

# Endometriehyperplasi

## Formål

Behandling og kontrol af endometriehyperplasi.

## Anvendelsesområde

Læger ved Gynækologisk afdeling som udreder og behandler patienter med endometriehyperplasi.

## Definition

Endometriehyperplasi er en ikke-invasiv proliferation af endometriet.

## Klassifikation

### Hyperplasi uden atypi:

- **Simpel type** - risiko for progression til endometriecarcinom 0-3 %
- **Kompleks type** - risiko for progression til endometriecarcinom 3-22 %

### Hyperplasi med atypi:

- **Simpel type** -risiko for progression til endometriecarcinom 8 %
- **Kompleks type** -risiko for progression til endometriecarcinom 29-44 %

Atypi er den vigtigste prognostiske faktor for hvorvidt endometriehyperplasien vil udvikle sig til endometriecancer.

## Behandling

Hyperplasi **uden atypi** af simpel type:

- korrektion af risiko faktorer (vægttab, seponering af østrogenbehandling )

Kan evt. behandles med én af følgende:

- cyklisk MedroxyProgesteronAcetat MPA 10-20 mg i 10-14 dage per måned
- P-piller
- Mirena IUD

Hyperplasi **uden atypi** af kompleks type:

Behandlingen iværksættes ved persisterende hyperplasi efter 3-6 måneder.

- Gestagendominerende p-piller
- Cyklisk MedroxyProgesteronAcetat MPA 10-20 mg i 10-14 dage per mdr., eller kontinuerligt
- Skift til kontinuerlig kombineret HRT
- Mirena IUD
- Endometriresektion såfremt medicinsk behandling ikke er tilstrækkelig eller kontraindiceret.

### Hyperplasi **med atypi**

- Bør generelt tilrådes Hysterektomi + BSO
- Hos unge patienter med graviditetsønske individuel behandlingsplan.

### **Kontrol**

- Patienter bør altid kontrolleres indtil hyperplasien er forsvundet.
- Endometriebiopsi hver 3.-6. Mdr.
- Hysteroskopisk kontrol bør overvejes.

### **Ansvar**

Læge der undersøger patienten.

### **Referencer**

DSOG's Guideline <http://www.dsog.dk/bloedningsforstyr/Guideline%20-%20Hyperplasi%2015.juni%202003%20Fw.htm>

# Mindre liv1

## Indholdsfortegnelse

Formål

Anvendelse/anvendelsesområde

Definition/ordforklaring

Gennemførelse

Dokumentationsform

Ansvar

Litteratur/referencer

## Formål

Beskrive håndtering af gravide der henvender sig med "mindre liv".

## Anvendelse/anvendelsesområde

Læger og jordemødre der arbejder i obstetrisk afdeling.

## Definition/ordforklaring

"Liv" er fosterbevægelser registeret af gravide.

"Mindre liv" opfattes som en ændring fra et aktivitetsniveau til en tilstand med mindre aktivitet.

## Gennemførelse

*Jordemoder* skal indenfor 2 timer se alle gravide, der henvender sig pga. "mindre liv".  
Jordemoder skal sørge for, at der foreligger:

-anamnese inkl. medicin og alkohol

-vurdering af moderen: BT og urinstix

-CTG (efter 24. uge (?), før 24. uge lyttes med doptone)

-klinisk fosterskøn

Såfremt disse undersøgelser er normale, kan hun sendes hjem med besked om at henvende sig igen, såfremt hun atter mærker mindre liv.

*Lægen* skal informeres ved fund af patologi eller klinisk mistanke om IUGR. Lægen skal såfremt der er klinisk mistanke om IUGR foretage eller sørge for UL-bestemmelse af fostervægt og fostervandsmængde indenfor 1 døgn. I tilfælde af verificeret IUGR suppleres med flowundersøgelse i henhold til IUGR instruks ([link](#)).

### **Dokumentationsform**

Patientjournal.

### **Ansvar**

Jordemoder og læge

### **Litteratur/reference/ love & bekendtgørelser**

DSOG guideline ([link](#))

Udarbejdet af Bente B Poulsen, Maria Rosendal, Michael Stadtler, Annemette Lykkebo

Godkendt jan. 2008

Revision jan. 2009

# Mindre Liv2

## Formål:

Beskrive relevante tiltag hos gravide, som henvender sig grundet mindre fosterliv.

## Anvendelse:

Læger og jordemødre på obstetrisk afdeling på xx sygehus

## Definition:

Der findes ingen entydig definition af mindre liv; der er tale om en tilstand, hvor kvinden bemærker mindre aktivitet hos fosteret end tidligere.

## Baggrund:

Langt de fleste kvinder, som henvender sig med mindre liv vil have et normalt graviditetsudfald. Aktivitetsmønsteret varierer gennem døgnet og bliver gradvist mindre i tredje trimester.

Hos en lille del af fostrene vil symptomet mindre liv være relateret til IUGR, oligohydramnios, chorioamnionitis, føtale sygdomme (f.eks. kronisk hypoxi, misdannelser), mm. En anden årsag kan være medicinindtagelse eller alkoholindtag hos mater.

## Incidens:

3,2 - 7% afhængigt af, om der er tale om høj- eller lavrisikogravide.

## Undersøgelingsprogram:

Undersøgelse indenfor få timer mhp. vurdering af fosterbevægelser og vurdering af eventuelle risikofaktorer:

Anamnese (incl medicin, alkohol)

BT, puls, Tp

Urinstix

Klinisk fosterskøn / SF mål

CTG med angivelse af fosterbevægelser

Ved abnormt fosterskøn og normal CTG, foretages UL senest næste dag – incl. AFI og flow, hvis IUGR verificeres.

Gravide med mindre liv, som har normal CTG og normal fostertilvækst, og som senere mærker normalt liv, behøver ikke at få foretaget yderligere undersøgelser.

Reference:

DSOG guideline (2006)

# Præterm fødsel, forløsningsmetoder

## **Formål:**

Beskrive valg af forløsningsmetode ved præterm fødsel

## **Anvendelse/ anvendelsesområde:**

Læger og jordemødre på gynækologisk/ obstetrisk afdeling

Gravide i spontan fødsel 24+0 til 37+0 uger. Gælder kun enkeltgraviditeter.

## **Definition:**

Præterm fødsel: fødsel 24+0 til 37+0 uger

## **Procedure:**

### *Foster i hovedstilling:*

Der stiles som udgangspunkt mod vaginal forløsning. Sectio udføres på vanlige indikationer.

Pædiater kontaktes på søger xx tidligt i forløbet, og forældrene skal i videst muligt omfang tilbydes samtale med pædiater før fødslen.

Pædiater og obstetrisk bagvagt tilstede ved fødsler før uge 34+0

Præterme fostre er i højere risiko for asfyxi og skal overvåges kontinuerligt.

Overvågning kan ske med CTG og skalp-pH.

STAN kan ikke anvendes ved gestationsalder < 36+0 uger

Epidural kan anvendes.

Blød kop kan anvendes. Ved fosterskøn < 2000g kan anvendes lille blød kop med reduceret undertryk.

Episiotomi kan anvendes ved behov for at skåne barnets hoved

Antibiotika se hyperlink

*Foster i UK:*

Der stiles som udgangspunkt mod forløsning ved sectio.

Såfremt vaginal fødsel er uundgåelig:

Pædiater og obstetrisk bagvagt tilstede

Der er øget risiko for fastsiddende sidst kommende hoved, og det kan det blive nødvendigt at anlægge collumklip. Dette gøres kl. 4 og 8.

Det er vigtigt ikke at presse for tidligt, da det øger risikoen for fast siddende sidst kommende hoved.

**Indikatorer:**

NS-pH

Apgar score

**Dokumentationsform:**

Patientjournal

**Ansvar:**

Læger og jordemødre.

**Reference:**

DSOG-guideline 2007 (hypertekst)



# Cervix Dysplasi

- Forfatter: Jean Media, Anja Kirstein, Mulle Jensen
- Faglig Ansvarlig: Erik Søgaard
- Gælder fra: 10. januar 2008
- Gældende for: Aalborg Sygehus Gynækologisk Obstetrisk Afdeling
- Godkendt den: 10. januar 2008
- Målgruppe: Læger

# Formål

- At identificere behandlingskrævende dysplasi hos kvinder henvist med abnorm cervix cytologi.

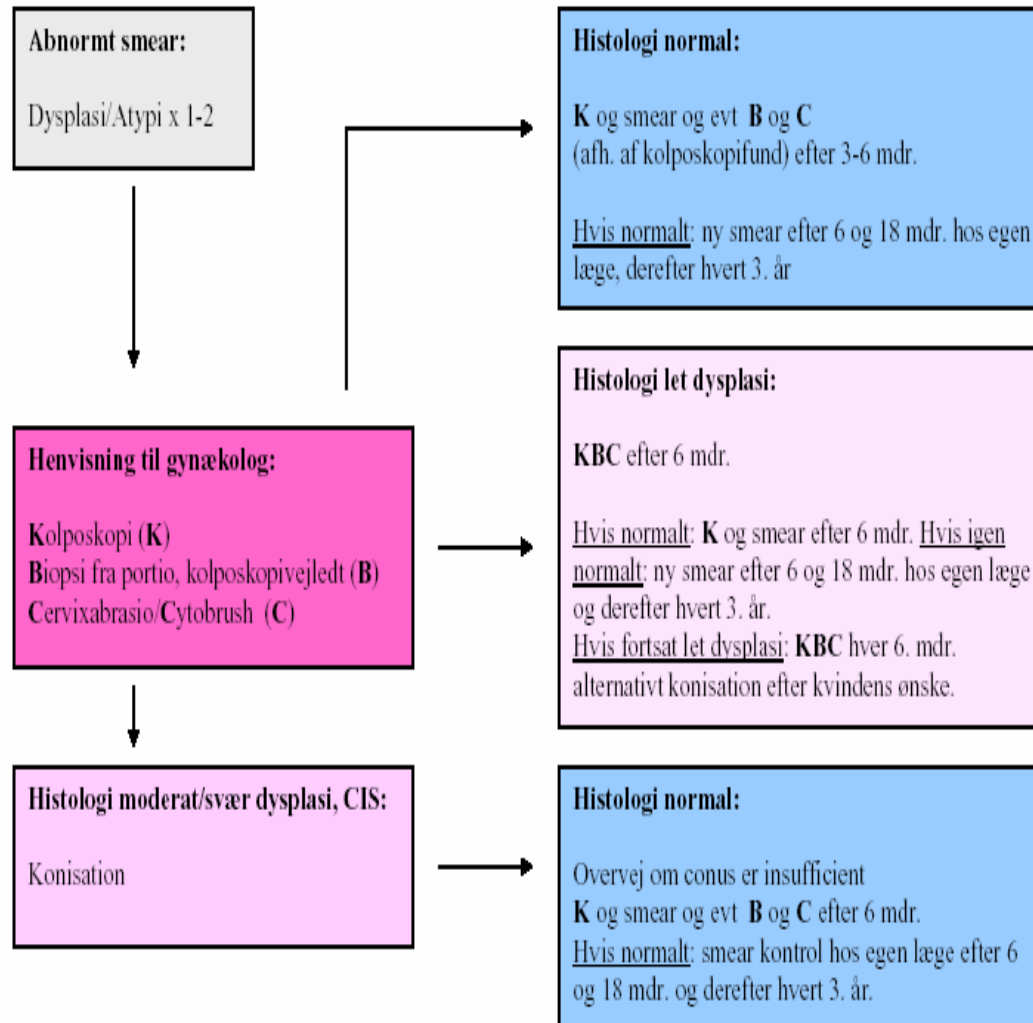
# Definition af celleforandringer

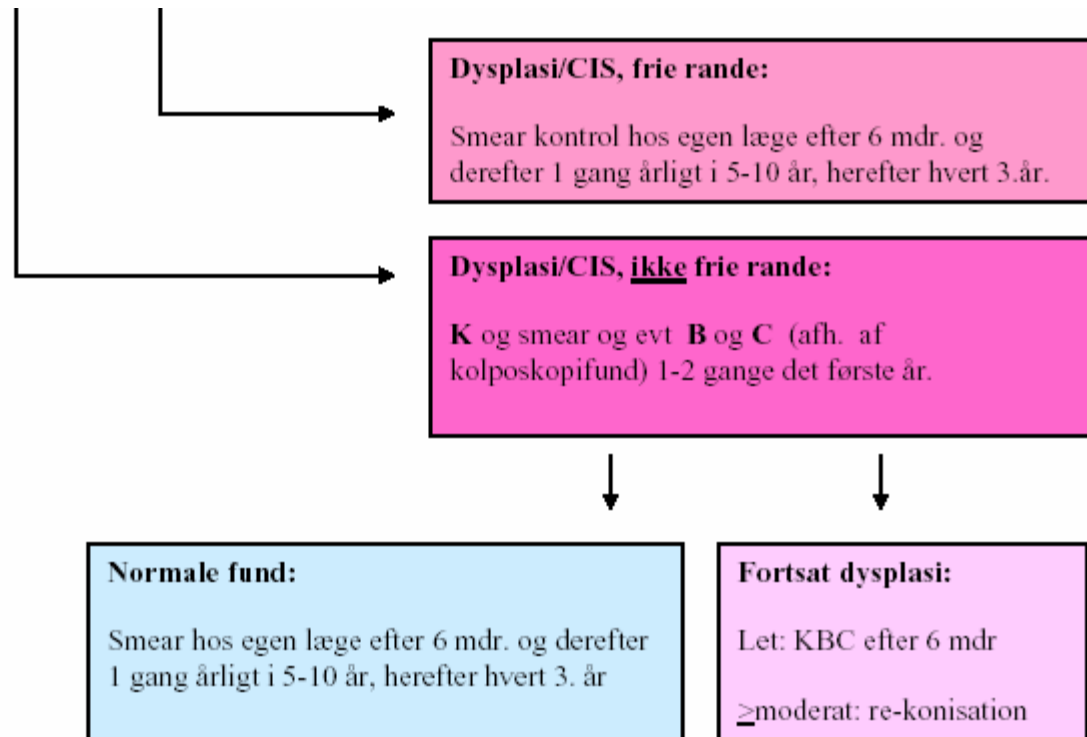
- Atypi (ses ofte i forbindelse med cervicitis)
- Let dysplasi
- Moderat dysplasi
- Svær dysplasi
- Carcinoma in situ
- Cervical cancer

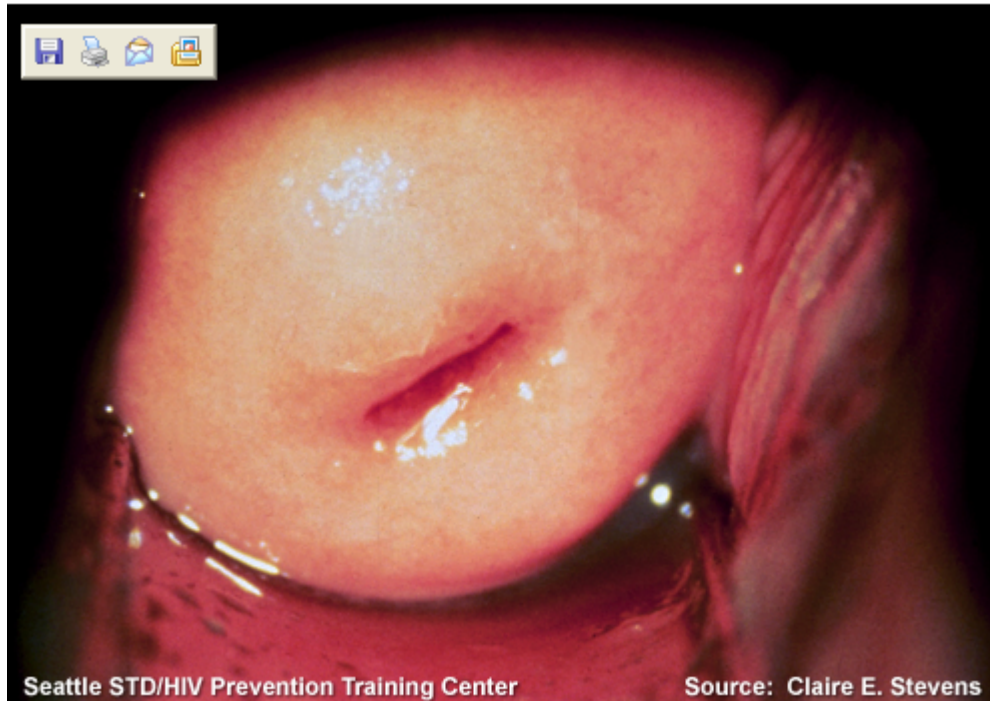
# Arbejdsgang

- Anamnese (blødnings mønster, parietet, tidligere gynækologisk sygdom, rygning)
- GU med kolposkopi og portiobiopsi
- Behandlingsstrategi: Afhænger af patologi svar. Se flowchart.

## Dysplasi – flow for planocellulære forandringer







Plan for implementering af  
guideline om

Håndtering af  
ovariecyster

# Plan:

- Stifte en styregruppe

# Plan:

- Stifte en styregruppe
- Instruks

# Plan:

- Stifte en styregruppe
- Instruks
- Forløbsplan

# Plan:

- Stifte en styregruppe
- Instruks
- Forløbsplan
- Patientinformation

# Plan:

- Stifte en styregruppe
- Instruks
- Forløbsplan
- Patientinformation
- Gennemgang af instruks i lægegruppen

# Plan:

- Stifte en styregruppe
- Instruks
- Forløbsplan
- Patientinformation
- Gennemgang af instruks i lægegruppen
- Tværfagligt informationsmøde (sekr., amb.pers., læger, kontaktperson blandt anæstesilæger, praksiskonsulent)

# Plan:

- Stifte en styregruppe
- Instruks
- Forløbsplan
- Patientinformation
- Gennemgang af instruks i lægegruppen
- Tværfagligt informationsmøde (sekr., amb.pers., læger, kontaktperson blandt anæstesilæger, praksiskonsulent)
- Plan for opfølgning

# Tværfagligt inf. møde

- Formål
- Præsentation af udarbejdet materiale
- Tidsplan
- Plan for opfølgning

# Forløbsbeskrivelse

- **Henvisning:** Indhold: Menopause status, symptomer, konkurrerende lidelser, medicin, objektive fund, BMI
- **Visitation:** Visiteres til ambulant tid indenfor 14 dage
- **Ambulant kontakt:** Undersøges jvnf. instruks.
- Ved operationsindikation og minimal mistanke om malignitet klargøres patienten til operation. Dvs. der laves en fuldstændig journal og planlægges narkoselægetilsyn.
- Såfremt der tages CA 125 aftales med patienten, hvordan hun ønsker at modtage svar.
- **Opfølgning:**
- Når svar på CA125 foreligger, skal sekretæren sørge for at dette tilgår ordinerende læge. Sekretæren skal sikre sig, at vedkommende er på arbejde de efterfølgende dage. Hvis dette ikke er tilfældet, skal prøven ses af ambulatorielægen. Lægen, der kvitterer for prøven, har ansvaret for at patienten får svar.
- Lægen, der kvitterer for CA125, har ansvaret for at udregne RMI og dermed tage stilling til behandling.
- **Henvisning til OUH:**
- Ved mistanke om malignitet skal lægen henvise patienten til operation på OUH. Henvisning faxes samme dag.
- **Indkaldelse til fornyet ambulant kontrol**
- Lægen giver sekr. besked (såfremt pt ikke allerede har en tid) og der sendes en skriftlig indkaldelse
- **Operation lokalt**
- Lægen følger op på om dette er planlagt. Hvis ikke indkaldes patienten til ny samtale.
- **Afslutning**

# Instruks: Håndtering af ovariecyster

- **Definitioner.**
- *Menopausestatus:* Indtil 2 år efter sidste menstruation defineres kvinder som præmenopausale.
- Ved gennemgang af litteraturen er der anvendt en aldersgrænse på 50 år, når menopausestatus ikke er angivet.
- *Maligne ovarietumorer:* Ovariecancer og borderline tumorer.
- *Ultralydsfund:*
- *Ikke suspect cyste:* Unilokulær cyste uden solide partier eller exkrescenser (hos præmenopausale kvinder kan bilokulære cyster sidestilles med unilokulære).
- *Suspekt cyste:* > 2 kamre, cystisk-solid eller solid, indeholdende exkrescenser, og ved samtidig cyste/tumor på modsidige ovarium.
- *Ascites:* Der findes ikke nogen strikte definition på ascites. En væskelomme i fossa Douglasi på 2 x 2 cm anses for normal.
- *RMI (Risk of Malignancy Index):* beregnes ved at gange menopausestatus (værdi 1-4), ultralydsscore (værdi 1-4) og CA-125 værdi (se appendix 1).

# Konsekvenser

- Henvisningsmønster
- Operativ aktivitet
- Ambulant aktivitet
  
- Ressourcer
- Økonomi

# Håndtering af ovariecyster

Zohreh

Algirdas

Therese

# Håndtering af ovariecyster

Handlingsplan - implementering

Initiativtager – udpeges af ledelsen

Udfærdige instruks (flowchart)  
– udpege tovholder

# Håndtering af ovariecyster

Orienteringsmøder omkring nye instruks

Læger + (ambulatorie sygeplejerske)

Evt. sonograf

Vigtigt at der er fuld enighed om kriterierne for kontrol af cyster samt operations indikation.

Tidshorisont for projektet – hvornår evalueres det (f.eks. om 12 mdr.)

# Håndtering af ovariecyster

Overvejelser omkring implementering

Hvem skal undersøge og scanne patienten

Uddannelsessøgende læger,  
speciallæger, sonografer

# Håndtering af ovariecyster

Overvejelser omkring implementering

Hvem skal undersøge og scanne  
patienten

Uddannelsessøgende læger,  
speciallæger, sonografer

Behov for oplæring

# Håndtering af ovariecyster

Overvejelser omkring implementering

Hvem skal undersøge og scanne  
patienten

Uddannelsessøgende læger,  
speciallæger, sonografer

Behov for oplæring (man ved hvad man  
ser, man ved hvad man gør, når man ser)

# Håndtering af ovariecyster

- Ambulatoriesygeplejerske
- RMI skema
- Ca-125 – bestilling m.m.
- Booke kontroltid

# Håndtering af ovariecyster

## Opfølgning

- Journalaudit – f.eks.den uddannelsessøgende
- Feedback til involverede personalegrupper – gerne morgenmøder. Overholdes instruksen?
- Cases

# Håndtering af ovariecyster

## Konsekvenser

- Operationsgangen (flere/færre der opereres)

# Håndtering af ovariecyster

## Konsekvenser

- Operationsgangen (flere/færre der opereres)
- Ambulatorium (flere/færre kontroller)

# Håndtering af ovariecyster

## Konsekvenser

- Operationsgangen (flere/færre der opereres)
- Ambulatorium (flere/færre kontroller)
- Finder vi de maligne tumorer –  
viderehenvises de korrekt

# Håndtering af ovariecyster

## Økonomi

Vi har ingen holdning til økonomiske konsekvenser – må afvente evalueringen efter 1 år

## Implementering af guideline for gemelliforløsning

- Udarbejde forslag til udførlig, kortfattet, klar instruks – inkl. klarlæggelse af alle personalegrubbers ansvarsområder. Instruks-forslag udarbejdes tværfagligt ved jdm og læger
- Orienteringsmail til involverede parter (læger, jdm, pæd, anæstesi, sosu)
- Planlægge temadag for ovenstående parter indeholdende bl.a.:
  - Teoretisk undervisning / baggrundsviden v. obstetriker, anæstesi og pædiater
  - Grundig gennemgang af den nye instruks
  - Diskussion af instruks / evt. ændringsforslag
  - Oplæg til fantomøvelser / praktiske øvelser
    - Forløsning af gemelli
    - Forløsning af UK (inkl. tang)
    - Intern vending på gemellus B (inkl. akut anæstesi)
    - Post partum blødning
- Nedsætte arbejdsgruppe, som færdiggør instruks ud fra erfaringerne fra temadagen. Gruppen opfordrer til løbende tilbagemeldinger.
- Arbejdsgruppen mødes hver anden måned og gennemgår forløbene for efterfølgende gemelliforløsninger, samt indkomne forslag til praktiske ændringer
- Afrapportering til alle pr. mail

Medicinsk abort

Implementering

# Overvejelser

- Patientforløb (henvisning, amb besøg, opfølgning)
- Interessenter (patient, AP-læge, sekretær, læge, sygepl)
- Afdelingens organisation
- Økonomi
- Instruks, patientinformation
- Uddannelse af personale

# Patientforløb, før hospital

- Info-møde for AP-læger og/el praksiskoordinator
- Info-skrivelse til AP-læger
- Tidlig henvisning (anfør GA!)
- Valg ml ab-type diskuteres i AP
- Klargjort: chlamydia, type, anmodning
- Hvis ab-type ej anført og GA<9 uger – med ab

# Patientforløb, hospital

- Møde ml team: 2-3 sekretærer, 3-4 sygepl, ansvarlige læger
- Aftale logistik og forarbejde:
- Sekr: indkaldelse m pt-info + selvoplysningseskema, journalgang
- Sgpl: journalgennemgang før fremmøde, patient-info mdtl, s-hcg, medicinudl, opfølgning (hcg-kontrol)
- Læge: US, journal, ord., info, opfølgning

# Forarbejde

- Instruksudarbejdelse: læge og sygepl
- Patientinfo: sygepl og læge
- Info til AP-læger: læge
- Standardjournal, udarb: læge
- m kommentar

# Forarbejde: uddannelse

- Temadag om med abort (1/2 dg)
- Sekr: organiserer selv arb.gang
- Sygepl: tilknyttede sgpl undervises separat
- Læger: systematisk oplæring af nye (føl 1 dg ved intro), alle tilsendes instruks

# Behandlingsvalg

- Hjemmeregime (m akut-tlf.nr)
- Mifegyne 200 mikrgr po dag 1.
- Misoprostol 0,8 mg vaginalt dag 3
- Øvrig medicin: tbl Diclon 100 mg 2 stk, tbl Panodil 500mg 8 stk, sup Primperan 20 mg 1 stk

# Kvalitetssikring

- Klinisk kvalitet: succesrate (LPR-udtræk, afd-specifik)
- Audit/ utilsigtede hændelser
- Pt-tilfredshed: spørgeskema til alle ptt md 6-18 (udviklingssygepl)
- Ventetidsopgørelse, evt sml med andre afd

# Implementering af medicinsk abort.

- Der stiles mod at implementere medicinsk abort i ambulant regi.
- Gestationsalder 6 – 8+6 uger.

# Valgt procedure

- Ambulant besøg hvor der foretages GU samt transvaginal uls. til bestemmelse af gestationsalder.
- Kvinden modtager mundtlig og skriftlig information om procedure og kendte bivirkninger/komplikationer.
- S-HCG måles
- Tbl Mifegyne 200mg udleveres

# Valgt procedure:

- Tbl cytotec 2 stk af 0,2 mg udleveres sammen med plast-handske.
- Recept på NSAID præp. udleveres.
- Aftale om fornyet S-HCG måling efter 8 dage.
- Pt udstyres med telefonnummer på kontaktperson tilknyttet gyn. ambulatorie.
- Udlevering af Patient Tilfredsheds Spørgeskema i frankeret svarkuvert.

# Procedure Sikring

- Ambulatorie lægen gennemgår Dagens S-HCGér og viderer visiterer evt. patienter til snarlig transvaginal uls.  
Ambulatorie sygeplejersken kontakter patienten.

# Hvorfor denne metode vælges:

- Proceduren er valgt ud fra anbefalinger i guidelines i DSOG. Link [www.dsog.dk](http://www.dsog.dk)

# Implementering

- Informationsmøde i afdelingen, hvor afdelingsledelsen samt de ansvarlige gynækologiske læger informerer øvrige kollegaer, ambulatoriets sygeplejersker, amb. sekretærer og praksiskonsulenten om ny procedure.
- Tilstede er også repræsentanter fra andet hospital hvor lignende procedure er implementeret.

# Prøve periode

- Proceduren indledes med en 4 måneders prøveperiode.
- Efterfølgende evalueres data og erfaringer og eventuelle justeringer foretages.  
Endelig Instruks forfattes og godkendes.
- Opsamlende møde med alle involverede parter

# Gemelli-forløsning

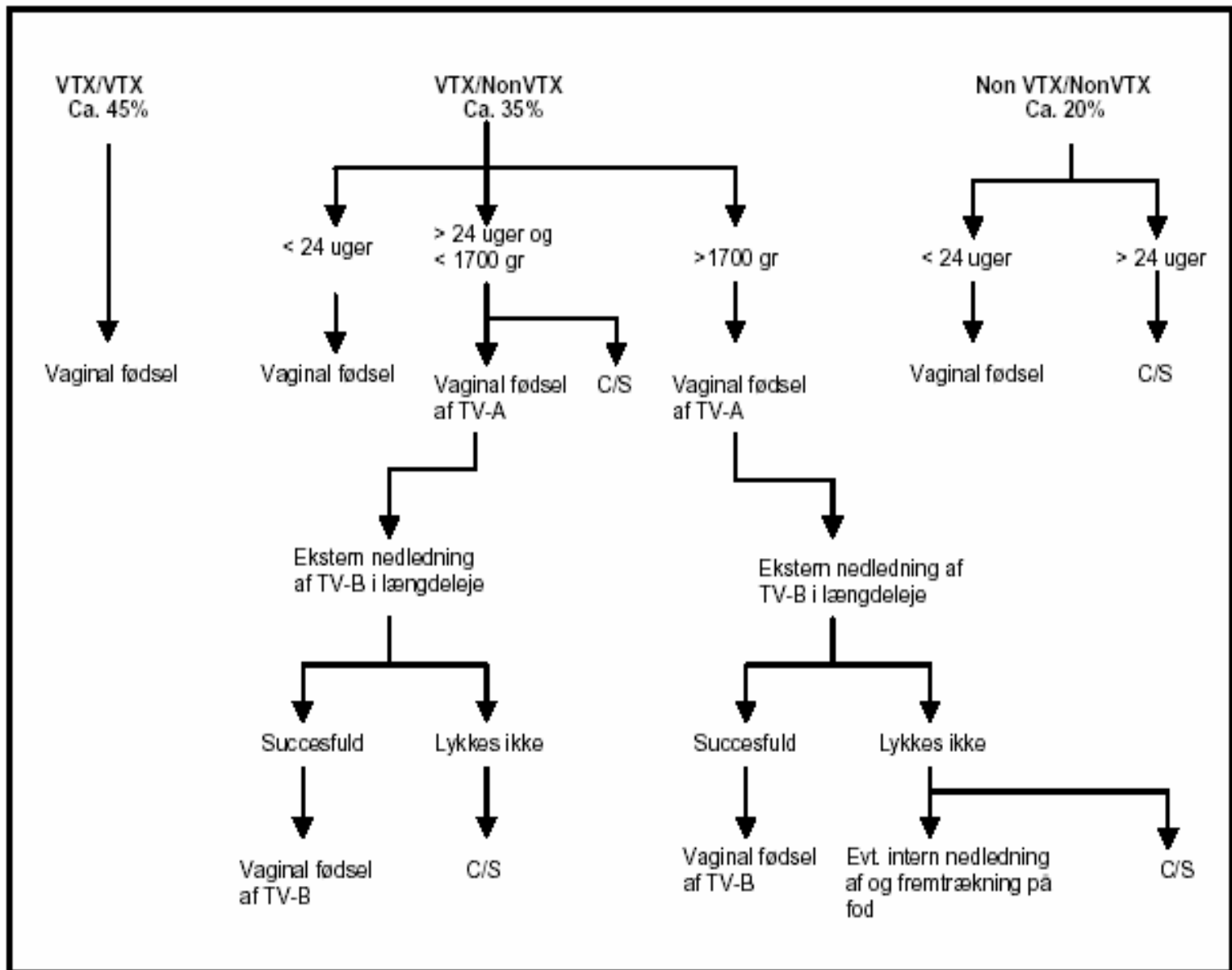
Praktisk implementering udfra  
guideline

Sandbjerg 2005

# MTV af implementering og evaluering

- Teknologi
- Patienter
- Organisation
- Økonomi

# Sandbjerg 2005 Guideline Gemelli forløsning



# Teknologi

- Vaginalforløsning (igangsat og spontan)
  - Gemelli >24. uge m. TV A i hv.st. og
  - Mater indvilliger i vaginal forløsning
- Outcome
  - Perinatale komplikationer
    - NS-pH, Apgar og Sarnat-score
  - Maternelle komplikationer
    - Sectio, postpartum-blødning

# Patienter

- Patient-tilfredshedsundersøgelse
  - Spørgeskema efter fødslen

# Organisation

- Arbejdsgruppe
  - Involvering af obst., jdm, SOSU, anæstesi og pæd.
- Udarbejdelse af instruks og detaljeret logistikplan.
- Teoretisk formidling af ovenstående.
- Tværfaglig færdighedstræning
- Vedligeholdelsesstrategi af kompetencer

# Økonomi

- Vaginal fødsel kontra sectio i kroner og ører.
  - Personaletimer og utensiler
  - Samfundsøkonomi v. komplikationer
  - Indlæggelse på neonatalafd.