

LANDSPATIENTREGISTERET  
TIL KVALITETSSIKRING I DET  
GYNÆKOLOGISKE SPECIALE

2002

# **Landspatientregisteret til kvalitetssikring i det gynækologiske speciale**

Øjvind Lidegaard og Mette Schou Hammerum

# LANDSPATIENTREGISTRET TIL KVALITETSSIKRING I DET GYNÆKOLOGISKE SPECIALE

© Øjvind Lidegaard og Mette Schou Hammerum

Udgivet af Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering  
Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S  
Tlf. 7222 7400  
E-mail: [cemtv@sst.dk](mailto:cemtv@sst.dk)  
Hjemmeside: [www.cemtv.dk](http://www.cemtv.dk)

ISBN trykt udgave : 81-91232-51-1  
ISBN elektronisk udgave: 87-91232-53-8

Tryk: Schultz Grafisk  
Distribution: Schultz Grafisk  
Sprog: Dansk  
Korrektur: Nana Bro Folmann  
Pris: 60 kr. inkl. moms plus porto og ekspeditionsgebyr  
URL: <http://www.cemtv.dk>  
Version: 1,0  
Format: pdf , html  
Oplag: 1.000

Publikationen kan hentes og bestilles på [www.cemtv.dk](http://www.cemtv.dk)  
eller bestilles hos:  
Schultz Information, Albertslund, tlf. 4363 2300, email: [schultz@schultz](mailto:schultz@schultz)



Trykt af Schultz Grafisk, som har licens til brug af svanemærket,  
er ISO 14001 miljøcertificeret og ISO 9002 kvalitetscertificeret.

# Forord

## Landspatientregisteret. Et bidrag til kvalitetssikring i Danmark?

Langt den overvejende del af den kliniske aktivitet, som foregår i sundhedsvæsenet i Danmark, sker stadig uden en systematisk overvågning af kvaliteten. Landsdækkende kliniske databaser er tænkt at kunne bidrage væsentligt til at rette op på dette, men det må konstateres, at der indtil nu generelt har været mange praktiske problemer med at få dem i gang og fungere i praksis. Sundhedsstyrelsen har på baggrund heraf støttet dette projekt, som belyser, i hvilket omfang Landspatientregisteret (LPR) kan benyttes som "klinisk database" med udgangspunkt i det gynækologiske område, idet en lignende model eventuelt kunne tænkes anvendt også i andre specialer. Rapporten er realiseret i et samarbejde mellem overlæge dr. med. Øjvind Lidegaard, reserve læge Mette Hammerum og Sundhedsstyrelsen.

Det danske landspatientregister (LPR), der blev etableret i 1977, er også i international sammenhæng en ret enestående kilde til informationer om sygdomsmønsteret i den danske befolkning. Registret indeholder bl.a. for hver patientkontakt oplysning om udførte operationer, diagnoser og behandlingssted, ligesom henvisnings-, indlæggelses- og udskrivningsmåde fremgår. Det er derved muligt at analysere ændringer i behandlings-/sygdomsmønsteret, idet alle sygehuse ved lov har pligt til at indberette til LPR.

Fra udøverne i det danske sundhedsvæsen har LPR indtil nu overvejende været betragtet som et administrativt register til planlægning og sundheds- overvågning til brug for sundhedsmyndigheder og forskere, mens nytten i den daglige klinik ikke har været ret tydelig. Udnyttelsen af LPR-data til klinisk relevant forskning har ifølge Sundhedsstyrelsens Udvalg for Kvalitetsmåling i Sygehusvæsenet (juni 2000) indtil videre været "ukoordineret og irrationel".

Projektet har vist, at det med udgangspunkt i LPR-data er muligt at fremskaffe relevante informationer både ved at give et samlet overblik over aktiviteten på de enkelte gynækologiske afdelinger og kvaliteten af denne. Et sådant overblik har indtil nu ikke foreligget. Det er bemærkelsesværdigt, at det også har vist sig muligt at kvantificere nøgleindikatorer for den kliniske kvalitet. Projektet har endvidere tilvejebragt en detaljeret viden om de områder, hvor der i de kommende år bør ske en særlig indsats for at forbedre den løbende indberetning til LPR.

Det er bestemt ikke problemløst at anvende LPR, som bl.a. har været kritiseret for manglende aktualitet og manglende validitet. Foreliggende analyse

har f.eks. dokumenteret en varierende kodepraksis på afdelingerne, en veksellende validitet af benyttede diagnose- og operationskoder, men også, at man ved omhyggelige fejlsøgninger i nogen udstrækning kan korrigere for disse variationer, og dermed tilvejebringe mere valide estimater. En evaluering af datakvaliteten i LPR blev foretaget i 1995 af DIKE (nu SIF), og konklusionen var, at fejlprocenten for diagnoserne i LPR var af samme størrelse som den variation, der findes, når to læger vurderer diagnosen på basis af samme journalmateriale. Sygdomsklassifikationen er behæftet med stor interobservervariation, fordi antallet af diagnosemuligheder er stort, og fordi diagnostiske kriterier af og til er upræcise. Den manglende validitet betinget heraf kan således ikke primært tilskrives LPR, men snarere manglende lægefaglig afklaring af, hvornår forskellige diagnoser anvendes i praksis. Det skal endvidere bemærkes, at ovennævnte evaluering konkluderede, at i statistisk sammenhæng kan mange af de mindre præcise registreringer ikke påvirke hovedtal og konklusioner.

Et andet problem er, at LPR er baseret på patienters enkelte kontakter med sygehusene, hvorved det samlede patientforløb (som f.eks. kan omfatte forambulant undersøgelse, indlæggelse, efterambulant resultatkontrol og komplikationsbehandling) vil være vanskeligt og ressourcekrævende at analysere udtømmende i det nuværende LPR. Det kommende Forløbsbaserede Landspatientregister vil imidlertid medvirke afgørende til at løse dette problem.

Som det fremgår af rapporten, er der en række fordele ved LPR baseret produktions- og kvalitetskontrol sammenlignet med oprettelsen af mange selvstændige landsdækkende kliniske databaser indenfor forskellige sygdomsområder. F.eks. indberetter alle afdelinger i forvejen data til LPR, mens det i praksis har vist sig svært at få alle afdelinger til at tilmelde sig de landsdækkende kliniske databaser. Validiteten af koderne vil formentlig øges, når klinikerne selv får gavn af de data, som de fodrer registret med. Udtræk fra LPR kan gennemføres på en standardiseret måde, og data foreligger allerede. Omkostningerne ved en produktions- og kvalitetskontrol baseret på udtræk fra LPR er betydeligt mindre end omkostningerne ved at etablere og drive landsdækkende kliniske databaser. Det skønnes i rapporten, at de kliniske databaser samlet vil kræve op til 40 gange flere ressourcer i etableringsfasen og 20-40 gange flere ressourcer i drift end et LPR-baseret koncept. Det skal nævnes, at det i LPR-regi nu er relativt let at få etableret nye diagnose- eller behandlingskoder, såfremt speciallægeselskaberne anmoder om dette. Problemet ligger således ikke længere i at overbevise myndighederne om relevansen af denne eller hin kode, men at få afdelingerne og lægerne til bruge dem konsekvent efter ensartede retningslinier. Problemet, hvad angår kvalitetsvurdering, er endvidere at få de lægefaglige specialister til at blive enige om relevante indikatorer og tolkningen af dem. Dette arbejde foregår aktuelt for udvalgte sygdomme i det Nationale Indikator Projekt.

Det er sammenfattende Sundhedsstyrelsens opfattelse, at en øget fokusering på LPR som central kilde til kvalitetsovervågning grundigt bør overvejes. Herved kan opnås en koordineret og centralt placeret dataindsamling baseret på LPR, som kan udbygges med kliniske databaser for specifikke sygdomme eller sygdomsområder, når der er behov herfor. Meget taler for, at man i langt højere grad, end man hidtil har troet det muligt, bør satse på at kvalificere og

nuancere dataudtræk fra LPR, og at man primært etablerer en rutinemæssig produktions- og kvalitetsovervågning på basis af de diagnose-, operations- og behandlingskoder, som i dag allerede indberettes til LPR. Det skal understreges, at rapporten kun omhandler det gynækologiske område, og at der derfor er behov for at se på LPRs anvendelighed indenfor andre kirurgiske og medicinske specialer. LPR kan vise sig at blive et nøgleredskab, idet situationen aktuelt er den, at data vedrørende den kliniske kvalitet kun findes i begrænset omfang. Endvidere kan det nævnes, at sikkerhedsproblemerne i LPR-regi kan løses på et sted i stedet for at skulle løses i hver enkelt database.

Et væsentligt problem ved de nuværende kliniske databaser er, at der endnu ikke findes fælles accepterede standarder for udveksling af klinisk information mellem forskellige systemer. En manglende samlet logisk opbygning af databaser for klinisk kvalitet medfører, at en uforholdsmæssig stor del af de kliniske data må dobbeltindtastes. Løsninger på dette problem kan være en udstrakt anvendelse af standardspecifikationen 'Grundstruktur for EPJ' i sygehusenes systemer, og på analysesiden brug af resultaterne fra Sundhedsstyrelsens projekt "Integrerbare Kliniske Databaser", når disse foreligger. Det er håbet, at denne rapport kan indgå som inspirationskilde i det videre arbejde med implementeringen af den nationale strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet.

*September 2002*

*Jens Kr. Gøtrik / Finn Børlum Kristensen*



# Indholdsfortegnelse

<b>Indledning</b> .....	<b>9</b>
<b>1 Reproduktion</b> .....	<b>11</b>
1.1 Abortus spontaneus.....	11
1.2 Missed abortion.....	15
1.3 Graviditas ekstrauterina .....	20
1.4 Mola.....	24
1.5 Abortus provokatus .....	26
1.6a Insemination.....	33
1.6b IVF.....	35
<b>2 Gynækologisk onkologi</b> .....	<b>39</b>
2.1 Cervixcancer .....	39
2.2 Corpuscancer .....	44
2.3 Ovariecancer .....	51
<b>3 Almen gynækologi</b> .....	<b>55</b>
3.1 Hysterektomi .....	55
3.2 Cystis ovarii.....	61
3.3 Endometriresektion .....	67
<b>4 Urogynækologi</b> .....	<b>75</b>
4.1 Urininkontinens.....	75
<b>5 Diskussion</b> .....	<b>87</b>
<b>Bilag til rapporten</b> .....	<b>93</b>
<b>Introduktion til bilag/læsevejledning</b> .....	<b>94</b>
<b>Bilag 1. Reproduktion</b> .....	<b>95</b>
1.1 Abortus Spontaneus .....	95
1.2 Missed abortion.....	100
1.3 Graviditas ekstrauterina .....	104
1.4 Mola.....	111
1.5 Abortus provokatus .....	113
1.6 Fertilitetsbehandling .....	119



<b>Bilag 2. Gynækologisk onkologi .....</b>	<b>127</b>
2.1 Cervixcancer.....	127
2.2 Corpuscancer .....	135
2.3 Ovariecancer .....	140
<b>Bilag 3. Almen Gynækologi .....</b>	<b>145</b>
3.1 Hysterektomi.....	145
3.2 Cystis Ovarii.....	148
3.3 Endometrieresektion .....	153
<b>Bilag 4. Urogynækologi .....</b>	<b>159</b>
4.1 Urininkontinens .....	159

# Indledning

Ideen til dette projekt har sin baggrund i et flerårigt arbejde i arbejdsgruppen for landsdækkende kliniske databaser i Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi og i en mangeårig interesse for registerbaseret epidemiologisk forskning. Endvidere har jeg i min funktion som overlæge på gynækologisk-obstetrisk afdeling på amtssygehuset i Herlev haft kvalitetsudvikling som et af mine arbejdsområder. Spørgsmålet som vurderes i denne rapport er: *I hvilken udstrækning kan vi benytte data i landspatientregisteret til en løbende produktionskontrol og kvalitetsvurdering af de enkelte afdelinger i det gynækologiske speciale i Danmark?*

Efter en bevilling fra MTV-puljen blev der gennem foråret 2001 for væsentlige områder inden for gynækologi beskrevet relevante diagnoser, operations- og behandlingskoder. Der blev identificeret kvalitetsindikatorer inden for hvert område, og specificeret udtræk til beskrivelse af produktion og kvalitet. Desuden tog vi hånd om mulige fejlkodninger og gjorde forsøg på både at kvantificere disse, og korrigere for dem i udtrækslogistikken. Endelig forsøgte vi at opgøre manglende indikatorer i LPR inden for hvert område. Alt dette er beskrevet i bilaget til hovedrapporten.

Data er leveret af Sundhedsstyrelsens 4. kontor, hvor vi er Jakob Lyng Sangedgaard og Pernille Christensen taknemmelige for et flot arbejde og godt samarbejde. Kolleger på gynækologisk afdeling i Herlev samt på en række andre afdelinger takkes for gode råd ved udarbejdelsen af beskrivelsen af de primære dataudtræk. Mette Hammerum har ydet en værdifuld indsats både ved udarbejdelsen af udtrækslogistikken, men især ved analysen af de mange data.

Første udgave af den færdige rapport forelå med udgangen af 2001. Gennem foråret 2002 har der været afholdt møde med repræsentanter fra gynækologiske afdelinger rundt om i landet. Her har vi både drøftet den anvendte logistik og de konkrete resultater. Der har i efterforløbet som en direkte konsekvens af de mange gode tilbagemeldinger været gennemført supplerende eller korrigerende udtræk. Vi har også vendt en række principielle spørgsmål med afdelingerne. Et af dem var, hvorvidt man skulle angive de enkelte afdelinger med navn gennem rapporten. Der var bred enighed om, at det skulle man gøre, dels for at fremme den åbenhed, som altid er frugtbar i kvalitetsudviklingsprojekter, dels fordi man under alle omstændigheder ville skulle informere hver afdeling om deres egen kvalitet, og endelig fordi vi havde gode erfaringer inden for det obstetriske område med åbent at angive enkelt-afdelinger i udarbejdede kvalitetsstatistikker. Vi er glade for den tillid, som afdelingerne med denne beslutning har vist projektteamet.

At gennemføre dette meget ambitiøse projekt har været en balance imellem en tilstrækkelig detaljeringsgrad til, at udtrækkene er meningsfulde, og tilstrækkelig simple til at de er operationelle og overskuelige. Der er gennem hele rapporten udøvet kvalificerede skøn over, hvor dette balancepunkt ligger. Mange er drøftet med kolleger med ekspertise inden for respektive felter, men den endelige afvejning kan alene projektlederen drages til ansvar for. Der vil utvivlsomt være dette eller hint punkt, som nogle finder er for detaljeret, mens andre vil finde specifikke opgørelser for simple.

Udtrækkene rummer en datamængde, som overgår behovet for data i forbindelse med de kvalitetsdeklarationer, som synes at skulle realiseres i bredere målestok de kommende år. Gynækologisk afdeling i Herlev og Roskilde har været pilotafdelinger i udarbejdelsen af kvalitetsdeklarationer, og data fra denne rapport har her kunnet indgå direkte i den kvalitetsdel, som deklARATIONERNE rummer, og kan findes på nettet under [www.kvalitetsdeklarationer.dk](http://www.kvalitetsdeklarationer.dk).

Ud over en specialespecifik kvalitetsudvikling, kan udtræk fra landspatientregisteret også vise sig at kunne udgøre en hoveddel i et kommende akkrediteringssystem, hvor fokus ikke er de enkelte sygdomme og operationer, men de enkelte afdelinger og sygehuses håndtering af disse.

Det er tanken at opdatere gennemførte udtræk årligt i hvert fald de næste fem år. Det vil her være muligt at justere og supplere de enkelte udtræk. Alle, som måtte have gode ideer til at forbedre eller nuancere de kommende års udtræk opfordres til at rette henvendelse til projektlederen.

Det er vores håb, at netadgang til de løbende kvalitetsresultater vil kunne katalysere en kvalitetsudviklingsproces i specialet, og specifikt kan medvirke til at højne validiteten og kompletheden af de koder, som løbende indberettes til landspatientregisteret.

Uden beredvillig orlov fra mit kliniske arbejde ville det ikke have været muligt at gennemføre projektet inden for det fastsatte år.

September 2002

Øjvind Lidegaard

### Anvendte forkortelser og definitioner

IVF = in vitro fertilisation = reagensglasbehandling

LPR = landspatientregisteret

2000 Frederiksborg angiver Hillerød, Helsingør og Hørsholm tilsammen.

4201 + 4212 = Sygehus Fyn, som vi har defineret som alt andet end Odense på Fyn.

7026 er Skejby sygehus. De steder i rapporten, hvor der står Århus, skyldes det, at der også er en aktivitet på området på Århus KH og/eller Århus amtssygehus. I disse tilfælde angiver Århus summen af alle tre sygehuses aktiviteter.

Øvrige forkortelser er forklaret løbende i de relevante afsnit.

# 1

## Reproduktion

### 1.1 Abortus spontaneus

De spontane aborter er opgjort for år 2000.

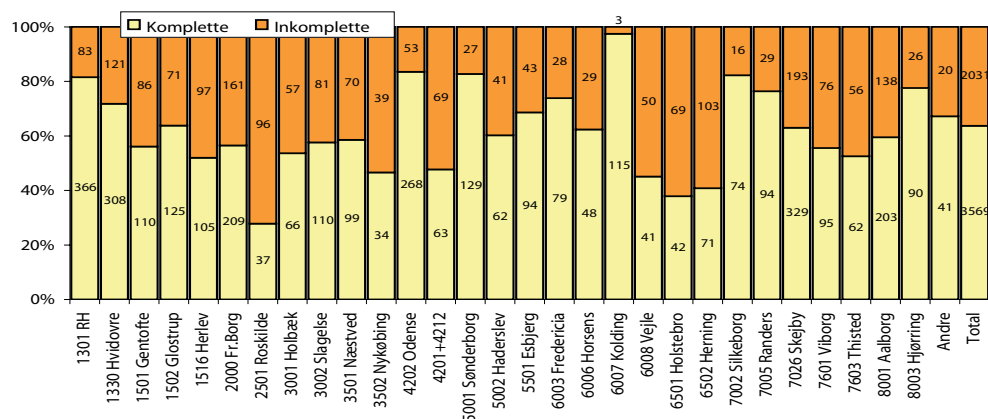
#### Produktion

Der forekom i år 2000 på de danske gynækologiske afdelinger 5600 udskrivinger under diagnosen spontan abort (O03), heraf 3569 komplette (O03.5-O03.9) og 2031 inkomplette (O03.3-O03.4). De ikke-gynækologiske afdelinger havde 370 spontane aborter. Vi har i det følgende valgt at fokusere på de spontane aborter i gynækologisk regi.

Andelen af inkomplette spontane aborter var på landsplan 36%, med en variation mellem afdelingerne fra 3% til 72% (Fig. 1). Denne spredning kan skyldes forskellig diagnosepraksis, forskelle i kodepraksis eller forskel i patientgrundlag. De to første årsager synes mere sandsynlige end sidstnævnte. Antallet af spontan aborter og andelen af inkomplette aborter på landsplan var stationære gennem perioden 1998-2000.

FIGUR 1

#### Fordeling af komplette og inkomplette spontane aborter på gynækologiske afdelinger i Danmark år 2000. (N=5.600)



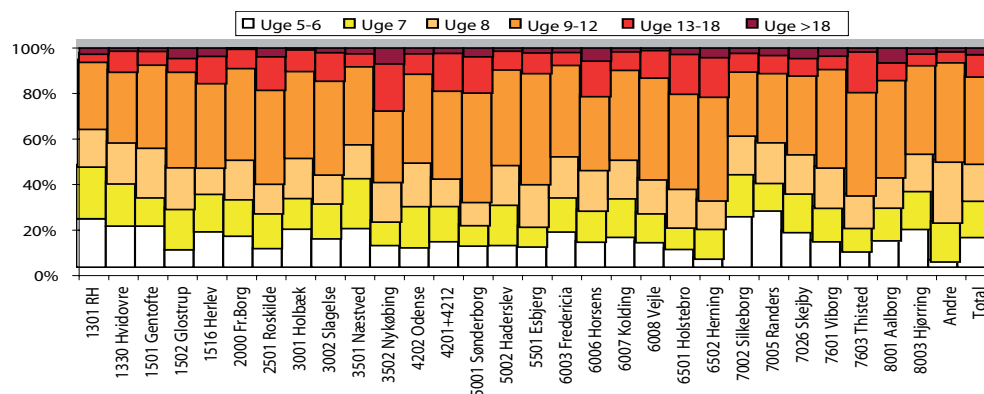
Andre = Frederiksberg, Tønder og Frederikshavn

### Gestationsalder (GA)

Aborterne fordelte sig procentvis på GA som vist i Fig. 2. Det ses, at denne fordeling varierer noget fra afdeling til afdeling. Pt. med ukendt GA (3%) udeladt. Uge 5 defineres som GA fra 4+0 til 4+6, etc.

## FIGUR 2

Fordeling af GA ved spontan abort i DK år 2000. (N=5.425)



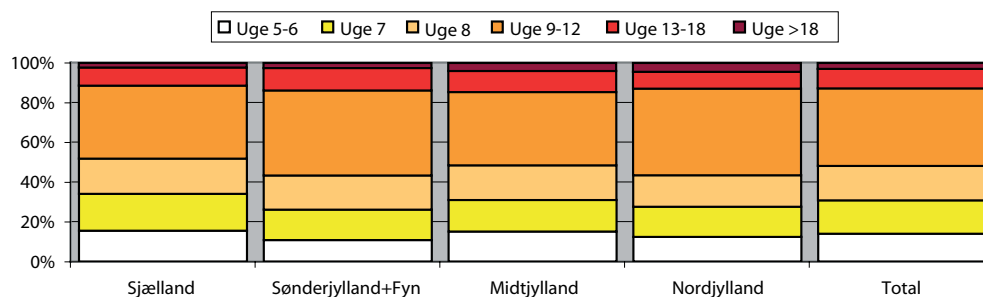
Andre = Frederiksberg + Tønder + Frederikshavn

Det fremgår af Fig. 2, at 14% aborterede i uge 5-6, 16% i uge 7, 17% i uge 8, 39% i uge 9-12, 10% i uge 13-18 og 3% efter uge 18.

Opgjort på regionsplan ser tallene ud som i Fig. 3.

## FIGUR 3

Spontane aborter i fire regioner i Danmark år 2000, stratificeret efter GA



Der ses ingen væsentlige forskelle mellem regionerne vedrørende fordelingen i relation til GA.

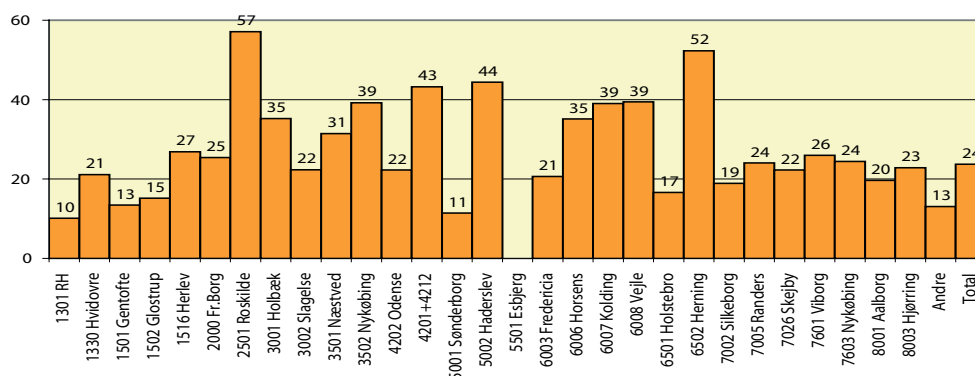
### Evacuatio uteri ved spontan abort

4.237 (78%) af de spontane aborter foregik i uge 5-12. Af disse blev 24% evacueret. Andelen af evacuerede på de enkelte afdelinger fremgår af Fig. 4.

## FIGUR 4

### Andelen af evacuerede (i %) ved spontan abort uge 5-12 i 2000.

(N=4.733)



Andre = Frederiksberg, Tønder og Frederikshavn

Det ses, at andelen af evacuerede (KMBA 00/03) varierede fra 0% i Esbjerg til 57% i Roskilde. Vi har supplerende søgt på KLCH00/03 og KLCA10-14, hvorved andelen af evacuerede steg til 26% i gennemsnit. Det betyder, at mindst 7% af de primære evacuatio'ner er fejlkodede.

Af de 5.600 spontane aborter i gynækologisk regi var de 2.031 (36%) inkomplette. Af disse var 1.595 med GA 5-12 uger. Af disse igen var 867 (54,4%) registreret med en MBA00/03 kode. Af de 3.138 komplette aborter i uge 5-12 var de 257 (8,2%) registreret med en MBA kode. Principielt burde de komplette aborter ikke evacueres. Der kan enten være tale om en fejl diagnose – altså at der reelt var tale om inkomplet abort – eller om at kvinder med komplet abort fejlagtigt er evacueret.

Ingen patienter med spontan abort var i år 2000 registreret med medicinsk behandling.

## Kvalitet

### Re-evacuatio

Når en kvinde re-evacueres efter spontan abort, bør hun korrekt kodes med en diagnose indenfor O08 og en behandlingskode KLWW00/96. I alt én kvinde (i Hjørring) er i 2000 kodet i henhold hertil. Vi har derfor søgt på supplerende mulige fejkoder inden for en otte ugers periode efter primære evacuatio (KMBA, KLCA, KLCH) såvel som på alternative diagnoser (O03) og fandt herved yderligere 10, som havde fået foretaget en ny evacuatio inden for otte uger, svarende til en samlet re-evacuatio-rate på 11/1.208 eller 0,9%. Disse tal er for små til, at det giver mening at opgøre re-evacuatio-raten på enkeltafdelinger.

### Registreringskvalitet

79 kvinder med spontan abort var registreret med indgrebskoden for provokeret abort (KLCH) og 5 med koden for abrasio (KLCA). Dette giver som anført en fejlkodningsprocent på det primære indgreb på 83/1.208 eller 7%. En enkelt afdeling (Esbjerg) har derudover benyttet koden KMBA 99 (tøm-

ning af uterus ved fødsel eller abort, anden) en kode vi ikke søgte på. Derfor de 0% evacuerede på denne afdeling. Hertil kommer – som ovenfor anført – mulige fejlkodninger af komplet vs. inkomplet abort. Variationen i andelen af inkomplette aborter (Fig. 1) kunne tyde på, at en sådan fejlkodning finder sted.

Kun én kvinde var registreret med koden for re-evacuatio pga. retineret væv eller blødning efter en spontan abort. Ud af et samlet antal evacuatioer på 1.208 er dette en meget lav komplikationsfrekvens. Efter søgning på mulige fejlkodninger (Tabel 1) blev fundet i alt 11 svarende til 0,9%, hvilket stadig er en meget flot lav re-evacuatio-rate. Vi kan selvsagt ikke vide med sikkerhed, om den er sand. Med den gennemførte søgning på fejlkodninger, ligger den sande re-evacuatio-rate imidlertid næppe langt fra vores estimat på 0,9%. Men det er klart, at dette estimat er et minimumsestimater.

**TABEL 1**

**Fejlkodninger ved re-evacuatio efter spontan abort i DK år 2000**

Registrering af sekundære diagnoser og sekundære operationskoder	Antal
Rigtig aktionsdiagnose og rigtig indgrebskode	1
Forkert aktionsdiagnose og rigtig indgrebskode	1
Rigtig aktionsdiagnose og forkert indgrebskode	5
Forkert aktionsdiagnose og forkert indgrebskode	4
<b>Korrigerede antal re-evacuatioer i alt</b>	<b>11</b>

*Behandling*

Det er svært at forestille sig, at alle de 257 registrerede evacuatio uteri i forbindelse med komplet spontan abort kan henføres til, at det reelt drejede sig om inkomplette aborter. Vi har for at give den enkelte afdeling et mål for denne fejl udarbejdet nedenstående Fig. 5.

Det fremgår, at andelen af evacuerede kvinder registreret med komplet spontan abort svinger fra 0% til 39% i Kolding.

**Konklusion**

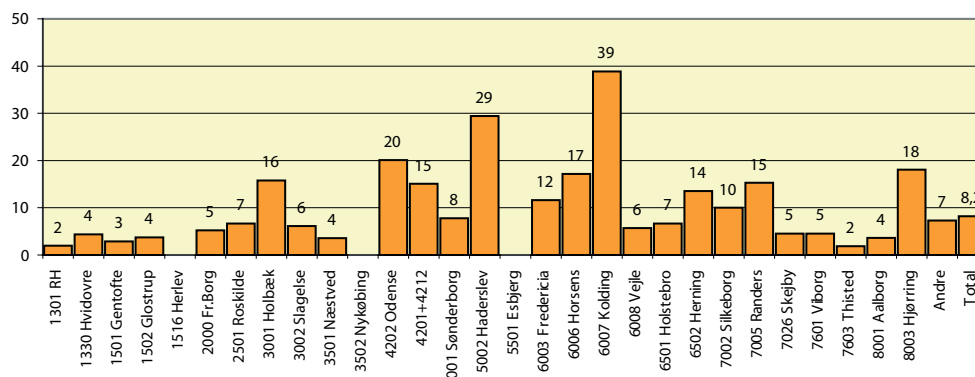
Når det gælder de primære diagnose- og behandlingskoder vil de guidelines, som er under udarbejdelse i DSO, formentlig forbedre korrektheden af disse. Kodepraksis hvad angår de sekundære indgreb i forbindelse med re-evacuatio, er med over 90% fejlkodninger klart utilfredsstillende. Igen synes guidelines inden for dette område at være løsningen.

En anden mulighed for at højne registreringskvaliteten ville være at gøre indtastningerne ”intelligente”, forstået på den måde, at en given aktionsdiagnose inden for definerede tidsvinduer nægtede at modtage behandlingskoder, som var uforenelige med den kliniske tilstand. Sådanne systemer ville også kunne anvendes inden for en række andre områder, til sikring af en højere registreringsvaliditet.

Hvad angår selve kvaliteten i det kliniske arbejde, er den – fraset de mulige evacuatioer af kvinder med komplet spontan abort – tilfredsstillende.

## FIGUR 5

**Andelen (i %) af kvinder registreret med komplet spontan abort, som samtidig er registreret med en evacuatio uteri (KMBA00/03) kode**



## 1.2 Missed abortion

Missed abortion er opgjort for år 2000.

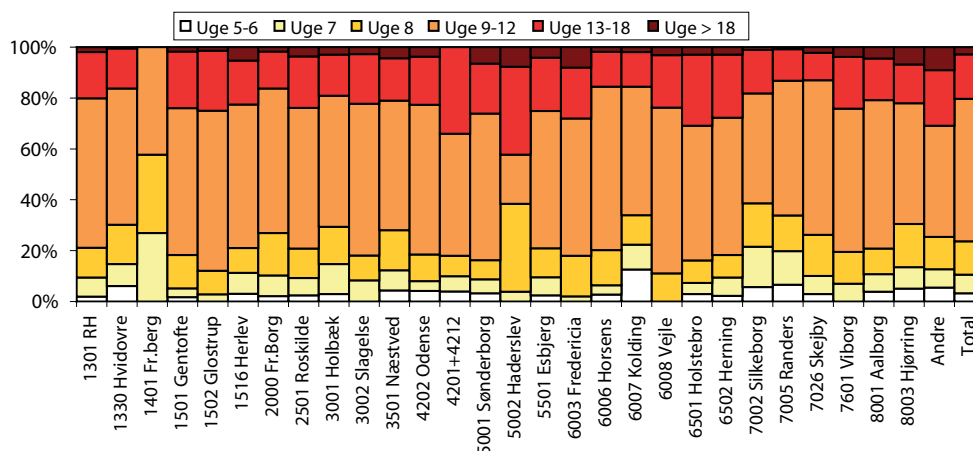
### Produktion

Der er i år 2000 registreret i alt 4.605 udskrivninger under diagnosen O021, missed abortion. Heraf forekom 239 af disse på ikke-gynækologiske afdelinger. De resterende 4.366 blev udskrevet fra gynækologiske afdelinger, og disse 4.366 danner grundlag for nedenstående opgørelse.

#### Gestationsalder

Diagnosticeringstidspunktet for missed abortion fordelte sig på GA som vist i Fig. 1. Patienter med ukendt GA udeladt (60/4.366 svarende til 1,4%). Kvinder i f.eks. uge 6 er defineret med GA på 5+0 til 5+6. Afdelinger med under 50 missed abortions i 2000 er slået sammen til ”Andre”.

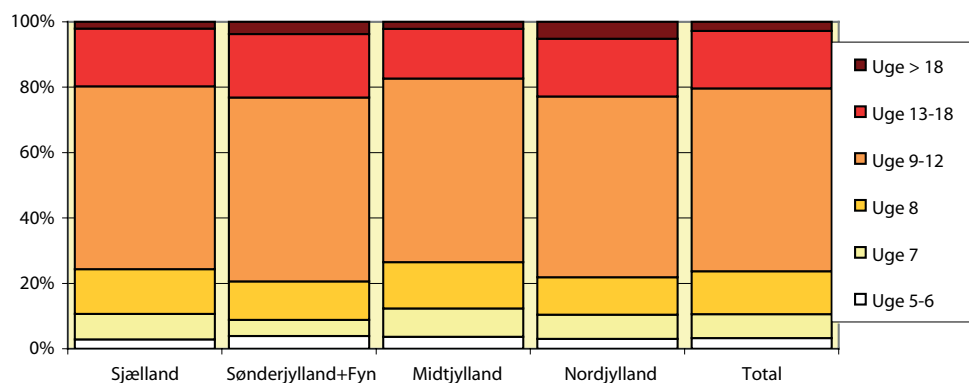


**FIGUR 1****Fordeling af GA ved missed abortion på gynækologiske afdelinger i DK år 2000. (N=4.306)**

Andre = Nykøbing F, Tønder, Skive, Thisted og Frederikshavn

Det fremgår af Fig. 1, at en relativt lille andel af missed abortions bliver diagnosticeret før udgangen af uge 8, gennemsnitligt 24%. Andelen varierer fra 11% i Vejle til 57% på Frederiksberg, som dog skiller sig markant ud fra alle andre med en lavere GA på diagnosetidspunktet. Dette skyldes formentlig, at samtlige missed abortions på Frederiksberg (n=53) forekommer hos patienter i fertilitetsbehandling.

Opgjort på regioner ser fordelingen ud som vist i Fig. 2. Der ses kun ubetydelige forskelle i fordelingen mellem regionerne i relation til GA.

**FIGUR 2****GA på diagnosetidspunkt for missed abortion fordelt på 4 regioner i DK år 2000. (N=4.306)***Medicinsk behandling ved missed abortion*

Medicinsk behandling for missed abortion har kunnet tilbydes af afdelingerne fra år 2000. Der er i år 2000 udført medicinsk behandling (diagnosekode BKHD 50/52) på 2 afdelinger i Danmark. Det drejer sig om afdelingerne i Gentofte og Herlev, som bidrager med 19 og 2 patienter, henholdsvis,

svarende til 11% og 1% af kvinderne med missed abortion på de respektive afdelinger. Heraf fik 2 kvinder på Gentofte og 2 på Herlev foretaget evacuatio uteri indenfor en efterfølgende periode på 8 uger svarende til en evacuatio-rate på 11% og 100%, i gennemsnit 19%. Vi ved fra sideløbende klinisk database, at omfanget af disse medicinske behandlinger er underestimeret, i hvert fald på Herlev.

### *Evacuatio uteri ved missed abortion*

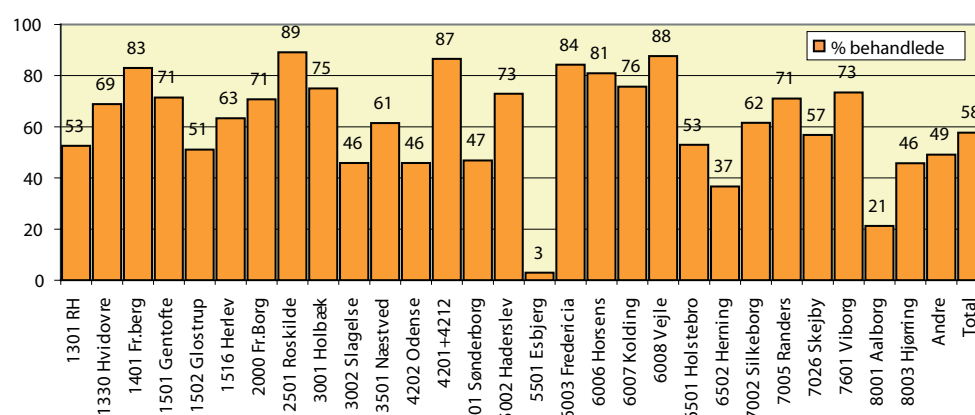
I alt er 2.386 kvinder registreret med en korrekt kode for evacuatio uteri ved missed abortion dvs. med en KMBA00/03-kode. Dette svarer til en evacuatio-rate på  $2.386/4.366 = 55\%$ . Ved søgning på primære fejlkodninger findes 109, som er registreret med en kode for provokeret abort (KLCH) og 5 med en kode for abrasio (KLCA). Den korrigerede andel af missed abortions, som behandles kirurgisk er således  $2.500/4.366 = 57\%$ .

Gøres det op hvor stor en andel af kvinderne med missed abortion, som er registreret med en behandlingskode (BKHD, KMBA, KLCH eller KLCA), ses der en påfaldende stor variation mellem afdelingerne (Fig. 3). Andelen af behandlede spænder fra 3% i Esbjerg til 89% i Roskilde med en gennemsnitsværdi på 58% og en medianværdi på 63%. Denne forskel kan tænkes at skyldes forskelle i registreringspraksis eller forskelle i behandlingspraksis. Det første forekommer imidlertid mest sandsynligt, idet nærværende forfattere ikke kender til andre behandlingsmodaliteter end de her nævnte.

På samme måde forekommer det også lidt besynderligt, at 42% af patienterne på landsplan tilsyneladende ikke er behandlet. En del af disse tilfælde kunne tænkes at skyldes fejlagtig diagnosekodning – altså at der i virkeligheden har været tale om en spontan abort. Manglende kodning af et foretaget indgreb er også en mulighed.

## FIGUR 3

**Andel missed abortions (i %) som blev behandlet i år 2000. (N=4.366)**



Andre= Nykøbing F + Tønder + Skive + Thisted + Frederikshavn

## Kvalitet

### Medicinsk behandling

Antallet af medicinsk behandlede kvinder med missed abortion er så lavt, at det endnu ikke virker relevant at bruge nærværende data som udtryk for kvalitet. En andel på 19% som efterfølgende må evacueres stemmer umiddelbart godt overens med, hvad man fandt ved den kliniske afprøvning af metoden.

### Re-evacuatio

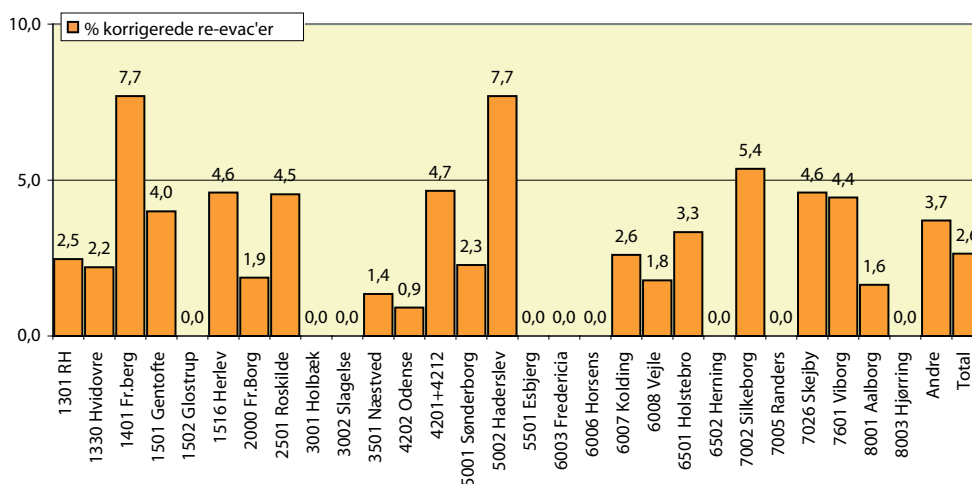
En kvinde, som bliver re-evacueret, bør kodes med en relevant komplikationskode (O08) og koden for re-evacuatio (KLWW00/96). Foretages der en søgning på denne kombination af koder op til 8 uger efter den primære evacuatio for missed abortion, findes der i alt 8 kvinder svarende til en re-evacuatio-rate på 0,3%. Vi har derudover i en 8 ugers periode efter den primære evacuatio søgt på mulige fejlkode (MBA, KLCH og KLCA) samt mulige fejldiagnoser (O021). En sådan søgning bringer antallet af re-evacuatioer op på 64, hvilket giver en korrigeret re-evacuatio-rate på 2,6% (95% CI 2,0-3,3%).

En korrigeret re-evacuatio-rate på 2,6% på landsplan er tilfredsstillende, selvom der naturligvis også her – som ved spontan abort – er tale om et minimumsestimat.

De indgreb, der her er tolket som re-evacuatioer, fordeler sig på de forskellige afdelinger som vist i figur 4. Når der ses på 3-års perioden 1998-2000 samlet, er den korrigerede re-evacuatio-rate 2,0% (95% CI 1,6-2,3%), og ingen afdelinger har en re-evacuatio-rate over 4,5%.

## FIGUR 4

### Andel re-evacuerede ved missed abortion i DK år 2000. (N=2.500)



Andre= Nykøbing F + Tønder + Skive + Thisted + Frederikshavn

### Registreringskvalitet

109 kvinder med missed abortion var kodet med indgrebskoden for provokeret abort (KLCH) og 5 med koden for abrasio (KLCA). Dette svarer til en fejlkodningsrate på det primære indgreb på 114/2.386 eller 4,7%. Derudover

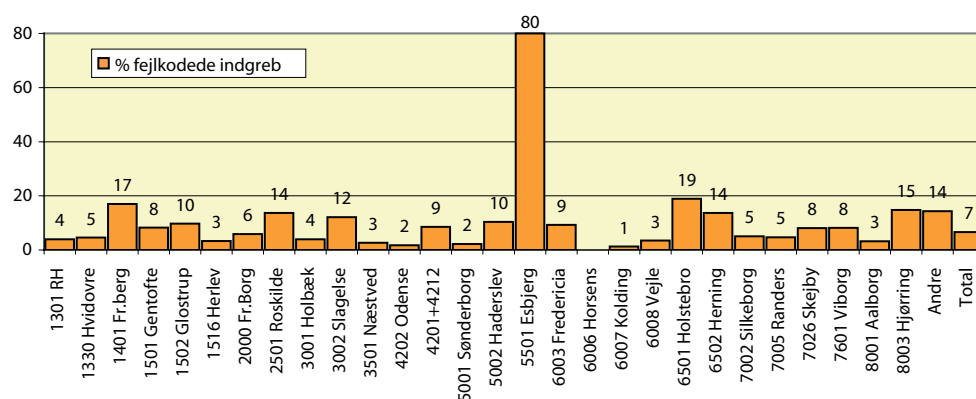
er der brugen af KMBA99 (Esbjerg) og muligheden for fejlkodninger af selve diagnosen og manglende kodning af foretagne indgreb. Disse mulige fejl har ikke kunnet vurderes i aktuelle udtræk.

Søgningen på mulige fejkoder ved re-evacuatio har afsløret en 8 gange højere re-evacuatio-rate, end en regelret søgning på de relevante koder fandt, hvilket omvendt vil sige, at 88% af alle re-evacuatioer er fejlkodede.

For at få et mål for, hvordan de registrerbare fejlkodninger fordeler sig, er Fig. 5 udarbejdet. En enkelt afdeling skiller sig ud med en meget høj fejlkodningsprocent, hvilket dog skal ses i lyset af, at samme afdeling har registreret meget få behandlingskoder i forhold til antallet af patienter, som det også fremgår af figur 3.

## FIGUR 5

### Andel fejlkodninger i forbindelse med indgreb for missed abortion i DK år 2000. (N=2.500)



Andre= Nykøbing F + Tønder + Skive + Thisted + Frederikshavn

## Konklusion

Som ved spontan abort synes antallet af fejlkodninger – særlig ved re-evacuatio med en fejlkodningsprocent på 88% – at være utilfredsstillende høje. Problemet med fejlkodninger og mulige fejldiagnoser løses bedst ved udarbejdelse af klare landsdækkende guidelines. Herudover ville ”intelligente” indtastninger, som nævnt i afsnit 1.1, kunne sikre, at aktions- og indgrebskoder, som er indbyrdes uforenelige, ikke begge kan indkodes for samme patient inden for en veldefineret periode.

Hvad angår den kliniske kvalitet synes en andel på 2,6%, som må re-evacueres, at være tilfredsstillende. Over tid svinger re-evacuatio-raten ikke væsentligt fra afdeling til afdeling.

En foreløbig andel på 19% blandt medicinsk behandlede missed abortions, som efterfølgende må evacueres, lever op til det forventede. De kommende år vil vise, hvorvidt de foreløbige tal holder stik.

### 1.3 Graviditas ekstrauterina

Der er gennemført en analyse af seksårs perioden 1995-2000.

#### Produktion

Tabel 1 illustrerer udviklingen i antallet af ekstrauterine graviditeter (EG) i Danmark gennem studieperioden.

**TABEL 1**

#### EG i Danmark 1995-2000 behandlet i gynækologisk henholdsvis kirurgisk regi

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<b>Totalt</b>	1.714	1.590	1.540	1.387	1.438	1.322
<b>Gyn</b>	1.510	1.450	1.366	1.270	1.322	1.222
<b>Andre (kirurgiske)</b>	204	140	174	117	116	100
<b>% gyn</b>	88	91	89	92	92	92

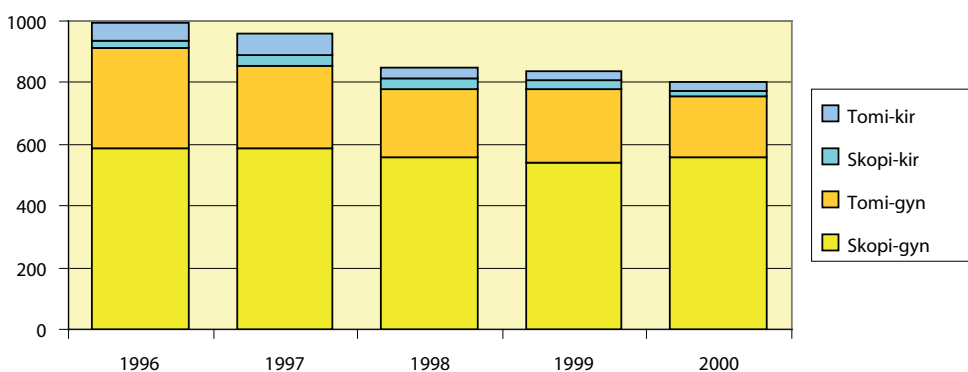
Det ses, at det samlede antal EG faldt med 23% i løbet af perioden, og at andelen behandlet i gynækologisk regi steg fra 88% i 1995 til 92% i år 2000.

#### Operationer

Der blev skiftet operationskoder primo 1996. Andelen af opererede samt operationsmetode fremgår af Fig. 1 og Fig. 2.

**FIGUR 1**

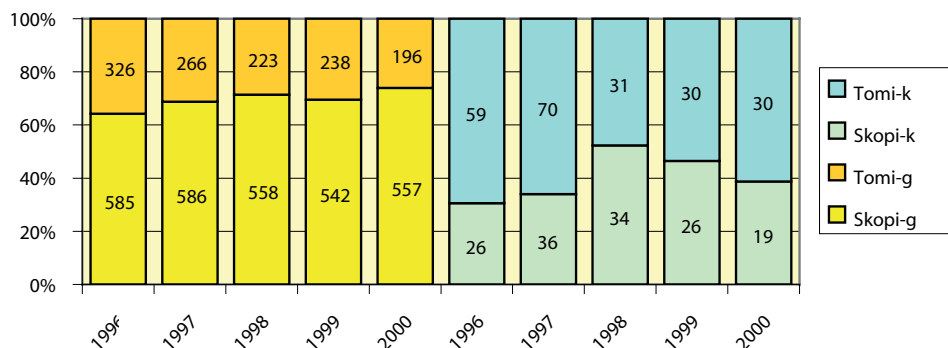
#### Antallet af operationer på gynækologiske og kirurgiske afdelinger 1996-2000



På de gynækologiske afdelinger blev 43% opereret ved skopi og 19% ved tomi, mens 38% blev behandlet ”konservativt”. Patienter som blev konverteret fra skopi til tomi er henregnet til tomi. Det svarer til, at i gennemsnit 69% af alle operationer i gynækologisk regi blev udført laparoskopisk, en andel som steg fra 63% i 1996 til 74% i 2000 (Fig. 2).

**FIGUR 2**

**Andelen som opereres ved skopi henholdsvis tomi på gynækologiske og kirurgiske afdelinger. Absolutte antal opererede er angivet i søjlerne**



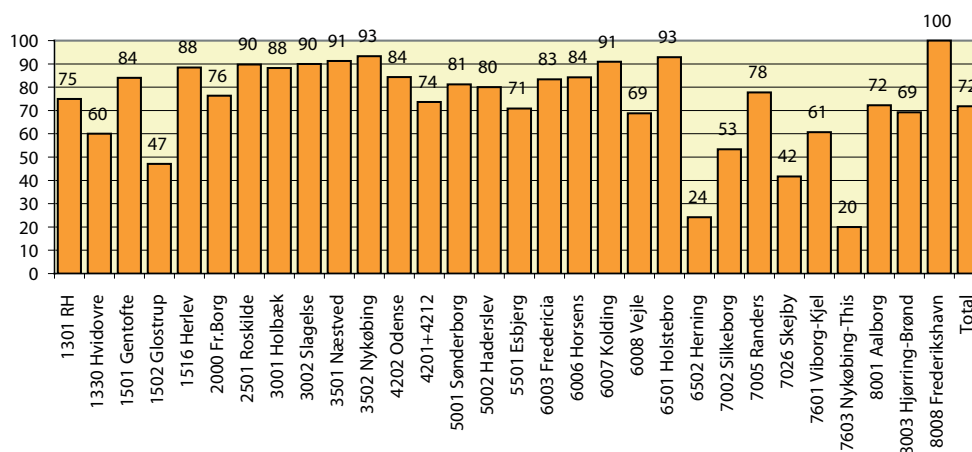
På de kirurgiske afdelinger blev 22% i perioden 1996-2000 opereret ved skopi og 34% ved tomi. Det svarer i gennemsnit til, at 39% af de opererede blev skopisk opereret, og 61% blev laparotomeret. Andelen af skoperede blandt de opererede steg fra 31% i 1996 til 39% i 2000.

#### *Salpingectomi eller tubotomi*

Andelen af salpingectomerede (salpinx fjernes) henholdsvis tubotomerede (salpinx bevares) blandt de opererede i gynækologisk regi fremgår af nedenstående Fig. 3.

**FIGUR 3**

**Andel salpingectomerede (%) ud af alle opererede på gynækologiske afdelinger i år 2000**



Note: Ved beregningen til Fig. 3 forudsat, at patienter med koderne KLCH 96 og KLCH 97 (anden operation ved tubar graviditet) er salpingectomeret, da det er den eneste kode, der kan anvendes i disse tilfælde. Denne forudsætning ændrer dog ikke meget ved tallene, da kun 34 kvinder i alt har en af disse koder.

Det fremgår, at knapt  $\frac{3}{4}$  bliver salpingectomeret ved operation for EG. Der er ikke nogen standard for, hvor høj denne andel bør være, men det er bemærkelsesværdigt, at andelen svinger fra 20% til 100%.

### Medicinsk behandlede

Der er søgt på to behandlingskoder for medicinsk behandling: BKHE0 (medicinsk behandling ved EG graviditet) og BKHE8 (cytostatisk behandling ved EG). Der er ikke i 2000 registreret nogen med disse behandlingskoder. Koderne er relativt nye, hvilket formentlig er forklaringen på, at ingen anvender dem endnu. Det ville øge anvendeligheden af LPR til vurdering af behandling af EG væsentligt, hvis disse koder konsekvent blev benyttet ved medicinsk behandling.

## Kvalitet

### Mortalitet

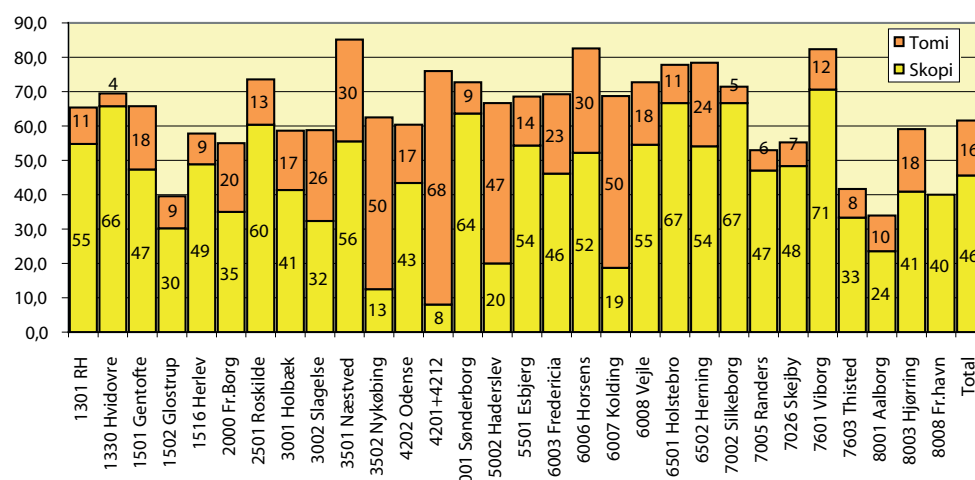
Ingen patient er registreret død under indlæggelse på sygehus i perioden 1995-2000 som følge af EG. Der er søgt både på hoved- og bidiagnoser.

