

Dansk Kvalitetsdatabase for Tidlig Graviditet og Abort (TiGrAb)

Årsrapport 2024 - 2025
1. juli 2024 - 30. juni 2025

Offentlig version
19. december 2025

© Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, 2025

Udgiver
Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut
Hedeager 3
8200 Aarhus N

www.sundk.dk

Version: Offentlig version
Versionsdato: 25.09.2025 (kørsel af tabeller)

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Indhold

1. Konklusioner og anbefalinger	5
2. Oversigt over TiGrAb-populationen	6
3. Indikatorresultater på landsplan.....	9
Udviklingsmål erstatter standard.....	9
Fremstilling af indikatorresultater	9
Indikatorresultater på landsplan	11
Indikatorresultater på afdelingsniveau	12
4. Indikatorresultater	14
Indikator 1: Kirurgisk behandling af 1. trimester spontan abort	14
Indikator 2: Medicinsk koderegistrering af ikke-kirurgisk behandlet 1. trimester missed abortion	17
Indikator 3: Kirurgisk behandling af medicinsk behandlet 1. trimester missed abortion.....	20
Indikator 4: Kirurgisk behandling af 2. trimester spontan abort	23
Indikator 5a: Kirurgisk behandling af 2. trimester medicinsk behandlet missed abortion og medicinsk induceret provokeret abort.....	26
Indikator 5b: Kirurgisk behandling af 2. trimester medicinsk behandlet missed abortion og medicinsk induceret provokeret abort.....	28
Indikator 6: Operation af ektopisk graviditet	32
Indikator 7: Medicinsk induceret 1. trimester provokeret abort	35
Indikator 8: 1. trimester provokeret abort før 8 uger	37
Indikator 9: Kirurgisk behandling af medicinsk behandlet 1. trimester provokeret abort før 9 uger	39
Indikator 10: Re-behandling af kirurgisk behandlet 1. trimester provokeret abort.....	42
5. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	44
6. Datagrundlag	45
Datakilder	45
Opgørelsesperiode og populationsbeskrivelse	45
Anvendte kvalitetsindikatorer	46
Validitet	46
7. Styregruppen	47
8. Regionale kommentarer	48
Appendiks 1 Tilgrundegået graviditet, 1. trimester.....	49
Miscarriages i Danmark	49
1. trimester spontan abort	49
1. trimester missed abortion.....	50
Appendiks 2 Tilgrundegået graviditet, 2. trimester.....	56
2. trimester spontan abort	56
2. trimester missed abort	56
Appendiks 3 Ektopisk graviditet.....	61

Appendiks 4 Molagraaviditet.....	66
Appendiks 5 Provokeret abort, 1. trimester.....	69
Kirurgisk behandling efter medicinsk induceret abort.....	69
Blødning efter provokeret abort	69
Infektion efter provokeret abort.....	70
Udviklingen i provokerede aborter i forskellige aldersgrupper.....	70
Appendiks 6 Provokeret abort, 2. trimester.....	75
Kirurgisk behandling efter 2. trimester provokeret abort.....	75
Appendiks 7 Etablering og udfald af graviditeter i Danmark	78
Appendiks 8 Graviditeter i Danmark	82
Appendiks 9 Kodevejledning	84
Appendiks 10 Ordliste.....	87
Appendiks 11 Publikationer 2022-25	88

1. Konklusioner og anbefalinger

Vi kan endnu engang glæde os over en generelt høj kvalitet i arbejdet med komplikationer i tidlig graviditet, og en styregruppe med engagement, dedikation og kompetencer, som til stadighed udfordrer, forsvare, debatterer, og forbedrer formidlingen af disse mange data med flere konkrete forslag til fremadrettede forbedringer.

På årsmødet i år blev der særligt fokuseret på de LPR-forløb, som ikke havde noget klinisk end point registreret, men alene var registreret med en bekræftet graviditet med ukendt lokalisation (PUL) (DZ321L). Det blev besluttet, at SundK ville opgøre antallet af og datoen for disse events på hver afdeling, som på sin side så ville udbede sig en specifikation af de afdelingstilknyttede kvinder, så man manuelt kunne afklare, hvad disse forløb var endt som, hvad årsagen til det manglende registrerede end point kunne være, og hvordan man kunne stramme op på at få denne andel reduceret, helt elimineret.

Et andet fokus var, at man ud over at forsyne de enkelte udfaldsdiagnoser med en restriktionsperiode, også ville gennemføre en sikring af, at der ikke var andre diagnoser i restriktionsperioderne. Dette ville ske ved at gennemføre en prioriteret rækkefølge af udfaldsdiagnoserne, efter hvilken man sorterede de forskellige udfald efter deres validitet, således at årsrapporten i 2026 vil have gennemført en sådan logistik.

Der var på mødet enighed om at anbefale, at en generel Anti-D profylakse til Rh-negative kvinder med graviditeter op til 12 uger bortfalder (hvor grænsen i dag er 8 uger eller et foster med CRL under 15 mm), fordi dette både er WHO's internationale rekommandation og fordi flere metaanalyser tyder på, at dette er tilstrækkeligt sikkert til, at man ikke finder denne profylakse kost-effektiv. Endelig beslutning afventer igangværende guidelinegruppers beslutning. I øvrigt så man frem til det igangværende arbejde i DSOG, hvor alle væsentlige guidelines inden for tidlig graviditet er under revision og forventes vedtaget efteråret 2026. Et indsatsområde, som dog allerede nu kunne iværksættes, var en mere systematisk brug af medicinske behandlingskoder (B-koder), hvorved flere afsnit i rapporten kunne løftes. Her var anbefalingen, at TiGrAb's resumé af relevante koder blev ordnet systematisk på én side og opdateret.

Der var enighed om, at PUL-diagnosen DO022 skulle udfases, således at kun den tentative DZ321L skulle benyttes, indtil der forelå en afklaring af udfaldet. For udfald med faldende s-hCG, hvor man aldrig har visualiseret en graviditet, anbefales registreret en ektopisk graviditet, hvis s-hCG faldt mindre end 50% over to døgn, og som spontant tilgrundegået graviditet, hvis der blev observeret et fald på mere end 50%.

Fordi graviditeter uden for livmoderhulen også indgår i årsrapporten, henstillede man at anvende "ektopisk graviditet" frem for "ekstrauterin graviditet", da sidstnævnte ikke rummer cervikale, kornuale eller sektiocicatrice relaterede udfald, mens ektopisk graviditet gør.

Endelig erstattes "evakuatio uteri" med "kirurgisk behandling", da førstnævnte ikke inkluderer tømning ved hysteroskopi, mens vores rater for kirurgisk tømning også inkluderer hysteroskopisk fjernelse af graviditetsvæv. I figurerne kommer denne ændring først med i næste årsrapport.

Med skift fra standarder til udviklingsmål, har en del indikatorer fået strammet deres udviklingsmål fremadrettet i forhold til aktuelle standard.

Vi har således udsigt til en mere valid, mere komplet, og mere sproglig korrekt årsrapport næste år, som samtidig markerer 20-års kontinuerlig afdelingsspecifik kvalitetsmonitorering af tidlig graviditet i Danmark. Noget tilsvarende findes ikke i nogen andre lande i verden.

Men i denne omgang, bon appetit på årsrapporten for 2024/25.

2. Oversigt over TiGrAb-populationen

Tabel 1. Graviditetsudfald i perioden 2020//21 til 2024/25

Graviditetsudfald	2024/25	2023/24	2022/23	2021/22	2020/21
Tilgrundegået graviditet	7.533	7.304	7.164	7.401	8.383
1. trimester	6.386	6.196	6.043	6.357	7.073
Spontan	2.040	2.049	2.002	2.184	2.684
Komplet	1.324	1.248	1.260	1.266	1.504
Inkomplet	716	801	742	918	1.180
Missed	4.346	4.147	4.041	4.173	4.389
2. trimester	1.147	1.108	1.121	1.044	1.310
Spontan	352	330	347	306	438
Komplet	202	177	198	173	227
Inkomplet	150	153	149	133	211
GA 12+0-15+6	258	247	258	226	339
GA 16+0-21+6	94	83	89	80	99
Missed	795	778	774	738	872
Provokeret abort	15.495	15.962	15.841	14.664	14.386
1. trimester	14.740	15.210	15.129	14.024	13.757
GA <7+0	7.602	8.078	7.936	7.299	7.310
GA 7+0-7+6	3.540	3.613	3.529	3.303	3.212
GA 8+0-8+6	1.788	1.787	1.883	1.731	1.628
GA 9+0-11+6	1.772	1.731	1.779	1.690	1.581
GA andet/ukendt	38	#	#	#	26
Medicinsk	12.817	13.305	12.950	11.786	11.834
Kirurgisk	1.923	1.905	2.179	2.238	1.923
2. trimester	755	752	712	640	629
GA andet/ukendt	63	27	12	29	13
GA 12+0-17+6	500	490	469	400	396
GA 18+0-22+6	192	235	231	211	220
Ekstrauterin graviditet	925	966	918	951	1.021
PUL ²	49	63	212	245	261
Mola	35	52	50	57	70

¹Spontane aborter, som ses i speciallægepraksis, almen praksis eller som ikke bliver registreret, indgår ikke i TiGrAb-populationen. ²Antallet af 1. trimester provokerede aborter i 2024/25 er formentligt en smule underestimeret pga. forsinkede SEI-indberettede aborter på opfølgningstidspunktet. Disse vil blive opdateret i næste årsrapport.

²PUL=Afsluttet graviditet med ukendt lokalitet (DO022).

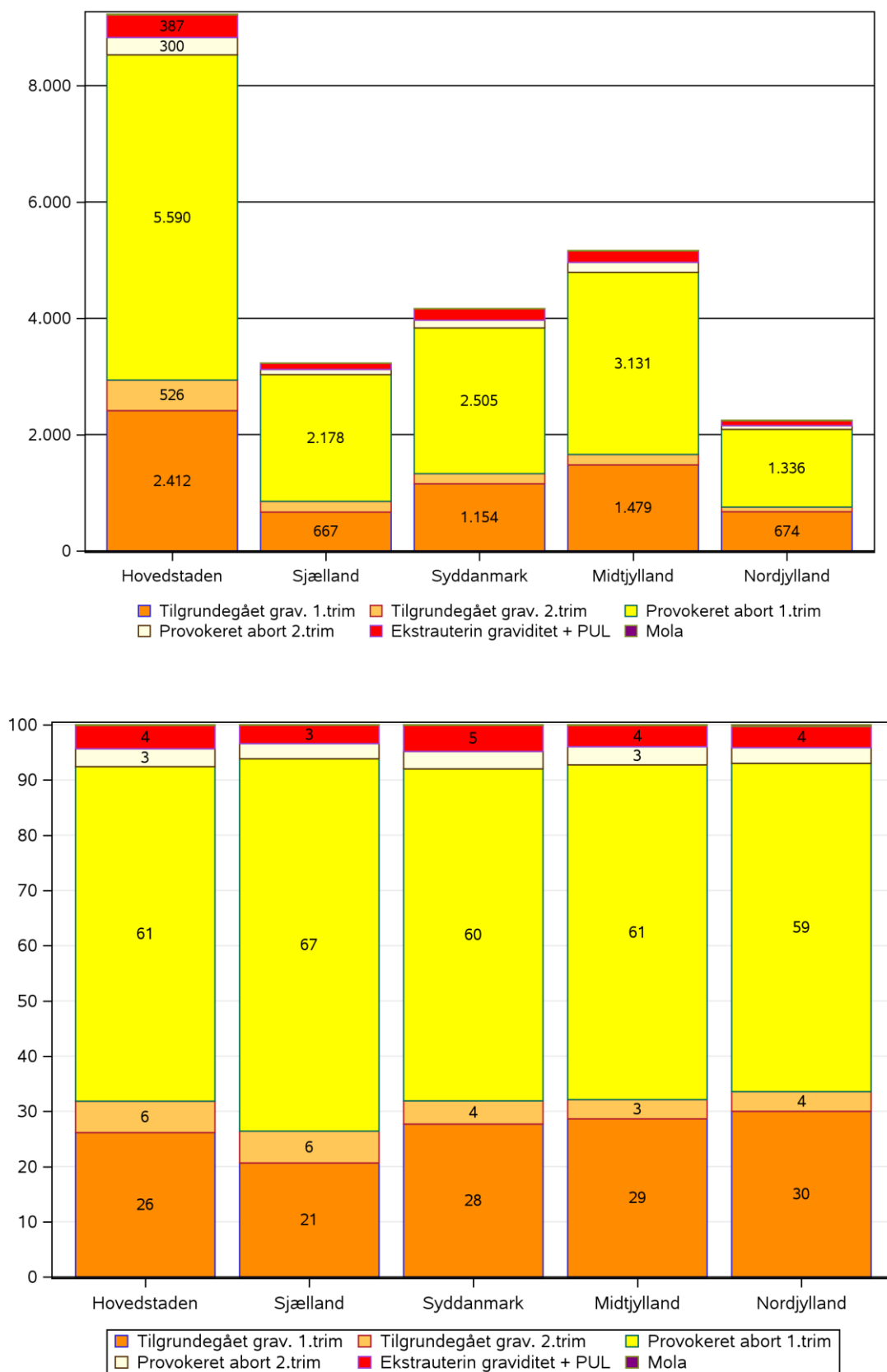
Tabel 2. Indrapporterede aborttyper på regionsniveau, 2024/25

	Tilgrundegået graviditet (n=7.533)				Provokeret abort (n=15.495)		Øvrige (n=1.009)		
	1. trimester		2. trimester		1. trimester	2. trimester	Ektopisk	PUL ²	Mola
	Spontan ¹	Missed	Spontan	Missed					
Danmark	2.040	4.346	352	795	14.740	755	925	49	35
Hovedstaden	627	1.785	146	380	5.590	300	378	9	13
Sjælland	239	428	58	128	2.178	89	102	5	3
Syddanmark	506	648	56	119	2.505	132	176	20	5
Midtjylland	480	999	60	120	3.131	170	190	8	7
Nordjylland	188	486	32	48	1.336	64	79	7	7

¹Spontan aborter, som ses i speciallægepraksis (anslået ca. 1.700 per år), indberettes ikke til TiGrAb, og indgår derfor ikke i populationsoversigten.

²PUL=Afsluttet graviditet med ukendt lokalitet (DO022).

Figur 1. Indrapporterede aborttyper på regionsniveau, 2024/25 (Øverst: antal, nederst: andel i procent)



3. Indikatorresultater på landsplan

Udviklingsmål erstatter standard

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK) har formuleret en strategi for 2024-2027, hvor det bl.a. fremgår, at man skal arbejde med "Relevant kvalitetsmåling", hvor begrebet "udviklingsmål" er et centralt tema, som erstatter begrebet "standard". Baggrunden for denne beslutning er, at "standard", som er et hyppigt anvendt begreb inden for klinisk kvalitetsudvikling, har været en kilde til misforståelse, da begrebet ikke skelner mellem mindstemål (hvor ikke-opfyldelse er et kritisk fund) og udviklingsmål (hvor ikke-opfyldelse er udtryk for et udviklingspotentiale).

SundK anbefaler i forlængelse heraf, at udviklingsmål fastsættes på et højt og ambitiøst niveau, således at arbejdet i styregruppen fokuseres omkring udviklingspotentialer. Det vil derfor ofte være tilfældet, at en andel af indikatormålingerne ikke opfylder målet. Dette svarer til en "grøn linje" strategi, hvor ønsket er en kontinuerlig udvikling af kvaliteten i retning af målet. Denne situation adskiller sig fra en "rød linje" strategi, hvor en standard fastsættes på et lavere og mindre ambitiøst niveau, og hvor opfyldelsen af de fastsatte mål som regel vil være meget høj. Den "grønne linje" strategi er konsistent med den faktiske situation i TiGrAb, hvor nogle indikatormålinger, ikke har målopfyldelse.

At arbejde med udviklingsmål fremfor standarder (opfattet som et mindstemål) betyder, at styregruppens kommentering af indikatorresultater og målopfyldelse har udvikling for øje. Fokus i kommenteringen af resultaterne, er derfor på variationen i kvaliteten på tværs af regioner og afdelinger samt på kvalitetsudviklingen over tid. Hvorvidt der er opnået opfyldelse af udviklingsmålet, har været sekundært i kommenteringen af resultaterne.

I forbindelse med den nationale kliniske audit har styregruppen diskuteret hver indikator, og hvorvidt udviklingsmålet var fastsat ud fra et fagligt ambitiøst niveau. Argumenter for eventuelle justeringer blev fremført og kommenteres i afsnittene 'Diskussion og implikationer' samt 'Vurdering af udviklingsmålet'. For indikatorer, hvor der observeres et generelt behov for fokuseret kvalitetsudvikling, er dette diskuteret på den nationale kliniske audit, og hvilke tiltag styregruppen vil iværksætte for at opnå en kvalitetsforbedring. Dette er ligeledes kommenteret i rapporten.

Fremstilling af indikatorresultater

I dette afsnit gennemgås resultaterne af de enkelte indikatorer. Hver indikator indledes med en kort definition efterfulgt af en overordnet beskrivelse af, hvilke patienter der indgår i nævner og tæller samt det fastlagte udviklingsmål for indikatoren. Uoplyste forløb angiver antal og andel patienter ud af den relevante nævnerpopulation, hvor patienten mangler registrering af en eller flere variable, som indgår i indikatorberegningen. Der er ingen uoplyste i TiGrAbs indikatoropgørelser. For yderligere uddybning af databasespecifikationer (under udarbejdelse) og kodevejledning henvises til SundK's hjemmeside og Appendiks 9 i denne rapport.

For hver indikator vises en oversigtstabel for resultatet på lands-, regions- og afdelingsniveau og om udviklingsmålet er nået. Der angives alene, om punktestimatet ligger over eller under det fastsatte udviklingsmål. Antal, som er under 3, er undertrykt (#) på grund af risikoen for at vise potentielt personhenførbare oplysninger. Andele >10% er angivet afrundet og uden decimaler i indikatorstabellerne. Desuden kommenteres resultater, hvor nævnerpopulationen udgør $n < 10$, ikke under kommentarerne til de enkelte indikatorer.

Resultaterne for hver enkelt indikator visualiseres med udvalgte grafiske fremstillinger. Trendgraferne viser udvikling i indikatorresultaterne i en 8-årig periode på land- og regionsniveau,

mens histogrammerne viser det aktuelle års indikatorresultater med 95 % konfidensintervaller (95 % CI) på land- og for de enkelte afdelinger. I begge fremstillinger angiver den grønne linje det fastsatte udviklingsmål for indikatoren.

Hver årsrapport opgøres på baggrund af de seneste opdaterede data i Landspatientregisteret, ABR og MFR. Patientforløb og begivenheder, der hører til tidligere opgørelsesperioder, ikke er blevet indberettet i tide eller er blevet indberettet på en ufuldstændig måde, inkluderes i den efterfølgende årsrapport (efterregistreringer). Således kan resultaterne i årsrapporterne ikke umiddelbart sammenlignes fra år til år.

Nedenstående oversigtstabeller viser hhv. de samlede indikatorresultater på landsplan for aktuelle årsrapport, samt de to tidligere års indikatorresultater og indikatorresultater på afdelingsniveau for indeværende opgørelsesperiode.

Indikatorresultater på landsplan

Indikator	Udviklings mål	Indikatoropfyldelse		
		01.07.2024 - 30.06.2025	2023/24	2022/23
		Andel (95% CI)	Andel	Andel
Indikator 1: Andel kvinder med 1. trimester spontan abort, som behandles kirurgisk	< 15	9,1 (7,9-10)	10	11
Indikator 2: Andel ikke-kirurgisk behandlet 1. trimester missed abortion, som har en medicinsk behandlingskode	> 80	72 (70-73)	71	64
Indikator 3: Andel medicinsk behandlet 1. trimester missed abortion, som behandles kirurgisk	< 15	16 (14-17)	17	17
Indikator 4: Andel 2. trimester spontan abort, som behandles kirurgisk	< 20	27 (22-32)	28	22
Indikator 5a: Andel 2. trimester (13+0<=GA<=22+6) provokeret eller missed abortion, som behandles kirurgisk på primær kontakt	< 5	20 (18-22)	23	25
Indikator 5b: Andel 2. trimester (13+0<=GA<=22+6) provokeret eller missed abort, som behandles kirurgisk på sekundær kontakt	< 10	9,9 (8,2-12)	8,7	8,5
Indikator 6: Andel ektopisk graviditet, som opereres indenfor 4 uger	< 70	73 (70-75)	71	69
Indikator 7: Andel 1. trimester provokeret abort, som er medicinsk induceret	> 80	87 (86-87)	87	86
Indikator 8: Andel 1. trimester provokeret abort, som gennemføres før 8 uger	> 70	76 (75-76)	77	76
Indikator 9: Andel 1. trimester medicinsk induceret provokeret abort, som behandles kirurgisk	< 4	1,7 (1,4-1,9)	1,4	1,4
Indikator 10: Andel 1. trimester kirurgisk behandlet provokeret abort, som re-behandles	< 3	1,8 (1,3-2,5)	1,8	1,9

Indikatorresultater på afdelingsniveau

	Indikatornummer og udviklingsmål										
	1 < 15	2 > 80	3 < 15	4 < 20	5a < 15	5b < 10	6 < 70	7 > 80	8 > 70	9 < 4	10 < 3
Danmark	9,1	72	16	27	20	9,9	73	87	76	1,7	1,8
Bornholm	0	40			40	20	100			0	
Herlev	14	26		23	26	6,6	65			0	
Hillerød	11	74	15	34	21	14	75			1,1	
Hvidovre	9,9	77	21	37	24	12	81			3,9	
Rigshospitalet	9,9	40		33	24	9,3	67			1,9	
Region Hovedstaden (samlet)								90	79	1,4	2,9
Holbæk	10	86	5,6	24	13	0	67			0,6	
Nykøbing F	22	39		25	14	19	84			2,2	
Roskilde	14	77	25	33	15	4,2	64			2,5	
Slagelse	9,9	76	20	21	32	5,7	76			2,2	
Region Sjælland (samlet)								80	69	2,1	1,7
Esbjerg	7,3	71	21	50	12	19	47			0	
Kolding	8,3	76	11	20	13	1,6	67			0	
Odense	4,2	79	16	29	7,3	14	86			1,6	
Sønderjylland	2,1	90	11	0	12	12	81			1,9	
Region Syddanmark (samlet)								87	72	1,1	2,1
Aarhus	15	90	17	13	22	14	84			0	
Gødstrup	9,9	99	15	18	15	13	71			0,7	
Horsens	10	92	14	50	14	11	65			0	
Randers	7,3	93	6,0	0	16	16	73			1,5	
Viborg	5,0	97	14	20	42	9,1	68			2,5	
Region Midtjylland (samlet)								87	78	4,1	0,8
Aalborg	4,9	87	11	26	15	5,5	65			1,3	
Thisted	13	18		20	0	0	69			0	
Vendsyssel	5,4	78	14	25	9,1	4,6	64			4,7	
Region Nordjylland (samlet)								85	75	1,8	0,5
Privathospitaler (samlet)								72	78		

Markeret med fed (blå baggrund): Udviklingsmål er nået.

Indikator 7 og 8: Andelen angivet under "Region (samlet)" udgør hele regionsresultatet (hospitalsafdelinger og praktiserende speciallæger samlet).

Indikator 9 og 10: "Region (samlet)" angiver det samlede indikatorresultat fra praktiserende speciallæger fra hver region.

Tabel 3. Antal private speciallæger per region samt rate per 100.000 kvinder, 2024/2025

Region	Antal speciallægepraksis ¹	Befolkning, kvinder	Rate pr. 100.000 kvinder	Befolkning, kvinder, 10-55 år	Rate pr. 100.000 kvinder, 10-55 år
Hovedstaden	38	1.930.793	3,87	589.314	6,45
Sjælland	13	854.902	3,03	220.230	5,90
Syddanmark	12	1.240.472	1,93	329.633	3,64
Midtjylland	8	1.373.799	1,16	388.596	2,06
Nordjylland	3	592.768	1,02	155.722	1,93

¹Antal speciallægepraksis er baseret på ydernumre (=speciallægepraksis) og ikke antal gynækologer, som i årsrapportperioden har indrapporteret til SEI. Der er registreret to speciallægepraksisser med 2 gynækologer, resten er enkeltmandspraksisser.

4. Indikatorresultater

Indikator 1: Kirurgisk behandling af 1. trimester spontan abort

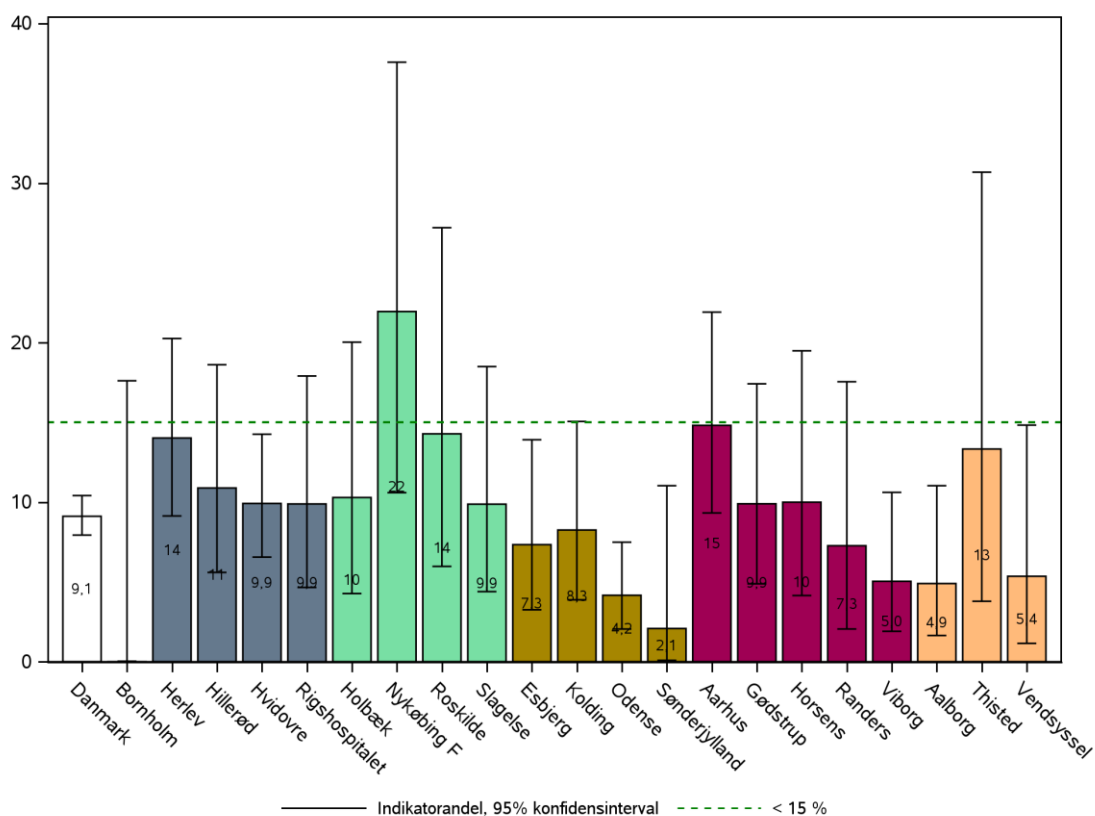
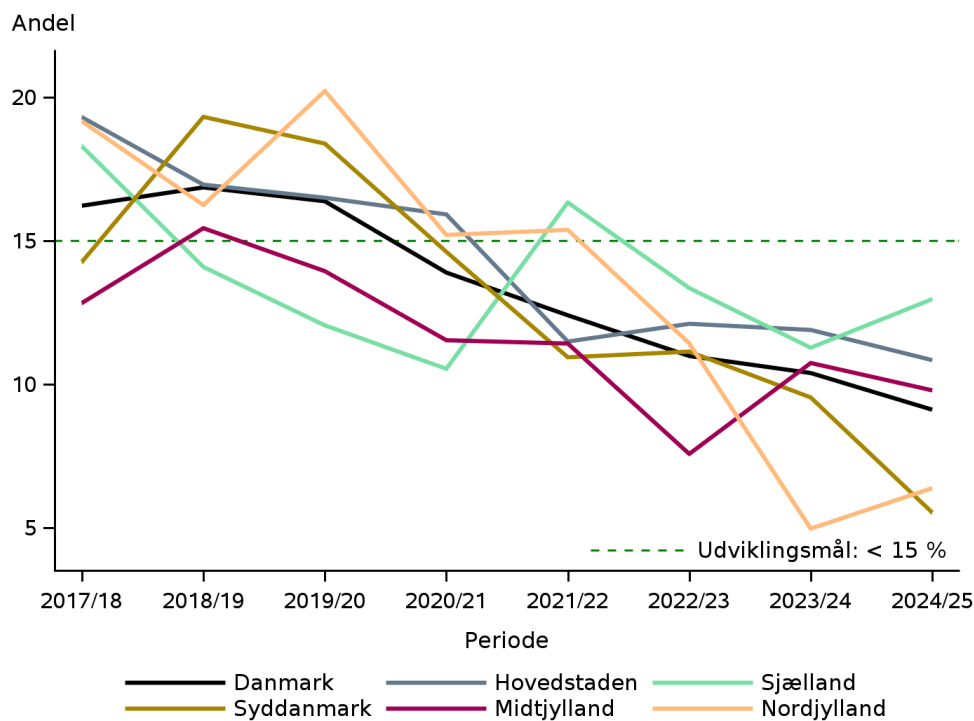
Andelen af kvinder med 1. trimester spontan abort, som behandles kirurgisk.

Tæller: Alle i nævner, som har en kirurgisk behandlingskode inden for 12 uger fra abortdiagnosen

Nævner: Kvinder, der aborterer spontant (DO03*) i 1. trimester (GA≤11+6 eller ukendt GA)

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år		
	< 15% opfyldt	Tæller/ nævner	01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24		2022/23
			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	186 / 2.040	9,1	(7,9-10)	213 / 2.049	10	11
Hovedstaden	Ja	68 / 627	11	(8,5-14)	79 / 664	12	12
Sjælland	Ja	31 / 239	13	(9,0-18)	30 / 266	11	13
Syddanmark	Ja	28 / 506	5,5	(3,7-7,9)	46 / 482	9,5	11
Midtjylland	Ja	47 / 480	9,8	(7,3-13)	49 / 456	11	7,6
Nordjylland	Ja	12 / 188	6,4	(3,3-11)	9 / 181	5,0	11
Hovedstaden	Ja	68 / 627	11	(8,5-14)	79 / 664	12	12
Bornholm	Ja	0 / 19	0	(0-18)	# / #	7,1	0
Herlev	Ja	23 / 164	14	(9,1-20)	27 / 188	14	11
Hillerød	Ja	11 / 101	11	(5,6-19)	7 / 119	5,9	7,6
Hvidovre	Ja	25 / 252	9,9	(6,5-14)	32 / 250	13	18
Rigshospitalet	Ja	9 / 91	9,9	(4,6-18)	12 / 93	13	9,2
Sjælland	Ja	31 / 239	13	(9,0-18)	30 / 266	11	13
Holbæk	Ja	7 / 68	10	(4,2-20)	3 / 60	5,0	9,6
Nykøbing F	Nej	9 / 41	22	(11-38)	7 / 52	13	14
Roskilde	Ja	7 / 49	14	(5,9-27)	10 / 79	13	8,2
Slagelse	Ja	8 / 81	9,9	(4,4-19)	10 / 75	13	20
Syddanmark	Ja	28 / 506	5,5	(3,7-7,9)	46 / 482	9,5	11
Esbjerg	Ja	8 / 109	7,3	(3,2-14)	8 / 85	9,4	5,6
Kolding	Ja	9 / 109	8,3	(3,8-15)	18 / 118	15	17
Odense	Ja	10 / 240	4,2	(2,0-7,5)	10 / 233	4,3	8,3
Sønderjylland	Ja	# / #	2,1	(0,1-11)	10 / 46	22	17
Midtjylland	Ja	47 / 480	9,8	(7,3-13)	49 / 456	11	7,6
Aarhus	Ja	20 / 135	15	(9,3-22)	20 / 110	18	14
Gødstrup	Ja	10 / 101	9,9	(4,9-17)	11 / 76	14	2,5
Horsens	Ja	7 / 70	10	(4,1-20)	8 / 86	9,3	9,9
Randers	Ja	4 / 55	7,3	(2,0-18)	5 / 56	8,9	7,1
Viborg	Ja	6 / 119	5,0	(1,9-11)	5 / 128	3,9	4,5
Nordjylland	Ja	12 / 188	6,4	(3,3-11)	9 / 181	5,0	11
Aalborg	Ja	5 / 102	4,9	(1,6-11)	6 / 110	5,5	12
Thisted	Ja	4 / 30	13	(3,8-31)	# / #	5,0	10
Vendsyssel	Ja	3 / 56	5,4	(1,1-15)	# / #	3,9	11

Indikator 1: Andel af kvinder med 1. trimester spontan abort som behandles kirurgisk. Trendgraf på regionsniveau (øverst) og indikatorresultat på afdelingsniveau for 2024-25 (nederst).



Kommentar til indikator 1

Baggrund for indikatoren

Der er sket et paradigmeskift fra at behandle alle kirurgisk, til kun at behandle de, som bløder voldsomt. Når der kommer nye guidelines på et område, er det vigtigt at monitorere, at de nye retningslinjer følges. Dette område rykker sig stadig nedad, og bør derfor fortsat følges.

Datagrundlag

Indikatoren opgør andelen af kvinder med 1. trimester spontan abort, som efterfølgende behandles kirurgisk. I beregningen indgår alle DO03 koder (inkomplet og komplet spontan abort). Hvis der både er registreret en komplet og inkomplet abort i samme kontakt, vurderes aborten som inkomplet. Tæller inkluderer alle kirurgiske behandlinger inden for 12 uger fra abortdiagnosen. I 2024/25 rapporten er hysteroskopikoderne KLCB22, KLCB25 og KLCB98 inkluderet i tæller. 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 defineret ved GA $\leq$ 11+6 eller ukendt GA. I beregningen ekskluderes desuden registreringer på kirurgiske afdelinger og privathospitaler.

Resultater

I 2023/24 er der registreret 2.040 kvinder, der aborterer spontant i 1. trimester. Heraf bliver 186 efterfølgende kirurgisk behandlet svarende til 9,1% på landsplan. Hermed er udviklingsmålet på <15% opfyldt både på landsplan og regionsniveau. Andelen er fortsat faldende fra 16% i 2019/20 til nu under 10% i 2024/25. På regionsniveau varierer andelen fortsat med ca. 7 %-point, fra 5,5% (Region Syddanmark) til 13% i Region Sjælland. Den positive udvikling ses i alle regioner, men særlig markant i Region Nordjylland og Region Syddanmark.

Fig. 1.3 i Appendiks 1, viser udvikling i andelen af kvinder med 1. trimester spontan abort, som behandles kirurgisk indenfor én dag fra abortdiagnosen. Med overgang til LPR3 i 2019, beregnes andelen af kirurgisk behandling foretaget inden for 12 uger fra datoen for abortdiagnosen (indlæggelsesdatoen), som vist i **Fig. 1.4**.

Diskussion og implikationer

Vi startede ud med 30% behandlede i 2001/2002, og ligger nu på 9%. Det er en reduktion på 67%. I år ligger Region Syddanmark og Region Nordjylland bedst.

Vurdering af indikatoren

Fortsat relevant, og vi lykkes med at reducere andelen med 1 procentpoint om året. Udviklingsmålet sænkes fremadrettet til <10%.

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

Andelen af ikke-kirurgisk behandlet 1. trimester missed abortion, som har en medicinsk behandlingskode.

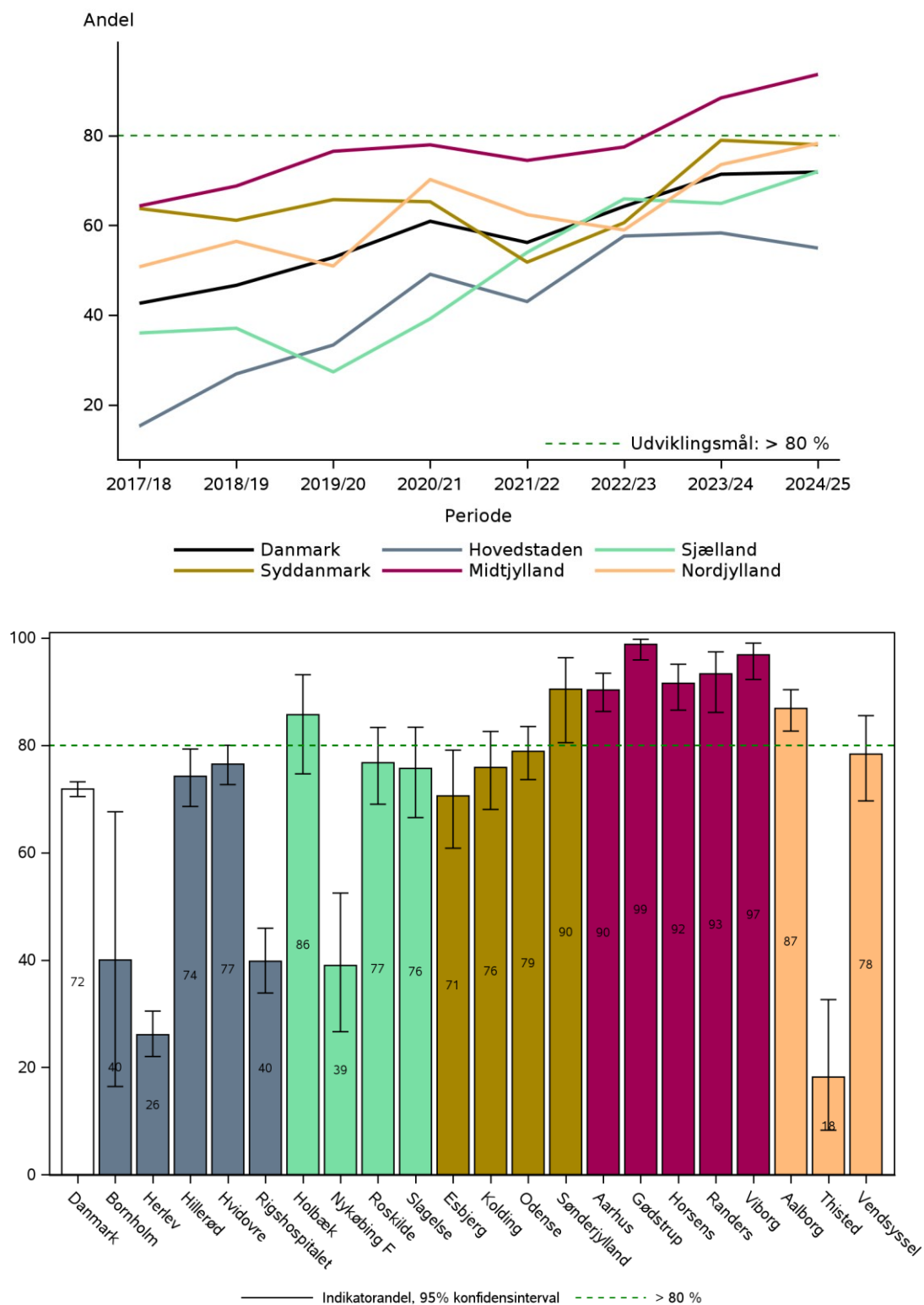
Tæller: Alle i nævner, som har en medicinsk behandlingskode uden en samtidig kirurgisk behandlingskode

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

	Udviklingsmål > 80% opfyldt	Tæller/ nævner	Aktuelle år 01.07.2024 - 30.06.2025		Tidligere år		
			Andel	95% CI	2023/24		2022/23
					Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	2.676 / 3.724	72	(70-73)	2.486 / 3.483	71	64
Hovedstaden	Nej	808 / 1.471	55	(52-57)	755 / 1.295	58	58
Sjælland	Nej	267 / 371	72	(67-76)	229 / 353	65	66
Syddanmark	Nej	449 / 576	78	(74-81)	476 / 603	79	61
Midtjylland	Ja	792 / 846	94	(92-95)	715 / 809	88	77
Nordjylland	Nej	360 / 460	78	(74-82)	311 / 423	74	59
Hovedstaden	Nej	808 / 1.471	55	(52-57)	755 / 1.295	58	58
Bornholm	Nej	6 / 15	40	(16-68)	4 / 20	20	4,5
Herlev	Nej	109 / 418	26	(22-31)	95 / 353	27	35
Hillerød	Nej	196 / 264	74	(69-79)	164 / 236	69	75
Hvidovre	Nej	394 / 515	77	(73-80)	382 / 455	84	79
Rigshospitalet	Nej	103 / 259	40	(34-46)	110 / 231	48	33
Sjælland	Nej	267 / 371	72	(67-76)	229 / 353	65	66
Holbæk	Ja	54 / 63	86	(75-93)	62 / 65	95	65
Nykøbing F	Nej	23 / 59	39	(27-53)	14 / 85	16	18
Roskilde	Nej	109 / 142	77	(69-83)	77 / 115	67	77
Slagelse	Nej	81 / 107	76	(66-83)	76 / 88	86	86
Syddanmark	Nej	449 / 576	78	(74-81)	476 / 603	79	61
Esbjerg	Nej	72 / 102	71	(61-79)	71 / 83	86	93
Kolding	Nej	107 / 141	76	(68-83)	131 / 171	77	66
Odense	Nej	213 / 270	79	(74-84)	216 / 279	77	43
Sønderjylland	Ja	57 / 63	90	(80-96)	58 / 70	83	74
Midtjylland	Ja	792 / 846	94	(92-95)	715 / 809	88	77
Aarhus	Ja	252 / 279	90	(86-94)	196 / 230	85	64
Gødstrup	Ja	169 / 171	99	(96-100)	151 / 159	95	85
Horsens	Ja	163 / 178	92	(86-95)	160 / 201	80	78
Randers	Ja	84 / 90	93	(86-98)	101 / 104	97	98
Viborg	Ja	124 / 128	97	(92-99)	107 / 115	93	75
Nordjylland	Nej	360 / 460	78	(74-82)	311 / 423	74	59
Aalborg	Ja	265 / 305	87	(83-90)	237 / 295	80	61
Thisted	Nej	8 / 44	18	(8,2-33)	9 / 47	19	20
Vendsyssel	Nej	87 / 111	78	(70-86)	65 / 81	80	74

Markeret med rødt: Afdelinger med indikatorresultat <50%, indgår ikke i indikator 3.

Indikator 2: Andel af ikke-kirurgisk behandlet 1. trimester missed abort, som har medicinsk behandlingskode. Trendgraf på regionsniveau (øverst) og indikatorresultat på afdelingsniveau for 2024-25 (nederst).



Kommentar til indikator 2

Baggrund for indikatoren

Mens kodningen af kirurgiske indgreb er god og valid, kniber det fortsat med de medicinske behandlingskoder. Da stadig flere aborter behandles medicinsk, er det relevant at sikre at også disse behandlinger registreres.

Indikatoren løfter registreringen år for år. Generelt er Region Hovedstaden og Region Sjælland dårligere til at få registreret disse koder, og en af årsagerne til dette er Sundhedsplatformen, hvor disse registreringer er besværligere end den elektroniske patientjournal i Jylland og på Fyn.

Datagrundlag

Indikatoren måler andelen af ikke-kirurgisk behandlet 1. trimester missed abortion, som har en medicinsk behandlingskode (BKHD52 Behandling med antiprogesteron og prostaglandin). I beregningen indgår diagnosekoderne DO020 (Graviditet uden erkendt foster) og DO021 (Graviditet med dødt retineret foster, inkl. underkoder). En kvinde må, ved det indledende udtræk for en 12 ugers periode, kun forekomme én gang med en DO020/21 diagnose. Hvis flere, anvendes kun den første, hvor der samtidig er en BKHD52 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

Andelen af ikke-kirurgisk behandlet 1. trimester missed abortions, som har en medicinsk behandlingskode, ligger på niveau med sidste år 72%. Medicinsk koderegistrering er steget betydeligt de seneste 10 år fra 29% i 2012/13 til nu 72% (Appendiks 1, **Fig. 1.8**). Udviklingsmålet på >80% er fortsat nået i Region Midtjylland (94%), mens Region Syddanmark og Region Nordjylland ligger umiddelbart under (78%). Den positive udvikling ses i alle regioner, selvom Region Hovedstaden fortsat ligger betydeligt under udviklingsmålet (55%). Antallet af afdelinger, som koder tilfredsstillende, er faldet til 7 afdelinger mod 11 afdelinger sidste år. Der er fortsat stor variation på afdelingsniveau (18% i Thisted til 99% i Gødstrup).

Diskussion og implikationer

Principielt må vi forvente, at alle med missed abortion, som ikke initialt er kirurgisk behandlet, er behandlet medicinsk (nogle få kan også have valgt ekspekterende behandling) og derfor burde have haft en medicinsk behandlingskode. Generelt er Region Hovedstaden og Region Sjælland dårligere til at få registreret disse koder, og en af årsagerne til dette er sundhedsplatformen, hvor disse registreringer er besværligere end den elektroniske patientjournal i Jylland og Fyn. Holbæk er en smuk undtagelse. Og i Region Midtjylland når alle afdelinger målet.

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 foreløbigt denne indikator og udviklingsmål. Denne registrering er også nødvendig for at kunne vurdere indikator 3. Der må igen opfordres til at have kontinuerligt fokus på korrekt kodning på afdelingerne og at bruge de støtteværktøjer, der kan hjælpe med dette, f.eks. TiGrAbs kodevejledning.

Indikator 3: Kirurgisk behandling af medicinsk behandlet 1. trimester missed abortion

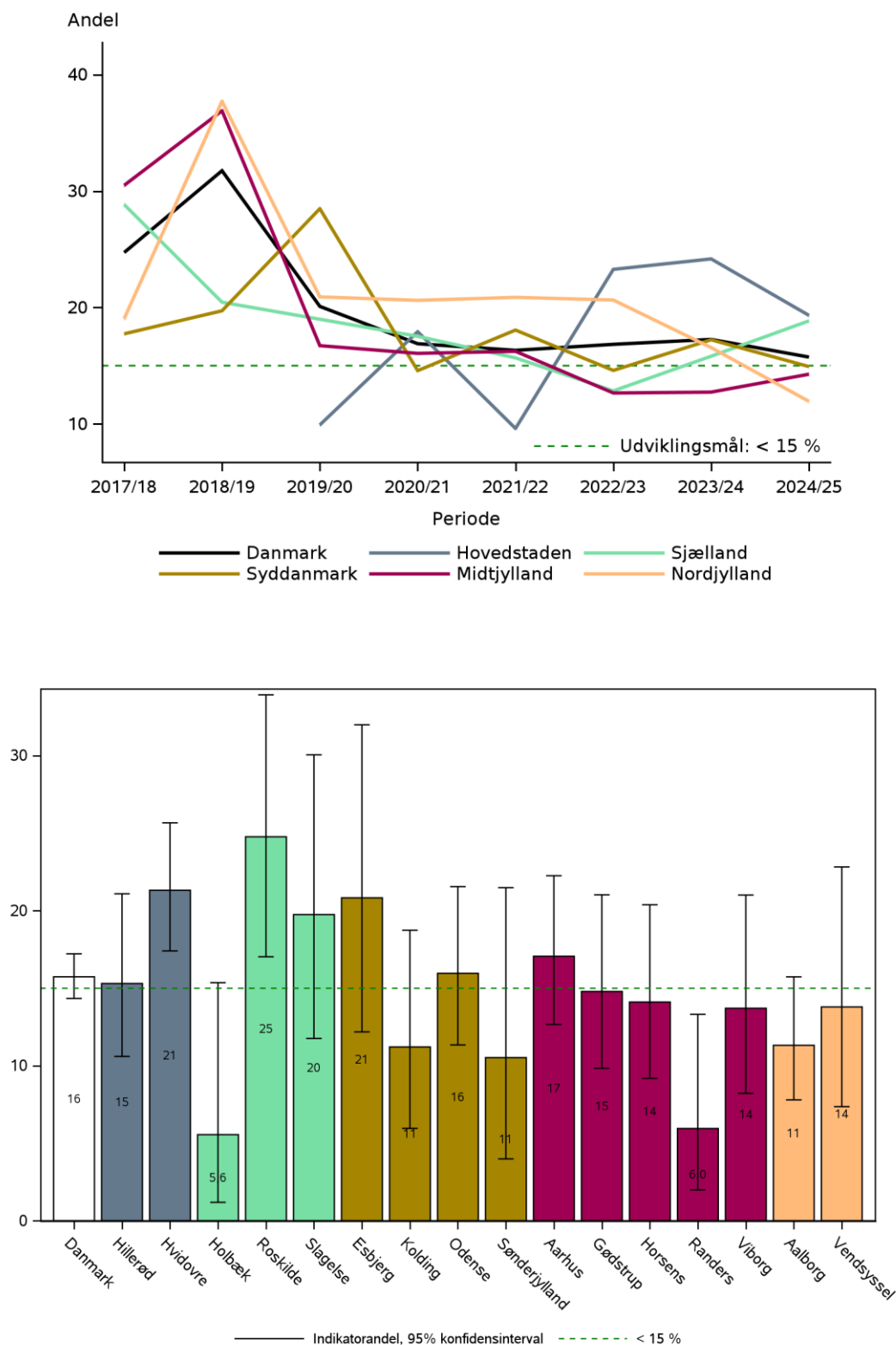
Andelen af medicinsk behandlede 1. trimester missed abortion, som efterfølgende behandles kirurgisk.

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

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

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år		
	< 15%	Tæller/	01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24		2022/23
	opfyldt	nævner	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	382 / 2.427	16	(14-17)	389 / 2.254	17	17
Hovedstaden	Nej	114 / 590	19	(16-23)	132 / 546	24	23
Sjælland	Nej	46 / 244	19	(14-24)	34 / 215	16	13
Syddanmark	Ja	67 / 449	15	(12-19)	82 / 476	17	15
Midtjylland	Ja	113 / 792	14	(12-17)	91 / 715	13	13
Nordjylland	Ja	42 / 352	12	(8,7-16)	50 / 302	17	21
Hovedstaden	Nej	114 / 590	19	(16-23)	132 / 546	24	23
Hillerød	Nej	30 / 196	15	(11-21)	17 / 164	10	13
Hvidovre	Nej	84 / 394	21	(17-26)	115 / 382	30	28
Sjælland	Nej	46 / 244	19	(14-24)	34 / 215	16	13
Holbæk	Ja	3 / 54	5,6	(1,2-15)	8 / 62	13	4,3
Roskilde	Nej	27 / 109	25	(17-34)	17 / 77	22	19
Slagelse	Nej	16 / 81	20	(12-30)	9 / 76	12	12
Syddanmark	Ja	67 / 449	15	(12-19)	82 / 476	17	15
Esbjerg	Nej	15 / 72	21	(12-32)	12 / 71	17	9,7
Kolding	Ja	12 / 107	11	(5,9-19)	18 / 131	14	12
Odense	Nej	34 / 213	16	(11-22)	40 / 216	19	
Sønderjylland	Ja	6 / 57	11	(4,0-22)	12 / 58	21	23
Midtjylland	Ja	113 / 792	14	(12-17)	91 / 715	13	13
Aarhus	Nej	43 / 252	17	(13-22)	37 / 196	19	12
Gødstrup	Ja	25 / 169	15	(9,8-21)	13 / 151	8,6	8,8
Horsens	Ja	23 / 163	14	(9,2-20)	25 / 160	16	21
Randers	Ja	5 / 84	6,0	(2,0-13)	10 / 101	9,9	11
Viborg	Ja	17 / 124	14	(8,2-21)	6 / 107	5,6	8,5
Nordjylland	Ja	42 / 352	12	(8,7-16)	50 / 302	17	21
Aalborg	Ja	30 / 265	11	(7,8-16)	39 / 237	16	22
Vendsyssel	Ja	12 / 87	14	(7,3-23)	11 / 65	17	17

Indikator 3: Andel af medicinsk behandlet 1. trimester missed abortion, som efterfølgende behandles kirurgisk. Trendgraf på regionsniveau (øverst) og indikatorresultat på afdelingsniveau for 2024-25 (nederst).



Kommentar til indikator 3

Baggrund for indikatoren

Der er sket et paradigmeskift i retning af mere tilbageholdenhed med kirurgisk behandling efter medicinsk induktion. Indikatoren bidrager til kvalitetsudviklingen ved at påvise den fortsatte store spredning i kvaliteten, hvilket i sig selv vides at påvirke udviklingen.

Datagrundlag

Indikatoren måler andelen af medicinsk behandlet 1. trimester missed abortion, som efterfølgende behandles kirurgisk. Derfor indgår kun afdelinger, hvor mindst halvdelen af 1. trimester missed abortion, er blevet medicinsk koderegistreret (indikatorresultat $\geq 50\%$ i indikator 2), i beregning af indikator 3.

Resultater

Således indgår i år 16 ud af 21 afdelinger i indikator 3 med i alt 2.427 medicinsk behandlet 1. trimester missed abortion (249 kvinder fra hhv. Bornholm, Herlev, Rigshospitalet, Nykøbing F. og Thisted ekskluderes pga. indikatorresultat $<50\%$ i indikator 2). Man bemærker sig en overordnet andel af kirurgisk behandling efter medicinsk induktion af missed abortion på 16%. Det er en halvering i forhold til 2018, hvor andelen lå på ca. 30%. Det drastiske fald siden 2018 synes at flade ud, og andelen har ligget nogenlunde stabilt i de seneste tre opgørelsesperioder. Kun otte afdelinger ligger under 15%, og der er fortsat stor variation på afdelingsniveau fra 5,6% i Holbæk og 6% i Randers til 25% i Roskilde.

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 forsøg¹. Et fald i andelen af kirurgisk behandlede på mere end 50% siden 2018/19.

Hvidovre, Roskilde og Esbjerg ligger stadig markant over udviklingsmålet på 15%. Nogle afdelinger i Region Midtjylland har i løbet af 2023 ændret praksis således, at man er holdt op med at kontrolskanne patienterne efter en uge. Dette har ikke ændret andelen af kirurgisk behandlede i hverken Region Midtjylland eller Region Syddanmark i nedadgående retning. TiGrAb vil kortlægge praksis på de forskellige afdelinger og analysere, hvordan denne praksis korrelerer med varigheden til næste graviditet.

Vurdering af indikatoren

Udviklingsmålet er fremadrettet $<15\%$. På sigt vil vi stile mod 10%. Hysteroskopikoderne KLCB22, KLCB25 og KLCB98 vil fortsat indgå i indikatoren, selv om det kun gør en marginal forskel at inkludere dem.

¹ Schreiber CA, Creinin MD, Atrio J, Sonalkar S, Ratcliffe SJ, Barnhart KT. "Mifepristone Pretreatment for the Medical Management of Early Pregnancy Loss." *New England Journal of Medicine* 2018;378(23):2161–2170.

Indikator 4: Kirurgisk behandling af 2. trimester spontan abort

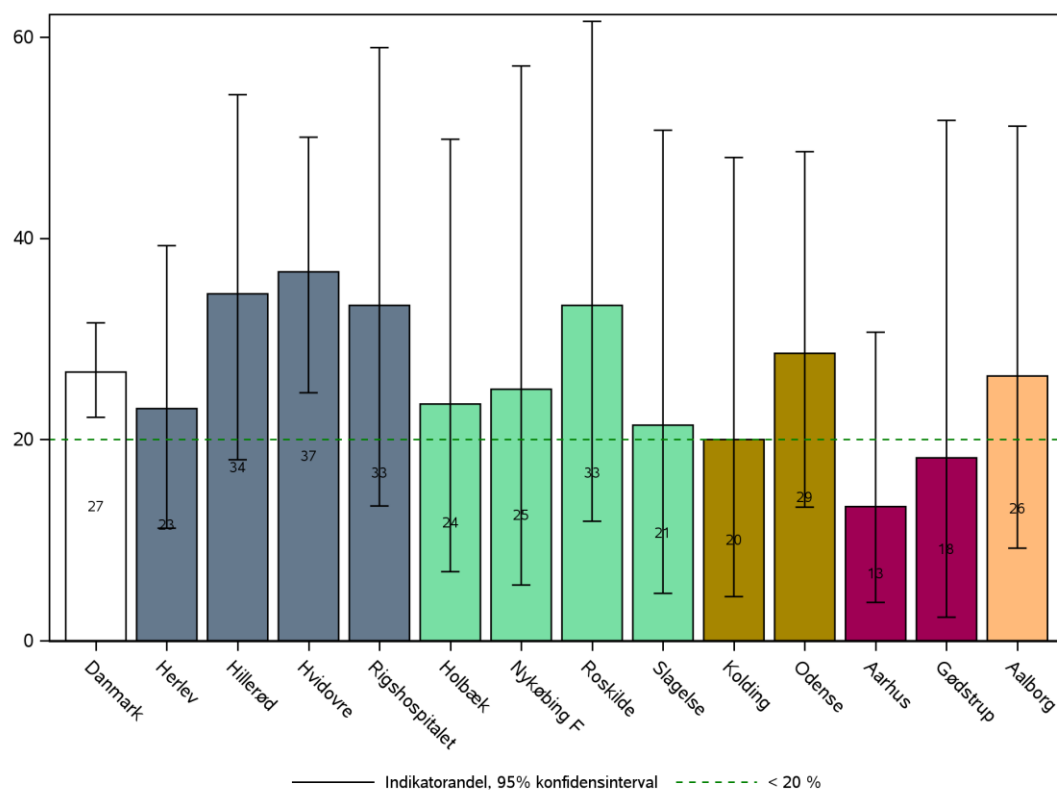
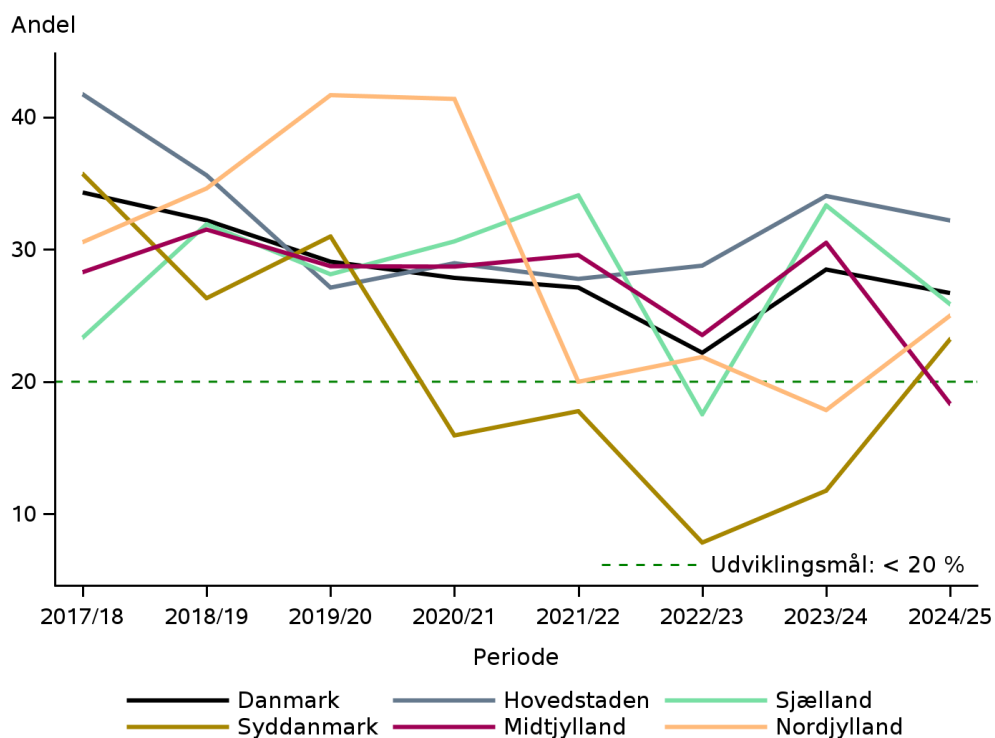
Andelen af kvinder med 2. trimester spontan abort, som behandles kirurgisk.

Tæller: Alle i nævner registreret med en kirurgisk behandlingskode inden for 12 uger fra abortdiagnosen

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

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år		
	< 20% opfyldt	Tæller/ nævner	01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24		2022/23
			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	94 / 352	27	(22-32)	94 / 330	28	22
Hovedstaden	Nej	47 / 146	32	(25-40)	48 / 141	34	29
Sjælland	Nej	15 / 58	26	(15-39)	17 / 51	33	18
Syddanmark	Nej	13 / 56	23	(13-36)	6 / 51	12	7,8
Midtjylland	Ja	11 / 60	18	(9,5-30)	18 / 59	31	24
Nordjylland	Nej	8 / 32	25	(11-43)	5 / 28	18	22
Hovedstaden	Nej	47 / 146	32	(25-40)	48 / 141	34	29
Bornholm					# / #	0	
Herlev	Nej	9 / 39	23	(11-39)	15 / 38	39	34
Hillerød	Nej	10 / 29	34	(18-54)	10 / 23	43	20
Hvidovre	Nej	22 / 60	37	(25-50)	14 / 55	25	33
Rigshospitalet	Nej	6 / 18	33	(13-59)	9 / 24	38	23
Sjælland	Nej	15 / 58	26	(15-39)	17 / 51	33	18
Holbæk	Nej	4 / 17	24	(6,8-50)	5 / 19	26	0
Nykøbing F	Nej	3 / 12	25	(5,5-57)	# / #	33	20
Roskilde	Nej	5 / 15	33	(12-62)	6 / 15	40	40
Slagelse	Nej	3 / 14	21	(4,7-51)	4 / 11	36	11
Syddanmark	Nej	13 / 56	23	(13-36)	6 / 51	12	7,8
Esbjerg	Nej	# / #	50	(6,8-93)	# / #	0	0
Kolding	Nej	3 / 15	20	(4,3-48)	4 / 19	21	7,4
Odense	Nej	8 / 28	29	(13-49)	# / #	7,7	17
Sønderjylland	Ja	0 / 9	0	(0-34)	0 / 4	0	0
Midtjylland	Ja	11 / 60	18	(9,5-30)	18 / 59	31	24
Aarhus	Ja	4 / 30	13	(3,8-31)	7 / 18	39	29
Gødstrup	Ja	# / #	18	(2,3-52)	# / #	7,7	23
Horsens	Nej	4 / 8	50	(16-84)	4 / 12	33	10
Randers	Ja	0 / 6	0	(0-46)	3 / 7	43	15
Viborg	Nej	# / #	20	(0,5-72)	3 / 9	33	50
Nordjylland	Nej	8 / 32	25	(11-43)	5 / 28	18	22
Aalborg	Nej	5 / 19	26	(9,1-51)	# / #	17	9,1
Thisted	Nej	# / #	20	(0,5-72)	# / #	0	0
Vendsyssel	Nej	# / #	25	(3,2-65)	3 / 15	20	32

Indikator 4: Andel 2. trimester spontan abort som kirurgisk behandles. Trendgraf på regionsniveau (øverst) og indikatorresultat på afdelingsniveau for 2024-25 (nederst).



Kommentar til indikator 4

Baggrund for indikatoren

Indikatoren er vigtig fordi, der fortsat er stor spredning mellem regionerne. De enkelte forløb er klinisk ressourcekrævende, hvis de involverer anæstesi og akut operation. Dertil kommer selvsagt, at de fleste kvinder gerne vil undvære dette, hvis det er fagligt forsvarligt.

Datagrundlag

Indikatoren måler andelen af kvinder med 2. trimester spontan abort (DO03*), som behandles kirurgisk inden for 12 uger fra abortdatoen. I beregningen indgår GA 12+0 til 21+6 (spontane aborter med ukendt GA indgår i opgørelsen af 1. trimester spontan abort).

Resultater

Efter det stabile fald fra 35% i 2017/18 til 22% i 2022/23, ligger andelen i år på 27% svarende til at 94 ud af 352 kvinder, der aborterede spontant i 2. trimester, efterfølgende er blevet kirurgisk behandlet. Det er forårsaget af en stigning i behandlingssandelen af de tidlige 2. trimester aborter (GA 12+0-15+6). Kirurgisk behandling af de sene 2. trimester aborter (GA 16+) ligger på 21%. Der ses en betydelig stigning i andelen i Region Syddanmark, Hvor Odense f.eks. er steget fra 7,7% sidste år til 29% i år. Udviklingsmålet på <20% er med 27% ikke nået på landsplan eller på regionsniveau. Flere afdelinger har få patientsforløb, hvorfor sammenligning på tværs af afdelinger må tolkes med forsigtighed. De små tal afspejles også i variationen på afdelingsniveau, som ligger på 13-37% (fraset afdelinger med <10 i nævner).

I **Fig. 2.2** (Appendiks 2) ses, at det absolutte antal af tidlige og sene 2. trimester spontane aborter er faldet i perioden fra 2005/06 til 2024/25. Af **Fig. 2.3** fremgår det, at andelen af kirurgisk behandlede er faldet fra omkring 60% til 26% efter både tidlig og sen 2. trimester abort.

Diskussion og implikationer

Vi startede på 65% i 2001/02, havde 27% i år. Selv om det er et væsentligt fald over en længere årrække, er det ikke tilfredsstillende, da vi har et mål på <20%. Vi bør formentlig ende på 10-15%.

Vurdering af indikatoren

Vi fortsætter uændret med et udviklingsmål på <20%. Tallene inkluderer nu hysteroskopikoderne KLCB22, KLCB25 og KLCB98. En af grundene til at disse spontane aborter ofte kirurgisk behandles er, at de formentlig indlægges med relativt kraftig blødning. Så det er nok ikke det nemmeste at nå målet på 20%.

Indikator 5a: Kirurgisk behandling af 2. trimester medicinsk behandlet missed abortion og medicinsk induceret provokeret abort

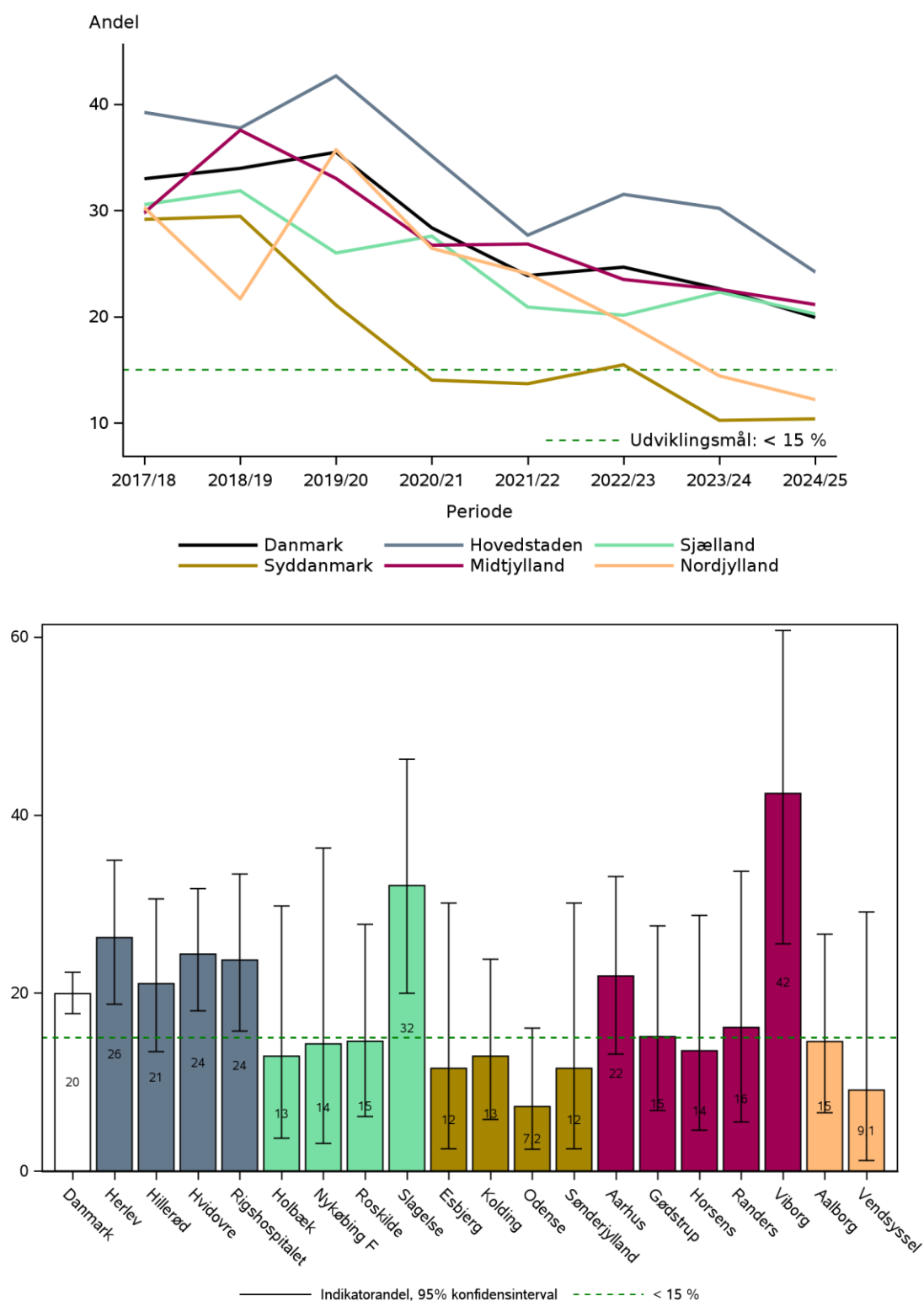
Andelen af 2. trimester medicinsk behandlet missed abortion eller medicinsk induceret provokeret abort, som undergår kirurgisk behandling **inden for 5 dage fra abortdatoen**.

Tæller: Kvinder, som er registreret med en kirurgisk behandlingskode **≤ 5 dage fra abortdatoen**

Nævner: Kvinder, med 2. trimester medicinske behandlet missed abortion (GA13+0 til 22+6) eller medicinsk induceret 2. trimester provokeret abort (GA 13+0 til 22+6 eller ukendt GA for DO05)

	Udvikling smål < 15% opfyldt	Tæller/ nævner	Aktuelle år 01.07.2024 - 30.06.2025		Tidligere år 2023/24 2022/23		
			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	224 / 1.124	20	(18-22)	246 / 1.087	23	25
Hovedstaden	Nej	116 / 479	24	(20-28)	135 / 447	30	32
Sjælland	Nej	31 / 153	20	(14-28)	27 / 121	22	20
Syddanmark	Ja	19 / 183	10	(6,4-16)	21 / 205	10	15
Midtjylland	Nej	48 / 227	21	(16-27)	49 / 217	23	24
Nordjylland	Ja	10 / 82	12	(6,0-21)	14 / 97	14	20
Hovedstaden	Nej	116 / 479	24	(20-28)	135 / 447	30	32
Bornholm	Nej	# / #	40	(5,3-85)	# / #	33	0
Herlev	Nej	32 / 122	26	(19-35)	40 / 109	37	36
Hillerød	Nej	20 / 95	21	(13-31)	22 / 92	24	32
Hvidovre	Nej	39 / 160	24	(18-32)	49 / 153	32	28
Rigshospitalet	Nej	23 / 97	24	(16-33)	23 / 90	26	34
Sjælland	Nej	31 / 153	20	(14-28)	27 / 121	22	20
Holbæk	Ja	4 / 31	13	(3,6-30)	4 / 20	20	14
Nykøbing F	Ja	3 / 21	14	(3,0-36)	3 / 16	19	29
Roskilde	Ja	7 / 48	15	(6,1-28)	12 / 42	29	25
Slagelse	Nej	17 / 53	32	(20-46)	8 / 43	19	15
Syddanmark	Ja	19 / 183	10	(6,4-16)	21 / 205	10	15
Esbjerg	Ja	3 / 26	12	(2,4-30)	3 / 26	12	16
Kolding	Ja	8 / 62	13	(5,7-24)	4 / 66	6,1	25
Odense	Ja	5 / 69	7,2	(2,4-16)	11 / 79	14	11
Sønderjylland	Ja	3 / 26	12	(2,4-30)	3 / 34	8,8	4,2
Midtjylland	Nej	48 / 227	21	(16-27)	49 / 217	23	24
Aarhus	Nej	16 / 73	22	(13-33)	22 / 65	34	31
Gødstrup	Nej	8 / 53	15	(6,7-28)	7 / 37	19	31
Horsens	Ja	5 / 37	14	(4,5-29)	5 / 42	12	19
Randers	Nej	5 / 31	16	(5,5-34)	6 / 40	15	11
Viborg	Nej	14 / 33	42	(25-61)	9 / 33	27	22
Nordjylland	Ja	10 / 82	12	(6,0-21)	14 / 97	14	20
Aalborg	Ja	8 / 55	15	(6,5-27)	11 / 69	16	17
Thisted	Ja	0 / 5	0	(0-52)	# / #	14	38
Vendsyssel	Ja	# / #	9,1	(1,1-29)	2 / 21	9,5	19

Indikator 5a: Andel 2. trimester ($13+0 \leq GA \leq 22+6$) provokeret eller missed abort som kirurgisk behandles inden for 5 dage fra abortdatoen. Trendgraf på regionsniveau. Trendgraf på regionsniveau (øverst) og indikatorresultat på afdelingsniveau (nederst).



Indikator 5b: Kirurgisk behandling af 2. trimester medicinsk behandlet missed abortion og medicinsk induceret provokeret abort

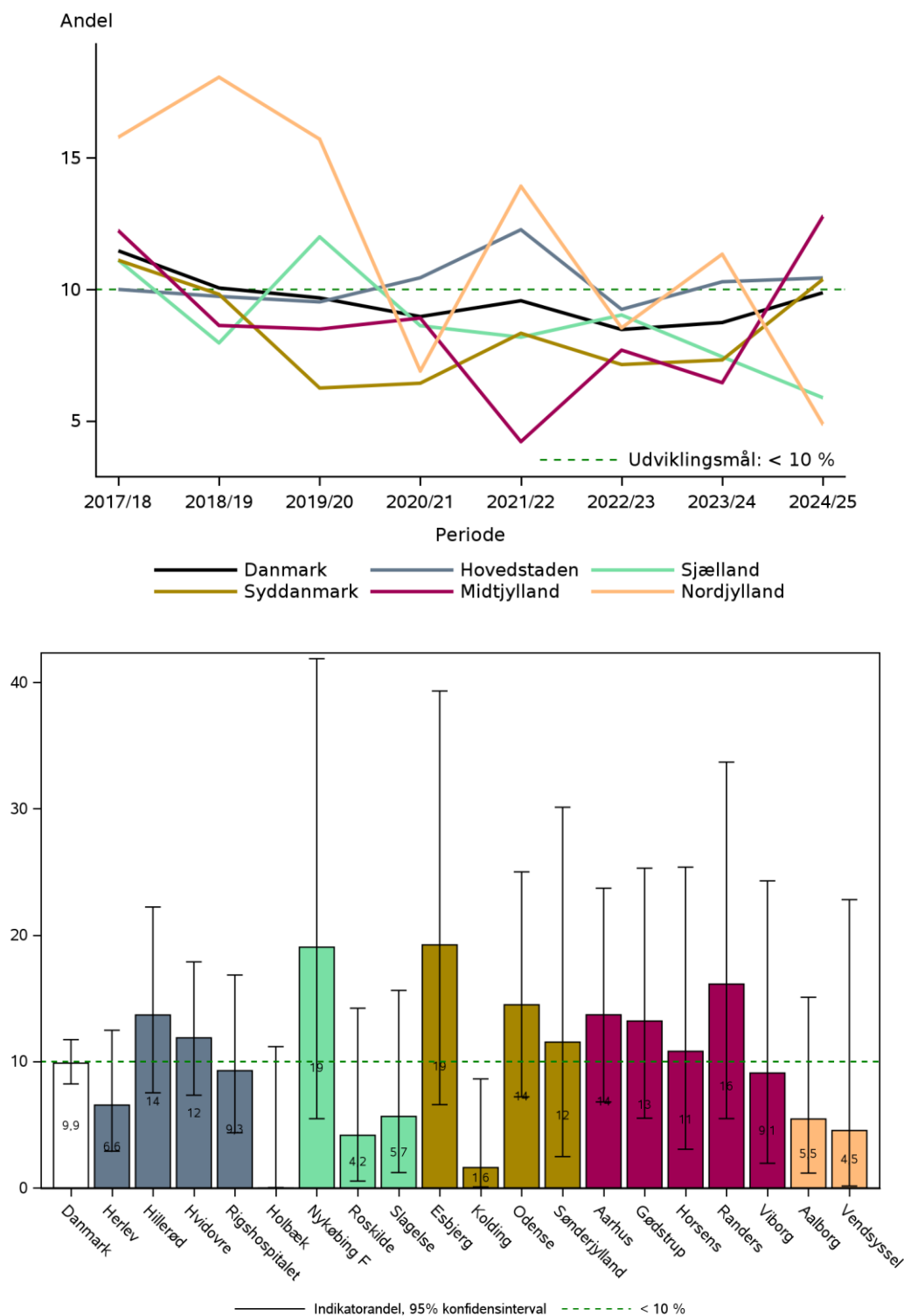
Andelen af 2. trimester med medicinsk behandlet missed abortion eller medicinsk induceret provokeret abort, som undergår kirurgisk behandling **efter 5 dage fra abortdatoen**.

Tæller: Kvinder, som er registreret med en kirurgisk behandlingskode **> 5 dage og inden for 12 uger fra abortdatoen**

Nævner: Kvinder, med 2. trimester medicinske behandlet missed abortion (GA 13+0 til 22+6) eller medicinsk induceret provokeret abort (GA 13+0 til 22+6 eller ukendt GA for DO05)

	Udvikling		Aktuelle år		Tidligere år		
	smål	Tæller/ nævner	Andel	95% CI	2023/24		2022/23
	< 10% opfyldt				Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	111 / 1.124	9,9	(8,2-12)	95 / 1.087	8,7	8,5
Hovedstaden	Nej	50 / 479	10	(7,8-14)	46 / 447	10	9,2
Sjælland	Ja	9 / 153	5,9	(2,7-11)	9 / 121	7,4	9,0
Syddanmark	Nej	19 / 183	10	(6,4-16)	15 / 205	7,3	7,1
Midtjylland	Nej	29 / 227	13	(8,7-18)	14 / 217	6,5	7,7
Nordjylland	Ja	4 / 82	4,9	(1,3-12)	11 / 97	11	8,5
Hovedstaden	Nej	50 / 479	10	(7,8-14)	46 / 447	10	9,2
Bornholm	Nej	# / #	20	(0,5-72)	0 / 3	0	0
Herlev	Ja	8 / 122	6,6	(2,9-13)	9 / 109	8,3	9,2
Hillerød	Nej	13 / 95	14	(7,5-22)	11 / 92	12	11
Hvidovre	Nej	19 / 160	12	(7,3-18)	12 / 153	7,8	8,1
Rigshospitalet	Ja	9 / 97	9,3	(4,3-17)	14 / 90	16	10
Sjælland	Ja	9 / 153	5,9	(2,7-11)	9 / 121	7,4	9,0
Holbæk	Ja	0 / 31	0	(0-11)	# / #	10	11
Nykøbing F	Nej	4 / 21	19	(5,4-42)	# / #	6,3	8,3
Roskilde	Ja	# / #	4,2	(0,5-14)	3 / 42	7,1	9,1
Slagelse	Ja	3 / 53	5,7	(1,2-16)	3 / 43	7,0	7,5
Syddanmark	Nej	19 / 183	10	(6,4-16)	15 / 205	7,3	7,1
Esbjerg	Nej	5 / 26	19	(6,6-39)	0 / 26	0	0
Kolding	Ja	# / #	1,6	(0,0-8,7)	5 / 66	7,6	8,2
Odense	Nej	10 / 69	14	(7,2-25)	8 / 79	10	9,4
Sønderjylland	Nej	3 / 26	12	(2,4-30)	# / #	5,9	4,2
Midtjylland	Nej	29 / 227	13	(8,7-18)	14 / 217	6,5	7,7
Aarhus	Nej	10 / 73	14	(6,8-24)	6 / 65	9,2	12
Gødstrup	Nej	7 / 53	13	(5,5-25)	# / #	5,4	8,3
Horsens	Nej	4 / 37	11	(3,0-25)	# / #	2,4	6,3
Randers	Nej	5 / 31	16	(5,5-34)	# / #	2,5	5,7
Viborg	Ja	3 / 33	9,1	(1,9-24)	4 / 33	12	2,8
Nordjylland	Ja	4 / 82	4,9	(1,3-12)	11 / 97	11	8,5
Aalborg	Ja	3 / 55	5,5	(1,1-15)	6 / 69	8,7	3,8
Thisted	Ja	0 / 5	0	(0-52)	# / #	14	0
Vendsyssel	Ja	1 / 22	4,5	(0,1-23)	4 / 21	19	24

Indikator 5b: Andel 2. trimester ($13+0 \leq \text{GA} \leq 22+6$) provokeret eller missed abort som kirurgisk behandles på sekundær kontakt. Trendgraf på regionsniveau (øverst) og indikatorresultat på afdelingsniveau for 2024-25 (nederst).



Kommentar til indikator 5

Baggrund for indikatoren

Indikatoren er vigtig, fordi det er en ressourcekrævende aktivitet, og vi oplever år for år en reduktion i raten og nærmer os udviklingsmålene. Monitorering og transparens bidrager i sig selv til mere fokus og dermed yderligere faldende andele.

Datagrundlag

Indikatoren opgør andelen af 2. trimester medicinsk behandlet missed abort (DO020 og DO021) med GA 13+0 til 22+6, eller medicinsk induceret provokeret abort (DO04 og DO05) med GA 13+0 til 22+6, som inden for 12 uger fra abortdatoen behandles kirurgisk. For provokeret abort kodet med DO05 indgår desuden ukendt GA, da disse implicit bør indgå i DO05 koden (fremkaldt abort efter udgangen af 18. graviditetsuge). Indikatoren er opdelt i to delindikatorer og opgør således aborter, som behandles kirurgisk inden for 5 dage fra abortdiagnosen (5a) og/eller efter 5 dage fra abortdiagnosen (5b). Der er i 2024/25 9 kvinder som både er behandlet inden for 5 dage fra abortdatoen og efter 5 dage. Disse kvinder indgår både i tabel 5a og tabel 5b.

Eksklusioner:

Missed abortion

GA 12+0 til 12+6 ekskluderes, da disse aborter hidtil er blevet defineret som kirurgisk behandlet. Fremadrettet vil disse aborter inkluderes i opgørelsen, jf. nedenstående bemærkninger om LPR3. Ukendt GA for DO020/21 ekskluderes, da de forventes primært at være 1. trimester missed abortion og indgår i indikatoropgørelse vedrørende 1. trimester missed abortion.

Provokeret abort

GA 12+0 til 12+6 ekskluderes, da disse aborter pt indgår i indikatoropgørelse af 1. trimester provokeret abort.

Resultater

Andelen af 2. trimester provokeret abort og missed abortion, som behandles inden for 5 dage efter abortdatoen, er faldet betydeligt de seneste 5 år fra 35% i 2019/20 til 20% i 2024/25, mens andelen, som behandles efter 5 dage, har ligge mere stabilt under udviklingsmålet på 10%. Med implementering af LPR3 er det ikke længere meningsfuldt at opgøre indikatoren i hhv. "primær" og "sekundær", og derfor søger vi at definere en tidsgrænse (5 dage) for, hvornår en kirurgisk behandling defineres som "primær" og "sekundær". Andelen af sekundære behandlinger ligger derfor på omkring 9%, hvor den i tidligere rapporter har ligget på ca. 20%.

I **Fig. 2.7** (Appendiks 2) har vi sammenholdt sammenhængen mellem "primære" og "sekundære" kirurgisk behandlede i perioden 2017/18-2024/25. Denne gang er der en positiv korrelation mellem størrelsen af primære og sekundære kirurgiske behandlinger.

Diskussion og implikationer

På landsplan arbejder vi hen imod ensartede udviklingsmål for alle tre typer af 2. trimester abort. De primære kirurgi-rater ligger på en række afdelinger signifikant over udviklingsmålet på 15%, mens de sekundære kirurgirater ligger tættere på udviklingsmålet på 10%. Bedst går det her i Region Syddanmark og Region Midtjylland.

Vurdering af indikatoren

Bibeholdes opdelt, med uændrede udviklingsmål for de to indikatorer; 5a <15% og 5b <10%. Fremadrettet vil vi stille mod totale rater af kirurgisk behandlede på <25%, <15% for primær kirurgi og 10% sekundær kirurgi ved 2. trimester provokeret og missed abortion.

Indikator 6: Operation af ektopisk graviditet

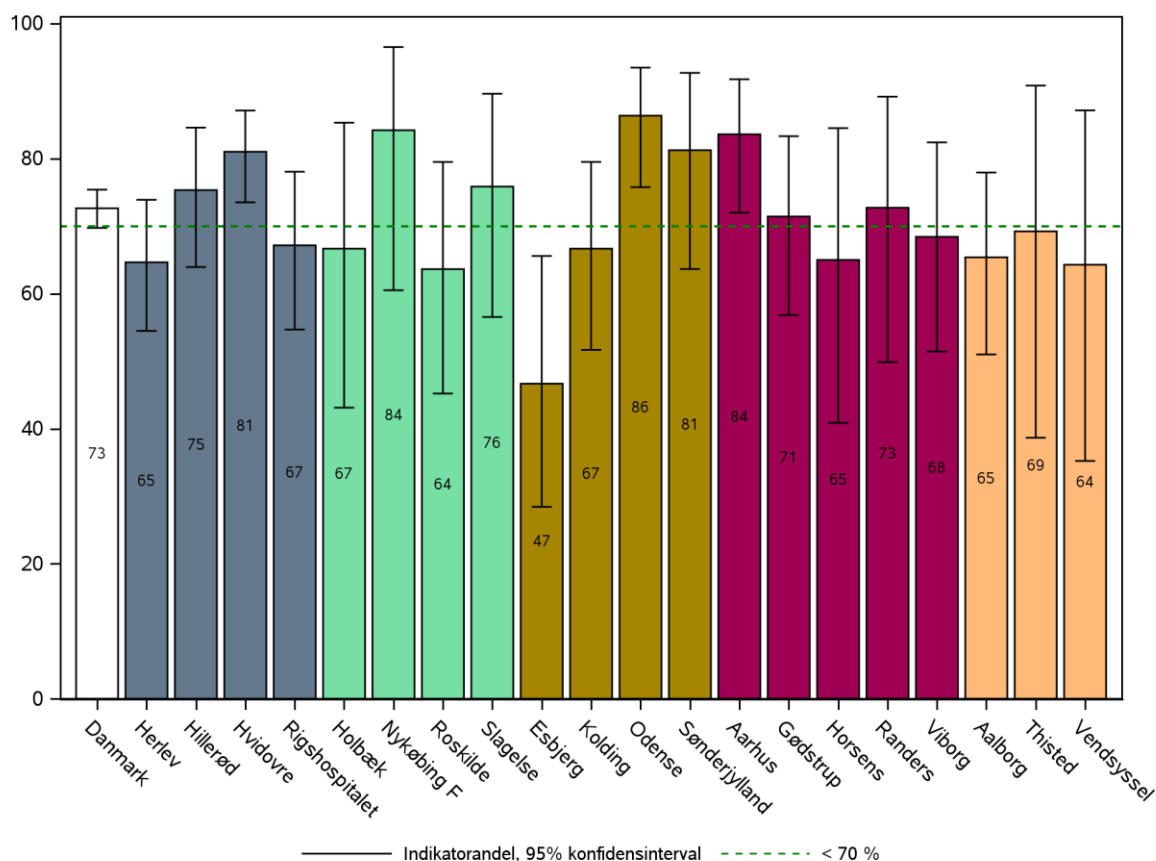
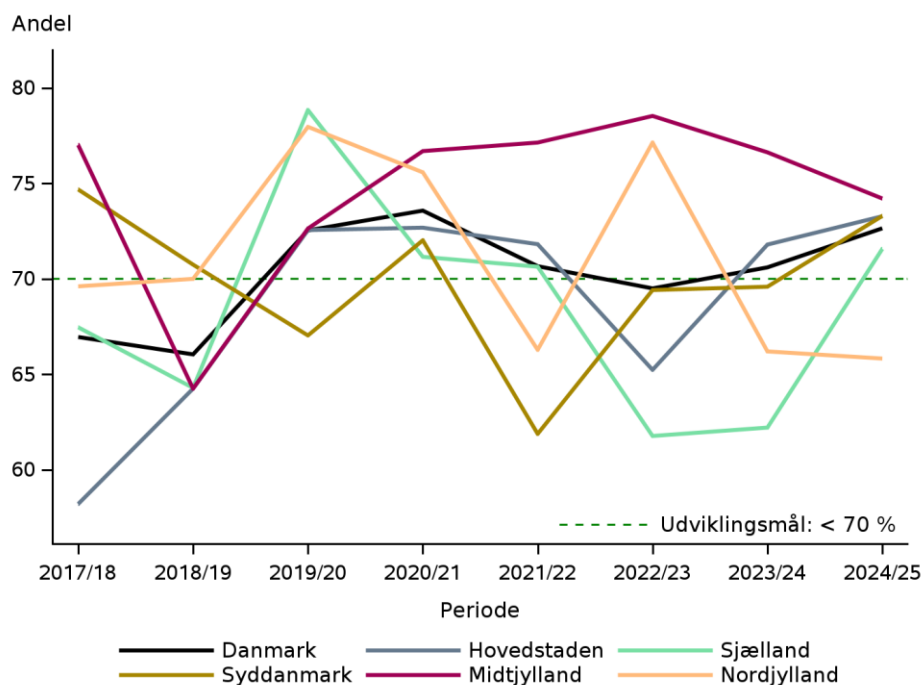
Andelen af ektopiske graviditeter, som opereres inden for 4 uger (uanset om operationskoden findes i samme kontakt som diagnosen eller i en efterfølgende kontakt).

Tæller: Kvinder registreret med en operationskode inden for 4 uger fra diagnosen.

Nævner: Kvinder, med graviditet uden for livmoderen (DO00*) (GA ≤ 22+6 og ukendt GA)

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år		
	< 70%	Tæller/	01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24		2022/23
	opfyldt	nævner	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	672 / 925	73	(70-75)	682 / 966	71	69
Hovedstaden	Nej	277 / 378	73	(69-78)	280 / 390	72	65
Sjælland	Nej	73 / 102	72	(62-80)	79 / 127	62	62
Syddanmark	Nej	129 / 176	73	(66-80)	135 / 194	70	69
Midtjylland	Nej	141 / 190	74	(67-80)	141 / 184	77	79
Nordjylland	Ja	52 / 79	66	(54-76)	47 / 71	66	77
Hovedstaden	Nej	277 / 378	73	(69-78)	280 / 390	72	65
Bornholm	Nej	# / #	100	(16-100)	# / #	25	50
Herlev	Ja	64 / 99	65	(54-74)	72 / 96	75	58
Hillerød	Nej	55 / 73	75	(64-85)	62 / 79	78	75
Hvidovre	Nej	111 / 137	81	(73-87)	106 / 148	72	71
Rigshospitalet	Ja	45 / 67	67	(55-78)	39 / 63	62	50
Sjælland	Nej	73 / 102	72	(62-80)	79 / 127	62	62
Holbæk	Ja	14 / 21	67	(43-85)	10 / 14	71	40
Nykøbing F	Nej	16 / 19	84	(60-97)	14 / 21	67	74
Roskilde	Ja	21 / 33	64	(45-80)	24 / 46	52	56
Slagelse	Nej	22 / 29	76	(56-90)	31 / 46	67	71
Syddanmark	Nej	129 / 176	73	(66-80)	135 / 194	70	69
Esbjerg	Ja	14 / 30	47	(28-66)	20 / 29	69	60
Kolding	Ja	32 / 48	67	(52-80)	40 / 60	67	71
Odense	Nej	57 / 66	86	(76-94)	49 / 70	70	73
Sønderjylland	Nej	26 / 32	81	(64-93)	26 / 35	74	68
Midtjylland	Nej	141 / 190	74	(67-80)	141 / 184	77	79
Aarhus	Nej	51 / 61	84	(72-92)	50 / 64	78	84
Gødstrup	Nej	35 / 49	71	(57-83)	25 / 30	83	86
Horsens	Ja	13 / 20	65	(41-85)	21 / 28	75	60
Randers	Nej	16 / 22	73	(50-89)	21 / 27	78	75
Viborg	Ja	26 / 38	68	(51-82)	24 / 35	69	77
Nordjylland	Ja	52 / 79	66	(54-76)	47 / 71	66	77
Aalborg	Ja	34 / 52	65	(51-78)	28 / 49	57	77
Thisted	Ja	9 / 13	69	(39-91)	8 / 9	89	50
Vendsyssel	Ja	9 / 14	64	(35-87)	11 / 13	85	94

Indikator 6: Andel med ektopisk graviditet, som opereres indenfor 4 uger. Trendgraf på regionsniveau (øverst) og indikatorresultat på afdelingsniveau for 2024-25 (nederst).



Kommentar til indikator 6

Baggrund for indikatoren

Det mest skånsomme for en kvinde med ektopisk graviditet er, hvis den går til grunde af sig selv eller bliver behandlet medicinsk, da det også efterlader kvinden med størst chance for at beholde sin afficerede tuba. Vi ved, at omkring 1/3 vil gå til grunde af sig selv, hvorfor man bør tilstræbe at mindre end 70% opereres. Indikatoren viser, at de fleste afdelinger kan leve op til dette mål, hvilket vil motivere de øvrige til at forsøge at nå udviklingsmålet.

Datagrundlag

Indikatoren måler andelen af ektopiske graviditeter (DO00*), som opereres inden for fire uger fra diagnosedatoen. Ved overgang til LPR3 (2019/20) 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 findes i samme kontakt som diagnosen eller i en efterfølgende kontakt og uanset afdeling (f.eks. er flere registreret på kirurgiske afdelinger) I 2024/25 rapporten indgår alle GA ≤ 22+6 samt ukendt GA.

Resultater

Der synes at være en stigende tendens i andelen af ektopiske graviditeter, som opereres inden for fire uger fra abortdatoen. Efter et fald fra 2019/20 til 2022/23 er andelen igen steget til 73% på landsplan. Udviklingsmålet på 70% er dermed ikke nået på landsplan og kun Region Nordjylland når i år målet (66%). Der ses stor variation på afdelingsniveau (47-86%), fraset Bornholm, som har et lille patientgrundlag. Elleve afdelinger når udviklingsmålet, mens Hvidovre, Nykøbing F., Odense og Aarhus ligger langt over udviklingsmålet med andele over 80%.

Diskussion og implikationer

Der er stadigvæk et pænt spænd i afdelingernes praksis. Vi må antage, at en betydelig del af de 253 kvinder, som ikke opereres, behandles medicinsk med Methotrexat til trods for, at kun 48 ikke-opererede kvinder, er registreret med denne behandlingskode i 2024/25. Det ville være interessant at vide, om de ikke opererede skyldes, at de bliver behandlet med methotrexat, eller om vi blot ekspekterer dem. Så kod venligst de medicinsk behandlede!!

Da vi også anbefaler, at PUL (DO022) udfases, vil flere ikke-opererede ektopiske graviditeter fremadrettet være inkluderet. Derfor fastholdes udviklingsmålet.

Vurdering af indikatoren

Vi vil foreløbig bibeholde denne indikator, men vil fremadrettet ophøre med at skelne mellem tubotomi og salpingectomi, da førstnævnte er næsten udfaset. Flere afdelinger tilkendegiver, at en del af de angivne åbne operationer er fejkodninger, og reelt var laparoskopiske operationer. Dette bør være fokuspunkt fremadrettet.

Indikator 7: Medicinsk induceret 1. trimester provokeret abort

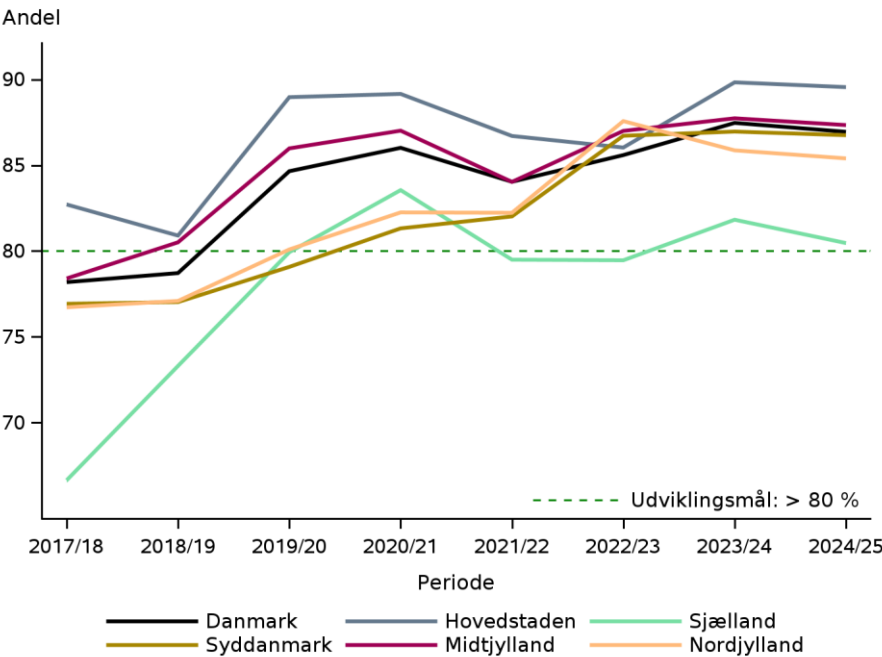
Andelen af 1. trimester provokerede aborter, som er medicinsk induceret.

Tæller: Kvinder, hvor aborten er medicinsk induceret

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

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år		
	> 80% opfyldt	Tæller/ nævner	01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24		2022/23
			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	12.817 / 14.740	87	(86-87)	13.305 / 15.210	87	86
Hovedstaden	Ja	5.105 / 5.700	90	(89-90)	5.430 / 6.044	90	86
Sjælland	Ja	1.660 / 2.063	80	(79-82)	1.666 / 2.036	82	79
Syddanmark	Ja	2.162 / 2.492	87	(85-88)	2.376 / 2.732	87	87
Midtjylland	Ja	2.727 / 3.122	87	(86-88)	2.663 / 3.035	88	87
Nordjylland	Ja	1.141 / 1.336	85	(83-87)	1.155 / 1.345	86	88

Indikator 7: Andel 1. trimester provokeret abort, som er medicinsk induceret. Trendgraf på regionsniveau.



Kommentar til indikator 7

Baggrund for indikatoren

1. trimester provokeret abort er en hyppig tilstand, og medicinsk induktion sparer både ressourcer og indebærer færre komplikationer. Indikatoren bidrager til kvalitetsudvikling ved at gøre praksis transparent.

Datagrundlag

Indikatoren måler andelen af 1. trimester provokerede aborter (DO04), som er medicinsk induceret. I beregningen indgår kvinder med GA $\leq 12+6$ samt ukendt GA (det antages, at ukendt GA ved DO04-diagnosen, som nu inkluderer provokeret abort før udgangen af 18. graviditetsuge, primært vedrører 1. trimester aborter). En stadig større andel af de medicinske 1. trimester aborter varetages af de praktiserende speciallæger (78% i Region Hovedstaden, 48% i Region Sjælland, 71% i Region Syddanmark, 29% i Region Midtjylland og 21% i Region Nordjylland). Derfor vurderes det ikke meningsfuldt at opgøre resultaterne for de enkelte afdelinger. Andelen opgøres derfor for hele regionen samlet. 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. DO04, uden tilknyttet behandlingskode eller operationskode, indgår i beregningerne som medicinsk induceret abort. Disse blev tidligere defineret som fortrudt abort.

Resultater

I Danmark behandles over halvdelen af de provokeredes 1. trimester aborter i speciallægepraksis. Størst er andelen i Region Hovedstaden (78%) og Region Syddanmark (71%). Andelen af de medicinsk inducerede 1. trimester provokerede aborter er steget støt fra 78% siden 2018/19 til 87% i 2024/25. Andelen ligger nu pænt over udviklingsmålet på 80%. På regionsniveau varierer andelen fra 80% (Region Sjælland) til 90% (Region Hovedstaden).

Diskussion og implikationer

Uændret høj andel medicinsk behandlede 1. trimester aborter. Det tyder på, at vi har nået et stabilt plateau. Indikatoren er blevet justeret efter at den frie abortgrænse er hævet til 18 uger. Vi vil fortsat skelne mellem 1. og 2. trimester provokerede aborter, men sidstnævnte opdeles i <18 uger og 18+ uger. Udviklingsmålet hæves fremadrettet til >85% (regionsniveau).

Indikator 8: 1. trimester provokeret abort før 8 uger

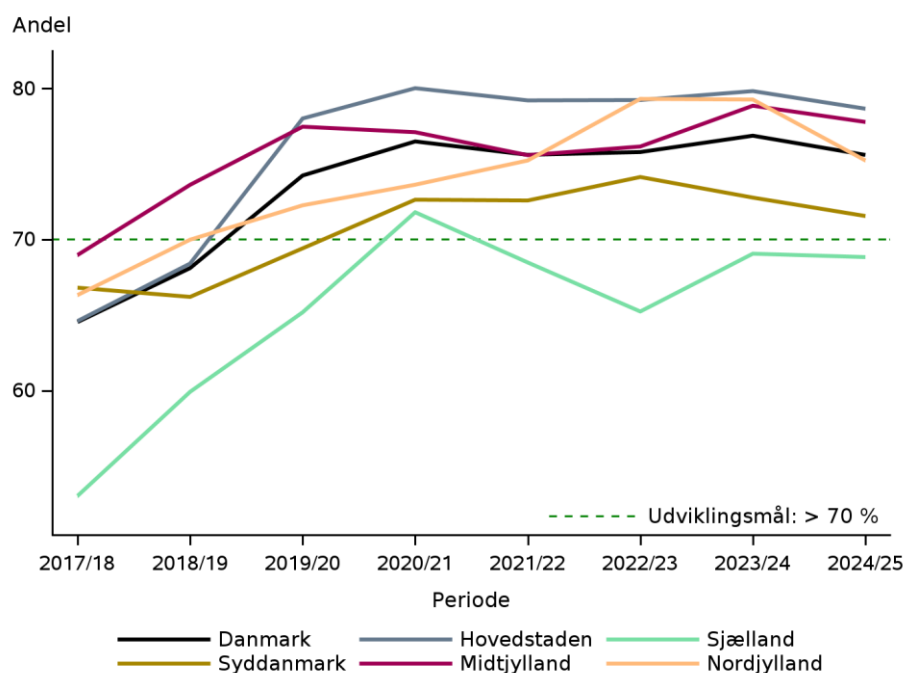
Andelen af 1. trimester provokeret aborter, som gennemføres før 8 uger.

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

Nævner: Alle kvinder med provokeret abort i 1. trimester (GA $\leq 12+6$ og ukendt GA)

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år		
	> 70% opfyldt	Tæller/ nævner	01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24		2022/23
			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	11.142 / 14.740	76	(75-76)	11.691 / 15.210	77	76
Hovedstaden	Ja	4.483 / 5.700	79	(78-80)	4.824 / 6.044	80	79
Sjælland	Nej	1.420 / 2.063	69	(67-71)	1.406 / 2.036	69	65
Syddanmark	Ja	1.783 / 2.492	72	(70-73)	1.988 / 2.732	73	74
Midtjylland	Ja	2.428 / 3.122	78	(76-79)	2.393 / 3.035	79	76
Nordjylland	Ja	1.005 / 1.336	75	(73-78)	1.066 / 1.345	79	79

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



Kommentar til indikator 8

Baggrund for indikatoren

Jo tidligere en provokeret abort finder sted, jo højere effektivitet af den medicinske behandling og jo færre komplikationer. Det er desuden vigtigt at følge udviklingen efter den nye 18 ugers abortgrænse. Kvalitetsudvikling på området betyder, at vi i dag har verdens højeste andel, som får gennemført deres provokerede abort før 8 uger.

Datagrundlag

Indikatoren måler andelen af 1. trimester provokerede aborter (DO04), som gennemføres før 8 uger ($GA \leq 7+6$). I beregningen indgår kvinder med $GA \leq 12+6$ og ukendt GA. Ydernumre, som ikke kan allokere til en bestemt region, ekskluderes i beregningen. Som indikator 7 opgøres indikator 8 på regionsniveau.

Resultater

Andelen af 1. trimester provokerede aborter, som gennemføres før 8 uger har været støt stigende siden 2017/18 (65%) og ligger med 76% nu på niveau med de fire foregående år. Andelen ligger fortsat pænt over udviklingsmålet på >70% og alle regioner, undtagen Region Sjælland, når målet. På regionsniveau og varierer andelen fra 72% (Region Sjælland) til 79% (Region Hovedstaden).

Diskussion og implikationer

Da langt hovedparten, af især de tidlige medicinske aborter, varetages i speciallægepraksis (især i Region Hovedstaden), vil vi, som i år, fremover kun opgøre denne indikator på regionsniveau. Det ser ud, som om vi er ved at nærme os steady-state niveau med en andel på omkring 76%, som henvises før 8 uger og 52% før 7 uger (Fig. 5.2, Appendiks 5). Vi har ikke set så høje tal fra nogen andre steder i udlandet (selv om trenden også der går i samme retning). Så der kan meget vel være tale om en verdensrekord!

Vurdering af indikatoren

Bestemt en relevant indikator. Udviklingsmålet hæves fremadrettet til >75% (regionsniveau). Indikatoren skal bibeholdes også efter de nye abortgrænser.

Indikator 9: Kirurgisk behandling af medicinsk induceret 1. trimester provokeret abort før 9 uger

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

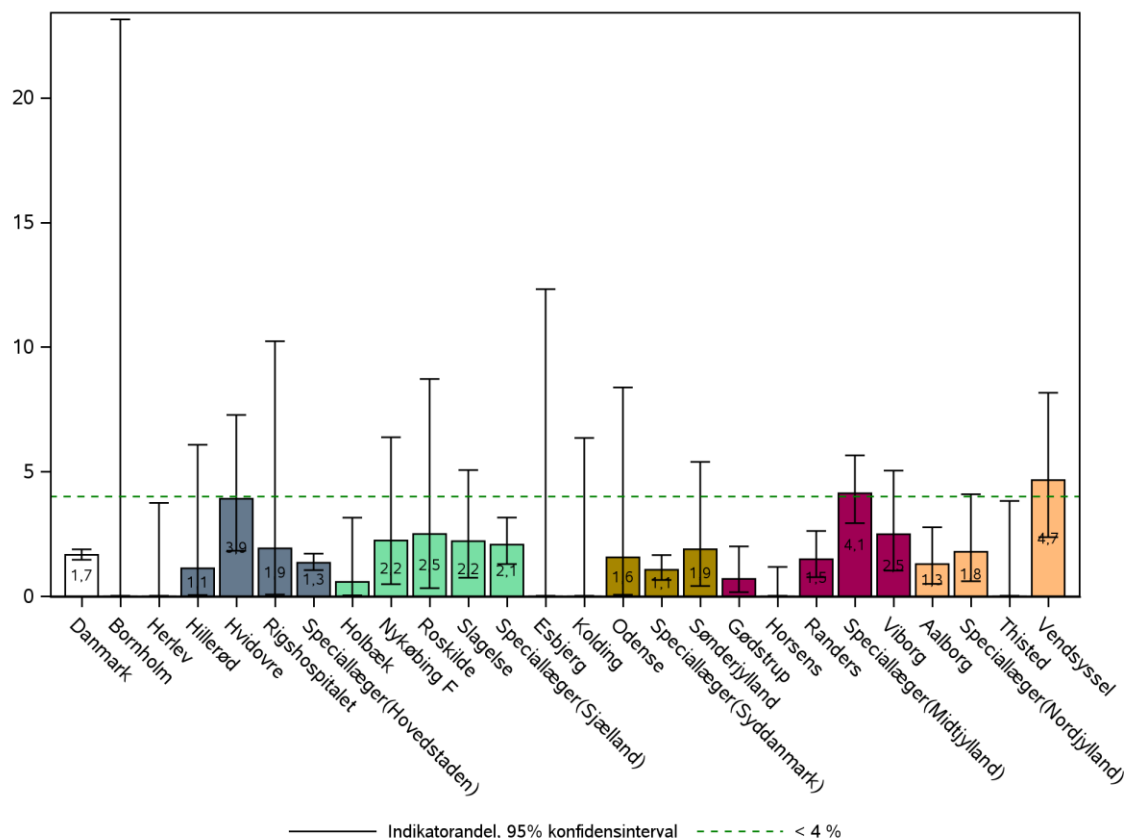
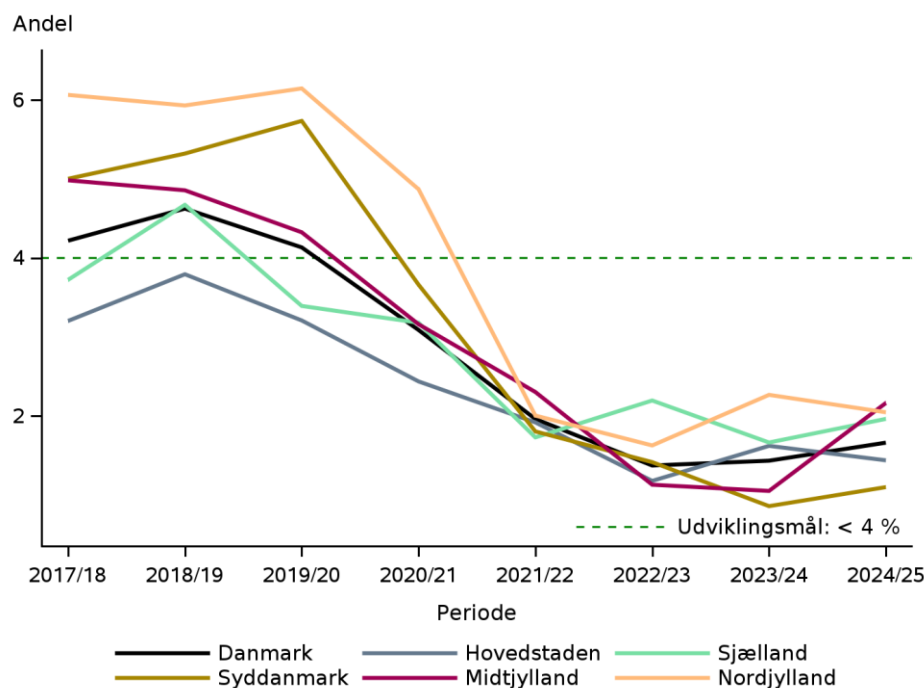
Tæller: Alle i nævner, som inden for 12 uger fra abortdiagnosen er blevet kirurgisk behandlet

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

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år		
	< 4% opfyldt	Tæller/ nævner	01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24		2022/23
			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	202 / 12.142	1,7	(1,4-1,9)	181 / 12.610	1,4	1,4
Hovedstaden	Ja	70 / 4.860	1,4	(1,1-1,8)	84 / 5.175	1,6	1,2
Sjælland	Ja	31 / 1.578	2,0	(1,3-2,8)	26 / 1.561	1,7	2,2
Syddanmark	Ja	22 / 1.998	1,1	(0,7-1,7)	19 / 2.208	0,9	1,4
Midtjylland	Ja	57 / 2.632	2,2	(1,6-2,8)	27 / 2.564	1,1	1,1
Nordjylland	Ja	22 / 1.074	2,0	(1,3-3,1)	25 / 1.102	2,3	1,6
Hovedstaden	Ja	70 / 4.860	1,4	(1,1-1,8)	84 / 5.175	1,6	1,2
Bornholm	Ja	0 / 14	0	(0-23)	0 / 18	0	0
Herlev	Ja	0 / 96	0	(0-3,8)	# / #	1,0	2,5
Hillerød	Ja	# / #	1,1	(0,0-6,1)	# / #	2,0	1,2
Hvidovre	Ja	9 / 230	3,9	(1,8-7,3)	9 / 268	3,4	1,2
Rigshospitalet	Ja	# / #	1,9	(0,0-10)	0 / 50	0	0
Øvrige - Speciallæger	Ja	59 / 4.379	1,3	(1,0-1,7)	72 / 4.639	1,6	1,2
Sjælland	Ja	31 / 1.578	2,0	(1,3-2,8)	26 / 1.561	1,7	2,2
Holbæk	Ja	# / #	0,6	(0,0-3,2)	0 / 177	0	0,5
Nykøbing F	Ja	3 / 134	2,2	(0,5-6,4)	6 / 137	4,4	5,1
Roskilde	Ja	# / #	2,5	(0,3-8,7)	3 / 90	3,3	3,1
Slagelse	Ja	5 / 226	2,2	(0,7-5,1)	8 / 273	2,9	0,9
Øvrige - Speciallæger	Ja	20 / 965	2,1	(1,3-3,2)	9 / 884	1,0	2,3
Syddanmark	Ja	22 / 1.998	1,1	(0,7-1,7)	19 / 2.208	0,9	1,4
Esbjerg	Ja	0 / 28	0	(0-12)	0 / 79	0	0,8
Kolding	Ja	0 / 56	0	(0-6,4)	# / #	3,3	0,9
Odense	Ja	# / #	1,6	(0,0-8,4)	# / #	2,5	0
Sønderjylland	Ja	3 / 159	1,9	(0,4-5,4)	# / #	1,5	5,3
Øvrige - Speciallæger	Ja	18 / 1.691	1,1	(0,6-1,7)	13 / 1.858	0,7	1,1
Midtjylland	Ja	57 / 2.632	2,2	(1,6-2,8)	27 / 2.564	1,1	1,1
Aarhus	Ja	0 / 5	0	(0-52)	# / #	0	0
Gødstrup	Ja	3 / 430	0,7	(0,1-2,0)	# / #	0,2	0,3
Horsens	Ja	0 / 305	0	(0-1,2)	3 / 312	1,0	1,2
Randers	Ja	11 / 740	1,5	(0,7-2,6)	# / #	0,3	1,3
Viborg	Ja	7 / 281	2,5	(1,0-5,1)	# / #	0,8	1,8
Øvrige - Speciallæger	Nej	36 / 871	4,1	(2,9-5,7)	19 / 881	2,2	1,2
Nordjylland	Ja	22 / 1.074	2,0	(1,3-3,1)	25 / 1.102	2,3	1,6
Aalborg	Ja	6 / 464	1,3	(0,5-2,8)	8 / 493	1,6	0,8
Thisted	Ja	0 / 94	0	(0-3,8)	0 / 101	0	1,2
Vendsyssel	Nej	11 / 236	4,7	(2,3-8,2)	12 / 251	4,8	3,8
Øvrige - Speciallæger	Ja	5 / 280	1,8	(0,6-4,1)	5 / 257	1,9	1,0

Bemærk at indikatoren opgøres for den afdeling/speciallæge, hvor den medicinske abort er induceret (uanset hvor den kirurgiske behandling efterfølgende er foregået).

Indikator 9: Andel 1. trimester medicinsk induceret provokeret abort, som efterfølgende behandles kirurgisk. Trendgraf på regionsniveau (øverst) og indikatorresultat på afdelingsniveau for 2024-25 (nederst).



Kommentar til indikator 9

Baggrund for indikatoren

For både kvinden, som får medicinsk abort, og for afdelingerne er en lav andel af kirurgisk behandling afgørende for kvaliteten.

Datagrundlag

Indikatoren måler andelen af de medicinsk inducerede 1. trimester provokerede aborter (DO04) (hvor aborten er foretaget i $GA \leq 8+6$ eller med ukendt GA), som inden for 12 uger fra abortdiagnosen er blevet kirurgisk behandlet. Indikatoren opgøres for den afdeling/speciallæge, hvor den medicinske abort er induceret (uanset hvor den kirurgiske behandling efterfølgende er foregået). Ydernumre, som ikke kan allokere til en bestemt region, ekskluderes i beregningen. I beregningen er ekskluderet 27 kvinder, som er behandlet på privathospital. Alle kirurgiske behandlinger er registreret på hospitalsafdelinger.

Resultater

Andelen af de medicinsk inducerede 1. trimester provokerede aborter (foretaget inden 9 fulde uger), som efterfølgende behandles kirurgisk, har været støt faldende fra godt 4% i 2017/18 til 1,4% de foregående to år. I år ligger andelen på 1,7%, primært drevet af en stigning i Region Midtjylland. Udviklingsmålet på <4% er nået på landsplan og på regionsniveau, men ikke i Vendsyssel (4,7%) og blandt speciallægerne i Region Midtjylland. 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 andel af kirurgisk behandlede 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, kan også 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 *evakuatio uteri*, hvis de ikke havde tømt deres uterus helt inden for en uge. Her kan E-learningprogrammet om tidlig medicinsk abort anbefales. Programmet 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>. Har ikke set tilsvarende lave tal fra udlandet, så måske yderligere en verdensrekord?

Vurdering af indikatoren

Bestemt en relevant indikator. Udviklingsmålet sænkes fremadrettet til <3%.

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

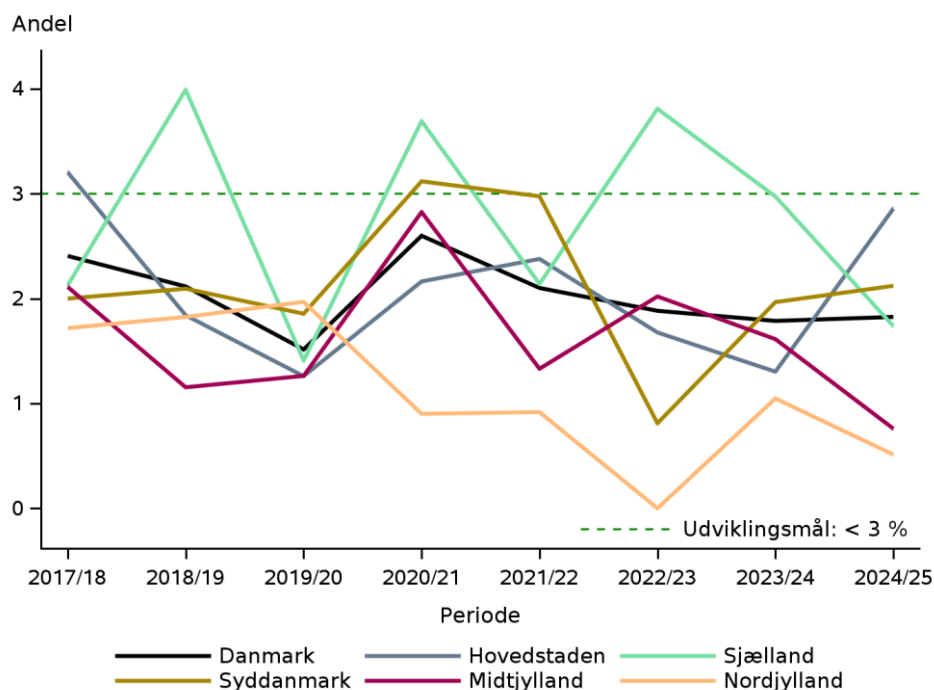
Andelen af kirurgisk behandlet 1. trimester provokeret abort, som re-behandles.

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

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

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år		
	< 3%	Tæller/	01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24		2022/23
	opfyldt	nævner	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	35 / 1.918	1,8	(1,3-2,5)	34 / 1.903	1,8	1,9
Hovedstaden	Ja	17 / 595	2,9	(1,7-4,5)	8 / 614	1,3	1,7
Sjælland	Ja	7 / 403	1,7	(0,7-3,5)	11 / 370	3,0	3,8
Syddanmark	Ja	7 / 330	2,1	(0,9-4,3)	7 / 356	2,0	0,8
Midtjylland	Ja	3 / 395	0,8	(0,2-2,2)	6 / 372	1,6	2,0
Nordjylland	Ja	# / #	0,5	(0,0-2,8)	# / #	1,0	0

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



Kommentar til indikator 10

Baggrund for indikatoren

At fastholde en løbende lav andel af re-behandlede efter kirurgisk abort, er den vigtigste kvalitetsindikator ved kirurgisk provokeret abort.

Datagrundlag

Indikatoren måler andelen af kirurgisk behandlet (jf. skema for kirurgisk abort, Appendiks 9) 1. trimester provokerede aborter (DO04), som re-behandles. En kvinde får "karantæne" i 12 uger fra diagnosen er givet. Dvs. kun kan indgå med en provokeret abort hver 12. uge. I beregningerne medtages aborter med ukendt GA. Ydernumre, som ikke kan allokeres til en bestemt region, ekskluderes i beregningen. I beregningen er ekskluderet 27 kvinder, som er behandlet på privathospital (sidste år var antallet 3). Alle registrerede re-behandlinger er foretaget på en hospitalsafdeling.

Resultater

De kirurgisk inducerede 1. trimester provokerede aborter udgør fortsat ca. 13% (1.918/14.740) af de registrerede 1. trimester provokerede aborter. Af dem blev 35 (1,8%) re-behandlet inden for 12 uger fra abortdatoen. Dermed er udviklingsmålet på <3% nået på landsplan og i alle regioner. Andelen af re-behandlinger har siden 2001 svinget omkring 2%, og der er fortsat spredning mellem regionerne, fra 0,5% i Region Nordjylland til 2,9% i Region Hovedstaden.

Diskussion og implikationer

Til trods for at der bliver stadig færre kirurgiske provokerede aborter forbliver andelen af re-behandlinger rekordlav, og er nu af samme størrelse som andelen af kirurgisk behandlede efter primær medicinsk induktion. Imidlertid er antallet af re-behandlinger på de enkelte afdelinger nu så lavt, at vi ikke kan offentliggøre de absolutte tal.

Vurdering af indikatoren

Fortsat relevant indikator. Udviklingsmålet fastholdes <3%.

5. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

TiGrAb omfatter data på spontan abort, provokeret abort, missed abortion og graviditet uden for livmoderen (ektopisk 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 14.000 provokerede aborter, knapt 7.000 spontane aborter (incl. missed abortion), omkring 1.100 ektopiske graviditeter (incl. PUL), eller i alt knapt 22.000 årlige tilfælde af afbrudte graviditeter.

Formål

At monitorere behandlingspraksis inden for spontan abort, provokeret abort og ektopisk 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 kirurgisk behandling 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 uteri*) 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 kirurgisk behandling 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 ektopisk 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.

6. Datagrundlag

Datakilder

TiGrAb anvender primært Landspatientregisteret (LPR) som indberetningssystem. Herfra indhentes data om alle aborttyper (spontan abort, Missed abortion, provokeret abort, ektopisk abort og Molagraviditet). Herudover får vi data fra Abortregistret (ABR), IVF-registret (assisteret reproduktion) og det Medicinske Fødselsregister (MFR). 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 (til opgørelse af etablering og udfald af graviditeter i Danmark i Appendiks 7); og fra MFR om fødselsudfald (levende eller dødfødt) (til opgørelse af etablering og udfald af graviditeter i Danmark i Appendiks 7 og 8).

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.
- 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 action 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 tre landsdækkende databaser, som alene baserer sig på indberetningerne til LPR; TiGrAb-KD og Dansk Hysterektomi og Hysteroskopi Databasen (DHHD) og fødselsdatabasen. 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.

Opgørelsesperiode og populationsbeskrivelse

Opgørelsesperioden til årsrapporten løber fra 1. juli til 30. juni. Graviditetsudfald (det graviditetsudfald, som er blevet behandlet) allokeres til opgørelsesåret ud fra abortdatoen (den dato,

hvor aborten er blevet registreret – ikke nødvendigvis samme dag, som den er blevet behandlet). En kvinde får "karantæne" i 12 uger fra abortdiagnosen er givet (16 uger ved ektopisk graviditet). Dvs. at hun kan kun indgå med samme abortdiagnose hver 12. uge (hver 16. uge ved ektopisk graviditet). I TiGrAb-populationen kan selvsamme graviditet dog indgå i opgørelser for forskellige graviditetsudfald. Omkring 500 (1,5%) kvinder indgår således med forskellige graviditetsudfald med 0-84 dage (12 uger) mellem på hinanden følgende abortdatoer. Størstedelen af disse omhandler opgørelser af spontane aborter/missed abortion.

Opgørelse af spontane aborter i TiGrAb er alene baseret på indberetning fra offentlige hospitaler til LPR. En stadig større andel af de spontane aborter ses kun i speciallægepraksis. Disse er ikke inkluderet i TiGrAb-populationen (anslået ca. 1.700 per år). Hertil kommer de spontane aborter, som kun ses i almen praksis eller aldrig registreres (eller opdages). Disse er ligeledes ikke inkluderet i TiGrAb-populationen. Det er besluttet at undersøge, om den registrering som foregår i speciallægepraksis, kan indhentes og inkluderes i populationen.

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

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 behandles, 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 kirurgisk behandlet dem på et tidspunkt, hvor de var inkomplette, ville det være misvisende kun at opgøre andelen af behandlede blandt de inkomplette. I stedet angives andelen af behandlede 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.

7. Styregruppen

Formand	
Øjvind Lidegaard Professor	Rigshospitalet
Styregruppen	
Annemette Jørgensen Ledende overlæge	Aalborg Universitetshospital
Anne Marie Guldstad-Andersen Overlæge	Odense Universitetshospital
Astrid Marie Kolte Afdelingslæge	Hvidovre Hospital
Christine Buus Bertelsen Afdelingslæge	Regionshospitalet Gødstrup
Henriette Jensen Praktiserende speciallæge	Helsingør
Huda Majeed Overlæge	Regionshospitalet Randers
Line Sehested Sygeplejerske	Odense Universitetshospital, Svendborg
Ervin Kallfa Overlæge	Sygehus Sønderjylland
Maria Lippa Overlæge	Holbæk Sygehus
Maria Stentebjerg Skøtt Overlæge	Regionshospitalet Horsens
Matias Gottschalck Overlæge	Regionshospitalet Viborg
Mette Mandrup Kjær Overlæge	Sjællands Universitetshospital, Roskilde/Nyk. Falster
Tina Bergmann Futtrup Overlæge	Nordsjællands Hospital, Hillerød
Pia Terpager Staal Sygeplejerske	Amager og Hvidovre Hospital
Selvan Adnan Hussein Al-Kozai Overlæge	Sygehus Lillebælt
Troels K Thomsen Overlæge	Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg
Jane Stab Nielsen Lægelig direktør	Sygehus Lillebælt
Amani Meaidi Læge, ph.d.	Evidensspecialist
Heidi Cueto Epidemiolog, ph.d	Sundhedsvæsnets Kvalitetsinstitut
Andrea Bautz Datamanager	Sundhedsvæsnets Kvalitetsinstitut
Annette Odby Kontaktperson/rep. for dataansvarlig myndighed	Sundhedsvæsnets Kvalitetsinstitut

8. Regionale kommentarer

Region Hovedstaden

Ingen kommentarer

Region Sjælland

Ingen kommentarer

Region Syddanmark

Ingen kommentarer

Region Midtjylland

Ingen kommentarer

Region Nordjylland

Ingen kommentarer

Appendiks 1 Tilgrundegået graviditet, 1. trimester

Miscarriages i Danmark

Området omfatter diagnosekoder for missed abortion (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".

Det totale antal registrerede miscarriages i Danmark i 2024/25 er 7.533. Miscarriages i 1. trimester andrager 6.386 mens antallet i 2. trimester er 1.147. (**Tabel 1**). Mens det absolutte antal miscarriages har været faldende siden 2007/08, er andelen af 1. trimester missed abortion er fortsat stigende, formentlig som følge af flere tidlige private graviditetsskanninger (**Fig. 1.1**). Den reelle forekomst af miscarriages forventes større, idet en del tidlige aborter enten ikke opfattes som abort af kvinden selv eller færdigbehandles enten i almen praksis eller speciallægepraksis, og dermed ikke registreres i LPR. 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.

1. trimester spontan abort

Spontan abort defineres som tilgrundegået graviditet med aktuel blødning. I 2024/25 var antallet af spontane 1. trimester aborter registreret på en hospitalsafdeling 2.040, heraf 1.324 (65%) komplette og 716 (35%) ukomplette (**Tabel 1**).

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 20% i Horsens til 53% i Thisted (**Fig. 1.2**), hvilket er en mindsning af spredningen i forhold til tidligere år. Det er situationen ved initiale kontakt, som skal angives ved diagnosekodningen, når pt. udskrives - altså det man har behandlet.

Kvalitet

Kvalitet inden for dette område afspejles ved følgende

- korrekt kodning i hhv. ukomplet og komplet spontan abort
- relevant behandlingsmetode. Det indebærer, at kun kvinder med ukomplet abort behandles.

Endvidere, at en høj andel af kvinder med ukomplet abort ekspekteres frem for at blive kirurgisk behandlet, da konservativ afventning indebærer halvt så stor risiko for efterfølgende infektion sammenlignet med kvinder, som får gennemført *evacuatio uteri* eller hysperoskopi. Andelen af kvinder, som på landsplan bliver kirurgisk behandlet inden for 1 dag fra abortdiagnosen (≤ 1 dag), er faldet gradvist fra 13% i 2005/06 til 5,2 % i 2024/25 (**Fig. 1.3**). Den samme tendens ses for andelen af kvinder, som bliver kirurgisk behandlet, inden for 12 uger fra diagnosedatoen (fra 20% til 9,1% i samme periode) (**Fig. 1.4**).

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 DZ098C (kontrolundersøgelse efter abort IKA), som skal anvendes.

Vores nye mål med udvidede indikator 1 er, at alle afdelinger kommer under 15% kirurgisk behandlede, og at hver regions andel ligger under 15%. Mange afdelinger udskyder kontrolskanningerne til 10. dag i stedet for 7. dag. Derved får processen længere tid til at kompletteres.

1. trimester missed abortion

Missed abort defineres som en tilgrunde gået graviditet uden aktuel blødning (DO020 og DO021). Andelen af kvinder med missed abort er steget (**Fig. 1.1**), hvilket formentlig skyldes, at flere kvinder er blevet ultralydsskannet tidligt i deres graviditet, og derfor får detekteret deres tilgrunde gåede graviditet, før deres missed abort er blevet til spontan abort. Der er stor variation i hvor mange missed abortions i 1. trimester, der ses på landets gynækologiske afdelinger (17 på Bornholm til 597 på Hvidovre i 2024/25) (**Fig. 1.5**).

Kvalitet

Kvalitet inden for dette område udtrykkes ved følgende

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

Andelen af kvinder med 1. trimester missed abortion, der undergår kirurgisk behandling i samme kontakt som abortdiagnosen, er faldet støt fra de seneste 20 år fra 58% til i dag hidtil laveste andel på 14% (**Fig. 1.6**). I denne opgørelsesperiode varierer denne andel mellem afdelingerne fra 3,5% i Vendsyssel til 22% i Herlev (**Fig. 1.7**). Da succesraten ved medicinsk kombinationsinduktion af missed abortion i første trimester nu ligger omkring 86%, er det gængs praksis at anbefale medicinsk induktion ved graviditeter gået til grunde før 8 uger. En medvirkende grund til de relativt høje andele af kirurgisk behandling i Region Hovedstaden kan hænge sammen med, at stadig flere missed abortions behandles hos de praktiserende speciallæger, som nøjes med at henvise dem, som ønsker kirurgisk tømning.

Andelen, som er kodet med medicinsk behandling (BKHD52 behandling med antiprogesteron og prostaglandin) som den primære behandling, fremgår af **Fig. 1.8**. Dette tal ligger nu på 72% på landsplan. Man kan groft antage, at hovedparten af de 86%, som ikke får foretaget et primært kirurgisk indgreb i samme kontakt som abortdiagnosen (**Fig. 1.6**), er blevet medicinsk behandlet, mens der i praksis altså kun er kodet 72% (Indikator 2).

Fig. 1.1 Udvikling i antal og andel tilgrundgået graviditeter i Danmark fra 2005-2025. Fordeling af spontan abort og missed abortion i hhv. 1. trimester og 2. trimester (øverst: absolutte tal, nederst: andel i procent)

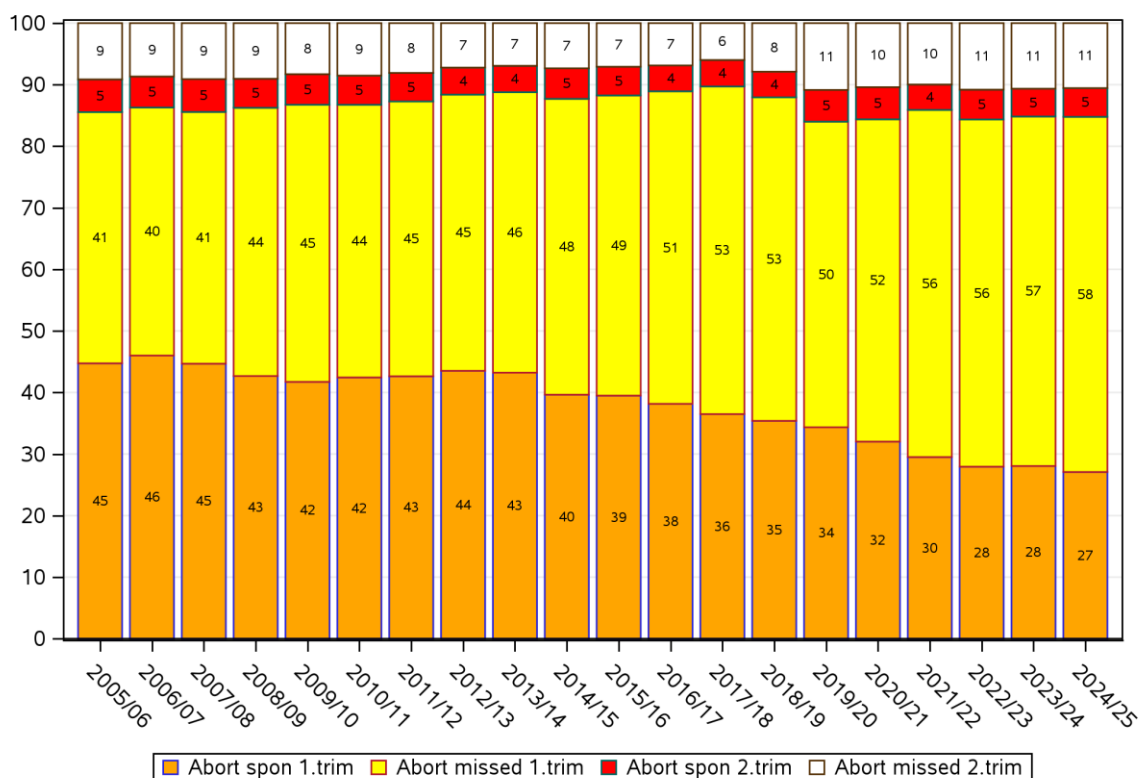
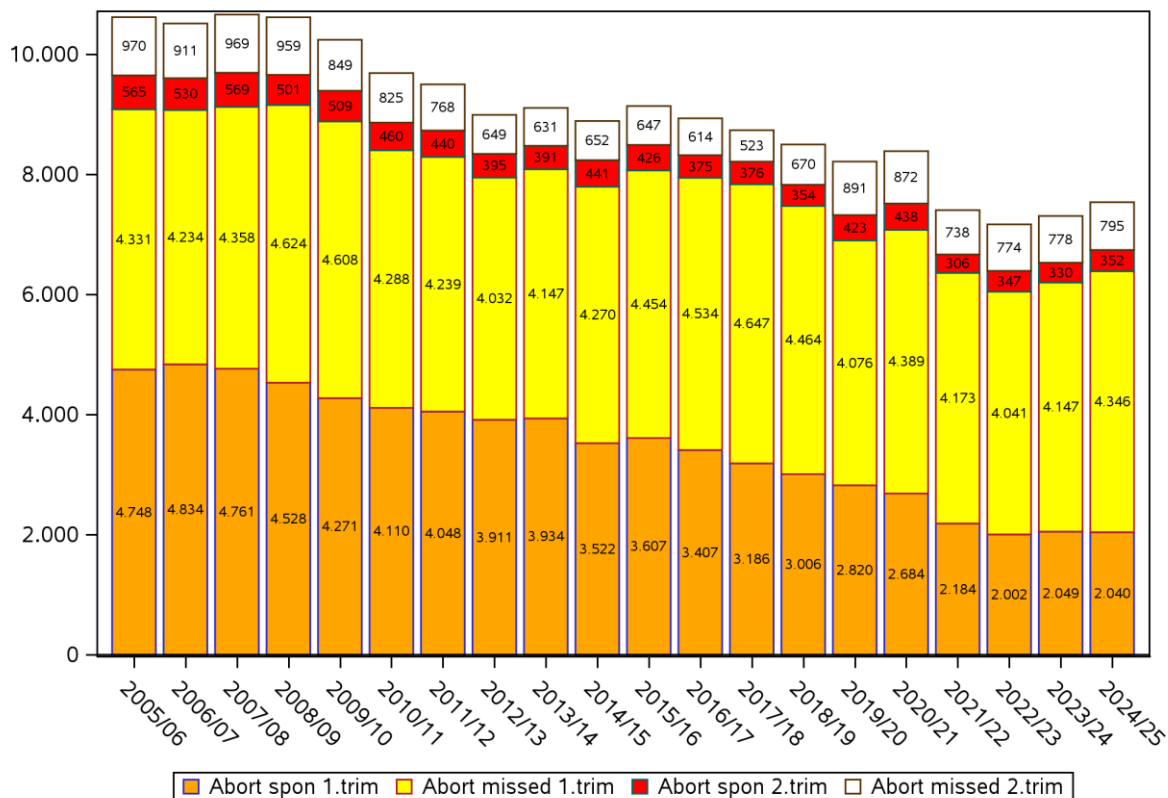


Fig. 1.2 Fordeling af komplet og inkomplet spontane 1. trimester spontan abort på afdelingsniveau 2024/2025 **N=2,040** (øverst: absolutte tal, nederst: andel i procent)

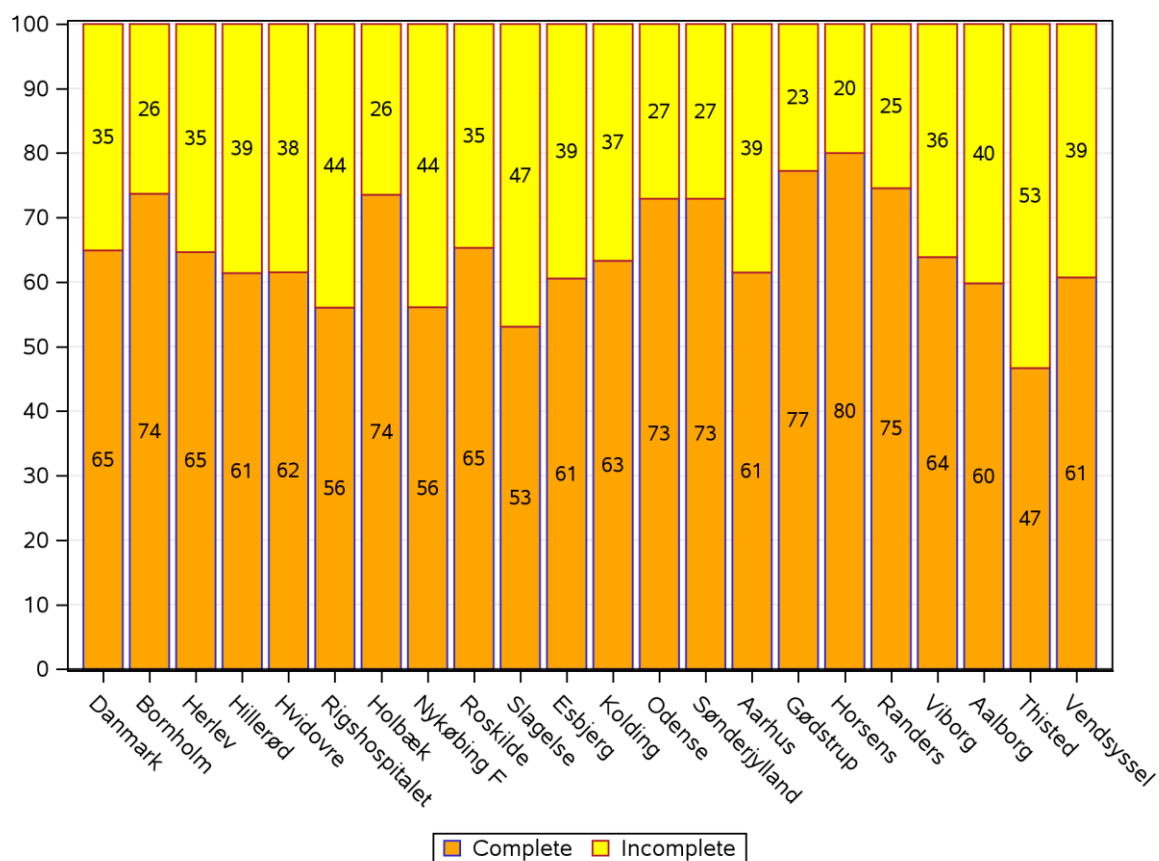
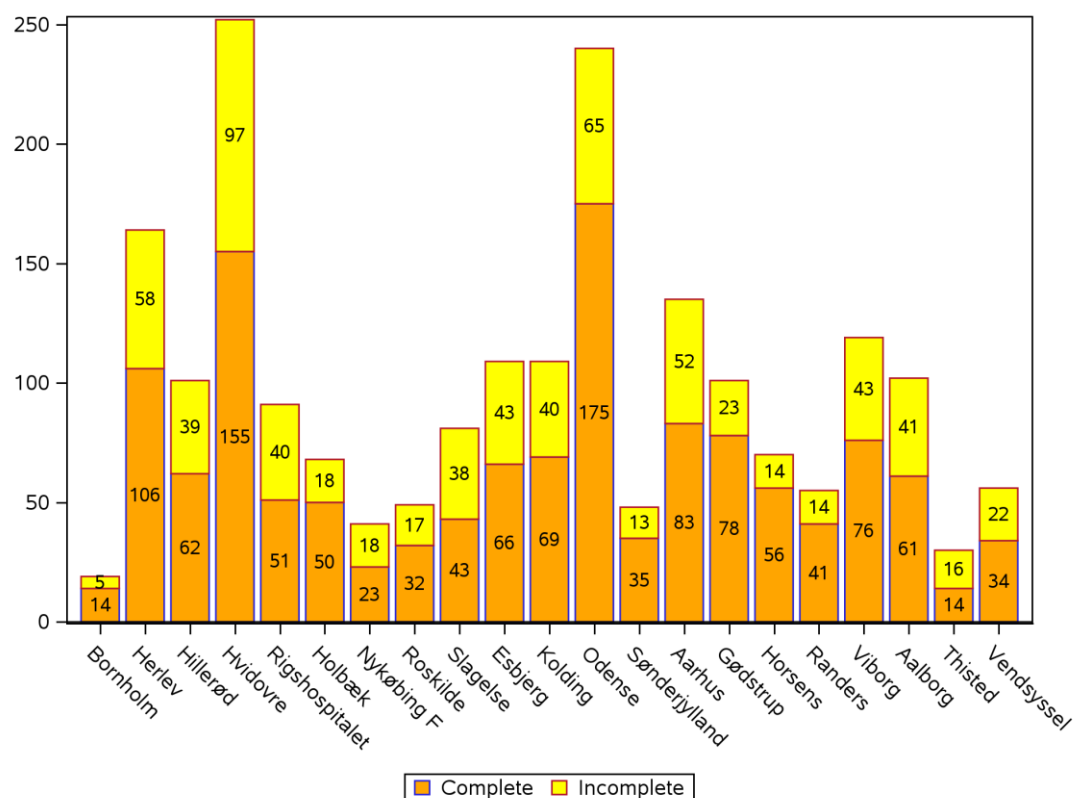


Fig. 1.3 Udvikling i andelen af 1. trimester spontan abort, der kirurgisk behandles inden for 1 dag fra abortdiagnosen, 2005/6-2024/25 N=69,652, n=6,922 (det absolutte antal kirurgisk behandlede 1. trimester spontane aborter ses i bunden af hver søjle)

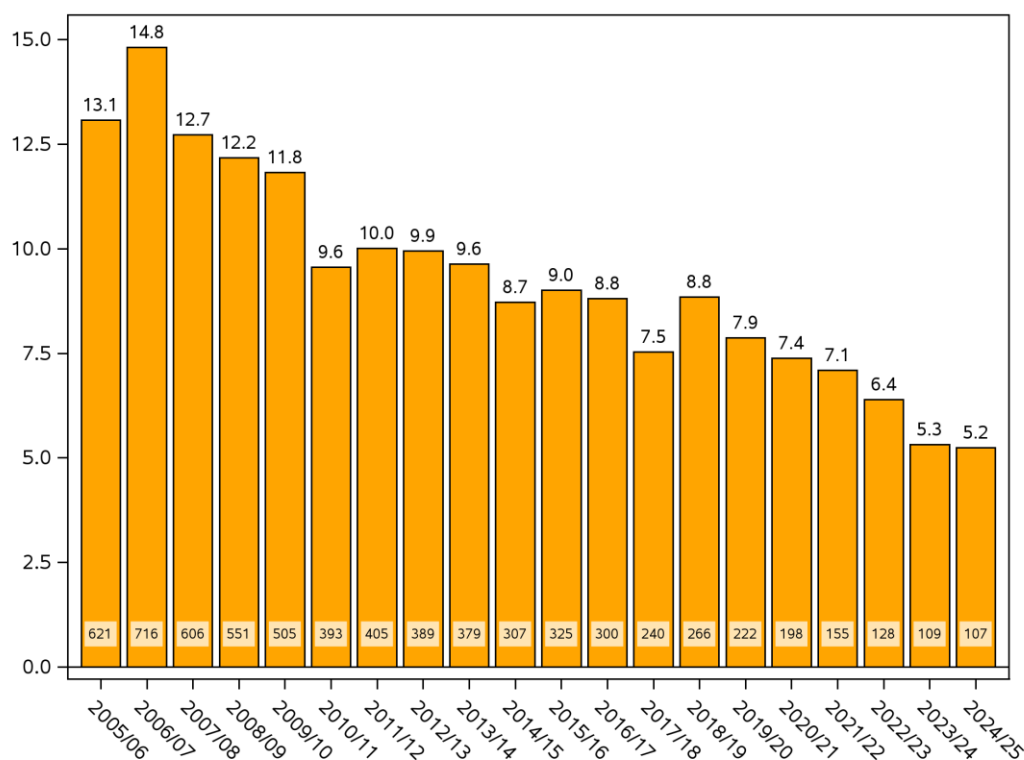


Fig. 1.4 (Indikator 1) Udvikling i andelen af 1. trimester spontan abort, der kirurgisk behandles inden for 12 uger fra abortdiagnosen, 2005/6-2024/25 N=69,652, n=11,542 (det absolutte antal opererede 1. trimester spontane aborter i enten primære eller sekundære kontakt ses i bunden af hver søjle)

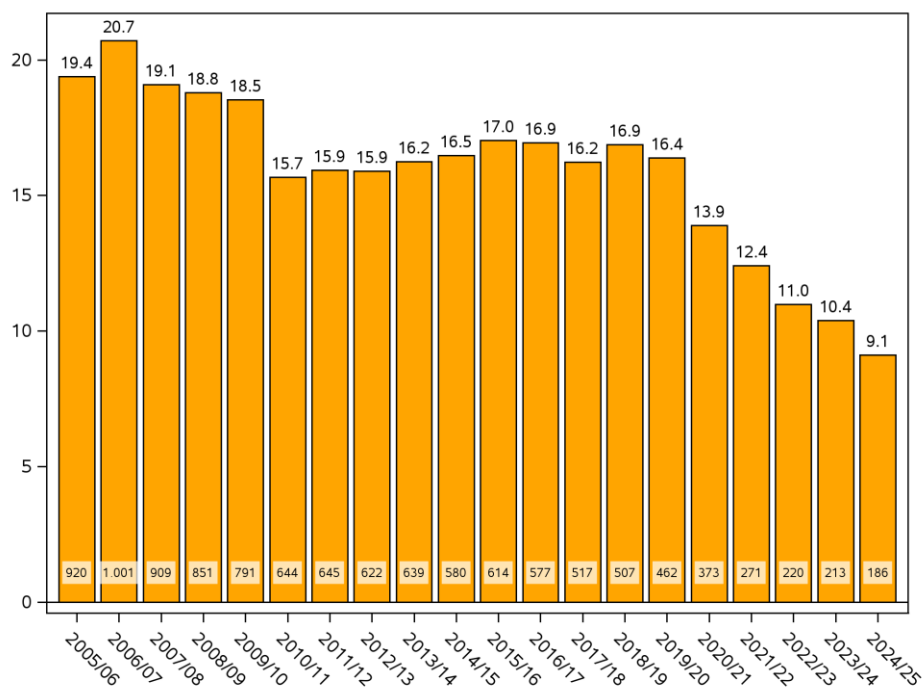


Fig. 1.5 Antal kvinder med 1. trimester missed abortion per afdeling, 2024/2025 **N=4,346**

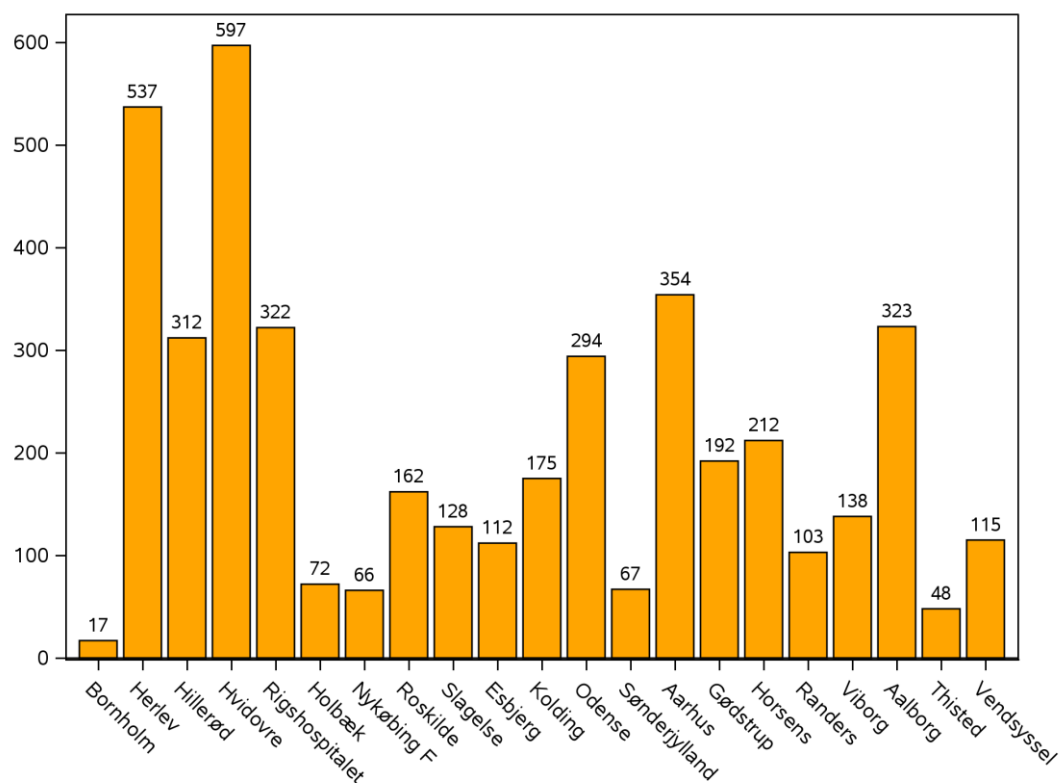


Fig. 1.6 Udvikling i andelen af 1. trimester missed abortion, der kirurgisk behandles i samme kontakt som abortdiagnosen, 2005/06-2024/25 **N=86,402, n=33,935** (det absolutte antal kirurgisk behandlede 1. trimester missed abortion i den primære kontakt ses i bunden af hver søjle)

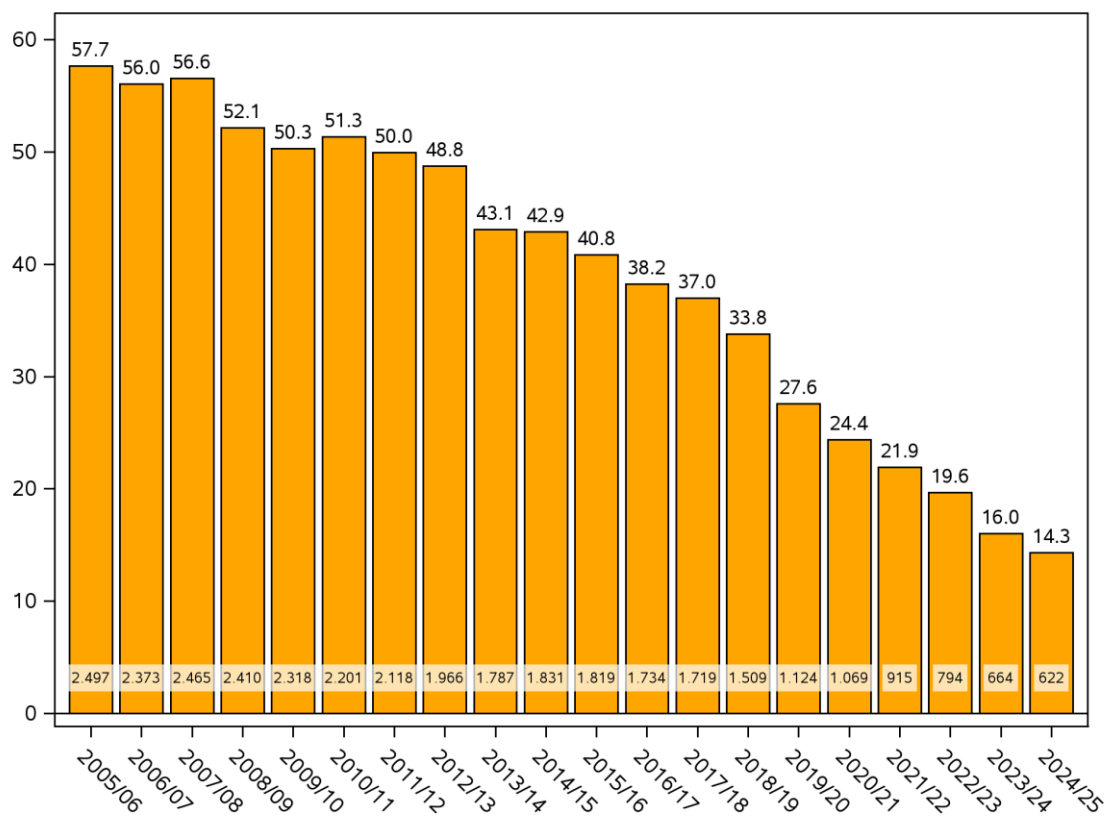


Fig. 1.7 Andelen af 1. trimester missed abortion, der kirurgisk behandles i samme kontakt som abortdiagnosen, per afdeling, 2024/2025 **N=4,346**, **n=62** (det absolutte antal kirurgisk behandlede 1. trimester missed abortion ses i bunden af hver søjle)

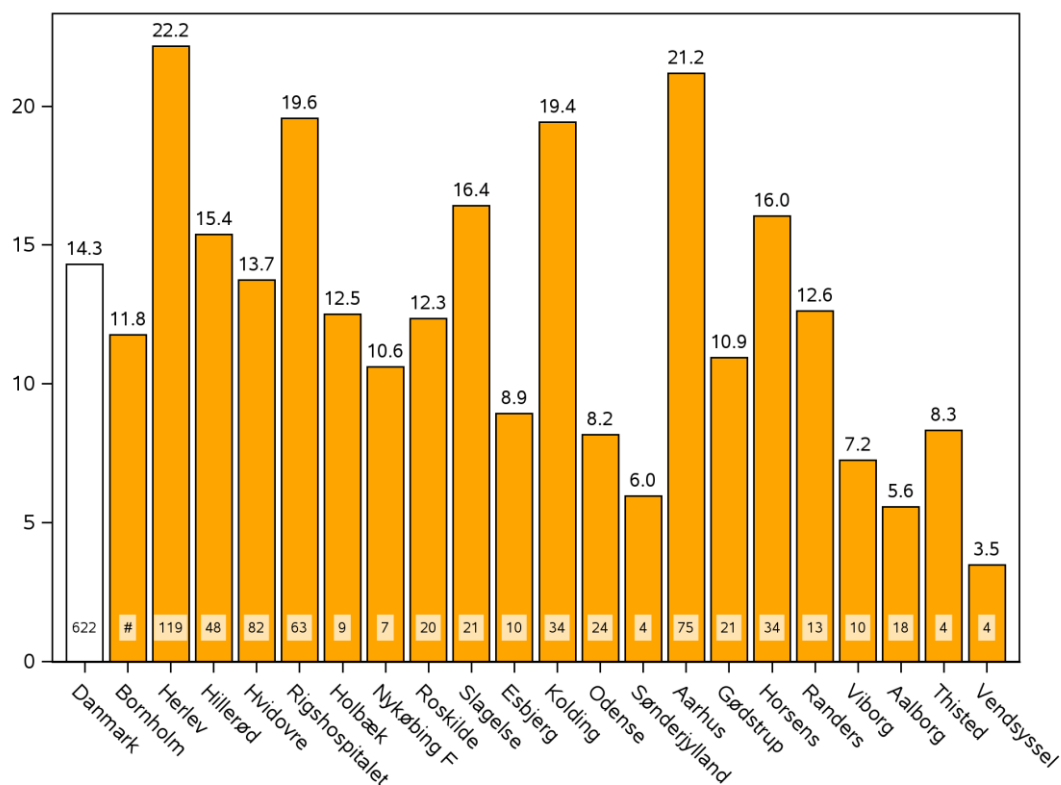
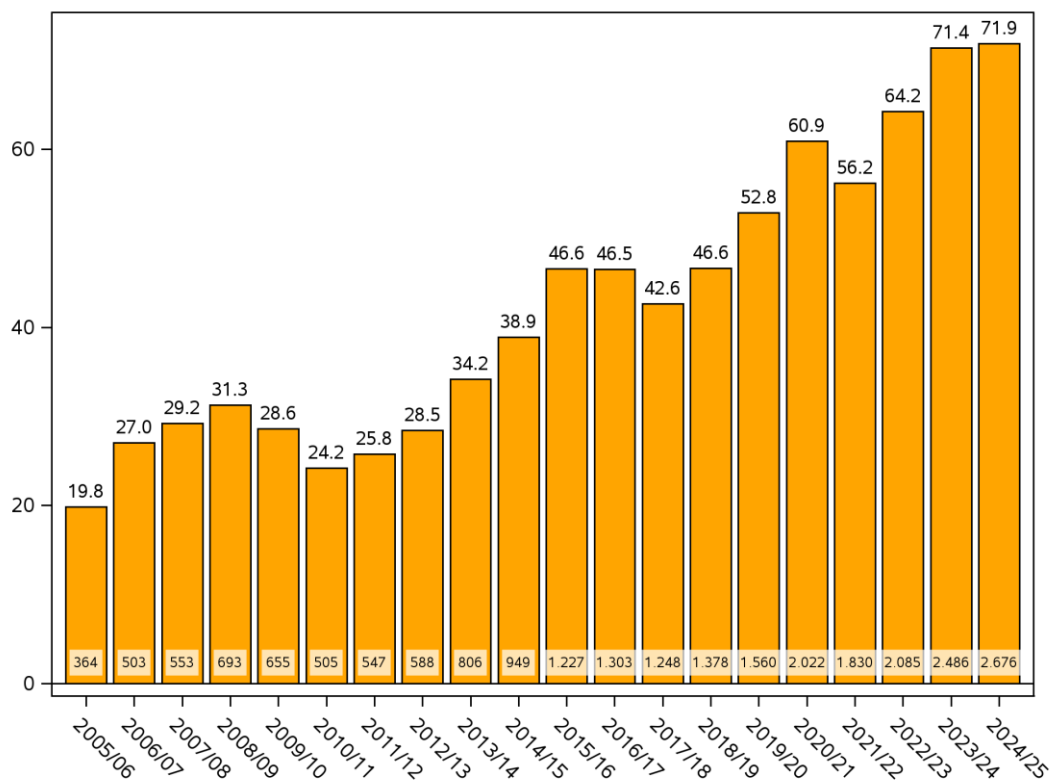


Fig. 1.8 Udvikling i andelen af de ikke-evakuerede 1. trimester missed abort, der har en medicinsk behandlingskode (BKHD/52), 2004/05-2024/25 **N=52,467**, **n=23,978** (det absolutte antal 1. trimester missed abortion med medicinsk behandlingskode ses i bunden af hver søjle)



Appendiks 2 Tilgrundegået graviditet, 2. trimester

Tilgrundegået graviditet (miscarriages) i 2. trimester udgør fortsat 16% af alle miscarriages (**Fig. 1.1**). Det fremgår af **Fig. 2.1**, at antallet af sene miscarriages i de seneste 20 år er faldet med ca. 33%. 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. Udover overgang til LPR3, har vi ikke noget umiddelbart bud på baggrunden for stigningen i antallet af 2. trimester spontane og missed aborter i 2019-2021.

2. trimester spontan abort

Antallet af kvinder med 2. trimester spontan abort (DO03*) (GA $\geq$ 12+0) er de seneste 20 år næsten halveret (**Fig. 2.2**). Den 1. april 2004 ændredes grænsen mellem spontan abort og dødfødsel ved lov fra 28 til 22 svangerskabsuger. Man bemærker sig igen en stigning i 2019-21.

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, behandles kirurgisk. Stadig flere kvinder med 2. trimester abort observeres, og derfor vil en lav andel kirurgisk behandlede i almindelighed være udtryk for en høj kvalitet, da kvinderne undgår de, med *evacuatio uteri* forbundne risici, f.eks. sammenvoksninger i livmoderhulen (synekier).

Kirurgisk behandling af 2. trimester spontan abort

Der er sket en nogenlunde ens reduktion i andelen af kvinder med 2. trimester spontan abort, som efterfølgende behandles kirurgisk, med mere end en halvering efter både de tidlige og sene 2. trimester spontane aborter gennem seneste to årtier (**Fig. 2.3**).

Hvad kan vi gøre bedre?

Tilbageholdenhed med anvendelsen af kirurgiske indgreb må anses for en kvalitet, men en optimal andel behandlede 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 kirurgisk behandlede (i procent) som de, der behandler flest. Nogle afdelinger i udlandet ligger på andele på under 10% ved 2. trimester aborter, hvilket opnås ved at køre efter kliniske parametre som placentas helhed og graden af blødning, og forsøge at holde UL ude af stuerne i timerne efter kvittering! Det er muligt, at de spontane aborter ofte optræder mere "akutte" end 2. trimester missed abortion og provokeret abort, og at dette kan være en del af forklaringen på de højere kirurgi-rater, eksempelvis i forbindelse med akut voldsom blødning.

2. trimester missed abort

I **Fig. 2.5a** og **2.5b** ses andelen af 2. trimester missed abortion, som kirurgisk behandles inden for 5 dage fra abortdiagnosen og fra 5 dage til 12 uger fra abortdiagnosen.

Formentlig burde der ikke være forskel på andelen af opererede 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% opererede bør stræbe imod at reducere denne andel efter alle tre typer 2. trimester abort. Pga. af hyppigere akut blødning ved 2. trimester spontan abort, end ved de to andre 2. trimester aborttyper, vil denne forskel formentlig også afspejle sig fremadrettet.

I **Fig. 2.7** har vi forsøgt at korrelere den primære kirurgi-rate med de samme afdelingers sekundære kirurgi-rate. Der ses en svag positiv korrelation, men der er tale om en stor spredning, og der er afdelinger med både høj primær kirurgi-rate og høj sekundær kirurgi-rate. Denne store spredning og positive korrelation taler derfor for at mindske både primære og sekundære kirurgi-rater.

Hvad kan vi gøre bedre?

Konsekvent anvendelse af den korrekte behandlingskode (BKHD52) ved medicinsk behandling af missed abortion ville højne kvaliteten af kommende opgørelser og dermed muligheden for at overvåge kvaliteten, bl.a. forekomsten af sekundær kirurgi og infektion ved de to behandlingsformer. Kirurgi andelen bør ligge langt under 40%, og udviklingsmålet for både indikator 5a og 5b fastholdes derfor til <15% og <10% respektivt. Elektroniske standardjournaler med fortrykte relevante diagnose- og behandlingskoder anbefales anvendt på alle afdelinger.

Fig. 2.1 Udvikling i antal tilgrunde gået graviditeter i 2. trimester i Danmark fra 2005/06-2024/25. Fordeling af hhv. spontan abort og missed abort **N=24,013**.

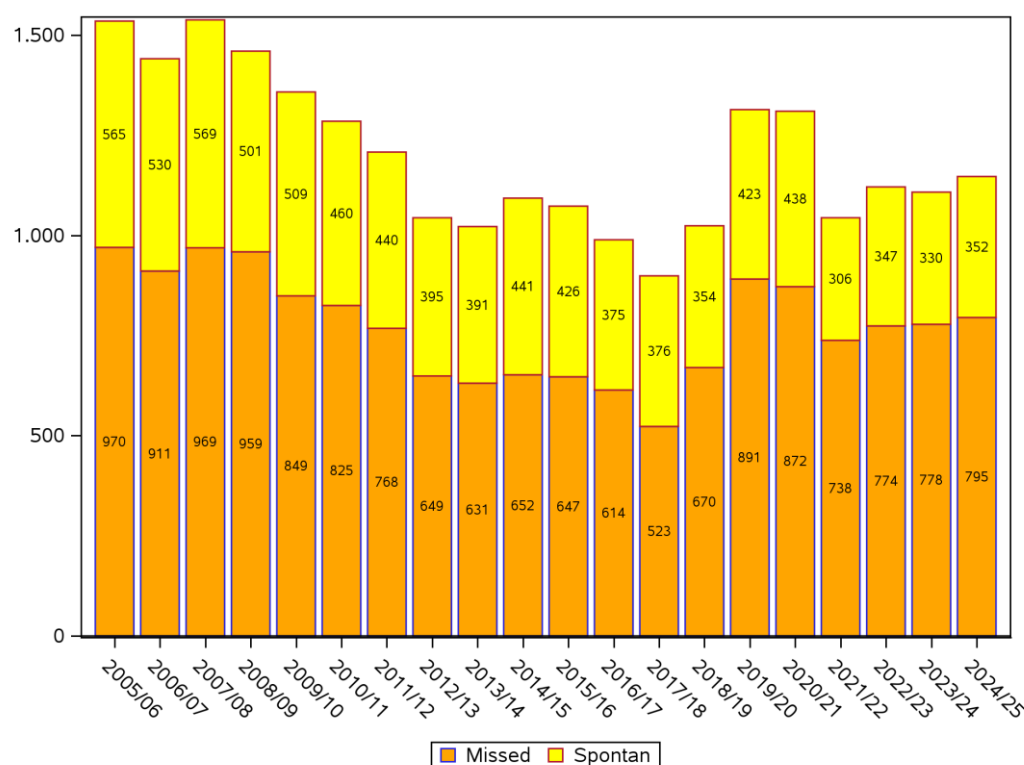


Fig. 2.2 Udvikling i antal hhv. tidlige og sene 2. trimester spontane aborter fra **N=8,545** 2005/06-2024/25

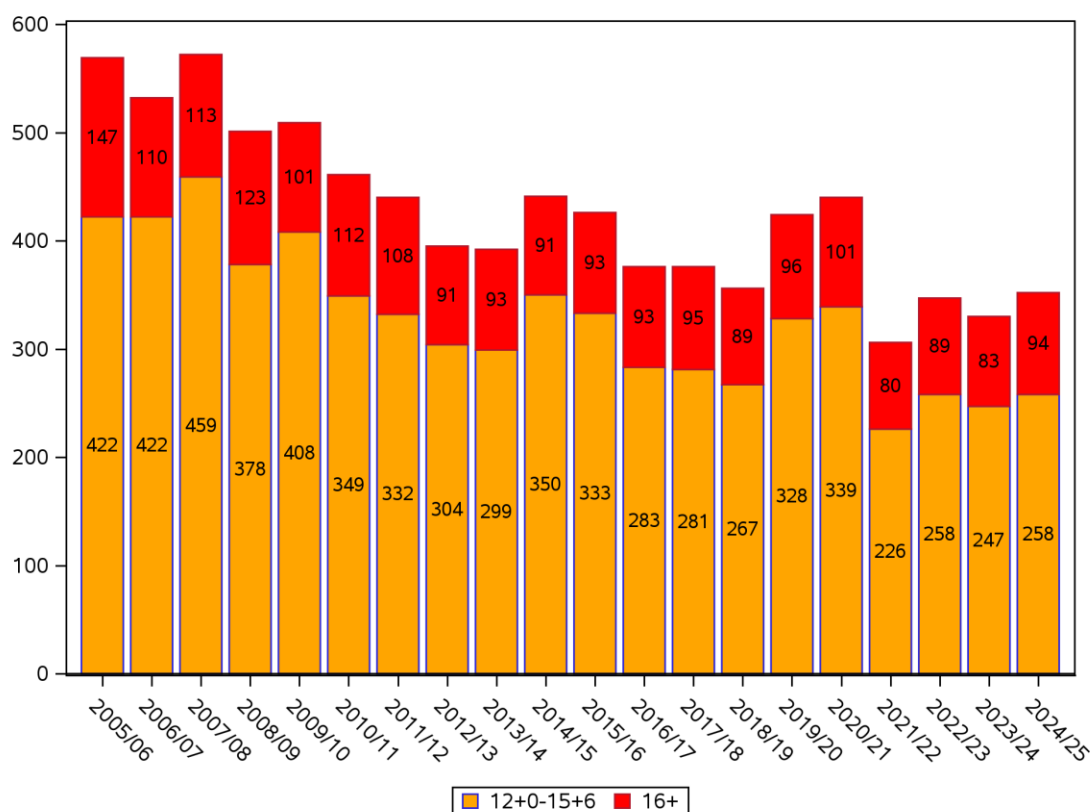


Fig. 2.3 Udvikling i andelen af kirurgiske behandlinger efter hhv. tidlig og sen 2. trimester spontan abort fra 2005/06-2024/25 **N=8,528**

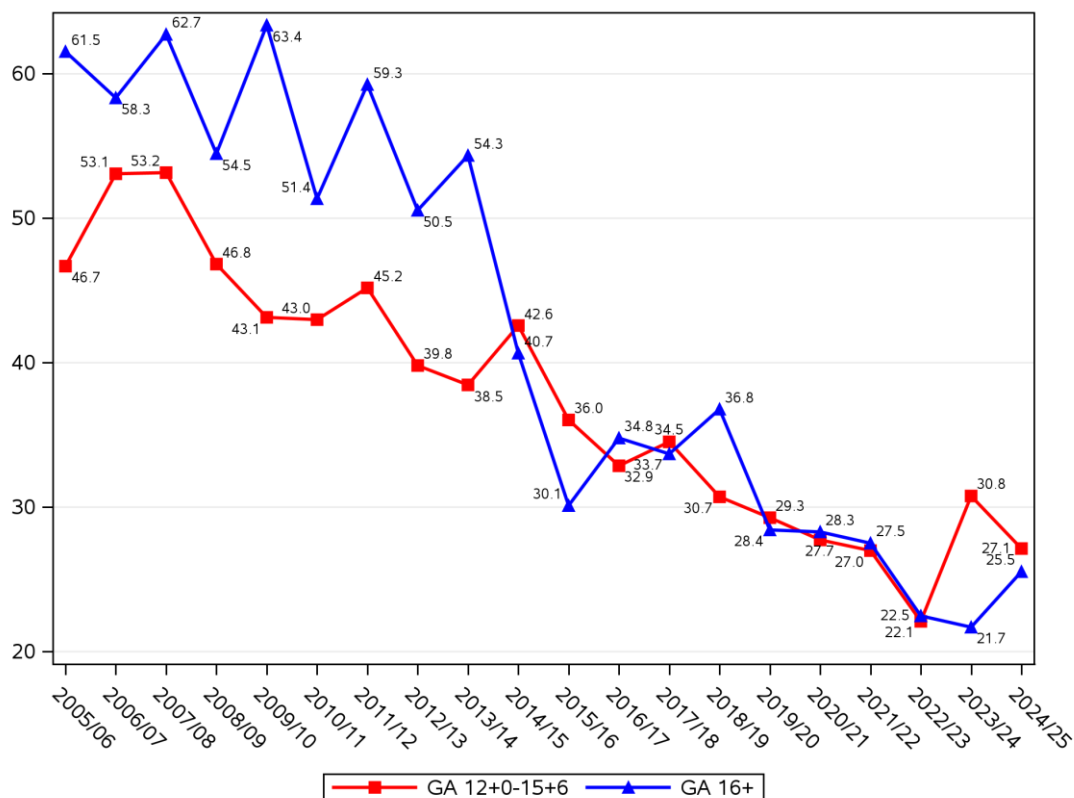


Fig. 2.5a Udvikling i andelen af 2. trimester missed abortion (GA $\geq 12+0$), der kirurgisk behandles inden for 5 dag fra abortdiagnosen, 2005/06-2024/25 (N=15,485, n=7,492) (det absolutte antal opererede 2. trimester missed abortion ses i bunden af hver søjle)

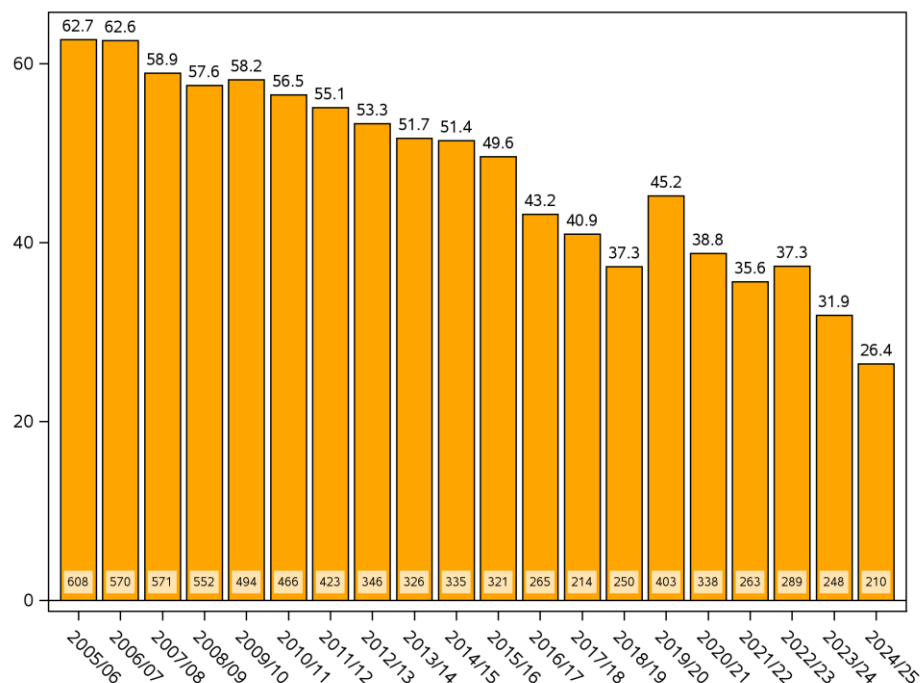


Fig. 2.5b Udvikling i andelen af 2. trimester missed abortion (GA $\geq 12+0$), der kirurgisk behandles fra 5 dage til 12 uger fra abortdiagnosen, 2005/06-2024/25 (N=15,485, n=9,716) (det absolutte antal opererede 2. trimester missed abortion ses i bunden af hver søjle)

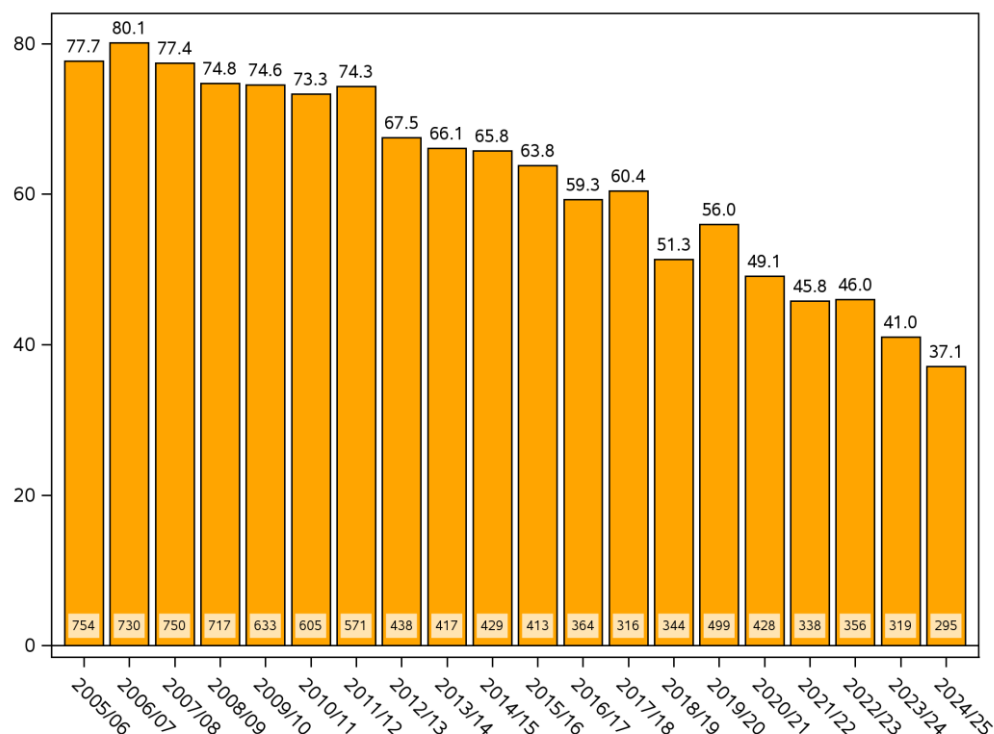
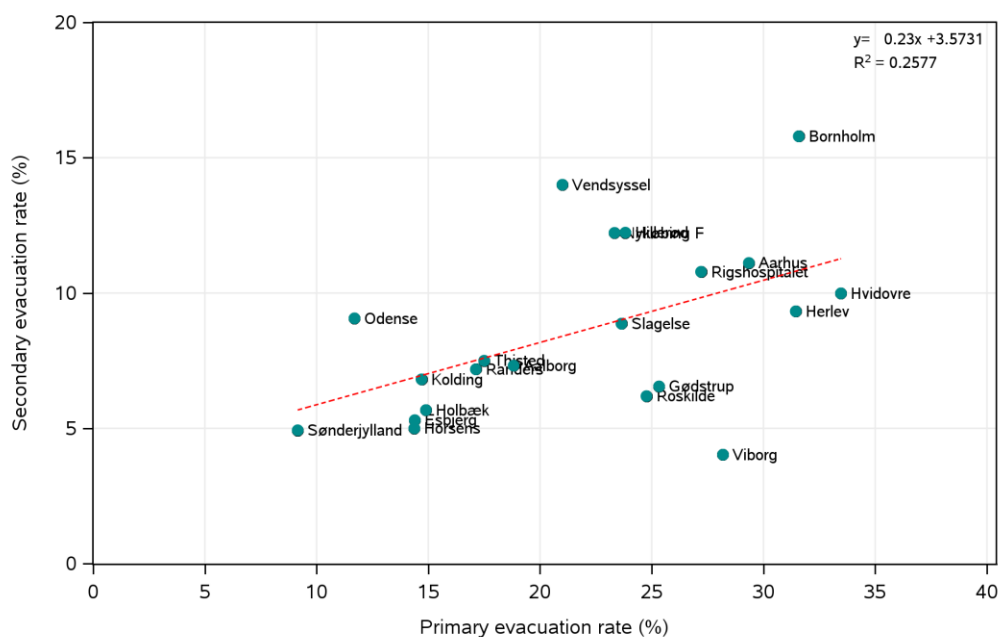


Fig. 2.7 (Indikator 5) Korrelationen mellem andelen af opererede inden for 5 dage vs. andelen af opererede fra 5 dage til 12 uger efter 2. trimester provokeret eller missed abortion fra 2017/2018-2024/2025 N=5,217, n'Primary surgery'=1,242, n'Secondary surgery'=462.



Appendiks 3 Ektopisk graviditet

Dette område omfatter diagnosen DO00* (svangerskab uden for livmoder).

Det årlige antal patienter med ektopisk graviditet er faldet med ca. 140 graviditeter gennem seneste 20 år (**Fig. 3.1**). Med omkring 80.000 årlige registrerede konceptioner, opstår der ca. én ektopisk graviditet for hver ca. 100 graviditeter. Antallet af ektopiske graviditeter varierer betydeligt på de forskellige gynækologiske afdelinger (**Fig. 3.2**). Ud over de 925 ektopiske graviditeter på gynækologiske afdelinger, er der ikke registreret ektopiske graviditeter på privatsygehuse i 2024/25.

Kvalitet

Kvaliteten i behandlingen afspejler sig i andelen af ektopiske graviditeter, som opereres inden for fire uger fra abortdiagnosen med et udviklingsmål på <70% på landets gynækologiske afdelinger.

Andelen af kvinder med ektopisk graviditet, som undergik operation i 2024/25, var 73% (indikator 6). Andelen af de laparoskopisk opererede er desuden steget gennem de seneste to årtier fra 56% i 2005/06 til 69% i 2024/25, mens andelen af de åbne kirurgier er faldet (**Fig. 3.3**). Altså solid forbedring set over en længere årrække.

Der er stadig variation i operationspraksis på de forskellige afdelinger, hvilket fremgår af **Fig. 3.4**. Vi må antage, at en betydelig del af de 253 kvinder, som ikke opereres på de enkelte afdelinger, behandles medicinsk med Methotrexat, til trods for at kun 48 ikke-opererede kvinder, er registreret med denne behandlingskode (BKHE0 eller BKHE8/8A) i 2024/25. Det er tydeligt, at disse koder ikke anvendes konsekvent, når der effektueres cytostatisk medicinsk behandling. Det bør tilstræbes, at disse koder registreres.

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

PUL-koden DO022 (afsluttet graviditet med ukendt lokation) blev introduceret i 2012, men er nu besluttet at skulle udfases helt. I 2024/25 blev koden anvendt 49 gange (**Tabel 1**). For at kunne opgøre de meget tidlige provokerede aborter afsluttes pt. med både en abortkode og en DZ321B. Så kan vi også opgøre, hvordan det går disse kvinder.

Vi tilstræber fortsat, at PUL fremadrettet alene anvendes som en tidlig foreløbig kode DZ321L (Bekræftet graviditet med ukendt lokation), men at man ved afslutningen af patienten vælger enten diagnosen ektopisk 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 ektopiske graviditeter og spontane aborter. Vi vil desuden afsøge muligheden for en tidlig provokeret abort diagnose (VEMA). De afdelinger, som har et højt antal PUL diagnoser, ligger ikke generelt højere i andel opererede kvinder med ektopisk graviditet.

Fig. 3.1 Udvikling i antal ektopiske graviditeter fra 2005/06-2024/25, N=19,208

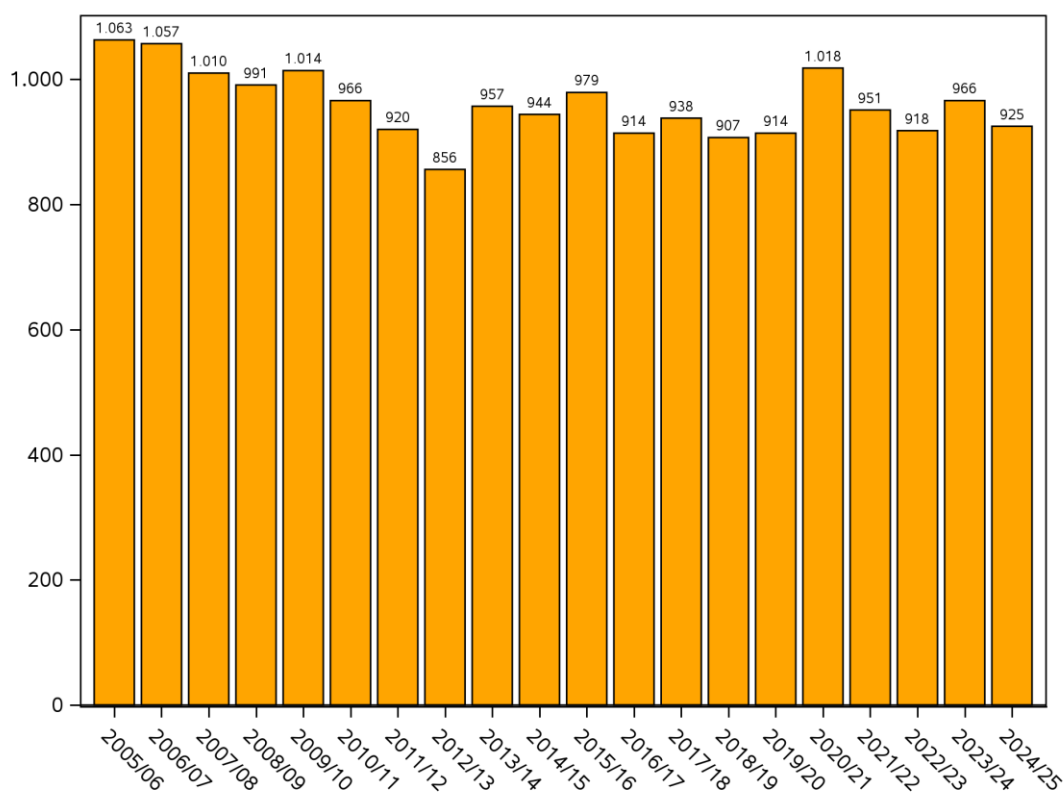


Fig. 3.2 Antal ektopiske graviditeter på afdelingsniveau, 2024/2025, N=925

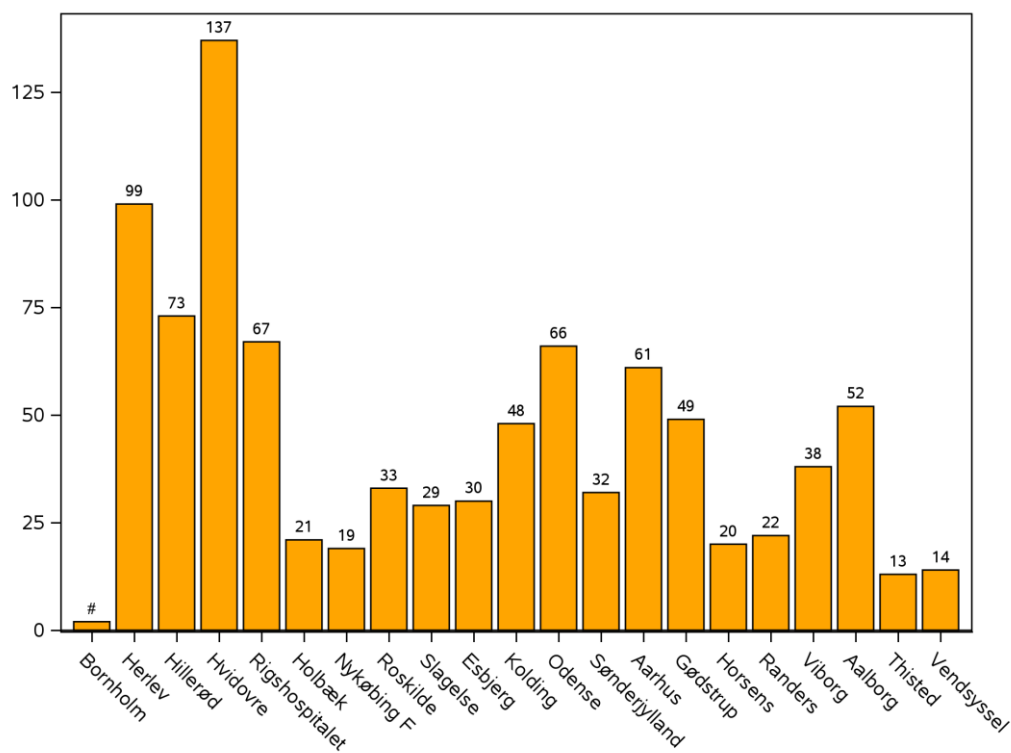


Fig. 3.3 Udvikling i andelen af ektopiske graviditeter, som hhv. opereres ved laparoskopi, opereres ved laparotomi eller ikke opereres, 2005/06-2024/25 (øverst: antal; nederst: andel i procent)

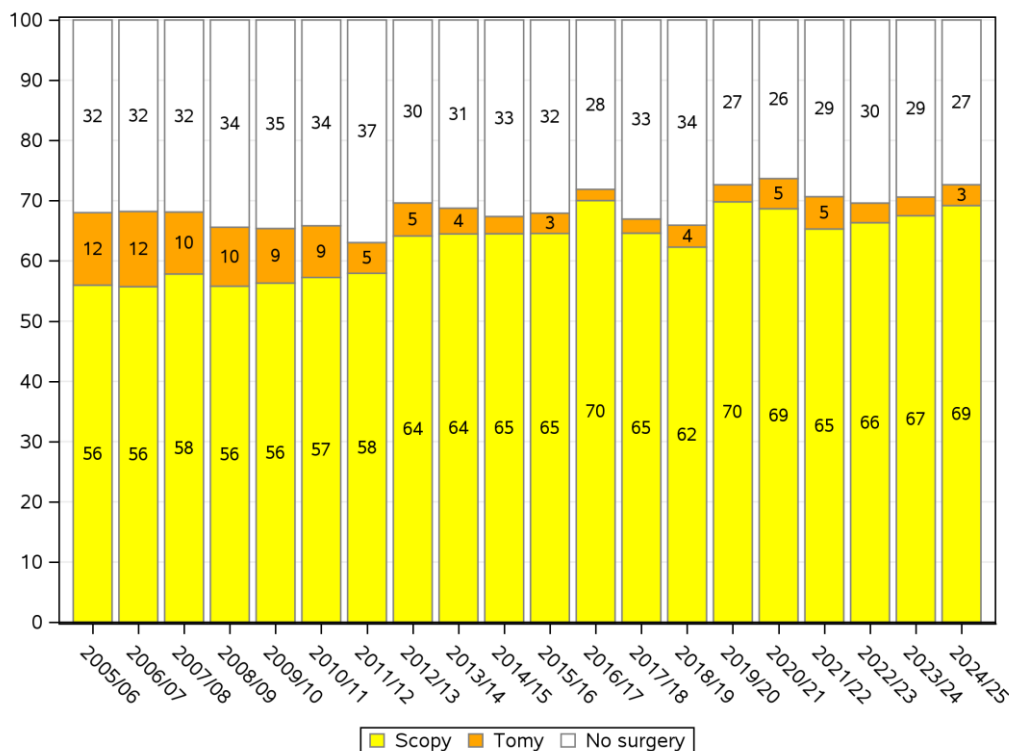
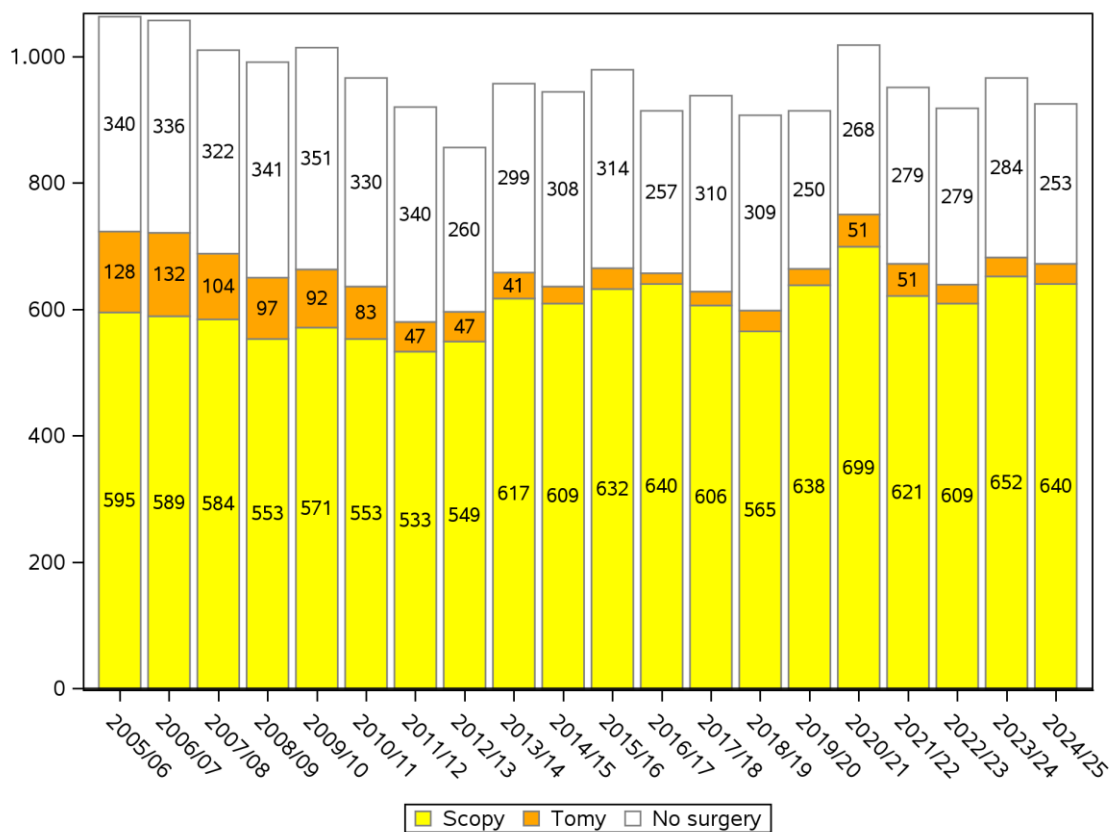


Fig. 3.4 Andelen af ektopiske graviditeter, som hhv. opereres ved laparoskopi, opereres ved laparotomi eller ikke opereres per afdeling 2024/2025 (øverst: antal; nederst: andel i procent)

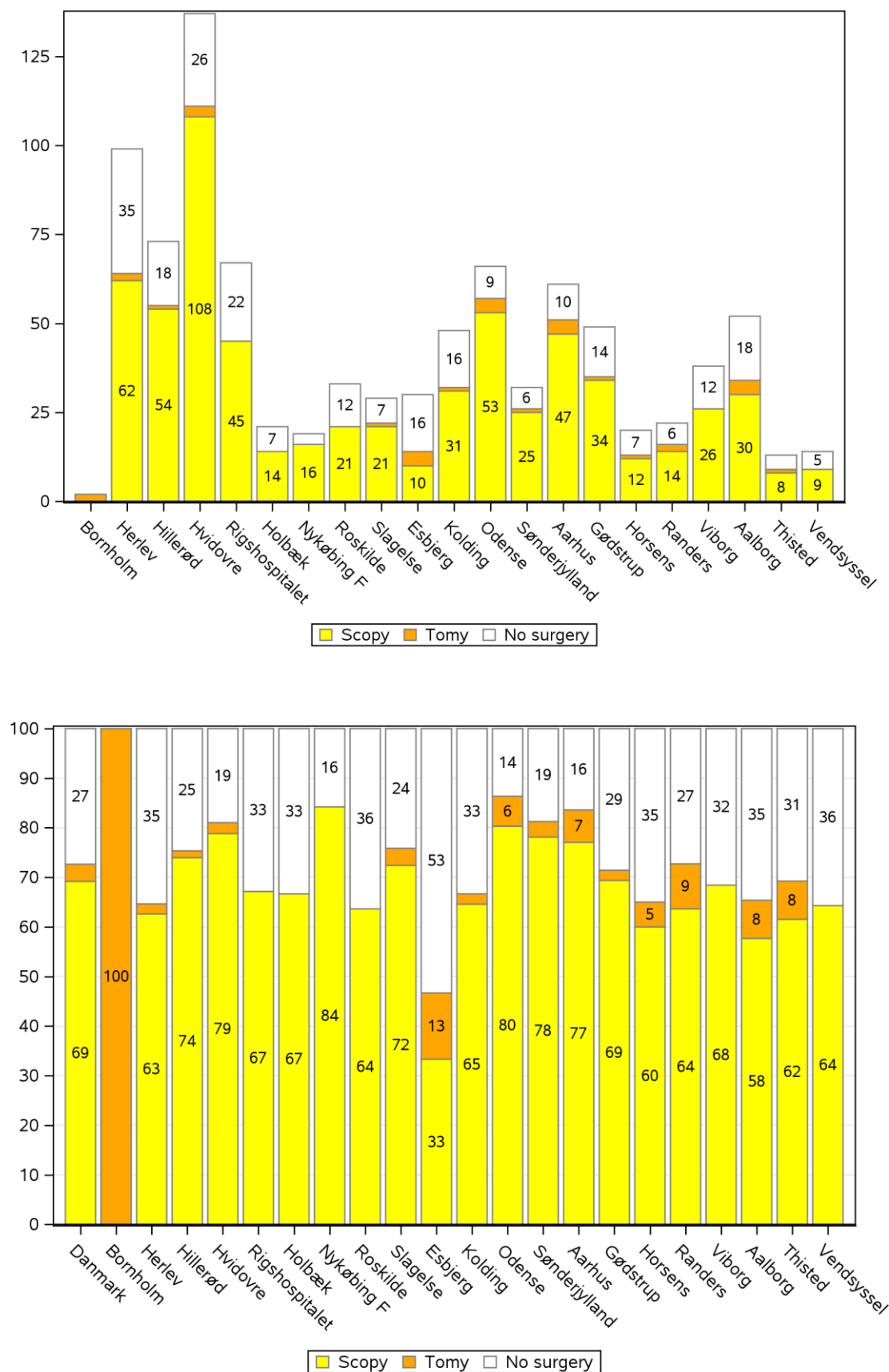
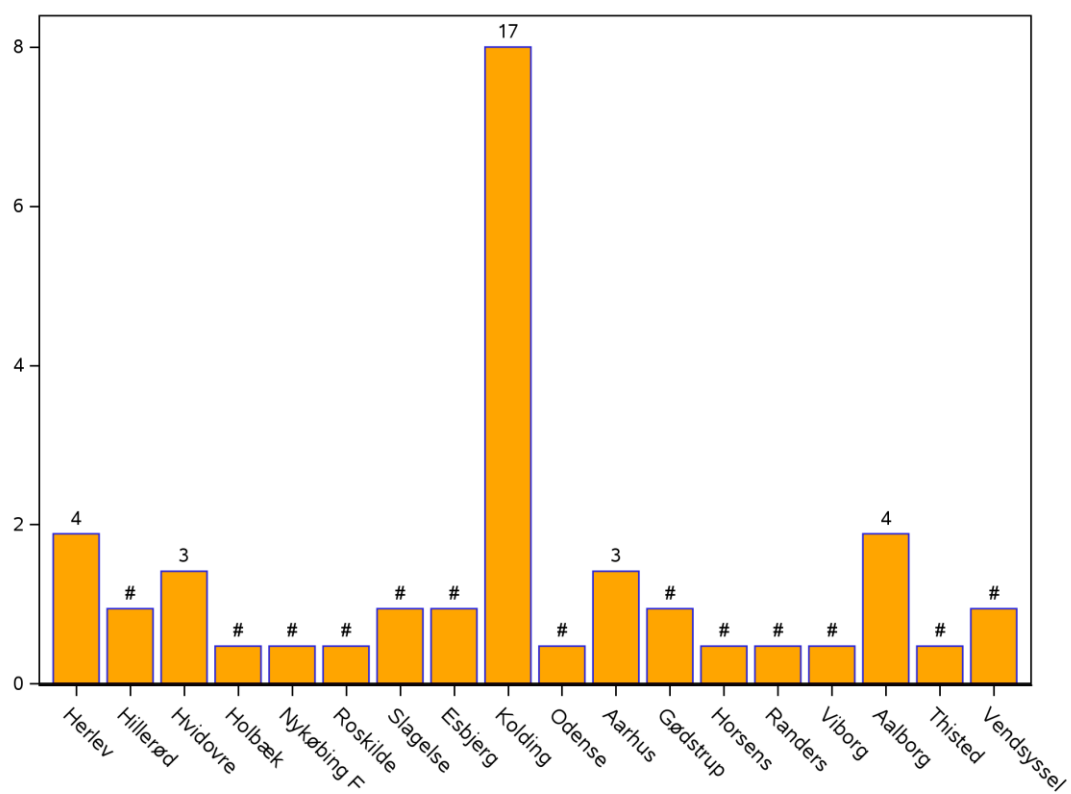


Fig. 3.6 Antal graviditeter med ukendt lokalisation (PUL) per afdeling, 2024/2025, N=35



Appendiks 4 Molagraviditet

Antallet af kvinder med molagraviditet (i det følgende blot mola) er faldet med 39% gennem de seneste 20 år og er nu nede på 35 tilfælde (**Tabel 1/Fig. 4.1**). Der er i opgørelsen anvendt en restriktion på 12 måneder, således at en given kvinde kun kan tælle én gang inden for en 12-måneders periode. Gennem de seneste 20 år er fordelingen af antallet af kvinder med mola på de gynækologiske afdelinger fordelt, som det fremgår af **Fig. 4.2**.

Andelen af komplet mola er øget lidt gennem hele perioden, mens partiel mola er faldet (**Fig. 4.3**). 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 primært tilskrives et fald i antallet af partielle 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. De 35 mola tilfælde i 2023/24 fordeler sig på 31% komplet mola, 29% partiel mola, og 40% uspecificeret mola. Det lave antal patienter med mola på de enkelte afdelinger muliggør ikke afdelingsspecifik opgørelse af kvalitet for et enkelt år.

Anbefaling

Den omstændighed, at faldet i partielle molaer har været større end faldet i komplette molaer tyder på, at noget af faldet skyldes, at en del partielle molaer, i forbindelse med medicinske provokerede aborter, aldrig diagnosticeres, men bliver behandlet ved den medicinske induktion. Færre bør kodes med uspecificeret mola, f.eks. efter, hvad der behandles efter.

Fig. 4.1 Udvikling i antal kvinder med mola hydatidosa fra 2005/6-2024/2,5 N=1,496.

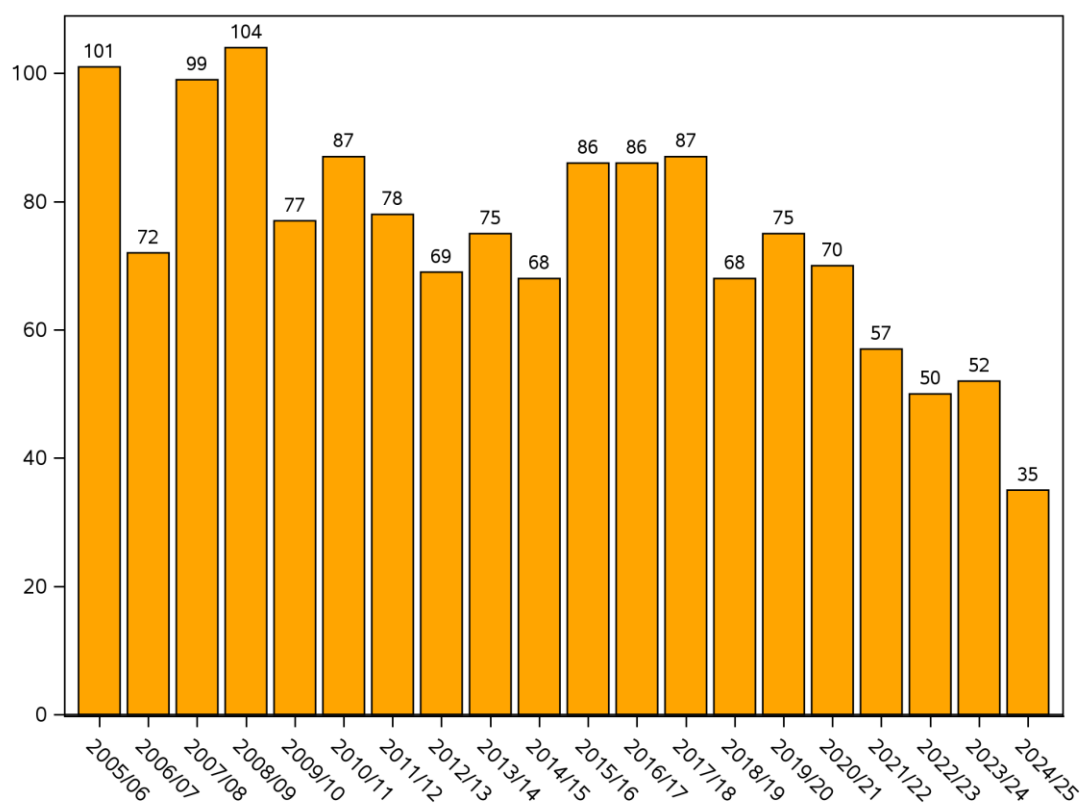


Fig. 4.2 Antal kvinder med mola hydatidosa per afdeling fra 2005/6 til 2024/2025, N=1,496

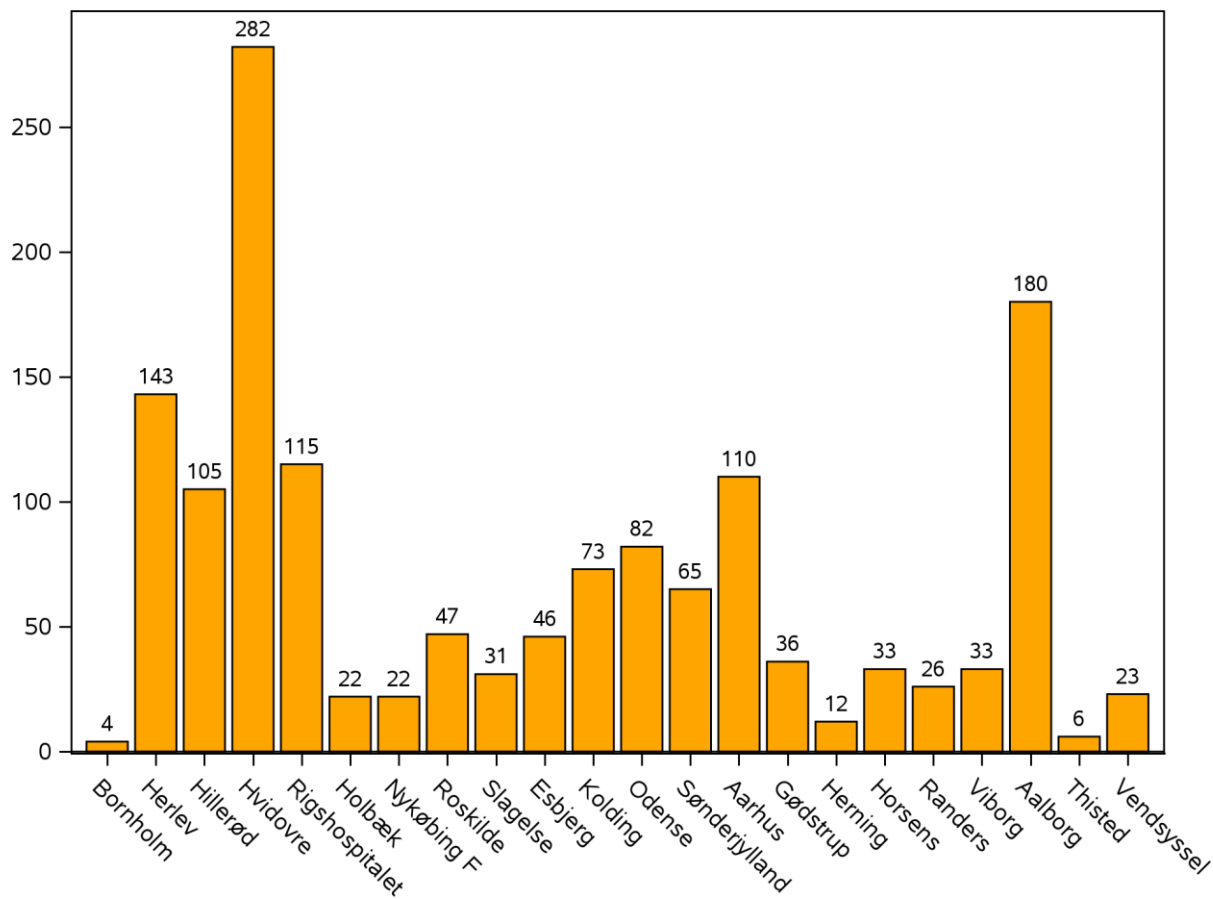
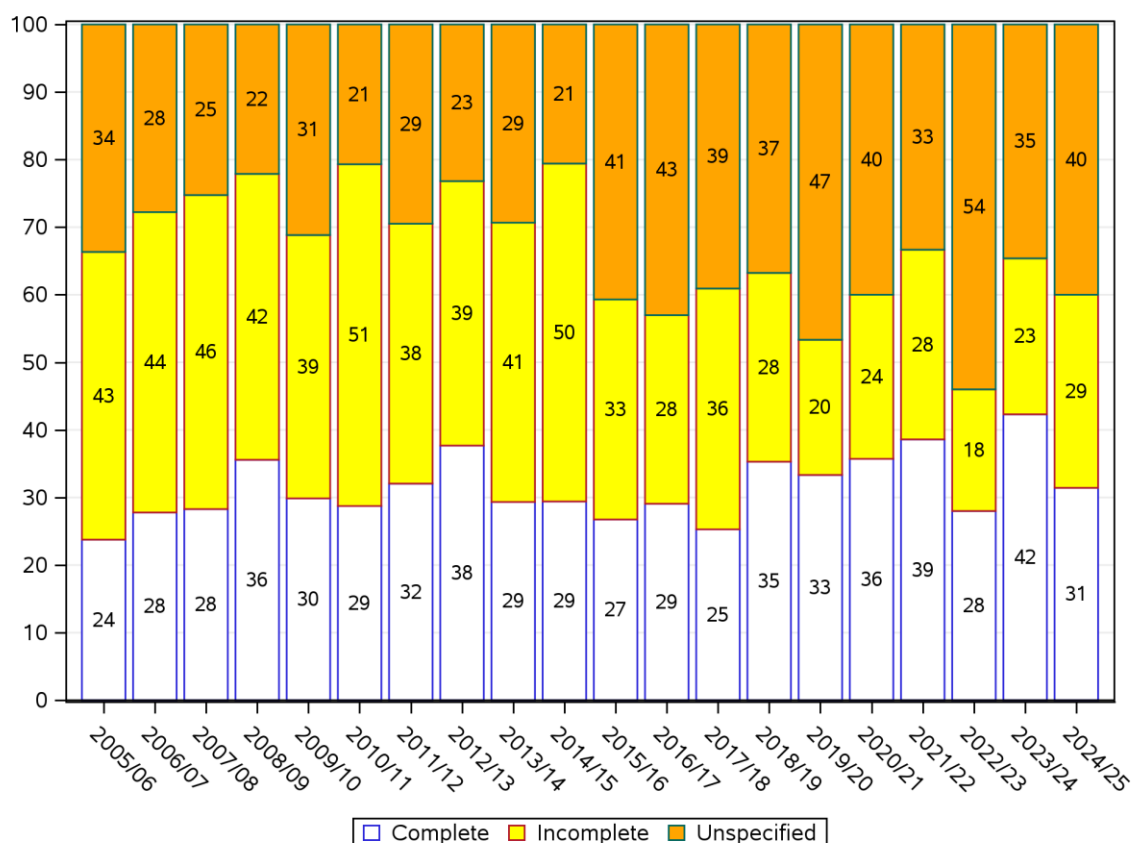
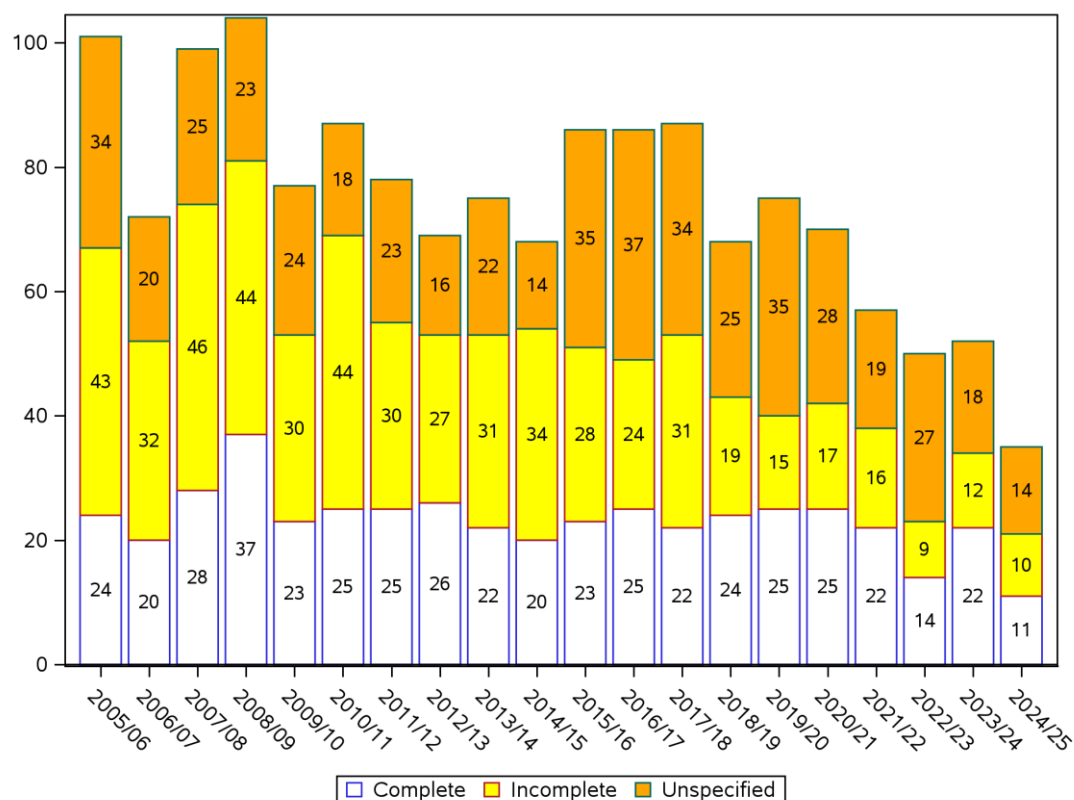


Fig. 4.3 Udvikling i typen af mola hydatidosa fra 2005/6-2024/25 (øverst: antal, nederst: andel i procent) N=1,496



Appendiks 5 Provokeret abort, 1. trimester

Det samlede antal provokerede 1. trimester aborter har ligget nogenlunde stabilt de seneste 10 år, mens andelen af de medicinsk behandlede aborter samtidig er steget fra 71% til 87%. (**Fig. 5.1**). Ting tager tid, det er nu over 20 år siden de nye medicinske teknologier blev introduceret, og efter en lang "indkøringsfase" som siden 2000 er forløbet nærmest efter en ret linje, ser vi nu en udfladning af kurven.

Samtidig er tidspunktet for 1. trimester aborterne rykket nedad (**Fig. 5.2**). Det fremgår desuden, at andelen af aborter, som foregår inden 8 uger, er steget omkring 38% i en 20-årige periode fra 50% i 2005/06 til 76% i 2024/25. 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.

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.

Kirurgisk behandling 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.

Andelen, som er blevet kirurgisk behandlet efter medicinsk 1. trimester abort har ligget nogenlunde stabil på omkring 5-6% indtil 2011/12, hvorefter den faldet til nu under 2%. I 2024/25 ligger andelen på 1,7% (**Fig. 5.4**). Det er logisk, at denne andel må falde i takt med, at stadig flere medicinske aborter foregår stadig tidligere, men vi er utvivlsomt også blevet mere tolerante overfor mindre mængder restvæv intrauterin. Andelen af kvinder med gestationsalder op til 8+6 uger, som må kirurgisk behandles efter forsøg på medicinsk abort, varierer betydeligt mellem afdelingerne (**Fig. 5.5**).

Også kirurgisk induceret 1. trimester provokeret abort er genstand for komplikationer, som nødvendiggør re-operation. Årsagerne er de samme som ved medicinsk induceret abort, dvs. blødning, retineret væv eller infektion, eller en blanding heraf. Andelen af kvinder, som måtte re-opereres efter kirurgisk provokeret abort, har gennem seneste årti ligget nogenlunde konstant omkring 2% (**Fig. 5.6**).

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

Infektion efter provokeret abort

Risikoen for indlæggelseskrævende infektion efter kirurgisk provokeret 1. trimester abort er dobbelt så stor (1,6%) som efter medicinsk abort (0,7%). 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 opgørelse over udviklingen i provokerede aborter gennem de seneste 20 år (**Fig. 5.8/Tabel 5.1**). Der ses 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, trods små udsving, holder sig lavt. Afvigelsen fra figurerne 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.

Fig. 5.1 Udvikling i antallet af hhv. medicinsk og kirurgisk behandlede 1. trimester provokeret abort samt andelen af medicinsk behandlede, 2005/06-2024/25, N=297,486

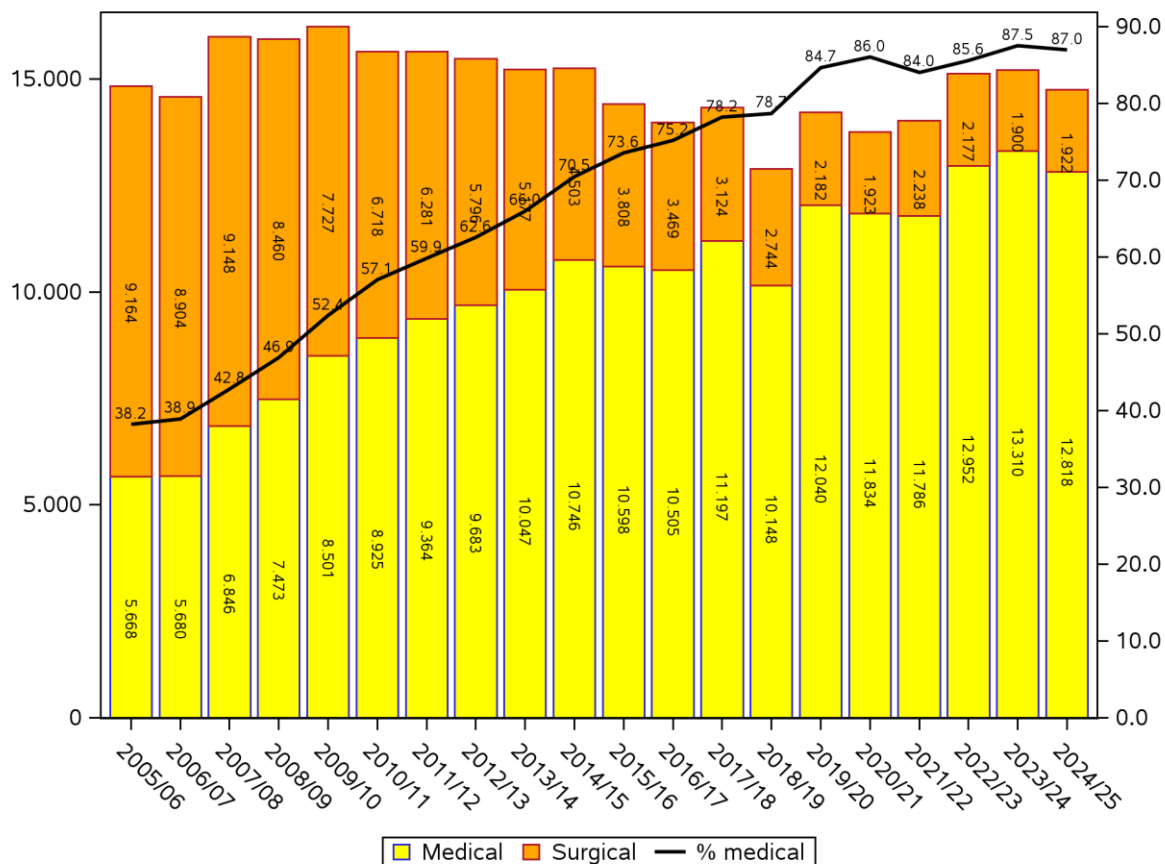


Fig. 5.2 Udvikling i fordeling af gestationsalder ved 1. trimester provokeret abort fra 2005/6-2024/25 (øverst: antal, nederst: andel i procent), N=297,486

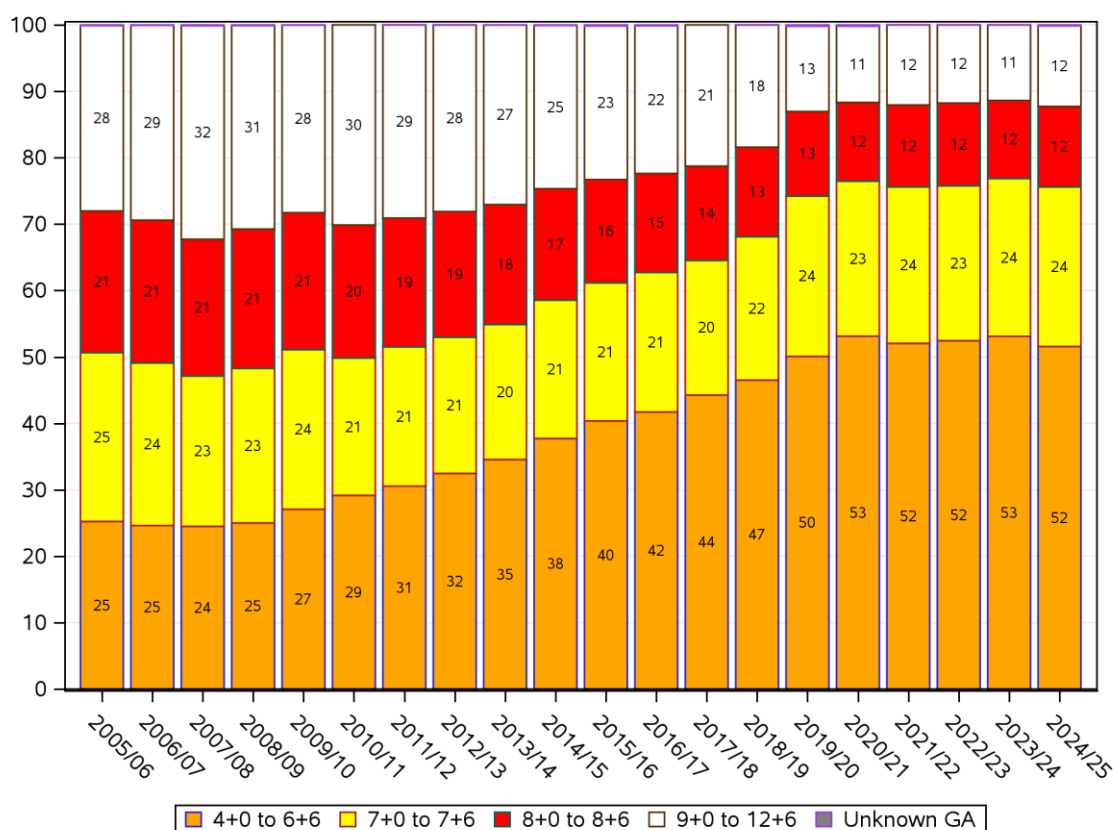
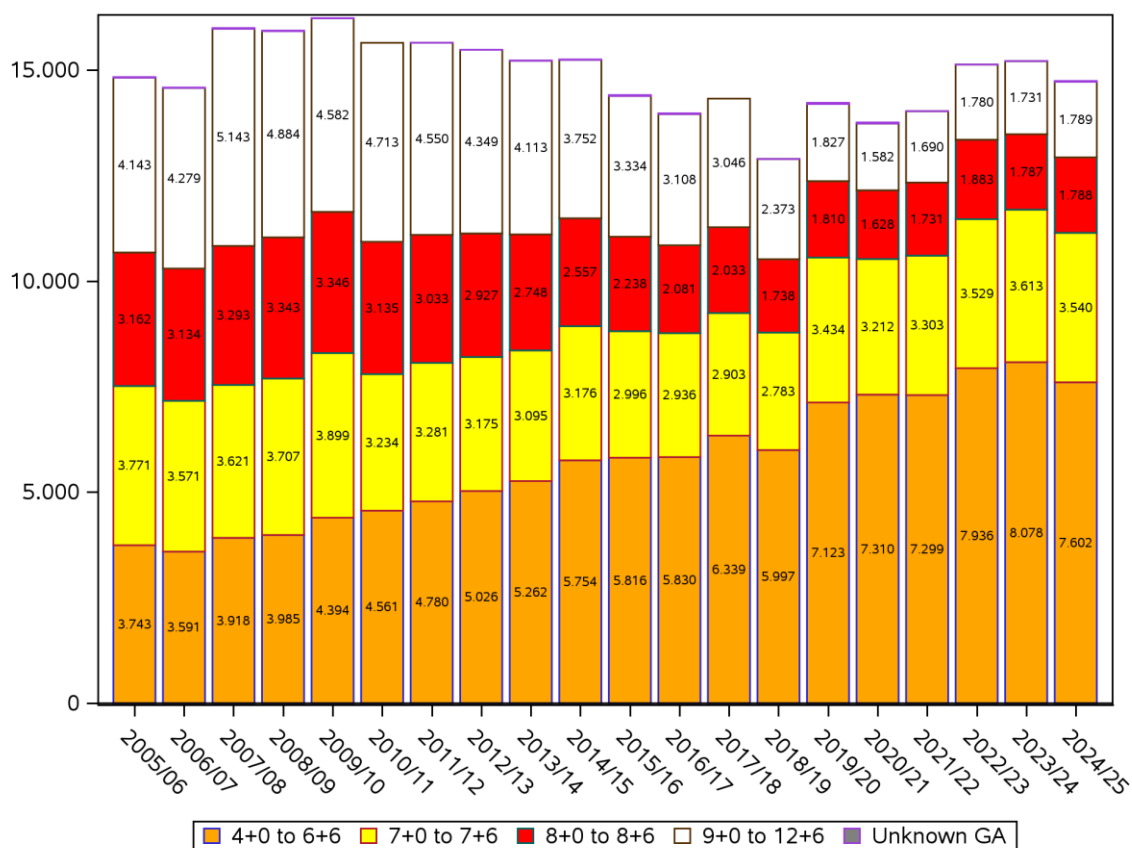


Fig. 5.4 Udvikling i andelen af 1. trimester medicinsk induceret provokeret abort, som efterfølgende evakueres (GA $\leq 8+6$) 2005/06-2024/25 (absolut antal evakuerede i bunden af hver søjle) N=183,067 N_{Evacuation}=7,405

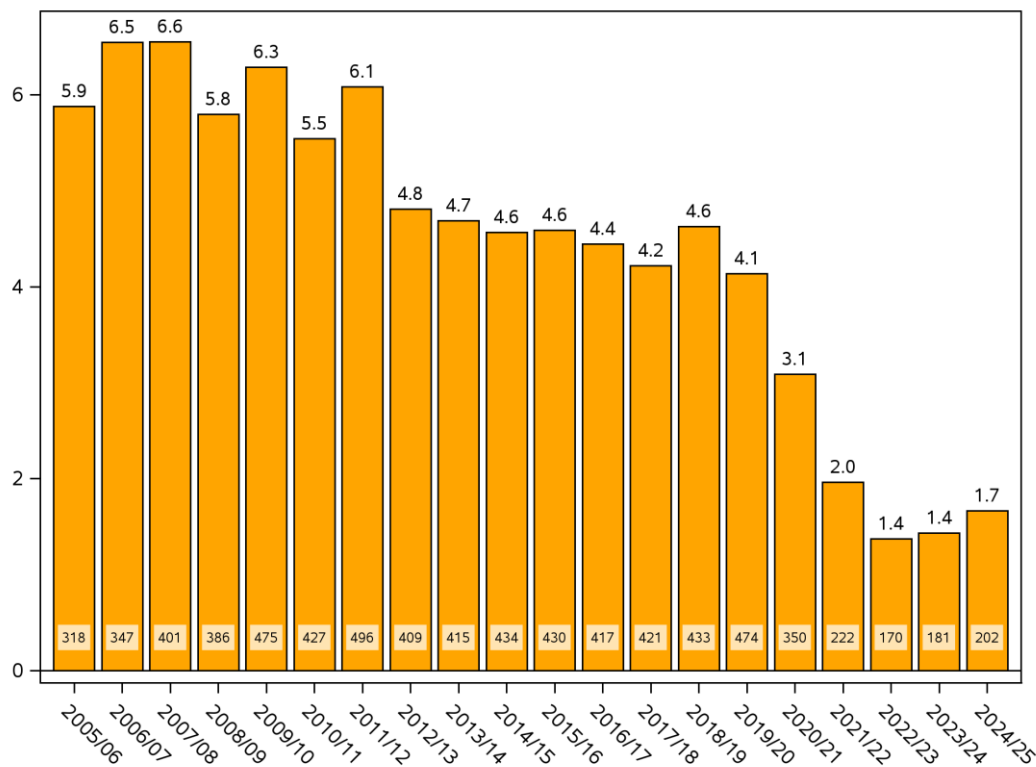


Fig. 5.6 Udvikling i andelen af 1. trimester kirurgisk induceret provokeret abort, som efterfølgende re-evakueres (GA $\leq 12+6$) (absolut antal re-evakuerede i bunden af hver søjle) 2005/6-2024/25 N=97,396, N_{Re-evacuation}=2,0129

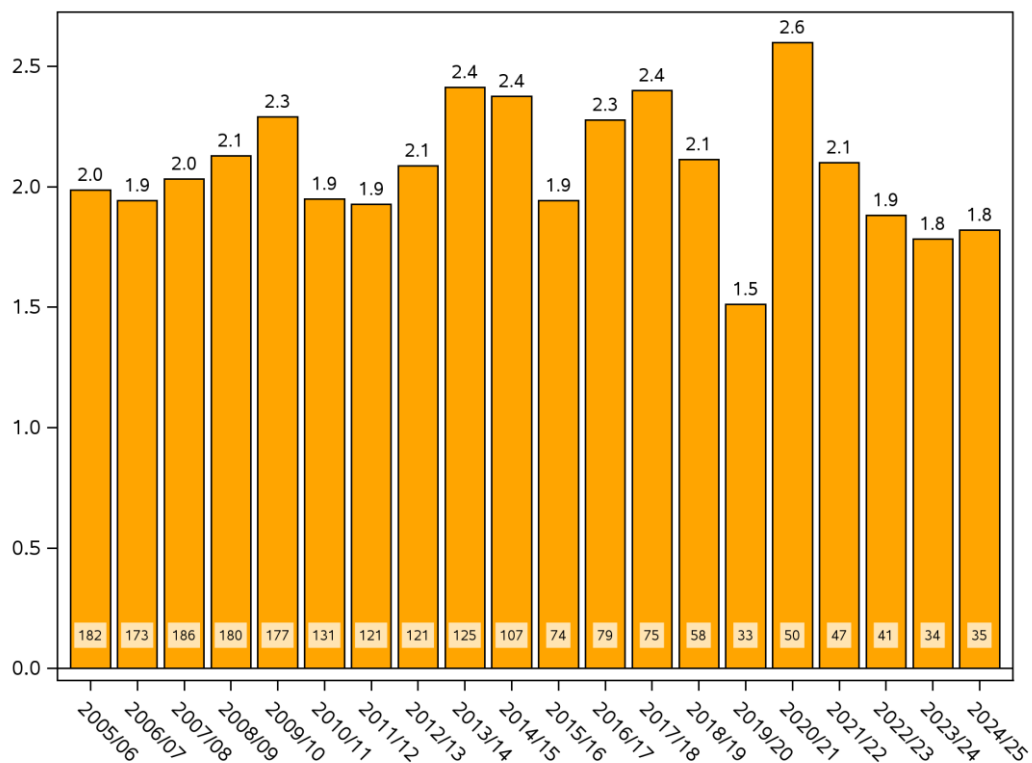
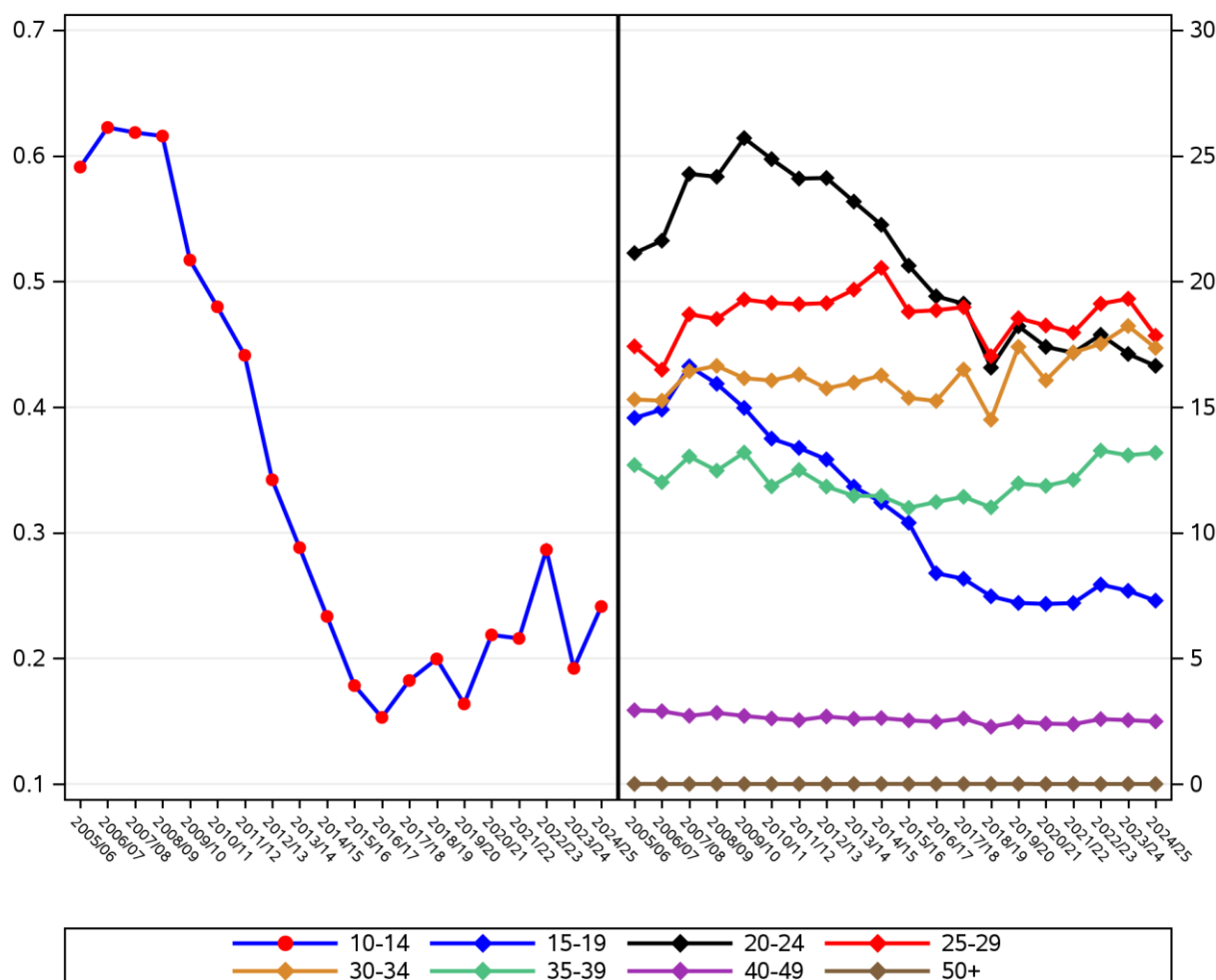


Fig. 5.8 Udvikling i den aldersspecifikke incidens af 1. trimester provokeret abort (per 1000 pesonår) i Danmark, 2005/6-2024/25, N=297,486



Tabel 5.1 Aldersspecifikke antal 1. trimester provokerede aborter, 20010/11-2023/24

	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-49	50+
2010/11	80	2.387	4.115	2.968	2.744	2.302	1.047	0
2011/12	73	2.339	4.112	2.994	2.715	2.387	1.023	#
2012/13	56	2.253	4.259	3.052	2.572	2.200	1.085	#
2013/14	47	2.056	4.188	3.237	2.558	2.096	1.042	0
2014/15	38	1.926	4.113	3.496	2.575	2.050	1.046	5
2015/16	29	1.778	3.902	3.329	2.447	1.914	1.003	4
2016/17	25	1.429	3.711	3.453	2.473	1.916	963	4
2017/18	30	1.378	3.664	3.595	2.729	1.922	999	4
2018/19	33	1.256	3.154	3.294	2.471	1.815	866	3
2019/20	27	1.208	3.406	3.641	3.054	1.944	936	6
2020/21	36	1.196	3.202	3.603	2.896	1.925	899	0
2021/22	35	1.209	3.157	3.568	3.181	1.994	876	4
2022/23	46	1.351	3.297	3.837	3.397	2.260	940	#
2023/24	30	1.316	3.163	3.877	3.612	2.298	911	3
2024/25	37	1.249	3.093	3.561	3.520	2.399	880	#
Total	622	24.331	54.536	51.505	42.944	31.422	14.516	39

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, behandles. Stadig flere kvinder med 2. trimester abort observeres (uden operation), og derfor vil en lav andel opererede i almindelighed være udtryk for en høj kvalitet, da kvinderne derved undgår de med operation forbundne risici.

Med årene er der gennemført et let stigende antal 2. trimester provokerede aborter, med et observeret fald fra 2010 til 2019 (**Fig. 6.1**). Stigningen skyldes primært en stigning i antallet af provokerede aborter på føtal indikation, som i dag udgør indikationen for 63% af alle anden trimester aborter. Den anden hovedindikation er sociale omstændigheder (26%), mens hensynet til kvindens helbred og kriminell baggrund for graviditeten tilsammen udgør 2% af indikationerne. Den nye abortlov er trådt i kraft i indeværende opgørelsesperiode, og det bliver interessant at følge udviklingen. Det bemærkes, at de 72 cases, som er registreret i 2025, udgør 10% af indikationen på anden trimester aborter. Samtidig er andelen af aborter på føtal indikation faldet med 11-procentpoint (fra 74% til 63%), hvilket tyder på at næsten alle de 72 uspecificerede provokerede aborter efter nye regler er baseret på føtale indikationer (som forventet). Derved forbliver andelen på social indikation uændret.

Sundhedsdatastyrelsen har netop udsendt vejledning om, at alle provokerede aborter på føtal indikation skal registreres allerede fra 12 uger (GA >11+6), inkl. type af misdannelse (Q-diagnose).

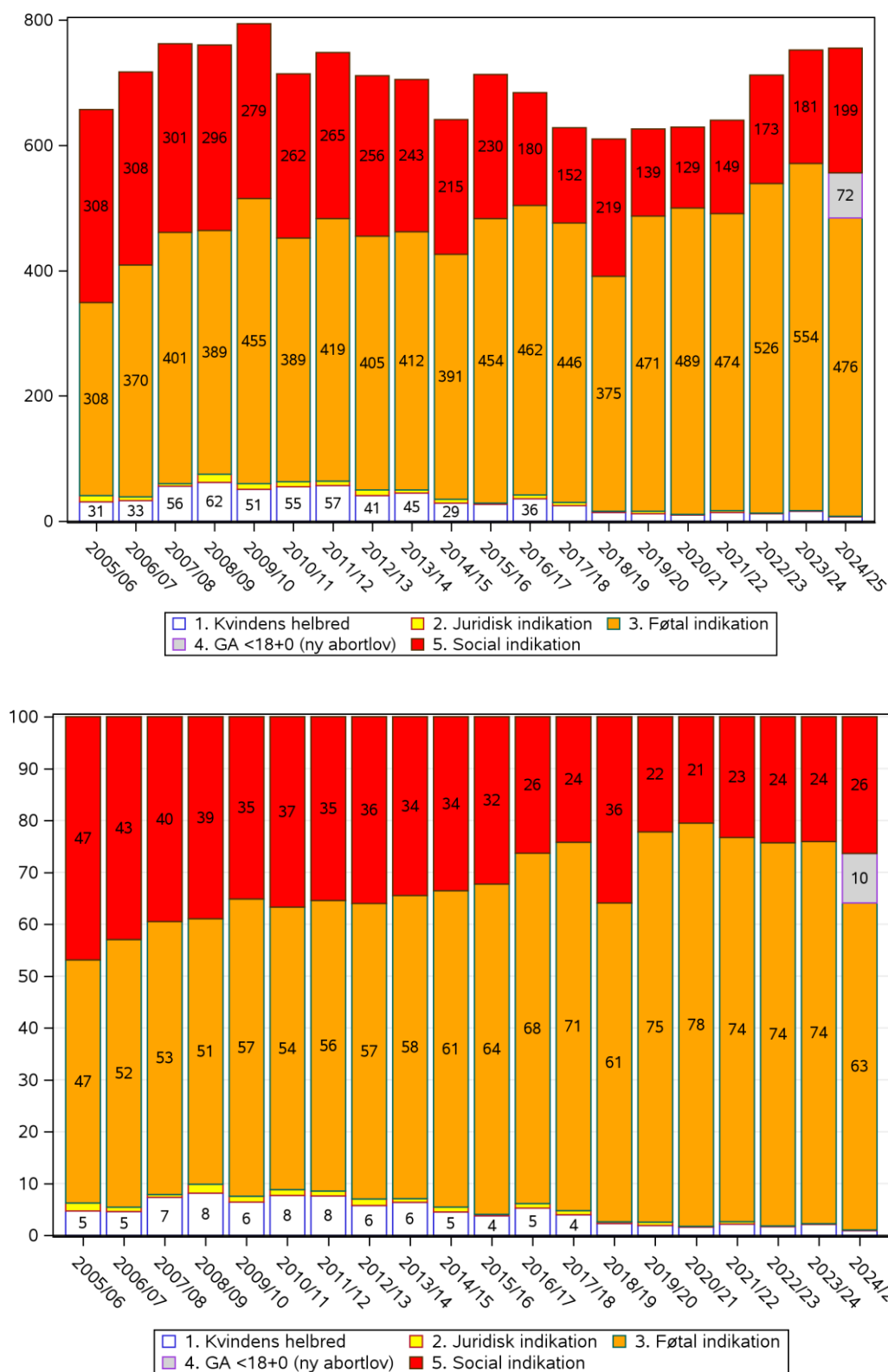
Kirurgisk behandling efter 2. trimester provokeret abort

Andelen af kvinder, som opereres i forbindelse med 2. trimester provokeret abort, har de fleste år ligget over 50% frem til 2015/16, men er nu nået ned på 15% (**Fig. 6.2**). Her er opgjort såvel operationer under primære kontakt og sekundær kontakt, som inden for følgende 8 uger er opereret. Det kniber fortsat med at få registreret de medicinske behandlingskoder.

Hvad kan vi gøre bedre?

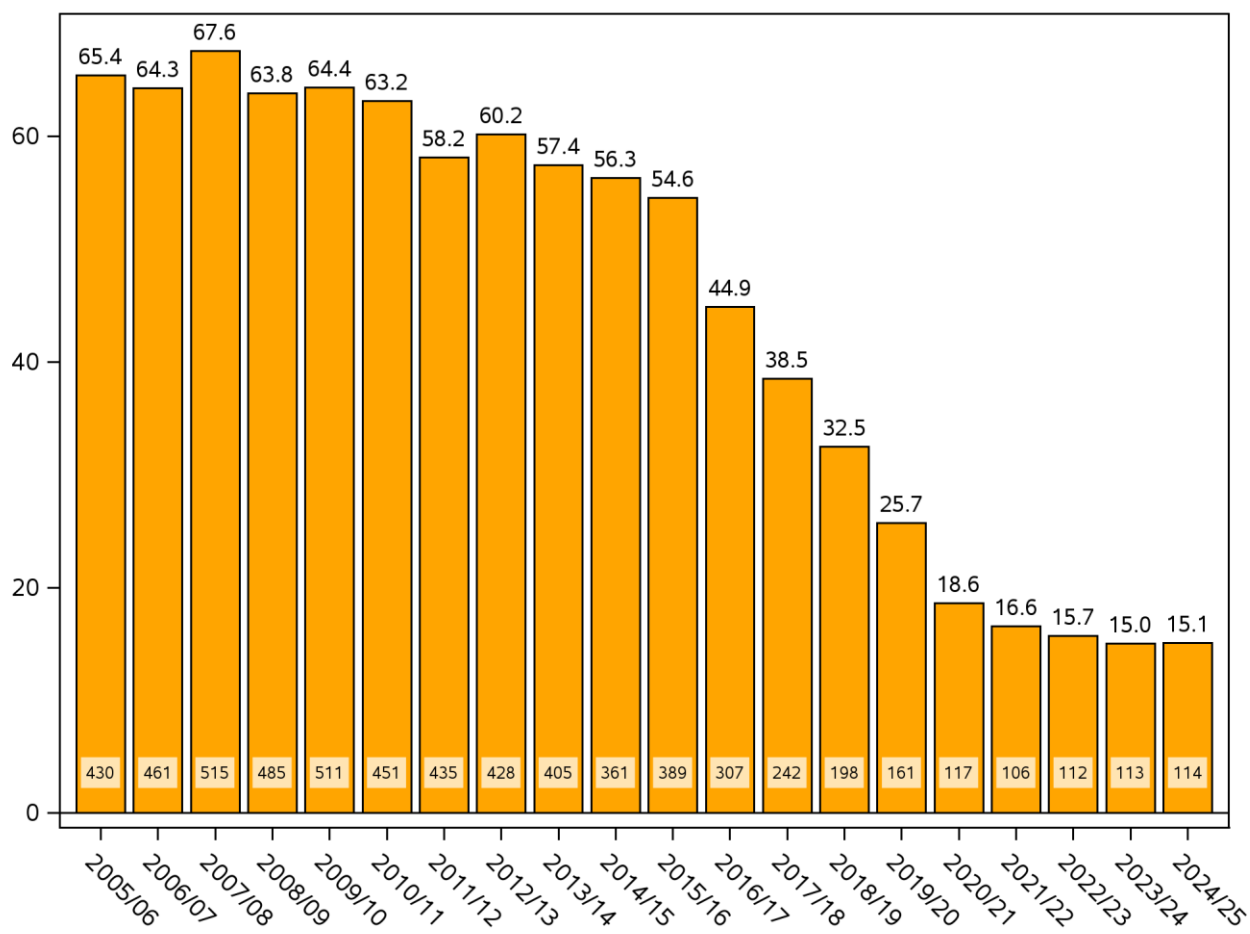
Vi kan udøve et kvalificeret klinisk skøn, og kun operere de, som har en klar indikation for dette, hvilket i praksis vil sige de med væsentlig blødning eller en ikke hel kvitteret moderkage.

Fig. 6.1 Udvikling i fordeling af indikation ved 2. trimester provokeret abort* fra 2004/5-2024/25
N=13,958 (øverst: antal, nederst: andel i procent)



*Ny abortlov 2025, N=72: 19 cases med dispensation i maj måned og 53 cases fra juni måned med koden DO049 (provokeret abort før udgangen af 18. graviditetsuge) med GA≥13+0.

Fig. 6.2 Udvikling i andelen af 2. trimester provokeret abort, som indenfor 8 uger kirurgisk behandles 2005/6-2024/25, N=13,958, N_{Evacuation}=6,341 (absolut antal opererede i bunden af hver søjle)



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 reprodukti-onsteknologi (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 oocytdonation. 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 (Oocytdonation):** 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.

Spontant konciperede graviditeter

I **Tabel 7.1** ses andelen af graviditetsudfald i 1/7 2024 til 30/6 2025 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 derfor ikke registreres i LPR, eller spontane aborter som behandles i speciallægepraksis eller almen praksis,

indgår således ikke i tabellen. Det totale antal spontane graviditeter er derfor underestimeret en smule.

Ud af i alt 78.504 estimerede spontane graviditeter, resulterer 79% i en fødsel (både levende- og dødfødsler er inkluderet); 20% i en provokeret abort; 9% i en tilgrunde gået graviditet og; 1,1% i en ektopisk graviditet. Derudover er der registreret 46 PUL-graviditeter og 35 molagraviditeter.

Tabel. 7.1 Graviditetsudfald i perioden 1/7 2024 til 30/6 2025 af hhv. spontant etablerede graviditeter, IUI-behandlinger, IVF/ICSI, FER og Ægdonation (N=78.504)

	Etableringsmetode							
	ART							
	Spontan graviditet		IUI		IVF/ICSI		FER	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Graviditetsudfald								
Fødsel	51.911	69,3	1.479	89,8	1.477	82,4	2.721	83,0
Provokeret abort	15.413	20,6	21	1,3	23	1,3	38	1,2
Tilgrundegået graviditet	6.645	8,9	126	7,7	267	14,9	496	15,1
Ektopisk graviditet	859	1,1	21	1,3	24	1,3	21	0,6
PUL	46	0,1	.	.	#	0,1	#	0,0
Mola	35	0,0	.	.	.	.	.	.
Total	74.909	100,0	1.647	100,0	1.793	100,0	3.277	100,0

ART og IUI graviditeter

ART og IUI udgør fortsat under 10% af de samlede konceptioner (4% i 2024/2025). Blandt ART-graviditeterne går 15% til grunde, mens andelen blandt de spontant konciperede udfald og IUI-udfald ligger på ca. 8-9%. Det er bemærkelsesværdigt, at der, også blandt fertilitetsgraviditeterne, kun er omkring 1,3%, som ender med en ektopisk graviditet, hvilket er samme niveau som de spontant konciperede udfald. Dette kunne være yderligere en gevinst ved det reducerede antal æg, som transfereres.

Fig. 7.1a. Etableringstype og graviditetsudfald (2024/25) i absolutte tal (Spontane graviditeter øverst; IUI/ART nederst).

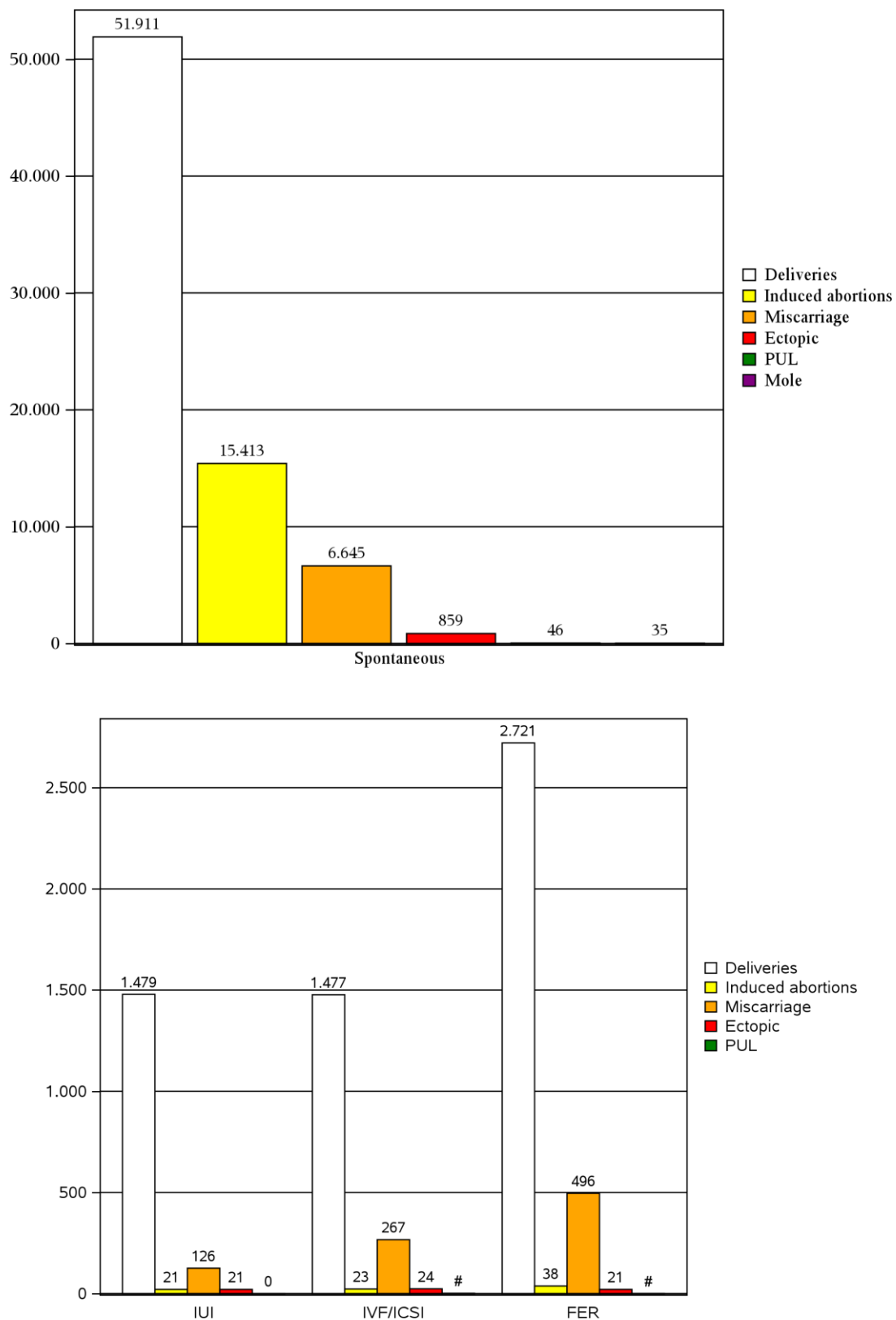
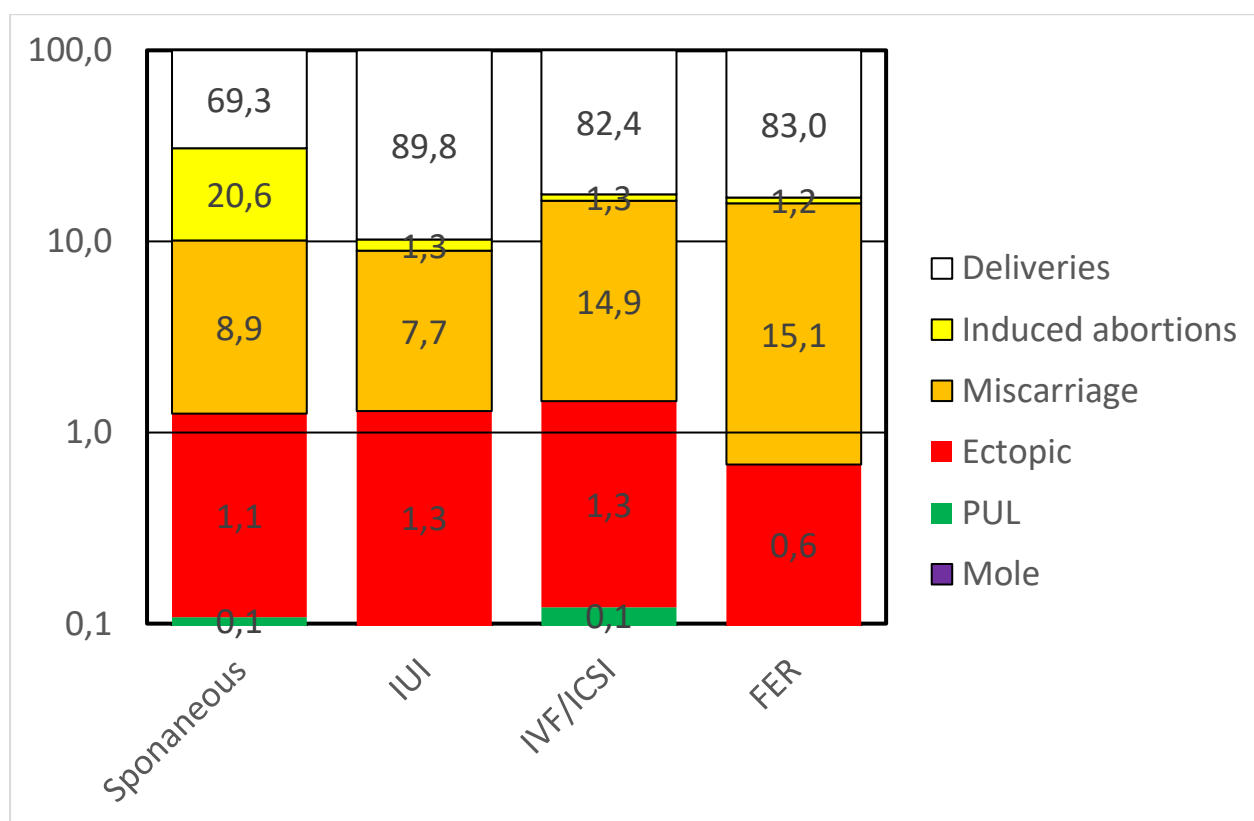
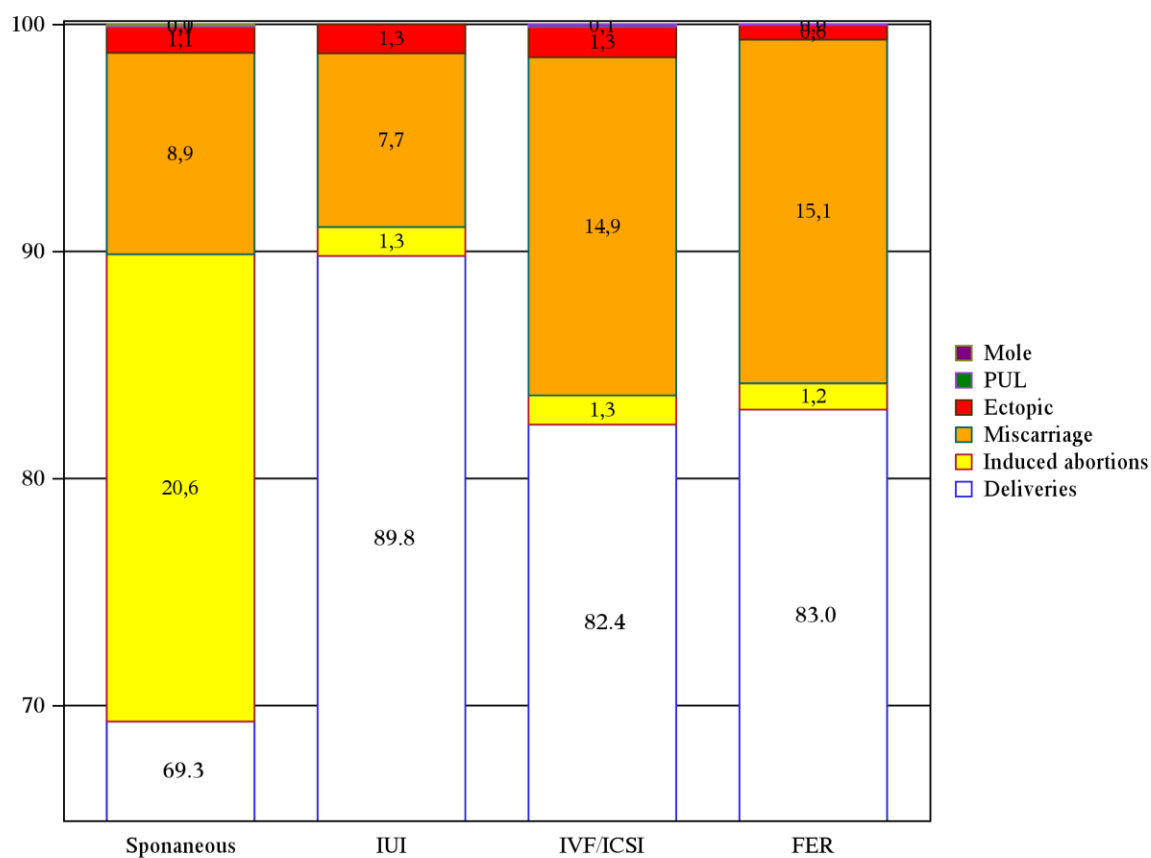


Fig. 7.1b. Etableringstype og graviditetsudfald (2024/25) i andele og andele på en semilogaritmisk skala (Spontane graviditeter øverst; IUI/ART nederst)

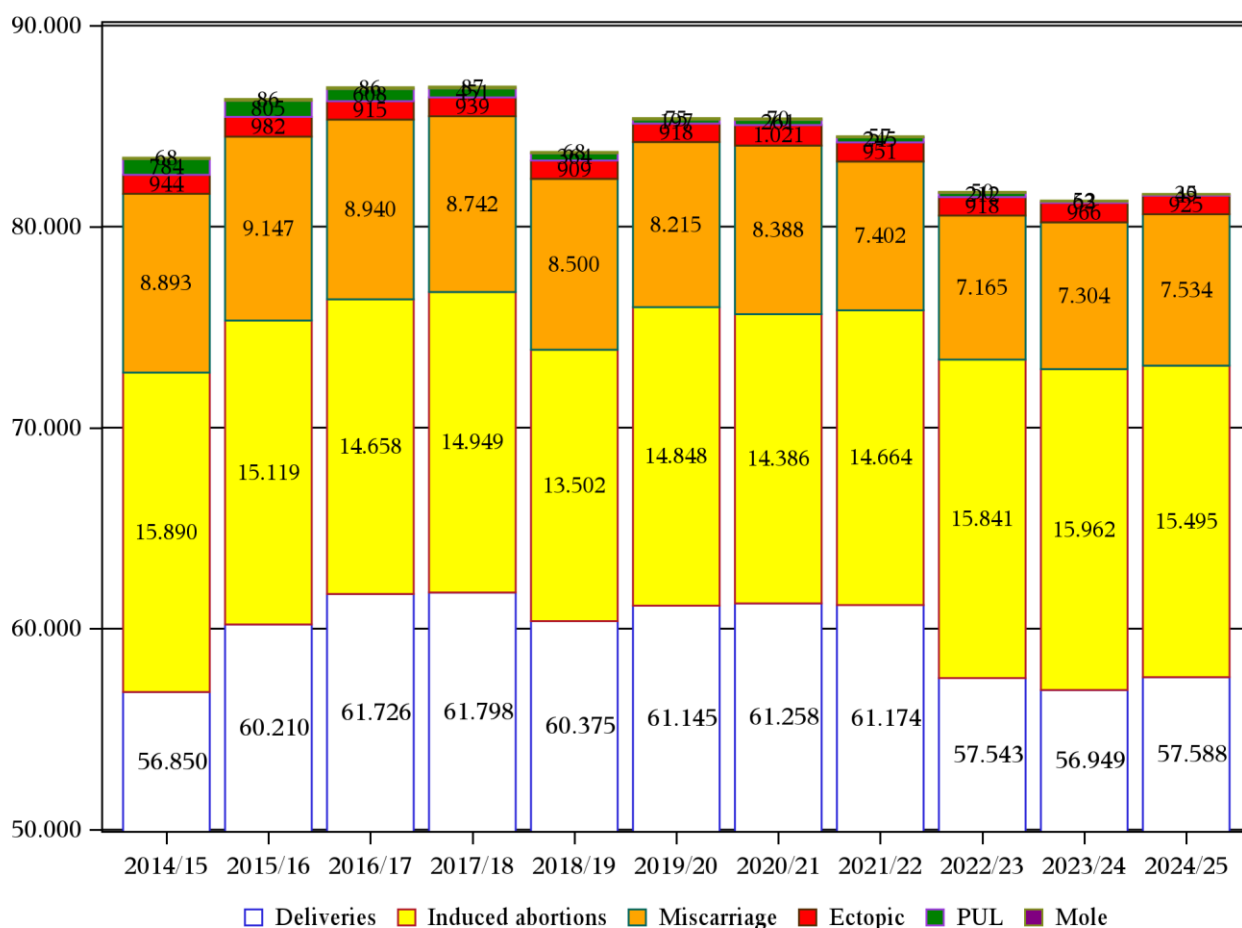


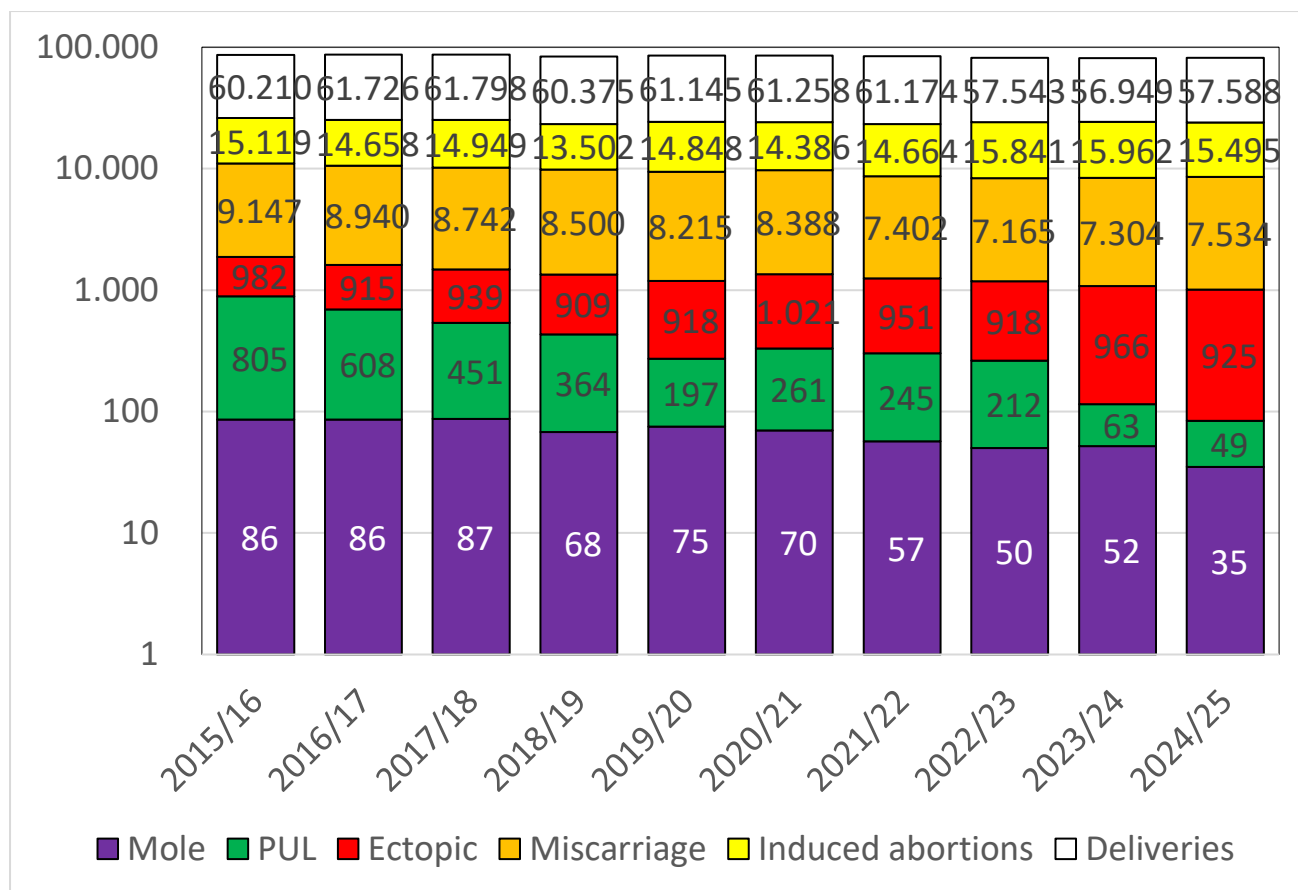
Appendiks 8 Graviditeter i Danmark

Dette afsnit omhandler alle graviditeter etableret i Danmark fraset de tidlige spontane aborter, som ikke registreres (omtalt i Appendiks 7). Graviditeter, der ender i en spontan abort, er således ikke med i opgørelsen. En graviditet tæller med, hvis der er registreret en abort (i LPR eller SEI) eller et fødselsudfald (levende- eller dødfødsel i 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 (død)fødsel; og 3) For ektopiske graviditeter må en given kvinde for en 16 ugers periode kun forekomme én gang. Hvis flere, anvendes kun den første.

Fig. 8.1. Fordeling af graviditetsudfald (2014-2025). N=927321. (Absolutte tal øverst; absolutte tal på en semilogaritmisk skala nederst)





Appendiks 9 Kodevejledning

Kodning ved tidlig graviditet

Det er jo ikke super enkelt, og derfor 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. Vejledningen skal være tilgængelig de steder, hvor koderne påføres epikrisen.
3. Der skal anvendes standardjournaler, hvor de relevante koder fremgår umiddelbart.

Heldigvis er netop området tidlig graviditet kendetegnet ved, at alle tre præmisser kan opfyldes. Alle opfordres derfor til at implementere denne praksis på deres afdeling. Det kræver en ganske beskedne ressourcemæssig investering, og den kommer mange fold igen. De hyppigst anvendte koder fremgår af kodelisten. 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 BKHD42 når der ordineres mifepriston og misoprostil ved medicinsk induceret abort
- At man ved re-behandling 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 diagnosekoden ved kirurgisk behandling 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.

Ektopisk graviditet

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

Opdaterede koder i forbindelse med tidlig graviditet, November 2025

Abortus provokatus før udgangen af uge 18	Diagnose	Beh.kode
Medicinsk provokeret abort		
Abortus provokatus før udg. af 18. uge.	DO 049	
Kombinationsbehandling mifepriston og misoprostol	-	BKHD 42
Tidlig med ab før synlig gestationssæk: Suppdiagnosekode	DZ 321B	BKHD 42
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 18		
Oplægning af misoprostol. Med samråd DO 059, uden DO 050	DO 05x	BKHD 46
Maternel indik: RGAG 02, Legal: 03, Social: 06-08 Misdannelse: 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*
Kontrol efter abort med ultralydsskanning	DZ 098C	
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-operation efter mislykket kirurgisk behandling af missed ab.	DO 08.8L	KMWW 00*
Ektopisk graviditet		
Methotrexatbehandling af ektopisk graviditet	DO 009	BKHE8*
Laparoskopisk salpingectomy	DO 001	KLBE 01
Graviditet uden kendt lokalisation (PUL)		
Bekræftet graviditet med ukendt lokalisation (foreløbig kode)	DZ321L	*)
Når pt. afsluttes vælges ved fald i s-hCG på <50% over to døgn	DO009	
Og hvis faldet er ≥50% over to døgn vælges	DO039	
Og hvis der findes levende intrauterin graviditet	DZ321C	
PUL-koden DO 022 er udgået		
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 (som p.t. er under opdatering)

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

Ektopisk graviditet:	Graviditet uden for livmoderen
Evakuatio uteri:	Tømning af livmoderen for graviditetsvæv (typisk med sug)
Kirurgisk behandling:	Evakuation uteri (typisk med sug) eller hysteroskopi
Gestationsalder (GA):	En graviditets længde regnet fra sidste menstruations første blødningsdag
Mifepriston:	Mifegyn® = antiprogesteron
Misoprostol:	Cytotec® = prostaglandin E1 analog:
Missed abortion:	Tilgrundegået graviditet uden blødning
Molagraviditet:	En godartet svulst i moderkagevævet oftest uden noget foster
PUL:	Graviditet med ukendt lokalisation (PUL = pregnancy unknown localisation)
Tilgrundegået 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 2022-25

2024/2025

1. Steinberg JR, Laursen TM, Lidegaard Ø, Munk-Olsen T. *Medication and procedural abortions before 13 weeks gestation and risk of psychiatric disorders*. **Am J Obstet Gynecol** 2024; <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2024.05.025>.
2. Lidegaard Ø, Borberg HVZ, Rasmussen SC, Mikkelsen AP. *Lifetime Induced Abortions and Live Births: A 40-Year Historical Cohort Study*. **Journal of Obstetrics and Gynecology Canada**, 2024. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2024.102612>

2023

1. Virkus RA, Mikkelsen AP, Lidegaard Ø, Torp-Pedersen C, Bergholt T, Rothman KJ, Løkkegaard E. *Does fetal sex influence the risk of venous thrombosis in pregnancy? A cohort study* **Journal of thrombosis and haemostasis**. **J Thromb Haemost** 2023; 21, 599-605.
2. Meaidi A, Torp-Pedersen C, Lidegaard Ø, Mørch LS. *Ectopic Pregnancy Risk in Users of Levonorgestrel-Releasing Intrauterine Systems With 52, 19.5, and 13.5 mg of Hormone*. **JAMA** 2023; 329: 935-937.
3. Boje AD, Egerup P, Westergaard D, Mathilde Friis Bertelsen M-L, Nyegaard M, Hartwell D, Lidegaard Ø, Nielsen HS. *Endometriosis is associated with pregnancy loss: A nationwide historical cohort study*. **Fertility and Sterility** 2023; 119: 826-835.
4. Boje AD, Egerup P, Westergaard D, Bertelsen M-LMF, Nyegaard M, Hartwell D, Lidegaard Ø, Nielsen HS, , *Reply of the Authors: Endometriosis and pregnancy loss: the importance of mitigating sources of bias*. **Fertility and Sterility** 2023; 120: 393-394.
5. Mikkelsen AP, Egerup P, Kolte AM, Westergaard D, Torp-Pedersen C, Nielsen HS, Lidegaard Ø. *Pregnancy Loss and the Risk of Myocardial Infarction, Stroke, and All-Cause Mortality: A Nationwide Partner Comparison Cohort Study*. **Journal of the American Heart Association** 2023; 12, e028620.
6. Lidegaard Ø, Cueto HTØ, Frøslev PA, Bautz A. *Dansk kvalitetsdatabase for tidlig graviditet og abort. Tigrab årsrapport 2022-23*. **RKKP** 2023; 1-114. [Online link](#)
7. Lidegaard Ø. *The legal abortion limit should be elevated*. [Danish]. **Bibliotek for Læger** 2023; June; 132-141.

2022

1. Tidemandsen C, Egerup P, Ulrik C, Backer V, Westergaard D, Mikkelsen AP, Lidegaard Ø, Nielsen HS. *Asthma is associated with pregnancy loss and recurrent pregnancy loss: A nationwide cohort study*. **The journal of allergy and clinical immunology** 2022; 10; 2326-2332.
2. Glintborg D, Rubin KH, Petersen TG, Lidegaard Ø, T'Sjoen G, Hilden M, Andersen M. *Cardiovascular risk in Danish transgender persons: a matched historical cohort study*. **European Journal of Endocrinology** 2022; 187: 463-477.
3. Skakkebak NE, Lindahl-Jacobsen R, Levine H, Andersson A-M, Jørgensen N, Main K M, 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*. **Nature reviews, Endocrinology** 2022; 18: 139-157.
4. Mikkelsen AP, Egerup P, Kolte AM, Westergaard D, Nielsen HS, Lidegaard Ø, *Pregnancy loss and risk of multiple sclerosis and autoimmune neurological disorder: A nationwide cohort study*. **PLoS One** 2022; 17: e0266203.
5. 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 Obstetrica et Gynecologica Scandinavica** 2022; 101: 248-255. PMID: 34988971.

6. Lidegaard Ø, Cueto HTØ, Førslev PA, Bautz A, Odby A. *Dansk kvalitetsdatabase for tidlig graviditet og abort. Tigrab årsrapport 2021-22. RKKP 2022; 1-114.*

2021

7. Skakkebæk 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.
8. 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
9. 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
10. 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
11. Greiber IK, Mikkelsen AP, Karlsen MA, Storgaard L, Viuff JH, Mellemkjaer 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
12. 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
13. Mikkelsen AP, Greiber IK, Scheller NM, Lidegaard Ø. *Association of Labor Epidural Analgesia With Autism Spectrum Disorder in Children. JAMA* 2021 Sep 28;326(12):1170-1177. doi: 10.1001/jama.2021.12655. PMID: 34581738
14. 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
15. Glintborg D, Rubin KH, Kristensen SBM, Lidegaard Ø, T'Sjoen G, Burgwal A, Hilden M, Andersen MS. *Socioeconomic status in Danish transgender persons: a nationwide register-based cohort study. Endocr Connect* 2021 Sep 20;10(9):1155-1166. doi: 10.1530/EC-21-0119. PMID: 34414901
16. Hilden M, Glintborg D, Andersen MS, Kyster N, Rasmussen SC, Tolstrup A, Lidegaard Ø. *Gender incongruence in Denmark, a quantitative assessment. Acta Obstet Gynecol Scand* 2021 Oct;100(10):1800-1805. doi: 10.1111/aogs.14227. Epub 2021 Jul 22. PMID: 34296426
17. Meaidi A, Mørch L, Torp-Pedersen C, Lidegaard Ø. *Oral tranexamic acid and thrombosis risk in women. EClinicalMedicine* 2021 May 6;35:100882. doi: 10.1016/j.eclinm.2021.100882. eCollection 2021 May. PMID: 34124632
18. Kristensen SI, Lidegaard Ø. *Hormonal contraceptive use in Denmark 2010-2019. Dan Med J.* 2021 May 28;68(6):A08200599. PMID: 34060463
19. Rode L, Ekelund CK, Riishede I, Rasmussen S, Lidegaard Ø, Tabor A. *Prediction of preterm pre-eclampsia according to NICE and ACOG criteria: descriptive study of 597 492 Danish births from 2008 to 2017. Ultrasound Obstet Gynecol* 2021 Oct;58(4):561-567. doi: 10.1002/uog.23693. PMID: 34021947
20. 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
21. Tomás C, Colmorn L, Rasmussen S, Lidegaard Ø, Pinborg A, Andersen AN. *Annual incidence of severe ovarian hyperstimulation syndrome. Dan Med J.* 2021; 68: A12190738. PMID: 33543701

22. 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
23. Lidegaard Ø, Cueto HTØ, Frøslev PA, Bautz A, Odby A. Dansk kvalitetsdatabase for tidlig graviditet og abort. Tigrab årsrapport 2019-20. RKKP 2021; 1-91.

