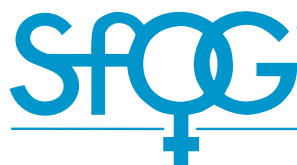


Kvinnoläkaren



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



MM-ARG

Varför får kvinnor i Sverige cervixcancer?

Referat Surgicon Conference



KVINNOLÄKAREN

Ansvärgivare: Radha Korsoski
E-post: radha.korsoski@sfog.se
Layout: Moniqa Frisell
All korrespondens ställs till föreningen:
SFOG-Kansliet, Klara Östrå 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 2021:
Ordförande: Michael Algovik
Västervik
E-post: michael.algovik@sfog.se
Vice ordförande: Christer Borgfeldt
Lund
E-post: christer.borgfeldt@sfog.se
Facklig sekreterare:
Helena Kopp Kallner
Tel: 070-440 20 70
E-post: helena.kopp-kallner@ki.se
Skattmästare: Henrik Graner
Örebro
E-post: henrik.graner@regionorebrolan.se
Vetenskaplig sekreterare:
Inger Sundström Poromaa
Uppsala
E-post: inger.sundstrom@kbh.uu.se
ARGUS: Kerstin Nilsson
Örebro
E-post: kerstin.nilsson.ha@oru.se
Utbildningssekreterare: Ellika Andolf
Karolinska Institutet, Danderyds sjukhus
Tel: 08-123 550 00
E-post: ellika.andolf@ki.se
Adjungerad utbildningssekreterare:
Marie Bixo
Umeå
E-post: marie.bixo@umu.se
Redaktör för Kvinnoläkaren:
Radha Korsoski
Göteborg
E-post: radha.korsoski@sfog.se
Webbansvarig: Olof Alexandersson
Östersund
E-post: olof.alexandersson@sfog.se
Ledamot: Marie Wikström Bolin
Sundsvall
E-post: marie.wikstrombolin@sfog.se
Ledamot/OGU-representant:
Matilda Wädell
Hudiksvall
E-post: matilda.wadell@sfog.se

Tryck: Elanders
ISSN 0284-8031

— Ordförande har ordet —



Kära medlemmar!

Detta blir min sista kolumn för 2021, ett år som präglats mycket av den pågående pandemin även om det blivit lugnare på många sätt efter det att vaccinationerna kommit igång. Nu börjar olika fysiska möten och kurser komma igång vilket verkligen känns positivt. Vi har nog lärt under pandemin att det åtminstone för vissa möten går alldeles utmärkt att ersätta dessa med video både för att spara tid och miljö. Det ska vi fortsätta med medan jag däremot tror att de riktigt kreativa mötena måste fortsätta vara fysiska eftersom interaktionen blir bättre när man ses fysiskt.

När detta publiceras kommer SFOG ha haft ett möte med SBF (Barnmorskeförbundet) om hemförlossningar, ett hett ämne där vi har lite olika ståndpunkt både mellan professionerna men även kollegor emellan. Jag återkommer med besked om hur det mötet avlöpte och vad vi kommit överens om.

En annan brännande fråga under hösten har varit problemet med arbetssituationen och barnmorskebemanningen på våra förlossningsavdelningar. Det skapar

också svårigheter för våra medlemmar som tvingas jobba med andra uppgifter och det kan störa det viktiga teamarbete om en yrkesgrupp är mycket underbemannad. Det är ingen tvekan om att vi ska kunna kräva rimliga arbetsvillkor på förlossningen med möjlighet till pauser och återhämtning, men det är svårt att fullt ut ställa sig bakom alla kraven från barnmorskeprofessionen. Jag anser att arbetsgivarna måste jobba mer med att skapa attraktiva arbetsplatser där man vill vara och det kan vara olika arbetstids- eller schemalägningsmodeller såväl som rotation. All statistik talar emot att det finns en absolut brist på barnmorskor i Sverige.

Abortvården har också stått i fokus med införande av nya restriktiva lagar i bl.a. Texas och Polen, där vi dessvärre fick höra talas om ett tragiskt dödsfall för att en kvinna inte fick beviljat abort av ett svårt skadat foster där det tillstötte komplikationer. Möjligheten till fri abort är en mänsklig rättighet som alltid måste värnas och även om det i Sverige finns ett stort stöd för rådande lagstiftning är synen på abort mycket olika i världen. Jag

I DETTA NUMMER

MM-ARG	7
Varför får kvinnor i Sverige cervixcancer?	11
OGUs ordförande informerar	15
OGU journal club	17
KIRURGISK TRÄNING:	
Referat Surgicon Conference 5-7 maj 2021	18

hade nyligen tillfälle att samtala med den nyttillträdde FIGO-presidenten Jeanne Conry från USA och föreslog bl.a. att FIGO på ett tydligare sätt ska lyfta rätten till abort och sätta press på medlemsländer som på olika sätt försöker motverka aborträtten.

Nu finns resultat och rekommendationer från två NAG (Nationell Arbetsgrupp) inom vårt område publicerade, dels den mycket omdebatterade om "Handläggning i graviditetsvecka 41" och i remissversion "Kartläggning och rekommendation för fosterdiagnostik". Gå gärna in och titta på <https://kunskapsstyrningvard.se> för närmare detaljer. Det skulle vara intressant att få återkoppling hur dessa nya rekommendationer kommuniceras och implementeras ute i verksamheterna då de enligt tankarna för hela kunskapsstyrningsorganisationen (puh!) ska vara styrande för vår verksamhet. Syftet är en jämlik vård i hela landet.

Vad gäller det nya anmälningsförfarandet till ST-kurserna verkar det än så länge ha fungerat bra och alla platser är fördelade utan större problem. Enstaka ST-läkare kanske inte har fått de kurser de önskat, men vi har försökt fördela så rättvist som möjligt. Vi kommer följa detta noggrant då ju kursverksamheten är så central för SFOG. Vi vill verkligen att alla ST-läkare ska bli klara i tid, men det är också ett gemensamt ansvar tillsammans med den enskilde ST-läkaren och studierektorerna.

Planerna har nu börjat bli tydligare för SFOG-veckan 2022 vilken kommer

hållas i Linköping under vecka 35. Marie Blomberg och Elizabeth Nedstrand är ansvarig på plats och har redan presenterat ett spännande första utkast till program. Vi planerar för ett fysiskt möte under fyra dagar 29/8-1/9 med hög vetenskaplig kvalitet och trevlig social samvaro. Jag vill också flagga för att 2023 kommer SFOG-mötet vara insprängt i NFOG-mötet som har flyttats till v 35

för att bättre passa vår tidsplanering. Detta möte ska hållas i Trondheim och det vore fantastiskt om vi då kunde få ett stort svenskt deltagande.

Med förhoppning om att ni alla får en fin tid över jul- och nyårshelgerna!

Eder ordförande
Michael Algovik



Nyttillträdde FIGO-presidenten Jeanne Conny inbjuden till Göteborg av Prof. Bo Jacobsson.

ÅRSavgifter

Medlemsavgift SFOG

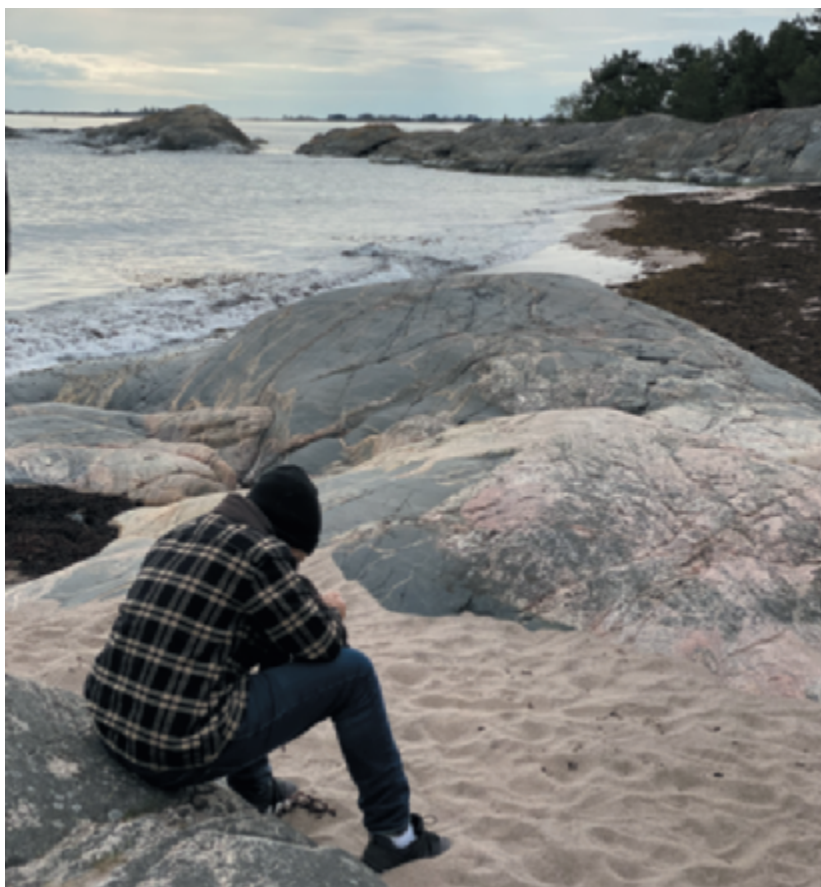
1200:-

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

Medlemsavgift SFOG (ålderspensionär, fr o m det år man fyller 66 år)

600:-

REDAKTÖRENS RUTA



Sista numret av KL för året. Ett år som vi hoppats skulle bli slutet på pandemin men så blev inte fallet. Trots det måste vi fortsätta blicka framåt och planera för framtiden. Det har blivit tydligt i och med COP 26 i Glasgow. Även Figos nya president Jeanne Conry har ett stort engagemang för miljön. Nyligen var hon i Sverige och jag hörde henne prata om ämnet "Climate change, environment and reproductive outcomes". Det är lätt att bli överväldigad av allt vi inte vet om hur miljön påverkar oss människor men hoppfullt att FIGOS president har det på sin agenda.

Gott slut och vi ses nästa år!

Radha Korsoski
Redaktör

Följande tider gäller för Kvinnoläkaren 2022:

Nr	Deadline	Utkommer
Nr 1	24 januari	vecka 4
Nr 2	14 mars	vecka 11
Nr 3	9 maj	vecka 19
Nr 4	19 september	vecka 38
Nr 5	7 november	vecka 45

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

Christopher Allen, Eksjö

Ida Johansson, Tibro

Amanda Hoempler, Eskilstuna

Elin Brattström, Göteborg

Malin Boremalm, Umeå

Jihan Mohamed Jama, Järfälla

Emma Björn, Stockholm

Annie Fallenius, Göteborg

Annika Malmberg, Halmstad

Lovisa Ehrencrona Friberg, Partille

Martina Amato, Stockholm

Ann Dreifaldt, Kumla

Freja Swärdh, Eksjö

Elin Lindberg Lantz, Östersund

Carina Tobrand, Växjö

Ove Karlsson, Göteborg

Annika Östling, Frösön

Alva Svärd, Skellefteå



Hej allihopa!

Så har vi kommit fram till mitt sista brev som utbildningssekreterare i SFOG.

Mycket har hänt sedan jag tackade ja till detta uppdrag för mer än sex år sen. Jag var då mycket okunnig om ST-utbildningen, hade bara sysslat med grundutbildning och doktorandutbildning. Jag var okunnig om SFOG, hade nog inte ens varit inne på hemsidan.

Jag var med andra ord inte medveten om vad jag gav mej in på.

Jag tillträdde 1/1 2016. Första styrelsemötet var rätt obegripligt. Man talade om frågor som varit uppe förut och som jag inte kände till i detalj och andra som frågor som jag inte heller riktigt förstod pga bristande erfarenhet och kunskap.

Jag förstod i alla fall att jag skulle införa ett nytt kurspaket för ST-läkarna och att jag hade två mycket kompetenta kanslisters till hjälp. Utan dem hade det varit omöjligt.

Jag upptäckte att det fanns en oro bland både ST-läkarna, studierektorerna och kursledarna över hur det nya systemet skulle fungera. Genom att systematiskt informera i de kanaler som fanns och snabbt svara på mail försökte jag hantera det. Det bestämdes att AR-grupperna skulle utse kursledare. I de fall det inte fanns någon AR-grupp eller om man inte ville utse någon, försökte jag efter diskussion med olika företrädare föreslå någon som sedan godkändes. I september 2016 hade vi inte ännu någon klar struktur för hur vi skulle utforma en budget. Då kom dåvarande ordförande i SFOG (Andreas Herbst) till min hjälp och skapade ett ramverk som fortfarande gäller med små förändringar. Sedan var det bara att sätta igång och planera och granska inkomna budgetar. På så vis och med hjälp av alla fantastiska kursledare lyckades vi sjösätta det hela 2017.

Samtidigt fick jag privata bekymmer 2017, när min man, sedan 43 år, efter två månaders initial feber och sedan envis hosta diagnosticerades med en spridd cancer. Jag bestämde mej för att se till att jag motionerade, sov och åt ordentligt och dessutom hålla kvar vissa av mina vanliga arbetsuppgifter och fritidssysselsättningar för att få en struktur på mitt liv. SFOG blev då en fristad av normalitet, en sorts bubbla som jag kunde gå in i och tro att, åtminstone för en stund var allt som vanligt. Efter ett års tung cytostatikabehandling dog Per.

ST-kurserna flöt på under tiden och fick acceptans. Trots att det inte gick att förutsäga hur många platser som behövdes (pga randning, sjukdom och föräldradledigheter) har vi inte hört att någon fått sin specialistkompetens försenad före pandemin.

Så kom pandemin. Någon kurs fick ställas in, någon flyttades till hösten. Ett antal heroiska kursledare gjorde snabbt om sina kurser till digitala och fick god kurskritik trots detta. Jag var oerhört tacksam över deras insatser. Kansliet jobbade också för högttryck och hade dessutom fått en ny medarbetare eftersom den gamla gått i pension. Men också det klarade man fint. När nu pandemin går mot sitt slut har vi dock sett ett behov att ökat antal platser på de två sista kurserna, även om inte antalet ST-läkare har ökat. Vi har därför dubblat den första och försöker också dubbla den andra om kursledare finns.

Under hela min tid som utbildningssekreterare har frågan om lämpligheten att använda ST-arbetet som en test på vetenskapligt kunnande diskuterats. Enligt 2015 års föreskrifter och allmänna råd om specialistutbildningen från Socialstyrelsen krävs ett vetenskapligt

arbete för att få specialistkompetens. Det arbete som krävs för SFOGs Specialistexamen har haft högre krav än de som ställts från SOS. Mindre kliniker med få disputerade och därmed få tillgängliga handledare har svårt att leva upp till dessa krav vilket har medfört att antalet som gör den frivilliga Specialistexamen varierar mellan 25-100% vid olika kliniker enligt årsrapporten. Utbildningsnämnden har nu fått i uppdrag att ta fram andra sätt att testa vetenskapligt arbete än med ett ST-arbete. Oavsett vilket sätt man kommer fram till bör det förberedas med någon instruktion och de som skall genomgå examen måste ha rimlig tid att förbereda sig. Det är viktigt att möjlighet att använda ST-arbete finns kvar för de som vill, däremot känns det inte rimligt att påbörja ett ST-arbete att användas i ST-examen nu för en nybliven ST-läkare om man inte önskar.

Slutligen vill jag tacka alla som hjälpt mej och kommit med synpunkter under dessa år i synnerhet i styrelsen och i Utbildningsnämnden. Det är en oerhört kompetent samling personer som helt utan någon ersättning, annat än någon middag någon gång då och då, gör ett stort och viktigt arbete. Det är roligt, utvecklande och spännande att få vara med, något som kan rekommenderas. Dessutom får man ett stort kontaktnät.

Tack!

Hälsningar Ellika

MM-ARG

MM-ARG presenterar de tretton mödradödsfall som inrapporterats under 2020. Vårt syfte när vi granskar och presenterar fallen är att som kollegor lyfta fram vad vi kan lära oss av dessa tragiska händelser med förhoppning om fortsatt lärande och minskad risk för upprepning av liknande händelser. Vår ambition är att vara ödmjuka för hur svåra beslut vi står inför i akuta situationer, då man lätt kan vara efterklok med tillgång till facit. Ibland beskriver vi vård som inte varit optimal, men vi försöker att göra det med största respekt för både den avlidna, hennes familj och den personal som varit inblandad. MM-ARGs granskning ersätter inte granskning av IVO i de fall där detta är befogat. I MM-ARG finns erfarna obstetrikare, narkosläkare samt barnmorskor. Vid granskningen tar vi ofta hjälp av specialister från angränsande specialiteter.

Ett komplicerat fall med misstänkt trombotisk trombocytopen purpura:

Frisk normalviktig förstföderska med normal graviditet som hade en spontan förlossningsstart i vecka 39+5. Under förlossningen hade hon ett svårt illamående och frekventa kräkningar. Förlossningen avslutades med sugklocka på grund av värksvaghet och uttröttad mor. Efter förlossningen hade hon normala kontroller (O-NEWS 0p). Hon var dock mycket trött, yr och illamående. Hon hade en normal blödning och fortsatt normala kontroller på eftervården. Hon gick hem från eftervården tre dagar post partum. Kvällen dag fyra efter förlossningen ringde kvinnan till förlossningen på grund av yrsel och kräkningar. Symptomen tolkades som magsjuka och hon fick råd om vätskeersättning. Ett par timmar senare larmade maken ambulans då kvinnan hade svimmat. På akutmottagningen var hon blek, kallsvettig och medvetandesänkt (RLS 2-3), andningsfrekvens 40, blodtryck 179/115, puls 109, saturation

77% och temp 38°. Kapillärt Hb var 51 och blodtransfusion påbörjades. Labprover visade uttalad trombocytopeni (15), förhöjt kreatinin (107), transaminaser ALT (1,5) och bilirubin (53). Hjärteko utföll normalt. Beslut om dator-tomografi av buken fattades men på väg till röntgen försämrades kvinnan, fick hjärtstillestånd, intuberades och fördes åter till akutrummet. Hon fick Actilyse® på vitalindikation och förbättrades. Inom ett par timmar fick hon ett nytt hjärtstillestånd och avled trots HLR. Obduktionen visade akut hjärtinfarkt, övriga organ normala. Den mest sannolika dödsorsaken bedöms vara trombotisk trombocytopen purpura (TTP) med hjärtinfarkt som följd av detta.

TTP orsakas av en brist på enzymet ADAMTS 13 vilket klyver komplexen av von Willebrands faktor. Bristen på ADAMTS 13 leder till mikrotromboser med en stor konsumtion av trombocyter vilket leder till uttalad trombocytopeni samt hemolys. Cirkulationen påverkas av mikrotromboser och neurologiska symptom är vanliga vid TTP. Bristen på ADAMTS 13 beror på en genetisk defekt eller på antikroppar mot ADAMTS 13. Graviditet är en känd utlösande faktor för TTP. TTP kan behandlas med plasmaferes.

Lärdomar: Det finns flera ovanliga men allvarliga graviditetskomplikationer som kan debutera med illamående, kräkningar och diarré t.ex. TTP, akut fett lever orsakad av graviditet (AFLP), sepsis, preklampsi och HELLP. Därför är det viktigt att kvinnor som ringer med diarré och eller kräkningar tas på stort allvar och inte bortförklaras som magsjuka även om vissa som ringer självklart har en helt vanlig magsjuka. Denna kvinna var mycket svårt sjuk och medvetandesänkt när hon kom till akuten. I en så svår och akut situation är ett multidisciplinärt omhändertagande med sikte på att upprätthålla vitala funktioner första fokus, vilket var precis det som gjordes i detta fall. Vår

bedömning är att utgången inte hade förändrats oavsett om korrekt diagnos hade kunnat ställas eller inte. Dock är det viktigt att prover och undersökningar utförs för att ge oss bästa möjlighet till en så korrekt diagnos som möjligt även om det i detta fall hade blivit i efterhand. Det kan, som i detta fall, vara mer utförliga labprover, men det kan även vara tex obduktion eller genetiska analyser. Dels är det viktigt för anhöriga att förstå vad som hänt, dels kan vissa tillstånd ha en ärftlig komponent samt att det är viktigt för professionen med fortsatt lärande och förståelse av ovanliga förlopp.

Ett fall med komplicerande sjukdomar samt graviditet

Detta var en omföderska med granulomatös polyangit som orsakat upprepade luftvägsinfektioner och subglottisstenos. Hon hade även IgA-brist med ytterligare ökad risk för övre luftvägsinfektioner. Hon hade BMI 35 och insjuknade i vecka 19 med förkylningssymtom och Covid-19 konstaterades. Dag 9 efter insjuknandet hade hon uttalad dyspné, feber, hosta och syrgasbehov och lades in på infektionsavdelning. Hon förbättrades initialt men omkring dag 15 efter insjuknandet försämrades tillståndet med uttalad dyspné, desaturering och hemoptyx, O-NEWS 6-8 p vid upprepade tillfällen. Hon hade ett stigande syrgasbehov och dag 18 hade hon stigande CRP och viremi konstaterades. Dag 19 hade hon respiratorisk svikt och behandlades med konvalescentserum på grund av IgA-brist. Hon intuberades dag 20 och erhöll en tracheostomi då subglottisstenosen omöjliggjorde optimal intubering. Initialt förbättrades tillståndet men hon drabbades dag 22 av plötsligt andningsstopp, troligtvis beroende på tubdislokation. Hon fick hjärtstillestånd och trots HLR gick hennes liv inte att rädda. Obduktionen visade lungparenkym omvandlat till en solid, luftfri, konsoliderad massa i samtliga lobber som vid grav Covid-19-ARDS.

Lärdomar: Fallet speglar en högriskpatient med svår covid-19 som trots gott multidisciplinärt omhändertagande avled. MM-ARG vill påminna om vikten av prekonceptionell rådgivning för kvinnor med allvarliga underliggande sjukdomar. Särskilt kan framhållas att subglottisstenos under graviditet är ett allvarligt tillstånd med ökad risk för försämring och svårigheter i samband med behov av intubation

Två fall med brusten extrauterin graviditet:

1. Förstföderska med BMI 32 som sökte för låga buksmärter i vecka 9+3, tre dagar efter symptomdebut. Vid undersökning var hon opåverkad och buken palperades mjuk och oöm. Ingen hinnsäck sågs med vaginalt ultraljud, inte heller fri vätska noterades i buken och missfall misstänktes, S-HCG var 1989 IU/L. Inom ett dygn larmade sambon ambulans då han hittat kvinnan livlös hemma. HLR startades med LUCAS, utan effekt. Rättsmedicinsk obduktion visade brusten extrauterin graviditet.

2. Utlandsfödd flerföderska med BMI 37 som i graviditetsvecka 13+3 fick plötslig buksmärta. Hon hämtades med ambulans och fick hjärtstopp i ambulansen, HLR med LUCAS startades. Hb var 69, och intraabdominell blödning konstaterades. Omedelbar operation inleddes men då hade kvinnan redan haft hjärtstillstånd i 25 minuter och hennes liv gick inte att rädda.

Lärdomar: Det är inte troligt att annan handläggning hade kunnat rädda någon av dessa kvinnor. Dock påminner fallen om att extrauterin graviditet är ett potentiellt livshotande tillstånd. Om graviditetens lokalisering inte går att fastställa måste extrauterin graviditet misstänkas tills motsatsen är bevisad. Vid misstanke om extrauterin graviditet krävs noggrann patientinformation och uppföljning om kvinnan ska följas polikliniskt.

Två fall med lungemboli och ett fall med misstanke om lungemboli:

1. Förstföderska med stabil Mb Crohn som blev vaginalförlöst i v 35. Vid efter-

kontroll förskrevs Mirena. Tre månader post partum hittades hon död i sängen av sin make. I polisrapporten framkom att hon skulle ha börjat med p-piller men någon anteckning kring detta finns inte i journalen. Obduktionen visade lungemboli.

2. Normalviktig förstföderska som var född utomlands och var gravid efter IVF. I graviditetsvecka 15 hittades hon livlös i hemmet. HLR startades och ambulans anlände snabbt. HLR fortsatte med LUCAS. Vid ankomst till akuten hade HLR pågått i 40 minuter och kvinnans pupiller var ljusstela, pH 6,4 och laktat 24. Actilyse® gavs på vitalindikation med misstanke om lungemboli. HLR avslutades efter totalt 1 h och 20 min. Rättsmedicinsk obduktion visade lungembolier.

3. Omföderska med BMI 40 och graviditetsinducerad hypertoni som var gravid med tvillingar. Hon var planerad för elektivt sectio på grund av sätesändläge. Sectio utfördes utan komplikationer. Hon flyttades till förlossningen för postoperativ vård. Ca 30 min efter operationen fick hon hjärtstillstånd. HLR startades och hon fördes till intensivvårdsavdelning. Actilyse® gavs på vitalindikation med misstanke om lungemboli. Därefter utfördes en reoperation med laparotomi på grund av blödning. Utbredda syrebristskador i hjärnan konstaterades och hon avled fem dagar post partum. Hon obducerades inte.

Lärdomar: Obduktion efter mödradödsfall är mycket viktigt för att öka chansen till rätt diagnos. I samband med obduktion kan det finnas indikation för genetiska analyser som kan vara av stort värde för kvinnans barn och andra släktingar. I tre fall har Actilyse® givits på vitalindikation vid misstanke om lungemboli. I dessa situationer kan Actilyse® vara livräddande och bör sannolikt ges trots blödningsrisken. Riskfaktorer under graviditeten bör beaktas vid val av vårdnivå. Bedömning av anestesilog inför förlossning hos kvinnor med komplicerande tillstånd bör övervägas.

Tre fall med hjärtstopp i hemmet:

1. Frisk omföderska med BMI 29 som hade en normal graviditet fram till vecka 31. Hennes mor dog i hjärtinfarkt vid 55 års ålder. Graviditetsvecka 31+1 hittade maken henne livlös. Maken startade HLR som fortsatte med LUCAS under transporten. Anestesilog, obstetriker och neonatolog var på plats inför ankomst till akuten. Omedelbart perimortemsectio utfördes på akuten, barnet var livlöst och gick inte att rädda. Med ultraljud sågs inga tydliga hjärtkontraktioner. Initialt fanns misstanke om massiv lungemboli, men vid transesofagalt EKO sågs en normal höger kammare, utan dilatation eller belastning. Det fanns tecken på hypertrof vänster kammare. Obduktionen visade ett lätt förstorat hjärta med antydd vänsterkammahypertrofi, 22 mm, samt tecken på akut hjärtinfarkt. Ingen atheroskleros eller intimahyperplasi hittades. Genetisk analys utfördes och utföll normal i förhållande till kardiomyopati.

2. Förstföderska med kronisk hypertoni och BMI 33 behandlades med Apresolin® för blodtrycket. Från vecka 23 fick hon tillägg av Trandate® och blodtrycket var välreglerat (BT 120-130/85-95). Hon behandlades med Tromblyl® 150 mg från vecka 14. Det fanns en god planering för graviditeten som även inkluderade psykiatri och barnkliniken. I vecka 29 konstaterades gestationsdiabetes. I vecka 32+6 ringde hon 1177 och uppgav lättare förkylningssymptom. Hon bedömdes på sin ordinarie mödravårdscentral ett par timmar senare och mätte då bättre. Blodtrycket och urinstickan var normala. Under natten ringde hon åter 1177 med andningsbesvär, tryck över bröstet och ont vid djupandning ut mot ryggen. Kvinnan rekommenderades att åka till akutmottagningen, men valde att inte göra det. Förmiddagen därefter hittades hon livlös i hemmet. Ambulans med narkosläkare anlände snabbt. HLR startades och hon intubades i hemmet. Under hela tiden med HLR hade hon asystoli. HLR avslutades efter 55 min. Obstetriker, narkosläkare och medicinläkare

var på plats när hon anlände till akuten. Det bedömdes inte vara indicerat med perimortemsectio då HLR pågått länge utan effekt. Rättsmedicinsk obduktion visade dissekerande aortaaneurysm med hjärttamponad och diskretare dissektion till strax nedom renalisartärvågarna. Den genetiska profilen var normal.

3. Förstföderska med tidigare gastric bypass och galloperation som hade en normal graviditet fram till vecka 13. Hon klagade över migrän och sambon fann henne senare samma dag livlös i hemmet. SMS-livräddare som var först på plats startade HLR. Patienten dödförklarades strax efter ankomst till akutmottagningen. Obduktion visade en cysta i septum pellucidum som orsakade en avstängning av foramen interventriculare med vätskeansamling i laterala ventrikulerna och hjärnödemed. Den terminala dödsorsaken bedömdes vara akut hjärnkompression som följd av hjärncysta som bedömdes som kronisk.

Lärdomar: Erfarenhetsmässigt är prognosen dålig för gravida med hjärtstopp i hemmet. Samtliga tre ovanstående fall hade varit svåra för vården att förhindra. MM-ARG vill ändå påminna om att varje kvinnoklinik bör ha en plan för liknande scenario inklusive rutiner för perimortemsnitt.

Två suicid samt en olycka:

1. Omföderska med BMI 20 som efter de tidigare förlossningarna hade haft svåra sömnbesvär. Denna graviditet besvärades hon av hyperemesis, bäckensmärtor och huggande ryggsmärta och var helt sjukskriven från graviditetsvecka 18. Hon hade en svår oro, ett flertal fysis-

ka symptom, katastroftankar och sömnproblem under graviditeten. Hon träffade flera barnmorskor och erbjöds vid flera tillfällen kontakt med Auroramottagningen och psykolog men avbokade vid flera tillfällen planerade besök. Förlossningen var normal och hon hade en planerad kontakt med psykolog post partum. Hon uppgav att hon mådde bättre vid hembesök av BVC dagen innan dödsfallet. Två veckor post partum kastade sig kvinnan framför en lastbil.

2. Förstföderska med normal förlossning som två månader efter förlossningen remitterades till primärvården med misstanke om depression. Patienten avbokade erbjudna tider vid flera tillfällen. Hon tog senare kontakt med vårdcentralen för att hon mådde sämre och behövde förnyat recept. Hon lades in akut på psykiatrisk avdelning med uttalad depression som bedömdes som postpartumdepression med hög suicidrisk. Elbehandling (ECT) inleddes och hade god effekt. Hon skrevs ut till öppenvårdspsykiatri. Vid uppföljande samtal bedömdes hon må bättre. Knappt en vecka efter läkarbesök vid ÖV-psykiatri, där kontakten avslutades pga förbättring, begick kvinnan självmord.

3. Omföderska med normala kontroller på mödravårdscentralen inklusive Audit Op som fem månader post partum avled i en bilolycka. Rättskemisk analys visade hög alkoholhalt i lärblodet. Kvinnan bedömdes ha haft ett dolt alkoholmissbruk.

Lärdomar: Det är välkänt att psykisk ohälsa inklusive missbruksproblematik ökar risken för mödramortalitet.

Generellt är det viktigt med såväl screening, fungerande vårdkedjor som individuella vårdplaner för denna sårbara grupp.

Sammanfattning:

Under 2020 var det fler kvinnor än tidigare år som dog i anslutning till graviditet och förlossning men det var färre situationer än vanligt som bedömdes som potentiellt undvikbara. Av de fall som MM-arg presenterar var tre sena mödradödsfall och ett fall var koincidentalt och de ingår därför inte i de jämförelser som utförs med övriga nordiska länder. Två gravida med Covid-19 har avlidit år 2020 varav det ena fallet rapporterades till MM-ARG. Sex av kvinnorna hittades livlösa i hemmet samt en kvinna som fick hjärtstillestånd på väg in till sjukhuset. En av kvinnorna hade en mycket komplicerad grundsjukdom där stora insatser gjordes för att lösa svåra medicinska situationer. Två kvinnor begick suicid och en dog i en bilolycka. Hälften av kvinnorna som dog hade ett BMI >30 och hälften dog post partum. Ingen kvinna dog på grund av preeklampsi. I tre fall har Actilyse® givits på vitalindikation i enlighet med rekommendation, vilket kan vara livräddande i likande situationer. MM-ARG tackar alla verksamheter som bidragit genom att rapportera fall under 2020, och vi vill samtidigt uppmana till fortsatt rapportering av alla kända mödradödsfall.

MM-ARG via *Hanna Åmark* Obstetriker Södersjukhuset

Snälla!

Infoga inte bilder och logor i worddokument eller spara som pdf. Kvaliteten försämras och det orsakar en del jobb att konvertera dem tillbaka till bildfiler.

MVH

Monika Frisell, layout

Varför får kvinnor i Sverige cervixcancer?

Audit av cervixcancer i relation till screeningprogrammet

Introduktion med fall-presentation

1. Kvinna 39 år, 0-para. Screeningprov tas på MVC i tidig graviditet, aldrig tidigare deltagit i screening. I graviditetsvecka 17 konstateras cervixcancer FIGO-stadium 1B1. Genomgår konisering samt lymfkörtelutrymning under graviditeten. Får tre cytostatikakurer under graviditeten. Förlöst i graviditetsvecka 34 med sectio och samtidig radikal hysterektomi.

2. Kvinna 51 år. Deltagit i screening med normala cytologisvar. Söker med symtom på blödning två år efter senaste screeningprov. Kolposkopi med biopsi visar cervixcancer FIGO-stadium IB1. Genomgår Wertheim-operation.

3. Kvinna 35 år, 1-para. Deltagit i screening med normala cytologiprover. Screeningprov visar high grade intraepithelial neoplasia (HSIL). PAD från konisering visar HSIL, icke radikal men inget invasivt. Uppföljande kolposkopi 6 månader senare visar fortsatt HSIL. Rekonisering visar HSIL samt liten mikroinvasiv cervixcancer FIGO-stadium 1A. Radikalexsciderad och färdigbehandlad.

4. Kvinna 45 år. Deltagit i screening med normala cytologisvar. Screeningprov visar HPV-positivitet och low grade intraepithelial neoplasia (LSIL). Kolposkopi med biopsi 12 månader senare visar adenocarcinom FIGO-stadium IA2. Genomgår Wertheim-operation.

5. Kvinna 80 år. Koniserad pga HSIL vid 50 års ålder. Inget cellprov taget efter 62 års ålder. Söker för postmenopausal blödning. Kolposkopi med biopsi visar cervixcancer FIGO-stadium IIIB. Genomgår radiokemoterapi.

Hanna Sahlgren, Överläkare Obstetrik och Gynekologi, Falu Lasarett
Miriam Elfström, PhD, Ordförande Nationella Arbetsgruppen för cervixcancerprevention (NaCx), verksamhetsutvecklare Regionalt Cancercentrum (RCC) Stockholm-Gotland

Cecilia Kärrberg, MD, PhD, Sekreterare C-ARG, Överläkare Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Regional processledare särskild gynekologi Västra Sjukvårdsregionen

Kristina Elfgrén, MD, PhD, ordförande C-ARG, Överläkare Karolinska Universitetssjukhuset, Ordförande Vårdprogramgruppen RCC Stockholm-Gotland

Jiangrong Wang, PhD, Postdoc forskare Institutionen för laboratoriemedicin, Karolinska Institutet, Projektledare Labmed Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge

Jiayao Lei, PhD, Postdoc forskare Institutionen för laboratoriemedicin, Karolinska Institutet, Projektledare Labmed Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge

Pär Sparén, Professor Institutionen för medicinsk epidemiologi och biostatistik (MEB), Karolinska Institutet

Bengt Andrae, Överläkare Obstetrik och gynekologi Gävle Sjukhus

Bakgrund

Cervixscreening är en storskalig rutinmässig verksamhet där vi kan lära oss mycket genom att undersöka brister i vårdkedjan – varför utvecklar kvinnor invasiv cervixcancer trots att de ska omfattas av screeningprogrammet (1)?

Genomgång av cervixcancerfall så kallade Audits rekommenderas i de europeiska riktlinjerna för cervixcancerprevention från 2008 som en del av det systematiska kvalitetsäkringsarbetet inom cervixscreening (1-3). Vi kan följa incidensutvecklingen över tid och jämföra screeninghistoriken hos kvinnor som utvecklat en cancer med åldersmatchade kvinnor ur befolkningen som inte utvecklat cancer

I Sverige har regionala audits av screeningprocessen utförts som årliga fallserier

bl a i Västsverige (4). De kan ge en bild av hur vanliga olika typer av brister i vårdkedjan är och huruvida man har följt rekommendationerna. Utöver regionala Audits har Nationellt Kvalitetsregistret för Cervixcancerprevention (NKCx) (5) sedan många år genomfört och publicerat nationella fall-kontroll audits av screeningens effekt på risken för cervixcancer (6-8).

Nationella Audits ger en bild av riskerna vid olika brister i vårdkedjan. Eftersom cervixcancer tack vare förebyggande screening är en relativt ovanlig sjukdom kräver detaljerade analyser att data för flera år läggs samman. Sammantaget ger detta ett underlag att bedöma om något behöver förbättras i tillämpningen av vårdkedjan regionalt eller om bristerna kan åtgärdas genom ändringar av gällande nationella vårdprogram (9).

Så här går Audit till

Auditen behöver standardiseras för att möjliggöra jämförelser över tid och mellan regioner. Så långt möjligt använder NKCx kvalitetsregisterdata från vården och enkla definitioner. Cancerfallen identifieras från Gyncancerregistret (SQRCG) som innehåller detaljerade och bearbetade kliniska data från Incarapportering (10).

All historik i form av kallelser, cytologi-, PAD- och HPV-svar från samtliga laboratorier i Sverige sedan 1990-talet finns i NKCx databas och kan kopplas till fallen.

Den sjukvårdregionala processledaren och/eller dysplasiansvariga läkare i regionerna ges tillstånd att kontrollera uppgifterna i patientjournalerna, för att komplettera och kommentera uppgifterna. NKCx föreslår en huvudförklaring till varför screeningprogrammet ej kunnat förebygga cervixcancerfallen. Efter diskussion med den dysplasiansvariga läkaren kan huvudförklaringen revideras, och den dysplasiansvariga kan även kommenterar eventuella avvikelser från rutiner i screeningorganisationen. All dataöverföring från och till NKCx sker med kryptering.

NKCx gör en nationell sammanställning, som också stratifieras per region. Fallen matchas mot kontroller ur befolkningen som på samma sätt kopplats till

screeninghistorik ur NKCx databas, och fall-kontrollanalyser kan sedan göras enligt en standardiserad mall.

Resultaten publiceras och kommenteras i NKCx årsrapport. Evidensbaserade förslag till förbättringar genererade från Audits kan sedan läggas fram för den Nationella Arbetsgruppen för Cervixcancerprevention (NaCx) som kan ändra och revidera gällande nationella vårdprogram.

Vad hittade vi i 2018-2019 års Audit

Under 2018 konstaterades 557 cervixcancerfall och 2019 var det 542 fall, vilket är något lägre än 2014-2017, men fortfarande högre än tidigare år. Deskriptiv statistik finns redan nu tillgänglig för 2018-2019 års fall och fall-kontrollanalyserna är under arbete. Ofullständigt deltagande i screening, falskt negativa provsvar, brister i klinisk handläggning inklusive långa svarstider från laboratoriet, samt kvinnor över screeningålder som inte lämnat normala provsvar under de sista screeningintervallen är de grupper som sticker ut mest avseende brister i vårdkedjan.

Ofullständigt deltagande är fortfarande den allvarligaste riskfaktorn för cervixcancer, men andelen fall som inte deltagit senaste screeningintervallet har minskat från 64% år 2000 ned till 48% 2019 (Fall 1).

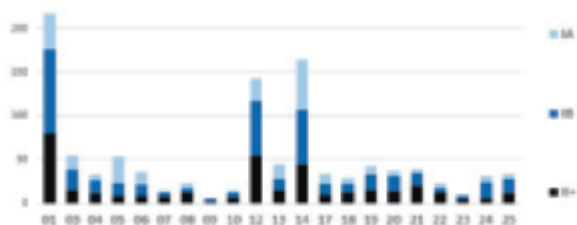
Falskt negativa screeningprover gäller framförallt cytologiprover (Fall 2) Andelen cervixcancer som inte förebyggts med cytologiprover ses i 23% av fallen. Däremot ses falskt negativt HPV screeningprov i färre än 1% av cancerfallen, men ett negativt HPV kan inte utesluta en prevalent cancer vid symtom.

Brister i handläggningen av avvikan- de screeningprov; utredning med kolposkopi och biopsi (ska ske inom tre månader från avvikan- de screeningprov som visar HSIL) och behandling med konisering (ska ske inom två månader efter avvikan- de histopatologiskt svar på biopsi som visar HSIL), står för nästan 26% av alla cancerfall (Fall 3 och Fall 4).

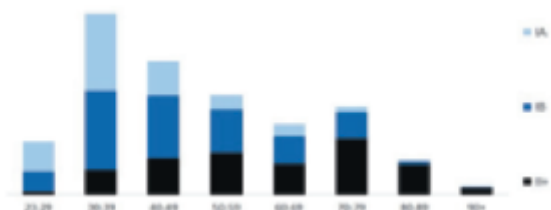
Kvinnor över 70. Nära 18% av all cervixcancer uppträder hos kvinnor över 70 år och de flesta är allvarliga fall. Kvinnor över 70 år som inte lämnat normala cytologiprover upp till över 60 års ålder (i linje med rekommendationerna från 2015), eller som tidigare haft dysplasi, har en hög risk (Fall 5). Den stora gruppen äldre som deltagit fullt ut i screeningen med upprepade normala prover har en bestående låg risk och de utgör 3% av all cervixcancer.

Nedan visas fyra exempel på resultat från 2018 och 2019 års Audit.

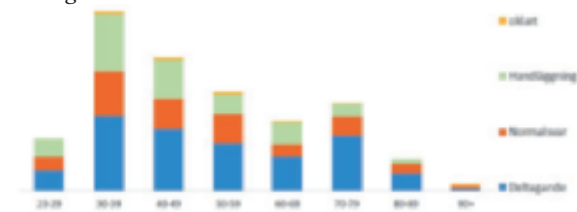
1. Antal cervixcancerfall per region 2018-2019 med FIGO-stadier.



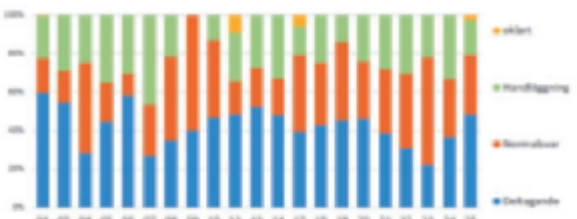
2. Antal fall per åldersgrupp 2018-2019 med FIGO-stadier.



3. Antal cervixcancerfall 2018-2019 i olika åldrar med huvudförklaring.



4. Fördelning av huvudförklaring till cervixcancer i regionerna.



Reflektion och framtida Audit-arbete

De återkommande analyserna av risken för cancer fungerar som underlag för att bedöma effekten av kommande vårdprogram med avseende på bland annat höjd övre åldersgräns, HPV-analyser, självprovtagning och vaccinerade födelsekohorter.

Med hjälp av Audit-data har man kunnat visa att screeningupptäckt cancer i synnerhet, och intervallcancer (cancer som upptäcks mellan regelbundna screeningintervall, inom 3-5 år efter ett normalt prov) i allmänhet, medför avsevärt bättre möjlighet till bot och fertilitetsbevarande kirurgi jämfört med symptomupptäckt cancer hos icke-deltagare (6). Med Audits har man också kunnat studera nya frågeställningar, exempelvis handläggning av körtelcellsatypier (11) och screeningeffekt vid ovanliga histologiska cancertyper (12). Incidensökningen av cervixcancer 2014-2017 bland kvinnor under 50 år föranledde en analys där man kunde identifiera problem vid vissa laboratorier (13). Med resultat från Audits har man kunnat stratifiera risken för cancer hos äldre kvinnor med olika historik (14) och titta på risken med fördröjd handläggning av screeningfynd (15). På samma sätt kommer HPV-vaccinerade kohorter som har nått screeningålder att kunna studeras vidare med hjälp av Audit-data, men ännu kan vi inte se någon påtaglig incidensminskning i de yngsta screeningåldrarna.

Reviderade Audit-formulär för 2020 års cervixcancerfall skickas ut under november-december 2021. De dysplasi-ansvariga läkarna har gjort ett ovärderligt arbete med att granska journaler för 2018 och 2019 års Audits, och förhoppningen är att arbetet kan fortsätta på ett likartat sätt framöver. Användningen av både registerdata och journalgranskning ger en unik bild över hela vårdkedjan kring cervixcancerprevention och är ett mycket bra redskap för att identifiera brister och förbättra kvaliteten samt i slutändan minska lidande och död i cervixcancer.

Referenser

1. Cucick J Routine audit of large -scale cervical cancer programs. Editorial JNCI; 2008 May 7; 100 (9):604-6. In: <http://jnci.oxfordjournals.org/content/100/9/605.full> [Access 20-07-2008]
2. Arbyn M, Anttila A, Jordan J, et al, IARC. European guidelines for quality assurance in cervical Cancer screening. 2nd ed Belgium: Office for Official Publications of the European Communities, 2008.
3. Vaccarella S, Franceschi S, Engholm G, Lönnberg S, Khan S, Bray F. 50 years of screening in the Nordic countries: quantifying the effects on cervical cancer incidence. Br J Cancer. 2014 Aug 26;111(5):965-9. doi: 10.1038/bjc.2014.362. Epub 2014 Jul 3. PMID: 24992581; PMCID: PMC4150271.
4. Cytburken årsrapport. Cytburken Kvalitetsregister - RCC (cancercentrum.se)
5. Nationella kvalitetsregistret för cervixcancerprevention (NKCx) årsrapport. NKCx.
6. Andrae B, Andersson TM, Lambert PC, Kemetli L, Silfverdal L, Strander B, Ryd W, Dillner J, Törnberg S, Sparén P. Screening and cervical cancer cure: population based cohort study. BMJ. 2012 Mar 1;344:e900. doi: 10.1136/bmj.e900. PMID: 22381677; PMCID: PMC3291751.
7. Wang J, Elfström KM, Andrae B, Nordqvist Kleppe S, Ploner A, Lei J, Dillner J, Sundström K, Sparén P. Cervical cancer case-control audit: Results from routine evaluation of a nationwide cervical screening program. Int J Cancer. 2020 Mar 1;146(5):1230-1240. doi: 10.1002/ijc.32416. Epub 2019 Jun 3. PMID: 31107987; PMCID: PMC7003887.
8. Andrae B, Kemetli L, Sparén P, Silfverdal L, Strander B, Ryd W, Dillner J, Törnberg S. Screening-preventable cervical cancer risks: evidence from a nationwide audit in Sweden. J Natl Cancer Inst. 2008 May 7;100(9):622-9. doi: 10.1093/jnci/djn099. Epub 2008 Apr 29. PMID: 18445828.
9. Nationella vårdprogrammet för cervixcancerprevention. Nationellt vårdprogram cervixcancerprevention - RCC Kunskapsbanken (cancercentrum.se)
10. Gyncancerregistret årsrapport. sqrqc_arsrapport_2019.pdf (cancercentrum.se)
11. Wang J, Andrae B, Sundström K, Ström P, Ploner A, Elfström KM, Arnheim-Dahlström L, Dillner J, Sparén P. Risk of invasive cervical cancer after atypical glandular cells in cervical screening: nationwide cohort study. BMJ. 2016 Feb 11;352:i276. doi: 10.1136/bmj.i276. PMID: 26869597; PMCID: PMC4772788.
12. Lei J, Andrae B, Ploner A, Lagheden C, Eklund C, Nordqvist Kleppe S, Wang J, Fang F, Dillner J, Elfström KM, Sparén P. Cervical screening and risk of adenocarcinoma and rare histological types of invasive cervical carcinoma: population based nested case-control study. BMJ. 2019 Apr 3;365:l1207. doi: 10.1136/bmj.l1207. PMID: 30944091; PMCID: PMC6446178.
13. Edvardsson H, Wang J, Andrae B, Sparén P, Strander B, Dillner J. Nationwide Rereview of Normal Cervical Cytologies before High-Grade Cervical Lesions or before Invasive Cervical Cancer. Acta Cytol. 2021;65(5):377-384. doi: 10.1159/000515912. Epub 2021 Jun 2. PMID: 34077926; PMCID: PMC8491487.
14. Wang J, Andrae B, Sundström K, Ploner A, Ström P, Elfström KM, Dillner J, Sparén P. Effectiveness of cervical screening after age 60 years according to screening history: Nationwide cohort study in Sweden. PLoS Med. 2017 Oct 24;14(10):e1002414. doi: 10.1371/journal.pmed.1002414. PMID: 29065127; PMCID: PMC5655486.
15. Wang J, Andrae B, Strander B, Sparén P, Dillner J. Increase of cervical cancer incidence in Sweden in relation to screening history: population cohort study. Acta Oncol. 2020 Aug;59(8):988-993. doi: 10.1080/0284186X.2020.1764095. Epub 2020 May 18. PMID: 32421420.



OGUs ordförande informerar

Bästa kollegor!

När jag började i OGUs styrelse för drygt tre år sedan fördes diskussioner kring vetenskaplig examination på ST-tentan och ST-arbetets vara eller icke vara i detta sammanhang. Vi vet sedan länge att det skiljer sig enormt vilka förutsättningar som finns för att genomföra ett arbete med hög kvalitet. På vissa arbetsplatser blir man uppsökt av en aktiv forskare som mer eller mindre har ett färdigt ST-projekt laddat och klart att sätta igång och får tillgång till bra handledning under arbetets gång. På andra ställen... är det inte så. Det har visat sig vara en inte helt enkel situation att lösa och trots höga ambitioner och försök till tydlig information och tips kvarstår att många har svårt att få tillgång på bra handledning under sitt ST-arbete. Slutligen har diskussionerna landat i att vi framöver kommer få se en annan examination av vetenskapligt förhållningssätt på ST-tentan, exakta formen för detta är under bearbetning av SFOGs utbildningsnämnd. Dock kvarstår såklart ambitionen att alla ST-läkare ska få en god vetenskaplig utbildning. OGU vill gärna hjälpa sina medlemmar att förbättra sina vetenskapliga kompetenser och därur föddes idén om att skapa en digital journal club. Så våren 2022 lanseras "OGU journal club". Tanken är att vi under en timme, fyra gånger per år får höra forskande ST-läkare till erfarna professorer kortfattat presentera en i förväg utvald artikel på zoom. Tillsammans med alla deltagare kommer vi därefter att diskutera artikeln utifrån en granskningsmall. Inför första tillfället kommer det erbjudas en timmes "crash

course" i artikelgranskning. Datumen som gäller i vår är 27/1 (crash course), 3/2, 10/5, tiden är kl 13-14. Så se gärna till att redan nu få dessa tider avsatta i schemat för att delta!

Något annat som ni också kan passa på att planera in i schemat är OGU-dagarna 2022. De äger rum 25-26 april och anmälan är nu öppen. Jag hoppas att många av er får möjlighet att resa till Gotland för att få ta del av programmet om tonårsgynekologi samt få chans att umgås med andra ST-kollegor. Se blänkaren i detta nummer för mer info och gå in på ogudagarna.se.

Visste ni att det tydligt utan problem går att fylla ett program på tre dagar med föreläsningar om kirurgisk träning? Tidigare i år hölls en kongress om kirurgisk träning arrangerad av Surgicon, ett internationellt nätverk som arbetar för förbättrad, evidensbaserad och standardiserad kirurgi och OGU-styrelsen lyssnade till delar av programmet. Vi är alla väl medvetna om att det pågår forskning om till exempel förlossningsskador och

äggstockscancer men det är inte lika självklart att se på kirurgisk träning som ett forskningsområde, med evidens för vilka lärmeter som är effektiva och vilka som inte är det. Till exempel finns andra kvalitetsindikatorer förutom operationsvolymer där relation handledare – adept, återkommande och strukturerad feedback och personlig skräddarsydd träning är några exempel. Jag som brukar roa mig med att fundera kring "Undrar om hur detta kommer se om 10 år?" fascinerades av en föreläsning om "telementoring" (som innefattar live feedback på distans och undervisning i virtuella klassrum) och vilka möjligheter som öppnas upp med tekniska framsteg. Hoppas ni också finner lite inspiration i referatet till kongressen som finns i detta nummer.

Tills vi hörs nästa gång!

Matilda Wadell
Ordförande OGU

OGU enkäten

Skickas ut med e-post till alla ST-läkare
och nyblivna specialister i januari
2022.

Håll utkik! /OGU-styrelsen



OGU journal club

I början av nästa år startar OGU en digital journal club. Fyra gånger per år kommer vi få höra forskande ST-läkare till erfarna professorer kortfattat presentera en i förväg utvald artikel på ZOOM. Tillsammans med alla deltagare kommer vi därefter att diskutera artikeln utifrån en granskningsmall. Vid det första tillfället kommer det att erbjudas en timmes "crash course" där granskningsmallens begrepp föredras.

Vår förhoppning är att alla deltagare skall känna sig inspirerade samt få möjlighet att öva på att granska och tolka forskningsartiklar i en varm och tillåtande stämning där det inte finns några dåliga frågor eller kommentarer. Vi hoppas också att detta ska kunna fungera som en mötesplats för ST-läkare (och andra intresserade), på alla landets gyn/obs-kliniker oavsett storlek och egen forsknings-

erfarenhet, och forskare, där tycke kan uppstå och nya forskningsprojekt inledas!

Så, håll utkik på Ogu.se, Instagram, Facebook, i SFOGs nyhetsbrev samt i Kvinnoläkaren för mer information om datum, artiklar och forskare som kommer att delta samt boka in följande datum för våren 2022:

-27/1 kl 13-14 (crash course)

-3/2 kl 13-14

-10/5 kl 13-14

Vi ses!

/OGU:s styrelse



KIRURGISK TRÄNING:

Referat Surgicon Conference

5-7 maj 2021

"The Surgicon Project" är ett internationellt nätverk som startades 2010 med syftet att hitta vetenskapligt underbyggda metoder för kirurgisk träning och att jobba för en likartad struktur för sådan träning. Deras mål är att minska undvikbara kirurgiska komplikationer och att få en bättre och mer likartad kvalitet på den kirurgiska verksamheten världen över. Den 5-7 maj hölls en digital konferens som vi i OGU-styrelsen tog del av för vidare inspiration till vårt projekt "Ge kniven vidare", som syftar till att förbättra vår kirurgiska träning under ST. Vi vill här dela med oss av några guldkorn från konferensen.

Scientifically based surgical training – Part 1: State of the art

Development and future directions - Richard Satava.

I denna inledande föreläsning konstaterades att vi står inför ett paradigmskifte inom kirurgisk träning, där vi går från "tyckande utefter observationer" till mätbar data. Evidensbaserad medicin kräver evidensbaserad utbildning!

The PBP method (Proficiency Based Progression) - Anthony Gallagher.

PBP handlar om att man definierar ett riktmärke för ST-läkaren och därefter sker stegvis inläring med löpande utvärderingar för att nå detta. Riktmärket utgörs av medelkompetensen hos experterna, alltså de som redan kan proceduren och ska motsvara "proficient" kompetens. Inläringen går sedan ut på att man måste kunna ett steg innan man får gå vidare till nästa nivå. Man lär ut hur man ska göra, men också fokus på vad man INTE ska göra.



Warning signs and selection of trainees - Kristine Hagelsteen.

Kristine är barnkirurg i Lund, som tillsammans med forskningskollegor gjort en intervjubaserad studie kring vad som utmärker de individer som seniora kirurger inte anser lämpliga att utföra kirurgi. Hon inledde sin föreläsning med att säga att alla kirurger vet vilka av sina kollegor de skulle låta operera ens anhöriga. Man identifierade elva olika problemområden, för att ge några exempel: obeslutsamhet, dålig självkänedom och överförtroende, avsaknad av bra kommunikation, oärlighet, oförmåga att ta kritik och följa instruktioner. Hon väckte också diskussionen kring hur man rekryterar framtida kirurger och menar att det finns en poäng i att ha ett system som redan i rekryteringsprocessen fångar upp och eliminerar individer som är olämpliga att utföra kirurgi. En bristfällig kirurg får effekt på flera andra: t.ex. patienten som ev. behöver reopereras, en annan patient som då inte får plats i operationsprogrammet, organisationen och arbetsklimatet för kollegorna som måste städa upp. Vi investerar mycket tid, energi och pengar i utbildningen av kirurger. Vi vet också att kirurgi står för merparten av avvikelser inom sjukvården och att 10-15% av alla patienter som genomgår elektiv kirurgi råkar ut för någon form av avvikande händelse. Det väcker en del frågor: Utbildas rätt personer? Hur rekryteras dem? Är urvalet av trainees en bristande länk i pati-

entsäkerheten? I studien såg man också hinder för att uppmärksamma och agera på olämpliga kandidater, t.ex. otillräcklig referenstagning och att man inte kommunicerade förväntningarna till traineen. Hagelsteen m.fl. genomför just nu en studie där alla som söker en kirurgisk specialitet i södra Sverige inkluderas. De testas i tekniska färdigheter, intervjuas enligt en speciell mall samt följs tills de blir specialister. Detta görs parallellt med och utan inverkan på den verkliga urvalsprocessen. Förhoppningsvis kan det ge mer information kring hur man bäst rekryterar rätt trainees till kirurgiska specialiteter.

Utilisation of telementoring - Justin Collins.

Vi fick en inblick i framtidens kirurgiska träning och vad sk "telementoring" kan ha för plats där. Telementoring innebär helt enkelt att din praktiska träning eller operation filmas och att du kan få feedback från en lärare eller senior expert som inte är närvarande i samma rum som du. Man presenterade en studie där man jämfört undervisning Face-to-face (FTF), Computer based learning (CBL) och Virtual Classroom training (VCT) för att lära sig sutur- och knytteteknik. Det visade sig att alla tre metoder förbättrade elevens färdighet men att CBL var lite sämre på det. FTF och VCT var jämförbara i effektivitet men VCT var mer kostnadseffektivt. Dessutom ett bra alternativ i pandemitider.

Scientifically based surgical training – Part 2: Instructional design and Interdisciplinary research

How to talk about surgical training - Jeff Bezemer.

Denna session innehöll föreläsningar med fokus på forskning som visar hur kirurgiska färdigheter bäst lärs ut, diskuteras och utvärderas. Bezemer är professor på UCL Institute of Education London och pratade om hur de ord som används när man lär ut kirurgi sällan är intuitiva (t.ex. "vävnadskänsla" och "flow"). Dessutom är ordförrådet bristande när det gäller feedback av kirurgiska färdigheter på ett konstruktivt sätt. Det resulterar ofta i att ingreppet sammanfattas, istället för att man ger konstruktiv återkoppling.

How to enhance a system of interrelated knowledge - Erno Lehtinen.

Här presenterades forskning kring utveckling av praktiska färdigheter till den högsta nivån. Han betonade att det inte enbart är erfarenhet som krävs (vilket ibland till och med kan vara kopplad till en försämring av ens kompetens). Medveten reflektion är nödvändigt för att gå framåt och inte stanna av i sin utveckling. Oskar Lindwall, professor på Göteborgs universitet, lyfte vikten av videoinspelning för både utläring och utvärdering av kirurgiska tekniker.

Subsession: Selecting surgery – or Not: Student's Questionnaire 2021 - Emelie Lindsköld Ikaneng.

Lindsköld Ikaneng var vid tidpunkten för kongressen i slutet av sin läkarutbildning i Göteborg. Hennes enkätstudie utforskade bl.a. hur 187 läkarstudenter (termin 8-11) resonerade kring val av framtida specialitet och vad som var push respektive pull faktorer för att välja en kirurgisk specialitet. 29% svarade att de önskade en kirurgisk specialitet. Viktiga pull-faktorer till kirurgin var att det sågs som ett praktiskt och utmanande arbete. Push-faktorer bort från kirurgin var bl.a. arbetsbelastningen samt arbetsklimat och attityder. Arbetsklimatet, som av studenterna ofta sågs som hierarkiskt och täv-

lingsinriktat, vill Lindsköld Ikaneng belysa att vi själva kan påverka! Studenter frågade sig hur de ska kunna veta om de vill bli kirurg om man inte får prova på det förrän under sin ST och det efterfrågades möjlighet att få assistera vid operationer under läkarutbildningen. Utökad kirurgisk träning under handledning (tex i operationssal) och undervisning om kirurgisk teknik i samband med anatomikurs var faktorer som skulle kunna påverka beslutet kring eventuell framtida karriär inom kirurgisk specialitet. Lindsköld Ikaneng avslutar med att uppmana oss att låta läkarstudenter bli mer aktiva, istället för observerande, vid operationer för att stimulera intresset för kirurgi. Vad skulle hända om vi såg alla läkarstudenter som potentiella kirurger?

Anatomy, surgery and clinical work - the constant need for life-long surgical training to preserve acquired skills - Lars Dahlin.

Lars Dahlin, professor vid Lunds Universitet i Handkirurgi samt associerad professor i anatomi, tar i denna föreläsning upp vikten av att kunna anatomin för att säkerställa rätt diagnos, för att kunna ge adekvat och rätt kirurgisk behandling. Anatomin är något varje kirurg måste kunna i detalj för att bli en bra operatör samt för att kunna identifiera vilka riskfyllda anatomiska moment varje åtgärd har. Dahlin förespråkar att ST-läkare under kirurgisk träning bör kunna anatomin noggrant, kunna förklara och identifiera anatomin både för sig själv och för andra. Den lärande bör även ha tränat på att simulera operationen och/eller övat på att dissikera fram vitala strukturer och åtgärda skador på kadaver innan man börjar operera på en levande patient. Att direkt få assistera och handledas av en mer erfaren kollega utan att förstå anatomin är inte långsiktigt hållbart och skapar inte en djupare förståelse för det kirurgiska moment man ska genomföra. Således bör kraven på att kunna förstå anatomin vara högre och kunskapen hos ST läkarna bör eftersträvas av samtliga operativa specialiteter.



Pernilla Dahm Kähler

Learning robotics in gynecologic oncology and uterus transplantation - Pernilla Dahm Kähler.

Vår kollega som leder teamet för gynecologisk cancerkirurgi och uterus transplantation på Sahlgrenska Universitetssjukhuset visade hur man tränar robotkirurgi med olika färdighetsövningar. Hon berättade också om det träningsprogram som "The society for European robotic gynecologic surgeons" har utarbetat, ibland med svårigheter att nå konsensus i vissa frågor. När uterustransplantationsprojektet i Göteborg skulle införa robotkirurgi definierade man nio kirurgiska steg under operationen och registrerade noggrant hur dessa steg utfördes. Slutligen redovisade Dahm Kähler hur den kirurgiska träningen i robot måste skilja sig åt för ingrepp som görs i stora volymer (tex operation vid endometrie-cancer) jämfört med dem som görs i små volymer (tex uterus transplantation).

Quantity by all means, but does it translate into Quality - Vishal Amlani.

Vishal Amlani är allmänkirurg och genomgår specialistutbildning inom kärlkirurgi på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Han är också styrelseledamot i stiftelsen Surgicon. Inledningsvis frågar sig Amlani om det bara är operationsvolym som leder till en duktig kirurg. Hans personliga uppfattning är att det krävs mer än så. Amlani hänvisar till en studie av Singh et al (1) där syftet var att identifiera indikatorer på kirurgisk träning av god kvalitet. I studien deltog ST-läkare (resident general surgeons) och specialister (attending general surgeons) i allmänkirurgi. Semistrukturerade intervjuer och enkäter användes som metod för datainsamling. "Case load", en bra blandning

och volym av operationer, identifierades som en viktig kvalitetsindikator, men flera andra faktorer bedömdes viktiga och Amlani valde att särskilt belysa tre av dessa:

- **Trainer – trainee interaction.** En god relation mellan handledare och adept gör att handledaren känner sig mer bekväm i att låta adepten operera. En god relation bidrar också till en tillåtande miljö där eleven kan ställa sina frågor och få de besvarade.
- **Feedback.** Återkommande och strukturerad återkoppling före, under och efter varje kirurgiskt ingrepp. Behöver endast ta några minuter. Författarens kommentar: OGU vill här passa på att göra reklam för Ge kniven vidare - en utarbetad checklista med syfte att förbättra lärandet under operationer.
- **Personalized training.** Bra med strukturerade inlärningsprogram men det behövs också en insikt om att alla lär sig olika och att den kirurgiska utbildningen bör anpassas efter elevens behov.

Amlani nämner också att Singh även publicerat en artikel om S-QAT (2), ett framtaget verktyg för att mäta kvalitet på kirurgisk träning. Studien var ett internationellt samarbete där anonyma röstningsrundor utfördes för att slutligen nå konsensus bland experter på området om vad som utgör indikatorer på kirurgisk träning av god kvalitet. För mer information om dessa två studiers resultat hänvisas till respektive artikel. Avslutningsvis berättar Amlani om sin egen erfarenhet av miljöombyte som positivt för den kirurgiska träningen. Han har erfarenhet av att ha arbetat på både ett litet sjukhus och på ett universitetssjukhus i Sverige, men även erfarenhet av arbete på sjukhus utomlands. Variationer i bland annat handledningsmetodik och operationsteknik blev viktiga lärdomar.

- (1) Singh P, Aggarwal R, Pucher PH, Duisberg AL, Arora S, Darzi A. Defining quality in surgical training: perceptions of the profession. *Am J Surg.* 2014 Apr;207(4): 628-36. doi: 10.1016/j.amjsurg.2013.07.044. Epub 2013 Nov 8.



Denis Mukwege

- (2) Singh P, Aggarwal R, Zevin B, Grantcharov T, Darzi A. A global Delphi consensus study on defining and measuring quality in surgical training. *J Am Coll Surg.* 2014 Sep;219(3):346-53.e7. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2014.03.051. Epub 2014 May 10.

Honary guest lecture No 2: "Formation à la réparation chirurgicale des fistules vesico vaginale et recto vaginale" - Denis Mukwege

Denis Mukwege, chefskirurg på Panzi-sjukhuset i Kongo, tilldelades 2018 Nobels fredspris för sitt arbete mot sexualiserat våld som vapen i krig och konflikter. Han är specialiserad inom gynekologi och har vikt sitt liv åt att åtgärda defektläkta förlossningsskador, framförallt kirurgisk åtgärd av vesico-vaginala samt rekto-vaginalafistlar. Dr Mukwege har tillsammans med sina kollegor utvecklat det modifierade förenklade Panzi-score systemet som utgår från Goh och Waaldijk klassificeringar, för att skatta fistlarnas svårighetsgrad. Enligt Mukwege krävs det adekvat kirurgisk teknik och kompetens för att åtgärda fistlarna på korrekt sätt för att inte förorsaka än mer komplikationer hos kvinnan som söker vård. För att uppnå den kirurgiska kompetensen har man på Panzisjukhuset utvecklat ett standardiserat utbildningsprogram med en tydlig gradering av kirurgernas nivå;

- *Junior (FIGO klassificering: Standard), 3 månader utbildning - Senior (FIGO klas-*

sificering: Avancé), 6 månader utbildning - Expert (FIGO klassificering: Expert) 9 månader utbildning

Utifrån den nivå kirurgen befinner sig på tilldelas sedan operationerna och svårighetsgraden av fisteln som ska åtgärdas, dvs en grad 0-1 fistel får en junior kirurg genomföra medan en grad 3 fistel tillfaller Experterna eller en Senior kirurg under handledning av den som fått graderingen Expert. För att uppnå de olika graderingarna av kirurgisk kompetens finns ett gediget utbildningsprogram där alla som ska lära sig att opererar fistlar börjar på en och samma grundnivå. När man väl fått tituleringen Junior kirurg åker man utanför Panzisjukhuset till ett mindre lokalt perifert sjukhus för att operera grad 0-1 fistlar i tre månaders tid. Därefter kommer man åter och kan fortsätta sin utbildning till att bli senior samt successivt expert. Den kirurgiska kompetensen betygsätts och värderas på samma standardiserade vis för samtliga kirurger. Den betygsätt från 1 till 5 på följande områden: Förmågan att kunna ställa rätt diagnos, förstå indikationen till den operativa åtgärd samt förklara risker och komplikationer. Kunna detaljerat förstå den anatomi som innefattas av skadan och som behöver repareras. Kunna detaljerat beskriva den kirurgiska åtgärden och tekniken som ska användas. Veta i detalj vilka kirurgiska instrument och suturer som ska användas. Kirurgen bedöms sedan i sin förmåga att använda sig av

instrumenten, sin finkänslighet och smidighet, sin suturteknik, sin förmåga att operera inom förväntad tidsram, förmågan att bemästra vävnader på ett adekvat sätt och hur självständig man är. I början av sin utbildning börjar man med att endast titta på ingreppet och att få ställa frågor samt förklara anatomi och åtgärd. Blir man därefter godkänd inbjuds man till att assistera under operationen. Sedan fortsätter bedömningarna av kompetensen och med tilltagande poäng får kirurgen stegvis lära sig allt svårare ingrepp. Kirurgen bedöms även i sin förståelse av den egna nivån och vilken svårighetsgrad av fistel man är självständig nog att åtgärda. När man väl når en expert nivå bedöms man i tillägg på hur man för kunskapen vidare. Genom att utgå från denna standardiserade mall som gäller för samtliga kirurger men även barnmorskor, med samma poängsystem och gradering, där alla måste få godkänt för varje

moment, har man uppnått en jämn kompetensnivå på operatörerna och därmed även förbättrade resultat avseende antal lyckade operationer och mindre komplikationer.

How do we attain and sustain surgical craftsmanship? - Hildur Thorarinsdottir.

Kirurgi kan oavsett specialitet ses som ett hantverk och den kirurgiska färdigheten en skicklighet eller yrkesfärdighet. Hildur diskuterar de olika delarna som ingår i vårt kirurgiska hantverk; de instrumentella verktygen, teoretiska koncept, interpersonella relationer, praktisk träning och feedback. Hon nämner även att den kirurgiska utbildningen till stor del är beroende av expertisen från mer seniora kollegor som behöver leda, inspirera, pusha i rätt riktning och stötta där det behövs. Men att kirurgen under upplärning måste se till att läsa, observera, kopiera, undervisa och praktiskt träna om och om igen. Hon avslutar med att påpeka

att både juniora och seniora kollegor behöver visa sitt intresse för det kirurgiska hantverket – entusiasm smittar av sig och driver det kirurgiska hantverket vidare!

Med de kloka avslutningsorden hoppas vi i OGU-styrelsen att detta referat kan starta tankar och diskussioner ute på era kliniker och i längden leda till en ännu bättre kirurgisk träning för oss ST-läkare!

Skrivet av hela OGU-styrelsen,
redigerat av *Julia Wängberg Nordborg*

Författarinstruktioner

Manus skickas via e-post till redaktören:

liselott.andersson@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. Alla tabeller och diagram skickas som separata filer i formatet jpg, tif, eps (Power Point är ett bildvisningsprogram och Excel ett kalkylprogram.) **Skicka inte PDF-filer 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 jpg, tif eller eps.

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

8. Plocka inte bilder från nätet, de har alltför dålig upplösning för att kunna tryckas.

Arbets- och Referensgrupperna inom SFOG

Benign (gyn)Kirurgi, BENK-ARG

Ordförande: Sophia Ehrström

sophia.ehrstrom@ki.se

Sekreterare: Klara Hasselrot

klara.hasselrot@sll.se

Cervixcancerprevention, C-ARG

Ordförande: Kristina Elfgrén

PO Gynekologi och Reproduktion,

Karolinska Universitetssjukhuset

Stockholm

Tel: 08-585 875 28

kristina.elfgren@sll.se

Sekreterare: Cecilia Kärrberg

Kvinnosjukvård, Sahlgrenska

Universitetssjukhuset, Göteborg

cecilia.karrberg@vgregion.se

Endokrin-ARG

Ordförande: M-Natalia Cruz

Capio Gynekologi Solna

cruz.marianatalia@gmail.com

Sekreterare:

Anna-Clara Spetz Holm

Linköpings Universitetssjukhuset

anna-clara.spetz.holm@liu.se

Endometrios-ARG

Ordförande: Anna-Sofia Melin

Capio Gynekologi Globen, Stockholm

anna-sofia.melin@capio.se

Sekreterare: Måns Palmstierna

Sollefteå

eclecticus.medical@gmail.com

Etik-ARG

Ordförande: Ingrid Bergelin

Kvinnosjukvården Dalarna

Tel: 0250-49 30 00

ingrid.bergelin@ltdalarna.se

Kontaktpersoner:

Ann-Kristin Rönnberg

Universitetssjukhuset Örebro

ann-kristin.ronnberg@

regionorebrolan.se

Kristina Pettersson

kristina.a.pettersson@sll.se

Evidens-ARG

Ordförande: Annika Strandell

SU/Sahlgrenska, Göteborg

Tel: 0700-90 44-54

annika.strandell@vgregion.se

Sekreterare: Sissel Saltvedt

Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

Tel: 08-517 700 00

sissel.saltvedt@sll.se

Familjeplanering, FARG

Ordförande: Helena Kopp-Kallner

Danderyds sjukhus, Stockholm

Tel: 070-440 20 70

helena.kopp-kallner@ki.se

Sekreterare: Ingrid Sääv

Stockholm

Tel: 0733-54 14 10

ingrid.saav@gmail.com

Fert-ARG

Ordförande:

Kenny Rodriguez Wallberg

KK Karolinska sjukhuset, Huddinge

kenny.rodriguez-wallberg@sll.se

Sekreterare: Thomas Brodin

Carl von Linnékliniken, Uppsala

thomas.brodin@linne.se

Global-ARG

Ordförande: Birgitta Essén

Akademiska Sjukhuset, Uppsala

birgitta.essen@kbh.uu

Sekreterare: Mikael Algovik

global-ARG@telia.com

Hem-ARG

Ordförande: Gustaf Biasoletto

Östersunds sjukhus och

Sahlgrenska/Östra sjukhuset

Östersund

Tel: 063-15 30 00

gustaf.biasoletto@gmail.com

Sekreterare: Malin Öndemark

Södersjukhuset

malin.ondemark@sll.se

Mödramortalitet, MM-ARG

Ordförande: Lisa Parén

Sahlgrenska Universitetssjukhuset,

Göteborg

Tel: 031-343 84 02

lisa.paren@vgregion.se

Sekreterare: Hanna Åmark

KK, Södersjukhuset, Stockholm

hanna.amark@sll.se

Perinatal-ARG

Ordförande: Anna Hagman

Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra

anna.c.hagman@vgregion.se

Sekreterare: Maria Nelander

KK, Akademiska sjukhuset, Uppsala

maria.nelander@akademiska.se

Preeklampsi-ARG

Ordförande: Lina Bergman

Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra

Tel: 070-7920780

lina.bergman82@gmail.com

Sekreterare: Charlotte Iacobaeus

BB Stockholm

charlotte.iacobaeus@bbstockholm.se

POS-ARG

Ordförande: Lovis Balushev

KK, Västmanlands sjukhus, Västerås

Tel: 021-730 00

lovis.balushev@regionvastmanland.se

Sekreterare: Eva Henning

KK, Sundsvalls sjukhus

eva.henning@rvn.se

Robson-ARG

Ordförande: Lars Ladfors

Göteborg

lars.ladfors@sfog.se

Sekreterare: Sophia Brismar

Danderyd

sophia.brismar-wendel@sll.se

Ton-ARG

Ordförande: Pia Jakobsson Kruse

Södersjukhuset, Stockholm

Tel: 08-616 41 50. Mob: 073-9145205

pia.jakobsson-kruse@sll.se

Sekreterare: Ann-Chistine Nilsson

Örebro

ann-christine.nilsson2@

regionorebrolan.se

Tumör-ARG

Ordförande: Karin Stålberg
KK, Akademiska Sjukhuset, Uppsala
karin.glimskar.stalberg@akademiska.se
Sekreterare: Åsa Åkesson
SU/Sahlgrenska, Göteborg
asa.e.akesson@vgregion.se

Ultra-ARG

Ordförande obstetrik: Jana Brodzki
jana.brodzki@med.lu.se
Ordförande gynekologi: Ligita
Jokubkiene
ligita.jokubkiene@med.lu.se
Sekreterare obstetrik: Kristina Kernell
kristina.kernell@regionostergotland.se
Sekreterare gynekologi: Paula Skyttberg
paula.skyttberg@ultragyn.se

UR-ARG

Ordförande:
Marie Westergren-Söderberg
KK, Södersjukhuset, Stockholm
Tel: 08-616 10 00
marie.westergren-soderberg@sll.se
Sekreterare: Riffat Cheema
Skånes Universitetssjukhus, Malmö
riffat.cheema@skane.se

Vulv-ARG

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

Arbets- och Referens-Grupp- Utvecklings-Samordnare ARGUS

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

SFOG-Kansliet

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

Intressegrupper inom SFOG

Mödrahälsovårdsöverläkargruppen

Ordförande
Anna Bäckström
Region Västernorrland
modrahalsovardsoverlakare@rvn.se

Sekreterare
Birgitta Segeblad
Region Uppsala
birgitta.segeblad@akademiska.se

Obstetriker och gynekologer under utbildning (OGU)

Ordförande
Matilda Wådel
Hudiksvall
matilda.wadell@regiongavleborg.se

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

Privatgynekologerna

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

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

Kassör
Katarina Johansson
Linköping Heath Care
Katjoh67@gmail.com

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

SFOG

MEDLEMSANSÖKAN

www.sfog.se

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

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

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 vikarie- och 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