

# **Tidlig graviditet og abort**

**Årsrapport for året 2009**

**fra TiGrAb-KD**

**Landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase**

*Øjvind Lidegaard*

Korrespondance: Øjvind Lidegaard, professor, overlæge, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet

Blegdamsvej 9, 2100 København Ø. E-mail: [Lidegaard@rh.regionh.dk](mailto:Lidegaard@rh.regionh.dk)

## Indhold

Forord	3
Konklusion og anbefalinger	4
Metode	5
Anvendte kvalitetsindikatorer	6
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	25
5 Provokeret abort 1. trimester	27
6 Provokeret abort 2. trimester	34
7 Kodevejledning	37
8 Publikationer	38
9 Kodeark	39
10 Revisionspåtegning (kommer senere)	40

## 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.

Mifepriston = Mifegyn<sup>®</sup> = antiprogesteron

Misoprostol = Cytotec<sup>®</sup> = prostaglandin E1 analog

## Forord

Formålet med denne årsrapport er at gøre status over den kliniske kvalitet inden for tidlig graviditet på landets gynækologisk-obstetriske afdelinger i 2009. Alle resultater baserer sig alene på udtræk fra landspatientregisteret (LPR).

Fokus er året 2009, men resultaterne vil blive sat i relation til de foregående år. Rapporten den fjerde årsrapport fra TiGrAb-KD, vores landsdækkende kliniske kvalitetsdatabase, som løbende afrapporterer aktuelle produktions- og kvalitetsmål på afdelingsniveau. Vi har i disse statistikker taget udgangspunkt i den administrative opdeling som eksisterer i 2009. 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.

Generelt opgøres kvaliteten på de gynækologiske afdelinger, og ekskluderer således oftest de kirurgiske afdelinger (som efterhånden varetager meget få gynækologiske operationer).

Den samlede årsrapport vil blive suppleret med del-resultater som publiceres på [www.tigrab.dk](http://www.tigrab.dk). Opkoblingen til analyseportalen er forsinket, som følge af kapacitetsproblemer i kompetencecenter øst. Vi håber stadig at det vil lykkes at etablere denne udvidede service vedrørende uddata.

Det er vores håb, at TiGrAb-KD løbende vil kunne bidrage også med nye videnskabelige resultater.

Alle data er genereret ved udtræk fra landspatientregisteret.

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 og gennem seneste år.

Vores navlestreng til alle disse skønne data er Charlotte Skovlund, som har overtaget Christinas plads som dataleverandør, og nu arbejder fuldtid i vores regi. Charlotte kommer fra en stilling i forskerservice i Sundhedsstyrelsen.

Feedback fra afdelingerne er væsentlig og sker dels efter at de har fået årsrapporten, dels på Hindsgavl møderne i September. Styregruppen fremgår af [www.tigrab.dk](http://www.tigrab.dk).

Jeg vil 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, anbefalinger og justerede standarder.

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**

- I dag kodes nogle kvinder, som indlægges med inkomplet abort, men ender med komplet abort med sidstnævnte, mens de burde være kodet med førstnævnte

Anbefaling: Ingen kvinder med komplet spontan abort bør evakueres.

- I dag har en enkelt afdeling mere end 20% evakuerede kvinder med spontan abort, og gennemsnittet ligger på 10.7%.

Anbefaling: Ud af alle kvinder med spontan abort evakueres mindre end 10% i gennemsnit, og på ingen afdelinger evakueres mere end 20%

- Et middel til at forbedre kodningspraksis kunne være at anvende standardjournaler.

Anbefaling: Alle afdelinger anvender standardiserede journaler og koder den diagnose der er behandlet på.

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

- I dag evakueres halvdelen af kvinder med spontan 2. trimester abort, og spændet ligger fra 20% til 77% på forskellige afdelinger.

Anbefaling: I gennemsnit evakueres mindre end 50% af kvinder med spontan 2. trimester abort.

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

- I dag evakueres 58% af kvinder med missed abortion i første trimester.

Anbefaling: Ud af alle kvinder med 1. trimester missed abortion evakueres mindre end 60% i gennemsnit, og på ingen afdelinger evakueres mere end 80%

- I dag kodes 17% af kvinder med missed abortion med medicinsk behandlingskode.

Anbefaling: Mindst 90% af de kvinder, som medicinsk behandles, bliver kodet i henhold hertil.

- I dag har i gennemsnit 75% af kvinder med missed abortion enten en kirurgisk eller medicinsk behandlingskode.

Anbefaling: Andelen af kvinder med missed abortion, som kodes med enten en medicinsk eller kirurgisk behandlingskode bør ligge på mindst 90%.

- Standardjournaler kan højne kodekvaliteten.

Anbefaling: Alle afdelinger anvender standardiserede journaler ved missed abortion.

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

- I dag evakueres i gennemsnit 37% af kvinder med 2. trimester missed abortion, men andelen varierer fra 18% til 67% på forskellige afdelinger.

Anbefaling: Ud af alle kvinder med missed abortion i 2. trimester evakueres mindre end 40% i gennemsnit, og på ingen afdelinger evakueres mere end 50%

- Anbefaling: Alle afdelinger anvender standardiserede journaler.

### **Ekstrauterin graviditet**

- I dag opereres 53% af kvinder med x-uterin graviditet.

Anbefaling: I gennemsnit bør under 60% opereres.

- Andelen af kvinder med x-uterin graviditet, som opereres varierer fra 32% til 74% på forskellige afdelinger.

Anbefaling: Ingen afdeling bør operere mere end 60% af kvinder med x-uterin graviditet.

- I dag opereres 86% laparoskopisk.

Anbefaling: Af de opererede bliver mindst 90% i gennemsnit opereres laparoskopisk.

På ingen afdeling ligger andelen af laparoskopisk opererede (ud af alle opererede) under 80%.

- Der var i 2009 12 kvinder, som var kodet med medicinsk behandlingskode.

Anbefaling: Mindst 80% af de, som medicinsk behandles, kodes i henhold hertil.

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

- I dag henvises lidt over halvdelen før 8 uger.

Mindst halvdelen af alle 1. trimester aborter gennemføres inden udgangen af 8. graviditetsuge.

- I dag udgør medicinsk inducerede halvdelen af alle 1. trimester provokerede aborter.

Anbefaling: Medicinsk induktion anvendes hos 50% 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.

- I dag varierer andelen af sekundært evakuerede medicinsk behandlede 1. trimester aborter fra 1.3% til 9%.

Anbefaling: Blandt kvinder, som gennemfører medicinsk behandling, bliver mindre end 6% efterfølgende evakueret.

På ingen afdelinger er andelen af sekundært evakuerede højere end 10%

- I dag re-evakueres 2% af kvinder som undergår primær kirurgisk tømning.

Anbefaling: Andelen af re-evakuerede blandt de kirurgisk behandlede ligger under 2% i gennemsnit.

Ingen afdeling har re-evacuatio andel på over 3%.

- Anbefaling: Alle afdelinger anvender standardjournaler.

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

- I dag evakueres 53% af kvinder med 2. trimester provokeret abort.

Anbefaling: Mindre end 50% af 2. trimester aborterne evakueres, og

Ingen afdeling har over 70% evakuerede.

- Alle afdelinger anvender standardjournaler

## **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, en fast akademisk medarbejder, som nu altså er Charlotte Skovlund. 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 (helt eller delvis) 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 indicerer 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:**

(Standarderne er de i 2009 gældende)

#### **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 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%

# 1. Tilgrundegået graviditet 1. trimester

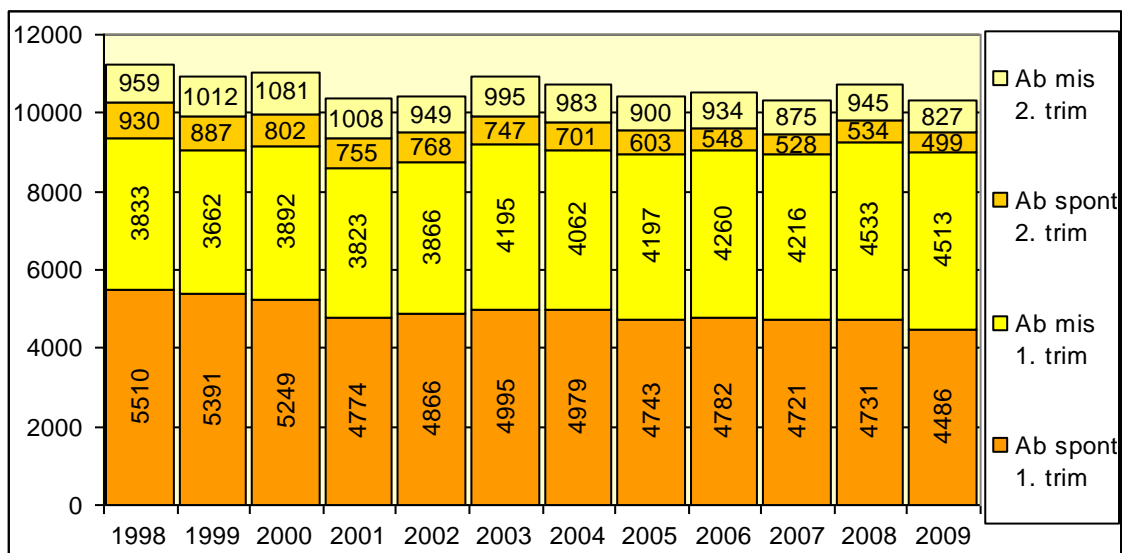
Området omfatter diagnoserne missed abortion (DO021) inkomplet spontan abort (DO030-34) og komplet spontan abort DO035-39. Vi vil som i den angelsaksiske litteratur kalde alle disse tidlige tilgrundegåede graviditeter for miscarriages.

## Miscarriages i Danmark 1998-2008

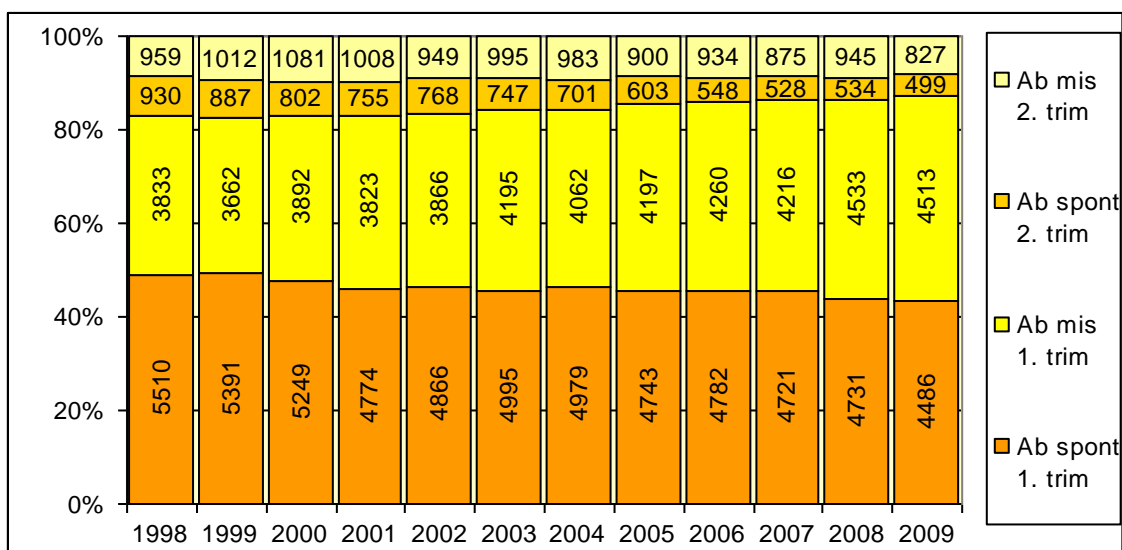
Antallet af kvinder med registreret med tilgrundegået graviditet i første trimester andrager omkring 9.000 pr. år, mens miscarriages i 2. trimester nu udgør omkring 1.300 pr. år, eller i alt ca. 10.000 om året (**Fig. 1.1**). Den reelle forekomst er større, idet en del tidlige aborter enten ikke opfattes 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 godt 50% i 2009.

**Fig. 1.1**

*Miscarriages in Denmark 1998-2009. N=128.049*



## Samme i procent



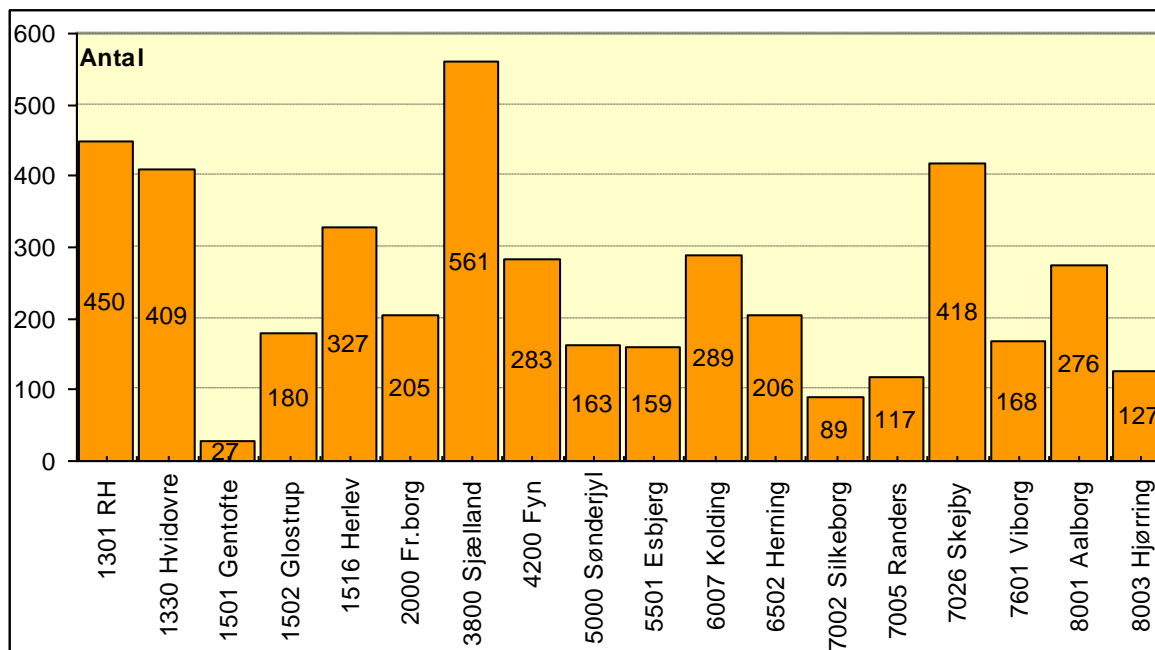


Da den kliniske håndtering af hhv missed abortion og spontan abort er forskellig, kan kvaliteten inden for dette område kun opgøres separat for hhv missed abortion og spontan abort.

