

Presentasjon guidelinemøtet

Johanne Kolvik Iversen



Presentasjon på guidelinemøtet

Tid delvis basert på mengden endringer, delvis hvor kontroversielle endringene er/forventet debatt

Tommelfingerregel: Max 30 min presentasjon

Disposisjon

1. Oversikt over endringer siden forrige versjon
2. Gjennomgang av endringene med begrunnelse
3. Gjennomgang av innspill, med svar fra gruppen
4. Avstemming

1. Oversikt over endringer

Dersom det er store formatmessige endringer, kan disse nevnes summarisk i 1 punkt («flyttet noen avsnitt, forkortet tekst, lagt til tabell»)

Det viktigste er imidlertid å nevne ALLE klinisk relevante endringer punktmessig

Eksempel:

Endringer vi har gjort siden 2022

- Pelvimetri- fjernet
- Undersøkelse ved fødsel- fjernet ul med vekstestimering ved fødselens start.
- Vektgrense- åpnet opp for individuell vurdering under 2 kg og over 4,5 kg.
- Premature seter- mer utfyllende tekst, samkjøring med pretermkapittel
- Krav til fødeinstitusjon- tekstforandring
- Fødselsforløp- anestesi/analgesi og amniotomi.
- Forløsningen- episiotomi og mer utfyllende om 4- fots forløsning.
- Oppdatert seteleie typer-oppdatert tegning og tekst.
- Ytre vending- fjernet noen kontraindikasjoner.
- Opplæring/utdanning- nytt punkt
- Oppdatert Pasientinformasjon- språklige endringer- oppdatert med litt tall om sectiofrekvens.
- Oppdatert Seteleie praktiske tips- lagt til utdypende tekst om vektklasser

2. Gjennomgang av alle endringer

Gjennomgang av alle klinisk relevante endringer med begrunnelse

- Hva som er klinisk relevant kan noen ganger diskuteres – må bruke skjønn

- Vektgrense- åpnet opp for individuell vurdering under 2 kg og over 4,5 kg.
- Premature seter- mer utfyllende tekst, samkjøring med pretermkapittel
- Krav til fødeinstitusjon- tekstforandring

2. Gjennomgang av alle endringer

Hvert klinisk relevante endringspunkt presenteres, med begrunnelse

Gammel formulering mot ny formulering

Eksempel: Endring - Pelvimetri

OPPRINNELIG TEKST:

- *Kunnskapen om verdien av pelvimetri er sparsom, derfor foreslås ikke pelvimetri rutinemessig i seleksjon for vaginal seteforløsning. Ved fullbårent barn og normal fødselsprogresjon vurderes bekkenet å være adekvat.*
- *Det kan tas pelvimetri >36 uker. Dersom pelvimetri utføres er det tradisjon for å anvende følgende mål for vurdering til vaginal fødsel:*
- *Sagittal inngang $\geq 11,5$ cm. Individuell vurdering 11,0-11,5 cm. Sum utgangsmål $\geq 32,5$ cm (sum av interspina vidde, intertubaravstand og nedre sagittaldiameter). Individuell vurdering sum utgang 31,5-32,5 cm.*

ENDRET TIL:

- Tilgjengelig kunnskap tilsier ikke at bruk av pelvimetri predikerer forløsningsmåte eller gir bedret utfall av fødsel. Vi foreslår derfor at pelvimetri ikke rutinemessig benyttes for seleksjon for vaginal seteforløsning

2. Gjennomgang av alle endringer

Begrunnelse for endring – denne kan være kort eller lang, avhengig av evidens/grunn til endring

Eksempel fra HIV-kapittelet:

«Det er kommet nye internasjonale retningslinjer», med kort innføring i rasjonalet

Eksempel: Pelvimetri

- HVA VET VI?
- «klinisk pelvimetri»- 1700-tallet.
- 1940-tallet rtg, for å predikere suksess av vaginal forløsning i tilfeller man mistenkte mekanisk misforhold eller seteleie.
- Rtg/CT (nøyaktighet?)
- MR (brukes nå i de fleste nye studier)
- Cochrane fra 2017: Ikke i moderne obstetikk for hodeleie
- Seteleie- for lite evidens.



THE LANCET

Submit Article

Randomised controlled trial of magnetic-resonance pelvimetry in breech presentation at term

Dr Aren J van Loon, MD • Albert Mantingh, MD • Elvira K Serlier, MD • Gerard Kroon, MD • Eduard L Mooyaart, MD •

van Loon et al Lancet 1997: RCT MR pelvimetri:
Lik sectiofrekvens, lavere andel akutt sectio (19% vs 35%)
Ingen forskjell i øvrige utfall for mor eller barn

Korhonen et al 2010: Interobserver variability: Størst variasjon i intertubaravstand (ICC 0.64-0.87) og sagittal utgang (0.66-0.85)

Variasjon mellom 3- 5 mm ansett som bra – men stor klinisk betydning

2. Gjennomgang av alle endringer

Dersom et endringsforslag er kontroversielt, eller evidensen er svak, vurderer gruppen selv om de ønsker å ta en delavstemming om punktet.

Gammel og ny tekst må da stå ovenfor hverandre, og avstemningsalternativene være tydelig skrevet på sliden.

Eksempel: Pelvimetri - delavstemming

OPPRINNELIG TEKST:

Kunnskapen om verdien av pelvimetri er sparsom, derfor foreslås ikke pelvimetri rutinemessig i seleksjon for vaginal seteforløsning. Ved fullbårent barn og normal fødselsprogresjon vurderes bekkenet å være adekvat. Det kan tas pelvimetri >36 uker. Dersom pelvimetri utføres er det tradisjon for å anvende følgende mål for vurdering til vaginal fødsel:

Sagittal inngang $\geq 11,5$ cm. Individuell vurdering 11,0-11,5 cm. Sum utgangsmål $\geq 32,5$ cm (sum av interspina vidde, intertubaravstand og nedre sagittaldiameter). Individuell vurdering sum utgang 31,5-32,5 cm.

NY TEKST:

Tilgjengelig kunnskap tilsier ikke at bruk av pelvimetri predikerer forløsningsmåte eller gir bedret utfall av fødsel. Vi foreslår derfor at pelvimetri ikke rutinemessig benyttes for seleksjon for vaginal seteforløsning

A: Kapittelgruppens nye tekstforslag tas inn i kapittelet

B: Opprinnelig tekst blir stående

3. Gjennomgang av innspill

Alle innspill som har kommet inn innen fristen MÅ gjennomgås på møtet
Dersom det er flere innspill om samme tema, kan de presenteres samlet.

Innspill kan med fordel deles opp i

- **generelle innspill** – ex «kapittelet er for langt»
- **spesifikke innspill** – ex innspill til endring om fjerning av pelvimetri

Spesifikke innspill bør kanskje presenteres under relevant endringspunkt

Generelle innspill kan tas i starten eller slutten av presentasjonen.

Eks spesifikt: Innspill pelvimetri

- Innspill: Spørsmål om dette nå fases helt ut.
- **Svar:** I forrige revisjon (2021) ble teksten endret til «vi anbefaler ikke at det rutinemessig tas pelvimetri ved vaginal setefødsel». Dette var en forsiktig måte å si at det ikke finnes evidens for nytteverdien av pelvimetri. Gruppen kom frem til at det fremsto uryddig at man ikke anbefalte et tiltak, og deretter beskrev hvordan tiltaket skulle gjennomføres/tolkes. Det presiseres at veilederteksten ikke innebærer forbud mot lokale retningslinjer på enkeltsykehus.

Eks samle innspill: Innspill om å stryke kapitteldelen

3 innspill om å stryke kapitteldelen:

- 1) Den opprinnelige, kortfattede epidemiologidelen er tilstrekkelig
- 2) Ikke basert på fagfellevurdert forskning
- 3) Ikke kliniske anbefalinger/oppfyller ikke formålsparafrasen

3. Gjennomgang av innspill

Innspill skal i så stor grad som mulig være så konkrete som mulig, gjerne med alternativt tekstforslag om man er uenig i et forslag fra kapittelgruppen

- Der det er kommet alternative tekstforslag man mener det skal stemmes over, må det settes opp som avstemning (se tidligere slide og neste slide)
- Der det ikke foreligger konkret alternativt tekstforslag må det gis en begrunnelse hvis innspillet ikke tas til etterretning
- Der vi tar innspill til hel eller delvis etterretning må aktuell (høringsutkast) tekst stå først, deretter alternativt tekstforslag, og det må stemmes over om

Eks Innspill – Fødselsforløpet: Anestesi/analgesi

Innspill: Fjerne teksten i sin helhet **Svar:** Tas delvis til etterretning

Kapittelgruppens høringsforslag: *Det foreslås å gi adekvat anestesi/analgesi (IV):*

- *Anleggelse av epiduralkateter*
- *Vurdere behov for pudendusblokade*

Alternativt tekstforslag : Det foreslås å gi adekvat anestesi/analgesi (IV)

- Eventuelt epiduralkateter
- Eventuelt pudendusblokade

A: Kapittelgruppens alternative tekstforslag tas inn i kapittelet

B: Kapittelgruppens tekst fra høringsutkastet tas inn i kapittelet

4. Avstemming

Delavstemning: Vurderes av kapittelgruppen

Formålet med delavstemninger: Rydde unna evt «hete poteter» før kapittelet i sin helhet skal stemmes over til slutt

Noen kapitler vil ha mange delavstemninger, andre ingen

I noen tilfeller ønsker kapittelgruppen hjelp til å finne den beste formuleringen, da kan høringsforslaget inneholde 2 alternative tekstforslag (se neste slide)

Eksempel: Krav til fødeinstutisjon

- Vaginal seteforløsning anbefales planlagt på fødeavdeling med mulighet til å utføre akutt keisersnitt umiddelbart der
- **a) barnelege til stede (nåværende tekst)**
- **b) lege med formell kompetanse på nyfødtesuscitering til stede (ny ordlyd).**

4. Avstemming

Hvorvidt det skal være delavstemning eller ikke beslattes av kapittelgruppen i samarbeid med redaksjonen

Dersom man er i tvil, vil det imidlertid være **veldig lurt** å lage en slide med «avstemmingsoppsett» klar. Den kan skjules i presentasjonen (høyreklikk på sliden og trykk «skjul lysbilde»), og hentes frem dersom møtet mener man bør ha delavstemning.

Oppsummering:

1. Oversikt over endringer siden forrige versjon
2. Gjennomgang av endringene med begrunnelse
3. Gjennomgang av innspill, med svar fra gruppen
4. Avstemming

Takk for
oppmerksomheten

