

POSTERE

P1 Sørlandskvinner på topp – en retrospektiv kvalitetsgjennomgang

Møller-Stray, Hanne¹, Aabel, Maren¹, Rossen, Janne^{1,2}

¹ Kvinneklinikken, Sørlandet sykehus Kristiansand

² Universitetet i Oslo

Bakgrunn: Andelen induserte fødsler i Norge er økende til 29.7% (2023). Kvinneklinikken i Kristiansand hadde høyeste andel induserte fødsler av alle fødeinstitusjoner med 38.4% ifølge medisinsk fødselsregister. Således var det behov for en intern gjennomgang av indikasjonene. To norske studier med data fra 2013(Døgl) og 2018 (Sørby) ble brukt som referanse for å sammenlikne fordelingen av indikasjoner til induksjon av fødsel.

Mål: Kvalitetssikring av induksjoner

Metode: Retrospektiv gjennomgang av indikasjonene for induksjoner i 2023 ved Kvinneklinikken Kristiansand.

Resultater: Til sammen 667/1796 (38.4%) kvinner ble indusert hvorav 45.7% førstegangs fødende. Indikasjonen til de seks største gruppene var insulinkrevende diabetes (18.7%), vannavgang (13.7%), overtid (12.3%), preeklampsi/hypertensjon (11.7%), veksthemming/oligohydramnion (10.6%) og eget ønske (9.0%).

Førstegangs fødende utgjorde største andel i gruppene veksthemming/oligohydramnion, preeklampsi/hypertensjon og vannavgang, flergangsfødende utgjorde største andel stort barn, eget ønske og insulinkrevende diabetes.

Total sectiofrekvens blant induserte fødsler var 12.3% totalt i avdelingen. Andelen sectio varierte mellom indikasjonene hvor preeklampsi/hypertensjon hadde høyeste frekvens (24.4%) og insulinkrevende diabetes lavest (8.0%). Apgar <7 ved 5 minutter var 1.3% blant de induserte fødslene mot 1.5% totalt i avdelingen. Seleksjonskriterier til Kvinneklinikk utgjorde 24% av de induserte fødslene.

Konklusjon: Fordelingen av indikasjonene til induksjonene samstemmer med tidligere data fra norske studier bortsett fra en betydelig høyere andel insulinkrevende diabetes ved vår avdeling. Nasjonale føringer for induksjoner og seleksjonskriterier til Kvinneklinikk forklarer den høye andelen av induksjoner i Kristiansand.

Fokus på håndtering av induksjoner er viktig for fødekvinne, men i økende grad også viktig for vår arbeidshverdag.

P2 Ammingens effekt på overvekt, fedme og astma hos barn – er det melken eller er det mors metabolske helse?

Farsund, Borghild¹, Ødegård, Rønnaug^{2,3}, Morken, Nils-Halvdan^{4,5}, Simpson, Melanie R.*⁵, Vanky, Eszter*^{5,6}

¹ Institutt for klinisk og molekylær medisin, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU, Trondheim

² Senter for fedmeforskning, Avdeling for kirurgi, St Olav Hospital, Trondheim

³ Institutt for klinisk vitenskap, UiB, Bergen

⁴ Avdeling for gynekologi og obstetikk, Haukeland Universitetssykehus, Bergen

⁵ Institutt for allmennmedisin og sykepleie, NTNU, Trondheim

⁶ Kvinneklinikken, St.Olavs Hospital, Trondheim

* Delt sisteforfatterskap

Bakgrunn: Det er rapportert at amming reduserer risikoen for overvekt/fedme og astma hos barn. Mors metabolske helse er sjelden tatt hensyn til i studier om amming og barns helse.

Mål: Å undersøke betydningen av mors metabolske helse på sammenhengen mellom amming og overvekt/fedme og astma hos barn.

Metode: Data fra Mor-Far-Barn studien og Medisinsk Fødselsregister. 45 193 mor-barn par med oppfølging fra svangerskapsuke 17 til 7-års alder. Generaliserte estimeringsligninger og logistisk regresjonsmodeller ble brukt å estimere oddsene for overvekt/fedme og astma i 1) ujustert modell, 2) justert for vanlige konfundere og 3) i tillegg justert for materielle metabolske faktorer.

Resultater: I ujusterte analyser var lengre amming assosiert med lavere odds for overvekt/fedme ved 7 års alder. Justert for både vanlige konfundere og mors metabolske helse, viste en ubetydelig effekt av ammevarighet på overvekt/fedme (OR 0-2 måneder: 1,15 (0,92 til 1,44), 3-5 måneder: 1,05 (0,85 til 1,31), 6-8 måneder: 0,94 (0,77 til 1,14), 9-11 måneder: 0,92 (0,75 til 1,12), ≥12 måneder: 0,94 (0,77 til 1,14)). Ved 7 års alder så lengre amming ut til å redusere risikoen for astma i ujusterte analyser, mens justert for konfundere og mors metabolske helse, var reduksjonen av astma ikke signifikant (OR 0-2 måneder: 1,22 (0,98 til 1,54), 3-5 måneder: 1,15 (0,92 til 1,43), 6-8 måneder: 0,96 (0,78 til 1,18), 9-11 måneder: 0,90 (0,73 til 1,10), ≥12 måneder: 0,89 (0,73 til 1,09)).

Konklusjon: Vi fant ingen overbevisende sammenheng mellom ammevarighet og overvekt/fedme eller astma. Mors metabolske helse, snarere enn morsmelk, kan forklare den tidligere rapporterte risikoreduksjonen for overvekt/fedme hos avkom.

P3 Forløsning ved seteleie - endrede retningslinjer, og erfaringer fra et norsk lokalsykehus

Darell, A.^{1*}, Dalgård E.^{1*}, Nakling, Ole J.², Wisborg, T.^{1,3}, Vidringstad M.²

* Delt førsteforfatterskap

¹ Universitet i Tromsø, Norges arktiske universitet

² Hammerfest sykehus, Fødeavdelingen

³ Hammerfest sykehus, Anestesi- og intensivavdelingen

Bakgrunn: Seteleie til termin er forbundet med økt neonatal mortalitet og morbiditet som ikke påvirkes av forløsningsmetode. Det har vært faglig diskusjon om forløsningsmetode, spesielt etter en stor studie publisert i 2000, Term Breech Trial. Den konkluderte med økt neonatal morbiditet og mortalitet ved vaginal seteforløsning.

Mål: Vi ønsket å se på utviklingen i norske anbefalinger, og gjennomgå forløsningsmetoder og utfall for setefødsler på et lokalsykehus i en 20 års periode.

Metode: Vi gikk gjennom Veileder i fødselshjelp fra 1995 frem til 2024. Vi gjennomgikk data fra alle kvinner med ett foster og seteleie fra svangerskapsuke 35+0 i perioden 01.01.2004-31.12.2023, ved fødeavdelingen på Hammerfest sykehus (n=272).

Resultater: Siden 1995 er norsk veileder, kapittel om seteleie, blitt mer liberal til vaginal forløsning. Kapittelrevisjonene ble ikke påvirket av den nevnte studien i 2000. Pelvimetri som seleksjonsgrunnlag er borte. Øvre vektgrense er økt til 4,5 kg. Analgesi, amniotomi og episiotomi har dreid til nå å være anbefalt på vanlige obstetriske indikasjoner.

I datamaterialet fra Hammerfest var andelen vaginale forløsninger 21%, akutte keisersnitt 35% og planlagte keisersnitt 44%. Mange kvinner ble i 20-årsperioden selektert til elektivt keisersnitt på medisinske kriterier som i dag ikke lenger er gjeldende. 62% av planlagte vaginale forløsninger endte i akutt keisersnitt. Det ble ikke registrert mortalitet eller morbiditet hos de nyfødte, hverken ved keisersnitt eller vaginal forløsning. Andelen vaginale forløsninger i Hammerfest har økt siden 2019, de siste to årene rundt 50%.

Konklusjon: Nasjonale kriterier for vaginal setefødsel liberaliseres. Vaginal setefødsel på et velforbereid lokalsykehus er trygt for barn og mor når seleksjonskriterier og veileder følges.

P4 A crazy hypothesis

Eggebo, Torbjørn M.^{1,2}, Eymundsdottir, Ásta¹, Sande, Ragnar K.¹

¹ Department of Obstetrics and Gynecology, Stavanger University Hospital, Stavanger, Norway

² Department of Clinical and Molecular Medicine, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway

Background: Preeclampsia is a condition affecting both the placenta and the maternal kidneys, but who is first – placenta or the kidneys?

Why is it only a human disease?

Why is aspirin most effective during the night?

Why is preeclampsia common in black African women?

Why is the right maternal renal pelvis usually larger than the left during pregnancy?

Hypothesis: We hypothesized that compression of the left renal vein may be associated with late preeclampsia. The left renal vein may be compressed when passing the spine and the aorta, leading to increased interstitial renal pressure and activation of the renin-angiotensin system. Vaso active substances may be transported directly to the placenta through retrograde flow in the left ovarian vein. The recovery position may be beneficial.

Methods: We will examine 20 pregnant women in the third trimester with MRI when laying on the back, and in the left and right recovery position; 10 women with uncomplicated pregnancies and 10 with late preeclampsia.

Objectives:

1: Compare the diameter of the left maternal renal vein in the third trimester in when lying in the three positions

2: Compare the size of the right and left renal veins

3: Investigate if there is an association between compression of the left maternal renal vein and the diameter of the left ovarian vein

5: Compare the size of the kidneys and the size of the renal pelvises.

6: Examine at which gestational age the fundus of the uterus reaches the level of the left maternal renal vein.

P5 Cesarean delivery in women with congenital heart disease - a nationwide cohort study

Sandberg, Marit^{1,2}, Fomina, Tatiana³, Maccali, Ferenc^{2,4}, Greve, Gottfried^{1,5}, Øyen, Nina^{3,6}, Leirgul, Elisabeth⁵

¹Department of Clinical Science, University of Bergen, Norway

²Department of Obstetrics and Gynecology, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway

³Department of Global Public Health and Primary Care, University of Bergen, Norway

⁴Norwegian Institute of Public Health, Norway

⁵Department of Heart Disease, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway

⁶Department of Medical Genetics, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway

Background: More women with congenital heart disease (CHD) are pursuing pregnancy. Although their heart condition may impact the pregnancy and necessitate interventions during childbirth, cesarean delivery is generally recommended reserved for obstetric indications.

Methods: We investigated all childbirths in Norway from 1994 to 2014 and compared childbirths of women with mild and moderate/severe CHD to childbirths of women without heart disease. The association between CHD in women and cesarean delivery was estimated using log-binomial regression, and time trends were assessed using Joinpoint regression adjusted for maternal age and time of childbirth.

Results: Among 1 218 452 childbirths, 2425 were in women with mild CHD, and 603 were in women with moderate/severe CHD. Mild CHD in women was associated with more frequent cesarean delivery (18.9%, aRR 1.27, 95% CI 1.18–1.39), and the associations were stronger with moderate/severe CHD (26.2%, aRR 1.80, 95% CI 1.57–2.05), compared to women without heart disease (14.8%). Women with CHD faced increased risks of both planned and emergency cesarean deliveries. Notably, the rates of cesarean deliveries from 1994–2014 rose about 2% per year in women with mild CHD, aligning with the general population trend, but did not change in women with moderate/severe CHD.

Conclusion: Women with CHD had higher risks of cesarean delivery compared to women without heart disease. The increasing rate of cesarean delivery in women with mild CHD aligned with the general population trend from 1994–2014, while the rates remained stable in women with moderate/severe CHD.

P6 Amming hos kvinner med polycystisk ovariesyndrom (PCOS) sammenliknet med kvinner fra den norske mor, far og barn-undersøkelsen (MoBa), en kohort-studie

Husby, Anne^{1,2}, Simpson, Melanie R.³, Dalbye, Rebecka^{4,5}, Løvvik, Tone^{1,2*}, Vanky, Eszter^{1,2*}

¹ Kvinneklinikken, St. Olavs Hospital, Trondheim

² Institutt for klinisk og molekylær medisin, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU

³ Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU

⁴ Kvinneklinikken, Sykehuset Østfold

⁵ Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, Oslo Met

* Delt sisteforfatterskap

Bakgrunn: Kvinner med PCOS har økt forekomst av fedme, diabetes og hypertensjon, samt høyere risiko for svangerskapsdiabetes, preterm fødsel, preeklampsi og veksthemming hos fostret. Noen studier indikerer redusert fullamming hos kvinner med PCOS og antyder at overvekt og ikke PCOS i seg selv påvirker ammingen negativt.

Mål: Primært endepunkt er fullamming en måned postpartum hos kvinner med PCOS sammenliknet med referansepopulasjonen. Sekundære endepunkt er metformin og metabolske faktorer påvirkning på fullamming i PCOS-gruppen.

