Nummer 1 / 2023

Kvinnoläkaren

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

Bildande av Reuma-ARG

Riktlinjer för vård vid provocerad vulvodyni

ST SKRÅ

KVINNOLÄKAREN
Ansvarig utgivare: Radha Korsoski
E-post: radha korsoski@sfog.se
Layout: Moniqa Frisell
All korrespondens ställs till föreningen:
SFOG-Kansliet, Klara Östra Kyrkogata 10
Box 738
101 35 Stockholm
Tel: 08-440 01 75
Jessica Hortelius och Diana Mickels
E-post: kansliet@sfog.se
Internet: www.sfog.se
Annonser: Radha Korsoski
E-post: radha korsoski@sfog.se
Platsannonser hemsidan: kansliet@sfog.se

SFOGs styrelse 2023:
Ordförande: Christer Borgfeldt
Lund
E-post: hrister.borgfeldt@sfog.se
Vice ordförande: Marion Ek
Stockholm
E-post: marion.ek@me.com
Facklig sekreterare:
Sophia Brismar
Stockholm
E-post: sophia.brismar@sfog.se
Skattmästare: Henrik Graner
Örebro
E-post: henrik.graner@regionorebrolan.se
Vetenskaplig sekreterare:
Ann Josefsson
Linköping
E-post: ann.josefsson@sfog.se
ARGUS: Kerstin Nilsson
Örebro
E-post: kerstin.nilsson.ha@oru.se
Utbildningssekreterare: Sofie Graner
Stockholm
E-post: sofie.graner@sfog.se
Forbildningssekreterare:
Marie Bixo
Umeå
E-post: marie.bixo@umu.se
Redaktör för Kvinoläkaren:
Radha Korsoski
Göteborg
E-post: radha korsoski@sfog.se
Webbansvarig: Olof Alexandersson
Östersund
E-post olof.alexandersson@sfog.se
Kvalitetssekreterare: Marie Wikström Bolin
Sundsvall
E-post: marie.wikstrombolin@sfog.se
Ledamot/OGU-representant:
Kristin André
Helsingborg
E-post: kristin.andre@sfog.se

Tryck: Elanders
ISSN 0284-8031

Ordförande har ordet

Kära kollegor!

Nytt År och nya utmaningar!

Det här är mitt första ordförandebrev och jag ser med glädje fram emot att jobba vidare med SFOGs välfungerande styrelse för er medlemmar och för våra patienter. Jag vill rikta ett stort tack till styrelsemedlemmarna som slutade vid årsskiftet. Inger Sundström-Poromaa som verkat för att hålla den vetenskapliga fanan högt och förbättrat samarbetet med NFOG och andra samarbetspartners. Michael Algovik som i egenskap av ordförande med fast hand och suveränt ledarskap har lett SFOGs styrelsearbete. Jag vill fortsätta att driva våra frågor och medverka till att vi syns och hörs i debatterna.

Det är många frågor som fortsatt behöver genomlysas och diskuteras för att samtliga delar inom specialiteten ska utvecklas till gagn för alla kvinnor.

Apropå debatt finns det på SFOG:s hemsida ett öppet brev till stöd för kvinnors rätt till sexualupplysning och fri abort i Polen. Polen har den mest restriktiva abortlagstiftningen i Europa vilken kriminaliserar abort. FIGO och SFOG anser att reproduktiv autonomi och rätten till säkra aborter tillhör mänskliga rättigheter. Tillsammans med Vårdförbundet och Barnmorskeförbundet uppmanas den polska åklagaren att lägga ned åtalet mot kollegan Justyna Wydrzyn?ska och andra som jobbar för sexualupplysning och reproduktiv hälsa samt rätten till fri abort. Vi i Sverige måste värna om och vara stolta över den svenska abortlagstiftningen som inom ett år firar 50 år.

Kompetensutveckling är och kommer framåt vara ett av de viktigaste områdena att arbeta vidare med, speciellt vidareutbildningen av ”färdiga” specialister inom SFOG. Vi ser redan att det på flera sjukhus är brist på specialister och vårdpersonal såsom barnmorskor och sjuksköterskor. Detta leder till att enheter, nu senast Lycksele förlossningsavdelning, var tvungen att stänga åtminstone temporärt. Förlossningsavdelningen i Lycksele har de senaste åren haft minst antal förlossningar per år (se SFOGs årsrapporter).

I DETTA NUMMER

Nya KVÅ koder 2023 7
Bildande av Reuma-ARG 7
Nationella riktlinjer för vård vid provocerad vulvodyni 10
OGUs ordförande informerar 15
Kallelse till OGUs årsmöte 2023 17
Valberedningens förslag till styrelse och valberedning OGU 2023 18
ST SKRÅ 20
OGU journal club 22
SNAKS 23
ASA-klassificering av våra operationspatienter 24
”Små steg mot ett mer hållbart läkarliv” 26
Intervju med Maja Larsson 27
Pris för bästa obstetriska avhandling 29

Kollegor från närliggande sjukhus har varit tvungna att täcka upp när det saknats specialister i Lycksele. Det finns flera negativa aspekter med för små enheter. En är att volymen av antal fall blir för få för att upprätthålla kompetens och en annan är att det blir svårt med vidareutbildning t ex frånvaro för att tillskansa sig ny medicinsk kunskap. Alla kvinnor har rätt att erhålla god medicinsk säker vård oavsett var i Sverige man är bosatt. Omstruktureringar p g a kompetensbrist kommer att bli än mer uppenbara om vi inte fortsätter med vidareutbildning av våra ”färdiga” specialister. Staten har glädjande nog planerat att satsa 3,2 miljarder för kompetensförsörjning vilket vi hoppas att specialister ska kunna ta del av.

Den nya regeringen har även i Tidöavtalet gett direktiv om att satsningar ska ske inom följande områden:

- Jämställd vård samt vård och forskning om kvinnors sjukdomar och hälsa
- Möjligheter till hemabort genomförs i enlighet med tidigare beslut.
- Ökade medel för forskning om kvinnors sjukdomar och hälsa.
- Stärkt vård för sexuellt våldsutsatta, såväl barn som vuxna.
- Satsning på vård för migrän, endometrios och klimakteriebesvär.
- Utbildningssatsningar, myndighetsuppdrag och ev. budgetsatsningar för jämställdvård.”

Det är av stor vikt att vi inom professionen följer upp och ser till att de utlovade satsningarna förverkligas.

Ett gyllene tillfälle att vidareutbilda sig kommer att vara årets NFOG-möte i Trondheim som är flyttat till vecka 35 i slutet av augusti. Detta för att locka svenska gynekologer och obstetriker att delta på spännande och aktuella symposier och föredrag. SFOGs årsmöte kommer att hållas måndag eftermiddag. Om man vill delta i söndagens pre-congress workshops finns det flera intressanta ämnen t ex obstetrisk, laparoskopisk eller kolposkopisk träning, ultraljudssessioner, tonårsgynekologi med PCOS, omhändertagande av sexuellt utnyttjade, etiska dilemman inom prenatal och perinatal medicin samt vetenskapligt skrivande. På NFOG:s hemsida kan ni ta del av hela programmet. Ta chansen att förkovra er, programmet är digert.

Vilka frågor ska SFOG driva de kommande åren?

SFOG handhar ST-utbildningarna, finns det någon utbildning som saknas? Avseende fortbildningskurser har den efterlängtade Bakjourskursen i obstetrik och gynekologi återuppstått och ges i mars i Linköping. Är det någon annan kurs som bör tillkomma?

Hur lockar vi nya kollegor till vår specialitet? Hur bör vi verka för att de ska stanna kvar inom specialiteten (egentligen arbetsgivarens ansvar) och uppnå bakjourskompetens?

NFOG-mötet är ett utmärkt tillfälle för att utveckla de nordiska samarbetena. Hur ska vi öka övriga samarbeten? SNAKS (Svenskt nätverk för Nationella Kliniska Studier inom OB/Gyn) försöker stimulera svenska multicenterstudier vilket är ett bra exempel på vad som kan möjliggöras med forskningssamarbeten. Danska kollegor som har ett liknande nätverk bjuder in till gemensamma projekt. Ska vi ytterligare engagera oss i FIGO?

SFOGs styrelse ser gärna att ni kommer med förslag på fler frågor som ni vill att vi ska arbeta vidare med.

Jag vill slutligen välkomna de nya styrelsemedlemmarna Marion Ek som vice ordförande och Ann Josefsson som vetenskaplig sekreterare. Tillsammans med styrelsen ser jag fram emot de kommande två årens arbete och ämnar fortsatt driva frågor som är viktiga för er medlemmar och för våra patienter.

Eder nyblivne ordförande
Christer Borgfeldt

ÅRSAVGIFTER

Medlemsavgift SFOG **1200:-**

Inkluderar medlemskap i NFOG samt prenumeration på
Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavia samt
ARG-rapportabonnemang (400:- per år och avser genomsnittligt tre rapporter)

Medlemsavgift SFOG (ålderspensionär, fr o m det år man fyller 66 år) **600:-**

REDAKTÖRENS RUTA

Jag skulle vilja uppmana alla som har möjlighet att sitta i SFOGs styrelse eller i ARG att ta chansen. Det är både roligt och utvecklande både professionellt och socialt. Och så bidar vi till att obstetrik och gynekologi utvecklas i en god riktning.

"*Never doubt that a small group of thoughtful committed individuals can change the world. In fact, it's the only thing that ever has.*"

Hälsar er redaktör

Följande tider gäller för Kvinnoläkaren 2023:

Nr	*Deadline*	*Utkommer*
Nr 2	13 mars	vecka 16
Nr 3	8 maj	vecka 25
Nr 4	18 september	vecka 43
Nr 5	6 november	vecka 50

Manus skickas via epost till:
Redaktör Radha Korsoski
Epost: radha.korsoski@sfog.se

Adressändring ska göras till:
SFOG Kansliet
Box 738 • 101 35 Stockholm
eller kansliet@sfog.se

Nya medlemmar

Andrea Jansson, Norrköping
Johanna Paulsson, Trollhättan
Nina Sollier, Bromma
Stephanie Gulevski, Helsingborg
Zåzan Hawrami, Gävle
Itorobong Essien, Tullinge
Seyhan Cikman, Gävle
Maja Bergfelt, Kristianstad
Tarek Tannira, Nässjö
Julia Skog, Helsingborg
Julia Hillgren, Helsingborg
Katrin Christine Asciutto, Uppsala
Stella Rakama Blomgren, Hässelby
Gunbritt Lagerbäck, Stockholm
Halima El Gabsi, Linköping
Emilia Rotstein, Stockholm
Ellen Hofgaard, Lund

ARGUS har ordet

Även om vi fortfarande är påverkade av den tidigare pandemin och alla dess efterföljande konsekvenser, så har vi mycket glädjande kunnat se att verksamheten i AR-grupperna alltmer kunnat börja återgå, om inte helt till tidigare omfattning, till att i varje fall vara en god bit på väg.

Det har under året skett en del förändringar i AR-grupperna. Vi har glädjen att hälsa en ny AR-grupp välkommen, Reuma-ARG. AR-gruppen utgår ifrån en tidigare gruppering där obstetriker och reumatologer gemensamt arbetat med frågor kring graviditet och reumatisk sjukdom, men avser nu att bredda sitt ansvarsområde till att omfatta också gynekologiska frågeställningar hos kvinnor med reumatisk sjukdom. Att det bildas en AR-grupp inom detta område där kunskapen snabbt expanderar, kommer vara av stort värde för svensk obstetrik och gynekologi. Ett dokument rörande praktisk handläggning vid graviditet hos kvinnor med SLE har tagits fram av den tidigare grupperingen och kommer när detta läses också finnas tillgängligt på SFOG:s hemsida. Kontaktuppgifter till Reuma-ARG kommer också inom kort finnas på hemsidan.

Samtidigt som en ARG tillkommer, avslutas en annan. Evidens-ARG, som under de senaste åren haft begränsad verksamhet har efter egen begäran nu avslutats. Den kunskap som Evidens-ARG bidragit med att sprida bedöms nu vara så allmän att en särskild ARG inte behövs. Det finns också utmärkta läroböcker och digitala verktyg för den som önskar fördjupa sig i systematiska litteraturstudier. Styrelsen har riktat ett varmt tack till gruppen, företrädd av dess ordförande Annika Strandell.

Under året har vi arbetat med att ta fram ett nytt styrdokument för ARG-verksamheten och nya rutiner för utformande av det som vi nu rubricerar som SFOGs kunskapsstöd. Det betyder att vi nu enbart har kvar ARG-rapporter respektive SFOG-råd. SFOG-riktlinjer, som utgjordes av evidensgraderade kunskapsunderlag uppfattades av flera som alltför tungrodda att producera , och har därför nu tagits bort. För att hålla kvar den höga ambitionsnivån i SFOG, med högkvalitativa kunskapsunderlag så har det för ARG-rapporterna och SFOG-råden lagts till ett metodkapitel/avsnitt för att ge läsaren information om hur rapporterna/råden tagits fram och på vilket underlag de grundar sig. Vi hoppas och tror att detta ska fungera väl, och bidra till att anpassa våra kunskapsstöd till de ökade krav på tydlighet som ställs i omvärlden, utan att för den skull utgöra en extra belastning för AR-grupperna. Aktuella styrdokument och övriga anvisningar återfinns på hemsidan under rubriken AR-grupper.

Flera AR-grupper har nya rapporter, kapitel eller råd på gång. Det har tagit litet tid att sätta nya rutiner men vi hoppas nu framöver kunna publicera nyheter snabbare. Tack vare vår webmaster, Olof Alexandersson så utvecklas också hemsidan hela tiden och under rubriken Kunskapsstöd så återfinner ni alla aktuella dokument.

Pandemin har som alla vet fört med sig nya mötesformer. Flera AR-grupperna har beskrivit en mix av digitala och fysiska möten, och detta kommer säkert att fortsätta. Varje grupp ska förstås, utifrån aktuella frågor och arbetssätt, välja vad som är mest ändamålsenligt.

Riks-ARG har nu under två år avhållits digitalt, med mycket högt deltagande. Också i år blir det ett digitalt möte, inte minst med anledning av att SFOG veckan i år uppgår i NFOG:s möte i Trondheim. Mötet i Trondheim ser ut att bli ett högklassigt möte som verkligen kan rekommenderas, men Riks-ARG kommer alltså inte äga rum då utan senare i höst. Information om tidpunkt kommer senare i vår.

Jag vill avsluta med ett varmt TACK till alla AR-grupper för allt det fina och engagerade arbete ni lägger ner, till nytta för oss alla!

Kerstin Nilsson
ARGUS

Nya KVÅ koder 2023

DM028	Abdominell aortakompression, t.ex. vid postpartumblödning
DM032	Planerad och genomförd hemförlossning utanför sjukhus
DN033	Planerad hemförlossning överförd till sjukhus under förlossning före barnets födelse
DM034	Planerad hemförlossning överförd till sjukhus efter barnets fördelse
AK116	Transperinealt ultraljud bäckenbotten

Bildande av Reuma-ARG

SFOGs styrelse har godkänt bildandet av en Arbets- och referensgrupp för reumatiska sjukdomar i relation till gynekologi och obstetrik, Reuma-ARG. Arbetsgruppen kommer formellt att bildas vid ett möte i Stockholm den 14 mars och kommer i första hand att bestå av gynekologer och obstetriker samt reumatologer men på sikt kanske även representanter för andra specialiteter.

Om Du är intresserad av att deltaga i detta viktiga arbete vänligen kontakta:
Tansim Akhter (SEKRETERARE OBSTETRIK) tansim.akhter@akademiska.se
Muna Saleh (SEKRETERARE REUMATOLOGI) muna.saleh@liu.se
Tomas Fritz (ORDFÖRANDE) tomas.fritz@vgregion.se

Första gruppen handledare samt examinatorer för certifiering i kolposkopi och cervixcancerprevention

Bilden tagen efter avslutat handledarseminarium 19 januari 2023 på Läkarförbundet i Stockholm. Tid för nästa tillfälle i Göteborg kommer meddelas vid senare tillfälle på SFOG/C-ARGs hemsida. Håll utkik!

SFOGs medlemmar inbjuds till att delta i en digital enkät om

Menopausal hormonbehandling – var står vi idag? Förskrivarnas erfarenheter och utmaningar

För mer information och för att komma till enkäten, vänligen scanna QR-koden eller skriv in länken nedan i din webbläsare. Inbjudan till enkäten skickas även till din epost via SFOG kansliet.

https://redcap.link/MHT

Alla svar är värdefulla och uppskattas, vi ser fram emot ditt svar!

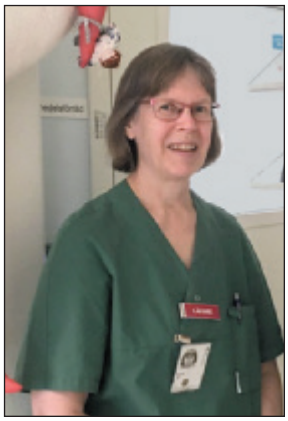
Önskas ytterligare information, vänligen kontakta ansvariga för projektet:

Rebecca Götze Eriksson, bitr. överläkare, doktorand
Institutionen för Kvinnors och Barns hälsa
Uppsala Universitet
rebecca.gotze_eriksson@kbh.uu.se

Stavros Iliadis, överläkare, PhD
Institutionen för Kvinnors och Barns hälsa
Uppsala Universitet
stavros.iliadis@kbh.uu.se

UPPSALA UNIVERSITET

SFOGs stora tack till Karin Pihl!



Karin Pihl, Borås, har varit ”Kodfrågan” med hela Gynekologi och Obstetrik-Sverige under flera decennier. Hon har nu efter många års trogen tjänst beslutat lämna kodningsarbete då hon börjat trappa ner sitt yrkesliv.

Karins intresse för kodningsarbetet började redan som utbildningsläkare på 80-talet och hon var då med och skapade *”AΩ, Alfabetisk förteckning över gynekologiska diagnoser 1988”* för att underlätta att hitta diagnoser i dåvarande ICD-9. Detta embryo till diagnoshandbok såldes bl.a. av en entusiastisk Berndt Kjessler i samband med en SFOG-vecka i Linköping och spreds i hela landet. Hon blev senare utsedd av SFOG att vara föreningens representant i Socialstyrelsens arbete med översättning och implementeringen av ICD-10, ett arbete som var helt ideellt. När ICD-10 skulle införas 1997, med bl.a. en mycket mer omfattande obstetrisk del, hade Karin kommit på att det vore bra att göra en anpassad Diagnoshandbok och under en workshop 1996 samlades flera kodningsintresserade kollegor. Man hade på så sätt förberett så den första *Diagnoshandboken* kunde distribueras samtidigt med att ICD-10 infördes i landet. För att underlätta ytterligare bidrog Karin till att diagnoskriterier och användaranvisningar fanns med. Även operations- och KVÅ-koder ingår i *Diagnoshandboken,* vilken redan är inne på den sjätte omarbetade upplagan.

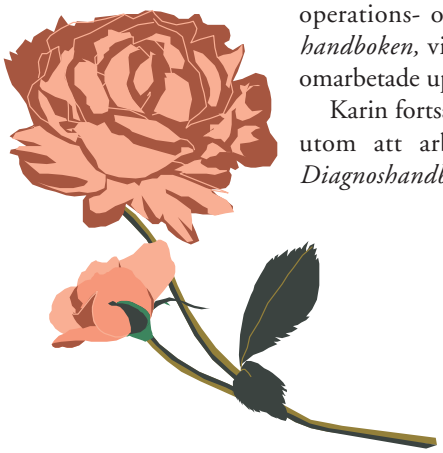
Karin fortsatte sitt engagemang och har, förutom att arbeta med omarbetningarna av *Diagnoshandboken,* varit bollplank gentemot Socialstyrelsens klassifikationscentrum för att uppdatera och få in nya koder. Hon har även generöst använt sin privata mail för att besvara kodfrågor från kollegor och sekreterare och har också bidragit med återkommande beskrivningar av nya koder i Medlemsbladet/Kvinnoläkaren samt på hemsidan. Slutligen fördes också koderna in i *Obstetrix* där en smart ”tooltip”-funktion gör att man kan se beskrivning av koderna direkt.

Det engagerade arbete som Karin lagt ner under alla år har till stor del varit oavlönat, men har verkligen bidragit till att underlätta för alla oss som sliter med diagnoskodningen. Det har också lett till att diagnoserna blivit alltmer specificerade och också bidragit till en harmonisering i landet. Detta bidrar både till bättre statistik och möjlighet till säkrare registerforskning.

För allt detta arbete vill SFOG framföra sitt stora och varma tack och om de inte kommit redan får Karin en stor bukett blommor inom kort.

Michael Algovik

PS. ICD-systemet kommer under de närmaste åren att övergå till ICD-11 och Socialstyrelsen har efterfrågat kollegor som vill vara med i översättningen till Svenska förhållanden. *Diagnoshandboken* kommer också att behöva uppdateras i samband med detta. Kodningsarbetet är viktigt och eventuellt intresserade kan höra av sig till styrelsen för mera information.



Nationella riktlinjer för vård vid provocerad vulvodyni

Ingress

I november 2022 publicerades de nya nationella riktlinjerna för vård vid provocerad vulvodyni. (1) I riktlinjerna rekommenderar Socialstyrelsen hur vården kan organiseras mer effektivt för behandling av provocerad vulvodyni, men även hur vårdkedjan kan stärkas och tydliggöra remitteringsvägarna. Riktlinjerna vänder sig både till beslutsfattare inom hälso- och sjukvården och till personal som möter patienterna och är tänkt att fungera som en vägledning i arbetet med att skapa förutsättningar för en mer jämlik vård.

Bakgrund/inledning

Provocerad vulvodyni (PVD) är ett smärttillstånd lokaliserat till slemhinnan runt slidöppningen. Symtomen uppstår främst vid vaginalt sex som är smärtsamt och ibland omöjligt att genomföra. Patienterna som drabbas är oftast unga och konsekvensen av sjukdomen leder i första hand till sänkt livskvalitet. Prevalensen är oklar, men är PVD är vanligt och sannolikt underrapporterat. Etiologin är inte heller helt klarlagd, men bedöms som multifaktoriell, där både biologiska och psykosociala faktorer bidrar till att smärtan initieras.

Arbetet med riktlinjerna, som från början var tänkt som ett kunskapsstöd, har föregåtts av flera delsteg som började med att regeringen 2016 gav Socialstyrelsen ett samlat uppdrag med satsningar på att förbättra förlossningsvård och kvinnors hälsa. (2) Som ett första steg tog Socialstyrelsen fram en rapport 2018, ”Kartläggning av vestibulit”, där förekomsten av tillståndet och tillgänglig vård i de olika regionerna kartlades. Rapporten visade att det finns geografiska skillnader i landet kopplat till bl. a. diagnossättning, antal vårdkontakter och tillgång till specialiserade vulvamottagningar. (3)

Efter rapporten fick Socialstyrelsen fortsatt uppdrag att gå vidare med kunskapsstödet där nästa steg blev SBUs publiceringen av en systematisk översikt av evidensläget för behandling av provocerad vulvodyni 2021. (4) SBU rapporten visade att det inte går att bedöma effekterna av de behandlingar som studerats eftersom resultaten har mycket låg tillförlitlighet, främst beroende på små och få studier. I slutsatserna efterfrågades studier kring kombinerade behandlingar med multiprofessionella insatser samt behovet att ta fram överenskommelser om gemensamma utfallsmått, s.k. ”Core Outcome Set”.

Riktlinjerna

I och med SBU rapportens resultat blev Socialstyrelsens nästa steg att genomföra en systematisk konsensusprocess som riktlinjerna baseras på. Flertal representanter från professionen ingick i konsensusgruppen där fysioterapeuter, barnmorskor från UM, psykologer, sexologer samt patienter var representerade. Samtliga behandlingar som används i Sverige identifierades och efter omröstning valdes de mest använda och relevanta behandlingarna ut för vidare granskning och prioritering. Rekommendationerna berör stora delar av vårdkedjan, från det att patienten får symtom till diagnostik och behandling. I en behandlingstrappa delas rekommendationerna in i tre olika vårdnivåer som innehåller bas-, fortsättnings- och specialiserad behandling. *(Fig 1 – Behandlingstrappa)*

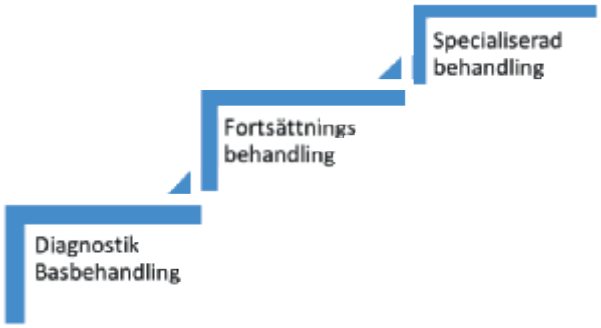
I konsensusprocessen har alla rekommendationer fått en prioriteringssiffra mellan 3 – 9. Siffran 3 är högsta möjliga prioritet för provocerad vulvodyni, till skillnad från livshotande tillstånd som kan få siffran 1-2 . På samtliga vårdnivåer riktas behandlingarna mot;

- den smärtkänsliga slemhinnan
- bäckenbottenavslappning
- stöd kring psykosexuell hälsa

Basbehandling

I Tabell 1 presenteras vad som ingår i Basbehandling där tre åtgärder har fått högst prioritet. Vikten av tidig diagnos tydliggörs för att Basbehandling skall kunna påbörjas tidigare än vad som sker idag och förhoppningsvis förbättra prognosen på sikt. En checklista är framtagen som ett hjälpmedel för att korrekt diagnos ska kunna ställas. Övriga basbehandlingar som fått högst prioritet är smörjregim av den smärtsamma slemhinnan och tidiga insatser av samtalsstöd. (Tabell 1)

Figur 1 Behandlingstrappa - framtagen via ett konseunsusförfarande med deltagare från olika professioner samt patientrepresentant



Tabell 1 – Basbehandling

För personer med tillståndet:	Rekommendation:	Prioritet
Misstänkt provocerad vulvodyni.	Använd ett stöd för ett strukturerat arbetssätt för utredning och diagnostik av provocerad vulvodyni. Utgå till exempel från Socialstyrelsens checklista.	3
Provocerad vulvodyni med torr och smärtkänslig slemhinna och rädsla för att vidröra slemhinnan.	Behandla den smärtsamma slemhinnan runt slidöppningen med smörjregim med olja eller mjukgörande kräm eller salva.	3
Provocerad vulvodyni med nedsatt psykosexuell hälsa i form av t.ex. oro eller ångest, nedsatt sexuell och relationell hälsa eller nedsatt livskvalitet.	Erbjud stödjande samtal kring psykosexuell hälsa med hälso- och sjukvårdspersonal som har kunskap om provocerad vulvodyni.	3
Provocerad vulvodyni med spänning, smärta och nedsatt funktion i bäckenbottens muskler.	Instruera patienten att göra bäckenbottenövningar med fokus på avslappning, för att förbättra funktionen i bäckenbottens muskler.	5
Provocerad vulvodyni med generell stress och spänning.	Informera om avslappningsövningar.	5
Provocerad vulvodyni med smärtkänslighet i slemhinnan.	Erbjud och instruera om desensibiliserande behandling av slemhinnan med lokalbedövningsmedel, till exempel xylocaingel eller -salva (lidokain) (dock ej vid sex).	5

I avsnittet ”Stöd till hälso- och sjukvårdspersonal” beskrivs i korthet hur samtliga åtgärder praktiskt skall genomföras. Här finns också beskrivet vid vilka vårdinrättningar basbehandlingen är tänkt att genomföras och vilken professionell kompetens som behövs. För diagnostisering och genomförandet av basbehandlingen har ungdomsmottagningarna en viktig roll, då dessa ofta är den första vårdkontakten som många unga patienter vänder sig till.

FAKTARUTA 1

Kompetenser

- Gynekolog eller hudläkare/ev. allmänläkare med kunskap om provocerad vulvodyni.
  - Diagnostik och planering av vården.
- Barnmorska, fysioterapeut med fördjupad kompetens inom bäckenbottenbehandling, kurator, sexolog och psykoterapeut, samtliga med kunskap om provocerad vulvodyni.
  - För genomförandet av behandlingen.

Verksamheter

- Ungdomsmottagningar.
- Gynekologiska öppenvårdsmottagningar.
- Vård-/hälsocentraler om specificerad kompetens finns tillgänglig.
- Basbehandling kan även ges på kvinnokliniker, hud/STI-mottagningar, samt på SESAM-mottagningar om patienten söker dit och inte fått behandling tidigare.

Kompetenser

- Gynekolog eller hudläkare/ev. allmänläkare med kunskap om provocerad vulvodyni.
  - Diagnostik och planering av vården.
- Barnmorska, fysioterapeut med fördjupad kompetens inom bäckenbottenbehandling, kurator, sexolog och psykoterapeut, samtliga med kunskap om provocerad vulvodyni.

- För genomförandet av behandlingen.

Verksamheter

- Ungdomsmottagningar.
- Gynekologiska öppenvårdsmottagningar.
- Vård-/hälsocentraler om specificerad kompetens finns tillgänglig.
- Basbehandling kan även ges på kvinnokliniker, hud/STI-mottagningar, samt på SESAM-mottagningar om patienten söker dit och inte fått behandling tidigare.

Alla kompetenser behöver inte finnas i samma verksamhet, men det är viktigt att personalen har tillräcklig kompetens för att ge den rekommenderade basbehandlingen

Tabell 2 Fortsättningsbehandling

För personer med tillståndet:	Rekommendation:	Prioritet
Provocerad vulvodyni och stor smärtkänslighet i slemhinnan, som förutom smärta vid vaginalt sex eller tampong-användning gör det svårt att använda åtsittande kläder, cykla osv.	Behandla med lågdos tricykliska antidepressiva läkemedel (TCA), till exempel amitriptylin. Observera: Använd enbart denna behandling vid svårare fall med hög smärtkänslighet och inslag av spontan smärta, när annan behandling inte har effekt.	6
Provocerad vulvodyni med brist på stöd och kommunikation med partner.	Erbjud samtal ihop med en eller flera partner, om patienten önskar det.	6
Provocerad vulvodyni och samtidig hormonell preventiv medelsanvändning, med smärtkänslighet i slemhinnan runt slidöppningen.	Erbjud byte till ett östrogendominerat preventivmedel, om patienten använder ett gestagent eller gestagendominerat preparat. Observera: Byt inte ut fungerande preventivmedel som valts pga. andra tillstånd, exempelvis endometrios.	7
Provocerad vulvodyni med torr och smärtkänslig slemhinna runt slidöppningen.	Behandla med lokal östrogenkräm eller -gel. Observera: Behandlingen kan till exempel vara aktuell vid misstänkt östrogenbrist.	7
Provocerad vulvodyni med spänning, smärta och nedsatt funktion i bäckenbottens muskler.	Instruera patienten att göra egenövningar med vaginalstavar i olika storlekar.	7

Fortsättningsbehandling

De patienter som har fortsatta besvär efter basbehandlingen skall erbjudas ”Fortsättningsbehandling”. Rekommendationerna för fortsättningsbehandlingen har fått lägre prioritet jämfört med basbehandlingen pga. att färre antal patienter är tänkta att behöva dessa åtgärder. Här ingår bl. a. smärtmodulering med tricykliska antidepressiva läkemedel för patienter med extra smärtkänslig slemhinna, möjligheten till parsamtal och fortsatta övningar för bäckenbottenavslappning. (Tabell 2)

Även för den här vårdnivån finns en beskrivning hur åtgärderna praktiskt skall genomföras och vilka vårdinrättningar som är lämpliga. I storstadsregionerna kommer de gynekologiska öppenvårdsmottagningarna vara viktiga i arbetet med fortsättningsbehandlingen, medan det i andra regioner är mer nödvändigt att kvinnoklinikerna tar ett större ansvar.

FAKTARUTA 2

Kompetenser
- Gynekolog eller specialutbildad hudläkare med kunskap om provocerad vulvodyni
- Barnmorska, fysioterapeut med fördjupad kompetens inom bäckenbotten-behandling, kurator, sexolog och psykoterapeut, samtliga med kunskap om provocerad vulvodyni

Verksamheter
- Gynekologiska öppenvårdsmottagningar
- Hud/STI-mottagningar, SESAM-mottagningar
- Kvinnokliniker
- Ungdomsmottagningar om specificerad kompetens finns tillgänglig

Kompetenser
- Gynekolog eller specialutbildad hudläkare med kunskap om provocerad vulvodyni
- Barnmorska, fysioterapeut med fördjupad kompetens inom bäckenbotten-behandling, kurator, sexolog och psykoterapeut, samtliga med kunskap om provocerad vulvodyni

Verksamheter
- Gynekologiska öppenvårdsmottagningar
- Hud/STI-mottagningar, SESAM-mottagningar
- Kvinnokliniker
- Ungdomsmottagningar om specificerad kompetens finns tillgänglig

Alla kompetenser behöver inte finnas i samma verksamhet, men det är då viktigt att ha rutiner för remittering och samverkan.

Tabell 3 Specialiserad behandling

För personer med tillståndet:	Rekommendation:	Prioritet
Provocerad vulvodyni med begränsad behandlingseffekt avseende smärta, nedsatt funktion i bäckenbottens muskler och nedsatt psykosexuell hälsa.	Erbjud behandling inom ett multiprofessionellt team specialiserat på provocerad vulvodyni.	3
Provocerad vulvodyni med begränsad behandlingseffekt avseende smärta, nedsatt funktion i bäckenbottens muskler och nedsatt psykosexuell hälsa.	Säkerställ kontinuitet i mötet med det multiprofessionella teamet	3
Provocerad vulvodyni med nedsatt psykosexuell hälsa i form av t.ex. oro eller ångest, nedsatt sexuell och relationell hälsa eller nedsatt livskvalitet.	Erbjud kognitiv beteendeterapi (KBT) med en psykolog eller psykoterapeut som har kunskap om psykosexuell hälsa och provocerad vulvodyni.	3
Provocerad vulvodyni med spänning, smärta och nedsatt funktion i bäckenbottens muskler.	Erbjud kombinerade fysioterapeutiska åtgärder: manuell behandling, patientutbildning, bäckenbottenmuskelträning och egenövningar.	5
Provocerad vulvodyni med spänning, smärta och nedsatt funktion i bäckenbottens muskler.	Behandla bäckenbottens muskler med manuell fysioterapi.	5
Provocerad vulvodyni med spänning, smärta och nedsatt funktion i bäckenbottens muskler där annan bäckenbotten-rehabiliterande behandling inte har effekt.	Behandla med botulinumtoxin A-injektioner i bäckenbottens muskler. Observera: Överväg behandlingen om muskeltonus inte minskat med annan avslappnande behandling.	5
Provocerad vulvodyni med stor smärtkänslighet i slemhinnan, som förutom smärta vid vaginalt sex eller tampong-användning gör det svårt att använda åtsittande kläder, cykla etc. samt otillräcklig effekt av tricykliska antidepressiva läkemedel (TCA) eller pågående behandling med annat läkemedel som inte får kombineras med TCA.	Behandla med antiepileptiska läkemedel i smärtlindrande syfte (till exempel gabapentin). Observera: Behandlingen kan användas vid svårare fall med hög smärtkänslighet och inslag av spontan smärta då annan behandling inte har effekt.	9

Specialiserad behandling

Om patienterna har fortsatta besvär efter bas- och fortsättningsbehandlingen bör de erbjudas ”Specialiserad behandling”, förslagsvis inom ca 6–12 månader efter att basbehandlingen inleddes. Största fokus för den specialiserade behandlingen är tillgång till multiprofessionell teambehandling som får högsta prioritet. Även mer omfattande åtgärder för rehabilitering av bäckenbotten, förslagsvis med hjälp specialutbildade fysioterapeuter och eventuell botox-behandling, samt kognitiv beteendeterapi ryms inom den specialiserade behandlingen.
(Tabell 3)
Den specialiserade vården skall ske på s.k. vulvamottagningar som i nuläget bara finns i vissa regioner. På dessa mottagningar är det nödvändigt med en hög nivå på ingående kompetenser och ett väl utvecklat nätverk för övrigt samarbete som kan behövas, t ex med smärtläkare och psykiatriker.

FAKTARUTA 3

Kompetenser för multiprofessionell vård
- Gynekolog eller specialutbildad hudläkare med kunskap om provocerad vulvodyni.
- Barnmorska eller sjuksköterska med fördjupad kompetens om provocerad vulvodyni.
- Psykosexuell kompetens: sexologisk och psykoterapeutisk kompetens hos barnmorska, kurator, psykolog eller psykoterapeut.
- Fysioterapeut med fördjupad kompetens inom bäckenbottenbehandling och kunskap om provocerad vulvodyni.

Verksamheter som kan erbjuda multiprofessionell vård
- Vulvamottagning eller en motsvarande specialiserad mottagning, exempelvis en kvinnoklinik, med kunskap om provocerad vulvodyni.

Kompetenser för multiprofessionell vård
- Gynekolog eller specialutbildad hudläkare med kunskap om provocerad vulvodyni.
- Barnmorska eller sjuksköterska med fördjupad kompetens om provocerad vulvodyni.
- Psykosexuell kompetens: sexologisk och psykoterapeutisk kompetens hos barnmorska, kurator, psykolog eller psykoterapeut.
- Fysioterapeut med fördjupad kompetens inom bäckenbottenbehandling och kunskap om provocerad vulvodyni.

Verksamheter som kan erbjuda multiprofessionell vård
- Vulvamottagning eller en motsvarande specialiserad mottagning, exempelvis en kvinnoklinik, med kunskap om provocerad vulvodyni.

Tabell 4 Indikatorer

Nummer	Namn
1	Behandling med smörjregim (smörjövningar) vid smärta och rädsla
2	Stödjande samtal kring psykosexuell hälsa med hälso- och sjukvårdspersonal som har kunskap om provocerad vulvodyni
3	Desensibiliserande behandling med lokalbedövningsmedel
4	Tillgång till multiprofessionellt team specialiserade på provocerad vulvodyni
5	Kognitiv beteendeterapi med psykolog eller psykoterapeut som har kunskap om psykosexuell hälsa och om provocerad vulvodyni
6	Kombinerade fysioterapeutiska åtgärder

Förslag på remitteringsvägar

I riktlinjerna finns ett kapitel med förslag på olika remitteringsvägar utifrån patientens ålder och tillgång till omhändertagande inom primär- eller specialiserad vård. Möjliga remitteringsvägar är en förutsättning för en fungerande vårdkedja. Här tas även upp behovet av förstärkning av kompetensen på framför allt ungdomsmottagningarna och de gynekologiska öppenvårdsmottagningarna för att kunna avlasta vulvamottagningarna som i dagsläget ofta har långa väntetider.

En reflektion som vi gjort inom VulvARG är att det finns ett organisatoriskt hinder när det gäller implementeringen av riktlinjerna. I flera regioner saknas möjligheten att inom samma vårdinrättning arbeta tvärprofessionellt med PVD patienter. Ofta finns god gynekologisk kompetens på öppenvårdsmottagningarna för vulvasjukdomar. Om gynekologerna fick möjlighet att arbeta i team ihop med barnmorska, kurator och fysioterapeut så skulle det troligtvis göra stor skillnad i tillgängligheten och kvalitén av vården vid provocerad vulvodyni.

Uppföljning - indikatorer

Socialstyrelsen har tagit fram indikatorer för att följa upp hur de nationella riktlinjerna används. I dagsläget är ingen av de föreslagna behandlingarna möjliga att mäta med hjälp av befintliga registerdata, varför insamling av data kommer att ske via enkäter. Måttenhet är hur stor andel verksamheter (i procent) som erbjuder de olika behandlingarna som ingår i indikatorerna. *(Tabell 4)*

Implementering - nästa steg

Riktlinjerna skall nu implementeras och varje region behöver kartlägga och förstärka kompetens och vårdkedjor för att kunna erbjuda behandlingsmodellerna på respektive nivå.

Det kommer dessutom att behövas särskilda utbildningsinsatser, där VulvARG erbjuder utbildningar om provocerad vulvodyni genom ST-kurser om vulvasjukdomar och STI, specialistkurs för vulvovaginala sjukdomar samt Teamkurs för vulva-team. Inom VulvARG med 250 medlemmar av olika professioner kommer vi att samarbeta och sprida kunskap för att underlätta implementeringen i landet.

Christina Rydberg, överläkare kvinnokliniken Varbergs sjukhus, sekreterare i Vulv-ARG
Nina Bohm-Starke, överläkare kvinnokliniken Danderyds sjukhus, ordförande Vulv-ARG

Referenser

- Nationella riktlinjer för vård vid provocerad vulvodyni. Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer samt stöd till personal. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2022-11-8176.pdf
- Stärk förlossningsvården och kvinnors hälsa Slutredovisning av regeringsuppdrag om förlossningsvården och hälso- och sjukvård som rör kvinnors hälsa. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-12-6531.pdf
- Kartläggning av vestibulit: förekomst och behandling av flickor och kvinnor med vestibulit samt behov av kunskapsstöd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-6-16.pdf
- Diagnostik och behandling av provocerad vulvodyni. SBU rapport 2021. https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/diagnostik-och-behandling-av-provocerad-vulvodyni/?pub=68267&lang=sv
- Nationella riktlinjer – Indikatorer för vård vid provocerad vulvodyni. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2022-11-8200.pdf

OGUs ordförande informerar

Kära kollegor!

När jag skriver detta brev rinner regnet längs med fönstren och vinden viner – den skånska vintern i sitt esse! Och med vintern kommer ju också sjukdom. Just nu verkar det på de flesta kliniker vara en ansträngd situation. Virusbelastningen denna vinter förefaller ha drabbat personalstyrkor hårdare än vanligt runt om i landet och lett till ökad sjukledighet och vab. Detta leder i sin tur till en ökad belastning för alla som ska täcka upp för de schemalinjer som saknas, både mer erfarna kollegor och vi ST-läkare. Jag har en farhåga att detta påverkar utbildningen när marginalerna försvinner och fokus förskjuts från utlärning till att täcka en schemarad. Jag hoppas att så inte är fallet och att möjlighet till att delta i utbildningsmoment och på operation är oförändrat. Jag hoppas också att våren bjuder in till en bättre arbetsbelastning och återhämtning och vila för de behöver det mest.

I december hade vi ett gemensamt styrelsemöte med OGU och SFOG där vi diskuterade våra pågående arbeten och projekt. Vi har en specialistförening som fokuserar mycket på vår ST-utbildning för att belysa problem och försöka förbättra de områden som går att påverka, vilket som medlem i båda styrelser jag tycker känns väldigt bra. Det gör också styrelsearbetet mer givande när det finns en tydlig möjlighet att vara med och påverka och göra skillnad för vår utbildning. Just nu arbetar vi med att ta fram en del verktyg som kan vara användbara för ST-läkare runt om i landet, jag hoppas kunna återkomma till detta i kommande nummer av KL.

Under förra året genomfördes en enkätundersökning hos ST-studierektorer/ST-chefer inom opererande verksamheter för att kartlägga privatisering av operativ verksamhet och vilken inverkan detta har på ST-utbildningen. I detta nummer kan ni läsa en sammanställning av de svar som inkom från ST-studierektorer/ST-chefer inom vår specialitet. Hittills verkar det vara ett problem som övervägande drabbar storstadsregionerna, men den påverkan det har på utbildningen och tankar kring hur det kan förebyggas eller åtminstone förbättras är av yttersta vikt. Ett utbildningsansvar som åläggs de privata enheterna tror jag är vägen framåt. Detta är ju ett politiskt beslut men att belysa problemen och driva debatten är en del av det arbete OGU kan bidra med. Vi har ett pågående samarbete med de övriga ST-läkarföreningarna inom operativ verksamhet, och liknande kartläggningar och diskussioner som uppstår därefter är ett viktigt forum för att dra lärdom från varandra. Likaså deltagande i internationella forum där problemen och lösningarna kan vara liknande.

I årets valberedning har Matilda Wådell, Anne Örtqvist, Camilla Rosberg Greko och Julia Wängberg tagit fram kandidater för våra poster som blir vakanta i samband med årsmötet under OGU-dagarna. Ni kan läsa presentationer av valberedningens förslag till kandidater i detta nummer.

Nu har vårt projekt OGU journal club hållit på i ett år. Vi har upplevt detta som mycket uppskattat från våra kollegor runt om i landet, och på vissa håll välbehövligt om man inte har så mycket fokus på den vetenskapliga utbildningen. Vi har nu bytt tid till 12-13 för att så många som möjligt ska kunna delta med lite kortare varsel, även om detta innebär att mötet blir utanför arbetstid. Vi får utvärdera detta efterhand och se vad som blir den bästa lösningen. Är det någon forskare som är intresserad av att hålla i en journal club tillsammans med oss i styrelsen är det bara att höra av sig till våra utbildningsansvariga ledamoter.

I detta nummer presenteras programmet för nästa års OGU-dagar i Stockholm. Temat, som vi tidigare gått ut med, är Power of Women med inspiration från boken av Dr Denis Mukwege med samma namn. Temat är uppdelat på en dag med nationellt fokus, och en dag med en mer internationell vinkling. Vi har ett otroligt spännande program med flertal föreläsningar med ämnen som annars kanske inte berörs inom ramen för våra kurser. Jag hoppas så många som möjligt av er får chans att åka och ta del av både de vetenskapliga och sociala aspekterna. Anmälan är öppen på ogudagarna.se, och där finns även all annan information som kan behövas. Har ni andra åsikter eller förslag på arbete som kan drivas genom OGU är ni som alltid välkomna att höra av er, kontaktuppgifter finns på hemsidan eller via sociala medier.

Vänliga hälsningar,

Kristin André

OGU OBSTETRIKER OCH GYNEKOLOGER UNDER UTBILDNING

POWER OF WOMEN

OGU DAGARNA | STOCKHOLM 19-21 APRIL 2023

Varmt välkomna till Stockholm för OGU-dagarna 2023 med temat POWER OF WOMEN!

Vi som arrangerar årets konferens är ST-läkare och specialister inom obstetrik och gynekologi i Stockholm.
Vi är oerhört glada att få välkomna er alla till Stockholm i april 2023.

Temat kommer att vara ”The Power of Women” där vi inspireras av mottagaren av Nobels fredspris Denis Mukweges bok med samma namn och hans arbete för utsatta kvinnor. Konferensen kommer delvis bestå av föreläsningar som berör olika ämnen inom ”Empowerment of Women”, t.ex arbetet med att öka medvetenheten om könsstympning och behandlingsmöjligheter, hedersrelaterat våld, omhändertagande i samband med sexuellt övergrepp och rättigheten till sexuell och reproduktiv hälsa. Vi vill belysa arbete som görs för att främja kvinnors hälsa både ur ett globalt och ett nationellt perspektiv.

Detaljerat program och anmälan hittas på: www.ogudagarna.se

Vi vill speciellt välkomna alla våra föreläsare!
Josefina Liesaho
Birgitta Essén
Matilda Hoffling
Anna Möller
Elisabeth Massi Fritz
Johanna Belachew
Riksorganisationen GAPF
Anette Aronsson
Kristina Gemzell Danielsson
Rebecca Gomperts

För att komma i stämning inför årets stora händelse får ni gärna följa oss på sociala medier där vi kommer att lägga upp information om OGU-dagarna, våra samarbetspartners och om våra föreläsare.

Kallelse till OGUs årsmöte 2023

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

Tid: 08.30-09.30 den 21/4

Plats: 7A Posthuset, Vasagatan 28, Stockholm

Föredragningslista

- Mötet öppnas
- Val av ordförande och två justeringspersoner för årsmötet
- Anmälan av övriga ärenden
- Styrelsens verksamhetsberättelse för föregående verksamhetsår
- Kassörens ekonomiska redogörelse för föregående verksamhetsår
- Fråga om godkännande av föregående verksamhetsår
- Val av nya styrelseledamöter
- Val av valberedning
- Avtackning av avgående styrelseledamöter
- Verksamhetsplan för kommande verksamhetsår
- Fråga om godkännande för verksamhetsplan kommande år
- Information från utbildningsnämnden
- Information från de internationellt ansvariga
- Övriga ärenden
- OGUs ST-dagar 2024 presenteras
- Tid och plats för nästa årsmöte
- Mötet avslutas

Vid årsmötet är tid avsatt för diskussion. Alla medlemmar är välkomna att delta. Om ni vill att styrelsen ska förbereda ett övrigt ärende, vänligen kontakta ordföranden Kristin André, kristin.c.andre@gmail.com, senast en månad innan årsmötet. Vi ses!

Valberedningens förslag till styrelse och valberedning OGU 2023

Kristin André, ordförande och representant i SFOG – fortsatt mandat
Natalie Vilhelmsson, vice ordförande – fortsatt mandat
Kajsa Handal, sekreterare – nyval
Moa Silvemark Junemar, kassör – fortsatt mandat
Villhelmina Ullemar, utbildnings- och forskningsansvarig – fortsatt mandat
Maria Ordell Sundelin, utbildnings- och forskningsansvarig – nyval
Michelle Kanne, internationell representant – nyval
Barry MacDonald, internationell representant – omval
Iris Hellsing, webbansvarig – fortsatt mandat
Matilda Persson Angberg, övrig ledamot – nyval

Till valberedningen kommande verksamhetsår föreslås:
Eva Carlsson Humla (sammankallande), Irma Mehmedagic, Louise Brynte, Rasha Polcer

Presentation nya styrelsemedlemmar:

Sekreterare - Kajsa Handal

Mitt namn är Kajsa Handal och jag har gjort snart fyra år av min ST varav tre år på Danderyds sjukhus i Sthlm och därefter snart ett år på USÖ i Örebro då jag i våras flyttade tillbaka till min hemort Örebro tillsammans med min man och våra två söner. Vi har köpt ett 20-talshus som jag nu ägnar min fritid åt att måla om invändigt och jag ser massa fram emot att till våren börja försöka göra planer för trädgården.

Jag kandiderar till OGUs styrelse för att jag tycker att de gör ett jätteviktigt arbete som jag gärna vill bidra till.

Utbildnings- och forskningsansvarig - Maria Ordell Sundelin

Jag heter Maria Ordell Sundelin. Jag är dansk och utbildad läkare från Syddansk Universitet, Odense, Danmark 2010. Jag flyttade till Göteborg för 3 år sen i samband med min forskning och blev förälskad i Sverige och påbörjade en ST i Ob/Gyn på Sahlgrenska. Jag har forskat i kirurgisk simulationsträning och ska försvara min avhandling våren 2023.

Jag söker plats som utbildningsrepresentant i OGUs styrelse då jag gärna vill vara med och diskutera och utveckla utbildningen. Jag ser det som en möjlighet att lära mig en massa och bolla erfarenheter och lösningar med gruppen som också finner utbildning viktigt. Vi har i Danmark sett att de kirurgiska kompetenser inte blir uppfyllda för gynekologer, kirurger och urologer då många av de okomplicerade kirurgiska procedurer blir allokerade till privat regi. Jag har därför varit involverad i att upprätta en ny utbildningsmodell och kurssystem, och det har varit tillfredsställande att se hur det har resulterat i ökade kirurgiske kompetenser hos ST- läkarna. Jag har jobbat med den generella utbildningen för vår ST-grupp på Holstebro Sjukhus som UKYL (utbildningskoordinerande läkare för AT och ST läkare). Som UKYL samarbetar man med avdelningsledningen och utbildningsansvarig överläkare för att organisera utbildningen på sin avdelning.

Kliniskt har jag jobbat inom gynekologi i Danmark men också inom kirurgi och urologi.

Som ST i Ob/Gyn på Sahlgrenska har jag skaffat mig lite erfarenhet inom den svenska modellen för utbildning. Jag ser fram emot att träffa er alla från olika delar av Sverige med var och ens olika erfarenheter. Jag har mina primära erfarenheter från Danmark men hoppas att kunna ta det bästa från båda världar och bidra till en bra utbildning inom vår fantastiska specialitet.

Internationell representant - Michelle Kanne

Hej alla! Jag heter Michelle Kanne och gör ST i Varberg sedan ca 2 år. Jag är ursprungligen från Skåne och pluggade i Lund. Inför AT vågade jag mig över Hallandsåsen och har nu jobbmässigt tagit mig hela vägen till Varberg (10 mil). Hur vår ST-utbildning bedrivs och kan förbättras, är något jag försöker påverka idag på lokal nivå. Det skulle vara ett privilegium att få påverka ST-utbildningen och bevaka ST-läkares intressen, som representant i OGUs styrelse, både på nationell och internationell nivå. Utanför sjukvårds-världen är jag bl.a. gruppträningsinstruktör sedan många år men mitt främsta intresse är mat, i synnerhet bakning. Jag gillar också att anordna trevliga evenemang, både arbetsrelaterade och sociala. Kanske ses vi på en utbildningskonferens i Halland 2024?

Övrig ledamot - Matilda Angberg Persson

Jag heter Matilda Angberg Persson och är ST-läkare på Hudiksvalls sjukhus. Jag är inne på mitt andra år och kände att Matilda-representationen från Hudiksvall var hotad när min kollega och den före detta OGU-ordföranden annonserade att hon skulle sluta sitt ordförandeskap för ett år sedan. Som ”Matilda 2” på vår klinik tog jag därför genast tillfället i akt och kandiderar nu till en post som ledamot.

Jag kommer ursprungligen från Stockholm men gick läkarutbildningen i Skåne. Därefter flyttade jag till Hudiksvall för att börja med min AT. Jag har ingen anknytning hit utan ville väl bara vidga mina vyer och här har jag, lite överraskande, börjat gilla både svampplockning, friluftsliv och längdskidåkning.

För ett par veckor sedan trillade jag över mitt gamla projektarbete från gymnasiet och då visade det sig att jag tydligen hade varit i Hudiksvall en gång innan, nämligen på en elevrådskonferens. Lite nördigt kan man tänka och det kan nog stämma. Jag var själv inte med i skolans elevråd, men mitt projektarbete handlade om elevinflytande. Jag försökte ta reda på med vilka sätt man mest effektivt kunde påverka sin utbildning och jag tänker mig att det är ungefär det OGU handlar om? Nu är jag ST-läkare inom den bästa specialiteten och ska få möjlighet att sitta i vårt eget elevråd. Hurra, cirkeln är sluten! Skämt åsido känns det väldigt kul att få en möjlighet att engagera sig i frågor som är viktiga för oss ST-läkare.

ST SKRÅ

Sverige är ett land med sjukvård i världsklass. I en tid med ökad förväntad överlevnad och medvetna patienter ökar kraven på bibehållen kompetensnivå och fortsatt utveckling. Antalet tillstånd som kräver kirurgiska åtgärder ökar och resulterar i längre vårdköer för operativa ingrepp. För att få bukt med problemet har flertal regioner beslutat om att betala externa aktörer för att utföra benigna kirurgiska ingrepp. Tyvärr har permanent utlokaliseringen av allt fler benigna kirurgiska tillstånd fråntagit operativa utbildningstillfällen för läkare under specialistutbildning i flertal regioner. En viktig fråga är hur vi i framtiden ska kunna uppnå kompetenta specialistläkare med god kirurgisk kännedom om ingrepp flyttas till enheter utan läkare under utbildning. Av denna anledning genomförde ST SKRÅ (Svenskt Kirurgiskt Råd för ST-läkare) en undersökning under 2021 där närmare 280 chefer och studierektorer för läkare under specialisttjänstgöring inom kirurgiska specialiteter och anestesi fick besvara frågor kring hur utlokalisering av ingrepp påverkar utbildningen.

I denna undersökning framgick att inom de specialiteter, bland annat gynekologi, där det redan förekommer utlokalisering av ingrepp, anser majoriteten att detta påverkar utbildningen negativt. Detta går hand i hand med vad ST-läkarna själva svarat på frågan i OGU enkäten 2022 (Kvinnoläkaren 5, december 2022). Vidare menar majoriteten att det i avtalen kring utlokalisering inte framgår om det medföljer ett utbildningsansvar. Frågan har lyfts tidigare, i läkartidningen (Ta ansvar för utbildningen av läkare inom kirurgi och anestesi. Läkartidningen 19–20/2021) skrevs om vikten av att utöka samarbetet mellan vårdgivare liksom att ha ett tydligt utbildningsansvar.

Nedan presenteras de resultat som specifikt kommer från svarande st-chefer och studierektorer inom gynekologi och obstetrik; sammantaget svarade 24 personer.

Majoriteten av de som svarade rapporterade att man inte har opererande enheter där det inte finns ST-läkare bemannade. De som hade sådana enheter angav att det både finns privata och offentliga. Enheterna där det finns sådan kirurgi ansågs vara av värde för ST-läkare att delta i. Enbart 14 procent angav att man har avtal med dessa enheter för utbildning och att ST-läkare är schemalagda på enheterna. Majoriteten angav att det brister i avtalen, bland annat kommenterades att de inte är tillräckligt tvingande för de externa aktörerna att åta sig ett utbildningsansvar för specifikt ST-läkare.

65 procent av de tillfrågade svarade att utlokaliseringen av kirurgiska ingrepp har negativ påverkan på ST-utbildningen. Exempel som togs upp var att det genereras färre enkla hysterektomier eftersom cancerkirurgin är centraliserad, uppdelning av dagkirurgi och maligna operationer gör att man får mindre träning i benign kirurgi. Mindre och lättare ingrepp finns i för liten mängd. Många ser också svårigheter i att få loss ST-läkare till externa aktörer rent schematekniskt. De flesta var eniga om att minskad operationsvolym är en stor brist.

Summeringen blir att den basala kirurgiska utbildningen för ST-läkare blir för knapphändig. Problemet ligger i att allt färre ingrepp görs på mindre sjukhus och fler enklare typingrepp överförs till externa aktörer i de större regionerna. De ingrepp man anser vara störst brist på är hysterektomi, laparoskopisk sterilisering, prolaps, kirurgisk abort och vaginal kirurgi. Dock var det enbart 5 procent av de som svarade angav att man har förlängt en ST-läkares tjänstgöring till följd av utlokalisering av ingrepp, vilket i sig inte svarar på frågan om ST-läkarens direkta kirurgiska kompetens. OGU har drivit frågan kring kirurgisk träning under många års tid och i återkommande sammanfattningar från OGU-enkäter går det att utläsa att en stor del av ST-läkarna är missnöjda med sin kirurgiska träning. Ur OGU

enkätens resultat från 2022 gick det bland annat att utläsa att det endast var 28,5% av de svarande som var nöjda med sina kirurgiska färdigheter relation till sin förväntade kompetensnivå. 31% av de som fullgjort minst fyra år av sin ST svarade att de kunde utföra en diagnostisk laparoskopi självständigt.

För att säkra tillgången till kompetenta specialister vill vi därför poängtera vikten av följande punkter;

- se över vilka samarbeten och partnerskap som finns mellan olika vårdgivare vad gäller ST-utbildningen, framför allt mellan centrum för högspecialiserad vård och aktörer som tagit över den elektiva kirurgin efter nivåstrukturering.
- efterfråga ett tydligt utbildningsuppdrag till den upphandlade sjukvården vad gäller kirurgisk träning när sådana avtal görs.
- att stora förändringar vad gäller sjukvårdsuppdrag nationellt och inom enskilda regioner föregås av en noggrann risk- och konsekvensanalys (där professionens uppmaningar hörsammas) avseende utbildnings effekterna för ST-läkare.

OGU-priset 2023

Varje år delar OGU ut pris till Sveriges bästa ST-handledare i syfte att uppmuntra goda mentorer på landets kvinnokliniker. 2022 tilldelades Maria Sarberg från Linköpings Universitetssjukhus den åtråvärda titeln.

Vem är 2023 års bästa handledare?

Var med och påverka beslutet genom att skicka din eller din ST-grupps nominering inklusive motivering till moa.silvemarkjunemar@gmail.com
Senast 1 maj vill vi ha din/er nominering

OGU journal club

I början av 2022 startade OGU en digital journal club. Fyra gånger per år kommer vi få höra forskande ST-läkare till erfarna professorer kortfattat presentera en i förväg utvald artikel på ZOOM. Tillsammans med alla deltagare kommer vi därefter att diskutera artikeln utifrån en granskningsmall. Länken och mallen finns att hitta på SFOGs hemsida, under OGU och vidare under Forskning och vetenskapligt arbete under ST.

Vår förhoppning är att alla deltagare ska känna sig inspirerade samt få möjlighet att öva på att granska och tolka forskningsartiklar i en varm och tillåtande stämning där det inte finns några dåliga frågor eller kommentarer. Vi hoppas också att detta ska kunna fungera som en mötesplats för ST-läkare (och andra intresserade), på alla landets gyn/obs-kliniker oavsett storlek och egen forskningserfarenhet, och forskare, där tycke kan uppstå och nya forskningsprojekt inledas! Är du doktorand och i behov av ett intyg över att du har deltagit, så ordnar vi det.

Aktuella datum:

14/2 kl 12-13 med Michaela Granfors

Vi ses!

/OGUs styrelse

Sök pengar från NFOG-fonden!

Målet med NFOG-fonden är att stödja professionell utveckling, forskning samt kliniska och vetenskapliga samarbeten inom obstetrik och gynekologi mellan de nordiska länderna.

Vem kan söka?

Du som är medlem i SFOG (och OGU) och antingen är specialist eller ST-läkare med två års erfarenhet vid tidpunkt för ansökan.

Vad kan man söka pengar till?

Bland annat för kliniska utbyten utanför det egna landet, kliniska eller forskningsrelaterade samarbeten med medlemmar i de andra NFOG-föreningarna, volontär- och projektarbeten i utvecklingsländer eller för deltagande på kurser i andra länder. Till exempel brukar ST-läkare som deltar i ENTOG-utbyten beviljas bidrag från NFOG-fonden!

När ska man söka?

Sista ansökningsdatum i vår är 1 mars!

Läs mer på www.nfog.org/fund/

Hej kollegor!

Här kommer en liten uppdatering om vad som är på gång inom vårt nätverk för nationella kliniska studier inom Ob/Gyn SNAKS.

Under 2022 har ACT och PICRINO antagits som SNAKS-stödda studier, se presentation av studierna nedan.

Vi har haft möte med Kliniska Studier Sverige (www.kliniskastudier.se) för att delge dem våra erfarenheter av att driva kliniska studier, ge feedback på deras tjänster/arbete och gemensamt fundera över hur förutsättningar för klinisk forskning i Sverige kan förbättras. Som en fortsättning är SNAKS inbjuden till att delta i nästa Nationell konferens om kliniska studier 4-5 maj 2023 i Göteborg.

Tack till alla er som har bidragit till våra SNAKS stödda-studier!

Ni är välkomna att skicka in förslag för nya studier senast en månad inför SNAKS styrgruppsmöten (kommande möten: 13 mars 2023, 4 maj 2023), mera information finns på www.snaks.se.

Verena Sengpiel
ordförande SNAKS

Can the use of a next generation Partograph based on WHO's latest Intrapartum Care Recommendations Improve Neonatal Outcomes? A stepped-wedge cluster randomized trial (PICRINO)

Vi vill med PICRINO införa och utvärdera om aktuell kunskap om öppningsgrad då den aktiva förlossningen startar (5 cm), hur en normal förlossning går framåt (vidare gränser för vad som är normal progress) och om stöd under förlossningen ytterligare förbättrar svensk förlossningsvård vad gäller neonatalt utfall, interventioner, förlossningssätt, obstetriska komplikationer, kvinnan och partnerns förlossningsupplevelse och vad det kostar?

Hur är studien upplagd?

Studiedesign kallas stepped-wedge kluster randomiserad studie, vilket innebär att varje klinik vid en given tidpunkt ändrar till de nya riktlinjerna och byter ut partogrammet mot WHOs Labour Care Guide (LCG).

Vilka kvinnor är med i studien?

Alla kvinnor i aktiv förlossning.

När startar studien?

Hösten 2023. Exakt tidpunkt för studiestart beror på vilket kluster varje klinik hamnar i, det blir tidigast feb 2024.

Hur vi har förberett studiestart?

Verktyget LCG-SE har under året anpassats till svenska förhållanden av undersköterskor, barnmorskor och läkare på förlossningen i Linköping och användbarheten har testats i Östergötland hösten 2022 med uppföljande fokusgruppsintervjuer. Utveckling av den digitala versionen av LCG-SE pågår.

Vi skickade i juni 2022 ut inbjudan att delta i PICRINO till alla Sveriges förlossningskliniker och intresset och mottagandet har varit fantastiskt. Vi har träffat ett stort antal kliniker via digitala möten och i dagsläget har 21 kliniker anmält sig och ytterligare 3-4 är nära beslut. Vårt mål är 22 kliniker baserat på beräkningar av statistiskt styrka och utbildningskapacitet.

Studien stöds av SNAKS och är godkänd av etikprövningsmyndigheten.

Vi finns tillgängliga för frågor
marie.blomberg@liu.se och
anna.ramo.isgren@regionostergotland.se

/*Marie Blomberg* för PICRINOS styrgrupp

ACT

Syfte:

Att ta reda på om manuell extern aortakompression är effektiv och acceptabel som förebyggande metod för att minska svår postpartumblödning (PPH) vid kejsarsnitt. Sekundära utfall inkluderar maternell morbiditet, barnutfall, vårdtid och hälsoekonomi.

Bakgrund:

Svår PPH (≥1000 ml blödning) orsakar mödradödlighet och svår morbiditet, t ex anemi, blodtransfusion, förlängd återhämtning och depression. Svår PPH i Sverige 2021 förekom vid 11% av elektiva kejsarsnitt och 16% av akuta kejsarsnitt, vilket är högt internationellt. Variationen var stor mellan sjukhusen. Nationella rekommendationer finns för hantering av PPH vid vaginal förlossning (LÖF), men inte vid kejsarsnitt. Aortakompression kan minska pågående blödning (WHO, LÖF), men har inte utvärderats i en klinisk studie. En Cochrane review från 2020 konstaterar att randomiserade studier av mekaniska och kirurgiska metoder för att förebygga och behandla PPH är angelägna.

Metod:

En randomiserad kontrollerad multicenterstudie med 2232 patienter. Studien är registrerad prospektivt på www.clinicaltrials.gov och godkänd av Etikprövningsmyndigheten. En pilotstudie med 126 patienter startade på Danderyds Sjukhus 2022. Det primära utfallet är svår PPH definierat som en beräknad blodförlust ≥1000 ml eller erytrocyttransfusion inom 2 dagar efter förlossningen. Beräkningen sker genom pre- och postoperativ EVF och preoperativ vikt. Patienterna randomiseras till aortakompression eller ingen aortakompression. Aortakompression utförs av assistenten från barnets födelse fram till att blödningen från uterotomin är under kontroll. Navelsträngsgaser tas. Patienten får utvärdera upplevelsen och S-krea kontrolleras 1-2 dagar efter operationen. Två månader postpartum utvärderas amning och ev. postpartumdepression med validerade enkäter. Sex månader postpartum görs vaginalt ultraljud för att utvärdera uterotomins läkning genom ärrmätning.

Kontakta gärna oss om du vill veta mer! Ditt sjukhus är välkommet att vara med!
Kontakt:
sophia.brismar-wendel@regionstockholm.se,
helena.grobecker@regionstockholm.se

ASA-klassificering av våra operationspatienter

Under pågående valideringsarbete av GynOp har den ASA-klassificering (American Society of Anesthesologists Physical Status classification) vi anger i GynOp (anges i de flesta fall av operatören) visat sämre överensstämmelse med källdata jämfört andra variabler vi kontrollerar. Därför vill vi från GynOps styrgrupp påminna om den korrekta ASA-klassificeringen. Klassificeringen används som ett prediktivt instrument att bedöma perioperativ komplikationsrisk. Svensk förening för anestesi och intensivvård har en gjort en översättning till svenska (se nedan). Det är värt att uppmärksamma att till exempel att vara gravid, rökare, dricka alkohol regelbundet utan beroendeproblematik och BMI mellan 30-39 automatiskt ger en ASA-klass på 2. Notera att varje exempel enskilt ger ASA-klass 2!

Informationen av den aktuella rådande ASA-klassificeringen kommer att finnas under den blå informationsknappen i anamnesformuläret i anslutning till där du anger ASA-klass. Tillsammans kan vi förbättra in-data i våra kvalitetsregister och därmed få mer pålitliga ut-data.

https://sfai.se/wp-content/uploads/2015/02/ASA-klassifikation-p%C3%A5-svenska-151101.pdf

Svensk översättning av "American Society of Anesthesiologists (ASA) Physical Status"-systemet

ASA-klass (svensk översättning)

ASA 1 - En för övrigt frisk patient
ASA 2 - En patient med lindrig systemsjukdom
ASA 3 - En patient med allvarlig systemsjukdom
ASA 4 - En patient med allvarlig och ständigt livshotande systemsjukdom
ASA 5 - En moribund patient, som inte förväntas overleva utan operationen
ASA 6 - En avliden patient där hjärnans funktioner totalt och oåterkalleligt fallit bort och som ska genomgå en donationsoperation.

ASA physical status classification

ASA 1 - A normal healthy patient
ASA 2 - A patient with mild systemic disease
ASA 3 - A patient with severe systemic disease
ASA 4 - A patient with severe systemic disease that is a constant threat to life
ASA 5 - A moribund patient who is not expected to survive without the operation
ASA 6 - A declared brain-dead patient whose organs are being removed for donor purposes

Svensk översättning av ASA-klass-exempeltext som ASA publicerat 2014

ASA 1 - Frisk, icke-rökare, ingen eller minimal alkoholkonsumtion.

ASA 2 - En patient med lindrig systemsjukdom utan påtaglig funktionell begränsning. Exempel inbegriper (men begränsas inte till), aktiv rökare, regelbunden alkoholkonsumtion utan beroende eller missbruk*, graviditet, övervikt (BMI 30 - 39), välkontrollerad diabetes/hypertoni, lindrig lungsjukdom.

ASA 3 - En eller flera allvarliga systemsjukdomar med påtaglig funktionell begränsning. Exempel inbegriper (men begränsas inte till): otillräckligt reglerad diabetes eller hypertoni, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), sjuklig fetma (BMI ≥40), aktiv hepatit, alkoholberoende eller alkoholmissbruk, pacemakerberoende, måttligt nedsatt ejektionsfraktion, ischemisk hjärtsjukdom, terminal njursvikt med regelbunden dialysbehandling, prematura barn med gestationsålder <60 veckor, genomgången (>3 månader) hjärtinfarkt eller kranskärlsintervention, transitorisk ischemisk attack (TIA) eller stroke.

ASA 4 - Exempel inbegriper (men begränsas inte till): nyligen genomgången (<3 månader) hjärtinfarkt eller kranskärlsintervention, transitorisk ischemisk attack (TIA) eller stroke. Pågående hjärtischemi eller allvarlig klaffsjukdom, uttalat nedsatt ejektionsfraktion, sepsis, disseminerad intravasal koagulation (DIC), akut njursvikt eller terminal njursvikt som inte behandlats med regelbunden dialys.

ASA 5 - Exempel inbegriper (men begränsas inte till): rupturerat abdominellt/torakalt aortaaneurysm, stort trauma, intrakraniell blödning med masseffekt, ischemisk tarm hos patient med svår hjärtsjukdom eller multiorgansvikt.

ASA 6 - Ej exemplifierat.

Tillägg av bokstaven "A" efter ASA-klass anger att operationens angelägenhetsgrad är akut**.

* Detta är en i sammanhanget förmodad ändamålsenlig tolkning av "social alcohol drinker" som är ett välanvänt amerikanskt begrepp som ASA använder i sin text. Efterforskningar bland vårdpersonal i USA och på internet tyder emellertid på att begreppet saknar entydig definition.
** "Akut angelägenhetsgrad" föreligger när fördröjd operation/behandling medför påtagligt ökad risk för patientens liv eller för funktion hos kroppsdel/organ.

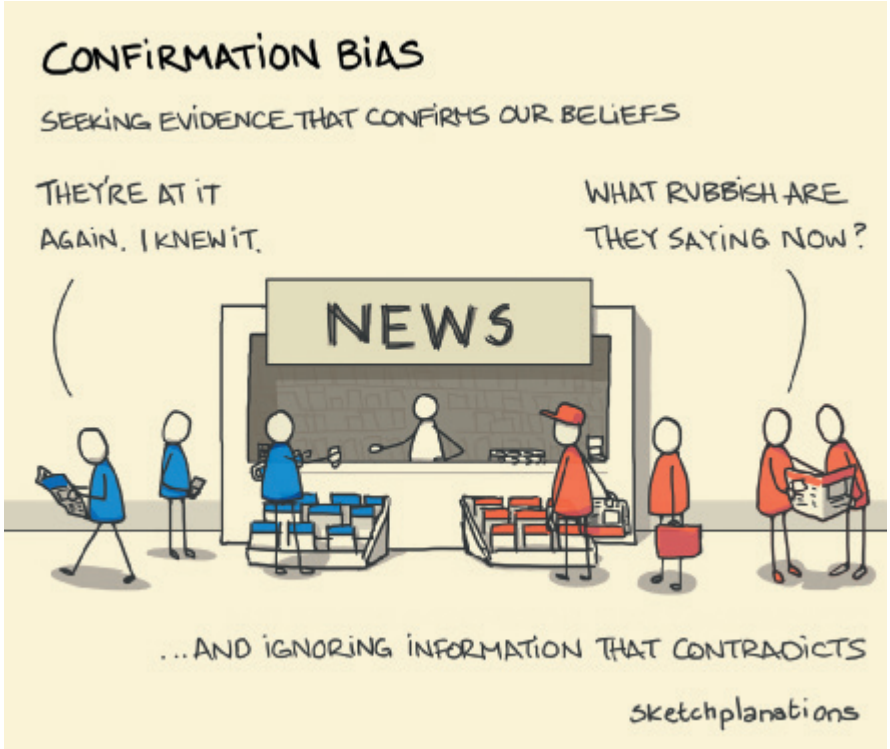
”Små steg mot ett mer hållbart läkarliv”

Hur mycket kan vi om kognitiv bias?

Små steg till ett mer hållbart läkarliv kan vara att börja notera våra egna och andras kognitiva bias. Kognitiv bias handlar om hjärnans sätt att hantera överflödet av information som vi dagligen utsätt för genom att skapa omedvetna tumregler eller genvägar. Dessa är i grunden nödvändiga, men leder samtidigt ibland till tankefel och oönskade beslut. Vi hjälper varandra när vi ödmjukt och i olika sammanhang frågar varandra ’Kan det vara en kognitiv bias?’ eller ’Vilken kognitiv bias tror ni är inblandad här?’. På grund av ’blind-fläck bias’ är det tyvärr alltid lättare att notera andras bias än sina egna. Det är därför bra att vi är flera

Vi vill väcka nyfikenhet för förankrings bias, affektiv bias (önsketänkande), diagnos momentum, bekräftelse bias, utfalls bias, tillgänglighets bias, aggregerings bias, prevalensförnekande bias, värderings bias, tidigare händelse bias, investeringsbias, hind-sight bias, attribuerings bias, och inramningseffekt (framing bias). Första referensen är en länk till vanliga bias inom medicin med kort förklaring.

Det råder ett behov av ökad kunskap om bias för att varsamt och klokt förhålla sig till den oförutsägbarhet och komplexitet som en förlossning eller gynekologisk behandling, trots alla medicinska landvinningar, innebär. Innan vi får samhället i stort, IVO, journalister och media att ta till sig dessa kunskaper, kan vi börja arbeta med oss själva och öka vår egen medvetenhet i klinisk vardag. Och när vi granskar våra utfall, såväl formellt som informellt.



PRAKTISK ÖVNING

Ett smidigt sätt att börja lära mer om hind-sight bias, utfallsbias och önsketänkande är på morgonmöte när man tar upp ett svårt CTG, med gott utfall. Det är bäst att starta med ett gott utfall, då blir vi mer avslappnade och tar lättare in ny kunskap. Först genomför man den normala diskussionen (hoppa inte över detta moment). När det är färdigt säger vi: ”Va bra, nu vill jag att vi analyserar samma CTG igen, men nu ska vi titta på det utifrån att utfallet var dåligt”. Sen analyserar vi CTG tillsammans igen och är observanta på skillnaden i vår tolkning. Då får vi en egen upplevelse av hind-sight bias (efterklokhet), utfalls bias och kanske även önsketänkande. Bra att prata om hur vi tillsammans ska jobba för att ödmjukt ta hand om varandra. Kanske har vi med oss listan med olika bias från referenserna? Pröva gärna CTG övningen på flera möten. Det tar tid att lära, nya kollegor dyker återkommande upp och vi glömmer hela tiden.

Anamaria Whitmer Jacobsson och *Fredrik Bååthe*

Referenser

- Vanliga kognitiva bias inom medicin-svensk översättning https://claritatisab.com/new-blog-1/2023/1/23/vanliga-kognitiva-bias-i-medicine-justin-morgenstern-2015-versttning-och-anpassning-av-peter-jacobsson
- MAPS OF BOUNDED RATIONALITY: A PERSPECTIVE ON INTUITIVE JUDGMENT AND CHOICE Prize Lecture, December 8, 2002 by DANIEL KAHNEMAN* https://www.nobelprize.org/uploads/2018/06/kahnemann-lecture.pdf
- Cook RI, Woods DD (1994) Operating at the sharp end: the complexity of human error. In: Bogner MS (ed) Human error in medicine. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ https://www.researchgate.net/ profile/Richard-Cook-8/publication/332248963_Operating_at_the_Sharp_End_The_Complexity_of_Human_Error/links/5ca94418299bf118c4b8b217/Operating-at-the-Sharp-End-The-Complexity-of-Human-Error.pdf
- Banham-Hall E, Stevens S. Hindsight bias critically impacts on clinicians' assessment of care quality in retrospective case note review. Clin Med (Lond). 2019 Jan;19(1):16-21. doi: 10.7861/clinmedicine.19-1-16. PMID: 30651239; PMCID: PMC6399623. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6399623/?fbclid=IwAR2IKeVzr0Gi8XX5lMzP_zHvtKeWf1NcstOtWW2nViGJzMxFrOYRUd6OoVY
- Croskerry P., 50 Cognitive and Affective Biases in Medicine https://sjrhem.ca/wp-content/uploads/2015/11/CriticaThinking-Listof50-biases.pdf
- Dekker, S., Bergström, J., Amer-Wåhlin, I. et al.Complicated, complex, and compliant: best practice in obstetrics. Cogn Tech Work 15, 189–195 (2013). https://doi.org/ 10.1007/s10111-011-0211-6
- Bergström, J., Dekker, S., Nyce, J.M. et al. The social process of escalation: a promising focus for crisis management research. BMC Health Serv Res 12, 161 (2012). https:// doi.org/10.1186/1472-6963-12-161
- Nyström ME, Westerlund A, Höög E, Millde-Luthander C, Högberg U, Grunewald C. Healthcare system intervention for prevention of birth injuries - process evaluation of self-assessment, peer review, feedback and agreement for change. BMC Health Serv Res. 2012 Aug 24;12:274. doi: 10.1186/1472-6963-12-274. PMID: 22920327
- Society for Maternal-Fetal Medicine Special Statement: Cognitive bias and medical error in obstetrics-challenges and opportunities https://www.ajog.org/article/S0002-9378(22)00314-3/fulltext

Intervju med Maja Larsson

Maja Larsson är skribent och redaktör som nu debuterat som författare. Hennes debutbok ”Kläda blodig skjorta- Svenskt barnafödande under 150 år” blev nominerad till Augustpriset förra året.

Du säger att det här ämnet kom till dig, berätta!

Jag har alltid velat skriva en bok. En dag kom det här fantastiska ämnet till mig. Jag hade ett möte med Medicinhistoriska museet i Göteborg och chefen där visade bilder från förr, bland annat en sal på barnsjukhuset från ca 100 år sedan. Det var större barn, de låg helt ensamma i sängar, inga föräldrar var där. Det satt en sjuksköterska vid ett bord i mitten. Det var nästan sakral stämning. Den bilden fångande verkligen mig. Så spann min hjärna i väg och jag började undra hur det var att ligga där helt ensam - och hur var det att föda barn förr i tiden. Jag har jobbat med kvinnosjukvård som kommunikatör och även följt debatten om förlossningsvården med stort intresse. Det var som att ämnet landade i mig och jag kunde inte sluta tänka på det. Jag tänkte att det här skulle kunna bli en spännande bok om man hittar berättelser.

Var började du leta efter berättelserna?

Jag började köpa hem en massa gamla böcker om gravidrådgivning på antikvariat, till exempel ”Mor och barn” och ”Handledning för blivande mödrar”. Jag hittade jubileumsskriften som SFOG gav ut för några år sedan. Jag letade i dagstidningar.

Jag började intervjua en del personer också, det gjorde jag mest i början, för att få en uppfattning tex om neonatologins start och utveckling. Det tog ganska lång tid innan jag hittade Svenska barnmorskeförbundets tidning Jordemodern, det tog nog ett år. Där hittade jag de flesta av de riktigt gamla berättelserna. Det

tog riktig fart när jag hittade alla berättelser.

Kläda blodig skjorta, var kommer titeln ifrån?

Det är från ett citat av barnmorskan Johanna Hedén, som 1909 säger ungefär: ¨det är tvivelsutan så att fler kvinnor fått kläda blodig skjorta för vårt släktes skull än män som dukat under på slagfälten¨

De är ganska pampiga, de tre orden. Jag tycker att det är en bra titel även om jag kommer att få förklara den många gånger. Den är ganska bildlig och stämmer fortfarande. Det dukar fortfarande under kvinnor. Samtidigt är det inte det boken handlar om, den handlar inte om hur hemsk förlossningsvården är. Den handlar om att sätta ett historiskt perspektiv på den kampen som förts för bättre förlossningsvård.

Du beskriver en samhällsutveckling och hur kvinnors roll har förändrats över tid och vad man tyckt har varit viktigt.

Jag kunde inte skriva den här boken utan

att sätta den i ett samhällsperspektiv. Förlossningsvården hänger ihop med vårt samhälle.

Det är till exempel så talande hur man på början av 1900-talet började städa upp i Stockholm, att man inte vill ha en lortig stad med råttor och överbefolkade lägenheter och att det hänger ihop med att förlossningarna flyttar in på sjukhus. Det handlar inte bara om att någon bestämt det utan det finns en tidsanda, ett framåtsträvande.

Man anar utvecklingen av människors kunskap från att vara obildade till att tillgodogöra sig kunskap och vetenskap, även om det är en ännu längre båge än din bok stäcker sig. Och hur människor börjar efterfråga mer individualisering och få mer att säga till om.

Ja, Kunskap är makt.

Jag tycker boken har bra timing, kan du kommentera det?

Boken BB-krisen av Lisa Bjurwald kom precis när jag börjat skriva på min bok. Då kände jag åh nej, nu kommer intresset vara mättat, nu kommer ingen att vilja läsa min bok. Samtidigt som jag visste att den skulle bli väldigt annorlunda.

Det kom en liknande bok skriven av Pia Höjeberg på 80-talet som kanske inte fick riktigt lika mycket uppmärksamhet. Det kändes som att tiden var mogen nu. Debatten om förlossningsvården slutar ju inte, jag tror att boken kommer vara aktuell om 5–10 år också. Tänkte du på något särskilt med timing?

Jag tror att tiden är mogen att sätta förlossningsvården i ett nytt perspektiv. Det pågår samtal i samhället om vem som ska få bestämma, vems kunskap är viktigast, varför är vi här. Den typen av frågeställningar har blivit mycket tydligare senaste åren. Tex har barnmorskeförbundet och SFOG haft samtal om vad som skaver i förlossningsvården. Det är ett uttryck för att man börjar närma sig varandras svårigheter. Din bok ör ett bidrag till att nyansera och fördjupa bilden.

Verkligen. Jag pratade med Svenska barnmorskeförbundets ordförande Eva Nordlund igår som sa ungefär samma sak: vem får bestämma och varför. Det är kul att ni båda säger det. Jag tycker det är fascinerande att de ekona finns sen så långt tillbaka. Redan på 1870 talet fanns dessa frågeställningar.

Jag tänker också på att vi kommer ur en farlig historia. DN hade en ledare nyligen om att föda helt utan assistans, jag läste i läkartidningen om lotusfödsel (att spara moderkakan till den ramlar bort av sig själv). Jag har fått så stor respekt för att det kan vara farligt att föda barn och stor respekt för er som jobbat med att motverka alla farligheter. Jag fattar att ingen vill släppa det. Ingen vill tillbaka till när flera hundra kvinnor om året dog. Synen på risk har förändrats. Vi tror att det inte kan hända något när allt är så fantastiskt säkert.

Idag är många människor oförberedd på att hamna i en situation som inte blir precis som de tänkt sig. Vi vaggas in i en trygghet och en känsla av att inget kan hända. Det kan vara så även inom professionen, om man bara ser det som går bra. Och så tvärtom, framför allt som läkare där man alltid ser det som inte går bra så kan det skapa känslan av att allt hänger på en själv. Och att det hänger på att göra precis som jag tycker är bäst.

Där har vi en utmaning.

Då är det viktigt att ha med sig historien, att veta var vi kommer ifrån. Sen är frågan vart vi ska? Har du några tankar om det?

Det är ju väldigt svårt att veta det i realtid, att över huvud taget beskriva tiden vi lever i. Vi, vita människor i städerna är dom som får sätta agendan för hur vi pratar om förlossningar, och som du säger har många av oss inte varit med om något hemskt. Vi tycker att samhället är till för oss och att vi som individer och våra upplevelser är fantastiskt viktiga. Jag tror att ökad delaktiga och inflytande över hur vi vill ha det när vi föder barn också innebär en jättestor utmaning, som blir spännande att se vad som händer med i framtiden. Hur mycket kommer vi att kunna påverka, hur mycket kommer vi kunna välja. Vilka rättigheter har vi? Det är första gången i historien som vi har haft så mycket valfrihet. Vi lever också i en global värld som påverkar hur vård bedrivs, vad som finns tillgängligt och vilka val som kan göras. Och att det finns människor som är villiga att betala för tjänster, som en doula till exempel, eller att föda hemma. Var kommer det att sluta, vad mer kommer vi vara beredda att betala för i strävan av att få en individuellt god och bra upplevelse. Kommer det öppna små förlossningshem som drivs av barnmorskor i storstäderna där man betalar själv och då går med på de eventuella risker som finns förknippade med det? De som kan välja är en privilegierad grupp, både ekonomiskt och kunskapsmässigt. I Sverige, men framför allt tydligt om man ser på hela världen.

Nästa projekt, vad är det?

Nu i vår har jag sagt upp alla frilansuppdrag och kommer bara arbeta med Sahlgrenskaliv (Sahlgrenska Universitetssjukhusets magasin) på halvtid och vissa lustfyllda frilansuppdrag. Jag kommer att föreläsa en del och så har jag börjat arbeta med en ny bok.

I Kläda blodig skjorta fick jag stryka ganska mycket material som handlade om föräldraskap. Läkarna började komma med råd, sen kommer välfärdssamhället och viljan att ta hand om barn, förskola och pedagogik, barnpsykologi osv. Det liknar utvecklingen av förlossningsvården. Det har skrivits ganska mycket om hur det har varit att vara barn i Sverige under 1900-talet men inte hur det är att vara förälder. Den typen av berättelser vill jag hitta. Hur har det känts när barnet går till skolan, hur har det känts att slå sitt barn när man fick göra det, hur har man kunnat ta till sig de här råden? Alla studier jag läst pekar på det dåliga samvete som mammor haft sedan de första råden kom för 100 år sedan. Det finns fler historiska beskrivningar av faderskap men nästan inget om moderskap. Någonstans i det här området tänker jag att nästa bok ska röra sig, men ingenting är bestämt än.

Pris för bästa obstetriska avhandling

Nina Lindell

Background

Type 1 diabetes (T1D) is an autoimmune disease characterized by progressive loss of the insulin producing pancreatic ?-cells. The disease process starts years before the clinical diagnosis. The cause of T1D is unknown, but it is believed to be a combination of genetic and environmental factors. Around 50% of the genetic risk is attributed to the human leucocyte antigen (HLA) genes and the strongest associations are with the HLA-DR3-DQ2 and HLA-DR4-DQ8 haplotypes. The highest risk genotype is the heterozygote form of the two, the HLA-DQ2/8 genotype. It may be that certain environmental factors pose a risk to individuals with a particular genetic susceptibility but not to others.

In the last few decades T1D incidence has risen very quickly and due to the rate of the increase, it is believed to depend on environmental factors rather than genetic. In parallel with this increase, the incidence of several environmental factors has also risen i.e., the incidence of cesarean section (CS), overweight/obesity in the general population and birthweight. These environmental factors have been implicated as risk factors for T1D, but studies have had conflicting results.

Objective

The overall aim of this thesis was to increase knowledge regarding factors during pregnancy and the perinatal period that could increase or decrease the risk of T1D among children and adolescents. The environmental risk factors studied were mode of childbirth (study I), maternal BMI and gestational weight gain (GWG) (study II) and the child's size for gestational age and birthweight (study III). In the last study the environmental risk factors were compared between children with different genetic risk of T1D.

Material and methods

The studies included in this thesis are population-based register studies, three case-control studies and one cohort study, using prospectively collected material from the Swedish medical birth registry (MBR) and the Swedish pediatric diabetes quality registry (SWEDIABKIDS), as well as information from the Swedish national cohort study Better Diabetes Diagnosis (BDD). The study population consists of children and adolescents (0–18/19 years) diagnosed with T1D Jan 2000-Oct 2012 and registered in SWEDIABKIDS (n=9,376). All children with T1D were matched with four control children from the MBR with the same year and day of birth, same sex, and born in the same region of Sweden (n=37,504). In study I, the entire study population was used but in study III twins were excluded (n=552). In study II, children for whom data on their mother's BMI in early pregnancy and GWG were available were included (3,231 children with T1D and 12,948 control children). In study IV, children with T1D who also participated in the BDD study were included (4,533 children).

Results and conclusions

Maternal overweight and obesity were associated with an increased risk of T1D in the offspring but were not more common among children with high or low genetic risk. Maternal BMI was also inversely associated with the age at onset of T1D in children with HLA-DQ8/X and/or HLA-DQ2/X. Neither GWG nor mode of childbirth had any obvious impact on the risk of developing T1D. Being born large for gestational age or with a birthweight ≥4,000 g (macrosomia) was associated with an increased risk of T1D and being born small for gestational age or with a low birthweight (<2,500 g) was associated with a decreased risk of T1D, irrespective of maternal BMI and diabetes. Comparing children with T1D and different HLA genotypes revealed a slight difference in birthweight between the HLA genotype groups. Children with HLA-DQ2/8 were more often born with macrosomia compared to children with HLA-DQ8/X. Children without either HLA-DQ2 or HLA-DQ8 (HLA-DQX/X) were more often born with a low birthweight compared to those with HLA-DQ2/8 and HLA-DQ8/X. Size for gestational age did not differ between the HLA genotype groups, and the effect of size for gestational age and birthweight on age at onset of T1D was ambiguous.

The effects of the environmental risk factors identified in this thesis are generally weak and no clear conclusion on whether they are causative can be drawn. Yet since overweight/obesity and a high birthweight are common in the population, even a small increase in risk can result in many cases of T1D. Overweight/obesity and a high birthweight are also associated with other adverse health outcomes and they are, at least partly, modifiable. This motivates additional research regarding their involvement in T1D etiology as well as preventive actions against overweight and obesity in the population.

Arbets- och Referensgrupperna inom SFOG

Benign (gyn)Kirurgi, BENK-ARG
Ordförande: Sophia Ehrström
sophia.ehrstrom@ki.se
Sekreterare: Riina Aarnio
riina.arnio@regiojnstockholm.se

Cervixcancerprevention, C-ARG
Ordförande: Kristina Elfgren
PO Gynekologi och Reproduktion,
Karolinska Universitetssjukhuset
Stockholm
Tel: 08-585 875 28
kristina.elfgren@sll.se
Sekreterare: Cecilia Kärrberg
Kvinnosjukvård, Sahlgrenska
Universitetssjukhuset, Göteborg
cecilia.karrberg@vgregion.se

Diabetes-ARG
Ordförande: Helena Backman
Universitetssjukhuset Örebro
helena.backman@regionorebrolan.se
Sekreterare:
Linda Englund Ögge
Universitetssjukhuset/Östra, Göteborg
linda.englund-ogge@vgregion.se

Endokrin-ARG
Ordförande: M-Natalia Cruz
Capio Gynekologi Solna
cruz.marianatalia@gmail.com
Sekreterare:
Anna-Clara Spetz Holm
Linköpings Universitetssjukhuset
anna-clara.spetz.holm@liu.se

Endometrios-ARG
Ordförande:
Måns Palmstierna Burenius
endometrios.arg@gmail.com
Sekreterare: Hanna Bengtsdotter
endometrios.arg@gmail.com

Etik-ARG
Kontaktpersoner:
Kristina Pettersson
kristina.a.pettersson@
regionstockholm.se.

Evidens-ARG
Ordförande: Annika Strandell
SU/Sahlgrenska, Göteborg
Tel: 0700-90 44-54
annika.strandell@vgregion.se
Sekreterare: Sissel Saltvedt
Karolinska Universitetssjukhuset, Solna
Tel: 08-517 700 00
sissel.saltvedt@sll.se

Familjeplanering, FARG
Ordförande: Helena Kopp-Kallner
Danderyds sjukhus, Stockholm
Tel: 070-440 20 70
helena.kopp-kallner@ki.se
Sekreterare: Ingrid Sääv
Stockholm
Tel: 0733-54 14 10
ingrid.saav@gmail.com

Fert-ARG
Ordförande:
Kenny Rodriguez Wallberg
KK Karolinska sjukhuset, Huddinge
kenny.rodriguez-wallberg@sll.se
Sekreterare: Thomas Brodin
Carl von Linnékliniken, Uppsala
thomas.brodin@linne.se

Global-ARG
Ordförande: Birgitta Essén
Akademiska Sjukhuset, Uppsala
birgitta.essen@kbh.uu
Sekreterare: Mikael Algovik
global-ARG@telia.com

Hem-ARG
Ordförande: Gustaf Biasoletto
Östersunds sjukhus och
Sahlgrenska/Östra sjukhuset
Östersund
Tel: 063-15 30 00
gustaf.biasoletto@gmail.com
Sekreterare: Malin Öndemark
Södersjukhuset
malin.ondemark@sll.se

Mödramortalitet, MM-ARG
Ordförande: Lisa Parén
Sahlgrenska Universitetssjukhuset,
Göteborg
Tel: 031-343 84 02
lisa.paren@vgregion.se
Sekreterare: Hanna Åmark
KK, Södersjukhuset, Stockholm
hanna.amark@sll.se

Perinatal-ARG
Ordförande: Hanna Åmark
hanna.amark@regionstockholm.se
Sekreterare: Maria Nelander
KK, Akademiska sjukhuset, Uppsala
maria.nelander@akademiska.se

Preeklampsi-ARG
Ordförande: Lina Bergman
Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra
Tel: 070-7920780
lina.bergman82@gmail.com
Sekreterare: Charlotte Iacobaeus
BB Stockholm
charlotte.iacobaeus@bbstockholm.se

POS-ARG
Ordförande: Lovis Balushev
KK, Västmanlands sjukhus, Västerås
Tel: 021-730 00
lovis.balushev@regionvastmanland.se
Sekreterare: Radha Korsoski
radha.korsoski@sfog.se

Robson-ARG
Ordförande: Lars Ladfors
Göteborg
lars.ladfors@sfog.se
Sekreterare: Linda Hjertberg
linda.hjertberg@regionostergotland.se

Ton-ARG
Ordförande: Ann-Christine Nilsson,
ann-christine.nilsson2@
regionorebrolan.se
Sekreterare: Joanna Romell,
joanna.romell@regionstockholm.se

Tumör-ARG
Ordförande: Karin Stålberg
KK, Akademiska Sjukhuset, Uppsala
karin.glimskar.stalberg@akademiska.se
Sekreterare: Masdelene Wedin
Linköping
madelene.wedin@regionostergotland.se

Ultra-ARG
Ordförande obstetrik: Jana Brodszki
jana.brodszki@med.lu.se
Ordförande gynekologi: Ligita Jokubkiene
ligita.jokubkiene@med.lu.se
Sekreterare obstetrik: Kristina Kernell
kristina.kernell@regionostergotland.se
Sekreterare gynekologi: Paula Skyttberg
paula.skyttberg@ultragyn.se

UR-ARG
Ordförande:
Maria Sarberg
Maria.Sarberg@regionostergotland.se
Sekreterare:
Caroline Kjellman Erlandsson
caroline.kjellman-erlandsson@regionstockholm.se
Webbansvarig:
Mats Stenberg
mats.stenberg@regionvastmanland.se

Vulv-ARG
Ordförande: Nina Bohm-Starke
nina.bohm-starke@regionstockholm.se
Sekreterare: Christina Rydberg
KK, Varbergs Sjukhus, Varberg
Tel: 0340-48 10 00
christina.rydberg@regionhalland.se

Arbets- och Referens-Grupp-Utvecklings-Samordnare ARGUS
Kerstin Nilsson
SFOG-Kansliet
Klara Östra Kyrkogata 10 • Box 738, 101 35 Stockholm • Tel: 08-440 01 75
E-post: kerstin.nilssonha@oru.se

SFOG-Kansliet
Diana Mickels • Jessica Hortelius
Klara Östra Kyrkogata 10 • Box 738, 101 35 Stockholm • Tel: 08-440 01 75
kansliet@sfog.se • www.sfog.se

Intressegrupper inom SFOG

Mödrahälsovårdsöverläkargruppen

Ordförande
Ann-Christine Nilsson
Örebro
ann-christine.nilsson@regionorebrolan.se

Sekreterare
Åsa Jansson
Mödrahälsovårdsenheten, Region Stockholm
asa.j.jansson@regionstockholm.se

Obstetriker och gynekologer under utbildning (OGU)

Ordförande
Matilda Wådell
Hudiksvall
matilda.wadell@regiongavleborg.se

Sekreterare
Eva Carlsson Humla
KK, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
eva.carlsson.humla@vgregion.se

Privatgynekologerna

Ordförande
Teresia Ondrasek
Ondrasek Läkarmottagning
Sundsvall
Teresia.ondrasek.jonsson@ptj.se

Sekreterare
Karin Boyer
Kvinnohälsan Stadsfjärden
Nyköping
Karinlovisa.boyer@gmail.com

Kassör
Katarina Johansson
Linköping Heath Care
Katjoh67@gmail.com

Webmaster
Catharian Hofte
Hofte kliniken
Helsingborg
Catharina.hofte@ptj.se

SFOG MEDLEMSANSÖKAN www.sfog.se

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

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

I Kvinnoläkaren, som publiceras fem nummer per år, dryftas angelägenheter som berör specialiteten. Där annonseras också fortbildningskurser, möten och symposier. Man har också tillgång till ACTA Obstetricia 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.

Årsavgiften till föreningen är 1 200 kronor och 600 kronor för pensionär. I avgiften ingår abonnemang av ARG-rapporterna, som också är fritt tillgängliga på SFOGs hemsida. I och med Din anmälan registreras Du i SFOGs medlemsregister.

För specialister som är medlemmar i SFOG anordnas fortbildningskurser.

De flesta som söker nytt medlemskap är fortfarande under utbildning.
Obstetriker/Gynekologer under Utbildning – (OGU) är en av flera intressegrupper inom SFOG. OGU vänder sig till alla under specialistutbildning men även till vikarierande yngre kolleger med intresse för specialiteten och yngre specialister. Aktiviteterna syftar bl.a. till 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. Sedan drygt ett år tillbaka är också SFOG huvudman för att organisera ST-kurser för blivande specialister.

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