

# **Tidlig graviditet og abort**

**Årsrapport for året 2008**

**fra TiGrAb-KD**

**Landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase**

*Christina H Vestergaard og*

*Øjvind Lidegaard*

Korrespondance: Øjvind Lidegaard, professor, overlæge, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet  
Blegdamsvej 9, 2100 København Ø. E-mail: Lidegaard@rh.regionh.dk

## Indhold

Forord	3
Konklusion og anbefalinger	4
Publikationer	5
Metode	5
Anvendte kvalitetsindikatorer	7
1. Tilgrundegået graviditet 1. trimester	8
1.1 Spontan abort, 1. trimester	9
1.2 Missed abortion, 1. trimester	12
2. Tilgrundegået graviditet, 2. trimester	16
2.1 Spontan abort, 2. trimester	17
2.2 Missed abortion 2. trimester	19
3 Ekstrauterin graviditet	21
4 Mola hydatidosa	24
5 Provokeret abort 1. trimester	25
6 Provokeret abort 2. trimester	31
7 Kodevejledning	34
8 Kodeark	36
9 Revisionspåtegning	37

## Fagudtryk

Tilgrundegået graviditet = miscarriages (på engelsk) og omfatter missed abortion + spontan abort.

Missed abortion = tilgrundegået graviditet uden aktuel blødning

Evacuatio uteri = tømning af livmoderen for graviditetsvæv (typisk med sug)

Ekstrauterin graviditet = graviditet uden for livmoderen

Gestationsalder (GA) = en graviditets længde regnet fra sidste menstruations første blødningsdag.

Trimester = en tredjedel af en graviditet, i praksis 3, 4 og 3 måneder.

## Forord

Med denne årsrapport gør vi status over år 2008 og på kliniske kvalitet inden for tidlig graviditet på landets gynækologisk-obstetriske afdelinger alene ud fra data hentet i landspatientregisteret (LPR).

Fokus er året 2008, men resultaterne vil blive sat i relation til de foregående år. Rapporten den tredje årsrapport for TiGrAb-KD, vores landsdækkende kliniske kvalitetsdatabase, som løbende afrapporterer aktuelle produktions- og kvalitetsmål på afdelings-niveau. Vi har i disse statistikker taget udgangspunkt i den administrative opdeling som eksisterer i 2008. Det betyder at tidligere selvstændige afdelinger er lagt til den afdeling, som de senere administrativt blev fusioneret med. Derfor hedder det nu fx Frederiksborg, og ikke Hillerød, og alt hvad der i tidligere år foregik på Helsingør og Hørsholm, figurerer under Frederiksborg.

Den samlede årsrapport vil blive suppleret med del-resultater som publiceres på [www.tigrab.dk](http://www.tigrab.dk). I løbet af 2009 er det planen, at TiGrAb-KD bliver koblet op på analyseportalen, hvorefter de enkelte afdelinger vil kunne trække deres egne løbende opdaterede data ud. Dette mål er forsinket som følge af kapacitetsproblemer i kompetencecenter øst.

Vi har i år også kunnet gennemføre egentlige videnskabelige forskningsprojekter. Inden for området prænatal diagnostik, har vi færdiggjort arbejderne i samarbejde med Ann Tabor vedrørende ændringerne i den prænatale praksis i Danmark fra 1998 til 2006, og fået analyseret hvordan disse ændringer har påvirket detektion af trisomier (13, 18 og 21) prænatalt. Der er indsendt tre artikler, de to er publiceret (se [www.tigrab.dk](http://www.tigrab.dk)), og den tredje er under afsluttende bearbejdning (se s. 5).

Vi har indsendt en 10-års oversigt over tidlige graviditetskomplikationer til Acta Obstetricia et Gynecologica Scand, som beskriver hovedresultaterne af sidste års 10-års oversigt. Og har vi gennemført analyser af den prædiktive værdi af blødning i 1. Trimester for obstetriske komplikationer og morbiditet blandt børnene. Vi har indsendt publikation vedrørende uønskede graviditeter efter sterilisationer i Danmark (se s. 5).

I år forventer vi at færdiggøre publikation om udviklingen i behandlingen af ekstrauterine graviditeter.

Resultaterne vil blive lagt på hjemmesiden, så snart de videnskabelige artikler er publiceret.

Det er vores håb, at TiGrAb-KD også i de kommende år vil kunne bidrage med nye videnskabelige resultater.

Vi kan konstatere, at der er sket markante ændringer i vores kliniske praksis gennem seneste ti år, og at der på en række områder, som det vil fremgå, er sket betydelige kvalitetsløft i behandlingen af tidlige graviditetskomplikationer.

Vores navlestreng til alle disse skønne data – Christina Vestergaard - har desværre fundet andre udfordringer i Sundhedstilsynet. Vi takker Christina for hendes meget værdsatte arbejde, og for at have leveret data til årsrapporten 2008 inden sin sortie.

Jeg vil afslutningsvis gerne takke de mange, som løbende er kommet med konstruktiv kritik, og alle I, som har taget initiativ til at få strammet op omkring kodningen på afdelingerne i forbindelse med tidlige graviditetskomplikationer. Jeg ser frem til det kommende års samarbejde.

På styregruppens vegne,

*Øjvind Lidegaaard*

## Konklusion og anbefalinger

De konkrete forbedringsmuligheder inden for området tidlig graviditet er gennemgået under hvert afsnit. Inden for de enkelte områder har vi sat følgende kvalitetsmål for de kommende år:

### ***Spontan abort 1. trimester***

- Ingen kvinder med komplet spontan abort bør evakueres
- ud af alle kvinder med spontan abort evakueres mindre end 10% i gennemsnit, og på ingen afdelinger evakueres mere end 20%
- alle afdelinger anvender standardiserede journaler og koder den diagnose der er behandlet på.

### ***Spontan abort 2. trimester***

- ud af alle kvinder med spontan 2. trimester abort evakueres mindre end 40% i gennemsnit, og på ingen afdelinger evakueres mere end 60%

### ***Missed abortion 1. trimester***

- ud af alle kvinder med 1. trimester missed abortion evakueres mindre end 60% i gennemsnit, og på ingen afdelinger evakueres mere end 80%
- mindst 90% af de kvinder, som medicinsk behandles, bliver kodet i henhold hertil.
- andelen som efter evacuatio uteri skal re-evakueres ligger på under 1,5%.
- alle afdelinger anvender standardiserede journaler

### ***Missed abortion 2. trimester***

- ud af alle kvinder med missed abortion i 2. trimester evakueres mindre end 40% i gennemsnit, og på ingen afdelinger evakueres mere end 60%
- mindst 90% af de kvinder, som medicinsk behandles, bliver kodet i henhold hertil.
- alle afdelinger anvender standardiserede journaler.

### ***Ekstrauterin graviditet***

- I gennemsnit bliver mindre end 2/3 af kvinder med x-uterin graviditet opereret.
- Af de opererede bliver mindst 90% i gennemsnit opereret laparoskopisk.
- På ingen afdeling ligger andelen af laparoskopisk opererede (ud af alle opererede) under 80%.
- Mindst 80% af de, som medicinsk behandles, kodes i henhold hertil.

### ***Abortus provokatus 1. trimester***

- Mindst halvdelen af alle 1. trimester aborter gennemføres inden udgangen af 8. graviditetsuge.
- Medicinsk induktion anvendes hos mindst 45% i gennemsnit, og ingen afdelinger har under 30% medicinsk inducerede provokerede aborter.
- Mindst 90% af de medicinsk behandlede er registreret med en dosis-specifik behandlingskode.
- Blandt kvinder, som gennemfører medicinsk behandling, bliver mindre end 6% efterfølgende evakueret.
- På ingen afdelinger er andelen af sekundært evakuerede højere end 10%
- Andelen af re-evakuerede blandt de kirurgisk behandlede ligger under 2% i gennemsnit.
- Ingen afdeling har re-evacuatio andel på over 3%
- Alle afdelinger anvender standardjournaler.

### **Abortus provokatus 2. trimester**

- Mindre end 50% af 2. trimester aborterne evakueres.
- Ingen afdeling har over 70% evakuerede.
- Alle afdelinger anvender standardjournaler

### **Publikationer og studier**

Lidegaard Ø, Vestergaard CHF, Hammerum MS. *Quality assessment based on registry data [Danish]. Kvalitetsmonitorering ud fra data i Landspatientregisteret.* Ugeskr Laeger 2009; 171: 412-5

Lidegaard Ø. *National Registry of Patients - again.* [Danish] *Landspatientregisteret - igen.* Editorial. Ugeskr Laeger 2009; 171: 397

Vestergaard CHF, Lidegaard Ø, Tabor A. *Invasive prenatal diagnostic practice in Denmark 1996-2006.* Acta Obstet Gynecol Scand 2009; 88: 362-5.

Tabor A, Vestergaard CHF, Lidegaard Ø. *Fetal loss rate after chorionic villus sampling and amniocentesis. An 11-year national registry study.* Ultrasound in Obstetrics and Gynecology 2009; 34: 19-24.

Lidegaard Ø, Vestergaard CHF. *Ten years national data on early pregnancy complications, clinical practice and quality.* Acta Obstet Gynecol Scand 2009. Submitted.

Lidegaard Ø, Vestergaard CHF, Krogh LN, Tabor A. *Halving the invasive prenatal diagnostic testing rate simultaneously with increasing the detection rate of chromosomal malformations. A National survey 2000-2006.* Acta Obstet Gynecol Scand. Submitted.

Helm P, Lidegaard Ø, Vestergaard CHF. *Unwanted pregnancies following female sterilisation. A National follow-up of 58,240 unselected sterilisations.* Eur J Contraception Reproductive Health 2009; submitted.

Lidegaard Ø, Vestergaard CHF, Hammerum M, Dziegiel MH, Poulsen D, Johansson PI, Titlestad K, Johnsen SP, Svendsen AL. *Severe haemorrhage after medically and surgically induced abortion.*

Dideriksen KL, Lykke JA, Langhoff-Roos J, Lidegaard Ø. *The predictive value of bleeding in early pregnancy for postnatal morbidity in the offspring. A National follow-up study.*

Lykke JA, Lidegaard Ø, Dideriksen KL, Langhoff-Roos J. *First trimester bleeding and subsequent obstetrical complications. A National case-control study.*

### **Metode**

Tidlige graviditetskomplikationer og abort omfatter mere end 30.000 kontakter pr. år på de gynækologiske afdelinger, og er derfor den kvantitativt største aktivitet inden for specialet.

TiGrAb-KD har i lyset af de mange løbende udtræk, og de for fleres vedkommende ganske komplicerede logistiske forhold, som knytter sig til at gennemføre disse udtræk, haft ansat Christina H Vestergaard på fuld tid. Christina har siddet fysisk i Sundhedsstyrelsen. Vi har derved kunnet drage nytte af de erfaringer der løbende er indhentet på området. Det er derfor afgørende, at vi finder en afløser for Christina.

Det skal ikke skjules, at statistikker baseret på udtræk fra LPR rummer mange faldgruber. Valide statistikker kræver

- At klinikerne primært koder deres aktiviteter korrekt.
- At sekretærerne på afdelingerne får indtastet de korrekte koder

- At der sker en fejlfri overførsel fra de lokale sygehus-administrative systemer til LPR
- At der udarbejdes kvalificerede udtræksbeskrivelser.
- At disse udtræk effektueres af kvalificerede personer centralt, og
- At resultaterne bearbejdes og analyseres af kvalificeret personale
- At resultaterne bringes på en form, som er umiddelbart forståelige for de klinikere, som er målgruppen for disse kvalitetsdata.

Det kan gå galt i forbindelse med hvert af disse del-elementer af datagenereringen. Efterhånden som vi centralt opnår større erfaring og rutine, vil vi i nogen udstrækning kunne tage højde for de hyppigste fejkodninger, og korrigere resultaterne for disse. Men målet er selvfølgelig, at vores kodning med tiden bliver behæftet med færre fejl, end vi har oplevet de forgangne år.

Det er selvsagt ikke nok at generere gode data, der skal også tages action på disse fra de enkelte afdelinger, så vi løbende kan dokumentere et kvalitetsløft, som til syvende og sidst er formålet med det hele.

Vi er for indeværende det eneste speciale, som nu har tre landsdækkende databaser, som baserer sig på indberetningerne til LPR; TiGrAb-KD, hysterektomidatabasen og hyskobasen. Det betyder at vi sparer afdelingerne for at skulle indberette samme data i flere parallelle systemer. Det er både ressourcebesparende lokalt, men det åbner også mulighed for at koble de data, som vedrører et aktuelt område, med data fra andre områder. Det sikrer også, at vi fra en start har været landsdækkende, og er blevet sparet for det ressourceintensive arbejde, det er at skulle rykke afdelingerne for manglende inddata.

**Validiteten** af data står og falder jo primært med klinikernes kodning af deres aktiviteter. Vi har i en række tilfælde haft mulighed for at korrigere for de hyppigste fejkodninger. Et eksempel kan illustrere dette. I princippet skal komplette spontane aborter ikke evakueres, og inkomplette kun for så vidt aktuel kraftig blødning indikerer dette. Det skyldes, at det er dokumenteret, at risikoen for infektion er mindst, når processen får lov at løbe spontant. Når vi skal opgøre de enkelte afdelingers kvalitet på dette område, kunne man principielt nøjes med at tage udgangspunkt alene i de inkomplette spontane aborter. Da nogle afdelinger tydeligvis koder deres spontane aborter som komplette (fordi det er det de ender med at være), til trods for at man har behandlet dem (evakueret dem) på et tidspunkt hvor de var inkomplette, ville det være misvisende kun at opgøre andelen af evakuerede blandt de inkomplette. I stedet angives andelen af evakuerede ud af alle med spontan abort, hvorved man har taget højde for at nogle afdelinger ikke koder korrekt på 5. ciffer. Sidstnævnte vil så fremgå af, at den pågældende afdeling har påfaldende mange komplette spontane aborter i forhold til andre afdelinger.

Generelt har indgrebskoder en højere validitet end diagnosekoder. Ved at korrigere de enkelte statistikker for de hyppigste fejkodninger, og ved i vid udstrækning at lade vores kvalitetsindikatorer være baseret på indgrebskoder frem for diagnosekoder, må de foreliggende statistikkers validitet generelt formodes at være høj og at afspejle den kliniske virkelighed.

## Anvendte kvalitetsindikatorer

Vi har inden for området tidlig graviditet og abort udvalgt i alt 10 kvalitetsindikatorer, som gøres op hvert år. De er alle kendetegnet ved

- At de meningsfuldt kan opgøres på afdelingsniveau
- At de meningsfuldt kan opgøres hvert år
- At der foreligger videnskabelig dokumentation for hvad der kendetegner god kvalitet
- At der foreligger videnskabelig dokumentation for hvor kvalitetsstandarder bør ligge.

I tillæg til disse 10 standardindikatorer har vi også opgjort indikatorer, som siger noget om den samlede kvalitet inden for området, men hvor de enkelte afdelingers udfald er for få til at man meningsfuldt kan opgøre dem på afdelingsniveau (fx infektion efter evacuatio uteri).

### Udvalgte 10 kvalitetsindikatorer:

#### **Spontan abort, 1. trimester**

**Indikator 1:** Andel af kvinder med 1. trimester spontan abort som evakueres. Standard: <20%.

#### **Missed abortion, 1. trimester**

**Indikator 2:** Andel af ikke evakuerede, som har medicinsk behandlingskode. Standard: >80%

**Indikator 3:** Andel af medicinsk behandlede, som efterfølgende evakueres. Standard <25%

#### **Spontan abort, 2. trimester**

**Indikator 4:** Andel af kvinder med 2. trimester spontan abort som evakueres. Standard: <60%

#### **Missed abortion, 2. trimester**

**Indikator 5:** Andel med missed abortion 2. trimester som får evacuatio uteri. Standard <60%.

#### **Ekstrauterin graviditet**

**Indikator 6:** Andel kvinder med x-uterin graviditet, som opereres. Standard: <70%

**Indikator 7:** Andel af opererede, som bliver dette laparoskopisk. Standard: >85%.

#### **Abortus provokatus, 1. trimester**

**Indikator 8:** Andel at kvinder med 1. trimester abort, som gennemføres før 8 uger: Standard >50%

**Indikator 9:** Andel af medicinsk behandlede, som undgår evacuatio uteri. Standard: >94%

**Indikator 10:** Andel af kirurgisk behandlede, som må re-evakueres. Standard: <4%

# 1. Tilgrundegået graviditet 1. trimester

Området omfatter diagnoserne

- DO021 Missed abortion
- DO030-O034 Inkomplet spontan abort
- DO035-O039 Komplet spontan abort

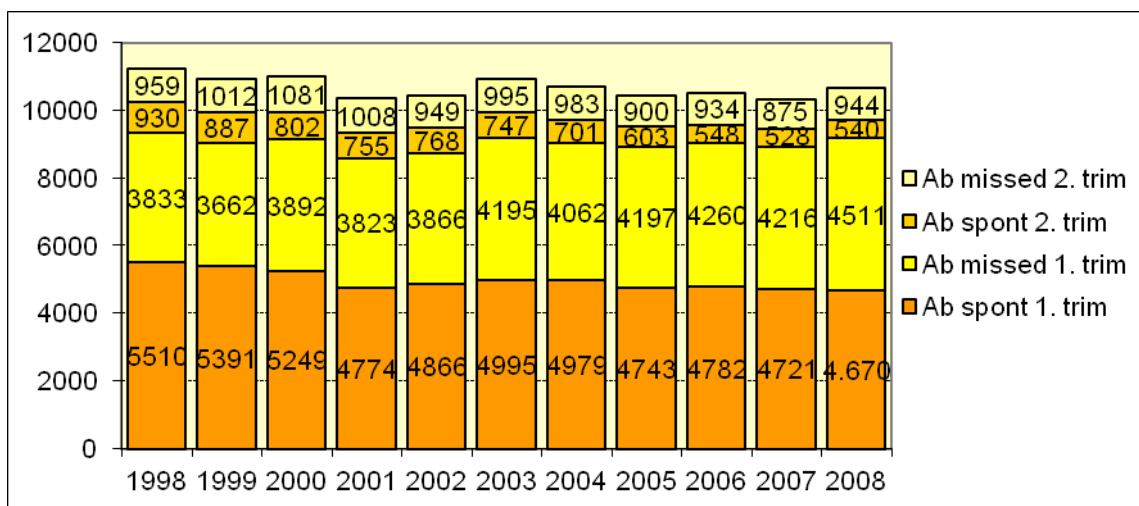
Vi vil som i den angelsaksiske litteratur kalde alle disse tidlige tilgrundegåede graviditeter for miscarriages.

## Miscarriages i Danmark 1998-2008

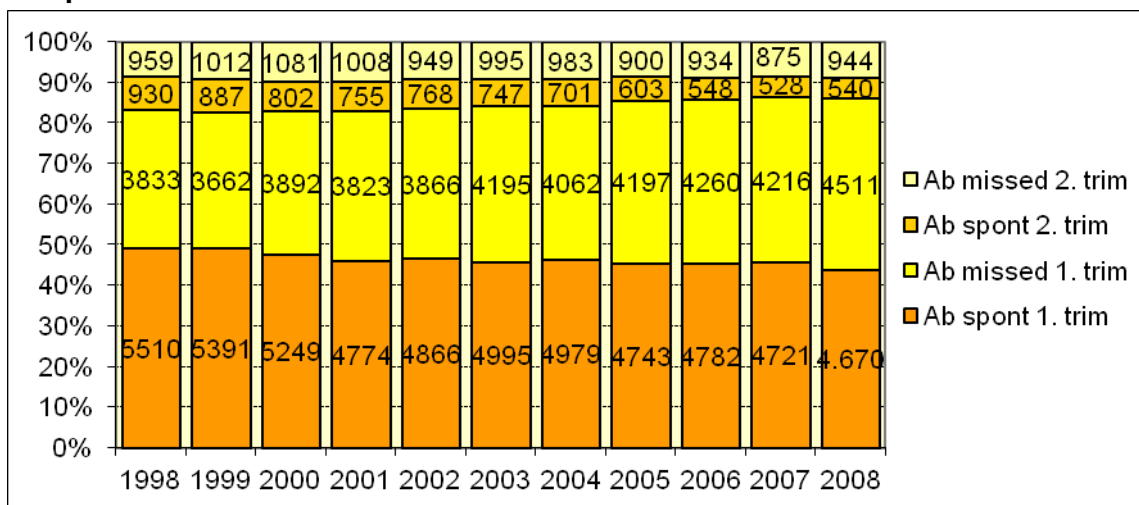
Antallet af kvinder med registreret med tilgrundegået graviditet i første trimester andrager omkring 9.000 pr. år, mens miscarriages i 2. trimester udgør omkring 1.400 pr. år, eller i alt 10.400 om året (**Fig. 1.1**). Den reelle forekomst er større, idet en del tidlige aborter enten ikke opfattes som abort af kvinden selv, eller færdigbehandles i almen praksis. Mens antallet af første trimester miscarriages faldt gennem studieperiode, steg antallet og dermed andelen af missed abortion fra 41% i 1998 til 49% i 2008.

**Fig. 1.1**

*Miscarriages in Denmark 1998-2008. N=117.646*



## Samme i procent



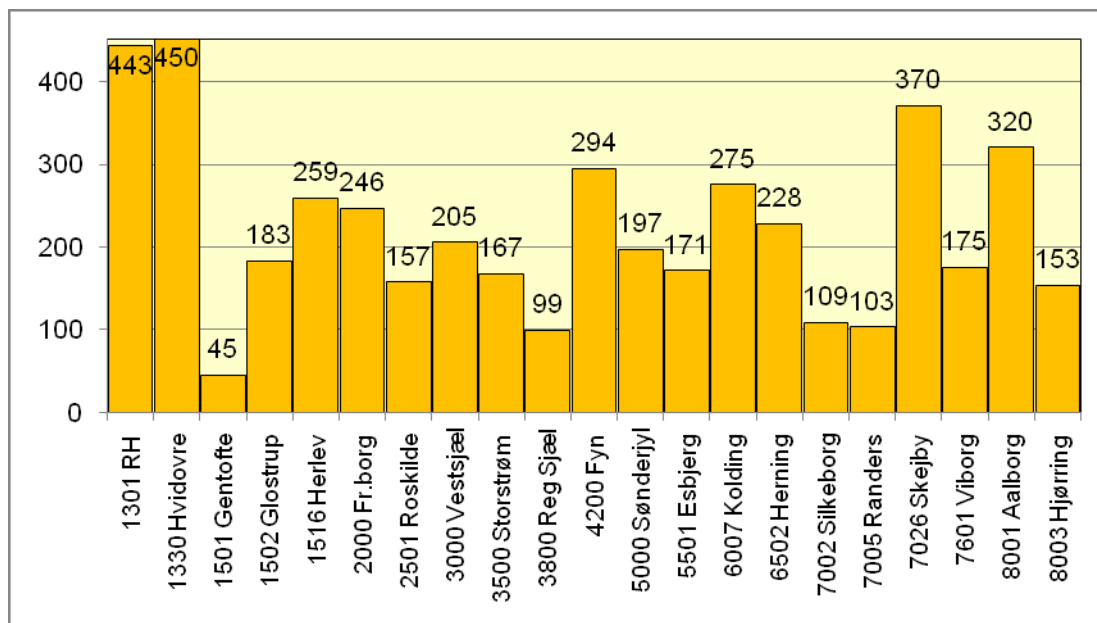


Da den kliniske håndtering af hhv missed abortion og spontan abort er væsentlig forskellig, kan kvaliteten inden for dette område kun opgøres separat for hhv missed abortion og spontan abort.

## Spontan abort, 1. trimester

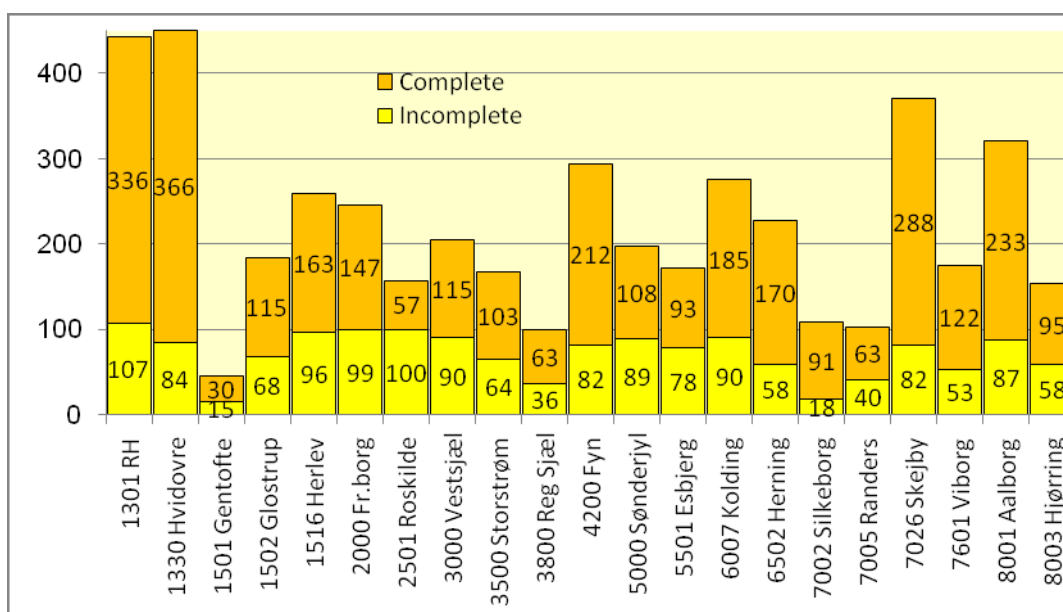
Spontan abort defineres som tilgrunde gået graviditet med aktuel blødning. Antal i 2008: 4.670.

**Fig. 1.2.** Spontaneous 1st trimester abortion at Gynaecological departments in DK 2008. N=4.649

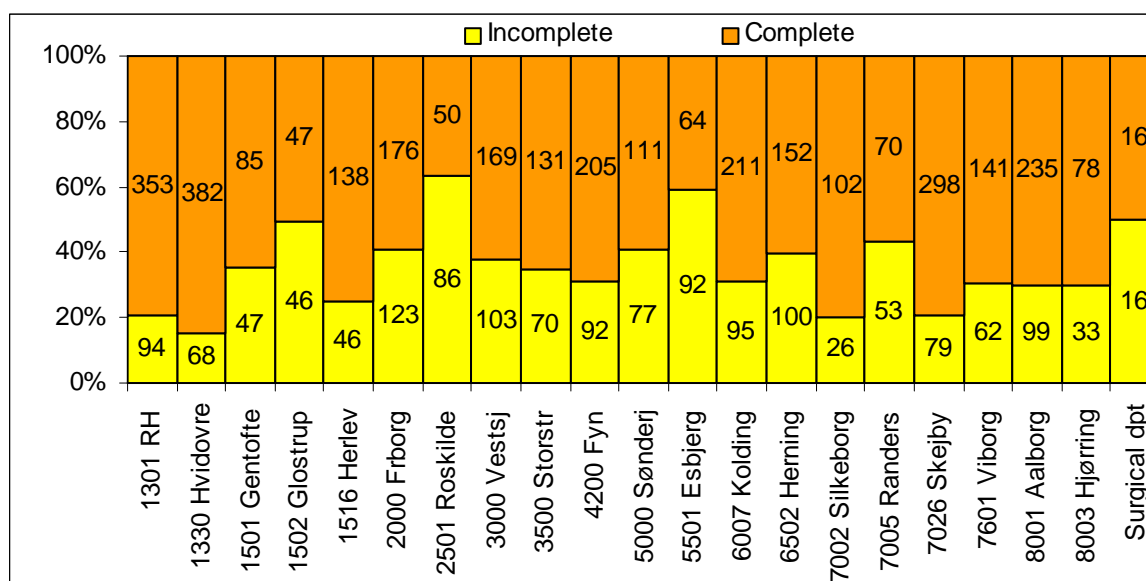


De fleste enheder har over 100 spontane aborter i 2008, hvorfor det meningsfuldt er muligt at opgøre kvaliteten på de enkelte enheder.

**Fig. 1.3.** Complete and incomplete spontaneous 1st trimester abortions at different departments in 2008. N=4.649.



## Same i per cent



Det fremgår, at der er en del variation i opfattelsen af hvad der kendetegner en komplet hhv inkomplet spontan abort. Dette har, som vi senere skal se, betydning for andelen af kvinder med spontan abort, som evakueres på de enkelte afdelinger.

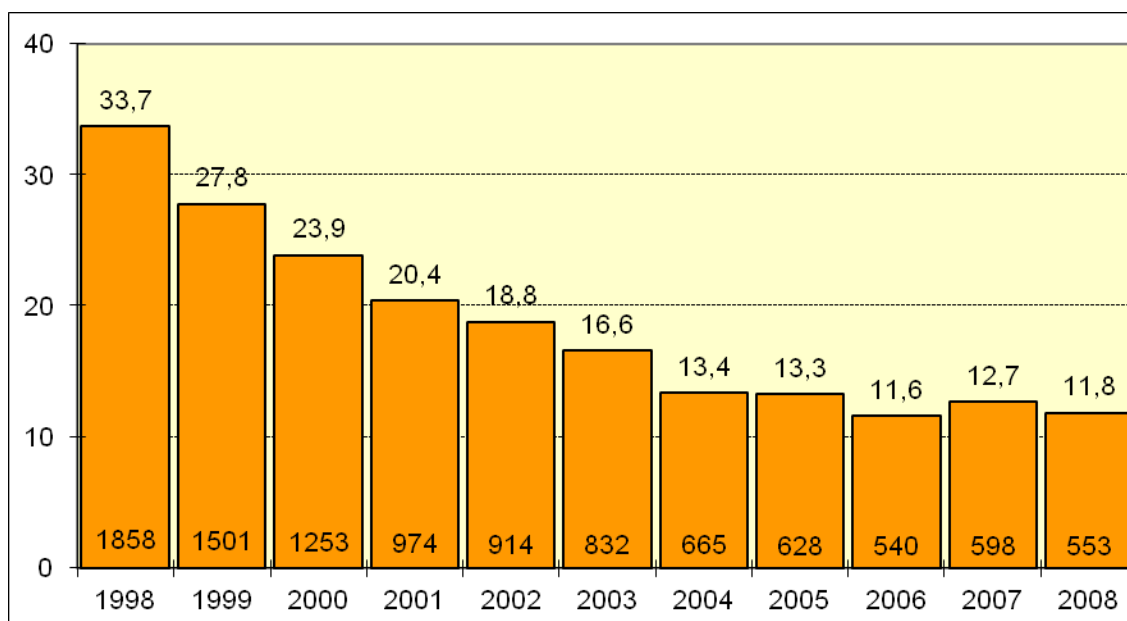
## Kvalitet

Kvalitet indenfor dette område afspejles ved følgende kvalitetsindikatorer:

- korrekt kodning i hhv inkomplet og komplet spontan abort.
- relevant behandlingsmetode. Det indebærer at kun kvinder med inkomplet abort behandles. Endvidere at en høj andel af kvinder med inkomplet abort ekspekteres frem for at blive evakueret, da konservativ afventen indebærer halvt så stor risiko for efterfølgende infektion, sammenlignet med kvinder, som får gennemført evacuatio uteri.

**Indikator 1:** Andel af kvinder med 1. trimester spontan abort som evakueres. Standard: <20%.

**Fig. 1.4** Proportion (%) of women with spontaneous 1st trimester abortion being surgically evacuated through the period 1998-2008.  $N = 54,680$ ,  $n = 10,316$ .

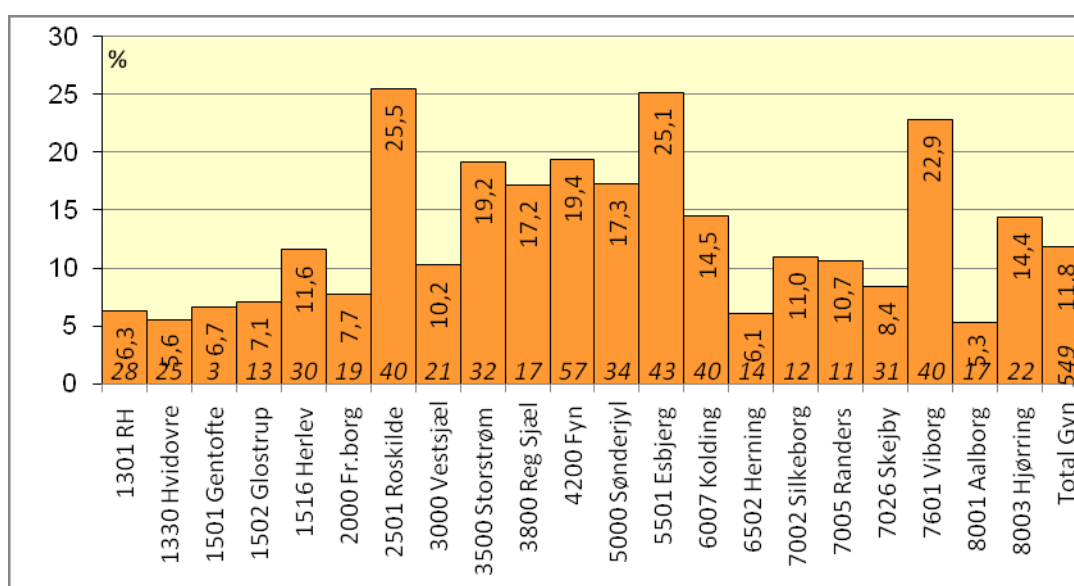


Andelen af kvinder som på landsplan får foretaget primær evacuatio uteri er faldet gradvist fra 34% i 1998 til omkring 12% i dag (**Fig. 1.4**). Vi har i lyset af dette sat en standard for evacuatio uteri på mindre end 20%. I forhold til praksis i 1998 sparer vi årligt 1.300 operative indgreb.

Andelen af kvinder med spontan abort som undergår en primær evacuatio uteri udviser imidlertid stadig stor variation mellem afdelingerne (**Fig 1.5**). Dog synes der også i 2008 at være tale om enkelte afdelinger, som har en høj andel evakuerede, medens resten af afdelingerne har en andel på under standarden på 20%. Det fremgår, at de to afdelinger med høj andel evakuerede (Roskilde og Esbjerg) også har en høj andel af kvinder med inkomplet abort. Da samme tendens fandtes i 2005, 2006 og 2007 er der ikke tale om tilfældig variation, men en reel forskel i behandlingspraksis.

**Fig. 1.5**

*Proportion (%) of women with spontaneous abortion undergoing surgical evacuation in 2008.  
N = 4,649, n = 549. Absolute number of evacuations lowest in columns*



### Hvad kan vi gøre bedre?

At højne kode-kvaliteten indenfor området spontan abort. Specielt sikre korrekt skelnen mellem komplet og inkomplet abort er en vanskelig opgave. Patientgruppen er stor, behandles ambulantly og af mange læger, og hver patient ses typisk flere gange i et forløb. Standardjournaler med fortrykte relevante diagnose- og behandlingskoder anbefales anvendt på alle afdelinger.

Man skal kode efter situationen, som dannede udgangspunkt for den behandling der blev effektueret. Hvis en patient kommer ind med inkomplet abort, og efter ekspekterende behandling en uge senere har komplet abort, er det diagnosekoden for inkomplet abort, som skal anvendes.

## Missed abortion, første trimester

Missed abortion defineres som en tilgrunde gået graviditet uden aktuel blødning. Andelen af kvinder med missed abortion ud af alle med miscarriages er øget i løbet af seneste årti (**Fig. 1.1**). Dette skyldes formentlig, at flere kvinder i dag bliver ultralydsskannet tidligt i deres graviditet, og derfor får detekteret deres tilgrunde gåede graviditet før deres missed abortion bliver til spontan abort.

Antallet af missed abortion i 1. trimester på landets gynækologiske afdelinger fremgår af **Fig. 1.6**.

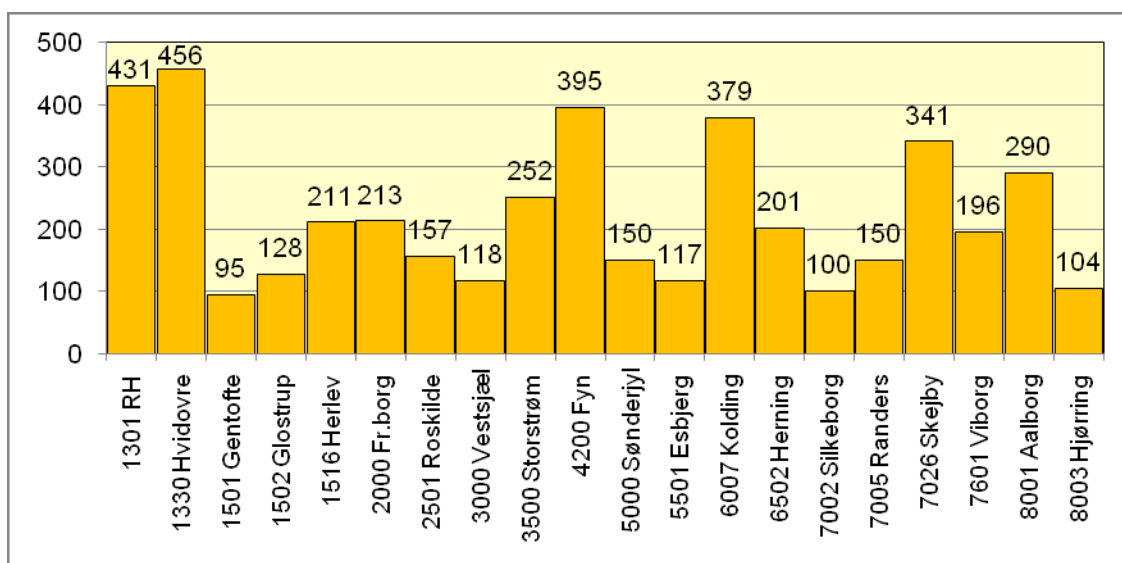
### Kvalitet

Kvalitet inden for dette område udtrykkes ved følgende

- At få kvinder, som medicinsk behandles, undergår evacuatio uteri.
- At de kvinder som undergår evacuatio uteri ikke oplever re-evacuatio.
- At diagnosen missed abortion er korrekt kodet.
- At de som modtager medicinsk behandling kodes med medicinsk behandlingskode.

**Fig. 1.6**

*Women with 1st trimester missed abortion at Gyn. departments in 2008. N = 4.484.*



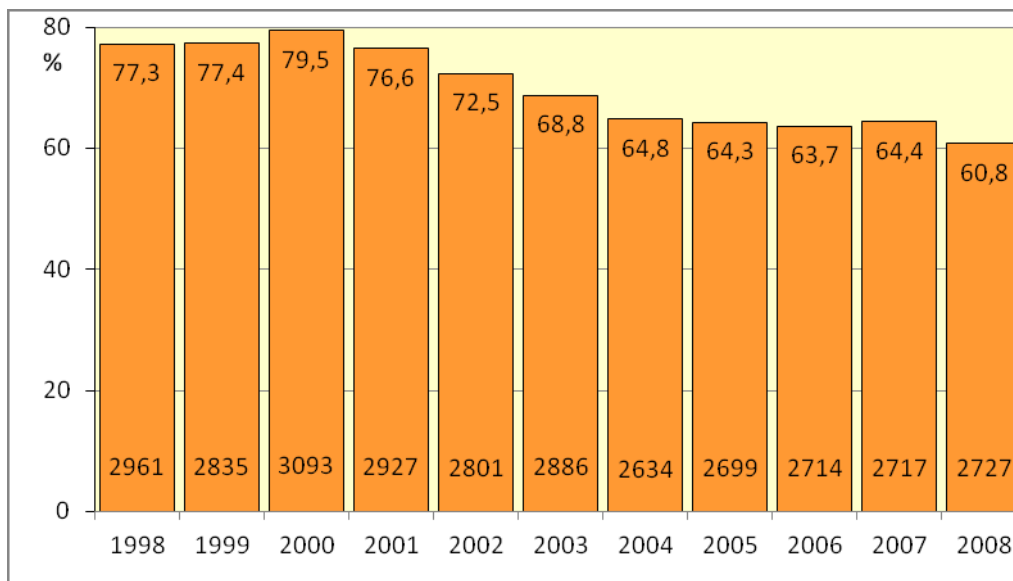
Som det fremgår, er der tale om en pænt antal på alle afdelingerne, hvorfor kvalitetsopgørelser er meningsfulde på afdelingsniveau.

I **Fig. 1.7** er angivet den andel af kvinder, som på de enkelte afdelinger undergår primær evacuatio uteri i perioden 1998 til 2008. Det fremgår, at andelen er faldet stødt fra år 2000 fra 79,5% til i dag 60,8%, et fald på 24%.

Der ses moderate udsving i denne andel mellem afdelingerne i 2008 (**Fig. 1.8**). Da succesraten ved medicinsk induktion af missed abortion i første trimester kun er omkring 75%, er det gængs praksis at lade kvinderne selv vælge, som de foretrækker medicinsk eller kirurgisk behandling.

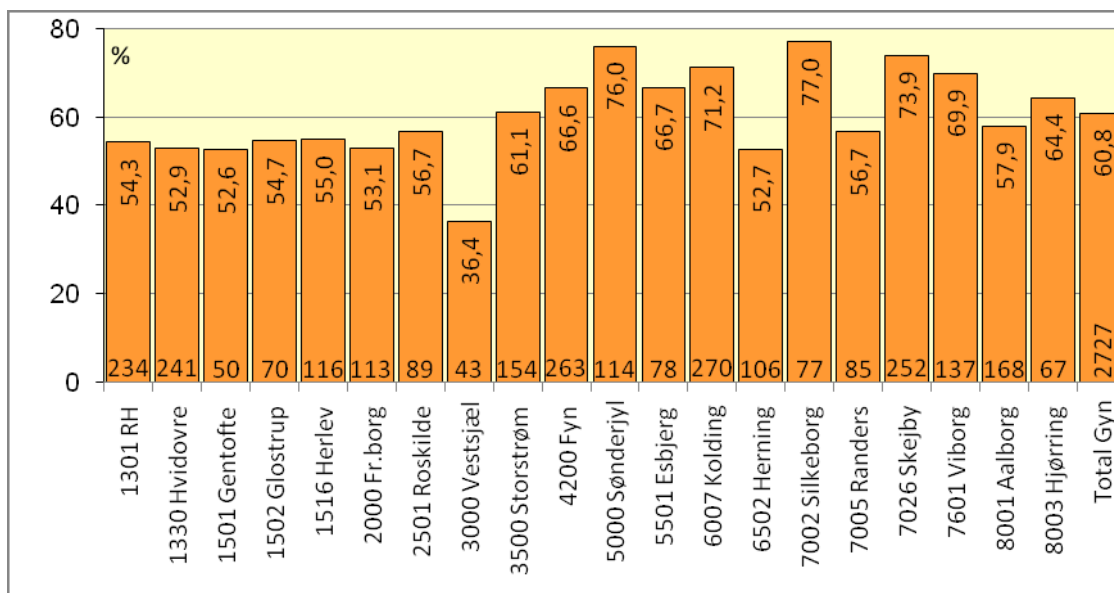
**Fig. 1.7**

*Proportion of women with missed abortion undergoing primary evacuation in Denmark 1998-2008. N=44.517, n=30.994 (number of evacuated)*



**Fig. 1.8**

*Proportion of women with missed abortion undergoing primary evacuation at different departments in Denmark in 2008. N=4.484, n=2.727  
Absolute number of evacuations at bottom in each column.*



**Kvalitetsindikatorer**

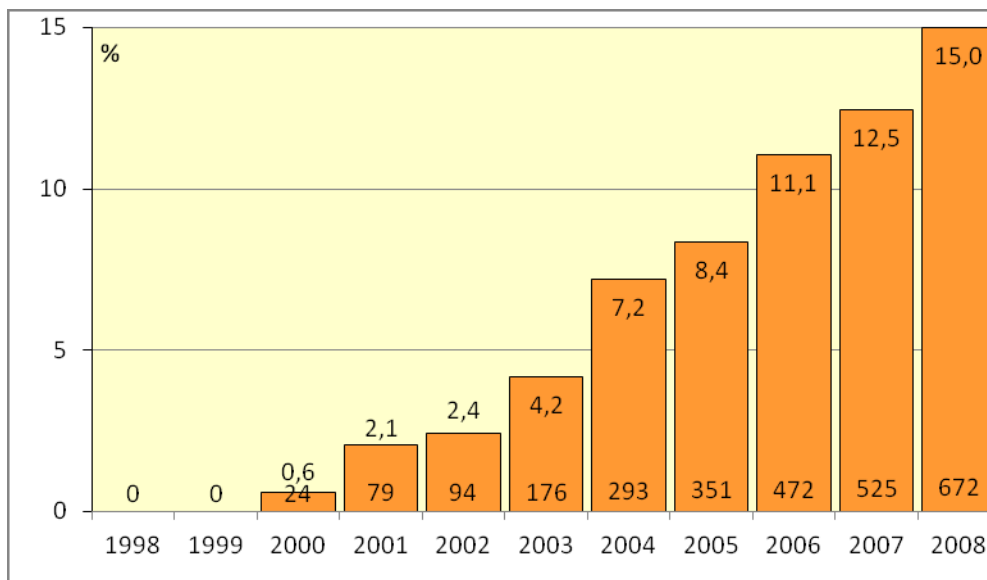
**Indikator 2:** Andel af ikke evakuerede, som har medicinsk behandlingskode. Standard: >80%

**Indikator 3:** Andel af medicinsk behandlede, som efterfølgende evakueres. Standard <25%

Andelen, som er kodet med medicinsk behandling som den primære behandling, fremgår af **Fig 1.8** og **1.9**. Dette tal stiger stødt og roligt fra år til år, hvorved underrapporteringen bliver stadig mindre. Man kan groft set antage, at hovedparten af de 30%, som ikke får foretaget et primært kirurgisk indgreb, er blevet medicinsk behandlet, mens der i praksis er kodet 15%.

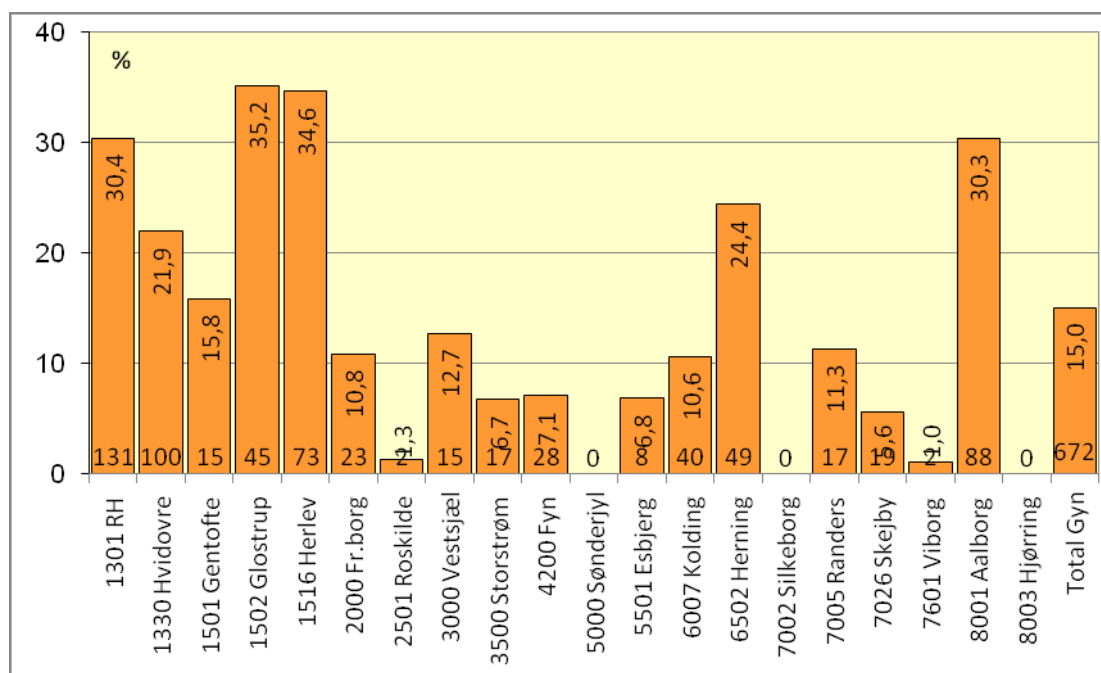
**Fig. 1.8**

*Proportion (%) of women with missed abortion coded with a medical treatment code BKHD50/52 at gynaecological departments during the period 2000-2008. N=32,511, n=2,014.*



**Fig. 1.9**

*Proportion (%) of women with missed abortion, coded with a medical treatment code at gynaecological departments in 2008. Absolute numbers lowest in each column. n=672*

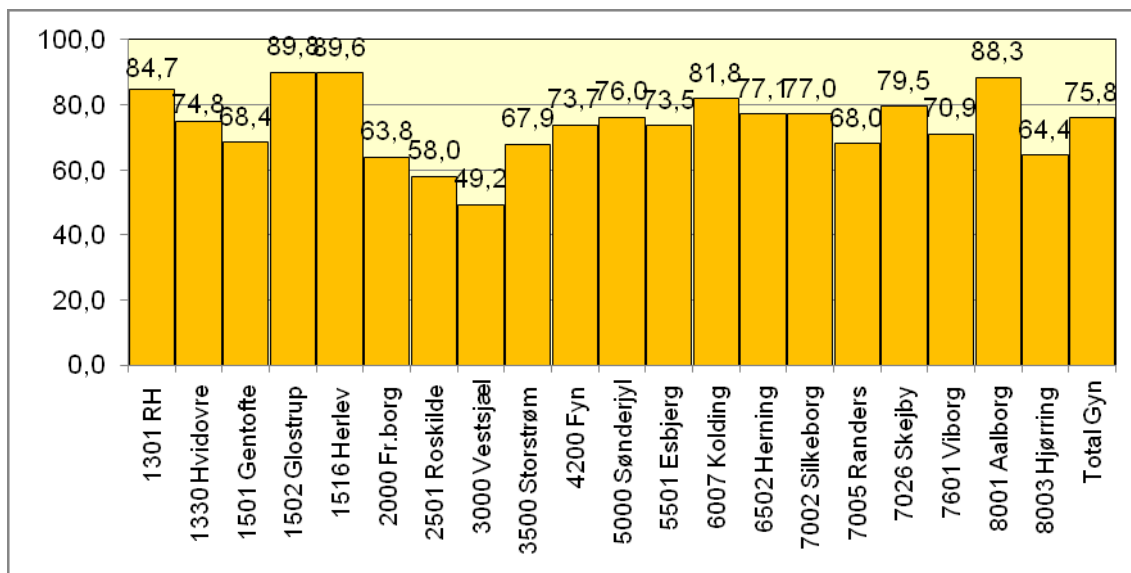


Andelen af registrerede medicinsk behandlede varierer meget fra afdeling til afdeling, hvilket også hænger sammen med en forskellig andel evakuerede.

For at belyse registreringskvaliteten har vi derfor i **Fig. 1.10** angivet andelen med enten en kirurgisk eller medicinsk behandlingskode i forbindelse med primære kontakt.

**Fig. 1.10**

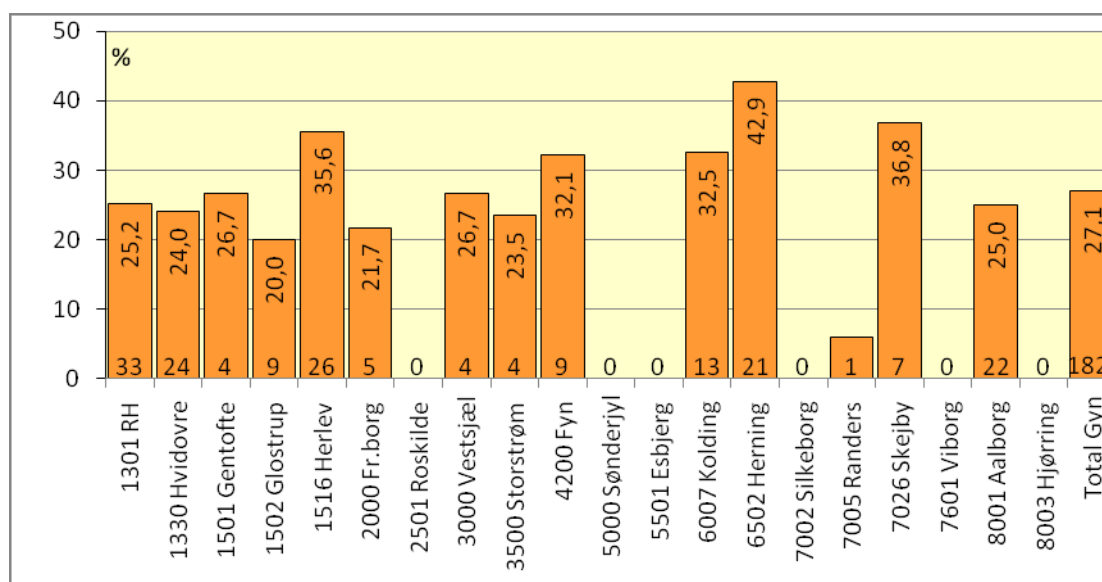
*Proportion of women with missed abortion, coded with either a surgical evacuation code or a medical treatment code in 2008 at different departments. N = 4.484, n = 3.399.*



Det fremgår, at denne andel varierer fra 49% i Vestsjælland til 90% i Glostrup. Så der er rum for yderligere forbedring på dette område.

**Fig. 1.11**

*Proportion (%) of evacuated after medical treatment of missed abortion at gynaecological departments in DK in 2008. N= 672, n=182*



Det fremgår af figuren, er de absolutte tal på de enkelte afdelinger små, hvorfor en væsentlig del variationen mellem afdelingerne kan skyldes tilfældigheder. Men man bemærker sig en overordnet andel evakuerede efter medicinsk behandling af missed abortion på 27%, hvilket selvsagt legitimerer den høje primære andel evakuerede (modsat forholdene ved spontan abort).

## Hvad kan vi gøre bedre?

Vi kan forbedre registreringen ved medicinsk behandling af missed abortion, og være konsekvente med at angive den diagnose, der er behandlet på, og ikke den situation patienten afsluttes med.

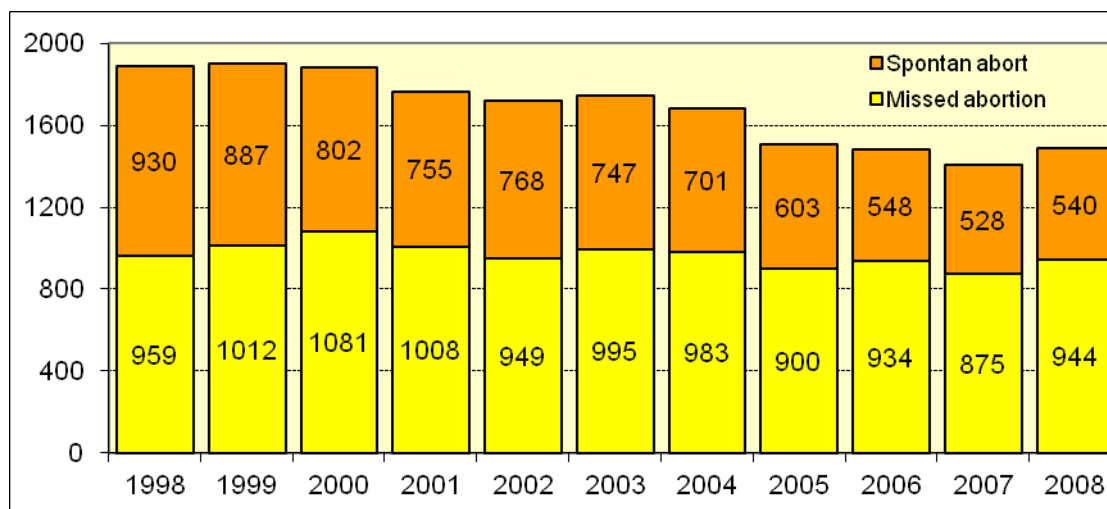
## 2 Tilgrundegået graviditet, 2. trimester.

Selv om miscarriages i 2. trimester kvantitativt kun udgør omkring 13% af alle miscarriages (**Fig. 1.1**), indebærer de fleste forløb indlæggelse over flere døgn. I **Fig. 2.1** er antallet af 2. trimester miscarriages i Danmark i perioden 1998-2008 opgjort.

**Fig. 2.1**

*Number of 2nd trimester miscarriages in Denmark 1998-2008.*

*N=18.449.*



Det fremgår, at antallet af sene miscarriages er faldet med omkring 25% i perioden, men at dette dækker over, at spontane aborter er faldet med 42% i perioden, mens antallet af missed abortion kun er faldet med 2%. Faldet i de spontane aborter har især fundet sted efter 2004, hvor de nye prænatale screeninger blev indført, hvilket kan være hovedårsagen til det konstaterede fald, da flere kvinder med føtale misdannelser fanges prænatalt og får udført ab. provokatus, mens en del af disse tidligere aborterede spontant i de efterfølgende uger.



## Abortus spontaneus, 2. trimester

Omfatter diagnoserne

DO030-O034 Inkomplet spontan abort

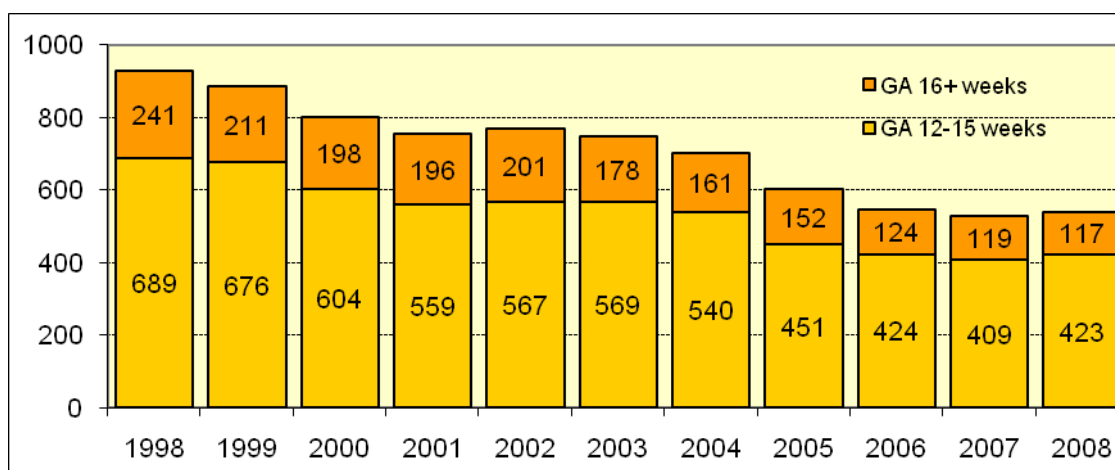
DO035-O039 Komplet spontan abort

### Produktion

Det årlige antal kvinder med spontan abort i Danmark med GA>12 uger fremgår af **Fig. 2.2**. Der ses et fald fra 929 i 1998 til 540 i 2008. Den 1. april 2004 ændredes grænsen mellem spontan abort og dødfødsel ved lov fra 28 til 22 svangerskabsuger, hvilket kan forklare en mindre del af faldet i antallet af spontane aborter fra 2003 til 2005.

**Fig 2.2**

*Spontane 2. trimester aborter i Danmark 1998-2008, stratificeret efter gestationsalder  
N = 7,809*



### Kvalitet

Kvalitetsindikatorer inden for dette område handler om

- korrekt kodning
- relevant behandlingsmetode. Det indebærer at kun kvinder, som bløder eller ikke har kvitteret deres moderkage komplet, evakueres. Stadig flere kvinder med 2. trimester abort observeres, og derfor vil en lav andel evakuerede i almindelighed være udtryk for en høj kvalitet, da kvinderne undgår de med evacuatio uteri forbundne risici.

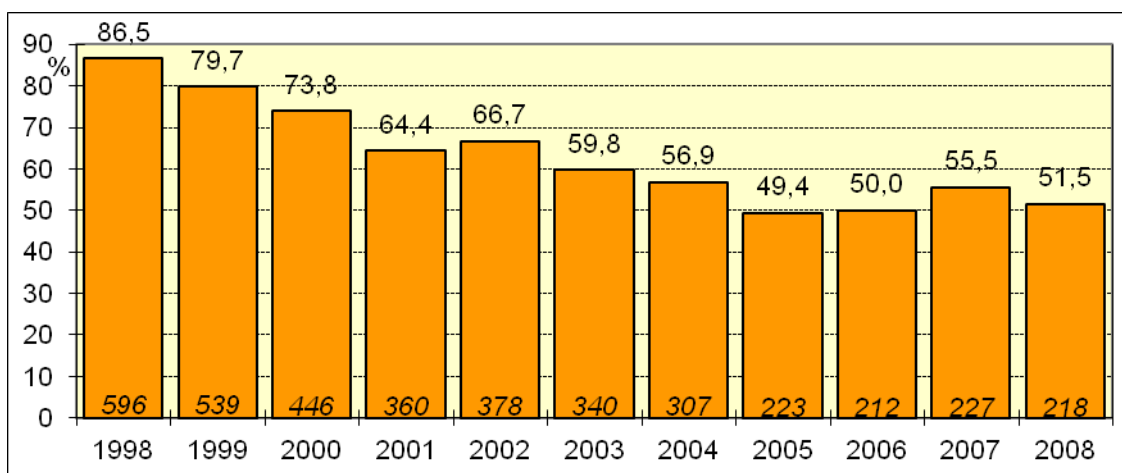
**Indikator 4:** Andel af kvinder med 2. trimester spontan abort som evakueres. Standard: <60%

Udviklingen i praksis omkring de tidlige og sene 2. trimester spontane aborter har været forskellig, hvilket dokumenteres af **Fig. 2.3 og 2.4**.

Andelen som evakueres efter spontan abort i uge 12+0 til 15+6 er faldet fra 86% i 1998 til 52% i 2008, eller med 40% (**Fig. 2.3**). I modsætning hertil har andelen af evakuerede kvinder med spontan abort efter 16 uger været nogenlunde stationær omkring 60% (**Fig. 2.4**)

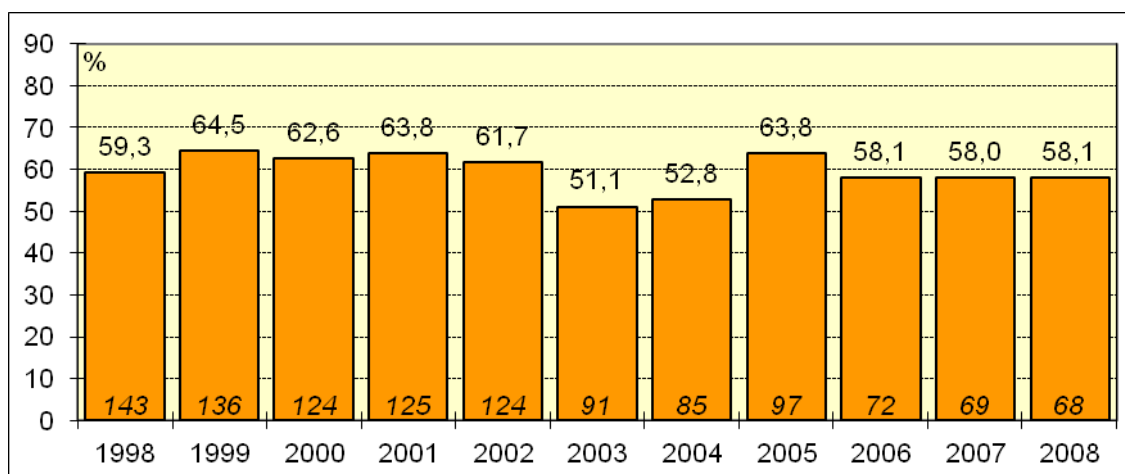
**Fig. 2.3**

*Surgical evacuation (%) after early 2nd trimester spontaneous abortion in Denmark  
1998-2008. N=5,911. GA 12+0 – 15+6.  
Absolute number of evacuated indicated in bottom of columns.*



**Fig. 2.4**

*Surgical evacuation (%) after late 2nd trimester spontaneous abortion in Denmark  
1998-2008. N=1.898. GA 16 weeks and later.  
Absolute number of evacuated indicated in bottom of columns*

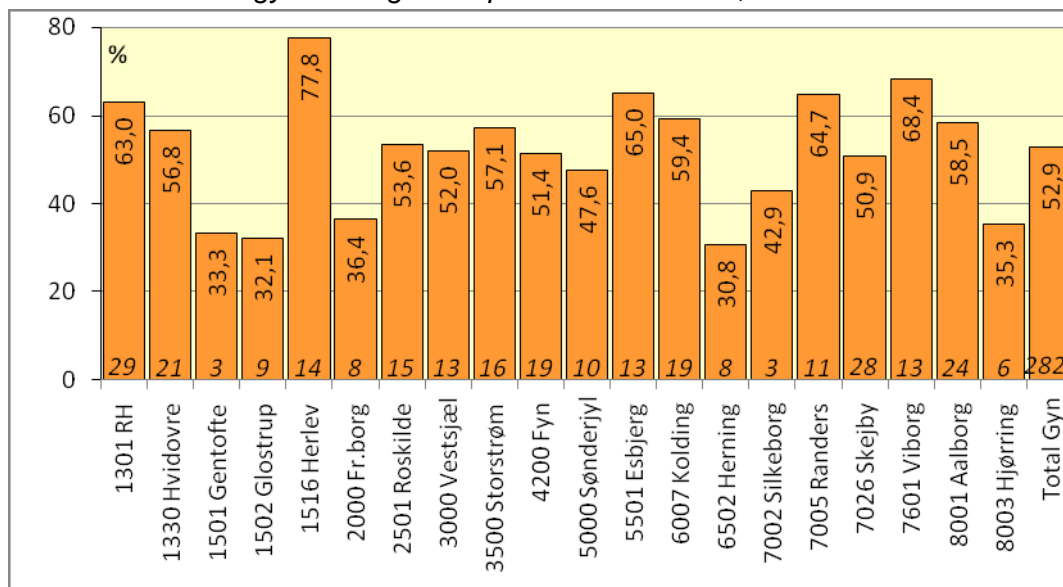


På afdelingsniveau varierer anvendelsen af evacuatio uteri ved 2. trimester spontan abort fra 31% i Herning til 78% i Herlev (**Fig 2.5**).

Med en standard på <60% opfylder 15 af 20 afdelinger denne standard, en forbedring i forhold til sidste år. Der er dog tale om små absolutte tal, hvorfor den statistiske tilfældighed spiller en relativt stor rolle for denne variation.

**Fig. 2.5**

*Surgical evacuation of 2nd trimester spontaneous abortion in Denmark in 2008. at gynaecological departments. N = 533, n = 282.*



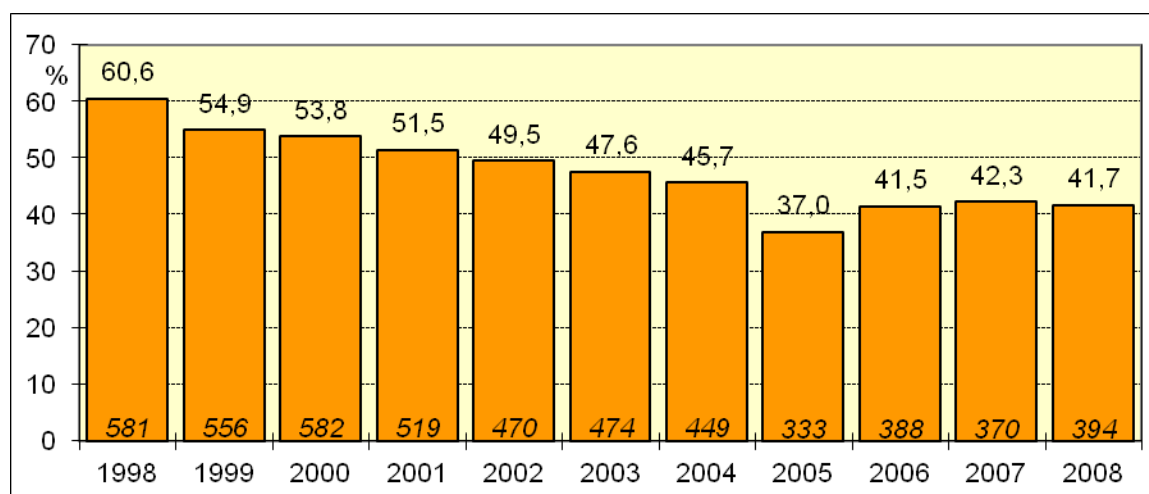
### Hvad kan vi gøre bedre?

Tilbageholdenhed med anvendelsen af kirurgiske indgreb må anses for en kvalitet, men en optimal andel evakuerede er det ikke muligt at angive med tilstrækkeligt empirisk belæg på nuværende tidspunkt. Det er dog bemærkelsesværdigt, at flere afdelinger år efter år ligger med halvt så mange evakuerede (i procent) som de, der evakuerer flest.

### Missed abortion, 2. trimester

Andelen af kvinder som oplever evacuatio uteri efter 2. trimester missed abortion fremgår af **Fig. 2.6**.

**Fig. 2.6** *Surgical evacuation (%) in women with 2nd trimester missed abortion 1998-2008.*



Vi ligger nu på omkring 40% hvilket er en reduktion på 33% siden 1998.

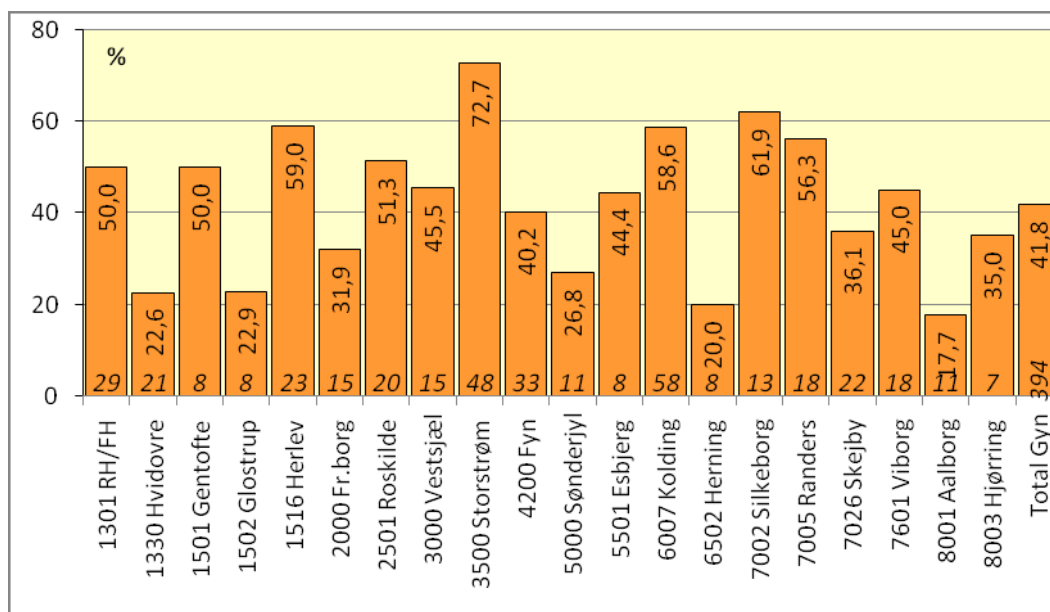
### Kvalitet

**Indikator 5:** Andelen af kvinder med missed abortion 2. trimester som får evacuatio uteri. Vi har sat en standard på <60%.

I **Fig. 2.7** ses andelen af evakuerede kvinder med 2. trimester missed abortion på forskellige afdelinger i Danmark i 2008.

**Fig. 2.7**

*Surgical evacuation (%) of women with 2nd trimester missed abortion at gynaecological departments in 2008. N = 942, n = 394*



Det fremgår, at evacuatioandelen svinger med op til en faktor 3½ mellem forskellige afdelinger. Videre at 18 ud af 20 afdelinger opfylder en standard på 60% eller derunder.

Formentlig burde der ikke være forskel på andelen af evakuerede efter 2. trimester henholdsvis spontan abort og missed abortion, da begge kører efter samme medicinske regime. Der er derfor næppe tvivl om, at afdelinger med mere end 50% evacuatio'er bør stræbe imod at reducere denne andel.

### Hvad kan vi gøre bedre?

Konsekvent anvendelse af den korrekte behandlingskode (BKHD5) ved medicinsk behandling af missed abortion ville højne kvaliteten af kommende opgørelser og dermed muligheden for at overvåge kvaliteten, bl.a. forekomsten af sekundær evacuatio og infektion ved de to behandlingsformer. Evacuatio andelen bør ligge under 60%. Med tiden kan vi formentlig komme væsentligt lavere ned. Standardjournaler med fortrykte relevante diagnose- og behandlingskoder anbefales anvendt på alle afdelinger.

### 3 Ekstrauterin graviditet

Dette område omfatter diagnosen DO00, svangerskab uden for livmoder, med underdiagnoserne:

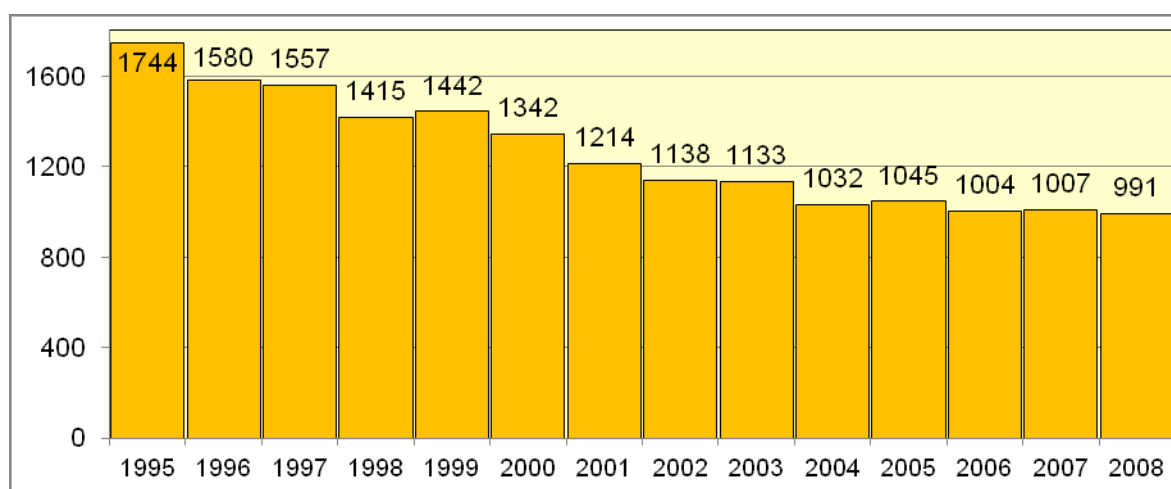
DO001	Graviditas extrauterina tubaria (I æglederen)
DO001A	Graviditas extrauterina tubaria rupta (bristet)
DO008	Ekstrauterin graviditet, andre former
DO008B	Graviditas cornualis (beliggende i hjørnet af livmoderen ved afgang af æglederen)
DO009	Ekstrauterin graviditet uden specifikation

#### Produktion

Det årlige antal patienter med x-uterin graviditet er faldet stødt gennem seneste 14 år (**Fig. 3.1**). Med knapt 100.000 årlige konceptioner, opstår der en x-uterin graviditet for hver ca. 100 graviditeter.

**Fig. 3.1**

*Ectopic pregnancies in Denmark 1995-2008. N= 17.644*



Antallet af kvinder med ekstrauterin graviditet på de forskellige afdelinger fremgår af **Fig. 3.2**.

#### Kvalitet

Kvaliteten i behandlingen afspejler sig i følgende kvalitetsindikatorer

**Indikator 6:** den andel af kvinder med x-uterin graviditet, som opereres. Standard: <70%

**Indikator 7:** Andel af opererede, som bliver dette laparoskopisk. Standard: >80%.

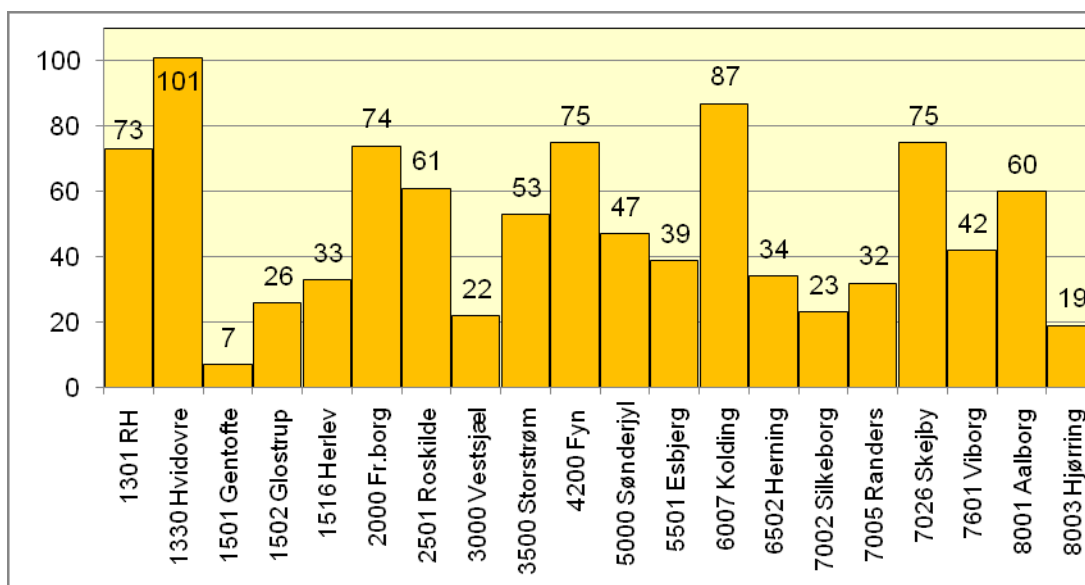
Andelen af kvinder som er undergået hhv laparoskopisk operation, åben operation og ingen operation gennem perioden 1996-2008 fremgår af **Fig. 3.3**. Andelen af kvinder med x-uterin graviditet, som er behandlet med operation er faldet fra 70.1% i 1996 til 57.1% i 2008. Samtidig er andelen af de opererede, som er blevet det laparoskopisk steget fra 61% i 1996 til 86% i 2008.

I 2008 var der stadig forskel i operationspraksis på de forskellige afdelinger, hvilket fremgår af **Fig. 3.4**. Andelen af kvinder med x-uterin graviditet som opereres på forskellige afdelinger varierer fra 12% i Glostrup til 59% i Hjørring. Vi må antage, at en væsentlig del af de, som ikke opereres på de enkelte afdelinger, behandles medicinsk med methotrexat, til trods for at kun fire kvinder er registreret med denne behandlingskode i 2008.

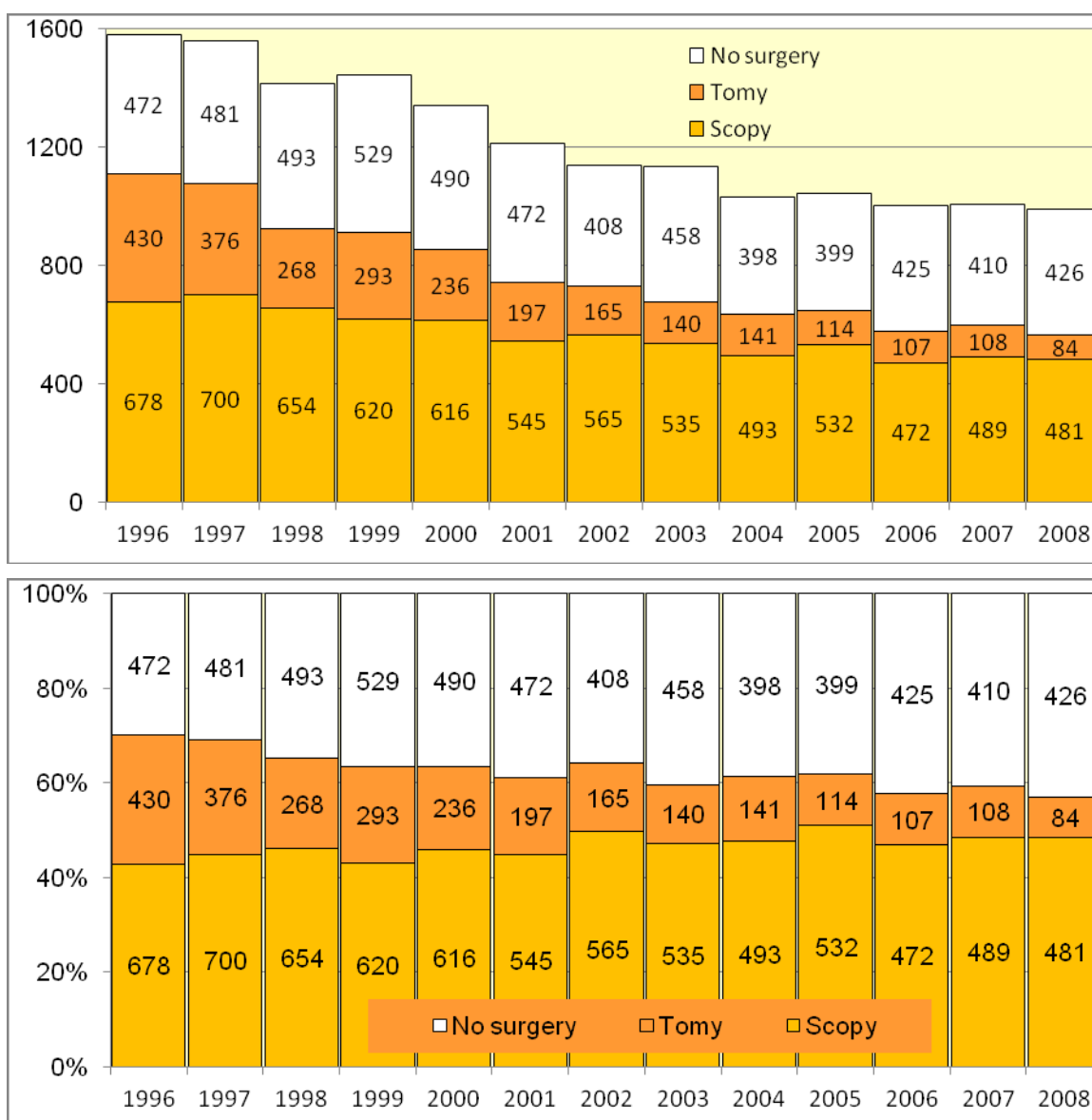
Andel opererede ligger under 70% på 18 ud af 20 afdelinger (**Fig. 3.4**)

Andelen af laparoskopisk opererede ud af alle opererede stiger stadig, og ligger nu pænt på de fleste afdelinger, idet 14 ud af 20 afdelinger ligger over standarden på 80% (**Fig. 3.5**)..

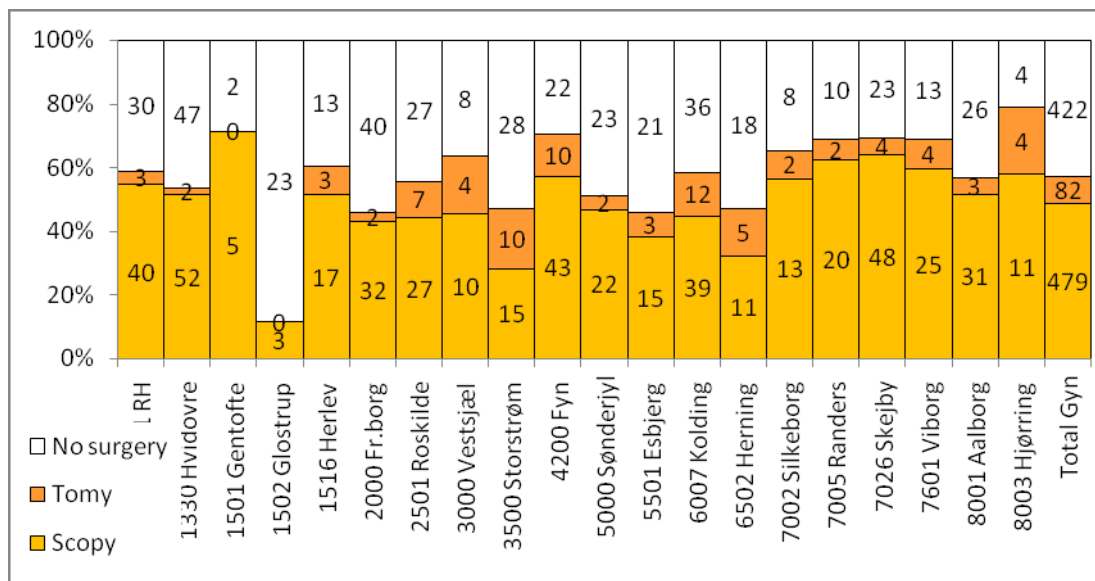
**Fig. 3.2** Ectopic pregnancies at different departments in DK in 2008. N=991



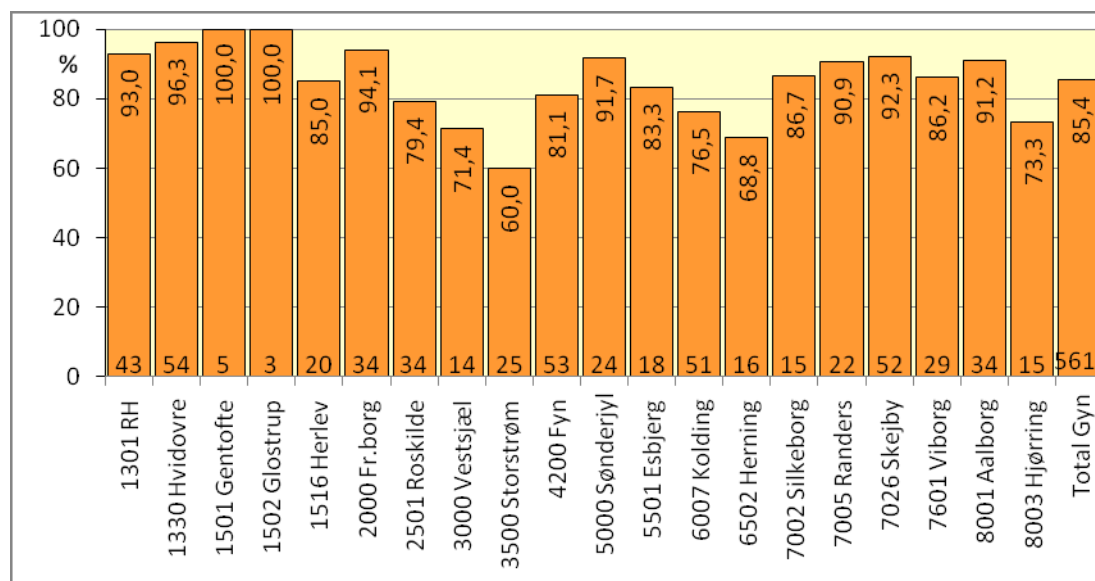
**Fig. 3.3** Ectopic pregnancies undergoing laparoscopy, laparotomy and no surgery through the period 1996-2008. Lower part in per cent.



**Fig. 3.4** Ectopic pregnancies undergoing laparoscopy, laparotomy or no surgery at different departments in 2008. Absolute numbers indicated in columns.



**Fig. 3.5** Proportion of laparoscopy in surgically treated women with ectopic pregnancy 2008. Number of surgically treated indicated in bottom of each column.



### Hvad kan vi gøre bedre?

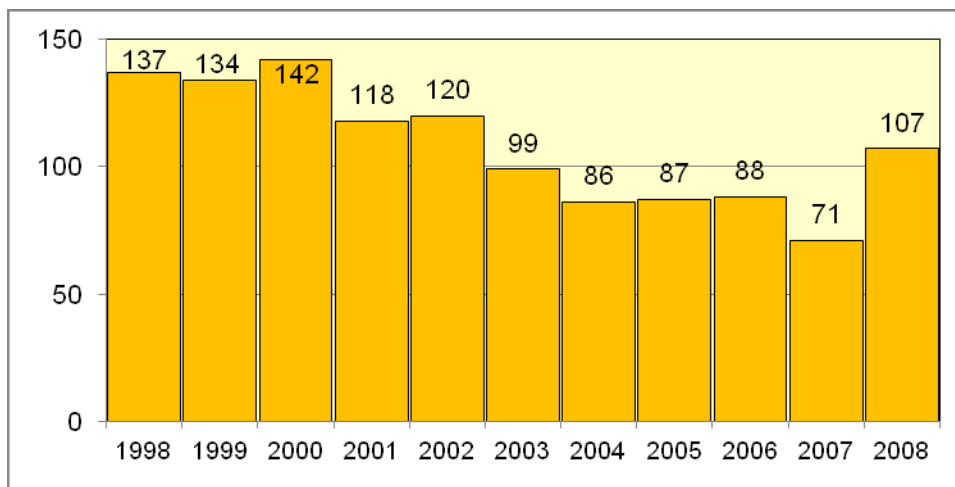
Der var i 2008 kun 4 kvinder, som var kodet med en medicinsk behandlingskode (BKHE0 eller BKHE8). Dette må udtrykkes, at disse koder ikke anvendes konsekvent, når der effektueres medicinsk behandling. Det bør fremover tilstræbes, at disse koder anvendes, når kvinderne behandles medicinsk, både primært og sekundært.

Man kan tvivle på, at andelen af laparoskopisk opererede reelt ligger på 60% i Storstrøm, eller der snarere er tale om forkert kodning. Tendensen har dog været den samme tidligere år. Det burde være muligt at løfte denne andel til over 80%.

## 4. Mola hydatidosa

Antallet af kvinder med mola hydatidosa (i det følgende blot mola) er også mindsket væsentligt gennem seneste ti år (Fig. 4.1).

**Fig. 4.1** *Number of women with hydatidiform mole in DK 1998-2008. N=1,189*

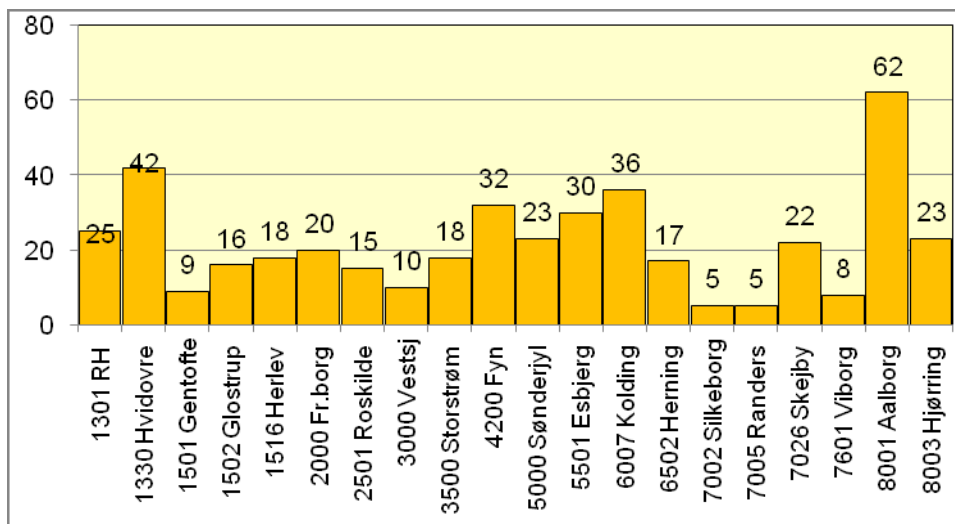


Det fremgår, at der har været tale om et fald på 48% fra år 1998 til 2007, men herefter en stigning til 2008.. Der er i denne statistik anvendt en restriktion på 12 måneder, således at en given kvinde kun kan tælle én gang inden for en 12-måneders periode.

Gennem seneste fem år er antallet af kvinder med mola på de gynækologiske afdelinger fordelt som det fremgår af Fig. 4.2.

**Fig. 4.2**

*Women with hydatidiform mole at gynaecological departments 2004-2008*



Af de 107 kvinder med mola i 2008 havde 33 (31%) komplet mola, 50 (47%) partiel mola, og 24 (22%) havde uspecificeret mola.

Antallet af patienter med mola på de enkelte afdelinger muliggør ikke afdelingsspecifik opgørelse af kvalitet.



## 5. Abortus provokatus, første trimester

### Kvalitetsindikatorer

**Indikator 8:** Andel af kvinder med 1. trimester abort, som gennemføres før 8 uger: Standard >50%

**Indikator 9:** Andel af medicinsk behandlede som undgår evacuatio uteri. Standard: >94%

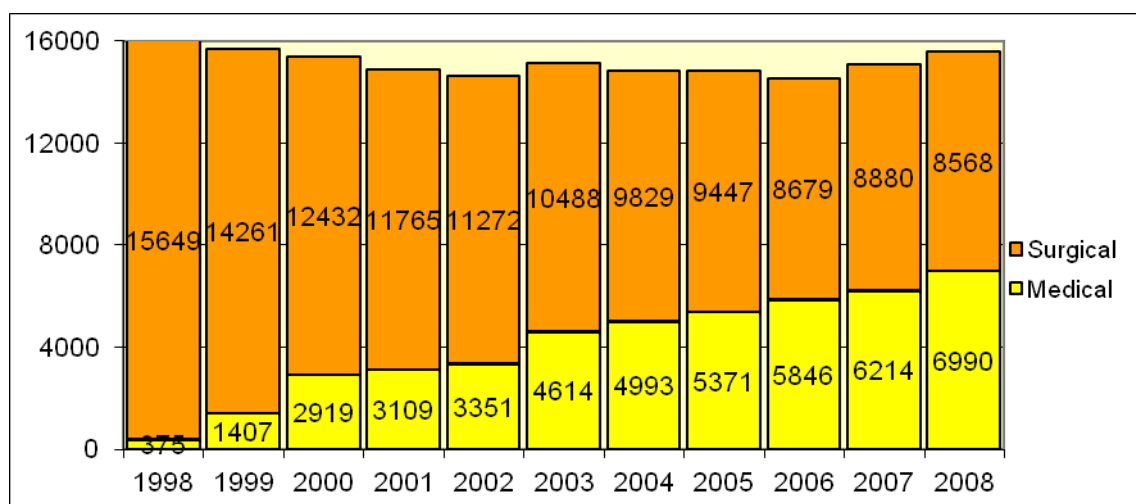
**Indikator 10:** Andel af kirurgisk behandlede, som må re-evakueres. Standard: <4%

### Produktion

Antallet af provokerede 1. trimester aborter er gennem seneste ti år faldet fra 16.024 årlige tilfælde i 1998 til nu 15.558 (**Fig. 5.1**).

**Fig. 5.1**

*Medical and surgical 1st trimester abortion in DK 1998-2008. N=166,459*



Det fremgår videre, at andelen af medicinsk inducerede aborter har været stigende og nu udgør 45% af alle aborterne.

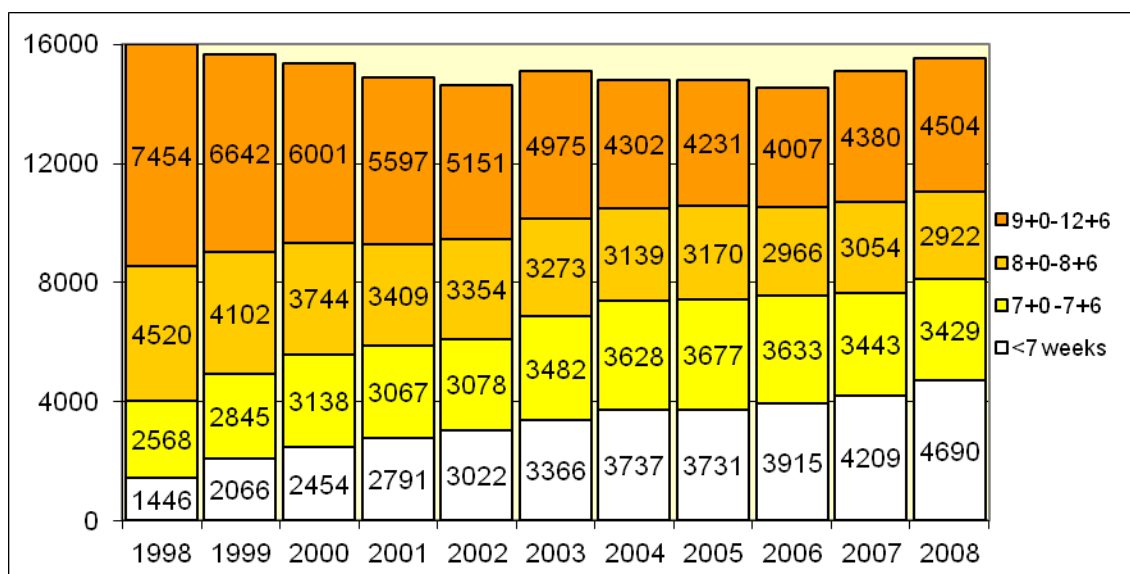
Samtidig er tidspunktet for første trimester aborterne rykket nedad hvad angår tidspunktet for disse (**Fig. 5.2**). Det fremgår at mere end halvdelen af aborterne nu foregår inden 8 uger, mens den tilsvarende andel i 1998 var mindre end 25%. Dette er udtryk for både en tidligere henvisning fra de praktiserende læger, og for en kort ventetid på de gynækologiske afdelinger. Sammenlignet med fx Sverige, udføres de provokerede aborter i Danmark 1-2 uger tidligere i gennemsnit.

Den tidligere visitation af kvinder til provokeret abort indebærer et væsentligt kvalitetsløft af tre grunde. For det første er blødningskomplikationer ved provokeret abort direkte korreleret til gestationsalderen, således at jo tidligere aborten gennemføres, jo færre vil opleve blødningsproblemer. For det andet indebærer tidlig medicinsk induktion en højere effektivitet og færre komplikationer end medicinsk induktion efter 8 uger. Og endelig er risikoen for at opleve retineret væv mindre, jo tidligere aborten finder sted.

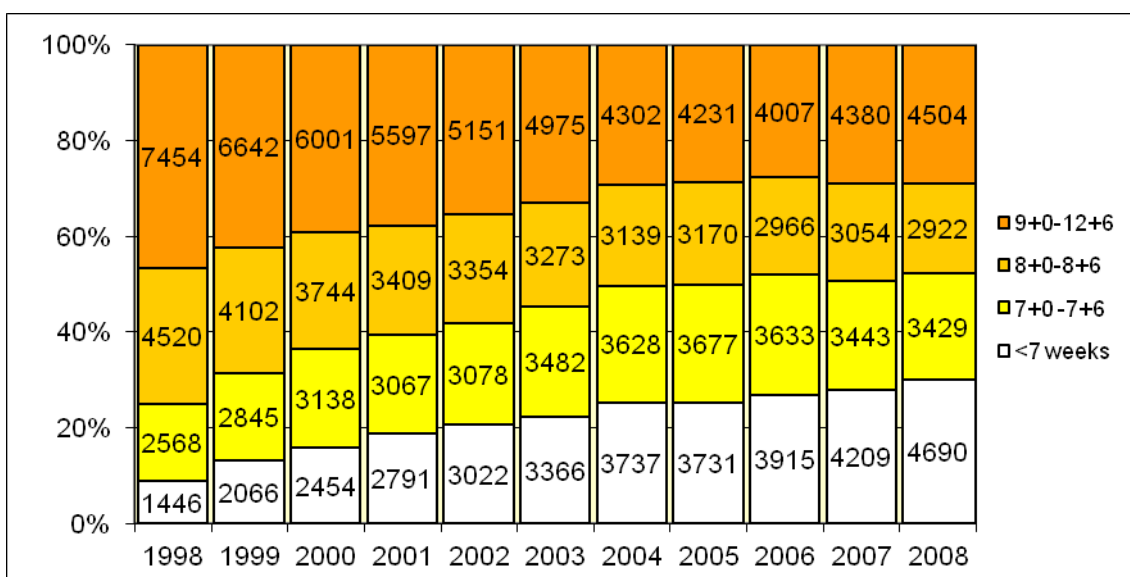
**Fig. 5.2**

*Distribution of gestational age at admission with 1st trimester abortion in DK 1998-2008*

*N=166,312. 147 with unknown GA not included.*



*Same in per cent distribution*



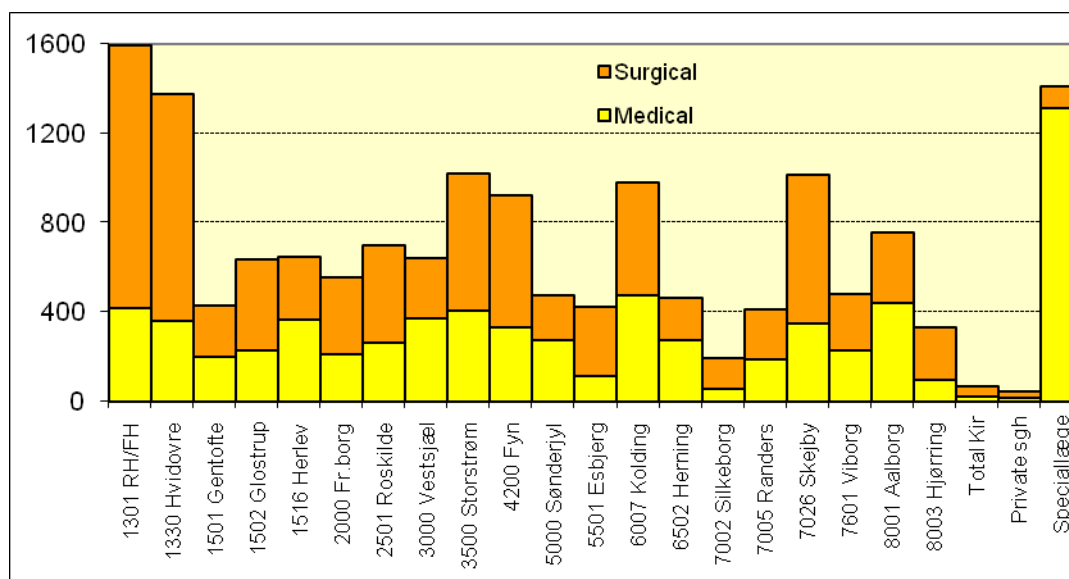
Antallet af kirurgiske hhv medicinske aborter på de enkelte afdelinger i 2008 fremgår af **Fig. 5.3**. Der er en ganske stor konsistens i de enkelte afdelingers praksis fra år til år, og der er ganske stor variation i praksis mellem de forskellige afdelinger, men alle afdelinger har i dag over 25% medicinske aborter, mens andre har knapt 60%. De praktiserende speciallæger varetager nu 1313 årlige 1. trimester aborter heraf 93% medicinske aborter, som derved mindsker sygehusenes medicinske andel. Hvis man sætter en standard på 40% medicinsk inducerede provokerede aborter, opfylder halvdelen af afdelingerne denne standard, mens kun fem har over 50%.

Når vi anbefaler medicinsk induktion ved de tidlige graviditeter skyldes det, at risikoen for efterfølgende infektion er halvt så stor ved medicinsk induktion som ved kirurgisk tømning. Dette skal dog opvejes mod en større risiko for blødningskomplikationer ved de medicinsk inducerede aborter. Da denne risiko stiger med stigende GA, er fordelene ved medicinsk induktion større, jo tidligere graviditet vi taler om.

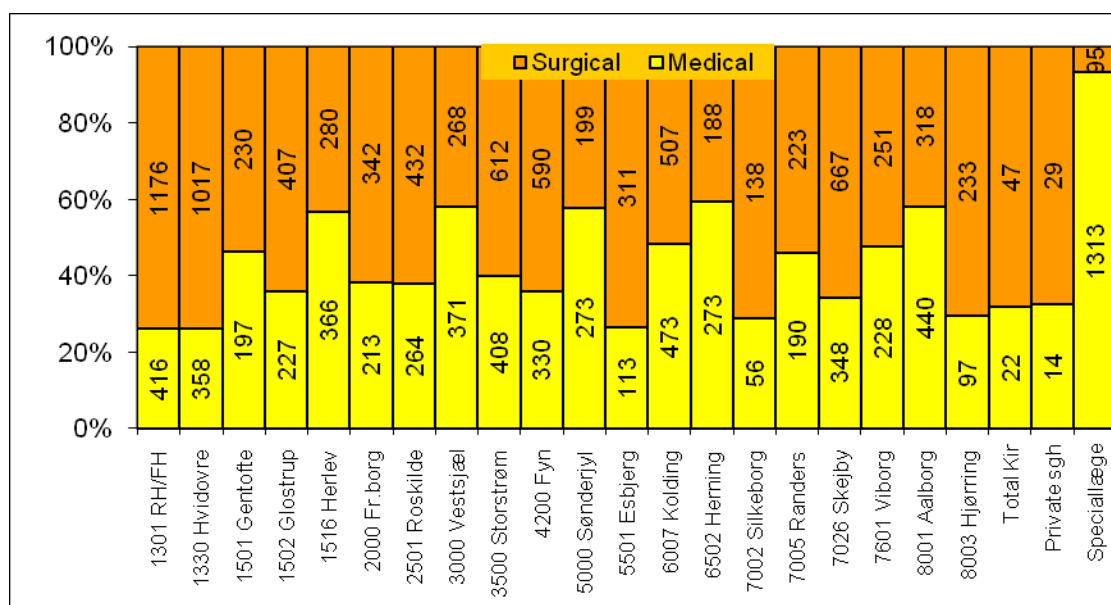
Fig. 5.3

Medically and surgically induced 1<sup>st</sup> trimester abortion in DK in 2008

Surgical: n=8.560, medical: n=6,990



Same in per cent



### Kirurgisk evacuatio efter medicinsk induceret provokeret abort

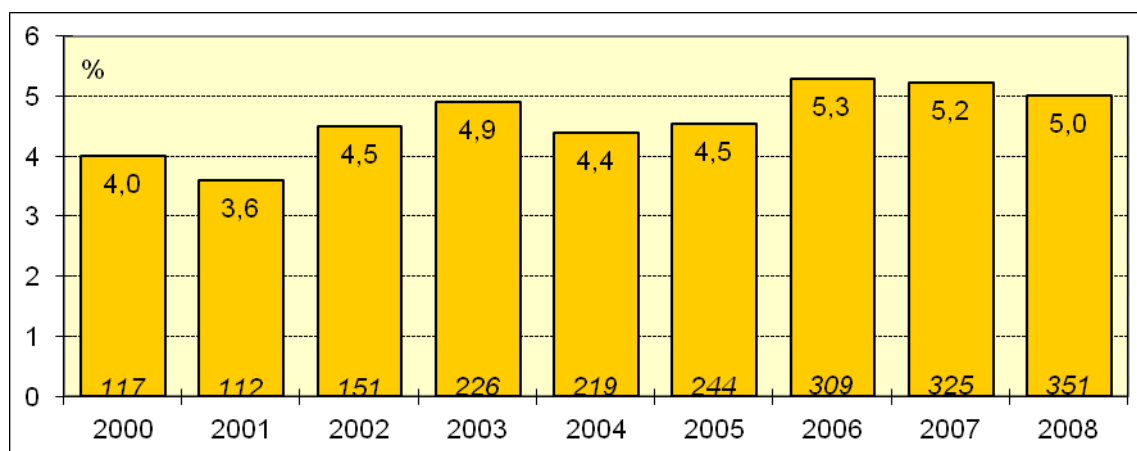
Det er et klinisk skøn, hvornår der skal gennemføres kirurgisk tømning af uterus efter medicinsk induceret provokeret abort. Indikationen kan være blødning, retineret væv og/eller infektion.

Andelen på landsplan, som er blevet evakueret efter medicinsk 1. trimester abort fremgår af **Fig. 5.4**. Det fremgår, at denne andel har ligget nogenlunde stabilt på 4-5%. Det absolutte antal evakuatioer efter medicinsk abort fremgår af tallene nederst i hver søjle. Denne andel varierer betydeligt på afdelingsniveau (**Fig. 5.5**).

**Fig. 5.4**

*Evacuation (%) after medical induction of 1st trimester abortion in DK 2000-2008.*

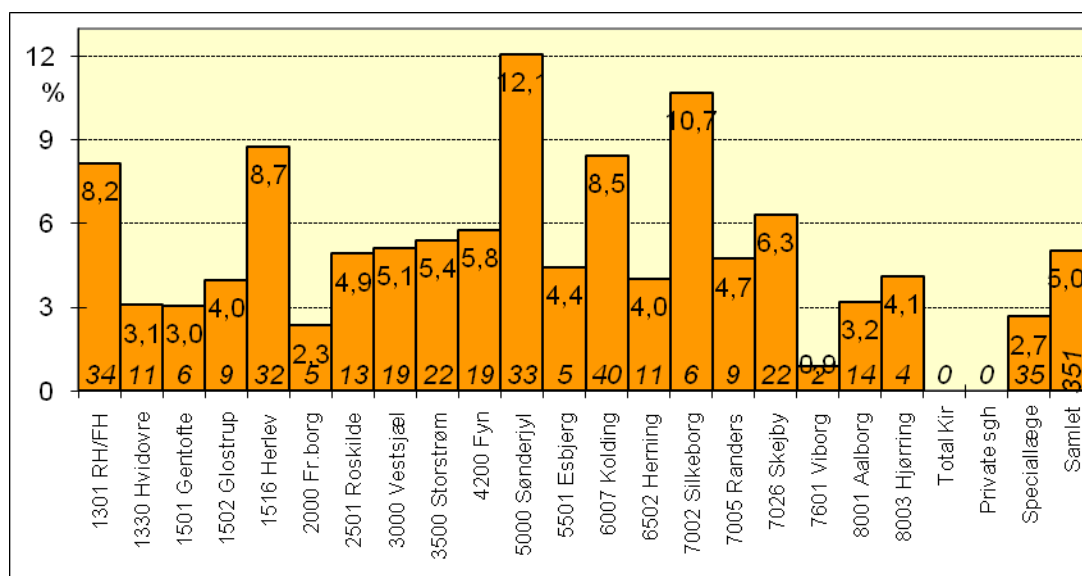
*N=43,407, n= 2,054. Absolute number of evacuated indicated in bottom of each column.*



**Fig. 5.5**

*Proportion (%) of medically treated 1st trimester abortions which are undergoing evacuation at different departments in 2008. GA < 9 uger. N=6.990, n=351*

*Absolute number of evacuated indicated lowest in columns.*



Det fremgår, at andelen af kvinder, som må kirurgisk evakueres varierer en del mellem afdelingerne. Samlede gennemsnit ligger på 5,0%, men med en variation på mellem 2,3% i Frederiksborg til 12,1% i Sønderjylland. Hvis man sætter en standard på 6% opfylder 14 ud af 20 afdelinger denne standard. Det samme gør de praktiserende speciallæger.

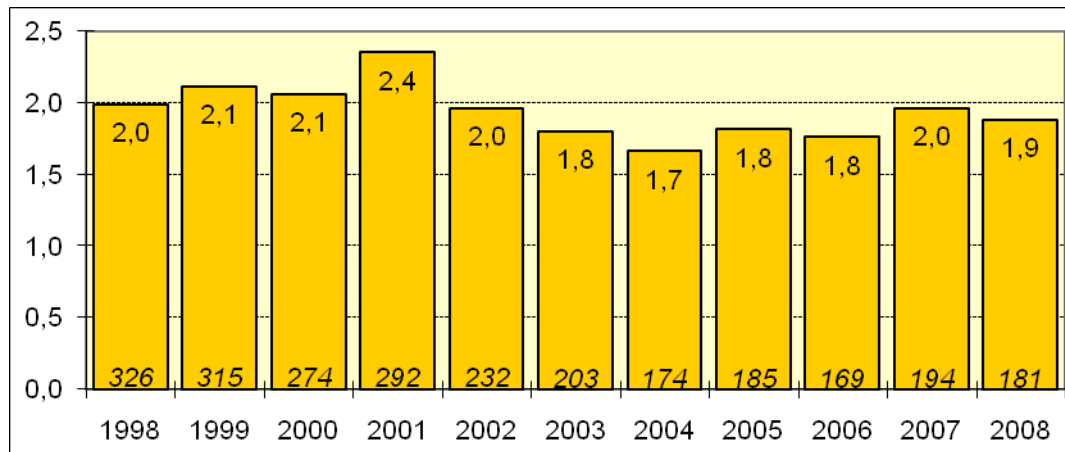
### **Re-evacuatio efter kirurgisk abort**

Også kirurgisk induceret provokeret 1. trimester abort er genstand for komplikationer, som nødvendiggør re-evacuatio. Årsagerne er de samme som ved medicinsk induceret abort, dvs blødning, retineret væv eller infektion, eller blandinger heraf.

Andel af kvinder som måtte re-evakueres efter kirurgisk provokeret abort i perioden 1998-2008 fremgår af **Fig. 5.6**

**Fig. 5.6**

*Re-evacuation after surgical 1st trimester abortion during 1998-2008*  
*N=121.270, n=2.545*



Det fremgår, at denne andel har ligget nogenlunde konstant på omkring 2% gennem seneste årti. Dermed er risikoen for re-evacuatio efter kirurgisk abort under halvt så stor som risikoen for kirurgisk tømning efter medicinsk abort, og pænt under standarden på 4%.

#### **Blødning efter provokeret abort**

Det er velkendt at nogle få kvinder kan opleve voldsom blødning i forbindelse med også provokeret abort. Endvidere at denne risiko for de medicinsk inducerede aborter øges med stigende gestationsalder. Ved medicinsk induktion i ugerne 10, 11 og 12 anbefaler vi derfor et regime, som minder om det medicinske regime ved 2. trimester aborter, dvs med repetitive dose af prostaglandin-E-1. Endvidere at disse kvinder behandles under indlæggelse, og forbliver indlagt til aborten er en realitet.

Risikoen for transfusionskrævende blødning er 0,4% efter medicinsk abort og 0.09% efter kirurgisk abort. Endvidere stiger risikoen for transfusionskrævende blødning med stigende alder ved kirurgisk abort, men ikke ved medicinsk abort, hvor risikoen derimod stiger med stigende gestationsalder.

Selv om det således drejer sig om mindre end 1% af de, som gennemgår en provokeret abort, er det afgørende, at alle kvinder informeres om denne risiko, samt om de forholdsregler der skal tages, hvis man oplever en sådan voldsom blødning. Det er primært de første uger efter aborten at disse blødningskomplikationer opstår, men de kan i sjældne tilfælde også indtræffe senere.

#### **Infektion efter provokeret abort.**

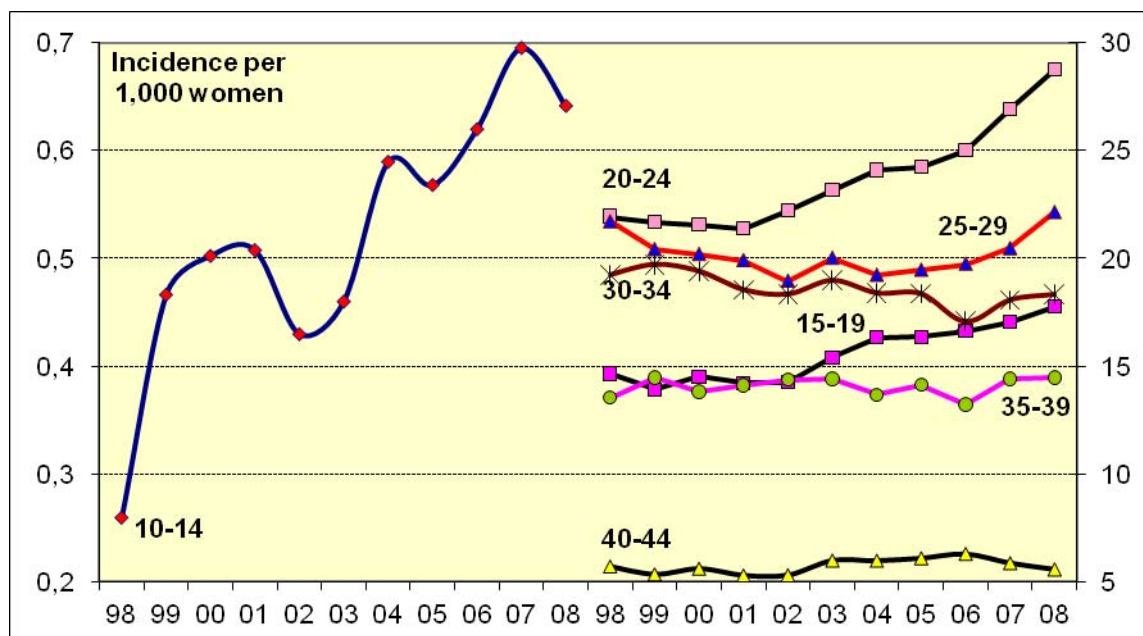
Der er i 2008 registreret 55 ud af 6.990 eller 0,8% med indlæggelseskrævende infektion efter medicinsk abort med GA under 9 uger. Tilsvarende tal for kirurgiske med samme GA er 91 tilfælde ud af 4.436 eller 2,1% med samme komplikation. Dette bekræfter en godt dobbelt så stor risiko for indlæggelseskrævende infektion efter kirurgisk som efter medicinsk abort. Tallene på de enkelte afdelinger er for små til at opgøre med nogen meningsfuld statistisk præcision.

## Udviklingen i provokerede aborter i forskellige aldersgrupper

Der har i foråret 2009 være fokus på udviklingen i provokerede aborter blandt især yngre kvinder.

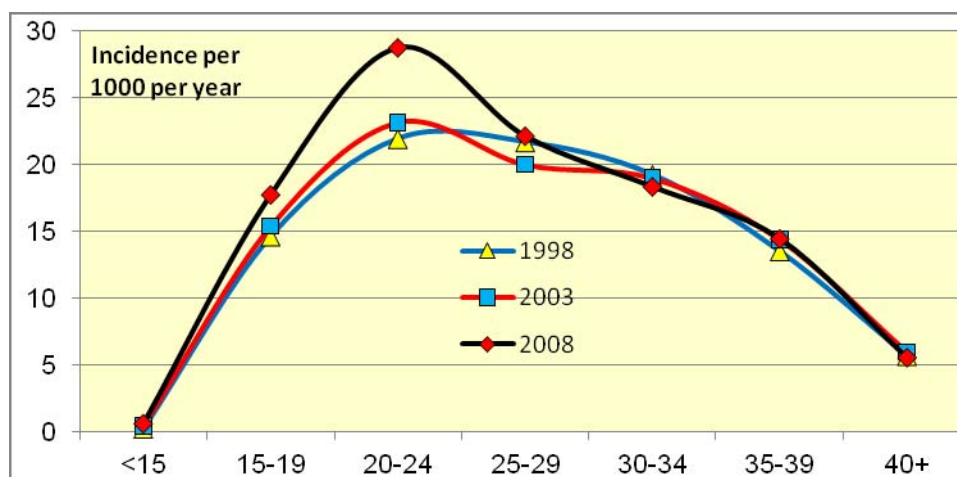
Vi har derfor udarbejdet en aldersspecifik statistik over udviklingen i provokerede aborter gennem seneste 12 år.

**Fig. 5.7** Age specific incidence rate of induced abortions in Denmark 1998-2008.  
Incidence given per 1000 per year in each age group.



Der ses en vidt forskellig udvikling i hyppigheden af provokerede aborter således at de yngre kvinder har haft en markant stigende hyppighed af aborter, for de yngste under 15 år har der været tale om en tredobling i raten. Også 15-19 årige og 20-24 årige har oplevet en væsentlig stigning.

Udviklingen kan også illustreres ved de tre år 1998, 2003 og 2008:



Der ses nogenlunde ens incidensrater i 1998 og 2003, men en markant stigning i raten af aborter blandt kvinder under 25 år i 2008. Det absolutte fald i antallet af aborter med årene skyldes primært, at der er blevet færre kvinder i de relevante aldersgrupper med årene.

## 6. Abortus provokatus, andet trimester.

### Kvalitetsindikatorer

Kvalitet inden for dette område handler om

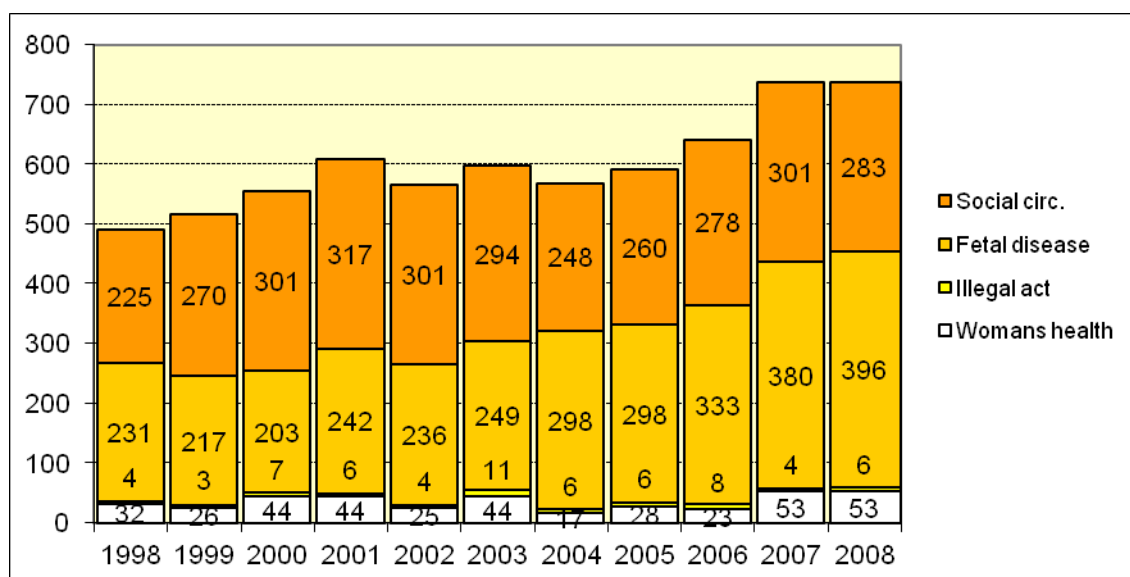
- korrekt kodning
- relevant behandlingsmetode. Det indebærer at kun kvinder som bløder eller ikke har kvitteret deres moderkage komplet evakueres. Stadig flere kvinder med 2. trimester abort observeres (uden evakuatio), og derfor vil en lav andel evakuerede i almindelighed være udtryk for en høj kvalitet, da kvinderne derved undgår de med evacuatio uteri forbundne risici.

**Kvalitetsindikator:** Andel med 2. trimester abort som evakueres. Standard: <60%

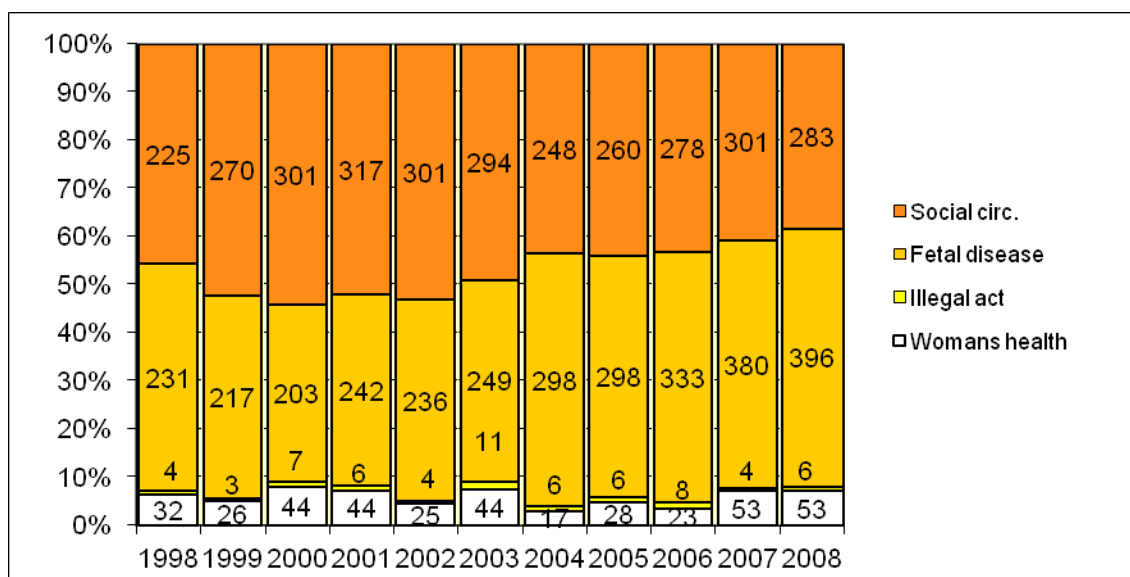
### Produktion

Fig. 6.1

*Induced 2nd trimester abortion in Denmark 1998-2008 after indication. N=6,693*



Same in per cent



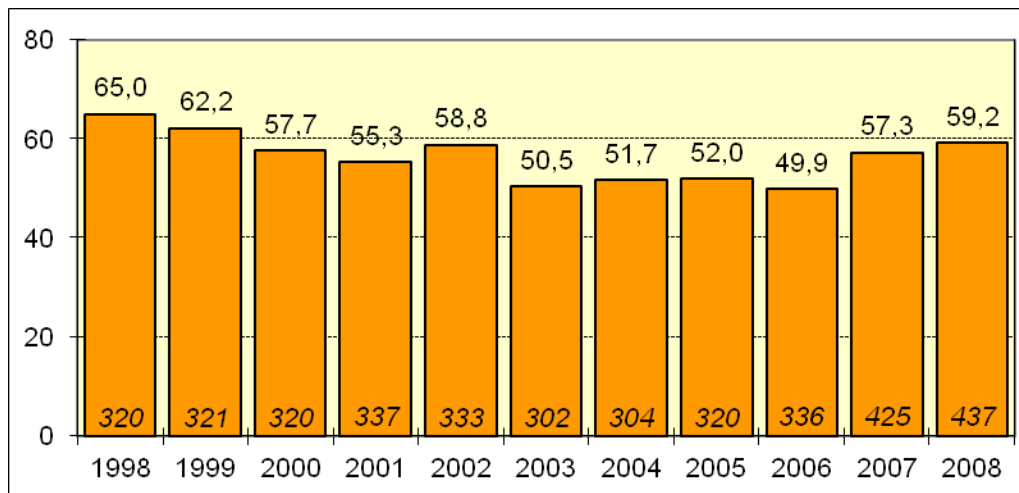
Der er gennemført et med årene stigende antal 2. trimester provokerede aborter, i 2008 omkring 738, med en samlet stigning på 50% siden 1998 (**Fig. 6.1**). Det fremgår af figuren, at stigningen fra 2002 alene skyldes en stigning i antallet af provokerede aborter på føtal indikation, som i dag udgør indikationen for godt halvdelen af alle anden trimester aborter. Den anden hovedindikation er sociale omstændigheder, mens hensynet til kvindens helbred og kriminel baggrund for graviditeten tilsammen udgør mindre end 5% af indikationerne.

### **Evacuatio uteri efter anden trimester abort**

Andelen af kvinder som evakueres i forbindelse med anden trimester provokeret abort har været faldende frem til 2006, herefter lidt højere (**Fig. 6.2**).

**Fig. 6.2**

*Surgical evacuation (%) after 2nd trimester induced abortion  
In Denmark 1998-2008, N= 6.693, n=3.755*



Andelen af kvinder som gennemgår anden trimester abort og som i forbindelse med denne er registreret med korrekt medicinsk behandlingskode (BKHD 45) eller kirurgisk abortkode (KLCH kode) eller evacuatio kode (KMBA) udgør 615 (83%) af de i alt 738 anden trimester aborter på gynækologiske afdelinger i 2008. Sidste år var andelen 77%. Det er utvivlsomt primært de medicinske behandlingskoder, som det kniber med at få registreret på alle.

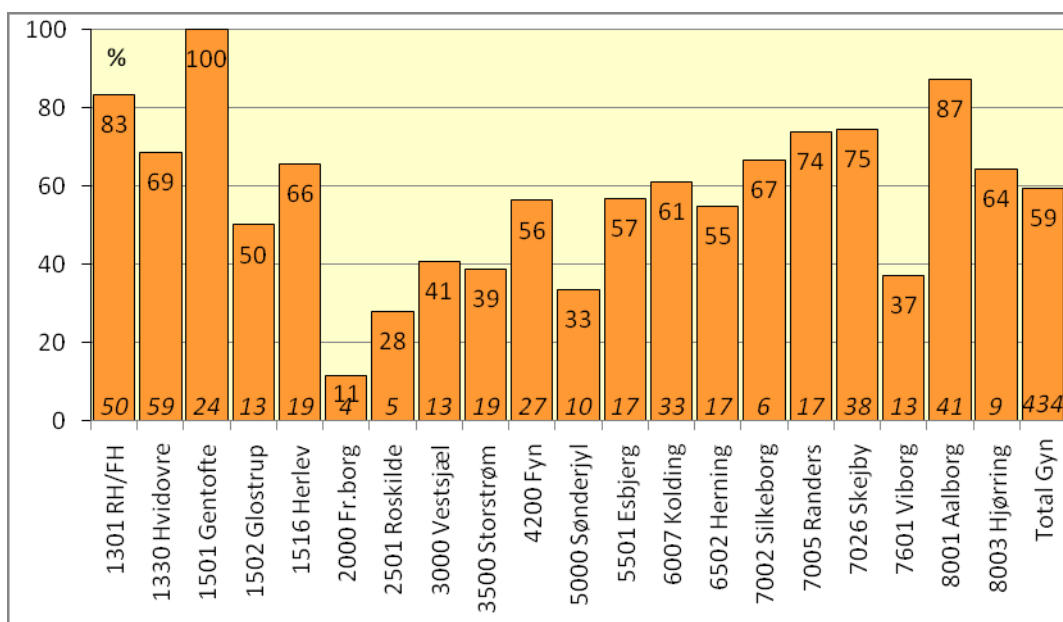
Ser vi på andelen af evakuerede på de enkelte afdelinger, ser billedet ud som vist i **Fig. 6.3**. Andelen ligger (også her) lavest i Frederiksborg (Hillerød) med 11% evakuerede kvinder. I den anden ende har vi Gentofte, Aalborg og RH med over 80% evakuerede kvinder. Hvis man som ved de spontane 2. trimester aborter sætter en standard for evacuatio uteri ved under 60%, opfylder 10 ud af 20 afdelinger denne standard.

Der er næppe tvivl om, at man kunne undlade et betydeligt antal af de evacuatio'er, som i dag gennemføres efter 2. trimester provokeret abort.



**Fig. 6.3**

*Surgical evacuation after 2nd trimester induced abortion at different departments in 2008.  
N=738, n=437. Figures also include few primary evacuations.*



Ingen kan sige hvor den korrekte eller optimale andel af evakuerede skal ligge, kun at trenden indtil i år har været nedadgående, og at nogle afdelinger formår at ligge stabilt lavt år efter år, fx Frederiksborg (region Nordsjælland).

### **Hvad kan vi gøre bedre**

Vi kan udøve et kvalificeret klinisk skøn, og kun evakuere de, som har en klar indikation for dette, hvilket i praksis vil sige rigelig blødning eller en ikke hel kvitteret placenta. Det er i længden uholdbart, at der er en variation på i år op til en faktor 9 mellem andelen som evakueres på de forskellige afdelinger.

## 7. Kodning ved tidlig graviditet.

Det er jo egentlig så enkelt, og alligevel er kodekvaliteten i forbindelse med tidlig graviditet langt fra fejlfri. Man må nok erkende, at der skal tre ting til, før en kodepraksis kommer til at fungere på en afdeling.

1. Der skal være udarbejdet en kort præcis vejledning i relevante hyppigst anvendte koder.
2. Denne vejledning skal være umiddelbart tilgængelig de steder, hvor koderne påføres epikrisen.
3. Der skal anvendes standardjournaler, hvor de relevante koder fremgår umiddelbart.

Heldigvis er netop området tidlig graviditet kendetegnet ved, at alle tre præmisser kan opfyldes. Alle opfordres derfor til at implementere denne praksis på deres afdeling. Det kræver en ganske beskedne ressourcemæssig investering, og den kommer mange fold igen.

De hyppigst anvendte koder fremgår af Tabel 1. Opdaterede kodeark kan downloades fra [www.tigrab.dk](http://www.tigrab.dk). Samme sted findes standardjournaler både i pdf og word format, så de enkelte afdelinger kan tilpasse deres standardjournal til deres praksis. Der findes standardjournal for både abortus provokatus 1. trimester, abortus provokatus 2. trimester og tidlige graviditetskomplikationer (abortus imminens, spontan abort og missed abortion).

Men princippet ved kodningen af tidlige graviditetskomplikationer er som ved al anden kodning. Der skal anføres en relevant diagnosekode, og der skal angives en relevant behandlingskode, enten en medicinsk behandlingskode, en operationskode eller en undersøgelseskode. Samtidig vil man derved sikre afdelingen at relevante DRG-points registreres, og at det sker på en standardiseret måde, ens for alle afdelinger.

### ***Hyppigste fejkodninger***

Der sker fortsat mange fejl i forbindelse med kodning ved tidlige graviditetskomplikationer. De hyppigste gennem seneste år er ved:

#### *Abortus provokatus*

- At man ikke specificerer Mifegyndosis ved medicinsk induceret abort
- At man ikke specificerer Misoprostoldosis ved medicinsk induceret abort

Begge dele kræver blot at man vælger den specifikke kode frem for den overordnede.

- At man ved evac efter medicinsk behandling anvender den almindelige evackode (KMBA00) og ikke den korrekte KLCH13.
- At man ved re-evacuatio efter kirurgisk abort anvender den almindelige KMBA00 og ikke den korrekte KLWW00 kode.
- At der ikke registreres en medicinsk behandlingskode ved 2. trimester provokeret abort.
- At man ved kontrolbesøget ikke specificerer om man måler s-hCG (diagnose DZ098A, og kontrolkode ZZ4230) eller gennemfører UL-skanning (samme diagnosekode og undersøgelseskode UXUD82).

### *Spontan abort og missed abortion*

- At man ikke skelner mellem komplet (DO039) og inkomplet (DO034) spontan abort.
- At diagnosekoden ved evacuatio ikke specificerer indikationen for denne. Det gøres ved at vælge den relevante kode DO030 (infektion), DO031 (blødning) eller DO088L (retineret væv).
- At der ikke er registreret en medicinsk behandlingskode ved de medicinsk behandlede.

### *Ekstrauterin graviditet*

- At man ikke angiver behandlingskode ved medicinsk behandling med methotrexat (BKHE8)

Disse fejl udgør >90% af aktuelle kodefejl i forbindelse med tidlig graviditet.

## 8. Opdaterede koder i forbindelse med abort

### Abortus provocatus før udg. af uge 12

Diagnose Beh.-kode

#### Medicinsk

Abortus provocatus før udg. af 12. uge. Jr.+Mifegyn	DO 04.9	(BKHD 40)
Mifegyndosis 200 mg	-	BKHD 401A
Mifegyndosis 400 mg	-	BKHD 401B
Mifegyndosis 600 mg	-	BKHD 401C
Prostaglandin vaginalt dg. 2-3	-	(BKHD 41)
Misoprostoldosis 0,2 mg	-	BKHD 411A
Misoprostoldosis 0,2 + 0,2 mg	-	BKHD 411B
Misoprostoldosis 0,4 mg	-	BKHD 411C
Misoprostoldosis 0,4 mg + 0,2 mg	-	BKHD 411D
Misoprostoldosis 0,6mg	-	BKHD 411E
Misoprostoldosis 0,6mg + 0,2mg	-	BKHD 411F
Misoprostoldosis 0,8mg	-	DKHD 411G
Kontrol af hCG 1 uge senere	DZ 09.8A	ZZ4230
Kontrol med UL efterfølgende	DZ 09.8A	UXUD82
Evac. efter medicinsk abort gr. retineret væv	DO 08.8L	KLCH 13
Evac. efter medicinsk abort gr. blødning	DO 08.1G	KLCH 13
Evac. Efter medicinsk abort pga on-going graviditet	DO 08.8J	KLCH 13

#### Kirurgisk

Abortus provocatus før udg. af 12. uge (journal)	DZ 32.4	ingen
Indlæggelse til expiratio e vacuo uteri (ukomplic.)	DO 04.9	KLCH 03
Re-evac. efter kirurgisk abort gr. retineret væv	DO 08.8L	KLWW00
Re-evac. efter kirurgisk abort gr. blødning	DO 08.1G	KLWW00
Re-evac. efter kir. abort pga. ret. væv + infektion	DO 08.0B	KLWW00
Re-evac. Efter kir. Abort pga on-going graviditet	DO 08.8K	KLWW00

#### Spontan abort/missed abortion

Komplet spontan abort uden evac., ukompliceret	DO 03.9	ingen
Inkomplet spontan abort uden behandling	DO 03.4	ingen
Evacuatio ved inkomplet spont. abort med infektion	DO 03.0	KMBA 00
Evacuatio ved inkomplet spont. abort med blødning	DO 03.1	KMBA 00
Evacuatio ved inkomplet spont. abort, ukompliceret	DO 03.4	KMBA 00
Evacuatio ved missed abortion	DO 02.1A	KMBA 00
Med. beh. (Cytotec alene) inkomplet spontan abort	DO 03.4	BKHD 50
Med. beh. (Mifegyn+Cytotec) inkomplet spont. ab.	DO 03.4	BKHD 52
Med. beh. (Cytotec alene) missed abortion	DO 02.1A	BKHD 50
Med. beh. (Mifegyn+Cytotec) missed abortion	DO 02.1A	BKHD 52
Evac. efter mislykket medicinsk behandling af sp. abort	DO 08.8L	KMBA 00
Evac. efter mislykket medicinsk behandling af missed ab.	DO 08.8L	KMBA 00
Re-evac. efter mislykket medicinsk el kir. beh. af missed ab.	DO 08.8L	KMWW 00

#### **Abortus provocatus efter uge 12**

Oplægning af cervagem/Cytotec	DO 05.x	BKHD 45
Evacuatio efter sen cervagem/Cytotec abort	DO 05.x	KMBA 00

#### **Extrauterin graviditet**

Methotrexatbehandling af tubar graviditet	DO001	BKHE8
Blødning efter extrauterin graviditet	DO08.1H	

15. september 2008

## Kommentarer til årsrapport for året 2007 fra TiGrAb-KD

KCØ har gennemgået ovenstående udkast til årsrapport iht. de gældende basiskrav for årsrapporter<sup>1</sup>, der er opstillet af Danske Regioner, som i korthed er følgende: (jf. notat vedr. revisionspåtegning som kan findes på [www.kliniskedatabaser.dk](http://www.kliniskedatabaser.dk)).

- a) Der skal i særligt kapitel afrapporteres på de indikatorer, som databasen har valgt til at beskrive kvaliteten indenfor specialet
- b) Alle indikatorer skal offentliggøres på afdelings-/enhedsspecifikt niveau.
- c) I årsrapporten skal præsentationen af data være ledsaget af kommentarer, der forklarer og formidler resultaterne. Rapporten skal indeholde et samlende afsnit med konklusion og anbefalinger med konkrete forslag til, hvordan behandlingskvaliteten kan forbedres.
- d) Der skal være statistisk og epidemiologisk dækning for de angivne konklusioner og anbefalinger
- e) Rapporten skal indeholde et afsnit med dataindsamling og metode, hvor der redegøres for datagrundlag, datakvalitet, dækningsgrad og de anvendte statistiske metoder.

### Generelt

Overordnet er det et banebrydende stykke arbejde, der er lagt for dagen i årsrapporten, idet den omfatter data fra de sidste 10 år og fordi den tager udgangspunkt i den administrative fordeling af afdelinger, som foreligger i 2008. Dette betyder, at tidligere selvstændige afdelinger er lagt til de afdelinger, som de senere administrativt er fusioneret med (det er bestemt ikke nogen triviøse øvelse). Endvidere er der foretaget en række komplicerede udtræk incl. fejlfinding i LPR, et område, hvor databasen er helt i front.

Målgruppen for årsrapporterne spænder bredt fra kollegaer med interesse for dette område til læsere fra det politisk-administrative system. Dette spænder stille store krav til læsevenligheden. I forbindelse med udarbejdninger af de kommende årsrapporter. Måske det var en ide i fremtidige årsrapporter, at man i en indledning samlede lidt historik, de væsentlige resultater i forhold til de valgte indikatorer og en perspektivering af databasens arbejde i en "læs let" version.

### Vedr. ovennævnte basiskrav

Ad c): Rapporten har et afsnit med konklusioner og anbefalinger, men afsnittet indeholder så vidt vi kan se kun konklusioner. De anbefalinger eller konkrete muligheder for forbedringer, som er nævnt undervejs i rapporten burde iht. basiskravene være trukket frem i dette afsnit.

Ad d): De grafiske fremstillinger kunne i de situationer, hvor man sammenligner afdelinger enten med landsgennemsnittet eller op med en given standard gøres mere informative ved angivelse af sikkerhedsgrænser.

---

<sup>1</sup> Der kan i øvrigt henvises til

[http://www.kliniskedatabaser.dk/doks/753206650\\_11.05.2007\\_basiskrav\\_for\\_landsdaekkende\\_kliniske\\_kvalitetsdatabaser.pdf](http://www.kliniskedatabaser.dk/doks/753206650_11.05.2007_basiskrav_for_landsdaekkende_kliniske_kvalitetsdatabaser.pdf) på side 12 og 13, hvor de formelle basiskrav til årsrapporterne er uddybet.

Ad e)

Man bør i dette afsnit redegøre for dækningsgrad og datakvalitet. Anvendelsen af data baseret på træk på Landspatientregisteret er både en af databasens væsentligste styrker; men samtidig ligger der tilsyneladende et problem i inddata, da der på afdelingerne er varierende opfattelse om afvendelsen af de forskellige koder. Dette kan formentlig forklare betydelige forskelle mellem de enkelte afdelinger og måske også de tendenser der ses over tid. Årsrapporten belyser problemet i metode afsnittet og har mange steder afgivet, at der er behov for en forbedret kodning. En analyse der kan redegøre for problemets omfang, f. eks. ved en gennemgang af cases ville styrke fremtidige rapporter.

Det bør fremgå hvordan årsrapporten er blevet til – har den fx været til høring på afdelingerne inden færdiggørelse? En årsrapport bør principielt altid sendes til kommentarer inden offentliggørelse.

Sammenfattende er det vores vurdering, at årsrapporten iht. ovenstående punkter i det væsentlige lever op til Danske Regioners krav til årsrapporter for Landsdækkende Kliniske Kvalitets databaser – herunder at der er statistik og epidemiologisk dækning for de angivne konklusioner og anbefalinger.

Klaus Brasso  
Afdelingslæge, epidemiolog, KCØ

Jan Utzon  
Overlæge, KCØ