

Arbete med mödradödlighet kan tjäna som föredöme

GENOM ATT UTFALLET AV SÄLLSYNTA ÖNSKADE HÄNDELSE FÖLJS PÅ NATIONELL NIVÅ KAN FÖRÄNDRINGAR SNABBARE IDENTIFIERAS

Mödradödligheten har successivt minskat i stort sett i hela världen, men är i flera länder fortfarande oacceptabelt hög. I Sierra Leone, med världens högsta mödradödlighet, dog år 2015 1360 kvinnor per 100 000 födselar, att jämföra med 4 i Sverige och 3 i Finland [1]. I USA har mödradödligheten ökat från 12 per 100 000 födselar år 2000 till 14 per 100 000 födselar år 2015 [2]. Tillförlitligheten hos rapporteringen av graviditetsrelaterade dödsfall är förstås högst varierande i olika länder och av olika skäl. Troligen föreligger en mer eller mindre uttalad underrapportering, såväl i Sverige som globalt.

Även om Sverige hör till länderna med absolut lägst risk för mödradödlighet avlider 5-6 kvinnor varje år i samband med graviditet. I detta nummer av Läkartidningen redovisas det arbete som Arbets- och referensgruppen för mödramortalitet inom SFOG (Svensk förening för obstetrik och gynekologi) utför i syfte att hitta orsaker till, och sprida kunskap om, varför en graviditet slutar i ett oväntat mödradödsfall.

De nödvändiga fysiologiska och hormonella omställningar som är en förutsättning för en lyckad graviditet medför också



Lena Marions, docent, överläkare, VO kvinnosjukvård och förlossning, Södersjukhuset, Stockholm; medicinsk redaktör, Läkartidningen
● lena.marions@ki.se



Pelle Gustafson, docent, chefsläkare, LÖF (Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag); medicinsk redaktör, Läkartidningen

en risk för den gravida kvinnans hälsa. Ökad hjärtfrekvens och slagvolym i kombination med minskad lungkapacitet kan öka risken för syrebrist, vilket kan förklara varför gravida riskerar att få ett allvarligare förlopp vid infektioner som influensa. Gravida är inte immunsupprimerade eller mer mottagliga för infektion än icke-gravida, men förändringen i immunsystemet, såsom minskad T-cellsaktivitet, kan bidra till att även andra infektioner blir mer allvarliga. Det är därför angeläget att ta infektionstecken hos gravida kvinnor på allvar och att också överväga möjligheten av ovanligare infektioner, särskilt om kvinnan är nyinflyttad till Sverige.

Blodtryckskontroll lämplig vid varje besök

Den vanligaste orsaken till mödradödlighet i den presenterade rapporten är intrakraniell blödning till följd av hypertoniorelaterad sjukdom. Blodtrycksstegring under graviditet förekommer hos ungefär 8 procent av gravida i Sverige och 3-4 procent drabbas av preeklampsi, det vill säga graviditetsinducerad hypertoni efter 20 graviditetsveckor. Ett flertal riskfaktorer är kända, såsom underliggande hypertoni, diabetes eller andra kroniska sjukdomar. Vanligast är att förstföderskor drabbas. Symtomen på preeklampsi kan komma från flera organsystem och omfatta till exempel huvudvärk, illamående eller epigastralgi, vilket kan riskera att mindre allvarliga tillstånd misstänks snarare än ett potentiellt livshotande tillstånd. Blodtryckskontroll är därför lämplig varje gång gravida söker sjukvård.

Ett annat hot mot den gravidas hälsa är ökad trombosbenägenhet. Koagulationsaktiverande faktorer ökar samtidigt som koagulationshämmande faktorer och fibrinolytisk minskar. Det medför att risken för arteriell trombos ökar 3-4 gånger [3] och för venös trombos 4-5 gånger [3, 4] under graviditet, jämfört med en icke-gravid kvinna. Veckan efter förlossning är trom-

bosrisken hos den nyförlösta uppskattningsvis 100 gånger så hög jämfört med hos icke-gravida, för att sedan sakta avta under de kommande 6-8 veckorna [4]. Detta är viktig kunskap för såväl kvinnosjukvård som all annan vård dit gravida eller nyförlösta kan tänkas söka. Påverkan på koagulationssystemet startar tidigt i graviditeten, varför kvinnor som har känd risk för trombos måste erbjudas profylax i händelse av graviditet, oavsett om graviditeten ska fortsätta eller avbrytas. Detta ska göras så snart en graviditet konstaterats, något som tydligt illustreras i granskningen.

Obstetrisk blödning är globalt sett den vanligaste orsaken till mödradödlighet. Katastrofal blödning med dödlig utgång är ovanlig i Sverige, men förekommer. Där emot finns en uppfattning att för många födande kvinnor blöder för mycket. Inom projektet »Säker förlossningsvård«, ett samarbete mellan SFOG, Svenska barnmorskeförbundet och Svenska neonatalföreningen med stöd av LÖF (Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag), pågår nu ett arbete med att ta fram rekommendationer för att komma till rätta med problemet. I rekommendationerna, som beräknas vara klara tidig höst 2019, betonas vikten av förebyggande åtgärder likaväl som åtgärder när patienten väl blöder.

Omhändertagande av en gravid kvinna i behov av akut vård är livsavgörande. I händelse av hjärtstopp hos en gravid kvinna ska alltid fokus ligga på kvinnans hälsa. Effektiv hjärt-lungräddning måste utföras, och om detta inte ger resultat inom ett par minuter behöver graviditeten avslutas omedelbart för att möjliggöra optimala insatser. Den förstorade livmodern försvårar det venösa återflödet, och American Heart Association rekommenderar att ett så kallat peri mortem-kejsarsnitt utförs från och med graviditetsvecka 20, oavsett viabilitet hos fostret, just för att förbättra chanserna till en lyckad HLR. Det innebär att om livmodern när åtminstone till navelplanet bör kejsarsnitt utföras [5] och det behövs inga ytterligare undersökningar för att fastställa graviditetslängden. Det här ställer stora krav på den personal som

HUVUDBUDSKAP

- Dödligheten i samband med graviditet och förlossning minskar successivt över hela världen. Sverige hör till de länder som har lägst mödradödlighet.
- Svensk förening för obstetrik och gynekologi har sedan 10 år en arbetsgrupp som studerar oväntade mödradödsfall, drar lärdomar och återkopplar dessa till verksamheterna.
- Arbetet är ett utmärkt exempel på professionsdriven utveckling. Fler specialitetsföreningar skulle kunna bedriva denna typ av förbättringsarbete.



Illustration: Colourbox

Även om Sverige hör till länderna med absolut lägst risk för mödradödlighet avlider 5–6 kvinnor varje år i samband med graviditet.

tar hand om en gravid kvinna med cirkulationskollaps. Det finns inte många minuter att fundera eller konsultera någon. Beslut behöver tas omgående och den gravida kvinnans liv är det som prioriteras högst. Teamträning och simuleringar är därför helt nödvändiga för att förbereda personal på akutmottagningar och förlossningsavdelningar på dessa mycket ovanliga men helt livsavgörande händelser.

Följsamhet till bästa praxis ger resultat

Genomgången av Arbets- och referensgruppen för mödramortalitet visar också på vikten av att det som ska göras också ska göras varje gång. Rutiner och riktlinjer finns, men de måste följas. Det är mer sannolikt att den låga hypertoni-relaterade mödradödligheten i Storbritannien snarare beror på att blodtryck mäts och hypertoni behandlas än att brittiska mödrar tål odiagnostiserad hypertoni bättre än svenska. Riktigt bra sjukvård kännetecknas av att varje patient får vård enligt bästa praxis, att eventuella avsteg från bästa praxis är både motiverade och dokumenterade och inte beror på dålig följsamhet till bästa praxis. Detta är inget unikt för

förlossningsvård. Exempelvis kan de ortopediska kliniker som har bäst resultat, både medicinskt och avseende patientnöjdhet, uppvisa siffror över en mycket hög eller närmast total följsamhet till bästa praxis. Siffrorna ligger här snarare mycket nära 100 procent än »i storleksordningen 80–90 procent«, en siffra som tyvärr har kommit att accepteras som god eller acceptabel följsamhet. Ett exempel på detta är siffrorna över följsamhet till basala hygienrutiner, där få enheter över tid ligger över 90 procent. Självklart är 80–90 procent bättre än 50 procent, men det är sämre än 100 procent.

När siffran för lyckat utfall, här definierat som en moder som överlever sin förlossning, är så hög som 99,996 procent ställer detta särskilda krav på hur arbetet för att bli ännu bättre bedrivs. Traditionella metoder, till exempel förändringsarbete med en interventionsgrupp och en kontrollgrupp, kommer inte att kunna ge svaret på om en intervention är framgångsrik, helt enkelt därför att bägge grupperna måste vara enormt stora för att inom rimlig tid kunna påvisa skillnad till det bättre. Statistisk processkontroll (SPC) är då en mer lämplig metod, då den från början är konstruerad för att hitta ett litet antal oönskade händelser bland ett mycket stort antal normala händelser. Möjligheten att med statistisk säkerhet tidigare kunna hitta avvikelser från dagens mönster är avsevärt större med SPC än med traditionella metoder. Här kan arbetet i Arbets- och referensgruppen för mödramortalitet tjäna som kontroll; genom att på nationell nivå fortsatt följa utfallet av sällsynta oönskade händelser kan både positiva och negativa signifikanta förändringar snabbare identifieras och åtgärdas.

Uppmaning till andra specialiteter

Oss veterligen är SFOG den enda specialitetsförening som bedriver ett organiserat arbete av det slag som arbetsgruppen utför. Detta är ett utmärkt exempel på hur professioner, genom sina föreningar, tyd-

»Oss veterligen är SFOG den enda specialitetsförening som bedriver ett organiserat arbete av det slag som arbetsgruppen utför.«

ligt kan visa att man tar ansvar för innehållet i sin verksamhet. Det handlar då inte bara om att introducera nya tekniker, utan också att veta om att brister förekommer och att arbeta för att rätta till dessa brister. Arbetet som beskrivs i artikeln kan därför sägas vara en direkt uppmaning till andra specialitetsföreningar att starta liknande verksamheter för att höja säkerhet och kvalitet inom respektive specialitetsområde. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2019;116:FP9W

REFERENSER

1. Alkema L, Chou D, Hogan D, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016;387:462-74.
2. WHO. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. 21 apr 2019. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
3. James AH, Bushnell CD, Jamison MG, et al. Incidence and risk factors for stroke in pregnancy and the puerperium. *Obstet Gynecol*. 2005;106:509-16.
4. Heit JA, Kobbervig CE, James AH, et al. Trends in the incidence of venous thromboembolism during pregnancy or postpartum: a 30-year population-based study. *Ann Intern Med*. 2005;143(10):697-706.
5. Zelop CM, Einav S, Mhyre JM, et al. Cardiac arrest during pregnancy: ongoing clinical conundrum. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;219(1):52-61.