

# **Tidlig graviditet og abort**

**Årsrapport for året 2011**

**fra TiGrAb-KD**

**Landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase**

*Øjvind Lidegaard*

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

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

## Indhold

Forord	3
Metode	4
Anvendte kvalitetsindikatorer	5
Indikatorresultater	5
Konklusion, anbefalinger og standarder	11
1. Tilgrundegået graviditet 1. trimester	13
1.1 Spontan abort, 1. trimester	14
1.2 Missed abortion, 1. trimester	17
2. Tilgrundegået graviditet, 2. trimester	21
2.1 Spontan abort, 2. trimester	22
2.2 Missed abortion 2. trimester	24
3 Ekstrauterin graviditet	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

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

Ekstrauterin graviditet = graviditet uden for livmoderen

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

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

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

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

Mola = en godartet svulst i moderkagevævet uden noget foster.

## Forord

Formålet med denne årsrapport er at gøre status over den kliniske kvalitet inden for tidlig graviditet på landets gynækologisk-obstetriske afdelinger i 2011. 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 2011, men resultaterne er sat i relation til de foregående år. Rapporten den sjette årsrapport fra TiGrAb-KD, vores landsdækkende kliniske kvalitetsdatabase, som løbende afrapporterer aktuelle produktions- og kvalitetsmål på afdelingsniveau. Vi har i disse statistikker taget udgangspunkt i den administrative opdeling som eksisterer i 2011. 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](http://www.tigrab.dk). Det er vores håb, at TiGrAb-KD løbende vil kunne bidrage også med nye videnskabelige resultater.

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

Vores navlestreng til alle disse skønne data er Charlotte Skovlund som arbejder fulltime i vores regi. Feedback fra afdelingerne er væsentlig og sker i første omgang som reaktion på årsrapporten. Styregruppen for databasen fremgår af [www.tigrab.dk](http://www.tigrab.dk).

Fire arbejdsgrupper har i årets løb revideret og opdateret fire guidelines inden for tidlig graviditet, som alle blev drøftet og vedtaget på Hindsgavlmødet i September 2011. Der henvises til DSOG hjemmeside for disse revisioner. Dette arbejde med nationale guidelines er væsentligt for den kliniske forankring af Tigrab's løbende kvalitetsmonitorering. Væsentlige ændringer er ændret dosering af misoprostol i forbindelse med 1. trimester provokeret abort, samt etableringen af nye koder for PUL (pregnancy with unknown localisation), som er anvendt fra 1.2.1012. Videre ændrede kriterier for evacuatio ved missed abortion, og opdateret praksis ved 2. trimester abort.

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

På styregruppens vegne,

*Øjvind Lidegaaard*

## Metode

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

TiGrAb-KD har i lyset af de mange løbende udtræk, og de for fleres vedkommende ganske komplicerede logistiske forhold, som knytter sig til at gennemføre disse udtræk, en fast akademisk medarbejder, Charlotte Skovlund. Det skal ikke skjules, at statistikker baseret på udtræk fra LPR rummer mange faldgruber. Valide statistikker kræver

- At klinikerne primært koder deres aktiviteter korrekt.
- At sekretærerne på afdelingerne får indtastet de korrekte koder
- At der sker en fejlfri overførsel fra de lokale sygehus-administrative systemer til LPR
- At der udarbejdes kvalificerede udtræksbeskrivelser.
- At disse udtræk effektueres af kvalificerede personer centralt, og
- At resultaterne bearbejdes og analyseres af kvalificeret personale
- At resultaterne bringes på en form, som er umiddelbart forståelige for de klinikere, som er målgruppen for disse kvalitetsdata.

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

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

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

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

ciffer. Sidstnævnte vil så fremgå af, at den pågældende afdeling har påfaldende mange komplette spontane aborter i forhold til andre afdelinger.

Generelt har indgrebskoder en højere validitet end diagnosekoder. Ved at korrigere de enkelte statistikker for de hyppigste 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
- 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 evacuatio uteri).

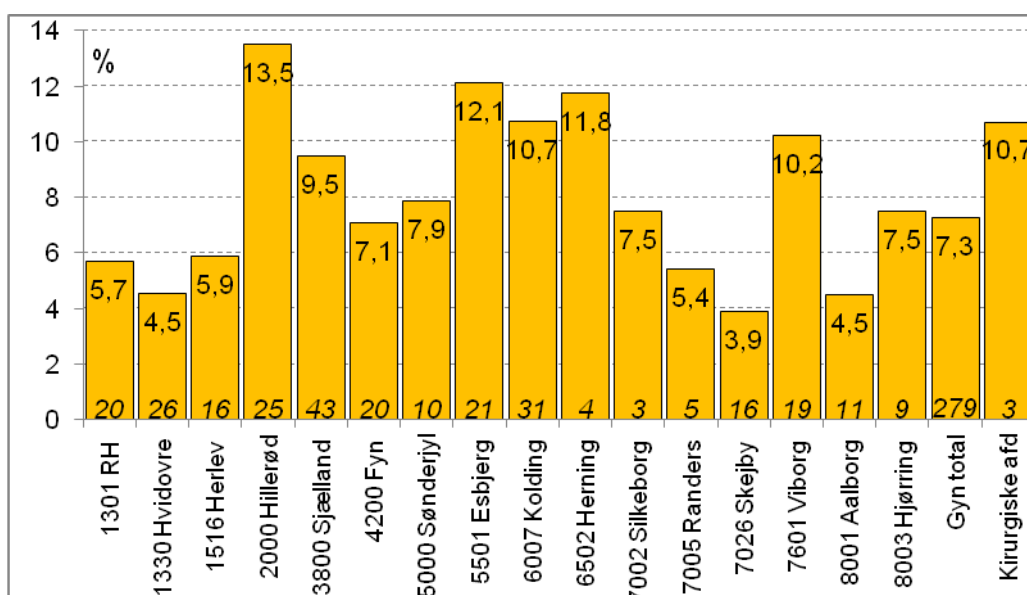
## Indikatorresultater

Standarderne er de i 2011 gældende

### Spontan abort, 1. trimester

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

Antallet af evakuationer på de enkelte afdelinger er angivet med kursiv nederst i søjlerne.

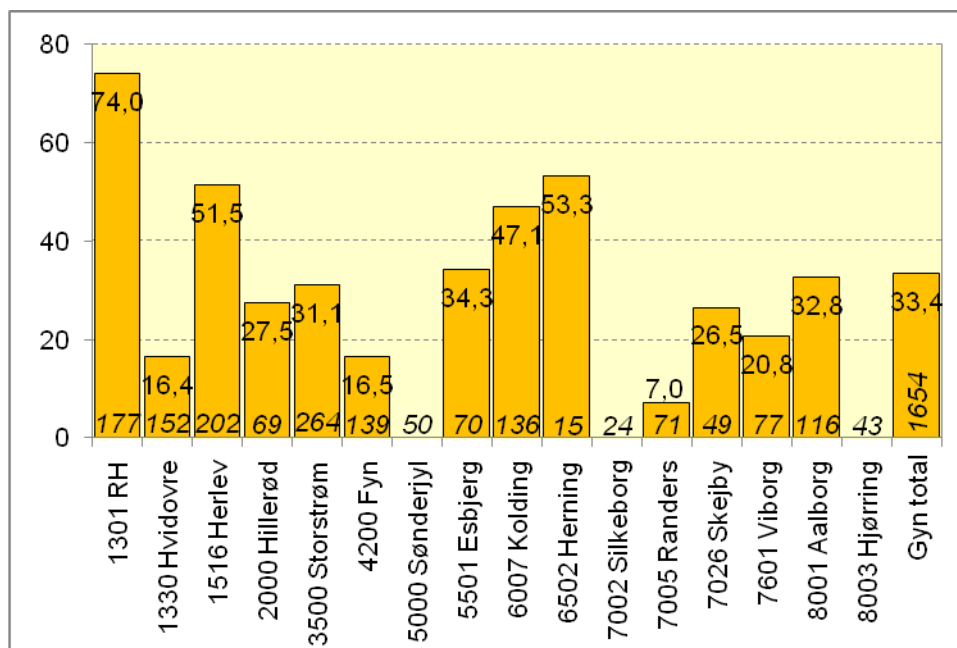


Gennemsnittet ligger nu på 7,3% det laveste niveau nogensinde, og et fald andelen af evakuerede på 14,5% siden sidste år, svarende til 1,2 procentpoints. Af 16 administrative enheder opfylder 11 standarden på højst 10%.

## Missed abortion, 1. trimester

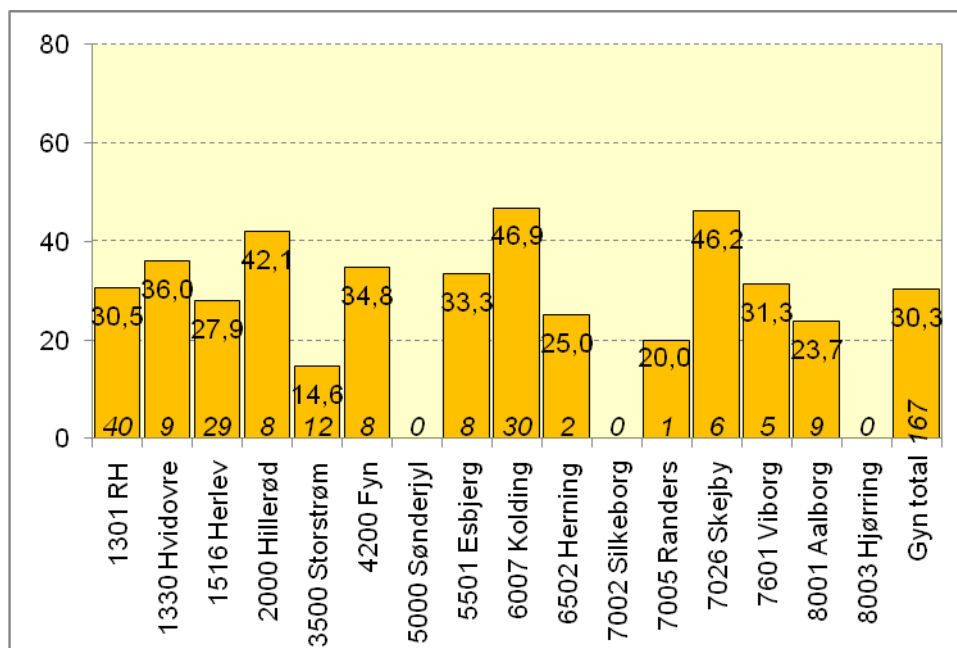
**Indikator 2:** Andel af ikke evakuerede, som har medicinsk behandlingskode. Standard: >80%

*Dette er altså en indikator for registreringskvalitet.*



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

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

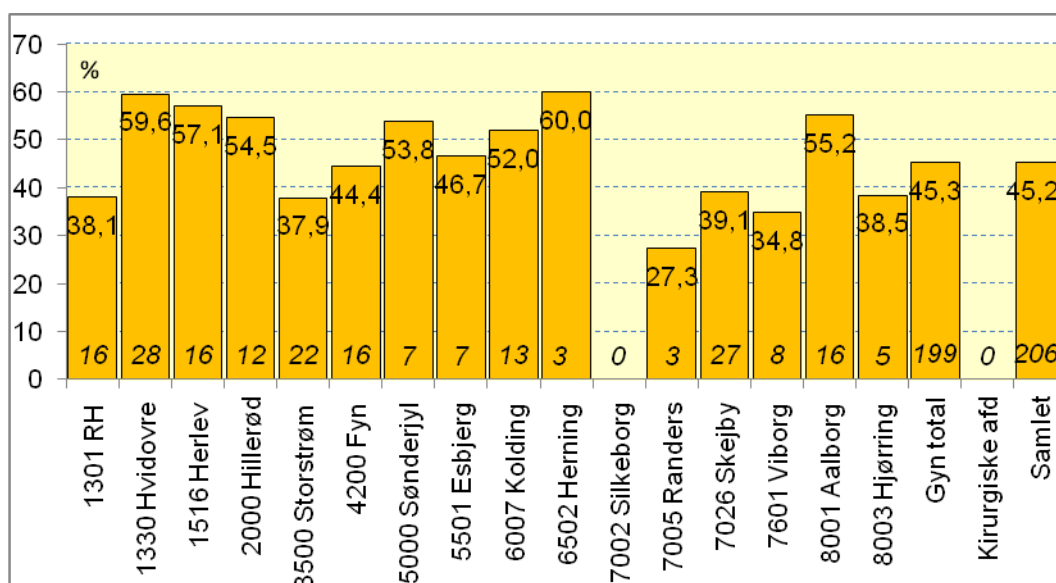


Også i 2011 ligger andelen af evakuerede efter medicinsk behandling på i gennemsnit 30,3%, hvilket er 5% over standarden på de 25%. Denne information er væsentlig, når kvinderne vælger metode. Det kunne godt se ud som om vi skulle træde lidt på bremsen hvad angår evakuatio uteri efter medicinsk behandling af missed abortion.

## Spontan abort, 2. trimester

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

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

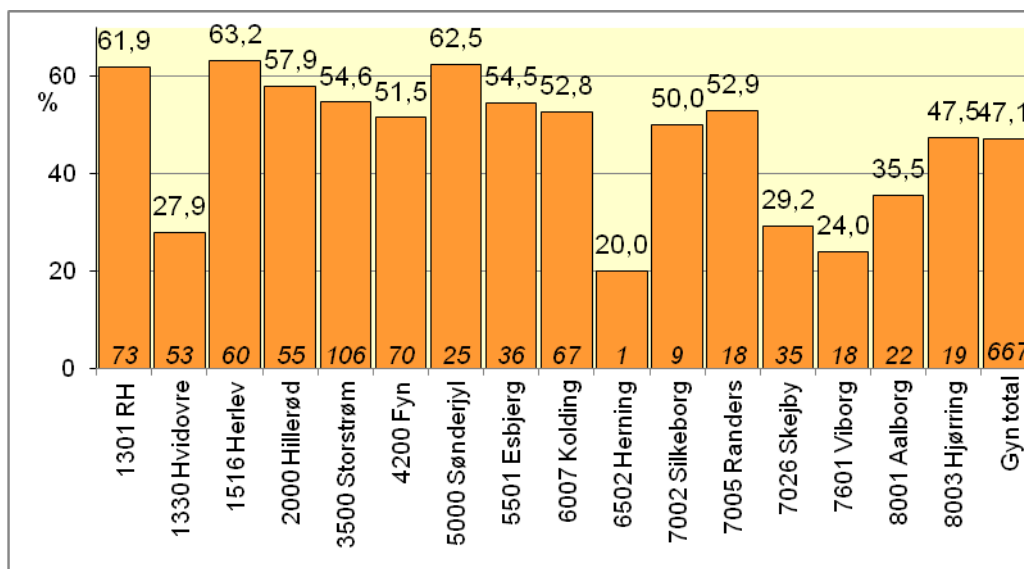


Det fremgår at 9 ud af 16 afdelinger holder sig under standarden på de 50%, ligesom gennemsnittet på 45,3 % ligger markant lavere end de 64% det lå på for 10 år siden.

## Missed abortion og provokeret abort 2. trimester

**Indikator 5:** Andel med missed eller provokeret abort 2. trimester, som får evacuatio uteri.

Standard <50%.

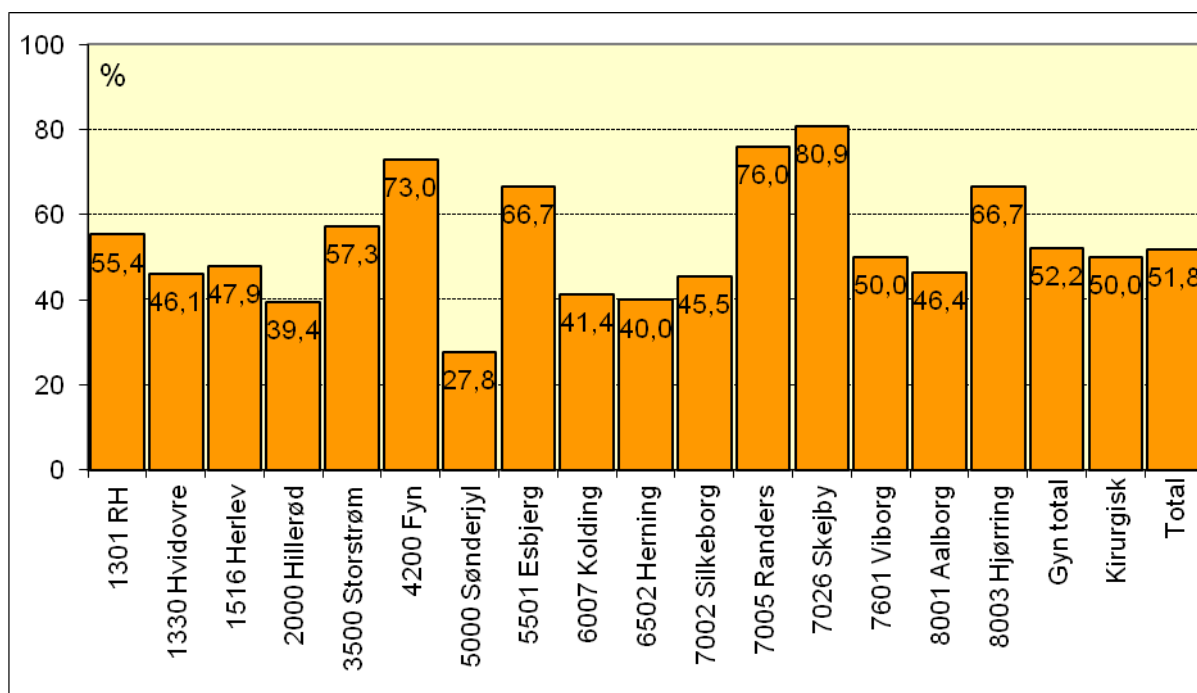


Også her arbejdes på at få andelen af evakuerede ned under 50%. Det er lykkedes på landsplan, men 10 ud af 16 afdelinger ligger stadig med rater mellem 50 og 60%.

Samlet set evakueres 54% af de kvinder, som undergår 2. trimester missed abortion eller provokeret abort. Så der er ikke langt til standarden på mindre end 50%. Hvidovre ligger igen pænt med under 30% evakuerede.