### Operativ kvalitet

For så vidt laparoskopisk operationsmetode er udtryk for højere kvalitet end operation ved laparotomi, er det meningsfyldt at opgøre operationstyperne på de enkelte afdelinger. Denne fremgår af Fig. 4.

**FIGUR 4**

### Andel af patienter med EG som er henholdsvis laparoskopert og laparotomert ved gynækologiske afdelinger i Danmark i 2000



Det fremgår, at der dels er stor variation i, hvor stor en andel af patienterne med EG, som bliver opereret på de forskellige afdelinger, med andele gående fra 34% (Aalborg) til 86% (Næstved). Det er svært at fastsætte en standard på området, men landsgennemsnittet er 62%, hvilket svarer meget godt til, at vi regner med, at omkring en tredjedel af alle pt. med EG har spontan regression. Tålmodighed kan imidlertid øge denne andel. Som tentativ standard kunne man tilstræbe en operationsrate på under 65%. Denne rate forudsætter, at de kvinder, som er gravide med tom uterus, og som har spontant fald i hCG registreres med DO020 (graviditet uden erkendt foster) og ikke betragtes som ekstrauterint gravide.

Der eksisterer også en stor variation i andelen af laparoskoperede henholdsvis laparotomerede. Der er ikke nogen sammenhæng mellem andelen af opererede, og andelen af laparoskopisk opererede ud af alle opererede. I gennemsnit bliver 74% af de opererede opereret laparoskopisk. Andelen svinger fra 11% (Svendborg) til 95% (Hvidovre). Man kunne som tentativ standard tilstræbe, at mindst 75% af de opererede blev opereret ved laparoskopi.

Der er kun seks ud af de 1.222 kvinder med EG i gynækologisk regi, som er registreret med en rumperet EG. Dette tal er klart for lille, og må tilskrives upræcis diagnosekodning.

#### *Reoperationer i 2000*

Ud af 557 gennemførte laparoskopiske operationer måtte 14 eller 2,5% reopereres. Tilsvarende måtte kun 2 ud af 196 kvinder, som primært var laparotomerede, reopereres. De tilsvarende tal for hele studieperioden er 2,6% og 0,7% ( $p < 0.01$ ). Hyppigheden af reoperationer er altså omkring fire gange højere ved laparoskopi som ved laparotomi. Reoperationsraten var ikke mindre på de afdelinger, der havde mange operationer, end på afdelinger med få operationer. En høj andel laparoskopisk opererede (som ofte tubotomeres) er derfor ikke entydigt et udtryk for høj kvalitet.

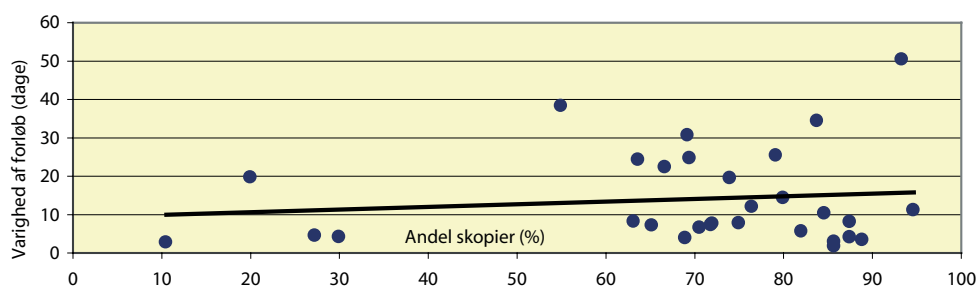
Konklusionen må være, at man bør konvertere til laparotomi, hvis omstændighederne i forbindelse med det laparoskopiske indgreb taler derfor.

#### *Varighed af forløb*

Den gennemsnitlige tid fra primære indlæggelse til afsluttende kontrol var 19 dage. Varigheden steg signifikant om end beskedent med andelen af laparoskopisk opererede, dog med en betydelig variation (Fig. 5).

### **FIGUR 5**

#### **Sammenhængen mellem andelen af laparoskopisk opererede (%) og varigheden af behandlingsforløbet (dage) på gynækologiske afdelinger i 2000. Regressionslinje indføjet**



#### *Komplikationer til operationer*

Der var generelt få komplikationer til operationerne. I 2000 er registreret i alt 13 (5,3%) komplikationsdiagnoser. Der var 1 med transfusions/injektions komplikation (DT 80), fire med postoperativ blødning (DT 81), ingen med anæstesikomplikationer (DT 88.2-5) og otte var registreret med reoperationskode (KLW). Det reelle antal reoperationer var som tidligere nævnt 16 (14+2). Alt i alt tilfredsstillende få komplikationer – hvis de som forekommer, er registreret.



## Registreringskvalitet

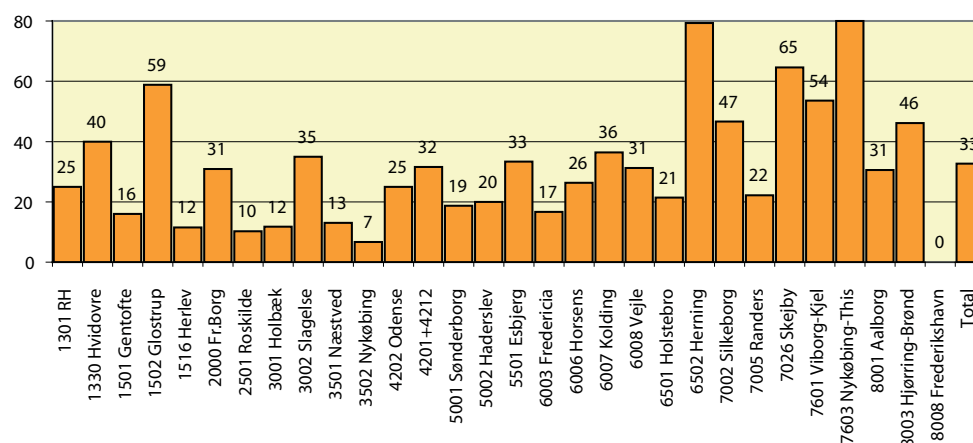
Kun kvinder, som har fået en korrekt DO00 diagnose er omfattet af nærværende udtræk. Dette skønnes at være langt hovedparten af de reelt indlagte patienter.

Derimod er den specifikke underdiagnose (f.eks. tubaria rupta DO001A) sjældent anvendt, hvilket gør det vanskeligt at vurdere, i hvilket omfang det har været indiceret at gennemføre akut laparotomi.

For operationskoderne ser det mindre imponerende ud. Principielt skal der ved operation for tubar graviditet benyttes operationskoder inden for gruppen KLBC. Salpingectomi af ikke gravide kvinder har operationskoder inden for KLBD og KLBE. Vi kan konstatere, at det snarere er reglen end undtagelsen, at der anvendes forkerte operationskoder (Fig. 6). Det kan hænge sammen med, at der ikke er en specifik salpingectomi kode ved tubar graviditet, hvilket man måske burde overveje at etablere.

**FIGUR 6**

### Andel af korrekte operationskoder ud af alle operationskoder ved operation for EG ved gynækologiske afdelinger i 2000



Det er klart, at dette ikke er tilfredsstillende, og at vi må forsøge at etablere en mere ensartet standard ved kodning af operationer for EG. Så længe man er opmærksom på, at disse forkerte koder anvendes, betyder det imidlertid ikke noget for vurderingen af den kliniske kvalitet, da der er søgt på begge grupper.

## 1.4 Mola

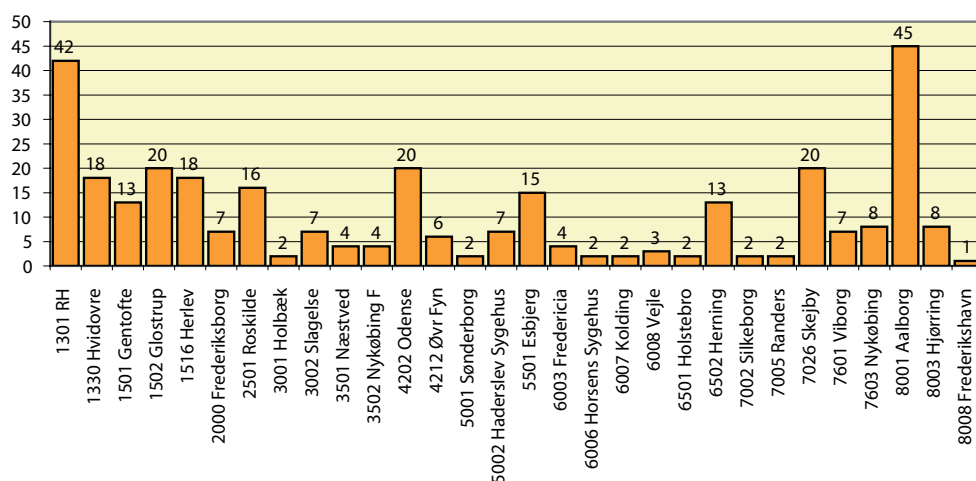
Perioden 1998-2000 er opgjort samlet. Der blev i alt udskrevet 338 kvinder med diagnosen mola (DO01). Heraf blev 320 (95%) udskrevet fra gynækologiske afdelinger, mens 18 alene var behandlet på ikke-specialafdelinger.

Af de 320 udskrevne patienter er alle nydiagnosticerede tilfælde, fordi alle med denne diagnose i perioden 1994-1997 primært er ekskluderet. Patienterne fordelte sig som følger på sub-diagnoserne i tabel 2:

**TABEL 2****Patienter med Mola fordelt på subdiagnoser**

		Antal	Procent
DO01	Mola vandblære	0	0%
DO010	Mola hydatidosa completa	67	21%
DO011	Mola hydatidosa incompleta et partialis	168	53%
DO011A	Mola hydatidosa, partiel	10	3%
DO011B	Mola hydatidosa, inkomplet	0	0%
DO019	Mola hydatidosa uden specification	75	23%
DO019A	Mola hydatidosa extrauterina	0	0%
<b>I alt</b>		<b>320</b>	<b>100%</b>

Antallet af molapatienter på de forskellige afdelinger i perioden fremgår af Fig. 1.

**FIGUR 1****Antal patienter udskrevet med mola fra gynækologiske afdelinger i Danmark i perioden 1998-2000**

Antallet varierer, som det fremgår fra 1 til 45 tilfælde per afdeling, hvilket gør statistik for enkeltafdelinger vanskelig.

Kun for 263 (82%) af de 320 kvinder er der anført en evacuatio kode (KMBA00 eller KMBA 03). Af de resterende 57 var 41 kodet med en KLCH 00 eller KLCH 03 kode (evacuatio i forbindelse med provokeret abort). Af de 304 (100%) som havde en af disse fire koder, var 241 (79%) vacuumaspireret, 63 (21%) var evacueret ved curettage. Såfremt disse koder står til troende, er en for høj andel evacueret ved curettage, da netop molapatienter bør vacuumaspireres.

### *Re-evacuatio*

I alt var 40 (13%) af de 304 primært evacuerede patienter blevet re-evacueret inden for en periode på 12 måneder efter primære evacuatio. Disse 40 var registreret med en ny MBA00/03 diagnose (n=34), en KLWW00/96 kode (n=2), eller fejlagtigt med en KLCH00/03 kode (n=4). Tallene for andelen af re-evacuerede på de enkelte afdelinger var for små til, at det giver mening at opgøre det statistisk, fraset en enkelt afdeling, som primært havde evacueret 20 kvinder med mola, og som re-evacuerede ikke mindre end 11 (55%) af disse, og dermed tegnede sig for 28% af alle re-evacuatioer.

Tærsklen for re-evacuatio er grundet sygdommens natur lavere end for re-evacuatio efter almindelig abortus provocatus eller evacuatio efter spontan abort. Alligevel forekommer 13% (for ikke at tale om 55%) at være vel højt.

## **Konklusion**

Mola spiller en kvantitativt lille rolle. Tallene for de enkelte afdelinger er små, og der er kun få muligheder for at vurdere kvaliteten af behandlingen i LPR. Andelen af re-evacuerede kvinder ligger mere end 6 gange så højt som re-evacuatio efter abortus provocatus. Der foreligger ingen fastlagt standard for, hvor høj denne andel bør være ved mola, men 13% forekommer at være for højt.

## **1.5 Abortus provocatus**

De provokerede aborter er opgjort for år 2000.

*Abortus provocatus omfatter hoveddiagnoserne DO04-DO08:*

- DO04 Fremkaldt abort før udgangen af 12. uge (Abortlovens §1)
- DO05 Provokeret abort efter udgangen af 12. uge
- DO06 Abort, anden med samrådstilladelse eller abort u. specifikation
- DO07 Mislykket provokeret abort
- DO08 Komplikation efter abort, ekstrauterint svangerskab og mola

*Behandlingskoderne ved abortus provocatus findes indenfor følgende grupper:*

*Kirurgisk behandling:*

- KLCH Afbrydelse af svangerskab – herunder er de vigtigste
- KLCH00 Evacuatio uteri ved curettage (abortus provocatus)
- KLCH03 Evacuatio uteri ved vacuumaspiration (abortus provocatus)

*Medicinsk behandling:*

- BKHD4 Abortus provocatus medicinalis – herunder
- BKHD40 Medicinsk induceret tidlig abort (antiprogesteron)
- BKHD41 Medicinsk induceret tidlig abort (prostaglandin)
- BKHD45 Medicinsk induceret sen abort (prostaglandin)

*Kirurgisk behandling efter medicinsk behandling:*

- KLCH13 Vacuumaspiration af uterus efter medicinsk induceret abort

## Produktion

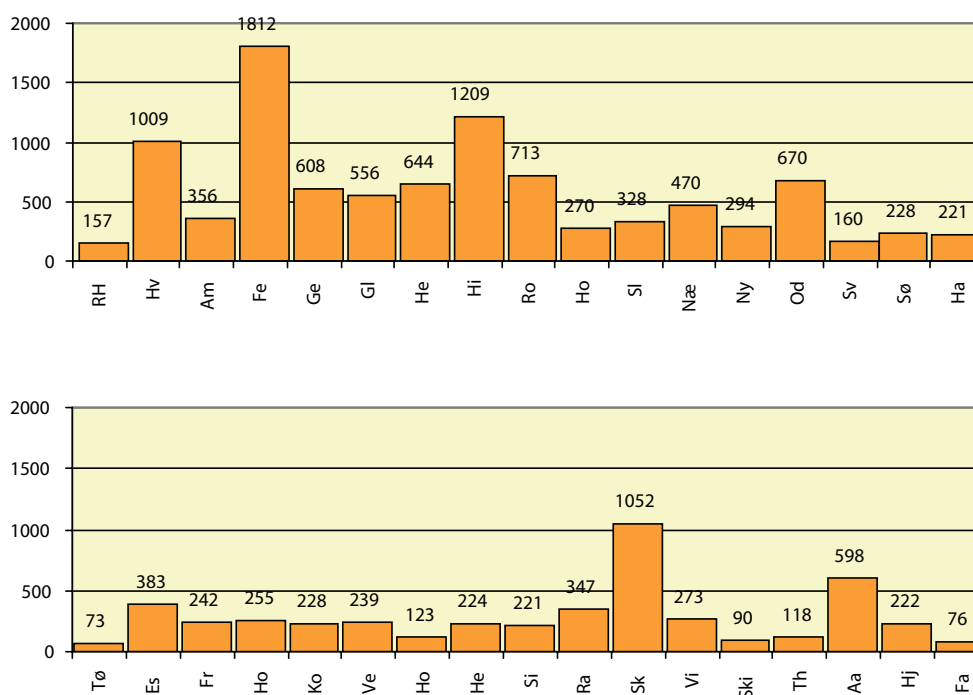
Der blev i år 2000 ifølge LPR foretaget 15.203 tidlige provokerede aborter i Danmark (DO04) og 508 sene aborter (DO05, efter udgangen af 12. uge). Af de tidlige, legale aborter blev 13.939 foretaget på gynækologiske afdelinger. Sammenlagt stod de gynækologiske afdelinger for 14.447 provokerede aborter. Det er de 13.939 tidlige aborter i gynækologisk regi, vi primært vil fokusere på i dette afsnit.

Aborter med diagnosekoderne DO06 og DO07 udgjorde kvantitativt få, henholdsvis 30 og 51.

De provokerede aborter fordelte sig på de gynækologiske afdelinger som vist i Fig. 1. Det fremgår, at antallet af aborter på de enkelte afdelinger svingede mellem 73 i Tønder til 1.812 på Frederiksberg. Gennemsnittet var 410 aborter pr. afdeling.

### FIGUR 1

#### Legale provokerede aborter i DK år 2000 fordelt på afdelinger. (N=13.939)



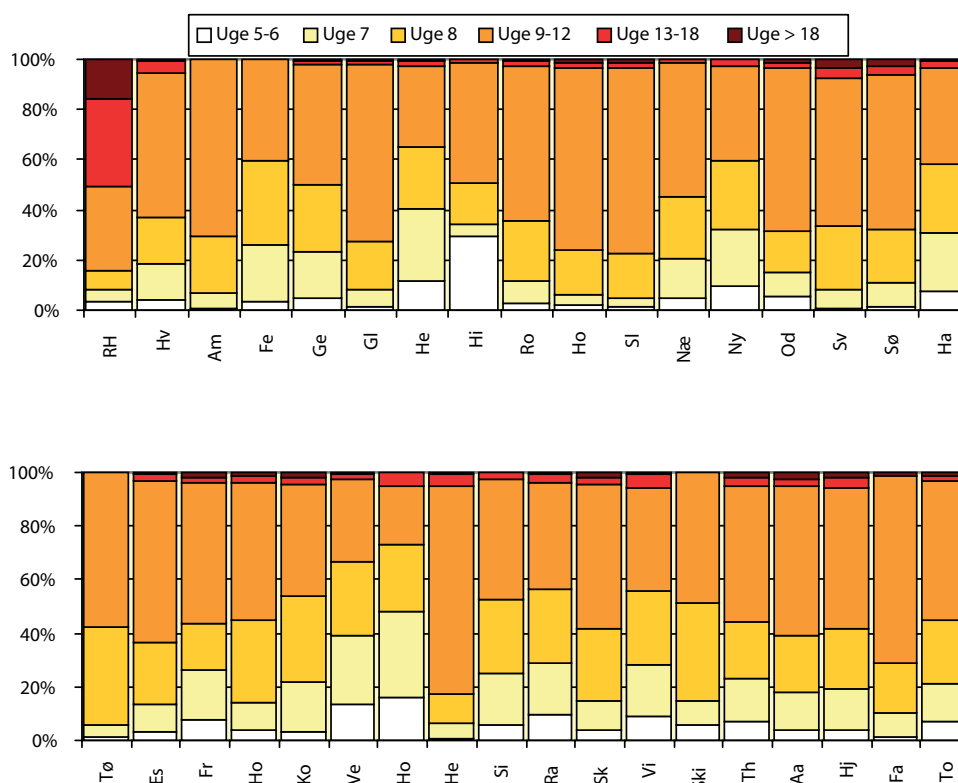
#### Gestationsalder

De provokerede aborter fordelte sig på GA, som vist i Fig. 2. Kvinder med ukendt GA (0,7%) er ekskluderet af figuren. Uge 6 defineres som GA 5+0 til 5+6, og så fremdeles. Det fremgår af Fig. 2, at 45% af aborterne med kendt GA foregik i uge 5-8, 52% i uge 9-12, 2,5% i uge 13-18 og 1,0% efter 18. uge.

Andelen af aborter, der udføres før udgangen af 8. uge varierer fra 18% i Herning, over 67% i Herlev til 79% i Holstebro. Årsagen til denne variation kan skyldes forskelle i patientgrundlag eller forskel i visitationspraksis i de forskellige optageområder. Det sidste forekommer mest sandsynligt. Eksempelvis må patientgrundlaget i Herning og Holstebro formodes at være nogenlunde sammenligneligt. Det kan tænkes, at de afdelinger, som har været pionerer med den medicinske behandling får henvist relativt flere kvinder med lav GA, hvor medicinsk behandling er mulig, fordi ikke alle afdelinger tilbød medicinsk behandling i år 2000.

**FIGUR 2**

**Provokerede aborter i DK i år 2000 fordelt på GA. (N=14.337)**

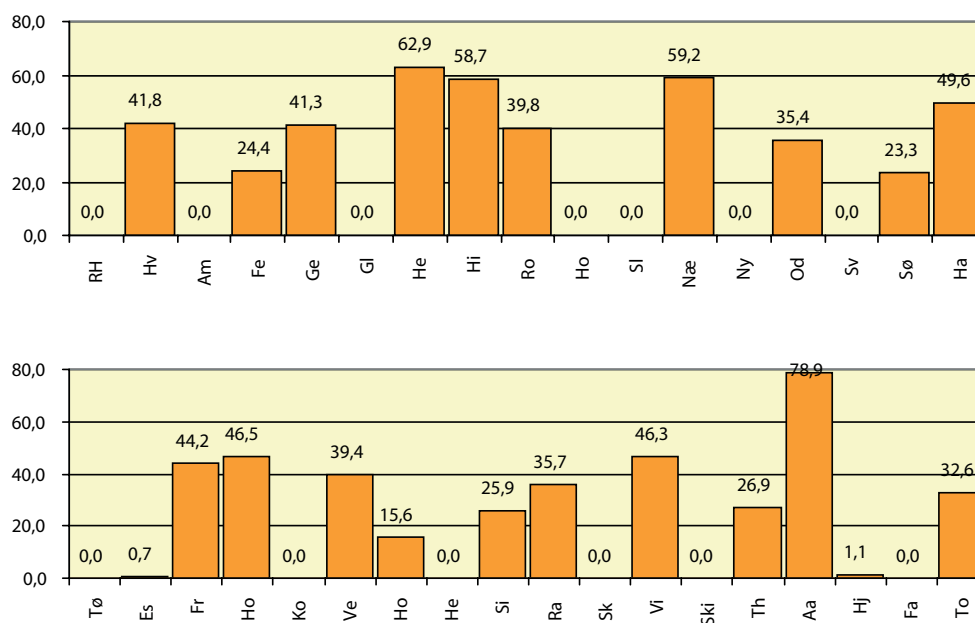


*Medicinsk behandling*

Af de samlede 13.939 tidlige provokerede aborter før udgangen af 12. uge blev 2.491 (18%) behandlet medicinsk. Af de aborter, som blev foretaget før udgangen af 8. uge var 2.094 eller 32% medicinske. Overfor dette var 397 (5%) af aborterne medicinske i uge 9-12. Andelen af aborter før udgangen af 8. uge, som blev behandlet medicinsk varierer, som det fremgår af Fig. 3, fra 0% på RH, Amager, Glostrup, Holbæk, Slagelse, Nykøbing F, Svendborg, Tønder, Kolding, Herning, Skejby, Skive og Frederikshavn over 63% i Herlev til 79% i Ålborg. Forfatterne til denne rapport ved, at der på flere af de afdelinger, hvor der ikke er registreret nogen medicinske aborter faktisk gennemføres sådanne. De angivne tal er således minimumstal for den reelle forekomst af medicinske aborter.

**FIGUR 3**

**Andel (%) provokerede aborter i uge 5-8, som blev gennemført medicinsk i år 2000. (N=6.471)**



## Kvalitet

### *Ventetid/henvisningspraksis*

Tidlig henvisning og kort ventetid fra henvisningstidspunkt er væsentlige kvalitetsindikatorer i behandlingen af kvinder, som ønsker abort – både af psykologiske årsager, på grund af en lavere komplikationsrate ved lav GA, og fordi man kan tilbyde medicinsk behandling før udgangen af 8. uge. Andelen af tidligt udførte aborter (Fig. 2) udtrykker nogenlunde dette kvalitetsmål. Dette er naturligvis under forudsætning af, at kvinder i Danmark ikke varierer væsentligt m.h.t., hvornår de efter erkendelsen af en uønsket graviditet henvender sig til deres praktiserende læge for at anmode om provokeret abort. Det ses, at GA ved udført abort varierer en del fra afdeling til afdeling.

Hvis man sætter en tilstræbt standard ved 60%, således at 60% af alle provokerede aborter gennemføres inden udgangen af 8. graviditetsuge, opfylder afdelingerne i Herlev, Vejle og Holstebro dette kvalitetsmål. Sættes en standard ved 50% opfylder 13 ud af 34 afdelinger standarden. Vi vil tentativt anbefale en standard på 50%.

### *Kvalitet i behandlingen*

Ud af 34 afdelinger var det i henhold til registrerede koder kun 19 afdelinger (56%), som tilbød medicinsk behandling (havde mere end 1 medicinsk abort) af tidlige aborter i år 2000. Da medicinsk behandling har vist sig at indebære fordele i forhold til kirurgisk behandling, af mange kvinder opleves mere skånsom, og ikke er ligeså ressourcekrævende, burde alle afdelinger kunne tilbyde denne behandling.

### *Evacuatio uteri efter medicinsk behandling*

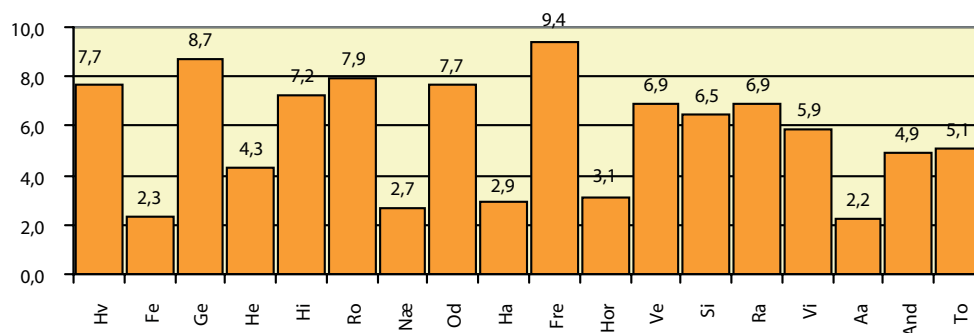
Antallet af kvinder, som i en 12 ugers periode efter en provokeret abort er kodet med aktionsdiagnosen DO08 (retineret væv/blødning) og indgrebskoden KLCH13 (evacuatio uteri efter medicinsk abort) i år 2000, andrager 18. Foretages en søgning på DO08 sammen med indgrebskoderne KMBA00/03 (evacuatio uteri post partum/ abortum) i samme tidsrum findes yderligere 110, hvilket giver en korrigeret samlet evacuatio-rate på  $128/2.491=5,1\%$  (95% CI 3,8-6,4%). Man kan forestille sig andre mulige fejlkodninger, men den anførte formodes at være den væsentligste. Dette betyder igen, at evacuatio-raten må anses for et minimumsestimater. En evacuatio-rate på 5,1% stemmer godt overens med, hvad man fandt ved den kliniske afprøvning af metoden.

I alt havde 24 ud af 34 afdelinger haft medicinske aborter i 2000 (uge 5-12), og heraf havde 8 afdelinger under 30, 5 afdelinger endda kun 1. De 8 afdelinger med under 30 medicinske aborter i år 2000 er slået sammen til "Andre" i nedenstående Fig. 4, hvor andelen af medicinske aborter, som måtte evacueres efterfølgende fremgår. Andelen spænder fra 2,2% i Aalborg til 9,4% i Fredericia. Mens antallet af medicinske aborter kan være dårligt registreret, er andelen af de, som er registreret og som efterfølgende bliver evacueret et mere troværdigt tal, fordi vi også har gennemført søgning på mulige fejlko-der, og fordi operationskoder oftest har en højere validitet end diagnoseko-der.

Der var ingen sammenhæng mellem antallet af medicinske aborter på den enkelte afdeling og frekvensen af efterfølgende evacuatio.

### **FIGUR 4**

**Andelen af legale medicinske aborter, som efterfølgende måtte evacueres på gynækologiske afdelinger i DK år 2000. (N=2.491)**



Andre = Glostrup, Sønderborg, Esbjerg, Kolding, Holstebro, Herning, Thisted og Hjørring

### *Re-evacuatio efter kirurgisk abort*

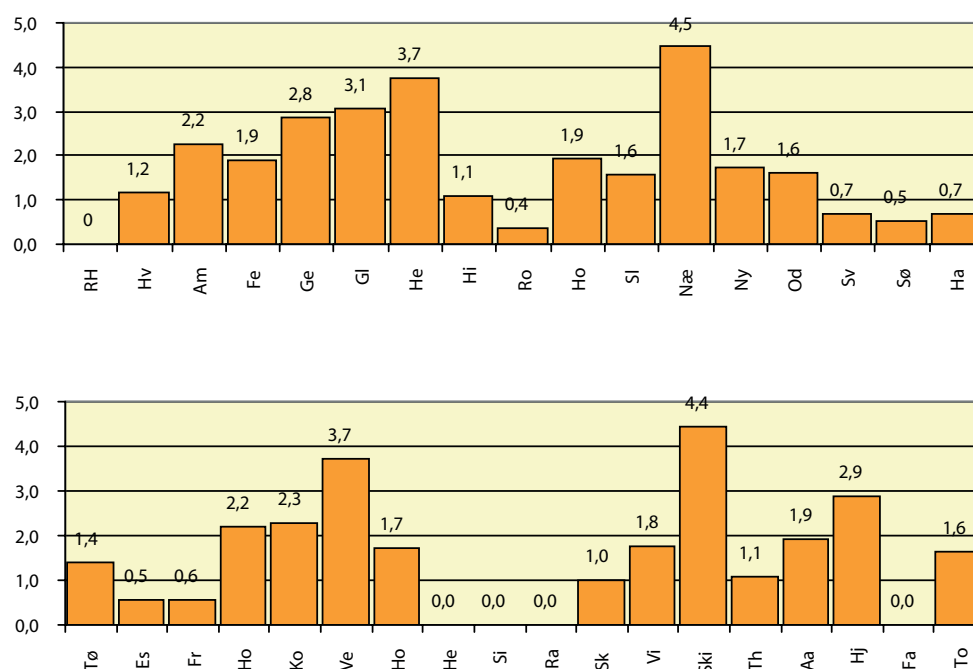
Re-evacuatio uteri efter en provokeret abort bør korrekt kodes med en DO08 diagnose og en KLWW indgrebskode (reoperation efter gynækologisk indgreb). Antallet af kvinder, der er kodet i henhold hertil i en periode på 12 uger efter det primære indgreb, andrager 93 svarende til en re-evacuatio-rate på 0,8% (0,6% for aborter i uge 5-8 og 1% for aborter i uge 9-12, henholdsvis). Ved fejlsøgning på DO08 og KMBA00/03 fandt vi yderligere 96, hvil-

ket bringer antallet af re-evacuerede op på 189 svarende til 1,6% (95% CI 1,2-2,0%). Igen kunne man forestille sig andre – men mindre sandsynlige – mulige fejlkodninger. En samlet re-evacuoratorate på 1,6% må anses for tilfredsstillende. Andelen af re-evacuerede på de enkelte afdelinger fremgår af Fig. 5. Der blev tilsyneladende ikke udført nogen re-re-evacuatioer i DK i år 2000.

Den korrigerede re-evacuoratorate er ikke stratificeret på GA, men den må formodes at være lidt lavere end 1,6% i gruppen uge 5-8. Man kan – med forbehold for ovenstående – forsigtigt konkludere, at andelen af kvinder, som ikke tømmes komplet primært ved medicinsk behandling, er ca. 3 gange så stor som ved kirurgisk behandling.

## FIGUR 5

**Korrigeret andel (%) re-evacuerede efter kirurgisk abort i DK år 2000.**  
(N=11.496, n = 189)



### *Infektion efter abort*

Den anden væsentlige og hyppige komplikation efter provokeret abort – ved siden af re-evacuatio – er infektion. Det er klart, at størstedelen af disse infektioner vil blive behandlet i primærsektoren, hvorfor en søgning på infektionsdiagnoser ikke vil give et reelt mål for infektionsraten efter abort. En del kvinder vil dog af den ene eller anden grund blive behandlet i hospitalssystemet, og for at få et indtryk af omfanget af disse kontakter, er der søgt på udskrivelser med en lang række abortrelaterede infektionsdiagnoser under DO04 og DO08 i en periode på 12 uger efter det primære indgreb. Der er søgt på indlæggelser og ambulante besøg, men ikke skadestuebesøg.

Efter medicinsk abort er i alt 2 kvinder registreret med en sådan infektionsdiagnose svarende til 0,08% af de medicinsk behandlede kvinder. Efter kirur-



gisk abort har 19 kvinder efterfølgende en infektionsdiagnose, 7 efter abort i uge 5-8 og 12 efter abort i uge 9-12, svarende til 0,16% og 0,17% af de kirurgisk behandlede kvinder, henholdsvis. Dette er meget små tal, som antyder, at der nok er tale om en vis underrapportering eller fejlkodning, f.eks. indenfor mere uspecifikke infektionsdiagnoser. Disse mulige fejlkoder er der ikke taget højde for her. Resultatet af aktuelle søgning antyder dog, at antallet af alvorlige infektioner er mindre efter en medicinsk end efter en kirurgisk abort.

#### *Registreringskvalitet*

Kun kvinder, som er kodet med både en kode for provokeret abort (DO04-05) og en korrekt indgrebskode, har udgjort materialet for denne opgørelse. For at få et indtryk af, hvor mange der kodes forkert i forbindelse med det primære indgreb, er der herudover søgt på DO04 og indgrebskoden KMBA00/03, som må anses for den hyppigste fejlkodning. Dette gav resultatet 8, hvilket svarer til en fejlkodningsrate på det primære indgreb på  $8/11.508=0,07\%$ . Der kodes altså i det væsentligste korrekt i forbindelse med det primære indgreb, hvilket meget vel kunne skyldes klare guidelines og procedurer for dette rutineindgreb rundt omkring på afdelingerne.

I forbindelse med evacuatio efter medicinsk behandling var  $110/128=86\%$  kodet med en forkert indgrebskode, medens  $96/189=51\%$  af alle re-evacuatioer efter kirurgisk abort var kodet forkert.

## **Konklusion**

Der blev udført et stort skønt fortsat faldende antal provokerede aborter i Danmark i år 2000. Medicinsk behandling er indført som en relativt ny behandlingsmodalitet, og blev valgt i år 2000 af lidt under en femtedel af kvinderne, medens kun godt halvdelen af afdelingerne tilbød den. Dette lave tal skyldes med sikkerhed delvis, at nogle afdelinger ikke koder deres medicinske aborter korrekt.

Blandt de afdelinger, som i henhold til registreringen tilbød behandlingen, varierede andelen af medicinsk behandlede meget, hvilket mest sandsynligt skyldtes forskellige holdninger til og fortrolighed med metoden blandt lægerne. Medicinsk behandling ved provokeret abort ser ikke ud til at have fundet sit endelige leje endnu.

Den kliniske kvalitet synes i denne opgørelse tilfredsstillende, når det gælder problemstillingen retineret væv, både hvad angår medicinsk og kirurgisk behandling. Som forventet var andelen af kvinder med retineret væv højere i den medicinsk behandlede gruppe, medens forekomsten af alvorlige infektioner er højere blandt de kirurgisk behandlede, skønt de absolutte tal her er meget små og må tages med forbehold. Andelen af provokerede aborter, som foretages tidligt (uge 5-8) varierer meget mellem afdelingerne, hvilket tages som udtryk for forskelle i afdelingernes ventetid og henvisningspraksis blandt de praktiserende læger.

Registreringskvaliteten er god, hvad angår det primære indgreb, hvor under 0,1% fejlkodes. En fejlkodningsprocent på 51% for re-evacuatio og på 86% for evacuatio efter medicinsk behandling er imidlertid utilfredsstillende, men

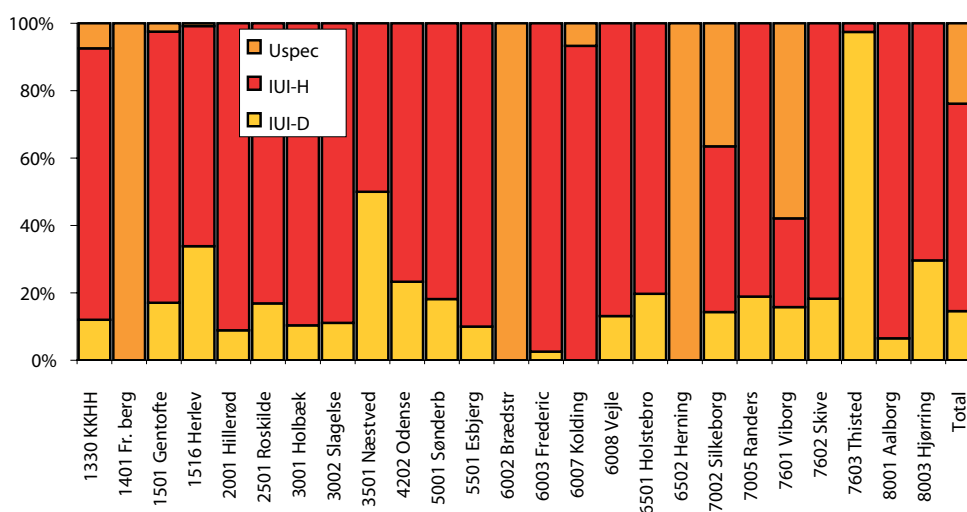
stemmer godt overens med de fund, der er gjort under afsnittene om spontan abort og missed abortion. Også her vil guidelines på området og intelligente restriktioner være bedste og eneste måde at højne registrerings-kvaliteten.

## 1.6a Insemination

Inseminationer er opgjort for perioden 1998-2000 samlet. Det blev i perioden registreret 2.541 inseminationer fordelt på 1.249 kvinder, som i gennemsnit gennemgik 2,0 inseminationer. Af de 2.541 inseminationer var 1.563 (62%) homologe (med mandens sæd), 371 (15%) var med donor, mens 607 (24%) var uspecificerede. Behandlingerne resulterede i 466 kliniske graviditeter, svarende til 18,3 kliniske graviditeter pr. 100 inseminationer. Disse 466 kliniske graviditeter endte i 383 (82%) levendefødte børn, 67 (14%) endte i spontan abort eller missed abortion, mens 16 (4%) oplevede ekstrauterin graviditet. Fordelingen mellem homologe og donor inseminationer på landets afdelinger fremgår af Figur 1.

**FIGUR 1**

### Fordelingen mellem homologe, donor og uspecificerede inseminationer på gynækologiske afdelinger i Danmark 1998-2000



Det fremgår, at andelen af homologe inseminationer, på de afdelinger, som specificerer dette, svinger fra 50% til 97%. Da chancen for graviditet pr. cyklus er ca. dobbelt så stor ved donorinsemination som ved homolog insemination, vil disse forskelle forventes at påvirke den samlede graviditetsrate på de enkelte afdelinger.

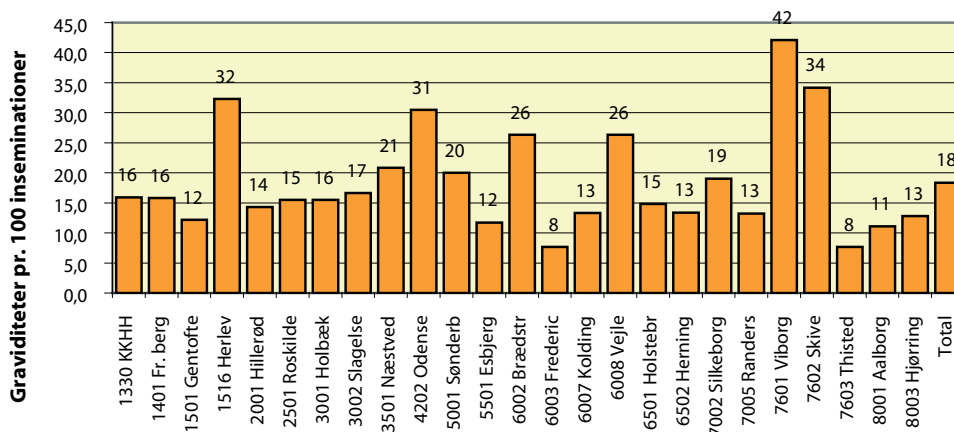
#### Graviditetsrater

De enkelte afdelingers graviditetsrater fremgår af Fig. 2. I Figur 3 er der gennemført en korrelationsanalyse mellem andelen af homologe inseminationer og graviditetsraten på de enkelte afdelinger. Her er kun medtaget afdelinger, hvor andelen af homologe inseminationer er angivet. Det fremgår, at antallet af gravide pr. 100 inseminationer svinger fra 7,7 til 42,1. Mens en del af denne forskel kan forklares ved forskellige andele homologe og donor inse-

minationer, viser Figur 3, at der godt nok er en klar negativ korrelation mellem andelen af homologe inseminationer og den samlede graviditetsrate, ganske som man skulle forvente, men at der for en given andel fortsat er stor spredning i graviditetsraten.

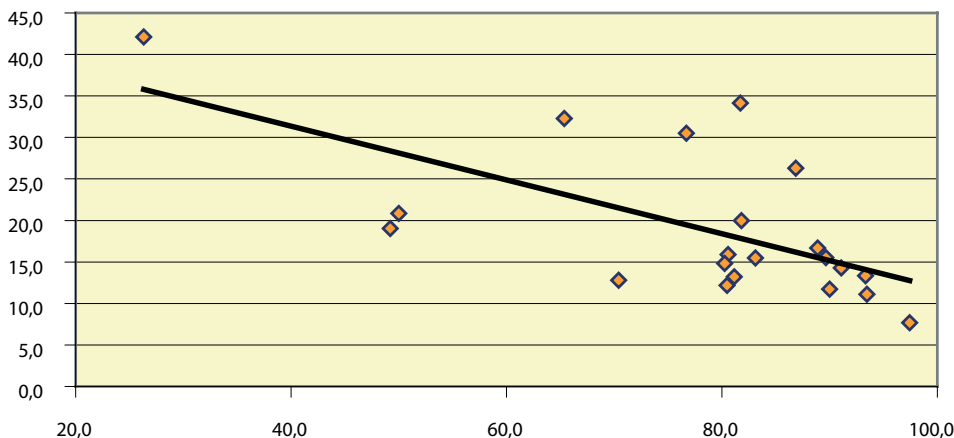
**FIGUR 2**

**Kliniske graviditeter pr. 100 inseminationer på gynækologiske afdelinger i Danmark i perioden 1998-2000**



**FIGUR 3**

**Sammenhængen mellem andelen af homologe inseminationer (x-akse) og den samlede graviditetsrate ved gynækologiske afdelinger i DK 1998-2000. Der er indføjet en regressionslinje**



Skønt resultaterne ser ”troværdige” ud, må de tages med det forbehold, at registreringspraksis veksler mellem afdelingerne, og at f.eks. Rigshospitalet og Skejby Sygehus slet ikke indberetter data til LPR.

*Komplikationer til inseminationsbehandling*

Der blev i perioden etableret 5 trillingegraviditeter ud af 383 graviditeter, som endte med levendefødte børn, svarende til 1,3%. Der var tilsvarende en

firlinge-graviditet (0,3%). Dette er tilfredsstillende set fra et kvalitetssynspunkt.

Der blev kun registreret en indlæggelse for hyperstimulation blandt de inseminerede, hvilket ligeledes er tilfredsstillende.

Ingen blev registreret med venøs tromboemboli indenfor 6 uger efter inseminationsbehandlingen.

Ingen af graviditeterne endte med dødfødsler.

## Konklusion

LPR er særdeles velegnet til at foretage kvalitetsopgørelser ved inseminationsbehandling. Såfremt alle afdelinger konsekvent benyttede de relevante behandlingskoder, ville man have et enestående redskab til en løbende kvalitetskontrol, og efterfølgende follow-up.

Styrken ved LPR er bl.a., at det er muligt at følge de enkelte graviditeter til dørs.

Det ville kvalificere udtrækket, hvis alle afdelinger specificerede, om der var tale om homolog eller donor-insemination, så man kunne basere opgørelsen på de specifikke behandlingstyper.

## 1.6b IVF

IVF-behandlingen er opgjort for årene 1998-2000. Som det fremgår af Tabel 1, er det kun afdelingerne i Herlev, Odense, Brødstrup og Skive, som rutinemæssigt har indberettet IVF-behandlinger til LPR. Fra data i LPR er der indhentet bl.a. nedenstående resultater:

**TABEL 1**

### Resultater fra IVF behandling på fire afdelinger i Danmark 1998-2000

Afdeling	Herlev			Odense			Brødstrup			Skive		
	98	99	00	98	99	00	98	99	00	98	99	00
Aspirationer	334	525	374	719	710	486	607	591	486	591	648	651
Graviditeter	83	120	118	227	236	169	174	209	197	165	233	279
Grav/100 asp	24,9	22,9	31,5	31,6	33,2	34,8	28,7	28,7	40,5	27,9	40,0	42,9
Spontan abort	4	7	5	12	12	4	13	13	8	11	11	12
Missed abortion	7	15	9	15	8	10	17	15	5	14	15	16
X-uterint gravid	3	1	3	6	3	2	6	1	2	3	4	6
Levende barn	69	97	101	194	213	153	138	180	182	137	203	245
Lev.barn/100asp	20,7	18,5	27,0	27,0	30,0	31,5	22,7	30,5	37,4	23,2	31,3	37,6

Det fremgår, at antallet af aspirationer fra 1999 til 2000 er faldet på Herlev, i Odense og i Brødstrup, mens niveauet har været konstant i Skive.

Samlet var raten af levendefødte per 100 aspirationer i perioden 1998-2000 28,4, men var genstand for en klar stigning fra 23,9 i 1998 over 28,0 i 1999 til 34,0 i 2000, svarende til en forbedring i behandlingen på i gennemsnit 42% over de tre år. Der kan dokumenteres forbedrede resultater på alle fire centre.

Forskellen på resultaterne mellem afdelingerne kan tænkes at bero på forskelle i kvindernes alder, på antallet af cykli, som tilbydes det enkelte par, på forskelle i sygdomsmønsteret hos kvinderne mellem centrene og på den kliniske praksis i afdelingerne.

Den gennemsnitlige alder for de behandlede kvinder var i Herlev, Odense, Brædstrup og Skive henholdsvis 33 år, 32 år, 32 år og 32 år. Det gennemsnitlige antal cykli per kvinde var på de fire centre 1,9, 1,8, 1,8 og 1,8 i gennemsnit. Det er derfor næppe forskelle i alder eller tilbudte cykli, som er ansvarlig for forskellene mellem afdelingerne.

#### *Abortus spontaneus*

Samlet var der i perioden 112 af de IVF-gravide kvinder, som aborterede spontant. Med 6.732 cykli svarer det til en rate på 1,7 pr 100 aspirationer. Tilsvarende tal for missed abortion var 146 og 2,2 per 100 aspirationer, eller i alt 258 eller 3,9 aborter per 100 transfereringer. Der var i alt 2.210 kliniske graviditeter, svarende til en abortrate på 12 per 100 kliniske graviditeter, hvilket svarer meget godt til, hvad man skulle forvente. De enkelte afdelingers tal fremgår af nedenstående Tabel 2.

**TABEL 2**

#### **Spontane aborter og missed abortion i perioden 1998-2000**

<b>Afdeling</b>	<b>Herlev</b>	<b>Odense</b>	<b>Brædstrup</b>	<b>Skive</b>
Antal aspirationer	1.233	1.915	1.684	1.890
Antal kliniske graviditeter	321	632	580	677
Antal spontane aborter	16	28	34	34
Antal missed abortion	31	33	37	45
Antal aborter i alt	47	61	71	79
Aborter/100 kliniske graviditeter	14,6	9,6	12,2	11,7
X-uterine graviditeter	7	11	9	13
X-uterine grav./100 klin. Grav.	2,2	1,7	1,6	1,9

Herlev ligger lidt højere i andel patologiske svangerskaber (16,8%) end de øvrige tre afdelinger (11,3%, 13,8% og 13,6%). Dette kan være udtryk for forskellig registreringspraksis, hvad angår de tidlige spontane aborter.

#### *Ekstrauterine graviditeter*

Tallene ligger omkring 2%, hvilket som forventet er lidt højere end raten ved spontane graviditeter. Der er ikke signifikante forskelle mellem afdelingerne.

### Overstimuleringer

Her er opgjort, hvor mange af de aspirerede, som inden for tre måneder er registreret med en hyperstimulationsdiagnose. Resultaterne fremgår af Tabel 3.

**TABEL 3**

#### Antal aspirerede registreret med hyperstimulationsdiagnose

Afdeling	Herlev	Odense	Brædstrup	Skive
Antal aspirationer	1.233	1.915	1.684	1.890
Antal kliniske graviditeter	321	632	580	677
Overstimulerede	17	17	30	25
Overstimulerede/100 aspirationer	1,4	0,9	1,8	1,3

Det fremgår, at der i perioden var i alt 89 kvinder, som var indlagt med overstimulation, svarende til i gennemsnit 1,3%. Raten vekslede mellem afdelingerne fra 0,9% til 1,8%. Denne variation kan ligeså vel tilskrives forskelle i tærsklen for, hvornår en overstimuleret indlægges som på reelle forskelle i forekomsten af dette syndrom.

### Transfereringer

Der blev registreret 7.538 transfereringer mod 6.722 aspirationer, svarende til at 816 eller i gennemsnit 10,8% transfereres uden aspiration. Dette modsvare det minimale antal frysecykli, idet eventuelle aflyste cykli efter aspiration vil øge andelen af frysecykli udregnet på denne måde.

### Dyb venøs trombose + lungeemboli = venøs tromboemboli (VTE)

Der var i den tre år lange periode ingen, som udviklede en dyb venøs trombose eller en lungeemboli inden for seks uger efter aspiration. Med 6.732 registrerede aspirationer og en baggrundsincidens på en pr. 10.000 per år, skulle vi inden for 6 uger have forventet 0,07 kvinder, som havde udviklet VTE såfremt IVF-behandlingen ingen indflydelse havde haft på risikoen. Med observerede 0 tilfælde taler sandsynligheden for, at risikoen for venøs tromboemboli under stimulationsbehandling er mindre end 20 gange øget.

### Validering

Da afdelingerne selv indberetter deres behandlinger via de obligatoriske blanketter til Sundhedsstyrelsen, er det nærliggende at sammenligne tallene indhentet fra LPR med tallene fra Sundhedsstyrelsen. Dette vil blive gjort, når disse kan udleveres fra Sundhedsstyrelsen. Det har de for indeværende ikke kunnet.

## Konklusion

Der eksisterer i dag behandlingskoder for såvel almindelig IVF (BJFL00) som for ICSI (BJFL01). Såfremt alle landets fertilitetsafdelinger konsekvent registrerede deres behandlinger og diagnoser i forbindelse med gennemførte IVF-behandlinger, ville LPR ikke alene kunne fungere som en dækkende

kontrol for såvel produktion som behandlingskvalitet, men også rumme de informationer, som fertilitetsklinikkerne i dag indsender til Sundhedsstyrelsen via de obligatoriske indberetninger. De LPR-baserede statistikker rummer i forhold til den obligatoriske registrering yderligere den fordel, at man kan følge graviditeterne til dørs, mens de nu afsluttes som ”igangværende graviditeter”, hvilket i en klinisk sammenhæng ikke er særligt tilfredsstillende. Ydermere ville man senere kunne koble data omkring fertilitetsbehandling til fødselsregistre, pædiatriske diagnoser osv. Der synes altså at være meget at vinde ved en LPR-baseret registrering – et enstrenget system, som til gengæld fungerer.

Man kunne for at fremme dette i selskabsregi udarbejde en liste over de koder og diagnoser, man forventede, at alle klinikker som et minimum registrerede. Det kunne så være op til de enkelte centre at registrere yderligere oplysninger, måtte man ønske dette.

# 2

## Gynækologisk onkologi

### 2.1 Cervixcancer

Perioden 1998-2000 er opgjort samlet. Alle kvinder med cervixcancer, som blev diagnosticeret før 1998 (dvs. fra 1980-1997) er primært ekskluderet. Hver kvinde figurerer kun en gang i studieperioden, i det alle senere diagnoser hos samme kvinde betragtes som kontrol eller recidiv af den primære sygdom.

#### Produktion

Der blev i perioden identificeret 1.505 kvinder med cervixcancer, svarende til omkring 500 pr. år. Af disse blev 1.205 diagnosticeret og behandlet på gynækologiske afdelinger, 300 på kirurgiske afdelinger. I det følgende vil vi primært se på de 1.205 tilfælde, som var indlagt på gynækologiske afdelinger.

I en kvalitetssammenhæng er det primært de opererede kvinder, som har interesse. De meget gamle patienter med dissemineret sygdom, som indlægges til plejehandling på et lokalt sygehus vil således ikke blive berørt yderligere.

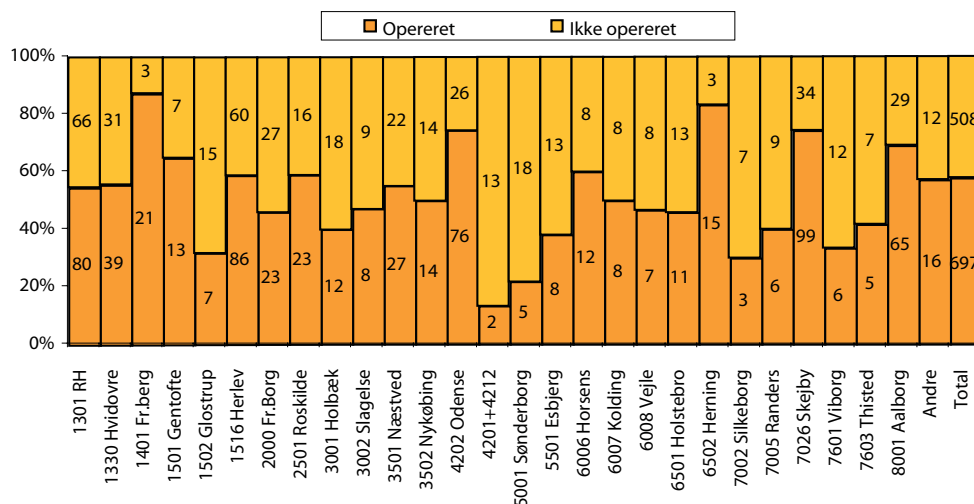
Af statistiske grunde har vi lagt alle afdelinger med under 10 tilfælde i løbet af den treårige periode sammen under ”andre”, så specifikke tal kun vedrører afdelinger med mere end 10 patienter. De afdelinger, som er lagt sammen, er afdelingerne i Haderslev, Tønder, Fredericia, Skive, Hjørring og Frederikshavn.

Af de 1.205 patienter, er der gennemført et kirurgisk indgreb på 697 (58%). Andelen af opererede på de enkelte afdelinger fremgår af Fig. 1. Stadiefordelingen blandt disse 697 opererede på de enkelte afdelinger fremgår af Fig. 2.



**FIGUR 1**

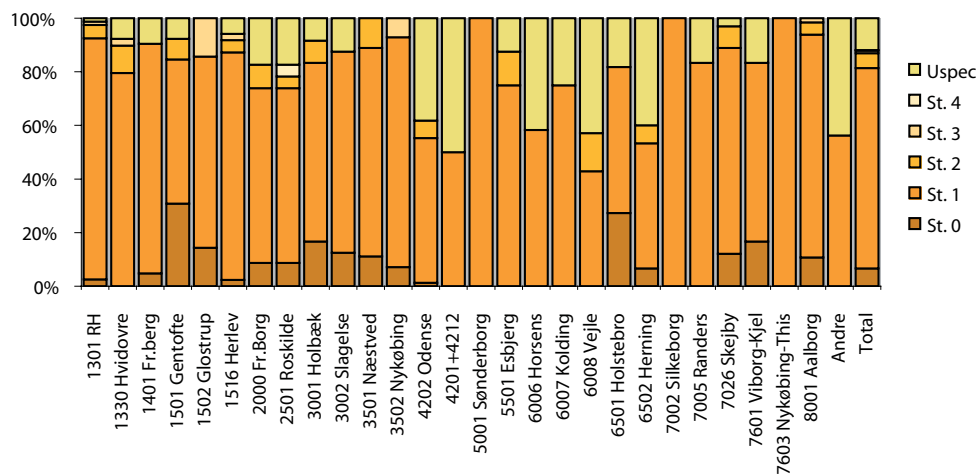
**Andelen opererede på de involverede afdelinger 1998-2000.  
I søjlerne er angivet det absolutte antal patienter**



Det fremgår, at andelen af opererede varierer fra omkring 30% til 88%. Der er ikke nogen entydig sammenhæng mellem andelen af opererede, og antallet af patienter på de enkelte afdelinger.

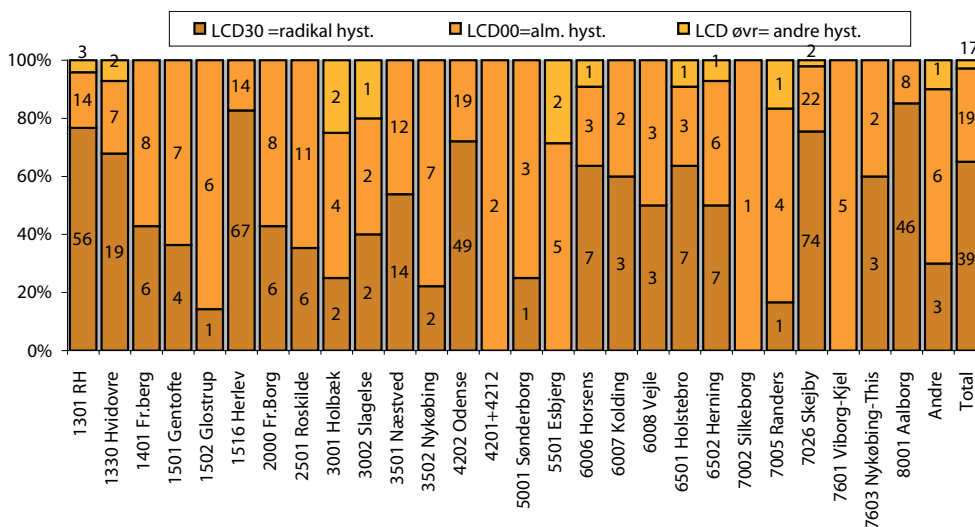
**FIGUR 2**

**Stadiefordelingen af opererede på de involverede afdelinger 1998-2000**



Langt hovedparten af de 697 opererede har stadium 1 (75%), 7% var stadium 0, 6% stadium II, mens 1% var stadium III eller IV. 83 eller 12% havde ikke noget specificeret stadium.

De specifikke operationstyper på de enkelte afdelinger fremgår af Fig. 3.

**FIGUR 3****Operationstyper blandt 603 opererede på gynækologiske afdelinger 1998-2000**

Det fremgår, at fem afdelinger udfører mere end 10 radikale hysterektomier om året, og at disse fem afdelinger tegner sig for 292 (74%) af de i alt 392 operationer af denne type. Det betyder omvendt, at der gennem de seneste tre år er udført 100 af disse indgreb på 28 afdelinger, som hver udfører mindre end 10 af den type operationer om året, i gennemsnit en om året for hver afdeling.

Af de 392 ”radikalt” opererede blev 13 (3,3%) (som således ikke var radikale) efterfølgende strålebehandlet. 194 blev almindeligt hysterektomeret, to af disse (1%) efterfølgende strålebehandlet. Endelig blev 17 hysterektomeret ved laparoskopisk og/eller vaginalt indgreb.

Der var i alt 94, som kun blev koniseret. De fem af disse fik efterfølgende strålebehandling.

## Kvalitet

### *Centralisering – decentralisering af radikale hysterektomier*

Afdelinger med få radikale hysterektomier er svære at gøre op statistisk, fordi komplikationer sædvanligvis er så sjældne, at der ikke kan gennemføres statistiske analyser. Alligevel forekommer det ikke nødvendigvis at være optimalt, at omkring hver fjerde af de, som undergår en udvidet (radikal) hysterektomi, opereres i afdelinger, der i gennemsnit udfører én af denne operationstype om året, da det nødvendigvis må indebære problemer med en tilstrækkelig operativ rutine.

I de efterfølgende analyser har vi valgt at opgøre alle disse 28 afdelinger samlet. Således vil der blive tale om i alt seks centre; de fem afdelinger med mere end 10 operationer om året og resten. Først operationstyperne:

## FIGUR 4

### Operationstyper blandt 601 hysterektomerede kvinder med cervixcancer 1998-2000

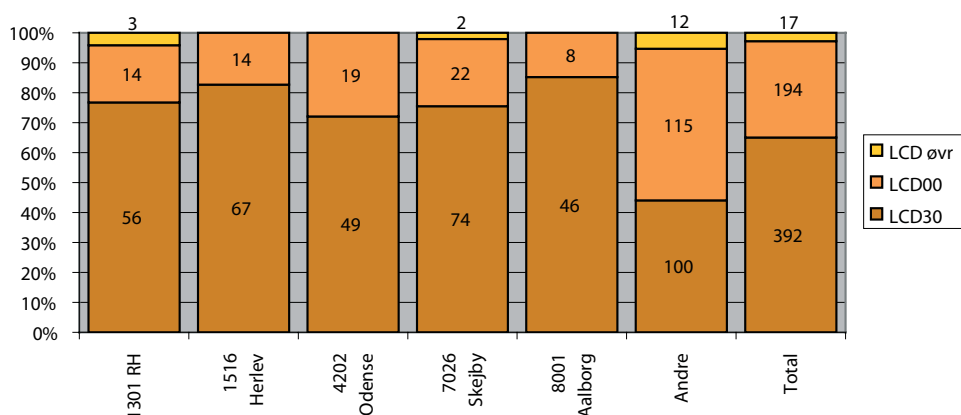


Fig. 4 angiver fordelingen i operationstyper på de enkelte centre, samt (i søjlerne) det absolute antal opererede. Det fremgår, at antallet af radikale hysterektomier på de fem hovedcentre varierer fra 15 til 25 pr år. Andelen af opererede, som undergår radikal hysterektomi varierer mellem 72% og 85% på de fem centre, mod 46% på de 28 andre afdelinger tilsammen.

#### *Ventetid*

Den gennemsnitlige ventetid fra diagnosen cervixcancer hos den enkelte kvinde er registreret første gang, til det operative indgreb er effektueret, var 25 dage på RH, 21 dage i Herlev, 23 dage i Odense, 30 dage i Skejby og 55 dage i Aalborg. Det er altså muligt at holde denne effektive ventetid nede på tre uger.

#### *Overlevelse*

Overlevelsedata gøres mest meningsfyldt op som 5-års overlevelsen efter operation. Opfølgningstiden har imidlertid for indeværende kun været op til 3 år for de, som blev opereret i 1998. Overlevelsen har dels noget med sygdomsstadiet på operationstidspunktet at gøre, herunder selektionen af patienter til operation, dels med patientens alder på operationstidspunktet, og endelig med kvaliteten af de operative indgreb. Vi har for 1998 gennemført en studieopgørelse over de, som er hysterektomeret, antal som har gennemgået radikal hysterektomi, gennemsnitsalderen for de, som er radikalt hysterektomeret, samt antal og andel af disse, som siden er døde under indlæggelse. Disse data fremgår af nedenstående Tabel 1.

**TABEL 1****Stadiefordeling, gennemsnitsalder og dødelighed blandt radikalt opererede på de fem centre på RH, i Herlev, Odense, Skejby og Aalborg, samt et samlet gennemsnit for alle afdelinger i 1998**

	RH	Herlev	Odense	Skejby	Aalborg	Landet
Antal hysterektomerede	34	23	28	32	25	209
Antal stadium 1	33	19	14	28	22	160
Antal stadium 2	1	4	3	3	2	18
Antal stadium 3	0	0	0	0	1	2
Uspecificeret stadium	0	0	11	1	0	29
Antal radikalt hysterektom.	28	23	19	25	21	142
Gennemsnitsalder af disse	40	43	41	45	46	43
Antal døde af radikalt oper.	3	5	2	1	3	17
Døde pr. 100 opererede	10,7	21,7	10,5	4,0	14,3	12,0

Det fremgår, at der ikke var markante forskelle i stadiefordelingen blandt de, som undergik operation, idet omkring 90% var stadium 1 og 10% stadium 2 på alle afdelingerne. Gennemsnitsalderen blandt de radikalt hysterektomerede var på alle fem centre mellem 40 og 46 år, samlede gennemsnit for alle afdelingerne 43 år.

Det ses videre, at antallet af døde er lavt, i gennemsnit 12% for alle afdelinger, med et absolut antal døde på mellem 1 og 5 i de fem hovedcentre. Data vedrørende dødelighed er derfor for sparsomme til, at det giver mening at foretage yderligere statistisk analyse.

*Tidlige operationskomplikationer ved radikal hysterektomi 1998-2000*

Antallet af registrerede tidlige – dvs. under primære indlæggelse i forbindelse med operation – komplikationer er få, og vil derfor – i første omgang – blive opgjort på landsplan for perioden 1998-2000.

Der var en patient, som udviklede venøs trombose. To er registreret med pneumoni, to med hydronefrose, to med infektion efter operation, og to blev reopereret under primære indlæggelsesforløb. Såfremt registreringen af komplikationer er valid, er der tale om endog meget lave komplikationsrater – man tør næsten ikke tro på, at det skulle være så pænt.

*Sene operationskomplikationer ved radikal hysterektomi 1998-2000*

Fire patienter har i efterforløbet udviklet fistler, ni lymfødem. Ingen er registreret med blæredysfunktion og ingen med dyspareunia.

Vi må således konstatere, at komplikationerne i forbindelse med radikal hysterektomi er meget få, såvel tidlige som sene komplikationer, og at statistisk bearbejdning af disse vil kræve data fra mindst en 10-årig periode. Denne konklusion hviler på den antagelse, at der ikke forekommer væsentlige registreringsmæssige udeladelser omkring per- og post-operative komplikationer (jf. kapitel 3.1).

## Konklusion

Når registreringen af de nye FIGO-stadier effektueres i LPR vil det være muligt at skelne mellem stadium 1a og 1b, samt mellem 2a og 2b. Det vil da være muligt at detaljere statistikken omkring operationer for cervixcancer. Hvis afdelingerne lagde sig i selen vedrørende en konsekvent registrering af per- og postoperative komplikationer, vil LPR i fremtiden kunne udgøre en god screening for kvaliteten af den kliniske behandling af cervixcancer.

Det er ikke med nærværende data muligt empirisk at dokumentere, at kvaliteten er dårligere på de 28 afdelinger, som gennemfører få operationer, end på de fem, som varetager 75% af de radikale hysterektomier.

På grund af cancersygdommens natur, kvalitetsindikatorernes store følsomhed for patientrelaterede kliniske forhold ved behandlingsstart, som ikke rummes i LPR, de mange parakliniske data, som har stor prognostisk betydning samt praksis med at centralisere udredningen og behandlingen af disse sygdomme, vil den onkologiske gynækologi være et af de områder, hvor etableringen af landsdækkende kliniske databaser bør overvejes.

## 2.2 Corpuscancer

### Produktion

Corpuscancer (CCoU) er opgjort for perioden 1998-2000. I den tre år lange periode blev i alt 2.235 kvinder udskrevet med denne diagnose. Alle kvinder med CCoU i perioden 1980-1997 er ekskluderet fra aktuelle udtræk, således at der skulle være tale om nye tilfælde.

Det svarer til 745 årlige tilfælde. Vi ved det er for mange, hvorfor en del må være kontroller på patienter med sygdommen diagnosticeret før 1980 – alternativt er patienten registreret med en forkert diagnose.

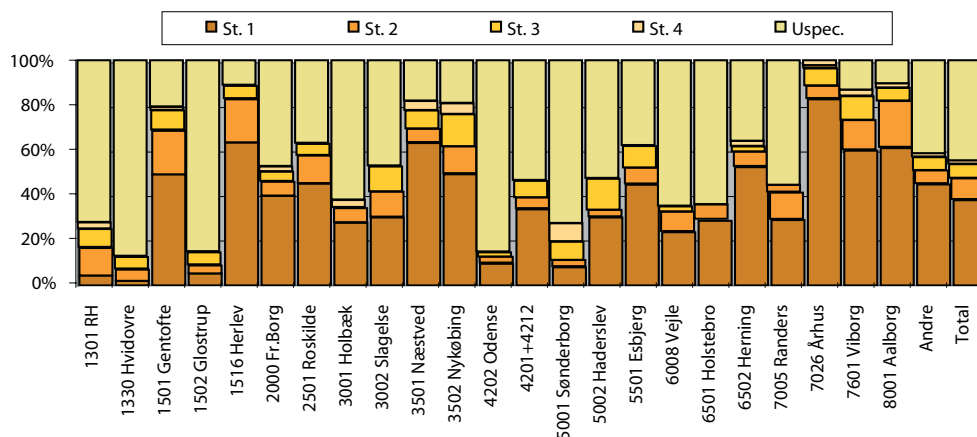
Af de 2.235 kvinder, var 1.807 (81%) indlagt på gynækologiske afdelinger, de 428 på kirurgiske. I det følgende vil primært de 1.807 på gynækologiske afdelinger blive genstand for analyse.

Af de 1.807 gynækologiske patienter blev 1.599 (88%) opereret. Det er disse 1.599 kvinder, vi vil fokusere på. I de følgende figurer er afdelinger med under 10 årlige patienter med corpuscancer slået sammen til ”andre”. Det drejer sig om afdelingerne i Tønder, Fredericia, Horsens, Kolding, Silkeborg, Thisted, Hjørring, Frederikshavn, Skive og på Frederiksberg. Tilsammen havde disse 10 afdelinger 157 indlæggelser med kvinder med CCoU i perioden svarende til i gennemsnit 5-6 om året pr. afdeling.

Stadiefordelingen blandt de 1.599 opererede kvinder fremgår af nedenstående Fig. 1.

**FIGUR 1**

**Stadiefordelingen blandt 1.599 kvinder opereret for corpuscancer på gynækologiske afdelinger i Danmark i perioden 1998-2000**



Det fremgår, at 45% af alle ikke fik kodet deres stadium. Andelen af ikke-stadiekodede varierer meget fra afdeling til afdeling, svingende fra 2% i Skejby til 88% i Hvidovre. Af alle (inkl. de ikke-stadiekodede) havde 38% stadium 1, 9% stadium 2, 6% stadium 3 og 2% stadium 4.

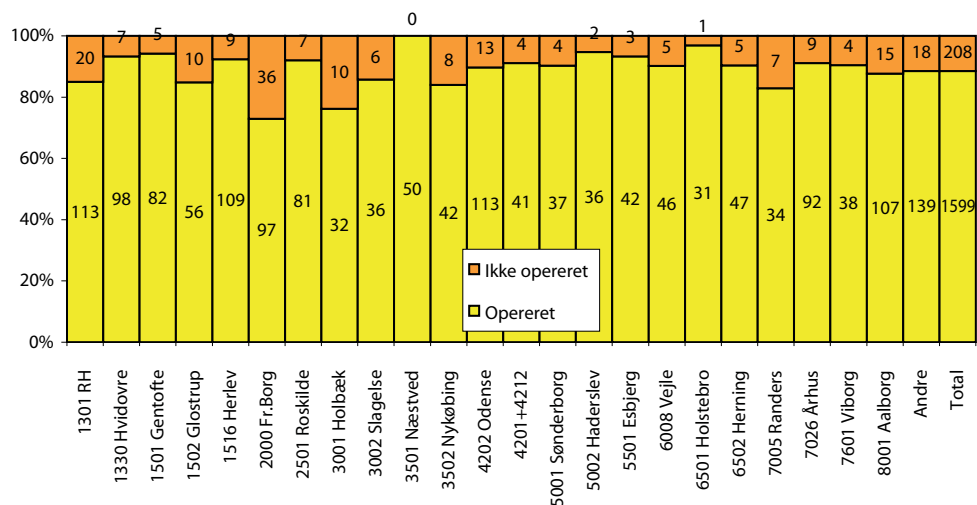
Det ville være interessant at se, om stadiefordelingen var forskellig mellem afdelingerne, specielt om de store afdelinger havde større andel af højere stadier (hvilket man godt kunne forvente). Det er imidlertid ikke muligt pga. de mange med uspecificeret stadium.

*Opererede*

Andel opererede på de enkelte afdelinger fremgår af Fig. 2.

**FIGUR 2**

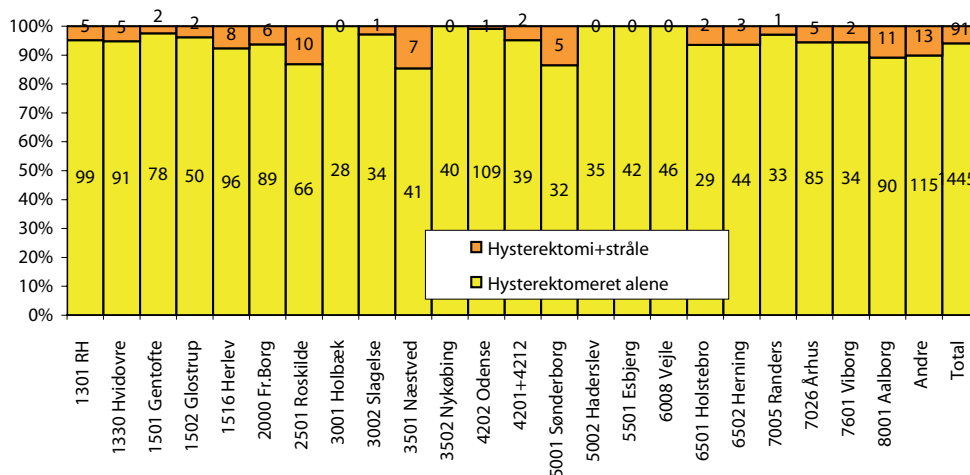
**Andelen af patienter på de enkelte afdelinger, som er opereret. De absolutte tal på hver afdeling fremgår af søjlerne**



Det ses, at andelen af opererede svinger fra 77% til 98%. Hovedparten af de ikke opererede har fået strålebehandling.

**FIGUR 3**

**Hysterektomerede som aldrig henholdsvis inden for tre måneder er strålebehandlet**



*Strålebehandling efter hysterektomi*

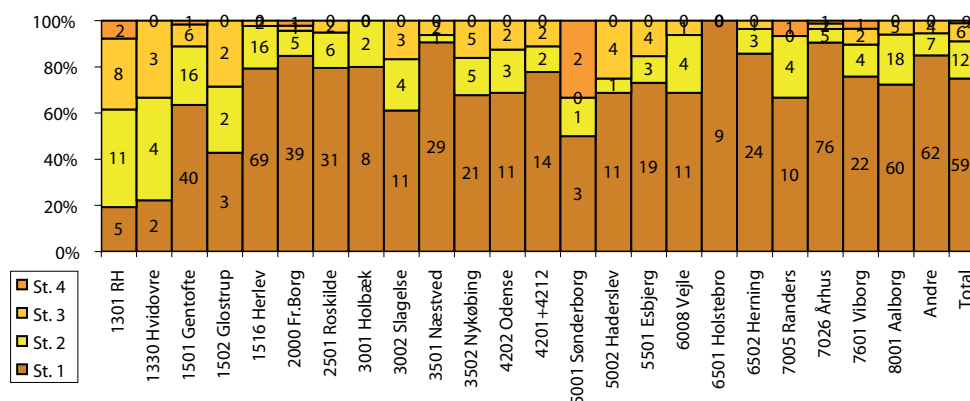
Der var 1.536 kvinder, som enten blev hysterektomeret og aldrig strålebehandlet, eller som blev strålebehandlet inden for tre måneder efter hysterektomien. Disse andele fremgår af Fig. 3. Det ses, at andelen af strålebehandlede efter hysterektomi svinger fra 0% til 16%, i gennemsnit 7%.

**Kvalitet**

Hvis man meningsfuldt skal kunne måle og sammenligne afdelingernes kvalitet, skal udgangspunktet være nogenlunde ens. Vi har derfor valgt at tage udgangspunkt i de hysterektomerede kvinder, som har et registreret stadium af deres sygdom, og som ikke er strålebehandlet inden for 3 måneder. Fordelingen af stadier på de enkelte afdelinger blandt disse kvinder fremgår af Fig. 4.

**FIGUR 4**

**Stadiefordeling blandt hysterektomerede ikke strålebehandlede kvinder. Kvinder med uoplyst stadium er udeladt**

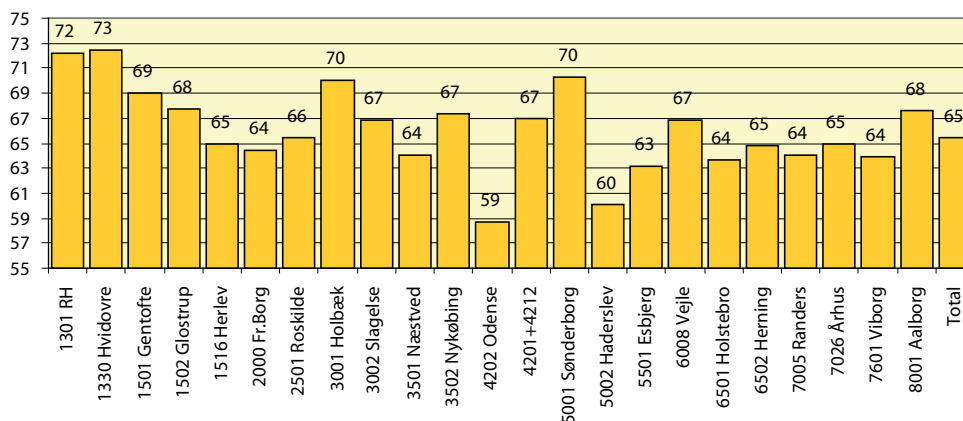


Det fremgår, at der er temmelig store variationer i stadiefordelingen mellem afdelingerne, selv på denne selekterede gruppe af kvinder. De afdelinger som afviger mest, er imidlertid dem, som har mange med uoplyst stadium eller et lille antal patienter.

Gennemsnitsalderen for hvert stadium for de forskellige afdelinger fremgår af Fig. 5-8.

## FIGUR 5

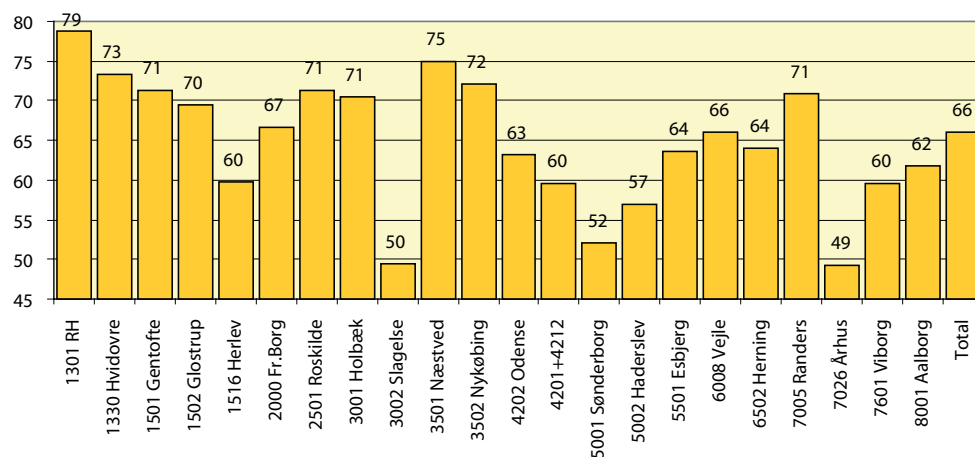
### Gennemsnitsalderen for opererede kvinder med stadium 1



Tilsvarende gennemsnitsalder for kvinder med stadium 2, 3 og 4 fremgår af Fig. 6-8.

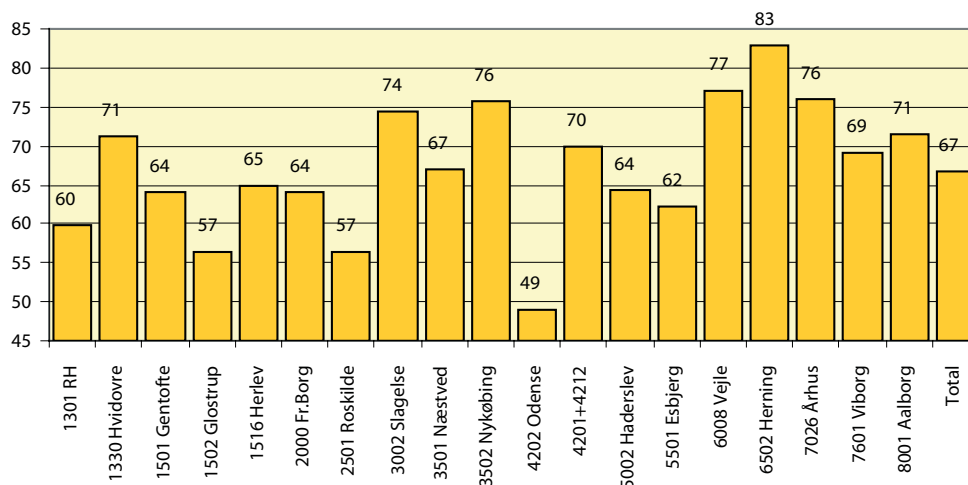
## FIGUR 6

### Gennemsnitsalder for opererede kvinder med stadium 2

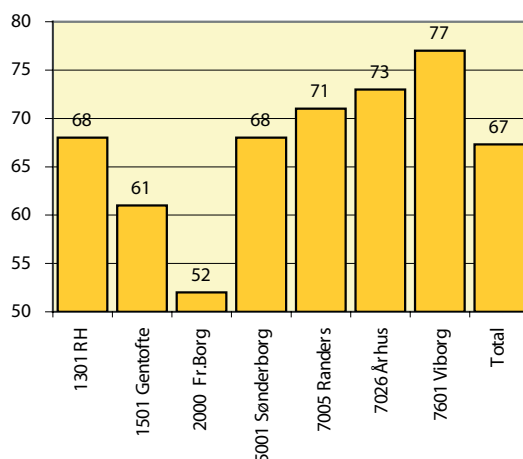


Note: Afdeling uden patienter med stadium 2 udeladt



**FIGUR 7****Gennemsnitsalder for opererede kvinder med stadium 3**

Note: Afdelinger uden patienter med stadium 3 udeladt

**FIGUR 8****Gennemsnitsalder for opererede kvinder med stadium 4**

Note: Afdelinger uden patienter med stadium 4 udeladt

Det er vanskeligt at opgøre postoperativ mortalitet på de enkelte afdelinger af følgende grunde:

1. En opgørelse kræver nogenlunde ens stadiefordeling mellem afdelingerne. Dette kan ikke sikres på de mange afdelinger, som ikke har kodet stadiet af sygdommen
2. Der er en relativt stor aldersspredning inden for et givet stadium mellem afdelingerne
3. Antallet af patienter med kendt stadium er så lille, at statistisk tilfældighed bliver hovedårsagen til variationen mellem afdelingerne
4. Det absolutte antal dødsfald pr. afd. er lille, hvilket yderligere gør statistikken usikker

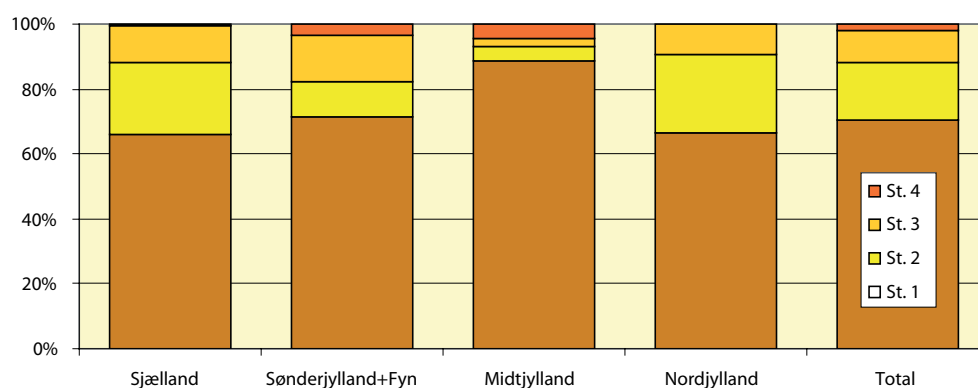
### Dødsrater efter operation for corpus cancer

I stedet for at se på enkelte afdelinger, har vi i lyset af ovenstående foreløbig valgt at opgøre mortaliteten efter operation i fire regioner i Danmark; Sjælland, Fyn og Sønderjylland, Midtjylland og Nordjylland. Disse fire regioner havde i perioden 1998-2000 henholdsvis 915, 424, 247 og 221 kvinder indlagt med corpuscancer.

For at få en rimelig opfølgning, har vi valgt at tage udgangspunkt i de i 1998 opererede kvinder. Stadiefordelingen blandt de 499 opererede fremgår af Fig. 9.

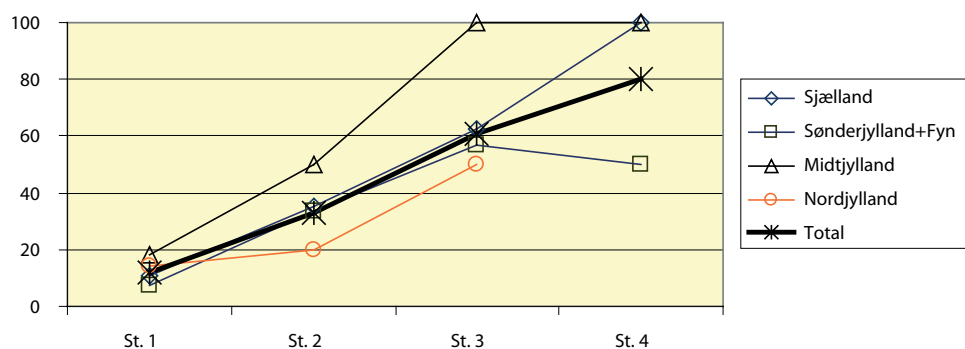
**FIGUR 9**

### Stadiefordelingen blandt 499 hysterektomerede kvinder med corpus cancer i fire regioner af Danmark i 1998



**FIGUR 10**

### Mortalitet i fire regioner af Danmark blandt 499 kvinder opereret i 1998. Fulgt til november 2001



Gennemsnitsalderen for kvinderne i de fire stadier var 66, 67, 67 og 68 år.

Den stadiespecifikke dødelighed i de fire regioner fremgår af Fig. 10.

For et givet stadium ligger dødeligheden i Midtjylland lidt højere end i resten af landet, mens Nordjylland ligger lidt lavere. Det skal dog understreges, at

ingen af forskellene er signifikante på 5% niveau, og at de midtjyske rater baserer sig på meget små tal.

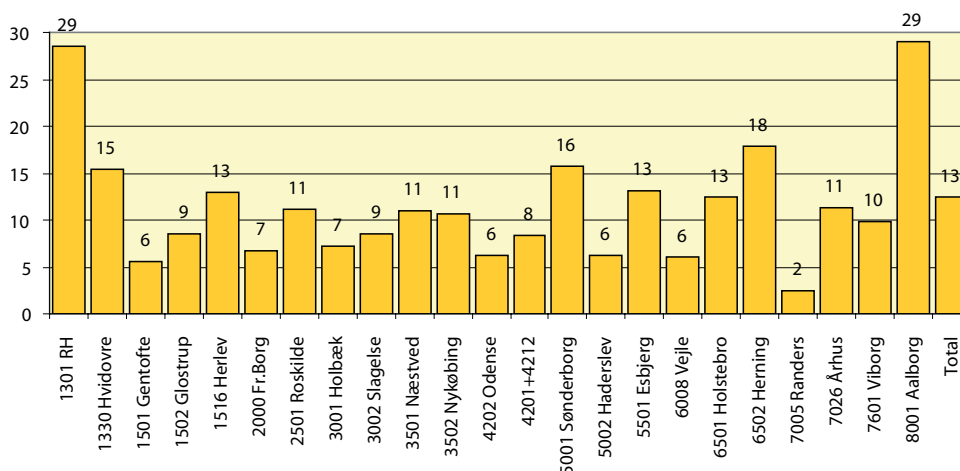
Sammenfattende er den postoperative mortalitet så lille, at selv regionsbase-rede opgørelser præges af ”small sample” variation, snarere end af reelle forskelle i kvalitet.

#### *Ventetider*

Vi har defineret ventetid som tiden fra diagnosen hos en given kvinde forekommer første gang til hysterektomien finder sted. Er første kontakt en indlæggelse, tælles fra udskrivningsdagen. Defineret på denne måde havde de forskellige afdelinger nedenstående ventetid (Fig. 11).

**FIGUR 11**

**Ventetid fra diagnose til operation på landets afdelinger blandt kvinder med corpus cancer i perioden 1998-2000. Ventetiden målt i dage**



Ventetiden varierer fra 2 dage i Randers til 29 dage på RH og i Aalborg, med et landsgennemsnit på 13 dage. Disse ventetider illustrerer en relativt stor spredning i ventetiden, skønt alle afdelinger kan klare opgaven inden for i gennemsnit 4 uger, hvilket må siges at være tilfredsstillende. Der var ingen entydig sammenhæng mellem afdelingernes størrelse og ventetidens længde.

Man kunne tentativt tilstræbe, at alle blev opereret inden for 14 dage. Kun fem afdelinger lever ikke op til denne standard i dag.

#### *Tidlige komplikationer*

Der blev i den tre år lange studieperiode registreret en venøs trombose, fem pneumonier og to postoperative infektioner under den primære indlæggelse. Ingen af de opererede er registreret med en reoperationskode (KLW).

#### *Sene komplikationer*

Er defineret som komplikationer, der indtræffer inden for aktuelle follow-up periode, dvs. til november 2001. Tre var registreret med fisteldannelse, ingen med dyspareuni. Der er ikke søgt på andre komplikationsdiagnoser.

## Konklusion

LPR rummer gode muligheder for at gennemføre en grov produktionskontrol og kvalitetsvurdering. Forudsætningen for at dette kan gøres meningsfyldt er imidlertid, at afdelingerne bliver mere omhyggelige med at registrere såvel primære operationskoder, herunder stadieforhold, som eventuelt indtrædende komplikationer, tidlige såvel som sene.

På grund af cancersygdommens natur, kvalitetsindikatorernes store følsomhed for patientrelaterede kliniske forhold ved behandlingsstart, som ikke rummes i LPR, de mange parakliniske data, som har stor prognostisk betydning samt praksis med at centralisere udredningen og behandlingen af disse sygdomme, vil den onkologiske gynækologi være et af de områder, hvor etableringen af landsdækkende kliniske databaser bør overvejes.

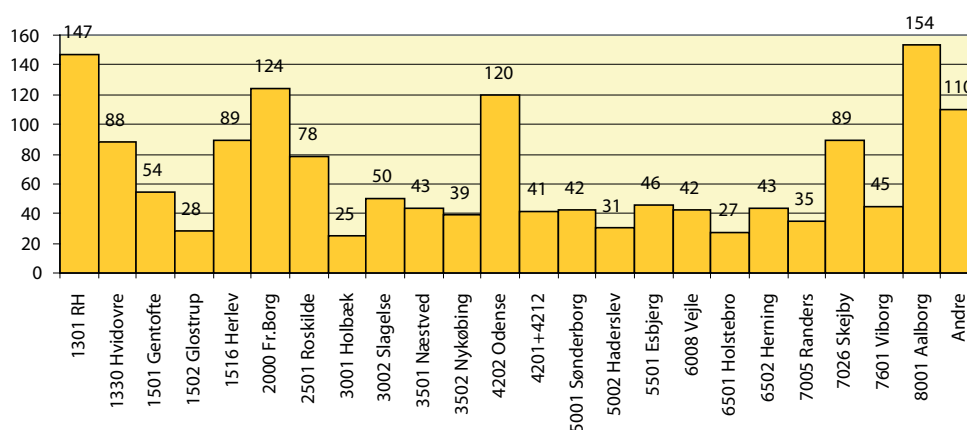
## 2.3 Ovariecancer

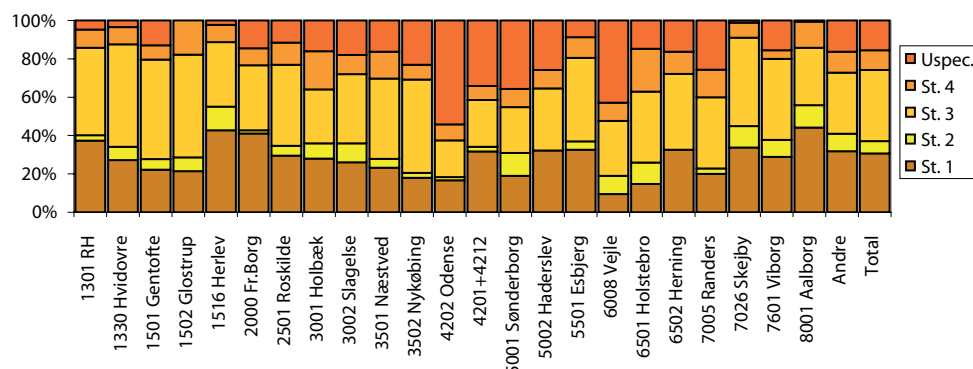
### Produktion

I perioden 1998-2000 blev 2.436 kvinder udskrevet med diagnosen cancer ovarii. Alle kvinder med denne diagnose forud for 1998 (1980-1997) blev på forhånd ekskluderet, så disse tal skulle repræsentere nye tilfælde. Samme kvinde kunne kun tælle én gang i løbet af studieperioden. Af disse 2.436 kvinder var 1.857 (76%) indlagt på gynækologiske afdelinger. Af disse 1.857 kvinder blev 1.590 (86%) opereret. Det er disse i gynækologisk regi opererede kvinder, som vi har valgt at fokusere på. Antallet af operationer fremgår af Fig. 1.

**FIGUR 1**

**Antallet af opererede kvinder med cancer ovarii på gynækologiske afdelinger i Danmark i perioden 1998-2000. (N=1.590)**



**FIGUR 2****Stadiefordelingen blandt opererede kvinder med cancer ovarii på gynækologiske afdelinger i Danmark 1998-2000. (N=1.590)***Stadiefordeling*

I opgørelsen af de forskellige afdelinger har vi slået alle afdelinger med under 10 patienter om året med cancer ovarii sammen til ”andre”. Det drejer sig om afdelingerne i Tønder, Fredericia, Horsens, Kolding, Silkeborg, Thisted, Frederikshavn, Hjørring og på Frederiksberg. Stadiefordelingen af de opererede kvinder fremgår af Fig. 2.

Andelen af kvinder med uspecificeret stadium varierede fra 0% i Glostrup til 54% i Odense. I gennemsnit havde 15% af kvinderne ikke noget specificeret stadium. Der var 31%, 6%, 37% og 10% med stadium 1, 2, 3 og 4 henholdsvis. Figuren illustrerer, at fordelingen af stadierne varierede en del fra afdeling til afdeling. Ethvert follow-up må derfor tage udgangspunkt i specificerede stadier af sygdommen. Andelen af patienter blandt de med specificeret stadium, som havde stadium 4 cancer, varierer fra 4% i Viborg til 22% i Holstebro.

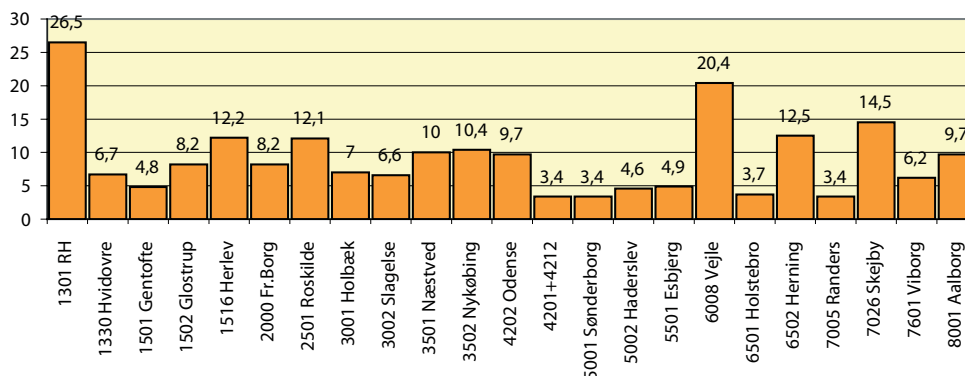
Af de 1.590 opererede, fik 1.553 (98%) efterfølgende kemoterapi. Af 136 patienter opereret på kirurgiske afdelinger, fik 129 (95%) efterfølgende kemoterapi.

**Kvalitet***Ventetid*

Vi har opgjort tiden fra diagnosen cancer ovarii første gang forekommer, til pt. opereres. De specifikke ventetider på de forskellige afdelinger fremgår af Fig. 3. Gennemsnitstiden var 10,5 dage, svingende fra 3,4 dage i Randers, Sønderborg og Sygehus Fyn til 26,5 dage på RH. Det betyder omvendt, at alle afdelinger opererer inden for i gennemsnit fire uger.

**FIGUR 3**

**Ventetiden i dage fra diagnose til operation blandt 1.480 kvinder, som blev opereret for cancer ovarii på 23 gynækologiske afdelinger i perioden 1998-2000**



#### *Død efter operation for ovariecancer*

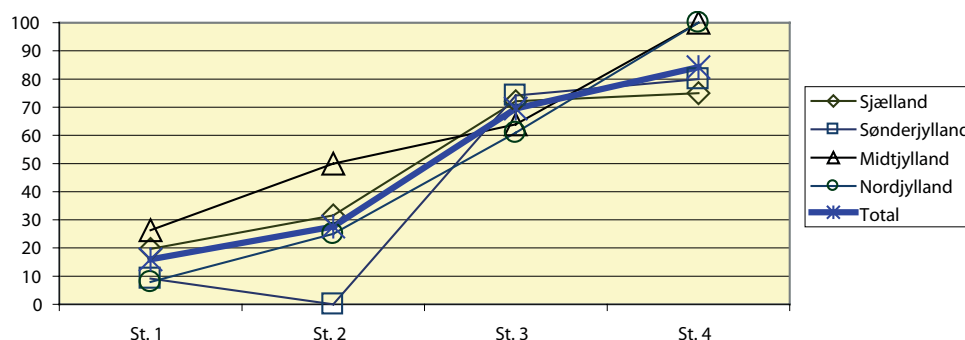
Det absolutte antal døde på de enkelte afdelinger er lille, specielt efter et eller to års observationstid. Vi har derfor valgt at opgøre dødeligheden i fire regioner *henholdsvis* Sjælland, Fyn og Sønderjylland, Midtjylland samt Nordjylland for de patienter, som blev opereret i 1998. Der var i 1998 526 kvinder, som blev opereret. Opgørelserne er lavet for specifikke stadier af sygdommen og ses i Fig. 4.

Som forventet er der en med det kliniske stadium på operationstidspunktet stærk korrelation til dødeligheden i opfølgingsperioden. Det fremgår endvidere, at der ikke er væsentlige forskelle mellem regionerne hvad angår denne dødelighed.

Hvis man opgør dødeligheden ved de syv store afdelinger (RH, Hvidovre, Herlev, Frederiksborg, Odense, Skejby og Aalborg) er andelen af døde (n=217) ved st. 1, 2, 3 og 4 henholdsvis 16,7%, 33,3%, 66,3% og 80%. Disse tal ligger tæt på gennemsnittet for alle gynækologiske afdelinger.

**FIGUR 4**

**Andel døde (%) siden operation for cancer ovarii i 1998 i fire regioner af Danmark**



Note: De 526 kvinder er fulgt frem til november 2001, eller i gennemsnit 3¼ år. Antal døde: 217

### *Postoperative komplikationer*

Der blev i den treårige studieperiode registreret tre kvinder med venøs trombose, to med pneumoni, en med postoperativ infektion og ingen reoperationer under primære indlæggelsesforløb. Alle disse rater er lave og afspejler næppe den reelle forekomst i post-operative komplikationer.

Blandt de 487, 102, 590 og 165 kvinder i henholdsvis stadium 1, 2, 3 og 4 på operationstidspunktet udviklede 11 (2%), 14 (14%), 113 (19%) og 27 (16%) ileuskomplikationer i follow-up perioden frem til ultimo november 2001.

## **Konklusion**

Det samlede antal kvinder med cancer ovarii (2.436) er klart for højt, til trods for, at vi har ekskluderet alle med denne diagnose i perioden 1980-1997, og til trods for, at hver kvinde kun måtte tælle en gang i perioden. Det er ikke lykkedes os at finde en tilfredsstillende forklaring på dette forhold.

Der er også en modsætning i at konstatere, at 31% (af de 1.590 kvinder) havde stadium 1, og samtidig at 1.553 (98%) af disse efterfølgende fik kemoterapi, al den stund man sædvanligvis ikke giver stadium 1 kemoterapi. Forklaringen herpå kan meget vel være forkert stadietkodning, men vi ved det ikke.

Den identiske overlevelse blandt kvinder opereret på store centrale afdelinger henholdsvis mindre afdelinger efter stratifikation på stadiet på operationstidspunktet kan enten skyldes, at behandlingen er kvalitativt ligeså god på små som på større afdelinger, forskelle i kodningen af stadierne, eller selection af patienterne på en ikke synlig måde i henhold til stadietinddeling.

Afdelingerne bør være mere omhyggelige med at få registreret det kliniske stadium på operationstidspunktet, samt til at kode eventuelle komplikationer.

Nytten af LPR som redskab i en løbende produktions- og kvalitetskontrol står og falder med, at kodepraksis forbedres. Inden længe vil vi kunne gøre 1998-produktionen op med en standardiseret 5-års overlevelse. Det vil gøre det nemmere at sammenligne vores tal med tal fra udlandet. Omvendt indebærer disse 5-års overlevelser, at kvalitetsdata for så vidt angår dødelighed ikke er voldsomt aktuelle. Øvrige komplikationer kan derimod opgøres for seneste år.

På grund af cancersygdommens natur, kvalitetsindikatorernes store følsomhed for patientrelaterede kliniske forhold ved behandlingsstart, som ikke rummes i LPR, de mange parakliniske data, som har stor prognostisk betydning samt praksis med at centralisere udredningen og behandlingen af disse sygdomme, vil den onkologiske gynækologi være et af de områder, hvor etableringen af landsdækkende kliniske databaser bør overvejes.

# 3

## Almen gynækologi

### 3.1 Hysterektomi

Der var i perioden 1998-2000 i alt 16.112 hysterektomier på gynækologiske afdelinger i Danmark. I samme periode blev 1.679 kvinder hysterektomeret på kirurgiske afdelinger. Således blev 91% af alle hysterektomier gennemført på gynækologiske afdelinger.

Vi vil koncentrere os om operationerne på de gynækologiske afdelinger.

#### Produktion

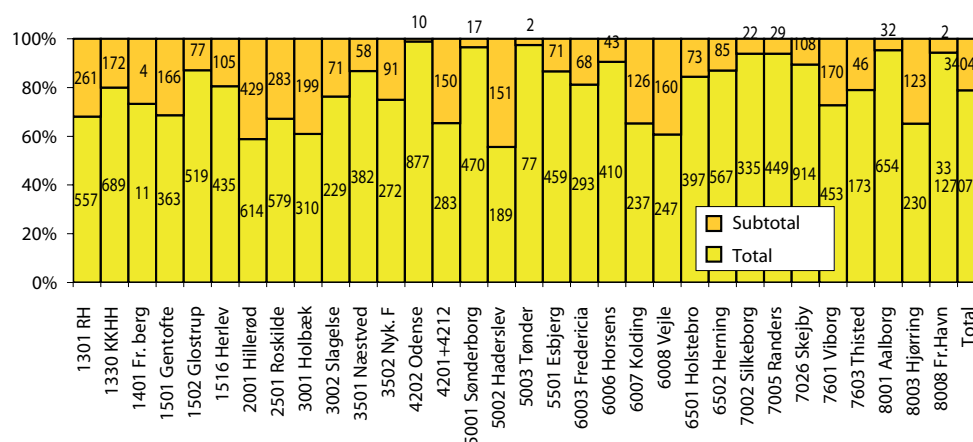
Operationerne fordelte sig på 32 afdelinger med i gennemsnit 170 operationer om året pr. afdeling. De faktiske tal svingede mellem en om året på Frederiksberg til 340 om året i Frederiksborg amt og i Skejby.

#### Total versus sub-total hysterektomi

Fordelingen mellem total og sub-total hysterektomi på de enkelte afdelinger fremgår af Fig. 1.

#### FIGUR 1

**Totale og subtotale hysterektomier på gynækologiske afdelinger i Danmark 1998-2000. I søjlerne ses det absolutte antal operationer af hver type på hver afdeling. (N=16.112)**



Det fremgår, at 79% af alle hysterektomier er totale, mens 21% er sub-totale. Andelen af sub-totale svinger mellem 1% i Odense og 35% i Haderslev.



### Abdominal versus vaginal hysterectomi

I alt blev 16% fjernet vaginalt, 84% abdominalt. Af de 2.611 vaginale hysterektomier, blev 1.746 totale og 46 subtotale (samlet 68%) gennemført som rent vaginale hysterektomier, mens 819 (32%) blev gennemført som laparoskopisk assisteret vaginal hysterectomi (LAVH). Variationen i andelen af vaginale hysterektomier på de enkelte afdelinger fremgår af Fig. 2.

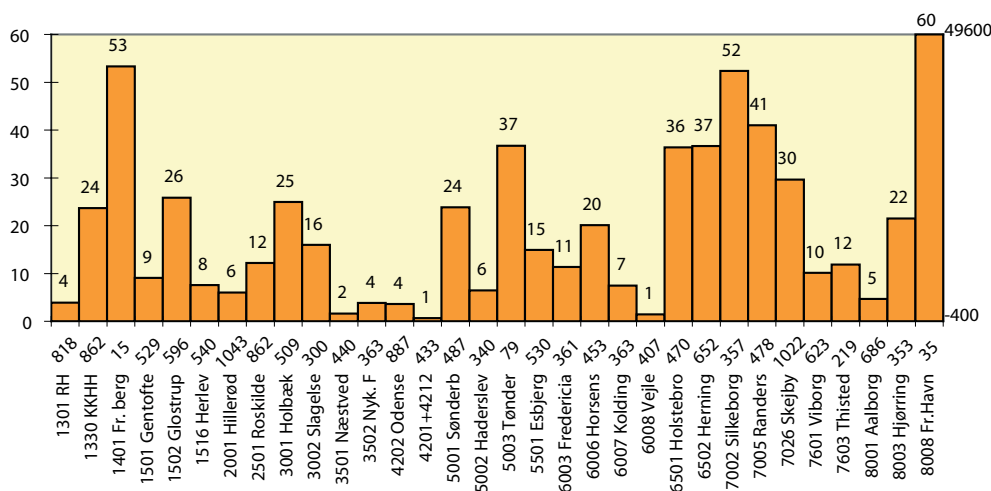
Det ses af andelen af vaginale hysterektomier svingede fra under 1% i Vejle til 60% i Frederikshavn. På syv afdelinger (Frederiksberg, Tønder, Holstebro, Herning, Silkeborg, Randers og Frederikshavn) var mere end 30% af alle hysterektomier vaginale.

Andelen af vaginale hysterektomier på landsplan steg fra 14% i 1998 til 19% i 2000.

Den mest udbredte hysterektomitype er fortsat total hysterectomi ved laparotomi, som i 2000 udgjorde 64% af alle hysterektomier.

### FIGUR 2

**Andelen (%) af hysterektomier foretaget vaginalt, på gynækologiske afdelinger i Danmark i perioden 1998-2000. De skråtstillede tal angiver det totale antal hysterektomier på afdelingen. (n=2.611, N=16.112)**



Der var ikke nogen entydig sammenhæng mellem antallet af hysterektomier på en given afdeling, og andelen af disse, som foregik vaginalt (Fig. 2).

Andelen af laparoskopisk udførte eller assisterede hysterektomier var i perioden 6,3%, hvoraf LAVH'erne tegnede sig for 80%.

### Indikationen for hysterectomi

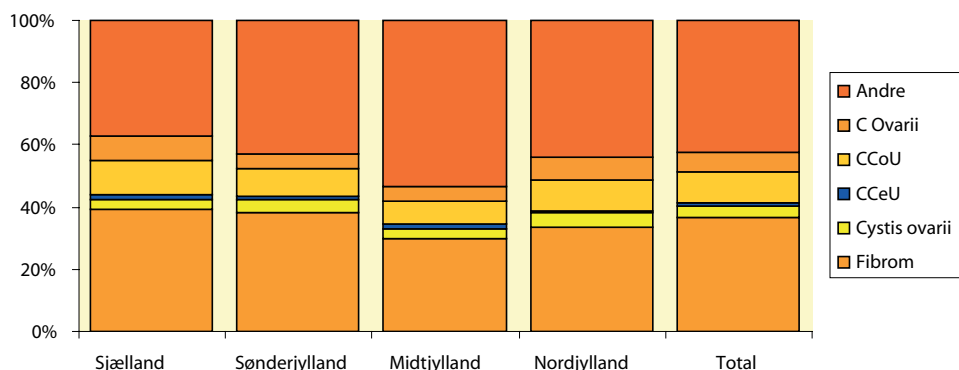
Disse er opgjort i de fem regioner Sjælland, Fyn+Sønderjylland, Midtjylland, Nordjylland og hele landet. Resultaterne ses af Fig. 3.

Samlet blev 37% hysterektomeret pga. fibromer, 4% i forbindelse med operation for godartet ovarietumor, 1,3% på grund af cervixcancer (CceU), 9,6% på grund af corpuscancer (CCoU), 6,5% på grund af ovariecancer og 42% af

andre grunde, herunder metrorrhagi. Denne fordeling varierede ikke meget mellem regionerne (Fig. 3).

**FIGUR 3**

**Hovedindikationen for hysterektomi i fire regioner af Danmark 1998-2000. (N=16.112)**



## Kvalitet

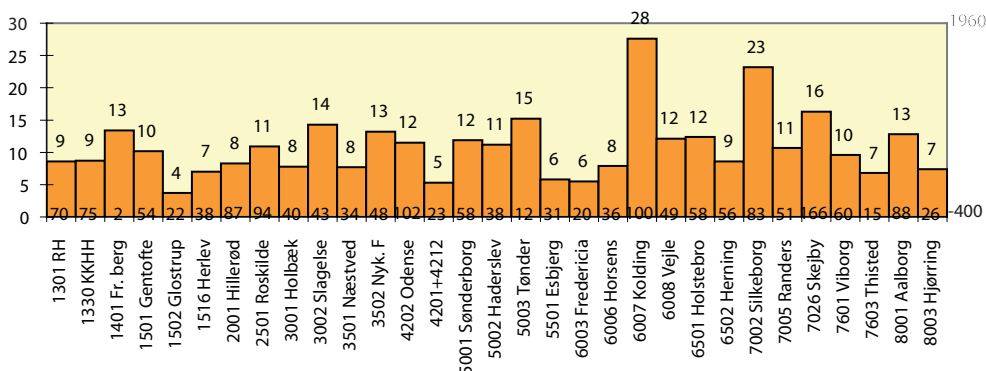
### Operationskomplikationer

I den treårige studieperiode var der på gynækologiske afdelinger registreret 415 (2,6%) med postoperativ blødning (T810), 40 (0,2%) med accidental organperforation (T812), 0 (0,0%) med postoperativ sårruptur (T813) og 251 (1,6%) med postoperativ infektion (T814), svarende til en samlet antal komplikationsdiagnoser på 706 eller 4,4%.

I alt var 774 (4,8%) inden for otte uger fra primære operation registreret med en reoperationskode (KLW). Der var derudover 905 (5,6%), som figurerede med en ny operationskode inden for 8 uger efter primære udskrivning, uden samtidig at være kodet med en KLW kode. Det betyder, at der samlet var 1.679 reopererede, eller godt dobbelt så mange, som figurerede med en potentielt operationskrævende komplikationsdiagnose.

**FIGUR 4**

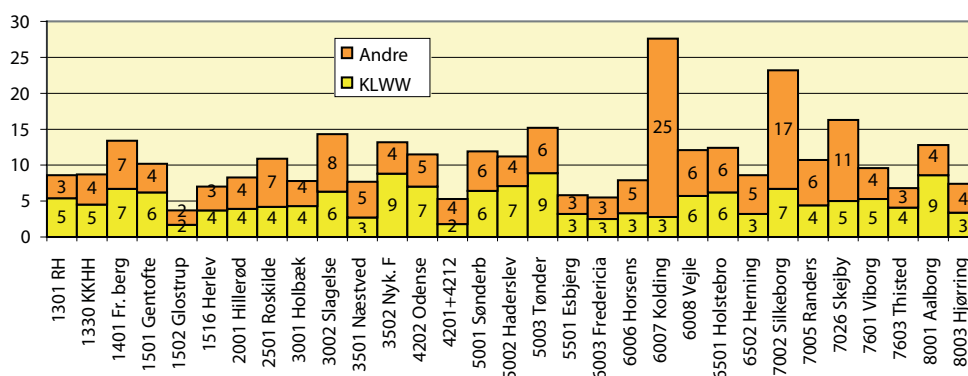
**Andel (%) reopererede efter hysterektomi på gynækologiske afdelinger i Danmark 1998-2000. (n=1.679, N=16.112)**



Det fremgår af Fig. 4, at andelen af reopererede ligger på mellem 4 og 28%. Nogle af de patienter, som figurerer med andre end KLWW koder inden for otte uger efter primære operation kan godt være opereret for ting, som ikke har relation til den primære hysterektomi. Det må imidlertid antages at være en mindre andel. Vi har i Fig. 5 delt reoperationerne op efter, om de var kodet med KLWW eller med andre operationskoder.

**FIGUR 5**

**Reoperationer i % inden for otte uger efter hysterektomi med og uden KLWW kode på gynækologiske afdelinger i perioden 1998-2000. (n=1.679, N=16.112)**



Den sande reoperationsrate efter hysterektomi ligger mellem de 4,8% som er kodet med en KLV kode, og de 4,8 + 5,6 = 10,4% som også inkluderer operationer, som ikke er korrekt kodet. Formentlig nærmere det sidste tal end det første.

Hvis vi antager, at den sande reoperationsrate er summen af de KLV-kodede og de, som er reopereret men ikke er registreret med en KLV kode, vil 17 ud af 31 afdelinger opfylde en standard på 10%.

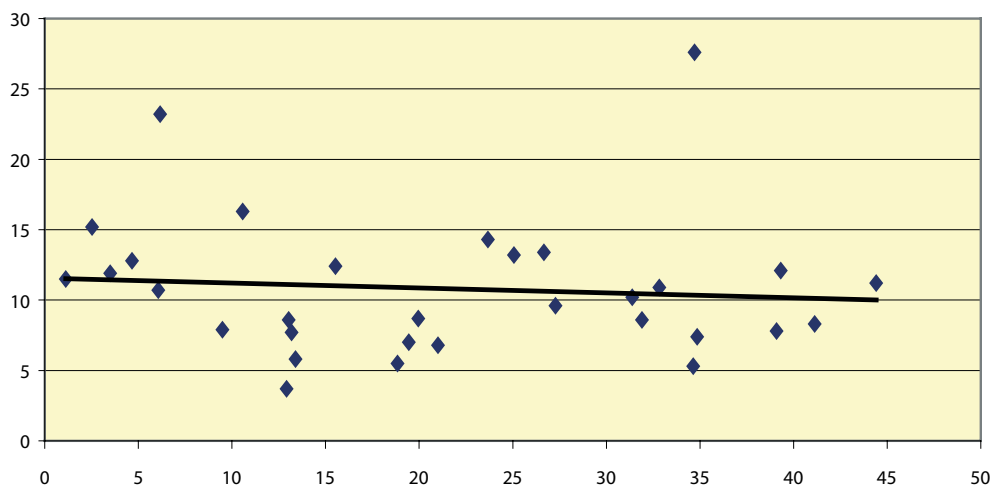
Man kunne få den tanke, at andelen af sub-totalt hysterektomerede, kunne influere raten af reoperationer. Vi har derfor testet, om andelen af subtotalt hysterektomerede på de enkelte afdelinger er associeret til andelen af reopererede på de samme afdelinger. Dette plot fremgår af Fig. 6, hvor hver prik repræsenterer en afdeling.

Det fremgår, at reoperationsraten er den samme ved lave som ved høje andele af sub-totalt hysterektomerede kvinder. Der er altså ikke noget der tyder på, at andelen af reopererede kan mindskes ved at øge andelen af subtotalt hysterektomerede.

Vi har også opgjort reoperationsraterne ved skopiske hysterektomier alene (n=1.021). Her var der 37 (3,6%) med KLV kode og 48 (4,7%) med anden operationskode eller i alt 8,3%. Tilsvarende tal for 15.091 ikke skopiske hysterektomier var 4,9% og 5,8% eller i alt 10,7%. Selvom selektionsforhold kan gøre sig gældende her, f.eks. ved at de store vanskelige operationer primært vælges udført som tomier, er der ikke noget, der umiddelbart tyder på, at skopiske operationer indebærer større risiko for reoperationer end abdominale åbne hysterektomier.

**FIGUR 6**

**Andel reopererede (i %) efter hysterektomi som funktion af andelen af sub-totalt hysterektomerede (%) ud af alle hysterektomerede på enkelte afdelinger 1998-2000**

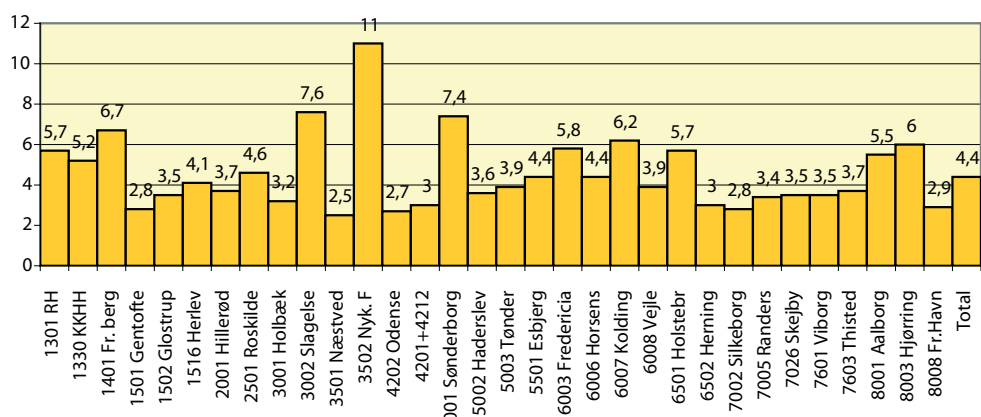


*Komplikationer og reoperationer*

Der bør selvsagt forekomme en komplikationsdiagnose for at gennemføre en reoperation. For at undersøge hvor mange komplikationsdiagnoser, som de enkelte afdelinger har i forhold til andelen af reopererede, har vi udarbejdet nedenstående Fig. 7, som angiver de komplikationsdiagnoser, som umiddelbart kunne give anledning til reoperation; DT810, T812, T813, T814.

**FIGUR 7**

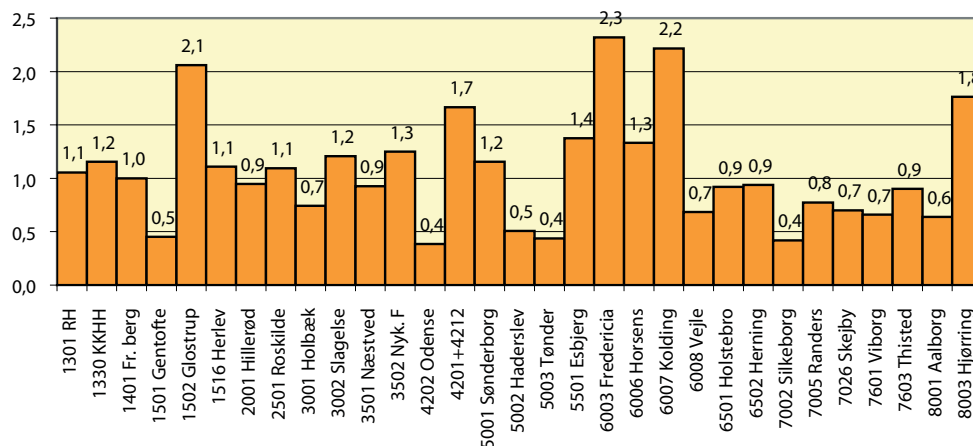
**Andel med potentielt operationskrævende komplikationsdiagnoser. (n=706. N=16.112)**



Det ses, at disse varierer fra 2,5% til 11%. Variationen kan dels skyldes, at der reelt er variationer i forekomsten af komplikationer, eller at nogle afdelinger ikke koder de komplikationer, de reelt har.

**FIGUR 8**

**Forholdet mellem komplikationsdiagnoser, som potentielt kan afstedkomme reoperation og det faktiske antal reoperationer på de enkelte afdelinger. Denne ratio skal mindst være 1. Jo højere ratio, desto bedre. Ratio under 1 angiver, at den pågældende afdeling koder for få komplikationer**



Vi har derfor set på forholdet mellem antallet af komplikationsdiagnoser, som potentielt kan afstedkomme en reoperation og antallet af reoperationer (defineret ved en KLWW kode) på de enkelte afdelinger. Principielt bør der være mindst lige så mange komplikationsdiagnoser, som reoperationer. En ratio under 1 angiver derfor, at der er gennemført flere reoperationer, end der er relevante diagnosekoder, og omvendt over 1, at der er flere komplikationskoder end reoperationer. Jo højere denne ratio er, desto bedre registreringspraksis må afdelingerne antages at have. De enkelte afdelingers resultat ses af Fig. 8. Landsgennemsnittet er en ratio på 0,9.

Vurderet på denne måde, synes i hvert fald afdelingerne i Gentofte, Odense, Tønder og Silkeborg at registrere for få komplikationer, mens omvendt afdelingerne i Glostrup, Sygehus Fyn, Fredericia, Kolding og Hjørring synes at være relativt gode til at registrere deres komplikationer.

En mulig fejlkilde er de reoperationer, som ikke er kodet som en reoperationskode, og derfor ikke indgår i Fig. 8. Hvis disse var inkluderet ville registreringspraksis i gennemsnit være halvt så god, som angivet.

### *Dødsfald efter hysterektomi*

Dødeligheden i forbindelse med hysterektomi er så lav, at den ikke skønnes at kunne anvendes som kvalitetsparameter for de enkelte afdelinger over så kort en studieperiode som tre år.

## **Konklusion**

En nylig evaluering af operationskoderne i forbindelse med hysterektomi dokumenterede en validitet på 99,8% i samme studieperiode, som aktuelle udtræk dækker.<sup>1</sup> Videre dokumenterede dette studium, at diagnosekodning i forbindelse med reoperation efter hysterektomi er misvisende hos 24% af de reopererede. Dette synes i god overensstemmelse med aktuelle fund i Fig. 8.

Konklusionen på dette primære produktions- og kvalitetsudtræk er, at LPR kunne udgøre en ganske god og detaljeret kilde for data, hvis afdelingerne blev lidt flinkere til at kode deres komplikationer konsekvent.

De aktuelle data tyder på, at hysterektomi er forbundet med temmelig mange komplikationer, og at et sted mellem hver tiende og hver tyvende patient må reopereres. Endvidere er der stor variation vedrørende operationspraksis, uden at der er empiriske data for, hvordan fordelingen mellem forskellige operationstyper bør være.

Der er i høj grad behov for udarbejdelse af guidelines inden for dette område.

Forfatterne til denne rapport finder umiddelbart, at det for så vidt angår en rutinemæssig kvalitetskontrol vil være mere kosteffektivt at satse på at gøre validiteten i LPR bedre, end at etablere et system med landsdækkende klinisk database ved siden af LPR, da dette vil skulle trække ikke uvæsentlige ressourcer ud af alle involverede afdelinger, mens opgørelser baseret på LPR kan gøres centralt uden væsentligt ekstraarbejde for de enkelte afdelinger. Omvendt vil en dybere analyse af årsagerne til de temmelig store variationer kræve, at der tilvejebringes patientdata, som kan beskrive de udgangsmaterialer, de enkelte afdelinger opererer. Tilvejebringelse af disse data vil omvendt kræve en landsdækkende klinisk database.

## 3.2 Cystis ovarii

Perioden 1998-2000 er analyseret. Alle kvinder med en samtidig cystediagnose (D27, N80.1 eller N83) samt operation for denne indgår. Operationskodene findes i grupperne LAC00-97 (excision/destruktion af cysten), LAD00-01 (resektion af ovariet), LAE10-21 (excision af ovariet = ooforectomi), LAF00-11 (excision af ovarie og salpinx).

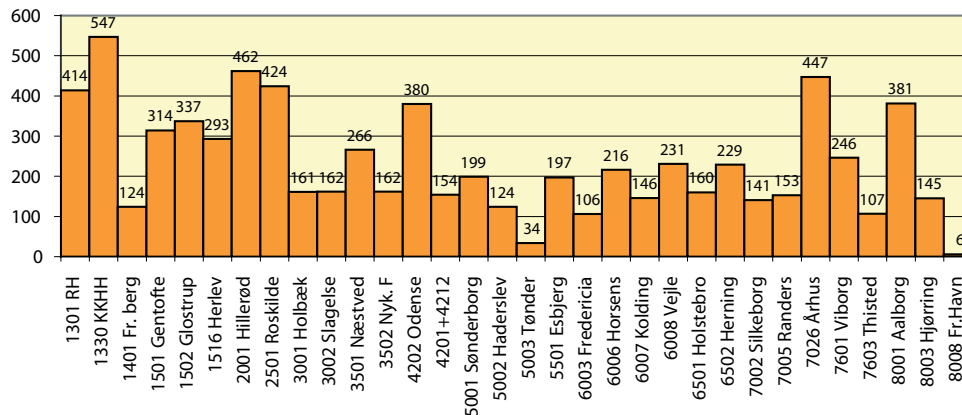
### Produktion

Der var i den tre år lange studieperiode 8.144 kvinder, som både havde en cyste og blev opereret herfor. Heraf blev 7.468 (92%) opereret på gynækologiske afdelinger, 676 på kirurgiske afdelinger.

6.387 (86%) af de ”gynækologiske cyster” var ikke-endometriosecyster, mens 14% blev opereret for endometriosecyster. På de kirurgiske afdelinger var 86 (23%) endometriose-cyster. Det samlede antal cysteoperationer på de enkelte gynækologiske afdelinger fremgår af Fig. 1.

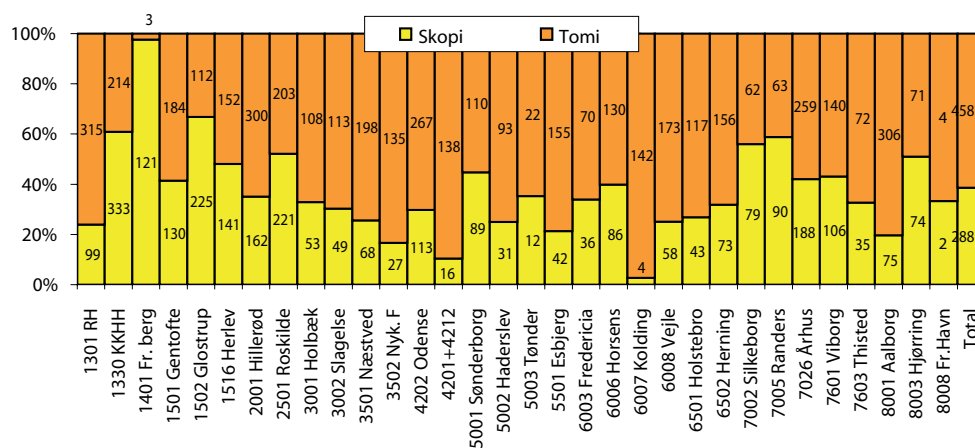
---

<sup>1</sup>. Møller C, Kehlet H, Utzon J, Ottesen B. Hysterektomi i Danmark. En analyse af postoperativ hospitalisering, morbiditet og genindlæggelse. Ugeskr Læger 2002; 164: 4539-45.

**FIGUR 1****Operationer for cystis ovarii på gynækologiske afdelinger i 1998-2000. (N=7.468)***Operationstyper*

Vi har først set på, hvor mange, der er opereret ved laparoskopi henholdsvis laparotomi. På de gynækologiske afdelinger blev 39% opereret ved skopi, 61% ved tomi. I kirurgisk regi var de tilsvarende andele 18% og 82%.

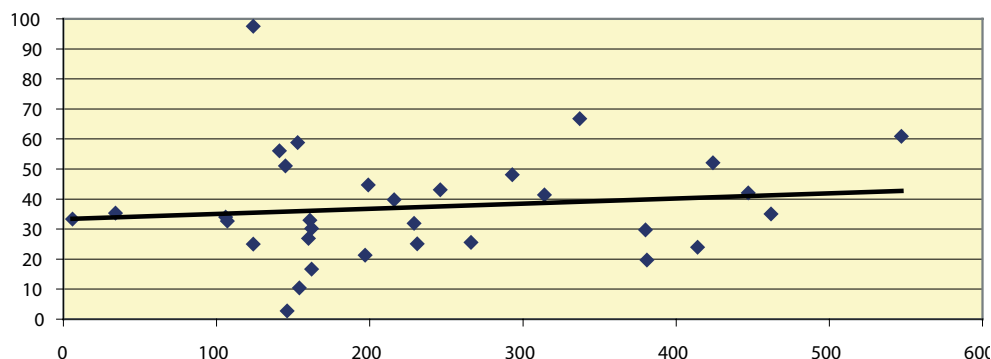
Andelen af laparoskopiske operationer på de enkelte gynækologiske afdelinger fremgår af Fig. 2. Andelen af laparoskopiske operationer varierer fra 3% i Kolding til 98% på Frederiksberg. Der synes, at være en sammenhæng mellem antallet af cysteoperationer og andelen som foregår ved skopi, jf. Fig. 3.

**FIGUR 2****Andelen af laparoskopiske og laparotomiske operationer for cystis ovarii på gynækologiske afdelinger i Danmark 1998-2000. (N=7.468)**

Note: Det absolutte antal operationer er angivet i søjlerne

### FIGUR 3

**Sammenhængen mellem antallet af operationer for cystis ovarii og andelen af laparoskopisk opererede (%) på gynækologiske afdelinger i perioden 1998-2000. Der er indlagt regressionslinje**



Selv om der er en svag positiv korrelation mellem antallet af operationer og andelen af laparoskopisk opererede på de enkelte afdelinger, er der stadig for et givet antal operationer stor variation i andelen af laparoskopisk opererede.

Hvis laparoskopisk operation indebærer en kvalitativt bedre behandling end operation ved laparotomi, taler tallene for, at de sidste 8%, som i dag opereres i kirurgisk regi, i fremtiden opereres i gynækologiske afdelinger.

### Kvalitet

Vi har valgt at stratificere komplikationerne efter operationstype og tidspunkt i tidlige, defineret som komplikationer under primære indlæggelse, og sekundære, defineret som komplikationer inden for 8 uger efter primær udskrivning. Disse komplikationer fremgår af Tabel 1 og defineres som følger:

T810 Haemorrhagia postop et haematoma postop

T812 Punctura et laesio accidentalis perop

T813 Ruptura vulneris postoperativa

T814 Infektion efter indgreb

samt indenfor følgende operationskoder:

KLW Reoperation efter operation på kvindelige genitalia

For de sekundære reoperationer har vi supplerende søgt på alle andre operationskoder inden for 8 uger end KLW.



**TABEL 1**

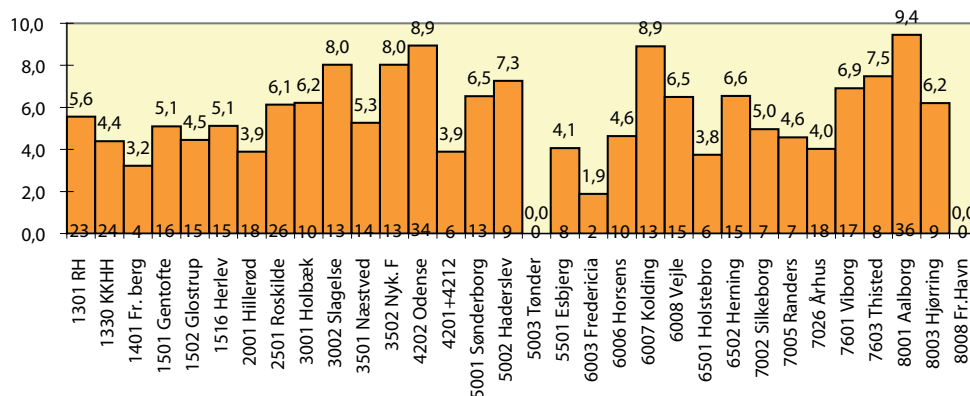
**Komplikationer efter operation for cystis ovarii stratificeret efter operationstype og efter hvornår de indtræder. Under sekundære komplikationer er kun medtaget de, som gav anledning til reoperation.** (Skopier: n=2.881. Tomier: n=4.587)

Antal	T810	T812	T813	T814	Andre diagn.	%	KLW	%	Andre koder	%
Laparoskopi, primære	2	2	1	2	-	-	11	0,4	-	-
Laparotomi, primære	26	10	10	10	-	-	107	2,3	-	-
Skopi, sekundære	3	3	0	5	71	0,4	11	0,4	71	2,5
Tomi, sekundære	5	0	12	45	162	1,9	88	1,9	136	3,0

Det fremgår, at andelen af reopererede efter skopi (primære + sekundære) var 3,2% og efter tomi 7,2%. Altså mere end dobbelt så mange reoperationer efter laparotomi end efter laparoskopiske operationer. Det skal dog huskes, at de laparoskopiske operationer, hvor der opstår komplikationer, som medfører konvertering til laparotomi, er registreret under laparotomier, som derfor ”tynges” af de komplicerede skopier. Desuden vil kvinder, man på forhånd ved har vanskelige anatomiske forhold eller meget store cyster blive laparotomeret. Det er med nuværende kodepraksis ikke muligt ud fra LPR-data at udskille de operationer, som blev indledt med skopi og siden blev konverteret til laparotomi. Endelig er en ukendt del af de, som reopereres under andre diagnoser kvinder, hvor man efter at have fået mikroskopisvar fra primære operation har måttet operere kvinden igen f.eks.. som følge af maligne fund.

Den mest meningsfulde kvalitetsparameter er måske derfor det totale antal reopererede (uden skelnen til operationstype). Opgøres en sådan reoperationsrate, er det overordnede antal 424 ud af 7.468 indgreb, eller 5,7%. Andelen af reopererede på de enkelte afdelinger fremgår af Fig. 4. Til sammenligning blev 40 ud af 676 i kirurgisk regi reopereret, ligeledes svarende til 5,9%.

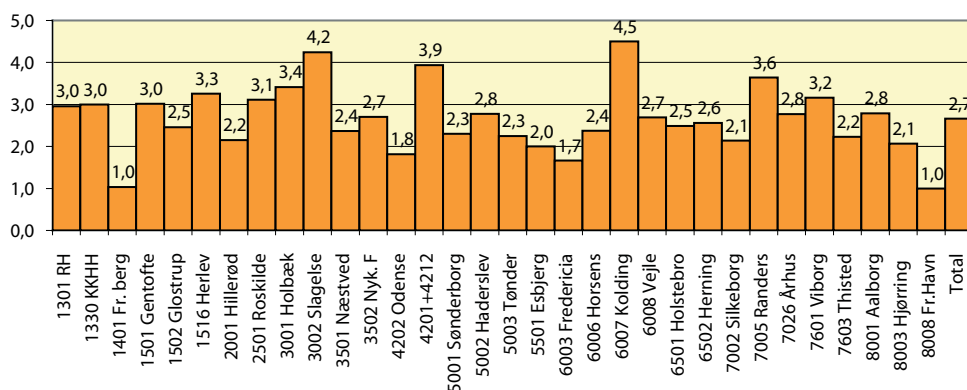
Der ses reoperationsrater, som svinger mellem 0% og 6,7%. Hvis man sætter en standard ved 4% reoperationer vil 24 ud af 33 opgjorte afdelinger leve op til denne standard.

**FIGUR 4****Andelen reopereret (%) på de enkelte afdelinger**

Note: Tallene bør tages med forbehold, på grund af de små absolutte tal. Det absolutte antal reopererede står nederst i hver søjle

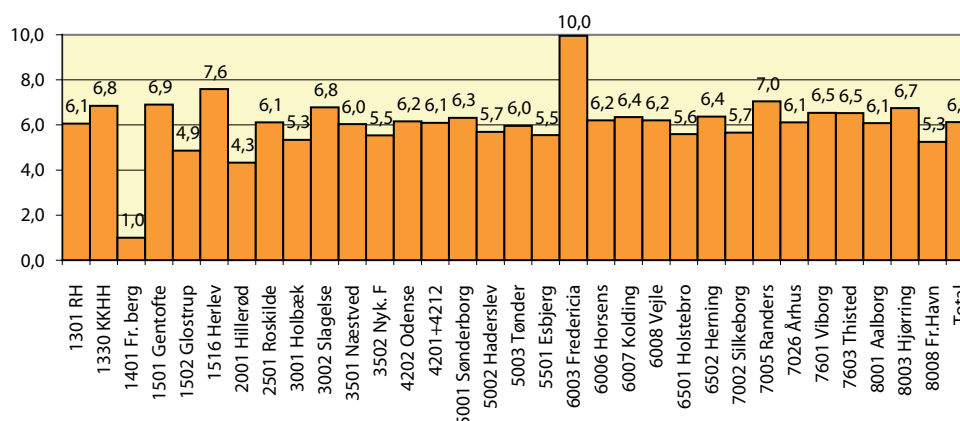
**Liggetider**

En anden kvalitetsparameter er indlæggelsestiden. Den har vi gjort op for hver afdeling og for skopier og tomier hver for sig. Fig. 5 viser gennemsnitlige liggetider ved skopiske indgreb.

**FIGUR 5****Gennemsnitlige liggetid i dage ved laparoskopisk operation for cystis ovarii på gynækologiske afdelinger i perioden 1998-2000. (N=2.881)**

Den gennemsnitlige liggetid ved laparoskopiske operationer var 2,7 dage, med udsving fra 1,0 dage på Frederiksberg og i Frederikshavn til 4,2 og 4,5 dage i Slagelse i Kolding. Ved en standard på 3 dage ville 25 ud af 33 afdelinger opfylde standarden.

Den gennemsnitlige liggetid i forbindelse med laparotomi ved cystis ovarii på de enkelte afdelinger fremgår af Fig. 6.

**FIGUR 6****Gennemsnitlig liggetid ved laparotomi for cystis ovarii. (N=3.300)**

Overordnet var liggetiden 6,1 dage, altså 3,4 dage længere end i forbindelse med laparoskopi. Liggetiden varierede mellem 4,3 dage i Hillerød til 10 dage i Fredericia. Den lange liggetid i Fredericia skyldes en meget lang liggetid i 2000, mens den var 4,4 og 6,6 dage i 1998 og 1999 henholdsvis. Årsagen her til kender vi ikke, men hvis vi ser bort fra denne "out-lier", er der ikke den store variation i liggetiden. Med en standard på 6,5 dage, ville 25 af 32 øvrige afdelinger opfylde standarden.

Liggetiden tyder på, at laparoskopier indebærer mindre end halvt så lang liggetid som operation ved laparotomi. Men igen vil de skopier, som kompliceres med konvertering til tomi tynde liggetiden for tomierne. Det er dog næppe sandsynligt, at dette forhold vil ændre ved den kortere liggetid i forbindelse med laparoskopier.

## Konklusion

LPR er en god datakilde for en detaljeret produktionskontrol af såvel typer af cystis ovarii som af specifikke operationstyper.

Vedrørende kvaliteten, rummer registeret også en del data, hvis nytte – også her – imidlertid mindskes som følge af de mangelfulde kodninger af komplikationer. Reoperationsraterne er for indeværende det bedste kvalitetsmål.

Med forbedret kodepraksis, vil LPR kunne danne grundlag for en rutinemæssig kvalitetskontrol af operationerne for cystis ovarii. Hvis man yderligere fik markeret de operationer, hvor man på grund af en komplikation til skopi konverterer til tomi, vil man opnå valide tal for både komplikationsrater og liggetider ved de to operationstyper, selvom der stadig kan være selektionsforhold som gør, at de to grupper som udgangspunkt er forskellige.

Der er behov for guidelines inden for området.

### 3.3 Endometriresektion

Endometriresektion (ER) dækker i denne sammenhæng såvel den egentlige resektion med hysteroskop, destruktion med ”roller ball” som destruktion ved termobehandling.

Disse indgreb registreres ved følgende operationskoder:

KLCA16 Destructio endometrii  
KLCB28 Excisio endometrii hysteroscopica  
KLCB32 Destructio endometrii hysteroscopica

Indgrebene kan desuden foregå i forbindelse med

KLCA22 Hysteroscopia et amotio corporis alieni  
KLCA98 Operation på uterus, anden transluminal endoskopisk  
KLCB25 Excisio tumoris uteri hysteroscopica  
KLCB98 Excisio tumoris uteri endoscopica transluminalis aliae  
KLCA02 Hysteroscopia cum lysis adhesiones

Vi har i denne rapport valgt at opgøre følgende kombinationer af koder:

**KLCA16** Destructio endometrii, uden andre koder. Skulle således dække termobehandling.  
**KLCB28** Excisio endometrii hysteroscopica = *resektion med slynge*, uden andre koder  
**KLCB32** Destructio endometrii hysteroscopica = *”roller ball”* alene (dvs. uden andre koder).

Betegnelsen ablationer benyttes i denne rapport til at beskrive destruktions- + resektioner.

*Ablation + fibromresektion* dvs. en af de tre koder kombineret med KLCB25 eller KLCB 98

*Fibromresektion alene*, dvs. KLCB25/98 uden at der samtidig er foretaget ablation.

Summen af alle disse fem indgrebsgrupper kalder vi *hysteroskopiske indgreb*.

### Produktion

Vi har analyseret perioden 1996-2000, begge år inklusive. I den fem år lange studieperiode var der i alt 10.711 hysteroskopiske indgreb. Af disse blev 9.896 (92%) udført på gynækologiske specialafdelinger. Det er primært disse, som vil være genstand for analyse. Syv afdelinger havde gennem perioden mindre end 10 indgreb om året. Det drejer sig om Tønder, Esbjerg, Fredericia, Kolding, Thisted, Hjørring og Frederikshavn. Disse syv afdelinger er derfor lagt sammen som ”andre”.

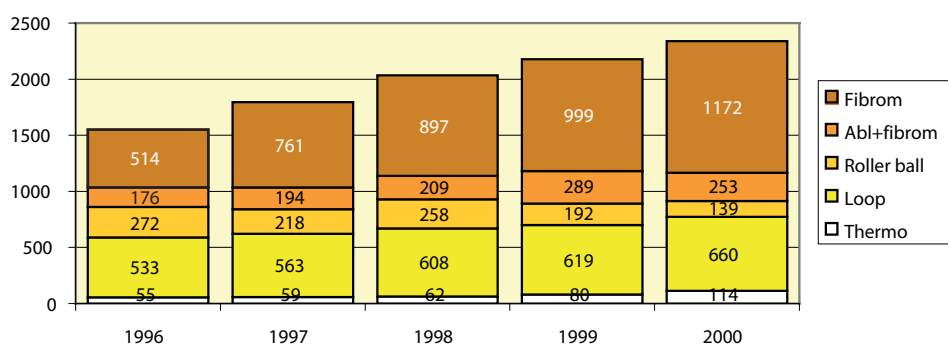
Antallet af de tre typer indgreb på gynækologiske afdelinger gennem studieperioden fremgår af Fig. 1. Det totale antal operationer steg gennem perioden jævnt fra 1.550 i 1996 til 2.338 i 2000, svarende til en stigning på 51% i løbet af de fem år.

Igennem perioden steg andelen af isolerede fibromfjernelser ud af det samlede antal hysteroskopiske indgreb fra 33% i 1996 til 50% i 2000. Af de isolerede ablationer steg andelen af resektioner fra 62% i 1996 til 72% i 2000.

Det samlede antal hysteroskopiske indgreb på de enkelte afdelinger fremgår af Fig. 2. Det ses, at det absolutte antal indgreb samt fordelingen mellem rene ablationer og ablationer+fibromresektioner og rene fibromresektioner varierer temmelig meget fra afdeling til afdeling. Det samlede antal indgreb over de fem år svingede fra 127 i Slagelse til 1.518 i Skejby. Gennemsnitligt havde de 23 opgjorte afdelinger 83 indgreb om året.

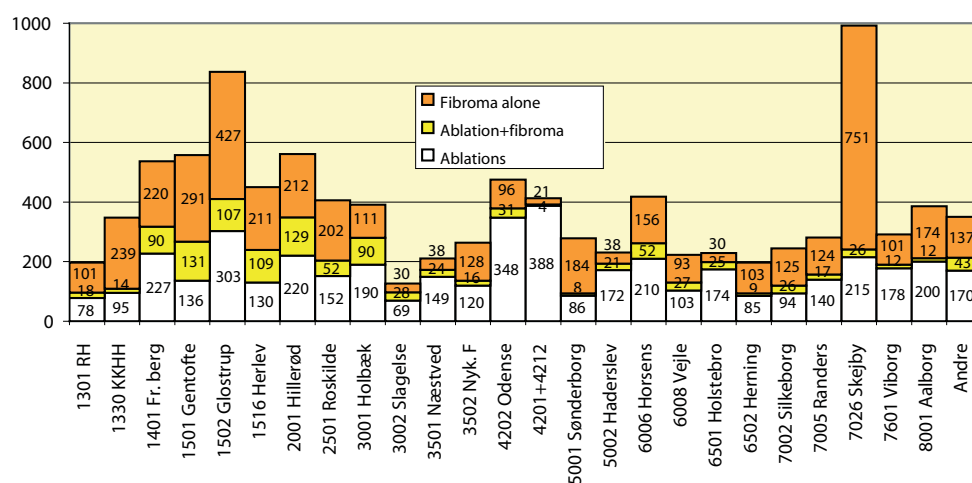
**FIGUR 1**

**Antallet af hysteroskopiske indgreb på gynækologiske afdelinger i Danmark i perioden 1996-2000. (N= 9.896)**



**FIGUR 2**

**Antal ablationer alene, ablationer + fibromresektioner og rene fibrom-resektioner på landets gynækologiske afdelinger for hele perioden 1996-2000. (N=9.896)**

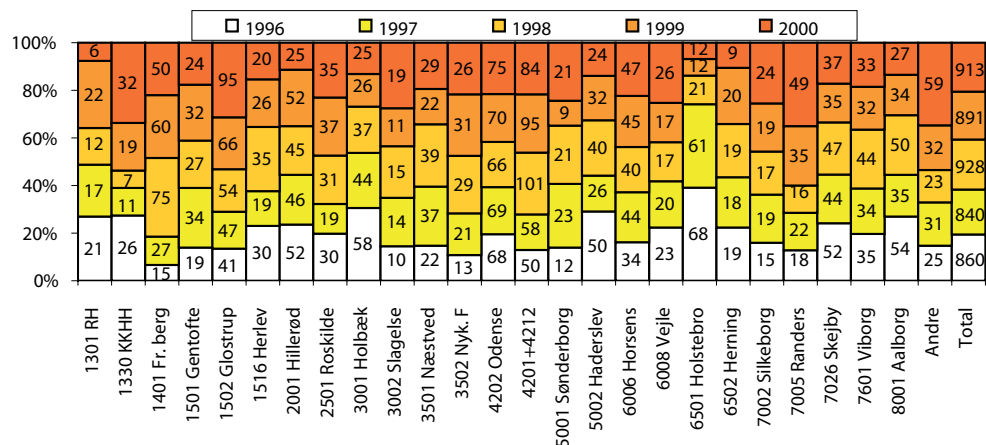


Note: Det absolutte antal indgreb fremgår af tallene i søjlerne

Vi vil kvalitetsmæssigt analysere ablationer og fibromresektioner hver for sig. I nedenstående figur ses de enkelte afdelingers ablationer hver af årene i studieperioden.

**FIGUR 3**

**Den relative fordeling af ablationer på de enkelte år for gynækologiske afdelinger i Danmark 1996-2000. (N= 4.432)**



## Kvalitet

Kvaliteten er søgt vurderet ved følgende parametre:

1. Andelen af abladerede med elektrolytforstyrrelser (DE87)
2. Andelen med primær hysterektomi, dvs. hysterektomi ved primære indlæggelse
3. Andelen som i løbet af studieperioden undergår re-ablation
4. Andelen som i løbet af studieperioden undergår hysterektomi

### *Elektrolytforstyrrelser i forbindelse med ablation*

Der var i studieperioden ingen, som var registreret med diagnosen DE87. Dette er næppe udtryk for, at ingen oplevede denne komplikation, selvom den er sjælden.

### *Primær hysterektomi i forbindelse med ablation*

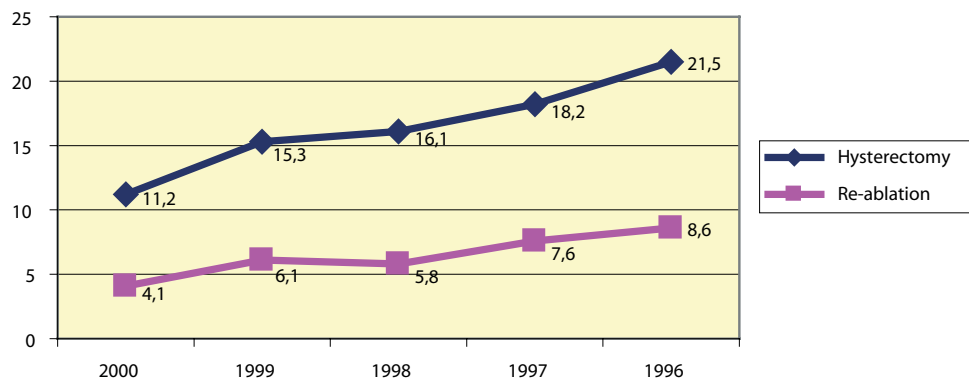
Der var i studieperioden 28 (0,3%), som blev hysterektomeret i forbindelse med primære indlæggelse. De 11 var i forbindelse med ablation, herunder 10 i forbindelse med resektion. Det giver en primær hysterektomirate i forbindelse med ablation på 0,25%. Der var 17 primære hysterektomier i forbindelse med 5.464 fibromresektioner svarende til 0,3%, hvilket stort set ikke er mere end ved ablation alene.

### *Re-ablation og hysterektomi efter primær ablation*

Andelen af kvinder, som oplevede re-ablation efter det primære indgreb, var for hele studieperioden 6%. Denne andel steg selvsagt jo længere siden det var, indgrebet havde fundet sted, som vist i Fig. 4.

**FIGUR 4**

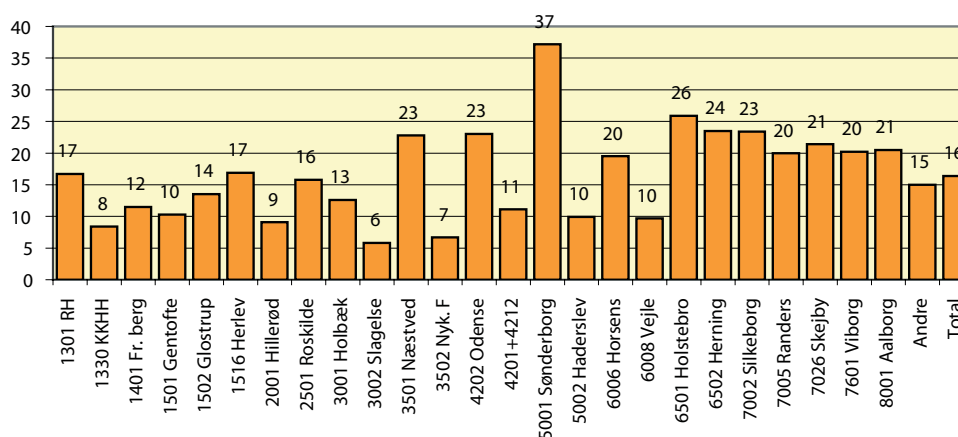
**Andelen af abladerede (%), som i studieperioden oplevede re-ablation eller hysterectomi som funktion af tidspunktet for primære indgreb. (N=4.432)**



Det ses, at andelen af re-abladerede steg fra 4,1 til 8,6%. Andelen af sekundært hysterectomerede steg med observationsperiodens længde fra 11,2% blandt de, som var abladeret i 2000 til 21,5% blandt de, som var abladeret i 1996. Kvinderne er fulgt til udgangen af år 2001, svarende til en gennemsnitlig follow-up periode på 3½ år. Den gennemsnitlige hysterectomirate gennem studieperioden på de enkelte afdelinger fremgår af Fig. 5.

**FIGUR 5**

**Gennemsnitlige hysterectomirate (%) blandt abladerede kvinder på landets gynækologiske afdelinger i perioden 1996-2000. Follow-up i gennemsnit 3½ år**

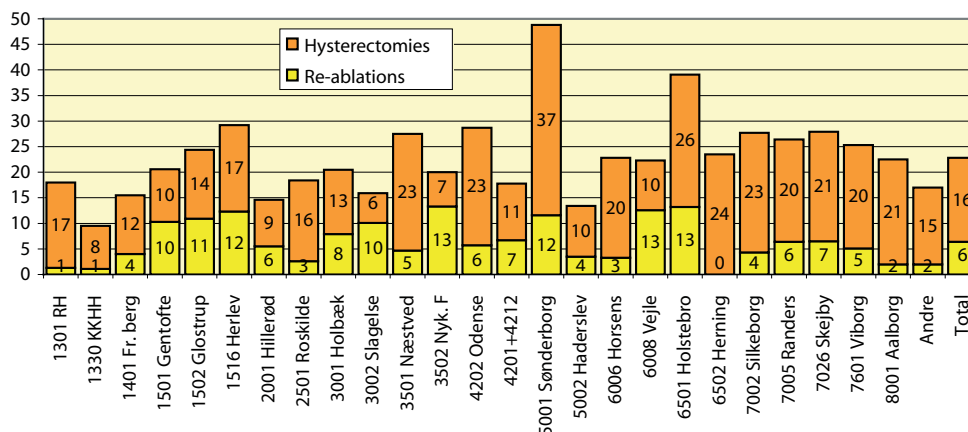


Det fremgår, at andelen af hysterectomerede svingede fra under 10% i Hvidovre, Hillerød, Slagelse, Nykøbing F til 37% i Sønderborg. Gennemsnittet var 16%. Disse store forskelle kan dog hænge sammen med forskellig opfølgingsperiode på de enkelte afdelinger. Fig. 3 dokumenterer imidlertid, at der ikke var dramatisk forskellige follow-up perioder for de forskellige afdelinger.

Lægges re-ablationer og hysterektomier sammen, fås den samlede reoperationsrate. Den fremgår af Fig. 6.

**FIGUR 6**

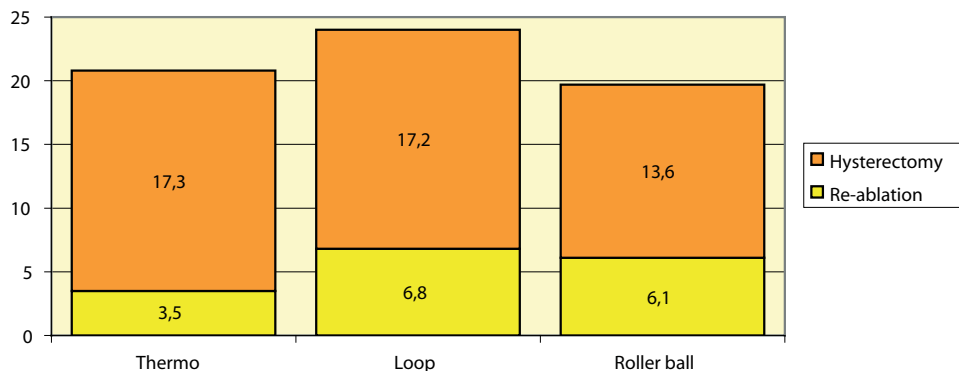
**Re-ablationer og hysterektomier (%) blandt kvinder ablateret i 1996-2000. (N=4.432)**



Reoperationsraten efter ablationer svinger med 3½ års follow-up fra 9% i Hvidovre til 49% i Sønderborg. I gennemsnit blev 22% af patienterne reopereret. Der var ikke nogen entydig sammenhæng mellem andelen af re-ablaterede og hysterektomerede.

**FIGUR 7**

**Reoperation efter tre typer ablation i DK 1996-2000. (N= 4.432)**



Derimod var der lidt forskel på reoperationsraterne efter de forskellige typer ablation (Fig. 7). Det fremgår, at andelen af re-ablaterede er mindst efter thermobehandling, størst efter resektion. Andelen af hysterektomerede er lavest efter rollerball. Den samlede reoperationsrate er størst efter resektion.

Der kan foreligge en selektionsbias derved, at de med større livmødre fortrinsvis resekeres, mens de med en lille kavitet fortrinsvis destrueres. Vi har derfor set på de enkelte afdelingers fordeling på de tre ablationstyper (Fig. 8).



## FIGUR 8

### Fordelingen af thermo-destruktioner, resektioner og rollerball ablationer på gynækologiske afdelinger i Danmark 1996-2000.

(N = 4.432)

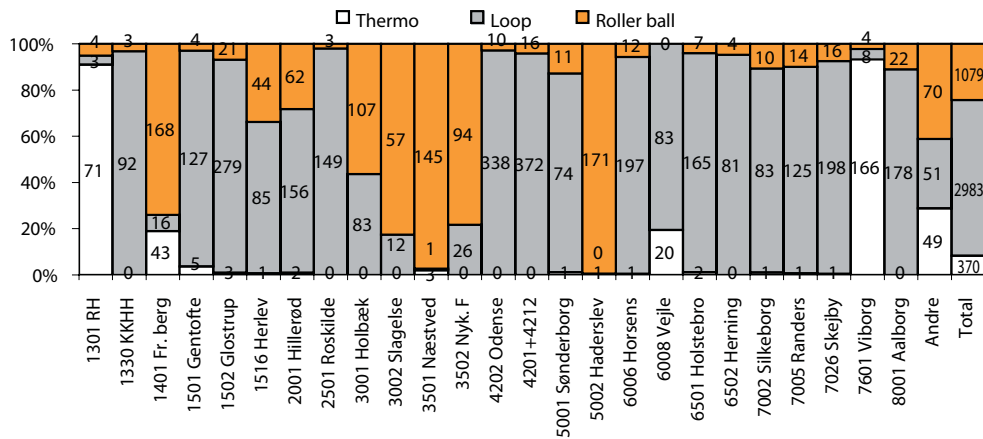


Fig. 8 tyder snarere på, at den enkelte afdeling vælger "sin" operationsmetode, som udgør langt hovedparten af ablationerne på afdelingen.

Det må konkluderes, at omkring 30% af de, som undergår ablation, reopereres inden for fem år, og at mere end hver femte hysterektomeres.

Vi kan videre konkludere, at kvinder som primært reseceres, ikke har en lavere rate af senere hysterektomi sml. med de, som får gennemført primær destruktion.

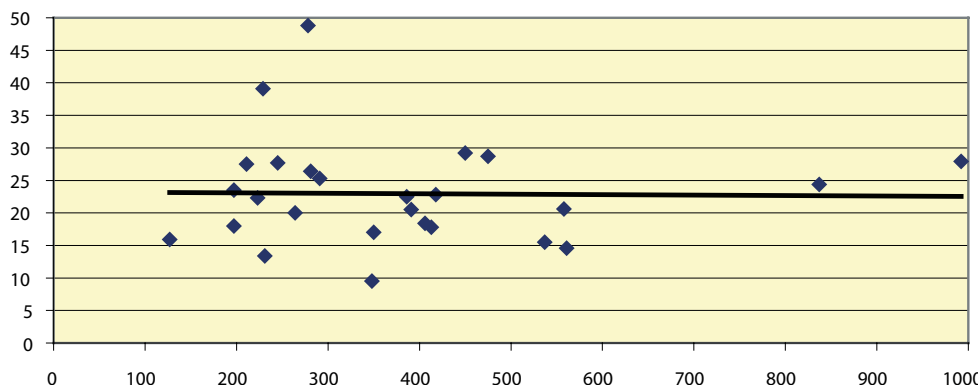
#### *Antallet af operationer versus reoperationer*

Vi har gennemført en analyse af sammenhængen mellem antallet af operationer og reoperationsraten på de enkelte afdelinger (Fig. 9).

## FIGUR 9

### Korrelationen mellem antallet af operationer på en afdeling og andelen af reopererede (i %) gennem perioden 1996-2000.

Regressionslinje indlagt. (N=4.364)



Der ses ingen sammenhæng mellem antallet af operationer på de enkelte afdelinger og andelen af reopererede. Derimod ses større variation i reoperationsraterne med faldende antal operationer – hvilket delvis afspejler et rent stokastisk forhold (small sample).

#### *Fibromresektioner*

Andelen af hysterektomerede efter ablation + fibromresektion var 14%, efter fibromresektion alene 13%, altså lidt overraskende mindre end efter ren ablation.

## **Konklusion**

Den store styrke ved LPR er, at vi kan følge den enkelte kvinde gennem en længere årrække, og f.eks. opgøre reoperationsraten uafhængigt af, om hun reopereres på samme eller en anden afdeling. Da netop operationskoder har en gennemgående høj validitet i LPR, er endometriresektioner særligt velgennede til at blive genstand for produktions- og kvalitetskontrol i LPR.

Da man ikke ud fra foreliggende data kan konstatere, at en af behandlingsmetoderne er de øvrige klart overlegen, er der ikke for indeværende grundlag for at anbefale en bestemt operationstype. Nogle afdelinger foretrækker i de fleste tilfælde resektion, andre destruktion. Det må fortsat være op til de enkelte centre.

Vi kan heller ikke påstå, at der skal et bestemt antal operationer til på en afdeling, før kvaliteten når en vis højde. Det kan skyldes, at de enkelte afdelinger afpasser antallet af operatører til antallet af denne type operationer.

En begrænsning i denne analyse er, at vi ikke kan se, hvor mange operatører, der har varetaget disse operationer på de enkelte afdelinger, og således heller ikke, om der sikres en højere kvalitet ved at lade disse operationer udføre af få frem for flere operatører. Man kunne foreløbig tilstræbe en standard på under 20% hysterektomerede efter fem år, og under 5% re-abladerede inden for samme follow-up periode.



# 4

## Urogynækologi

### 4.1 Urininkontinens

Urininkontinens og operation herfor er opgjort for perioden 1996-2000.

Urininkontinens har følgende diagnoser:

DN393 Stress inkontinens

DN394 Incontinentia urinae, andre specificerede former

DN394A Incontinentia urinae, overflow

DN394B Incontinentia urinae, refleks

DN394C Incontinentia urinae, urge

Operationer for inkontinens omfatter dels løft af utethra

KKDG Operationer på urethra ved inkontinens

KKDG00 Suspensio urethrae retropubica

KKDG01 Suspensio urethrae retropubica endoscopica percutanea

KKDG10 Suspensio urethrae abdomino-vaginalis

KKDG20 Vaginopexia abdominalis

KKDG21 Vaginopexia abdominalis endoscopica percutanea

KKDG30 Urethrocystopexi med slynge

KKDG31 Urethrocystopexi med slynge, perkutan endoskopisk

KKDG40 Vesico-urethropexia med sutur/klæbemiddel/staples

KKDG41 Perkutan endoskopisk vesico-urethropexia m. sutur/klæbem/stapl.

KKDG50 Bækkenbundsplastik ved inkontinens, transabdominal

KKDG96 Operation på urethra ved inkontinens, anden

KKDG97 Operation på urethra ved inkontinens, anden endoskopisk perkutan

Dels operationer nedefra i forbindelse med prolaps

KLEF Prolaps- og descensusoperationer

KLEF00 Kolporrhaphia  
KLEF03 Kolporrhaphia posterior  
KLEF10 Kolpoperinæoplast (cervixamput, levatorsut, perinæorafi)  
KLEF13 Kolpoperinæoplastik samt vaginal hysterektomi  
KLEF20 Kolpokleisis partialis  
KLEF23 Kolpokleisis

Og endelig rekonstruktive indgreb nedefra

KLEG Vaginale inkontinensoperationer  
KLEG00 Urethrocystorrhaphia vaginalis  
KLEG10 Urethrocystopexia vaginalis  
KLEG20 Bækkenbundsplastik (kvinde) med deling af levatorer  
KLEG99 Inkontinensoperation, anden vaginal

Kvaliteten ved operationer for inkontinens er i LPR søgt vurderet ved

- Raten af per-operative komplikationer
- Varigheden af indlæggelsesforløbene
- Raten af sekundære komplikationer
- Raten af reoperationer

## Produktion

Primært er alle kvinder som i perioden 1980-1995 er registreret med diagnosen inkontinens og samtidig et operativt indgreb herfor ekskluderet. Derved vil de i dette udtræk forekommende kvinder hovedsageligt være kvinder, som opereres for deres inkontinens første gang. Vi kan dog ikke udelukke enkelte, som er opereret før 1980, og som blev reopereret i perioden 1996-2000.

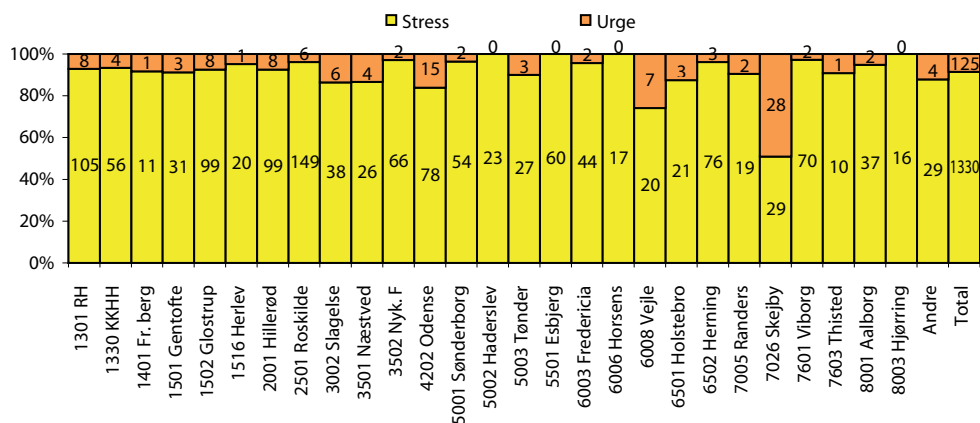
Der var i perioden 1996-2000 i alt 1.806 kvinder, som blev opereret for inkontinens i Danmark. Heraf er de 1.455 (81%) opereret på gynækologiske afdelinger. Vi vil i det følgende primært koncentrere os om disse 1.455 i gynækologisk regi opererede kvinder.

Vi har af stokastiske grunde valgt at slå alle afdelinger med under 10 inkontinensoperationer i studieperioden sammen under "andre". Det drejer sig om afdelingerne i Holbæk, Sygehus Fyn, Kolding, Silkeborg, Århus Kommune-hospital og Århus Amt, som tilsammen havde 33 inkontinensoperationer i studieperioden.

Af de 1.455 opererede kvinder var 1.330 (91%) registreret med stressinkontinens (DN393), mens 125 var registreret med anden inkontinens (DN394), herunder urgeinkontinens. Vi vil i det følgende kalde gruppen DN394 for urgeinkontinens. Det absolutte antal opererede samt andelen af kvinder med stress- og urgeinkontinens på de enkelte afdelinger fremgår af Fig. 1.

**FIGUR 1**

**Antal og andel af kvinder opereret for henholdsvis stress- og urgeinkontinens på gynækologiske afdelinger i Danmark i perioden 1996-2000. (N=1.455)**



Note: Det absolutte antal operationer fremgår af tallene i søjlerne

Det fremgår, at det på alle afdelinger overvejende er kvinder med stressinkontinens, der er opereret. Andelen varierer i øvrigt fra 51% i Skejby til 100% i Esbjerg og Hjørring.

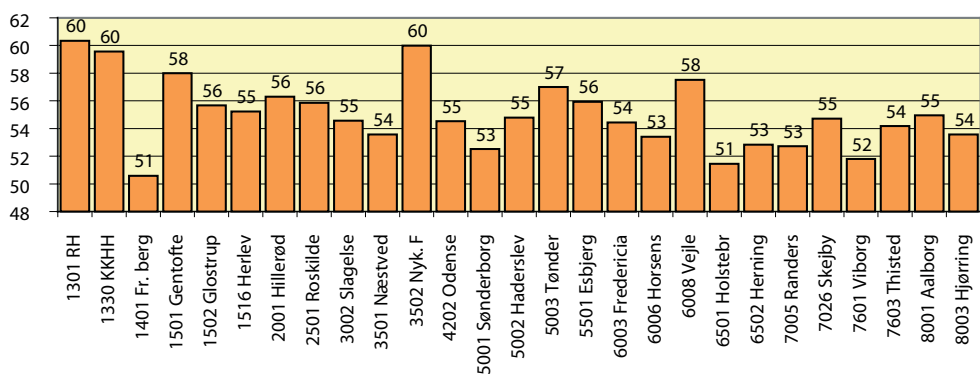
Det gennemsnitlige antal operationer om året for de specificerede afdelinger er 10,7 operationer, varierende fra 2 i Thisted til 31 årlige operationer i Roskilde. Dertil kommer så de seks afdelinger med under 2 årlige operationer.

#### *Alderen på opererede kvinder*

Risikoen for reoperation afhænger af mange forhold, men ikke mindst kvindens alder på operationstidspunktet. Vi har dels udregnet en gennemsnitsalder på de kvinder, som er opereret på de enkelte afdelinger, dels udarbejdet et fordelingsdiagram. Disse fremgår af Fig. 2 og Fig. 3.

**FIGUR 2**

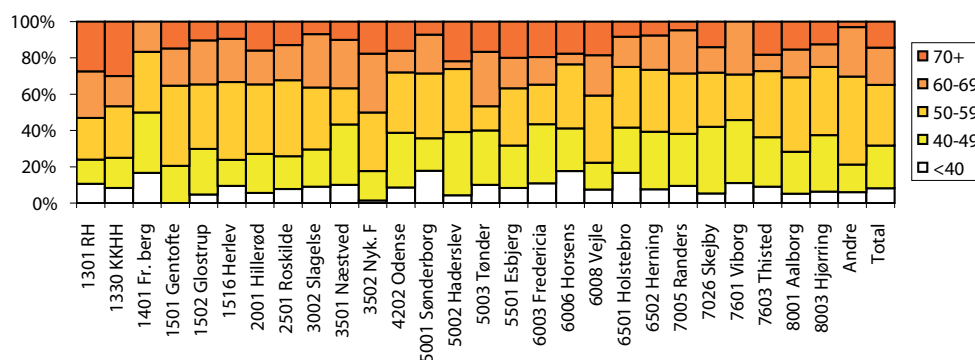
**Gennemsnitsalderen af de på de enkelte afdelinger opererede kvinder. (N=1.422)**



Den samlede gennemsnitsalder for alle afdelinger var 56 år, varierende fra 51 år på Frederiksberg og i Holstebro til 60 år på RH, Hvidovre og Nykøbing F. Kvinder opereret for stressinkontinens var i gennemsnit 55 år, kvinder opereret for urgeinkontinens 62 år.

**FIGUR 3**

**Aldersfordeling af de opererede kvinder på de enkelte afdelinger.**  
(N=1.455)



Andelen af kvinder opereret i en alder <40 år, 40-49, 50-59, 60-69 og >69 år var henholdsvis 8%, 24%, 33%, 21% og 14%. Over halvdelen af kvinderne var mellem 40 og 60 år, fraset RH og Tønder, hvor denne andel var mindre end 50%. Nok forskelle, men ikke voldsomt store.

*Specifikke operationstyper*

Disse fremgår af Tabel 1 og Fig. 4.

**TABEL 1**

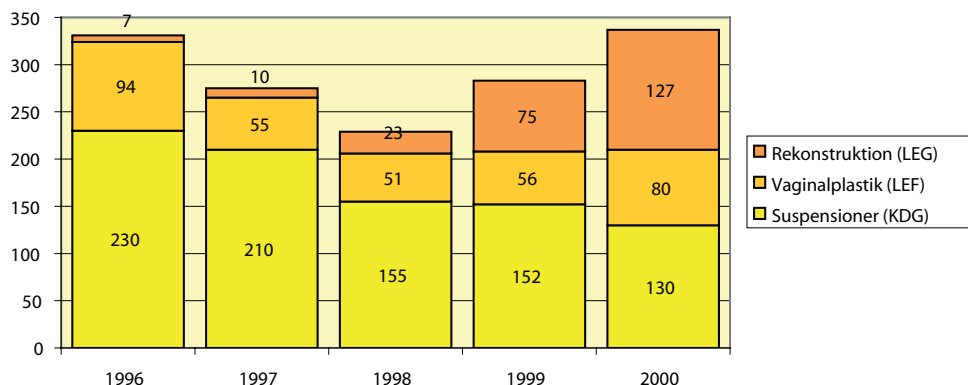
**Specifikke operationstyper på landets gynækologiske afdelinger 1996-2000.** (N=1.455)

Suspensionsop.	Antal	Vaginalplastik	Antal	Rekonstruktioner	Antal
<b>KKDG</b>		<b>KLEF</b>		<b>KLEG</b>	
KKDG00	683	KLEF00	276	KLEG00	28
KKDG01	55	KLEF03	39	KLEG10	143
KKDG10	23	KLEF10	20	KLEG20	4
KKDG20	11	KLEF13	0	KLEG99	67
KKDG21	18	KLEF20	0		
KKDG30	19	KLEF23	1		
KKDG31	2				
KKDG40	4				
KKDG41	0				
KKDG50	3				
KKDG96	40				
KKDG97	19				
<b>KKDG i alt</b>	<b>877</b>	<b>KLEF i alt</b>	<b>336</b>	<b>KLEG i alt</b>	<b>242</b>

Udviklingen i antallet af operationer inden for de tre grupper KDG, LEF og LEG fremgår af Fig. 4.

**FIGUR 4**

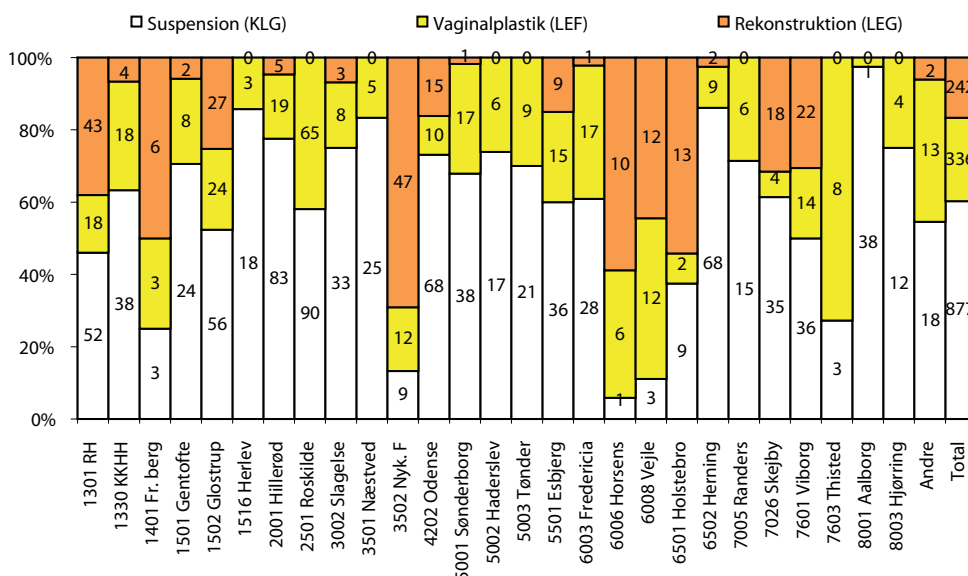
**Samlede antal inkontinensoperationer på gynækologiske afdelinger i perioden 1996-2000. (N=1.455)**



Det fremgår, at det samlede antal operationer først faldt, siden steg, således at det årlige antal inkontinensoperationer nu ligger på omkring 340, efter blot tre år tidligere at have været nede på 230. Endvidere at suspensionerne udgør en stadig mindre del af det samlede antal. De enkelte afdelingers operationstyper i henhold til de tre hovedtyper KDG, LEF og LEG fremgår af Fig. 5.

**FIGUR 5**

**Operationstyper på de enkelte afdelinger 1996-2000. (N=1.455)**



Overordnet var de 1.455 inkontinensoperationer fordelt med 877 (60%) på suspensioner (KDG), 336 (23%) på vaginalplastikker og 242 (17%) på vaginale rekonstruktioner. Men andelen af disse tre operationstyper varierede meget fra afdeling til afdeling. Således var kun 9 (13%) ud af 68 operationer

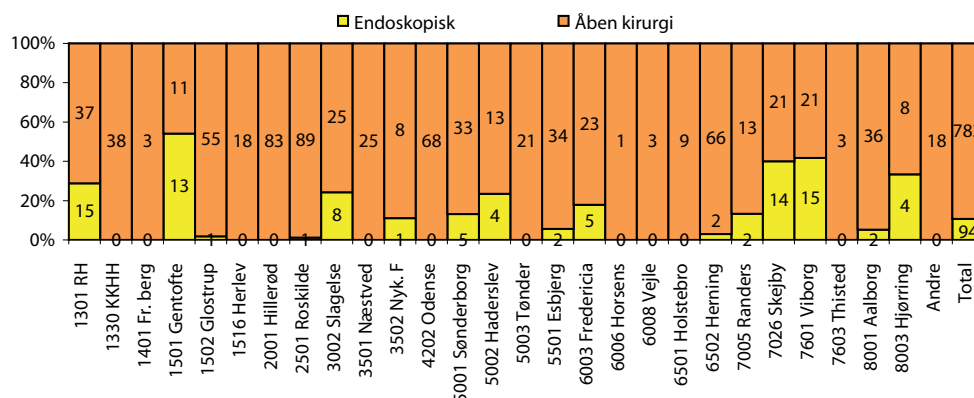


i Nykøbing F. suspensioner, mens 38 (97%) af 39 indgreb i Aalborg var af denne type.

Det fremgår videre af Tabel 1, at 94 (11%) af de 877 suspensioner foregik med endoskopiske teknikker. Andelen af endoskopisk opererede på de enkelte afdelinger fremgår af Fig. 6.

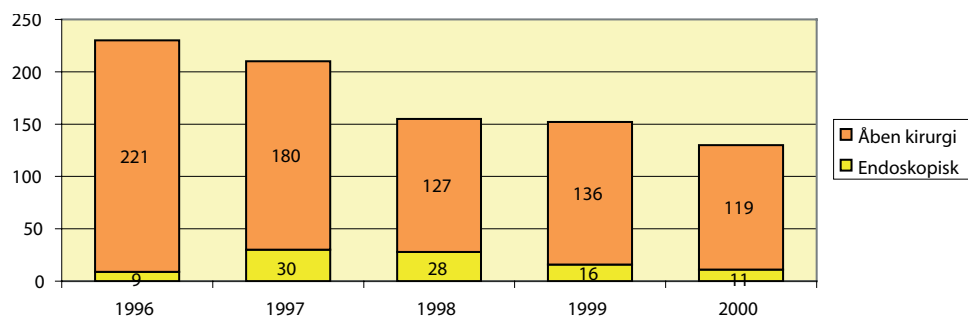
**FIGUR 6**

**Endoskopiske og åbne suspensionsoperationer på gynækologiske afdelinger i perioden 1996-2000. (N=877, n=94)**



**FIGUR 7**

**Antallet af endoskopiske og åbne suspensionsoperationer på gynækologiske afdelinger i Danmark i perioden 1996-2000. (N= 877)**



Det fremgår, at det samlede antal endoskopiske suspensionsoperationer udgør 94, at antallet toppede i 1997 med 30 af denne type indgreb, og siden er faldet til 11 i år 2000. Disse 11 var fordelt på de tre afdelinger på RH, i Skejby og Herning med henholdsvis 6, 3 og 2 endoskopiske operationer hver. Det fremgår videre, at det samlede antal suspensionsoperationer er faldet væsentligt (44%) gennem den fem år lange periode.

## Kvalitet

### Reoperationer

Disse afhænger dels af kvindens alder på operationstidspunktet (jo ældre jo mindre risiko for reoperation) dels af året for den primære operation (jo tidligere, jo større risiko for reoperation). Derudover af selektionen af patienter til operation – dette forhold har vi ikke gode muligheder for at vurdere i LPR. Endelig – muligvis – af typen af operation og af operatør. Sidstnævnte (operatøren) er aktuelt operationaliseret ved at opgøre data på afdelingsniveau.

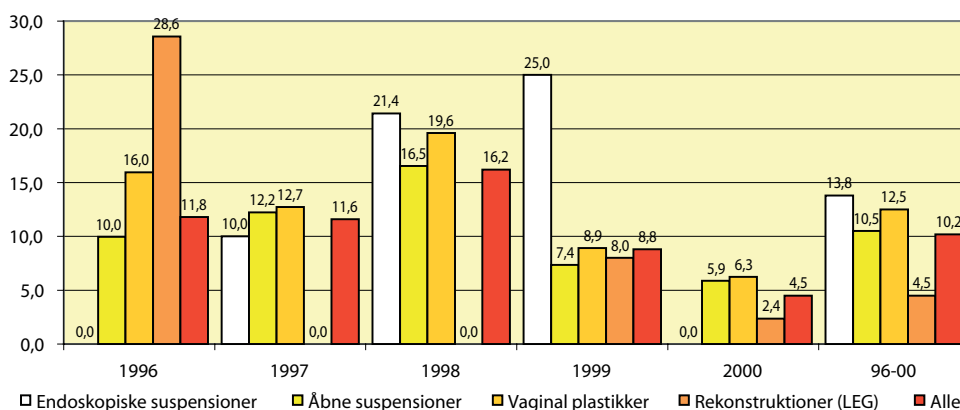
Det er selvsagt ikke muligt at stratificere sin statistik på alle disse variabler på én gang, da de enkelte celler da ville blive for tynde. Vi har forsøgt følgende pragmatiske tilgang. Overordnet var der i perioden 148 patienter, som blev reopereret, svarende til 10,2%. Af disse reoperationer fandt 1,9% sted under primære indlæggelse, 1,6% inden for de følgende tre måneder, og 6,7% sted efter tre måneder fra primære udskrivelse.

### Typen af operation og risikoen for senere reoperation

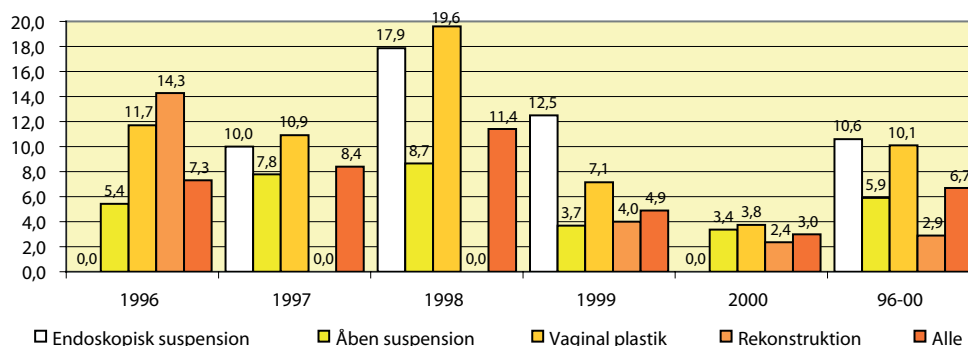
Samlet var der 94 som fik udført en endoskopisk suspension, 783 som fik udført en åben suspension, 336 som fik udført en vaginalplastik og 242 som fik udført et rekonstruktivt indgreb. Reoperationsraten for disse fire typer af indgreb var for hele perioden 13,8%, 10,5%, 12,5% og 4,5% henholdsvis. Altså overordnet færrest reoperationer efter de vaginale rekonstruktioner. Disse operationer havde imidlertid også en væsentlig kortere opfølgningstid end de andre operationstyper. Meningsfulde tal kræver derfor stratifikation efter året for operationen – se Fig. 8.

## FIGUR 8

### Samlede reoperationsrater for specifikke operationstyper og specifikke år Follow-up: til november 2001. (N=1.455, n=148)



De af reoperationerne, som fandt sted efter de første tre måneder fremgår af nedenstående fig. 9.

**FIGUR 9****Reoperationsrate fra tre måneder efter primære operation. (N=1.455, n= 97)**

Det fremgår, at raten af reoperationer for de åbne suspensioner lidt overraskende steg frem til 1998, hvorfra 16,5% blev reopereret, til 5,9% i 2000 (Fig. 8). De endoskopiske operationer havde en gennemsnitlig reoperationsrate på 13,8%, hvilket er lidt højere end for de åbne suspensioner; 10,5%, til trods for, at opfølgningstiden var længere for de åbne suspensioner. Vaginalplastikkerne havde en i gennemsnit kortere opfølgningsperiode end suspensionerne (jf. Fig. 4) Samlede reoperationsrate var 12,5% trods dette forhold, hvilket antyder, at suspensionerne er vaginalplastikkerne overlegen hvad angår reoperationsrate.

Den høje andel rekonstruerede i 1996, som er reopereret, baserer sig på 2 personer. Blandt de, som er opereret de to følgende år (97-98), er der ingen reopererede, hvilket giver en gennemsnitlig reoperationsrate for 1996-98 på 9,5%, svarende til reoperationsraten for de åbne suspensioner. Når den samlede rate reopererede blandt de rekonstruerede ender med at blive 4,5%, skyldes det således primært, at kvinderne i denne gruppe har kortere opfølgningstid.

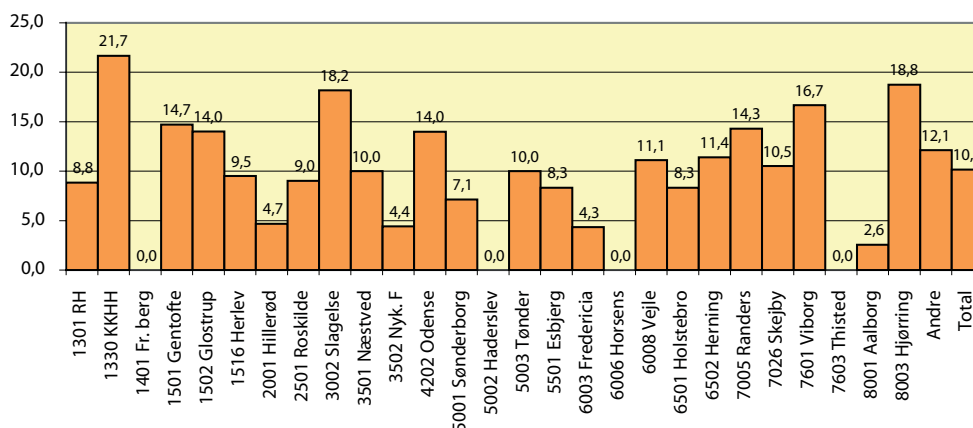
Med en gennemsnitlig opfølgningstid på ca. tre år, og en dertil hørende reoperationsrate på godt 10%, ligger de danske reoperationer på et acceptabelt niveau.

#### *Reoperationer på de enkelte afdelinger*

Problemet er her, at antallet af reoperationer på de enkelte afdelinger er lille, den statistiske tilfældighed tilsvarende stor. Nedenstående tal skal derfor tages med dette væsentlige forbehold.

**FIGUR 10**

**De enkelte afdelingers samlede reoperationsrate (%) gennem perioden 1996-2000. Follow-up i gennemsnit 3 år. (N=1.455, n=148)**



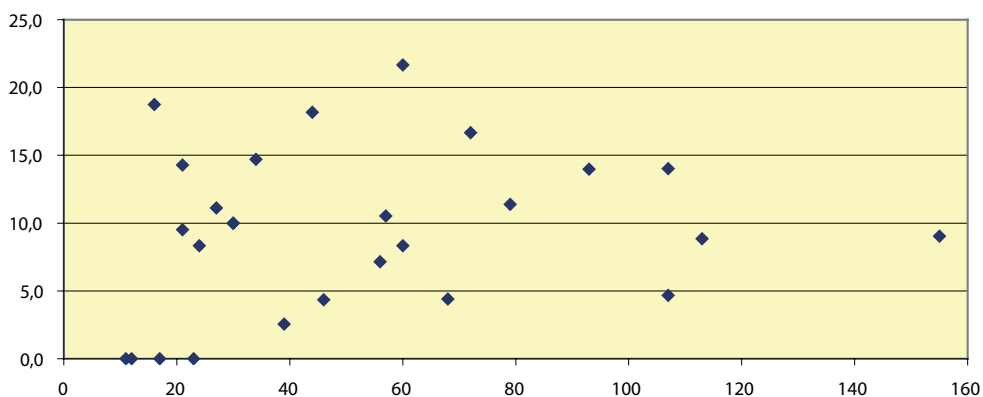
De enkelte søjler baserer sig på i gennemsnit fem reoperationer. Alle afdelinger med en rate på 0 havde et ”forventet antal” på mellem 1 og 2, hvis de skulle have haft samme rate som gennemsnittet på 10,2%.

*Reoperationsrate og antallet af operationer på de enkelte afdelinger*

Man kunne forestille sig, at andelen af reopererede hænger sammen med det totale antal inkontinensoperationer på de enkelte afdelinger. Vi har derfor i Fig. 11 analyseret sammenhængen mellem disse to variable:

**FIGUR 11**

**Antallet af operationer og reoperationsraten (%) på de enkelte afdelinger**



Der ses, som det fremgår, ingen umiddelbar sammenhæng mellem antallet af operationer og andelen af reopererede på de enkelte afdelinger.

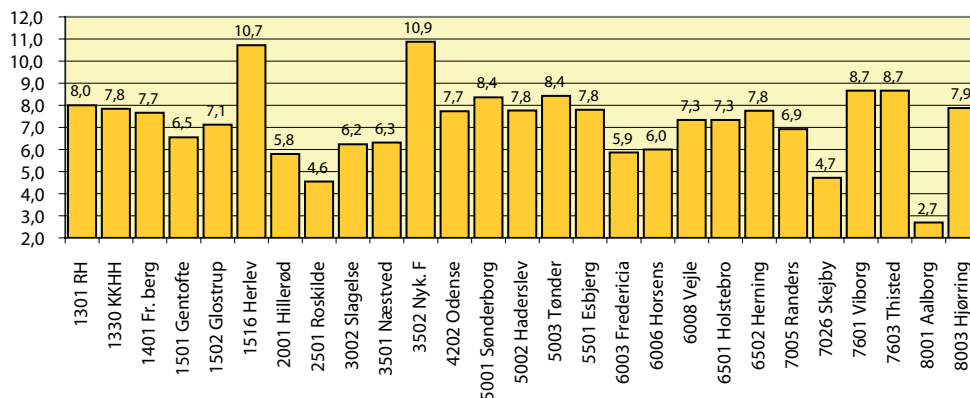
*Indlæggelsestid*

Den gennemsnitlige liggetid for de fire operationstyper endoskopisk suspension, åben suspension, vaginal plastik og rekonstruktion var henholdsvis 4,5 dage, 6,9 dage, 6,0 dage og 3,7 dage, altså 2-3 dage længere liggetid blandt

de med åben suspension og vaginal plastik end blandt de endoskopisk opererede eller rekonstruerede. Da de enkelte operationstyper varierer fra afdeling til afdeling har vi valgt at opgøre den gennemsnitlige liggetid alene for den hyppigste operationstype, som er de åbne suspensioner (Fig. 12).

**FIGUR 12**

**Den gennemsnitlige indlæggelsestid (dage) blandt kvinder, der har gennemgået åben suspension på gynækologiske afdelinger 1996-2000**

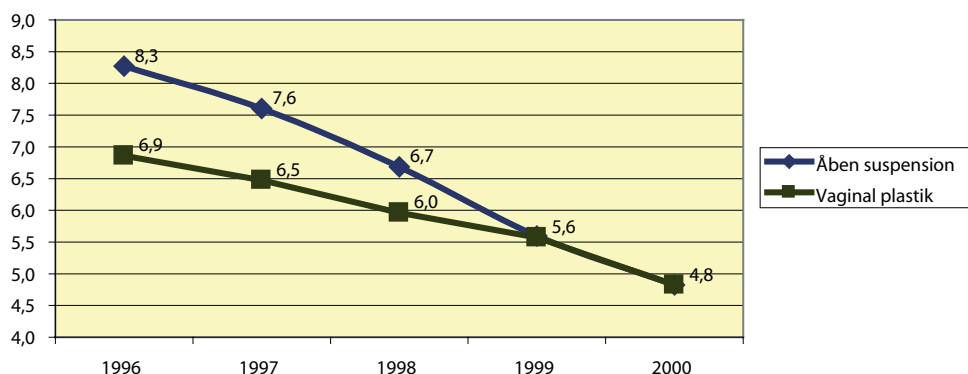


Det ses, at liggetiden varierer fra 2,7 dage i Aalborg til over 10 dage i Herlev og Nykøbing F. Gennemsnit 6,9 dage.

Liggetiden faldt gennem studieperioden for alle operationstyper. Liggetiden ved de to hyppigste indgreb fremgår af Fig. 13.

**FIGUR 13**

**Liggetiden ved åbne suspensioner og vaginal plastikker på gynækologiske afdelinger i perioden 1996-2000. (N= 1.180)**



Der ses en betydelig reduktion i liggetiden over tid. Således er liggetiden ved suspensionerne forkortet med 42% eller med 3½ dag i gennemsnit. Liggetiden ved vaginalplastikker er tilsvarende faldet med 30% eller 2,1 dage.

### *Registreringspraksis*

Alt det foregående står og falder med korrekte operationskoder. Vi har for reoperationerne gennemført en fejlsøgning for reopererede inden for tre måneder, for at se hvor mange som *ikke* var registreret med den K LW kode, som de bør, men i stedet alene med en af de øvrige operationskoder. Det gjorde kun to af de, som havde fået lavet en rekonstruktion primært. For ingen af de andre primære operationskoder forekom der reoperation uden en K LW-kode. Dette tyder på en høj validitet for operationskoderne.

## **Konklusion**

Kvalitet vurderet ved reoperationer lider af, at der på de fleste afdelinger er få operationer, og dermed endnu færre reoperationer. Man må stille sig selv det spørgsmål, om urologiske operationer skal være så spredte, som tilfældet har været indtil nu. Kun 12 afdelinger har i dag mere end 10 inkontinensoperationer om året, de resterende 21 afdelinger har mindre. Selv om vi ikke kunne demonstrere en sammenhæng mellem antallet af operationer på de enkelte afdelinger og reoperationsraten, forekommer det en vanskeligt at forestille sig, at man kan udvikle operationsteknikker og opnå stor rutine, når antallet af operationer på de enkelte afdelinger er så begrænset.

En reoperationsrate på i gennemsnit 10% ved en gennemsnitlig follow-up periode på tre år synes acceptabel.

Selvom der er sket en væsentlig reduktion i liggetiden i forbindelse med urologiske operationer, kan denne reduceres yderligere på flere afdelinger.

Registreringspraksis synes at være rigtig god inden for dette område, hvilket utvivlsomt kan tilskrives, at denne baserer sig på operationskoder og ikke komplikationsdiagnoser.



# 5

## Diskussion

### Hidtidige erfaringer

Landspatientregisteret (LPR) blev etableret i 1976, og har været landsdækkende fra 1977. Alle offentlige sygehuse har ved lov pligt til at påføre alle udskrivningskort en aktionsdiagnose, samt en gennem årene stigende flerfold af behandlingskoder.

Vi har takket være dette register gennem nu 25 år haft en enestående kilde til informationer om sygdoms epidemiologi i den danske befolkning. Vi har desuden haft et godt udgangspunkt for epidemiologisk forskning. Danmark indtager i dag en - i international målestok - flot position ved en lang række videnskabelige bidrag til forståelse ikke blot af sygdommes udbredelse socialt og demografisk, men også ved en stribe studier der identificerer årsager til sygdomme og vægter de enkelte af disse årsager overfor hinanden. Dette har skabt et godt fundament for rationelle forebyggende tiltag.

Fra udøverne i det danske sundhedsvæsen har dette register helt overvejende været betragtet som et administrativt register til brug for sundhedsmyndigheder og forskere, mens nytten i den daglige klinik har været til at overse.

Hvor de politiske instanser af vores sundhedsvæsen gennem årtier har været fokuseret på effektivitet og produktivitet, er politikere, sundhedsmyndigheder, sundhedspersonale og befolkningen gennem det seneste årti begyndt at efterlyse en løbende produktions- og kvalitetskontrol i den sektor, som i dag beslaglægger godt 50 milliarder kr. af de offentlige budgetter. Initiativerne har været mange. De to hidtil mest lovende redskaber til at opnå denne viden har været etableringen af kliniske databaser og patienttilfredshedsundersøgelser. Skønt der er flere gode eksempler på, at disse initiativer har bibragt os nyttig viden om kvaliteten på udvalgte områder i vores sektor, er vi stadig meget langt fra en rutinemæssig produktions- og kvalitetskontrol. Det er næppe urealistisk at anslå, at mere end 95% af den kliniske aktivitet, som foregår i sektoren, stadig sker uden en formaliseret produktions- eller kvalitetskontrol.

Årsagen hertil skal søges dels i det store ressourcetræk, som etableringen og driften af kliniske databaser indebærer, dels i de kvalitativt meget forskelligartede brugerundersøgelser, som er gennemført uden nogen form for standardisering, hvilket har umuliggjort sammenligninger på tværs af afdelingerne. Løsningen i form af landsdækkende kliniske databaser syntes umiddelbart at være vejen frem, men igen må vi konstatere, at disse har haft meget store praktiske problemer med at komme i gang og køre. Man har med baggrund i



bl.a. disse forhold centralt efterlyst forsøg på at undersøge, i hvilket omfang LPR kunne benyttes som ”klinisk database”.

## **Landspatientregisteret som redskab i løbende kvalitetskontrol**

Forudgående analyse har dokumenteret for det første, at differentieringen i diagnoser, operations- og behandlingskoder i dag er så stor, at de væsentlige aktiviteter i specialet kan dækkes – både til at beskrive produktion, men også – viste det sig – til at kvantificere nøgleindikatorer for den kliniske kvalitet. Det drejer sig ikke blot om komplikationer til operative indgreb, men også om f.eks. langsigtet succes og overlevelse ved operativ intervention overfor specifikke stadier af gynækologisk cancer, etableringen af graviditeter ved in vitro fertilisation, effektiviteten af medicinsk induceret provokeret abort og risikoen for senere udvikling af corpuscancer efter hysteroskopiske endometriresektioner. En rigdom af data, som har tilvejebragt et ikke hidtil opnået samlet overblik over aktiviteten på de enkelte gynækologiske afdelinger, men også - i et vist omfang - kvaliteten af denne.

Analysen dokumenterede endvidere en meget varierende kodepraksis på afdelingerne, en temmelig vekslende validitet af benyttede diagnose- og operationskoder, men også at man ved omhyggelige fejlsøgninger i nogen ustrækning kan korrigere for disse variationer, og dermed tilvejebringe mere valide estimater, end den validitet, som knytter an til de enkelte koder inden for det pågældende område.

Samtidig tilvejebragte uddata en detaljeret viden om de områder, hvor der de kommende år skal ske en særlig indsats for at forbedre vores løbende indberetning til LPR, områder hvor man bør tilskynde introduktion af eksisterende behandlingskoder, som, fordi mange af dem er nye, endnu ikke har vundet indpas i den daglige klinik.

Endelig har projektet tilvejebragt et godt grundlag for en fremadrettet drøftelse af den kliniske rollefordeling mellem større og mindre gynækologiske afdelinger henholdsvis mellem de gynækologiske afdelinger og kirurgiske afdelinger, som i dag varetager en del gynækologiske indgreb.

Det samlede ressourcetræk til projektet har været 1½ årsværk til den videnskabelige stab og tre månedsværk til statistisk afdeling i Sundhedsstyrelsen (4. kontor), som gennemførte de omfattende udtræk fra LPR. Den etablerede logistik vil – med få korrektioner - kunne anvendes til løbende at gentage disse udtræk en gang årligt, og dermed tilvejebringe data for alle landets afdelinger, som beskriver produktion og kvalitet. Det vil på landsplan fremover kræve mindre end et akademisk årsværk at tilvejebringe en sådan landsdækkende oversigt en gang årligt.

## **Alternativet til LPR-baseret produktions- og kvalitetskontrol**

Hvis man et øjeblik forestiller sig, at alle de kliniske aktiviteter, som er blevet dækket i forbindelse med gennemførte udtræk fra LPR, alternativt skulle være tilvejebragt ved etableringen af kliniske databaser, og herefter løbende indberetning til disse, må man regne med, at ressourcetrækket for *hvert område* ville være som følger:

- ∅ Etableringen af en landsdækkende klinisk database kræver typisk seks akademiker-måneder. inkl. diverse koordinerende møder med afgrænsning af relevante variabler. Dertil kan komme behov for datalogisk konsulentbistand, som kan variere fra 0 til et par måneders konsulentværk.
- ∅ Herefter følger de enkelte afdelingers arbejde med at etablere databasen og putte relevante data ind i denne. Dette arbejdes omfang afhænger primært af, hvilken aktivitet der er tale om, idet kvantitativt mindre områder kræver tilsvarende mindre arbejde. Men der er tale om fra i størrelsesordenen en til tre mandemåneder pr. afdeling. Med 30 afdelinger altså fra 30 til 90 mandemåneder.
- ∅ Herefter skal data samles, og de afdelinger, som ikke har leveret data skal rykkes, og der skal gennemføres analyse af data. Skønsmæssigt tre mandemåneder centralt. Alt i alt omkring 70 mandemåneder til etablering og drift af en ”gennemsnits landsdækkende database” det første år.
- ∅ Når databasen er etableret, vil de løbende ressourcekrav per afdeling være ½ til 1 mandemåneder om året, eller 15-30 mandemåneder pr. år for alle afdelinger. Dertil 3 mandemåneder til behandling af data centralt, eller i gennemsnit omkring 25 mandemåneder om året.
- ∅ Hvis vi forestiller os, at de med dette udtræk dækker de områder skulle dækkes med landsdækkende kliniske databaser, vil der skulle etableres omkring 10. Samlede ressourcekrav hertil ville være 700 mandemåneder til etablering og 250 mandemåneder til drift om året. Hvis det så i øvrigt overhovedet ville lykkes at gøre disse landsdækkende og komplette.

Til sammenligning kan det LPR-baserede koncept klares for 18 mandemåneder i etablering og 6-12 mandemåneder årligt i drift. De kliniske databaser ville altså kræve omkring 40 gange flere ressourcer i etableringsfasen og 20-40 gange flere ressourcer i drift end et LPR-baseret koncept. I denne beregning er det forudsat, at afdelingerne i forvejen leverer data til LPR, hvilket de jo gør, således at dette arbejde ikke medregnes i det LPR-baserede koncept.

## Problemer med kvalitetskontrol baseret på LPR

De udestående problemer med en løbende produktions- og kvalitetskontrol baseret på udtræk fra LPR kan resumeres som følger:

- ∅ Skønt data indberettes løbende til LPR, er registreringen af en årgang først endeligt på plads omkring november måned det følgende år. Det indebærer, at de data man får ud, er mindst et år gamle, når de kan leveres til afdelingerne i en samlet rapport. Det indebærer et problem omkring *aktualitet*. Der er ikke stor sandsynlighed for, at kliniske databaser ville kunne levere data væsentlig hurtigere. Når der går så mange måneder, før en årgang er på plads, skyldes det, at nogle få sygehuse er forsinkede med at få indberettet deres data, samt at man centralt foretager nogle validerings-tjek, som der skal handles og meldes tilbage på fra sygehusene. Hvis alle sygehuse kunne levere data for et givet år senest med udgangen af februar det følgende år, vil man kunne have data klar inden sommer, og dermed en rapport til udsendelse i det tidlige efterår.

- ∅ En række kvalitetsindikatorer, f.eks. overlevelsen efter operative indgreb ved cancersygdomme, kan først evalueres meningsfyldt 3-5 år efter indgrebet. Det kan af gode grunde ikke lægges LPR til last, men indebærer et principielt skisma mellem *aktualitet og meningsfuldhed*. Kliniske databaser vil rumme samme problem.
- ∅ *Validiteten og dækningsgraden* af diagnoser og operationskoder i LPR er selvsagt afgørende for validiteten af de opgørelser, man kan etablere på grundlag af disse data. Inden for gynækologi er LPR valideret på specifikke områder (2-5). De tre af studierne afspejler imidlertid forholdene for mere end 10 år siden. Dengang anvendtes de gamle WHO diagnosekoder (ICD 8), mens vi fra januar 1994 har anvendt den mere detaljerede ICD 10. Krebs et al. dokumenterede, at abortregistreringen i 1994 var 96% dækkende. Generelt har man fundet, at operationskoder er mere valide end diagnosekoder (6, 7). Vi fandt i aktuelle undersøgelser det samme. Specielt er dækningen meget vekslende for komplikationsdiagnoser. Nogle gange er aktionsdiagnoserne korrekte på 4-5-ciffer niveau, mens underdiagnoserne (6. ciffer) anvendes mere varierende. Skal der tilvejebringes valide tal for ikke operationskrævende komplikationer, kræves der derfor større omhyggelighed med at få disse registreret.
- ∅ En række *kvalitative data* til beskrivelse af den kliniske praksis rummes ikke i LPR. Der er altså behov for, at der sideløbende gennemføres brugerundersøgelser, som kan beskrive disse. Samme forhold gør sig gældende for kliniske databaser.
- ∅ På enkelte områder *savnes der behandlingskoder*. Men disse kan – efter henvendelse fra speciallægeselskaberne – tilføjes til de eksisterende klassifikationer. Det er blevet langt mindre bureaukratisk, end det var tidligere, at få etableret sådanne koder. Problemet ligger således ikke længere i at overbevise de centrale sundhedsmyndigheder om relevansen af denne eller hin kode, men at få afdelingerne til at etablere en fælles kodepraksis. Løsningen på dette problem er kliniske guidelines, som også det gynækologiske speciale er godt i gang med at etablere. Kliniske databaser er på dette område mere frie, fordi man fra en start selv definerer hvilke parametre, man ønsker at registrere, og ikke er bundet af eksisterende koder.
- ∅ Det har hidtil været forbundet med relativt store *omkostninger at gennemføre udtræk* fra LPR. Typisk har man skullet betale nogle tusind kroner for relativt simple udtræk dækkende nogle få år. Nogle har fundet dette urimeligt i lyset af de ressourcer, hver afdeling selv lægger i at putte data ind i systemet. På den anden side har dette forhold kvalificeret de udtræksanmodninger, som er fremsendt.
- ∅ *Forskelle i befolkningsgrundlag* mellem afdelingerne kan påvirke de enkelte afdelingers kvalitetsmål. Dette forhold anfægter altså ikke validiteten af de frembragte kvalitetsestimater, men vedrører tolkningen af årsagerne til en given forskel mellem afdelingerne. Betydningen af dette forhold varierer meget. Det understreger, at tolkningen af data er en specialopgave. Det er nødvendigt at anvende epidemiologiske redskaber til at korrigere for forskelle i befolkningsgrundlag, f.eks. ved at stratificere efter alder, sygdomsstadier eller socialgrupper. Dette forhold skal på den

anden side ikke overvurderes. Der er en række områder, hvor der enten ikke er store forskelle i befolkningssammensætningen mellem afdelingernes optageområder, eller hvor eventuelle forskelle kun har mindre indflydelse på kvalitetsmålene.

- ∅ *Private klinikker* er ikke systematisk omfattet af indberetningspligten til LPR. Meget taler for at gøre disse klinikkers indberetning til LPR obligatorisk og systematisk og dermed sidestille dem med de offentlige klinikker.
- ∅ De udtræk, som effektueres på basis af LPR-data, er meget ”*teknisk følsomme*”. Ganske små ændringer i udtræksbeskrivelsen afstedkommer ofte dramatiske ændringer i uddata. Vi har i forbindelse med aktuelle projekt måttet køre flere af udtrækkene om, fordi vi blev opmærksom på forhold, som ikke var tilstrækkeligt præcist afgrænset eller beskrevet. Der vil utvivlsomt vise sig andre tekniske ”fejl”, som vi ikke har været opmærksomme på i dette pilotprojekt. F.eks. gennemfører nogle gynækologiske afdelinger en del af deres ambulante kirurgi på afsnit, som er fælles med kirurgiske afdelinger på samme sygehus, og som er registreret som kirurgiske afsnit. Ved kun at etablere udtræk fra gynækologiske afdelinger undervurderes nogle afdelingers aktivitet, mens omvendt aktiviteten i kirurgisk regi overvurderes.

Disse forhold understreger, at en løbende kvalitetsvurdering er en dynamisk proces, hvor man til stadighed er nødt til at justere den udtrækslogistik, der er etableret. Endvidere at beskrivelsen af udtrækkene og effektueringen af disse er en specialistopgave, som fordrer en relativt stor erfaring inden for dette område.

## **Fordele ved LPR baseret produktions- og kvalitetskontrol**

De afgørende fordele ved at lade en løbende produktions- og kvalitetskontrol basere sig på udtræk fra LPR kan tilsvarende summeres som følger:

- ∅ *Alle afdelinger indberetter i forvejen data til LPR*. I stedet for at etablere sideløbende systemer med den risiko, at vi får flere ikke-velfungerende og ikke-dækkende systemer, er det bedre at samle kræfterne om eet velfungerende og dækkende system.
- ∅ Det har i praksis vist sig svært at få alle afdelinger til at tilmelde sig de landsdækkende kliniske databaser. Alle (offentlige) afdelinger er allerede opkoblet til LPR. Det er altså *landsdækkende fra en start*.
- ∅ Udsigten til at højne validiteten af de koder, som i dag er tvivlsom, vil øges markant, når og hvis klinikerne kan se, at de selv får gavn af de data, som puttes ind i systemet. Det er i vid udstrækning muligt at etablere et mål for den enkelte afdelings registreringskvalitet, som kunne offentliggøres sideløbende med offentliggørelsen af de samme afdelingers øvrige kvalitetsdata. Det ville kunne udgøre yderligere et incitament til at forbedre den enkelte afdelings registreringskvalitet og dermed *øge den generelle data validitet og dækningsgrad*.
- ∅ Udtræk fra LPR kan gennemføres på en *standardiseret* måde, så man umiddelbart kan sammenligne afdelingerne indbyrdes.

∄ *Omkostningerne* ved en produktions- og kvalitetskontrol baseret på udtræk fra LPR er betydeligt mindre end omkostningerne til at etablere og drive landsdækkende kliniske databaser. Det er et spørgsmål, om det overhovedet er ressourcerealistisk at etablere en blot nogenlunde dækkende kvalitetskontrol ved brug af landsdækkende kliniske databaser.

## Konklusion

Meget taler for, at vi i langt højere grad, end vi hidtil har troet det muligt, skal satse på at kvalificere og nuancere dataudtræk fra LPR, og at vi primært etablerer en rutinemæssig produktions- og kvalitetskontrol på basis af de diagnose-, operations-, og behandlingskoder, som vi hver dag indberetter til LPR. Ud over at synliggøre den enkelte afdelings kliniske kvalitet, vil etableringen af disse uddata med regelmæssige mellemrum dels kunne udgøre et afgørende redskab til at identificere de områder, hvor en kvalitetsforbedring er påkrævet, men også en drivkraft til at få forbedret kvaliteten på de områder, hvor den måtte halte.

Ønsket om at etablere kvalitetsdeklarationer for de enkelte afdelinger forudsætter principielt, at afdelingerne har data at putte ind i disse. Situationen er for indeværende den, at sådanne data ikke findes, eller rettere, ikke er tilvejebragt for flertallet af specialer. Hvis disse deklarerationer skal have nogen udsigt til at kunne realiseres i bredere målestok, må der tilvejebringes kvalitetsdata over en bred kam. LPR kan her vise sig at blive nøgle-redskabet. Med identifikationen af kvalitetsindikatorer i det store ”indikator-projekt” vil specialerne have et godt udgangspunkt for at udarbejde de relevante dataudtræk.

## Referencer

1. Udvalget for Kvalitetsmåling i Sygehusvæsenet. Sundhedsstyrelsen juni 2000.
2. Evaluering af Landspatientregisteret 1990. Sygehusstatistik; 57: 1993. København: Sundhedsstyrelsen, 1993.)
3. Mosbech J, Jørgensen J, Madsen M, Rostgaard K, Thornberg K, Poulsen TD. Landspatientregisteret. Ugeskr Læger 1995; 157: 3741-5.
4. Devantier A, Kjer JJ. Landspatientregisteret - et forskningsredskab? Ugeskr Læger 1991; 153: 516-7.
5. Krebs L, Johansen AMT, Helweg-Larsen K. Indberetning af provokerede aborter i 1994. Ugeskr Læger 1997; 159: 1607-11.
6. Nickelsen TN. Datavaliditet og dækningsgrad i Landspatientregisteret. Ugeskr Læger 2002; 164; 33-37.
7. Falkeborn M, Persson I, Naessen T, Kressner U. Validity of information on gynecological operations in the Swedish in-patient registry. Scand J Soc Med 1995; 23: 220-4.

# Bilag til rapporten

## Landspatientregisteret til kvalitetssikring i det gynækologiske speciale

Øjvind Lidegaard

# Introduktion til bilag/ læsevejledning

I dette bilag er de metodemæssige forudsætninger for rapporten beskrevet. De koder og overvejelser, der ligger til grund for de enkelte LPR-udtræk, er således præciseret. *De enkelte underbilag er nummereret, så de passer til hovedrapportens afsnit.* Det vil sige, at det f.eks. i bilag 1.1 er præciseret det metodemæssige grundlag for afsnit 1.1 i hovedrapporten osv.

I bilaget beskrives indenfor hvert område:

1. Kvalitetsindikatorer indenfor gynækologi, som findes i landspatientregisteret (LPR)
2. Hvordan man etablerer et mål for den samlede produktion
3. Hvordan kvaliteten i produktionen skal opgøres for at tilvejebringe konkrete data vedrørende kvaliteten i den gynækologiske praksis
4. Om muligt de oftest forekommende fejlkodninger
5. At vurdere omfanget af manglende kvalitetsindikatorer i LPR inden for gynækologi
6. At specificere konkrete standardudtræk hvor der i videst muligt omfang korrigeres for fejlkodninger

Dispositionen gennemgår de fire gynækologiske hovedområder:

1. *Reproduktion*, omfattende spontane aborter (1.1), missed abortion (1.2), graviditas ekstrauterina (1.3), mola hydatidosa (1.4), abortus provocatus (1.5) og fertilitetsbehandling (1.6)
2. *Onkologi*, omfattende cervixcancer (2.1), corpuscancer (2.2) og ovariecancer (2.3)
3. *Almen gynækologi* omfattende hysterektomi (3.1), cystis ovarii (3.2), og endometriresektion/ablation (3.3) og
4. *Urogynækologi* omfattende urininkontinens (4.1)



# Bilag 1

## Reproduktion

### 1.1 Abortus spontaneus

Dette område omfatter diagnoserne O03.0-O03.9. De komplette spontane aborter bør ikke være genstand for yderligere lægelig intervention, med mindre de kompliceres af infektion eller emboli, hvilket er sjældent. Umiddelbart kan man i et kvalitetsperspektiv derfor se bort fra diagnosekoderne O03.5-O03.9. De inkomplette spontane aborter har typisk været genstand for enten evacuatio uteri; procedurekoden MBA 00 eller MBA 03, eller (gennem seneste år) medicinsk behandling af spontan abort registreret ved procedurekoden BKHD 50 (prostaglandin alene) og BKHD 52 (mifepriston og prostaglandin).

#### Kvalitetsindikatorer

Kvaliteten i den gynækologiske praksis kan afspejles i

- ∅ At kun kvinder med inkomplet abort evacueres (tidligere var det praksis også at evacuere kvinder med komplet abort)
- ∅ At andelen af evacuerede kvinder, som må re-evacueres, er lav, og
- ∅ At andelen af medicinsk behandlede, som alligevel må undergå evacuatio uteri, ligeledes er lav
- ∅ At der anvendes korrekte diagnose- og procedurekoder i forbindelse med disse aktiviteter

#### Produktion

Først opgøres hvor mange spontane aborter, dvs., hvor mange O03-diagnoser, der er registreret. Ved denne indledende opgørelse må en given kvinde inden for en 3-måneders periode kun forekomme én gang med en O03 diagnose. Hvis flere, anvendes kun den første som udgangspunkt. De efterfølgende kontakter for samme kvinde, benyttes til at opgøre komplikationerne til den primære kontakt.

Kolonne A: Afdelinger, regioner efter standard

Kolonne B: Antal med abortus spontaneus (DO030-DO039)

Herefter opgøres hvor stor en del af de spontane aborter, som er komplette (O03.5-O03.9) og hvor mange der er inkomplette (O03.0-O03.4), samt andelen af inkomplette aborter ud af samlede antal spontane aborter. Denne fraktion bør være nogenlunde ensartet fra afdeling til afdeling

Kolonne C: Antal med komplet spontan abort (DO05-DO039)

Kolonne D: Antal med inkomplet spontan abort (DO030-DO034)



Kolonne E: Andel med inkomplet abort (kolonne D x100/B)

De spontane aborter opgøres herefter efter gestationsalder (GA): Uge 5-6, uge 7, uge 8, uge 9-12, uge 13-18 og efter uge 18.

Kolonne F: Antal ab. spont i uge 5-6

Kolonne G: Antal ab. spont i uge 7

Kolonne H: Antal ab. spont i uge 8

Kolonne I: Antal ab. spont i uge 9-12

Kolonne J: Antal ab spont uge 5-12 (sum af F-I)

Kolonne K: Antal ab. spont i uge 13-18

Kolonne L: Antal ab. spont > uge 18

Kolonne M: Antal ab. spont med ukendt GA

For de spontane aborter uge 5-12 opgøres herefter, om der er gennemført evacuatio uteri (under samme primære kontakt), i praksis ved om der er en MBA00/03 operationskode registreret.

Kolonne N: Antal *inkomplet* ab. spont i uge 5-12 (O030-O034) med samtidig KMBA00 eller KMBA03 kode

Kolonne O: Andel som er evacuerede (kolonne O x 100/total antal inkomplette aborter i uge 5-12)

Det er interessant også at opgøre, hvor mange af de kvinder, som er registreret med en *komplet* spontan abort, som alligevel evacueres. Enten er der her tale om, at man evacuerer kvinder, som ikke burde være evacueret, eller at man fejlagtigt har anvendt en af de komplette abort diagnoser, desuagtet, at der var tale om inkomplet abort. Der gennemføres derfor et tilsvarende udtræk for diagnoserne O03.5-O03.9 for at se, hvor ofte man primært evacuerer kvinder med komplet spontan abort.

Kolonne P: Antal *komplet* ab. spont i uge 5-12 (O035-O039) med samtidig KMBA00/03 kode

Kolonne Q: Andel som er evacueret af alle komplette spontane aborter i uge 5-12

Kolonne R: Antal abortus spontaneus uge 5-12 med samtidig KMBA00/03 kode (=N+P)

Kolonne S: Andel af spontane aborter uge 5-12, med en KMBA0/03 kode

## Kvalitet

Re-evacuatio har dels en indikationsdiagnose inden for O08, hvis denne sker i en ny kontakt (hvilket i praksis stort set altid er tilfældet), dels en behandlingskode KLWW00. Hverken indikationsdiagnoserne eller behandlingskoderne er specifikke for spontan abort, men kan alligevel benyttes, hvis de tidsmæssigt er koblet til en tidligere kontakt med spontan abort diagnose, i praksis inden for 8 uger.

Der gennemføres herefter en kørsel på de kvinder, som er registreret med både en af diagnoserne O03.0-O03.9 og en primær operationskode MBA 00/ MBA 03, for at se, hvor mange som i en periode på *otte uger* efter det primære indgreb er registreret med en diagnosekode O08.0-O08.9 og indgrebskoden KLWW 00/96.

Kolonne T: Antal med primær evacuatio (=R) som inden for otte uger er re-evacuerede (O08 + KLWW00/96). Stadig uge 5-12

Kolonne U: Andel som er re-evacuerede (Tx100/R)

Kolonne V: 95% CI på estimatet i kolonne U

## Fejlkodninger

Der er ingen tvivl om, at der forekommer et relativt stort antal fejlkodninger i forbindelse med spontan abort. Der gennemføres følgende kørsler for at danne os et skøn over omfanget af disse fejlkodninger:

*Primære fejlkoder på indgreb:*

I stedet for en KMBA kode kan være anvendt enten en KLCH 00/03 kode. Sjældnere kunne der være tale om en KLCA 10, 11, 13 el. 14 kode.

Kolonne W: Antal kvinder med spontan abort uge 5-12 (kolonne J) som samtidig ved den primære kontakt er registreret med en KLCH00/03 kode

Kolonne X: Antal kvinder med spontan abort uge 5-12 (kolonne J) som samtidig ved den primære kontakt er registreret med en KLCA 10, 11, 13 el 14 kode

Kolonne Y: Sum af kolonnerne R, W og X

Kolonne Z: Korrigeret evacuatio: Yx100/J

*Fejldiagnoser eller fejlkoder ved re-evac ved spontan abort uge 5-12*

*Forkert sekundær kode*

En nærliggende fejlregistrering er, at man i forbindelse med re-evacuatio anvender procedurekoden for primære tømning MBA00/03. Hvis en sådan procedurekode forekommer inden for en periode på otte uger efter at den en gang er registreret, er det vanskeligt at forestille sig, at der er tale om andet end re-evacuatio, blot med anvendelse af forkert procedurekode. Derfor gennemføres et udtræk på alle de kvinder, som primært er registreret med en O03 og en MBA00/03 kode, for forekomst af en ny MBA00/03 diagnose inden for de kommende otte uger. Stadig uge 5-12.

Kolonne AA: Antal med ny KMBA00/03 kode inden for 8 uger (og samtidig O08 diagnose)

En tredje forekommende fejlkodning er anvendelse af en af procedurekoderne for abrasio hvor man korrekt skulle have anvendt en KLWW kode:

KLCA10 Abrasio corporis uteri

KLCA11 Abrasio/aspiratio corporis uteri med vakuum

KLCA13 Abrasio corporis et cervicis uteri

KLCA14 Abrasio/aspiratio corporis et cervicis uteri med vakuum

Eller anvendelse af KLCH00/03 kode.

Kolonne AB: Primær O03 diagnose og MBA00/03 kode med sekundær O08 diagnose og enten KLCA 10-14 eller KLCH00/03 kode inden for 8 uger

*Forkert sekundær diagnose*

En anden nærliggende kodefejl er anvendelsen af en O03 diagnose i forbindelse med en ny kontakt med komplikation til spontan abort. Der gennemføres derfor et udtræk, hvis udgangspunkt er kvinder med en primær O03 diagnose og MBA00/03 kode, som inden for de følgende otte uger er registreret med en ny O03 diagnose og som samtidigt i den nye kontakt er kodet med en KLWW 00/96 kode.

Kolonne AC: Primær O03 diagnose og MBA00/03 kode med sekundær O03 diagnose og KLWW00/96 kode inden for 8 uger

*Forkert sekundær diagnose og kode*

Ved at finde ud af, hvor mange af kvinderne i kolonne R, som indenfor 8 uger er registreret med en ny O03 diagnose og samtidig en KMBA00/03, KLCA 10-14 eller KLCH 00/03 kode kan disse fejlkodninger identificeres.

Kolonne AD: Kvinder med primær O03 og evac (kolonne R), som inden for 8 uger er registreret med ny kontakt, hvor diagnosen igen er O03, og operationskoden er enten KMBA00/03, KLCA 10-14 eller KLCH 00/03

Med disse ”fejlkørsler”, vil det være muligt dels at danne sig et ret præcist skøn over fejldiagnoser og fejlkode, dels at opgøre en tilnærmelsesvis sand rate af re-evacuatioer. Sidstnævnte opgøres som

Kolonne AE: Sum af T+AA+AB+AC+AD

Kolonne AF: Sum af AA+AB+AC+AD

Kolonne AG:  $AF \times 100 / AE$  angiver procenten af fejlkodede re-evacuatioer

Kolonne AH: Sande andel re-evacuerede kan herefter udregnes som  $AEx100/Y$

Kolonne AI: 95% CI, øvre grænse

Kolonne AJ: 95% CI, nedre grænse

*Medicinsk behandlede* spontane aborter bør være kodet med diagnosen inkomplet abort (O03.0-O03.4) samt behandlingskoden BKHD 50 eller BKHD 52. Disse koder er nye, hvorfor denne opgørelse kun gennemføres for året 2000. Kvaliteten i medicinsk behandling afspejles i nogen grad i andelen af de medicinsk behandlede, som sekundært må evacueres, dvs.. som i en periode på 8 uger efter primære kontakt er kodet med en MBA 00/03 diagnose

Kolonne AK: Antal med O030-O034 diagnose og samtidig en BKHD 50 behandlingskode

Kolonne AL: Antal med O030-O034 diagnose og samtidig en BKHD 52 behandlingskode

Kolonne AM: Antal af kvinder i AK som i samme kontakt eller inden for 8 uger efter er registreret med en KMBA00/03 kode

Kolonne AN: Antal af kvinder i AL som i samme kontakt eller inden for 8 uger efter er registreret med en KMBA00/03 kode

Kolonne AO: Andel kvinder som evacueres efter BKHD 50:  $AM \times 100 / AK$

Kolonne AP: Andel kvinder som evacueres efter BKHD 52:  $AN \times 100 / AL$

Koderne for medicinsk abort er nye, hvorfor fejlsøgninger på denne procedure bør afvente, at afdelingerne er kommet i gang med denne behandling.

Skematisk er de udtræk der skal gennemføres angivet i Tabel 1.1.

## Manglende indikatorer

Der er en række andre forhold, som har betydning for kvaliteten i håndteringen af patienter med spontan abort. Som eksempler kan nævnes:

- ∅ Andelen af kvinder, som efter evacuatio udvikler behandlingskrævende underlivsinflammation. Da hovedparten af disse kvinder formentlig behandles i almen praksis, og andelen af kvinder som bliver det vil veksle fra afdeling til afdeling, skønnes sygehusenes registrering af disse infektioner ikke at udgøre et acceptabelt grundlag for at vurdere denne komplikation.
- ∅ Ventetiden fra diagnosen er stillet, til patienterne bliver evacueret. LPR rummer ikke mulighed for at vurdere dette forhold, som imidlertid er mindre kritisk for kvaliteten end andelen af kvinder, som må re-evacueres.
- ∅ I hvilken udstrækning de behandlende lægernes charge influerer på komplikationerne til spontan abort, vil det ikke være muligt at vurdere ved udtræk fra LPR.

## Udtræksspecifikation

Der gennemføres et udtræk omfattende årene 1998, 1999 og 2000. Udtrækket skal dække alle gynækologiske specialafdelinger, dvs. med specialekoden 38. Der etableres data for hver afdeling, for hver region (Sjælland, Fyn og Sønderjylland, Midtjylland, Nordjylland), samt hele landet. Der etableres tilsvarende udtræk for alle andre end gynækologiske afdelinger i de angivne regioner samt Bornholm, dækkende kirurgiske og blandet medicinsk-kirurgiske afdelinger.

Der gennemføres udtræk på såvel indlagte patienter, dvs. heldøgnspatienter eller deldøgnspatienter som på ambulante patienter, men ikke fra skadestuebesøg.

De udregnede rater (tæller/nævner) angives med 95% CI de to steder, hvor dette er specificeret.

De medicinsk behandlede køres kun ud for år 1999 og 2000 (da denne praksis ikke blev benyttet før).

Der er udarbejdet excell regneark, hvor de ønskede data er specificeret.

## Konklusion

Med skitserede kørsler vil vi have opnået to væsentlige parametre i en løbende produktionskontrol og kvalitetssikring:

- ∅ Vi vil have ret præcise oplysninger om graden af fejlkodninger i forbindelse med spontan abort
- ∅ Vi vil have etableret en logistik, som ikke alene opgør den væsentligste kvalitetsparameter i forbindelse med spontan abort (andelen af re-evacuerede) men som også er i stand til at korrigere for de væsentligste fejlregistreringer, hvorved vi får et tilnærmelsesvist ”sandt” billede af omfanget af re-evacuatioer

**TABEL 1.1**

### Spontan abort og re-evacuatio herefter. Oversigt over rutineudtræk

Emne	Basis	Nævner	Tæller
Antal spontane aborter <sup>1</sup>	O03.0-O03.9	Ej relevant	Ej relevant
Heraf komplette	O03.5-O03.9	O03.0-O03.9	O03.5-O03.9 <sup>2</sup>
Heraf inkomplette	O03.0-O03.4	O03.0-O03.9	O03.0-O03.4 <sup>2</sup>
Andel evacuerede	O03.0-O03.4+MBA00/03	O03.0-O03.4	O03.0-O03.4+MBA00/03 <sup>2</sup>
Andel re-evacuerede	O03.0-O03.4+MBA00/03	O03.0-O03.4+MBA00/03	O08.0-O08.9+KLWW00 <sup>3</sup>
<u>Fejlsøgning<sup>4</sup></u>			
Forkert primær diagn	O03.5-O03.9	O03.5-O03.9	MBA 00/03 <sup>2</sup>
Forkert primær kode	O03.0-O03.9 uge 5-12	O03.0-O03.9	KLCH00/03 <sup>2</sup>
Forkert primær kode	O03.0-O03.9 uge 5-12	O03.0-O03.9	KLCA 10-14 <sup>2</sup>
Forkert sek. kode	O03.0-O03.9+MBA00/03	O03.0-O03.9+MBA00/03	O08+MBA 00/03 <sup>3</sup>
Forkert sek. kode	O03.0-O03.9+MBA00/03	O03.0-O03.9+MBA00/03	O08+KLCA10-14/KLCH00/03
Forkert sek. diagnose	O03.0-O03.9+MBA00/03	O03.0-O03.9+MBA00/03	O030-O039+KLWW00/96 <sup>3</sup>
Forkert diagn og kode	O03.0-O03.9+MBA00/03	O03.0-O03.9+MBA00/03	O03+MBA el KLCA/H <sup>3</sup>
<u>Korrigeret kvalitet</u>			
Andel re-evacuerede	O03.0-O03.9+MBA00/03	O03.0-O03.9+MBA00/03	Sum af ovenstående otte rækker
<u>Medicinsk behandlede</u>			
Andel som evacueres	O03.0-O03.4+BKHD 61	O03.0-O03.4+BKHD 50	O03 + MBA 00/03 <sup>3</sup>
	O03.0-O03.4+BKHD 62	O03.0-O03.4+BKHD 52	O03 + MBA 00/03 <sup>3</sup>

1) Stratificeret i før eller i uge 5-6, uge 7, uge 8, uge 9-12, uge 13-18, uge >18 samt efter afdeling, region og hele landet

2) Inden for samme primære kontakt

3) Ny kontakt for samme kvinde inden for en periode på 8 uger fra primære kontakt

4) Stratificeret efter afdeling, region og hele landet

## 1.2 Missed abortion

Dette område omfatter diagnosen O02.1. Missed abortion har typisk været genstand for enten evacuatio uteri; procedurekoden MBA 00 eller MBA 03, eller (gennem seneste år) medicinsk behandling registreret ved procedurekoden BKHD 51 (prostaglandin alene) og BKHD 52 (mifepriston og prostaglandin).

## Kvalitetsindikatorer

Kvaliteten i den gynækologiske praksis afspejles i

- ∅ At andelen af evacuerede kvinder, som må re-evacueres, er lav, og
- ∅ At andelen af medicinsk behandlede, som alligevel må undergå evacuatio uteri, ligeledes er lav.
- ∅ At der anvendes korrekte diagnose- og procedurekoder i forbindelse med disse aktiviteter.

## Produktion

Der etableres en Tabel 1.2.

Kolonne B: Først opgøres hvor mange kvinder med missed abortion, dvs., hvor mange O02.1-diagnoser, der er registreret. En given kvinde må ved dette indledende udtræk for en tremåneders periode kun forekomme én gang med en O02.1 diagnose. Hvis flere, anvendes kun den første

Kolonne C-J: Der opgøres herefter efter gestationsalder: Uge 5-6, uge 7, uge 8, uge 9-12, uge 13-18 og efter uge 18

Kolonne K: Andel som er medicinsk behandlet, dvs. som under primære kontakt forekommer med en BKHD50 eller BKHD 52 behandlingskode

Kolonne L: Procent medicinsk behandlede (ingen decimal)

Kolonne M: Andel som er primært evacueret, dvs. som figurerer med en KMBA00 eller KMBA 03 kode under primære kontakt

Kolonne N: Procent kirurgisk behandlede (ingen decimal)

Kolonne O: Primært behandlede i alt. Sum af kolonne K+M

## Kvalitet

Medicinsk behandlede som må evacueres

Kolonne P: Kvinder med missed abortion som medicinsk behandles bør være kodet med diagnosen O02.1 samt med behandlingskoden BKHD 50 eller BKHD 52 ved primære kontakt. Kvaliteten i medicinsk behandling afspejles i nogen grad i andelen af de medicinsk behandlede (kolonne K), som sekundært må evacueres, dvs. som under primære kontakt *eller* i en periode på 8 uger efter primære kontakt er kodet med en MBA 00/03 kode

Kolonne Q: P/K i procent uden decimal

Re-evacuatio blandt kvinder som primært evacueres (kolonne M) har dels en indikationsdiagnose inden for O08, dels en behandlingskode KLWW00. Hverken indikationsdiagnoserne eller behandlings-koderne er specifikke for missed abortion, men kan alligevel benyttes, hvis de tidsmæssigt er koblet tæt til en missed abortion diagnose, i praksis inden for 8 uger.

Kolonne R: Der gennemføres derfor en kørsel på de kvinder, som er registreret med både diagnosen O02.1 og en primær operationskode MBA 00/ MBA 03 (=kolonne L), som under primære kontakt eller (oftest) i en periode på otte uger efter det primære indgreb er registreret med en diagnosekode O08.0-O08.9 og samtidig indgrebskoden KLWW 00/96

Kolonne S: R/M i procent med 1 decimal

Kolonne T: 95% sikkerhedsgrænser på estimatet i kolonne S. Øvre grænse

Kolonne U: 95% sikkerhedsgrænser på estimatet i kolonne S. Nedre grænse

## Fejlkodninger

Der er ingen tvivl om, at der forekommer et relativt stort antal fejlkodninger i forbindelse med missed abortion. Der gennemføres følgende kørsler for at danne os et skøn over omfanget af disse fejlkodninger:

*Primære fejlkoder på indgreb:*

Kolonne V: Antal kvinder med O021 diagnose og samtidig KLCH00/03 kode

Kolonne W: Antal kvinder med O021 diagnose og samtidig KLCA 10-14 kode

*Fejldiagnoser eller fejlkoder ved re-evacuatio efter missed abortion*

*Forkert sekundær kode*

En nærliggende fejlregistrering er, at man i forbindelse med re-evacuatio anvender procedurekoden for primære tømning MBA00/03. Hvis en sådan procedurekode forekommer inden for en periode på otte uger, efter at den en gang er registreret, er det vanskeligt at forestille sig, at der er tale om andet end re-evacuatio, blot med anvendelse af forkert procedurekode. Derfor gennemføres

Kolonne X: Alle de kvinder, som primært er registreret med en O02.1 og en MBA 00/03 kode (=kolonne M), for forekomst af en ny MBA00/03 diagnose inden for de kommende otte uger uanset sekundær diagnose

Kolonne Y: Antal med primær O021 og MBA00/03, som inden for 8 uger er registreret med en KLCH00/03 eller KLCA10-14 (uanset diagnosekoden ved sekundære kontakt)

*Forkert sekundær diagnose*

En anden nærliggende kodefejl er anvendelsen af en O02.1 diagnose i forbindelse med en ny kontakt med komplikation til missed abortion. Der gennemføres derfor

Kolonne Z: Kvinder med en primær O02.1 diagnose og MBA00/03 kode (=kolonne M), som inden for de følgende otte uger er registreret med en ny O02.1 diagnose og som samtidigt er kodet med en KLWW 00 diagnose



Kolonne AA: Fejlkodninger i alt opgøres som summen af V-Z

Kolonne AB: Andel fejlkodninger:  $AA \times 100/M+AA$

Med disse ”fejlkørsler”, vil det være muligt dels at danne sig et skøn over fejldiagnoser og fejlkoder, dels at opgøre en tilnærmelsesvis sand rate af re-  
evacuatioer. Sidstnævnte opgøres som

Kolonne AC: Antal re-evacuerede: Sum af kolonnerne  $M+X+Y+Z$

Kolonne AD: Andel re-evacuerede: Kolonne  $AC \times 100/M$  med 1 decimal

Kolonne AE: 95% sikkerhedsgrænse øvre grænse, 1 decimal

Kolonne EF: 95% sikkerhedsgrænse nedre grænse, 1 decimal

Skematisk er de udtræk der skal gennemføres angivet i Tabel 1.2.

## Manglende indikatorer

Der er en række andre forhold, som har betydning for kvaliteten i håndteringen af patienter med missed abortion. Som eksempler kan nævnes:

- ∄ Andelen af kvinder, som efter evacuatio udvikler behandlingskrævende underlivsinflammation. Da hovedparten af disse kvinder formentlig behandles i almen praksis, og andelen af kvinder som bliver det vil veksle fra afdeling til afdeling, skønnes sygehusenes registrering af disse infektioner ikke at udgøre et acceptabelt grundlag for at vurdere denne komplikation
- ∄ Ventetiden fra diagnosen er stillet, til patienterne bliver evacuerede. LPR rummer ikke mulighed for at vurdere dette forhold, som imidlertid er mindre kritisk for kvaliteten end andelen af kvinder, som må re-evacueres
- ∄ Den primært evacuerende læges kompetence. Det er uden tvivl sådan, at andelen af kvinder, som må re-evacueres, falder med stigende rutine hos den primært evacuerende læge. Andelen af kvinder, som evacueres af speciallæge, eller under supervision af speciallæge, vil derfor i sig selv sige noget om kvaliteten. Heller ikke dette forhold kan opgøres ud fra LPR

## Udtræksspecifikation

Der gennemføres et udtræk omfattende årene 1998, 1999 og 2000. Udtrækket skal dække alle gynækologiske specialafdelinger, dvs. med specialekoden 38. Der etableres data for hver afdeling, for hver region (som tidligere defineret) samt opgørelse for hele landet. Der etableres tilsvarende udtræk for alle andre end gynækologiske afdelinger samlet i forskellige regioner, dækkende kirurgiske og blandet medicinsk-kirurgiske afdelinger.

Der gennemføres udtræk på såvel indlagte patienter, dvs. heldøgnspatienter eller deldøgnspatienter, som på ambulante patienter, men ikke skadestuebesøg.

De udregnede rater (tæller/nævner) angives med 95% CI de to steder, hvor dette er specificeret i regnearket.

De medicinsk behandlede køres kun ud for år 1999 og 2000 (da denne praksis ikke blev benyttet før 1999).

Der er udarbejdet Excell regneark, hvor udtrækkene er specificeret.



## Konklusion

Med skitserede kørsler vil vi have opnået to væsentlige parametre i en løbende produktionskontrol og kvalitetssikring:

- ∅ Vi vil have ret præcise oplysninger om graden af fejlkodninger i forbindelse med missed abortion
- ∅ Vi vil have etableret en logistik, som ikke alene opgør den væsentligste kvalitetsparameter i forbindelse med missed abortion (andelen af re-evacuerede), men som også er i stand til at korrigere for de væsentligste fejlregistreringer, hvorved vi får et tilnærmelsesvist ”sandt” billede af omfanget af re-evacuatioer

**TABEL 1.2**

### Missed abortion og re-evacuatio herefter. Oversigt over rutineudtræk

Emne	Basis	Nævner	Tæller
Antal missed abortion <sup>1</sup>	O02.1	Ej relevant	Ej relevant
Andel evacuerede	O02.1	O02.1	O02.1+MBA00/03 <sup>2</sup>
Andel re-evacuerede	O02.1+MBA00/03	O02.1+MBA00/03	O08.0-9+KLWW00 <sup>3</sup>
<u>Fejlsøgning<sup>4</sup></u>			
Forkert prim. kode	O02.1	O02.1	O02.1+KLCH00/03 <sup>2</sup>
Forkert prim kode	O02.1	O02.1	O02.1+KLCA10-14 <sup>2</sup>
Forkert sek. kode	O02.1+MBA00/03	O02.1+MBA00/03	MBA 00/03 <sup>3</sup>
Forkert sek. kode	O02.1+MBA00/03	O02.1+MBA00/03	KLCH00/03 <sup>3</sup>
Forkert sek. kode	O02.1+MBA00/03	O02.1+MBA00/03	KLCA10-14 <sup>3</sup>
Forkert sek. diagnose	O02.1+MBA00/03	O02.1+MBA00/03	O02.1+KLWW00/96 <sup>3</sup>
<u>Korrigeret kvalitet</u>			
Andel re-evacuerede	O02.1+MBA00/03	O02.1+MBA00/03	Linje 3+7-10
<u>Medicinsk behandlede</u>			
Andel som evacueres	O02.1+BKHD 50	O02.1+BKHD 50	O02.1 + MBA 00/03 <sup>3</sup>
	O02.1+BKHD 52	O02.1+BKHD 52	O02.1 + MBA 00/03 <sup>3</sup>

1) Stratificeret i uge 5-6, uge 7, uge 8, uge 9-12, uge 13-18, efter uge 18 samt efter afdeling, region og hele landet.

2) Inden for samme primære kontakt

3) Ny kontakt for samme kvinde inden for en periode på 8 uger fra primære kontakt

4) Stratificeret efter afdeling, region og hele landet

## 1.3 Graviditas ekstrauterina

Dette område omfatter diagnosen DO00 svangerskab uden for livmoder, med underdiagnoserne:

- DO001 Graviditas extrauterina tubaria
- DO001A Graviditas extrauterina tubaria rupta
- DO008 Ekstrauterin graviditet, andre former
- DO008B Graviditas cornualis
- DO009 Ekstrauterin graviditet uden specifikation

En del kvinder indlægges med blødning og positiv graviditetstest, skannes uden fund af synlig intra eller ekstrauterin graviditet, og har herefter spontant faldende p-hCG værdier. Det er ikke muligt at afgøre, hvorvidt disse kvinder har haft en tidlig komplet spontan abort eller en spontant tilgrundgået eks-

trauterin graviditet. Den korrekte diagnosekode i disse tilfælde er diagnosen DO020 graviditet uden erkendt foster. Der er imidlertid ingen tvivl om, at en del af disse kvinder – specielt de, som har lette smerter i nedre abdomen – kodes med koden for x-uterin graviditet, desuagtet, at diagnosen aldrig er stillet med sikkerhed. Det er derfor naturligt, at opgøre diagnosen DO020 sammen med x-uterin graviditetsdiagnoserne.

Ekstrauterin graviditet er en potentielt dødelig sygdom.

## Kvalitetsindikatorer

Kvaliteten i den gynækologiske praksis afspejles i

- ∅ En lav mortalitet blandt kvinder med x-uterin graviditet (langt vigtigste kvalitetsmarkør)
- ∅ At kun kvinder, som har en voksende eller blødende x-uterin graviditet opereres, da de øvrige må forventes at regrediere spontant
- ∅ At færrest muligt af de som opereres, ikke reopereres
- ∅ At de, som medicinsk behandles, ikke senere opereres
- ∅ At forløbet er kort, med færrest mulige kontakter og i øvrigt ukompliceret
- ∅ At der anvendes korrekte diagnose- og procedurekoder i forbindelse med disse aktiviteter
- ∅ Selv om man generelt tilstræber at gennemføre eventuelt operation laparoskopisk, er der ikke nogen entydig rigtig operationsmetode, da f.eks. kraftig blødning bør inducere direkte åbning af abdomen. Da andelen af patienter med akut svær intraperitoneal blødning imidlertid er relativt lille, vil andelen af laparoskopisk opererede ud af samtlige opererede alligevel udgøre en kvalitetsparameter, fordi laparoskopisk operation burde indebære et kortere indlæggelsesforløb og en kortere rekonvalescensperiode

## Produktion

Et forløb med en ekstrauterin graviditet strækker sig ofte over flere uger, omfatter en eller flere indlæggelser og et vekslende antal ambulante kontroller. For statistiske formål er det væsentligt at operere med forløb og ikke med enkeltkontakter.

Udgangspunktet for opgørelsen er årene 1995-2000, som initialt analyseres samlet, for at identificere starten af de enkelte forløb. Herefter foretages opgørelse på enkelte år, hvor en given kvinde allokeres til det år, hvor den primære indlæggelse fandt sted. Starten på et forløb, er første gang, der er registreret en indlæggelse med diagnosen DO 00. Fra dette tidspunkt og fire måneder frem, må samme kvinde ikke figurere med andre forløb med ekstrauterin graviditet, idet alle efterfølgende kontakter inden for denne fire-måneders periode betragtes som kontrolbesøg eller indlæggelse i forbindelse med samme forløb.

**TABEL 1.3****Operations- og behandlingskoder ved ekstrauterin graviditet**

	Skopi	Tomi	Kons. Beh.
<b>Operationer</b>			
KLBC Operation ved tubagraviditet			
KLBC00 Injektion ved tubagraviditet, perkutan			
KLBC03 Injektion ved tubagraviditet, transvaginal			
KLBC07 Instillatio medicament. laparoscopica (ved tubagraviditet)			
KLBC08 Instillatio medicament. falloposcopia (ved tubagraviditet)			
KLBC10 Amotio graviditas et abortus tubarum		x	
KLBC11 Amotio graviditas et abortus tubarum laparoscopica	x		
KLBC20 Tubotomia/amotione graviditas tubarum		x	
KLBC21 Tubotomia/amotione graviditas tubarum laparoscopica	x		
KLBC96 Operation ved tubagraviditet, anden		x	
KLBC97 Operation ved tubagraviditet, anden laparoskopisk	x		
KLBC98 Operation ved tubagraviditet, anden transluminal endoskopis	x		
KLBD Tubaresektion		x	
KLBD00 Resectio tubae		x	
KLBD01 Resectio tubae laparoscopica	x		
KLBE Salpingectomi		x	
KLBE00 Salpingectomia		x	
KLBE01 Salpingectomia laparoscopica	x		
<b>Medicinsk behandling</b>			
BKHE0 Medicinsk behandling af ektopisk graviditet			x
BKHE8 Cytostatisk behandling ved ekstrauterin graviditet			x

Først opgøres, hvor mange, som har haft et forløb med x-uterin graviditet gennem den seks år lange periode, idet der benyttes en restriktion på 4 måneder for samme kvinde. Hver specifikke diagnose gøres op. I de efterfølgende statistikker, vil der i øvrigt ikke blive skelnet mellem disse underdiagnoser.

Kolonne A: Afdelinger, regioner

Kolonne B: Samlede antal med diagnosen O 00 med restriktion på 4 mdr. Dette tal skal svare til summen af kolonnerne C-G.

Kolonne C: Antal med diagnosen O 001

Kolonne D: Antal med diagnosen O 001A

Kolonne E: Antal med diagnosen O 008

Kolonne F: Antal med diagnosen O 008B

Kolonne G: Antal med diagnosen O 009

Kolonne H: Antal med diagnosen DO 02, da en del af disse graviditeter reelt er ikke visualiserede ekstrauterine graviditeter. Diagnosen benyttes formentlig temmelig forskelligt på de forskellige afdelinger

I denne primære produktionsopgørelse søges både på ambulante besøg og på indlæggelser. Hvis begge forekommer, regnes starttidspunktet ved dato for indlæggelsen. Indlæggelsen med behandlings/operationskode er også udgangspunkt for allokeringen af kvinden til en given afdeling. Forekommer flere diagnoser af de i kolonnerne C-H nævnte inden for en 4-måneders periode, allokeres kvinden til den diagnose der forekommer i forbindelse med indlæggelsen.

Herefter opgøres de i kolonne B angivne kvinder efter gestationsalder:

Kolonne I: Uge 5-6,

Kolonne J: Uge 7,

Kolonne K: Uge 8,

Kolonne L: Uge 9-12,

Kolonne M: Uge 13-18 og

Kolonne N: Efter uge 18

Gestationsalderen defineres som gestationslængden ved primære indlæggelse. Hvis kun ambulante besøg, alderen ved første besøg.

Herefter opgøres antallet af primært medicinsk behandlede.

Kolonne O: Medicinsk behandlede med kode BKHE 0

Kolonne P: Medicinsk behandlede med cytostatika BKHE 8

Kolonne Q: Sum af kolonne O og P

Herefter opgøres for hvert forløb, om der har været tale om primær operation, dvs. operation under første indlæggelse og i givet fald hvilken type. Da operationstyperne KLBC00–KLBC08 kun benyttes yderst sjældent, indgår kun koderne KLBC10–KLBC97 i standardudtrækket over operationstyper. Hvis en patient står registreret med både et skopisk indgreb (Tabel 1.3) og en tomi, registreres hun med tomi.

Kolonne R: Laparoskopisk opereret med kode KLBC 11

Kolonne S: Laparoskopisk opereret med kode KLBC 21

Kolonne T: Laparoskopisk opereret med kode KLBC 97

Kolonne U: Sum af kolonne R-T

Kolonne V: Tomi med kode KLBC 10

Kolonne W: Tomi med kode KLBC 20

Kolonne X: Tomi med kode KLBC 96

Kolonne Y: Summen af kolonnerne V-X

Kolonne Z: Summen af kolonnerne U og Y

Kolonne AA: Procenten af medicinsk behandlede ud af alle i kolonne B

Kolonne AB: Procenten af skoperede (kolonne U) ud af alle i B

Kolonne AC: Procenten af tomere (kolonne Y) ud af alle i B

Kolonne AD: De kvinder med x-uterin graviditet, som ikke er registreret med nogen af de korrekte behandlingskoder

KLBD koderne, som principielt benyttes ved operation af ikke gravide kvinder, er medtaget for at vurdere, i hvilket omfang disse koder fejlagtigt benyttes ved operation for x-uterin graviditet, for derved at opnå et mere "sandt" billede af den reelle operationsrate. Disse koder medtages, får så vidt de figurerer under samme kontakt som en O 00 diagnose. Det drejer sig altså om kvinderne i kolonne AD.

Kolonne AE: Kvinder med KLBD01 kode (laparoskopisk opereret)

Kolonne AF: Kvinder med KLBE01 kode (laparoskopisk opereret)

Kolonne AG: Sum af AE og AF

Kolonne AH: Kvinder med kode KLBD eller KLBD00 (opereret ved tomi)

Kolonne AI: Kvinder med kode KLBE eller KLBE 00 (opereret ved tomi)

Kolonne AJ: Sum af AH og AI

Derved opnår vi korrigerede operationskoder, som danner udgangspunkt for både udregningen af kodefejl, og for de endelige operationstal for afdelingerne.

Kolonne AK: Sum af kolonne U + AG

Kolonne AL: Sum af kolonne Y + AJ

Kolonne AM: Sum af AK og AL

Kolonne AN: Procent skoperede:  $AK \times 100 / B$

Kolonne AO: Procent tomere  $Al \times 100 / B$

Herefter opgøres eventuel reoperation efter primær kirurgisk behandling hhv. operation efter primær medicinsk behandling. Der skelnes mellem primære skopier og primære tomier mhp. at undersøge, om valget af primærbehandling influerer på risikoen for reoperation. Der skelnes ikke mellem de sekundære operationstyper.

Kolonne AP: Primær skopi (KLBC11/21/97, KLBD01, KLBE01) med ny operation i ny kontakt inden for de fire måneder

Kolonne AQ: Primær tomi (KLBC10/20/96, KLBD00, KLBE00) med ny operation i ny kontakt inden for de fire måneder

Kolonne AR: AP+AQ

Kolonne AS: Procent reopererede:  $AR \times 100 / AM$

Kolonne AT: Primær medicinsk behandling (kolonne Q) med sekundær operationskode (KLBC, KLBD eller KLBE indenfor fire måneder)

Kolonne AU: Procent opererede efter medicinsk behandling:  $ATx100/Q$

Endelig opgøres medicinsk behandling efter primær operation, idet der også her skelnes mellem primær skopi og primær tomi (jf. regneark).

Kolonne AV: Kvinder som primært er opereret ved skopi (kolonne AK), som efterfølgende inden for fire måneder er registreret med medicinsk behandlingskode BKHE

Kolonne AW: Kvinder, som primært er opereret ved tomi (kolonne AL), og som inden for de følgende fire måneder er registreret med en medicinsk behandlingskode (BKHE)

Kolonne AX: Sum af AV og AW

Kolonne AY: Procent medicinsk behandlede ud af alle opererede:  $AX \times 100 / Z$

Dødsfald opgøres i to grupper: Dels døde ved indl. eller under primære indlæggelse, dels døde i efterforløbet. I begge tilfælde med O 00 diagnose som dødsårsag.

Kolonne AZ: Døde før eller under primære indlæggelse

Kolonne BA: Døde efter primære indlæggelse inden for følgende 4 måneder

Kolonne BB: Sum af AZ og BA

Antallet af kontakter i løbet af et forløb defineres som antal indlæggelser + antal ambulante besøg inden for en fire-måneders periode med diagnosen O 00.

Kolonne BC: Antal indlæggelser pr. kvinde med O 00 i gennemsnit

Kolonne BD: Antal kontroller pr. kvinde med O 00 i gennemsnit

Kolonne BE:  $BC + BD$

Endelig opgøres den samlede kontroltid, defineret som tiden (i dage) fra første indlæggelsesdato til seneste ambulante kontrol (eller udskrivningsdato, hvis dette er sidste kontaktdato).

Kolonne BF: Tid fra primære indlæggelse til sidste kontrol eller sidste udskrivningsdag. Dage i gennemsnit

## Kvalitet

Som det vil fremgå af 1.3.1 og 1.3.2 er måden at opgøre produktionen på nøje tilrettelagt efter at dække flest mulige kvalitetsindikatorer ind.

Komplikationer i forbindelse med operative indgreb opgøres ved at søge på

T 80           Komplikationer efter infusion, transfusion og injektion

T 81           Komplikationer til indgreb

T 88.2-5       Komplikationer til anæstesi

LW            Reoperation efter operation på kvindelige genitalia

Der etableres derfor følgende supplerende kolonner til databasen:

Kolonne BG: Antallet af de opererede kvinder (kolonne AK+AL) som samtidig er registreret med en T80 kode

Kolonne BH: Antallet af de opererede kvinder (kolonne AK+AL) som samtidig er registreret med en T81 kode

Kolonne BI: Antallet af de opererede kvinder (kolonne AK+AL) som samtidig er registreret med en T88.2-5 kode

Kolonne BJ: Antallet af de opererede kvinder (kolonne AK+AL) som er registreret med en LW kode inden for de følgende fire måneder

## Fejlkodninger

Disse er indeholdt i det under 1.3.2 beskrevne udtræk.

## Manglende indikatorer

Der er to vigtige kvalitetsforhold, som ikke kan beskrives ud fra registerdata:

- ∅ Det første er en rettidig diagnose. De få, som hvert år dør af ekstrauterin graviditet, gør det, fordi diagnosen ikke er stillet rettidigt.
- ∅ Den information, som gives i afdelingen, og den service som i øvrigt omgiver kærneydelserne, der heller ikke dækkes af udtrækket.

## Udtræksspecifikation

Der gennemføres som indledningsvist beskrevet et udtræk dækkende hele perioden 1995-2000. Herefter etableres et udtræk for hvert år, idet en given kvinde allokeres til den afdeling og det år, hvor hun indlægges første gang med diagnosen O 00. Der etableres data for hvert af årene 1995, 1996, 1997, 1998, 1999 og 2000.

Opdelingen i relation til afdelinger og regioner følger standardopdelingen.

De medicinsk behandlede vil formentlig kun forekomme for årene 1999 og 2000, da koderne først blev introduceret på dette tidspunkt.

Der er udarbejdet Excell regneark, hvor udtrækkene er specificeret.

## Konklusion

Aktuelle udtræk vil tilvejebringe en detaljeret produktionsoversigt, etablere nøgledata for kvaliteten, og tage højde for hyppigst forekommende fejlkodninger.

## 1.4 Mola

Omfatter diagnoserne

DO01	Mola vandblære
DO010	Mola hydatidosa completa
DO011	Mola hydatidosa incompleta et partialis
DO011A	Mola hydatidosa, partiel
DO011B	Mola hydatidosa, inkomplet
DO019	Mola hydatidosa uden specifikation
DO019A	Mola hydatidosa extrauterina

### Kvalitetsindikatorer

Kvaliteten i den gynækologiske praksis afspejles i

- ∅ At kvinderne bliver effektivt evacueret i første seance
- ∅ At kvinderne ikke får recidiv og senere må re-evacueres
- ∅ At der anvendes korrekte diagnose- og procedurekoder i forbindelse med disse aktiviteter

### Produktion

Et forløb med mola strækker sig over typisk over 12 måneder, dvs. over to kalenderår.

I første omgang gælder det om at identificere starten af et forløb. Det gøres i praksis ved, at køre et udtræk for årene 1994-1997 over patienter med diagnosen DO01. Disse ekskluderes herefter fra den primære studieperiode, som dækker treårs perioden 1998-2000, således at alle inkluderede patienter er nydiagnosticerede.

Herefter opgøres i *Tabel 1.4* hvor mange, som er registreret med de specifikke mola diagnoser:

Kolonne A: Afdelinger

Kolonne B: DO01 Mola vandblære

Kolonne C: DO010 Mola hydatidosa completa

Kolonne D: DO011 Mola hydatidosa incompleta et partialis

Kolonne E: DO011A Mola hydatidosa, partiel

Kolonne F: DO011B Mola hydatidosa, inkomplet

Kolonne G: DO019 Mola hydatidosa uden specifikation

Kolonne H: DO019A Mola hydatidosa extrauterina

Kolonne I: Summen af kolonnerne B-F



Herefter opgøres, hvor mange, som er registreret med en evacuatio-diagnose under samme indlæggelse, som den, hvor udskrivningsdiagnosen er mola, dvs. med en af operationskoderne:

Kolonne J: KMBA00 Evacuatio uteri (vacuumaspiration) eller

Kolonne K: KMBA03 Evacuatio uteri (curettage) post partum, abortum

Kolonne L: Kolonne J + K.

## Kvalitet

Herefter følges den enkelte kvinde 12 måneder frem mhp., om der på ny forekommer en KMBA00/03 kode eller en kode for reevacuatio:

KLWW00 Reevacuatio uteri efter provokeret abort

KLWW96 Reoperation efter gynækologisk operation, anden således at

Kolonne M: Angiver en ny MBA kode

Kolonne N: Angiver en KLWW00 kode

Kolonne O: Angiver en KLWW96 kode

Kolonne P: Sum af kolonne M-O.

Kolonne Q: Re-evacuatio rate udregnes som  $Px100/kolonne\ I$

## Fejlkodninger

Primært kan anvendes en forkert evacuatio uteri diagnose, idet følgende koder kan være benyttet (ikke nødvendigvis fejlagtigt):

KLCH00 Evacuatio uteri ved curettage (abortus provocatus)

KLCH03 Evacuatio uteri ved vacuumaspiration (abortus provocatus)

Derfor etableres en

Kolonne R: Antal molapatienter som primært er registreret med KLCH 00

Kolonne S: Antal molapatienter som primært er registreret med KLCH 03

KolonneT: Antal molapatienter, som inden for 12 måneder efter primær evacuatio uteri forekommer med en KLCH00/03 kode.

Ved re-evacuatio uteri bør benyttes koden KLWW00 eller KLWW 96. Vi har medtaget KMBA00/03 i den primære kørsel, for at korrigere for denne fejlkodning.

## Manglende indikatorer

Der mangler indikatorer for servicen på afdelingen og informationen af patienterne, som for denne diagnose er særlig vigtig.

## Udtræksspecifikation

Der gennemføres primært et samlet udtræk for perioden 1998 til og med 2000. Forløbet af de enkelte mola-patienter i år 2000 skal følges ind i år 2001, selvom dette år ikke er på plads endnu.

Da molabehandling i forbindelse med evacuatio uteri sker ved en primær indlæggelse og eventuel re-evacuatio uteri også sker ved indlæggelser, søges der kun på indlæggelser. De mange ambulante besøg i forbindelse med hCG kontroller, berører ikke den etablerede logistik.

I øvrigt henvises til afsnit 1.4.2 og 1.4.3.

## Konklusion

Mola spiller en kvantitativ lille rolle, og er primært medtaget for fuldstændighedens skyld. Skønt der kun er medtaget enkelte kvalitetsindikatorer, udgør de en acceptabel kvalitets-screening af området.

## 1.5 Abortus provocatus

*Omfatter hoveddiagnoserne*

- DO04 Fremkaldt abort før udgang af 12. uge (Abortlovens § 1)
- DO05 Provokeret abort efter udgang af 12. uge
- DO06 Abort, anden med samrådstilladelse eller ab uden specifikation
- DO07 Mislykket provokeret abort
- DO08 Komplikation efter abort, ekstrauterint svangerskab og mola

*Behandlingskoderne findes indenfor følgende grupper:*

*Kirurgisk behandling*

- KLCH Afbrydelse af svangerskab
- KLCH00 Evacuatio uteri ved curettage (abortus provocatus)
- KLCH03 Evacuatio uteri ved vacuumaspiration (abortus provocatus)
- KLCH10 Instillatio medicamentalis, extra-/intraamnialis pro abortu
- KLCH20 Hysterotomia vaginalis/abdominalis cum evacuatione
- KLCH99 Afbrydelse af svangerskab, anden

*Medicinsk behandling*

- BKHD4 Abortus provocatus medicamentalis
- BKHD40 Medicinsk induceret tidlig abort (antiprogesteron)
- BKHD41 Medicinsk induceret tidlig abort (prostaglandin)
- BKHD45 Medicinsk induceret sen abort (prostaglandin)

*Kirurgisk behandling efter medicinsk behandling*

- KLCH13 Vacuumaspiration af uterus efter medicinsk induceret abort

Et komplicerende forhold har været, at de medicinske behandlingskoder er ændret gennem de senere år. Dette taler for at gennemføre et udtræk, som begrænser sig til de seneste år.

## Kvalitetsindikatorer

Kvaliteten i den gynækologiske praksis afspejles ved medicinsk behandling i

- ∅ En høj andel, som tømmes primært og helt ved den medicinske behandling
- ∅ At kvinder, som må tømmes kirurgisk bliver tømt helt
- ∅ At der efterfølgende er få komplikationer primært vedrørende blødning og infektion
- ∅ At der anvendes korrekte diagnose- og procedurekoder i forbindelse med disse aktiviteter

Kvaliteten i den gynækologiske praksis afspejles ved kirurgisk behandling i

- ∅ At kvinderne bliver effektivt tømt i første seance
- ∅ At der efterfølgende er få komplikationer primært vedrørende blødning og infektion
- ∅ At der anvendes korrekte diagnose- og procedurekoder i forbindelse med disse aktiviteter

## Produktion

En induceret abort strækker sig typisk over et forambulant besøg med journalskrivning og nogle dage senere en medicinsk eller kirurgisk tømning. For at acceptere en abortdiagnose som værende valid, skal den ledsages af en indgrebskode (KLCH el. BKHD).

Såfremt kodepraksis er konsistent, er der særdeles gode muligheder for at opgøre både produktion og kvalitet. Det etableres derfor en *Tabel 1.5*. Rækkerne er de sædvanlige. Kolonnerne defineres som følger:

Kolonne A: Afdelinger

Kolonne B: DO04 For så vidt der i samme forløb forekommer en KLCH el BKHD kode

Kolonne C: DO06 For så vidt der i samme forløb forekommer en KLCH el BKHD kode

Kolonne D: DO05 For så vidt der i samme forløb forekommer en KLCH el BKHD kode

Kolonne E: DO04-06 Summen af B-D

Kolonne F: DO04 De i kolonne B identificerede i uge 5-6

Kolonne G: DO04 De i kolonne B identificerede i uge 7

Kolonne H: DO04 De i kolonne B identificerede i uge 8

Kolonne I: DO04 Summen af kolonnerne F-H

Kolonne J: DO04	De i kolonne B identificerede i uge 9-12
Kolonne K: DO05	De i kolonne D identificerede i uge 13-18
Kolonne L: DO05	De i kolonne D identificerede i uge >18
Kolonne M: DO04	Medicinske aborter uge 5-8 (se database)
Kolonne N:	Procent medicinske aborter ud af alle legale aborter uge 5-8
Kolonne O: DO04	Kirurgiske aborter uge 5-8 (se database)
Kolonne P:	Procent kirurgiske aborter ud af alle legale aborter uge 5-8
Kolonne Q:	Sum af kolonne M og O
Kolonne R: DO04	Medicinske aborter uge 9-12 (se database)
Kolonne S:	Procent medicinske aborter ud af alle legale aborter uge 9-12
Kolonne T: DO04	Kirurgiske aborter uge 9-12 (se database)
Kolonne U:	Procent kirurgiske aborter ud af alle legale aborter uge 9-12
Kolonne V:	Sum af kolonne R+T

## Kvalitet

Herefter følges de identificerede kvinder 12 uger frem mhp. at opgøre kvaliteten af behandlingen. Data indføres i allerede etablerede tabel 1.5.

### *Medicinsk behandlede*

Her opgøres, hvor mange der sekundært måtte evacueres og af disse, hvor mange som måtte re-evacueres:

Kolonne W: Andel af kvinder i kolonne M, som i samme kontakt *eller* inden for 12 uger efter primære kontakt er registreret med både en O08 diagnose og en KLCH13 kode

Kolonne X: W/M i procent med 1 decimal

Kolonne Y: Andel af kvinder i kolonne W, som er registreret to gange med en O08 diagnose *og* en KLWW diagnose

Kolonne Z: Y/W i procent med 1 decimal

### *Kirurgisk behandlede*

Kolonne AA: Andel af kvinder i kolonne O som i samme kontakt *eller* inden for følgende 12 uger er registreret med en O08 diagnose og en KLWW diagnose.

Kolonne AB: AA/O i procent med 1 decimal

Kolonne AC: Andel af kvinder i kolonne T som i samme kontakt eller inden for følgende 12 uger er registreret med en O08 diagnose og en KLWW diagnose

Kolonne AD: AC/T i procent med 1 decimal

Kolonne AE: Andel af kvinder i kolonne AA og AC som er registreret med to O08 diagnoser og to KLWW diagnoser på mindst to forskellige kontakter

#### *Infektion efter medicinsk abort*

Kolonne AF: Andel af kvinder i kolonne M som inden for 12 uger (inkl. primære kontakt) er registreret med en af følgende diagnosekoder:

- DO045    Prov ab før udgang af 12. uge komplet el. u spec kompl med infektion
- DO045A   Provok abort før udgang af 12. uge komplet kompl med infektion
- DO045B   Prov abort før udgang af 12. uge u spec kompl med infektion
- DO080B   Endometritis efter abort
- DO080I   Parametritis efter abort
- DO080K   Peritonitis pelvis efter abort
- DO080O   Salpingitis efter abort
- DO080R   Salpingoophoritis efter abort
- DO080U   Sepsis efter abort
- DO080X   Shock, septisk efter abort

Kolonne AG: AF/M I procent med 1 decimal

#### *Infektion efter kirurgisk abort*

Kolonne AH: Andel af kvinder i kolonne O som inden for 12 uger (inkl. primære kontakt) er registreret med en af følgende diagnosekoder:

- DO045    Prov ab før udgang af 12. uge komplet el. u spec kompl med infektion
- DO045A   Provok abort før udgang af 12. uge komplet kompl med infektion
- DO045B   Prov abort før udgang af 12. uge u spec kompl med infektion
- DO080B   Endometritis efter abort
- DO080I   Parametritis efter abort
- DO080K   Peritonitis pelvis efter abort

- DO080O Salpingitis efter abort
- DO080R Salpingoophoritis efter abort
- DO080U Sepsis efter abort
- DO080X Shock, septisk efter abort

Kolonne AI: AH/O I procent med 1 decimal

Kolonne AJ: Andel af kvinder i kolonne T som inden for 12 uger (inkl. primære kontakt) er registreret med en af følgende diagnosekoder:

- DO045 Prov ab før udgang af 12. uge komplet el u spec kompl med infektion
- DO045A Provok abort før udgang af 12. uge komplet kompl med infektion
- DO045B Prov abort før udgang af 12. uge u spec kompl med infektion
- DO080B Endometritis efter abort
- DO080I Parametritis efter abort
- DO080K Peritonitis pelvis efter abort
- DO080O Salpingitis efter abort
- DO080R Salpingoophoritis efter abort
- DO080U Sepsis efter abort
- DO080X Shock, septisk efter abort

Kolonne AK: AJ/T I procent med 1 decimal

Der er en del flere mulige komplikationer til ab. prov., men re-evac og infektion er klart de to vigtigste. De andre er sjældne, og ikke nødvendige at opføre i et rutineudtræk over kvaliteten.

## Fejlkodninger

Inden for dette område er der mange fejlkodninger. I første omgang dannes et skøn over omfanget af disse, og i anden omgang forsøges det at korrigere for disse fejlkodninger.

Primært kan anvendes en forkert evacuatio uteri diagnose i forbindelse med ab. prov., idet følgende koder kan være benyttet fejlagtigt i forbindelse med en O04 diagnose:

KMBA00 Evacuatio uteri (vacuumaspiration)

KMBA03 Evacuatio uteri (curettage) post partum, abortum

Derfor etableres en

Kolonne AL: Antal kvinder, som er registreret med en O04 diagnose og en KMBA00/03 kode og som *ikke* er registreret med en KLCH diagnose

Tilsvarende kan de medicinsk behandlede være kodet forkert med en evacdiagnose i stedet for den korrekte KLCH 13 kode. Der etableres derfor en

Kolonne AM: Antal kvinder, som er registreret med en O04 diagnose og en BKHD40/41 kode og som inden for 12 uger er registreret med en KMBA00/03 kode og som *ikke* er registreret med en KLCH13 kode

I forbindelse med re-evacuatio, kan der fejlagtigt være benyttet en KMBA00/03 kode i stedet for den korrekte KLWW kode. Der etableres derfor en

Kolonne AN: Antal kvinder, som primært er kodet med en O04 diagnose og en KLCH kode og som inden for 12 uger er registreret med en O08 diagnose og en KMBA kode

Der er en del andre sandsynlige fejlkodninger, men de anførte er de vigtigste og hyppigste.

## **Manglende indikatorer**

Der mangler indikatorer for servicen på afdelingen herunder ventetiden fra henvisning til primære kontakt, og fra denne til behandling effektueres. Endvidere informationer om patientoplevelser. Endelig infektioner behandlet i almen praksis.

Koderne i afsnit O06 og O07 benyttes meget sjældent, men de er i denne første omgang trukket med ud, for at få bekræftet, at vi også i fremtiden kan se bort fra disse diagnosegrupper. Der etableres derfor som

Kolonne AO: Antallet af O06 diagnoser

Kolonne AP: Antallet af O07 diagnoser

## **Udtræksspecifikation**

Der gennemføres primært et udtræk for 1999 og for 2000. Det skønnes ikke umagen værd at foretage udtræk for 1997 og 1998, da mange af behandlingskoderne først blev tilgængelige i løbet af 1998-1999. Der søges både på ambulante besøg og på indlæggelser, men ikke på skadestuebesøg.

## **Konklusion**

Nærværende udtræk vil både tilvejebringe information om de vigtigste kvalitetsindikatorer, og om graden af fejlregistrering.

## 1.6 Fertilitetsbehandling

Fertilitetsbehandling er et særligt område, fordi der i forvejen eksisterer en lovbealet registrering af aktiviteten, som foregår uden om LPR. Det skyldes blandt andet, at omkring halvdelen af alle IVF-cykli foregår i privat regi, og at disse private klinikker ikke er koblet op til LPR. Det betyder omvendt, at data baseret på LPR kun kan tilvejebringe oplysninger om aktiviteten i den offentlige sektor. De to hovedaktiviteter udgøres af inseminationer og IVF-behandlinger.

### Kvalitetsindikatorer

Fertilitetsbehandling er en balance mellem på den ene side at tilvejebringe en rimelig høj sandsynlighed for, at det behandlede par opnår graviditet og efterfølgende fødsel af barn (eller børn), og på den anden side at gennemføre behandlingen med færrest mulige bivirkninger for den behandlede kvinde og mand. Disse to hensyn er i et vist omfang modsatrettede, således at jo ”hårdere” behandling, desto større chance for graviditet, men samtidig desto større risiko for bivirkninger. Væsentligste bivirkning ved behandlingen er – ud over manglende graviditet – overstimulationssyndrom og flerfoldsgraviditeter.

Den væsentligste kvalitetsparameter ved både insemination og IVF-behandling er graviditetsrate pr. påbegyndt cyklus. Da man ikke rutinemæssigt registrerer alle påbegyndte cykli i LPR, er en god approksimation for kvaliteten graviditetsraten per insemination, og for IVF-behandling graviditetsraten per æg-aspiration eller pr. æg-transfer.

De fleste fertilitetsklinikker (offentlige som private) afslutter parret, når klinisk levende graviditet er konstateret, typisk i 7-8. uge. Det er selvsagt væsentligt for vurderingen af den gennemførte behandling, om denne også resulterer i fødslen af et levende barn. En del kvinder aborterer i første trimester, og det afspejler måske kvaliteten i det gennemførte arbejde, hvor stor denne abortrate er.

Derudover er overstimulation, som kræver indlæggelse, en utilsigtet bivirkning, som så vidt muligt bør undgås. Trillinge- og firlingegraviditeter kan også være et utilsigtet resultat af behandlingen, og må i denne sammenhæng betragtes som udtryk for dårlig kvalitet. Endelig udvikler nogle kvinder dyb venøs trombose og eller lungeemboli i forbindelse med behandlingerne. Disse komplikationer rummes inden for koderne

- DI801 Phlebitis et thrombophlebitis venae femoralis
- DI801A Phlebitis venae femoralis
- DI801B Thrombophlebitis venae femoralis
- DI802 Phlebitis et thrombophleb prof i andre kar på underextr
- DI802A Phlebitis profunda i andre kar på underextremitet
- DI802B Thrombosis profunda extremitatis inferioris uden specifikat
- DI803 Phlebitis et thrombophlebitis profunda extr inf u spec



- DI803A Embolia extremitatis inferioris uden specification
- DI803B Phlebitis extremitatis inferioris uden specification
- DI803C Phlebitis profunda extremitatis inferioris uden specificat
- DI803D Thrombophlebitis extremitatis inferioris uden specification
- DI803E Thrombophlebitis profunda extremitatis inferioris uden spec
- DI803F Thrombosis extremitatis inferioris uden specification
- DI26 Blodprop i lunge
- DI260 Embolia pulmonis m akut cor pulmonale
- DI260A Cor pulmonale acutum uden specification
- DI269 Embolia pulmonis u akut cor pulmonale
- DI269A Embolia pulmonis uden specification

I praksis vil de fleste af de kvinder, hvor parret behandles som følge af mandlig infertilitet, blive kodet med DN974. Da kvinden altid er involveret i behandlingen, kan man primært nøjes med at tage udgangspunkt i den kvindelige population kvalitetsvurdering af behandlingen.

Der rummes inden for ICD-10 en række komplikationskoder til kunstig befrugtning.

- DN98 Komplikationer til kunstig befrugtning
- DN980 Infectiones inseminationis artificialis
- DN981 Hyperstimulatio ovarii
- DN982 Kompl. ved implantering af in vitro fertiliseret ovum
- DN983 Komplikationer ved forsøg på oplægning af embryo
- DN988 Komplikationer ved kunstig befrugtning, andre
- DN989 Komplikation ved kunstig befrugtning uden specifik

DN980 og DN981 er specifikke, og må formodes at blive benyttet nogenlunde ensartet landet over, mens DN982-989 er uspecifikke og formentlig benyttes meget uensartet på de forskellige klinikker. Det vil derfor primært være DN 980-981, som er relevante i vores sammenhæng.

Endelig spiller kvindens alder en væsentlig rolle for graviditetschancen ved kunstig befrugtning. Det vil derfor være relevant også at inddrage kvindens alder i opgørelserne.

## Produktion

Udgangspunktet for behandlingen er en infertilitetsdiagnose, som rummes inden for følgende diagnosekoder:

- DN46 Mandlig sterilitet**
- DN469 Sterilitas masculina
- DN469A Aspermia

DN469B Azoospermia  
DN469C Oligospermia

**DN97 Kvindelig sterilitet**

DN970 Sterilitas feminae ved anovulation  
DN971 Sterilitas feminae causa tubaria  
DN972 Sterilitas feminae causa uterina  
DN973 Sterilitas feminae causa cervicovaginalis  
DN974 Sterilitas feminae causa viri  
DN978 Sterilitas feminae af andre årsager  
DN978A Sterilitas feminae secundaria  
DN978B Sterilitas feminae causa ovarialis  
DN978C Sterilitas feminae causa multiplex  
DN978D Sterilitas feminae primaria  
DN978E Sterilitas feminae causa hypophyseos  
DN978F Sterilitas feminae causa hypothalami  
DN979 Sterilitas feminae uden specifikation

I praksis vil de fleste af de kvinder, hvor parret behandles som følge af mandlig Infertilitet blive kodet med DN974. Da kvinden altid er involveret i behandlingen, kan man primært nøjes med at tage udgangspunkt i den kvindelige population også fsa produktion.

*Insemination*

Denne kan foregå med mandens sæd (homolog) eller med donorsæd (heterolog). Der findes specifikke behandlingskoder for disse to behandlinger:

BJFL3 Insemination (uspecifik insemination)  
BJFL30 Insemination med sæd fra partner  
BJFL31 Insemination med sæd fra donor

Derudover er der behandlingskoder for behandling med ovariestimulerende hormoner, som er relevante ved inseminationer:

BBHG3 Behandling med gonadotrop hormon  
BBHG30 Behandling med ovariestimulerende middel  
BBHG31 Behandling med FSH og LH

En inseminationscyklus kan imidlertid også gennemføres uden at der behandles med ovarie-stimulerende middel, hvorfor behandlingskoderne ikke giver et samlet billede over antallet af inseminationer.

En vellykket behandling resulterer i en graviditet, som bør kodes med diagnosen:

DZ321 Bekræftet graviditet

og senere med en fødselsdiagnose: DO60 – DO84

Eventuel spontan abort/ekstrauterin graviditet findes inden for koderne DO000, DO02 eller DO03.

### *IVF-behandling*

Der findes en række behandlingskoder i forbindelse med IVF-behandling:

- BBHG3 Behandling med gonadotrop hormon
- BBHG30 Behandling med ovariestimulerende middel
- BBHG31 Behandling med FSH og LH
- BBHG32 Behandling med GNRH analog
- BBHG33 Behandling med GNRH antagonist

En IVF-cyklus kan imidlertid også gennemføres uden at der behandles med ovarie-stimulerende middel, hvorfor behandlingskoderne ikke giver et samlet billede over antallet af IVF-behandlinger.

Til gengæld involverer en fuld IVF-cyklus altid aspiration af æg og, hvis der er befrugtede embryoner, i transfer af disse. Der er specifikke operationskoder for begge aktiviteter:

- KLAA10 Punktur og aspiration af æg fra ovariet
- KLCA30 Transfer af æg/embryo til uterus ved assisteret befrugtning

En vellykket behandling resulterer i en graviditet, som bør kodes med diagnosen

- DZ321 Bekræftet graviditet

Pluriteten bør fremgå af en af følgende diagnosekoder:

- DO30 Flerfold svangerskab
- DO300 Tvillingesvangerskab
- DO301 Trillingesvangerskab
- DO302 Firlingesvangerskab
- DO308 Graviditas plurifoetationis, anden
- DO309 Graviditas plurifoetationis uden specifikation

Fra et kvalitetssynspunkt bør trillinge- og firlingegraviditeter undgås, mens tvillingegraviditet ikke betragtes som udtryk for vigende kvalitet i forhold til graviditeter med 1 barn.

Hvis graviditeten ender med en fødsel, vil kvinden inden for følgende 40 uger have en fødselsdiagnose: DO60 – DO84

Eventuel ekstrauterin graviditet/spontan abort findes inden for koderne DO02 eller DO03.

### *Produktionstabeller*

Hver kvinde vil typisk gennemløbe flere behandlingscykli, som kan strække sig over et eller flere år. Nogle afdelinger tilbyder den enkelte kvinde flere behandlingscykli end andre. Hvis en afdeling A f.eks. tilbyder seks inseminationsforsøg, mens en anden afdeling B kun tilbyder tre, vil afdeling A – alt andet lige – have en højere graviditetsrate per behandlet kvinde end afdeling B, mens omvendt, afdeling B vil have flere gravide per behandlingscyklus end afdeling A. For IVF er problemet mindre, fordi der er et principielt loft på tre behandlinger. Mange tilbydes af forskellige konkrete grunde imidlertid ofte flere end de tre cykli, hvis det ikke lykkes at gøre kvinden gravid inden for de første tre cykli.

Det er langt lettest at gennemføre opgørelser baseret på behandlingscykli, mens det mest meningsfyldte er de enkelte kvinders behandlingsforløb. Hvis man vælger at lade sine opgørelser basere sig på forløb i stedet for cykli, må man samtidigt opgøre etårs opgørelser, da behandlingerne typisk strækker sig over flere år for en given kvinde. En del par holder en pause mellem to behandlingscykli, som kan vare fra to måneder til flere år. Det er derfor i praksis umuligt af afgrænse, hvornår et behandlingsforløb afsluttes, med mindre der opnås graviditet.

En række af komplikationerne er mere meningsfyldte at opgøre per antal cykli end per forløb, fordi et forløb kan dække over et varierende antal cykli. Det gælder f.eks. hyperstimulation, udvikling af dyb venøs trombose og infektioner.

Alt dette gør, at vi er tvunget til at opgøre vores statistik på cykli og ikke på patientforløb. Statistikken skal så i videst muligt omfang korrigere for antallet af behandlede kvinder inden for et bestemt cyklus antal. En IVF-cyklus defineres i denne sammenhæng som et forløb, der starter med æg-aspiration, og afsluttes med graviditetstest.

Man vil i første omgang opgøre treårsperioden 1998-2000 samlet, fordi den graviditet som måtte etableres et år, typisk resulterer i en fødsel året efter. For året 2000 betyder det, at eventuelle fødsler skal fanges også i 2001.

#### *Insemination*

Der etableres derfor en *tabel 1.6.1* dækkende treårs-perioden 1998-2000. Tabellen opbygges for hvert år således:

Kolonne A angiver afdelingsnummer, landsdel og samlede land

Kolonne B angiver antallet af registrerede BJFL3 koder

Kolonne C angiver antallet af registrerede BJFL30 koder

Kolonne D angiver antallet af registrerede BJFL 31 koder

Kolonne E angiver samlede antal inseminationer (sum af kolonnerne B-D)

Kolonne F angiver antal kvinder, som disse inseminationer er spredt over

Kolonne G angiver antal cykli per kvinde i gennemsnit (1 decimal)

Kolonne H angiver gennemsnitsalderen ved gennemførte inseminationer

#### *IVF-behandling*

Der etableres en *tabel 1.6.2* med følgende kolonner:

Kolonne A: Afdeling/region/land

Kolonne B: Antal æg-aspirationer opgjort som antal med kode KLAA 10

Kolonne C: Antal forskellige kvinder, som kolonne B dækker over

Kolonne D: Antal cykli per kvinde i gennemsnit

Kolonne E: Gennemsnitsalderen for kvinderne på aspirationstidspunktet

## Kvalitet

Under hensyn til de under afsnit 1.6.1 nævnte forhold, etableres følgende standardudtræk for at måle kvaliteten på de enkelte afdelinger

### *Inseminationsbehandling*

Der udarbejdes følgende yderligere kolonner til *tabel 1.6.1*:

- Kolonne I: Antal opnåede graviditeter blandt behandlingscykli i kolonne E  
Kolonne J: Graviditetsrate = graviditeter/100 inseminationer (kolonne I x 100 / kolonne E)  
Kolonne K: Antal graviditeter, som ender med missed abortion  
Kolonne L: Missed abortion rate  
Kolonne M: Antal graviditeter, som ender med spontan abort  
Kolonne N: Spontan abort rate  
Kolonne O: Antal graviditeter, som ender med ekstrauterin graviditet  
Kolonne P: Ekstrauterin grav. Rate  
Kolonne Q: Levende født barn/børn, dvs. som er registreret med diagnosen DO60- DO84 inden for de følgende 10 måneder efter sidste insemination  
Kolonne R: Levende børn rate (kolonne Q x 100 / kolonne E)  
Kolonne S: Antal trillingegraviditeter blandt de inseminerede (kode 301)  
Kolonne T: Trillingerate per 1000 graviditeter  
Kolonne U: Antal firlingegraviditeter blandt de inseminerede (kode DO 302)  
Kolonne V: Firlingerate per 1000 graviditeter  
Kolonne W: Antal overstimulerede, dvs. registreret med diagnosen DN 981 ud af basispopulationen defineret som kolonne E  
Kolonne X: Overstimulationsrate defineret som kolonne W x 100 / kolonne E  
Kolonne Y: Antal som udvikler dyb venøs trombose (DI 801-DI 803) inden for 6 uger efter insemination  
Kolonne Z: DVT rate  
Kolonne AA: Antal som udvikler lungeemboli (DI 26) inden for 6 uger efter insemination  
Kolonne AB: Lungeemboli rate per 1000 inseminationer  
Kolonne AC: Venøs tromboemboli (VTE) defineret som antal med DVT + antal med lungeemboli  
Kolonne AD: VTE rate per 1000 inseminationer  
Kolonne AE: Dødsfødsler efter insemination (DP959 Foetus mortuus ante partum)  
Kolonne AF: Specificerede graviditetsafslutninger. Sum af kolonne K, M, O, Q og AE

### *IVF-behandling*

Der udarbejdes følgende yderligere kolonner til *tabel 1.6.2*

- Kolonne F: Antal opnåede graviditeter blandt kvinderne i kolonne B og C  
Kolonne G: Graviditetsrate = graviditeter/100 æg-aspirationer (kolonne F x 100 / kolonne B)  
Kolonne H: Antal graviditeter, som ender med missed abortion

Kolonne I:	Missed abortion rate
Kolonne J:	Antal graviditeter, som ender med spontan abort
Kolonne K:	Spontan abort rate
Kolonne L:	Antal graviditeter, som ender med ekstrauterin graviditet
Kolonne M:	Ekstrauterin grav. Rate
Kolonne N:	Levende født barn/børn, dvs. som er registreret med diagnosen DO60-DO84 inden for de følgende 10 måneder efter sidste æg-aspiration
Kolonne O:	Levende børn rate (kolonne N x 100 / kolonne B)
Kolonne P:	Antal trillingefødsler blandt de ivf-behandlede (kode 301)
Kolonne Q:	Trillinge rate (per 1000 aspirationer)
Kolonne R:	Antal firlingefødsler blandt de ivf-behandlede (kode DO 302)
Kolonne S:	Firlinge rate (per 1000 aspirationer)
Kolonne T:	Antal overstimulerede, dvs. registreret med diagnosen DN 981 ud af basispopulationen defineret som kolonne B
Kolonne U:	Overstimulationsrate defineret som kolonne T x 100 / kolonne B
Kolonne V:	Antal som udvikler dyb venøs trombose (DI 801-DI 803) inden for 6 uger efter æg-aspiration
Kolonne W:	DVT rate
Kolonne X:	Antal som udvikler lungeemboli (DI 26) inden for 6 uger efter æg-aspiration
Kolonne Y:	Lungeemboli rate
Kolonne Z:	Venøs tromboemboli (VTE) defineret som antal med DVT + antal med lungeemboli
Kolonne AA:	VTE rate
Kolonne AB:	Antal transfereringer registreret i afdelingen (KLCA 30)
Kolonne AC:	Punktur af ovariecyster (kode KLAA00) af de, som er transfereret
Kolonne AD:	Punktur transvaginalt af ovariecyste (kode KLAA06) af de som er transfereret
Kolonne AE:	Dødsfødsler efter ivf (DP 959)
Kolonne AF:	Mola efter ivf (DO 01)
Kolonne AG:	Sum af aborter, x-uterin, mola, fødsel med levende barn/børn, fødsel med dødfødte. Sum af kolonne H, J, L, N, AE og AF

## Fejlkodninger

Dem kan der inden for dette område være mange af. Inden for de koder, som er aktuelle i forbindelse med dette kvalitetsudtræk må tænkes på følgende:

- Grundlaget for ivf-produktionen er aspirationskoden KLAA10. Det er muligt, at nogle afdelinger fejlagtigt benytter koden KLAA06 eller KLAA00. Derfor er disse koder også opgjort, for at få et mål for disse fejlregistreringer.
- Endvidere er antallet af transfereringer opgjort, da dette tal skal være mindre end antallet af aspirationer, fordi nogle af de aspirerede ikke transfereres.
- Vedrørende skæbnen af den graviditet, som etableres, kan omfanget af manglende diagnoser opgøres ved at summere de spontane aborter, mis-

sed abortion, ekstrauterint gravide, kvinder med mola, de graviditeter som ender med levende født barn/børn samt, de dødfødte. Tilsammen skal dette tal svare til antallet af kvinder med konstateret graviditet.

- Nogle afdelinger benytter måske ikke graviditetskoden DZ321. Det vil vise sig.
- Nogle afdelinger skelner måske ikke mellem typerne af inseminationsbehandling, men dette berører ikke kvalitetsmålet i den aktuelle opgørelse, da den baserer sig på det samlede antal inseminationer.

## **Manglende indikatorer**

Hele den service, som omgiver behandlingen på fertilitetsklinikkerne afdækkes ikke i denne opgørelse. Der er de senere år imidlertid gennemført et stort antal brugerundersøgelser, som vil have tilvejebragt data om disse forhold.

Intraperitoneal blødning efter aspiration kan afstedkomme smerter og indlæggelse efter aspirationen. Det er imidlertid vanskeligt at afgrænse denne tilstand, da alle kvinder vil bløde lidt, og have smerter i et eller andet omfang efter ægaspiration.

## **Udtrækspecifikation**

Der gennemføres primært et samlet udtræk for perioden 1998 til og med 2000. Skæbnen af de enkelte cykli i år 2000 skal følges ind i år 2001, selvom dette år ikke er på plads endnu.

Der er ikke alle gynækologiske afdelinger, som udfører fertilitetsbehandling. Men vi holder fast ved de standardafdelinger, regioner og landsresultater, som går igennem alle udtrækkene, desuagtet at nogle afdelinger vil komme ud med ingen eller få aktiviteter.

Da næsten al fertilitetsbehandling foregår som ambulante besøg, søges både på indlæggelser, og ambulante besøg, som der i øvrigt ikke skelnes imellem.

I øvrigt henvises til udarbejdede samt afsnit 1.6.2 og 1.6.3.

## **Konklusion**

Aktuelle udtræk vil føje væsentlig information til de indberetninger, som de enkelte fertilitetsklinikker i forvejen er lovpligtige til at gennemføre. Det skyldes, at vi dels opgør det kliniske end point (fødsel af levende barn eller spontan abort), hvor klinikkerne indberetter etableret graviditet. Videre ved at vi har hyperstimulation og venøs trombose med som komplikationsparametre, og endelig ved at vi har kvindens alder og antallet af kvinder, de gennemførte cykli er spredt over med i statistikken.



# Bilag 2

## Gynækologisk onkologi

Dispositions-mæssigt gennemgås de gynækologiske cancere i rækkefølgen: Cervixcancer, corpuscancer og ovariecancer. Disse tre cancerformer udgør den væsentligste del af de gynækologiske cancere. Tubacancer og vaginalcancer er sjældne cancere, og spiller derfor kun en kvantitativt beskeden rolle. Vulvacancer inddeles i dag efter anatomiske kriterier, som har en meget ringe prognostisk betydning. Der er bestræbelser i gang for at klassificere denne sygdom efter FIGO rekommandationer. Indtil dette er effektueret, vil der ikke være stor mening i at forsøge at kvalitetsvurdere denne aktivitet.

### 2.1 Cervixcancer

Kodes i henhold til ICD-X med følgende diagnosekoder:

DC53	Kræft i livmoderhals
DC530	Neopl mal endocervicis uteri
DC531	Neopl mal cervicis uteri, planocellulært carcinom st. I
DC532	Neopl mal cervicis uteri, planocellulært carcinom st. II
DC533	Neopl mal cervicis uteri, planocellulært carcinom st. III
DC534	Neopl mal cervicis uteri, planocellulært carcinom st. IV
DC538	Neopl mal cervicis uteri overgribende flere regioner
DC539	Neopl mal cervicis uteri uden specifikation

Klassifikationen er en blanding af anatomisk udbredelse og en begrænset FIGO-klassifikation. Der er bestræbelser i gang i Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG) for at få indført en ren FIGO-klassifikation. Ønsket herom er primært begrundet i, at man derved får et mere meningsfyldt klinisk udgangspunkt for inddelingen, dels at man derved vil få tilvejebragt radikalt bedre muligheder for at kvalitetsvurdere de enkelte afdelingers arbejde. En afgørende mangel i det nuværende klassifikationssystem er fx, at man ikke kan skelne mellem FIGO's stadium 1A og 1B. Denne skelnen er afgørende for dels en præcis prognose, for valget af klinisk behandling og dermed for en senere opfølgning og kvalitetskontrol.

### Kvalitetsindikatorer

Den væsentligste kvalitetsindikator ved alle cancerformer er overlevelsen. Da overlevelsen også er afgørende influeret af det kliniske stadium, sygdommen diagnosticeres i, er det helt afgørende, at en sådan detaljeret udgangs-



klassifikation realiseres. Den nuværende klassifikation er brugbar, men langt fra velegnet (jf. ovenstående). Overlevelsen skal således primært stratificeres ud fra det primære stadium.

Behandlingen af cancer cervicis uteri (CCeU) rummes inden for følgende behandlingskoder:

#### *Hysterektomi*

KLCD	Hysterectomia totalis
KLCD00	Hysterectomia
KLCD01	Hysterectomia totalis laparoscopica
KLCD04	Hysterectomia laparoscopica
KLCD10	Hysterectomia vaginalis
KLCD11	Hysterectomia vaginalis, laparoskopisk assisteret
KLCD30	Hysterectomia radicalis
KLCD31	Hysterectomia radicalis laparoscopica
KLCD40	Hysterektomi, radikal vaginal
KLCD96	Hysterektomi, anden
KLCD97	Hysterektomi, anden laparoskopisk

Heraf tegner KLCD 00 og KLCD 30 sig for langt hovedparten. I praksis forekommer laparoskopiske operationer ikke på denne type patienter i Danmark. Patienter som har været gennem simpel hysterektomi bør kun omfatte kvinder med stadium 1A.

#### *Konisatio*

Principielt bør kun kvinder med st. 1A have gennemgået denne operationstype.

KLDC	Cervixresektion
KLDC00	Conisatio cervicis uteri, med kniv
KLDC03	Conisatio cervicis uteri, med diatermi/laser
KLDC10	Resectio cervicis uteri
KLDC99	Resectio cervicis uteri aliae

Heraf tegner KLDC 03 sig for hovedparten.

#### *Strålebehandling*

Anvendes primært til kvinder med dissemineret sygdom, dvs. med st. II, III eller IV, eller sekundært til kvinder, hvor der peroperativt eller ved mikroskopi viser sig spredning af sygdommen uden for collum uteri. Strålebehandling rummes indenfor koderne

BJG	Strålebeh. med relation til nyrer, urinveje og kønsorganer
BJGA	Strålebehandling af nyrer, urinveje og kønsorganer
BJGA1	Strålebehandling af urinveje
BJGA12	Strålebehandling af urinblære
BJGA2	Strålebehandling af kønsorganer
BJGA20	Strålebehandling af livmoder
BJGF	Strålebehandling af bækken

Af disse er primært BJGA 20 og BJGF relevante og benyttede.

Ud over overlevelsen er der peroperative komplikationer i forbindelse med de totale/radikale hysterektomier. Sagen er kompliceret, fordi radikaliteten af et givet indgreb både øger den peroperative komplikationsrate, men (forhåbentlig) også bedrer patientens overlevelse. Man kan selvsagt godt acceptere en række umiddelbare komplikationer, hvis disse bedrer ens overlevelse på sigt. Derfor er en høj peroperativ komplikationsrate ikke entydigt udtryk for ringe kvalitet.

De postoperative komplikationer er også i nogen grad en følge af det operative indgrebs omfang. Fx kan en minutiøs lymfeknude dissektion og excision afstedkomme beskadigelse på nervebaner til blæren, som ikke ville forekomme, hvis man havde været mindre omhyggelig med fjernelsen af lymfeknuder.

Endelig er tiden fra diagnosen er stillet, til behandling effektueres en væsentlig kvalitetsindikator. Typisk vil en kvinde få stillet diagnosen hos speciallæge (ved biopsi) eller i en mindre gynækologisk afdeling, for derefter at blive henvist til en gynækologisk afdeling med landsdelsfunktion, og blive behandlet dér. Vi kan tidsfæste den første diagnose i afdelingerne, men ikke hos speciallægerne i praksis. Eneste mulighed for evaluering af tiden fra diagnose til behandling er således første diagnose i en afdeling og første indgreb, det være sig operation eller strålebehandling. Situationen kompliceres yderligere af, at nogle patienter først får gennemført en conisation på et lokalt sygehus, og først med mikroskopien fra denne får stillet diagnosen og bliver viderehenvist.

#### *Behandlingsmodalitet og kirurgiens radikalitet*

Denne kan vurderes ud fra behandlingsmodaliteten:

- ZWCA1 Diagnostisk/eksplorativt kirurgisk indgreb
- ZWCA2 Skønnet radikalt kirurgisk indgreb
- ZWCA3 Skønnet *ikke* radikalt kirurgisk indgreb.
- ZWCB0 Strålebehandling
- ZWCC0 Kemoterapi
- ZWCC1 Hormon- og antihormonbehandling

Behandlingsmodaliteten er først indført januar 2000, og kan derfor tidligst anvendes i år 2001.

#### *Peroperative og tidlige postoperative komplikationer*

Disse findes inden for følgende diagnosekoder:

- I26 Blodprop i lunge
- I80.1-3 Dyb venøs trombose
- I89 Ikke infektiøse sygdom i lymfesystemet
- J17 Lungebetændelse ved sygdom klassificeret andetsteds
- J18 Lungebetændelse, agens ikke specificeret

- N133      Hydronefrose, anden og ikke specificeret  
 T80        Komplikationer efter infusion, transfusion og injektion  
 T814      Infektion efter indgreb  
 T882-5    Komplikationer til anæstesi  
 Samt inden for følgende operationskoder:  
 KLWW     Reoperation efter operation på kvindelige genitalia

*Sene postoperative komplikationer*

- I89        Andre ikke infektiøse sygdomme i lymfesystemet  
 N31        Neuromusk funktionsforstyrrelser i urinblære ikke klassificeret andetsteds  
 N82        Fistler i kvindelige kønsorganer  
 N941      Dyspareunia

## Produktion

Først opgøres hvor mange cervixcancertilfælde der forekommer. Ved denne primære kørsel må hver kvinde kun figurere én gang. For at udelukke alle som indlægges med recidiv eller kontrol for tidligere cervixcancer, ekskluderes alle kvinder, som i perioden 1980-1997 figurerer med en cervixcancerdiagnose. For perioden 1980-1993 drejer det sig om diagnosekoden 180, og fra 1993 til og med 1997 om diagnosekoden C 53.

Fra 1.1.1998 registreres første indlæggelse (eller ambulante besøg) med diagnosen C 53. Herefter identificeres første indlæggelse, hvor der er gennemført simpel hysterektomi, radikal hysterektomi eller institueret strålebehandling, og hvis ingen af disse forekommer, da conisatio. Disse kontakter kan godt være en og samme kontakt.

Der etableres en *Tabel 2.1* dækkende årene 1998-2000 med følgende kolonner:

Kolonne A: Afdelinger og regioner. En given kvinde placeres i den afdeling, hvor hun behandles i henhold til kolonne C.

Kolonne B: Antal kvinder med koden C53, idet alle tidligere identificerede er ekskluderet. Hver kvinde må kun figurere én gang. Den første diagnose med C53 kan godt være på en anden afdeling, end den, hvor hun i øvrigt i henhold til ovenstående henhører.

Kolonne C: Antal kvinder med koden C53 og en samtidig behandlingskode indenfor grupperne KLCD, KLDC eller BJG. Denne gruppe danner udgangspunkt for de følgende kolonner. Ved at begrænse de følgende kolonner til kvinder, som har modtaget behandling udelukkes de meget gamle, som er skønnet uden for terapeutisk rækkevidde.

Kolonne D: Kvinder med st. O = diagnose C530 af de i kolonne C forekommende

Kolonne E: Kvinder med st. 1 = diagnose C531 af de i kolonne C forekommende

Kolonne F: Kvinder med st. 2 = diagnose C532 af de i kolonne C forekommende

Kolonne G: Kvinder med st. 3 = diagnose C533 af de i kolonne C forekommende

Kolonne H: Kvinder med st. 4 = diagnose C534 + C538 af de i kolonne C forekommende

Kolonne I: Kvinder med uspecificeret stadium = diagnose C539 af kvinder i kolonne C

Kolonne J: Summen af kvinderne i kolonne D-I hvilket skulle svare til tallet i kolonne C

### *Behandling*

Blandt behandlingerne foretages en prioritering, hvis flere behandlinger forekommer hos en given kvinde således:

1. Radikal hysterectomi med strålebehandling
2. Radikal hysterectomi uden strålebehandling
3. Total hysterectomi med strålebehandling (dem bør der være få af)
4. Total hysterectomi uden strålebehandling
5. Strålebehandling uden kirurgisk indgreb
6. Konisatio uden hysterectomi eller strålebehandling

Kolonne K: Antal som er opereret med radikal hysterectomi (KLCD 30) og som ikke er strålebehandlet, dvs. ikke forekommer med en senere BJJ kode

Kolonne L: Antal som er opereret med radikal hysterectomi (KLCD 30) og som efterfølgende har fået stråleterapi, dvs. som forekommer med en senere BJJ kode

Kolonne M: Antal som er opereret med simpel hysterectomi (KLCD00 kode) og ikke er strålebehandlet, dvs. ikke forekommer med en BJJ kode

Kolonne N: Antal som er opereret med simpel hysterectomi (koder som i M) og som efterfølgende er strålebehandlet, dvs. forekommer en BJJ kode

Kolonne O: Antal som er simpelt hysterectomeret ved anden operation dvs. en af koderne KLCD 01, 04, 10, 11, 96 og 97

Kolonne P: Antal som er radikalt hysterectomeret ved anden operation dvs. med en af koderne KLCD 31 og KLCD 40

Kolonne Q: Antal kvinder, som alene er strålebehandlet, dvs. som ikke er opereret med en KLCD eller KLDC kode

Kolonne R: Antal kvinder, som alene er opereret med en KLDC kode

Kolonne S: Sum af K-R som også skal svare til kolonne C

## Kvalitet

### *Ventetid*

Tid fra primære diagnose til første behandling målt i antal dage. Primære diagnose er første gang en C53 diagnose forekommer (kolonne B), og behandlingen er første gang en KLCD kode forekommer. Forekommer ikke en KLCD kode, så første gang en BJG kode forekommer, og forekommer heller ikke en BJG kode, så tid til en KLDC kode forekommer.

Kolonne T: Der angives for hver afdeling gennemsnitligt antal dage uden decimal.

### *Overlevelse*

Denne afhænger primært af stadiet, dels af gennemførte behandling men influeres også væsentligt af kvindens alder på operationstidspunktet. Behandlingen afspejler ret præcist udbredelsen af sygdommen, med den nuværende klassifikation faktisk bedre end stadieinddelingen. Derfor tages udgangspunkt i kolonnerne K-N.

Kolonne U: Gennemsnitsalderen for kvinderne i kolonne K ved operationstidspunktet

Kolonne V: Gennemsnitsalderen for kvinderne i kolonne L ved operationstidspunktet

Kolonne W: Gennemsnitsalderen for kvinderne i kolonne M ved operationstidspunktet

Kolonne X: Gennemsnitsalderen for kvinderne i kolonne N ved operationstidspunktet

Overlevelse efter canceroperationer opgøres typisk efter 5 år. Det er lidt vanskeligt, da første inkluderede år er 1998. I de kommende år vil der efterhånden være basis for at realisere data for denne 5-års overlevelse for specifikke grupper. I forbindelse med dette primære udtræk vil vi derfor indskrænke os til at se hvor mange af de i 1998 opererede patienter, som siden er døde. Der etableres derfor følgende kolonner:

Kolonne Y: Antal kvinder i kolonne K, som blev opereret i 1998 og som siden er døde

Kolonne Z: Andel kvinder som er døde i procent med 1 decimal ( $Z \times 100 / K$ )

Kolonne AA: Antal kvinder i kolonne L, som blev opereret i 1998 og som siden er døde

Kolonne AB: Andel kvinder som er døde i procent med 1 decimal ( $A \times 100 / L$ )

Kolonne AC: Antal kvinder i kolonne M, som blev opereret i 1998 og som siden er døde

Kolonne AD: Andel kvinder som er døde i procent med 1 decimal (AEx100/M)

Kolonne AE: Antal kvinder i kolonne N, som blev opereret i 1998 og som siden er døde

Kolonne AF: Andel kvinder som er døde i procent med 1 decimal (AGx100/N)

#### *Komplikationer til operationer*

Her opgøres kun de peroperative og sene komplikationer til radikal hysterektomi, som ikke efterfølgende er strålebehandlet. Det skyldes, at strålebehandlingen i sig selv kan give væsentlige senfølger, en behandling som kan være nødvendig af hensyn til overlevelsen.

Der tages derfor udgangspunkt i de i kolonne K forekommende kvinder. Det opgøres hvor mange af disse, som under samme kontakt som indgrebet foregik i er registreret med

Kolonne AG: Antal med I-26 eller I 80.1-3 diagnose under indlæggelsen for operation

Kolonne AH: Antal med J-diagnoser under indlæggelsen for operation

Kolonne AI: Antal med N-13 diagnose under indlæggelsen for operation

Kolonne AJ: Antal med T-814 diagnose under indlæggelsen for operation

Kolonne AK: Antal med KLWW operationskoder under indlæggelsen for operation

#### *Sene komplikationer*

Det drejer sig primært om følgende fire diagnoser, som hver patient skal følges op med i hele studieperioden. Udgangspunktet er fortsat kvinder i kolonne K

Kolonne AL: Antal med N82 diagnose

Kolonne AM: Antal med I89 diagnose

Kolonne AN: Antal med N31 diagnose

Kolonne AO: Antal med N941 diagnose

## **Fejlkodninger**

Indenfor gynækologisk onkologi er problemet snarere varierende kodepraksis end egentlig fejlkodning. Problemet er, at der ikke foreligger en tidssvarende rekommandation for en praksis fra selskabets side. Men der arbejdes på sagen.

De i denne sammenhæng væsentligste fejlkodninger er manglende kodning af eventuelle komplikationer. Mange patienter kodes utvivlsomt blot med den maligne diagnose, så det ikke fremgår om, og i givet fald hvilke komplikationer, som er indtruffet.

Der er for indeværende ikke så meget at gøre ved dette forhold, andet end at tage forbehold for de første års kørsler. I forbindelse med introduktionen af DRG, og specielt når afdelingernes rammebudgetter bliver afhængige af registrering af også komplikationer, må det imødeses, at diagnose praksis både bliver mere valid, men også mere ensartet mellem afdelingerne.

Det ligger uden for dette projekts kommissorium at komme med rekommandationer for fremtidig kodepraksis.

## **Manglende indikatorer**

Der er i forbindelse med diagnose- og behandlingsforløb en række forhold, som har afgørende betydning for patienternes oplevelse af kvalitet, som ikke kan afdækkes ved udtræk fra landspatientregisteret. Det drejer sig fx om adækvat information, god pleje, osv. Ventetider er ofte en meget belastende faktor for patienter med malign sygdom. Det er derfor væsentligt, at opgøre disse, hvor det i praksis er muligt. Kortlægningen i forbindelse med dette projekt begrænses af, at vi kun kan følge ventetiderne, fra første gang patienterne er i hospitalsregi. Før dette tidspunkt, fx tiden fra henvisning fra praktiserende læge/speciallæge, til patienten ses i hospitalet, er ikke mulig at opgøre for indeværende.

## **Udtræksspecifikation**

Der gennemføres primært et udtræk omfattende årene 1980-1997 som beskrevet initialt, for at identificere alle de patienter, som i denne periode blev diagnosticeret med cervixcancer, således at aktuelle udtræk kun kommer til at rumme nye patienter.

Der gennemføres udtræk for årene 1998, 1999 og 2000, men patienterne følges også ind i 2001 fx ved opgørelse af døde, som er opereret i 1998. For 1999 og 2000 undlades dødsopgørelsen.

Der søges både på indlæggelser og ambulante besøg, men ikke på skadestuebesøg.

Opdelingen i afdelinger og regioner følger den etablerede standard.

## **Konklusion**

Skitserede udtræk vil kortlægge overlevelsen for patienter med cervixcancer indenfor specifikke behandlingsmodaliteter, som i nogen grad afspejler sygdomsstadiet. Den vil også kortlægge komplikationerne til de radikale hysterektomier, både de peroperative og de postoperative (=sene).

Afgørende for en fremtidig kvalitetsvurdering er en bedre, dvs. mere klinisk relevant diagnose-kodning af cervixcanceren i henhold til FIGO's klassifikation. Når den realiseres, kan beskrevne udtræk nuanceres, og kvalitetsvurderingen gøres mere valid. Der er et lovende udvalgsarbejde i gang i vores selskab (DSOG), som forventes at blive færdige med en endelig rekommandation for registreringen af gynækologiske cancere i indeværende år.



## 2.2 Corpuscancer

Omfattes af følgende diagnosekoder:

DC54	Kræft i livmoder
DC540	Neopl mal isthmi uteri, st. I
DC541	Neopl mal fundi uteri, st. I
DC542	Neopl mal myometrii, alle stadier
DC543	Neopl mal endometrii, st. I
DC544	Neopl mal endometrii, st. II
DC545	Neopl mal endometrii, st. III
DC546	Neopl mal endometrii, st. IV
DC548	Neopl mal corporis uteri overgribende flere regioner
DC549	Neopl mal corporis uteri uden specifikation
DC55	Kræft i livmoder uden specifikation
DC559	Neopl mal uteri uden specifikation

### *Kirurgiens radikalitet*

Denne kan vurderes ud fra behandlingsmodaliteten:

ZWCA1	Diagnostisk/eksplorativt kirurgisk indgreb
ZWCA2	Skønnet radikalt kirurgisk indgreb
ZWCA3	Skønnet <i>ikke</i> radikalt kirurgisk indgreb

Behandlingsmodaliteten er først indført januar 2000, og kan derfor tidligst anvendes i år 2001.

Behandlingen af cancer corporis uteri (CCoU) er så vidt mulig operativ i form af total hysterectomi og sædvanligvis bilateral salpingooferektomi (BSO). I en kvalitets-sammenhæng er det ikke væsentligt at skelne mellem indgreb med og uden BSO.

De relevante operative indgreb er følgende:

KLCD	Hysterectomia totalis
KLCD00	Hysterectomia
KLCD01	Hysterectomia totalis laparoscopica
KLCD04	Hysterectomia laparoscopica
KLCD10	Hysterectomia vaginalis
KLCD11	Hysterectomia vaginalis, laparoskopisk assisteret
KLCD96	Hysterectomi, anden
KLCD97	Hysterectomi, anden laparoskopisk

De som ikke skønnes operable, tilbydes typisk strålebehandling, da følsomheden overfor kemoterapi er dårlig.

### **Kvalitetsindikatorer**

Den væsentligste kvalitetsindikator også ved CCoU er overlevelsen. Da overlevelsen er afgørende influeret af det kliniske stadium, sygdommen diagnosticeres i, er det helt afgørende, at opgørelserne baserer sig på specifikke stadier af sygdommen.

Derudover udtrykkes den faglige kvalitet i peroperative og sene komplikationer.



### *Peroperative og tidlige postoperative komplikationer*

Disse rummes væsentligt inden for følgende diagnosekoder:

I26	Blodprop i lunge
I80.1-3	Dyb venøs trombose
I89	Andre ikke infektiøse sygdomme i lymfesystemet
J17	Lungebetændelse ved sygdom klassificeret andetsteds
J18	Lungebetændelse, agens ikke specificeret
T80	Komplikationer efter infusion, transfusion og injektion
T814	Infektion efter indgreb
T882-5	Komplikationer til anæstesi

Samt inden for følgende operationskoder:

LWW	Reoperation efter operation på kvindelige genitalia
-----	---

### *Sene postoperative komplikationer*

N82	Fistler i kvindelige kønsorganer
N941	Dyspareunia

## **Produktion**

Først opgøres alle CCoU tilfælde før 1998 dvs. fra 1980 til og med 1997. For perioden 1980-1993 drejer det sig om diagnosekoden (ICD-8) 182 og fra 1994-1997 om C54. Alle disse kvinder ekskluderes i alle følgende udtræk, således at disse kun rummer primære diagnoser.

Fra 1.1.98 identificeres alle kvinder med diagnosen C54, og der etableres følgende *tabel 2.2*:

Kolonne A: Afdeling og region jf. etablerede standard

Kolonne B: Antal kvinder med C54 i respektive år. De enkelte kvinder allokeres ikke til den afdeling, hvor diagnosen figurerer første gang, men til den afdeling, hvor patienten er opereret jf. kolonne C

Kolonne C: Antal kvinder med C54 eller C55 eller C559 diagnose, og en samtidig KLCD eller ZWCA kode. Denne gruppe kvinder er udgangspunkt for de følgende kolonner.

Kolonne D: Kvinder med st. 1 = diagnose C543 af de i kolonne C forekommende

Kolonne E: Kvinder med st. 2 = diagnose C544 af de i kolonne C forekommende

Kolonne F: Kvinder med st. 3 = diagnose C545 af de i kolonne C forekommende

Kolonne G: Kvinder med st. 4 = diagnose C546+C548 af de i kolonne C forekommende

Kolonne H: Kvinder med uspecificeret stadium=C540, 541, 542, 549 C55 og C559 af kvinder i kolonne C

Kolonne I: Summen af kvinderne i kolonne D-H hvilket skulle svare til tallet i kolonne C

### *Behandling*

Blandt behandlingerne foretages en prioritering, hvis flere behandlinger forekommer hos en given kvinde således:

1. Total hysterektomi uden strålebehandling
2. Total hysterektomi med efterfølgende strålebehandling
3. Strålebehandling uden kirurgisk indgreb

Kolonne J: Antal som er hysterektomeret (KLCD kode) og ikke er strålebehandlet, dvs. ikke forekommer med en BJD kode *eller som har en ZWCA2 kode.*

Kolonne K: Antal som er hysterektomeret og som efterfølgende er strålebehandlet, dvs. forekommer med en BJD kode *eller i forbindelse med primære operation har tillægskoden ZWCA 3.*

Kolonne L: Antal kvinder, som alene er strålebehandlet (BJD kode), dvs. som ikke er opereret med en KLCD kode *eller som er registreret med en ZWCA1 kode.*

Kolonne M: Sum af kolonnerne J-L, som skulle være identisk med kolonne C.

## **Kvalitet**

### *Ventetid*

Tid fra primære diagnose til første behandling målt i antal dage. Primære diagnose er første gang en C54 diagnose forekommer (kolonne B), og behandlingen er første gang en KLCD kode forekommer. Forekommer ikke en KLCD kode, så første gang en BJD kode forekommer.

Kolonne N: Der angives for hver afdeling gennemsnitligt antal dage uden decimal.

### *Overlevelse*

Denne afhænger primært af stadiet, dels af gennemførte behandling men influeres også væsentligt af kvindens alder på operationstidspunktet. Behandlingen afspejler kun i ringe grad udbredelsen af sygdommen. Vi vil derfor koncentrere os om de opererede, som *ikke* er strålebehandlet, inddelt efter klinisk stadium:

Kolonne O: Antal kvinder i kolonne J med diagnosen C543

Kolonne P: Antal kvinder i kolonne J med diagnosen C544

Kolonne Q: Antal kvinder i kolonne J med diagnosen C545

Kolonne R: Antal kvinder i kolonne J med diagnosen C546

Kolonne S: Gennemsnitsalderen for kvinderne i kolonne J med diagnosen C543

Kolonne T: Gennemsnitsalderen for kvinderne i kolonne J med diagnosen C544

Kolonne U: Gennemsnitsalderen for kvinderne i kolonne J med diagnosen C545

Kolonne V: Gennemsnitsalderen for kvinderne i kolonne J med diagnosen C546

Overlevelse efter canceroperationer opgøres typisk efter 5 år. Det er lidt vanskeligt, da første inkluderede år er 1998. I de kommende år vil der efterhånden være basis for at realisere data for denne 5-års overlevelse for specifikke grupper. I forbindelse med dette primære udtræk vil vi indskrænke os til at se, hvor mange af de i 1998 opererede patienter, som siden er døde. Der etableres derfor følgende kolonner:

Kolonne W: Antal kvinder i kolonne O, som blev opereret i 1998 og som siden er døde

Kolonne X: Andel kvinder som er døde i procent med 1 decimal ( $X \times 100 / O$ )

Kolonne Y: Antal kvinder i kolonne P, som blev opereret i 1998 og som siden er døde

Kolonne Z: Andel kvinder som er døde i procent med 1 decimal ( $Z \times 100 / P$ )

Kolonne AA: Antal kvinder i kolonne Q, som blev opereret i 1998, og som siden er døde

Kolonne AB: Andel kvinder som er døde i procent med 1 decimal ( $AB \times 100 / Q$ )

Kolonne AC: Antal kvinder i kolonne R, som blev opereret i 1998 og som siden er døde

Kolonne AD: Andel kvinder som er døde i procent med 1 decimal ( $AD \times 100 / R$ )

#### *Komplikationer til operationer*

Her opgøres kun de peroperative og sene komplikationer til hysterektome-rede, som ikke efterfølgende er strålebehandlet. Det skyldes, at strålebehandlingen i sig selv kan give væsentlige senfølger, en behandling som kan være nødvendig af hensyn til overlevelsen.

Der tages derfor udgangspunkt i de i kolonne O-R forekommende kvinder. Det opgøres hvor mange af disse, der under samme kontakt som indgrebet foregik i er registreret med

Kolonne AE: Antal med I-26 eller I 80.1-3 diagnose under indlæggelsen for operation

Kolonne AF: Antal med J-diagnoser under indlæggelsen for operation

Kolonne AG: Antal med T-814 diagnose under indlæggelsen for operation

Kolonne AH: Antal med KLWW operationskoder under indlæggelsen for operation

*Sene komplikationer (efter kontakt hvor operationen foregik)*

Det drejer sig primært om følgende to diagnoser, som hver patient skal følges op for gennem hele studieperioden. Udgangspunktet er fortsat kvinder i kolonne O-R

Kolonne AI: Antal med N82 diagnose

Kolonne AJ: Antal med N941 diagnose

## **Fejlkodninger**

Inden for gynækologisk onkologi er problemet snarere varierende kodepraksis end egentlig fejlkodning. Problemet er, at der ikke foreligger en tidssvarende rekommandation for en praksis fra selskabets side. Men der arbejdes på sagen.

De i denne sammenhæng væsentligste fejlkodninger er manglende kodning af eventuelle komplikationer. Mange patienter kodes utvivlsomt blot med den maligne diagnose, så det ikke fremgår om, og i givet fald hvilke komplikationer, som er indtruffet.

Der er for indeværende ikke så meget at gøre ved dette forhold, andet end at tage forbehold for de første års kørsler. I forbindelse med introduktionen af DRG, og specielt når afdelingernes rammebudgetter bliver afhængige af registrering af også komplikationer, må det imødeses, at diagnosepraksis både bliver mere valid, men også mere ensartet mellem afdelingerne.

Det ligger uden for dette projekts kommissorium at komme med rekommandationer for fremtidig kodepraksis.

## **Manglende indikatorer**

Der er i forbindelse med diagnose- og behandlingsforløb en række forhold, som har afgørende betydning for patienternes oplevelse af kvalitet, som ikke kan afdækkes ved udtræk fra landspatientregisteret. Det drejer sig fx om adækvat information, god pleje, osv. Ventetider er ofte en meget belastende faktor for patienter med malign sygdom. Det er derfor væsentligt, at opgøre disse, hvor det i praksis er muligt. Kortlægningen i forbindelse med dette projekt begrænses af, at vi kun kan følge ventetiderne, fra første gang patienterne er i hospitalsregi. Før dette tidspunkt, fx tiden fra henvisning fra praktiserende læge/speciallæge, til patienten ses i hospitalet, er ikke mulig at opgøre for indeværende.

## **Udtræksspecifikation**

Der gennemføres primært et udtræk omfattende årene 1980-1997 som beskrevet initialt, for at identificere alle de patienter, som i denne periode blev diagnosticeret med CCoU, således at aktuelle udtræk kun kommer til at rumme nye patienter.

Der gennemføres udtræk for årene 1998, 1999 og 2000, men patienterne følges også ind i 2001 fx ved opgørelse af døde, som er opereret i 1998. For 1999 og 2000 undlades dødsopgørelsen.

Der søges både på indlæggelser og ambulante besøg, men ikke på skadestuebesøg.

Opdelingen i afdelinger og regioner følger den etablerede standard, skønt mange af de forekommende afdelinger ikke vil have nogen patienter med denne diagnose.

## Konklusion

Skitserede udtræk vil kortlægge overlevelsen for patienter med corpuscancer indenfor den dominerende behandlingsmodalitet og vil kortlægge de væsentlige peroperative og postoperative komplikationer.

## 2.3 Ovariecancer

Cancer ovarii (CO) rummes indenfor følgende diagnosekoder:

DC56	Kræft i æggestok
DC560	Neopl mal ovarii, st. I
DC561	Neopl mal ovarii, st. II
DC562	Neopl mal ovarii, st. III
DC563	Neopl mal ovarii, st. IV
DC569	Neopl mal ovarii uden specifikation

Behandlingen sigter på at fjerne eller reducere tumor, og ved dissemineret sygdom derefter at behandle med kemoterapi.

Om muligt fjernes uterus og ovarier samt oment. De fleste, også de som på forhånd skønnes ikke at kunne opereres radikalt, vil derfor gennemgå et eksplorativt indgreb.

Af samme grund vil overlevelsen blandt patienter med cancer ovarii mere afhænge af den efterfølgende kemoterapi end af det primære operative indgreb, uden at betydningen sidstnævnte skal undervurderes.

### *Kirurgiens radikalitet*

Denne kan vurderes ud fra behandlingsmodaliteten:

ZWCA1	Diagnostisk/eksplorativt kirurgisk indgreb
ZWCA2	Skønnet radikalt kirurgisk indgreb
ZWCA3	Skønnet <i>ikke</i> radikalt kirurgisk indgreb

Behandlingsmodaliteten er først indført januar 2000, og kan derfor tidligst anvendes i år 2001.

De operationstyper, som typisk kommer på tale er

KJAH00	Laparotomia explorativa
KJAL30	Omentectomy
KLAE	Excisio ovarii
KLAE10	Oophorectomia unilaterialis

KLAE20	Oophorectomia bilateralis
KLAF	Excisio ovarii et tubae
KLAF00	Salpingo-oophorectomia unilateralis
KLAF10	Salpingo-oophorectomia bilateralis
KLCD	Hysterectomy totalis
KLCD00	Hysterectomy
KLCD96	Hysterektomi, anden

#### *Kemoterapi kodes med*

BJHL23	Cytostatisk behandling af ovarier
--------	-----------------------------------

### **Kvalitetsindikatorer**

Den væsentligste kvalitetsindikator også ved CO er overlevelsen. Da overlevelsen er afgørende influeret af det kliniske stadium, sygdommen diagnosticeres i, er det helt afgørende, at opgørelserne baserer sig på specifikke stadier af sygdommen.

Derudover udtrykkes den faglige kvalitet i peroperative og sene komplikationer.

#### *Peroperative og tidlige postoperative komplikationer*

Disse rummes væsentligt inden for følgende diagnosekoder:

I26	Blodprop i lunge
I80.1-3	Dyb venøs trombose
J17	Lungebetændelse ved sygdom klassificeret andetsteds
J18	Lungebetændelse, agens ikke specificeret
T80	Komplikationer efter infusion, transfusion og injektion
T814	Infektion efter indgreb
T882-5	Komplikationer til anæstesi

Samt inden for følgende operationskoder:

LWW	Reoperation efter operation på kvindelige genitalia
-----	---

#### *Sene postoperative komplikationer*

K56	Tarmslyng uden oplysning om brok
-----	----------------------------------

### **Produktion**

Først opgøres alle CO tilfælde før 1998 dvs. fra 1980 til og med 1997. For perioden 1980-1993 drejer det sig om diagnosekoden (ICD-8) 183 og fra 1994-1997 om C56. Alle disse kvinder ekskluderes i alle følgende udtræk, således at disse kun rummer primære diagnoser.

Fra 1.1.98 identificeres alle kvinder med diagnosen C56, og der etableres følgende *tabel 2.3*.

Kolonne A: Afdeling og region jf. etablerede standard

Kolonne B: Antal kvinder med C56 i respektive år. De enkelte kvinder allokeres ikke til den afdeling, hvor diagnosen figurerer første gang, men til den afdeling, hvor patienten er opereret jf. kolonne C

Kolonne C: Antal kvinder med en C56 diagnose og en samtidig KJAH00, KJAL30, KLAE, KLAF eller KLCD kode. Denne gruppe kvinder danner udgangspunkt for de følgende kolonner

Kolonne D: Kvinder med st. 1 = diagnose C560 af de i kolonne C forekommende

Kolonne E: Kvinder med st. 2 = diagnose C561 af de i kolonne C forekommende

Kolonne F: Kvinder med st. 3 = diagnose C562 af de i kolonne C forekommende

Kolonne G: Kvinder med st. 4 = diagnose C563 af de i kolonne C forekommende

Kolonne H: Kvinder med uspecificeret stadium=C560 og C569 af kvinder i kolonne C

Kolonne I: Summen af kvinderne i kolonne D-H hvilket skulle svare til tallet i kolonne C

### *Behandling*

Blandt behandlingerne foretages en opdeling, hvis flere behandlinger forekommer hos en given kvinde således:

1. Kirurgi (KJAH00, KJAL30, KLAE, KLAF el KLCD kode) uden kemoterapi. Disse må antages at være radikalt opererede eller i for dårlig almentilstand til at kunne modtage kemoterapi
2. Kirurgi med efterfølgende kemoterapi

Kolonne J: Antal som er opereret (KJAH00, KJAL30, KLAE, KLAF el KLCD kode) og ikke har fået kemoterapi, dvs. ikke forekommer med en BJHL kode

Kolonne K: Antal som er opereret og som efterfølgende har fået kemoterapi, dvs. forekommer en BJHL kode

Kolonne L: Sum af kolonnerne J-K som skulle være identisk med kolonne C

## **Kvalitet**

### *Ventetid*

Tid fra primære diagnose til første behandling målt i antal dage. Primære diagnose er første gang en C56 diagnose forekommer (kolonne B), og behandlingen er første gang en af de anførte operationskoder forekommer.

Kolonne M: Der angives for hver afdeling gennemsnitligt antal dage uden decimal

#### *Overlevelse*

Denne afhænger primært af stadiet, dels af gennemførte behandling og influeres kun i ringe grad af kvindens alder på operationstidspunktet. Behandlingen afspejler kun i moderat grad udbredelsen af sygdommen. Vi vil derfor koncentrere os om opgørelser af kvinder i specifikke stadier frem for præcise operative indgreb

Overlevelse efter canceroperationer opgøres typisk efter 5 år. Det er lidt vanskeligt, da første inkluderede år er 1998. I de kommende år vil der efterhånden være basis for at realisere data for denne 5-års overlevelse for specifikke grupper. I forbindelse med dette primære udtræk vil vi indskrænke os til at se hvor mange af de i 1998 opererede patienter, som siden er døde. Der etableres derfor følgende kolonner:

Kolonne N: Antal kvinder i kolonne D, som siden er døde

Kolonne O: Andel kvinder som er døde i procent med 1 decimal ( $N \times 100 / D$ )

Kolonne P: Antal kvinder i kolonne E, som siden er døde

Kolonne Q: Andel kvinder som er døde i procent med 1 decimal ( $P \times 100 / E$ )

Kolonne R: Antal kvinder i kolonne F, som siden er døde

Kolonne S: Andel kvinder som er døde i procent med 1 decimal ( $R \times 100 / F$ )

Kolonne T: Antal kvinder i kolonne G, som siden er døde

Kolonne U: Andel kvinder som er døde i procent med 1 decimal ( $T \times 100 / G$ )

#### *Komplikationer til operationer*

Her opgøres de peroperative og sene komplikationer hos de opererede kvinder uanset om de efterfølgende har fået kemoterapi. Der tages derfor udgangspunkt i de i kolonne C forekommende kvinder. Det opgøres hvor mange af disse, som under samme kontakt som det operative indgreb foregik i er registreret med

Kolonne V: Antal med I-26 eller I 80.1-3 diagnose under indlæggelsen for operation

Kolonne W: Antal med J-diagnoser under indlæggelsen for operation

Kolonne X: Antal med T-814 diagnose under indlæggelsen for operation

Kolonne Y: Antal med KLWW operationskoder under indlæggelsen for operation

#### *Sene komplikationer (efter kontakt hvor operationen foregik)*

Det drejer sig primært om følgende diagnose, som hver patient skal følges op for gennem hele studieperioden. Udgangspunktet er kvinder i kolonnerne D-G.

Kolonne Z: Antal kvinder fra kolonne D med K56 diagnose



Kolonne AA: Antal kvinder fra kolonne E med K56 diagnose

Kolonne AB: Antal kvinder fra kolonne F med K56 diagnose

Kolonne AC: Antal kvinder fra kolonne G med K56 diagnose

## Fejlkodninger

De i denne sammenhæng væsentligste fejlkodninger er manglende kodning af eventuelle komplikationer. Mange patienter kodes utvivlsomt blot med den maligne diagnose, så det ikke fremgår om, og i givet fald hvilke komplikationer, som er indtruffet.

Der er for indeværende ikke så meget at gøre ved dette forhold, andet end at tage forbehold for de første års kørsler. I forbindelse med introduktionen af DRG, og specielt når afdelingernes rammebudgetter bliver afhængige af registrering af også komplikationer, må det imødeses, at diagnosepraksis både bliver mere valid, men også mere ensartet mellem afdelingerne.

## Manglende indikatorer

Der er i forbindelse med diagnose- og behandlingsforløb en række forhold, som har afgørende betydning for patienternes oplevelse af kvalitet, som ikke kan afdækkes ved udtræk fra landspatientregisteret. Det drejer sig fx om adækvat information, god pleje, osv. Ventetider er ofte en meget belastende faktor for patienter med malign sygdom. Det er derfor væsentligt, at opgøre disse, hvor det i praksis er muligt. Kortlægningen i forbindelse med dette projekt begrænses af, at vi kun kan følge ventetiderne, fra første gang patienterne er i hospitalsregi. Før dette tidspunkt, fx tiden fra henvisning fra praktiserende læge/speciallæge, til patienten ses i hospitalet, er ikke mulig at opgøre for indeværende.

## Udtræksspecifikation

Der gennemføres primært et udtræk omfattende årene 1980-1997 som beskrevet initialt, for at identificere alle de patienter, som i denne periode blev diagnosticeret med CO, således at aktuelle udtræk kun kommer til at rumme nye patienter.

Der gennemføres udtræk for årene 1998, 1999 og 2000, men patienterne følges også ind i 2001 fx ved opgørelse af døde, som er opereret i 1998. For 1999 og 2000 undlades dødsopgørelsen.

Der søges både på indlæggelser og ambulante besøg, men ikke på skadestuebesøg.

Opdelingen i afdelinger og regioner følger den etablerede standard, skønt nogle af de forekommende afdelinger ikke vil have nogen patienter med denne diagnose.

## Konklusion

Skitserede udtræk vil kortlægge overlevelsen for patienter med ovariecancer og vil kortlægge de væsentlige peroperative og væsentligste

# Bilag 3

## Almen gynækologi

### 3.1 Hysterektomi

Udgangspunktet er følgende operationskoder:

LCD 00	Hysterektomi
LCD 01	Hysterektomia totalis laparoscopica
LCD 04	Hysterectomia laparoscopica
LCD 10	Hysterektomia vaginalis
LCD 11	Hysterektomia vaginalis, laparoscopisk assisteret (LAVH)
LCD 96	Anden hysterektomi

#### *Total hysterektomi*

LCD 97	Anden laparoskopisk hysterektomi
LCC 10	Supravaginal hysterektomi
LCC 11	Laparoskopisk subtotal hysterektomi
LCC 20	Vaginal supravaginal hysterektomi

### Kvalitetsindikatorer

Kvalitet i den gynækologiske praksis i forbindelse med hysterektomi kendes ved

- ∄ En kort ventetid fra operationsbeslutning til gennemført operation
- ∄ En lav per-operativ komplikationsrate
- ∄ En lav post-operativ komplikationsrate
- ∄ Et kort indlæggelsesforløb
- ∄ At der anvendes korrekte diagnose og procedurekoder

### Produktion

Først opgøres hvor mange hysterektomier der forekommer. Ved denne primære kørsel må hver kvinde kun figurere én gang inden for en tremåneders periode med en hysterektomikode. Forekommer samme kvinde med flere kontakter med hysterektomikoder, anvendes den første. De tilhørende aktionsdiagnoser køres med ud.

Der etableres herefter en *Tabel 3.1*, som beskriver produktionen.

Kolonne A: Afdelinger, regioner osv.

- Kolonne B: Antal LCD 00 operationer
- Kolonne C: Antal LCD 01/04 operationer
- Kolonne D: Antal LCD 10 operationer
- Kolonne E: Antal LCD 11 operationer
- Kolonne F: Antal LCD 96 operationer
- Kolonne G: Antal LCD 97 operationer
- Kolonne H: Antal LCC 10 operationer
- Kolonne I: Antal LCC 11 operationer
- Kolonne J: Antal LCC 20 operationer
- Kolonne K: Laparoskopiske hysterektomier: Kolonne C+E+G+I
- Kolonne L: Ikke laparoskopiske hysterektomier: Kolonne B+D+F+H+J
- Kolonne M: Samlede antal totale hysterektomier: Sum af kolonne B-G
- Kolonne N: Samlede antal subtotale (=partielle) hysterektomier. Sum af H-J
- Kolonne O: Samlede antal hysterektomier: M+N

Herefter skal vi have en grov opgørelse over indikationerne for hysterektomierne, dvs. de tilhørende aktionsdiagnoser. Udgangspunktet for de følgende kolonner er det samlede antal hysterektomier (kolonne O).

- Kolonne P: Antal patienter med aktionsdiagnosen fibroma uteri (D25), samt
- Kolonne Q: % ud af antal i O
- Kolonne R: Antal patienter med godartet ovarietumor (D27), samt
- Kolonne S: %
- Kolonne T: Antal patienter med aktionsdiagnosen menorrhagia (D92), samt
- Kolonne U: %
- Kolonne V: Antal patienter med cancer cervicis uteri (C53), samt
- Kolonne W: %
- Kolonne X: Antal patienter med endometriecancer (C54 el C55), samt
- Kolonne Y: %
- Kolonne Z: Antal patienter med ovariecancer (C56), samt
- Kolonne AA: %
- Kolonne AB: Ingen af diagnoserne i kolonne P-AA, samt
- Kolonne AC: %

Hvis en patient forekommer med flere af diagnoserne P-AA tælles diagnosen med for hver anførte diagnose. Samme patient kan altså godt have fx både en

D25 diagnose og en D92 diagnose. Denne patient tæller med i både kolonne P og R.

## Kvalitet

De relevante komplikationsdiagnoser rummes inden for følgende grupper:

T810	Haemorrhagia postop et haematoma postop
T812	Punctura et laesio accidentalis perop
T813	Ruptura vulneris postoperativa
T814	Infektion efter indgreb

samt indenfor følgende operationskoder:

LW	Reoperation efter operation på kvindelige genitalia
KXXX	Enhver ny operationskode inden for 8 uger ekskl. LW

Der udarbejdes således følgende komplikations kolonner i databasen:

De følgende kolonner beskriver antallet hhv. andelen, som under samme primære kontakt, som operationen fandt sted *eller* inden for 8 uger efterudskrivning er registreret med komplikationsdiagnoser:

Første sæt kolonner tager udgangspunkt i alle i kolonne K:

Kolonne AD: T810 diagnoser af kvinder opereret i kolonne K, antal og

Kolonne AE: andel i % af alle i kolonne K

Kolonne AF: T812 diagnose, antal og

Kolonne AG: andel i % (1 decimal)

Kolonne AH: T813 diagnose, antal og

Kolonne AI: andel i % (1 decimal)

Kolonne AJ: T814 diagnose, antal og

Kolonne AK: andel i % (1 decimal)

Kolonne AL: KLW kode, antal og

Kolonne AM: andel i % (1 decimal)

Og for sidste kolonner kun reoperationer efter primære indlæggelse men stadig inden for 8 uger:

Kolonne AN: Enhver anden ny operationskode inden for 8 uger efter udskrivning, antal og

Kolonne AO: andel i % (1 decimal)

Kolonne AP-BA: Helt tilsvarende ovenstående, men nu med udgangspunkt i kvinderne i kolonne L

Kolonne BB-BM: Helt tilsvarende ovenstående, men nu med udgangspunkt i kvinderne i kolonne M

Kolonne BN-BY: Helt tilsvarende ovenstående, men nu med udgangspunkt i kvinderne i kolonne N

Kolonne BZ-CK: Helt tilsvarende ovenstående, men nu med udgangspunkt i kvinderne i kolonne O, som er summen af L

## Fejlkodninger

Der er formentlig relativt få fejlkodninger på de primære operationskoder. Der kan derimod være en del fejlkodninger i forbindelse med komplikationsregistreringen. Forholdet vil blive forsøgt evalueret efter de primære kørsler.

## Manglende indikatorer

Der forekommer ingen data i registeret, som kan godtgøre, hvornår der er taget beslutning om at patienten skal opereres. Det er derfor ikke muligt umiddelbart at registrere, hvor lang tid der går fra beslutningen tages, til patienten reelt opereres, altså ventetiden. Netop fordi der er tale om en operation, er de væsentlige kvalitetsindikatorer imidlertid indeholdt i foreliggende registerdata.

Hvad der heller ikke dækkes, er servicen på de enkelte afdelinger, hvilket i givet fald skulle ske ved at gennemføre brugerundersøgelser. Dette ligger uden for dette projekts rammer.

## Udtræksspecifikation

Der gennemføres et udtræk omfattende årene 1998, 1999 og 2000. Udtrækket skal dække alle gynækologiske specialafdelinger, dvs. med specialekoden 38. Der etableres data for hver afdeling, for hver region, samt en total gynækologisk. Der etableres tilsvarende udtræk for alle andre end gynækologiske afdelinger i de fire landsdele, dækkende kirurgiske og blandet medicinsk-kirurgiske afdelinger, jf. en ”samlet” kolonne.

Der gennemføres udtræk på såvel indlagte patienter, dvs., heldøgnspatienter eller del-døgnspatienter som på ambulante patienter, men ikke koder fra skadestuebesøg.

## Konklusion

Under forudsætning af nogenlunde ensartet kodepraksis, rummer LPR gode muligheder for en rimeligt dækkende løbende kvalitetskontrol på kærneydelser ved hysterektomi på benign indikation.

## 3.2 Cystis ovarii

Denne sygdomsgruppe omfatter diagnoserne

D27	Godartet svulst i æggestok
D270	Cystadenoma serosum
D271	Cystadenoma mucinosum
D272	Cystis dermoides
D278	Neoplasma ben ovarii, anden form
D279	Neopl ben ovarii uden specifikation
N 801	Endometriose i ovariet
N 830	Cystis follicularis ovarii

- N 831 Cystis corporis lutei ovarii  
N 832 Ovariecyster, andre og ikke specificerede

samt af følgende operationskoder for så vidt de er registreret ved samme kontakt som en af ovenstående diagnoser:

<b>LAC</b>	<b>Excisio/destructio tumoris ovarii</b>
LAC00	Excisio cystis ovarii
LAC01	Excisio cystis ovarii laparoscopica
LAC10	Fenestratio/marsupialisatio cystis ovarii
LAC11	Fenestratio/marsupialisatio cystis ovarii laparoscopica
LAC20	Destruktion af forandringer på ovariet
LAC21	Destruktion af forandringer på ovariet via laparoskopi
LAC30	Exstirpatio cystis parovarialis
LAC31	Exstirpatio cystis parovarialis laparoscopica
LAC96	Excisio/destructio tumoris ovarii aliae
LAC97	Excisio/destructio tumoris ovarii aliae laparoscopica
<b>LAD</b>	<b>Resectio ovarii</b>
LAD00	Resectio ovarii
LAD01	Resectio ovarii laparoscopica
<b>LAE</b>	<b>Excisio ovarii</b>
LAE10	Oophorectomia unilateralis
LAE11	Oophorectomia unilateralis laparoscopica
LAE20	Oophorectomia bilateralis
LAE21	Oophorectomia bilateralis laparoscopica
<b>LAF</b>	<b>Excisio ovarii et tubae</b>
LAF00	Salpingo-oophorectomia unilateralis
LAF01	Salpingo-oophorectomia unilateralis laparoscopica
LAF10	Salpingo-oophorectomia bilateralis
LAF11	Salpingo-oophorectomia bilateralis laparoscopica

## Kvalitetsindikatorer

Kvaliteten i forbindelse med cystis ovarii og operation for disse udtrykkes ved

- ∅ Kort ventetid på operation
- ∅ Kort indlæggelsestid i forbindelse med operation
- ∅ Få per-operative komplikationer
- ∅ Få post-operative komplikationer

## Produktion

I en kvalitetssammenhæng er cyster, som giver anledning til operative indgreb, de mest relevante. Vi vil derfor i denne sammenhæng se bort fra alle de cyster, som diagnosticeres, og som ikke giver anledning til operation.

I andre situationer er ooforectomi en bi-operation ved siden af fx en hysterektomi. Skal vi se på komplikationer i forbindelse med cyste-operationer,

må vi derfor se på de operationer, hvor der alene er tale om et indgreb på ovarierne.

Primært foretages derfor et udtræk på alle kvinder, som under en primær kontakt er registreret med D27, N830, 831, 832 eller N80. 1 diagnose og samtidig med en operations-kode inden for grupperne LAC, LAD, LAE eller LAF og uden at der er andre operationskoder end inden for disse grupper. Hvis en kvinde er registreret med flere operationer inden for grupperne LAC, D, E og F foretages en prioritering i omvendt rækkefølge, altså F, E, D og C. Hvis altså en kvinde er registreret med både en LAC og en LAF diagnose, registreres hun som en LAF.

Vi kan nu etablere vores regneark ) med følgende kolonner:

Kolonne A: Afdelinger

Kolonne B: Cyste diagnose og ovarieoperation (som afgrænset ovenfor)

Disse kvinder danner udgangspunkt for alle de følgende kolonner.

Vi ønsker at adskille de almindelige cyster fra endometriecysterne:

Kolonne C: De af kvinderne i B, som er registreret med en D27, N830/831/832 diagnose (antal)

Kolonne D: De af kvinderne i B, som er registreret med en N 80. 1 diagnose

Herefter opgøres hvilke operationstyper, der er gennemført:

Kolonne E: Excisio cystis ved laparoscopi (LAC 01, 11, 21, 31, og 97), antal

Kolonne F: Excisio cystis ved tomi (LAC 00, 10, 20, 30, 96), antal

Kolonne G: Resectio ved laparoscopi (LAD 01), antal

Kolonne H: Resectio ved tomi (LAD 00), antal

Kolonne I: Excisio ved skopi (LAE 11 og 21, samt LAF 01 og 11), antal

Kolonne J: Excisio ved tomi (LAE 10 og 20, samt LAF 00 og 10), antal

Kolonne K: Alle skopier (sum af E, G og I), antal

Kolonne L: Alle tomier (sum af F, H og J), antal

## Kvalitet

De relevante komplikationsdiagnoser rummes inden for følgende grupper:

T810 Haemorrhagia postop et haematoma postop

T812 Punctura et laesio accidentalis perop

T813 Ruptura vulneris postoperativa

T814 Infektion efter indgreb

samt indenfor følgende operationskoder:

- LW Reoperation efter operation på kvindelige genitalia  
Kxxx Enhver reoperation efter primære indlæggelse men indenfor 8 uger ekskl. LW operationer.

Komplikationerne inddeles i primære (under samme indlæggelse som primære operation) og sekundære, hvilket vil sige ved en senere indlæggelse inden for 8 uger efter primære operation.

Først primære komplikationer til de laparoskopiske indgreb (basis kolonne K)

- Kolonne M: T810 diagnoser, antal og  
Kolonne N: andel i % af alle opererede (kolonne K)  
Kolonne O: T812 diagnose, antal og  
Kolonne P: andel i % (1 decimal)  
Kolonne Q: T813 diagnose, antal og  
Kolonne R: andel i % (1 decimal)  
Kolonne S: T814 diagnose, antal og  
Kolonne T: andel i % (1 decimal)  
Kolonne U: KLW operationskode, antal og  
Kolonne V: andel i % (1 decimal)

Dernæst primære komplikationer til de åbne indgreb (basis kolonne L)

- Kolonne W: T810 diagnoser, antal og  
Kolonne X: andel i % af alle opererede (kolonne L)  
Kolonne Y: T812 diagnose, antal og  
Kolonne Z: andel i % (1 decimal)  
Kolonne AA: T813 diagnose, antal og  
Kolonne AB: andel i % (1 decimal)  
Kolonne AC: T814 diagnose, antal og  
Kolonne AD: andel i % (1 decimal)  
Kolonne AE: KLW kode under primære indlæggelse, antal og  
Kolonne AF: andel i % (1 decimal)

Herefter opgøres sekundære komplikationer, *for så vidt de har givet anledning til reoperation*. Reoperationer registreres enten ved en KLW kode, eller ved en hvilken som helst anden operationskode inden for 8 uger efter primære udskrivning.

For hver reoperation angives ledsagende diagnosekode som angivet i følgende kolonner

Først reoperationerne efter de laparoskopiske indgreb (kolonne K)

- Kolonne AG: Antal KLW koder og  
Kolonne AH: andel i % (1 decimal) ud af K  
Kolonne AI: Antal andre operationskoder og  
Kolonne AJ: andel i % (1 decimal)  
Kolonne AK: Sum af kolonne AG og AI  
Kolonne AL: andel i % (sum af AH og AJ)  
Kolonne AM: T810 diagnose af de i kolonne AK forekommende, antal og  
Kolonne AN: andel i % (1 decimal)



Kolonne AO: T812 diagnose af de i kolonne AK forekommende, antal og  
Kolonne AP: andel i % (1 decimal)  
Kolonne AQ: T813 diagnose af de i kolonne AK forekommende, antal og  
Kolonne AR: andel i % (1 decimal)  
Kolonne AS: T814 diagnose af de i kolonne AK forekommende, antal og  
Kolonne AT: andel i % (1 decimal)  
Kolonne AU: Andre diagnoser end de fire nævnte af kv. i kolonne K, antal  
og  
Kolonne AV: andel i % (1 decimal)

Herefter reoperationerne efter de åbne kirurgiske indgreb (kolonne L)

Kolonne AW: Antal KLV koder og  
Kolonne AX: andel i % (1 decimal) ud af L  
Kolonne AY: Antal andre operationskoder og  
Kolonne AZ: andel i % (1 decimal)  
Kolonne BA: Sum af kolonne AF og AI  
Kolonne BB: andel i % (sum af AH og AJ)  
Kolonne BC: T810 diagnose af de i kolonne BA forekommende, antal og  
Kolonne BD: andel i % (1 decimal)  
Kolonne BE: T812 diagnose af de i kolonne BA forekommende, antal og  
Kolonne BF: andel i % (1 decimal)  
Kolonne BG: T813 diagnose af de i kolonne BA forekommende, antal og  
Kolonne BH: andel i % (1 decimal)  
Kolonne BI: T814 diagnose af de i kolonne BA forekommende, antal og  
Kolonne BJ: andel i % (1 decimal)  
Kolonne BK: Andre diagnoser end de fire nævnte af kv. i kolonne BA, antal  
og  
Kolonne BL: andel i % (1 decimal)

Endelig opgøres den gennemsnitlige indlæggelsestid ved de primære operationer for operationerne i hhv. kolonne K og L:

Kolonne BM: Gennemsnitlig liggetid ved laparoskopiske indgreb  
Kolonne BN: Gennemsnitlig liggetid ved åbne operationer

## Fejlregistrering

De mest almindelige fejlregistreringer i forbindelse med diagnoserne og operationerne i afsnit 3 er utvivlsomt højre-venstre konfusion, således at man angiver den anden side end den, hvor indgrebet reelt fandt sted. I en kvalitetssammenhæng har det ikke den store betydning for andet, end omhyggeligheden med afdelingernes registrering. Det er vanskeligt at validere dette forhold, idet selv operationsbeskrivelserne i journalerne kan være behæftet med fejlangivelse vedrørende højre versus venstre.

Der er langt fra konsensus om, hvornår man fx benytter koderne LAC 01 hhv. LAD 00 (hhv. excisio cystis ovarii og resectio ovarii). Men man kan danne sig et skøn over kodepraksis ved at se, hvordan disse diagnoser fordeles geografisk.

## Manglende indikatorer

Der forekommer ingen data i registeret, som kan godtgøre, hvornår der er taget beslutning om at pt. skal opereres. Det er derfor ikke muligt umiddelbart at registrere hvor lang tid, der går fra beslutningen tages, til patienten reelt opereres, altså ventetiden. Netop fordi der er tale om en operation, er de væsentlige kvalitetsindikatorer imidlertid indeholdt i foreliggende registerdata.

Hvad der heller ikke dækkes, er servicen på de enkelte afdelinger, hvilket i givet fald skulle ske ved at gennemføre brugerundersøgelser. Dette ligger uden for dette projekts rammer.

## Udtræksspecifikation

Der gennemføres et udtræk omfattende årene 1998, 1999 og den del af 2000, som er klar. Udtrækket skal dække alle gynækologiske specialafdelinger, dvs. med specialekoden 38. Der etableres data for hver afdeling, for hvert amt, for hver landsdel (Sjælland, Fyn og Sønderjylland, resten af Jylland), samt en opgørelse for hele landet. Der etableres tilsvarende udtræk for alle andre end gynækologiske afdelinger i de tre landsdele, dækkende kirurgiske og blandet medicinsk-kirurgiske afdelinger.

Der gennemføres kun udtræk på indlagte patienter, dvs., heldøgnspatienter eller del-døgnspatienter.

## Konklusion

Under forudsætning af nogenlunde ensartet kodepraksis, rummer LPR gode muligheder for en rimeligt dækkende løbende kvalitetskontrol på kærneydelser ved operationer for benigne ovariecyster.

## 3.3 Endometriresektion

Endometriresektion (ER) dækker i denne sammenhæng den egentlige resection med hysteroskop, destruktion med "roller ball" som destruktion ved termobehandling.

Disse indgreb registreres ved følgende operationskoder:

KLCA16 Destructio endometrii  
KLCB28 Excisio endometrii hysteroscopica  
KLCB32 Destructio endometrii hysteroscopica

Indgrebene kan desuden foregå i forbindelse med

KLCA22 Hysteroscopia et amotio corporis alieni  
KLCA98 Operation på uterus, anden transluminal endoskopisk  
KLCB25 Excisio tumoris uteri hysteroscopica  
KLCB98 Excisio tumoris uteri endoscopica transluminalis aliae  
KLCG02 Hysteroscopia cum lysis adhesiones

- KLCA16** Destructio endometrii, bør principielt dække *termobehandling* med ballon uden brug af hysteroskopisk teknik.
- KLCB28** Excisio endometrii hysteroscopica burde alene dække *resection med slynge*, og
- KLCB32** Destructio endometrii hysteroscopica alene burde dække "*roller ball*" behandling.

Der er flere indikationer for at gennemføre ER. Den væsentligste er menorrhagi eller metrorrhagi, som kodes ved diagnoser inden for gruppen DN92.

I en kvalitetssammenhæng er det imidlertid ikke væsentligt at skelne mellem undertyper af blødningsforstyrrelser.

## Kvalitetsindikatorer

Kvaliteten ved ER afspejles bl.a. i

- At indgrebet fjerner den blødningsgene, som indicerede indgrebet
- Lav peroperativ komplikationsrate
- Kort indlæggelsestid
- En lav rate af reoperationer, specielt hysterektomi i årene efter. Dette er den væsentligste kvalitetsindikator

## Produktion

Da operationskoderne ændredes i 1996, vil det være naturligt at tage udgangspunkt i perioden 1996-2000. Hvert år opgøres for sig. Der søges både på hoved og bidiagnoser.

Kolonne A: Afdelinger, regioner, som vanligt

Kolonne B: Antal primære KLCA16 koder. Når en kvinde én gang er registreret med denne (eller en af de andre to relevante koder) kan hun ikke tælle igen de følgende fem år med nogen af de tre koder som værende primære. I denne kolonne tælles de kvinder, som ikke samtidig er registreret med en KLCB25 eller KLCB98

Kolonne C: Antal KLCB28 koder som ikke samtidig er registreret med en KLCB25 eller KLCB98-kode. Hvis en kvinde i samme kontakt også forekommer med en KLCA16 eller KLCB32 kode, registreres kvinden som værende en KLCB28

Kolonne D: Antal KLCB32 koder, som ikke samtidig er registreret med en KLCB25 eller KLCB98-kode

*Hvis en kvinde over tid forekommer med flere af KLCA 16, KLCB 28 og KLCB 32, vælges den først forekommende kode.*

Kolonne E: Sum af kolonnerne B + C + D

Kolonne F: Antal med KLCA 16 og samtidig en KLCB 25/98 kode (dem skal der helst ikke være nogen af)

- Kolonne G: Antal med KLCB 28 og samtidig en KLCB 25/98 kode (dem må der gerne være nogen af)
- Kolonne H: Antal med KLCB 32 og samtidig en KLCB 25/98 kode (dem må der også gerne være nogen af)
- Kolonne I: Sum af kolonnerne F + G + H
- Kolonne J: Antal med en KLCB 25/98 kode, uden en samtidig KLCA 16 eller KLCB 28 eller KLCB 32 kode
- Kolonne K: Sum af kolonnerne E + I + J
- Kolonne L: Gennemsnitsalderen ved operation af kvinderne i kolonne B
- Kolonne M: Gennemsnitsalderen ved operation af kvinderne i kolonne C
- Kolonne N: Gennemsnitsalderen ved operation af kvinderne i kolonne D
- Kolonne O: Gennemsnitsalderen ved operation af kvinderne i kolonne E
- Kolonne P: Gennemsnitsalderen ved operation af kvinderne i kolonne I
- Kolonne Q: Gennemsnitsalderen ved operation af kvinderne i kolonne J

## Kvalitet

Kvinderne i kolonnerne B, C, D, I og J følges herefter frem til 31. dec. 2001 (med de data der nu foreligger) mhp. hvor mange der er reopereret som følger:

- Kolonne R: Antal af kvinderne i kolonne B, som i opfølgningsperioden atter er registreret med KLCA16 eller KLCB28 eller KLCB32
- Kolonne S: Andel kvinder, som er reopereret med samme type operation (Rx100/B)
- Kolonne T: Antal af kvinder i kolonne B, som i opfølgningsperioden er registreret med en hysterektomidiagnose dvs. med en KLCD kode
- Kolonne U: Andel kvinder, som er hysterektomeret, dvs. Tx100/B
- Kolonne V: Gennemsnitstiden fra primæroperationen KLCA16 til hysterektomi målt i uger
- Kolonne W: Antal af kvinderne i kolonne C, som i opfølgningsperioden atter er registreret med KLCA16 eller KLCB28 eller KLCB32
- Kolonne X: Andel kvinder, som er reopereret med samme type operation (Wx100/C)
- Kolonne Y: Antal af kvinder i kolonne C, som i opfølgningsperioden er registreret med en hysterektomidiagnose dvs. med en KLCD kode
- Kolonne Z: Andel kvinder, som er hysterektomeret, dvs. Yx100/C
- Kolonne AA: Gennemsnitstiden fra primæroperationen KLCB28 til hysterektomi målt i uger

Kolonne AB: Antal af kvinderne i kolonne D, som i opfølgningsperioden atter er registreret med KLCA16 eller KLCB28 eller KLCB32

Kolonne AC: Andel kvinder, som er reopereret med samme type operation (ABx100/D)

Kolonne AD: Antal af kvinder i kolonne D, som i opfølgningsperioden er registreret med en hysterektomidiagnose dvs. med en KLCD kode

Kolonne AE: Andel kvinder, som er hysterektomeret, dvs. ADx100/D

Kolonne AF: Gennemsnitstiden fra primæroperationen KLCB32 til hysterektomi målt i uger

Kolonne AG: Sum af kolonnerne R, W og AB

Kolonne AH: Andel kvinder, som er reopereret med samme type operation (AGx100/E)

Kolonne AI: Sum af kolonnerne T, Y og AD

Kolonne AJ: Andel kvinder, som er hysterektomeret, dvs. AIx100/E

Kolonne AK: Gennemsnitstiden fra primæroperationen til hysterektomi målt i uger

Kolonne AL: Antal af kvinderne i kolonne I, som i opfølgningsperioden atter er registreret med KLCA16 eller KLCB28 eller KLCB32

Kolonne AM: Andel kvinder som er reopereret med samme type operation (ALx100/I)

Kolonne AN: Antal af kvinder i kolonne I, som i opfølgningsperioden er registreret med en hysterektomidiagnose dvs. med en KLCD kode

Kolonne AO: Andel kvinder som er hysterektomeret, dvs. ANx100/I

Kolonne AP: Gennemsnitstiden fra primæroperationen til hysterektomi målt i uger

Kolonne AQ: Antal af kvinderne i kolonne J, som i opfølgningsperioden atter er registreret med KLCA16 eller KLCB28 eller KLCB32

Kolonne AR: Andel kvinder, som er reopereret med samme type operation (AQx100/J)

Kolonne AS: Antal af kvinder i kolonne J, som i opfølgningsperioden er registreret med en hysterektomidiagnose dvs. med en KLCD kode

Kolonne AT: Andel kvinder, som er hysterektomeret, dvs. ASx100/J

Kolonne AU: Gennemsnitstiden fra primæroperationen til hysterektomi målt i uger

Primære komplikationer til ER kan være elektrolytforstyrrelser. Derfor opgøres, hvor mange af kvinderne i kolonnerne B, C, D, I og J som i forbindelse med primære indgreb er registreret med en diagnose DE870-DE878.

Kolonne AV: Antal kvinder i kolonne B, som i samme kontakt er registreret med en DE87 diagnose

Kolonne AW: Antal kvinder i kolonne C, som i samme kontakt er registreret med en DE87 diagnose

Kolonne AX: Antal kvinder i kolonne D, som i samme kontakt er registreret med en DE87 diagnose

Kolonne AY: Antal kvinder i kolonne I, som i samme kontakt er registreret med en DE 87 diagnose

Kolonne AZ: Antal kvinder i kolonne J, som i samme kontakt er registreret med DE 87

Kolonne BA: Sum af AV, AW, AX, AY, AZ

Kolonne BB: Andel med elektrolytforstyrrelser:  $BA \times 100 / K$

En anden komplikation er en primær hysterektomi i samme seance som ER:

Kolonne BC: Antal kvinder i kolonne B, som i samme kontakt er registreret med en KLCD kode

Kolonne BD: Antal kvinder i kolonne C, som i samme kontakt er registreret med en KLCD kode

Kolonne BE: Antal kvinder i kolonne D, som i samme kontakt er registreret med en KLCD kode

Kolonne BF: Antal kvinder i kolonne I, som i samme kontakt er registreret med en KLCD kode

Kolonne BG: Antal kvinder i kolonne J, som i samme kontakt er registreret med en KLCD kode

Kolonne BH: Sum af BC-BG

Kolonne BI: Andel som er primært hysterektomeret:  $BH \times 100 / K$

En frygtet komplikation efter ER er udvikling af endometriecancer, og risikoen for primært at overse denne diagnose. Derfor gennemføres en søgning på kvinderne i kolonne B, C, D, I og J for en senere DC54 diagnose.

Kolonne BJ: Antal kvinder i kolonne B, som i opfølgingsperioden er registreret med en DC54 diagnose

Kolonne BK: Antal kvinder i kolonne C, som i opfølgingsperioden er registreret med en DC54 diagnose

Kolonne BL: Antal kvinder i kolonne D, som i opfølgingsperioden er registreret med en DC54 diagnose

Kolonne BM: Antal kvinder i kolonne E, som i opfølgingsperioden er registreret med en DC54 diagnose. Det skulle svare til summen af BJ, BK og BL

Kolonne BN: Antal kvinder i kolonne I, som i opfølgingsperioden er registreret med en DC54 diagnose

Kolonne BO: Antal kvinder i kolonne J, som i opfølgingsperioden er registreret med en DC54 diagnose

Kolonne BP: Sum af kolonnerne BM, BN og BO

## Fejlkodninger

Væsentligste fejlkilde er, at man i forbindelse med et andet hysteroskopisk indgreb (fx en polypfjernelse) også gennemfører en ER, men kun koder for polypfjernelsen. Derved unddrager en del ER sig registrering. Vi har ikke umiddelbart nogen mulighed for at vurdere omfanget af denne mangelfulde kodning.

## Manglende indikatorer

Operationstiden er en kvalitetsindikator, som ikke rummes i LPR. Den postoperative blødningstid er ligeledes en kvalitetsindikator som vi ikke har adgang til. Endelig er graden af blødningsgener i årene efter indgrebet en væsentlig kvalitetsindikator, som vi imidlertid har en proxy-variabel for, nemlig hysterektomi, som gennemføres, hvis blødningsgenerne er tilpas voldsomme.

## Udtrækspecifikation

Der gennemføres et udtræk dækkende årene 1996-2000. Patienterne for de enkelte år følges frem til 31. december 2001.

Der søges *både på indlæggelser og ambulante besøg*, men ikke skadestuebesøg.

Opdelingen i afdelinger og regioner følger etablerede standard.

Under Skejby anføres alle aktiviteter på Århus Amtssygehus, Århus KH og Skejby tilsammen. Dette for alle årene.

## Konklusion

Trods de manglende kvalitetsindikatorer, vil nærværende udtræk give et groft skøn over kvaliteten i forbindelse med ER. Problemet er primært, at den væsentligste kvalitetsindikator nemlig den sekundære hysterektomirate først kan gøres meningsfyldt op efter 5 år. Kun patienter opereret i 1996 vil kunne følges så længe. Men der vil blive fulgt op på kvinderne de kommende år. Det indebærer nødvendigvis, at kvaliteten ikke er særlig aktuel, men refererer til en klinisk praksis nogle år tilbage.

# Bilag 4

## Urogynækologi

### 4.1 Urininkontinens

Mens urininkontinens har en relativt afgrænset gruppe diagnoser, er de operative indgreb i forbindelse med inkontinens ganske forskelligartede, bl.a. fordi mange med inkontinens også har varierende typer og grader af prolaps.

Urininkontinens har følgende diagnoser:

DN393 Stress inkontinens

DN394 Incontinentia urinae, andre specificerede former

DN394A Incontinentia urinae, overflow

DN394B Incontinentia urinae, refleks

DN394C Incontinentia urinae, urge

Operationer for inkontinens omfatter dels løft af utethra

KKDG Operationer på urethra ved inkontinens

KKDG00 Suspensio urethrae retropubica

KKDG01 Suspensio urethrae retropubica endoscopica percutanea

KKDG10 Suspensio urethrae abdomino-vaginalis

KKDG20 Vaginopexia abdominalis

KKDG21 Vaginopexia abdominalis endoscopica percutanea

KKDG30 Urethrocystopexi med slynge

KKDG31 Urethrocystopexi med slynge, perkutan endoskopisk

KKDG40 Vesico-urethropexia med sutur/klæbemiddel/staples

KKDG41 Perkutan endoskop. Vesico-urethropexia m. sutur/klæbem/stapl.

KKDG50 Bækkenbundsplastik ved inkontinens, transabdominal

KKDG96 Operation på urethra ved inkontinens, anden

KKDG97 Op. på urethra ved inkontinens, anden endoskopisk perkutan

Dels operationer nedefra i forbindelse med prolaps

KLEF Prolaps- og descensusoperationer

KLEF00 Kolporrhaphia

KLEF03 Kolporrhaphia posterior

KLEF10 Kolpoperinæoplast (cervixamput, levatorsut, perinæorrafti)



- KLEF13 Kolpoperinæoplastik samt vaginal hysterektomi
- KLEF20 Kolpokleisis partialis
- KLEF23 Kolpokleisis
- Og endelig rekonstruktive indgreb nedefra
- KLEG Vaginale inkontinensoperationer
- KLEG00 Urethrocystorrhaphia vaginalis
- KLEG10 Urethrocystopexia vaginalis
- KLEG20 Bækkenbundsplastik (kvinde) med deling af levatorer
- KLEG99 Inkontinensoperation, anden vaginal

## Kvalitetsindikatorer

Kvaliteten ved operationer for inkontinens er kendetegnet ved

- En lav rate af per-operative komplikationer
- Et kort indlæggelsesforløb
- En lav rate af sekundære komplikationer
- En lav rate af reoperationer
- Et god blærefunktion hos kvinden postoperativt

Mens det sidste desværre ikke er tilgængeligt i LPR, vil de øvrige kvalitetsindikatorer indirekte sige noget om den sidste parameter. Den væsentligste kvalitetsparameter i LPR er således raten af reoperationer efter det primære indgreb. Problemet med denne kvalitetsindikator er, at den først kan gøres op flere år efter det primære indgreb, hvilket igen betyder, at de udkomne kvalitetsmål ikke er særlig aktuelle.

## Produktion

Først må vi danne os et indtryk af den samlede produktion. Primært ekskluderes alle, som tidligere har fået gennemført et operativt indgreb for inkontinens. Da kvinder godt kan have gået flere år i systemet med urininkontinens uden at være blevet opereret, kan vi ikke blot ekskludere de, som har diagnosen inkontinens før en given dato. Diagnosekoderne skiftede i årsskiftet 1993-1994, mens operationskoderne skiftede et par år senere i årsskiftet 1995-1996.

Det vil derfor være praktisk at gennemføre udtrækket fra og med 1996, hvilket også vil gøre udtrækket rimeligt aktuelt. Det betyder, at alle kvinder, som er opereret for inkontinens før 1996 skal ekskluderes primært, så vi alene ser på førstegangsopererede.

Derfor foretages primært en kørsel omfattende perioden 1980-1995, begge år inklusive.

I perioden 1980-1993 søges på kombinationen af diagnosen 786.29 og et operativt indgreb inden for følgende numre: 54060, 54100, 62060, 62140, 62200, 62220, 62240, 62300, 62340, og 62460.

For perioden 1994-1995 søges på DN393 og DN394 og de ovenstående 10 operationskoder.

Alle de kvinder, som er identificeret i henhold til ovenstående ekskluderes primært, så ingen af disse kvinder kan forekomme i udtrækket for perioden 1996-2000.

Der etableres data for hver af årene 1996-2000 og samlet for hele perioden.

Kolonne A: Afdelinger og regioner som vanligt

Kolonne B: Antal med diagnosen DN393 og et af de operative indgreb nævnt på side 61. Kvinder som er registreret med både en DN393 og DN394 kode samt et af de operative indgreb i samme kontakt, henføres også til denne kolonne

Kolonne C: Antal med diagnosen DN394 (inkl. alle undertyper) og en operationskode (s 61)

Kolonne D: Summen af B og C

En given kvinde må efter at være opereret i et år, ikke figurere som primært opereret i et af de følgende år. Derved kommer alle kvinderne i et givet år til at handle om førstegangs-opererede.

Kolonne E: Gennemsnitsalder for de i kolonne B opererede kvinder

Kolonne F: Gennemsnitsalder for de i kolonne C opererede kvinder

Kolonne G: Gennemsnitsalder for de i kolonne D opererede kvinder

Herefter en aldersfordeling på de i kolonne D forekommende kvinder:

Kolonne H: Antal under 40 år af de i kolonne D forekommende

Kolonne I: Antal 40-49 år af de i kolonne D forekommende

Kolonne J: Antal 50-59 år af de i kolonne D forekommende

Kolonne K: Antal 60-69 år af de i kolonne D forekommende

Kolonne L: Antal over 69 år af de i kolonne D forekommende

På denne måde skulle summen af kolonnerne H-L give antallet i kolonne D.

Herefter skal de specifikke operationskoder af de i kolonne D forekommende opgøres:

Kolonne M: Antal opereret med KKDG00

Kolonne N: Antal opereret med KKDG01

Kolonne O: Antal opereret med KKDG10

Kolonne P: Antal opereret med KKDG20

Kolonne Q: Antal opereret med KKDG21

Kolonne R: Antal opereret med KKDG30  
Kolonne S: Antal opereret med KKDG31  
Kolonne T: Antal opereret med KKDG40  
Kolonne U: Antal opereret med KKDG41  
Kolonne V: Antal opereret med KKDG50  
Kolonne W: Antal opereret med KKDG96  
Kolonne X: Antal opereret med KKDG97  
Kolonne Y: Antal opereret med KLEF00  
Kolonne Z: Antal opereret med KLEF03  
Kolonne AA: Antal opereret med KLEF10  
Kolonne AB: Antal opereret med KLEF13  
Kolonne AC: Antal opereret med KLEF20  
Kolonne AD: Antal opereret med KLEF23  
Kolonne AE: Antal opereret med KLEG00  
Kolonne AF: Antal opereret med KLEG10  
Kolonne AG: Antal opereret med KLEG20  
Kolonne AH: Antal opereret med KLEG99

Hvis samme kvinde under primære operation forekommer med flere af disse operationskoder, allokeres hun under den første (i den rækkefølge de er opført).

Kolonne AI: Sum af kolonnerne N, Q, S, U, X  
Kolonne AJ: Sum af kolonnerne M, O, P, R, T, V, W  
Kolonne AK: Sum af kolonnerne Y-AD  
Kolonne AL: Sum af kolonnerne AE-AH

## **Kvalitet**

Herefter opgøres, hvor mange af kvinder med summerede operationstyper, som er reopereret under primære indlæggelse for operation.

Kolonne AM: Antal af kvinder i AI, som er reopereret under primære indlæggelse, dvs. som tillige er registreret med en KLV kode (inkl. alle undertyper)  
Kolonne AN: Antal af kvinder i AJ, som er reopereret under primære indlæggelse, dvs. som tillige er registreret med en KLV kode (inkl. alle undertyper)  
Kolonne AO: Antal af kvinder i AK, som er reopereret under primære indlæggelse, dvs. som tillige er registreret med en KLV kode (inkl. alle undertyper)

Kolonne AP: Antal af kvinder i AL, som er reopereret under primære indlæggelse, dvs. som tillige er registreret med en KWL kode (inkl. alle undertyper)

Herefter opgøres, hvor mange af de i kolonnerne AI-AL, som er reopereret kort efter primære indlæggelse, dvs. inden for tre måneder = 12 uger:

Kolonne AQ: Antal af kvinder i AI, som er reopereret kort efter primære indlæggelse, dvs. som er registreret med en KWL kode i en ny kontakt (inkl. alle undertyper)

Kolonne AR: Antal af kvinder i AJ, som er reopereret kort efter primære indlæggelse, dvs. som er registreret med en KWL kode i en ny kontakt (inkl. alle undertyper)

Kolonne AS: Antal af kvinder i AK, som er reopereret kort efter primære indlæggelse, dvs. som er registreret med en KWL kode i en ny kontakt (inkl. alle undertyper)

Kolonne AT: Antal af kvinder i AL, som er reopereret kort efter primære indlæggelse, dvs. som er registreret med en KWL kode i en ny kontakt (inkl. alle undertyper)

Herefter opgøres, hvor mange af de i kolonnerne AI-AL, som mere end tre måneder (=12 uger) efter primære indgreb er reopereret med en af de på side 61 angivne operationer. Der søges her helt frem til ultimo 2001.

Kolonne AU: Antal af kvinder i AI, som er reopereret efter primære indlæggelse, dvs. som efter mere end 12 uger er registreret med en af de i kolonnerne M-AH angivne operationskoder

Kolonne AV: Antal af kvinder i AJ, som er reopereret efter primære indlæggelse, dvs. som efter mere end 12 uger er registreret med en af de i kolonnerne M-AH angivne operationskoder

Kolonne AW: Antal af kvinder i AK, som er reopereret efter primære indlæggelse, dvs. som efter mere end 12 uger er registreret med en af de i kolonnerne M-AH angivne operationskoder

Kolonne AX: Antal af kvinder i AL, som er reopereret efter primære indlæggelse, dvs. som efter mere end 12 uger er registreret med en af de i kolonnerne M-AH angivne operationskoder

Indlæggelseslængden opgøres for hver af de i kolonnerne AI-AL forekommende kvinder.

Kolonne AY: Den gennemsnitlige liggetid for de i kolonne AI forekommende kvinder

Kolonne AZ: Den gennemsnitlige liggetid for de i kolonne AJ forekommende kvinder

Kolonne BA: Den gennemsnitlige liggetid for de i kolonne AK forekommende kvinder

Kolonne BB: Den gennemsnitlige liggetid for de i kolonne AL forekommende kvinder

## Fejlkodninger

Dem er det kun i et vist omfang muligt at identificere. Vi vil gennemføre en enkelt fejlsøgning:

Det opgøres, hvor mange af de, som forekommer i kolonnerne AI-AL, som er reopereret inden for tre måneder uden en K LW kode men med en af koderne på side 61.

Kolonne BC: Antal kvinder i kolonne AI, som er reopereret inden for 12 uger efter primære operation, som ikke er registreret med en K LW kode, men er registreret med en af koderne på side 61 ved den sekundære indlæggelse

Kolonne BD: Antal kvinder i kolonne AJ, som er reopereret inden for 12 uger efter primære operation, som ikke er registreret med en K LW kode, men er registreret med en af koderne på side 61 ved den sekundære indlæggelse  
Kolonne BE: Antal kvinder i kolonne AK, som er reopereret inden for 12 uger efter primære operation, som ikke er registreret med en K LW kode, men er registreret med en af koderne på side 61 ved den sekundære indlæggelse

Kolonne BF: Antal kvinder i kolonne AL, som er reopereret inden for 12 uger efter primære operation, som ikke er registreret med en K LW kode, men er registreret med en af koderne på side 61 ved den sekundære indlæggelse.

## Manglende indikatorer

Det er selvfølgelig væsentligt, hvordan de opererede patienter oplever deres situation efter operationen sammenlignet med før operationen. En helt uacceptabel situation vil afstedkomme ny operation, og dem fanger vi. Men funktionsniveauet blandt de, som ikke opereres igen kender vi ikke.

Vi har heller ingen oplysninger om graden af smerter og ubehag i forbindelse med de mange forskelligartede operative indgreb, forhold som dog er sekundære i forhold til det postoperative resultat.

Endelig rummer LPR ikke mulighed for at evaluere de mange ambulante udredninger og behandlinger, som ikke indebærer operation.

## Udtræksspecifikation

Der gennemføres et udtræk alene på indlæggelser. Der ses således bort fra ambulante besøg og skadestuebesøg.

Primære studieperiode er som angivet tidligere 1996-2000. Der gennemføres opgørelse for hvert af årene samt for hele perioden 1996-2000.

Afdelinger og regioner inddeles, som vi plejer.

Afdelinger, som ikke har nogen operationer igennem hele perioden kan udelades.

## **Konklusion**

Den store styrke ved aktuelle produktions- og kvalitetskontrol er, at det er muligt at følge den enkelte kvinde gennem en længere periode. Ideelt vil der skulle være tale om follow-up perioder på 5-10 år, for at vurdere, hvor godt de enkelte indgreb bevarer den kontinens, kvinderne ønsker at opnå ved operationerne.

Vi vil de kommende år følge kvinder opereret fra 1996, for løbende at se, hvor mange, som er blevet opereret igen.



I dette projekt er Landspatientregisteret (LPR) systematisk søgt anvendt som klinisk database inden for det gynækologiske speciale. Projektet har vist, at det med udgangspunkt i LPR-data er muligt at etablere både et samlet overblik over aktiviteten på de enkelte gynækologiske afdelinger og i varierende udstrækning kvaliteten af denne. Det er bemærkelsesværdigt, at det har vist sig muligt at kvantificere en række nøgleindikatorer for den kliniske kvalitet i LPR. Projektet har endvidere tilvejebragt en detaljeret viden om de områder, hvor der i de kommende år bør ske en særlig indsats for at forbedre den løbende indberetning til LPR.

Rapporten kan være til nytte og inspiration for alle, der arbejder med kvalitetsmåling og kliniske indikatorer samt alle, der arbejder med videreudvikling af såvel LPR som kliniske databaser.

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering  
Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
Postbox 1881  
2300 København S  
Telefon 7222 7400  
Telefax 7222 7404  
[sst@sst.dk](mailto:sst@sst.dk)