

Dansk Kvalitetsdatabase for Tidlig Graviditet og Abort (TiGrAb)

Årsrapport 2022/23
1. juli 2022 - 30. juni 2023

20/12 2023
Offentlig

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

© RKKP 2022/23

Udarbejdet af:

RKKP's Videncenter med faglig sparring fra
formandsskabet i TiGrAb. Årsrapporten er auditeret af
styregruppen for TiGrAb.

Henvendelse til:

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

Udgiver:

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)
Hedeager 3
8200 Aarhus N

www.rkkp.dk

Version: Offentlig (20. december 2023)

Versionsdato: 27. september 2023 (kørsel af tabeller)

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Indhold

1. Konklusioner og anbefalinger	5
2. Kort oversigt over TiGrAb-populationen	7
3. Indikatorresultater på landsplan	9
Samlede indikatorresultater på landsplan	9
Samlede indikatorresultater på afdelingsniveau	10
4. Indikatorresultater	11
Indikator 1: Evakuering af 1. trimester spontan abort	11
Indikator 2: Medicinsk koderegistrering af ikke-evakuerede 1. trimester missed abortion	14
Indikator 3: Evakuering af medicinsk behandlet 1. trimester missed abortion	18
Indikator 4: Evakuering af 2. trimester spontan abort	21
Indikator 5a: Evakuering af 2. trimester medicinsk behandlet missed abortion og medicinsk indiceret provokeret abort	24
Indikator 5b: Evakuering af 2. trimester missed abortion og provokeret abort	27
Indikator 6: Operation af ekstrauterin graviditet	29
Indikator 7: Medicinsk behandling af 1. trimester provokeret abort	32
Indikator 8: 1. trimester provokeret abort før 8 uger	35
Indikator 9: Evakuering af medicinsk behandlet 1. trimester provokeret abort før 9 uger	38
Indikator 10: Re-evakuering af kirurgisk behandlet 1. trimester provokeret abort	41
Indikator 10a: Re-evakuering af kirurgisk behandlet 1. trimester provokeret abort (GA 4+0 til 8+6) (supplerende indikator)	44
Indikator 10b: Re-evakuering af kirurgisk behandlet 1. trimester provokeret abort (GA 9+0 til 12+6) (supplerende indikator)	45
5. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	46
6. Datagrundlag og datakvalitet	47
Dataindsamling og metode	47
Anvendte kvalitetsindikatorer	48
Validitet	48
Statistisk analyse	48
7. Styregruppen	49
8. Regionale kommentarer	50
Appendiks 1. Tilgrundegået graviditet, 1. trimester	52
Oversigt over tilgrundegået graviditet (både 1. trimester og 2. trimester)	52
Miscarriages i Danmark 2001/02-2022/23	52
1. trimester spontan abort	54
1. trimester missed abort	58
Appendiks 2. Tilgrundegået graviditet, 2. trimester	64
2. trimester spontan abort	65
Evakuering af 2. trimester spontan abort	66

2. trimester missed abort	68
Appendiks 3. Ekstrauterin graviditet	73
Graviditet med ukendt lokalisation (PUL= pregnancy unknown localisation)	78
Appendiks 4. Mola hydatidosa	79
Appendiks 5. Provokeret abort, 1. trimester	82
Kirurgisk evakuering efter medicinsk induceret abort	86
Re-evakuering efter kirurgisk abort	88
Blødning efter provokeret abort	89
Infektion efter provokeret abort	90
Udviklingen i provokerede aborter i forskellige aldersgrupper	90
Appendiks 6. Provokeret abort, 2. trimester	92
Evacuatio efter 2. trimester (provokeret) abort	94
Appendiks 7. Etablering og udfald af graviditeter i Danmark	95
ART og IUI graviditeter	96
Appendiks 8. Graviditeter i Danmark	99
Appendiks 9. Kodevejledning	101
Appendiks 10. Ordliste	104
Appendiks 11. Publikationer 2018-2022 hvor graviditetsdata har været anvendt	105
Appendiks 12. Vejledning i fortolkning af resultater	106

1. Konklusioner og anbefalinger

Overordnet ses fortsat en positiv udvikling i andelen af spontane aborter, som efterfølgende må evakueres – både i 1. trimester og 2. trimester. Der er fortsat udfordringer med medicinsk koderegistrering af såvel missed abort, ekstrauterin graviditet samt provokeret abort. Styregruppen opfordrer alle afdelinger til at få kodet rigtigt i de elektroniske journalsystemer (SP og EPJ) samt sikre, at behandlingskoderne overføres til Landspatientregisteret (LPR). På landsplan arbejder vi hen imod ensartede standarder for alle tre typer af 2. trimester aborter (spontan abort, missed abort og provokeret abort). Og vi er godt på vej! Andelen af 1. trimester provokeret abort, som gennemføres før 8 uger, er nået op på 80%. Der er ikke set så høje tal nogen steder i udlandet. Dette afstedkommer også rekordlave evak-rater efter medicinsk provokeret 1. trimester abort. Det kan se ud som om, at vi er nået et steady-state, men vi vil fortsat følge udviklingen. De konkrete forbedringsmuligheder inden for området tidlig graviditet er gennemgået under hvert afsnit.

Indikator 1: Evakuering af 1. trimester spontan abort (Standard <15%)

Standarden er opfyldt på landsplan og på regionsniveau, og der ses en fortsat positiv udvikling i andelen af 1. trimester spontane aborter, som evakueres. Det bemærkes, at indikatoren (i modsætning til tidligere) nu inkluderer evacuatio'er, under såvel primære som evt. sekundære kontakter.

Uændret standard <15%.

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

I dag har i gennemsnit 64% af kvinder, med ikke-evakueret missed abortion, en medicinsk behandlingskode. Vi stadig er langt fra standarden på > 80%.

Uændret standard >80%.

Indikator 3: Evakuering af medicinsk behandlet 1. trimester missed abortion (Standard <15%)

På landsplan evakueres nu 14% efter medicinsk behandling, og indikatorstandarden er dermed opfyldt på landsplan. Det bemærkes, at kun afdelinger, med >50% i indikator 2, indgår i opgørelsen af indikator 3. Da alle nu anbefales behandlet også med Mifepriston, bibeholdes standarden på <15%.

Uændret standard <15%.

Indikator 4: Evakuering af 2. trimester Spontan abort (Nuværende standard <25%)

På landsplan evakueres i gennemsnit 21% af kvinder med spontan 2. trimester abort, og dermed er standarden opfyldt på landsplan og for alle fem regioner.

Anbefaling: Lad os rykke standarden for de spontane aborter til 20%.

Ny standard <20%.

Indikator 5: Evakuering af 2. trimester medicinsk behandlet missed abort og medicinsk induceret provokeret abort (Standard <15% (5a) og <10% (5b))

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

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

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

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

Samlet opereres nu 68%, hvilket er et fald i forhold til tidligere år. På afdelingsniveau varierer andelen af kvinder med ekstrauterin graviditet, som opereres fra 37% til 85%, så forskellene mellem afdelingerne er mindsket. At nogle afdelinger ligger lavt skyldes sandsynligvis, at PUL-diagnoserne dækker over en række ekstrauterine graviditeter, som netop ikke opereres. Da PUL nu anbefales at udgå, fastholdes standarden.

Anbefaling: I gennemsnit bør under 70% opereres. De resterende 30% udgøres dels af de som ekspekteres og dels af de som får methotrexatbehandling. Sidstnævnte bedes venligst kodet (se afsnittet).

Uændret standard <70%.

Indikator 7: Medicinsk behandling af 1. trimester provokeret abort (Standard >80%.)

Indikatoren bliver gjort op på regionsniveau. Samme gælder for indikator 8.

Uændret standard >80%.

Indikator 8: 1. trimester provokeret abort før 8 uger (Standard >70%). Alle opfylder denne standard, men vi vil gerne følge, om dette rykker sig yderligere.

Uændret standard >70%.

Indikator 9: Evakuering af medicinsk behandlet 1. trimester provokeret abort før 9 uger (Standard <4%)

Uændret standard <4%.

Indikator 10: Re-evakuering af kirurgisk behandlet 1. trim. provokeret abort (Standard <3%)

Re-evacuatio-raten ligger nu på 1,8%, hidtil laveste rate. Før 9 uger er re-evacuatio andelen 2,1% og ≥ 9 uger på 1,7%. Denne forskel er ikke af en størrelse, som fremadrettet nødvendiggør stratificerede opgørelser.

Uændret standard <3%.

God læselyst.

På styregruppens vegne,

Øjvind Lidegaard

2. Kort oversigt over TiGrAb-populationen

Tabel 1. Graviditetsudfald i perioden 2018/19 til 2022/23.

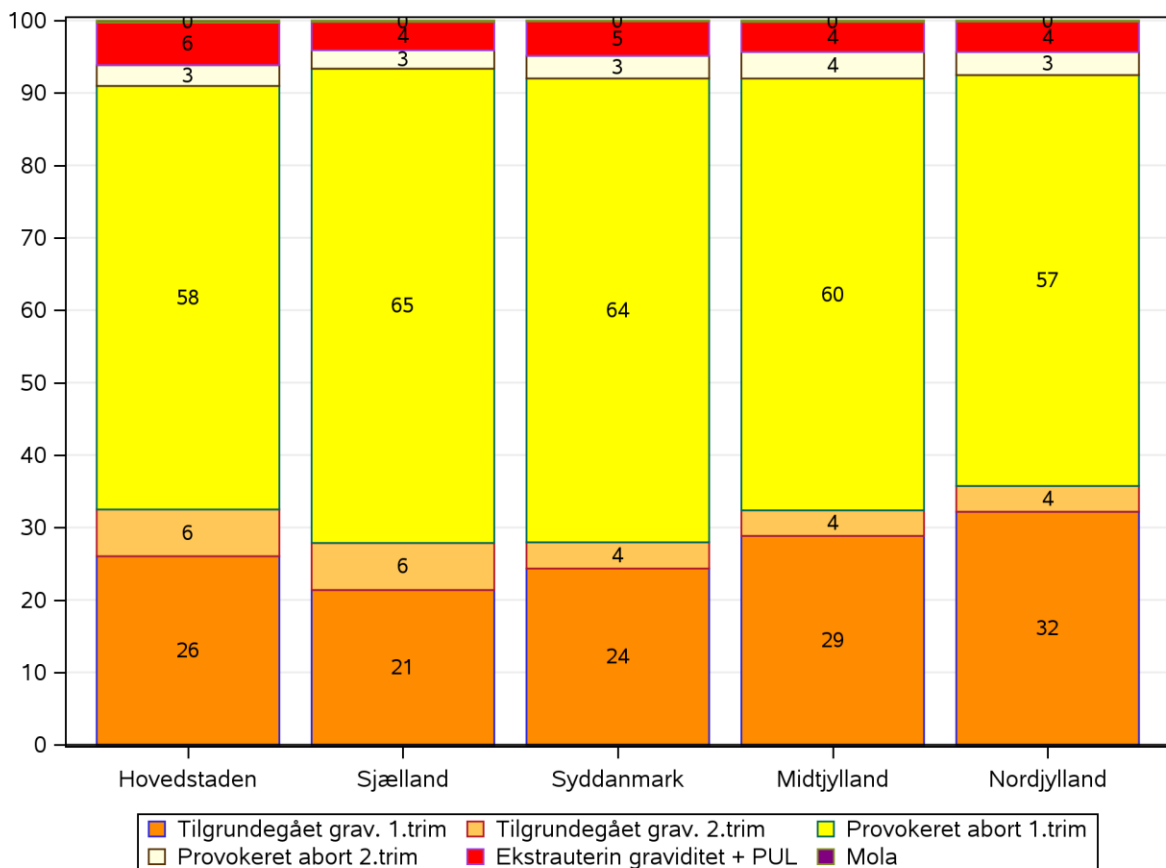
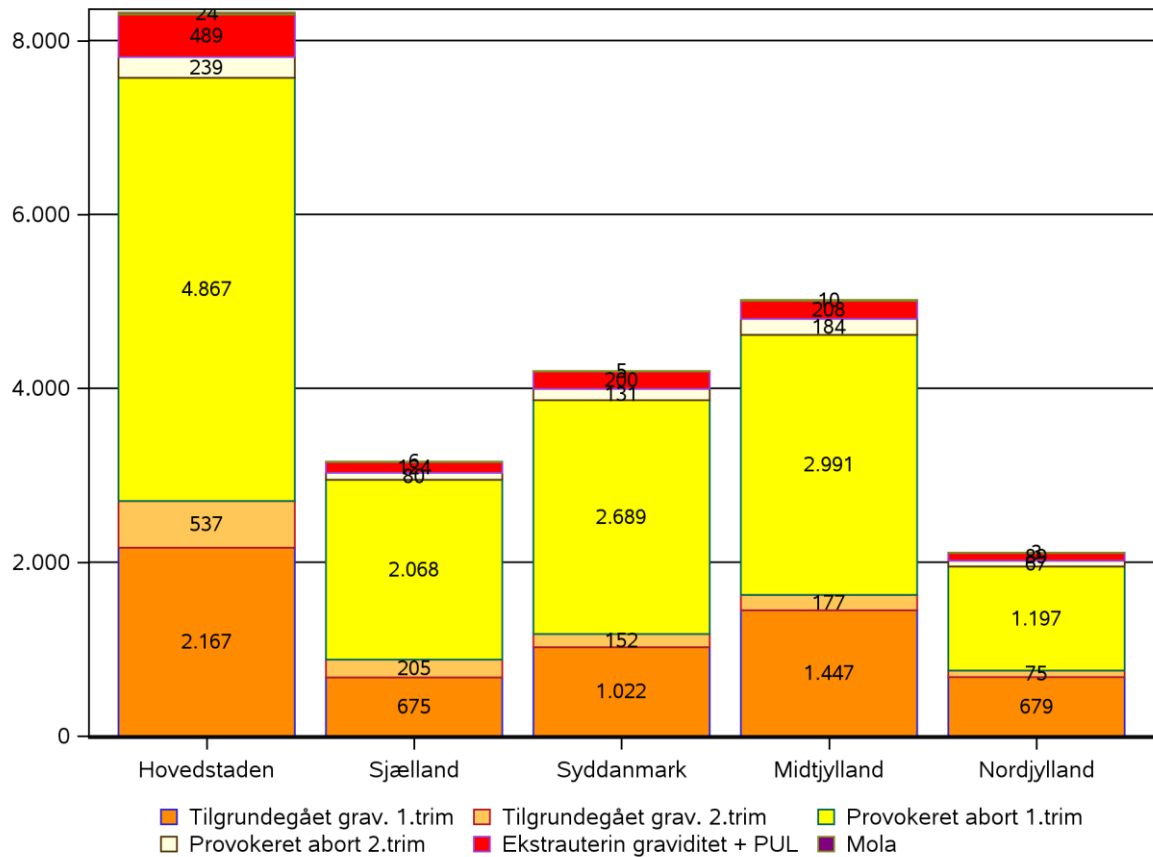
Graviditetsudfald	2022/23	2021/22	2020/21	2019/20	2018/19
Tilgrundegået graviditet	7.136	7.402	8.386	8.208	8.497
1. trimester	5.990	6.359	7.075	6.890	7.469
Spontan	1.955	2.183	2.685	2.819	3.005
Komplet	1.218	1.262	1.506	1.563	1.738
Inkomplet	737	921	1.179	1.256	1.267
Missed	4.035	4.176	4.390	4.071	4.464
2. trimester	1.146	1.043	1.311	1.318	1.028
Spontan	354	306	439	422	356
Komplet	204	173	226	191	176
Inkomplet	150	133	213	231	180
GA 12+0-15+6	270	226	340	327	269
GA 16+0-21+6	84	80	99	95	87
Missed	792	737	872	896	672
Provokeret abort	14.513	14.415	14.348	14.838	14.493
1. trimester	13.812	13.782*	13.720	14.213	13.883
GA <7+0	8.780	8.783	8.785	8.663	8.000
GA 7+0-7+6	2.220	2.252	2.287	2.502	2.464
GA 8+0-8+6	1.236	1.206	1.161	1.328	1.450
GA 9+0-11+6	1.570	1.539	1.461	1.691	1.968
GA andet/ukendt	6	#	26	29	#
Medicinsk	11.698	11.560	11.790	12.027	11.131
Kirurgisk	2.114	2.222	1.930	2.186	2.752
2. trimester	701	633	628	625	610
Ekstrauterin graviditet	893	951	1.020	919	909
PUL	217	251	272	202	368
Mola	48	57	71	75	69

*Antallet af 1. trimester provokerede aborter i 2021/22 er i denne rapport opdateret til 13.782 i forhold til de 12.399 afrapporteret i sidste årsrapport. Det skyldes, at en række SEI-indberettede aborter ikke var blevet indberettet, da vi opgjorde data sidste år.

Tabel 2. Indrapporterede aborttyper på regionsniveau, 2022/23

	Tilgrundegået graviditet (n=7.136)				Provokeret abort (n=14.513)		Øvrige (n=1.158)		
	1. trimester		2. trimester		1. trimester	2. trimester	Ekstrauterin	PUL	Mola
	Spontan	Missed	Spontan	Missed					
Danmark	1.955	4.035	354	792	13.812	701	893	217	48
Hovedstaden	626	1.541	147	390	4.867	239	374	115	24
Sjælland	291	384	59	146	2.068	80	103	21	6
Syddanmark	343	679	51	101	2.689	131	158	42	5
Midtjylland	451	996	65	112	2.991	184	185	23	10
Nordjylland	244	435	32	43	1.197	67	73	16	3

Figur 1. Indrapporterede aborttyper på regionsniveau, 2022/23 (Øverst: antal, nederst: andel i procent)



3. Indikatorresultater på landsplan

Nedenstående oversigtstabel viser de samlede indikatorresultater på landsplan for aktuelle årsrapport, samt de to tidligere års indikatorresultater. Kolonnen 'Standard' angiver det kvalitetsniveau, som styregruppen ønsker at opnå med indikatormonitoreringen, mens 'Uoplyst' angiver antallet af patienter, der er relevant for indikatoren, men som mangler data, der er nødvendige til beregningen. Der er ingen uoplyste i TiGrAbs indikatoropgørelser. Andele >10% er angivet afrundet og uden decimaler i indikatortabellerne.

Samlede indikatorresultater på landsplan

Indikator	Standard	%	Indikatoropfyldelse		
			Uoplyst	01.07.2022 - 30.06.2023	2021/22
			Andel (95% CI)	Andel	Andel
Indikator 1: Andel af 1. trimester spontan abort, som evakueres	< 15	0	10 (8,9-12)	11	13
Indikator 2: Andel af ikke-evakuerede 1. trimester missed abort, som har medicinsk behandlingskode	> 80	0	64 (63-66)	59	62
Indikator 3: Andel af medicinsk behandlede 1. trimester missed abortion, som efterfølgende evakueres	< 15	0	14 (13-16)	17	16
Indikator 4: Andel 2. trimester spontan abort, som evakueres	< 25	0	21 (17-26)	27	28
Indikator 5a: Andel 2. trimester (13+0<=GA<=22+6) medicinsk provokeret eller missed abort, som evakueres på primær kontakt	< 15	0	12 (11-15)	13	14
Indikator 5b: Andel 2. trimester (13+0<=GA<=22+6) medicinsk provokeret eller missed abort, som evakueres på sekundær kontakt	< 10	0	20 (17-22)	20	23
Indikator 6: Andel ekstrauterin graviditet, som opereres indenfor 4 uger	< 70	0	68 (65-71)	71	73
Indikator 7: Andel 1. trimester provokeret abort, som behandles primært medicinsk	> 80	0	85 (84-85)	84	86
Indikator 8: Andel 1. trimester provokeret abort, som gennemføres før 8 uger	> 70	0	80 (79-80)	80	81
Indikator 9: Andel 1. trimester medicinsk behandlet provokeret abort, som evakueres	< 4	0	1,4 (1,2-1,7)	2,0	3,0
Indikator 10: Andel 1. trimester kirurgisk behandlet provokeret abort, som re-evakueres	< 3	0	1,8 (1,3-2,5)	1,8	2,4

Samlede indikatorresultater på afdelingsniveau

	Indikatornummer og standard										
	1 < 15	2 > 80	3 < 15	4 < 25	5a < 15	5b < 10	6 < 70	7 > 80	8 > 70	9 < 4	10 < 3
Danmark	10	64	14	21	12	20	68	85	80	1,5	1,8
Bornholm	0	4,8			0	0	50			0	0
Herlev	10	34		26	12	33	58			3,3	1,6
Hillerød	7,7	76	8,4	19	15	26	73			1,2	0,7
Hvidovre	18	79	29	33	7,2	25	70			0,4	1,8
Rigshospitalet	9,7	34		23	11	28	48			1,9	1,1
Øvrige, Hovedstaden								84	84	1,2	2,7
Holbæk	11	71	4,0	0	11	11	37			0,5	2,0
Nykøbing F	15	18		18	8,3	29	70*			4,5	4,9
Roskilde	8,1	77	19	40	13	25	58			6,7	6,7
Slagelse	19	82	7,7	11	10	13	72			0,9	3,0
Øvrige, Sjælland								80	70*	1,8	0
Esbjerg	6,2	59	9,8	0	5,3	11	62			1,6	3,1
Kolding	15*	56	12	11	19	15	67			0,9	0,8
Odense	7,8	56	8,3	17	11	9,4	75			0	0
Sønderjylland	11	78	21	0	0	8,3	65			5,3	0
Øvrige, Syddanmark								86	81	1,1	0
Aarhus	10	65	9,2	26	23	20	83			0	29
Gødstrup	2,5	86	6,8	27	24	12	85			0,8	0
Horsens	8,5	78	16	10	16	9,4	59			1,2	2,2
Randers	5,8	98	11	15	7,5	7,5	78			1,3	2,1
Viborg	2,3	72	4,9	50	17	8,3	74			1,8	0
Øvrige, Midtjylland								87	79	1,4	0
Aalborg	11	64	16	9,1	15*	7,5	75			0,8	0
Thisted	7,5	24		0	25	25	50			2,3	0
Vendsyssel	11	78	17	32	0	38	72			3,8	0
Øvrige, Nordjylland								87	80	0	0

Markeret med fed (grøn baggrund): Standarden er opfyldt.

Markeret med grå baggrund: Indikatorresultat ikke opgjort for afdelingen.

*Indikatorresultat afrundet til standarden, men opfylder ikke standarden.

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

4. Indikatorresultater

Indikator 1: Evakuering af 1. trimester spontan abort

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

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

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

	Standard < 15% opfyldt	Tæller/ nævner	Aktuelle år 01.07.2022 - 30.06.2023		Tidligere år	
			Andel	95% CI	2021/22 Andel	2020/21 Andel
Danmark	Ja	200 / 1.955	10	(8,9-12)	11	13
Hovedstaden	Ja	76 / 626	12	(9,7-15)	10	14
Sjælland	Ja	39 / 291	13	(9,7-18)	16	11
Syddanmark	Ja	34 / 343	9,9	(7,0-14)	11	14
Midtjylland	Ja	25 / 451	5,5	(3,6-8,1)	10,0	11
Nordjylland	Ja	26 / 244	11	(7,1-15)	13	15
Hovedstaden	Ja	76 / 626	12	(9,7-15)	10	14
Bornholm	Ja	0 / 21	0	(0-16)	0	4,2
Herlev	Ja	20 / 195	10	(6,4-15)	8,1	14
Hillerød	Ja	7 / 91	7,7	(3,1-15)	7,4	9,2
Hvidovre	Nej	40 / 226	18	(13-23)	15	20
Rigshospitalet	Ja	9 / 93	9,7	(4,5-18)	9,2	8,1
Sjælland	Ja	39 / 291	13	(9,7-18)	16	11
Holbæk	Ja	9 / 85	11	(5,0-19)	4,5	11
Nykøbing	Ja	8 / 55	15	(6,5-27)	15	6,7
Slagelse	Nej	17 / 89	19	(12-29)	21	9,2
Roskilde	Ja	5 / 62	8,1	(2,7-18)	19	15
Syddanmark	Ja	34 / 343	9,9	(7,0-14)	11	14
Esbjerg	Ja	5 / 81	6,2	(2,0-14)	8,9	15
Kolding	Nej	14 / 92	15	(8,6-24)	15	14
Odense	Ja	9 / 116	7,8	(3,6-14)	9,8	15
Sønderjylland	Ja	6 / 54	11	(4,2-23)	8,1	14
Midtjylland	Ja	25 / 451	5,5	(3,6-8,1)	10,0	11
Aarhus	Ja	10 / 100	10	(4,9-18)	11	18
Gødstrup	Ja	# / #	2,5	(0,3-8,6)	7,8	8,5
Horsens	Ja	6 / 71	8,5	(3,2-17)	13	13
Randers	Ja	4 / 69	5,8	(1,6-14)	6,8	8,8
Viborg	Ja	3 / 130	2,3	(0,5-6,6)	9,2	7,1
Nordjylland	Ja	26 / 244	11	(7,1-15)	13	15
Aalborg	Ja	12 / 106	11	(6,0-19)	12	13
Thisted	Ja	3 / 40	7,5	(1,6-20)	13	6,3
Vendsyssel	Ja	11 / 98	11	(5,7-19)	14	22

Kommentar til indikator 1

Datagrundlag

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

Resultater

I 2022/23 er der registreret 1.955 kvinder der aborterer spontant i 1. trimester. Heraf bliver 200 evakueret svarende til 10% på landsplan. Hermed er den nye standard på <15% opfyldt både på landsplan og regionsniveau. Andelen er fortsat faldende fra 16% i 2019/20, 13% i 2020/21 og 11% i 2021/22 til nu 10% i 2022/23. På regionsniveau varierer andelen fra 5,5% (Region Midtjylland) til 13% (Region Sjælland). Kun tre ud af de 21 afdelinger (Hvidovre: 18%, Slagelse: 19% og Kolding: 15%) opfylder ikke standarden, mens 18 afdelinger opfylder den nye standard.

Fig. 1.3 i Appendiks 1, Fig. 1.3 viser udvikling i andelen af kvinder med 1. trimester spontan abort, som evakueres under den primære kontakt. Med overgang til LPR3 i 2019, har evacuatio raten været beregnet som summen af primære og sekundære evacuatioer, som vist i **Fig. 1.4a**.

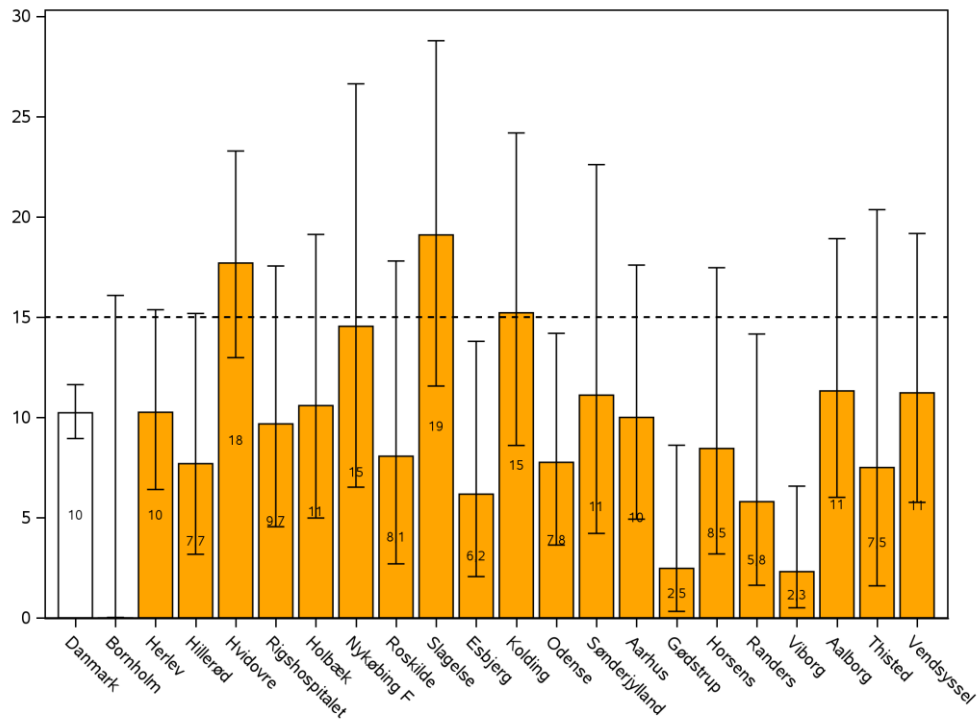
Diskussion og implikationer

Vi startede ud med 30% evakuerede i 2001/2002, og ligger nu på 10%. Det er en reduktion på 67%. Set over de senere år, klarer Region Midtjylland sig bedst.

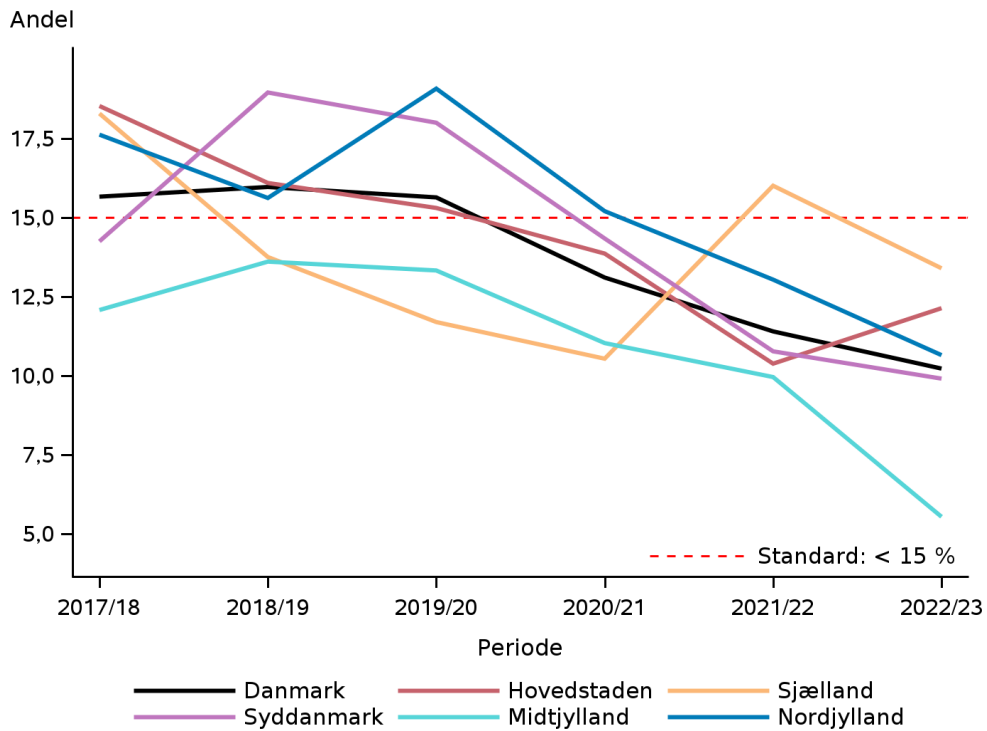
Vurdering af indikatoren

Fortsat relevant, og vi lykkes med at reducere andelen med 1-2 procentpoint om året. Standarden, som blev sænket til <15% sidste år, fastholdes.

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



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



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

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

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

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

	Standard > 80% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.07.2022 - 30.06.2023		Tidligere år		
				Andel	95% CI	2021/22 Antal	2021/22 Andel	2020/21 Andel
Danmark	Nej	2.093 / 3.252	0 (0)	64	(63-66)	1.931 / 3.249	59	62
Hovedstaden	Nej	665 / 1.159	0 (0)	57	(54-60)	540 / 1.140	47	50
Sjælland	Nej	197 / 298	0 (0)	66	(60-71)	190 / 342	56	40
Syddanmark	Nej	341 / 570	0 (0)	60	(56-64)	308 / 533	58	67
Midtjylland	Nej	651 / 841	0 (0)	77	(74-80)	666 / 877	76	78
Nordjylland	Nej	239 / 384	0 (0)	62	(57-67)	227 / 357	64	71
Hovedstaden	Nej	665 / 1.159	0 (0)	57	(54-60)	540 / 1.140	47	50
Bornholm	Nej	## / ##	0 (0)	4,8	(0,1-24)	5 / 9	56	0
Herlev	Nej	111 / 327	0 (0)	34	(29-39)	133 / 331	40	63
Hillerød	Nej	167 / 221	0 (0)	76	(69-81)	177 / 217	82	68
Hvidovre	Nej	326 / 414	0 (0)	79	(74-83)	219 / 376	58	53
Rigshospitalet	Nej	60 / 176	0 (0)	34	(27-42)	6 / 207	2,9	2,0
Sjælland	Nej	197 / 298	0 (0)	66	(60-71)	190 / 342	56	40
Holbæk	Nej	50 / 70	0 (0)	71	(59-82)	68 / 82	83	59
Nykøbing F	Nej	10 / 56	0 (0)	18	(8,9-30)	9 / 68	13	9,8
Roskilde	Nej	72 / 93	0 (0)	77	(68-85)	43 / 108	40	26
Slagelse	Ja	65 / 79	0 (0)	82	(72-90)	70 / 84	83	65
Syddanmark	Nej	341 / 570	0 (0)	60	(56-64)	308 / 533	58	67
Esbjerg	Nej	51 / 86	0 (0)	59	(48-70)	63 / 93	68	69
Kolding	Nej	91 / 162	0 (0)	56	(48-64)	123 / 158	78	73
Odense	Nej	132 / 236	0 (0)	56	(49-62)	65 / 214	30	52
Sønderjylland	Nej	67 / 86	0 (0)	78	(68-86)	57 / 68	84	88
Midtjylland	Nej	651 / 841	0 (0)	77	(74-80)	666 / 877	76	78
Aarhus	Nej	152 / 235	0 (0)	65	(58-71)	195 / 225	87	83
Gødstrup	Ja	148 / 172	0 (0)	86	(80-91)	129 / 171	75	84
Horsens	Nej	147 / 188	0 (0)	78	(72-84)	98 / 174	56	63
Randers	Ja	101 / 103	0 (0)	98	(93-100)	141 / 147	96	97
Viborg	Nej	103 / 143	0 (0)	72	(64-79)	103 / 160	64	67
Nordjylland	Nej	239 / 384	0 (0)	62	(57-67)	227 / 357	64	71
Aalborg	Nej	174 / 270	0 (0)	64	(58-70)	141 / 208	68	73
Thisted	Nej	11 / 45	0 (0)	24	(13-40)	16 / 58	28	39
Vendsyssel	Nej	54 / 69	0 (0)	78	(67-87)	70 / 91	77	81

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

Kommentar til indikator 2

Datagrundlag

Indikatoren måler andelen af ikke-evakueret 1. trimester missed abortion, som har en medicinsk behandlingskode. I beregningen indgår diagnosekoderne DO021 (Graviditet med dødt retineret foster, inkl. underkoder) og DO020 (Graviditet uden erkendt foster). En kvinde må, ved det indledende udtræk for en 12 ugers periode, kun forekomme én gang med en DO020/21 diagnose. Hvis flere, anvendes kun den første, hvor der samtidig er en BKHD42/50/52 eller KMBA00/03 kode. Alle missed abortion med GA 4+0 til 11+6 samt ukendt GA inkluderes i beregningen. I beregningen ekskluderes desuden registreringer på kirurgiske afdelinger og privathospitaler. I 2022/23 rapporten er BKHD42 (Medicinsk induceret tidlig abort med antiprogesteron og prostaglandin) inkluderet i tæller, da nogle afdelinger (særligt Rigshospitalet og Odense) fortsat anvender denne kode i forbindelse med missed abortion.

Resultater

Andelen af ikke-evakuerede 1. trimester missed abortions, som har en medicinsk behandlingskode, når i 2022/23 op på 64%. Standarden på >80% er, på trods af den positive udvikling, fortsat hverken opfyldt på landsplan eller regionsniveau. Kun tre afdelinger (Slagelse, Gødstrup og Randers) får kodet tilfredsstillende. Medicinsk koderegistrering er steget betydeligt de seneste 10 år fra 29% i 2012/13 til 64% i 2022/23 (Appendiks 1, **Fig. 1.8**), skønt andelen stadig ligger langt under standarden. Der er fortsat stor variation på regions- og afdelingsniveau. Region Midtjylland ligger højest med 77%, mens Region Hovedstaden ligger på 57%. På afdelingsniveau varierer andelen mellem 4,8% (Bornholm) og 98% (Randers).

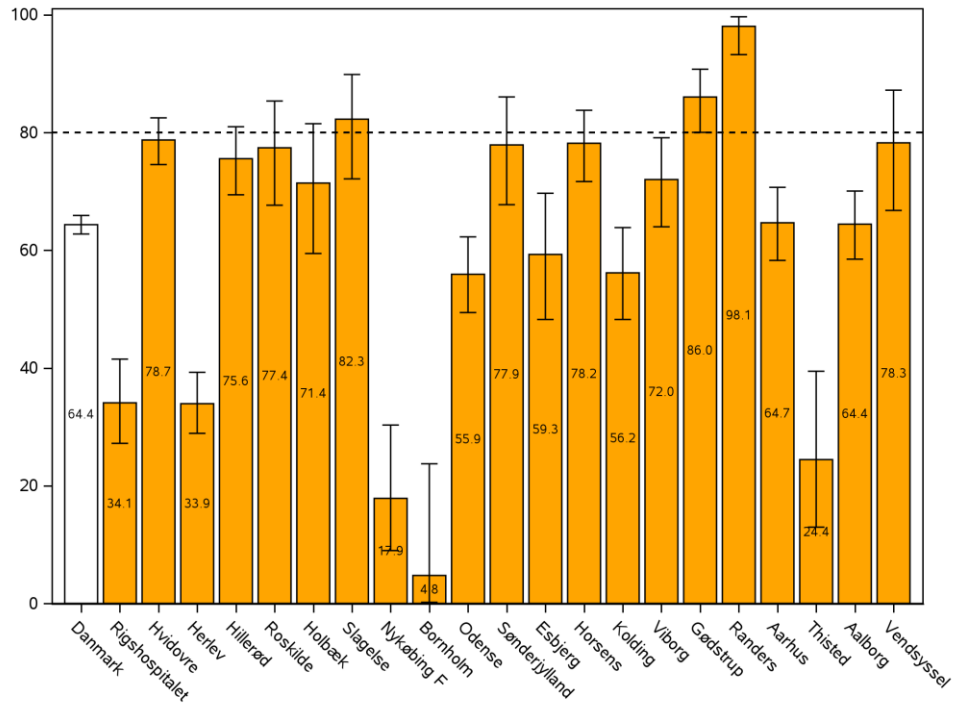
Diskussion og implikationer

Principielt må vi forvente, at alle med missed abortion, som ikke primært er evakueret, er behandlet medicinsk (nogle få kan også have valgt ekspekterende behandling) og derfor burde have haft en medicinsk behandlingskode. Denne registreringspraksis lader, som det fremgår, fortsat en del tilbage at ønske. Specielt bør man være opmærksom på at få kodet rigtigt i SP og sikre, at behandlingskoderne overføres til LPR. På Rigshospitalet har problemet været, at den indberettede kode har været BKHD42 og ikke BKHD52 (jf. opdaterede kodeark (Appendiks 9)). I løbet af 2020 anvendte alle afdelinger antiprogesteron i forbindelse med medicinsk behandling af missed abortion. Dette indebærer både flere medicinske afslutninger og en højere effektivitet af disse afslutninger. Landsgennemsnittet har sneget sig op over 50%, og det er Region Midtjylland, som klarer registreringerne bedst. Randers klarer sig bedst, og har bl.a. en god sekretæropbakning i forbindelse med koderegistreringen.

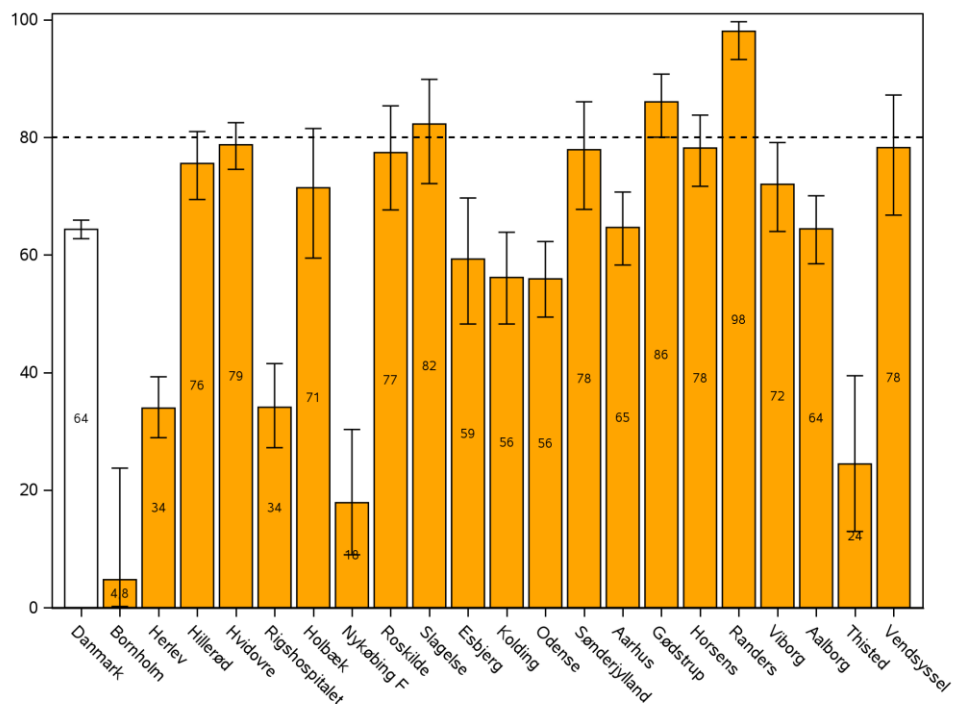
Vurdering af indikatoren

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 standard. Denne registrering er også nødvendig for at kunne vurdere indikator 3. I Region Hovedstaden og Region Sjælland er der etableret en ny algoritme for tidlig graviditet, som kan anvendes, og som indebærer, at de korrekte koder har stor chance for at blive anvendt, hvilket forventes at løfte kodekvaliteten.

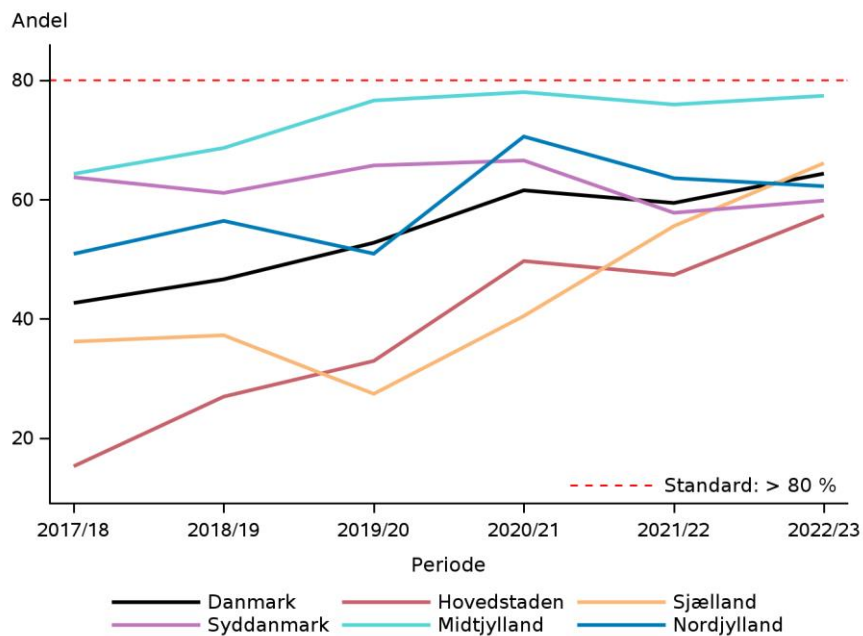
Indikator 2 vist grafisk på afdelingsniveau: Andel af ikke-evakuerede 1. trimester missed abort, som har medicinsk behandlingskode



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



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



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

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

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

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	< 15% opfyldt			01.07.2022 - 30.06.2023	Andel	95% CI	2021/22	2020/21
Danmark	Ja	270 / 1.900	0 (0)	14	(13-16)	265 / 1.659	16	16
Hovedstaden	Nej	108 / 493	0 (0)	22	(18-26)	63 / 401	16	16
Sjælland	Ja	21 / 187	0 (0)	11	(7,1-17)	21 / 138	15	17
Syddanmark	Ja	41 / 341	0 (0)	12	(8,8-16)	41 / 243	17	14
Midtjylland	Ja	64 / 651	0 (0)	9,8	(7,7-12)	100 / 666	15	15
Nordjylland	Nej	36 / 228	0 (0)	16	(11-21)	40 / 211	19	20
Hovedstaden	Nej	108 / 493	0 (0)	22	(18-26)	63 / 401	16	16
Bornholm						0 / 5	0	
Herlev								21
Hillerød	Ja	14 / 167	0 (0)	8,4	(4,7-14)	11 / 177	6,2	5,7
Hvidovre	Nej	94 / 326	0 (0)	29	(24-34)	52 / 219	24	18
Sjælland	Ja	21 / 187	0 (0)	11	(7,1-17)	21 / 138	15	17
Holbæk	Ja	2 / 50	0 (0)	4,0	(0,5-14)	7 / 68	10	18
Roskilde	Nej	14 / 72	0 (0)	19	(11-30)			
Slagelse	Ja	5 / 65	0 (0)	7,7	(2,5-17)	14 / 70	20	17
Syddanmark	Ja	41 / 341	0 (0)	12	(8,8-16)	41 / 243	17	14
Esbjerg	Ja	5 / 51	0 (0)	9,8	(3,3-21)	6 / 63	9,5	9,7
Kolding	Ja	11 / 91	0 (0)	12	(6,2-21)	27 / 123	22	12
Odense	Ja	11 / 132	0 (0)	8,3	(4,2-14)			13
Sønderjylland	Nej	14 / 67	0 (0)	21	(12-33)	8 / 57	14	19
Midtjylland	Ja	64 / 651	0 (0)	9,8	(7,7-12)	100 / 666	15	15
Aarhus	Ja	14 / 152	0 (0)	9,2	(5,1-15)	20 / 195	10	13
Gødstrup	Ja	10 / 148	0 (0)	6,8	(3,3-12)	15 / 129	12	6,7
Horsens	Nej	24 / 147	0 (0)	16	(11-23)	26 / 98	27	29
Randers	Ja	11 / 101	0 (0)	11	(5,6-19)	26 / 141	18	15
Viborg	Ja	5 / 103	0 (0)	4,9	(1,6-11)	13 / 103	13	12
Nordjylland	Nej	36 / 228	0 (0)	16	(11-21)	40 / 211	19	20
Aalborg	Nej	27 / 174	0 (0)	16	(10-22)	17 / 141	12	18
Vendsyssel	Nej	9 / 54	0 (0)	17	(7,9-29)	23 / 70	33	24

	Antal	Årsag
Eksklusion:	783	Udgår: Evacueret
	727	Udgår: Ingen medicinsk behandlingskode registreret
	1	Udgår: Registreret på privat sygehus
	625	Udgår: Afdelingens indikatorresultat 2 er mindre end 50%

Kommentar til indikator 3

Datagrundlag

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

Resultater

Således indgår i år 16 ud af 21 afdelinger i indikator 3 med i alt 1.900 medicinsk behandlet 1. trimester missed abortion (193 kvinder fra hhv. Bornholm, Rigshospitalet, Nykøbing F. og Thisted ekskluderes pga. indikatorresultat $<50\%$ i indikator 2). Ud af disse er 14% (270) efterfølgende blevet evakueret. Den nye standard på $<15\%$ er opfyldt på landsplan og for Region Sjælland (11%), Region Syddanmark (12%) og Region Midtjylland (10%). Otte ud af 16 afdelinger ligger under 10%, mens seks (Hvidovre, Roskilde, Sønderjylland, Horsens, Aalborg og Vendsyssel) ligger over 15%. Det drastiske fald siden 2017/18 synes at flade ud, og andelen har ligget nogenlunde stabilt i de seneste tre opgørelsesperioder.

Diskussion og implikationer

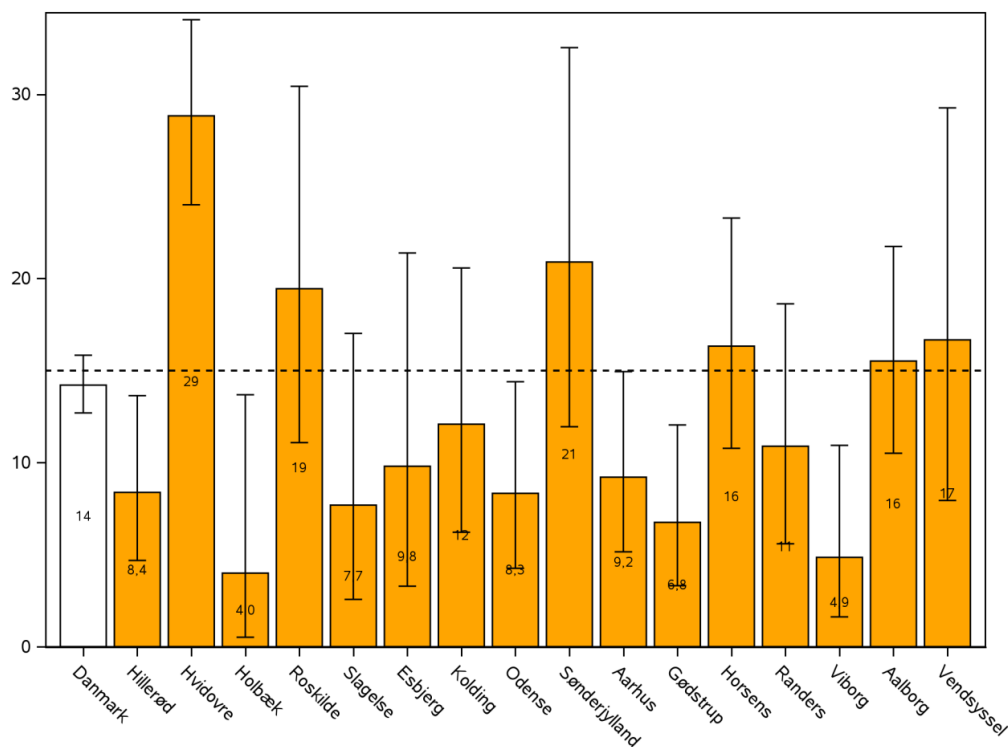
Godt eksempel på hvordan en enkelt videnskabelig publikation afstedkommer en ændret praksis, og at observations-data herefter bekræfter resultaterne af det primære randomiserede forsøg. Et fald i andelen af evakuerede på mere end 50% siden 2018/19.

Nogle afdelinger i Region Midtjylland har i løbet af 2023 ændret praksis, således at man er holdt op med at skanne patienterne efter en uge. Det bliver spændende at se, hvordan evacuatio-raten udvikler sig på disse afdelinger sammenlignet med andre afdelinger. TiGrAb vil kortlægge praksis på de forskellige afdelinger og analysere, hvordan denne praksis korrelerer med næste års evacuatio-rater.

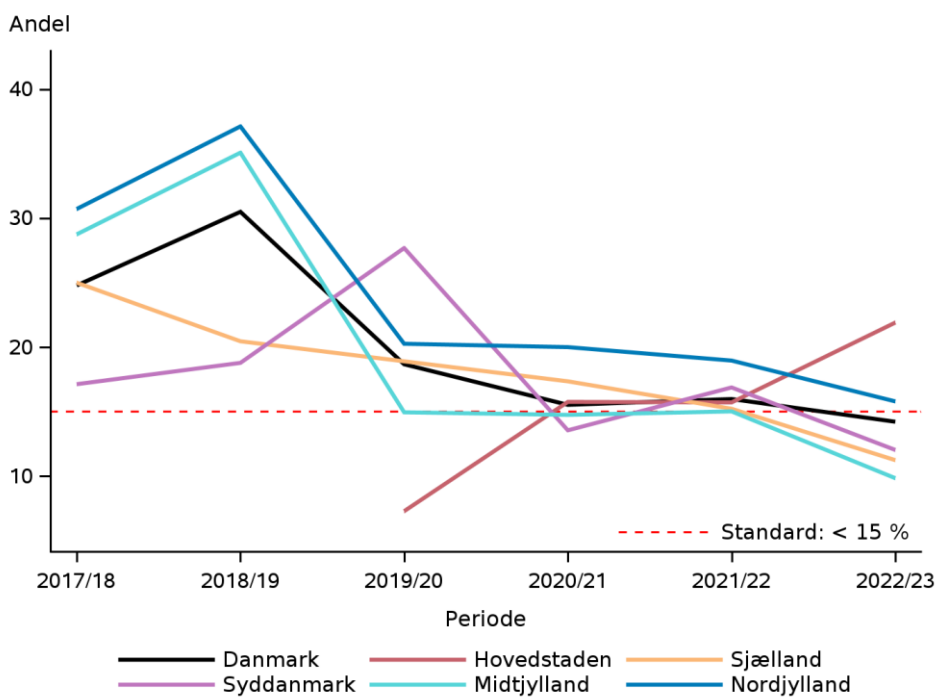
Vurdering af indikatoren

Indikatoren og standarden fastholdes.

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



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



Indikator 4: Evakuering af 2. trimester spontan abort

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

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

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	< 25% opfyldt			01.07.2022 - 30.06.2023	2021/22	2020/21	Andel	Andel
				Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	76 / 354	0 (0)	21	(17-26)	84 / 306	27	28
Hovedstaden	Nej	39 / 147	0 (0)	27	(20-34)	35 / 126	28	29
Sjælland	Ja	10 / 59	0 (0)	17	(8,4-29)	15 / 44	34	31
Syddanmark	Ja	5 / 51	0 (0)	9,8	(3,3-21)	8 / 44	18	16
Midtjylland	Ja	15 / 65	0 (0)	23	(14-35)	22 / 72	31	29
Nordjylland	Ja	7 / 32	0 (0)	22	(9,3-40)	4 / 20	20	41
Hovedstaden	Nej	39 / 147	0 (0)	27	(20-34)	35 / 126	28	29
Bornholm								0
Herlev	Nej	10 / 38	0 (0)	26	(13-43)	7 / 38	18	27
Hillerød	Ja	6 / 32	0 (0)	19	(7,2-36)	5 / 23	22	17
Hvidovre	Nej	18 / 55	0 (0)	33	(21-47)	11 / 35	31	40
Rigshospitalet	Ja	5 / 22	0 (0)	23	(7,8-45)	12 / 30	40	24
Sjælland	Ja	10 / 59	0 (0)	17	(8,4-29)	15 / 44	34	31
Holbæk	Ja	0 / 15	0 (0)	0	(0-22)	2 / 7	29	38
Nykøbing F	Ja	# / #	0 (0)	18	(2,3-52)	1 / 7	14	0
Roskilde	Nej	6 / 15	0 (0)	40	(16-68)	6 / 16	38	46
Slagelse	Ja	# / #	0 (0)	11	(1,4-35)	6 / 14	43	20
Syddanmark	Ja	5 / 51	0 (0)	9,8	(3,3-21)	8 / 44	18	16
Esbjerg	Ja	0 / 6	0 (0)	0	(0-46)	0 / 7	0	30
Kolding	Ja	3 / 27	0 (0)	11	(2,4-29)	5 / 17	29	24
Odense	Ja	# / #	0 (0)	17	(2,1-48)	3 / 15	20	8,3
Sønderjylland	Ja	0 / 6	0 (0)	0	(0-46)	0 / 5	0	7,1
Midtjylland	Ja	15 / 65	0 (0)	23	(14-35)	22 / 72	31	29
Aarhus	Nej	7 / 27	0 (0)	26	(11-46)	14 / 36	39	32
Gødstrup	Nej	3 / 11	0 (0)	27	(6,0-61)	1 / 9	11	0
Horsens	Ja	# / #	0 (0)	10	(0,3-45)	4 / 12	33	33
Randers	Ja	# / #	0 (0)	15	(1,9-45)	0 / 6	0	17
Viborg	Nej	# / #	0 (0)	50	(6,8-93)	3 / 9	33	36
Nordjylland	Ja	7 / 32	0 (0)	22	(9,3-40)	4 / 20	20	41
Aalborg	Ja	# / #	0 (0)	9,1	(0,2-41)	1 / 12	8,3	38
Thisted	Ja	# / #	0 (0)	0	(0-84)			67
Vendsyssel	Nej	6 / 19	0 (0)	32	(13-57)	3 / 8	38	30

Kommentar til indikator 4

Datagrundlag

Indikatoren måler andelen af kvinder med 2. trimester spontan abort (DO03), som evakueres 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

Standarden på <25% er med 21% opfyldt på landsplan og i fire ud af fem regioner (9,8-27%) svarende til, at 76 ud af 354 kvinder, der aborterede spontant i 2. trimester, efterfølgende blev evakueret. 13 afdelinger opfylder standarden. Fire afdelinger (Esbjerg, Sønderjylland, Viborg og Thisted) har færre end 10 i nævner, hvorfor sammenligning på tværs af afdelinger må tolkes med forsigtighed. Det stabile fald fra 2017/18 (ca. 35%) til 21% i 2022/23 ses i alle regioner undtagen Region Sjælland, hvor andelen er noget svingende. De små tal afspejles også i variationen på afdelingsniveau, som ligger på 0-50%.

I **Fig. 2.2** (Appendiks 2) ses, at det absolutte antal af tidlige og sene 2. trimester spontane aborter er faldet i perioden fra 2001/01 til 2022/23. Af **Fig. 2.3** fremgår det, at andelen af kirurgiske evakueringer er faldet fra omkring 60% til omkring 21% efter både tidlig og sen 2. trimester abort.

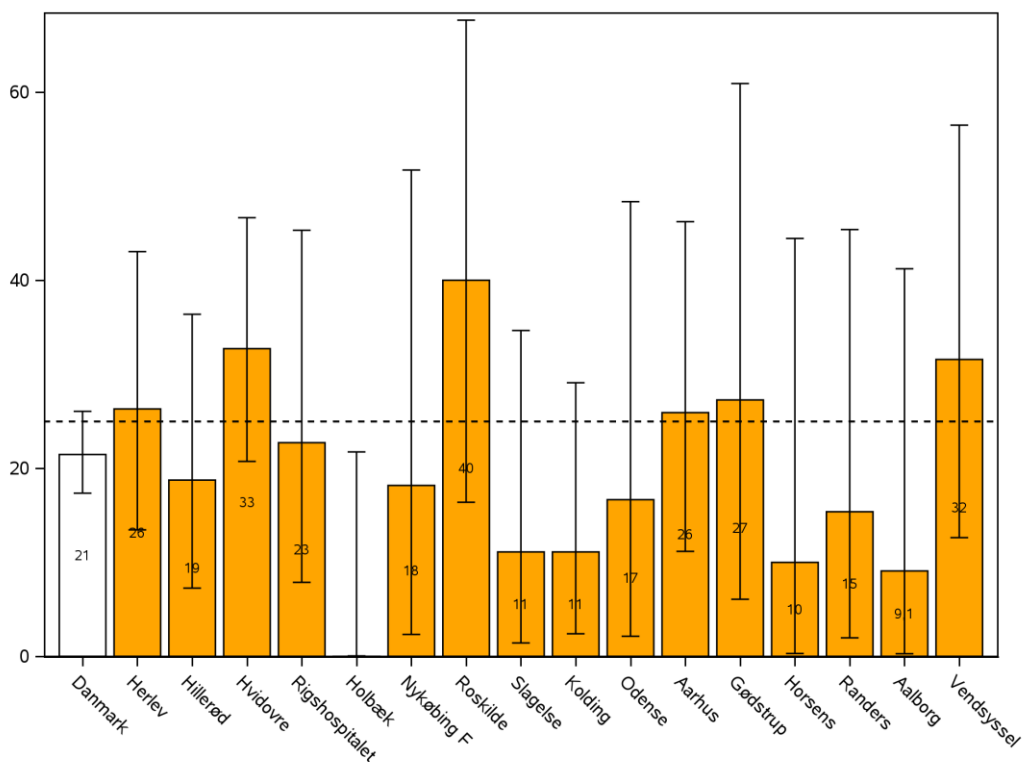
Diskussion og implikationer

Vi startede på 60%, havde 27% sidste år, og 21% i år. Så kom ikke og sig, at vi ikke har rykket os. Men vi skal længere ned i evac-rate ved 2. trimester spontan abort for formentlig at ende på 10-15%

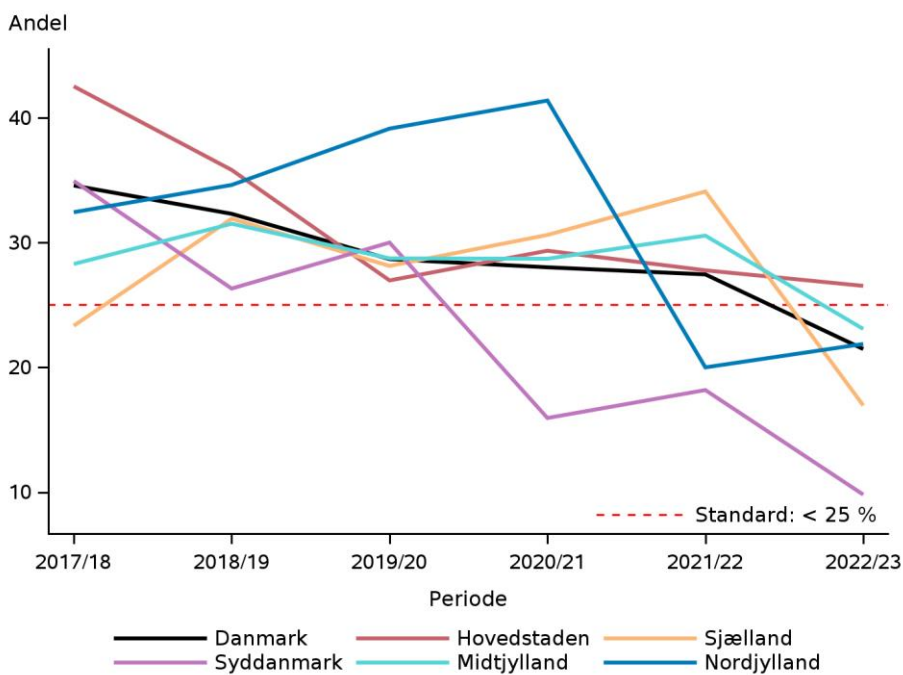
Vurdering af indikatoren

Fortsætter uændret. Fremadrettet sættes standarden på landsplan til <20 %.

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



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



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

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

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

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

	Standard < 15% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.07.2022 - 30.06.2023		Tidligere år		
				Andel	95% CI	2021/22 Antal	Andel	2020/21 Andel
Danmark	Ja	132 / 1.059	0 (0)	12	(11-15)	120 / 923	13	14
Hovedstaden	Ja	45 / 428	0 (0)	11	(7,8-14)	47 / 382	12	12
Sjælland	Ja	16 / 149	0 (0)	11	(6,3-17)	14 / 108	13	16
Syddanmark	Ja	20 / 169	0 (0)	12	(7,4-18)	11 / 166	6,6	9,4
Midtjylland	Nej	41 / 231	0 (0)	18	(13-23)	39 / 188	21	16
Nordjylland	Ja	10 / 82	0 (0)	12	(6,0-21)	9 / 79	11	20
Hovedstaden	Ja	45 / 428	0 (0)	11	(7,8-14)	47 / 382	12	12
Bornholm	Ja	0 / 4	0 (0)	0	(0-60)	1 / 4	25	0
Herlev	Ja	13 / 111	0 (0)	12	(6,4-19)	12 / 89	13	13
Hillerød	Ja	14 / 95	0 (0)	15	(8,3-23)	12 / 93	13	9,8
Hvidovre	Ja	11 / 153	0 (0)	7,2	(3,6-12)	19 / 118	16	13
Rigshospitalet	Ja	7 / 65	0 (0)	11	(4,4-21)	3 / 78	3,8	12
Sjælland	Ja	16 / 149	0 (0)	11	(6,3-17)	14 / 108	13	16
Holbæk	Ja	4 / 37	0 (0)	11	(3,0-25)	1 / 25	4,0	17
Nykøbing F	Ja	# / #	0 (0)	8,3	(1,0-27)	1 / 7	14	24
Roskilde	Ja	6 / 48	0 (0)	13	(4,7-25)	6 / 37	16	18
Slagelse	Ja	4 / 40	0 (0)	10	(2,8-24)	6 / 39	15	7,1
Syddanmark	Ja	20 / 169	0 (0)	12	(7,4-18)	11 / 166	6,6	9,4
Esbjerg	Ja	# / #	0 (0)	5,3	(0,1-26)	2 / 29	6,9	19
Kolding	Nej	12 / 62	0 (0)	19	(10-31)	2 / 41	4,9	2,0
Odense	Ja	7 / 64	0 (0)	11	(4,5-21)	6 / 69	8,7	10
Sønderjylland	Ja	0 / 24	0 (0)	0	(0-14)	1 / 27	3,7	9,7
Midtjylland	Nej	41 / 231	0 (0)	18	(13-23)	39 / 188	21	16
Aarhus	Nej	14 / 60	0 (0)	23	(13-36)	12 / 65	18	15
Gødstrup	Nej	12 / 50	0 (0)	24	(13-38)	11 / 45	24	18
Horsens	Nej	5 / 32	0 (0)	16	(5,3-33)	3 / 19	16	10
Randers	Ja	4 / 53	0 (0)	7,5	(2,1-18)	9 / 32	28	12
Viborg	Nej	6 / 36	0 (0)	17	(6,4-33)	4 / 27	15	30
Nordjylland	Ja	10 / 82	0 (0)	12	(6,0-21)	9 / 79	11	20
Aalborg	Nej	8 / 53	0 (0)	15	(6,7-28)	8 / 51	16	27
Thisted	Nej	# / #	0 (0)	25	(3,2-65)	0 / 7	0	7,7
Vendsyssel	Ja	0 / 21	0 (0)	0	(0-16)	1 / 21	4,8	0

	Antal	Årsag
Eksklusion:	17	Udgår: GA >=23+0
	434	Udgår: Abort udført GA12+0 til 12+6

Kommentar til indikator 5

Datagrundlag

Indikatoren opgør andelen af 2. trimester medicinsk induceret provokeret abort (DO05) eller medicinsk behandlet missed abort (DO020 og DO021), som indenfor 12 uger fra abortdatoen evakueres. Indikatoren er opdelt i to delindikatorer og opgør således aborter, som evakueres i enten den primære kontakt (5a) og/eller i sekundær kontakt (5b). En kvinde kan således indgå i opgørelsen som værende både primært og sekundært evakueret. I beregningen ekskluderes GA 12+0 til 12+6. Mangelfuld registrering af de medicinske behandlingskoder bevirker, at det på den baggrund ikke kan afgøres, om aborten er foretaget medicinsk. For GA 13+0 til 22+6 antages det, at aborten er medicinsk induceret. I opgørelsen af provokerede aborter indgår desuden ukendt GA, da disse implicit bør indgå i DO05 koden (fremkaldt abort efter udgangen af 12. graviditetsuge). Ukendt GA på missed abort er ekskluderet, da langt hovedparten må formodes at være 1. trimester aborter.

Resultater

I 2022/23 blev 1.059 kvinder registreret med 2. trimester medicinsk induceret provokeret eller missed abort. Af disse blev hhv. 12% (132) primært evakueret og/eller 20% (208) blev sekundært evakueret. Andelen af primært evakuerede er som forventet på niveau med de to foregående år og faldet sammenlignet med 2019/20 (18%). Dette skyldes delvist, at betydningen af "primære kontakter" er ændret med implementering af LPR3. Andelen af sekundære evakueringer er fortsat faldende fra ca. 27% i 2019/20 til nuværende 20%. Standarden for primær evakuering på <15% er opfyldt på landsplan og for alle regioner undtagen Region Midtjylland (11-18%), mens standarden for sekundær evakuering på <10% hverken er opfyldt på landsplan eller regionsniveau (11-28%). På afdelingsniveau varierer den primære evakationsrate fra 0% til 24%, men den sekundære evakuationsrate variere fra 8% til 38% (blandt afdelinger med 10 eller flere i nævner)

I **Fig. 2.7** (Appendiks 2) har vi sammenholdt sammenhængen mellem primære og sekundære evacuatio-rate i perioden 2017/18-2022/23. Pga. stor variation mellem afdelingerne, er ikke nogen entydig sammengæng mellem den primære evakuationsrate og sekundære evakuationsrate på afdelingsniveau.

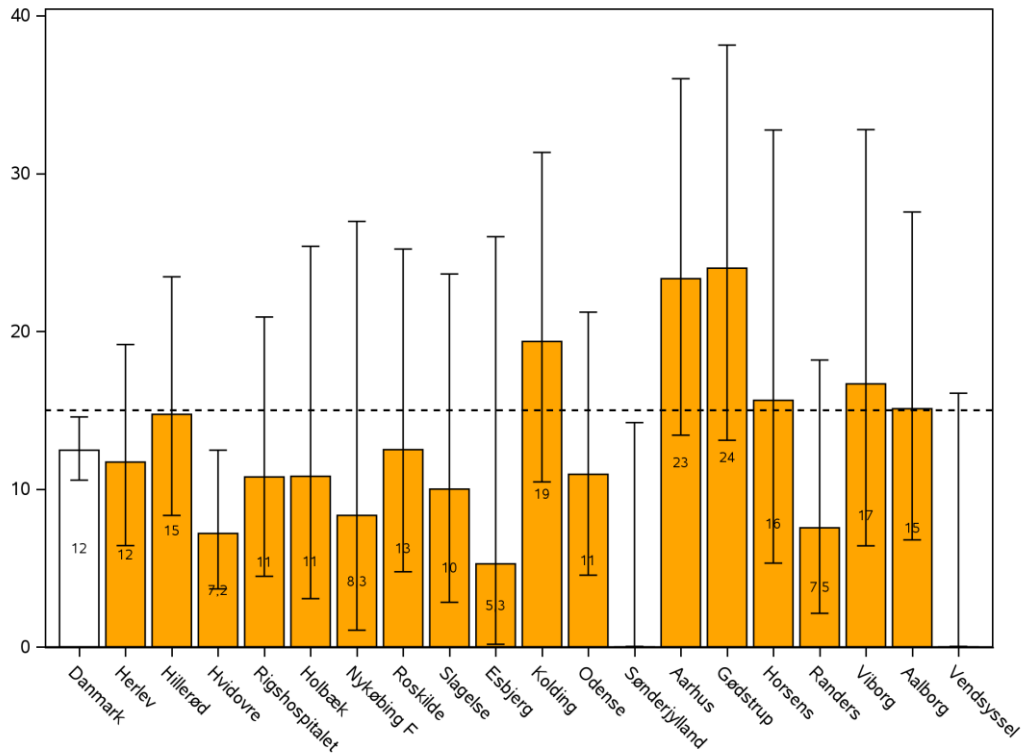
Diskussion og implikationer

På landsplan arbejder vi hen imod ensartede standarder for alle tre typer af 2. trimester abort. Vi vil næste år operere med, at primær-kontakter defineres som inden for første 5 døgn fra diagnosen, og sekundære kontakter som kontakter efter 5 døgn. Det skyldes forskellig praksis vedrørende overflytning mellem forskellige enheder i en afdeling.

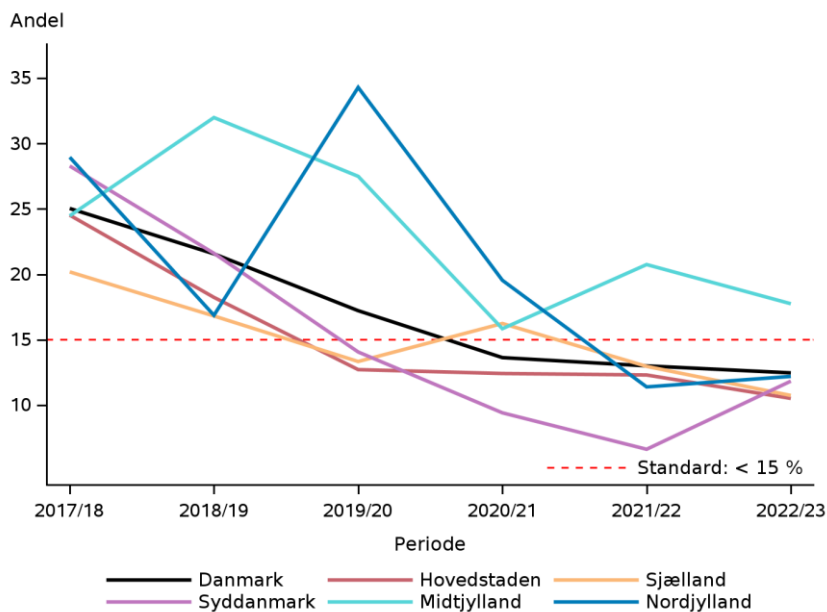
Vurdering af indikatoren

Bibeholdes opdelt, med uændrede standarder for de to indikatorer; 5a <15% og 5b <10%. Fremadrettet vil vi stille mod totale evacuatio rater på <25%, <15% for primære evacuatioer og 10% sekundære evacuatioer ved 2. trimester provokeret og missed abortion. Det er især de sekundære evac-rater, som vi gerne ville have ned.

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



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



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

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

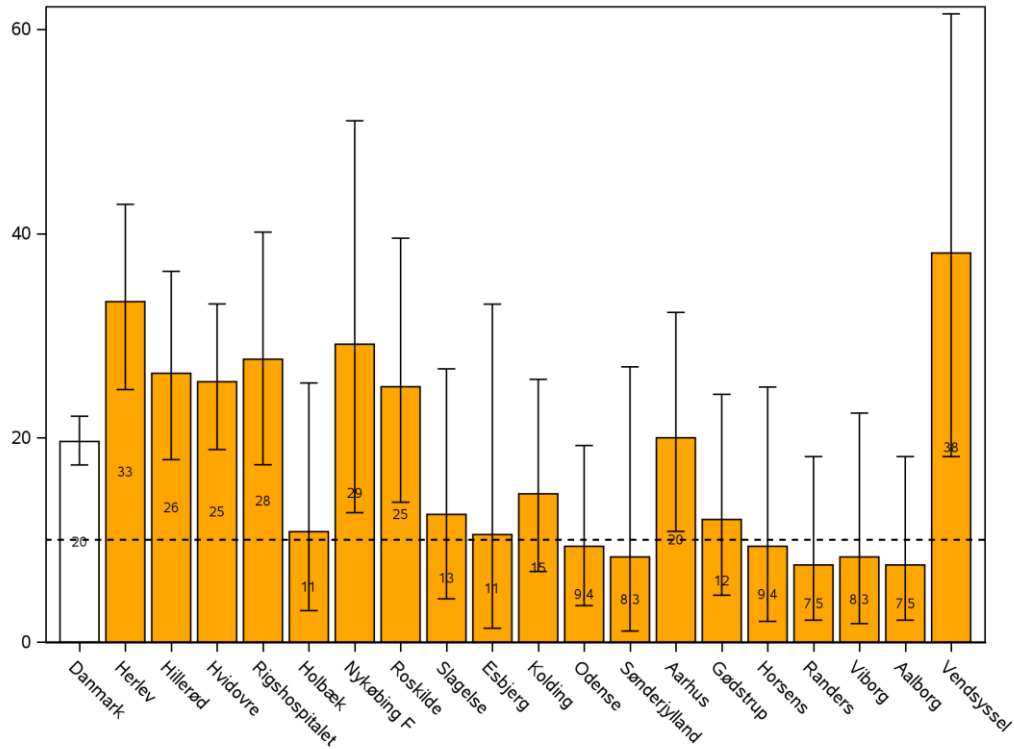
Tæller: Kvinder, som er registreret med en evakueringskode i **sekundære kontakt**

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

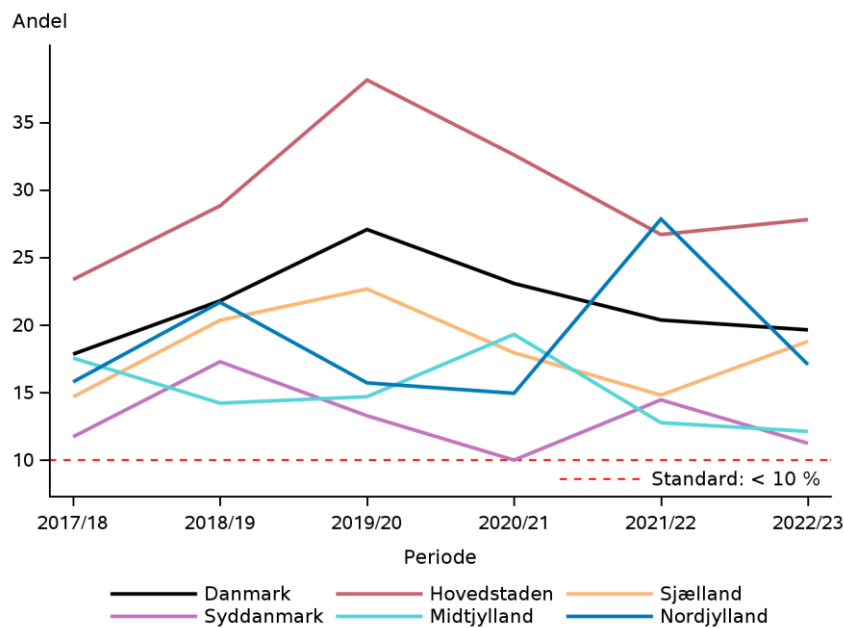
	Standard < 10% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				01.07.2022 - 30.06.2023 Andel	95% CI	2021/22 Antal	2021/22 Andel	2020/21 Andel
Danmark	Nej	208 / 1.059	0 (0)	20	(17-22)	188 / 923	20	23
Hovedstaden	Nej	119 / 428	0 (0)	28	(24-32)	102 / 382	27	33
Sjælland	Nej	28 / 149	0 (0)	19	(13-26)	16 / 108	15	18
Syddanmark	Nej	19 / 169	0 (0)	11	(6,9-17)	24 / 166	14	10
Midtjylland	Nej	28 / 231	0 (0)	12	(8,2-17)	24 / 188	13	19
Nordjylland	Nej	14 / 82	0 (0)	17	(9,7-27)	22 / 79	28	15
Hovedstaden	Nej	119 / 428	0 (0)	28	(24-32)	102 / 382	27	33
Bornholm	Ja	0 / 4	0 (0)	0	(0-60)	2 / 4	50	67
Herlev	Nej	37 / 111	0 (0)	33	(25-43)	26 / 89	29	26
Hillerød	Nej	25 / 95	0 (0)	26	(18-36)	22 / 93	24	21
Hvidovre	Nej	39 / 153	0 (0)	25	(19-33)	35 / 118	30	43
Rigshospitalet	Nej	18 / 65	0 (0)	28	(17-40)	17 / 78	22	34
Sjælland	Nej	28 / 149	0 (0)	19	(13-26)	16 / 108	15	18
Holbæk	Nej	4 / 37	0 (0)	11	(3,0-25)	2 / 25	8,0	6,7
Nykøbing F	Nej	7 / 24	0 (0)	29	(13-51)	2 / 7	29	19
Roskilde	Nej	12 / 48	0 (0)	25	(14-40)	3 / 37	8,1	21
Slagelse	Nej	5 / 40	0 (0)	13	(4,2-27)	9 / 39	23	25
Syddanmark	Nej	19 / 169	0 (0)	11	(6,9-17)	24 / 166	14	10
Esbjerg	Nej	# / #	0 (0)	11	(1,3-33)	3 / 29	10	0
Kolding	Nej	9 / 62	0 (0)	15	(6,9-26)	12 / 41	29	16
Odense	Ja	6 / 64	0 (0)	9,4	(3,5-19)	6 / 69	8,7	12
Sønderjylland	Ja	# / #	0 (0)	8,3	(1,0-27)	3 / 27	11	6,5
Midtjylland	Nej	28 / 231	0 (0)	12	(8,2-17)	24 / 188	13	19
Aarhus	Nej	12 / 60	0 (0)	20	(11-32)	18 / 65	28	29
Gødstrup	Nej	6 / 50	0 (0)	12	(4,5-24)	4 / 45	8,9	16
Horsens	Ja	3 / 32	0 (0)	9,4	(2,0-25)	0 / 19	0	6,7
Randers	Ja	4 / 53	0 (0)	7,5	(2,1-18)	1 / 32	3,1	24
Viborg	Ja	3 / 36	0 (0)	8,3	(1,8-22)	1 / 27	3,7	0
Nordjylland	Nej	14 / 82	0 (0)	17	(9,7-27)	22 / 79	28	15
Aalborg	Ja	4 / 53	0 (0)	7,5	(2,1-18)	7 / 51	14	8,5
Thisted	Nej	# / #	0 (0)	25	(3,2-65)	3 / 7	43	15
Vendsyssel	Nej	8 / 21	0 (0)	38	(18-62)	12 / 21	57	40

	Antal	Årsag
Eksklusion:	17	Udgår: GA >=23+0
	434	Udgår: Abort udført GA12+0 til 12+6

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



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



Indikator 6: Operation af ekstrauterin graviditet

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

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

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

	Standard < 70% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				01.07.2022 - 30.06.2023 Andel	95% CI	2021/22 Antal	Andel	2020/21 Andel
Danmark	Ja	596 / 877	0 (0)	68	(65-71)	653 / 922	71	73
Hovedstaden	Ja	236 / 368	0 (0)	64	(59-69)	254 / 356	71	71
Sjælland	Ja	62 / 101	0 (0)	61	(51-71)	86 / 121	71	72
Syddanmark	Ja	106 / 154	0 (0)	69	(61-76)	95 / 150	63	71
Midtjylland	Nej	141 / 182	0 (0)	77	(71-83)	161 / 209	77	77
Nordjylland	Nej	51 / 72	0 (0)	71	(59-81)	57 / 86	66	74
Hovedstaden	Ja	236 / 368	0 (0)	64	(59-69)	254 / 356	71	71
Bornholm	Ja	# / #	0 (0)	50	(6,8-93)	0 / 0		67
Herlev	Ja	59 / 101	0 (0)	58	(48-68)	70 / 99	71	65
Hillerød	Nej	41 / 56	0 (0)	73	(60-84)	49 / 66	74	77
Hvidovre	Ja	111 / 159	0 (0)	70	(62-77)	100 / 136	74	75
Rigshospitalet	Ja	23 / 48	0 (0)	48	(33-63)	35 / 55	64	68
Sjælland	Ja	62 / 101	0 (0)	61	(51-71)	86 / 121	71	72
Holbæk	Ja	7 / 19	0 (0)	37	(16-62)	17 / 27	63	64
Nykøbing F	Nej	14 / 20	0 (0)	70	(46-88)	19 / 26	73	82
Roskilde	Ja	15 / 26	0 (0)	58	(37-77)	25 / 36	69	55
Slagelse	Nej	26 / 36	0 (0)	72	(55-86)	25 / 32	78	88
Syddanmark	Ja	106 / 154	0 (0)	69	(61-76)	95 / 150	63	71
Esbjerg	Ja	18 / 29	0 (0)	62	(42-79)	17 / 20	85	79
Kolding	Ja	35 / 52	0 (0)	67	(53-80)	29 / 48	60	73
Odense	Nej	40 / 53	0 (0)	75	(62-86)	35 / 58	60	81
Sønderjylland	Ja	13 / 20	0 (0)	65	(41-85)	14 / 24	58	46
Midtjylland	Nej	141 / 182	0 (0)	77	(71-83)	161 / 209	77	77
Aarhus	Nej	54 / 65	0 (0)	83	(72-91)	65 / 72	90	83
Gødstrup	Nej	29 / 34	0 (0)	85	(69-95)	31 / 43	72	78
Horsens	Ja	17 / 29	0 (0)	59	(39-76)	27 / 37	73	77
Randers	Nej	18 / 23	0 (0)	78	(56-93)	19 / 25	76	78
Viborg	Nej	23 / 31	0 (0)	74	(55-88)	19 / 32	59	66
Nordjylland	Nej	51 / 72	0 (0)	71	(59-81)	57 / 86	66	74
Aalborg	Nej	33 / 44	0 (0)	75	(60-87)	36 / 59	61	75
Thisted	Ja	5 / 10	0 (0)	50	(19-81)	5 / 7	71	44
Vendsyssel	Nej	13 / 18	0 (0)	72	(47-90)	16 / 20	80	85

	Antal	Årsag
Eksklusion:	16	Udgår: GA < 4+0

Kommentar til indikator 6

Datagrundlag

Indikatoren måler andelen af ekstrauterine graviditeter, 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 er foregået i primære eller sekundære kontakt og uanset afdeling (f.eks. er flere registreret på kirurgiske afdelinger).

Resultater

Landsresultatet opfylder med 68% standarden på <70%. Således blev der registreret 877 ekstrauterine graviditeter (med GA \geq 4+0 til 22+6) i 2022/23, hvor af 596 blev opereret inden for 4 uger fra den primære diagnose. Region Hovedstaden, som behandler omkring 40% af alle de ekstrauterine graviditeter i Danmark, opfylder med en andel på 64% nu standarden sammen med Region Sjælland (61%) og Region Syddanmark (69%), mens og Region Midtjylland (77%) og Region Nordjylland (71%) ikke opfylder standarden. Det bemærkes desuden, at Region Midtjylland ikke har opfyldt standarden siden 2018/19, og i år opfylder kun Horsens (59%) standarden. 11 ud af 21 afdelinger opfylder standarden, mens 10 afdelinger ikke opfylder. Der ses stor variation på afdelingsniveau (37-85%), hvor der også skal tages højde, at afdelinger som Bornholm og Thisted har et lille patientgrundlag. Det ser fortsat ud som om, at kurven nu er knækket, og at andelen, som opereres, er faldende.

Diskussion og implikationer

Det ser overordnet fornuftigt ud, men der er stadigvæk et pænt spænd i afdelingernes praksis. Det ville være interessant at vide, om de færre opererede skyldes, at flere nu bliver behandlet med methotrexat, eller om vi blot ekspekterer lidt flere. Så kod venligst de medicinsk behandlede!!

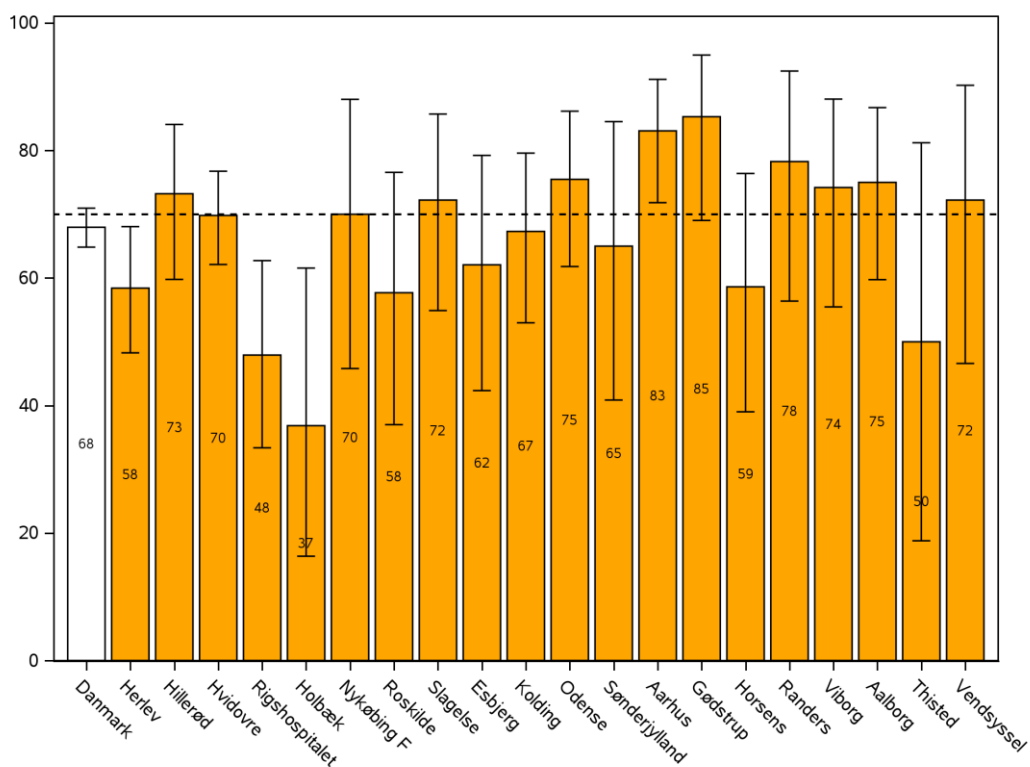
Da vi også anbefaler, at PUL udfases (DO022), vil flere ikke-opererede ekstrauterine graviditeter fremadrettet være inkluderet. Derfor fastholdes standarden.

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

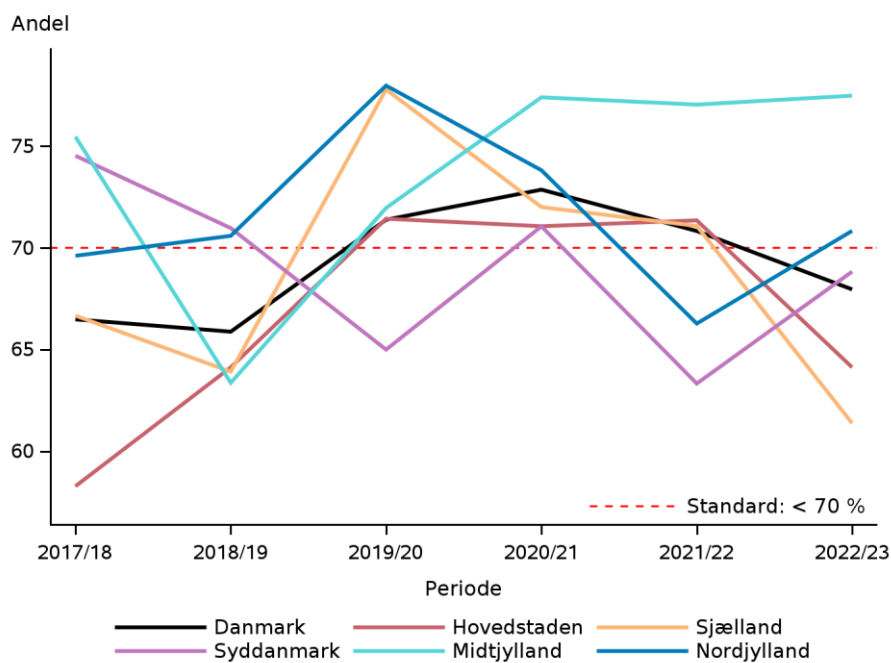
Vurdering af indikatoren

Vi vil foreløbig bibeholde denne indikator.

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



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



Indikator 7: Medicinsk behandling af 1. trimester provokeret abort

Andelen af 1. trimester provokerede aborter, som behandles primært medicinsk.

Tæller: Kvinder, hvor aborten er foretaget primært medicinsk

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

	Standard > 80% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				01.07.2022 - 30.06.2023 Andel	95% CI	2021/22 Antal	2020/21 Andel	2020/21 Andel
Danmark	Ja	11.698 / 13.812	0 (0)	85	(84-85)	11.560 / 13.782	84	86
Hovedstaden	Ja	4.067 / 4.867	0 (0)	84	(82-85)	4.560 / 5.312	86	89
Sjælland	Ja	1.663 / 2.068	0 (0)	80	(79-82)	1.616 / 1.984	81	85
Syddanmark	Ja	2.323 / 2.689	0 (0)	86	(85-88)	1.984 / 2.419	82	81
Midtjylland	Ja	2.598 / 2.991	0 (0)	87	(86-88)	2.390 / 2.840	84	87
Nordjylland	Ja	1.047 / 1.197	0 (0)	87	(85-89)	1.010 / 1.227	82	82
Hovedstaden	Ja	4.067 / 4.867	0 (0)	84	(82-85)	4.560 / 5.312	86	89
Afdelinger (samlet)		608 / 1.372	0 (0)		(42-47)	674 / 1.370		
Speciallæger (samlet)		3.459 / 3.495	0 (0)		(99-99)	3.886 / 3.942		
Sjælland	Ja	1.663 / 2.068	0 (0)	80	(79-82)	1.616 / 1.984	81	85
Afdelinger (samlet)		835 / 1.231	0 (0)		(65-70)	685 / 1.036		
Speciallæger (samlet)		828 / 837	0 (0)		(98-100)	931 / 948		
Syddanmark	Ja	2.323 / 2.689	0 (0)	86	(85-88)	1.984 / 2.419	82	81
Afdelinger (samlet)		841 / 1.193	0 (0)		(68-73)	980 / 1.405		
Speciallæger (samlet)		1.482 / 1.496	0 (0)		(98-99)	1.004 / 1.014		
Midtjylland	Ja	2.598 / 2.991	0 (0)	87	(86-88)	2.390 / 2.840	84	87
Afdelinger (samlet)		1.775 / 2.167	0 (0)		(80-84)	1.655 / 2.103		
Speciallæger (samlet)		823 / 824	0 (0)		(99-100)	735 / 737		
Nordjylland	Ja	1.047 / 1.197	0 (0)	87	(85-89)	1.010 / 1.227	82	82
Afdelinger (samlet)		893 / 1.036	0 (0)		(84-88)	855 / 1.066		
Speciallæger (samlet)		154 / 161	0 (0)		(91-98)	155 / 161		

	Antal	Årsag
Eksklusion:	4	Udgår: Ikke 1. trimester abort
	6	Udgår: Speciallæge med ukendt region

Kommentar til indikator 7

Datagrundlag

Indikatoren måler andelen af 1. trimester provokerede aborter (DO04 og DO06), som behandles medicinsk under primær kontakt. I beregningen indgår kvinder med $GA \leq 12+6$ samt ukendt GA. En stadig større andel af de medicinske 1. trimester aborter varetages af de praktiserende speciallæger. Derfor vurderes det ikke meningsfuldt, at opgøre de enkelte afdelinger. Indikatoren opgøres i 2022/23-rapporten derfor på regionsniveau, hvor indberetninger fra offentlige sygehusafdelinger samles under "Afdelinger (samlet)", og indberetninger fra speciallægepraksis samles under "Speciallæger (samlet)" i de respektive regioner i indikator Tabellen. Andelen opgøres ligeledes 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 omkring 50% af de provokeredes 1. trimester aborter i speciallægepraksis. Størst er andelen i Region Hovedstaden (72%) og Region Syddanmark (56%).

Af de 13.812 registrerede provokerede 1. trimester aborter blev 85% (11.698) foretaget primært medicinsk. I 2020/21 og 2021/22 var andelen hhv. 86% og 84%. På regionsniveau varierer andelen fra 80% (Region Sjælland) til 87% (Region Midtjylland og Region Nordjylland). Andelen af de medicinsk behandlede 1. trimester provokerede aborter har været støt stigende de seneste 20 år og synes nu at ligge stabilt på omkring 85% (**Fig. 5.1**, Appendiks 5).

Diskussion og implikationer

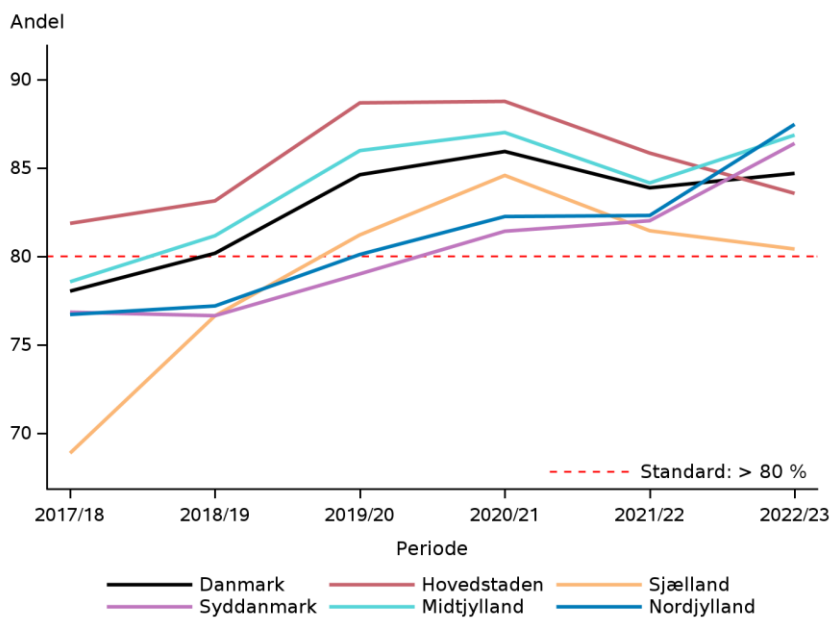
Som det fremgår, giver det ikke længere mening at opgøre de enkelte afdelinger, fordi så mange af de medicinske aborter varetages af de praktiserende speciallæger. Det ser ud som om, vi nærmer os en stabil andel på omkring 85%. Alle regionerne opfylder standarden. Vi kan nok ikke fremadrettet forvente en yderligere stigning, da der ikke er sket nogen opadgående trend gennem seneste tre år.

NB: Det bemærkes, at antallet af 1. trimester provokerede aborter i 2021/22 er steget til 13.782 i forhold til rapporten fra sidste år. Det skyldes, at en række SEI-indberettede aborter ikke var blevet indberettet, da vi gjorde data op sidste år. Det betyder, at det totale antal første trimester provokerede aborter har ligget nogenlunde konstant gennem seneste 8 år.

Vurdering af indikatoren

Bestemt en relevant indikator, blot ikke på afdelingsniveau. Standarden forbliver >80% (regionsniveau).

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



Indikator 8: 1. trimester provokeret abort før 8 uger

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

Tæller: Kvinder i nævner med GA ≤7+6

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

	Standard > 70% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.07.2022 - 30.06.2023		Tidligere år		
				Andel	95% CI	2021/22 Antal	Andel	2020/21 Andel
Danmark	Ja	11.000 / 13.812	0 (0)	80	(79-80)	11.035 / 13.782	80	81
Hovedstaden	Ja	4.066 / 4.867	0 (0)	84	(82-85)	4.509 / 5.312	85	86
Sjælland	Nej	1.440 / 2.068	0 (0)	70	(68-72)	1.488 / 1.984	75	78
Syddanmark	Ja	2.165 / 2.689	0 (0)	81	(79-82)	1.863 / 2.419	77	75
Midtjylland	Ja	2.374 / 2.991	0 (0)	79	(78-81)	2.236 / 2.840	79	80
Nordjylland	Ja	955 / 1.197	0 (0)	80	(77-82)	939 / 1.227	77	75
Hovedstaden	Ja	4.066 / 4.867	0 (0)	84	(82-85)	4.509 / 5.312	85	86
Afdelinger (samlet)		660 / 1.372	0 (0)		(45-51)	676 / 1.370		
Speciallæger (samlet)		3.406 / 3.495	0 (0)		(97-98)	3.833 / 3.942		
Sjælland	Nej	1.440 / 2.068	0 (0)	70	(68-72)	1.488 / 1.984	75	78
Afdelinger (samlet)		635 / 1.231	0 (0)		(49-54)	573 / 1.036		
Speciallæger (samlet)		805 / 837	0 (0)		(95-97)	915 / 948		
Syddanmark	Ja	2.165 / 2.689	0 (0)	81	(79-82)	1.863 / 2.419	77	75
Afdelinger (samlet)		748 / 1.193	0 (0)		(60-65)	897 / 1.405		
Speciallæger (samlet)		1.417 / 1.496	0 (0)		(93-96)	966 / 1.014		
Midtjylland	Ja	2.374 / 2.991	0 (0)	79	(78-81)	2.236 / 2.840	79	80
Afdelinger (samlet)		1.581 / 2.167	0 (0)		(71-75)	1.519 / 2.103		
Speciallæger (samlet)		793 / 824	0 (0)		(95-97)	717 / 737		
Nordjylland	Ja	955 / 1.197	0 (0)	80	(77-82)	939 / 1.227	77	75
Afdelinger (samlet)		796 / 1.036	0 (0)		(74-79)	780 / 1.066		
Speciallæger (samlet)		159 / 161	0 (0)		(96-100)	159 / 161		

	Antal	Årsag
Eksklusion:	4	Udgår: Ikke 1. trimester abort
	6	Udgår: Speciallæge med ukendt region

Kommentar til indikator 8

Datagrundlag

Indikatoren måler andelen af 1. trimester provokerede aborter (D004 og D006), som gennemføres før uge 8. I beregningen indgår kvinder med $GA \leq 12+6$ og ukendt GA. Ydernumre, som ikke kan allokeres til en bestemt region, ekskluderes i beregningen. Som indikator 7 opgøres indikator 8 på regionsniveau.

Resultater

80% af de 13.812 registrerede 1. trimester provokerede aborter, blev foretaget før 8 uger ($GA \leq 7+6$). Andelen har været støt stigende siden 2017/18 og ligger nu på niveau med de to foregående år. Andelen ligger fortsat pænt over den nye standard på >70%. Alle regioner (fraset Region Sjælland, som netop ikke opfylder standarden) opfylder standarden, og andelen varierer fra 70-84%.

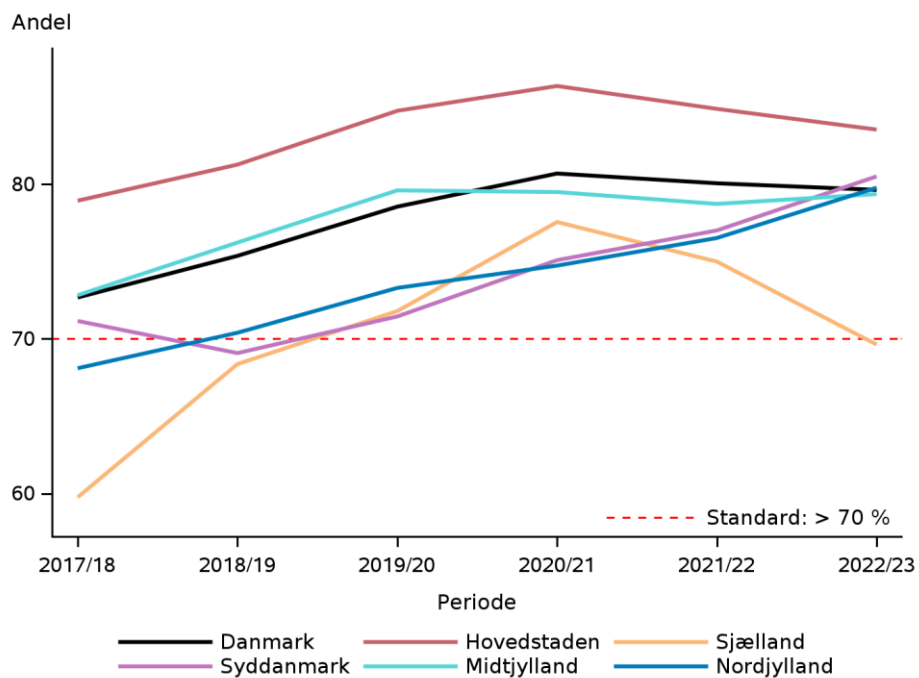
Diskussion og implikationer

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 80%, som henvises før 8 uger og 64% før 7 uger (**Fig. 5.2**, Appendiks 5). Vi har ikke set så høje tal fra nogen steder i udlandet (selv om trenden også der går i samme retning). Så der kunne meget vel være tale om en verdensrekord!

Vurdering af indikatoren

Bestemt en relevant indikator. Standarden forbliver >70% (regionsniveau).

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



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

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

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

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	< 4% opfyldt			01.07.2022 - 30.06.2023	2021/22	2020/21	Andel	Andel
Danmark	Ja	164 / 11.314	0 (0)	1,4	(1,2-1,7)	230 / 11.249	2,0	3,0
Hovedstaden	Ja	47 / 4.001	0 (0)	1,2	(0,9-1,6)	89 / 4.497	2,0	2,3
Sjælland	Ja	34 / 1.554	0 (0)	2,2	(1,5-3,0)	31 / 1.561	2,0	3,1
Syddanmark	Ja	34 / 2.234	0 (0)	1,5	(1,1-2,1)	37 / 1.911	1,9	3,6
Midtjylland	Ja	33 / 2.531	0 (0)	1,3	(0,9-1,8)	54 / 2.330	2,3	3,2
Nordjylland	Ja	16 / 994	0 (0)	1,6	(0,9-2,6)	19 / 950	2,0	4,9
Hovedstaden	Ja	47 / 4.001	0 (0)	1,2	(0,9-1,6)	89 / 4.497	2,0	2,3
Bornholm	Ja	0 / 35	0 (0)	0	(0-10)	2 / 31	6,5	0
Herlev	Ja	4 / 122	0 (0)	3,3	(0,9-8,2)	4 / 155	2,6	7,0
Hillerød	Ja	# / #	0 (0)	1,2	(0,0-6,6)	4 / 118	3,4	4,8
Hvidovre	Ja	# / #	0 (0)	0,4	(0,0-2,3)	6 / 242	2,5	4,7
Rigshospitalet	Ja	# / #	0 (0)	1,9	(0,0-10)	3 / 66	4,5	4,2
Øvrige, Region Hovedstaden	Ja	40 / 3.466	0 (0)	1,2	(0,8-1,6)	70 / 3.885	1,8	1,9
Sjælland	Ja	34 / 1.554	0 (0)	2,2	(1,5-3,0)	31 / 1.561	2,0	3,1
Holbæk	Ja	# / #	0 (0)	0,5	(0,0-2,7)	2 / 191	1,0	1,8
Nykøbing F	Nej	7 / 156	0 (0)	4,5	(1,8-9,0)	5 / 127	3,9	5,6
Roskilde	Nej	9 / 135	0 (0)	6,7	(3,1-12)	3 / 112	2,7	9,6
Slagelse	Ja	# / #	0 (0)	0,9	(0,1-3,1)	3 / 200	1,5	4,3
Øvrige, Region Sjælland	Ja	15 / 828	0 (0)	1,8	(1,0-3,0)	18 / 931	1,9	2,2
Syddanmark	Ja	34 / 2.234	0 (0)	1,5	(1,1-2,1)	37 / 1.911	1,9	3,6
Esbjerg	Ja	6 / 365	0 (0)	1,6	(0,6-3,5)	0 / 314	0	1,8
Kolding	Ja	# / #	0 (0)	0,9	(0,0-5,1)	10 / 185	5,4	7,8
Odense	Ja	0 / 73	0 (0)	0	(0-4,9)	3 / 232	1,3	3,1
Sønderjylland	Nej	11 / 208	0 (0)	5,3	(2,7-9,3)	4 / 170	2,4	2,6
Øvrige, Region Syddanmark	Ja	16 / 1.480	0 (0)	1,1	(0,6-1,7)	20 / 1.010	2,0	2,8
Midtjylland	Ja	33 / 2.531	0 (0)	1,3	(0,9-1,8)	54 / 2.330	2,3	3,2
Aarhus	Ja	# / #	0 (0)	0	(0-84)	1 / 8	13	0
Gødstrup	Ja	3 / 400	0 (0)	0,8	(0,2-2,2)	6 / 345	1,7	2,9
Horsens	Ja	4 / 321	0 (0)	1,2	(0,3-3,2)	3 / 310	1,0	4,8
Randers	Ja	9 / 701	0 (0)	1,3	(0,6-2,4)	3 / 666	0,5	2,4
Viborg	Ja	5 / 279	0 (0)	1,8	(0,6-4,1)	8 / 250	3,2	4,8
Øvrige, Region Midtjylland	Ja	12 / 828	0 (0)	1,4	(0,8-2,5)	33 / 751	4,4	3,0
Nordjylland	Ja	16 / 994	0 (0)	1,6	(0,9-2,6)	19 / 950	2,0	4,9
Aalborg	Ja	4 / 493	0 (0)	0,8	(0,2-2,1)	5 / 472	1,1	4,1
Thisted	Ja	# / #	0 (0)	2,3	(0,3-8,1)	4 / 92	4,3	5,1
Vendsyssel	Ja	10 / 261	0 (0)	3,8	(1,9-6,9)	9 / 231	3,9	7,7
Øvrige, Region Nordjylland	Ja	0 / 154	0 (0)	0	(0-2,4)	1 / 155	0,6	1,2

	Antal	Årsag
Eksklusion:	928	Udgår: Ingen medicinsk behandlingskode registeret
	4	Udgår: Ikke 1. trimester abort
	1.570	Udgår: Abort udført efter GA 8+6
	6	Udgår: Speciallæge med ukendt region

Kommentar til indikator 9

Datagrundlag

Indikatoren måler andelen af de medicinsk inducerede 1. trimester provokerede aborter (DO04 og DO06) (hvor aborten er foretaget i GA 4+0 til 8+6 eller med ukendt GA), som evakueres inden for 12 uger fra abortdiagnosen. Ydernumre, som ikke kan allokeres til en bestemt region, ekskluderes i beregningen. I 2022/23 indgår de hysteroskopiske behandlingskoder KLCB25, KLCB98 og KULC02 i tælleren.

Resultater

Andelen af medicinske 1. trimester provokerede aborter, som fortages før 9 fulde uger, udgør fortsat 97% (11.314/11.698). Andelen af de medicinsk inducerede 1. trimester provokerede aborter (foretaget inden 9 fulde uger), som evakueres er nu nede på 1,4% (164/11.314). Dermed er den nye standard på <4% opfyldt på landsplan og på regionsniveau. Kun 3 afdelinger (Nykøbing F., Roskilde og Sønderjylland) opfylder ikke standarden. Andelen er fortsat nedadgående med et fald fra godt 4% i 2017/18 til under 1,4% i 2022/23. På regionsniveau varierer andelen minimalt fra 1,2% (Region Hovedstaden) til 2,2% (Region Sjælland). For enkelte afdelinger indgår der kun få patientforløb i enten tæller eller nævner. For Aarhus skyldes det lave antal for eksempel, at de abortsøgende henvises til Randers og Horsens.

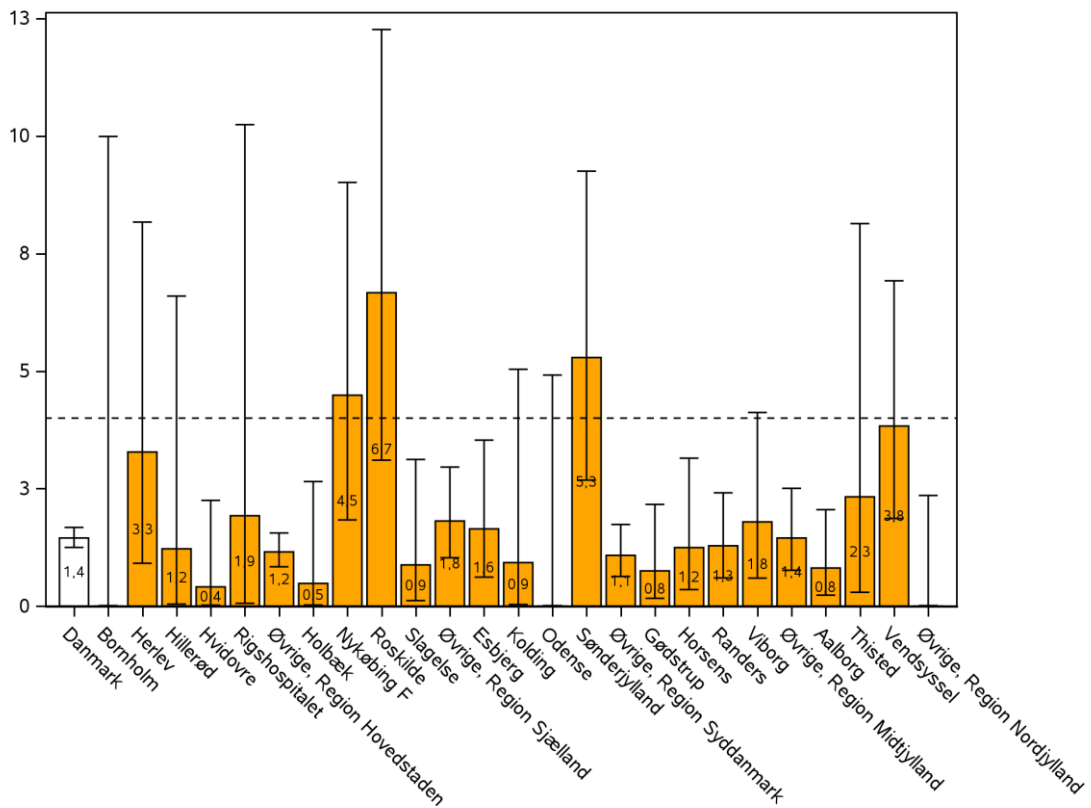
Diskussion og implikationer

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

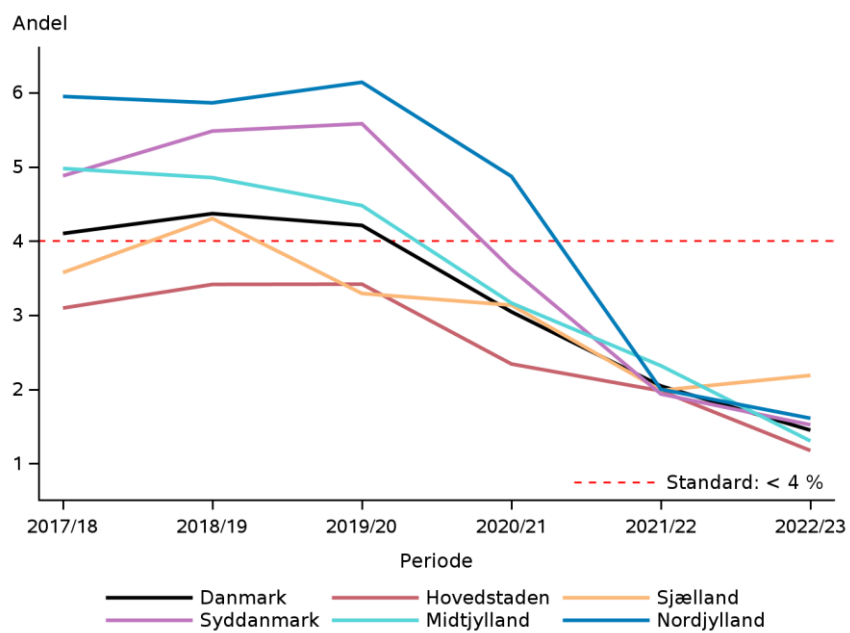
Vurdering af indikatoren

Bestemt en relevant indikator. Standarden fastholdes på <4%.

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



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



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

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

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

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

	Standard < 3% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.07.2022 - 30.06.2023		Tidligere år		
				Andel	95% CI	2021/22 Antal	2021/22 Andel	2020/21 Andel
Danmark	Ja	39 / 2.114	0 (0)	1,8	(1,3-2,5)	41 / 2.222	1,8	2,4
Hovedstaden	Ja	12 / 800	0 (0)	1,5	(0,8-2,6)	15 / 752	2,0	2,0
Sjælland	Nej	16 / 405	0 (0)	4,0	(2,3-6,3)	9 / 368	2,4	3,3
Syddanmark	Ja	3 / 366	0 (0)	0,8	(0,2-2,4)	11 / 435	2,5	3,1
Midtjylland	Ja	8 / 393	0 (0)	2,0	(0,9-4,0)	5 / 450	1,1	2,5
Nordjylland	Ja	0 / 150	0 (0)	0	(0-2,4)	1 / 217	0,5	0,9
Hovedstaden	Ja	12 / 800	0 (0)	1,5	(0,8-2,6)	15 / 752	2,0	2,0
Bornholm	Ja	0 / 3	0 (0)	0	(0-71)	0 / 4	0	
Herlev	Ja	# / #	0 (0)	1,6	(0,2-5,5)	3 / 96	3,1	2,2
Hillerød	Ja	# / #	0 (0)	0,7	(0,0-3,8)	2 / 115	1,7	0,8
Hvidovre	Ja	7 / 391	0 (0)	1,8	(0,7-3,7)	8 / 375	2,1	2,8
Rigshospitalet	Ja	# / #	0 (0)	1,1	(0,0-5,7)	1 / 104	1,0	0
Øvrige, Region Hovedstaden	Ja	# / #	0 (0)	2,7	(0,1-14)	1 / 58	1,7	3,3
Sjælland	Nej	16 / 405	0 (0)	4,0	(2,3-6,3)	9 / 368	2,4	3,3
Holbæk	Ja	# / #	0 (0)	2,0	(0,1-11)	0 / 59	0	0
Nykøbing F	Nej	5 / 103	0 (0)	4,9	(1,6-11)	2 / 115	1,7	2,2
Roskilde	Nej	5 / 75	0 (0)	6,7	(2,2-15)	0 / 43	0	2,6
Slagelse	Nej	5 / 168	0 (0)	3,0	(1,0-6,8)	4 / 134	3,0	5,0
Øvrige, Region Sjælland	Ja	0 / 9	0 (0)	0	(0-34)	3 / 17	18	0
Syddanmark	Ja	3 / 366	0 (0)	0,8	(0,2-2,4)	11 / 435	2,5	3,1
Esbjerg	Nej	# / #	0 (0)	3,1	(0,4-11)	0 / 86	0	2,8
Kolding	Ja	# / #	0 (0)	0,8	(0,0-4,1)	8 / 141	5,7	4,6
Odense	Ja	0 / 134	0 (0)	0	(0-2,7)	3 / 178	1,7	2,1
Sønderjylland	Ja	0 / 18	0 (0)	0	(0-19)	0 / 20	0	4,8
Øvrige, Region Syddanmark	Ja	0 / 16	0 (0)	0	(0-21)	0 / 10	0	0
Midtjylland	Ja	8 / 393	0 (0)	2,0	(0,9-4,0)	5 / 450	1,1	2,5
Aarhus	Nej	# / #	0 (0)	29	(3,7-71)	0 / 5	0	0
Gødstrup	Ja	0 / 67	0 (0)	0	(0-5,4)	0 / 88	0	3,5
Horsens	Ja	# / #	0 (0)	2,2	(0,3-7,9)	2 / 99	2,0	3,3
Randers	Ja	4 / 187	0 (0)	2,1	(0,6-5,4)	2 / 219	0,9	2,5
Viborg	Ja	0 / 42	0 (0)	0	(0-8,4)	0 / 37	0	0
Øvrige, Region Midtjylland	Ja	# / #	0 (0)	0	(0-98)	1 / 2	50	0
Nordjylland	Ja	0 / 150	0 (0)	0	(0-2,4)	1 / 217	0,5	0,9
Aalborg	Ja	0 / 89	0 (0)	0	(0-4,1)	0 / 143	0	0,7
Thisted	Ja	0 / 20	0 (0)	0	(0-17)	0 / 16	0	0
Vendsyssel	Ja	0 / 34	0 (0)	0	(0-10)	1 / 52	1,9	2,1
Øvrige, Region Nordjylland	Ja	0 / 7	0 (0)	0	(0-41)	0 / 6	0	0

	Antal	Årsag
Eksklusion:	4	Udgår: Ikke 1. trimester abort
	6	Udgår: Speciallæge med ukendt region
	11.698	Udgår: Ikke primært kirurgisk induceret abort

Kommentar til indikator 10

Datagrundlag

Indikatoren måler andelen af kirurgisk behandlet (jf. skema for kirurgisk abort, Appendiks 9) 1. trimester provokerede aborter (DO04 og DO06), som re-evakueres. En kvinde får "karantæne" i 12 uger fra diagnosen er givet. Dvs. hun kan kun opleve en provokeret abort hver 12. uge. I beregningerne medtages aborter med ukendt GA. Ydernumre, som ikke kan allokeres til en bestemt region, ekskluderes i beregningen.

Resultater

I 2022/23 udgør de kirurgisk inducerede 1. trimester provokerede aborter 15% (2.114/13.812) af de registrerede 1. trimester provokerede aborter. Af dem blev 39 (1,8%) re-evakueret inden for 12 uger fra abortdatoen - hidtil laveste andel. Dermed er den nye standard på <3% opfyldt på landsplan og for alle regioner undtagen Region Sjælland (4,0%). Andelen af re-evakuationer har siden 2001 svinget omkring 2%, og der er forsat betydelig spredning mellem regionerne, fra 0% i Region Nordjylland til 4% i Region Sjælland. Flere afdelinger har ganske få i nævner og sammenligning på tværs af afdelinger må derfor gøres med forsigtighed. Af supplerende indikator 10a og 10b fremgår det, at andelen af re-evakuationer er en anelse højere ved GA 4+0 til 8+6 (2,1%) sammenlignet med GA 9+0 til 12+6 (1,7%). Til sammenligning er andelen af evakuationer efter medicinsk behandlet 1. trimester abort (GA ≤8+6) 1,4% på landsplan (Indikator 9).

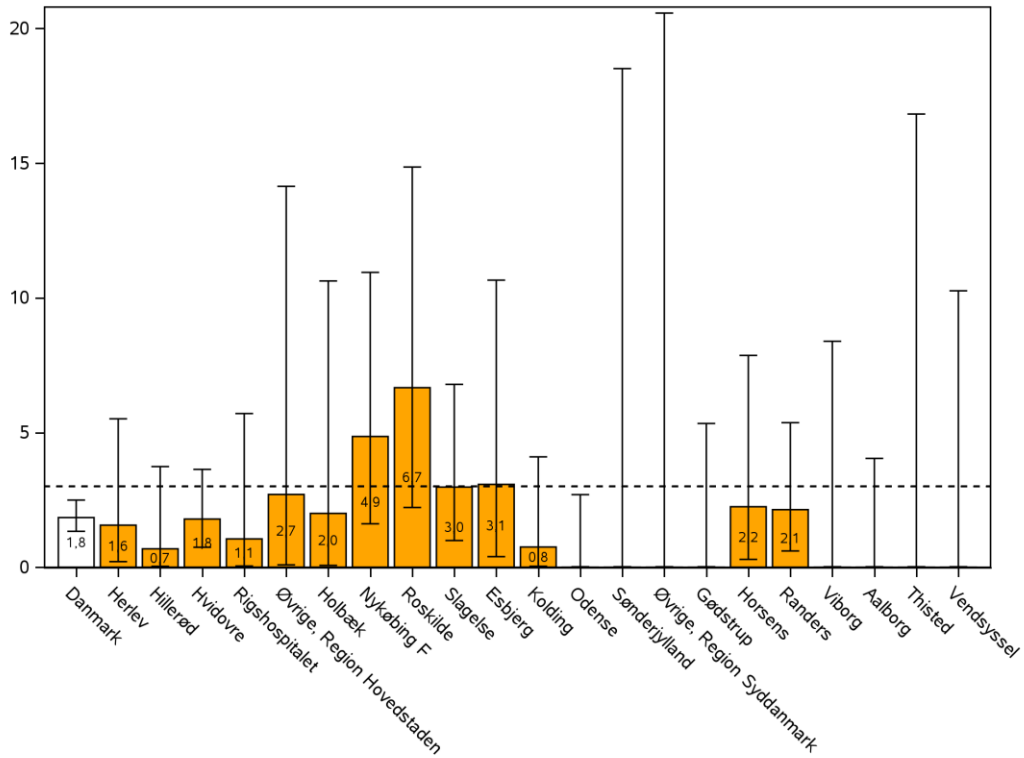
Diskussion og implikationer

Stratificeringen i år på kirurgiske tømninger før 9 uger hhv. fra 9 uger viser lidt overraskende en højere evacuatiore på de tidlige kirurgiske aborter end på de som gennemføres fra 9 uger. Antallet af re-evacuatioer for kirurgiske aborter er dog lille på afdelingsniveau. Dette indebærer tilsammen, at vi ikke fremadrettet vil stratificere denne indikator.

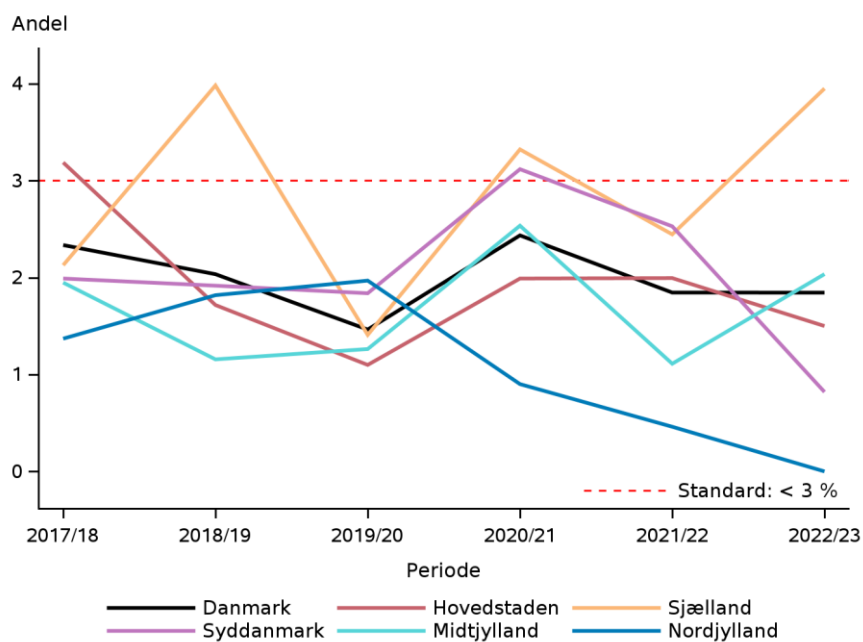
Vurdering af indikatoren

Fortsat relevant indikator. Standarden forbliver fremadrettet <3%.

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



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



Indikator 10a: Re-evakuering af kirurgisk behandlet 1. trimester provokeret abort (GA 4+0 til 8+6) (supplerende indikator)

Andelen af kirurgisk behandlet 1. trimester provokeret abort, som re-evakueres (GA 4+0 til 8+6).

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

Nævner: Alle kvinder med kirurgisk behandlet 1. trimester provokeret abort (GA 4+0-8+6 og ukendt GA) som i en periode på 7 dage før abortdiagnosen ikke er medicinsk inducerede

	Standard opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.07.2022 - 30.06.2023		Tidligere år		
				Andel	95% CI	2021/22 Antal	2021/22 Andel	2020/21 Andel
Danmark		19 / 924	0 (0)	2,1	(1,2-3,2)	15 / 994	1,5	2,5
Hovedstaden		7 / 359	0 (0)	1,9	(0,8-4,0)	5 / 344	1,5	1,4
Sjælland		9 / 147	0 (0)	6,1	(2,8-11)	4 / 142	2,8	4,0
Syddanmark		# / #	0 (0)	0,7	(0,0-3,8)	3 / 205	1,5	4,1
Midtjylland		# / #7	0 (0)	1,2	(0,1-4,3)	2 / 179	1,1	3,2
Nordjylland		0 / 105	0 (0)	0	(0-3,5)	1 / 124	0,8	0,8
Hovedstaden		7 / 359	0 (0)	1,9	(0,8-4,0)	5 / 344	1,5	1,4
Bornholm		# / #	0 (0)	0	(0-98)	0 / 0		
Herlev		# / #	0 (0)	2,4	(0,1-13)	1 / 39	2,6	4,5
Hillerød		# / #	0 (0)	1,9	(0,0-10)	1 / 41	2,4	0
Hvidovre		4 / 189	0 (0)	2,1	(0,6-5,3)	1 / 162	0,6	1,2
Rigshospitalet		0 / 38	0 (0)	0	(0-9,3)	1 / 46	2,2	0
Øvrige, Region Hovedstaden		# / #	0 (0)	2,7	(0,1-14)	1 / 56	1,8	3,4
Sjælland		9 / 147	0 (0)	6,1	(2,8-11)	4 / 142	2,8	4,0
Holbæk		# / #	0 (0)	6,3	(0,2-30)	0 / 23	0	0
Nykøbing F		3 / 44	0 (0)	6,8	(1,4-19)	0 / 39	0	0
Roskilde		4 / 28	0 (0)	14	(4,0-33)	0 / 20	0	0
Slagelse		# / #	0 (0)	2,0	(0,1-11)	1 / 43	2,3	9,3
Øvrige, Region Sjælland		0 / 9	0 (0)	0	(0-34)	3 / 17	18	0
Syddanmark		# / #	0 (0)	0,7	(0,0-3,8)	3 / 205	1,5	4,1
Esbjerg		# / #	0 (0)	3,3	(0,1-17)	0 / 35	0	4,3
Kolding		0 / 52	0 (0)	0	(0-6,8)	2 / 57	3,5	4,9
Odense		0 / 40	0 (0)	0	(0-8,8)	1 / 93	1,1	4,0
Sønderjylland		0 / 11	0 (0)	0	(0-28)	0 / 10	0	0
Øvrige, Region Syddanmark		0 / 13	0 (0)	0	(0-25)	0 / 10	0	0
Midtjylland		# / #	0 (0)	1,2	(0,1-4,3)	2 / 179	1,1	3,2
Aarhus		0 / 3	0 (0)	0	(0-71)	0 / 2	0	
Gødstrup		0 / 20	0 (0)	0	(0-17)	0 / 35	0	4,5
Horsens		# / #	0 (0)	2,6	(0,1-14)	0 / 45	0	4,2
Randers		# / #	0 (0)	1,2	(0,0-6,5)	1 / 82	1,2	2,9
Viborg		0 / 21	0 (0)	0	(0-16)	0 / 13	0	0
Øvrige, Region Midtjylland		# / #	0 (0)	0	(0-98)	1 / 2	50	0
Nordjylland		0 / 105	0 (0)	0	(0-3,5)	1 / 124	0,8	0,8
Aalborg		0 / 63	0 (0)	0	(0-5,7)	0 / 84	0	0
Thisted		0 / 10	0 (0)	0	(0-31)	0 / 2	0	0
Vendsyssel		0 / 25	0 (0)	0	(0-14)	1 / 32	3,1	3,3
Øvrige, Region Nordjylland		0 / 7	0 (0)	0	(0-41)	0 / 6	0	0

Indikator 10b: Re-evakuering af kirurgisk behandlet 1. trimester provokeret abort (GA 9+0 til 12+6) (supplerende indikator)

Andelen af kirurgisk behandlet 1. trimester provokeret abort, som re-evakueres (GA 9+0 til 12+6).

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

Nævner: Alle kvinder med kirurgisk behandlet 1. trimester provokeret abort (GA 9+0-12+6 og ukendt GA) som i en periode på 7 dage før abortdiagnosen ikke er medicinsk inducerede

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				01.07.2022 - 30.06.2023	95% CI	2021/22	2020/21	Andel
Danmark		20 / 1.190	0 (0)	1,7	(1,0-2,6)	26 / 1.228	2,1	2,4
Hovedstaden		5 / 441	0 (0)	1,1	(0,4-2,6)	10 / 408	2,5	2,5
Sjælland		7 / 258	0 (0)	2,7	(1,1-5,5)	5 / 226	2,2	3,0
Syddanmark		# / #	0 (0)	0,9	(0,1-3,2)	8 / 230	3,5	2,4
Midtjylland		6 / 226	0 (0)	2,7	(1,0-5,7)	3 / 271	1,1	2,2
Nordjylland		0 / 45	0 (0)	0	(0-7,9)	0 / 93	0	1,0
Hovedstaden		5 / 441	0 (0)	1,1	(0,4-2,6)	10 / 408	2,5	2,5
Bornholm		# / #	0 (0)	0	(0-84)	0 / 4	0	
Herlev		# / #	0 (0)	1,1	(0,0-6,2)	2 / 57	3,5	0
Hillerød		0 / 93	0 (0)	0	(0-3,9)	1 / 74	1,4	1,2
Hvidovre		3 / 202	0 (0)	1,5	(0,3-4,3)	7 / 213	3,3	4,3
Rigshospitalet		# / #	0 (0)	1,8	(0,0-9,4)	0 / 58	0	0
Øvrige, Region Hovedstaden		0 / 0				0 / 2	0	0
Sjælland		7 / 258	0 (0)	2,7	(1,1-5,5)	5 / 226	2,2	3,0
Holbæk		0 / 34	0 (0)	0	(0-10)	0 / 36	0	0
Nykøbing F		# / #	0 (0)	3,4	(0,4-12)	2 / 76	2,6	3,2
Roskilde		# / #	0 (0)	2,1	(0,1-11)	0 / 23	0	4,3
Slagelse		4 / 118	0 (0)	3,4	(0,9-8,5)	3 / 91	3,3	3,1
Syddanmark		# / #	0 (0)	0,9	(0,1-3,2)	8 / 230	3,5	2,4
Esbjerg		# / #	0 (0)	2,9	(0,1-15)	0 / 51	0	2,4
Kolding		# / #	0 (0)	1,2	(0,0-6,7)	6 / 84	7,1	4,3
Odense		0 / 94	0 (0)	0	(0-3,8)	2 / 85	2,4	0
Sønderjylland		0 / 7	0 (0)	0	(0-41)	0 / 10	0	7,1
Øvrige, Region Syddanmark		0 / 3	0 (0)	0	(0-71)	0 / 0		
Midtjylland		6 / 226	0 (0)	2,7	(1,0-5,7)	3 / 271	1,1	2,2
Aarhus		# / #	0 (0)	50	(6,8-93)	0 / 3	0	0
Gødstrup		0 / 47	0 (0)	0	(0-7,5)	0 / 53	0	3,2
Horsens		# / #	0 (0)	2,0	(0,0-10)	2 / 54	3,7	2,7
Randers		3 / 103	0 (0)	2,9	(0,6-8,3)	1 / 137	0,7	2,1
Viborg		0 / 21	0 (0)	0	(0-16)	0 / 24	0	0
Nordjylland		0 / 45	0 (0)	0	(0-7,9)	0 / 93	0	1,0
Aalborg		0 / 26	0 (0)	0	(0-13)	0 / 59	0	1,4
Thisted		0 / 10	0 (0)	0	(0-31)	0 / 14	0	0
Vendsyssel		0 / 9	0 (0)	0	(0-34)	0 / 20	0	0

5. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

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

Baggrund

Der sker løbende ændringer i behandlingen af både provokeret abort og missed abortion, idet førstnævnte nu ofte gennemføres alene ved en positiv graviditetstest, og sidstnævnte har fået ændret det medicinske induktionsregime til også at omfatte mifepriston. Samtidig erstatter medicinsk behandling i stigende omfang kirurgisk behandling, og der sker en opgaveglidning fra sygehuse til praktiserende speciallæger. Samtidig er der fortsat væsentlige omend aftagende variationer i behandlingspraksis mellem forskellige afdelinger. Der er nationale guidelines inden for alle områder. Der registreres hvert år omkring 14.000 provokerede aborter, knapt 7.000 spontane aborter (incl. missed abortion), omkring 1.100 ekstrauterine 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 ekstrauterin graviditet, samt at følge andelen af patienter, som udvikler komplikationer til de forskellige behandlingstyper, mhp løbende at justere guidelines så de behandlingsprincipper, som indebærer færrest mulige komplikationer implementeres nationalt. Styregruppen for TiGrAB er det faglige forum, hvor resultaterne af den løbende kvalitetsmåling drøftes, interventioner aftales, og guidelines eventuelt justeres.

Fokusområde for indikatorer

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

For ekstrauterin graviditet, som forekommer ved 1% af alle graviditeter, gælder det, at valget af behandlingsmetode (kirurgisk eller medikamentel/konservativ) afhænger af lokaliseringen, graden af tubaskade, de anatomiske forhold i bækkenet, patientens ønske og almentilstand, og serum hCG.

6. Datagrundlag og datakvalitet

Dataindsamling og metode

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

Tidlige graviditetskomplikationer og abort omfatter mere end 30.000 kontakter pr. år på de gynækologiske afdelinger, og er derfor sammen med fødsler den kvantitativt største aktivitet inden for specialet. Det skal ikke skjules, at statistikker baseret på udtræk fra LPR rummer mange faldgruber. Valide statistikker kræver:

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

Det kan gå galt i forbindelse med hvert af disse del-elementer af datagenereringen. Efterhånden, som vi centralt har opnået større erfaring og rutine, kan vi i nogen udstrækning tage højde for de hyppigste fejlkodninger, og korrigerer 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 to landsdækkende databaser, som alene baserer sig på indberetningerne til LPR; TiGrAb-KD og Dansk Hysterektomi og Hysteroskopi Databasen (DHHD). Det betyder, at vi sparer afdelingerne for at skulle indberette samme data i flere parallelle systemer. Det er både ressourcebesparende lokalt, men det åbner også mulighed for at koble de data, som vedrører et aktuelt område, med data fra andre områder. Det sikrer også, at vi fra en start har været landsdækkende.

Anvendte kvalitetsindikatorer

Vi har inden for området tidlig graviditet og abort udvalgt i alt 10 kvalitetsindikatorer, som gøres op hvert år. De er alle kendetegnet ved

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

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

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

Statistisk analyse

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

7. Styregruppen

Formand	
Øjvind Lidegaard Professor	Rigshospitalet
Styregruppen	
Annemette Jørgensen Overlæge	Aalborg Universitetshospital
Christine Buus Bertelsen Afdelingslæge	Regionshospitalet Gødstrup
Helle Manfeld Højgaard Læge	Kolding Sygehus
Huda Majeed Overlæge	Regionshospitalet Randers
Inge Leerskov Hansen Sygeplejerske	Odense Universitetshospital, Svendborg
Jens Dalsgaard Afdelingslæge	Sygehus Sønderjylland
Maria Lippa Overlæge	Holbæk Sygehus
Maria Stentebjerg Skøtt Overlæge	Regionshospitalet Horsens
Matias Gottschalck Afdelingslæge	Regionshospitalet Viborg
Mette Mandrup Kjær Overlæge	Amager og Hvidovre Hospital
Micha Bank Hornstrup Speciallæge	
Ole Sandstrøm Overlæge	Nordsjællands Hospital, Hillerød
Pernille Ravn Overlæge	Odense Universitetshospital
Peter Helm Overlæge	Nordsjællands Hospital, Hillerød
Pia Terpager Staal Sygeplejerske	Amager og Hvidovre Hospital
Troels K Thomsen Overlæge	Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg
Amani Meaidi Læge, ph.d.	Evidensspecialist
Heidi Cueto Epidemiolog	RKKP's Videncenter
Andrea Bautz Datamanager	RKKP's Videncenter
Annette Odby Kontaktperson	RKKP's Videncenter/rep. for dataansvarlig myndighed

8. Regionale kommentarer

Region Hovedstaden

Ingen kommentarer

Region Sjælland

Ingen kommentarer

Region Syddanmark

Ingen kommentarer

Region Midtjylland

Hospitalsenheden Midt:

Indikator 2: Ikke opfyldt. Standard > 80 %. Forbedring siden sidste to rapporter. Dette efter ændring i kodepraksis. Fortsat plads til forbedring. Vi ser på mulige tiltag sammen med relevante sekretærer. Dette er dog ikke en indikator, der beskriver selve kvaliteten i vores arbejde, men derimod om de data vi indsamler.

Indikator 3: Opfyldt. Der bemærkes stor forbedring siden sidste rapporter (hvor kravet også var opfyldt). Der er gjort yderligere indsatser ift. at minimere andelen af patienter, der evakueres efter missed abortion.

Indikator 4: Ikke opfyldt. Standard < 25 %. #/4 patienter med spontan 2. trimester abort er evakuerede. Forbehold for lille datagrundlag. Der vil altid forekomme patienter med behov for evakuering – fx pga. manglende kvittering af placenta eller kraftig vaginal blødning.

Indikator 5a: Ikke opfyldt. Standard < 15 %. 6/36 patienter med medicinsk behandlet provokeret 2. trimester abort eller missed abortion er evakuerede. Relativt uændret ift. seneste rapport. Der vil altid forekomme patienter med behov for evakuering – fx pga. manglende kvittering af foster, placenta eller ved kraftig vaginal blødning. Der vil dog være et fortsat fokus på at være så tilbageholdende som muligt.

Indikator 6: Ikke opfyldt. Standard < 70 %. 23/31 patienter med mistanke om ekstrauterin graviditet er blevet opererede. Tidligere år været under 70 %. Der er ikke tale om en ændret praksis i afdelingen. Vi følger de regionale retningslinjer. Vi opererer de patienter der klinisk ikke opfylder kravene til - eller ikke ønsker medicinsk behandling af graviditet uden for livmoderen.

Region Nordjylland

Aalborg UH:

I relation til ”Indikator 2: Andel af ikke-evakuerede 1. trimester missed abort, som har medicinsk behandlingskode”, ses en manglende målopfyldelse. Dette tolkes som et udtryk for en mangelfuld registreringspraksis og ikke et udtryk for manglende kvalitet i behandlingen. Der iværksættes relevant

undervisningen i afdelingen med henblik på at sikre korrekt registreringspraksis i fremtiden. Ved gennemgang af ”Indikator 6: Andel ekstrauterin graviditet, som opereres indenfor 4 uger” er der identificeret fejlregistrering for 7 patienter. Der er derfor nu sket en efterregistrering med korrekt kode.

Regionshospital Nordjylland:

Indikator 2: Regionshospitalet er opmærksomme på, at der kan være nogle registreringsmæssige udfordringer for denne indikator som der arbejdes med.

Indikator 4: Der vil blive foretaget journalaudit i starten af det nye år, og fokuseret på at fremme denne indikator, frem mod kommende årsrapport.

Indikator 5b: Der vil blive foretaget journalaudit i starten af det nye år for denne indikator, og arbejdet med tiltag relateret til auditresultaterne.

Indikator 6: Der vil blive foretaget journalaudit i starten af det nye år for denne indikator, og arbejdet med tiltag relateret til auditresultaterne.

Indikator 9: Der vil ligeledes blive foretaget journalaudit i starten af det nye år for denne indikator, og arbejdet med tiltag relateret til auditresultaterne.

Appendiks 1. Tilgrundegået graviditet, 1. trimester

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

Området omfatter diagnosekoder for missed abort (DO020 og DO021), inkomplet spontan abort (DO030-34) og komplet spontan abort (DO035-39). Vi vil, som i den angelsaksiske litteratur, kalde alle disse tidlige tilgrundegåede graviditeter for "miscarriages".

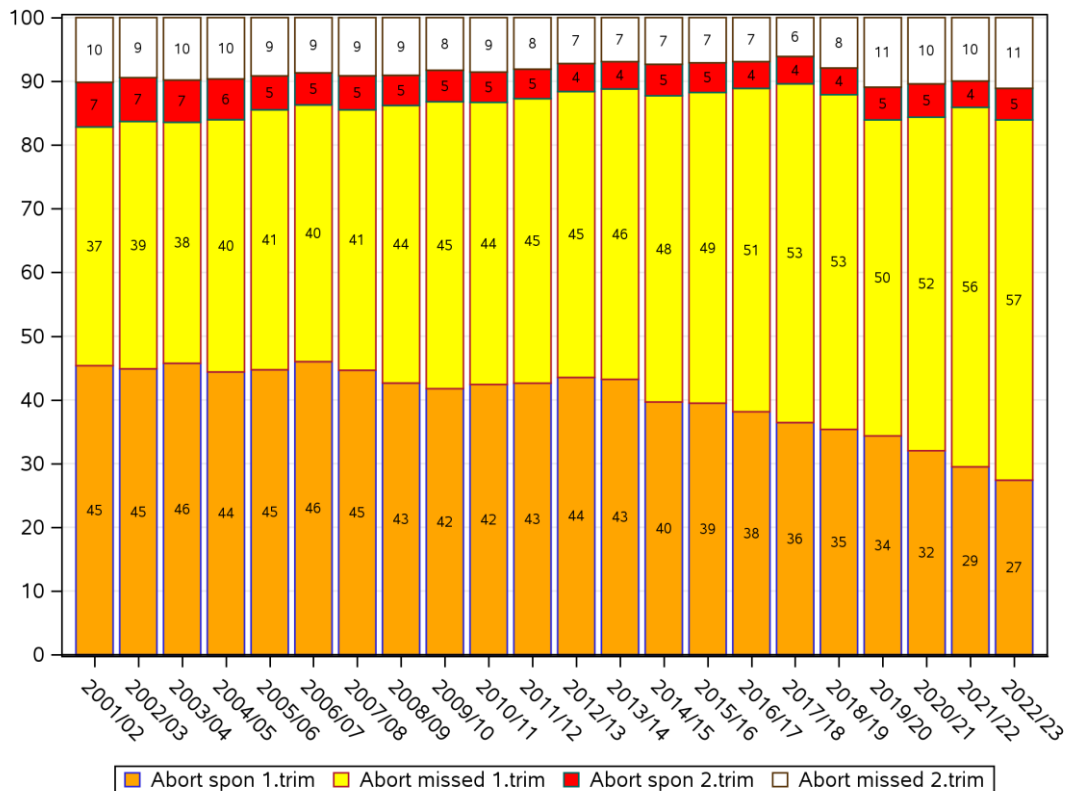
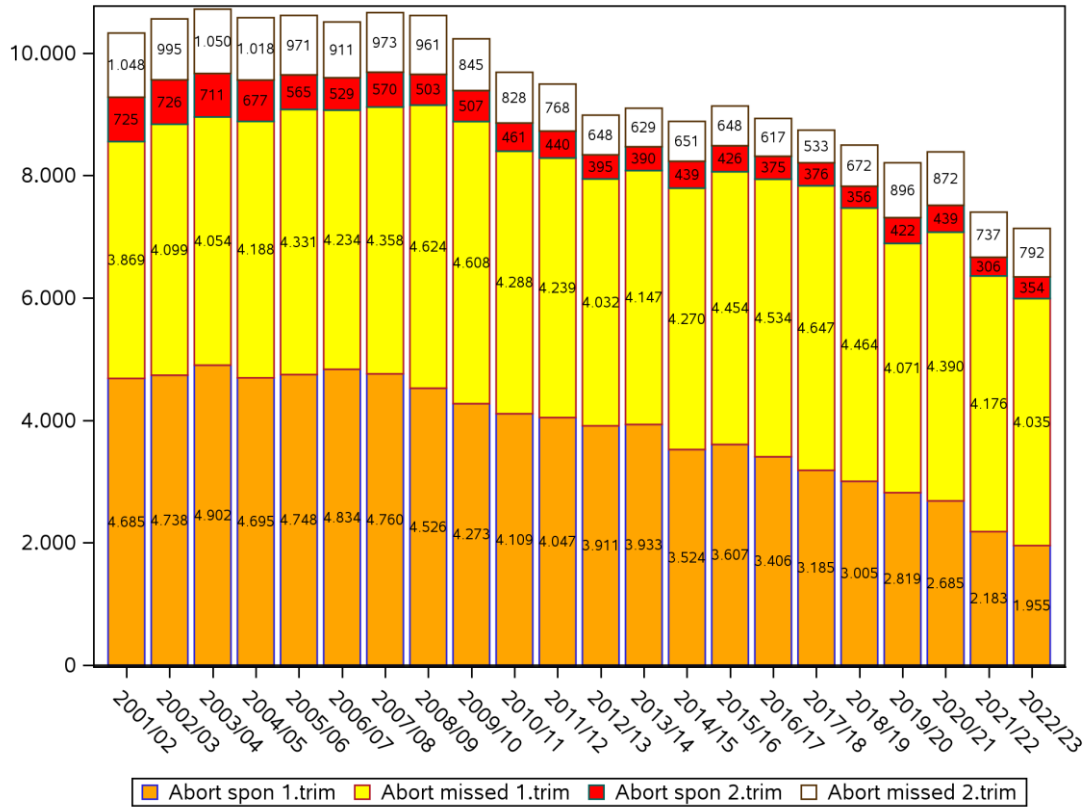
Miscarriages i Danmark 2001/02-2022/23

Det totale antal miscarriages i Danmark i 2022/23 er 7.136. Miscarriages i 1. trimester andrager 5.990 mens antallet i 2. trimester er 1.146. (**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 i almen eller speciallæge praksis 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.

Fig. 1.1 Udvikling i antal og andel tilrundegået graviditeter i Danmark fra 2001-2023. Fordeling af spontan abort og missed abort i hhv. 1. trimester og 2. trimester (øverst: absolutte tal, nederst: andel i procent)

Fig. 1.1 Miscarriages in Denmark 2001-2023. N=207,397. (Below: in absolute numbers, next page: in percent)

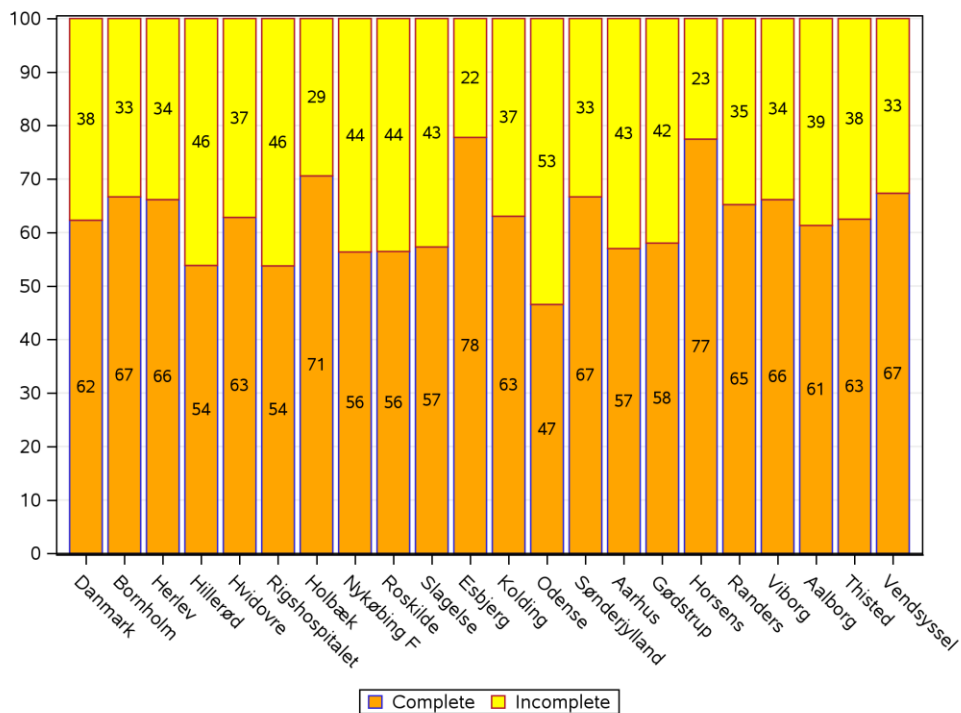
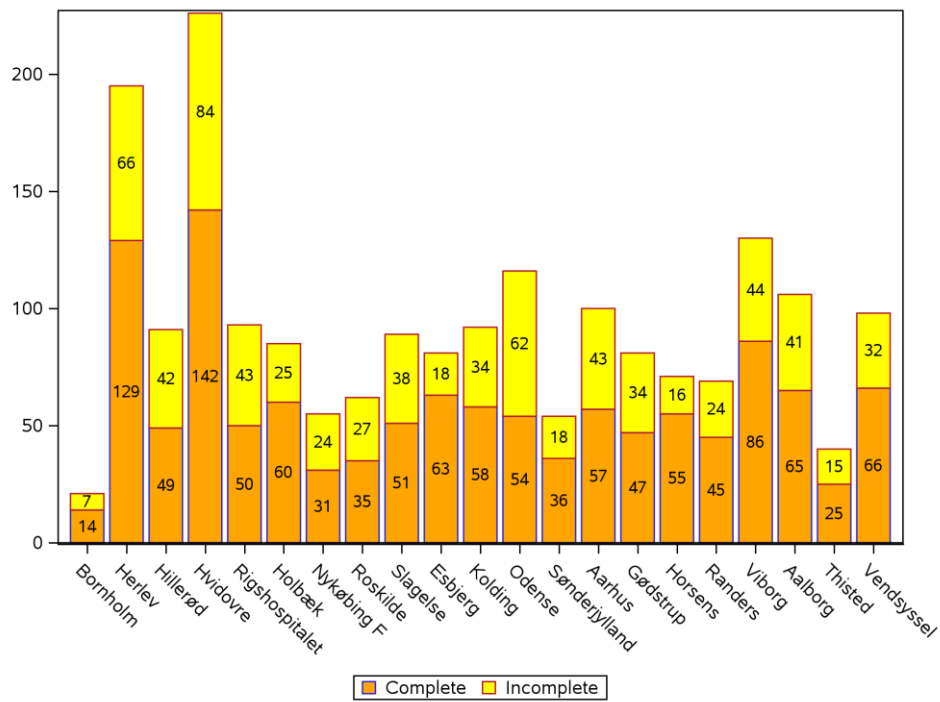


1. trimester spontan abort

Spontan abort defineres som tilgrunde gået graviditet med aktuel blødning. I 2022/23 var antallet af spontane aborter i 1. trimester 1.955, heraf 1.218 (62%) komplette og 737 (38%) inkomplette (**Tabel 1**).

Fig. 1.2 Fordeling af komplet og ukomplet spontane 1. trimester spontan abort på afdelingsniveau 2022/2023 (øverst: absolutte tal, nederst: andel i procent)

Fig. 1.2 Complete and incomplete spontaneous 1st trimester abortions at different departments in 2022/2023. N=1,955 at gynaecological departments. (Top: in absolute numbers, bottom: in percent)



Det fremgår, at der nu er mindre variation i opfattelsen af, hvad der kodes som en komplet hhv. ukomplet spontan abort med et spænd i andelen af ukomplette fra 22% i Esbjerg til 53% i Odense, hvilket er en mindskning af spredningen i forhold til 2018. Det er situationen ved den primære kontakt, som skal angives ved diagnosekodningen når pt. udskrives, altså det man har behandlet.

Kvalitet

Kvalitet inden for dette område afspejles ved følgende kvalitetsindikatorer:

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

Endvidere, at en høj andel af kvinder med inkomplet abort ekspekteres frem for at blive evakueret, da konservativ afventning indebærer halvt så stor risiko for efterfølgende infektion sammenlignet med kvinder, som får gennemført evacuatio uteri. Andelen af kvinder, som på landsplan får foretaget evacuatio uteri i den **primære kontakt**, er faldet gradvist fra 21% i 2001/02 til 3,5 % i 2022/23 (**Fig. 1.3**). Den samme tendens ses for andelen af kvinder, som får foretaget evacuatio uteri i enten den **primære kontakt** eller **sekundære kontakt** (fra 30% til 10% i samme periode) (**Fig. 1.4a**). Gennemsnittet på de gynækologiske afdelinger ligger i 2022/23 på 10% (indikator 1). 18 ud af de 21 afdelinger opfylder standarden på højst 15% (**Fig. 1.4**). En klar forbedring i forhold til tidligere.

Fig. 1.3 Udvikling i andelen af 1. trimester spontan abort, der evakueres i **primær kontakt**, 2001/2-2022/23 (det absolutte antal evakuerede 1. trimester spontane aborter i den primære kontakt ses i bunden af hver søjle)

Fig. 1.3 Proportion (%) of women with spontaneous 1st trimester abortion (N) being surgically evacuated (n) in primary contact through the period 2001-2023. N=84,530, n=8,436. Absolute number of evacuated indicated in bottom of each column.

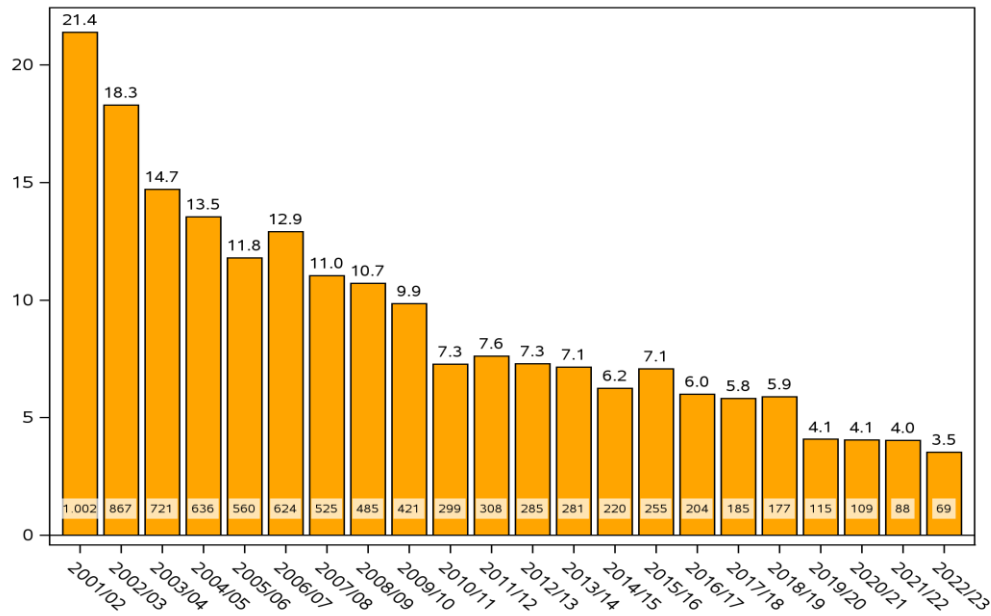


Fig. 1.4 Indikator 1. Andelen af 1. trimester spontan abort, der evakueres enten i **primær** eller **sekundær kontakt** per afdeling, 2022/2023

Fig. 1.4 (Indikator 1) Proportion (%) of women with spontaneous abortion undergoing surgical evacuation in 2022/2023 at gynaecological departments. Abortions=1,955, Evacuations=200. 95% CI indicated

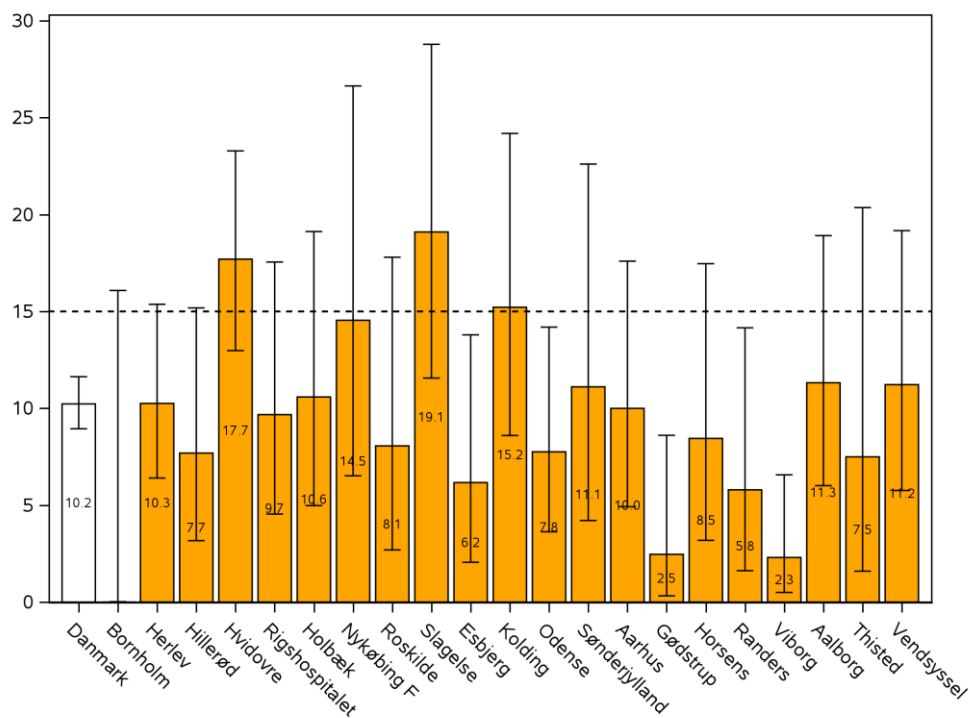
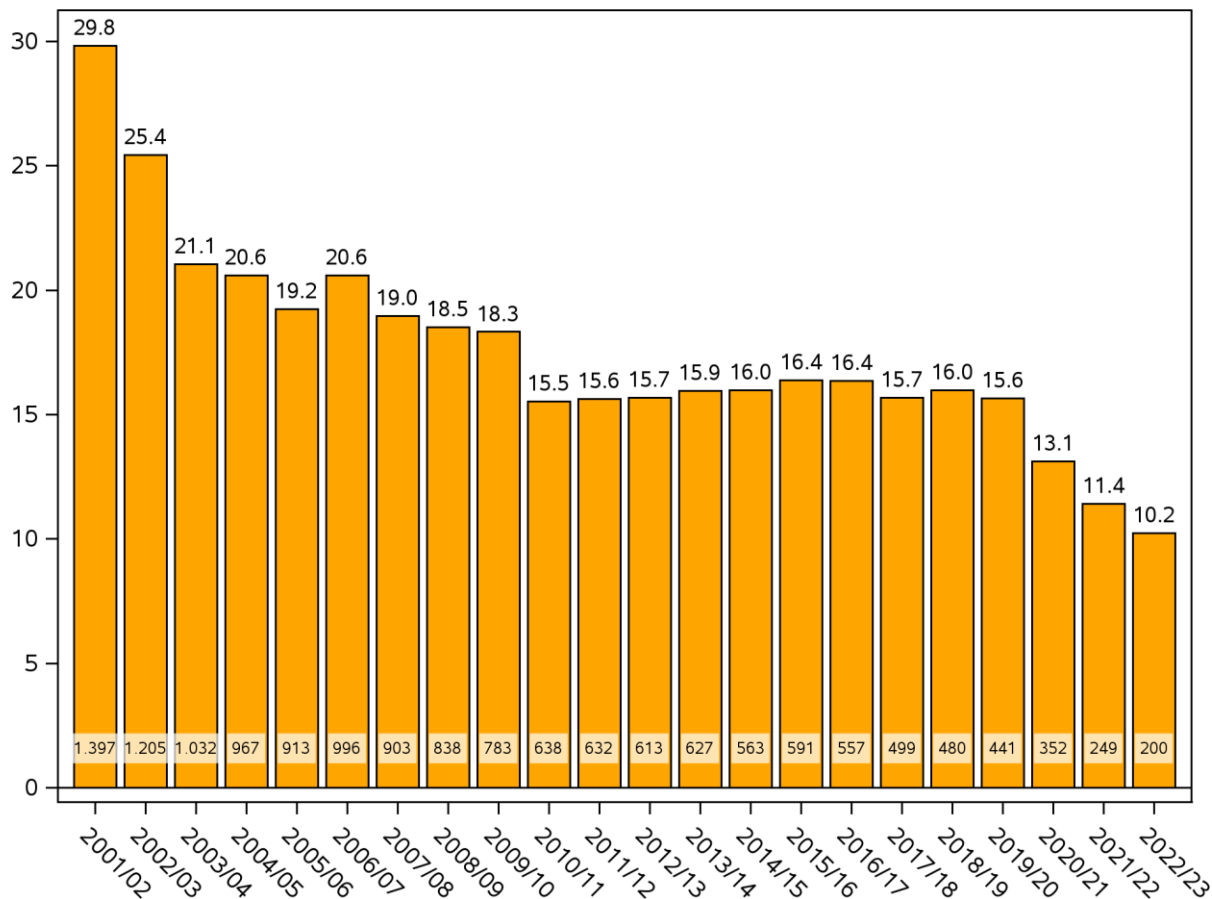


Fig. 1.4a (Indikator 1) Udvikling i andelen af 1. trimester spontan abort, der evakueres enten i **primær eller sekundær kontakt**, 2001/2-2022/23 (det absolutte antal evakuerede 1. trimester spontane aborter i enten primære eller sekundære kontakt ses i bunden af hver søjle)

Fig. 1.4a (Indikator 1) Proportion (%) of women with spontaneous 1st trimester abortion (N) being surgically evacuated (n) **in primary or secondary contact**. N=84,530, n=15,476. Absolute number of evacuated indicated in bottom of each column.



Hvad kan vi gøre bedre?

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

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

Vores nye mål med udvidede indikator 1 er, at alle afdelinger kommer under 15% evakuerede, 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 abort

Missed abort defineres som en tilgrunde gået graviditet uden aktuel blødning (DO021 og DO020). Andelen af kvinder med missed abort ud af alle med miscarriages er 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.

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

Kvalitet

Kvalitet inden for dette område udtrykkes ved følgende

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

Fig. 1.5 Antal kvinder med 1. trimester missed abort per afdeling, 2022/2023

Fig. 1.5 Women with 1st trimester missed abortion at gynaecological departments in 2022/2023. N=4,035

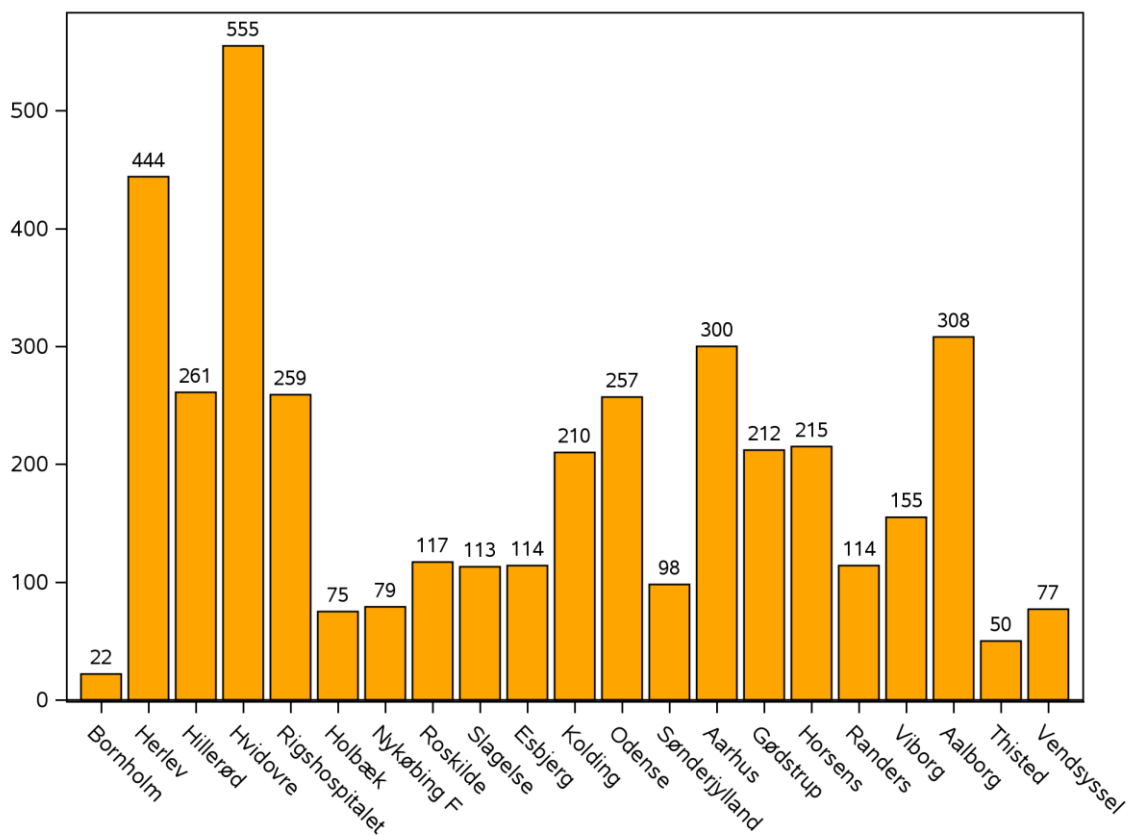
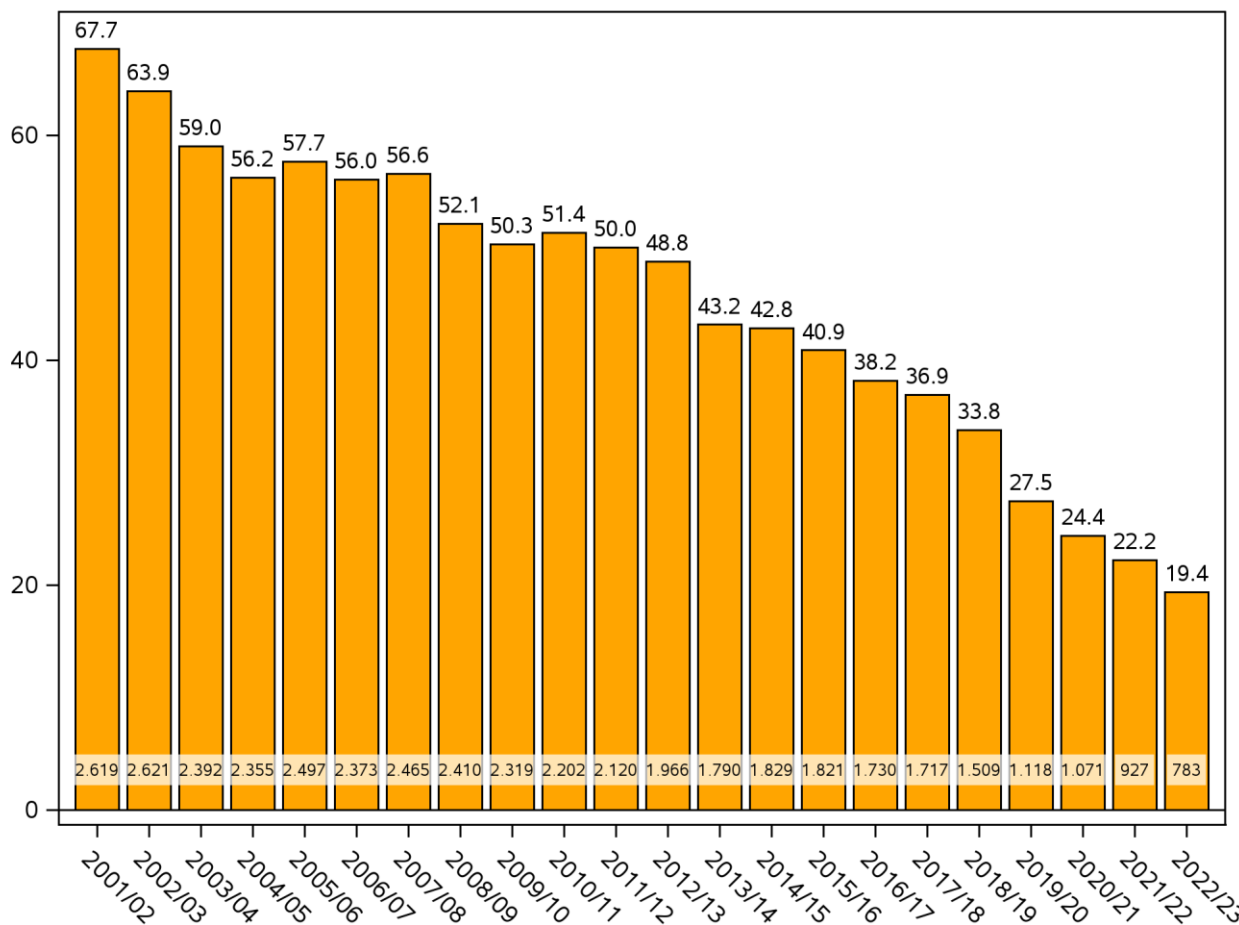


Fig. 1.6 viser udviklingen i andelen af kvinder med 1. trimester missed abort, der undergår evakuatio uteri i den primære kontakt, i perioden 2001/02 til 2022/23. Det fremgår, at andelen er faldet støt fra år 2001/02 fra 68% til i dag hidtil laveste andel på 19%.

Fig. 1.6 Udvikling i andelen af 1. trimester missed abort, der evakueres i **primær kontakt**, 2001/2-2022/23 (det absolutte antal evakuerede 1. trimester missed aborter i den primære kontakt ses i bunden af hver søjle)

Fig. 1.6 Proportion of women with 1st trimester missed abortion (N) undergoing primary evacuation (n) in Denmark 2001-2023. N=94,112, n=42,634. Absolute number of evacuated indicated in bottom of each column.



I denne opgørelsesperiode varierer denne andel mellem afdelingerne fra 5% på Bornholm til 32% på Rigshospitalet (**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 primære evacuatio-rater 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 som den primære behandling, fremgår af **Fig. 1.8** og **1.9**. Dette tal ligger nu på 64% på landsplan. Man kan groft antage, at hovedparten af de 81%, som ikke får foretaget et primært kirurgisk indgreb (**Fig. 1.6**), er blevet medicinsk behandlet, mens der i praksis altså kun er kodet 64% (Indikator 2).

Fig. 1.7 Andelen af 1. trimester missed abort, der evakueres i **primær kontakt** per afdeling, 2022/2023 (det absolutte antal evakuerede 1. trimester missed abort ses i bunden af hver søjle)

Fig. 1.7 Proportion of women with 1st trimester missed abortion (N) undergoing primary evacuation (n) at different departments in Denmark in 2022/2023. N=4,035, n=783. Absolute number of evacuated indicated in bottom of each column.

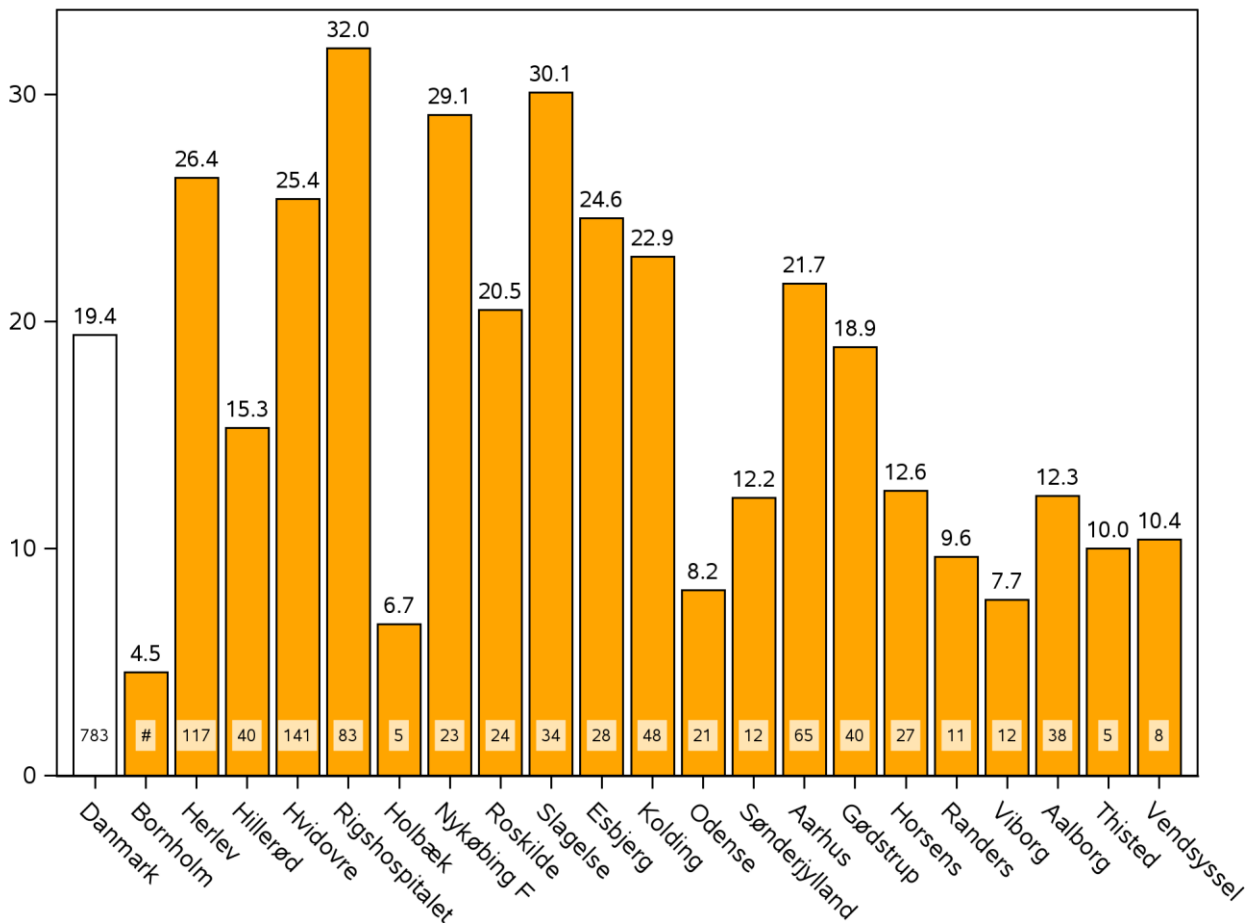


Fig. 1.8 Udvikling i andelen af de ikke-evakuerede 1. trimester missed abort, der har en medicinsk behandlingskode (BKHD42/50/52), 2001/2-2022/23 (det absolutte antal 1. trimester missed aborter med medicinsk behandlingskode ses i bunden af hver søjle)

Fig. 1.8 Proportion (%) of women with missed abortion (N) coded with a medical treatment code BKHD42/50/52 (n) at gynaecological departments during the period 2001-2023. N=51,478, n=19,674. Absolute number of evacuated indicated in bottom of each column.

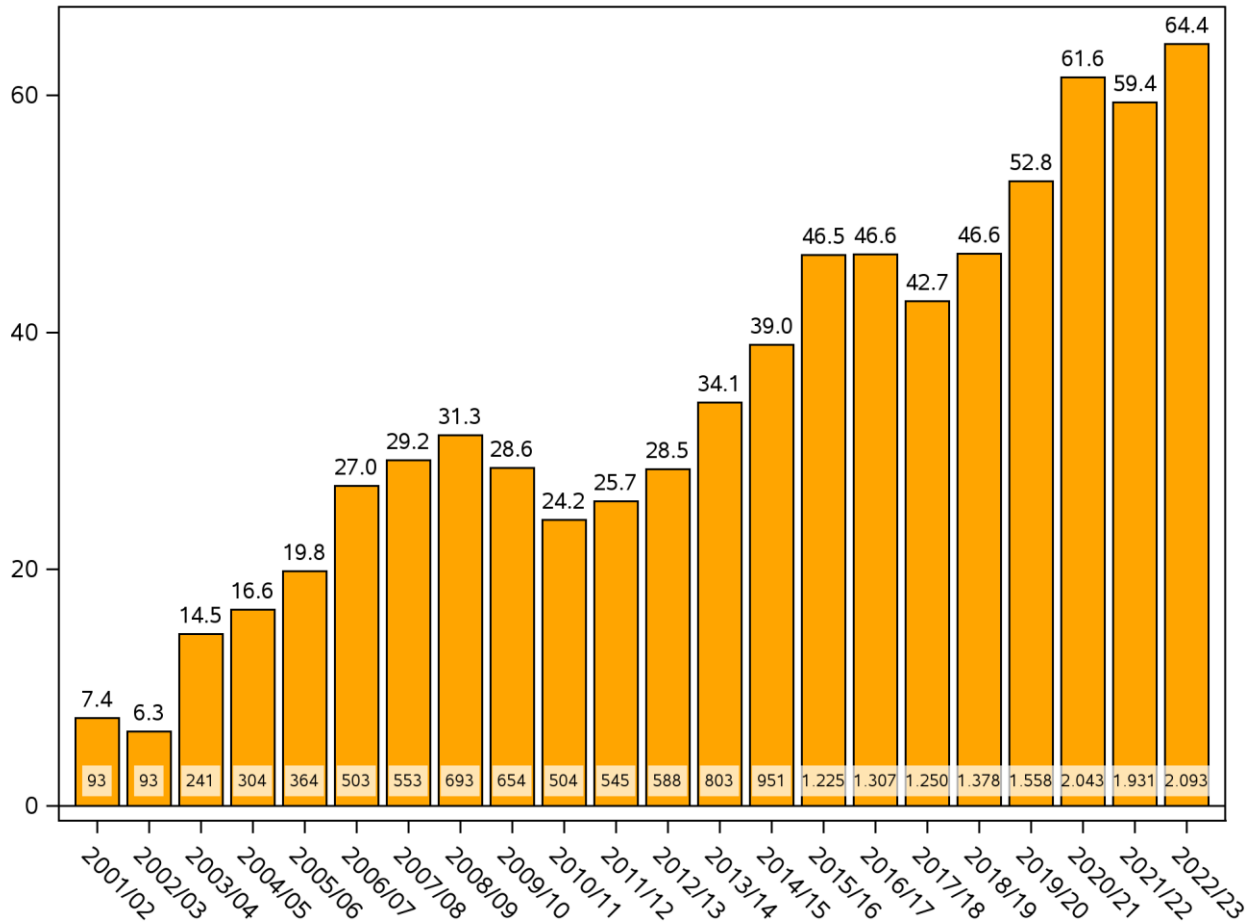
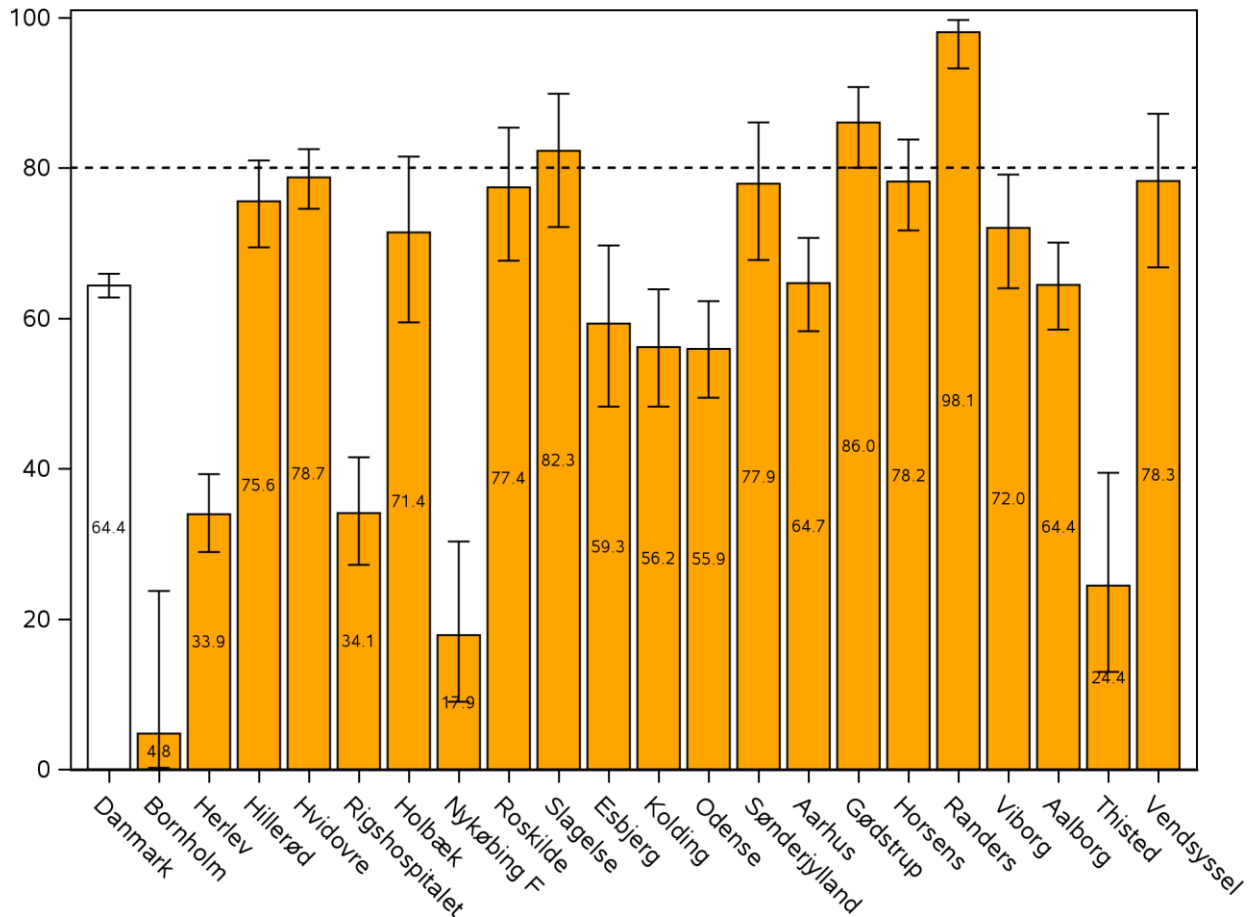


Fig. 1.9 (Indikator 2). Andelen af ikke-evakuerede 1. trimester missed abort, der har en medicinsk behandlingskode (BKHD50/52) per afdeling, 2022/2023

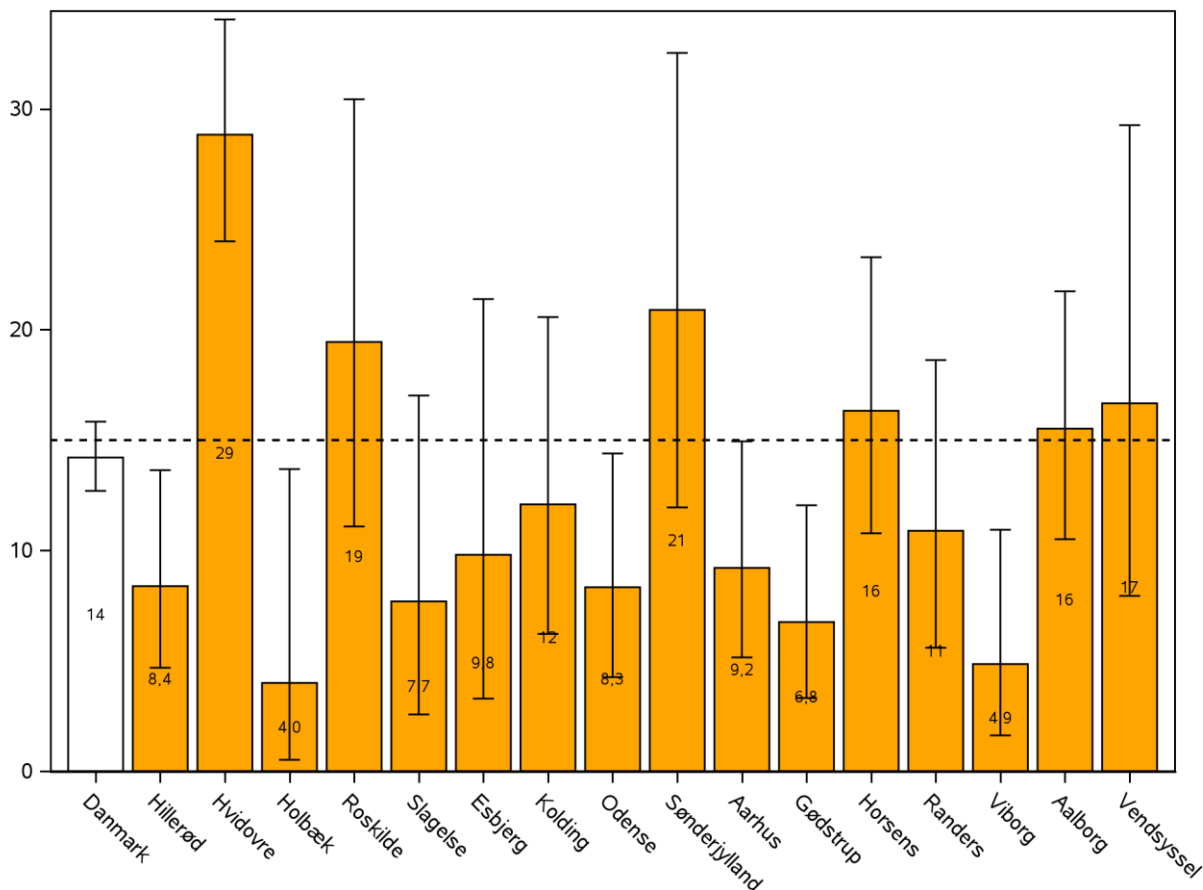
Fig. 1.9 (Indikator 2) Proportion (%) of non-evacuated women with missed abortion (N), coded with a medical treatment code (n) at gynaecological departments in 2022/2023. N=3,252, n=2,093. 95% CI indicated



Andelen af registrerede medicinsk behandlede (blandt de kvinder, som ikke undergår primær evacuatio uteri) varierer meget fra afdeling til afdeling, og vi taler om et spænd fra 5% (Bornholm) til 98% (Randers) (**Fig. 1.9**). Med et gennemsnit på 64% betyder det, at 3/4 af de medicinsk behandlede er kodet med disse behandlingskoder. Kun afdelinger, som ligger med $\geq 50\%$ på denne indikator 2, vil få opgjort indikator 3. Med den nye udvidede medicinske kombinationsbehandling kan vi håbe på, at det vil kunne løfte denne andel.

Fig. 1.10 (Indikator 3). Andelen af medicinsk behandlet 1. trimester missed abort, som efterfølgende evakueres per afdeling, 2022/2023

Fig. 1.10 (Indikator 3) Proportion (%) of evacuated (n) after medical treatment of missed abortion (N) at gynaecological departments in DK in 2022/2023. N=1,827, n=266. 95% CI indicated



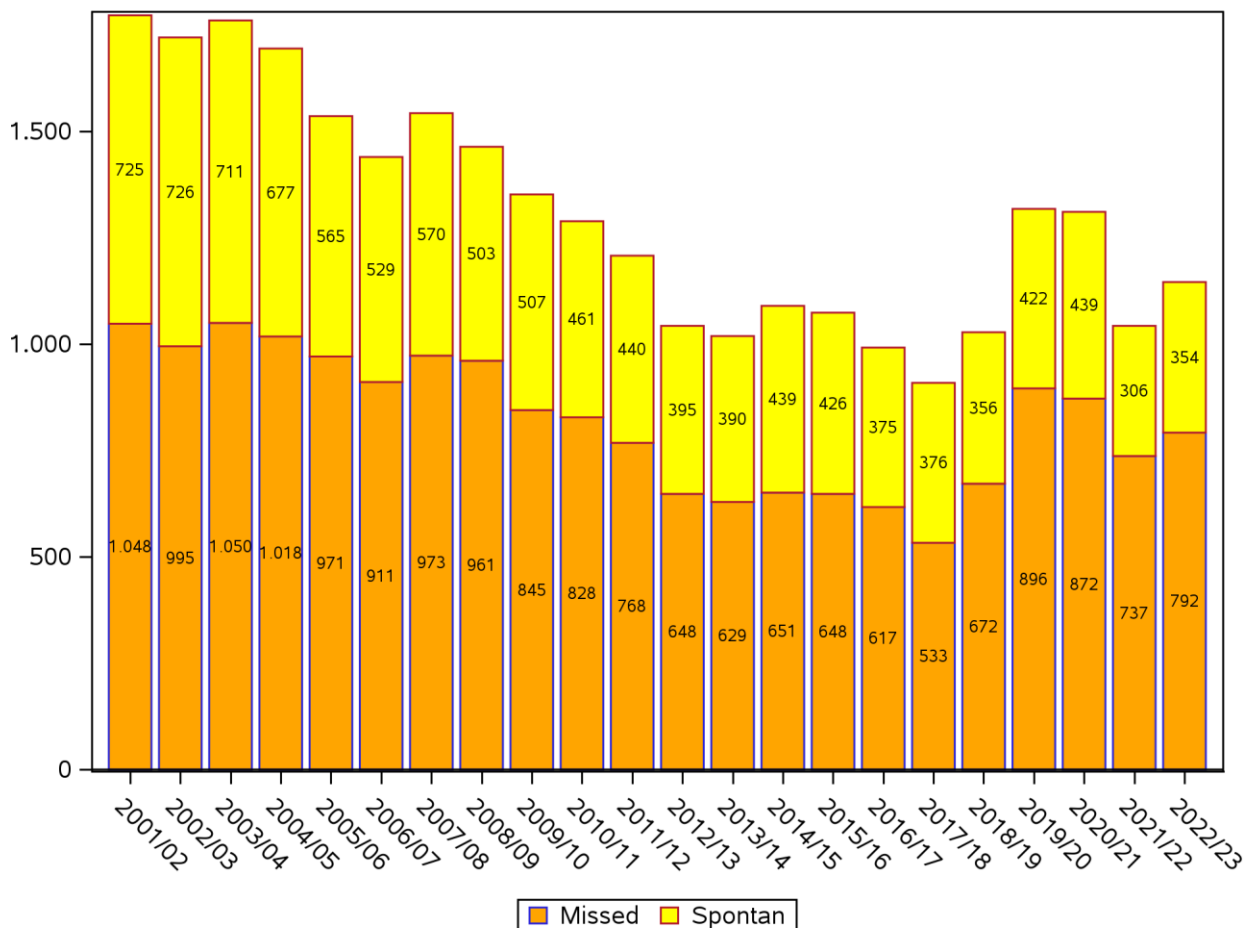
Det fremgår af figuren (**Fig. 1.10**), at de absolutte tal på de enkelte afdelinger er små, hvorfor en væsentlig del af variationen mellem afdelingerne skyldes tilfældigheder. Men man bemærker sig en overordnet andel evakuerede efter medicinsk behandling af missed abort på 14%. Det er en halvering i forhold til 2018, hvor andelen lå på ca. 30%.

Appendiks 2. Tilgrundegået graviditet, 2. trimester

Tilgrundegået graviditet (miscarriages) i 2. trimester udgør i 2022/23 16% af alle miscarriages (**Fig. 1.1**). I **Fig. 2.1** er antallet af 2. trimester miscarriages (missed abortion og spontan abort) i Danmark opgjort i perioden 2001/02-2022/23. Det fremgår, at antallet af sene miscarriages i perioden er faldet med ca. 35%. Faldet i de spontane aborter efter 2004, kan være influeret af de nye prænatale screeninger, som blev indført i årene fra 2004, da flere føtale misdannelser fanges tidligt, og kvinderne dermed får udført en provokeret abort, hvor en del af disse tidligere aborterede spontant i de efterfølgende uger. Vi har ikke noget umiddelbart bud på baggrunden for stigningen i antallet af 2. trimester spontane og missed aborter i 2019-2021. Det vil vi undersøge nærmere.

Fig. 2.1 Udvikling i antal tilgrundegået graviditeter i 2. trimester i Danmark fra 2001/2-2022/23. Fordeling af hhv. spontan abort og missed abort

Fig. 2.1 Number of 2nd trimester miscarriages in Denmark 2001-2023. N=28,755.

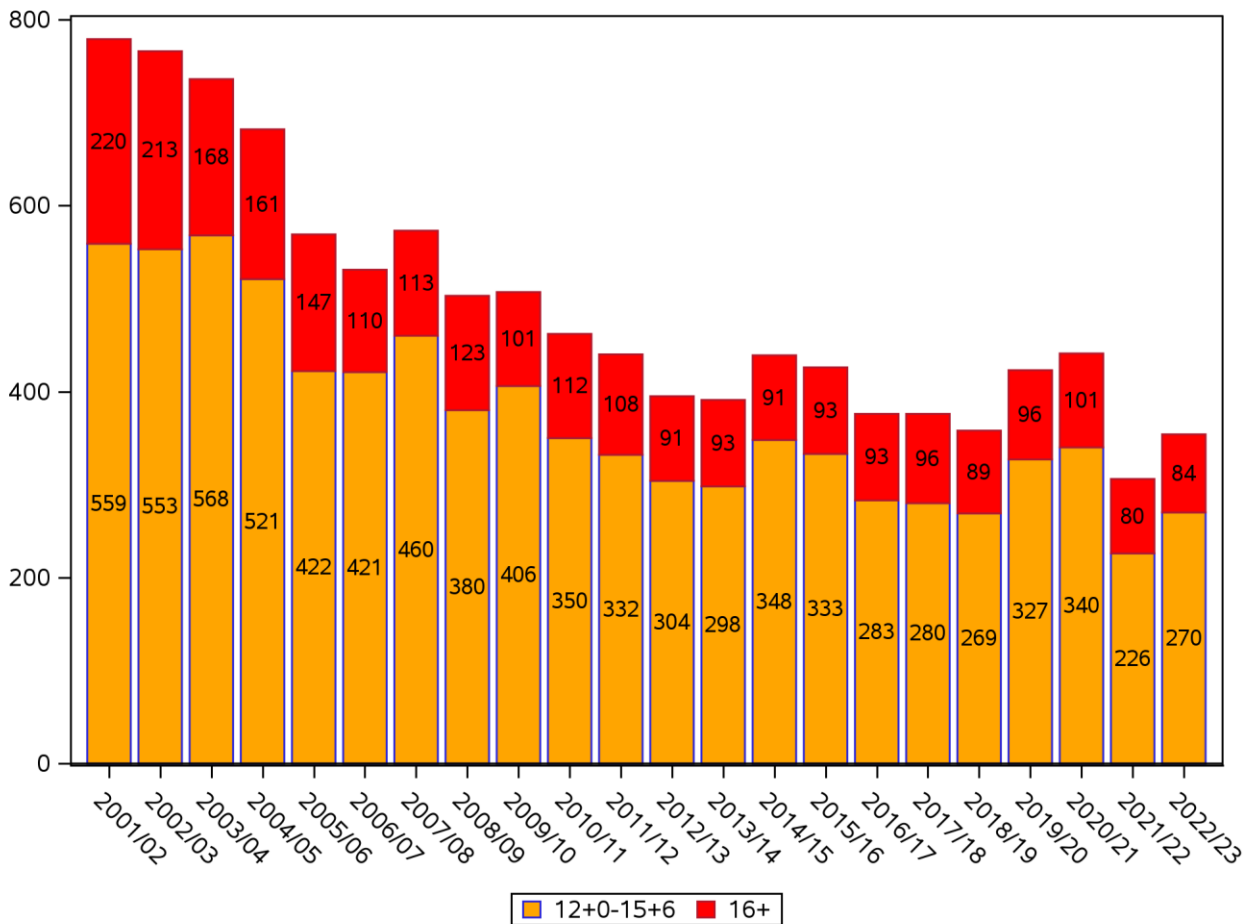


2. trimester spontan abort

Antallet af kvinder med 2. trimester spontan abort (DO03*) (GA \geq 12+0) er i perioden fra 2001/02 faldet med ca. 54%, fra 779 i 2001/02 til 354 i 2022/23 (Fig. 2.2). Den 1. april 2004 ændredes grænsen mellem spontan abort og dødfødsel ved lov fra 28 til 22 svangerskabsuger, hvilket kan forklare en mindre del af faldet i antallet af spontane aborter efter 16 uger fra 2003 til 2006. Man bemærker sig igen en stigning i 2019/20 og 2020/21.

Fig. 2.2 Udvikling i antal hhv. tidlige og sene 2. trimester spontane aborter fra 2001/2-2022/23

Fig. 2.2 Spontaneous 2nd trimester abortion in Denmark 2001-2023, stratified according to gestational age. N=10,833.



Kvalitet

Kvalitetsindikatorer inden for dette område handler om:

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

Evakuering af 2. trimester spontan abort

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

Fig. 2.3 Udvikling i andelen af kirurgiske evakueringer efter hhv. tidlig og sen 2. trimester spontan abort fra 2001/2-2022/23

Fig. 2.3 Surgical evacuation rate (%) after early and late 2nd trimester spontaneous abortion in Denmark 2001-2023. N=10,692.

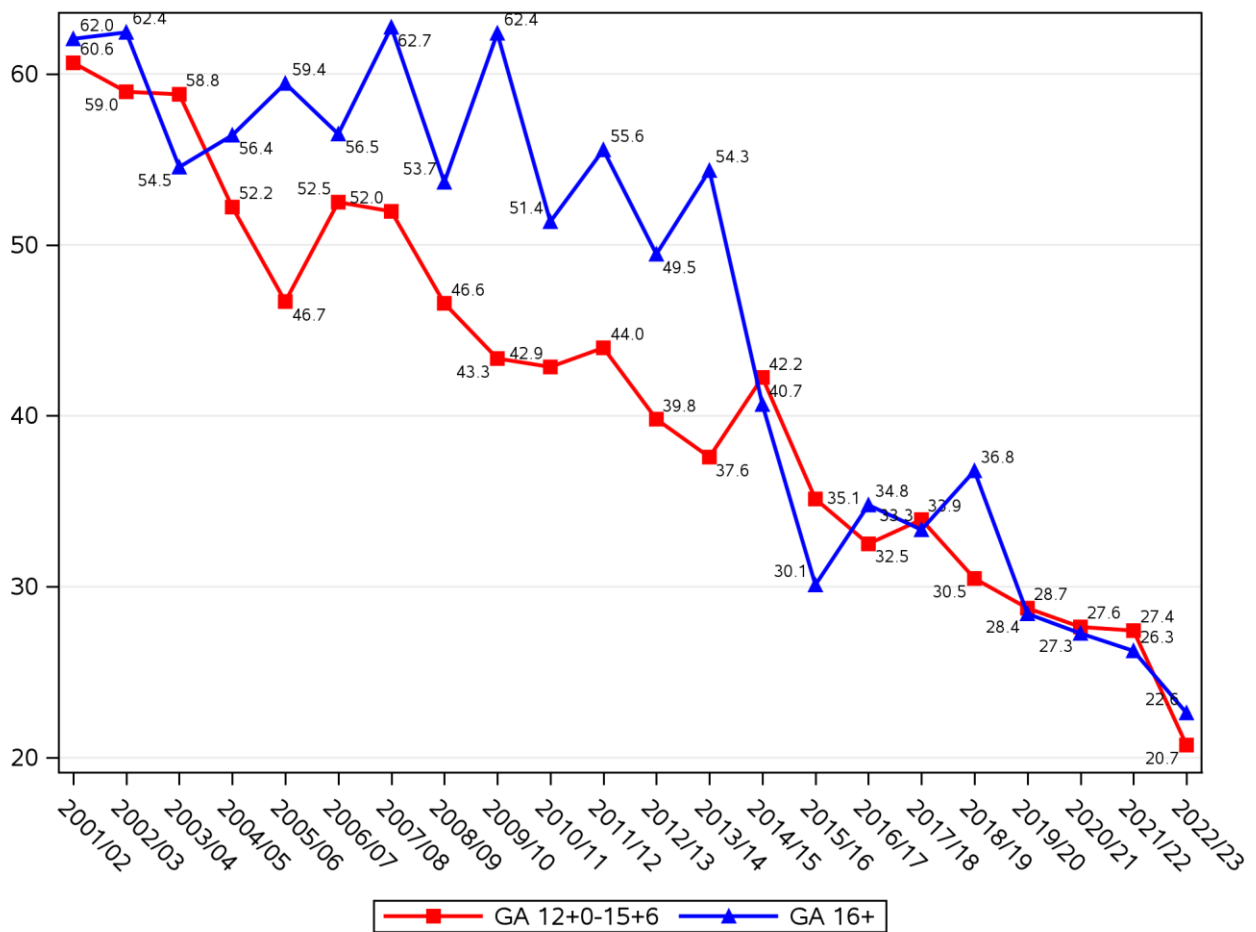
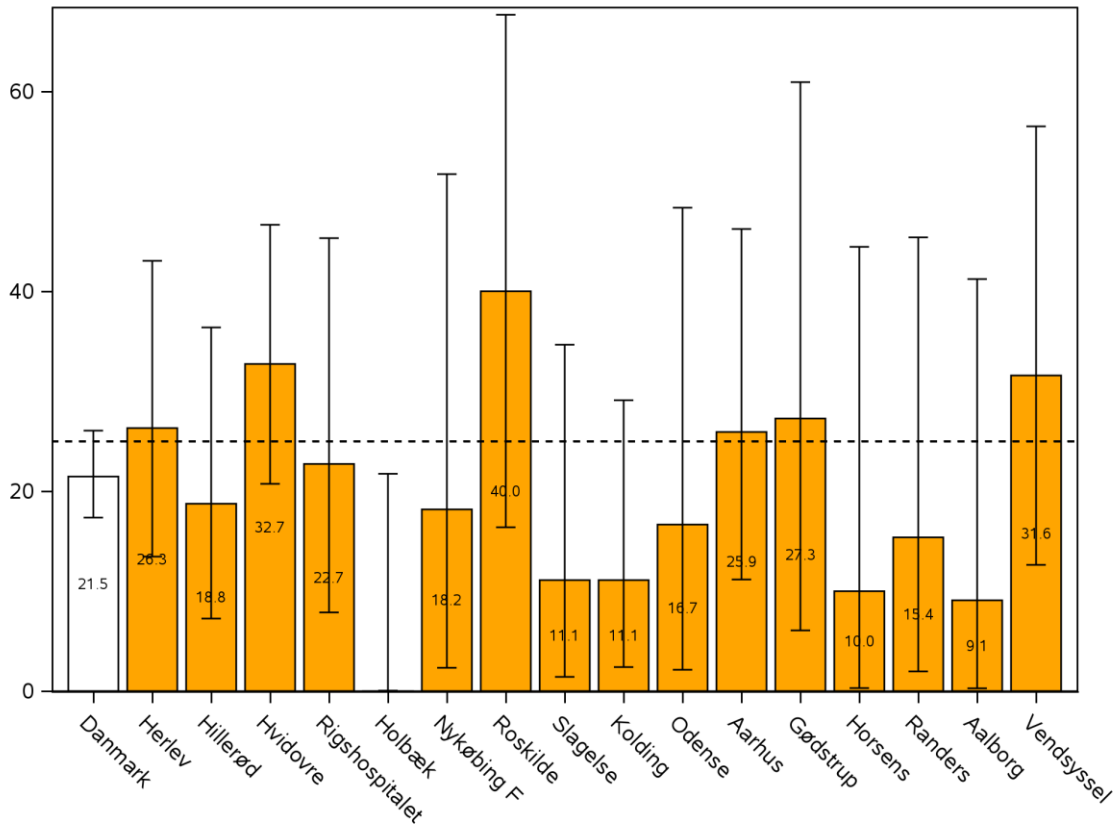


Fig. 2.4 (Indikator 4) Andelen af 2. trimester spontan abort, som evakueres per afdeling, 2022/2023

Fig. 2.4 (Indikator 4) Surgical evacuation (n) of 2nd trimester spontaneous abortion (N) in Denmark in 2022/2023 at gynaecological departments. N=336, n=74. 95% CI indicated



På afdelingsniveau varierer anvendelsen af evacuatio uteri ved 2. trimester spontan abort fra 9% (Aalborg) til 40% i Slagelse (blandt afdelinger med 10 eller flere i nævner) (**Fig. 2.4**). Gennemsnittet 22% på gynækologiske afdelinger.

Hvad kan vi gøre bedre?

Tilbageholdenhed med anvendelsen af kirurgiske indgreb må anses for en kvalitet, men en optimal andel evakuerede er det ikke muligt at angive med tilstrækkeligt empirisk belæg på nuværende tidspunkt. Det er dog bemærkelsesværdigt, at flere afdelinger år efter år ligger med halvt så mange evakuerede (i procent) som de, der evakuerer flest. Nogle afdelinger i udlandet ligger på evakueringsrater på under 10% ved 2. trimester aborter, hvilket opnås ved at køre efter kliniske parametre som placentas helhed og graden af blødning, og forsøger at holde UL ude af stuerne i timerne efter kvittering!

2. trimester missed abort

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

Fig. 2.5a Udvikling i andelen af **2. trimester missed abort**, der evakueres i **primær kontakt**, 2001/2-2022/23 (det absolutte antal primært evakuerede 1. trimester spontane aborter ses i bunden af hver søjle)

Fig. 2.5a Surgical evacuation (%) (n) in primary contact in women with 2nd trimester missed abortion (N) 2001-2023. N=18,063, n=5,148. Absolute number of evacuated indicated in bottom of each column.

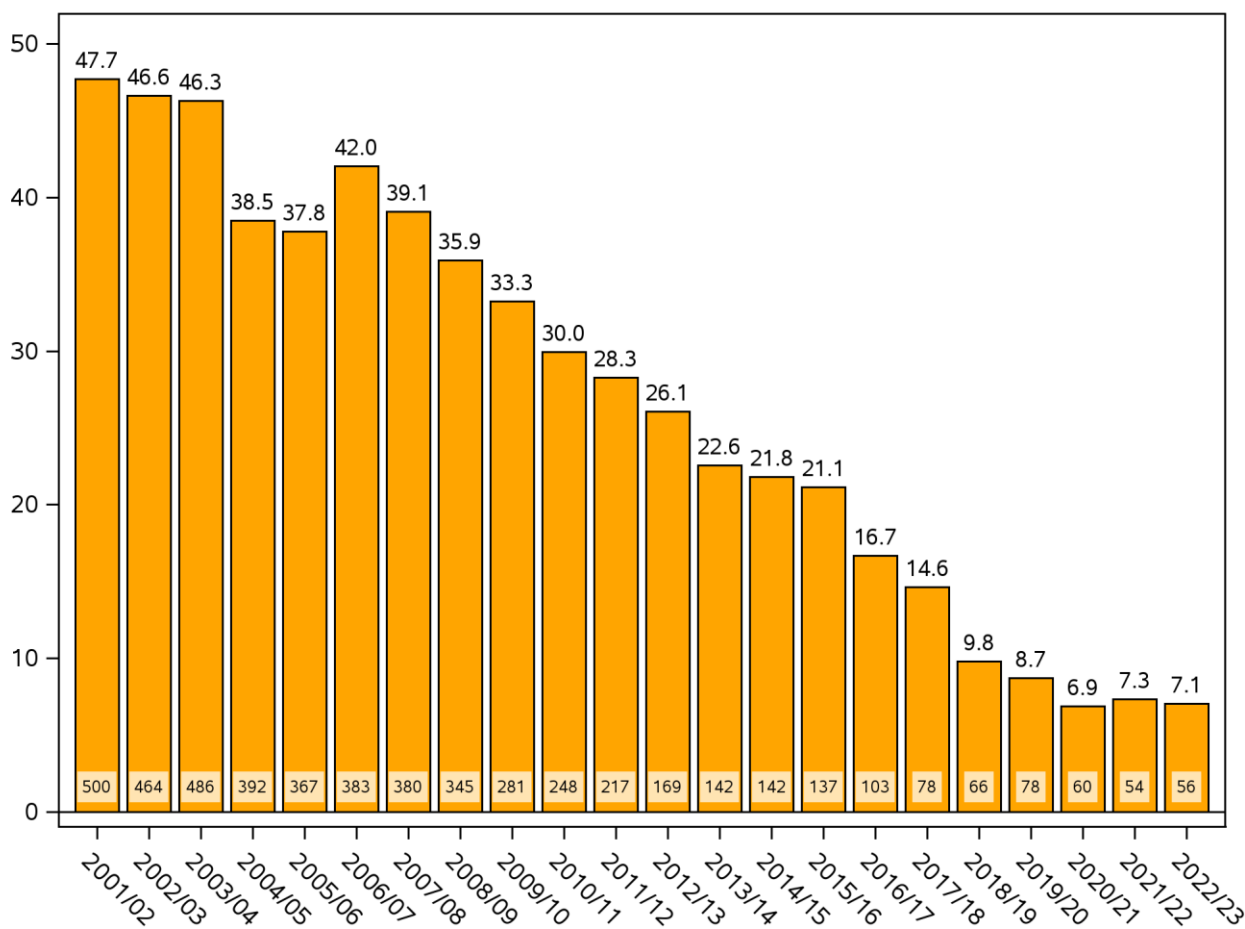
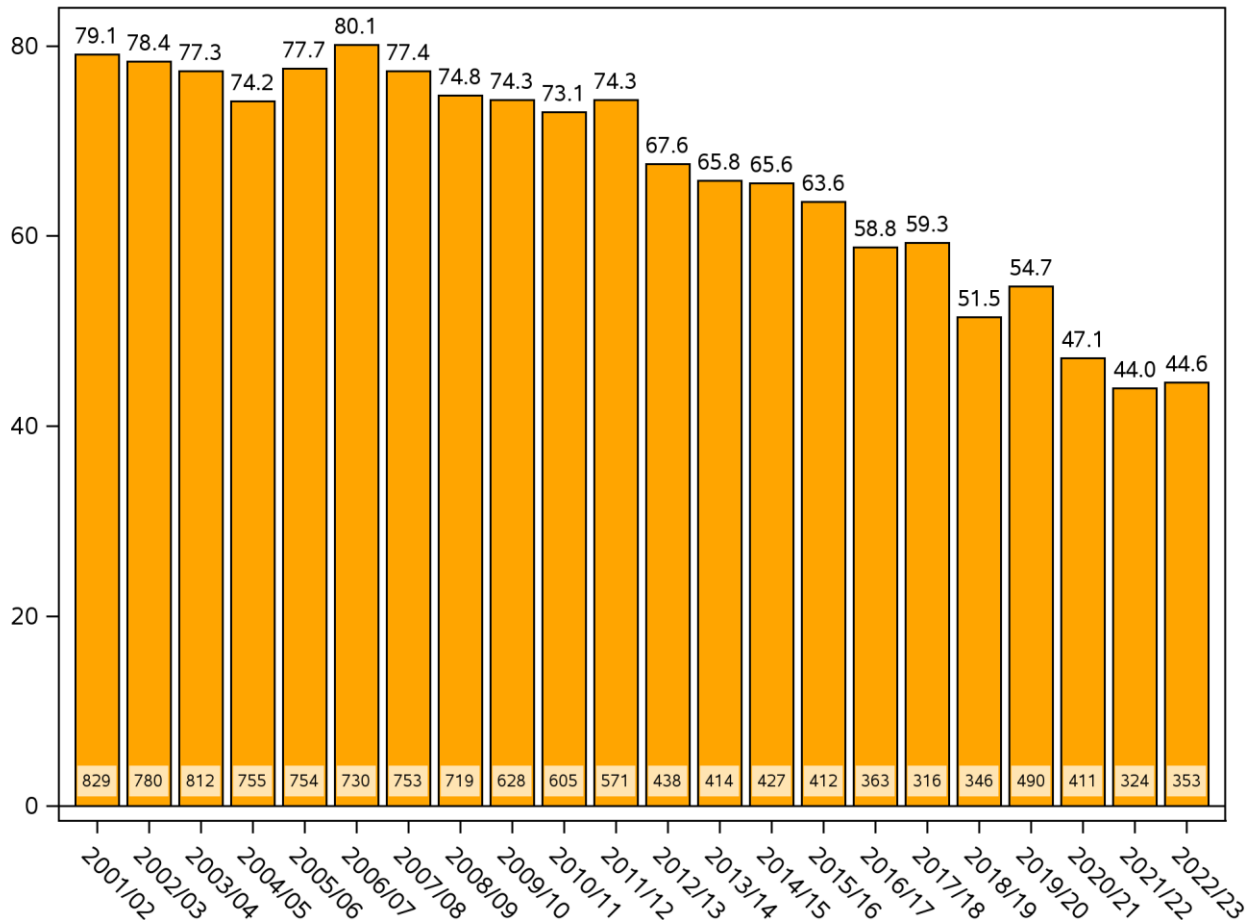


Fig. 2.5b Udvikling i andelen af **2. trimester missed abort**, der evakueres i enten **primær kontakt** eller **sekundær kontakt**, 2001/2-2022/23 (det absolutte antal primært og/eller sekundært evakuerede 1. trimester spontane aborter ses i bunden af hver søjle)

Fig. 2.5b Primary or secondary surgical evacuation (%) (n) in women with 2nd trimester missed abortion (N) 2001-2023. N=18,063, n=12,230. Absolute number of evacuated indicated in bottom of each column.



I **Fig. 2.6a og 2.6b** ses andelen af 2. trimester medicinsk inducerede provokeret eller missed abort, som evakueres enten i primær kontakt (5a) og/eller i sekundær kontakt inden for 12 uger fra abortdatoen (5b). Det fremgår, at den primære evakuatioandel (gns. 13%) svinger fra 5% i Esbjerg til 24% i Gødstrup, mens den sekundære evakuatioandel (gns. 21%) svinger fra 8% i Randers og Aalborg til 38% i Vendsyssel (blandt afdelinger som har 10 eller flere i nævner). Det er hovedsageligt de provokerede aborter, som trækker disse rater op. Diskrepansen mellem **Fig. 2.6a/2.6b** og **Fig. 1.1/2.1** skyldes eksklusion af GA 12+0-12+6 i indikator 5 (det kan ikke afgøres om disse er medicinsk inducerede).

Formentlig burde der ikke være forskel på andelen af evakuerede efter 2. trimester henholdsvis spontan abort, missed abortion og provokeret abort, da alle tre kører efter samme medicinske regime. Der er derfor næppe tvivl om, at afdelinger med mere end 35% evakuatio'er bør stræbe imod at reducere denne andel efter alle tre typer 2. trimester abort.

Fig. 2.6a (Indikator 5a) Andel 2. trimester (13+0<=GA<=22+6) provokeret eller missed abort som evakueres i den primære kontakt, 2022/23

Fig. 2.6a (Indikator 5a) Primary surgical evacuation (%) (n) of women with 2nd trimester missed abortion or induced abortion (N) at gynaecological departments in 2022/2023. N=1,047, n=130. 95% CI indicated

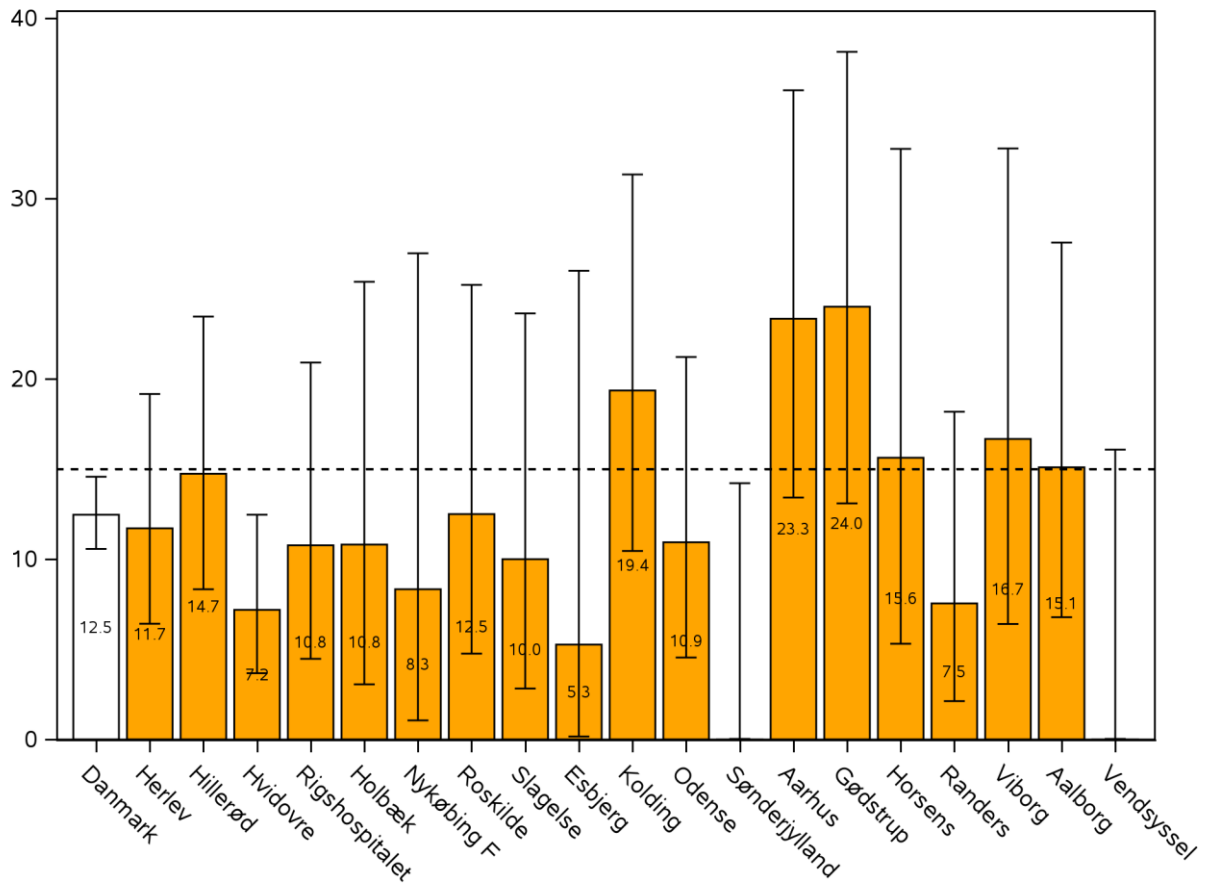
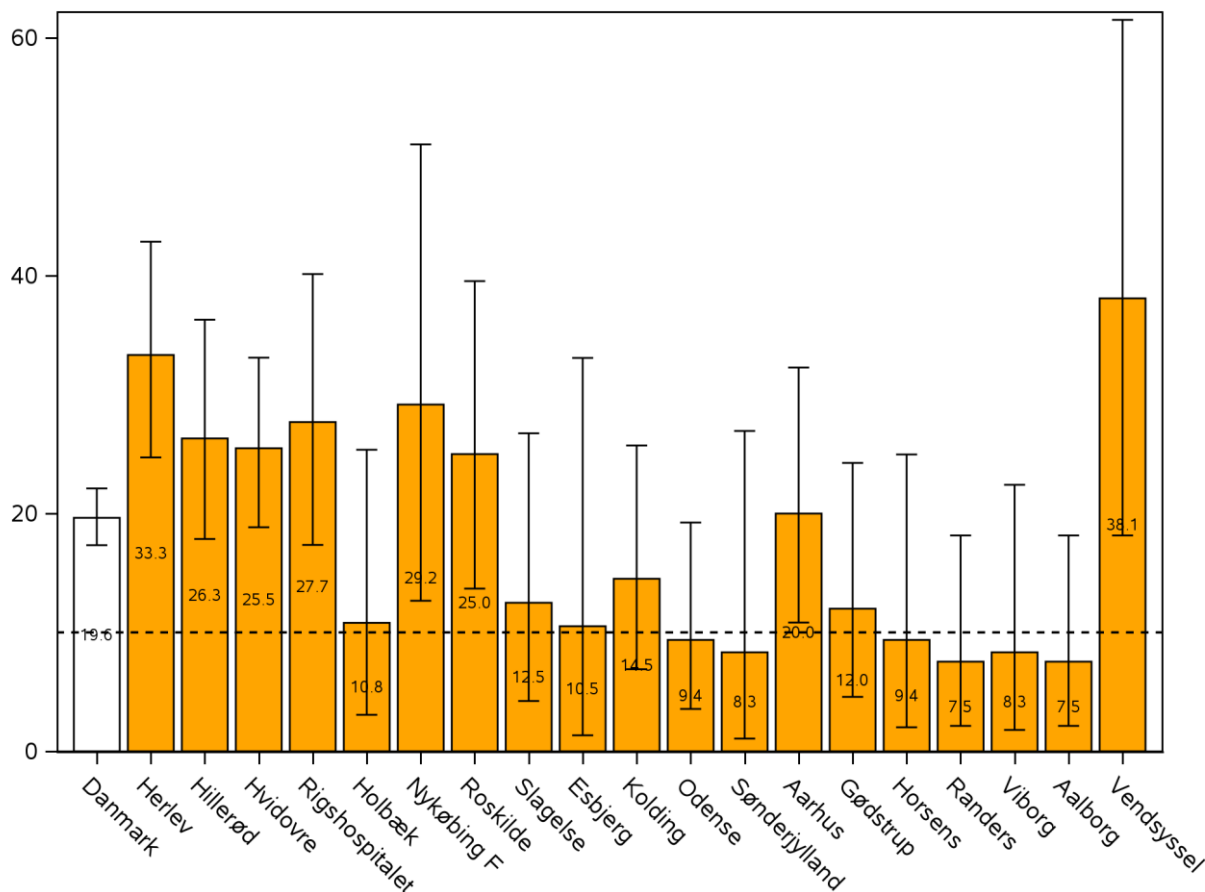


Fig. 2.6b (Indikator 5b) Andel 2. trimester (13+0<=GA<=22+6) provokeret eller missed abort som evakueres i den sekundære kontakt, 2022/23

Fig. 2.6b (Indikator 5b) Secondary surgical evacuation (%) (n) of women with 2nd trimester missed abortion or induced abortion (N) at gynaecological departments in 2022/2023. N=1,047, n=206. 95% CI indicated

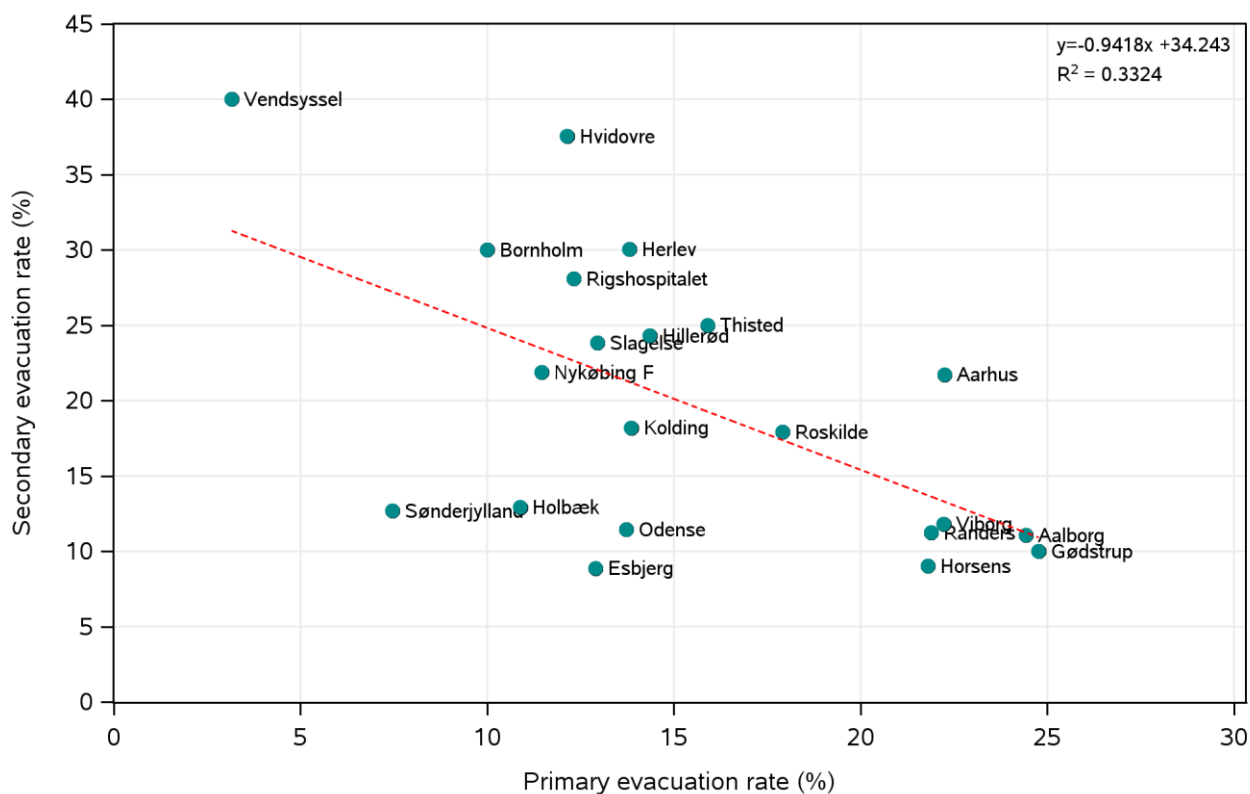


Hvad kan vi gøre bedre?

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 evakuatio og infektion ved de to behandlingsformer. Evakuatio andelen bør ligge langt under 40%, og standarden 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. 2.7 (Indikator 5) Korrelationen mellem andelen af **primære** evakueringer vs. andelen af **sekundære** evakueringer af 2. trimester provokeret eller missed abort fra 2017/2018-2022/2023

Fig. 2.7 (Indikator 5) Primary evacuation rate (%) vs. secondary evacuation rate (%) of women with 2nd trimester missed abortion or induced abortion from 2017/2018 to 2022/2023. N=4,990, n'Primary evac'=772, n'Secondary evac'=1,122.



Her har vi forsøgt at korrelere den primære evacuatio-rate med de samme afdelingers sekundære evacuatio-rate. Der ses en svag tendens til, at der er færre sekundære med flere primære (som man ville forvente). Men der er tale om en stor spredning, og der er afdelinger med både høj primær evacuatio-rate og høj sekundær evacuatio-rate. Denne høje spredning taler derfor for at mindske både primære og sekundære evacuatio-rater. Vi vil se resultaterne af de nye definitioner af hhv. primære og sekundære kontakter, før vi ændrer standarderne.

Appendiks 3. Ekstrauterin graviditet

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

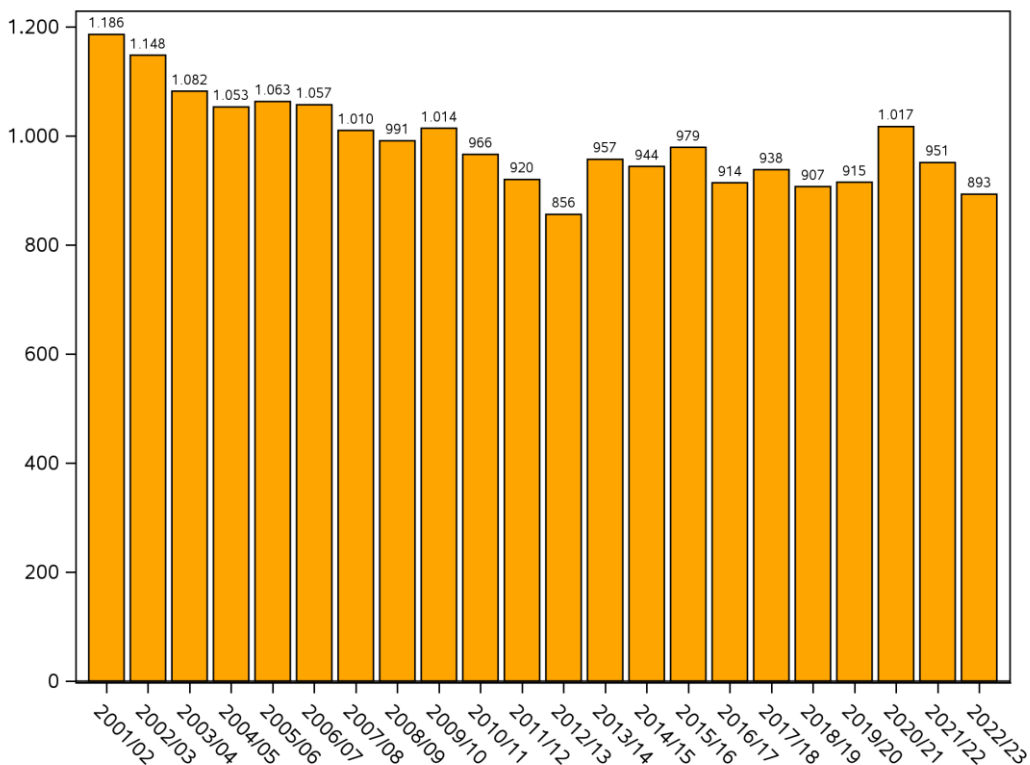
D0000	Ektopisk graviditet i bughulen
D0000A	Rumperet abdominal graviditet
D0001	Ektopisk graviditet i æggeleder
D0001A	Rumperet ektopisk graviditet i æggeleder
D0002	Ektopisk graviditet i æggestok
D0002A	Rumperet ektopisk graviditet i æggestok
D0008	Anden form for ektopisk graviditet
D0008A	Ektopisk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

Produktion

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

Fig. 3.1 Udvikling i antal ekstrauterine graviditeter fra 2001/2-2022/23

Fig. 3.1 Etopic pregnancies in Denmark 2001-2023. N=21,761.



Antallet af ekstrauterine graviditeter på de forskellige gynækologiske afdelinger fremgår af **Fig. 3.2**. Ud over de 877 ekstrauterine graviditeter på gynækologiske afdelinger, er der ikke registreret ekstrauterine graviditeter på privatsygehuse i 2022/23.

Kvalitet

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

Andelen af kvinder med ekstrauterin graviditet, som undergik operation, var i 2022/23 68% (indikator 6). Bemærk at antallet af ekstrauterine graviditeter i **Fig. 3.2** er 893 i 2022/23, 16 mere end i nævnepopulationen til indikator 6. Disse 16 med GA<4+0 er ekskluderet i indikatorberegningen, men indgår altså i **Fig. 3.2**. Andelen af de laparoskopisk opererede er steget fra 53% i 2001/02 til 63% i 2022/23, mens andelen af de åbne kirurgier er faldet (**Fig. 3.3**). Altså solid forbedring set over en længere årrække, men også en forbedring gennem de seneste år.

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

Fig. 3.2 Antal ekstrauterine graviditeter på afdelingsniveau, 2022/2023

Fig. 3.2 Etopic pregnancies in Denmark in 2022/2023. N=893.

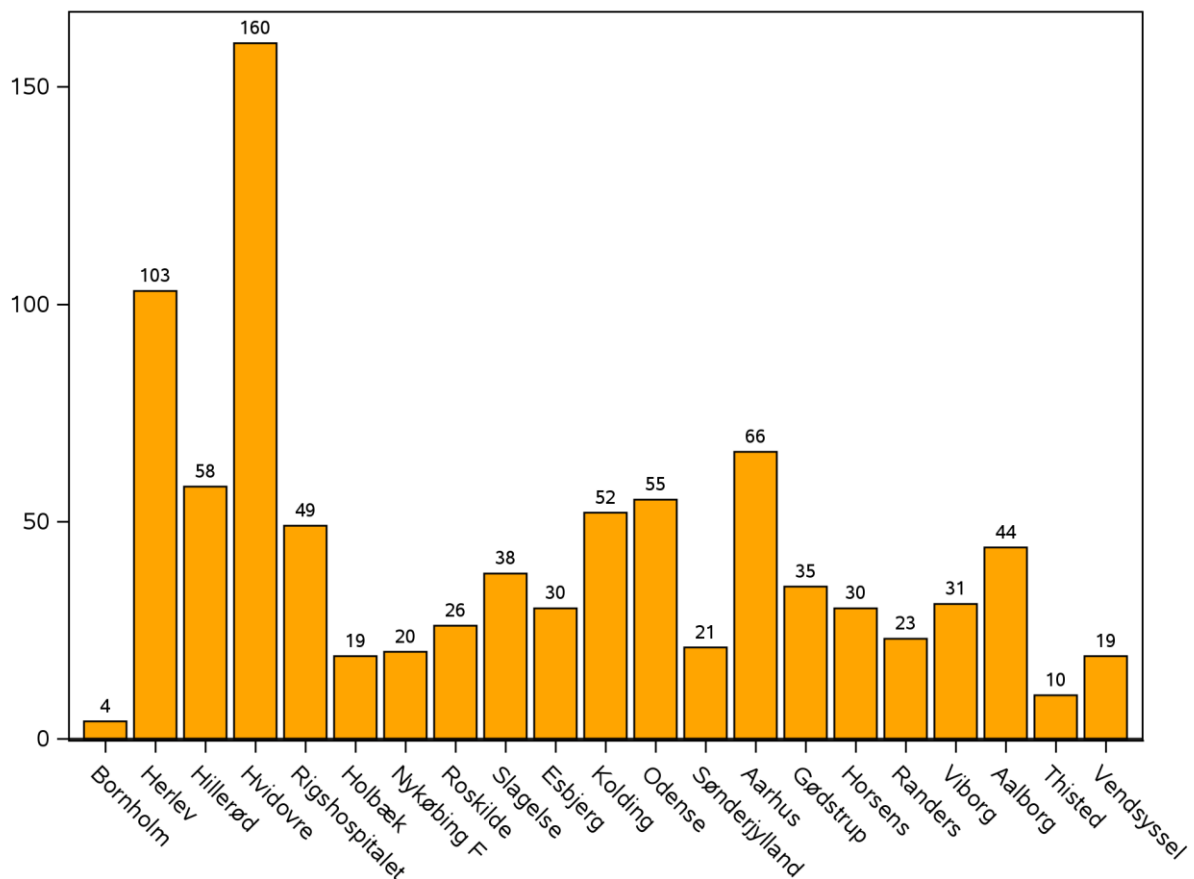


Fig. 3.3 Udvikling i andelen af ekstrauterine graviditeter, som hhv. opereres ved laparoscopi, opereres ved laparotomi eller ikke opereres, 2001/2-2022/23 (øverst: antal; nederst: andel i procent)

Fig. 3.3 Ectopic pregnancies undergoing laparoscopy, laparotomy and no surgery through the period 2001-2023. (Top: in absolute numbers, bottom: in percent)

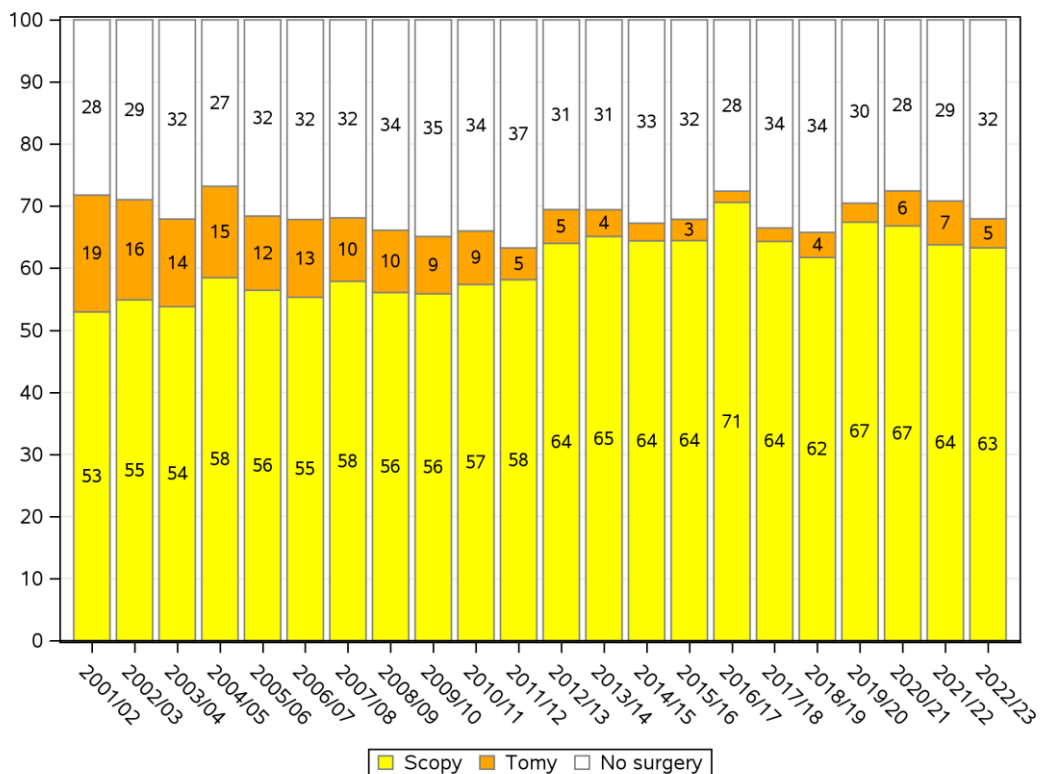
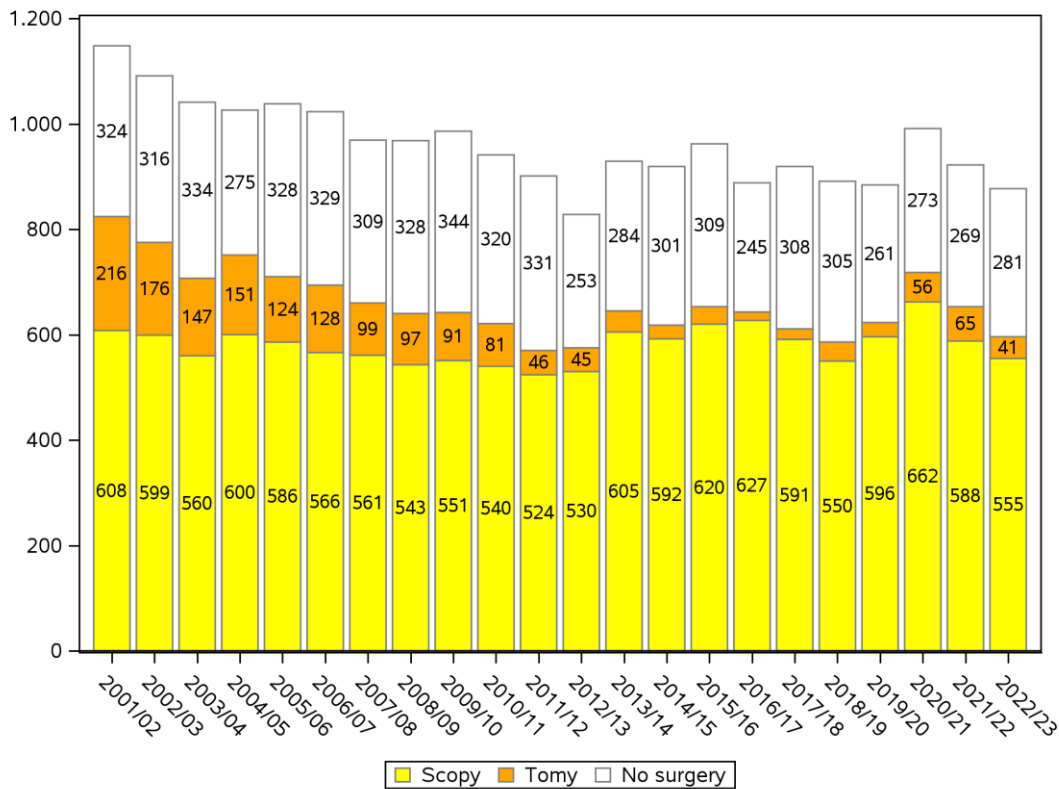
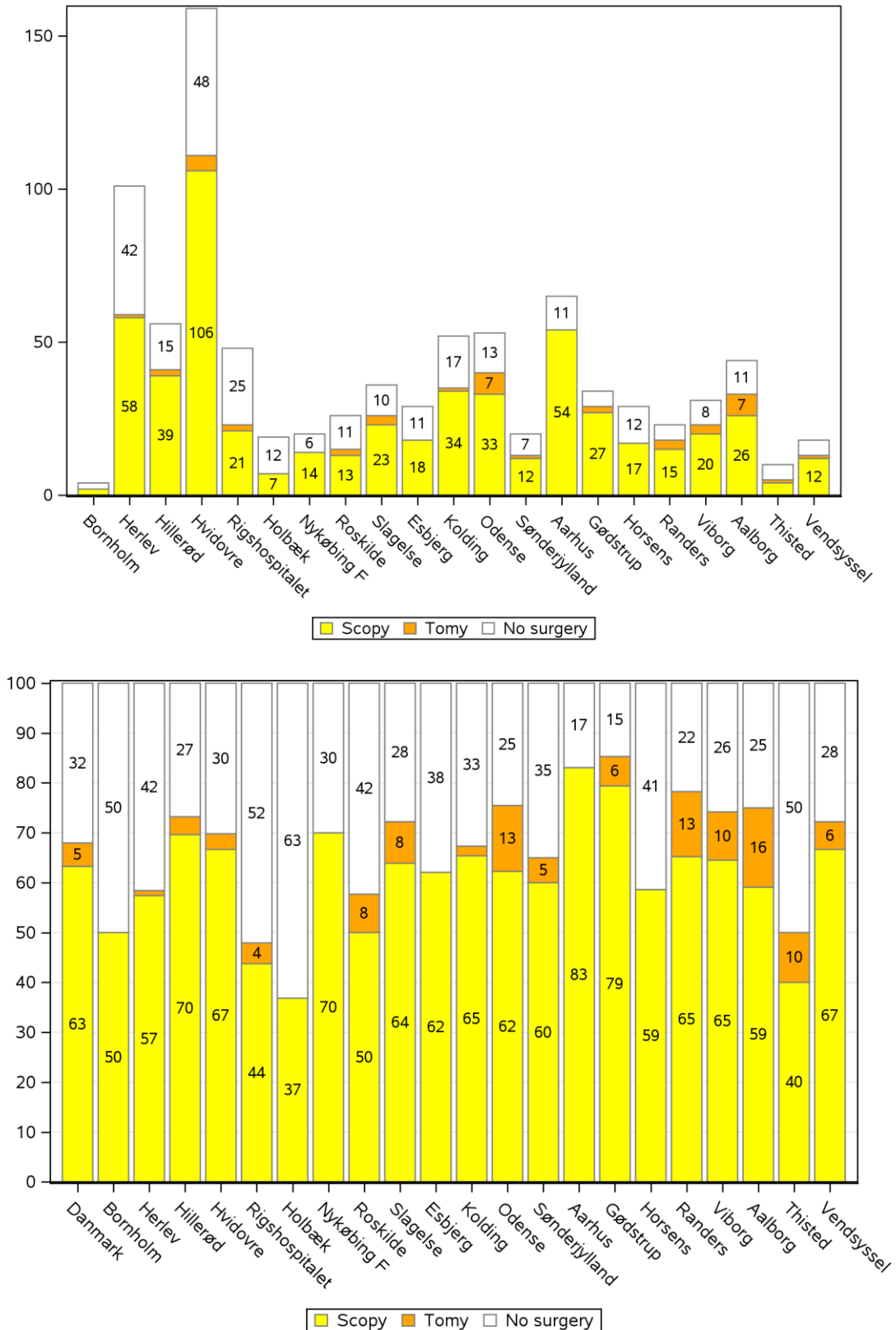


Fig. 3.4 Andelen af ekstrauterine graviditeter, som hhv. opereres ved laparoskopi, opereres ved laparotomi eller ikke opereres per afdeling 2022/2023 (øverst: antal; nederst: andel i procent)

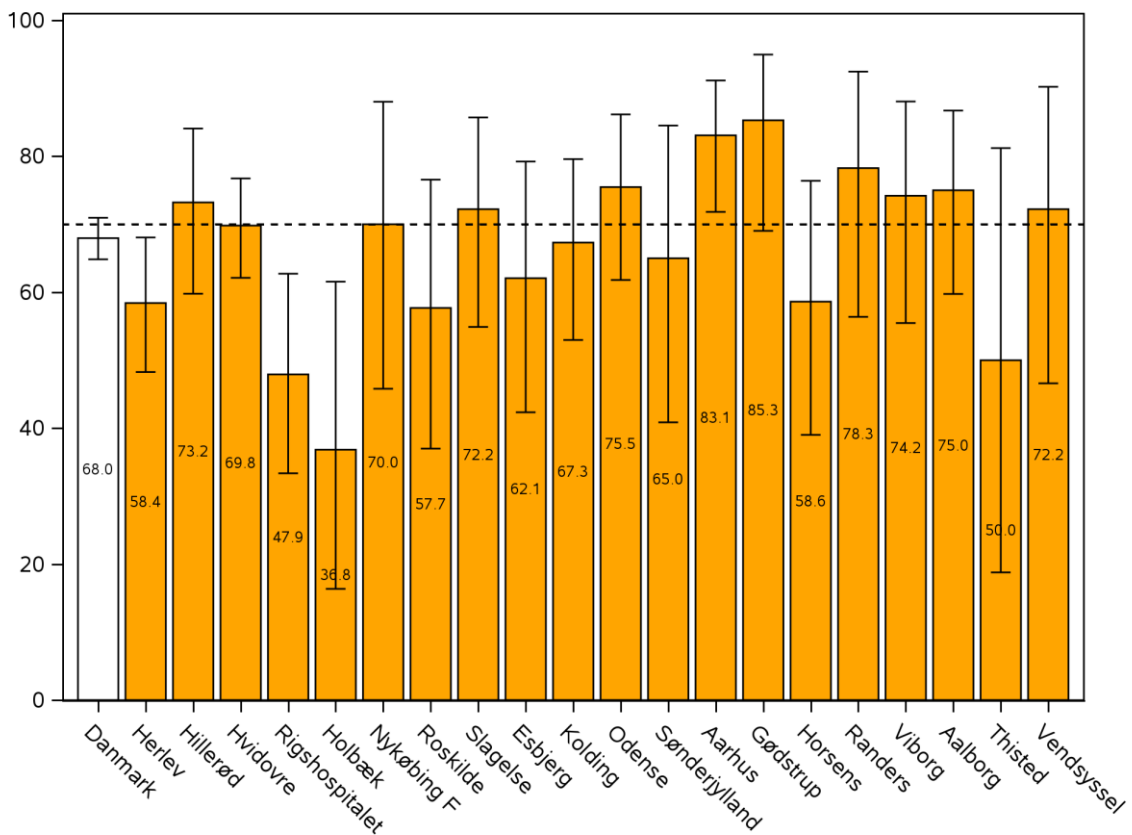
Fig. 3.4 Ectopic pregnancies undergoing laparoscopy, laparotomy and no surgery at different departments in 2022/2023. Absolute numbers indicated in columns. (Top: in absolute numbers, bottom: in percent)



I 2022/23 var der stadig variation i operationspraksis på de forskellige afdelinger, hvilket fremgår af **Fig. 3.4**. Andelen af opererede ligger over standarden på <70% på 9 afdelinger (**Fig. 3.5**). Andelen af kvinder med ekstrauterin graviditet, som opereres på forskellige afdelinger, varierer fra 37% i Holbæk til 85% i Gødstrup. Vi må antage, at en del af de 281 kvinder, som ikke opereres på de enkelte afdelinger, behandles medicinsk med Methotrexat, til trods for at kun 20 kvinder (som ikke er opereret) er registreret med denne behandlingskode i 2022/23.

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

Fig. 3.5 (indikator 6) Ectopic pregnancies undergoing treatment at different departments in 2022/2023. 95% CI indicated



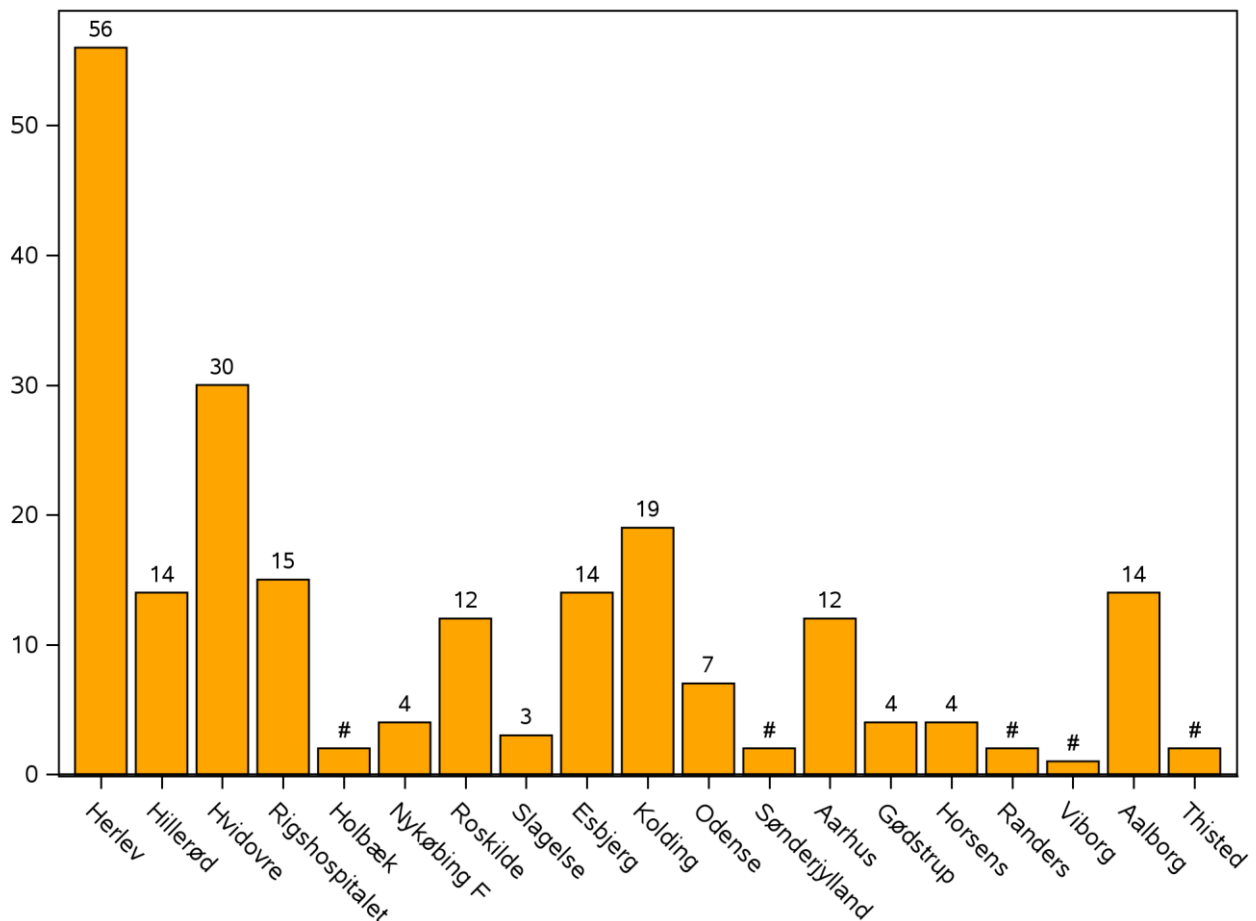
NB. Operationstallene for kvinder med ekstrauterin graviditet er steget lidt på nogle afdelinger efter 2011. Det skyldes, at vi nu ikke kræver gestationsalderen registreret, det gjorde vi før 2012.

Graviditet med ukendt lokalisation (PUL= pregnancy unknown localisation)

Den nye PUL kode DO022 blev introduceret primo 2012 og har siden været anvendt i alt 4.936 gange (med restriktion på 12 uger). I 2022/23 blev koden anvendt 217 gange.

Fig. 3.6 Antal graviditeter med ukendt lokalisation (PUL) per afdeling, 2022/2023

Fig. 3.6 Number of pregnancy unknown location (PUL) registrations at different departments in 2022/2023. N=217.



Der var i 2022/23 kun 20 kvinder, som var kodet med en medicinsk behandlingskode (BKHE0 eller BKHE8/8A). Disse koder anvendes næppe konsekvent, når der effektueres cytostatisk medicinsk behandling. Det bør tilstræbes, at disse koder registreres. De afdelinger, som har et højt antal PUL diagnoser, ligger ikke generelt højere i andel opererede kvinder med ekstrauterin graviditet.

Vedrørende PUL

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

Appendiks 4. Mola hydatidosa

Antallet af kvinder med mola hydatidosa (i det følgende blot mola) er faldet med 59% gennem de seneste 20 år og er nu nede på 48 tilfælde (**Fig. 4.1**). Der er i denne statistik anvendt en restriktion på 12 måneder, således at en given kvinde kun kan tælle én gang inden for en 12-måneders periode. 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**.

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

Fig. 4.1 Number of women with hydatidiform mole in Denmark 2001-2023. N=1,814.

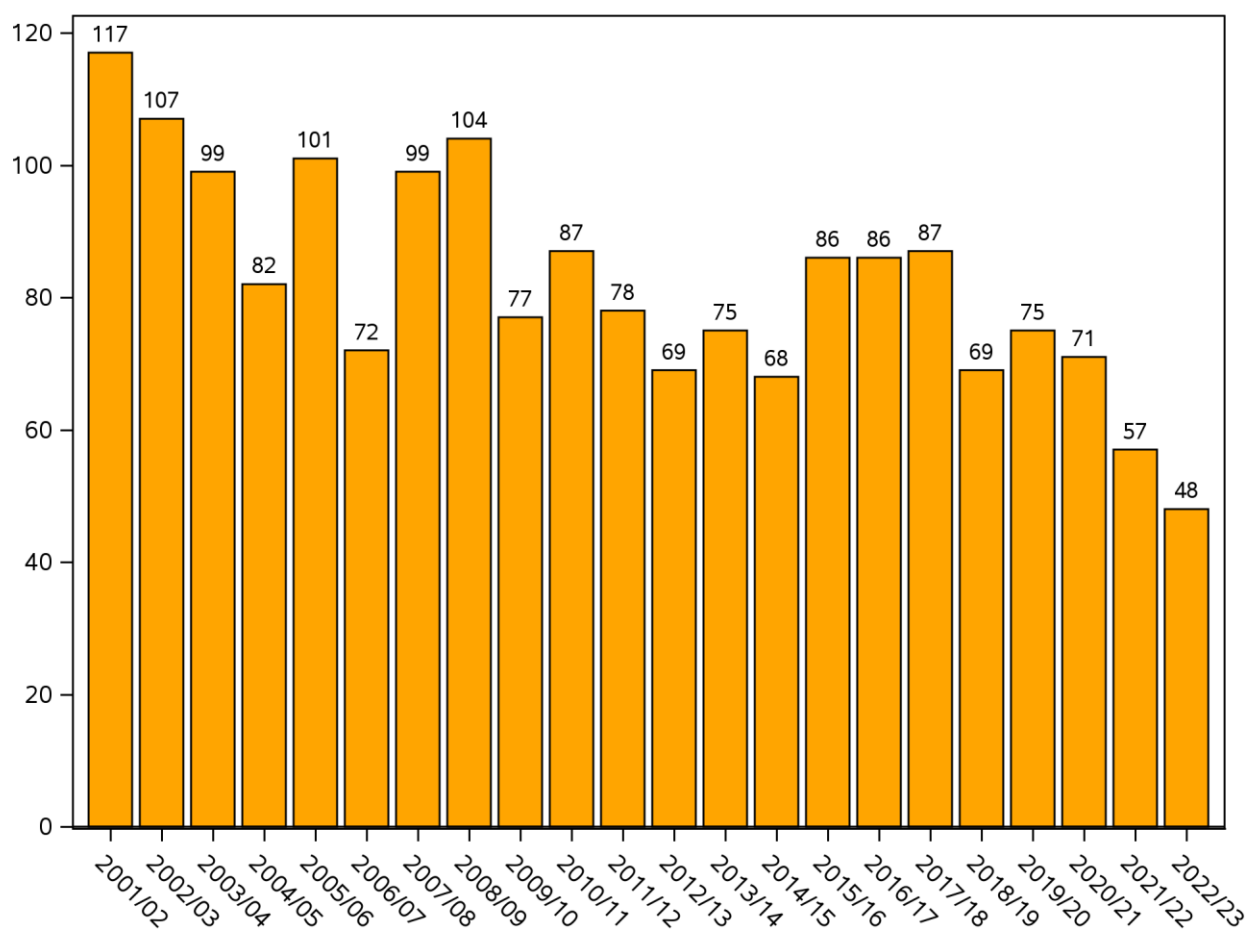
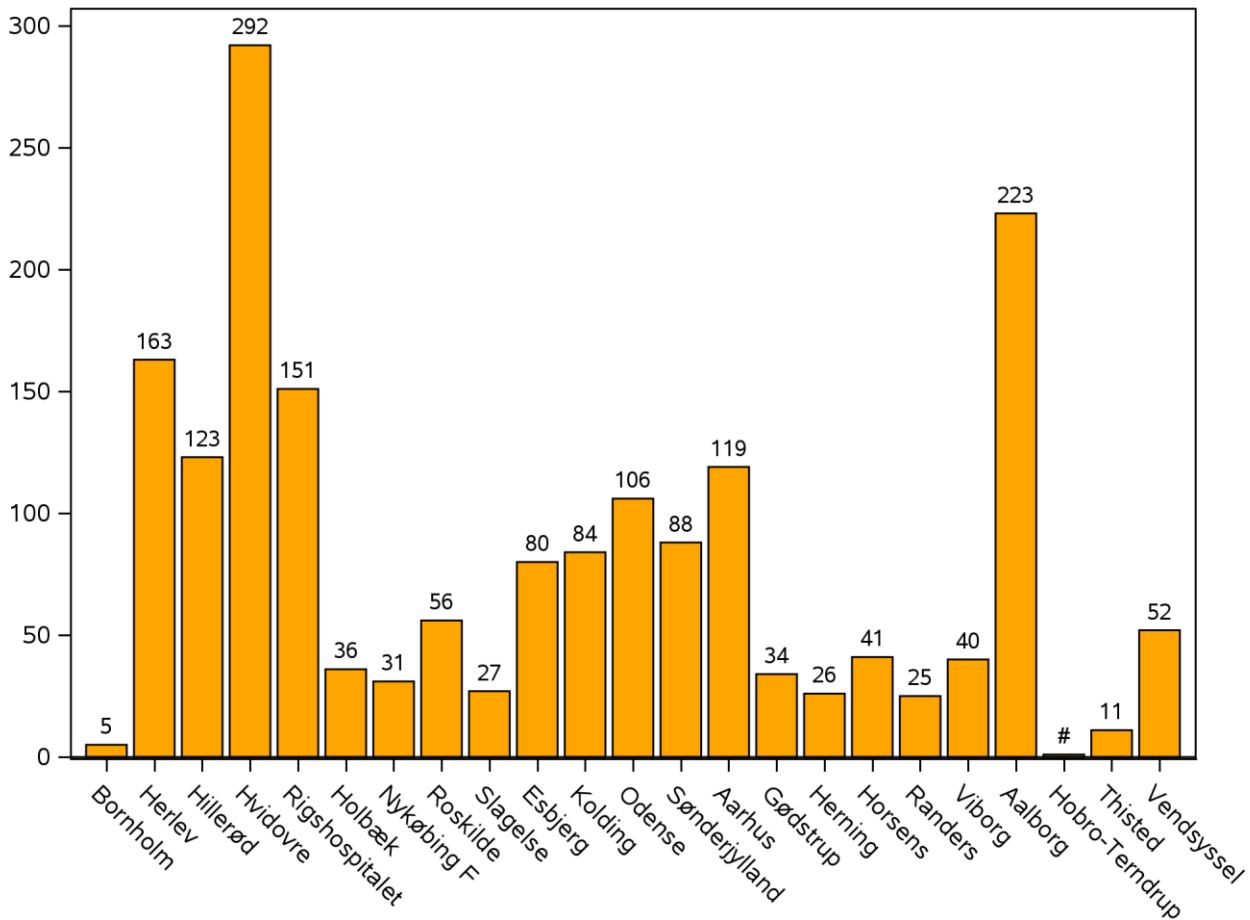


Fig. 4.2 Antal kvinder med mola hydatidosa per afdeling fra 2001/2 til 2022/2023

Fig. 4.2 Women with hydatidiform mole at gynaecological departments 2001/2023. N=1,814.



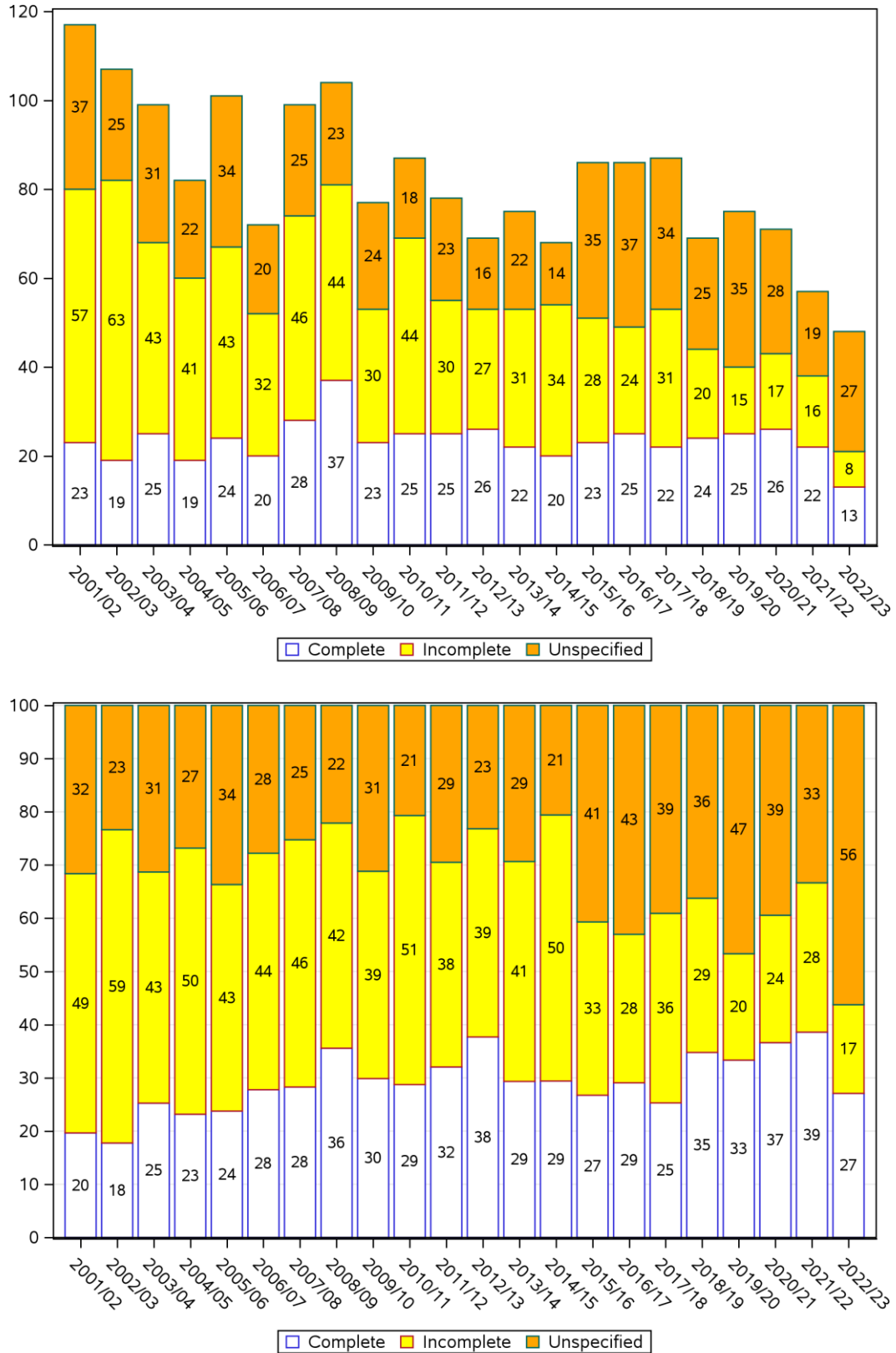
Andelen af komplet mola er øget lidt gennem hele perioden, mens partiel mola er faldet (**Fig. 4.3**). Det absolutte antal komplette mola har imidlertid ligget nogenlunde konstant på omkring 25 pr. år. I 2022/23 er andelen af komplet mola dog faldet lidt, mens andelen af uspecificeret mola er steget (56%). 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. Fordelingen af de 48 molatilfælde i 2022/23 var 27% komplet mola, 17% partiel mola, og 56% uspecificeret mola. Det lave antal patienter med mola på de enkelte afdelinger muliggør ikke afdelingsspecifik opgørelse af kvalitet for et enkelt år.

Kommentarer

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. Gerne færre med uspecificeret mola, fx efter hvad i behandler efter.

Fig. 4.3 Udvikling i typen af mola hydatidosa fra 2001/2-2022/23 (øverst: antal, nederst: andel i procent)

Fig. 4.3 Distribution of complete, incomplete and unspecified hydatidiform mole in Denmark 2001-2023. N=1,814. (Top: in absolute numbers, bottom: in percent)



Appendiks 5. Provokeret abort, 1. trimester

Kvalitetsindikatorer

Indikator 7: Andel af medicinsk behandling af 1. trimester provokeret abort (Standard: >80 %)

Indikator 8: Andel af 1. trimester abort, som gennemføres før 8 fulde uger ($\leq 7+6$) (Standard: >70 %)

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

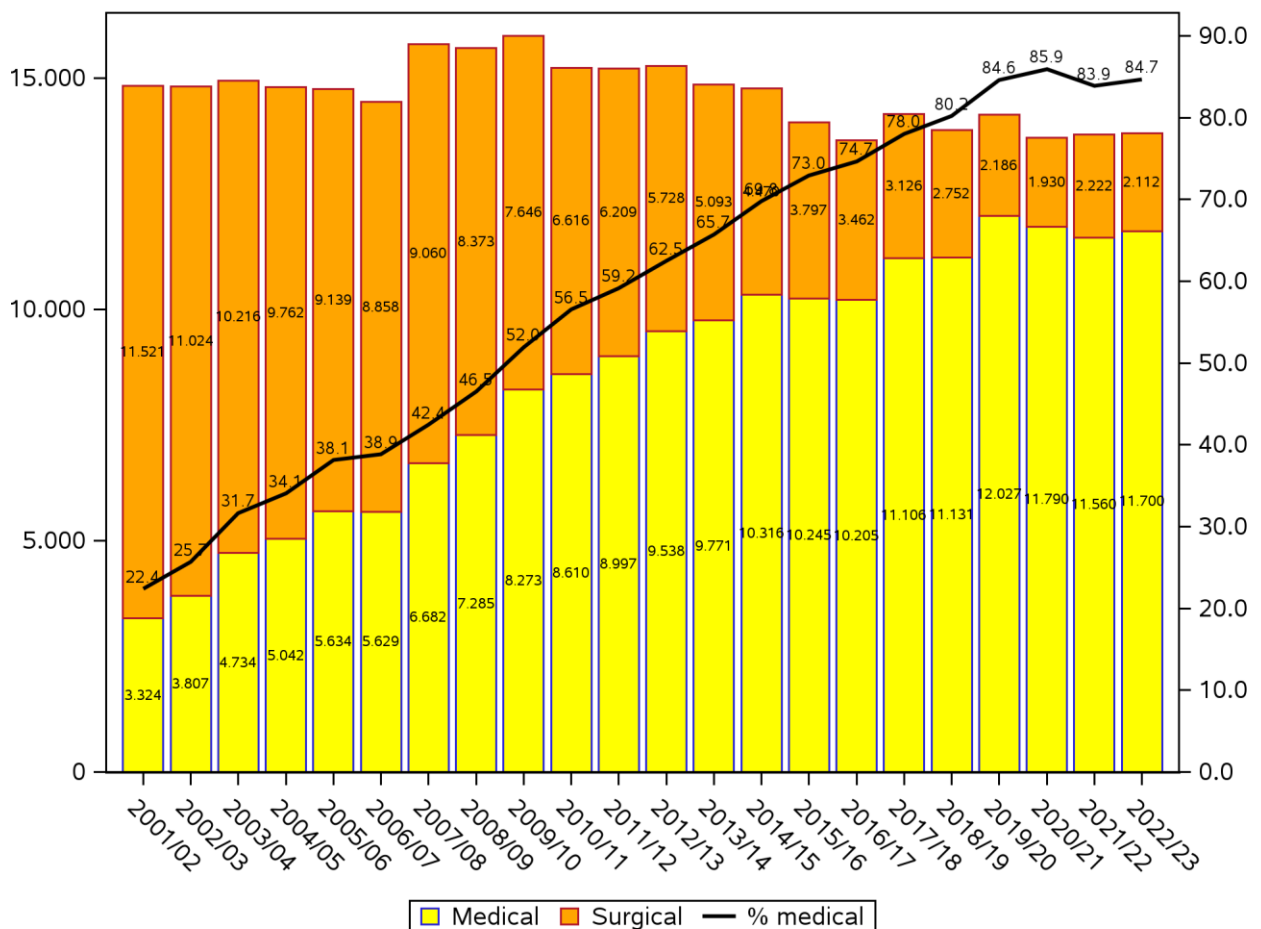
Indikator 10: Andel af kirurgisk behandlede, som re-evakueres (Standard: <3 %)

Produktion

Det samlede antal provokerede 1. trimester aborter er gennem de seneste 20 år faldet med 7% fra (fra 14.845 årlige tilfælde i 2001/02 til 13.812 i 2021/22) (**Fig. 5.1**). Samtidigt er andelen af de medicinsk behandlede aborter steget fra 22% til 85%.

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

Fig. 5.1 Medical and surgical 1st trimester abortion in Denmark 2001-2023 (Y1) and percent of medical abortions (Y2). N=322,708



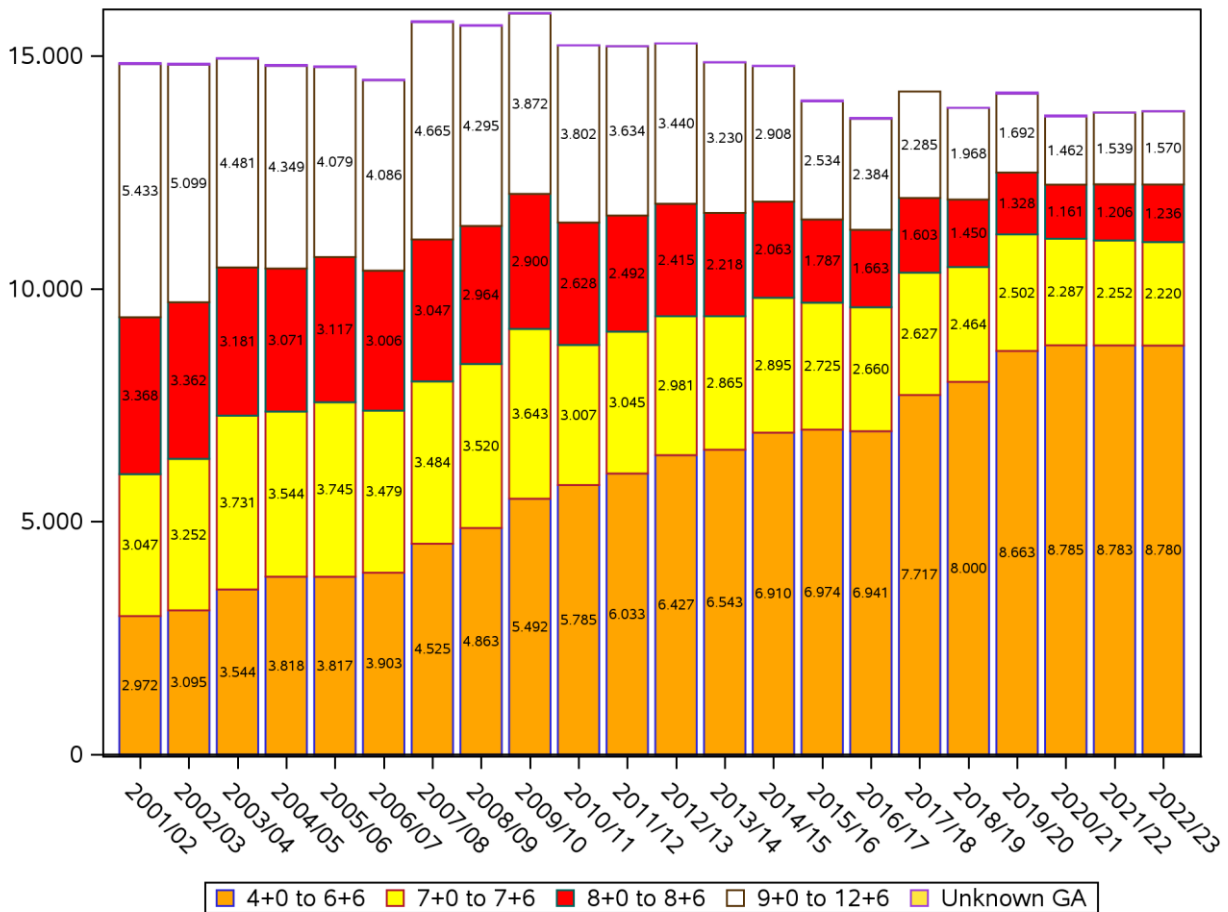
Det fremgår, at andelen af medicinsk inducerede aborter har været stødt stigende og nu udgør knap 85% af alle 1. trimester aborter. Ting tager tid, det er nu 20 år siden de nye medicinske teknologier blev introduceret, og vi er stadig i en ”indkøringsfase” som siden 2000 er forløbet nærmest efter en ret linje.

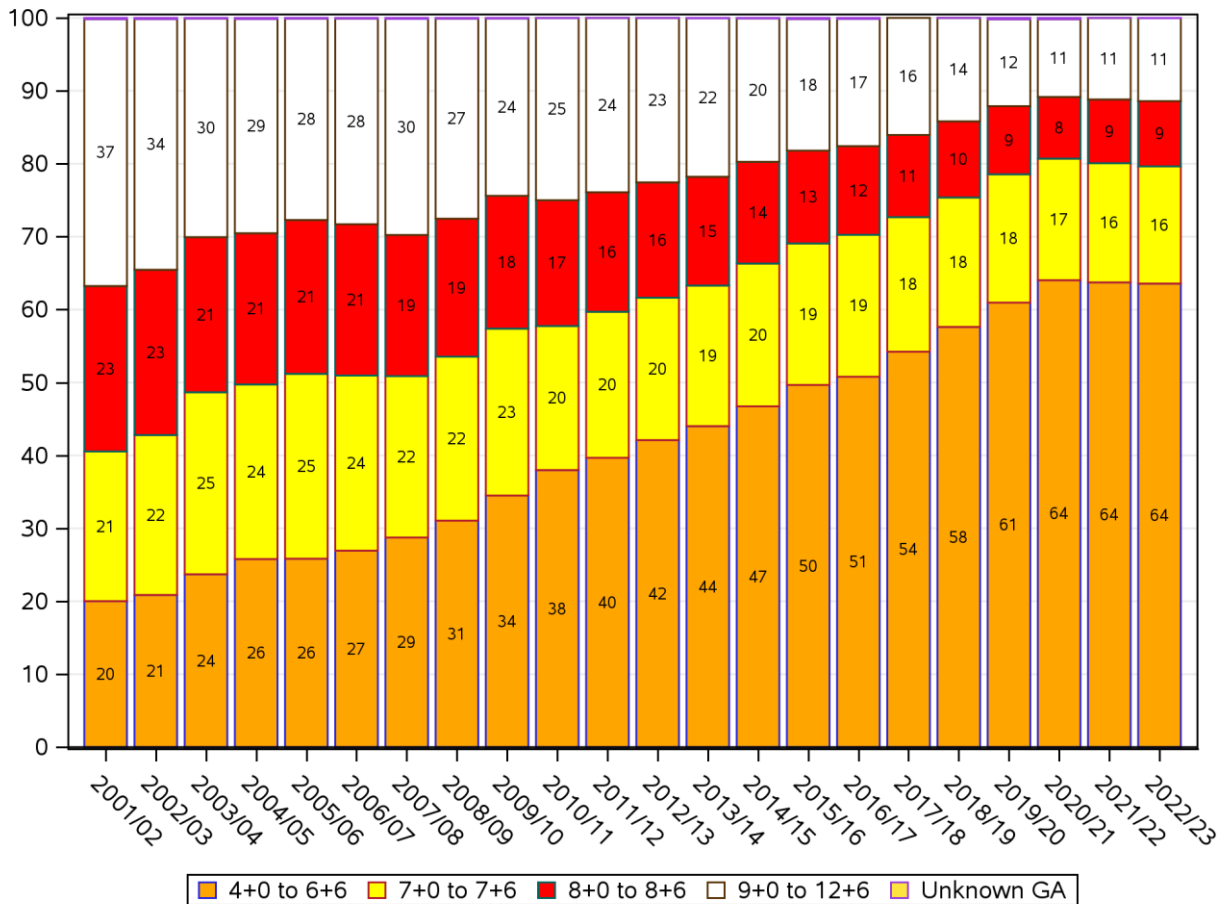
Samtidig er tidspunktet for 1.trimester aborterne rykket nedad hvad angår tidspunktet for disse (Fig. 5.2). Det fremgår desuden, at andelen af aborter, som foregår inden 8 uger, er fordoblet i den 20-årige periode fra 41% i 2001/02 til 80% i 2022/23.

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

Fig. 5.2 Udvikling i fordeling af gestationsalder ved 1. trimester provokeret abort fra 2001/2-2022/23 (øverst: antal, nederst: andel i procent)

Fig. 5.2 Distribution of gestational age at admission with induced 1st trimester abortion in Denmark 2001-2023. N=322,708. (Top: in absolute numbers, bottom: in percent)



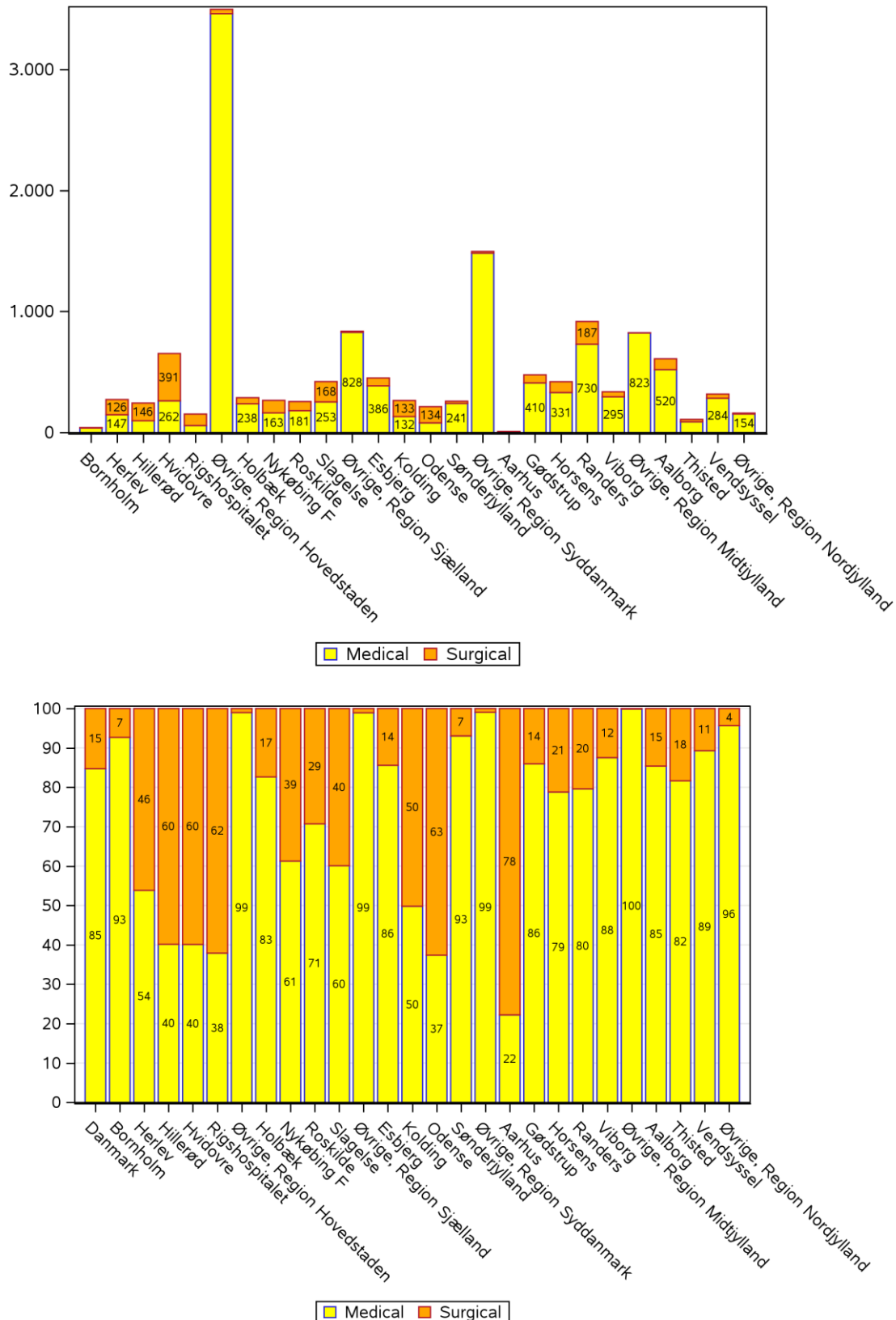


Antallet af kirurgiske hhv. medicinske aborter på de enkelte afdelinger i 2022/23 fremgår af **Fig. 5.3**. Der er en ganske stor konsistens i de enkelte afdelingers praksis fra år til år, og der er ganske stor variation i praksis mellem de forskellige afdelinger. Da andelen af medicinske aborter i speciallægepraksis nu udgør en betydelig del af alle de medicinske aborter – især i region Hovedstaden, giver det ikke længere stor mening at opgøre disse tal på afdelingsniveau, og vil følgelig fremadrettet kun blive opgjort på regionsniveau.

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

Fig. 5.3 Fordeling af hhv. medicinsk og kirurgisk induceret 1. trimester provokeret abort per afdeling, 2022/2023 (øverst: antal, nederst: andel i procent)

Fig. 5.3 Medically and surgically induced 1st trimester abortion in Denmark in 2022/2023. N'Surgical'=2,112, N'Medical'=11,700.(Top: in absolute numbers, bottom: in percent)



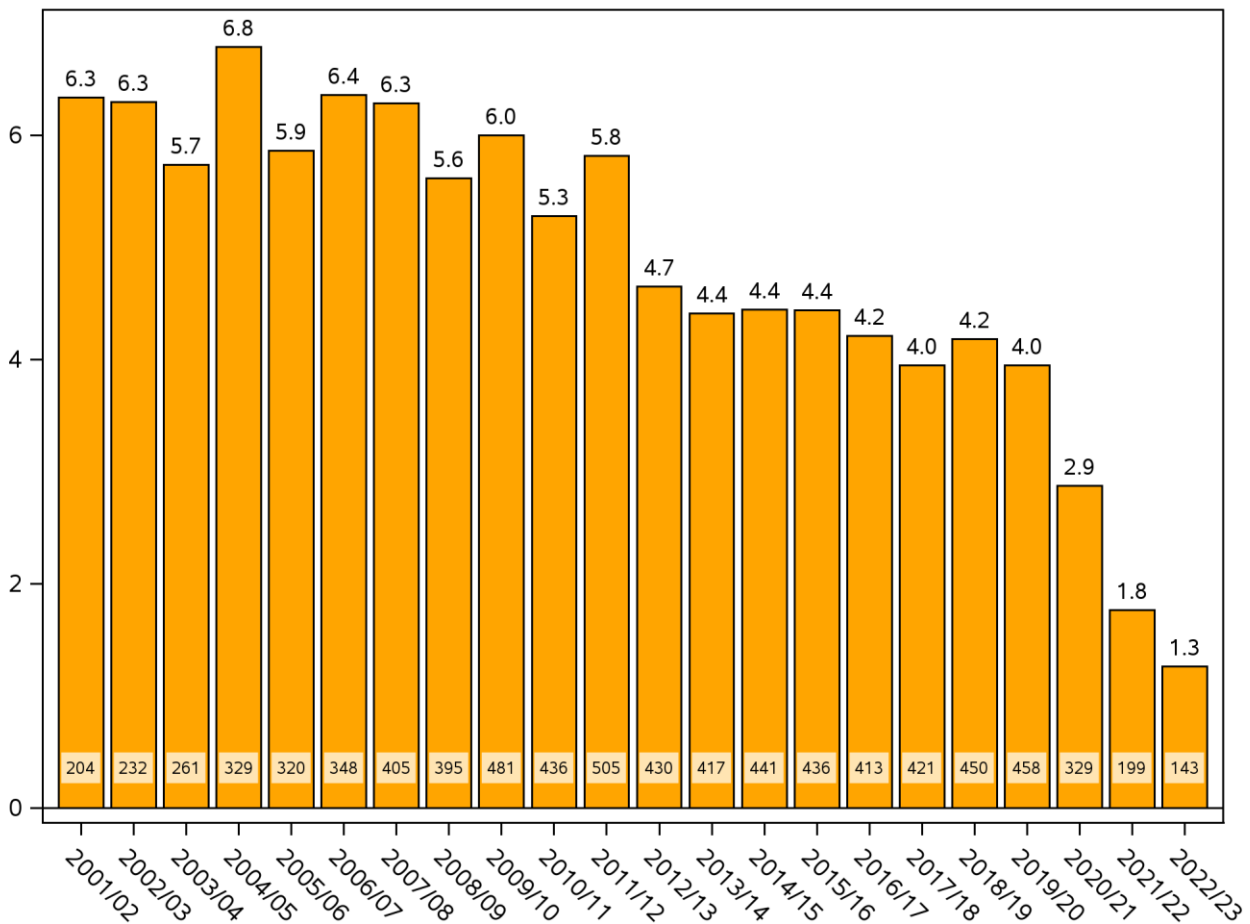
Kirurgisk evakuering efter medicinsk induceret abort

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

Udvikling i andelen på landsplan, som er blevet evakueret efter medicinsk 1. trimester abort fremgår af **Fig. 5.4**. Det fremgår, at denne andel har ligget nogenlunde stabilt omkring 5-6% indtil 2011/12, hvorefter andelen er faldet til nu under 2%. I 2022/23 ligger andelen på 1,3%. 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.

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

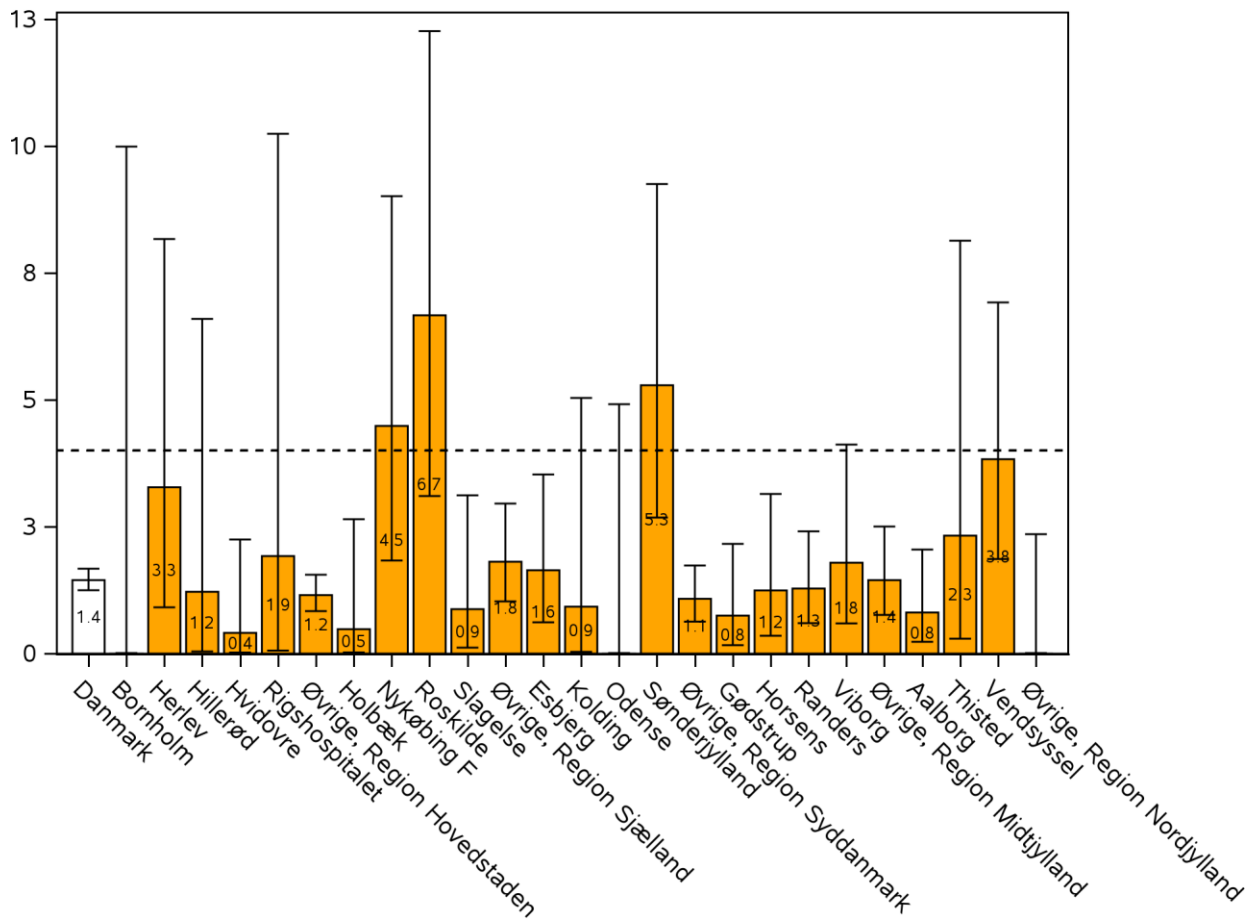
Fig. 5.4 Evacuation (%) after medical induction of 1st trimester abortion in Denmark 2001-2023. Gestational age up to 8+6. N=180,876, N'Evacuation'=8,053. Absolute number of evacuated indicated in bottom of each column.



Andelen af kvinder med gestationsalder op til 8+6 uger, som må kirurgisk evakueres efter forsøg på medicinsk abort varierer en del mellem afdelingerne (**Fig. 5.5**). Det samlede gennemsnit ligger på 1,4%, men betydelig variation mellem afdelingerne. Det skal pointeres, at andelen før 2004 ikke er pålidelige, da kodepraksis var anderledes dengang, hvorfor nuværende algoritmer ikke kan anvendes uden videre så langt tilbage i tiden. Men at tallene herefter generelt ligger tæt på vores tidligere opgørelser.

Fig. 5.5 (Indikator 9) Andelen af kvinder med 1. trimester medicinsk behandlet provokeret abort, som evakueres per afdeling, 2022/2023

Fig. 5.5 (indikator 9) Proportion (%) of medically treated 1st trimester abortions that is undergoing evacuation at different departments in 2022/2023. N=11,312, n=164. 95% CI indicated



Re-evakuering efter kirurgisk abort

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

Andelen af kvinder, som måtte re-evakueres efter kirurgisk provokeret abort, har gennem seneste årti ligget nogenlunde konstant omkring 2% (**Fig. 5.6**).

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

Fig. 5.6 Re-evacuation after surgical 1st trimester abortion in Denmark 2001-2023. N=135,304, N'Re-evacuation'=2,738. Absolute number of re-evacuated indicated in bottom of each column.

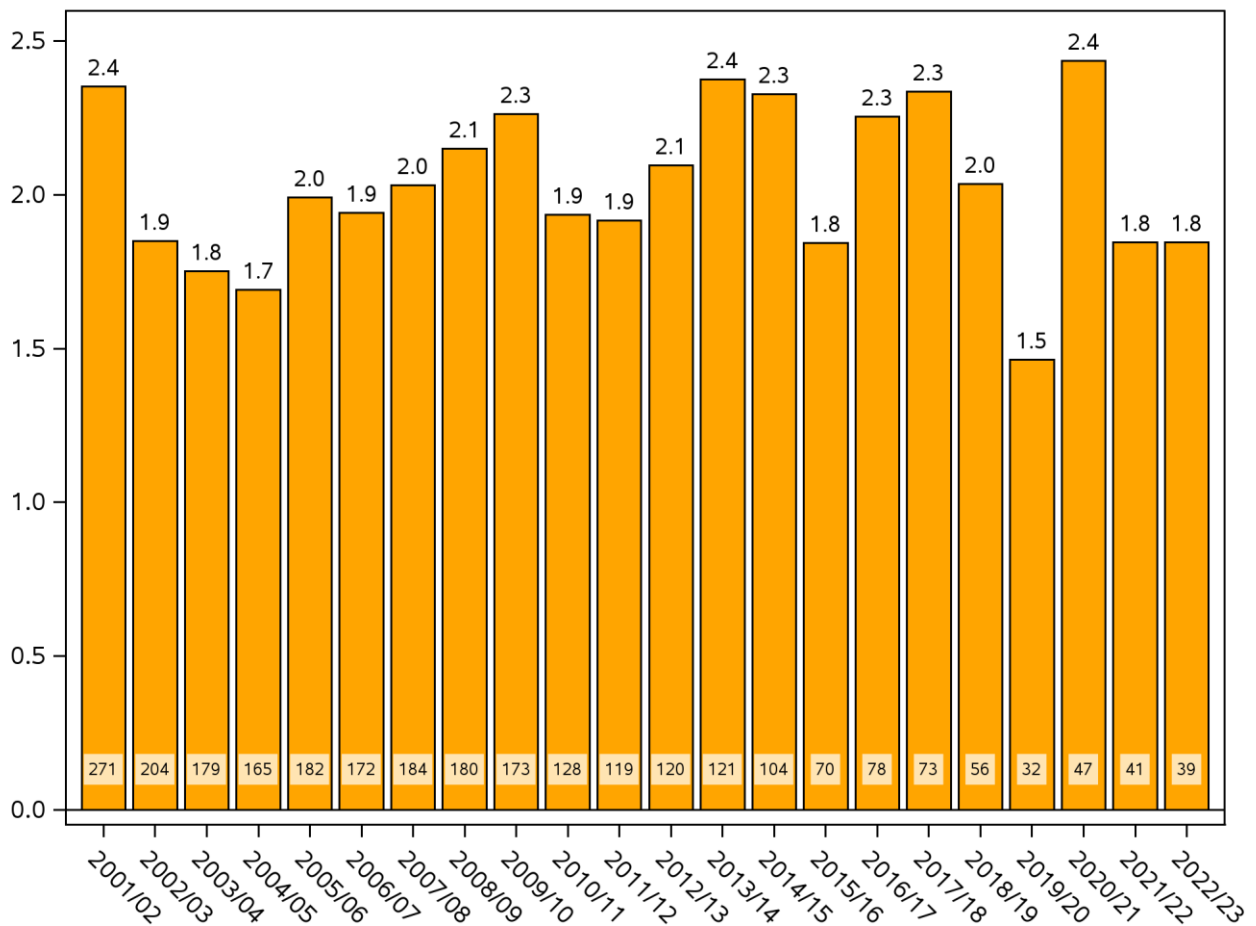
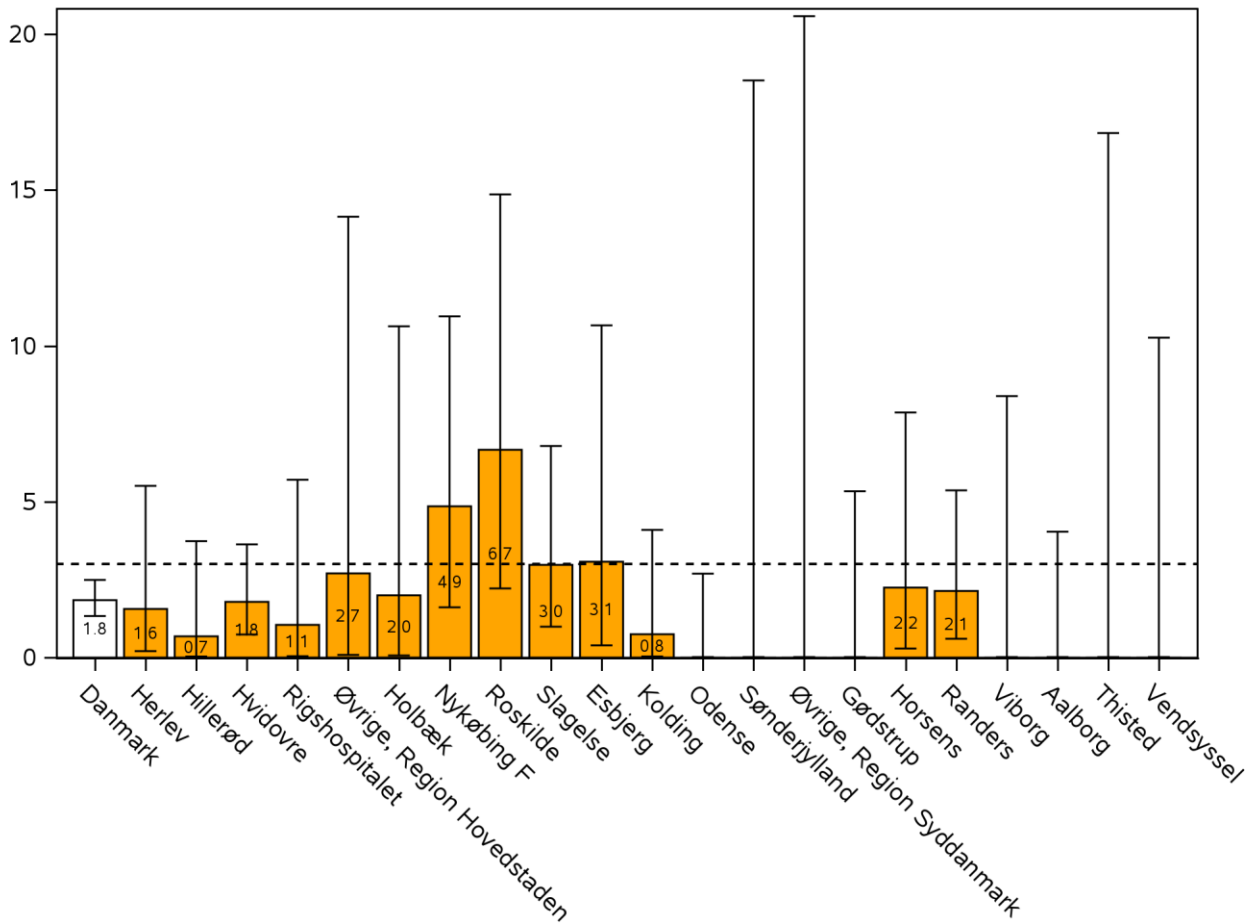


Fig. 5.7 (Indikator 10) Andelen af kvinder med 1. trimester kirurgisk induceret provokeret abort, som re- evakueres per afdeling, 2022/2023

Fig. 5.7 (indikator 10) Proportion of re-evacuation after surgical induced 1st trimester abortion at different departments in 2022/2023. N=2,087, n=37. 95% CI indicated



Blødning efter provokeret abort

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

Risikoen for transfusionskrævende blødning er 0,2-0,4% efter medicinsk abort og 0,09% efter kirurgisk abort. Endvidere stiger risikoen for transfusionskrævende blødning med stigende alder ved kirurgisk abort, men ikke ved medicinsk abort, hvor risikoen derimod stiger med stigende gestationsalder. Selv om det således drejer sig om mindre end 1% af de, som gennemgår en provokeret abort, er det afgørende, at alle kvinder informeres om denne risiko, samt om de forholdsregler der skal tages, hvis man oplever en sådan voldsom blødning. Det er primært de første uger efter aborten, at disse blødningskomplikationer opstår, men de kan i sjældne tilfælde også indtræffe senere.

Infektion efter provokeret abort

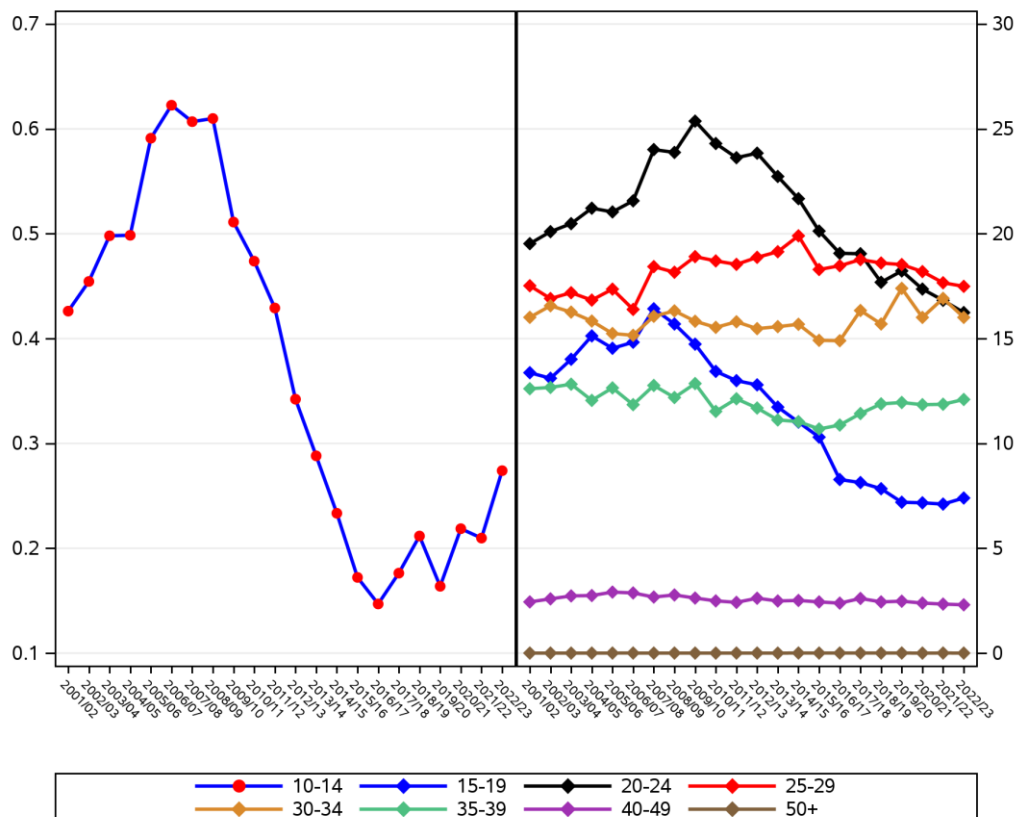
Risikoen for indlæggelseskrævende infektion efter kirurgisk provokeret 1. trimester abort er dobbelt så stor (1,6%) som efter medicinsk abort (0,7%). Tallene på de enkelte afdelinger er for små til at opgøre med nogen meningsfuld statistisk præcision.

Udviklingen i provokerede aborter i forskellige aldersgrupper

Vi har udarbejdet en aldersspecifik statistik over udviklingen i provokerede aborter gennem seneste 20 år (**Fig. 5.8**). Der ses en forskellig udvikling i hyppigheden af provokerede aborter således at de yngre kvinder har haft en stigende hyppighed af aborter frem til omkring 2008. Gennem senere år er udviklingen imidlertid vendt for kvinder under 25 år, mens kvinder i alderen 25-34 år har oplevet nogenlunde stabile rater fra 2009. En særlig opmuntring er det, at raten af provokerede aborter blandt de yngste under 15 år, trods små udsving, holder sig lavt. Afvigelsen fra figurene i tidligere årsrapporter skyldes primært, at udtrækslogistikken har ændret sig løbende i de tidligere årsrapporter, mens vi har anvendt samme logistik, til trods for at kodepraksis har ændret sig over årene.

Fig. 5.8 Udvikling i den aldersspecifikke incidens af 1. trimester provokeret abort (per 1000 pesonår) i Danmark, 2001/2-2022/23

Fig. 5.8 Age specific incidence rates of induced abortions in Denmark 2001/2023. Incidence per 1,000 persons per year in each age group. N=322,708



Tabel 5.1 Aldersspecifikke 1. trimester provokerede aborter (absolutte tal)

	<i>10-14</i>	<i>15-19</i>	<i>20-24</i>	<i>25-29</i>	<i>30-34</i>	<i>35-39</i>	<i>40-49</i>	<i>50+</i>
<i>2008/09</i>	104	2.622	3.694	2.850	2.944	2.331	1.111	2
<i>2009/10</i>	86	2.519	4.062	2.931	2.790	2.476	1.054	1
<i>2010/11</i>	79	2.333	4.021	2.899	2.654	2.240	1.000	0
<i>2011/12</i>	71	2.272	4.032	2.906	2.632	2.317	974	2
<i>2012/13</i>	56	2.231	4.210	3.010	2.528	2.172	1.057	2
<i>2013/14</i>	47	2.038	4.107	3.149	2.493	2.032	998	0
<i>2014/15</i>	38	1.893	4.005	3.387	2.483	1.974	1.001	5
<i>2015/16</i>	28	1.761	3.807	3.240	2.375	1.861	967	3
<i>2016/17</i>	24	1.410	3.645	3.383	2.417	1.857	926	5
<i>2017/18</i>	29	1.372	3.650	3.555	2.703	1.921	998	4
<i>2018/19</i>	35	1.318	3.366	3.599	2.675	1.959	928	3
<i>2019/20</i>	27	1.206	3.407	3.639	3.053	1.942	934	5
<i>2020/21</i>	36	1.196	3.195	3.592	2.886	1.922	893	0
<i>2021/22</i>	34	1.193	3.094	3.508	3.134	1.955	860	4
<i>2022/23</i>	44	1.259	2.995	3.511	3.104	2.060	838	1
<i>Total</i>	738	26.623	55.290	49.159	40.871	31.019	14.539	37

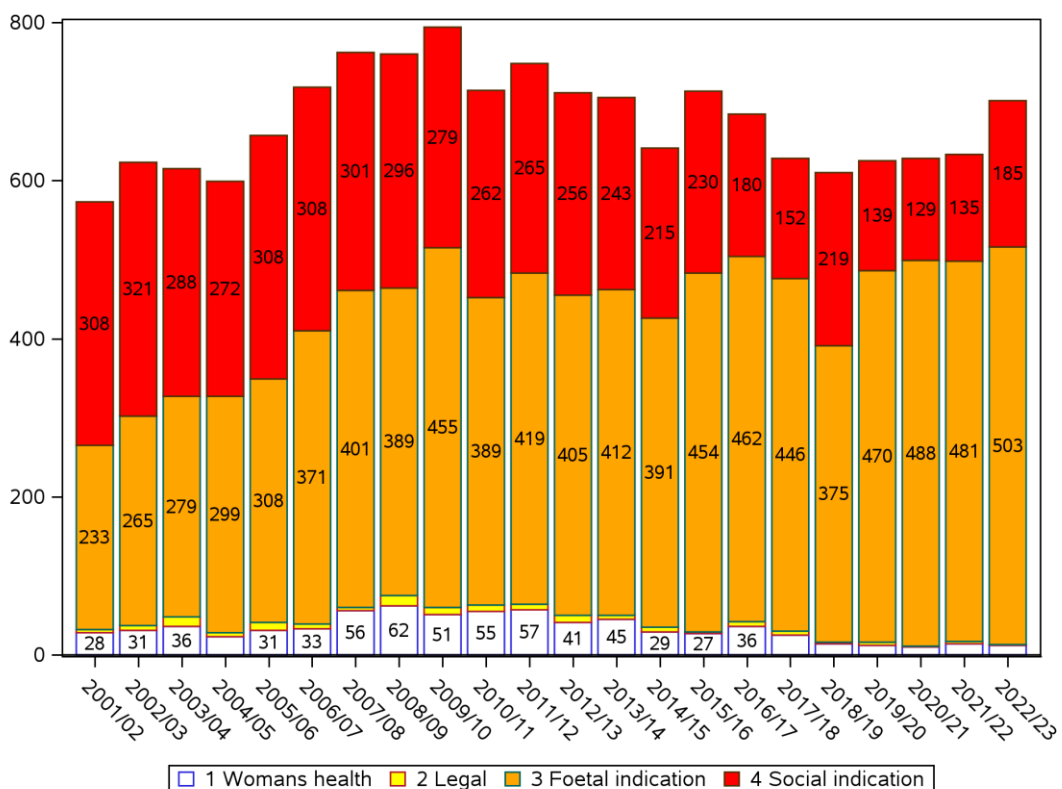
Appendiks 6. Provokeret abort, 2. trimester

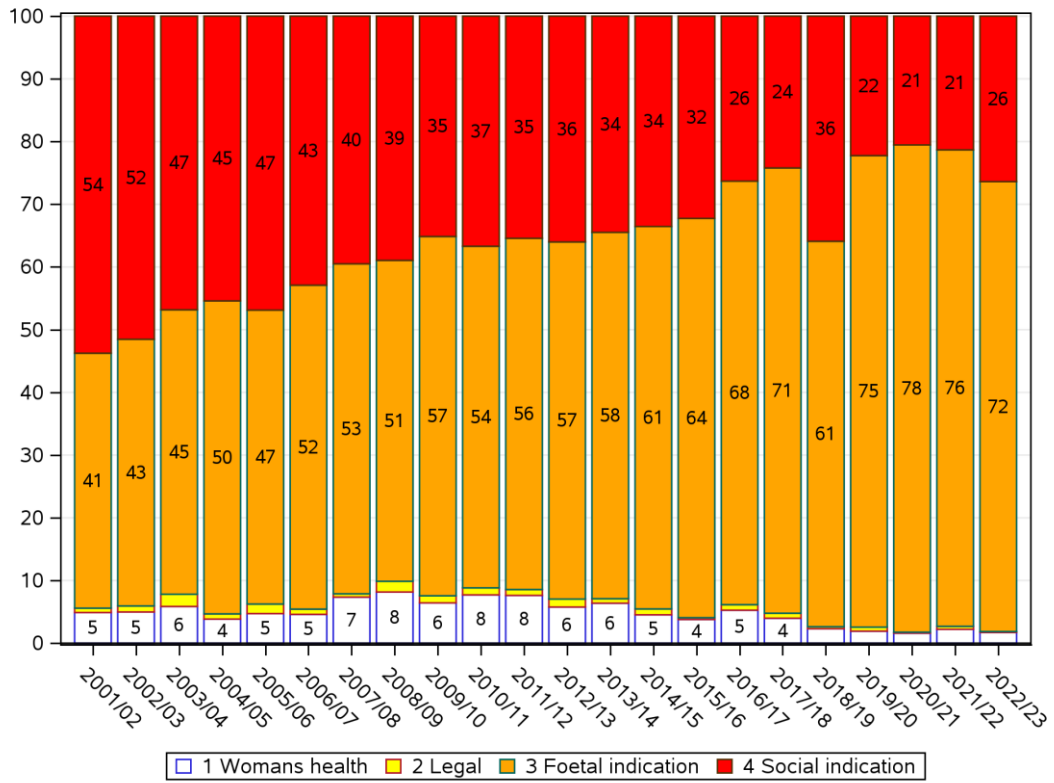
Kvalitet inden for dette område omhandler korrekt kodning og relevant behandlingsmetode. Det indebærer, at kun kvinder, som bløder eller ikke har kvitteret deres moderkage komplet, evakueres. Stadig flere kvinder med 2. trimester abort observeres (uden evakuatio), og derfor vil en lav andel evakuerede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

Der er gennemført et med årene stigende antal 2. trimester provokerede aborter frem til 2010 med et fald herefter (**Fig. 6.1**). Det fremgår af figuren, at stigningen fra 2002 alene skyldes en stigning i antallet af provokerede aborter på føtal indikation, som i dag udgør indikationen for 72% af alle anden trimester aborter. Den anden hovedindikation er sociale omstændigheder (26%), mens hensynet til kvindens helbred og kriminel baggrund for graviditeten tilsammen udgør 2% af indikationerne.

Fig. 6.1 Udvikling i fordeling af indikation ved 2. trimester provokeret abort fra 2001/2-2022/23 (øverst: antal, nederst: andel i procent)

Fig. 6.1 Induced 2nd trimester abortion in Denmark 2001-2023 after indication. N=14,842. (Top: in absolute numbers, bottom: in percent)



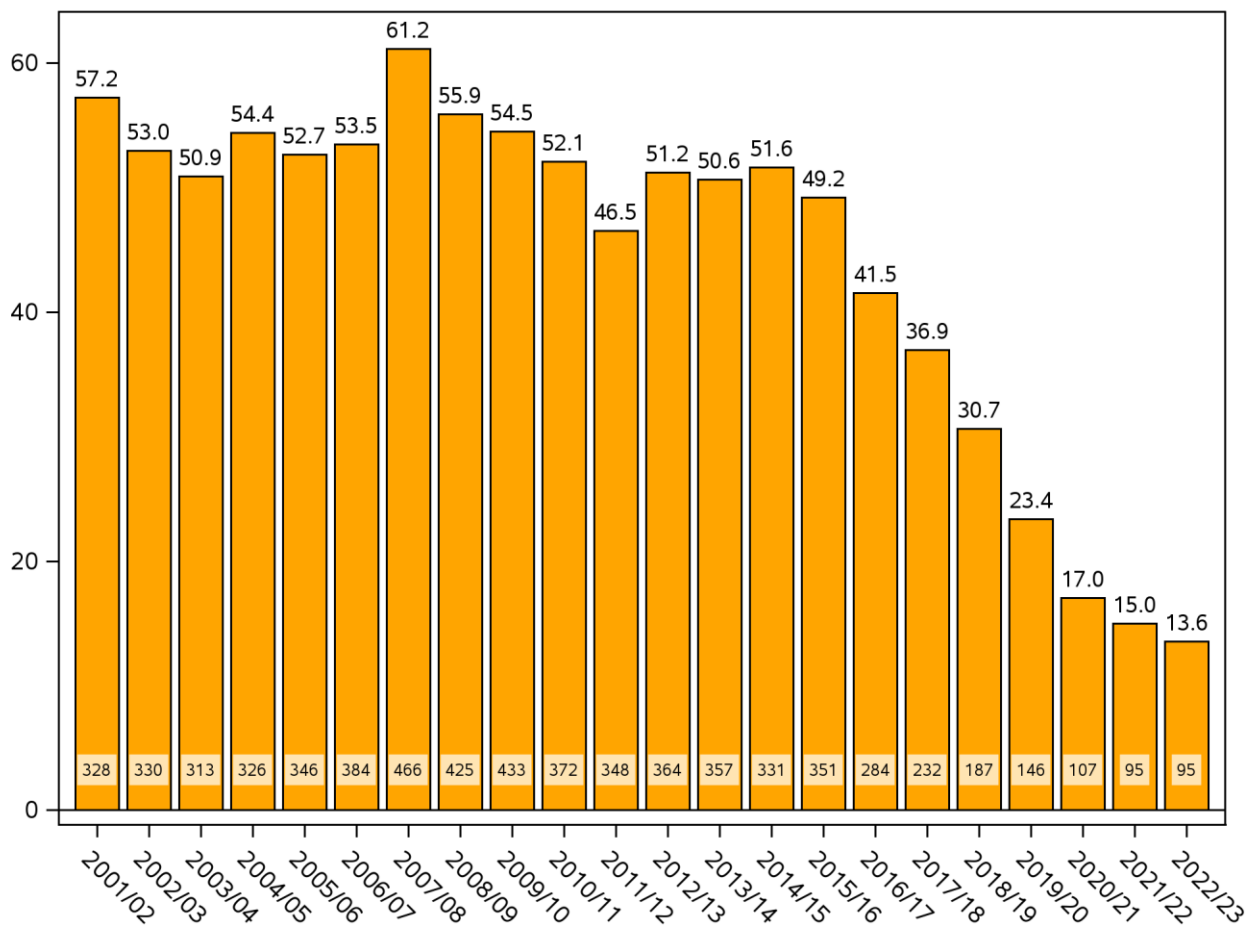


Evacuatio efter 2. trimester (provokeret) abort

Andelen af kvinder, som evakueres i forbindelse med 2. trimester provokeret abort, har de fleste år ligget over 50 % frem til 2015/16, men er nu nået ned på 14% (**Fig. 6.2**). Her er opgjort såvel evacuatio uteri under primære kontakt og sekundær kontakt, som inden for følgende 8 uger er evakueret. Det kniber fortsat med at få registreret de medicinske behandlingskoder.

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

Fig. 6.2 Surgical evacuation (%) within 8 weeks after 2nd trimester abortion in Denmark 2001-2023. N=14,842, N'Evacuation'=6,620. Absolute number of evacuated indicated in bottom of each column.



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

Hvad kan vi gøre bedre?

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

Appendiks 7. Etablering og udfald af graviditeter i Danmark

Dette afsnit omhandler etablering af graviditeten fra IVF registret.

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

Spontane graviditeter

I **Tabel 7.1** ses andelen af graviditetsudfald i 1/7 2022 til 30/6 2023 af estimerede konceptioner, fordelt på hhv. spontane graviditet, IUI-behandling og ART-metoderne (IVF/ICSI, FER og Ægdonation). De samlede antal "spontane graviditeter" estimeres ved at summere alle registrerede graviditetsudfald. Tidlige spontane aborter, som aldrig bliver erkendt af kvinden og som ikke registreres i LPR, indgår således ikke i tabellen. Det

totale antal spontane graviditeter er derfor underestimeret en smule. Ud af i alt 73.090 estimerede spontane graviditeter, resulterer 51.264 (70%) i en fødsel (både levende- og dødsfødsler er inkluderet); 14.438 (20%) i en provokeret abort; 6.325 (9%) i en tilgrundedgået graviditet; 825 (1%) i en ekstrauterin graviditet; 48 (0,1%) i en PUL graviditet.; mens 190 (0.3%) ender i en mola graviditet (jf. også **Tabel 1** i rapporten).

Tabel. 7.1 Graviditetsudfald i perioden 1/7 2022 til 30/6 2023 af hhv. spontant etablerede graviditeter, IUI-behandlinger, IVF/ICSI, FER og Ægdonation (N=78.504).

Graviditetsudfald	Etableringsmetode									
	Spontan graviditet		IUI		IVF/ICSI		ART		Ægdonation	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Fødsel	51.264	70,1	1.633	90,1	1.591	84,6	2.824	84,7	14	87,5
Provokeret abort	14.438	19,8	16	0,9	18	1,0	40	1,2	#	6,3
Tilgrundedgået graviditet	6.325	8,7	137	7,6	239	12,7	435	13,0	#	6,3
Ekstrauterin graviditet	825	1,1	22	1,2	21	1,1	25	0,7	.	.
PUL	190	0,3	5	0,3	12	0,6	10	0,3	.	.
Mola	48	0,1
Total	73.090	100,0	1.813	100,0	1.881	100,0	3.334	100,0	16	100,0

ART og IUI graviditeter

Af de estimerede graviditeter udgør 91% (73.090/80.134) spontant etablerede graviditeter, mens 9% (7.044) er etableret ved hjælp af IUI-behandling og ART.

Blandt IUI-behandlingerne resulterer 1.633 (90%) i en fødsel (både levende- og dødsfødsler er inkluderet); 16 (0,9%) i en provokeret abort; 137 (8%) i en tilgrundedgået graviditet; 22 (1,2%) i en ekstrauterin graviditet og 5 (0,3%) i Mola. Andelen af provokeret abort blandt ART behandlede graviditeter ligger mellem 1% (IVF/ICSI) og 6,3% (ægdonation). Til sammenligning er andelen 17% blandt spontant etablerede graviditeter og 0,9% efter IUI-behandling.

Kommentar

Det er bemærkelsesværdigt, at der, også blandt fertilitetsgraviditeterne, kun er omkring 1,1%, som ender med en ekstrauterin graviditet, hvilket er samme niveau som de spontant konciperede udfald. Her skal så lægges nogle PUL diagnoser oveni, men selv hvis vi antager, at alle PUL er ekstrauterine, ville tallene være hhv. 1,7% ved IVF/ICSI og 1,4% ved de spontant konciperede. Dette kunne være yderligere en gevinst ved det reducerede antal æg, som transfereres.

Fig. 7.1a. viser sammenhængen mellem etableringstype og graviditetsudfald (2022/23) i absolutte tal. Spontane og IUI/ART er vist hver for sig. I **Fig. 7.1b.** vises samme tal, blot som andele og som andele på en semilogaritmisk skala.

Fig. 7.1a Conceptions and outcomes in Denmark 2022/2023 (conceptions from 2021/2022). Relation between conception method and outcome. (Top: spontaneous conceptions in absolute numbers; bottom: ART conceptions in absolute numbers).

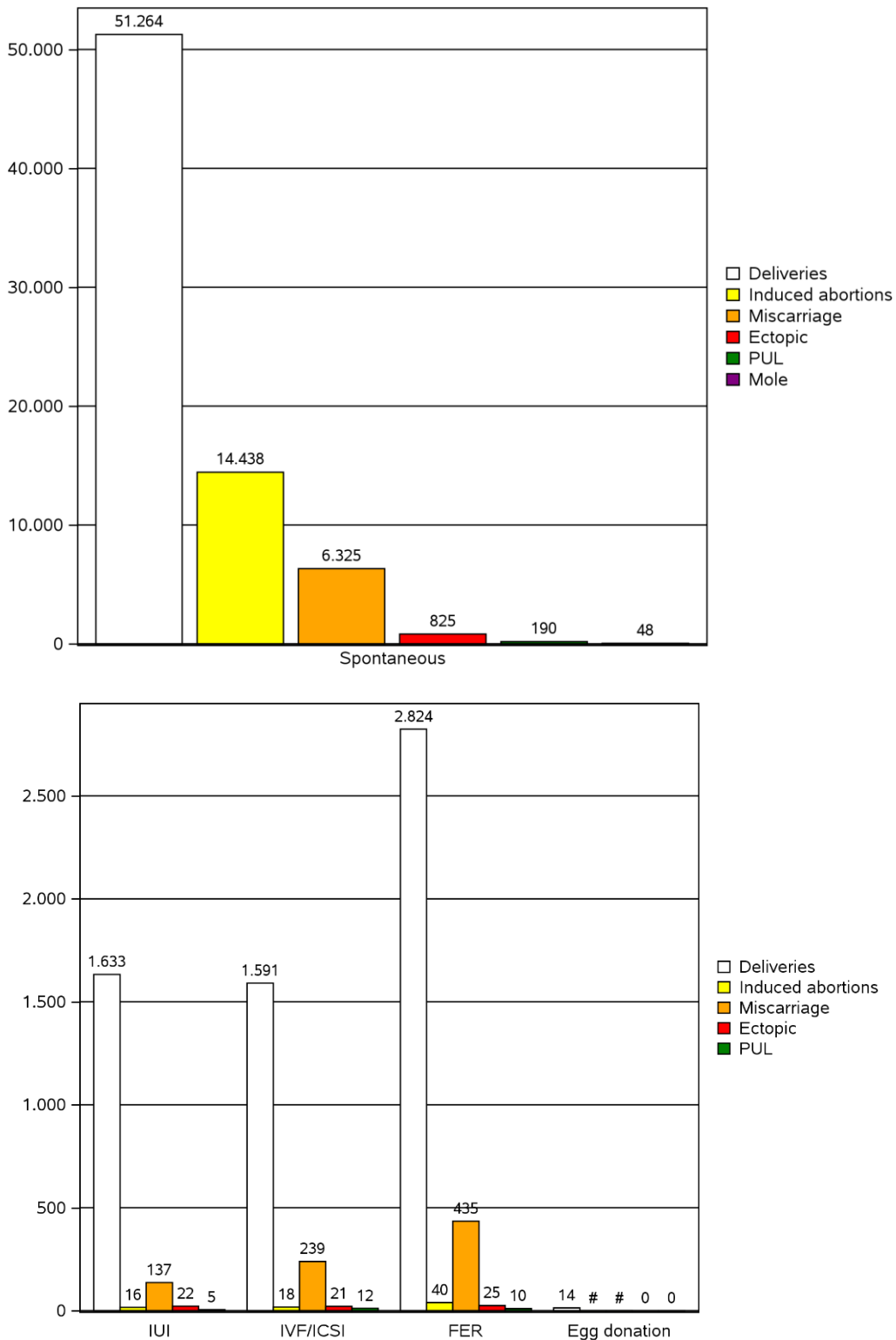
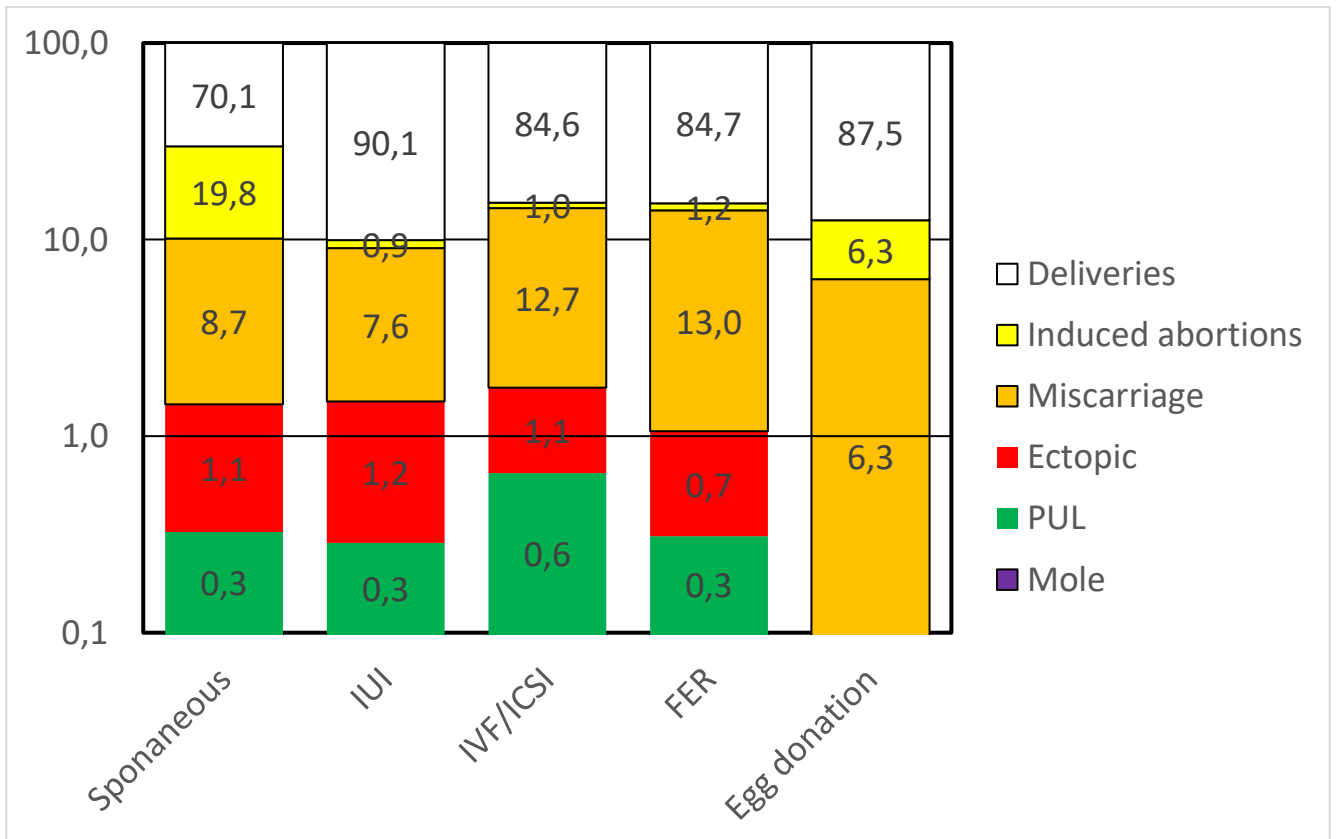
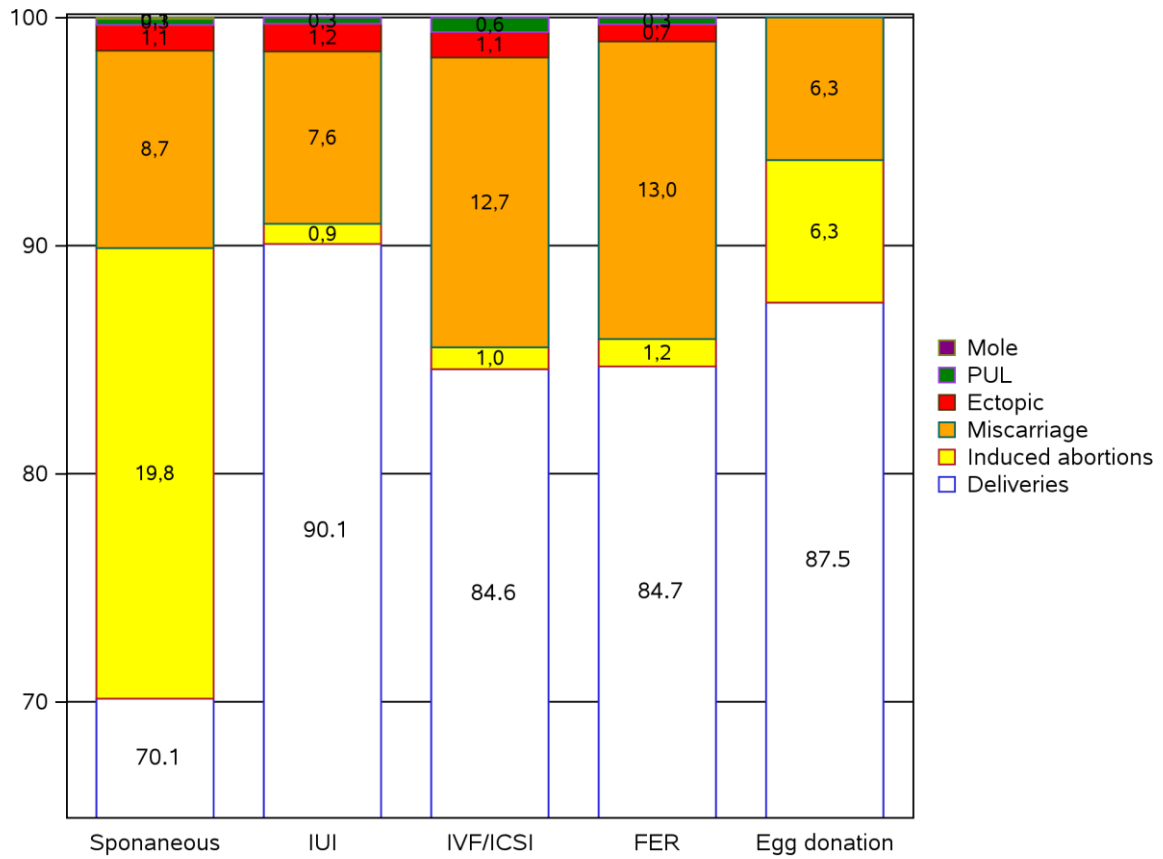


Fig. 7.1b Conceptions and outcomes in Denmark 2022/2023 (conceptions from 2021/2022). Relation between conception method and outcome. (Top: in percent; bottom: percent in semi logarithmic scale).

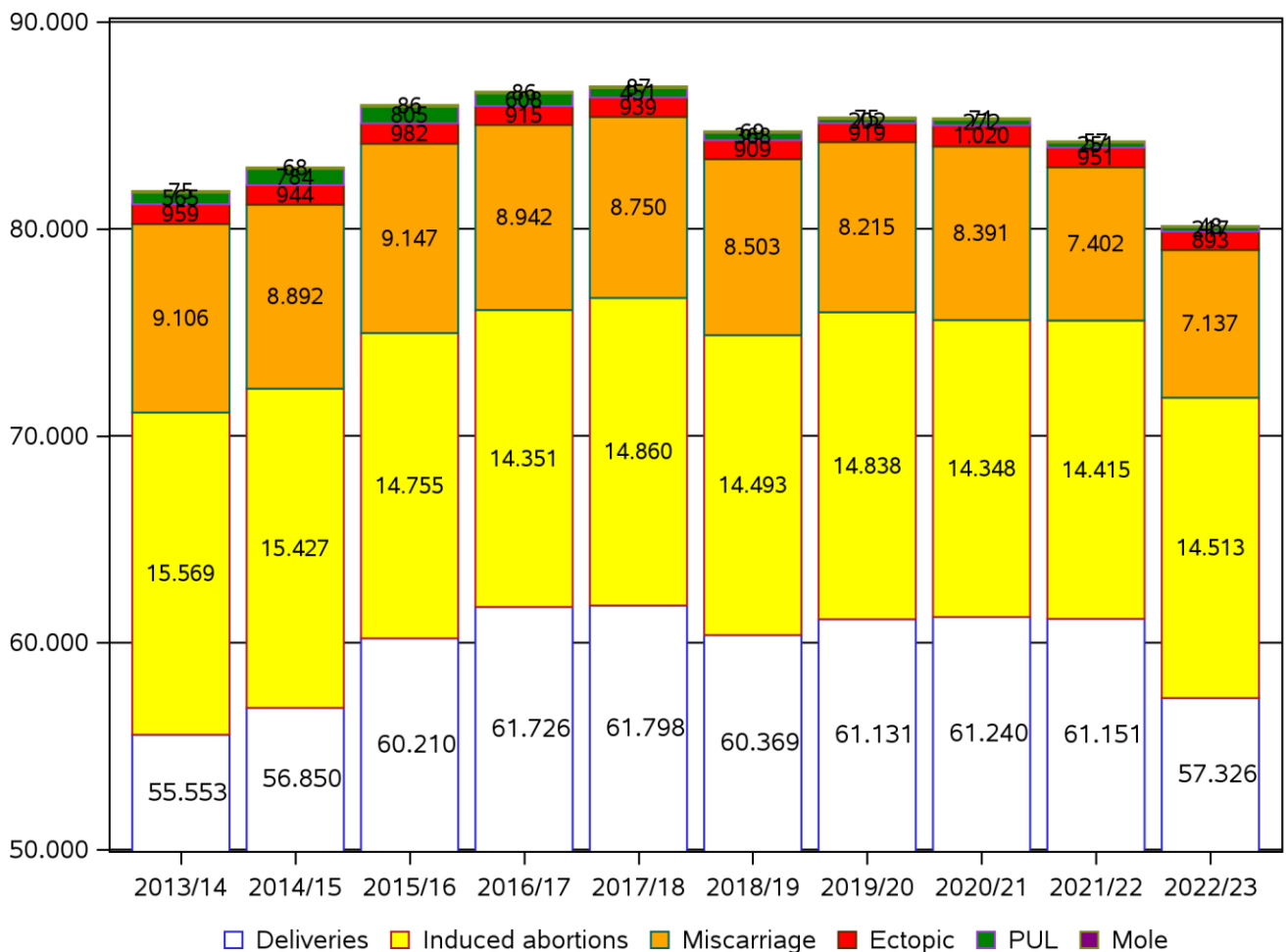


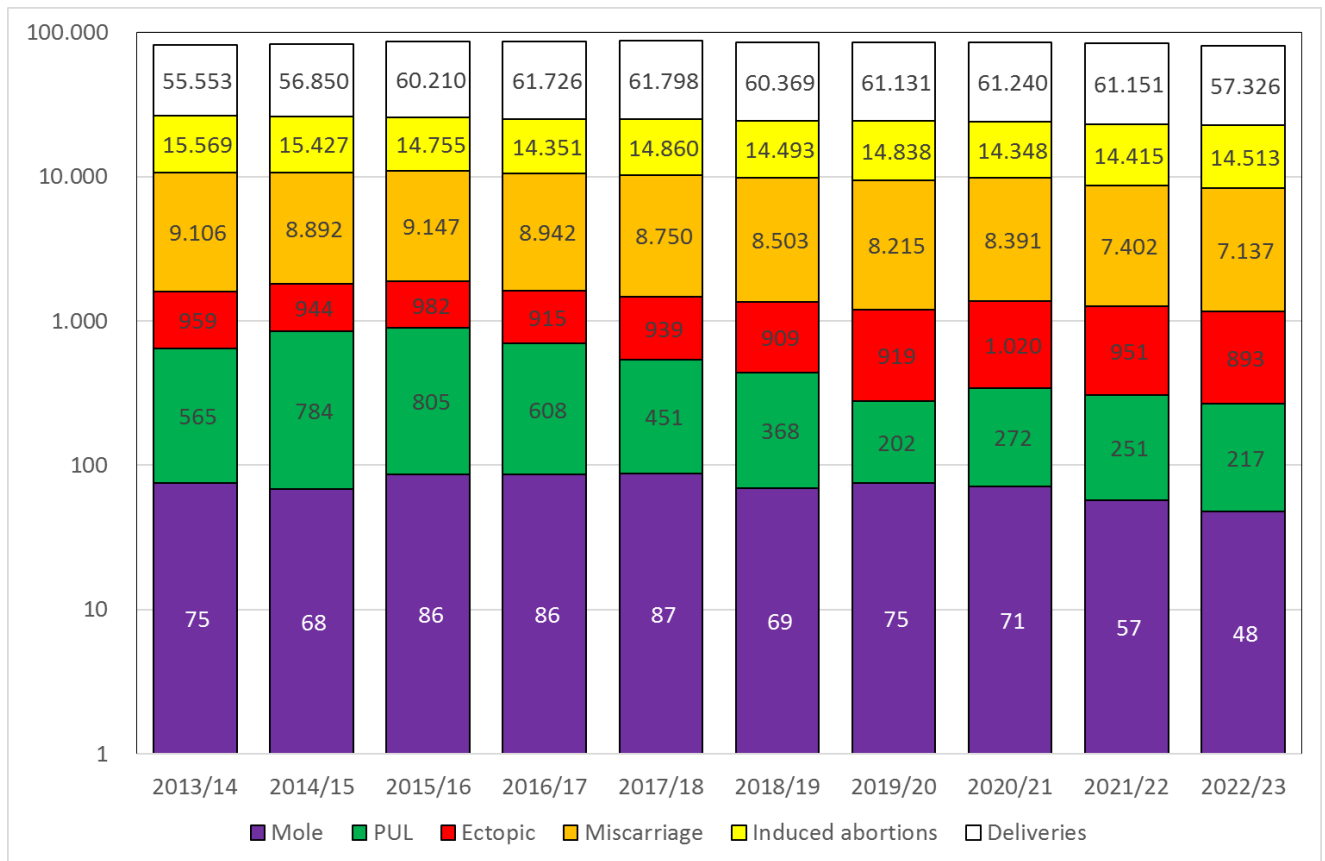
Appendiks 8. Graviditeter i Danmark

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

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

Fig. 8.1 Recorded pregnancies at Danish hospitals and general practitioners 2013-2023. N=844,084. (Top: in absolute numbers, bottom: percent in semi logarithmic scale)





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. Denne vejledning skal være umiddelbart tilgængelig de steder, hvor koderne påføres epikrisen.
3. Der skal anvendes standardjournaler, hvor de relevante koder fremgår umiddelbart.

Heldigvis er netop området tidlig graviditet kendetegnet ved, at alle tre præmisser kan opfyldes. Alle opfordres derfor til at implementere denne praksis på deres afdeling. Det kræver en ganske beskedent ressourcemæssig investering, og den kommer mange fold igen. De hyppigst anvendte koder fremgår af Tabel 1. På Tigrab.dk findes standardjournaler både i pdf og word format, så de enkelte afdelinger kan tilpasse deres standardjournal til deres praksis. Der findes standardjournal for både abortus provokatus 1. trimester, abortus provokatus 2. trimester og tidlige graviditetskomplikationer (abortus imminens, spontan abort og missed abortion).

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

Hyppigste fejlkodninger

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

Abortus provokatus

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

Spontan abort og missed abortion

- At diagnosekoden ved evakuatio ikke specificerer indikationen for denne. Det gøres ved at vælge den relevante kode DO030 (infektion), DO031 (blødning) eller DO088L (retineret væv).
- At der ikke er registreret en medicinsk behandlingskode ved de medicinsk behandlede.

Ekstrauterin graviditet

- At man ikke angiver behandlingskode ved medicinsk behandling med methotrexat (BKHE8)
 - At man ikke angiver gestationsalder i forbindelse med indberetningen.
- Disse fejl udgør hovedparten af aktuelle kodefejl i forbindelse med tidlig graviditet.

Opdaterede koder i forbindelse med tidlig graviditet, oktober 2023

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

*) Husk altid kodning af gestationsalder. I SP foregår dette i obstetrisk historik. I øvrigt henvises til DSOG's kodningsliste: <https://static1.squarespace.com/static/5467abcce4b056d72594db79/t/62fbaaa15dc4f81cb908fcf/1660660385690/Registerring+af+abort+SP+sommer+21.pdf>

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

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

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

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

Appendiks 10. Ordliste

Ekstrauterin graviditet	- Graviditet uden for livmoderen
Evakuatio uteri	- Tømning af livmoderen for graviditetsvæv (typisk med sug)
Gestationsalder (GA)	- En graviditets længde regnet fra sidste menstruations første blødningsdag
Mifepriston	- Mifegyn® = antiprogesteron
Misoprostol	- Cytotec® = prostaglandin E1 analog
Missed abortion	- Tilgrundegået graviditet uden blødning
Mola	- En godartet svulst i moderkagevævet 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 2018-2022 hvor graviditetsdata har været anvendt

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

Appendiks 12. Vejledning i fortolkning af resultater

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

Indikatortabeller

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

Nedenfor beskrives indholdet af tabellerne:

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

Histogrammer

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



rkkp

regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram