

Protokoll FARG möte 191115

Helena Kopp Kallner hälsar välkomna.

Tyst minut för Olle Frankman

Elin Larsson: Förbättringsarbetet på STS "Preventivmedel post partum": (Malin Vikström och Helena Kilander)

I projektet har man identifierat riskgrupper för täta och eller oönskade graviditeter, samt infört att rutinmässigt tala om prev innan förlossning, använde visuella bilder vid information om antikonception, och hade lager av LARC på mott för att kunna sätta in direkt efter beslut. Om möjligt förskrivning innan förlossning.

Karin Lichtenstein Liljeblad: Spiralinsättning efter vaginal förlossning resp vid elektiv sectio.

Information om den avbrutna studien MIPP, 1.5 år 4 centra. Randomiserades till insättning inom 48 timmar, alt i samband med efterkontroll. Avbröts efter 99 patienter, pga av definierade förutsättning att bryta vid utstötning 20% eller högre. Utstötning + utplockning pga oro för suboptimalt läge gav alltså utstötning/uttag på över 20 %. Tidigare kunskap: Man brukar dela in i

1. Väldigt tidig grupp = immediate =inom 10 min efter placentas avgång (utstötning 10%),
2. Tidig=inom 48 timmar (utstötning 10-46%).
- 3 sen = efterkontroll.

Spiral insättning vid elektivt sectio: utstötningsrisk medel 3.6%. DS har implementerat en känd och beprövad metod i Sverige. Patienter som ska genomgå el sectio får prevrådgivning på MVC, och tillfrågas vid inskrivning inför sectio. Fördelar är att man vet att den hamnar intrauterint, ingen risk för perforation, ingen obehaglig/smärtsamt insättning senare, och ett effektivt LARC på plats vilket är extra viktigt efter operativt ingrepp på uterus. Implementering har rivstartat och arbetet fortsätter nu med film och förhoppningsvis spridning nationellt. Artikel kommer i Kvinnoläkaren (fd medlemsbladet) och ev i senare i Jordemodern.

Film och förslag på patientinformation kommer från DS- Pat info bifogas detta protokoll.

Ingela Lind om mödrahälsovårdsprojektet i Göteborg. 90% av de som randomiserades till efterkontroll med två besök (v 3 och 6-7) fick möjlighet att prata om prev. Många av dessa var sedan redo att starta prev vid 6-7 veckors-besöket. Väldigt stor andel av kvinnor som endast fick ett besök enligt rutin v 6-7 postpartum hade önskat ett tidigare extra besök.

Helena Hognert: Fallpresentation, Uterusruptur vid II trimester abort: Påminner oss om att vara vaksamma vid avvikande förlopp hos tidigare opererade patienter. Rekommendation "överväg lägre dos hos snittade patienter efter v18". Se även dosrekommendationer FIGO. Man bör också vara medveten att den rupturrisk som presenteras bygger på förhållandevis få fall där kvinnan oftast är

kejsarsnittad 1 gång – det kan således finnas anledning att vara än mer försiktig efter upprepade kejsarsnitt. Vg se FARGs nationella rekommendationer för abort.

https://www.sfog.se/media/297709/medicinska_riktlinjer_för_inducerad_abort.pdf

Antikonception vid IBD: FARG har lämnat synpunkter till gastroenterologisk förening ang riktlinjer. Man kommer ändra till att dessa patienter KAN få kombinerad metod om låg sjukdomsaktivitet med liten risk för skov, och om inga andra metoder fungerat eller vid särskilda indikationer där fördelarna överväger riskerna dvs rekommendationsgrad 3 av 4 (där 1 är första hand, 2 är andrahand 4 är absolut kontraindikation). De ska i så fall förskrivas av läkare.

Mycoplasma och spiralinsättning: Vulv-ARG har kommit med nya riktlinjer, "Provtagning kan övervägas", vid symptom tex, uretritssymptom som ej går över. (Vi är nöjda med att man tagit bort en tidigare rekommendation att screena alla inför spiralinsättning och abort).

Inga-Maj Andersson och Helena Månsson från Socialstyrelsen: Kodning LCH13: LCH13 ska användas om ingreppet har samband med den tidigare medicinska aborten. Det gäller oavsett om det sker på annan enhet/klinik. 'Hur man praktiskt går till väga med blanketten om den medicinska aborten och exeresen görs på olika kliniker är inte helt klart.

Som kvalitetsindikator är det viktigt att få in statistik på hur många som måste genomgå kompletterande kirurgisk metod, oavsett om behandlingarna görs på olika ställen. Nu ser socialstyrelsen över insamling av statistik och aborttantal. Man kommer ev lägga till uppgifter om klinik, så man kan ställa kompletterande frågor. Intressant information om regler och översyn ang vård som ges av andra personalkategorier än läkare.

Emma Stenbacka presenterar sitt arbete från El Salvador. Intressant och spännande – men också en mycket skrämmande verklighet för många kvinnor.

Sara Bäckström: JOs begäran om utredning av abortgränsen. Saken ansågs av professionen utagerad, där man i tvärprofessionellt arbete mellan SFOG, barnmorskeförbundet och neonatalläkarföreningen klargjort hur II trimesteraborter ska hanteras.

JO går ändå ut med en begäran om utredning avseende otydligheter i hantering av sena abort. Sara har tittat igenom ärendet och grunderna för förslaget. Det finns en del neonatologer som önskar ha möjligheten att överpröva abortbeslutet och kunna försöka återuppliva fostret.

Regeringen har uttalat att en översyn av abortlagen inte är aktuell.

Disk mål antikonception:

Helena Kilander presenterar FARGs förslag på mätbara kvalitetsmål för antikonception. Hur tar man fram statistik så det blir mätbart. Viktigt att man lägger in åtgärds-koden för att kunna få fram data.

Förslagen har reviderats och diskuterats.

Efterlysa de som kan tänka sig att granska journaler. Fick intresse från 8 regioner – fler intresserade i övriga regioner efterlyses!

Särskilda frågor som var i anslutning till målen presenterades.

Kurs för specialister. 5-6 nov 2020

Målgrupp: MHV-öl och liknande

Ämnen att diskutera på en sådan kurs:

Preventivmedel till transpersoner, önskemål att bli av med menssen. Annan hormonell beh

Akne och PMS

Epilepsi och andra interkurrenta

Blödningsbesvär

Fetma- riktigt obesa

Hjärtsjukdomar

Arteriell sjukdom och trombos och olika former av venös osv.

Migrän- ett migränanfall och sedan inget- vad göra?

Mifepristone vid missfall

Helena Hognert och Sara Bäckström tar itu med detta och den lagliga bakgrunden för att kunna beställa hem off label till kliniker som inte gör aborter men handhar missfall.

P-stav på BB

Arbetsgrupp med Guru, Johanna-Katz Dalsgaard och Mariann Hansen ska börja titta på detta och fundera på hur man kan utbilda och komma igång med insättningar.

Ovisshet om FARG mötenas framtid. Inte självklart att vi kan fortsätta bjuda in alla som vill komma, och att man ser FARG som en gratis utbildning, då SFOG inte kan stå för kostnaden för våra stora möten. Hur vill vi fortsätta att träffas och hur kan man hantera kostnaden för att så många som möjligt ska kunna delta? Gruppdiskussioner med förslag enl nedan:

Bra sätt att träffas – önskemål att kunna fortsätta träffas. Lunch sekundärt.

Viktigt med ett bra program. Kan man dela upp i större möten där information förs fram och mindre möten dit inte så många kommer.

Problem: Kostnad – minska lunchkonstnad.

Dela i större möte och mindre för de som verkligen gör ett aktivt arbete.

OK att swisha för lunchen. I vulv-ARG delar man dagen, halva tillsammans alla halv delan man upp i professionerna.

Använda maillistan att rekrytera till olika projekt och få fram fler som deltar. FARG har vuxit pga av ett behov, och det känns viktigt att kunna fortsätta träffas.

Utse grupper som arbetar med olika frågor. "fokusgrupper" "projektgrupper"

Bilda grupper som ansvarar för olika delar och bidra till nationella riktlinjer.

Mötesformen är inkluderande och vi träffar många som är extremt viktigt för vårt arbete, tex rfsu, socialstyrelsen. Var finns betalningsvilja – självkostnad?

Omväxlande stora och små grupper.

Behov och viktigt att vi ses från hela landet. Vi skulle kunna göra mer för utbildningar i FARG/SFOG regi. Mer praktiskt arbete, nå skolhälsovården apotek, allmänläkare, instruktion för LARC insättning.

Kan man alternera runt i Sverige? För och nackdelar?

Möjligheter att sända stormöten över webben?

Verkställande utskott inom FARG?

Vid pennan Ingrid Sääv

Datum för nästa möte: 8/5