

Dansk Kvalitetsdatabase for Tidlig Graviditet og Abort (TiGrAb)

Årsrapport 2023/24
1. juli 2023 - 30. juni 2024

19/12 2024
Offentlig version

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

© RKKP 2023/24

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

Versionsdato: 21. oktober 2024 (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
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	17
Indikator 4: Evakuering af 2. trimester spontan abort	20
Indikator 5a: Evakuering af 2. trimester medicinsk behandlet missed abortion og medicinsk induceret provokeret abort	23
Indikator 5b: Evakuering af 2. trimester medicinsk behandlet missed abortion og medicinsk induceret provokeret abort	25
Indikator 6: Operation af ekstrauterin graviditet	28
Indikator 7: Medicinsk behandling af 1. trimester provokeret abort	31
Indikator 8: 1. trimester provokeret abort før 8 uger	34
Indikator 9: Evakuering af medicinsk behandlet 1. trimester provokeret abort før 9 uger	36
Indikator 10: Re-evakuering af kirurgisk behandlet 1. trimester provokeret abort	39
5. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	42
6. Datagrundlag og datakvalitet	43
Datakilder	43
Opgørelsesperiode og populationsbeskrivelse	44
Anvendte kvalitetsindikatorer	44
Validitet	44
Statistisk analyse	45
7. Styregruppen	46
8. Regionale kommentarer	47
Appendiks 1. Tilgrundegået graviditet, 1. trimester	48
Oversigt over tilgrundegået graviditet (både 1. trimester og 2. trimester)	48
Miscarriages i Danmark 2001/02-2022/23	48
1. trimester spontan abort	50
1. trimester missed abort	54
Appendiks 2. Tilgrundegået graviditet, 2. trimester	60
2. trimester spontan abort	61
Evakuering af 2. trimester spontan abort	62
2. trimester missed abort	64
Appendiks 3. Ekstrauterin graviditet	68
Graviditet med ukendt lokalisation (PUL= pregnancy unknown localisation)	73
Appendiks 4. Mola hydatidosa	74
Appendiks 5. Provokeret abort, 1. trimester	77
Re-evakuering efter kirurgisk abort	82
Blødning efter provokeret abort	83

Infektion efter provokeret abort	84
Udviklingen i provokerede aborter i forskellige aldersgrupper	84
Appendiks 6. Provokeret abort, 2. trimester	86
Evacuatio efter 2. trimester (provokeret) abort	88
Appendiks 7. Etablering og udfald af graviditeter i Danmark	89
ART og IUI graviditeter	90
Appendiks 8. Graviditeter i Danmark	93
Appendiks 9. Kodevejledning	95
Appendiks 10. Ordliste	98
Appendiks 11. Publikationer 2021-2024 hvor graviditetsdata har været anvendt	99
Appendiks 12. Vejledning i fortolkning af resultater	101

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 abortion, 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 abortion og provokeret abort). Og vi er godt på vej! Andelen af 1. trimester provokerede aborter, som gennemføres før 8 uger, er igen oppe på 81%. Der er ikke set tilsvarende 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%)

Der ses en fortsat positiv udvikling i andelen af 1. trimester spontane aborter, som evakueres, og standarden er opfyldt på landsplan og på regionsniveau. Det bemærkes, at indikatoren inkluderer evacuatio'er, under såvel primære som evt. sekundære kontakter. Vi er nu på 10% på landsplan.

Uændret standard <15%.

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

I dag har i gennemsnit 73% af kvinder, med ikke-evakueret missed abortion, en medicinsk behandlingskode. Vi er nærmer os standarden på >80%.

Uændret standard >80%.

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

På landsplan evakueres 14% efter medicinsk behandling, og indikatorstandarden er dermed opfyldt på landsplan. Uændret fra sidste år. Det bemærkes, at kun afdelinger, med >50% i indikator 2, indgår i opgørelsen af indikator 3 (i år 17 afdelinger). Da alle nu anbefales behandlet også med Mifepriston, bibeholdes standarden på <15%.

Uændret standard <15%.

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

På landsplan evakueres i gennemsnit 28% af kvinder med spontan 2. trimester abort. Det er en stigning i forhold til sidste år, både på landsplan og i alle regioner fraset Region Nord. Her må vi stramme op.

Uændret standard <20%.

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

Indikatoren er opdelt i de, som evakueres inden for 5 dage fra abortdiagnosen (5a), og de som evakueres efter 5 dage men inden for 12 uger (5b). I år ligger andelen på hhv. 23% og 9%. 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.

Uændret standard: 5a: <15%; 5b: <10%.

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

Samlet opereres 69%, uændret fra sidste år. På afdelingsniveau varierer andelen af kvinder med ekstrauterin graviditet, som opereres fra 50% i Roskilde til 83% i Gødstrup, så forskellene mellem afdelingerne er mindsket. Da PUL er reduceret væsentligt i forhold til sidste år (fra 212 til 62), er forskellene mellem afdelingerne mere troværdige end tidligere.

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 og ligger i år på 87%.

Uændret standard >80%.

Indikator 8: 1. trimester provokeret abort før 8 uger (Standard >70%).

Alle opfylder denne standard, som Indikatoren bliver gjort op på regionsniveau og ligger stabilt på 81%. Formentlig verdensrekord!

Uændret standard >70%.

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

Andelen ligger igen på rekordlave 1,4%. Hvor er det smukt.

Uændret standard <4%.

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

Re-evacuatio-raten ligger nu på 1,4%, hidtil laveste rate. Jamen altså.

Uændret standard <3%.

God læselyst.

På styregruppens vegne,

Øjvind Lidegaard

2. Kort oversigt over TiGrAb-populationen

Tabel 1. Graviditetsudfald i perioden 2019/20 til 2023/24

Graviditetsudfald	2023/24	2022/23	2021/22	2020/21	2019/20
Tilgrundegået graviditet	7.300	7.161	7.396	8.381	8.213
1. trimester	6.172	6.043	6.355	7.074	6.895
Spontan ¹	2.034	2.003	2.182	2.685	2.821
Komplet	1.232	1.261	1.266	1.505	1.563
Inkomplet	802	742	916	1.180	1.258
Missed	4.138	4.040	4.173	4.389	4.074
2. trimester	1.128	1.118	1.041	1.307	1.318
Spontan	341	345	307	438	422
Komplet	186	196	173	227	193
Inkomplet	155	149	134	211	229
GA 12+0-15+6	254	258	227	339	327
GA 16+0-21+6	87	87	80	99	95
Missed	787	773	734	869	896
Provokeret abort	14.700	15.739	14.618	14.383	14.787
1. trimester	13.964 ²	15.028	13.983	13.755	14.161
GA <7+0	9.173	9.732	8.953	8.809	8.618
GA 7+0-7+6	2.126	2.431	2.280	2.296	2.500
GA 8+0-8+6	1.143	1.272	1.207	1.161	1.327
GA 9+0-11+6	1.517	1.592	1.542	1.463	1.687
GA andet/ukendt	5	#	#	26	29
Medicinsk	12.086	12.854	11.756	11.825	11.974
Kirurgisk	1.878	2.174	2.227	1.930	2.187
2. trimester	736	711	635	628	626
Ekstrauterin graviditet	967	920	951	1.021	918
Pregnancy unknown location (PUL)	62	212	245	261	197
Mola	50	50	57	70	75

¹Spontane aborter, som ses i speciallægepraksis, almen praksis eller som ikke bliver registreret, indgår ikke i TiGrAb-populationen.

²Antallet af 1. trimester provokerede aborter i 2023/24 er formentligt underestimeret pga. forsinkede SEI-indberettede aborter på opgørelsestidspunktet. Disse vil blive opdateret i næste årsrapport.

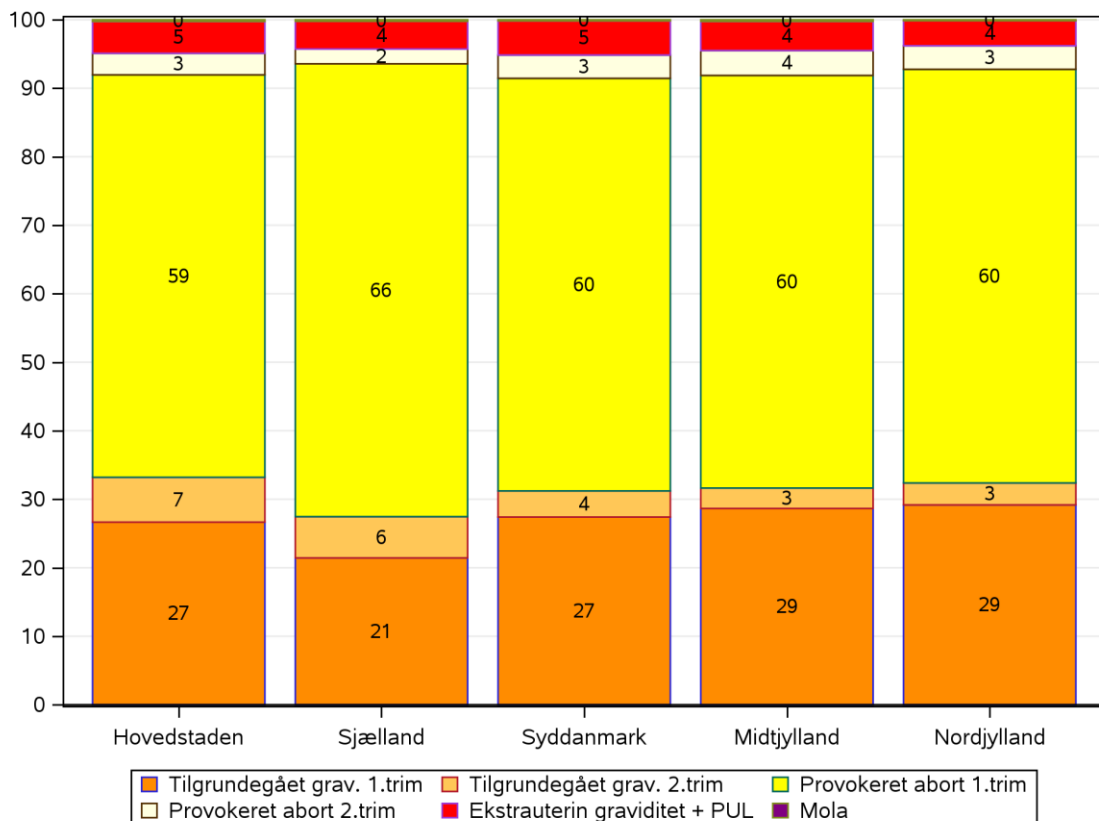
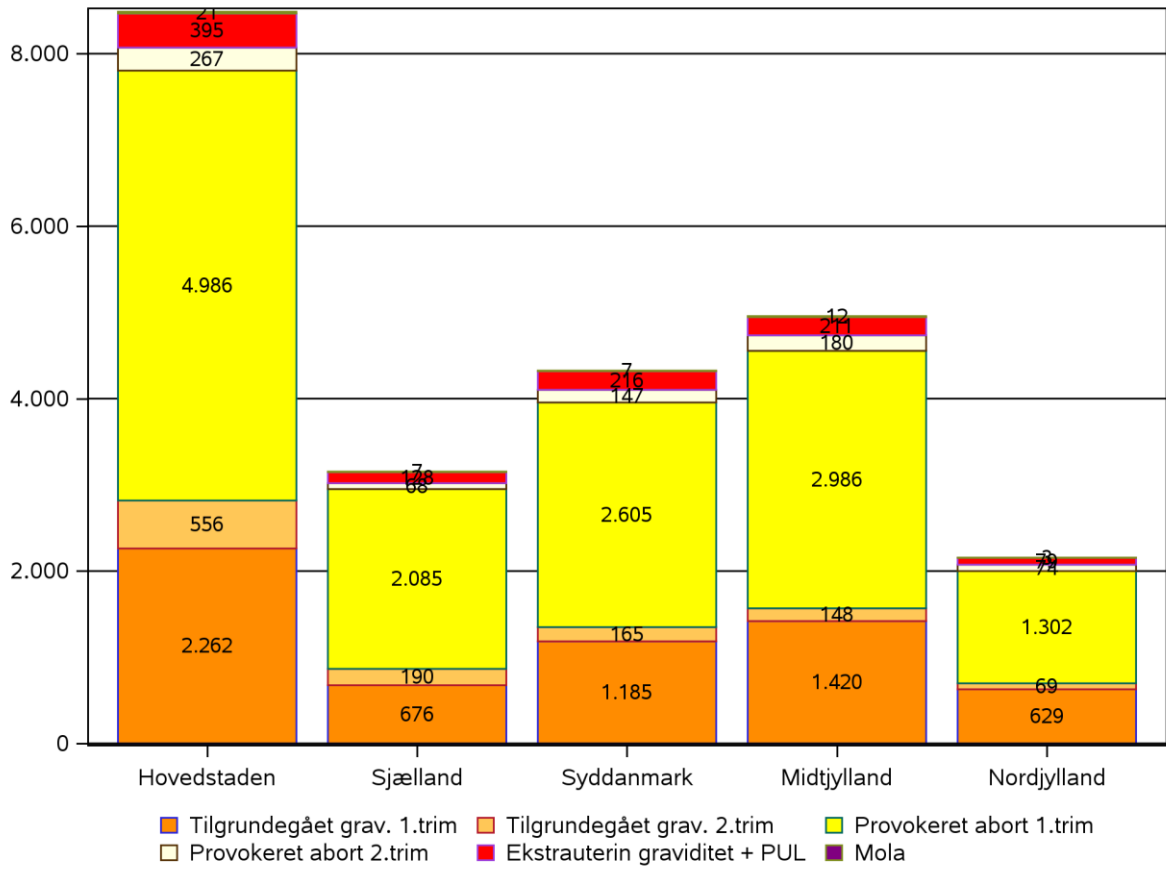
Tabel 2. Indrapporterede aborttyper på regionsniveau, 2023/24

	Tilgrundegået graviditet (n=7.300)				Provokeret abort (n=14.700)		Øvrige (n=1.079)		
	1. trimester		2. trimester		1. trimester	2. trimester	Ekstrauterin	PUL*	Mola
	Spontan	Missed	Spontan	Missed					
Danmark	2.034 ¹	4.138	341	787	13.964	736	967	62	50
Hovedstaden	659	1.603	146	410	4.986	267	390	5	21
Sjælland	261	415	56	134	2.085	68	127	#	7
Syddanmark	479	706	50	115	2.605	147	193	23	7
Midtjylland	455	965	60	88	2.986	180	184	27	12
Nordjylland	180	449	29	40	1.302	74	73	6	3

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

*PUL=pregnancy unknown location.

Figur 1. Indrapporterede aborttyper på regionsniveau, 2023/24 (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	Uoplyst %	Indikatoropfyldelse		
			01.07.2023 - 30.06.2024 Andel (95% CI)	2022/23 Andel	2021/22 Andel
Indikator 1: Andel af kvinder med 1. trimester spontan abort som evakueres	< 15	.	10 (9,0-12)	11	12
Indikator 2: Andel af ikke-evakuerede 1. trimester missed abort, som har medicinsk behandlingskode	> 80	.	73 (71-74)	67	60
Indikator 3: Andel af medicinsk behandlede, som efterfølgende evakueres	< 15	.	14 (13-16)	14	16
Indikator 4: Andel 2. trimester spontan abort som evakueres	< 20	.	28 (23-33)	22	27
Indikator 5a: Andel 2. trimester (13+0<=GA<=22+6) provokeret eller missed abort som evakueres på primær kontakt	< 15	.	23 (20-25)	25	24
Indikator 5b: Andel 2. trimester (13+0<=GA<=22+6) provokeret eller missed abort som evakueres på sekundær kontakt	< 10	.	9,0 (7,4-11)	8,8	10
Indikator 6: Andel ekstrauterin graviditet, som opereres indenfor 4 uger	< 70	.	70 (67-73)	69	71
Indikator 7: Andel 1. trimester provokeret abort, som behandles primært medicinsk	> 80	.	87 (86-87)	86	84
Indikator 8: Andel 1. trimester provokeret abort, som gennemføres før 8 uger	> 70	.	81 (80-82)	81	80
Indikator 9: Andel 1. trimester medicinsk behandlet provokeret abort, som evakueres	< 4	.	1,4 (1,2-1,7)	1,4	2,0
Indikator 10: Andel 1. trimester kirurgisk behandlet provokeret abort, som re-evakueres	< 3	.	1,4 (1,0-2,1)	1,8	1,8

Samlede indikatorresultater på afdelingsniveau

	Indikatornummer og standard										
	1 < 15	2 > 80	3 < 15	4 < 20	5a < 15	5b < 10	6 < 70	7 > 80	8 > 70	9 < 4	10 < 3
Danmark	10	73	14	28	23	9,0	70	87	81	1,5	1,4
Bornholm	7,1	20		0	25	0	25			0	
Herlev	13	27		39	36	8,2	76			1,0	2,4
Hillerød	4,4	71	6,6	42	24	13	77			1,9	0,9
Hvidovre	12	85	27	25	31	8,5	71			3,5	0,8
Rigshospitalet	13	56	11	40	26	17	62			0	0
Region Hovedstaden (samlet)								88	84	1,5	0
Holbæk	5,1	95	13	25	20	10	69			0	0
Nykøbing F	14	21		25	19	6,3	67			4,4	2,1
Roskilde	13	68	21	40	28	7,0	52			4,1	5,0
Slagelse	14	87	12	31	19	7,0	65			2,9	2,9
Region Sjælland (samlet)								82	73	1,2	0
Esbjerg	11	89	16	0	12	0	68			0	0
Kolding	15	71	11	22	6,1	6,1	67			1,7	1,2
Odense	4,4	79	16	7,7	14	11	69			1,3	1,2
Sønderjylland	22	83	16	0	8,8	5,9	74			1,5	5,3
Region Syddanmark (samlet)								86	79	0,8	7,7
Aarhus	18	85	15	32	34	11	78			0	0
Gødstrup	14	94	9,4	7,7	19	5,4	83			0,2	0
Horsens	11	79	11	30	13	2,6	70			1,0	1,2
Randers	8,9	97	8,0	43	15	5,0	78			0,6	1,6
Viborg	3,8	96	3,7	27	28	9,4	68			0,8	2,6
Region Midtjylland (samlet)								87	82	2,3	0
Aalborg	5,5	80	12	15	16	8,8	59			1,4	1,6
Thisted	5,0	30		0	14	14	89			0	0
Vendsyssel	3,9	83	16	20	9,5	19	69			4,8	0
Region Nordjylland (samlet)								85	80	0,9	0
Privathospitaler (samlet)								82	76		

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

Markeret med grå baggrund: Indikatorresultat ikke opgjort for afdelingen.

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

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

4. Indikatorresultater

Indikator 1: Evakuering af 1. trimester spontan abort

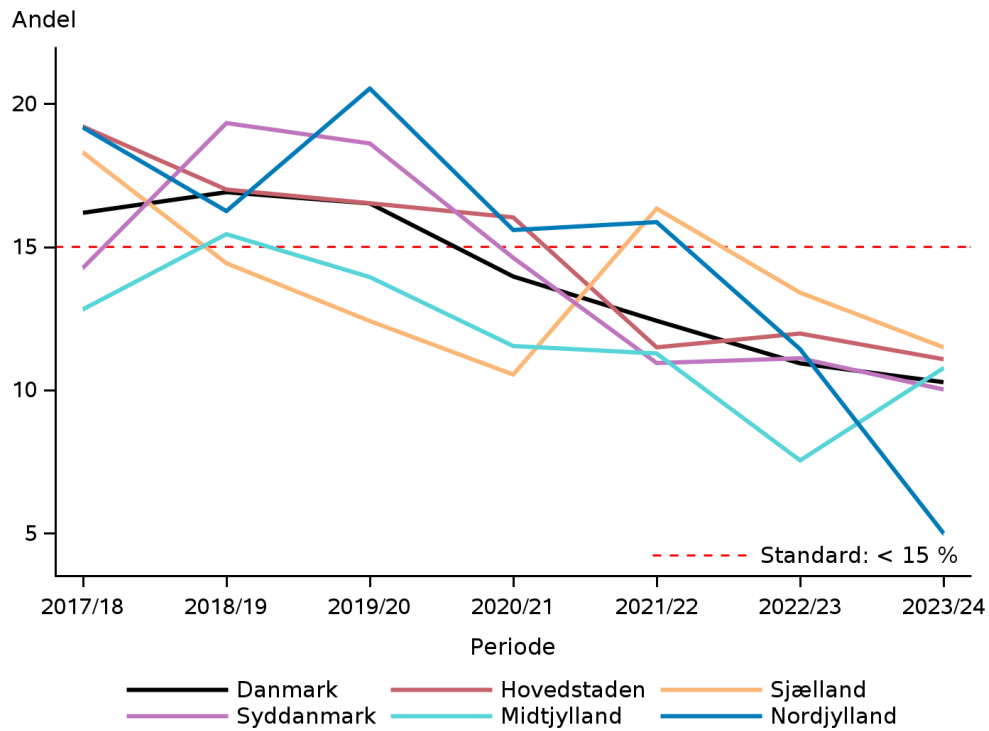
Andelen af kvinder med 1. trimester spontan abort, som evakueres.

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

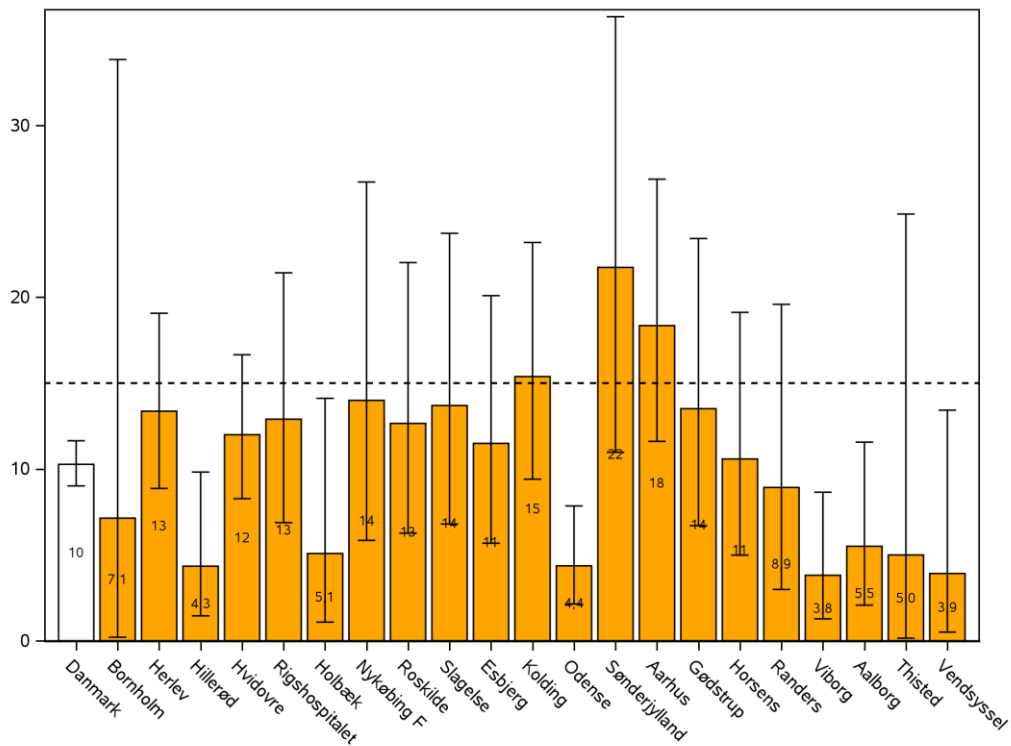
Nævner: Kvinder, der aborterer spontant i 1. trimester (GA<11+6 eller ukendt GA)

	Standard < 15% opfyldt	Tæller/ nævner	Aktuelle år 01.07.2023 - 30.06.2024		Tidligere år		
			Andel	95% CI	2022/23 Antal	2022/23 Andel	2021/22 Andel
Danmark	Ja	209 / 2.034	10	(9,0-12)	219 / 2.003	11	12
Hovedstaden	Ja	73 / 659	11	(8,8-14)	77 / 643	12	11
Sjælland	Ja	30 / 261	11	(7,9-16)	39 / 291	13	16
Syddanmark	Ja	48 / 479	10	(7,5-13)	40 / 360	11	11
Midtjylland	Ja	49 / 455	11	(8,1-14)	35 / 464	7,5	11
Nordjylland	Ja	9 / 180	5,0	(2,3-9,3)	28 / 245	11	16
Hovedstaden	Ja	73 / 659	11	(8,8-14)	77 / 643	12	11
Bornholm	Ja	# / #	7,1	(0,2-34)	0 / 21	0	0
Herlev	Ja	25 / 187	13	(8,8-19)	20 / 193	10	9,1
Hillerød	Ja	5 / 115	4,3	(1,4-9,9)	8 / 118	6,8	11
Hvidovre	Ja	30 / 250	12	(8,2-17)	40 / 224	18	15
Rigshospitalet	Ja	12 / 93	13	(6,8-21)	9 / 87	10	10
Sjælland	Ja	30 / 261	11	(7,9-16)	39 / 291	13	16
Holbæk	Ja	3 / 59	5,1	(1,1-14)	8 / 83	9,6	4,5
Nykøbing F	Ja	7 / 50	14	(5,8-27)	8 / 56	14	15
Roskilde	Ja	10 / 79	13	(6,2-22)	5 / 61	8,2	20
Slagelse	Ja	10 / 73	14	(6,8-24)	18 / 91	20	21
Syddanmark	Ja	48 / 479	10	(7,5-13)	40 / 360	11	11
Esbjerg	Ja	10 / 87	11	(5,7-20)	5 / 89	5,6	8,9
Kolding	Nej	18 / 117	15	(9,4-23)	16 / 96	17	15
Odense	Ja	10 / 229	4,4	(2,1-7,9)	10 / 120	8,3	9,8
Sønderjylland	Nej	10 / 46	22	(11-36)	9 / 55	16	9,5
Midtjylland	Ja	49 / 455	11	(8,1-14)	35 / 464	7,5	11
Aarhus	Nej	20 / 109	18	(12-27)	15 / 108	14	13
Gødstrup	Ja	10 / 74	14	(6,7-23)	# / #	2,4	7,8
Horsens	Ja	9 / 85	11	(5,0-19)	7 / 71	9,9	14
Randers	Ja	5 / 56	8,9	(3,0-20)	5 / 70	7,1	6,8
Viborg	Ja	5 / 131	3,8	(1,3-8,7)	6 / 132	4,5	11
Nordjylland	Ja	9 / 180	5,0	(2,3-9,3)	28 / 245	11	16
Aalborg	Ja	6 / 109	5,5	(2,0-12)	13 / 106	12	17
Thisted	Ja	# / #	5,0	(0,1-25)	4 / 40	10	16
Vendsyssel	Ja	# / #	3,9	(0,5-13)	11 / 99	11	15

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



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



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 samme kontakt, vurderes aborten som inkomplet. Tæller inkluderer alle evakueringer inden for 12 uger fra abortdiagnosen. I 2023/24 rapporten er hysteroskopikoderne KLCB25, KLCB98 og KULC02 inkluderet i tæller. Fra næste rapport inkluderes KLCB22, KLCB25 og KLCB98. En kvinde er i "karantæne" i 12 uger fra diagnosedatoen for DO03 diagnosen, dvs. hun kan kun tælle med én spontan abort hver 12. uge. Hvis der observeres flere registreringer inden for perioden, anvendes den første. 1. trimester spontan abort defineret ved $GA \leq 11+6$ eller ukendt GA. I beregningen ekskluderes desuden registreringer på kirurgiske afdelinger og privathospitaler.

Resultater

I 2023/24 er der registreret 2.034 kvinder, der aborterer spontant i 1. trimester. Heraf bliver 209 evakueret svarende til 10% på landsplan. Hermed er standarden på <15% opfyldt både på landsplan og regionsniveau. Andelen er fortsat faldende fra 16% i 2019/20 til nu 10% i 2023/24. På regionsniveau varierer andelen fortsat med ca. 5-6 %-point, fra 5,0% (Region Nordjylland) til 10-11% i de øvrige regioner. Tre afdelinger (Kolding: 15%, Sønderjylland: 22% og Aarhus: 18%) opfylder ikke standarden. Den positive udvikling ses i alle regioner, men særlig markant i Region Nordjylland. I Region Midtjylland ses dog en stigning fra 14% til 18%, og andelen af evakueringer er steget på alle afdelinger undtagen i Viborg. Det bemærkes, at antallet af spontane aborter er faldet med næsten 25% i Region Nordjylland, mens det er steget tilsvarende i Region Syddanmark.

Fig. 1.3 i Appendiks 1, Fig. 1.3 viser udvikling i andelen af kvinder med 1. trimester spontan abort, som evakueres indenfor én dag fra abortdiagnosen. Med overgang til LPR3 i 2019, beregnes andelen af evakueringer, som evakuering foretaget inden for 12 uger fra datoen for abortdiagnosen (indlæggelsesdatoen), 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%. I år ligger RegionNord bedst.

Vurdering af indikatoren

Fortsat relevant, og vi lykkes med at reducere andelen med 1 procentpoint om året. Standarden på <15% sidste år, fastholdes.

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.

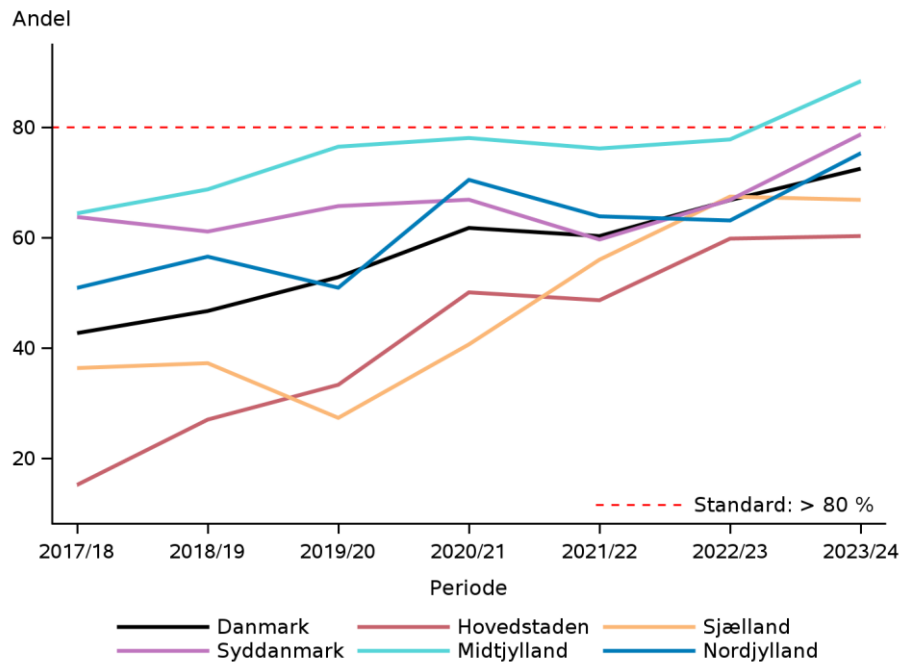
Tæller: Alle i nævner, som har en medicinsk behandlingskode uden en samtidig evakueringskode

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

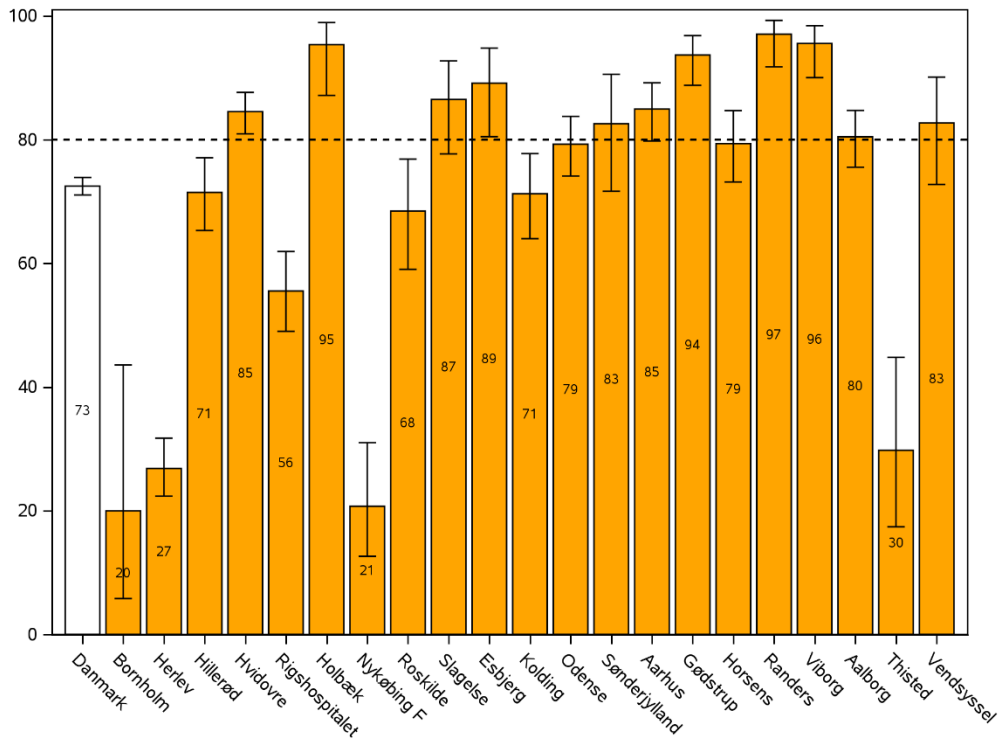
	Standard > 80% opfyldt	Tæller/ nævner	Aktuelle år 01.07.2023 - 30.06.2024		Tidligere år		
			Andel	95% CI	2022/23 Antal	2021/22 Andel	2021/22 Andel
Danmark	Nej	2.521 / 3.477	73	(71-74)	2.170 / 3.248	67	60
Hovedstaden	Nej	779 / 1.292	60	(58-63)	694 / 1.160	60	49
Sjælland	Nej	232 / 347	67	(62-72)	201 / 298	67	56
Syddanmark	Nej	477 / 606	79	(75-82)	373 / 558	67	60
Midtjylland	Ja	713 / 807	88	(86-90)	659 / 847	78	76
Nordjylland	Nej	320 / 425	75	(71-79)	243 / 385	63	64
Hovedstaden	Nej	779 / 1.292	60	(58-63)	694 / 1.160	60	49
Bornholm	Nej	4 / 20	20	(5,7-44)	#/#	4,5	56
Herlev	Nej	94 / 350	27	(22-32)	115 / 323	36	41
Hillerød	Nej	168 / 235	71	(65-77)	168 / 221	76	82
Hvidovre	Ja	383 / 453	85	(81-88)	341 / 418	82	61
Rigshospitalet	Nej	130 / 234	56	(49-62)	69 / 176	39	3,0
Sjælland	Nej	232 / 347	67	(62-72)	201 / 298	67	56
Holbæk	Ja	62 / 65	95	(87-99)	52 / 72	72	83
Nykøbing F	Nej	17 / 82	21	(13-31)	10 / 55	18	13
Roskilde	Nej	76 / 111	68	(59-77)	71 / 92	77	41
Slagelse	Ja	77 / 89	87	(78-93)	68 / 79	86	85
Syddanmark	Nej	477 / 606	79	(75-82)	373 / 558	67	60
Esbjerg	Ja	74 / 83	89	(80-95)	63 / 67	94	73
Kolding	Nej	124 / 174	71	(64-78)	108 / 163	66	78
Odense	Nej	222 / 280	79	(74-84)	135 / 242	56	33
Sønderjylland	Ja	57 / 69	83	(72-91)	67 / 86	78	84
Midtjylland	Ja	713 / 807	88	(86-90)	659 / 847	78	76
Aarhus	Ja	198 / 233	85	(80-89)	156 / 242	64	87
Gødstrup	Ja	149 / 159	94	(89-97)	148 / 172	86	76
Horsens	Nej	158 / 199	79	(73-85)	147 / 188	78	57
Randers	Ja	100 / 103	97	(92-99)	101 / 103	98	96
Viborg	Ja	108 / 113	96	(90-99)	107 / 142	75	64
Nordjylland	Nej	320 / 425	75	(71-79)	243 / 385	63	64
Aalborg	Ja	239 / 297	80	(75-85)	177 / 270	66	68
Thisted	Nej	14 / 47	30	(17-45)	11 / 45	24	28
Vendsyssel	Ja	67 / 81	83	(73-90)	55 / 70	79	77

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

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



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



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. Fra 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 år op på 73%. Medicinsk koderegistrering er steget betydeligt de seneste 10 år fra 29% i 2012/13 til nu 73% (Appendiks 1, **Fig. 1.8**). Standarden på >80% for første gang opfyldt i én enkelt Region - Region Midtjylland, som hele tiden har ligget højt. Den positive udvikling ses i alle regioner med en variation fra 60% (Region Hovedstaden) til 88% (Region Midtjylland). Antallet af afdelinger, som koder tilfredsstillende, er ligeledes steget fra 5 afdelinger sidste år til 11 afdelinger. Der er fortsat stor variation på afdelingsniveau (20% på Bornholm til 97% i 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. Med 73% registrerede medicinske behandlinger går det fremad. RegionH halter mest. Specielt bør man være opmærksom på at anvende de rigtige koder ved induceret missed abort (BKHD52). Landsgennemsnittet har sneget sig op på 73%, og det er Region Midtjylland, som klarer registreringerne bedst, specielt Randers med 97% registrerede medicinske behandlinger.

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. "Tidlig graviditets-navigatoren udviklet til SP kan dog ikke registrere missed abortion.

