

Tidlig graviditet og abort

Årsrapport for året 2014

fra TiGrAb-KD

Landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase

Øjvind Lidegaard og Charlotte W. Skovlund

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	14
1.1 Spontan abort, 1. trimester	14
1.2 Missed abortion, 1. trimester	16
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.

DRAFT

Forord

Formålet med denne årsrapport er at gøre status over den kliniske kvalitet inden for tidlig graviditet på landets gynækologisk-obstetriske afdelinger i 2014. 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 2014, men resultaterne er sat i relation til de foregående år. Rapporten den niende årsrapport fra TiGrAb-KD, vores landsdækkende kliniske kvalitetsdatabase, som løbende afreporterer aktuelle produktions- og kvalitetsmål på afdelingsniveau. Vi har i disse statistikker taget udgangspunkt i den administrative opdeling som eksisterer i 2014. 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. TiGrAb-KD lever løbende data til en lang række forskningsprojekter, hvor gravide kvinder skal kunne identificeres med start og slutdato.

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.

En arbejdsgruppe har i 2014 revideret og opdateret guidelines inden for tidlig graviditet, som blev drøftet og vedtaget på årsmødet i september 2014. Der henvises til DSOG hjemmeside for disse revisioner. Dette arbejde med nationale guidelines er væsentligt for den kliniske forankring af Tigrab's løbende kvalitetsmonitorering.

Vi har i lighed med sidste år anvendt en ny udtrækslogistik for provokeret abort, som skelner skarpere mellem kirurgiske og medicinske aborter. Det drejer sig væsentligst om tolkningen af de aborter, hvor kodningen ikke er konsistent. Vi har på side 34 vist hvilken logistik vi anvender, og det er – som det vil fremgå – ikke helt enkelt at gennemføre disse udtræk, fordi man er nødt til at tage højde for et mindretal af indgreb, som ikke er kodet efter retningslinjerne.

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.

På styregruppens vegne,

Øjvind Lidegaaard

DRAFT

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 aktion på disse fra de enkelte afdelinger, så vi løbende kan dokumentere det 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 baserer sig på indberetningerne til LPR; TiGrAb-KD og hysterektomidatabasen med tilhørende hyskobase (DHHD). 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 indikerer 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).

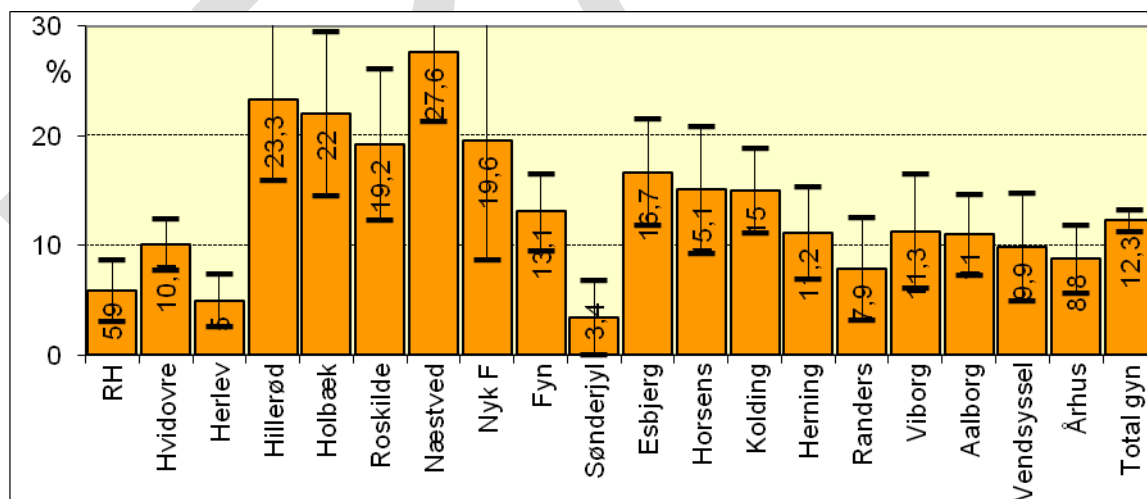
Indikatorresultater

Standarderne er de i 2014 gældende

Spontan abort, 1. trimester

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

95% konfidensintervaller angivet.



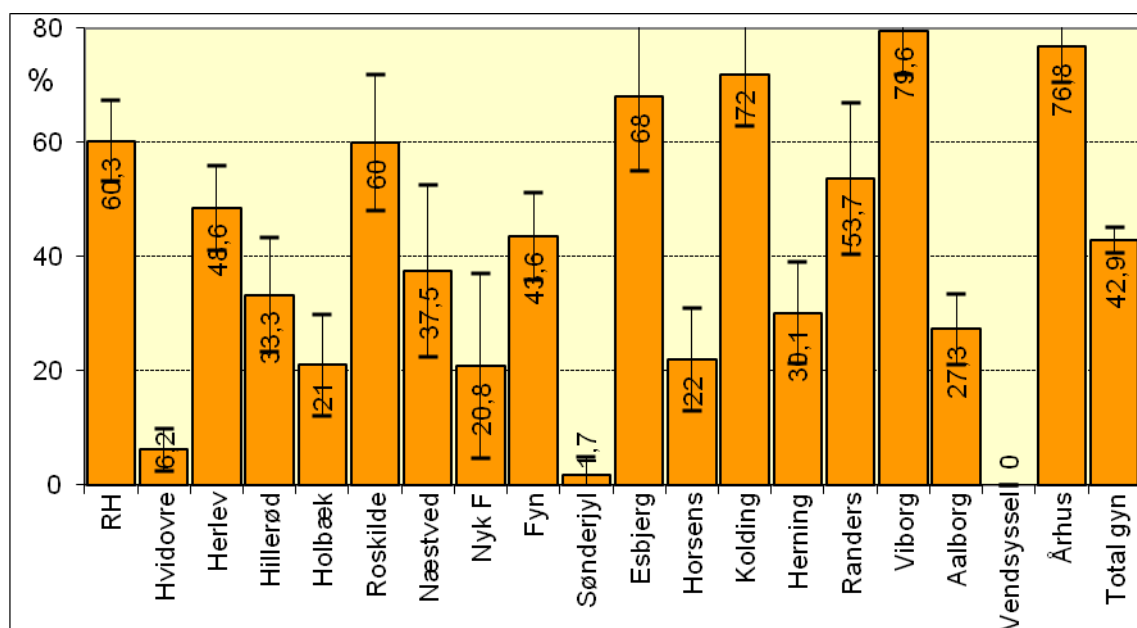
Gennemsnittet ligger i 2014 på 12,3%, hvilket er en væsentlig stigning i forhold til de 7,0% i 2013. Af 19 administrative enheder opfylder 7 standarden på højest 10% mod 15 afdelinger sidste år. Signifikant over gennemsnittet ligger Hillerød, Holbæk, Roskilde og Næstved. Signifikant under ligger RH, Herlev og Sønderjylland. Den samlede stigning skyldes især stigninger i Hillerød, Holbæk og Nyk. Falster. Det er bemærkelsesværdigt at spændvidden varierer mellem 3,4% og 27,6% eller 8 fold.

DRAFT

Missed abortion, 1. trimester

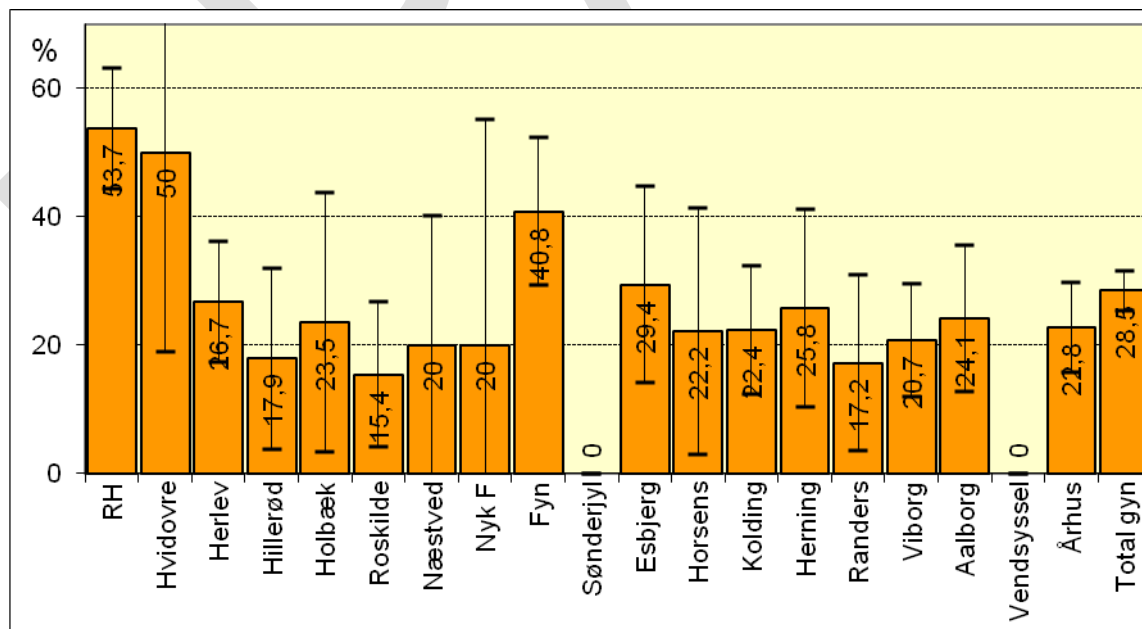
Indikator 2: Andel af ikke evakuerede, som har medicinsk behandlingskode. Standard: >80%

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, fortsat en del tilbage at ønske, men er dog løftet fra 30,7% i 2012 over 37,9% i 2013 til 42,9% i 2014. Så det går laaangsomt fremad.

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

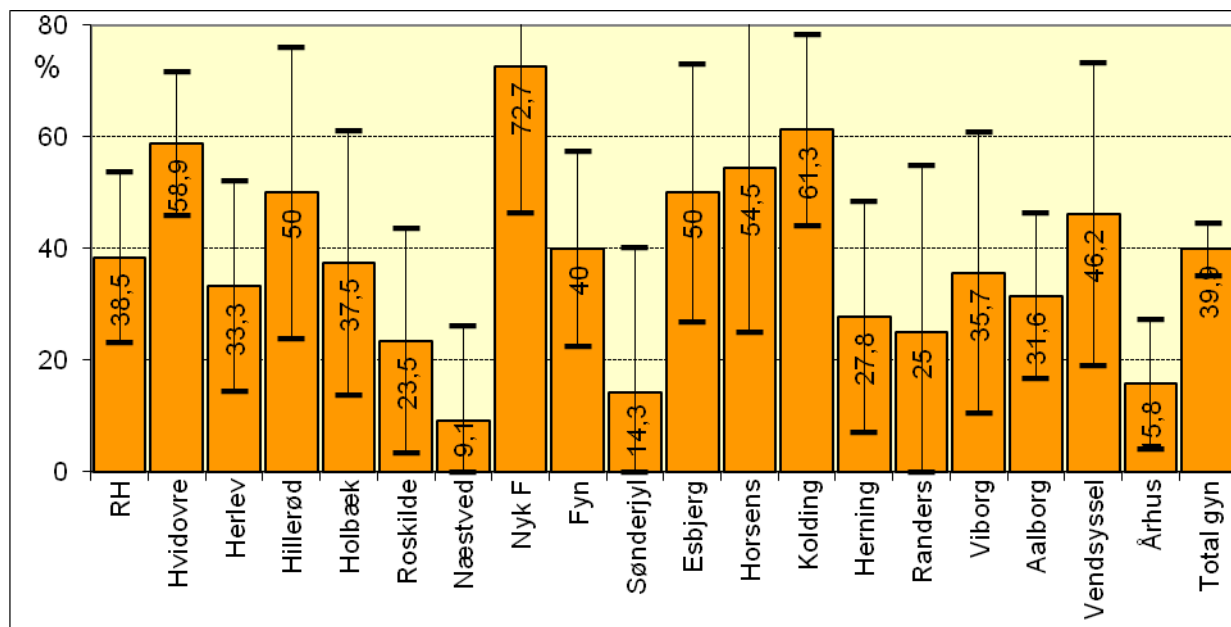


I 2014 ligger andelen af evakuerede efter medicinsk behandling på i gennemsnit 28,5%, hvilket er over standarden på de 25%. Denne information er væsentlig, når kvinderne vælger metode. Det kunne godt se ud som om, vi skulle træde lidt på bremsen hvad angår evacuatio uteri efter medicinsk behandling af missed abortion, da udenlandske serier ligger på omkring 20%.

Vendsyssel havde heller ikke i 2014 nogen registrerede medicinske behandlinger. Den største stigning i evakuatioer et sket i Hvidovre, som steg fra 11,6% i 2013 til 50% i 2014.

Spontan abort, 2. trimester

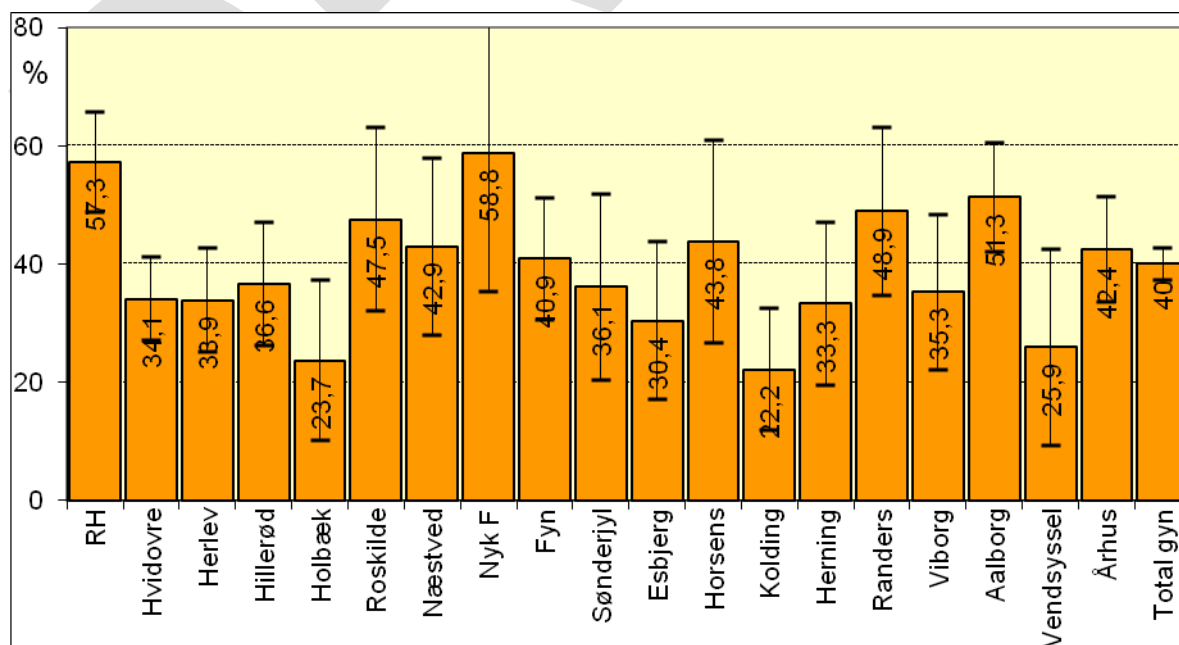
Indikator 4: Andel af kvinder med 2. trimester spontan abort som evakueres. Standard: <50%



Det fremgår, at 13 ud af 19 afdelinger holder sig under standarden på de 50%. Gennemsnittet er faldet fra 42,6% i 2013 til 39,9% i 2014.

Missed abortion og provokeret abort 2. trimester

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

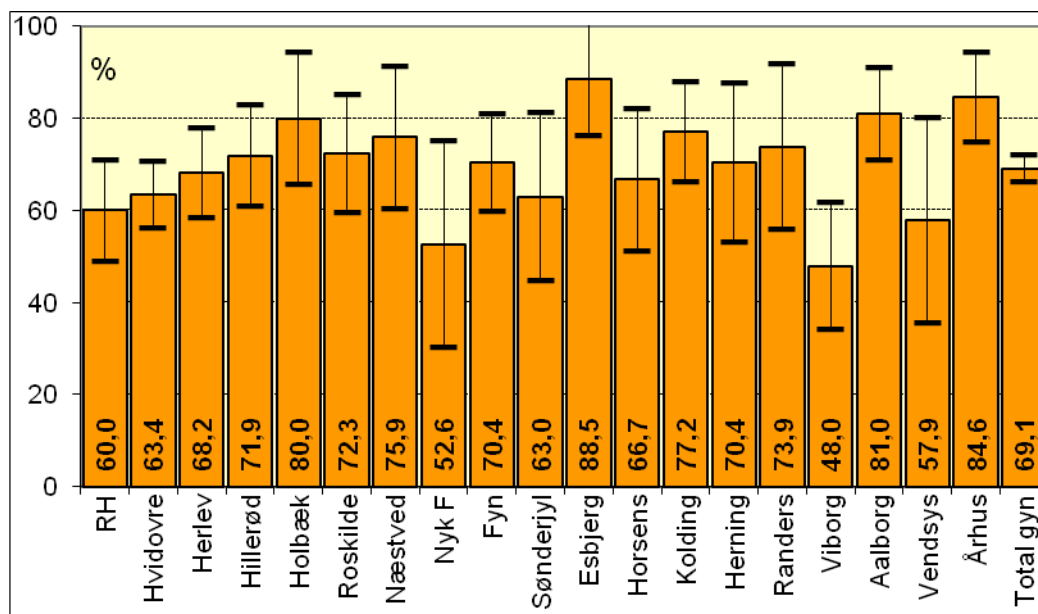


Også her arbejdes på at få andelen af evakuerede ned under 50%. Det er lykkedes på landsplan, og kun 3 ud af 19 afdelinger ligger stadig med rater over 50%. Lille forbedring i forhold til 2013.

Samlet set evakueres 40% af de kvinder, som undergår 2. trimester missed abortion eller provokeret abort. Så vi ligger samlet pænt under standarden på mindre end 50%. Kolding ligger signifikant under gennemsnittet, Rh og Aalborg signifikant over.

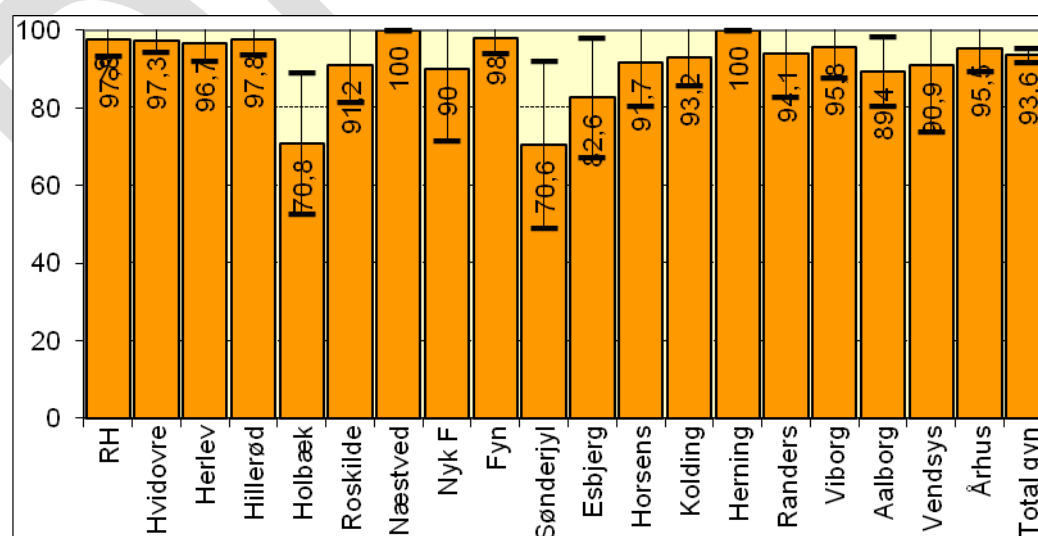
Ekstrauterin graviditet

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



Det fremgår, at 8 ud af 19 opgjorte enheder opfylder standarden med mindre end 70% opererede. Så vi er ikke begejstrede for den medicinske behandling af x-uterin graviditet i Danmark. Kun Viborg ligger signifikant under gennemsnittet.

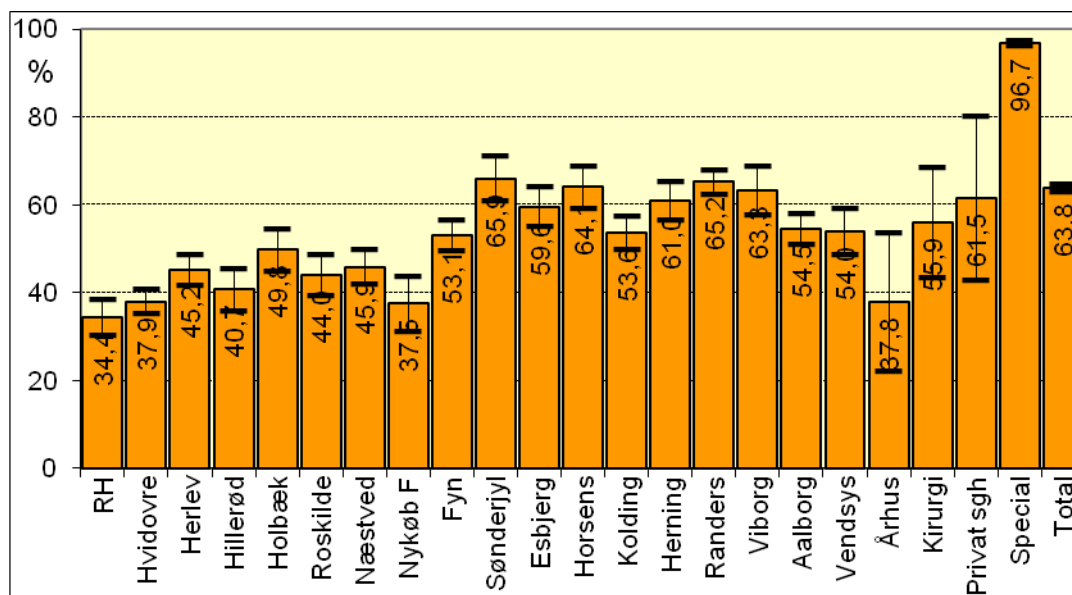
Indikator 7: Andel (%) af opererede, som bliver dette laparoskopisk. Standard: >85%.



Det fremgår, at 17 ud af 19 opgjorte enheder opfylder standarden på mindst 85% laparoskopisk opererede ud af alle opererede. 95% CI angivet.

Abortus provokatus, 1. trimester

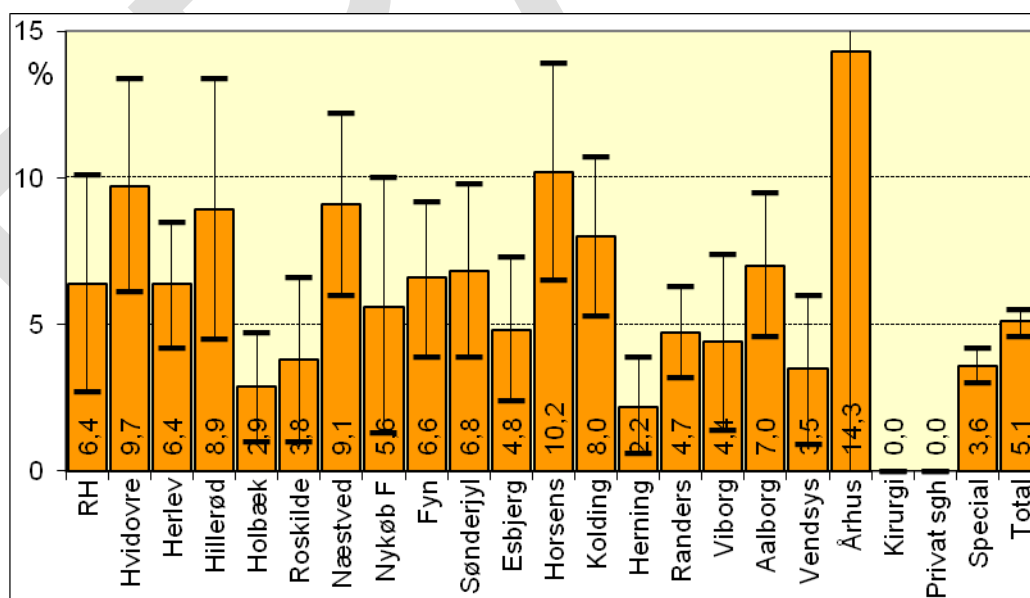
Indikator 8: Andel af kvinder med 1. trimester abort, som gennemføres før 8 uger: Standard >50%



En lidt ambitiøs standard for afdelingerne, fordi en stigende andel af de tidlige aborter foregår i speciallægepraksis, især i Region hovedstanden og i Århus. I 2014 opfyldte 12 ud af 19 afdelinger standarden, men samlet er andelen af aborter gennemført før 8 uger steget fra sidste år.

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

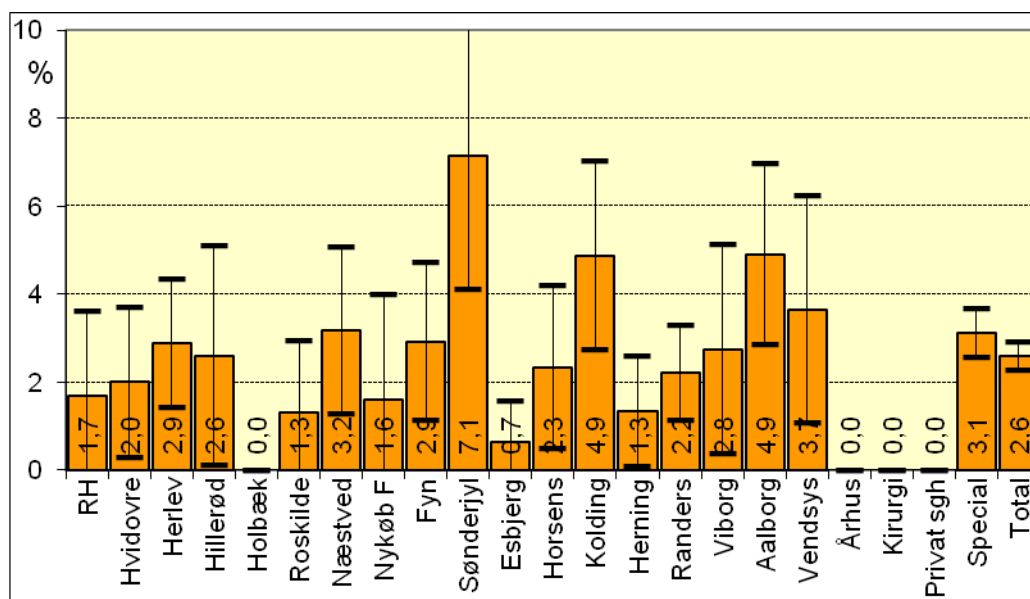
95% konfidensintervaller angivet.



Det ses at 8 ud af 19 afdelinger opfylder standarden. I gennemsnit ser det pænt ud med 5,1% evakuerede. Dette skyldes igen den stigende andel tidlige aborter hos speciallægerne.

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%

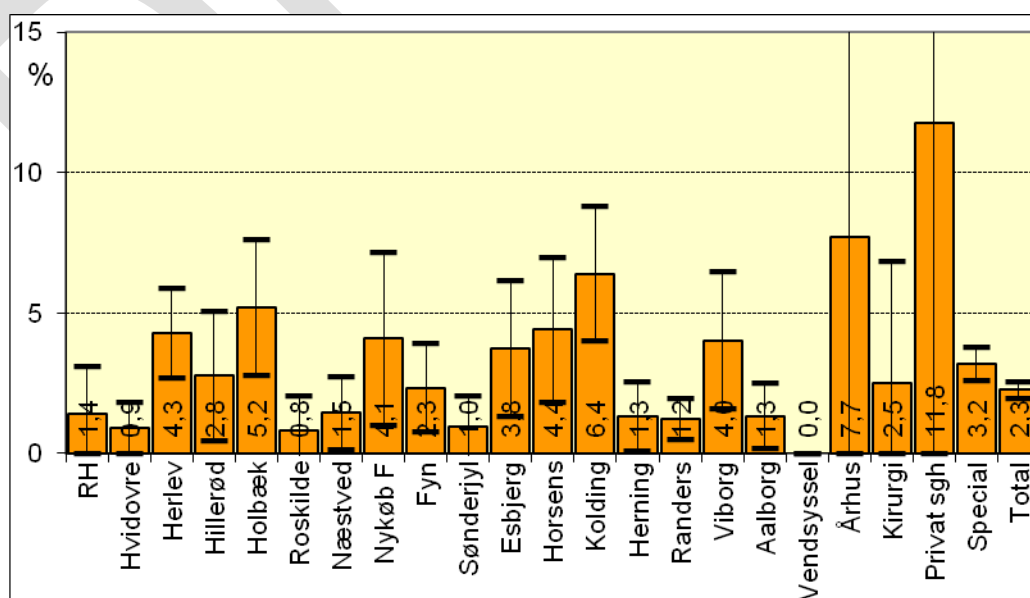


Samlede gennemsnit er steget en anelse til 2,6%, pænt under standarden på 3%. Det ses videre at 14 ud af 19 enheder opfylder standarden på <3 procent, mens de kirurgiske aborter som foregår hos speciallægerne ligger lige over standarden.

Følgende afdelinger ligger signifikant over det usædvanligt høje gennemsnittet på 2,6%: Sønderjylland, Kolding, og Aalborg. Holbæk og Esbjerg ligger signifikant under gennemsnittet.

I forbindelse med årsrapporten for 2013 fik vi korrigeret dobbelt for de forkert kodede re-evacuatioer. De korrekt korrigerede rater for 2013 er derfor vist nedenstående:

2013: Andel af kirurgisk behandlede, som må re-evakueres. Standard: <3%



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 12 afdelinger mere end 10% evakuerede kvinder med spontan abort, og gennemsnittet ligger på 7,0%.

Anbefaling: Ingen afdelinger evakuerer mere end 10%.

Spontan abort 2. trimester

- I dag evakueres i gennemsnit 42 % af kvinder med spontan 2. trimester abort. Ingen afdelinger ligger signifikant over standarden.
- Anbefaling: Alle afdelinger evakuerer mindre end 50% af kvinder med spontan 2. trimester abort.

Missed abortion 1. trimester

- I dag har i gennemsnit 43% af kvinder med missed abortion som ikke evakueres en medicinsk behandlingskode. Klar forbedring i forhold til 2012, men stadig langt fra standarden.

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 28% efter medicinsk behandling.

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

Missed abortion og provokeret abort, 2. trimester

- I dag evakueres i gennemsnit 40% af kvinder med 2. trimester missed abortion eller provokeret abort, men andelen varierer fra 22% i Kolding til 59% i Nyk. Falster.

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% af kvinder med x-uterin graviditet.

Anbefaling: I gennemsnit bør under 60% opereres.

- Andelen af kvinder med x-uterin graviditet, som opereres varierer fra 48 % til 85 % på forskellige afdelinger.

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

- I dag opereres 92,3% 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 64% før 8 uger.

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

- I dag udgør medicinsk inducerede 66% af alle 1. trimester provokerede aborter. Det er flot.

Anbefaling: Alle som ønsker ab. Prov før 8 uger anbefales medicinsk abort.

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 2,2% til 10% (idet de 25% i Århus er baseret på meget få).

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 2,6% 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 og missed abortion 2. trimester

- I dag evakueres 40% af kvinder med 2. trimester provokeret abort eller missed abortion.

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

Ingen afdeling har over 50% evakuerede.

- Alle afdelinger anvender standardjournaler

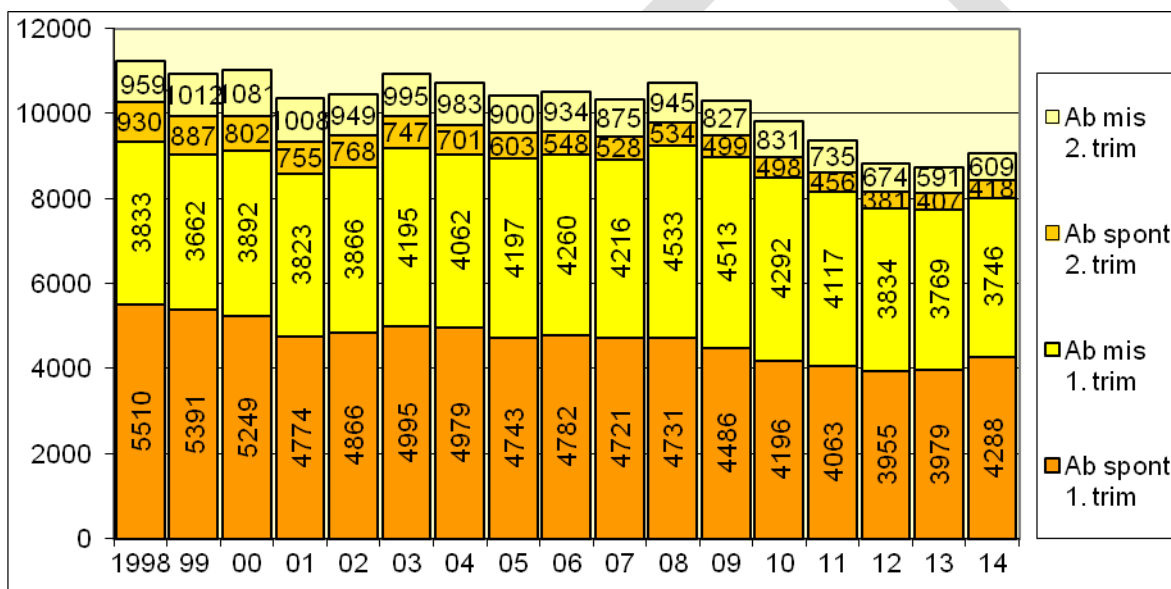
1. Tilgrundegået graviditet 1. trimester

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".

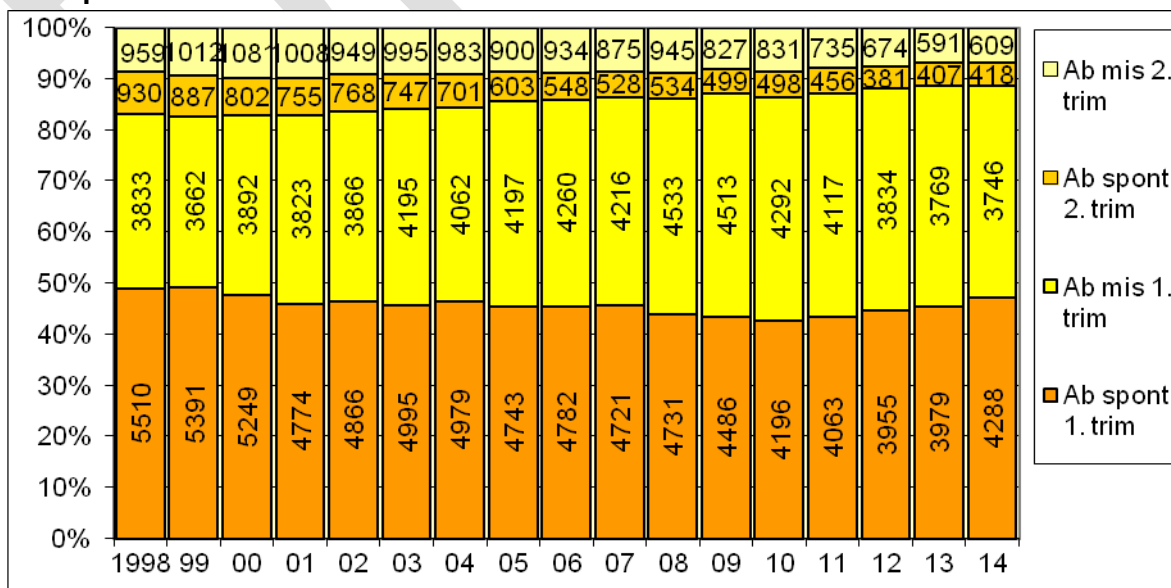
Miscarriages i Danmark 1998-2014

Antallet af kvinder med registreret med tilgrundegået graviditet i første trimester andrager nu 8.034 i 2014, lidt højere end i 2013. Miscarriages i 2. trimester udgør i 2014 1.027, samme niveau som sidste år. I alt 9,061 (**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 1998-2014. N=173.888



Samme i procent

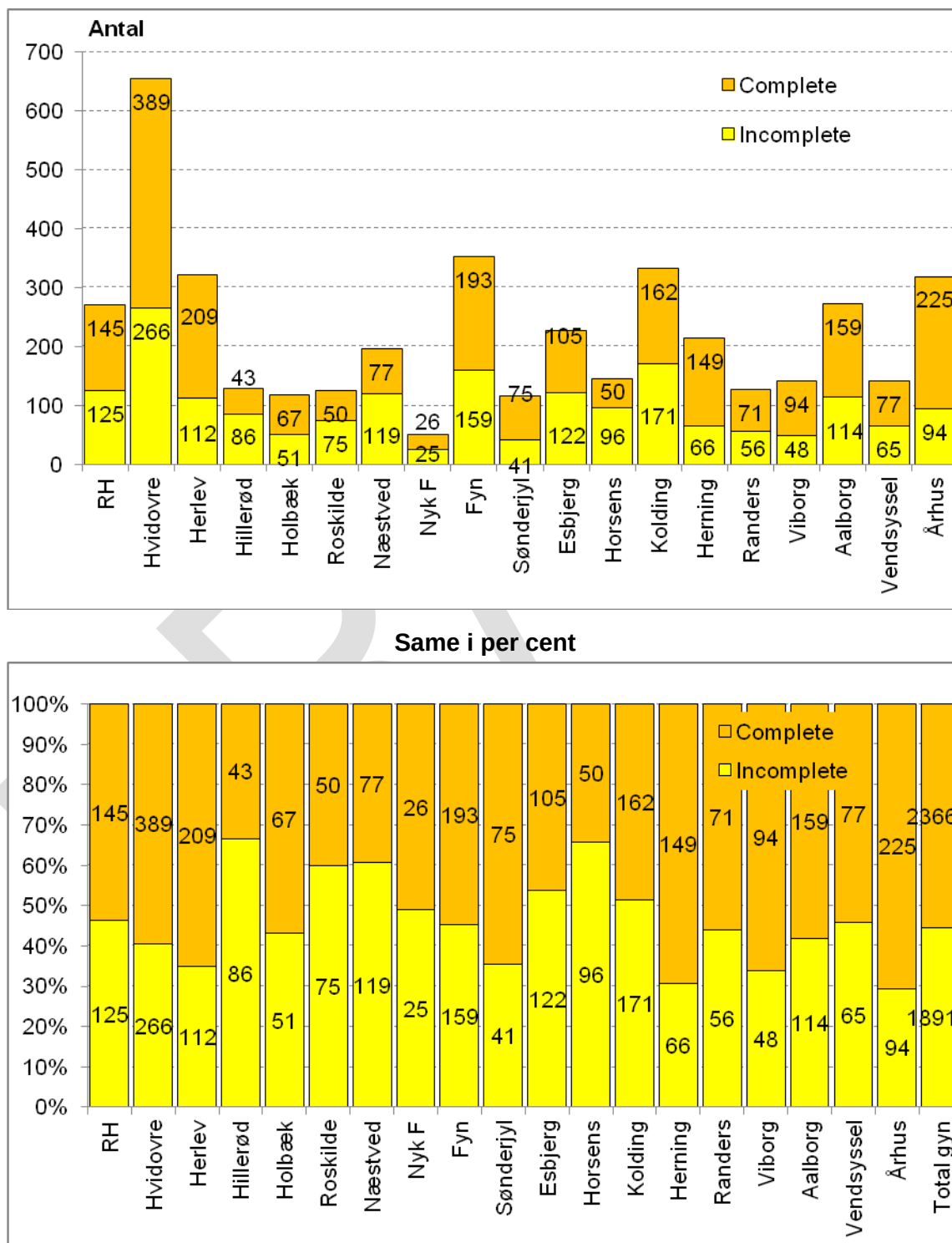


Da den kliniske håndtering af hhv missed abortion og spontan abort er forskellig, kan kvaliteten inden for dette område kun opgøres separat for hhv missed abortion og spontan abort.

Spontan abort, 1. trimester

Spontan abort defineres som tilgrunde gået graviditet med aktuel blødning. Antal i 2014: 4.288, heraf 28 på kirurgiske afdelinger og tre på privat hospital, 56% komplette og 34% inkomplette.

Fig. 1.2. Complete and incomplete spontaneous 1st trimester abortions at different departments in 2014. N=4.257 at gynaecological departments.



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 29% i Århus til 67% i Roskilde.

Denne stigning i andelen af inkomplette spontane aborter kan delvis forklare den stigende andel evakuerede. Det er situationen ved indlæggelsen, som skal angives ved diagnosekodningen når pt. udskrives, altså det man har behandlet.

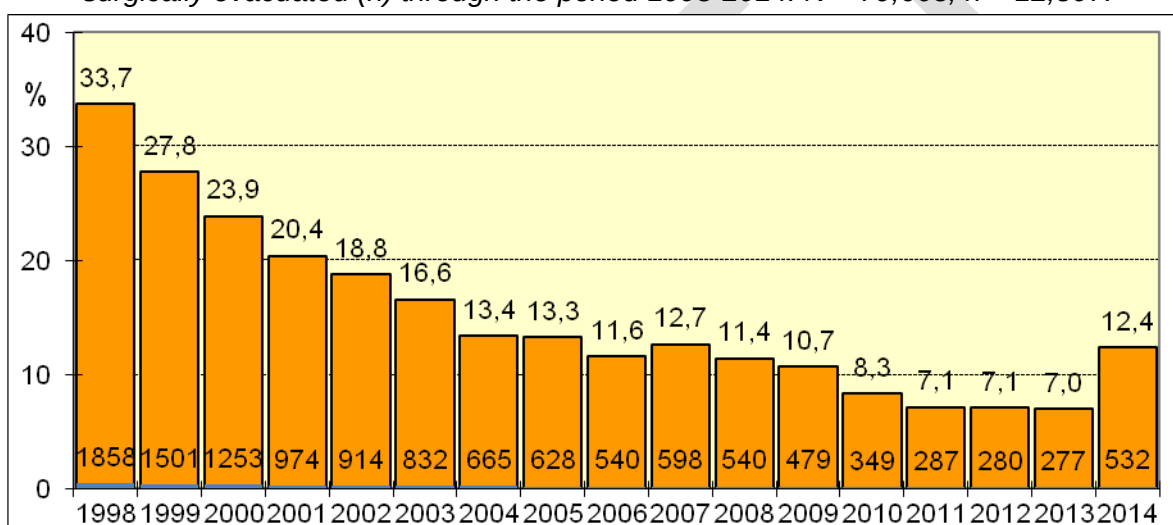
Kvalitet

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 forventes frem for at blive evakueret, da konservativ afventen indebærer halvt så stor risiko for efterfølgende infektion, sammenlignet med kvinder, som får gennemført evacuatio uteri.

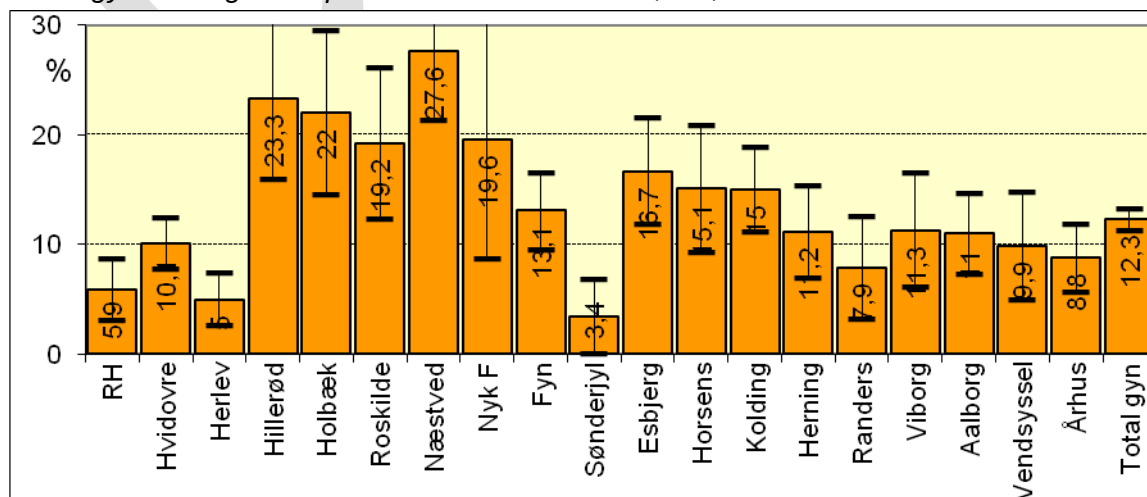
Indikator 1: Andel af kvinder med 1. trimester spontan abort som evakueres. Standard: <10%.

Fig. 1.3 Proportion (%) of women with spontaneous 1st trimester abortion (N) being surgically evacuated (n) through the period 1998-2014. N = 79,663, n = 12,507.



Andelen af kvinder som på landsplan får foretaget primær evacuatio uteri er faldet gradvist fra 34% i 1998 til 7,0% i 2013, men er så for alle afdelinger steget til 12,4% i dag (**Fig. 1.3**), Standard for evacuatio uteri: <10%.

Fig. 1.4 Proportion (%) of women with spontaneous abortion undergoing surgical evacuation in 2014 at gynaecological departments.. Abortions = 4,257, Evacuations = 524. 95% CI indicated.



Gennemsnittet på de gynækologiske afdelinger ligger i 2014 på 12,3%, hvilket er en væsentlig stigning i forhold til de 7,0% i 2013. Af 19 administrative enheder opfylder 7 standarden på højst 10% mod 15 afdelinger sidste år (**Fig. 1.4**). Signifikant over gennemsnittet ligger Hillerød, Holbæk, Roskilde og Næstved. Signifikant under ligger RH, Herlev og Sønderjylland. Den samlede stigning skyldes især stigninger i Hillerød, Holbæk og Nyk. Falster. Det er bemærkelsesværdigt at spændvidden varierer mellem 3,4% og 27,6% eller 8 fold.

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.

Vi sigter mod, at alle afdelinger kommer 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, som ikke indberettes til LPR.

Antallet af missed abortion i 1. trimester på landets gynækologiske afdelinger fremgår af **Fig. 1.5**.

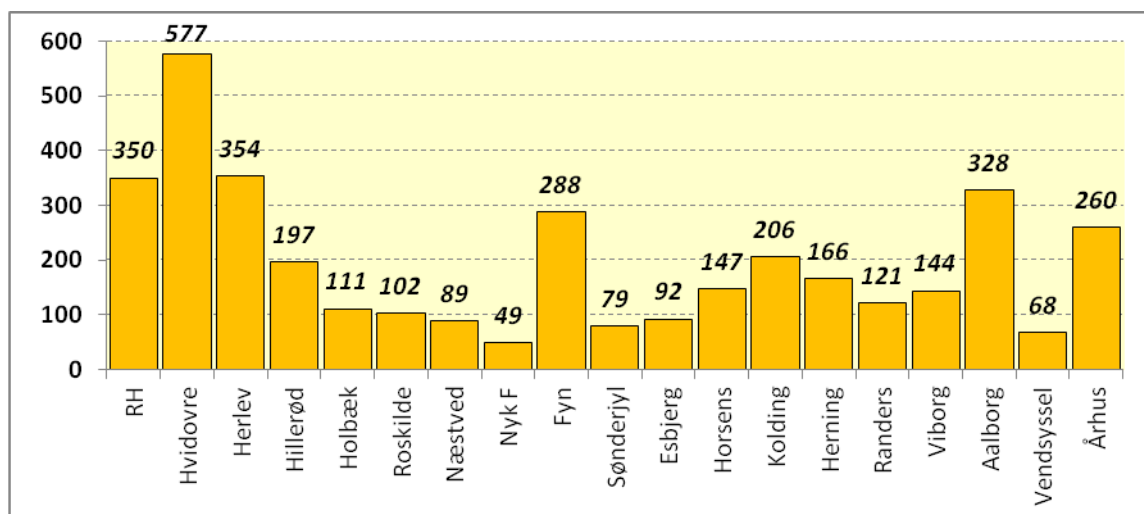
Kvalitet

Kvalitet inden for dette område udtrykkes ved følgende

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

Fig. 1.5

Women with 1st trimester missed abortion at Gyn. departments in 2014. N = 3.728



I **Fig. 1.6** er angivet den andel af kvinder, som på de enkelte afdelinger undergår primær evakuatio uteri i perioden 1998 til 2014. Det fremgår, at andelen er faldet stødt fra år 2000 fra 79,5% til i dag hidtil laveste andel: 48,4%.

Der ses moderate udsving i denne andel mellem afdelingerne i 2014 (**Fig. 1.7**). Da succesraten ved medicinsk induktion af missed abortion i første trimester kun er omkring 72%, er det gængs praksis at lade kvinderne selv vælge, om de foretrækker medicinsk eller kirurgisk behandling.

Fig. 1.6

Proportion of women with missed abortion undergoing primary evacuation in Denmark 1998-2014. N=66,792 n =44,323 (number of evacuated)

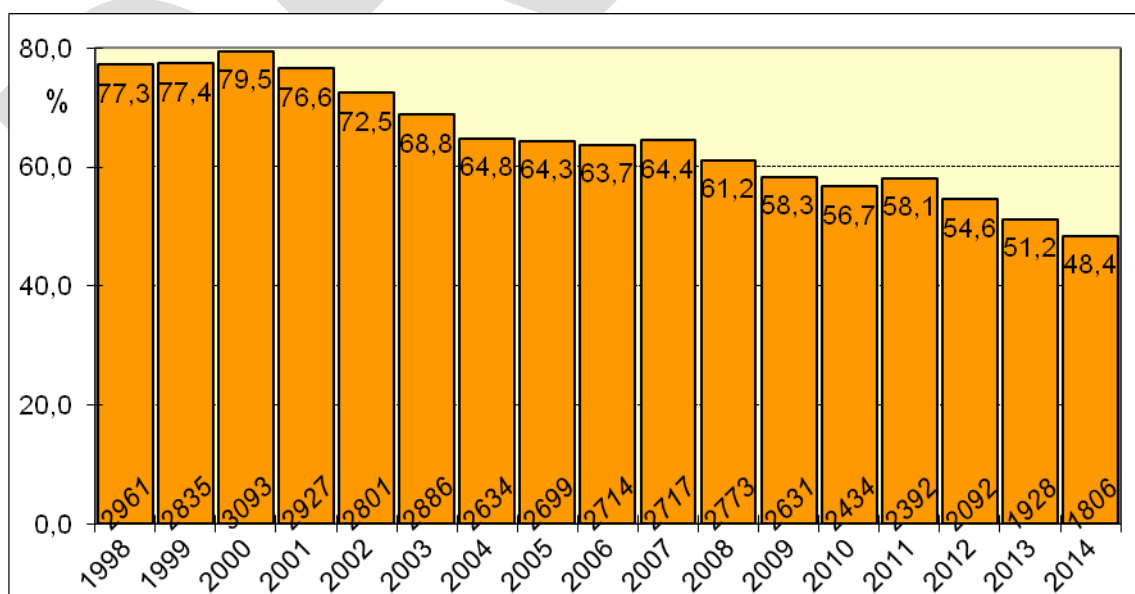
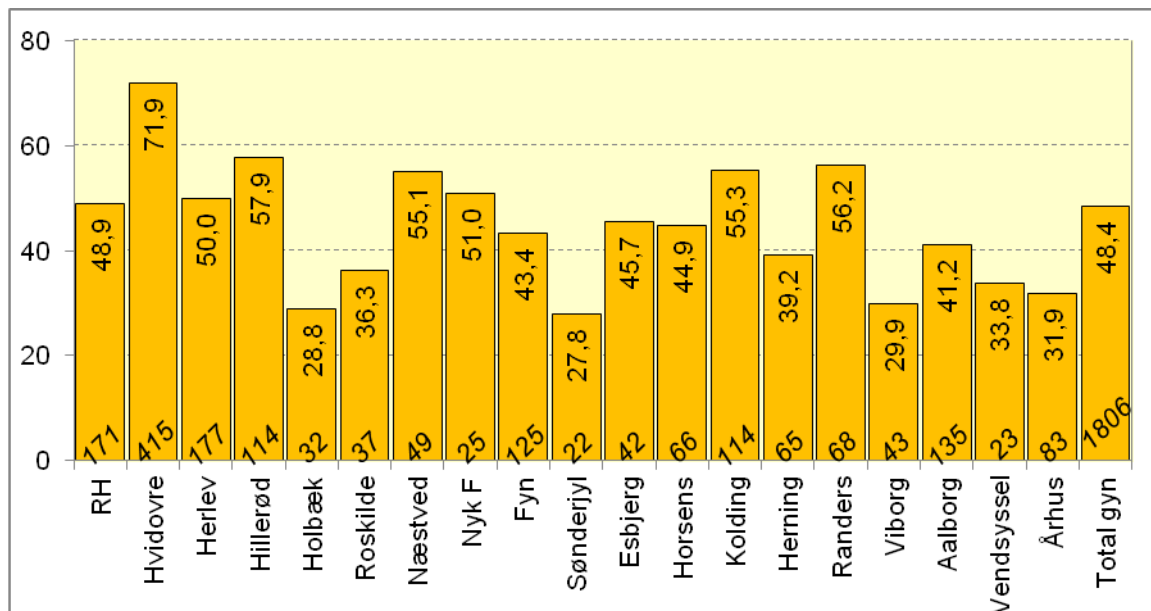


Fig. 1.7

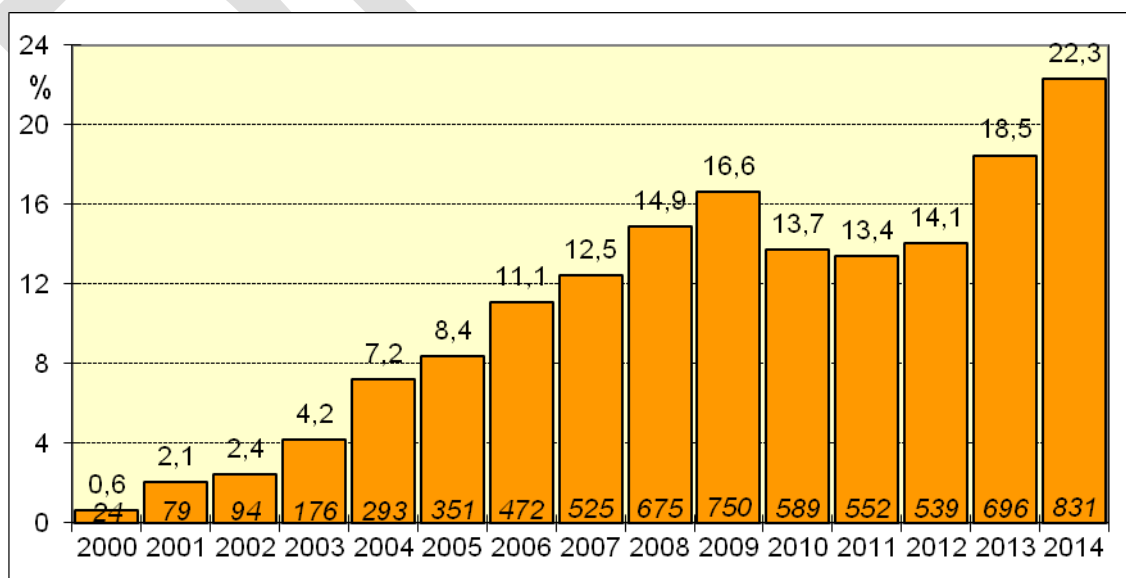
Proportion of women with missed abortion undergoing primary evacuation at different departments in Denmark in 2014. N=3,728, n=1.806
Absolute number of evacuated at bottom in each column.



Andelen, som er kodet med medicinsk behandling som den primære behandling, fremgår af **Fig 1.8** og **1.9**. Dette tal er nu steget til 22,5 %. Man kan groft antage, at hovedparten af de 51,6 %, som ikke får foretaget et primært kirurgisk indgreb (**Fig. 1.6**), er blevet medicinsk behandlet, mens der i praksis altså kun er kodet 22,5 %.

Fig. 1.8

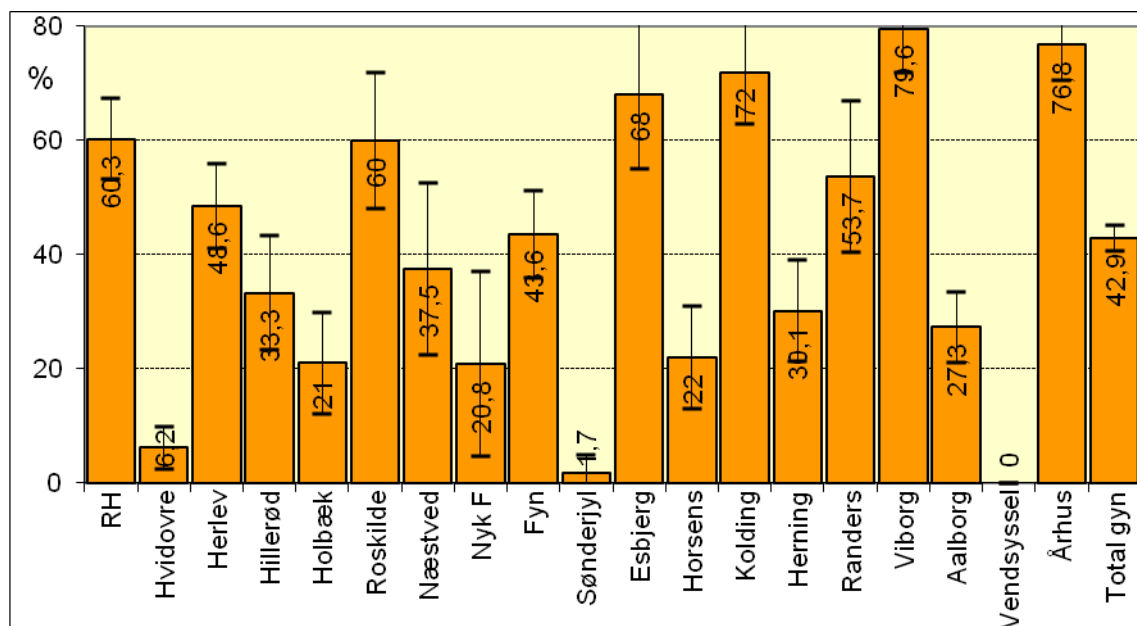
Proportion (%) of women with missed abortion coded with a medical treatment code BKHD50/52 at gynaecological departments during the period 2000-2014. N=68,792 n=6,646.



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

Fig. 1.9

Proportion (%) of non-evacuated women with missed abortion, coded with a medical treatment code at Gynaecological departments in 2014. 95% CI indicated.



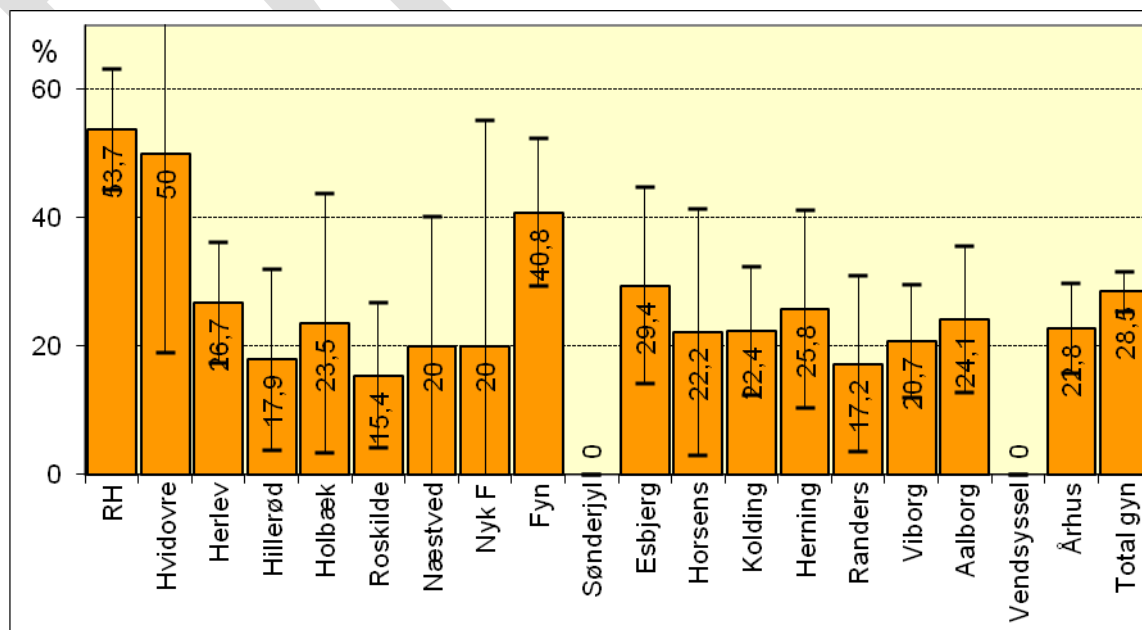
Andelen af registrerede medicinsk behandlede blandt de kvinder, som ikke undergår primær evacuatio uteri varierer meget fra afdeling til afdeling, og vi taler om et spænd fra 0% til 79.6%.

Afdelingerne i Sønderjylland og Vendsyssel næsten ikke anvendt behandlingskoden i 2014, mens Viborg har fået rettet markant op fra 1.1% i 2013 til 79.6% i 2014. Det går altså fremad, men ikke så vi er ved at miste pusten, og nogle afdelinger går baglæns; Rh og Hvidovre.

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

Fig. 1.10

Proportion (%) of evacuated after medical treatment of missed abortion at Gynaecological departments in DK in 2014. N=831, n=237



Det fremgår af figuren (**Fig. 1.10**), 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 28,5%, hvilket er lidt højere end i 2013. Dette 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 0,8 mg misoprostol ved medicinsk induktion. Rh, Hvidovre og Fyn bør kunne reducere deres andel af sekundært evakuerede.

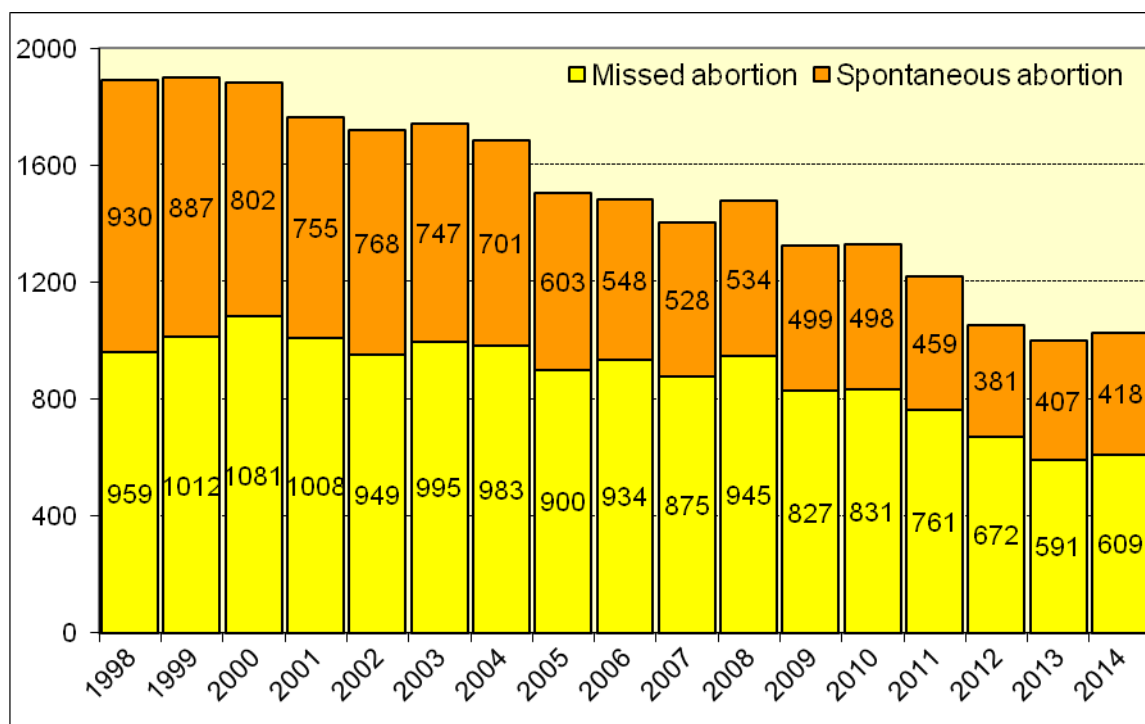
DRAFT

2 Tilgrundegået graviditet, 2. trimester.

Tilgrundegået graviditet (miscarriages) i 2. trimester udgør i 2014 14% af alle miscarriages (**Fig. 1.1**). I **Fig. 2.1** er antallet af 2. trimester miscarriages i Danmark i perioden 1998-2014 opgjort.

Fig. 2.1

Number of 2nd trimester miscarriages in Denmark 1998-2014. N=25,397



Det fremgår, at antallet af sene miscarriages er faldet med 46% i perioden, men at dette dækker over, at spontane aborter er faldet med 55% i perioden, mens antallet af missed abortion er faldet med 37%. Faldet i de spontane aborter efter 2004, kan være influeret af de nye prænatale screeninger, som blev indført i årene fra 2004, da flere kvinder med føtale misdannelser fanges tidligt 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

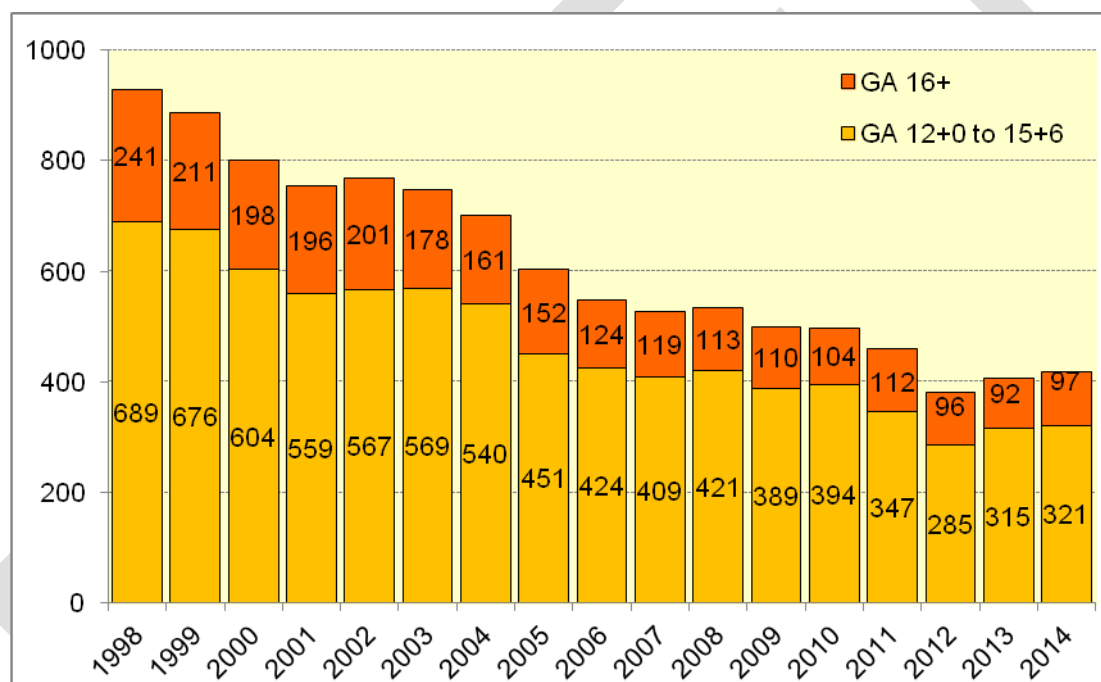
DO035-O039 Komplet spontan abort

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 418 i 2014. 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 1998-2014, stratified according to gestational age. N = 10,465



Kvalitet

Kvalitetsindikatorer inden for dette område handler om

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

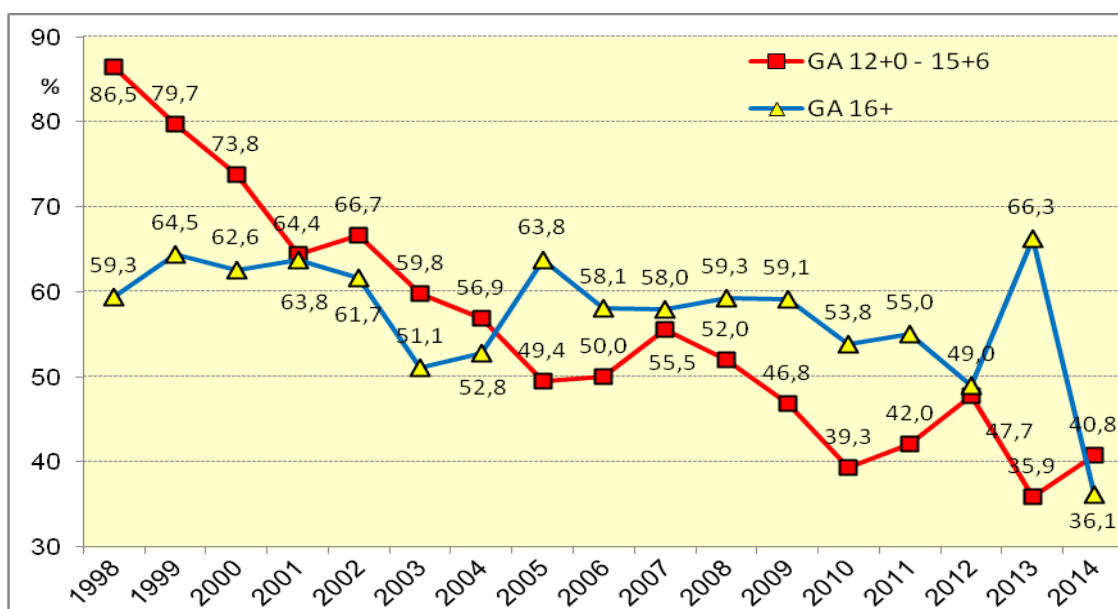
Indikator 4: Andel af kvinder med 2. trimester spontan abort som evakueres. Standard: <50%

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 41 % i 2014. Andelen af evakuerede kvinder med spontan abort efter 16 uger har fluktueret en del, og var i 2014 på 36,1%, en halvering fra 2013, i absolutte tal dog kun et fald på 26. Analyse på afdelingsniveau viser at der er tale om et spredt fald.

Fig. 2.3

Surgical evacuation rate (%) after early and late 2nd trimester spontaneous abortion in Denmark 1998-2014. N=10,465.

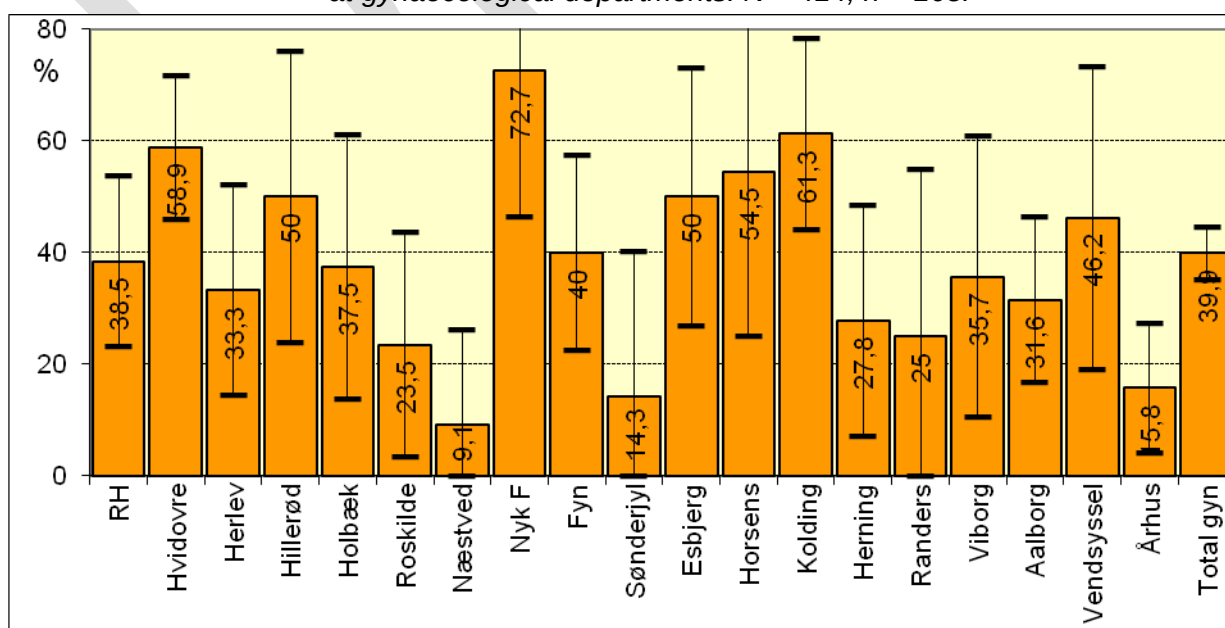


På afdelingsniveau varierer anvendelsen af evacuatio uteri ved 2. trimester spontan abort fra 9,1% i Næstved til 72,7% i Nyk. Falster (**Fig 2.4**). Gennemsnittet er 39,9% på gynækologiske afdelinger, et fald fra 42,6% i 2013.

