

Tidlig graviditet og abort

Årsrapport for året 2012

fra TiGrAb-KD

Landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase

Øjvind Lidegaard

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

Blegdamsvej 9, 2100 København Ø. E-mail: Oejvind.Lidegaard@regionh.dk

Indhold

Forord	3
Metode	4
Anvendte kvalitetsindikatorer	5
Indikatorresultater	5
Konklusion, anbefalinger og standarder	11
1. Tilgrundegået graviditet 1. trimester	13
1.1 Spontan abort, 1. trimester	14
1.2 Missed abortion, 1. trimester	17
2. Tilgrundegået graviditet, 2. trimester	21
2.1 Spontan abort, 2. trimester	22
2.2 Missed abortion 2. trimester	24
3 Ekstrauterin graviditet og PUL	26
4 Mola hydatidosa	30
5 Provokeret abort 1. trimester	32
6 Provokeret abort 2. trimester	39
7 Kodevejledning	41
8 Publikationer	42
9 Kodeark	43
10 Styregruppens medlemmer	44

Fagudtryk

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

Missed abortion = tilgrundegået graviditet uden aktuel blødning

Evakuatio 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[®] = antiprogesteron

Misoprostol = Cytotec[®] = prostaglandin E1 analog

Mola = en godartet svulst i moderkagevævet uden noget foster.

Forord

Formålet med denne årsrapport er at gøre status over den kliniske kvalitet inden for tidlig graviditet på landets gynækologisk-obstetriske afdelinger i 2012. Alle resultater baserer sig alene på udtræk fra landspatientregisteret (LPR). Målgruppen er primært kolleger i specialet med interesse for tidlig graviditet, men også plejepersonale, patienter og administratorer, som arbejder med eller er berørt af området.

Fokus er året 2012, men resultaterne er sat i relation til de foregående år. Rapporten den syvende 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 2012. Det betyder at tidligere selvstændige afdelinger er lagt til den afdeling, som de senere administrativt blev fusioneret med. Det som nu hedder Hillerød, dækker alt hvad der i tidligere år foregik på Helsingør og Hørsholm, også i de år hvor disse to andre enheder var fungerende.

Generelt opgøres kvaliteten på de gynækologiske afdelinger, og ekskluderer således oftest de kirurgiske afdelinger (som efterhånden varetager meget få gynækologiske operationer). Men når der angives landssækkende tal, er både praktiserende speciallæger og kirurgiske afdelinger med.

Den samlede årsrapport vil blive suppleret med del-resultater som publiceres på www.tigrab.dk. Det er vores håb, at TiGrAb-KD løbende vil kunne bidrage også 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 er Charlotte Skovlund som arbejder fulltime i vores regi. Feedback fra afdelingerne er væsentlig og sker i første omgang som reaktion på årsrapporten. Styregruppen for databasen ses på s. 44 og findes også på www.tigrab.dk.

Tre arbejdsgrupper har i årets løb revideret og opdateret fire guidelines inden for tidlig graviditet, som alle blev drøftet og vedtaget på årsmødet i maj 2012. Der henvises til DSOG hjemmeside for disse revisioner. Dette arbejde med nationale guidelines er væsentligt for den kliniske forankring af Tigrab's løbende kvalitetsmonitorering. Væsentlige ændringer for året 2012 er ændret dosering af misoprostol i forbindelse med 1. trimester provokeret abort, samt etableringen af nye koder for PUL (pregnancy with unknown localisation), som er anvendt fra 1.2.2012. Videre ændrede kriterier for evakuatio ved missed abortion, og opdateret praksis ved 2. trimester abort.

Jeg vil gerne takke de mange, som har deltaget i dette arbejde, alle 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.

Udgaven fra 30.12.2013 adskiller sig fra septemberudgaven ved en opdatering vedr. 1. trimester provokeret abort.

På styregruppens vegne,

Øjvind Lidegaaard

Metode

Tidlige graviditetskomplikationer og abort omfatter mere end 30.000 kontakter pr. år på de gynækologiske afdelinger, og er derfor sammen med fødsler 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, 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 har opnået større erfaring og rutine, kan vi i nogen udstrækning 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.

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 to landsdækkende databaser, som (helt eller delvis) baserer sig på indberetningerne til LPR; TiGrAb-KD og hysterektomidatabasen (DHD) med tilhørende hyskobase. 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.

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 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 fejlkodninger, 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 rimelig 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

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 evakuatio uteri).

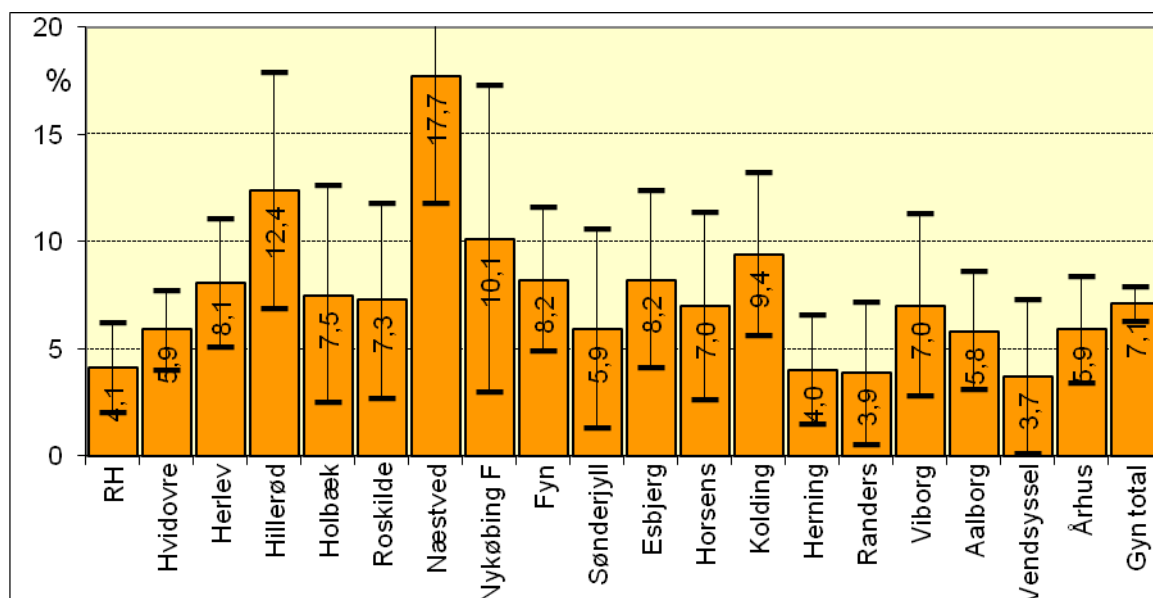
Indikatorresultater

Standarderne er de i 2012 gældende

Spontan abort, 1. trimester

Indikator 1: Andel af kvinder med 1. trimester spontan abort som evakueres. Standard: $\leq 10\%$.

95% konfidensintervaller angivet.

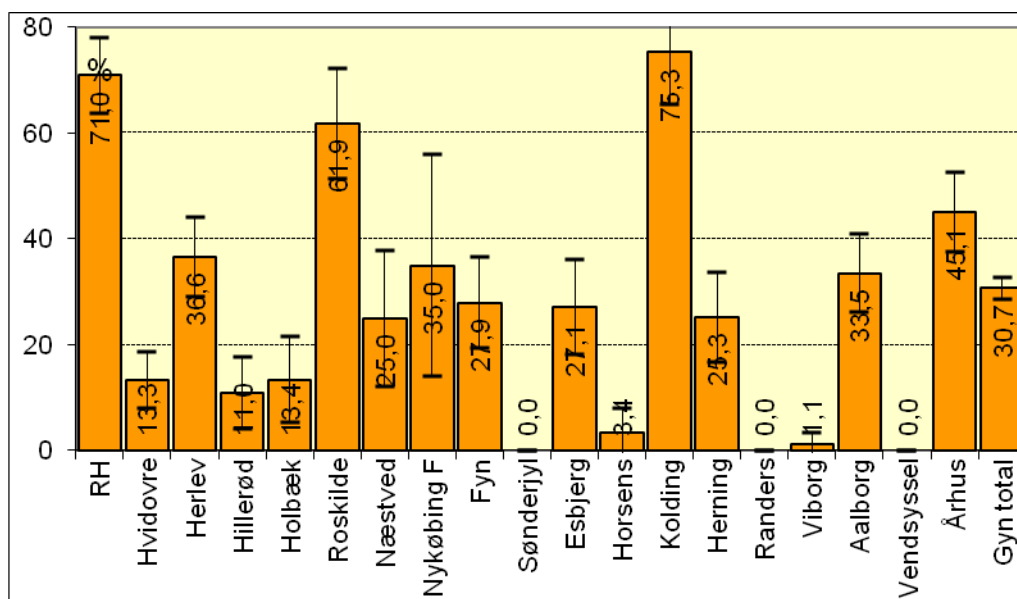


Gennemsnittet ligger nu på 7,1% det laveste niveau nogensinde, og af 19 administrative enheder opfylder 16 standarden på højst 10%, en yderligere forbedring fra sidste år.

Missed abortion, 1. trimester

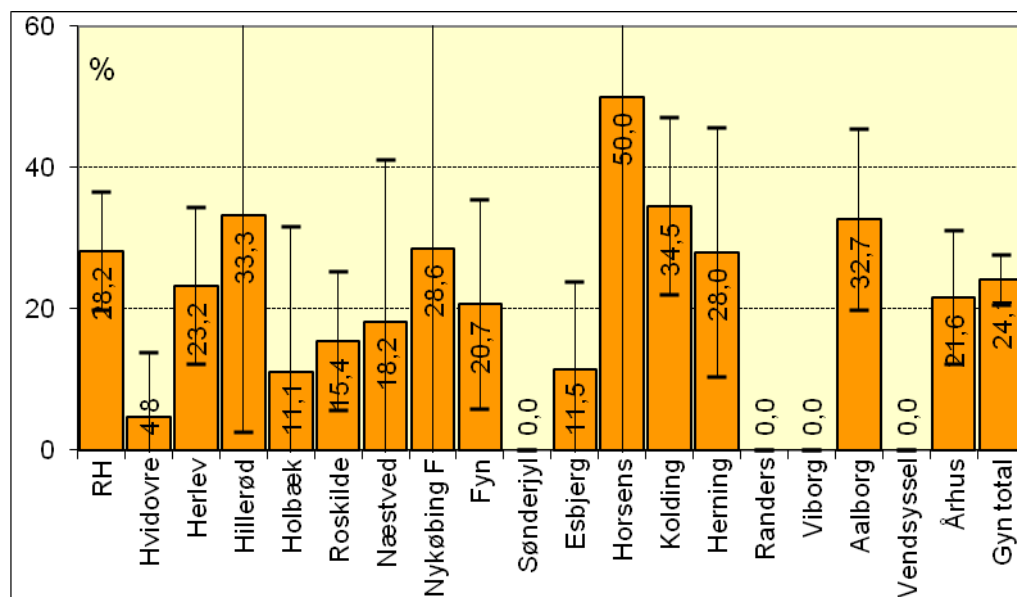
Indikator 2: Andel af ikke evakuerede, som har medicinsk behandlingskode. Standard: >80%

Dette er altså en indikator for registreringskvalitet.



Principielt må vi forvente, at alle med missed abortion, som ikke primært er evakueret, er behandlet medicinsk, og derfor burde have haft en medicinsk behandlingskode. Denne registreringspraksis lader, som det fremgår, en del tilbage at ønske.

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

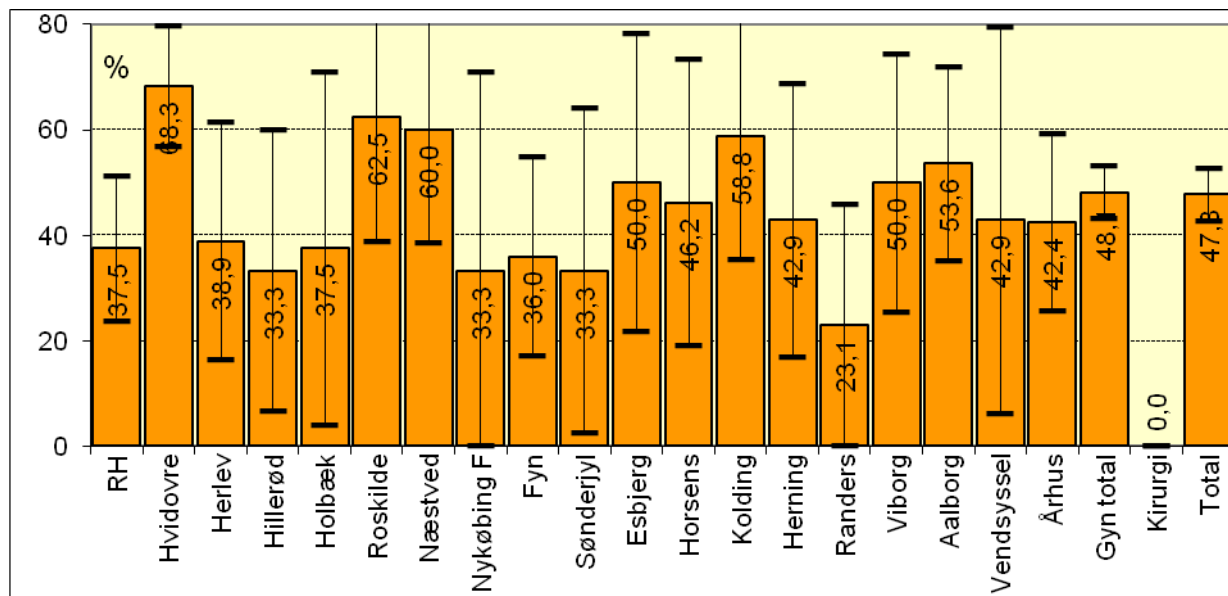


I 2012 ligger andelen af evakuerede efter medicinsk behandling på i gennemsnit 24,1%, hvilket er lige under standarden på de 25%, og en forbedring fra sidste års 30,4%. Denne information er væsentlig, når kvinderne vælger metode. Det kunne godt se ud som om vi skulle træde lidt på bremsen hvad angår evakuatio uteri efter medicinsk behandling af missed abortion, da udenlandske serier ligger på omkring 20%. Sønderjylland, Randers, og Vendsyssel havde ingen registrerede medicinske behandlinger, Viborg havde en.

Spontan abort, 2. trimester

Indikator 4: Andel af kvinder med 2. trimester spontan abort som evakueres. Standard: <50%

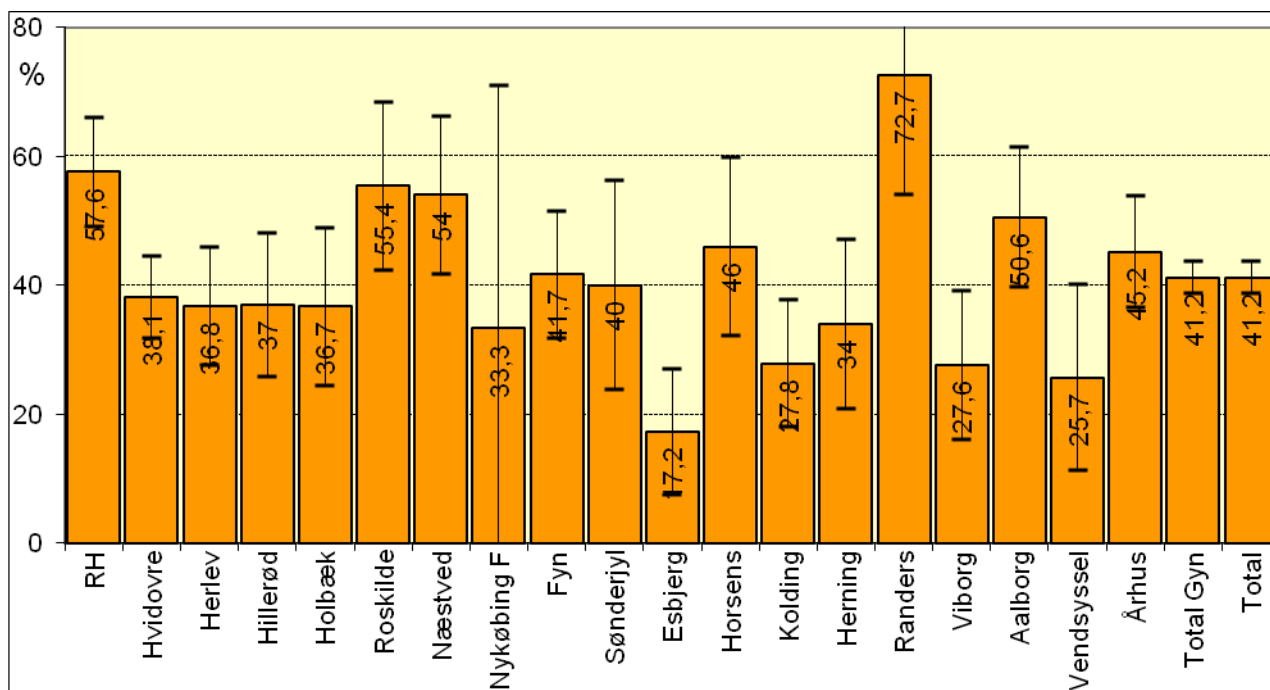
Antallet af evakuatioer på hver afdeling er angivet i bunden af hver søjle.



Det fremgår at 14 ud af 19 afdelinger holder sig på eller under standarden på de 50%, ligesom gennemsnittet på 48 % ligger markant lavere end de 64% det lå på for 11 år siden.

Missed abortion og provokeret abort 2. trimester

Indikator 5: Andel med missed eller provokeret abort 2. trimester, som får evakuatio uteri. Standard <50%.

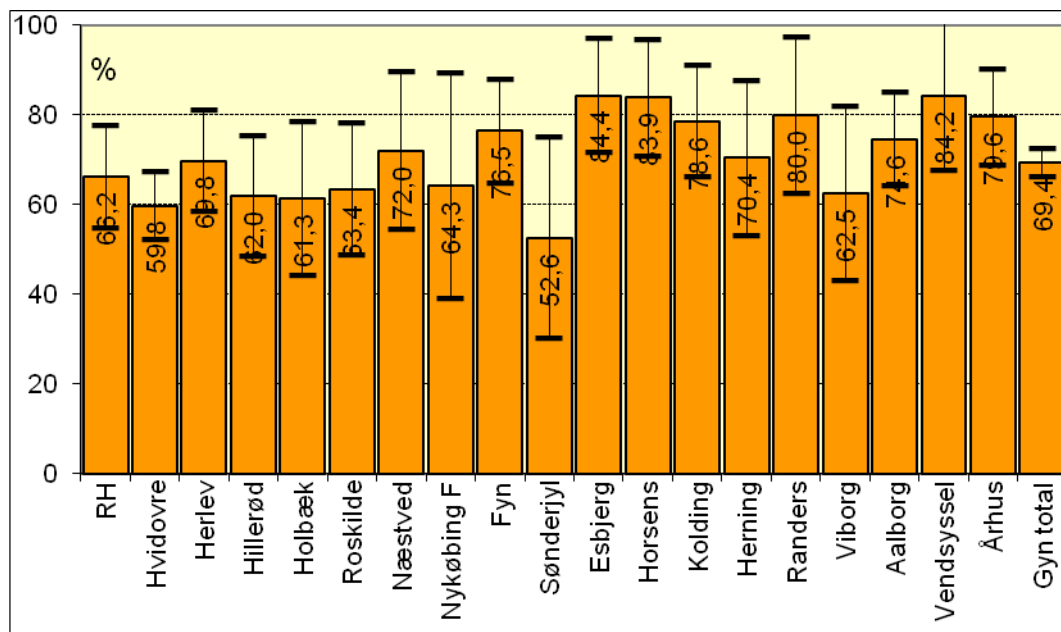


Også her arbejdes på at få andelen af evakuerede ned under 50%. Det er lykkedes på landsplan, men 5 ud af 19 afdelinger ligger stadig med rater over 50%.

Samlet set evakueres 41,2% af de kvinder, som undergår 2. trimester missed abortion eller provokeret abort. Så vi ligger samlet pænt under standarden på mindre end 50%.

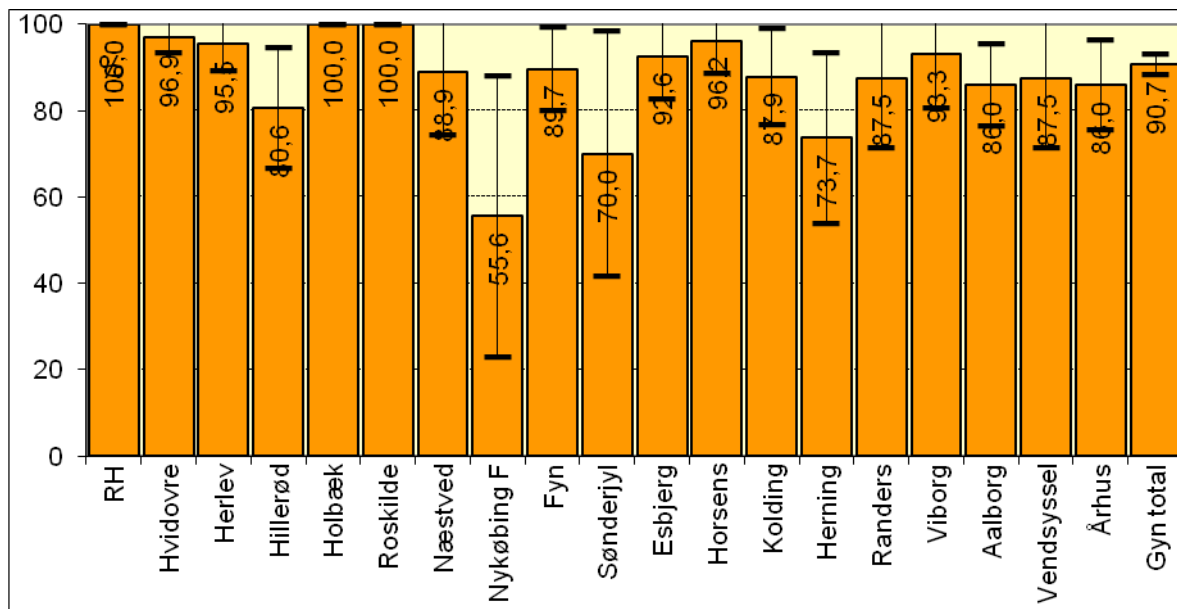
Ekstrauterin graviditet

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



Det fremgår, at 9 ud af 19 opgjorte enheder opfylder standarden med mindre end 70% opererede.

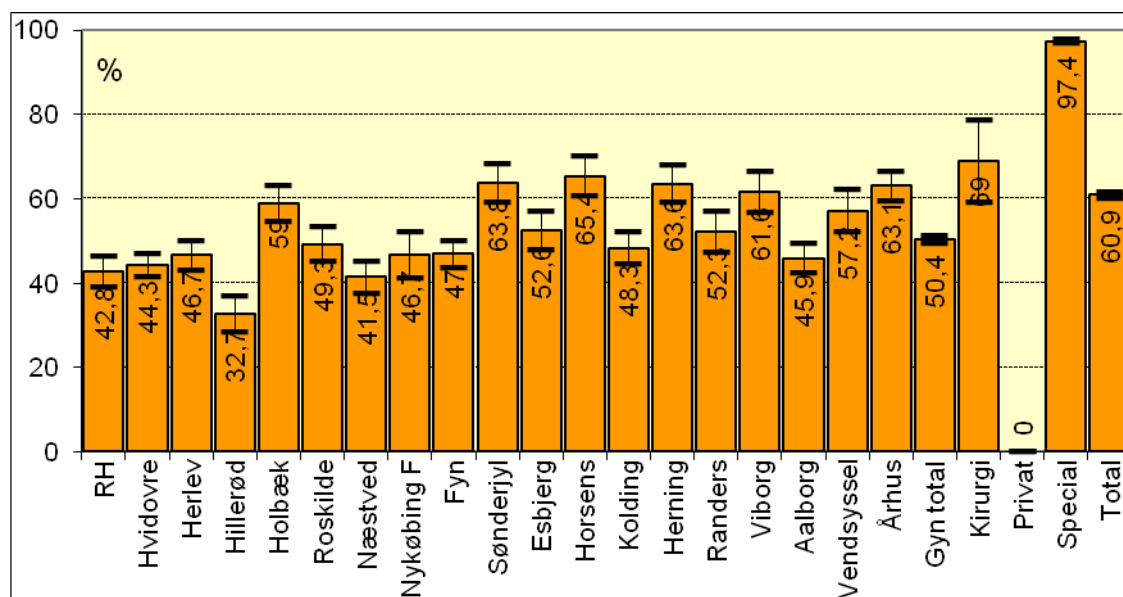
Indikator 7: Andel (%) af opererede, som bliver dette laparoskopisk. Standard: >85%.



Det fremgår, at 15 ud af 19 opgjorte enheder opfylder standarden på mindst 85% laparoskopisk opererede ud af alle opererede. 95% CI angivet.

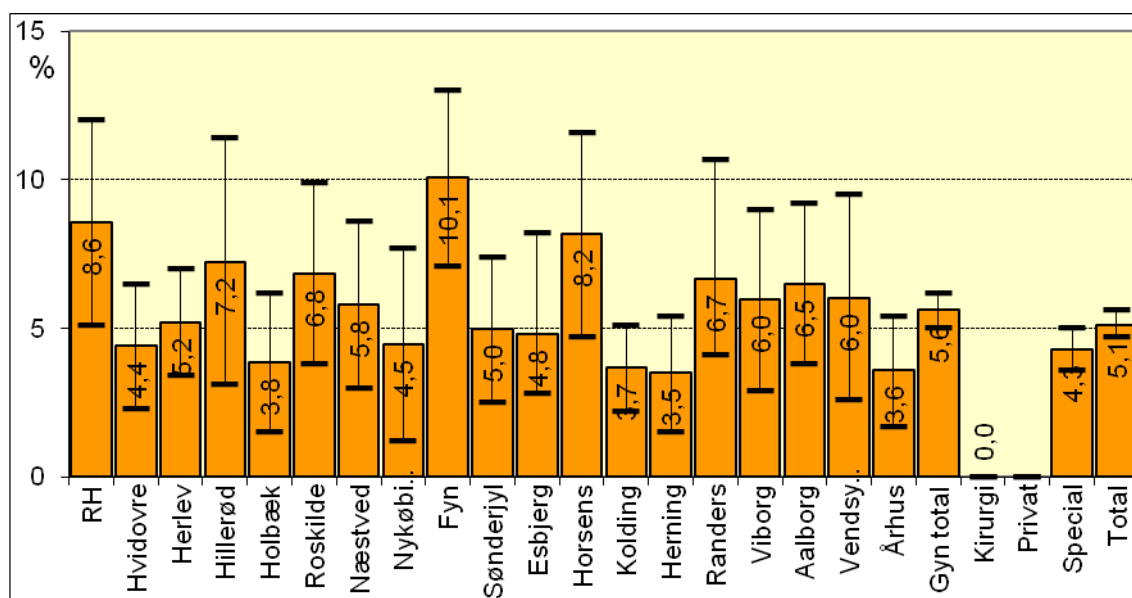
Abortus provokatus, 1. trimester

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



En lidt ambitiøs standard for afdelingerne, fordi en stigende andel af de tidlige aborter foregår i speciallægepraksis, især i Nordsjælland. I 2012 opfyldte 10 ud af 19 afdelinger standarden.

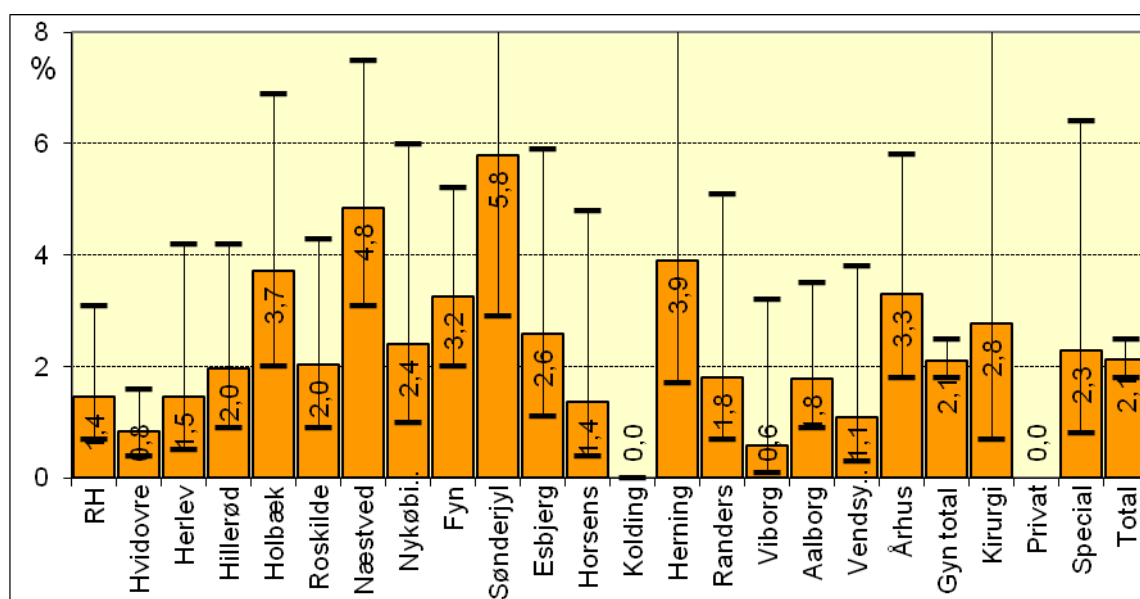
Indikator 9: Andel af medicinsk behandlede, som undergår evakuatio uteri. Standard: <6%
95% konfidensintervaller angivet.



Det ses at 12 ud af 19 afdelinger opfylder standarden. I gennemsnit ser det pænt ud med 5,1% evakuerede.

Med vedtagelsen af at øge misoprostoldosis fra 0,4mg til 0,8 mg i forbindelse med medicinsk induceret provokeret abort i 1. trimester fra 1.1.2012 havde vi forventet, at raten af evakuerede ville falde med ca. 1 procent point (se www.DSOG.dk). Den faktiske reduktion blev 0,5 %.

Indikator 10: Andel af kirurgisk behandlede, som må re-evakueres. Standard: <3%



Det ses at 13 ud af 19 enheder opfylder standarden på <3 procent.

Konklusion, anbefalinger og 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 har kun to afdelinger mere end 10% evacuerede kvinder med spontan abort, og gennemsnittet ligger på 7,1%.

Anbefaling: Ingen afdelinger evakuerer mere end 10%.

Spontan abort 2. trimester

- I dag evakueres i gennemsnit 48 % af kvinder med spontan 2. trimester abort.
- Anbefaling: Alle afdelinger evakuerer mindre end 50% af kvinder med spontan 2. trimester abort.

Missed abortion 1. trimester

- I dag har i gennemsnit 31% af kvinder med missed abortion som ikke evakueres en medicinsk behandlingskode.

Anbefaling: Andelen af kvinder med missed abortion, som ikke evakueres, kodes i vekslende omfang med medicinsk behandlingskode. Denne andel bør ligge på mindst 90%.

- I gennemsnit evakueres 24% efter medicinsk behandling.

Anbefaling: Alle afdelinger tilstræber mindre end 25% evacuerede efter medicinsk behandling ved missed abortion.

Missed abortion og provokeret abort, 2. trimester

- I dag evakueres i gennemsnit 41% af kvinder med 2. trimester missed abortion eller provokeret abort, men andelen varierer fra 17% til 73% på forskellige afdelinger.

Anbefaling: Ud af alle kvinder med missed abortion eller provokeret abort 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 69,4% af kvinder med x-uterin graviditet.

Anbefaling: I gennemsnit bør under 60% opereres.

- Andelen af kvinder med x-uterin graviditet, som opereres varierer fra 52 % til 84 % på forskellige afdelinger.

Anbefaling: Ingen afdeling bør operere mere end 70% af kvinder med x-uterin graviditet.

- I dag opereres 91% laparoskopisk.

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

På ingen afdeling ligger andelen af laparoskopisk opererede (ud af alle opererede) under 85%.

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

Abortus provokatus 1. trimester

- I dag henvises 61% før 8 uger.

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

- I dag udgør medicinsk inducerede 62% af alle 1. trimester provokerede aborter.

Anbefaling: Ingen afdelinger har under 50% 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 3,5% til 10,1%.

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

På ingen afdelinger er andelen af sekundært evakuerede højere end 8%

- I dag re-evakueres 2,2% 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-evakuatio andel på over 3%.

- Anbefaling: Alle afdelinger anvender standardjournaler.

Abortus provokatus 2. trimester

- I dag evakueres 50% af kvinder med 2. trimester provokeret abort.

Anbefaling: Mindre end 40% af 2. trimester aborterne evakueres, og

Ingen afdeling har over 50% evakuerede.

- Alle afdelinger anvender standardjournaler

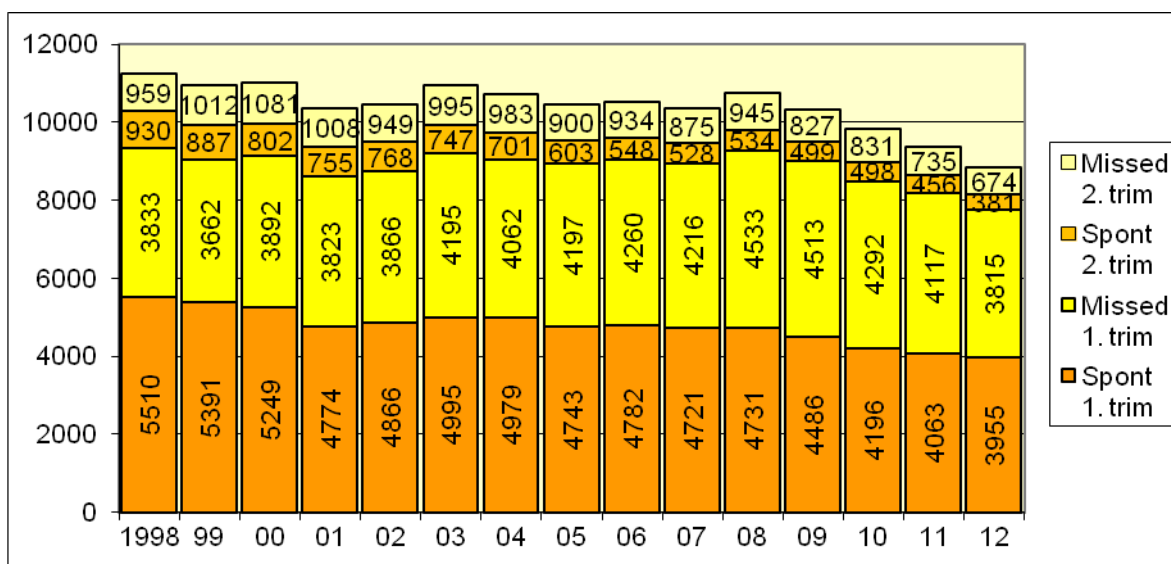
1. Tilgrundegået graviditet 1. trimester

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".

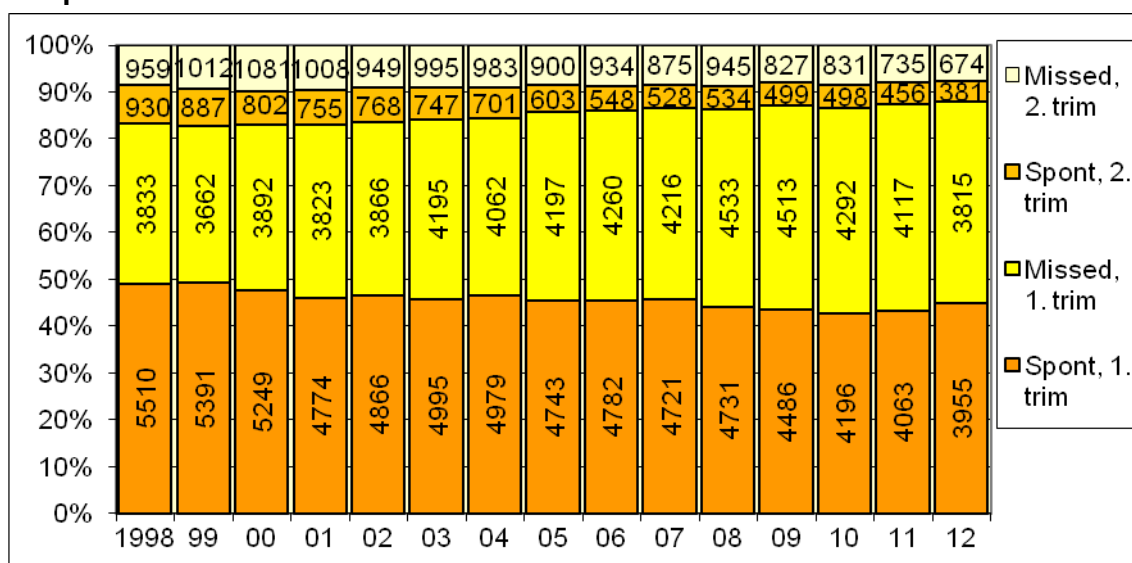
Miscarriages i Danmark 1998-2012

Antallet af kvinder med registreret med tilgrundegået graviditet i første trimester andrager nu omkring 8.488 i 2012, mens miscarriages i 2. trimester udgør omkring 1.329 pr. år, eller i alt godt 9.800 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 andelen af missed abortion frem til 2008. I dag er der nogenlunde lige mange spontane aborter og missed abortions i første trimester.

Fig. 1.1 Miscarriages in Denmark 1998-2012. N=156.062



Samme i procent

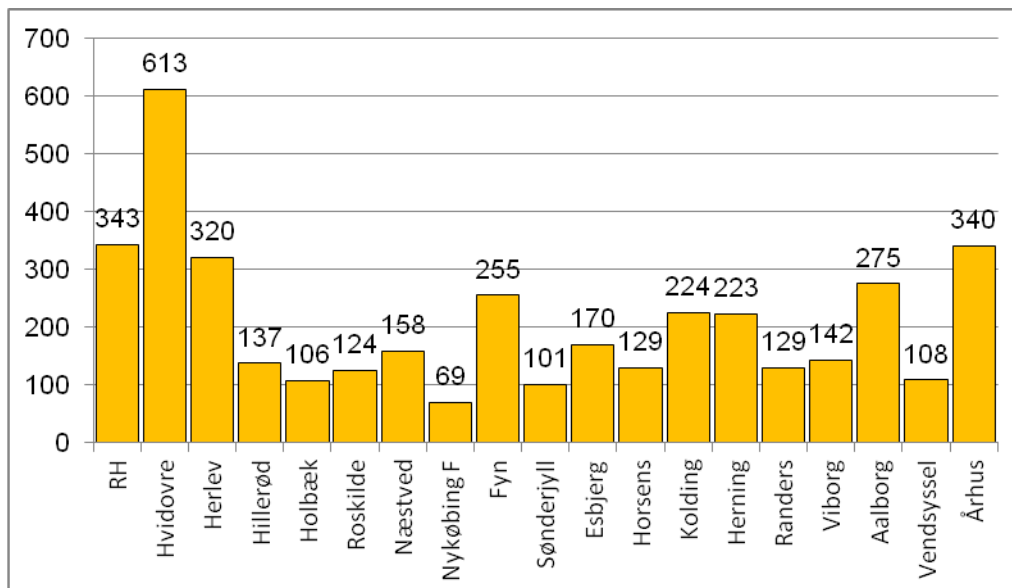


Da den kliniske håndtering af hhv missed abortion og spontan abort er forskellig, kan kvaliteten inden for dette område kun opgøres separat for hhv missed abortion og spontan abort.

Spontan abort, 1. trimester

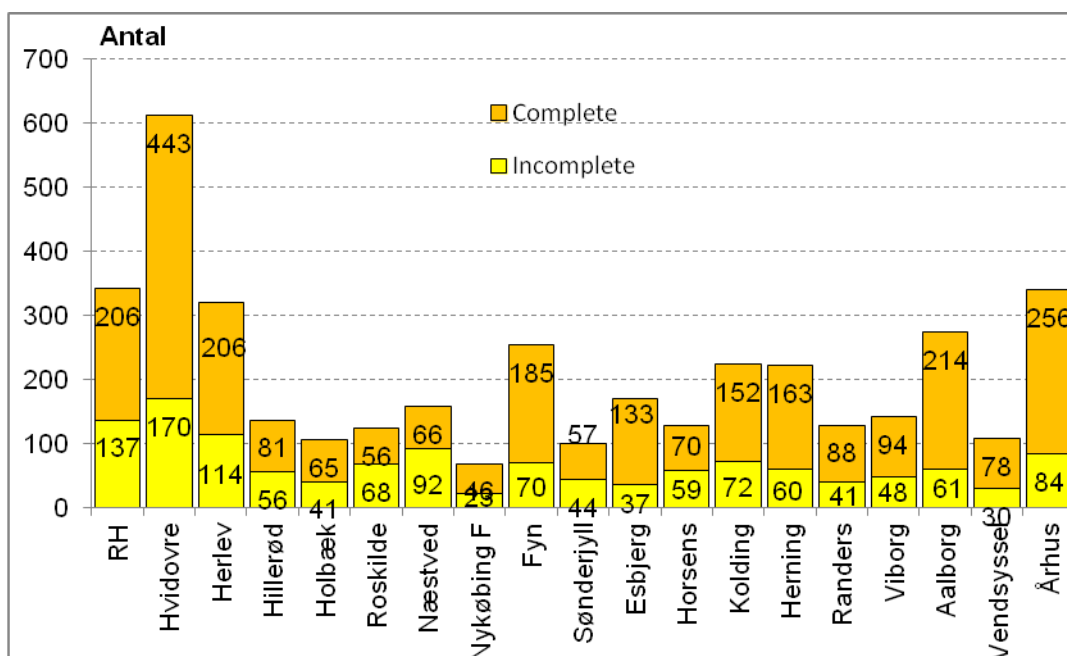
Spontan abort defineres som tilgrunde gået graviditet med aktuel blødning. Antal i 2012: 3.991, heraf 24 på kirurgiske afdelinger og en på privat hospital.

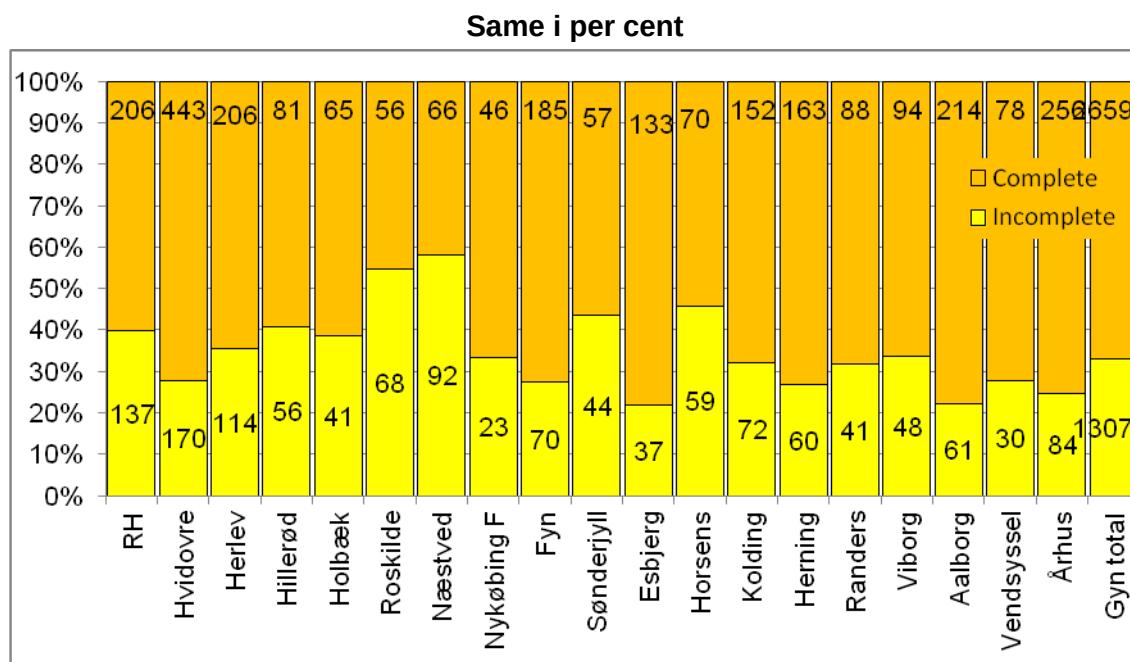
Fig. 1.2. *Spontaneous 1st trimester abortion at Gynaecological departments in DK 2012. N=3.966*



Næsten alle enheder har over 100 spontane aborter i 2012, 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 2012. N=3.966.*





Det fremgår, at der er en del variation i opfattelsen af hvad der kodes som en komplet hhv inkomplet spontan abort med et spænd i andelen af inkomplette fra 20% i Esbjerg til 49% i Reg. Sjælland. Dette kan have betydning for andelen af kvinder med spontan abort, som evakueres på de enkelte afdelinger. Det er det som kendetegnede pt. ved indlæggelsen, som skal angives ved diagnosekodningen når pt. udskrives, altså det man har behandlet.

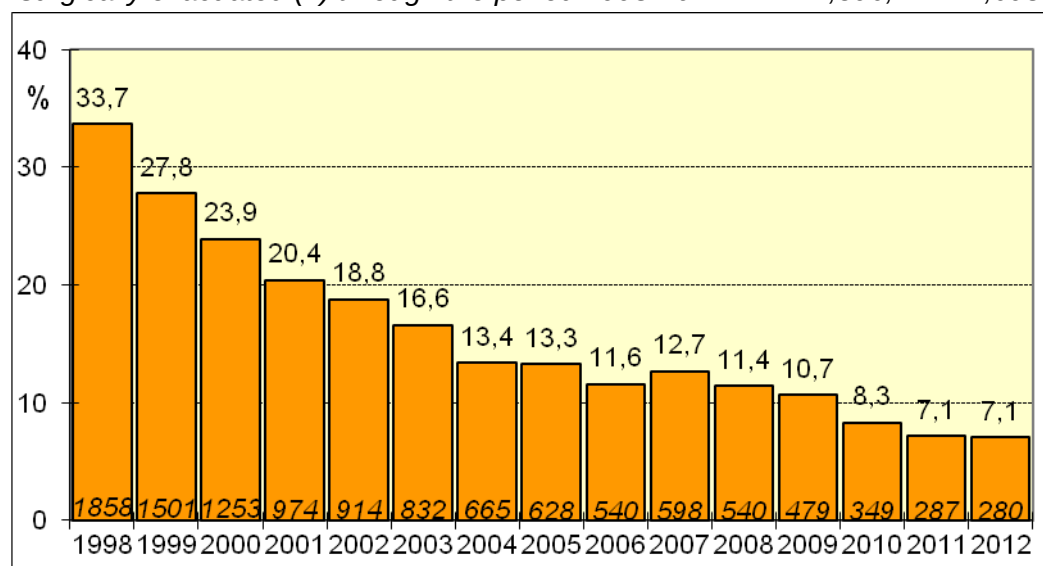
Kvalitet

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 evakuatio uteri.

Indikator 1: Andel af kvinder med 1. trimester spontan abort som evakueres. Standard: <10%.

Fig. 1.4 Proportion (%) of women with spontaneous 1st trimester abortion (N) being surgically evacuated (n) through the period 1998-2012. N = 71,396, n = 11,698.



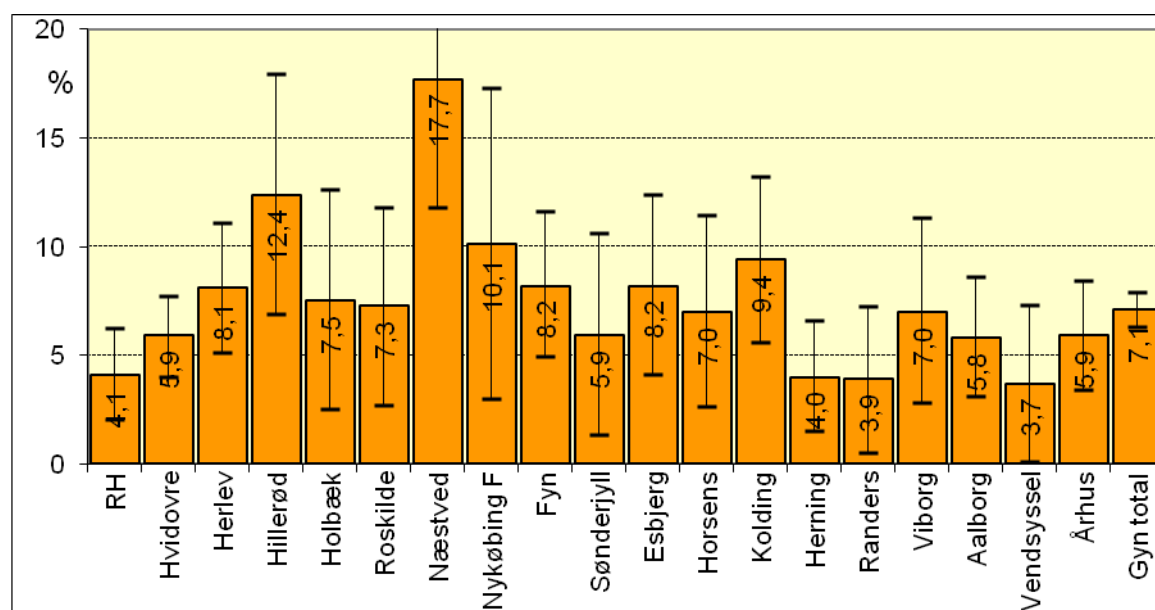
Andelen af kvinder som på landsplan får foretaget primær evakuatio uteri er faldet gradvist fra 34% i 1998 til 7,1% i dag (**Fig. 1.4**). Vi har i lyset af dette sat en standard for evakuatio uteri på mindre end 10%. I forhold til praksis i 1998 sparer vi derved årligt 1.570 operative indgreb.

Andelen af kvinder med spontan abort, som undergår en primær evakuatio uteri udviser imidlertid stadig stor variation mellem afdelingerne (**Fig 1.5**). Der er tre afdelinger, som har en andel evakuerede >10%, medens resten af afdelingerne ligger under standarden på 10%.

Fig. 1.5

Proportion (%) of women with spontaneous abortion undergoing surgical evacuation in 2012.

Abortions = 3,966, Evacuations = 288. 95% CI indicated.



Hvad kan vi gøre bedre?

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.

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.

Man kunne fremover sigte mod at alle afdelinger kom ned under 10% evakuerede kvinder ved spontan abort.

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 blev øget frem til 2008 (**Fig. 1.1**). Dette skyldes formentlig, at flere kvinder blev ultralydsskannet tidligt i deres graviditet, og derfor fik detekteret deres tilgrunde gåede graviditet før deres missed abortion bliver til spontan abort. Faldet gennem seneste år kan skyldes at nogle praktiserende læger eller speciallæger behandler missed abortion.

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

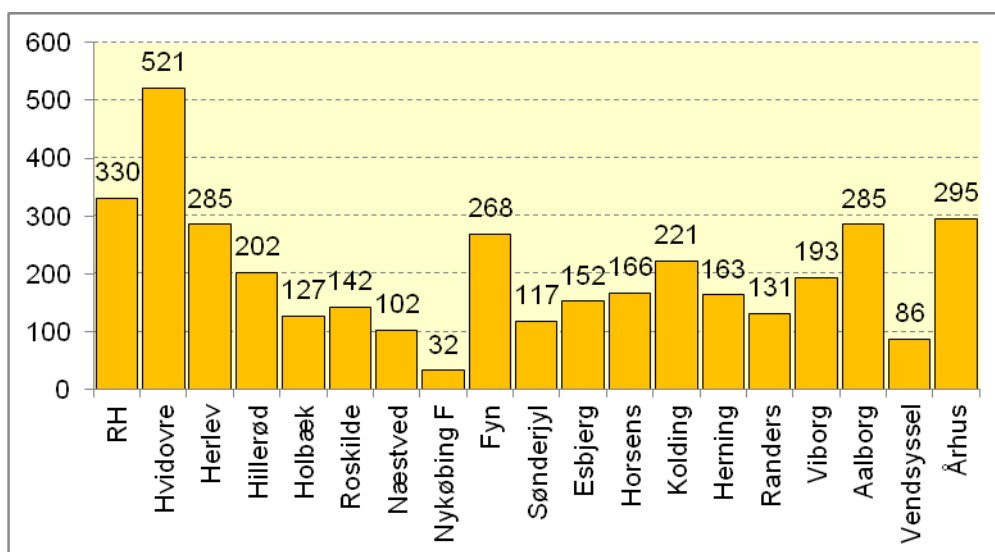
Kvalitet

Kvalitet inden for dette område udtrykkes ved følgende

- At få kvinder, som medicinsk behandles, undergår evakuatio uteri.
- At de kvinder som undergår evakuatio uteri ikke oplever re-evakuatio.
- 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 2012. N = 3.834



I **Fig. 1.7** er angivet den andel af kvinder, som på de enkelte afdelinger undergår primær evakuatio uteri i perioden 1998 til 2012. Det fremgår, at andelen er faldet stødt fra år 2000 fra 79,5% til i dag 54,8%, et fald på 31%.

Der ses moderate udsving i denne andel mellem afdelingerne i 2012 (**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
1998-2012. N=61,295 n =40,589 (number of evacuated)*

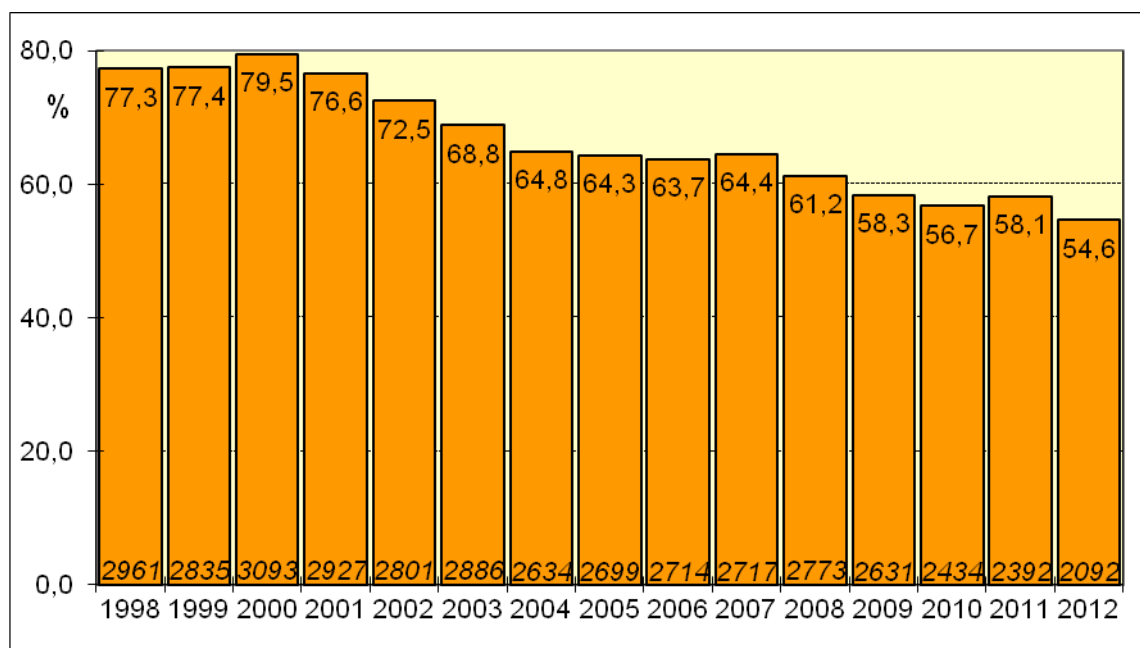
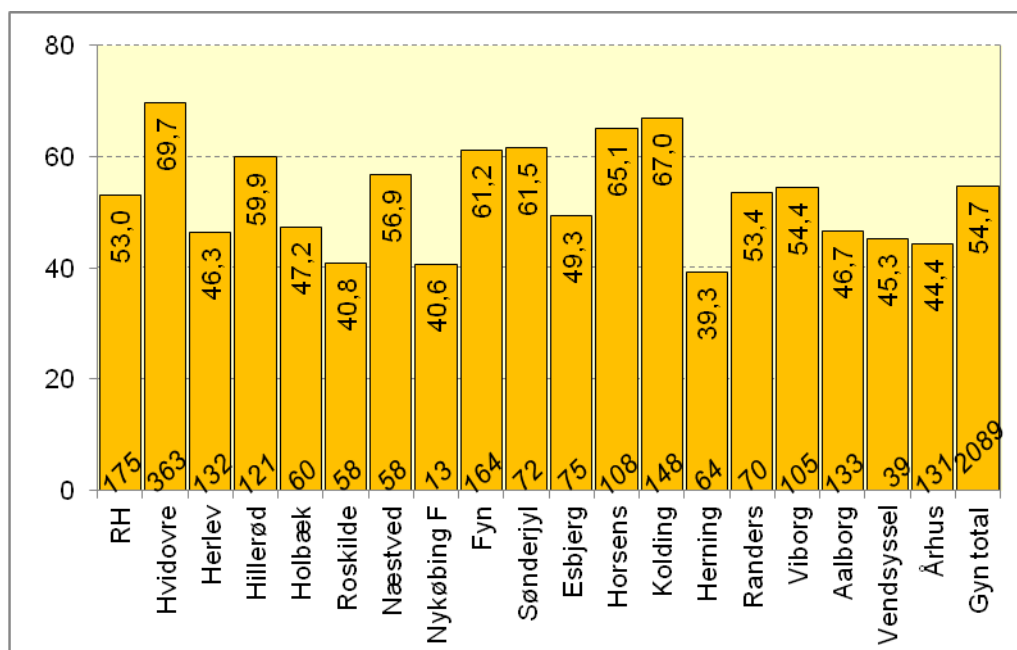


Fig. 1.8

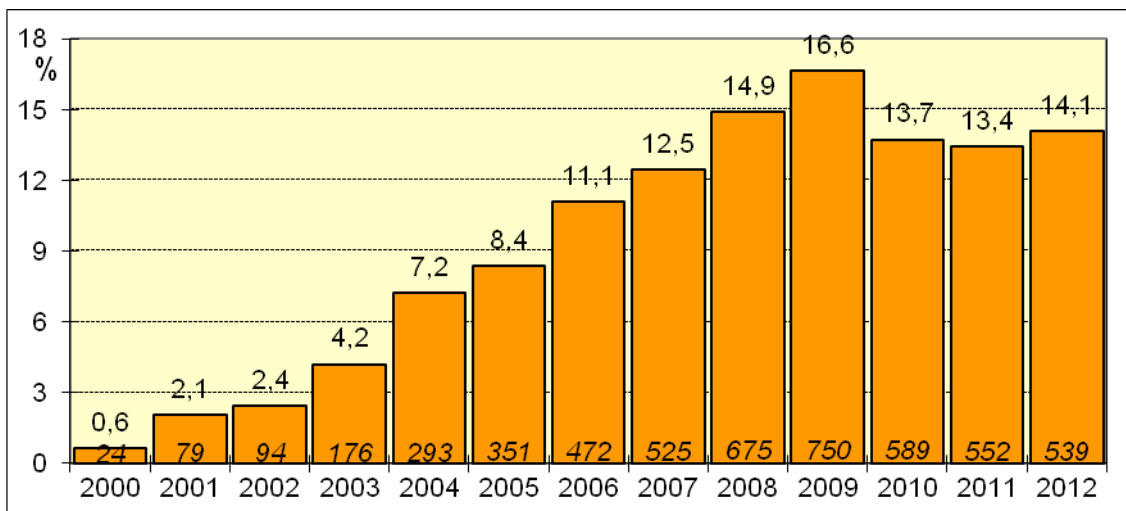
*Proportion of women with missed abortion undergoing primary evacuation at
different departments in Denmark in 2012. N=3,834, n=2,092
Absolute number of evacuated at bottom in each column.*



Andelen, som er kodet med medicinsk behandling som den primære behandling, fremgår af **Fig 1.9** og **1.10**. Dette tal er steget stødt og roligt fra år til år, dog ikke de seneste år, hvor også andelen af primært evakuerede har ligget konstant. Man kan groft set antage, at hovedparten af de godt 45%, som ikke får foretaget et primært kirurgisk indgreb (**Fig. 1.7**), er blevet medicinsk behandlet, mens der i praksis er kodet 14%.

Fig. 1.9

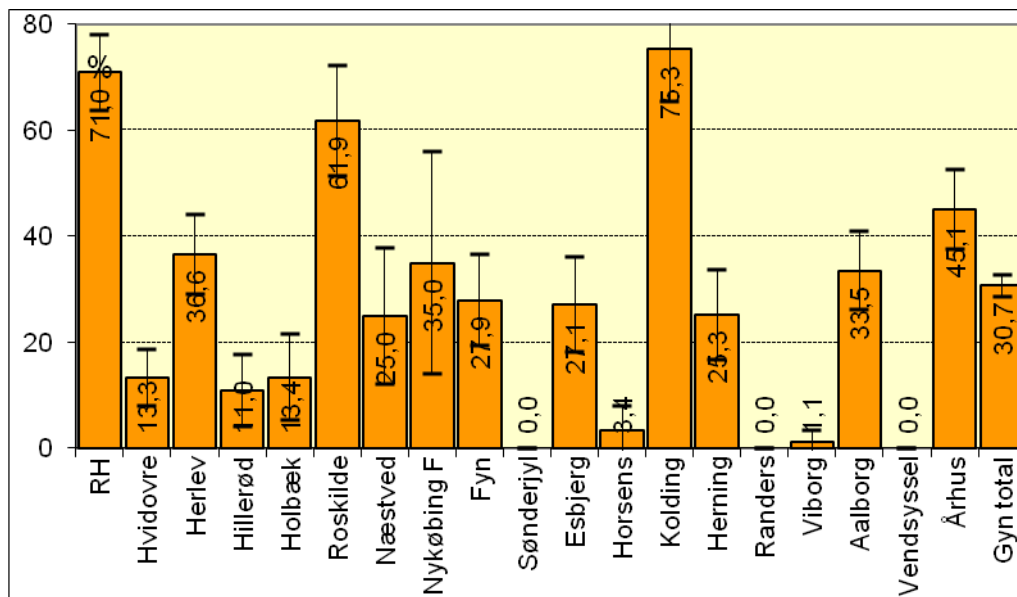
Proportion (%) of women with missed abortion coded with a medical treatment code BKHD50/52 at gynaecological departments during the period 2000-2012. N=61,295, n=5,119.



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

Fig. 1.10

Proportion (%) of non-evacuated women with missed abortion, coded with a medical treatment code at Gynaecological departments in 2012. 95% CI indicated.



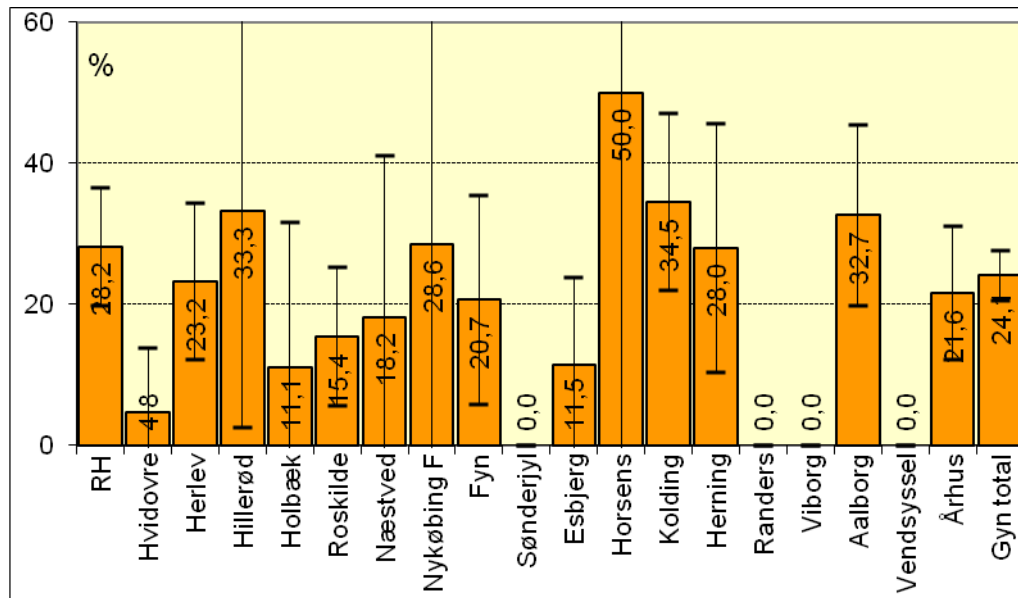
Andelen af registrerede medicinsk behandlede blandt de kvinder, som ikke undergår primær evakuatio uteri varierer meget fra afdeling til afdeling, og vi taler om et spænd fra 0% til 76%.

Afdelingerne i Sønderjylland, Randers og Vendsyssel har slet ikke anvendt behandlingskoden i 2012.

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

Fig. 1.11

*Proportion (%) of evacuated after medical treatment of missed abortion
at Gynaecological departments in DK in 2012. N=539, n=130
No of evacuated in each dept. indicated at bottom of each column.*



Det fremgår af figuren (**Fig. 1.11**), at de absolutte tal på de enkelte afdelinger er små, hvorfor en væsentlig del af variationen mellem afdelingerne skyldes tilfældigheder. Men man bemærker sig en overordnet andel evakuerede efter medicinsk behandling af missed abortion på 24,1%, hvilket både er signifikant færre end sidste års 30% og selvsagt legitimerer den høje primære andel evakuerede (modsat forholdene ved spontan abort).

Hvad kan vi gøre bedre?

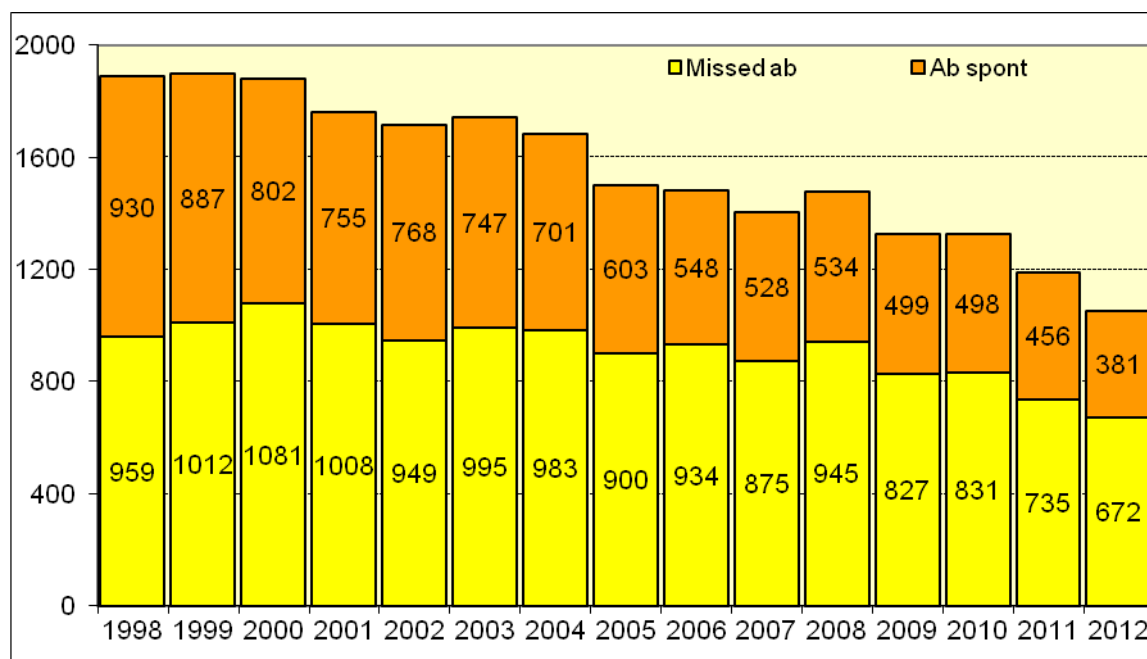
Vi kan forbedre registreringen ved medicinsk behandling af missed abortion og være konsekvente med at angive den diagnose, der er behandlet på, og ikke den situation patienten afsluttes med. Guidelines anbefaler nu 0,8 mg misoprostol ved medicinsk induktion.

2 Tilgrundegået graviditet, 2. trimester.

Tilgrundegået graviditet (miscarriages) i 2. trimester udgør i 2012 12% 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 1998-2012 opgjort.

Fig. 2.1

Number of 2nd trimester miscarriages in Denmark 1998-2012. N=23,343



Det fremgår, at antallet af sene miscarriages er faldet med 44% i perioden, men at dette dækker over, at spontane aborter er faldet med 59% i perioden, mens antallet af missed abortion kun er faldet med 30%. Faldet i de spontane aborter har især fundet sted efter 2004, hvor de nye prænatale screeninger blev indført, hvilket formentlig er hovedårsagen til det konstaterede fald, da flere kvinder med føtale misdannelser fanges prænatalt og får udført provokeret abort, hvor en del af disse tidligere aborterede spontant i de efterfølgende uger.

Abortus spontaneus, 2. trimester

Omfatter diagnoserne

DO030-O034 Inkomplet spontan abort

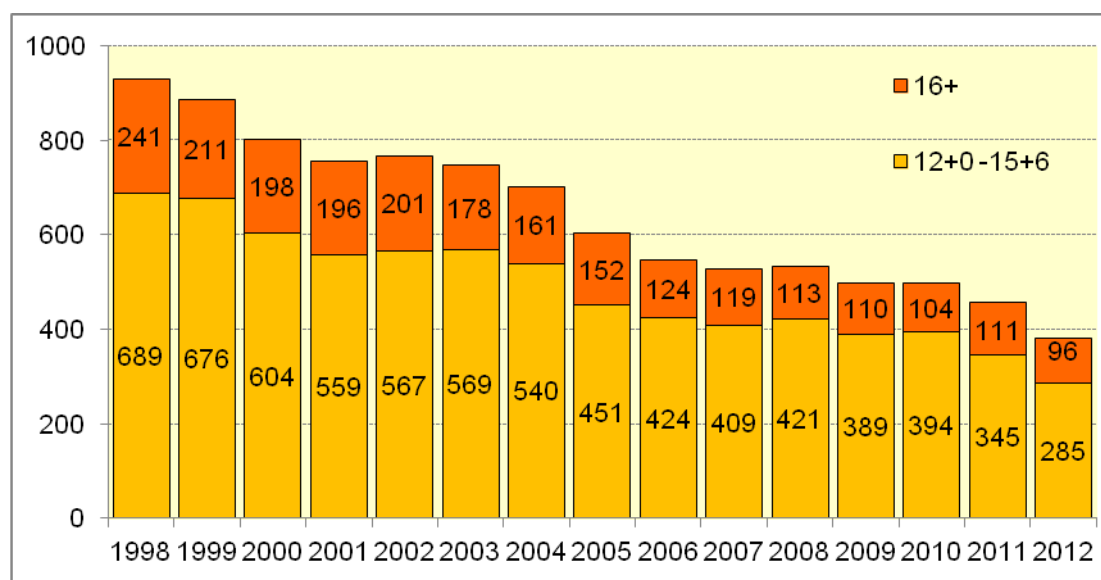
DO035-O039 Komplet spontan abort

Produktion

Det årlige antal kvinder med spontan abort i Danmark med GA>12 uger fremgår af **Fig. 2.2**. Der ses et fald fra 930 i 1998 til 381 i 2012. 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 2nd trimester abortion in Denmark 1998-2012, stratified according to gestational age. N = 9,637



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 evakuatio uteri forbundne risici, fx sammenvoksninger i livmoderhulen (synekkier).

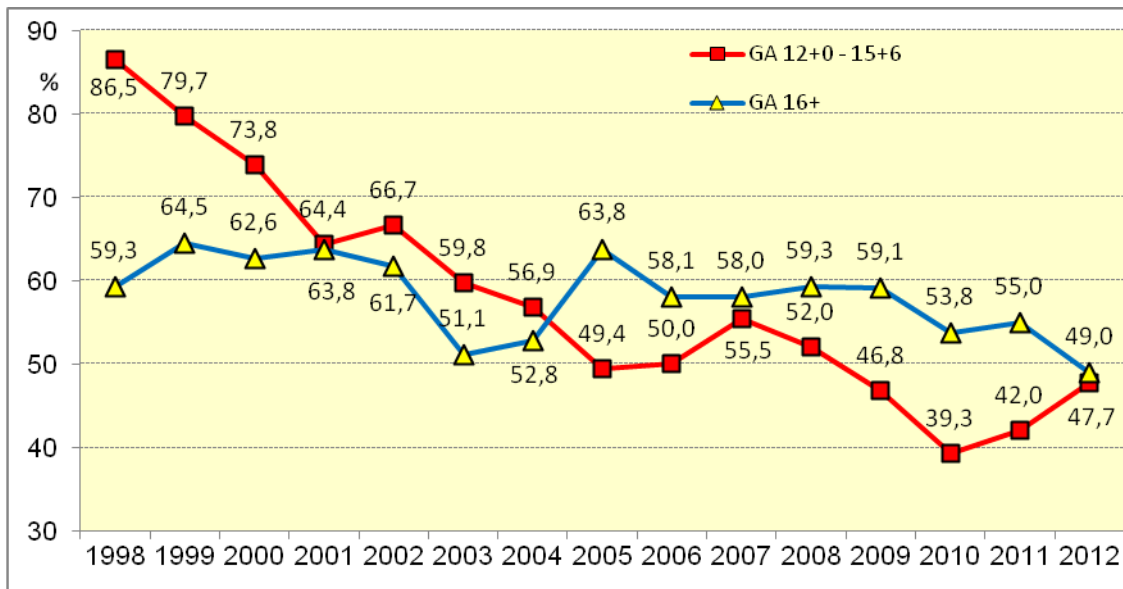
Indikator 4: Andel af kvinder med 2. trimester spontan abort som evakueres. Standard: <50%

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 47,7% i 2012. I modsætning hertil har andelen af evakuerede kvinder med spontan abort efter 16 uger kun faldet beskedent til i dag 49%. Lige knapt halvdelen af begge grupper evakueres i dag.

Fig. 2.3

*Surgical evacuation rate (%) after early and late 2nd trimester spontaneous abortion
in Denmark 1998-2012. N=9,637.*

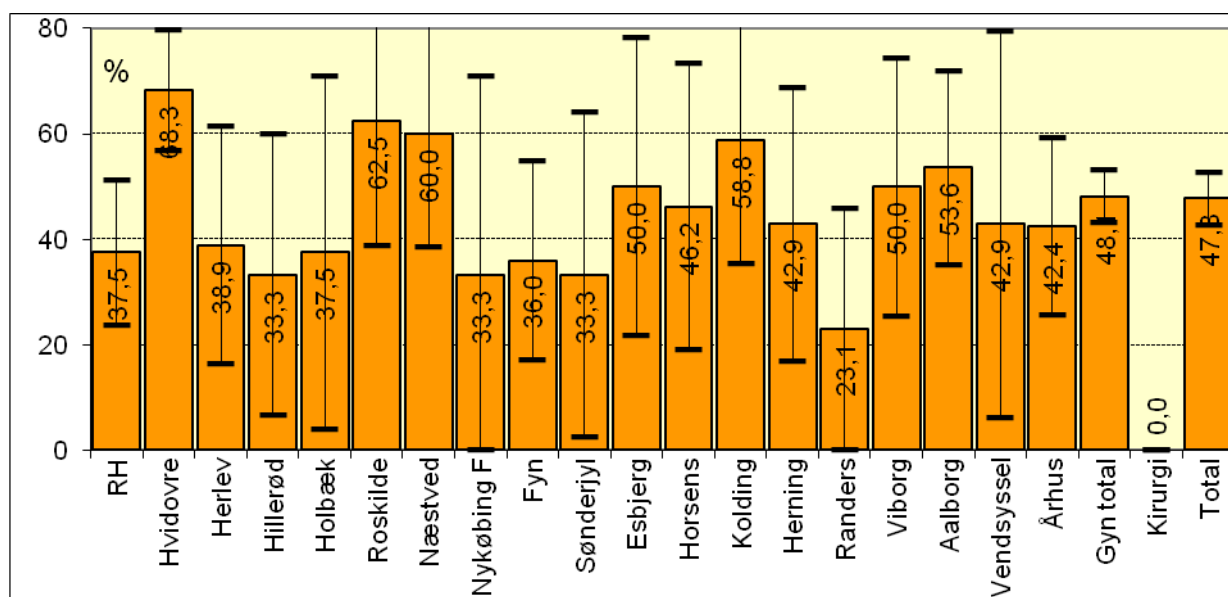


På afdelingsniveau varierer anvendelsen af evakuatio uteri ved 2. trimester spontan abort fra 23% i Randers til 68% i Hvidovre (**Fig 2.4**). Gennemsnittet er 48,4% på gynækologiske afdelinger.

Med en standard på $\leq 50\%$ opfylder 9 af 15 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 (Indikator 4)

*Surgical evacuation of 2nd trimester spontaneous abortion in Denmark in 2012.
at gynaecological departments. N = 381, n = 182.*



Hvad kan vi gøre bedre?

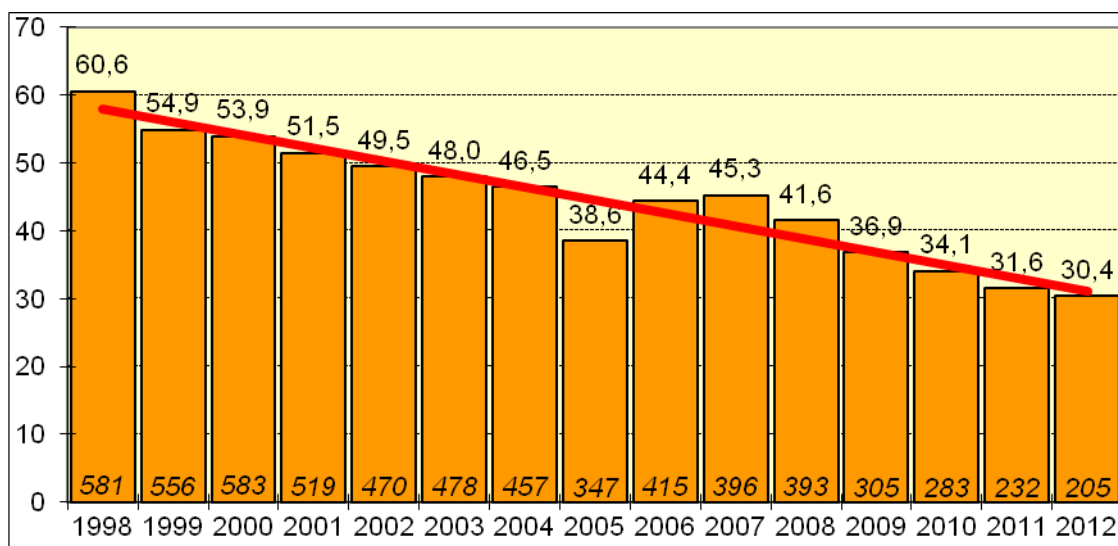
Tilbageholdenhed med anvendelsen af kirurgiske indgreb må anses for en kvalitet, men en optimal andel evakuerede er det ikke muligt at angive med tilstrækkeligt empirisk belæg på nuværende tidspunkt. Det er dog bemærkelsesværdigt, at flere afdelinger år efter år ligger med halvt så mange evakuerede (i procent) som de, der evakuerer flest. Så vi fastholder vores standard på <50%.

Missed abortion, 2. trimester

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

Fig. 2.5 *Surgical evacuation (%) in women with 2nd trimester missed abortion 1998-2012.*

Absolute number of evacuations in bottom of each column. N=13,708 n=6,220



Vi ligger nu på 30,4% hvilket er en halvering siden 1998.

Kvalitet

Vi har valgt at ændre indikator 5 til at omfatte både 2. trimester missed abortion og 2. trimester provokeret abort, så tallene bliver mere stabile, og den statistiske usikkerhed mindre fremherskende.

Indikator 5: *Andelen af kvinder med missed abortion 2. trimester eller provokeret abort i 2. trimester som får evakuatio uteri. Standard <50%.*

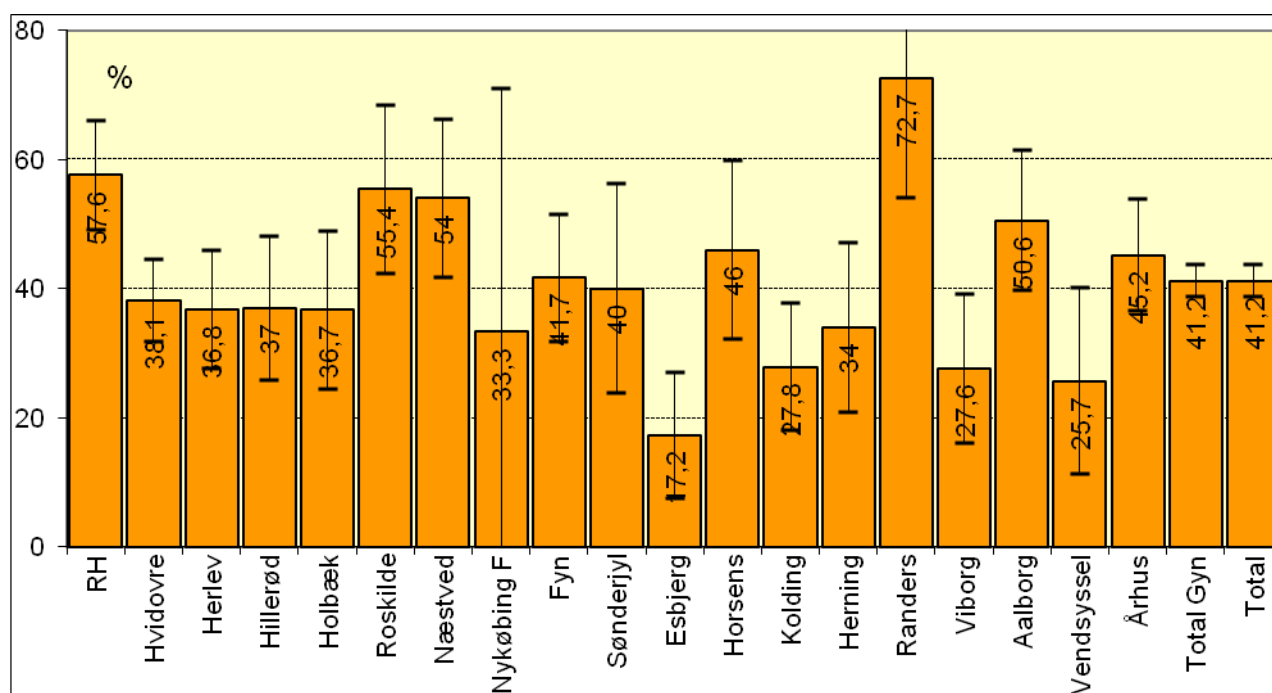
I **Fig. 2.6** ses andelen af evakuerede kvinder med 2. trimester missed abortion eller provokeret abort på forskellige afdelinger i Danmark i 2012.

Det fremgår, at evakuatioandelen svinger fra 16,9% Esbjerg til 73% i Randers (som lå lavest med evakuatio efter spontan 2. trimester abort). Videre at 12 ud af 15 afdelinger opfylder en standard på 50% eller derunder.

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

Fig. 2.6

*Surgical evacuation (%) of women with 2nd trimester missed abortion
or induced abortion at gynaecological departments in 2012. N = 1,412, n = 578*



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 evakuatio og infektion ved de to behandlingsformer. Evakuatio andelen bør ligge under 50%. Med tiden kan vi formentlig komme endnu 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:

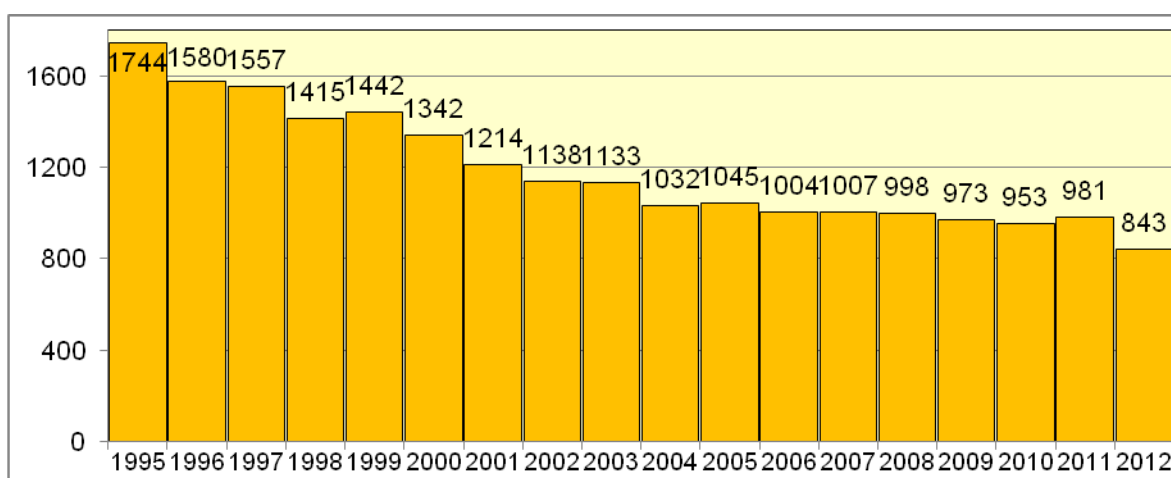
DO001	Graviditas extrauterina tubaria (I æglederen)
DO001A	Graviditas extrauterina tubaria rupta (bristet)
DO008	Ekstrauterin graviditet, andre former
DO008B	Graviditas cornualis (beliggende i hjørnet af livmoderen ved afgang af æglederen)
DO009	Ekstrauterin graviditet uden specifikation

Produktion

Det årlige antal patienter med x-uterin graviditet er faldet stødt gennem seneste 18 år (**Fig. 3.1**). Med omkring 90.000 årlige registrerede konceptioner, opstår der en x-uterin graviditet for hver ca. 100 graviditeter.

Fig. 3.1

Ectopic pregnancies in Denmark 1995-2012. N= 21,401



Antallet af kvinder med ekstrauterin graviditet på de forskellige afdelinger fremgår af **Fig. 3.2**. Af de 985 tilfælde i 2012 er de 975 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: >85%.

Andelen af kvinder som er undergået hhv laparoskopisk operation, åben operation og ingen operation gennem perioden 1996-2012 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 2012. Samtidig er andelen af de opererede, som er blevet det laparoskopisk steget fra 61% i 1996 til 92% i 2012 (**Fig. 3.5**).

Altså solid forbedring set over en længere årrække, men også en klar forbedring gennem de seneste år.

Fig. 3.2 Ectopic pregnancies at different departments in DK in 2012. N=839

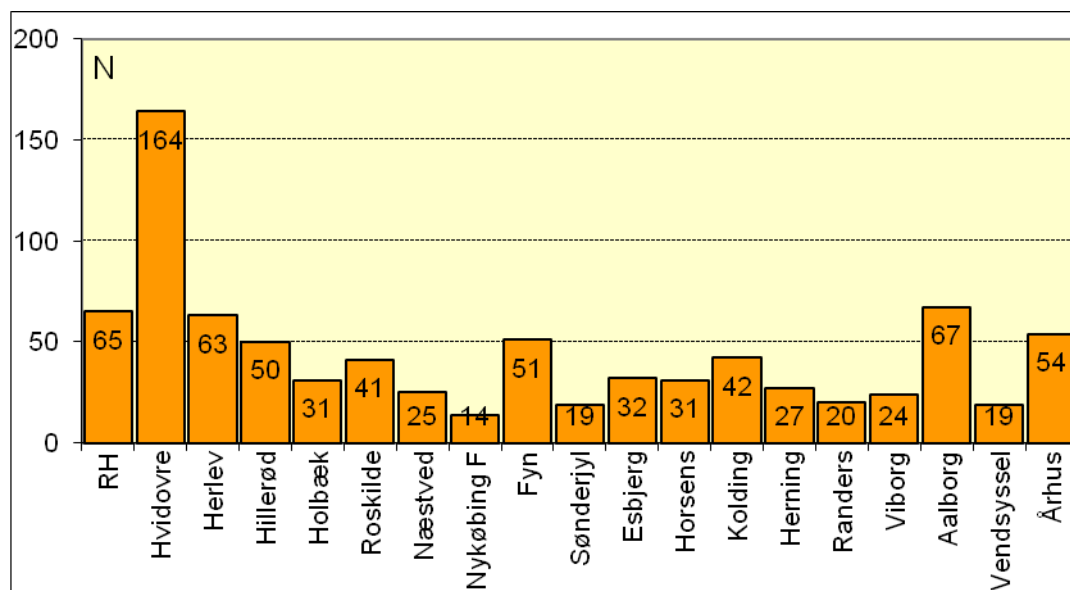
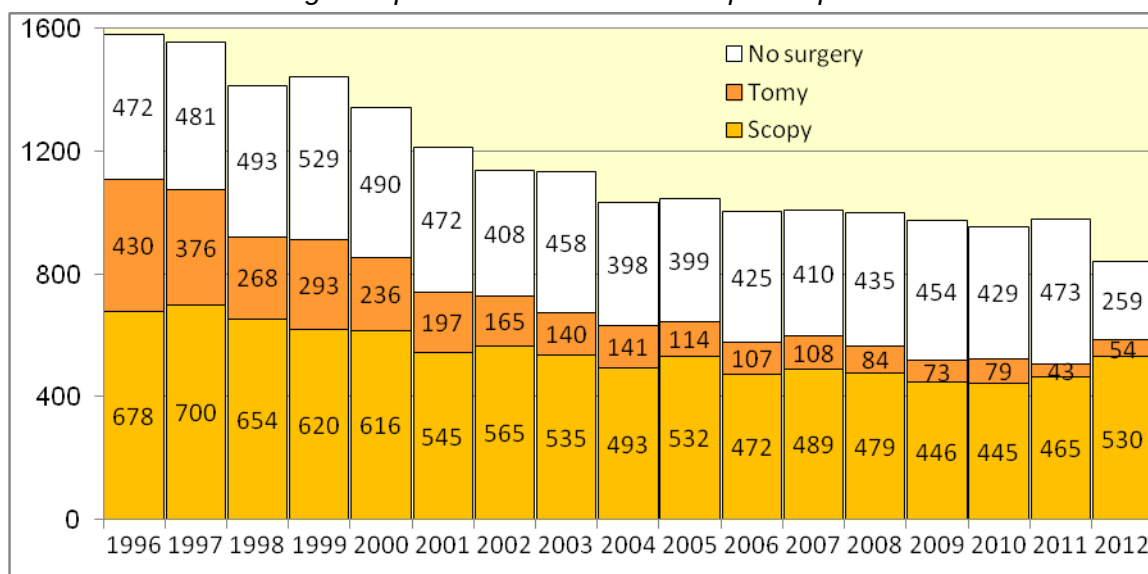


Fig. 3.3 Ectopic pregnancies undergoing laparoscopy, laparotomy and no surgery through the period 1996-2012. Lower part in per cent.



Same in per cent

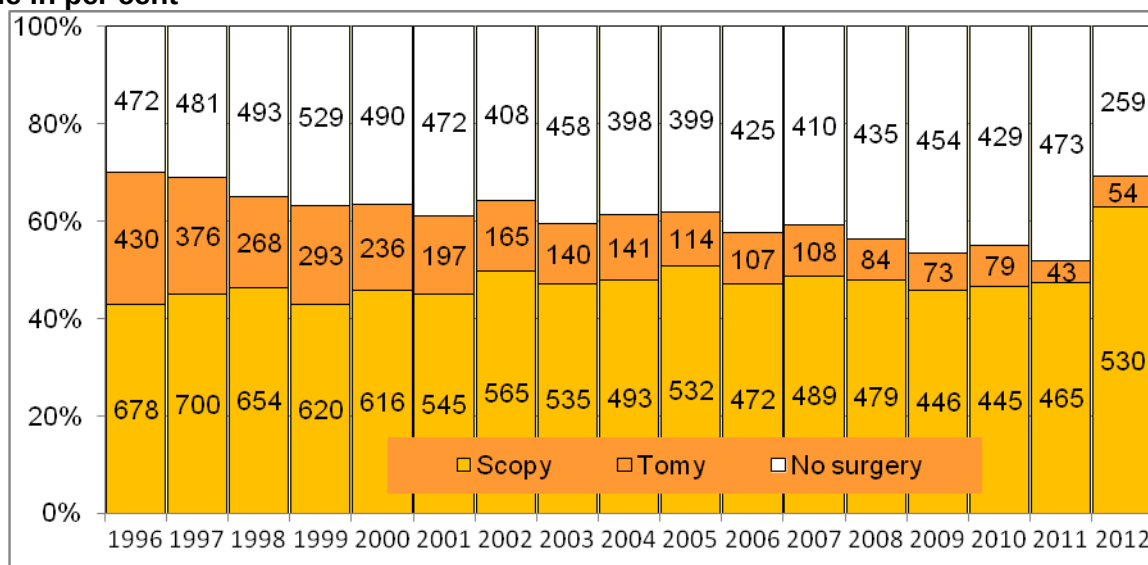
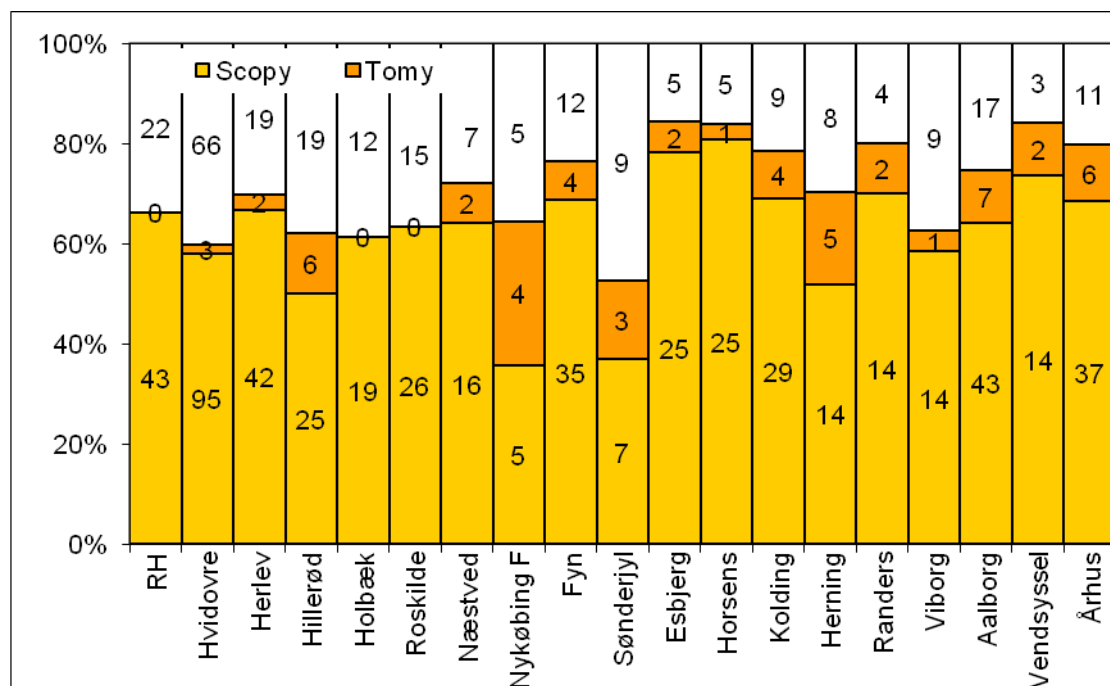


Fig. 3.4 Ectopic pregnancies undergoing laparoscopy, laparotomy or no surgery at different departments in 2012. Absolute numbers indicated in columns.

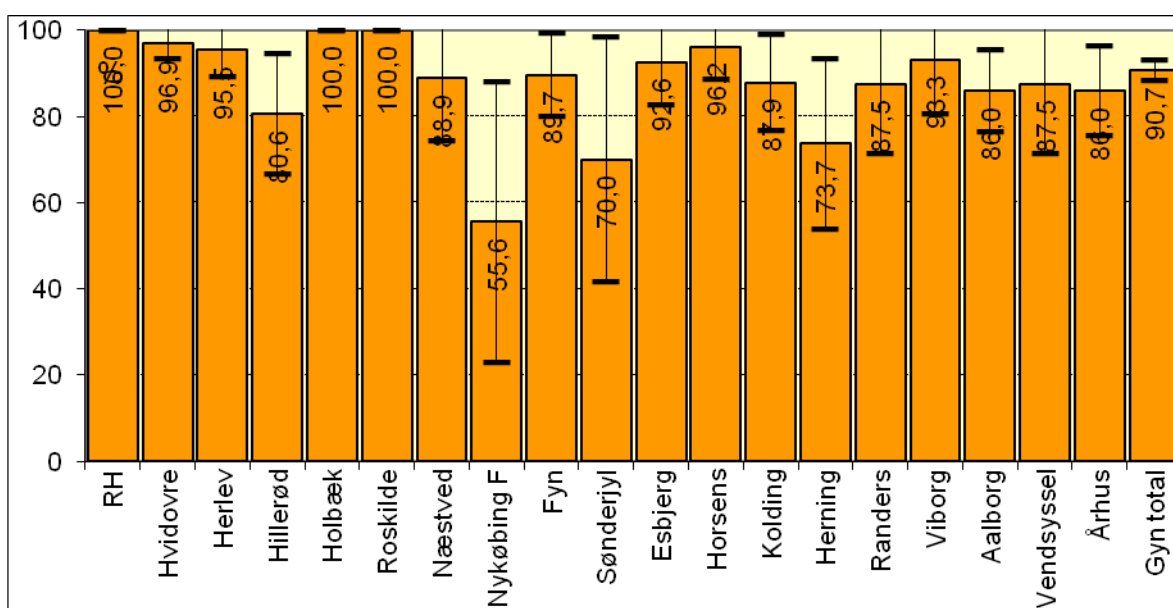


I 2012 var der stadig forskel i operationspraksis på de forskellige afdelinger, hvilket fremgår af **Fig. 3.4**. Andelen af kvinder med x-uterin graviditet som opereres på forskellige afdelinger varierer fra 52% i Sønderjylland til 84% i Esbjerg. Vi må antage, at en væsentlig del af de, som ikke opereres på de enkelte afdelinger, behandles medicinsk med methotrexat, til trods for at kun 13 kvinder er registreret med denne behandlingskode i 2012, et fremskridt fra sidste års tre.

Andel opererede ligger under standarden på 70% på 10 ud af 19 afdelinger (**Fig. 3.4**)

Fig. 3.5 (Indikator 7)

Proportion of laparoscopy in surgically treated women with ectopic pregnancy 2012
95% confidence limits indicated.



Andelen af laparoskopisk opererede ud af alle opererede ligger i 2012 på i gennemsnit 90,7%, med en variation der spænder fra 56% i Nyk. Falster til 100%. Femten ud af 19 afdelinger opfylder standarden på 85% laparoskopisk opererede ud af alle opererede (**Fig. 3.5**).

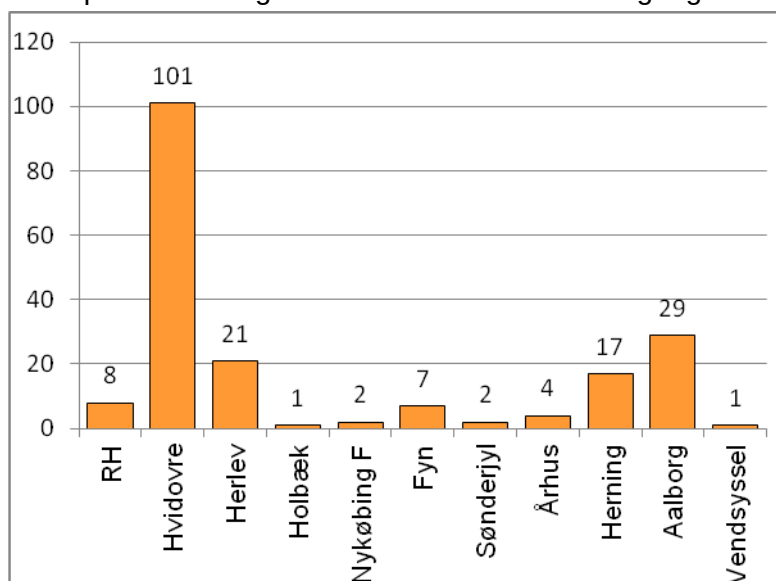
3.6 Graviditet med ukendt lokalisation (PUL = pregnancy unknown localisation)

Den nye PUL kode DO022 blev introduceret primo 2012 og har været anvendt i alt 193 gange (med restriktion på 12 uger) i 2012.

Figuren viser stor variation i graden af anvendelse, med Hvidovre som de, der først og mest har anvendt denne kode i 2012. En del afdelinger har slet ikke anvendt den.

Hvad kan vi gøre bedre?

Der var i 2012 tretten kvinder, som var kodet med en medicinsk behandlingskode (BKHE0 eller BKHE8). Disse koder anvendes langt fra konsekvent, når der effektueres medicinsk behandling. Det bør fremover tilstræbes, at disse koder anvendes, når kvinderne behandles medicinsk, både primært og sekundært.

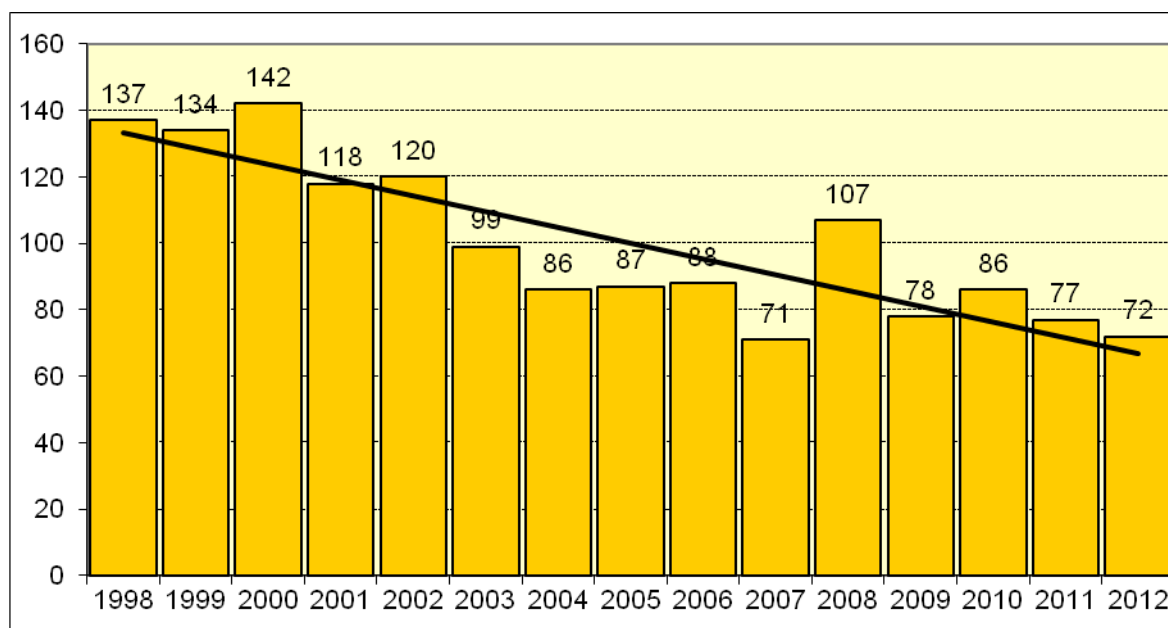


PS. Operationstallene for kvinder med ekstrauterin graviditet er steget lidt på nogle afdelinger siden første udgave. Det skyldes at vi i nuværende opgørelse ikke har krævet at gestationsalderen var registreret, det gjorde vi i første udgave.

4. Mola hydatidosa

Antallet af kvinder med mola hydatidosa (i det følgende blot mola) er halveret gennem seneste 14 år (Fig. 4.1).

Fig. 4.1 *Number of women with hydatidiform mole in DK 1998-2012. N=1,502*

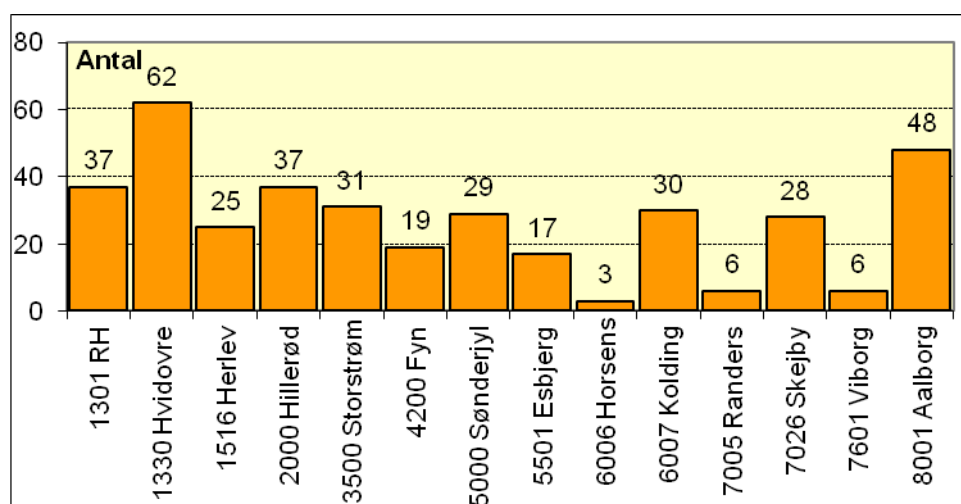


Der er i denne statistik anvendt en restriktion på 12 måneder, således at en given kvinde kun kan tælle én gang inden for en 12-måneders periode.

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 2008-2012. N=405

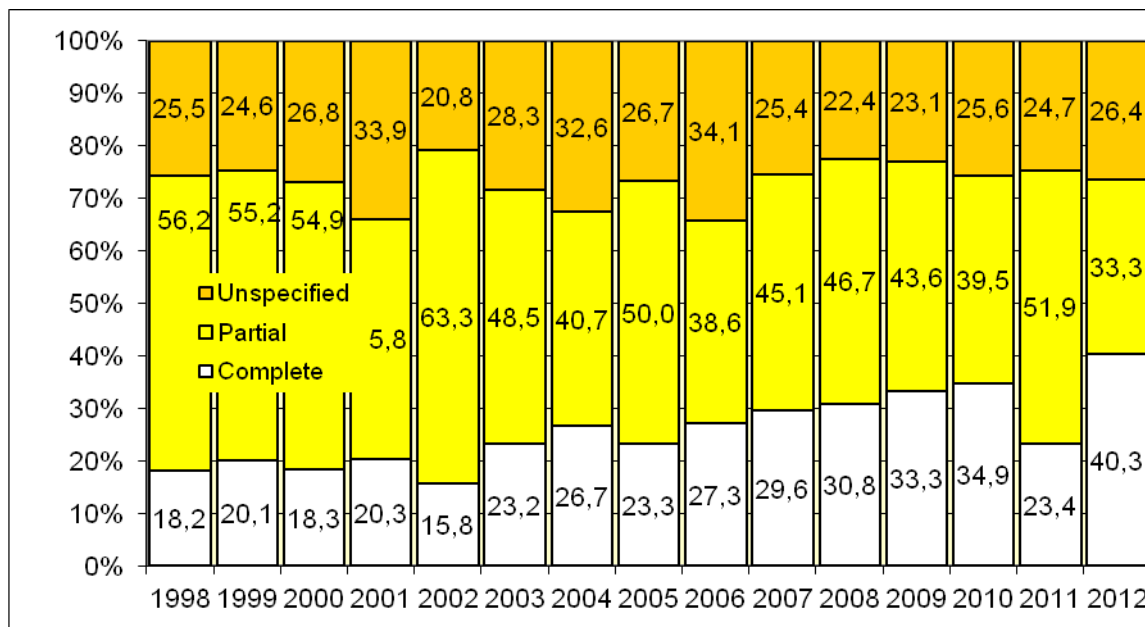


Udviklingen i typen af mola fremgår af **Fig. 4.3**

Fig. 4.3

Distribution of complete, incomplete and unspecified hydatidiform mole

in Denmark 1998-2012. N=1,501



Det fremgår, at andelen af komplet mola er øget gennem perioden mens partiel og uspecificeret mola er faldet. Det absolutte antal komplette mola har imidlertid ligget nogenlunde konstant på omkring 25 pr. år. Så hele faldet i antallet af mola over seneste 15 år kan tilskrives et fald i antallet af partielle og uspecificerede mola.

Reduktion i antallet af partielle mola kan hænge sammen med, at man ved tidlig medicinsk behandling af provokeret abort kan komme til at behandle nogen som havde partiel mola. Da der ikke tilvejebringes mikroskopi på disse aborter, som tit foregår i eget hjem, stilles diagnosen derfor aldrig. Da recidiv risikoen ved partiel mola er lille, og patienterne med genopblussen vil bløde og stige i s-hCG udgør dette ikke noget væsentligt klinisk problem, idet patienterne vil henvende sig med disse klager.

Af de 72 kvinder med mola i 2012 havde 29 (40%) komplet mola, 24 (31%) partiel mola, og 18 (27%) havde uspecificeret mola.

Antallet af patienter med mola på de enkelte afdelinger muliggør ikke afdelingsspecifik opgørelse af kvalitet for et 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 evakuatio uteri. Standard: >94%

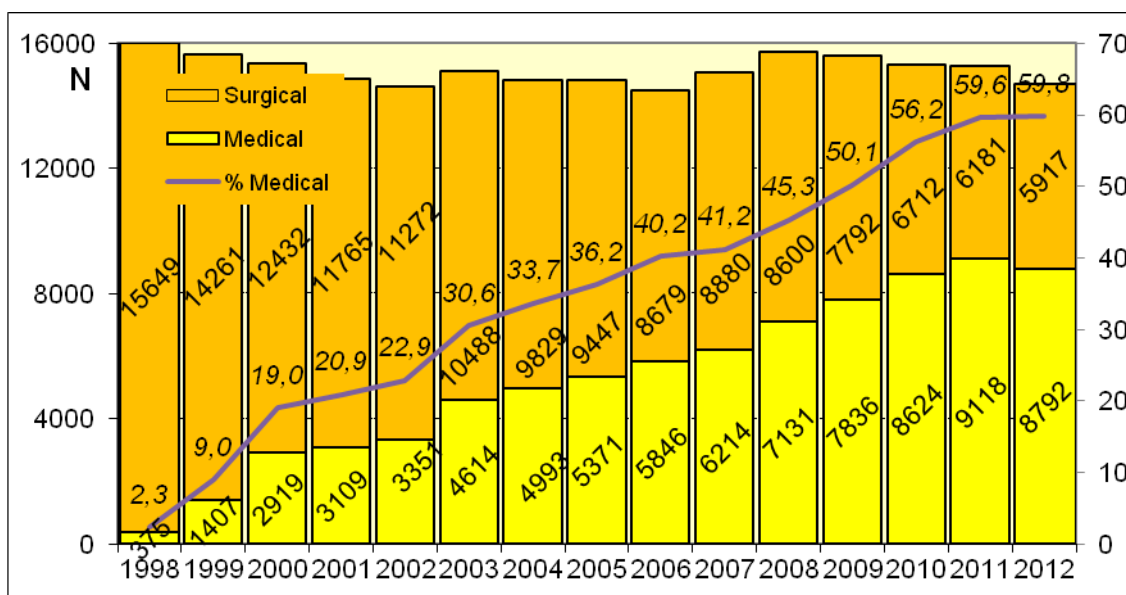
Indikator 10: Andel af kirurgisk behandlede, som må re-evakueres. Standard: <4%

Produktion

Antallet af provokerede 1. trimester aborter er gennem seneste ti år faldet fra 16.024 årlige tilfælde i 1998 til nu 14.709 (**Fig. 5.1**).

Fig. 5.1

*Medical and surgical 1st trimester abortion in DK 1998-2012 (Y1) and
per cent of medical abortions (Y2). N=227,604*



Det fremgår, at andelen af medicinsk inducerede aborter har været stødt stigende og nu udgør knapt 60% af alle første trimester aborter.

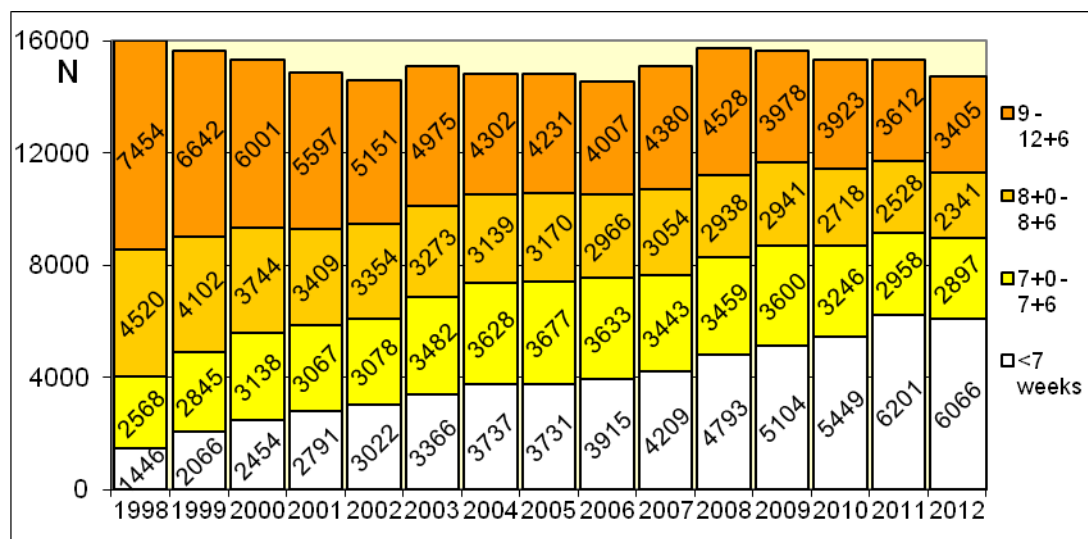
Samtidig er tidspunktet for første trimester aborterne rykket nedad hvad angår tidspunktet for disse (**Fig. 5.2**). Det fremgår at 62% af aborterne nu foregår inden 8 uger, mens den tilsvarende andel i 1998 var mindre end 25%. Og andelen stiger hvert år. Dette er udtryk for både en tidligere henvisning 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.

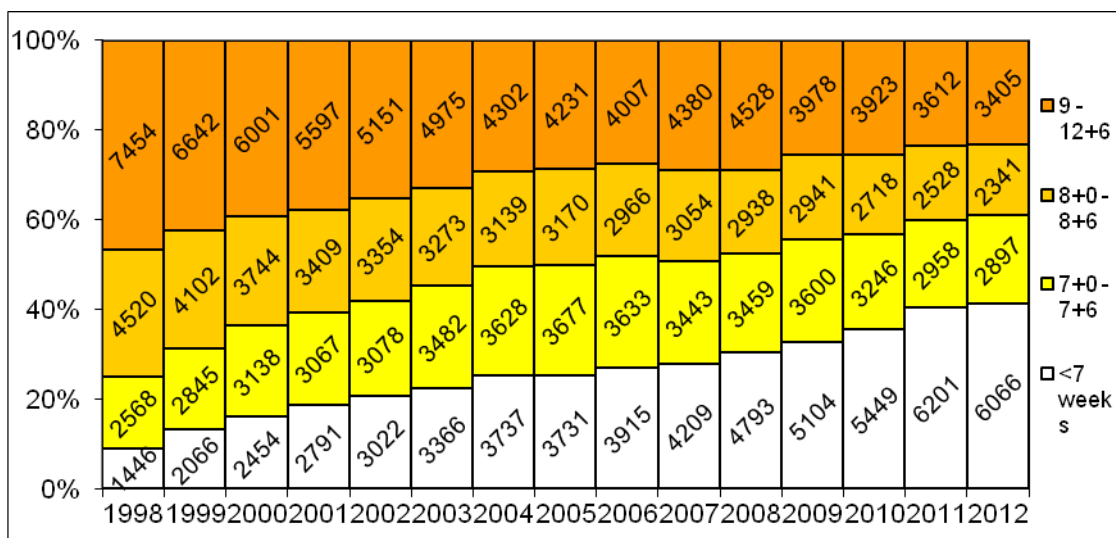
Fig. 5.2

Distribution of gestational age at admission with 1st trimester abortion in DK 1998-2012

N=227.452. 152 with unknown GA not included.



Same in per cent distribution

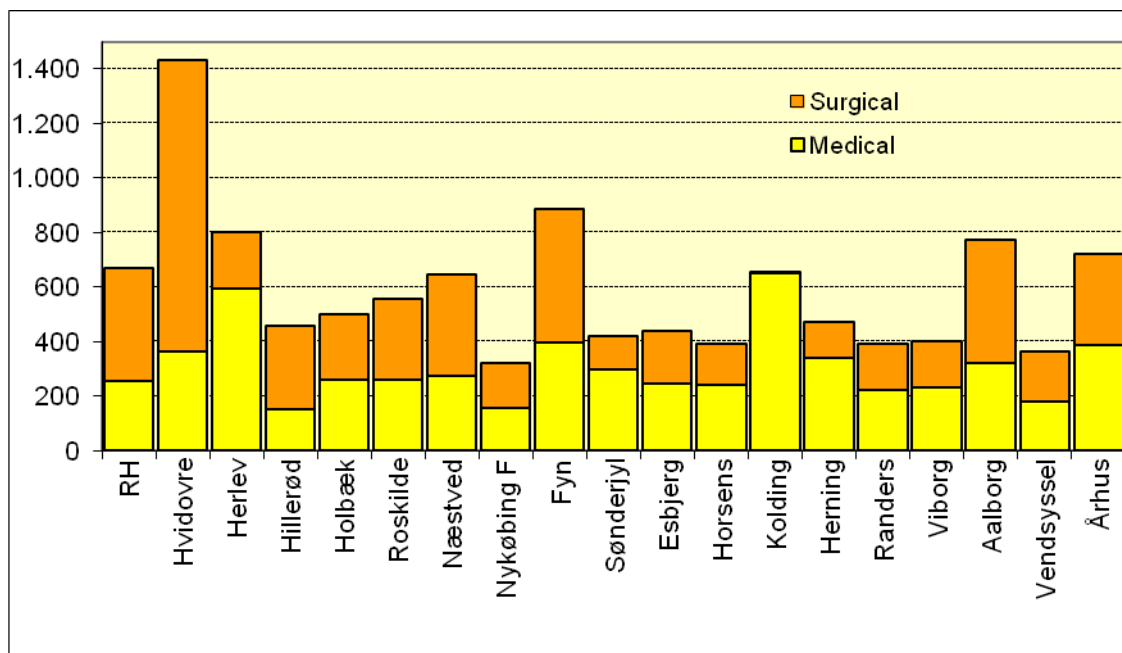


Antallet af kirurgiske hhv medicinske aborter på de enkelte afdelinger i 2012 fremgår af **Fig. 5.3**. Der er en ganske stor konsistens i de enkelte afdelingers praksis fra år til år, og der er ganske stor variation i praksis mellem de forskellige afdelinger, men alle på nær en enkelt afdeling (Hvidovre) har i dag over 30% medicinske aborter. Fire afdelinger har flere end 60% medicinske aborter. De praktiserende speciallæger varetager nu 3.270 årlige 1. trimester aborter heraf 3.139 (96%) medicinske aborter, som derved mindsker sygehusenes medicinske andel, som ikke desto mindre er steget. Hvis man sætter en standard på mindst 40% medicinsk inducerede provokerede aborter, opfylder 16 ud af 19 afdelinger denne standard. Endelig skal for Hillerød bemærkes, at en væsentlig del af de medicinske aborter, som henhører til dette sygehus, foregår i speciallægepraksis.

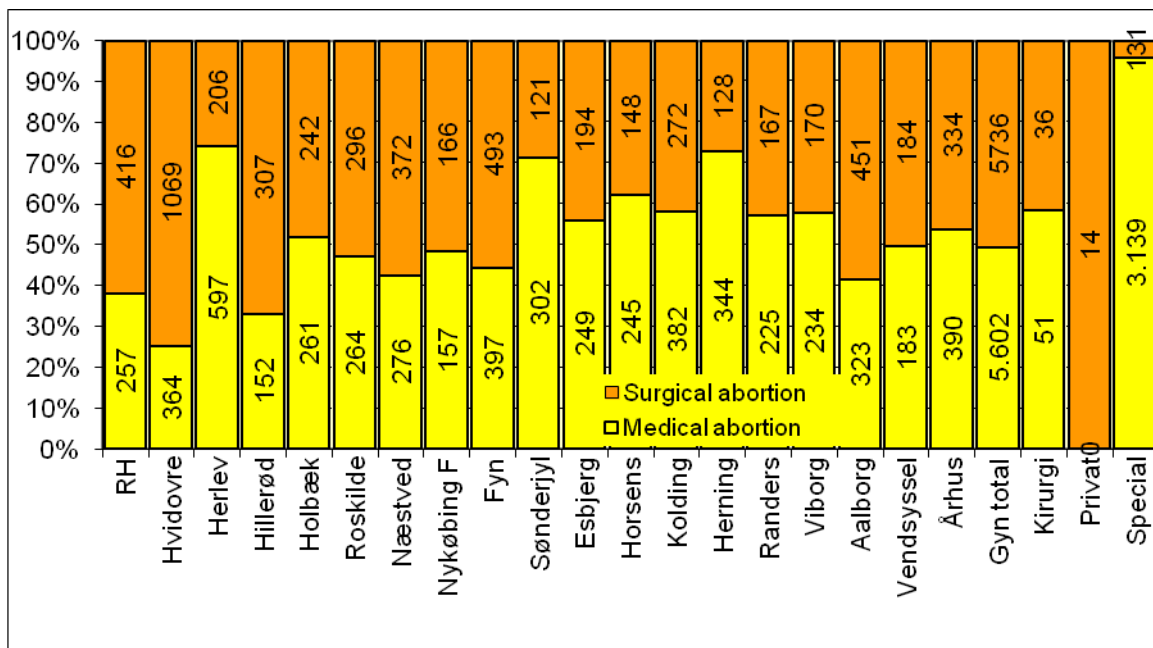
Når vi anbefaler medicinsk induktion ved de tidlige graviditeter skyldes det, at risikoen for efterfølgende infektion er halvt så stor ved medicinsk induktion som ved kirurgisk tømning. Dette skal dog opvejes mod en større risiko for blødningskomplikationer ved de medicinsk inducerede aborter. Da denne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

Fig. 5.3 Medically and surgically induced 1st trimester abortion in DK in 2012

Surgical: N=5,917, medical: N=8.792



Same in per cent



Kirurgisk evakuatio efter medicinsk induceret provokeret abort

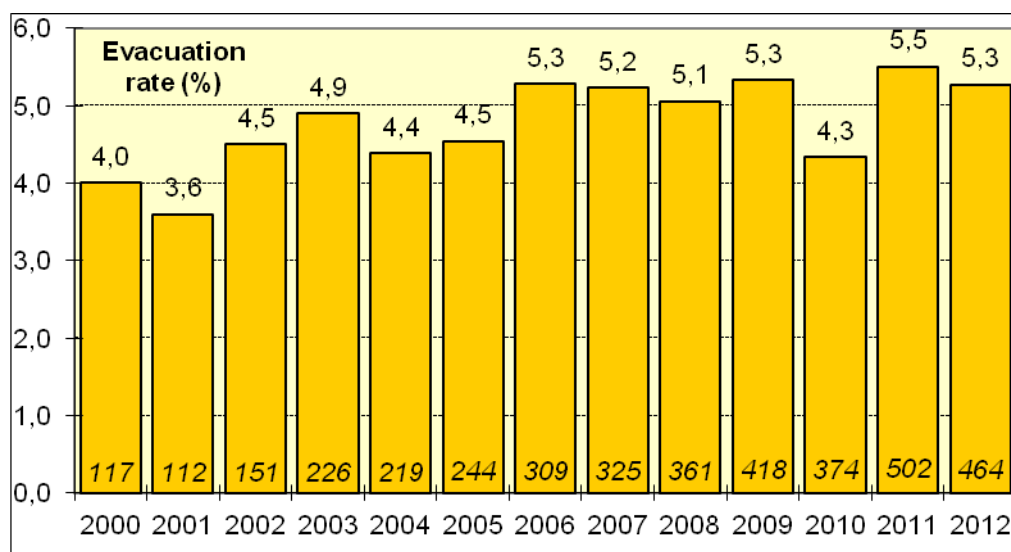
Det er et klinisk skøn, hvornår der skal gennemføres kirurgisk tømning af uterus efter medicinsk induceret provokeret abort. Indikationen kan være blødning, retineret væv og/eller infektion.

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 omkring 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 2000-2012.

N=78,111, n= 3,822. Absolute number of evacuated indicated in bottom of each column.



Det fremgår af **Fig. 5.5**, at andelen af kvinder, som må kirurgisk evakueres efter forsøg på medicinsk abort varierer en del mellem afdelingerne. Samlede gennemsnit ligger på 5,3%, men med en variation på mellem 3,6% i Skejby til 10,1% på Fyn. Hvis man sætter en standard på 6% opfylder i år 8 ud af 15 afdelinger denne standard. Det samme gør de praktiserende speciallæger. Vi har i 2012, efter at guideline nu anbefaler 0,8 mg misoprostol ved medicinsk ab. Prov, oplevet en reduktion i evakuatio efter medicinsk induktion på ½%.

Re-evakuatio efter kirurgisk abort

Også kirurgisk induceret provokeret 1. trimester abort er genstand for komplikationer, som nødvendiggør re-evakuatio. 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 1998-2012 fremgår af **Fig. 5.6**

Fig. 5.5 (Indikator 9)

*Proportion (%) of medically treated 1st trimester abortions that is undergoing evacuation at different departments in 2012. N=8,792, n=464
95% confidence limits indicated*

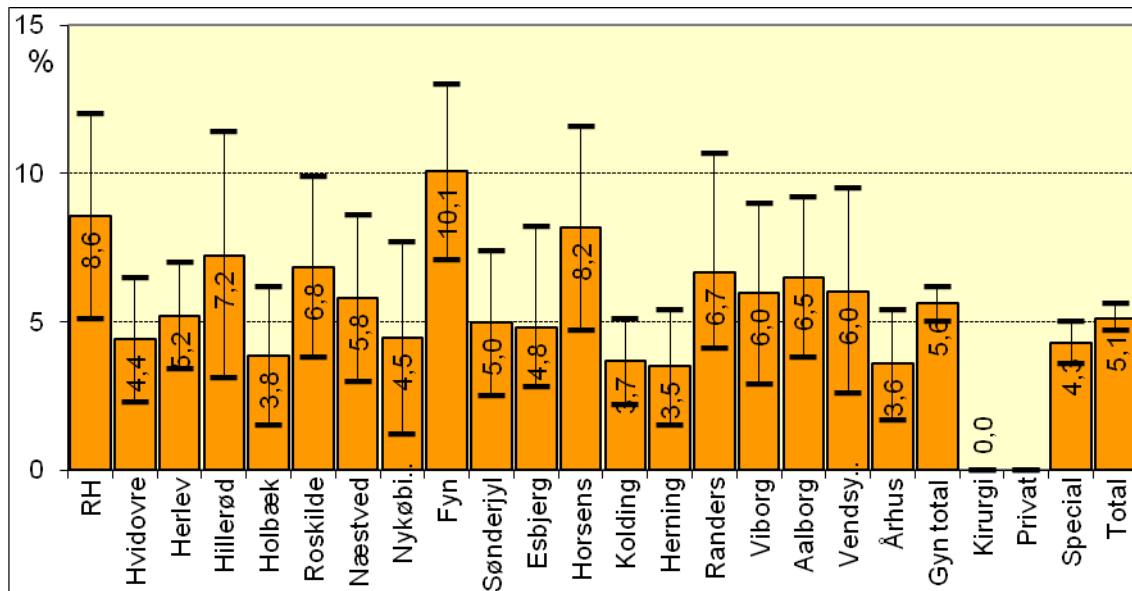
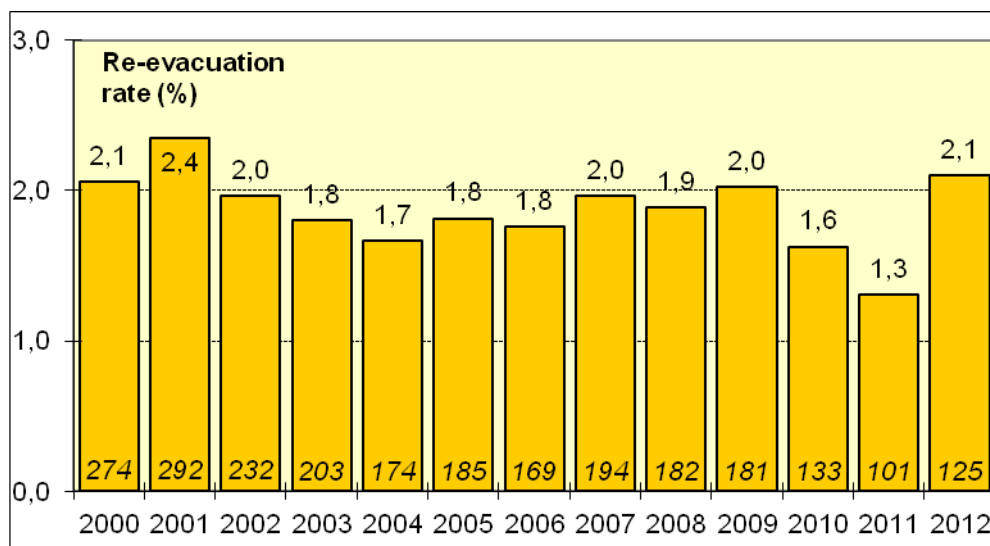


Fig. 5.6

*Re-evacuation after surgical 1st trimester abortion during 2000-2012
N=117,994 n=2,445*



Det fremgår, at denne andel har ligget nogenlunde konstant på omkring 2% gennem seneste årti, og ligger på 2,1% i 2012 og dermed pænt under standarden på 3%.

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.

Det blev i september 2011 besluttet at anbefale 0,8 mg misoprostil ved medicinsk provokeret abort i 1. trimester. Dette har reduceret evakuatio-raten ved medicinsk abort fra 5.6% til 5.1% i 2012..

Infektion efter provokeret abort.

Der er i 2012 registreret 61 ud af 8.555 eller 0,7% med indlæggelseskrævende infektion efter medicinsk abort med GA under 9 uger. Tilsvarende tal for kirurgiske med samme GA er 44 tilfælde ud af 2.661 eller 1,6% 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

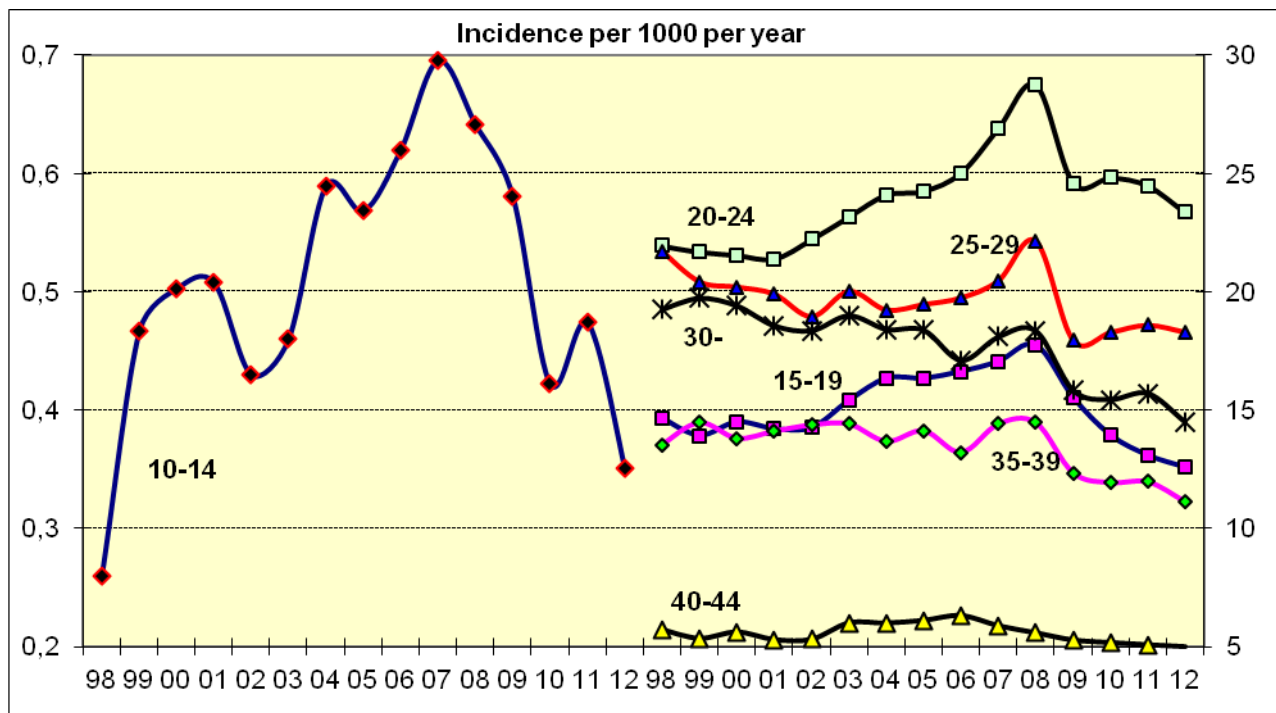
Vi har udarbejdet en aldersspecifik statistik over udviklingen i provokerede aborter gennem seneste 15 år.

Der ses en forskellig udvikling i hyppigheden af provokerede aborter således at de yngre kvinder har haft en stigende hyppighed af aborter frem til omkring 2008, 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 imidlertid vendt for kvinder under 20 år, mens kvinder i alderen 20-29 år har oplevet nogenlunde stabile rater fra 2009.

Der er i år gennemført en revision af statistikken for alle årene, hvilket har ændret lidt ved raterne omkring 2007-2008. Det skyldes sent indberettede aborter fra nogle speciallægepraksis og etablering af ens befolkningsstatistik for alle årene.

Fig. 5.7 Age specific incidence rate of induced abortions in Denmark 1998-2012.
Incidence given per 1000 per year in each age group.



6. Abortus provokatus, andet trimester.

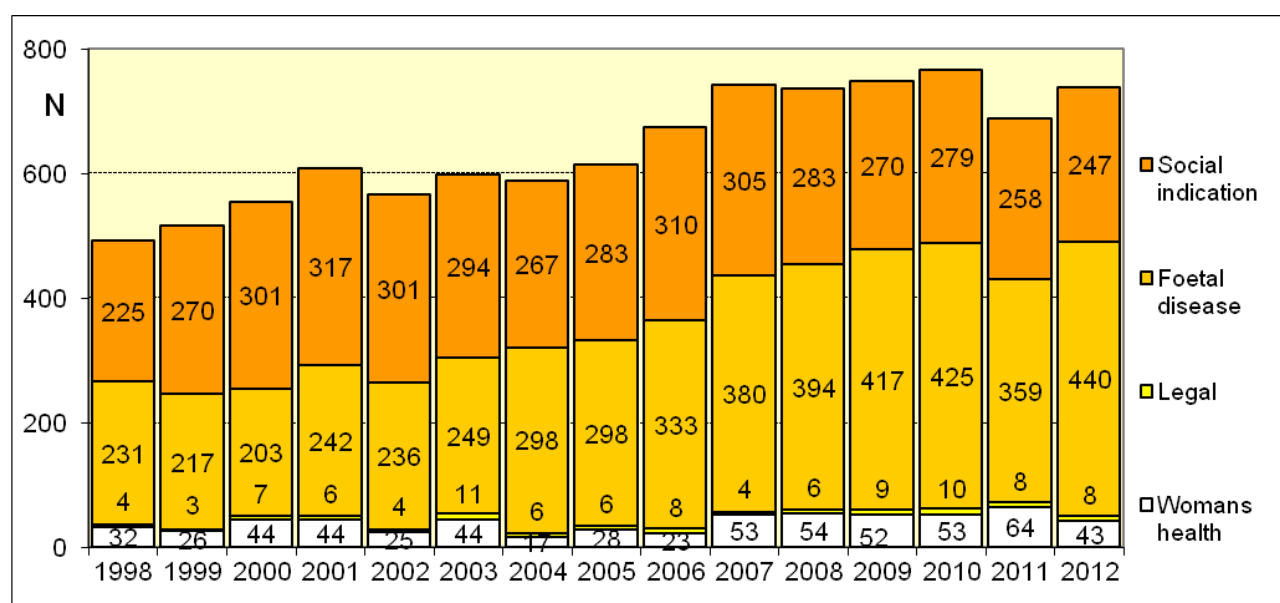
Kvalitetsindikatorer

Kvalitet inden for dette område handler om korrekt kodning og 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 evakuatio uteri forbundne risici.

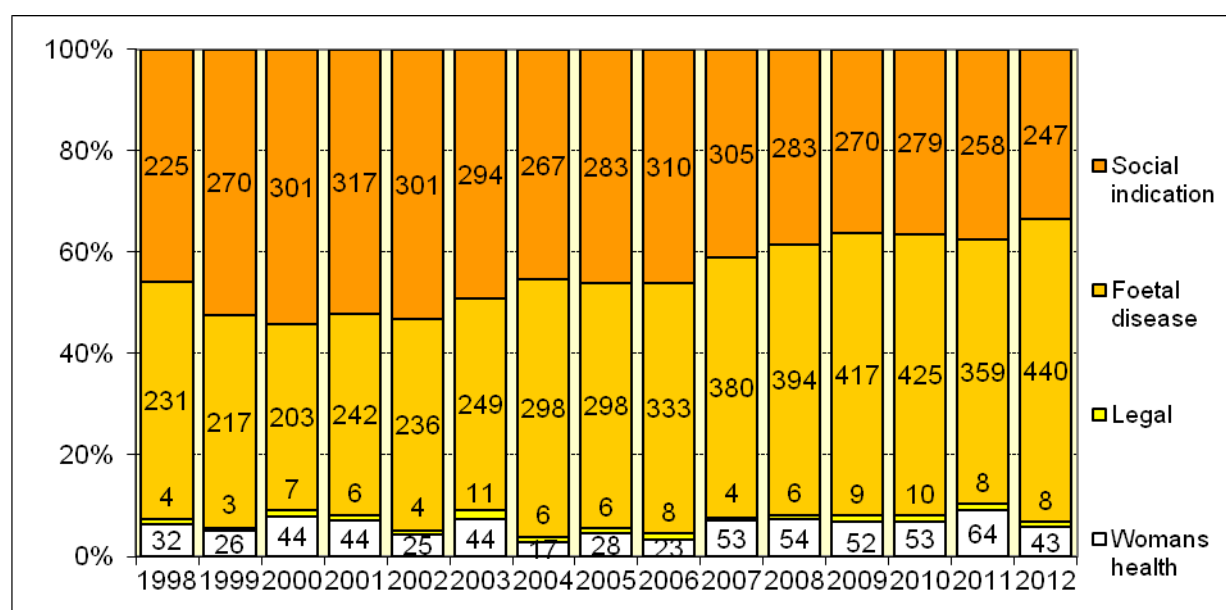
Kvalitetsindikator: Andel med 2. trimester abort som evakueres. Standard: <50% i gennemsnit, og siden 2011 har standarden været <50% for de enkelte afdelinger.

Produktion

Fig. 6.1 Induced 2nd trimester abortion in Denmark 1998-2012 after indication. N=9,634



Same in per cent



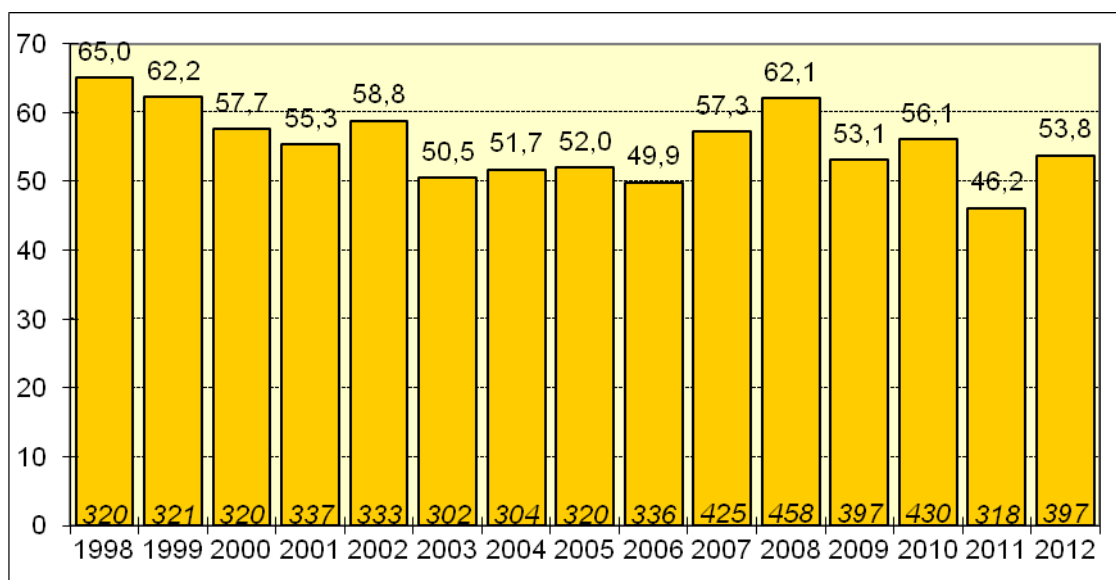
Der er gennemført et med årene stigende antal 2. trimester provokerede aborter frem til 2010 med et mindre fald herefter (**Fig. 6.1**). Det fremgår af figuren, at stigningen fra 2002 alene skyldes en stigning i antallet af provokerede aborter på føtal indikation, som i dag udgør indikationen for 60% af alle anden trimester aborter. Den anden hovedindikation er sociale omstændigheder, mens hensynet til kvindens helbred og kriminel baggrund for graviditeten tilsammen udgør 7% 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 at ligge på 53,8% (**Fig. 6.2**). Her er 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 1998-2012, N= 9,633, n=5,318*



Det kniber fortsat med at få registreret de medicinske behandlingskoder.

Ser vi på andelen af evakuerede på de enkelte afdelinger, har vi i år valgt at lægge de provokerede aborter sammen med missed abortion, og resultaterne ses i **Fig. 2.6** (side 25)

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

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 kun de med rigelig blødning eller en ikke hel kvitteret moderkage.

7. Kodning ved tidlig graviditet.

Det er jo egentlig så enkelt, og alligevel er kodekvaliteten i forbindelse med tidlig graviditet langt fra fejlfri. Tre ting kan bidrage til at højne kodekvaliteten 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. 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 re-evakuatio 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.

Spontan abort og missed abortion

- At man ikke skelner mellem komplet (DO039) og inkomplet (DO034) spontan abort.
- At diagnosekoden ved evakuatio 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)
- At man ikke angiver gestationsalder i forbindelse med indberetningen.

Disse fejl udgør hovedparten af aktuelle kodefejl i forbindelse med tidlig graviditet.

8. Publikationer og studier

Der er i 2012-13 gennemført flere store landsdækkende studier hvor tigrab-data er anvendt:

Rie Adser Virkus afsluttede i 2012 sin PhD i Hillerød vedrørende venøs trombose blandt gravide kvinder. Tigrab's database over graviditeter blandt kvinder i Danmark har været udgangspunkt for populationen i dette studie, som foreløbig har kastet en publikation af sig:

Virkus RA, Løkkegaard ECL, Bergholt T, Mogensen U, Langhoff-Roos J, Lidegaard Ø. Venous thromboembolism in pregnant and puerperal women in Denmark 1995-2005. *Thromb Haemost* 2011; 106: 304-9.

Så er der gennemført en række studier vedrørende hormonel kontraception og tromboemboliske sygdom, hvor Tigrab's graviditetsdata er anvendt:

Lidegaard Ø, Nielsen LH, Skovlund CW, Skjeldestad FE, Løkkegaard E. *Risk of venous thromboembolism from use of oral contraceptives containing different progestogens and oestrogen doses: Danish cohort study, 2001-9*. *BMJ*. 2011; 343: d6423.

Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Lidegaard Ø, Mortensen PB. *Induced first-trimester abortion and risk of mental disorder*. *NEJM* 2011; 364: 332-9. [pdf](#).

Lidegaard Ø. *Early pregnancy and abortion. Annual report for 2011*. National clinical quality database. [Danish] Tigrab-KD. www.tigrab.dk. (sidste års rapport)

Lidegaard Ø, Nielsen LH, Skovlund CW, Løkkegaard E. *Venous thrombosis in users of non-oral hormonal contraception: follow-up study, Denmark 2001-10*, *BMJ* 2012;344:e2990. [pdf](#)

Wilson NM, Laursen M, Lidegaard Ø. *Oral contraception in Denmark 1998-2010*. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012; Apr 9. doi: 10.1111/j.1600-0412.2012.01416.x [pdf](#)

Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Jensen A, Skovlund CW, Keiding N. *Thrombotic stroke and myocardial infarction with hormonal contraception*. *N Engl J Med* 2012; 366: 2257-66 [pdf](#)

Lidegaard Ø, Milsom I, Geirsson RT, Skjeldestad FE. *Hormonal contraception and venous thrombosis*. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012; 91: 769-78 [pdf](#)

Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Lidegaard Ø, Mortensen PB. *First-time first-trimester induced abortion and risk of re-admission to a psychiatric hospital in women with a history of treated mental disorder*. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69: 159-65. [pdf](#)

Lund M, Kamper-Jørgensen M, Nielsen HS, Lidegaard Ø, Andersen AM, Christiansen OB. *Prognosis for live birth in women with recurrent miscarriage: What is the best measure of success?* *Obstet Gynecol* 2012; 119: 37-43. [pdf](#)

Kårhus LL, Egerup P, Skovlund CW, Lidegaard Ø. *Reproductive long-term prognosis after a first ectopic pregnancy. A National controlled follow-up study*. *Hum Reprod* 2012. *Human Reproduction* 2013; 28: 241-6. [pdf](#)

Jensen HM, Grøn R, Lidegaard Ø, Pedersen LH, Andersen PK, Kessing LV. *Maternal depression, antidepressant use in pregnancy and Apgar scores in infants*. *Br J Psychiatry* 2013; 202: 347-51. [pdf](#)

Dalsgaard T, Hansen MVH, Hartwell D, Lidegaard Ø. *Reproductive prognosis in daughters of women with and without endometriosis*. *Hum Reprod* 2013; Advance access, May 21, 2013. [pdf](#)

Kårhus LL, Egerup P, Skovlund CW, Lidegaard Ø. *Impact of ectopic pregnancy for reproductive prognosis in next generation. A national controlled follow-up study*. Submitted

Egerup P, Kårhus LL, Skovlund CW, Lidegaard Ø. *The reproductive long-term prognosis in women with a first ectopic pregnancy has improved. A National controlled follow-up study*. Under udarbejdelse.

9. Opdaterede koder i forbindelse med abort

Abortus provokatus før udg. af uge 12

Medicinsk

	Diagnose	Beh.-kode
<i>Abortus provokatus før udg. af 12. uge. Jr.+Mifepriston</i>	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 0,4 mg	-	BKHD 411C
Misoprostoldosis 0,6mg	-	BKHD 411E
Misoprostoldosis 0,8mg	-	BKHD 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	KMBA 00
Evac. efter medicinsk abort gr. blødning	DO 08.1G	KMBA 00
Evac. Efter medicinsk abort pga on-going graviditet	DO 08.8J	KLCH 13

Kirurgisk

Abortus provokatus før udg. af 12. uge (journal)	DZ 324	ingen
Indlæggelse til expiratio e vacuo uteri (ukomplic.)	DO 049	KLCH 03
Re-evac. efter kirurgisk abort gr. retineret væv	DO 088L	KLWW00
Re-evac. efter kirurgisk abort gr. blødning	DO 081G	KLWW00
Re-evac. efter kir. abort pga. ret. væv + infektion	DO 080B	KLWW00
Re-evac. Efter kir. Abort pga on-going graviditet	DO 088K	KLWW00

Spontan abort/missed abortion

Komplet spontan abort uden evac., ukompliceret	DO 039	ingen
Inkomplet spontan abort uden behandling	DO 034	ingen
Evacuatio ved inkomplet spont. abort med infektion	DO 030	KMBA 00
Evacuatio ved inkomplet spont. abort med blødning	DO 031	KMBA 00
Evacuatio ved inkomplet spont. abort, ukompliceret	DO 034	KMBA 00
Evacuatio ved missed abortion	DO 021A	KMBA 00
Med. beh. (Misoprostol alene) inkomplet spontan abort	DO 034	BKHD 50
Med. beh. (Misoprostol alene) missed abortion	DO 021A	BKHD 50
Med. beh. (misoprostol alene) blighted ovum	DO 020	BKHD 50
Med. beh. (misoprostol) missed abortion	DO 02.1A	BKHD 50
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 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	

Graviditet uden kendt lokalisation (PUL)

Bekræftet graviditet med ukendt lokalisation (foreløbig kode)	DZ321L
Afsluttet graviditet med ukendt lokalisation (endelig diagnose)	DO022

10 Styregruppens medlemmer pr. maj 2013.

TIGRAB-KD styregruppe medlemmer pr. Maj 2013			
Navn	Stilling	Gyn-obs	E-mail
Christina Rørbye	1. rsl	Hvidovre	roerbye@dadlnet.dk
Gitte V. Eriksen	Overlæge	Skejby	gitte.eriksen@skejby.rm.dk
Pernille Ravn	Overlæge	Odense	Pernille.Ravn@ouh.regionsyddanmark.dk
Peter Helm	Overlæge	Hillerød	Peter.helm@mail.dk
Annemette Jørgensen	Overlæge	Aalborg	annemette.joergensen@rn.dk
Mette Schou Hammerum	Afd.læge	Herlev	hammerum@dadlnet.dk
Jan Schou	Overlæge	Svendborg	JaSc@shf.regionsyddanmark.dk
Ulla Breth Knudsen	Overlæge	Århus	ubk@dadlnet.dk
Øjvind Lidegaard*	Professor	RH	Lidegaard@dadlnet.dk
Huda Majeed	Overlæge	Randers	hudamaje@rm.dk
Troels K Thomsen	Overlæge	Esbjerg	tkt@dadlnet.dk
Henriette Jensen	Rsl	Hillerød	henjen@noh.regionh.dk
Agnete Vedsted-Jakobsen	Praksis	Hillerød	avj@slotsgyn.dk
Maria Lippa	Rsl	Holbæk	lippamaria@yahoo.de
Trine Hyttel	Rsl	Vendsyssel	trinehyttel@gmail.com
Louise Klitkou	Rsl	Aalborg	louise.klitkou@rn.dk
Solveig Brixen Larsen	Ovl	Hillerød	brixen@dadlnet.dk
Ole Sandstrøm	Afd.læge	RH	osa@dadlnet.dk
Henriette Strøm Jensen	Rsl	Hjørring	hestje@rn.dk
Anne Hammer Lauridsen	Rsl	Herning	anne_hammer@hotmail.com
Marie Louise Shee Nielsen	Konsulent	KCKS øst	marie.louise.nielsen@rh.regionh.dk

* Tovholder