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

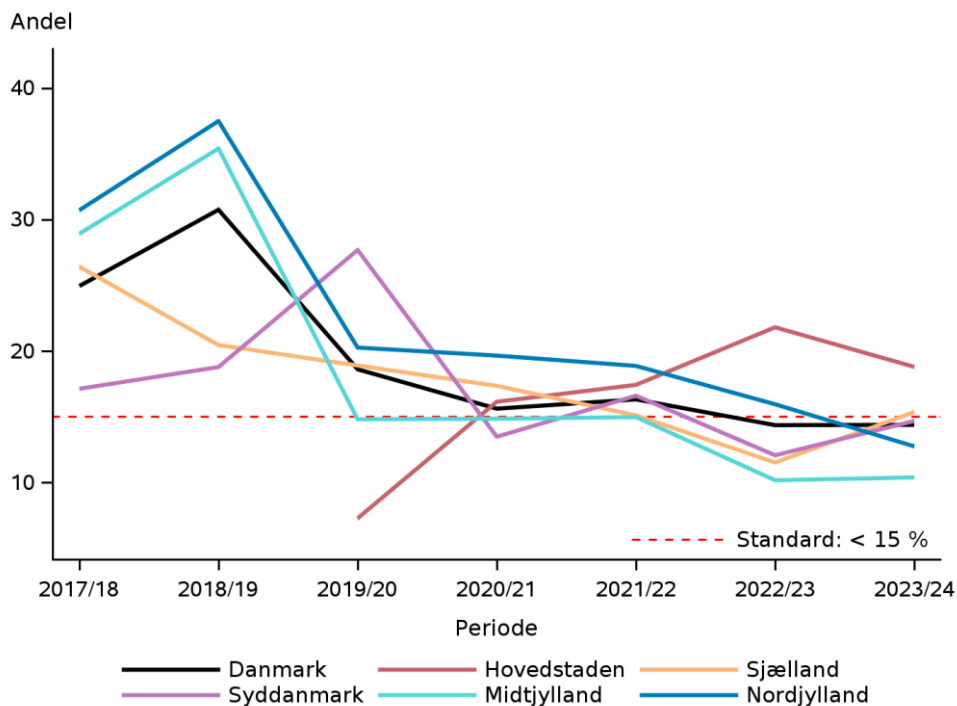
Andelen af medicinsk behandlede 1. trimester missed abortion, som efterfølgende evakueres.

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

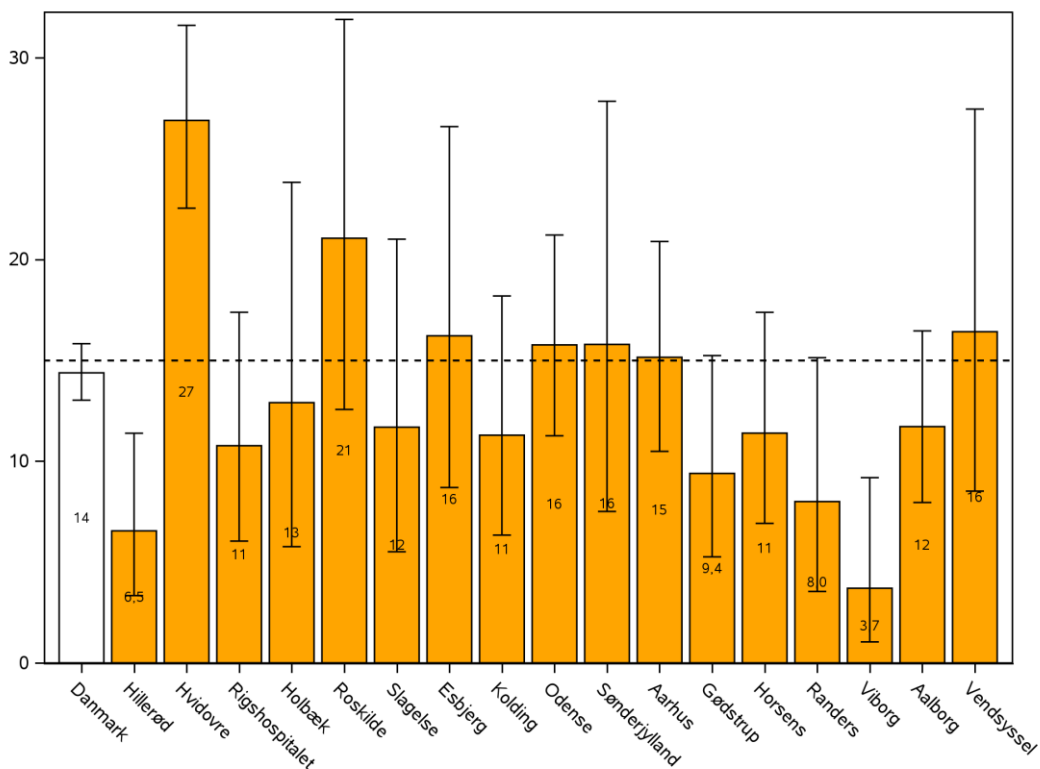
Nævner: Kvinder som har en medicinsk behandlingskode efter missed abortion i 1. trimester (GA 4+0-11+6 og ukendt GA), men som ikke er blevet primært evakueret

	Standard < 15% opfyldt	Tæller/ nævner	Aktuelle år 01.07.2023 - 30.06.2024		Tidligere år		
			Andel	95% CI	2022/23 Antal	2022/23 Andel	2021/22 Andel
Danmark	Ja	344 / 2.392	14	(13-16)	282 / 1.964	14	16
Hovedstaden	Nej	128 / 681	19	(16-22)	111 / 509	22	17
Sjælland	Nej	33 / 215	15	(11-21)	22 / 191	12	15
Syddanmark	Ja	70 / 477	15	(12-18)	45 / 373	12	17
Midtjylland	Ja	74 / 713	10	(8,2-13)	67 / 659	10	15
Nordjylland	Ja	39 / 306	13	(9,2-17)	37 / 232	16	19
Hovedstaden	Nej	128 / 681	19	(16-22)	111 / 509	22	17
Bornholm							0
Hillerød	Ja	11 / 168	6,5	(3,3-11)	14 / 168	8,3	6,1
Hvidovre	Nej	103 / 383	27	(23-32)	97 / 341	28	26
Rigshospitalet	Ja	14 / 130	11	(6,0-17)			
Sjælland	Nej	33 / 215	15	(11-21)	22 / 191	12	15
Holbæk	Ja	8 / 62	13	(5,7-24)	3 / 52	5,8	10
Roskilde	Nej	16 / 76	21	(13-32)	13 / 71	18	
Slagelse	Ja	9 / 77	12	(5,5-21)	6 / 68	8,8	20
Syddanmark	Ja	70 / 477	15	(12-18)	45 / 373	12	17
Esbjerg	Nej	12 / 74	16	(8,7-27)	6 / 63	9,5	9,1
Kolding	Ja	14 / 124	11	(6,3-18)	12 / 108	11	22
Odense	Nej	35 / 222	16	(11-21)	13 / 135	9,6	
Sønderjylland	Nej	9 / 57	16	(7,5-28)	14 / 67	21	14
Midtjylland	Ja	74 / 713	10	(8,2-13)	67 / 659	10	15
Aarhus	Nej	30 / 198	15	(10-21)	17 / 156	11	10
Gødstrup	Ja	14 / 149	9,4	(5,2-15)	10 / 148	6,8	12
Horsens	Ja	18 / 158	11	(6,9-17)	24 / 147	16	26
Randers	Ja	8 / 100	8,0	(3,5-15)	11 / 101	11	18
Viborg	Ja	4 / 108	3,7	(1,0-9,2)	5 / 107	4,7	13
Nordjylland	Ja	39 / 306	13	(9,2-17)	37 / 232	16	19
Aalborg	Ja	28 / 239	12	(7,9-16)	28 / 177	16	12
Vendsyssel	Nej	11 / 67	16	(8,5-27)	9 / 55	16	33

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



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



Kommentar til indikator 3

Datagrundlag

Indikatoren måler andelen af medicinsk behandlet 1. trimester missed abortion, som efterfølgende evakueres. Derfor indgår kun afdelinger, hvor mindst halvdelen af 1. trimester missed abortion, er blevet medicinsk koderegistreret (indikatorresultat $\geq 50\%$ i indikator 2), i beregning af indikator 3. Standarden blev i 2022/23 ændret til $<15\%$.

Resultater

Således indgår i år 17 ud af 21 afdelinger i indikator 3 med i alt 2.392 medicinsk behandlet 1. trimester missed abortion (129 kvinder fra hhv. Bornholm, Herlev, Nykøbing F. og Thisted ekskluderes pga. indikatorresultat $<50\%$ i indikator 2). Ud af disse er 14% (344) efterfølgende blevet evakueret, og standarden er opfyldt på landsplan og i Region Syddanmark (15%) og Region Midtjylland (10%) og Region Nordjylland (13%). Region Hovedstaden ligger fortsat højt med 19%. Fire afdelinger ligger under 10%, mens syv afdelinger ligger over 15%. Det drastiske fald siden 2017/18 synes at flade ud, og andelen har ligget nogenlunde stabilt i de seneste tre opgørelsesperioder. Der er fortsat stor variation på afdelingsniveau (3,7-27%).

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.

Hvidovre ligger med 27% stadig markant over standarden på 15%, og uændret fra seneste år.

Nogle afdelinger i Region Midtjylland har i løbet af 2023 ændret praksis således, at man er holdt op med at kontrolskanne patienterne efter en uge. Dette har ikke ændret evacuatioarten i hverken Region Midt eller Region Syd i nedadgående retning. TiGrAb vil kortlægge praksis på de forskellige afdelinger og analysere, hvordan denne praksis korrelerer med varigheden til næste graviditet.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren og standarden fastholdes. Fremadrettet vil hysteroskopikoderne KLCB22, KLCB25 og KLCB98 indgå i indikatoren.

Indikator 4: Evakuering af 2. trimester spontan abort

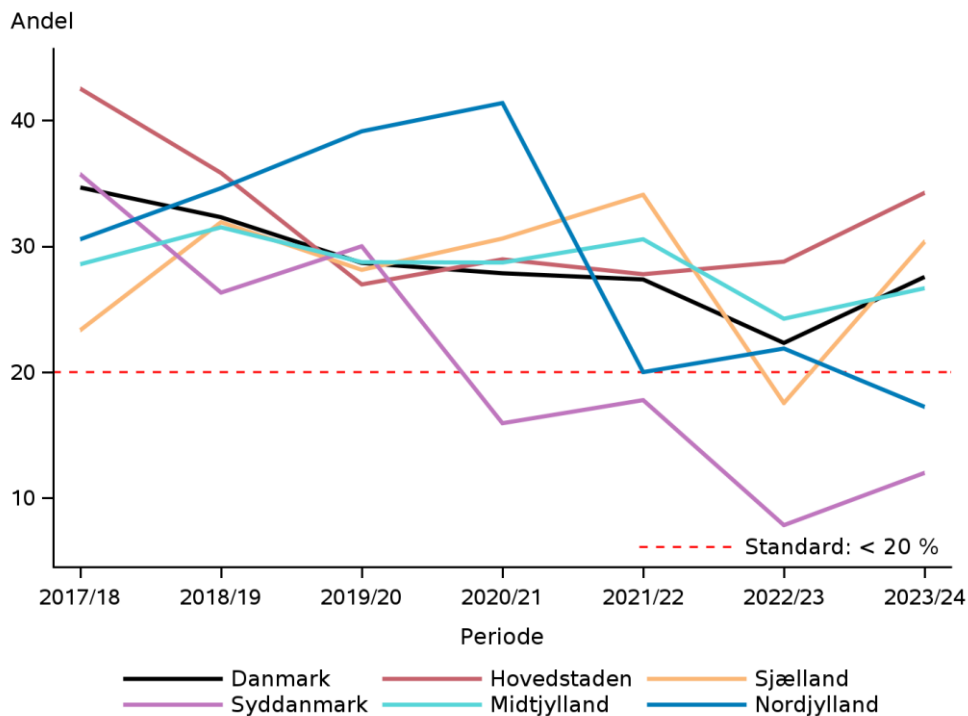
Andelen af kvinder med 2. trimester spontan abort, som evakueres.

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

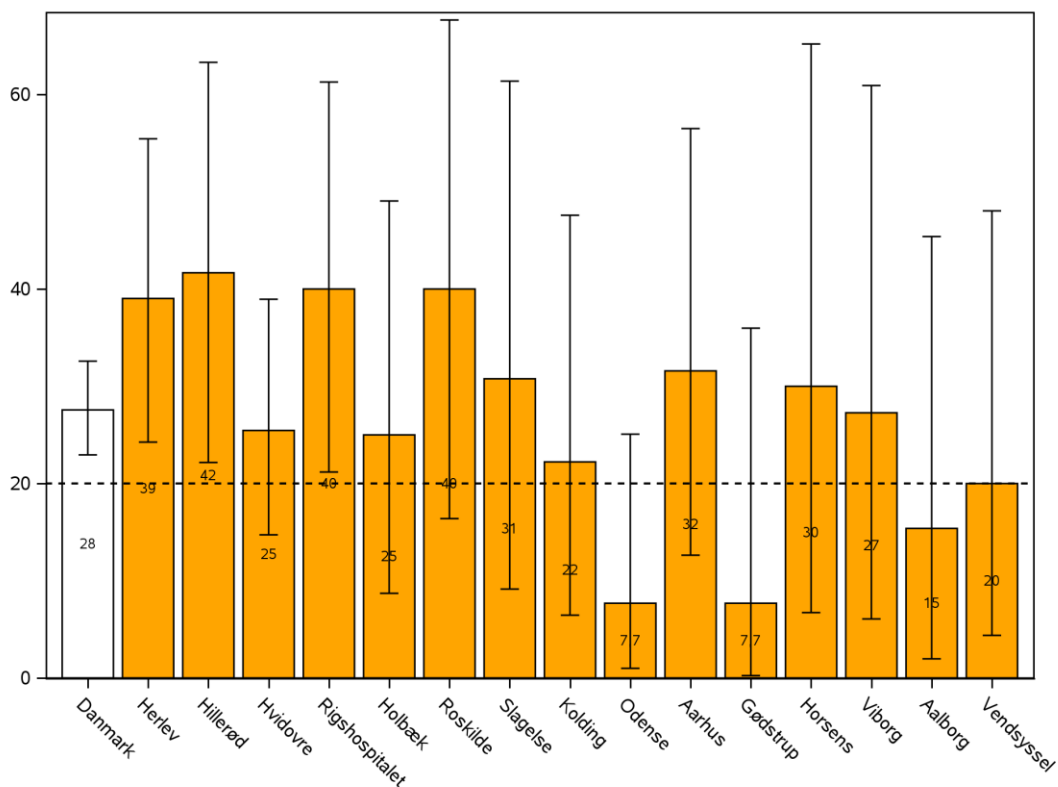
Nævner: Alle kvinder med spontan abort i 2. trimester (GA 12+0 til 21+6)

	Standard		Aktuelle år		Tidligere år		
	< 20% opfyldt	Tæller/ nævner	01.07.2023 - 30.06.2024	Andel 95% CI	2022/23	2021/22	Andel
Danmark	Nej	94 / 341	28	(23-33)	77 / 345	22	27
Hovedstaden	Nej	50 / 146	34	(27-43)	40 / 139	29	28
Sjælland	Nej	17 / 56	30	(19-44)	10 / 57	18	34
Syddanmark	Ja	6 / 50	12	(4,5-24)	4 / 51	7,8	18
Midtjylland	Nej	16 / 60	27	(16-40)	16 / 66	24	31
Nordjylland	Ja	5 / 29	17	(5,8-36)	7 / 32	22	20
Hovedstaden	Nej	50 / 146	34	(27-43)	40 / 139	29	28
Bornholm	Ja	# / #	0	(0-98)			
Herlev	Nej	16 / 41	39	(24-55)	11 / 32	34	18
Hillerød	Nej	10 / 24	42	(22-63)	6 / 30	20	22
Hvidovre	Nej	14 / 55	25	(15-39)	18 / 55	33	31
Rigshospitalet	Nej	10 / 25	40	(21-61)	5 / 22	23	41
Sjælland	Nej	17 / 56	30	(19-44)	10 / 57	18	34
Holbæk	Nej	5 / 20	25	(8,7-49)	0 / 14	0	29
Nykøbing F	Nej	# / #	25	(3,2-65)	# / #	20	14
Roskilde	Nej	6 / 15	40	(16-68)	6 / 15	40	38
Slagelse	Nej	4 / 13	31	(9,1-61)	2 / 18	11	43
Syddanmark	Ja	6 / 50	12	(4,5-24)	4 / 51	7,8	18
Esbjerg	Ja	# / #	0	(0-84)	0 / 6	0	0
Kolding	Nej	4 / 18	22	(6,4-48)	# / #	7,4	28
Odense	Ja	# / #	7,7	(0,9-25)	# / #	17	20
Sønderjylland	Ja	0 / 4	0	(0-60)	0 / 6	0	0
Midtjylland	Nej	16 / 60	27	(16-40)	16 / 66	24	31
Aarhus	Nej	6 / 19	32	(13-57)	8 / 28	29	39
Gødstrup	Ja	# / #	7,7	(0,2-36)	3 / 11	27	11
Horsens	Nej	3 / 10	30	(6,7-65)	# / #	10	33
Randers	Nej	3 / 7	43	(9,9-82)	# / #	15	0
Viborg	Nej	3 / 11	27	(6,0-61)	# / #	50	33
Nordjylland	Ja	5 / 29	17	(5,8-36)	7 / 32	22	20
Aalborg	Ja	# / #	15	(1,9-45)	# / #	9,1	8,3
Thisted	Ja	# / #	0	(0-98)	# / #	0	
Vendsyssel	Nej	3 / 15	20	(4,3-48)	6 / 19	32	38

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



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



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). Standarden er i år sænket til <20%.

Resultater

Efter det stabile fald fra 35% i 2017/18 til 22% i 2022/23, er andelen i år steget til 28%, svarende til at 94 ud af 341 kvinder, der aborterede spontant i 2. trimester, efterfølgende blev evakueret. Det er forårsaget af en stigning i evac.-raten af de tidlige 2. trimester aborter (GA 12+0-15+6). Evac.-raten af de sene 2. trimester aborter (GA 16+) ligger på 21%. Sammenlignet med sidste år er andelen steget i alle regioner undtagen Region Nordjylland. Den nye standard på <20% er med 28% ikke opfyldt på landsplan, men er opfyldt i Region Syddanmark (17%) og Region Nordjylland (17%). Den positive udvikling er markant i Region Syddanmark og Region Nordjylland, hvor afdelinger som Odense og Vendsyssel har udvist et større fald i andelen af evakuationer. Flere afdelinger har få patientsforløb, hvorfor sammenligning på tværs af afdelinger må tolkes med forsigtighed. De små tal afspejles også i variationen på afdelingsniveau, som ligger på 7,7-42% (fraset afdelinger med <10 i nævner).

I **Fig. 2.2** (Appendiks 2) ses, at det absolutte antal af tidlige og sene 2. trimester spontane aborter er faldet i perioden fra 2001/01 til 2023/24. Af **Fig. 2.3** fremgår det, at andelen af kirurgiske evakueringer er faldet fra omkring 65% til 28% efter både tidlig og sen 2. trimester abort.

Diskussion og implikationer

Vi startede på 60%, havde 22% sidste år, men 28% i år. Det er ikke tilfredsstillende, da vi har en standard på <20%. Vi bør formentlig ende på 10-15%.

Vurdering af indikatoren

Fortsætter uændret med en standard på landsplan på <20%. Fremadrettet vil hysteroskopikoderne KLCB22, KLCB25 og KLCB98 indgå i indikatoren.

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

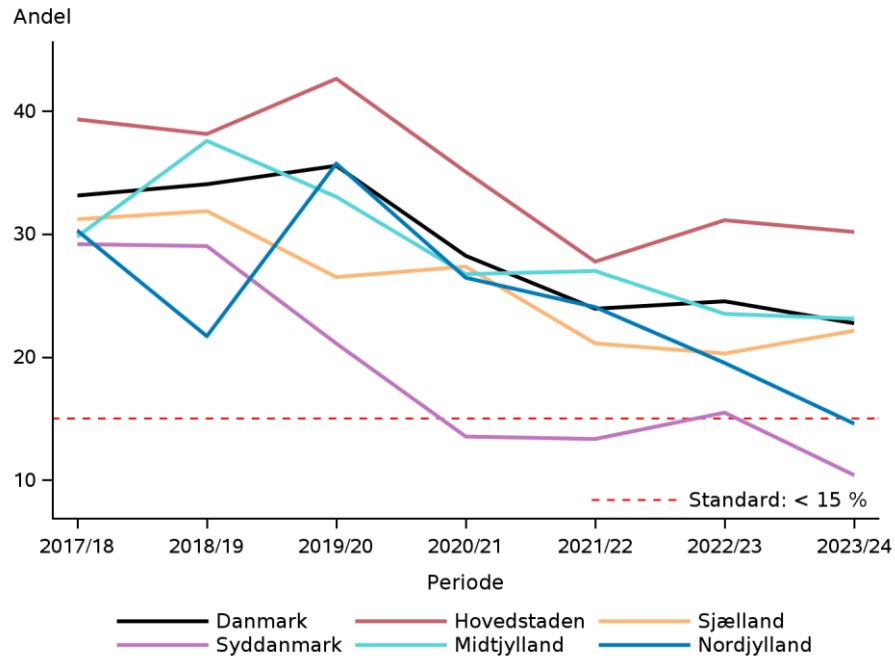
Andelen af 2. trimester medicinsk behandlet missed eller medicinsk induceret provokeret abort, som evakueres **inden for 5 dage fra abortdiagnosen**.

Tæller: Kvinder, som er registreret med en evakueringskode ≤ 5 dage fra abortdiagnosen

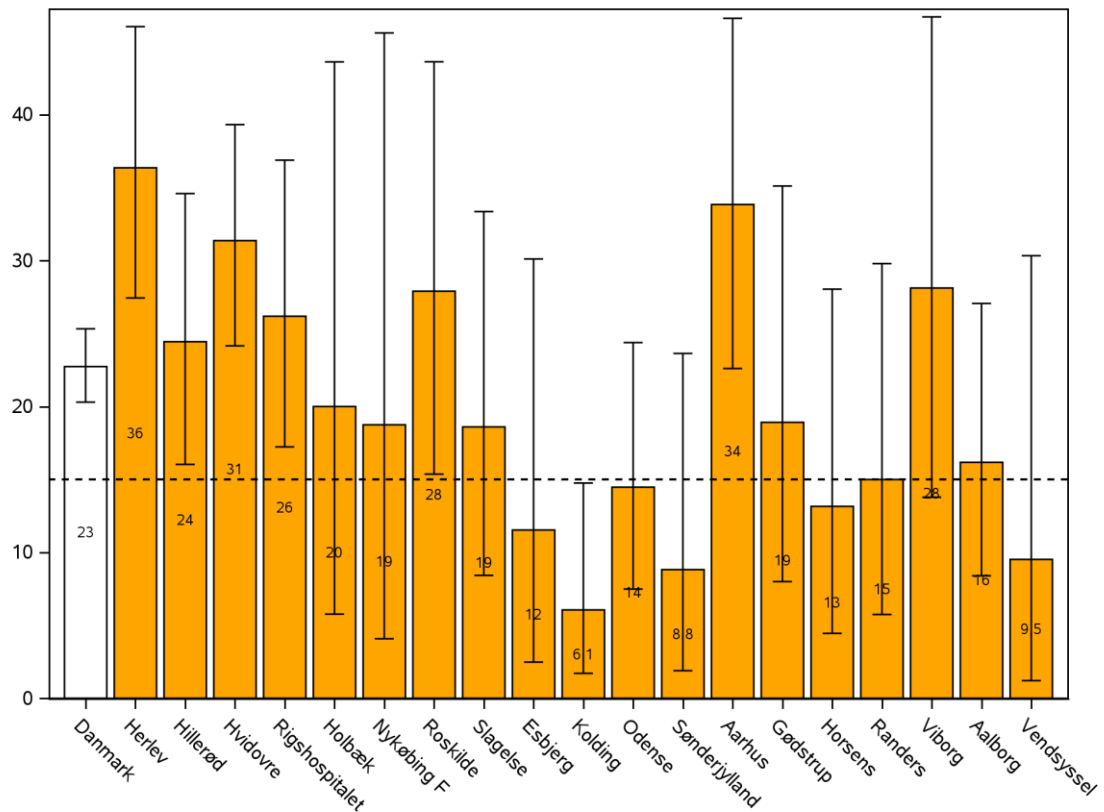
Nævner: Kvinder, med 2. trimester medicinske behandlet missed abort ($GA \leq 22+6$) eller medicinsk induceret provokeret abort ($GA 13+0$ til $22+6$ eller ukendt GA)

	Standard		Aktuelle år		Tidligere år			
	< 15% opfyldt	Tæller/nævner	01.07.2023 - 30.06.2024	Andel	95% CI	2022/23	2021/22	
			Andel			Antal	Andel	
Danmark	Nej	244 / 1.073	23	(20-25)		257 / 1.048	25	24
Hovedstaden	Nej	133 / 441	30	(26-35)		131 / 421	31	28
Sjælland	Nej	27 / 122	22	(15-31)		29 / 143	20	21
Syddanmark	Ja	21 / 202	10	(6,6-15)		26 / 168	15	13
Midtjylland	Nej	49 / 212	23	(18-29)		55 / 234	24	27
Nordjylland	Ja	14 / 96	15	(8,2-23)		16 / 82	20	24
Hovedstaden	Nej	133 / 441	30	(26-35)		131 / 421	31	28
Bornholm	Nej	# / #	25	(0,6-81)		0 / 3	0	25
Herlev	Nej	40 / 110	36	(27-46)		39 / 109	36	33
Hillerød	Nej	22 / 90	24	(16-35)		29 / 93	31	19
Hvidovre	Nej	48 / 153	31	(24-39)		41 / 149	28	38
Rigshospitalet	Nej	22 / 84	26	(17-37)		22 / 67	33	17
Sjælland	Nej	27 / 122	22	(15-31)		29 / 143	20	21
Holbæk	Nej	4 / 20	20	(5,7-44)		5 / 36	14	8,0
Nykøbing F	Nej	3 / 16	19	(4,0-46)		7 / 24	29	29
Roskilde	Nej	12 / 43	28	(15-44)		11 / 44	25	21
Slagelse	Nej	8 / 43	19	(8,4-33)		6 / 39	15	28
Syddanmark	Ja	21 / 202	10	(6,6-15)		26 / 168	15	13
Esbjerg	Ja	3 / 26	12	(2,4-30)		3 / 19	16	10
Kolding	Ja	4 / 66	6,1	(1,7-15)		15 / 61	25	23
Odense	Ja	11 / 76	14	(7,5-24)		7 / 64	11	12
Sønderjylland	Ja	3 / 34	8,8	(1,9-24)		# / #	4,2	7,4
Midtjylland	Nej	49 / 212	23	(18-29)		55 / 234	24	27
Aarhus	Nej	22 / 65	34	(23-47)		20 / 65	31	31
Gødstrup	Nej	7 / 37	19	(8,0-35)		15 / 48	31	30
Horsens	Ja	5 / 38	13	(4,4-28)		6 / 32	19	16
Randers	Nej	6 / 40	15	(5,7-30)		6 / 53	11	28
Viborg	Nej	9 / 32	28	(14-47)		8 / 36	22	19
Nordjylland	Ja	14 / 96	15	(8,2-23)		16 / 82	20	24
Aalborg	Nej	11 / 68	16	(8,4-27)		9 / 53	17	18
Thisted	Ja	# / #	14	(0,4-58)		3 / 8	38	29
Vendsyssel	Ja	# / #	9,5	(1,2-30)		4 / 21	19	38

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



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



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

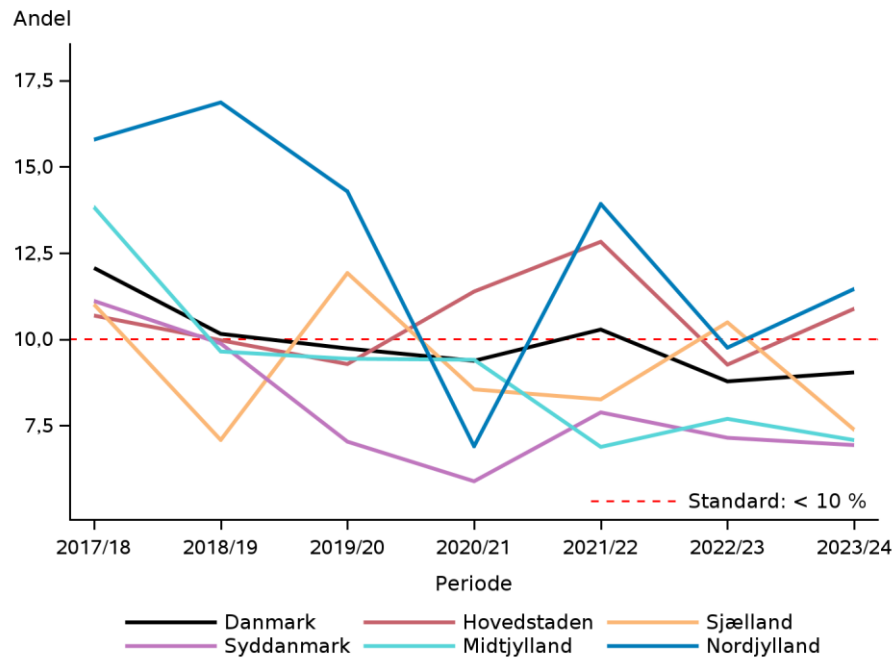
Andelen af 2. trimester med medicinske behandlet missed eller medicinsk induceret provokeret abort, som inden for 12 uger fra abortdatoen evakueres **efter 5 dage fra abortdiagnosen**.

Tæller: Kvinder, som er registreret med en evakueringskode **> 5 dage fra abortdiagnosen**

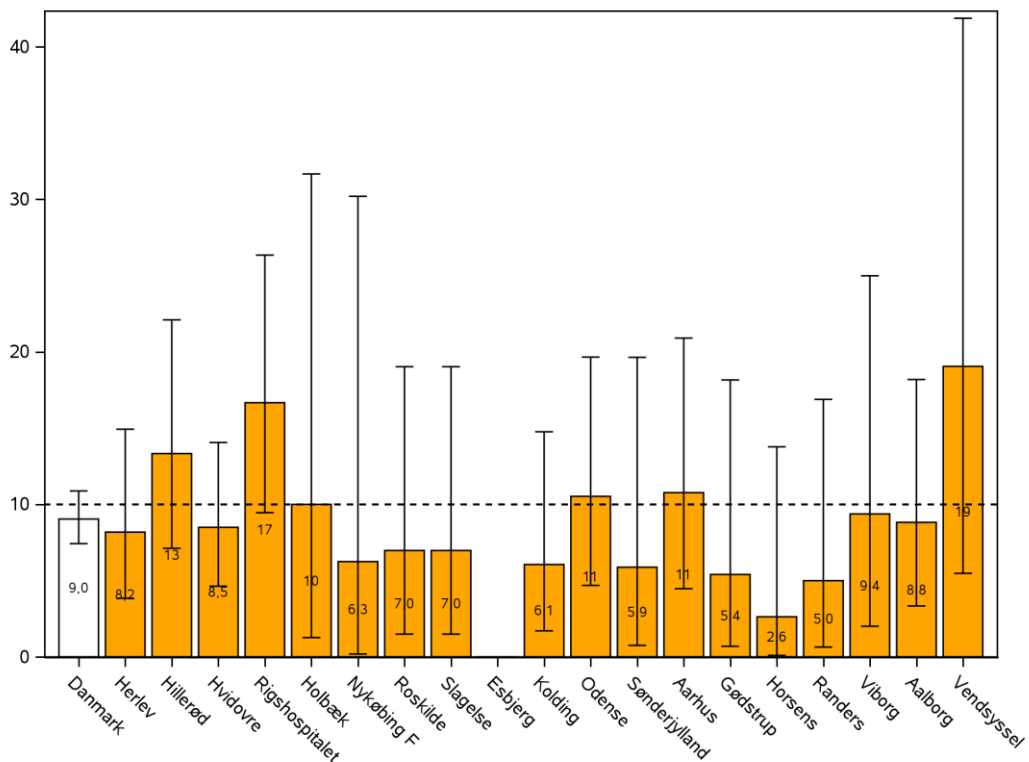
Nævner: Kvinder, med 2. trimester medicinske behandlet missed abort ($GA \leq 22+6$) eller medicinsk induceret provokeret abort ($GA 13+0$ til $22+6$ eller ukendt GA)

	Standard < 10% opfyldt	Tæller/ nævner	Aktuelle år 01.07.2023 - 30.06.2024		Tidligere år 2021/22		
			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	97 / 1.073	9,0	(7,4-11)	92 / 1.048	8,8	10
Hovedstaden	Nej	48 / 441	11	(8,1-14)	39 / 421	9,3	13
Sjælland	Ja	9 / 122	7,4	(3,4-14)	15 / 143	10	8,3
Syddanmark	Ja	14 / 202	6,9	(3,8-11)	12 / 168	7,1	7,9
Midtjylland	Ja	15 / 212	7,1	(4,0-11)	18 / 234	7,7	6,9
Nordjylland	Nej	11 / 96	11	(5,9-20)	8 / 82	9,8	14
Hovedstaden	Nej	48 / 441	11	(8,1-14)	39 / 421	9,3	13
Bornholm	Ja	0 / 4	0	(0-0)	0 / 3	0	50
Herlev	Ja	9 / 110	8,2	(3,8-15)	10 / 109	9,2	10
Hillerød	Nej	12 / 90	13	(7,1-22)	10 / 93	11	17
Hvidovre	Ja	13 / 153	8,5	(4,6-14)	12 / 149	8,1	11
Rigshospitalet	Nej	14 / 84	17	(9,4-26)	7 / 67	10	12
Sjælland	Ja	9 / 122	7,4	(3,4-14)	15 / 143	10	8,3
Holbæk	Nej	# / #	10	(1,2-32)	4 / 36	11	4,0
Nykøbing F	Ja	# / #	6,3	(0,2-30)	# / #	8,3	14
Roskilde	Ja	3 / 43	7,0	(1,5-19)	6 / 44	14	5,3
Slagelse	Ja	3 / 43	7,0	(1,5-19)	3 / 39	7,7	13
Syddanmark	Ja	14 / 202	6,9	(3,8-11)	12 / 168	7,1	7,9
Esbjerg	Ja	0 / 26	0	(0-0)	0 / 19	0	6,9
Kolding	Ja	4 / 66	6,1	(1,7-15)	5 / 61	8,2	13
Odense	Nej	8 / 76	11	(4,7-20)	6 / 64	9,4	5,8
Sønderjylland	Ja	# / #	5,9	(0,7-20)	# / #	4,2	7,4
Midtjylland	Ja	15 / 212	7,1	(4,0-11)	18 / 234	7,7	6,9
Aarhus	Nej	7 / 65	11	(4,4-21)	9 / 65	14	15
Gødstrup	Ja	# / #	5,4	(0,7-18)	4 / 48	8,3	4,3
Horsens	Ja	# / #	2,6	(0,1-14)	# / #	6,3	0
Randers	Ja	# / #	5,0	(0,6-17)	# / #	3,8	3,1
Viborg	Ja	3 / 32	9,4	(2,0-25)	# / #	2,8	0
Nordjylland	Nej	11 / 96	11	(5,9-20)	8 / 82	9,8	14
Aalborg	Ja	6 / 68	8,8	(3,3-18)	3 / 53	5,7	12
Thisted	Nej	# / #	14	(0,4-58)	0 / 8	0	14
Vendsyssel	Nej	4 / 21	19	(5,4-42)	5 / 21	24	19

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



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



Kommentar til indikator 5

Datagrundlag

Indikatoren opgør andelen af 2. trimester medicinsk behandlet missed abort (DO020 og DO021) eller medicinsk induceret provokeret abort (DO05), som indenfor 12 uger fra abortdatoen evakueres. I 2023/24 rapporten er indikatoren opdelt i to delindikatorer og opgør således aborter, som evakueres inden for 5 dage fra abortdiagnosen (5a) og/eller efter 5 dage fra abortdiagnosen (5b). Tidsintervallet er lavet om i år i forsøg på bedre at kunne skelne mellem primær og sekundær evakuationer, som ikke længere kan skelnes meningsfuldt i LPR3. En kvinde kan indgå i opgørelsen som værende evakueret både inden for og efter 5 dage. I beregningen ekskluderes GA 12+0 til 12+6, da mange af de evacuatioer, som finder sted i uge 13 er primære kirurgiske tømninger. 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 (opdateres efter beslutning om beregningsmetode til audit)

I 2023/24 blev 1.073 kvinder registreret med 2. trimester medicinsk induceret provokeret eller missed abort. Af disse blev hhv. 23% (244) evakueret inden for 5 dage fra abortdiagnosen mens 9% (97) blev evakueret efter 5 dage. Andelen af evakuerede inden for 5 dage er som forventet steget betydeligt sammenlignet tidligere årsrapporter, hvor andelen af evakuerede i "primære kontakt" har ligget på ca. 12%. Med implementering af LPR3 er det ikke længere meningsfuldt at opgøre indikatoren i hhv. "primær" og "sekundær", og derfor søger vi at definere en tidsgrænse (5 dage) for, hvornår en evac. defineres som "primær" og "sekundær". Andelen af sekundære evakueringer er nu faldet til 9%, hvor den i tidligere rapporter har ligget på ca. 20%.

I **Fig. 2.7** (Appendiks 2) har vi sammenholdt sammenhængen mellem "primære" og "sekundære" evacuatio-rate i perioden 2017/18-2022/23. Pga. stor variation mellem afdelingerne, er der 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. De primære evacuatioer ligger på en række afdelinger signifikant over standarden på 15%, mens de sekundære evacuatioer ligger tættere på standarden på 10%. Bedst går det her i Region Syd og Region Midt.

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.

Indikator 6: Operation af ekstrauterin graviditet

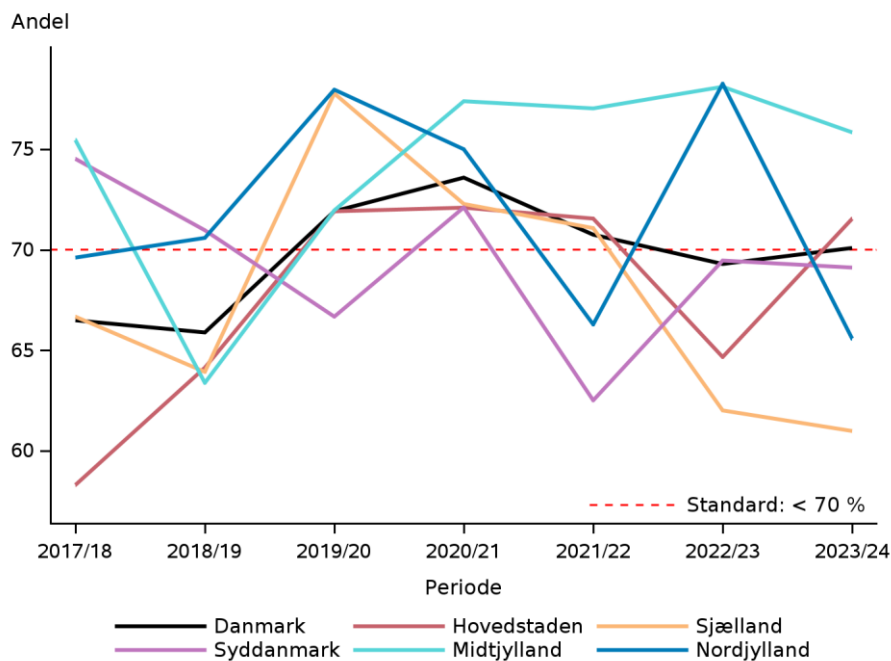
Andelen af ekstrauterine graviditeter, som opereres inden for 4 uger (uanset om operationskoden findes i samme kontakt som diagnosen eller i en efterfølgende kontakt).

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

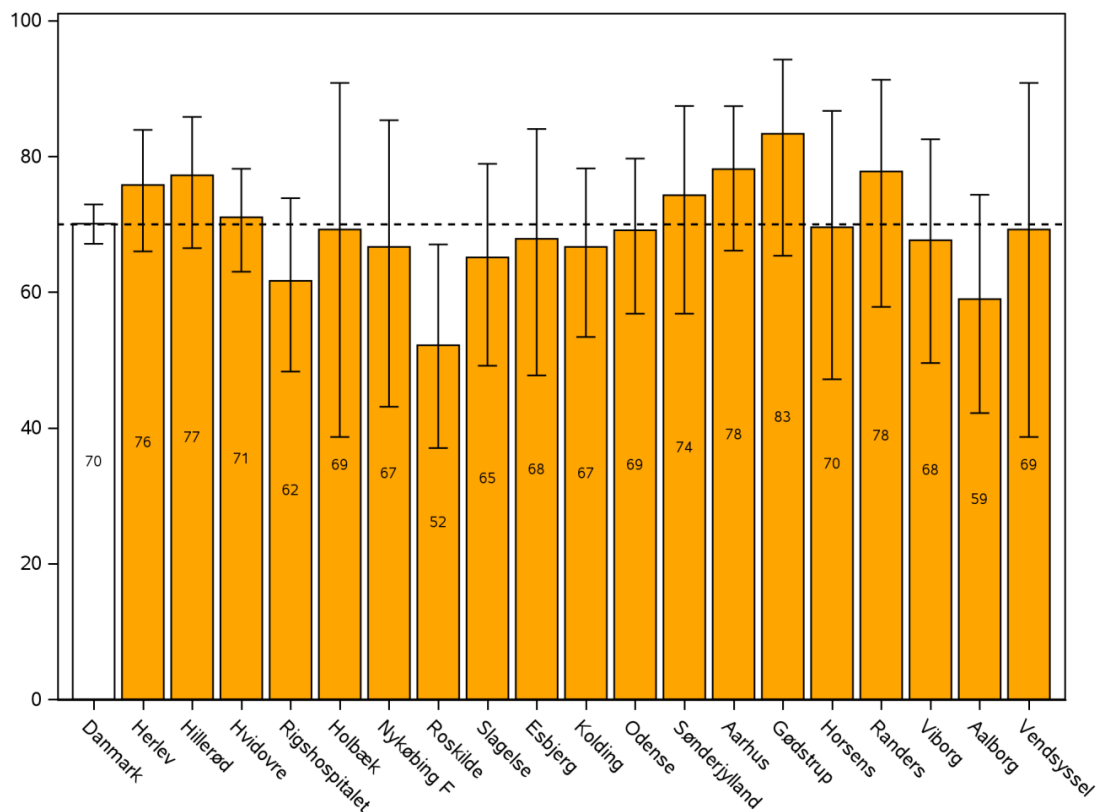
Nævner: Kvinder, med svangerskab uden for livmoderen (GA 4+0 til 22+6 og ukendt GA)

	Standard < 70% opfyldt	Tæller/ nævner	Aktuelle år 01.07.2023 - 30.06.2024		Tidligere år		
			Andel	95% CI	2022/23 Antal	2022/23 Andel	2021/22 Andel
Danmark	Nej	656 / 936	70	(67-73)	625 / 902	69	71
Hovedstaden	Nej	274 / 383	72	(67-76)	236 / 365	65	72
Sjælland	Ja	75 / 123	61	(52-70)	62 / 100	62	71
Syddanmark	Ja	132 / 191	69	(62-76)	116 / 167	69	63
Midtjylland	Nej	135 / 178	76	(69-82)	157 / 201	78	77
Nordjylland	Ja	40 / 61	66	(52-77)	54 / 69	78	66
Hovedstaden	Nej	274 / 383	72	(67-76)	236 / 365	65	72
Bornholm	Ja	# / #	25	(0,6-81)	# / #	50	
Herlev	Nej	72 / 95	76	(66-84)	58 / 99	59	71
Hillerød	Nej	61 / 79	77	(66-86)	42 / 58	72	75
Hvidovre	Nej	103 / 145	71	(63-78)	111 / 157	71	73
Rigshospitalet	Ja	37 / 60	62	(48-74)	23 / 47	49	64
Sjælland	Ja	75 / 123	61	(52-70)	62 / 100	62	71
Holbæk	Ja	9 / 13	69	(39-91)	8 / 20	40	65
Nykøbing F	Ja	14 / 21	67	(43-85)	14 / 19	74	73
Roskilde	Ja	24 / 46	52	(37-67)	14 / 25	56	68
Slagelse	Ja	28 / 43	65	(49-79)	26 / 36	72	78
Syddanmark	Ja	132 / 191	69	(62-76)	116 / 167	69	63
Esbjerg	Ja	19 / 28	68	(48-84)	18 / 29	62	85
Kolding	Ja	40 / 60	67	(53-78)	37 / 53	70	59
Odense	Ja	47 / 68	69	(57-80)	47 / 64	73	60
Sønderjylland	Nej	26 / 35	74	(57-88)	14 / 21	67	56
Midtjylland	Nej	135 / 178	76	(69-82)	157 / 201	78	77
Aarhus	Nej	50 / 64	78	(66-87)	69 / 83	83	90
Gødstrup	Nej	25 / 30	83	(65-94)	29 / 34	85	72
Horsens	Ja	16 / 23	70	(47-87)	17 / 29	59	73
Randers	Nej	21 / 27	78	(58-91)	18 / 24	75	76
Viborg	Ja	23 / 34	68	(49-83)	24 / 31	77	59
Nordjylland	Ja	40 / 61	66	(52-77)	54 / 69	78	66
Aalborg	Ja	23 / 39	59	(42-74)	34 / 44	77	61
Thisted	Nej	8 / 9	89	(52-100)	5 / 10	50	71
Vendsyssel	Ja	9 / 13	69	(39-91)	15 / 15	100	80

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



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



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 findes i samme kontakt som diagnosen eller i en efterfølgende kontakt og uanset afdeling (f.eks. er flere registreret på kirurgiske afdelinger). De 31 ekstrauterine graviditeter med GA<4+0, er ekskluderet i indikatorberegningen (jf. Tabel 1).

Resultater

Landsresultatet opfylder med 70% netop ikke standarden på <70%. Region Hovedstaden, som behandler omkring 40% af alle de ekstrauterine graviditeter i Danmark, opfylder med en andel på 72% ikke standarden. I Herlev og Hillerød ligger andelen f.eks. over 75%. Region Midtjylland (76%) opfylder heller ikke standarden, mens Region Sjælland (61%), Region Syddanmark (69%) og Region Nordjylland (66%) alle opfylder standarden. Det bemærkes desuden, at Region Midtjylland ikke har opfyldt standarden siden 2018/19. Der ses stor variation på afdelingsniveau (52-83%), fraset Bornholm og Thisted, som har et lille patientgrundlag.

Diskussion og implikationer

Det ser overordnet fornuftigt ud, men der er stadigvæk et pænt spænd i afdelingernes praksis. Vi må antage, at en betydelig del af de 286 kvinder, som ikke opereres på de enkelte afdelinger, behandles medicinsk med Methotrexat, til trods for at kun 46 ikke-opererede kvinder, er registreret med denne behandlingskode i 2023/24. 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, men vil fremadrettet opgøre de opererede i hhv tubotomi og salpingectomi. Flere afdelinger tilkendegiver, at en del af de angivne åbne operationer er fejlkodninger, og reelt var laparoskopiske operationer. Dette bør være fokuspunkt fremadrettet. Endvidere vil kravet om GA >4 uger blive fjernet.

Indikator 7: Medicinsk behandling af 1. trimester provokeret abort

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

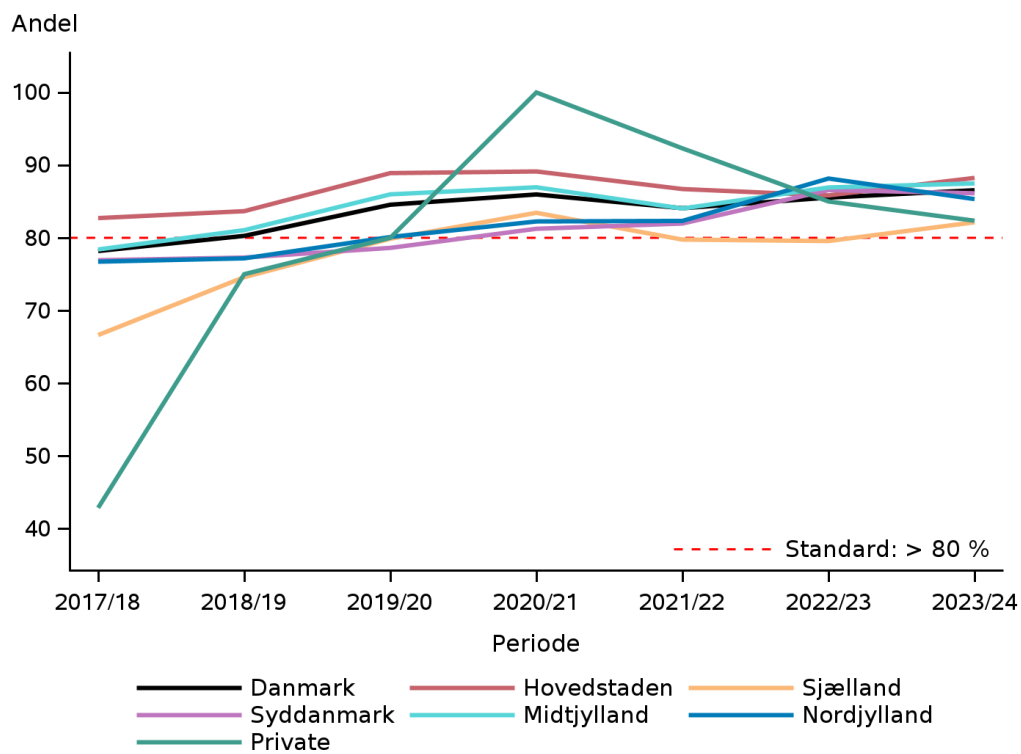
Tæller: Kvinder, hvor aborten er foretaget primært medicinsk

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

	Standard > 80% opfyldt	Tæller/ nævner	Aktuelle år 01.07.2023 - 30.06.2024		Tidligere år		
			Andel	95% CI	2022/23 Antal	2022/23 Andel	2021/22 Andel
Danmark	Ja	12.086 / 13.964	87	(86-87)	12.854 / 15.028	86	84
Hovedstaden	Ja	4.504 / 5.104	88	(87-89)	5.042 / 5.874	86	87
Sjælland	Ja	1.614 / 1.965	82	(80-84)	1.627 / 2.045	80	80
Syddanmark	Ja	2.236 / 2.596	86	(85-87)	2.397 / 2.769	87	82
Midtjylland	Ja	2.607 / 2.980	87	(86-89)	2.647 / 3.045	87	84
Nordjylland	Ja	1.111 / 1.302	85	(83-87)	1.124 / 1.275	88	82
Hovedstaden	Ja	4.504 / 5.104	88	(87-89)	5.042 / 5.874	86	87
Afdelinger (samlet)	Nej	692 / 1.258		(52-58)	607 / 1.392	44	49
Speciallæger (samlet)	Ja	3.812 / 3.846		(99-99)	4.435 / 4.482	99	99
Sjælland	Ja	1.614 / 1.965	82	(80-84)	1.627 / 2.045	80	80
Afdelinger (samlet)	Nej	793 / 1.129		(67-73)	829 / 1.234	67	66
Speciallæger (samlet)	Ja	821 / 836		(97-99)	798 / 811	98	98
Syddanmark	Ja	2.236 / 2.596	86	(85-87)	2.397 / 2.769	87	82
Afdelinger (samlet)	Nej	425 / 772		(51-59)	839 / 1.196	70	70
Speciallæger (samlet)	Ja	1.811 / 1.824		(99-100)	1.558 / 1.573	99	99
Midtjylland	Ja	2.607 / 2.980	87	(86-89)	2.647 / 3.045	87	84
Afdelinger (samlet)	Ja	1.745 / 2.114		(81-84)	1.766 / 2.163	82	78
Speciallæger (samlet)	Ja	862 / 866		(99-100)	881 / 882	100	100
Nordjylland	Ja	1.111 / 1.302	85	(83-87)	1.124 / 1.275	88	82
Afdelinger (samlet)	Ja	894 / 1.071		(81-86)	897 / 1.041	86	80
Speciallæger (samlet)	Ja	217 / 231		(90-97)	227 / 234	97	96
Private	Ja	14 / 17	82	(57-96)	17 / 20	85	92
Afdelinger (samlet)	Ja	14 / 17		(57-96)	17 / 20	85	92

Private: Privathospitaler

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



Kommentar til indikator 7

Datagrundlag

Indikatoren måler andelen af 1. trimester provokerede aborter (DO04 og DO06), som initialt behandles medicinsk. 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 (75% i Region Hovedstaden, 43% i Region Sjælland, 70% i Region Syddanmark, 29% i Region Midtjylland og 18% i Region Nordjylland). Derfor vurderes det ikke meningsfuldt at opgøre de enkelte afdelinger. Indikatoren opgøres 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 indikatortabellen. 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 54% af de provokeredes 1. trimester aborter i speciallægepraksis. Størst er andelen i Region Hovedstaden og Region Syddanmark.

87% af de 1. trimester provokerede aborter blev initialt behandlet medicinsk. I 2021/22 og 2022/23 var andelen hhv. 84% og 86%. På regionsniveau varierer andelen fra 82% (Region Sjælland) til 88% (Region Hovedstaden). Andelen af de medicinsk behandlede 1. trimester provokerede aborter har været støt stigende de seneste 20 år og er nu nået op på 87% (**Fig. 5.1**, Appendiks 5).

Kommentarer

Uændret høj andel medicinsk behandlede 1. trimester aborter. Tyder på at vi har nået et stabilt plateau. Indikatoren skal justeres når den frie abortgrænse hæves til 18 uger. Vi vil fortsat skelne mellem 1. og 2. trimester provokerede aborter.

Indikator 8: 1. trimester provokeret abort før 8 uger

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

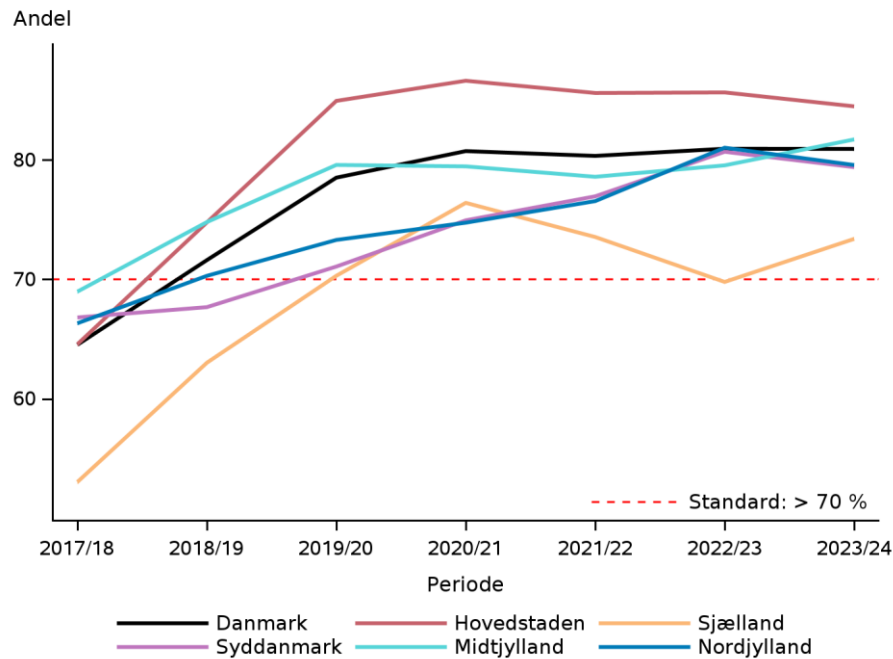
Tæller: Kvinder i nævner med GA \leq 7+6

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

	Standard > 70% opfyldt	Tæller/ nævner	Aktuelle år 01.07.2023 - 30.06.2024		Tidligere år		
			Andel	95% CI	2022/23 Antal	2021/22 Andel	2021/22 Andel
Danmark	Ja	11.299 / 13.964	81	(80-82)	12.163 / 15.028	81	80
Hovedstaden	Ja	4.312 / 5.104	84	(83-85)	5.031 / 5.874	86	86
Sjælland	Ja	1.442 / 1.965	73	(71-75)	1.427 / 2.045	70	74
Syddanmark	Ja	2.061 / 2.596	79	(78-81)	2.234 / 2.769	81	77
Midtjylland	Ja	2.435 / 2.980	82	(80-83)	2.422 / 3.045	80	79
Nordjylland	Ja	1.036 / 1.302	80	(77-82)	1.033 / 1.275	81	77
Hovedstaden	Ja	4.312 / 5.104	84	(83-85)	5.031 / 5.874	86	86
Afdelinger (samlet)	Nej	553 / 1.258		(41-47)	660 / 1.392	47	49
Speciallæger (samlet)	Ja	3.759 / 3.846		(97-98)	4.371 / 4.482	98	97
Sjælland	Ja	1.442 / 1.965	73	(71-75)	1.427 / 2.045	70	74
Afdelinger (samlet)	Nej	619 / 1.129		(52-58)	639 / 1.234	52	55
Speciallæger (samlet)	Ja	823 / 836		(97-99)	788 / 811	97	98
Syddanmark	Ja	2.061 / 2.596	79	(78-81)	2.234 / 2.769	81	77
Afdelinger (samlet)	Nej	346 / 772		(41-48)	746 / 1.196	62	64
Speciallæger (samlet)	Ja	1.715 / 1.824		(93-95)	1.488 / 1.573	95	95
Midtjylland	Ja	2.435 / 2.980	82	(80-83)	2.422 / 3.045	80	79
Afdelinger (samlet)	Ja	1.607 / 2.114		(74-78)	1.574 / 2.163	73	72
Speciallæger (samlet)	Ja	828 / 866		(94-97)	848 / 882	96	97
Nordjylland	Ja	1.036 / 1.302	80	(77-82)	1.033 / 1.275	81	77
Afdelinger (samlet)	Ja	814 / 1.071		(73-79)	801 / 1.041	77	73
Speciallæger (samlet)	Ja	222 / 231		(93-98)	232 / 234	99	99
Private	Ja	13 / 17	76	(50-93)	16 / 20	80	88
Afdelinger (samlet)	Ja	13 / 17	76	(50-93)	16 / 20	80	88

Private: Privathospitaler

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



Kommentar til indikator 8

Datagrundlag

Indikatoren måler andelen af 1. trimester provokerede aborter (DO04 og DO06), 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

81% af de 13.964 registrerede 1. trimester provokerede aborter, blev foretaget før 8 fulde uger ($GA \leq 7+6$). Andelen har været støt stigende siden 2017/18 og ligger nu på niveau med de tre foregående år. Andelen ligger fortsat pænt over standarden på >70%. Alle regioner opfylder standarden, og andelen varierer på regionsniveau fra 73% (Region Sjælland) til 84% (Region Hovedstaden).

Diskussion og implikationer

Da langt hovedparten, af især de tidlige medicinske aborter, varetages i speciallægepraksis (især i Region Hovedstaden), vil vi, som i år, fremover kun opgøre denne indikator på regionsniveau. Det ser ud, som om vi er ved at nærme os steady-state niveau med en andel på omkring 80%, som henvises før 8 uger og 66% 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). Skal bibeholdes også efter de nye abortgrænser.

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

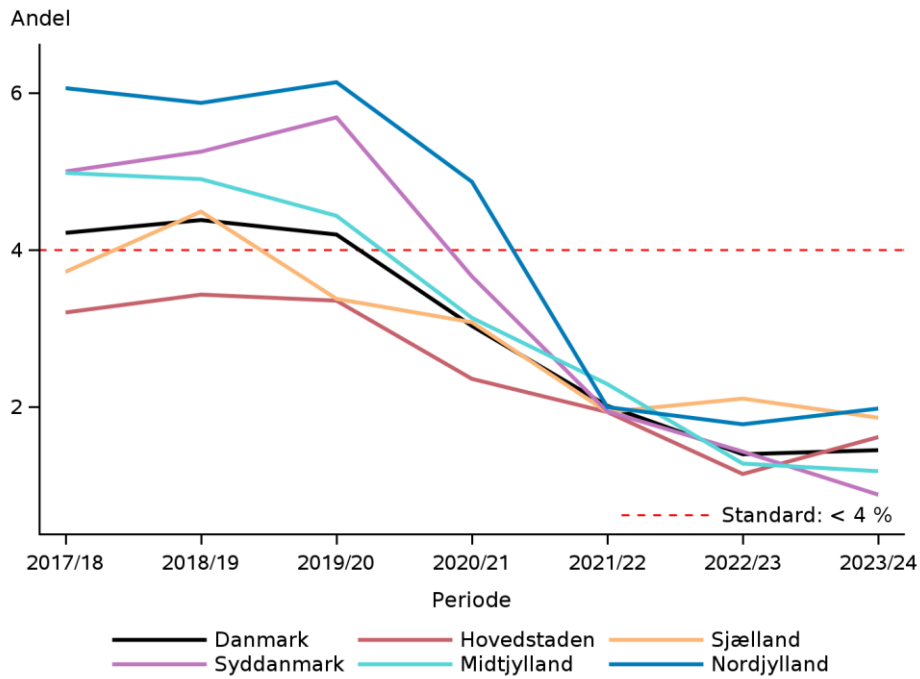
Andelen af medicinsk behandlet 1. trimester provokeret abort før 9 uger ($4+0 \leq GA \leq 8+6$), der inden for 12 uger fra abortdiagnosen evakueres.

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

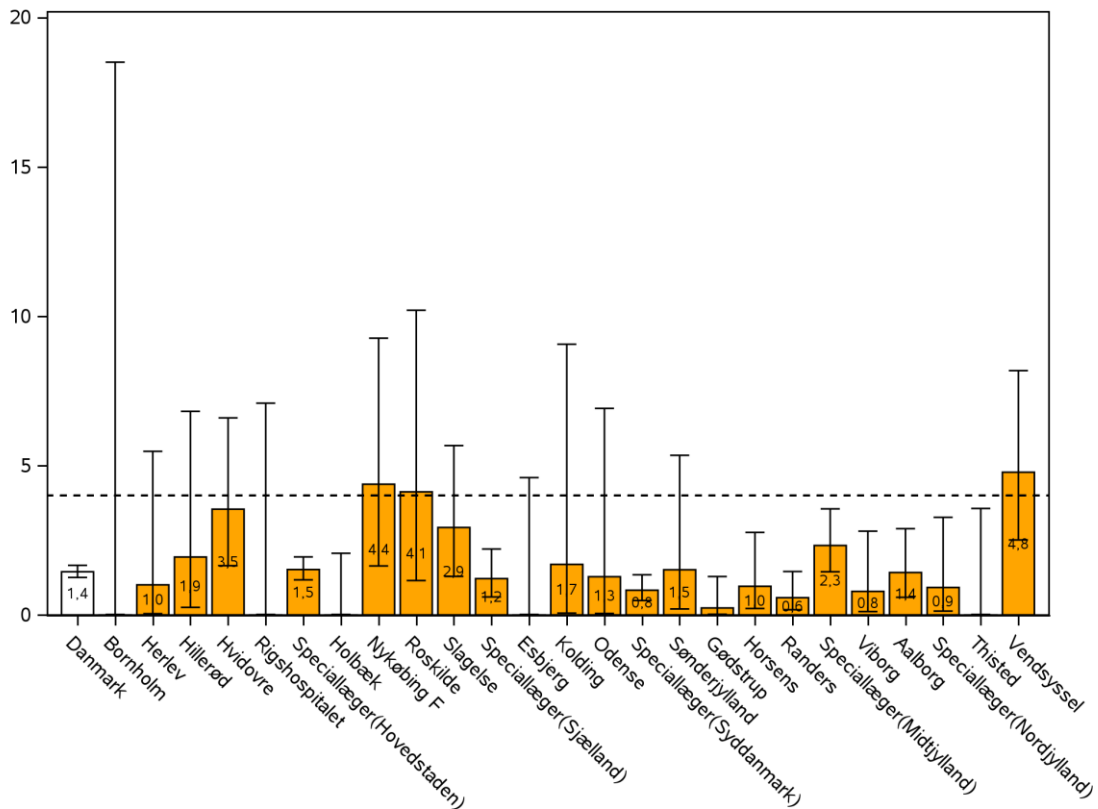
Nævner: Alle kvinder med 1. trimester medicinsk provokeret abort ($GA \leq 8+6$ og ukendt GA)

	Standard < 4% opfyldt	Tæller/ nævner	Aktuelle år 01.07.2023 - 30.06.2024		Tidligere år 2022/23		2021/22
			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	168 / 11.591	1,4	(1,2-1,7)	174 / 12.453	1,4	2,0
Hovedstaden	Ja	70 / 4.333	1,6	(1,3-2,0)	57 / 4.977	1,1	1,9
Sjælland	Ja	28 / 1.503	1,9	(1,2-2,7)	32 / 1.519	2,1	1,9
Syddanmark	Ja	19 / 2.154	0,9	(0,5-1,4)	33 / 2.307	1,4	1,9
Midtjylland	Ja	30 / 2.540	1,2	(0,8-1,7)	33 / 2.582	1,3	2,3
Nordjylland	Ja	21 / 1.061	2,0	(1,2-3,0)	19 / 1.068	1,8	2,0
Hovedstaden	Ja	70 / 4.333	1,6	(1,3-2,0)	57 / 4.977	1,1	1,9
Bornholm	Ja	0 / 18	0	(0-19)	0 / 35	0	6,5
Herlev	Ja	##/##	1,0	(0,0-5,5)	3 / 120	2,5	2,6
Hillerød	Ja	##/##	1,9	(0,2-6,8)	##/##	1,2	3,4
Hvidovre	Ja	9 / 254	3,5	(1,6-6,6)	##/##	0,4	2,5
Rigshospitalet	Ja	0 / 50	0	(0-7,1)	##/##	1,8	4,5
Øvrige - Speciallæger	Ja	58 / 3.809	1,5	(1,2-2,0)	51 / 4.434	1,2	1,8
Sjælland	Ja	28 / 1.503	1,9	(1,2-2,7)	32 / 1.519	2,1	1,9
Holbæk	Ja	0 / 175	0	(0-2,1)	##/##	0,5	1,1
Nykøbing F	Nej	6 / 137	4,4	(1,6-9,3)	7 / 156	4,5	3,9
Roskilde	Nej	4 / 97	4,1	(1,1-10)	4 / 131	3,1	2,7
Slagelse	Ja	8 / 273	2,9	(1,3-5,7)	##/##	0,9	1,5
Øvrige - Speciallæger	Ja	10 / 821	1,2	(0,6-2,2)	18 / 798	2,3	1,8
Syddanmark	Ja	19 / 2.154	0,9	(0,5-1,4)	33 / 2.307	1,4	1,9
Esbjerg	Ja	0 / 78	0	(0-4,6)	3 / 361	0,8	0
Kolding	Ja	##/##	1,7	(0,0-9,1)	##/##	0,9	5,4
Odense	Ja	##/##	1,3	(0,0-6,9)	0 / 76	0	1,3
Sønderjylland	Ja	##/##	1,5	(0,2-5,4)	11 / 208	5,3	2,4
Øvrige - Speciallæger	Ja	15 / 1.807	0,8	(0,5-1,4)	18 / 1.554	1,2	2,0
Midtjylland	Ja	30 / 2.540	1,2	(0,8-1,7)	33 / 2.582	1,3	2,3
Aarhus	Ja	##/##	0	(0-98)	##/##	0	13
Gødstrup	Ja	##/##	0,2	(0,0-1,3)	##/##	0,5	1,7
Horsens	Ja	3 / 312	1,0	(0,2-2,8)	4 / 321	1,2	1,0
Randers	Ja	4 / 691	0,6	(0,2-1,5)	9 / 701	1,3	0,3
Viborg	Ja	##/##	0,8	(0,1-2,8)	5 / 278	1,8	3,2
Øvrige - Speciallæger	Ja	20 / 859	2,3	(1,4-3,6)	13 / 880	1,5	4,5
Nordjylland	Ja	21 / 1.061	2,0	(1,2-3,0)	19 / 1.068	1,8	2,0
Aalborg	Ja	7 / 492	1,4	(0,6-2,9)	4 / 494	0,8	1,1
Thisted	Ja	0 / 101	0	(0-3,6)	##/##	2,3	4,3
Vendsyssel	Nej	12 / 251	4,8	(2,5-8,2)	10 / 261	3,8	3,9
Øvrige - Speciallæger	Ja	##/##	0,9	(0,1-3,3)	3 / 227	1,3	0,6

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



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



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. De hysteroskopiske behandlingskoder KLCB25, KLCB98 og KULC02 indgår i tælleren. I 2022/23 blev standarden sat ned til <4%. I beregninger er ekskluderet 14 kvinder, som er behandlet på privathospital. Alle evakueringer er registreret på hospitalsafdelinger.

Resultater

Andelen af medicinske 1. trimester provokerede aborter, som foretages før 9 fulde uger, udgør fortsat 96% (11.605/12.086). Andelen af de medicinsk inducerede 1. trimester provokerede aborter (foretaget inden 9 fulde uger), som evakueres ligger igen i år på 1,4% (168/11.591). Standard på <4% er opfyldt på landsplan og på regionsniveau. Nykøbing F. og Roskilde opfylder ikke standarden, mens Sønderjylland har reduceret deres andel betydeligt fra 5,3% i 2022/23 til 1,5% i år. 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 Midtjylland) til 2,0% (Region Nordjylland). For enkelte afdelinger indgår der kun få patientforløb i enten tæller eller nævner. For Aarhus skyldes det lave antal for eksempel, at de abortsøgende henvises til Randers og Horsens.

Diskussion og implikationer

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

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

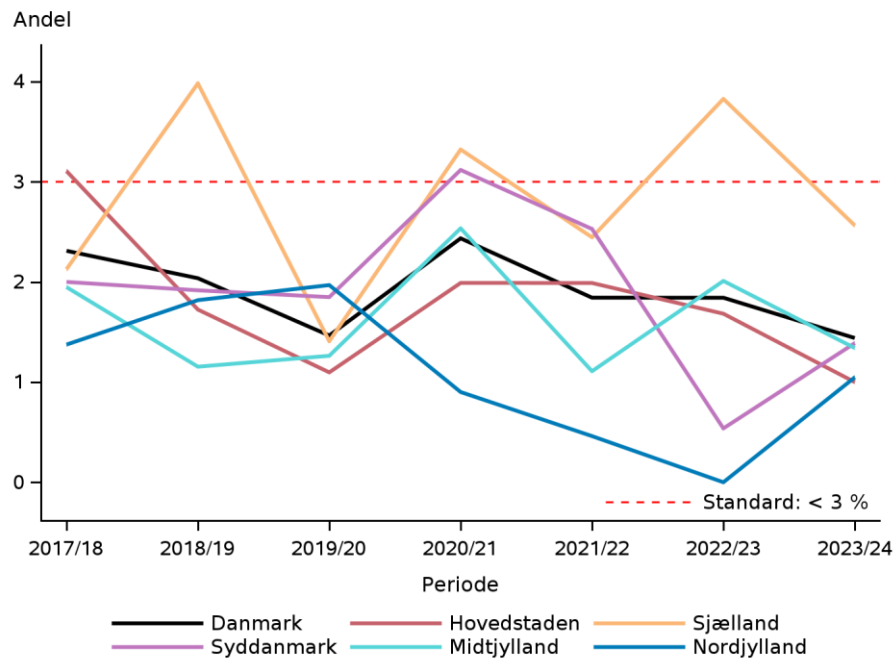
Andelen af kirurgisk behandlet 1. trimester provokeret abort, som re-evakueres.

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

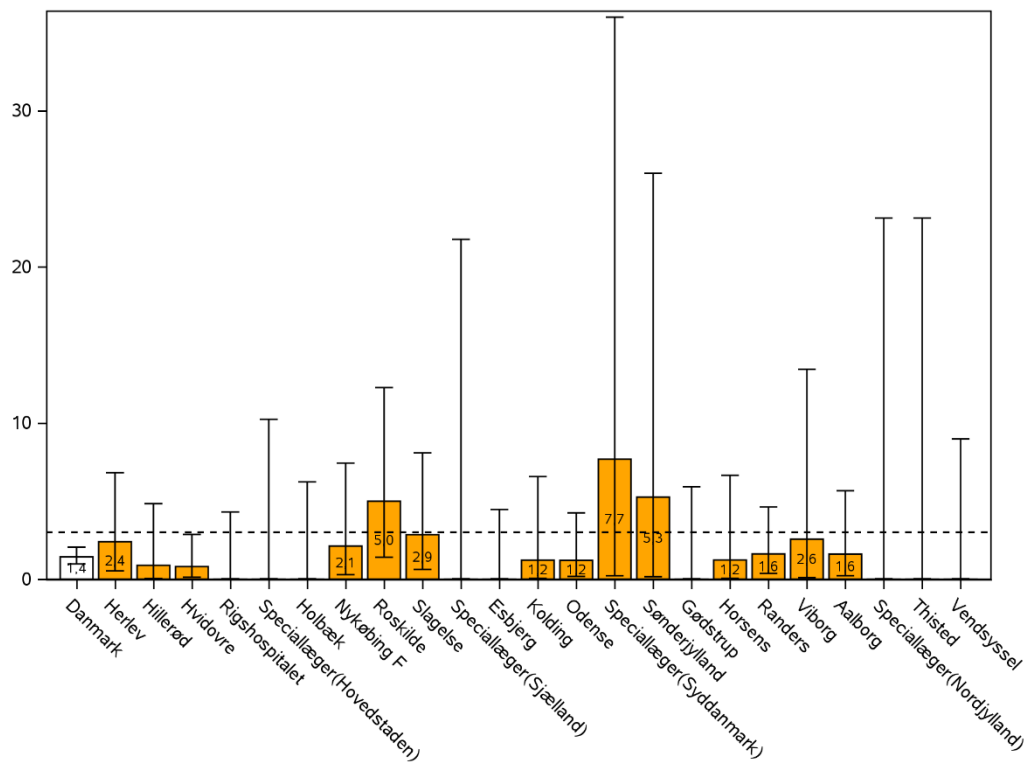
Nævner: Alle kvinder med kirurgisk behandlet 1. trimester provokeret abort (GA 4+0-12+6 og ukendt GA) som i en periode på 7 dage før abortdiagnosen ikke er medicinsk inducerede

	Standard < 3% opfyldt	Tæller/ nævner	Aktuelle år 01.07.2023 - 30.06.2024		Tidligere år		
			Andel	95% CI	2022/23 Antal	Andel	2021/22 Andel
Danmark	Ja	27 / 1.875	1,4	(1,0-2,1)	40 / 2.171	1,8	1,8
Hovedstaden	Ja	6 / 600	1,0	(0,4-2,2)	14 / 832	1,7	2,0
Sjælland	Ja	9 / 351	2,6	(1,2-4,8)	16 / 418	3,8	2,4
Syddanmark	Ja	5 / 360	1,4	(0,5-3,2)	##	0,5	2,5
Midtjylland	Ja	5 / 373	1,3	(0,4-3,1)	8 / 398	2,0	1,1
Nordjylland	Ja	##	1,0	(0,1-3,7)	0 / 151	0	0,5
Hovedstaden	Ja	6 / 600	1,0	(0,4-2,2)	14 / 832	1,7	2,0
Bornholm					0 / 3	0	0
Herlev	Ja	3 / 125	2,4	(0,5-6,9)	##	1,6	3,1
Hillerød	Ja	##	0,9	(0,0-4,9)	##	0,7	1,7
Hvidovre	Ja	##	0,8	(0,1-2,9)	9 / 399	2,3	2,1
Rigshospitalet	Ja	0 / 83	0	(0-4,3)	##	0,9	1,0
Øvrige - Speciallæger	Ja	0 / 34	0	(0-10)	##	2,1	1,7
Sjælland	Ja	9 / 351	2,6	(1,2-4,8)	16 / 418	3,8	2,4
Holbæk	Ja	0 / 57	0	(0-6,3)	##	1,9	0
Nykøbing F	Ja	##	2,1	(0,3-7,5)	5 / 103	4,9	1,7
Roskilde	Nej	4 / 80	5,0	(1,4-12)	5 / 81	6,2	0
Slagelse	Ja	3 / 105	2,9	(0,6-8,1)	5 / 168	3,0	3,0
Øvrige - Speciallæger	Ja	0 / 15	0	(0-22)	0 / 13	0	18
Syddanmark	Ja	5 / 360	1,4	(0,5-3,2)	##	0,5	2,5
Esbjerg	Ja	0 / 80	0	(0-4,5)	##	1,5	0
Kolding	Ja	##	1,2	(0,0-6,6)	##	0,8	5,7
Odense	Ja	##	1,2	(0,1-4,3)	0 / 139	0	1,7
Sønderjylland	Nej	##	5,3	(0,1-26)	0 / 18	0	0
Øvrige - Speciallæger	Nej	##	7,7	(0,2-36)	0 / 15	0	0
Midtjylland	Ja	5 / 373	1,3	(0,4-3,1)	8 / 398	2,0	1,1
Aarhus	Ja	0 / 4	0	(0-60)	##	25	0
Gødstrup	Ja	0 / 60	0	(0-6,0)	0 / 71	0	0
Horsens	Ja	##	1,2	(0,0-6,7)	##	2,2	2,0
Randers	Ja	3 / 185	1,6	(0,3-4,7)	4 / 187	2,1	0,9
Viborg	Ja	##	2,6	(0,1-13)	0 / 42	0	0
Øvrige - Speciallæger	Ja	0 / 4	0	(0-60)	##	0	50
Nordjylland	Ja	##	1,0	(0,1-3,7)	0 / 151	0	0,5
Aalborg	Ja	##	1,6	(0,2-5,7)	0 / 90	0	0
Thisted	Ja	0 / 14	0	(0-23)	0 / 20	0	0
Vendsyssel	Ja	0 / 39	0	(0-9,0)	0 / 34	0	1,9
Øvrige - Speciallæger	Ja	0 / 14	0	(0-23)	0 / 7	0	0

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



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



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 indgå med en provokeret abort hver 12. uge. I beregningerne medtages aborter med ukendt GA. Ydernumre, som ikke kan allokere til en bestemt region, ekskluderes i beregningen. I 2022/23 blev standarden sænket til <3%. I beregninger er ekskluderet 3 kvinder, som er behandlet på privathospital. Alle registrerede re-evakueringer er fortaget på en hospitalsafdeling.

Resultater

I år udgør de kirurgisk inducerede 1. trimester provokerede aborter 13% (1.878/13.964) af de registrerede 1. trimester provokerede aborter. Af dem blev 27 (1,4%) re-evakueret inden for 12 uger fra abortdatoen - hidtil laveste andel. Dermed er standarden på <3% opfyldt på landsplan og for alle regioner. Andelen af re-evakueringer har siden 2001 svinget omkring 2%, og der er forsat spredning mellem regionerne, fra 1,0% i Region Nordjylland og Region Hovedstaden til 2,6% i Region Sjælland. Flere afdelinger har ganske få i nævner og sammenligning på tværs af afdelinger må derfor gøres med forsigtighed.

Diskussion og implikationer

Til trods for at der bliver stadig færre kirurgiske provokerede aborter forbliver re-evacuatio raten rekordlav, og er nu præcis af samme størrelse som evacraten efter primær medicinsk induktion.

Vurdering af indikatoren

Fortsat relevant indikator. Standarden forbliver fremadrettet <3%.

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

Datakilder

TiGrAb anvender primært Landspatientregisteret (LPR) som indberetningssystem. Herfra indhentes data om alle aborttyper (spontan abort, Missed abortion, provokeret abort, ekstrauterin abort og Mola). Herudover får vi data fra Abortregistret (ABR), IVF-registret (assisteret reproduktion) og det Medicinske Fødselsregister (MFR). Fra ABR får vi oplysninger om provokerede aborter i 1. trimester, som er indberettet af de privatpraktiserende speciallæger via Sundhedsdatastyrelsens Elektroniske Indberetningssystem (SEI); fra IVF-registret om konceptions måde (til opgørelse af etablering og udfald af graviditeter i Danmark i Appendiks 7); og fra MFR om fødselsudfald (levende eller dødfødt) (til opgørelse af etablering og udfald af graviditeter i Danmark i Appendiks 7 og 8).

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

- At klinikerne primært koder deres aktiviteter korrekt.
- At sekretærerne på afdelingerne får indtastet de korrekte koder (hvis ikke registreret af lægerne eller sygeplejerskerne)
- At der sker en fejlfri overførsel fra de lokale sygehus-administrative systemer til LPR
- At der udarbejdes kvalificerede udtræksbeskrivelser.
- At disse udtræk effektueres af kvalificerede personer centralt, 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 tre landsdækkende databaser, som alene baserer sig på indberetningerne til LPR; TiGrAb-KD og Dansk Hysterektomi og Hysteroskopi Databasen (DHHD) of fødselsdatabasen. Det betyder, at vi sparer afdelingerne for at skulle indberette samme data i flere parallelle systemer. Det er både ressourcebesparende lokalt, men det åbner også mulighed for at koble de data, som vedrører et aktuelt område, med data fra andre områder. Det sikrer også, at vi fra en start har været landsdækkende.

Opgørelsesperiode og populationsbeskrivelse

Opgørelsesperioden til årsrapporten løber fra 1. juli til 30. juni. Graviditetsudfald (det graviditetsudfald, som er blevet behandlet) allokeres til opgørelsesåret ud fra abortdatoen (den dato, hvor aborten er blevet registreret – ikke nødvendigvis samme dag, som den er blevet behandlet). En kvinde får ”karantæne” i 12 uger fra abortdiagnosen er givet (16 uger ved ekstrauterin graviditet). Dvs. at hun kan kun indgå med samme abortdiagnose hver 12. uge (hver 16. uge ved ekstrauterin graviditet). I TiGrAb-populationen kan selvsamme graviditet dog indgå i opgørelser for forskellige graviditetsudfald. Omkring 500 (1,5%) kvinder indgår således med forskellige graviditetsudfald med 0-84 dage (12 uger) mellem på hinanden følgende abortdatoer. Størstedelen af disse omhandler opgørelser af spontane aborter/missed abortion.

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

Anvendte kvalitetsindikatorer

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

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

Validitet

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

Generelt har indgrebskoder en højere validitet end diagnosekoder. Ved at korrigere de enkelte statistikker for de hyppigste 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
Anne Marie Guldstad-Andersen Overlæge	Odense Universitetshospital
Astrid Marie Kolte Afdelingslæge	Hvidovre Hospital
Christine Buus Bertelsen Afdelingslæge	Regionshospitalet Gødstrup
Henriette Jensen Praktiserende speciallæge	Helsingør
Huda Majeed Overlæge	Regionshospitalet Randers
Inge Leerskov Hansen Sygeplejerske	Odense Universitetshospital, Svendborg
Jens Dalsgaard Afdelingslæge	Sygehus Sønderjylland
Maria Lipa Overlæge	Holbæk Sygehus
Maria Stentebjerg Skøtt Overlæge	Regionshospitalet Horsens
Matias Gottschalck Afdelingslæge	Regionshospitalet Viborg
Mette Mandrup Kjær Overlæge	Sjællands Universitetshospital, Roskilde
Ole Sandstrøm Overlæge	Nordsjællands Hospital, Hillerød
Pia Terpger Staal Sygeplejerske	Amager og Hvidovre Hospital
Selvan Adnan Hussein Al-Kozai Overlæge	Sygehus Lillebælt
Troels K Thomsen Overlæge	Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg
Amani Meaidi Læge, ph.d.	Evidensspecialist
Heidi Cueto Epidemiolog, ph.d	RKKP's Videncenter
Andrea Bautz Datamanager	RKKP's Videncenter
Annette Odby Kontaktperson/rep. for dataansvarlig myndighed	RKKP's Videncenter

8. Regionale kommentarer

Region Hovedstaden

Ingen kommentarer

Region Sjælland

Ingen kommentarer

Region Syddanmark

Ingen kommentarer

Region Midtjylland

Ingen kommentarer

Region Nordjylland

Regionshospitalet Nordjylland

For Regionshospitalet Nordjylland er der lavet journalaudit, og det er heraf fremkommet, at der anvendes anden procedurekode, end som fremgår af kodevejledningen. Dette gør sig gældende ift. indikator 2, 6 og 9. Der vil derfor være fokus på at anvende rette procedurekode fremadrettet.

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".

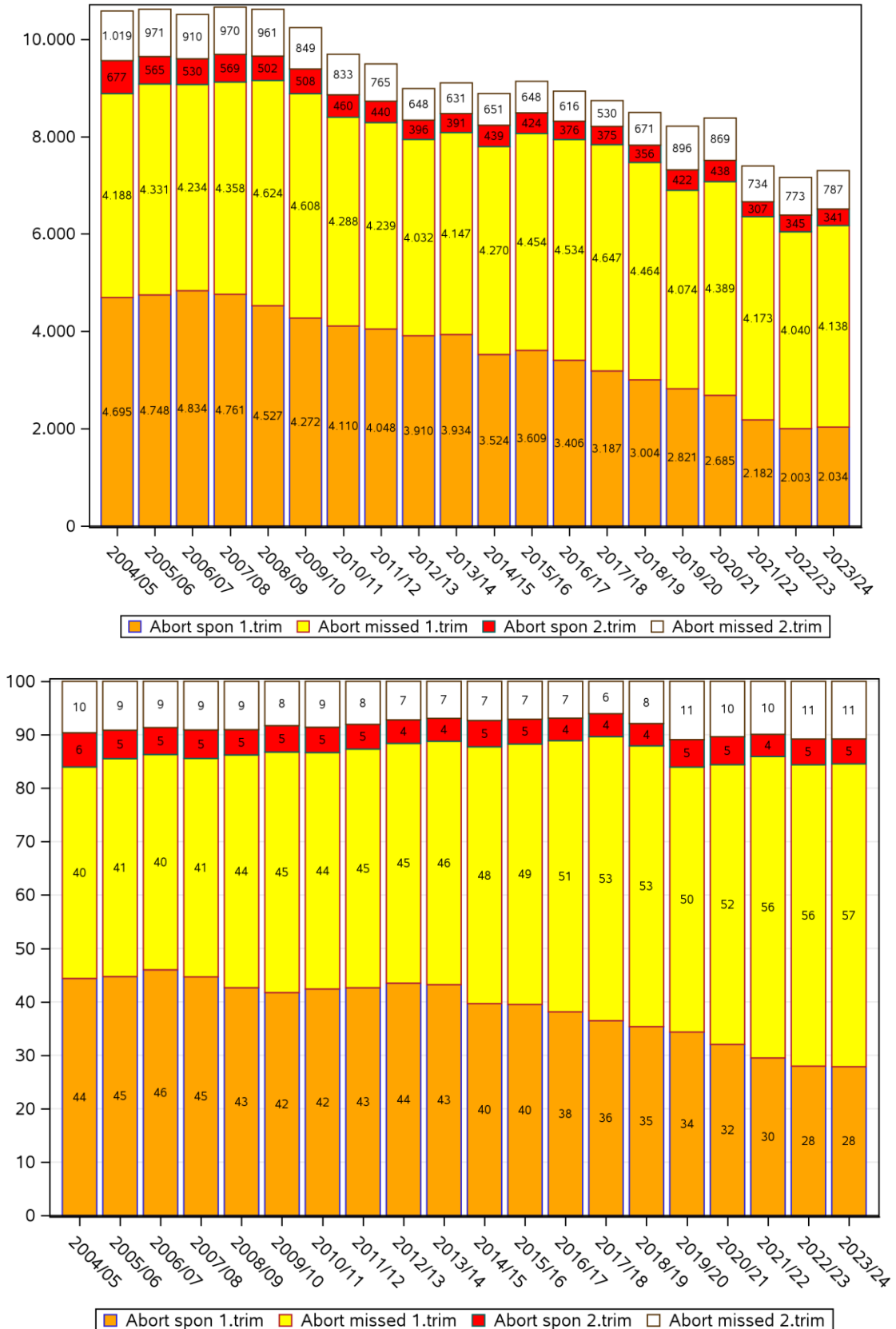
Miscarriages i Danmark 2001/02-2022/23

Det totale antal registrerede miscarriages i Danmark i 2023/24 er 7.300. Miscarriages i 1. trimester andrager 6.172 mens antallet i 2. trimester er 1.128. (**Tabel 1**). Mens det absolutte antal miscarriages har været faldende siden 2007/08, er andelen af 1. trimester missed abortion er fortsat stigende, formentlig som følge af flere tidlige private graviditetsskanninger (**Fig. 1.1**). Den reelle forekomst af miscarriages forventes større, idet en del tidlige aborter enten ikke opfattes som abort af kvinden selv eller færdigbehandles enten i almen praksis eller speciallægepraksis og dermed ikke registreres i LPR.

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

Fig. 1.1 Udvikling i antal og andel tilrundegået graviditeter i Danmark fra 2004-2024. 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 2004-2024. N=183,119. (Top: in absolute numbers, bottom: in percent)

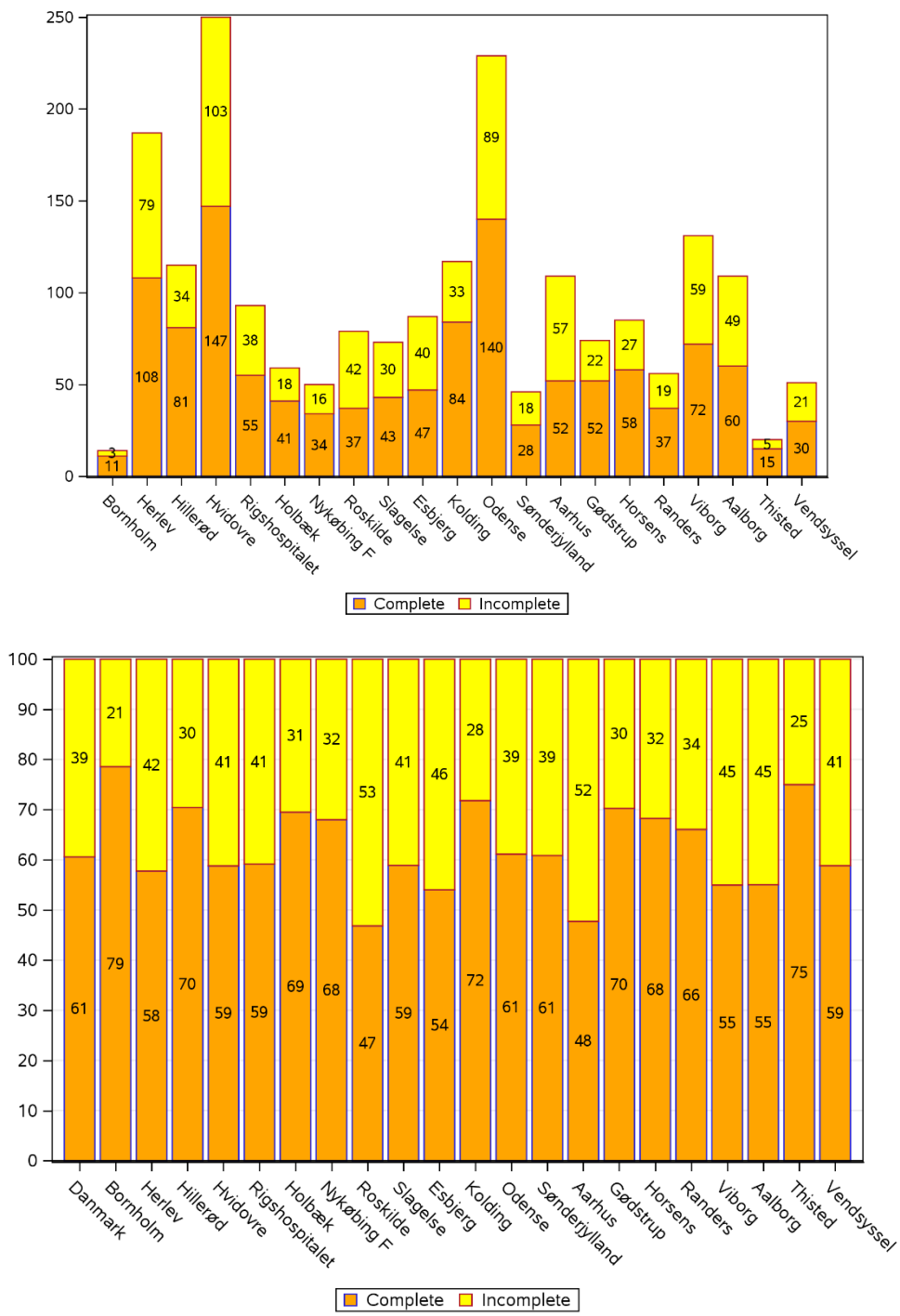


1. trimester spontan abort

Spontan abort defineres som tilgrunde gået graviditet med aktuel blødning. I 2023/24 var antallet af spontane 1. trimester aborter registreret på en hospitalsafdeling 2.034, heraf 1.232 (61%) komplette og 802 (39%) inkomplette (**Tabel 1**).

Fig. 1.2 Fordeling af komplet og ukomplet spontane 1. trimester spontan abort på afdelingsniveau 2023/2024 (øverst: absolutte tal, nederst: andel i procent)

Fig. 1.2 Complete and incomplete spontaneous 1st trimester abortions at different departments in 2023/2024. N=2,034 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 21% på Bornholm til 53% i Roskilde, hvilket er en mindskning af spredningen i forhold til tidligere år. Det er situationen ved initiale kontakt, som skal angives ved diagnosekodningen, når pt. Udskrives - altså det man har behandlet.

Kvalitet

Kvalitet inden for dette område afspejles ved følgende 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 inden for 1 dag fra abortdiagnosen (≤ 1 dag), er faldet gradvist fra 15% i 2004/05 til 5,1 % i 2023/24 (**Fig. 1.3**). Den samme tendens ses for andelen af kvinder, som får foretaget evacuatio uteri, inden for 12 uger fra diagnosedatoen (fra 21% til 10% i samme periode) (**Fig. 1.4a**). Gennemsnittet på de gynækologiske afdelinger ligger i 2023/24 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 inden for 1 dag fra abortdiagnosen), 2004/05-2023/24 (det absolutte antal evakuerede 1. trimester spontane aborter ses i bunden af hver søjle)

Fig. 1.3 Proportion (%) of women with spontaneous 1st trimester abortion (N) being surgically evacuated (n) within 1 day of diagnosis through the period 2004-2024. N=72,294, n=7,445. Absolute number of evacuated indicated in bottom of each column.

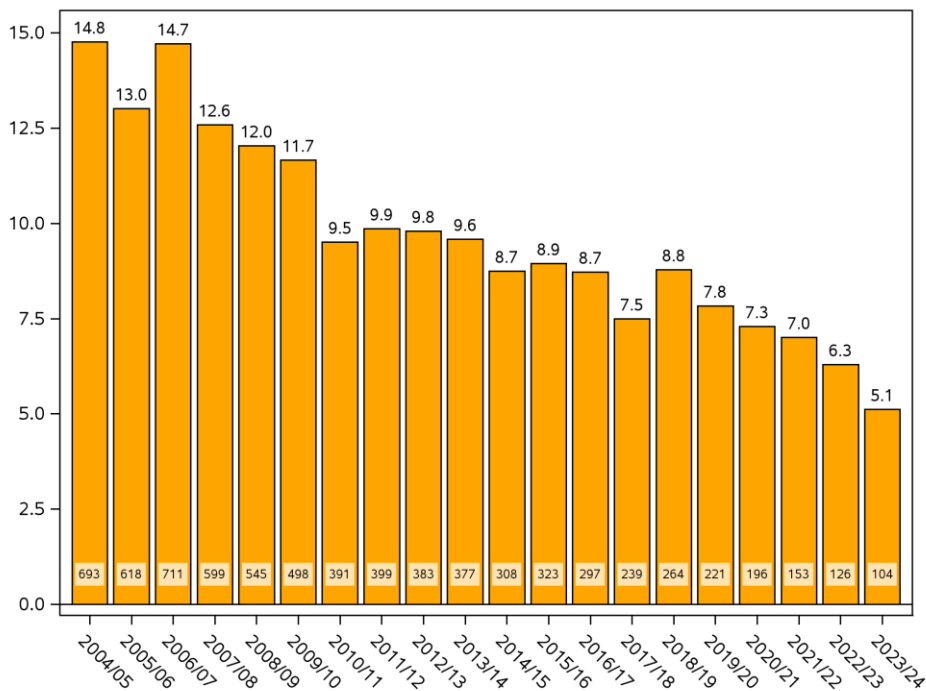


Fig. 1.4 Indikator 1. Andelen af 1. trimester spontan abort, der evakueres (uanset om evac-en sker initialt eller i en efterfølgende kontakt) per afdeling, 2023/2024

Fig. 1.4 (Indicator 1) Proportion (%) of women with spontaneous abortion undergoing surgical evacuation in 2023/2024 at gynaecological departments. Abortions=2,034, Evacuations=209. 95% CI indicated

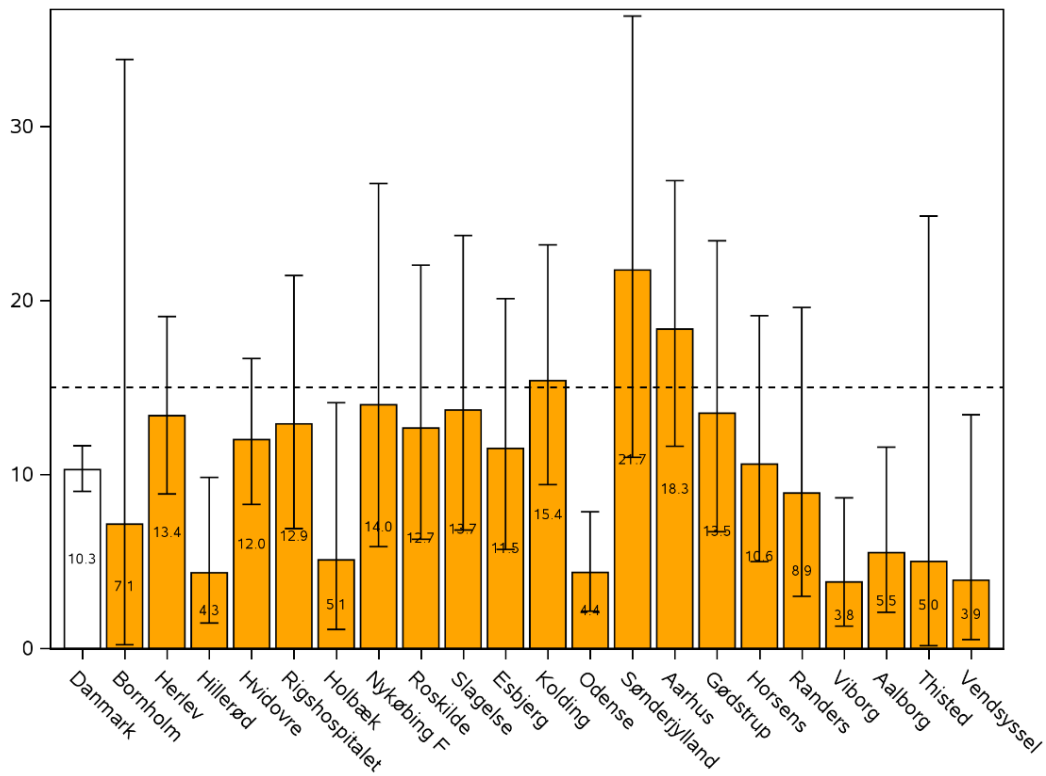
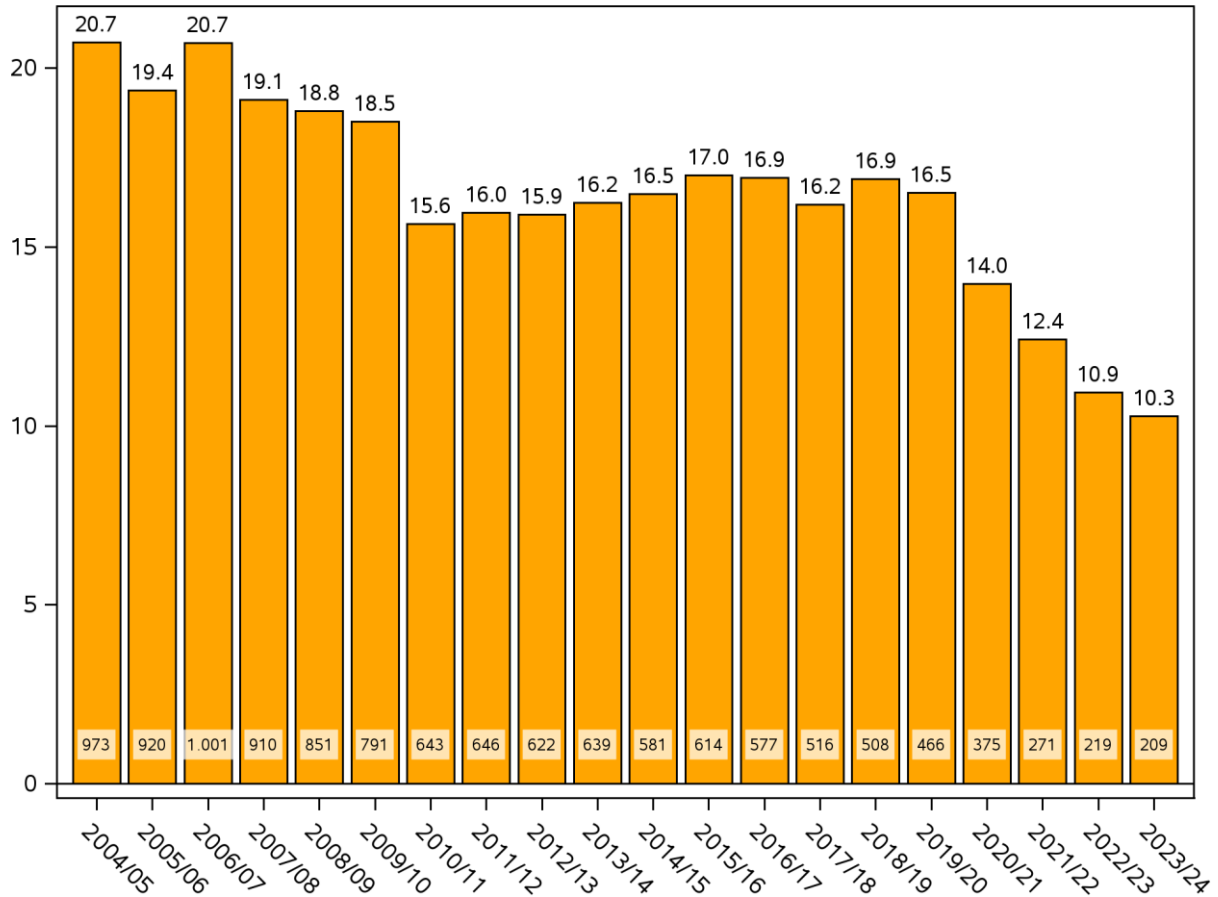


Fig. 1.4a (Indikator 1) Udvikling i andelen af 1. trimester spontan abort, der evakueres enten i **primær eller sekundær kontakt**, 2004/05-2023/24 (det absolutte antal evakuerede 1. trimester spontane aborter i enten primære eller sekundære kontakt ses i bunden af hver søjle)

Fig. 1.4a (Indikator 1) Proportion (%) of women with spontaneous 1st trimester abortion (N) being surgically evacuated (n) **through the period 2004-2024**. N=72,294, n=12,332. 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 DZ098C (kontrol efter 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, 2023/2024

Fig. 1.5 Women with 1st trimester missed abortion at gynaecological departments in 2023/2024. N=4,138

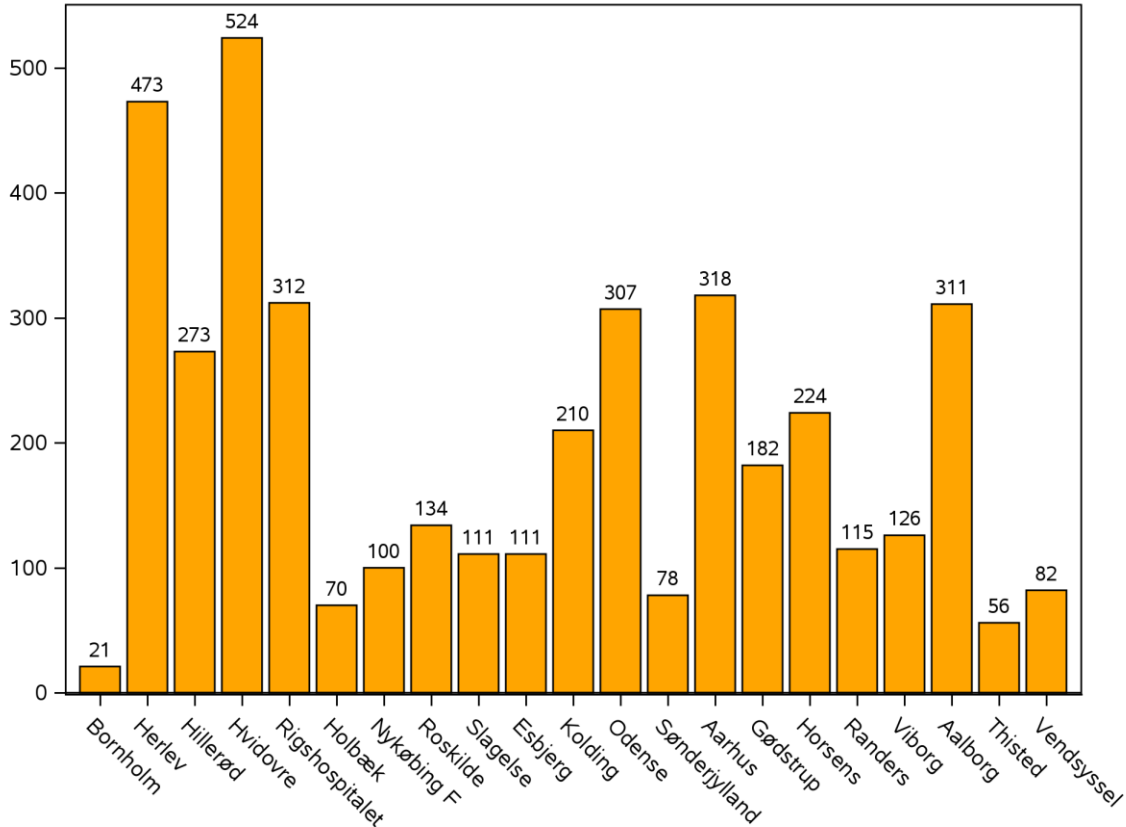
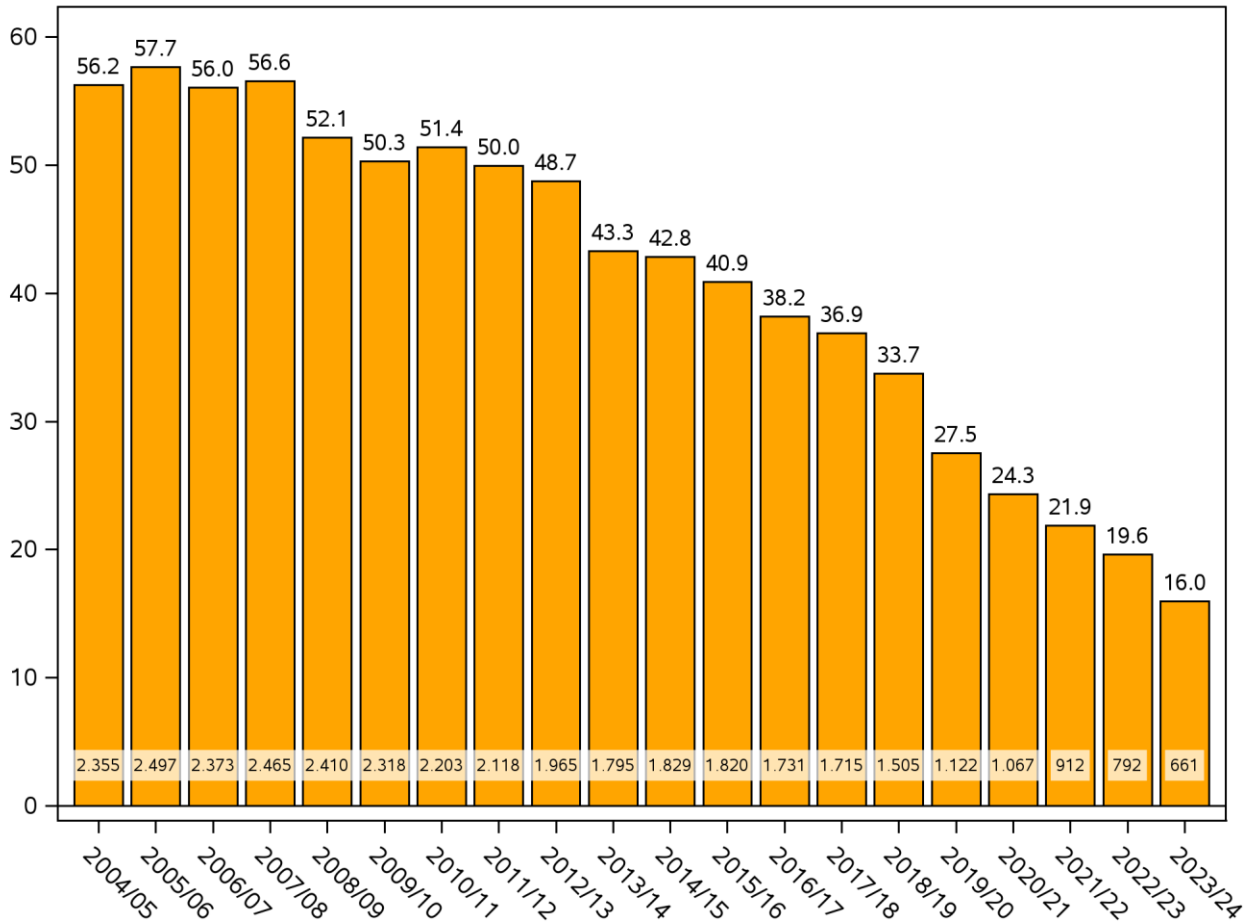


Fig. 1.6 viser udviklingen i andelen af kvinder med 1. trimester missed abort, der undergår evakuatio uteri i samme kontakt som abortdiagnosen, i perioden 2004/05 til 2023/24. Det fremgår, at andelen er faldet støt fra de seneste 20 år 56% til i dag hidtil laveste andel på 16%.

Fig. 1.6 Udvikling i andelen af 1. trimester missed abort, der evakueres i samme kontakt som abortdiagnosen, 2004/05-2023/24 (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 2004-2024. N=86,232, n=35,653. Absolute number of evacuated indicated in bottom of each column.



I denne opgørelsesperiode varierer denne andel mellem afdelingerne fra 1,2% i Vendsyssel til 27% i Aarhus (**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 73% på landsplan. Man kan groft antage, at hovedparten af de 84%, som ikke får foretaget et primært kirurgisk indgreb (**Fig. 1.6**), er blevet medicinsk behandlet, mens der i praksis altså kun er kodet 73% (Indikator 2).

Fig. 1.7 Andelen af 1. trimester missed abort, der evakueres i samme kontakt som abortdiagnosen, per afdeling, 2023/2024 (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 2023/2024. N=4,138, n=661. Absolute number of evacuated indicated in bottom of each column.

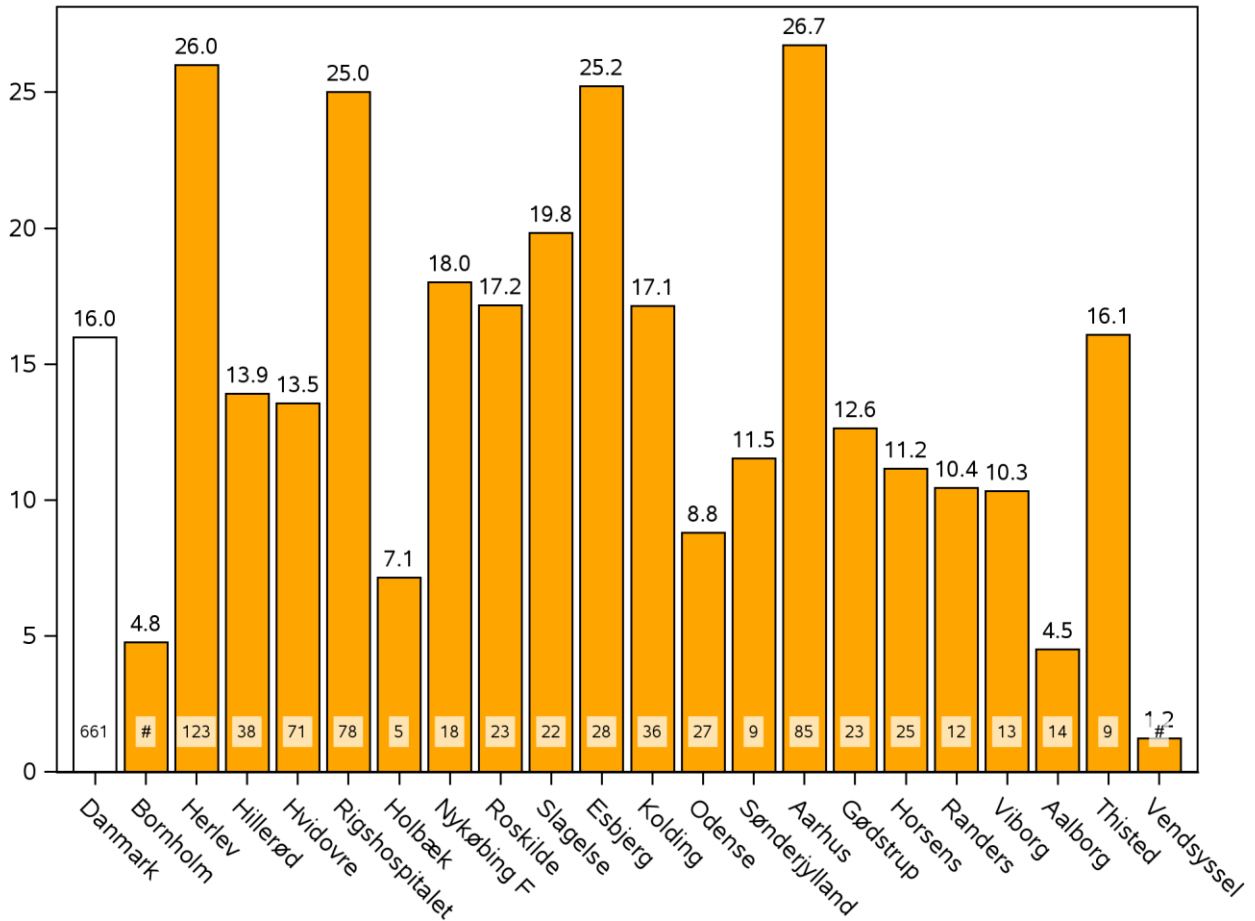


Fig. 1.8 Udvikling i andelen af de ikke-evakuerede 1. trimester missed abort, der har en medicinsk behandlingskode (BKHD42/50/52), 2004/05-2023/24 (det absolutte antal 1. trimester missed aborter med medicinsk behandlingskode ses i bunden af hver søjle)

Fig. 1.8 Proportion (%) of women with missed abortion (N) coded with a medical treatment code BKHD50/52 (n) at gynaecological departments during the period 2004-2024. N=50,579, n=21,895. Absolute number of evacuated indicated in bottom of each column.

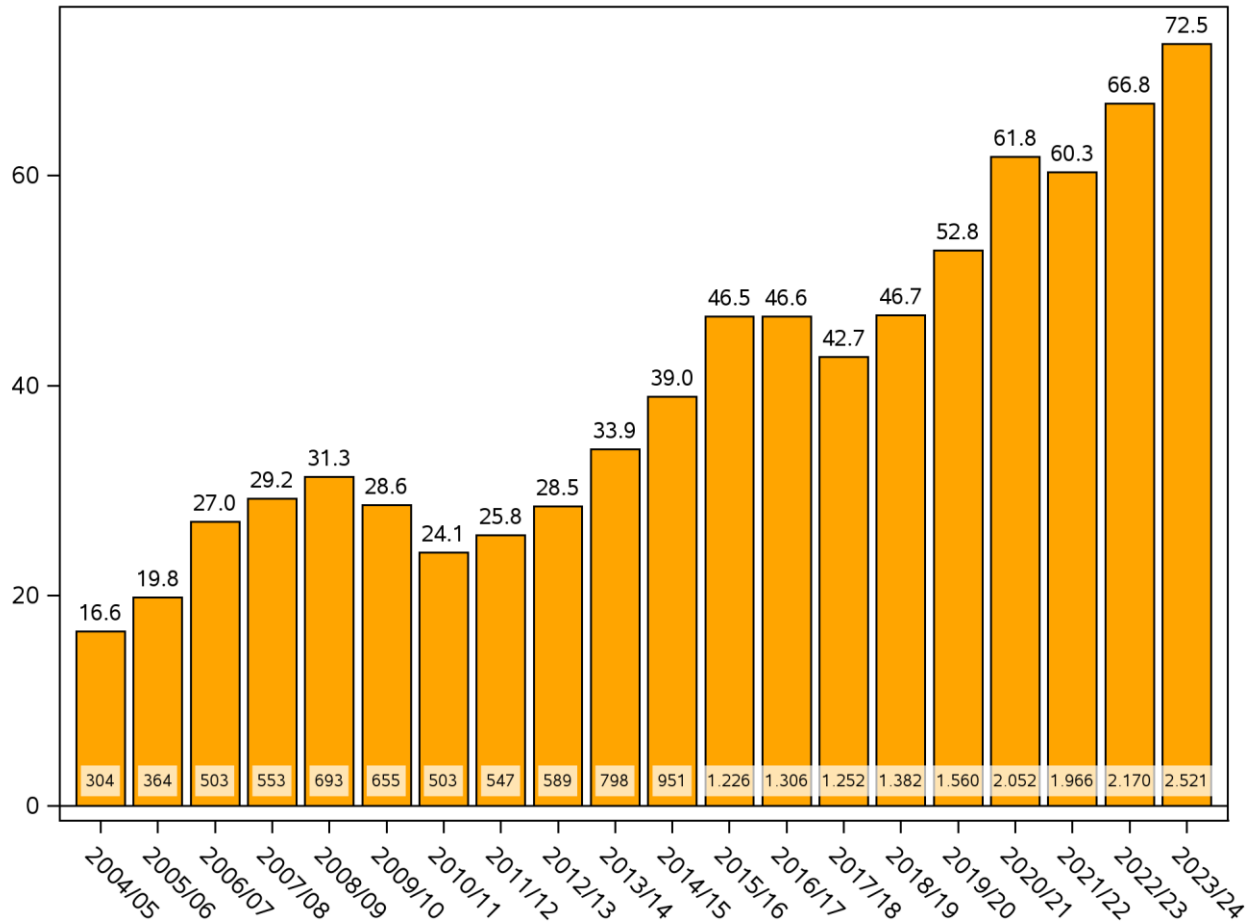
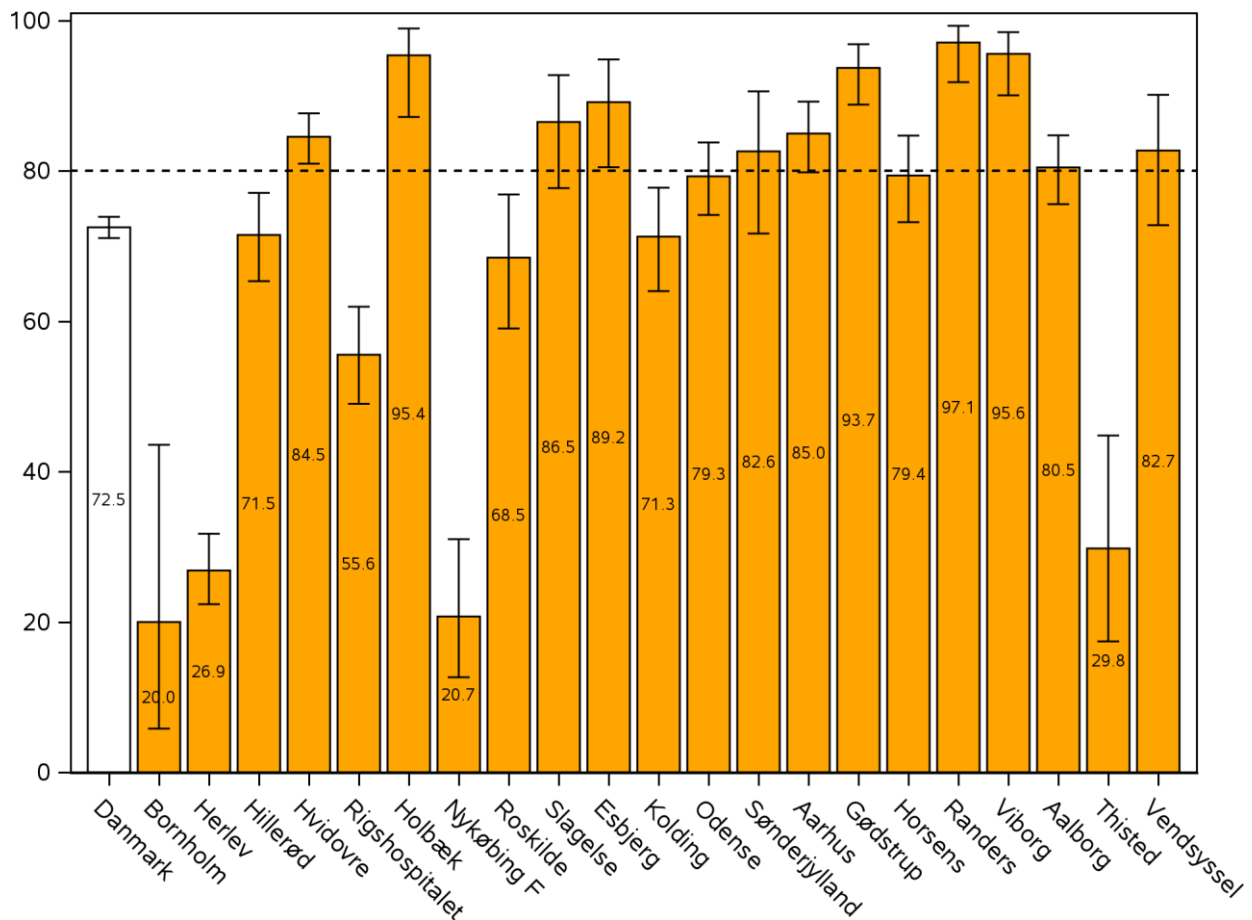


Fig. 1.9 (Indikator 2). Andelen af ikke-evakuerede 1. trimester missed abort, der har en medicinsk behandlingskode (BKHD50/52) per afdeling, 2023/2024

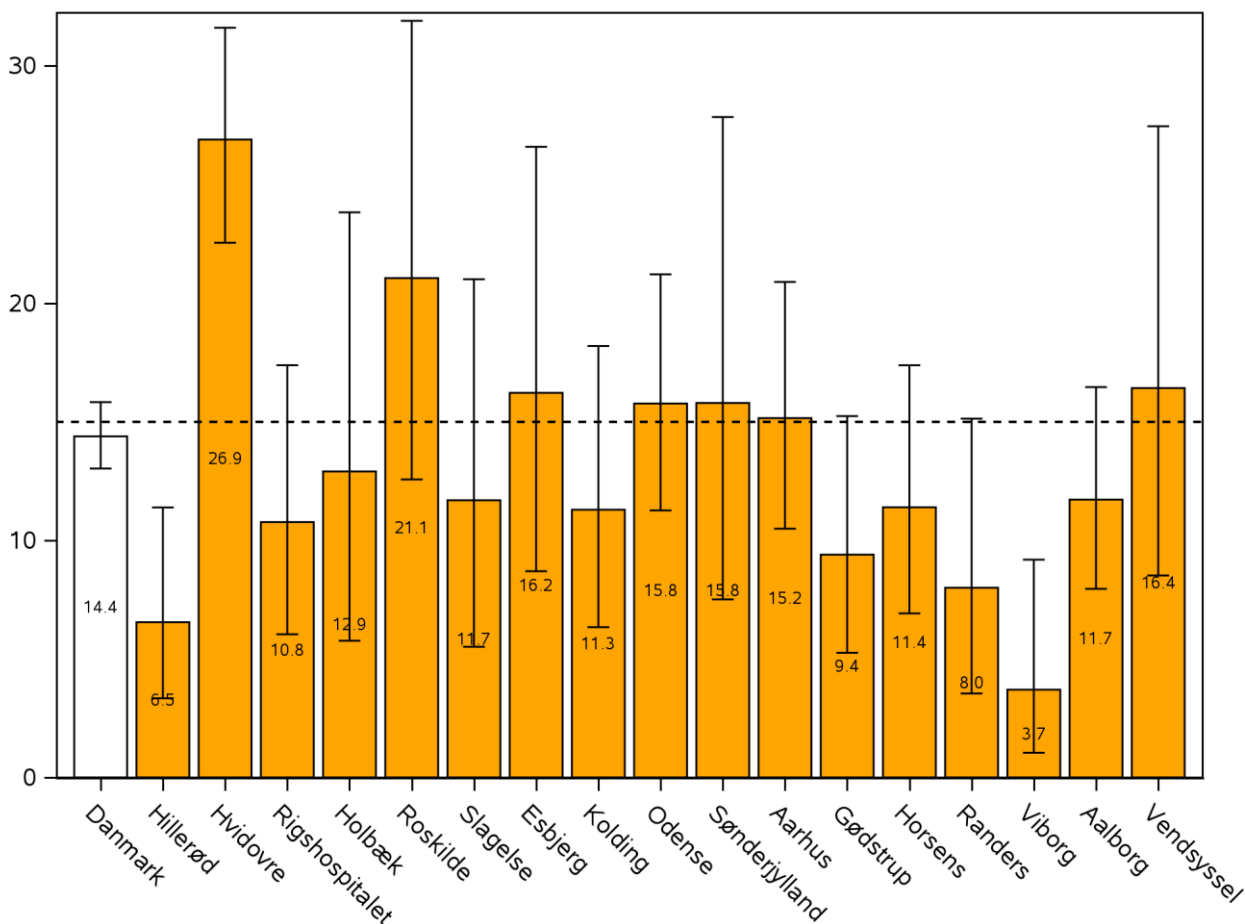
Fig. 1.9 (Indikator 2) Proportion (%) of non-evacuated women with missed abortion (N), coded with a medical treatment code (n) at gynaecological departments in 2023/2024. N=3,477, n=2,521. 95% CI indicated



Andelen af registrerede medicinsk behandlede (blandt de kvinder, som ikke undergår initial evacuatio uteri) varierer meget fra afdeling til afdeling, og vi taler om et spænd fra 20% (Bornholm) til 97% (Randers) (**Fig. 1.9**). Med et gennemsnit på 73% 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, er andelen på to år allerede steget 13%-point (fra 60% til 73%).

Fig. 1.10 (Indikator 3). Andelen af medicinsk behandlet 1. trimester missed abort, som efterfølgende evakueres per afdeling, 2023/2024

Fig. 1.10 (Indikator 3) Proportion (%) of evacuated (n) after medical treatment of missed abortion (N) at gynaecological departments in DK in 2023/2024. N=2,392, n=344. 95% CI indicated



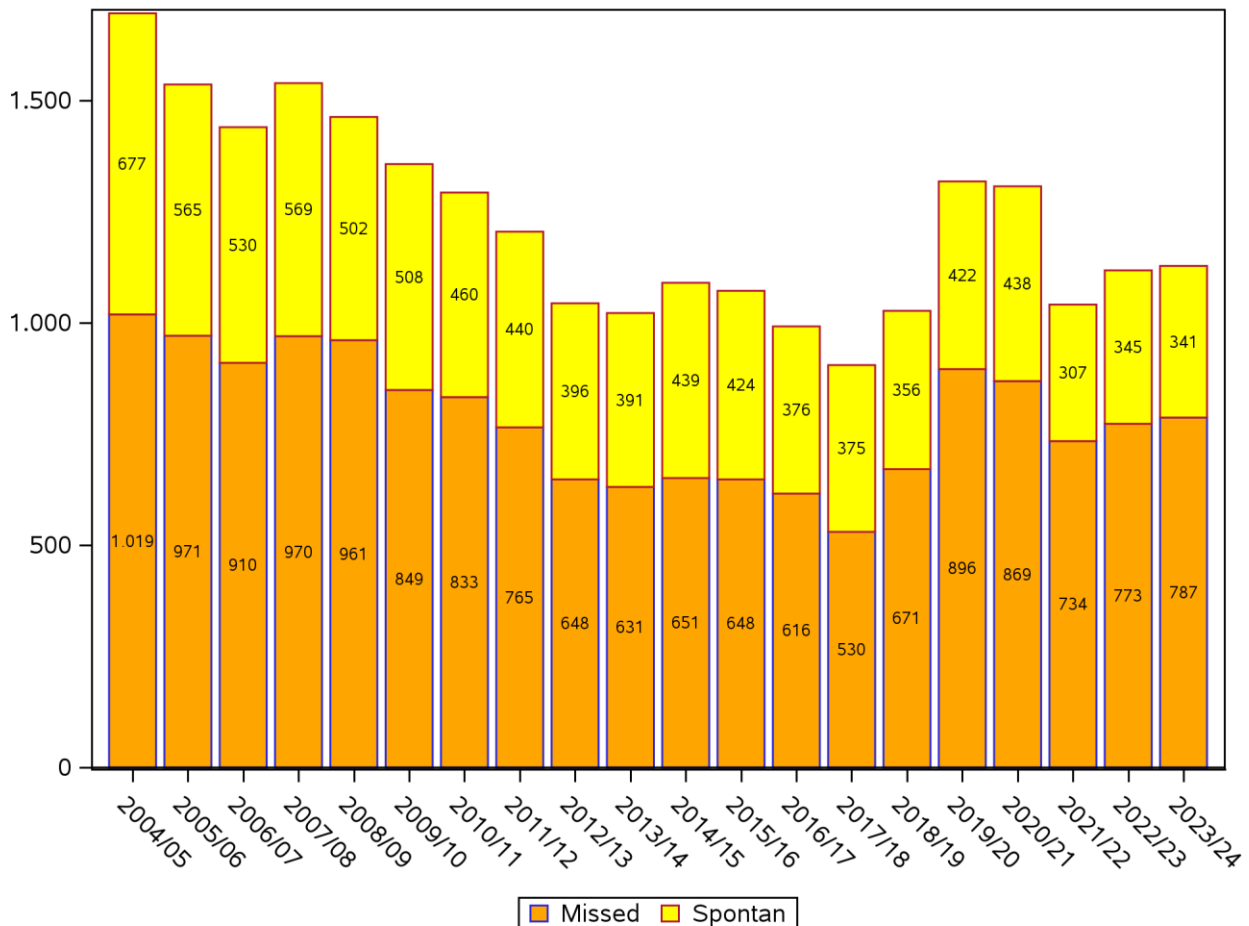
Det fremgår af figuren (**Fig. 1.10**), at de absolutte tal på de enkelte afdelinger er små, hvorfor en væsentlig del af variationen mellem afdelingerne skyldes tilfældigheder. Men man bemærker sig en overordnet andel evakuerede efter medicinsk behandling af missed abort på 14%. Det er en halvering i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

Appendiks 2. Tilgrundegået graviditet, 2. trimester

Tilgrundegået graviditet (miscarriages) i 2. trimester udgør i 2023/24 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 2004/05-2023/24. Det fremgår, at antallet af sene miscarriages i perioden er faldet med ca. 33%. Faldet i de spontane aborter efter 2004, kan være influeret af de nye prænatale screeninger, som blev indført i årene fra 2004, da flere føtale misdannelser fanges tidligt, og kvinderne dermed får udført en provokeret abort, hvor en del af disse tidligere aborterede spontant i de efterfølgende uger. Udover overgang til LPR3, har vi ikke noget umiddelbart bud på baggrunden for stigningen i antallet af 2. trimester spontane og missed aborter i 2019-2021. Det vil vi undersøge nærmere.

Fig. 2.1 Udvikling i antal tilgrundegået graviditeter i 2. trimester i Danmark fra 2004/05-2023/24. Fordeling af hhv. spontan abort og missed abort

Fig. 2.1 Number of 2nd trimester miscarriages in Denmark 2004-2024. N=24,593.

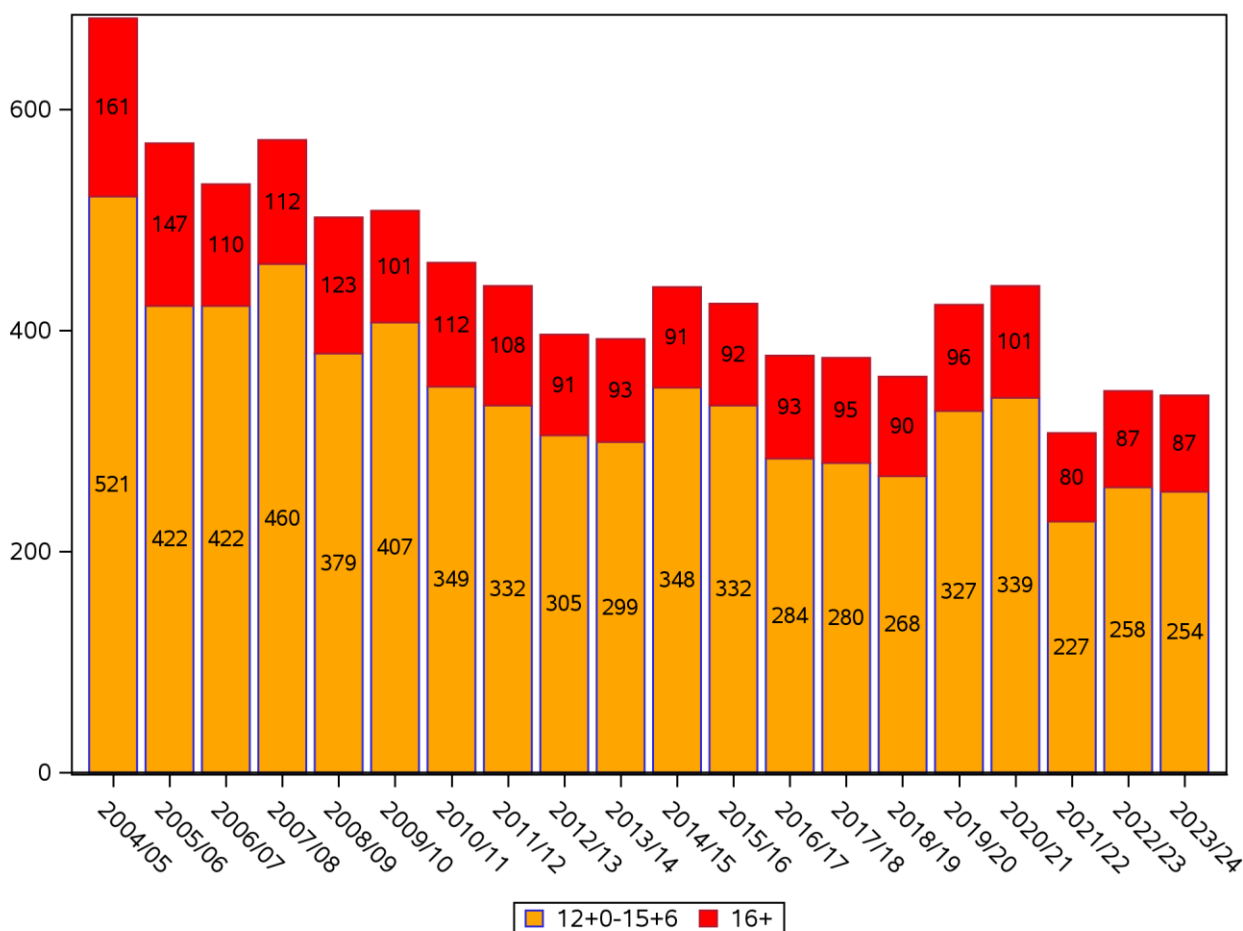


2. trimester spontan abort

Antallet af kvinder med 2. trimester spontan abort (DO03*) (GA ≥ 12+0) er de seneste 20 år halveret (**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 2019-21.

Fig. 2.2 Udvikling i antal hhv. tidlige og sene 2. trimester spontane aborter fra 2004/05-2023/24

Fig. 2.2 Spontaneous 2nd trimester abortion in Denmark 2004-2024, stratified according to gestational age. N=8,883.



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 2004/05-2023/24

Fig. 2.3 Surgical evacuation rate (%) after early and late 2nd trimester spontaneous abortion in Denmark 2004-2024. N=8,861.

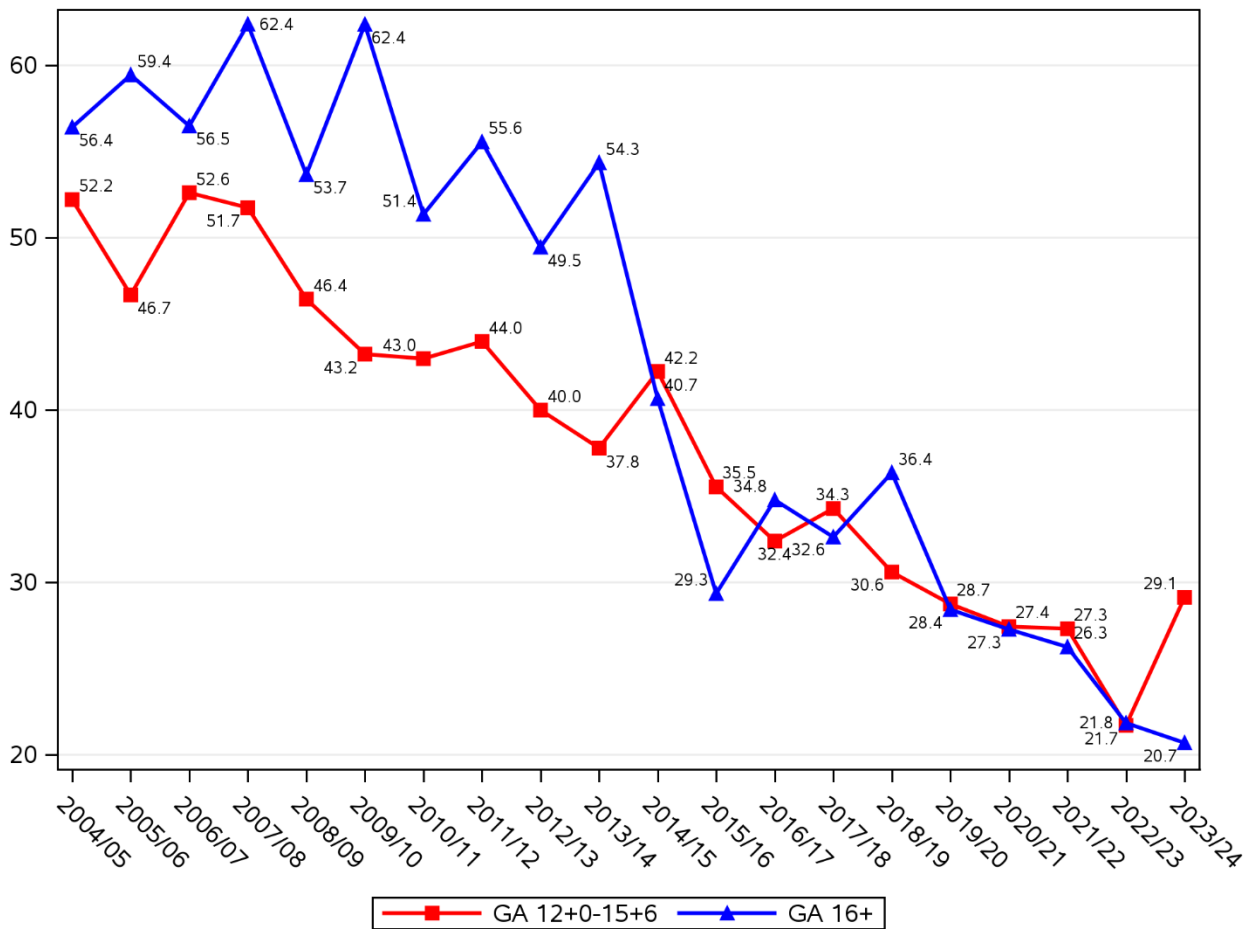
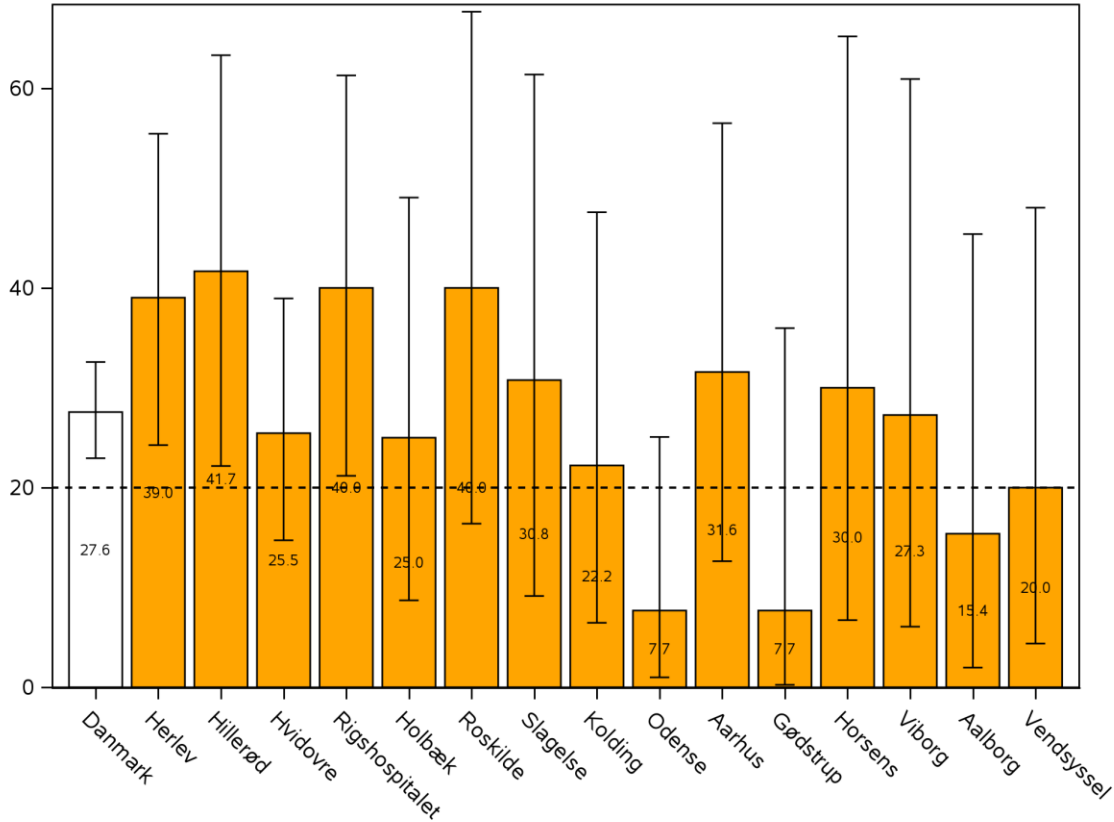


Fig. 2.4 (Indikator 4) Andelen af 2. trimester spontan abort, som evakueres per afdeling, 2023/2024

Fig. 2.4 (Indikator 4) Surgical evacuation (n) of 2nd trimester spontaneous abortion (N) in Denmark in 2023/2024 at gynaecological departments. N=318, n=89. 95% CI indicated



På afdelingsniveau varierer anvendelsen af evacuatio uteri ved 2. trimester spontan abort fra 8% (Odense og Gødstrup) til 42% i Hillerød (blandt afdelinger med 10 eller flere i nævner) (**Fig. 2.4**). Gennemsnittet 28% 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 forsøge at holde UL ude af stuerne i timerne efter kvittering!

Det er muligt, at de spontane aborter ofte optræder mere "akutte" end 2. trimester missed abortion og provokeret abort, og at dette kan være en del af forklaringen på de højere evac.-rater, eksempelvis i forbindelse med akut voldsom blødning.

2. trimester missed abort

Andel af kvinder med 2. trimester missed abortion, som oplever evacuatio uteri **inden for 5 dage fra abortdiagnosen** (indlæggelsesdatoen) fremgår af **Fig. 2.5a**. Andel af kvinder med 2. trimester missed abortion, som er blevet evakueret indenfor 12 uger fra abortdiagnosen i fremgår af **Fig. 2.5b**.

Fig. 2.5a Udvikling i andelen af **2. trimester missed abort**, der evakueres **inden for 5 dag fra abortdiagnosen**, 2004/05-2023/24 (det absolutte antal primært evakuerede 1. trimester spontane aborter ses i bunden af hver søjle)

Fig. 2.5a Primary surgical evacuation (%) (n) in women with 2nd trimester missed abortion (N) 2004-2024. N=15,774, n=7,939. Absolute number of evacuated indicated in bottom of each column.

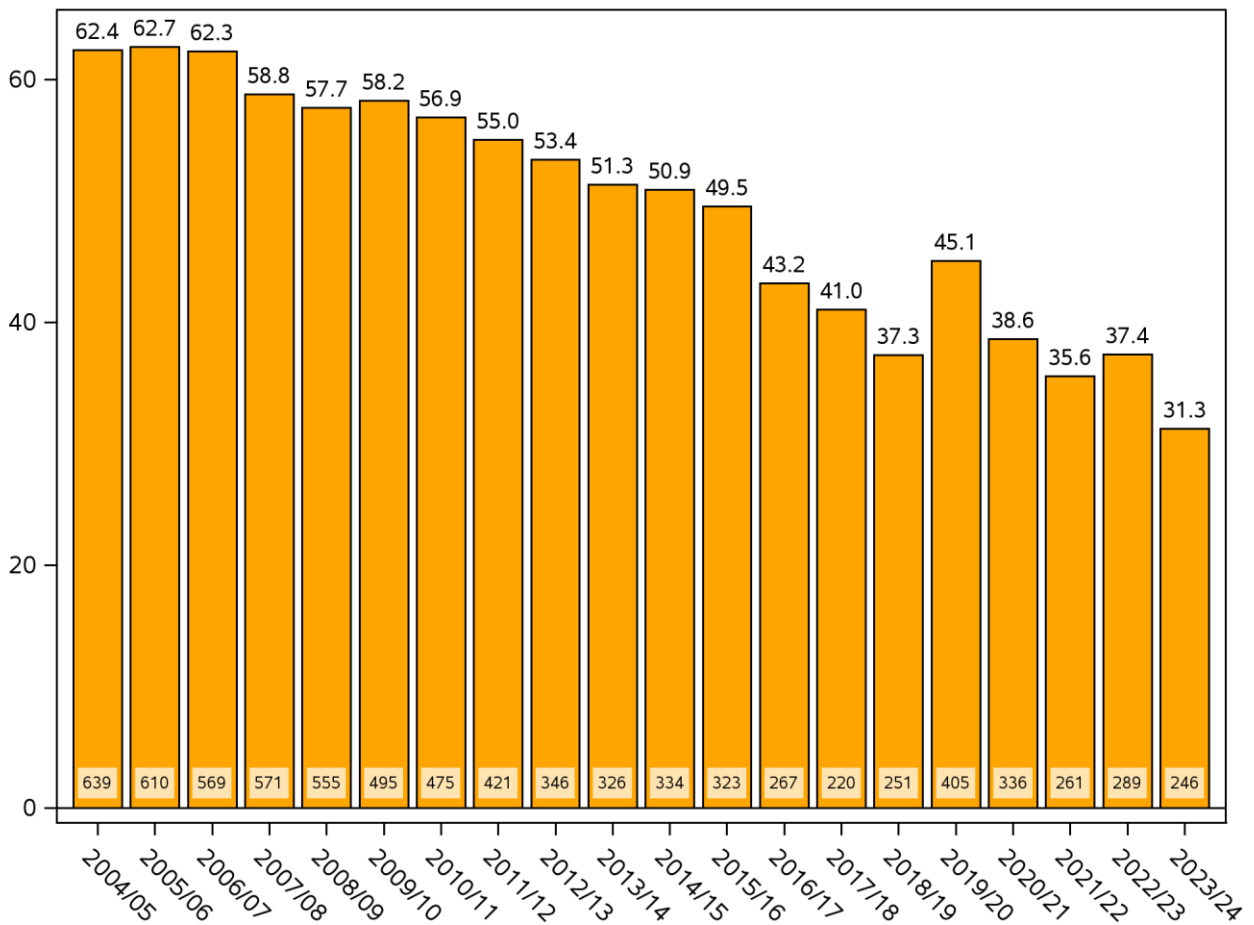
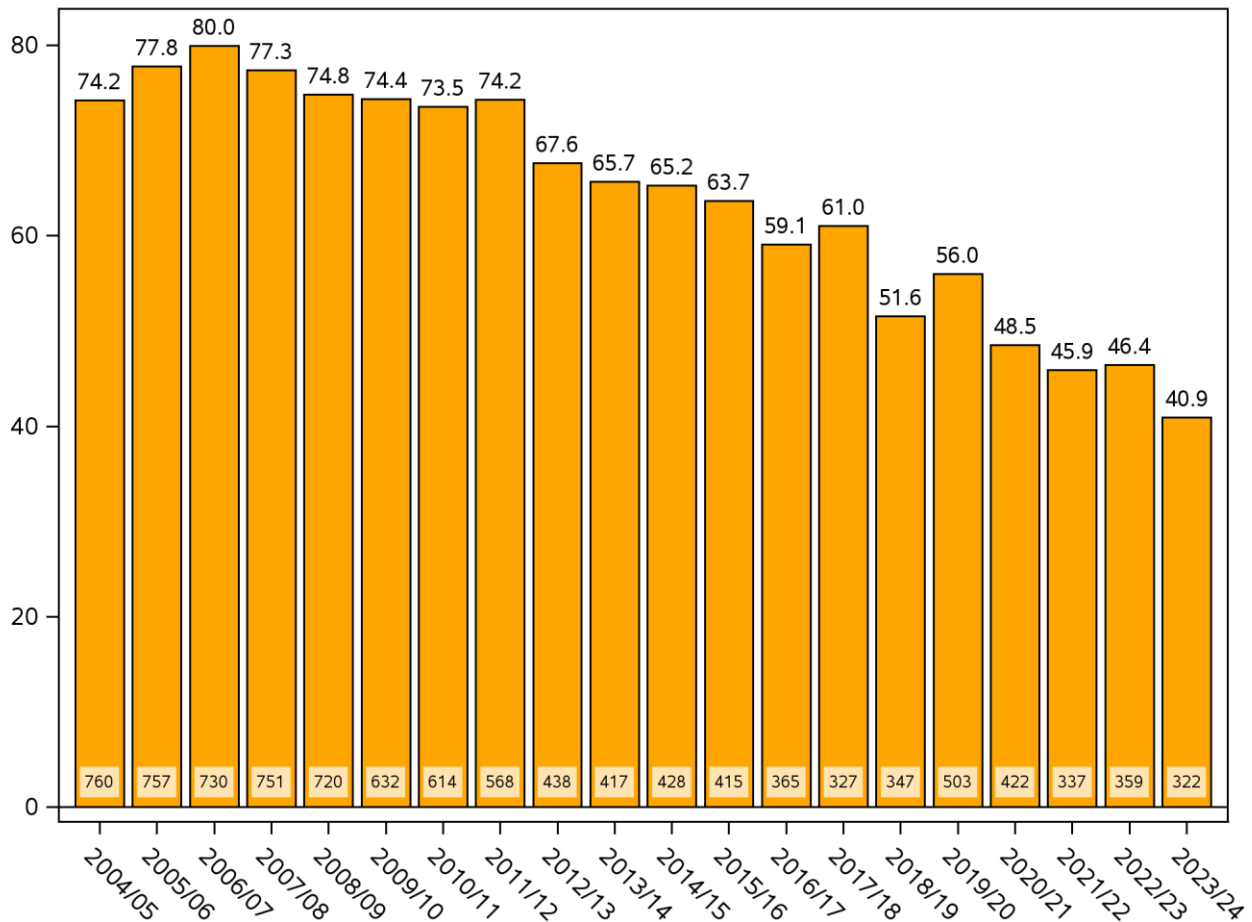


Fig. 2.5b Udvikling i andelen af **2. trimester missed abort**, der evakueres **inden for 12 uger fra abortdiagnosen**, 2004/05-2023/24 (det absolutte antal evakuerede 1. trimester spontane aborter ses i bunden af hver søjle)

Fig. 2.5b Primary or secondary surgical evacuation (%)(n) in women with 2nd trimester missed abortion (N) 2004-2024. N=15,774, n=10,212. 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 inden for 5 dage fra abortdiagnosen (5a) og/eller inden for 12 uger fra abortdiagnosen (5b). 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. Sfa af hyppigere akut blødning ved 2. trimester spontan abort, end ved de to andre 2. trimester aborttyper, vil denne forskel formentlig også afspejle sig fremadrettet.

Fig. 2.6a (Indikator 5a) Andel 2. trimester (13+0<=GA<=22+6) provokeret eller missed abort som evakueres inden for 5 dage fra abortdiagnosen, 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 2023/2024. N=1,062, n=242. 95% CI indicated

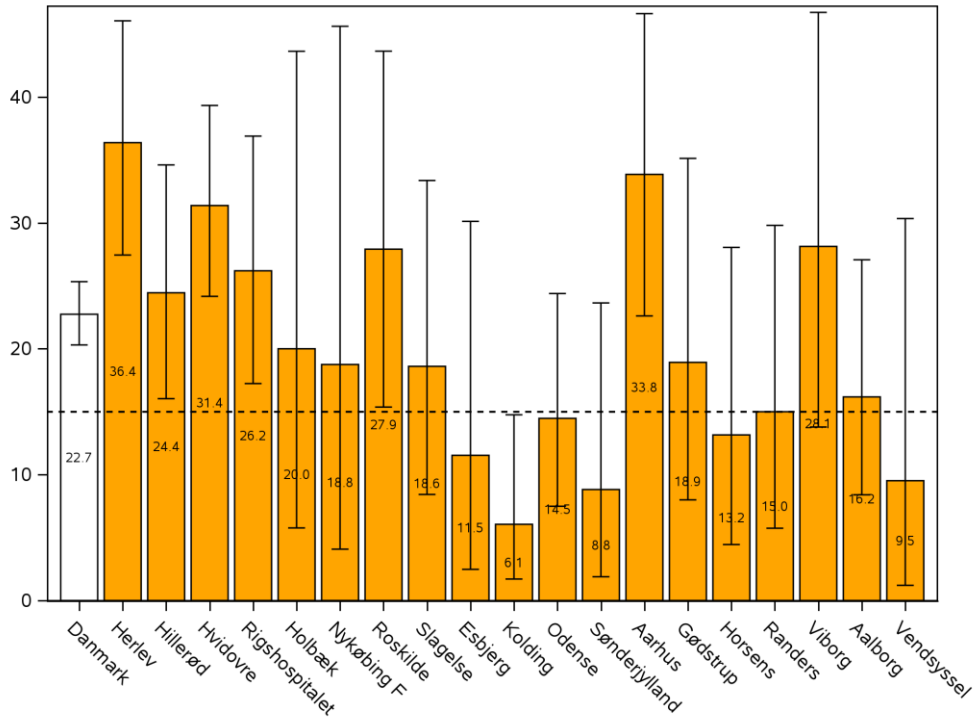
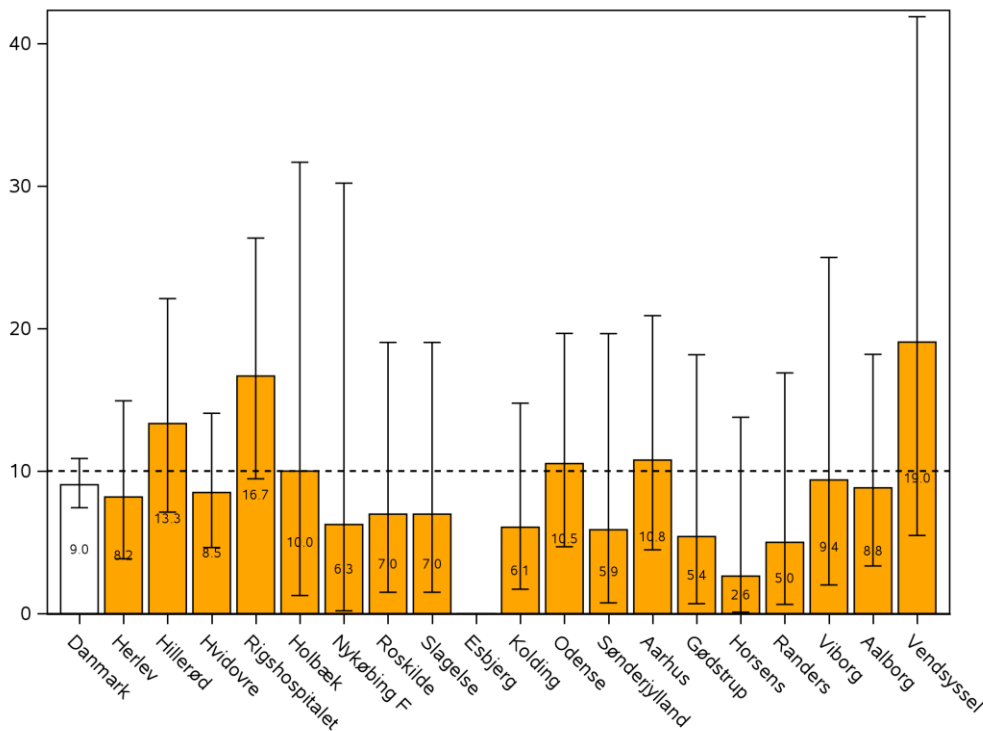


Fig. 2.6b (Indikator 5b) Andel 2. trimester (13+0<=GA<=22+6) provokeret eller missed abort som evakueres inden for 12 uger fra abortdiagnosen, 2022/23

Fig. 2.6b (Indikator 5b) Secondary surgical evacuation (%) (n) of women with 2nd trimester missed abortion or induced abortion (N) at gynaecological departments in 2023/2024. N=1,062, n=96. 95% CI indicated

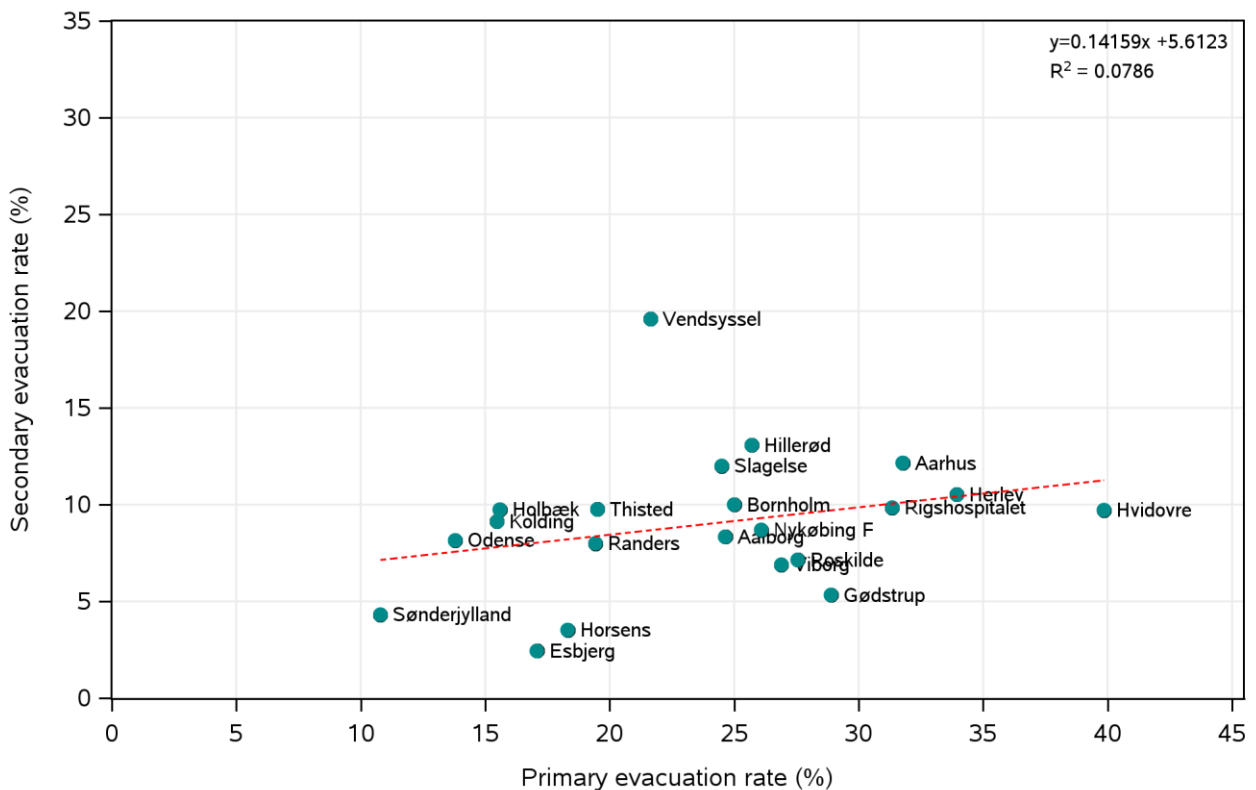


Hvad kan vi gøre bedre?

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 evakueringer inden for 5 dage vs. andelen af evakueringer inden for 12 uger af 2. trimester provokeret eller missed abort fra 2017/2018-2023/2024

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 2023/2024. N=5,158, n'Primary evac'=1,398, n'Secondary evac'=486.



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

Appendiks 3. Ekstrauterin graviditet

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

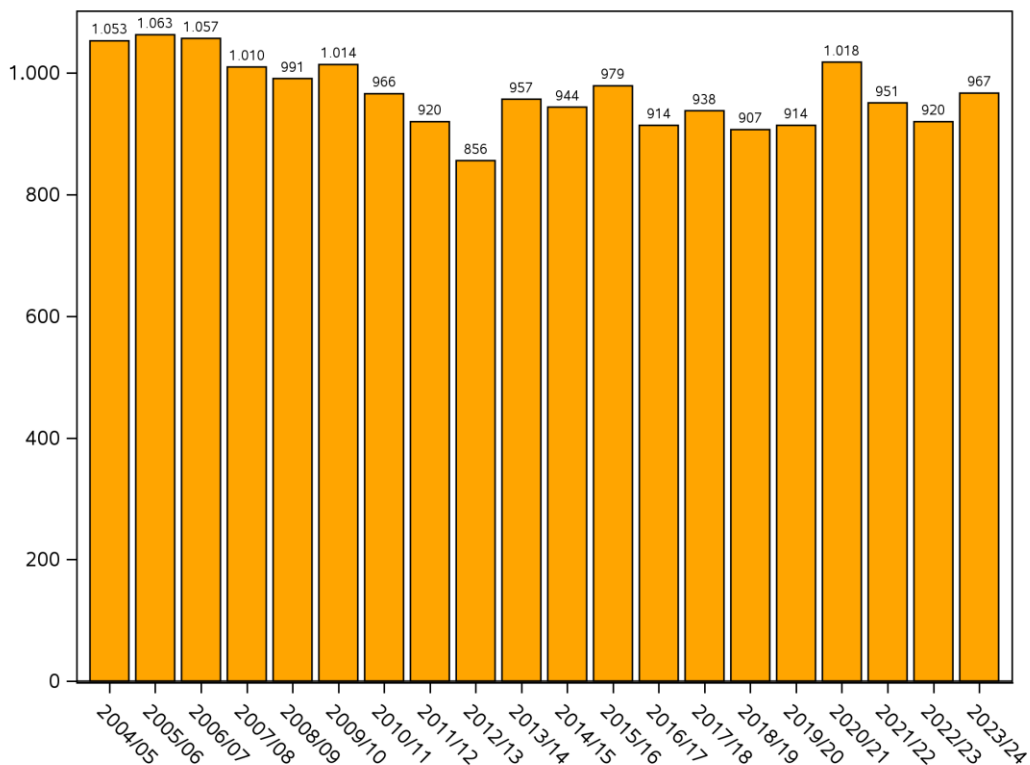
DO000	Ektopisk graviditet i bughulen
DO000A	Rumperet abdominal graviditet
DO001	Ektopisk graviditet i æggeleder
DO001A	Rumperet ektopisk graviditet i æggeleder
DO002	Ektopisk graviditet i æggestok
DO002A	Rumperet ektopisk graviditet i æggestok
DO008	Anden form for ektopisk graviditet
DO008A	Ektopisk graviditet i livmoderhalsen
DO008B	Ektopisk graviditet i cornu uteri
DO008C	Ektopisk graviditet i livmoderens ligamenter
DO008D	Ektopisk graviditet i livmodervæggen
DO009	Ektopisk graviditet UNS

Produktion

Det årlige antal patienter med ekstrauterin graviditet er faldet stødt gennem seneste 20 år (**Fig. 3.1**). Med omkring 80.000 årlige registrerede konceptioner, opstår der ca. én ekstrauterin graviditet for hver ca. 100 graviditeter.

Fig. 3.1 Udvikling i antal ekstrauterine graviditeter fra 2004/05-2023/24

Fig. 3.1 Etopic pregnancies in Denmark 2004-2024. N=19,339.



Antallet af ekstrauterine graviditeter på de forskellige gynækologiske afdelinger fremgår af **Fig. 3.2**. Ud over de 967 ekstrauterine graviditeter på gynækologiske afdelinger, er der ikke registreret ekstrauterine graviditeter på privatsygehuse i 2023/24.

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 2023/24 69% (indikator 6). Bemærk at antallet af ekstrauterine graviditeter i **Fig. 3.2** er 967, 31 mere end i nævnepopulationen i indikator 6. Disse 31 med GA<4+0 er ekskluderet i indikatorberegningen, men indgår altså i **Fig. 3.2**. Andelen af de laparoskopisk opererede er steget gennem de seneste to årtier fra 58% i 2004/05 til 65% i 2023/24, 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 ikke længere kræver gestationsalderen registreret, det gjorde vi før 2012.

Fig. 3.2 Antal ekstrauterine graviditeter på afdelingsniveau, 2023/2024

Fig. 3.2 Etopic pregnancies in Denmark in 2023/2024. N=967.

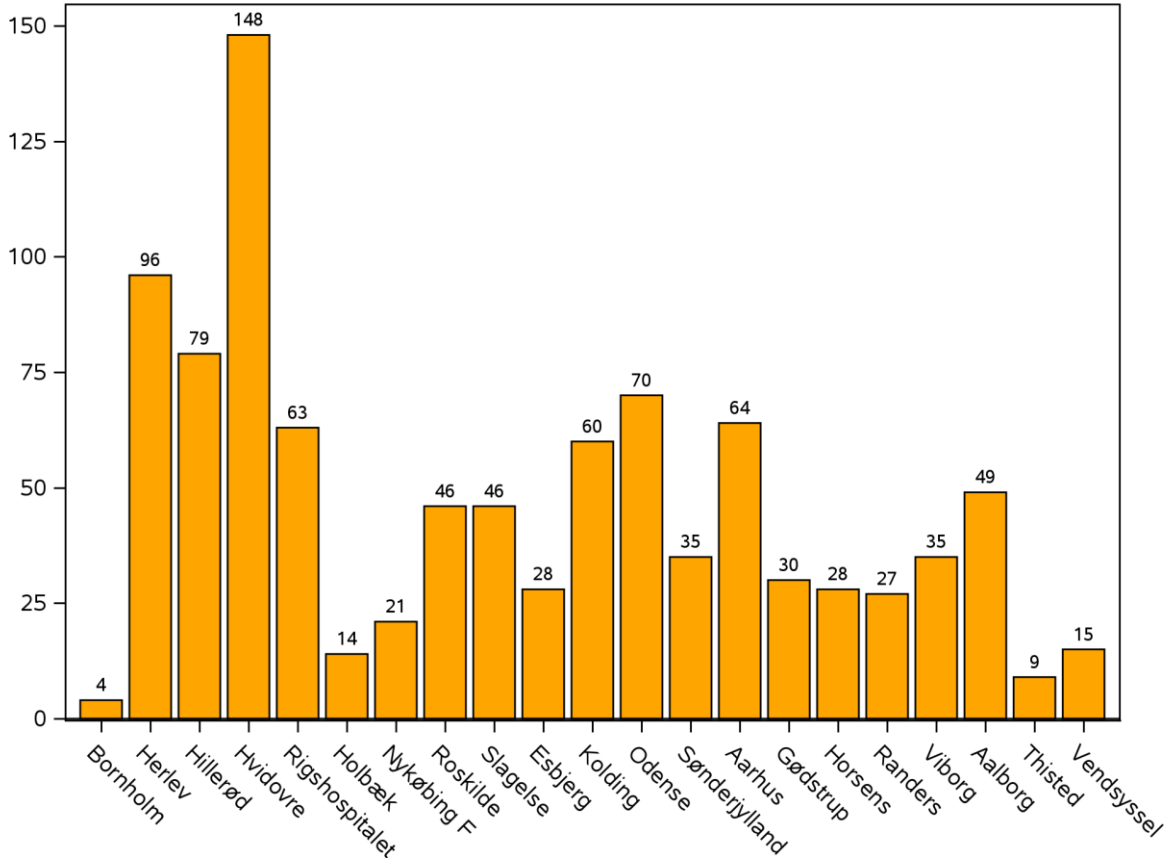


Fig. 3.3 Udvikling i andelen af ekstrauterine graviditeter, som hhv. opereres ved laparoskopi, opereres ved laparotomi eller ikke opereres, 2005/05-2023/24 (øverst: antal; nederst: andel i procent)

Fig. 3.3 Ectopic pregnancies undergoing laparoscopy, laparotomy and no surgery through the period 2004-2024. (Top: in absolute numbers, bottom: in percent)

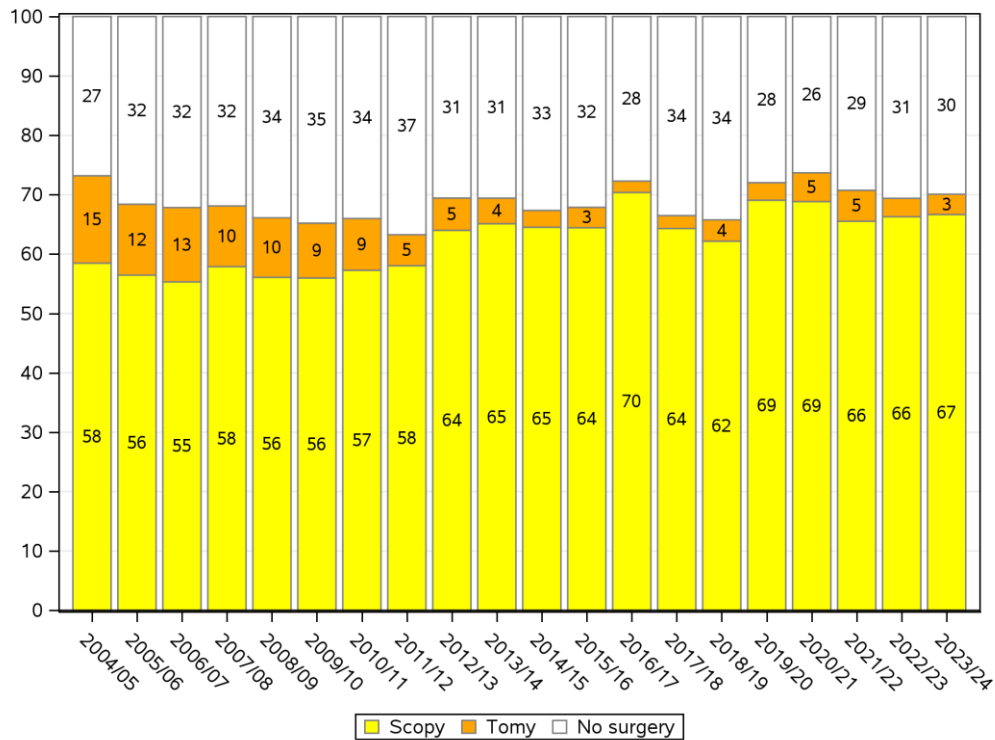
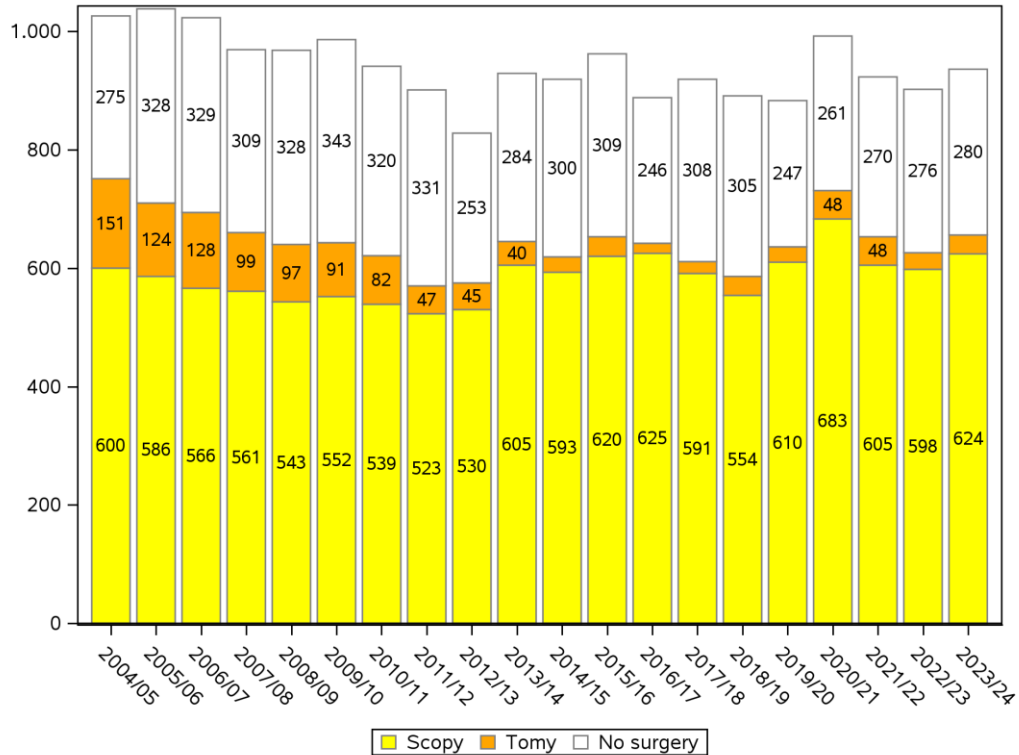
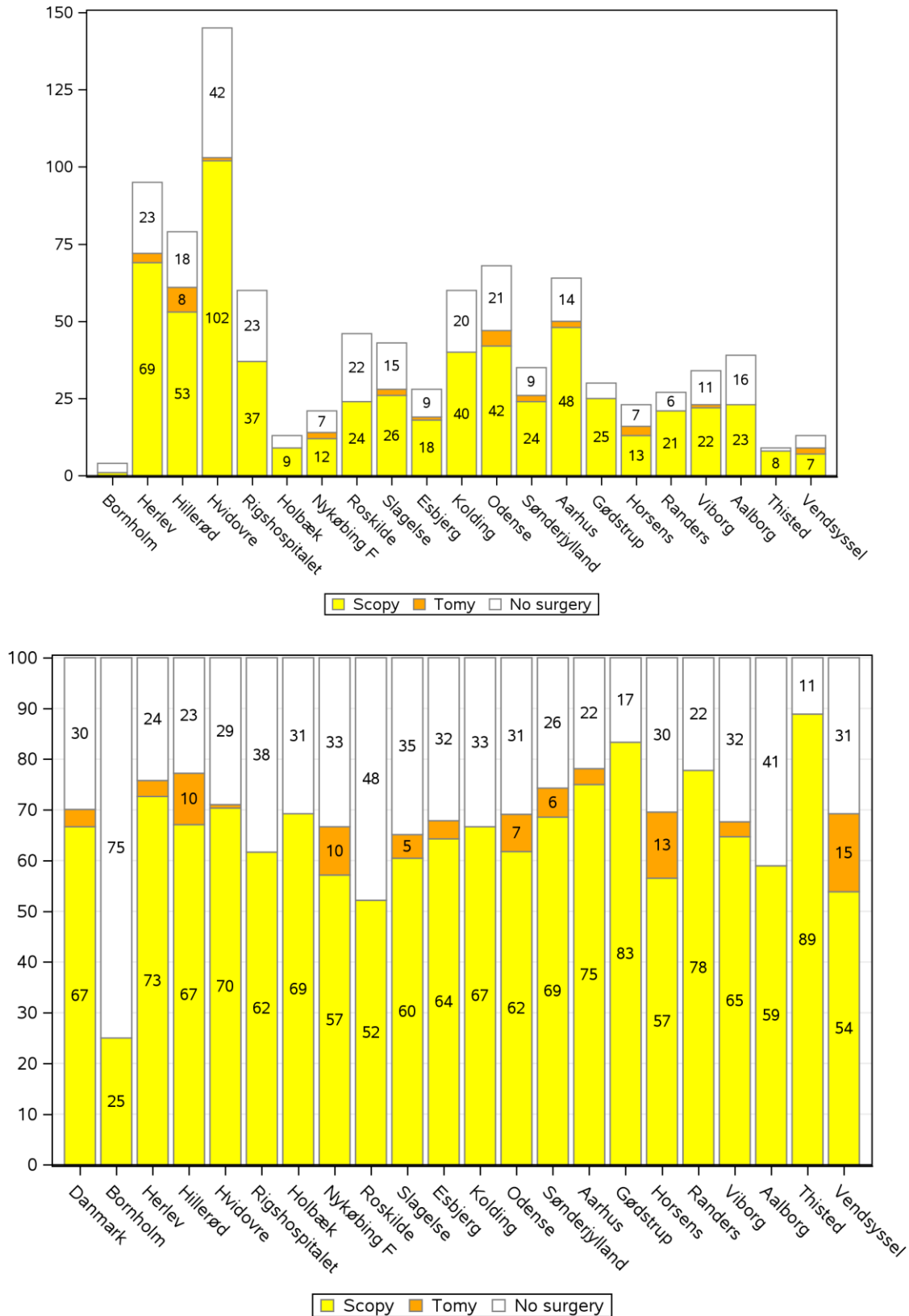


Fig. 3.4 Andelen af ekstrauterine graviditeter, som hhv. opereres ved laparoskopi, opereres ved laparotomi eller ikke opereres per afdeling 2023/2024 (øverst: antal; nederst: andel i procent)

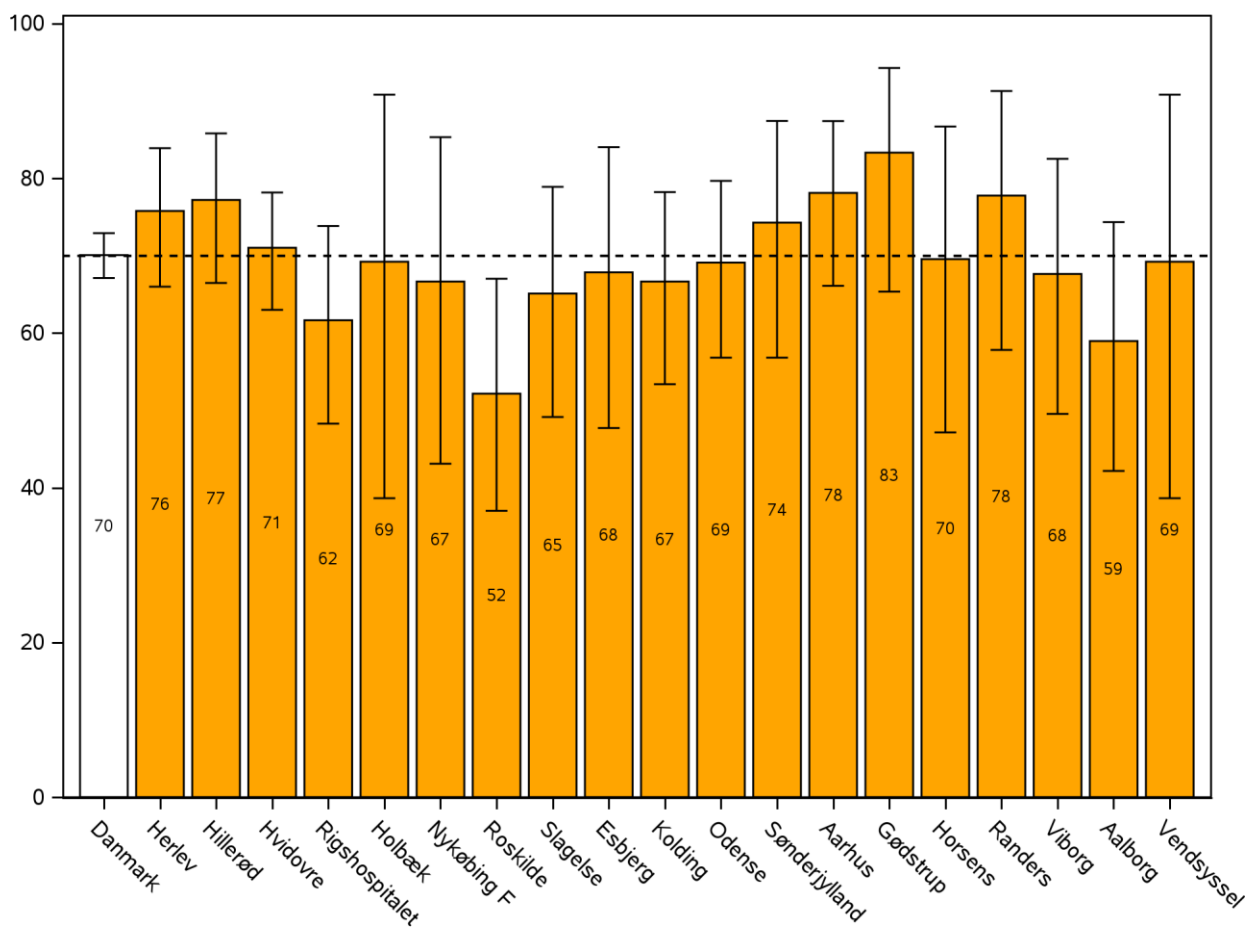
Fig. 3.4 Ectopic pregnancies undergoing laparoscopy, laparotomy and no surgery at different departments in 2023/2024. Absolute numbers indicated in columns. (Top: in absolute numbers, bottom: in percent)



Der er stadig variation i operationspraksis på de forskellige afdelinger, hvilket fremgår af **Fig. 3.4**. Andelen af opererede ligger over standarden på <70% på 8 afdelinger (**Fig. 3.5**). Andelen af kvinder med ekstrauterin graviditet, som opereres på forskellige afdelinger, varierer fra 52% i Roskilde til 83% i Gødstrup. Vi må antage, at en betydelig del af de 286 kvinder, som ikke opereres på de enkelte afdelinger, behandles medicinsk med Methotrexat, til trods for at kun 46 ikke-opererede kvinder, er registreret med denne behandlingskode i 2023/24.

Fig. 3.5 Indikator 6. Andelen af ekstrauterine graviditeter, som opereres indenfor 4 uger fra primær diagnose, 2023/2024

Fig. 3.5 (indikator 6) Ectopic pregnancies undergoing treatment at different departments in 2023/2024. 95% CI indicated

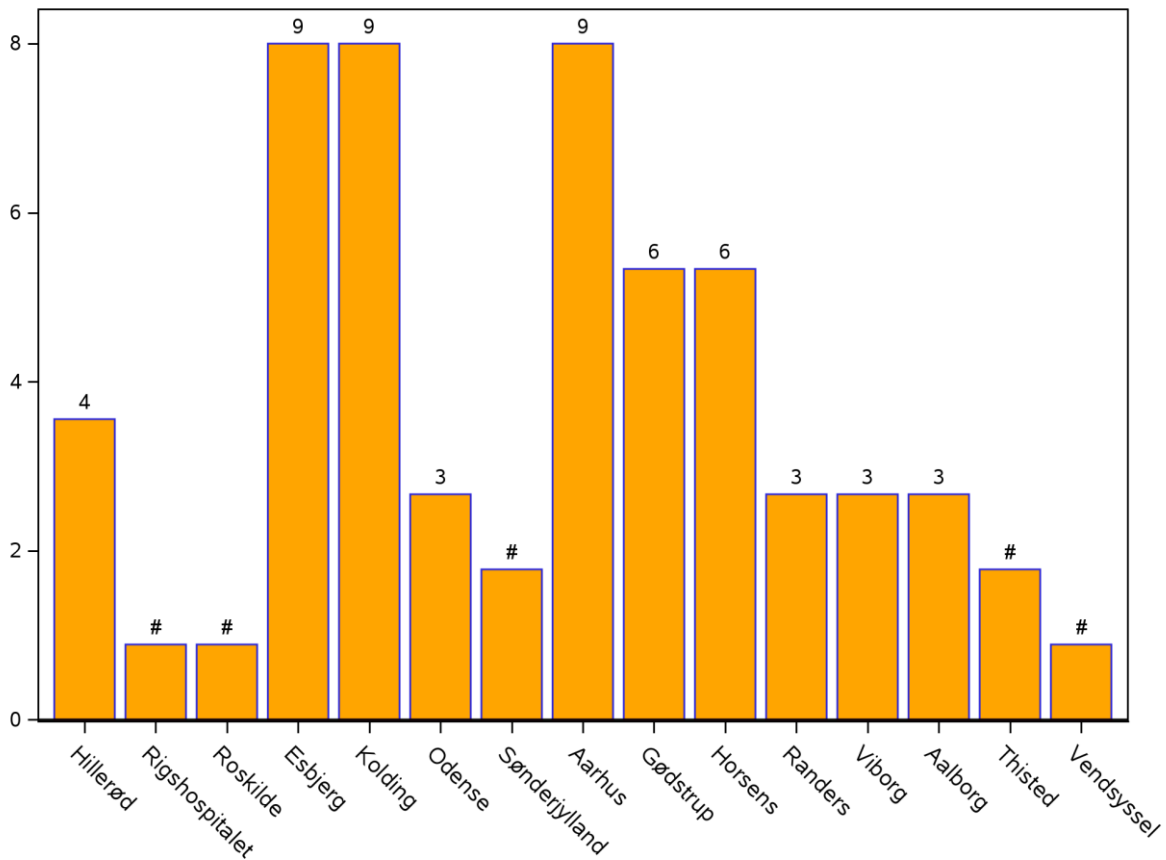


Graviditet med ukendt lokalisation (PUL= pregnancy unknown localisation)

PUL-koden DO022 blev introduceret primo 2012 og er nu i en udfasningsproces, så koden kun 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. I 2023/24 blev koden anvendt 62 gange. Sidste år blev koden anvendt 212 gange.

Fig. 3.6 Antal graviditeter med ukendt lokalisation (PUL) per afdeling, 2023/2024

Fig. 3.6 Number of pregnancy unknown location (PUL) registrations at different departments in 2023/2024. N=62.



Der var i 2023/24 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. Vi vil afsøge muligheden for en tidlig ab prov diagnose, fx DO048.

Appendiks 4. Mola hydatidosa

Antallet af kvinder med mola hydatidosa (i det følgende blot mola) er faldet med 39% gennem de seneste 20 år og er nu nede på 50 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 2004/05-2023/24

Fig. 4.1 Number of women with hydatidiform mole in Denmark 2004-2024. N=1,541.

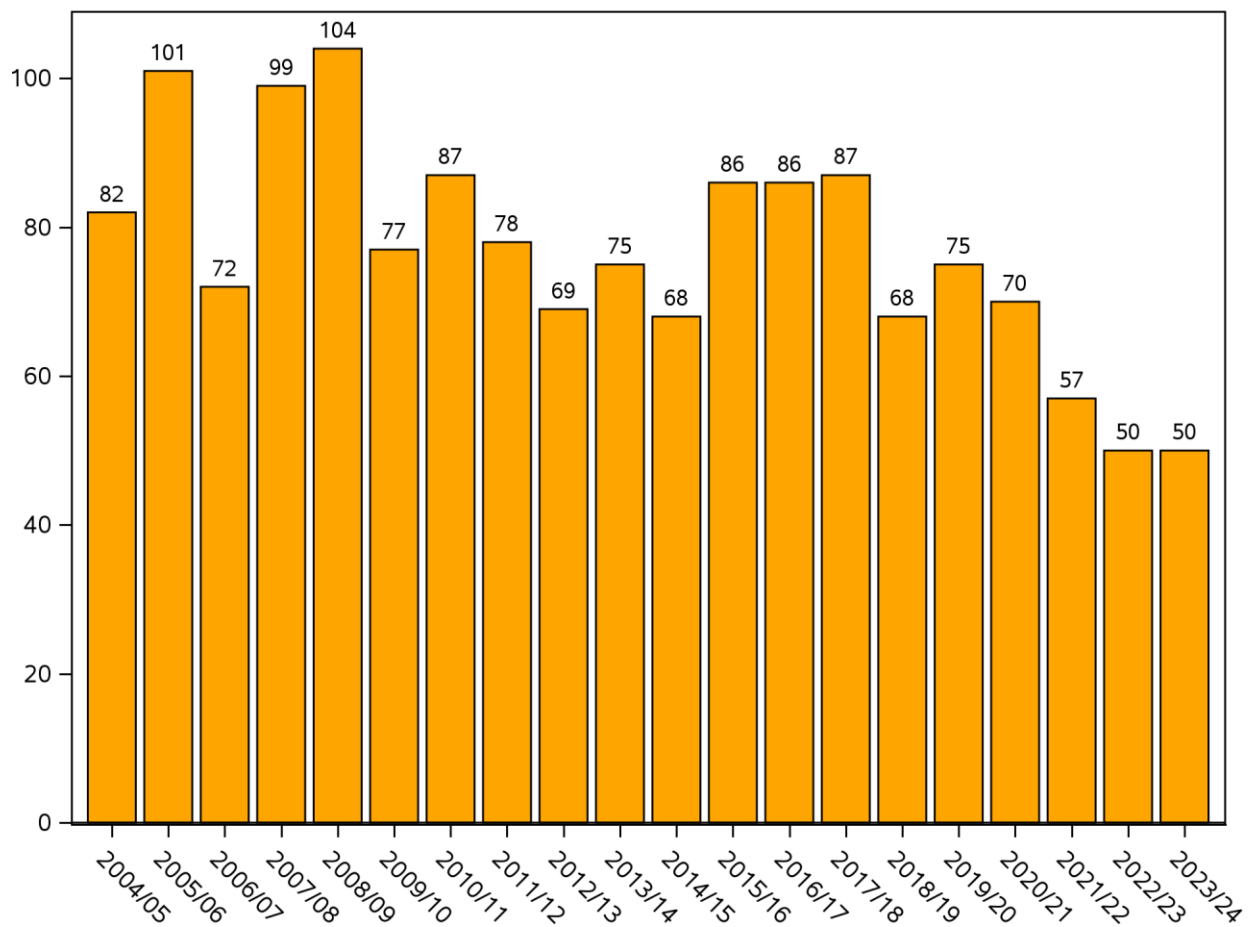
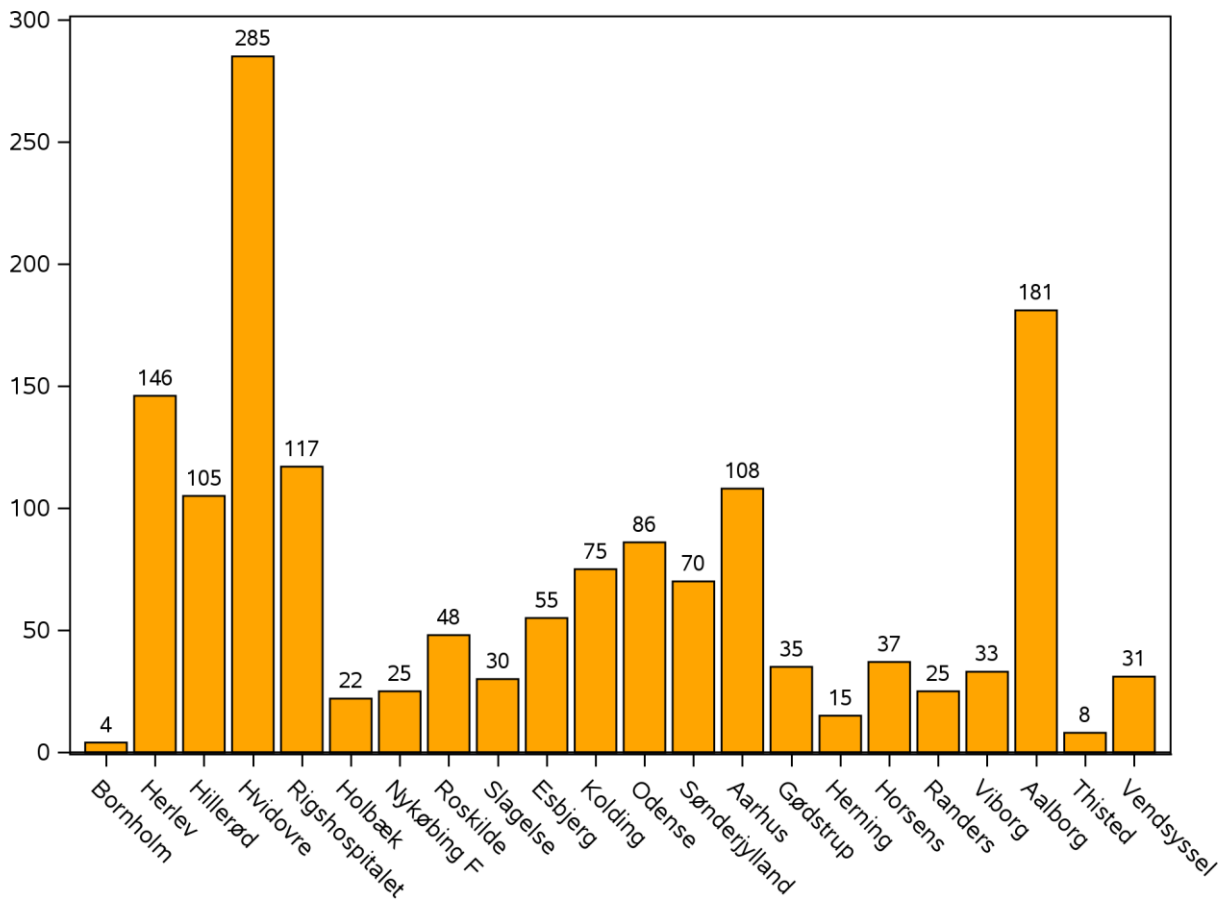


Fig. 4.2 Antal kvinder med mola hydatidosa per afdeling fra 2004/5 til 2023/2024**Fig. 4.2** Women with hydatidiform mole at gynaecological departments 2004/2024. N=1,541.

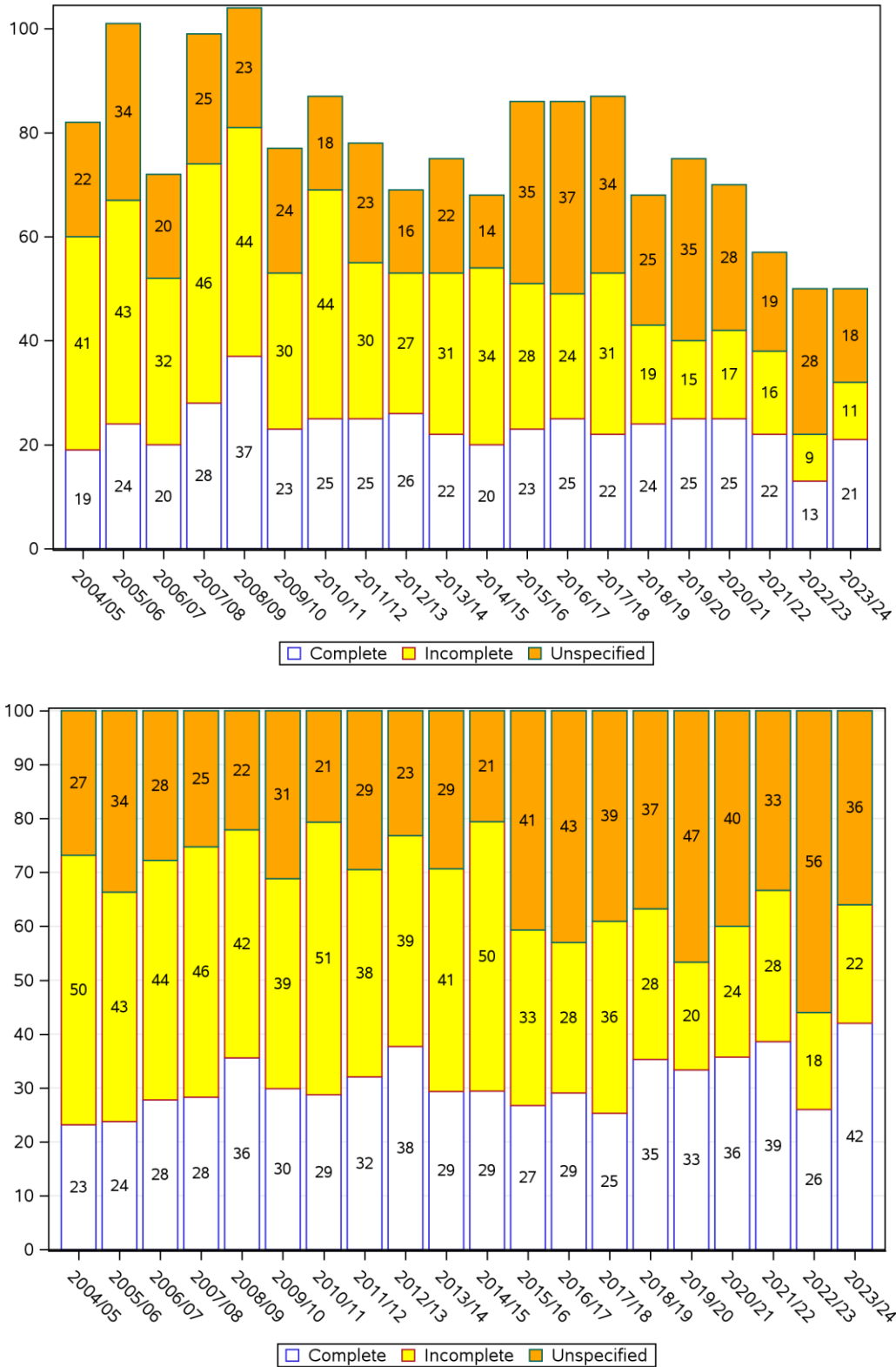
Andelen af komplet mola er øget lidt gennem hele perioden, mens partiel mola er faldet (**Fig. 4.3**). Det absolutte antal komplette mola har imidlertid ligget nogenlunde konstant på omkring 25 pr. år. Så hele faldet i antallet af mola over seneste 20 år kan primært tilskrives et fald i antallet af partielle mola. Reduktion i antallet af partielle mola kan hænge sammen med, at man ved tidlig medicinsk behandling af provokeret abort kan komme til at behandle nogen, som havde partiel mola. Da der ikke tilvejebringes mikroskopi på disse aborter, som tit foregår i eget hjem, stilles diagnosen derfor aldrig. Da recidiv-risikoen ved partiel mola er lille, og patienterne med genopblussen vil bløde og stige i s-hCG, udgør dette ikke noget væsentligt klinisk problem, idet patienterne vil henvende sig med disse klager. De 50 mola tilfælde i 2023/24 fordeler sig på 42% komplet mola, 22% partiel mola, og 36% uspecificeret mola. Det lave antal patienter med mola på de enkelte afdelinger muliggør ikke afdelingsspecifik opgørelse af kvalitet for et enkelt år.

Anbefaling

Den omstændighed, at faldet i partielle molaer har været større end faldet i komplette molaer tyder på, at noget af faldet skyldes, at en del partielle molaer i forbindelse med medicinske provokerede aborter aldrig diagnosticeres, men bliver behandlet ved den medicinske induktion. Færre bør kodes med uspecificeret mola, fx efter hvad der behandles efter. Vi vil til næste årsrapport opgøre, hvor stor en del af de, som har en uspecificeret mola senere i forløbet er registreret med en komplet eller inkomplet diagnose.

Fig. 4.3 Udvikling i typen af mola hydatidosa fra 2004/5-2023/24 (øverst: antal, nederst: andel i procent)

Fig. 4.3 Distribution of complete, incomplete and unspecified hydatidiform mole in Denmark 2004-2024. N=1,541. (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 %)

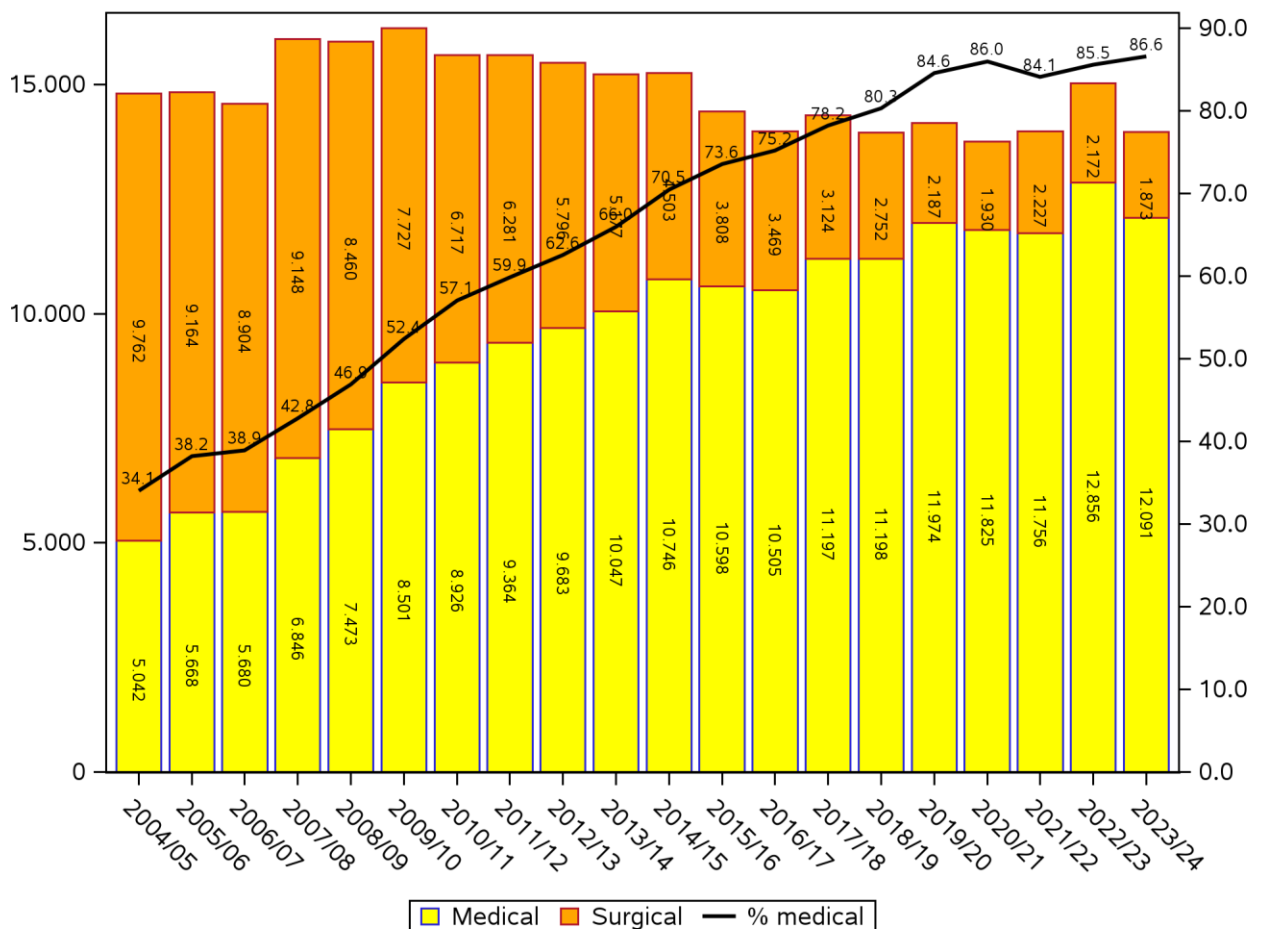
Indikator 10: Andel af kirurgisk behandlede, som re-evakueres (Standard: <3 %)

Produktion

Det samlede antal provokerede 1. trimester aborter er gennem de seneste 20 år faldet med 6% fra (fra 14.808 årlige tilfælde i 2004/05 til 13.964 i 2023/24) (**Fig. 5.1**). Samtidigt er andelen af de medicinsk behandlede aborter steget fra 34% til 87%.

Fig. 5.1 Udvikling i antallet af hhv. medicinsk og kirurgisk behandlede 1. trimester provokeret abort samt andelen af medicinsk behandlede, 2004/05-2023/24

Fig. 5.1 Medical and surgical 1st trimester abortion in Denmark 2004-2024 (Y1) and percent of medical abortions (Y2). N=297,157



Det fremgår, at andelen af medicinsk inducerede aborter har været stødt stigende og nu udgør knap 87% af alle 1.trimester aborter. Ting tager tid, det er nu over 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 (**Fig. 5.2**). Det fremgår desuden, at andelen af aborter, som foregår inden 8 uger, er steget med 38% i den 20-årige periode fra 50% i 2004/05 til 81% i 2023/24.

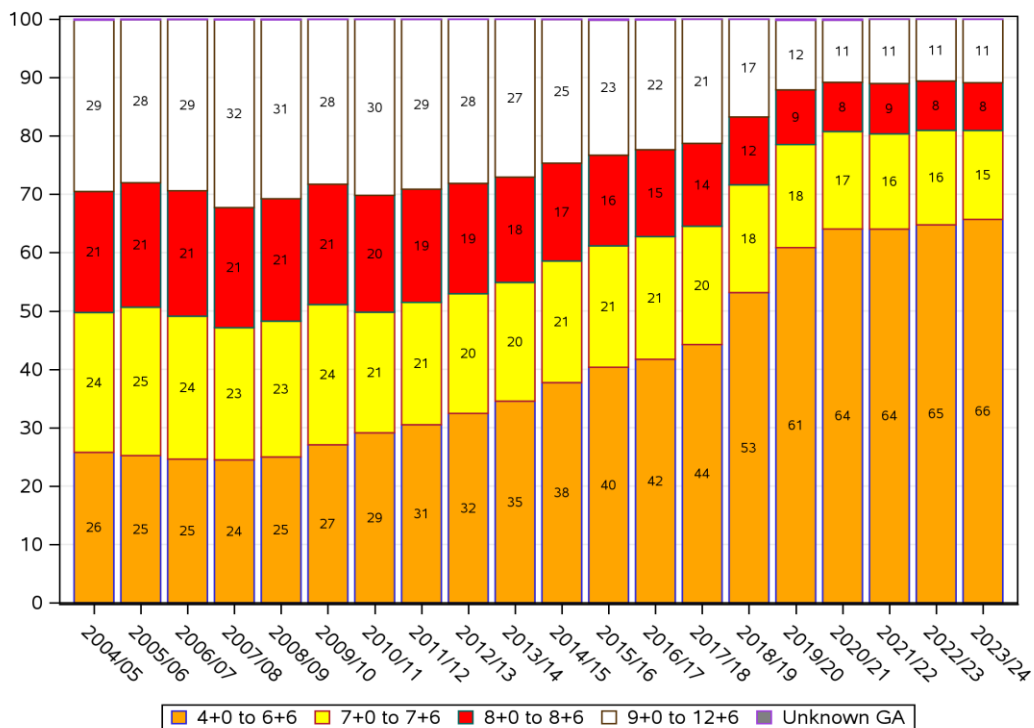
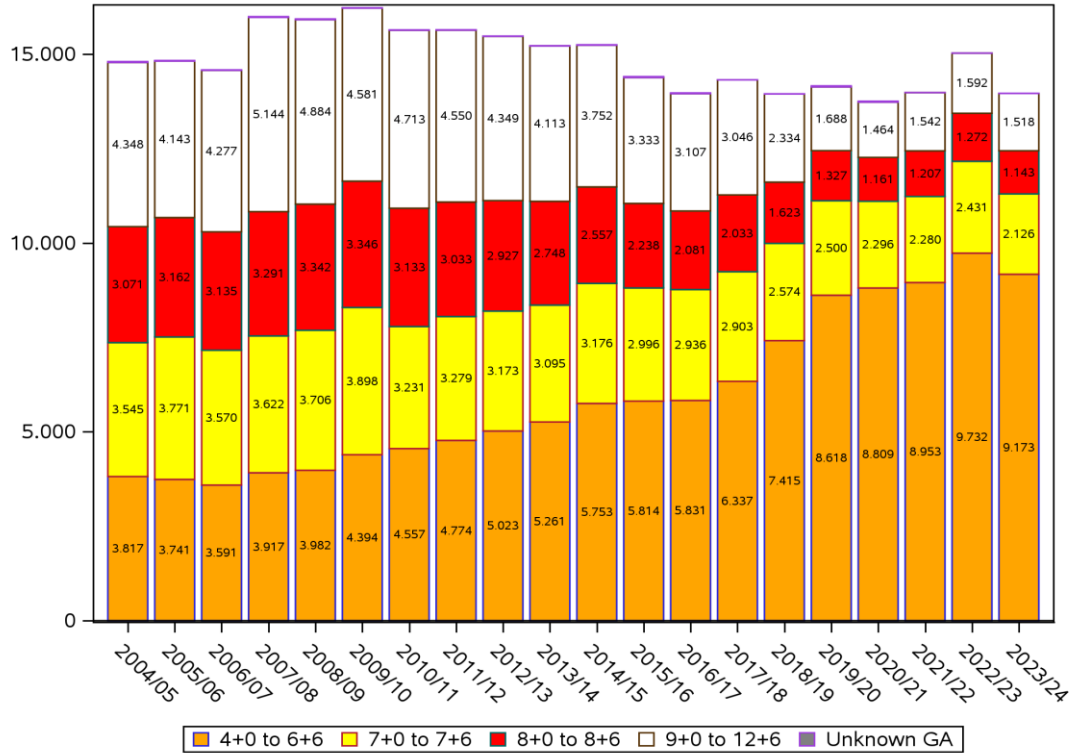
Den tidligere visitation af kvinder til provokeret abort indebærer et væsentligt kvalitetsløft af tre grunde. For det første er blødningskomplikationer ved provokeret abort direkte korreleret til gestationsalderen, således, at jo tidligere aborten gennemføres, jo færre vil opleve blødningsproblemer. 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.

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. 5.2 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 2004-2024. N=297,157. (Top: in absolute numbers, bottom: in percent)



Da indikatorerne for 1. trimester provokeret abort kun opgøres på regionsniveau, er Fig. 5.3 (opgørelse på afdelingsniveau) afviklet.

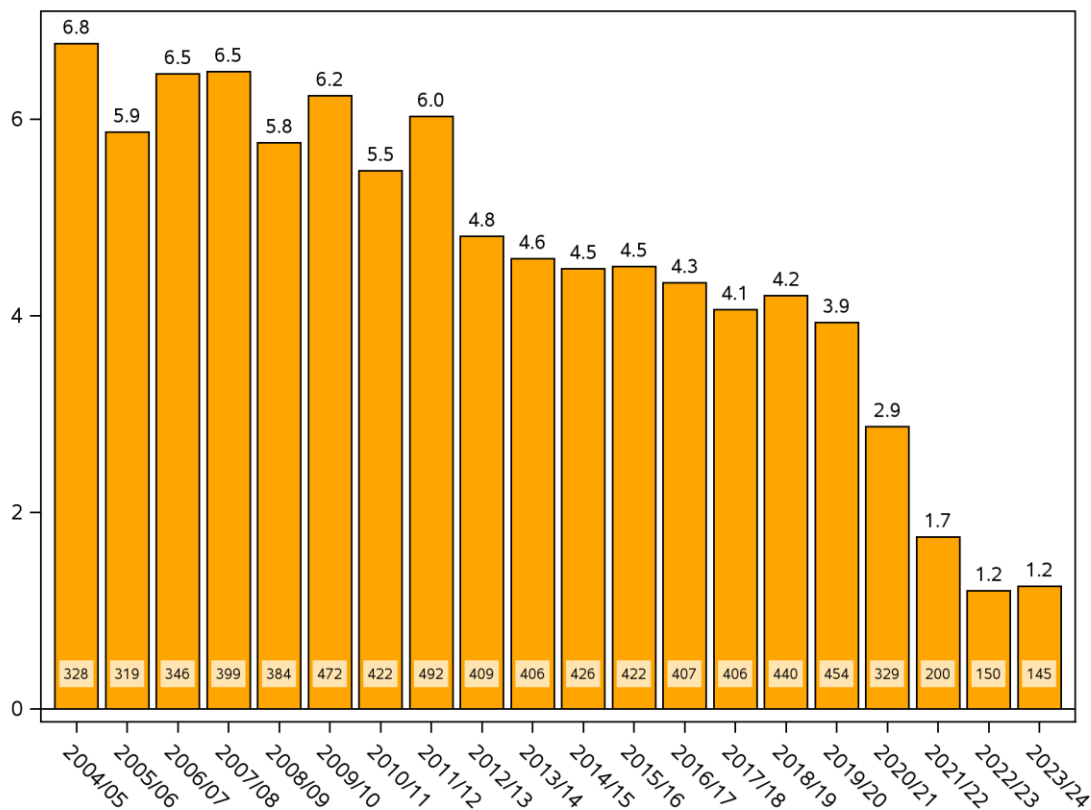
Kirurgisk evakuering efter medicinsk induceret abort

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) 2004/05-2023/24 (absolut antal evakuerede i bunden af hver søjle)

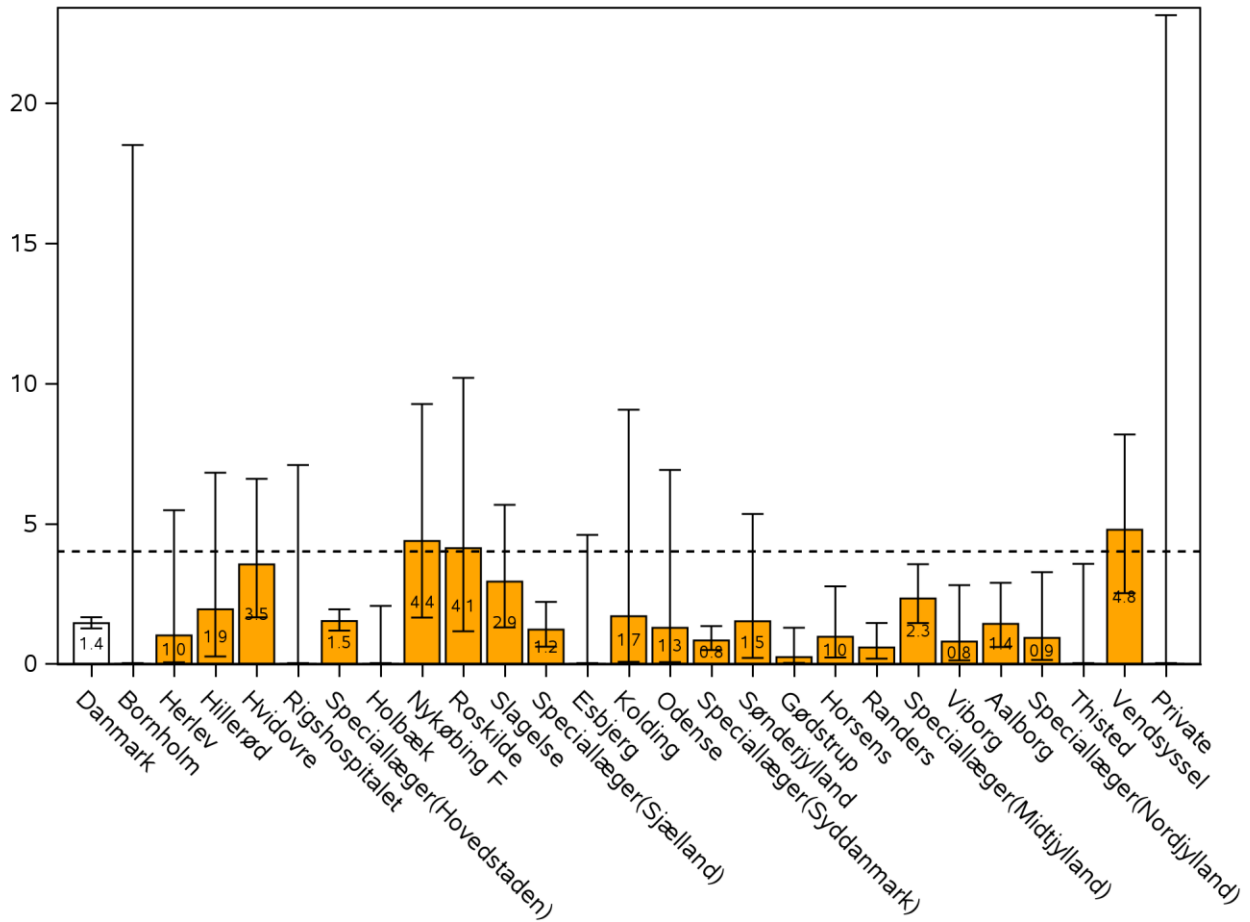
Fig. 5.4 Evacuation (%) after medical induction of 1st trimester abortion in Denmark 2004-2024. Gestational age up to 8+6. N=176,459, N'Evacuation'=7,356. Absolute number of evacuated indicated in bottom of each column.



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, 2023/2024

Fig. 5.5 (indikator 9) Proportion (%) of medically treated 1st trimester abortions that is undergoing evacuation at different departments in 2023/2024. N=11,604, n=168. 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 en blanding 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 2004-2024. N=105,188, N'Re-evacuation'=2,120. Absolute number of re-evacuated indicated in bottom of each column.

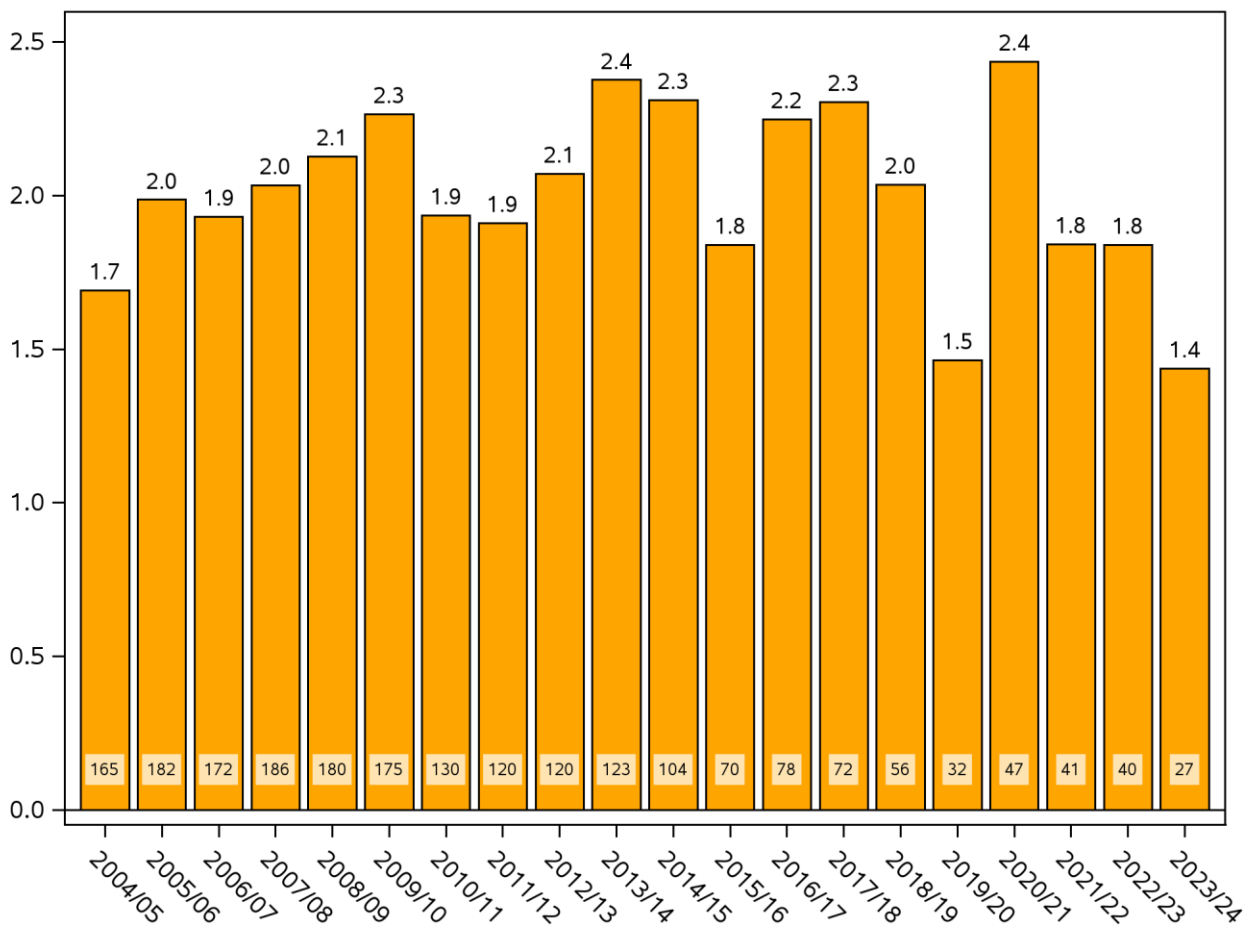
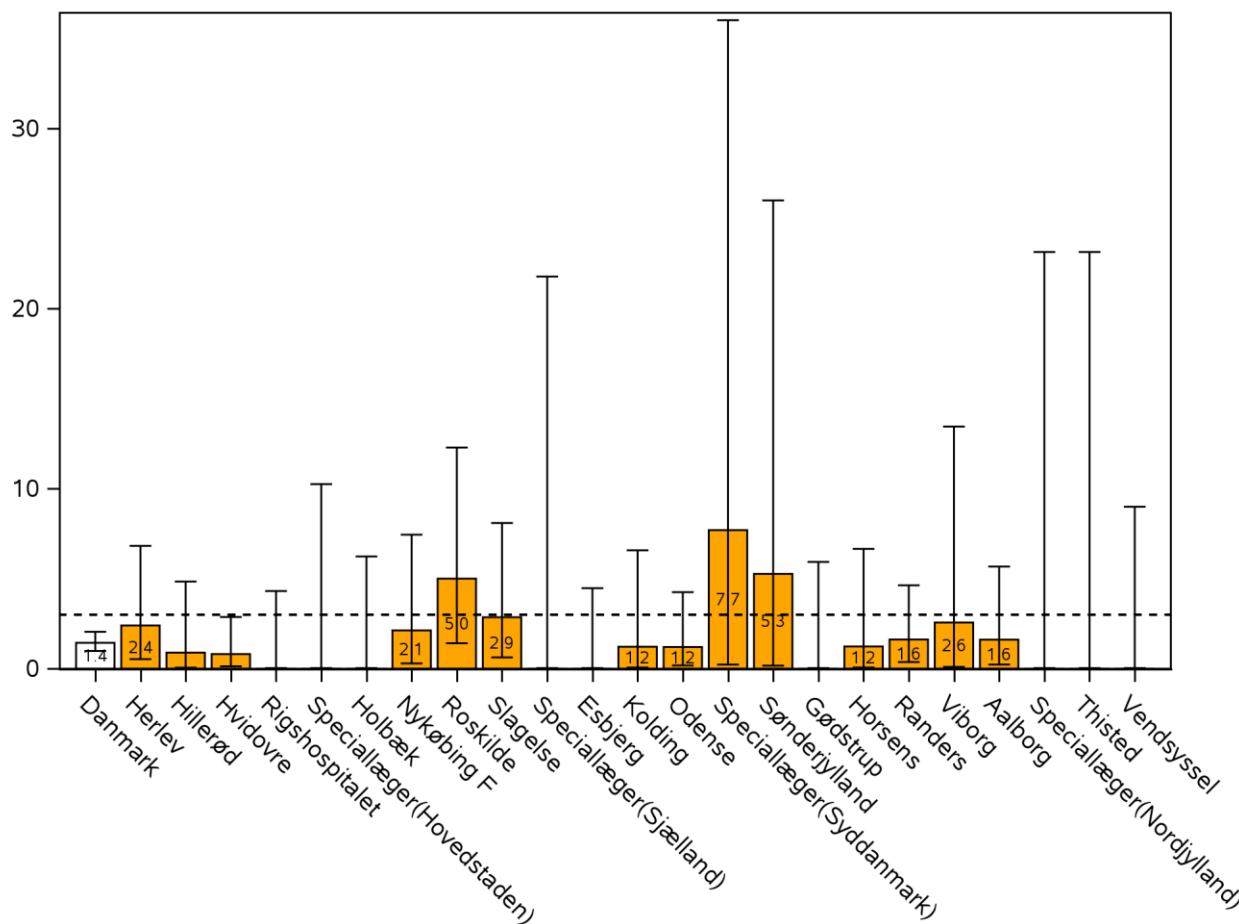


Fig. 5.7 (Indikator 10) Andelen af kvinder med 1. trimester kirurgisk induceret provokeret abort, som re- evakueres per afdeling, 2022/2023

Fig. 5.7 (indikator 10) Proportion or re-evacuation after surgical induced 1st trimester abortion at different departments in 2023/2024. N=1,867, n=27. 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. Derudover stiger risikoen for transfusionskrævende blødning med stigende alder ved kirurgisk abort, men ikke ved medicinsk abort, hvor risikoen derimod stiger med stigende gestationsalder. Selvom det således drejer sig om mindre end 1% af dem, som gennemgår en provokeret abort, er det afgørende, at alle kvinder informeres om denne risiko, samt om de forholdsregler der skal tages, hvis man oplever en sådan voldsom blødning. Det er primært de første uger efter aborten, at disse blødningskomplikationer opstår, men de kan i sjældne tilfælde også indtræffe senere.

Infektion efter provokeret abort

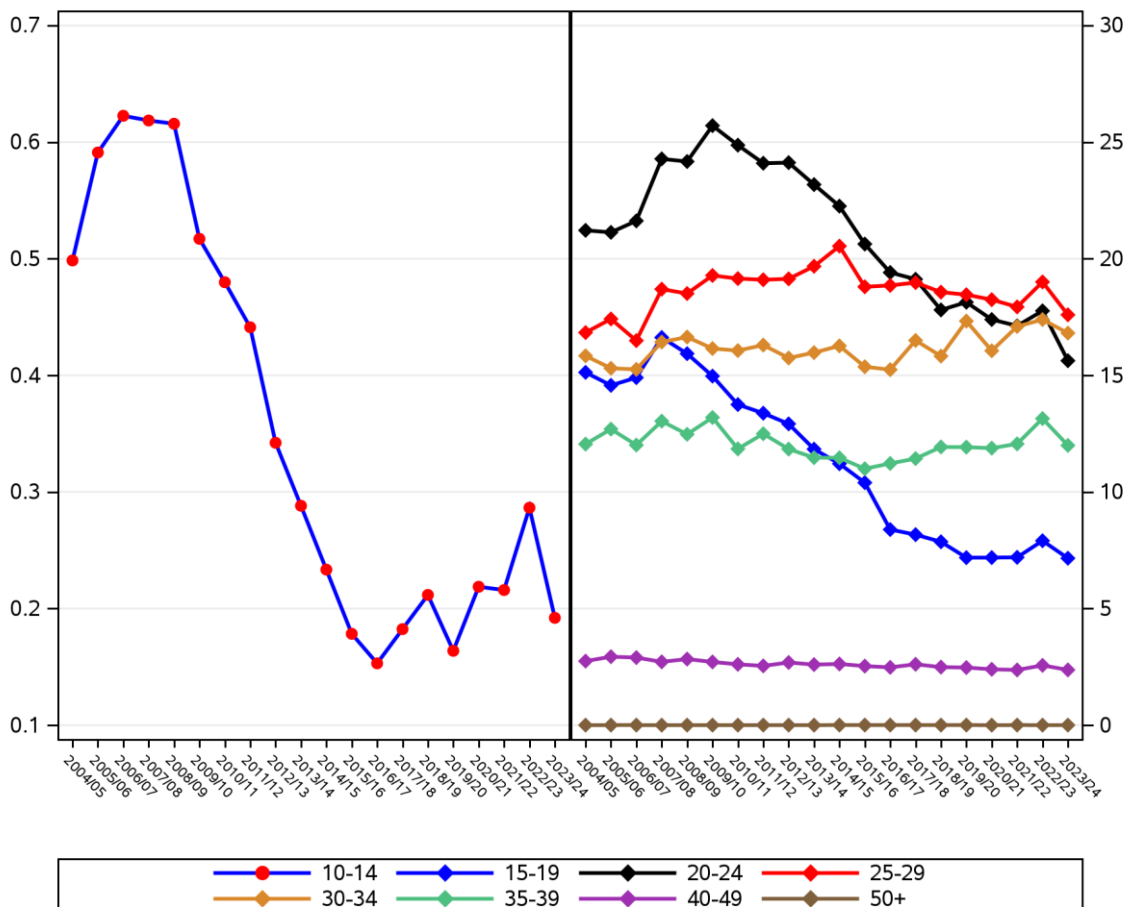
Risikoen for indlæggelseskrævende infektion efter kirurgisk provokeret 1. trimester abort er dobbelt så stor (1,6%) som efter medicinsk abort (0,7%). Tallene på de enkelte afdelinger er for små til at opgøre med nogen meningsfuld statistisk præcision.

Udviklingen i provokerede aborter i forskellige aldersgrupper

Vi har udarbejdet en aldersspecifik statistik over udviklingen i provokerede aborter gennem de seneste 20 år (**Fig. 5.8**). Der ses forskellig udvikling i hyppigheden af provokerede aborter således, at de yngre kvinder har haft en stigende hyppighed af aborter frem til omkring 2008. Gennem senere år er udviklingen imidlertid vendt for kvinder under 25 år, mens kvinder i alderen 25-34 år har oplevet nogenlunde stabile rater fra 2009. En særlig opmuntring er det, at raten af provokerede aborter blandt de yngste under 15 år, trods små udsving, holder sig lavt. Afvigelsen fra 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, 2004/05-2023/24

Fig. 5.8 Age specific incidence rates of induced abortions in Denmark 2004/2024. Incidence per 1,000 persons per year in each age group. N=297,157



Tabel 5.1 Aldersspecifikke antal 1. trimester provokerede aborter, 2009/10-2023/24

	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-49	50+
2009/10	87	2.559	4.116	2.989	2.847	2.541	1.088	#
2010/11	80	2.387	4.115	2.968	2.744	2.302	1.047	0
2011/12	73	2.339	4.112	2.994	2.715	2.387	1.023	#
2012/13	56	2.253	4.259	3.052	2.572	2.200	1.085	#
2013/14	47	2.056	4.188	3.237	2.558	2.096	1.042	0
2014/15	38	1.926	4.113	3.496	2.575	2.050	1.046	5
2015/16	29	1.778	3.902	3.329	2.447	1.914	1.003	4
2016/17	25	1.429	3.711	3.453	2.473	1.916	963	4
2017/18	30	1.378	3.664	3.595	2.729	1.922	999	4
2018/19	35	1.322	3.389	3.592	2.697	1.966	946	3
2019/20	27	1.204	3.390	3.625	3.041	1.937	932	5
2020/21	36	1.199	3.201	3.602	2.894	1.927	896	0
2021/22	35	1.208	3.149	3.562	3.167	1.987	871	4
2022/23	46	1.346	3.276	3.815	3.372	2.239	933	#
2023/24	30	1.225	2.888	3.532	3.331	2.107	849	#
<i>Total</i>	674	25.609	55.473	50.841	42.162	31.491	14.723	37

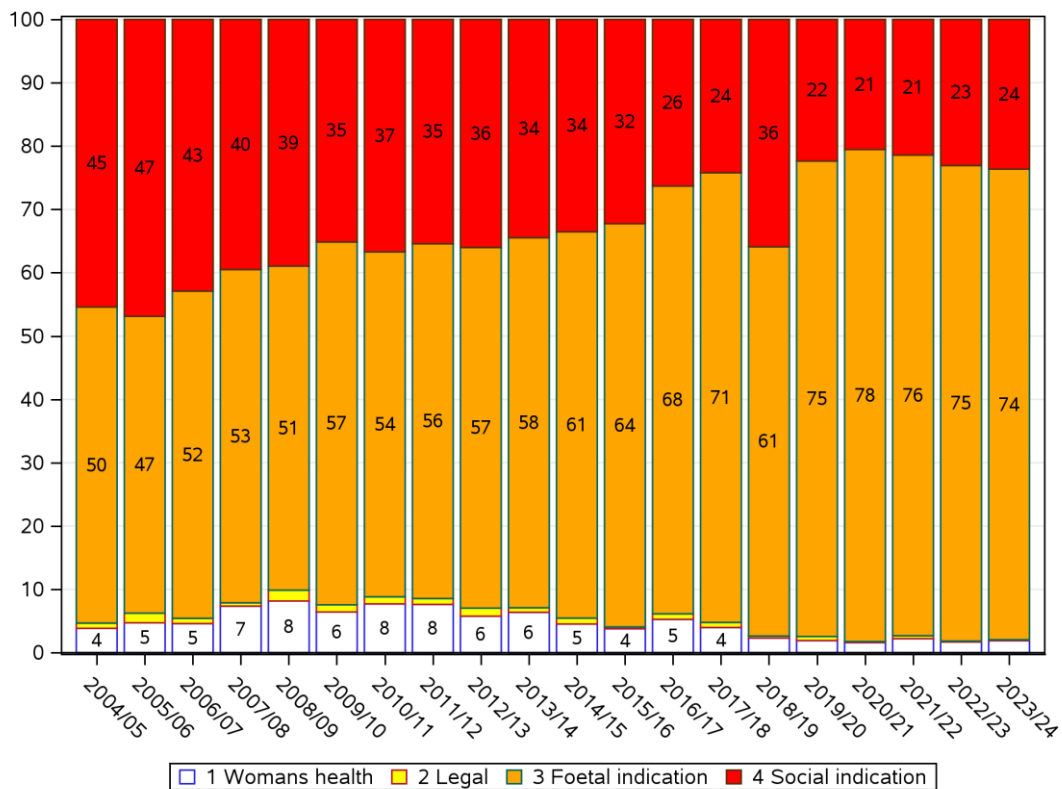
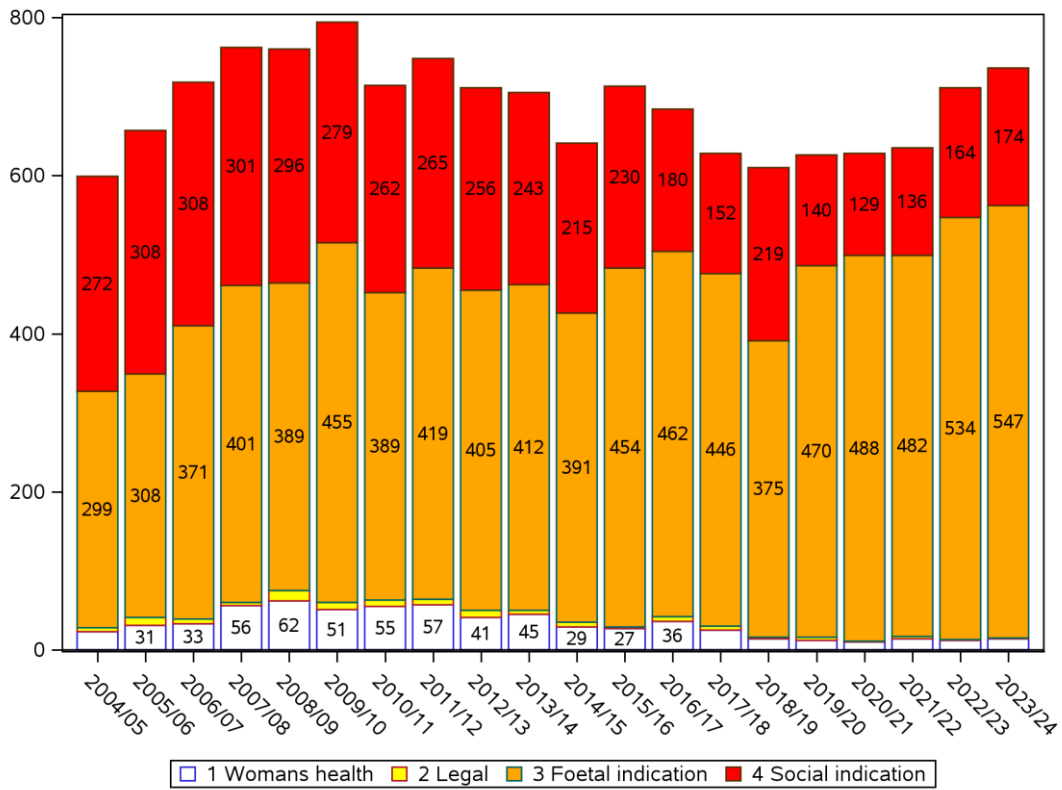
Appendiks 6. Provokeret abort, 2. trimester

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**). Stigningen fra 2002 alene skyldes en stigning i antallet af provokerede aborter på føtal indikation, som i dag udgør indikationen for 74% af alle anden trimester aborter. Den anden hovedindikation er sociale omstændigheder (24%), 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 2004/5-2023/24 (øverst: antal, nederst: andel i procent)

Fig. 6.1 Induced 2nd trimester abortion in Denmark 2004-2024 after indication. N=13,780. (Top: in absolute numbers, bottom: in percent)

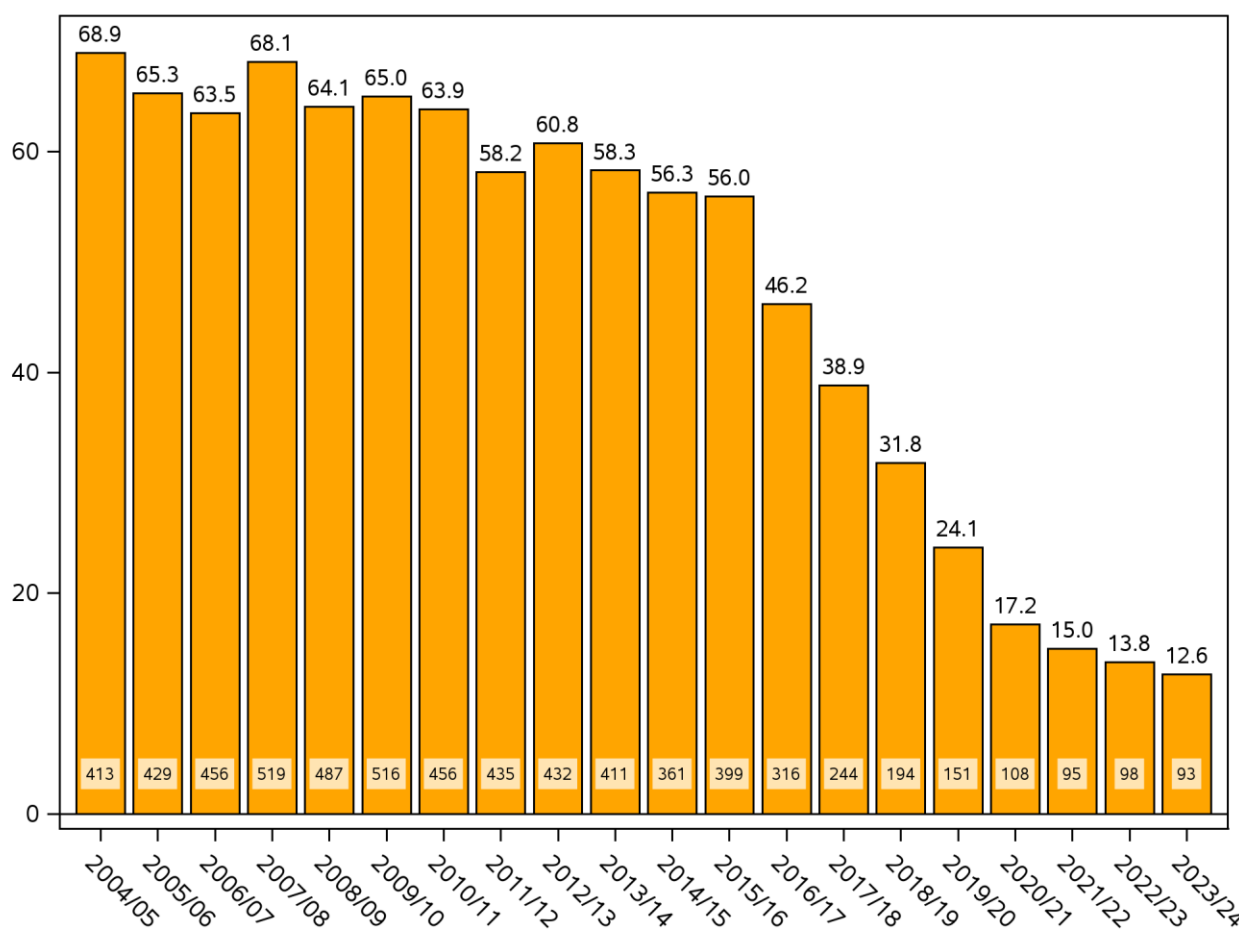


Evacuatio efter 2. trimester (provokeret) abort

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 13% (**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 2004-2024. N=13,780, N'Evacuation'=6,613. 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 2023 til 30/6 2024 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, eller spontane aborter som

behandles i speciallægepraksis eller almen praksis, indgår således ikke i tabellen. Det totale antal spontane graviditeter er derfor underestimeret en smule. Ud af i alt 72.664 estimerede spontane graviditeter, resulterer 70% (50.597) i en fødsel (både levende- og dødfødsler er inkluderet); 20% (14.601) i en provokeret abort; 9% (6.473) i en tilgrundegået graviditet; 1,2% (881) i en ekstrauterin graviditet; 0,1% i hhv. en PUL graviditet (62) og ender i en mola graviditet (50) (jf. også **Tabel 1** i rapporten).

Tabel 7.1 Graviditetsudfald i perioden 1/7 2023 til 30/6 2024 af hhv. spontant etablerede graviditeter, IUI-behandlinger, IVF/ICSI, FER og Ægdonation (N=78.504)

	Etableringsmetode									
	Spontan graviditet		IUI		IVF/ICSI		ART		Ægdonation	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Graviditetsudfald										
Fødsel	50.597	69,6	1.467	92,6	1.628	83,9	3.027	83,9	13	92,9
Provokeret abort	14.601	20,1	14	0,9	39	2,0	45	1,2	#	7,1
Tilgrundegået graviditet	6.473	8,9	86	5,4	248	12,8	493	13,7	.	.
Ekstrauterin graviditet	881	1,2	18	1,1	26	1,3	42	1,2	.	.
PUL	62	0,1	.	.	.	.	.	.	.	.
Mola	50	0,1	.	.	.	.	.	.	.	.
Total	72.664	100,0	1.585	100,0	1.941	100,0	3.607	100,0	14	100,0

ART og IUI graviditeter

Af de estimerede graviditeter udgør 91% (72.664/79.881) spontant etablerede graviditeter, mens 9% (7.147) er etableret ved hjælp af IUI-behandling og ART.

Blandt IUI-behandlingerne resulterer 90% (1.467) i en fødsel (både levende- og dødsfødsler er inkluderet); 0,9% (14) i en provokeret abort; 5,4% (86) i en tilgrundegået graviditet; og 1,1% (18) i en ekstrauterin graviditet. Andelen af provokeret abort blandt ART behandlede graviditeter ligger mellem 1,1% (IVF/ICSI) og 7,1% (ægdonation). Til sammenligning er andelen 20,1% blandt spontant etablerede graviditeter og 0,9% efter IUI-behandling.

Kommentar

Det er bemærkelsesværdigt, at der, også blandt fertilitetsgraviditeterne, kun er omkring 1,2%, som ender med en ekstrauterin graviditet, hvilket er samme niveau som de spontant konciperede udfald. Dette kunne være yderligere en gevinst ved det reducerede antal æg, som transfereres.

Fig. 7.1a. viser sammenhængen mellem etableringstype og graviditetsudfald (2023/24) 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 semilogaritmsk skala.

Fig. 7.1a Conceptions and outcomes in Denmark 2023/2024 (conceptions from 2022/2023). Relation between conception method and outcome. (Top: spontaneous conceptions in absolute numbers; bottom: ART conceptions in absolute numbers).

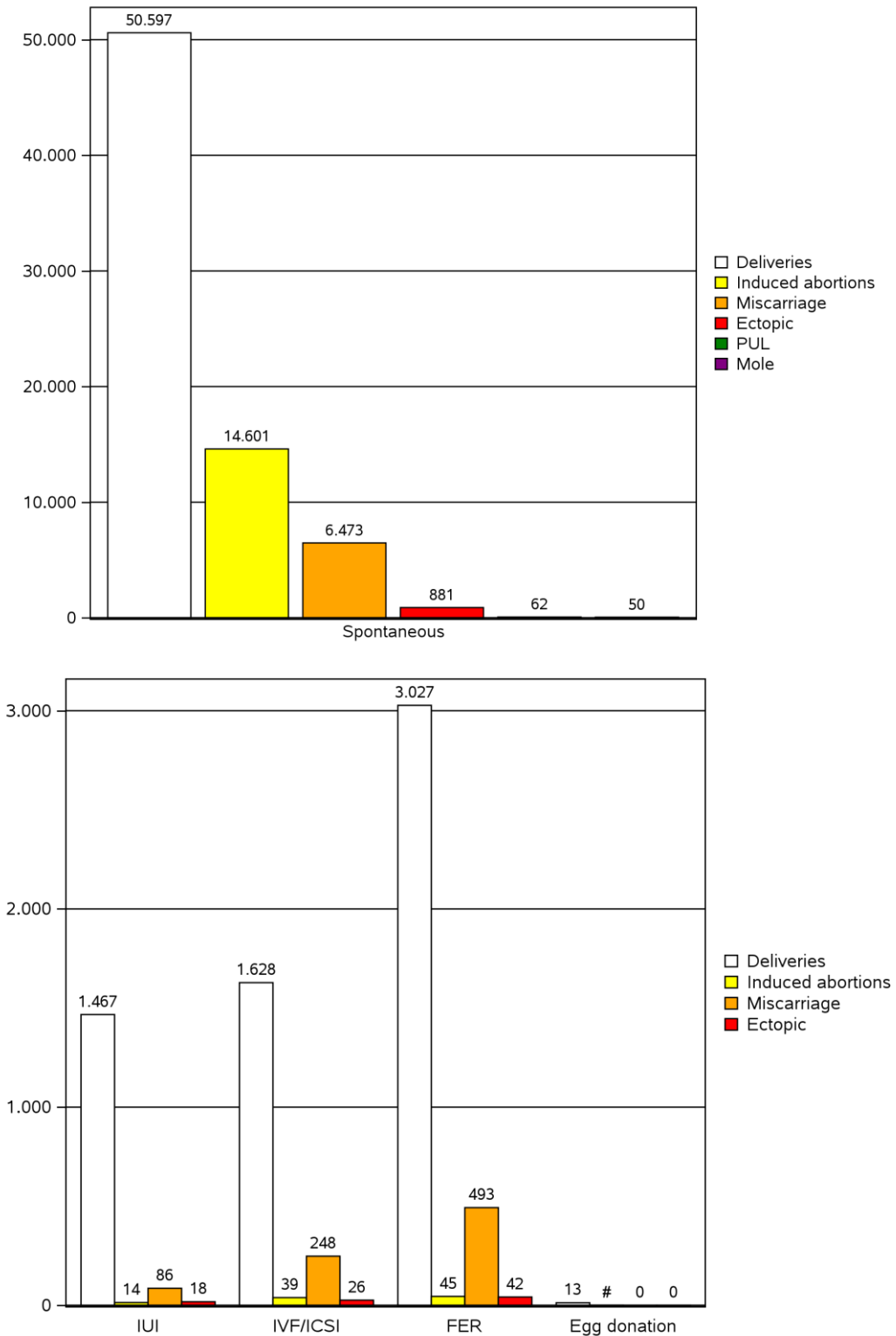
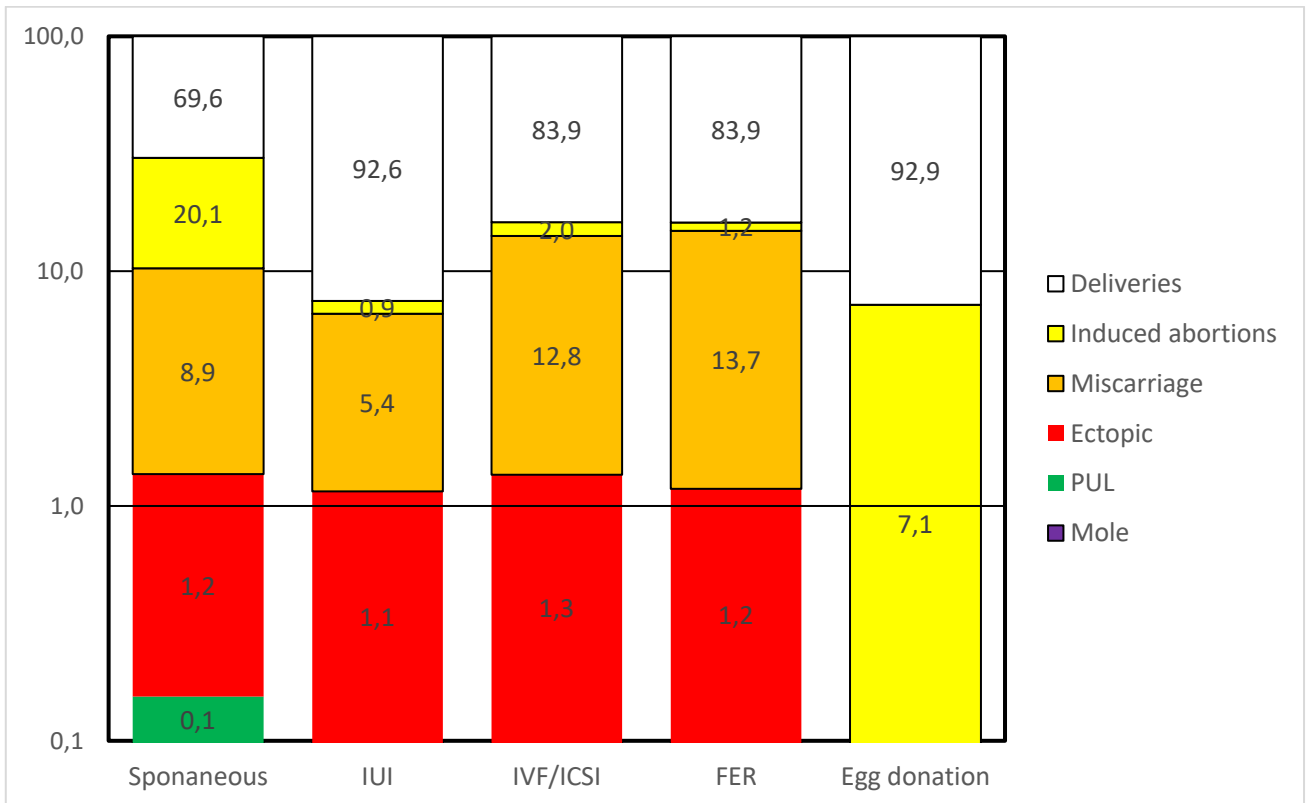
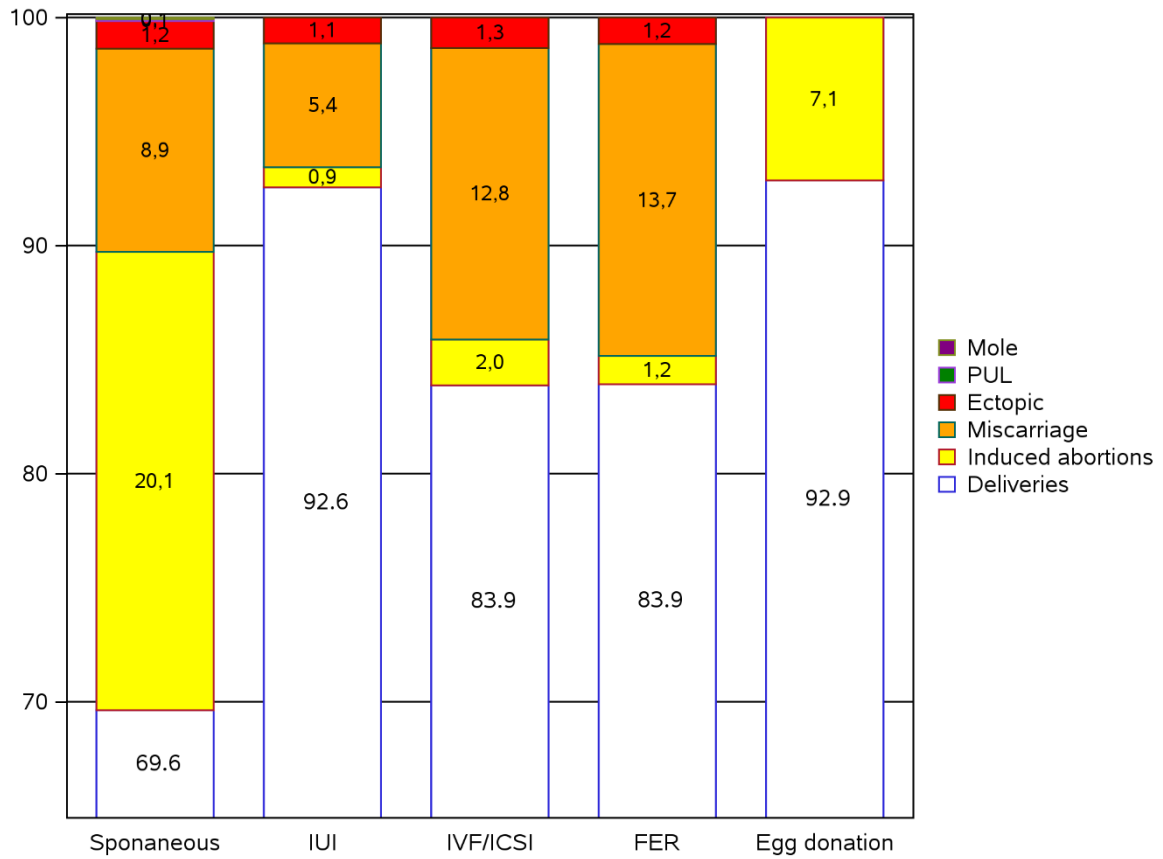


Fig. 7.1b Conceptions and outcomes in Denmark 2023/2024 (conceptions from 2022/2023). Relation between conception method and outcome. (Top: in percent; bottom: percent in semi logarithmic scale).

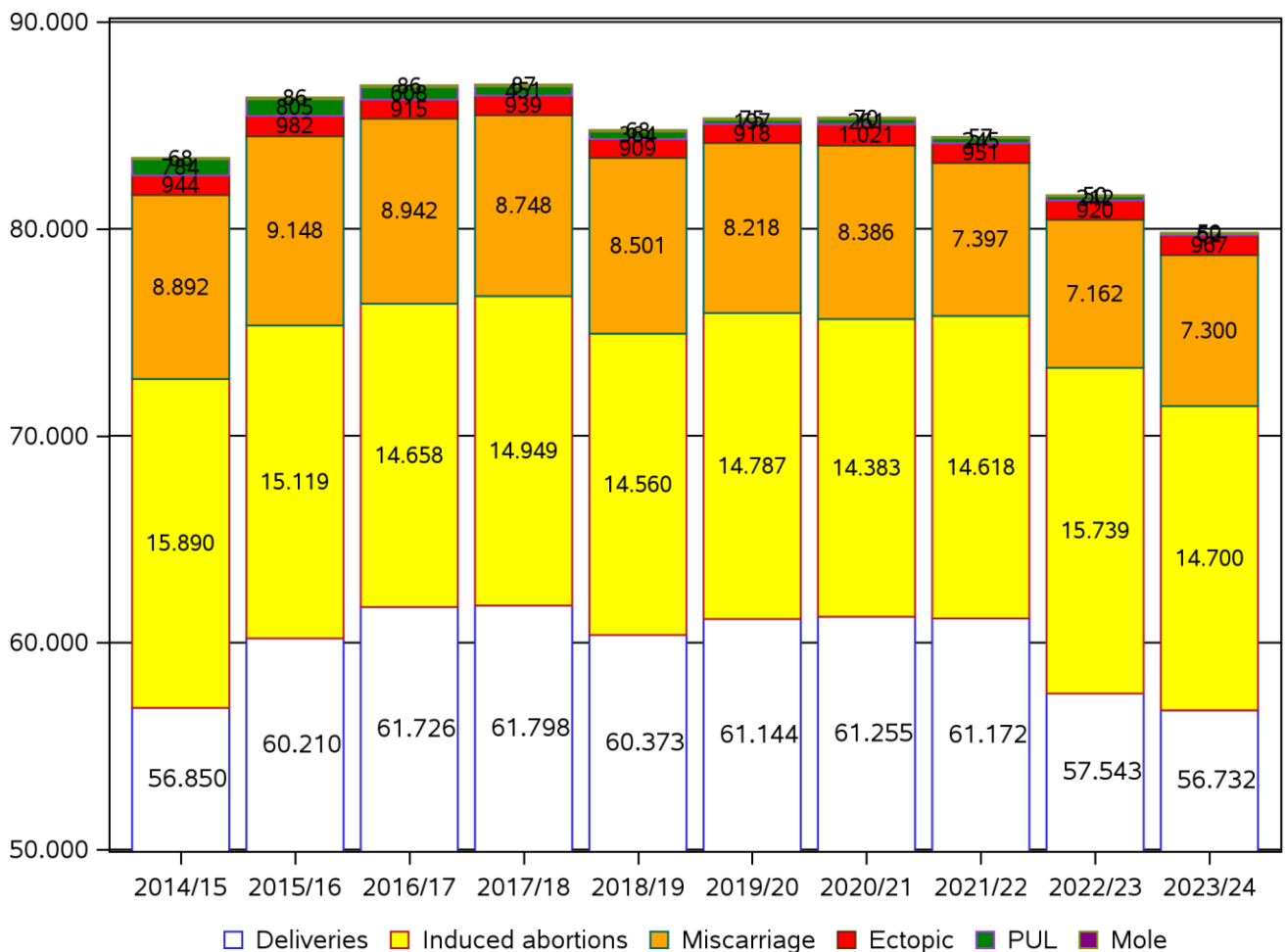


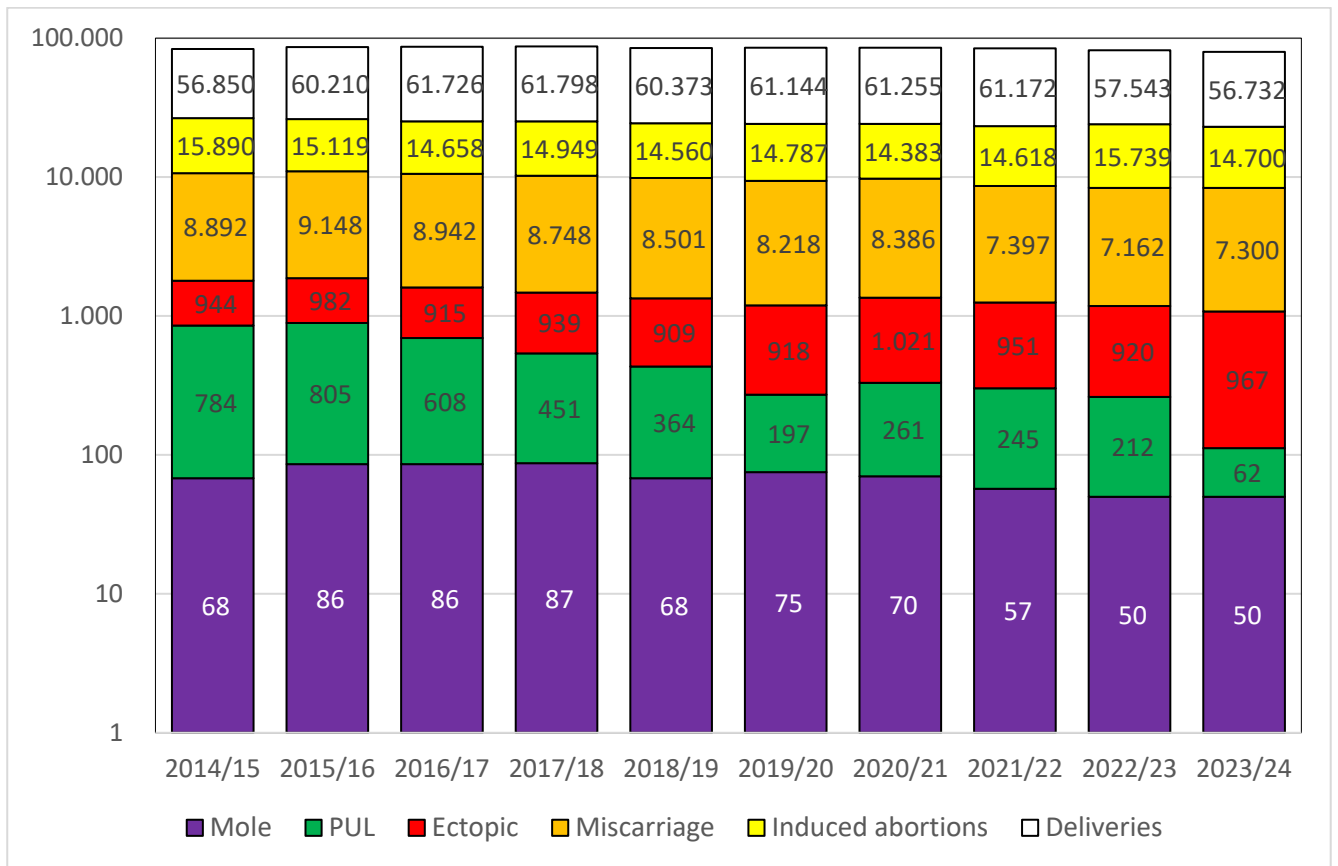
Appendiks 8. Graviditeter i Danmark

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 hospital, er således ikke med i opgørelsen. En graviditet tæller med, hvis der er registreret en abort (LPR eller SEI) eller et fødselsudfald (levende- eller dødfødsel 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 2014-2024. N=845,052. (Top: in absolute numbers, bottom: in percent)





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 2024

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 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: 03, Social: 06-08 Misdannelse: 04/05	DQ kode	
Evacuatio efter sen medicinsk induceret abort	DO 088L	KMBA 00 / 03*
Truende abort		
Abortus imminens (levende eller uafklaret intrauterin graviditet)	DO 200	*)
Spontan abort / missed abortion		
Komplet spontan abort uden evac., ukompliceret	DO 039	*)
Inkomplet spontan abort uden behandling	DO 034	*)
Evacuatio ved inkomplet spont. Abort med infektion	DO 030	KMBA 00*
Evacuatio ved inkomplet spont. Abort med blødning	DO 031	KMBA 00*
Evacuatio ved missed abortion	DO 021	KMBA 00*
Med. Kombinations beh. af missed abortion/blighted ovum	DO 021/020	BKHD 52*
Kontrol efter abort med ultralydsskanning	DZ 098C	
Evac. Efter mislykket medicinsk behandling af sp. Abort	DO 088L	KMBA 00*
Evac. Efter mislykket medicinsk behandling af missed ab.	DO 088L	KMBA 00*
Re-evac efter mislykket kirurgisk behandling af missed ab.	DO 08.8L	KMWW 00*
Extrauterin graviditet		
Methotrexatbehandling af ekstrauterin graviditet	DO 009	BKHE8*
Kirurgisk behandling af x-uterin graviditet: ved lapar. tubotomi:	DO 001	KLBC 21
Laparoskopisk salpingectomi	DO 001	KLBE 01
Graviditet uden kendt lokalisation (PUL)		
Bekræftet graviditet med ukendt lokalisation (foreløbig kode)	DZ321L	*)
PUL-koden DO 022 bør udgå		
Altid kodning af vaginal UL		UXUD82
Telefonsvar (fx hCG svar)		BVAA 33A

*) Husk altid kodning af gestationsalder. I SP foregår dette i obstetrisk historik. I øvrigt henvises til DSOG's kodningsliste: <https://static1.squarespace.com/static/5467abcce4b056d72594db79/t/62fbaaa15dc4f81cb908fcaf/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 2021-2024 hvor graviditetsdata har været anvendt

2021

1. Skakkebæk NE, Lindahl-Jacobsen R, Levine H, Andersson AM, Jørgensen N, Main KM, Lidegaard Ø, Priskorn L, Holmboe SA, Bräuner EV, Almstrup K, Franca LR, Znaor A, Kortenkamp A, Hart RJ, Juul A. [Environmental factors in declining human fertility](#). *Nat Rev Endocrinol* 2021 Dec 15. doi: 10.1038/s41574-021-00598-8. Online ahead of print. PMID: 34912078.
2. 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
3. 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
4. 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
5. Greiber IK, Mikkelsen AP, Karlsen MA, Storgaard L, Viuff JH, Mellemkjaer L, Hjortshøj CS, Lidegaard Ø. [Cancer in pregnancy increases the risk of venous thromboembolism: a nationwide cohort study](#). *BJOG* 2021; 128: 1151-1159. PMID: 33314607
6. 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
7. Mikkelsen AP, Greiber IK, Scheller NM, Lidegaard Ø. [Association of Labor Epidural Analgesia With Autism Spectrum Disorder in Children](#). *JAMA* 2021 Sep 28;326(12):1170-1177. doi: 10.1001/jama.2021.12655. PMID: 34581738
8. Kolte AM, Westergaard D, Lidegaard Ø, Brunak S, Nielsen HS. [The impact of early pregnancy complications on completed family size-A nationwide, registry-based cohort study with 40 years of data](#). *Acta Obstet Gynecol Scand* 2021 Dec;100(12):2226-2233. doi: 10.1111/aogs.14265. Epub 2021 Sep 21. PMID: 34546567
9. Glintborg D, Rubin KH, Kristensen SBM, Lidegaard Ø, T'Sjoen G, Burgwal A, Hilden M, Andersen MS. [Socioeconomic status in Danish transgender persons: a nationwide register-based cohort study](#). *Endocr Connect* 2021 Sep 20;10(9):1155-1166. doi: 10.1530/EC-21-0119. PMID: 34414901
10. Hilden M, Glintborg D, Andersen MS, Kyster N, Rasmussen SC, Tolstrup A, Lidegaard Ø. [Gender incongruence in Denmark, a quantitative assessment](#). *Acta Obstet Gynecol Scand* 2021 Oct;100(10):1800-1805. doi: 10.1111/aogs.14227. Epub 2021 Jul 22. PMID: 34296426
11. Meaidi A, Mørch L, Torp-Pedersen C, Lidegaard O. [Oral tranexamic acid and thrombosis risk in women](#). *EClinicalMedicine* 2021 May 6;35:100882. doi: 10.1016/j.eclinm.2021.100882. eCollection 2021 May. PMID: 34124632
12. Kristensen SI, Lidegaard Ø. [Hormonal contraceptive use in Denmark 2010-2019](#). *Dan Med J*. 2021 May 28;68(6):A08200599. PMID: 34060463
13. Rode L, Ekelund CK, Riishede I, Rasmussen S, Lidegaard Ø, Tabor A. [Prediction of preterm pre-eclampsia according to NICE and ACOG criteria: descriptive study of 597 492 Danish births from 2008 to 2017](#). *Ultrasound Obstet Gynecol* 2021 Oct;58(4):561-567. doi: 10.1002/uog.23693. PMID: 34021947
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. Tomás C, Colmorn L, Rasmussen S, Lidegaard Ø, Pinborg A, Andersen AN. [Annual incidence of severe ovarian hyperstimulation syndrome](#). *Dan Med J*. 2021; 68: A12190738. PMID: 33543701
16. 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
17. Lidegaard Ø, Cueto HTØ, Frøslev PA, Bautz A, Odby A. Dansk kvalitetsdatabase for tidlig graviditet og abort. Tigrab årsrapport 2019-20. *RKKP* 2021; 1-91.

2022

18. Tidemandsen C, Egerup P, Ulrik C, Backer V, Westergaard D, Mikkelsen AP, Lidegaard Ø, Nielsen HS. [Asthma is associated with pregnancy loss and recurrent pregnancy loss: A nationwide cohort study](#). [The Journal of allergy and clinical immunology](#) 2022; 10; 2326-2332.
19. Glinborg D, Rubin KH, Petersen TG, Lidegaard Ø, T'Sjoen G, [Hilden M](#), Andersen M. [Cardiovascular risk in Danish transgender persons: a matched historical cohort study](#). [European Journal of Endocrinology](#) 2022; 187: 463-477.
20. Skakkebak NE, Lindahl-Jacobsen R, Levine H, Andersson A-M, Jørgensen N, Main K M, Lidegaard Ø., Priskorn L, Holmboe SA, Bräuner EV, Almstrup K, Franca LR, Znaor A, Kortenkamp A, Hart RJ, [Juul A](#). [Environmental factors in declining human fertility](#). [Nature reviews, Endocrinology](#) 2022; 18: 139-157.
21. Mikkelsen AP, Egerup P, Kolte AM, Westergaard D, Nielsen HS, Lidegaard Ø, [Pregnancy loss and risk of multiple sclerosis and autoimmune neurological disorder: A nationwide cohort study](#). [PLoS One](#) 2022; 17: e0266203.
22. Lindh I, Skjeldestad FE, Heikinheimo O, Hognert H, Lidegaard Ø, Bergh C, Gemzell-Danielsson K. [Reproductive changes among women in their 40s: A cross-sectional study](#). [Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica](#) 2022; 101: 248-255. PMID: 34988971.
23. Lidegaard Ø, Cueto HTØ, Førsløv PA, Bautz A, Odby A. *Dansk kvalitetsdatabase for tidlig graviditet og abort. Tigrab årsrapport 2021-22*. **RKKP** 2022; 1-114.

2023

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

2024

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

Appendiks 12. Vejledning i fortolkning af resultater

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

Indikatorstabeller

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