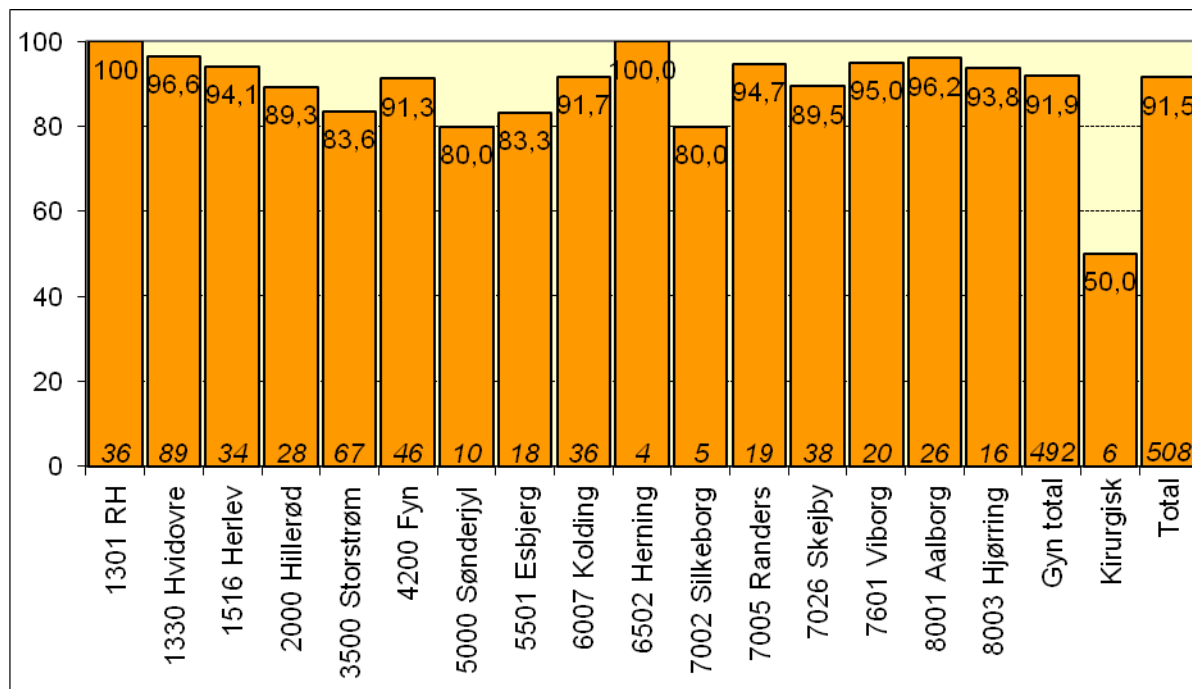
## Ekstrauterin graviditet

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



Det fremgår, at 13 ud af 16 opgjorte enheder opfylder standarden med mindre end 70% opererede.

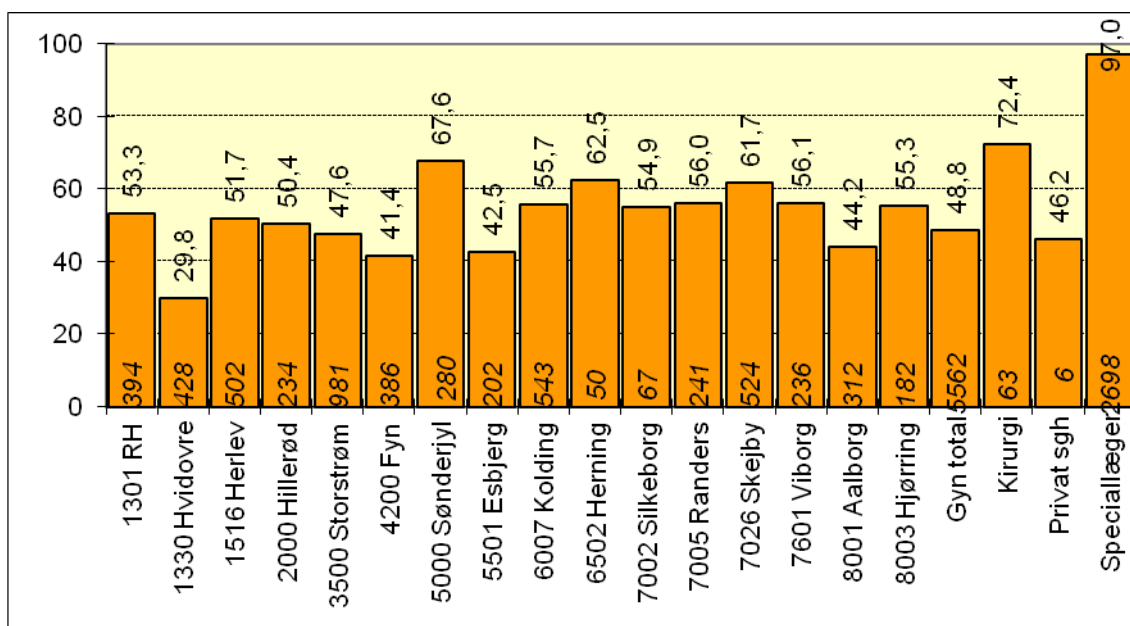
**Indikator 7:** Andel (%) af opererede, som bliver dette laparoskopisk. Standard: >85%.



Det fremgår, at 12 ud af 16 opgjorte enheder opfylder standarden på mindst 85% laparoskopisk opererede ud af alle opererede. Antal opererede på hver afdeling ses nederst i søjlerne.

## Abortus provokatus, 1. trimester

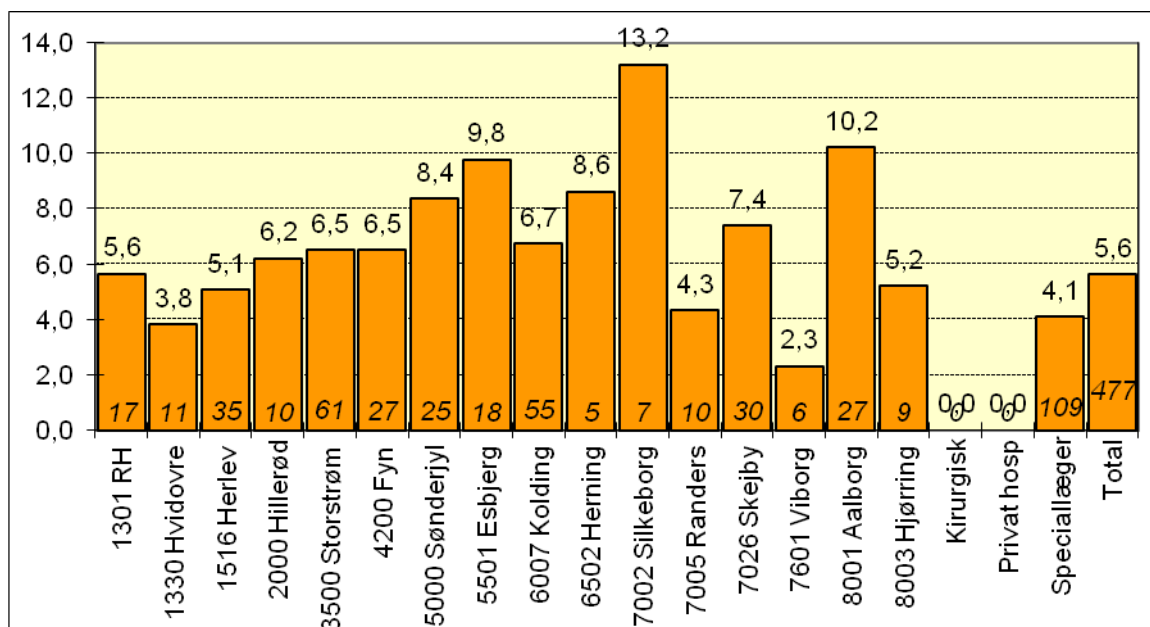
**Indikator 8:** Andel af kvinder med 1. trimester abort, som gennemføres før 8 uger: Standard >50%



En lidt ambitiøs standard for afdelingerne, fordi en stigende andel af de tidlige aborter foregår i speciallægepraksis. Alligevel opfylder 11 ud af 16 afdelinger standarden.

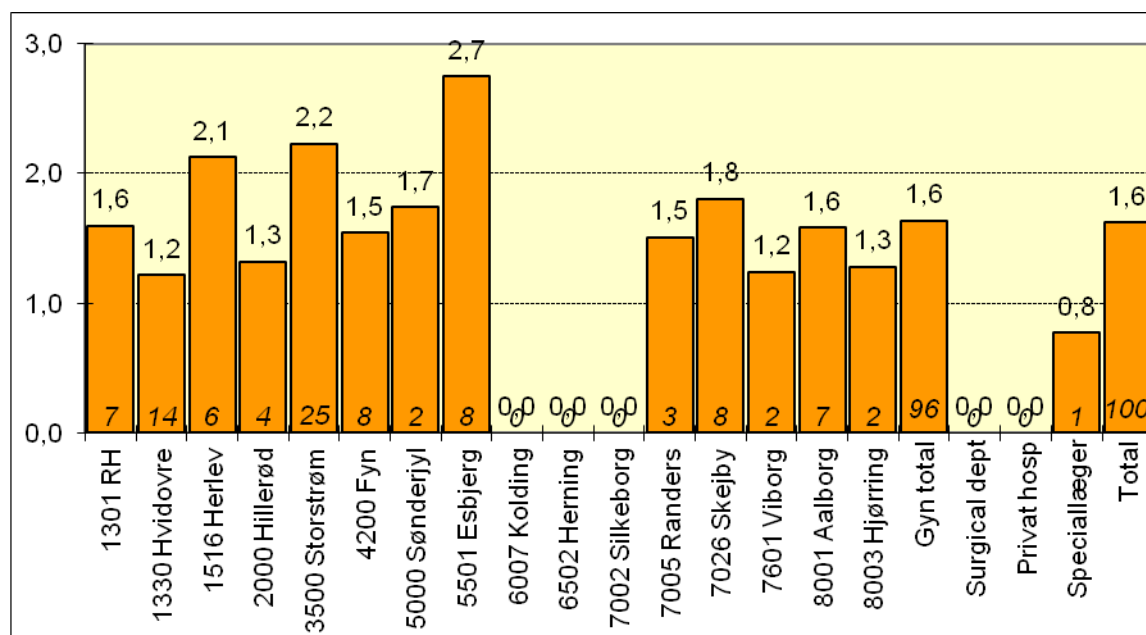
**Indikator 9:** Andel af medicinsk behandlede, som undergår evacuatio uteri. Standard: <6%

Antallet af evakuerede fremgår af tallene nederst i søjlerne.



Det ses at 6 ud af 16 afdelinger opfylder standarden. I gennemsnit ser det pænt ud med 5,6% evakuerede.

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



Det ses at alle afdelingerne opfylder standarden på <4 procent.

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 forventer vi, at raten af evakuerede vil falde med 1 procent point, eller med omkring 25% fra 2012. Denne rekommandation fremgår af de nye guidelines vedtaget efteråret 2011 (se [www.DSOG.dk](http://www.DSOG.dk)).

## **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 fem afdelinger mere end 10% evacuerede kvinder med spontan abort, og gennemsnittet ligger på 8,3%.

Anbefaling: Ingen afdelinger evakuerer mere end 10%

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

- I dag evakueres i gennemsnit 45 % af kvinder med spontan 2. trimester abort.
- Anbefaling: Alle afdelinger evakuerer mindre end 50% af kvinder med spontan 2. trimester abort.

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

- I dag har i gennemsnit 33% af kvinder med missed abortion som ikke evakueres en medicinsk behandlingskode.

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

- Standardjournaler kan højne kodekvaliteten.

Anbefaling: Alle afdelinger anvender standardiserede journaler ved missed abortion.

### ***Missed abortion og provokeret abort, 2. trimester***

- I dag evakueres i gennemsnit 47% af kvinder med 2. trimester missed abortion eller provokeret abort, men andelen varierer fra 20% til 63% på forskellige afdelinger.

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

- Anbefaling: Alle afdelinger anvender standardiserede journaler.

### ***Ekstrauterin graviditet***

- I dag opereres 52% af kvinder med x-uterin graviditet.

Anbefaling: I gennemsnit bør under 60% opereres.

- Andelen af kvinder med x-uterin graviditet, som opereres varierer fra 28 % til 81 % på forskellige afdelinger.

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

- I dag opereres 92% 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 80%.

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

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

- I dag henvises knapt 60% før 8 uger.  
Anbefaling: Mindst halvdelen af alle 1. trimester aborter gennemføres inden udgangen af 8. graviditetsuge.
- I dag udgør medicinsk inducerede 58% af alle 1. trimester provokerede aborter.  
Anbefaling. Ingen afdelinger har under 50% medicinsk inducerede provokerede aborter.  
Mindst 90% af de medicinsk behandlede er registreret med en dosis-specifik behandlingskode.
- I dag varierer andelen af sekundært evakuerede medicinsk behandlede 1. trimester aborter fra 2,3 % til 13,2%.  
Anbefaling: Blandt kvinder, som gennemfører medicinsk behandling, bliver mindre end 6% efterfølgende evakueret.  
På ingen afdelinger er andelen af sekundært evakuerede højere end 10%
- I dag re-evakueres 2% af kvinder som undergår primær kirurgisk tømning.  
Anbefaling: Andelen af re-evakuerede blandt de kirurgisk behandlede ligger under 2% i gennemsnit.  
Ingen afdeling har re-evacuatio andel på over 3%.
- Anbefaling: Alle afdelinger anvender standardjournaler.

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

- I dag evakueres 56% af kvinder med 2. trimester provokeret abort.  
Anbefaling: Mindre end 40% af 2. trimester aborterne evakueres, og  
Ingen afdeling har over 50% evakuerede.
- Alle afdelinger anvender standardjournaler

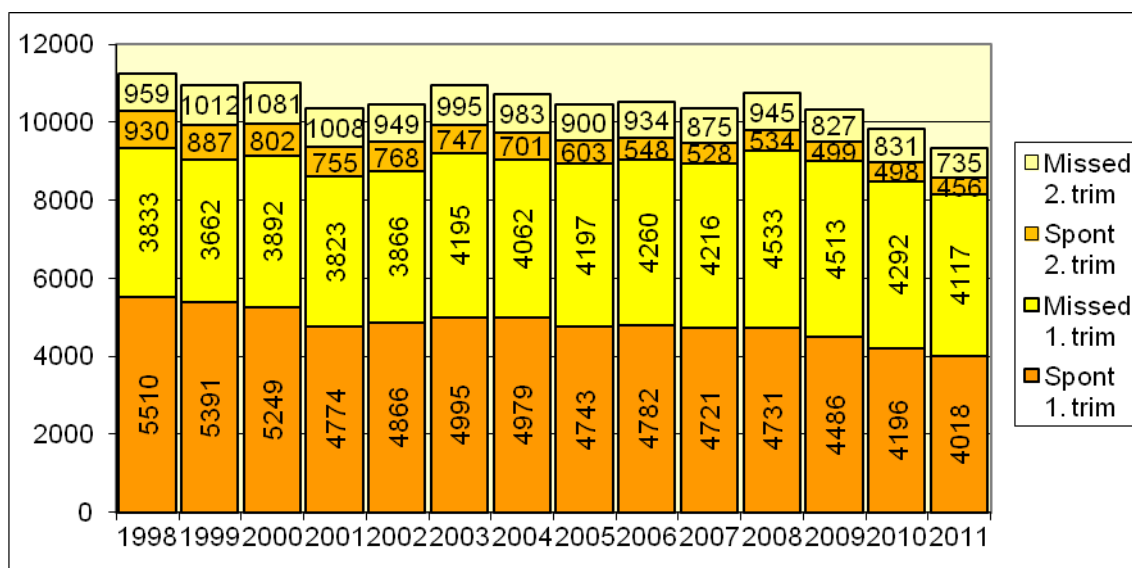
## 1. Tilgrundegået graviditet 1. trimester

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

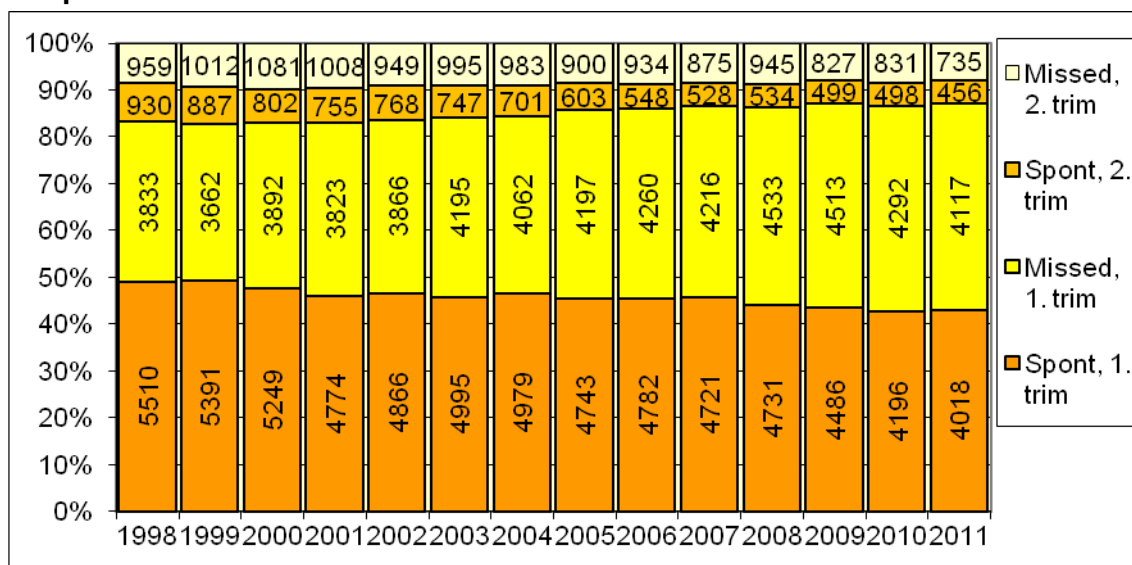
### Miscarriages i Danmark 1998-2011

Antallet af kvinder med registreret med tilgrundegået graviditet i første trimester andrager nu omkring 8.135 i 2011, mens miscarriages i 2. trimester udgør omkring 1.200 pr. år, eller i alt godt 9.300 om året (**Fig. 1.1**). Den reelle forekomst er større, idet en del tidlige aborter enten ikke opfattes som abort af kvinden selv, eller færdigbehandles i almen praksis. Mens antallet af første trimester miscarriages faldt gennem studieperiode, steg antallet og dermed andelen af missed abortion fra 41% i 1998 til godt 52% i 2011.

