

Dansk Kvalitetsdatabase for Tidlig Graviditet og Abort (TiGrAb)

Årsrapport 2021/22
1. juli 2021 - 30. juni 2022

22/12 2022
Offentlig version

**Dansk Kvalitetsdatabase for Tidlig Graviditet og Abort
(TiGrAb)**

© RKKP 2022

Udarbejdet af:

RKKPs Videncenter med faglig sparring fra
formandsskabet i TiGrAb. Årsrapporten er auditeret af
styregruppen for TiGrAb.

Henvendelse til:

kontaktperson Annette Odby
Email: annodb@rkkp.dk
Mobil: 2168 7570

Udgiver:

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)
Hedeager 3
8200 Aarhus N

www.rkkp.dk

Version: Offentlig (19. december 2022)

Versionsdato: 31. oktober 2022 (kørsel af tabeller)

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Indhold

1. Konklusioner og anbefalinger	5
2. Kort beskrivelse af TiGrAb-populationen	7
3. Indikatorresultater på landsplan	10
Samlede indikatorresultater på landsplan	10
4. Indikatorresultater	11
Indikator 1: Evakuering af 1. trimester spontan abort	11
Indikator 2: Medicinsk koderegistrering af ikke-evakuerede 1. trimester missed abortion	15
Indikator 3: Evakuering af medicinsk behandlet 1. trimester missed abortion	19
Indikator 4: Evakuering af 2. trimester spontan abort	23
Indikator 5a: Evakuering af 2. trimester missed abortion og provokeret abort	27
Indikator 5b: Evakuering af 2. trimester missed abortion og provokeret abort	31
Indikator 6: Operation af ekstrauterin graviditet	34
Indikator 7: Medicinsk behandling af 1. trimester provokeret abort	38
Indikator 8: 1. trimester provokeret abort før 8 uger	41
Indikator 9: Evakuering af medicinsk behandlet 1. trimester provokeret abort før 9 uger	45
Indikator 10: Re-evakuering af kirurgisk behandlet 1. trimester provokeret abort	49
5. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	53
6. Datagrundlag og datakvalitet	55
Dataindsamling og metode	55
Anvendte kvalitetsindikatorer	56
Validitet	56
Statistisk analyse	56
7. styregruppen	57
8. Regionale kommentarer	58
Appendiks	59
Appendiks 1. Tilgrundegået graviditet, 1. trimester	60
Oversigt over tilgrundegået graviditet (både 1. trimester og 2. trimester)	60
Miscarriages i Danmark 2001/02-2021/22	60
1. trimester spontan abort	62
1. trimester missed abort	66
Appendiks 2. Tilgrundegået graviditet, 2. trimester	71
2. trimester spontan abort	72
Evakuering af 2. trimester spontan abort	73
2. trimester missed abort	75
Appendiks 3. Ekstrauterin graviditet	79
Graviditet med ukendt lokalisation (PUL= pregnancy unknown localisation)	84
Appendiks 4. Mola hydatidosa	85
Appendiks 5. Provokeret abort, 1. trimester	88
Kirurgisk evakuering efter medicinsk induceret abort	93
Re-evakuering efter kirurgisk abort	95
Blødning efter provokeret abort	96
Infektion efter provokeret abort	97
Udviklingen i provokerede aborter i forskellige aldersgrupper	97

Appendiks 6. Provokeret abort, 2. trimester	99
Evacuatio efter 2. trimester (provokeret) abort	101
Appendiks 7. Etablering og udfald af graviditeter i Danmark	102
ART og IUI graviditeter	103
Appendiks 8. Graviditeter i Danmark	106
Appendiks 9. Kodevejledning	108
Appendiks 10. Ordliste	112
Appendiks 11. Publikationer 2018-2022 hvor graviditetsdata har været anvendt	113
Appendiks 12. Vejledning i fortolkning af resultater	114

1. Konklusioner og anbefalinger

De konkrete forbedringsmuligheder inden for området tidlig graviditet er gennemgået under hvert afsnit. Inden for de enkelte områder har vi som følge af substantielt forbedret praksis i år strammet standarden for ikke mindre end 8 ud af 10 kvalitets-standarder. Sådan!

Indikator 1: Evakuering af 1. trimester spontan abort (Hidtidige standard <20%)

Standarden er opfyldt på landsplan og på regionsniveau. Det bemærkes, at indikatoren (i modsætning til tidligere) nu inkluderer evacuatio'er, under såvel den primære som evt. sekundære kontakter.

Ny standard <15%.

Indikator 2: Medicinsk koderegistrering af ikke-evakuerede 1. trimester missed abortion (Standard >80%)

I dag har i gennemsnit 55% af kvinder, med ikke-evakueret missed abortion, en medicinsk behandlingskode. En yderligere stigning i forhold til tidligere, selv om vi stadig er langt fra standarden på > 80%.

Uændret standard >80%.

Indikator 3: Evakuering af medicinsk behandlet 1. trimester missed abortion (Hidtidige standard <20%)

På landsplan evakueres nu 15% efter medicinsk behandling, og indikatorstandarden er dermed fint opfyldt på landsplan. Det bemærkes, at kun afdelinger med >50% i indikator 2 indgår i opgørelsen af indikator 3. Da alle nu anbefales behandlet også med Mifepriston, strammes standarden til <15%.

Ny standard <15%.

Indikator 4: Evakuering af 2. trimester Spontan abort (Hidtidige standard <20%)

På landsplan evakueres i gennemsnit 25,6% af kvinder med spontan 2. trimester abort, og dermed er standarden opfyldt på landsplan og for alle fem regioner.

Anbefaling: Lad os rykke standarden for de spontane aborter til at være på samme niveau som for provokerede og missed abortions:

Ny standard <25%.

Indikator 5: Evakuering af 2. trimester missed ab. og provokeret abort (Hidtidige standard <20%)

Indikatoren er nu opdelt i de som evakueres i forbindelse med primære indlæggelse (5a), og de som evakueres sekundært inden for 12 uger (5b). Tilsammen skal disse evacuatio-rater fremadrettet ligge under 25%, idet man tilstræber lavere sekundær evacuatio-rate end primær evacuatio-rate, da førstnævnte indebærer større risiko for syneki-dannelse.

Anbefaling: Ud af alle kvinder med missed abortion eller provokeret abort i 2. trimester bør <15% undergå primær evacuatio uteri og ligeledes bør <10% undergå sekundær evacuatio uteri.

Ny standard <15% (5a) og <10% (5b).

Indikator 6: Operation af ekstrauterin graviditet (Standard <70%)

Samlet opereres nu 74%, hvilket er en stigning i forhold til tidligere år. På afdelingsniveau varierer andelen af kvinder med ekstrauterin graviditet, som opereres fra 50 til 89%, så forskellene mellem afdelingerne er mindsket. At nogle afdelinger ligger lavt skyldes sandsynligvis at PUL diagnoserne dækker over en række ekstrauterine graviditeter, som netop ikke opereres. Da PUL nu anbefales at udgå, fastholdes standarden.

Anbefaling: I gennemsnit bør under 60% opereres.

Uændret standard <70%.

Indikator 7: Medicinsk behandling af 1. trimester provokeret abort (Ingen standard)

Indikatoren bliver fremadrettet gjort op på afdelingsniveau i Region Syd, Region Midt og Region Nord, ellers kun på regionsniveau. Samme gælder for indikator 8 og 9.

Ny standard >80%.

Indikator 8: 1. trimester provokeret abort før 8 uger (Hidtidige standard >50%)

Ny standard >70%.

Indikator 9: Evakuering af medicinsk behandlet 1. trimester provokeret abort før 9 uger (Hidtidige standard <6%)

Ny standard <4%.

Indikator 10: Re-evakuering af kirurgisk behandlet 1. trim. provokeret abort (Hidtidige standard <5%)

Re-evacuatio-raten ligger nu på 1,9%, hidtil laveste rate. Vi vil fremadrettet opgøre denne indikator stratificeret efter gestationsalder (<8 uger og ≥8 uger), hvorved de medicinsk behandlede og kirurgisk behandlede bedre kan sammenlignes.

Ny standard <3%.

God læselyst.

På styregruppens vegne,

Øjvind Lidegaard

2. Kort beskrivelse af TiGrAb-populationen

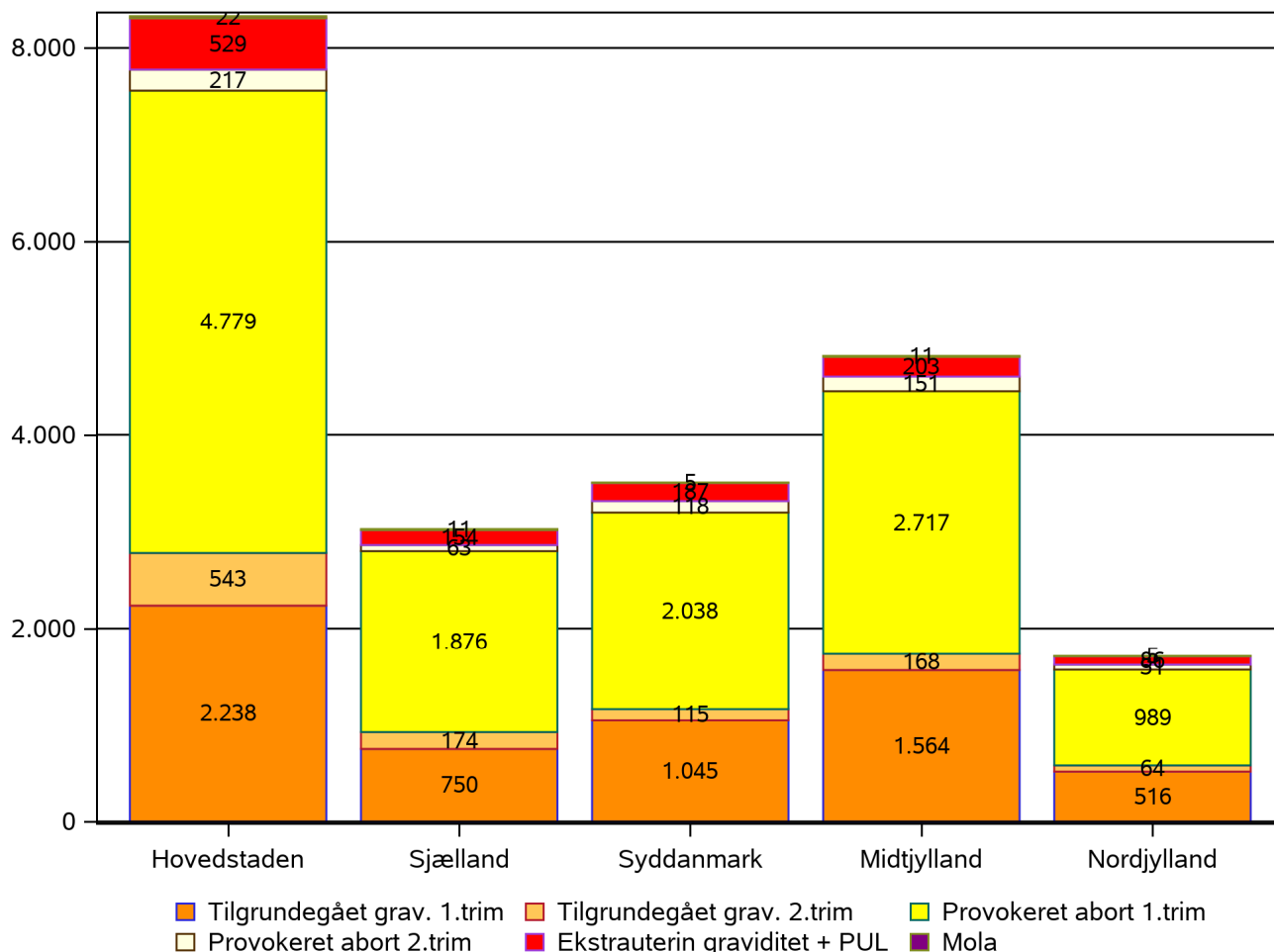
Table 1. Graviditetsudfald i perioden 2017/18 til 2021/22.

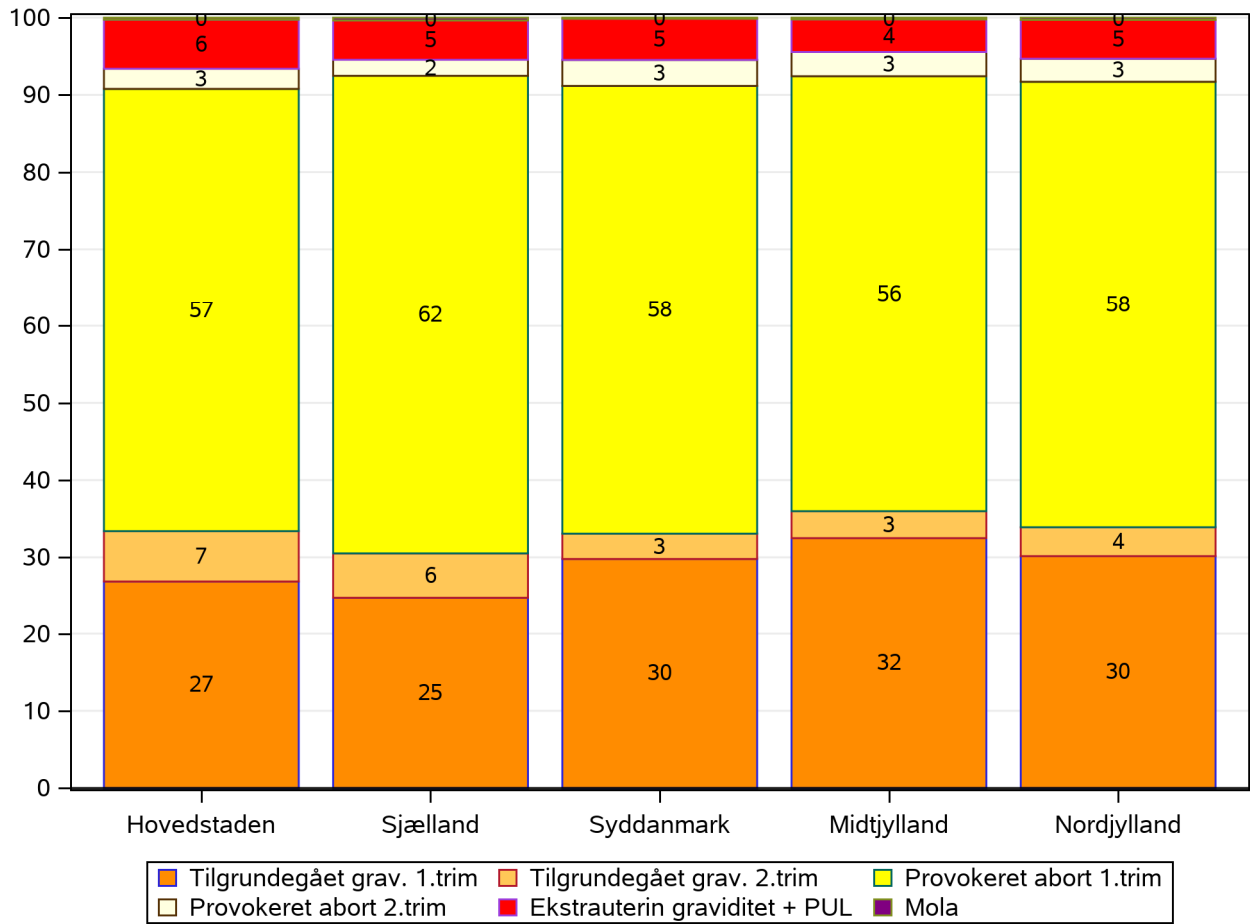
Graviditetsudfald	2021/22	2020/21	2019/20	2018/21	2017/18
Tilgrunde gået graviditet	7177	8384	8189	8493	8734
1. trimester	6113	7067	6863	7464	7834
Spontan	2079	2681	2809	3004	3187
Komplet	1198	1504	1557	1736	1838
Inkomplet	881	1177	1252	1268	1349
Missed	4034	4386	4054	4460	4647
2. trimester	1064	1317	1326	1029	900
Spontan	308	442	428	355	374
Komplet	173	228	192	177	167
Inkomplet	135	214	236	178	207
GA 12+0-15+6	232	342	333	267	278
GA 16+0-21+6	76	100	95	88	96
Missed	756	875	898	674	526
Provokeret abort	12999	14301	14774	14476	14860
1. trimester	12399	13678	14153	13867	14232
GA <7+0	7757	8751	8614	7990	7717
GA 7+0-7+6	2037	2284	2497	2461	2627
GA 8+0-8+6	1142	1159	1326	1447	1603
GA 9+0-11+6	1459	1458	1686	1968	2285
GA andet/ukendt	4	26	30	#	
Medicinsk	10291	11752	11971	11117	11106
Kirurgisk	2108	1926	2182	2750	3126
2. trimester	600	623	621	609	628
Ekstrauterin graviditet + PUL	1159	1298	1121	1278	1390
Mola	54	69	75	69	87

Tabel 2. Indrapporterede aborttyper op regionsniveau, 2021/22

	Tilgrunde gået graviditet (n=7177)				Provokeret abort (n=12999)		Øvrige (n=1213)	
	1. trimester		2. trimester		1. trimester	2. trimester	Ekstrauterin	
	Spontan	Missed	Spontan	Missed			+ PUL	Mola
Danmark	2079	4034	308	756	12399	600	1159	54
Hovedstaden	669	1569	142	401	4779	217	529	22
Sjælland	308	442	47	127	1876	63	154	11
Syddanmark	426	619	38	77	2038	118	187	5
Midtjylland	515	1049	66	102	2717	151	203	11
Nordjylland	161	355	15	49	989	51	86	5

Figur 1. Indrapporterede aborttyper på regionsniveau, 2021/22 (Øverst: antal, nederst: andel i procent)





3. Indikatorresultater på landsplan

Nedenstående oversigtstabel viser de samlede indikatorresultater på landsplan for aktuelle årsrapport, samt de to tidligere års indikatorresultater. Kolonnen 'Standard' angiver det kvalitetsniveau, som styregruppen ønsker at opnå med indikatormonitoreringen, mens 'Uoplyst' angiver antallet af patienter, der er relevant for indikatoren, men som mangler data, der er nødvendige til beregningen. Andele >10% er angivet afrundet og uden decimaler i indikatortabellerne. Bemærk at et indikatorresultat i enkelte tilfælde (f.eks. på 69,5%) da vil fremstå som "opfyldt" med 70% (i tilfælde hvor standarden er <70%).

Samlede indikatorresultater på landsplan

Indikator	Standard	Uoplyst %	Indikatoropfyldelse		
			01.07.2021 - 30.06.2022 Andel (95% CI)	2020/21 Andel	2019/20 Andel
Indikator 1: Andel af kvinder med 1. trimester spontan abort som evakueres	< 20	0	12 (10-13)	13	16
Indikator 2: Andel af ikke-evakuerede 1. trimester missed abort, som har medicinsk behandlingskode	> 80	0	55 (54-57)	61	53
Indikator 3: Andel af medicinsk behandlede, som efterfølgende evakueres	< 20	0	15 (13-17)	15	19
Indikator 4: Andel 2. trimester spontan abort som evakueres	< 20	0	26 (21-31)	28	29
Indikator 5a: Andel 2. trimester (13+0<=GA<=22+6) provokeret eller missed abort som evakueres på primær kontakt	< 20	0	13 (11-16)	14	17
Indikator 5b: Andel 2. trimester (13+0<=GA<=22+6) provokeret eller missed abort som evakueres på sekundær kontakt	< 20	0	21 (19-24)	23	27
Indikator 6: Andel ekstrauterin graviditet, som opereres indenfor 4 uger	< 70	0	69 (66-72)	73	72
Indikator 7: Andel 1. trimester provokeret abort, som behandles primært medicinsk		0	83 (82-84)	86	85
Indikator 8: Andel 1. trimester provokeret abort, som gennemføres før 8 uger	> 50	0	79 (78-80)	81	79
Indikator 9: Andel 1. trimester medicinsk behandlet provokeret abort, som evakueres	< 6	0	1,7 (1,5-2,0)	2,9	3,9
Indikator 10: Andel 1. trimester kirurgisk behandlet provokeret abort, som re-evakueres	< 5	0	1,9 (1,3-2,5)	2,4	1,5

4. Indikatorresultater

Indikator 1: Evakuering af 1. trimester spontan abort

Andelen af kvinder med 1. trimester spontan abort, som evakueres.

Tæller: Alle i nævner, som har en evakueringskode (enten i primære eller sekundære kontakt)

Nævner: Kvinder, der aborterer spontant i 1. trimester (GA<11+6 eller ukendt GA)

	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år		
	< 20% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	Andel	01.07.2021 - 30.06.2022 95% CI	2020/21		2019/20
						Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	241 / 2.079	0 (0)	12	(10-13)	352 / 2.681	13	16
Hovedstaden	Ja	70 / 669	0 (0)	10	(8,2-13)	109 / 781	14	15
Sjælland	Ja	50 / 308	0 (0)	16	(12-21)	33 / 314	11	12
Syddanmark	Ja	49 / 426	0 (0)	12	(8,6-15)	105 / 725	14	18
Midtjylland	Ja	51 / 515	0 (0)	9,9	(7,5-13)	66 / 598	11	13
Nordjylland	Ja	21 / 161	0 (0)	13	(8,3-19)	39 / 263	15	19
Hovedstaden	Ja	70 / 669	0 (0)	10	(8,2-13)	109 / 781	14	15
Bornholm	Ja	0 / 16	0 (0)	0	(0-21)	##	4,2	9,1
Herlev	Ja	16 / 198	0 (0)	8,1	(4,7-13)	34 / 245	14	15
Hillerød	Ja	9 / 108	0 (0)	8,3	(3,9-15)	12 / 131	9,2	10
Hvidovre	Ja	34 / 235	0 (0)	14	(10-20)	52 / 258	20	18
Rigshospitalet	Ja	11 / 112	0 (0)	9,8	(5,0-17)	10 / 123	8,1	16
Sjælland	Ja	50 / 308	0 (0)	16	(12-21)	33 / 314	11	12
Holbæk	Ja	3 / 66	0 (0)	4,5	(0,9-13)	9 / 83	11	11
Nykøbing F	Ja	8 / 52	0 (0)	15	(6,9-28)	4 / 60	6,7	23
Roskilde	Nej	18 / 90	0 (0)	20	(12-30)	11 / 72	15	11
Slagelse	Nej	21 / 100	0 (0)	21	(13-30)	9 / 99	9,1	7,9
Syddanmark	Ja	49 / 426	0 (0)	12	(8,6-15)	105 / 725	14	18
Esbjerg	Ja	9 / 100	0 (0)	9,0	(4,2-16)	20 / 137	15	14
Kolding	Ja	18 / 118	0 (0)	15	(9,3-23)	29 / 207	14	22
OUH	Ja	18 / 152	0 (0)	12	(7,2-18)	43 / 292	15	19
Sønderjylland	Ja	4 / 56	0 (0)	7,1	(2,0-17)	13 / 89	15	13
Midtjylland	Ja	51 / 515	0 (0)	9,9	(7,5-13)	66 / 598	11	13
Aarhus	Ja	13 / 126	0 (0)	10	(5,6-17)	26 / 145	18	20
Gødstrup	Ja	6 / 76	0 (0)	7,9	(3,0-16)	10 / 117	8,5	15
Horsens	Ja	14 / 103	0 (0)	14	(7,6-22)	11 / 87	13	13
Randers	Ja	5 / 70	0 (0)	7,1	(2,4-16)	7 / 80	8,8	10
Viborg	Ja	13 / 140	0 (0)	9,3	(5,0-15)	12 / 169	7,1	8,7
Nordjylland	Ja	21 / 161	0 (0)	13	(8,3-19)	39 / 263	15	19
Aalborg	Ja	8 / 73	0 (0)	11	(4,9-20)	16 / 126	13	23
Thisted	Ja	3 / 22	0 (0)	14	(2,9-35)	3 / 48	6,3	5,9
Vendsyssel	Ja	10 / 66	0 (0)	15	(7,5-26)	20 / 89	22	18

Kommentar til indikator 1

Datagrundlag

Indikatoren opgør andelen af kvinder med 1. trimester spontan abort, som efterfølgende evakueres. I beregningen indgår alle DO03 koder (inkomplet og komplet spontan abort). Hvis der både er registreret en komplet og inkomplet abort i primære kontakt, vurderes aborten som inkomplet. Tæller inkluderer alle evakueringer, uanset om de er registreret under den primære eller en sekundær kontakt. En kvinde er i "karantæne" i 12 uger fra diagnosedatoen for DO03 diagnosen, dvs. hun kan kun tælle med én spontan abort hver 12. uge. Hvis der observeres flere registreringer inden for perioden, anvendes den første. 1. trimester spontan abort defineres ved $GA \leq 11+6$, mens ukendt GA også inkluderes. I beregningen ekskluderes desuden registreringer på kirurgiske afdelinger og privathospitaler. Der er ingen uoplyste i denne indikator.

Resultater

Der er i 2021/22 registreret 2.079 kvinder, der aborterer spontant i 1. trimester. Heraf bliver 241 evakueret svarende til 12% på landsplan. Hermed er indikatorens standard (<20%) opfyldt på landsplan og regionsniveau. Andelen er fortsat faldende fra 16% i 2019/20 og 13% i 2020/21. På regionsniveau varierer andelen fra 11% (Region Sjælland) til 18% (Region Syddanmark). Kun to ud af de 21 afdelinger (Roskilde: 20% og Slagelse: 21%) opfylder ikke standarden, mens 17 afdelinger ligger allerede under de ønskede 15%.

Fig. 1.3 i Appendiks 1, viser udvikling i andelen af kvinder med 1. trimester spontan abort, som evakueres under den primære kontakt. Med overgang til LPR3 i 2019, registreres evacuation uteri ikke nødvendigvis sammen med abortdiagnosen (i primære kontakt), selv om evakueringen er foretaget samme dag. Dette vil forventeligt bidrage til et fald i andelen af evakuatioer i den primære kontakt (6% i 2018/19 til 4% i 2021/22).

Diskussion og implikationer

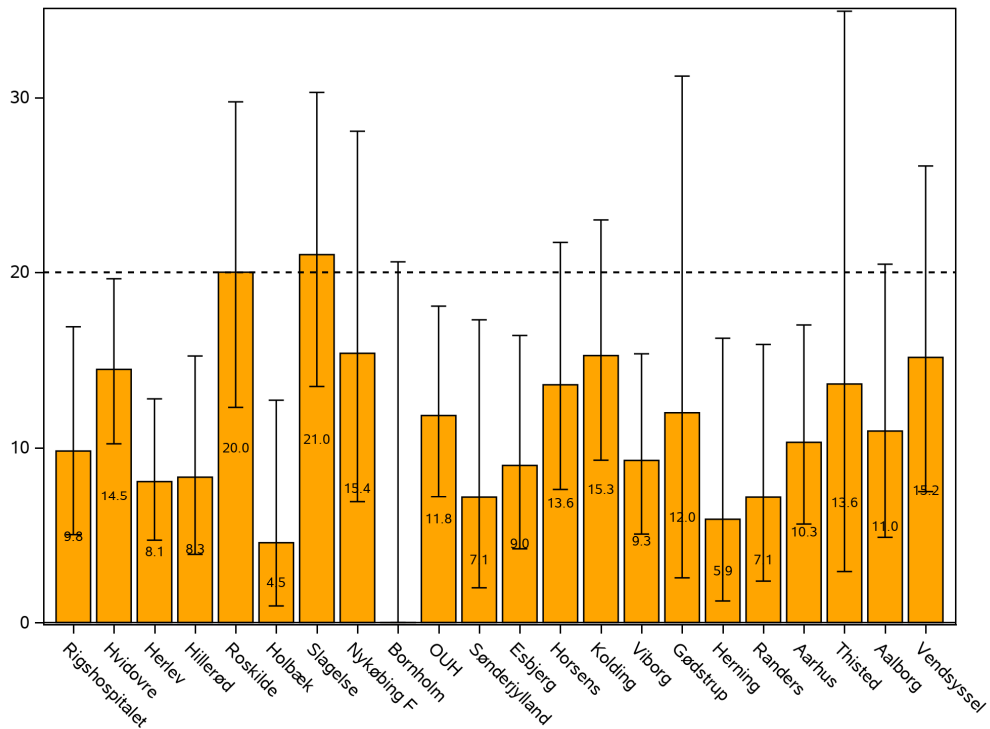
Den nye måde at opgøre evacuatio-rater på indebærer, at andelen af evakuerede ved denne indikator er højere end tidligere år. Den nye opgørelse dokumenterer, at omkring 2/3 af de, som evakueres, bliver det sekundært, mens kun 1/3 evakueres under primære besøg.

På nedenstående figurer har vi undersøgt, om antallet af evakuatioer på en afdeling er korreleret til andelen, som evakueres. Som det fremgår af figureren nedenfor er denne sammenhæng ikke overbevisende, hvilket kan forklares ved, at de afdelinger, som har mange evakuatioer, også har flere læger til at varetage dem, således at antallet af evakuatioer pr. læge ikke behøver at variere så meget.

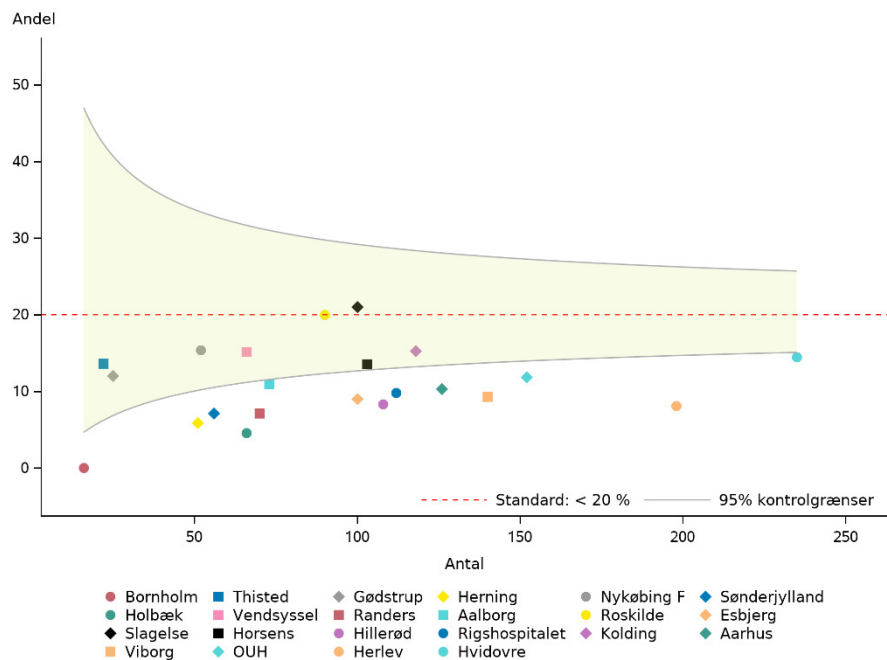
Vurdering af indikatoren

Fortsat relevant, da vi forventer at kunne nedbringe denne andel yderligere. **Vi strammer standarden til <15%.**

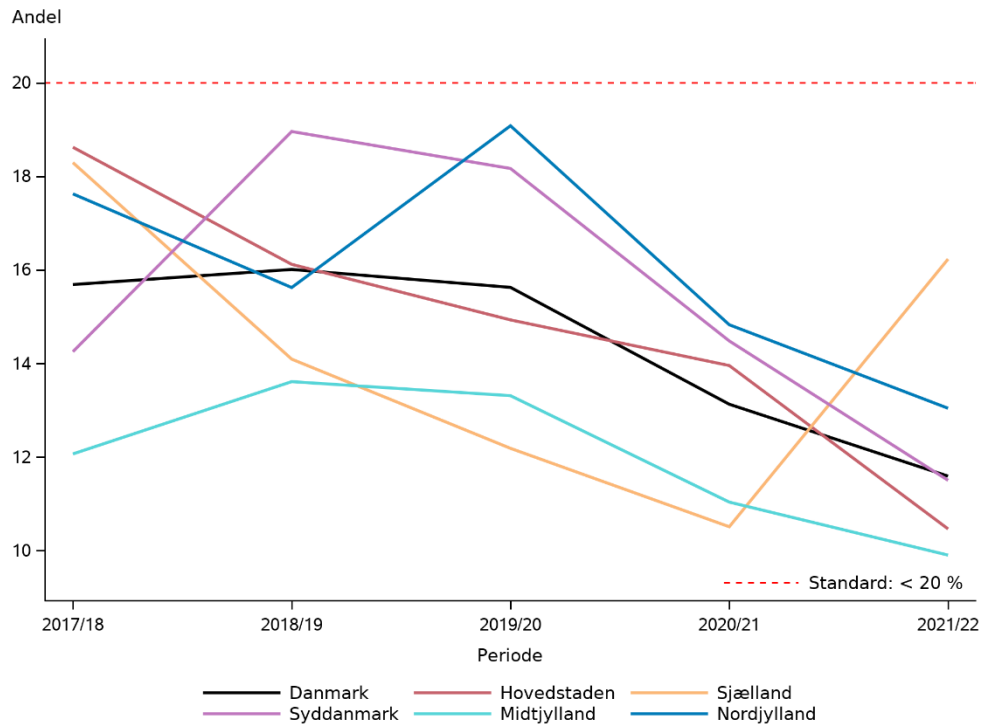
Indikator 1 vist grafisk på afdelingsniveau: Andel af kvinder med 1. trimester spontan abort som evakueres



Indikator 1: Andel af kvinder med 1. trimester spontan abort som evakueres. Funnelploj på afdelingsniveau.



Indikator 1: Andel af kvinder med 1. trimester spontan abort som evakueres. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 2: Medicinsk koderegistrering af ikke-evakuerede 1. trimester missed abortion

Indikatoren beskriver andelen af ikke-evakuerede 1. trimester missed abortion, som har en medicinsk behandlingskode.

Tæller: Alle i nævner, som har en medicinsk behandlingskode uden en samtidig evakueringskode

Nævner: Kvinder med 1. trimester (GA 4+0 til 11+6 eller ukendt GA) missed abortion, som ikke er blevet evakueret

	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.07.2021 - 30.06.2022		Tidligere år		
	> 80% opfyldt	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2020/21 Antal	Andel	2019/20 Andel
Danmark	Nej	1.733 / 3.126	0 (0)	55	(54-57)	2.018 / 3.322	61	53
Hovedstaden	Nej	486 / 1.142	0 (0)	43	(40-45)	558 / 1.150	49	33
Sjælland	Nej	174 / 337	0 (0)	52	(46-57)	131 / 335	39	27
Syddanmark	Nej	251 / 480	0 (0)	52	(48-57)	399 / 610	65	66
Midtjylland	Nej	622 / 859	0 (0)	72	(69-75)	684 / 877	78	77
Nordjylland	Nej	200 / 308	0 (0)	65	(59-70)	246 / 350	70	51
Hovedstaden	Nej	486 / 1.142	0 (0)	43	(40-45)	558 / 1.150	49	33
Bornholm	Nej	5 / 10	0 (0)	50	(19-81)	0 / 14	0	0
Herlev	Nej	132 / 332	0 (0)	40	(34-45)	242 / 393	62	43
Hillerød	Nej	171 / 218	0 (0)	78	(72-84)	153 / 231	66	58
Hvidovre	Nej	172 / 375	0 (0)	46	(41-51)	159 / 308	52	21
Rigshospitalet	Nej	6 / 207	0 (0)	2,9	(1,1-6,2)	4 / 204	2,0	3,9
Sjælland	Nej	174 / 337	0 (0)	52	(46-57)	131 / 335	39	27
Holbæk	Nej	63 / 82	0 (0)	77	(66-85)	43 / 76	57	48
Nykøbing F	Nej	9 / 66	0 (0)	14	(6,4-24)	5 / 51	9,8	5,4
Roskilde	Nej	34 / 105	0 (0)	32	(24-42)	30 / 127	24	18
Slagelse	Ja	68 / 84	0 (0)	81	(71-89)	53 / 81	65	43
Syddanmark	Nej	251 / 480	0 (0)	52	(48-57)	399 / 610	65	66
Esbjerg	Nej	54 / 93	0 (0)	58	(47-68)	71 / 104	68	68
Kolding	Nej	117 / 157	0 (0)	75	(67-81)	111 / 153	73	67
OUH	Nej	37 / 178	0 (0)	21	(15-27)	122 / 244	50	55
Sønderjylland	Ja	43 / 52	0 (0)	83	(70-92)	95 / 109	87	91
Midtjylland	Nej	622 / 859	0 (0)	72	(69-75)	684 / 877	78	77
Aarhus	Ja	183 / 208	0 (0)	88	(83-92)	197 / 236	83	81
Gødstrup	Nej	121 / 171	0 (0)	71	(63-77)	162 / 194	84	78
Horsens	Nej	92 / 172	0 (0)	53	(46-61)	124 / 197	63	69
Randers	Ja	139 / 145	0 (0)	96	(91-98)	111 / 115	97	96
Viborg	Nej	87 / 163	0 (0)	53	(45-61)	90 / 135	67	65
Nordjylland	Nej	200 / 308	0 (0)	65	(59-70)	246 / 350	70	51
Aalborg	Nej	131 / 200	0 (0)	66	(58-72)	159 / 220	72	50
Thisted	Nej	13 / 41	0 (0)	32	(18-48)	17 / 44	39	20
Vendsyssel	Ja	56 / 67	0 (0)	84	(73-92)	70 / 86	81	77

	Antal	Årsag
Eksklusion:	908	Udgår: Evacueret

Kommentar til indikator 2

Datagrundlag

Indikatoren beskriver andelen af ikke-evakuerede 1. trimester missed abortion, som har en medicinsk behandlingskode. I beregningen indgår diagnosekoderne DO021 (Graviditet med dødt retineret foster, inkl. underkoder) og DO020 (Graviditet uden erkendt foster). En kvinde må, ved det indledende udtræk for en 12 ugers periode, kun forekomme én gang med en DO021 diagnose. Hvis flere, anvendes kun den første, hvor der samtidig er en BKHD50/52 eller KMBA00/03 kode. Alle missed abortion med GA 4+0 til 11+6 samt ukendt GA inkluderes i beregningen. I beregningen ekskluderes desuden registreringer på kirurgiske afdelinger og privathospitaler.

Resultater

Der er registreret 3.126 missed abortions, som ikke er primært evakueret (uden en samtidig KMBA00/03 kode). Af dem har 1.733 (55%) en medicinsk behandlingskode (BKHD50/52) i samme kontakt. Dermed er standarden på >80% hverken opfyldt på landsplan eller regionsniveau. Kun fem afdelinger (Slagelse, Sønderjylland, Aarhus, Randers og Vensyssel) opfylder standarden. Medicinsk koderegistrering er dog steget betydeligt de seneste 10 år fra 26% i 2011/12 til 55% i 2021/22 (Appendiks 1, **Fig. 1.8**), skønt andelen stadig ligger langt under standarden. Der er stor variation på regions- og afdelingsniveau, hvor regionerne varierer mellem 43% (Region Hovedstaden) og 72% (Region Midtjylland), mens afdelingerne varierer mellem 3% (Rigshospitalet) og 96% (Randers).

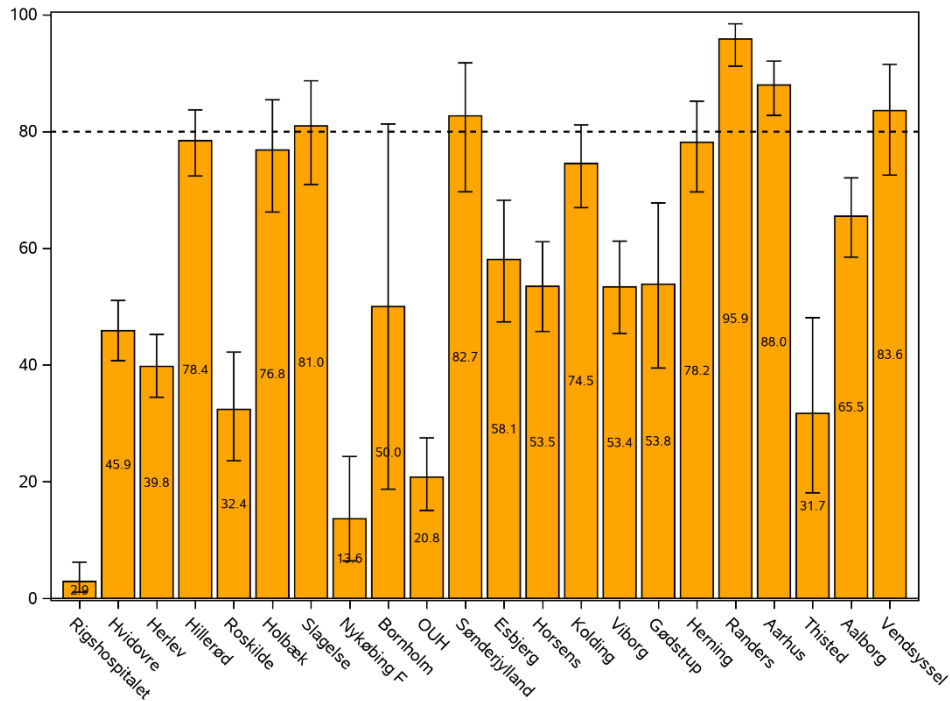
Diskussion og implikationer

Principielt må vi forvente, at alle med missed abortion, som ikke primært er evakueret, er behandlet medicinsk og derfor burde have haft en medicinsk behandlingskode. Denne registreringspraksis lader, som det fremgår, fortsat en del tilbage at ønske. Specielt bør man være opmærksom på at få kodet rigtigt i SP og sikre, at behandlingskoderne overføres til LPR. På Rigshospitalet har problemet været, at den indberettede kode har været BKHD4 og ikke BKHD52 (jf. opdaterede kodeark s. 110, Appendiks 9). I løbet af 2020 anvendte alle afdelinger antiprogesteron i forbindelse med medicinsk behandling af missed abortion. Det vil både indebære flere medicinske afslutninger og en højere effektivitet af disse afslutninger. Landsgennemsnittet har sneget sig op over 50%, og det er Region Midtjylland, som klarer registreringerne bedst.

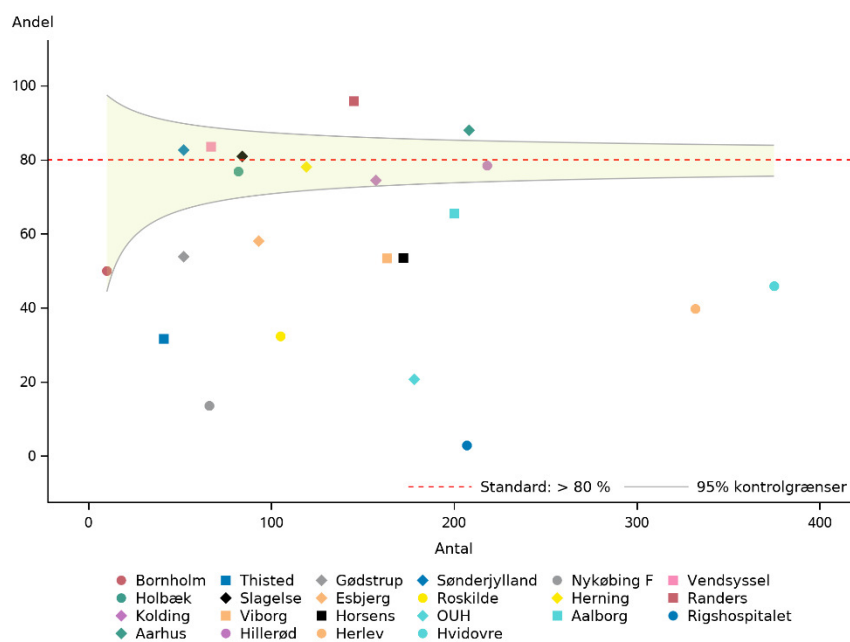
Vurdering af indikatoren

Indikatoren siger ikke i sig selv noget om kvaliteten af det arbejde, der udføres, men netop inden for tidlig graviditet er kravet til korrekt registrering afgørende for vores mulighed for at etablere valide kvalitetsmålinger. Vi fastholder foreløbig denne indikator og standard.

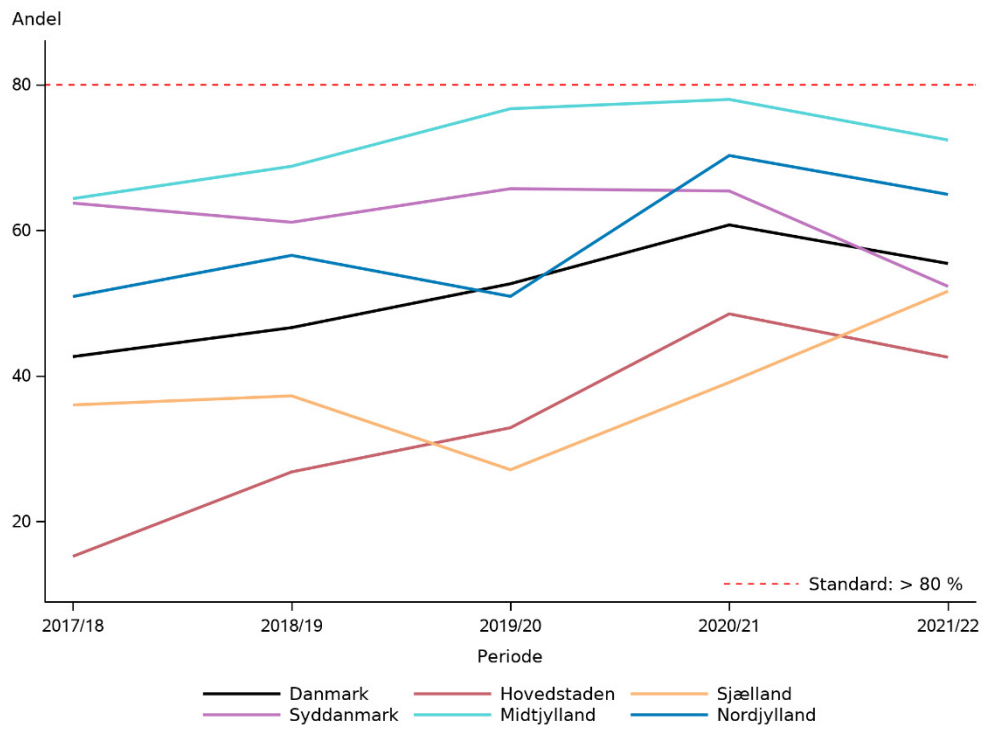
Indikator 2 vist grafisk på afdelingsniveau: Andel af ikke-evakuerede 1. trimester missed abort, som har medicinsk behandlingskode



Indikator 2: Andel af ikke-evakuerede 1. trimester missed abort, som har medicinsk behandlingskode. Funnelplot på afdelingsniveau.



