jag fick börja inrikta mig på gyn-/obstetrik. Specialiteten erbjuder en ständig variation och man vet aldrig vad som väntar när dagen börjar. Kontakten med patienten är ofta väldigt intim, både bildligt och konkret, vilket bjuder på stora utmaningar och riklig belöning. Jag ser SFOG och OGU som ett föredöme bland organisationer med dess goda ambition och genomförda arbete och ser fram emot att vara en del av det arbetet.

Elisabeth Vock

Mitt namn är Elisabeth Vock och jag går första året på min ST-utbildning inom gynekologi/obstetrik i Karlskrona.

Jag är född och uppvuxen i en tvåspråkig familj. Min far kommer från Österrike och min mor är från Sverige. Min studentexamen gjorde jag på Tyska skolan i Stockholm.

Utbildning. Med bakgrund av mitt internationella intresse och min tvåspråkighet valde jag att gå min medicinutbildning i Heidelberg, som är Tysklands mest anrika medicinska universitet. Inom ramen för Erasmus-programmet läste jag ett år i Frankrike, där jag bland annat gjorde kursen i gynekologi.

Under min studietid var jag aktiv i organisationen EMSA (European Medical Student Association). Där hjälpte jag utländska studenter att finna sig tillrätta på mitt hemuniversitet i Heidelberg.

Utöver Frankrike har jag också praktiserat inom olika specialiteter i England, Tyskland och Österrike. Därmed har jag fått erfarenhet av andra europeiska länders sjukvårdssystem.

I slutet av mina läkarstudier gjorde jag min praktik (motvarande svensk AT), i det fransk-engelsk språkiga Montreal i Kanada. Där arbetade jag inom internmedicin och kirurgi på McGill's University och Université de Montréal. Jag avsluta-

de min tyska AT med tre månaders tjänstöring på kvinnokliniken vid universitetssjukhuset i Heidelberg.

Forskning. Vid sidan av studierna forskade jag kring bröstcancer. I min forskning utvärderade jag betydelsen och incidensen av tumörreaktiva T- memorycells i benmärgen i det kliniska förloppet hos primära bröstcancer-patienter.

Intressen. Mina intressen är resor, språk och dans. Just nu läser jag spanska inför min dansresa till Kuba.

Mitt bidrag till OGU. Med min mångkulturella bakgrund och flera års vistelse utomlands kan jag förhoppningsvis bidra till att vidareutveckla det pågående internationella arbetet inom OGU. Min mångkulturella kompetens kan ge nya idéer och nya infallsvinklar.

Jag tror att vi kan vara mer öppna för andra länders vårdfilosofi och kunnande. Det ligger i tiden att svenska kliniker sätter värde på gränsöverskridande arbete. Vi är många examinerade läkare som återvänder till Sverige och många utländska kollegor som har mycket erfarenhet med sig i bagaget. Detta kan bidra till en utveckling av svensk gynekologi och obstetrik.

Som styrelsemedlem och internationellt ansvarig hoppas jag även bidra med en ST-läkares perspektiv med syfte att vidareutveckla vår specialitet.

Verksamhetsberättelse för OGU

– obstetrik och gynekologer under utbildning, 2010

Organisation och stadgar

Obstetrik och Gynekologer under utbildning (OGU) är en intressegrupp inom Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG). Medlemskap i OGU förutsätter medlemskap i SFOG. OGU vänder sig till blivande specialister och nyblivna specialister med upp till två års erfarenhet. SFOGs stadgar gäller i alla tillämpliga delar även OGU:s verksamhet.

Medlemsavgift betalas inte separat till OGU, men medlemsavgift betalas till SFOG. OGU:s ekonomi är integrerad med SFOGs ekonomi. OGU eftersträvar lokal förankring, som skapas via lokala grupperns möten.

Styrelsen 2010

Styrelsen har under 2009 bestått av:

Malin Strand, Ordförande,

Malin Sundler, Vice ordförande,

Emilia Rotstein, sekreterare

Mårten Strömberg, representant i

SFOGs styrelse,

Linda Iorizzo, Kassör

Ylva Carlsson, Forskningsansvarig/

Representant i SFOGs utbildnings-

nämnd

David Stenson, Utbildningsansvarig/

Representant i SFOGs utbildnings-

nämnd

Anna Bäckström, Internationella frågor

Peter Anfelter, Webansvarig

Hugo Hessel, Övrig ledamot

Styrelsemöten

Under 2010 hade styrelsen möte i Stockholm 12 feb, Lund 21 april, Stockholm 17 sep samt Göteborg 2 dec. Styrelsen har haft ett telefonmöte 9 juni.

Allmänt

Under första delen av året arbetade styrelsen med Emilia Rotstein i spetsen, med analys av svaren på OGU-enkäten, vilken delades ut i början av 2010. För första gången var den webbaserad vilket gjorde analysarbetet efteråt enklare. Enkäten hade förutom flera återkommande frågor, även en uppföljning från 2008 års enkät med mer detaljerade frågor kring arbetsmiljö, framför allt negativ särbehandling. Sammanfattningsvis konstaterades att både manliga och kvinnliga ST-läkare kände sig diskriminerade, men av olika orsaker. Männerna utsätts för stereotyp tänkande och kvinnorna känner sig inte inkluderade i teamet på samma sätt som sina manliga kollegor, se Emilias artikel i nummer 3 av Medlemsbladet. Även frågor kring ST-läkarnas forskningsmöjligheter var i fokus, vilket även detta redovisades i en artikel i Medlemsbladet.

Samarbetet med SFOG fortgår i positiv anda och efter OGU-dagarna i april 2010, som tog plats i Lund (se ytterligare information nedan) så hade vi efter vårt styrelsemöte också ett gemensamt möte med SFOGs styrelse. Där avhandlade vi frågor som specialistexamen, kommande föreningssymposium på SFOG veckan, samt kursverksamheten för ST läkare i SFOGs regi. Särbehandlingens togs upp till diskussion och OGU och SFOG samarbetet utmynnade i år i ett välbesökt och engagerande föreningssymposium där Mårten Strömberg tillsammans med Pia Teleman var moderatorer. Titeln var "Jämställt specialistval" och auditoriet deltog ivrigt i den följande diskussionen kring negativ särbehandling pga kön. Även resultatet från årets OGU-enkät

togs upp i detta sammanhang. Arbetet kring SFOG veckan resulterade dessutom i ett symposium och tre workshops vilka avlöpte väl i Visby, se nedan.

Fortlöpande under året har vår nya webmaster Peter Anfelter uppdaterat hemsidan, senaste nytt hittar du alltså på www.ogu.se. Under året har Mårten Strömberg representerat OGU på ABC-kursen i Göteborg samt på de två verksamhetsmötena som SFOG anordnat under året. På verksamhetsmötet i Visby presenterades enkäten av Emilia Rotstein. Vidare har vi varit synliga i Medlemsbladet (men även Dagens Medicin) med vår debatt om jämställdhet och diskriminering, samt med debattartiklar om forskning och implementering av den nya målbeskrivningen.

Representation i SFOGs styrelse

OGU har en representant i SFOG-styrelsen. Representanten väljs in efter valberedningens förslag vid SFOGs årsmöte. Mandatperioden är på två år och Mårten Strömberg har under 2010 fortsatt föra fram OGU:s åsikter om framför allt utbildning, men även gällande annat som har betydelse för ST-läkarens situation i arbetslivet. För detaljer om detta arbete hänvisas till SFOGs årsberättelse.

Utbildningsfrågor och utbildningsnämnden

OGU har under året haft två representanter i SFOGs utbildningsnämnd. Under 2010 fortsatte David Stenson och Ylva Carlsson sitt arbete i utbildningsnämnden med slutförandet av check-listorna med de 12 medicinska delmålen i målbeskrivningen för ST. Mycket arbete lades ner på genomförandet av nya

specialistexamen som tog plats i Umeå 19-20 maj. För första gången sammanhängande med först en skriftlig tentamen som dagen därpå följdes av praktiskt OSCE-prov och slutligen redovisning av ST-arbetet, samtliga med OGU-representant på plats. I Medlemsbladet nr 2 redovisas två examensarbeten och under SFOG-veckan anordnades ett symposium där nyblivna specialister fick redovisa sitt specialistarbete.

Under året diskuterades också riktlinjer för randutbildningar samt riktlinjer för det vetenskapliga arbetet enligt den nya ST-förordningen, de senaste versionerna finns att läsa på OGU:s hemsida. Genom att OGU är representerat i utbildningsnämnden har vi stort inflytande över vilka frågor som ska drivas och stor möjlighet att ta upp problem som kommer fram från våra medlemmar.

OGU-dagarna

Trots att flygtrafiken var lamslagen av isländsk vulkanaska tog sig närmare hundra ST-läkare till OGU:s ST-dagar på Grand Hotel i Lund. Där fick vi lyssna på en odyssey över robotkirurgi av Jan Persson, matnyttiga råd om infertilitetsutredning och habituell abort av Britt Friberg varefter Ann-Kristin Örnö pratade om sfinkterskador och vikten av att identifiera och åtgärda perinealmembranet. Pia Teleman gav en mycket uppskattad föreläsning om inkontinens, Andreas

Herbst hjälpte oss med ctg tolkning och Elisabeth Epstein lärde ut ultraljudsteknik vid tidig graviditet. Emilia Rotstein redovisade OGU-enkäten och OGU:s representanter i utbildningsnämnden Ylva Carlsson och David Stenson ledde tillsammans med Barbro Edén en diskussion om det vetenskapliga ST-arbetet. Under OGU-dagarna gick även OGU:s årsmöte av stapeln. Förutom ett intressant vetenskapligt program så bjöds det på mat och dans på Flädie Mat & Vingård under måndagskvällen.

SFOG-veckan

2010 års SFOG-vecka arrangerades i Visby och OGU-representant i den vetenskapliga kommittén var Emilia Rotstein. Under veckan var OGU värdar för OGU-kvällen, tre workshops och ett symposium. Veckan startade med en workshop om det svåra samtalet med Lotti Helström som moderator. Under tisdagen höll Lil Valentin en uppskattad "Cyst-quiz" där vi lärde oss att tolka ultraljudsbilder på cystor av alla de sorter. På kvällen inbjöds alla OGU-medlemmar på tipsrunda längs den vackra Gotländska kusten och kyligt dopp för de få som vågade, anordnat av de gotländska ST-läkarna. OGU-kvällen avslutades sedan med fantastiskt god mat i en mysig gotlandslada på "Leva", som vi säkert får se mer av framöver. På onsdagen diskuterades skillnaden om man jobbar privat med

Gunnar Möllerström, Ilona Barnad och Sara Sundén-Cullberg, som alla under olika anställningsformer arbetar utanför landstinget regi. På torsdagen avslutades veckan med ett symposium om cervixcancerprevention där Kristina Elfgrén var moderator.

Internationellt arbete

Styrelsens internationella representant, Anna Bäckström, har under året bidragit till stor del i arrangerandet av NFYOGs "pre-congress seminar". Seminariet hölls i Köpenhamn i anslutning till NFOG-kongressen och temat var "Transplantation of female genital organs". Som styrelsens internationella representant deltog Anna också vid ENTOGs årsmöte, samt symposiet "What is the future of Obstetrics and Gynaecology in Europe?", som tog plats under EBCOG-kongressen i Antwerpen. Anna har också deltagit i NFYOGs styrelsemöten under året och under dessa möten påbörjat planeringen av det seminarium som NFYOG kommer att hålla i Stockholm hösten 2011. Håll utkik efter mer information om detta i Medlemsbladet, där information om det internationella arbetet har publicerats löpande under året.

För styrelsen
Malin Strand
Ordförande OGU

Kostnader för verksamhetsåret 2010

OGU:s utgifter täcks av SFOG och för budgetåret 2010 avsattes 120 000 kr för OGU:s räkning.

OGU:s styrelsemöten och kostnader för resor i samband med andra möten som ligger inom styrelsemedlemmarnas uppdrag har uppgått till 89 483 kr.

Övriga kostnader är presenter (t ex OGU-priset, gåvor vid föreläsningar och sociala evenemang etc.) och avslutningsmiddag för förra styrelsen som gick på 14 115 kr.

2009 startade vi vår nya hemsida med hjälp av Sajt konsulterna som 2010 har fått ett arvode på 27 222 kr för forsträtt arbete med hemsidan.

Därmed uppgår de totala kostnaderna för OGU under 2010 till 129 955 kr. Underskottet om 9 955 kr hanteras genom vinst från OGU-dagarna och genom SFOG:s försorg.

OGU:s ST-dagar i Lund 2010 som redovisas som ett separat konto gjorde i skrivandes läge en liten vinst på 9 350 kr

men denna förväntas stiga något ytterligare då vi inväntar ytterligare inbetalningar från sponsorer. Överskottet reglerar OGU-kontot samt överförs till nästa års OGU ST-dagar i Stockholm 2011 som ekonomisk buffert.

Linda Iorizzo
OGU kassör

Skriftlig och muntlig specialistexamen 2011 i Linköping

Skriftligt prov är **onsdagen den 18 maj, kl 10-15**, med efterföljande muntlig tentamen och presentation av ST-arbeten **torsdagen den 19 maj, kl 9-17**.

För den/de som önskar finns möjlighet att få skrivningen mailad den 18/5 kl 10.30 för att kunna organisera ett diagnostiskt test för ST-läkarna på hemmakliniken, meddela chefssekreterare Ingela Olsson, Ingela.E.Olsson@lio.se , i förväg.

Anmälan och ST-arbete skickas **senast den 15 mars 2011** till Jan Brynhildsen (jan.brynhildsen@lio.se)

Välkommen till nordiskt ST-läkarseminarium om ultraljudsscreening och fosterdiagnostik!



Vårtannat år arrangerar NFYOG (Nordic Federation of Young Obstetricians and Gynaecologists) ett två dagar långt seminarium för nordiska ST-läkare. I år är Sverige värdland.

Seminariet har titeln "What is the point of first trimester screening? - Differences in the Nordic countries and ethical aspects" och kommer att hållas **fredag till lördag 23-24 september i Stockholm**. Lokal meddelas senare.

Ni kommer att få höra välrenommerade föreläsare från de olika nordiska länderna tala om ultraljudsscreening under första trimestern och fosterdiagnostik. Vi kommer att diskutera riktlinjerna i de olika länderna och varför dessa skiljer sig åt, evidensläget, lagstiftning, etik och mycket annat spännande. På fredagskvällen bjuds alla deltagare på middag av våra sponsorer.

Kostnaden för seminariet är 50 Euro. Boende ordnar var och en själv, vi kommer att presentera några förslag tillsammans med detaljerat program, tider, lokal och anmälningsuppgifter i kommande Medlemsblad samt på OGU:s hemsida. Tag chansen att lära dig mer om ultraljudsscreening och fosterdiagnostik samtidigt som du får träffa kollegor från grannländerna och kan diskutera hur det är att göra ST på andra håll i Norden.

Skriv upp datumen i din kalender och håll utkik efter mer information i Medlemsbladet och på www.ogu.se!

Anna Bäckström

internationell representant i OGU:s styrelse
anna.v.backstrom@gmail.com

Litteraturgenomgång av adherensprofylax inom gynekologisk kirurgi

Adhärenser efter bukkirurgi är ett känt problem. Adhärenser i buken kan många gånger vara symptomlösa, men också orsaka stort lidande i form av smärtor, infertilitet och ileus (ffa tunntarmsileus). De kan också skapa problem vid eventuellt ny kirurgi med ökad risk för tarmperforation och förlängd operationstid. Det finns idag på marknaden ett antal medel tänkta att förebygga och minska adherenser efter bukkirurgi.

Som del i min specialistutbildning enligt det gamla systemet har jag gjort en litteraturgenomgång med fokus på adherenser efter gynekologisk kirurgi.

Hur stort är problemet?

Man uppskattar att 60-90% av alla som opereras med ett större gynekologiskt ingrepp får adherenser [1-6]. En allmän känsla är att risken är mindre vid laparoskopisk kirurgi, men detta har hittills inte kunnat visas entydigt i studier [1,3,5]. Den enda behandling som finns mot etablerade adherenser är kirurgisk adhesionslösning, där ca 85% återfår sina adherenser, och de novo-adhärenser bildas i ca 12% [1,2,4-9].

Det är känt att adherenser kan ge smärta, men det är oklart i vilken grad. Operativ adhesionslösning mot smärta har mkt hög placebo-effekt i studier. Risken för tarmperforation vid laparoskopisk adhesionslösning är 10-25% [6,8,10]. Även vid relaparotomi är risken för adhesionsrelaterad tarmperforation ökad och i studie var operationstiden ökad med 24 minuter vid relaparotomi pga postoperativa adherenser [2,6,8,11].

Sekundär infertilitet orsakas till 20-40% av adherenser, och det finns studier som visar förbättrat graviditetsutfall

Sara Sandström
KK, Södersjukhuset
sara.sandstrom@sodersjukhuset.se

efter adhesionslösning [5,6,8,11].

Tunntarms-ileus är den allvarligaste följderna av adherenser. Kolorektal kirurgi har den största risken för detta, men även gynekologisk kirurgi är en vanlig orsak där total abdominell hysterektomi är mest förekommande som icke-malign orsak [6,10].

Även intrauterina adherenser är ett problem. De kan uppstå efter skada på endometriet, och ca 90% är relaterade till dilatation och curettage post partum eller vid abort [1]. Även hysteroskopiska ingrepp, främst myomresektion, kan orsaka intrauterina adherenser. Om endometrit har betydelse är oklart [1].

SCAR-studien (Surgical and Clinical Adhesion Research Study) är den största epidemiologiska studie om postoperativa adherenser som gjorts [2]. Man följde under en 10-års period alla patienter som opererats i bukhålan inkl gynsfären i Skottland 1986, och studerade antalet återinläggningar. Detta gjordes via operations- och diagnoskoder från vårdtillfällena. Återinläggningarna delades upp i tre grupper: direkt relaterade till adherenser (operativ adhesionslösning på t ex tarm och kvinnliga genitalia, eller konservativ behandling där adherenser fanns med som diagnoskod); möjligen relaterade till adherenser (relevant kirurgi utan kod för adhesionslösning, buksmärta, illamående, kräkningar etc); och öppen eller laparoskopisk kirurgi som möjligen kunde kompliceras av befintliga adheren-

ser. Alla som opererats inom 5 år före indexoperationen och således hade risk för redan befintliga adherenser analyserades separat (12539 personer). 1986 användes laparaskopi huvudsakligen diagnostiskt och man valde därför att analysera skopierna separat (12051 stycken). Öppen kirurgi (totalt 29700 patienter) delades in i tre grupper: tarm och bukvägg (8717); övre GI, njurar, urinblåsa och bräck (12584); och kvinnliga genitalia (8489). Man fann att gruppen med tidigare kirurgi hade återinläggning hos 60% jämfört med 36% hos de som opererades för 1:a gången. Av de som opererats öppet hade 35% minst en, i genomsnitt två, inläggningar under 10-årsperioden, och detta var ungefär lika mellan grupperna. Av alla som blev återinlagda hade 54% ett vårdtillfälle, 41% 2-5 och 5% 6 el fler sjukhusvistelser. 808 återinläggningar gällde kirurgi direkt relaterad till adherenser, t.ex tunntarmsileus. Adhärenser förekom även på annan plats än den ursprungliga kirurgin, främst gällde detta tarm och kvinnliga genitalia, mindre frekvent övre GI. Flest återinläggningar förekom under första året postoperativt med 22%, men under de efterföljande åren var frekvensen konstant och avtog inte med åren. Totalt sågs per 100 ursprungliga operationer 72 återbesök under 10-årsperioden.

Vad är adherenser?

Adhärenser uppkommer efter skada på peritoneum, som kan vara mekanisk så väl som orsakas av värme, hypoxi eller främmande kroppsreaktion (suturmateriell, talk mm). Detta initierar en läkningsprocess med bl.a. ökad kärlpermeabilitet, migration av MAST-celler och exudat av

aktiva ämnen. Slutprodukten är fibrin som bildar en klibbig beläggning över det skadade området. Fibrinet kan klibba fast i omgivande vävnad. Normalt bryts fibrin ner av plasmin (fibrinolys). Om inte, invaderas fibrinbryggorna av inväxande fibroblaster som bildar kollagen. När detta skett är adherensen ett faktum. Vid trauma stiger nivåerna av PAI-1 som är den effektivaste hämmaren av plasmin, vilket alltså ger kraftigt minskad fibrinolys. Normalt läker peritoneum helt inom 3-7 dagar efter skada [7,8,10,12].

Vad kan vi göra?

Det finns två sätt att minska mängden adherenser: minimera skadorna på peritoneum och minska möjligheterna för det klibbiga fibrinet att fästa mot annan vävnad. Tidigare forskning har försökt komma åt själva bildningen och nedbrytningen av fibrin samt minska inflammatoriska svaret med bla cortison, fibrinolys (trombolys), antikoagulation (Heparin, som katalyserar antitrombin 3, som inaktiverar trombin, som i sin tur spjälkar fibrinogen till fibrin). Alla dessa påverkar även sårsläkning och kan ha allvarliga systemiska effekter i övrigt, och rekommenderas fn inte [1].

Genom att tillämpa mikrokirurgisk teknik kan man försöka minimera skadorna på peritoneum. Detta inkluderar försiktigt handhavande av vävnad, gärna under förstoring (dvs laparaskopi), noggrann hemostas, låg effekt vid diatermi, fokus på planerad kirurgi och vid sekundär patologi jämföra risk och nytta vid ev ingrepp. Peritoneum är känsligt för uttorkning, varför torra dukar och "disaper" ska undvikas, liksom operationstiden ska minimeras. Vid laparaskopi ska man eftersträva minimal duration och tryck av pneumoperitoneum. Teoretiskt bör laparaskopi vara bättre än öppen kirurgi med detta i åtanke, men detta har inte visats övertygande i studier. Graden av vävnadsskada bestämmer risken för adherensbildning, inte operationssätt. God kirurgisk teknik kan inte ensamt förebygga adherenser [1,5,8,10]. Att mekaniskt separera den skadade sårtytan från övrig vävnad tills peritoneum har

läkt har visat sig mest lovande. Detta kan göras genom att täcka ytan lokalt eller med "hydro-flotation". Det ideala ämnet stannar kvar och verkar under hela läkningstiden, är icke-retande, påverkar inte sårsläkningen eller sårhållfastheten i bukväggen och försvinner därefter spontant [1].

Forskning på adherenser är svårt. De kliniska konsekvenserna visar sig först efter lång tid, och kvarstår ofta livet ut för patienten. End-point i de flesta studier är förekomst/minskning av adherenser vilket inte nödvändigtvis avspeglar den kliniska utkomsten, och för att utvärdera effekter är vanligen second-look-skopi nödvändig. (En studie på Interceed® har dock indikerat att minskad förekomst av adherenser gav bättre graviditetsutfall. Detta var en liten studie, men viktig då den antyder att adherens-förekomst faktiskt är en relevant end-point [8,9]). Det har också varit svårt att enas om ett visuellt, objektiva och åter-reproducerbart scoring-system [1]. FDA har nyligen rekommenderat AFS-score (American Fertility Society) som "primary outcome measure" vid studier av anti-adherens-medel. AFS-score tittar på förekomst och allvarlighetsgrad på adherenser involverande ovarier och tubor [11]. Det finns ganska få stora, kontrollerade, randomiserade och dubbelblinda kliniska studier, varför mycket av mitt material bygger på utlåtanden från expertgrupper.

PLATS-SPECIFIKA MEKANISKA BARRIÄRER

Har som generell svaghet att man måste förutse var de framtida sammanväxningarna kommer bli, och det är inte alltid samma som operationsområdet, som bla SCAR-studien visat. Det finns just nu två sorters plats-specifika barriärer; membran typ och viskösa geler inkluderande olika spraypreparat som bildar gel vid vävnadskontakt. Membranerna är generellt svårhanterade vid annat än öppen kirurgi, där man naturligtvis även kan använda gel eller spray. Vid hysteroskopier kan gel-format användas, och vid laparoskopier gel eller spray. Alla medel på mark-

naden tas inte upp i denna uppräkningslista, då det finns ett mycket stort antal.

Membraner

Interceed® (oxidised regenerated cellulose) var det 1:a resorberbara membranet och kom på 90-talet. Vid vävnadskontakt bildas en viskös gel som försvinner inom 4 veckor. Komplet hemostas krävs! Det finns god evidens att Interceed minskar adherensbildning utan att påverka sårsläkning.

Seprafilm® (hyaluronic acid/carboxymethylcellulose) är något styvare och formar sig inte lika väl runt bäckenorganen som Interceed, och används ofta mellan tarm eller oment och bukvägg. Detta kan minska risken för tarmskada vid ny kirurgi.

Gel-barriärer

Hyalobarrier® (auto-crosslinked hyaluronic acid) är framför allt studerat vid myomektomier, även laparoskopiskt. Det är ganska små studier men verkar lovande, och visar minskning i adherensförekomst jämfört med enbart kirurgi. Även vid hysteroskopiska operationer har man visat lovande resultat med minskad adherensförekomst. Efter applicering av Hyalobarrier ska operationsområdet inte spoljas/sköljas eftersom gelen då kan flyta bort. Bäst studerat av gelerna [9].

Intercoat® (tidigare Oxiplex®) har tidigare använts vid spinal kirurgi, men är nu godkänd för buk- och bäckenkirurgi. Främst säkerhetsstudier finns, mer dokumentation behövs.

Spray-barriärer

Sprayshield® består av två komponenter som blandas vid appliceringen och bildar en gel. Denna är blå för att man lätt ska kunna se att området är täckt. Produkten verkar lovande men mer dokumentation behövs.

HYDROFLOTATION

Förebygger adherenser i hela bukhålan. Man har sen länge använt Ringer el liknande för detta, men pga snabb resorption har ingen effekt visats.

På marknaden finns nu **Adept®**, icodextrin 4%. Adept tas upp långsamt via lymfsystemet, och icodextrin metaboliseras sedan av amylas till glukos [4,8,11].

Adept är godkänt för öppen och endoskopisk kirurgi i Europa och för laparoskopier med adherenslösning i USA. Adept används sen tidigare vid peritonealdialys i annan koncentration och har således en väl dokumenterad säkerhet. ARIEL-studien är en Europeisk multicenter studie där man undersökte säkerheten och användarvänligheten med Adept som adherens-profylax vid laparaskopi och laparotomi. Både operatörer och patienter var positiva. En stor randomiserad, dubbelblind och kontrollerad studie har visat att Adept minskar adherenser mer än Ringer vid laparoskopier med adherenslösning. Man undersökte drygt 400 patienter med primär diagnos på bäcken-smärta, infertilitet, endometriosis eller kända adherenser, där man planerade en laparaskopi inkluderande adherenslösning. Patienterna genomgick en second-look laparaskopi 4-8 veckor senare. Man undersökte och graderade adherenser på 23 platser, inkluderande buk- och bäckenvägg, kvinnliga genitalia och

tarm. I tillägg noterades AFS-score. Alla operationer videofilmades. "Clinical success" definierades som minskning av adherenser på minst tre eller 30% av ställen där man löst adherenser. Signifikant fler patienter i Adept-gruppen jfr med Ringer-gruppen uppnådde clinical success, (49% mot 38%). Infertilitetspatienter hade särskilt stor nytta av Adept (55% mot 33%) och många av dessa gick från grav/måttlig till mild/minimal AFS-score (med avsevärt bättre chanser för graviditet). Generellt blev skillnaden mellan grupperna större med större adherensbörda. Även endometriospatienterna hade nytta av Adept, större effekt om många adherenser löstes. Det var ingen skillnad i biverkningar. Vid studier på Adept har Adept använts som spolvätska under operationen med minst 100 ml/30 min, och 1000 ml har lämnats kvar.

KONKLUSION.

Adherenser är än så länge oundvikligt vid kirurgi. Operera inte i oträngt läge/oskuret är bäst. Man kan sannolikt

minska adherensbördan med god kirurgisk teknik, och ytterligare genom att använda något av de förebyggande medel som finns till salu. Adept® verkar bäst studerat i en stor, randomiserad, kontrollerad och dubbelblindad studie, och har dessutom fördelen att förebygga adherenser i hela bukhålan. Vid öppen kirurgi kan det vara svårt att rent praktiskt få hela 1000 ml att stanna kvar i bukhålan, då kanske membran eller viskös gel fungerar bättre. Inget av de tillgängliga preparaten är på något sätt mirakelkurer, men flera minskar mängden postoperativa adherenser signifikant jämfört med enbart kirurgi. Man har även sett förändring i American Fertility Score som förflyttat patienter från grupp med dålig prognos för graviditet till grupp med god prognos, vilket kan vara av stort värde. Vid hysteroskopi har det för Hyalobarrier® visats minskad mängd adherenser.

Referenser

1. Nappi, C., et al., Prevention of adhesions in gynaecological endoscopy. *Hum Reprod Update*, 2007. 13(4): p. 379-94.
2. Ellis, H., et al., Adhesion-related hospital readmissions after abdominal and pelvic surgery: a retrospective cohort study. *Lancet*, 1999. 353(9163): p. 1476-80.
3. Alpay, Z., G.M. Saed, and M.P. Diamond, Postoperative adhesions: from formation to prevention. *Semin Reprod Med*, 2008. 26(4): p. 313-21.
4. Sutton, C., et al., Use of icodextrin 4% solution in the reduction of adhesion formation after gynaecological surgery. *Gynecological Surgery*, 2005. 2(4): p. 287-296.
5. Lower, A.M., et al., Adhesion-related readmissions following gynaecological laparoscopy or laparotomy in Scotland: an epidemiological study of 24 046 patients. *Hum Reprod*, 2004. 19(8): p. 1877-85.
6. DeWilde, R. and G. Trew, Postoperative abdominal adhesions and their prevention in gynaecological surgery. Expert consensus position. *Gynecological Surgery*, 2007. 4(3): p. 161-168.
7. Holmdahl, L., Making and covering of surgical footprints. *Lancet*, 1999. 353(9163): p. 1456-7.
8. Sutton, C., Adhesions following surgery: pathogenesis and current experience with adhesion barriers. *Surg Technol Int*, 2009. 18: p. 144-56.
9. DeWilde, R. and G. Trew, Postoperative abdominal adhesions and their prevention in gynaecological surgery. Expert consensus position. Part 2—steps to reduce adhesions. *Gynecological Surgery*, 2007. 4(4): p. 243-253.
10. Pathogenesis, consequences, and control of peritoneal adhesions in gynecologic surgery. *Fertil Steril*, 2007. 88(1): p. 21-6.
11. Brown, C.B., et al., Adept (icodextrin 4% solution) reduces adhesions after laparoscopic surgery for adhesiolysis: a double-blind, randomized, controlled study. *Fertil Steril*, 2007. 88(5): p. 1413-26.
12. Kamel, R.M., Prevention of postoperative peritoneal adhesions. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 150(2): p. 111-8. ■

Ett nationellt handlingsprogram ska förbättra omhändertagandet efter sexuella övergrepp

Bakgrund

Varje år ökar antalet sexualbrott som anmäls till polisen. Mellan 2005 och 2009 steg sexualbrotten med 25 procent från 12 768 till 16 069 [1]. Problemet är således stort och växande, vilket har uppmärksammats både i media och i de verksamheter som arbetar med offren. I nuläget kan omhändertagandet variera. En ojämn fördelning av kompetens och resurser över landet och brist på enhetliga rutiner inom både hälso- och sjukvården och rättsväsendet leder till olika handläggning och olika följder för den som varit utsatt.

Två regeringsuppdrag

Mot den bakgrunden gav Justitiedepartementet i uppdrag åt Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK), som har över femton års erfarenhet av kliniskt arbete inom området, att utarbeta ett nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp [2]. Handlingsprogrammet presenterades i februari 2008 och består av en handbok och en guide [3]. Handboken riktar sig till vårdpersonal och beskriver handlingsprogrammet. Den innehåller fakta och information om definitioner av sexuella övergrepp, det medicinska och psykosociala omhändertagandet, sekretessfrågor samt beskriver hur en rättsprocess går till. Guiden innehåller checklistor och konkreta anvisningar för undersökning och spårsäkring. Sedan handlingsprogrammet presenterats fick NCK ett uppföljande regerings-

uppdrag för att implementera det nationellt [4].

Viktiga punkter i handlingsprogrammet

Ett patientfokuserat medicinskt och psykosocialt omhändertagande, som är systematiskt och standardiserat, är kärnan i handlingsprogrammet. En person som söker vård akut efter ett sexuellt övergrepp ska alltid erbjudas en noggrann kroppsundersökning, provtagning för sexuellt överförbara infektioner och fullständig spårsäkring. Med fullständig spårsäkring menas att topsprover tas från munhålan, händer, yttre könsorganen och analområdet, samt andra ställen på kroppen som offret uppger att gärningsmannen kommit i kontakt med. Eventuella främmande hårstrån och fibrer säkras med tejpfolier. Blodprov tas från patienten för analys av DNA, och blod- och urinprov tas för analys av alkohol och droger.

Handlingsprogrammet understryker några viktiga aspekter i omhändertagandet för att uppnå ett enhetligt gott omhändertagande (se faktaruta). För att inte gå miste om möjligheten att tillvarata bevis ska patienter erbjudas en fullständig undersökning och spårsäkring upp till tio dagar efter ett sexuellt övergrepp oavsett om någon polisanmälan gjorts eller ej. Om polisanmälan inte gjorts initialt ska tillvaratagna spår sparas inom hälso- och sjukvården i två år.

Efter en förändring i sexualbrottslagstiftningen 2005 betraktas samlag som

Steven Lucas, medicine doktor, överläkare, Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet
Åsa Witkowski, verksamhetschef för Kvinnofridsenheten, Nationellt centrum för kvinnofrids kliniska enhet
Ricky Ansell, verksamhetsexpert, Statens kriminaltekniska laboratorium
Gun Heimer, professor, överläkare, chef för Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet



genomförs genom att utnyttja en person i hjälplöst tillstånd som våldtäkt. Det är därför ännu viktigare nu att dokumentera om en patient som söker vård efter ett sexuellt övergrepp är påverkad av alkohol eller droger. Förutom prover för HIV, hepatit, klamydia och gonorré i samband med sexuella övergrepp ska prov alltid tas för syfilis, eftersom incidensen av syfilis ökar i Sverige.

FAKTARUTA

Viktiga punkter i det nationella handlingsprogrammet:

- Spårsäkring görs oavsett polisanmälan.
- "Spårsäkringssats efter sexuella övergrepp" ska användas i samband med undersökning.
- Fullständig spårsäkring görs upp till tio dagar efter ett övergrepp.
- Utökad provtagning för etanol, droger och syfilis.
- Spårsäkringsprover sparas i två år inom hälso- och sjukvården om övergreppet inte är polisanmält.
- "Guide för omhändertagande efter sexuella övergrepp" finns i varje spårsäkringssats.
- Guiden är en journalhandling.



"Spårsäkringssats efter sexuella övergrepp" innehåller allt nödvändigt provtagningsmaterial för spårsäkring. Från 1 januari 2011 ingår även NCK:s guide.

Samarbete med SKL

NCK och Statens kriminaltekniska laboratorium (SKL) har sedan flera år samarbetat kring frågor om spårsäkring, vilket har lett fram till många av rekommendationerna i handboken och guiden. Samarbetet startade i samband med en uppdatering 2007 av den spårsäkringssats som används vid undersökning av sexualbrottsoffer [5]. Spårsäkringssatsen innehåller det material som krävs för att göra en komplett spårsäkring efter ett sexuellt övergrepp.

Nationell implementering

Implementeringen har innefattat flera delmoment för att vidareutveckla handlingsprogrammet och sprida det nationellt.

Pilotprojekt

Som ett första led i den nationella implementeringen deltog kvinnoklinikerna på fem orter, Kalmar, Karlstad, Skövde, Umeå och Uppsala, i ett pilotprojekt som inleddes 2009. Kvinnoklinikerna har tillämnat rutinerna i handlingsprogrammet och använt spårsäkringssatsen och guiden vid varje undersökning. Polismästare och chefsäklagare från respektive distrikt har också deltagit i informationsmöten tillsammans med sjukvårdens aktörer. En forensisk laborant, som arbetar med analys av spårsäkringsprov, från SKL och en överläkare i gynekologi och obstetrik anställd vid NCK har gett förlöpande stöd till kvinnoklinikerna och har samlat in synpunkter från sjukvårdspersonalen som träffat patienter efter övergrepp. Utbildningstillfällen för läkarna gavs av en expertgrupp från NCK och SKL.

Pilotprojektet utvärderades genom granskning av flera faktorer: 1) antalet undersökningar efter övergrepp på respektive klinik, 2) andelen spårsäkringssatser som överlämnats till rättsväsendet under 2009, 3) kvalitetskontroll av alla spårsäkringsprover som levererats från dessa orter till SKL, och 4) kvantitativ och kvalitativ kartläggning av personalens erfarenheter.

Antalet undersökningar efter sexuella övergrepp under 2009 på pilotorterna var i linje med tidigare år på dessa kliniker. I de fall polisanmälan hade gjorts hämtades samtliga spårsäkringssatser av polisen. Spårsäkringsproverna som levererats till SKL för analys höll samma goda kvalitet som tidigare.

Den kvantitativa utvärderingen bestod av enkätundersökningar, som genomfördes på kvinnoklinikerna före och efter pilotprojektet. Den första undersökningen innefattade två enkäter, en till respektive verksamhetschef om klinikövergripande rutiner och en till alla verksamma läkare om deras erfarenheter av arbete med denna patientgrupp. Den uppföljande undersökningen riktade sig enbart till läkarna.

Av svaren framgår att samtliga kliniker arbetar utifrån skriftliga rutiner. De flesta av läkarna är erfarna gynekologer som tidigare handlagt patienter utsatta för övergrepp. Skillnader fanns dock i handläggningen, framför allt att rutiner på flera kliniker krävde polisanmälan för att spårsäkring skulle göras. Under pilotprojektet övergick alla kliniker till att göra spårsäkring vid samtliga fall av sexuella övergrepp. Endast 20 till 25 procent av läkarna får regelmässigt tillgång till polisanmälan och förhörprotokoll, de dokument som deras bedömning i rättsintyget ska baseras på. Genomgående saknas också återkoppling mellan hälso- och sjukvården och rättsväsendet.

Av personalens svar på enkäter och kommentarer i fokusgrupper framgår att guiden underlättar i det praktiska arbetet med patienterna och skapar ett mer fullständigt material avseende undersökningens omfattning, medicinsk provtagning, spårsäkring och dokumentation.

Revision och uppdatering

Både handboken och guiden har reviderats under 2010, utifrån synpunkter från pilotorterna och egna erfarenheter på NCK och SKL [6]. En uppdaterad version av spårsäkringssatsen har också tagits fram med insatser från NCK och SKL. Den byter namn till "Spårsäkringssats efter sexuella övergrepp" och från 1 januari 2011 ingår guiden som en integrerad del i spårsäkringssatsen.

Instruktionsfilm

En instruktionsfilm har tagits fram för att öka kunskapen om hur en undersökning efter ett sexuellt övergrepp går till. Filmen visar undersökning, provtagning och spårsäkring av både en kvinnlig och en manlig patient, och ska kunna användas både i intern utbildning inom hälso- och sjukvården och på vårdutbildningarna. Under slutet av 2010 distribuerades instruktionsfilmen i dvd-format till alla landets kvinnokliniker och akutmottag-

ningar. Den kan även beställas genom NCK:s webbplats.

Handboken och utbildningsfilmen har introducerats till utbildningsansvariga på samtliga läkarprogram i landet, vid Göteborgs universitet, Karolinska institutet i Stockholm, Linköpings universitet, Lunds universitet, Umeå universitet, Uppsala universitet samt Örebro universitet.

Regionala utbildningsseminarier

Under 2010 anordnades regionala utbildningsseminarier på fyra orter: Malmö, Göteborg, Örebro och Umeå. Gynekologer, kirurger, allmänläkare och annan vårdpersonal i respektive sjukvårdsområde inbjöds till en kostnadsfri halvdagsutbildning. Under seminariet presenterades bakgrunden till regeringsuppdragen, innehållet i det nationella handlingsprogrammet, resultat från pilotprojektet, sjukvårdens och spårsäkringens betydelse för rättsprocessen samt vikten av samverkan. Den framtagna instruktionsfilmen visades. Sammanlagt deltog drygt 300 personer i seminarierna.

Information på webben

På NCK:s webbplats www.nck.uu.se har en särskild avdelning för handlingsprogrammet och implementeringen skapats. Den uppdateras kontinuerligt med nyheter och har fungerat som stöd för pilotorterna, och är också tillgänglig för alla som vill följa arbetet.

På webbsidorna presenteras handlingsprogrammet översiktligt. Där finns även ett bildspel som visar förberedelserna inför en undersökning och spårsäkring. Bildspelet kan laddas ner i pdf-format. Sidorna innehåller frågor och svar, länkar till handboken och guiden och annat material med koppling till handlingsprogrammet.

Diskussion

Regeringens uppdrag till NCK att skapa ett nationellt handlingsprogram för omhändertagande efter sexuella övergrepp vittnar om ett behov av att förbättra vårdens insatser utifrån patientens medicinska och psykosociala behov, men också för att skapa ett bättre underlag för den rättsliga processen. I förlängningen handlar denna nationella satsning om att omhändertagandet inom svensk hälso- och sjukvård ska hålla en enhetligt hög kvalitet. Förhoppningen är därigenom att

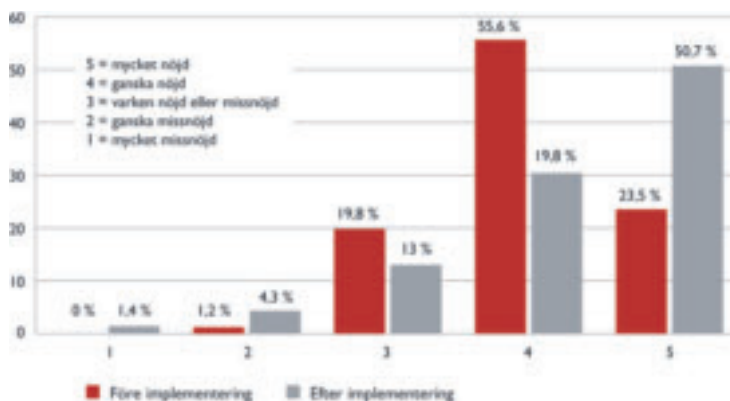


Diagram 1

Svar om hur nöjda gynekologer är med "klinikens medicinska rutiner vid sexuella övergrepp" (före implementering) och med NCK:s "Guide för omhändertagande efter sexuella övergrepp" (efter implementering).

stärka allmänhetens förtroende så att de individer som blir utsatta för övergrepp vågar söka sig till sjukvården.

Många kliniker och mottagningar inom hälso- och sjukvården har sedan länge bedrivit vård av hög kvalitet i fall av sexuella övergrepp, men rutinerna har varierat över landet. Det nationella handlingsprogrammet innehåller fullständiga och detaljerade rutiner, som är lätta att följa och har förankrats hos all berörd medicinsk, psykosocial och rättslig expertis. Om dessa rutiner införs över hela landet skapas förutsättningar för att omhändertagandet blir enhetligt och professionellt även där personalens erfarenhet inom området är begränsat.

Handlingsprogrammet är också av betydelse för rättsväsendet. Genom det kan polis och åklagare få information om vad den medicinska undersökningen innefattar, vilka prover som tas och hur fynden dokumenteras samt vikten av ett individualiserat medicinskt och psykosocialt omhändertagande. Eftersom ett av syftena med den medicinska undersökningen och spårsäkringen efter ett övergrepp är att skapa ett robust bevismaterial inför en eventuell rättsprocess bidrar handlingsprogrammet dessutom till rättsväsendets arbete. Ett rättsintyg som bygger på fynden vid undersökningen blir korrekt och komplett med hjälp av guidens anvisningar. Men för att kunna svara på rättsväsendets specifika frågeställningar måste läkaren få tillgång till polisanmälan och förhörprotokoll.

Samverkan mellan hälso- och sjukvården och rättsväsendet är en förutsättning för ett professionellt omhändertagande

av sexualbrottsoffer, vilket tydligt har framgått på pilotprojektets orter. Kontakterna som etablerats mellan klinikledningen, åklagarmyndigheten och polisen har förbättrat kommunikationen och arbetsrutinerna, till fördel för de utsatta och för rättssäkerheten. Det nationella handlingsprogrammet skapar således en plattform för samverkan kring patient/brottsoffret.

Referenser

1. Brottsförebyggande rådet (Brå) statistik 2010 (citerat 2010-12-01) <http://statistik.bra.se/solwebb/action/index>.
2. Regeringsuppdrag från Justitiedepartementet: Ju2007/2177/KRIM.
3. Nationellt centrum för kvinnofrid. Handbok: Nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK), Uppsala universitet; 2008.
4. Regeringens skrivelse 2007/08:39 Handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer.
5. Ansell R, Stegerud Y. Läkares säkring av bevis efter sexualbrott viktig del i rättsprocessen. *Läkartidningen*. 2008; 105(9): 634-7.
6. Nationellt centrum för kvinnofrid. Handbok: Nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp. 2. uppl. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK), Uppsala universitet; 2010. ■

Sol, vitamin D och kvinnohälsa

Målet med symposiet "Sol vitamin D och Kvinnohälsa" var att ge besökarna en uppdatering av kunskapsläget. Desiree Wiegleb-Edström, docent Hudkliniken KS, började med att redogöra för icke-melanomcancer utvecklingen i Sverige. Personer som fått basaliom hade större risk att ha D vitamin värde över 75 nmol/L. Vi fick en redogörelse om hur olika hudtyper tål solen. Personer med hudtyp 1 (alltid röd, aldrig brun) behövde 7 minuter kl 12 på sommaren för att få motsvarande 1000 enheter Vitamin D, medan en person med hudtyp 4 (aldrig röd alltid brun) behövde 16 minuter och en mörkhyad behövde 36 minuter för motsvarande D vitamindos.

Håkan Olsson, professor Onkologen Lund, är en av de ledande melanomforskarna i Europa. Han redogjorde för melanomfrekvensen, yngre kvinnor samt äldre män är överrepresenterade. Vi fick en uppdaterad genomgång av riskfaktorer för melanom. Man vet idag att de som bränner sig löper mellan 30% till dubblad risk beroende på hur ofta det sker. Rödhåriga har en dubblad risk, kvinnor med många naevi, samt stora eller atypiska naevi har likaså en ökad risk. Användande av solarier mer än 10 ggr/år före 30 årsåldern är en stark riskfaktor (8 ggr) för melanom. En nyhet var att

användande av solskyddsfaktor dubblade risken för melanom. En annan nyhet var att låga vitamin D-nivåer var förenade med större cancer och sämre överlevnad i melanom. Professor Olsson avslutade med att ta upp att det kan vara så att aktiva solvanor kan ha en positiv effekt på hälsan trots melanomrisken. "Lagom är bäst"

Docent Elisabeth Epstein KS presenterade egna data talande för att kvinnor som solar solarium > 4 ggr/år halverar risken att insjukna i livmodercancer. Detta stöds av studier som visat att incidensen livmodercancer är högre i länder längre från ekvatorn, men incidensen är också högre i länder med högt fettintag. Fetma är en viktig riskfaktor för livmodercancer. Överviktiga har lägre vitamin D-nivåer och mindre stegring efter sol-exponering. Andra studier har visat att bra vitamin D-nivåer skyddar mot tjocktarmscancer och att överlevnaden i bröst-, kolon- och prostatacancer är bättre hos dem som insjuknat under vår och sommar då vitamin D-nivåerna är högre.

Undertecknad redogjorde för två stora prospektiva kohortstudier. Den ena visade ett minskat insjuknande i typ 2 diabetes hos kvinnor som hade aktiva solvanor. Risken var mellan 30-40% lägre och den påverkades ej av ålder, socioökono-

miska variabler, civilstatus, motionsvanor, BMI eller rökvanor. Stratifierat för BMI sågs att kvinnor med normalt BMI halverade sin risk medan obesa kvinnor inte minskade sin risk med aktiva solvanor. I den andra studien visades att kvinnor med aktiva solvanor hade 30-40% lägre risk för trombos. Risken för tromboembolism var även högst under vintern (dec, jan och feb), när vi får minst med sol. Svagheten i båda dessa studier var att det är trots justeringar svårt att särskilja solvanor från livsstil.

Johan Malm, docent Klinisk kemi Malmö, avslutade med att redogöra för hur vitamin D-brist diagnostiseras. Förutom låga 25-OH vitamin D är det bara calcium i urinen som var lågt. Vi fick en redogörelse vad som är en optimal vitamin D-nivå (>75 nmol/L). Vid denna nivå har man inget extra påslag av PTH och man har en optimal muskelstyrka. Man räknar idag med att mellan 20 till 50% av kvinnorna har suboptimala D vitaminnivåer åtminstone under vintern.

Det blev en bra diskussion med de cirka 250 personer som deltog i symposiet.

Vid pennan
Pelle Lindqvist
Moderator

Optimal viktförändring för feta och sjukligt feta kvinnor under graviditet?

Andelen kvinnor med hög viktuppgång under graviditet minskar ju högre Body Mass Index (BMI) kvinnan har innan hon blir gravid. Totalt 14% av kvinnor med sjuklig fetma går upp över 16 kg jämfört med 30% av normalviktiga kvinnor. En låg viktuppgång hos feta kvinnor (BMI ≥ 30) minskar risken för kejsarsnitt, pre-eklampsi, och stort barn. 2009 publicerades nya viktrekommendationer under graviditet från Institute of Medicine (IOM). För kvinnor med BMI ≥ 30 rekommenderas viktuppgång på 5-9kg. Ett par studier gjorda därefter indikerar att för kvinnor i fetmaklass II (BMI 35-39,9) och fetmaklass III (BMI ≥ 40) minskar riskerna för komplikationer under graviditet och förlossning ytterligare vid låg (0-5kg) eller ingen viktuppgång.

AnnKristin Rönnberg spec. läkare Kvinnokliniken Universitetssjukhuset i Örebro presenterade en systematisk översikt av 4 interventionsstudier med randomiserad kontrollerad design (306 patienter) och 4 interventionsstudier med icke randomiserad kontrollerad design (1232 patienter) avseende metoder för att reducera viktuppgång under graviditet.

Slutsatsen var att kunskap om effektiv intervention för att reducera överflödigt viktökning under graviditet är begränsad och att kliniska rekommendationer för intervention inom mödravården inte kan utformas på evidensbaserad grund. Hon visade också mycket preliminära resultat från Viktintervention under Graviditet (VIGA studien) en randomiserad kontrollerad interventionsstudie där interventionen bestod av: information om IOM rekommendationer, fysisk aktivitet på recept, vägning vid alla besök och personlig viktgraf.

Därefter berättade Elisabeth Lindholm mödrahälsovårdsöverläkare på Danderyd om erfarenheter från "Våga väga" projektet på Danderyd. Kvinnor med BMI > 30 erbjöds att delta i projektet som har som syfte att uppnå max viktuppgång 6 kg under graviditeten och minska sectiofrekvensen i gruppen. Projektet innebär täta besök hos barnmorska med viktkontroll, kost- och rörelsedagbok, minst 30 min fysisk aktivitet dagligen, erbjudande om dietist och vattentengymnastik. I slutet av graviditeten träffade kvinnorna en sk Aurorabarnmorska

för förlossningsplanering. Hittills har 100 kvinnor förlöst. 32 har en viktuppgång på max 6 kg, 52 max 10 kg. Sectiofrekvens i gruppen var 25% vilket motsvarar sjukhusets frekvens. Barnen föddes friska, inga SGA barn i gruppen. 98 av kvinnorna var mycket nöjda, 2 nöjda.

Avslutningsvis delgav Staffan Lindberg distr läk, docent i allmänmedicin Lund auditoriet vad man idag vet om kost och graviditet. Det är viktigt att tillgodose fostrets behov av näringsämnen: järn finns i kött, fisk, skaldjur, frukt, grönsaker, folat finns i grönsaker, rotsaker, bönor. Övriga diskuterade näringsämnen finns främst i grönsaker, frukt, rotsaker, baljväxter, kött, fisk, skaldjur, nötter. Gravida kvinnor bör undvika energität mat och kan motverka nedsatt glukostolerans med kalorislåg näringsrik mat.

Moderator
Marie Blomberg



Sex and the City – Förändrade sexualvanor och HPV-virusrelaterad sjuklighet

Under de senaste 20 åren har sexualvanorna förändrats i Sverige. Oralsex och analsex har blivit vanligare vilket flera undersökningar har visat. Medierna och även pornografi har säkert spelat en roll här.

Ungdomar har numera fler partners samtidigt som kondomanvändningen minskar. Framförallt de unga männen ser på pornografi, som blir något av en inspirations- och kunskapskälla om sex. Under en tioårsperiod har oral och analsex ökat betydligt bland heterosexuella ungdomar och i dessa situationer används sällan kondom. Riskabla sexualvanor slår hårt mot kvinnor. Sexualiteten är ojämlig och det är ffa. kvinnorna som får betala priset av "osäkert sex" i form av sexuellt överförda infektioner och oönskade graviditeter. Kvinnan får med automatik alltmer ansvar för sexuell och reproduktiv hälsa. Utveckling av nya preventivmedel är för kvinnor, akut piller är för kvinnor och nu har vi även vacciner mot HPV som erbjuds till kvinnor i första hand.

Årligen inträffar ca 430 fall av livmoderhalscancer i Sverige. Ca 200 dör varje år. Cytologprovskontrollerna är mkt betydelsefulla, men om dessa nu kompletteras med HPVvaccination av flickor torde siffran förbättras med tiden.

Kondylom är en mycket vanlig könsjukdom. Patienterna som söker tycker att kondylomen är mycket störande, inte

minst p.g.a. rädsla att smitta partnern. Behandling kan erbjudas i form av en lösning att pensla, kräm att stryka på eller helt enkelt att bränna bort förändringarna – vilket många kommer till sjukhuset för. Tyvärr är behandlingen otillräcklig. Vi kan med nuvarande behandling bara ta bort de synliga kondylomen, men inte det vilande viruset som kan finnas kvar i huden under lång tid och ibland orsaka att kondylomen ständigt kommer tillbaka. Ett av HPV-vaccinerna skyddar mot kondylom.

HPV-virus ökar också risken för cancer i mun-öron-näsa-hals (MÖNH) området. HPV förekommer i nästan 100% av all livmoderhalscancer, men finns även i ca 25%-35% av all mun-öron-näsa-hals (MÖNH) cancer. Allt yngre drabbas av cancer i munnen och prognosen är dålig, hälften dör inom fem år trots behandling. HPV-virus förekommer i nästan hälften av alla tonsilltumörer. Tonsillcancerincidensen i Sverige, Norge och USA ökar. Antalet fall av cancer i MÖHN i världen är högre än av cancer i livmoderhalsen (år 2008: 630.000 fall mot 500.000 cancer i livmoderhalsen).

Troligen kan också HPV-orsakad MÖNH cancer förebyggas av HPV-vaccin. Detta kan ha betydelse för hur och när man bör vaccinera befolkningen mot HPV i framtiden då största delen av pati-

enter med MÖNH är män. I dag är det fyra virusstammar man kan vaccinera sig emot, virusstammorna 16 och 18 som ger upphov till cancer och virusstammorna 6 och 11 som ger upphov till vårtor. De två på marknaden förekommande vaccinerna skyddar mot HPV-typerna 16 och 18 respektive 6,11,16 och 18.

Många smittas i genitala området redan under tonåren. HPV smittar till munhålan genom kontakt, bland annat från mun till mun och oralsex. Också mor kan infektera sitt nyfödda barn. Infektionen ger som regel inga symtom. HPV kan förekomma i munhålan hos ca 5-11% av kvinnor och män. Hos en liten del blir infektionen långdragen och kan i sin tur leda till cellförändringar. Dessa utvecklas i värsta fall till cancer.

HPV-infektion kan få svåra konsekvenser hos både kvinnor och män i form av tumörsjukdomar inte bara genitalt utan även extragenitalt. De nyligen introducerade HPV-vaccinerna kan ha stor betydelse för att undvika sjukdom.

Moderator

S-E Olsson

Deltagare

Tanja Tyden, Eva Rylander,

Stina Syrjänen och Arne Vikström ■

Kvalitetsarbete i förlossningsvården – rapport från Sollefteå sjukhus

Sollefteå sjukhus är beläget i Väster-norrlands inland. Upptagningsområdet har cirka 41 000 invånare och omkretsen är 20-25 mil i vardera riktningen då patienten har som längst. Kvinnokliniken består av gynekologisk mottagning, gynekologisk akutvård, gynekologisk slutenvård, onkologisk mottagning, specialistmödravård samt förlossnings- och BB-avdelning. Vi har cirka 300 förlossningar per år och är därmed en av landets minsta förlossningskliniker.

Vår läkarbemanning består av tre fasta specialister, varav två med lång obstetrisk erfarenhet och fyra erfarna vikarier som jobbat hos oss i många år. Vi har en nyanställd ST-läkare. Mödravård och Aurora-verksamhet är nära integrerat med förlossningsavdelningen.

Vi tar hand om förlossningar från vecka 36+0. Från och med vecka 36+0 skickas insulinbehandlade gravida diabetiker, samt gravida med aktiv hepatit B (hög smittsamhet), samt fall där barnet bör förlösas på annan klinik. (Cirka 4-10 fall per år). Prematura förlossningar från graviditetsvecka 32+0 skickas till Örnsköldsvik eller Sundsvall, övriga prematurer till Umeå. Patienterna är inte bortselekterade på grund av ålder eller högt BMI. Vändningsförsök görs vid sätesändläge och om det inte lyckas görs elektivt kejsarsnitt.

Kvalitetsarbetet startar 2007

Kvalitetsarbete initierades med den nya ledningsgruppen som startade sitt arbete 2007 och formulerades i verksamhetsplanen. Målet är en modern och säker förlossningsvård för alla gravida i vårt upptagningsområde.

Delmålen var: a) minska antalet kejsarsnitt, akuta och elektiva; b) minska antalet bristningar; c) återkommande träning i akuta obstetriska situationer och neonatal HLR; d) förbättra dokumentationen med mer stringent diagnos- och åtgärdsåtgärden.

Helena Erlandsson
Medicinskt ledningsansvarig
överläkare
Kvinnokliniken, Sollefteå sjukhus



Helena Erlandsson

Barnmorskor och läkare skickades på ALSO- och CEPS-kurser (akut asfyxiträning i team). På avdelningen introducerades nu regelbundet återkommande träning av olika förlossningsscenario, liksom träning i omhändertagandet av det asfyktiska barnet. Medarbetarna fick olika ansvarsområden, såsom stor blödning, anläggande av sugklocka, laktat-

provtagning, asfyxiträning, skulderdystociträning mm. De fick ansvar för och upprättade träningsprogram, arrangerade och ledde träningstillfällena. Enhetschefen upprättade en checklista där alla medarbetare fick pricka av genomförda övningar. Hjärtåterupplivning för gravida, HRL uppdaterades och intensifierades. Med schemaläggning tillförsäkrades erfaren obstetriker dygnet om.

Sparbetinget 2009 innebar att antalet barnmorskor minskade. Målet är ändå att det ska finnas två barnmorskor tillgängliga för varje förlossning. Lokalerna hade då förbättrats och det gör att vi kan kompensera med hjälp av IVA-sjuksköterskor, akutsjuksköterskor, operationspersonal och förlossningsknapp "NÖD" [1].

Robson introduceras

År 2007 gick vi in i norra regionens Robsonnätverk [2]. Samtliga skriftliga rutiner gick igenom. Rutiner för elektiva och akuta kejsarsnitt reviderades. Kriterierna för elektiva snitt diskuterades i läkargruppen. Indikationerna stramades upp. I samband med ny organisation intensifierades samarbetet med mödravården. Kvinnor med förlossningsrädsla och/eller kejsarsnittsönskan togs om hand redan vid första läkarbesöket och slussades vidare. En erfaren specialist samtalar med alla kvinnor som önskar elektivt kejsarsnitt. Alla gravida får också samtala med Aurorabarnmorska, specialiserad på förlossningsrädsla, om man så önskar. En erfaren gynekolog och obstetriker beslutar om elektivt kejsarsnitt skall utföras. Om patienten är tveksam till bedömningen får annan erfaren obstetriker bedöma fallet.

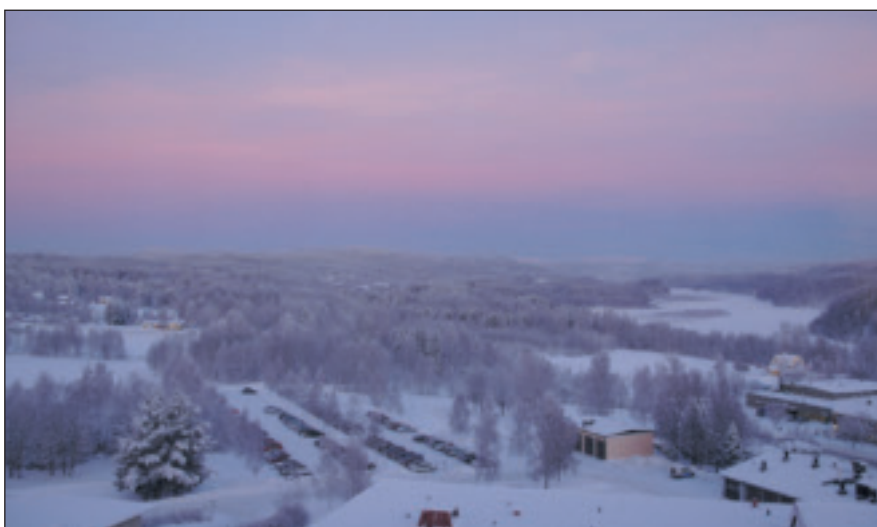
Rutiner kring akuta kejsarsnitt diskuterades och omarbetades. Alla induktioner diskuteras i ett gemensamt forum med läkare och barnmorskor. Teamwork är ledordet. Alla förändringar av rutiner gjordes efter diskussioner i och samråd med hela personalgruppen.

På förlossningen arbetar vi nu enligt en modifierad Dublinmodell med "Active management of labour". Vi följer action line i partogrammet [3]. Vi tillämpar nu systematisk utvärdering av patientupplevd BB-förlossningsvård. Uppföljande samtal och återbesök prioriteras.

Projekt säker förlossningsvård

Sollefteå-klinikens deltagande i "Projekt säker förlossningsvård" 2009/2010 öppnade för fortsatt förbättringsarbete [4]. I åtgärdsöverenskommelsen ingick förtydligande av våra PM angående övervakning av normal förlossning, CTG-övervakning, Syntocinonövervakning, CTG vid Syntocinonanvändning och användande av sugklocka. Barnakutbordet har förbättrats. Detta innefattar synlig HLR-algorithm, möjligheter för barn- och narkosläkare att logga in i Obstetrix-dajournal. Asfyxijournalen är förbättrad. Barnkardioskop kommer att införskaffas. Samtliga läkare och barnmorskor har genomfört godkänt CTG-utbildningsprov.

En ny rutin har skapats, där vi avser att ha årlig genomgång och analys av tidtagning från beslut om kejsarsnitt till dess att barnet är ute vid akuta kejsarsnitt. Årlig revision planeras för alla vaginala förlossningar med navelsträngs-pH mindre än 7,15 och/eller Apgar mindre än 7 vid 5 minuter och alla förlossningar med sugklockor och akuta kejsarsnitt. Årliga provtagningar av navelsträngs-pH, stickprov skall göras.



Usikt från sjukhuset över Ångermanälven.

Resultat

Antal förlossningar, procentuella andelen kejsarsnitt, Robson 1, VE, EDA, sfinkterrupturer och induktioner redovisas i tabell 1. Vi noterar en sjunkande andel kejsarsnitt och Robson 1. I jämförelse med övriga kliniker i landet (Summariska årsrapporter för kvinnoklinikerna) ligger vi i det absolut lägsta intervallet för kejsarsnitt och Robson 1.

Vi ligger i det övre intervallet för landet vad gäller sfinkterrupturer (gr III & IV), 4,9% 2008 och 3,1% 2009. Andelen sfinkterrupturer vid instrumentella förlossningar halverades från 2008 till 2009, 56% till 23%, dock ligger vi fortfarande i landets övre intervall av sfinkterrupturer i förhållande till antal vaginala förlossningar. Den höga andelen sfinkterrupturer arbetar vi nu vidare med att minska.

Som sig bör för en länsdelsklinik så är den perinatale dödligheten i det absolut lägsta intervallet. Under åren 2005 till 2009 var den 0,13%. Antalet barn med

registrerat syrabasstatus i navelsträng ökade från 64% 2008 till 86% 2009. Antalet barn med registrerade syrabasstatus med pH<7 ligger dock i landets övre intervall med 1,36% 2008 och 0,98% 2009, vilket är en pågående utmaning för oss att minska.

Slutsats

Förbättringsarbetet sedan 2007 har varit mycket viktigt för oss. Det har engagerat hela kliniken och sammansvetsat oss i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Det har påtagligt förbättrat teamarbetet på kliniken. Med engagerat och målmedvetet arbete med rutiner och policyfrågor har vi en vikande trend av andelen kejsarsnitt. Deltagande i Robsonnätverket och "Projekt säker förlossningsvård" har gett oss nya insikter som vi nu försöker säkerställa i vården. I det pågående förbättringsarbetet ser vi ständigt nya utmaningar som vi arbetar vidare med. Vi tror inte att storleken på klinik har betydelse för kvalitet och säkerhet. ■

Tabell 1

År	Förlossningar (n)	Kejsarsnitt (%)	Robson1 (%)	VE (%)	EDA (%)	Induktioner (%)	Seccio Induktioner (%)	Sfinkter- rupturer (%)
2005	276	12,7	6,5	9,8	15	25,0	13,0	2,5
2006	323	17,6	5,0	5,8	13	13,3	7,0	4,0
2007	314	17,5	10,2	6,0	20	20,4	15,6	3,8
2008	307	12,7	5,1	5,0	22	16,0	12,0	4,9
2009	294	9,3	4,6	8,5	19	16,4	6,4	3,1



Adnexregistret har fått ny registeransvarig

Fredrik Nordenskjöld har efter många års trogen tjänst med ålderns rätt valt att avgå som registeransvarig för adnexsträngen inom Gynop-registret. Man kan utan överdrift säga att Fredrik tillhör de verkliga pionjärerna bland de ansvariga för de nationella kvalitetsregistren.

Med den snabba tekniska utvecklingen inom endoskopin i början av 90-talet växte den endoskopiska verksamheten till helt nya områden, inte minst inom gynekologin. Därmed ökade också riskerna för nya och allvarliga komplikationer till följd av oprövade operationsmetoder och behovet av kvalitetskontroll av den operativa verksamheten blev akut. Redan 1994 gav Socialstyrelsen och SFOG:s styrelse uppdrag åt dåvarande skopi-ARG att inrätta ett nationellt kvalitetsregister täckande den endoskopiska gynekologiska kirurgin.

Fredrik hade dessförinnan varit en av initiativtagarna till bildandet av skopi-ARG och var dess första ordförande. Register för hysteroskopi, laparoskopisk hysterektomi och laparoskopisk adnexkirurgi bildades och samordnades till en gemensam plattform, struktur och ekonomi, men med självständiga registeransvariga. Fredrik valdes till registeransvarig för adnexkirurgin, ett ansvar som han med stor idériakedom och initiativförmåga haft allt sedan dess.

Till en början var endast en handfull kliniker registeranslutna men omfattningen har därefter vuxit enormt. Nya registersträngar har tillkommit och samlats inom det nationella kvalitetsregistret Gynop, som idag täcker 90% av den större gynekologiska kirurgin vid de deltagande 44 av landets 56 kliniker.

Fredriks uppdrag som ansvarig för adnexregistret har enligt beslut av SFOG övertagits av Mathias Pålsson från och med 1 januari 2011. Mathias är en mycket kompetent ersättare och arbetar som specialistläkare inom den gynekologiska verksamheten på Universitetssjukhuset Sahlgrenska. Hans forskningsområde som omfattar bl.a. kvalitetskontroll av den gynekologiska kirurgin för benigna sjukdomar och besvär, passar synnerligen väl för hans nya uppdrag.

Vi vill härmed tacka Fredrik för många år av stimulerande samarbete och samtidigt önska Mathias lycka till i sitt nya uppdrag.

För Gynop-registret
Mats Löfgren
Jan-Henrik Stjernedahl
Birgitta Renström

Återrapporten från Nationella kvalitetsregistret för inkontinenskirurgi "Utredning inför inkontinenskirurgi ger bättre resultat"

har nu publicerats på Gynop-registrets hemsida www.gynop.org.

Där finns även den PowerPoint-presentation som visades vid SFOG-veckan i Visby. För första gången går det nu att belägga att preoperativa utredningar som miktionslista, resturin och hosttest ger bättre resultat. 24/48h blöjvägningstest hade ingen prediktiv effekt och patienter, som ej var utredda, rapporterade 10% sämre resultat vid ettårsuppföljningen. Urodynamiskt utredda patienter karakteriserades av överrepresentation av kända predisponerande faktorer.

Anders Kjaeldgaard

Ansvarig för inkontinenssträngen
Gynop-registret

Kvinnokliniken vid Akademiska sjukhuset i Uppsala och
Institutionen för Kvinnors och Barns Hälsa vid Uppsala Universitet
arrangerar:

ABC-kurs i Obstetrik och Gynekologi

Kursledning: Ove Axelsson
Kristiina Kask
Pär Persson

Målgrupp: 28 ST-/underläkare på kvinnoklinik med högst ett års erfarenhet inom specialiteten.

Tidpunkt: 23-25 november 2011 (vecka 47).

Kursplats: Internat på Sunnersta Herrgård i Uppsala.

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

Kursavgift: 7.500 kr exkl moms. I avgiften ingår helpension i enkelrum (två nätter) på Sunnersta Herrgård.

Anmälan: **Senast 18/9-2011.**
Sekreterare Susanne Löberg susanne.loberg@kbh.uu.se)
Kvinnokliniken, Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala,
telefon 018-6112683.

Ta del av det senaste inom området:

Rikliga menstruations- blödningar – State of The Art

Välkommen till ett nationellt terapiinriktat seminarium med internationella föreläsare. Utbildningens initiativtagare är Karolinska Institutet, Institutionen för kvinnors och barns hälsa och docent Miriam Mints, Karolinska Universitetssjukhuset.

Seminarier tar upp dagens behandling med sikte på hur behandlingen kan komma att se ut i framtiden och avslutas med en paneldiskussion.

Mötet är också en STUSS-dag.

Föreläsare:

Docent Daniel Altman, Danderyds sjukhus

Docent Ritva Hurskainen, Hyvinkää Hospital, Finland

Professor Olaf Istre, Private Hospital Hamlet Copenhagen, Denmark

Docent Miriam Mints, Karolinska Universitetssjukhuset Solna

Professor Lil Valentin, Universitetssjukhuset MAS

Programpunkter:

Utredning av kvinnor med rikliga vaginala blödningar.

Docent Miriam Mints, Karolinska Universitetssjukhuset Solna

Ultraljudets roll vid utredning av blödningsrubbnings inklusive postmenopausal blödning.

Professor Lil Valentin, Universitetssjukhuset MAS

Kända och "okända" långtidseffekter av hysterektomi.

Docent Daniel Altman, Danderyds sjukhus

Health economic aspects of heavy menstrual bleeding.

Docent Ritva Hurskainen, Hyvinkää Hospital, Finland

Endometrial polyps, diagnosis and treatment.

Professor Olaf Istre, Private Hospital Hamlet Copenhagen, Denmark

Uterine Fibroids, when and how should these be treated?

Professor Olaf Istre, Private Hospital Hamlet Copenhagen, Denmark

"One step clinic" för utredning och behandling av kvinnor med abnorma vaginala blödningar.

Docent Miriam Mints, Karolinska Universitetssjukhuset Solna

Hur formar vi framtiden?

Alla föreläsare

Dag: 25/3, 2011

Plats: Läkaresällskapets lokaler, Klara Östra Kyrkogata 10, Stockholm.

Tid: 09.00–16.00

Kostnad: 150:-

Antal platser är begränsat så först till kvarn gäller. Anmälan senast den 11 mars.

Anmäl dig via mail: info@eow.se För mer information: miriam.mints@ki.se eller Marie Ekelund, 08 545 811 51.

Seminarier är godkänt av



IPULS-nr: 2011-0004
Utbildningen har granskats och godkänts av IPULS.
Fullständig utbildningsbeskrivning finns på www.ipuls.se



Karolinska
Institutet

200
1810 – 2010

Karolinska Institutet, 171 77 Stockholm

Inbjudan till Nordsvenska Gynekologisällskapets möte och Mittnordenmötet

*Copperhill Mountainlodge i Åre
17-19/3 2011*

Välkommen att anmäla dig till det sammanslagna
Nordsvenska Gynekologisällskapets möte och Mittnordenmötet.

Programmet kommer att innehålla både gynekologi och obstetrik med
viss övervikt på öppenvård. Mötet kommer att starta den 17 mars kl 12.30 med lunch och
avslutas på kvällen lördag 19 mars och hemresa den 20/3.

Anmälan och detaljerat program
kommer att finnas på hemsidan vars adress du hittar nedan.

Anmälan sker endast via Internet:

Gå in via <http://www.kongress.ostersund.se/>
klicka på: Nordsvenska Gynekologisällskapets möte och Mittnordenmöte
eller via

SFOGs hemsida kalendariet. <http://www.sfog.se/kalendarium.htm>

Klicka på anmälan och fyll i dina uppgifter.

Om du har problem kontakta kongress@ostersund.se . **Obs! Anmälan är bindande!**

Kostnad: Mötesavgift framgår av anmälningsblanketten.

Där kan man även skriva in fakturaadress och betalningsätt av logi.

Varje person ansvarar själv för att uppgifterna i anmälan blir korrekta.

Vi hoppas på ett stort intresse och kan utlova ett intressant vetenskapligt program och
ett förhoppningsvis oförglömligt socialt program.

Väl mött i Åre!

Torbjörn Bäckström/Marie Bixo/Per-Åke Holmgren Eva Spetz/Katarina Tunón
Nordsvenska Gyn Mittnorden mötet

Säker operation och vård 2011

2-4 maj 2011

Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge

Kurs för läkare inom opererande specialiteter. Platsantal 30.

Detta är den första kursen med detta tema för läkare inom anestesi och de opererande specialiteterna. Kursledningen har en stor klinisk erfarenhet och ett stort engagemang inom frågor som rör kvalitet och säkerhet.

Kursens mål är att bidra till kunskap som gör vården säkrare i samband med operation

Kursens syfte är att förmedla kunskap om en teknik i kommunikation som minskar risken för misstag att ge kursdeltagarna en uppdaterad kunskap om arbetssätt och verktyg som finns för att garantera en säker vård att förmedla kunskap om hur komplikationer och avvikelser ska hanteras

Kursinnehåll

- Patientsäkerhet på klinik- och sjukhusnivå
- Vårdrelaterade skador
- Läkemedelshantering
- Teknik och säkerhet
- Kommunikation: Crew Resource Management
- Fallpresentationer
- Riskbedömningar
- Komplikationer relaterade till operation och perioperativ vård

Kursledning

John Ahlberg, Magnus Boijesen, Anders Dolk, Cecilia Escher och Folke Hammarqvist

Pris

4.500:- exkl moms.

Anmälan

www.ki.se/uppdraagsutbildning

Kurssekreterare

Eva Köhn, Gastrocentrum, K61, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge,
141 86 Stockholm.

eva.kohn@karolinska.se .Tel 08-58582415

Projektkoordinator

Ulla Finati, avd för uppdraagsutbildning.

E-post: ulla.finati@ki.se. Tel: 08-52483891

**Styrgruppen inom Stiftelsen för Kvalitetssäkring inom
Graviditets- och Fosterdiagnostik
anordnar**

Teoretisk kurs i KUB

Kursen riktar sig till gynekologer och ultraljudsbarnmorskor verksamma på enheter som utför eller planerar att erbjuda riskbedömning avseende kromosomavvikelse i första trimestern med kombinerad NUPP-ultraljud och biokemiskt test - KUB.

Kursen motsvarar den teoretiska delen av Fetal Medicine Foundations First Trimester Scan Course. Tillsammans med praktisk träning och uppvisande av godkända bilder ges deltagarna certifiering för användande av riskberäkningsprogrammet från Stiftelsen.

Tidpunkt: Torsdag 8/9 2011 kl 10-17

Plats: Stockholm, lokal meddelas senare

Kursen är kostnadsfri för deltagare från enheter som är anslutna till Stiftelsens program, för övriga är kursavgiften 3000:- inkl moms.

Kursledare är Peter Conner, Karolinska sjukhuset, Solna och Anna Marsk Ultragyn, Stockholm

Anmälan och förfrågningar kan ske till anna.marsk@ultragyn.se senast 15/4 2011

Ett minimum av 20 deltagare krävs för att kursen ska hållas.

Högskoleutbildning i Obstetriskt ultraljud

Centrum för fostermedicin på Karolinska Universitetssjukhuset anordnar i samarbete med Karolinska Institutet en högskoleutbildning i obstetriskt ultraljud på 30 hp med början under hösten 2010.

Kursen är avsedd för dig som är barnmorska eller läkare och som arbetar med ultraljud men inte har någon formell utbildning i ultraljud. Den startar i september 2011 och avslutas i maj 2012. Hälften av utbildningen – 2 dagar per månad, 15 hp - kommer att förläggas till Karolinska Institutets lokaler i Solna. Den andra hälften består av ett fördjupnings-arbete på 7,5 hp och en praktisk del på 7,5 hp. Dessa görs på hemorten. Centrum för fostermedicin kan eventuellt hjälpa till med praktikplats.

Ansökan görs på www.studera.nu senast 15 april, 2011, anmälingskod KI -61041.

Önskar du ytterligare information kan du kontakta

Annika Dellgren

Ultraljudsbarnmorska/Med. mag

annika.dellgren@karolinska.se

VÄLKOMMEN MED DIN ANSÖKAN!

The NFOG FUND

Call for applications

(1st March 2011)

The NFOG General Assembly at the the 37th Nordic Congress of Obstetrics and Gynecology 15-18 June 2010 in Copenhagen decided to establish the new NFOG Fund.

It will replace the NFOG Visitor and Collaborative Programs and provide support for a wider range of activities.

Purpose:

The purpose of the NFOG Fund is to support further development of professional skills, research, and clinical and scientific collaboration in the fields of obstetrics and gynecology.

Who can apply:

Members of the national societies of NFOG who are specialists in obstetrics and gynecology or trainees who have completed two years of specialist training.

The following fields within obstetrics and gynecology can be covered:

- 1: Clinical or scientific visits outside country of residence with the purpose of improving skills and/or developing and sharing expertise.
- 2: Voluntary or project work in developing countries.
- 3: Courses outside the applicant's country of residence.
- 4: Collaborative clinical or scientific projects between members of the national societies of NFOG.
- 5: Each national society can apply yearly for the coverage of expenses to bring one lecturer from another Nordic country to speak at the society's annual meeting.

In case the number of applications exceed the funding, applications regarding activities within the Nordic countries will have the highest priority.

Grants will not be given for:

- Congresses, symposias, pre and post congress courses.
- Courses arranged by NFOG.
- Salary or daily allowance shall not be covered
- Training of other professions than gynaecologists/obstetricians.

Only future activities will be considered for support. Retrospective applications will not be taken into consideration.

The grants will cover:

- Course fee.
- Traveling expenses: Public transport, air fare on economy class, only one return ticket.
- Modest accommodation. For longer visits hotels are not accepted.
- Meeting expenses for the collaborative projects (point 4 above)

Only expenses of NFOG members will be covered by the grants. This rule does not apply for lecturers at societies annual meetings (point 5),

Application must include:

- Applicant's motivations and reasons for applying.
- Application should be submitted on a special NFOG Fund application form and should include
- Short Curriculum Vitae (no more than two pages). In collaborative projects, short CV from the principal investigator of each participating Nordic country
- Detailed budget.
- Copy of course announcement (point 3)
- In collaborative projects, short description of the research / clinical project, including information on appropriate approvals. Total length up to five pages.
- Letter of recommendation from head of department, including comment in relation to the budget of the clinic (points 1-3).
- In case of clinical visit or voluntary work: acceptance letter from head of department at the clinic where the visit is to take place or the organization who is responsible for the program.
- Information on whether or not the applicant has applied for or received other grants for the same purpose, and how much.

A short written report to the NFOG Board must be send to the NFOG Treasurer within 3 months after the activity. The report will be published on the Website. Expenses will be refunded, when the NFOG Treasurer receives documentation of expenses and the written report. Claim form can be found at www.nfog.org

Deadline for applications

Application dates are March 1st and October 1st each year. Applicants will be notified within two months of the application dates. Next deadline is March 1th 2011: Applications should be submitted as a single file, named with the applicant's name to nfogfund@nfog.org

Further information

Further instructions can be found at www.nfog.org or obtained from members of the NFOG scientific Committee (see NFOG webpage).

Alexander Kr Smárason
Chairman of the Scientific Committee
Department of Obstetrics and Gynaecology
Akureyri Hospital
600 Akureyri
Iceland
e-mail: smarason@simnet.is

Välkommen till Kvinnliga Läkares Förenings vårsymposium

"Tips från coachen – genus och ledarskap"

Fredag 15 april 2011, van der Nootska palatset, Stockholm

Medverkar gör bl.a.
Anna Leifler, ST-läkare med ledarskapsinriktning på
kirurgkliniken Capio S:t Görans Sjukhus, Stockholm

Karin Norlén, Divisionschef Psykiatridivisionen Akademiska sjukhuset Uppsala,
utsedd till Årets kvinnliga ledare av Dagens medicin 2010

För mer info om hur du anmäler dig, fullständigt program etc. se
www.kvinnligalakare.se

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,
anne.ekeryd-andalen@sfog.se
Ange namn och faktureringsadress
Pris per annons för medlemmar 75 kr

SÖKES

**Begagnad utrustning till en
gynekologmottagning i Djibouti.**

Instrument, röntgenapparat,
ultraljudsapparat och möbler.

Kontakta Gertrud Koster
E-mail: dr.gkoster@gmail.com

SÄLJES

**Gyn-stol Oscar med fotreglage,
inköpt november 1999.**

**Mindre op-lampa märke Olmed,
inköpt 2006.**

**Uljudsapparat Philips HD 3 med
vaginal probe, färgdoppler och skrivare
inköpt september 2007.**

Diatermiutrustning.

**Flergångsinstrument, instrumentbord
mm.**

Kristina Lindgren
Aurorakliniken, Turebergs Allé 7, 191 62 Sollentuna
Tel: 073-98 40 112
E-mail: drkl@telia.com

Arbets- och Referensgrupperna inom SFOG

Perinatologi PERINATAL-ARG

Ordförande: Karin Pettersson
KK, Karolinska Universitetssjukhuset
Huddinge
141 86 Stockholm
Tel: 08-585 800 00
karin.pettersson@karolinska.se
Sekreterare: Marie Blomberg
KK, Universitetssjukhuset Linköping
581 85 Linköping
Tel: 013-22 20 00
marie.blomberg@lio.se

Minimalinvasiv Gynekologi

MIG-ARG

Ordförande: P-G Larsson
KK, Kärnjukhuset
541 85 Skövde
Tel: 0500-43 10 00. Fax: 0500-43 14 54
p-g.larsson@vgregion.se
Sekreterare: Johanna Isaksson
KK, K57, Karolinska Universitets-
sjukhuset, Huddinge
141 88 Huddinge
Tel: 08-585 816 19
johanna.isaksson@karolinska.se

Obstetriska och Gynekologiska

Infektioner

INF-ARG

Ordförande: Mats Bergström
KK, Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-616 10 00
Fax: 08-616 26 40
Mats.Bergstrom@sodersjukhuset.se
Sekreterare: Ingrid Wikström
KK, Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018-611 00 00. Fax: 018-55 97 75
ingrid.wikstrom@kbh.uu.se

Familjeplanering FARG

Ordförande: Jan Brynhildsen
KK, Universitetssjukhuset
581 85 Linköping
Tel: 013-13 22 00. Fax: 013-14 81 56
jan.brynhildsen@lio.se
Sekreterare: Kristina Gemzell-
Danielsson
Inst f Kvinnors och Barns Hälsa
Karolinska Universitetssjukhuset, Solna
171 76 Stockholm
Tel: 08-515 521 28. Fax: 08-517 743 14
kristina.gemzell@ki.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

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: Johan Skoglund
KK, Länssjukhuset Ryhov
551 85 Jönköping
Tel: 036-32 14 58
johan.skoglund@lj.se

Cervixcancerprevention C-ARG

Ordförande: Bengt Andrae
KK, Gävle/Sandviken Länssjukhus
801 87 Gävle
Tel: 026-15 41 68. Fax: 026-15 41 56
bengt.andrae@gmail.com
Sekreterare: Kristina Elfgren
KK, Karolinska Universitetssjukhuset,
Huddinge
141 86 Stockholm
Tel: 08-585 800 00. Fax: 08-585 875 75
kristina.elfgren@karolinska.se

Psykosocial Obstetrik och Gynekologi

samt Sexologi POS-ARG

Ordförande: Katri Nieminen
KK, Universitetssjukhuset Linköping
581 85 Linköping
Tel: 013-22 20 00
katri.nieminen@lio.se
Sekreterare: Maria Engman
KK, Västerviks sjukhus
593 81 Västervik
Tel: 0490-860 00
marie.engman@ltkalmars.se

Ofrivillig Barnlöshet FERT-ARG

Ordförande: Britt Friberg
KK, Lund och Reproduktionsmedicinskt
Centrum (RMC)
Malmö Skånes Universitetssjukhus/SUS
205 02 Malmö
britt.friberg@skane.se
Sekreterare: Pietro Gambadauro
Reproduktionscentrum, KK
Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018- 611 00 00 (växel)
gambadauro@gmail.com

Endokrinologi ENDOKRIN-ARG

Ordförande: Angelica Lindén-Hirschberg
KK, Karolinska Universitetssjukhuset,
Solna
171 76 Stockholm
Tel: 08-517 700 00
angelica.linden-hirschberg@karolinska.se
Sekreterare: Eva Innala
KK, Norrlands universitetssjukhus
901 85 Umeå
Tel: 090-785 21 61
eva.innala@vll.se

**Gynekologisk Tumörkirurgi med
Cancervård
TUMÖR-ARG**

Ordförande: Angélique Flöter Rådestad
KK, Karolinska universitetssjukhuset
Solna
171 76 Stockholm
Tel: 08-517 700 00
angelique.floter-radestad@karolinska.se
Sekreterare: René Bangshøj
KK, Universitetssjukhuset Örebro
701 85 Örebro
Tel: 019-602 12 60
Fax: 019-12 65 90
rene.bangshoj@reba.se

Ultraljudsdiagnostik ULTRA-ARG

Ordförande: Peter Lindgren
KK, Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018-611 00 00
peter.lindgren@kbh.uu.se
Sekreterare: Jesper Agrell
KK, Sundsvalls sjukhus
851 86 Sundsvall
Tel: 060-18 10 00
jesper.agrell@lvn.se

Hemostasrubbnings HEM-ARG

Ordförande: Eva Östlund
KK, Danderyds sjukhus
162 88 Danderyd
Tel: 08-655 55 00
eva.ostlund@ds.se
Sekreterare: Lars Thurn
KK, Blekingesjukhuset
371 85 Karlskrona
lars.thurn@ltblekinge.se

Vulva VULV-ARG

Ordförande: Nina Bohm-Starke
KK, Danderyds sjukhus
182 88 Danderyd
Tel: 08-655 50 00
nina.bohm-starke@ds.se
Sekreterare: Christina Rydberg
KK, Varbergs sjukhus
432 81 Varberg
Tel: 0340-48 10 00
christina.rydberg@lthalland.se

Endometriosis ENDOMETRIOS-ARG

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

Evidensbaserad medicin**EVIDENS-ARG**

Ordförande: Kerstin Nilsson
KK, Örebro Universitetssjukhus
701 85 Örebro
Tel: 019-602 10 00. Fax: 019-12 65 90
kerstin.nilsson@orebroll.se
Sekreterare: Annika Strandell
Gynmottagningen, Kungälv's sjukhus
442 83 Kungälv
Tel: 0303-980 02
annika.strandell@medfak.gu.se

Etik ETIK-ARG

Ordförande: Claudia Bruss
KK, Länsjukhuset i Halmstad
302 33 Halmstad
Tel: 035-13 10 00
claudia.bruss@lthalland.se
Sekreterare: Lotti Helström
KK, Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-616 10 00
lotti.helstrom@sodersjukhuset.se

Mödra-Mortalitet MM-ARG

Ordförande: Aljana Mulic-Lutvica
KK, Akademiska Sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018-611 00 00. Fax: 018-24 62 86
aljana.mulic-lutvica@akademiska.se
Sekreterare: Sissel Saltvedt
KK, Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-616 10 00
sissel.saltvedt@sodersjukhuset.se

**Arbets- och referansgruppen för
kvalitetsregistrering KVARG**

Ordförande: Göran Berg
KK, Linköpings Universitetssjukhus
581 85 Linköping
Tel: 013-22 31 32
goran.berg@lio.se
Sekreterare: Karin Franzén
KK, Örebro Universitetssjukhus
701 85 Örebro
karin.franzen@orebroll.se

GLOBAL-ARG

Ordförande: Birgitta Essén
Inst för kvinnors och barns hälsa
IMCH
Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
birgitta.essen@kbh.uu.se
Sekreterare: Sigmar Strömberg
Kontaktuppgifter, se hemsidan
sigmars@hotmail.com>

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

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

SFOG-Kansliet

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

Intressegrupper inom SFOG

Privatgynekologerna

Ordförande

Gunnar Möllerström
Oxbackskliniken
Lagmansv 14
152 40 Södertälje
Tel: 08-5509 9100
Fax: 08-5544 3120
E-post: gunnar.mollerstrom@tyfon.com

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

Carl Johan Granqvist
Gallerians Läkarmottagning
Box 2147
550 02 Jönköping
Tel: 036-16 30 40
E-post: cjg@telia.com

Mödrahälsovårdsöverläkargruppen

Ordförande

Agneta Romin
Kvinnokliniken, Falu lasarett
791 82 Falun
Tel: 023-49 22 73
Fax: 023-49 09 89
E-post: agneta.romin@ltdalarna.se

Sekreterare

Ingegerd Lantz
MÖL Gävleborg, Psykologmottagningen
Kyrkogatan 28, 3tr
803 11 Gävle
Tel: 026-15 41 61
Fax: 026-15 41 56
E-post: ingegerd.lantz@lg.se

Obstetiker och gynekologer under utbildning (OGU)

Ordförande

Malin Strand
KK, Sunderby sjukhus
971 80 Luleå
Tel: 0920-28 20 00
E-post: malin.strand@nll.se

Sekreterare

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

Gruppen för öppenvårdsgynekologi

Ordförande:

Inga Sjöberg
Ersboda vårdcentral
Hälsogränd 3
906 25 Umeå
Tel: 090-785 81 81
E-post: inga.sjoberg@vll.se

Sekreterare

Carin Gillberg
GynStockholm
Tunnlandet 11, 6 tr
168 36 Bromma
Tel: 070-611 81 12
E-post: carin.gillberg@gynstockholm.se

SFOG

MEDLEMSANSÖKAN

www.sfog.se

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

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

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

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

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

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

De flesta som söker nytt medlemskap är fortfarande under utbildning.

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

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

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

FÖLJANDE ARG-RAPPORTER FINNS ATT BESTÄLLA VIA SFOG:s HEMSIDA www.sfog.se

Nr 1-16, 18-27, 35-36 och 57 har utgått

<i>Titel</i>	<i>Utgivningsår</i>	<i>Pris/st exkl. moms, porto & exp. avg 80:-</i>
Nr 17 Prolaps	1989	100:-
Nr 28 Sexuella övergrepp mot barn och ungdomar	1994	100:-
Nr 29 Komplikationer vid Obstetrisk & Gynekologisk kirurgi	1995	100:-
Nr 30 Genitala infektioner hos kvinnan	1996	100:-
Nr 31 Assisterad befruktning och preimplantatorisk diagnostik i Sverige Uppdat 97. Se även rapp 37!	1996	100:-
Nr 32 Gynekologisk endoskopi - del 1	1996	100:-
Nr 33 Sexologi ur gynekologisk synvinkel	1996	100:-
Nr 34 Att förebygga cervixcancer samt vaginal- och vulvacancer	1997	100:-
Nr 37 Ofrivillig barnlöshet	1998	100:-
Nr 38 Substitutionsbehandling i klimakteriet - aktuella synpunkter	1998	100:-
Nr 39 Kvinnlig urininkontinens	1998	100:-
Nr 40 Ungdomsgynekologi	1999	100:-
Nr 41 Cancer, Graviditet och Fertilitet	1999	100:-
Nr 42 Gynekologisk ultraljudsdiagnostik	2000	100:-
Nr 43 Infektioner hos gravida kvinnor	2000	100:-
Nr 44 Vulvacancer	2000	100:-
Nr 45 Gynekologisk endoskopi - del 2	2001	100:-
Nr 46 Anal inkontinens hos kvinnor. Utredning och behandling	2001	100:-
Nr 47 Intrauterin fosterdöd (IUFD)	2002	100:-
Nr 48 Vulvasjukdomar	2003	100:-
Nr 50 Metodbok för evidensbaserad obstetrik och gynekologi	2004	100:-
Nr 51 Förlösningsrädsla	2004	100:-
Nr 52 Perinatalt omhändertagande vid extrem underburenhet	2004	100:-
Nr 53 Bröstat	2006	100:-
Nr 54 Inducerad abort	2006	100:-
Nr 55 Obstetriskt ultraljud	2007	100:-
Nr 56 Endometrios	2008	300:-
Nr 58 Polycystiskt ovarialsyndrom (PCOS)	2008	300:-
Nr 59 Mödrahälsovård, Sexuell och reproduktiv Hälsa	2008	300:-
Nr 60 Prolaps	2009	300:-
Nr 61 Hysterektomi vid icke-maligna tillstånd	2009	300:-
Nr 62 Barnafödande och psykisk sjukdom	2009	300:-
Nr 63 Cervixcancerprevention	2010	300:-
Nr 64 Ofrivillig barnlöshet	2010	300:-
Nr 65 Kejsarsnitt	2010	300:-
Nr 66 Hysteroskopi	2010	300:-
Nr 67 Hormonbehandling i klimakteriet	2010	300:-