

Tidlig graviditet og abort 1998-2007

**Årsrapport for året 2007 fra TiGrAb-KD
samt 10-års oversigt**

Landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase

Christina H Vestergaard,

Øjvind Lidegaard,

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

Indhold

Forord	3
1. Tilgrundegået graviditet 1. trimester	5
1.1 Spontan abort, 1. trimester	7
1.2 Missed abortion, 1. trimester	9
2. Tilgrundegået graviditet, 2. trimester	13
2.1 Spontan abort, 2. trimester	14
2.2 Missed abortion 2. trimester	16
3 Ekstrauterin graviditet	18
4 Mola hydatidosa	21
5 Provokeret abort 1. trimester	22
6 Provokeret abort 2. trimester	27
7 Kodevejledning	30
8 Konklusion og anbefalinger	31
9 Kodeark	33

Forord

Med denne årsrapport gør vi status over seneste ti års kliniske praksis inden for tidlig graviditet på landets gynækologisk-obstetriske afdelinger alene ud fra data hentet i landspatientregisteret (LPR).

Samtidig er rapporten den anden årsrapport for TiGrAb-KD, vores landsdækkende kliniske kvalitetsdatabase, som løbende afrapporterer aktuelle produktions- og kvalitetsmål på afdelingsniveau. Vi har i år valgt også at bringe en ti-års oversigt dækkende perioden 1998-2007. Vi har i disse statistikker taget udgangspunkt i den administrative opdeling som eksisterer i 2008. Det betyder at tidligere selvstændige afdelinger er lagt til den afdeling, som de senere administrativt blev fusioneret med. Derfor hedder det nu fx Frederiksborg, og ikke Hillerød, og alt hvad der i tidligere år foregik på Helsingør og Hørsholm, figurerer under Frederiksborg.

Når vi allerede nu opgør data for 2007, skal disse resultater opfattes som foreløbige, da ikke alle afdelinger har færdigregistreret deres aktiviteter for 2007. Erfaringen viser dog, at de ændringer som finder sted når de "endelige" data foreligger er beskedne.

Der vil fremover årligt blive udarbejdet en årsrapport, som dels beskriver forgangne års resultater, men også (som denne rapport) sætter dem i relation til resultaterne de forudgående år.

Denne samlede årsrapport vil blive suppleret med del-resultater som publiceres på www.tigrab.dk. I løbet af 2008 vil TiGrAb-KD blive koblet op på analyseportalen, hvorefter de enkelte afdelinger vil kunne trække deres egne løbende opdaterede data ud.

Der er tale om aktiviteter, som omfatter mere end 30.000 kontakter pr. år på de gynækologiske afdelinger, og som derfor udgør 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, ansat Christina H Vestergaard, som er folkesundhedsvidenskabskandidat, på fuldtid. Christina sidder fysisk i Sundhedsstyrelsen, og gennemfører løbende de mange udtræk for TiGrAb-KD. Vi opnår derved både at kunne kvalificere vores udtræk, drage nytte af de erfaringer der indhentes på området for de fremtidige udtræk, samtidig med at leveringstiden efterhånden bliver kort og effektiv. Set fra Sundhedsstyrelsens perspektiv opnås dels en væsentlig aflastning af deres forskerservice-afdeling, dels skabes kontakt mellem klinikerne og statistisk enhed, som er til gavn for begge parter.

Det skal hverken skjules eller benægtes, at statistikker baseret på udtræk fra LPR rummer mange faldgrupper. 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 fejlkodninger, 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.

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

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

Vi kan også 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.

Vi har i år også kunnet gennemføre egentlige videnskabelige forskningsprojekter. Det er sket inden for området prænatal diagnostik, hvor vi i samarbejde med Ann Tabor her opgjort ændringerne i den prænatale praksis i Danmark fra 1998 til 2006, og fået analyseret hvordan disse ændringer har påvirket detektion af trisomier (13, 18 og 21) prænatalt. Resultaterne vil blive lagt på hjemmesiden, så snart de tre videnskabelige artikler er antaget til publikation.

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

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

Vi ser frem til de kommende års samarbejde.

På styregruppens vegne,

Christian H Vestergaard og

Øjvind Lidegaard

1. Tilgrundegået graviditet 1. trimester

Området omfatter diagnoserne

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

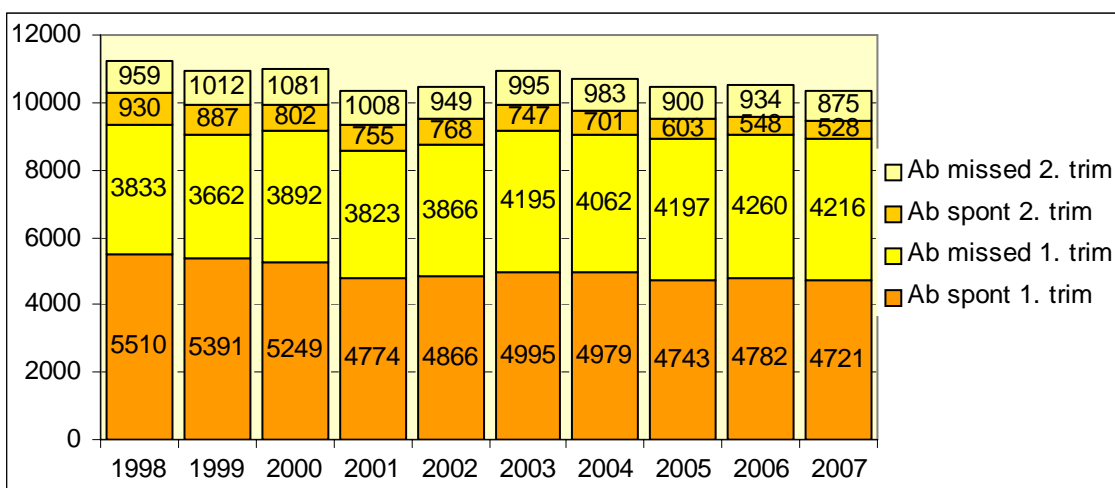
Vi vil som i den angelsaksiske litteratur kalde alle disse tidlige tilgrundegåede graviditeter for miscarriages.

Miscarriages i Danmark 1998-2007

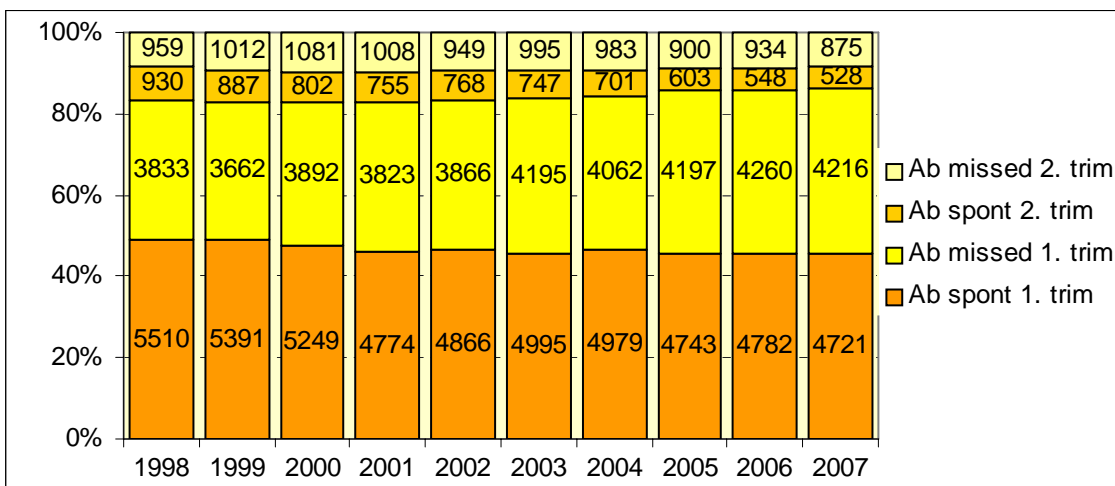
Antallet af kvinder med registreret med tilgrundegået graviditet i første trimester andrager nu omkring 9.000 pr. år, mens miscarriages i 2. trimester udgør omkring 1.400 pr. år, eller i alt 10.400 om året (**Fig. 1.1**). Den reelle forekomst er større, idet en del tidlige aborter enten ikke opfattes som abort af kvinden selv, eller færdigbehandles i almen praksis. Mens antallet af første trimester miscarriages faldt gennem studieperiode, steg antallet og dermed andelen af missed abortion fra 41% i 1998 til 47% i 2007.

Fig. 1.1

Miscarriages første trimester i Danmark 1998-2007. N=106.981



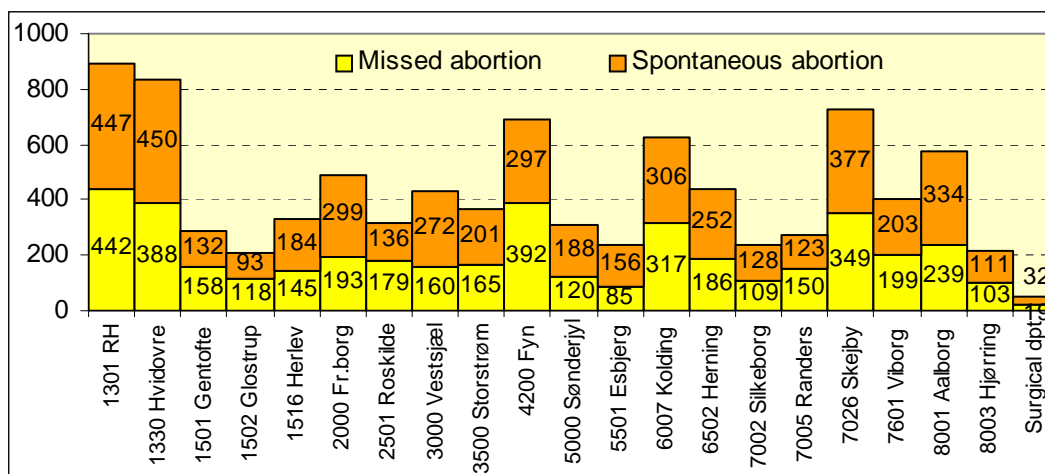
Samme i procent



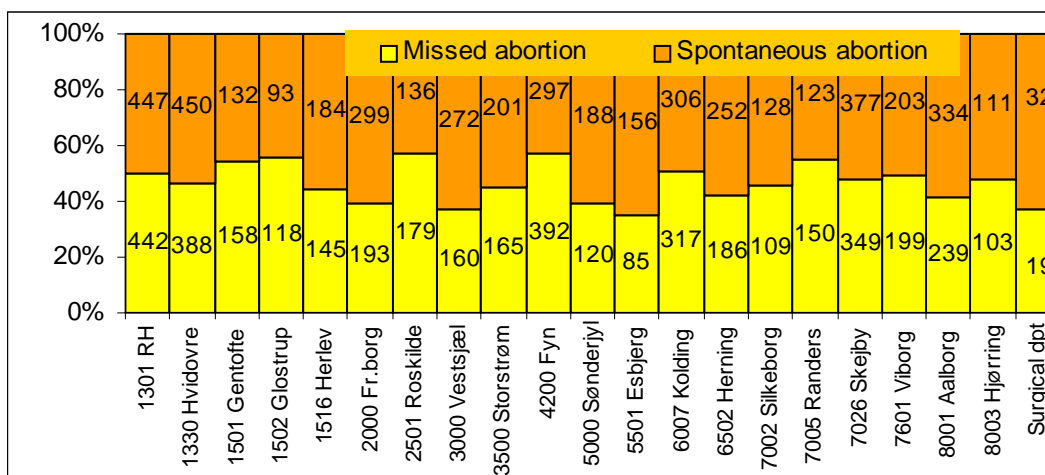
Antallet på de forskellige gynækologiske afdelinger i Danmark i 2007 er angivet i **Fig 1.2**.

Fig. 1.2

Antallet af 1. trimester miscarriages på gynækologiske afdelinger i Danmark 2007. N=8.937.



Samme i procent



Der ses, som det fremgår af figurene, en vis men ikke voldsom variation i andelen af hhv missed abortion og spontan abort mellem de forskellige afdelinger.

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

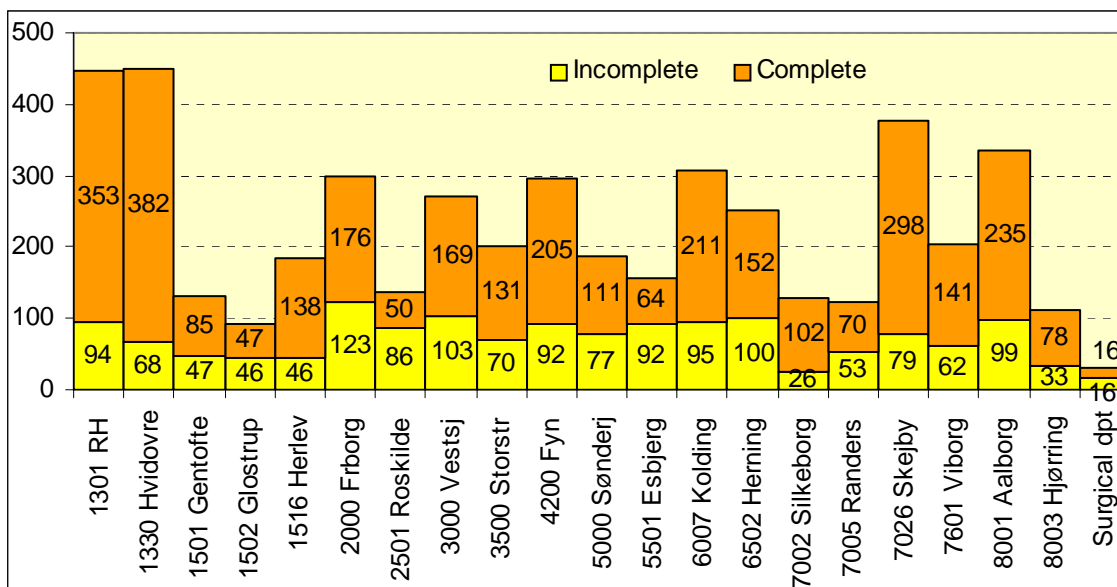
Spontan abort, 1. trimester

Spontan abort defineres som tilgrunde gået graviditet med aktuell blødning.

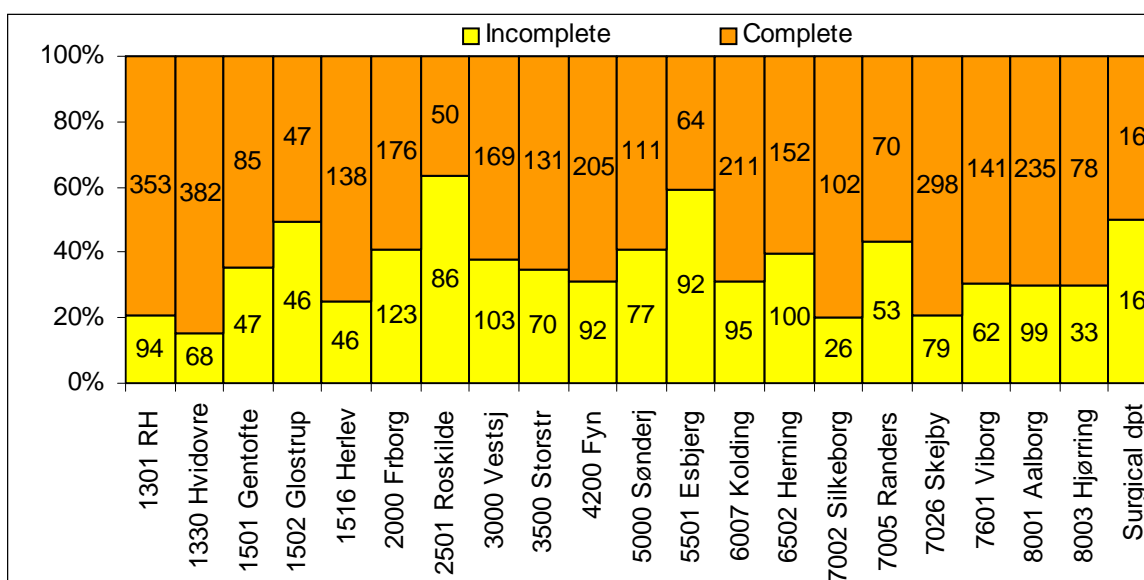
Antallet af spontane 1. trimester aborter på gynækologiske afdelinger i Danmark i 2007 fremgår af **Fig. 1.3.**

Hver enhed har mindst omkring 100 spontane aborter i 2007, hvorfor det meningsfuldt er muligt at opgøre kvaliteten på de enkelte enheder.

Fig. 1.3. *Antallet af komplette og inkomplette spontane 1. trimester aborter på forskellige afdelinger i 2007. N=4.721.*



Samme i procent



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

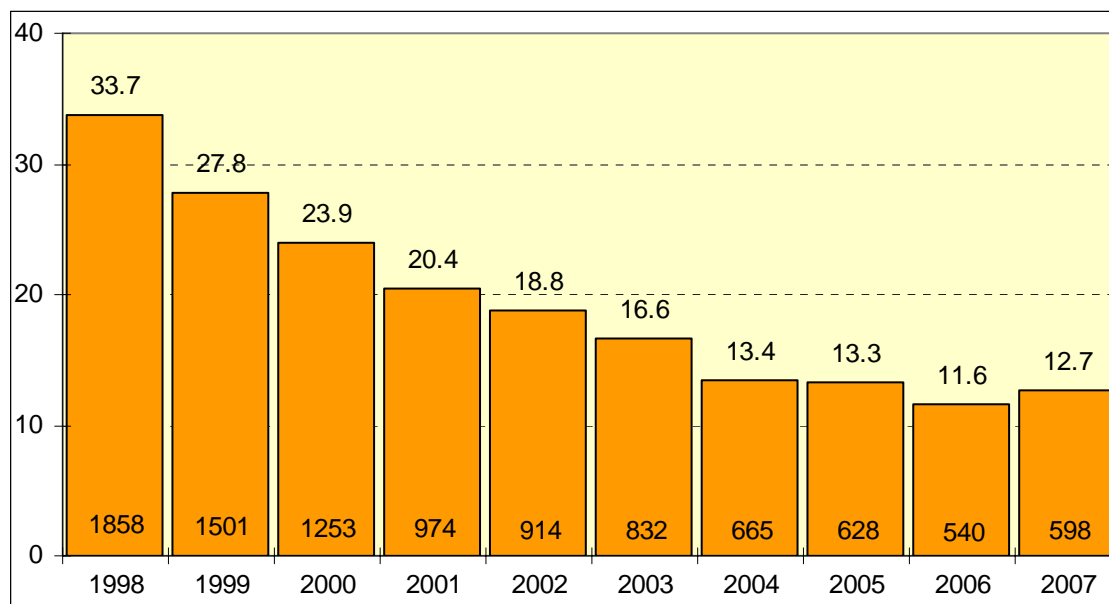
Kvalitet

Kvalitet indenfor dette område afspejles ved følgende kvalitetsindikatorer:

- korrekt kodning i hhv inkomplet og komplet spontan abort.
- relevant behandlingsmetode. Det indebærer at kun kvinder med inkomplet abort behandles. Endvidere at en høj andel af kvinder med inkomplet abort ekspekteres frem for at blive evacueret, 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 evacueres. Standard: <20%.

Fig. 1.4 Andelen (%) af kvinder med spontan 1. trimester abort, som evacueres i perioden 1998-2007. N = 50,010, n = 9,763.

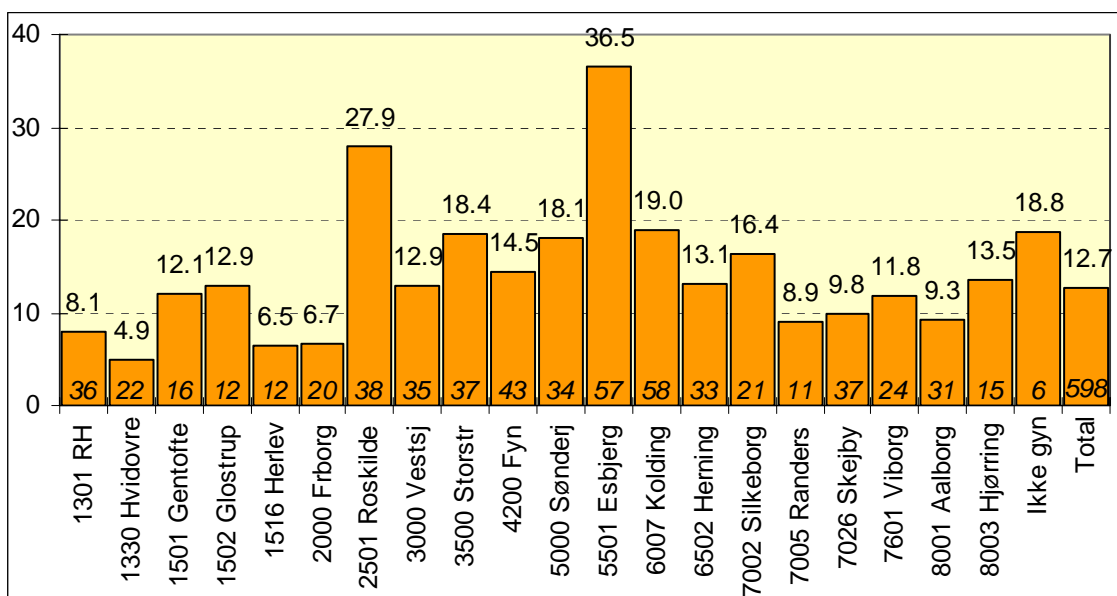


Andelen af kvinder som på landsplan får foretaget primær evacuatio uteri er faldet gradvist fra 34% i 1998 til omkring 12% i dag (**Fig. 1.4**). Vi har i lyset af dette sat en standard for evacuatio uteri på mindre end 20%. I forhold til praksis i 1998 sparer vi årligt 1.200-1.300 operative indgreb.

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

Fig. 1.5

Andel (%) af kvinder med spontan abort, som undergår evacuatio uteri i 2007.
N = 4,721, n = 598. Absolutte antal evacuatioer nederst i søjlerne



Hvad kan vi gøre bedre?

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

Missed abortion, første trimester

Missed abortion defineres som en tilgrundgået 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, og derfor får detekteret deres miscarriage før missed abortion bliver til spontan abort.

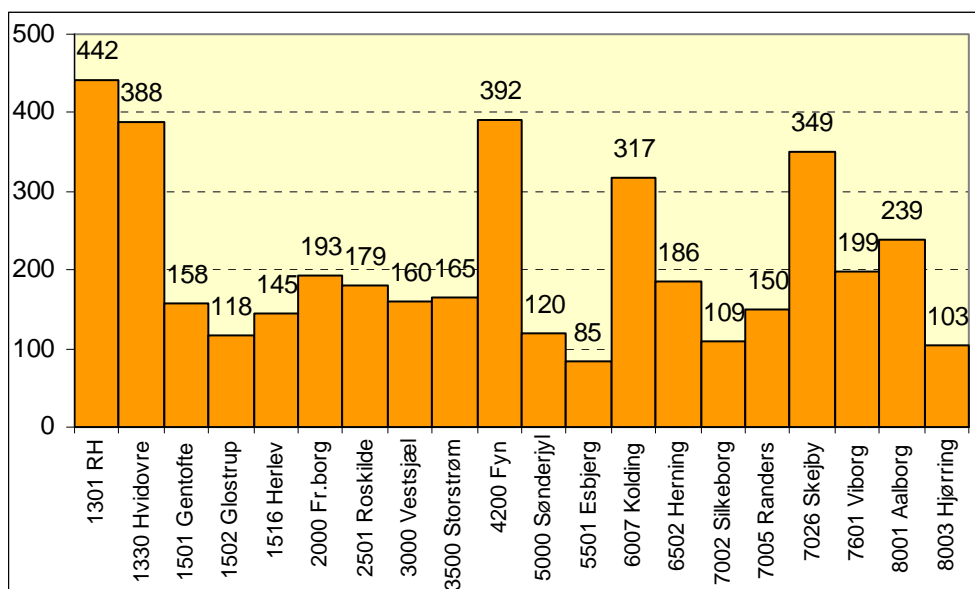
Antallet af missed abortion i 1. trimester på landets gynækologiske afdelinger fremgår af **Fig. 1.6**.

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 skal ned til re-evacuatio.
- At diagnosen missed abortion er korrekt kodet.
- At de som modtager medicinsk behandling kodes med medicinsk behandlingskode.

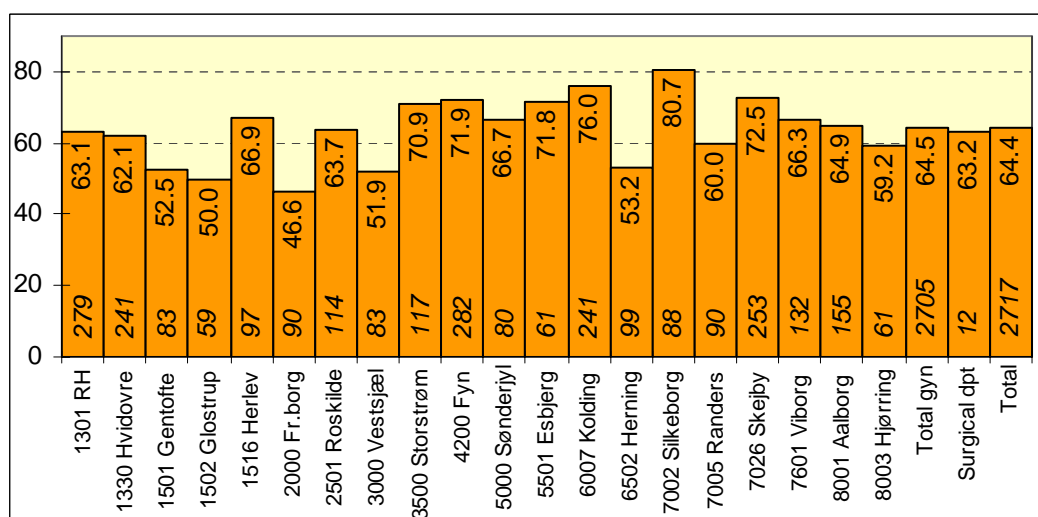
Fig. 1.6 Antallet af kvinder med 1. trimester missed abortion på gynækologiske afdelinger i 2007. N = 4.216.



I **Fig. 1.7** er angivet den andel af kvinder, som på de enkelte afdelinger undergår primær evacuatio uteri i 2007. Der ses moderate udsving i denne rate mellem afdelingerne, og mindre udsving end i de foregående år (2005 og 2006).

Fig. 1.7

Andelen (%) af kvinder med missed abortion, som undergår primær evacuatio uteri. Absolutte antal evacuatioer på de enkelte afdelinger er angivet med kursiv nederst.



Kvalitetsindikatorer

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

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

Andelen, som er kodet med medicinsk behandling som den primære behandling, fremgår af **Fig 1.8** og **1.9**. Selv om dette tal stiger stødt og roligt fra år til år, er der uden tvivl stadig tale om underrapportering, idet man groft set kan antage, at hovedparten af de 35%, som ikke får foretaget et primært kirurgisk indgreb, er blevet medicinsk behandlet, mens der i praksis er registreret 12.5%.

Fig. 1.8

Andelen (%) af kvinder med missed abortion som er kodet med medicinsk behandlingskode BKHD50/52 på gynækologiske afdelinger i perioden 2000-2007.

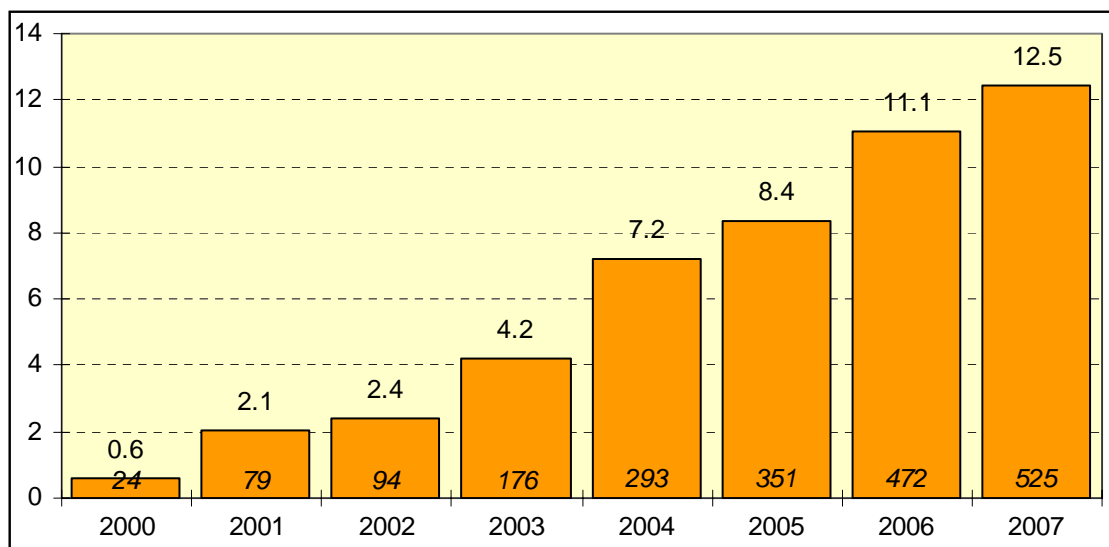
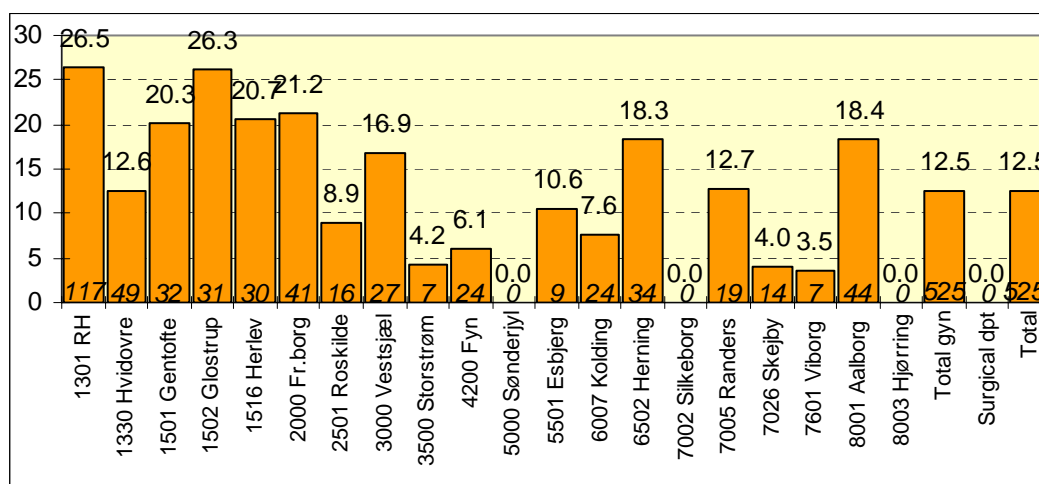


Fig. 1.9

Andel (%) af kvinder med missed abortion, som er kodet med en medicinsk behandlingskode på gynækologiske afdelinger i 2007. Absolutte antal nederst i hver søjle. n=525

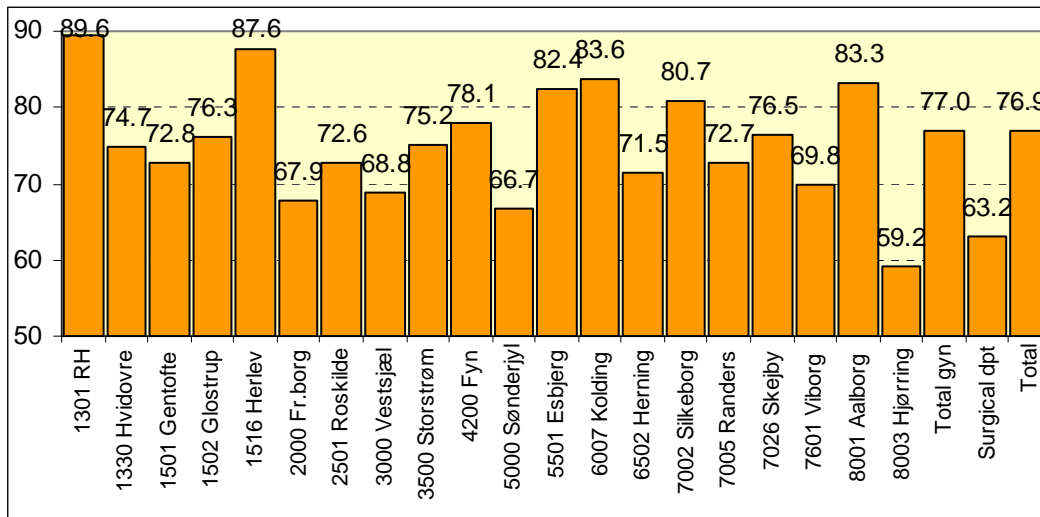


Andelen af registrerede medicinsk behandlede varierer meget fra afdeling til afdeling, hvilket også hænger sammen med forskellig rate af evacuatio uteri.

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

Fig. 1.10

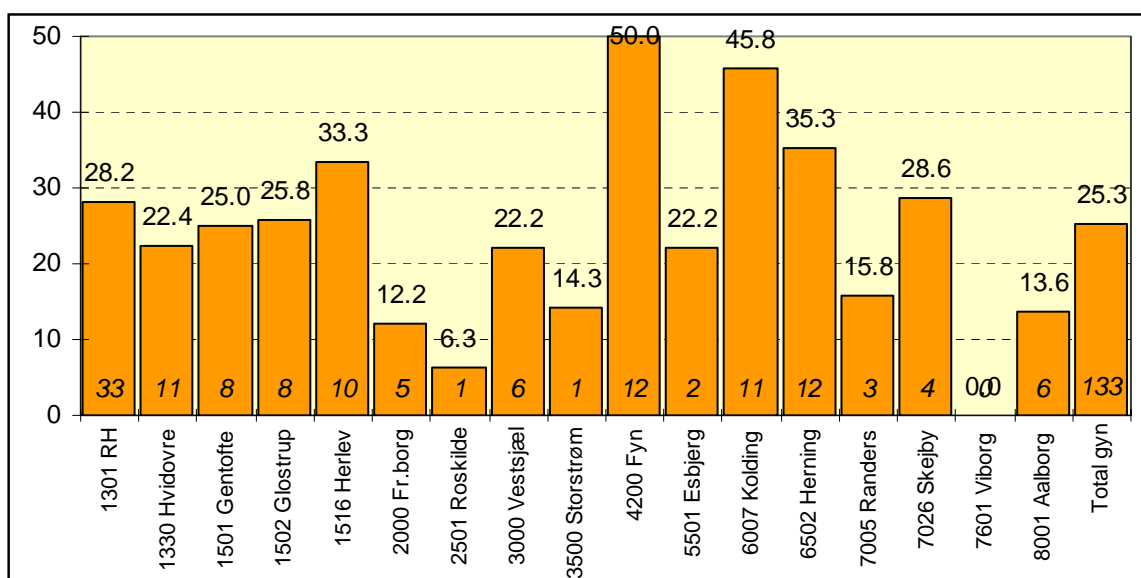
Andel af kvinder med missed abortion, som under primære forløb er kodet med enten en kirurgisk evacuatio kode eller medicinsk behandlingskode ved gynækologiske afdelinger i 2007. N = 4.216, n = 3.242.



Det fremgår, at denne andel varierer fra 59% i Hjørring til 90% på RH. Så der er lidt rum for yderligere forbedring på dette område.

Fig. 1.11

Andelen (%) af evacuatio uteri efter medicinsk behandling af missed abortion på gynækologiske afdelinger i DK i 2007. N= 525, n=133



Som det fremgår af figuren, er de absolutte tal på de enkelte afdelinger små, hvorfor en væsentlig del variationen mellem afdelingerne kan skyldes tilfældigheder. Men man bemærker sig en overordnet rate af evacuatio uteri efter medicinsk behandling af missed abortion på 25%, hvilket selvsagt legitimerer den høje primære evacuatio rate (sml. med spontan abort).

Hvad kan vi gøre bedre?

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

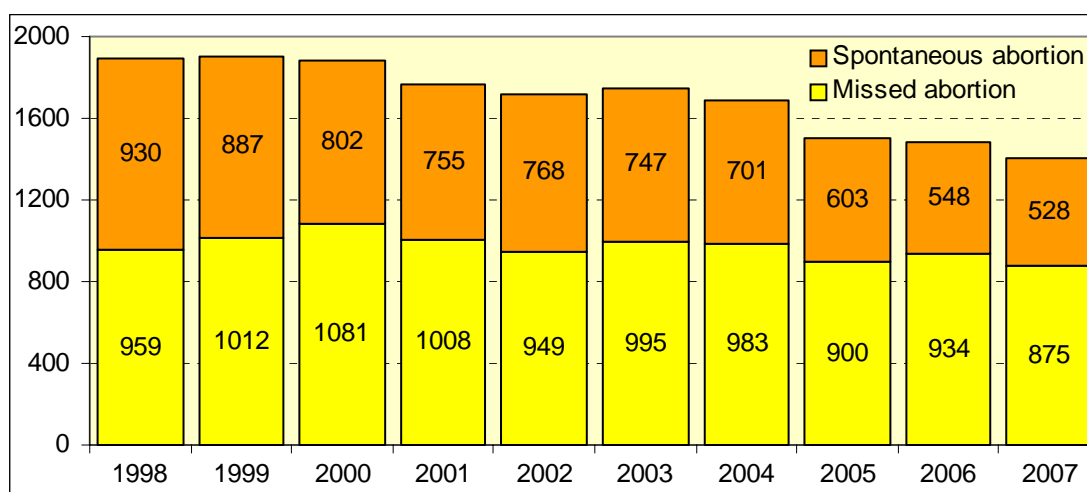
2 Tilgrundegået graviditet, 2. trimester.

Selv om miscarriages i 2. trimester kvantitativt kun udgør omkring 13% af alle miscarriages (**Fig. 1.1**), indebærer de fleste forløb indlæggelse over flere døgn. I **Fig. 2.1** er antallet af 2. trimester miscarriages i Danmark i perioden 1998-2007 opgjort.

Fig. 2.1

Antallet af 2. trimester miscarriages i Danmark i perioden 1998-2007.

N=16.965.



Det fremgår, at antallet af sene miscarriages er faldet med 26% i perioden, men at dette dækker over at spontane aborter er faldet med 43% i perioden, mens antallet af missed abortion kun er faldet med 9%. Faldet 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 fõtale 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

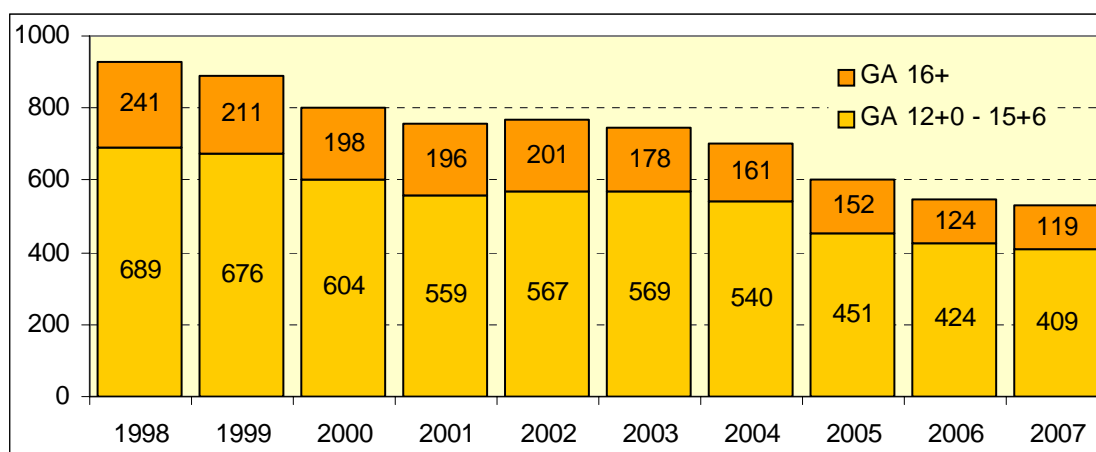
DO035-O039 Komplet spontan abort

Produktion

Det årlige antal af kvinder med spontan abort i Danmark med GA>12 uger fremgår af **Fig. 2.2**. Der ses et fald fra 929 i 1998 til 532 i 2006. Den 1. april 2004 ændredes grænsen mellem spontan abort og dødfødsel ved lov fra 28 til 22 svangerskabsuger, hvilket kan forklare en mindre del af faldet i antallet af spontane aborter fra 2003 til 2005.

Fig 2.2

*Spontane 2. trimester aborter i Danmark 1998-2007, stratificeret efter gestationsalder
N = 7,269*



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 evacueres. Stadig flere kvinder med 2. trimester abort observeres, og derfor vil en lav evacuatio rate 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 evacueres. Standard: <60%

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

Andelen som evacueres efter spontan abort i uge 12+0 til 15+6 er faldet fra 86% i 1998 til 55% i 2007, eller med 35% (**Fig. 2.3**). I modsætning hertil har andelen af evacuerede kvinder med spontan abort efter 16 uger været nogenlunde stationær omkring 60% (**Fig. 2.4**)

Fig. 2.3

*Evacuatio uteri efter tidlig 2. trimester spontan abort i Danmark 1998-2007. N=5,488
GA 12+0 – 15+6. Absolutte antal evacuatio uteri angivet i bunden af søjlerne.*

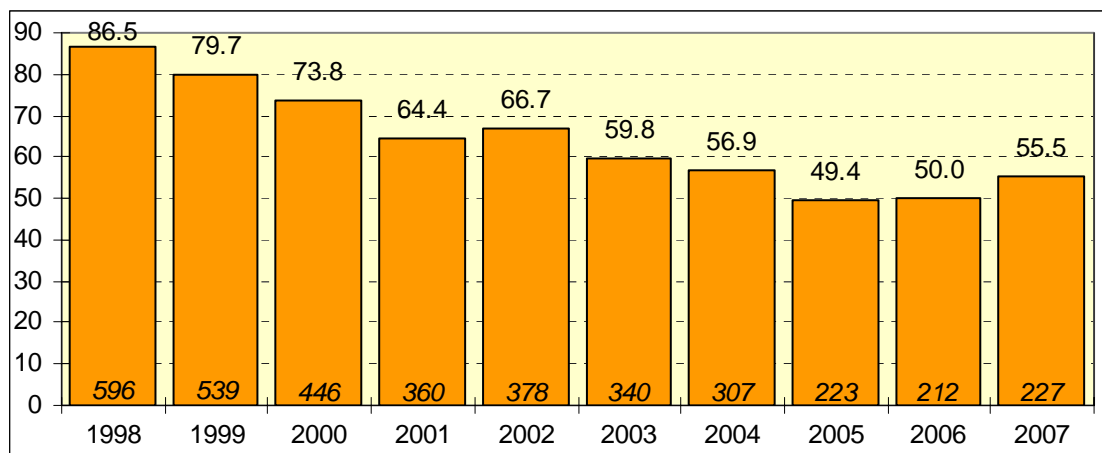
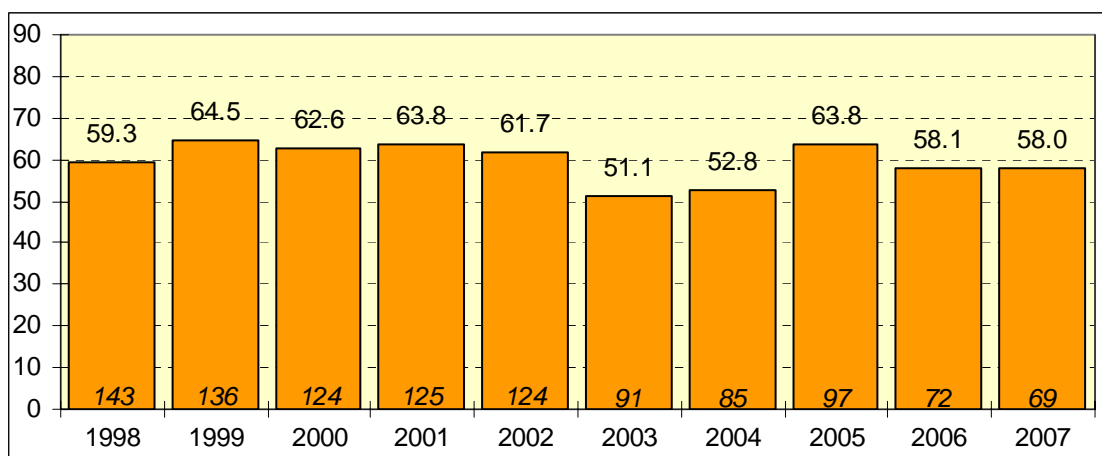


Fig. 2.4

*Evacuatio uteri efter sene 2. trimester aborter (GA 16 + uger)
Absolutte antal evacuatio uteri ses i bunden af søjlerne*



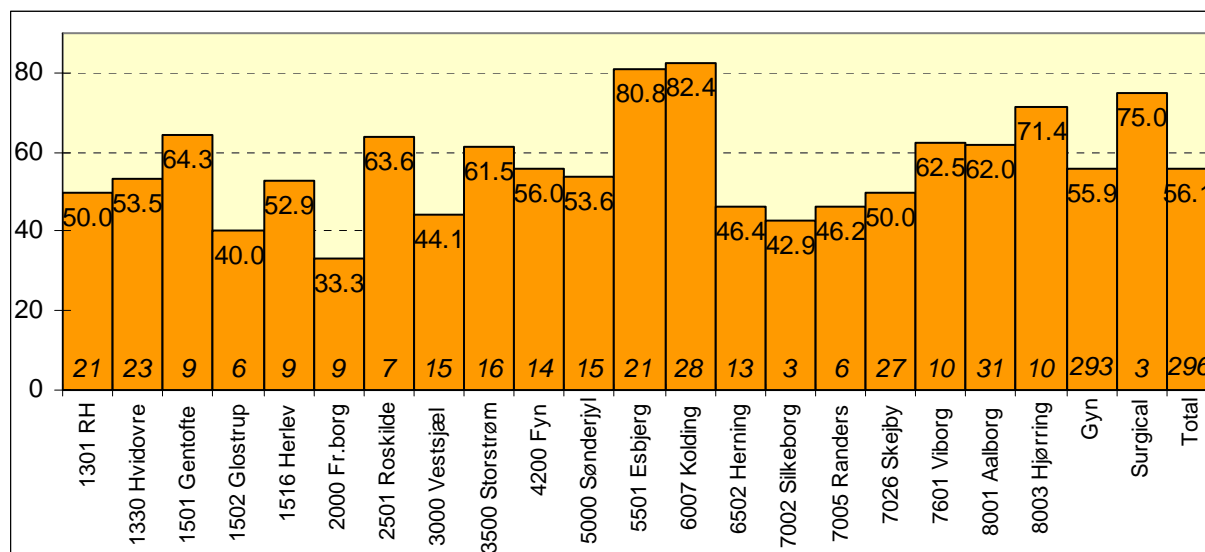
På afdelingsniveau varierer anvendelsen af evacuatio uteri ved 2. trimester spontan abort fra 33% i Frederiksborg til 82% i Kolding (**Fig 2.5**).

Med en standard på <60% opfylder 12 af 20 afdelinger denne standard. Så også her er der rum for en del forbedring.

Fig. 2.5

Evacuatio uteri ved 2. trimester spontan abort i Danmark i 2007.

N = 528, n = 296.



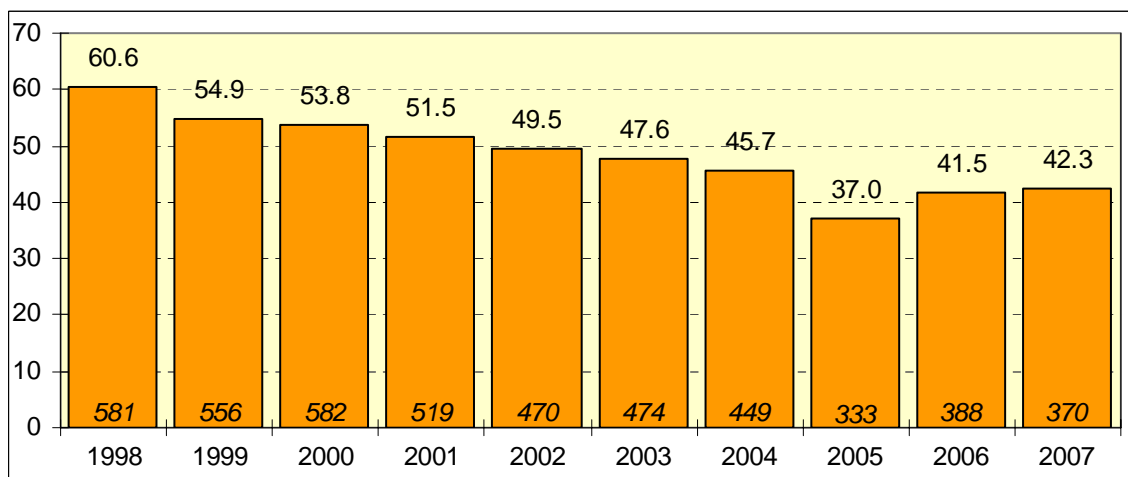
Hvad kan vi gøre bedre?

Tilbageholdenhed med anvendelsen af kirurgiske indgreb må anses for en kvalitet, men en optimal evacuatio-rate er det ikke muligt at angive med tilstrækkeligt empirisk belæg på nuværende tidspunkt. Det er dog bemærkelsesværdigt, at man i Frederiksborg kan køre med evacuatio-rater på omkring 30-33% år efter år.

Missed abortion, 2. trimester

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

Fig. 2.6 *Andel af kvinder med 2. trimester missed abortion som evacueres 1998-2007*



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

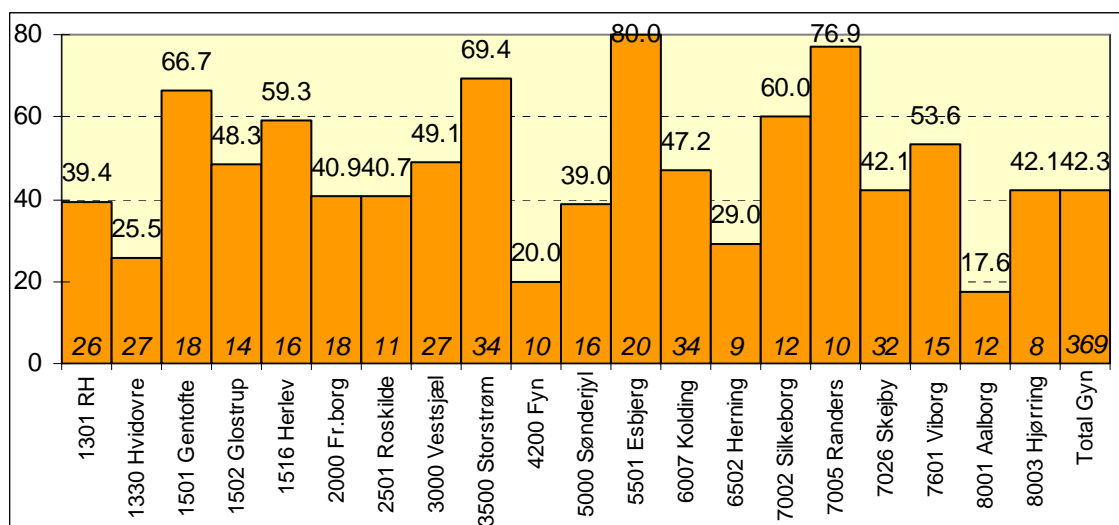
Kvalitet

Indikator 5: Andelen af kvinder med missed abortion 2. trimester som får evacuatio uteri. Vi har sat en standard på <50%.

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

Fig. 2.7

Andelen af kvinder med 2. trimester missed abortion som evacueres på gynækologiske afdelinger i 2007. N = 873, n = 369



Det fremgår, at evacuatio-raten svinger med op til en faktor 4 mellem forskellige afdelinger. Videre at 13 ud af 20 afdelinger opfylder satte standard på <50%.

Formentlig burde der ikke være forskel på evacuatio-raten 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% evacuatioer bør stræbe imod at reducere denne rate.

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-raten bør ligge under hhv 60% ved spontan abort og 50% ved missed abortion. 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:

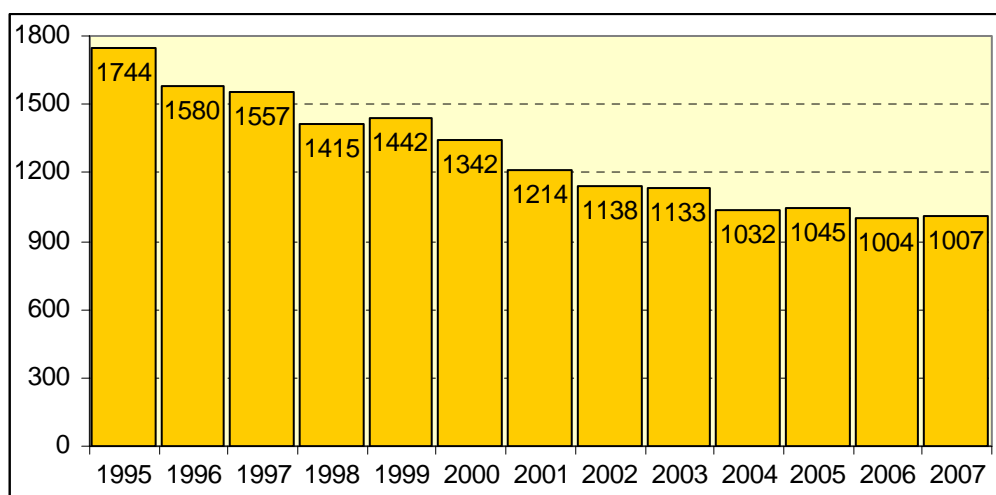
DO001	Graviditas extrauterina tubaria
DO001A	Graviditas extrauterina tubaria rupta
DO008	Ekstrauterin graviditet, andre former
DO008B	Graviditas cornualis
DO009	Ekstrauterin graviditet uden specifikation

Produktion

Det årlige antal patienter med x-uterin graviditet er faldet stødt gennem seneste 12 år (**Fig. 1.3.1**). Med knapt 100.000 årlige konceptioner, opstår der en x-uterin graviditet for hver ca. 100 graviditeter.

Fig. 3.1

Årligt antal kvinder med ekstrauterin graviditet i DK 1995-2007. N= 16.653



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

Kvalitet

Kvaliteten i behandlingen afspejler sig i følgende kvalitetsindikatorer

Indikator 1: den andel af kvinder med x-uterin graviditet, som opereres. Standard: <70%

Indikator 2: Andel af opererede, som bliver dette laparoskopisk. Standard: >80%.

Indikator 3: Andel af opererede, som må re-opereres. Standard: <5%

Andelen af kvinder som er undergået hhv laparoskopisk operation, åben operation og ingen operation gennem perioden 1996-2007 fremgår af **Fig. 3.3** og **Fig. 3.4**. Andelen af kvinder med x-uterin graviditet, som er behandlet med operation er faldet fra 70.1% i 1996 til 59.3% i 2007. Samtidig er andelen af de opererede, som er blevet det laparoskopisk steget fra 61% i 1996 til 82% i 2007.

I 2007 var der stadig stor forskel i operationspraksis på de forskellige afdelinger, hvilket fremgår af **Fig. 3.5**. Andelen af kvinder med x-uterin graviditet som opereres på forskellige afdelinger varierer fra 15% i Herlev til 87% i Silkeborg. 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 fem kvinder er registreret med denne behandlingskode i 2007.

Fig. 3.2

Kvinder med ekstrauterin graviditet på forskellige afdelinger i DK i 2007. N=1.005

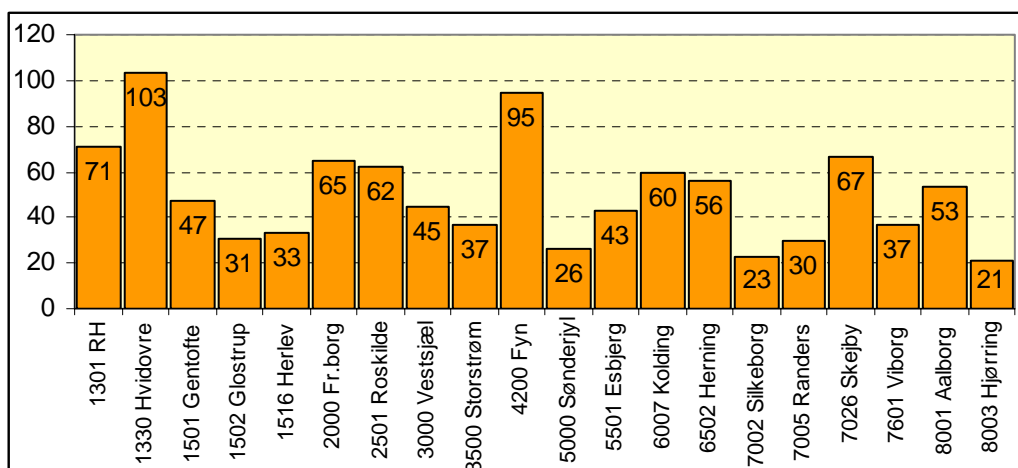


Fig. 3.3

Antallet af kvinder med ekstrauterin graviditet, som er opereret ved skopi, tomi hhv ikke er opereret i perioden 1996-2007.

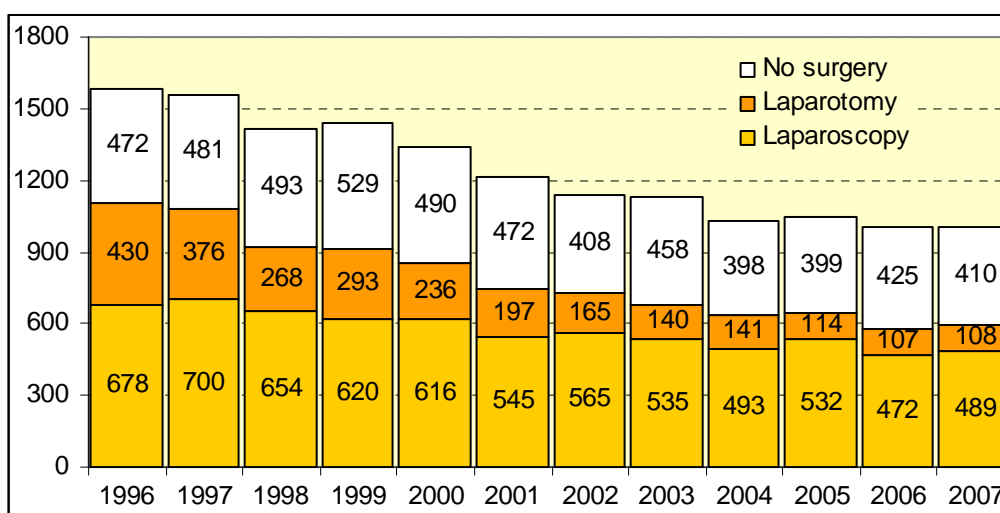


Fig. 3.4

Andelen (%) af opererede kvinder, som blev opereret ved hhv skopi og tomi

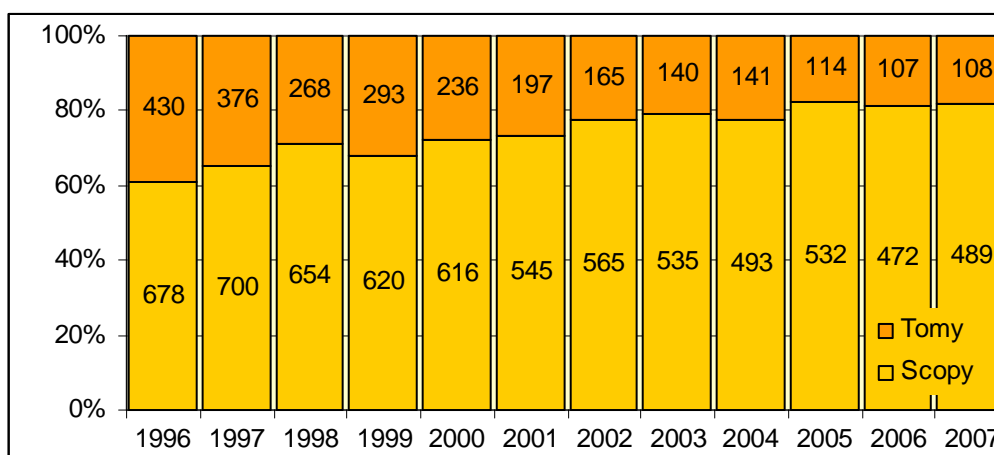
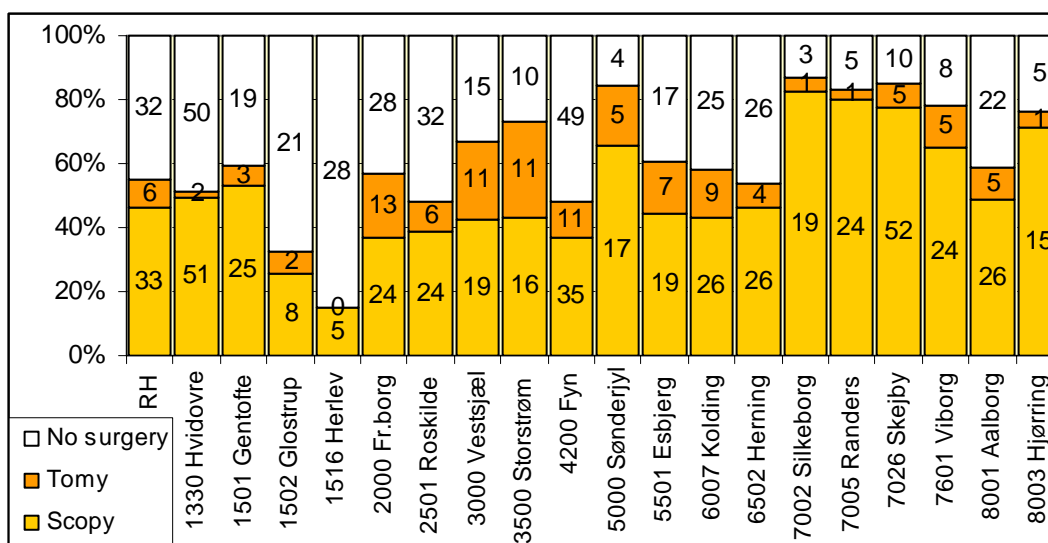


Fig. 3.5

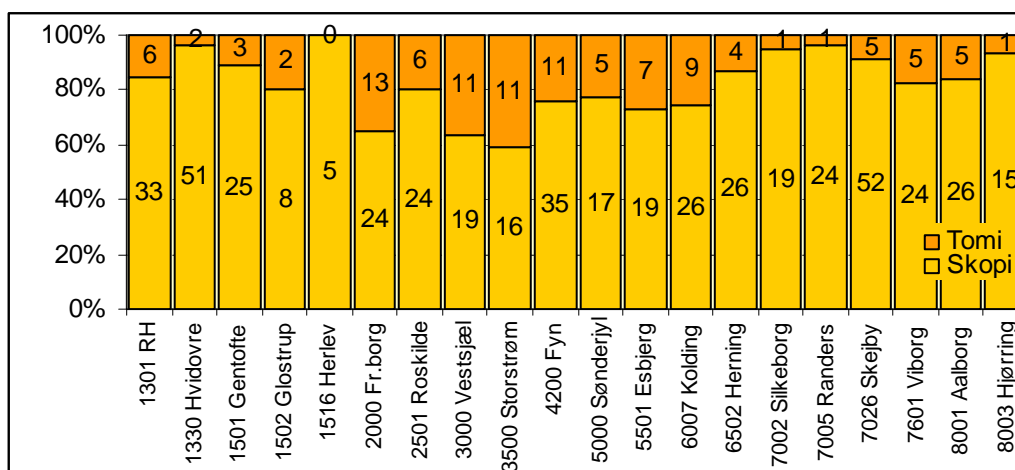
Andelen af kvinder med ekstrauterin graviditet som blev opereret ved skopi, tomi henholdsvis ikke er opereret på forskellige gynækologiske afdelinger i 2007



Det ses samtidig i **Fig. 3.6** at det varierer temmelig meget hvor stor en andel af de opererede, som gennemgår operation ved laparoskopi hhv laparotomi.

Fig. 3.6

Andelen (%) af opererede kvinder med x-uterin graviditet, som opereres ved laparoskopi henholdsvis ved laparotomi på forskellige afdelinger



Dette er delvis udtryk for, at det absolutte antal opererede på de enkelte afdelinger er få, dels afspejler det formentlig, at den laparoskopiske rutine blandt de vaghavende på forskellige afdelinger varierer.

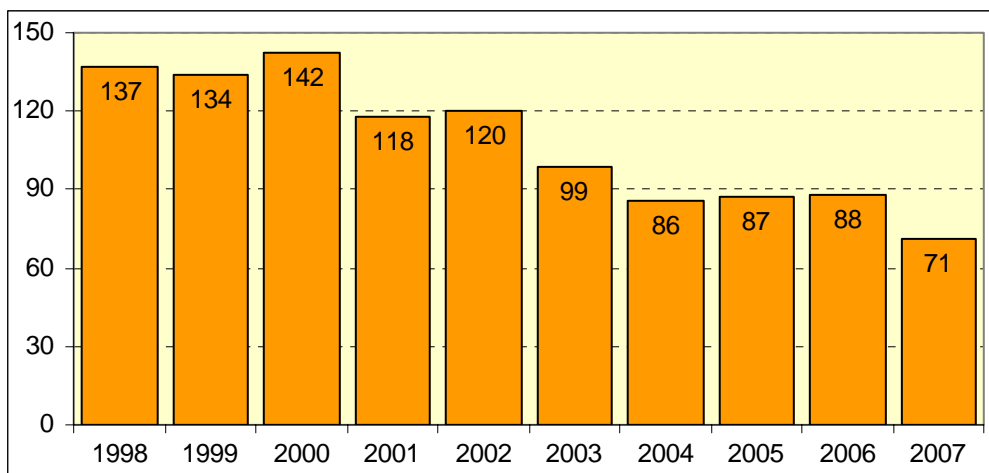
Hvad kan vi gøre bedre?

Der var i 2007 kun 5 kvinder, som var kodet med en medicinsk behandlingskode (BKHE0 eller BKHE8). Dette må udtrykke, at disse koder ikke anvendes konsekvent, når der effektueres medicinsk behandling. Det bør fremover tilstræbes, at disse koder anvendes, når kvinderne behandles medicinsk, både primært og sekundært.

4. Mola hydatidosa

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

Fig. 4.1 Antal kvinder diagnosticeret med mola hydatidosa i DK i perioden 1998-2007. N=1,082

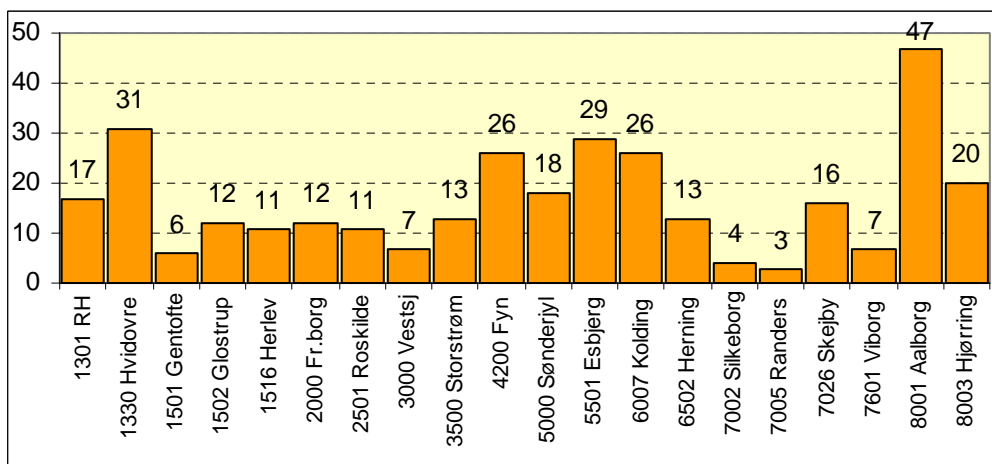


Det fremgår, at der har været tale om et fald på 48% fra år 1998. Der er i denne statistik anvendt en restriktion på 12 måneder, således at en given kvinde kun kan tælle én gang inden for en 12-måneders periode. Det betyder at mindre end 1 per 1.300 graviditeter er en mola.

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

Fig. 4.2

Antal kvinder med mola på forskellige afdelinger gennem perioden 2004-2007



Af de 332 kvinder med mola havde 88 (27%) komplet mola, 144 (43%) partiel mola, 100 (30%) havde uspecificeret mola og 1 havde ektopisk mola

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

5. Abortus provokatus, første trimester

Kvalitetsindikatorer

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

Indikator 2: Andel af medicinsk behandlede som undgår evacuatio uteri. Standard: >94%

Indikator 3: Andel af kirurgisk behandlede, som må re-evacueres. Standard: <4%

Indikator 4: Andel af medicinsk behandlede som genindlægges med infektion. Standard: <2%

Indikator 5: Andel af kirurgisk behandlede, som genindlægges med infektion. Standard: <4%

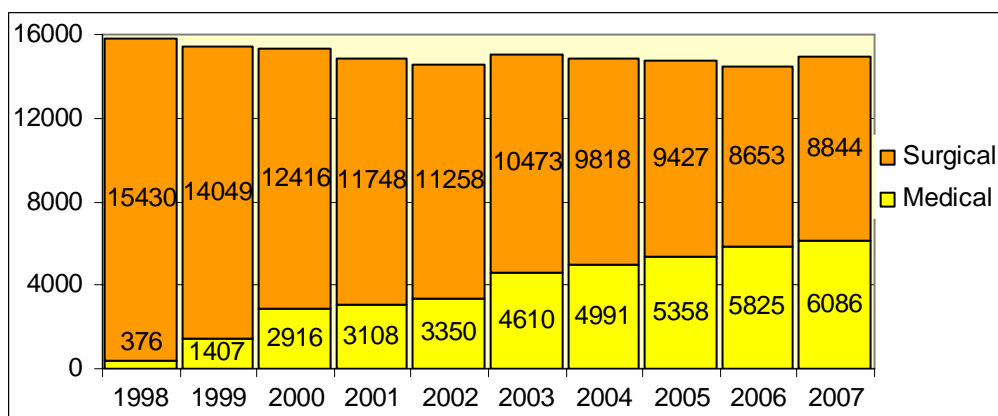
Indikator 6: Andel som kodes korrekt med behandlingskode. Standard: >90%

Produktion

Antallet af provokerede 1. trimester aborter er gennem seneste ti år faldet fra 16.000 årlige tilfælde i 1998 til nu 14.930 (**Fig. 5.1**).

Fig. 5.1

Medicinske og kirurgiske 1. trimester aborter i DK 1998-2007. N=150,143



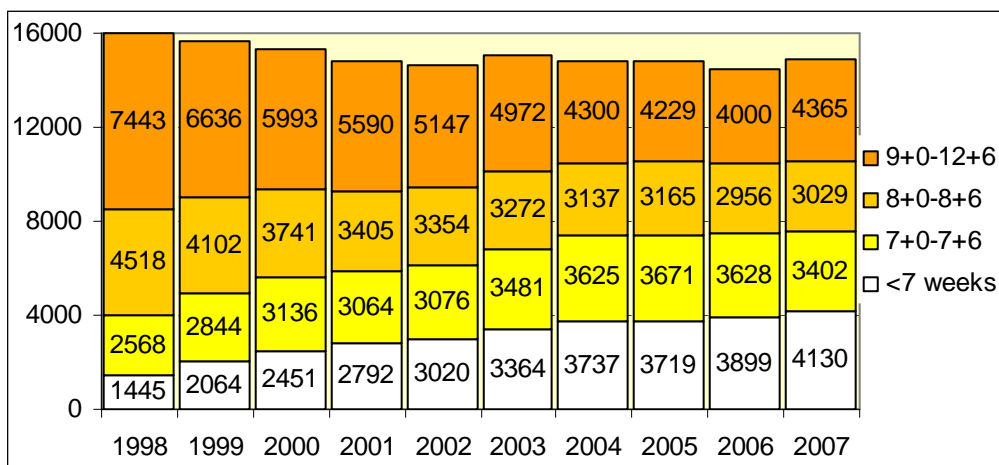
Det fremgår videre, at andelen af medicinsk inducerede aborter har været stigende og nu udgør 41% af alle aborterne.

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

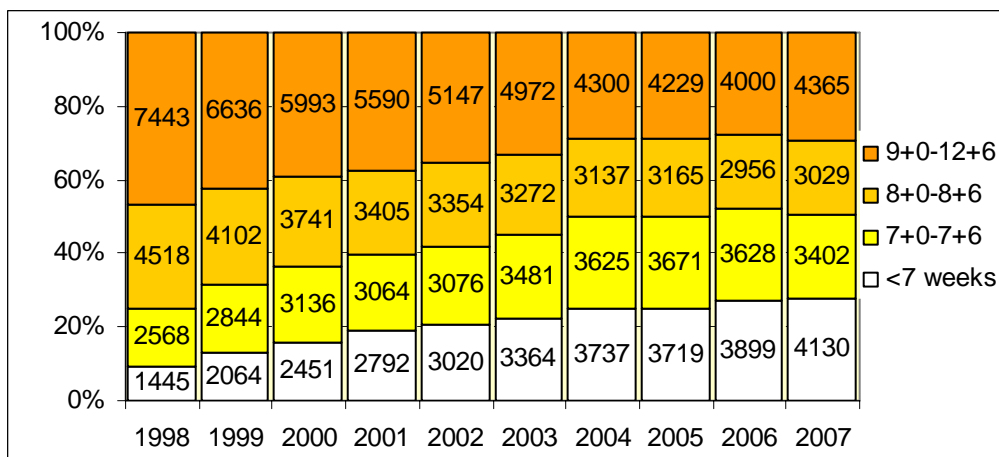
Den tidligere visitation af kvinder til provokeret abort indebærer et væsentligt kvalitetsløft af tre grunde. For det første er blødningskomplikationer ved provokeret abort direkte korreleret til gestationsalderen, således at jo tidligere aborten gennemføres, jo færre vil opleve blødningsproblemer. For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

Fig. 5.2

Fordeling af gestationsaldre ved 1. trimester abort i DK 1998-2007



Samme i procentuel fordeling

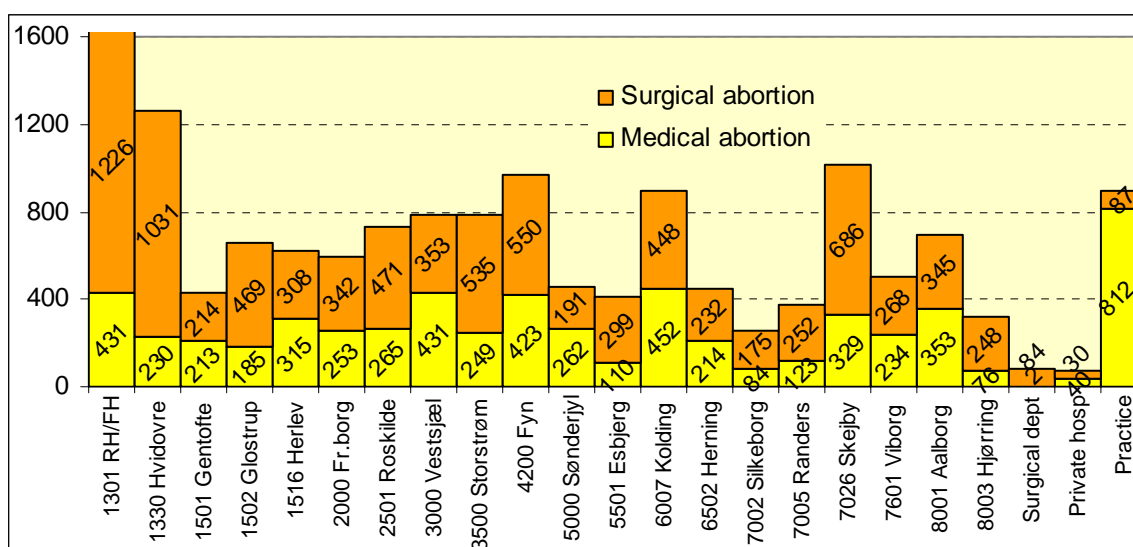


Antallet af kirurgiske hhv medicinske aborter på de enkelte afdelinger i 2007 fremgår af **Fig. 5.3**. Der er en ganske stor konsistens i de enkelte afdelingers praksis fra år til år, og der er ganske stor variation i praksis mellem de forskellige afdelinger, således at nogle afdelinger har mindre end 20% medicinske aborter, mens andre har knapt 60% og de praktiserende speciallæger, som nu varetager 812 årlige 1. trimester aborter har 90% medicinske aborter. Hvis man sætter en standard på 50% medicinsk inducerede provokerede aborter, opfylder fem ud af 20 afdelinger i dag (2007) denne standard, fire ligger lige under.

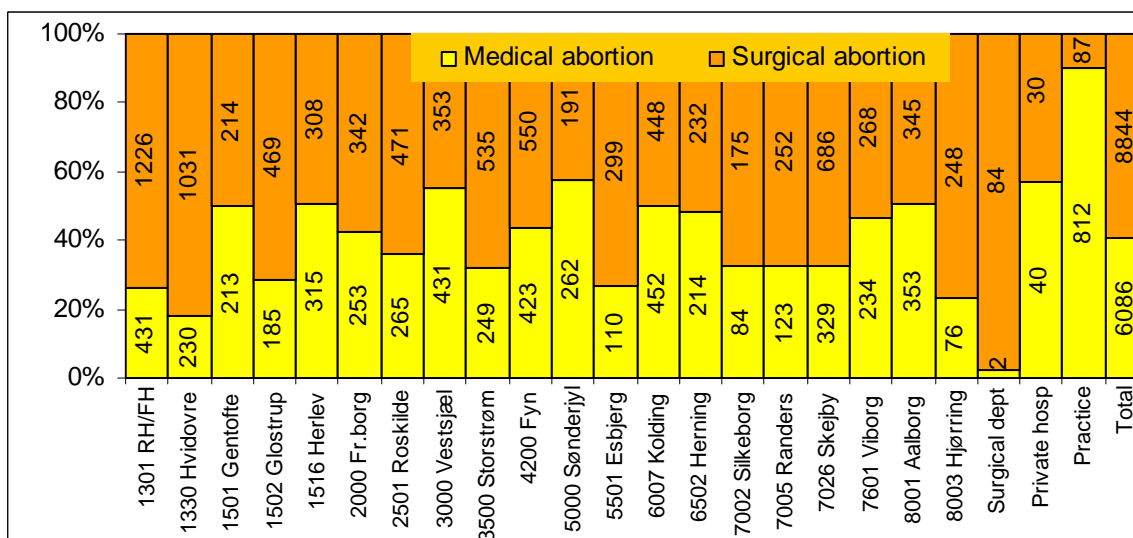
Når vi anbefaler medicinsk induktion ved de tidlige graviditeter skyldes det, at risikoen for efterfølgende infektion er halvt så stor ved medicinsk induktion som ved kirurgisk tømning. Dette skal dog opvejes mod en større risiko for blødningskomplikationer ved de medicinsk inducerede aborter. Da denne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

Fig. 5.3

Medicinske og kirurgiske 1. trimester aborter på gynækologiske afdelinger i DK i 2007



Samme i procentuel fordeling



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 evacueret efter medicinsk 1. trimester abort fremgår af **Fig. 5.4**. Det fremgår, at denne andel har ligget nogenlunde stabilt på 4-5%, uden nogen signifikant trend. Det absolutte antal evacuatioer efter medicinsk abort fremgår af tallene nederst i hver søjle. Denne andel varierer dog betydeligt på afdelingsniveau (**Fig. 5.5**).

Fig. 5.4

Evacuatio uteri (%) efter medicinsk induktion af 1. trimester aborter i DK 2000-2007

N=38,027, n= 1.697. Absolutte antal evacuatio angives nederst i hver søjle.

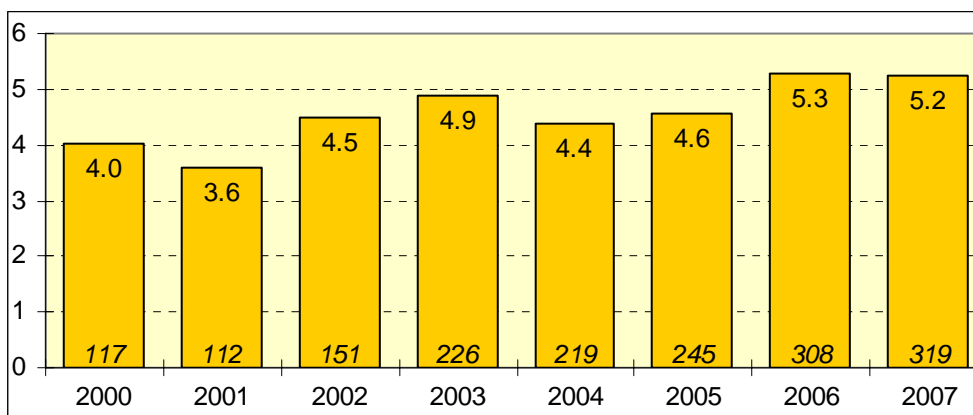
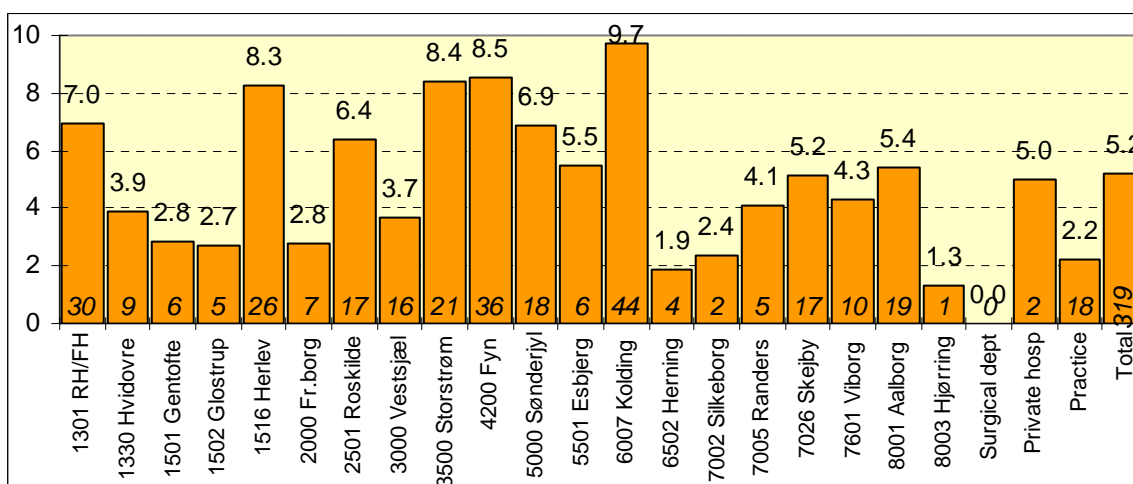


Fig. 5.5

Andelen (%) af medicinske behandlede 1. trimester aborter som efterfølgende bliver evacueret på forskellige afdelinger i 2007. GA < 9 uger. N=6,086, n=319

Det absolutte antal evacuatioer fremgår nederst af hver søjle



Det fremgår, at andelen af kvinder, som må kirurgisk evacueres varierer en del mellem afdelingerne. Samlede gennemsnit ligger på 5,2%, men med en variation på mellem 1,3% i Esbjerg til 9,7% i Kolding. Hvis man sætter en standard på 7% opfylder 16 ud af 20 afdelinger denne standard. Det samme gør de private hospitaler og de praktiserende speciallæger.

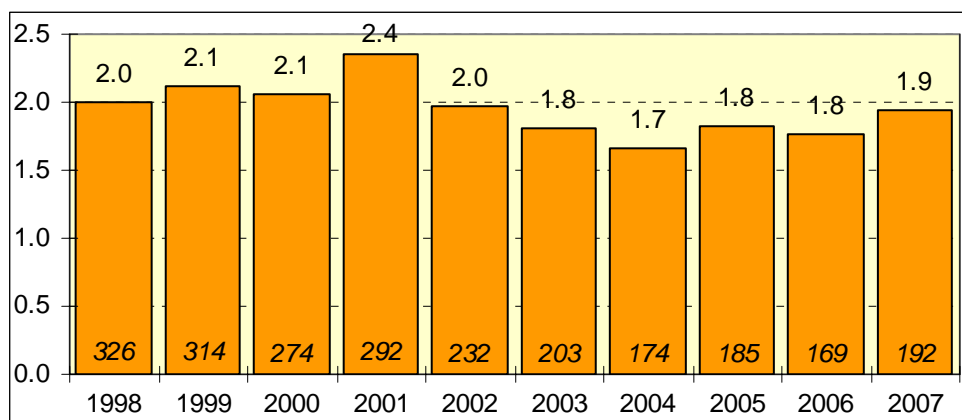
Re-evacuatio efter kirurgisk abort

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-evacueres efter kirurgisk provokeret abort i perioden 1998-2007 fremgår af **Fig. 5.6**

Fig. 5.6

Re-evacuatio efter kirurgisk 1. trimester abort i perioden 1998-2007
N=112,116, n=2,361



Det fremgår, at denne andel har ligget nogenlunde konstant på omkring 2% gennem seneste årti. Dermed er risikoen for re-evacuatio efter kirurgisk abort ca.63% lavere end risikoen for kirurgisk tømning efter medicinsk abort.

Blødning efter provokeret abort

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

Der er i foråret 2007 gennemført en samkøring mellem TiGrAb-KD og dansk transfusions-database, for at opgøre hvor mange kvinder, som oplever transfusionskrævende blødning efter hhv medicinsk og kirurgisk abort, og hvordan denne risiko er relateret til gestationsalderen.

Resultaterne viste, at risikoen for transfusionskrævende blødning er 0,4% efter medicinsk abort og 0.09% efter kirurgisk abort. Endvidere at risikoen for transfusionskrævende blødning stiger 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 2007 registreret 41 ud af 5.594 eller 0,7% med indlæggelseskrævende infektion efter medicinsk abort med GA under 9 uger. Tilsvarende tal for kirurgiske med samme GA er 70 tilfælde ud af 4.743 eller 1,5% med samme komplikation. Dette bekræfter en ca. 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.

6. Abortus provokatus, andet trimester.

Kvalitetsindikatorer

Kvalitet inden for dette område handler om

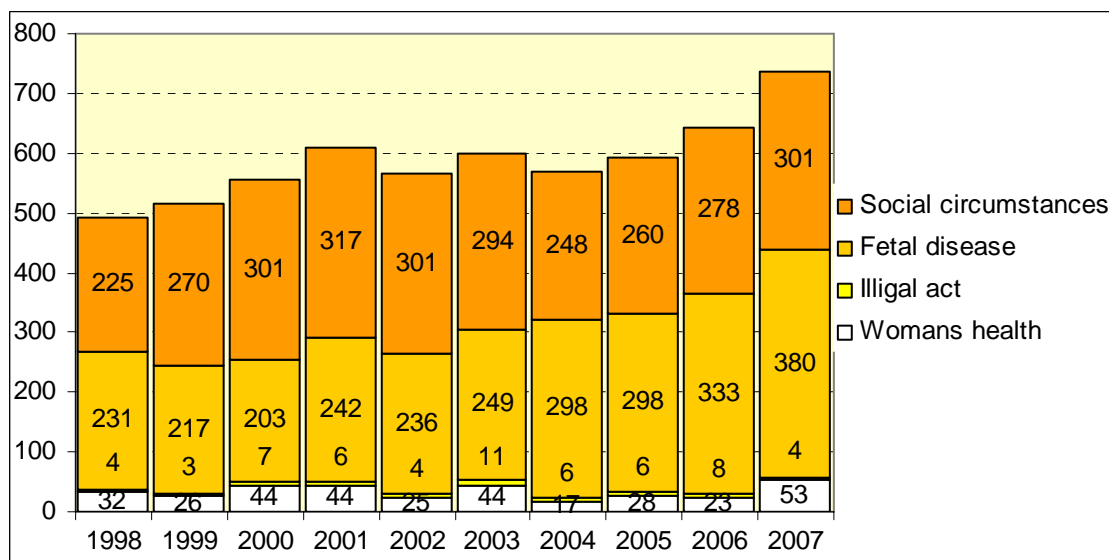
- korrekt kodning
- relevant behandlingsmetode. Det indebærer at kun kvinder som bløder eller ikke har kvitteret deres moderkage komplet evacueres. Stadig flere kvinder med 2. trimester abort observeres, og derfor vil en lav evacuatio rate i almindelighed være udtryk for en høj kvalitet, da kvinderne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

Kvalitetsindikator: Andel med 2. trimester abort som evacueres. Standard: <70%

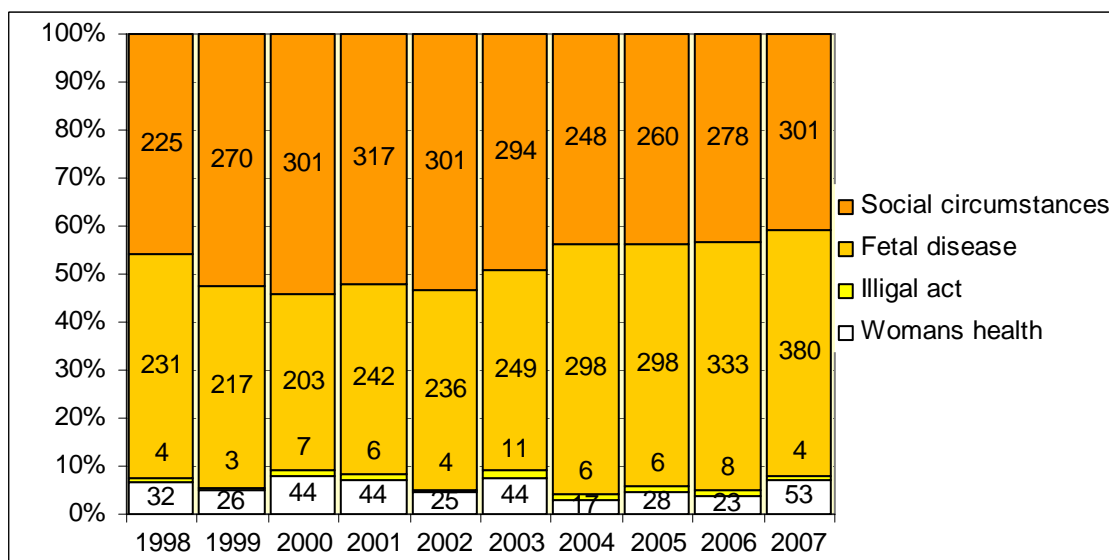
Produktion

Fig. 6.1

Provokerede 2. trimester aborter i Danmark 1998-2007 efter indikation. N=5.955



Samme i procent



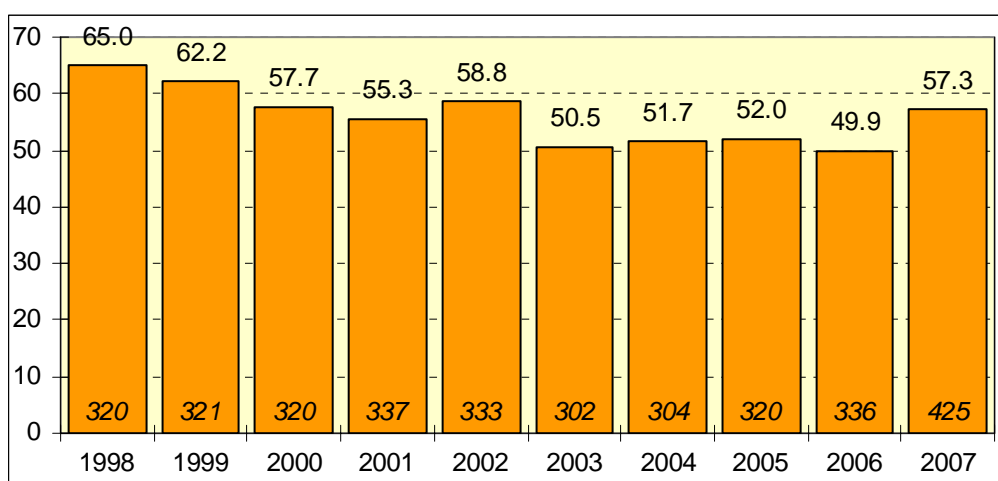
Der er gennemført et med årene stigende antal 2. trimester provokerede aborter, i 2007 omkring 742, med en samlet stigning på 50% siden 1998 (**Fig. 6.1**). Det fremgår af figuren, at stigningen fra 2002 alene skyldes en stigning i antallet af provokerede aborter på føtal indikation, som i dag udgør indikationen for godt halvdelen af alle anden trimester aborter. Den anden hovedindikation er sociale omstændigheder, mens hensynet til kvindens helbred og kriminel baggrund for graviditeten tilsammen udgør mindre end 5% af indikationerne.

Evacuatio uteri efter anden trimester abort

Andelen af kvinder som evacueres i forbindelse med anden trimester abort har været faldende frem til sidste år, men er nu atter steget lidt (**Fig. 6.2**).

Fig. 6.2

*Evacuatio uteri (%) efter 2. trimester provokerede aborter
I perioden 1998-2007, N= 5,955, n=3.318*



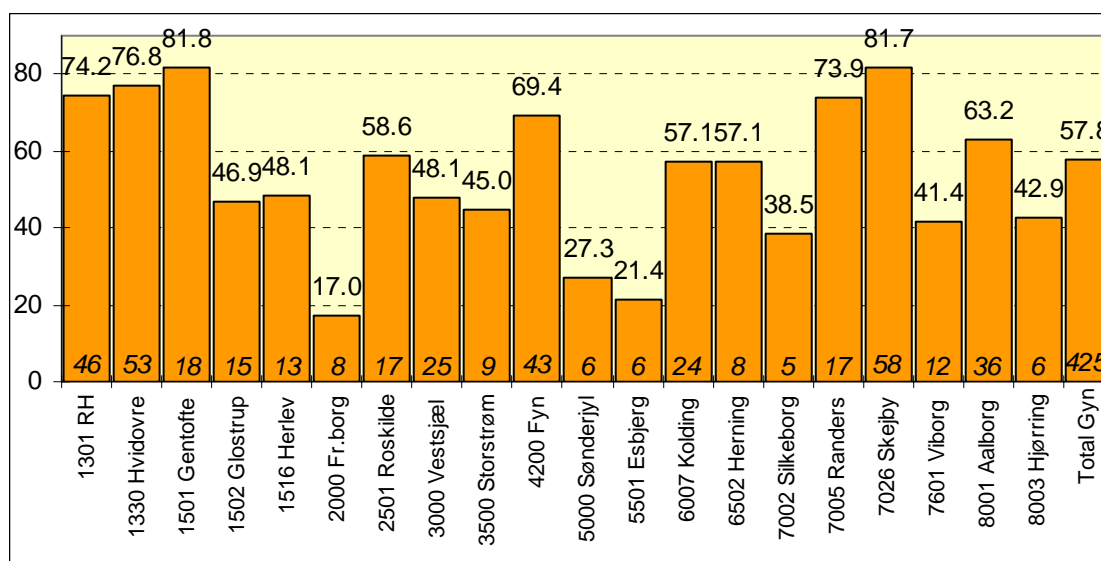
Andelen af kvinder som gennemgår anden trimester abort og som i forbindelse med denne er registreret med korrekt medicinsk behandlingskode (BKHD 45) eller kirurgisk abortkode (KLCH kode) eller evacuatio kode (KMBA) udgør 572 (77%) af de i alt 742 anden trimester aborter på gynækologiske afdelinger i 2007. Sidste år var andelen 68%. Det er utvivlsomt primært de medicinske behandlingskoder, som det kniber med at få registreret på alle.

Ser vi på andelen af evacuerede på de enkelte afdelinger, ser billedet ud som vist i **Fig. 6.3**. Andelen ligger (også her) lavest i Frederiksborg (Hillerød) med 17% evacuerede kvinder. I den anden ende har vi Gentofte og Skejby med over 80% evacuerede kvinder. Hvis man som ved de spontane 2. trimester aborter sætter en standard for evacuatio uteri ved under 60%, opfylder 13 ud af 20 afdelinger denne standard.

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

Fig. 6.3

*Evacuatio uteri ved 2. trimester provokeret abort på forskellige afdelinger i 2007.
N=735, n=425. Inkluderer også få primære tømninger*



Ingen kan sige hvor den korrekte eller optimale andel af evacuerede skal ligge, kun at trenden indtil i år har været nedadgående, og at nogle afdelinger formår at ligge stabilt omkring 20%.

Hvad kan vi gøre bedre

Vi kan udøve et kvalificeret klinisk skøn, og kun evacuere de, som har en klar indikation for dette, hvilket i praksis vil sige rigelig blødning eller en ikke hel kvitteret placenta. Det er i længden uholdbart, at der er en variation på op til 4,8 gange mellem andelen som evacueres på de forskellige afdelinger.

7. Kodning ved tidlig graviditet.

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

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

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

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

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

Hyppigste fejkodninger

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

Abortus provokatus

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

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

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

Spontan abort og missed abortion

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

Ekstrauterin graviditet

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

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

8. Konklusion og anbefalinger

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

Spontan abort 1. trimester

- Ingen kvinder med komplet spontan abort evacueres
- ud af alle kvinder med spontan abort evacueres mindre end 10% i gennemsnit, og på ingen afdelinger evacueres mere end 20%
- mindst 80% af de kvinder, som medicinsk behandles, bliver kodet i henhold hertil.
- alle afdelinger anvender standardiserede journaler

Spontan abort 2. trimester

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

Missed abortion 1. trimester

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

Missed abortion 2. trimester

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

Ekstrauterin graviditet

- I gennemsnit bliver mindre end 2/3 af kvinder med x-uterin graviditet opereret.
- Af de opererede bliver mindst 85% i gennemsnit opereret laparoskopisk.
- På ingen afdeling ligger andelen af laparoskopisk opererede (ud af alle opererede) under 70%.
- Mindst 80% af de, som medicinsk behandles, kodes i henhold hertil.

Abortus provokatus 1. trimester

- Mindst halvdelen af alle 1. trimester aborter gennemføres inden udgangen af 8. graviditetsuge.
- Medicinsk induktion anvendes hos mindst 40% i gennemsnit, og ingen afdelinger har under 20% medicinsk inducerede provokerede aborter.
- Mindst 90% af de medicinsk behandlede er registreret med en dosis-specifik behandlingskode.
- Blandt kvinder, som gennemfører medicinsk behandling, bliver mindre end 6% efterfølgende evacueret.
- På ingen afdelinger er andelen af sekundært evacuerede højere end 10%
- Re-evacuatio raten blandt de kirurgisk behandlede ligger under 2% i gennemsnit.
- Ingen afdeling har re-evacuatio rate på over 3%
- Alle afdelinger anvender standardjournaler.

Abortus provokatus 2. trimester

- Mindst 80% af 2. trimester aborterne finder sted inden udgangen af 16. uge.
- Mindre end 50% af 2. trimester aborterne evacueres.
- Ingen afdeling har over 70% evacuerede.
- Alle afdelinger anvender standardjournaler

9. Opdaterede koder i forbindelse med abort

Abortus provocatus før udg. af uge 12

Diagnose Beh.-kode

Medicinsk

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

Kirurgisk

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

Spontan abort/missed abortion

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

Abortus provocatus efter uge 12

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

Extrauterin graviditet

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