Metode: Vi benyttet ammedata fra 653 kvinner med PCOS fra tre randomiserte studier på metforminbruk i svangerskapet. Referansepopulasjonen er 63927 mor-barn-par fra MoBa- studien. Logistisk regresjon ble benyttet i analysene.

Resultater: Kvinner med PCOS fullammer mindre én måned postpartum enn referansekvinner (OR 0.55(0.46–0.66), p-verdi <0.001). Normalvektige kvinner med PCOS fullammer like ofte som normalvektige kvinner uten PCOS (OR 1.13 (0.76–1.67) p-verdi 0.558). Overvektige og obese kvinner med PCOS fullammer mindre enn referansepopulasjonen i samme vektkategori (OR 0.53 (0.39–0.73) p-verdi <0.001) og (OR 0.64 (0.49–0.84) p-verdi < 0.001) respektivt. Vi fant ingen forskjell i fullamming mellom metformin- og placebobehandlede kvinner med PCOS. Gestasjonsdiabetes og hypertensjon påvirket ikke fullamming hos PCOS, mens høyere BMI var assosiert med mindre fullamming.

Konklusjon: Generelt fullammer kvinner med PCOS mindre enn referansekvinnene. Normalvektige kvinner med PCOS fullammer like mye som normalvektige referanse-kvinner. I tillegg til overvekt/fedme, utgjør PCOS-status en ytterligere negativ faktor for fullamming. Metforminbehandling, svangerskapsdiabetes eller hypertensjon påvirker ikke fullamming hos kvinner med PCOS.

P7 INFMUM: INFeksjoner hos MOR – en pilotstudie om digitale verktøy for systematisk registrering og gjennomgang av behandlingsforløp ved maternell sepsis

Røe, Kjerstine^{1,2}, Mentzoni, Camilla³, Christiansen, Marit H.², Sørbye, Ingvil K.^{4,5}, Sun, C.⁶, Fjeldstad, T.⁶, Sande, Ragnar K.^{1,2}, Torkildsen, Cecilie F.^{1,2}, Vangen, Siri⁷, Nyfløt, Lill^{7,8}, Nguyen, Truc T.³, Klungsoyr, Kari^{1,3}, Engjom, Hilde M.³

¹ Universitetet i Bergen (UiB)

² Kvinneklivnikken, Stavanger Universitetssykehus (SUS)

³ Folkehelseinstituttet (FHI)

⁴ Kvinneklivnikken, Oslo Universitetssykehus (OUS)

⁵ Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo (UiO)

⁶ Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssykehus (HUS)

⁷ Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, Oslo Universitetssykehus (OUS)

⁸ Kvinneklivnikken, Drammen sykehus

Bakgrunn: Maternell sepsis er en livstruende tilstand som krever rett behandling til rett tid. WHO anbefaler overvåking og læring av alvorlige maternelle og perinatale utfall. I flere europeiske land er det etablert systematisk overvåking av alvorlige svangerskapskomplikasjoner og gjennomgang av behandlingsforløp (audit). Norge mangler et slikt system. INFMUM bygger på erfaringer fra blant annet britiske Mothers and Babies Reducing Risk through Confidential Enquiries (MBRRACE-UK).

Mål: Pilotstudien i INFMUM har mål om å utvikle digitale verktøy for innhenting av klinisk informasjon og gjennomgang av pasientforløp ved maternell sepsis for å lære av forløpene. På lang sikt er målet etablering av en systematisk registrering av alvorlige pasientforløp ved maternell sepsis.

Metode: Studien inkluderer pasienter ved Haukeland, Stavanger og Oslo Universitetssykehus i tidsrommet 2016 til 2025. Inkludjonskriteriet er sepsis i svangerskap/barseltid der kvinnen har vært innlagt intensivavdeling. Med bidrag fra partnere og en tverrfaglig rådgivningsgruppe, identifiserte vi relevante kliniske opplysninger for alvorlige sepsisforløp og utviklet et standardisert, digitalt skjema for registrering. Dataene blir eksportert til et app-basert vurderingsvindu som benyttes når gruppen evaluerer pasientforløpene.

Resultater: Studien er pågående. Foreløpige erfaringer viser at det er vanskelig å identifisere maternell sepsis retrospektivt basert på diagnosekoder i pasientjournal. Nettskjemaet er testet i tre versjoner og første utviklingsfase for vurderingsappen er ferdig. Den digitale løsningen har vært nyttig, men vi anbefaler særlig oppmerksomhet på formatering av kodebok og endelig datasett.

Konklusjon: INFMUMs pilotstudie vil øke kunnskapen om alvorlige forløp ved maternell sepsis og legge grunnlaget for en fremtidig systematisk registrering, evaluering og kvalitetssikring ved alvorlige behandlingsforløp.

P8 Utvikling av ny infrastruktur for overvåking av maternell vaksinasjon i Norge

Engjom, Hilde M.¹, Skår, F.², Meijerink, H.³, Bakken, Inger J. L.⁴, Dahl, Jesper³, Halvorsen, Guri S.⁵, Dvergsdal, Evy T.⁶, Greve-Isdahl, Margrethe³

¹ Medisinsk Fødselsregister, Avdeling for Helseregisterforskning- og utvikling, Folkehelseinstituttet

² Avdeling for luft-, blod- og seksuell smitte, Folkehelseinstituttet

³ Avdeling for smittevern og vaksine, Folkehelseinstituttet

⁴ Norsk pasientregister, Avdeling for registerkvalitet, Folkehelseinstituttet

⁵ Medisinsk Fødselsregister, Avdeling for helseregistre, Folkehelseinstituttet

⁶ Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK), Avdeling for smittevern og vaksine, Folkehelseinstituttet

Bakgrunn: Vaksinasjon i svangerskapet beskytter gravide mot alvorlig sykdom og kan beskytte foster og nyfødte mot alvorlig utfall som følge av infeksjon. Gravide anbefales nå vaksine mot sesonginfluensa, koronavirus og kikhoste. Overvåking av vaksinasjonsdekning hos gravide har vært mangelfull, og i forbindelse med innføring av kikhostevaksine til gravide skal dette bedres.

Mål: Bedre data om oppslutning for maternell vaksinasjon og utvikling av nye verktøy til fortløpende overvåking av vaksinedekning.

Metode: Fra 1.1.2024 ble sentrale helseregistre samlet ved Folkehelseinstituttet. Nå pågår arbeidet med ny infrastruktur for kobling slik at infeksjon og vaksinasjon hos gravide kan overvåkes fortløpende. Data fra Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK), Norsk Pasientregister (NPR) og Medisinsk Fødselsregister (MFR) sammenstilles.