Med en standard på $\leq 50\%$ opfylder 15 af 19 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 2014. at gynaecological departments. N = 414, n = 165.



Hvad kan vi gøre bedre?

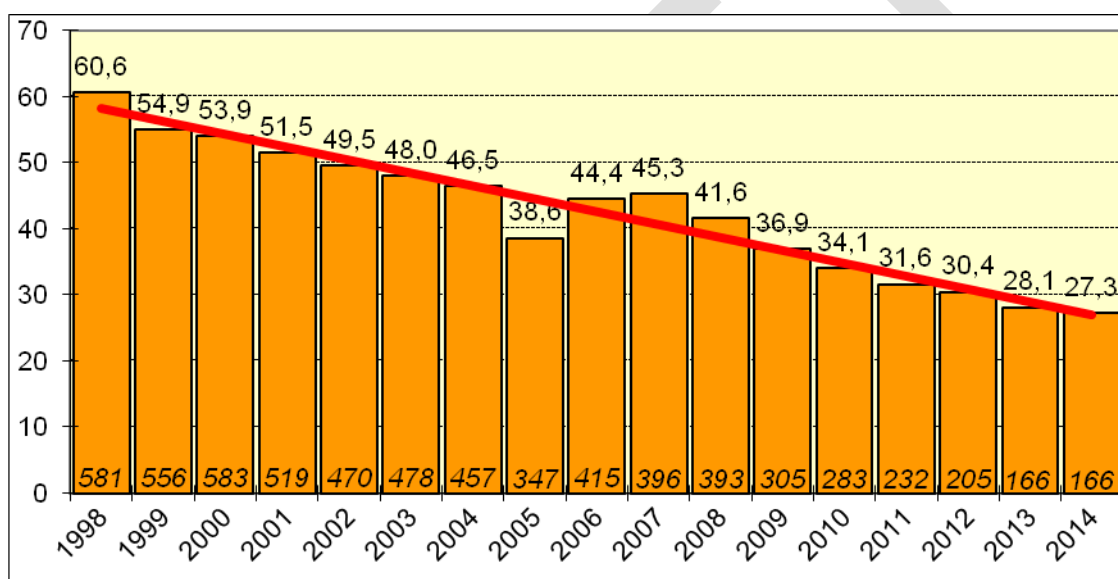
Tilbageholdenhed med anvendelsen af kirurgiske indgreb må anses for en kvalitet, men en optimal andel evakuerede er det ikke muligt at angive med tilstrækkeligt empirisk belæg på nuværende tidspunkt. Det er dog bemærkelsesværdigt, at flere afdelinger år efter år ligger med halvt så mange evakuerede (i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

Missed abortion, 2. trimester

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

Fig. 2.5 *Surgical evacuation (%) in women with 2nd trimester missed abortion 1998-2014.*

Absolute number of evacuations in bottom of each column. N=14,908 n=6,552



Vi ligger nu på 27,3 % hvilket er mere end 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 evacuatio uteri. Standard <50%.*

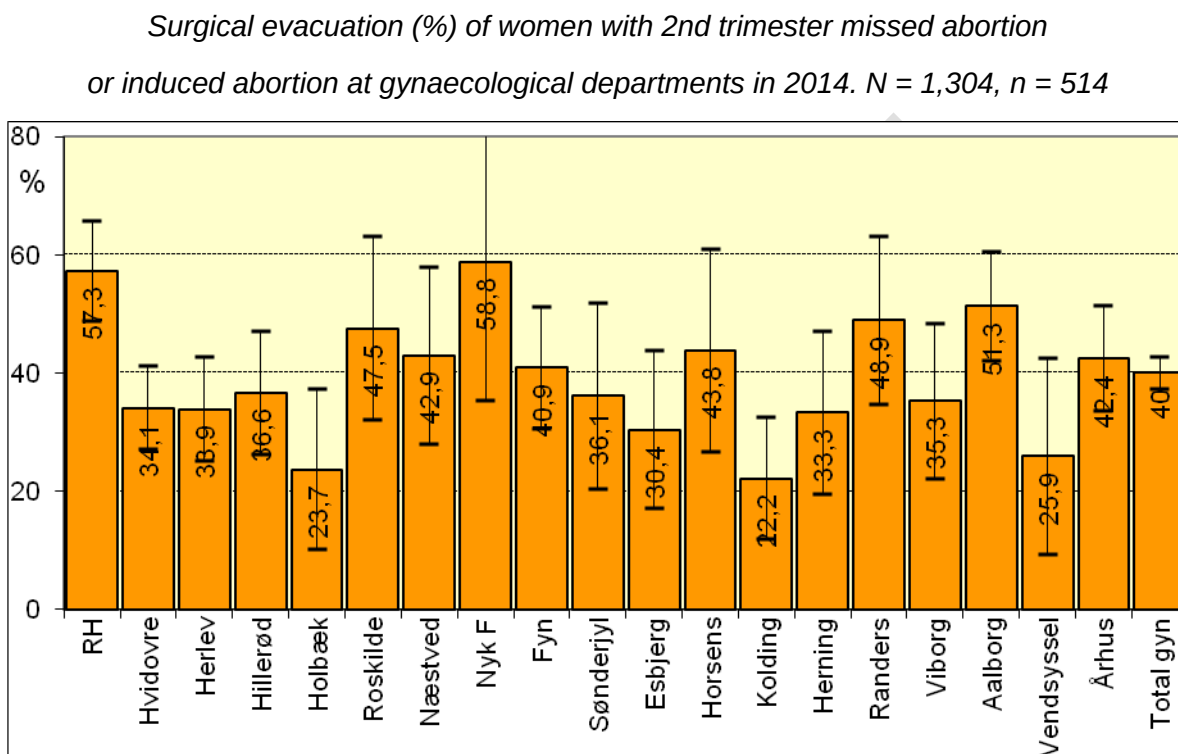
I **Fig. 2.6** ses andelen af evakuerede kvinder med 2. trimester missed abortion eller provokeret abort på forskellige afdelinger i Danmark i 2013.

Det fremgår, at evakuatioandelen svinger fra 22,5 % Kolding til 59 % i Nyk Falster. Videre at 16 ud af 19 afdelinger opfylder en standard på 50% eller derunder.

Det går altså stille og roligt den rigtige vej.

Formentlig burde der ikke være forskel på andelen af evacuerede 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



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:

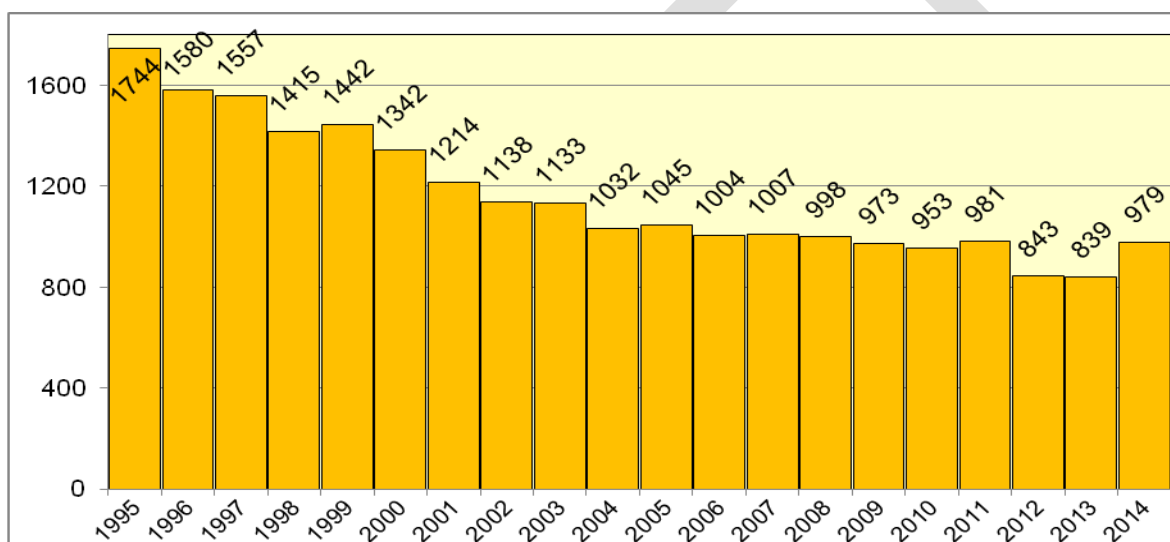
DO001	Graviditas extrauterina tubaria (I æglederen)
DO001A	Graviditas extrauterina tubaria rupta (bristet)
DO008	Ekstrauterin graviditet, andre former
DO008B	Graviditas cornualis (beliggende i hjørnet af livmoderen ved afgang af æglederen)
DO009	Ekstrauterin graviditet uden specifikation

Produktion

Det årlige antal patienter med x-uterin graviditet er faldet stødt gennem seneste 18 år (**Fig. 3.1**). Med omkring 85.000 årlige registrerede konceptioner, opstår der en x-uterin graviditet for hver ca. 100 graviditeter.

Fig. 3.1

Ectopic pregnancies in Denmark 1995-2014. N= 23,219



Antallet af kvinder med ekstrauterin graviditet på de forskellige afdelinger fremgår af **Fig. 3.2**. Af de 839 tilfælde i 2013 er de 830 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 1996-2014 fremgår af **Fig. 3.3**. Andelen af kvinder med x-uterin graviditet, som er behandlet med operation var i 2014 68,8%. Samtidig er andelen af de opererede, som er blevet det laparoskopisk steget fra 61% i 1996 til 93,6% i 2014 (**Fig. 3.5**).

Stigningen i andelen af opererede gennem seneste år skyldes sandsynligvis den nye diagnose PUL (pregnancy unknown localisation), som tidligere trak en del ekstrauterine graviditetsdiagnoser, og som ikke blev opereret fordi hCG faldt.

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 2014. N=973

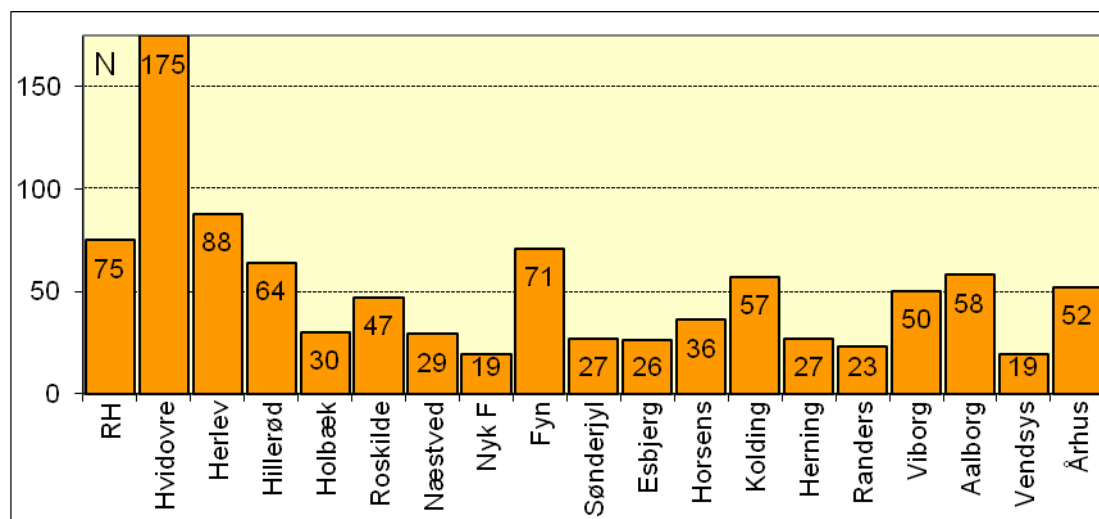
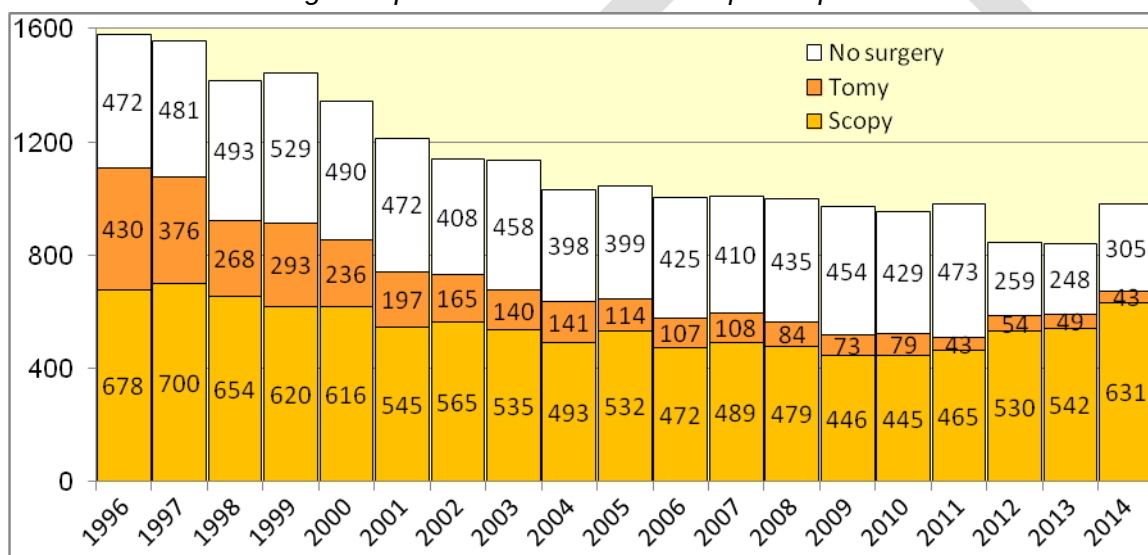
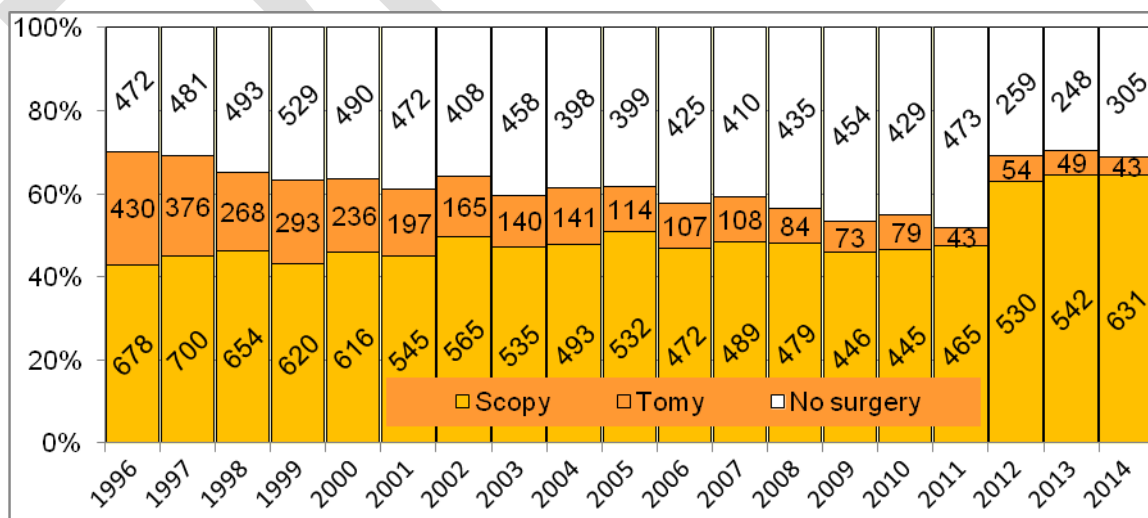


Fig. 3.3 Ectopic pregnancies undergoing laparoscopy, laparotomy and no surgery through the period 1996-2014. Lower part in per cent.



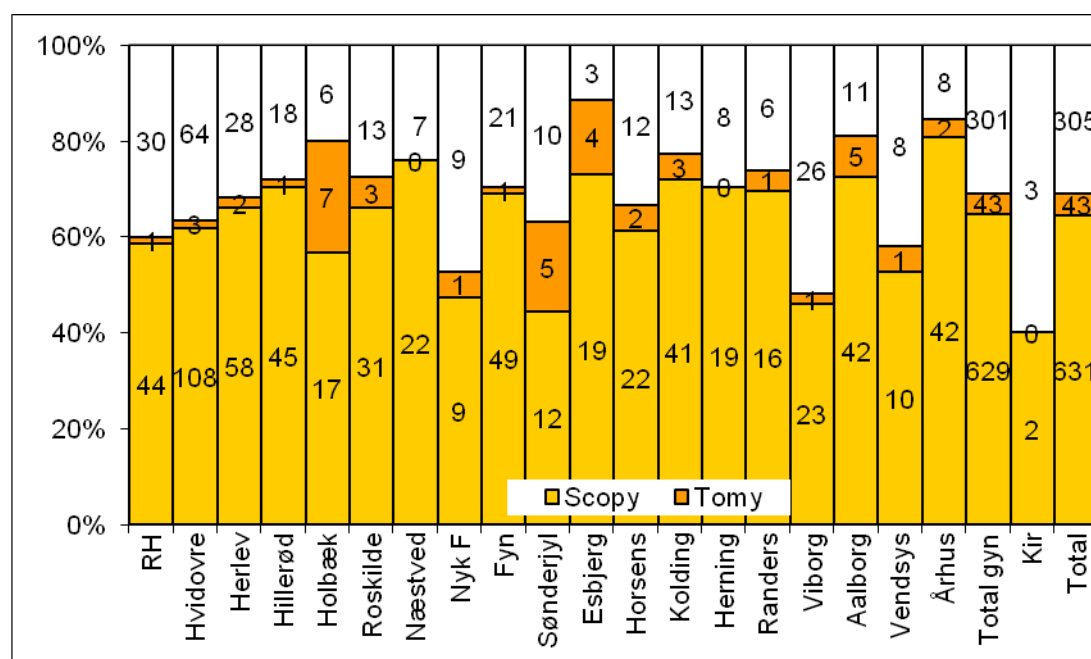
Same in per cent



NB. Operationstallene for kvinder med ekstrauterin graviditet er steget lidt på nogle afdelinger efter 2011. Det skyldes at vi nu ikke kræver gestationsalderen registreret, det gjorde vi før 2012.

DRAFT

Fig. 3.4 Ectopic pregnancies undergoing laparoscopy, laparotomy or no surgery at different departments in 2014. Absolute numbers indicated in columns.

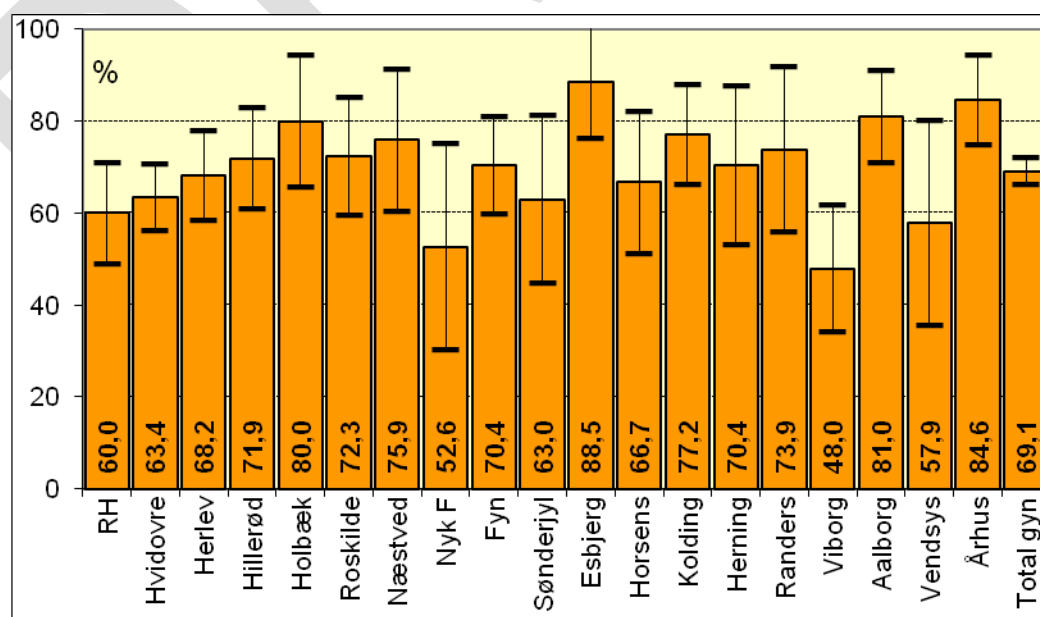


I 2014 var der stadig variation i operationspraksis på de forskellige afdelinger, hvilket fremgår af **Fig. 3.4**. Andelen af kvinder med x-uterin graviditet som opereres på forskellige afdelinger varierer fra 48 % i Viborg til 89% i Esbjerg. Vi må antage, at en del af de, som ikke opereres på de enkelte afdelinger, behandles medicinsk med methotrexat, til trods for at kun 21 kvinder er registreret med denne behandlingskode i 2014, sidste år var tallet 20.

Andel opererede ligger under standarden på 70% på 8 ud af 19 afdelinger (**Fig. 3.5**)

3.5 Indicator 6

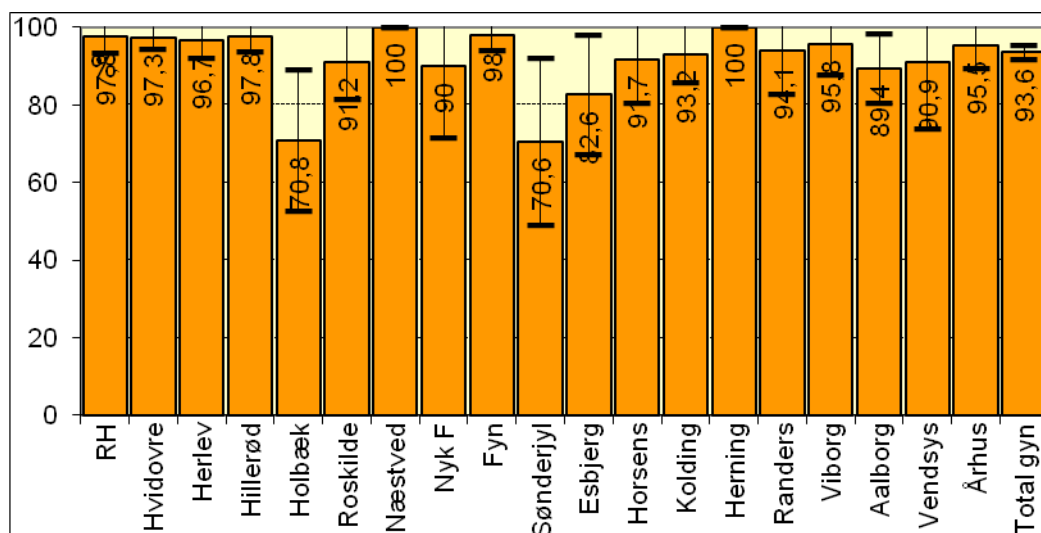
Ectopic pregnancies undergoing surgical treatment at different departments in 2014.
95% CI indicated.



PS. Operationstallene for kvinder med ekstrauterin graviditet er steget lidt på nogle afdelinger efter 2011. Det skyldes at vi nu ikke kræver gestationsalderen registreret, det gjorde vi før 2012.

Fig. 3.6 (Indikator 7)

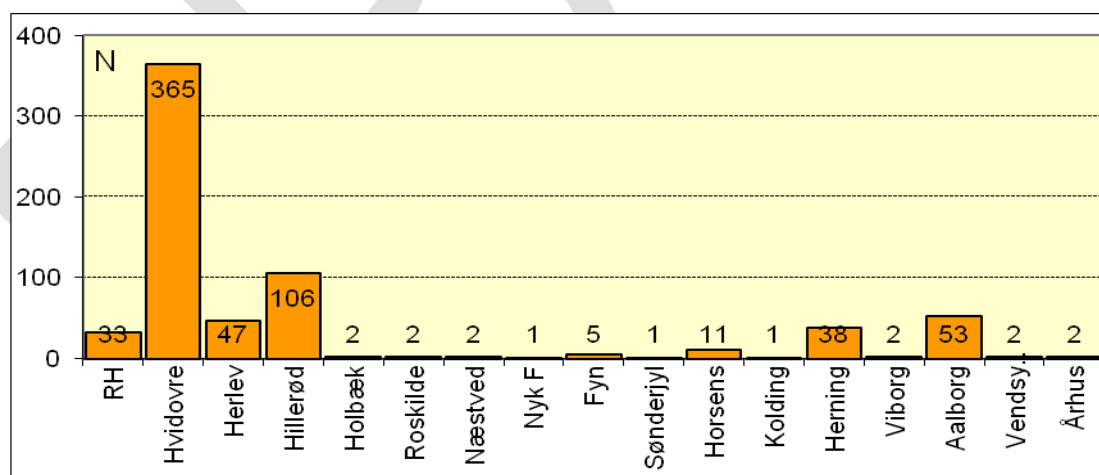
*Proportion of laparoscopy in surgically treated women with ectopic pregnancy 2013
95% confidence limits indicated.*



Andelen af laparoskopisk opererede ud af alle opererede ligger i 2014 på i gennemsnit 93,6%, med en variation der spænder fra 70% i Holbæk og Sønderjylland til 100%. Seksten ud af 19 afdelinger opfylder standarden på 85% laparoskopisk opererede ud af alle opererede (**Fig. 3.6**).

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

Den nye PUL kode DO022 blev introduceret primo 2012 og har været anvendt i alt 673 gange (med restriktion på 12 uger) i 2014. Figuren viser stor variation i graden af anvendelse, med Hvidovre som de, der først og mest har anvendt denne kode i 2014. En del afdelinger har slet ikke anvendt den.



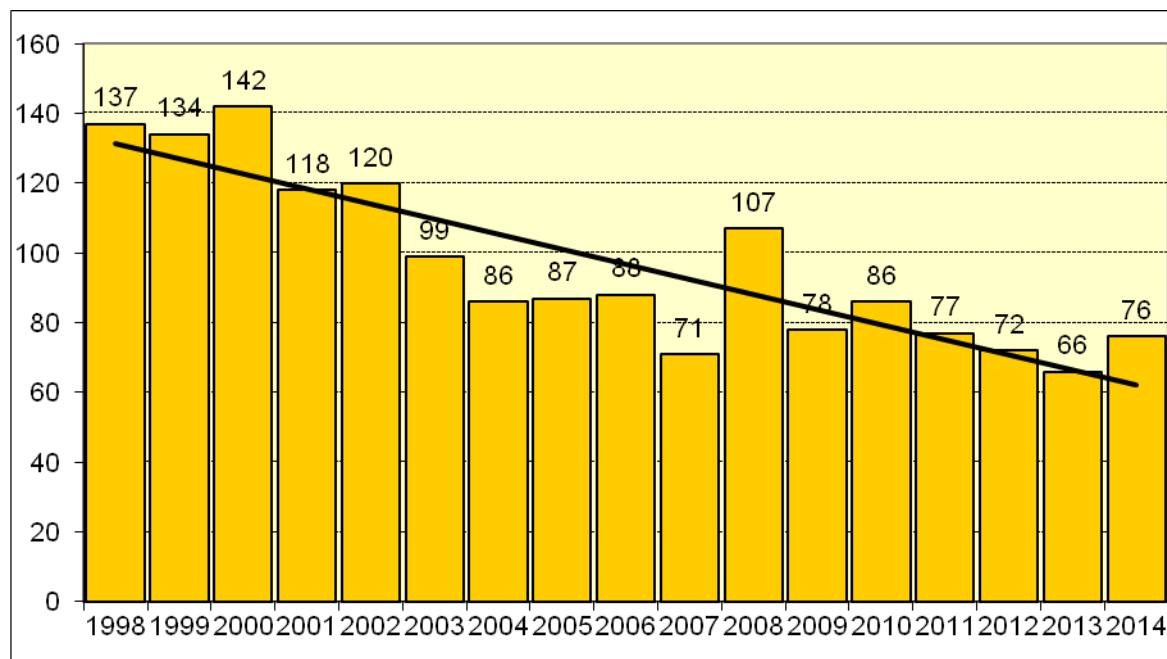
Hvad kan vi gøre bedre?

Der var i 2014 21 kvinder, som var kodet med en medicinsk behandlingskode (BKHE0 eller BKHE8). Disse koder anvendes næppe konsekvent, når der effektueres cytostatisk medicinsk behandling. Det bør tilstræbes, at disse koder registreres. De afdelinger, som har et højt antal PUL diagnoser, ligger ikke generelt højere i andel opererede kvinder med x-uterin graviditet, hvorfor vi har valgt fortsat at opgøre PUL separat, da en del jo også er udtryk for spontan abort.

4. Mola hydatidosa

Antallet af kvinder med mola hydatidosa (i det følgende blot mola) er halveret gennem seneste 16 år (Fig. 4.1).

Fig. 4.1 *Number of women with hydatidiform mole in DK 1998-2014. N=1,643*

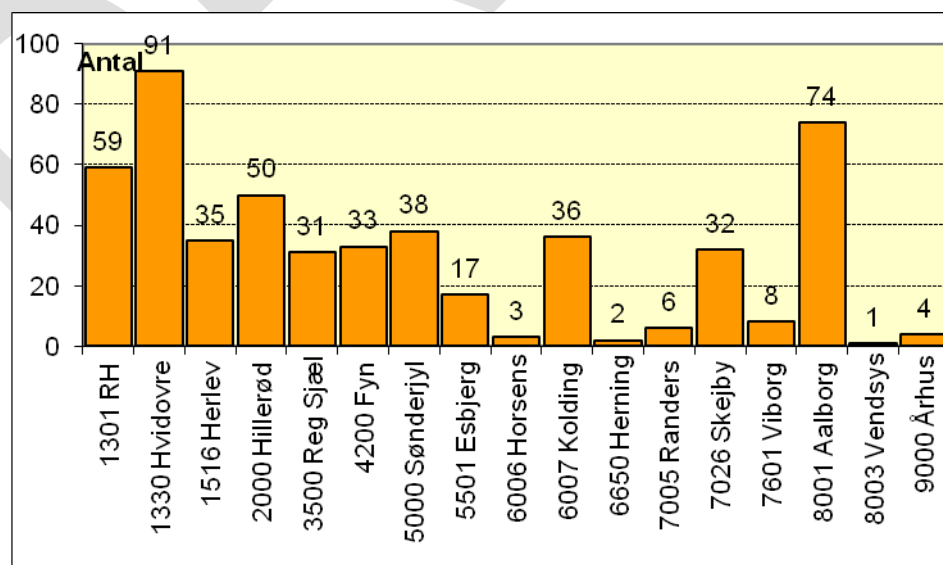


Der er i denne statistik anvendt en restriktion på 12 måneder, således at en given kvinde kun kan tælle én gang inden for en 12-måneders periode.

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

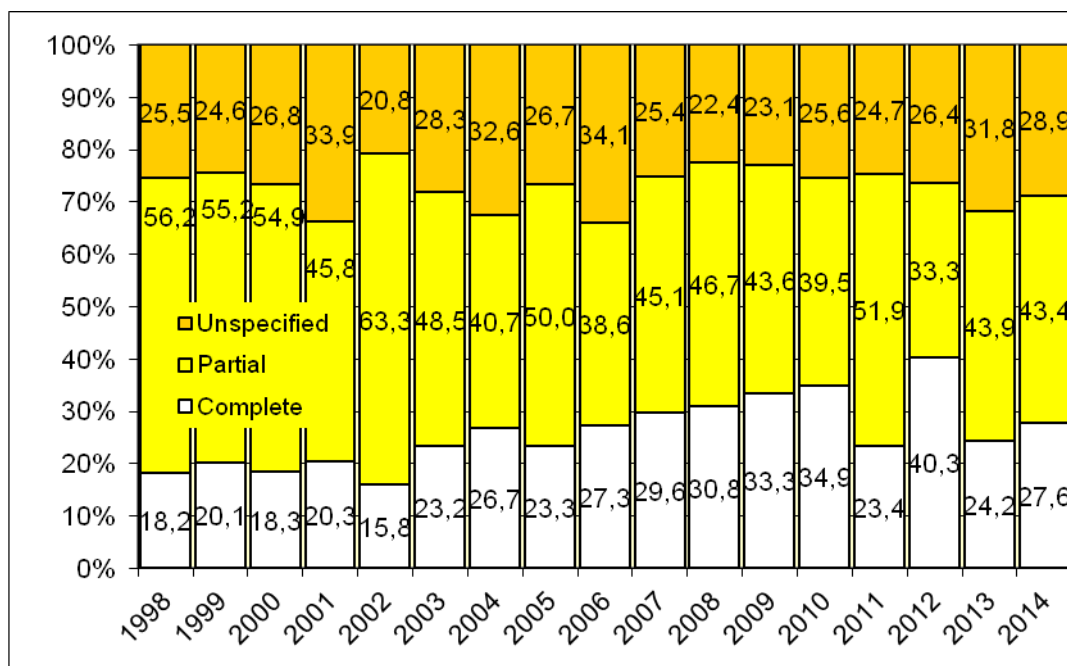
Women with hydatidiform mole at gynaecological departments 2008-2014. N=540



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

Fig. 4.3

*Distribution of complete, incomplete and unspecified hydatidiform mole
in Denmark 1998-2014. N=1,644*



Det fremgår, at andelen af komplet mola er øget lidt gennem perioden mens partiel 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 76 kvinder med mola i 2013 havde 21 (28%) komplet mola, 33 (43%) partiel mola, og 22 (29%) havde uspecificeret mola.

Det lave antal 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%

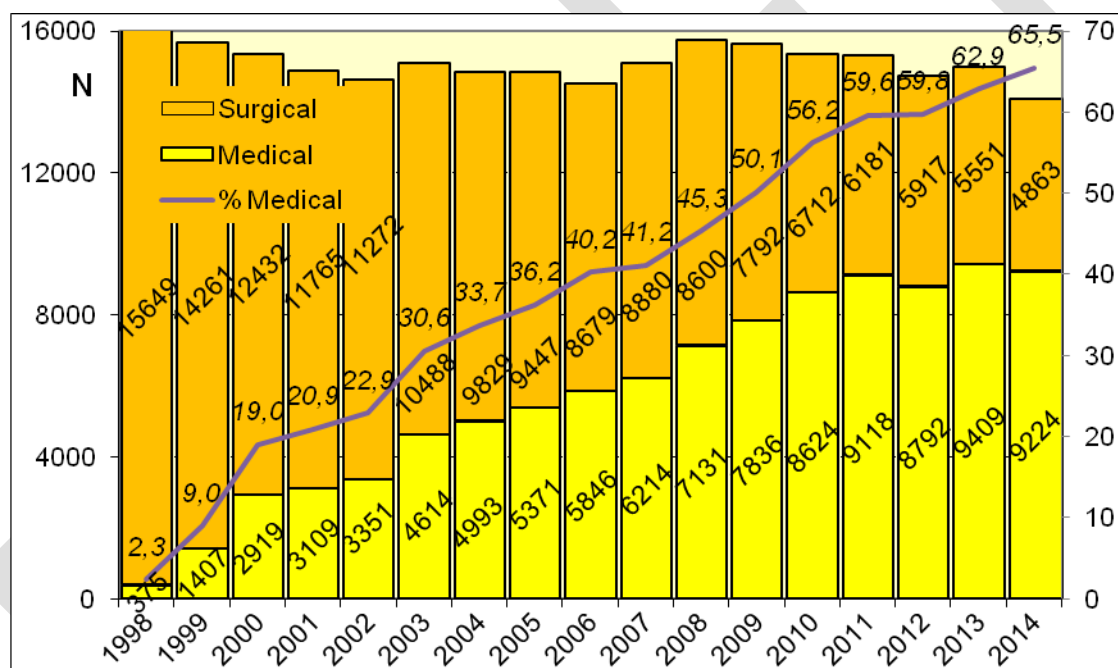
Indikator 10: Andel af kirurgisk behandlede, som må re-evakueres. Standard: <4%

Produktion

Antallet af provokerede 1. trimester aborter er gennem seneste ti år faldet fra 16.024 årlige tilfælde i 1998 til nu 14.087 (**Fig. 5.1**).

Fig. 5.1

*Medical and surgical 1st trimester abortion in DK 1998-2014 (Y1) and
per cent of medical abortions (Y2). N=256,651*



Det fremgår, at andelen af medicinsk inducerede aborter har været stødt stigende og nu udgør knapt 65,5 % af alle første trimester aborter. Ting tager tid, det er nu 17 år siden de nye medicinske teknologier blev introduceret, og vi er stadig i en "indkøringsfase" som siden 2000 er forløbet nærmest efter en ret linje.

Samtidig er tidspunktet for første trimester aborterne rykket nedad hvad angår tidspunktet for disse (**Fig. 5.2**). Det fremgår at 64% 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 eller speciallægerne.

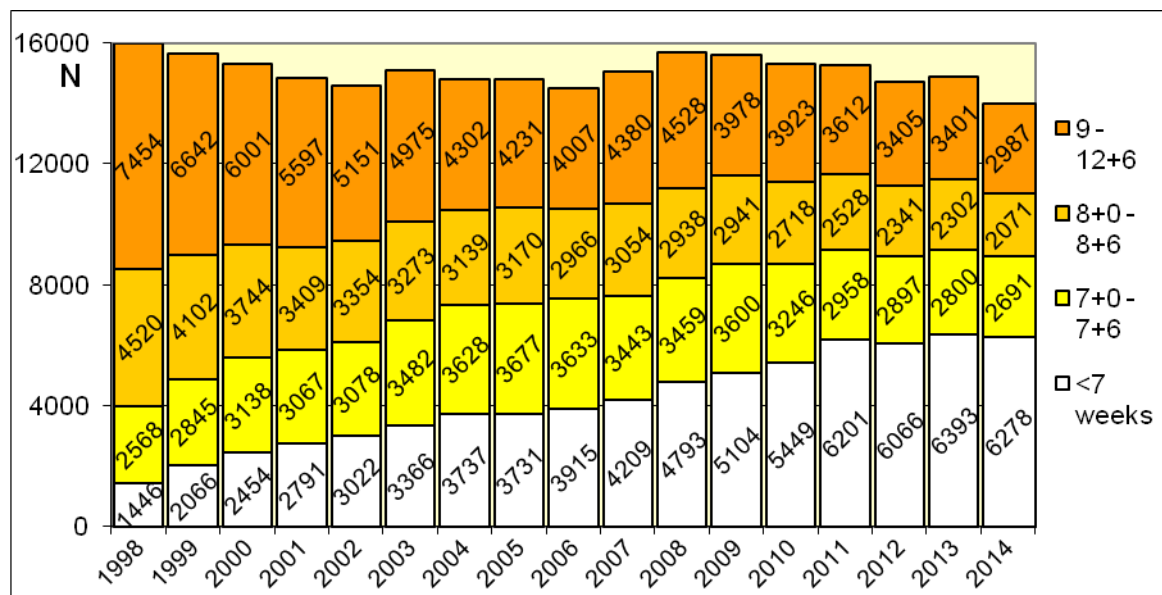
Den tidligere visitation af kvinder til provokeret abort indebærer et væsentligt kvalitetsløft af tre grunde. For det første er blødningskomplikationer ved provokeret abort direkte korreleret til gestationsalderen, således at jo tidligere aborten gennemføres, jo færre vil opleve blødningsproblemer. For 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.

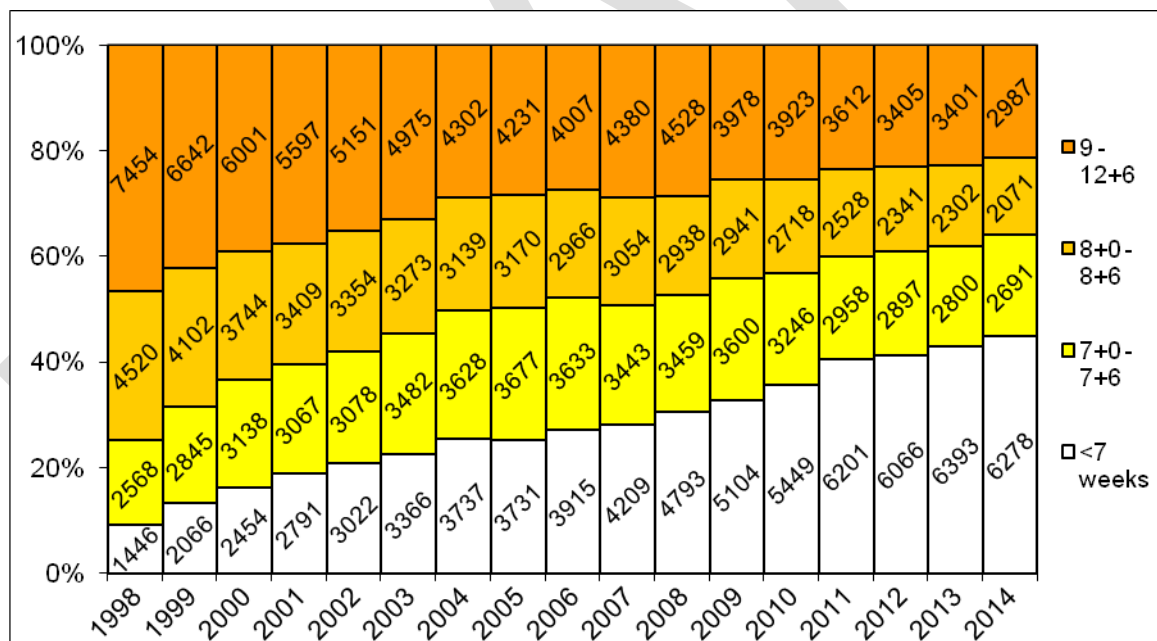
Fig. 5.2

Distribution of gestational age at admission with 1st trimester abortion in DK 1998-2014

N=256,375. 221 with unknown GA not included.



Same in per cent distribution



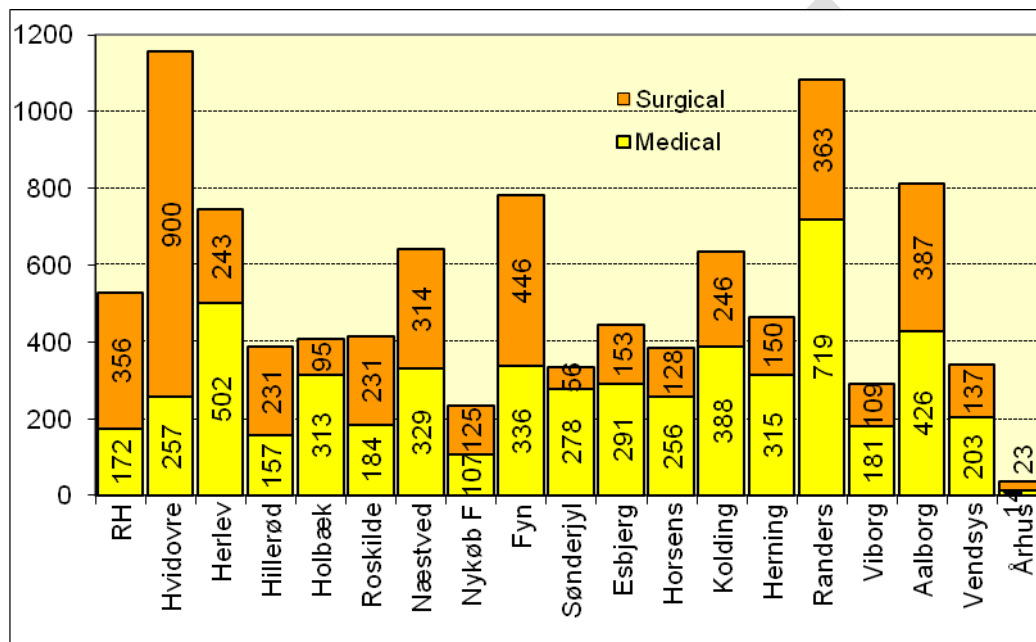
Antallet af kirurgiske hhv medicinske aborter på de enkelte afdelinger i 2014 fremgår af **Fig. 5.3**. Der er en ganske stor konsistens i de enkelte afdelingers praksis fra år til år, og der er ganske stor variation i praksis mellem de forskellige afdelinger, men alle på nær en enkelt afdeling (Hvidovre) har i dag over 30% medicinske aborter. Seks afdelinger har flere end 60% medicinske aborter. De praktiserende speciallæger varetager nu 3.574 årlige 1. trimester aborter heraf 3.428 (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, og i stigende grad hele

region hovedstaden bemærkes, at en væsentlig del af de medicinske aborter, som henhører til disse sygehuse, foregår i speciallægepraksis.

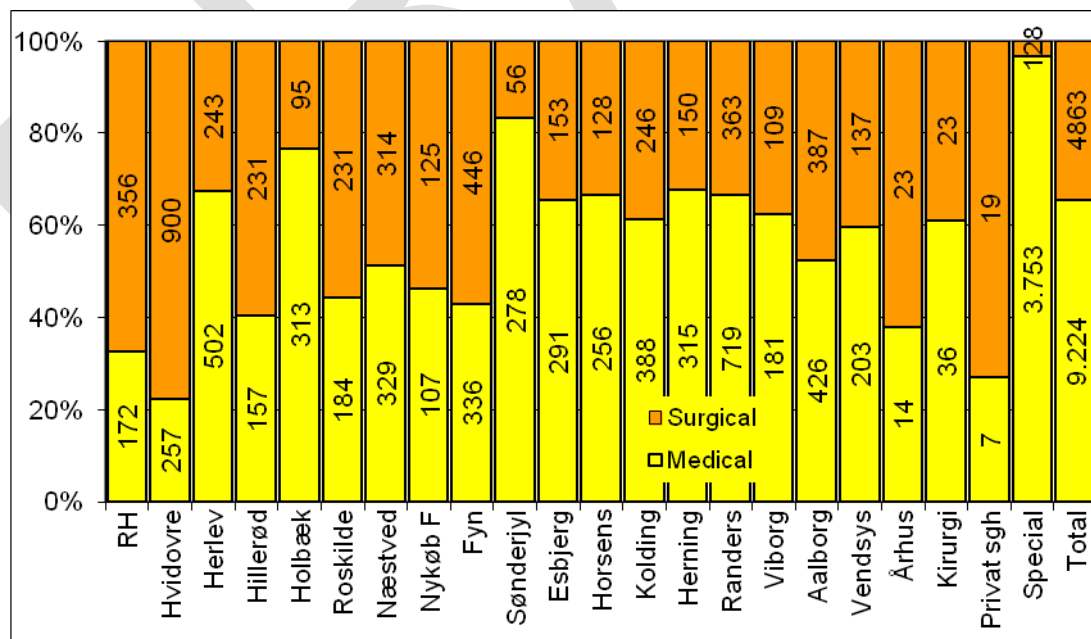
Når vi anbefaler medicinsk induktion ved de tidlige graviditeter skyldes det, at risikoen for efterfølgende infektion er halvt så stor ved medicinsk induktion som ved kirurgisk tømning. Dette skal dog opvejes mod en større risiko for blødningskomplikationer ved de medicinsk inducerede aborter. Da denne 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 2014

Surgical: N=4,863, medical: N=9,224



Same in per cent



Århus varetog i 2013 kun 37 provokerede aborter, idet næsten alle visiteres til Randers.

Bemærk at speciallægerne nu også udfører kirurgiske aborter.

Algoritmen til at skelne medicinske fra kirurgiske aborter kan ses på s. 44.

Kirurgisk evakuatio efter medicinsk induceret provokeret abort

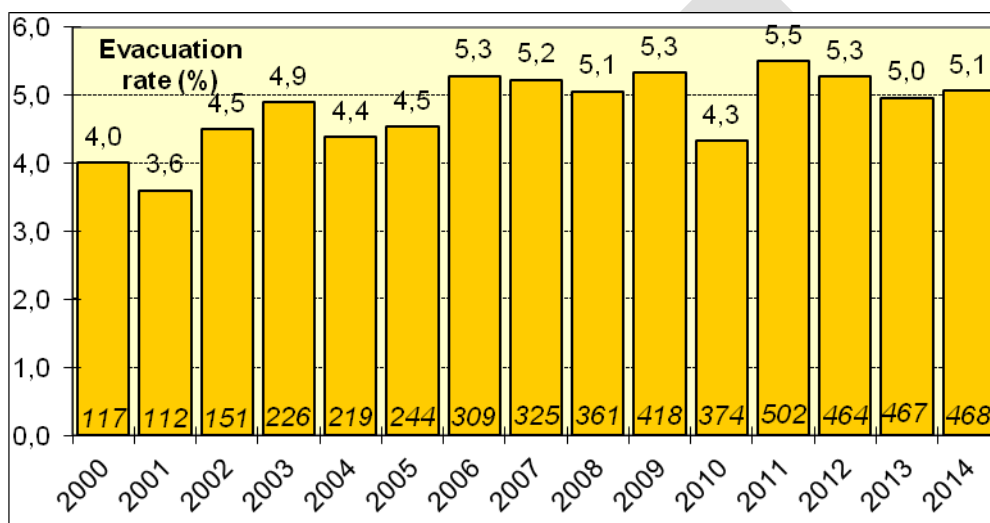
Det er et klinisk skøn, hvornår der skal gennemføres kirurgisk tømning af uterus efter medicinsk induceret provokeret abort. Indikationen kan være blødning, retineret væv og/eller infektion.

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 2000-2014.

N=98,334, n= 4,757. 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 5,0%, men med en variation på mellem 2,2 % i Herning til 10,2% i Horsens (Århus er baseret på 2 tilfælde, så den ser vi bort fra). Hvis man sætter en standard på 6% opfylder i år 10 ud af 18 afdelinger denne standard. Det samme gør de praktiserende speciallæger. Vi har fra 2013, efter at guideline anbefalede 0,8 mg misoprostol ved medicinsk ab. Prov, oplevet en reduktion i evakuatio raten efter medicinsk induktion på omkring 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 1998-2014 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 2014. N=9,224, n=434
Gestational age up to 8+6. 95% confidence limits indicated*

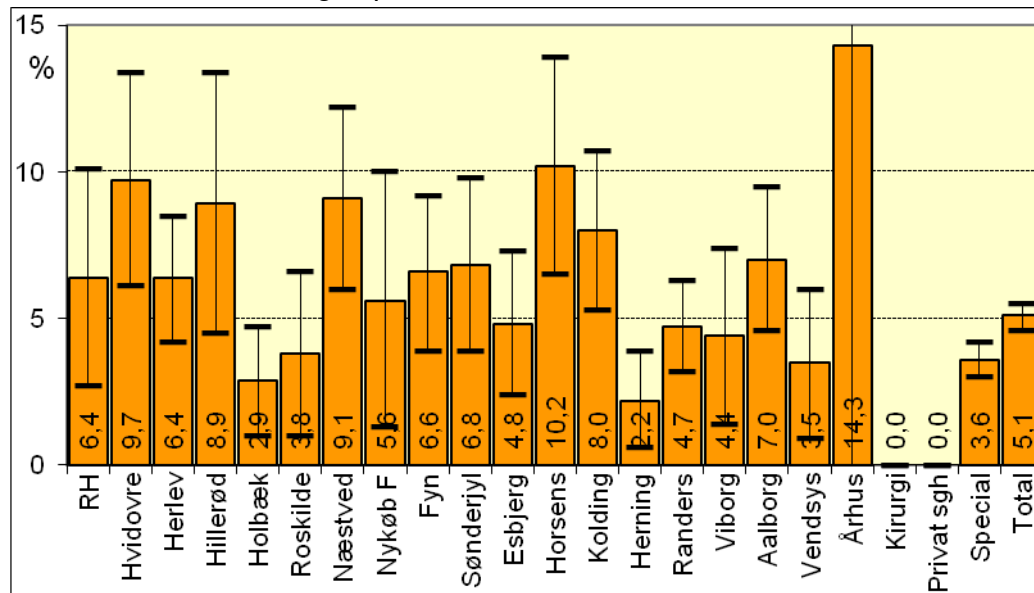
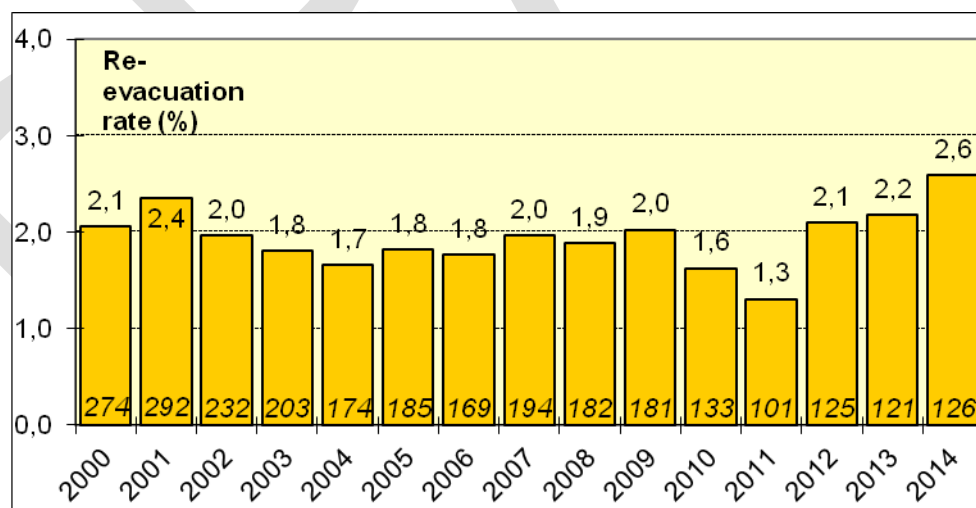


Fig. 5.6

*Re-evacuation after surgical 1st trimester abortion during 2000-2014
N=158,318 n=3,333*

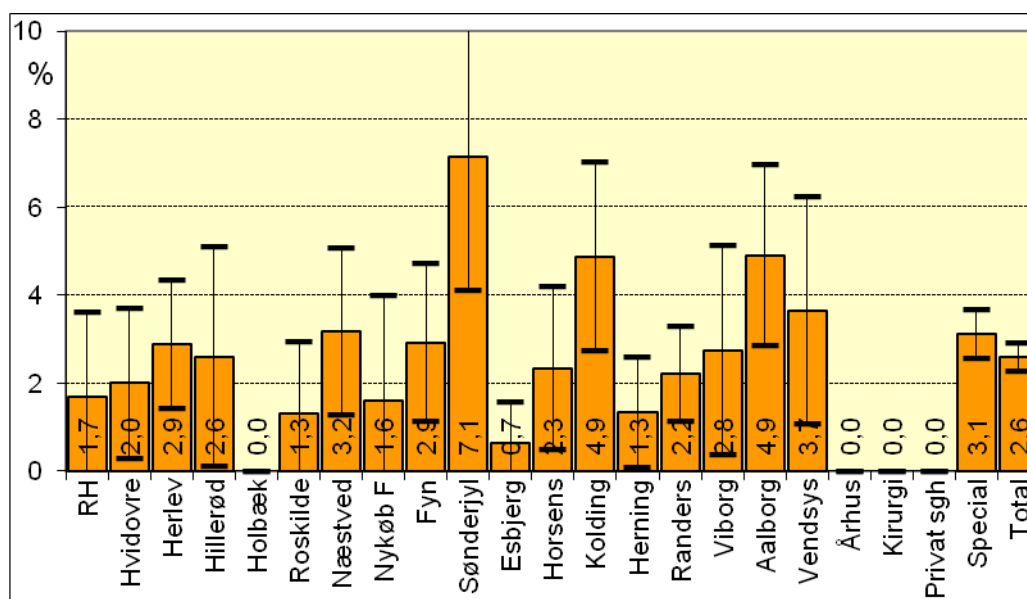


Det fremgår, at denne andel har ligget nogenlunde konstant på omkring 2% gennem seneste årti, men i 2014 steg til 2,6 %, hvilket er indenfor standarden på 3%. Det drejer sig i 2014 om fem flere re-evakuatioer i forhold til 2013. **Fig. 5.7** viser re-evacuatio raten på de forskellige afdelinger.

Fig. 5.7

Proportion of re-evacuation after surgical induced abortion at different departments in 2014.

Surgical abortions: 4,863. Re-evacuations: 126.



Afdelingerne i Sønderjylland, Kolding, og Aalborg ligger signifikant over gennemsnittet på 2,6%.

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 2014.

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.

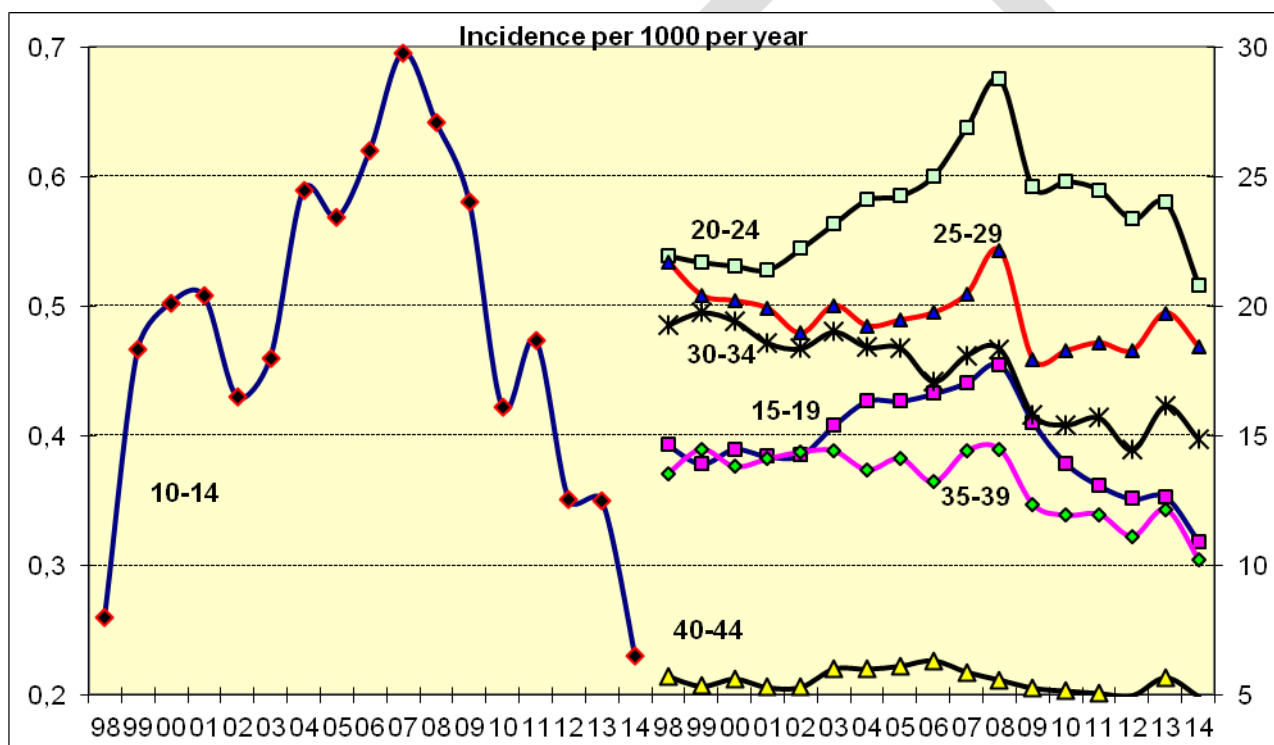
Udviklingen i provokerede aborter i forskellige aldersgrupper

Vi har udarbejdet en aldersspecifik statistik over udviklingen i provokerede aborter gennem seneste 17 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 senere år er udviklingen imidlertid vendt for kvinder under 25 år, mens kvinder i alderen 25-34 år har oplevet nogenlunde stabile rater fra 2009.

Fig. 5.8 Age specific incidence rate of induced abortions in Denmark 1998-2014
Incidence per 1000 per year in each age group.



6. Abortus provokatus, andet trimester.

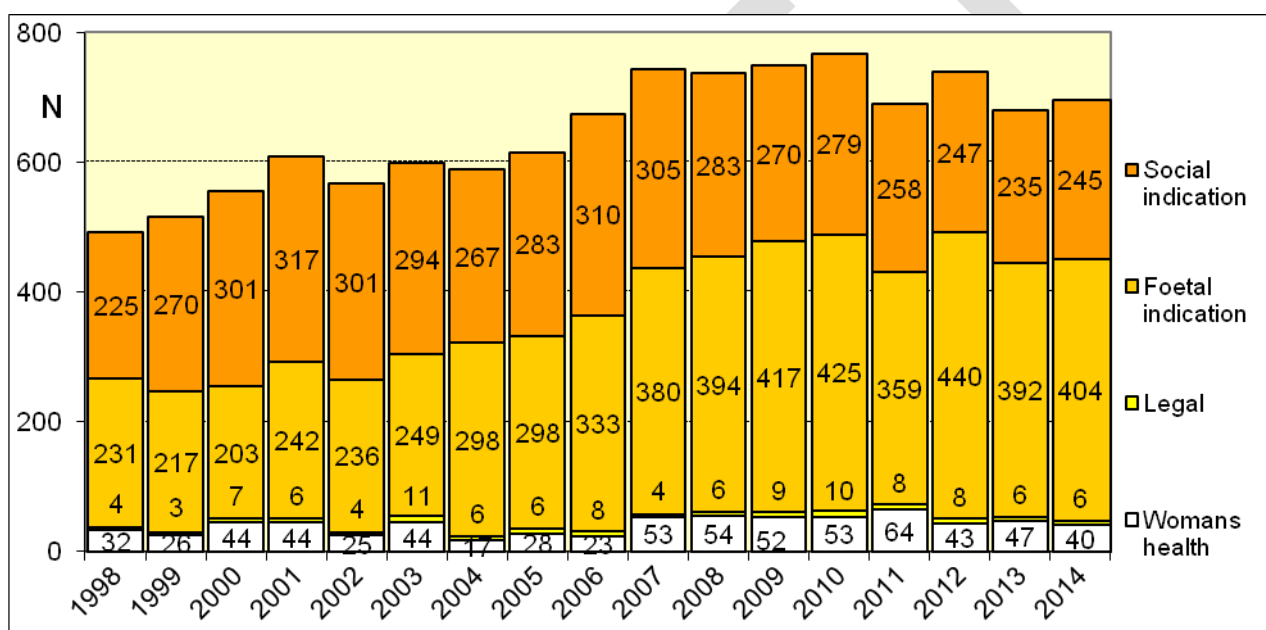
Kvalitetsindikatorer

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.

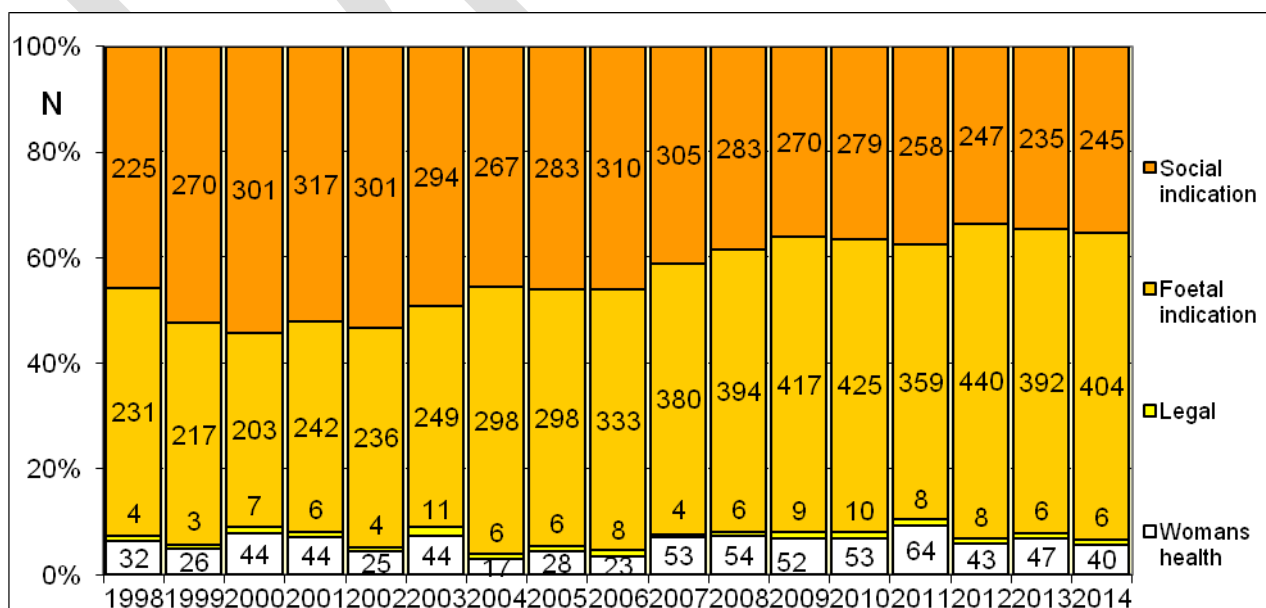
Kvalitetsindikator: Andel med 2. trimester abort som evakueres. Standard: <50% i gennemsnit, og siden 2011 har standarden været <50% for de enkelte afdelinger.

Produktion

Fig. 6.1 Induced 2nd trimester abortion in Denmark 1998-2014 after indication. N=11,009



Same in per cent



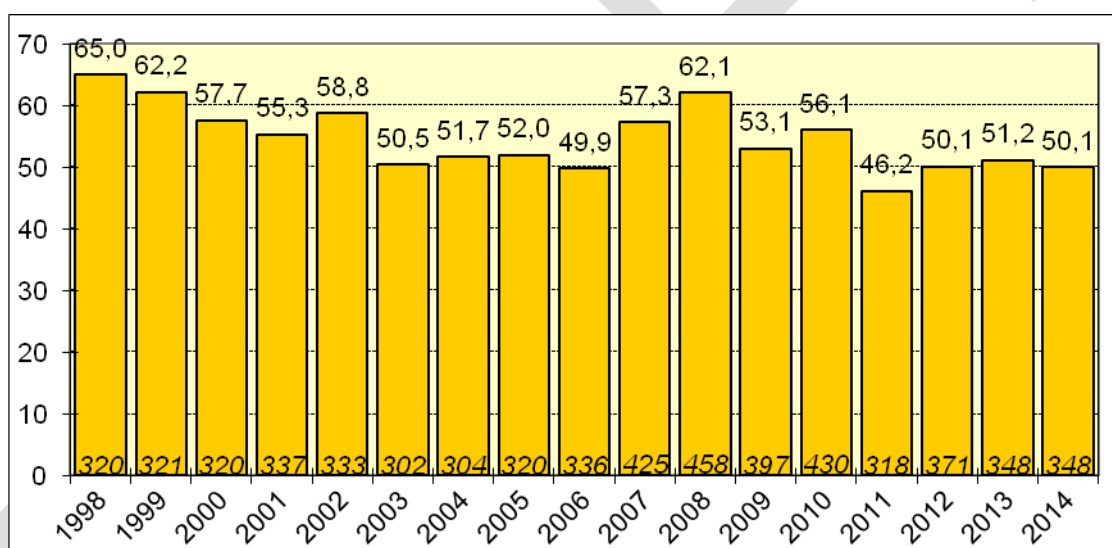
Der er gennemført et med årene stigende antal 2. trimester provokerede aborter frem til 2010 med et mindre fald herefter (**Fig. 6.1**). Det fremgår af figuren, at stigningen fra 2002 alene skyldes en stigning i antallet af provokerede aborter på føtal indikation, som i dag udgør indikationen for 58% 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 omkring 50% (**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 1998-2014, N= 11,010, n=5,988*



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 en del 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 de med 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 en del 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 behandlingskode.

- 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 2014-15 gennemført flere store landsdækkende studier hvor tigrab-data er anvendt:

Kårhus LL, Egerup P, Skovlund CW, Lidegaard Ø. *Impact of ectopic pregnancy for reproductive prognosis in next generation*. Acta Obstet Gynecol Scand 2014; 93: 416-9. [pdf](#)

Berlac JF, Skovlund CW, Lidegaard Ø. *Ostetrical and neonatal outcomes in women following gastric bypass: a Danish national cohort study*. Acta Obstet Gynecol Scand 2014; 93: 447-53. [pdf](#)

Hjort Hansen MC, Dalsgaard T, Hartwell D, Skovlund CW, Lidegaard Ø. *Reproductive prognosis in endometriosis. A national cohort study*. Acta Obstet Gynecol Scand 2014; 93: 483-9. [pdf](#)

Egerup P, Kårhus LL, Skovlund CW, Lidegaard Ø. *Improving reproductive long-term prognosis for women with a first ectopic pregnancy: a national controlled follow-up study*. Acta Obstet Gynecol Scand 2014; 93: 490-6. [pdf](#)

Virkus RA, Løkkegaard E, Lidegaard Ø, Lanfhoff-Roos J, Nielsen AK, Rothman KJ, Bergholt T. *Risk factors for venous thromboembolism in 1.3 million pregnancies: a nationwide prospective cohort*. PLoS One 2014; 9: doi: 10.1371/journal.pone.0096495. [pdf](#)

Lidegaard Ø. *Hormonal contraception, thrombosis and age*. Drug Safety. Expert opinion. 2014; 1-8 in press

Hedegaard M, Lidegaard Ø, Hedegaard M. *Reduction in stillbirths at term after new birth induction paradigm: Results of a national intervention*. BMJ open 2014;4:e005785.doi:10.1136/bmjopen-2014-005785. [pdf](#)

Fussing-Clausen C, Geirsson RT, Hansen T, Rasmussen S, Lidegaard Ø, Hedegaard M. *Mode of delivery and subsequent reproductive patterns. A national follow-up study*. Acta Obstet Gynecol Scand 2014;Oct;93(10):1034-41. doi: 10.1111/aogs.12469. [Pdf](#).

Hedegaard M, Lidegaard Ø, Skovlund C, Mørch L, Hedegaard M. *Perinatal outcomes following an earlier post-term labour induction policy: a historical cohort study*. BJOG. 2015 Feb 18. doi: 10.1111/1471-0528.13299. [pdf](#).

9. Opdaterede koder i forbindelse med abort

Abortus provokatus før udg. af uge 12

Diagnose Beh.-kode

Medicinsk

<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) 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 2015.

TIGRAB-KD styregruppe medlemmer pr. Maj 2015			
Navn	Stil	Gyn-obs	E-mail
Christina Rørbye	Afd. Læge	Hvidovre	roerbye@dadlnet.dk
Eva K.Andersen	Overlæge	Randers	
Lillian Kempf	Overlæge	Randers	lillkemp@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	Viborg	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
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
Katrine Precht	Konsulent	KCKS	katrine.roos.precht@regionh.dk

* Tovholder

Algoritme til at skelne medicinske fra kirurgiske provokerede 1. trimester aborter

Alle med DO04	BKHD 40/51/52	BKHD 41/50	BKHD 4 uspecificeret	KLCH 00/03	KLCH 13	KLCH 20/96	KMBA 00/03
Medicinsk	Ja						
Medicinsk	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej		Nej
Medicinsk	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja		Nej
Medicinsk	Nej	≥1 dg før KLCH		Ja			
Medicinsk	Nej	≥1 dg før KMBA		Nej			Ja
Medicinsk	Nej	Ja		Nej			Nej
Kirurgisk	Nej	Samme dg el efter en KLCH 00/03		Ja			
Kirurgisk	Nej	Nej		Ja			
Kirurgisk	Nej	Nej		Nej	Nej	Ja	
Kirurgisk	Nej	Nej		Nej			Ja
Fortrødt abort	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej		