

Tidlig graviditet og abort

Årsrapport for året 2010

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

Indhold

| | |
|---|----|
| Forord | 3 |
| Konklusion og anbefalinger | 4 |
| Metode | 5 |
| Anvendte kvalitetsindikatorer | 6 |
| 1. Tilgrundegået graviditet 1. trimester | 8 |
| 1.1 Spontan abort, 1. trimester | 9 |
| 1.2 Missed abortion, 1. trimester | 12 |
| 2. Tilgrundegået graviditet, 2. trimester | 16 |
| 2.1 Spontan abort, 2. trimester | 17 |
| 2.2 Missed abortion 2. trimester | 19 |
| 3 Ekstrauterin graviditet | 21 |
| 4 Mola hydatidosa | 25 |
| 5 Provokeret abort 1. trimester | 27 |
| 6 Provokeret abort 2. trimester | 34 |
| 7 Kodevejledning | 37 |
| 8 Publikationer | 38 |
| 9 Kodeark | 39 |
| 10 Styregruppens medlemmer | 40 |
| 11 Revisionspåtegning (kommer senere) | 41 |

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[®] = antiprogesteron

Misoprostol = Cytotec[®] = prostaglandin E1 analog

Mola = en godartet svulst i moderkagevævet uden noget foster.

Forord

Formålet med denne årsrapport er at gøre status over den kliniske kvalitet inden for tidlig graviditet på landets gynækologisk-obstetriske afdelinger i 2010. 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 2010, men resultaterne er sat i relation til de foregående år. Rapporten den femte 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 2010. Det betyder at tidligere selvstændige afdelinger er lagt til den afdeling, som de senere administrativt blev fusioneret med. Det som nu hedder Hillerød, dækker alt hvad der i tidligere år foregik på Helsingør og Hørsholm, også i de år hvor disse to andre enheder var fungerende.

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

Den samlede årsrapport vil blive suppleret med del-resultater som publiceres på www.tigrab.dk. Det er vores håb, at TiGrAb-KD løbende vil kunne bidrage også med nye videnskabelige resultater.

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

Vores navlestreng til alle disse skønne data er Charlotte Skovlund som arbejder fuldtid i vores regi. Feedback fra afdelingerne er væsentlig og sker dels efter at de har fået årsrapporten på årsmøde (afholdt d. 26-27 maj 2011), dels på Hindsgavlmødet i September. Styregruppen fremgår af 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 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 skal anvendes fra 1.1.1012 på alle afdelinger. 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

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

Anbefaling: Ingen kvinder med komplet spontan abort bør evakueres.

- I dag har seks afdelinger mere end 10% evakuerede kvinder med spontan abort, og gennemsnittet ligger på 8,3%.

Anbefaling: Ingen afdelinger evakuerer mere end 10%

Spontan abort 2. trimester

- I dag evakueres 42 % af kvinder med spontan 2. trimester abort, og spændet ligger fra 28% til 60% på forskellige afdelinger.

Anbefaling: Alle afdelinger evakuerer mindre end 50% af kvinder med spontan 2. trimester abort.

Missed abortion 1. trimester

- I dag evakueres 57% af kvinder med missed abortion i første trimester.

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

- I dag kodes 14% af kvinder med missed abortion med medicinsk behandlingskode. Den burde ligge tæt på 43% (100% - 57% kirurgisk behandlede).

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

- I dag har i gennemsnit 71% af kvinder med missed abortion enten en kirurgisk eller medicinsk behandlingskode.

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

- Standardjournaler kan højne kodekvaliteten.

Anbefaling: Alle afdelinger anvender standardiserede journaler ved missed abortion.

Missed abortion 2. trimester

- I dag evakueres i gennemsnit 34% af kvinder med 2. trimester missed abortion, men andelen varierer fra 18% til 67% på forskellige afdelinger.

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

- Anbefaling: Alle afdelinger anvender standardiserede journaler.

Ekstrauterin graviditet

- I dag opereres 57% af kvinder med x-uterin graviditet.

Anbefaling: I gennemsnit bør under 60% opereres.

- Andelen af kvinder med x-uterin graviditet, som opereres varierer fra 27 % til 88 % på forskellige afdelinger.

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

- I dag opereres 85% laparoskopisk.

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

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

- Der var i 2010 9 kvinder, som var kodet med medicinsk behandlingskode.

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

Abortus provokatus 1. trimester

- I dag henvises lidt over halvdelen før 8 uger.

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

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

Anbefaling: Medicinsk induktion anvendes hos 50% i gennemsnit, og ingen afdelinger har under 40% medicinsk inducerede provokerede aborter.

Mindst 90% af de medicinsk behandlede er registreret med en dosis-specifik behandlingskode.

- I dag varierer andelen af sekundært evakuerede medicinsk behandlede 1. trimester aborter fra 3,2 % til 7,3%.

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 50% af 2. trimester aborterne evakueres, og

Ingen afdeling har over 70% evakuerede.

- Alle afdelinger anvender standardjournaler

Metode

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

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 aktion på disse fra de enkelte afdelinger, så vi løbende kan dokumentere et kvalitetsløft, som til syvende og sidst er formålet med det hele.

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

Validiteten af data står og falder jo primært med klinikernes kodning af deres aktiviteter. Vi har i en række tilfælde haft mulighed for at korrigere for de hyppigste fejkodninger. Et eksempel kan illustrere dette. I princippet skal komplette spontane aborter ikke evakueres, og inkomplette kun for så vidt aktuel kraftig blødning 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 fejkodninger, og ved i vid udstrækning at lade vores kvalitetsindikatorer være baseret på indgrebskoder frem for diagnosekoder, må de foreliggende statistikkers validitet generelt formodes at være 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 hvor kvalitetsstandarderne bør ligge.

I tillæg til disse 10 standardindikatorer har vi også opgjort indikatorer, som siger noget om den samlede kvalitet inden for området, men hvor de enkelte afdelingers udfald er for få til at man meningsfuldt kan opgøre dem på afdelingsniveau (fx infektion efter evacuatio uteri).

Udvalgte 10 kvalitetsindikatorer:

(Standarderne er de i 2010 gældende)

Spontan abort, 1. trimester

Indikator 1: Andel af kvinder med 1. trimester spontan abort som evakueres. Standard: <20%.

Missed abortion, 1. trimester

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

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

Spontan abort, 2. trimester

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

Missed abortion, 2. trimester

Indikator 5: Andel med missed abortion 2. trimester som får evacuatio uteri. Standard <50%.

Ekstrauterin graviditet

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

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

Abortus provokatus, 1. trimester

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

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

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

Med vedtagelsen af at øge misoprostoldosis fra 0,4mg til 0,8 mg i forbindelse med medicinsk provokeret abort fra 1.1.2012, forventer vi at evacuatio raten 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).

1. Tilgrundegået graviditet 1. trimester

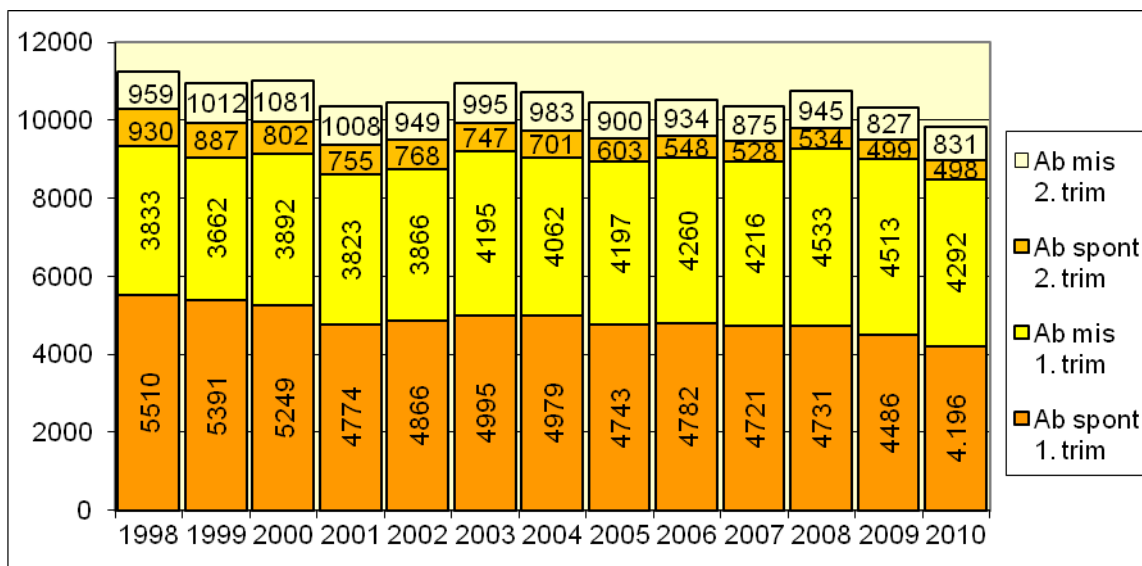
Området omfatter diagnoserne missed abortion (DO021) inkomplet spontan abort (DO030-34) og komplet spontan abort DO035-39. Vi vil som i den angelsaksiske litteratur kalde alle disse tidlige tilgrundegåede graviditeter for "miscarriages".

Miscarriages i Danmark 1998-2010

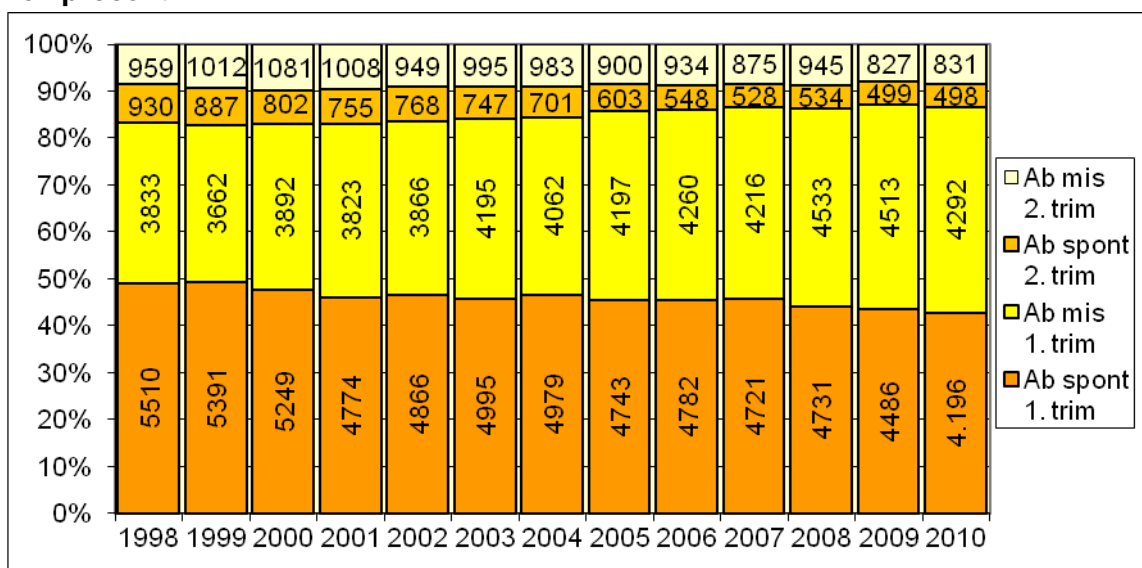
Antallet af kvinder med registreret med tilgrundegået graviditet i første trimester andrager nu omkring 8.500 pr. år, mens miscarriages i 2. trimester nu udgør omkring 1.300 pr. år, eller i alt knapt 10.000 om året (Fig. 1.1). Den reelle forekomst er større, idet en del tidlige aborter enten ikke opfattes som abort af kvinden selv, eller færdigbehandles i almen praksis. Mens antallet af første trimester miscarriages faldt gennem studieperiode, steg antallet og dermed andelen af missed abortion fra 41% i 1998 til godt 52% i 2010.

Fig. 1.1

Miscarriages in Denmark 1998-2010. N=137.866



Samme i procent

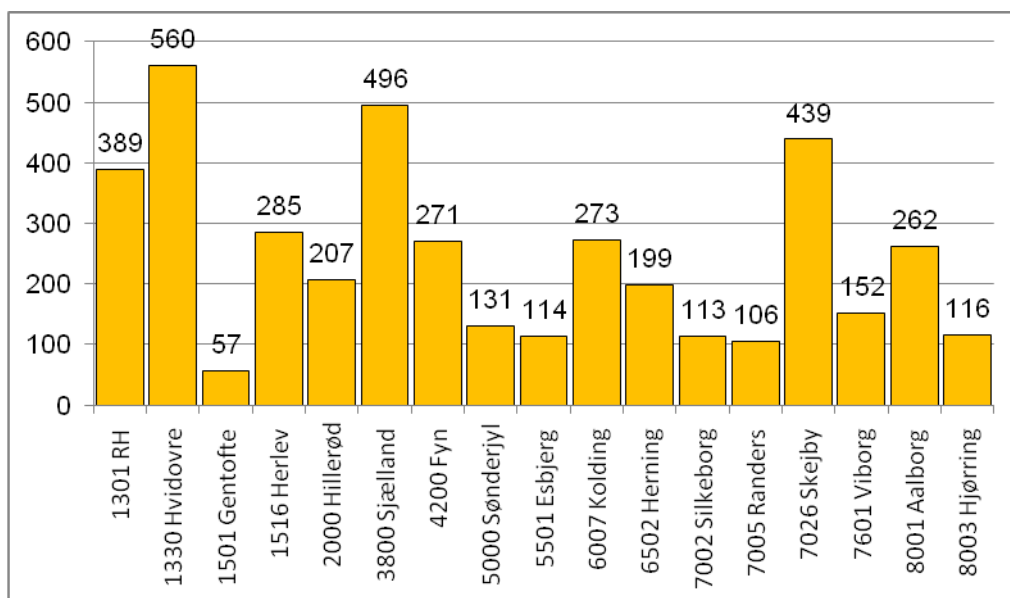


Da den kliniske håndtering af hhv missed abortion og spontan abort er forskellig, kan kvaliteten inden for dette område kun opgøres separat for hhv missed abortion og spontan abort.

Spontan abort, 1. trimester

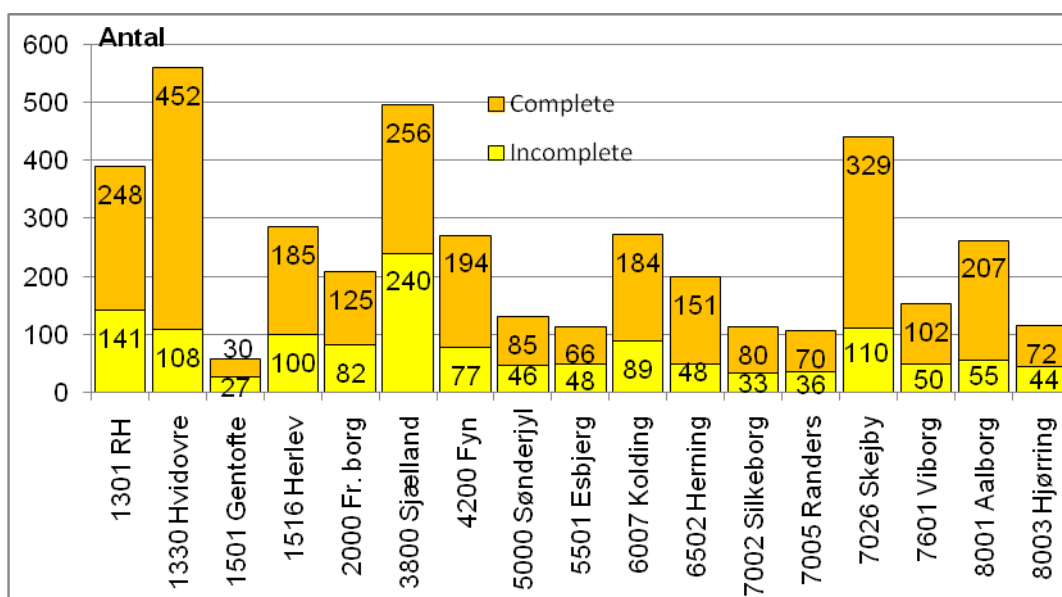
Spontan abort defineres som tilgrunde gået graviditet med aktuel blødning. Antal i 2010: 4.196, heraf 25 på kirurgiske afdelinger og en hos praktiserende speciallæge.

Fig. 1.2. Spontaneous 1st trimester abortion at Gynaecological departments in DK 2010. N=4.170

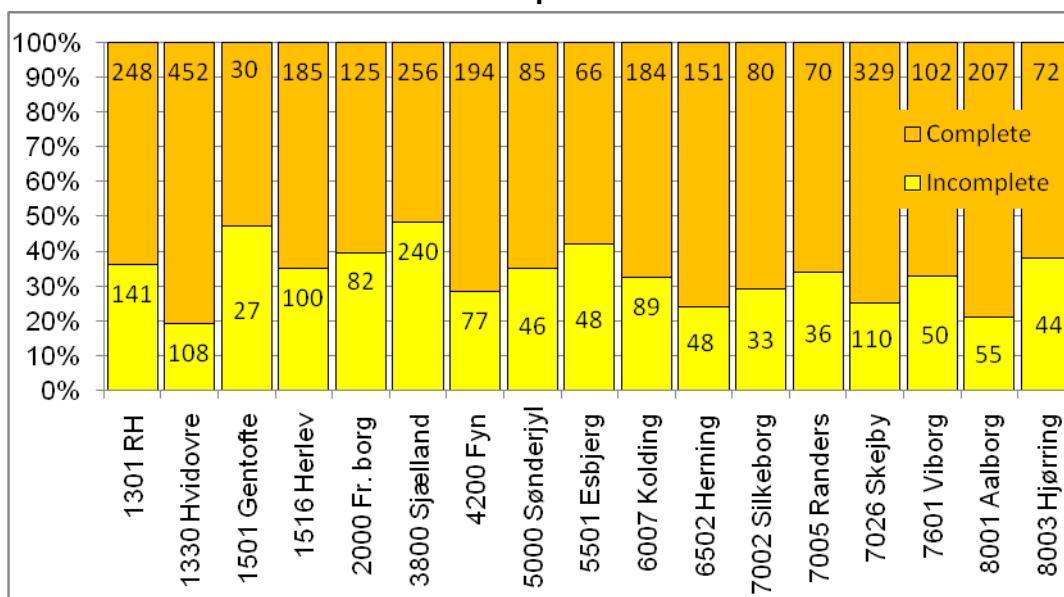


De fleste enheder har over 100 spontane aborter i 2010, hvorfor det meningsfuldt er muligt at opgøre kvaliteten på de enkelte enheder.

Fig. 1.3. Complete and incomplete spontaneous 1st trimester abortions at different departments in 2010. N=4.170.



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 fra 19,3% i Hvidovre til 48,4% i Reg. Sjælland. Dette kan have betydning for andelen af kvinder med spontan abort, som evakueres på de enkelte afdelinger. Det er det pt. har ved indlæggelsen, som skal angives ved diagnosekodningen når pt. udskrives.

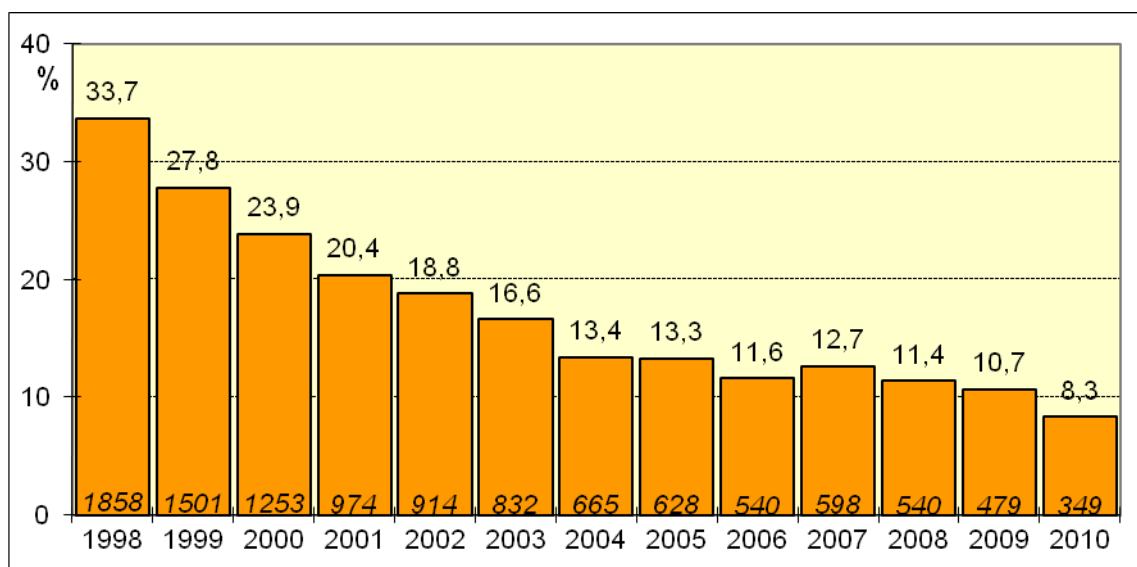
Kvalitet

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: <20%.

Fig. 1.4 Proportion (%) of women with spontaneous 1st trimester abortion (N) being surgically evacuated (n) through the period 1998-2009. N = 63,423, n = 11,131.

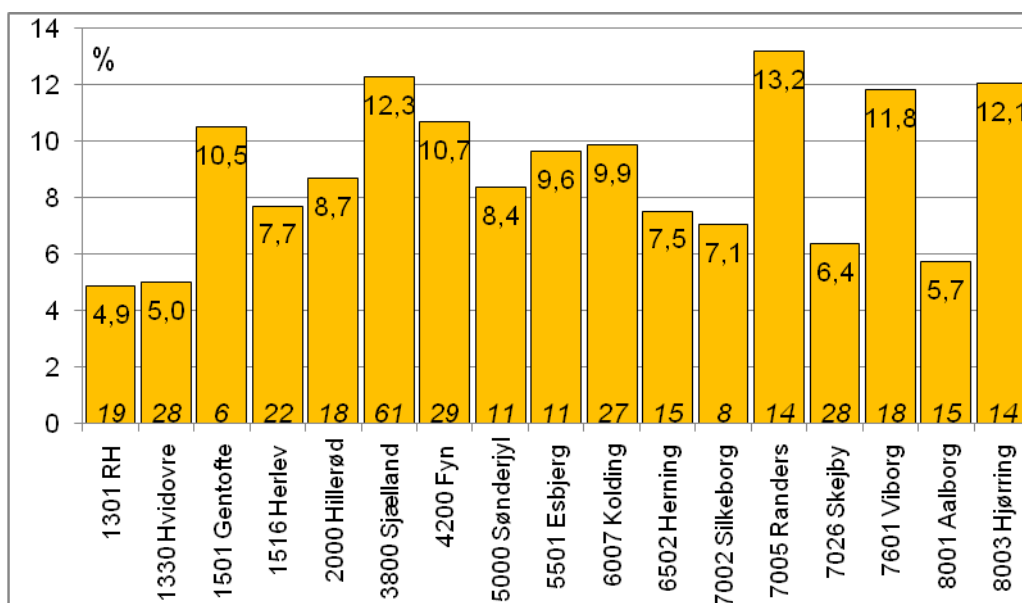


Andelen af kvinder som på landsplan får foretaget primær evacuatio uteri er faldet gradvist fra 34% i 1998 til 8,3% i dag (**Fig. 1.4**). Vi har i lyset af dette sat en standard for evacuatio uteri på mindre end 20%. I forhold til praksis i 1998 sparer vi derved årligt 1.500 operative indgreb.

Andelen af kvinder med spontan abort som undergår en primær evacuatio uteri udviser imidlertid stadig stor variation mellem afdelingerne (**Fig 1.5**). Der er stadig at være tale om få afdelinger, som har en høj andel evakuerede (>10%), medens resten af afdelingerne har en andel på under 10%. Alle ligger dog under standarden på 20%. Det er første gang at dette er tilfældet. Vi har følgelig justeret den nye standard til <10% (jf. s. 4).

Fig. 1.5

Proportion (%) of women with spontaneous abortion undergoing surgical evacuation in 2010. Abortions = 4,170, Evacuations = 344. Absolute number of evacuations lowest in columns



Hvad kan vi gøre bedre?

At højne kode-kvaliteten indenfor området spontan abort. Specielt at sikre korrekt skelnen mellem komplet og inkomplet abort. Patientgruppen er stor, behandles ambulant og af mange læger, og hver patient ses typisk flere gange i et forløb. Standardjournaler med fortrykte relevante diagnose- og behandlingskoder anbefales anvendt på alle afdelinger.

Andelen af inkomplette spontant aborter ud af alle spontane aborter er faldet fra 34% i 2009 til 31.8% i 2010. 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**.

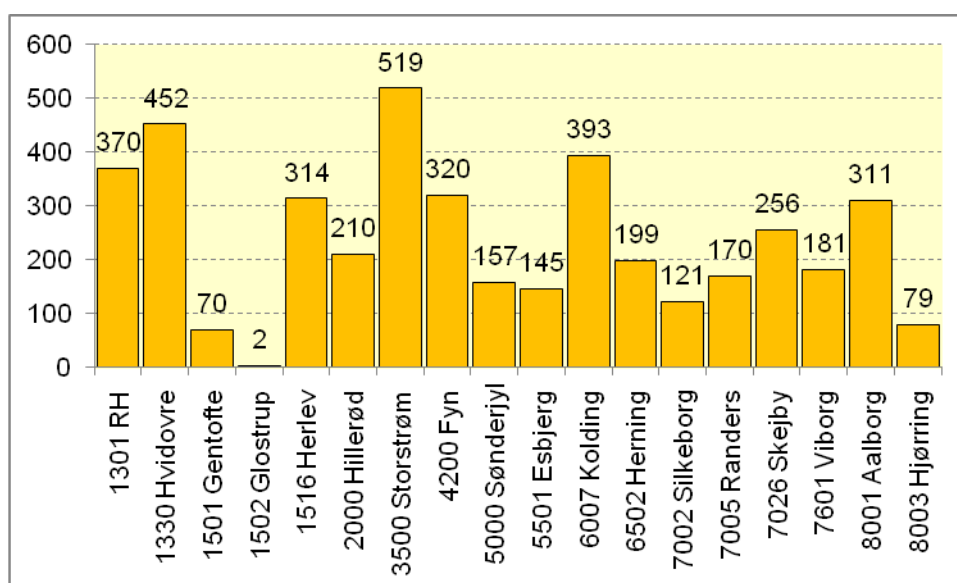
Kvalitet

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 2010. N = 4.269.



Som det fremgår, er der tale om et pænt antal på alle i dag eksisterende afdelinger (Glostrup og Gentofte blev nedlagt i 2010), hvorfor kvalitetsopgørelser er meningsfulde på afdelingsniveau.

I **Fig. 1.7** er angivet den andel af kvinder, som på de enkelte afdelinger undergår primær evacuatio uteri i perioden 1998 til 2010. 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 2010 (**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 1998-2010. N=53,344, n=36,095 (number of evacuated)

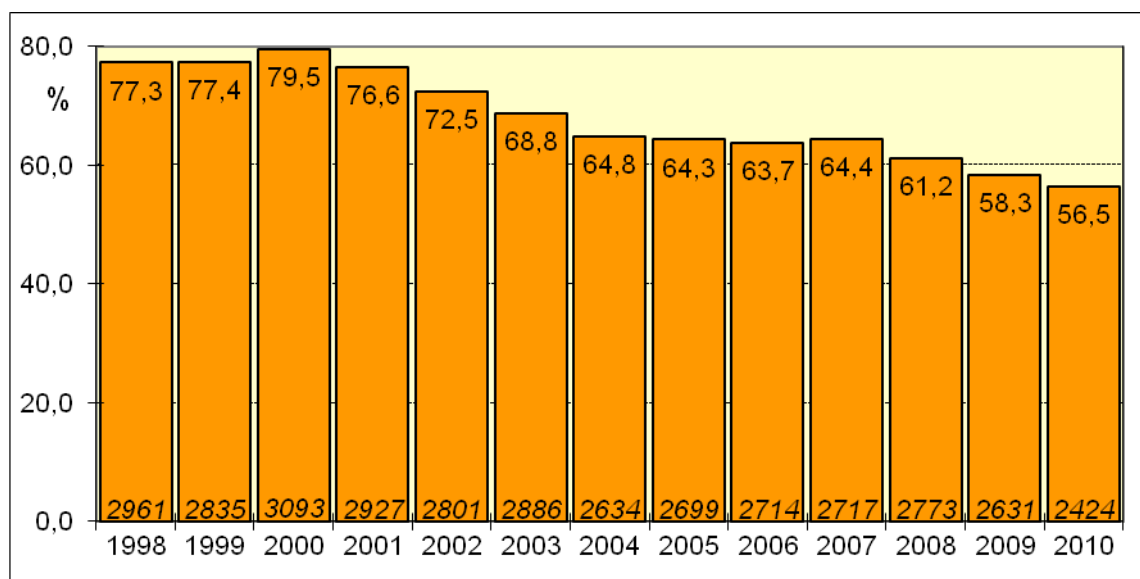
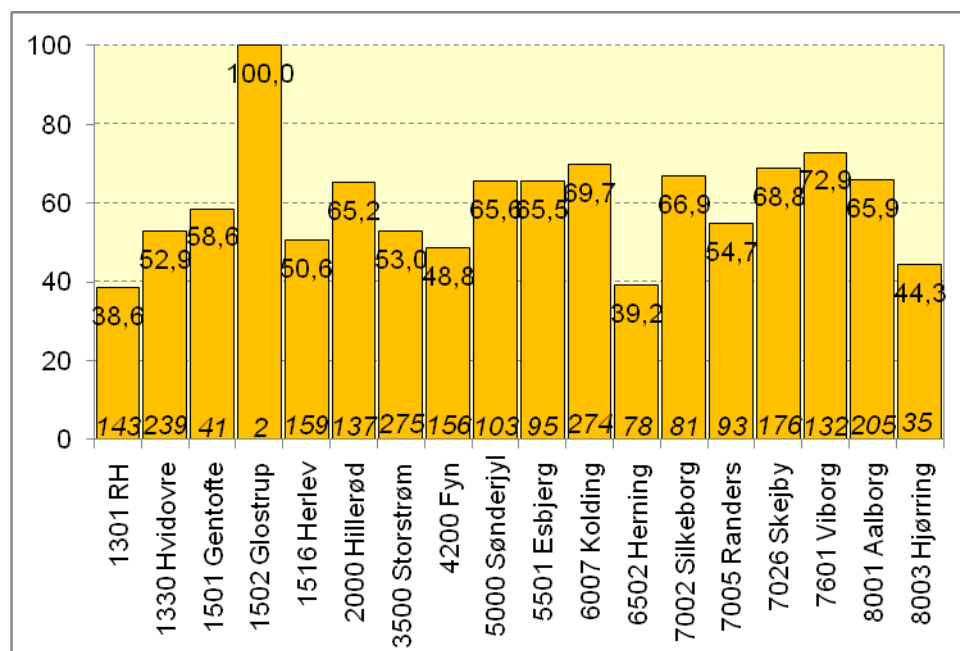


Fig. 1.8

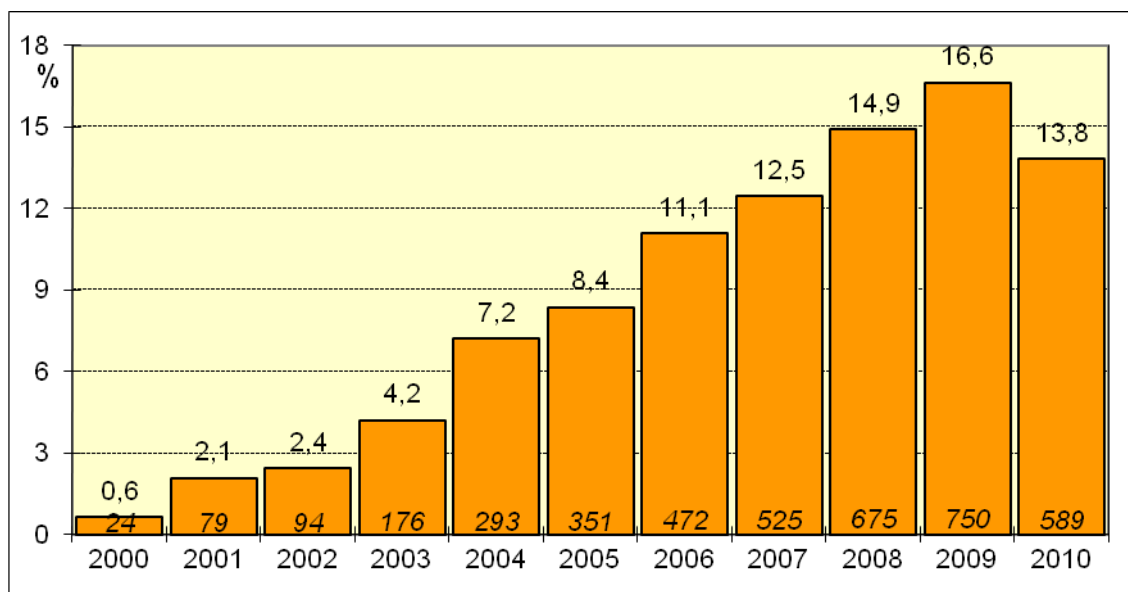
*Proportion of women with missed abortion undergoing primary evacuation at different departments in Denmark in 2010. N=4.269, n=2,424
Absolute number of evacuations at bottom in each column.*



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 det seneste år, til trods for at andelen af primært evacuerede er faldet. Man kan groft set antage, at hovedparten af de godt 43%, som ikke får foretaget et primært kirurgisk indgreb (**Fig. 1.7**), er blevet medicinsk behandlet, mens der i praksis er kodet knapt 14%.

Fig. 1.9

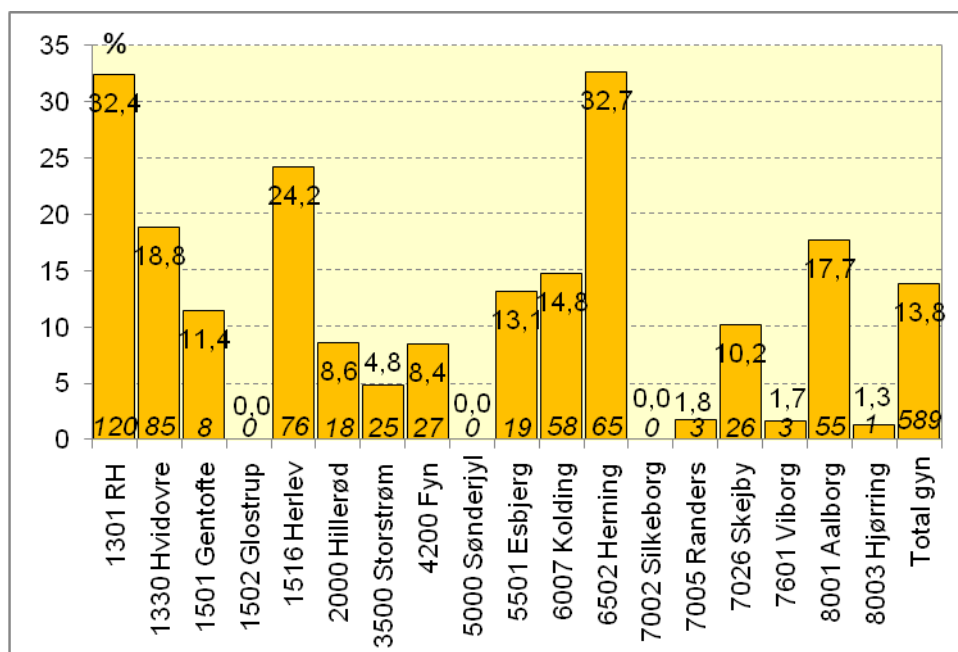
Proportion (%) of women with missed abortion coded with a medical treatment code BKHD50/52 at gynaecological departments during the period 2000-2010. N=45,826, n=4,028.



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

Fig. 1.10

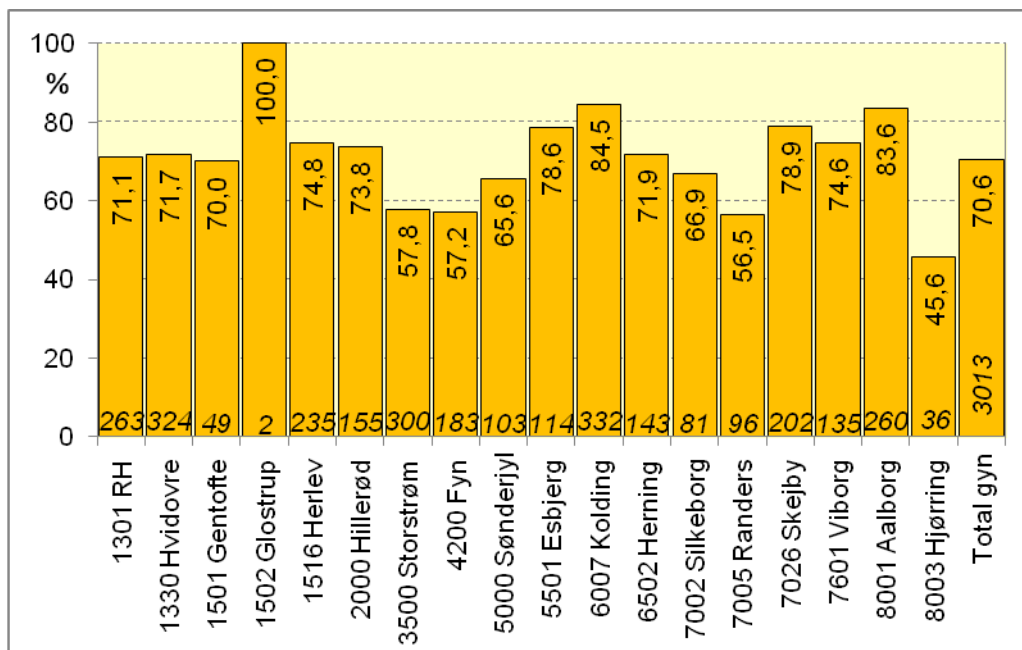
Proportion (%) of women with missed abortion, coded with a medical treatment code at Gynaecological departments in 2010. Absolute numbers lowest in each column. n=589



Andelen af registrerede medicinsk behandlede varierer meget fra afdeling til afdeling, hvilket selvsagt også hænger sammen med en forskellig andel evakuerede. Men vi taler altså om et spænd fra 0% til 33%.

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

Fig. 1.11 Proportion (%) of women with missed abortion, coded with either a surgical evacuation code or a medical treatment code in 2010 at different departments. N = 4,269, n = 3.023.

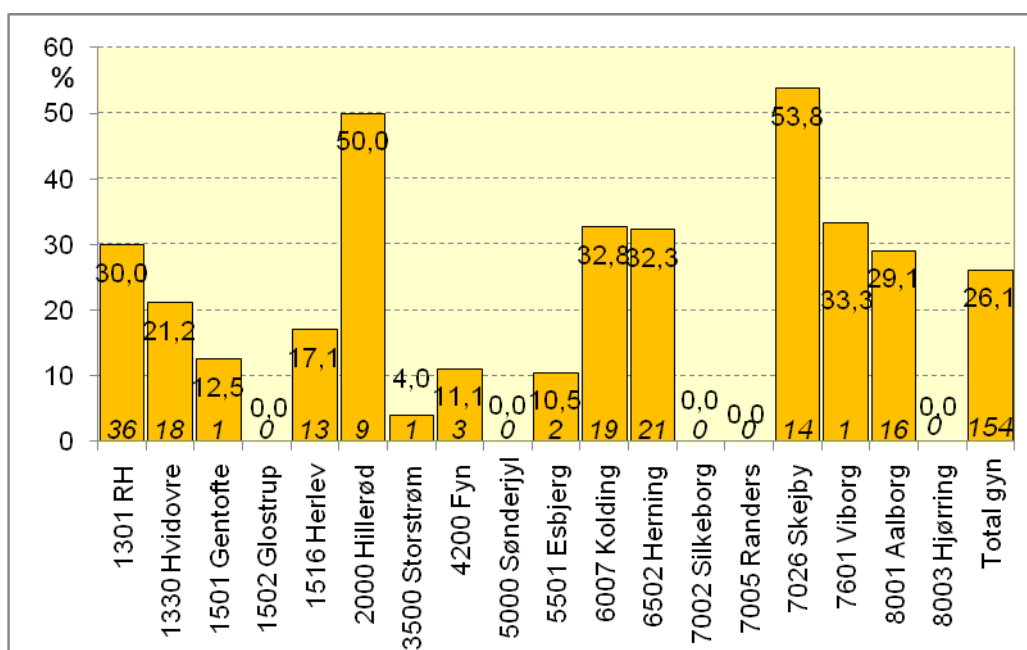


Det fremgår, at denne andel varierer fra 45,6% i Hjørring til 84,5% i Kolding, med et gennemsnit på 70,6%. Så der er bestemt rum for yderligere forbedring i vores registrering.

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

Fig. 1.12

Proportion (%) of evacuated after medical treatment of missed abortion at Gynaecological departments in DK in 2010. N= 589, n=154



Det fremgår af figuren (**Fig. 1.12**), 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 26%, hvilket selvsagt legitimerer den høje primære andel evakuerede (modsat forholdene ved spontan abort).

Hvad kan vi gøre bedre?

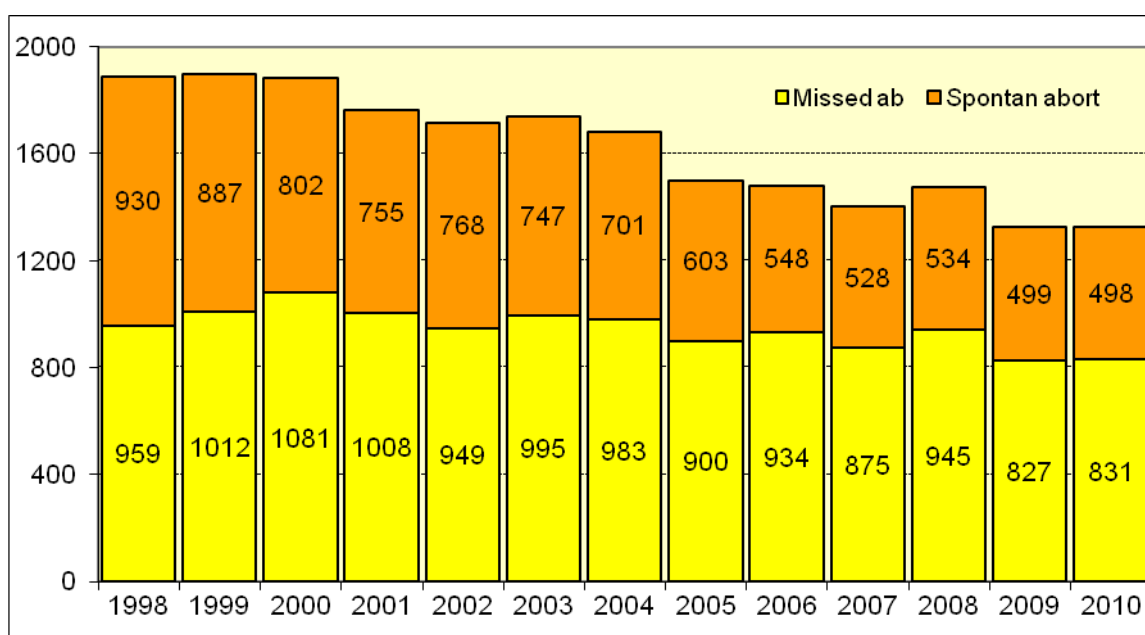
Vi kan forbedre registreringen ved medicinsk behandling af missed abortion yderligere, og være konsekvente med at angive den diagnose, der er behandlet på, og ikke den situation patienten afsluttes med. Guidelines anbefaler nu 0,8 mg misoprostol ved medicinsk induktion.

2 Tilgrundegået graviditet, 2. trimester.

Tilgrundegået graviditet (miscarriages) i 2. trimester udgør omkring 14% 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 1998-2010 opgjort.

Fig. 2.1

Number of 2nd trimester miscarriages in Denmark 1998-2010.
N=21,099



Det fremgår, at antallet af sene miscarriages er faldet med 30% i perioden, men at dette dækker over, at spontane aborter er faldet med 46% i perioden, mens antallet af missed abortion kun er faldet med 14%. Faldet i de spontane aborter har især fundet sted efter 2004, hvor de nye prænatale screeninger blev indført, hvilket formentlig hovedårsagen til det konstaterede fald, da flere kvinder med føtale misdannelser fanges prænatalt og får udført ab. provocatus, mens en del af disse tidligere aborterede spontant i de efterfølgende uger.

Abortus spontaneus, 2. trimester

Omfatter diagnoserne

DO030-O034 Inkomplet spontan abort

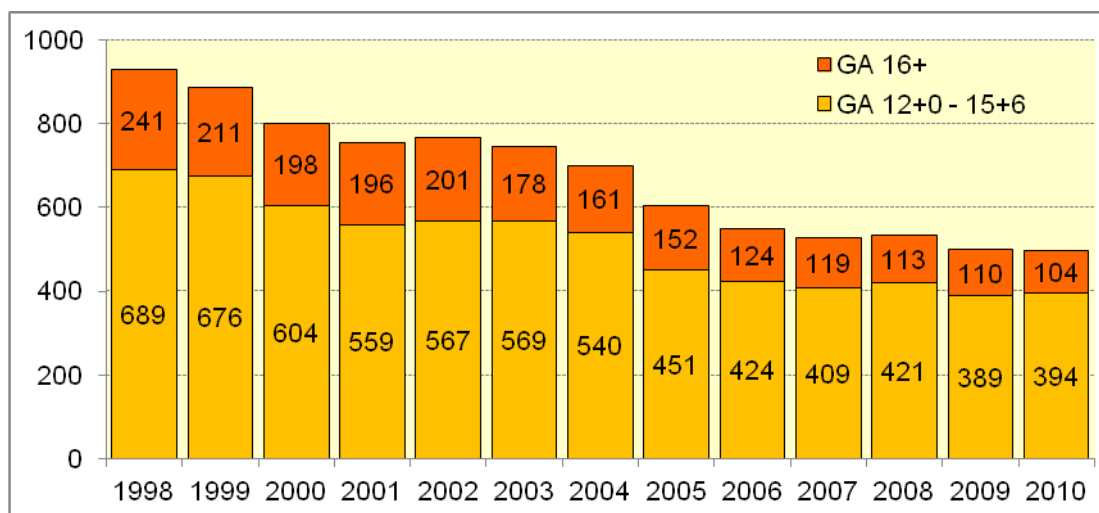
DO035-O039 Komplet spontan abort

Produktion

Det årlige antal kvinder med spontan abort i Danmark med GA>12 uger fremgår af **Fig. 2.2**. Der ses et fald fra 929 i 1998 til 498 i 2010. 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 1998-2010, stratified according to gestational age. N = 8,800



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).

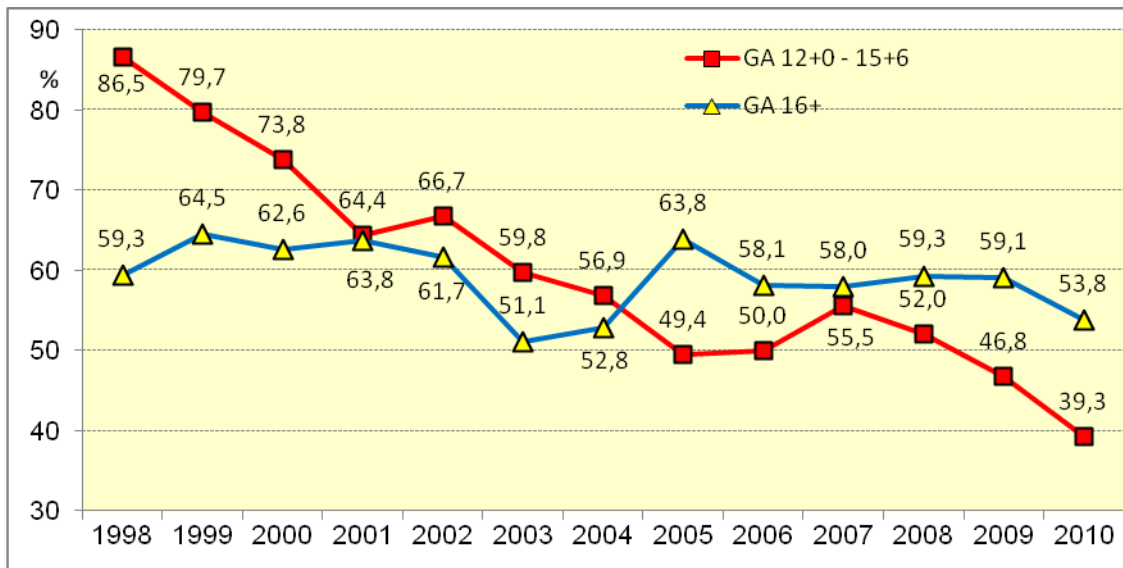
Indikator 4: Andel af kvinder med 2. trimester spontan abort som evakueres. Standard: <50%

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 1998-2010. N=8,800

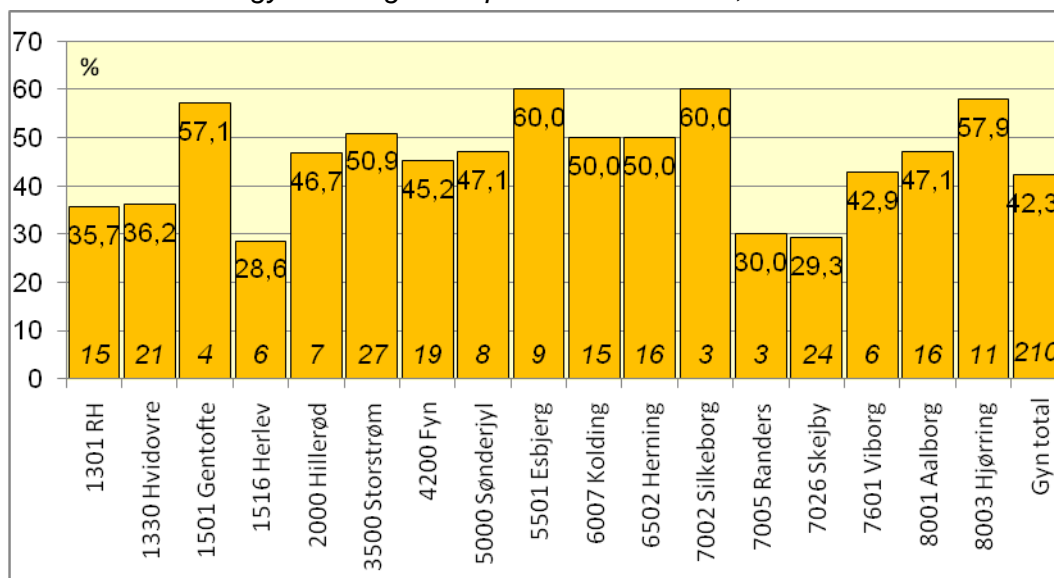


På afdelingsniveau varierer anvendelsen af evacuatio uteri ved 2. trimester spontan abort fra 28,6% i Herlev til 60% i Esbjerg og Silkeborg (**Fig 2.4**). Gennemsnittet er 42,3%, et pænt fald fra sidste års 49,5%.

Med en standard på $\leq 50\%$ opfylder 12 af 17 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 2010. at gynaecological departments. N = 496, n = 211.



Hvad kan vi gøre bedre?

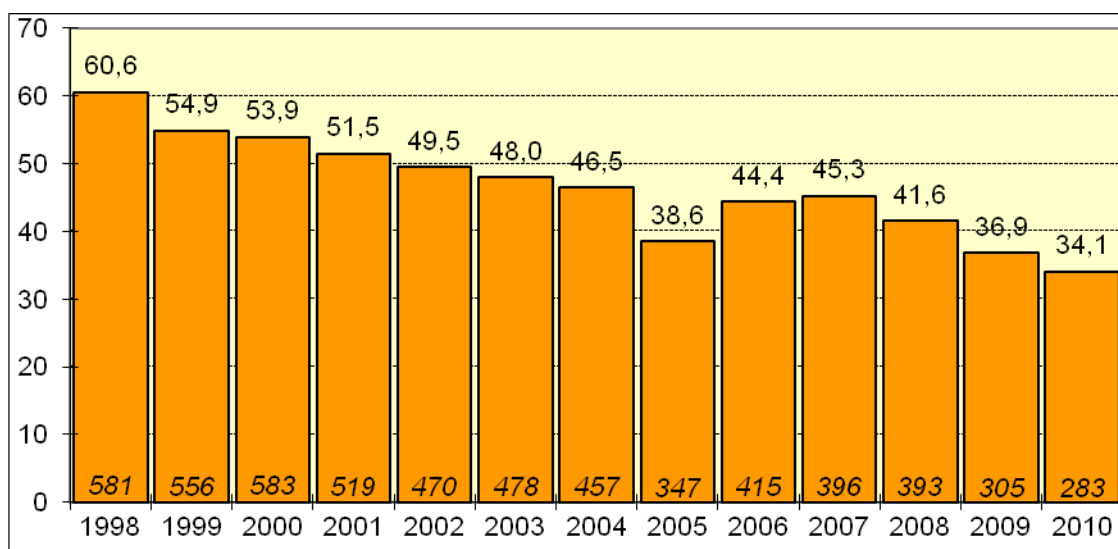
Tilbageholdenhed med anvendelsen af kirurgiske indgreb må anses for en kvalitet, men en optimal andel evakuerede er det ikke muligt at angive med tilstrækkeligt empirisk belæg på nuværende tidspunkt. Det er dog bemærkelsesværdigt, at flere afdelinger år efter år ligger med halvt så mange evakuerede (i 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 1998-2010.

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



Vi ligger nu på 34,1% hvilket er en reduktion på 44% siden 1998.

Kvalitet

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

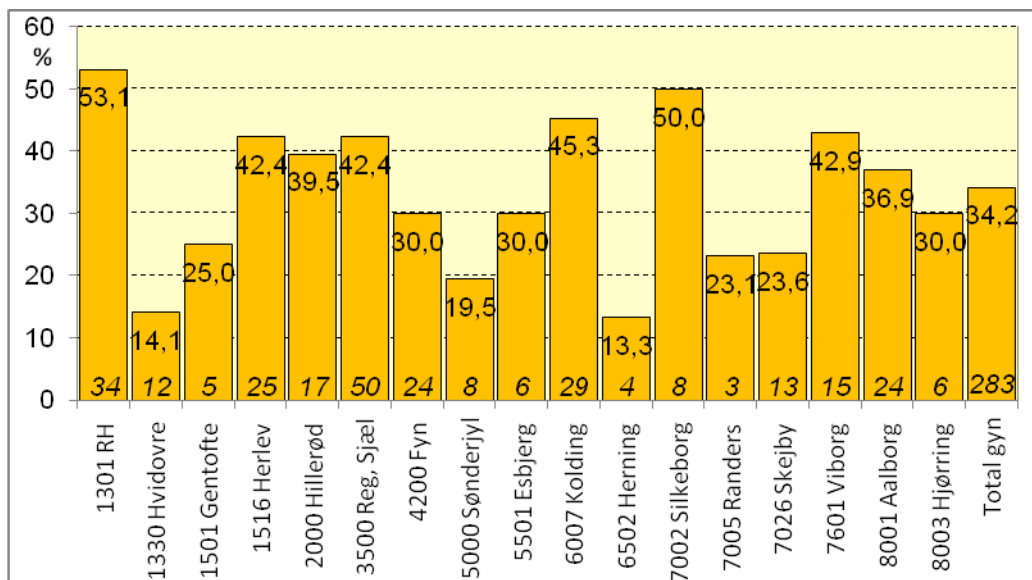
I **Fig. 2.6** ses andelen af evakuerede kvinder med 2. trimester missed abortion på forskellige afdelinger i Danmark i 2010.

Det fremgår, at evacuatioandelen svinger fra 13,3% Herning til 53,1% på RH. Videre at 16 ud af 17 afdelinger opfylder en standard på 50% eller derunder.

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

Fig. 2.6

*Surgical evacuation (%) of women with 2nd trimester missed abortion
at gynaecological departments in 2010. N = 828, n = 283*



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:

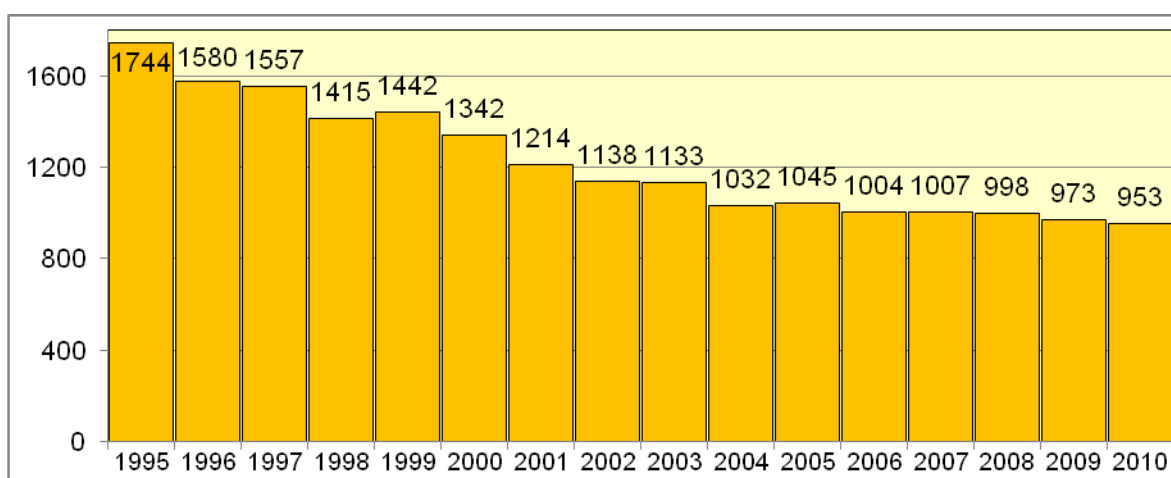
| | |
|--------|---|
| DO001 | Graviditas extrauterina tubaria (I æglederen) |
| DO001A | Graviditas extrauterina tubaria rupta (bristet) |
| DO008 | Ekstrauterin graviditet, andre former |
| DO008B | Graviditas cornualis (beliggende i hjørnet af livmoderen ved afgang af æglederen) |
| DO009 | Ekstrauterin 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 1995-2010. N= 19,577



Antallet af kvinder med ekstrauterin graviditet på de forskellige afdelinger fremgår af **Fig. 3.2**. Af de 953 tilfælde i 2010 er de 946 udskrevet fra gynækologiske afdelinger.

Kvalitet

Kvaliteten i behandlingen afspejler sig i følgende kvalitetsindikatorer

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

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

Andelen af kvinder som er undergået hhv laparoskopisk operation, åben operation og ingen operation gennem perioden 1996-2010 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 55,0% i 2010. Samtidig er andelen af de opererede, som er blevet det laparoskopisk steget fra 61% i 1996 til 84,9% i 2010.

Fig. 3.2 *Ectopic pregnancies at different departments in DK in 2010. N=946*

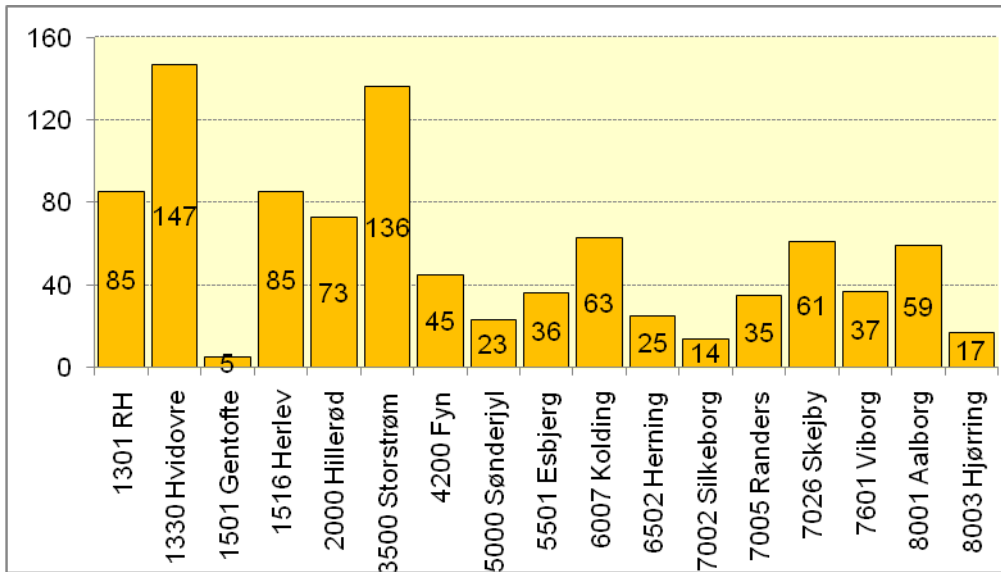
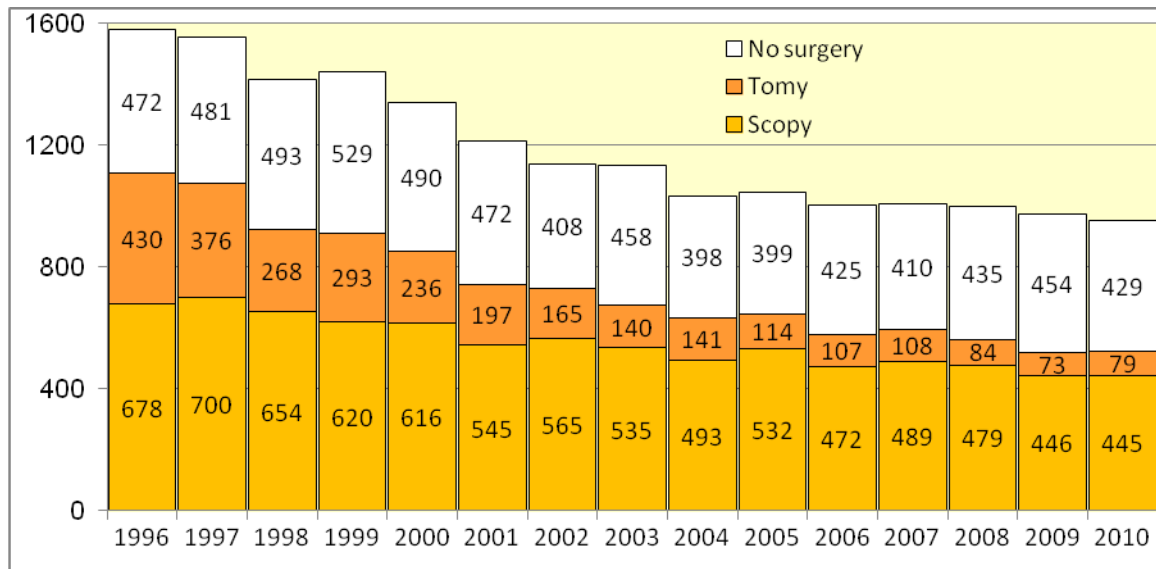


Fig. 3.3 *Ectopic pregnancies undergoing laparoscopy, laparotomy and no surgery through the period 1996-2010. Lower part in per cent.*



Same in per cent

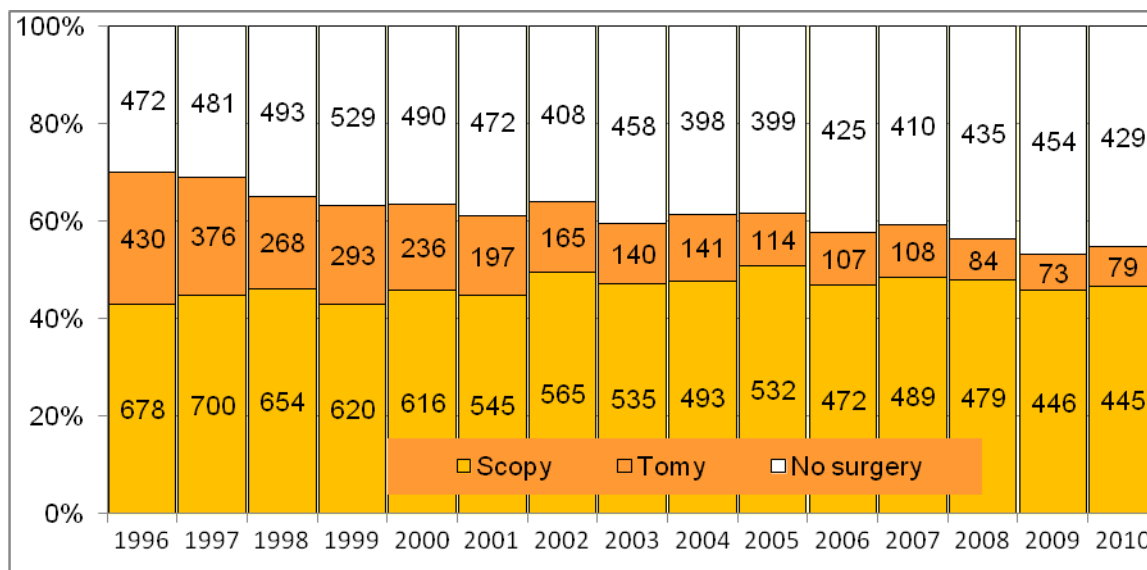
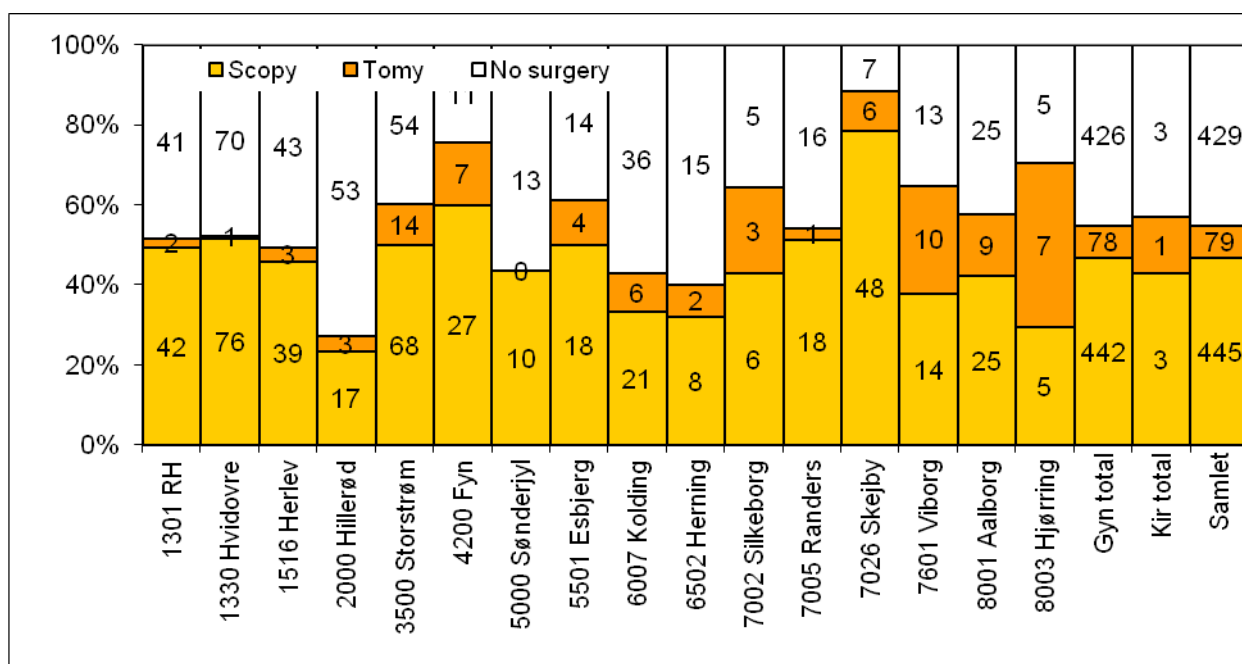


Fig. 3.4 Ectopic pregnancies undergoing laparoscopy, laparotomy or no surgery at different departments in 2010. Absolute numbers indicated in columns.

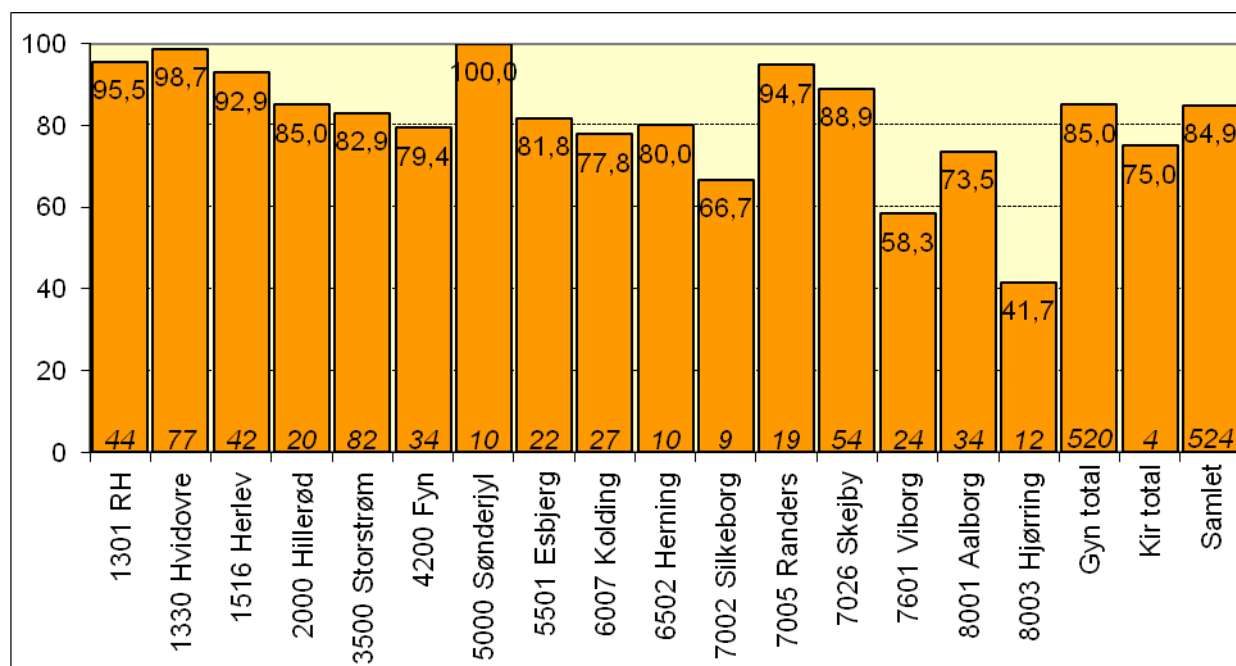


I 2010 var der stadig forskel i operationspraksis på de forskellige afdelinger, hvilket fremgår af **Fig. 3.4**. Andelen af kvinder med x-uterin graviditet som opereres på forskellige afdelinger varierer fra 27% i Hillerød til 88.5% i Skejby. Vi må antage, at en væsentlig del af de, som ikke opereres på de enkelte afdelinger, behandles medicinsk med methotrexat, til trods for at kun 8 kvinder er registreret med denne behandlingskode i 2010.

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 2010
Number of surgically treated indicated in bottom of each column.*



Andelen af laparoskopisk opererede ud af alle opererede ligger i 2010 på i gennemsnit 85%, med en variation der spænder fra 42% i Hjørring til 100% i Sønderjylland. Ti af 16 afdelinger opfylder standarden på 80% laparoskopisk opererede ud af alle opererede (**Fig. 3.5**).

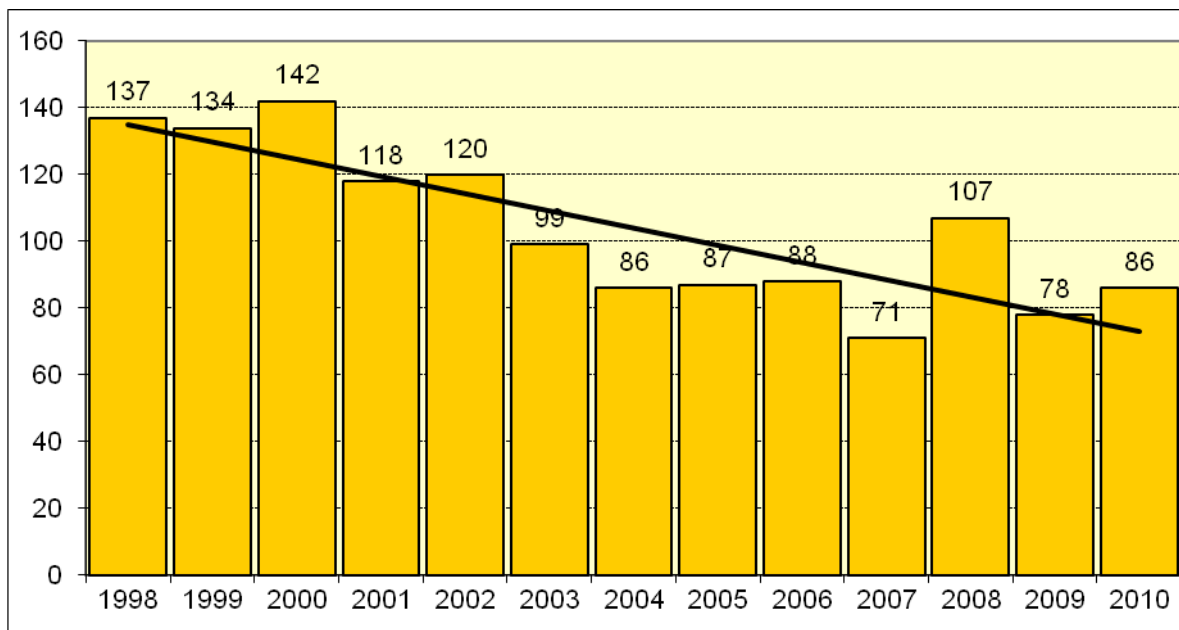
Hvad kan vi gøre bedre?

Der var i 2010 9 kvinder, som var kodet med en medicinsk behandlingskode (BKHE0 eller BKHE8), hvilket er et fald i forhold til 2009, hvor 12 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 også mindsket væsentligt gennem seneste 13 år (Fig. 4.1).

Fig. 4.1 *Number of women with hydatidiform mole in DK 1998-2010. N=1,353*

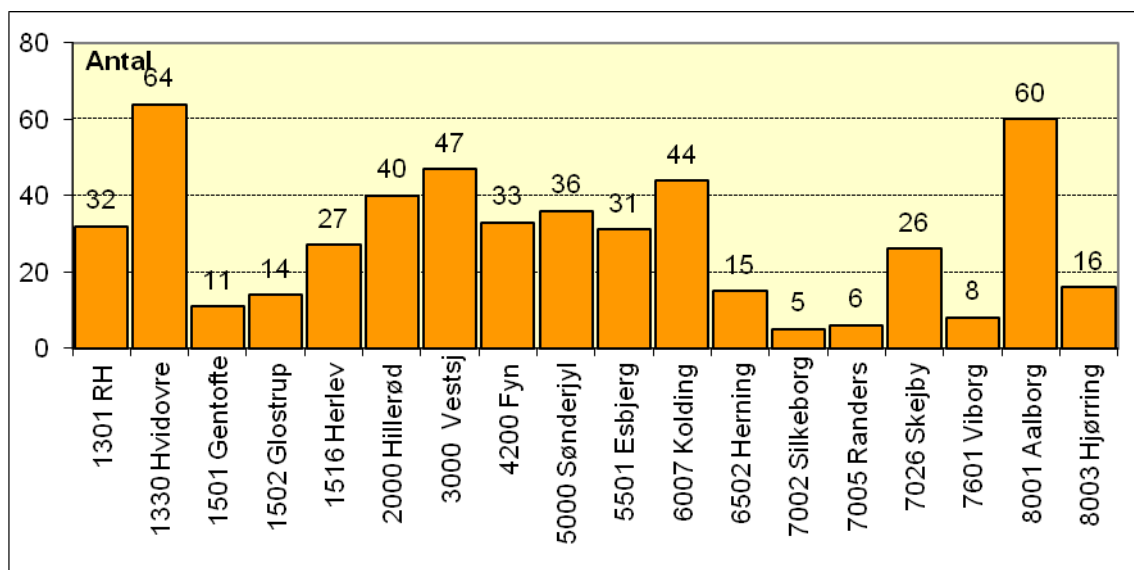


Det fremgår, at der har været tale om et fald på 37% fra år 1998 til 2010. Der er i denne statistik anvendt en restriktion på 12 måneder, således at en given kvinde kun kan tælle én gang inden for en 12-måneders periode.

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

Fig. 4.2

Women with hydatidiform mole at gynaecological departments 2005-2010

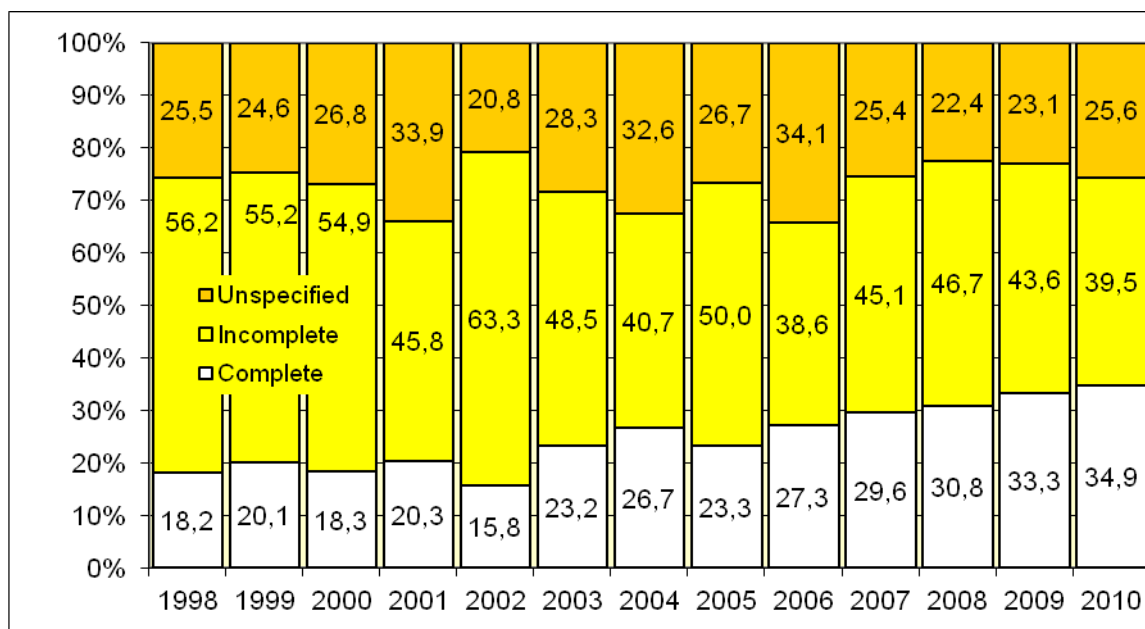


Udviklingen i typen af mola fremgår af **Fig. 4.3**

Fig. 4.3

Distribution of complete, incomplete and unspecified hydatidiform mole

in Denmark 1998-2010. N=1,352



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

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 86 kvinder med mola i 2010 havde 30 (35%) komplet mola, 34 (40%) partiel mola, og 22 (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%

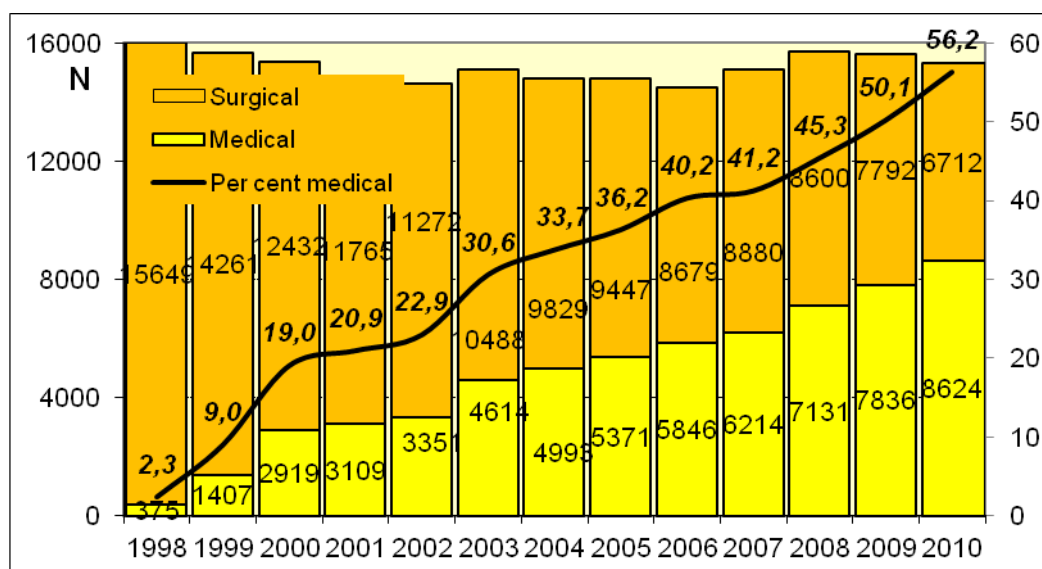
Indikator 10: Andel af kirurgisk behandlede, som må re-evakueres. Standard: <4%

Produktion

Antallet af provokerede 1. trimester aborter er gennem seneste ti år faldet fra 16.024 årlige tilfælde i 1998 til nu 15.336 (Fig. 5.1).

Fig. 5.1

Medical and surgical 1st trimester abortion in DK 1998-2010 (Y1) and per cent of medical abortions (Y2). N=197,596



Det fremgår, at andelen af medicinsk inducerede aborter har været stigende og nu udgør 56% af alle første trimester aborter.

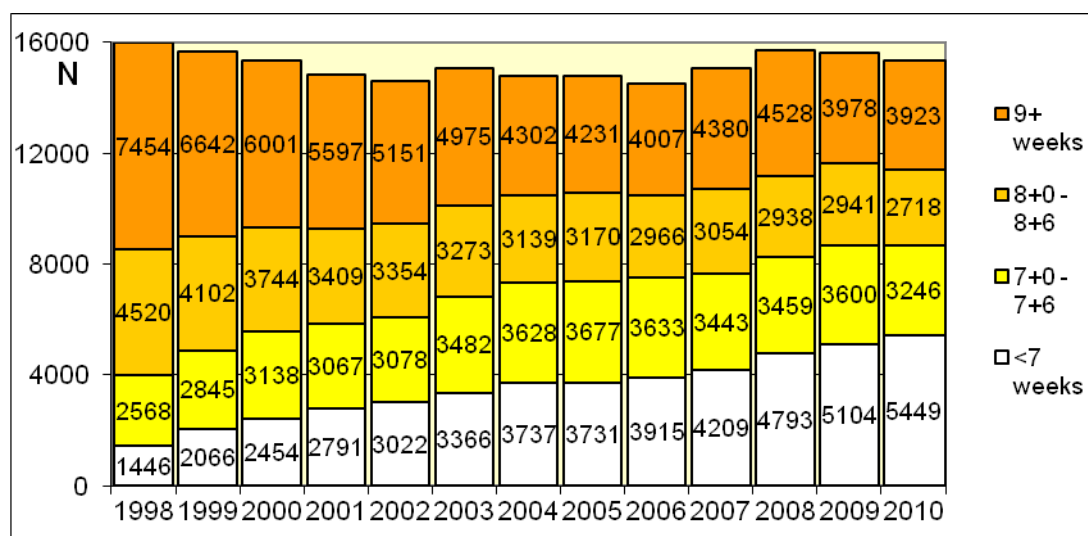
Samtidig er tidspunktet for første trimester aborterne rykket nedad hvad angår tidspunktet for disse (Fig. 5.2). Det fremgår at 56,7% af aborterne nu foregår inden 8 uger, mens den tilsvarende andel i 1998 var mindre end 25%. Dette er udtryk for både en tidligere henvisning fra de praktiserende læger, og for en kort ventetid på de gynækologiske afdelinger.

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

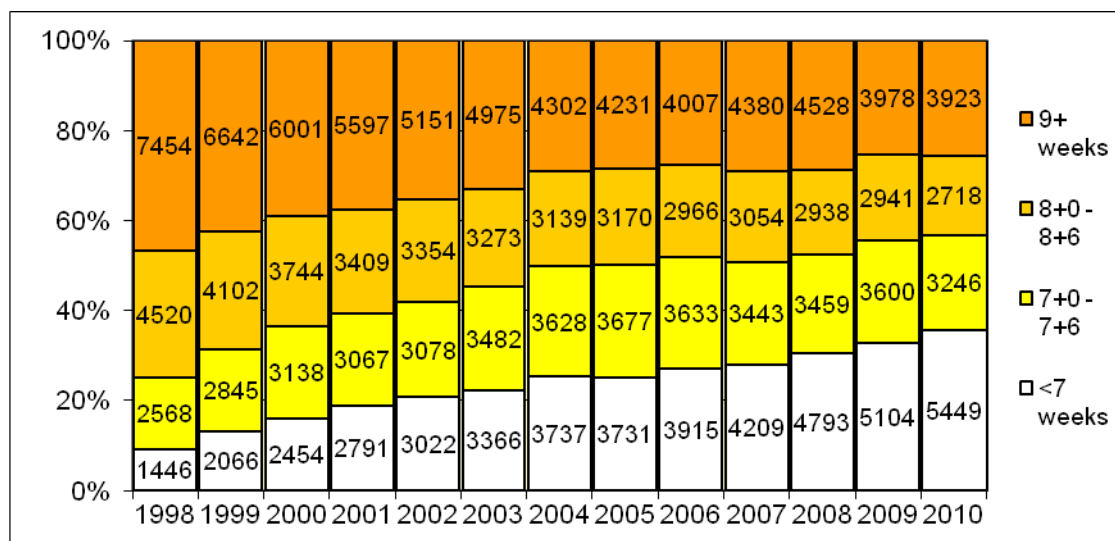
Fig. 5.2

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

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



Same in per cent distribution

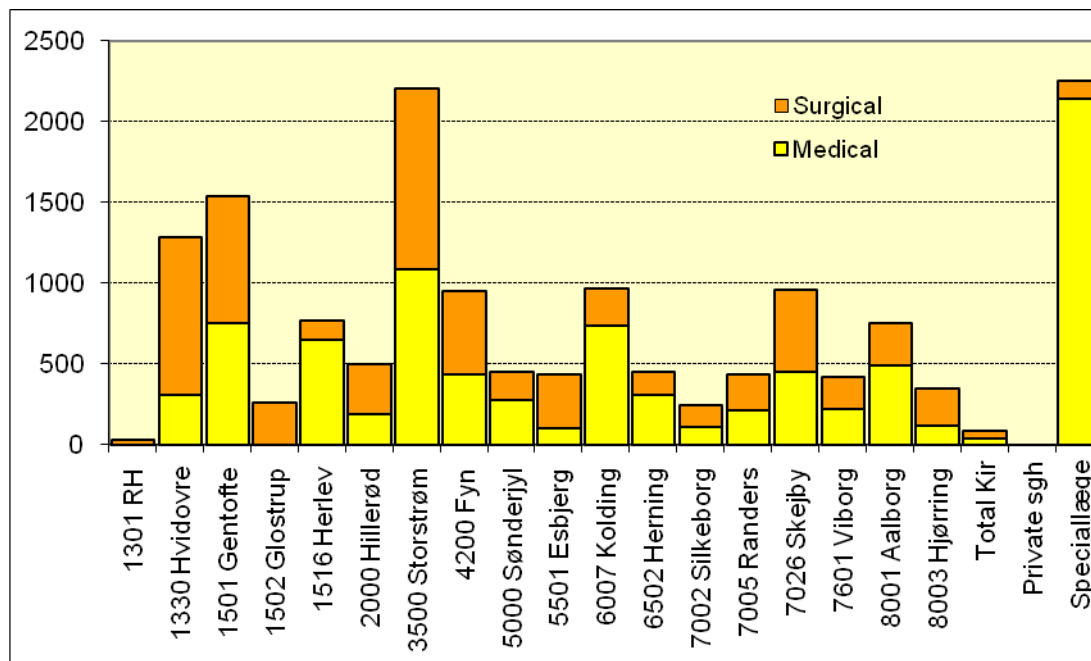


Antallet af kirurgiske hhv medicinske aborter på de enkelte afdelinger i 2010 fremgår af **Fig. 5.3**. Der er en ganske stor konsistens i de enkelte afdelingers praksis fra år til år, og der er ganske stor variation i praksis mellem de forskellige afdelinger, men alle på nær en enkelt afdeling (Hvidovre) har i dag over 25% medicinske aborter. Fem afdelinger har flere end 60% medicinske aborter. De praktiserende speciallæger varetager nu 2.251 årlige 1. trimester aborter heraf 2.145 (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 13 ud af 18 af afdelinger denne standard (Rh og Gentofte er talt sammen og Herlev og Glostrup er talt sammen, da de havde en koordineret afvikling af provokerede aborter i 2010. Endelig skal for Hillerød bemærkes, at en væsentlig del af de medicinske aborter, som henhører til dette sygehus, foregår i speciallægepraksis.

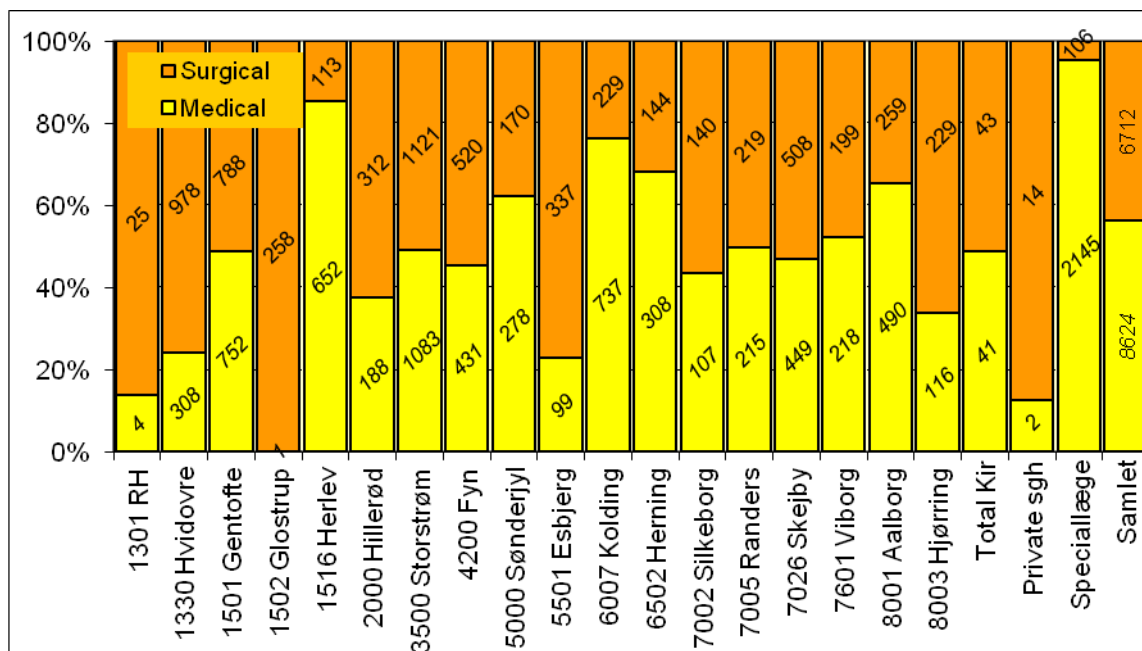
Når vi anbefaler medicinsk induktion ved de tidlige graviditeter skyldes det, at risikoen for efterfølgende infektion er halvt så stor ved medicinsk induktion som ved kirurgisk tømning. Dette skal dog opvejes mod en større risiko for blødningskomplikationer ved de medicinsk inducerede aborter. Da denne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

Fig. 5.3 Medically and surgically induced 1st trimester abortion in DK in 2010

Surgical: N=6,712, medical: N=8,624



Same in per cent



Kirurgisk evacuatio efter medicinsk induceret provokeret abort

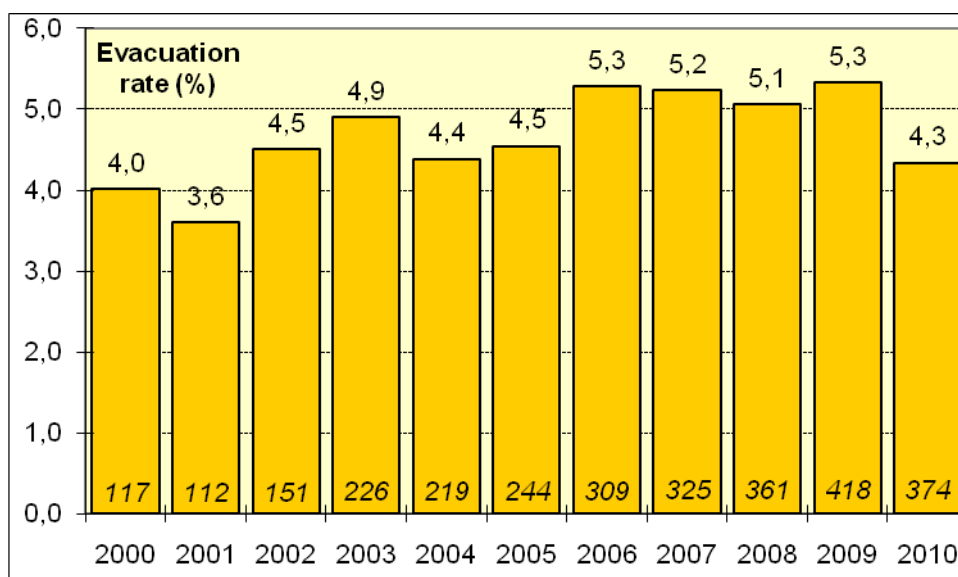
Det er et klinisk skøn, hvornår der skal gennemføres kirurgisk tømning af uterus efter medicinsk induceret provokeret abort. Indikationen kan være blødning, retineret væv og/eller infektion.

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 2000-2010.

N=60.009, n= 2,856. Absolute number of evacuated indicated in bottom of each column.



Denne andel varierer imidlertid betydeligt på afdelingsniveau (**Fig. 5.5**). Det fremgår, at andelen af kvinder, som må kirurgisk evakueres efter forsøg på medicinsk abort varierer en del mellem afdelingerne. Samlede gennemsnit ligger på 4,3%, men med en variation på mellem 3% i Esbjerg til 7,3% i Skejby. Hvis man sætter en standard på 6% opfylder 14 ud af 16 afdelinger denne standard. Det samme gør de praktiserende speciallæger.

Re-evacuatio efter kirurgisk abort

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

Andel af kvinder som måtte re-evakueres efter kirurgisk provokeret abort i perioden 1998-2010 fremgår af **Fig. 5.6**

Fig. 5.5

Proportion (%) of medically treated 1st trimester abortions that is undergoing evacuation at different departments in 2010. GA < 9 uger. N=8.624, n=374
Absolute number of evacuated indicated lowest in columns.

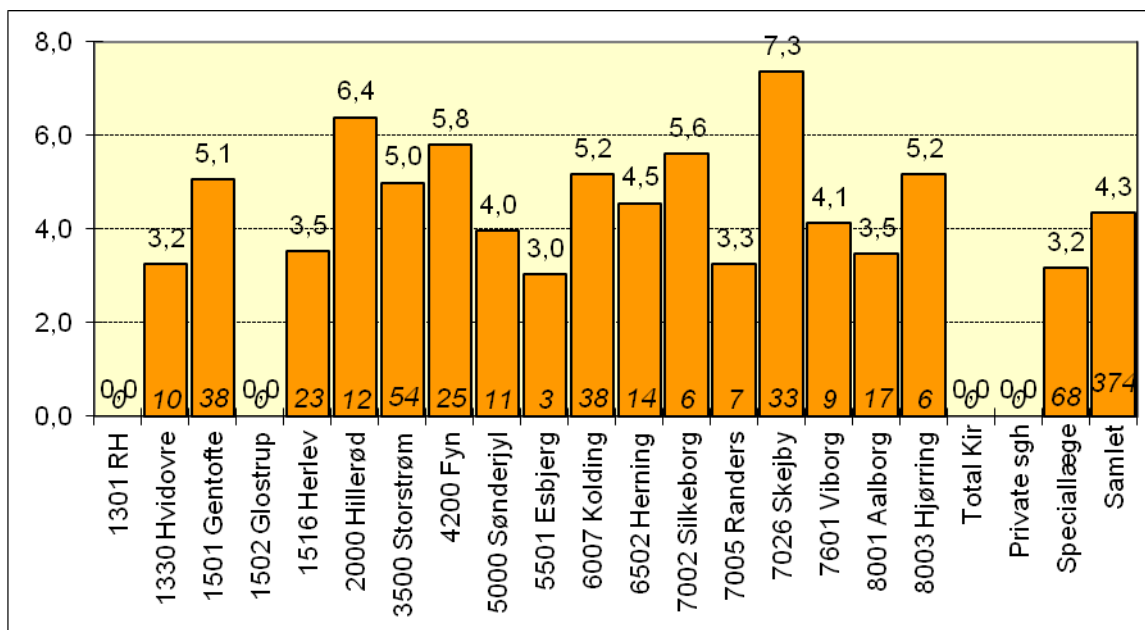
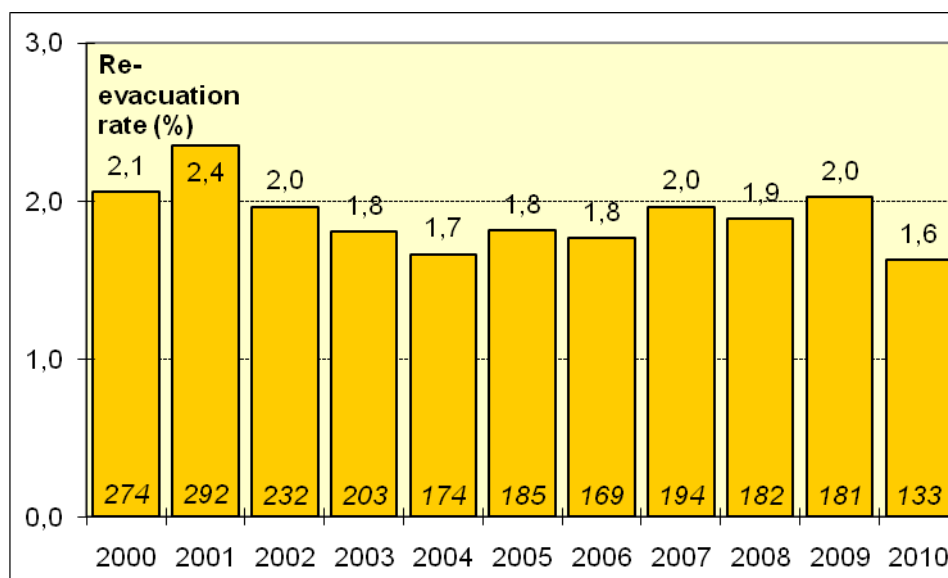


Fig. 5.6

Re-evacuation after surgical 1st trimester abortion during 2000-2009
N=105,896, n=2,219



Det fremgår, at denne andel har ligget nogenlunde konstant på omkring 2% gennem seneste årti. Dermed er risikoen for re-evacuatio efter kirurgisk abort under halvt så stor som risikoen for kirurgisk tømning efter medicinsk abort, og pænt under standarden på 4%.

Blødning efter provokeret abort

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

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

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

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 yderligere ca. 1 procent ned.

Infektion efter provokeret abort.

Der er i 2010 registreret 68 ud af 8.028 eller 0,8% med indlæggelseskrævende infektion efter medicinsk abort med GA under 9 uger. Tilsvarende tal for kirurgiske med samme GA er 53 tilfælde ud af 3.376 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.

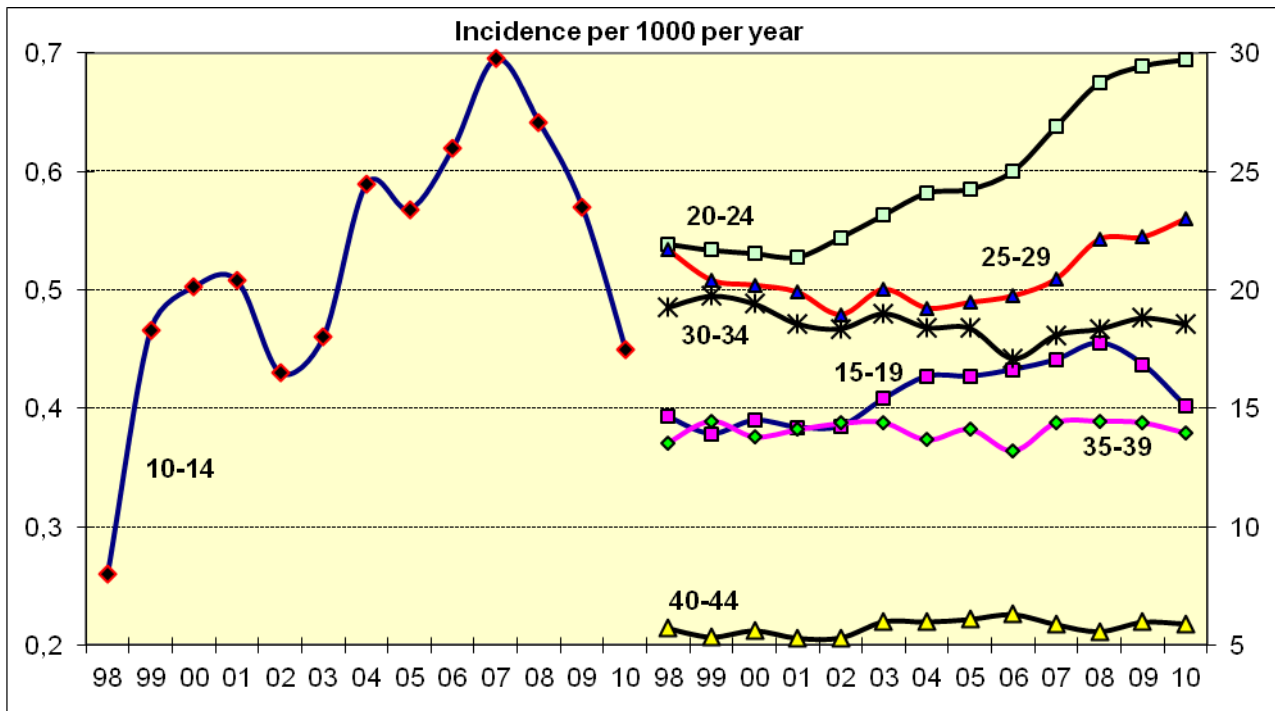
Udviklingen i provokerede aborter i forskellige aldersgrupper

Vi har udarbejdet en aldersspecifik statistik over udviklingen i provokerede aborter gennem seneste 13 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 vendt for kvinder under 20 år, mens kvinder i alderen 20-29 år har oplevet en fortsat stigning i hyppigheden af provokerede aborter. For kvinder over 30 år har raterne ligget nogenlunde stabilt.

Fig. 5.7 Age specific incidence rate of induced abortions in Denmark 1998-2010.
 Incidence given per 1000 per year in each age group.



6. Abortus provokatus, andet trimester.

Kvalitetsindikatorer

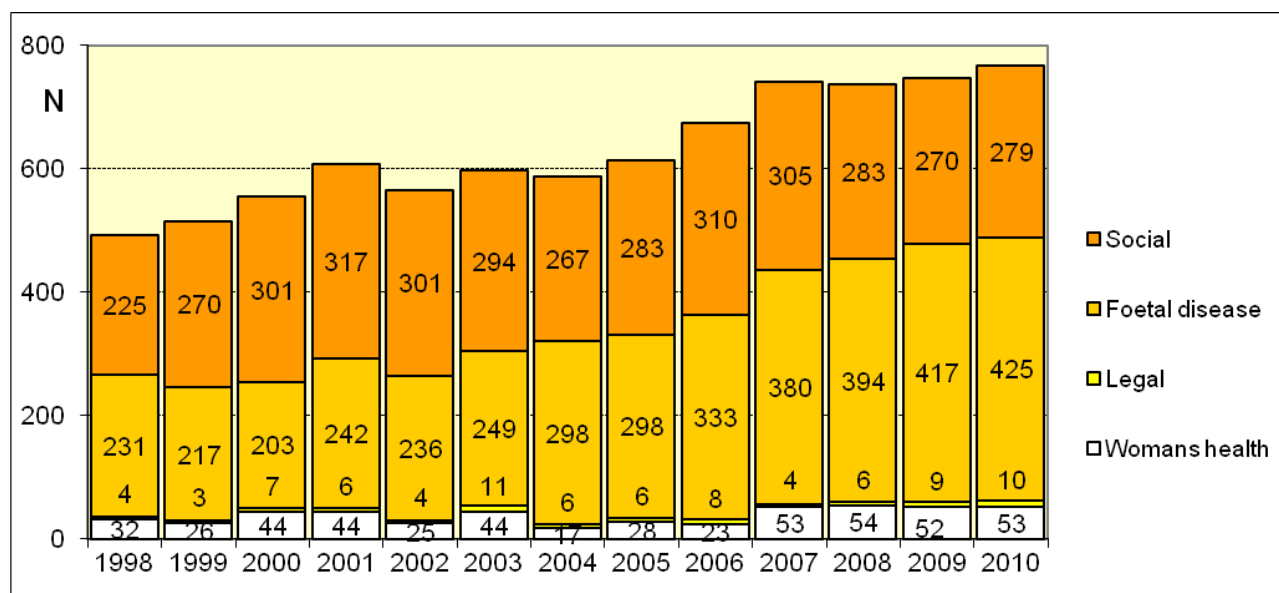
Kvalitet inden for dette område handler om korrekt kodning og relevant behandlingsmetode. Det indebærer at kun kvinder som bløder eller ikke har kvitteret deres moderkage komplet evakueres. Stadig flere kvinder med 2. trimester abort observeres (uden evacuatio), og derfor vil en lav andel evakuerede 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.

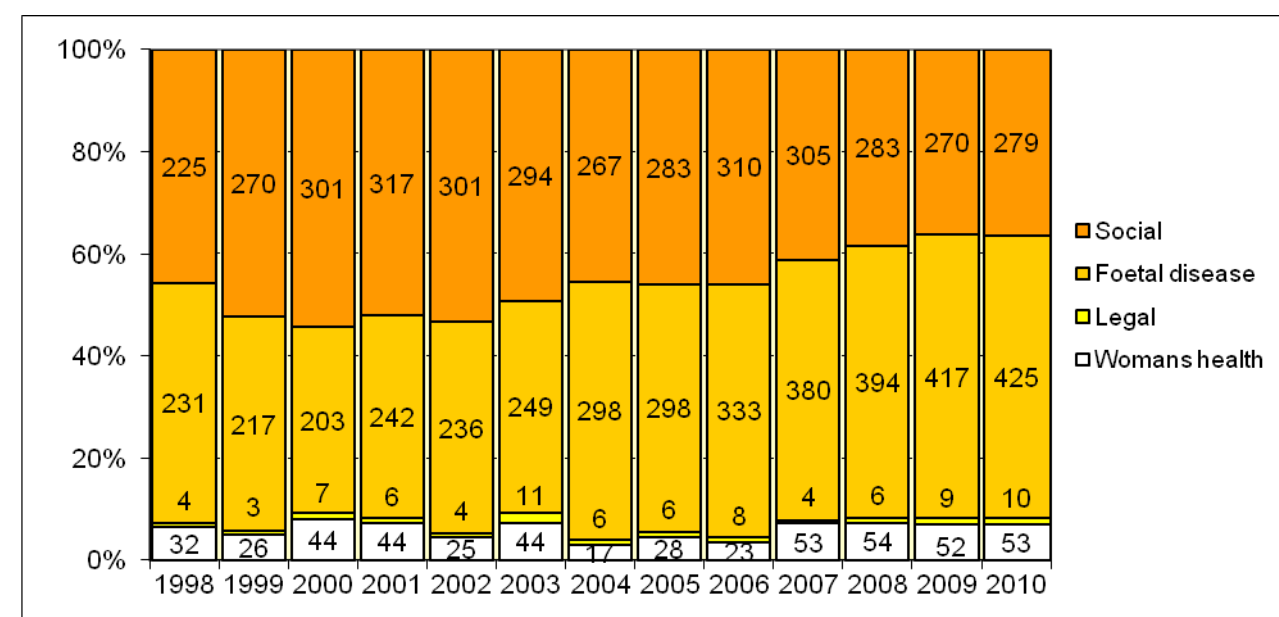
Produktion

Fig. 6.1

Induced 2nd trimester abortion in Denmark 1998-2010 after indication. N=8,207



Same in per cent



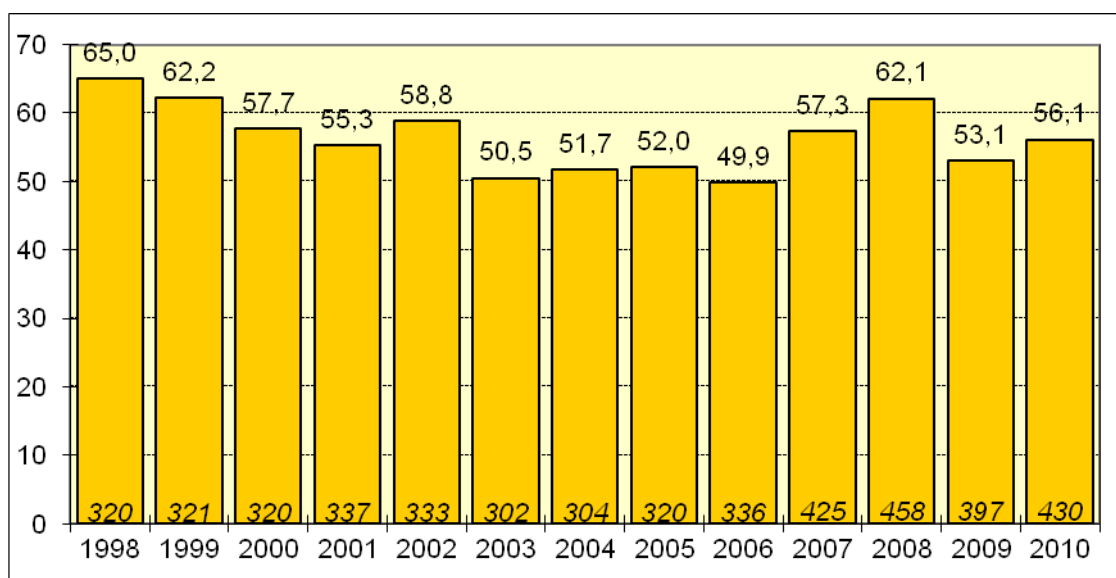
Der er gennemført et med årene stigende antal 2. trimester provokerede aborter, i 2010 således 767 med en samlet stigning på 56% siden 1998 (**Fig. 6.1**). Det fremgår af figuren, at stigningen fra 2002 alene skyldes en stigning i antallet af provokerede aborter på føtal indikation, som i dag udgør indikationen for 55,4% af alle anden trimester aborter. Den anden hovedindikation er sociale omstændigheder, mens hensynet til kvindens helbred og kriminel baggrund for graviditeten tilsammen udgør 8% 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 56% (**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 1998-2010, N= 8.206, n=4,603*



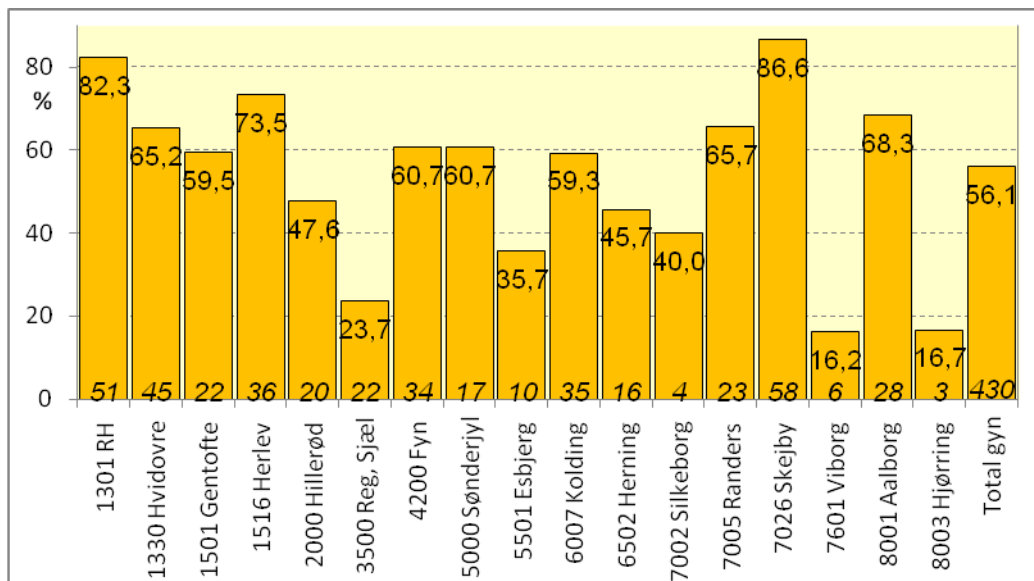
Andelen af kvinder som gennemgår anden trimester abort og som i forbindelse med denne er registreret med korrekt medicinsk behandlingskode (BKHD 45) var 407 ud af i alt 766 eller 53% af anden trimester aborter på gynækologiske afdelinger i 2010. Sidste år var andelen 60%. Det kniber altså fortsat med at få registreret de medicinske behandlingskoder.

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

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

Fig. 6.3

*Surgical evacuation after 2nd trimester induced abortion at different departments in 2009.
N=743, n=397. Figures also include few primary evacuations.*



Ingen kan sige hvor den korrekte eller optimale andel af evakuerede skal ligge, kun at trenden har været nedadgående, og at nogle afdelinger formår at ligge stabilt lavt år efter år. I 2010 varierede andelen af evakuerede fra 16,7% i Hjørring til 86,6% i Skejby. Med en standard på maksimalt 50% opfylder 7 ud af 17 afdelinger denne standard. Emnet var et af fokusdiskussionerne på årsmødet, og vi håber dette fokus vil nedbringe andelen de kommende år.

Hvad kan vi gøre bedre

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

7. Kodning ved tidlig graviditet.

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

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

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

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

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

Hyppigste fejkodninger

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

Abortus provokatus

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

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

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

Spontan abort og missed abortion

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

Ekstrauterin graviditet

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

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

8. Publikationer og studier

Der er i 2010-2011 gennemført flere store landsdækkende studier hvor tigrab-data er anvendt:

Sidst et landsdækkende studie vedrørende andelen af evacuerede efter 1. trimester medicinsk provokeret abort, stratificeret efter den dosis misoprostol der er anvendt. Studiet dokumenterede, at man kan forvente en reduktion på ca. 1% (fra 5% til 4%) hvis man øger dosis af misoprostol fra 0,4 mg til 0,8 mg. Det er derfor anbefalingen, at man øger denne dosis landsdækkende, hvilket forventes at få effekt på alle afdelinger fra 1.1.2012. Studiet er gennemført af Charlotte Skovlund, som er Tigrab's faste videnskabelige medarbejder.

Rie Adser Virkus er i gang med 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.

Der er gennemført tre studier vedrørende ekstrauterin graviditet:

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

9. Opdaterede koder i forbindelse med abort

Abortus provokatus før udg. af uge 12

Diagnose Beh.-kode

Medicinsk

| | | |
|---|----------|-----------|
| Abortus provokatus før udg. af 12. uge. Jr.+Mifepriston | DO 04.9 | (BKHD 40) |
| Mifepristondosis 200 mg | - | BKHD 401A |
| Mifepristondosis 400 mg | - | BKHD 401B |
| Mifepristondosis 600 mg | - | BKHD 401C |
| Prostaglandin vaginalt dg. 2-3 | - | (BKHD 41) |
| Misoprostoldosis 0,4 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 2011.

| TIGRAB-KD styregruppe medlemmer pr. Maj 2011 | | | |
|--|-----------|------------|--|
| Navn | Stilling | Gyn-obs | E-mail |
| Carsten Byrjalsen | Overlæge | Herning | byrjalsen@dadlnet.dk |
| Christina Rørbye | 1. rsl | Hvidovre | roerbye@dadlnet.dk |
| Gitte V. Eriksen | Overlæge | Skejby | gitte.eriksen@skejby.rm.dk |
| Pernille Ravn | Overlæge | Odense | Pernille.Ravn@ouh.regionsyddanmark.dk |
| Peter Helm | Overlæge | Hillerød | Peter.helm@mail.dk |
| Annemette Jørgensen | Overlæge | Aalborg | annemette.joergensen@rn.dk |
| Mette Schou Hammerum | Afd.læge | Herlev | hammerum@dadlnet.dk |
| Jan Schou | Overlæge | Svendborg | JaSc@shf.regionsyddanmark.dk |
| Ulla Breth Knudsen | Overlæge | Århus | ubk@dadlnet.dk |
| Øjvind Lidegaard* | Professor | RH | Lidegaard@dadlnet.dk |
| Henriette Jensen | Rsl | Hillerød | henjen@noh.regionh.dk |
| Agnete Vedsted-Jakobsen | Praksis | Hillerød | avj@slotsgyn.dk |
| Maria Lippa | Rsl | Holbæk | lippamaria@yahoo.de |
| Trine Hyttel | Rsl | Vendsyssel | trinehyttel@gmail.com |
| Louise Klitkou | Rsl | Aalborg | louise.klitkou@rn.dk |
| Solveig Brixen Larsen | Ovl | Hillerød | brixen@dadlnet.dk |
| Ole Sandstrøm | Afd.læge | RH | osa@dadlnet.dk |
| Henriette Strøm Jensen | Rsl | Hjørring | hestje@rn.dk |
| Anne Hammer Lauridsen | Rsl | Herning | anne_hammer@hotmail.com |
| Ole Terkelsen | Ovl | Reg.Hov. | ole.terkelsen@regionh.dk |

11 Revisionspåtegning

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

21. december 2011

Vedr. revisionspåtegning af årsrapport for 2010 fra TiGrAb-KD

KCØ har gennemgået årsrapporten iht. de gældende basiskrav for årsrapporter¹, der er opstillet af Danske Regioner, som i korthed er følgende: (jf. notat vedr. revisionspåtegning som kan findes på www.kliniskedatabaser.dk).

- a) Der skal i særligt kapitel afrapporteres på de indikatorer, som databasen har valgt til at beskrive kvaliteten indenfor specialet
- b) Alle indikatorer skal offentliggøres på afdelings-/enhedsspecifikt niveau.
- c) I årsrapporten skal præsentationen af data være ledsaget af kommentarer, der forklarer og formidler resultaterne. Rapporten skal indeholde et samlende afsnit med konklusion og anbefalinger med konkrete forslag til, hvordan behandlingskvaliteten kan forbedres.
- d) Der skal være statistisk og epidemiologisk dækning for de angivne konklusioner og anbefalinger
- e) Rapporten skal indeholde et afsnit med dataindsamling og metode, hvor der redegøres for datagrundlag, datakvalitet, dækningsgrad og de anvendte statistiske metoder.

Bemærkninger

Ad a) Indikatorerne afrapporteres spredt gennem hele rapporten, hvilket gør det meget vanskeligt at få et overblik over indikatorresultaterne. Ydermere er det flere steder uklart, hvilken figur, der viser opgørelsen af hver indikator.

Ad b) Indikator 8 er ikke opgjort på afdelingsniveau. Opgørelsen af indikator 2 skulle fremgå af figur 1.10, men af overskriften i figur 1.10 fremgår det, at nævneren er en anden end den, i indikator 2, definerede. Alle afdelinger i region Sjælland opgøres i denne rapport som en samlet enhed på trods af, at der er flere selvstændige afdelinger i regionen. I fremtidige rapporter skal disse afdelinger opgøres som selvstændige enheder.

Ad c) Dette krav er opfyldt.

Ad d) Dette krav er opfyldt, men der bør fremadrettet arbejdes på at præsentere indikatorresultaterne med konfidensintervaller, da sammenligninger mellem afdelinger ikke bør foretages uden mulighed for at tage højde for den statistiske usikkerhed.

Ad e) Datakompletheden for indikatorerne er ikke beskrevet. Set i lyset af de i rapporten nævnte problemer med manglende registreringer, hvilket giver dårlig datakomplethed, bør der være uddybende beregninger af datakompletheden for indikatorerne. En diskussion af, hvilke konsekvenser en lav datakomplethed kan have for indikatorresultaterne er desuden relevant her.

Generelt

Årsrapporten for 2010 fra TiGrAb-KD indeholder mange interessante resultater, og den er generelt skrevet i et let tilgængeligt sprog. Dog indeholder rapporten en del engelske og latinske betegnelser, ligesom alle figurtekster er på engelsk, hvilket gør det svært at følge, hvilke figurer og kommentarer, der hører sammen.

¹ Der kan i øvrigt henvises til

http://www.kliniskedatabaser.dk/doks/753206650_11.05.2007_basiskrav_for_landsdaekkende_kliniske_kvalitetsdatabaser.pdf på side 12 og 13, hvor de formelle basiskrav til årsrapporterne er uddybet.

Flere steder i rapporten mangler der referencer/litteraturhenvisninger, der kan understøtte pointer og påstande.

Evt. specifikke kommentarer

S. 6, linje 3 og s. 34, kapitel 6: Der omtales og rapporteres nogle kvalitetsindikatorer, der ikke er en del databasens egentlige indikatorsæt. Disse kunne med fordel kaldes noget andet, så de ikke forveksles med de egentlige indikatorer.

Samlet vurdering

Sammenfattende vurderes det, at årsrapporten lever op til de opstillede krav til årsrapporter for de landsdækkende kliniske databaser, herunder at der er statistisk og epidemiologisk dækning for de angivne konklusioner og anbefalinger.

Helle Hare-Bruun
Klinisk epidemiolog, Ph.d., KCØ

Ole Terkelsen
Overlæge, Ph.d., KCØ