Resultater: Informasjon i MFR om 327134 kvinner som fødte 2018–2023 sammenstilles med informasjon om vaksinasjon i SYSVAK og prosedyrekoder i NPR. Med utgangspunkt i dette beregnes årlig dekningsgrad for influensa og korona-vaksine og dekningsgrad i sårbare grupper (migrant-bakgrunn, kronisk sykdom). Sammenstilling av NPR og MFR belyser om prosedyrekoder, som rutineultral lyd, kan bidra til å identifisere kvinner under svangerskapet og dermed etablere fortløpende overvåking av vaksinedekning.

Konklusjon: Overvåking av vaksinasjon i svangerskapet med anbefalte vaksiner har vært mangelfull. Ny infrastruktur basert på nasjonale helseregistre kan gi bedre kunnskap for overvåking og planlegging av tiltak. Bruk av ultral lyd-koder fra spesialisthelsetjenesten kan potensielt forbedre framtidig overvåking av vaksinedekning hos gravide.

P9 Nordic Randomized Trial On Laparoscopic Versus Vaginal Cerclage- NORACT

Hald, Kirsten^{1,*}, Sugulle, Meryam^{1,2,*}

¹ Kvinneklivnikken, Oslo Universitetssykehus, Universitetet i Oslo

² Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

*På vegne av «NORACT Norwegian Study Sites»

Bakgrunn: Både vaginal og abdominal cerclage kan forebygge for tidlig fødsel, men det foreligger begrenset kunnskap om hvordan fordeler og ulemper ved disse to metodene skal vektlegges sett opp mot ulike kvinners risiko for å føde for tidlig. En elektiv vaginal cerclage er et mindre omfattende inngrep, kan utføres i regionalanestesi og muliggjør en vaginal fødsel. En laparoskopisk cerclage, med potensiell fordel av en mer kranial plassering krever spesialkompetanse, generell anestesi, sectioforløsning og langtidseffekter er ukjent. Randomiserte, kontrollerte studier (RCT) som sammenligner metodene finnes ikke. Det er stor variasjon i hvordan disse metoden blir brukt, både i Norden og internasjonalt.

Mål: Å sammenligne laparoskopisk og vaginal cerclage hos kvinner med risiko for preterm fødsel på grunn av cervixinsuffisiens. Primært endepunkt er risiko for fødsel før uke 32, sekundære endepunkter er materielle og neonatale komplikasjoner samt pasienttilfredshet.

Metode: Åpen, multisenter RCT med en inkludert pilotstudie utgående fra Århus Universitetssykehus, Danmark støttet av Novo Nordic Foundation. Studiesteder i Norge: Universitetssykehusene OUS, Haukeland, Stavanger, St Olavs Hospital, Akershus. Deltagende nordiske land: Danmark, Finland, Sverige, Island. Inklusjonskriterier: kvinner med risiko for prematur fødsel der kliniker er i tvil om laparoskopisk eller vaginal cerclage vil være best.

Resultater: Ingen resultater foreligger ennå. Rekrutteringsstart Århus: januar 2024; Oslo Universitetssykehus: August 2024.

Konklusjon: Det er viktig å velge riktig metode for hver enkel kvinne der det foreligger indikasjon for cerclageanleggelse for å gi størst mulig helsegevinst. Vi oppfordrer til å henvise kvinner med risiko for preterm fødsel på grunn av cervixinsuffisiens til et av de norske studiestedene.

P10 Er vanlige urinvegs patogener i prøve fra engangskateter relatert til lekkasjesymptomer og resturin hos kvinner operert med tensjonsfri vaginaltape (TVT)?

Volløyhaug, Ingrid^{1,2}, Larssen, Kjersti W.³, Haugum, Kjersti³, Solhaug, Berit R.^{1,2}, Nyhus, Maria Ø.^{1,2}, Svenningsen, Rune^{4,5,6}, Skage, Jannicke³, Afset, Jan E.^{2,3}

¹ Kvinneklivnikken St. Olavs Hospital

² Institutt for klinisk og molekylær medisin (IKOM), NTNU

³ Avdeling for medisinsk mikrobiologi, St. Olavs hospital

⁴ Kvinneklivnikken, Oslo universitetssykehus

⁵ Institutt for klinisk medisin UiO

⁶ Norsk kvinnelig inkontinensregister (NKIR)

Bakgrunn: Resturin og urinvegsinfeksjon er mulige komplikasjoner til TVT. Forekomst av urinvegs patogener i sammenheng med inkontinenssymptomer etter TVT er lite kjent.

Mål: Undersøke forekomst av vanlige urinvegs patogener relatert til lekkasjesymptomer, fornøydhet og resturin etter TVT.

Metode: Tverrsnittstudie av 127 TVT-opererte kvinner ved St. Olavs Hospital i 2001-2006 og 2011-2012. Kvinnene svarte på et validert spørreskjema i 2022. Vi målte resturin og gjennomførte bakteriedyrkning i to dager på kromagar og blodagar fra engangskateterurin. Forekomst av symptomer, fornøydhet og resturin ble sammenliknet mellom kvinner med og uten signifikant vekst (definert som ≥ 1.000 cfu/ml) av vanlige urinvegs patogener.

Resultater: Seksten kvinner (13%) hadde signifikant vekst av vanlige urinvegs patogener (*Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis*, *Aerococcus urinae*), hvorav 9 (56%) hadde positiv urinstix (leukocytter eller nitritt). Førtini kvinner (45%) hadde stressindex >3 , 53 (44%) hadde urgencyindex >3 , 94 (82%) var fornøydde med TVT og 8 (9%) hadde resturin >200 ml. Kvinner med urinvegs patogener hadde, sammenliknet med de uten, høyere forekomst av stressindex >3 (14% vs. 8%), urgencyindex >3 (15% vs. 10%) og flere var misfornøydde med TVT (19% vs. 9%). Forskjellene var ikke signifikante ($p > 0,05$). BMI var lik (27,2 vs. 27,6 kg/m²), men kvinner med urinvegs patogener var signifikant eldre (71,5 vs. 58,1 år) og hadde oftere resturin >200 ml (50% vs. 7,5%), $p < 0,001$.

Konklusjon: Vi fant ikke-signifikant flere med lekkasjesymptomer og misnøye med TVT blant kvinner med urinvegs patogener. Høy alder og resturin >200 ml var assosiert med urinvegs patogener. Bare halvparten med urinvegs patogener hadde positiv urinstix. Urin bør derfor dyrkes ved høy resturin etter TVT.

Utrogestan®

(mikronisert progesteron)

– til forebygging av gjentatte spontanaborter*

NY INDIKASJON
OG STYRKE

400 mg x 2
dagligt i behandlingsperioden



Referanse: Utrogestan SPC 400 mg, 01.11.2023.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon

- **Kontraindikasjoner:** Gulsott, alvorlig nedsatt leverfunksjon, udiagnostisert vaginalblødning, karsinom i bryst-eller kjønnsorganer, tromboflebitt, tromboemboliske sykdommer, cerebral blødning, porfyri, allergi mot nøtter/soya.

Advarsler og forsiktighetsregler:

- Fullstendig medisinsk undersøkelse foretas før oppstart og regelmessig under behandling.

Utrogestan (progesteron) vaginalkapsler 400 mg

Indikasjon: Til forebygging av spontanabort hos kvinner som får blødning i første trimester av svangerskapet og som tidligere har opplevd spontanabort.

- Skal kun brukes ved truende spontanabort i første trimester og opptil 16. svangerskapsuke og skal kun administreres vaginalt.
- Ikke egnet som prevensjonsmiddel.
- Seponeres ved "missed abortion".

Bivirkninger: Kløe, vaginal blødning og utflod kan forekomme.
For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Utrogestan SPC 400 mg, 01.11.2023.

Dosering: 400 mg to ganger daglig (morgen og kveld). Behandlingen bør igangsettes i første trimester av svangerskapet, ved første tegn på vaginalblødning, og bør fortsette til 16. svangerskapsuke.

Pakninger og priser (AUP): Vaginalkapsler 15 stk.: kr 259,50. Reseptgruppe C.

P11 Reduksjon av postoperative infeksjoner ved laparoskopisk hysterektomi som ledd i et kvalitetsforbedringsarbeid

Skrøppa, Siri¹, Lakskjønn, Monika¹, Råknes, Toril²

¹ Gynekologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold HF

² Norsk Gynekologisk Endoskopiregister

Bakgrunn: Siden 2021 har Norsk Gynekologisk Endoskopiregister (NGER) registrert økning av moderat alvorlige postoperative komplikasjoner i forbindelse med laparoskopisk hysterektomi(LH) ved gynekologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold, sammenliknet med nasjonale tall. I perioden 2020-2023 utgjorde infeksjon hovedandelen av moderat alvorlige postoperative komplikasjoner med 76%. Dette tilsvarer en infeksjonsrate på 6,0%.

Mål: Identifisere eventuelle endringer i behandlingen som årsak til stigning i postoperative infeksjoner slik at målrettede tiltak kan settes inn, og dermed redusere andelen postoperative infeksjoner.

Metode: Retrospektiv analyse. Pasientdata er hentet fra NGER, og registrert i kvalitetssystemet Ereg. Ytre Oslofjords Forbedringsutdanning er gjennomført med et kvalitetsprosjekt hvor forbedringsmodellen er brukt, og som ledd i den er det utført sammenlikning med 5 andre gynekologiske avdelinger, gjennomgang av pasientsløyfen samt gjennomgang av journal og kurve til alle pasientene som ble reinlagt med komplikasjoner samt en tilfeldig utvalgt kontrollgruppe.

Resultater: To hovedproblemer ble identifisert: 1. 68% av pasientene med infeksjon fikk ikke profylaktisk antibiotika til anbefalt tid. Dette ble tolket som mulig risikofaktor. Ansvarsområdet ble identifisert og rutiner endret. Sammenlikning med kontrollgruppen viste ikke signifikant sammenheng med tidspunkt for antibiotikaadministrering og postoperative infeksjoner. 2. 45% av pasientene med postoperativ infeksjon hadde en CRP under 100 ved reinnleggelse.

Konklusjon: Det ble ikke sett signifikant sammenheng med tidspunkt for antibiotikaadministrering og postoperative infeksjoner. Avdelingen har for lav terskel for reinnleggelse som oppskalere graden av komplikasjonen. Rutiner bør endres slik at flere behandles poliklinisk. Videre undersøkelser er viktig for å identifisere andre risikofaktorer. Dette forbedringsarbeidet viser hvordan NGER er et viktig verktøy for å sikre kvaliteten i gynekologisk behandling.

P12 Kroniske underlivssmerter blant kvinner i HUNT4

Weinhold, Francesca S.^{1,2}, Stafne, Signe N.³, Glette, Mari^{4,5}, Steingrímsdóttir, Ólöf A.⁶, Hagemann, Cecilie T.^{2,7}

¹ Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU, Trondheim

² Institutt for klinisk og molekylær medisin (IKOM), NTNU

³ Rehabiliteringsklinikken, Avdeling ergo- og fysioterapeuter, St. Olavs hospital HF

⁴ Avdeling for smerte og sammensatte lidelser, St. Olavs hospital HF

⁵ Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, NTNU

⁶ Folkehelseinstituttet, Oslo

⁷ Kvinneklinikken, St. Olavs hospital HF

Bakgrunn: Langvarige underlivssmerter (persistent pelvic pain, PPP) kan ha betydelig påvirkning på arbeidsevne, sosialt liv, parrelasjon og seksualliv, samt redusere livskvalitet og psykisk helse. Definisjonen av PPP varierer i ulike studier. De fleste inkluderer en varighet av plager på > 6 mnd. og en lokalisasjon av smertene i nedre del av mage/underliv.

Mål: Vi vil i denne studien validere om ett enkelt spørsmål om PPP brukt i HUNT4 kan identifisere de kvinnene som faktisk har slike smerter. Vi vil også be dem som har PPP å beskrive nærmere detaljer om hvordan smertene oppleves og hvordan dette påvirker deres daglige aktiviteter. Valideringen vil innebære sensitivitets- og spesifisitetstesting, samt reliabilitetstester.

Metode: Vi vil sende ut et digitalt spørreskjema til de 29245 kvinnene som deltok i HUNT4 feltstasjon, der et digitalt kroppskart (the Graphical Index of Pain, GRIP) kombineres med tilleggsspørsmål om smertenes varighet, hyppighet, intensitet og påvirkning på daglige aktiviteter og søvn. Spørsmål om mens- og samleiesmerter vil også inkluderes.

Spørreskjemaet er bygget i Nettskjema ved Universitetet i Oslo og vi har opprettet prosjekt i Tjenester for Sensitive Data sammen med HUNT administrasjonen.

Resultater: Spørreskjemaet skal sendes ut september 2024 og analyser vil ikke være ferdig før våren 2025.

Konklusjon: Validering og tilleggs-spesifikasjon av det opprinnelige HUNT4-spørsmålet om PPP vil gi oss innsikt i omfanget og ringvirkningene blant kvinner som sliter med PPP. GRIP kan også vise seg å være nyttig kartleggingsverktøy før for eksempel kliniske undersøkelser og behandling, eventuelt ved evaluering av resultater av smertebehandling i klinikken.

P13 Kvinneklubben, Akershus universitetssykehus (Ahus) internt elektronisk kvalitetsregister for kvinner med underlivs prolaps (descens urogenitalis)

Teig, Catherine J.¹, Mai, Ha T.², Engh, Marie E.^{2,3}, Årving, Ida², Hjelle, Tone Reinholdtsen⁴, Heberg, Kjersti L.², Ekeland, Gunn S.^{2,3}, Paulsen, Anne G.², Ness, Vilde C.⁵, Noureen, Saeda¹

¹ Bekkensenteret, Kirurgisk divisjon, Akershus universitetssykehus

² Kvinneklubben, Akershus universitetssykehus

³ Universitetet i Oslo

⁴ IKT, Akershus universitetssykehus

⁵ Fysioterapiavdelingen, Akershus universitetssykehus

Bakgrunn: Kvinneklubben ved Ahus opprettet et internt elektronisk kvalitetsregister i 2020 for å følge opp pasienter med underlivs prolaps før og etter kirurgi. Målet for registeret er å bidra til kvalitetsforbedring av helsetjenester rettet mot disse kvinnene.

Mål: Å rapportere resultater fra registret fra høsten 2022 til våren 2023 (01.08.22-31.07.23).

Metode: Det validerte spørreskjema PFDI-20 og generelle helse-spørreskjema samles inn digitalt eller via papir, fra pasienter preoperativt og 6 mnd. post-operativt. Alle pasientdata lagres elektronisk i RedCap databasen på Ahus. Videre oppfølging er basert på pasientens generelle helseopplysninger oppgitt 6 mnd. post-operativt, total- og subskala poengsum for PFDI-20. REDCap har et varslingsystem som identifiserer og informerer hvilke pasienter som skal innkalles til 6 måneders kontroll.

Resultater: 260 pasienter ble inkludert i kvalitetsregisteret i perioden og registeret hadde dekningsgrad på 76%. 68 pasienter fikk utført 6 måneders postoperativ kontroll i 2023. 50 pasienter (74 %) ble innkalt til time etter 6 måneders kontroll pga ingen signifikant forbedring postoperativt i PFDI-20 total poengsum, 36 (53%) rapporterte forverring i poengsum i PFDI-20 POPDI subskala, 21 (31%) opplevde nye postoperative plager i domene urin, tarm eller POP «i noen grad» eller «ganske mye», 11 (16%) rapporterte komplikasjoner og 11 (16%) rapporterte at operasjonen ikke hjalp. Noen pasienter hadde flere plager/problemer samtidig. I underkant av 85% av pasientene som ble innkalt til kontroll rapporterte at operasjonen «hjalp litt» til «hjalp svært mye».

Konklusjon: Datainnsamling ved hjelp av elektroniske spørreskjemaer for pasientrapporterte utfall (PROM) vil gjøre det enklere for legene å følge og vurdere pasientforløp, komplikasjoner, nyoppståtte plager og kirurgiske utfall for pasienter.

P14 Accessory cavitated uterine malformation (ACUM): medfødt, ukjent og oversett. En case-serie og systematisk litteraturgjennomgang

Tellum, Tina^{1,2}, Alvirovic, Jenny³, Majak, Guri^{1,2}

¹ Gynekologisk Avdeling, Oslo Universitetssykehus, Ullevål

² Nasjonal Kompetansetjeneste for Endometriose og Adenomyose

³ Aleris Sykehus Frogner, Kirurgi

Bakgrunn: «Accessory cavitated uterine malformation» (ACUM) er en relativt nylig beskrevet medfødt uterin anomali, bestående av en aksessorisk, ikke-kommunisierende uterinhule. Forskjellige og dels misvisende begrep blir brukt for å beskrive ACUM, som «juvenil cystisk adenomyose». Tilstanden blir ofte feiltolket eller oversett.

Metode: Case serie av tre kasuistikker inklusive MR, ultralyd og intraoperative bilder. Systematisk litteraturgjennomgang av PubMed, Medline og Web of science, med vurdering av alle artikler som beskriver uterine lesjoner forenlig med ACUM. Kliniske og radiologiske data ble ekstrahert.

Case serie: Tre kvinner som ble behandlet for ACUM ved OUS. Ved diagnosetidspunktet var de 16, 29 og 39 år gamle. Behandling bestod av kirurgi for to av pasientene og ekspektans i det tredje tilfellet som vi også fulgte gjennom påfølgende graviditet.

Resultater litteratursøk: Totalt 53 artikler med 115 kasus oppfylte minimumskriteriene for ACUM og ble inkludert. Median alder ved symptomdebut var 17 år, med dysmenoré kort tid etter menarke. 19 hadde født barn. 95 (83%) ble behandlet kirurgisk i forløpet, men forsinket diagnose med empirisk primærbehandling var vanlig. Langtidsoppfølging og rapportering av fertilitetsutfall var sporadisk. Følgende definisjon er foreslått: ACUM er en kavitet lesjon, omgitt av en myometriell mantel, i kontinuitet med den anterolaterale livmorveggen og lokalisert inferiolateralt av lig. rotundum og den interstitielle delen av tuben. En normal uterincavititet må foreligge.

Konklusjoner: Til tross for økende anerkjennelse som en egen klinisk tilstand, forblir ACUM ofte underdiagnostisert da den deler likheter med andre myometri-funn som myomer eller adenomyose. Diagnosen kan stilles ved ultralyd og er viktig for behandlingsvalg.

P15 Svangerskap utenfor livmoren, fødsler og aborter blant kvinner i Sør-Trøndelag 2005 – 2021

Kielland, Lea R.¹, Knudsen, Haakon K.¹, Skjeldestad, Finn E.², Hagemann, Cecilie T.^{3,4}

¹ Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU

² UiT, Norges arktiske universitet

³ Kvinneklinikken, St. Olavs hospital, Trondheim

⁴ Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU

Bakgrunn: St. Olavs hospital behandler alle ektrauterine svangerskap (EXU) i Sør-Trøndelag. I en tidligere studie fra Sør-Trøndelag falt forekomsten av EXU fra 1.6 per 1000 kvinner i 1990 til 0.8 i 2004. I løpet av de siste 10 årene har man sett en markant nedgang i antall fødsler og induserte aborter i Norge. Om dette også gjelder EXU-tall er ukjent. Formålet med studien var å undersøke EXU-rater sammenliknet med fødsels- og abortrater per 1000 kvinner for 2005-2021 i Sør-Trøndelag.

Metode: Retrospektiv deskriptiv studie blant kvinner 15–44 år i Sør-Trøndelag. EXU data ble hentet og verifisert fra journal etter søk i St. Olavs hospitals journalsystem. Fødsels- og aborttall ble hentet fra Medisinsk fødselsregister og Abortregisteret, og populasjonsdata fra Statistisk sentralbyrå.

Resultater: Gjennomsnittlig årlig insidens av første EXU per 1000 kvinner økte beskjedent fra 0.46 i 2005–2009 til 0.60 i 2020–2021. Parallelt med dette falt fødselsraten fra 61.6 per 1000 kvinner til 50.1 og abortraten fra 15.4 per 1000 kvinner til 8.9 per 1000 kvinner fra hhv 2005–2009 til 2020–2021. Følgelig fant vi økning i ratene EXU/fødsel (fra 7.8 til 12.9 EXU per 1000 fødsler) og EXU/abort (fra 31.5 til 72.1 EXU per 1000 aborter).

Konklusjon: Gjennomgangen av trender i EXU-, fødsels- og abortrater i et norsk fylke gjennom 16 år viser at forekomsten av EXU har vært nesten uendret, mens både fødsels- og abortrater har falt. Imidlertid savnes oppdaterte nasjonale og internasjonale studier for sammenlikning og for bedre overvåkning av alle typer svangerskap med deres komplikasjoner.

P16 Ekstern validering av prediksjonsmodellen «AdenoCAL» for diagnostisering av adenomyose ved bruk av transvaginal ultralyd – en nordisk prospektiv multisenterstudie

Omtvedt, Marianne^{1,2}, Nygård, Ståle³, Skrøppa, Siri⁴, Ringen, Ingrid M.⁵, Joronen, Kirsi⁶, Lieng, Marit^{1,2}, Tellum, Tina¹

¹ Kvinneklinikken, Oslo Universitetssykehus

² Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

³ Senter for bioinformatikk, Universitetet i Oslo

⁴ Gynekologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold

⁵ Kvinneklinikken, St. Olavs Hospital

⁶ Gynekologisk avdeling, Turku Universitetssykehus/Universitet i Turku, Finland

Bakgrunn: I en tidligere studie utviklet vi en prediksjonsmodell som predikerte sannsynligheten for tilstedeværelse av adenomyose basert på åtte ultralydtegn og ett klinisk tegn. Modellen viste en meget god testkvalitet (area under the curve [AUC] 0.86).

Mål: Å eksternt validere prediksjonsmodellen samt sammenligne modellens ytelse blant ikke-erfarne undersøkere og en erfaren undersøker (ekspert) i ultralyddiagnostikk av adenomyose.

Metode: Prospektiv, multisenterstudie utført i 02/2020–06/2022 med inklusjon av premenopausale kvinner, 18–52 år, søkt inn til hysterektomi på benign indikasjon. Preoperativ 2D/3D-transvaginal ultralyd ble utført av fire ikke-erfarne undersøkere. Bilder og video ble lagret og re-evaluert av en blindet ekspert. Følgende ni prediktorer ble vurdert: Hyperekkogene foci, radiær ekkoskygge, myometrielle cyster, globulær uterus, normal uterusform, asymmetri fremre/bakre vegg, maksimal bredde junctional zone (JZ) i sagittalplan, regulær JZ, dysmenorégrad. Histologisk verifisering av adenomyose var referansestandard. Vekten av de ulike prediktorene (β) var predefinert og den diagnostiske ytelsen til modellen (AUC, sensitivitet, spesifisitet) ble beregnet.

Resultater: Av 528 pasienter ble 464 inkludert i den endelige analysen. 254/464 (54.7%) hadde histologisk verifisert adenomyose. Modellen viste en dårlig testkvalitet blant de ikke-erfarne og en god testkvalitet for eksperten: AUC (95% KI) hhv. 0.61 (0.55–0.66) og 0.72 (0.67–0.77), sensitivitet 65% (52–73%) og 64% (52–70%), spesifisitet 58% (48–65%) og 72% (58–78%). Resultatene var sammenlignbare med undersøkernes subjektive vurdering av adenomyose.

Konklusjon: Den validerte prediksjonsmodellen viste en dårlig testkvalitet blant ikke-erfarne undersøkere og den forbedret ikke treffsikkerheten ved diagnostisering av adenomyose. Ikke-erfarne overdiagnostiserte ultralydtegn, med resulterende lav spesifisitet. Funnene understreker viktigheten av ultralydopplæring og erfaring i å vurdere adenomyosespesifikke tegn.

P17 Ble pasienter med bekkenbunnssykdommer påvirket av koronapandemien?

Bjørnsen, Mille M.¹, Husøy, Jonatan¹, Thornhill, Heidi F.², Kråkenes, Bettina C.², Trovik, Jone^{1,2}

¹Klinisk Institutt 2, Universitetet i Bergen

²Gynekologisk avdeling, Haukeland Universitetssjuehus

Bakgrunn: Underlivsfremfall og urininkontinens er vanlige tilstander som behandles ved de fleste gynekologiske avdelinger. Gynekologisk fistel er langt sjeldnere, og behandling er sentralisert til Nasjonal Behandlingstjeneste for Gynekologiske Fistler (NBTGF) ved Haukeland Universitetssjuehus. Helsetjenestetilbudet ble endret under koronapandemien da Norge stengte ned fra mars 2020.

Mål: Vi ville undersøke om utredning og behandling av bekkenbunnssykdommer ble påvirket av koronapandemien.

Metode: Retrospektiv kohortstudie av kvinner henvist til Haukeland Universitetssykehus mhp underlivsfremfall, urininkontinens eller gynekologisk fistel 2017-2018 (n=300) og 2020-2021 (n=286).

Resultater: Alle 198 kvinner henvist for fistelutredning ble ferdigvurdert av gynekolog ved første kontakt median 6 uker (95% konfidensintervall (KI) 5-7) fra henvisning. For 94/124 kvinner med bekreftet fistel ble kirurgi besluttet og 69/94 gjennomført ved første konsultasjon. Hverken tid fra henvisning til evaluering eller kirurgisk behandling var signifikant forskjellig mellom de to tidsperiodene ($p>0,135$).

For prolapspasienter økte tid fra henvisning til første undersøkelse fra median 12 uker 2017-18 (95%KI 10-14) til 23 uker (95%KI 17-25) 2020-21, $p=0,003$ men for 121/192 kvinner besluttet operert var det ingen forskjell i tid fra beslutning til operasjon i de to periodene, $p=0,556$.

For 192 inkontinenspasienter økte tid til første konsultasjon respektivt kirurgibestemmelse (93/192) fra median 9 uker (95%KI 7-10) og 22 uker (95%KI 19-23) til 26 uker (95%KI 24-30) og 53 uker (95%KI 49-57) alle $p<0,001$. Ved avslutning av studieinkludering median 41 uker (95%KI 31-51) etter henvisning var fortsatt 14 pasienter fra 2020-21 kohorten ikke evaluert, $p<0,001$.

Konklusjon: Under koronapandemien hadde kvinner henvist for descens og urininkontinens betydelig lengre ventetider, mens nasjonal fistepasientbehandling forble uaffisert.

P18 Kan FistelPROspørreskjema brukes for å vurdere symptomer, besvær og livskvalitet hos kvinner med mistenkt gynekologisk fistelsykdom?

Jørs, Julie¹, Thornhill, Heidi F.², Kråkenes, Bettina C.², Trovik, Jone^{1,2}

¹Klinisk Institutt 2, Universitetet i Bergen

²Gynekologisk avdeling, Haukeland Universitetssjuehus

Bakgrunn: Gynekologiske fistler (unormale forbindelser mellom urinveier-genitalia-tarm) gir symptomer i form av urin- og avføringslekkasje. Kvinneklinikken ved Haukeland Universitetssjuehus har fra 2012 hatt nasjonalt behandlingsansvar som Nasjonal Behandlingstjeneste for Gynekologiske Fistler (NBTGF).

Symptombyrde og livskvalitet hos kvinner med underlivsfistel har vært lite undersøkt. NBTGF har videreutviklet symptomskjemaene fra Norsk Register for Analinkontinens (NRA) og Norsk Kvinnelig Inkontinens Register (NKIR) til FistelPRO-skjemaene EPRO og UPRO, disse inkluderer respektive spesifikke symptomspørsmål samt en felles besværsspørsmålsdel.

Mål: Vi ville undersøke om EPRO og UPRO viste sammenhenger mellom pasientrapporterte fistelsymptomer og besvær hos kvinner med påvist entero- eller urofistel mot dem uten fistel og validere mot det generelle livskvalitetsskjema Short-Form-12 (SF-12).

Metode: Prospektiv kohortstudie av kvinner henvist NBTGF mhp tarm- eller urinveisfistel 15.09.21 – 24.04.24. Deltagerne besvarte EPRO eller UPRO samt SF-12 før første undersøkelse.

Resultater: Av totalt 89 inkluderte hadde 50 enterofistel, 16 urofistel og 23 ingen fistel. Enterofistelgruppen rapporterte median Wexnerskår 8 (95%KI 6-11) og St. Marksskår 13 (95%KI 10-16). Stressinkontinensskår var median 9 (95%KI 7-11) ved urofistel mot 3 (95%KI 0-3, $p=0,002$) ved avkreftet fistel. Median SF-12-PCS (fysisk delskår) og SF-12-MCS (mental delskår) var <50 for alle tre pasientkategoriene. FistelPRObesværsskår var median 6 (95%KI 4-10) uten påvist fistel, enterofistel 9 (95%KI 8-11) og urofistel 14 (5-16, $p=0,018$). FistelPRObesværsskår korrelerte negativt med SF-12-MCS ($p=0,018$) og positivt med Stressindeks, St.Marks- og Wexnerskår (alle $p<0,001$).

Konklusjon: FistelPRO måler symptomer og påvirket besvær/livskvalitet hos kvinner med mistenkt gynekologisk fistel. UPRO viser tydelig forskjell i symptomskår hos kvinner med og uten fistel, mens EPRO ikke sikkert skiller symptomskår.

P19 To systemer, én diagnose.

En sammenligning av chorioamnionitt-registrering i Dips og Natus og Kvalitetssikringsprosjekt for diagnostikk og behandling av chorioamnionitt ved Kvinneklinikken, Haukeland universitetssykehus

Bjørnstad, Emma L.¹, Litleskare, Ingelin¹, Kvalvik, Sedina^{1,2}, Sørbye, Linn M.², Ebbing Cathrine^{1,2}

¹ Universitetet i Bergen, Det Medisinske fakultet.

² Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssykehus

Bakgrunn: Chorioamnionitt, en fødselskomplikasjon der fosterhinnene blir infisert/inflammert, kan være alvorlig for mor og barn. Registrering av chorioamnionitt ved Kvinneklinikken (KK), Haukeland universitetssykehus (HUS) skjer i to separate elektroniske journalsystemer, Dips og Natus. Registreringen utføres av henholdsvis leger og jordmødre, og data sendes til henholdsvis Norsk pasientregister (NPR) og Medisinsk fødselsregister (MFR). Som et ledd i kvalitetssikringsarbeid bør etterlevelse av retningslinjer undersøkes.

Mål: Å undersøke samsvar mellom registrering av chorioamnionitt i Dips og Natus journalsystemer.

Materiale og metode: Studien omfattet alle fødsler ved KK september 2013-juli 2023. Journalgjennomgang og validering av chorioamnionitt-diagnosen ble utført på et utvalg fødsler registrert med chorioamnionitt i Dips i 2016, samt fødsler der diagnosen kun var registrert i Natus (og ikke Dips). Demografiske og kliniske variabler, diagnoseregistrering og behandlingskvalitet ble undersøkt.

Resultater: Syvhundre og fire av 48 127 fødsler var registrert med chorioamnionitt i Dips og/eller Natus. Samsvaret mellom journalsystemene var akseptabelt (Cohens kappa = 0,37). Sensitiviteten for diagnoseregistrering i Natus var 24,5%. Journalgjennomgang av 78 fødsler viste at alle fødslene registrert med chorioamnionitt i Dips (i 2016) fylte diagnosekriteriene, mens dette ikke var tilfelle for Natus. Etterlevelsen av retningslinjer for håndtering av chorioamnionitt var lav; f.eks. var antibiotikabehandlingen i tråd med prosedyre i 47% av tilfellene.

Konklusjon: For chorioamnionitt fant vi lavere enn anbefalt grad av kodesamsvar mellom Dips og Natus, hovedsakelig grunnet underregistrering i Natus. Våre funn har betydning for institusjonen og for helseregistrene. Implementering av interoperable journalsystemer vil være viktig for å øke datakvaliteten og bedre kommunikasjon om, og selve pasientbehandlingen.