## Spontan abort, 1. trimester

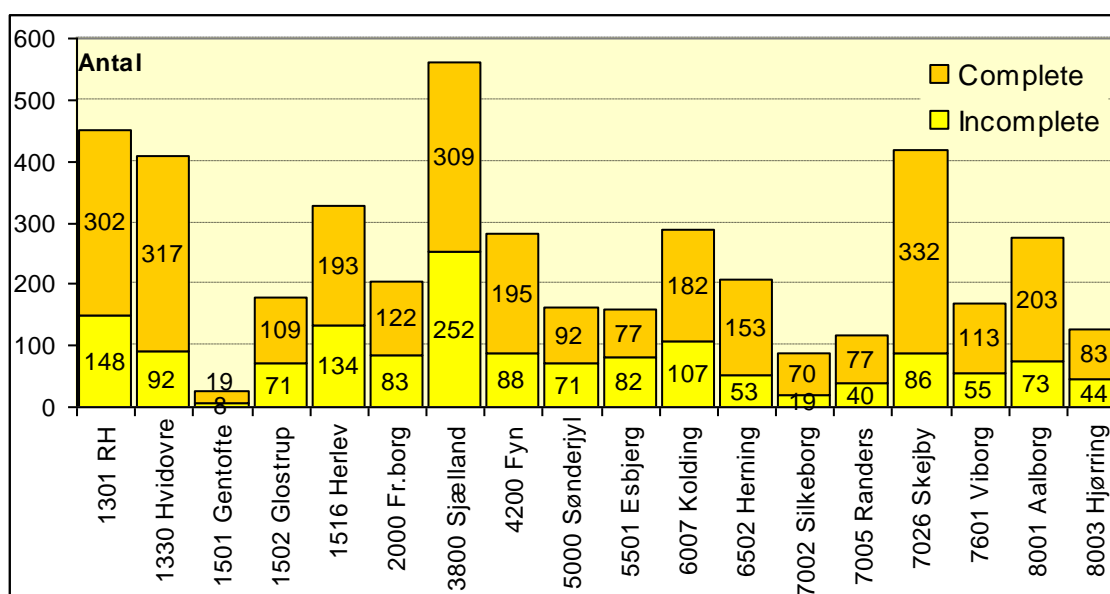
Spontan abort defineres som tilgrunde gået graviditet med aktuell blødning. Antal i 2009: 4.486, heraf 31 på kirurgiske afdelinger og en hos praktiserende speciallæger.

**Fig. 1.2.** Spontaneous 1st trimester abortion at Gynaecological departments in DK 2009. N=4.454

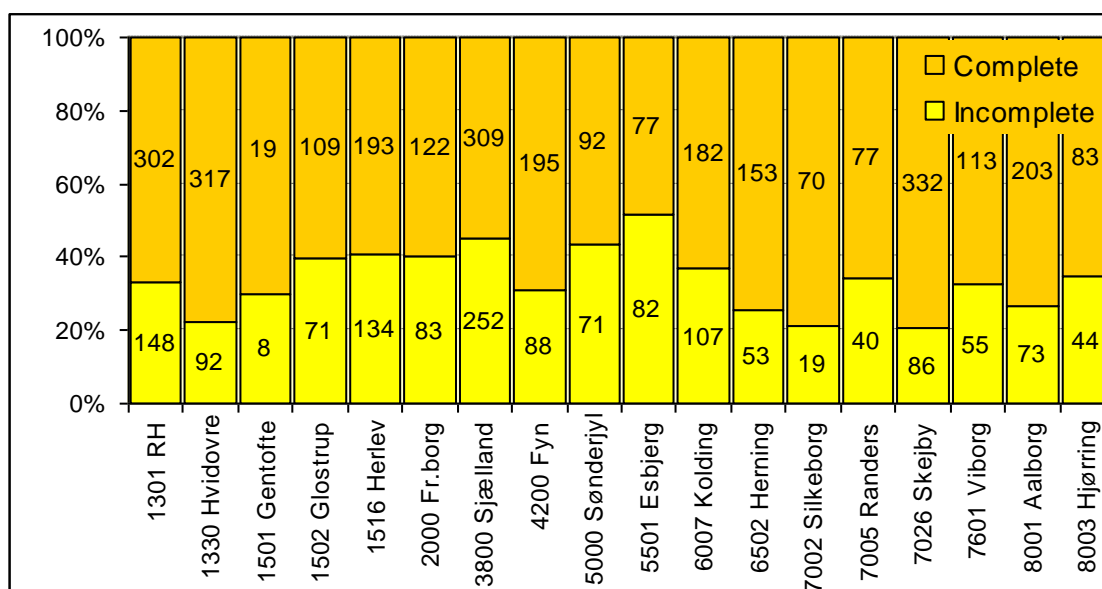


De fleste enheder har over 100 spontane aborter i 2009, hvorfor det meningsfuldt er muligt at opgøre kvaliteten på de enkelte enheder.

**Fig. 1.3.** Complete and incomplete spontaneous 1st trimester abortions at different departments in 2009. N=4.454.



## Same i per cent



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

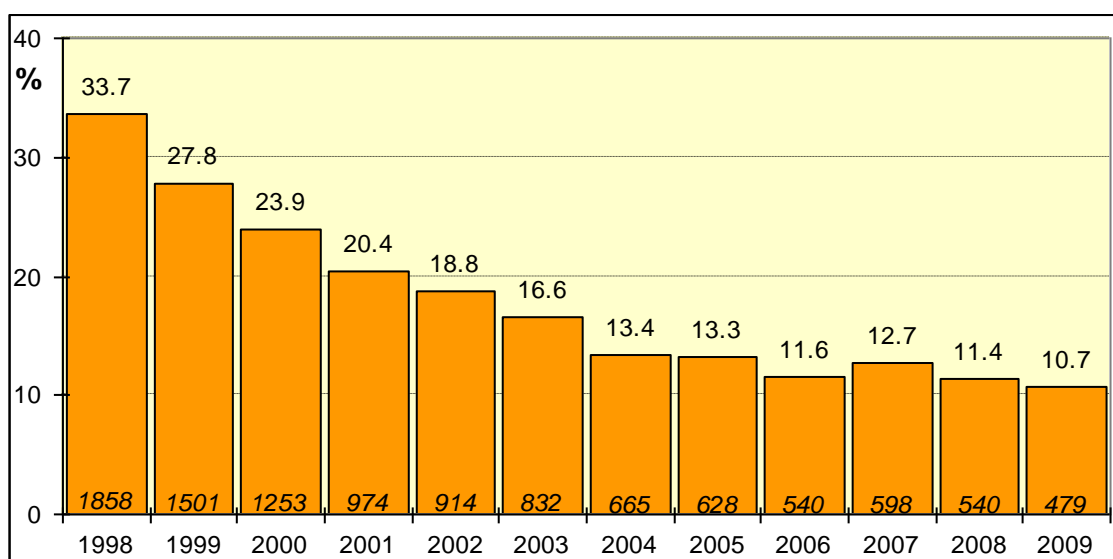
### Kvalitet

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 (N) being surgically evacuated (n) through the period 1998-2009. N = 59,227, n = 10,782.

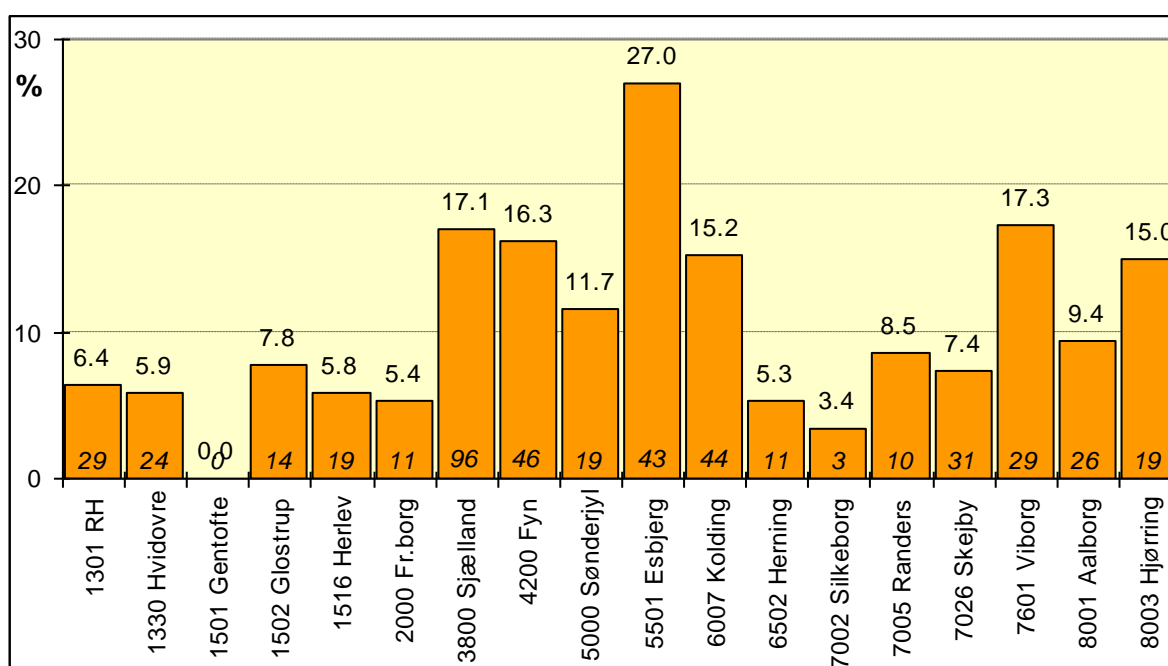


Andelen af kvinder som på landsplan får foretaget primær evacuatio uteri er faldet gradvist fra 34% i 1998 til omkring 11% i dag (**Fig. 1.4**). Vi har i lyset af dette sat en standard for evacuatio uteri på mindre end 20%. I forhold til praksis i 1998 sparer vi derved årligt 1.379 operative indgreb.

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 stadig at være tale om få afdelinger, som har en høj andel evakuerede, medens resten af afdelingerne har en andel på under standarden på 20%. Det fremgår, at det i 2009 kun er Esbjerg, som ligger over standarden, og som også havde den højeste andel af kvinder med inkomplet abort; 52%. Da samme tendens fandtes i hvert af årene 2005, 2006, 2007 og 2008 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 2009.  
N = 4,454, n = 474. Absolute number of evacuations lowest in columns*



### Hvad kan vi gøre bedre?

At højne kode-kvaliteten indenfor området spontan abort. Specielt at sikre korrekt skelnen mellem komplet og inkomplet abort synes at være en vanskelig opgave. Patientgruppen er stor, behandles ambulant 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.

Andelen af inkomplette spontant aborter ud af alle spontane aborter har ligget nogenlunde konstant på 34% gennem seneste fem år. Det er i samme periode alligevel lykkedes at reducere andelen af evakuerede blandt kvinder med spontan abort med 20%.

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**.

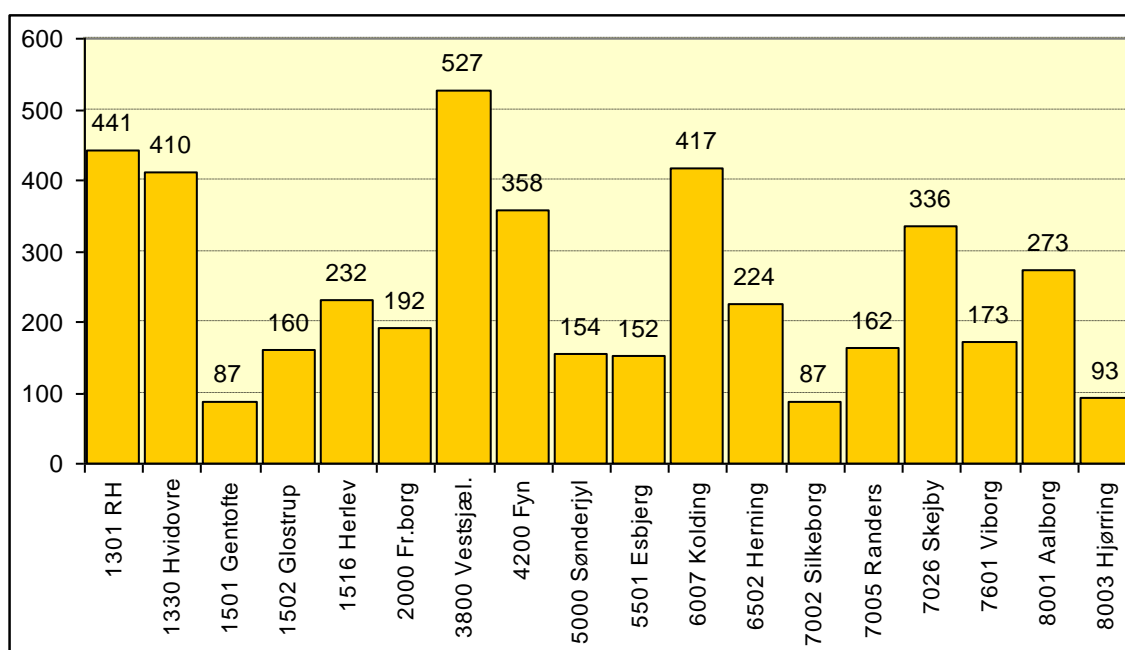
### Kvalitet

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 2009. N = 4.478.*



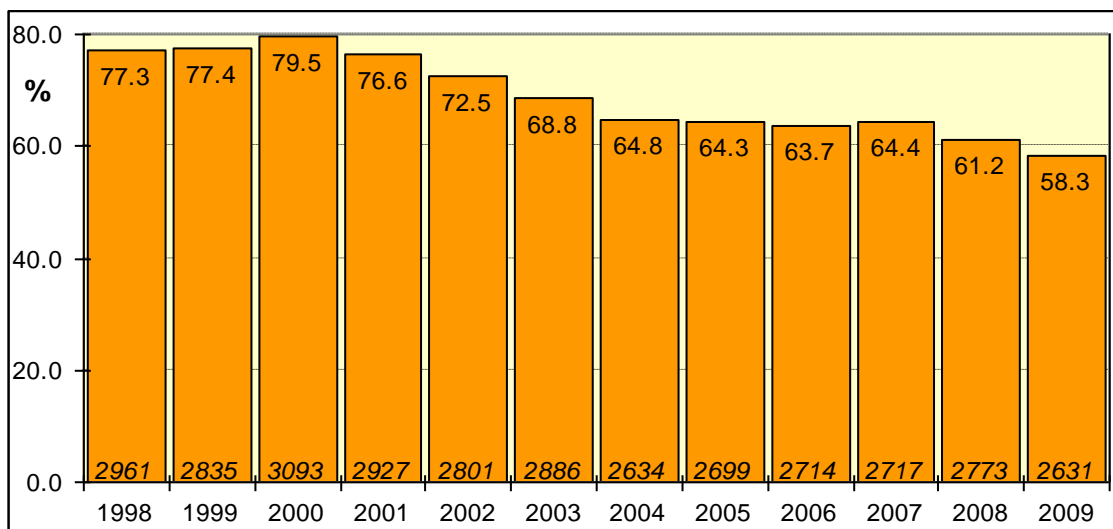
Som det fremgår, er der tale om et pænt antal på alle afdelingerne, hvorfor kvalitetsopgørelser er meningsfulde på afdelingsniveau.

I **Fig. 1.7** er angivet den andel af kvinder, som på de enkelte afdelinger undergår primær evacuatio uteri i perioden 1998 til 2009. Det fremgår, at andelen er faldet stødt fra år 2000 fra 79,5% til i dag 58,3%, et fald på 27%.

Der ses moderate udsving i denne andel mellem afdelingerne i 2009 (**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.

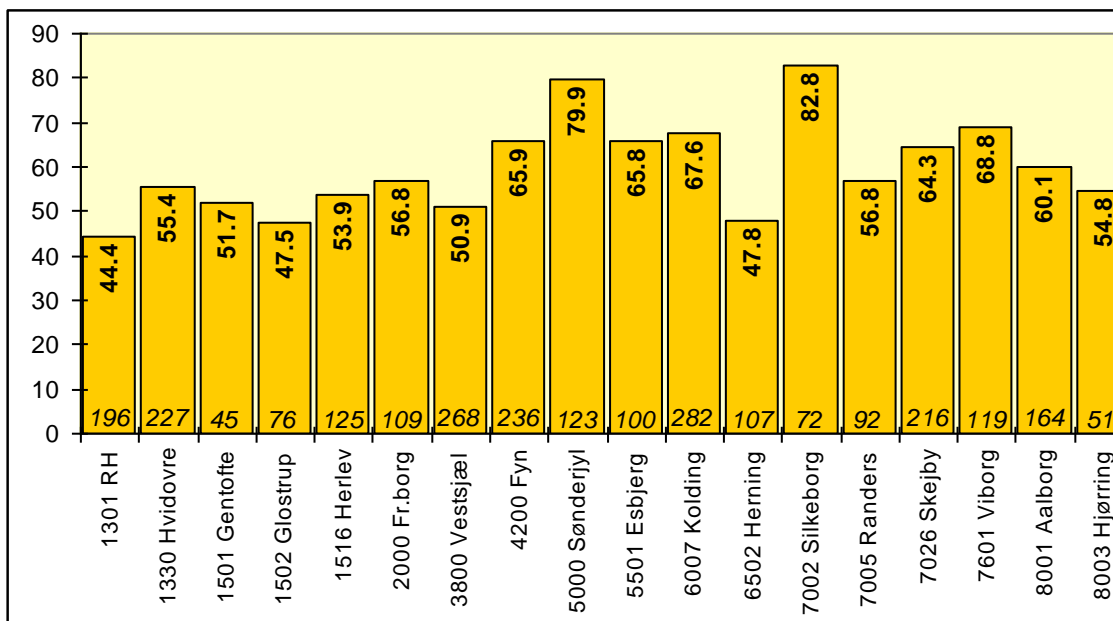
**Fig. 1.7**

*Proportion of women with missed abortion undergoing primary evacuation in Denmark 1998-2009. N=49,052, n=33,671 (number of evacuated)*



**Fig. 1.8**

*Proportion of women with missed abortion undergoing primary evacuation at different departments in Denmark in 2009. N=4.478, n=2,608  
Absolute number of evacuations at bottom in each column.*



**Kvalitetsindikatorer**

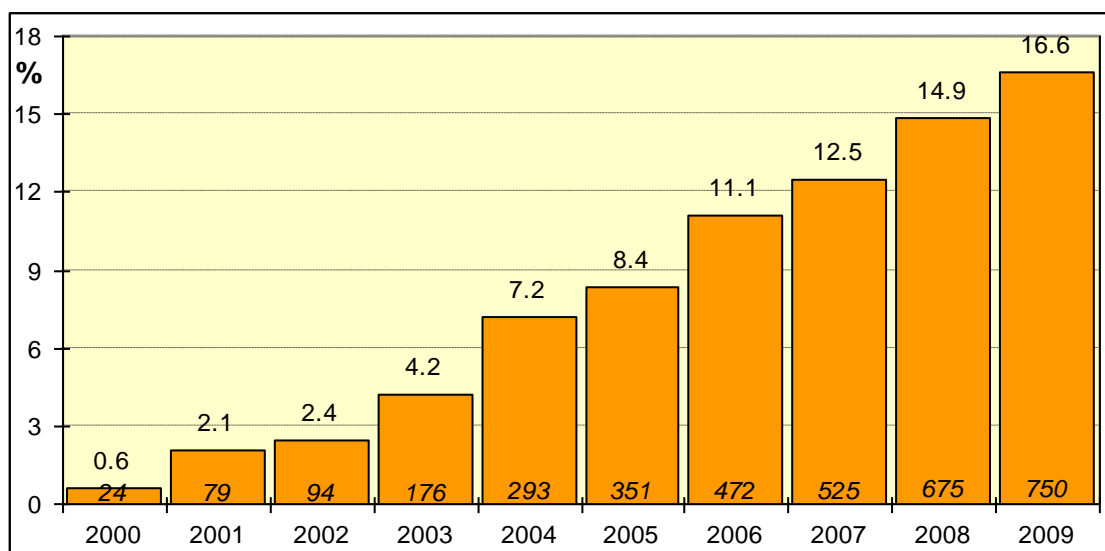
**Indikator 2:** Andel af ikke evakuerede, som har medicinsk behandlingskode. Standard: >80%

**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 1.9** og **1.10**. Dette tal stiger stødt og roligt fra år til år, hvorved underrapporteringen bliver stadig mindre. Man kan groft set antage, at hovedparten af de godt 40%, som ikke får foretaget et primært kirurgisk indgreb (**Fig. 1.7**), er blevet medicinsk behandlet, mens der i praksis er kodet 17%.

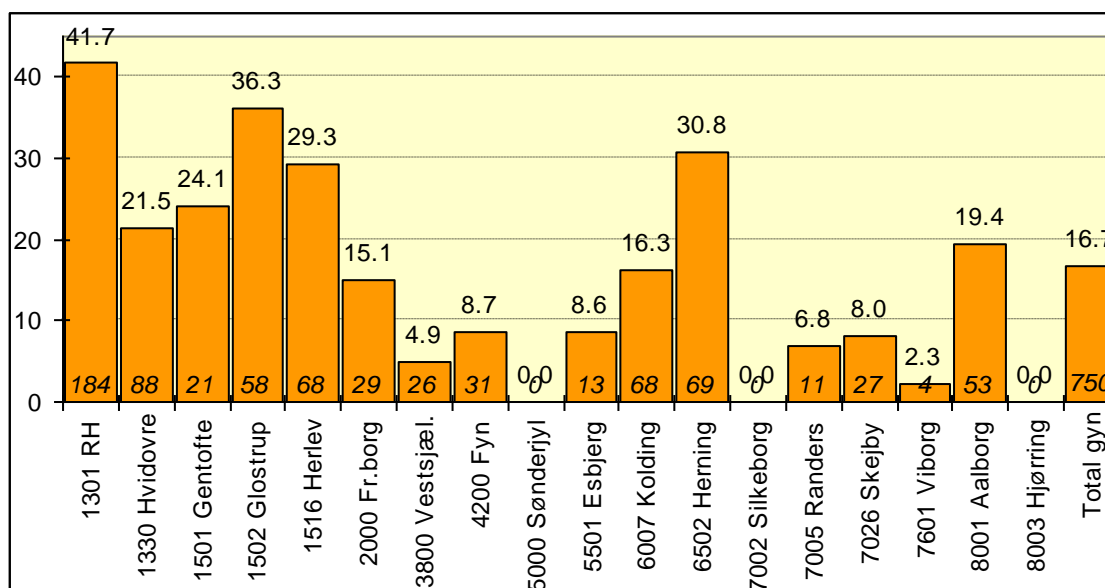
**Fig. 1.9**

*Proportion (%) of women with missed abortion coded with a medical treatment code BKHD50/52 at gynaecological departments during the period 2000-2009. N=41,557, n=3,439.*



**Fig. 1.10**

*Proportion (%) of women with missed abortion, coded with a medical treatment code at Gynaecological departments in 2009. Absolute numbers lowest in each column. n=750*

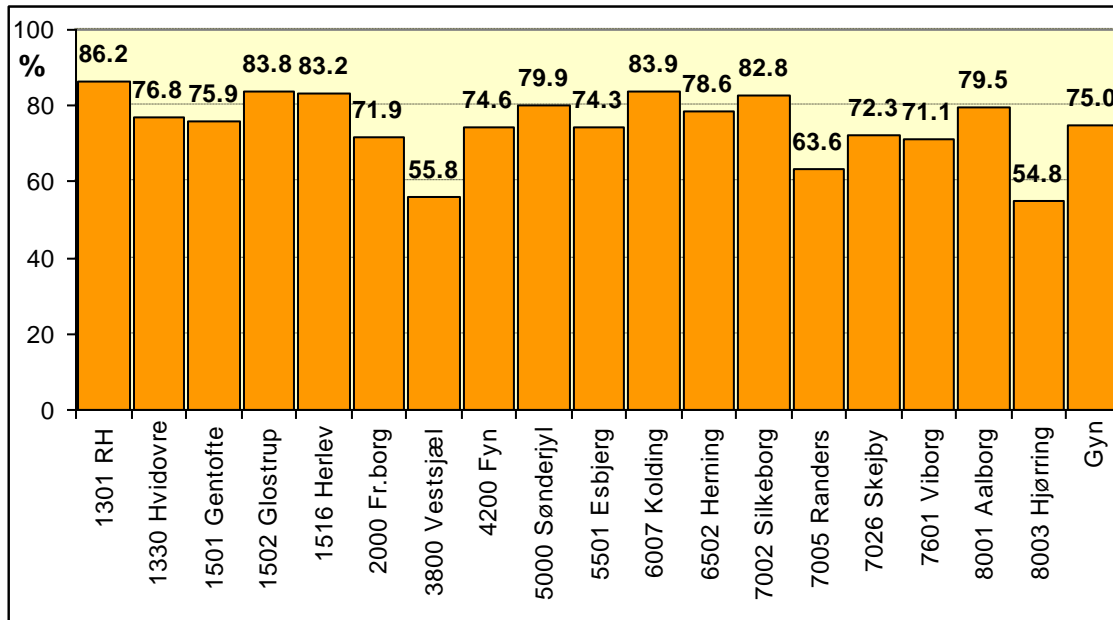


Andelen af registrerede medicinsk behandlede varierer meget fra afdeling til afdeling, hvilket selvsagt også hænger sammen med en forskellig andel evakuerede. Men vi taler altså om et spænd fra 0% til 42%.

For at belyse registreringskvaliteten har vi derfor i **Fig. 1.11** angivet andelen med enten en kirurgisk eller medicinsk behandlingskode i forbindelse med primære kontakt.

**Fig. 1.11**

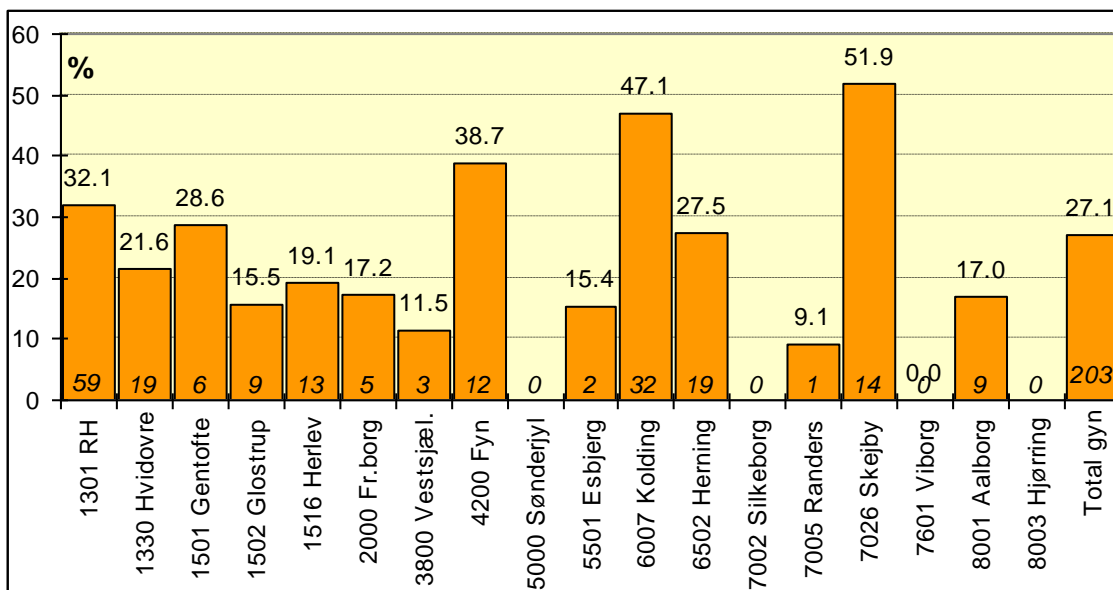
*Proportion of women with missed abortion, coded with either a surgical evacuation code or a medical treatment code in 2009 at different departments. N = 4.484, n = 3.399.*



Det fremgår, at denne andel varierer fra 55% i Hjørring til 86% på RH, med et gennemsnit på 75%, ikke forskelligt fra situationen for et år siden. Så der er rum for yderligere forbedring.

**Fig. 1.12**

*Proportion (%) of evacuated after medical treatment of missed abortion at Gynaecological departments in DK in 2009. N= 750, n=203*



Det fremgår af figuren (**Fig. 1.12**), at de absolutte tal på de enkelte afdelinger er 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?

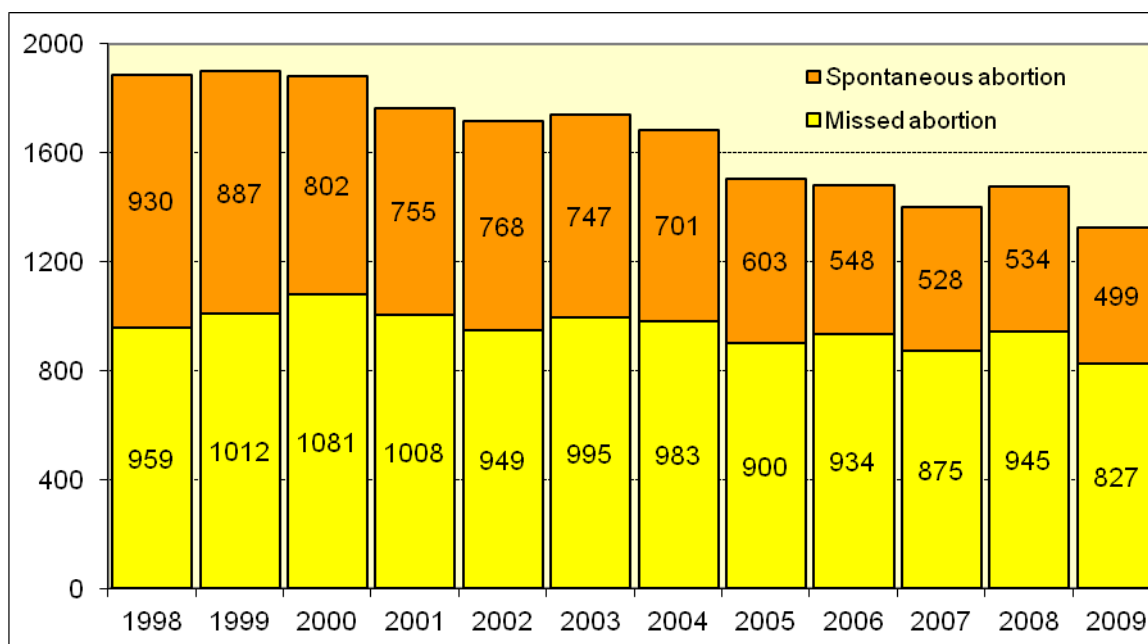
Vi kan forbedre registreringen ved medicinsk behandling af missed abortion yderligere, og være konsekvente med at angive den diagnose, der er behandlet på, og ikke den situation patienten afsluttes med.

## 2 Tilgrundegået graviditet, 2. trimester.

Tilgrundegået graviditet (miscarriages) i 2. trimester udgør omkring 17% af alle miscarriages (**Fig. 1.1**). De fleste forløb indebærer indlæggelse over flere døgn. I **Fig. 2.1** er antallet af 2. trimester miscarriages i Danmark i perioden 1998-2009 opgjort.

**Fig. 2.1**

*Number of 2nd trimester miscarriages in Denmark 1998-2009.  
N=19,770*



Det fremgår, at antallet af sene miscarriages er faldet med 30% i perioden, men at dette dækker over, at spontane aborter er faldet med 46% i perioden, mens antallet af missed abortion kun er faldet med 14%. 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

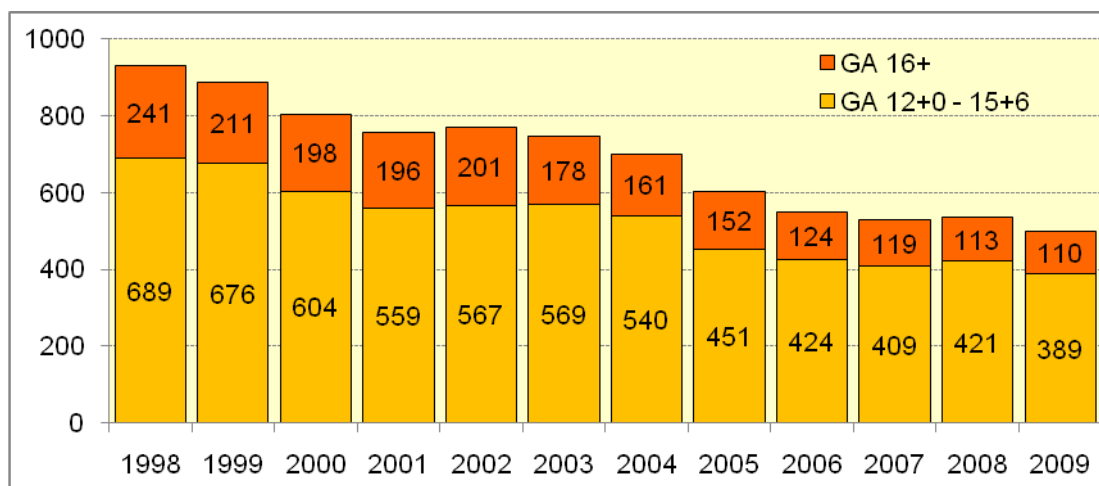
DO035-O039 Komplet spontan abort

### 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 499 i 2009. 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**

*Spontaneous 2<sup>nd</sup> trimester abortion in Denmark 1998-2009, stratified according to gestational age. N = 8,302*



### 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.

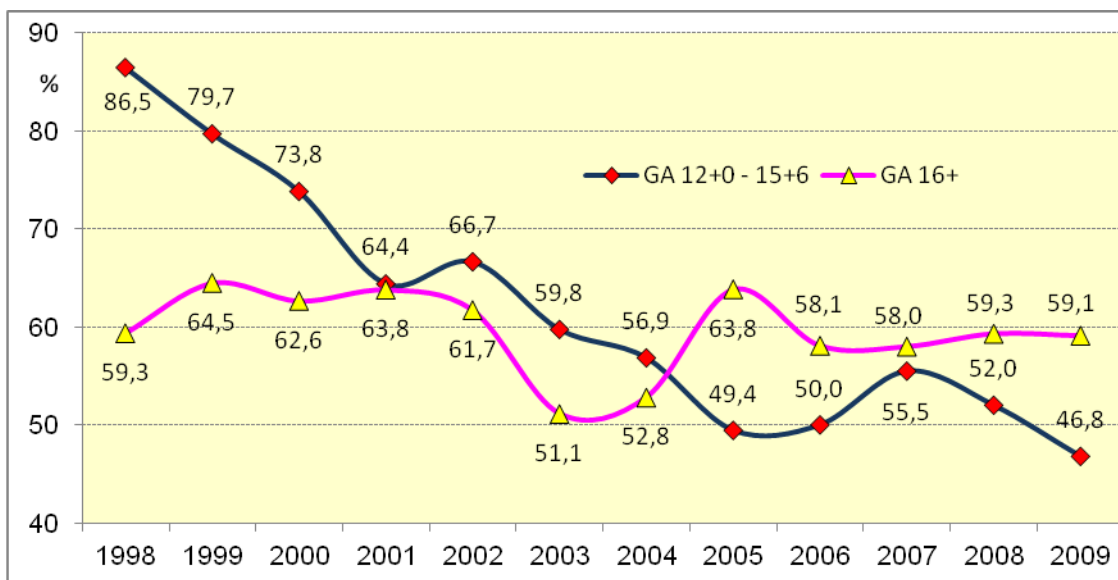
**Indikator 4:** Andel af kvinder med 2. trimester spontan abort som evakueres. Standard: <60%

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

Andelen som evakueres efter spontan abort i uge 12+0 til 15+6 er faldet fra 86% i 1998 til 47% i 2009, eller med 46%. I modsætning hertil har andelen af evakuerede kvinder med spontan abort efter 16 uger været nogenlunde stationær omkring 60%.

**Fig. 2.3**

*Surgical evacuation rate (%) after early and late 2nd trimester spontaneous abortion in Denmark 1998-2009. N=8,302*

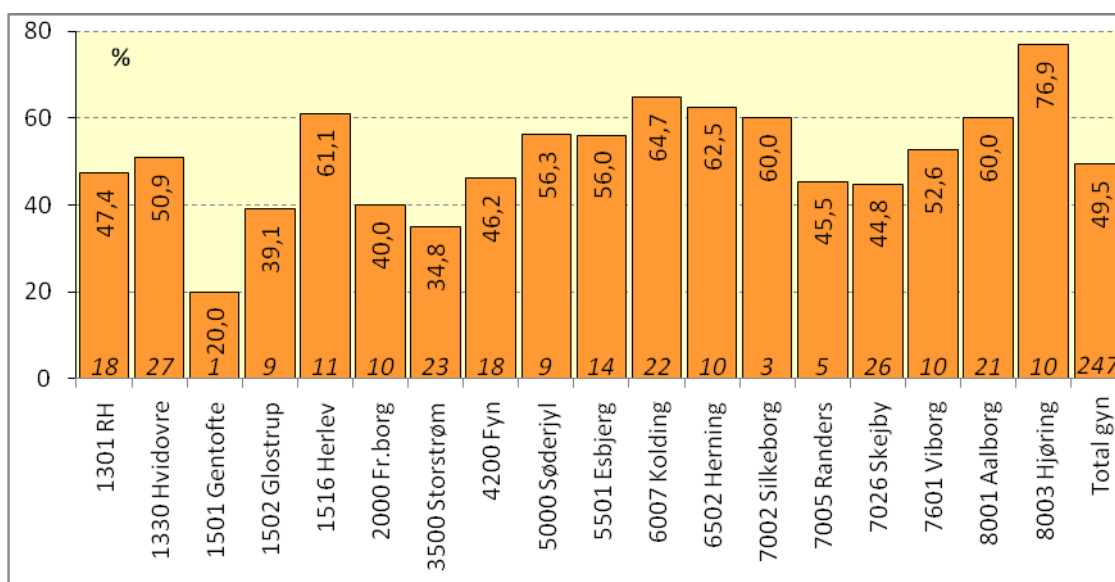


På afdelingsniveau varierer anvendelsen af evacuatio uteri ved 2. trimester spontan abort fra 20% i Gentofte til 77% i Hjørring (**Fig 2.4**). Gennemsnittet er 49,5%, et fald fra sidste år.

Med en standard på <60% opfylder 12 af 18 afdelinger denne standard. Der er dog tale om små absolutte tal, hvorfor den statistiske tilfældighed spiller en relativt stor rolle for denne variation.

**Fig. 2.4**

*Surgical evacuation of 2nd trimester spontaneous abortion in Denmark in 2009. at gynaecological departments. N = 499, n = 247.*



### 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

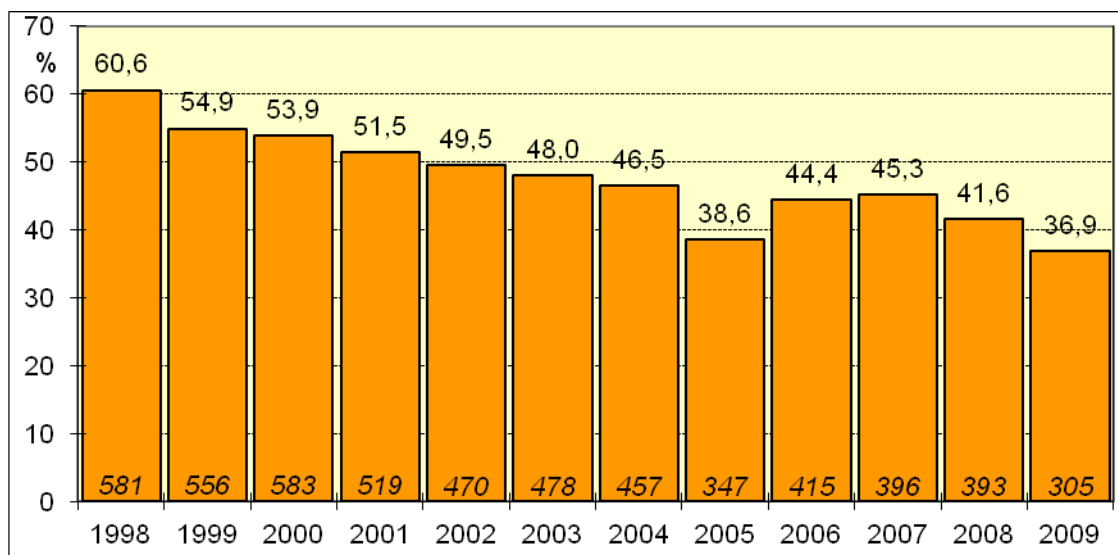
tidspunkt. Det er dog bemærkelsesværdigt, at flere afdelinger år efter år ligger med halvt så mange evakuerede (i procent) som de, der evakuerer flest. Så standarden på <60% fastholdes.

## Missed abortion, 2. trimester

Andelen af kvinder som oplever evacuatio uteri efter 2. trimester missed abortion fremgår af **Fig. 2.5**.

**Fig. 2.5** *Surgical evacuation (%) in women with 2nd trimester missed abortion 1998-2009.*

*Absolute number of evacuations in bottom of each column. N=11,468 n=5,500*



Vi ligger nu på 37% hvilket er en reduktion på 39% siden 1998.

### Kvalitet

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

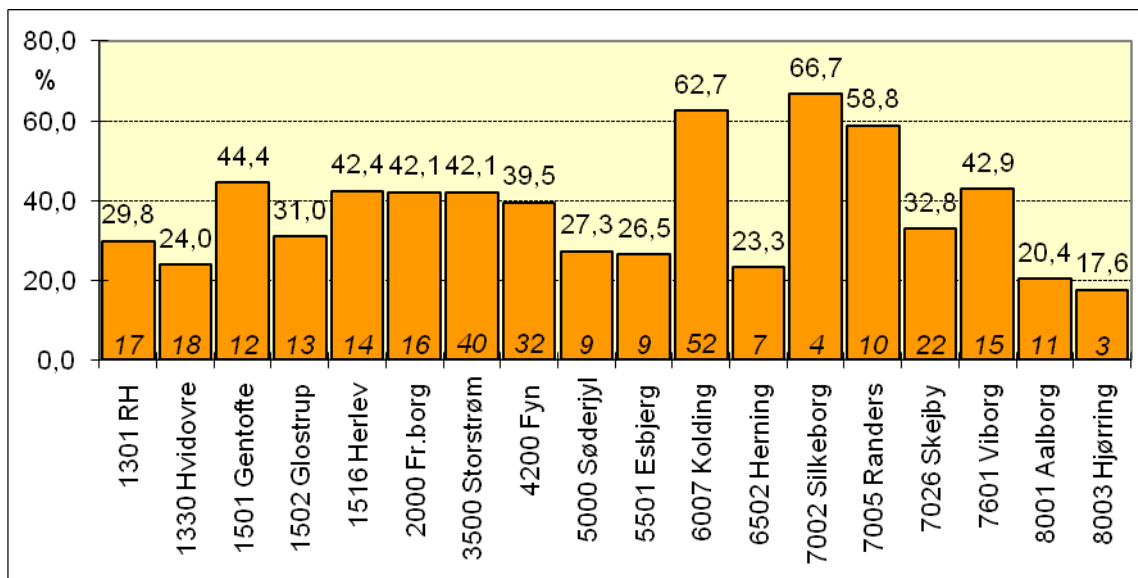
I **Fig. 2.6** ses andelen af evakuerede kvinder med 2. trimester missed abortion på forskellige afdelinger i Danmark i 2009.

Det fremgår, at evacuatioandelen stadig svinger, nu fra 17% Hjørring til 67% i Silkeborg. Videre at 16 ud af 18 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.

**Fig. 2.6**

*Surgical evacuation (%) of women with 2nd trimester missed abortion  
at gynaecological departments in 2009. N = 743, n = 304*



### 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:

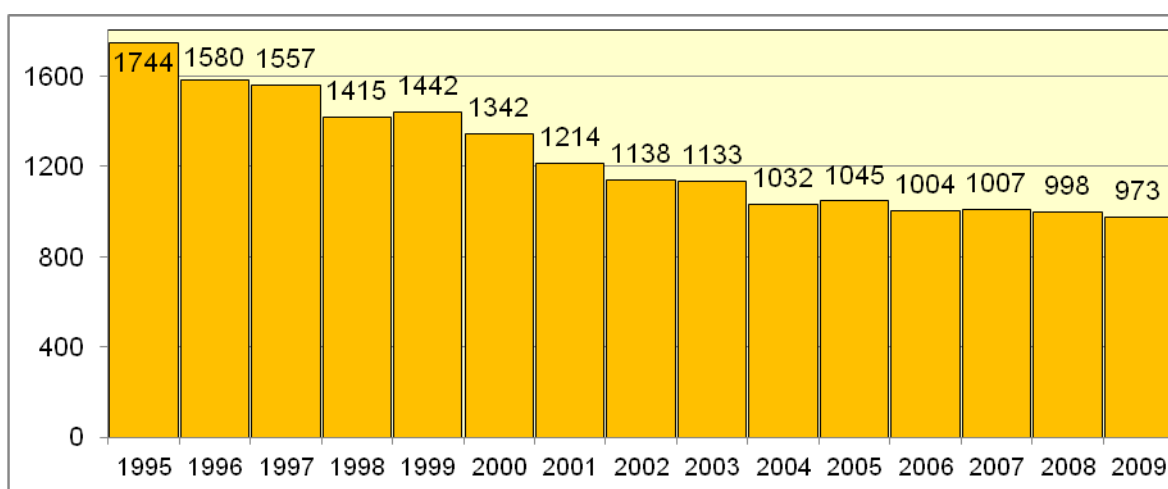
DO001	Graviditas extrauterina tubaria (I æglederen)
DO001A	Graviditas extrauterina tubaria rupta (bristet)
DO008	Ekstrauterin graviditet, andre former
DO008B	Graviditas cornualis (beliggende i hjørnet af livmoderen ved afgang af æglederen)
DO009	Ekstrauterin graviditet uden specifikation

#### Produktion

Det årlige antal patienter med x-uterin graviditet er faldet stødt gennem seneste 15 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 1995-2009. N= 18,824*



Antallet af kvinder med ekstrauterin graviditet på de forskellige afdelinger fremgår af **Fig. 3.2**. Af de 973 tilfælde i 2009 er de 964 udskrevet fra gynækologiske afdelinger.

#### Kvalitet

Kvaliteten i behandlingen afspejler sig i følgende kvalitetsindikatorer

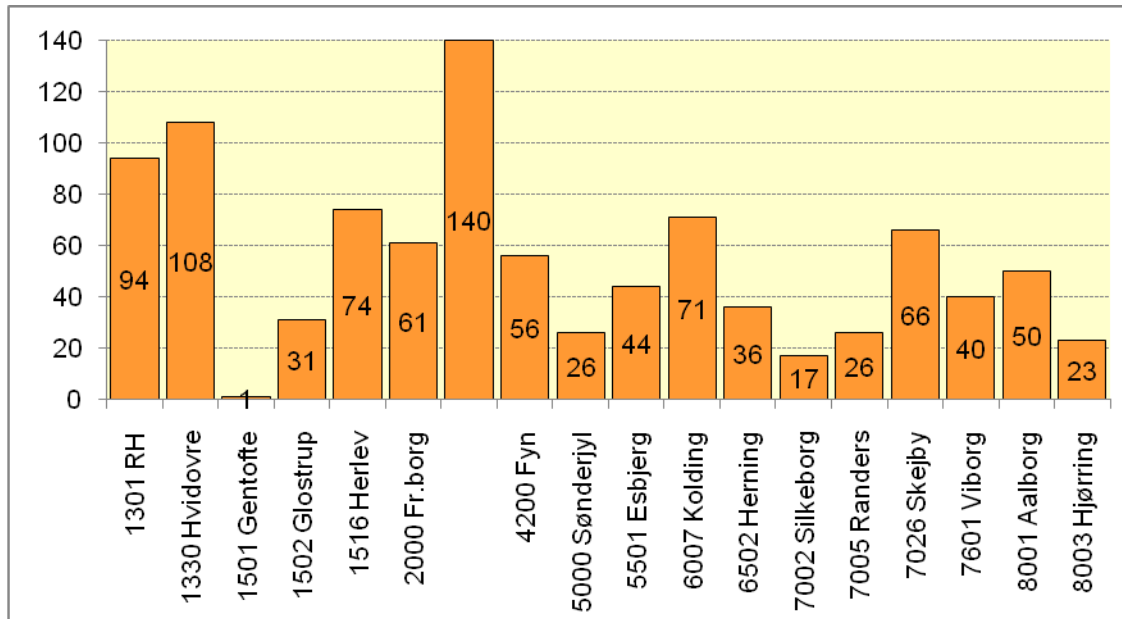
**Indikator 6:** den andel af kvinder med x-uterin graviditet, som opereres. Standard: <70%

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

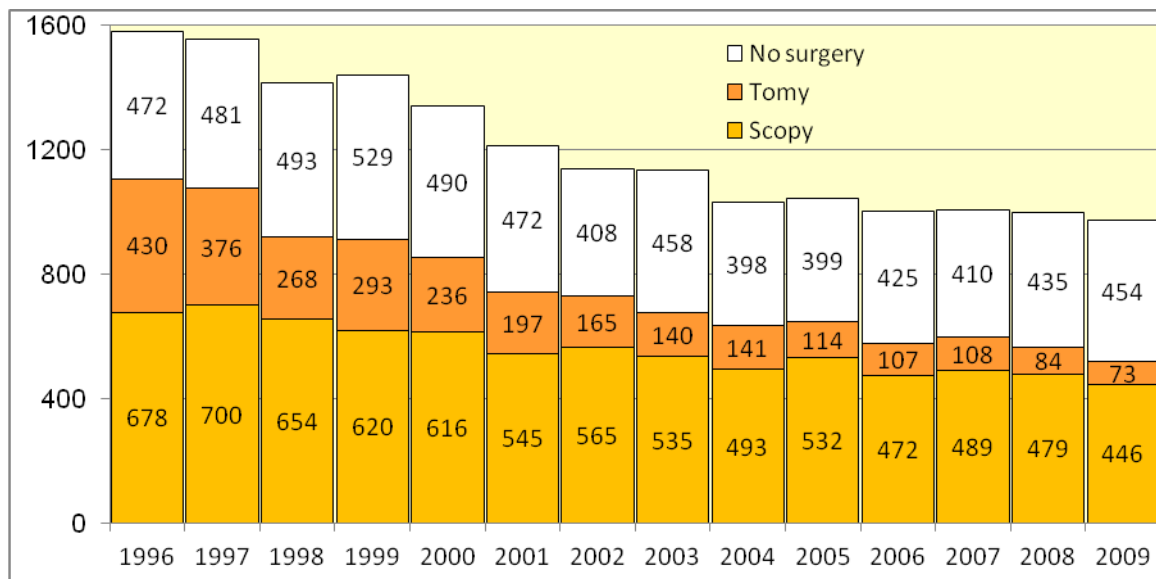
Andelen af kvinder som er undergået hhv laparoskopisk operation, åben operation og ingen operation gennem perioden 1996-2009 fremgår af **Fig. 3.3**. Andelen af kvinder med x-uterin graviditet, som er behandlet med operation er faldet fra 70,1% i 1996 til 53,3% i 2009. Samtidig er andelen af de opererede, som er blevet det laparoskopisk steget fra 61% i 1996 til 86% i 2009.

Andelen af laparoskopisk opererede ud af alle opererede stiger stadig, og ligger nu pænt på de fleste afdelinger, idet 14 ud af 18 afdelinger ligger over standarden på 80% (**Fig. 3.5**)..

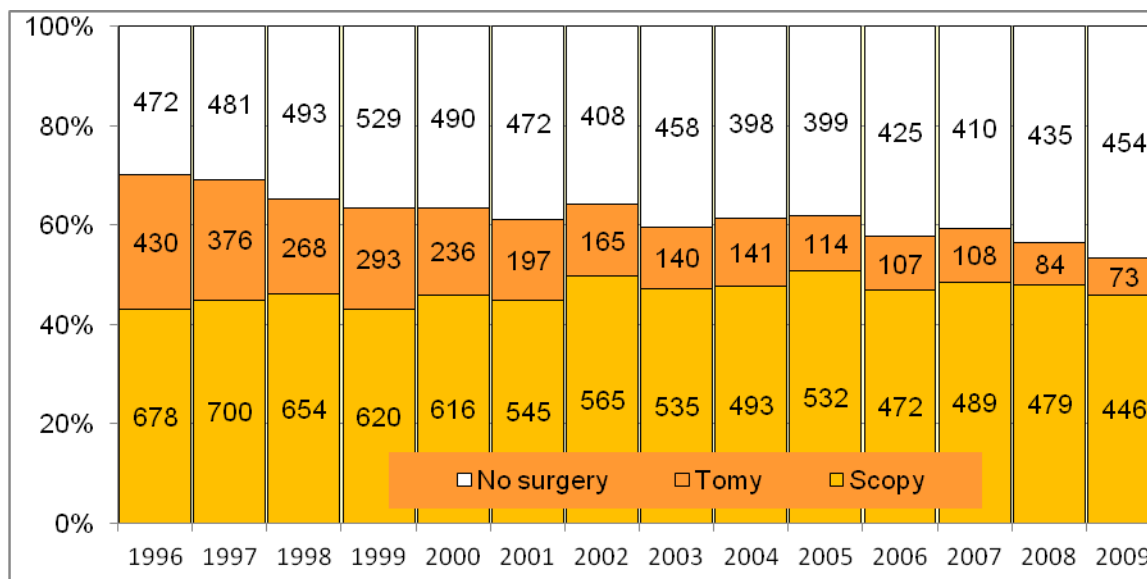
**Fig. 3.2** Ectopic pregnancies at different departments in DK in 2009. N=964



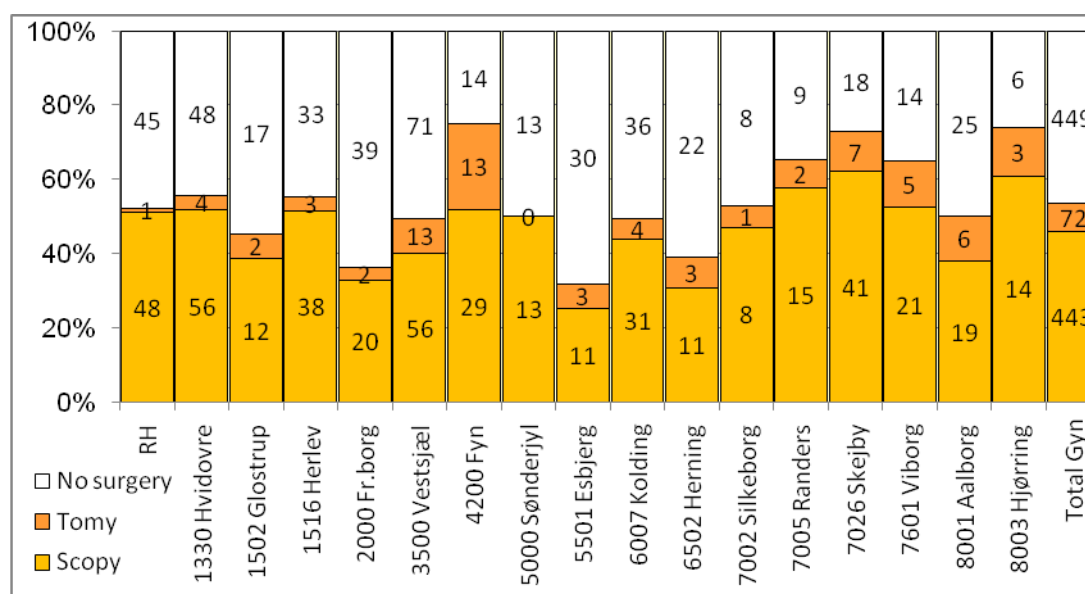
**Fig. 3.3** Ectopic pregnancies undergoing laparoscopy, laparotomy and no surgery through the period 1996-2009. Lower part in per cent.



## Same in per cent



**Fig. 3.4** Ectopic pregnancies undergoing laparoscopy, laparotomy or no surgery at different departments in 2009. Absolute numbers indicated in columns.

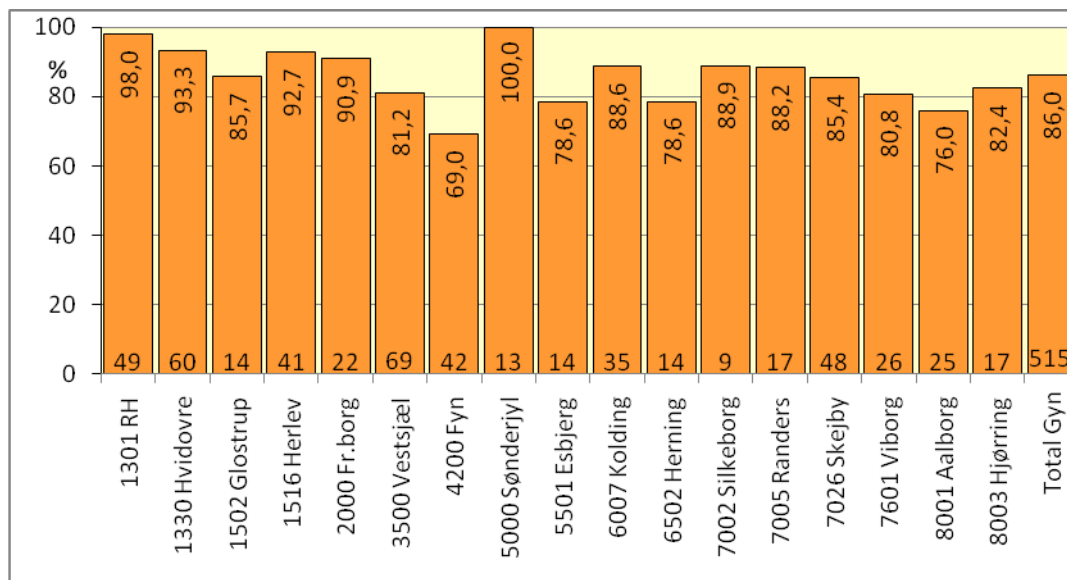


I 2009 var der stadig forskel i operationspraksis på de forskellige afdelinger, hvilket fremgår af **Fig. 3.4**. Andelen af kvinder med x-uterin graviditet som opereres på forskellige afdelinger varierer fra 32% i Esbjerg til 74% i Hjørring. Vi må antage, at en væsentlig del af de, som ikke opereres på de enkelte afdelinger, behandles medicinsk med methotrexat, til trods for at kun 12 kvinder er registreret med denne behandlingskode i 2009.

Andel opererede ligger under standarden på 70% på 15 ud af 18 afdelinger (**Fig. 3.4**)

**Fig. 3.5**

*Proportion of laparoscopy in surgically treated women with ectopic pregnancy 2009  
Number of surgically treated indicated in bottom of each column.*



Andelen af laparoskopisk opererede ud af alle opererede stiger stadig, og ligger nu pænt på de fleste afdelinger, idet 14 ud af 18 afdelinger ligger over standarden på 80% (**Fig. 3.5**).

#### **Hvad kan vi gøre bedre?**

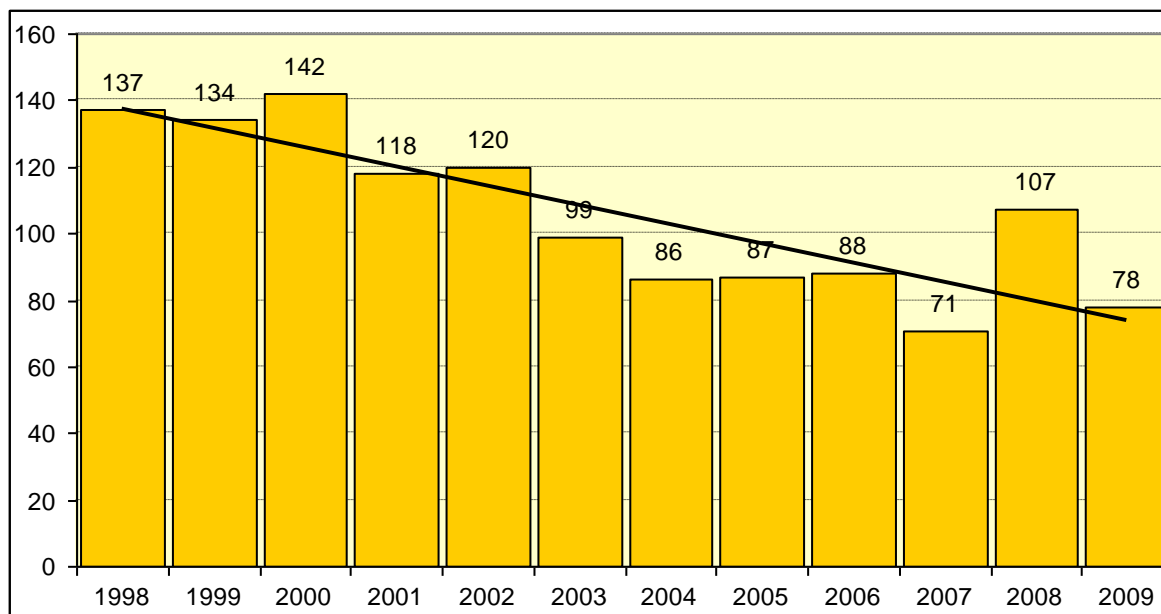
Der var i 2009 12 kvinder, som var kodet med en medicinsk behandlingskode (BKHE0 eller BKHE8), hvilket er en tredobling i forhold til 2008. Dette tyder dog stadig på, at disse koder fortsat langt fra anvendes konsekvent, når der effektueres medicinsk behandling. Det bør fremover tilstræbes, at disse koder anvendes, når kvinderne behandles medicinsk, både primært og sekundært.



## 4. Mola hydatidosa

Antallet af kvinder med mola hydatidosa (i det følgende blot mola) er også mindsket væsentligt gennem seneste 12 år (Fig. 4.1).

**Fig. 4.1** *Number of women with hydatidiform mole in DK 1998-2009. N=1,267*

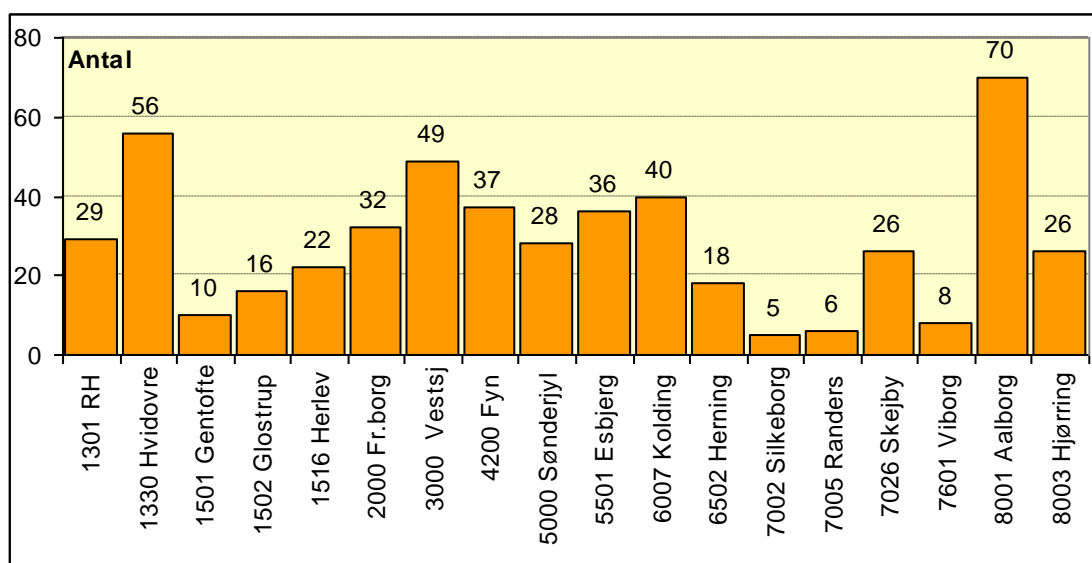


Det fremgår, at der har været tale om et fald på 43% fra år 1998 til 2009. Der er i denne statistik anvendt en restriktion på 12 måneder, således at en given kvinde kun kan tælle én gang inden for en 12-måneders periode.

Gennem seneste seks 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 2004-2009*

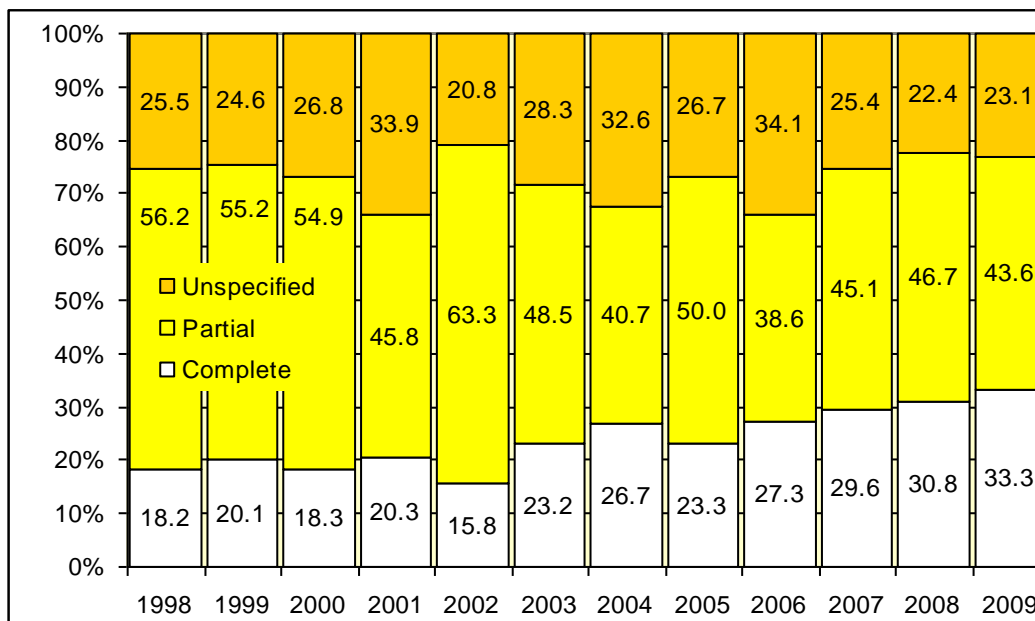


Udviklingen i typen af mola fremgår af **Fig. 4.3**

**Fig. 4.3**

*Distribution of complete, incomplete and unspecified hydatidiform mole*

*in Denmark 1998-2009. N=1,266*



Det fremgår, at andelen af komplet mola er øget med årene mens andelen af partielle mola er mindsket. Det absolutte antal komplette mola har imidlertid ligget konstant på omkring 25 pr. år. Så hele faldet i antallet af mola kan tilskrives et fald i antallet af partielle mola som er halveret i antal.

Af de 78 kvinder med mola i 2009 havde 26 (33%) komplet mola, 34 (44%) partiel mola, og 18 (23%) havde uspecificeret mola.

Antallet af patienter med mola på de enkelte afdelinger muliggør ikke afdelingsspecifik opgørelse af kvalitet for en enkelt år.

## 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%

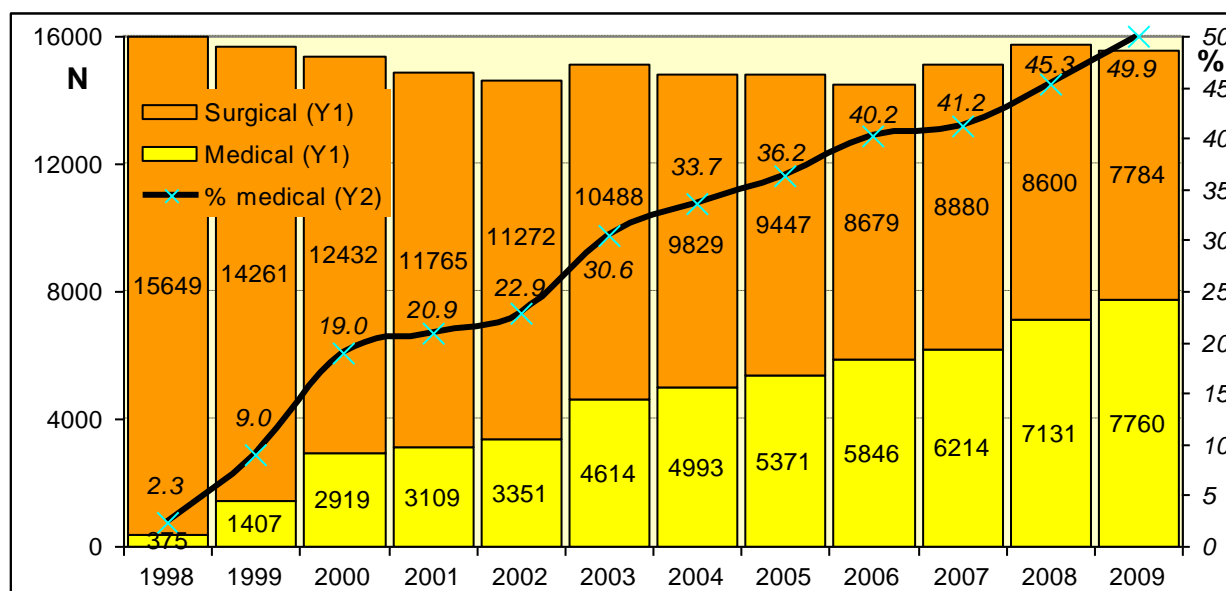
**Indikator 10:** Andel af kirurgisk behandlede, som må re-evakueres. Standard: <4%

### Produktion

Antallet af provokerede 1. trimester aborter er gennem seneste ti år faldet fra 16.024 årlige tilfælde i 1998 til nu 15.544 (**Fig. 5.1**).

**Fig. 5.1**

*Medical and surgical 1st trimester abortion in DK 1998-2008 (Y1) and per cent of medical abortions (Y2). N=182,176*



Det fremgår, at andelen af medicinsk inducerede aborter har været stigende og nu udgør 50% af alle første trimester aborter.

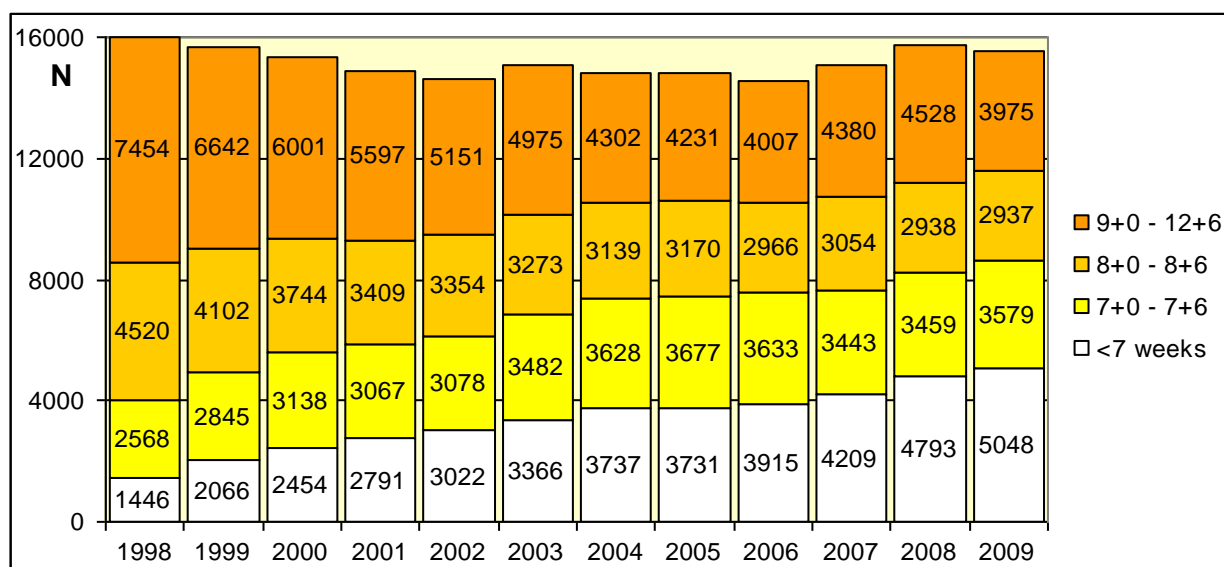
Samtidig er tidspunktet for første trimester aborterne rykket nedad hvad angår tidspunktet for disse (**Fig. 5.2**). Det fremgår at mere end halvdelen af aborterne nu foregår inden 8 uger, mens den tilsvarende andel i 1998 var mindre end 25%. Dette er udtryk for både en tidligere henvisning fra de praktiserende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

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.

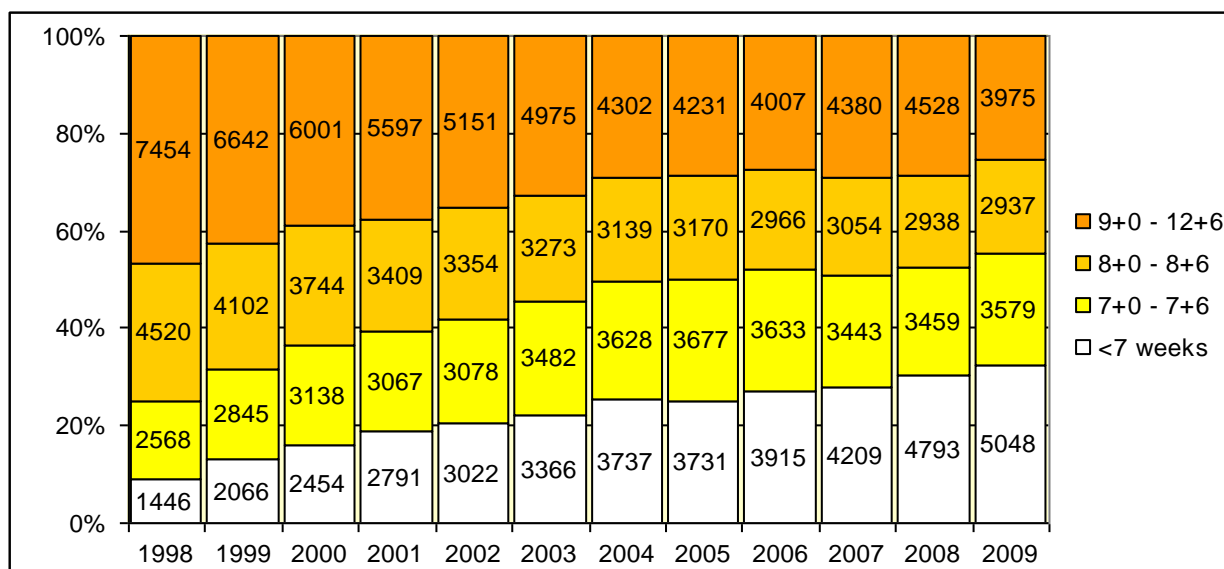
**Fig. 5.2**

*Distribution of gestational age at admission with 1st trimester abortion in DK 1998-2009*

*N=182,124. 152 with unknown GA not included.*



*Same in per cent distribution*

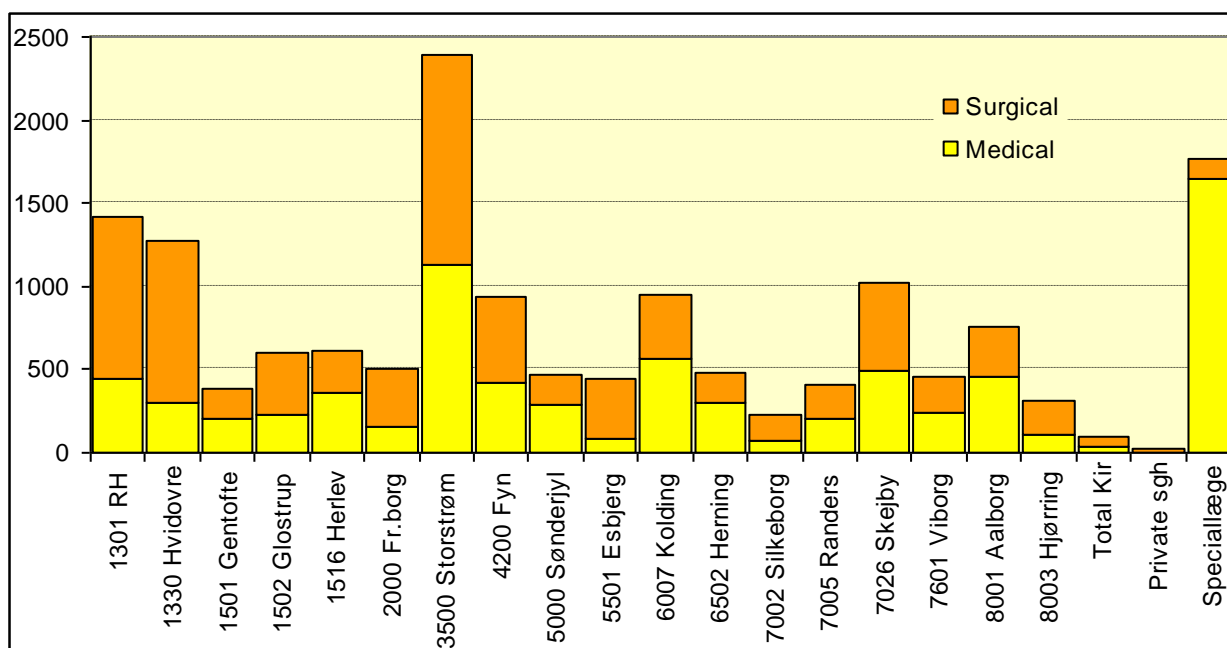


Antallet af kirurgiske hhv medicinske aborter på de enkelte afdelinger i 2009 fremgår af **Fig. 5.3**. Der er en ganske stor konsistens i de enkelte afdelingers praksis fra år til år, og der er ganske stor variation i praksis mellem de forskellige afdelinger, men alle afdelinger har i dag over 25% medicinske aborter. Nogle afdelinger ligger imidlertid nu over 60%. De praktiserende speciallæger varetager nu 1,772 årlige 1. trimester aborter heraf 1,644 (93%) medicinske aborter, som derved mindsker sygehusenes medicinske andel. Hvis man sætter en standard på 40% medicinsk inducerede provokerede aborter, opfylder 11 ud af 18 af afdelinger denne standard.

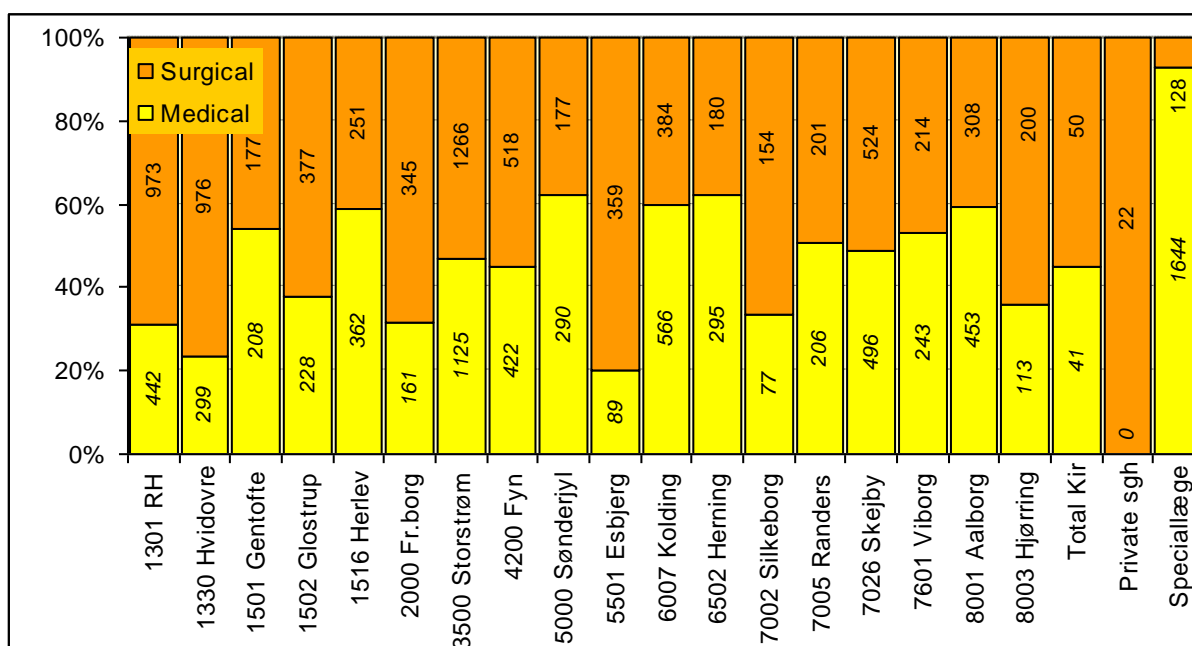
Når vi anbefaler medicinsk induktion ved de tidlige graviditeter skyldes det, at risikoen for efterfølgende infektion er halvt så stor ved medicinsk induktion som ved kirurgisk tømning. Dette skal dog opvejes mod en større risiko for blødningskomplikationer ved de medicinsk inducerede aborter. Da denne 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 2009

Surgical: N=7,784, medical: N=7,760



Same in per cent



### **Kirurgisk evacuatio efter medicinsk induceret provokeret abort**

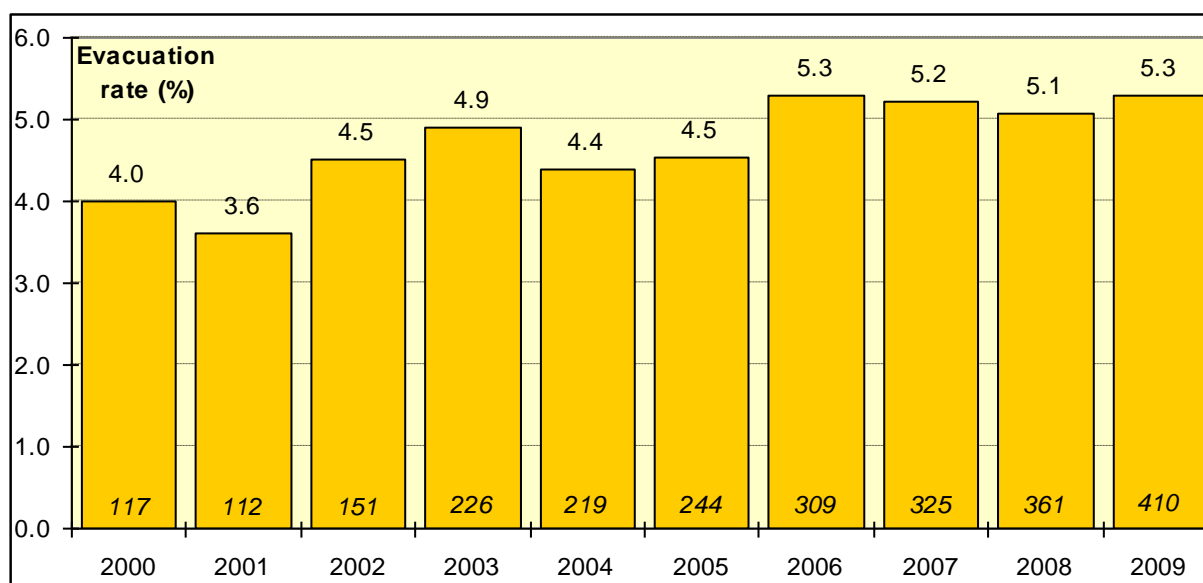
Det er et klinisk skøn, hvornår der skal gennemføres kirurgisk tømning af uterus efter medicinsk induceret provokeret abort. Indikationen kan være blødning, retineret væv og/eller infektion.

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.

**Fig. 5.4**

*Evacuation (%) after medical induction of 1st trimester abortion in DK 2000-2009.*

*N=52,308, n= 2,474. Absolute number of evacuated indicated in bottom of each column.*



Denne andel varierer betydeligt på afdelingsniveau (**Fig. 5.5**). Det fremgår, at andelen af kvinder, som må kirurgisk evakueres varierer en del mellem afdelingerne. Samlede gennemsnit ligger på 5,3%, men med en variation på mellem 1,3% i Hvidovre til 9% i Kolding og Sønderjylland. Hvis man sætter en standard på 6% opfylder 10 ud af 18 afdelinger denne standard. Det samme gør de praktiserende speciallæger.

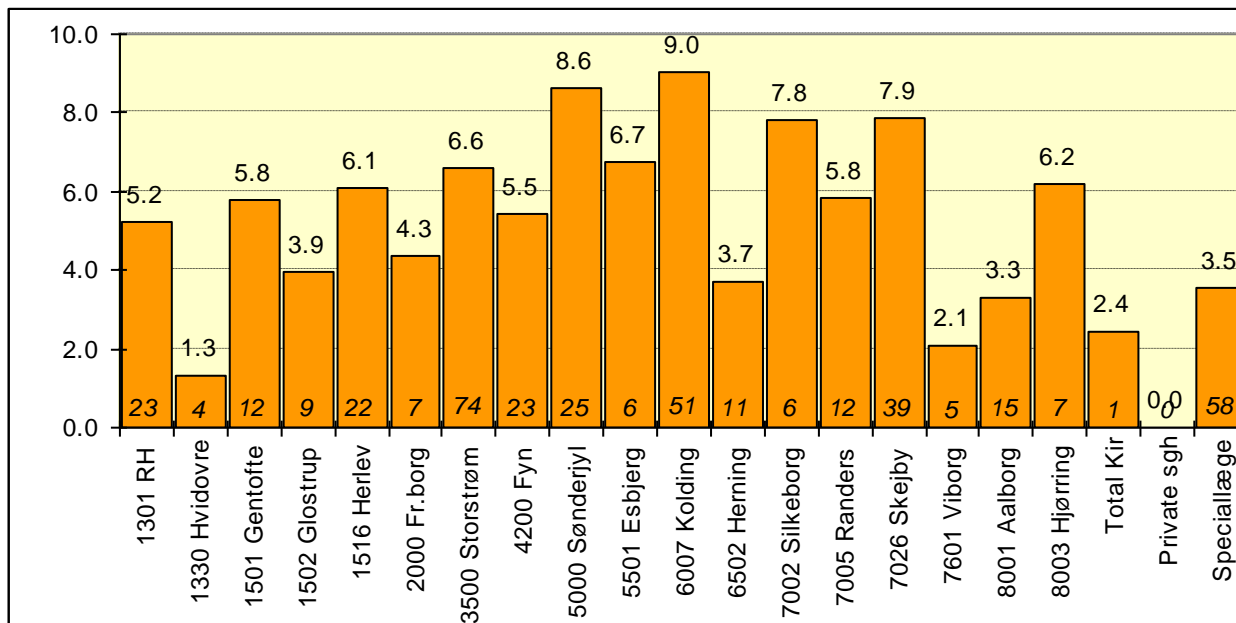
### **Re-evacuatio efter kirurgisk abort**

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**

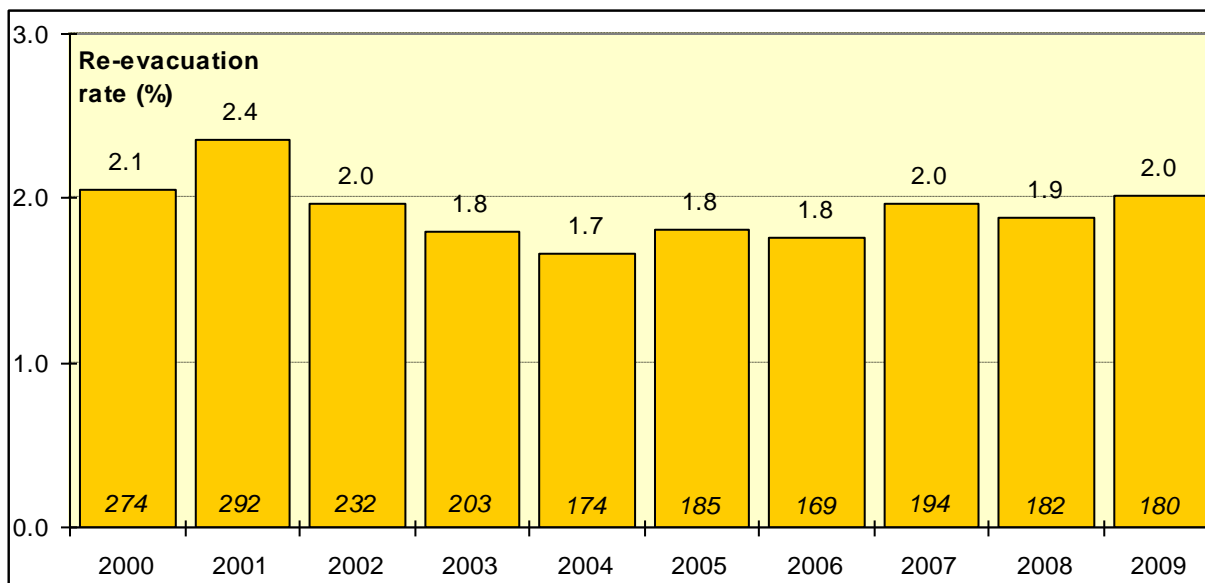
**Fig. 5.5**

*Proportion (%) of medically treated 1st trimester abortions which are undergoing evacuation at different departments in 2009. GA < 9 uger. N=7,760, n=410*  
*Absolute number of evacuated indicated lowest in columns.*



**Fig. 5.6**

*Re-evacuation after surgical 1st trimester abortion during 1998-2009*  
*N=129,086, n=2,726*



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 doser 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 2009 registreret 44 ud af 7.376 eller 0,6% med indlæggelseskrævende infektion efter medicinsk abort med GA under 9 uger. Tilsvarende tal for kirurgiske med samme GA er 72 tilfælde ud af 4.193 eller 1,7% 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.

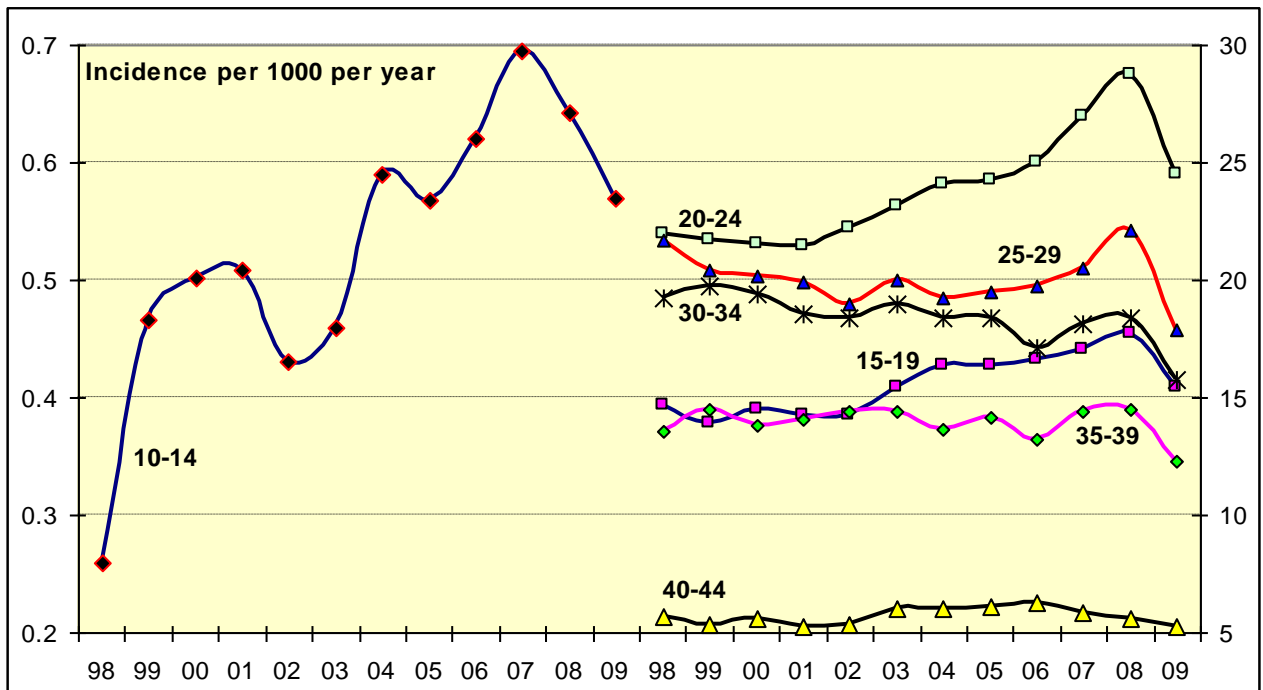
Vi har derfor udarbejdet en aldersspecifik statistik over udviklingen i provokerede aborter gennem seneste 12 år.

Der ses en forskellig udvikling i hyppigheden af provokerede aborter således at de yngre kvinder har haft en stigende hyppighed af aborter, for de yngste under 15 år har der været tale om en tredobling i raten fra 1998 til 2007. Også 15-19 årige og 20-24 årige har oplevet en væsentlig stigning gennem dette tidsrum.

Gennem seneste år er udviklingen tilsyneladende vendt, idet alle aldersgrupperne har oplevet et fald i incidensraten af aborter, mere udtalt jo yngre kvinderne er.



**Fig. 5.7** Age specific incidence rate of induced abortions in Denmark 1998-2009.  
 Incidence given per 1000 per year in each age group.



## 6. Abortus provokatus, andet trimester.

### Kvalitetsindikatorer

Kvalitet inden for dette område handler om

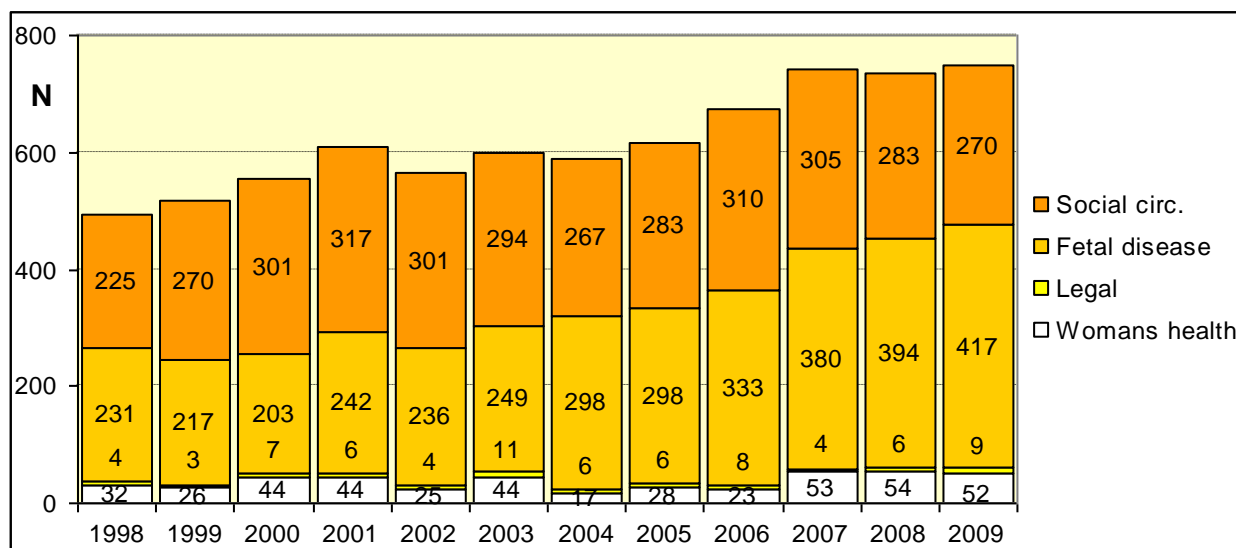
- korrekt kodning
- relevant behandlingsmetode. Det indebærer at kun kvinder som bløder eller ikke har kvitteret deres moderkage komplet evakueres. Stadig flere kvinder med 2. trimester abort observeres (uden evakuatio), og derfor vil en lav andel evakuerede i almindelighed være udtryk for en høj kvalitet,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

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

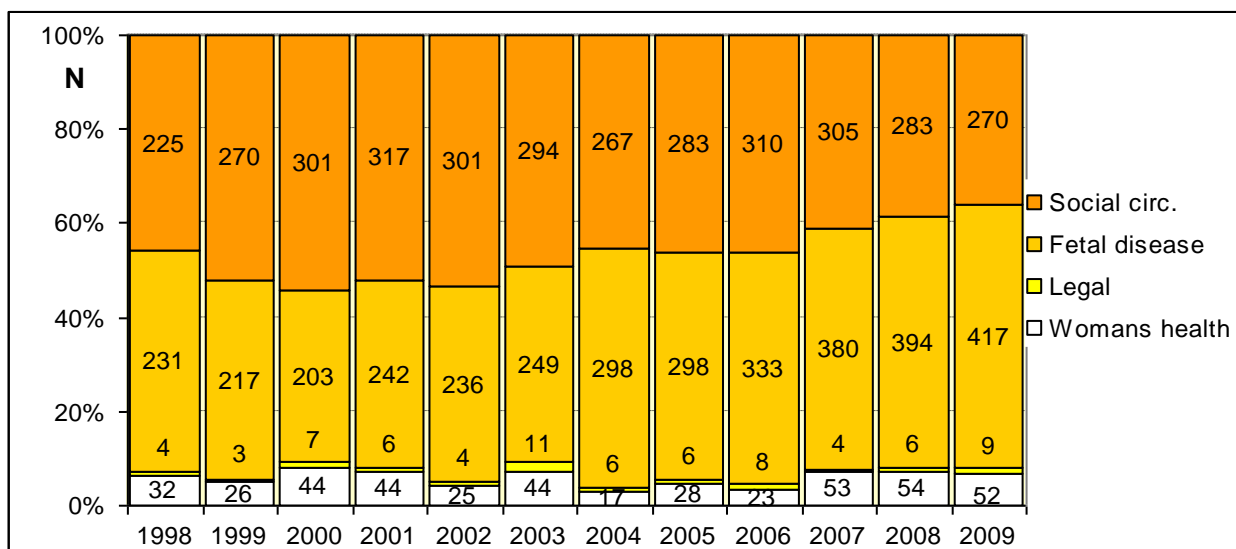
### Produktion

Fig. 6.1

*Induced 2nd trimester abortion in Denmark 1998-2009 after indication. N=7,740*



Same in per cent



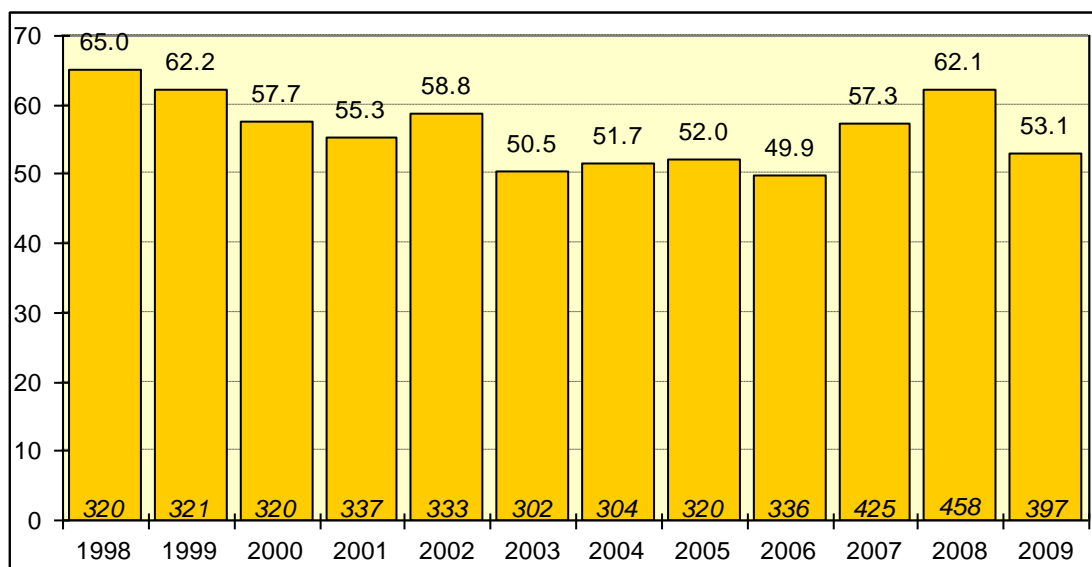
Der er gennemført et med årene stigende antal 2. trimester provokerede aborter, i 2009 således 748 med en samlet stigning på 52% siden 1998 (**Fig. 6.1**). Det fremgår af figuren, at stigningen fra 2002 alene skyldes en stigning i antallet af provokerede aborter på føtal indikation, som i dag udgør indikationen for 56% 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 i 2007 og 2008 for nu atter at være faldet til 53% (**Fig. 6.2**). Her et opgjort såvel evacuatio uteri under primære indlæggelse som inden for følgende 8 uger.

**Fig. 6.2**

*Surgical evacuation (%) after 2nd trimester induced abortion  
In Denmark 1998-2009, N= 7,440, n=4,173*



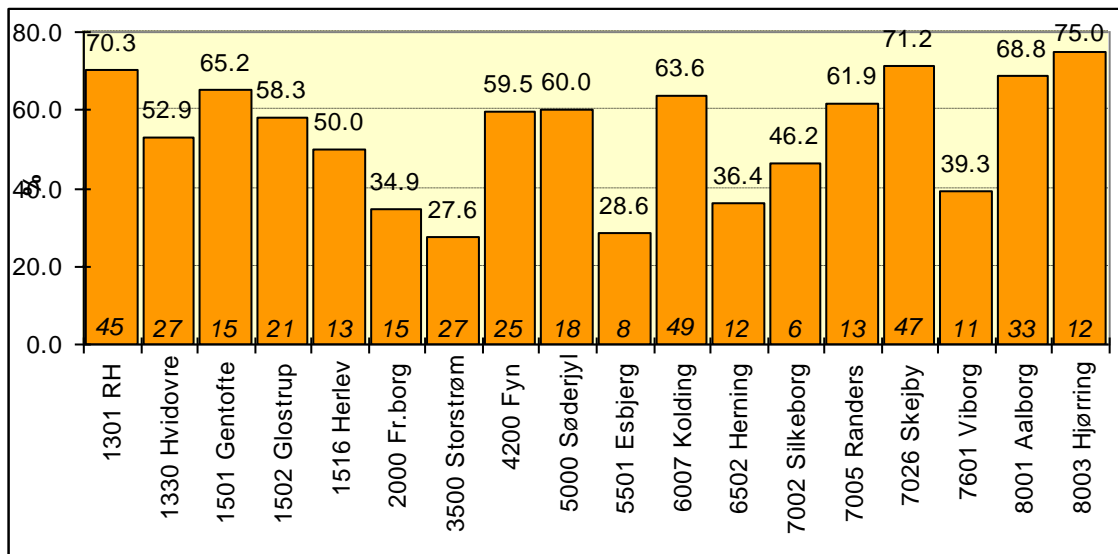
Andelen af kvinder som gennemgår anden trimester abort og som i forbindelse med denne er registreret med korrekt medicinsk behandlingskode (BKHD 45) var 445 ud af i alt 743 eller 60% af anden trimester aborter på gynækologiske afdelinger i 2009. Sidste år var andelen 441 ud af 727 eller 61%. Det kniber altså fortsat med at få registreret de medicinske behandlingskoder.

Ser vi på andelen af evakuerede på de enkelte afdelinger, ser billedet ud som vist i **Fig. 6.3**. Andelen ligger (også her) lavt i Frederiksborg (Hillerød) med 35% evakuerede kvinder, Storstrøm med 28% og Esbjerg med 29%. I den anden ende har vi Skejby og Hjørring med over 70% evakuerede kvinder. Hvis man som ved de spontane 2. trimester aborter sætter en standard for evacuatio uteri ved under 60%, opfylder 11 ud af 18 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 2009.  
N=743, n=397. Figures also include few primary evacuations.*



Ingen kan sige hvor den korrekte eller optimale andel af evakuerede skal ligge, kun at trenden 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. Vi kan dog konstatere, at variationen mellem afdelingerne er mindsket, idet spændet nu ligger mellem 28% og 75%, hvilket er væsentligt mindre end sidste år, hvor spændet var fra 17% til 100%.

## 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 Mifepristondosis ved medicinsk induceret abort
- At man ikke specificerer Misoprostoldosis ved medicinsk induceret abort

Løsningen på 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. 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.

### **Under udarbejdelse:**

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. Der arbejdes på sagen.

Helm P, Lidegaard Ø, Vestergaard CHF. *Unwanted pregnancies following female sterilisation. A National follow-up of 58,240 unselected sterilisations.* Afventer fornyet statistisk bearbejdning

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.* Afventer indsendelse.

## 9. Opdaterede koder i forbindelse med abort

### Abortus provokatus før udg. af uge 12

Diagnose Beh.-kode

#### Medicinsk

Abortus provokatus før udg. af 12. uge. Jr.+Mifepriston	DO 04.9	(BKHD 40)
Mifepristondosis 200 mg	-	BKHD 401A
Mifepristondosis 400 mg	-	BKHD 401B
Mifepristondosis 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 provokatus 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. (Misoprostol alene) inkomplet spontan abort BKHD 50	DO 03.4	DO 03.4
Med. beh. (Mifepriston + misoprostol) inkomplet spont. ab.	DO 03.4	BKHD 52
Med. beh. (Misoprostol alene) missed abortion	DO 02.1A	BKHD 50
Med. beh. (Mifepriston + misoprostol) 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 provokatus efter uge 12

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

#### Extrauterin graviditet

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

## Revisionspåtegning:

Kompetencecenter for Landsdækkende  
Kliniske kvalitetsdatabaser (øst) (KCØ)  
v. Enhed for Klinisk Kvalitet og  
Forskningscenter for Forebyggelse og  
Sundhed

15. april 2011

### Vedr. revisionspåtegning af TiGrAb-KD – årsrapport for 2009

KCØ har gennemgået årsrapporten 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 samlet 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

Årsrapporten for 2009 fra Tidlig Graviditet og Abort databasen (TiGrAb-KD) præsenterer mange spændende resultater. Årsrapporten er generelt skrevet i et let læseligt sprog, om end der anvendes en del engelske og latinske betegnelser. Det anbefales, at al tekst skrives på dansk inkl. tabel og figurtekster, da årsrapporten har en bred målgruppe i flere fagområder.

Det fremgår af afsnittet om de anvendte kvalitetsindikatorer s. 6, at der foreligger videnskabelig dokumentation for, hvad der kendetegner god kvalitet inden for området samt niveauet for de anvendte kvalitetsstandarder. Dette bør underbygges med kildehenvisninger.

Ad a) Dette krav er ikke opfyldt, idet indikatorerne afrapporteres i en række underafsnit igennem hele rapporten. Indikatorerne bør præsenteres i et selvstændigt afsnit, således at det er let at finde disse resultater.

Ad b-e) Disse krav er opfyldt.

#### Specifikke kommentarer

**S. 3:** Det bør af forordet fremgå, hvad formålet med databasen er, hvem målgruppen for årsrapporten er, samt hvordan processen med årsrapporten har været.

**S. 10-11, figur 1.4 og 1.5:** Der bør i årsrapporten redegøres for, at de 5 personer, der mangler i figur 1.5 sammenlignet med figur 1.4, er opereret på kirurgiske afdelinger.

**S. 13, Figur 1.7 og 1.8:** Der bør i årsrapporten redegøres for, at de 23 personer, der mangler i figur 1.8 sammenlignet med figur 1.7, er opereret på kirurgiske afdelinger.

Helle Hare-Bruun

Klinisk epidemiolog

Ole Terkelsen

Overlæge, Ph.d.