

Nummer 5 / 2024

Kvinnoläkaren



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



Maternella dödsfall i Sverige

Rapport från OGU-enkäten

Reseberättelser från ENTOG

KVINNOLÄKAREN

Ansvarig utgivare: Radha Korsoski

E-post: radha.korsoski@sfog.se

Layout: Moniqa Frisell

All korrespondens ställs till föreningen:

SFOG-Kansliet, Klara Ösrtra 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:

Linda Iorizzo

Lund

E-post: linda.iorizzo@yahoo.com

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:

Jan Brynhildsen

Örebro

E-post: jan.brynhildsen@oru.se

Redaktör för Kvinnoläkaren:

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:

Nathalie Bladfält

E-post: nkvilhelmsson@gmail.com

Tryck: Elanders

ISSN 0284-8031

—Ordförande har ordet—



Kära medlemmar!

Novembermörkret är här, och tempot på både arbete och forskning har nått sin topp. Kurser, konferenser och otaliga möten fyller kalendern för många. Vissa möten erbjuder inspirerande samtal och öppnar upp för nya idéer och samarbeten, medan andra känns som långdragna sittningar med oklar nytta.

Under ett möte i Köpenhamn med Nordisk Förening för Obstetrik och Gynekologi (NFOG) gjorde Amar Bhide, ny chefredaktör för vår gemensamma vetenskapliga tidskrift ACTA Ob/Gyn, ett starkt intryck. Tidningens avgående chefredaktör Ganesh Acharya gav en sammanfattning av de senaste tio årens utveckling, där impact-faktorn ökat från strax under 2 till förra årets 4,6. Tidskriften har dessutom gått över till open access, ett viktigt steg för framtiden och en nödvändighet för många universitet och finansierare. Idag accepteras över 60 % av manuskripten från de nordiska länderna med hög kvalitet. De kinesiska forskargrupperna är mycket produktiva med många manuskript av varierande kvalitet varför acceptansgraden endast är 6 %.

På NFOG mötet diskuterades också

gemensamma utmaningar för de nordiska länderna. Danmark och Norge överväger nu att följa Sveriges abortlagstiftning, med fri abort upp till vecka 18. Hemförlossning och fenomenet "free-birth" är heta ämnen i hela Norden. Snart förväntas en informationsbroschyr med fakta och information om eventuella risker för föräldrar som funderar på att föda utanför sjukhus vara redo för publicering. Det är ett initiativ från SFOG och Svenska Barnmorskeförbundet som även våra nordiska kollegor önskar anpassa för sina länder.

NFOG-konferensen i Uppsala den 24–27 augusti 2025 lovar ett brett och spännande program med även trevliga sociala kvällsaktiviteter. Deadline för abstract-inlämning är i februari 2025. NFOG-fond, som stödjer forskning och utveckling inom obstetrik och gynekologi i Norden, delar ut över 700 000 DKK årligen till olika projekt, så sök gärna anslag.

Nästa år tas Kvinnoläkaren över av kommunikationsbyrån Mediahuset, vilket innebär en uppdaterad layout och en ny webbplats för tidskriften, som också

I DETTA NUMMER

Maternella dödsfall i Sverige under 2023	6
Lilla väskan	9
OGUs ordförande informerar	11
OGU journal club	11
Rapport från OGU-enkäten 2024	12
Reseberättelser från ENTOG Exchange Schweiz 2024	16
Nordisk studie över kvinnor med medfödd blödningsbenägenhet	18
Resultat från 2024 års omgång av kvalitetssäkringsprogrammet för kolposkopi	20

Ordförande har ordet

får namnet SFOG-bladet. Den nya publikationens layout ska ge en modernare känsla, och vår hemsida förbättras och förenklas för att lättare nå ut till er medlemmar och andra läsare.

På hemsidan har det publicerats förtydliganden om studier och överdiagnostisering av histopatologiska preparat vilket ska vara till hjälp för er i professionen, journalister och patienter. En nypubliserad dansk registerstudie visade på en liten ökad välkänd bröstcancerrisk vid användare av kombinerade och gestagenbaserade preventivmedel där F-ARG förtydligat för att ge uppdaterad vägledning till vårdpersonal och patienter. Den felaktiga överdiagnostiken av cellförändringar i vävnadsprover från livmoderkroppen som ledde till onödiga hysterektomier har medialt hanterats väl av sjukhusledning-

en och kvinnokliniken med direktinformation till de drabbade kvinnorna och allmänheten. På vår hemsida påtalas att detta inte ska blandas ihop med HPV-tester och cellprovtagningarna som används i det förebyggande arbetet mot livmoderhalscancer.

Efter årsskiftet kommer en delvis ny styrelse att ta över, med Marion Ek som ordförande. Jag vill önska henne, den nya styrelsen och kansliet all lycka med det viktiga arbete de gör för vår förening. Samtidigt som jag lämnar, avgår också Professor Ann Josefsson som vetenskaplig sekreterare. Jag vill rikta ett stort tack till henne för hennes betydelsefulla insatser.

För mig har åren i styrelsen varit väldigt stimulerande, fyllda med givande samtal och nätverkande med kunniga kollegor inom vår specialitet. Det har

varit en ära att få arbeta i styrelsen, och om ni får chansen att delta i SFOGs arbete eller styrelse, tveka inte att tacka ja. Jag vill avsluta med att tacka alla kollegor i styrelsen, kansliet och de olika Arg-grupperna som gör ett fantastiskt jobb för alla medlemmar och kvinnosjukvården i SFOG.

Eder (snart avgående) ordförande
Christer Borgfeldt

ST-tentan 2025

Glöm inte anmäla dig!

Datum: 7-9 maj

Plats: Umeå

Anmälan görs **senast 1 februari** till:

kansliet@sfog.se



REDAKTÖRENS RUTA

Sista numret 2024, med det nya året kommer också en hel del nyheter med SFOGs medlemsblad Kvinnoläkaren. Mycket kommer ni att känna igen men vi har ett nytt namn!

Det förslag som efter noggrant betänkande har antagits är: SFOG-bladet. Nästa år kommer SFOG-bladet att komma ut med 4 nummer.

Jag tackar alla medlemmar för förtroendet att vara er redaktör ännu ett år och ser fram mot nästa och sjätte år som redaktör. Det är ett givande och roligt uppdrag och jag vill uppmana alla att engagera sig i SFOG, i ARG-verksamhet, styrelse eller på annat sätt. Det SFOG gör spelar roll, det känns extra viktigt just nu när framtiden för världen ser mörkare ut än på länge.

Väl mött, Er redaktör

För 2025 gäller:

Nr 1 manusstopp 27/1

Nr 2 manusstopp 7/4

Nr 3 manusstopp 8/9

Nr 4 manusstopp 3/11

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

Angelina Willborg, Linköping
Narmin Rasul, Huskvarna
Rebecca Erkenstam, Varberg
Cassandra Carvela, Göteborg
Alexandra Johansson, Halmstad
Anna Yang Nordin, Stockholm
Ida Schalén, Sundsvall
Carles Malloi Blay, Malmö
Kaisa Kervinen, Stockholm
Dina Alami, Stockholm
Hiba Jawlakh, Eskilstuna
Fatemeh Taheri-Johansson, Ljungby
Elin Siurua, Norrköping
Moa Wrede Gruvaeus, Göteborg
Shadan Feilén, Göteborg
Jenny Örnbom, Karlskrona
Blaedis Kara Baldursdottir, Helsingborg
Ebba Bjuveus, Karlstad
Sofie Jaensson, Karlskrona
Josefin Hansson, Göteborg
Media Gustafsson, Växjö
Karina Liuba, Ludvigsborg
Sofie Lindberg, Stockholm
Oscar Lürs, Kivik

3:e Internationella iNOTESs kongressen

Marina Plaza Hotel, Helsingborg
Fredag 16 maj 2025



Vi välkomnar er till en heldag fylld av den senaste utvecklingen inom vNOTES. Det blir intressanta föreläsningar med bland annat kirurgiska tips, demonstrationer av komplexa vNOTES-operationer, komplikationsvideos och uppdatering kring aktuell forskning.

Registrering och information:
<https://www.notesurgery.org/congress/>

Organisationskommitté:
Johanna Wagenius, Andrea Stuart och Jan Baekelandt

iNOTESs



— Brev från utbildningssekreteraren —



Hej vänner i SFOG,

I slutet av oktober hade Utbildningsnämnden sitt årliga internat. Under det gjorde vi äntligen klart revisionen av checklistorna för de medicinska delmålen så att de är uppdaterade till författningen för ST utbildningen 2021. Eftersom de medicinska delmålen i denna författning i princip är de samma som 2015 så har arbetet mest handlat om att värdera och vid behov förtydliga vissa delmål så att är i linje med hur vår specialitet har utvecklats under de knappt 10 år som gått sedan arbetet gjordes senast. En förändring som vi genomfört är att vi lyft ur de färdigheter som handlar om förhållningssätt så att de är "generiska" för samtliga delmål. De är sannolikt publicerade på hemsidan när ni läser detta. Om ni har synpunkter så är ni varmt välkomna att återkoppla till mig. Jag är särskilt intresserad av vad ni tycker kring rubriken förhållningssätt. Med tanke på hur den politiska makten har påverkat tex aborträtten i USA anser jag att våra checklistor måste reflektera vad vi anser är grundläggande värderingar som alla specialister i obstetrik och gynekologi som gör sin ST i Sverige skall uppvisa.

Till antagningen av ST kurser våren 2025 har vi provat ett nytt system. Det nya systemet syftar till att i så stor utsträck-

ning som möjligt säkerställa att alla ST som söker kurser blir tilldelade minst en kurs per termin. På sikt kommer detta att leda till ett jämnare flöde genom kurserna och förhoppningsvis mer förutsägbarhet både ST läkarna och verksamheterna. Vi skickade ut en enkät till landets alla ST studierektorer i början av oktober. I den framkom att många av er tyckte att det ursprungliga systemet när SFOG kansli fördelade kursplatserna var det bästa. Tyvärr var det ohållbart ur ett administrativt perspektiv, så vår förhoppning är detta system är en kompromiss som kan fungera för alla. Jag vill också passa på att rikta ett varmt tack till alla er engagerade kursledare som ordnar alla de ST kurser som är så viktiga och roliga för ST läkare att gå. STORT TACK!

Landets SPUR inspektörer är i full fart med att åka runt och granska ST utbildningen. Det är ca 8-10 sjukhus per år som blir genomgår SPUR. Just nu har vi ca 12 SPUR inspektörer inom ob/gyn men vi skulle behöva bli fler. Det är ett roligt arbete som kräver engagemang och lite tid men som ger mycket tillbaka, kan särskilt rekommenderas till er som är ST studierektorer. Om du känner dig kallad som SPUR inspektör så hör av er till Lotta

Wassen som är vår SPUR samordnare (lwassen2@gmail.com)

ST tentan 2025 kommer att vara i Umeå 7-9 maj. Information finns på hemsidan. Det är med stolthet som jag nu konstaterar att den absoluta majoriteten av nyfärdiga specialister skriver tentan varje år. Den oftast återkommande kritiken kring tentan rör det vetenskapliga arbetet, och att SFOG ställer högre krav på arbeten än vad som krävs för av socialstyrelsen. Jag vill påminna om att ett godkänt vetenskapligt arbete inte behövs för att skriva tentamen, nu finns ju även alternativet med en vetenskaplig portfolio. Gå in på hemsidan och läs vad den innebär, tanken med portfolio är att ge inspiration till en progression av det vetenskapliga lärandet under ST.

Jag önskar alla en skön höst och vinter, och ser framemot kontakt med de av er som har frågor, funderingar eller återkoppling till utbildningsnämnden och det arbete som vi gör.

Sofie Graner,
SFOG utbildningssekreterare
Sofie.graner@sfog.se

Bernd Kjesslerpristagare 2024 Charlotta Grunewald

Årets Bernt Kjesslerpris 2024 till Charlotta Grunewald för banbrytande kvalitetsarbete och framgångsrikt förbättringsarbete inom gynekologi och obstetrik.

År 2007 började Projekt Säker Förlossningsvård - som innebar en revision för landets 46 kvinnokliniker i landet. Olika klinikers svagheter och styrkor identifierades. CTG- certifiering, asfyxi träning, ALSO träning årligen.

År 2008 - startade Mödrarmortalitetsgruppen med syfte att identifiera och granska döda mödrars fall. För att föra ut lärdomar i landet och Norden.

Charlotta har på ett vänligt och trevligt sätt väglett kollegor och betytt mycket som en kvinnlig förebild för kvalitetssäkring på samtliga kvinnokliniker i landet.

Charlotta är väl värd detta pris.



Maternella dödsfall i Sverige under 2023

Författare: MM-ARG genom *Johanna Sundqvist och Malin Strand*

Globalt sett var mödradödligheten 223 maternella dödsfall per 100 000 levande födda barn, år 2020. Sverige är ett av de länder i världen som har lägst mödradödlighet. I WHO:s statistik av mödradödsfall ingår direkta och indirekta dödsfall under graviditet och till 42 dagar post partum. Direkta mödradödsfall orsakas av en graviditets- eller förlossningskomplikation. Ett indirekt mödradödsfall orsakas av en sjukdom som förvärras av de fysiologiska förändringar som sker under graviditeten, alternativt att diagnos och eller behandling har fördröjts på grund av graviditeten. Dödsfallen kan också vara tillfälliga sammanträffanden, där dödsorsaken inte har samband med graviditeten. Sena maternella dödsfall inträffar dag 43-365 post partum.

MM-ARG är en arbetsgrupp inom SFOG som består av obstetiker, barnmorskor och narkosläkare. Vi granskar och analyserar de fall av maternell död i Sverige som rapporteras till oss och som har skett under graviditet och under ett år post partum. Vår granskning ersätter inte lokala händelseanalyser eller IVO-granskingar utan är ett komplement till dessa. Syftet är att dra lärdomar av dödsfallen och sprida kunskap inom våra professioner för att på så sätt minska risken att det händer igen. Vi är väl medvetna om att komplexa och pressande, ofta akuta, situationer förelegat vid dödsfallen och vårt mål är att presentera dessa tragiska fall med full respekt för anhöriga och inblandad personal.

De senaste decennierna har 5-8 kvinnor per år avlidit i anslutning till sin graviditet i Sverige. Här följer en sammanfattning av de maternella dödsfall som skett under 2023 och som kommit till MM-ARG:s kännedom.

Ablatio, Jehovas vittne

En förstföderska som vid barnmorskebesök i v 25+3 berättade att hon var Jehovas vittne. Hon avböjde helblod, erythrocyter, trombocyter och plasma. Konsultationsremiss till specialistmödravården skrevs. I remissvaret uppmanades barnmorskan att följa Hb varje månad. Kvinnan träffade inte läkare i samband med planeringen. Vecka 28+3 var Hb 129.

Kvinnan inkom akut till förlossningen v 34 + 5 med buksmärter och spänd uterus, BT var 185/116. Ultraljud visade ett dött foster och misstänkt ablatio placentae. Man beslutade om urakut sectio i narkos och operationen påbörjades 42 minuter efter ankomst till förlossningen. Vid operationsstart var systoliskt BT > 200. Operationstekniskt var kejsarsnittet okomplicerat, men det blödde och uterotonika gavs. Under operationen uppmättes 1500 ml blödning. Uterus var väl kontraherad vid operationslut. Placenta visade tecken på avlossning. Preoperativt var Hb 136, TPK 96, fibrinogen 0,6. Peroperativt gavs tranexamsyra och 2g fibrinogen. Postoperativt var Hb, TPK och fibrinogen sjunkande. Koagulationen bedömdes derangerad. Under det första postoperativa dygnet gavs erytropoetin och intravenöst järn samt tranexamsyra och ytterligare 6 g fibrinogen. Kvinnan reopererades två gånger under de första två dyggen utan att säker blödningskälla kunde fastställas. Man hade upprepade samtal med kvinnan ensam och tillsammans med familjen, där hon höll fast vid att hon inte ville ta emot blodprodukter. Kvinnan var under hela vårdtiden anurisk och utvecklade multiorgansvikt och grav anemi. Hon avled dag 4 postpartum i kretsen av sina anhöriga.

Kommentarer och lärdomar

Detta var ett direkt maternellt dödsfall. Det var troligen en preeklampsi, komplicerad med ablatio placentae ledande till IUD, koagulationsrubbnings och DIC. Patienten var cirkulatoriskt stabil vid ankomst till förlossningen och man kunde ha optimerat koagulationen innan kejsarsnittet utfördes för att minska den perioperativa blodförlusten. Vi vill poängtera att stora mängder fibrinogen kan krävas vid fulminant DIC, initialt 10 g och mer. Det är också viktigt att sänka blodtrycket före sövning då patienten annars har en ökad risk för hjärnblödning. Aortakompression minskar blodförlusten perioperativt.

Om kvinnan hade tagit emot blodprodukter hade utfallet troligen blivit annorlunda. Vi rekommenderar att de kvinnor som inte vill ta emot blod får träffa obstetiker före förlossningen och prata igenom vilka risker detta beslut innebär, att en plan görs för vilka blodprodukter hon kan tänka sig att ta emot och att detta journalförs noggrant.

Fostervattenemboli

En tidigare frisk omföderska inkom i v 39+6 med värkar och bedömdes vara i latensfas. 2 dygn efter ankomst beslutades om induktion med Augusta.

15.46 Gjordes amniotomi

15.54 Bradykardi, man lägesändrade och larmade på sal

15.57 Kvinnan illamående, okontaktbar, akutlarm

15.59 Hjärtstopp gravid larmades

16.03 "Hjärtteam" på rummet, HLR startades direkt

16.04 Kvinnan förlöstes med perimortemsectio under pågående HLR. Barnet fick Apgar 3, 7, 9, hämtade sig väl och

gick till pappa

Vid sectio packades buken, blödningen uppmättes till 1200 ml. Rotem visade massiv koagulopati, fibrinogen var 0.8. Man gav 4g fibrinogen, blod, plasma och trombocyter. Hjärt-EKO utfördes efter ca 25-30 minuter och visade inga uppenbara belastningstecken. Kvinnan återfick spontan cirkulation efter 40 minuter. Man hade tidigt en misstanke om fostervattenemboli och allt utfördes på förlösningssalen.

Postoperativt hade kvinnan en sivande vaginal blödning. Hb sjönk trots pågående blodtransfusion och förstärkt syntocinondropp. Under natten reopererades kvinnan utan fynd av säker blödningskälla och hon hade ett fortsatt transfusionsbehov. Nästa dag bedömdes hon som cirkulatoriskt stabil och hade stabil koagulation. Man hade då gett totalt 14 E erytrocytkoncentrat, 8 E färskfrusen plasma, 2 E trombocyter och 16g fibrinogen.

Vid väckningsförsök reagerade kvinnan med böjrörelser, EEG visade epileptiform aktivitet. Hon andades själv men kunde inte väckas. Hon vårdades på IVA hela tiden och fick dialys. MR hjärna visade progredierande anoxiska skador. Beslut om palliativ vård fattades nio dagar post partum, kvinnan avled fyra dagar senare.

Kommentarer och lärdomar

Direkt maternellt dödsfall orsakat av fostervattenemboli. Det var en extremt snabb handläggning med ett multiprofessionellt omhändertagande, vilket är viktigt i så här svåra situationer.

Lungemboli

Detta var en förstföderska med intellektuell funktionsnedsättning och en partner med högfungerande autism och ADHD. Hon hade BMI 37 och metforminbehandlad diabetes typ II. Vid inskrivning i mödrahälsovården planerades kvinnan för tätare kontroller pga psykosocial utsatthet. Då hon hade uteblivit från sina diabeteskontroller kontaktades diabetes-sköterska och socialtjänst. Kvinnan besvärades under graviditeten av foglossning och gick med rullator eller krycka.

I v 36+4 fick hon diagnosen preeklampsi och sattes in på Trandate. 37+0

inducerades hon pga preeklampsi. Hon förlöstes vaginalt med 1100 ml blödning, ej transfusionskrävande. På BB var det högsta uppmätta BT 158/102, BT normaliserades och Trandate utsattes. Kvinnan erhöll ingen trombosprofylax och skrevs ut 6 dagar postpartum till mor-barn-hem. Hon uppmanades att själv kontrollera BT och höra av sig om det var högt. Dag 7 och 15 post partum ringde kvinnan pga högt BT, Trandate 100 mg x3 återinsattes.

Dag 24 post partum hörde kvinnan av sig pga yrsel, BT var 114/79 och Trandate utsattes då hon bedömdes vara överbehandlad.

Dag 34 postpartum sökte kvinnan akut med andfäddhet och yrsel sedan en vecka tillbaka och ett dygns smärta i höger ben. Andningsfrekvensen var 28, i övrigt var vitalparametrar inom normalgränserna. Hon försämrades snabbt, saturationen sjönk till 85% och systoliskt BT till 80. På misstanke om lungemboli gavs Fragmin. CT visade bilaterala lungembolier i samtliga lobber. Hon fick hjärtstillestånd under transporten från röntgen och HLR påbörjades direkt. Hjärtultraljud visade ett väsentligen stillastående hjärta. Man gav Adrenalin och Actilyse och påbörjade ECMO, men behandlingen avslutades efter kort tid då patienten bedömdes ha mycket låg chans att överleva. Kvinnan avled 4 timmar efter ankomsten till akutmottagningen.

Kommentarer och lärdomar

Direkt maternellt dödsfall i lungemboli. Detta fall illustrerar den ökade trombosrisken postpartum och vikten av att följa HEM-ARG:s rekommendation för riskbedömning och trombosprofylax. I det aktuella fallet fick kvinnan två riskpoäng enligt HEM-ARG:s riskbedömningssystem vilket innebär indikation för 7 dagars trombosprofylax. I den region där kvinnan förlöstes gav svår preeklampsi ett riskpoäng, men inte lätt-måttlig preeklampsi, och man följde lokala riktlinjer när man avstod trombosprofylax.

Brittiska genomgångar av mödradödsfall har visat att gravida med psykisk sjukdom och/eller kognitiv funktionsnedsättning har ökad risk att avlida pga somatisk sjukdom inklusive trombos. Det är en

utmaning att ge dessa kvinnor information som de kan ta till sig och viktigt att ha en låg tröskel för kontroller. I detta fall hade man täta kontroller under graviditeten, men la ett stort ansvar på kvinnan postpartum då hon skulle mäta och rapportera BT själv.

Det förelåg en tydlig ”patient’s delay” med andfäddhet och yrsel en vecka innan vårdkontakt och vi ser att det kan finnas ett behov av förbättrad patientinformation om trombosrisken postpartum.

Hjärtstopp postpartum

Detta var en frisk, rökande förstföderska i 40-årsåldern med normala blodtryck till och med vecka 25. I graviditetsvecka 28 noterades höga blodtryck, som högst 180/100 och hon sattes in på Trandate 100 mg x3. Hon avböjde vid två tillfällen inläggning på sjukhuset. Hon fick diagnosen preeklampsi i graviditetsvecka 32 och veckan efter höjdes dosen Trandate. Hon mätte hela tiden bra och det var en normal fostertillväxt. Hon avbokade barnmorskebesök vecka 36 pga halsont. White coat hypertention diskuteras under graviditeten då patienten sa sig ha lägre BT hemma.

Hon inducerades vecka 37 och ett normalstort barn föddes med sugklocka. Kvinnan var välmående på BB och fortsatte med Trandate i oförändrad dos. Hon mätte själv blodtrycket tre gånger dagligen inneliggande; BT 130-140/80-90. Hon gick hem dag två och hade då fått skriftligt schema för nedtrappning av medicinering och det fanns en remiss till hälsocentralen för uppföljning av blodtrycket.

På kvällen dagen efter utskrivning fick kvinnan plötsligt andnöd och blev blå. Hon hade ett bevittnat hjärtstillestånd och HLR startades omgående. Ambulans kom till platsen efter 13 minuter. Man såg korta episoder av ventrikelflimmer och hon defibrillerades 2 gånger, i övrigt var det asystoli. Ambulanshelikopter anlände 38 minuter efter hjärtstoppet, man gav trombolys och patienten flögs till universitetssjukhus där HLR avslutades.

Obduktion påvisade myokardit, kraftig hjärtförstoring med bindvävsinlagring

i hjärtmuskeln, lungödem, pleuravätska samt lindrig-måttlig åderförkalkning i två kranskärl och aorta. Inga genetiska varianter kopplade till plötslig hjärtdöd hittades.

Kommentarer och lärdomar

Indirekt dödsfall; myokardit av oklar genes hos en rökande kvinna med möjlig underliggande hjärtsjukdom.

Vi vill påminna om att Preeklampsi-ARG rekommenderar att patienter med preeklampsi skall observeras på sjukhus minst 72 timmar post partum.

Upp till 30% av individer med högt BT inom sjukvården har normalt blodtryck hemma, så kallat White Coat Hypertension (WCH). Denna patientgrupp har ökad livstidsrisk för hypertoni och kardiovaskulär sjukdom. För aktuell patient är det mycket tveksamt om WCH förelåg då hon hade upprepade normala blodtryck vid kontroll i sjukvården fram till vecka 24 och först därefter höga blodtryck.

Det finns många felkällor vid blodtrycksmätning och en av de vanligaste är felaktig manchettstorlek. Vid divergerande mätningar, be patienten ta med sin blodtrycksmätare och jämför manchett och mätvärden med sjukvårdens mätare. Vid tveksamhet kan vidare utredning med 24-timmars mätning ibland vara av värde.

Hjärtstopp i tidig graviditet

Detta var en frisk förstföderska med BMI 37 som en vecka efter mycket tidig inskrivning hos barnmorska fick ett bevitnat hjärtstopp i hemmet. HLR påbörjades omgående och när ambulans kom sågs ventrikelflimmer som defibrillerades. Spontan cirkulation återkom först efter 40 minuter. På akuten intubades patienten, hade sinusrytm, stabil BT och normalt Hb. Utredning med hjärtultraljud visade tillräcklig vänsterkammarfunktion och inga tecken på högerkammerbelastning. DT påvisade ingen hjärnblödning eller infarkt, ingen aortadissektion eller aneurysm, ingen lungemboli men rikligt med atelektaser bilateralt. Gyn konsult gjorde ultraljud och såg en intrauterin uppkläring, ingen

fri vätska och fick ingen misstanke om extrauterin graviditet. EKG visade inga tecken på akut ischemi, man såg en QT-tid som var över normalintervallet för kvinnor och arbetsdiagnosen var arytmilöst hjärtstopp.

Hon vårdades en längre tid på IVA. Initialt var hon sederad och intuberad med misstänkt aspiration. Hon fick upprepade hjärtstopp som krävde defibrillering och HLR och krampade upprepade gånger. S-hCG fördubblades, men hon blödde vaginalt och man avvaktade och tänkte att det eventuellt var ett tidigt missfall. Vid en multidisciplinär konferens rekommenderas avbrytande före vecka 12 då en graviditet ökar belastningen på hjärtat. Veckan efter bedömdes graviditeten som uteblivet missfall och man fortsatte avvakta. Kvinnan var inte längre sövd, men gav mycket tveksam respons. MR hjärna och EEG-utredning påvisade hjärnödem samt misstänkt hypoxiska skador i hjärnan. Då prognosen var dyster beslutade man, efter samtal med anhöriga, att avstå återupplivning.

Tredje veckan på IVA sågs en intrauterin graviditet med hjärtaktivitet, CRL motsvarar 6+5, men man beslutade om fortsatt expektans. Kvinnan fick ytterligare kramp, varav en del långvariga. Vid multidisciplinär konferens med sjukhusets etiska råd överenskom man att avvakta slutgiltigt neurologisk bedömning, då det kan dröja upp till fyra veckor efter avslutad sedering innan man kan uttala sig om patienten är responsiv eller vegetativ. Kvinnan hade en pågående infektion med slem, hosta och feber som behandlas med antibiotika. I slutet av fjärde veckan efter en episod med upprepade ventrikelflimmer och cirkulationsstopp fattades beslut om att avstå vidare åtgärder och kvinnan avled senare samma dag.

Vid obduktion sågs inga fynd som förklarade dödsfallet. Oklart om genetisk analys med hjärtpanel genomfördes vid obduktion. Det framkom i efterhand att kvinnans farbror fick hjärtstopp i 60-års åldern.

Kommentarer och lärdomar

Indirekt maternellt dödsfall. Inget från vårdens sida hade kunnat förhindra att kvinnan fick hjärtstopp. Om medicinsk indikation att avbryta graviditeten föreligger finns inget juridiskt hinder för detta.

Det finns ovanliga genetiska tillstånd som ger ökad risk för arytm. Kardiologen ansvarar för att bedöma huruvida indexfallet och eventuella släktingar ska utredas.

Vård av svårt sjuka gravida kvinnor och vid maternella dödsfall, särskilt vid lång vårdtid, är emotionellt påfrestande för hela personalgruppen. Dela ansvaret och stötta varandra multidisciplinärt samt ta hjälp av para-medicinsk kompetens till exempel etiska rådet, kurator eller präst.

Våld i nära relationer

Våld i nära relationer är vanligt och dödar 10-15 kvinnor per år i Sverige. Två misstänkta fall av våld mot gravida kvinnor, varav ett med fällande dom, uppmärksammades i media och kom på så sätt till vår kännedom. Kom ihåg att graviditet är en triggningsfaktor och 2,5% av alla gravida utsätts för våld av sin partner. Det är viktigt med öppenhet kring våld i nära relationer, fråga aktivt, dokumentera och följ upp.

Depression och suicid

Själv mord är den näst vanligaste dödsorsaken i postpartumperioden och 13-36% av mödradödsfall beror på självmord. Det föreligger ett stort mörkertal då dessa patienter sällan (eller ibland i efterhand) kommer till MM-ARG:s kännedom. Det handlar ofta om sena maternella dödsfall där vi obstetiker inte längre är delaktiga i vården.

Depression är vanligt under och efter graviditet och ca 5% av depressionerna postpartum är behandlingskrävande. Det är sex gånger vanligare med självmord vid förlossningsdepression och störst är risken de första 30 dagarna post partum. Det är viktigt med öppenhet kring psykisk ohälsa innan, under och efter graviditet; fråga aktivt, dokumentera och följ upp.

Lilla väskan

Vi är fyra läkare från olika specialiteter som samlats i det rymliga samtalsrummet, med fin utsikt över en blek, försiktigt solbelyst vinterstad. Det som hänt är ofattbart. Vi har förlorat en ung, frisk, födande kvinna i en av obstetriken mest fatala komplikationer och framför oss sitter hennes efterlevande.

Det har gått några veckor sedan tragedin och vi har fått en diagnos. Vi kisar trevande mot varandra i det mjölkiga ljuset; för den här sortens återbesök finns ingen manual. De anhöriga har en lång lista av medicinska frågor med sig. En av dem, en äldre man, är taggig och uppenbart ifrågasättande. Hans blick är hungrig och kroppen liksom rister av återhållen smärta när han tar till orda. Läger vi ett kort fel nu så fattar han eld, tänker jag. Ingen av oss klandrar honom, hur skulle vi kunna göra det, men det smärta ändå. Vi har rannsakat varenda beslut, vänt på varenda sten, och ingenstans har vi eller våra kollegor hittat något som på ett avgörande vis hade kunnat ändra utfallet. Vi gjorde allt för patienten och vi vill så förtvivlat gärna att han ska förstå det.

Samtalet böljar i en knapp timme. Frågorna på listan reser sig i höga, ibland nästan hotfulla vågor. Med en varsam

beslutsamhet gjuter vi olja på dem allihop, en efter en. När frågorna tar slut sjunker mannen plötsligt ihop. Blicken slutar jaga. Så säger han, med en djup, ihålig suck: "Jag trodde nog... jag tänkte nog att det skulle finnas någon att skylla på här". Vi blir tysta, betraktar alla hans hopsjunkna gestalt. Nu står ingenting, inte ens ilskan, mellan honom och sorgen. Det är så obarmhärtigt.

När jag, djupt skakad, tar jag trapporna upp till mitt rum igen, ringer några rader av Kristina Lugn som ett mantra i öronen:

Kasta den lilla väskan

kasta den lilla väskan med smärtlindring

Låt sorgen gå som sorgen vill

låt sorgens hår växa vilt

Mannens sorg var ett medusahuvud med tusen svultna ormar. Ilska och klander var hans smärtlindring. Att möta de här känslorna är ett kors som vi läkare, ibland orättfärdigt, måste bära. Ilska och klander behöver till slut ge vika för att en människa ska läka, det förstår jag. Ändå frågar jag mig för vems skull vi så tidigt, och med en sådan beslutsamhet, tog den lilla väskan ifrån honom?

VÅRMÖTET i Perinatologi 20-21 mars 2025

samt nationellt neo-
transportmöte
18-19 mars

Umeå Folkets Hus 

Mer information:

<https://www.varmotet2025.se/>



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

SVENSKA
NEONATALFÖRENINGEN

region
västerbotten





Kom till OGU-dagarna i Örnsköldsvik!

Den 7-8 april hålls OGU-dagarna i Örnsköldsvik där Höga kustens dramatiska natur väntar runt hörnet. ST-läkarna i Västernorrland är i full gång med att planera det vetenskapliga och sociala programmet. Temat är "En jämlik gynekologisk och obstetrisk sjukvård då förutsättningarna är olika - är det möjligt?".

Våra förutsättningar och tillvägagångssätt i hur vi möter, diagnostiserar och behandlar våra patienter ser olika ut runt om i landet. Varför är det så? Är dessa olikheter nödvändiga på grund av långa avstånd och skillnader i befolkningstäthet? Eller är det ett resultat av bristande forskningsunderlag och olika tillgång på resurser? Hur handläggs en stor postpartumblödning på ett universitetssjukhus i jämförelse med ett litet sjukhus där det bara finns X antal påsar blod? Vilka patienter skickas till subspecialiserad mottagning och vad har det för betydelse för våra ST-utbildningar?

Skillnader i handläggning blir vi påmind om när vi åker på kurs och har möjlighet att diskutera med våra ST-kollegor. Detta väcker åsikter, intresse och öppnar upp för diskussion. Vi ser därför fram emot att tillsammans med er få djupdyka inom ämnet både på nationell och internationell nivå. Det blir en konferens med högt i tak, mycket utrymme för diskussion och förhoppningsvis kan vi reda ut frågetecken varför vi gör olika. Är det möjligt att erbjuda en jämlik sjukvård eller är vårt mål en god vård?

Anmälan är öppen och görs på www.ogudagarna.se.

Fortlöpande publiceras vårt föreläsningsprogram.

Överväger du som ST-läkare den alternativa examineringsformen framför specialisttentamen finns "Deltagande i medicinsk konferens" med som delmål. OGU-dagarna kan tillgodoräknas i detta vilket kan vara värdefullt att belysa för studierektor och chef. I OGU-enkäten framkom det att 69% av de svarande ST-läkarna aldrig fått åka på OGU-dagarna eller SFOG veckan. Detta är på tok för låga siffror och vi hoppas se bättring avseende detta framöver. Ta chansen och skicka era ST-läkare till vårens OGU-konferens!

Varmt välkomna önskar vi i Västernorrlands planerings kommitte

Skrivet av *Noomi Grönberg* vice ordförande OGU-styrelse



OGUs ordförande informerar

Bästa kollegor,

Terminen börjar gå mot sitt slut och härliga juletider stundar. OGU:s styrelse hade under oktober månad ett produktivt internt där vi planerade och diskuterade många punkter. Något vi har fokuserat på under senaste året är hur vi kan nå fram till er medlemmar på bästa sätt. Hur sprider vi information och nyheter mest effektivt? Senaste halvåret har vi valt att fokusera på att använda Instagram mer flitigt och löpande lägga ut vad vi gör och vad som händer kring ST-läkare. Så gå in och följ oss på [ogu.se](https://www.ogu.se)!

Styrelsen valde också att rensa och göra om informationen på hemsidan. Hela hemsidan kommer att struktureras om och en ny plattform med nytt utseende implementeras snart. Arbetet med att ha så matnyttig och bra information som möjligt kommer således att fortsätta. Vi har också granskat och analyserat era svar

från OGU-enkäten. Den ger oss oerhört mycket bra information och idéer kring vad vi ska arbeta med. För att ta del av den finns en sammanställning i det här numret.

Den nya appen Proficio som lanserades under OGU-dagarna i Varberg har tagits emot med positiv respons. Även detta är ju en nyhet som verkligen behöver sprida sig. Sedan ett år tillbaka har vi etablerat ett mer stabilt samarbete med SNÄV (nätverk för studierektorer) och givetvis förmedlat appen till dem. Tanken med appen är att man som ny ST-läkare kan samla alla dokument, medsittningar, checklistor som rör utbildningen i den här appen. Där kan man också registrera hur många olika ingrepp/undersökningar man har gjort och betygsätta sig själv. Det går också att skicka sina medsittningar till sin handledare för underskrift och

bedömning. Appen är i nuläget bara en samlingsplats för dokument men vi ser positivt på att försöka utveckla appen på sikt. Har ni idéer kring detta, kontakta oss i styrelsen.

Under den senaste ansökan till kursplatser ändrades förfarandet i ansökan. Syftet med detta är att göra det mer jämligt och målet är att alla som ansöker ska få en kursplats. Det föll ut väl och färre personer än tidigare år blev utan någon plats alls. Vi kommer givetvis fortsätta bevaka hur det går så att ingen kommer hamna på efterstälken om man är nära sin specialistexamen.

Med hopp om ett gott och skimrande slut på 2024 och ett stundande härligt 2025!

Nathalie Bladfält

OGU journal club

I början av 2022 startade OGU en digital journal club. Två gånger per termin kommer vi att granska en artikel tillsammans med en av alla forskare i Ob/Gyn-Sverige (olika varje gång). Mötet hålls på zoom. Efter en kortfattad presentation av en utvald artikel kommer vi tillsammans med alla deltagare därefter att diskutera artikeln utifrån en granskningsmall. Länken till artikeln och mallen finns att

hitta på SFOGs hemsida, under OGU och vidare under Forskning och vetenskapligt arbete under ST.

Artikeln för respektive tillfälle läggs upp strax innan det är dags. Vi förväntar oss att du har läst artikeln innan mötet för att diskussionen ska bli så givande som möjligt. Skriv gärna upp frågor och funderingar och ta upp när vi ses. Inga frågor är för dumma!

Följ oss på Instagram [@ogu.se](https://www.instagram.com/ogu.se) för att se jOGUrnal clubs för våren 2024! Första tillfället kommer bli:

7/2 2025 kl 12-13 med Anne Örtqvist,

Vi ses!
/OGUs styrelse



Rapport från OGU-enkäten 2024

OGU arbetar för att förbättra ST-utbildningarna runt om i Sverige med fokus på att säkerställa en jämlik ST-utbildning över hela landet oberoende av storlek på klinik och/eller ort. Som del i det här arbetet skickar OGU vartannat år ut en enkät till alla utbildningsläkare inom obstetrik och gynekologi i Sverige inklusive medlemmar upp till 2 år efter specialistexamen. Viktiga fokusområden för OGU är kirurgisk träning, ultraljud, forskning, förberedelse inför jourarbete och hantering av second victim. Som tillägg till detta ställdes i år även frågor om deltagande i konferenser och upplägg av randningar.

I årets enkät fick vi in 295 svar vilket får ställas i relation till Sveriges cirka 400-500 ST-läkare. Drygt 70% av de svarande var ST-läkare, nästan 20% var specialister under 2 år och de resterande utgjordes av underläkare innan ST. Hälften av ST-läkarna hade gjort 1-2 år av sin ST-utbildning och resten var jämnt fördelade över mindre än 1, 3 och 4 års ST. Samtliga 41 kliniker med ST-utbildningar i Sverige var representerade varav nästan 30% av respondenterna gjorde sin utbildning på en universitets-klinik.

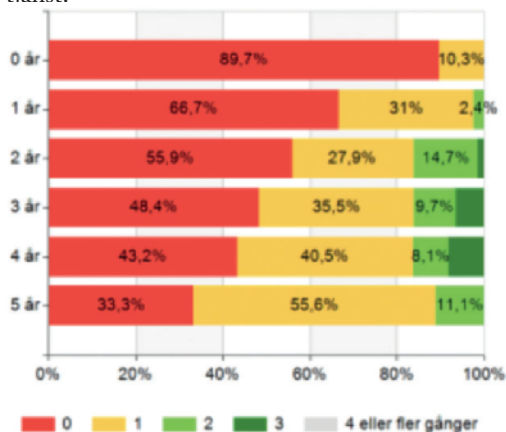
Resultat

Konferenser

På temat deltagande i konferenser svarade majoriteten (70%) av respondenterna att de aldrig har fått delta på SFOG-veckan och över 50% har aldrig fått delta på OGU-dagarna. Vid analys av svaren uppdelat efter antal fullgångna år av sin ST-tjänst ser siffrorna lite annorlunda ut (se nedan). Från universitetsklinikerna svarar 100% från Lund och Umeå, 82% från Linköping och 75% från Uppsala att de aldrig har fått delta på OGU-dagarna.

Hur många gånger har du fått delta på OGU-dagarna?

Svaren är uppdelade efter antal fullgångna år man har gjort av sin ST-tjänst.



Nästan 20% av respondenterna uppgav att de någon gång har blivit nekade att delta trots att man har velat. En tredjedel svarade att det finns en policy på kliniken rörande deltagande på konferenser, medan en femtedel sa att det saknas. Några exempel på policys var:

- deltagande på antingen SFOG eller OGU varje år
- alla ST får åka varje år
- så många som möjligt får åka

En majoritet av policys utgjordes dock av:

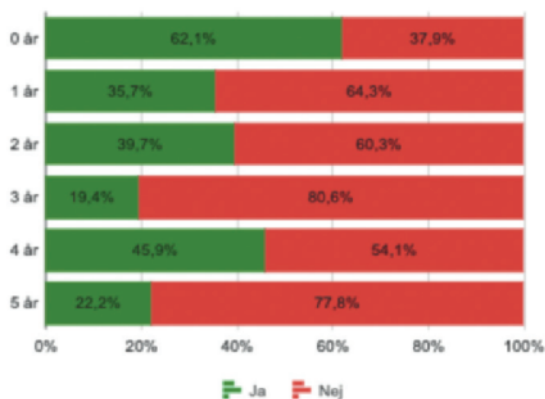
- deltagande en gång under ST
- minst en gång under ST
- vartannat år

Viktigt att poängtera är att deltagande på medicinska konferenser numera är ett moment som bygger upp ST-läkarens vetenskapliga portfolio. Den vetenskapliga portfolion är ett alternativ till ST-arbetet som utbildningsnämnden arbetat fram för att öka möjligheterna till att ST-läkaren ska kunna uppfylla målet för medicinsk vetenskap på kliniker där forskning inte är starkt etablerad. Detta kan vara något att beakta för kliniker med en mer restriktiv policy kring deltagande på konferenser.

Kirurgisk träning

Vad gäller den kirurgiska träningen uppger 39% att de är nöjda med sina kirurgiska färdigheter i relation till sin förväntade kompetensnivå. Motsvarande siffra vid enkäten 2022 var 28%. Andelen som anser sig nöjda med sin kirurgiska kompetens ser dock ut att minska ju längre man har gjort av sin ST. Här får vi dock ta i beaktande att de svarande var väldigt få i 5-årsgruppen men det kan också indikera ett problem med fortsatt kirurgisk träning på svårare ingrepp som man kan förväntas kunna som mer erfaren ST-läkare.

Nedan ses en bild som svarar på frågan **Är du nöjd med dina kirurgiska färdigheter i relation till din förväntade kompetensnivå?**



På frågan **har du en placering med målet att operera på gyn-op** svarade 65% att de har 1-4 månaders placering på gyn-OP medan 25% inte har någon sådan placering alls. På frågan om det finns någon annan form av strukturerad kirurgisk träning framkommer exempel som:

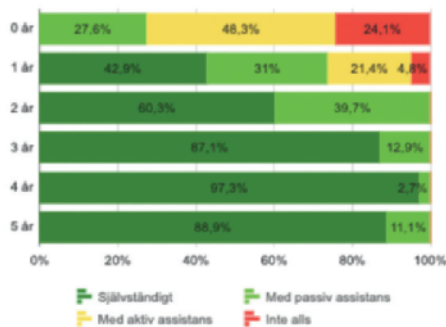
- specifik sectioträning
- laparoskopisimulator
- möjlighet för ST att utföra alla laparoskopiska steriliseringar
- sutureringskurs
- exereser i början av ST

Dock framkommer det att det i låg grad avsätts tid för exempelvis laparoskopisimulering och att många placeringar är för utspridda. Många verkar nöjda med sin sectioträning men den generella uppfattning verkar vara att man som ST-läkare får för lite tid för gynekologiska operationer.

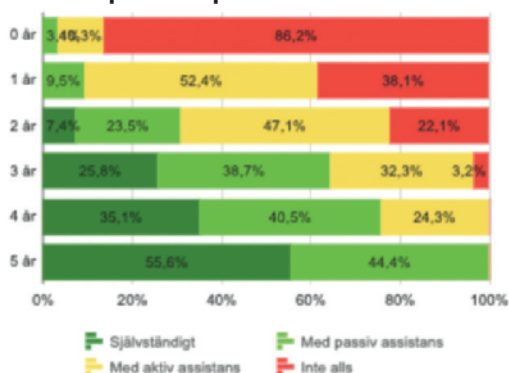
Tre frågor i enkäten rörde strukturerad handledning vid kirurgiska ingrepp. Den mesta handledningen tycks ske **under** operationer, då uppger 64% att de alltid eller ofta får handledning, medan 69% svarade ibland eller sällan **innan** operation och 63% ibland eller sällan efter operation. Nästan 60% av de svarande uppger att de alltid eller ofta själva ber om feedback någon gång vid kirurgiska moment, så här finns förbättringspotential för ST-läkarna själva att faktiskt efterfråga handledning.

De kirurgiska ingrepp som majoriteten av de svarande känner sig **självständiga** i är exeres (70%), perinealruptur grad 1 och 2 (69%), sectio (65%), vacuumextraktion (56%), manuell exploration av uterus inklusive placentalösning (55%) och fraktionerad abrasio (43%). I följande bilder ses svaren på hur självständig man anser sig vara vid sectio och diagnostisk laparoskopi uppdelat efter antal fullgångna år av sin ST-tjänst:

Sectio



Diagnostisk laparoskopi

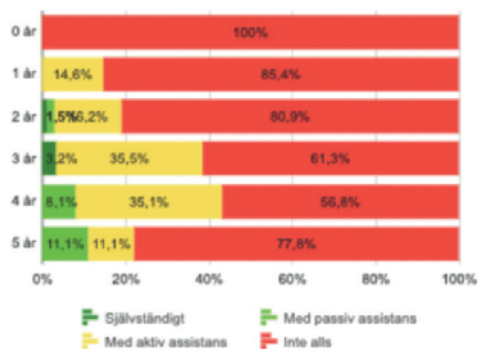


I årets enkät ställdes frågor kring förekomst av robotkirurgi samt dess betydelse för ST-läkarnas kirurgiska träning. En majoritet (68%) uppgav att det finns robotassisterad laparoskopi på deras klinik. Av dessa uppgav nästan hälften (44%) att det påverkar deras möjlighet till kirurgisk träning på ett negativt sätt medan en dryg tredjedel (36%) inte hade någon uppfattning i frågan. Här följer några olika exempel på svar som uppgav negativ inverkan; den generella bilden är samstämmig:

- Endast tre robotoperatörer gör ingreppen vilket medför att man som ST inte får träna förutom att hålla fornixpresentationen.
- Färre benigna operationer görs utan robot, färre op till ST-läk. Får inte sätta portar.
- De få hysterektomier som görs på vår klinik går ofta i robot där ett fåtal specialister behöver läras upp. Ytterst få hysterektomier blir kvar till ST-läkare.

Detta bör man kanske utvärdera i relation till hur självständiga ST-läkarna känner sig vid abdominella hysterektomier. Det är förvisso inte ett ingrepp som ingår i målbeskrivningen över vad ST-läkare ska kunna självständigt, men som framtidens specialister och bakjourer förväntas kunna utföra.

Abdominell hysterektomi



Randningar

Under ST-utbildningen förväntas man göra randningar på anestesin, kirurgen/urologen och neonatalavdelningen. Ungefär 30% anger att det finns tydliga riktlinjer kring vilka mål som ska uppnås för respektive placering. Ungefär varannan ST-läkare tycker att randningen hjälper hen att uppfylla sina delmål, men lika många tycker det inte. Det är alltså en stor andel ST-läkare som inte tycks veta syftet med sina randningar och som inte tycker att randningarna hjälper till att uppfylla målen då dessa är formulerade. Att randa sig på anestesin har störst betydelse för att uppnå sina delmål (62%), medan ST-läkarna upplever att kirurgrandningen bidrar minst till att uppnå sina delmål (44%). Majoriteten av ST-läkarna får en utsedd handledare på sina randningar.

Utöver dessa randningar framkom det att man på vissa kliniker även ger möjlighet till andra randningar såsom reproduktion, akutmottagning för våldtagna, tumörkirurgi, gyn-onkologen, smärtenhet och bäckenbottenmottagning.

På vissa kliniker innebär randningarna att man måste dags- eller veckopendla. I årets enkät ställdes därför frågan om ekonomisk ersättning i sådana fall och det framkommer att det ser väldigt olika ut runt om i landet. Följande är exempel på olika ersättningsmodeller:

- ersättning för resa och/eller boende
- extra tillägg 5000/10,000 kr på lönen
- traktamente
- dagersättning 500 kr/dag
- pendlarkort

ST-tentan

83% av de svarande uppgav att de planerade att skriva ST-tentan eller att de redan hade gjort det. Av dessa funderade 9% på att göra den alternativa examinationsformen, d.v.s. den vetenskapliga portfolio som utbildningsnämnden arbetat fram som alternativ till det vetenskapliga arbetet. En tredjedel visste dock inte ens vad detta var. De främsta skälen som angavs för att man inte planerade att skriva tentan var:

- ointresse
- ej krav från arbetsgivare
- samtidigt krav på godkänt ST-arbete

De som redan hade skrivit tentan fick möjlighet att i frisvar ge en kommentar om vad de tyckte om tentan och där framkom ett önskemål om att få utvärdera tentan i samband med att den skrivs. Det var blandade åsikter om ST-tentan där vissa upplevde den som relevant och lärorik medan andra kritiserar den för att vara för detaljfokuserad, ha en godtycklig rättningsprocess och ställa orimligt höga krav. Många uppskattade de praktiska delarna och möjligheten att repetera och lära, men det fanns också en oro över att examinationsformatet kan vara avskräckande och att det inte alltid ger rättvisa bedömningar. Överlag uppskattas examinationen men det finns också en tydlig önskan om förbättringar i hur examinationen genomförs och bedöms. Denna feedback kommer OGU:s representanter direkt vidarebefordra till utbildningsnämnden.

Jour-intro

Jourverksamheten inom vår specialitet är en viktig del i utbildningen och vårt vidare arbete, men det kan också vara ett moment man känner oro kring då man ofta är mer ensam i sina beslut och handläggningar. I årets enkät uppgav 68% att man får ett strukturerat intro till jourverksamheten och 65% anser sig vara nöjda med introduktionen de har fått. Exempel på introduktion är bredvidgång på nattjournsvecka, jour med mellanjour och ett visst antal veckor med mellanjour. En del introduceras till jourarbetet efter cirka 4 månader och vissa börjar inte gå sina nattjourer förrän efter 1 års arbete.

63% uppgav att det finns en checklista inför jourarbetet men det varierar vad denna utgörs av och hur väl den efterföljs och kontrolleras. Av den dryga tredjedel som uppgav att de inte har någon checklista var det 80% som önskade att det fanns en.

Second victim

För tredje gången i rad lyfte OGU-enkäten frågan om second victim. Av årets enkätsvar framkommer att 51% någon gång har varit med om en allvarlig traumatisk händelse på arbetet, vilket ligger i nivå med förra enkäten (54%). Av dessa uppgav 80% att de har fått gott stöd avseende detta på sin arbetsplats. Detta betyder dock att en femtedel av dem som har varit med om en allvarlig traumatisk händelse på sitt arbete inte har fått tillräckligt stöd. Av de fritextsvar som kom in ges ett par exempel på mer strukturerat omhändertagande av arbetsgivaren, men flera beskriver att stödet kommer från bra kollegor. Liksom enkäten 2022 framkommer exempel på att randande läkare som är på annan klinik och/eller ort kan vara extra utsatta då de inte "tillhör" organisationen. Oavsett om det är ett strukturerat krisstöd eller bara ett gott kollegialt klimat som fångar upp en individ som har varit med om en svår händelse kan man förstå att en randande läkare lätt faller mellan stolarna. Är det kollegorna på plats som har huvudansvaret eller är det kollegorna på hemkliniken som ska fånga upp individen och hur säkrar man i så fall att kollegorna på hemorten får vetskap om det som har skett? I OGU anser vi att det är av största vikt att det finns rutiner för att fånga upp dessa kollegor, både på den tillfälliga arbetsplatsen och från hemkliniken.

Diskussion

I enkätens sista frågor gavs respondenterna möjlighet att önska vad OGU ska jobba vidare med framåt och de fick även dela med sig av sina egna tankar. Det efterfrågades bland annat tydliga riktlinjer för våra olika randningar samt fokus för att förbättra arbetsmiljön. Majoriteten av svaren handlade dock om olika sätt för att säkra den kirurgiska kompetensen både för ST-läkare och för nyblivna specialister. Det kom bland annat upp förslag på nationell loggbok över kirurgiska ingrepp, en fortsättningskurs till BKT för mer fördjupad gyn-kirurgi samt önskan om krav på möjlighet till extern placering på privata gyn-kliniker för mer operativ verksamhet. Bland svaren framkom en tydlig oro kring att uppnå den kirurgiska kompetens man behöver som specialist och som faktiskt ingår i våra C-mål. Möjligen är det så att de nuvarande ST-målen inte längre matchar verklighetens möjligheter i den kliniska vardagen?

OGU skrev förra året en debattartikel kring möjligheterna till kirurgisk träning för ST-läkare. Hur den kirurgiska kompetensen inom vårt skrå ska säkras är en stor och mångfacetterad fråga som vi inte har plats att fördjupa oss i här och nu, men det är tydligt att det finns en oro kring detta bland landets ST-läkare och det är i allra högsta grad något som OGU kommer fortsätta att beakta framöver.



Nordic Federation of Societies of Young Obstetricians and Gynecologists

24-27 augusti 2025 är det NFOG-kongress i Uppsala!

NFYOG kommer att arrangera två symposier (Ultrasound in reproductive medicine och The Induction Epidemic) under veckan och en social gathering efter pre-congress day. Vi hoppas att vi ses där! Du vet väl att deltagande på internationell konferens räknas som ett delmål i SFOGs vetenskapliga portfolio som är ett alternativ till det skriftliga vetenskapliga arbetet under ST?

Följ NFYOG på instagram @nfyog_official för uppdatering om våra nordiska samarbeten och inspireras av våra nordiska ST-kollegor. För mer info om NFOG kongressen i Uppsala se <https://www.nfog2025.se/>



**Välkommen med din ansökan inför ENTOG
exchange i Tyskland 2-4e juni 2025!**

Är du nyfiken på att träffa ST-läkare från hela Europa och se hur det är att jobba som OB/GYN i Tyskland?

Två lyckliga ST-läkare kommer att bli utvalda att representera Sverige i vår. De ST-läkarna som blir utvalda kommer att vara placerade i grupper om 3-4 personer hos tyska ST-läkare i Berlin, München, Ulm, Mainz, Lübeck, Münster, Heidelberg, Köln, Düsseldorf, Mannheim eller Hamburg.

Man kommer att rotera mellan olika avdelningar på dagarna, och på kvällarna är det olika event och sociala program. Den 4e juni möts alla som varit på utbyte på en gemensam "Gala dinner" i Mainz.

Utbytet hålls i anslutning till EBCOG kongressen i Frankfurt 5-7 juni. De som deltagit i utbytet kommer ha möjlighet att delta i kongressen om man önskar.

Utbytet är alltid mycket uppskattat, läs Sarah och Marias reseberättelser från årets utbyte för inspiration. Vi lovar att det kommer bli ett minne för livet!

För frågor och ansökan med motivationsbrev, kontakta OGU:s internationella representant; Patricia Plegas, patricia.plegas@hotmail.com. Sista ansökningsdag 15/1.

Sök pengar från NFOG-fonden!

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

Vem kan söka?

Medlemmar i SFOG, både specialister och ST-läkare med minst två års erfarenhet vid tidpunkt för ansökan. Vad kan man söka pengar för?

- Kliniska eller vetenskapliga utbyten utanför det egna landet
 - Volontär-, eller projektarbeten i eller avseende utvecklingsländer
 - Deltagande på kurser utanför det egna landet
 - Kliniska eller forskningsrelaterade samarbeten med medlemmar i de andra NFOG-föreningarna
 - Täckna kostnader för att arrangera föreläsningar från de övriga nordiska länderna i samband med möten i SFOGs regi.
- Exempelvis kan ST-läkare som deltar i ENTOG-utbytet få bidrag från NFOG-fonden för resa och omkostnader i samband med utbytet. Fler exempel och rapporter finns att läsa på NFOG:s hemsida: www.nfog.org/fund/

När ska man söka?

Sista ansökningsdatum är 1 mars och 1 oktober varje år

Reseberättelser från ENTOG Exchange Schweiz 2024

Varje år anordnar ENTOG, European Network of Trainees in Obstetrics and Gynecology, ett utbyte för ST-läkare - ENTOG exchange. Två ST-läkare från varje medlemsland får under en vecka möjlighet att delta i kliniskt utbyte och

kongress. I år gick resan till Schweiz. Sarah Daag Jacobsen från Stockholm och Maria Golas från Värnamo var det lyckliga tu som fick representera Sverige. Nedan följer deras reseberättelser samt info om nästa års utbyte.

Schaffhausen - Sarah Daag Jacobsen

Så har äntligen ENTOG Exchange 2024 gått av stapeln i Schweiz. Tacksam för möjligheten att få delta i detta utbyte – här kommer min beskrivning av veckan.

Min sjukhusplacering ägde rum i Schaffhausen, huvudstad i kantonen med samma namn. Beläget just på den schweiz-tyska gränsen, 40 minuter från Zürich. I en kommun med knappt 40 000 invånare bestod sjukhusets "Frauenklinik" av 20 läkare, varav 8 ST-läkare. Jag och två ytterligare kollegor, en tysk och en grek, deltog i utbytet på kliniken och möttes upp av en mycket exalterad överläkare i sjukhusentrén första morgonen. Han visade oss till morgonmötet och mina knapphändiga tyskakunskaper till trots, förstod jag att vi hälsades varmt välkomna. Därefter följde en sedvanlig jourrapport varpå klinikchefen, som satt vid konferensbordets kortända, delade ut papper med inkomna provsvar och ärenden som behövde hanteras. Administration verkar de inte heller komma undan i Schweiz.

Första dagen spenderade jag på gynnottagning. Blödningstrassel varvades med cellprovsscreening. I Schweiz får endast läkare ta cellprov, vilket görs varje till var tredje år mellan 21 – 75 års ålder. Resurskrävande! Man har dock redan implementerat allmän HPV-vaccination av även pojkar i skolan – inspirerande! Logiken i att aborter inte kostar patienten något, medan de själva får betala dyrt för sin antikonception fick mig att lyfta på mina svenska ögonbryn. Enligt överläkaren som upplyste mig om detta, kan man dock få den obligatoriska sjukvårdsför-

säkringen att täcka delar av sin preventivmedels kostnad – under förutsättning att förskrivande läkare skriver ett tillräckligt "bra" intyg till försäkringsbolaget. Hur ett "bra" respektive "dåligt" antikonnptionsintyg såg ut, hann vi tyvärr inte diskutera närmare.

Nästkommande dag spenderades på operation. Bortsett från läkarens uppgift att positionera och steriltvätta patienten, var mycket sig likt operation hemmavid. Vi fick även en guidad tur genom förlossningen – där det i kontrast till mitt hemmasjukhus ekade tomt. Under mina dagar i Schaffhausen lyckades jag inte tajma in någon av deras cirka 700 födslar. Knappen för "blitz-sectio" förblev orörd men jag fick möjligheten att delta i ett elektivt kejsarsnitt. Och även om jag nog kan konstatera att ett kejsarsnitt alltid är ett kejsarsnitt, så finns det väl knappt något roligare än att få utbyta kirurgiska tips och tricks med nya kollegor i ett opsår.

Efter tre lärorika dagar i Schaffhausen var det dags för gemensam konferens i Zürich. Vi bjöds på inspirerande och innovativa föreläsningar, bland annat om användningen av AI vid gynekologiska ingrepp och pågående studier av framtida endometriosis behandlingar. Kvällarna gick upp i schweiziska specialiteter så som fonduemiddag och alphornskonsert. Absolut roligast var dock att träffa och utbyta erfarenheter med de andra deltagarna – alla ST-kollegor från i princip hela Europa. Jag slogs av hur otroligt många olika sätt man kan arbeta på och ändå uppnå snarlika resultat. Samtidigt som

jag påmindes om hur väldigt bra och strukturerad ST-utbildning vi erbjuds här i Sverige.

Så med hopp om att ha inspirerat någon av er att söka till nästa ENTOG Exchange vill jag avsluta med att tacka ENTOG och OGU för möjligheten att delta i detta fantastiska utbyte. Danke schön! Jag vill åka varje år!

*Sarah Daag Jacobsen, ST-läkare
Karolinska Universitetssjukhuset*



Sarah & Laura från Tyskland



Sarah i mitten tillsammans med ST-läkare från Grekland & Tyskland

Zollikerberg/Zurich - Maria Golas

Jag fick den otroliga möjligheten att få delta i ENTOG exchange i Schweiz i september 2024. Tillsammans med två andra läkare, en förstaårs ST-läkare från Irland och en nybliven specialist från Turkiet besökte jag Spital Zollikerberg, som ligger i Zollikerberg, ett område i Zurich.

Till min positiva förvåning började första dagen på kliniken med en djupgående föreläsning om cervixcancer och HPV. Hela kollegiet började prata engelska så fort de insåg att vi inte förstod tyska. Den typen av föreläsningar har de på kliniken två gånger i veckan. Under våra dagar fick vi delta i öppenvårdsbesök, operationer samt gå bredvid på förlossningsavdelningen.

Spital Zollikerberg räknas som en mellanstor förlossningsklinik med ca 2000 förlossningar/år. I Schweiz har de ett sjukvårdssystem som är baserat på försäkringar. Avdelningarna var uppdelade på privata, semiprivata och public, beroende på vilken försäkringsnivå patienterna hade. De som betalade mest fick bland annat alltid behandling av en överläkare och fick i princip ett hotellrum som vårdrum. Men läkarna var tydliga med att de bistår med en god och säker vård oavsett hur mycket patienterna har i plånboken.

Närvidiskuterade våra ST-utbildningar skilde sig även de åt. I Schweiz måste en läkare vara med på alla förlossningar och syr också alla bristningar. Det ingår inga randningar i ST, de börjar vanligtvis på ett mindre sjukhus och vid år 3 flyttar de till ett universitetssjukhus. Av den anledningen träffade jag inte mer seniora ST-läkare än år 3. För att bli specialist behöver de ha genomfört 30 stycken kejsarsnitt, och de behöver föra en katalog över alla ingrepp de har gjort. Katalogen följer läkarna genom hela karriären. Upplevelsen vi fick var att ST-läkarna var

mycket nöjda med sitt arbete, livskvalitet och lön, och att de hade ett gott stöd från sina äldre kollegor.

Andra halvan av utbytet bestod av en dag med ENTOG council meeting och workshop om preventivmedel. Vi fick tillsammans med alla deltagare som har varit utspridda i Schweiz vara med på intressanta föreläsningar om olika preventivmedel. På kvällen avnjöt vi en typisk schweizisk middag bestående av ostfondue.

Veckan avslutades med en endags kongress som bestod av flera intressanta föreläsningar om pågående forskning. Ämnena var bland annat extern placenta för extremt prematura, fetal stamcellsbehandling av spina bifida och AI inom gynekologi och gynekologisk kirurgi. Utöver det fick vi möjlighet att öva våra praktiska färdigheter på olika simulatorer, bland annat DaVinci, laparoskopi, cystoskopi och hysteroskopi. Kvällen bjöd på fest som inleddes med ett traditionellt schweiziskt framträdande, stand-up show och en massa dans i neon.

Jag är otroligt tacksam över att jag via OGU och ENTOG fick möjligheten att åka till Schweiz. Tack även till NFOG för stipendiet. Slutligen vill jag varmt rekommendera alla ST-läkare att ta chansen och åka på utbyte via ENTOG!

Maria Golas, ST-läkare Värnamo Sjukhus



Maria i mitten tillsammans med ST-läkare från Turkiet & Irland



Maria & Duygu från Turkiet

Nordisk studie över kvinnor med medfödd blödningsbenägenhet

Medfödd blödningsbenägenhet drabbar kvinnor så väl som män. I en nordisk enkätstudie har en forskargrupp undersökt dessa kvinnors situation och behov av information och stöd.

Kvinnor med blödningsbenägenhet som till exempel von Willebrands sjukdom, immunologisk trombocytopen purpura (ITP) och hemofili har ofta tendens att få blåmärken och slemhinneblödningar såsom näsblödningar, munhåleblödningar och rikliga menstruationer samt ökad blödningsbenägenhet efter trauma, tandgrepp och i samband med kirurgi. Kvinnor med blödningsbenägenhet har även en ökad risk för blödningskomplikationer under graviditet, förlossning och post partum.

Ökad kunskap om kvinnors erfarenheter är viktigt för att kunna erbjuda information, stöd och behandling för dem som är i behov av det. I en ny studie har man därför tittat närmare på detta.

124 kvinnor från Sverige deltog

Studien utfördes av CSL Behring tillsammans med Förbundet Blödarsjuka i Sverige (FBIS), de övriga nordiska patientföreningarna och en nordisk forskargrupp. Fokus låg på att undersöka kvinnors egna erfarenheter, det som på engelska kallas lived experience. Sammanlagt svarade 303 kvinnor på frågor, varav 124 var från Sverige. Så här genomfördes undersökningen:

- Webbenkäter skickades ut via de lokala patientorganisationerna till medlemmar i Sverige, Danmark, Norge och Finland.
- Både kvinnor med en blödningsdiagnos och anlagsbärare fick svara på frågorna.

- Enkäterna bestod av 31 frågor om sjukdomshistoria, familjeplanering och förlossning, sjukvård, stöd och information samt social uppfattning.
- I Sverige och Danmark inkluderades ytterligare 15 frågor för att få fördjupade insikter inom utvalda områden.
- Upplägget gjorde det möjligt att hoppa över frågor.

Blödningsrubbningar påverkar kvinnor genom hela livet

Efter att enkäterna hade samlats in analyserade forskare från de nordiska länderna resultaten.

Bland annat framkom följande:

- *Kännedom om diagnos eller bärarstatus*
Två tredjedelar av kvinnorna som deltog i studien var 40 år och äldre. 54 procent rapporterade att de hade diagnostiserats med en blödningsrubbning och 42 procent uppgav att de var anlagsbärare.

Ålder för sjukdomsdiagnos skiljer sig från ålder för bärarstatus. Ungefär hälften fick sin sjukdomsdiagnos före 18 års ålder medan majoriteten anlagsbärare fick reda på sin bärarstatus mellan 18 och 39 års ålder.

- *Problem kopplade till blödningar*
Nära åtta av tio av kvinnorna (77 procent) upplevde problem relaterade till blödningar. Frekventa blödningsproblem – veckovis till månadsvis – rapporterades av 56 procent, med en liknande andel i alla nordiska länder. Nästan nio av tio (87 procent) upplevde kraftiga menstrua-

tionsblödningar. Utöver detta rapporterades konsekvenser såsom näsblödningar, ledvärk/ledblödningar, utmattning, kronisk anemi och depression.

- *Blödningar vid graviditet och förlossning*
Ökad blödningsbenägenhet vid graviditet och förlossning är vanligt. Ungefär hälften av studiedeltagarna kände inte till sin diagnos eller bärarstatus före sin första graviditet. I studien uppgav 41 procent att de upplevde blödningskomplikationer under graviditet eller i samband med förlossning. Över hela Norden uppgav 24 procent av kvinnorna att de erhöll koagulations-faktorkoncentrat direkt efter förlossningen.

- *Medicinsk uppföljning vid ökad blödningsbenägenhet*

Trots att en så stor andel av kvinnorna hade problem med blödningar erhöll mindre än hälften (45 procent) regelbunden uppföljning. För kvinnor med frekventa blödningsproblem varierade den regelbundna uppföljningen stort mellan de nordiska länderna. I Finland och Norge rapporterade 22–27 procent brist på regelbunden uppföljning, jämfört med 3–5 procent av kvinnorna i Danmark och Sverige.

- *Hur kvinnor med blödningsrubbningar uppfattas i samhället*

Kvinnorna fick även svara på frågor om omgivningens uppfattningar och stigmatisering. 43 procent uppgav att det saknas korrekt information och en öppen diskussion om blödningsrubbningar i sam-

hället. Så många som 63 procent rapporterade att de upplevt missuppfattningar, fördomar eller stigma kopplade till deras blödningsjukdom eller bärarstatus.

Forskarnas slutsatser:

”Tidigare diagnos och förbättrat omhändertagande behövs”

I sin analys konstaterar forskarna att kvinnor med blödningsrubbnings, inklusive bärare, möter ett antal utmaningar. Resultaten visar att många behov inte tillgodoses på grund av alltför sen diagnos, blödningsproblem i samband med graviditet och förlossning, frekventa och återkommande blödningar samt bristande medicinsk uppföljning.

Mörkertalet bland kvinnor med ökad blödningsbenägenhet är sannolikt stor. Det är angeläget att kvinnor med blödningsrubbnings får kontakt med Koagulationsspecialistvården och det stöd de behöver. En tidigare diagnos och ett förbättrat omhändertagande av kvinnor med blödningsrubbnings bör vara målet för vården, enligt forskarna.

Forskarna anser även att ökad medvetenhet och samarbete mellan specialister inom gynekologi, obstetrik och koagulationssjukdomar kan leda till tidigare diagnos och bättre vård för kvinnor med blödningsrubbnings.

Artikelförfattare:

Dr Anna Olsson

Överläkare på Koagulationscentrum, Sahlgrenska universitetssjukhus—

För mer information om studien och kontaktuppgifter för remiss av kvinnor vid misstanke om medfödd blödningsbenägenhet.

<https://www.cslbehring.se/patienter/hitta-din-sjukdom/blodningsjukdomar/kvinnor-med-blodningsjukdom>

Faktaruta: Nordisk studie om kvinnor med blödningsrubbnings

- Studien genomfördes i samarbete mellan läkemedelsföretaget CSL Behring, patientföreningar och forskare i Sverige, Danmark, Norge och Finland.
- Syftet med studien var att undersöka kvinnors egna upplevelser kring blödningar, familjeplanering, graviditet, förlossning, vård och stöd, samt social uppfattning.
- I Sverige var det främst kvinnliga medlemmar i FBIS som deltog.
- Forskare från Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg och andra nordiska länder analyserade resultaten.
- 303 kvinnor ingick i studien. Sverige: 124. Norge: 69. Danmark: 64. Finland: 46.
- Enkäterna med 31 frågor (Norge, Finland) respektive 46 frågor (Sverige, Danmark) distribuerades via patientföreningarna i respektive land.
- Alltför sena diagnoser, blödningskomplikationer under graviditet och förlossning, frekventa och återkommande blödningar, avsaknad av medicinsk uppföljning, liksom fördomar från omgivningen, är problem som identifierades genom studien.
- Resultaten har under 2024 presenterats vid två internationella vetenskapliga kongresser: EAHAD i Frankfurt i februari arrangerad av European Association for Haemophilia and Allied Disorders och WFH i Madrid april i regi av The World Federation of Hemophilia.
- FBIS och CSL Behring vill rikta ett stort tack till de kvinnor som deltog i studien.

Referenser

Olsson A. et al. Women living with bleeding disorders: Insights from a Nordic survey study. *Haemophilia*. 2024;30(Suppl.1):125 och posterpresentation EAHAD kongress 2024, Frankfurt a.M., Tyskland

Olsson A. et al. Women living with bleeding disorders or carriership: Insights from a Nordic survey. Muntlig presentation WFH kongress 2024, Madrid, Spanien.

Olsson A. et al. Women living with bleeding disorders or carriership: Insights from a Nordic survey. Poster presentation SFOG kongress 2024, Örebro, Sverige.

Resultat från 2024 års omgång av kvalitetssäkringsprogrammet för kolposkopi

– välkomna med anmälan till 2025 års kolposkopiutskick!

Bakgrund

Våren 2022 genomfördes för första gången ett nationellt kvalitetssäkringsarbete inom kolposkopi med syfte att undersöka kvaliteten av kolposkopiundersökningar i Sverige och utveckla ett så kallat external quality assessment (EQA) program. Kvalitetssäkring av kolposkopiundersökningar rekommenderas i det nationella vårdprogrammet för livmoderhalscancerprevention kapitel 15 (1) och är också en del av Europeiska guidelines (2).

Utförande

Equalis, som erbjuder över 200 kvalitets- säkringsprogram inom bild- och funktionsmedicin, laboratoriemedicin samt patientnära analyser, organiserade kvalitetsarbetet i samarbete med C-ARG. Alla gynekologer i Sverige erbjöds att delta i en så kallad kolposkopiomgång innehållandes fem fall med 3–6 digitala kolposkopi- bilder/fall och tillhörande anamnes. Sedan pilotomgången 2022 har två ordinarie omgångar genomförts, 2023 respektive 2024. Pilotomgången var kostnadsfri och deltagaravgiften för det ordinarie programmet är 3500 SEK och inkluderar ett kliniksvar (konsensusvar) samt upp till fem individuella bedömare. En referensgrupp med representanter från alla sjukvårdsregioner bedömer och scorar bilderna innan utskick enligt 13 olika parametrar, däribland transformationszontyp, Swedescore och kolposkopiskt intryck (Figur 1). Svaren från deltagarna jämförs med referensgruppens svar som baseras på histopatologisk konfirmation. I denna artikel sammanfattas

Författare:

Hanna Milerad, MD, PhD,
Regionalt cancercentrum
Stockholm Gotland

Karin Dahlin Robertsson,
programkoordinator, Equalis
Josefine Ågren,

programkoordinator, Equalis
Kristina Elfgrén, MD, PhD,
Regionalt cancercentrum
Stockholm Gotland

resultaten från det andra ordinarie utskicket 2024.

Resultat

Deltagandet/antal svar bland Sveriges gynekologer har ökat för varje år mellan 2022 och 2024. I den senaste omgången inkom 132 svar. Enheter från nästan alla regioner i Sverige deltog (Figur 2). Transformationszontyp hade en hög överensstämmelse jämfört med förväntat svar; 85–99 % mellan fallen 2024 och även tidigare år, medan Swedescore hade en större variation i överensstämmelse mellan fallen och omgångarna; 44–94 % för 2024. Överensstämmelsen för kolposkopiskt intryck ökade för varje år och var 69–87 % i 2024 års omgång. Det svåraste fallet i 2024 års omgång var ett fall med en liten lesion av high-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL) nära en transformationszon typ 3.

Sammanfattning och lärdomar

Vi ser att det finns ett stort intresse för det externa kvalitetssäkringsprogrammet för

kolposkopi bland Sveriges gynekologer, med ett ökande deltagande år för år. De flesta svar som inkommer är individuella svar men även konsensusvar ökar. Flera kvinnokliniker skickar in konsensusvar som tagits fram vid utbildningstillfällen på kliniken t ex av ST-läkare. Omgångarna blir ett tillfälle att på ett strukturerat sätt vidareutbilda sig inom kolposkopi och diskutera fall tillsammans med kollegor. Många kollegor har bemödat sig att inkomma med kommentarer på hur programmet kan förbättras och utifrån kommentarerna har vi bland annat kunnat få till en bättre bildkvalitet. Överensstämmelsen med förväntat svar har ökat för flera av parametrarna både inom omgångarna (dvs mellan fallen) och mellan omgångarna (dvs år för år).

Överensstämmelsen för parametern Swedescore varierar dock stort både sett till fall och omgångar vilket talar för att behovet av kvalitetssäkring enligt det nationella vårdprogrammet kvarstår och att EQA i form av kolposkopiomgångar är ett användbart verktyg som kan användas i utbildningssyfte för gynekologer i Sverige.

Välkomna att anmäla er till kvalitetssäkringsprogrammet för kolposkopi och delta i 2025 års omgång!

Information om 2025 års kolposkopiutskick

Omgången 2025 öppnar den 27 januari, med en svarstid på sex veckor.

Deltagarna ges möjlighet att lämna dels ett kliniksvar, dels enskilda svar från individuella bedömare.

I deltagaravgiften ingår 1 kliniksvar och 5 individuella bedömare. För ytterligare bedömare tillkommer extra kostnad.

Nya deltagare kan anmäla sig via www.equalis.se/sv/produkter-tjanster/extern-kvalitetsakring/kolposkopi-586/

Kontakt:

hanna.milerad@regionstockholm.se

Figur 1.

Referensgruppen för kolposkopiutskick 2024:

Hanna Milerad, sammankallande

Christer Borgfeldt, Syd

Cecilia Kärrberg, Väst

Iris Gersonde, Sydöst

Lovisa Bergengren, Mellansverige

Kristina Elfgren, Stockholm-Gotland

Lena Silfverdal, Norr

Figur 2.

Geografisk spridning av deltagande regioner och antal deltagande enheter per region.



Referenser

1. Livmoderhalscancerprevention - nationellt vårdprogram
2. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening: recommendations for clinical management of abnormal cervical cytology, part 1 - PubMed

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:-

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
kristina.elfgren@sll.se

Sekreterare: Cecilia Kärrberg
Kvinnosjukvård, Sahlgrenska
Universitetssjukhuset, Göteborg
cecilia.karrberg@vgregion.se

Webmaster och skattmästare:

Hanna Milerad
Regionalt Cancercentrum Stockholm-
Gotland
hanna.milerad@regionstockholm.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

Endometriosis-ARG

Ordförande:
Måns Palmstierna Burenius
endometriosis.arg@gmail.com

Sekreterare: Said Makari
said.makari@skane.se

Etik-ARG

Kontaktpersoner:

Kristina Pettersson
kristina.a.pettersson@
regionstockholm.se

Familjeplanering, FARG

Ordförande: Helena Kopp-Kallner
Danderyds sjukhus, Stockholm
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.rodriquez-wallberg@sll.se

Sekreterare: Stavros Iliadis
Uppsala
stavros.iliadis@kbh.uu.se

Global-ARG

Ordförande: Birgitta Essén
Akademiska Sjukhuset, Uppsala
birgitta.essen@kbh.uu

Sekreterare: Mikael Algovic
global-ARG@telia.com

Hem-ARG

Ordförande: Trine Karlsson
Karolinska universitetssjukhuset Solna
trine.karlsson@regionstockholm.se

Sekreterare:

Irma Mehmedagic
Örebro sjukhus
irma.mehmedagic@regionobrolan.se

Mödrarmortalitet, MM-ARG

Ordförande: Linnéa Lindroos
Östra/Sahlgrenska Universitetssjukhuset,
Göteborg
linnea.lindroos@vgregion.se

Sekreterare: Hanna Åmark
hanna.amark@regionstockholm.se

Perinatal-ARG

Ordförande: Hanna Åmark
hanna.amark@regionstockholm.se

Sekreterare: Katarina Remaeus
katarina.remaeus@bbstockholm.se

Preklampsi-ARG

Ordförande: Lina Bergman
lina.bergman@obgyn.gu.se

Sekreterare: Joline Asp
oline.asp@kbh.uu.se

POS-ARG

Ordförande: Lovis Balushev
KK, Västmanlands sjukhus, Västerås
lovis.balushev@regionvastmanland.se

Sekreterare: Radha Korsoski
radha.korsoski@sfog.se

Reuma-ARG

Ordförande: Tomas Fritz
tomas.fritz@vgregion.se

Sekreterare obstetrik: Tansim Akhter
tansim.akhter@akademiska.se

Sekreterare reumatologi: Muna Saleh
muna.saleh@liu.se

Robson-ARG

Ordförande: Linda Hjertberg
linda.hjertberg@regionostergotland.se

Sekreterare: Lars Ladfors
Göteborg
lars.ladfors@sfog.se

Ton-ARG

Ordförande: Ann-Christine Nilsson,
ann-christine.nilsson2@
regionorebrolan.se

Sekreterare: Joanna Romell, joanna.
romell@regionstockholm.se

Tumör-ARG

Ordförande: Sahar Salehi
sahar.salehi@regionstockholm.se
Sekreterare: Madelene Wedin
madelene.wedin@regionostergotland.se

Ultra-ARG

Ordförande gynekologi:
Ligita Jokubkiene
ligita.jokubkiene@med.lu.se, ordförande
obstetrik: sekreterare gyn sekr obstetrik
Ordförande obstetrik:

Michaela Granfors
michaela.granfors@regionstockholm.se

Sekreterare gynekologi:

Catherine Marusik
catherine.marusik@regionstockholm.se

Sekreterare obstetrik: Karin Hildén
Karin.hilden@regionorebrolan.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: Ulrika Heddini
ulrikaheddini@regionstockholm.se

Sekreterare: Hanna Abäck Lundberg
Bitr ÖL VO Kvinnosjukvård
SUS Malmö
Hanna.abacklundberg@skane.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

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:
Kristin André
Helsingborg
kristin.c.andre@gmail.com

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

Privatgynekologerna

Ordförande:
Susanna Horak Pedersen
Falkenberg Gynekologi
Susanna.horak-pedersen@fbggyn.se

Kassör:
Evelina Sande Idenfeldt
An Apple A day , Strängnäs
Springkollo@gmail.com

Sekreterare:
Louise Bowman
Charlottamottagningen, Karlstad
Louise.bowman@ptj.se

Webbmaster:
Emma Karlsfors
Emma Karlsfors gynekologi, Skövde
emma@karlsfors.nu

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 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.

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