**Fig. 1.1** Miscarriages in Denmark 1998-2011. N=147.192



### Samme i procent

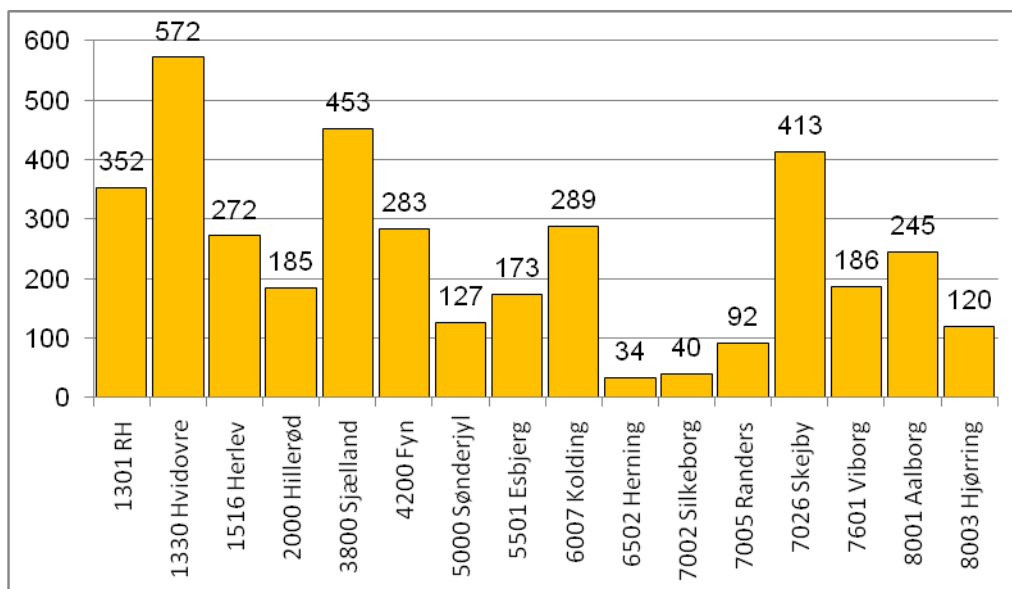


Da den kliniske håndtering af hhv missed abortion og spontan abort er forskellig, kan kvaliteten inden for dette område kun opgøres separat for hhv missed abortion og spontan abort.

## Spontan abort, 1. trimester

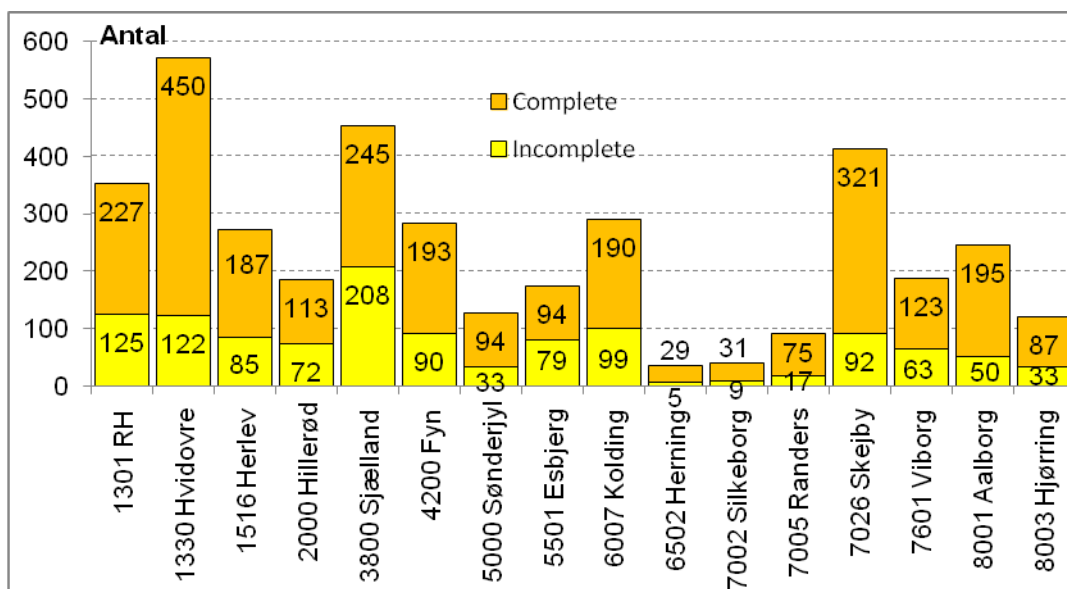
Spontan abort defineres som tilgrunde gået graviditet med aktuel blødning. Antal i 2011: 4.018, heraf 28 på kirurgiske afdelinger og en på privat hospital.

**Fig. 1.2.** Spontaneous 1st trimester abortion at Gynaecological departments in DK 2011. N=3.836

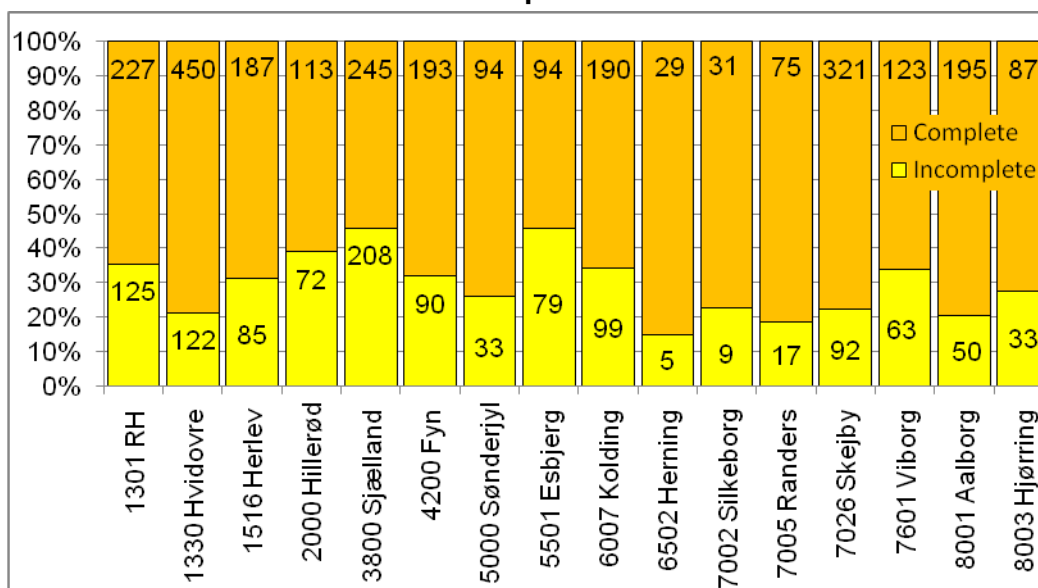


De fleste enheder har over 100 spontane aborter i 2011, hvorfor det meningsfuldt er muligt at opgøre kvaliteten på de enkelte enheder.

**Fig. 1.3.** Complete and incomplete spontaneous 1st trimester abortions at different departments in 2011. N=3.836.



### Same i per cent



Det fremgår, at der er en del variation i opfattelsen af hvad der kodes som en komplet hhv inkomplet spontan abort med et spænd i andelen af inkomplette fra 15% i Herning til 45,9% i Reg. Sjælland. Dette kan have betydning for andelen af kvinder med spontan abort, som evakueres på de enkelte afdelinger. Det er det som kendetegnede pt. ved indlæggelsen, som skal angives ved diagnosekodningen når pt. udskrives, altså det man har behandlet.

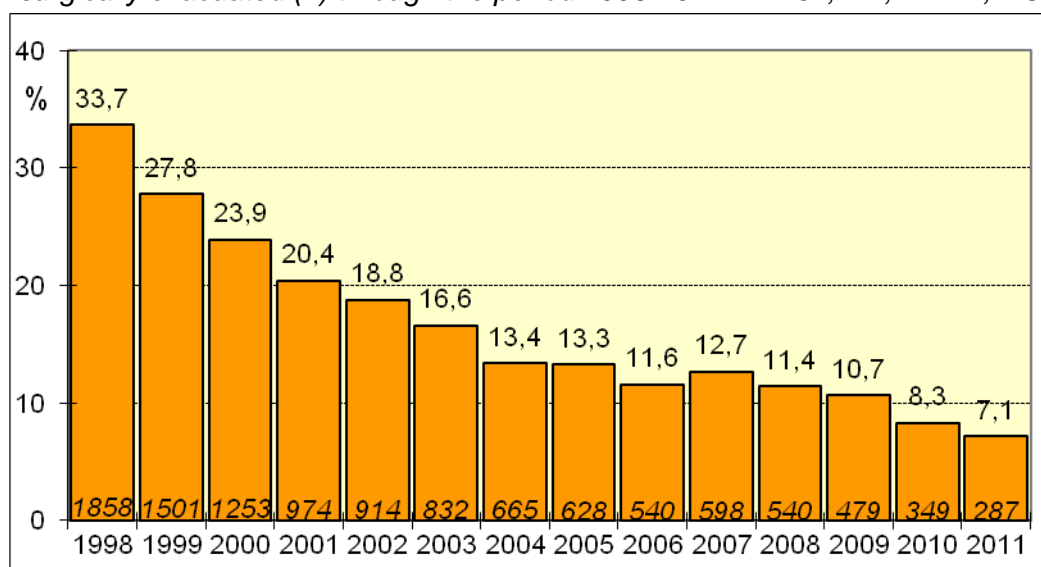
### Kvalitet

Kvalitet indenfor dette område afspejles ved følgende kvalitetsindikatorer:

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

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

**Fig. 1.4** Proportion (%) of women with spontaneous 1st trimester abortion (N) being surgically evacuated (n) through the period 1998-2011. N = 67,441, n = 11,418.

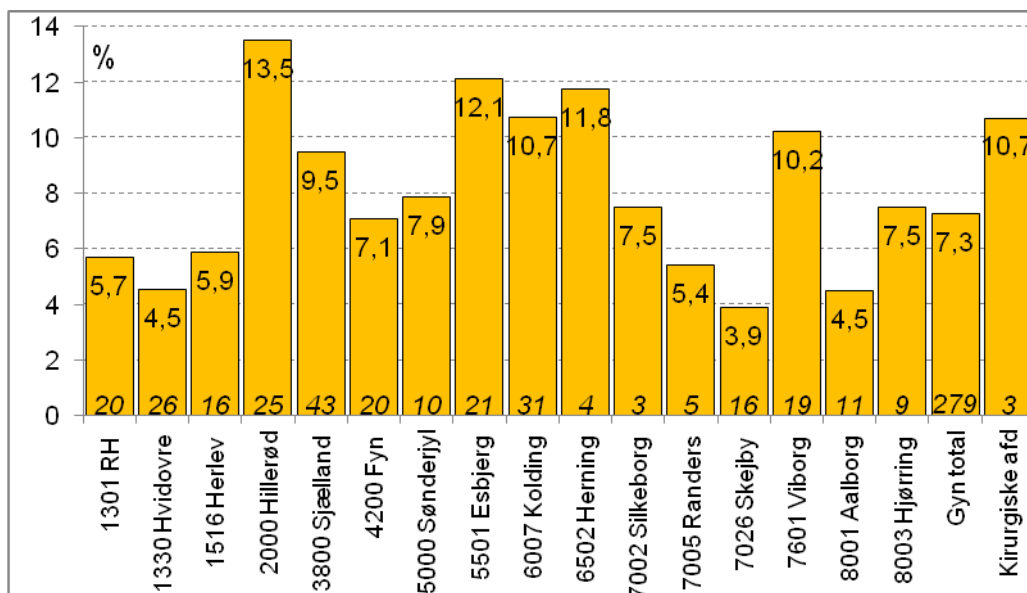


Andelen af kvinder som på landsplan får foretaget primær evacuatio uteri er faldet gradvist fra 34% i 1998 til 7,1% i dag (**Fig. 1.4**). Vi har i lyset af dette sat en standard for evacuatio uteri på mindre end 10%. I forhold til praksis i 1998 sparer vi derved årligt 1.570 operative indgreb.

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

**Fig. 1.5**

*Proportion (%) of women with spontaneous abortion undergoing surgical evacuation in 2011.  
Abortions = 4,018, Evacuations = 287. Absolute number of evacuated lowest in columns*



### 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.

Andelen af inkomplette spontane aborter ud af alle spontane aborter er faldet fra 34% i 2009 til 30,8% i 2011. Man skal kode efter situationen, som dannede udgangspunkt for den behandling, der blev effektueret. Hvis en patient kommer ind med inkomplet abort, og efter ekspekterende behandling en uge senere har komplet abort, er det diagnosekoden for inkomplet abort, som skal anvendes.

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

## Missed abortion, første trimester

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

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

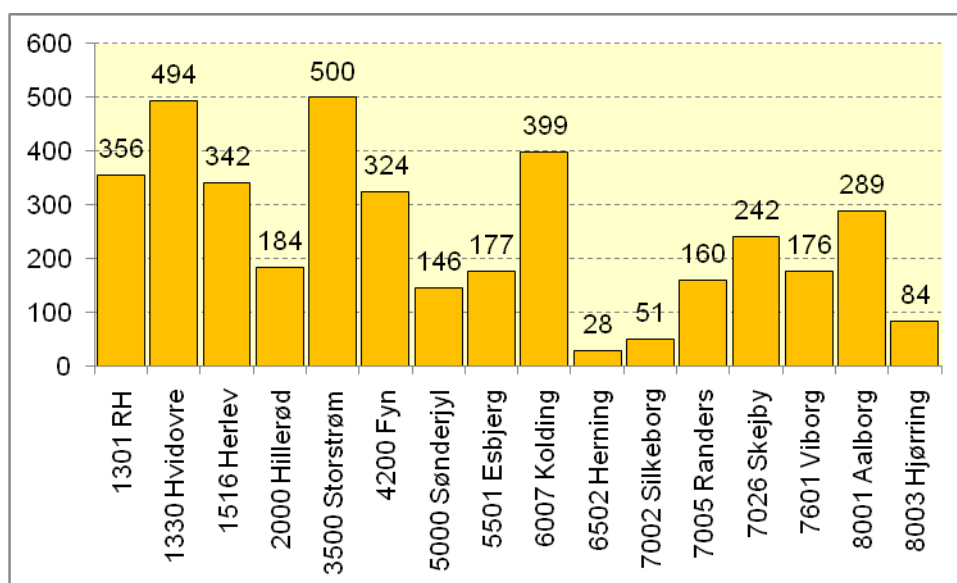
### Kvalitet

Kvalitet inden for dette område udtrykkes ved følgende

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

**Fig. 1.6**

*Women with 1st trimester missed abortion at Gyn. departments in 2011. N = 3.952*

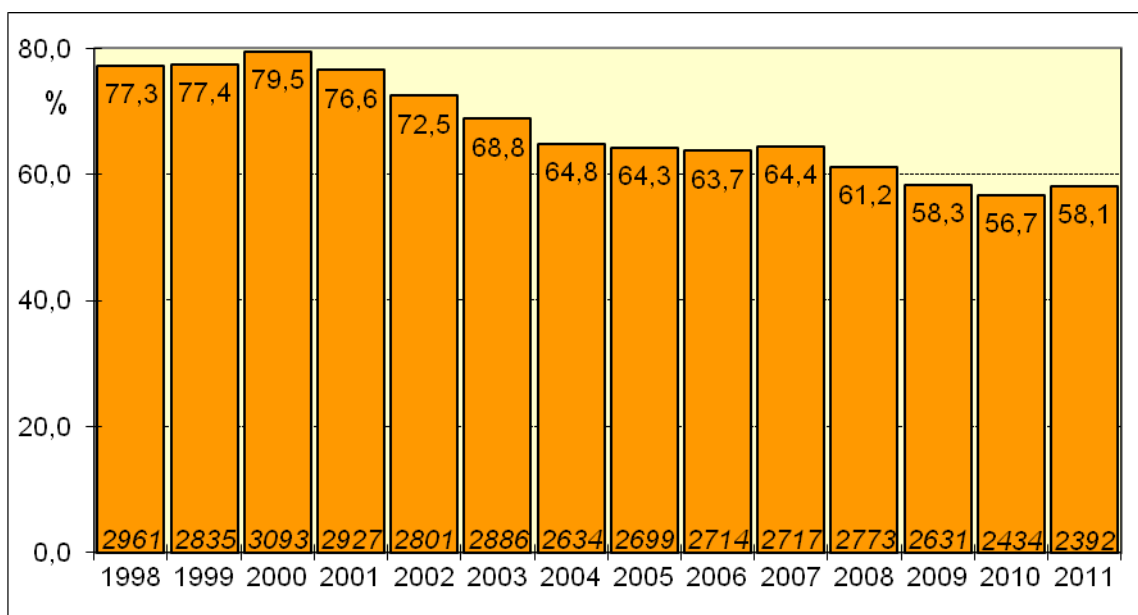


I **Fig. 1.7** er angivet den andel af kvinder, som på de enkelte afdelinger undergår primær evacuatio uteri i perioden 1998 til 2011. Det fremgår, at andelen er faldet stødt fra år 2000 fra 79,5% til i dag 56,5%, et fald på 29%.

Der ses moderate udsving i denne andel mellem afdelingerne i 2011 (**Fig. 1.8**). Da succesraten ved medicinsk induktion af missed abortion i første trimester kun er omkring 75%, er det gængs praksis at lade kvinderne selv vælge, som de foretrækker medicinsk eller kirurgisk behandling.

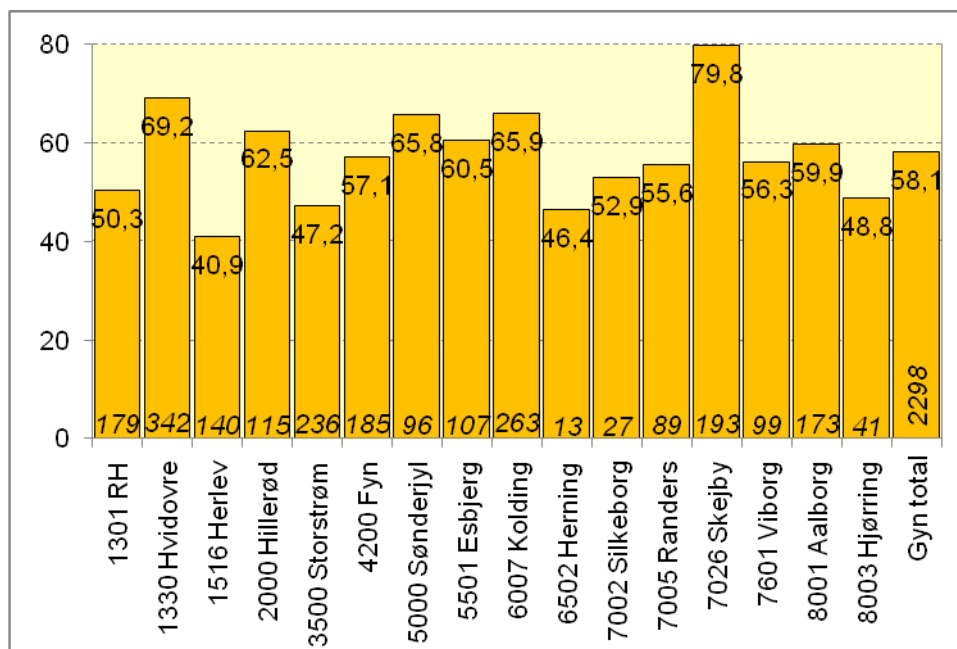
**Fig. 1.7**

*Proportion of women with missed abortion undergoing primary evacuation in Denmark 1998-2011. N=57,461, n=38,497 (number of evacuated)*



**Fig. 1.8**

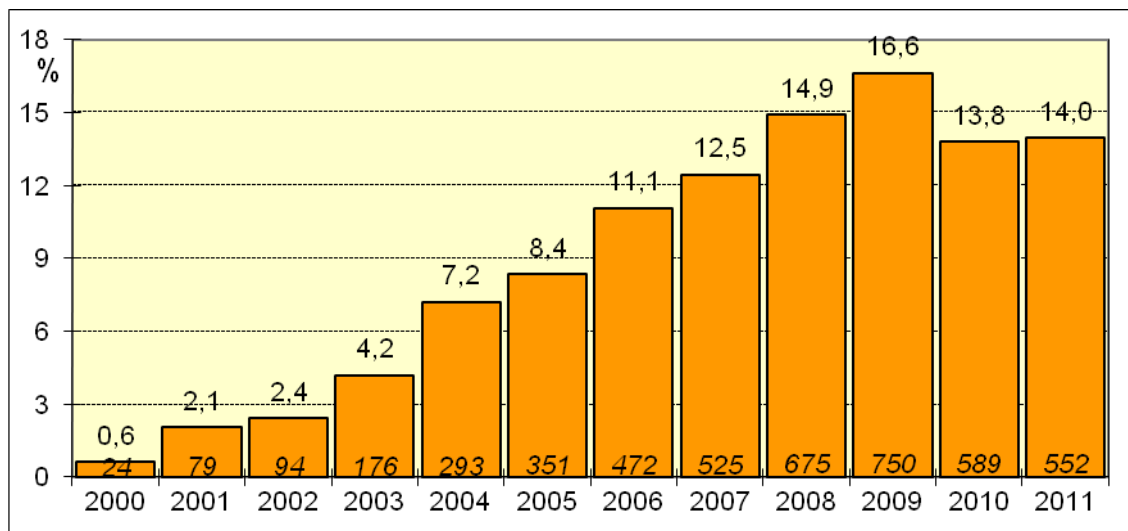
*Proportion of women with missed abortion undergoing primary evacuation at different departments in Denmark in 2011. N=3,952, n=2,298  
Absolute number of evacuated at bottom in each column.*



Andelen, som er kodet med medicinsk behandling som den primære behandling, fremgår af **Fig 1.9** og **1.10** Dette tal er steget stødt og roligt fra år til år, dog ikke de seneste år, hvor også andelen af primært evakuerede har ligget konstant. Man kan groft set antage, at hovedparten af de godt 42%, som ikke får foretaget et primært kirurgisk indgreb (**Fig. 1.7**), er blevet medicinsk behandlet, mens der i praksis er kodet 14%.

**Fig. 1.9**

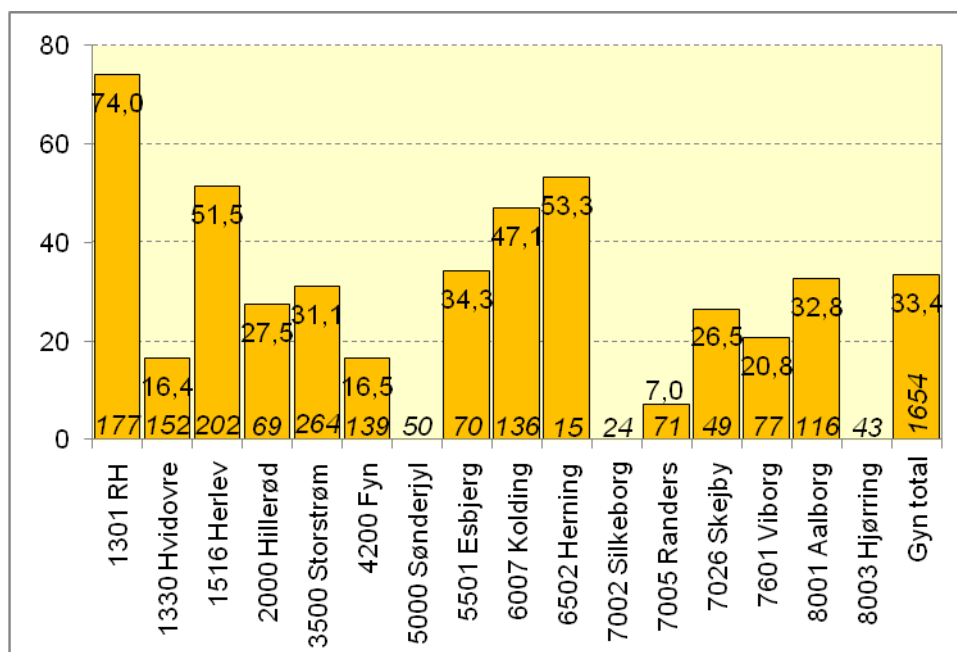
Proportion (%) of women with missed abortion coded with a medical treatment code BKHD50/52 at gynaecological departments during the period 2000-2011. N=57.273, n=4,580.



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

**Fig. 1.10**

Proportion (%) of non-evacuated women with missed abortion, coded with a medical treatment code at Gynaecological departments in 2011. No of non-evacuated lowest in each column.



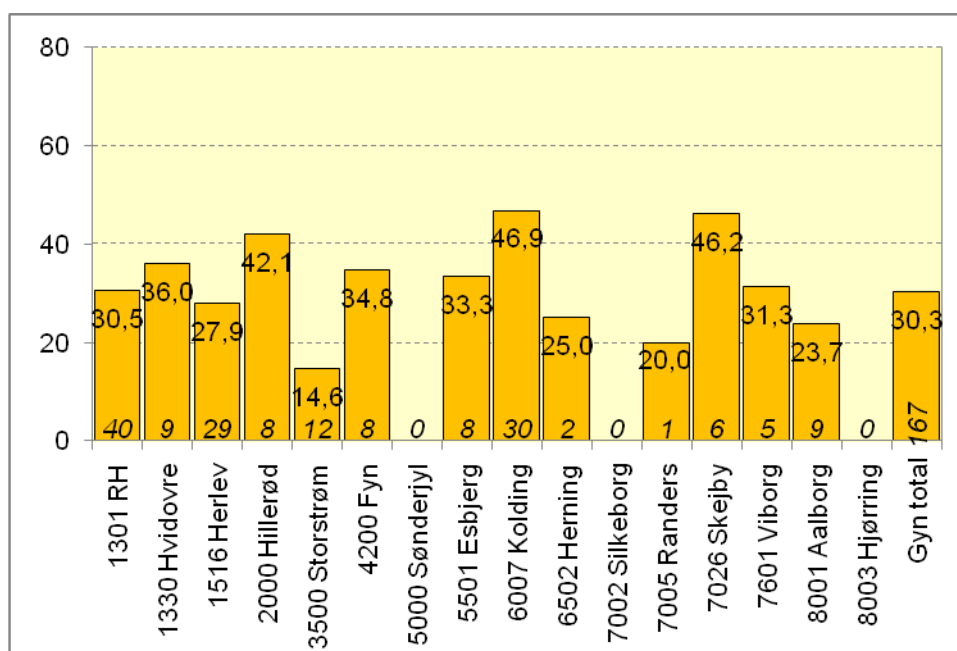
Andelen af registrerede medicinsk behandlede blandt de kvinder, som ikke undergår primær evakuatio uteri varierer meget fra afdeling til afdeling, og vi taler om et spænd fra 0% til 74%.

Afdelingerne i Sønderjylland, Silkeborg og Hjørring har slet ikke anvendt behandlingskoden i 2011.

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

**Fig. 1.11**

*Proportion (%) of evacuated after medical treatment of missed abortion at Gynaecological departments in DK in 2011. N=552, n=167  
No of evacuated in each dept. indicated at bottom of each column.*



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

### Hvad kan vi gøre bedre?

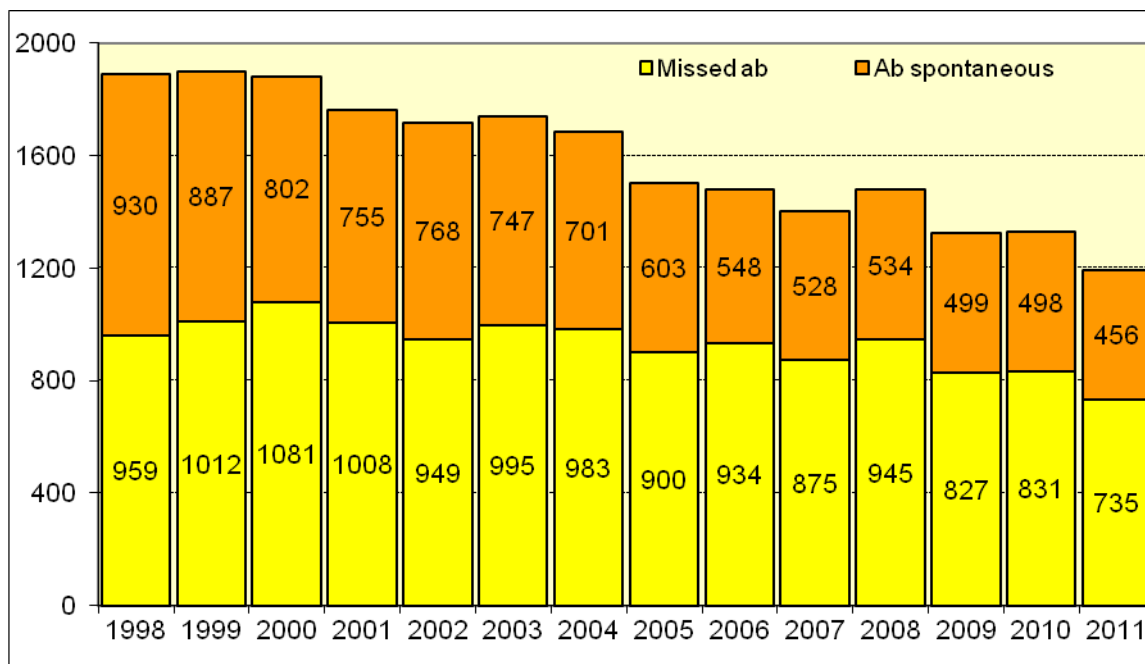
Vi kan forbedre registreringen ved medicinsk behandling af missed abortion og være konsekvente med at angive den diagnose, der er behandlet på, og ikke den situation patienten afsluttes med. Guidelines anbefaler nu 0,8 mg misoprostol ved medicinsk induktion.

## 2 Tilgrundegået graviditet, 2. trimester.

Tilgrundegået graviditet (miscarriages) i 2. trimester udgør omkring 13% af alle miscarriages (Fig. 1.1). De fleste forløb indebærer indlæggelse over flere døgn. I Fig. 2.1 er antallet af 2. trimester miscarriages i Danmark i perioden 1998-2011 opgjort.

Fig. 2.1

*Number of 2nd trimester miscarriages in Denmark 1998-2011. N=22,290*



Det fremgår, at antallet af sene miscarriages er faldet med 37% i perioden, men at dette dækker over, at spontane aborter er faldet med 51% i perioden, mens antallet af missed abortion kun er faldet med 23%. Faldet i de spontane aborter har især fundet sted efter 2004, hvor de nye prænatale screeninger blev indført, hvilket formentlig er hovedårsagen til det konstaterede fald, da flere kvinder med føtale misdannelser fanges prænatalt og får udført provokeret abort, hvor en del af disse tidligere aborterede spontant i de efterfølgende uger.

## Abortus spontaneus, 2. trimester

Omfatter diagnoserne

DO030-O034 Inkomplet spontan abort

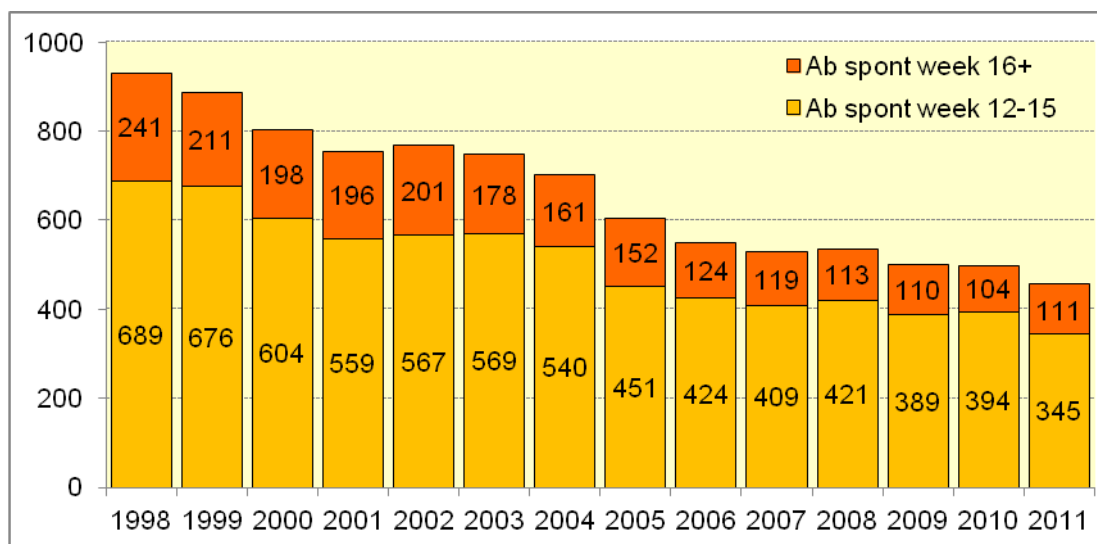
DO035-O039 Komplet spontan abort

### Produktion

Det årlige antal kvinder med spontan abort i Danmark med GA>12 uger fremgår af **Fig. 2.2**. Der ses et fald fra 930 i 1998 til 456 i 2011. Den 1. april 2004 ændredes grænsen mellem spontan abort og dødfødsel ved lov fra 28 til 22 svangerskabsuger, hvilket kan forklare en mindre del af faldet i antallet af spontane aborter fra 2003 til 2005.

**Fig 2.2**

*Spontaneous 2<sup>nd</sup> trimester abortion in Denmark 1998-2011, stratified according to gestational age. N = 9,256*



### 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).

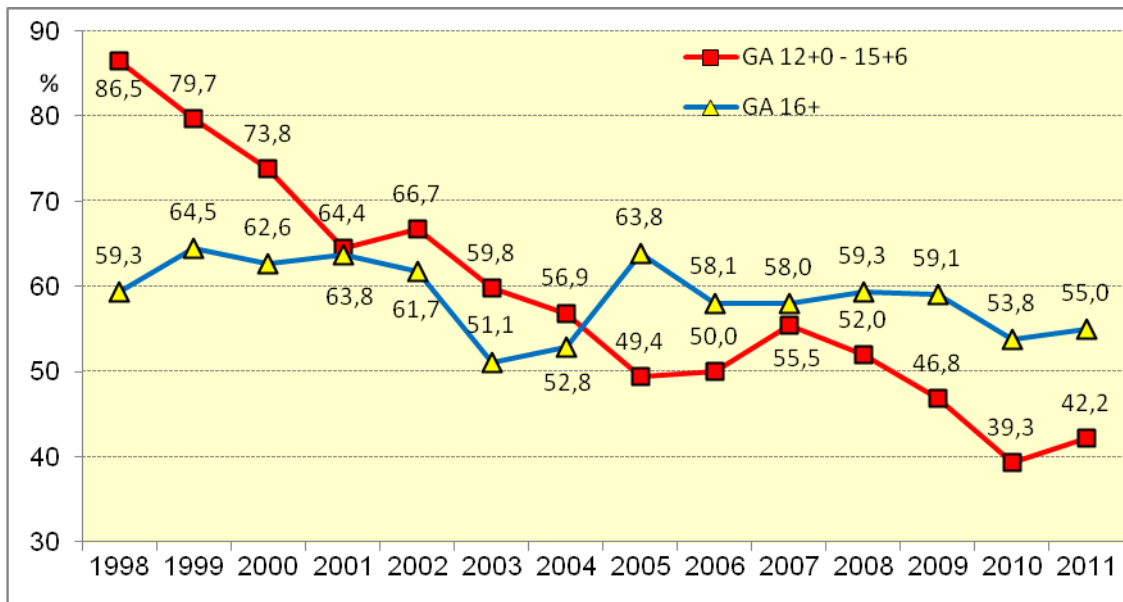
**Indikator 4:** Andel af kvinder med 2. trimester spontan abort som evakueres. Standard: <50%

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 39,3% i 2010, eller med 54%. I modsætning hertil har andelen af evakuerede kvinder med spontan abort efter 16 uger kun faldet beskedent til i dag 53,8%.

**Fig. 2.3**

*Surgical evacuation rate (%) after early and late 2nd trimester spontaneous abortion in Denmark 1998-2011. N=9,256.*

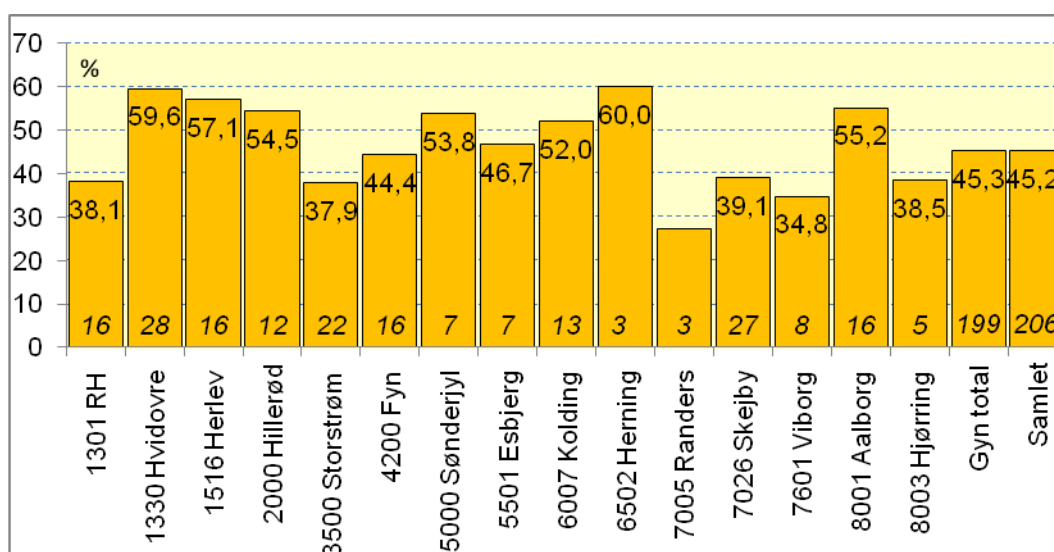


På afdelingsniveau varierer anvendelsen af evacuatio uteri ved 2. trimester spontan abort fra 27% i Randers til 60% i Hvidovre og Herning (**Fig 2.4**). Gennemsnittet er 45,3%.

Med en standard på  $\leq 50\%$  opfylder 8 af 15 afdelinger denne standard. Der er dog tale om små absolutte tal, hvorfor den statistiske tilfældighed spiller en relativt stor rolle for denne variation.

**Fig. 2.4**

*Surgical evacuation of 2nd trimester spontaneous abortion in Denmark in 2011. at gynaecological departments. N = 456, n = 206.*



## Hvad kan vi gøre bedre?

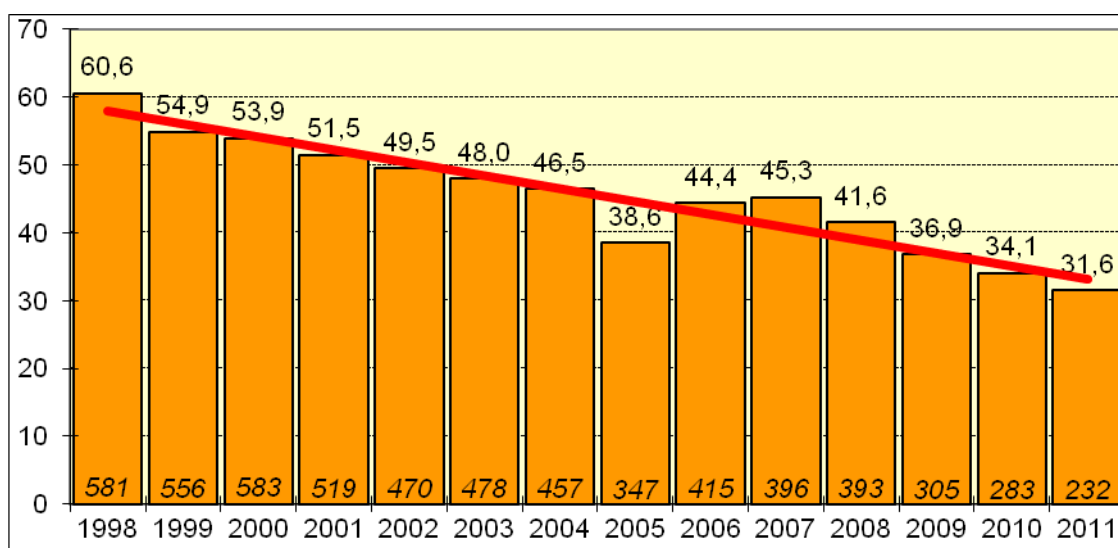
Tilbageholdenhed med anvendelsen af kirurgiske indgreb må anses for en kvalitet, men en optimal andel evakuerede er det ikke muligt at angive med tilstrækkeligt empirisk belæg på nuværende tidspunkt. Det er dog bemærkelsesværdigt, at flere afdelinger år efter år ligger med halvt så mange evakuerede (i procent) som de, der evakuerer flest. Så vi fastholder vores nye 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 1998-2011.*

*Absolute number of evacuations in bottom of each column. N=12,299 n=5,783*



Vi ligger nu på 31,6% hvilket er en reduktion på 48% siden 1998.

### Kvalitet

Vi har valgt at ændre indikator 5 til at omfatte både 2. trimester missed abortino og 2. trimester provokeret abort, så tallene bliver mere stabile, 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%.*

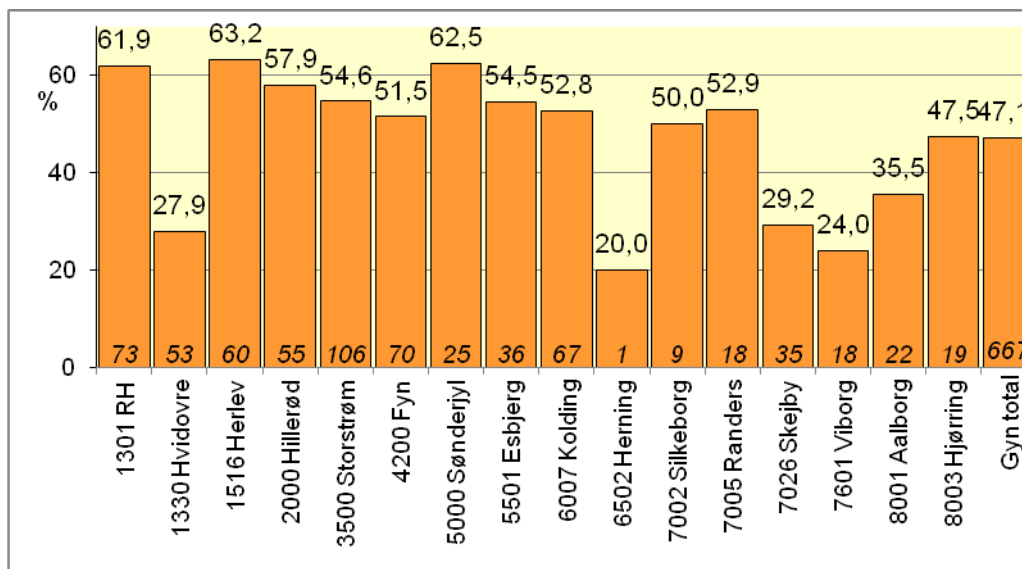
I **Fig. 2.6** ses andelen af evakuerede kvinder med 2. trimester missed abortion eller provokeret abort på forskellige afdelinger i Danmark i 2011.

Det fremgår, at evacuatioandelen svinger fra 20% Herning til 63% i Herlev. Videre at 8 ud af 16 afdelinger opfylder en standard på 50% eller derunder.

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

**Fig. 2.6**

*Surgical evacuation (%) of women with 2nd trimester missed abortion  
or induced abortion at gynaecological departments in 2011. N = 1,415, n = 667*



### Hvad kan vi gøre bedre?

Konsekvent anvendelse af den korrekte behandlingskode (BKHD5) ved medicinsk behandling af missed abortion ville højne kvaliteten af kommende opgørelser og dermed muligheden for at overvåge kvaliteten, bl.a. forekomsten af sekundær evacuatio og infektion ved de to behandlingsformer. Evacuatio andelen bør ligge under 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:

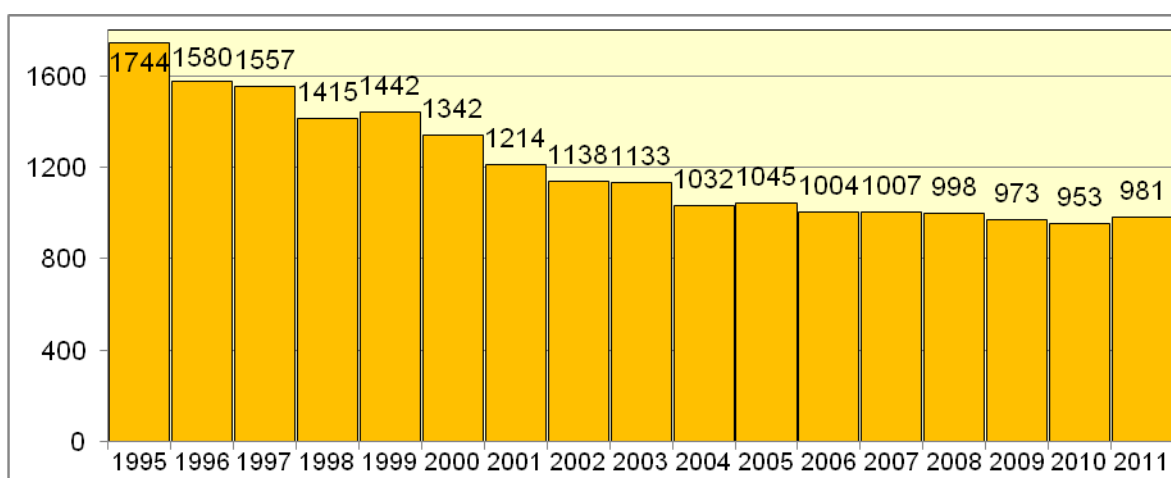
DO001	Graviditas extrauterina tubaria (I æglederen)
DO001A	Graviditas extrauterina tubaria rupta (bristet)
DO008	Ekstrauterin graviditet, andre former
DO008B	Graviditas cornualis (beliggende i hjørnet af livmoderen ved afgang af æglederen)
DO009	Ekstrauterin graviditet uden specifikation

#### Produktion

Det årlige antal patienter med x-uterin graviditet er faldet stødt gennem seneste 15 år (**Fig. 3.1**). Med knapt 100.000 årlige konceptioner, opstår der en x-uterin graviditet for hver ca. 100 graviditeter.

**Fig. 3.1**

*Ectopic pregnancies in Denmark 1995-2011. N= 20,558*



Antallet af kvinder med ekstrauterin graviditet på de forskellige afdelinger fremgår af **Fig. 3.2**. Af de 981 tilfælde i 2011 er de 943 udskrevet fra gynækologiske afdelinger.

#### Kvalitet

Kvaliteten i behandlingen afspejler sig i følgende kvalitetsindikatorer

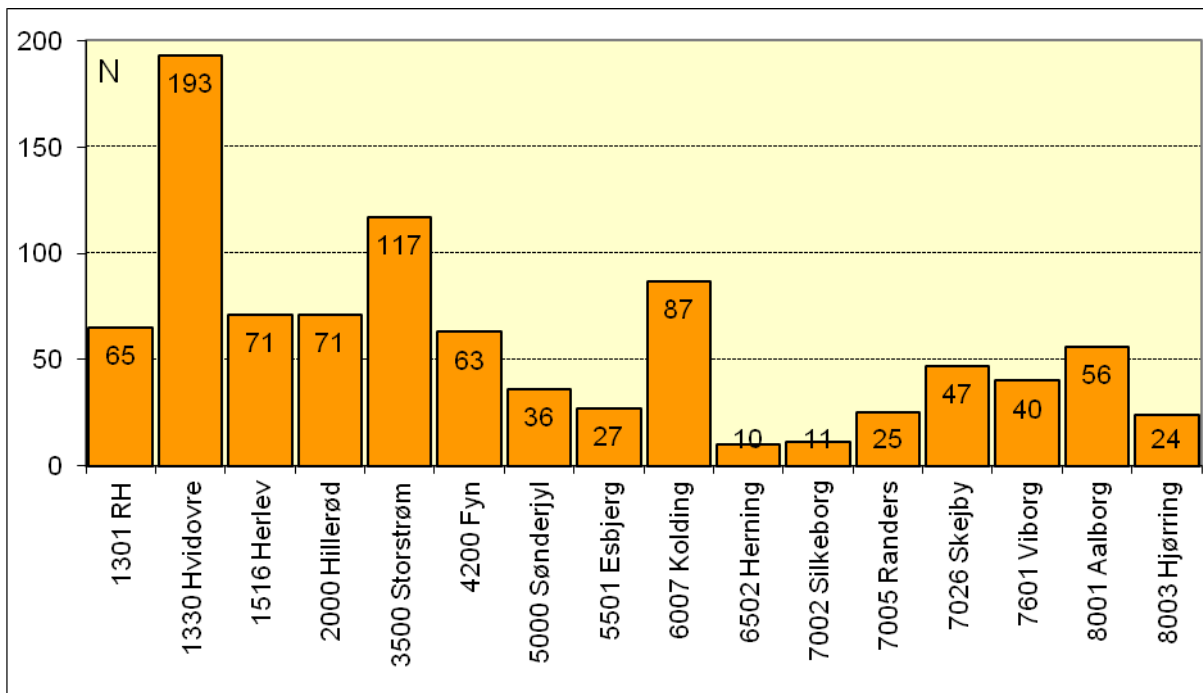
**Indikator 6:** den andel af kvinder med x-uterin graviditet, som opereres. Standard: <70%

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

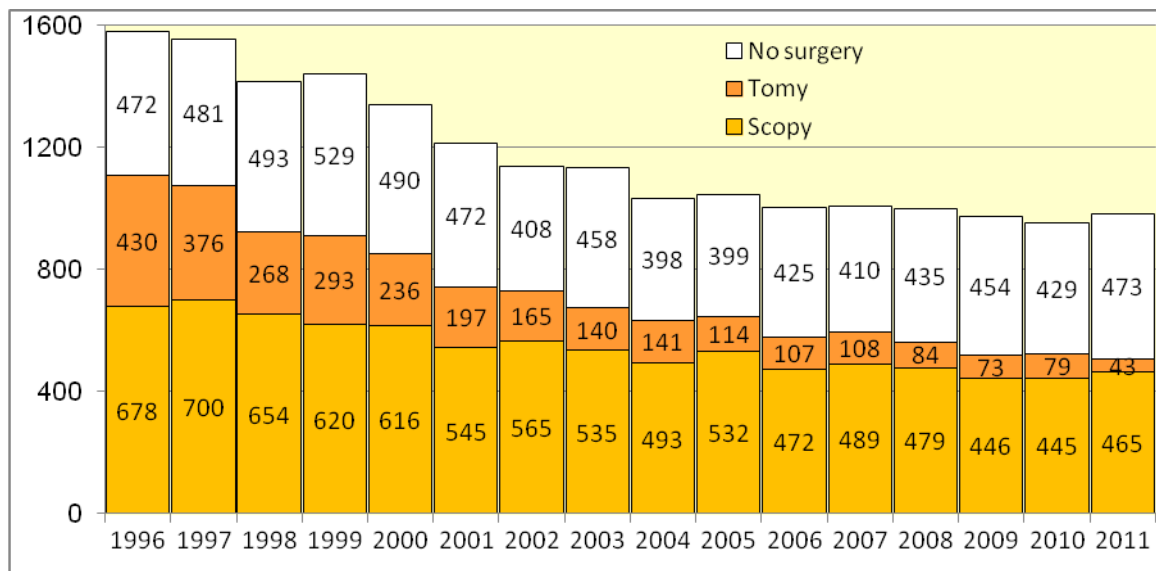
Andelen af kvinder som er undergået hhv laparoskopisk operation, åben operation og ingen operation gennem perioden 1996-2011 fremgår af **Fig. 3.3**. Andelen af kvinder med x-uterin graviditet, som er behandlet med operation er faldet fra 70,1% i 1996 til 51,8% i 2011. Samtidig er andelen af de opererede, som er blevet det laparoskopisk steget fra 61% i 1996 til 91,5% i 2011.

Altså solid forbedring set over en længere årrække, men også en klar forbedring i forhold til sidste år, hvor 55% blev opereret og 84,9% af disse blev det laparoskopisk.

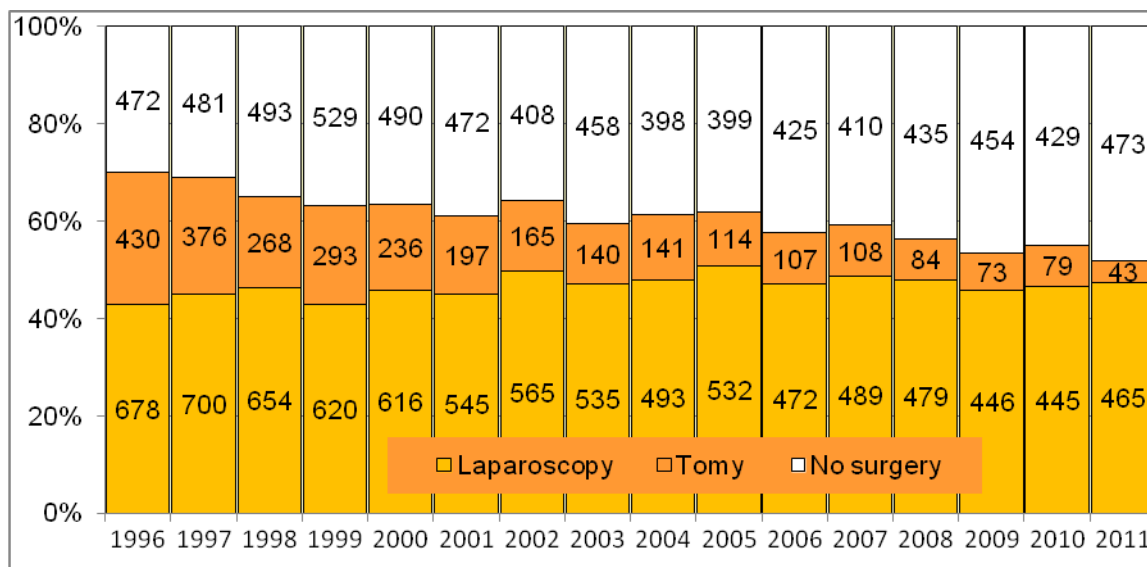
**Fig. 3.2** Ectopic pregnancies at different departments in DK in 2011. N=943



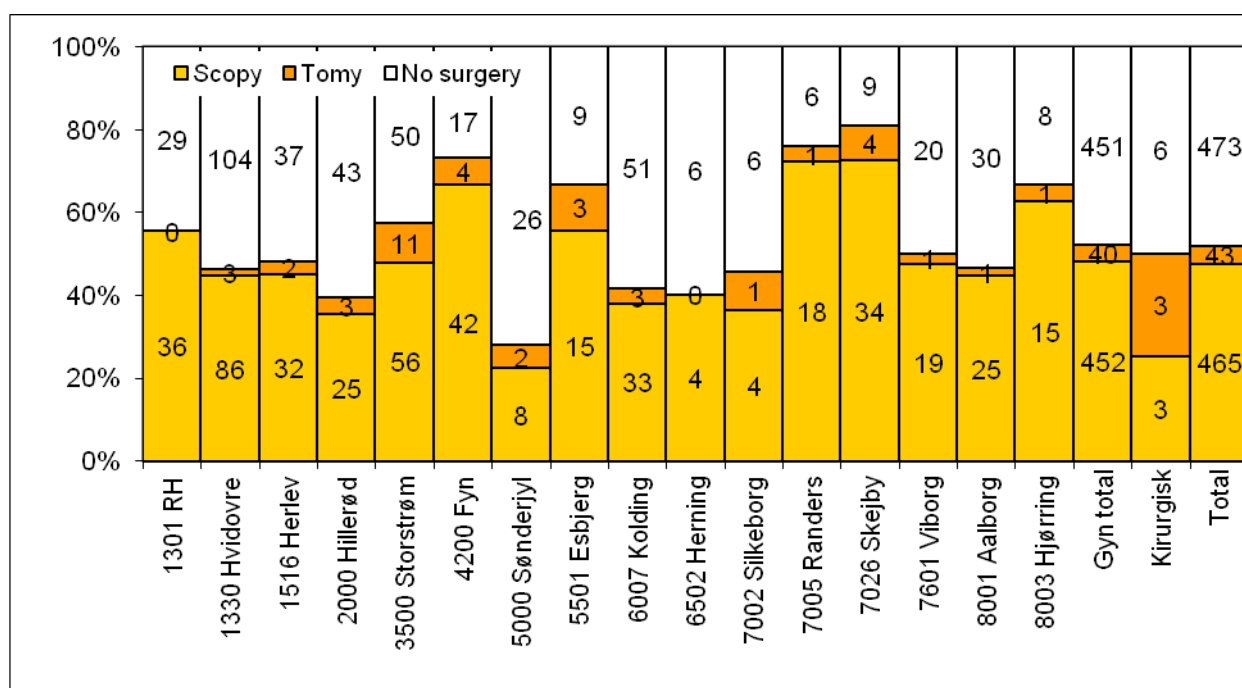
**Fig. 3.3** Ectopic pregnancies undergoing laparoscopy, laparotomy and no surgery through the period 1996-2011. Lower part in per cent.



## Same in per cent



**Fig. 3.4** Ectopic pregnancies undergoing laparoscopy, laparotomy or no surgery at different departments in 2011. Absolute numbers indicated in columns.

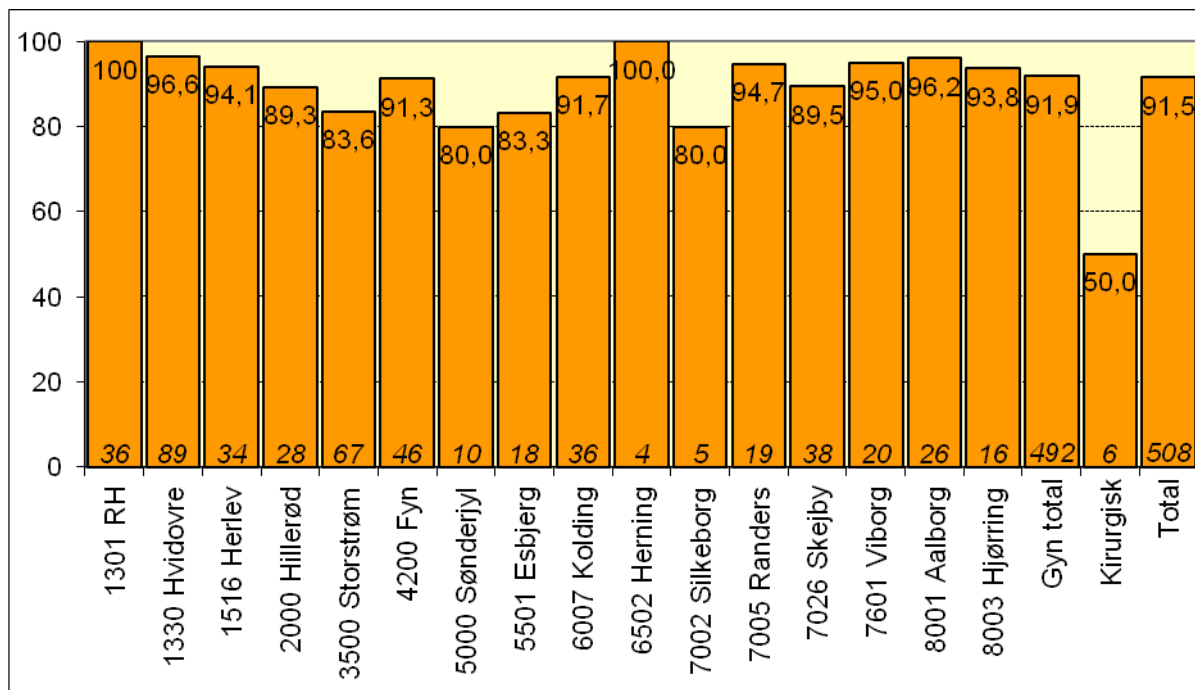


I 2011 var der stadig forskel i operationspraksis på de forskellige afdelinger, hvilket fremgår af **Fig. 3.4**. Andelen af kvinder med x-uterin graviditet som opereres på forskellige afdelinger varierer fra 28% i Sønderjylland til 81% i Skejby. Vi må antage, at en væsentlig del af de, som ikke opereres på de enkelte afdelinger, behandles medicinsk med methotrexat, til trods for at kun tre kvinder er registreret med denne behandlingskode i 2011.

Andel opererede ligger under standarden på 70% på 13 ud af 16 afdelinger (**Fig. 3.4**)

**Fig. 3.5**

*Proportion of laparoscopy in surgically treated women with ectopic pregnancy 2011  
Number of surgically treated indicated in bottom of each column.*



Andelen af laparoskopisk opererede ud af alle opererede ligger i 2011 på i gennemsnit 92%, med en variation der spænder fra 80% i Sønderjylland og Silkeborg til 100% Herning og RH. Tolv af 16 afdelinger opfylder standarden på 85% laparoskopisk opererede ud af alle opererede (**Fig. 3.5**).

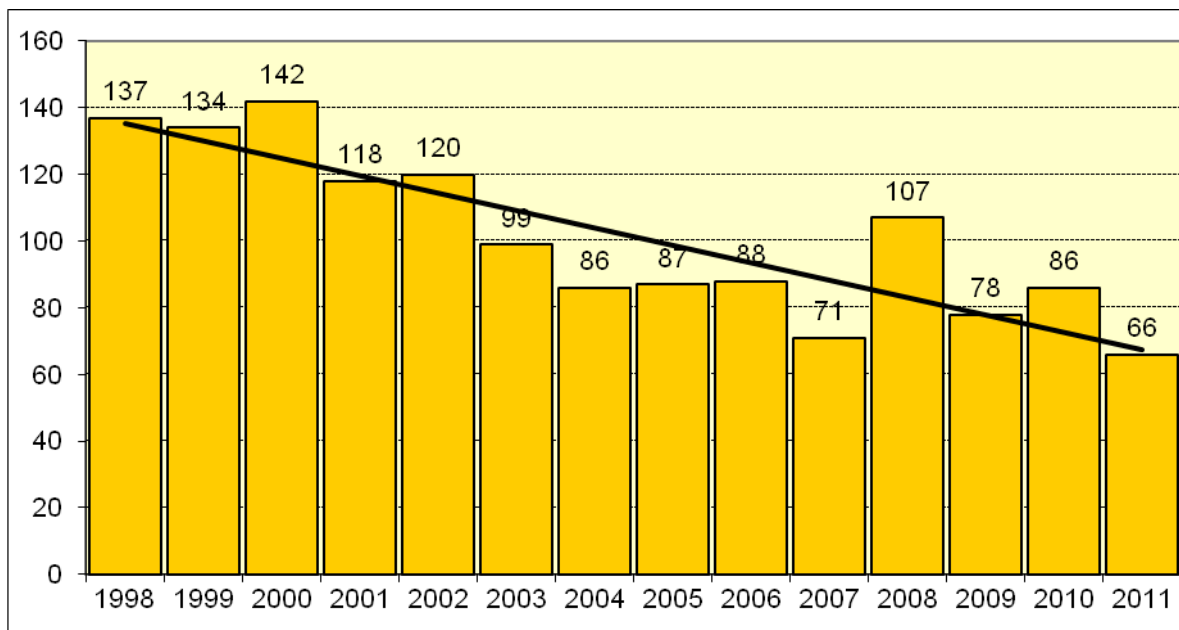
### Hvad kan vi gøre bedre?

Der var i 2011 kun tre kvinder, som var kodet med en medicinsk behandlingskode (BKHE0 eller BKHE8), hvilket er et fald i forhold til 2010, hvor 8 blev kodet med denne kode. Disse koder anvendes langt fra konsekvent, når der effektueres medicinsk behandling. Det bør fremover tilstræbes, at disse koder anvendes, når kvinderne behandles medicinsk, både primært og sekundært.

## 4. Mola hydatidosa

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

**Fig. 4.1** *Number of women with hydatidiform mole in DK 1998-2011. N=1,419*

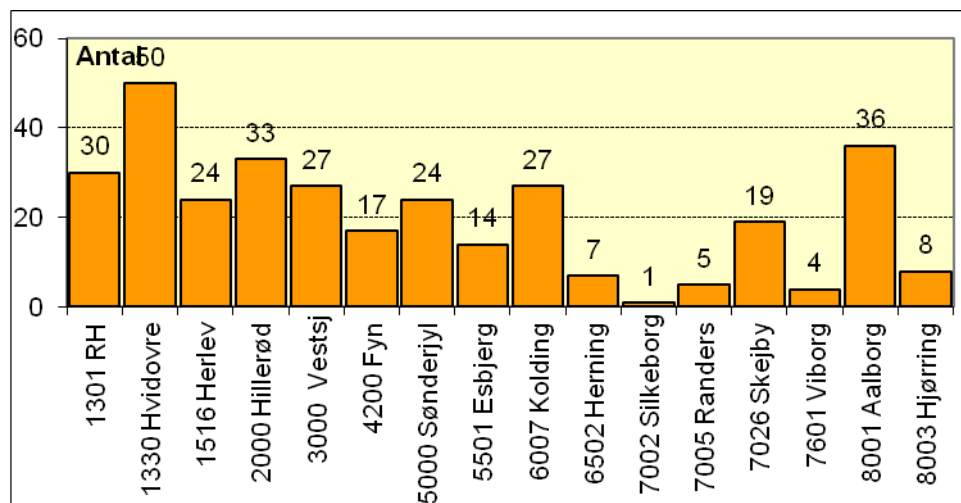


Der er i denne statistik anvendt en restriktion på 12 måneder, således at en given kvinde kun kan tælle én gang inden for en 12-måneders periode.

Gennem seneste fire 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 2008-2011. N=334*

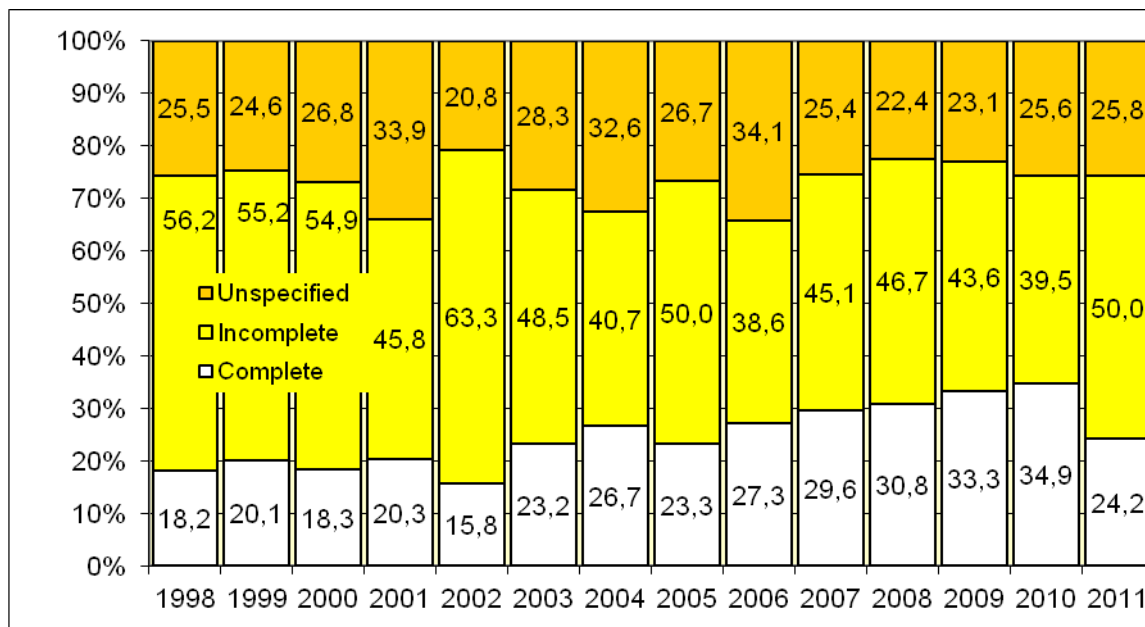


Udviklingen i typen af mola fremgår af **Fig. 4.3**

**Fig. 4.3**

*Distribution of complete, incomplete and unspecified hydatidiform mole*

*in Denmark 1998-2011. N=1,418*



Det fremgår, at andelen af komplet mola er mindsket lidt fra sidste år mens andelen af partiel mola nu udgør 50% af de specificerede mola. Det absolutte antal komplette mola har imidlertid ligget nogenlunde konstant på omkring 25 pr. år. Så hele faldet i antallet af mola over seneste 14 år kan tilskrives et fald i antallet af partielle mola.

Denne 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 typisk foregår i eget hjem, stilles diagnosen derfor aldrig. Da recidiv risikoen ved partiel mola er minimal, udgør dette ikke noget væsentligt klinisk problem.

Af de 66 kvinder med mola i 2011 havde 16 (24%) komplet mola, 33 (50%) partiel mola, og 17 (26%) havde uspecificeret mola.

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

## 5. Abortus provokatus, første trimester

### Kvalitetsindikatorer

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

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

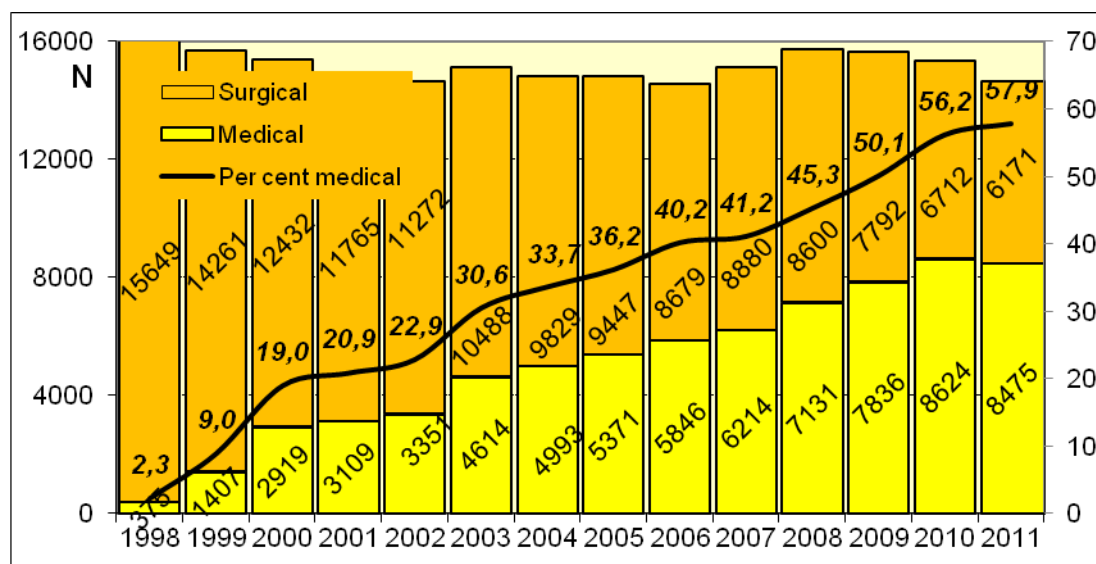
**Indikator 10:** Andel af kirurgisk behandlede, som må re-evakueres. Standard: <4%

### Produktion

Antallet af provokerede 1. trimester aborter er gennem seneste ti år faldet fra 16.024 årlige tilfælde i 1998 til nu 14.646 (**Fig. 5.1**).

**Fig. 5.1**

*Medical and surgical 1st trimester abortion in DK 1998-2011 (Y1) and per cent of medical abortions (Y2). N=212,242*



Det fremgår, at andelen af medicinsk inducerede aborter har været stødt stigende og nu udgør 58% af alle første trimester aborter.

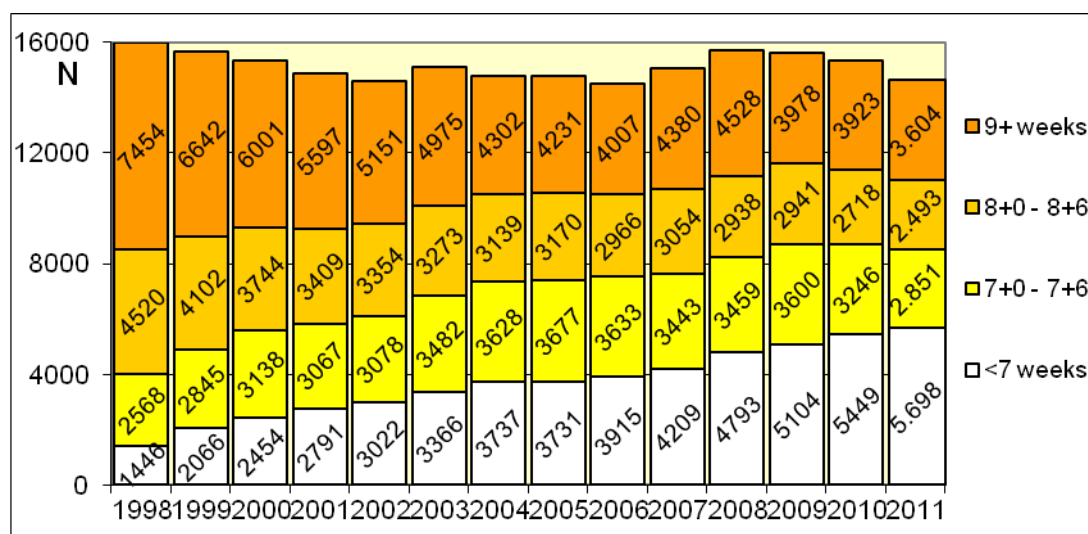
Samtidig er tidspunktet for første trimester aborterne rykket nedad hvad angår tidspunktet for disse (**Fig. 5.2**). Det fremgår at 59,7% af aborterne nu foregår inden 8 uger, mens den tilsvarende andel i 1998 var mindre end 25%. Og andelen stiger hvert år. Dette er udtryk for både en tidligere henvisning fra de praktiserende læger, og for en kort ventetid på de gynækologiske afdelinger.

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

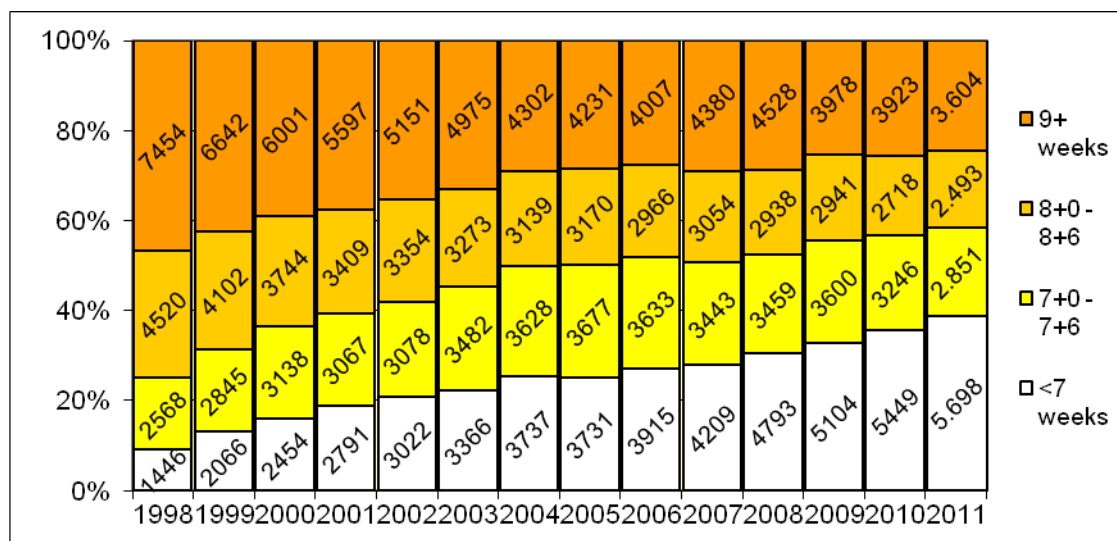
**Fig. 5.2**

*Distribution of gestational age at admission with 1st trimester abortion in DK 1998-2010*

*N=197,444. 152 with unknown GA not included.*



*Same in per cent distribution*

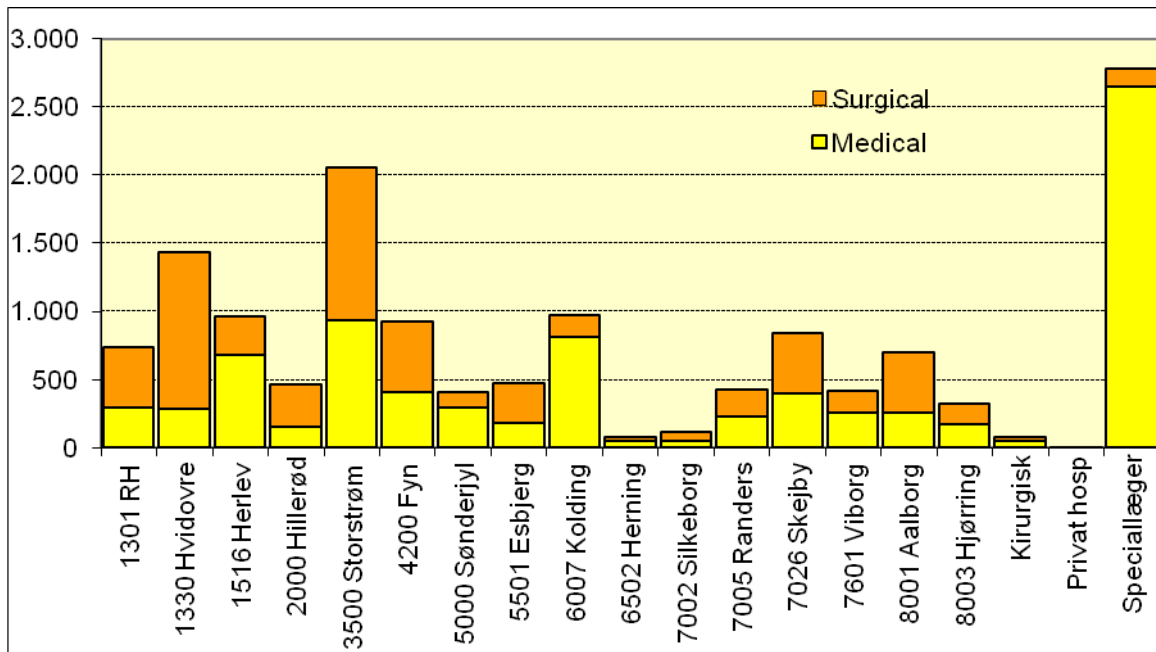


Antallet af kirurgiske hhv medicinske aborter på de enkelte afdelinger i 2011 fremgår af **Fig. 5.3**. Der er en ganske stor konsistens i de enkelte afdelingers praksis fra år til år, og der er ganske stor variation i praksis mellem de forskellige afdelinger, men alle på nær en enkelt afdeling (Hvidovre) har i dag over 30% medicinske aborter. Fem afdelinger har flere end 60% medicinske aborter. De praktiserende speciallæger varetager nu 2.782 årlige 1. trimester aborter heraf 2.653 (95%) medicinske aborter, som derved mindsker sygehusenes medicinske andel, som ikke desto mindre er steget (fraset Hvidovre). Hvis man sætter en standard på mindst 40% medicinsk inducerede provokerede aborter, opfylder 12 ud af 16 afdelinger denne standard. Endelig skal for Hillerød bemærkes, at en væsentlig del af de medicinske aborter, som henhører til dette sygehus, foregår i speciallægepraksis.

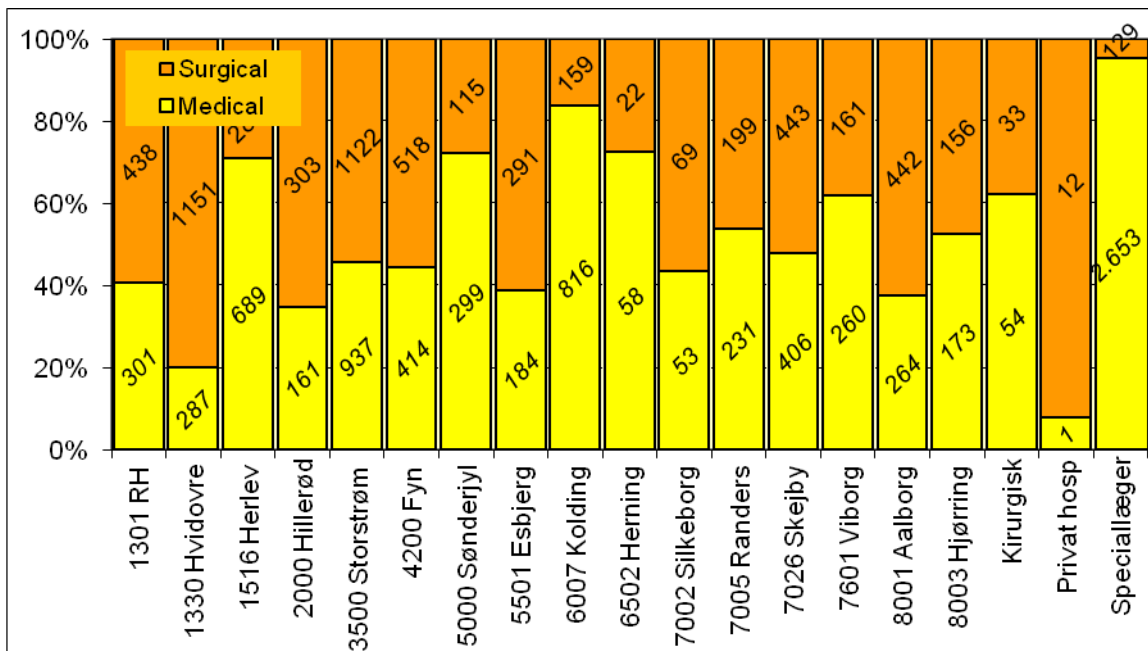
Når vi anbefaler medicinsk induktion ved de tidlige graviditeter skyldes det, at risikoen for efterfølgende infektion er halvt så stor ved medicinsk induktion som ved kirurgisk tømning. Dette skal dog opvejes mod en større risiko for blødningskomplikationer ved de medicinsk inducerede aborter. Da denne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

**Fig. 5.3** Medically and surgically induced 1<sup>st</sup> trimester abortion in DK in 2011

Surgical: N=6,171, medical: N=8,475



Same in per cent



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

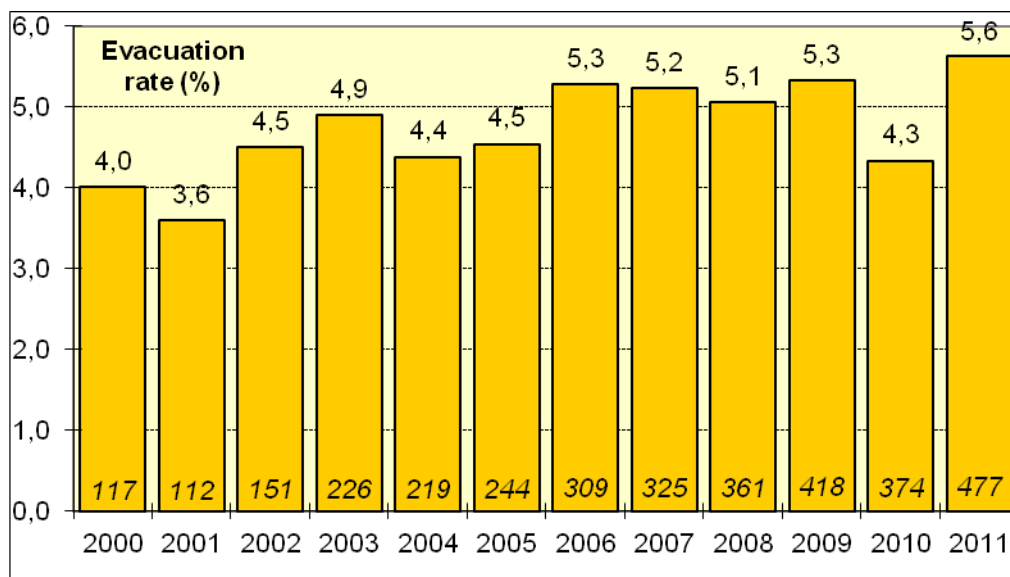
Det er et klinisk skøn, hvornår der skal gennemføres kirurgisk tømning af uterus efter medicinsk induceret provokeret abort. Indikationen kan være blødning, retineret væv og/eller infektion.

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

**Fig. 5.4**

*Evacuation (%) after medical induction of 1st trimester abortion in DK 2000-2011.*

*N=68,484, n= 3,333. 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 5,6%, men med en variation på mellem 2,3% i Viborg til 13,2% i Silkeborg. Hvis man sætter en standard på 6% opfylder i år 6 ud af 16 afdelinger denne standard. Det samme gør de praktiserende speciallæger. Vi forventer færre evakuatioer efter medicinsk induktion i 2012, efter at guideline nu anbefaler 0,8 mg misoprostol ved medicinsk ab. Prov.

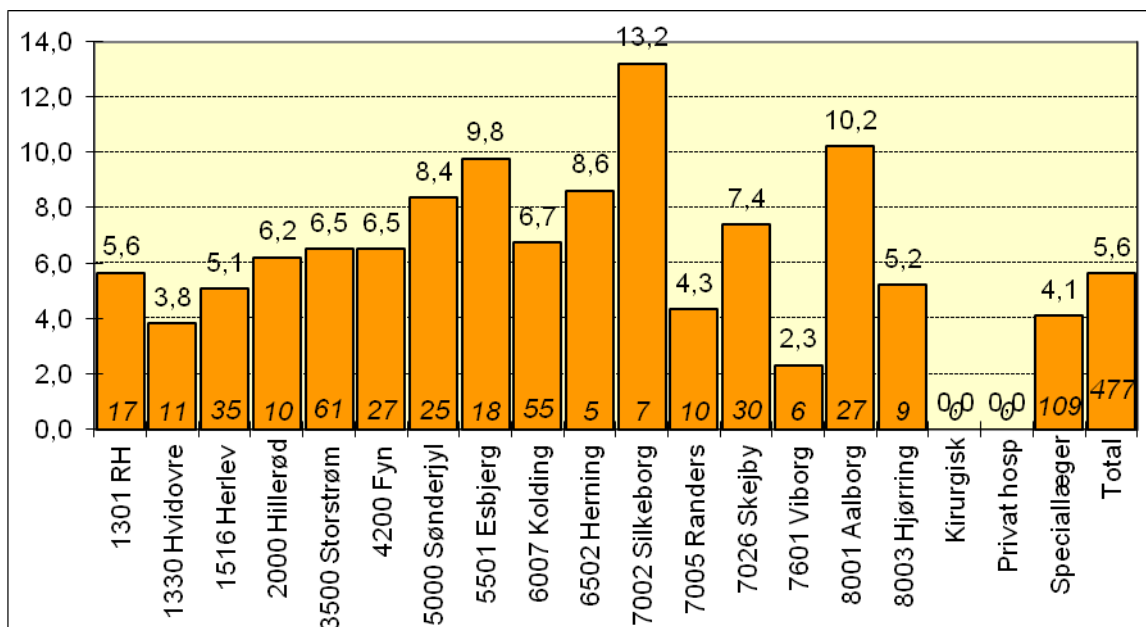
### **Re-evacuatio efter kirurgisk abort**

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

Andel af kvinder som måtte re-evakueres efter kirurgisk provokeret abort i perioden 1998-2011 fremgår af **Fig. 5.6**

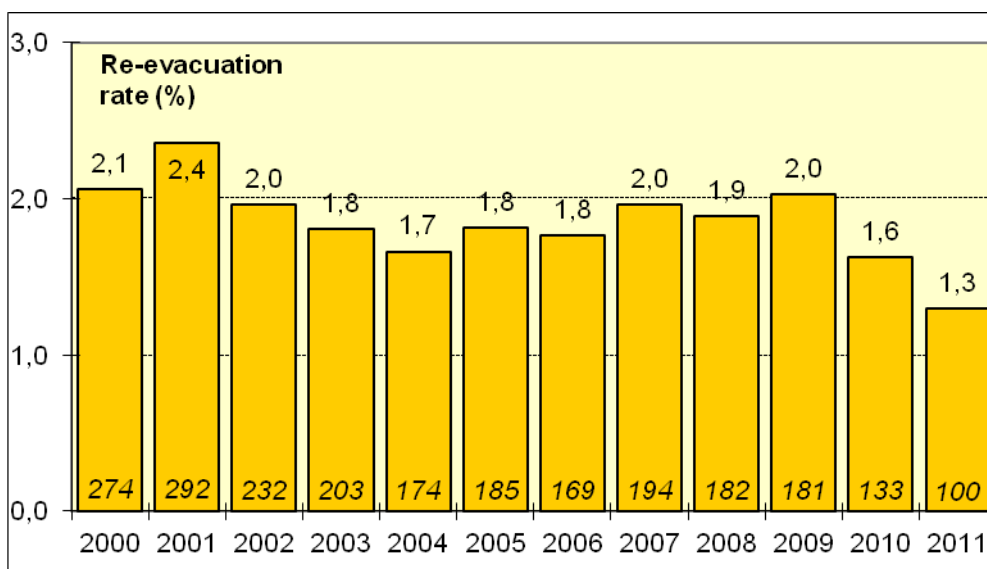
**Fig. 5.5**

*Proportion (%) of medically treated 1st trimester abortions that is undergoing evacuation at different departments in 2011. GA < 9 uger. N=8.475, n=477  
Absolute number of evacuated indicated lowest in columns.*



**Fig. 5.6**

*Re-evacuation after surgical 1st trimester abortion during 2000-2011  
N=112,067, n=2,319*



Det fremgår, at denne andel har ligget nogenlunde konstant på omkring 2% gennem seneste årti, men er faldet til 1.3% i 2011 og pænt under standarden på 3%.

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

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

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

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

Det er i september 2011 besluttet at anbefale 0,8 mg misoprostil ved medicinsk provokeret abort i 1. trimester. Vi håber derved at bringe andelen af evacuerede efter medicinsk abort 1 procent ned.

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

Der er i 2011 registreret 51 ud af 8.475 eller 0,6% med indlæggelseskrævende infektion efter medicinsk abort med GA under 9 uger. Tilsvarende tal for kirurgiske med samme GA er 43 tilfælde ud af 2.997 eller 1,4% 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.

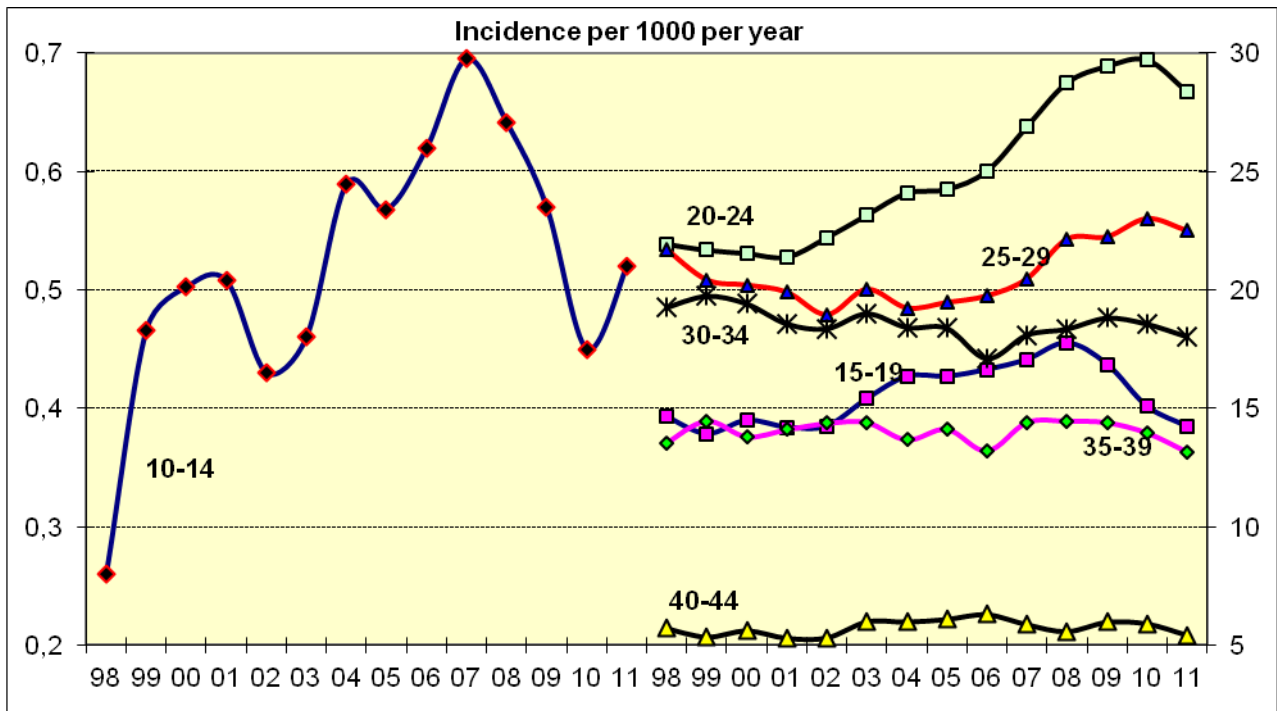
### ***Udviklingen i provokerede aborter i forskellige aldersgrupper***

Vi har udarbejdet en aldersspecifik statistik over udviklingen i provokerede aborter gennem seneste 14 år.

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

Gennem seneste år er udviklingen imidlertid vendt for kvinder under 20 år, mens kvinder i alderen 20-29 år har oplevet nogenlunde stabile rater fra 2007.

**Fig. 5.7** Age specific incidence rate of induced abortions in Denmark 1998-2011.  
 Incidence given per 1000 per year in each age group.



## 6. Abortus provokatus, andet trimester.

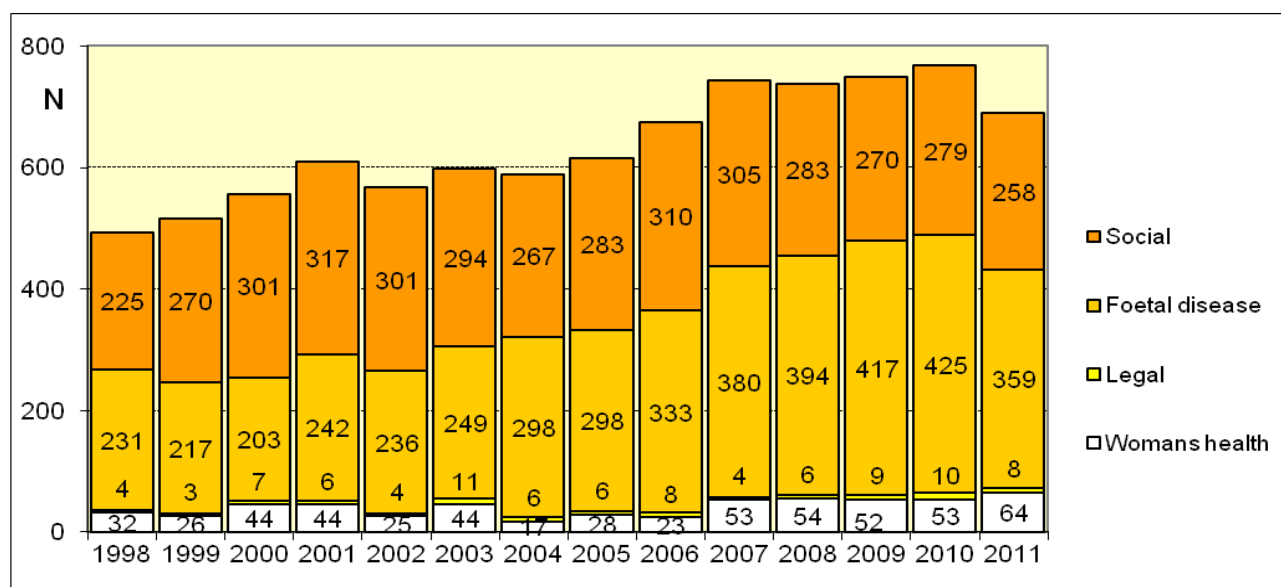
### Kvalitetsindikatorer

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

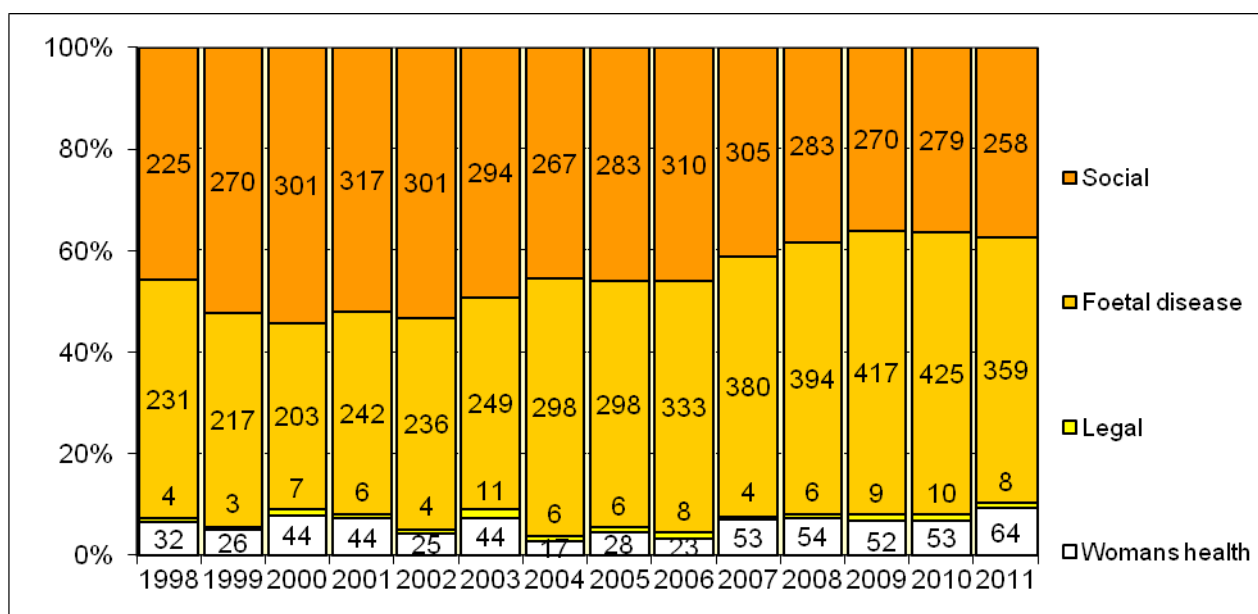
**Kvalitetsindikator:** Andel med 2. trimester abort som evakueres. Standard: <50% i gennemsnit, og <60% for de enkelte afdelinger. Fra 2011 er standarden <50% for de enkelte afdelinger.

### Produktion

**Fig. 6.1** Induced 2nd trimester abortion in Denmark 1998-2011 after indication. N=8,207



Same in per cent



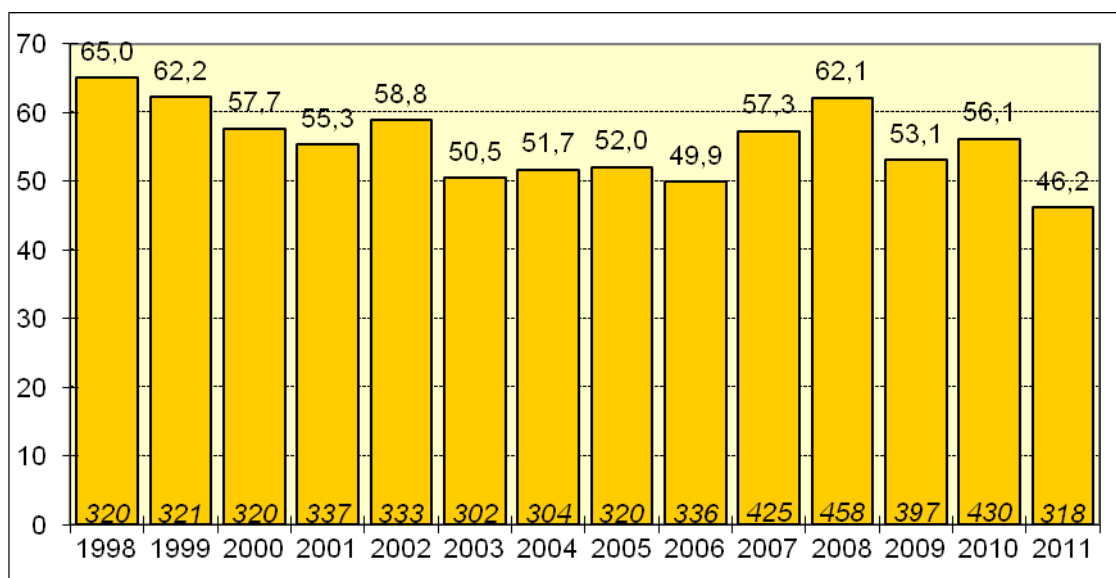
Der er gennemført et med årene stigende antal 2. trimester provokerede aborter frem til 2010 med et samlet fald gennem seneste år på 78 (**Fig. 6.1**). Det fremgår af figuren, at stigningen fra 2002 alene skyldes en stigning i antallet af provokerede aborter på føtal indikation, som i dag udgør indikationen for 52% af alle anden trimester aborter. Den anden hovedindikation er sociale omstændigheder, mens hensynet til kvindens helbred og kriminel baggrund for graviditeten tilsammen udgør 10% af indikationerne.

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

Andelen af kvinder som evakueres i forbindelse med anden trimester provokeret abort har været faldende frem til 2006, herefter lidt højere i 2007 og 2008 for nu at ligge på 46% (**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 1998-2011, N= 8.895, n=4,921*



Det kniber fortsat med at få registreret de medicinske behandlingskoder.

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

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

### **Hvad kan vi gøre bedre**

Vi kan udøve et kvalificeret klinisk skøn, og kun evakuere de, som har en klar indikation for dette, hvilket i praksis vil sige kun de med rigelig blødning eller en ikke hel kvitteret moderkage.

## 7. Kodning ved tidlig graviditet.

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

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

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

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

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

### ***Hyppigste fejkodninger***

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

#### *Abortus provokatus*

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

Løsningen på begge dele kræver blot, at man vælger den specifikke kode frem for den overordnede.

- At man ved 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.

#### *Spontan abort og missed abortion*

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

#### *Ekstrauterin graviditet*

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

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

## 8. Publikationer og studier

Der er i 2011-2012 gennemført flere store landsdækkende studier hvor tigrab-data er anvendt:

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

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

Kårhus LL, Egerup P, Skovlund CW, Lidegaard Ø. Reproductive long-term prognosis after a first ectopic pregnancy. A National controlled follow-up study. *Hum Reprod* 2012. Re-submitted.

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

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

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

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

Lidegaard Ø. *Epidemiologic research using administrative databases: garbage in, garbage out.* *Obstet Gynecol.* 2011; 117: 410-1.

Lidegaard Ø. *Reply to Jürgen Dinger and Samuel Shapiro.* *BMJ* 2011; online December 12, 2011.

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

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

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

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

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

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

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

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

Lærebogskapitel vedrørende reproduktion blandt adipøse kvinder:

Lidegaard Ø. Fertilitet, menstruation, kontraktion og polycystisk ovariesyndrom. [Danish]. In Eds. Svendsen OPL, Astrup A, Hansen GS. *Adipositas. Sygdom, behandling og organisation.* Munksgaard, København 2011.

## 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) missed abortion	DO 021A	BKHD 50
Med. beh. (misoprostol alene) blighted ovum	DO 020	BKHD 50
Med. beh. (misoprostol) missed abortion	DO 02.1A	BKHD 50
Evac. efter mislykket medicinsk behandling af sp. abort	DO 08.8L	KMBA 00
Evac. efter mislykket medicinsk behandling af missed ab.	DO 08.8L	KMBA 00
Re-evac. efter mislykket medicinsk el kir. beh. af missed ab.	DO 08.8L	KMWW 00

#### Abortus provokatus efter uge 12

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

#### Extrauterin graviditet

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

#### Graviditet uden kendt lokalisation (PUL)

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

## 10 Styregruppens medlemmer pr. maj 2012.

TIGRAB-KD styregruppe medlemmer pr. Maj 2012			
Navn	Stil	Gyn-obs	E-mail
Carsten Byrjalsen	Overlæge	Herning	<a href="mailto:byrjalsen@dadlnet.dk">byrjalsen@dadlnet.dk</a>
Christina Rørbye	1. rsl	Hvidovre	<a href="mailto:roerbye@dadlnet.dk">roerbye@dadlnet.dk</a>
Gitte V. Eriksen	Overlæge	Skejby	<a href="mailto:gitte.eriksen@skejby.rm.dk">gitte.eriksen@skejby.rm.dk</a>
Pernille Ravn	Overlæge	Odense	<a href="mailto:Pernille.Ravn@ouh.regionsyddanmark.dk">Pernille.Ravn@ouh.regionsyddanmark.dk</a>
Peter Helm	Overlæge	Hillerød	<a href="mailto:Peter.helm@mail.dk">Peter.helm@mail.dk</a>
Annemette Jørgensen	Overlæge	Aalborg	<a href="mailto:annemette.joergensen@rn.dk">annemette.joergensen@rn.dk</a>
Mette Schou Hammerum	Afd.læge	Herlev	<a href="mailto:hammerum@dadlnet.dk">hammerum@dadlnet.dk</a>
Jan Schou	Overlæge	Svendborg	<a href="mailto:JaSc@shf.regionsyddanmark.dk">JaSc@shf.regionsyddanmark.dk</a>
Ulla Breth Knudsen	Overlæge	Århus	<a href="mailto:ubk@dadlnet.dk">ubk@dadlnet.dk</a>
Øjvind Lidegaard*	Professor	RH	<a href="mailto:Lidegaard@dadlnet.dk">Lidegaard@dadlnet.dk</a>
Huda Majeed	Afd. Læge	Randers	<a href="mailto:hudamaje@rm.dk">hudamaje@rm.dk</a>
Troels K Thomsen	Overlæge	Esbjerg	<a href="mailto:tkt@dadlnet.dk">tkt@dadlnet.dk</a>
Henriette Jensen	Rsl	Hillerød	<a href="mailto:henjen@noh.regionh.dk">henjen@noh.regionh.dk</a>
Agnete Vedsted-Jakobsen	Praksis	Hillerød	<a href="mailto:avj@slotsgyn.dk">avj@slotsgyn.dk</a>
Maria Lippa	Rsl	Holbæk	<a href="mailto:lippamaria@yahoo.de">lippamaria@yahoo.de</a>
Trine Hyttel	Rsl	Vendsyssel	<a href="mailto:trinehyttel@gmail.com">trinehyttel@gmail.com</a>
Louise Klitkou	Rsl	Aalborg	<a href="mailto:louise.klitkou@rn.dk">louise.klitkou@rn.dk</a>
Solveig Brixen Larsen	Ovl	Hillerød	<a href="mailto:brixen@dadlnet.dk">brixen@dadlnet.dk</a>
Ole Sandstrøm	Afd.læge	RH	<a href="mailto:osa@dadlnet.dk">osa@dadlnet.dk</a>
Henriette Strøm Jensen	Rsl	Hjørring	<a href="mailto:hestje@rn.dk">hestje@rn.dk</a>
Anne Hammer Lauridsen	Rsl	Herning	<a href="mailto:anne_hammer@hotmail.com">anne_hammer@hotmail.com</a>
Charlotte Skovlund	Konsulent	RH	<a href="mailto:Charlotte.skovlund@gmail.com">Charlotte.skovlund@gmail.com</a>
Marie Louise Shee Nielsen	Konsulent	KCKS øst	<a href="mailto:marie.louise.nielsen@rh.regionh.dk">marie.louise.nielsen@rh.regionh.dk</a>

\* Tovholder