**Indikator 2: Andel af ikke-evakuerede 1. trimester missed abort, som har medicinsk behandlingskode.
Trendgraf på regionsniveau.**



Indikator 3: Evakuering af medicinsk behandlet 1. trimester missed abortion

Andelen af medicinsk behandlede 1. trimester missed abortion, som efterfølgende evakueres.

Tæller: Alle i nævner, som inden for en periode på 12 uger efter missed abortion diagnosen, er blevet evakueret

Nævner: Kvinder som har en medicinsk behandlingskode efter missed abortion i 1. trimester (GA 4+0-11+6 og ukendt GA), men som ikke er blevet primært evakueret

	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år 01.07.2021 - 30.06.2022		Tidligere år		
	< 20% opfyldt	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2020/21 Antal	Andel	2019/20 Andel
Danmark	Ja	199 / 1.330	0 (0)	15	(13-17)	304 / 1.962	15	19
Hovedstaden	Ja	11 / 176	0 (0)	6,3	(3,2-11)	88 / 554	16	7,3
Sjælland	Ja	21 / 131	0 (0)	16	(10-23)	16 / 96	17	
Syddanmark	Ja	39 / 214	0 (0)	18	(13-24)	54 / 399	14	28
Midtjylland	Ja	94 / 622	0 (0)	15	(12-18)	100 / 684	15	15
Nordjylland	Ja	34 / 187	0 (0)	18	(13-24)	46 / 229	20	20
Hovedstaden	Ja	11 / 176	0 (0)	6,3	(3,2-11)	88 / 554	16	7,3
Bornholm	Ja	0 / 5	0 (0)	0	(0-52)	0 / 0		
Herlev		0 / 0				50 / 242	21	
Hillerød	Ja	11 / 171	0 (0)	6,4	(3,3-11)	9 / 153	5,9	7,3
Hvidovre		0 / 0				29 / 159	18	
Sjælland	Ja	21 / 131	0 (0)	16	(10-23)	16 / 96	17	
Holbæk	Ja	7 / 63	0 (0)	11	(4,6-22)	7 / 43	16	
Slagelse	Nej	14 / 68	0 (0)	21	(12-32)	9 / 53	17	
Syddanmark	Ja	39 / 214	0 (0)	18	(13-24)	54 / 399	14	28
Esbjerg	Ja	6 / 54	0 (0)	11	(4,2-23)	7 / 71	9,9	17
Kolding	Nej	26 / 117	0 (0)	22	(15-31)	13 / 111	12	29
OUH		0 / 0				16 / 122	13	30
Sønderjylland	Ja	7 / 43	0 (0)	16	(6,8-31)	18 / 95	19	31
Midtjylland	Ja	94 / 622	0 (0)	15	(12-18)	100 / 684	15	15
Aarhus	Ja	18 / 183	0 (0)	9,8	(5,9-15)	26 / 197	13	11
Gødstrup	Ja	15 / 121	0 (0)	12	(7,1-20)	11 / 162	6,8	19
Horsens	Nej	24 / 92	0 (0)	26	(17-36)	36 / 124	29	19
Randers	Ja	24 / 139	0 (0)	17	(11-25)	17 / 111	15	8,9
Viborg	Ja	13 / 87	0 (0)	15	(8,2-24)	10 / 90	11	15
Nordjylland	Ja	34 / 187	0 (0)	18	(13-24)	46 / 229	20	20
Aalborg	Ja	16 / 131	0 (0)	12	(7,1-19)	29 / 159	18	15
Vendsyssel	Nej	18 / 56	0 (0)	32	(20-46)	17 / 70	24	29

	Antal	Årsag
Eksklusion:	908	Udgår: Primært evakueret
	492	Udgår: Ingen medicinsk behandlingskode registreret
	1.304	Udgår: Afdelingens indikatorresultat 2 er mindre end 50%

Kommentar til indikator 3

Datagrundlag

Indikatoren beskriver andelen af medicinsk behandlede 1. trimester missed abortion, som efterfølgende evakueres. Derfor indgår kun afdelinger med andel $\geq 50\%$ i indikator 2 (afdelinger hvor mindst halvdelen af 1. trimester missed abortion er blevet medicinsk koderegistreret) i beregning af indikator 3.

Resultater

Således indgår i år 15 ud af 22 afdelinger i indikator 3 med i alt 1.330 medicinsk behandlet 1. trimester missed abortion (1.304 kvinder ekskluderes pga. indikatorresultat $<50\%$ i indikator 2). Ud af disse er 15% (199) efterfølgende blevet evakueret. Den nyes standard på $<20\%$ er opfyldt på landsplan og for alle regioner. Fire afdelinger (Slagelse, Kolding, Horsens og Vendsyssel) opfylder ikke standarden. Bornholm er kun registreret med 5 Kvinder, som har en medicinsk behandlingskode efter 1. trimester missed abort og kan ikke meningsfuldt sammenlignes med de øvrige afdelinger. Det drastiske, fald siden 2017/18, synes at flade ud, og andelen på 15% har ligget nogenlunde stabilt i de seneste to opgørelsesperioder.

Diskussion og implikationer

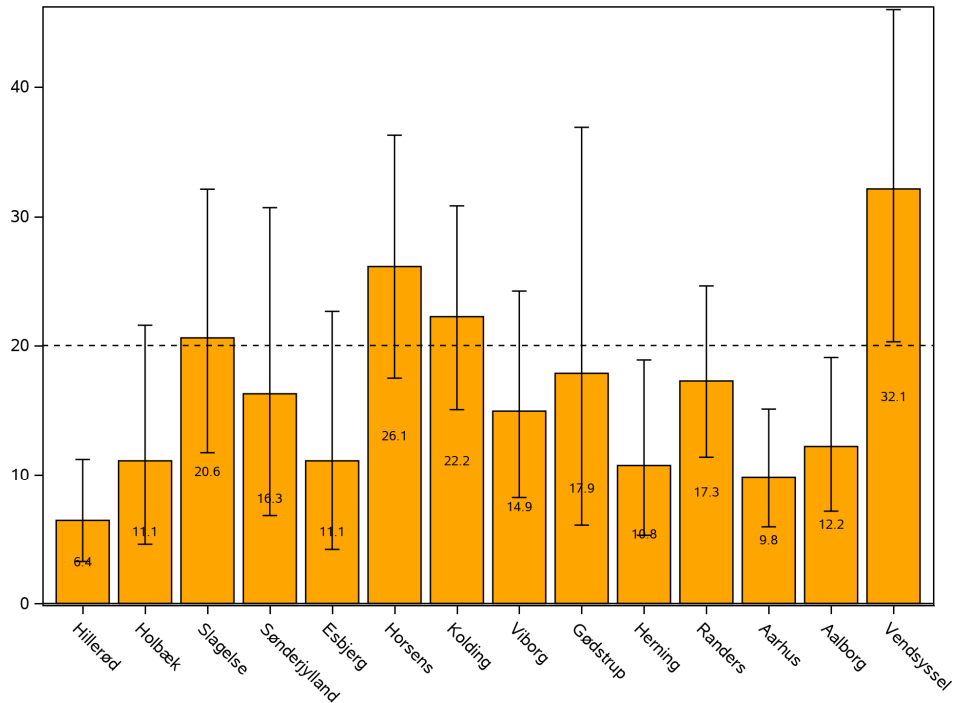
Godt eksempel på hvordan en enkelt videnskabelig publikation afstedkommer en ændret praksis, og at observations-data herefter bekræfter resultaterne af det primære randomiserede forsøg. Et fald i andelen af evakuerede på 33% siden 2018/19.

Sådan! Hillerød ligger lavest blandt alle indgåede afdelinger. Man må mistænke, at nogle af de afdelinger, som stadig ligger omkring de 25% i evak-rate, endnu ikke har implementeret brugen af antiprogesteron ved missed abortion.

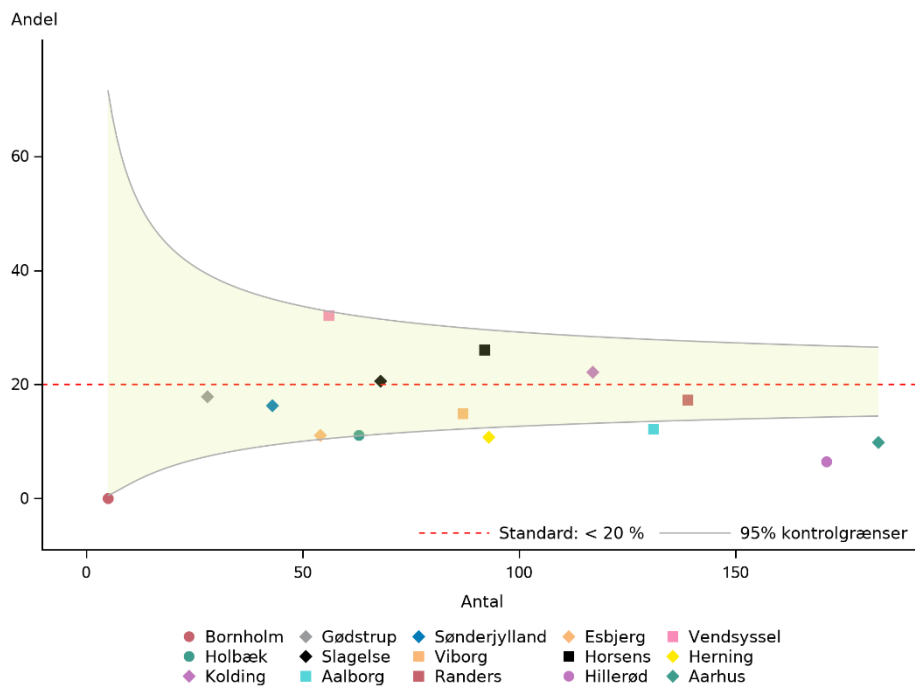
Vurdering af indikatoren

Indikatoren fastholdes og **standarden ændres til $<15\%$** .

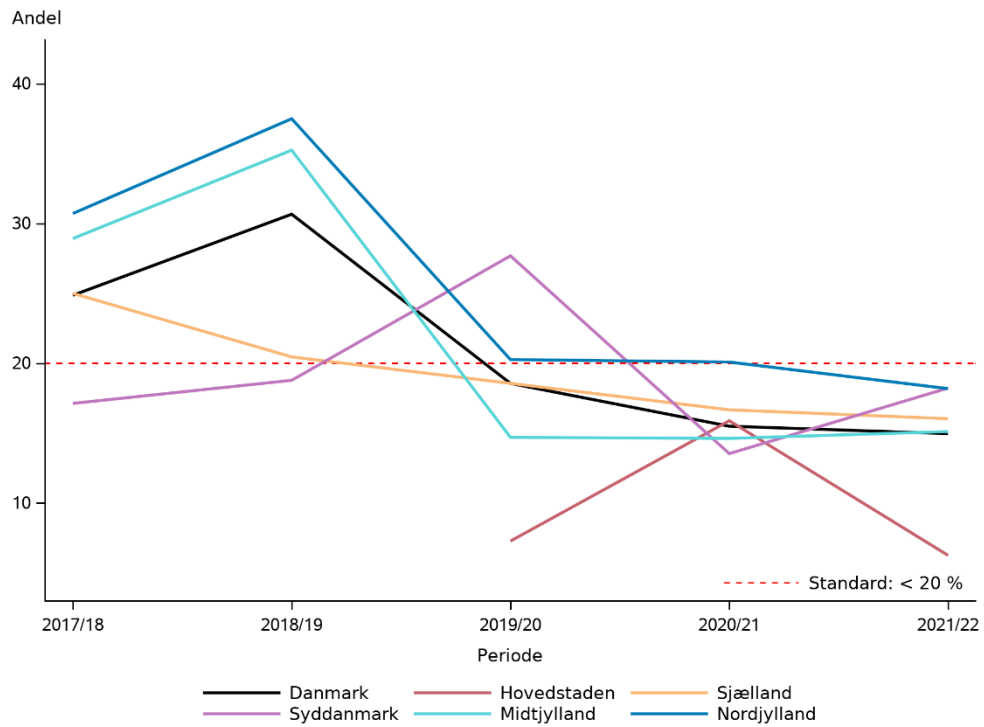
Indikator 3 vist grafisk på afdelingsniveau: Andel af medicinsk behandlede, som efterfølgende evakueres



Indikator 3: Andel af medicinsk behandlede, som efterfølgende evakueres. Funnelplot på afdelingsniveau.



Indikator 3: Andel af medicinsk behandlede, som efterfølgende evakueres. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 4: Evakuering af 2. trimester spontan abort

Andelen af kvinder med 2. trimester spontan abort, som evakueres.

Tæller: Alle i nævner registreret med en evakueringskode inden for 12 uger fra den primære diagnosekode

Nævner: Alle kvinder med spontan abort i 2. trimester (GA 12+0 til 21+6)

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	< 20% opfyldt			01.07.2021 - 30.06.2022	2020/21	2019/20	Andel	Andel
Danmark	Nej	79 / 308	0 (0)	26	(21-31)	124 / 442	28	29
Hovedstaden	Nej	35 / 142	0 (0)	25	(18-33)	54 / 188	29	28
Sjælland	Nej	15 / 47	0 (0)	32	(19-47)	15 / 49	31	27
Syddanmark	Nej	8 / 38	0 (0)	21	(9,6-37)	12 / 68	18	31
Midtjylland	Nej	18 / 66	0 (0)	27	(17-40)	31 / 108	29	29
Nordjylland	Nej	3 / 15	0 (0)	20	(4,3-48)	12 / 29	41	39
Hovedstaden	Nej	35 / 142	0 (0)	25	(18-33)	54 / 188	29	28
Bornholm						0 / 3	0	0
Herlev	Ja	7 / 42	0 (0)	17	(7,0-31)	17 / 65	26	36
Hillerød	Nej	5 / 24	0 (0)	21	(7,1-42)	5 / 30	17	22
Hvidovre	Nej	11 / 40	0 (0)	28	(15-44)	26 / 67	39	35
Rigshospitalet	Nej	12 / 36	0 (0)	33	(19-51)	6 / 23	26	6,7
Sjælland	Nej	15 / 47	0 (0)	32	(19-47)	15 / 49	31	27
Holbæk	Nej	##	0 (0)	29	(3,7-71)	6 / 16	38	33
Nykøbing F	Ja	##	0 (0)	14	(0,4-58)	0 / 5	0	20
Roskilde	Nej	6 / 19	0 (0)	32	(13-57)	6 / 14	43	42
Slagelse	Nej	6 / 14	0 (0)	43	(18-71)	3 / 14	21	18
Syddanmark	Nej	8 / 38	0 (0)	21	(9,6-37)	12 / 68	18	31
Esbjerg	Ja	0 / 7	0 (0)	0	(0-41)	3 / 10	30	17
Kolding	Nej	5 / 16	0 (0)	31	(11-59)	5 / 21	24	25
OUH	Nej	3 / 12	0 (0)	25	(5,5-57)	##	8,3	47
Sønderjylland	Ja	0 / 3	0 (0)	0	(0-71)	##	15	0
Midtjylland	Nej	18 / 66	0 (0)	27	(17-40)	31 / 108	29	29
Aarhus	Nej	11 / 32	0 (0)	34	(19-53)	21 / 66	32	31
Gødstrup	Ja	##	0 (0)	11	(0,3-48)	0 / 10	0	27
Horsens	Nej	4 / 10	0 (0)	40	(12-74)	5 / 15	33	20
Randers	Ja	0 / 6	0 (0)	0	(0-46)	##	17	25
Viborg	Nej	##	0 (0)	22	(2,8-60)	4 / 11	36	29
Nordjylland	Nej	3 / 15	0 (0)	20	(4,3-48)	12 / 29	41	39
Aalborg	Ja	##	0 (0)	10	(0,3-45)	5 / 13	38	40
Thisted						4 / 6	67	60
Vendsyssel	Nej	##	0 (0)	40	(5,3-85)	3 / 10	30	25

Ingen uoplyste.

Kommentar til indikator 4

Datagrundlag

Indikatoren beskriver andelen af kvinder med 2. trimester spontan abort (DO03), som evakueres. I beregningen indgår GA 12+0 til 21+6 (spontane aborter med ukendt GA indgår i opgørelsen af 1. trimester spontan abort).

Resultater

Den nye standard på <20% er med 26% hverken opfyldt på landsplan eller regionsniveau (20-32%), svarende til at 79 ud af 308 kvinder, der aborterede spontant i 2. trimester, blev evakueret. 7 afdelinger opfylder dog standarden, hvoraf kun 2 afdelinger (Herlev og Aalborg) har 10 eller flere i nævner. Det stabile fald fra 2017/18 (ca. 35%) til 26% i 2021/22 ses i alle regioner, undtagen Region Sjælland, hvor andelen er noget svingende. De små tal afspejles også i variationen på afdelingsniveau, som ligger på 0-43%.

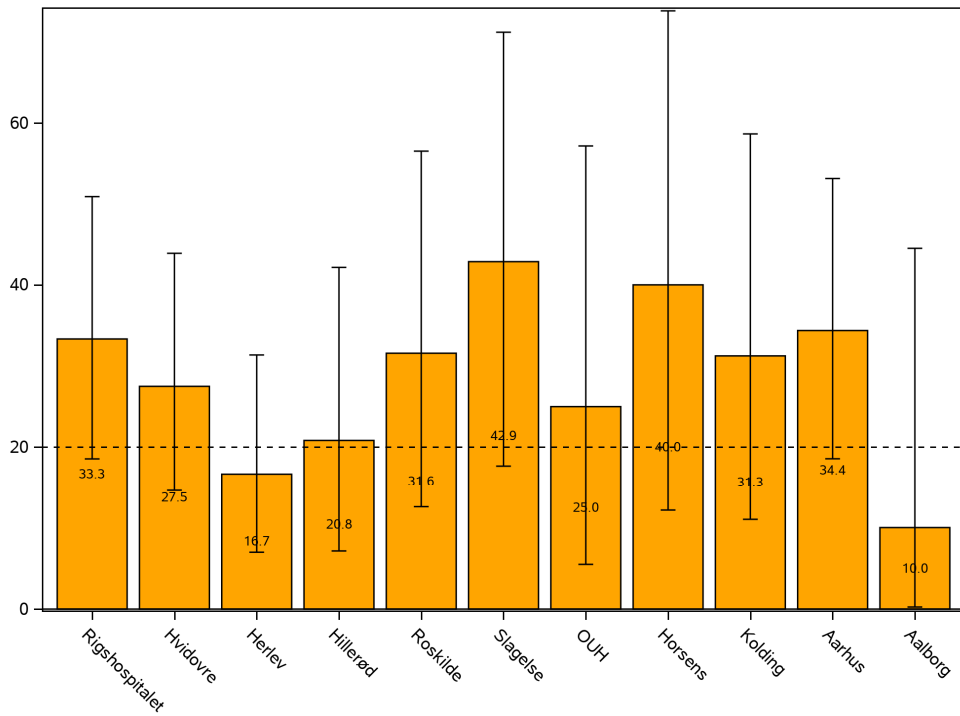
Diskussion og implikationer

Ikke de store ændringer gennem seneste år. Men vi har da bevæget os set over en længere årrække, fra 60% i 2001/02. Vi kan og bør stadig komme længere ned i evak-rate ved 2. trimester spontan abort.

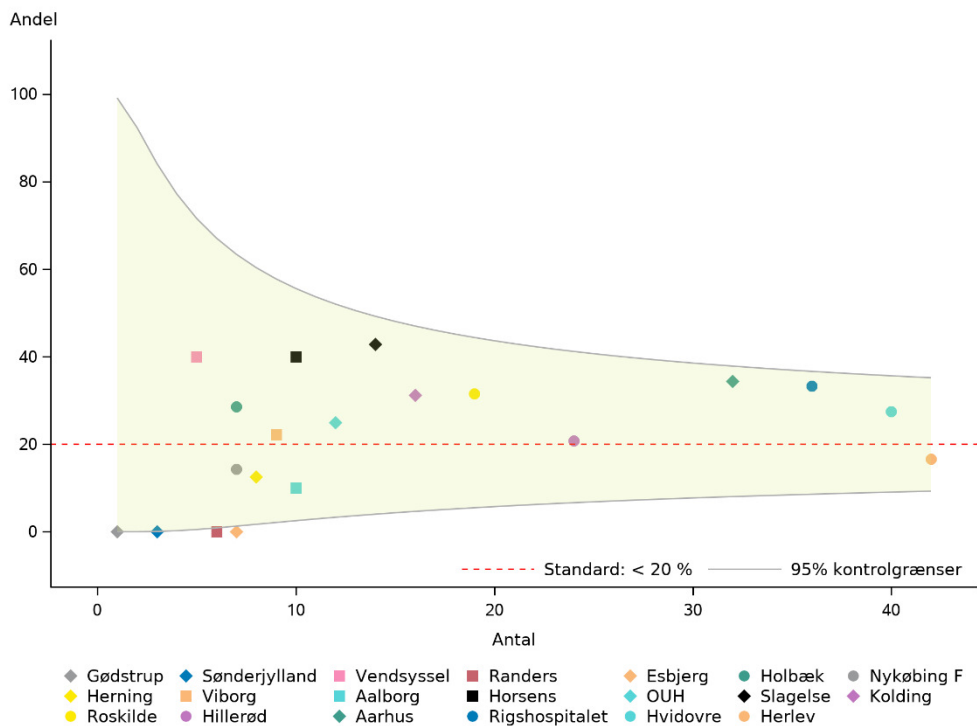
Vurdering af indikatoren

Fortsætter uændret. **Fremadrettet sættes standarden på landsplan til <25 %** (som for provokeret 2. trimester abort).

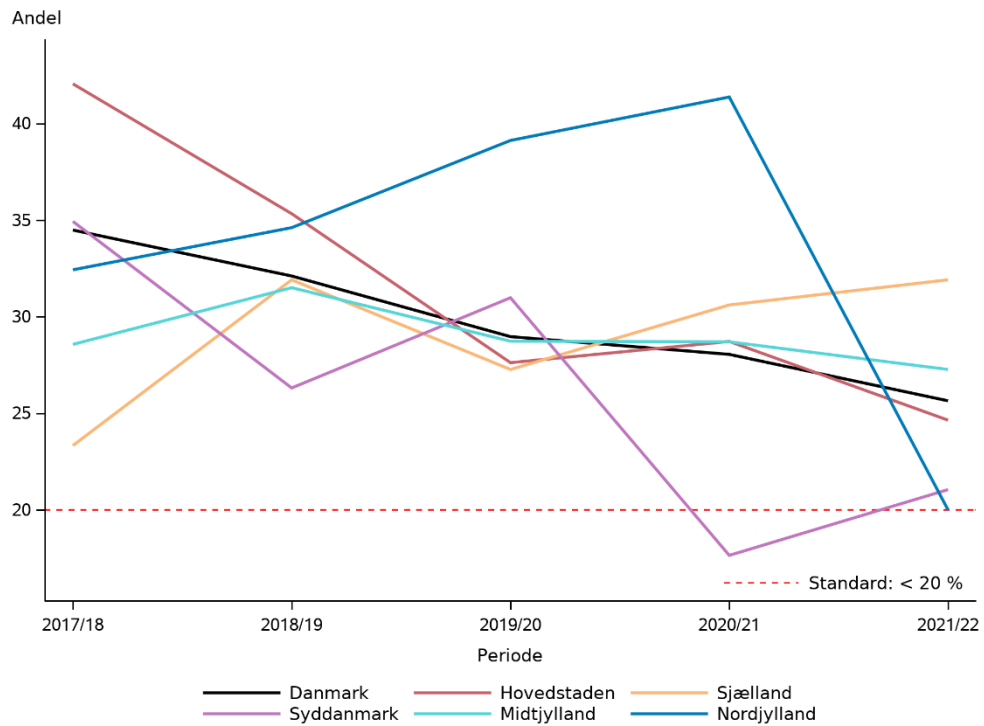
Indikator 4 vist grafisk på afdelingsniveau: Andel 2. trimester spontan abort som evakueres



Indikator 4: Andel 2. trimester spontan abort som evakueres. Funnelplot på afdelingsniveau.



Indikator 4: Andel 2. trimester spontan abort som evakueres. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 5a: Evakuering af 2. trimester missed abortion og provokeret abort

Andelen af 2. trimester med missed eller provokeret abort, som evakueres i **primære** kontakt.

Tæller: Kvinder, som er registreret med en evakueringskode i **primær kontakt**

Nævner: Kvinder, med 2. trimester missed abort (GA≤22+6) eller provokeret abort (GA 13+0 til 22+6 eller ukendt GA)

	Standard < 20% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.07.2021 - 30.06.2022		Tidligere år		
				Andel	95% CI	2020/21 Antal	Andel	2019/20 Andel
Danmark	Ja	123 / 924	0 (0)	13	(11-16)	145 / 1.032	14	17
Hovedstaden	Ja	49 / 403	0 (0)	12	(9,1-16)	58 / 458	13	13
Sjælland	Ja	14 / 117	0 (0)	12	(6,7-19)	18 / 116	16	13
Syddanmark	Ja	12 / 150	0 (0)	8,0	(4,2-14)	17 / 170	10	14
Midtjylland	Nej	39 / 184	0 (0)	21	(16-28)	35 / 201	17	28
Nordjylland	Ja	9 / 70	0 (0)	13	(6,1-23)	17 / 87	20	34
Hovedstaden	Ja	49 / 403	0 (0)	12	(9,1-16)	58 / 458	13	13
Bornholm	Nej	##	0 (0)	50	(1,3-99)	0 / 4	0	0
Herlev	Ja	13 / 99	0 (0)	13	(7,2-21)	17 / 123	14	16
Hillerød	Ja	13 / 98	0 (0)	13	(7,3-22)	9 / 92	9,8	17
Hvidovre	Ja	18 / 127	0 (0)	14	(8,6-21)	23 / 167	14	11
Rigshospitalet	Ja	4 / 77	0 (0)	5,2	(1,4-13)	9 / 72	13	12
Sjælland	Ja	14 / 117	0 (0)	12	(6,7-19)	18 / 116	16	13
Holbæk	Ja	##	0 (0)	3,8	(0,1-20)	5 / 30	17	9,5
Nykøbing F	Ja	##	0 (0)	11	(0,3-48)	5 / 21	24	12
Roskilde	Ja	6 / 43	0 (0)	14	(5,3-28)	6 / 37	16	15
Slagelse	Ja	6 / 39	0 (0)	15	(5,9-31)	##	7,1	14
Syddanmark	Ja	12 / 150	0 (0)	8,0	(4,2-14)	17 / 170	10	14
Esbjerg	Ja	##	0 (0)	6,9	(0,8-23)	6 / 32	19	22
Kolding	Ja	##	0 (0)	5,4	(0,7-18)	##	2,0	14
OUH	Ja	7 / 59	0 (0)	12	(4,9-23)	7 / 58	12	14
Sønderjylland	Ja	##	0 (0)	4,0	(0,1-20)	3 / 31	9,7	8,7
Midtjylland	Nej	39 / 184	0 (0)	21	(16-28)	35 / 201	17	28
Aarhus	Ja	11 / 63	0 (0)	17	(9,1-29)	15 / 82	18	26
Gødstrup	Nej	12 / 45	0 (0)	27	(15-42)	8 / 45	18	29
Horsens	Ja	3 / 18	0 (0)	17	(3,6-41)	3 / 29	10	38
Randers	Nej	9 / 31	0 (0)	29	(14-48)	3 / 25	12	28
Viborg	Ja	4 / 27	0 (0)	15	(4,2-34)	6 / 20	30	27
Nordjylland	Ja	9 / 70	0 (0)	13	(6,1-23)	17 / 87	20	34
Aalborg	Ja	8 / 44	0 (0)	18	(8,2-33)	16 / 59	27	49
Thisted	Ja	0 / 6	0 (0)	0	(0-46)	##	7,7	17
Vendsyssel	Ja	##	0 (0)	5,0	(0,1-25)	0 / 15	0	5,3

	Antal	Årsag
Eksklusion:	13	Udgår: GA >=23+0
	432	Udgår: Abort udført GA12+0 til 12+6

Kommentar til indikator 5

Datagrundlag

Indikatoren opgør andelen af 2. trimester medicinsk induceret provokeret abort (DO05) eller missed abort (DO020 og DO021), som indenfor 12 uger fra abortdatoen evakueres. Indikatoren er opdelt i to delindikatorer og opgør således aborter, som evakueres i enten den primære kontakt (5a) og/eller i sekundær kontakt (5b). En kvinde kan således indgå i opgørelsen som værende både primært og sekundært evakueret. I beregningen ekskluderes GA 12+0 til 12+6. Mangelfuld registrering af de medicinske behandlingskoder bevirker, at det på den baggrund ikke kan afgøres, om aborten er foretaget medicinsk. For GA 13+0 til 22+6 antages det, at aborten er medicinsk induceret. I opgørelsen af provokerede aborter indgår desuden ukendt GA, da disse implicit bør indgå i DO05 koden (fremkaldt abort efter udgangen af 12. graviditetsuge). Ukendt GA på missed abort er ekskluderet.

Resultater

I 2021/22 blev 924 kvinder registreret med 2. trimester medicinsk induceret provokeret eller missed abort. Af disse blev hhv. 13% (123) primært evakueret og/eller 21% (197) sekundært evakueret. Andelen af primært evakuerede er som forventet på niveau med 2020/21 og faldet sammenlignet med 2019/20 (18%). Dette skyldes delvist, at betydningen af "primære kontakter" er ændret med implementering af LPR3. Andelen af sekundære evakueringer er ligeledes på niveau med 2020/21 og faldet sammenlignet med 2019/20 (27%). Med en standard på <20% for begge indikatorer er denne opfyldt på landsplan og regionsniveau (fraset Region Midtjylland) for indikator 5a, mens standarden kun er opfyldt i tre regioner i indikator 5b. På regionsniveau varierer andelen af primære evakationer fra 8% (Region Syddanmark) til 21% (Region Midtjylland), mens andelen af sekundære evakueringer varierer fra 12% (Region Midtjylland) til 29% (Region Nordjylland). I **Fig. 2.7** (Appendiks 2, s. 78) har vi sammenholdt sammenhængen mellem primære og sekundære evacuatio-rate i perioden 2017/18-2021/22. Der ses en svag tendens til, at der er færre sekundære med flere primære evakueringer.

Diskussion og implikationer

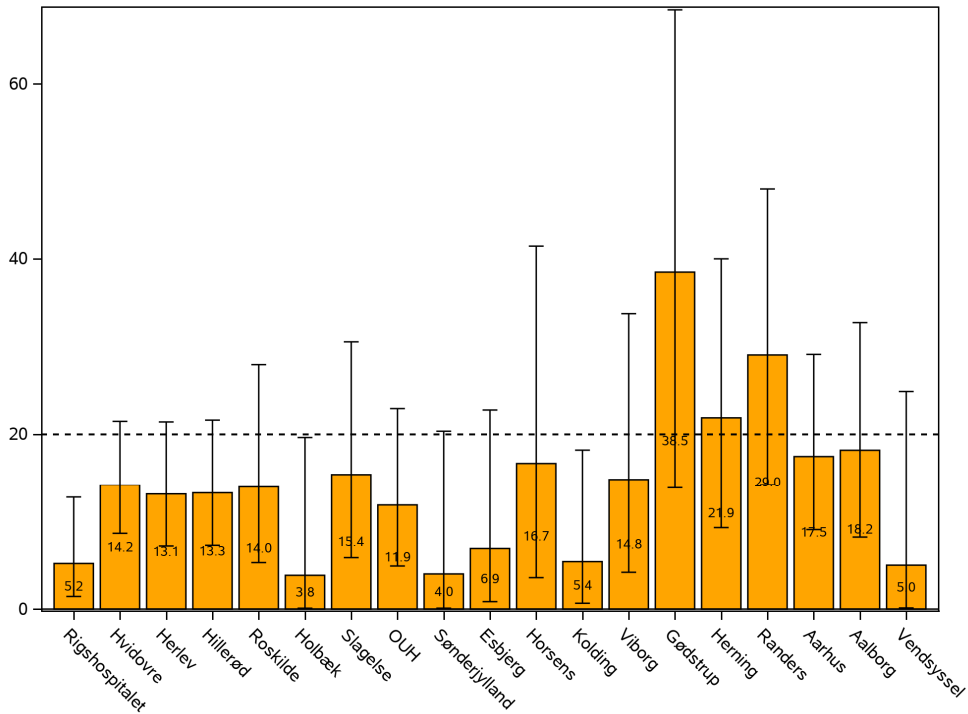
På landsplan bør vi operere med en evacuatio-rate ved 2. trimester provokeret og missed abortion på < 20% ved de primære indlæggelser og ligeledes på <20% for de sekundære evakuationer.

NOTE: Det bør sikres, at evakuatioerne, under de primære forløb, sker under selve den primære indlæggelse, og ikke inden for 12 uger.

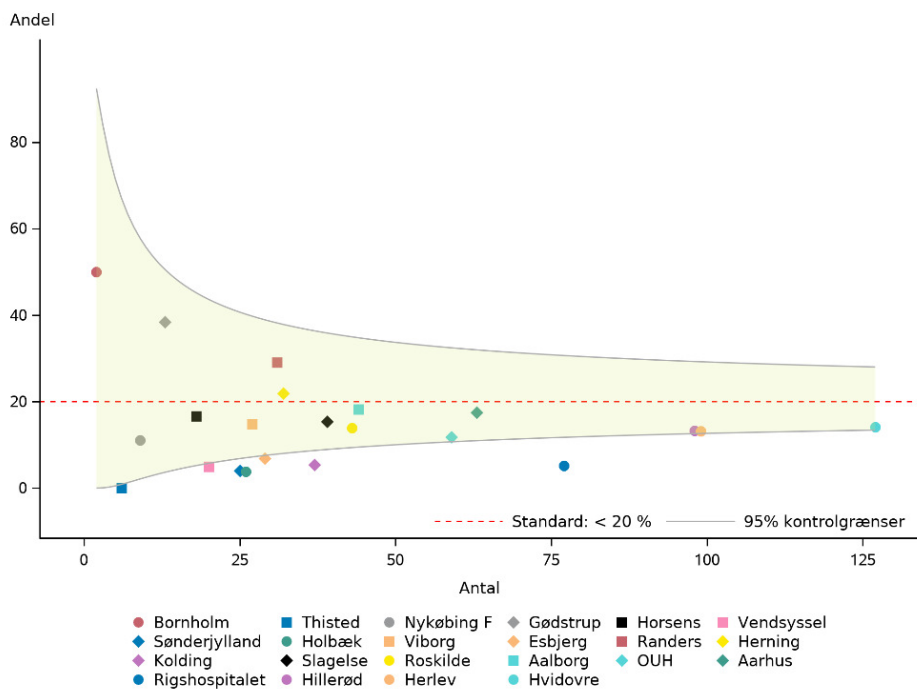
Vurdering af indikatoren

Bibeholdes opdelt, men med en **reduktion af standarden for de to indikatorer; 5a <15% og 5b <10%**.

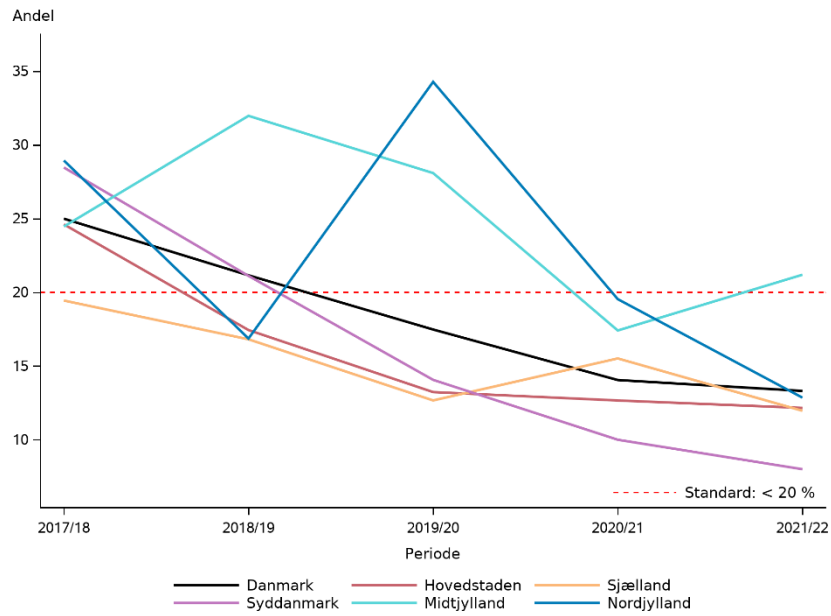
Indikator 5a vist grafisk på afdelingsniveau: Andel 2. trimester (13+0<=GA<=22+6) provokeret eller missed abort som evakueres på primær kontakt



Indikator 5a: Andel 2. trimester (13+0<=GA<=22+6) provokeret eller missed abort som evakueres på primær kontakt. Funnelploot på afdelingsniveau.



Indikator 5a: Andel 2. trimester (13+0<=GA<=22+6) provokeret eller missed abort som evakueres på primær kontakt. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 5b: Evakuering af 2. trimester missed abortion og provokeret abort

Andelen af 2. trimester med missed eller provokeret abort, som inden for 12 uger fra abortdatoen evakueres **sekundære** kontakt.

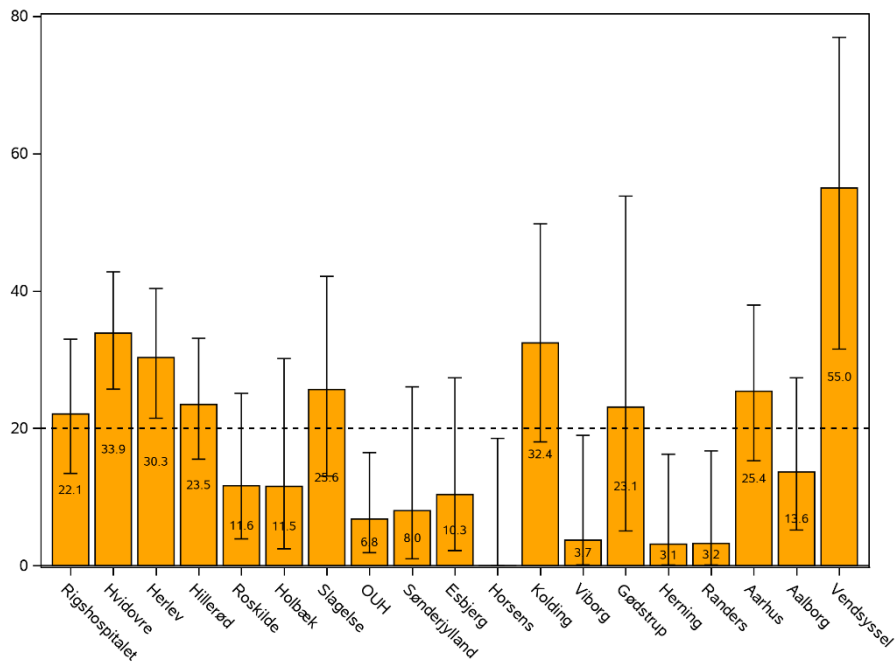
Tæller: Kvinder, som er registreret med en evakueringskode i **sekundære kontakt**

Nævner: Kvinder, med 2. trimester missed abort (GA≤22+6) eller provokeret abort (GA 13+0 til 22+6 eller ukendt GA)

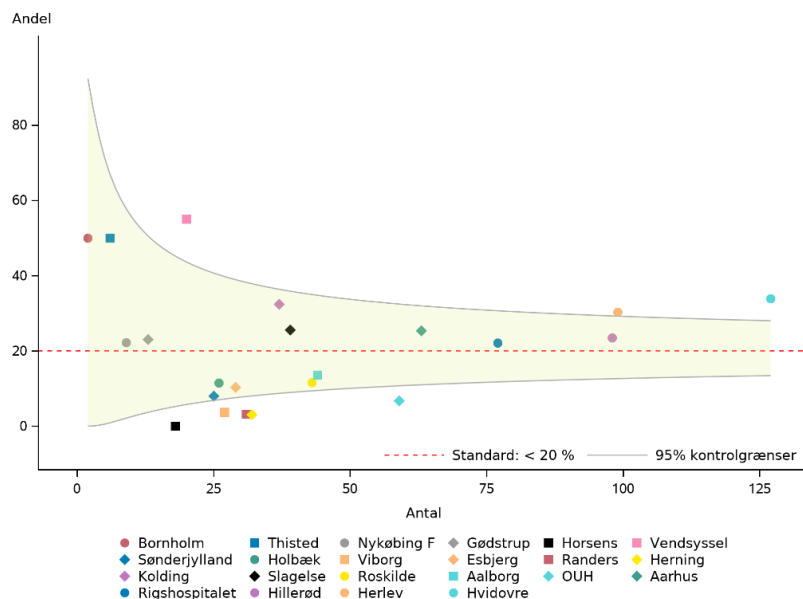
	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	< 20% opfyldt	Tæller/ nævner		01.07.2021 - 30.06.2022 Andel	95% CI	2020/21 Antal	2019/20 Andel	2019/20 Andel
Danmark	Nej	197 / 924	0 (0)	21	(19-24)	237 / 1.032	23	27
Hovedstaden	Nej	114 / 403	0 (0)	28	(24-33)	150 / 458	33	38
Sjælland	Ja	20 / 117	0 (0)	17	(11-25)	21 / 116	18	23
Syddanmark	Ja	21 / 150	0 (0)	14	(8,9-21)	17 / 170	10	13
Midtjylland	Ja	22 / 184	0 (0)	12	(7,6-18)	36 / 201	18	14
Nordjylland	Nej	20 / 70	0 (0)	29	(18-41)	13 / 87	15	16
Hovedstaden	Nej	114 / 403	0 (0)	28	(24-33)	150 / 458	33	38
Bornholm	Nej	## / ##	0 (0)	50	(1,3-99)	## / ##	50	20
Herlev	Nej	30 / 99	0 (0)	30	(21-40)	31 / 123	25	35
Hillerød	Nej	23 / 98	0 (0)	23	(15-33)	19 / 92	21	28
Hvidovre	Nej	43 / 127	0 (0)	34	(26-43)	72 / 167	43	46
Rigshospitalet	Nej	17 / 77	0 (0)	22	(13-33)	26 / 72	36	32
Sjælland	Ja	20 / 117	0 (0)	17	(11-25)	21 / 116	18	23
Holbæk	Ja	3 / 26	0 (0)	12	(2,4-30)	## / ##	6,7	21
Nykøbing F	Nej	## / ##	0 (0)	22	(2,8-60)	4 / 21	19	20
Roskilde	Ja	5 / 43	0 (0)	12	(3,9-25)	8 / 37	22	15
Slagelse	Nej	10 / 39	0 (0)	26	(13-42)	7 / 28	25	30
Syddanmark	Ja	21 / 150	0 (0)	14	(8,9-21)	17 / 170	10	13
Esbjerg	Ja	3 / 29	0 (0)	10	(2,2-27)	## / ##	3,1	17
Kolding	Nej	12 / 37	0 (0)	32	(18-50)	8 / 49	16	17
OUH	Ja	4 / 59	0 (0)	6,8	(1,9-16)	6 / 58	10	9,8
Sønderjylland	Ja	## / ##	0 (0)	8,0	(1,0-26)	## / ##	6,5	13
Midtjylland	Ja	22 / 184	0 (0)	12	(7,6-18)	36 / 201	18	14
Aarhus	Nej	16 / 63	0 (0)	25	(15-38)	21 / 82	26	14
Gødstrup	Ja	4 / 45	0 (0)	8,9	(2,5-21)	7 / 45	16	6,1
Horsens	Ja	0 / 18	0 (0)	0	(0-19)	## / ##	6,9	4,8
Randers	Ja	## / ##	0 (0)	3,2	(0,1-17)	6 / 25	24	20
Viborg	Ja	## / ##	0 (0)	3,7	(0,1-19)	0 / 20	0	30
Nordjylland	Nej	20 / 70	0 (0)	29	(18-41)	13 / 87	15	16
Aalborg	Ja	6 / 44	0 (0)	14	(5,2-27)	5 / 59	8,5	8,9
Thisted	Nej	3 / 6	0 (0)	50	(12-88)	## / ##	15	17
Vendsyssel	Nej	11 / 20	0 (0)	55	(32-77)	6 / 15	40	32

	Antal	Årsag
Eksklusion:	13	Udgår: GA >=23+0
	432	Udgår: Abort udført GA12+0 til 12+6

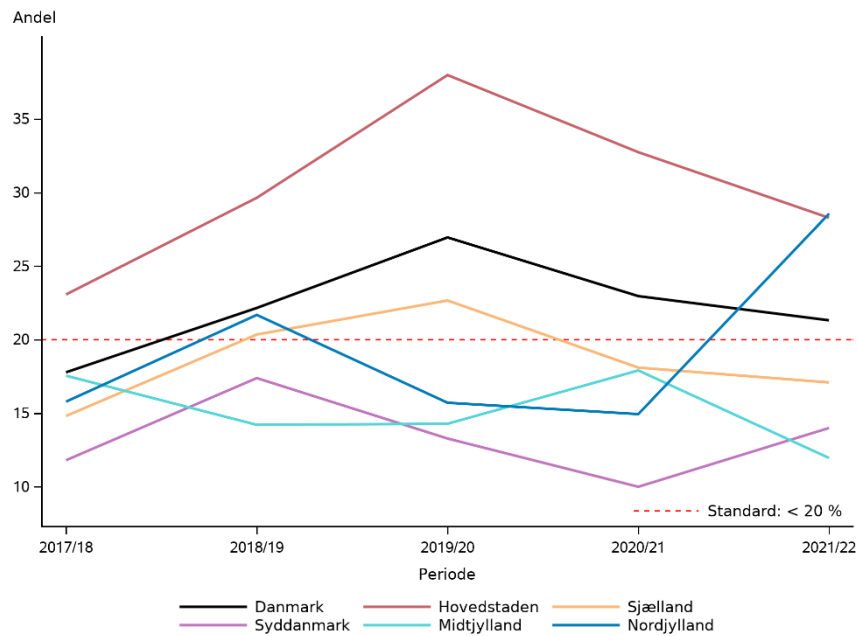
Indikator 5b vist grafisk på afdelingsniveau: Andel 2. trimester (13+0<=GA<=22+6) provokeret eller missed abort som evakueres på sekundær kontakt



Indikator 5b: Andel 2. trimester (13+0<=GA<=22+6) provokeret eller missed abort som evakueres på sekundær kontakt. Funnelplot på afdelingsniveau.



Indikator 5b: Andel 2. trimester (13+0<=GA<=22+6) provokeret eller missed abort som evakueres på sekundær kontakt. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 6: Operation af ekstrauterin graviditet

Andelen af ekstrauterine graviditeter, som opereres inden for 4 uger (uanset om operationen er foregået i primære eller sekundære kontakt).

Tæller: Kvinder registreret med en operationskode inden for 4 uger fra den primære diagnose.

Nævner: Kvinder, med svangerskab uden for livmoderen (GA 4+0 til 22+6 og ukendt GA)

	Standard < 70% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				01.07.2021 - 30.06.2022 Andel	95% CI	2020/21 Antal	Andel	2019/20 Andel
Danmark	Ja	612 / 883	0 (0)	69	(66-72)	719 / 988	73	72
Hovedstaden	Nej	253 / 358	0 (0)	71	(66-75)	272 / 384	71	72
Sjælland	Ja	84 / 121	0 (0)	69	(60-77)	72 / 100	72	78
Syddanmark	Ja	86 / 140	0 (0)	61	(53-70)	135 / 190	71	66
Midtjylland	Nej	144 / 190	0 (0)	76	(69-82)	178 / 230	77	72
Nordjylland	Ja	45 / 74	0 (0)	61	(49-72)	62 / 84	74	78
Hovedstaden	Nej	253 / 358	0 (0)	71	(66-75)	272 / 384	71	72
Bornholm		0 / 0				4 / 6	67	100
Herlev	Ja	69 / 99	0 (0)	70	(60-79)	77 / 119	65	70
Hillerød	Nej	49 / 66	0 (0)	74	(62-84)	63 / 83	76	70
Hvidovre	Nej	99 / 137	0 (0)	72	(64-80)	91 / 121	75	72
Rigshospitalet	Ja	36 / 56	0 (0)	64	(50-77)	37 / 55	67	74
Sjælland	Ja	84 / 121	0 (0)	69	(60-77)	72 / 100	72	78
Holbæk	Ja	16 / 26	0 (0)	62	(41-80)	14 / 22	64	78
Nykøbing F	Nej	19 / 26	0 (0)	73	(52-88)	14 / 17	82	71
Roskilde	Ja	24 / 37	0 (0)	65	(47-80)	16 / 29	55	73
Slagelse	Nej	25 / 32	0 (0)	78	(60-91)	28 / 32	88	84
Syddanmark	Ja	86 / 140	0 (0)	61	(53-70)	135 / 190	71	66
Esbjerg	Nej	16 / 19	0 (0)	84	(60-97)	19 / 24	79	84
Kolding	Ja	30 / 50	0 (0)	60	(45-74)	44 / 62	71	61
OUH	Ja	32 / 53	0 (0)	60	(46-74)	54 / 67	81	65
Sønderjylland	Ja	8 / 18	0 (0)	44	(22-69)	18 / 37	49	55
Midtjylland	Nej	144 / 190	0 (0)	76	(69-82)	178 / 230	77	72
Aarhus	Nej	52 / 58	0 (0)	90	(79-96)	62 / 75	83	77
Gødstrup	Nej	31 / 43	0 (0)	72	(56-85)	36 / 46	78	73
Horsens	Nej	23 / 32	0 (0)	72	(53-86)	30 / 39	77	91
Randers	Nej	19 / 25	0 (0)	76	(55-91)	25 / 32	78	55
Viborg	Ja	19 / 32	0 (0)	59	(41-76)	25 / 38	66	65
Nordjylland	Ja	45 / 74	0 (0)	61	(49-72)	62 / 84	74	78
Aalborg	Ja	30 / 54	0 (0)	56	(41-69)	41 / 55	75	87
Thisted	Ja	## / #	0 (0)	50	(6,8-93)	4 / 9	44	33
Vendsyssel	Nej	13 / 16	0 (0)	81	(54-96)	17 / 20	85	83

	Antal	Årsag
Eksklusion:	28	Udgår: GA < 4+0

Kommentar til indikator 6

Datagrundlag

Ved overgang til LPR3 er definitionen af indikatoren ændret, så alle kvinder, med en operationskode inden for 4 uger fra den primære diagnose, inkluderes i tæller, uanset om operationen er foregået i primære eller sekundære kontakt og uanset afdeling (f.eks. er flere registreret på kirurgiske afdelinger).

Resultater

Landsresultatet opfylder med 69% netop standarden på <70%. Således blev der registreret 883 ekstrauterine graviditeter (med GA \geq 4+0 til 22+6) i 2021/22, hvor af 612 blev opereret inden for 4 uger fra den primære diagnose. Region Hovedstaden, som behandler omkring 40% af alle de ekstrauterine graviditeter i Danmark, opfylder med en andel på 71% netop ikke standarden, mens Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Nordjylland opfylder standarden. 11 ud af 22 afdelinger opfylder standarden, mens 10 afdelinger ikke opfylder. Der ses stor variation på afdelingsniveau, hvor der også skal tages højde for afdelinger med meget lille patientgrundlag. Det ser ud som om, at kurven nu er knækket, og at andelen, som opereres, er faldende.

Diskussion og implikationer

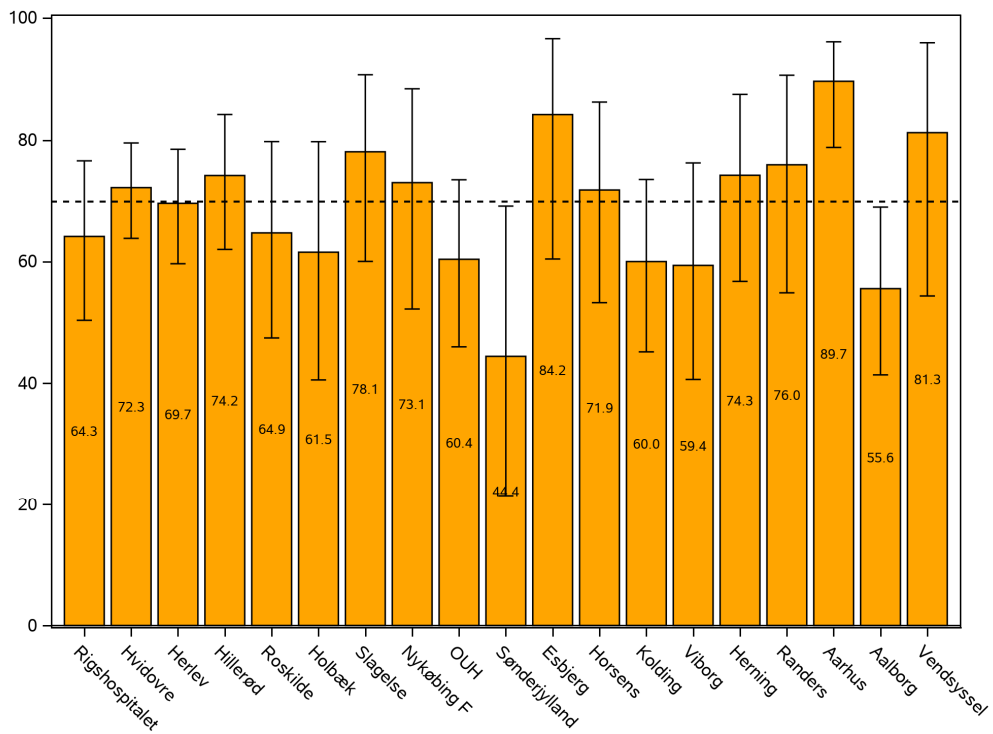
Ser overordnet fornuftigt ud, men der er stadigvæk et pænt spænd i afdelingernes praksis. Det ville være interessant at vide, om de færre opererede skyldes, at flere nu bliver behandlet med methotrexat, eller om vi blot ekspekterer lidt flere. Så kod venligst de medicinsk behandlede!! Da vi også anbefaler, at PUL udfases (DO022), vil flere ikke opererede ekstrauterine graviditeter fremadrettet være inkluderet. Derfor fastholdes standarden.

Bemærk også, at der nu er etableret en specifik kode for tubotomi ved ekstrauterin graviditet (KLBC21) og for salpingectomi (KLBE01)

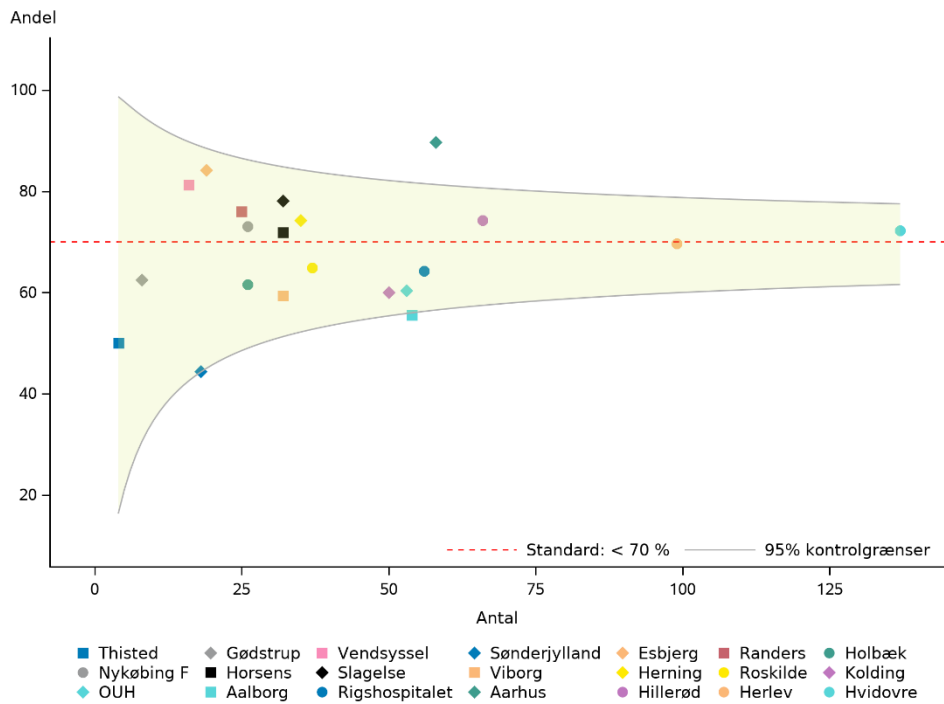
Vurdering af indikatoren

Vi vil foreløbig bibeholde denne indikator.

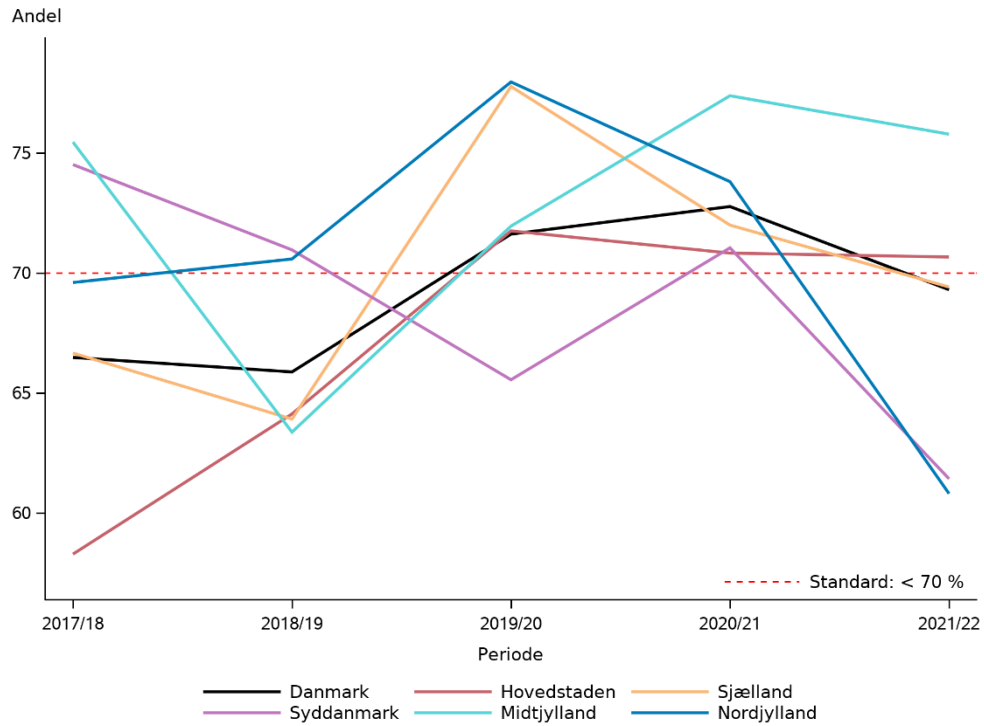
Indikator 6 vist grafisk på afdelingsniveau: Andel ekstruterin graviditet, som opereres indenfor 4 uger



Indikator 6: Andel ekstruterin graviditet, som opereres indenfor 4 uger. Funnelploot på afdelingsniveau.



Indikator 6: Andel ekstrauterin graviditet, som opereres indenfor 4 uger. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 7: Medicinsk behandling af 1. trimester provokeret abort

Indikatoren beskriver andelen af 1. trimester provokerede aborter, som behandles primært medicinsk.

Tæller: Kvinder, hvor aborten er foretaget primært medicinsk

Nævner: Kvinder, der har fået provokeret abort i 1. trimester (GA<12+6 og ukendt GA)

	Standard opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		2019/20
				01.07.2021 - 30.06.2022	2020/21	2020/21	Andel	
Danmark		10.291 / 12.399	0 (0)	83	(82-84)	11.752 / 13.678	86	85
Hovedstaden		4.058 / 4.779	0 (0)	85	(84-86)	4.747 / 5.347	89	89
Sjælland		1.520 / 1.876	0 (0)	81	(79-83)	1.650 / 1.951	85	81
Syddanmark		1.654 / 2.038	0 (0)	81	(79-83)	1.956 / 2.405	81	79
Midtjylland		2.271 / 2.717	0 (0)	84	(82-85)	2.370 / 2.724	87	86
Nordjylland		788 / 989	0 (0)	80	(77-82)	1.029 / 1.251	82	80
Hovedstaden		4.058 / 4.779	0 (0)	85	(84-86)	4.747 / 5.347	89	89
Bornholm		31 / 34	0 (0)	91	(76-98)	10 / 10	100	89
Herlev		174 / 269	0 (0)	65	(59-70)	210 / 256	82	86
Hillerød		136 / 251	0 (0)	54	(48-60)	142 / 274	52	49
Hvidovre		256 / 621	0 (0)	41	(37-45)	331 / 654	51	52
Rigshospitalet		70 / 175	0 (0)	40	(33-48)	78 / 147	53	47
Øvrige, Region Hovedstaden		3.391 / 3.429	0 (0)	99	(98-99)	3.976 / 4.006	99	99
Sjælland		1.520 / 1.876	0 (0)	81	(79-83)	1.650 / 1.951	85	81
Holbæk		209 / 268	0 (0)	78	(73-83)	245 / 276	89	83
Nykøbing F		128 / 243	0 (0)	53	(46-59)	149 / 238	63	60
Roskilde		122 / 154	0 (0)	79	(72-85)	102 / 140	73	67
Slagelse		213 / 347	0 (0)	61	(56-67)	202 / 343	59	60
Øvrige, Region Sjælland		848 / 864	0 (0)	98	(97-99)	952 / 954	100	100
Syddanmark		1.654 / 2.038	0 (0)	81	(79-83)	1.956 / 2.405	81	79
Esbjerg		326 / 411	0 (0)	79	(75-83)	338 / 444	76	76
Kolding		198 / 337	0 (0)	59	(53-64)	377 / 507	74	69
OUH		214 / 351	0 (0)	61	(56-66)	386 / 575	67	66
Sønderjylland		186 / 200	0 (0)	93	(89-96)	266 / 287	93	99
Øvrige, Region Syddanmark		730 / 739	0 (0)	99	(98-99)	589 / 592	99	99
Midtjylland		2.271 / 2.717	0 (0)	84	(82-85)	2.370 / 2.724	87	86
Aarhus		7 / 11	0 (0)	64	(31-89)	4 / 12	33	70
Gødstrup		356 / 443	0 (0)	80	(76-84)	362 / 447	81	87
Horsens		314 / 412	0 (0)	76	(72-80)	274 / 335	82	85
Randers		696 / 915	0 (0)	76	(73-79)	860 / 1.022	84	81
Viborg		266 / 302	0 (0)	88	(84-92)	236 / 271	87	79
Øvrige, Region Midtjylland		632 / 634	0 (0)	100	(99-100)	634 / 637	100	100
Nordjylland		788 / 989	0 (0)	80	(77-82)	1.029 / 1.251	82	80
Aalborg		407 / 543	0 (0)	75	(71-79)	588 / 735	80	76
Thisted		72 / 86	0 (0)	84	(74-91)	84 / 106	79	76
Vendsyssel		180 / 225	0 (0)	80	(74-85)	276 / 323	85	87
Øvrige, Region Nordjylland		129 / 135	0 (0)	96	(91-98)	81 / 87	93	96

	Antal	Årsag
Eksklusion:	13	Udgår: Ikke 1. trimester abort
	1	Udgår: Speciallæge med ukendt region

Kommentar til indikator 7

Datagrundlag

Indikatoren omhandler andelen af 1. trimester provokerede aborter (DO04 og DO06), som behandles primært medicinsk. I beregningen indgår kvinder med GA $\leq 12+6$ samt ukendt GA. Indberetninger fra speciallægepraksis, allokeres samlet under "Øvrige" i de respektive regioner i indikatortabellen. Ydernumre, som ikke kan allokeres til en bestemt region, ekskluderes i beregningen.

Algoritme til at skelne medicinske fra kirurgiske provokerede 1. trimester aborter ses i Appendiks 9, s. 111. DO04, uden tilknyttet behandlingskode eller operationskode, indgår i beregningerne som medicinsk induceret abort. Disse blev tidligere defineret som fortrudt abort.

Resultater

Af de 12.399 registrerede provokerede 1. trimester aborter blev 83% (10.291) foretaget primært medicinsk. I 2019/20 og 2020/21 var andelen hhv. 85% og 86%. På regionsniveau varierer andelen fra 80% (Region Nordjylland) til 85% (Region Hovedstaden). Andelen af de medicinsk behandlede 1. trimester provokerede aborter har været støt stigende siden 2017/2018, men i nuværende opgørelsesperiode ses et lille fald.

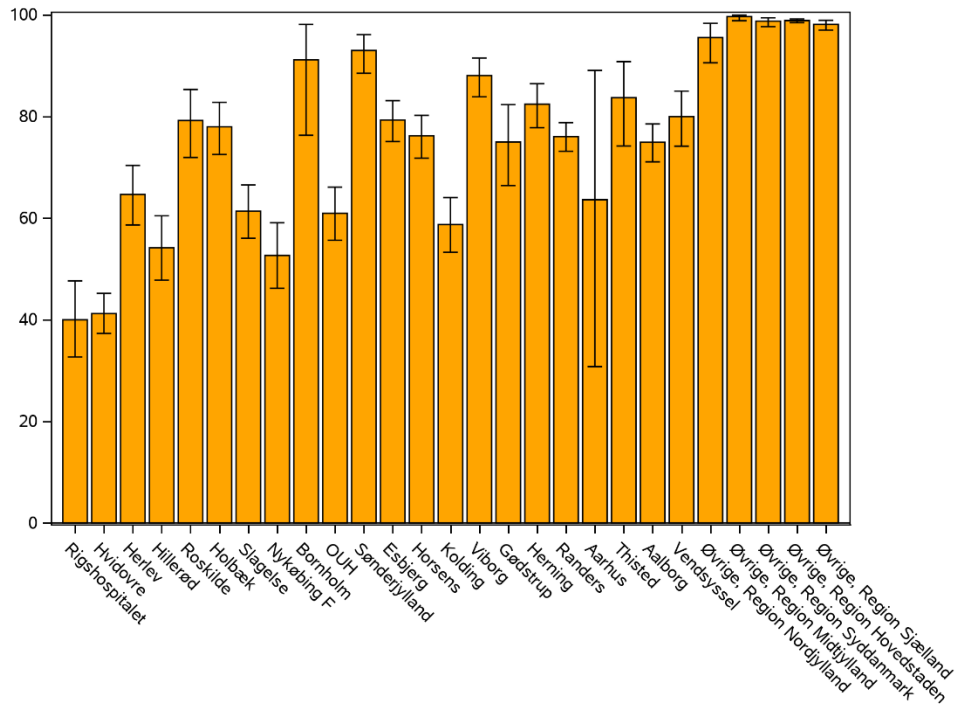
Diskussion og implikationer

Som det fremgår, giver det ikke længere stor mening at opgøre de enkelte afdelinger, fordi så mange af de medicinske aborter varetages af de praktiserende speciallæger. Så vi vil fremover alene opgøre denne indikator på regionsbasis for Region Hovedstaden, og Region Sjælland. I Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark vil vi fortsat opgøre indikatoren på afdelingsniveau.

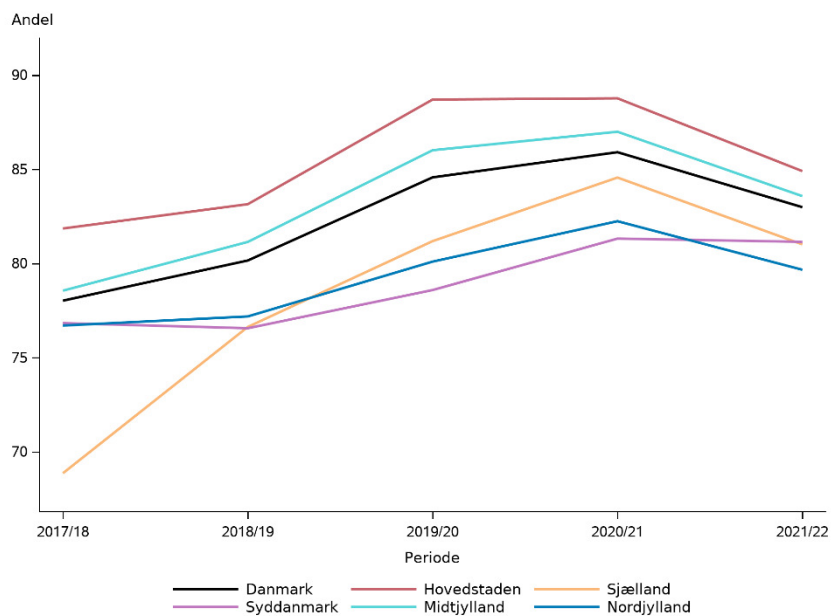
Vurdering af indikatoren

Bestemt en relevant indikator, blot ikke på afdelingsniveau. **Standard på regionsniveau sættes fremadrettet til >80%.**

Indikator 7 vist grafisk på afdelingsniveau: Andel 1. trimester provokeret abort, som behandles primært medicinsk



Indikator 7: Andel 1. trimester provokeret abort, som behandles primært medicinsk. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 8: 1. trimester provokeret abort før 8 uger

Andelen af 1. trimester provokeret aborter, som gennemføres før uge 8 (GA \leq 7+6).

Tæller: Kvinder i nævner med GA \leq 7+6

Nævner: Kvinder, der har fået provokeret abort i 1. trimester (GA $<$ 12+6 og ukendt GA)

	Standard > 50% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.07.2021 - 30.06.2022		Tidligere år 2020/21		2019/20 Andel
				Andel	95% CI	Antal	Andel	
Danmark	Ja	9.794 / 12.399	0 (0)	79	(78-80)	11.035 / 13.678	81	79
Hovedstaden	Ja	3.988 / 4.779	0 (0)	83	(82-84)	4.616 / 5.347	86	85
Sjælland	Ja	1.399 / 1.876	0 (0)	75	(73-77)	1.512 / 1.951	77	72
Syddanmark	Ja	1.539 / 2.038	0 (0)	76	(74-77)	1.804 / 2.405	75	71
Midtjylland	Ja	2.120 / 2.717	0 (0)	78	(76-80)	2.168 / 2.724	80	80
Nordjylland	Ja	748 / 989	0 (0)	76	(73-78)	935 / 1.251	75	73
Hovedstaden	Ja	3.988 / 4.779	0 (0)	83	(82-84)	4.616 / 5.347	86	85
Bornholm	Ja	27 / 34	0 (0)	79	(62-91)	9 / 10	90	78
Herlev	Ja	153 / 269	0 (0)	57	(51-63)	179 / 256	70	63
Hillerød	Nej	111 / 251	0 (0)	44	(38-51)	125 / 274	46	47
Hvidovre	Nej	288 / 621	0 (0)	46	(42-50)	328 / 654	50	49
Rigshospitalet	Nej	82 / 175	0 (0)	47	(39-55)	86 / 147	59	44
Øvrige, Region Hovedstaden	Ja	3.327 / 3.429	0 (0)	97	(96-98)	3.889 / 4.006	97	96
Sjælland	Ja	1.399 / 1.876	0 (0)	75	(73-77)	1.512 / 1.951	77	72
Holbæk	Ja	180 / 268	0 (0)	67	(61-73)	187 / 276	68	59
Nykøbing F	Nej	115 / 243	0 (0)	47	(41-54)	141 / 238	59	55
Roskilde	Ja	91 / 154	0 (0)	59	(51-67)	91 / 140	65	54
Slagelse	Ja	181 / 347	0 (0)	52	(47-58)	163 / 343	48	45
Øvrige, Region Sjælland	Ja	832 / 864	0 (0)	96	(95-97)	930 / 954	97	96
Syddanmark	Ja	1.539 / 2.038	0 (0)	76	(74-77)	1.804 / 2.405	75	71
Esbjerg	Ja	303 / 411	0 (0)	74	(69-78)	301 / 444	68	67
Kolding	Ja	181 / 337	0 (0)	54	(48-59)	340 / 507	67	62
OUH	Ja	226 / 351	0 (0)	64	(59-69)	392 / 575	68	64
Sønderjylland	Ja	127 / 200	0 (0)	64	(56-70)	197 / 287	69	69
Øvrige, Region Syddanmark	Ja	702 / 739	0 (0)	95	(93-96)	574 / 592	97	97
Midtjylland	Ja	2.120 / 2.717	0 (0)	78	(76-80)	2.168 / 2.724	80	80
Aarhus	Ja	7 / 11	0 (0)	64	(31-89)	3 / 12	25	60
Gødstrup	Ja	312 / 443	0 (0)	70	(66-75)	311 / 447	70	79
Horsens	Ja	293 / 412	0 (0)	71	(66-75)	249 / 335	74	71
Randers	Ja	663 / 915	0 (0)	72	(69-75)	780 / 1.022	76	76
Viborg	Ja	227 / 302	0 (0)	75	(70-80)	212 / 271	78	75
Øvrige, Region Midtjylland	Ja	618 / 634	0 (0)	97	(96-99)	613 / 637	96	97
Nordjylland	Ja	748 / 989	0 (0)	76	(73-78)	935 / 1.251	75	73
Aalborg	Ja	389 / 543	0 (0)	72	(68-75)	549 / 735	75	72
Thisted	Ja	60 / 86	0 (0)	70	(59-79)	75 / 106	71	69
Vendsyssel	Ja	166 / 225	0 (0)	74	(68-79)	224 / 323	69	72
Øvrige, Region Nordjylland	Ja	133 / 135	0 (0)	99	(95-100)	87 / 87	100	96

	Antal	Årsag
Eksklusion:	13	Udgår: Ikke 1. trimester abort
	1	Udgår: Speciallæge med ukendt region

Kommentar til indikator 8

Datagrundlag

Indikatoren omfatter 1. trimester provokerede aborter (DO04 og DO06). I beregningen indgår kvinder med GA $\leq 12+6$ og ukendt GA. Ydernumre, som ikke kan allokeres til en bestemt region, ekskluderes i beregningen.

Resultater

Af de 12.399 registrerede 1. trimester provokerede aborter, blev 79% (9.794) foretaget før 8 uger (GA $\leq 7+6$). Dette er på niveau med 2019/20 (79%), men lidt lavere end 2020/21 (81%). Andelen ligger fortsat pænt over standarden på $>50\%$. Alle regioner opfylder standarden, mens fire afdelinger ligger under standarden (Hillerød, Hvidovre, Rigshospitalet, Slagelse og Nykøbing F.). For enkelte afdelinger indgår der kun få patientforløb i enten tæller eller nævner. For Aarhus skyldes det lave antal for eksempel, at de abortsøgende henvises til Randers og Horsens.

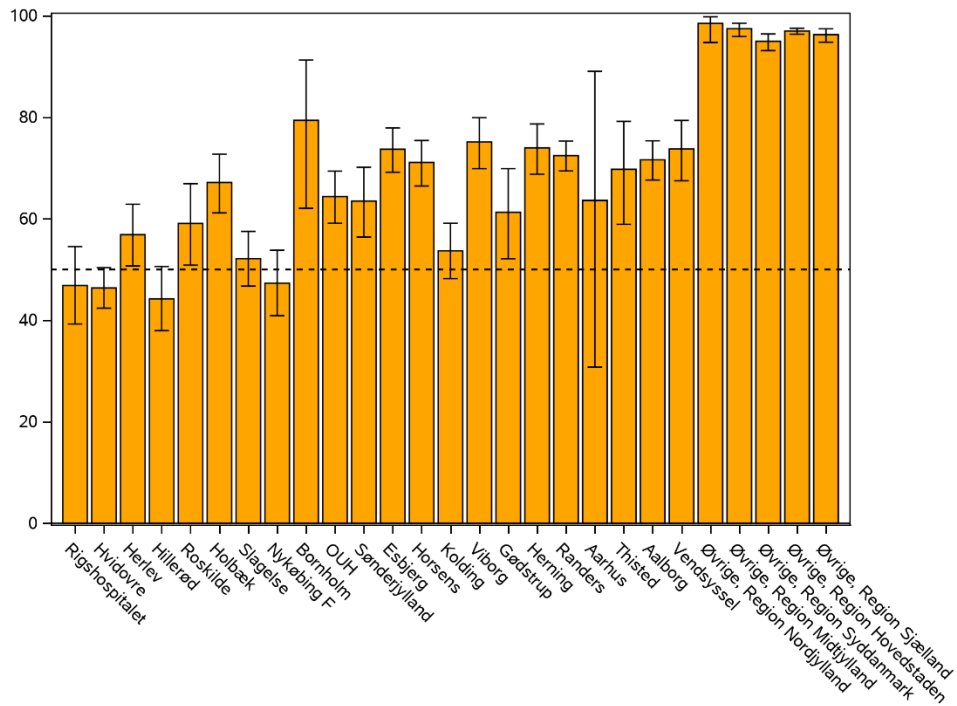
Diskussion og implikationer

Da langt hovedparten af især de tidlige medicinske aborter varetages i speciallægepraksis (især i Region Hovedstaden), vil vi fremover kun opgøre denne indikator på regionsplan i Region Hovedstaden og Region Sjælland.

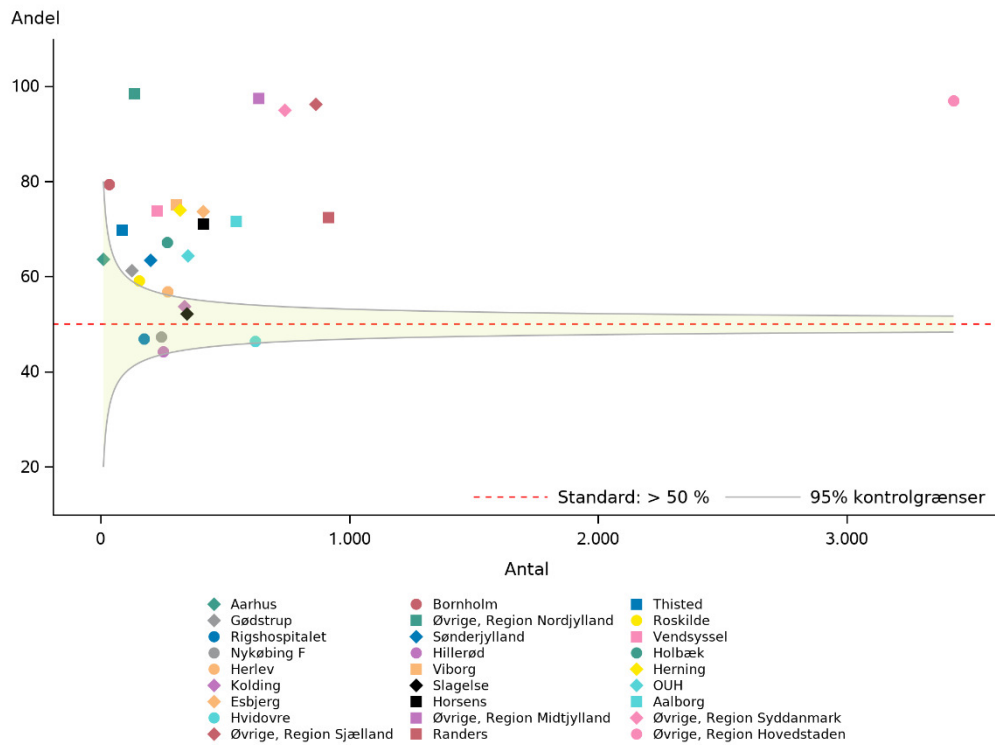
Vurdering af indikatoren

Bestemt en relevant indikator, men den bør opgøres på regionsplan, fremover. **Standarden øges fremadrettet til $>70\%$.**

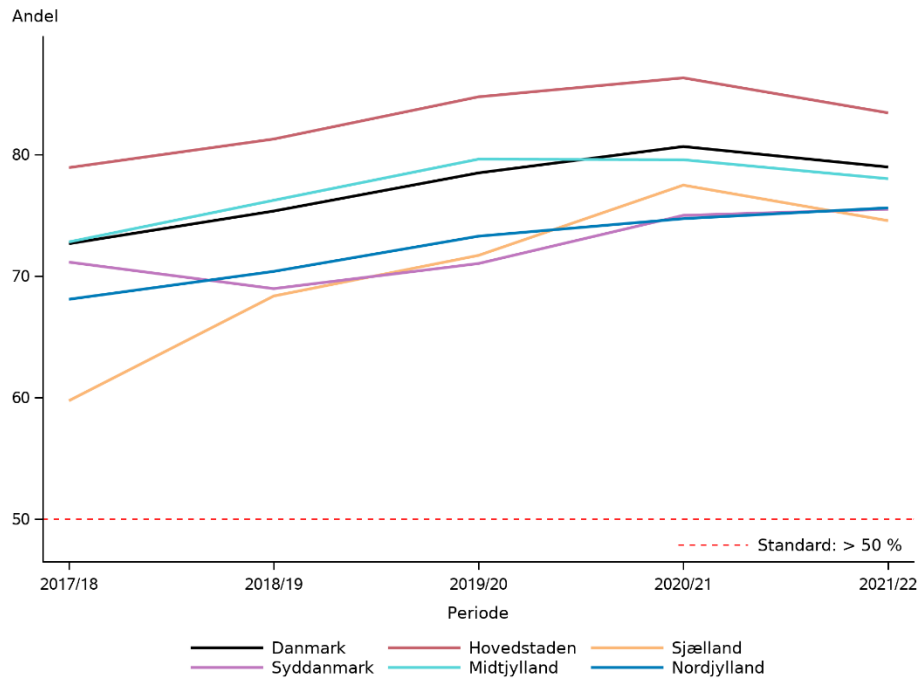
Indikator 8 vist grafisk på afdelingsniveau: Andel 1. trimester provokeret abort, som gennemføres før 8 uger



Indikator 8: Andel 1. trimester provokeret abort, som gennemføres før 8 uger. Funnelploj på afdelingsniveau.



Indikator 8: Andel 1. trimester provokeret abort, som gennemføres før 8 uger. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 9: Evakuering af medicinsk behandlet 1. trimester provokeret abort før 9 uger

Andelen af medicinsk behandlet 1. trimester provokeret abort før 9 uger ($4+0 \leq GA \leq 8+6$), der inden for 12 uger fra abortdiagnosen evakueres.

Tæller: Alle i nævner, som inden for 12 uger fra abortdiagnosen er blevet evakueret

Nævner: Alle kvinder med 1. trimester medicinsk provokeret abort ($GA \leq 8+6$ og ukendt GA)

	Standard < 6% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.07.2021 - 30.06.2022		Tidligere år 2020/21		2019/20 Andel
				Andel	95% CI	Antal	Andel	
Danmark	Ja	172 / 10.010	0 (0)	1,7	(1,5-2,0)	328 / 11.392	2,9	3,9
Hovedstaden	Ja	61 / 3.994	0 (0)	1,5	(1,2-2,0)	102 / 4.636	2,2	3,1
Sjælland	Ja	26 / 1.473	0 (0)	1,8	(1,2-2,6)	49 / 1.594	3,1	3,2
Syddanmark	Ja	28 / 1.586	0 (0)	1,8	(1,2-2,5)	68 / 1.895	3,6	5,6
Midtjylland	Ja	43 / 2.212	0 (0)	1,9	(1,4-2,6)	65 / 2.302	2,8	4,1
Nordjylland	Ja	14 / 745	0 (0)	1,9	(1,0-3,1)	44 / 965	4,6	5,7
Hovedstaden	Ja	61 / 3.994	0 (0)	1,5	(1,2-2,0)	102 / 4.636	2,2	3,1
Bornholm	Nej	##	0 (0)	6,5	(0,8-21)	0 / 10	0	0
Herlev	Ja	4 / 154	0 (0)	2,6	(0,7-6,5)	12 / 185	6,5	6,8
Hillerød	Ja	##	0 (0)	1,7	(0,2-6,0)	6 / 125	4,8	2,4
Hvidovre	Ja	4 / 235	0 (0)	1,7	(0,5-4,3)	13 / 274	4,7	9,3
Rigshospitalet	Ja	3 / 66	0 (0)	4,5	(0,9-13)	##	2,8	6,6
Øvrige, Region Hovedstaden	Ja	46 / 3.390	0 (0)	1,4	(1,0-1,8)	69 / 3.971	1,7	2,5
Sjælland	Ja	26 / 1.473	0 (0)	1,8	(1,2-2,6)	49 / 1.594	3,1	3,2
Holbæk	Ja	##	0 (0)	1,0	(0,1-3,7)	5 / 218	2,3	5,7
Nykøbing F	Ja	4 / 127	0 (0)	3,1	(0,9-7,9)	8 / 143	5,6	3,1
Roskilde	Ja	3 / 107	0 (0)	2,8	(0,6-8,0)	9 / 94	9,6	10
Slagelse	Ja	##	0 (0)	1,0	(0,1-3,6)	8 / 188	4,3	2,7
Øvrige, Region Sjælland	Ja	15 / 848	0 (0)	1,8	(1,0-2,9)	19 / 951	2,0	1,8
Syddanmark	Ja	28 / 1.586	0 (0)	1,8	(1,2-2,5)	68 / 1.895	3,6	5,6
Esbjerg	Ja	0 / 314	0 (0)	0	(0-1,2)	6 / 332	1,8	4,7
Kolding	Ja	9 / 184	0 (0)	4,9	(2,3-9,1)	27 / 360	7,5	9,2
OUH	Ja	##	0 (0)	0,5	(0,0-2,6)	12 / 385	3,1	6,4
Sønderjylland	Ja	4 / 151	0 (0)	2,6	(0,7-6,6)	6 / 229	2,6	7,1
Øvrige, Region Syddanmark	Ja	14 / 729	0 (0)	1,9	(1,1-3,2)	17 / 589	2,9	1,8
Midtjylland	Ja	43 / 2.212	0 (0)	1,9	(1,4-2,6)	65 / 2.302	2,8	4,1
Aarhus	Nej	##	0 (0)	17	(0,4-64)	0 / 4	0	17
Gødstrup	Ja	4 / 346	0 (0)	1,2	(0,3-2,9)	8 / 350	2,3	5,5
Horsens	Ja	##	0 (0)	0,6	(0,1-2,3)	13 / 267	4,9	6,6
Randers	Ja	0 / 668	0 (0)	0	(0-0,6)	15 / 817	1,8	3,9
Viborg	Ja	8 / 250	0 (0)	3,2	(1,4-6,2)	11 / 230	4,8	3,4
Øvrige, Region Midtjylland	Ja	28 / 632	0 (0)	4,4	(3,0-6,3)	18 / 634	2,8	1,9
Nordjylland	Ja	14 / 745	0 (0)	1,9	(1,0-3,1)	44 / 965	4,6	5,7
Aalborg	Ja	##	0 (0)	0,3	(0,0-1,5)	21 / 559	3,8	6,7
Thisted	Ja	3 / 71	0 (0)	4,2	(0,9-12)	4 / 78	5,1	3,9
Vendsyssel	Ja	9 / 166	0 (0)	5,4	(2,5-10)	18 / 247	7,3	6,3
Øvrige, Region Nordjylland	Ja	##	0 (0)	0,8	(0,0-4,2)	##	1,2	1,0

	Antal	Årsag
Eksklusion:	930	Udgår: Ingen medicinsk behandlingskode registeret
	13	Udgår: Ikke 1. trimester abort
	1.459	Udgår: Abort udført efter GA 8+6
	1	Udgår: Speciallæge med ukendt region

Kommentar til indikator 9

Datagrundlag

I beregningen indgår kvinder med 1. trimester medicinsk induceret provokeret abort (DO04 og DO06), hvor aborten er foretaget i GA 4+0 til 8+6 eller med ukendt GA. Ydernumre, som ikke kan allokeres til en bestemt region, ekskluderes i beregningen.

Resultater

I 2021/22 udgør andelen af de medicinske 1. trimester provokerede aborter, som blev foretaget før uge 9, 97% af de 10.291 provokerede 1. trimester aborter (tæller i indikator 7) (10.010/10.291). 1,7% (172/10.010) af de medicinsk inducerede 1. trimester provokerede aborter (foretaget inden 9 fulde uger) er registreret med en evakueringskode inden for 12 uger fra abortdiagnosen. Dermed er standarden på <6% er opfyldt på landsplan og på regionsniveau. Andelen er fortsat nedadgående med et fald fra godt 4% i 2017/18 til under 2% i 2021/22. På regionsniveau varierer andelen minimalt fra 1,5% (Region Hovedstaden) til 1,9% (Region Midtjylland og Region Nordjylland). For enkelte afdelinger indgår der kun få patientforløb i enten tæller eller nævner. For Aarhus skyldes det lave antal for eksempel, at de abortsøgende henvises til Randers og Horsens.

Diskussion og implikationer

Den efterhånden rekordlave evac-rate efter medicinsk induktion kan primært tilskrives, at disse aborter sker stadig tidligere (jf. Appendiks 5). Så der er tredobbelt øgning i kvaliteten: 1) Andelen af provokerede aborter sker stadig tidligere. Dette afstedkommer 2) færre blødningskomplikationer, og 3) højere effektivitet defineret som andelen der undgår sekundær kirurgisk tømning. Udbredelsen af menstruations-apps indebærer også, at kvinderne konstaterer deres graviditet stadig tidligere, og arbejdsgangen hos de praktiserende speciallæger ser ud til at være effektiv, så aborterne kan ske stadig tidligere.

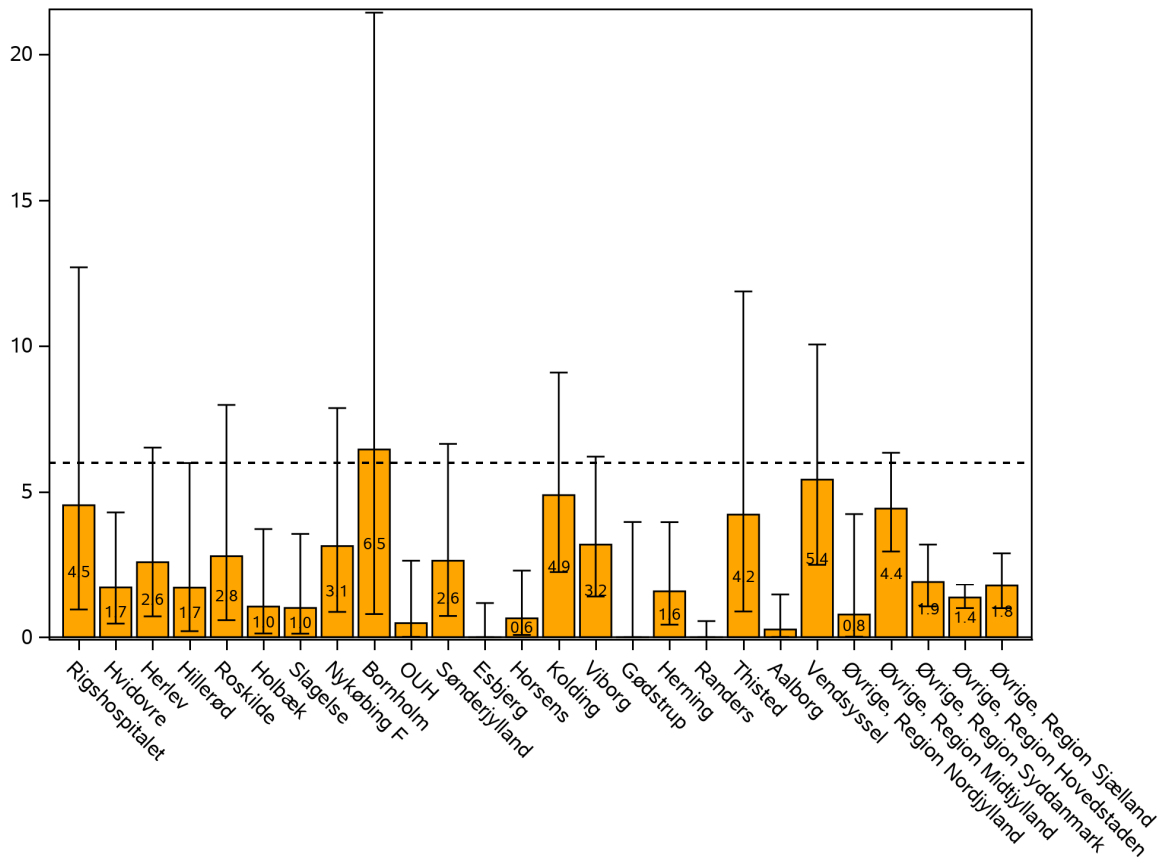
En medvirkende årsag til den reducerede rate af sekundære kirurgiske tømninger, gennem de seneste to år, synes også at være en ændring af klinikernes praksis i retning af lidt større tålmodighed med at lade processen løbe til ende, hvor vi tidligere var tilbøjelige til at sende kvinder til evacuatio uteri, hvis de ikke have tømt deres uterus helt inden for en uge. Her kan E-learningprogrammet om tidlig medicinsk abort anbefales, da det illustrerer, at der kan ske meget efter 2 eller 3 uger efter induktion, selvom UL-billedet efter en uge viser restvæv i uterus. Programmet er udarbejdet af Amani Meaidi og findes på kursusportalen

(<https://kursusportalen.plan2learn.dk/KursusValg.aspx?id=69518>) - tilgængeligt for alle! Læs mere og find direkte vej til kurset på: <https://www.regionh.dk/e-learning/om-os/nyheder/Sider/tidlig-medicinsk-abort.aspx>

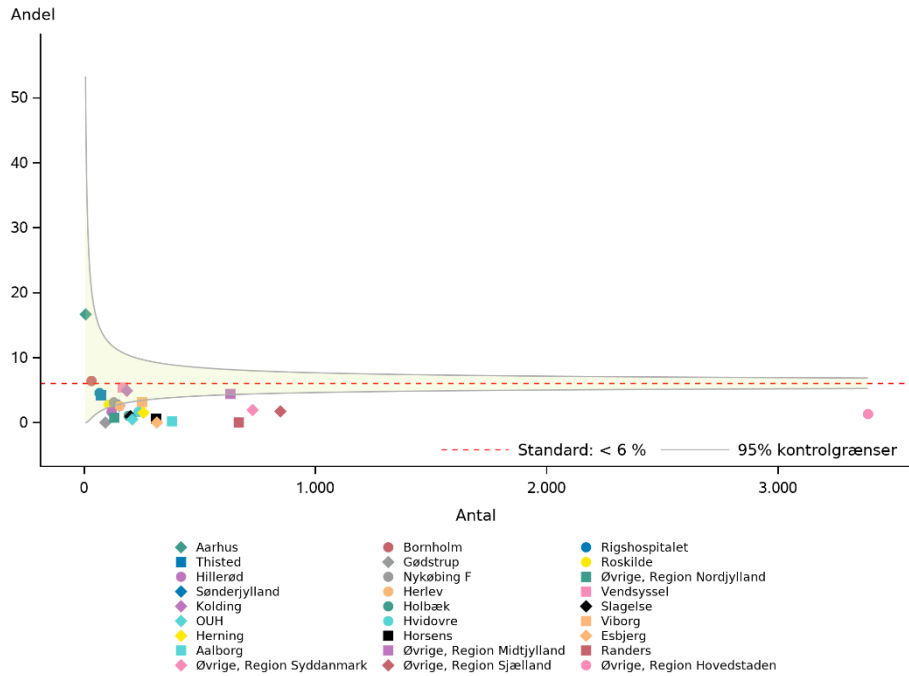
Vurdering af indikatoren

Bestemt en relevant indikator, bare ikke på afdelingsniveau, pga. den store andel i speciallægepraksis. Indikatoren vil fremadrettet derfor kun blive opgjort på regionsniveau for Region Hovedstaden og Region Sjælland. **Standarden ændres fremadrettet til <4%.**

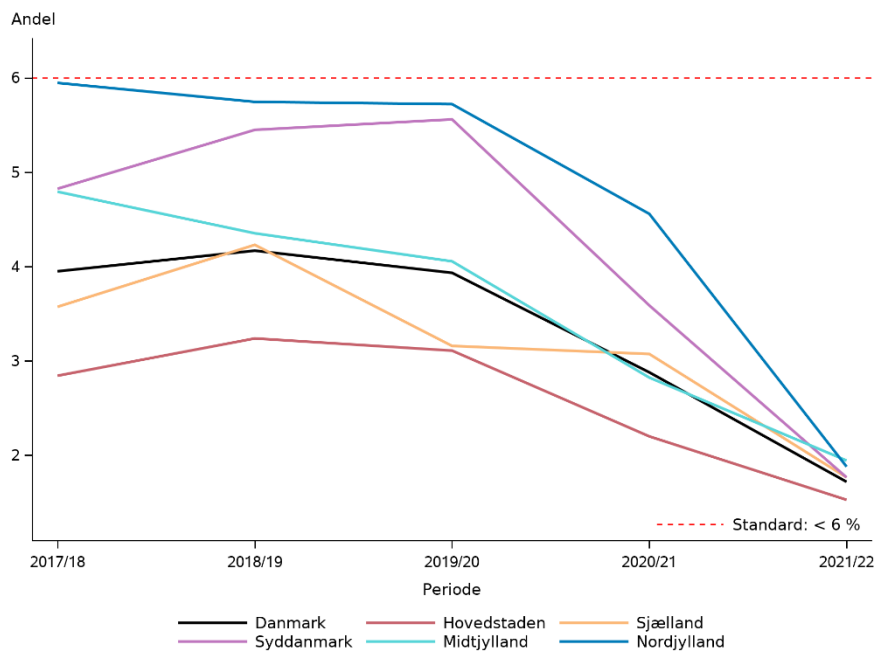
Indikator 9 vist grafisk på afdelingsniveau: Andel 1. trimester medicinsk behandlet provokeret abort, som evakueres



Indikator 9: Andel 1. trimester medicinsk behandlet provokeret abort, som evakueres. Funnelploot på afdelingsniveau.



Indikator 9: Andel 1. trimester medicinsk behandlet provokeret abort, som evakueres. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 10: Re-evakuering af kirurgisk behandlet 1. trimester provokeret abort

Andelen af kirurgisk behandlet 1. trimester provokeret abort, som re-evakueres.

Tæller: Alle i nævner, som inden for 12 uger fra abortdiagnosen er blevet re-evakueret

Nævner: Alle kvinder med kirurgisk behandlet 1. trimester provokeret abort (GA 4+0-12+6 og ukendt GA) som i en periode på 7 dage før abortdiagnosen ikke er medicinsk inducerede

	Standard < 5% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.07.2021 - 30.06.2022		Tidligere år		
				Andel	95% CI	2020/21 Antal	2020/21 Andel	2019/20 Andel
Danmark	Ja	39 / 2.108	0 (0)	1,9	(1,3-2,5)	47 / 1.926	2,4	1,5
Hovedstaden	Ja	15 / 721	0 (0)	2,1	(1,2-3,4)	12 / 600	2,0	1,1
Sjælland	Ja	8 / 356	0 (0)	2,2	(1,0-4,4)	10 / 301	3,3	1,4
Syddanmark	Ja	10 / 384	0 (0)	2,6	(1,3-4,7)	14 / 449	3,1	1,8
Midtjylland	Ja	5 / 446	0 (0)	1,1	(0,4-2,6)	9 / 354	2,5	1,3
Nordjylland	Ja	##	0 (0)	0,5	(0,0-2,7)	##	0,9	2,0
Hovedstaden	Ja	15 / 721	0 (0)	2,1	(1,2-3,4)	12 / 600	2,0	1,1
Bornholm	Ja	0 / 3	0 (0)	0	(0-71)	0 / 0		0
Herlev	Ja	3 / 95	0 (0)	3,2	(0,7-9,0)	##	2,2	0
Hillerød	Ja	##	0 (0)	1,7	(0,2-6,1)	##	0,8	0
Hvidovre	Ja	8 / 365	0 (0)	2,2	(1,0-4,3)	9 / 323	2,8	2,2
Rigshospitalet	Ja	##	0 (0)	1,0	(0,0-5,2)	0 / 69	0	0
Øvrige, Region Hovedstaden	Ja	##	0 (0)	2,6	(0,1-14)	##	3,3	0
Sjælland	Ja	8 / 356	0 (0)	2,2	(1,0-4,4)	10 / 301	3,3	1,4
Holbæk	Ja	0 / 59	0 (0)	0	(0-6,1)	0 / 31	0	0
Nykøbing F	Ja	##	0 (0)	1,7	(0,2-6,1)	##	2,2	0,9
Roskilde	Ja	0 / 32	0 (0)	0	(0-11)	##	2,6	4,1
Slagelse	Ja	4 / 134	0 (0)	3,0	(0,8-7,5)	7 / 141	5,0	1,4
Øvrige, Region Sjælland	Nej	##	0 (0)	13	(1,6-38)	##	0	
Syddanmark	Ja	10 / 384	0 (0)	2,6	(1,3-4,7)	14 / 449	3,1	1,8
Esbjerg	Ja	0 / 85	0 (0)	0	(0-4,2)	3 / 106	2,8	1,8
Kolding	Nej	8 / 139	0 (0)	5,8	(2,5-11)	6 / 130	4,6	3,9
OUH	Ja	##	0 (0)	1,5	(0,2-5,2)	4 / 189	2,1	0,4
Sønderjylland	Ja	0 / 14	0 (0)	0	(0-23)	##	4,8	0
Øvrige, Region Syddanmark	Ja	0 / 9	0 (0)	0	(0-34)	0 / 3	0	0
Midtjylland	Ja	5 / 446	0 (0)	1,1	(0,4-2,6)	9 / 354	2,5	1,3
Aarhus	Ja	0 / 4	0 (0)	0	(0-60)	0 / 8	0	0
Gødstrup	Ja	0 / 87	0 (0)	0	(0-4,2)	3 / 85	3,5	0
Horsens	Ja	##	0 (0)	2,0	(0,2-7,2)	##	3,3	1,7
Randers	Ja	##	0 (0)	0,9	(0,1-3,3)	4 / 162	2,5	1,5
Viborg	Ja	0 / 36	0 (0)	0	(0-9,7)	0 / 35	0	1,4
Øvrige, Region Midtjylland	Nej	##	0 (0)	50	(1,3-99)	0 / 3	0	0
Nordjylland	Ja	##	0 (0)	0,5	(0,0-2,7)	##	0,9	2,0
Aalborg	Ja	0 / 136	0 (0)	0	(0-2,7)	##	0,7	2,3
Thisted	Ja	0 / 14	0 (0)	0	(0-23)	0 / 22	0	0
Vendsyssel	Ja	##	0 (0)	2,2	(0,1-12)	##	2,1	2,4
Øvrige, Region Nordjylland	Ja	0 / 6	0 (0)	0	(0-46)	0 / 6	0	0

	Antal	Årsag
Eksklusion:	13	Udgår: Ikke 1. trimester abort
	1	Udgår: Speciallæge med ukendt region
	10.291	Udgår: Ikke primært kirurgisk induceret abort

Kommentar til indikator 10

Datagrundlag

I beregningerne indgår kvinder med kirurgisk behandlet (jf. skema for kirurgisk abort, Appendiks 9) 1. trimester provokeret abort (DO04 og DO06). En kvinde får ”karantæne” i 12 uger fra diagnosen er givet. Dvs. hun kan kun opleve en provokeret abort hver 12. uge. I beregningerne medtages aborter med ukendt GA. Ydernumre, som ikke kan allokere til en bestemt region, ekskluderes i beregningen.

Resultater

Der blev i 2021/22 registreret 12.399 1. trimester provokerede aborter (indikator 7), heraf er 2.108 (17%) kirurgisk inducerede og udgør nævner i indikator 10. Af dem blev 39 re-evakueret inden for 12 uger fra abortdatoen, svarende til 1,9% på landsplan. Dermed er standarden på <5% opfyldt på landsplan og regionsniveau. Andelen har varieret gennem årene, men ser nu ud til at være faldende. Flere afdelinger har ganske få i nævner og sammenligning på tværs af afdelinger må derfor gøres med forsigtighed. Andelen af re-evacuatioer ligger og svinger omkring 2%, og det har den gjort siden 2001.

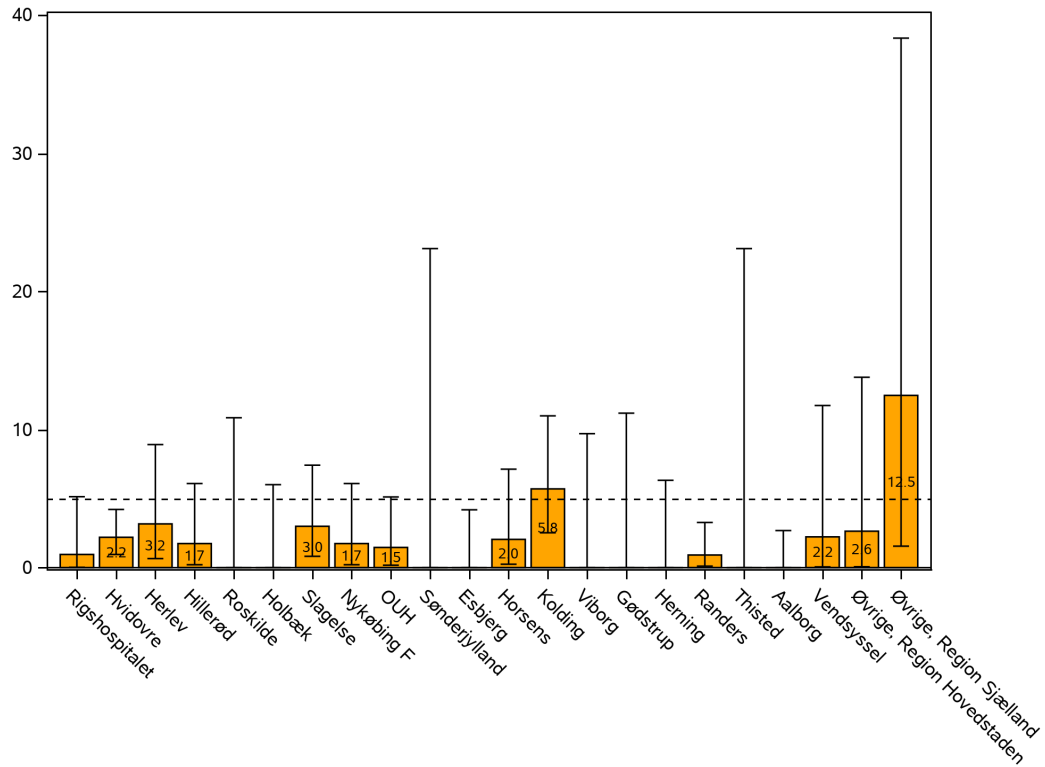
Diskussion og implikationer

Re-evacuatio-raten ligger nu på 1,9%, hidtil laveste rate. Vi vil fremadrettet opføre denne indikator stratificeret efter gestationsalder (<8 uger og ≥8 uger), hvorved de medicinsk behandlede og kirurgisk behandlede bedre kan sammenlignes.

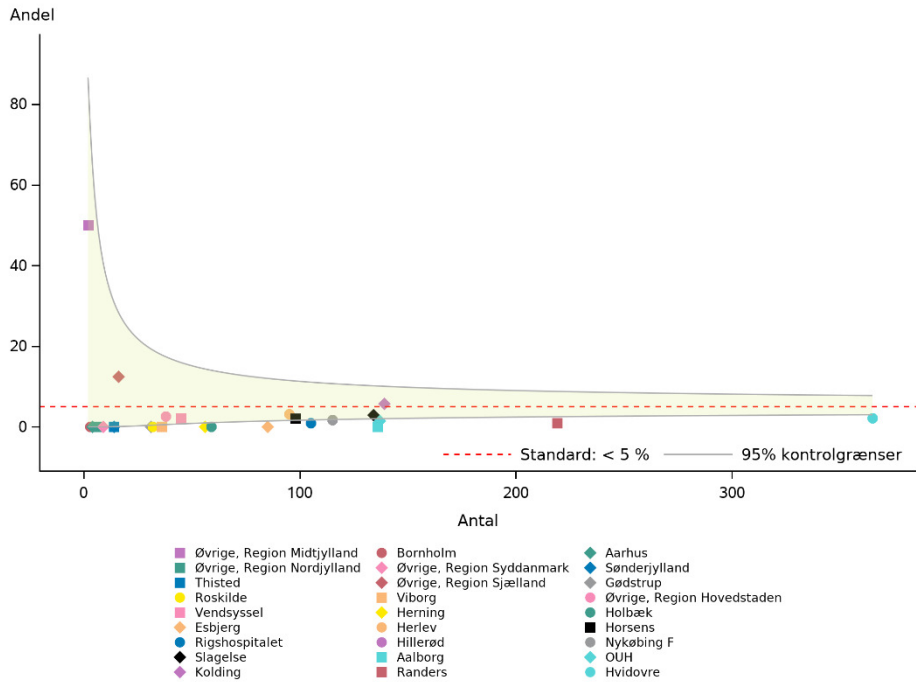
Vurdering af indikatoren

Fortsat relevant indikator. **Standarden ændres fremadrettet til <3%.**

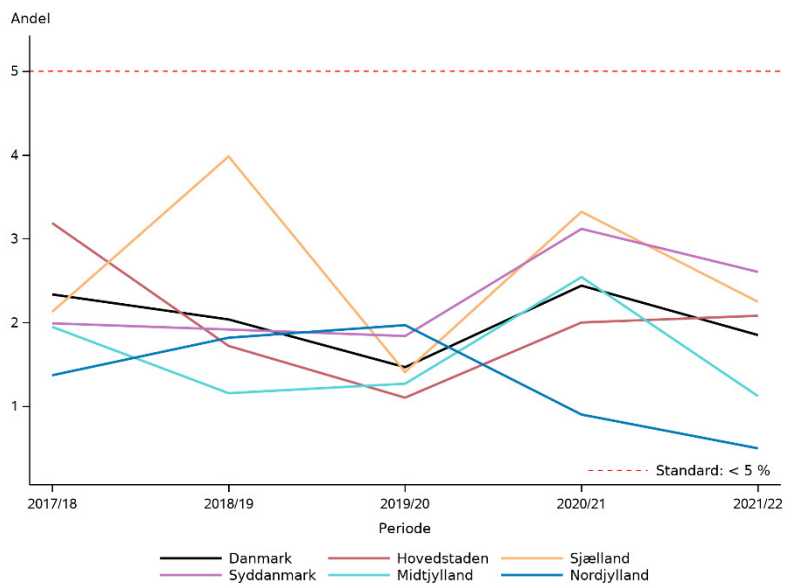
Indikator 10 vist grafisk på afdelingsniveau: Andel 1. trimester kirurgisk behandlet provokeret abort, som re-evakueres



Indikator 10: Andel 1. trimester kirurgisk behandlet provokeret abort, som re-evakueres. Funnelploot på afdelingsniveau.



Indikator 10: Andel 1. trimester kirurgisk behandlet provokeret abort, som re-evakueres. Trendgraf på regionsniveau.



5. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

TiGrAb omfatter data på spontan abort, provokeret abort, missed abortion og graviditet uden for livmoderen (ekstrauterin graviditet), samt deskriptive data på mola hydatidosa. Videre opgøres samlet antallet af etablerede graviditeter, hvordan disse blev etableret, og deres skæbne.

Baggrund

Der sker løbende ændringer i behandlingen af både provokeret abort og missed abortion, idet førstnævnte nu ofte gennemføres alene ved en positiv graviditetstest, og sidstnævnte har fået ændret det medicinske induktionsregime til også at omfatte mifepriston. Samtidig erstatter medicinsk behandling i stigende omfang kirurgisk behandling, og der sker en opgaveglidning fra sygehuse til praktiserende speciallæger. Samtidig er der fortsat væsentlige omend aftagende variationer i behandlingspraksis mellem forskellige afdelinger. Der er nationale guidelines inden for alle områder. Der registreres hvert år omkring 13.000 provokerede aborter, knapt 7.000 spontane aborter (incl. missed abortion), omkring 1.100 ekstrauterine graviditeter, eller i alt knapt 22.000 årlige tilfælde.

Formål

At monitorere behandlingspraksis inden for spontan abort, provokeret abort og ekstrauterin graviditet, samt at følge andelen af patienter, som udvikler komplikationer til de forskellige behandlingstyper, mhp løbende at justere guidelines så de behandlingsprincipper, som indebærer færrest mulige komplikationer implementeres nationalt. Styregruppen for TiGrAB er det faglige forum, hvor resultaterne af den løbende kvalitetsmåling drøftes, interventioner aftales, og guidelines eventuelt justeres.

Fokusområde for indikatorer

I indikatorerne i denne årsrapport fokuseres der især på, hvor stor en andel der undergår evakuering i forbindelse med abort, da kirurgisk behandling af abort er behæftet med en risiko for komplikationer på ca. 5%. Dette ses hyppigst som infektion, blødning, perforation eller retention. Alvorlige komplikationer er dog sjældne. Risikoen for komplikationer stiger ved uterine malformationer og tidligere kirurgi på cervix (conisatio, evacuatio) eller nedre segment (sectio). Ved medicinsk induktion, er risikoen for komplikationer lavest ved lav gestationsalder. Komplikationer efter medicinsk induktion er primært blødning og retineret væv, hvilket kan resultere i efterfølgende evakuering af uterus. Risikoen for infektion er imidlertid halvt så stor ved medicinsk induktion som ved kirurgisk abort, hvorfor medicinsk behandling anbefales ved de tidlige graviditeter.

For ekstrauterin graviditet, som forekommer ved 1% af alle graviditeter, gælder det, at valget af behandlingsmetode (kirurgisk eller medikamentel/konservativ) afhænger af lokaliseringen, graden af tubaskade, de anatomiske forhold i bækkenet, patientens ønske og almentilstand, og serum hCG. Kirurgisk fjernelse af en ekstrauterin graviditet foregår i dag primært laparoskopisk, hvilket mindsker risikoen for

komplikationer og har reduceret indlæggelsestiden. Laparoskopisk differentieres der mellem tubotomi og salpingektomi, hvor den afficerede salpinx henholdsvis bevares eller fjernes. Ved tubotomi bevares muligheden for fremtidig spontan graviditet, men der er risiko for persisterende trofoblastvæv, som kræver fornyet operation eller medicinsk behandling.

6. Datagrundlag og datakvalitet

Dataindsamling og metode

TiGrAb-KD anvender primært Landspatientregisteret (LPR) som indberetningssystem. Herudover får vi data fra Abortregistret (ABR), IVF-registret (assisteret reproduktion) og det Medicinske Fødselsregister (MFR, suspenderet indtil færdigmeldt fra SDS): Fra ABR får vi oplysninger om provokerede aborter i 1. trimester, som er indberettet af de privatpraktiserende speciallæger via Sundhedsdatastyrelsens Elektroniske Indberetningssystem (SEI); fra IVF-registret om konceptions måde; og fra MFR om fødselsudfald (levende eller dødfødt). I 2021/22-rapporten fås oplysning om fødselsudfald fra LPR.

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. 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 (hvis ikke registreret af lægerne eller sygeplejerskerne)
- At der sker en fejlfri overførsel fra de lokale sygehus-administrative systemer til LPR
- At der udarbejdes kvalificerede udtræksbeskrivelser.
- At disse udtræk effektueres af kvalificerede personer centralt, og
- At resultaterne bearbejdes og analyseres af kvalificeret personale
- At resultaterne bringes på en form, som er umiddelbart forståelige for de klinikere, som er målgruppen for disse kvalitetsdata.

Det kan gå galt i forbindelse med hvert af disse del-elementer af datagenereringen. Efterhånden, som vi centralt har opnået større erfaring og rutine, kan vi i nogen udstrækning tage højde for de hyppigste fejlkodninger, og korrigere resultaterne for disse. Men målet er selvfølgelig, at vores kodning med tiden bliver behæftet med færre fejl. Det er selvsagt ikke nok at generere gode data, der skal også tages aktion på disse fra de enkelte afdelinger, så vi løbende kan dokumentere det kvalitetsløft, som til syvende og sidst er formålet med det hele.

Vi er for indeværende det eneste speciale, som nu har to landsdækkende databaser, som alene baserer sig på indberetningerne til LPR; TiGrAb-KD og Dansk Hysterektomi og Hysteroskopi Databasen (DHHD). Det betyder, at vi sparer afdelingerne for at skulle indberette samme data i flere parallelle systemer. Det er både ressourcebesparende lokalt, men det åbner også mulighed for at koble de data, som vedrører et aktuelt område, med data fra andre områder. Det sikrer også, at vi fra en start har været landsdækkende.

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 – medicinsk provokeret 1. trimester abort dog undtaget.
- At de meningsfuldt kan opgøres hvert år
- At der foreligger videnskabelig dokumentation for, hvad der kendetegner god kvalitet

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

Validitet

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 fejlkodninger. Et eksempel kan illustrere dette. I princippet skal komplette spontane aborter ikke evakueres, og inkomplette kun for så vidt aktuel kraftig blødning indicerer dette. Det skyldes, at risikoen for infektion er mindst, når processen får lov at løbe spontant. Når vi skal opgøre de enkelte afdelingers kvalitet på dette område, kunne man principielt nøjes med at tage udgangspunkt alene i de inkomplette spontane aborter. Da nogle afdelinger tydeligvis koder deres spontane aborter som komplette (fordi det er det de ender med at være), til trods for at man har behandlet dem (evakueret dem) på et tidspunkt, hvor de var inkomplette, ville det være misvisende kun at opgøre andelen af evakuerede blandt de inkomplette. I stedet angives andelen af evakuerede ud af alle med spontan abort, hvorved man har taget højde for, at nogle afdelinger ikke koder korrekt på 5. ciffer. Sidstnævnte vil så fremgå af, at den pågældende afdeling har påfaldende mange komplette spontane aborter i forhold til andre afdelinger.

Generelt har indgrebskoder en højere validitet end diagnosekoder. Ved at korrigere de enkelte statistikker for de hyppigste fejlkodninger, og ved i vid udstrækning at lade vores kvalitetsindikatorer være baseret på indgrebskoder frem for diagnosekoder, må de foreliggende statistikkers validitet generelt formodes at være rimelig høj og at afspejle den kliniske virkelighed.

Statistisk analyse

Indikatorerne er opgjort på afdelingsniveau i henhold til »Basiskrav for kliniske kvalitetsdatabaser« publiceret af Danske Regioner. Indikatorerne præsenteres i tabeller og kontroldiagrammer med lands-, regions- og afdelingsresultater. Indikatorværdierne er andele med 95 % konfidensintervaller (95% CI) baseret på den eksakte binomialfordeling. Tabeller og diagrammer følger RKKP's skabelon for årsrapporter.

7. styregruppen

TiGrAb styregruppemedlemmer pr. oktober 2022.

Navn	Stilling	Gyn-obs	E-mail
Amani Meaidi	Barsel	RH	Amani-Meaidi@live.dk
Annemette Jørgensen	Overlæge	Aalborg	annemette.joergensen@rn.dk
Helle Manfeld Højgaard	Læge	Kolding	helle.manfeld.hojgaard2@rsyd.dk
Huda Majeed	Overlæge	Randers	hudamaje@rm.dk
Inge Leerskov Hansen	Sgp	Svendborg	inge.leerskov.hansen@rsyd.dk
Jens Dalsgaard	Afd. læge	Aabenraa	jens.dalsgaard2@rsyd.dk
Matias Gottschalck	Afd. læge	Viborg	mathheid@rm.dk
Maria Lippa	Overlæge	Holbæk	lippamaria@yahoo.de
Maria Stentebjerg Skøtt	Overlæge?	Horsens	maristen@rm.dk
Mette Mandrup Kjær	Overlæge	Hvidovre	mette.karie.mandrup.kjaer@regionh.dk
Micha Bank Hornstrup	Prak. Speciallæge	Billund	Afventes
Ole Sandstrøm	Overlæge	Hillerød	ole.sandstroem.01@regionh.dk
Pernille Ravn	Overlæge	Odense	Pernille.Ravn@rsyd.dk
Peter Helm	Overlæge	Hillerød	Peter.helm@mail.dk
Pia Terpager Staal	Sgp. Specialist	Hvidovre	pia.terpager.staal.02@regionh.dk
Troels K Thomsen	Overlæge	Esbjerg	tkt@dadlnet.dk
Øjvind Lidegaard*	Professor	RH	Oejvind.Lidegaard@regionh.dk
Kontaktpersoner i RKKP			
Anette Odby	Kvalitetskonsulent	RKKP	annodb@rkkp.dk
Andrea Bautz	Datamanager	RKKP	ANDBAU@rkkp.dk
Heidi Theresa Ørum Cueto	Epidemiolog, PhD	RKKP	heicue@rkkp.dk

8. Regionale kommentarer

Region Hovedstaden

Ingen kommentarer

Region Sjælland

Sjællands Universitets hospital:

Indikator 1: Evakuering af 1. trimester spontan abort. Her ligger SUH Roskilde på 20% og opfylder således lige præcis ikke standarden (<20%). Afdelingen har tidligere ligget mellem 10 og 15%. Stigningen i 2021/2022 kan muligvis skyldes den ændrede opgørelse, hvor Evacuatio i forbindelse med såvel den primære som sekundære kontakter inkluderes. Det kan muligvis også forklares ved, at flere tidlige 1. trimester spontane aborter håndteres i primærsektoren. Det er vurderingen, at vi gennem opdaterede instrukser, undervisning og øget opmærksom på evakueringsraten ved 1. trimester spontan abort, kan opnå resultater som tidligere og dermed opfylde den skærpede kvalitetsstandard <15%.

Indikator 2: Medicinsk koderegistrering af ikke-evakuerede 1. trimester missed abortion (Standard >80%). Målopfyldeelse er ikke opnået på landsplan, og vi ligger fortsat langt fra standarden, hvorfor SUH Roskilde ikke indgår i indikator 3. Der vil fremadrettet være fokus på at optimere kodningen af ikke-evakuerede 1. trimester missed abortion gennem undervisning af sekretærer og læger, herunder udpegning af kodeansvarlig.

Indikator 4: Evakuering af 2. trimester spontan abort. Vi opfylder ikke standarden, men ligger dog bedre end sidste år og vil fortsat have fokus på at nedbringe evakueringsraten efter 2. trimester spontan abort.

Indikator 5, 6,7,8,9 og 10 er alle opfyldt på SUH Roskilde.

Region Syddanmark

Ingen kommentarer

Region Midtjylland

Ingen kommentarer

Region Nordjylland

Ingen kommentarer

Appendiks

Appendiks 1. Tilgrundegået graviditet, 1. trimester

Appendiks 2. Tilgrundegået graviditet, 2. trimester

Appendiks 3. Ekstrauterin graviditet

Appendiks 4. Mola hydatidosa

Appendiks 5. Provokeret abort, 1. trimester

Appendiks 6. Provokeret abort, 2. trimester

Appendiks 7. Etablering og udfald af graviditeter i Danmark

Appendiks 8. Graviditeter i Danmark

Appendiks 9. Kodevejledning

Appendiks 10. Ordliste

Appendiks 11. TiGrAb's publikationsliste og forskningsprojekter

Appendiks 12. Vejledning i fortolkning af resultater

Appendiks 1. Tilgrundegået graviditet, 1. trimester

Oversigt over tilgrundegået graviditet (både 1. trimester og 2. trimester)

Området omfatter diagnoserne for missed abort (DO020 og 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 2001/02-2021/22

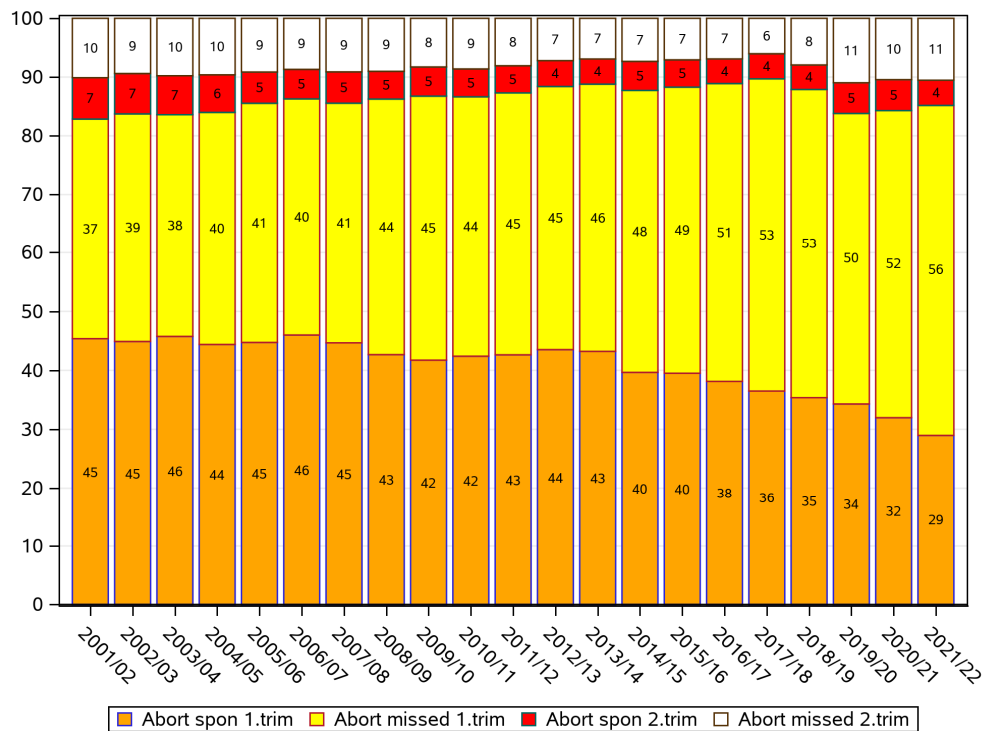
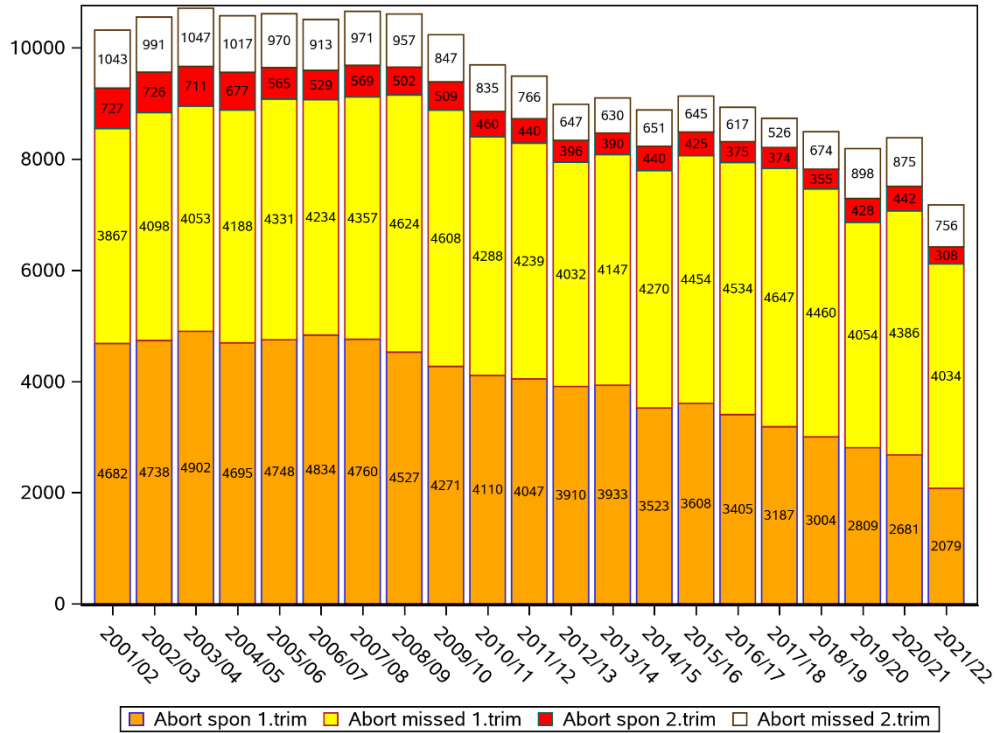
Antallet af kvinder med registreret med tilgrundegået graviditet i første trimester andrager i 2021/22 6.113 (**Tabel 1**). Antallet af miscarriages i 2. trimester i 2021/22 er 1064. I alt 7.177 registrerede tilgrundegåede graviditeter i 2021/22. Det totale antal ligger noget lavere end foregående år, mens registrering af tilgrundegået graviditet i 2. trimester er steget i 2021/22 (**Fig. 1.1**).

Relation til LPR3. Den reelle forekomst er større, idet en del tidlige aborter enten ikke opfattes som abort af kvinden selv, eller færdigbehandles i almen eller speciallæge praksis. Mens antallet af første trimester miscarriages er faldende i perioden, ses en stigning i andelen af missed abortion frem til 2008, og er nu steget lidt igen, formentlig som følge af flere tidlige private graviditetsskanninger.

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.

Fig. 1.1 Udvikling i antal og andel tilrundegået graviditeter i Danmark fra 2001-2022. Fordeling af spontan abort og missed abort i hhv. 1. trimester og 2. trimester (øverst: absolutte tal, nederst: andel i procent)

Fig. 1.1 Miscarriages in Denmark 2001-2022. N=199,982. (Top: in absolute numbers, bottom: in percent)

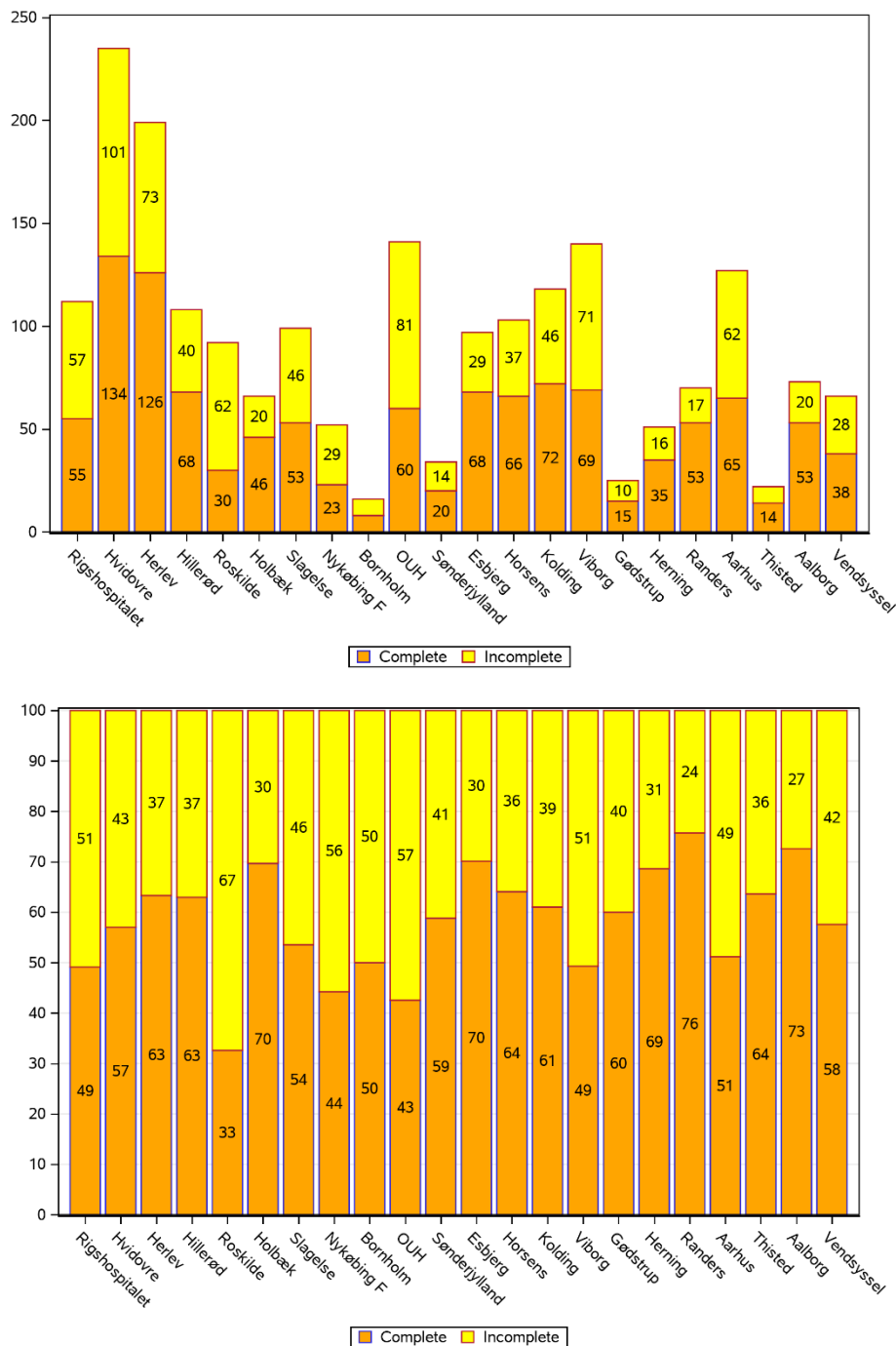


1. trimester spontan abort

Spontan abort defineres som tilgrunde gået graviditet med aktuell blødning. Antal i 2021/22: N=2.079 heraf 1.198 (58%) komplette og 881 (42%) inkomplette (**Tabel 1**).

Fig. 1.2 Fordeling af komplet og ukomplet spontane 1. trimester spontan abort på afdelingsniveau 2021/2022 (øverst: absolutte tal, nederst: andel i procent)

Fig. 1.2 Complete and incomplete spontaneous 1st trimester abortions at different departments in 2021/2022. N=2,079 at gynaecological departments. (Top: in absolute numbers, bottom: in percent)



Det fremgår, at der nu er mindre variation i opfattelsen af, hvad der kodes som en komplet hhv. ukomplet spontan abort med et spænd i andelen af ukomplette fra 24% i Randers til 67% i Roskilde, hvilket er en mindskning af spredningen i forhold til 2018. Det er situationen ved indlæggelsen, som skal angives ved diagnosekodningen når pt. udskrives, altså det man har behandlet.

Kvalitet

Kvalitet inden for 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.

Andelen af kvinder som på landsplan får foretaget evacuatio uteri i den **primære kontakt** er faldet gradvist fra 21% i 2001/02 til 4 % i 2021/22 (**Fig. 1.3**). Den samme tendens ses for andelen af kvinder, som får foretaget evacuatio uteri i enten den **primære kontakt** eller **sekundære kontakt** (fra 30% til 12% i samme periode) (**Fig. 1.4a**).

Gennemsnittet på de gynækologiske afdelinger ligger i 2021/22 på 11,6% (indikator 1). Af 21 administrative enheder opfylder 19 standarden på højest 20% (**Fig. 1.4**). En klar forbedring i forhold til tidligere.

Fig. 1.3 Udvikling i andelen af 1. trimester spontan abort, der evakueres i **primær kontakt**, 2001-2022 (det absolutte antal evakuerede 1. trimester spontane aborter i den primære kontakt ses i bunden af hver søjle)

Fig. 1.3 Proportion (%) of women with spontaneous 1st trimester abortion (N) being surgically evacuated (n) through the period 2001-2022. N=82,453, n=8,364. Absolute number of evacuated indicated in bottom of each column.

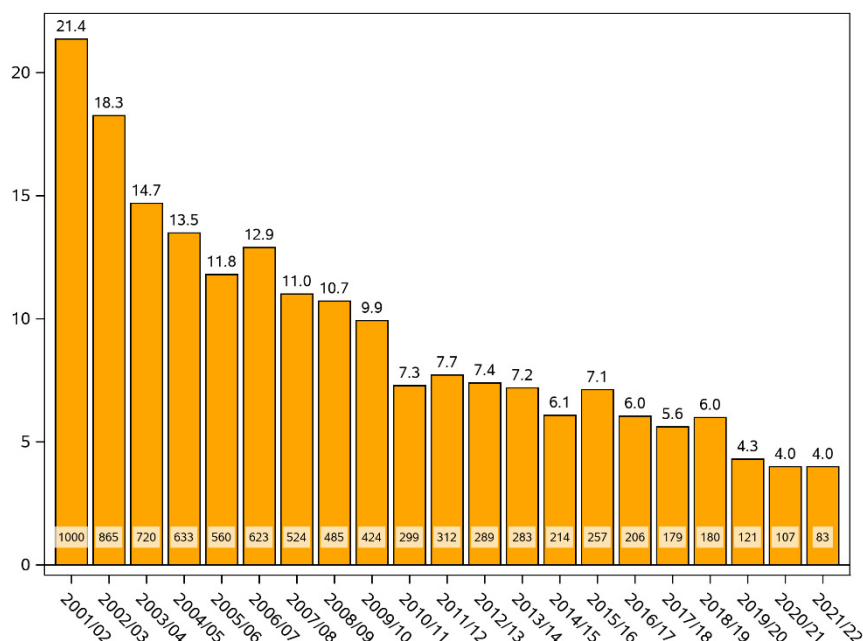


Fig. 1.4 Indikator 1. Andelen af 1. trimester spontan abort, der evakueres enten i **primær** eller **sekundær kontakt** per afdeling, 2021/2022

Fig. 1.4 (Indikator 1) Proportion (%) of women with spontaneous abortion undergoing surgical evacuation in 2021/2022 at gynaecological departments. Abortions=2,079, Evacuations=241. 95% CI indicated

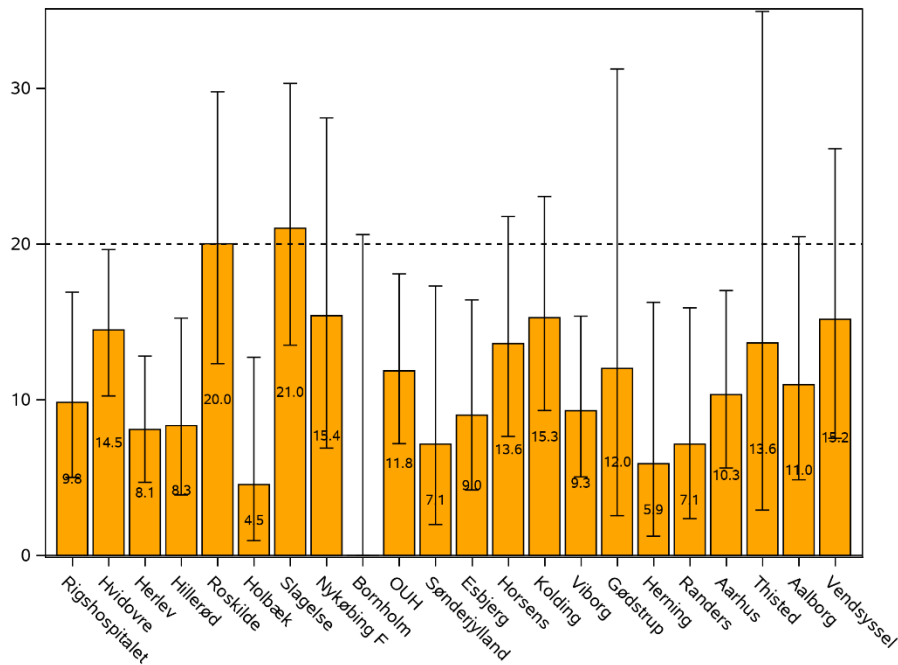
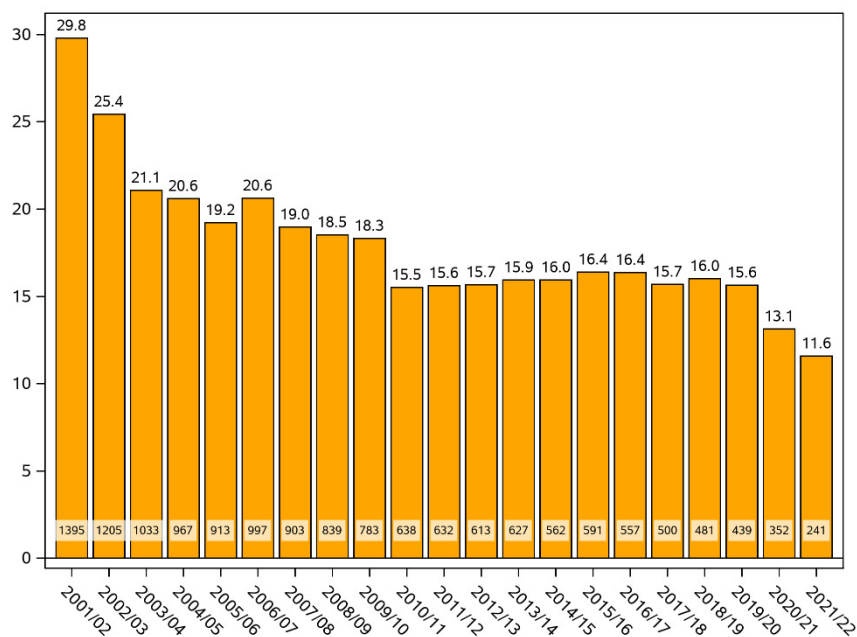


Fig. 1.4a (Indikator 1) Udvikling i andelen af 1. trimester spontan abort, der evakueres enten i **primær eller sekundær kontakt**, 2001-2022 (det absolutte antal evakuerede 1. trimester spontane aborter i enten primære eller sekundære kontakt ses i bunden af hver søjle)

Fig. 1.4a (Indikator 1) Proportion (%) of women with spontaneous 1st trimester abortion (N) being surgically evacuated (n) through the period 2001-2022. N=82,453, n=15,268. Absolute number of evacuated indicated in bottom of each column.



Hvad kan vi gøre bedre?

Patientgruppen er stor, behandles ambulant og af mange læger, og hver patient ses typisk flere gange i et forløb. Standardjournaler med fortrykte relevante diagnose- og behandlingskoder anbefales anvendt på alle afdelinger.

Man skal kode efter situationen, som dannede udgangspunkt for den behandling, der blev effektueret. Hvis en patient kommer ind med inkomplet abort, og efter ekspekterende behandling en uge senere har komplet abort, er det diagnosekoden for inkomplet abort, som skal anvendes.

Vores nye mål med udvidede indikator 1 er, at alle afdelinger kommer under 20% evakuerede, og at hver regions andel ligger under 15%

1. trimester missed abort

Missed abort defineres som en tilgrunde gået graviditet uden aktuel blødning (DO021 og DO020). Andelen af kvinder med missed abort ud af alle med miscarriages er øget (**Fig. 1.1**), hvilket formentlig skyldes, at flere kvinder blev ultralydsskannet tidligt i deres graviditet, og derfor fik detekteret deres tilgrunde gåede graviditet før deres missed abort er blev til spontan abort.

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

Kvalitet

Kvalitet inden for dette område udtrykkes ved følgende

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

Fig. 1.5 Antal kvinder med 1. trimester missed abort per afdeling, 2021/2022

Fig. 1.5 Women with 1st trimester missed abortion at gynaecological departments in 2021/2022. N=4,034

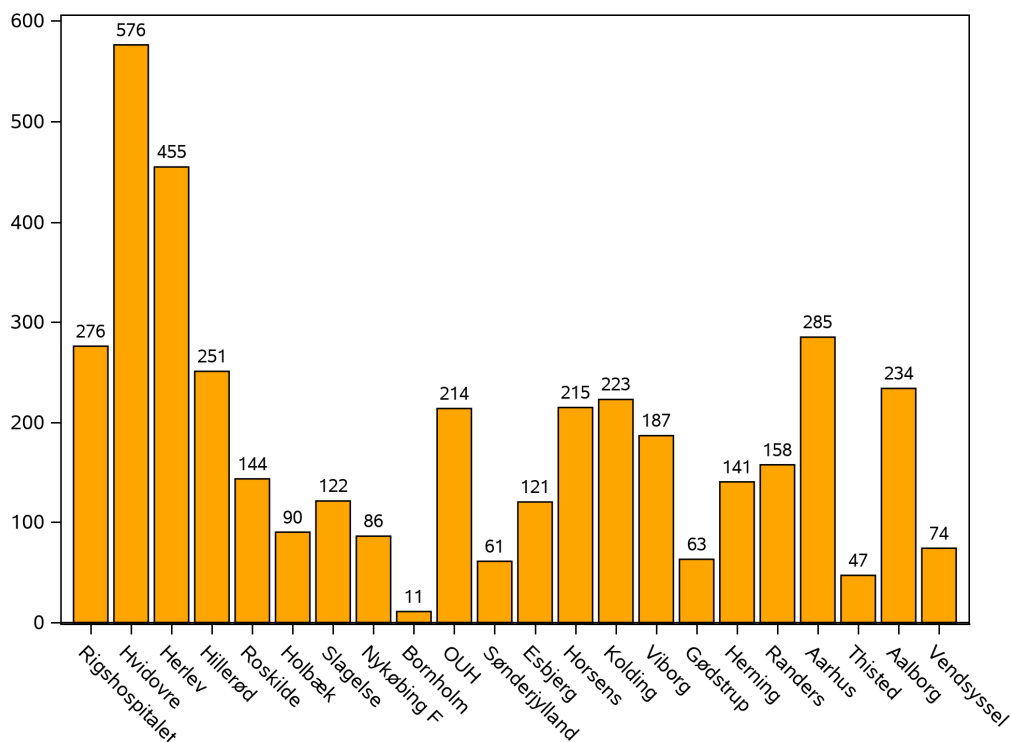
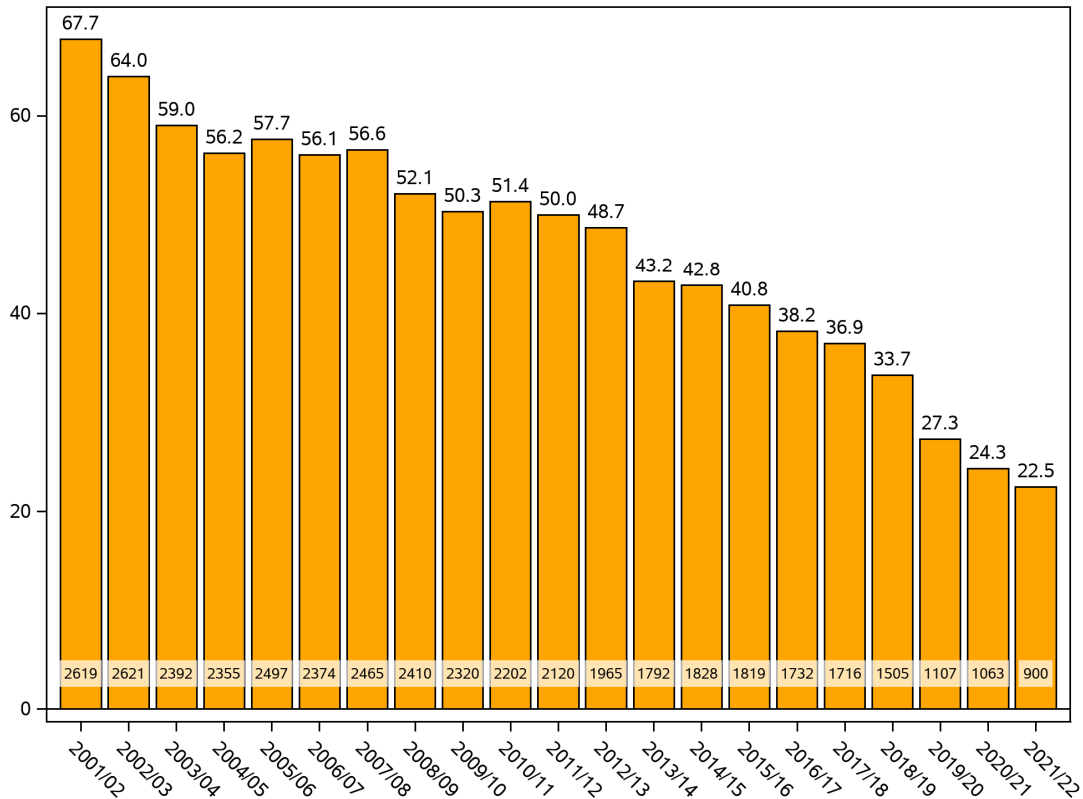


Fig. 1.6 viser udviklingen i andelen af kvinder med missed abort, undergår evakuatio uteri i den primære kontakt, i perioden 2001/02 til 2021/22. Det fremgår, at andelen er faldet støt fra år 2001/02 fra 68% til i dag hidtil laveste andel på 23%.

Fig. 1.6 Udvikling i andelen af 1. trimester missed abort, der evakueres i **primær kontakt**, 2001-2022 (det absolutte antal evakuerede 1. trimester missed aborter i den primære kontakt ses i bunden af hver søjle)

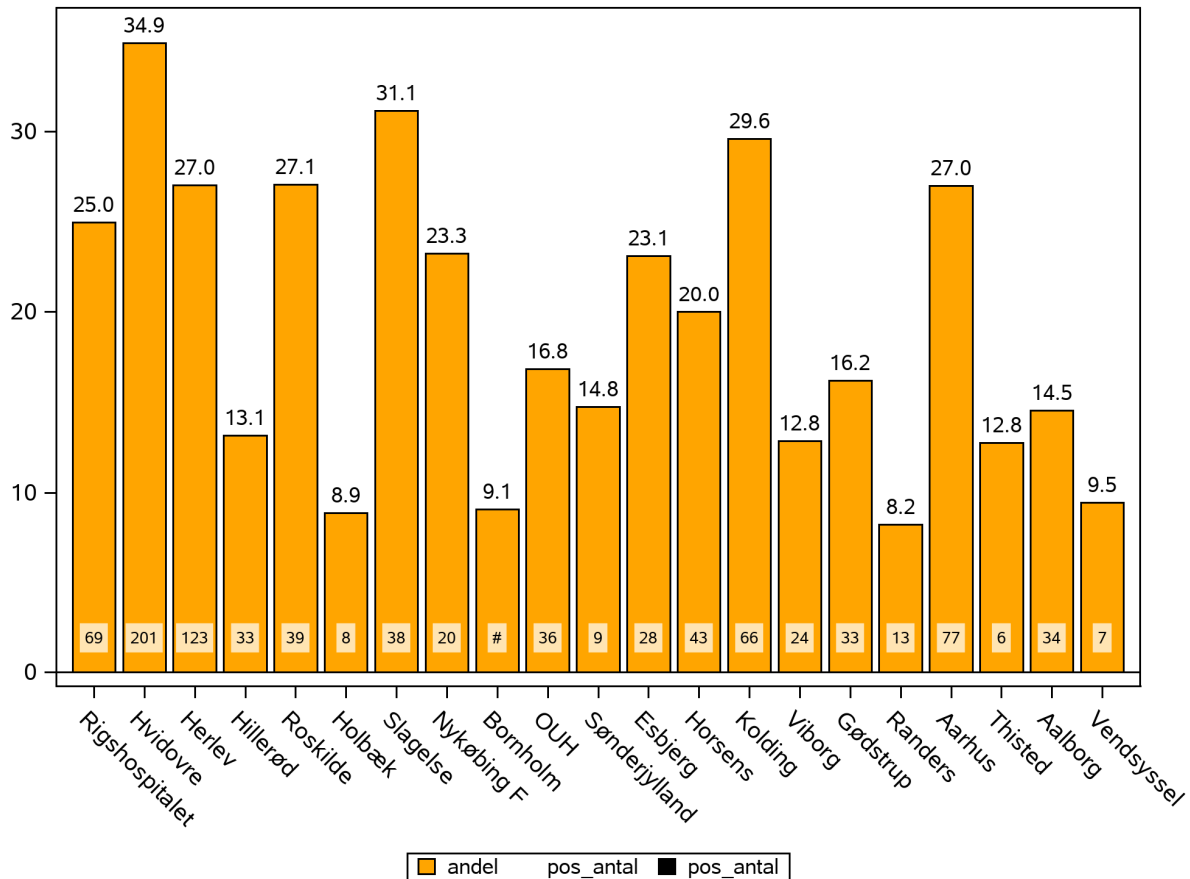
Fig. 1.6 Proportion of women with 1st trimester missed abortion (N) undergoing primary evacuation (n) in Denmark 2001-2022. N=89,854, n=41,802. Absolute number of evacuated indicated in bottom of each column.



I denne opgørelsesperiode varierer denne andel mellem afdelingerne fra 8% i Randers til 35% i Hvidovre (**Fig. 1.7**). Da succesraten ved medicinsk kombinationsinduktion af missed abortion i første trimester nu forventes at ligge omkring 90%, er det gængs praksis at anbefale medicinsk induktion ved graviditeter gået til grunde før 8 uger.

Fig. 1.7 Andelen af 1. trimester missed abort, der evakueres i **primær kontakt** per afdeling, 2021/2022 (det absolutte antal evakuerede 1. trimester missed abort ses i bunden af hver søjle)

Fig. 1.7 Proportion of women with 1st trimester missed abortion (N) undergoing primary evacuation (n) at different departments in Denmark in 2021/2022. N=4,034, n=908. Absolute number of evacuated indicated in bottom of each column.



Andelen, som er kodet med medicinsk behandling som den primære behandling, fremgår af **Fig. 1.8** og **1.9**. Dette tal ligger nu på 55%. Man kan groft antage, at hovedparten af de 77%, som ikke får foretaget et primært kirurgisk indgreb (**Fig. 1.6**), er blevet medicinsk behandlet, mens der i praksis altså kun er kodet 55%.

Fig. 1.8 Udvikling i andelen af de ikke-evakuerede 1. trimester missed abort, der har en medicinsk behandlingskode (BKHD50/52), 2001-2022 (det absolutte antal 1. trimester missed aborter med medicinsk behandlingskode ses i bunden af hver søjle)

Fig. 1.8 Proportion (%) of women with missed abortion (N) coded with a medical treatment code BKHD50/52 (n) at gynaecological departments during the period 2001-2022. N=48,105, n=17,359. Absolute number of evacuated indicated in bottom of each column.

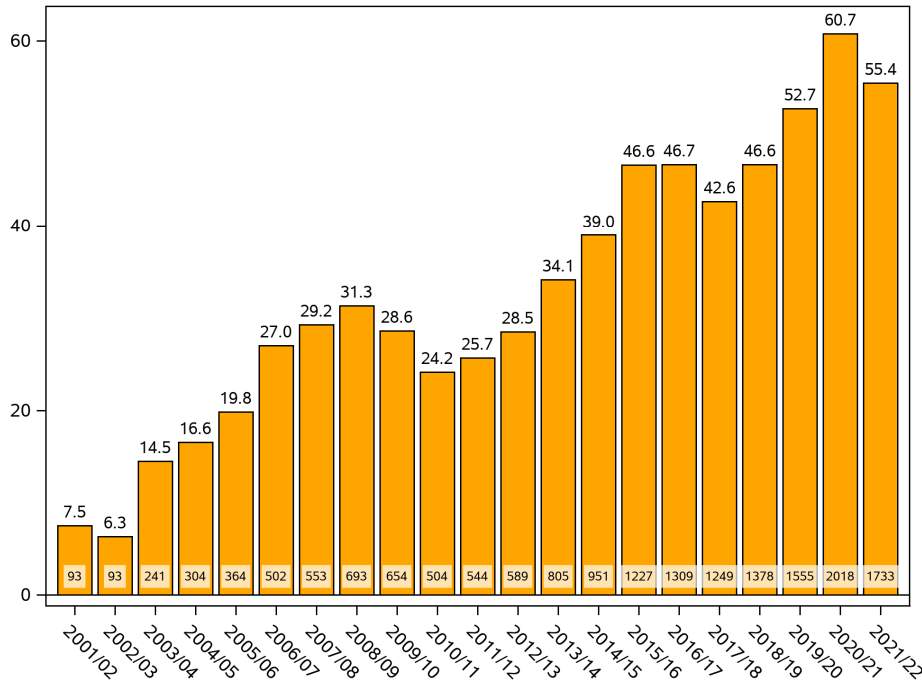
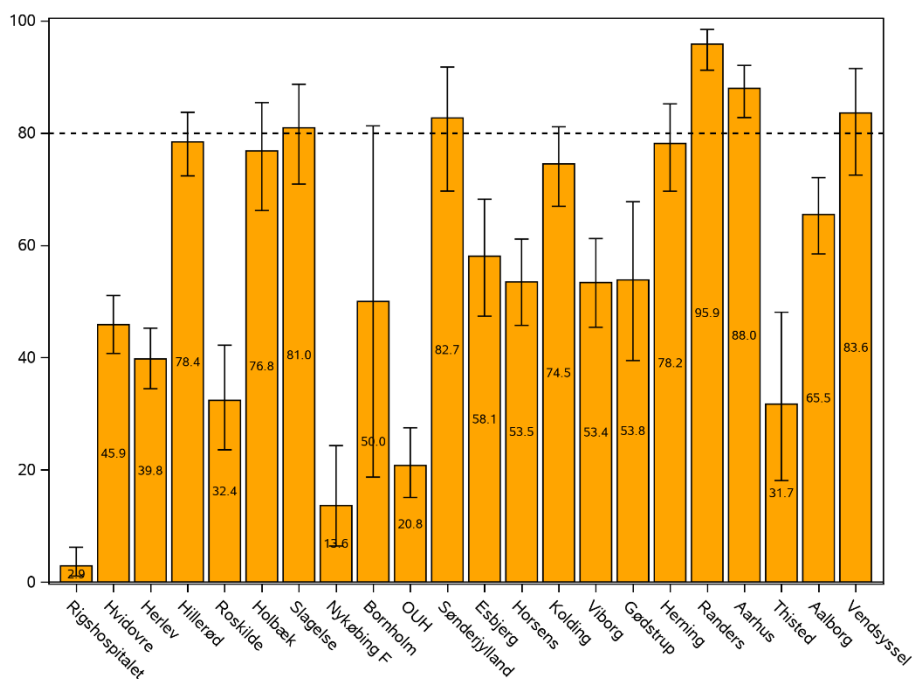


Fig. 1.9 (Indikator 2). Andelen af ikke-evakuerede 1. trimester missed abort, der har en medicinsk behandlingskode (BKHD50/52) per afdeling, 2021/2022

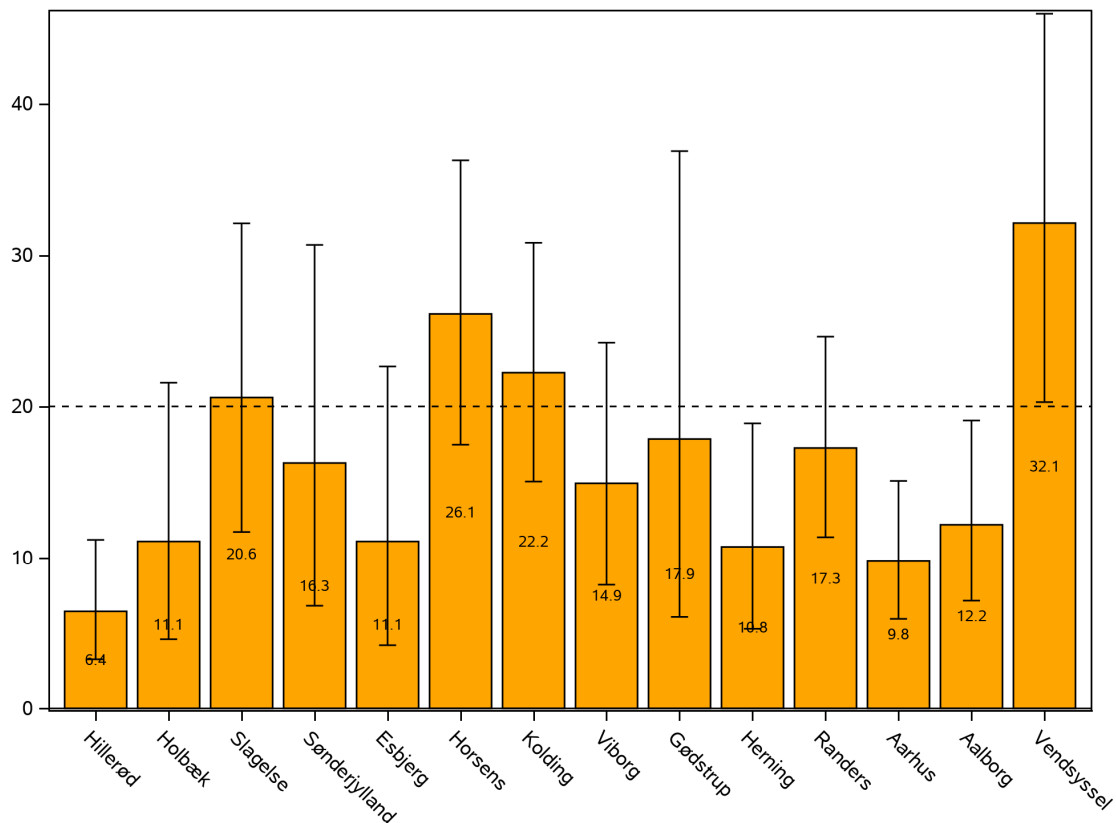
Fig. 1.9 (Indikator 2) Proportion (%) of non-evacuated women with missed abortion (N), coded with a medical treatment code (n) at gynaecological departments in 2021/2022. N=3,126, n=1,733. 95% CI indicated



Andelen af registrerede medicinsk behandlede (blandt de kvinder, som ikke undergår primær evacuatio uteri) varierer meget fra afdeling til afdeling, og vi taler om et spænd fra 3% (Rigshospitalet) til 96% (Randers) (**Fig. 1.9**). Med et gennemsnit på 55% betyder det, at 3/4 af de medicinsk behandlede er kodet med disse behandlingskoder. Kun afdelinger, som ligger med $\geq 50\%$ på denne indikator 2, vil få opgjort indikator 3. Med den nye udvidede medicinske kombinationsbehandling kan vi håbe på, at det vil kunne løfte denne andel.

Fig. 1.10 (Indikator 3). Andelen af medicinsk behandlet 1. trimester missed abort, som efterfølgende evakueres per afdeling, 2021/2022

Fig. 1.10 (Indikator 3) Proportion (%) of evacuated (n) after medical treatment of missed abortion (N) at gynaecological departments in DK in 2021/2022. N=1,330, n=199. 95% CI indicated



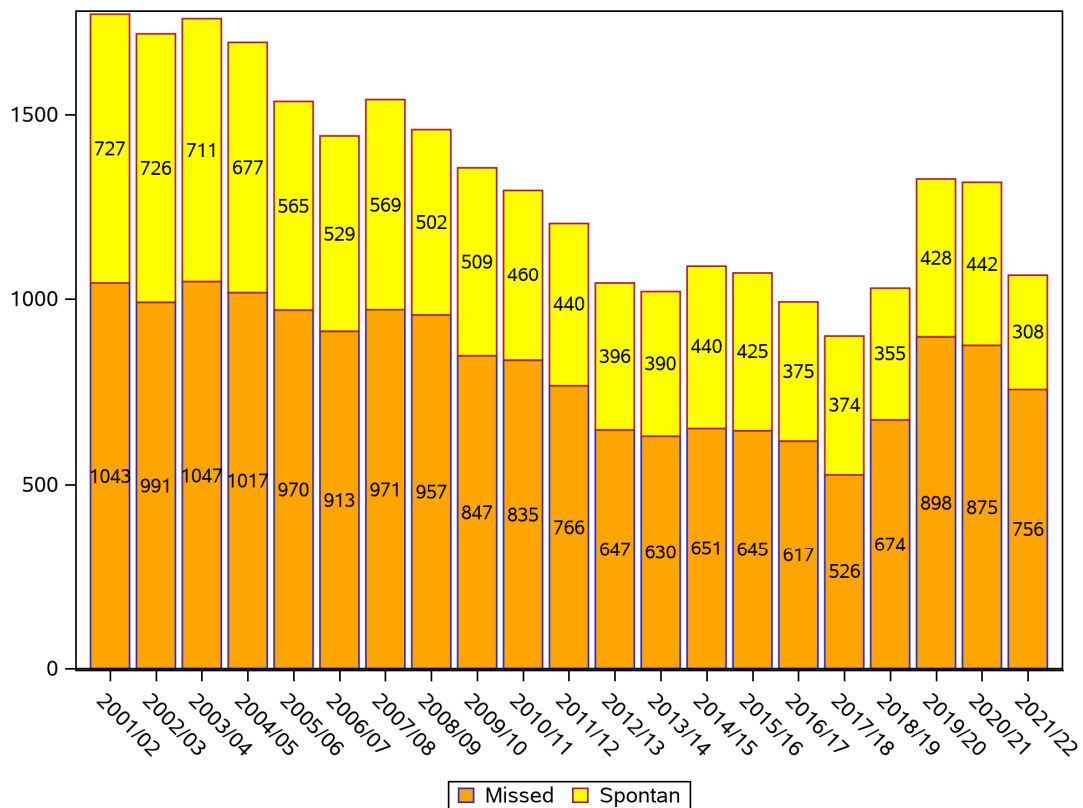
Det fremgår af figuren (**Fig. 1.10**), at de absolutte tal på de enkelte afdelinger er små, hvorfor en væsentlig del af variationen mellem afdelingerne skyldes tilfældigheder. Men man bemærker sig en overordnet andel evakuerede efter medicinsk behandling af missed abort på 15%. Det er en halvering i forhold til 2018. Vores fremadrettede standard vil være $<15\%$

Appendiks 2. Tilgrundegået graviditet, 2. trimester

Tilgrundegået graviditet (miscarriages) i 2. trimester udgør i 2021/22 15% af alle miscarriages (**Fig. 1.1**). I **Fig. 2.1** er antallet af 2. trimester miscarriages (missed abortion og spontan abort) i Danmark opgjort i perioden 2001/02-2021/22.

Fig. 2.1 Udvikling i antal tilgrundegået graviditeter i 2. trimester i Danmark fra 2001-2022. Fordeling af hhv. spontan abort og missed abort

Fig. 2.1 Number of 2nd trimester miscarriages in Denmark 2001-2022. N=27,624.



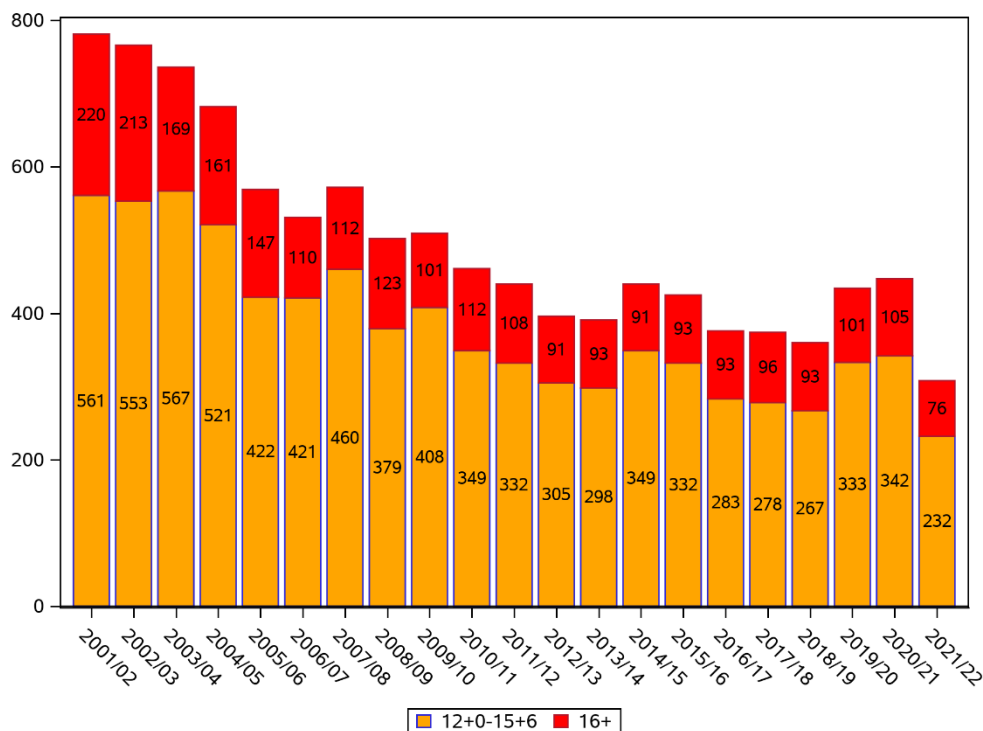
Det fremgår, at antallet af sene miscarriages er faldet med 51% indtil 2018. I 2021/22 er antallet af registrerede miscarriages steget til niveau med 2015/16. Faldet i de spontane aborter efter 2004, kan være influeret af de nye prænatale screeninger, som blev indført i årene fra 2004, da flere føtale misdannelser fanges tidligt og kvinderne dermed får udført en provokeret abort, hvor en del af disse tidligere aborterede spontant i de efterfølgende uger. Vi har ikke noget umiddelbart bud på baggrunden for stigningen i antallet af 2. trimester spontane og missed aborter i 2019-2021. Det vil vi undersøge nærmere.

2. trimester spontan abort

Det årlige antal kvinder med 2. trimester spontan abort (DO03*) i Danmark (GA>12 uger) fremgår af **Fig. 2.2**. Der ses et fald fra 781 i 2001 til 308 i 2021/22. 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 efter 16 uger fra 2003 til 2006. Man bemærker sig igen en stigning fra 2018 til 2020/21 og så et fald igen i 2021/22.

Fig. 2.2 Udvikling i antal hhv. tidlige og sene 2. trimester spontane aborter fra 2001-2022

Fig. 2.2 Spontaneous 2nd trimester abortion in Denmark 2001-2022, stratified according to gestational age. N=10,500.



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 (synekier).

Evakuering af 2. trimester spontan abort

Der er gennem de seneste 20 år sket en væsentlig reduktion i andelen af kvinder med spontan 2. trimester abort, som evakueres, både de tidlige og sene 2. trimester aborter, hvilket fremgår af **Fig. 2.3**. Der er sket en nogenlunde ens reduktion af de tidlige og sene 2. trimester spontane aborter med mere end en halvering gennem seneste to årtier.

Fig. 2.3 Udvikling i andelen af kirurgiske evakueringer efter hhv. tidlig og sen 2. trimester spontan abort fra 2001-2022
Fig. 2.3 Surgical evacuation rate (%) after early and late 2nd trimester spontaneous abortion in Denmark 2001-2022. N=10,348.

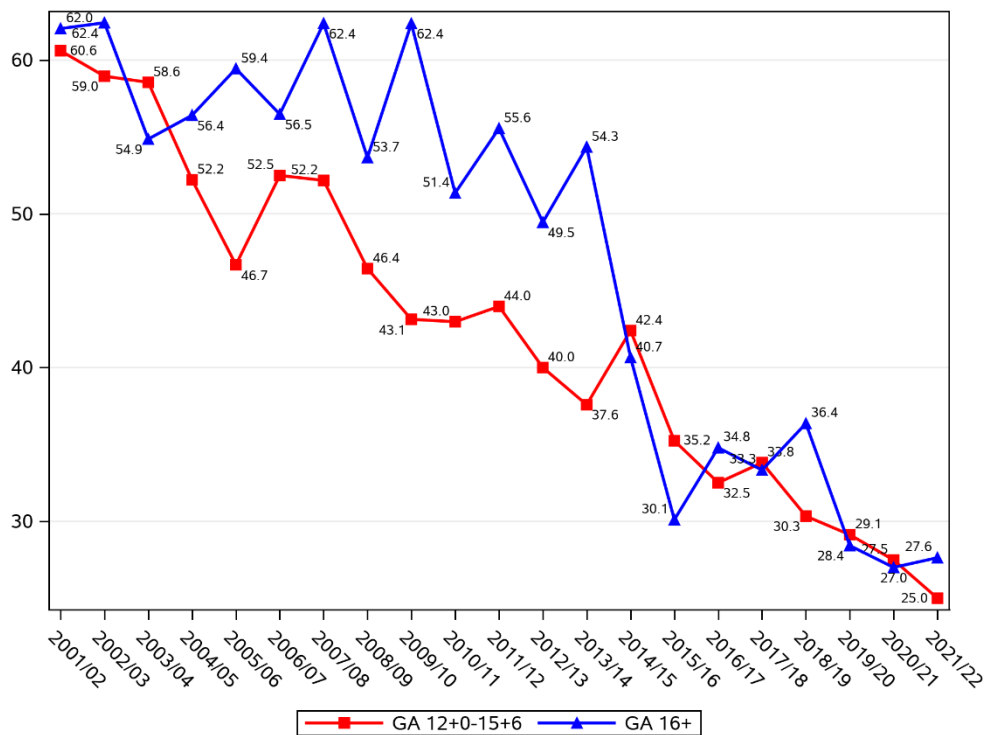
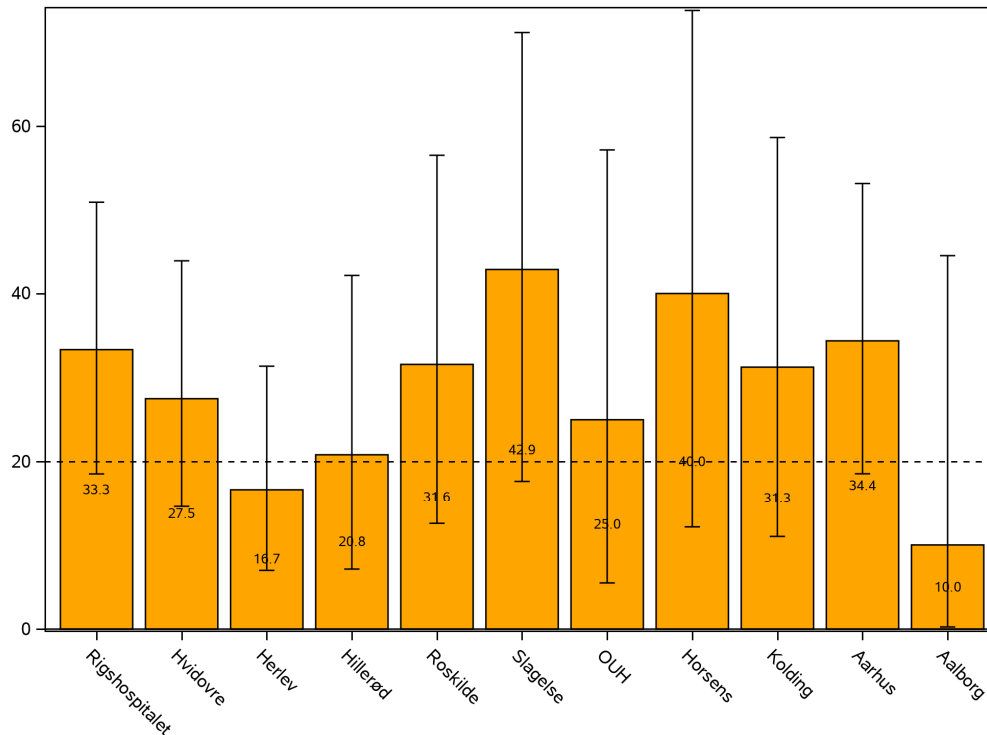


Fig. 2.4 (Indikator 4) Andelen af 2. trimester spontan abort, som evakueres per afdeling, 2021/2022

Fig. 2.4 (Indikator 4) Surgical evacuation (n) of 2nd trimester spontaneous abortion (N) in Denmark in 2021/2022 at gynaecological departments. N=308, n=79. 95% CI indicated



På afdelingsniveau varierer anvendelsen af evacuatio uteri ved 2. trimester spontan abort fra 10% (Aalborg) til 43% i Slagelse (blandt afdelinger med 10 eller flere i nævner) (**Fig. 2.4**). Gennemsnittet er 26% på gynækologiske afdelinger. Med en standard på <20% opfylder 7 ud af 21 afdelinger denne standard (heraf kun 2 afdelinger med 10 eller flere i nævner). Der er dog tale om små absolutte tal, hvorfor den statistiske tilfældighed spiller en relativt stor rolle for denne variation.

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.

Nogle afdelinger i udlandet ligger på evakueringsrater på under 10% ved 2. trimester aborter, hvilket opnås ved at køre efter kliniske parametre som placentas helhed og graden af blødning, mens man forsøger at holde UL ude af stuerne i timerne efter kvittering! (personlig meddelelse fra Templeton i Aberdeen). Vi har fastsat en fremadrettet standard på <25% (som for de provokerede og missed ab).

2. trimester missed abort

Andel af kvinder med 2. trimester missed abortion, som oplever evacuatio uteri i **primær kontakt** fremgår af **Fig. 2.5a**. Andel af kvinder med 2. trimester missed abortion, som enten er blevet evakueret i **primær kontakt** og/eller **sekundær kontakt** i fremgår af **Fig. 2.5b**.

Fig. 2.5a Udvikling i andelen af **2. trimester missed abort**, der evakueres i **primær kontakt**, 2001-2022 (det absolutte antal primært evakuerede 1. trimester spontane aborter ses i bunden af hver søjle)

Fig. 2.5a Primary surgical evacuation (%) (n) in women with 2nd trimester missed abortion (N) 2001-2022. N=17,276, n=5,113. Absolute number of evacuated indicated in bottom of each column.

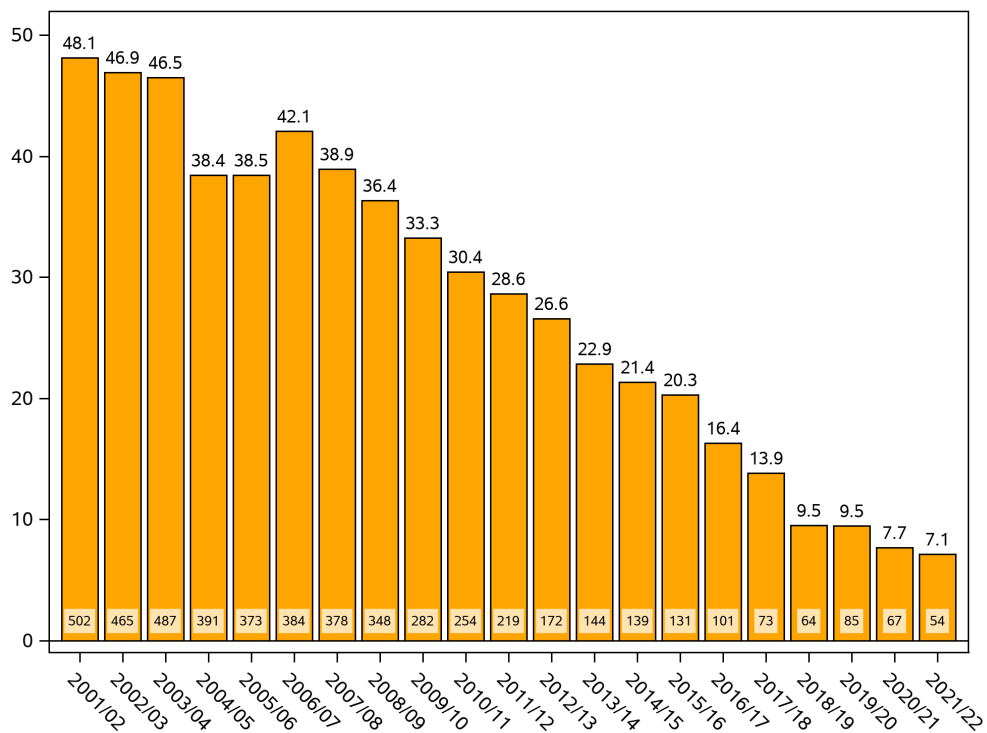
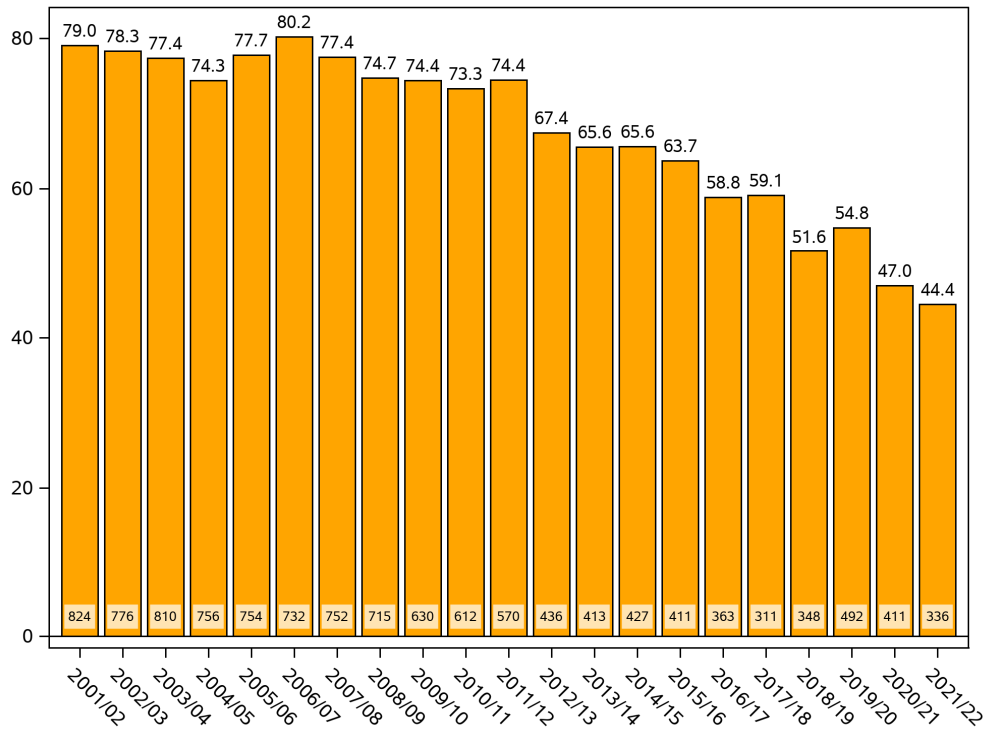


Fig. 2.5b Udvikling i andelen af **2. trimester missed abort**, der evakueres i enten **primær kontakt** eller **sekundær kontakt**, 2001-2022 (det absolutte antal primært og/eller sekundært evakuerede 1. trimester spontane aborter ses i bunden af hver søjle)

Fig. 2.5b Primary or secondary surgical evacuation (%) (n) in women with 2nd trimester missed abortion (N) 2001-2022. N=17,276, n=11,879. Absolute number of evacuated indicated in bottom of each column.



I **Fig. 2.6a og 2.6b** ses andelen af 2. trimester medicinsk inducerede provokeret eller missed abort, som evakueres enten i primær kontakt (5a) og/eller i sekundær kontakt inden for 12 uger fra abortdatoen (5b). Det fremgår, at den primære evakuatioandel (gns. 13%) svinger fra 4% i Holbæk til 38% i Gødstrup, mens den sekundære evakuatioandel (gns. 21%) svinger fra 0% i Horsens til 55% i Vensyssel (blandt afdelinger som har 10 eller flere i nævner). Det er hovedsageligt de provokerede aborter, som trækker disse rater op.

Diskrepansen mellem **Fig. 2.6a/2.6b** og **Fig. 1.1/2.1** skyldes eksklusion af GA 12+0-12+6 i indikator 5 (kan ikke afgøres om disse er medicinsk inducerede).

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 35% evakuatio'er bør stræbe imod at reducere denne andel efter alle tre typer 2. trimester abort.

Fig. 2.6a (Indikator 5a) Andel 2. trimester (13+0<=GA<=22+6) provokeret eller missed abort som evakueres i den primære kontakt

Fig. 2.6a (Indikator 5a) Primary surgical evacuation (%) (n) of women with 2nd trimester missed abortion or induced abortion (N) at gynaecological departments in 2021/2022. N=924, n=123. 95% CI indicated

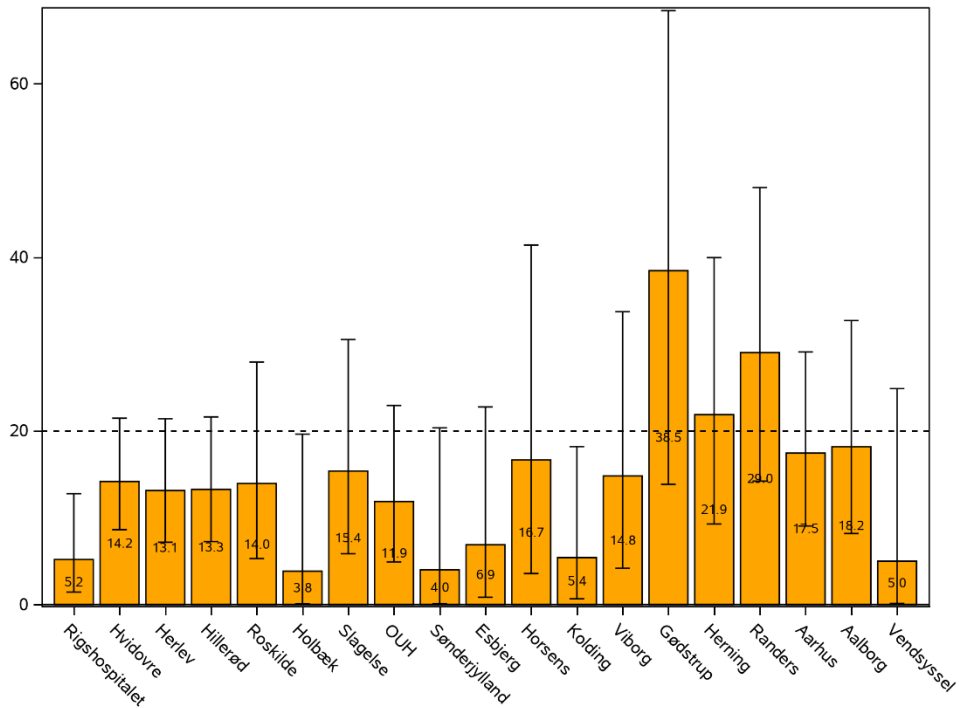
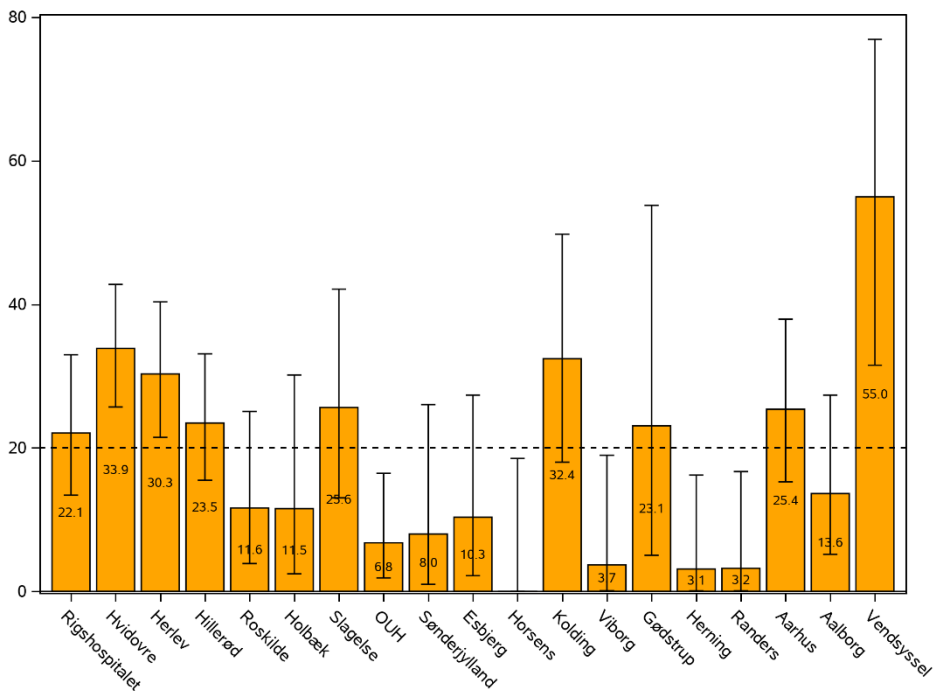


Fig. 2.6b (Indikator 5b) Andel 2. trimester (13+0<=GA<=22+6) provokeret eller missed abort som evakueres i den sekundære kontakt

Fig. 2.6b (Indikator 5b) Secondary surgical evacuation (%) (n) of women with 2nd trimester missed abortion or induced abortion (N) at gynaecological departments in 2021/2022. N=924, n=197. 95% CI indicated

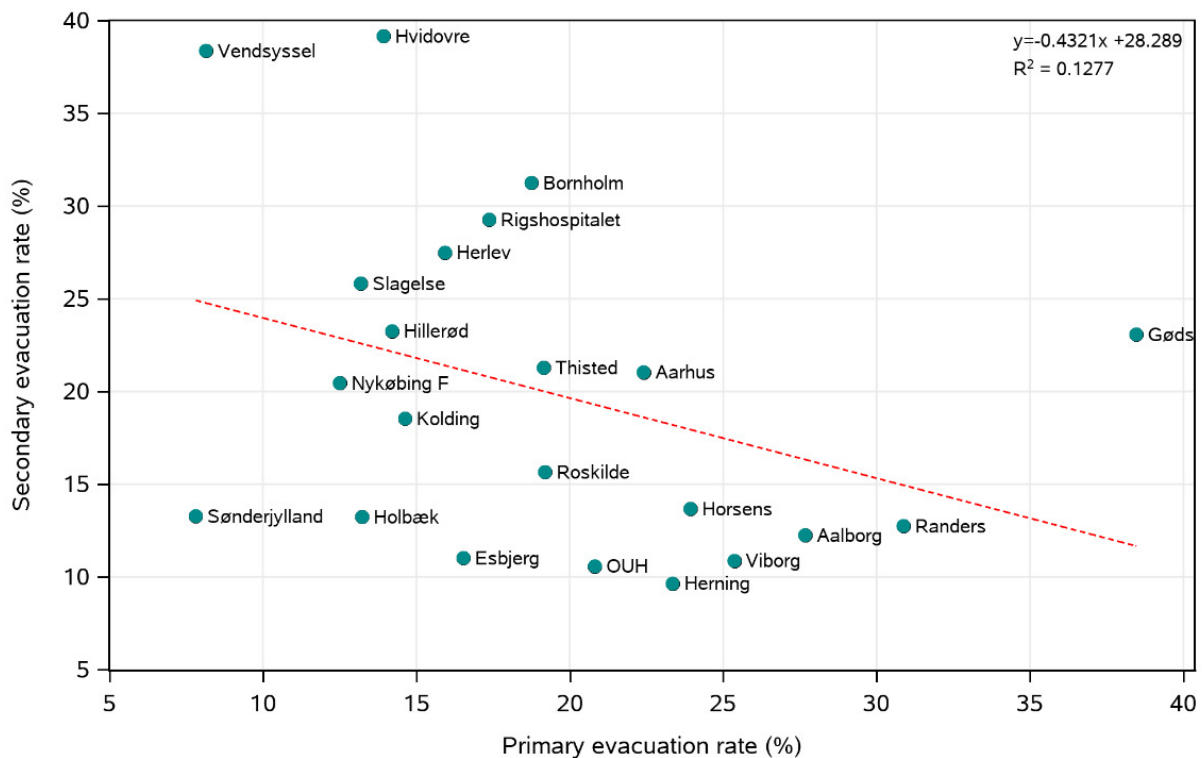


Hvad kan vi gøre bedre?

Konsekvent anvendelse af den korrekte behandlingskode (BKHD5) ved medicinsk behandling af missed abortion ville højne kvaliteten af kommende opgørelser og dermed muligheden for at overvåge kvaliteten, bl.a. forekomsten af sekundær evakuatio og infektion ved de to behandlingsformer. Evakuatio andelen bør ligge langt under 40%, og standarden for indikator 5a og 5b sænkes derfor til hhv. <15% og <10%. Standardjournaler med fortrykte relevante diagnose- og behandlingskoder anbefales anvendt på alle afdelinger.

Fig. 2.7 (Indikator 5) Korrelationen mellem andelen af **primære** evakueringer vs. andelen af **sekundære** evakueringer af 2. trimester provokeret eller missed abort fra 2017/2018-2021/2022

Fig. 2.7 (Indikator 5) Primary evacuation rate (%) vs. secondary evacuation rate (%) of women with 2nd trimester missed abortion or induced abortion from 2017/2018 to 2021/2022. N=4,717, n'Primary evac'=842, n'Secondary evac'=1,064.



Her har vi forsøgt at korrelere den primære evacuatio-rate med de samme afdelingers sekundære evacuatio-rate. Der ses en svag tendens til, at der er færre sekundære med flere primære (som man ville forvente). Men der er tale om en stor spredning, og der er afdelinger med både høj primær evacuatio-rate og høj sekundær evacuatio-rate.

Denne høje spredning taler derfor for at mindske den primære evacuatio- rate til under 15%.

Appendiks 3. Ekstrauterin graviditet

Dette område omfatter diagnosen D000, svangerskab uden for livmoder, med underdiagnoserne:

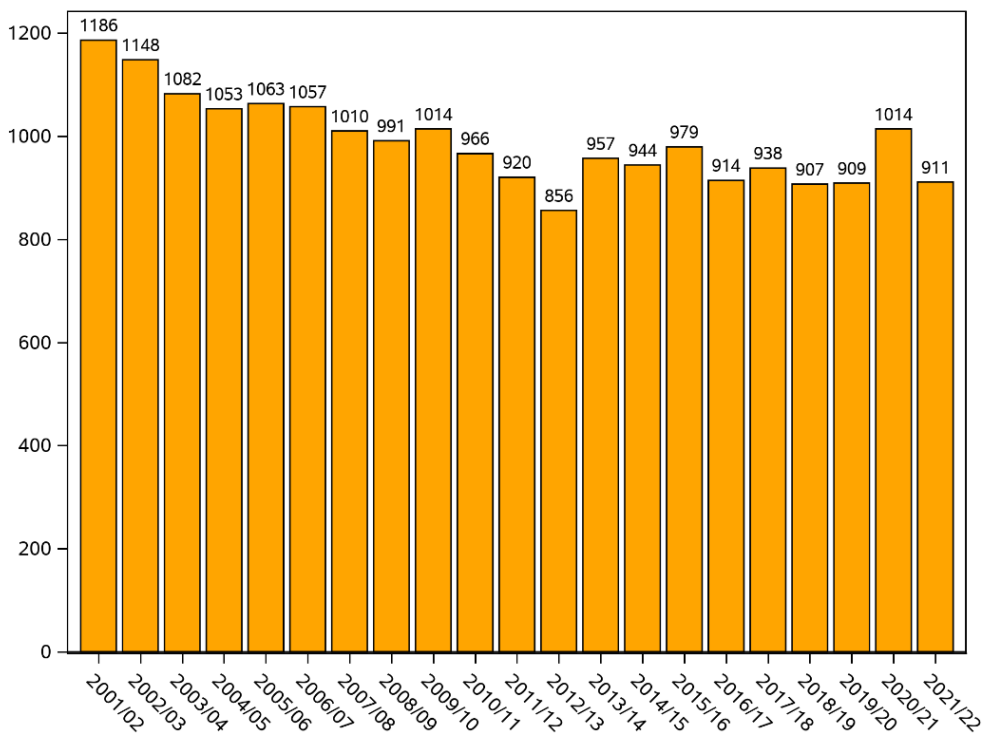
D0000	Ektopisk graviditet i bughulen
D0000A	Rumperet abdominal graviditet
D0001	Ektopisk graviditet i æggeleder
D0001A	Rumperet ektopisk graviditet i æggeleder
D0002	Ektopisk graviditet i æggestok
D0002A	Rumperet ektopisk graviditet i æggestok
D0008	Anden form for ektopisk graviditet
D0008A	Ektopisk graviditet i livmoderhalsen
D0008B	Ektopisk graviditet i cornu uteri
D0008C	Ektopisk graviditet i livmoderens ligamenter
D0008D	Ektopisk graviditet i livmodervæggen
D0009	Ektopisk graviditet UNS

Produktion

Det årlige antal patienter med ekstrauterin graviditet er faldet stødt gennem seneste 20 år (**Fig. 3.1**). Med omkring 85.000 årlige registrerede konceptioner, opstår der en ekstrauterin graviditet for hver ca. 100 graviditeter.

Fig. 3.1 Udvikling i antal ekstrauterine graviditeter fra 2001-2022

Fig. 3.1 Etopic pregnancies in Denmark 2001-2022. N=20,819.



Antallet af ekstrauterine graviditeter på de forskellige gynækologiske afdelinger fremgår af **Fig. 3.2**. Ud over de 911 ekstrauterine graviditeter på gynækologiske afdelinger, er der ikke registreret ekstrauterine graviditeter på privatsygehuse i 2021/22.

Kvalitet

Kvaliteten i behandlingen afspejler sig i **Indikator 6**: Andel af ekstrauterine graviditeter, som opereres (Standard: <70%).

Andelen af kvinder med ekstrauterin graviditet, som er behandlet med operation, var i 2021/22 69%. Andelen af kvinder som er undergået hhv. laparoskopisk operation, åben operation og ingen operation gennem perioden 2001-2022 fremgår af **Fig. 3.3**. Samtidig er andelen af de opererede, som er blevet det laparoskopisk faldet fra 49% i 2001/02 til 36% i 2021/22.

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

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

Fig. 3.2 Antal ekstrauterine graviditeter på afdelingsniveau, 2021/2022

Fig. 3.2 Etopic pregnancies in Denmark in 2021/2022. N=911.

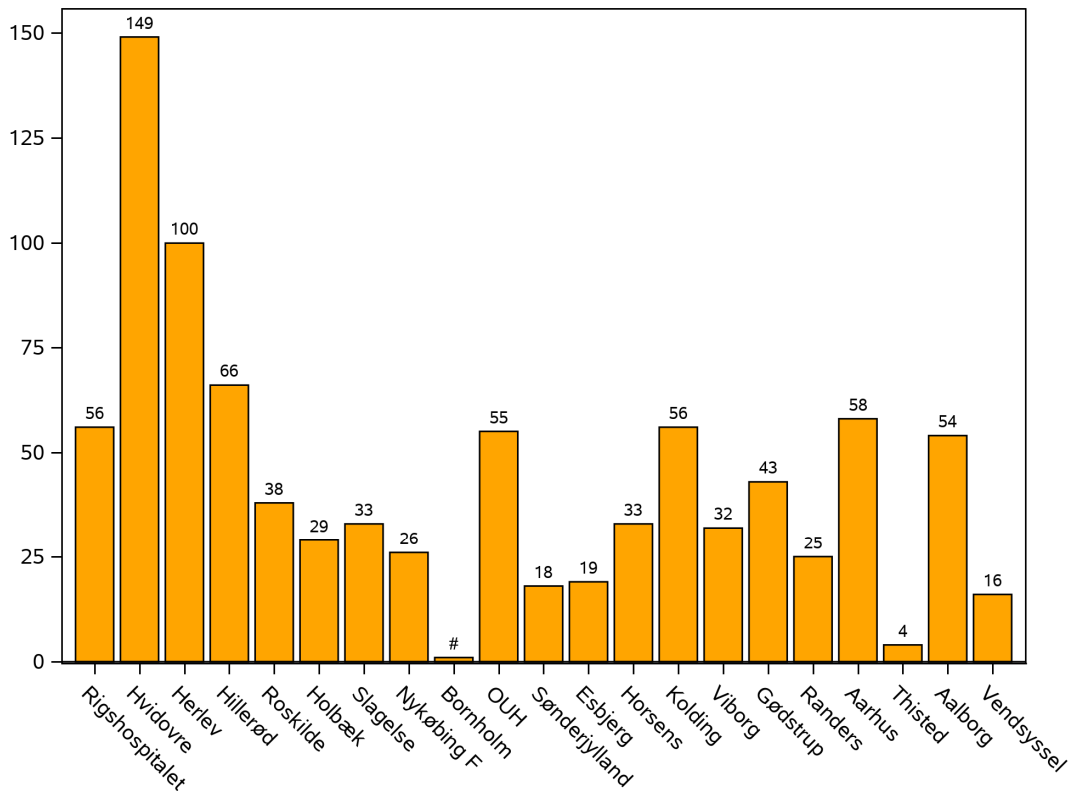


Fig. 3.3 Udvikling i andelen af ekstrauterine graviditeter, som hhv. opereres ved laparoskopi, opereres ved laparotomi eller ikke opereres, 2001-2022 (øverst: antal; nederst: andel i procent)

Fig. 3.3 Ectopic pregnancies undergoing laparoscopy, laparotomy and no surgery through the period 2001-2022. (Top: in absolute numbers, bottom: in percent)

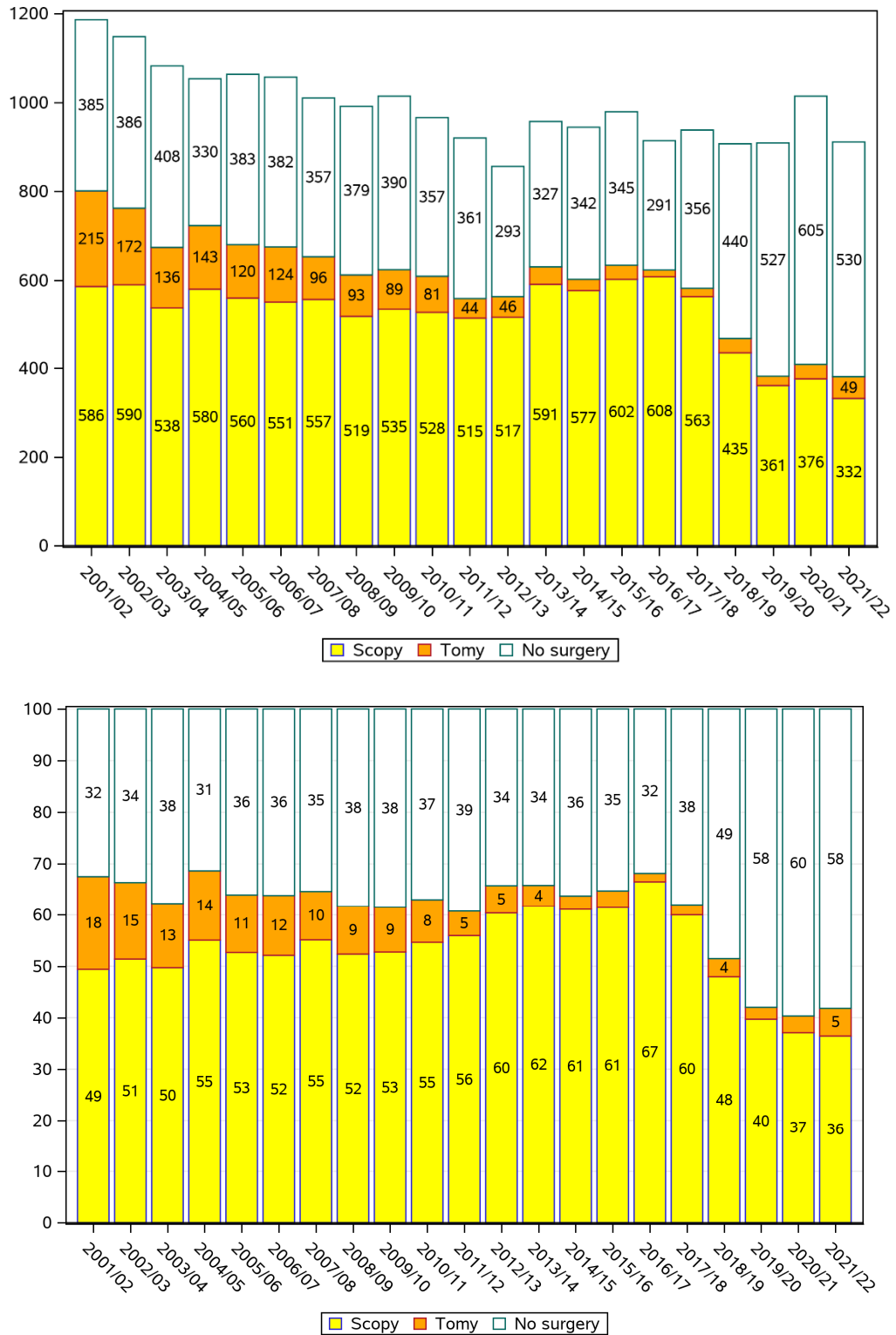
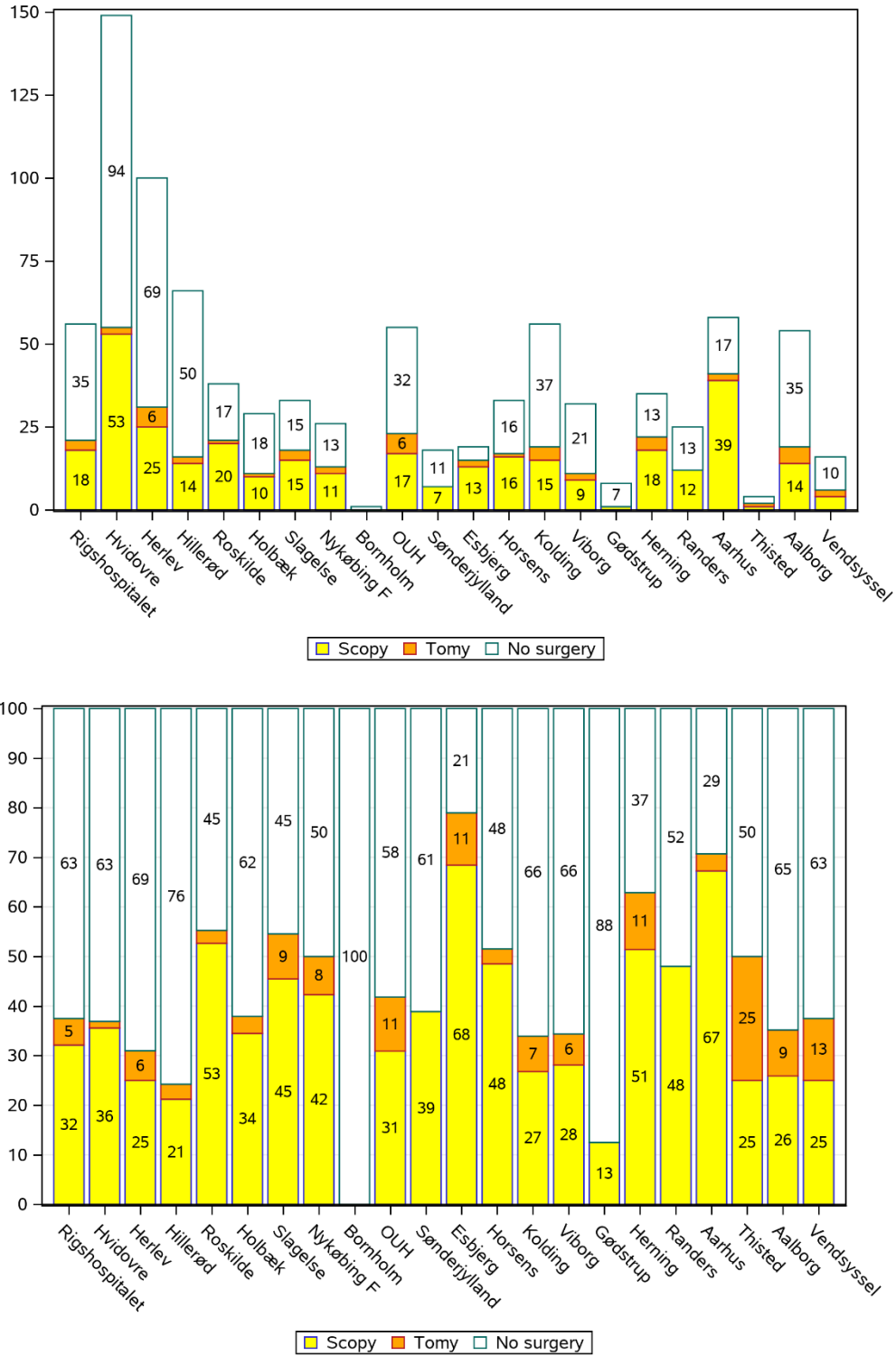


Fig. 3.4 Andelen af ekstrauterine graviditeter, som hhv. opereres ved laparoskopi, opereres ved laparotomi eller ikke opereres per afdeling 2021/2022 (øverst: antal; nederst: andel i procent)

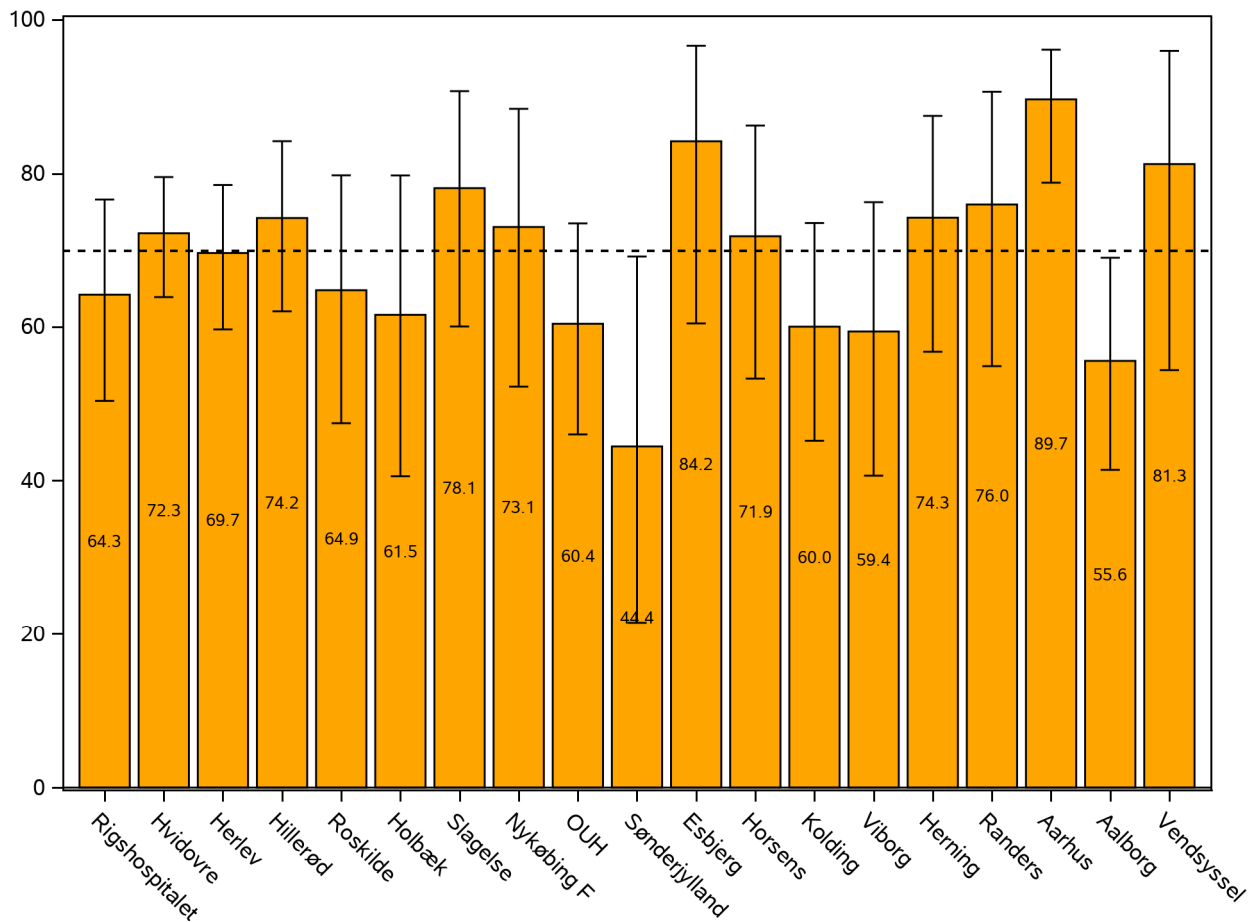
Fig. 3.4 Ectopic pregnancies undergoing laparoscopy, laparotomy and no surgery at different departments in 2021/2022. Absolute numbers indicated in columns. (Top: in absolute numbers, bottom: in percent)



I 2020/22 var der stadig variation i operationspraksis på de forskellige afdelinger, hvilket fremgår af **Fig. 3.4**. Andelen af opererede ligger over standarden på <70% på 10 ud af 21 afdelinger (**Fig. 3.5**). Andelen af kvinder med ekstrauterin graviditet, som opereres på forskellige afdelinger, varierer fra 44% i Sønderjylland til 90% i Aarhus. Vi må antage, at en del af de, som ikke opereres på de enkelte afdelinger, behandles medicinsk med Methotrexat.

Fig. 3.5 Indikator 6. Andelen af ekstrauterine graviditeter, som opereres indenfor 4 uger fra primær diagnose, 2021/2022

Fig. 3.5 (indikator 6) Ectopic pregnancies undergoing treatment at different departments in 2021/2022. 95% CI indicated



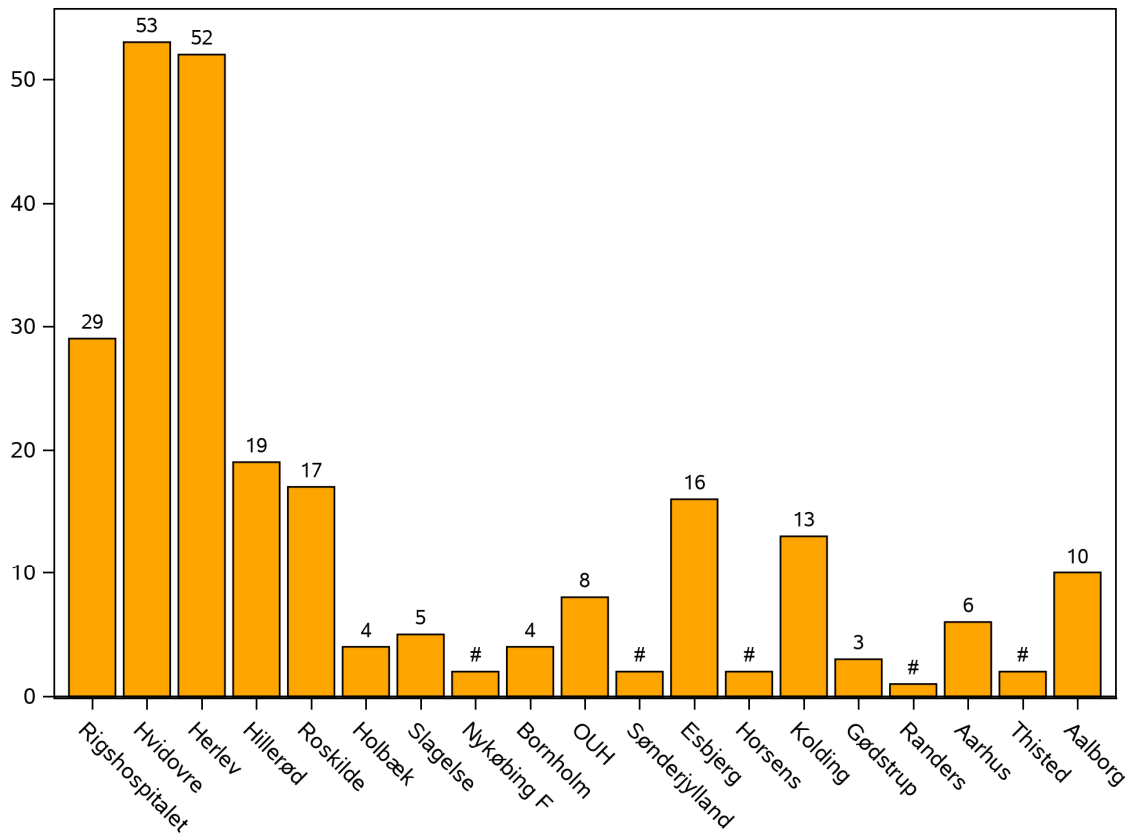
NB. Operationstallene for kvinder med ekstrauterin graviditet er steget lidt på nogle afdelinger efter 2011. Det skyldes, at vi nu ikke kræver gestationsalderen registreret, det gjorde vi før 2012.

Graviditet med ukendt lokalisation (PUL= pregnancy unknown localisation)

Den nye PUL kode DO022 blev introduceret primo 2012 og har siden været anvendt i alt 4.329 gange (med restriktion på 12 uger). I 2021/22 blev koden anvendt 248 gange.

Fig. 3.6 Antal graviditeter med ukendt lokalisation (PUL) per afdeling, 2021/2022

Fig. 3.6 Number of pregnancy unknown location (PUL) registrations at different departments in 2021/2022. N=248.



Der var i 2021/22 kun 16 kvinder, som var kodet med en medicinsk behandlingskode (BKHE0 eller BKHE8/8A). Disse koder anvendes næppe konsekvent, når der effektueres cytostatisk medicinsk behandling. Det bør tilstræbes, at disse koder registreres. De afdelinger, som har et højt antal PUL diagnoser, ligger ikke generelt højere i andel opererede kvinder med ekstrauterin graviditet, hvorfor vi har valgt fortsat at opgøre PUL separat, da en del jo også er udtryk for spontan abort.

Nyt forslag fra Tigrab vedrørende PUL

Vi vil foreslå, at PUL fremadrettet alene anvendes som en tidlig foreløbig kode (DZ321L). Men at man ved afslutningen af patienten vælger enten diagnosen ekstrauterin graviditet, hvis s-hCG falder med mindre end 50% på to døgn og med spontan abort, hvis s-hCG falder med mere end 50% på to døgn. Derved vil vi få bedre data på ekstrauterine graviditeter og spontane aborter. Den endelige diagnose DO022 kan stadig anvendes ved tidlig medicinsk provokeret abort (før der kan visualiseres intrauterin graviditet), for at tilkendegive, at vi ikke har visualiseret en intrauterin graviditet på behandlingstidspunktet. Så kan vi også opgøre hvordan det går disse kvinder.

Appendiks 4. Mola hydatidosa

Antallet af kvinder med mola hydatidosa (i det følgende blot mola) er faldet med 53% gennem de seneste 20 år (**Fig. 4.1**). 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. I 2021/22 er antallet af kvinder med mola på de gynækologiske afdelinger fordelt som det fremgår af **Fig. 4.2**.

Fig. 4.1 Udvikling i antal kvinder med mola hydatidosa fra 2001-2022

Fig. 4.1 Number of women with hydatidiform mole in Denmark 2001-2022. N=1,760.

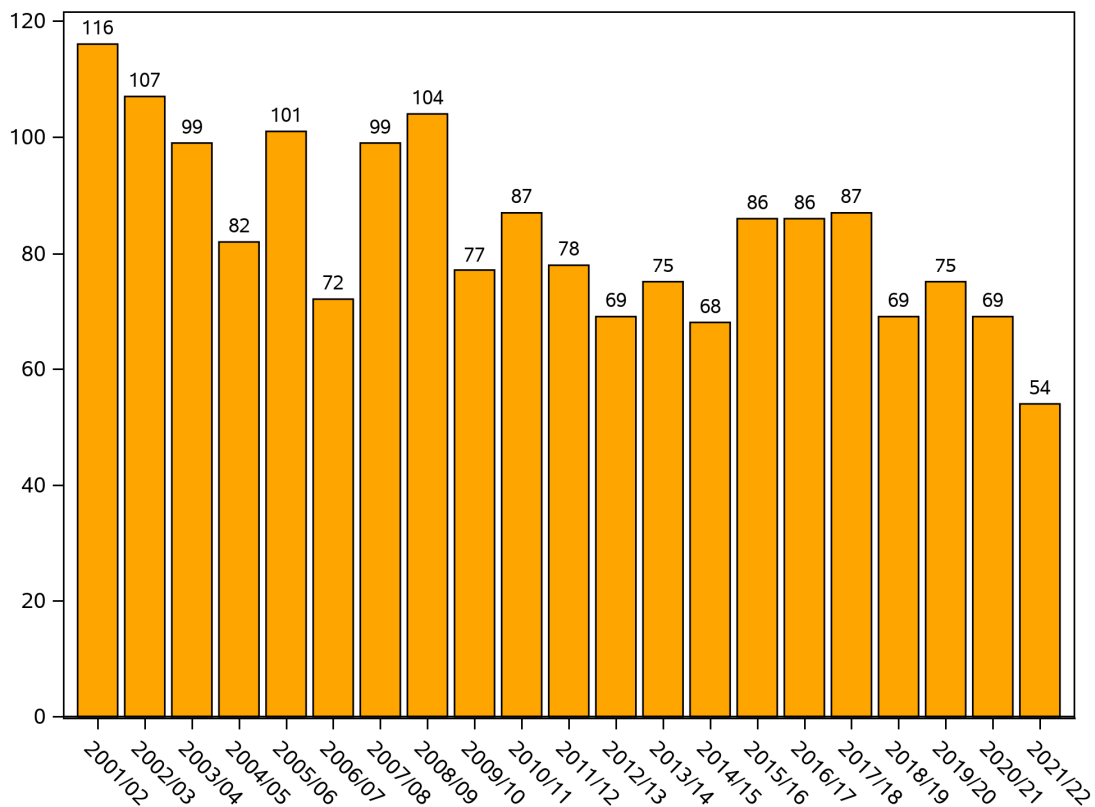
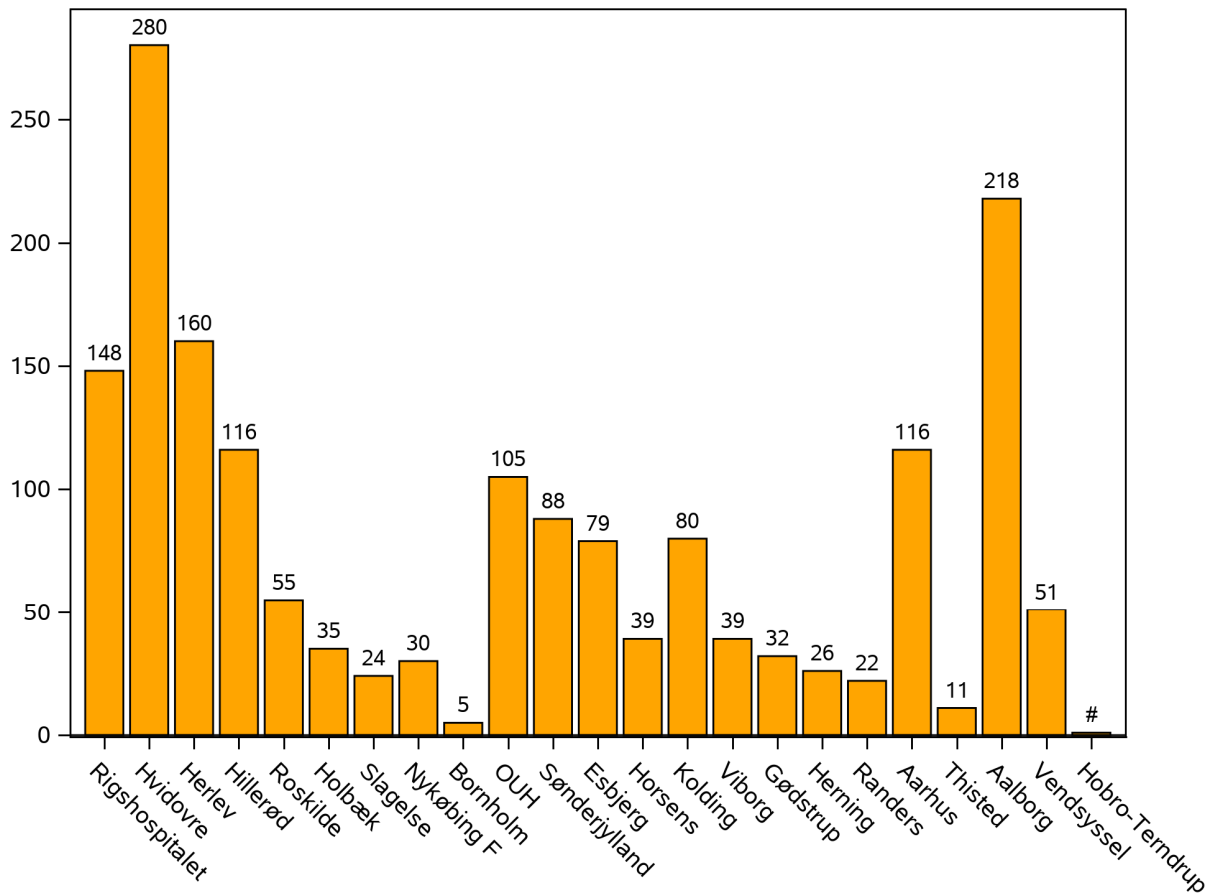


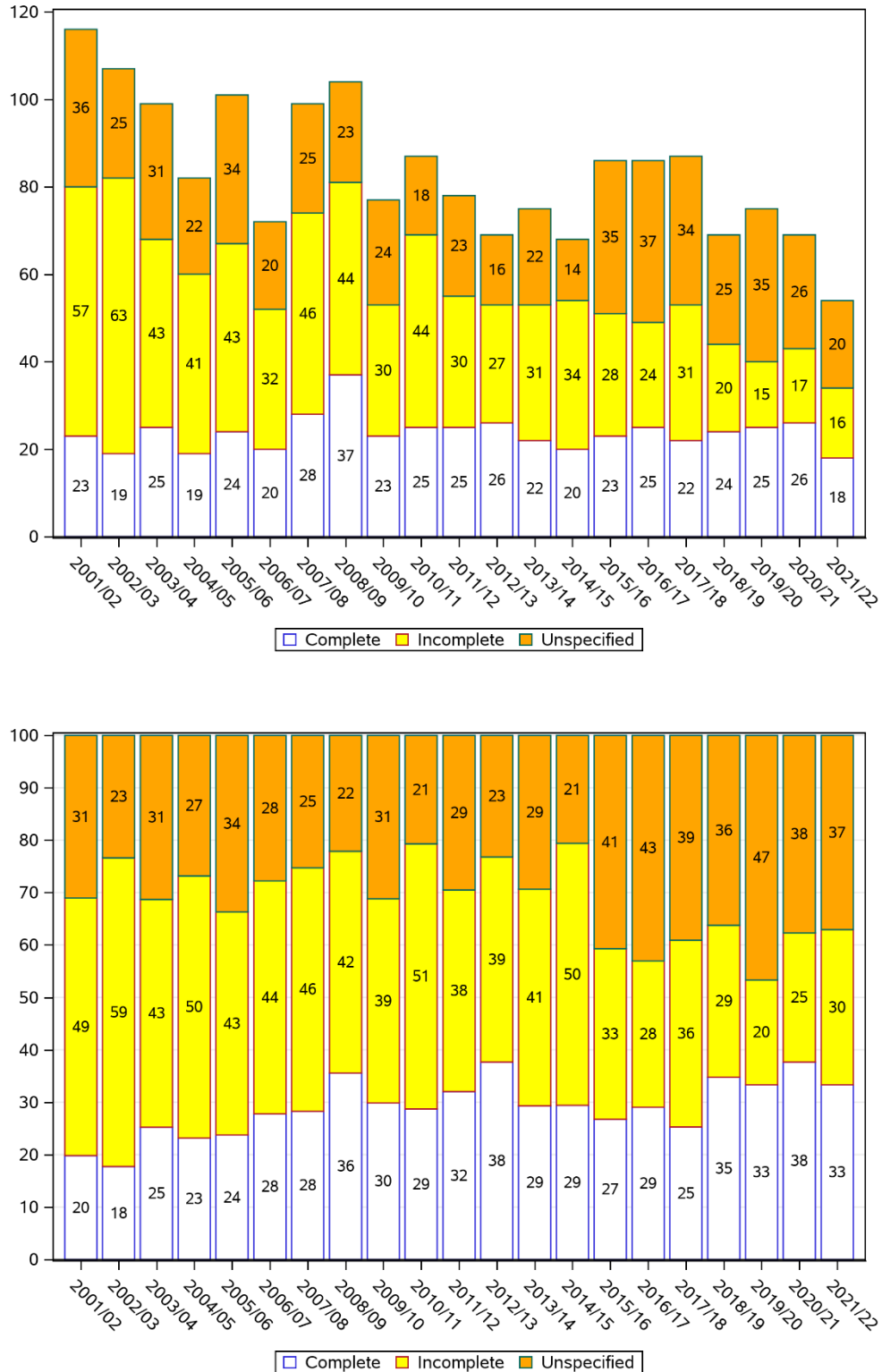
Fig. 4.2 Antal kvinder med mola hydatidosa per afdeling, 2021/2022**Fig. 4.2** Women with hydatidiform mole at gynaecological departments 2001/2022. N=1,760.

Udviklingen i typen af mola fremgår af **Fig. 4.3**. Det fremgår, at andelen af komplet mola er øget lidt gennem perioden, mens partiel mola er faldet. Det absolutte antal komplette mola har imidlertid ligget nogenlunde konstant på omkring 25 pr. år. Så hele faldet i antallet af mola over seneste 20 år kan tilskrives et fald i antallet af partielle og uspecificerede mola. Reduktion i antallet af partielle mola kan hænge sammen med, at man ved tidlig medicinsk behandling af provokeret abort kan komme til at behandle nogen, som havde partiel mola. Da der ikke tilvejebringes mikroskopi på disse aborter, som tit foregår i eget hjem, stilles diagnosen derfor aldrig. Da recidiv-risikoen ved partiel mola er lille, og patienterne med genopblussen vil bløde og stige i s-hCG, udgør dette ikke noget væsentligt klinisk problem, idet patienterne vil henvende sig med disse klager.

Af de 54 kvinder med mola i 2021/22 havde 33% komplet mola, 30% partiel mola, og 37% uspecificeret mola. Det lave antal patienter med mola på de enkelte afdelinger muliggør ikke afdelingsspecifik opgørelse af kvalitet for et enkelt år.

Fig. 4.3 Udvikling i typen af mola hydatidosa fra 2001-2022 (øverst: antal, nederst: andel i procent)

Fig. 4.3 Distribution of complete, incomplete and unspecified hydatidiform mole in Denmark 2001-2022. N=1,760. (Top: in absolute numbers, bottom: in percent)



Appendiks 5. Provokeret abort, 1. trimester

Kvalitetsindikatorer

Indikator 7: Andel af medicinsk behandling af 1. trimester provokeret abort (standard ikke fastlagt)

Indikator 8: Andel af 1. trimester abort, som gennemføres før 8 fulde uger ($\leq 7+6$) (Standard: $>50\%$)

Indikator 9: Andel af medicinsk behandlede ($4+0 \leq GA \leq 8+6$), som evakueres (Standard: $<6\%$)

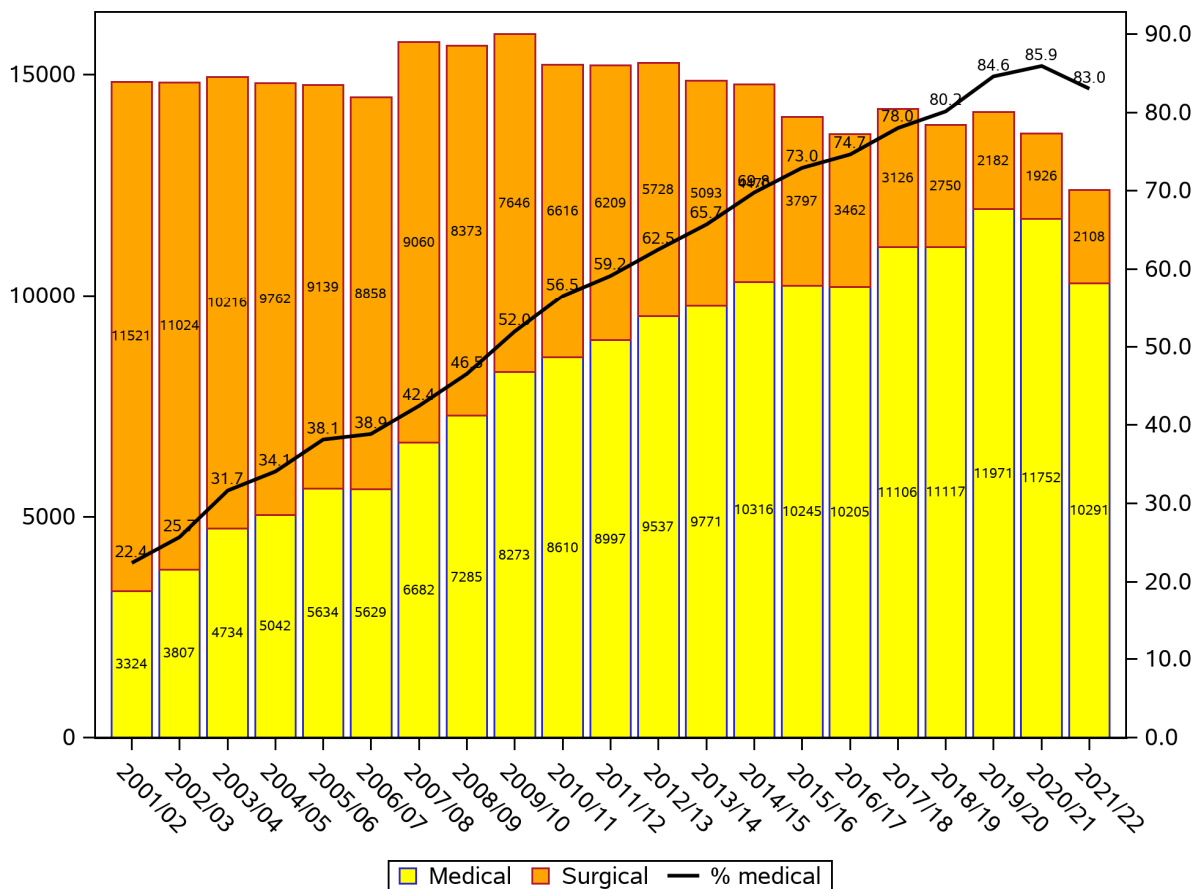
Indikator 10: Andel af kirurgisk behandlede, som re-evakueres (Standard: $<5\%$)

Produktion

Antallet af provokerede 1. trimester aborter er gennem seneste 20 år faldet med 2.446 aborter (fra 14.845 årlige tilfælde i 2001/02 til 12.399 i 2021/22) (**Fig. 5.1**). Andelen af medicinske aborter er i samme periode steget fra 22% til 83%.

Fig. 5.1 Udvikling i antallet af hhv. medicinsk og kirurgisk behandlede 1. trimester provokeret abort samt andelen af medicinsk behandlede

Fig. 5.1 Medical and surgical 1st trimester abortion in Denmark 2001-2022 (Y1) and percent of medical abortions (Y2). N=307,394



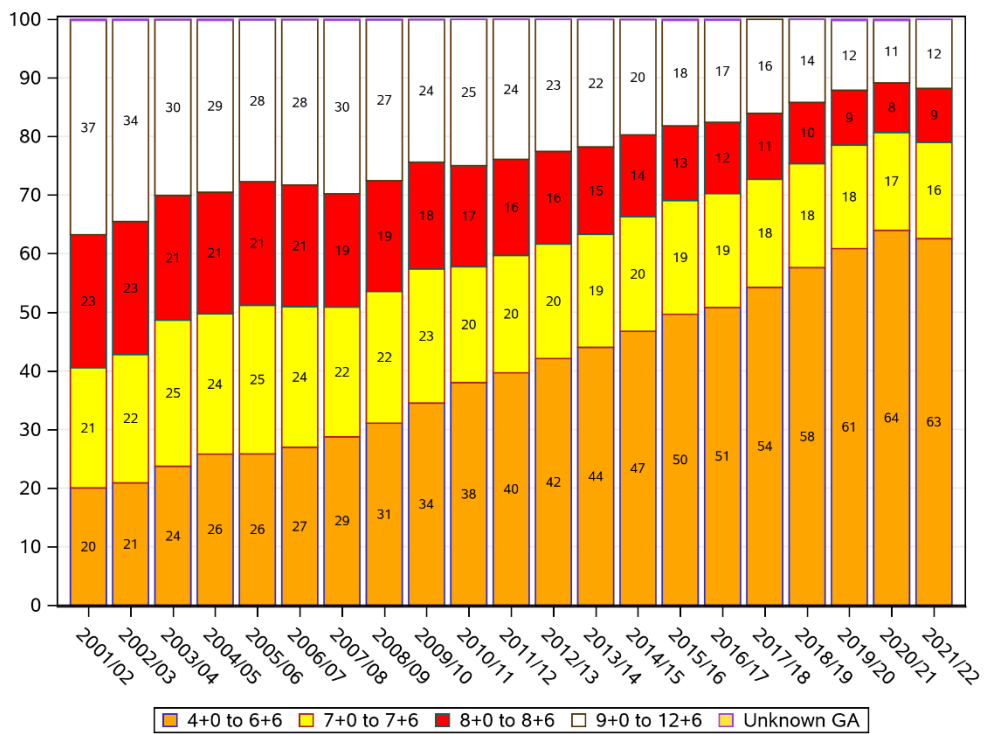
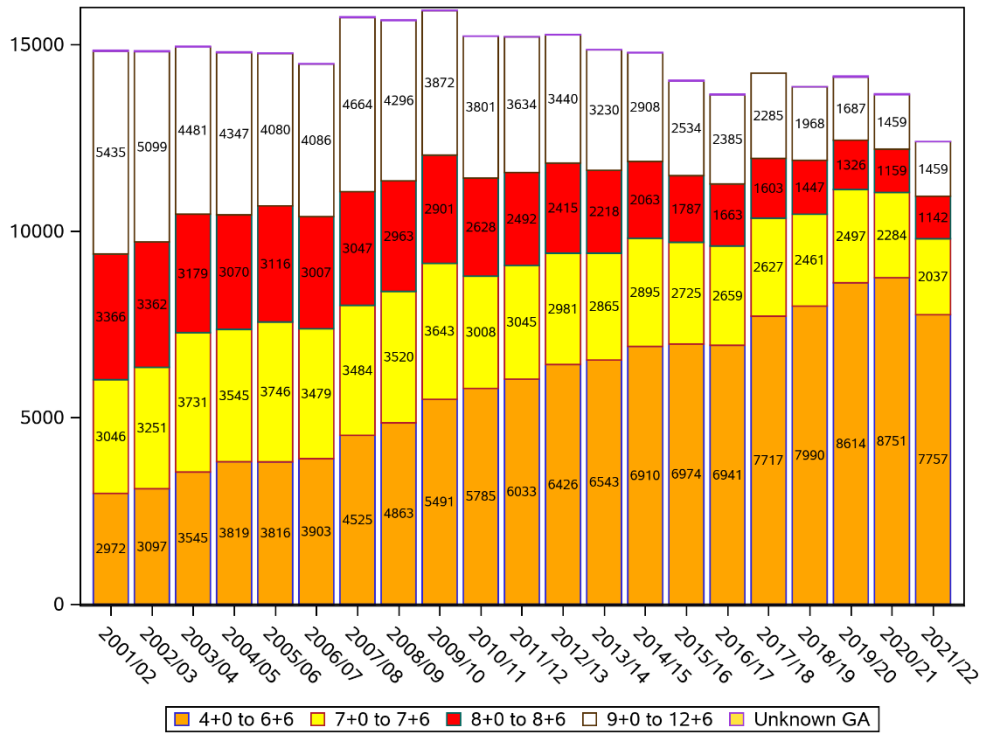
Det fremgår, at andelen af medicinsk inducerede aborter har været stødt stigende og nu udgør 83% af alle første trimester aborter. Ting tager tid, det er nu 20 år siden de nye medicinske teknologier blev introduceret, og vi er stadig i en ”indkørfase” som siden 2000 er forløbet nærmest efter en ret linje.

Samtidig er tidspunktet for første trimester aborterne rykket nedad hvad angår tidspunktet for disse (**Fig. 5.2**). Det fremgår, at 79% af aborterne nu foregår inden 8 uger, mens den tilsvarende andel i 2001/02 var 41%. Og andelen stiger hvert år.

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 Udvikling i fordeling af gestationsalder ved 1. trimester provokeret abort fra 2001-2022 (øverst: antal, nederst: andel i procent)

Fig. 5.2 Distribution of gestational age at admission with induced 1st trimester abortion in Denmark 2001-2022. N=307,394. (Top: in absolute numbers, bottom: in percent)

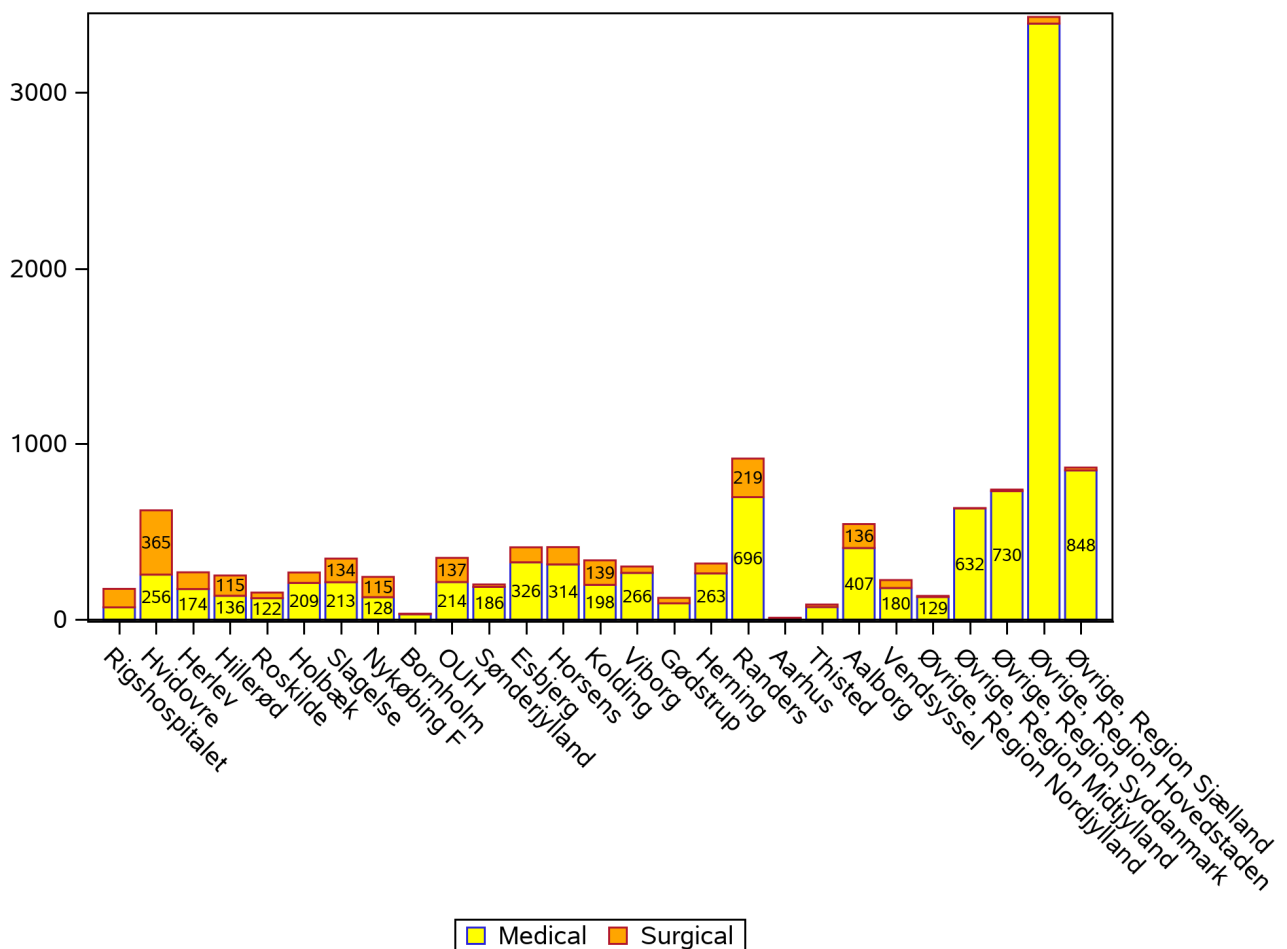


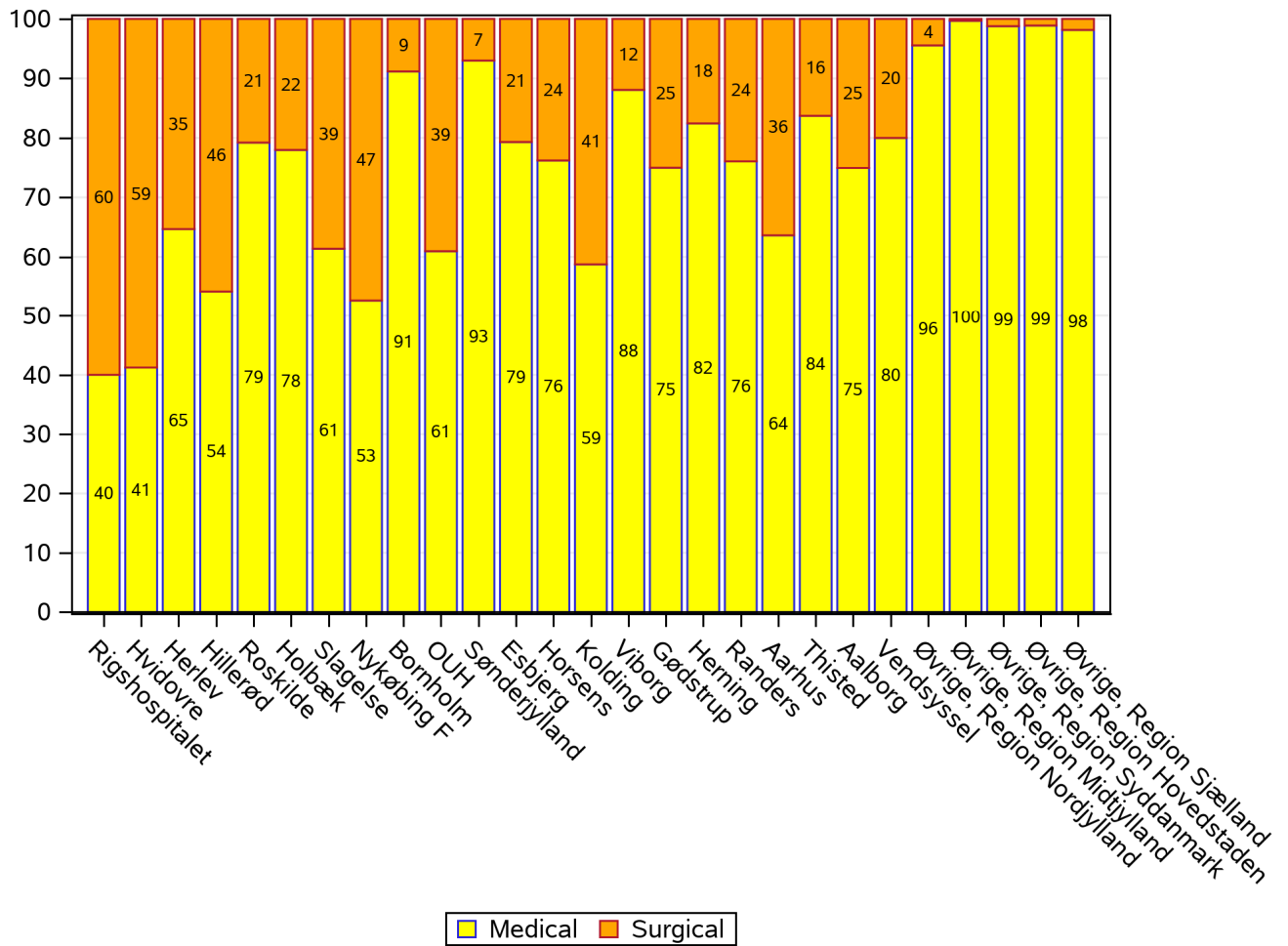
Antallet af kirurgiske hhv. medicinske aborter på de enkelte afdelinger i 2021/22 fremgår af **Fig. 5.3**. Der er en ganske stor konsistens i de enkelte afdelingers praksis fra år til år, og der er ganske stor variation i praksis mellem de forskellige afdelinger. Da andelen af medicinske aborter i speciallægepraksis nu udgør en betydelig del af alle de medicinske aborter – især i region Hovedstaden, giver det ikke længere stor mening at opgøre disse tal på afdelingsniveau, og vil følgelig fremadrettet kun blive opgjort på regionsbasis for Region H og Region Sjælland.

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 Fordeling af hhv. medicinsk og kirurgisk induceret 1. trimester provokeret abort per afdeling, 2021/2022 (øverst: antal, nederst: andel i procent)

Fig. 5.3 Medically and surgically induced 1st trimester abortion in Denmark in 2021/2022. N'Surgical'=2,108, N'Medical'=10,291.(Top: in absolute numbers, bottom: in percent)





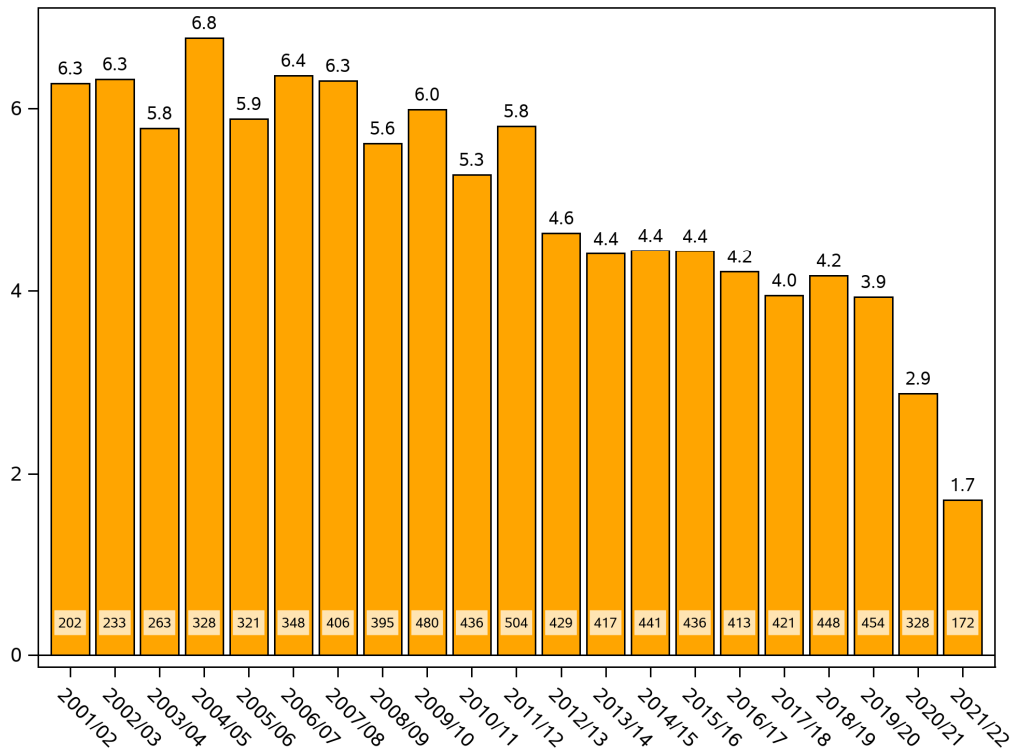
Kirurgisk evakuering efter medicinsk induceret abort

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.

Udvikling i andelen på landsplan, som er blevet evakueret efter medicinsk 1. trimester abort fremgår af **Fig. 5.4**. Det fremgår, at denne andel har ligget nogenlunde stabilt omkring 4-5% indtil 2020/21, hvorefter vi ser en fald til ca. 3%. I 2021/22 ligger andelen lige under 2%. Det er logisk, at denne andel må falde i takt med, at stadig flere medicinske aborter foregår stadig tidligere.

Fig. 5.4 Udvikling i andelen af 1. trimester medicinsk induceret provokeret abort, som efterfølgende evakueres (GA 4+0-8+6) (absolut antal evakuerede i bunden af hver søjle)

Fig. 5.4 Evacuation (%) after medical induction of 1st trimester abortion in Denmark 2001-2022. Gestational age up to 8+6. N=168,218, N'Evacuation'=7,875. Absolute number of evacuated indicated in bottom of each column.

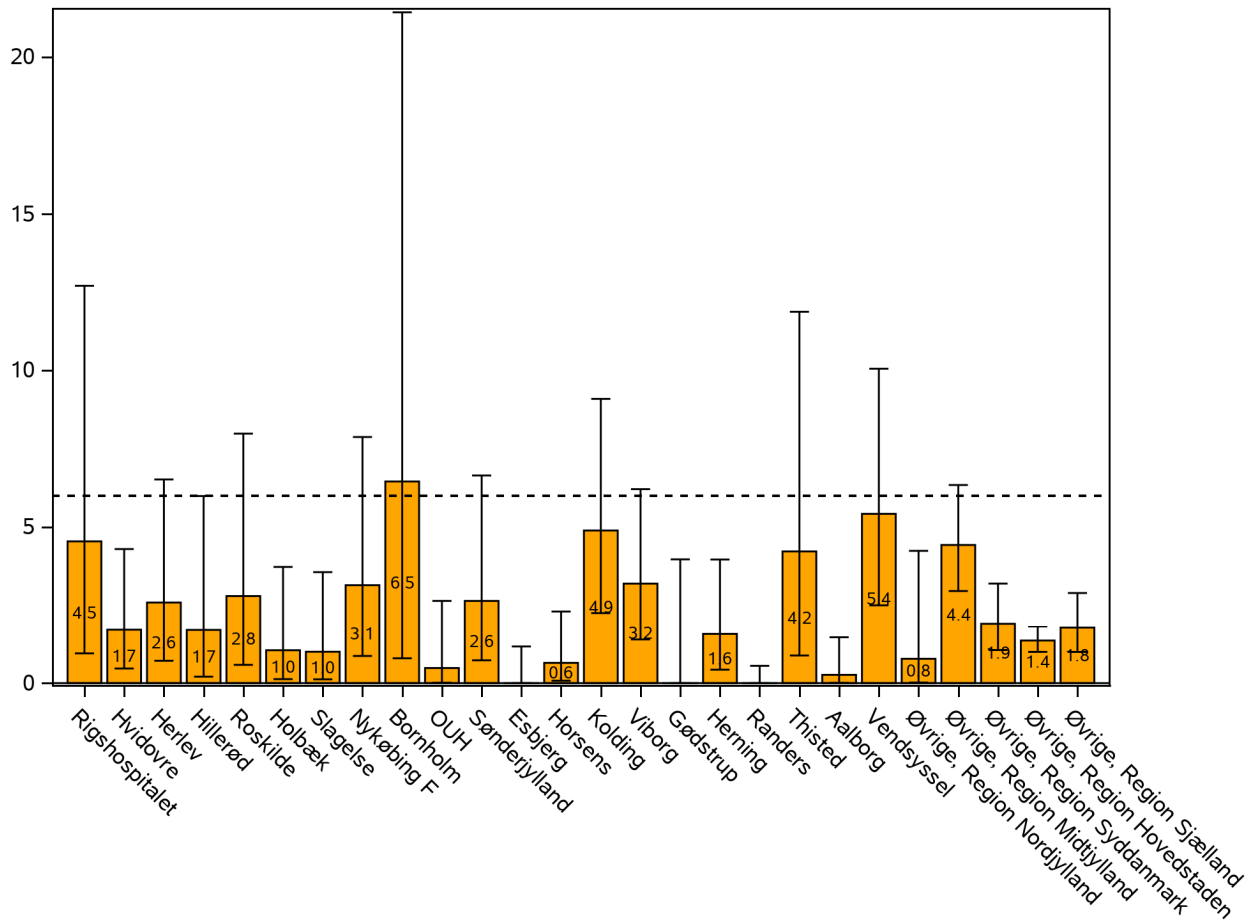


Det fremgår af **Fig. 5.5**, at andelen af kvinder med gestationsalder op til 8+6 uger, som må kirurgisk evakueres efter forsøg på medicinsk abort varierer en del mellem afdelingerne. Samlede gennemsnit ligger på 1,7%, men med en variation på mellem 0% i Gødstrup og Esbjerg til 6,5% på Bornholm (andelen i Aarhus antager 17% med en nævnerpopulation på 6 medicinsk induceret 1. trimester provokerede aborter (ikke vist i figuren)).

Det skal pointeres, at andelen før 2004 ikke er pålidelige, da kodepraksis var anderledes dengang, hvorfor nuværende algoritmer ikke kan anvendes uden videre så langt tilbage i tiden. Men at tallene herefter generelt ligger tæt på vores tidligere opgørelser. Ny standard: <4%

Fig. 5.5 (Indikator 9) Andelen af kvinder med 1. trimester medicinsk behandlet provokeret abort, som evakueres per afdeling, 2021/2022

Fig. 5.5 (indikator 9) Proportion (%) of medically treated 1st trimester abortions that is undergoing evacuation at different departments in 2021/2022. N=10,010, n=172. 95% CI indicated



Re-evakuering efter kirurgisk abort

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

Andel af kvinder som måtte re-evakueres efter kirurgisk provokeret abort i perioden 2001/02-2021/22 fremgår af **Fig. 5.6**. Det fremgår, at denne andel har ligget nogenlunde konstant på omkring 2-2,5 % gennem seneste årti.

Fig. 5.6 Udvikling i andelen af 1. trimester kirurgisk induceret provokeret abort, som efterfølgende re-evakueres (GA 4+0-12+6) (absolut antal re-evakuerede i bunden af hver søjle)

Fig. 5.6 Re-evacuation after surgical 1st trimester abortion in Denmark 2001-2022. N=133,066, N'Re-evacuation'=2,697. Absolute number of re-evacuated indicated in bottom of each column.

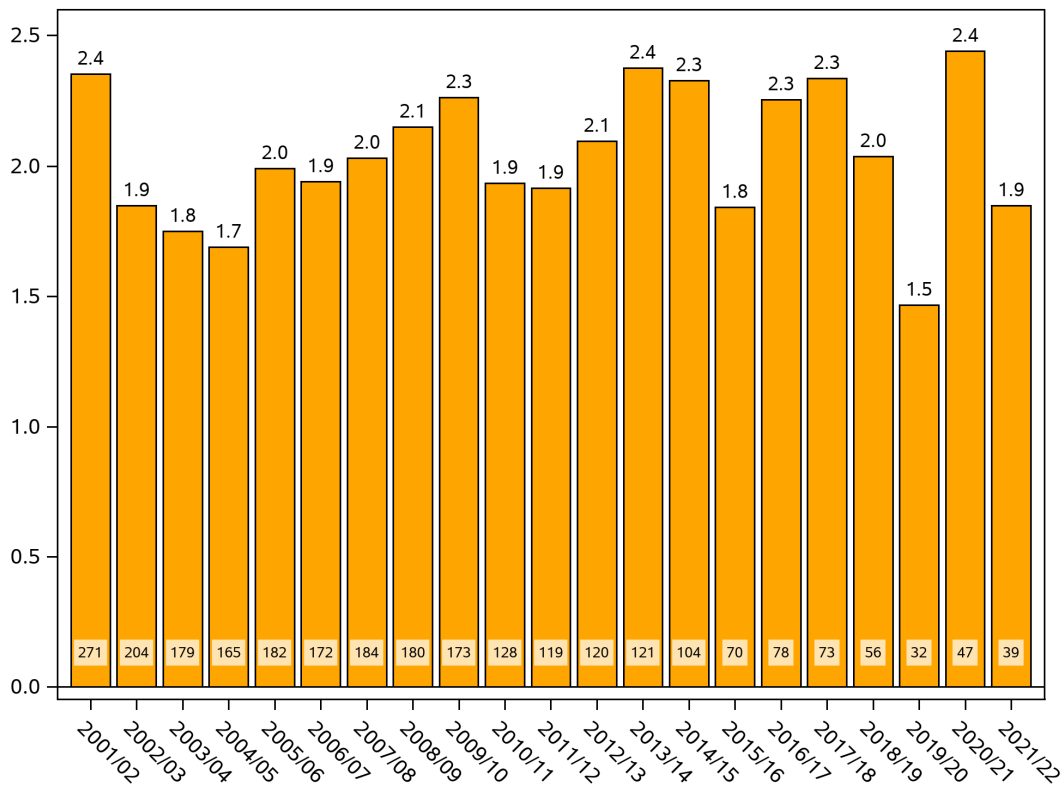
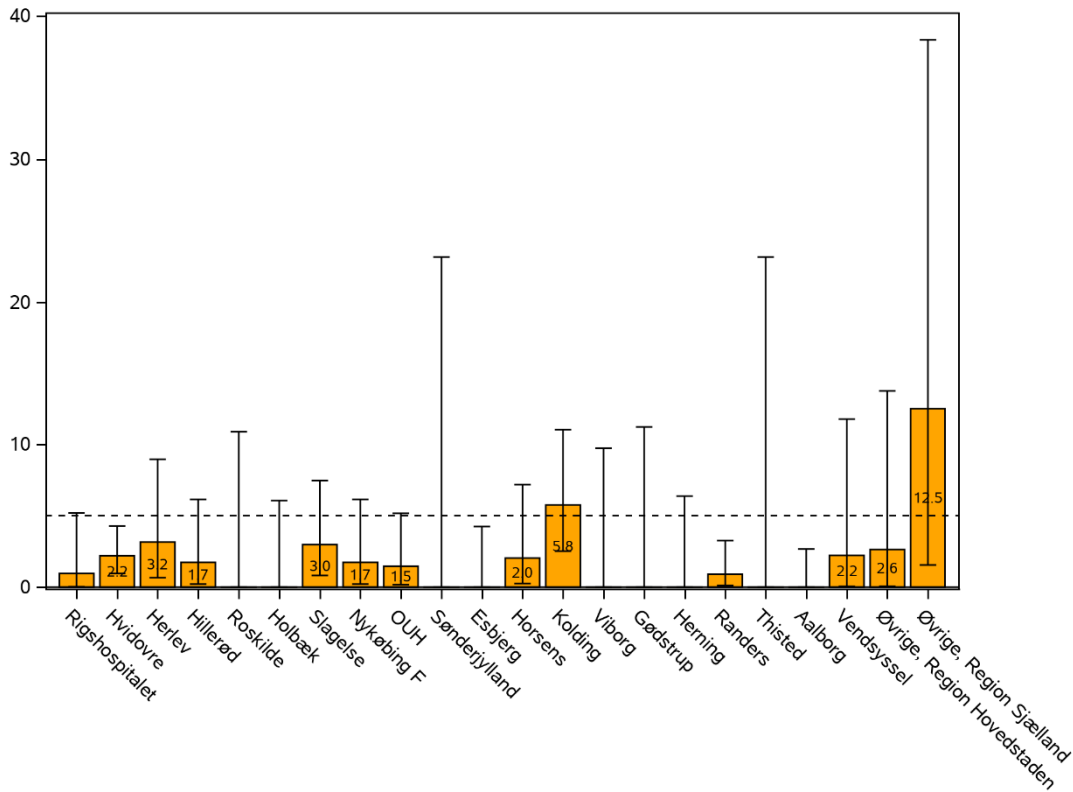


Fig. 5.7 (Indikator 10) Andelen af kvinder med 1. trimester kirurgisk induceret provokeret abort, som re- evakueres per afdeling, 2021/2022

Fig. 5.7 (indikator 10) Proportion of re-evacuation after surgical induced 1st trimester abortion at different departments in 2021/2022. N=2,108, n=39. 95% CI indicated



Blødning efter provokeret abort

Det er velkendt, at nogle få kvinder kan opleve voldsom blødning i forbindelse med 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 0,2-0,4% 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 blødnings-komplikationer opstår, men de kan i sjældne tilfælde også indtræffe senere.

Infektion efter provokeret abort

Der blev i 2012 registreret 61 ud af 8.555 eller 0,7% med indlæggelseskrævende infektion efter medicinsk abort med GA under 9 uger. Tilsvarende tal for kirurgiske med samme GA er 44 tilfælde ud af 2.661 eller 1,6% med samme komplikation. Dette bekræfter en godt dobbelt så stor risiko for indlæggelseskrævende infektion efter kirurgisk som efter medicinsk abort. Tallene på de enkelte afdelinger er for små til at opgøre med nogen meningsfuld statistisk præcision.

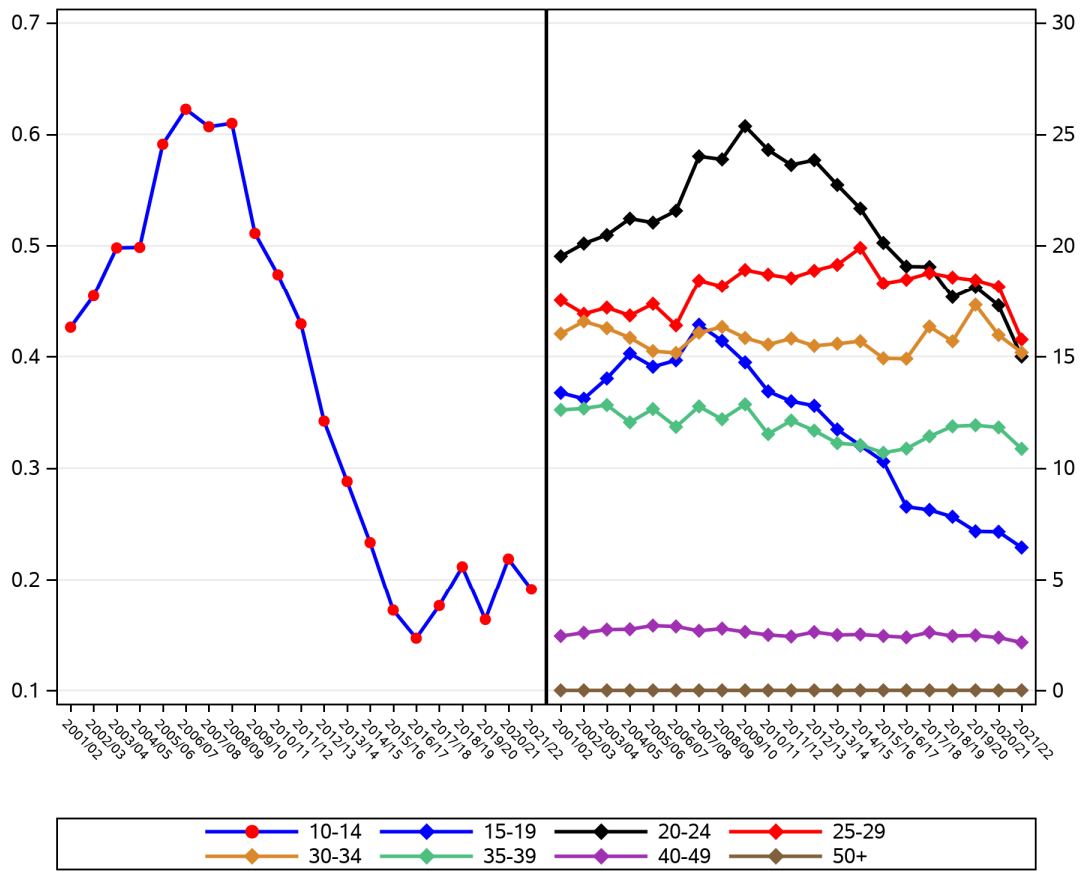
Udviklingen i provokerede aborter i forskellige aldersgrupper

Vi har udarbejdet en aldersspecifik statistik over udviklingen i provokerede aborter gennem seneste 20 år (**Fig. 5.8**).

Der ses en forskellig udvikling i hyppigheden af provokerede aborter således at de yngre kvinder har haft en stigende hyppighed af aborter frem til omkring 2008. Gennem senere år er udviklingen imidlertid vendt for kvinder under 25 år, mens kvinder i alderen 25-34 år har oplevet nogenlunde stabile rater fra 2009. En særlig opmuntring er det, at raten af provokerede aborter blandt de yngste under 15 år holder sig stabilt lavt.

Fig. 5.8 Udvikling i den aldersspecifikke incidens af 1. trimester provokeret abort (per 1000 personer) i Danmark, 2001-2022

Fig. 5.8 Age specific incidence rates of induced abortions in Denmark 2001/2022. Incidence per 1,000 persons per year in each age group. N=307,394



Tabel 5.1 Aldersspecifikke antal 1. trimester provokerede aborter

	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21	2021/22
10-14	104	104	86	79	71	56	47	38	28	24	29	35	27	36	31
15-19	2.671	2.622	2.519	2.333	2.272	2.231	2.038	1.893	1.761	1.410	1.372	1.316	1.203	1.194	1.083
20-24	3.584	3.694	4.062	4.021	4.032	4.210	4.107	4.005	3.807	3.645	3.650	3.363	3.387	3.182	2.758
25-29	2.937	2.850	2.931	2.899	2.906	3.010	3.149	3.387	3.240	3.383	3.555	3.593	3.622	3.584	3.130
30-34	2.942	2.944	2.790	2.654	2.632	2.528	2.493	2.483	2.375	2.417	2.703	2.672	3.040	2.877	2.811
35-39	2.439	2.331	2.476	2.240	2.317	2.171	2.032	1.974	1.861	1.857	1.921	1.957	1.937	1.918	1.790
40-49	1.065	1.111	1.054	1.000	974	1.057	998	1.001	967	926	998	928	932	887	792
50+	0	#	#	0	#	#	0	5	3	5	4	3	5	0	4
Total	15.742	15.658	15.919	15.226	15.206	15.265	14.864	14.786	14.042	13.667	14.232	13.867	14.153	13.678	12.399

Afvigelsen fra figurene i tidligere årsrapporter skyldes primært, at udtrækslogistikken har ændret sig løbende i de tidligere årsrapporter, mens vi har anvendt samme logistik, til trods for at kodepraksis har ændret sig over årene.

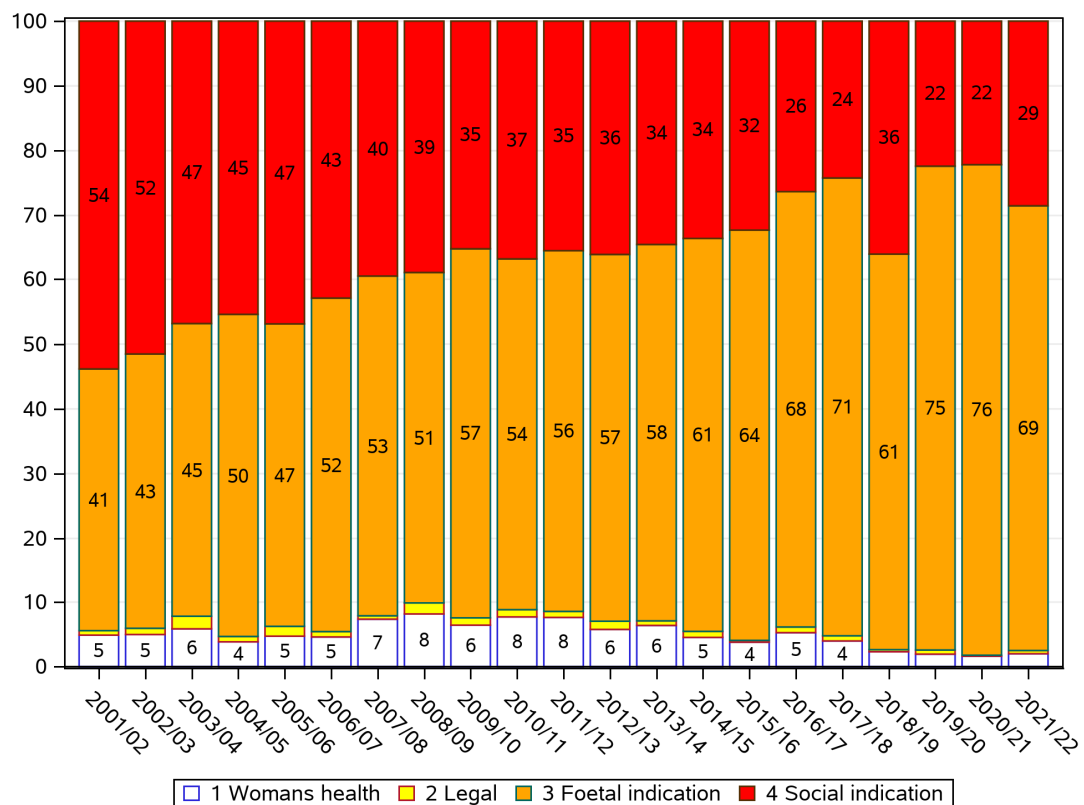
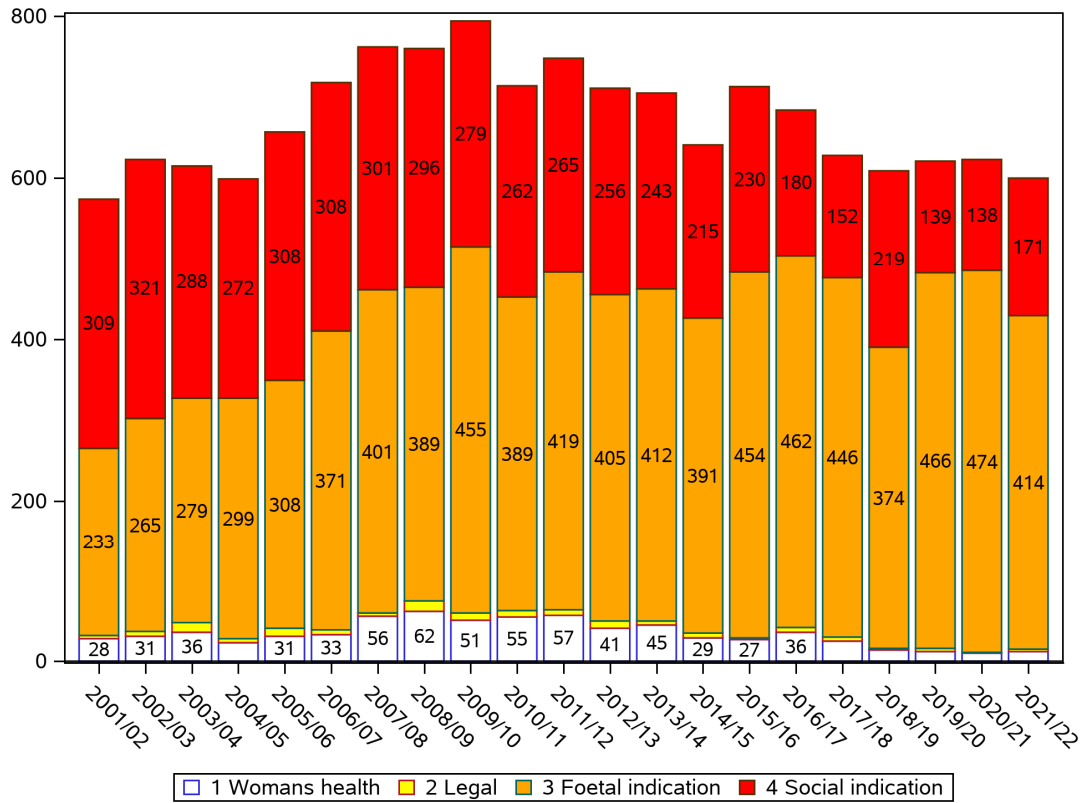
Appendiks 6. Provokeret abort, 2. trimester

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

Der er gennemført et med årene stigende antal 2. trimester provokerede aborter frem til 2010 med et fald herefter (**Fig. 6.1**). Det fremgår af figuren, at stigningen fra 2002 alene skyldes en stigning i antallet af provokerede aborter på føtal indikation, som i dag udgør indikationen for 74% af alle anden trimester aborter. Den anden hovedindikation er sociale omstændigheder (23%), mens hensynet til kvindens helbred og kriminel baggrund for graviditeten tilsammen udgør 3% af indikationerne.

Fig. 6.1 Udvikling i fordeling af indikation ved 2. trimester provokeret abort fra 2001-2022 (øverst: antal, nederst: andel i procent)

Fig. 6.1 Induced 2nd trimester abortion in Denmark 2001-2022 after indication. N=14,099. (Top: in absolute numbers, bottom: in percent)



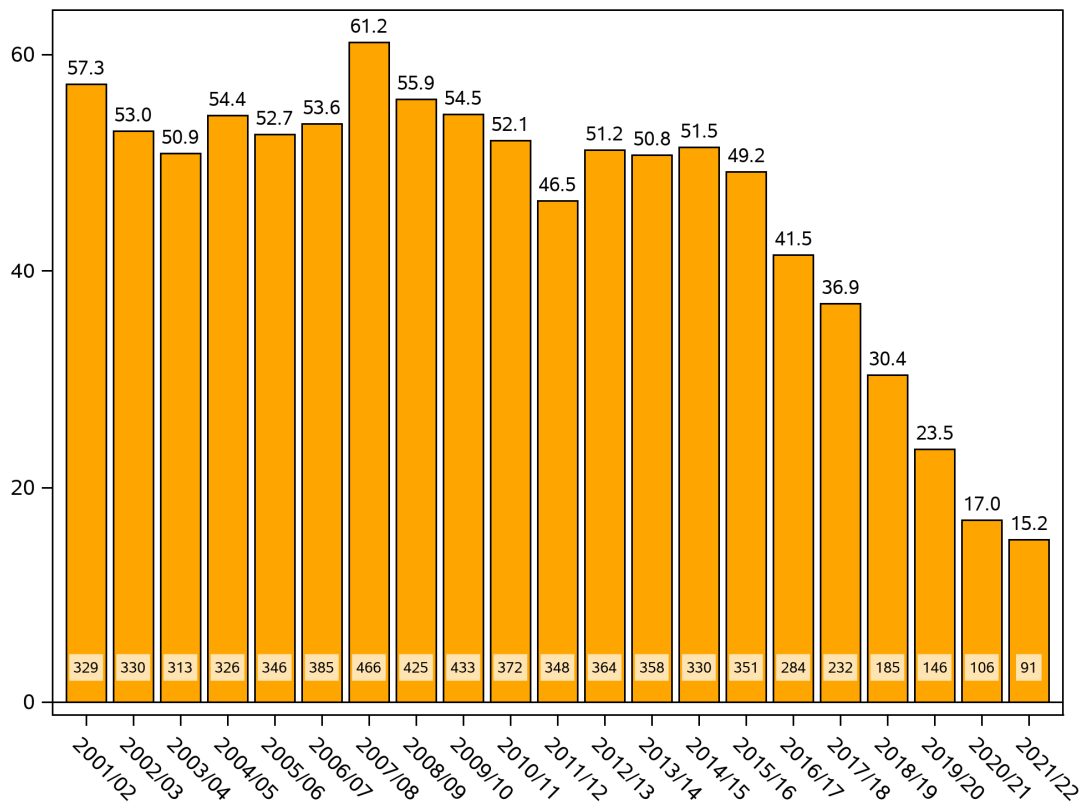
Evacuatio efter 2. trimester (provokeret) abort

Andelen af kvinder som evakueres i forbindelse med 2. trimester provokeret abort har ligget over 40 % frem til 2016/17, og er i 2021/22 nået ned på 15% (**Fig. 6.2**). Her er opgjort såvel evacuatio uteri under primære indlæggelse som inden for følgende 8 uger.

Det kniber fortsat med at få registreret de medicinske behandlingskoder.

Fig. 6.2 Udvikling i andelen af 2. trimester provokeret abort, som indenfor 8 uger evakueres (absolut antal evakuerede i bunden af hver søjle)

Fig. 6.2 Surgical evacuation (%) within 8 weeks after 2nd trimester abortion in Denmark 2001-2022. N=14,099, N'Evacuation'=6,520. Absolute number of evacuated indicated in bottom of each column.



Andelen af evakuerede provokerede abort og missed abort lagt sammen på de enkelte afdelinger ses i **Fig. 2.6a og 2.6b**. Der er næppe tvivl om, at man kunne undlade en del af de evacuatio'er, som i dag gennemføres efter 2. trimester provokeret (eller missed) abort.

Hvad kan vi gøre bedre?

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

Appendiks 7. Etablering og udfald af graviditeter i Danmark

Dette afsnit omhandler etablering af graviditeten fra IVF registret.

Til definition af fertilitetsbehandlingsmetoden, har vi taget udgangspunkt i algoritmen, som bruges til IVF-registrets egen årsrapport. Barnløshedsbehandlinger inddeles i hovedtyper: assisteret reproduktionsteknologi (ART) og intrauterin insemination (IUI). IUI-behandling er oftest den behandlingsform, som ufrivilligt barnløse først tilbydes. ART er fællesbetegnelsen for behandlingstyperne: IVF-behandling, FER og oocyttdonation. Fælles for ART-behandlinger er, at befrugtningen foregår uden for kvindens livmoder.

Vi har i denne rapport således lavet følgende inddeling af fertilitetsbehandling:

Assisteret reproduktionsteknologi (ART)

- **IVF (*in vitro* fertilization):** Reagensglasbehandling kan udføres med partners sæd eller med donorsæd og med eller uden befrugtning med mikroinsemination (ICSI), hvor sædcellerne enten er ejakuleret eller operativt udtaget af testiklerne/bitestiklerne (TESA/TESE/PESA).
- **FER (frozen embryo replacement):** Fertilitetsbehandling med opsætning af nedfrosne/optøede embryoner efter tidligere IVF/ICSI-behandling.
- **Ægdonation (Oocyttdonation):** IVF/ICSI-behandling og FER-behandling med donerede æg.

Intrauterin insemination (IUI)

- **IUI-behandling:** Intrauterin insemination udføres enten med partners sæd (homolog insemination) eller med donorsæd (heterolog insemination), hvor en eventuel befrugtning finder sted i livmoderen (intrauterint).

I opgørelsen antager vi, at en kvinde, der har et graviditetsudfald (abort eller fødsel) i LPR og IKKE er registreret med en relevant behandling i IVF registret, er blevet spontan gravid. Dette er dog behæftet med en vis usikkerhed, da de kvinder, der får fertilitetsbehandling i udlandet, således vil blive opgjort som værende spontan gravide. Der må dog formodes at være tale om et fåtal (~50 om året).

For at koble et graviditetsudfald med en fertilitetsbehandling, tager vi udgangspunkt i GA ved fødslen/aborten og regner tilbage (bortset fra de første 14 dage), hvor vi dermed får den teoretiske dato for transferering eller insemination. Vi forsøger på denne dato at datafange en fertilitets startbehandlingsdato, som skal ligge indenfor 30 dage. Findes der flere datoer, bruges den sidste.

Spontane graviditeter

I **Tabel 7.1** ses andelen af graviditetsudfald i 1/7 2021 til 30/6 2022 af estimerede konceptioner, fordelt på hhv. spontane graviditet, IUI-behandling og ART-metoderne (IVF/ICSI, FER og Ægdonation). De samlede antal "spontane graviditeter" estimeres ved at summere alle registrerede graviditetsudfald. Tidlige spontane aborter, som aldrig bliver erkendt af kvinden og som ikke registreres i LPR, indgår således ikke i tabellen.

Antallet af det totale antal spontane graviditeter er derfor underestimeret en smule. Ud af i alt 73.675 estimerede spontane graviditeter, resulterer 53.268 (72%) i en fødsel (både levende- og dødsfødsler er inkluderet); 12.913 (18%) i en provokeret abort; 6.359 (9%) i en tilgrunde gået graviditet; 838 (1%) i en ekstrauterin graviditet; 243 (0,3%) i en PUL graviditet.; mens 54 (0.1%) ender i en mola graviditet (jf. også **Tabel 1** i rapporten).

Tabel. 7.1 Graviditetsudfald i perioden 1/7 2021 til 30/6 2022 af hhv. spontant etablerede graviditeter, IUI-behandlinger, IVF/ICSI, FER og Ægdonation (N=80.727).

	Etableringsmetode									
	Spontan graviditet		IUI		ART					
	N	%	N	%	IVF/ICSI		FER		Ægdonation	
N					%	N	%	N	%	N
Graviditetsudfald										
Fødsel	53268	72,3	1.691	89,1	1.783	85,9	2.591	84,3	5	83,3
Provokeret abort	12913	17,5	28	1,5	20	1,0	38	1,2	.	.
Tilgrunde gået graviditet	6.359	8,6	151	8,0	249	12,0	418	13,6	.	.
Ekstrauterin graviditet	838	1,1	26	1,4	22	1,1	24	0,8	#	16,7
PUL	243	0,3	#	0,1	#	0,1	#	0,1	.	.
Mola	54	0,1
Total	73.675	100,0	1.897	100,0	2.076	100,0	3.073	100,0	6	100,0

ART og IUI graviditeter

Af de estimerede graviditeter udgør 91% (73.675/80.727) spontant etablerede graviditeter, mens IUI-behandling og ART tegner sig for de resterende 9% (n=7.052).

Blandt IUI-behandlingerne resulterer 1.691 (89%) i en fødsel (både levende- og dødsfødsler er inkluderet); 28(1,5%) i en provokeret abort; 151 (8%) i en tilgrunde gået graviditet; 26 (1,4%) i en ekstrauterin graviditet; 1 (0,1%) PUL, mens der ikke er registreret mola blandt IUI-behandlingerne. Andelen af provokeret abort blandt ART behandlede graviditeter ligger mellem 0 (ægdonation) og 1,2% (38 tilfælde) (FER). Til sammenligning er andelen 17% blandt spontant etablerede graviditeter. Blandt ART udgør ekstrauterin graviditet hhv. 0,8 (FER) % 1,1% (IVF/ICSI) og 17% (1 tilfælde) (ægdonation).

Fig. 7.1a. viser sammenhængen mellem etableringstype og graviditetsudfald (2021/22) i absolutte tal. Spontane og IUI/ART er vist hver for sig. I **Fig. 7.1b.** vises samme tal, blot som andele og som andele på en semilogaritmisk skala.

Fig. 7.1a Conceptions and outcomes in Denmark 2020/2021 (conceptions from 2020/2021). Relation between conception method and outcome. (Top: spontaneous conceptions in absolute numbers; bottom: ART conceptions in absolute numbers).

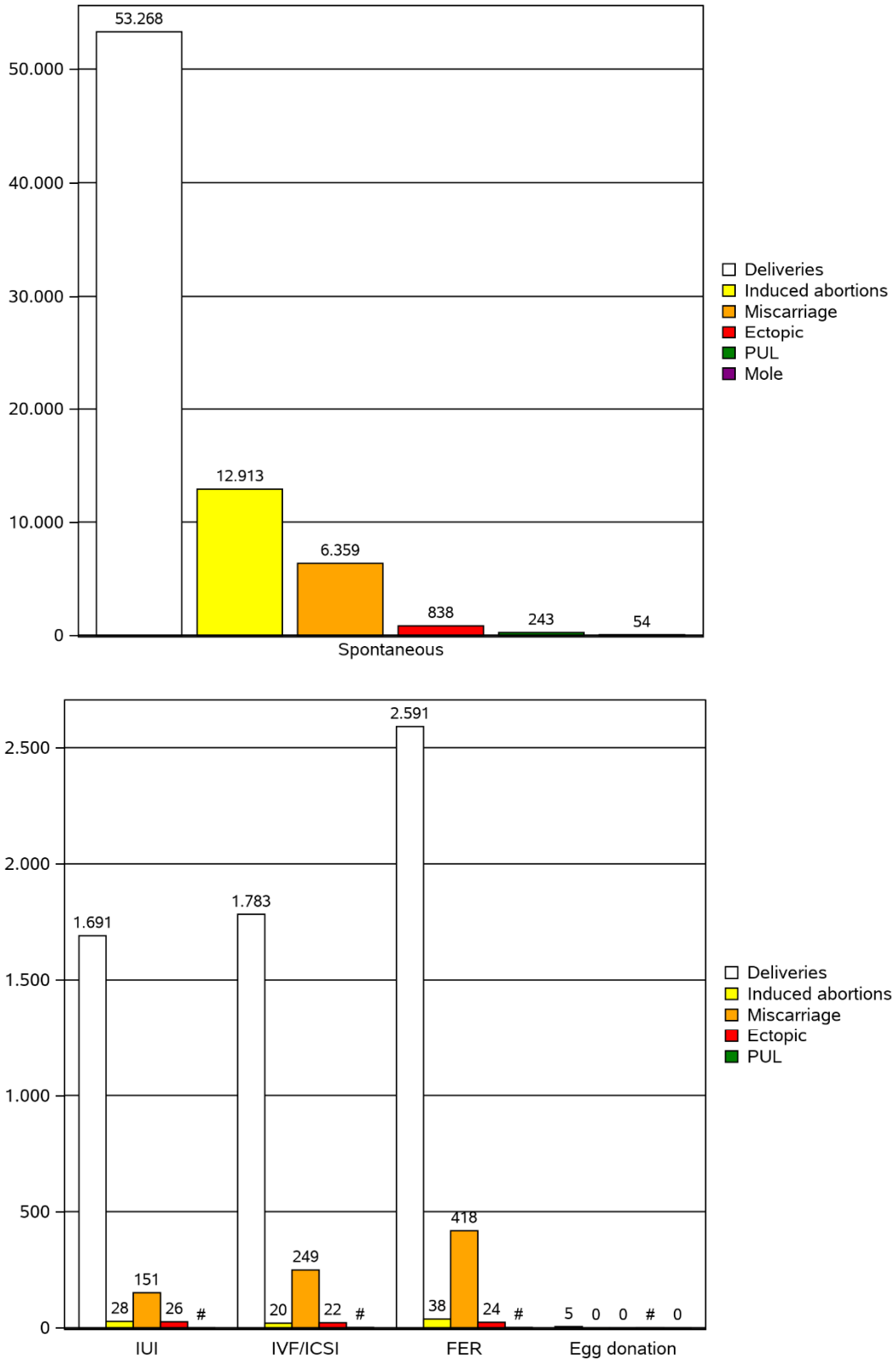
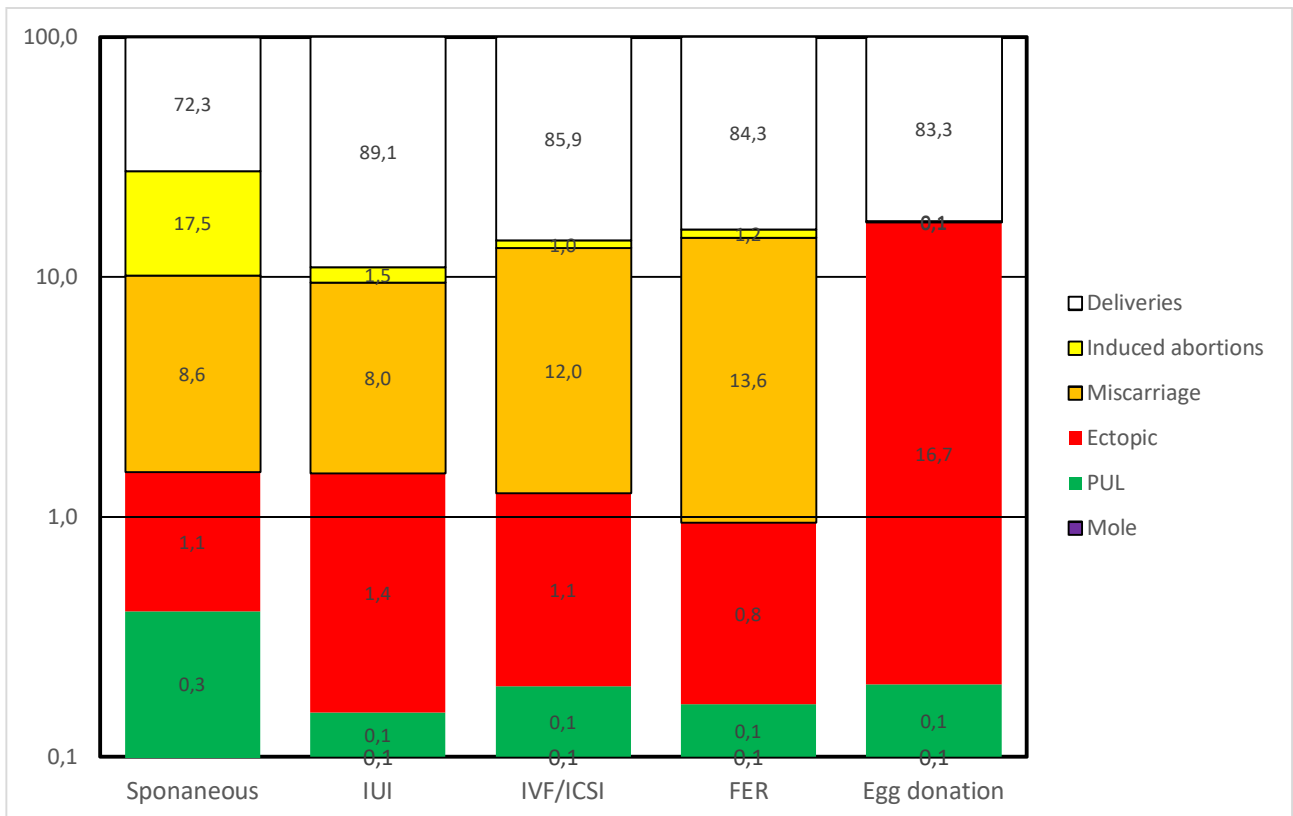
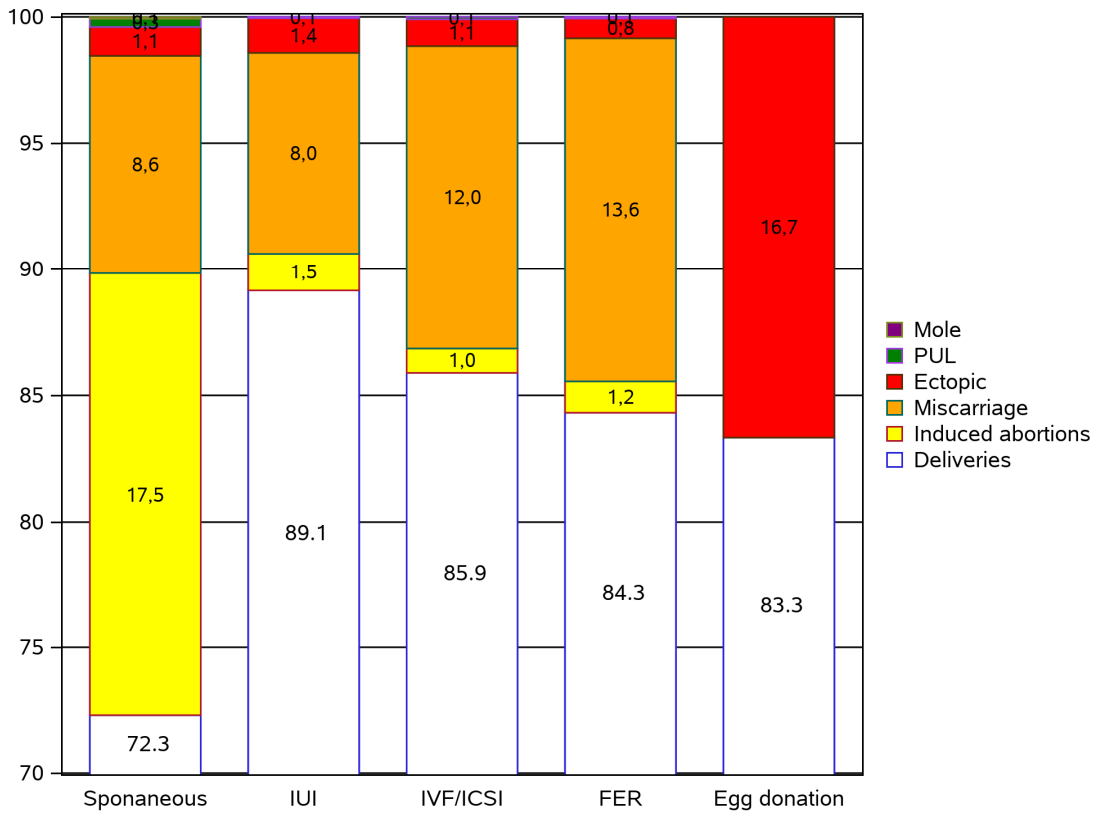


Fig. 7.1b Conceptions and outcomes in Denmark 2020/2021 (outcome in 2021/22). Relation between conception method and outcome. (Top: in percent; bottom: percent in semi logarithmic scale).

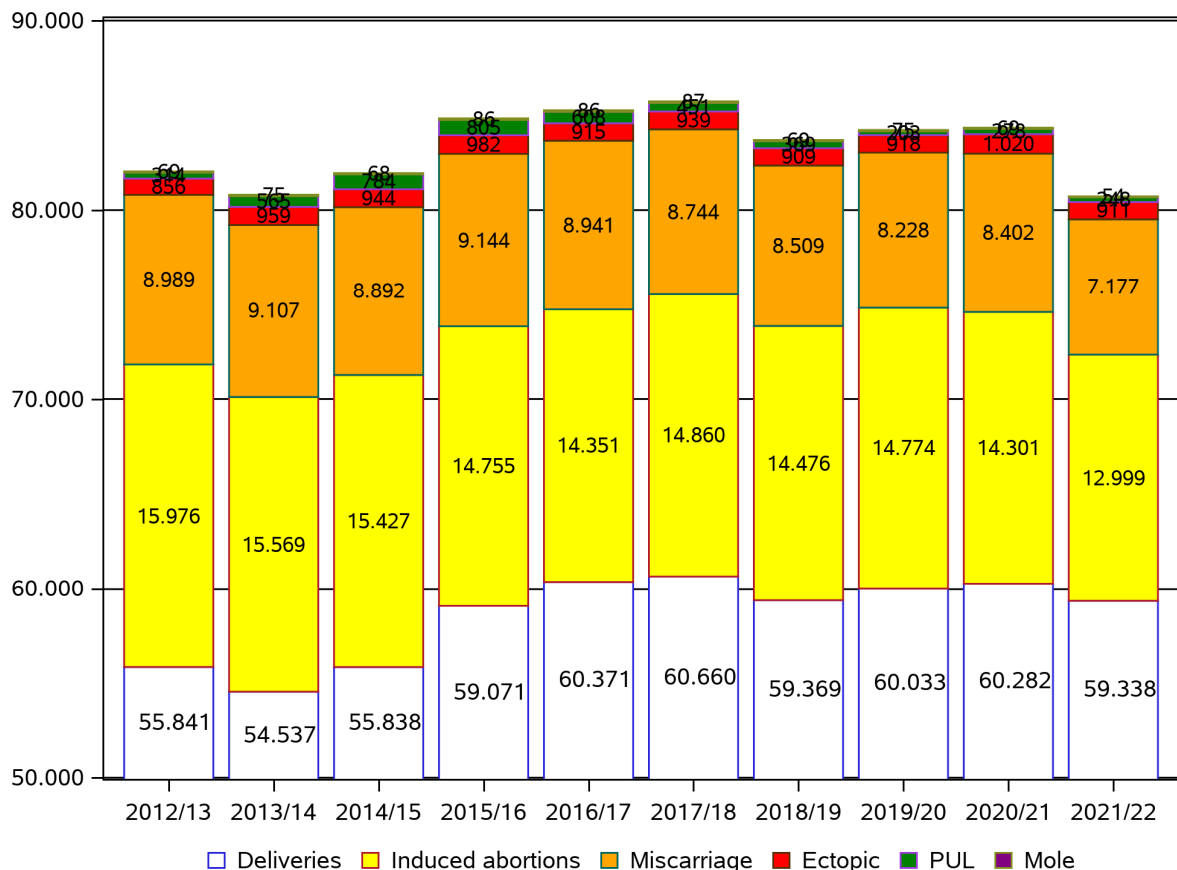


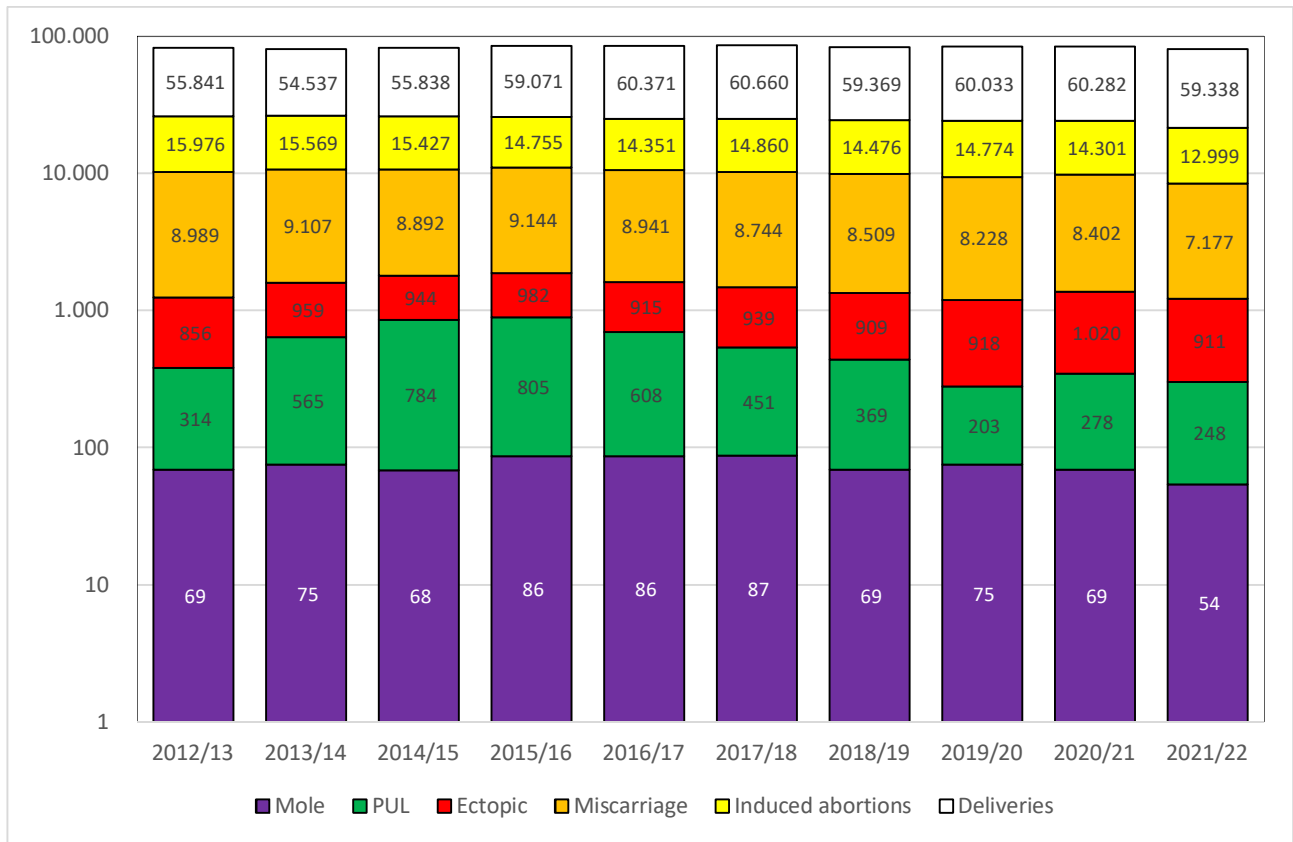
Appendiks 8. Graviditeter i Danmark

Dette afsnit omhandler alle graviditeter etableret i Danmark fraset de tidlige spontane aborter, som ikke registreres (omtalt i Appendiks 7). Graviditeter, som ender i en spontan abort, men som ikke er registreret på et sygehus eller i speciallægepraksis, er således ikke med i opgørelsen. En graviditet tæller med, hvis der er registreret en abort (LPR eller SEI) eller et fødselsudfald (levende- eller dødsfødsel fra MFR).

Vi har brugt samme restriktioner som i resten af årsrapporten, dvs. at 1) En given kvinde må for en 12 ugers periode kun forekomme én gang med samme abortdiagnose. Hvis flere, anvendes kun den første; 2) Hvis en kvinde er registreret med en abortdiagnose hvor GA>22 uger, regnes det for en (døds) fødsel; og 3) En given kvinde må for en 16 ugers periode kun forekomme én gang med en ekstrauterin graviditet. Hvis flere, anvendes kun den første.

Fig. 8.1 Recorded pregnancies at Danish hospitals and general practitioners 2012-2022. N=833,677. (Top: in absolute numbers, bottom: in percent)





Appendiks 9. Kodevejledning

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 beskedent ressourcemæssig investering, og den kommer mange fold igen. De hyppigst anvendte koder fremgår af Tabel 1. På Tigrab.dk findes standardjournaler både i pdf og word format, så de enkelte afdelinger kan tilpasse deres standardjournal til deres praksis. Der findes standardjournal for både abortus provokatus 1. trimester, abortus provokatus 2. trimester og tidlige graviditetskomplikationer (abortus imminens, spontan abort og missed abortion).

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

Hyppigste fejkodninger

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

Abortus provokatus

- At man ikke anvender den nye kombinationskode BKHD 42 når der ordineres mifepriston og misoprostil ved medicinsk induceret abort
- At man ved re-evac. efter kirurgisk abort anvender den almindelige KMBA00 og ikke den korrekte KLWW00 kode.
- At der ikke registreres en medicinsk behandlingskode ved 2. trimester provokeret abort.

Spontan abort og missed abortion

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

Ekstrauterin graviditet

- At man ikke angiver behandlingskode ved medicinsk behandling med methotrexat (BKHE8)
- At man ikke angiver gestationsalder i forbindelse med indberetningen.

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

Opdaterede koder i forbindelse med tidlig graviditet, oktober 2022

(ændringer fremhævet med gult)

Abortus provokatus før udgangen af uge 12	Diagnose	Beh.kode
Medicinsk provokeret abort 1. trimester		
Abortus provokatus før udg. af 12. uge.	DO 049	
Kombinationsbehandling mifepriston og misoprostil	-	BKHD 42
Tidlig med ab før synlig gestationssæk: Suppdiagnosekode	DO 022	BKHD 42
Kontrol af hCG 1 uge senere	DZ 098C	
Kontrol med UL efterfølgende	DZ 098C	UXUD 82
Evac. Efter medicinsk abort gr. Retineret væv	DO 088L	KMBA 00*
Evac. Efter medicinsk abort gr. Blødning	DO 081G	KMBA 00*
Evac. Efter medicinsk abort pga on-going graviditet	DO 079	KMBA 00*
Kirurgisk provokeret abort		
Abortus provokatus før udg. Af 12. uge (journal)	DZ 324	*)
Indlæggelse til expiratio e vacuo uteri (ukomplic.)	DO 049	KLCH 03*
Re-evac. Efter kir. Abort: Samme diagnoser som ved med ab	DO 08**	KLWW00*
Abortus provokatus efter uge 12		
Oplægning af misoprostol. Med samråd DO 059, uden DO 050	DO 05x	BKHD 46
Maternel indik: RGAG 02, Legal: RGAG 03, Social indikation: RGAG 06-08 Mistanke om misdannelse: RGAH 04/05	DQ kode	
Evacuatio efter sen medicinsk induceret abort	DO 088L	KMBA 00 / 03*
Truende abort		
Abortus imminens (levende eller uafklaret intrauterin graviditet)	DO 200	*)
Spontan abort / missed abortion		
Komplet spontan abort uden evac., ukompliceret	DO 039	*)
Inkomplet spontan abort uden behandling	DO 034	*)
Evacuatio ved inkomplet spont. Abort med infektion	DO 030	KMBA 00*
Evacuatio ved inkomplet spont. Abort med blødning	DO 031	KMBA 00*
Evacuatio ved missed abortion	DO 021	KMBA 00*
Med. Kombinations beh. af missed abortion/blighted ovum	DO 021/020	BKHD 52*
Evac. Efter mislykket medicinsk behandling af sp. Abort	DO 088L	KMBA 00*
Evac. Efter mislykket medicinsk behandling af missed ab.	DO 088L	KMBA 00*
Re-evac efter mislykket kirurgisk behandling af missed ab.	DO 08.8L	KMWW 00*
Extrauterin graviditet		
Methotrexatbehandling af ekstrauterin graviditet	DO 009	BKHE8*
Kirurgisk behandling af x-uterin graviditet: ved lapar. tubotomi:	DO 001	KLBC 21
Laparoskopisk salpingectomi	DO 001	KLBE 01
Graviditet uden kendt lokalisation (PUL)		
Bekræftet graviditet med ukendt lokalisation (foreløbig kode)	DZ321L	*)
PUL-koden DO 022 bør udgå		
Altid kodning af vaginal UL		UXUD82
Telefonsvar (fx hCG svar)		BVAA 33A

*) Husk altid kodning af gestationsalder. I SP foregår dette i obstetrisk historik. I øvrigt henvises til DSOG's kodningsliste:

<https://static1.squarespace.com/static/5467abcce4b056d72594db79/t/62fbaaa15dc4f81cb908fcdf/1660660385690/Registerring+af+abort+SP+sommer+21.pdf>

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

Alle med DO04	BKHD 40/42/51/52	BKHD 41/50	BKHD 4 uspecificeret	KLCH 00/03	KLCH 13 ¹	KLCH 20/96	KMBA 00/03
Medicinsk	Ja						
Medicinsk	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej		Nej
Medicinsk	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja		Nej
Medicinsk	Nej	≥1 dg før KLCH		Ja			
Medicinsk	Nej	≥1 dg før KMBA		Nej			Ja
Medicinsk	Nej	Ja		Nej			Nej
Kirurgisk	Nej	Samme dg el efter en KLCH 00/03		Ja			
Kirurgisk	Nej	Nej		Ja			
Kirurgisk	Nej	Nej		Nej	Nej	Ja	
Kirurgisk	Nej	Nej		Nej			Ja
Medicinsk ²	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej		

¹KLCH13 koden er lukket per 01/01 2021. BKHD42 først fra 2021.

²DO04 uden tilknyttet behandlingskode eller operationskode indgår i beregningerne som en medicinske induceret abort.

Appendiks 10. Ordliste

Ekstrauterin graviditet	- Graviditet uden for livmoderen
Evakuatio uteri	- Tømning af livmoderen for graviditetsvæv (typisk med sug)
Gestationsalder (GA)	- En graviditets længde regnet fra sidste menstruations første blødningsdag
Mifepriston	- Mifegyn® = antiprogesteron
Misoprostol	- Cytotec® = prostaglandin E1 analog
Missed abortion	- Tilgrundgået graviditet uden blødning
Mola	- En godartet svulst i moderkagevævet uden noget foster
PUL	- Graviditet med ukendt lokalisation (PUL = pregnancy unknown localisation)
Tilgrundgået graviditet	- Miscarriages (på engelsk), omfatter missed abortion og spontan abort
Trimester	- En tredjedel af en graviditet, i praksis 3, 4 og 3 måneder

Appendiks 11. Publikationer 2018-2022 hvor graviditetsdata har været anvendt

1. Hognert H, Skjeldestad FE, Gemzell-Danielsson K, Heikinheimo O, Milsom I, Lidegaard Ø, Lindh I. Ecological study on the use of hormonal contraception, abortions and births among teenagers in the Nordic countries. **BMJ Open**. 2018; 8: e022473. PMID: 30381312.
2. Mørch LS, Hannaford PC, Lidegaard Ø. Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer. **The New England journal of medicine** 2018; 378, 1265-1266. PMID: 29590551.
3. Skovlund CW, Mørch LS, Kessing LV, Lange T, Lidegaard Ø. Association of Hormonal Contraception With Suicide Attempts and Suicides. Reply. **The American journal of psychiatry** 2018; 175: 336-42. PMID: 29145752
4. Mikkelsen AP, Egerup P, Ebert JFM, Kolte AM, Nielsen HS, Lidegaard Ø. Pregnancy Loss and Cancer Risk: A Nationwide Observational Study. **EClinicalMedicine**. 2019 Oct 9;15:80-88. doi: 10.1016/j.eclinm.2019.08.017. eCollection 2019 Oct. PMID: 31709417.
5. Iversen L, Fielding S, Lidegaard Ø, Mørch LS, Skovlund CW, Hannaford PC. Association between contemporary hormonal contraception and ovarian cancer in women of reproductive age in Denmark: prospective, nationwide cohort study. **BMJ**. 2018 Sep 26;362:k3609. doi: 10.1136/bmj.k3609. PubMed PMID: 30257920;
6. Lidegaard Ø, Mikkelsen AP, Egerup P, Kolte AM, Rasmussen SC, Nielsen HS. Pregnancy loss: A 40-year nationwide assessment. **Acta Obstet Gynecol Scand** 2020; DOI: 10.1111/aogs.13860. PMID: 32255196
7. Meaidi A, Skals RK, Gerds TA, Lidegaard O, Torp-Pedersen C. Decline in Danish use of oral tranexamic acid with increasing use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system: a nationwide drug utilization study. **Contraception** 2020; 101: 321-6. DOI: 10.1016/j.contraception.2019.12.013. PMID: 31935386
8. Meaidi A, Friedrich SJ, Lidegaard Ø. Risk of surgical evacuation and risk of major surgery following second-trimester medical abortion in Denmark. A nationwide cohort study. **Contraception** 2020; 102: 201-206.
9. Iversen L, Fielding S, Lidegaard Ø, Hannaford PC. [Contemporary hormonal contraception and risk of endometrial cancer in women younger than age 50: A retrospective cohort study of Danish women](#). **Contraception** 2020; 102: 152-158. PMID: 32592798
10. Lidegaard Ø, Krebs L, Petersen OBB, Damm NP, Tabor A. [Are the Danish stillbirth rates still record low? A nationwide ecological study](#). **BMJ Open** 2020; 10: e040716. PMID: 33371028.
11. Greiber IK, Viuff JH, Mellekjaer L, Hjortshøj CS, Lidegaard Ø, Storgaard L, Karlsen MA. [Cancer in pregnancy and the risk of adverse pregnancy and neonatal outcomes: A nationwide cohort study](#). **BJOG** 2021 Dec 25. doi: 10.1111/1471-0528.17074. Online ahead of print. PMID: 34954890
12. Skakkebaek NE, Lindahl-Jacobsen R, Levine H, Andersson AM, Jørgensen N, Main KM, Lidegaard Ø, Priskorn L, Holmboe SA, Bräuner EV, Almstrup K, Franca LR, Znaor A, Kortenkamp A, Hart RJ, Juul A. [Environmental factors in declining human fertility](#). **Nat Rev Endocrinol** 2021 Dec 15. doi: 10.1038/s41574-021-00598-8. Online ahead of print. PMID: 34912078.
13. Kolte AM, Westergaard D, Lidegaard Ø, Brunak S, Nielsen HS. [The impact of early pregnancy complications on completed family size-A nationwide, registry-based cohort study with 40 years of data](#). **Acta Obstet Gynecol Scand** 2021 Dec;100(12):2226-2233. doi: 10.1111/aogs.14265. Epub 2021 Sep 21. PMID: 34546567
14. Iversen L, Fielding S, Lidegaard Ø, Hannaford PC. [Contemporary hormonal contraception and cervical cancer in women of reproductive age](#). **Int J Cancer** 2021. doi: 10.1002/ijc.33585. Online ahead of print. PMID: 33818778
15. Kolte AM, Westergaard D, Lidegaard Ø, Brunak S, Nielsen HS. [Chance of live birth: a nationwide, registry-based cohort study](#). **Hum Reprod** 2021; 36: 1065-1073. PMID: 33394013
16. Greiber IK, Mikkelsen AP, Karlsen MA, Storgaard L, Viuff JH, Mellekjaer L, Hjortshøj CS, Lidegaard Ø. [Cancer in pregnancy increases the risk of venous thromboembolism: a nationwide cohort study](#). **BJOG** 2021; 128: 1151-1159. PMID: 33314607
17. Lindh I, Skjeldestad FE, Heikinheimo O, Hognert H, Lidegaard Ø, Bergh C, Gemzell-Danielsson K [Reproductive changes among women in their 40s: A cross-sectional study](#). **Acta Obstet Gynecol Scand** 2022 Jan 5. doi: 10.1111/aogs.14302. Online ahead of print. PMID: 34988971

Appendiks 12. Vejledning i fortolkning af resultater

I det følgende gives en vejledning i, hvorledes resultaterne i årsrapporten skal læses.

Indikatortabeller

Tabellerne i rapporten omfatter resultater for de enkelte afdelinger, regioner og landsgennemsnittet. Der gøres opmærksom på at der pga. persondatalovens regler og de almindelige regler om tavshedspligt, ikke må offentliggøres følsomme personoplysninger i en form hvor det er muligt "alene eller sammen med andre oplysninger" at henføre det til en identificerbar person. Definitionen af en personoplysning følger af persondatalovens § 3 nr. 1. "Enhver form for information om en identificeret eller identificerbar fysisk person (den registrerede)." Som følge heraf har Statens Serum Institut besluttet at alle resultater med persondata under 3, ikke må offentliggøres. Resultater med under 3, men over 0, i tæller eller nævner bliver erstattet med # i tabellen.

Nedenfor beskrives indholdet af tabellerne:

- **Standard:** Angiver den af styregruppen fastsatte standard for, hvor stor en andel (%) af det samlede antal patientforløb, der som minimum/højst må forventes at leve op til kravet relateret til den pågældende indikator. Et "<" foran procentværdien angiver at indikatorværdien højst må antage denne for at standard er opfyldt.
- **Standard opfyldt, Ja/Nej:** Angiver, om standarden er opfyldt for afdelingen/regionen/landet. "Ja" indikerer, at afdelings-, regions-/landsgennemsnittet opfylder standarden. "Nej" viser, at standarden ikke er opfyldt.
- **Tæller/nævner:** Angiver det samlede antal patienter der indgår i tæller og nævner i beregningen af den pågældende indikatorværdi. For alle indikatorer gælder det, at patienterne ikke indgår i beregningen af indikatoren, såfremt der for den relevante variabel i registreringskemaet er angivet "uoplyst" eller at data mangler. Ligeledes ekskluderes patienter, hvor den pågældende aktivitet er bedømt "ikke relevant". Der vil derfor være forskel i antallet af patientforløb, som indgår i beregningen af de enkelte indikatorer.
- **Andel patientforløb som opfylder kravet, % (95 % CI):** Angiver den procentvise andel af det samlede antal patientforløb, der lever op til kravet i relation til den pågældende indikator. For at få et indtryk af den statistiske usikkerhed ved bestemmelse af indikatorværdien er der anført et 95% konfidensinterval (95 % CI), som angiver, at den "sande" indikatorværdi med 95% sandsynlighed befinder sig inden for det opstillede interval. Konfidensintervallets bredde afspejler med hvilken præcision, indikatorværdien er bestemt. Periodeangivelsen refererer til opgørelsesperiode.

Histogrammer

Grafisk præsentation af resultaterne for hver afdeling med patientgrundlag ≥ 10 . Histogrammerne giver en oversigt over afdelingsresultaterne for hver enkelt indikator angivet med tilhørende 95% konfidensintervaller.



rkkp

regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram