

Medlemsbladet 2

2014

NR



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



***Välkomna till SFOG-veckan
i Varberg***

MEDLEMSBLADET

Ansvarig utgivare: Anna Ackefors

Tel: 0155-24 50 00

Layout: Moniqa Frisell

All korrespondens till föreningen skall ställas till:

SFOG-Kansliet, Drottninggatan 55, 2 tr

111 21 Stockholm

Tel: 08-440 01 75

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

Internet: www.sfog.se

Annonser: Anna Ackefors

E-post: anna.ackefors@sfog.se

Platsannonser hemsidan: jeanette.swartz@sfog.se

SFOGs styrelse 2013:

Ordförande: Harald Almström

BB, Stockholm

182 88 Stockholm

Tel: 08-655 78 88

E-post: harald.almstrom@sfog.se

Vice ordförande: Lotti Helström

KK, Södersjukhuset

118 83 Stockholm

Tel: 08-616 10 00

E-post: lotti.helstrom@sodersjukhuset.se

Facklig sekreterare: Louise Thunell

Kvinnokliniken, Malmö Universitetssjukhus

205 02 Malmö

Tel: 040-33 21 61

E-post: louse.thunell@sfog.se

Skattmästare: Sven-Eric Olsson

Kvinnokliniken, Danderyds sjukhus

182 88 Stockholm

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

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

Vetenskaplig sekreterare: Annika Strandell

Kvinnokliniken, SU/Sahlgrenska

413 45 Göteborg

Tel: 0700-90 44 54

E-post: annika.strandell@vgregion.se

Redaktör för Medlemsbladet:

Anna Ackefors

Nyköpings lasarett

611 85 Nyköping

Tel: 0155-24 50 00

E-post: anna.ackefors@sfog.se

Utbildningssekreterare: Jan Brynhildsen

Kvinnokliniken, Linköpings Universitetssjukhus

581 85 Linköping

Tel: 013-22 20 00

E-post: jan.brynhildsen@lio.se

Ledamot/Webbansvarig: Lars Ladfors

Kvinnokliniken, SU/Sahlgrenska Östra

418 65 Göteborg

Tel: 031-343 57 34

E-post: lars.ladfors@sfog.se

Ledamot: Anna Pohjanen

Kvinnosjukvården Norrbotten

Sunderby sjukhus, 971 80 Luleå

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

E-post: anna.pohjanen@nll.se

Ledamot/Yngre representant: Mahsa Nordqvist

Kvinnokliniken, SU/Sahlgrenska Östra

416 85 Göteborg

Tel: 031-343 40 00

E-post: mahsa.mohammadi.khoshoi@vgregion.se

Tryck: Elanders

ISSN 0284-8031

– Ordförande har ordet –



Kära kollegor!

Det är svårt att inte kommentera väderleken, särskilt inte mot bakgrund av hur det såg ut för ett år sedan. Då hade hela Europa en lång och kall vinter, det var snöstorm i London när NFOG-styrelsen var på besök hos RCOG i London runt vårdagjämningen och i Holland fanns ingen tillstymmelse till blomsterlökar i mitten av april. Nu har vi just haft en helg i början av mars med sol och 15-17 plusgrader i Stockholm. Snödroppar, blåsippor och fågelkvitter – våren är redan här! Detta är ju tydliga tecken på ytterligheter, som är med och ger oss genomsnitt.

Sedan förra medlemsbladet har SFOG haft styrelsemöte, verksamhetsmöte och vintermöte. På styrelsemötet kunde vi konstatera att föreningens ekonomi är i god ordning. Vi hade också slutgenomgång av den senaste SFOG-veckans ekonomi. Marju Damoun och Torbjörn Bäckström kunde redovisa ett överskott som delas mellan arrangörer och SFOG.

Det är roligt att våra SFOG-veckor inte enbart har högintressant innehåll utan också sköts på ett professionellt sätt och med en ekonomi i balans. Vi ser nu fram emot nästa möte i Varberg den 25-28 augusti. På styrelsemötet i januari hade vi också besök av arrangörerna av SFOG-veckan 2015. Birgitta Gustafsson Borg och Kristina Alm från Jönköping och Matts Hammar från Linköping berättade om hur de börjat planera för en framgångsrik SFOG-vecka. NFOG-styrelsen kommer att föreslå generalförsamlingen i Stockholm i juni att bilda en Guidelines Committee. Denna tillkommer för att vi i de nordiska länderna ska försöka undvika att göra samma arbete i flera länder, när vi tar fram nya riktlinjer. Kan vi istället samordna oss i de frågor det kan vara lämpligt? Styrelsen har utsett Marie Bixo till vår representant i planeringsarbetet.

Vid verksamhetsmötet presenterade sig Margareta Hellgren som ny professor

I DETTA NUMMER

Rättelse från MM-ARG	7
OGUs ordförande informerar	9
SYLF-Göteborgs handledarpris	10
OGU-priset 2014	11
Resultat från din klinik	13
ST-tjänstgöring i Etiopien – en spännande möjlighet	13
Kejsarsnittet	14
En gåta att klura på	15
<i>En deskriptiv studie:</i>	
Robotassisterad laparoskopisk gynekologisk kirurgi	16
<i>Ny avhandling:</i>	
Molecular mechanisms in disorders of gonadal development	23

med en uppskattad exposé över sin forskning inom koagulation och sitt professionella liv. Jan Brynhildsen informerade om det arbete som utförts för Socialstyrelsen med nya SK-kurser anpassade till delmålen i ST-utbildningen. Specialistexamen blir glädjande nog alltmer efterfrågad och antalet examinander har fördubblats. Det medför också ökat arbete vid de kliniker där examen genomförs. Kostnadstäckning behövs om det ska kunna fortsätta på ett högkvalitativt sätt. Verksamhetsmötet antog förslaget att höja examensavgiften till 10 000 kr. Annika Strandell informerade om Riksstämman 2013 och att den planeras genomföras på samma sätt 2014. Därefter presenterades två nya riktlinjearbeten, "Genetiska ultraljudsmarkörer i 2:a trimestern" från Ultra-ARG och "Thyroideasjukdomar under och efter graviditet" från Endokrin-ARG. ARGUS informerade om att rapporten om Preeklampsi skulle komma med Medlemsblad nr 1 och att Obstetriskt Ultraljud kommer med Medlemsblad nr 3. Ytterligare fem ARG-rapporter är under arbete! Lotti Helström informerade om ett arbete som genomförts på regeringsuppdrag, där

Europarådet ifrågasatt möjlighet i Sverige att ge samvetsfrihet för sjukvårdspersonal vid abortvård. SFOG har konstaterat att abortvård ingår som en obligatorisk del i ST-utbildningen. Enhällighet förelåg på verksamhetsmötet, abortvård är en del av arbetet som gynekolog i Sverige.

Våra kvalitetsregister rapporterade om sitt omfattande arbete, där klinikresultat nu i ökande utsträckning kommer att presenteras och även diskuteras. Slutligen kom Eva Engström från Läkarförbundet och informerade om arbetet med fortbildningsfrågor. Bland annat att fortbildningsinspektioner i likhet med SPUR är på gång och att modellen testas under våren 2014 inom några olika specialiteter.

Vintermötet arrangerades av kvinnokliniken på Danderyds sjukhus den 31 januari. Ett varierat och aktuellt program med såväl obstetrik som gynekologi och med fokus på både slutet och öppen vård presenterades. För dem som inte kunde delta finns en hel del presentationer från vintermötet på vår hemsida, www.sfog.se.

Det har också varit möte med styrgruppen för projekt Säker Förlossningsvård. SFOG är representerade med ordförande och vice ordförande tillsammans

med motsvarande personer i Barnmorskeförbundet och Neonatalsektionen samt representanter från Patientförsäkringen LÖF. I det andra steget, som genomförs regionvis är sydöstra regionen nästan helt klar. Norra regionen har genomfört revisorsbesök och återkopplingar medan uppstart för mellersta (Uppsala-Örebro) regionen har inletts. Kvarstår gör Västra Götaland, Södra och Stockholm, där samtliga beräknas vara genomförda före sommaren 2015.

Framför oss finns flera intressanta möten som Perinatalmötet i Visby den 8-9 maj och inte minst NFOG-kongressen i Stockholm den 10-12 juni med pre-congress courses den 9 juni.

Jag önskar alla en riktigt fin vår och försommar!

Er ordförande
Harald Almström

Författarsinstruktioner

Manus skickas via e-post till redaktören:

anna.ackefors@sfog.se. För att säkerställa att ditt bidrag kommer med i önskat nr - skicka in det i god tid innan manusstopp. Om tveksamheter kontakta redaktören via mail eller SFOGs kansli.

Följande regler underlättar processen.

1. Vi kan ta emot de flesta filer från ordbehandlingsprogram för Mac och PC. (Power Point är ett bildvisningsprogram och Excel ett kalkylprogram.) **Skicka inte PDFfiler om de inte är färdiglayoutade och högupplösta.**

2. Gör inga egna avstavningar utan låt texten flöda över automatiskt till nästa rad (detta gäller vare sig om det finns avstavningsprogram eller inte).

3. Gör en blankrad mellan varje nytt stycke.

4. Använd programmets tabuleringsfunktion vid inskrivning av tabeller, inte mellanslagstangenten.

5. Använd inte egen design i texten i form av ovanliga typsnitt, understrykningar, fetstil eller dylikt. Det medför ett avsevärt arbete att leta efter dolda koder i texten. Ange hellre i ett medföljande dokument hur typografin önskas utformad.

6. Kom ihåg att skicka med logotyper och bilder som egna bildfiler. Bilder monterade i Word är bara skärmbilder som inte lämpar sig för tryck. Bildfiler bör ha en upplösning på 300 dpi för att göra sig bra i tryck. De flesta typer av bildformat kan tas emot. De vanligaste bildformaten som används i tidningen är jpeg, tif eller eps.

7. **Om du tar bilder med digitalkamera, använd kamerans högsta upplösning.**

REDAKTÖRENS RUTA

Våren är här och med detta Medlemsblad kommer en gåta från Peter Palstenack att klura på. I maj är det dags för nästa ST-examen, jag välkomnar ST-läkarna att skicka in sina arbeten för presentation i Medlemsbladet. Glad Påsk!

Anna Ackefors

Följande tider gäller för medlemsbladet 2014:

<i>Nr</i>	<i>Deadline</i>	<i>Utkommer</i>
3	5 maj	vecka 23
4	15 september	vecka 42
5	3 november	vecka 49

Manus skickas via mail till:

Redaktör Anna Ackefors

E-post: anna.ackefors@sfog.se

Kvinnokliniken Nyköping • 611 85 Nyköping

Telefon: 0155-24 50 00 sök via vx alt direkt 0155-24 50 80

Adressändring skall göras till:

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

Nya medlemmar

Amanda Larsson, Lindesberg
Anna Holmgren, Jönköping
Lampros Dimolenis, Aten, Grekland
Anna Irding, Jönköping
Karin Lagerhorn, Skövde
Nona Sargisian, Mölndal
Anna Sörsjö, Jönköping
Christina Persson, Höllviken
Charlotte Hedin, Falun
Iris Hellsing, Falun
Anna-Maria Persson, Gällivare
Johanna Ryberg, Halmstad
Cecilia Stjernquist, Malmö
Rizwana Chaudhry, Eksjö
Jósef Barabás, Källekärr
Eva Dalén, Örebro
Emmeli Sjökvist, Västervik
Helena Graflund Lagercrantz,
Stockholm
Kristina Pettersson, Enskededalen
Olga Bergdahl, Lingham
Andrea Lundqvist, Stockholm
Madeleine Hök, Stockholm



Kära medlemmar!

Åter har det blivit mars – en tidpunkt som innebär att det börjar bli skarpt läge inför planeringen av årets specialistexamen. I skrivande stund är det ungefär något färre anmälda till årets examen jämfört med 2013. Detta innebär att vi kan klara av det vid ett samlat tillfälle vilket är bra och förenklar det hela. Samtidigt är förstås målet att alla ST i gynekologi och obstetrik genomgår och lyckas med specialistexamen.

Vi sitter nu och "fnular" med skrivningsfrågorna och planerar för de stationer som ska vara med vid den praktiska examinationen, den så kallade OSCE-tentan (Objective Structured Clinical Examination). När vi gör detta arbete stämmer vi hela tiden av mot målen för ST för att frågorna och uppgifterna ska stämma överens med ST-målen. Målen centrala plats är något som alla inte riktigt har klart för sig. Målen är kärnan i all utbildning. Det är målen som ska styra undervisningsformerna för att ge bästa möjliga förutsättningar för måluppfyllelse. Det är målen som ska examineras, helst på ett sätt som till så stor del som möjligt efterliknar den verklighet vi ska verka i (lättare sagt än gjort!!!), oavsett om det är grundutbildning eller fortbildning. När det gäller vår specialistutbildning kan det här ibland vara lite oklart. Många tycker att målen är självklara, att bli en bra, kompetent och bred läkare/specialist. Men riktigt så enkelt är det inte.

Det här kan bli ett problem när man ska samordna utbildningar, till exempel mellan olika länder. Många vill ha gemensamma examinationer, till exem-

pel inom EU men det förutsätter också att man kan komma överens om gemensamma mål. När det gäller lärandemål för teoretiska kunskaper är det oftast inte så svårt, även om vi har olika uppfattningar om detaljnivåer. Men mål för praktisk utbildning kan variera avsevärt. Hur mycket behöver/ska en specialist kunna göra? Vad är rimligt att inkludera i en utbildning? Hur ser sjukvårdsstrukturen ut där personen ska verka?

Vi dras bitvis med samma problem inom landet. Kraven på en nyfärdig specialist kan te sig olika beroende på var man arbetar, vilket stöd som finns och vilken bredd man förväntas ha. Med en allt mer hög- och subspecialiserad vård kan det också vara svårt att lokalt tillgodosäkra behov av utbildning och man kan ibland på olika håll ifrågasätta de mål som finns.

Målen för ST ska fungera oavsett om man gör sin ST på ett mindre landsortsjukhus eller på en stor universitetsklinik. De ska förbereda för en verklighet som specialist där men på många håll relativt snart förväntas agera helt självständigt i ett flertal situationer. Samtidigt måste målen vara realistiska och genomförbara inom ramen för ST.

Många ST-läkare har framfört synpunkter på att målen för kirurgiska färdigheter är för vaga och för lågt satta. Vi i utbildningsnämnden har också fått ta del av berättelser att ST-läkare inte "kommer till på operation" eftersom målen inte specifikt uttrycker självständig kompetens. Jag hoppas att det är ett undantag. Målen ska ses som en miniminivå, en garanti. Vi skulle gärna sätta målen högre

men det är en balansgång mot att det ska kunna vara genomförbart. Jag vill med dessa rader uppmana er att mer än gärna ge våra ST-läkare en kirurgisk utbildning som är djupare och som kan innebära större självständighet. Vi är alla betjänta av det på sikt!

Nya direktiv om ST-utbildningen kommer att gälla från och med 1/1 2015. Datumet är satt för att det ska starta samtidigt med den nya specialitetsindelningen. Socialstyrelsen har bedömt att förändringen ger en större likhet mellan olika specialiteter vilket bland annat kan öka den gemensamma kunskapsbasen samt underlätta för dem som önskar byta specialitet. Om detta blir fallet återstår att se. Det kommer bland annat att innebära en del förändringar i kursutbudet för de kurser som inte är specialitetsspecifika. Nya specialitetsspecifika SK-kurser planeras också och samtliga framtagna kursbeskrivningar har kursmål som är baserade på ST-målen. Tack alla (AR-grupper, ST-studierektorer, OGU med flera) som kommit med synpunkter och konstruktiv kritik!

Den som är intresserad kan se förslagen och SFOGs remissvar på hemsidan

Många hälsningar
Jan Brynhildsen



Rättelse från MM-ARG

En kollega inom mödrahälsovården har påpekat felaktigheter i MM-ARGs presentation av mödradödsfall i Medlemsbladet nr 4 2013. Det gäller fall nummer fem, som presenterades som ett fall av suicid och där det saknades en patientansvarig läkare. I själva verket fanns en aktiv PAL på mödravårdsenheten (brevskrivande kollega) vilket faktiskt framgår av MHV3. De medicinska handlingarna som låg till grund för analysen av fallet gav inte heller tillräcklig information för att kategorisera dödsfallet som suicid (obduktionshandlingarna var inte tillgängliga vid analysen).

Den rättsmedicinska obduktionen visade dels att patienten hade intagit flera olika centraldämpande läkemedel som tillsammans kunde ha lett till

andningsdepression, dels att hon hade tecken på en infektion i kroppen, möjligen en (lindrig) endometrit som lett till sepsis på grund av nedsatt immunförsvar till följd av kraftig leverförfettning och kronisk hepatit.

Misstagen beror delvis på bristande kommunikation i arbetsgruppen i samband med publikationen i Medlemsbladet, delvis på slutsatser på för osäkra underlag. Vi i arbetsgruppen ser allvarligt på dessa misstag och kommer framöver att vara mycket noggranna med att kontrollera alla uppgifter.

Ajlana Mulic-Lutvica
Ordförande MM-ARG

Fall 5

24-årig svenskfödd 1-påra med missbruk, bipolär sjukdom och suicidförsök i anamnesen. Mycket komplex social situation. Tidigare graviditet slutade med intrauterin fosterdöd. Slutar ta psykofarmaka kort innan aktuell graviditet. Under graviditeten försöker mödravården samordna kontakt med psykiatri, socialtjänst etc, men får inte remissvar från psykiatri. Patienten avböjer flera gånger samordnande kontakter och uteblir. Patienten föder normalt i fullgången tid och etablerar amning och utskrivs till hemmet trots att den problematiska sociala situationen kvarstår. Efter förlös-

ningen täta kontakter med BVC men 54 dagar postpartum hittas patienten livlös i hemmet. Rättsmedicinsk obduktion kan inte entydigt fastställa dödsorsak men visar på förekomst av ett flertal olika centraldämpande medel som tillsammans kan ha lett till andningsdepression – dvs patienten hade återfallit i missbruk. Man fann dock även tecken på en infektion i kroppen, möjligen en (lindrig) endometrit som lett till sepsis på grund av nedsatt immunförsvar till följd av kraftig leverförfettning och kronisk hepatit.

Bedöms som sent indirekt obstetriskt dödsfall med oklar orsak.

Kommentar: Trots försök från MHV blir patienten aldrig under graviditeten bedömd ur psykiatrisk synpunkt, inklusive suicidriskbedömning, vilket är nödvändigt för kvinnor med denna anamnes. Inte heller verkar hon ha lämnat drogtester. Fallet illustrerar tydligt konflikten mellan patientens autonomi/integritet och samhällets ansvar, liksom hur sekretessregler kan försvåra adekvata åtgärder och bedömning att tillämpa eventuella andra lagar. MHV hade önskat mera aktiva tvingande åtgärder från socialtjänsten med drogtester och mödrahem postpartum. ■



STIFTELSEN
FÖR UTBILDNING
OCH UTVECKLING
INOM OBSTETRIK
OCH GYNEKOLOGI

Dags att söka stipendium

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
- Arbete med SFOG riktlinjer

Information finns på www.stiftelsen.org



Stockholm, Sweden

NFOG

June 10-12, 2014

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

Program

- Perinatal epidemiology
- Mature women's sexuality
- Neuroprotection in birth asphyxia
- Progesterone and prevention of preterm deliveries
- Endometrial carcinoma – management of high risk disease
- Maternal obesity, gestational weight gain and diet as determinants of offspring long term health
- Management of hypothyroidism during pregnancy
- Cervical cancer prevention today and tomorrow
- Clinical treatment frontiers in urogynecology
- Misoprostol in obstetrics and gynecology
- How can we make delivery safer?
- NIPT in the Nordic countries
- Women's health
- Endometriosis
- Perineal tears after vaginal delivery
- Surrogacy or uterine transplantation
- Antidepressant treatment during pregnancy
- An overview on Non Invasive Prenatal Testing
- Insulin resistance and reproduction in polycystic ovary syndrome
- Ultrasound in the screening for and in the diagnostic work-up of endometrial cancer
- Reproductive rights with focus on infertility, surrogacy and sex selection in low-resource settings

Pre-conference courses

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

Pre-conference meetings

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



OGUs ordförande informerar



Bästa OGU-medlemmar!

När jag skriver detta är det med blandade känslor. Det är mitt sista brev till er, efter två år som ordförande och hela fem år i styrelsen. På sätt och vis känner jag mig färdig med detta och samtidigt kommer jag sakna det väldigt mycket. OGU har betytt mycket för mig som person men även för mina medarbetare på kliniken. Under min tid i styrelsen introducerades "Nya ST", och det var otroligt mycket jobb och engagemang i utbildningsnämnden för att få ihop målbeskrivningar och kurser. I januari 2015 kommer ännu en Ny ST. Den snabba förändringstakten gör att vi än mer måste bevaka och se till att utbildningen fungerar optimalt nationellt.

Vi har förbättrat våra internationella kontakter och ser nu mer samarbete över gränserna, vilket är otroligt givande för alla parter. Systemen i de olika länderna är ganska olika, vi ser och lär av varandra och ska försöka harmonisera det som går. Vi har fortsatt att skicka stipendiater runt i Europa på årliga utbyten med samma syfte. Tidigare fick vi stipendiepengar från stiftelsen men numera hjälper vi den sökande med ansökan om medel från NFOG fonden för detta.

Engagemanget i styrelsen är stort. Vi har granskat oss själva med kritiska glasögon och försökt se vilka de största behoven är hos våra medlemmar och satsat därefter. Det har bidragit till fler ST-kurser och att fler ST-läkare deltar under OGU-dagarna och SFOG-veckan, vilket gläder oss. Vi har fortsatt skicka ut OGU

enkäten vartannat år, den senaste är utskickad nu i dagarna till våra medlemmar. Vi hoppas verkligen ni fått den och svarat. Det är vårt viktigaste styrdokument och resultaten presenteras både i Medlemsbladet, på OGU-dagarna och för verksamhetscheferna. Din röst har betydelse!!

Under min tid som ordförande har visionen varit en bättre kommunikation med medlemmarna. Vi startade en Facebooksida och vi/jag har försökt förmedla aktuella händelser både där och via ordförandebrevet som introducerades för två år sedan i medlemsbladet. Den andra, och kanske största satsningen, har varit kampanjen "Ge kniven vidare". Ett lastskepp med verktyg för att förbättra den kirurgiska utbildningen av ST-läkare nationellt och inom flera specialiteter. Jag är stolt över den drivkraft som funnits i OGU-styrelsen kring kampanjen med Verena Sengpiel i spetsen. Vår förhoppning är nu att kampanjen nått ut till alla och lett till förbättringar hos er alla i olika grad. Ge kniven vidare kommer att utvärderas med en elektronisk enkät i maj och besked om resultatet kommer under SFOG-veckan.

Allra mest tacksam är jag över att ha fått träffa så många av er i olika sammanhang. Jag har mött en stor grupp trevliga, energispråkande, positiva och kompetenta individer. Jag känner en tacksamhet över att få vara en del av den gruppen. Jag har svårt att tänka mig att det är lika trevligt i andra ST-läkarföreningar.

Det finns ett socialt engagemang i OGU och en välvilja gentemot varandra som är väldigt fin. Kanske beror det på att vi har ett ansvarsfullt yrke där vi alla varit med om att det kan gå fel och vilka konsekvenser det har för patienten och en själv. Att ordna OGU-kvällar är som ett privilegium för det blir alltid en massa givande samtal, skratt och galen aktivitet på dansgolvet.

Nu ser jag fram mot att möta er en sista gång i Uddevalla. Jag kommer berätta mer om SFOG/OGU som organisation och vi kommer rapportera vad vi gjort på årsmötet. Utöver det kommer vi att få en massa nyheter inom benign gynekologisk kirurgi. På kvällen umgås vi och äter gott, på luncherna snackar vi mellan mötena med sponsorerna. Vi kommer åter ha ett bord med OGU-information och möjlighet att beställa ARG-rapporter.

Slutligen vill jag sända ut mina varmaste tack till alla som jag arbetat med i OGU:s styrelse och SFOG:s styrelse!! Ni har alla påverkat mig på olika sätt och givit mig större möjligheter att vara en bra doktor i vardagen. Ni har även fått mig att växa med uppgiften och stöttat mig under mina år som ordförande. Vi har en fantastisk specialitetsförening med en bättre organisation än de flesta andra. Jag kommer sakna er alla!

Malin Sundler, OGU ordförande
Kvinnokliniken, SUS, Malmö

OGUs kurser under SFOG-veckan 2014

Missa inte att anmäla dig till OGUs kurser i sexologi och obstetriska perineal- och analskador som äger rum på SFOG veckan 2014 i Varberg. Kurserna genererar intyg till SoS och vänder sig i första hand till ST-läkare, men även specialister och barnmorskor är välkomna att söka.

Läs mer på www.ogu.se och anmäl dig via SFOG-veckans hemsida, www.sfogveckan.se.

OGU-priset 2014

Vi vill påminna er alla om att ta chansen och nominera de eller den ni tycker har gjort något extra för att er ST-utbildning ska bli bra. Kanske är det en stöttande, engagerad, utbildningsintresserad kollega på kliniken, kursledningen på den där fantastiska kursen du gick förra terminen eller någon som gjort viktiga insatser för ST-läkarna på ditt sjukhus, i din region eller i landet? Förra året prisades Göran Björk av OGU för sitt arbete med ST-utbildningen i Karlskrona.

Skicka ditt förslag med några raders motivering till josefinkataoka@hotmail.com senast 1 maj 2014.

Priset delas ut på banketten på SFOG-veckan i Varberg.

SYLF Göteborgs handledarpris 2013 tilldelas **Eva Dahlgren**

MED. DR, ÖVERLÄKARE

"Eva är en av de mest erfarna och kompetenta läkarna, men är ändå alltid ödmjuk och inlyssnande inför oss yngre kollegor. Hon är fantastisk på att lära ut, handleda och sprida sin kunskap. Hon skapar en stämning där man kan känna att det inte finns dumma frågor. Hon förtjänar verkligen att uppmärksammas."



Resultat från din klinik

GKR eller Gynop?

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

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

2. Kontakta Gynops kansli så lägger vi in dig som användare (om du inte redan är det)

Tel 090-785 04 64

E-mail: gynopregistret@vll.se

3. Gå in på www.gynop.org

Välj Logga in

Välj Gynopnet drift

Sätt i SITHS-kortet och logga in

Välj Rapportgenerator i menyn

Välj utförd operation i rullisten

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

Öppna Jämförelser ingår

Du kan också markera Välj

diagram/tabeller och själv välja

vilka data du vill se

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

Du behöver först tillåtelse från din verksamhetschef

Vill du se hur datauttag går till, välj

Datauttag i webbjälpen på

www.gynop.org och se

instruktionsfilm eller läs manual

Datauttag går att göra till Excel

eller SPSS

Tillsammans gör vi vården bättre!

Välkommen att kontakta oss för guidning!

ST-tjänstgöring i Etiopien – en spännande möjlighet

I medlemsbladet nr 5 2013 skrev vi om ST-tjänstgöring i Etiopien. Möjligheten kvarstår, behovet är stort. Aira Sjukhuset, Läkarbanken och Global-ARG tar väl hand om dig och ser till att du får en lärarik annorlunda ST –tjänstgöring.

Välkommen att ta kontakt med någon av oss.

Kenneth Challis, Global-ARG
kenneth.challis@gmail.com

Margareta Sidenvall, Global-ARG
msidenvall@hotmail.com

Karin Håkansson, Läkarbanken
k.hakansson@doctorbank.se



En berättelse författad i samband med en skrivarkurs av en kollega med många års erfarenhet av vår specialitet.

Kejsarsnittet

Jag står på den fria golvytan mitt i det stora rummet och håller mina nytvättade händer och armar rakt upp i luften i väntan på att bli klädd. Bakom mig har narkosläkaren just lagt en spinal och han hjälper, med assistans av narkossköterskan, sin patient att lägga sig till rätta. Hennes väldiga mage reser sig som en pyramid från operationsbordet. Tittar man noga kan man se att magen rör sig. Operationssköterskan tvättar den omsorgsfullt med spritdränkta kompresser som hon håller med en lång peang. Den våta magen blänker i det starka ljuset från operationslampan ovanför. Lampan är stor som ett parasoll. Salen badar i ljus. Det är feststämning i luften. En liten efterlängtnad baby skall snart få

komma till sina förväntansfulla föräldrar. Det är ett planerat kejsarsnitt utan den hets och dramatik som kan råda i akutsituationer. Alla vet sina roller.

Narkossköterskan har spänt upp bågen från vilken en stor grön duk avskärmar kvinnans huvud från kroppen. Där vid huvudändan bredvid henne sitter hennes man. Han säger inget och är lite blek i ansiktet. Nu har operationssköterskan klätt in patienten i gröna dukar och fått tid för mig. Hon hjälper mig på med först den långa gröna rocken och sedan de tunna halvt genomskinliga åtsmitande handskarna. Jag ställer mig på min plats på bordets vänstra sida. Mitt emot står operationssköterskan och på ett bord bredvid henne ligger alla instrument vi

kommer att behöva prydligt uppradade. Ett hål i de gröna dukarna blottar en bit av huden ovan blygdbenet där jag strax ska lägga snittet. Till min natur är jag lite otålig och har svårt för väntan men har lärt mig att med skalpellen i vänster hand hålla mina händer samlade som till bön, lätt vilande på den grönklädda magen, i väntan på klarsignal från andra sidan narkosbågen att få starta. Tystnaden i rummet är total men kommer snart att brytas av en nyföddsskrik. Vilken ynnest att ha ett yrke där jag får arbeta med livets början.

Klarsignalen kommer – Var så god!

Jan Wager

Pensionerad gynekolog och obstetrik

En gåta att klura på

Det är inte belägringen av Florens eller fransmännens plundring av Rom som åsyftas, utan något mer generellt med gynekologisk koppling. Här finns en händelse och en historisk person gömd. Svaret meddelas i Medlemsblad nr 3.

Muntra och segervissa kom de,
tusentals, i våg efter våg.
Vimplarna slog, pukor och trumpeter ljud,
triumfen var given.

Kompanier av kämpar,
så lika varandra som bröder,
fyllda av drömmar och förhoppningar,
beredda på ett helt nytt liv.

Kvinnan kammade sitt långa hår,
hundra tag med borsten,
målade läpparna röda,
log mot sin bild i spegeln.

I blod och besvikelse sköljdes allt bort,
gator, torg, murar och drömmar.
Ingen enda liten förhoppning fick fäste,
allt sköljdes bort i blod.

- Du slösaktigt oansvariga, var är min son?
ropade kaptenen förbittrat.
Kvinnan kammade sitt långa hår,
och sade att hon kunde inget göra.

Kaptenen förstod att hans son aldrig skulle bli general,
och föra befäl över glänsande arméer,
eller president, och inviga nya motorvägar
och universitet.

- Jag anförtrorde dig min son,
ropade kaptenen bittert.
- Jag kunde inget göra,
sade kvinnan och tittade på stjärnorna långt borta.

Peter Palsternack

Det första korrekta svar som inkommer till anna.ackefors@sfog.se belönas med en vinflaska. Priset utdelas under SFOGveckan av Peter Palsternack himself.



Robotassisterad laparoskopisk gynekologisk kirurgi

En deskriptiv studie utgående från det svenska nationella Gynop-registret (1.)

Inledning

Inom gynekologisk kirurgi i Sverige är spridningen stor avseende val av operationsmetod där t.ex. mer än 90% av hysterectomierna görs öppet på vissa kliniker i Sverige, medan siffran nästan är den omvända på andra platser med mindre än 25% öppna operationer på samma indikation (2).

Minimalinvasiva alternativ är sedan länge etablerade med övertygande vetenskaplig dokumentation avseende färre komplikationer, kortare konvalescens-tid till fullgod ADL-funktion och enligt patientens upplevelse bättre än laparotomi (3).

För kirurgen ger en laparoskopisk operationsteknik fördelar med god belysning och förstoring av operationsfältet. En nackdel är den tvådimensionella bilden samt en sämre taktil återkoppling jämfört med laparotomi. Nackdelarna är lång inlärningskurva och ändå risk för konvertering till öppen operation vid komplikationer.

Robotassisterad laparoskopisk kirurgi har funnits några år som ett alternativ till övriga operationsmetoder vilket medför 3-dimensionellt seende, förbättrad ergonomi för kirurgen, och fler frihetsgrader i instrumenten. Nackdelen är att vävnadskänslan/taktil återkoppling hos operatören förloras, samt hög kostnad både för inköp och för drift, med service samt engångsmaterial (4).

På marknaden för datorstödd kirurgi finns få representanter. Det Kalifornien-baserade företaget Intuitive Surgical introducerade sitt robotsystem "da

Magnus Garell
magnus.garell@regionhalland.se

Vinci®" 1999 och är fortfarande nästan ensamma i branschen. Låg konkurrens medför höga priser på 1,0 - 2,3 miljoner dollar beroende på utförande (t.ex. 3 eller 4 armar, dubbla konsoler, högupplöst video). Trots detta finns idag över 2585 "da Vinci"-system installerade på mer än 2025 sjukhus över världen (5). Det finns idag 18 "da Vinci"-system i Sverige (6).

I en studie på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg jämförde man robotassisterad laparotomi med laparotomi och laparotomi på benigna gynekologiska indikationer inkluderande hysterectomier, endometriosis samt myom (3). Genomgång av litteraturen på dessa indikationer påvisar generellt ett bristfälligt vetenskapligt underlag, men i stort ses med robotassisterad laparotomi kortare vårdtid och mindre blödningsmängd jämfört med laparotomi. Däremot en ökad fast kostnad på 17 366 SEK per ingrepp beräknad på 500 operationer per robot och år, samt därtill förlängd operationstid jämfört med laparotomi (3).

Tre artiklar från 2011 (4, 7, 8) har granskat befintlig litteratur avseende robotassisterad laparotomi och där sett en lägre andel komplikationer med minskad blödning, lägre grad av smärta postoperativt samt kortare sjukhusvistelse jämfört med laparotomi. För sjukhusvistelse och komplikationer visar sig robotassisterad laparotomi vara signifikant bättre än laparotomi.

Inlärningskurvan för robotassisterad laparotomi ter sig snabbare än för laparotomi, men någon större studie har ej gjorts då det nästan uteslutande varit erfarna laparoskopister som varit med i studierna (7). Operationstiden är längre jämfört med laparotomi, och robotens preoperativa dockningstid får ej glömmas. Man anser generellt att robotassisterad laparotomi gör sig bäst vid komplicerade ingrepp med sammanväxningar och andra anatomiska svårigheter.

Gynop

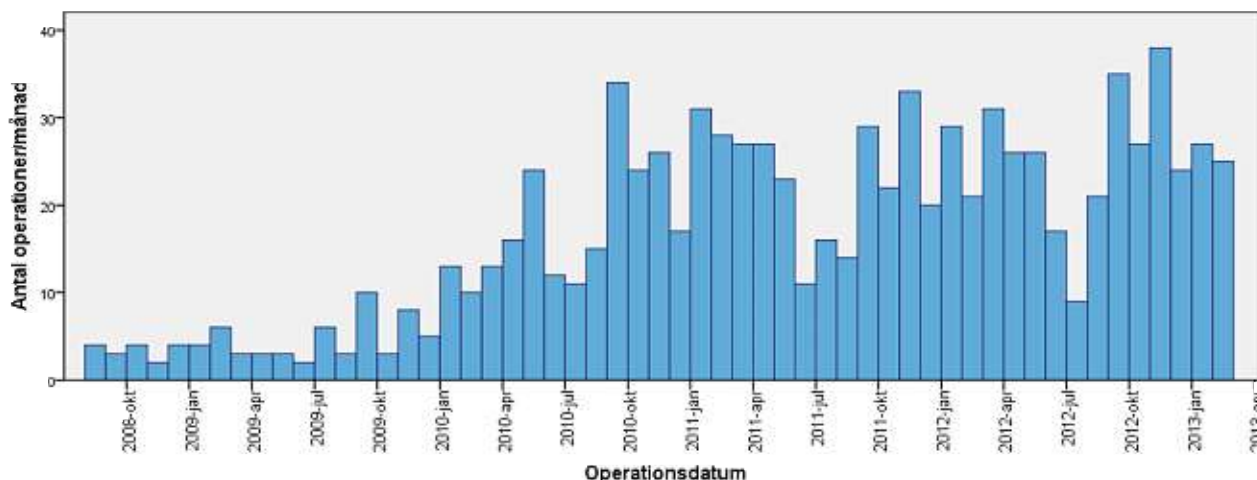
Gynop-registret är ett nationellt kvalitetsregister inom gynekologisk kirurgi underställt SFOG (9). Sedan 1997, då registret startade, har uppgifter insamlats om patientens hälsotillstånd vid insjuknandet, under operation och sjukhusvistelse, samt följts upp postoperativt efter 8 veckor samt efter 1 år. Ca 70% av alla sjukhus är med, och svarsfrekvensen ligger generellt mellan 90-95%.

Gynop-registret innefattar 6 registerdelar:

1. Operation på äggstockar och äggledare
2. Operationer inuti livmodern (endometriectomier/hysterectomier)
3. Borttagande av livmodern
4. Inkontinensoperationer
5. Framfallsoperationer (prolaps)
6. Gynekologisk tumörkirurgi

I Stockholmsregionen samt Visby och Karlstad används GKR (Gynekologiskt kvalitetsregister) som inkluderar 11 kliniker. Export av data till Gynop har försvårats av att vissa parametrar skiljer sig åt.

Figur 1. Histogram över antal robotassisterade operationer per månad registrerade i Gynop.



Syfte

Studien ska kartlägga vilka typer av operationer som görs med robot-assisterad laparoskopi vid de gynekologiska kliniker i Sverige. Fokusering sker på parametrar i Gynop-registret inkluderande patienternas ålder, BMI, indikation till kirurgi, operationstid, eventuella komplikationer, vårdtid, sjukskrivning, patientupplevelse mm.

Metod

Studien är en registerstudie hur robotassisterad laparoskopi används i Sverige för de kliniker som inrapporterar till Gynop eller GKR och har tillgång till en operationsrobot.

Uttag från Gynop-registret gjordes 2013-02-20 där nyckelvariabeln var robotassisterad laparoskopi. Vid uttaget fann man 932 st. robotassisterade operationer. Uppgift om vilka som kom från GKR saknades i uttaget vilket gjorde att dessa ej exkluderades för analyser där aktuell parameter saknades. Därav ett falskt för högt bortfall i några av analyserna nedan.

Materialet delades upp i två grupper utgående från preoperativ bedömning med benign respektive malign/misstänkt malign (kallat endast "malign" nedan). 85 operationer saknade denna parameter, men där återfanns indikation under preoperativ bedömning av fynd eller preoperativ diagnos och de placerades i respektive grupp utifrån detta.

8-veckorsuppföljning av patienter med operation på malign indikation sker ej per automatik utan kan bedömas som "olämpligt" och patienten erhåller då ej någon enkät. 1-årsenkät skickas inte ut till någon patient som genomgått malign operation.

Grupperna analyserades med frekvensanalys och beskrivande statistik. Jämförelser med hjälp av medelvärden, medianvärden och spridningsmått gjordes i statistikprogrammet IBM SPSS Statistics version 20 som också histogram och grafer har sitt ursprung från. För cirkeldiagrammen har Microsoft Excel 2003 använts.

Resultat

Antalet robotassisterade operationer utförda per månad som är inrapporterade till Gynop sedan augusti 2008 visas i histogrammet ovan där man ser en ökan-

de trend, men även en säsongsstyrd variation.

497 operationer identifierades utförda på benign indikation. PAD visade dock att 6 operationer utföll med malignt resultat. Dessa exkluderades ej vid fortsatta analyser då operationen ändå utfördes på benign indikation. För 3 operationer var PAD markerat som både benignt och malignt. PAD saknades för 88 patienter i denna grupp.

435 operationer gjordes på malign indikation. Av dessa var PAD malign för 313 operationer och benign för 48 st. 74 operationer på malign indikation hade inget PAD inrapporterat.

Rapporterande kliniker

9 kliniker hade rapporterat in robotassisterade operationer till registret. Noteras dock att Danderyds sjukhus ej har någon robot, så detta har kodats fel.

Tabell 1: Rapporterade robotoperationer per klinik och typ åren 2008 - 2013 (febr.)

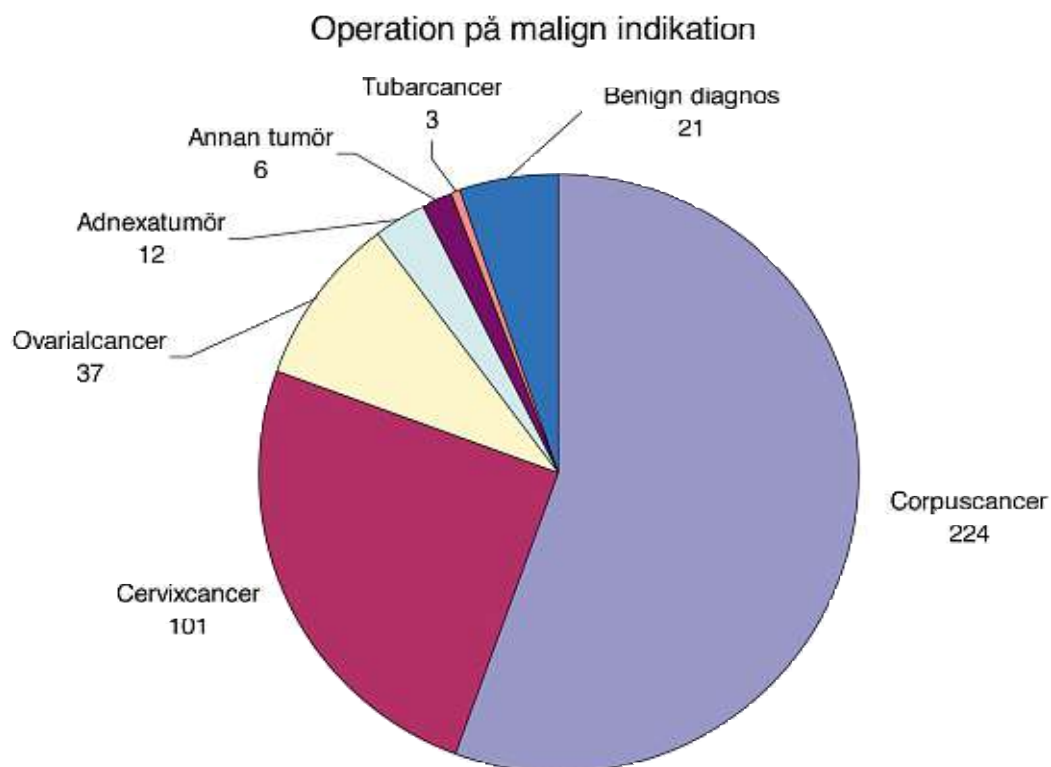
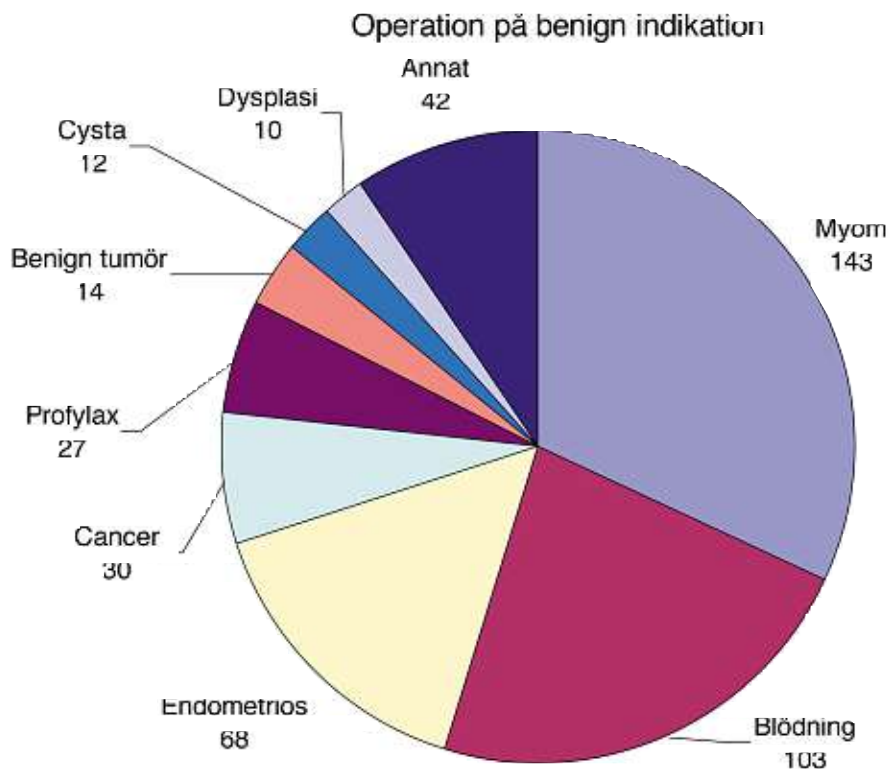
	Benigna op.	Maligna op.
Lunds Universitetssjukhus	156	318
Halmstad sjukhus	191	66
Varbergs sjukhus	60	24
Länssjukhuset Ryhov/Jönköping	28	6
Karolinska Universitetssjukhuset Solna	29	0
Karlstad, centralsjukhuset	27	0
Linköpings Universitetssjukhus	5	20
SU Sahlgrenska Göteborg	0	1
Danderyds sjukhus, Stockholm	1	0
Totalt	497	435

Vilka diagnoser hade patienterna?

Slutlig diagnos inom de preoperativt bedömda grupperna utföll enligt cirkeldiagrammen nedan med antal operationer angivna.

Många myom-operationer hade biddiagnosen blödningsbekymmer och vice versa. För 10 operationer i den benigna gruppen var ingen specifik diagnos satt och för ytterligare 38 operationer saknades uppgiften helt.

För de maligna operationerna var ingen specifik diagnos satt på 15 operationer och ytterligare 16 operationsdiagnoser saknades helt.



Operatörer

Antal huvudoperatörer är begränsat. Endast 11 operatörer (A-K) av totalt 31 svarar för 88% av alla operationer. Nedan har alla operatörer som gjort färre än 20 robotassisterade operationer i denna studie, slagits ihop i en grupp (resten).

Ålder

Vid operation var patienterna mellan 18 och 89 år med ett medelvärde på 52 år. För de benigna operationerna var medelvärdet 46 år och för patienterna i gruppen malign indikation 60 år.

Paritet

Uppgift avseende paritet saknades för 201 patienter men av de resterande hade 656 gått igenom minst en förlossning. 120 patienter var 1-para, 310 stycken 2-para, 141 stycken 3-para och 85 stycken multi-para.

Tidigare buk- eller gyn-operationer

652 av patienterna uppgav att de tidigare genomgått någon gynekologisk operation och 111 att de genomgått annan bukoperation. Uppgift saknades dock för 156 respektive 378 av patienterna.

I den benigna gruppen hade 344 av patienterna genomgått gynekologisk operation innan, men 94 av svaren saknades. 50 stycken uppgav tidigare bukoperation, fast här saknades 202 svar.

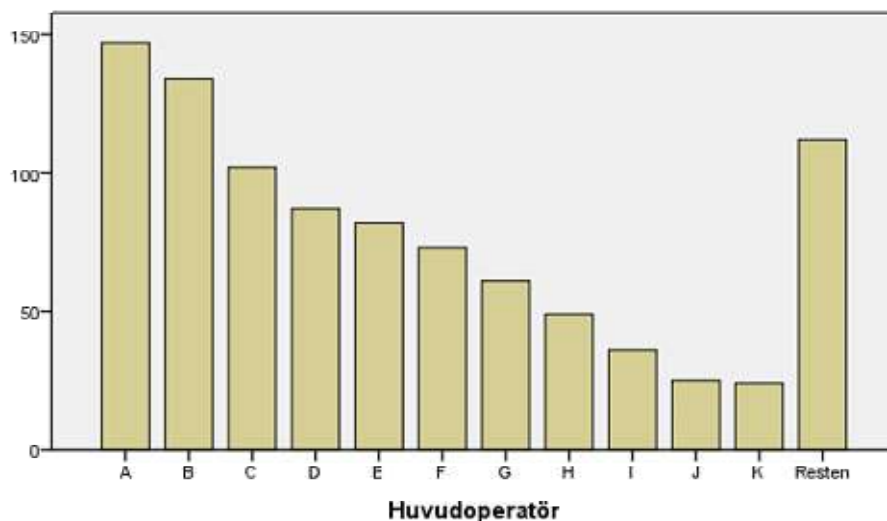
I maligna gruppen hade 308 av patienterna tidigare genomgått gynekologisk operation och 61 patienter annan bukoperation. I grupperna saknades dock 62 respektive 176 svar.

Rökning

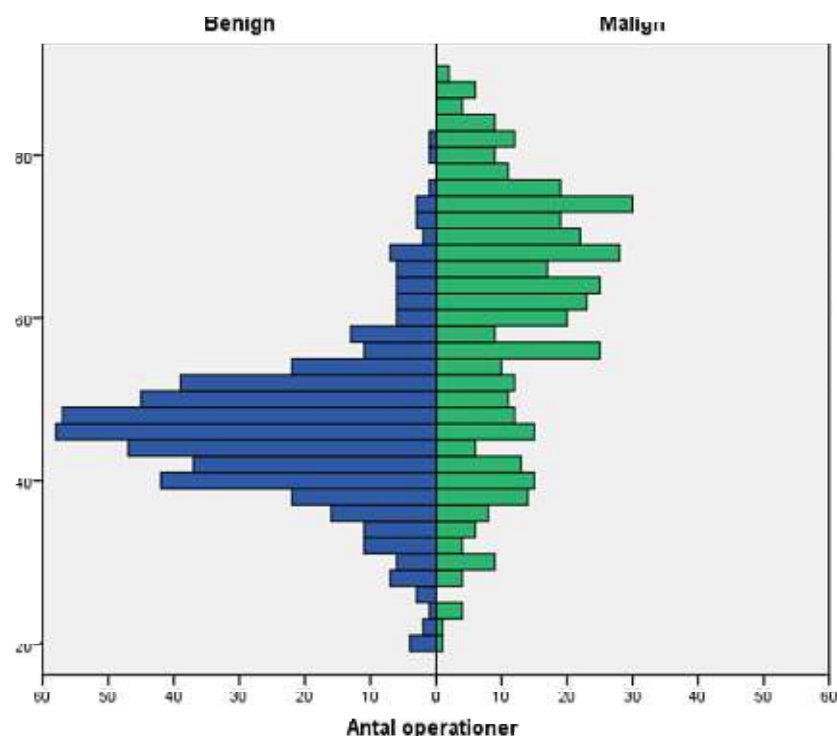
121 av patienterna rökte dagligen. 271 hade tidigare slutat medan 383 aldrig rök. Uppgift saknades för 157.

Vid benigna operationer var 69 patienter dagligrökare. 181 hade aldrig rök. I tumörgruppen var 52 dagligrökare medan 202 aldrig rök.

Antal operationer



Patientens ålder vid operation



BMI

Medelvärde för alla kvinnor var 27,1 kg/m², där det för gruppen med benigna indikationer var 26,3 och för maligna 27,9. Fördelningen av BMI för de båda grupperna framgår av figuren nedan.

Försvårade förhållanden, konverteringsfrekvens och komplikationer

Preoperativ bedömning av försvårade operationsförhållanden var registrerad för alla utom 22 operationer. Totalt 375 av operationerna bedömdes preoperativt som svåra, 219 för benigna indikationer och 156 för maligna.

23 operationer konverterades till öppen operation, 10 st. av de benigna och 13 av de maligna. 14 st. av operationerna konverterades pga tekniska svårigheter. För de övriga fanns ingen orsak angiven. Dock fanns noteringar på annan plats i registret om 1 allvarig större blödning; 1 operation med en lindrig blåsskada; 2 operationer med anemi samt 2 operationer med anestesiproblem bland de som konverterades.

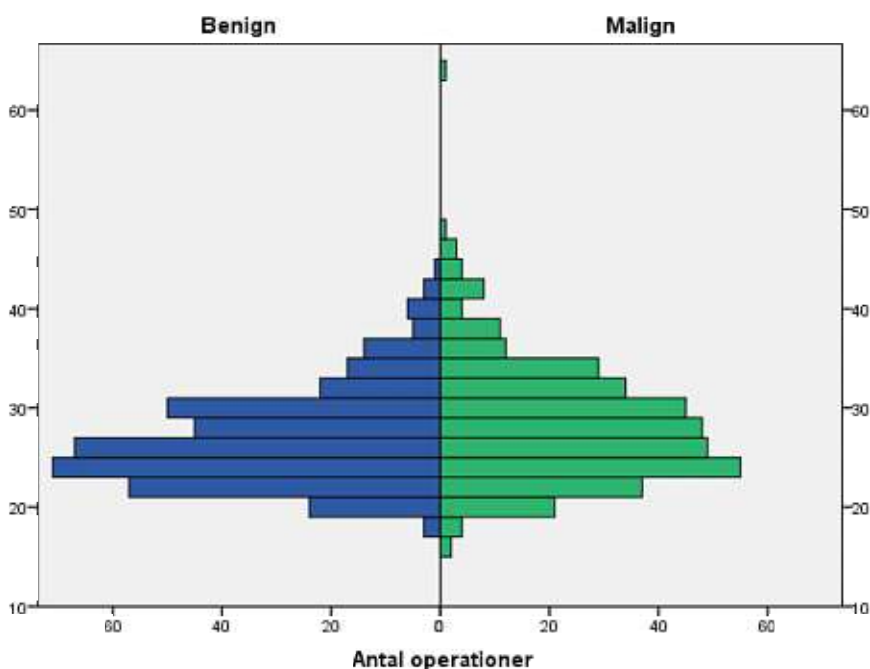
Registrerade komplikationer i registret uppdelas i lindriga och allvariga. För Gynopregistret finns tydligare kriterier för allvarig eller lindrig komplikation än i GKR. Detta medför en viss otydlighet i följande redovisning.

Komplikationer peroperativt

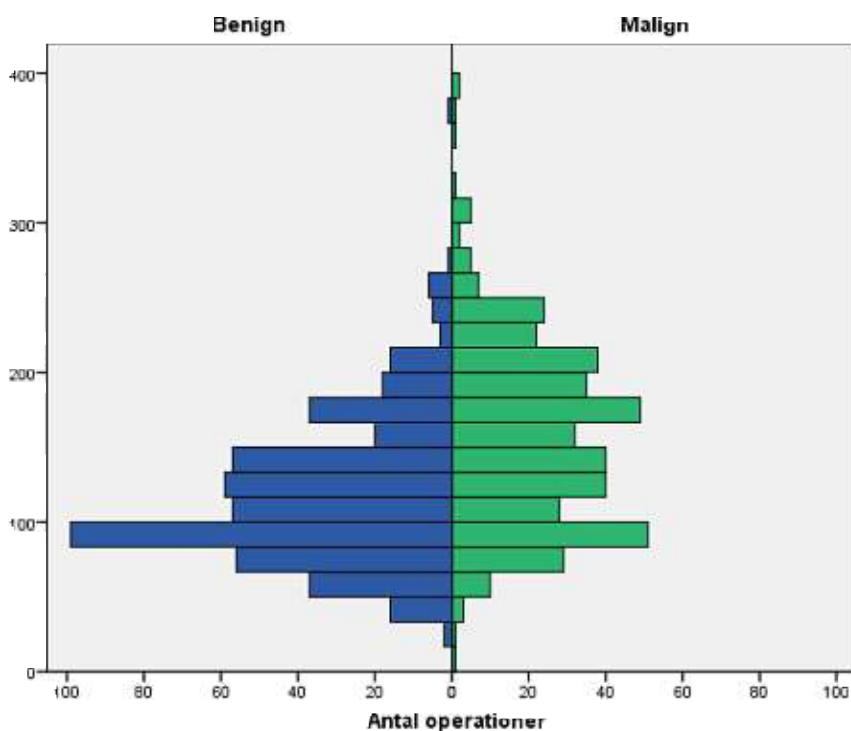
15 operationer redovisades med peroperativa komplikationer. En allvarig blödning på 4000 ml som krävde transfusion; en lindrig tarmskada; 9 lindriga skador på urinblåsan samt 2 ospecificerade skador. För övriga operationer var typ av komplikation ej specificerad.

Ytterligare skador som inte var markerade som komplikation återfanns på andra poster, t.ex. under "annan diagnos" där bland annat en patient med skada på vena iliaca interna hittades. Även 2 andra operationer som krävde blodtransfusion utöver den ovan. Tre operationer hade problem relaterade till anestesi.

Patientens BMI



Operationstid (min)



Operationstid

För 14 operationer var inte operationstiden inrapporterad. Medelvärde var 139 minuter och median 126 minuter där tiden varierade mellan 28 och 527 minuter. Uppdelning enligt diagram.

Blödningsmängd

Vid 50 operationer rapporterades 0 ml blodförlust. För 16 operationer saknades uppgift om blödning. För övriga var blodförlusten mellan 0 och 4000 ml med i medelvärde 86 ml. För gruppen med benign indikation var medelvärdet 73 ml och för malign 100 ml blodförlust.

Hysterektomi och uterusvikt

Hysterektomi uppgavs vid 868 operationer men för 11 av dessa var uterusvikten rapporterad till 0 gram och ströks för viktberäkningarna. För 3 operationer saknades uppgiften.

Hysterektomi genomfördes vid 469 benigna operationer. På malign indikation skedde hysterektomi vid 399 operationer.

Viktuppgift saknades helt för 167 hysterektomier. Beräkningarna gjordes därför på resterande 690 operationer.

Medelvikt för hela materialet var 192 gram där vikten varierade mellan 23 och 1160 gram.

På benign indikation var medelvikten 223 gram och på malign 138 gram.

Vårdtid

Vårdtiden beräknades i form av vård-dygn, dvs. inskrivning dag ett och utskriv-

ning dagen efter ger ett dygn i redovisad tid.

Vårdtiden på sjukhuset varierade mellan 0 och 33 vårddygn med medelvärde 2,2 dygn. 10 operationer redovisades som ett ingrepp över dagen, dvs. 0 vårddygn.

På benign indikation var medelvärdet 2,0 dygn och vid malign medeltid 2,5 dygn.

PAD

I Gynop finns möjlighet att koda PAD på flera sätt. Det finns en parameter för <PAD ua>, men även <PAD benign förändring> resp. <PAD malign förändring>. Om <PAD ua> varit markerad men varken benignt eller malignt PAD registrerats har detta räknats som benign förändring nedan.

För 162 operationer (17,4%) fanns inget PAD registrerat, men övriga var uppdelade enligt tabell 2.

Sjukskrivning/tid till arbete

Patientens inrapporterade sjukskrivning har använts där den funnits rapporterad, annars läkarens sjukskrivningsuppgift. Både sjukskrivningens längd och tid till arbete räknas i antal dagar från operationsdagen.

Patient lika med eller över 65 år utslöts. Av de resterande patienterna fanns uppgiften avseende sjukskrivning registrerad för 353 st. på benign indikation och 172 st. på malign indikation.

Medianvärdet för sjukskrivningstid var 22 dagar för gruppen med benign

indikation. För gruppen med malign indikation var medianvärdet för sjukskrivning 24 dagar.

Vid analys av tid till återgång i arbete ströks 4 patienter där tiden var mer än 3 månader högre än övriga. En patient hade registrerat tiden till innan operationen, denna ströks också. Kvar för analys var 62 operationer på benign indikation. Medianvärde blev där 20 dagar med spridning mellan 4 och 77 dagar.

Tid till återgång i arbete på maligna indikationer är en heterogen grupp och beror inte bara på operationen, utan också sjukdomen i sig och behovet av efterbehandling, därav blev det statistiska underlaget begränsat då endast 6 patienter registrerat uppgiften, och analys gjordes därför ej.

Komplikationer

8-veckorsuppföljning, patientens rapportering

252 patienter rapporterade någon form av komplikation under konvalescensen, dock fanns inget svar från 286 stycken. 68 patienter hade markerat komplikationen som "allvarlig" eller "allvarlig och lindrig" medan resten ansåg den "lindrig".

8-veckorsuppföljning, läkarens bedömning

27 operationer hade läkare markerat som allvarlig uppföljningskomplikation medan 117 operationer var markerade som lindriga. 236 av operationerna saknade uppgiften.

Tabell 2: Registrerat PAD per operationstyp.

PAD		Benign operation	Malign operation
	Benign	403	48
Malign	6	313	

Tabell 3: Läkarens registrerade komplikationer vid uppföljning efter 8 veckor

Komplikation	Lindrig	Allvarlig
Sårruptur	6	7
Uretärskada	-	2
Blödning i bukvägg	8	-
Vaginaltoppsblödning	6	1
Vaginaltoppsinfektion	6	-
Vaginaltoppshematom	3	1
Tarmskada	1	-
Nervskada	1	-
Annan organskada	1	1
Fistel	1	-
Bråck	1	-
Smärta	5	1
Postoperativ feber	4	1
UVI/miktionssmärta	6	-
Annan infektion	6	-

1-årsuppföljning, patientens rapportering

Patienter som genomgått operation med malignitet får ingen ett-årsenkät och av de 240 st. övriga som hunnit besvara ett-årsuppföljningen angav 17 patienter allvarliga komplikationer samt 51 patienter lindriga. 172 operationer var markerade som komplikationsfria. Resten var ej besvarade eller fattades.

Läkarens bedömning, 1-årsuppföljning

Den opererande läkaren rapporterade i 6 fall operationer med allvarliga komplikationer samt 25 lindriga. 200 operationer var registrerade som komplikationsfria. Dock saknades uppgiften/var ej rapporterad för 266 operationer.

Patientnöjdhet

Vid 1-årsuppföljningen, som endast omfattar patienter i den benigna gruppen, var 213 av patienterna "nöjda" eller "mycket nöjda" med operationen. 22 patienter "varken nöjd eller missnöjd" och 3 patienter var "missnöjda", men ingen "mycket missnöjd".

Summering

Robotassisterad laparoskopi är högaktuellt och många anser att detta är framtiden, men kritikerna ser oförsvarbart höga kostnader framför sig, både fasta och rörliga (6).

I studier ses signifikanta fördelar med robotassisterad laparoskopi med kortare postoperativ vårdtid samt lägre kompli-

kationsfrekvens (4). Enstaka studier har också visat att det finns samhällsekonomiska fördelar då patienterna kommer snabbare ut i förvärsarbete. Även lägre postoperativ smärta är rapporterad, men detta är svårt att värdera ekonomiskt.

Denna studie utgick från det nationella gynekologiska operationsregistret Gynop där 932 stycken robotassisterade laparoskopier, utförda mellan september 2008 och mars 2013, identifierades och analyserades utifrån operationsindikation. Inrapporteringen av ett flertal parametrar visade sig ofullständig och enstaka felaktigheter har noterats i data. Möjligen har vissa operatörer och patienter inte alltid förstått vad som efterfrågas, kanske utrymme har funnits för tolkning?

Studien visar en snedfördelad bild av robotassisterad laparoskopi inom gynekologin där endast i huvudsak 7 kliniker deltagit. Ett fåtal operatörer har utfört 88 % av alla operationerna. Flest operationer hade Lund rapporterat, majoriteten på malign indikation, därefter Halmstad och sedan Varberg. Tumöroperationer var vanligast i Lund vilket inte är förvånande då man centraliserat mycket av de komplicerade ingreppen dit och det också utsetts till europeiskt referens- och utbildningscentrum.

De som opererades på benign indikation var i snitt 46 år, hade ett BMI på 26 kg/m² och genomgick i 94% av operationerna hysterektomi, med uterusme-

delvikt på 223 g. Myom, blödningar och endometriosis var de vanligaste indikationerna. Median för operationstid var 2 h och vårdtiden var kort på i snitt 2 dagar.

Genomsnittsålder på de som opererades på malign indikation var 59 år och BMI låg i snitt på 28 kg/m². Corpuscancer var den i särklass vanligaste operationen (56%) på malign indikation, och mediantid på operationerna var 2 h och 40 minuter, där i många fall lymfkörtelutrymning ingår. Medelvårdtiden på malign indikation var på 2,5 dagar, trots patienter med en förväntad komplikationsfrekvens som sannolikt är högre än normalpatienten.

Sjukskrivningstiden understiger oftast en månad, och vid 1-årsuppföljningen var patienterna i de allra flesta fall nöjda med operationen.

För att se hur ovanstående data står sig i förhållande till andra operationstekniker måste ytterligare analyser göras med jämförande operationstekniker, vilket kommer följas upp i en planerad studie.

Handledare:

Med Dr Maud Ankardal, Överläkare Gynekologiska kliniken, Hallands sjukhus Halmstad

Vetenskapligt arbete, grundläggande Forskningsmetodikurs (30 hp)
FoUU Halland, start 2011-09-05

Referenser

1. Nationellt kvalitetsregister inom gynekologisk kirurgi, <http://www.gynop.se> (2014-01-26).
2. Stjernedahl J-H, Löfgren M, Renström B, Nilsson A-C. Årsredovisning avseende benign hysterektomi 2010, Åtterrappport från Gynop-registret.
3. Sundfeldt K, Alfonzo E, Daxberg EL, et al. Robotassisterad laparoskopisk kirurgi vid myom, endometriosis och hysterektomi. Göteborg: Västra Götalandsregionen, Sahlgrenska universitetssjukhuset, HTA-centrum; 2011. HTA-rapport 2011:35.
4. Liu H, Lu D, Wang L, Shi G, Song H, Clarke J. Robotic surgery for benign gynaecological disease (Protocol). The Cochrane Library 2011, Issue 2. February 2011, <http://www.thecochranelibrary.com> (2012-01-08).
5. Intuitive surgical product information/frequently asked questions http://www.intuitivesurgical.com/products/products_faqs.html#18 (2013-12-16).
6. Överläkare Jan Persson i Dagens medicin: <http://www.dagensmedicin.se/debatt/fler-operationsrobotar-gagnar-inte-patienter-och-skattebetalare/> (2012-09-26)
7. Weinberg L, Rao S, Escobar PF. Robotic surgery in gynecology: an updated systematic review. *Obstet Gynecol Int.* 2011;2011:852061. Epub 2011 Nov 28.
8. Ho C, Tsakonas E, Tran K, Cimon K, Severn M, Mierzwinski-Urban M, Corcos J, Pautler S. Robot-Assisted Surgery Compared with Open Surgery and Laparoscopic Surgery: Clinical Effectiveness and Economic Analyses [Internet]. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2011 (Technology report no. 137).
9. SFOG - Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) som är en specialitetsförening inom Sveriges Läkarförbund. <http://www.sfog.se/> (2012-01-07).

Molecular mechanisms in disorders of gonadal development

"Hur många barn får jag när jag blir stor?"

När jag var barn lekte vi en lek på dagis då vi kastade en näve grus i luften medan vi sa "hur många barn får jag när jag blir stor?". Antalet stenar man fångade var antalet barn man skulle få som vuxen. Ibland fick man tio, ibland inga, och då kunde man bara prova igen. Hur fånig denna lek än framstår för en vuxen, så är bristen på kontroll över sin fertilitet, eller snarare infertilitet, ett vanligt problem idag och ungefär 10-15% av alla par behöver någon form av hjälp för att bli gravida.

Det finns många bakomliggande orsaker till infertilitet, både manliga och kvinnliga faktorer. Denna avhandling rör de ovanliga tillstånd där äggstockar eller testiklar, gemensamt kallade gonader, inte har utvecklats eller har förlorat sin funktion i förtid. Dessa patienter är normala flickor med livmoder och äggstockar, förutom att de antingen inte kommer i puberteten eller förlorar sin mens i mycket unga år. Den drabbade kan ha en manlig kromosomuppsättning, 46,XY, eller kvinnlig, 46,XX, och motsvarande kliniska diagnos kallas 46,XY gonad dysgenesi (GD) eller primär ovariell insufficiens (POI). Båda tillstånden karakteriseras av hypergonadotrop hypogonadism med upprepade förhöjda FSH värden (>30 IU/ml) med samtida låga östrogenivåer. 46,XY GD är ett ovanligt tillstånd medan POI drabbar ca 1% av kvinnor innan 40 års ålder.

POI kan orsakas av externa faktorer såsom kirurgi, strålning, cytostatikabehandling, och även av autoimmunitet, men genetiska faktorer spelar en stor roll.

Ameli Norling, ST-läkare, Kvinnokliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Solna Post Doc, Institutionen för kvinnor och barns hälsa, Karolinska Institutet
ameli.norling@karolinska.se



Vi vet också att styrningen under fosterlivet från ett neutralt gonadanlag till utvecklingen av testikel eller äggstockar regleras av genetiska mekanismer. I nuläget kan vi identifiera den genetiska bakomliggande mekanismen hos knappt hälften av alla patienter med 46,XY GD med tillgängliga klinisk genetiska analyser. Mutationer eller deletioner av SRY genen är den vanligaste orsaken, men även duplikationer, deletioner samt punktmutationer i andra gener är också kända och kan påvisas. För patienter med POI kan rutindiagnostik identifiera orsaken hos ca 5-10%. De vanligaste orsakerna är translokationer, X-kromosom deletioner eller premutationer i FMR1 genen som vid fullmutation orsakar mental retardation kallad Fragilt-X.

Genom att studera patienter med 46,XY GD och POI hoppas vi kunna få en bättre förståelse för de underliggande mekanismer som styr den normala gonadutvecklingen. Därmed hoppas vi kunna ge fler patienter en förklaring till varför just de drabbats, vilket kan vara en liten lättnad vid ett tillstånd som det annars kan vara svårt att förlika sig med. En diagnos medför även att den genetiska rådgivning vi kan erbjuda patienten och familjen blir säkrare och bättre.

Denna avhandling består av fyra delprojekt:

Identifiering av nya kandidatgener för testikelutvecklingen. Vi har använt en specialdesignad högupplöst plattform för detektion av mycket små förkluster eller dubblingar av arvs massa. Metoden kallas array-CGH. Med denna teknik har vi identifierat fyra gener som vi tror kan ha betydelse för den normala utvecklingen av testikeln. Generna heter SUPT3H, C2ORF80, PIP5K1B och PRKACG. Alla uttrycks normalt i testikeln, och förlust av Pipk51b ger sterilitet hos manliga möss vilket ytterligare stöder vår hypotes. Dessa gener behöver studeras vidare för att bättre kunna förstå deras funktion. (Artikel I)

Studier av kandidatgenen CBX2. Genen Cbx2 har beskrivits påverka gonadutvecklingen hos möss, och en patient har beskrivits med mutationer i denna gen och normal äggstocksutveckling trots en manlig karyotyp. Vi undersökte hurvida mutationer i denna gen förekom hos våra patienter med 46,XY GD och POI. Inga mutationer påträffades i vår undersökta grupp och vi kan därmed sluta oss

till att CBX2 mutationer inte är en vanlig orsak till dessa tillstånd. (Artikel II)

Array-CGH studier av patienter med POI. Vi har identifierat den första mutationen som påverkar den reglerande regionen för genen GDF9 som är essentiell för äggstocksutvecklingen. Dessutom har vi påvisat en andra förlust av genen DNAH6 hos en patient med POI, vilket stärker dennas troliga roll i normal äggstocksutveckling och funktion. Vi beskriver även nya kandidatgener för POI, TSPYL6, SMARCC1, CSPG5, SH3GL3 och ZFR2. (Artikel III)

Studier av kandidatgenerna PSMC3IP, FIGLA och NOBOX. En mutation i genen PSMC3IP har beskrivits orsaka POI i en familj med flera drabbade. I vårt material kunde vi inte påvisa någon mutation, och därmed vet vi att mutationer i PSMC3IP inte är en vanlig orsak till POI i Sverige. Vi har hittat två möjligt sjukdomsorsakande förändringar i generna FIGLA respektive NOBOX som behöver studeras vidare. (Artikel IV och publicerade data)

Sammanfattningsvis kan vi se att 46,XY GD och POI är genetiskt heterogena tillstånd. Kunskapen kring de mekanismer som styr utvecklingen av och funktionen i testikel och äggstock ökar snabbt. Den genetiska utredning som görs bör följa med i utvecklingen och innefatta analys av både punktmutationer av arvsmassan såväl som analys av förlust eller dubblering av genetiskt material.

Det finns flera genetiska orsaker till dessa tillstånd som kan orsaka annan sjukdom hos anslagsbärande släktingar såsom cancer och även mental retardation hos barn, varför genetisk diagnostik utöver kromosomanalys är mycket viktig.

De drabbade patienterna bör skötas av specialister, och för POI innebär detta av gynekolog med subspecialisering inom reproduktiv endokrinologi. Centralisering är viktigt för utredning, rådgivning och behandling då patienter utan egen könshormonsproduktion måste få individuellt anpassad ersättning och uppföljning. Hormonell substitution vid POI skiljer sig delvis från postmenopausal HRT och den kliniska uppföljningen

måste även innefatta kontroller för under-substitution såsom DXA. Patienter med en manlig kromosomuppsättning löper risk att drabbas av tumörer i den kvarvarande testikelvävnaden, vilket kräver specialistbedömning och handläggning. Ofta behöver en gonadektomi utföras.

Oavsett kromosomuppsättning kan alla patienter med 46,XY GD och POI bli mammor med hjälp av äggdonation. För patienter med sekundär amenorré finns även en liten kvarvarande möjlighet till spontan graviditet.

Avhandlingen finns i sin helhet i elektronisk form i Karolinska Institutets publikationsdatabas med direktlänk <http://hdl.handle.net/10616/41837>.

Det pågår fortsatt forskning med nya projekt inom detta område. Ta gärna kontakt vid intresse!

FAKTARUTA 1

Klinisk presentation

Primär amenorré med utebliven eller fördröjd pubertetsutveckling. Infantila externa kvinnliga genitalia, dock kan Tannersteg variera beroende på könshormonsproduktion av binjurebarken

ELLER
Sekundär amenorré (minst 4 månader) före 40 års ålder hos en tidigare menstruerande kvinna med åtföljande hypergonadotrop hypogonadism

Tabell 1

Basal utredning

Klinisk gynekologisk undersökning

Ultraljud (eller MR) för påvisande av livmoder samt äggstockar.

Hormonprofil: FSH, LH, östrogen, testosteron, TSH, T4, prolaktin.

Genetisk undersökning: karyotyp

En kromosomavvikelse kan vara diagnostisk, och vid avvikande fynd bör patienten erbjudas genetisk rådgivning.

Gonadala biopsier skall tas om laparoskopi utförs och det är viktigt att omhändertagande av biopsierna är planerat i förväg för att säkerställa att rätt analyser utförs.

Tabell 2

Specialistutredning

Utredning som kan göras av, eller i samarbete med, specialist inom reproduktiv endokrinologi.

Immunologisk profil: autoantikroppar mot cytokrom P450_{sc}, 17 α hydroxylas, 21 hydroxylas och TPO. Vid positiva fynd är en utvidgad analys av autoantikroppar mot transglutaminas, parietalceller, GAD, IA2 och TRAK lämplig.

Genetisk undersökning: FMR1 premutation analys vid sekundär amenorré. Gensekvensering och analys av gen deletioner/duplikationer i samarbete med klinisk genetiskt laboratorium.

FAKTARUTA 2

Biopsimaterial från gonader ska undersökas av patolog för histologisk analys. Vid en 46,XY kromosomuppsättning hos patienten är malignitetsfrågeställningen essentiell.

Dessutom bör biopsimaterial från alla patienter skickas för FISH (fluorescent in situ hybridization) vid ett kliniskt genetiskt laboratorium för att utesluta diagnostisk gonadal könskromosommosaicism.

Det är då lämpligt att fibroblaster odlas och fryses för framtida analyser.

FAKTARUTA 3

Vid Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm finns specialister inom reproduktiv endokrinologi och klinisk genetisk kompetens för utredning. Vi är gärna behjälpliga vid frågor eller funderingar. En annan tillgänglig viktig resurs inom området är de DSD team som finns i Sverige.

I nästa Medlemsblad kommer ett referat från
Vintermötet på Danderyds sjukhus.

Se gärna

www.vintermotet.se/foredrag/

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

CTG Master Class

Date:

28th and 29th of April or 22nd and 23rd of May at Sahlgrenska University Hospital, Gothenburg.

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

The program includes:

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

Faculty:

Edwin Chadraharan

Austin Ugwumadu

Annika Mårtendal

Håkan Norén

Venue:

28/4 Östra Aulan i Centralkomplexet/Östra Sjukhuset

29/4 Järneken i KK huset/Östra Sjukhuset

22/5 Östra Aulan i Centralkomplexet/Ostra Sjukhuset

23/5 Humlan/Personal matsalskomplexet/Östra Sjukhuset

Two day course fee: 1475 SEK (incl. VAT, lunch and coffee).

For registration:

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

To all interested participants outside SU, please contact Annika Nelson at Neoventa medical and she will take care of the registration. info@neoventa.com or. 0733-72 22 04

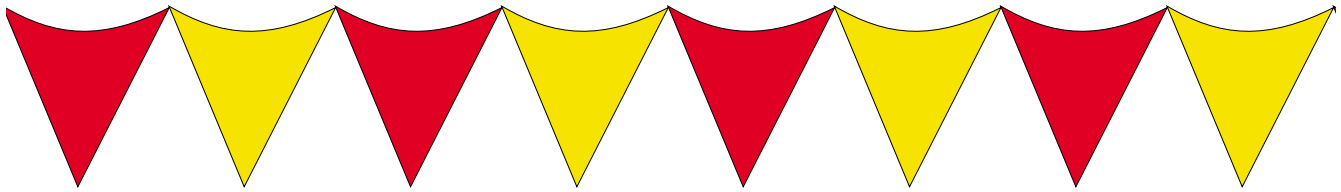
Places available on 'first come first serve' basis. Please note we must receive payment, 1475 SEK, as cleared funds prior to course. Last day for registration March 17th, 2014.

For more information about the program contact hakan.noren@vgregion.se

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

The Master Class arranged in cooperation with Neoventa Medical





Följ med på Privatgynekologernas utbildningsresa!

I år går resan till Nerja i Spanien, 1-5 oktober.

På programmet :

Professor Marie Bixo:

Hormonbehandling i klimakteriet. Kliniska aspekter inklusive en diskussion om bioidentiska hormoner.

Niklas Juth, lektor i Etik:

När patienten bestämmer vården - var går gränsen? Etiska diskussioner om hur läkare hanterar önskemål/krav från patienten avseende t.ex. hedersproblematik, fertilitetsbehandlingar.

Docent Lena Marions:

Aktuellt inom reproduktiv hälsa.

Mer information , detaljerat program kommer senare i vår, och anmälan via vår hemsida **www.privatgynekologerna.se**
Kan också nås via SFOGs hemsida.

Alla öppenvårdsgynekologer oavsett anställningsform är välkomna!

Välkomna , önskar styrelsen och resegruppen:
Ilona Barnard, Catharina Lyckeberg, Johanna Isaksson,
Agneta Möller, Boel Larsson-Bahr

Du som vill bli medlem i Privatgynekologerna!

Registrera Dig via SFOGs hemsida eller direkt på www.privatgynekologerna.se, samt betala medlemsavgiften 200 kr till Handelsbanken, clearingnummer 6617, kontonummer 343 374 358
Detta gäller även gamla medlemmar, se till att dina aktuella kontaktuppgifter finns i medlemsregistret!

Intressegrupper inom SFOG

Mödrahälsovårdsöverläkargruppen

Ordförande

Joy Ellis
mödrahälsovårdsöverläkare och medicinsk rådgivare
Ordförande, mödrahälsovårdsöverläkargruppen inom
Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi
Primärvården Västra Götaland
Lillhagsparken 6
422 50 Hisings Backa
Tel: 010-473 30 81, 010-473 30 85 (verksamhetsassistent),
Mobil: 0706 915432

Sekreterare

Elisabeth Lindholm
Danderyds sjukhus
Stockholm
Tel: 070-721 173 94
E-post: elisabeth.storck-lindholm@ds.se

Obstetriker och gynekologer under utbildning (OGU)

Ordförande

Malin Sundler
KK SUS, Malmö
Jan Waldenströmsgata 47
214 28 Malmö
Tel: 040-33 10 00
E-post: malin.sundler@skane.se

Sekreterare

Josefin Kataoka
Kvinnokliniken NÄL
Lärketorpsvägen
Tollhättan
Tel: 10-43 50 00
E-post: josefin.kataoka@vgregion.se

Privatgynekologerna

Ordförande

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

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

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

Agneta Möller
Läkarhuset Hermelinen
Sandviksgatan 60
972 33 Luleå
Tel: 0920-40 22 00
E-post: agneta.moller@sensia.se

Arbets- och Referensgrupperna inom SFOG

Cervixcancerprevention C-ARG

Ordförande: Bengt Andrae
KK, Gävle/Sandviken Länssjukhus
801 87 Gävle
Tel: 026-15 41 68
bengt.andrae@gmail.com
Sekreterare: Kristina Elfgrén
KK, Karolinska Universitetssjukhuset,
Huddinge
141 86 Stockholm
Tel: 08-585 875 28
kristina.elfgren@karolinska.se

Endokrinologi ENDOKRIN-ARG

Ordförande: Alkistis Skalkidou
KK, Akademiska Sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 076-206 85 82
alkistis.skalkidou@kbh.uu.se
Sekreterare: Eva Innala
KK, Norrlands universitetssjukhus
901 85 Umeå
Tel: 090-785 21 61
eva.innala@vll.se

Endometriosis ENDOMETRIOS-ARG

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

Etik ETIK-ARG

Ordförande: Claudia Bruss
KK, Länssjukhuset Halmstad
302 33 Halmstad
Tel: 035-13 10 00
claudia.bruss@med.lu.se
Sekreterare: Ingrid Bergelin
ingrid.bergelin@ltdalarna.se

Evidensbaserad medicin

EVIDENS-ARG
Ordförande: Annika Strandell
SU/Sahlgrenska
413 45 Göteborg
Tel: 0700-90 44 54
annika.strandell@vgregion.se
Sekreterare: Sissel Saltvedt
KK, Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-616 10 00
sissel.saltvedt@sodersjukhuset.se

Familjeplanering FARG

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

Ofrivillig Barnlöshet FERT-ARG

Ordförande: Britt Friberg
KK, Lund och Reproduktionsmedicinskt
Centrum (RMC)
Malmö Skånes Universitetssjukhus/SUS
205 02 Malmö
britt.friberg@skane.se
Sekreterare: Åsa Magnusson
KK, Sahlgrenska
Verksamhetsområde Gynekologi och
Reproduktionsmedicin
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg
Tel: 031-342 00 00
asa.magnusson@vgregion.se

GLOBAL-ARG

Ordförande: Birgitta Essén
Inst för kvinnors och barns hälsa
IMCH
Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
birgitta.essen@kbh.uu.se
Sekreterare: Kenneth Challis
kenneth.challis@gmail.com

Hemostasrubbnings HEM-ARG

Ordförande: Gisela Wegnelius
KK, Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-616 27 17/0737-446270
gisela.wegnelius@sodersjukhuset.se
Sekreterare: Ragnhild Hjertberg
ragnhild.hjertberg@ultragyn.se

Minimalinvasiv Gynekologi MIG-ARG

Ordförande: P-G Larsson
KK, Kärn sjukhuset
541 85 Skövde
Tel: 0500-43 10 00. Fax: 0500-43 14 54
p-g.larsson@vgregion.se

Mödra-Mortalitet MM-ARG

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

Perinatologi PERINATAL-ARG

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

**Psykosocial Obstetrik och Gynekologi
samt Sexologi POS-ARG**

Ordförande: Katri Nieminen
KK, Vrinnevisjukhuset
Norrköping
Tel: 010-10 30 00
katri.nieminen@lio.se
Sekreterare: Lena Moegelin
SöSAM, Enheten för sexuell hälsa
VO, Kvinnosjukvård/Förlossning
Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-616 26 27/0707-913832
lena.moegelin@sodersjukhuset.se

Tonårsgynekologi TON-ARG

Ordförande: Lena Marions
KK, Karolinska Universitetssjukhuset,
Solna
171 76 Stockholm
Tel: 08-517 766 55. Fax: 08-31 81 14
lena.marions@karolinska.se
Sekreterare: Anna Palm
Sundsvalls sjukhus
851 86 Sundsvall
Tel: 060-18 10 00
anna.palm@lvn.se

**Gynekologisk Tumörkirurgi med
Cancervård
TUMÖR-ARG**

Ordförande: Gunnel Lindell
Länssjukhuset i Kalmar
gunnel.lindell@ltkalmars.se
Sekreterare: René Bangshøj
KK, Universitetssjukhuset Örebro
701 85 Örebro
Tel: 019-602 12 60
rene.bangshoj@reba.se

Ultraljudsdiagnostik ULTRA-ARG

Ordförande: Peter Lindgren
KK, Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018-611 00 00
peter.lindgren@karolinska.se
Sekreterare: Emelie Ottosson
emelie.ottosson@vgregion.se

**Urogynekologi och vaginal
kirurgi UR-ARG**

Ordförande: Marie Westergren
Söderberg
KK, Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-616 10 00
marie.westergren-soderberg@
sodersjukhuset.se
Sekreterare: Riffat Cheema
riffat.cheema@skane.se

Vulva VULV-ARG

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

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

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

SFOG-Kansliet

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

SFOG

MEDLEMSANSÖKAN

www.sfog.se

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

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

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

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

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

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

De flesta som söker nytt medlemskap är fortfarande under utbildning.

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

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

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