



**Føtalmedicinsk Database
(FØTO databasen)**

www.DFMS.dk



National årsrapport 2012

1. januar 2012 – 31. december 2012

Indeværende rapport er udarbejdet i et samarbejde mellem databasens styregruppe, Kompetencecenter for Klinisk kvalitet og Sundhedsinformatik Øst og Kompetencecenter for Klinisk Epidemiologi og Biostatistik Øst. Styregruppen er ansvarlig for kommentarer, konklusioner og anbefalinger i forhold til indikatorresultaterne. Kompetencecenter for Klinisk Epidemiologi og Biostatistik Øst er ansvarlig for databearbejdning og analyser.

Henvendelse vedr. rapporten til:

Specialkonsulent: Pia Arnum Frøslev

Kompetencecenter for Klinisk kvalitet og Sundhedsinformatik Øst
c/o Region Hovestaden, Klinisk Information og Data, Rigshospitalet,
Blegdamsvej 9, opgang 95, afsnit 9521, 1.sal, 2100 Østerbro
Telefon: (+45) 27 63 67 77

E-mail: pia.arnum.froeslev@regionh.dk

Web-adresse: www.rkkp.dk

Epidemiolog: Kathrine Carlsen, Kompetencecenter for Epidemiologi og Biostatistik Øst,
Nordre Ringvej 57, afsnit 84/85, 2600 Glostrup

Telefon: (+45) 3863 3384

E-mail: kathrine.carlsen@regionh.dk

Indholdsfortegnelse

INDLEDNING	3
KONKLUSIONER OG ANBEFALINGER	3
ANBEFALINGER	4
IKKE INDIKATORBASEREDE RESULTATER:	7
<i>Indikator 1 - Andel gravide, der får foretaget nakkefoldskanning</i>	<i>10</i>
<i>Indikator 2 - Antal nakkefoldskninger per afdeling</i>	<i>11</i>
<i>Indikator 3 - Andel gravide med risiko >1:300, baseret på maternel alder, nakkefoldskanning og doubletest</i> .	<i>13</i>
<i>Indikator 4 - Andel fostre med Downs syndrom, der påvises ved 1. trimester screening</i>	<i>17</i>
<i>Indikator 5 - Andel gravide, der aborterer utilsigtet efter: a) fostervandsprøve (AC), b) moderkageprøve (CVS)</i>	<i>19</i>
<i>Indikator 6 - Andel af gravide der får lavet misdannelsesskanning</i>	<i>22</i>
<i>Indikator 7 - Antal misdannelsesskninger – gennemskninger og/eller nakkefoldskninger per hospital</i> .	<i>23</i>
<i>Indikator 8 – Detektionsraten for acrani, andre neuralrørsdefekter og bugvægsdefekter</i>	<i>28</i>
<i>Indikator 9 - Andel fostre med én eller flere moderate eller svære misdannelser, der påvises prænatalt</i>	<i>34</i>
OVERSIGT OVER ALLE INDIKATORER	35
DATAGRUNDLAG	36
<i>ASTRAIA DATA</i>	<i>36</i>
<i>CYTOGENETISKE DATA</i>	<i>37</i>
<i>FØDSELSREGISTERDATA/LPR DATA</i>	<i>37</i>
<i>ANALYSEPORTALEN</i>	<i>38</i>
<i>DÆKNINGSGRAD</i>	<i>38</i>
<i>DATAKOMPLETHED</i>	<i>38</i>
STYREGRUPPENS MEDLEMMER	39
APPENDIKS	40
LÆSEVEJLEDNING	40
BILAG 1 – OVERSIGT OVER VARIABLE I FØTO-DATABASEN	41

INDLEDNING

Dette er den fjerde årsrapport fra FØTO-databasen, som primært dækker nakkefoldskanninger og misdannelsesskanninger. Herværende årsrapport dækker hovedsageligt de skanninger, som er foretaget i perioden 1. januar 2012 til 31. december 2012. For enkelte variable er der lavet en opdatering vedr. 2011 data, da udfaldet af graviditeten er en del af indikatoren. Ligesom årsrapporten fra 2011 er årsrapporten fuldt ud baseret på elektronisk indberettede data. Data er indberettet fra 20 gynækologiske/obstetriske afdelinger i Danmark, og koblet med data fra Dansk Cytogenetisk Centralregister, Fødselsregisteret og Landspatientregisteret.

Som i tidligere årsrapporter er alle opgørelser i denne årsrapport alene baseret på singleton graviditeter.

Årsrapporten har været i høring på de enkelte afdelinger, samt kvalitetsafdelingerne i de forskellige regioner inden offentliggørelse. Denne årsrapport vil, udover at være tilgængelig på Kliniske Databasers hjemmeside, blive offentliggjort på Dansk Føtalmedicinsk Selskabs hjemmeside (www.DFMS.dk) og www.dsog.dk.

FØTO-databasens årsrapport tænkes primært anvendt som arbejdsredskab af de føtalmedicinske enheder med henblik på vedligeholdelse og optimering af ultralydsskanninger i graviditeten. For administratorer håber vi, at data kan have såvel lokal som national interesse. For Sundhedsstyrelsen vil en monitorering af effekten af de nye retningslinjer vedrørende prænatal screening og diagnose fra 2004 være af stor betydning.

Det er ikke alle indikatorer, som er opgjort på hospitalsniveau. For nogle indikatorer giver det kun mening at vurdere den faglige kvalitet på regions- og landsniveau.

KONKLUSIONER OG ANBEFALINGER

Dette er den tredje årsrapport fra FØTO-databasen baseret på elektronisk indrapporterede data. Databasen indeholder nu data vedrørende mere end 301.000 graviditeter, hvoraf der er medtaget de 293.281, som har fået foretaget 1. trimester screening og/eller misdannelsesskanning i 2008-2012.

Datakvalitet og dækningsgrad af 1. trimester skanningen er høj, og giver et godt grundlag for at konkludere, at kvaliteten af 1. trimester screeningen er høj, og alle kvalitets-indikatorer er opfyldt. På landsplan var detektionsraten af Downs syndrom 95% i 2012 og screen-positiv raten var 5%. Det bemærkes, at der ikke anvendes de samme screeningsparametre på alle afdelinger, idet nogle afdelinger inddrager flere ultralydsmarkører i risikoberegningen ud over nakkefoldens tykkelse, medens andre afdelinger ikke gør. I fremtiden vil det være ønskværdigt at få oplyst detektionsrate og screen-positiv rate baseret på de samme grundlæggende parametre fra alle afdelinger (maternel alder, doubletest og nakkefoldens tykkelse).

Vedrørende misdannelses skanningen, er ICD-10 kodningen i databasen tilsyneladende fortsat mangelfuld, og giver derfor ikke grundlag for at kunne vurdere kvaliteten af misdannelsesscreeningen i forbindelse med 19 ugers skanningen. Baseret på de tilgængelige tal er indikatorerne for detektion af bugvægsdefekter og neuralrørsdefekter ved nakkefoldskanning og misdannelsesskanning dog tæt ved at være opfyldt.

Der er iværksat initiativer med henblik på at opnå en bedre, og mere ensartet ICD-10 kodepraksis, men pga. af ICD-10 codesystemets begrænsninger indenfor medfødte misdannelser, vil den øn-

skede kvalitet formentligt først kunne opnås ved inklusion af de organspecifikke oplysninger vedrørende prænatale misdannelser, der også registreres i Astraia, ud over misdannelsernes ICD-10 koder.

Det har vist sig meget arbejdskrævende at få etableret en velfungerende elektronisk datasende-funktion fra alle gynækologisk-obstetriske afdelinger, samt elektronisk datakobling. Dette arbejde ville ikke have været muligt uden ansættelse af en dedikeret person. Vores samarbejde med Klinisk Kompetencecenter Øst/Enheden for Klinisk Kvalitet har været strålende.

Vi har nu vist at det er muligt at få systemet til at fungere og opnået valide data for screening for Downs syndrom, medens dette endnu ikke er tilfældet for misdannelsesskanning. Det forekommer realistisk at forvente at hele databasen vil komme til at fungere indenfor et par år – forudsat inklusion af den ikke-ICD 10 baserede misdannelsesregistrering fra Astraia.

Dataudtræk fra FØTOdatabasen har dannet grundlag for guideline for 1.trimester screening udarbejdet af Dansk Føtalmedicinsk Selskab (www.dfms.dk).

Databasens styregruppe har tidligere modtaget ansøgninger om udtræk fra databasen mhp. anvendelse i forskningsprojekter, og udtræk er foretaget af de dagligt ansvarlige. Siden 1.2.13 er ansøgningsproceduren om dataudtræk lavet om, så ansøgninger sendes direkte til RKKP som videre-sender ansøgninger til godkendelse i databasens styregruppe. Klinisk Kompetencecenter Øst/Enheden for Klinisk Kvalitet foretager derefter dataudtræk.

Der er indtil videre modtaget 33 ansøgninger om data, og leveret data til 28 af disse. Data fra FØTOdatabasen har indtil nu været grundlag for 5 artikler publiceret i internationale tidsskrifter, ligeledes er 4 artikler indsendt og 5 er under udarbejdelse. Data fra FØTOdatabasen er også grundlag for 18 abstracts, der er blev antaget til føtalmedicinske verdenskongresser; ISUOG 2012 og 2013 (<http://www.isuog.org/WorldCongress/2013/>) samt FMF 2013 (<http://www.fetalmedicine.com/fmf/courses-congress/conferences/>).

Anbefalinger

Tilbuddet om 1. trimester ultralydsskanning og risikovurdering for trisomi 21 synes velfungerende på alle afdelinger. Der ses dog i perioden 2008-2012 en stigning i screen-positiv raten, der nationalt nu er tæt på 5%, og på enkelte afdelinger er over 7%.

Man bør derfor på nationalt plan fortsat diskutere de anvendte parametre og kvalitetsindikatorer, med henblik på en evt. justering af screenings performance. Det bør ligeledes diskuteres om alle afdelinger bør anvende de samme screeningsparametre.

Registrering af misdannelser bør veletableres i Astraia på alle afdelinger, på ensartet facon i henhold til en kodemanual ud fra erfaringerne med nakkefoldskanning. Misdannelsesområdet er endnu mere vanskeligt tilgængeligt rent registreringsmæssigt da der findes mange forskellige diagnoser, hvilket kræver en stor grad af viden og akkuratesse at anvende. Derfor blev der i starten af 2012 iværksat initiativ til en ny national guideline for kodning af misdannelser, og overlæge Olav

Bjørn Petersen har i løbet af 2013 været rundt på alle afdelinger, der foretager ultralydskanninger i graviditeten, for at informere og oplære i Astraia- og ICD-10 kodning af misdannelser. På den måde håber vi i løbet af det næste år eller to at blive i stand til at levere detektionsrater for en række betydende misdannelser. FØTOdata-basen er dog for 2012 for første gang i stand til at levere data omkring detektion for et par af de alvorligste misdannelser. Der er sket en væsentlig forbedring af kodepraksis i Danmark.

Resultatoversigt

Aktuelle årsrapport:

<i>Kvalitetsområde</i>	<i>Indikator</i>	<i>Standard</i>	<i>Målopfyl- delse</i>
Downs syndrom:			
1. Skanningstidspunkt	Andel gravide, der får foretaget nakkefoldskanning	> 80 %	Ja
2. Patient-flow	Antal nakkefoldskanninger per afdeling	> 1000/år	Ja
3. Størrelse af risikopopulationen (screenpositiv rate)	Andel gravide med risiko >1:300, baseret på maternel alder, nakkefoldskanning og doubletest	< 6 %	Ja
4. Detektionsrate	Andel fostre med Downs syndrom, der påvises ved 1. trimester screening	> 80 %	Ja
5. Abort efter invasiv fosterdiagnostik	<p>Andel gravide, der aborterer utilsigtet efter:</p> <p>a) moderkageprøve</p> <p>b) fostervandsprøve</p> <p>Standarden skal vurderes ud fra, at abortrisikoen forbundet med moderkageprøve og fostervandsprøve er ca. 1%, som skal lægges oveni den spontane abortrate, som er højere ved tidspunktet for moderkageprøve, ca. 12 uger, end ved fostervandsprøve, ca. 16 uger.</p>	<p>< 4,0 %</p> <p>< 2,5 %</p>	Ja
Medfødte misdannelser:			
6. Skanningstidspunkt	Andel af gravide der får lavet misdannelseskanning	> 80%	Ja
7. Patient-flow	Antal misdannelseskanninger per afdeling	> 1000/år	Ja
8. Detektionsrate for:			
a) <u>neuralrørsdefekter</u>	<p><u>Andel fostre med acrani, der påvises ved nakkefoldskanning (uge 11-14)</u></p> <p><u>Andel fostre med neuralrørs-defekt, der påvises ved nakkefoldskanning (uge 11-14) eller misdannelseskanning (uge 17-22).</u></p>	<p>> 50 %</p> <p>> 90 %</p>	<p>Ja</p> <p>Nej</p>
b) <u>bugvægsdefekter</u>	<p><u>Andel fostre med bugvægsdefekt, der påvises ved nakkefoldskanning (uge 11-14)</u></p> <p><u>Andel fostre med bugvægsdefekter, der påvises ved der påvises ved nakkefoldskanning (uge 11-14) eller misdannelseskanning (uge 17-22).</u></p>	<p>> 50 %</p> <p>> 90 %</p>	<p>Ja</p> <p>Ja</p>
9. Total detektionsrate	Andel fostre med én eller flere moderate eller svære misdannelser, der påvises prænatalt	> 50 %	Kan ikke opgøres

Ikke indikatorbaserede resultater:

Antal fødsler

Antal fødsler registreret i Føto-databasen og i Fødselsregistret – hele landet	2012	2011	2010
Føto databasen	54740	55034	59072
Fødselsregistret	56061	57136	61329

Epidemiologisk kommentar:

Af de kvinder, som venter singletons og er blevet skannet i 2012 vil 27.108 først føde i 2013.

Klinisk kommentar:

Som det fremgår af ovenstående, er der et markant fald i fødselstallet i 2011 og der er fortsat et lavt fødselstal i 2012 sammenlignet med de tidligere år.

Gennemsnitsalder

Gennemsnitsalderen ved nakkefoldsskanning	2012	2011	2010
Danmark	29,9	29,9	29,9
Hovedstaden	30,8	30,8	30,7
Sjælland	29,3	29,4	29,4
Syddanmark	29,2	29,3	29,2
Midtjylland	29,7	29,8	29,7
Nordjylland	29,2	29,0	29,2
Hovedstaden	30,8	30,8	30,7
Rigshospitalet	31,4	31,5	31,4
Hvidovre	30,6	30,4	30,5
Gentofte	.	.	31,5
Herlev	30,5	30,6	29,9
Hillerød	30,9	30,8	30,8
Glostrup	.	.	29,0
Sjælland	29,3	29,4	29,4
Roskilde	30,1	30,4	30,2
Holbæk	29,0	29,0	29,1
Næstved	28,8	28,8	28,9
Syddanmark	29,2	29,3	29,2
Kolding	29,5	29,5	29,4
Svendborg	29,2	29,4	29,3
Sønderborg	28,8	29,0	28,7
Esbjerg	28,7	28,8	29,0
Odense	29,3	29,5	29,4
Midtjylland	29,7	29,8	29,7
Skejby	30,2	30,3	30,2
Herning	29,2	29,4	29,1
Randers	29,3	29,3	29,5
Silkeborg	.	30,5	30,0
Horsens	29,8	29,5	29,5
Viborg	29,4	29,6	29,5
Nordjylland	29,2	29,0	29,2
Nordjylland	29,2	29,0	29,2

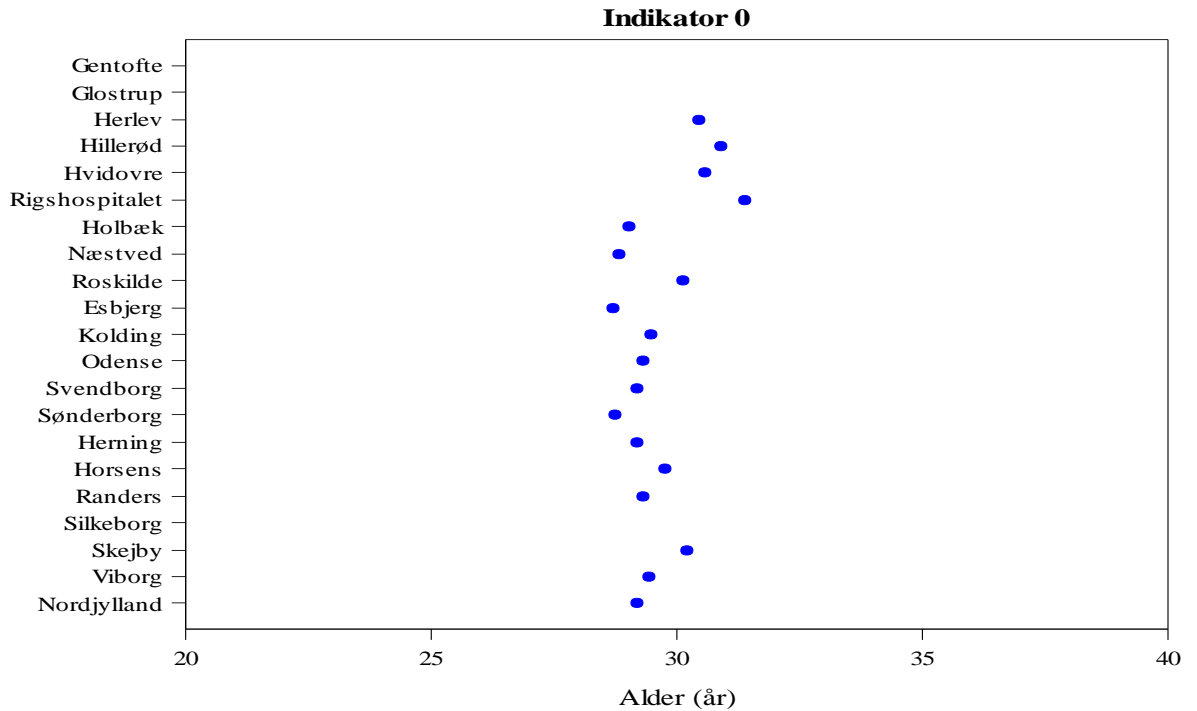
Epidemiologisk kommentar:

Morens gennemsnitsalder ved nakkefoldsskanning synes stabil gennem årene, men varierer mellem de enkelte regioner.

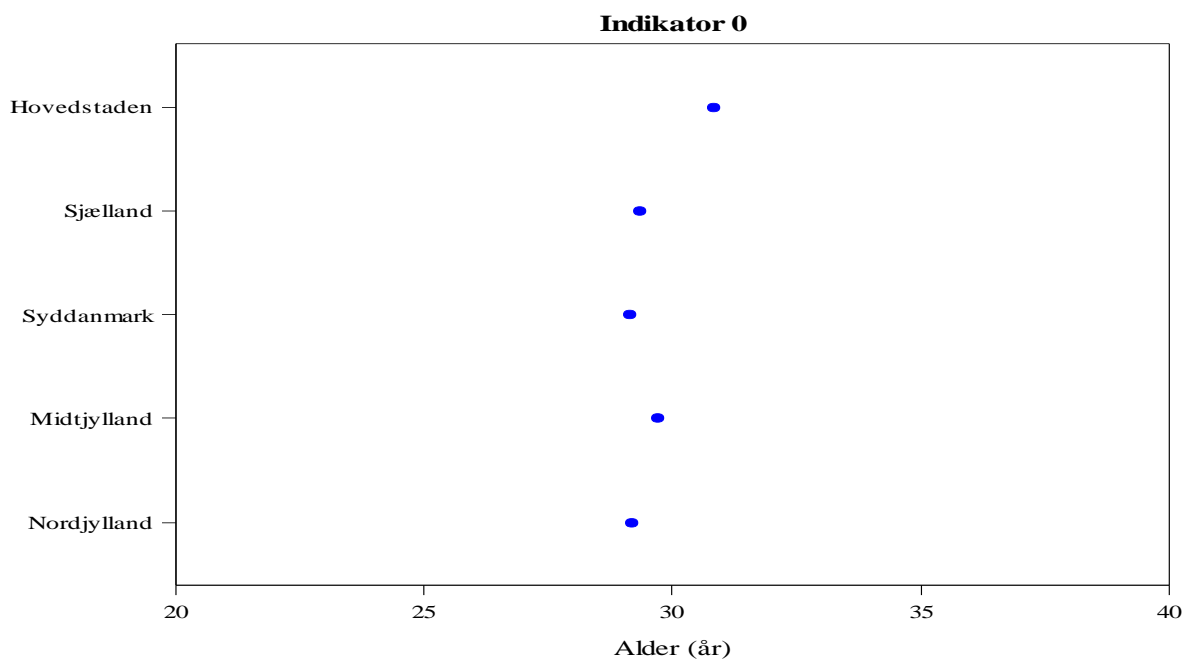
Klinisk kommentar:

Den gravides alder har betydning for risikoen for Downs syndrom, idet risikoen stiger med mater-
nel alder.

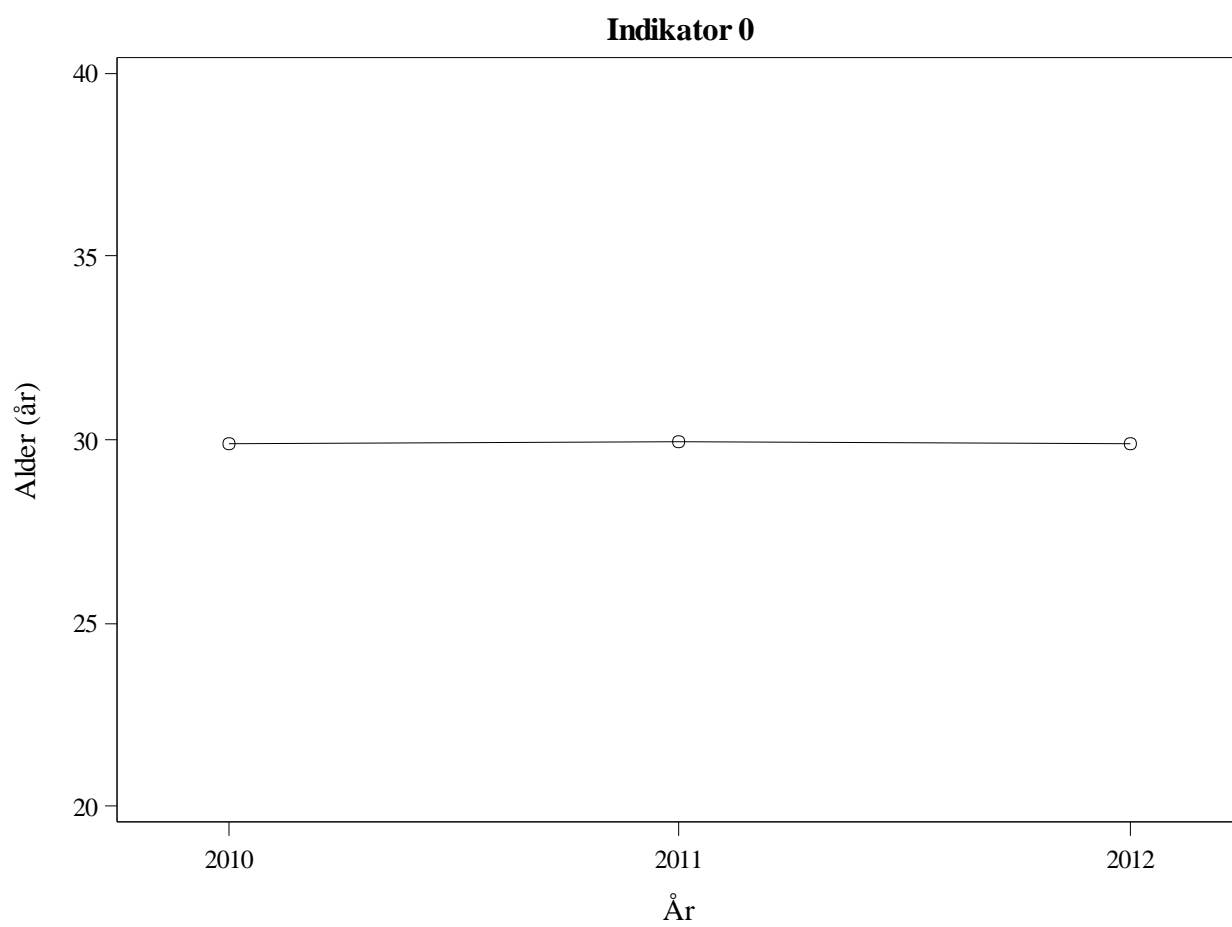
Aldersfordelingen pr. hospital



Aldersfordelingen pr. region



Trend i aldersfordelingen på landsplan 2010-2012



Indikator 1 - Andel gravide, der får foretaget nakkefoldskanning

1. Andel gravide der får nakkefoldsskanning.	Std. 80% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.1.-31.12.2012 Andel	95% CI	2011 Andel	2010 Andel
Danmark	ja	52242 / 56061	0 (0)	93	(93-93)	92	89

Epidemiologisk kommentar:

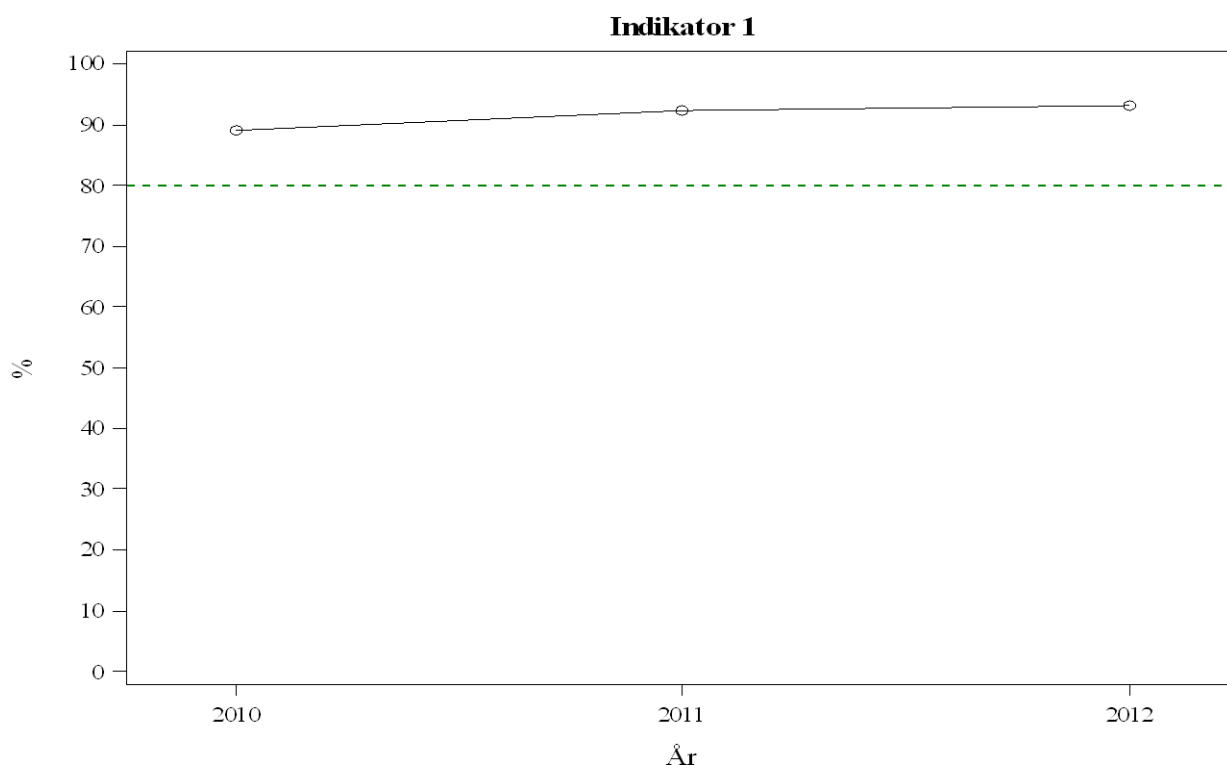
Det skal bemærkes, at andelen af gravide kvinder, der får foretaget en nakkefoldsskanning er et estimat, eftersom det præcise antal fødsler i perioden ikke kendes.

Det kan overvejes til næste årsrapport at ændre beregningsmåden således, at andelen af kvinder, der tager imod tilbuddet om nakkefoldsskanninger beregnes ud fra antallet af fødsler i 2012. Eftersom skanningstidspunktet ligger ret fast og forventet fødselstidspunkt er godt estimeret er det muligt at holde antallet af forventede fødsler i registret et givent år op mod det faktiske antal registreret i fødselsregistret. Denne indikator ville derved dække nakkefoldsskanninger foretaget i perioden oktober til september og ikke januar – december, som resten af indikatorerne. Derved ville andelen af nakkefoldsskanninger blive langt mere præcis og ikke påvirket af udsving i fødselstallet.

Klinisk kommentarer:

Indikatoren opfylder standarden at være over 80% på nationalt niveau. Der er således uændret stor tilslutning blandt de gravide til tilbuddet om risikovurdering for Downs syndrom i første trimester.

Trend i andelen af gravide der får foretaget nakkefoldsskanning 2010-2012



Indikator 2 - Antal nakkefoldskanninger per afdeling

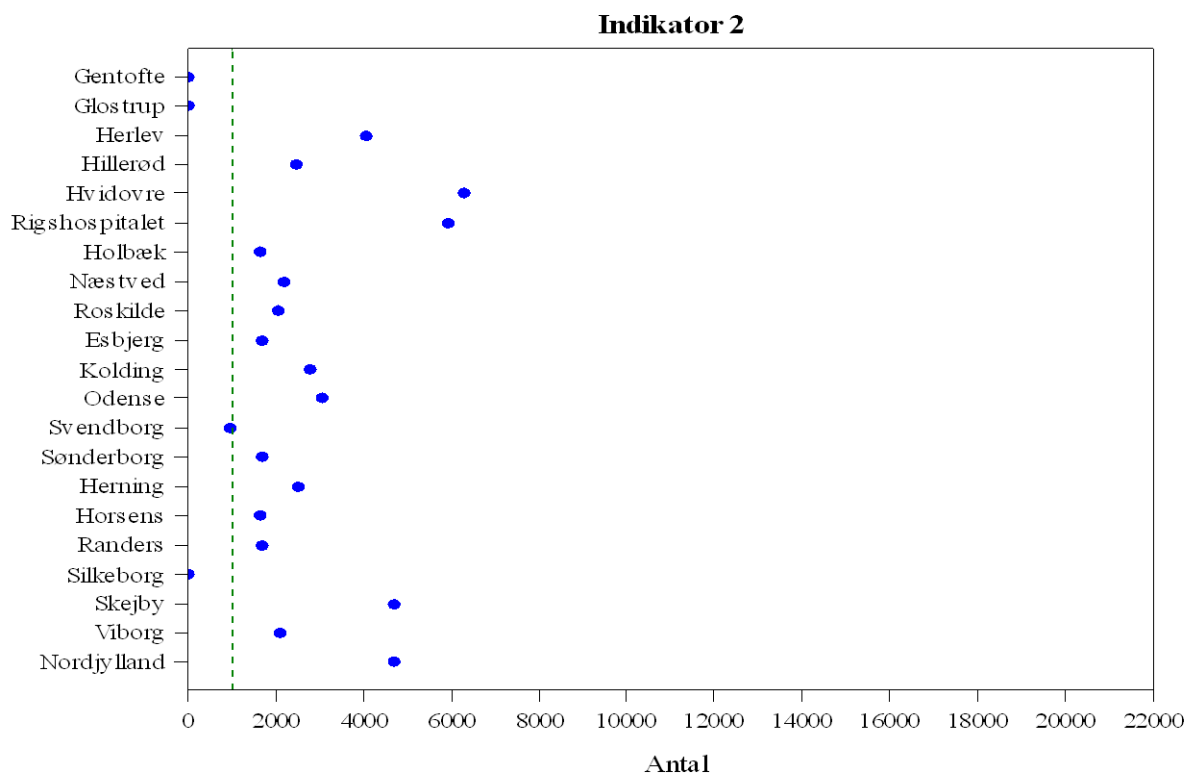
Patientflow. Antal nakkefoldsskanninger.	2012	2011	2010
Danmark	52242	52695	54672
Hovedstaden	18735	18313	18731
Sjælland	5905	6254	6678
Syddanmark	10211	10409	10575
Midtjylland	12671	12993	13675
Nordjylland	4720	4726	5013
Hovedstaden	18735	18313	18731
Rigshospitalet	5942	5685	5173
Hvidovre	6285	6095	5226
Gentofte	0	0	1620
Herlev	4048	3868	3846
Hillerød	2460	2665	2864
Glostrup	0	0	2
Sjælland	5905	6254	6678
Roskilde	2050	2132	2405
Holbæk	1639	1696	1968
Næstved	2216	2426	2305
Syddanmark	10211	10409	10575
Kolding	2783	2808	2851
Svendborg	966	1111	1158
Sønderborg	1681	1678	1668
Esbjerg	1712	1681	1786
Odense	3069	3131	3112
Midtjylland	12671	12993	13675
Skejby	4697	4742	4836
Herning	2511	2453	2605
Randers	1704	1811	1866
Silkeborg	0	596	1101
Horsens	1637	1600	1592
Viborg	2122	1791	1675
Nordjylland	4720	4726	5013
Nordjylland	4720	4726	5013

Klinisk kommentar:

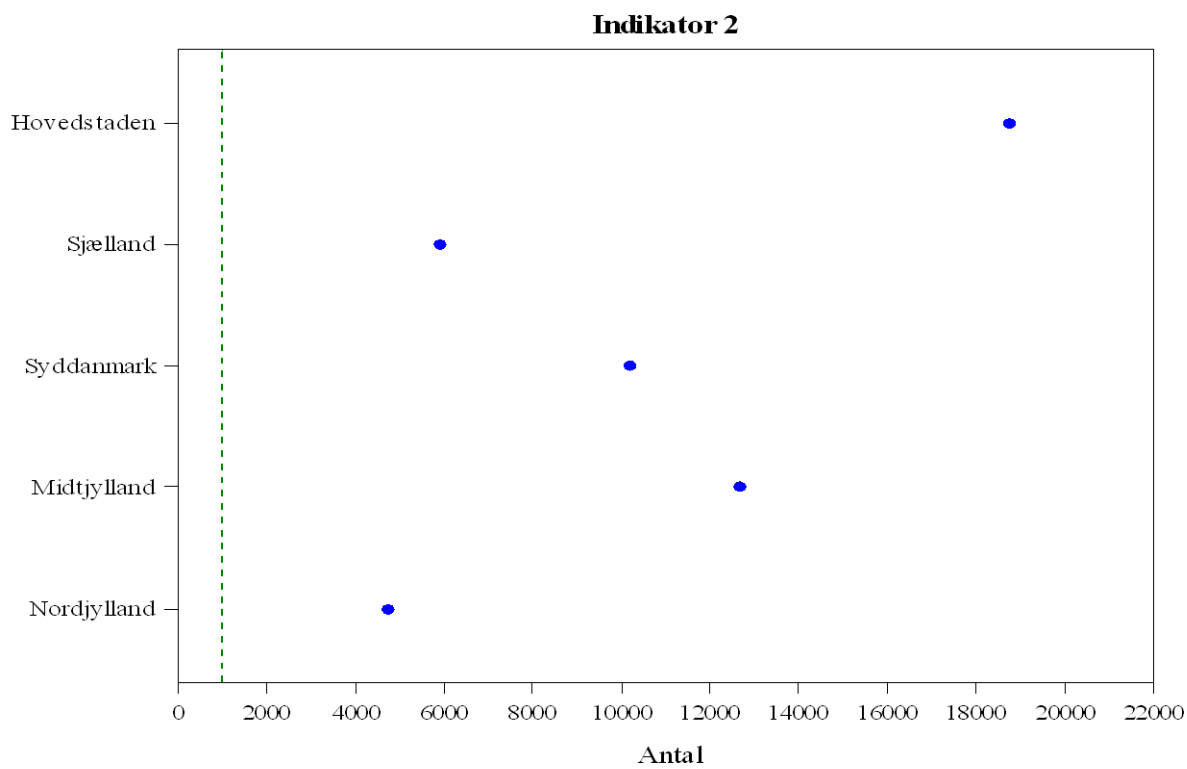
Alle afdelinger på nær Svendborg Sygehus opfylder standarden, som er mere end 1000 nakkefoldskanninger per år. Gynækologisk/Obstetrisk afdeling på Svendborg Sygehus er pr. 1.1.2013 under faglig ledelse af Odense Universitetshospital og i årsrapporten for 2013 vil disse to afdelinger blive rapporteret som én afdeling.

Det bemærkes, at antallet af nakkefoldskanninger i alle landets regioner er relativt konstant. Da fødselstallet siden 2010 har været faldende og tilslutningen til nakkefoldskanning nærmest uændret, er det samlede antal af skanninger også lidt faldende.

Nakkefoldsskanninger pr. hospital 2012



Antal nakkefoldsskanninger pr. region 2012



Indikator 3 - Andel gravide med risiko >1:300, baseret på maternel alder, nakkefoldskanning og doubletest

3. Screen positiv-rate for Downs syndrom				Aktuelle år		Tidligere år	
	Std. <6% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst (%)	1.1.-31.12.2012 Andel	95% CI	2011 Andel	2010 Andel
Danmark	ja	2533 / 51490	0 (0)	4,9	(4,7-5,1)	4,8	5,0
Hovedstaden	ja	995 / 18382	0 (0)	5,4	(5,1-5,8)	5,5	5,3
Sjælland	ja	268 / 5845	0 (0)	4,6	(4,1-5,2)	3,8	4,2
Syddanmark	ja	536 / 10080	0 (0)	5,3	(4,9-5,8)	4,8	5,5
Midtjylland	ja	640 / 12552	0 (0)	5,1	(4,7-5,5)	5,4	5,2
Nordjylland	ja	94 / 4631	0 (0)	2,0	(1,6-2,5)	1,8	2,8
Hovedstaden	ja	995 / 18382	0 (0)	5,4	(5,1-5,8)	5,5	5,3
Gentofte		0 / 0	0 (0)				6,0
Glostrup		0 / 0	0 (0)				50,0
Herlev	ja*	245 / 3986	0 (0)	6,1	(5,4-6,9)	5,6	4,8
Hillerød	ja	101 / 2441	0 (0)	4,1	(3,4-5,0)	4,4	5,1
Hvidovre	ja	313 / 6165	0 (0)	5,1	(4,5-5,7)	5,2	4,4
Rigshospitalet	ja	336 / 5790	0 (0)	5,8	(5,2-6,4)	6,5	6,6
Sjælland	ja	268 / 5845	0 (0)	4,6	(4,1-5,2)	3,8	4,2
Holbæk	ja	51 / 1599	0 (0)	3,2	(2,4-4,2)	3,0	2,8
Næstved	ja	126 / 2208	0 (0)	5,7	(4,8-6,8)	4,3	5,1
Roskilde	ja	91 / 2038	0 (0)	4,5	(3,6-5,5)	3,7	4,6
Syddanmark	ja	536 / 10080	0 (0)	5,3	(4,9-5,8)	4,8	5,5
Esbjerg	ja	58 / 1706	0 (0)	3,4	(2,6-4,4)	5,0	3,7
Kolding	ja	135 / 2757	0 (0)	4,9	(4,1-5,8)	3,6	3,7
Odense	nej	229 / 3038	0 (0)	7,5	(6,6-8,5)	6,9	9,3
Svendborg	ja	43 / 963	0 (0)	4,5	(3,3-6,0)	4,4	8,2
Sønderborg	ja	71 / 1616	0 (0)	4,4	(3,5-5,5)	2,7	1,6
Midtjylland	ja	640 / 12552	0 (0)	5,1	(4,7-5,5)	5,4	5,2
Herning	ja	124 / 2491	0 (0)	5,0	(4,2-5,9)	5,0	3,9
Horsens	ja	94 / 1626	0 (0)	5,8	(4,7-7,0)	6,5	5,5
Randers	ja	69 / 1669	0 (0)	4,1	(3,2-5,2)	4,5	3,5
Silkeborg		0 / 0	0 (0)			5,9	3,6
Skejby	ja	264 / 4666	0 (0)	5,7	(5,0-6,4)	5,9	6,7
Viborg	ja	89 / 2100	0 (0)	4,2	(3,4-5,2)	4,1	6,1
Nordjylland	ja	94 / 4631	0 (0)	2,0	(1,6-2,5)	1,8	2,8
Nordjylland	ja	94 / 4631	0 (0)	2,0	(1,6-2,5)	1,8	2,8

* Indikatoren er opfyldt indenfor confidens intervallet

Epidemiologisk kommentar:

Følgende karyotyper indgår i variablen Downs syndrom:

'46,XX,+21,der(14;21)(q10;q10)'

'46,XX,+21,der(21;21)(q10;q10)'

'46,XX,+21,der(21;21)(q10q10)'

'46,XX,rob(14;21),+21'

'46,XY,der(13;21)(q10;q10),+21 -->'

'46,XY,i(21)'

'46,XY,i(21)(q10)'

'46,XY,idic(21;21)(p12;p12)'

'47,XX,+21'

'47,XX,+21 -->'

'47,XX,+21,der(13)'

'47,XX,+21/96,XXXX,+2,+2,+21,+22'

'47,XX,+21[19]/46,XX[1]'

'47,XX,+21[28]/46,XX[2]'

'47,XY,+21','47,XY,+21 -->'

'aCGH-XY dup(21)(p11.2q22.3)'

Klinisk kommentar:

Standarden er at screen-positiv raten skal være mindre end 6%. Dette opfyldes regionalt såvel som nationalt for 2012.

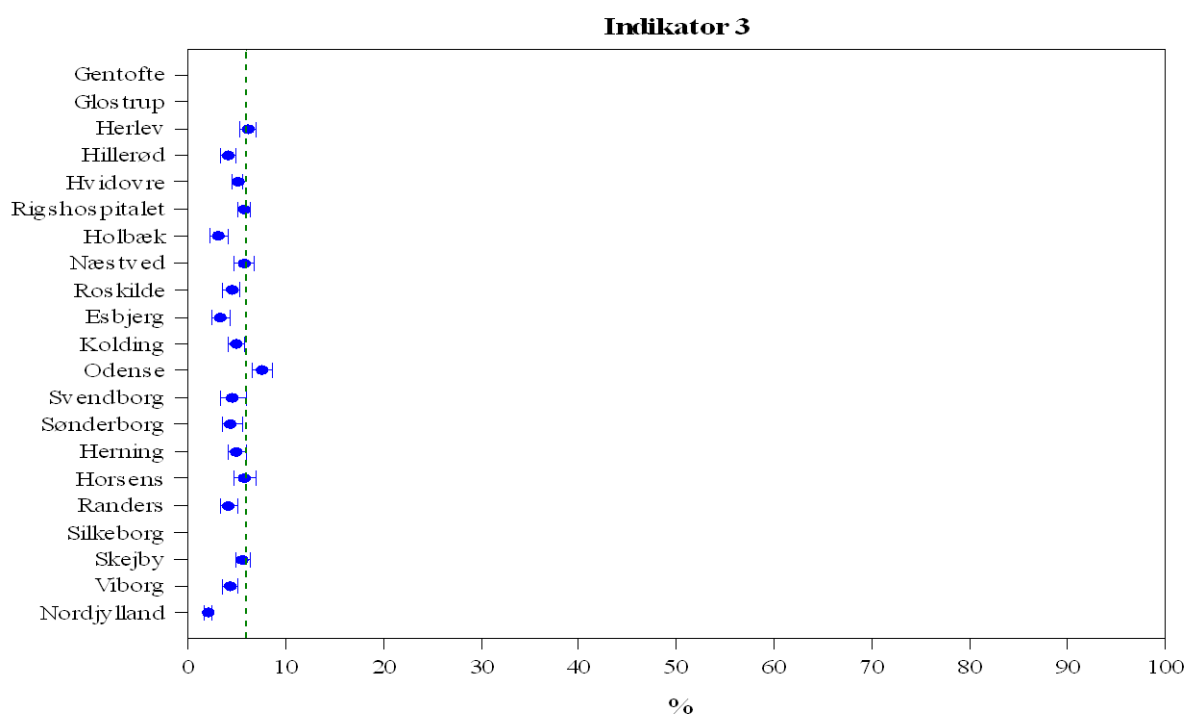
Den nationale screen positiv rate beregnet for singleton graviditeter var i 2012 4,9% (95% CI 4,7-5,1). De tilsvarende rater var i 2011 4,8% (95% CI 4,6-5,0) og i 2010 5,0% (4,8-5,2).

Screen-positiv raten er baseret på kvindens alder, fosterets alder, nakkefoldens tykkelse hos fosteret og koncentrationen af to biomarkører i moderens blod. I beregningen af screen-positiv raten, kan inddrages yderligere ultrasoniske markører, så som tilstedeværelse af næseben, samt undersøgelse af flow i ductus venosus og over tricuspidalklapperne. Afdelingerne har ikke alle samme praksis mht. hvilke screeningsparametre, der inkluderes i risikoberegningen.

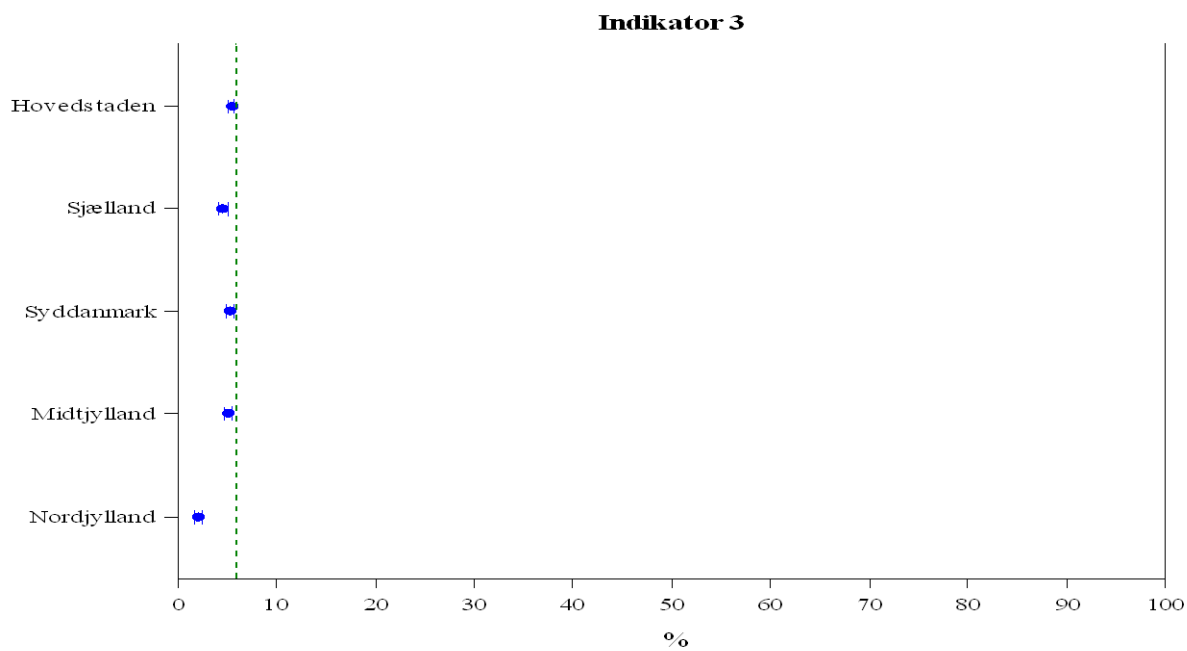
Da screen-positiv raten er meget afhængig af den gravides alder, må en lille stigning forventes med den stigende alder for fødende kvinder. Den lidt højere gennemsnitlige materielle alder i RegionH sammenlignet med særligt Region Nord reflekteres i en højere screen-positiv rate i RegionH.

Når man ser på afdelingsniveau, må man konstatere, at screen-positive raten i 2012 var højere end 6% på Herlev og Odense Universitetshospital. Den højere screen-positiv rate på Herlev og Odense Universitetshospital må tilskrives biokemisk analyse vha. hhv. Delfia Express og Autodelfia, med beregning af MoM-værdier i Life Cycle, i stedet for Kryptor som anvendes af de andre klinisk-biokemiske afdelinger. Det har vist sig at Delfia har en højere screen-positiv rate, og derfor har både Herlev og Odense nu skiftet til Kryptor. På det årlige 1. trimestermøde for føtalmedicinere i Danmark i november 2012 blev det diskuteret, hvorledes man evt. kan nedbringe screen-positiv raten. Forskellige scenarier så som ændring af cut-off for henvisning til invasiv prøve og inddragelse af flere markører i risikovurderingen blev diskuteret. Det blev konkluderet, at man ikke ønskede at sænke screen-positiv raten på bekostning af detektionsraten, idet data viste at anvendelse af en lavere cut-off end den i dag anvendte 1:300 ville resultere i et øget antal screenede med falsk-negativt resultat. Man forholdt sig i den sammenhæng også til den rapporterede lave abortrate efter invasiv test (Årsrapport 2008-2011; indikator 5).

Screen positiv-rate for Downs syndrom pr. hospital 2012

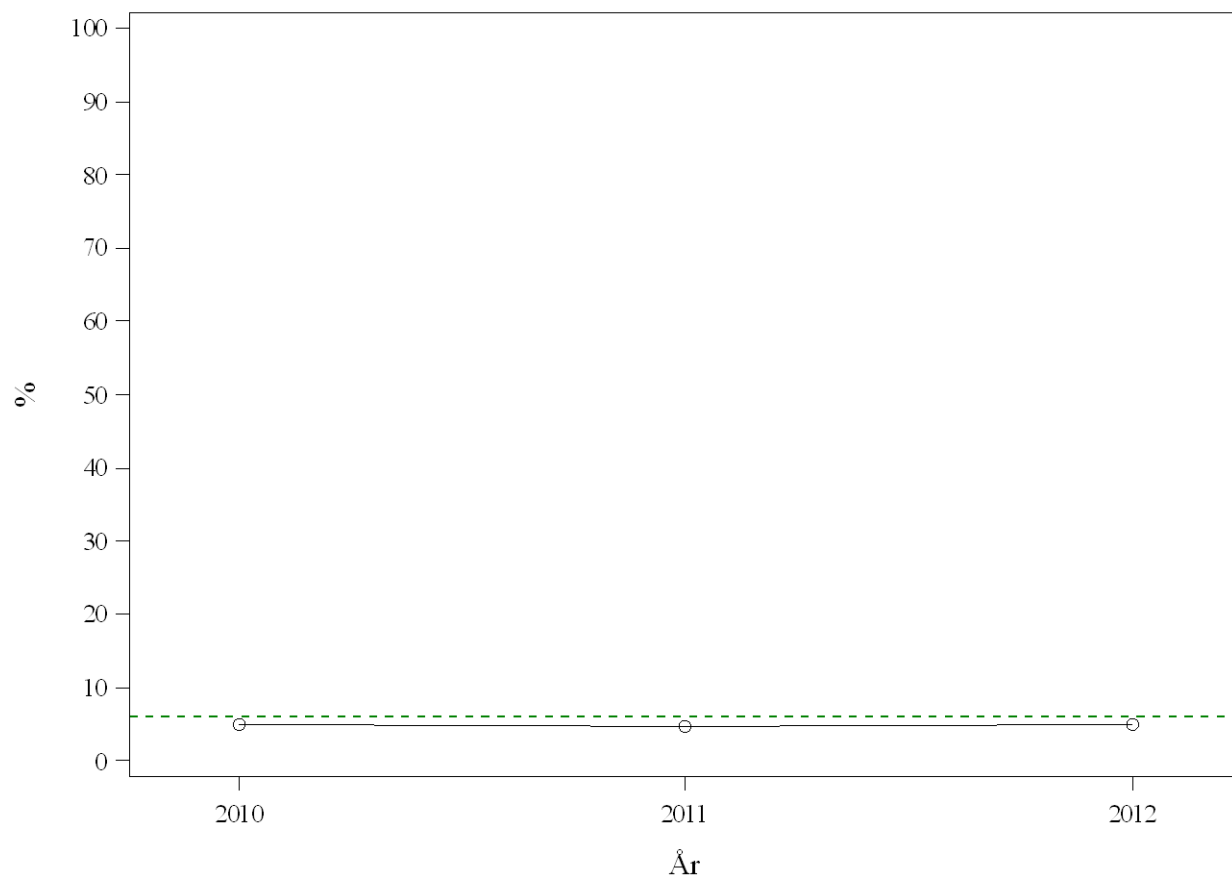


Screen positiv-rate for Downs syndrom pr. region 2012



Trend i screen positiv-raten på landsplan 2010-2012

Indikator 3



Indikator 4 - Andel fostre med Downs syndrom, der påvises ved 1. trimester screening

4. Detektionsrate for Downs syndrom

	Std. 80% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.1.-31.12.2012 Andel	95% CI	2011 Andel	2010 Andel
Danmark	ja	145 / 153	0 (0)	95	(90-98)	88	90
Hovedstaden						86	86
Sjælland						91	95
Syddanmark						100	88
Midtjylland						88	97
Nordjylland						67	88

4a. Antal fostre med Downs syndrom / region

	Antal 2011	Antal 2010
Hovedstaden	69	60
Sjælland	22	19
Syddanmark	23	34
Midtjylland	33	38
Nordjylland	8	10

Epidemiologisk kommentar:

Detektionsraten for Downs syndrom er kun mulig at opgøre for 2011 eftersom det er første år med en sikker opgørelse over udfaldet af fødslen.

Kliniske kommentarer:

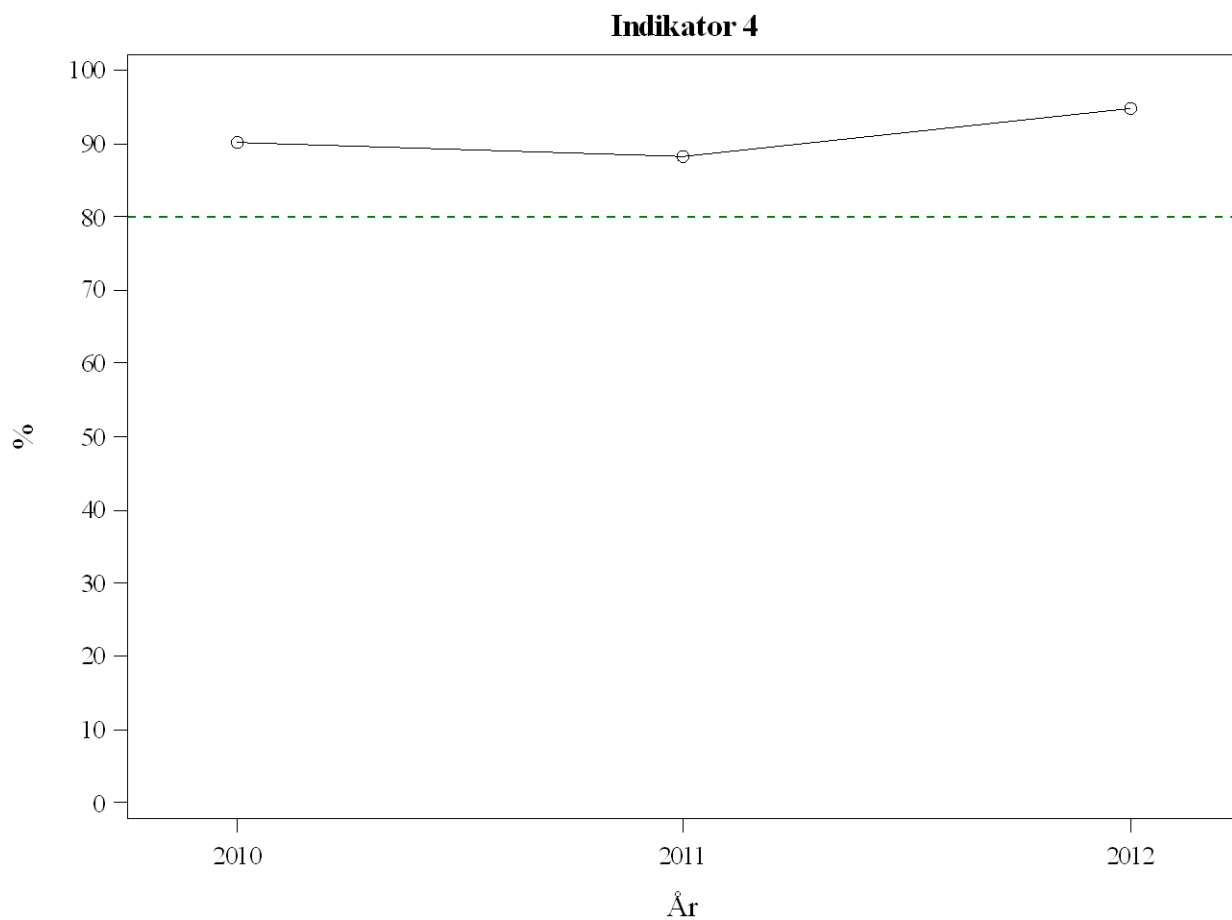
Standarden er at > 80% af fostre med Downs syndrom skal påvises prænatalt. Standarden er opfyldt nationalt. På regionalt plan opfyldes standarden ikke i Region Nord i 2011. Det rapporterede tal er dog behæftet med væsentlig usikkerhed pga. det begrænsede antal børn/fostre med Downs syndrom i denne region.

Detektionsraten for 2010 og 2011 er justeret i forhold til de rapporterede i årsrapporter for 2008-2011. Detektionsraten for 2012 er opgivet præliminært, da datasættet ikke indeholder oplysninger om fostre/børn diagnosticeret med Downs syndrom i 2013, der var screenet i 2012. Detektionsraten for 2012 forventes således at være overestimeret. Data fra 2013 vil først være tilgængelige i næste årsrapport, hvor detektionsraten for 2012 således også vil blive rapporteret.

Vi har opgjort standarden på nationalt niveau og regionalt niveau for 2011. Vi har ikke opgjort detektionsraten per afdeling idet tallene vil være behæftet med stor usikkerhed fordi antallet af fostre/børn med Downs syndrom på hver enkelt afdeling er lille.

Vi har opgjort detektionsraten således at man selvstændigt kan vurdere effekten af 1. trimester risikovurdering for Downs syndrom. Da nogle enkelte fostre får påvist Downs syndrom senere i graviditeten pga. resultatet af andre undersøgelser, vil den viste detektionsrate være lidt underestimeret i forhold til den totale prænatale detektionsrate. Detektionsraten er opgjort for singleton fostre.

Trend i detektionsraten for Downs syndrom, landsplan 2010-2012



Indikator 5 - Andel gravide, der aborterer utilsigtet efter: a) fostervandsprøve (AC), b) moderkageprøve (CVS)

(Denne indikator er kun opgjort på lands- og regionalt niveau, da den kliniske kvalitet bedst vurderes på dette niveau)

	Std. <2.5% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.1.-31.12.2012 Andel	95% CI	2011 Andel	2010 Andel
5. Abort efter invasiv fosterdiagnostik (fostervandsprøve AC)							
Danmark	ja	8 / 727	0 (0)	1,1	(0,5-2,2)	1,1	0,6
Hovedstaden	ja	2 / 348	0 (0)	0,6	(0,1-2,1)	1,5	0,9
Sjælland	ja	0 / 43	0 (0)	0,0	(0,0-8,2)	1,9	0,0
Syddanmark	ja*	4 / 106	0 (0)	3,8	(1,0-9,4)	0,7	0,0
Midtjylland	ja	2 / 164	0 (0)	1,2	(0,2-4,3)	0,6	1,0
Nordjylland	ja	0 / 66	0 (0)	0,0	(0,0-5,4)	0,0	0,0

* Indikatoren er opfyldt indenfor confidens intervallet

	Std. <4% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.1.-31.12.2012 Andel	95% CI	2011 Andel	2010 Andel
5. Abort efter invasiv fosterdiagnostik (moderkageprøve CVS)							
Danmark	ja	26 / 2506	0 (0)	1,0	(0,7-1,5)	1,2	1,1
Hovedstaden	ja	15 / 1082	0 (0)	1,4	(0,8-2,3)	1,3	1,2
Sjælland	ja	2 / 243	0 (0)	0,8	(0,1-2,9)	0,9	1,9
Syddanmark	ja	5 / 506	0 (0)	1,0	(0,3-2,3)	1,2	1,9
Midtjylland	ja	3 / 585	0 (0)	0,5	(0,1-1,5)	1,3	0,1
Nordjylland	ja	1 / 90	0 (0)	1,1	(0,0-6,0)	0,0	0,0

* Indikatoren er opfyldt indenfor confidens intervallet

Epidemiologisk kommentar:

Fem kvinder har født et dødfødt barn med meget lav fødselsvægt < 500 g, hvor outcome af graviditet er dødfødt og ikke spontan abort. Disse fem kvinder er ikke med i opgørelsen.

Da Føto-databasen kun indeholder data for invasive prøver på kvinder, som har fået foretaget en nakkefolds- eller misdannelsesskanning kan opgørelsen være mangelfuld. Dette kunne man ændre i de kommende rapporter ved at samkøre Føto-databasen med alle fødsler og graviditeter i LPR.

Kliniske kommentarer:

Standarden er at mindre end 4% af de kvinder der får foretaget CVS aborterer utilsigtet inden 22 uger, og at mindre end 2,5% af de kvinder der får foretaget AC aborterer inden 22 uger. Standarden er opfyldt for både CVS og AC på nationalt plan gennem de sidste tre år, og har ligget mellem 1 og 2% efter begge undersøgelser. Det er vigtigt at understrege, at disse tal dækker såvel spontane aborter som de aborter der må tilskrives den invasive procedure.

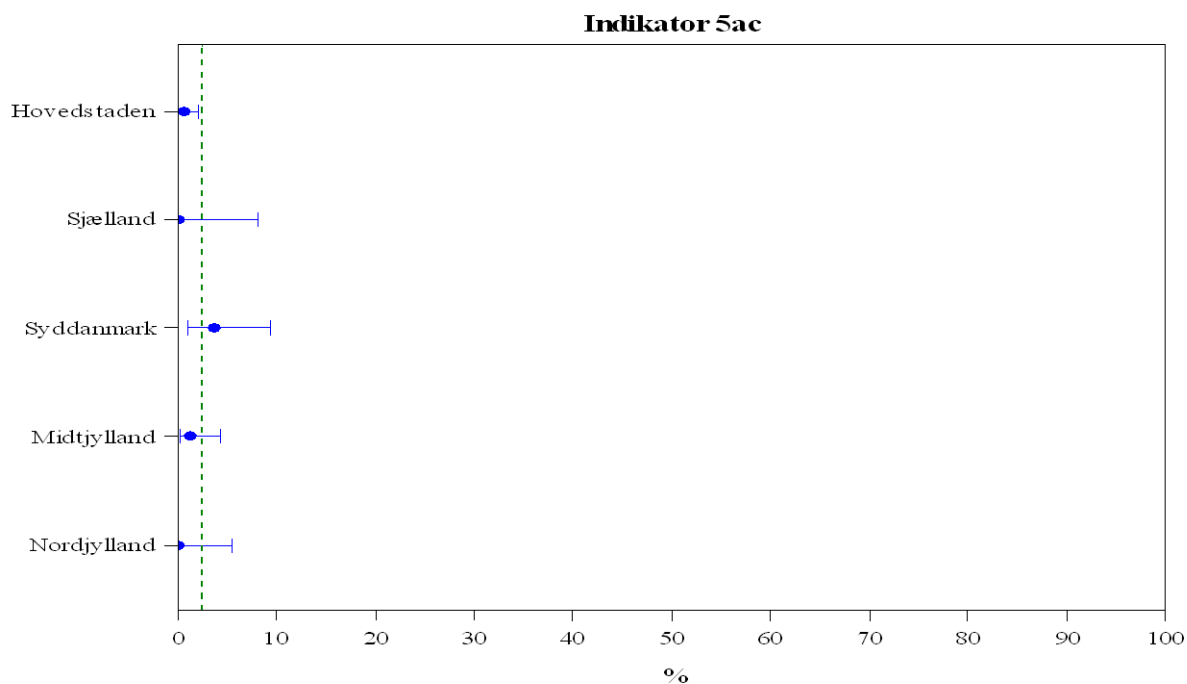
Standarden er ikke opfyldt mht. abort efter fostervandsprøve i Region Syddanmark, men antallet af aborter og af fostervandsprøver er lille, og derfor er abortraten behæftet med betydelig usikkerhed.

FØTOdatabasen indeholder kun data for invasive prøver såfremt kvinden har fået foretaget en nakkefoldsskanning eller misdannelsesskanning. Derfor viser figuren ikke det totale antal invasive prøver foretaget i Danmark i 2012. Der er ganske få kvinder, der har fået foretaget en invasiv prøve, som ikke har et registreret outcome i databasen. Disse er forsøgt fulgt op, og man har fundet, at det hovedsageligt drejer sig om fejl-registreringer eller kvinder der er fraflyttet landet. Opfølgningen tyder ikke på, at det er spontane aborter, hvilket ville medføre en underestimering af

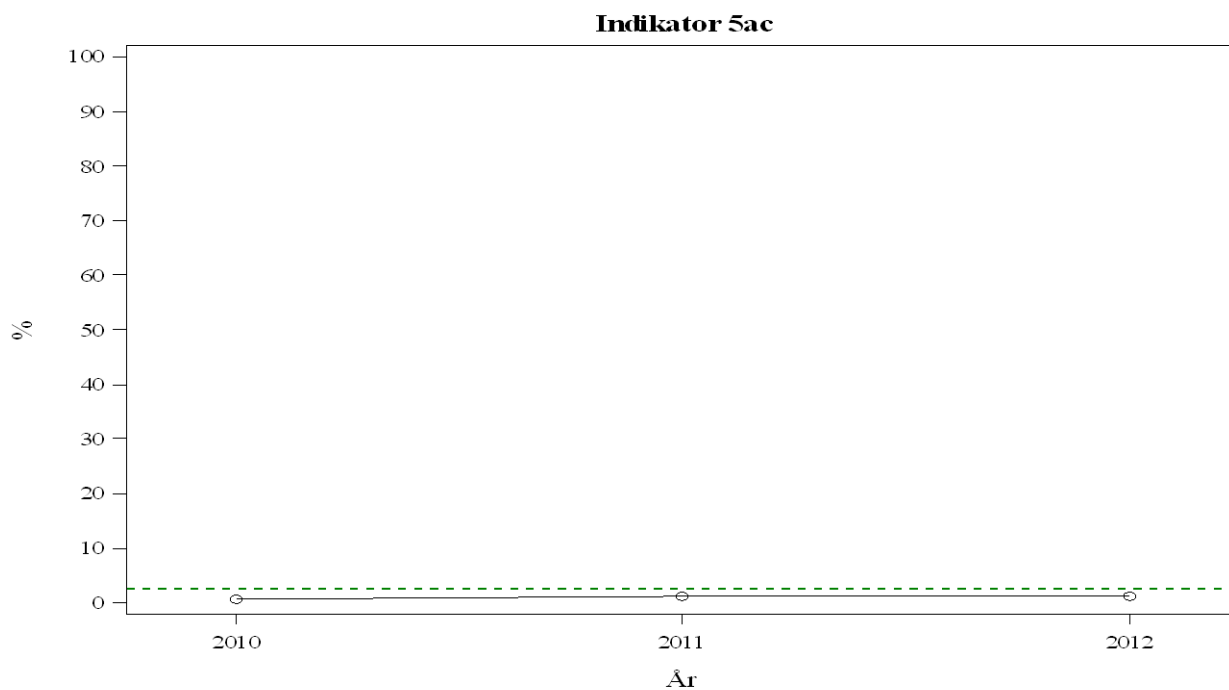
fostertab efter invasiv diagnostik. Graviditeter uden kendt outcome i databasen er fratrukket antallet af prøver, således at det kun er prøver med kendt outcome der indgår i beregningen.

I denne årsrapport rapporteres for 2010-2012. Disse tal er en smule anderledes i forhold Årsrapport 2008-2010, idet der er sket opdatering af databasen for 2012 data, hvilket kan have indvirkning på 2011 tallene. Tallene for 2012 er foreløbige, idet outcome for de gravide, der blev screenet i sidste halvdel af 2012, endnu ikke er registreret i FØTODatabasen.

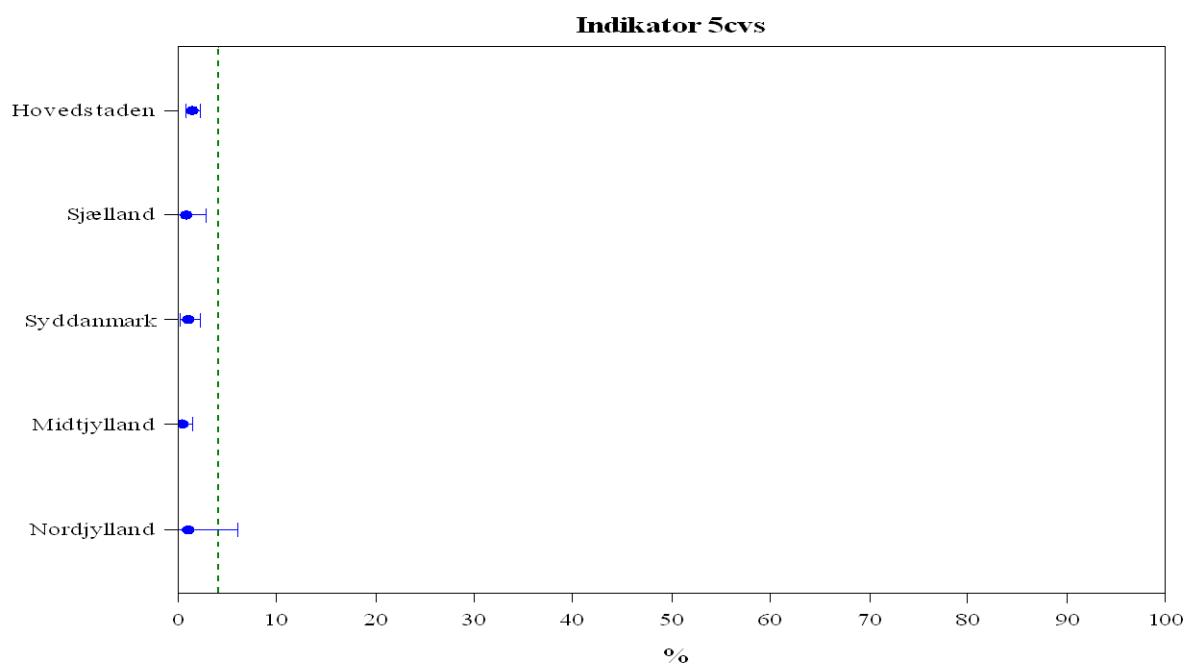
Abort efter fostervandsprøve (AC) pr. region 2012



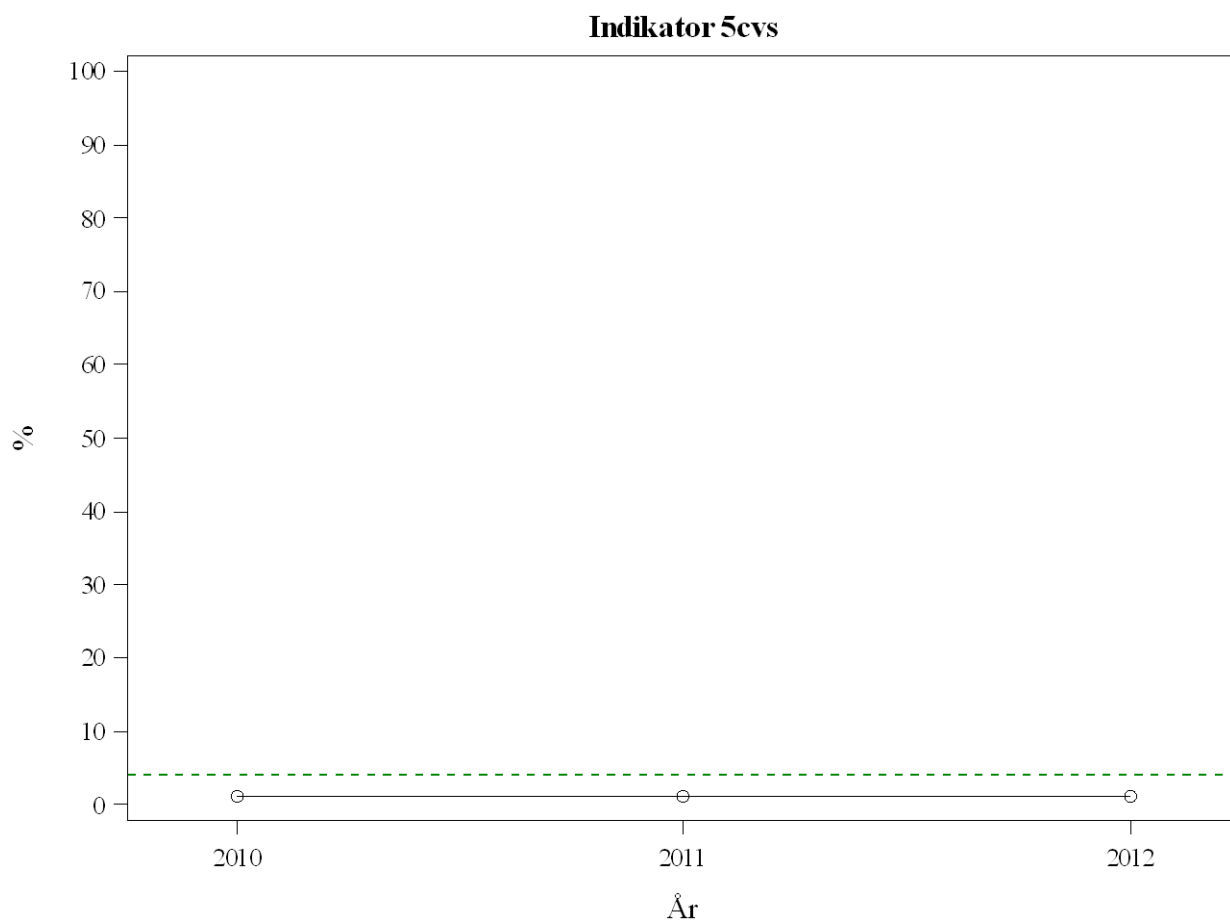
Trend i Abort efter fostervandsprøve (AC), landsplan 2010-2012



Abort efter moderkageprøve (CVS) pr. region 2012



Trend i abort efter moderkageprøve (CVS), landsplan 2010-2012



Indikator 6 - Andel af gravide der får lavet misdannelsesskanning

6. Andel kvinder der får misdannelsesskanning.

	Std. opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.1.-31.12.2012 Andel	95% CI	2011 Andel	2010 Andel
Danmark		55568 / 56061	0 (0)	99	(99-99)	98	95

Kliniske kommentarer

Standarden er, at > 80% af de gravide får lavet misdannelsesskanning, og den opfyldes på nationalt plan.

Registrering af denne standard baserer sig på, at procedurekoden 'gennemskanning for misdannelser i 2. trimester' registreres i Astraia. Tidligere har ikke alle afdelinger foretaget denne registrering lige konsekvent. Men fra 2011 menes det, at denne procedurekoderegistrering foretages konsekvent på alle afdelinger i Danmark. Andelen der fik foretaget misdannelsesskanning i 2011 var 98%, og andelen i 2012 er steget til 99%. Denne stigning tages som udtryk for, at koderegistreringen er blevet mere komplet, idet det er styregruppens erfaring, at langt de fleste gravide får foretaget denne skanning.

Indikator 7 - Antal misdannelsesskanninger - per hospital

Patientflow. Antal kvinder, der har fået foretaget nakkefolds- eller misdannelsesskanning.			
	2012	2011	2010
Danmark	55568	56240	58444
Hovedstaden	20265	19717	19997
Sjælland	6230	6658	7129
Syddanmark	10818	11146	11465
Midtjylland	13296	13738	14533
Nordjylland	4959	4981	5320
Hovedstaden	20265	19717	19997
Rigshospitalet	6356	6123	5604
Hvidovre	6776	6429	5227
Gentofte	0	0	1787
Herlev	4532	4345	4349
Hillerød	2601	2820	3022
Glostrup	0	0	8
Sjælland	6230	6658	7129
Roskilde	2167	2275	2563
Holbæk	1675	1763	2063
Næstved	2388	2620	2503
Syddanmark	10818	11146	11465
Kolding	2947	3003	3050
Svendborg	1039	1187	1241
Sønderborg	1770	1823	1857
Esbjerg	1810	1809	1897
Odense	3252	3324	3420
Midtjylland	13296	13738	14533
Skejby	4914	4986	5074
Herning	2695	2697	2887
Randers	1772	1872	1948
Silkeborg	0	624	1158
Horsens	1710	1683	1697
Viborg	2205	1876	1769
Nordjylland	4959	4981	5320
Nordjylland	4959	4981	5320

Patientflow. Antal misdannelsesskanninger.			
	2012	2011	2010
Danmark	52790	51940	49795
Hovedstaden	19356	17238	13469
Sjælland	5655	6143	6520
Syddanmark	10257	10609	10813
Midtjylland	12819	13171	13832
Nordjylland	4703	4779	5161
Hovedstaden	19356	17238	13469
Rigshospitalet	6101	5777	4995
Hvidovre	6394	4610	13
Gentofte	0	0	1662
Herlev	4386	4172	4071
Hillerød	2475	2679	2722
Glostrup	0	0	6
Sjælland	5655	6143	6520
Roskilde	2077	2171	2350
Holbæk	1262	1409	1729
Næstved	2316	2563	2441
Syddanmark	10257	10609	10813
Kolding	2722	2818	2780
Svendborg	1004	1134	1212
Sønderborg	1714	1777	1799
Esbjerg	1705	1742	1751
Odense	3112	3138	3271
Midtjylland	12819	13171	13832

Skejby	4693	4748	4849
Herning	2606	2551	2629
Randers	1706	1805	1873
Silkeborg	0	604	1137
Horsens	1656	1626	1626
Viborg	2158	1837	1718
Nordjylland	4703	4779	5161
Nordjylland	4703	4779	5161
<hr/>			
Patientflow. Antal nakkefoldsskanninger.	2012	2011	2010
Danmark	52242	52695	54672
Hovedstaden	18735	18313	18731
Sjælland	5905	6254	6678
Syddanmark	10211	10409	10575
Midtjylland	12671	12993	13675
Nordjylland	4720	4726	5013
Hovedstaden	18735	18313	18731
Rigshospitalet	5942	5685	5173
Hvidovre	6285	6095	5226
Gentofte	0	0	1620
Herlev	4048	3868	3846
Hillerød	2460	2665	2864
Glostrup	0	0	2
Sjælland	5905	6254	6678
Roskilde	2050	2132	2405
Holbæk	1639	1696	1968
Næstved	2216	2426	2305
Syddanmark	10211	10409	10575
Kolding	2783	2808	2851
Svendborg	966	1111	1158
Sønderborg	1681	1678	1668
Esbjerg	1712	1681	1786
Odense	3069	3131	3112
Midtjylland	12671	12993	13675
Skejby	4697	4742	4836
Herning	2511	2453	2605
Randers	1704	1811	1866
Silkeborg	0	596	1101
Horsens	1637	1600	1592
Viborg	2122	1791	1675
Nordjylland	4720	4726	5013
Nordjylland	4720	4726	5013

Epidemiologisk kommentar:

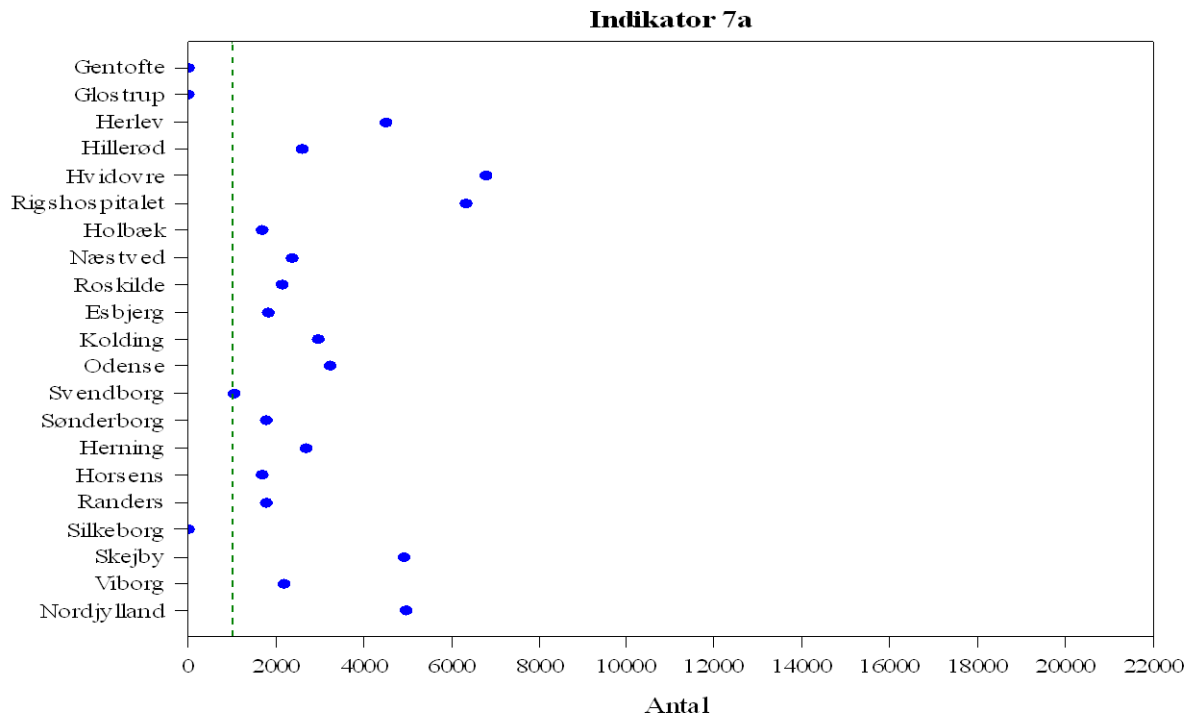
Den sidste af disse tabeller er identisk med indikator 2. Ca. 3000 kvinder tager kun imod tilbuddet om en af de to skanninger – resten får både nakkefoldsskanning og gennemskanning.

Klinisk kommentar:

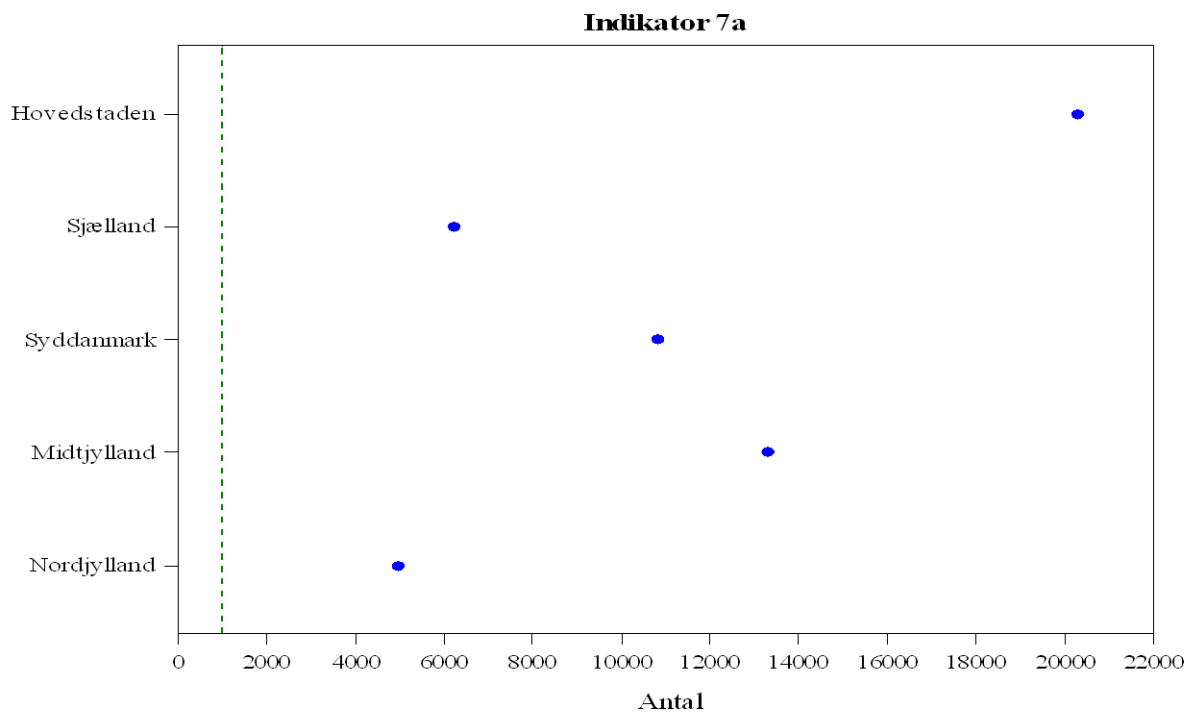
Standarden er, at der skal foretages > 1000 misdannelsesskanninger per afdeling per år. Standarden er opfyldt for alle afdelinger fraset Silkeborg sygehus, som nu er helt lukket som skanningssted. Svendborg sygehus, som er det eneste skanningsted, der kun laver lidt over 1000 skanninger årligt, er fagligt underlagt Odense Universitetshospital per 1.1.2013.

Den geografiske bevægelighed af gravide og deres partnere er meget begrænset, hvorfor de allerfleste gravide vil bo i samme region på tidspunkterne for de to undersøgelser. Det fremgår at der på stort set alle afdelinger foretages lidt flere misdannelsesskanninger end nakkefoldsskanninger.

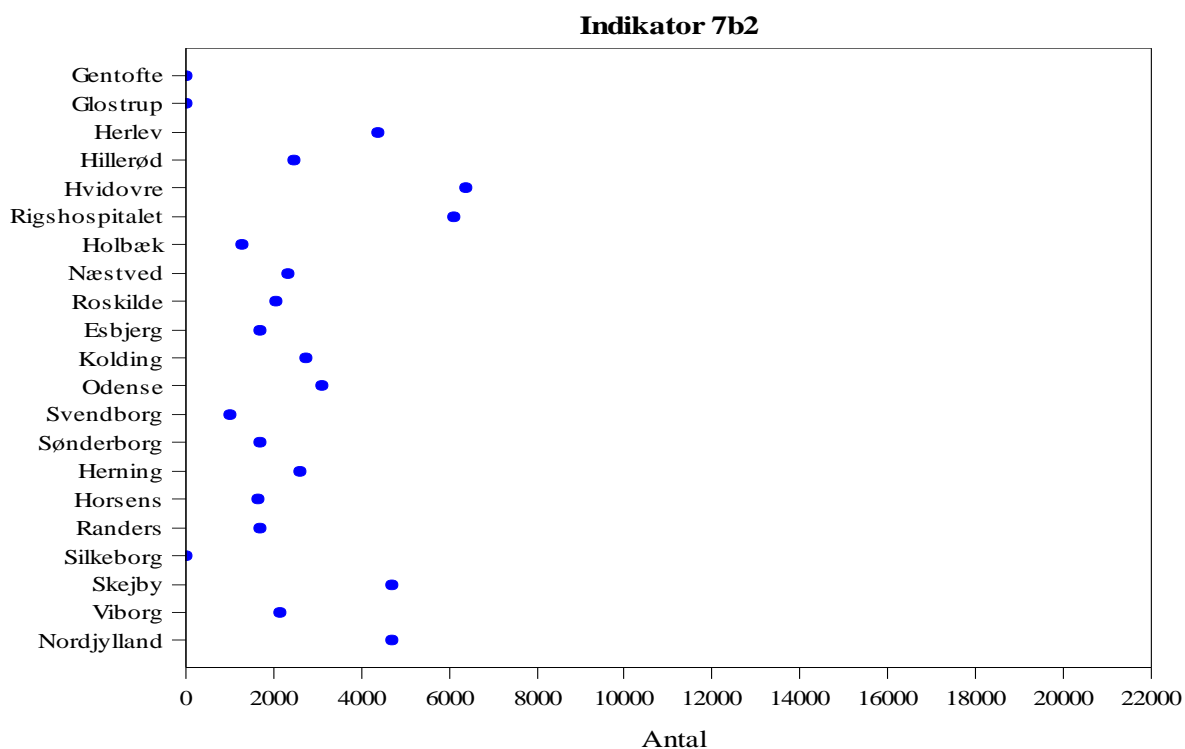
Antal kvinder, der har fået foretaget nakkefolds- eller misdannelsesskanning pr. hospital, 2012



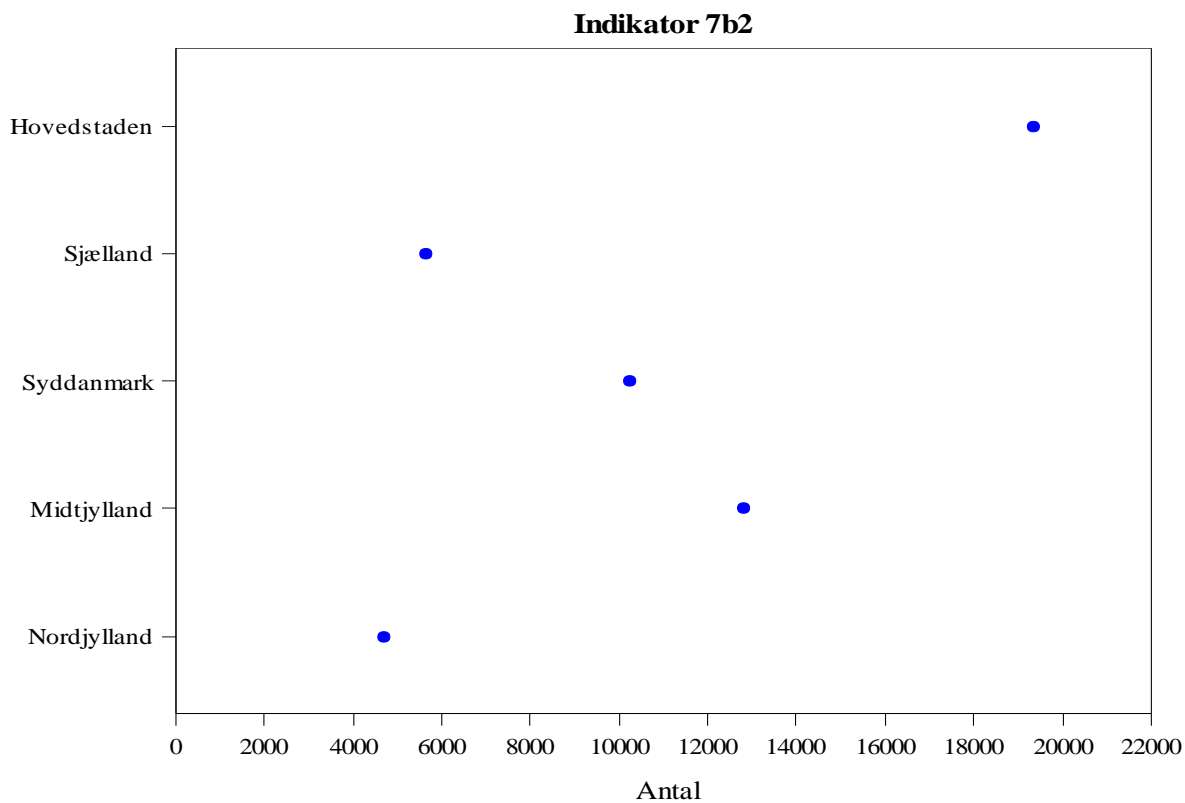
Antal kvinder, der har fået foretaget nakkefolds- eller misdannelsesskanning pr. region, 2012



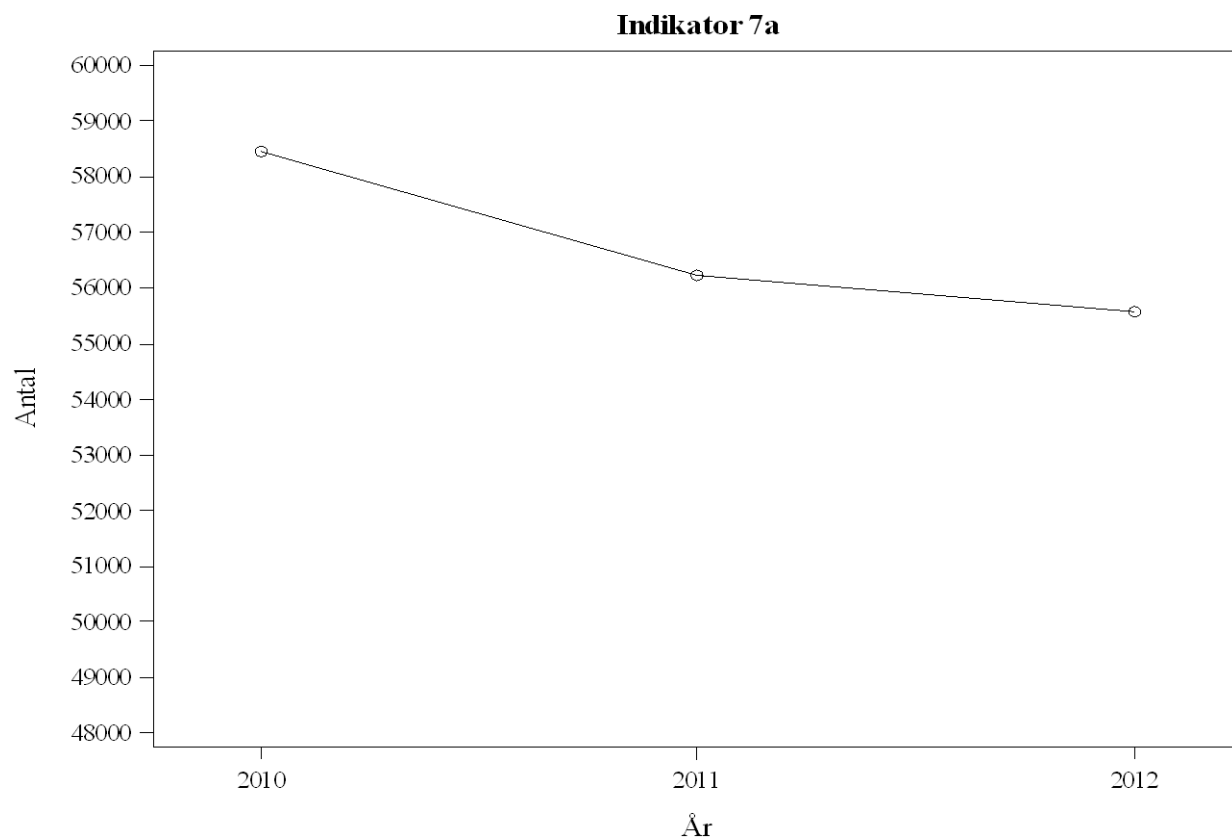
Antal misdannelsesskanninger pr. hospital, 2012



Antal misdannelsesskanninger pr. region, 2012



Trend i antal kvinder, der har fået foretaget nakkefolds- eller misdannelsesskanning, landsplan 2010-2012



Trend i antal misdannelsesskanninger, landsplan 2010-2012



Indikator 8 – Detektionsraten for acrani, andre neuralrørsdefekter og bugvægsdefekter

(Denne indikator er kun opgjort på lands- og regionalt niveau, da den kliniske kvalitet bedst vurderes på dette niveau)

ACRANI

8a. Detektionsrate for acrani før 22. uge

	Std. 50% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.1.-31.12.2012 Andel	95% CI	2011 Andel	2010 Andel
Danmark	ja	26 / 28	0 (0)	93	(77-99)		
Hovedstaden	ja	11 / 12	0 (0)	92	(62-100)		
Sjælland	ja	3 / 3	0 (0)	100	(29-100)		
Syddanmark	ja	6 / 6	0 (0)	100	(54-100)		
Midtjylland	ja	5 / 6	0 (0)	83	(36-100)		
Nordjylland	ja	1 / 1	0 (0)	100	(3-100)		

8b. Detektionsrate for acrani før fødslen

	Std. 90% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.1.-31.12.2012 Andel	95% CI	2011 Andel	2010 Andel
Danmark	ja	27 / 28	0 (0)	96	(82-100)		
Hovedstaden	ja	11 / 12	0 (0)	92	(62-100)		
Sjælland	ja	3 / 3	0 (0)	100	(29-100)		
Syddanmark	ja	6 / 6	0 (0)	100	(54-100)		
Midtjylland	ja	6 / 6	0 (0)	100	(54-100)		
Nordjylland	ja	1 / 1	0 (0)	100	(3-100)		

ANDRE NEURALRØRSDEFEKTER

8c. Detektionsrate for andre neuralrørsdefekter før 22. uge

	Std. 50% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.1.-31.12.2012 Andel	95% CI	2011 Andel	2010 Andel
Danmark	ja	31 / 42	0 (0)	74	(58-86)		
Hovedstaden	ja	9 / 12	0 (0)	75	(43-95)		
Sjælland	ja	2 / 3	0 (0)	67	(9-99)		
Syddanmark	ja	9 / 13	0 (0)	69	(39-91)		
Midtjylland	ja	8 / 10	0 (0)	80	(44-97)		
Nordjylland	ja	3 / 4	0 (0)	75	(19-99)		

8d. Detektionsrate for andre neuralrørsdefekter før fødslen

	Std. 90% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.1.-31.12.2012 Andel	95% CI	2011 Andel	2010 Andel
Danmark	nej	31 / 42	0 (0)	74	(58-86)		
Hovedstaden	ja*	9 / 12	0 (0)	75	(43-95)		
Sjælland	ja*	2 / 3	0 (0)	67	(9-99)		
Syddanmark	ja*	9 / 13	0 (0)	69	(39-91)		
Midtjylland	ja*	8 / 10	0 (0)	80	(44-97)		
Nordjylland	ja*	3 / 4	0 (0)	75	(19-99)		

* Indikatoren er opfyldt indenfor confidens intervallet

BUGVÆGSDEFEKTER

8e. Detektionsrate for bugvægsdefekt før 22. uge							
	Std. 50% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst (%)	Aktuelle år 1.1.-31.12.2012		Tidligere år	
				Andel	95% CI	2011 Andel	2010 Andel
Danmark	ja	34 / 45	0 (0)	76	(60-87)		
Hovedstaden	ja	13 / 19	0 (0)	68	(43-87)		
Sjælland	ja	6 / 6	0 (0)	100	(54-100)		
Syddanmark	ja	7 / 11	0 (0)	64	(31-89)		
Midtjylland	ja	8 / 9	0 (0)	89	(52-100)		
Nordjylland		0 / 0	0 (0)				

8f. Detektionsrate for bugvægsdefekt før fødslen							
	Std. 90% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst (%)	Aktuelle år 1.1.-31.12.2012		Tidligere år	
				Andel	95% CI	2011 Andel	2010 Andel
Danmark	ja*	37 / 45	0 (0)	82	(68-92)		
Hovedstaden	ja*	14 / 19	0 (0)	74	(49-91)		
Sjælland	ja	6 / 6	0 (0)	100	(54-100)		
Syddanmark	ja*	9 / 11	0 (0)	82	(48-98)		
Midtjylland	ja*	8 / 9	0 (0)	89	(52-100)		
Nordjylland		0 / 0	0 (0)				

* Indikatoren er opfyldt indenfor confidens intervallet

Epidemiologisk kommentar:

Detektionsraten for de tre misdannelser er opgjort for fundet før 22. graviditetsuge, i eller efter 22. graviditets uge og efter fødsel.

Den andel af fostre som ikke er fundet under graviditeten – dvs. før eller efter 22. graviditets uge - er først fundet efter fødsel. Denne rate er ikke opgjort i separat tabel.

Det skal bemærkes at standarten på 90% for detektionsraten for bugvægsdefekter før fødsel er opfyldt, når confidens intervallet tages med i betragtning.

Følgende icd-10 koder er anvendt for Acrani: DQ00

Følgende icd-10 koder er anvendt for Anden neuralrørsdefekt: DQ01 og DQ05

Følgende icd-10 koder er anvendt for Bugvægsdefekt: DQ792, DQ793

Klinisk kommentar

8a: Neuralrørsdefekt (NTD):

Der er i 2012 registreret i alt 70 fostre/børn med neuralrørsdefekter i databasen.

Prævalensen kan derfor angives til 70 neuralrørsdefekter/54.740 fødte børn svarende til 12,8 per 10.000 fødsler. Prævalensen af neuralrørsdefekter er på EUROCATs hjemmeside opgivet til 7,94 per 10.000 fødsler (<http://www.eurocat-network.eu/accessprevalencedata/prevalencetables>).

Prævalensen af misdannelser er ofte svær at sammenligne, da nogle opgiver prævalensen af børn født med misdannelser, mens andre tager de prænatalt diagnosticerede, hvor graviditeten blev afbrudt, med i beregningerne. Tilbuddet om screening i graviditeten er forskelligt i forskellige lande, hvorfor antallet i den prænatalt diagnosticerede gruppe tilsvarende vil variere.

Det er glædeligt, at der er sket en væsentlig forbedring i registreringen af misdannelser i FØTOdata-basen. I 2011 var der kun registeret 24 med neuralrørsdefekt prænatalt eller postnatalt. Forbedringen kan tilskrives, at vi de sidste par år har haft fokus på at forbedre misdannelsesregistreringen i Danmark i Astraia, som indberetter til FØTOdata-basen. Der er lavet ny national guideline for kodning af misdannelser, og overlæge Olav Bjørn Petersen har været rundt på alle afdelinger for at informere og oplære i kodning af misdannelser.

Vores prævalens for neuralrørsdefekter er højere end den samlede europæiske (rapporteret af EUROCAT), hvilket indikerer, at vi har opnået en god registrering. Det er forventeligt, at de danske tal viser en højere prævalens sammenlignet med den samlede europæiske, da vi inkluderer alle diagnosticerede cases både prænatalt og postnatalt i en population, hvor størstedelen af de gravide screenes for misdannelser både i første og andet trimester.

Indikatorstandard: > 90% med NTD diagnosticeres i 1. eller 2. trimester af graviditeten.

Denne indikatorstandard er ikke opfyldt. Detektionsraten opgives i 2012 til 86% (60 cases ud af 70 er diagnosticeret prænatalt). Det er dog et tilfredsstillende resultat, som ligger tæt på standarden med mulighed for forbedring.

8b: Bugvægsdefekter

Der er i 2012 registeret 45 cases med bugvægsdefekter. Dette svarer til 8,2 per 10.000 fødsler. Prævalensen af bugvægsdefekter i EUROCAT er 5,32 per 10.000 fødsler (<http://www.eurocat-network.eu/accessprevalencedata/prevalencetables>).

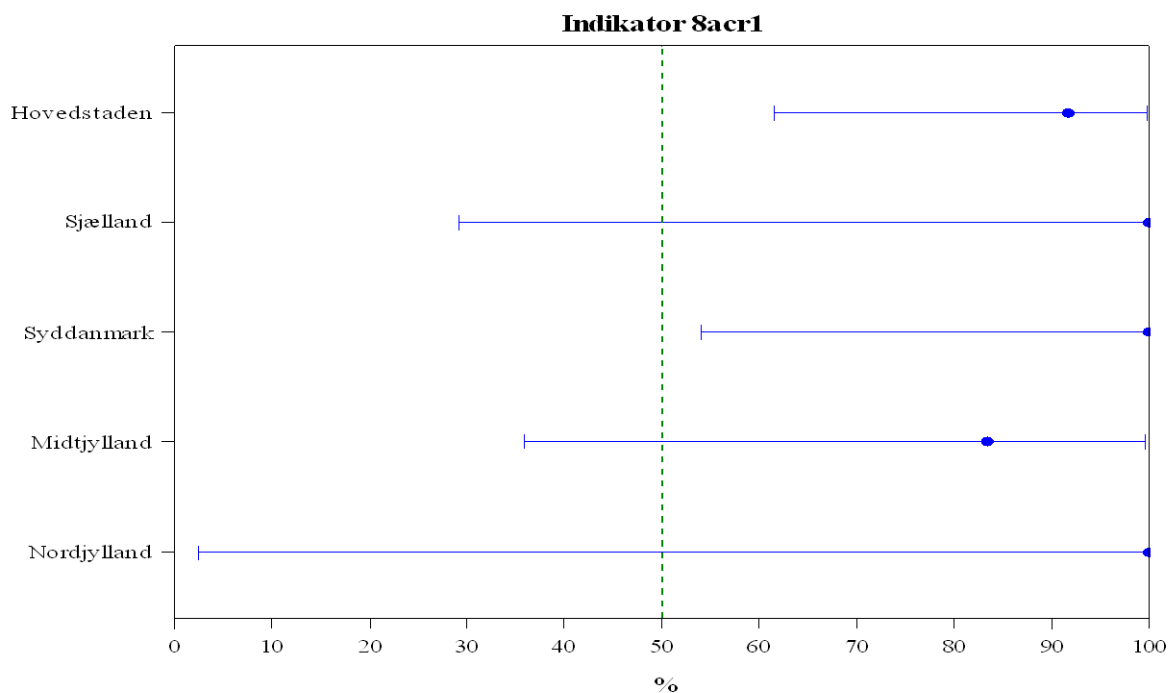
I 2011 var der kun registeret 28 graviditetsforløb med bugvægsdefekter i databasen. Stigningen i antallet ses primært som en konsekvens af væsentlig bedre registreringspraksis.

Indikatorstandard: > 90% med bugvægsdefekt i 1. eller 2. trimester af graviditeten.

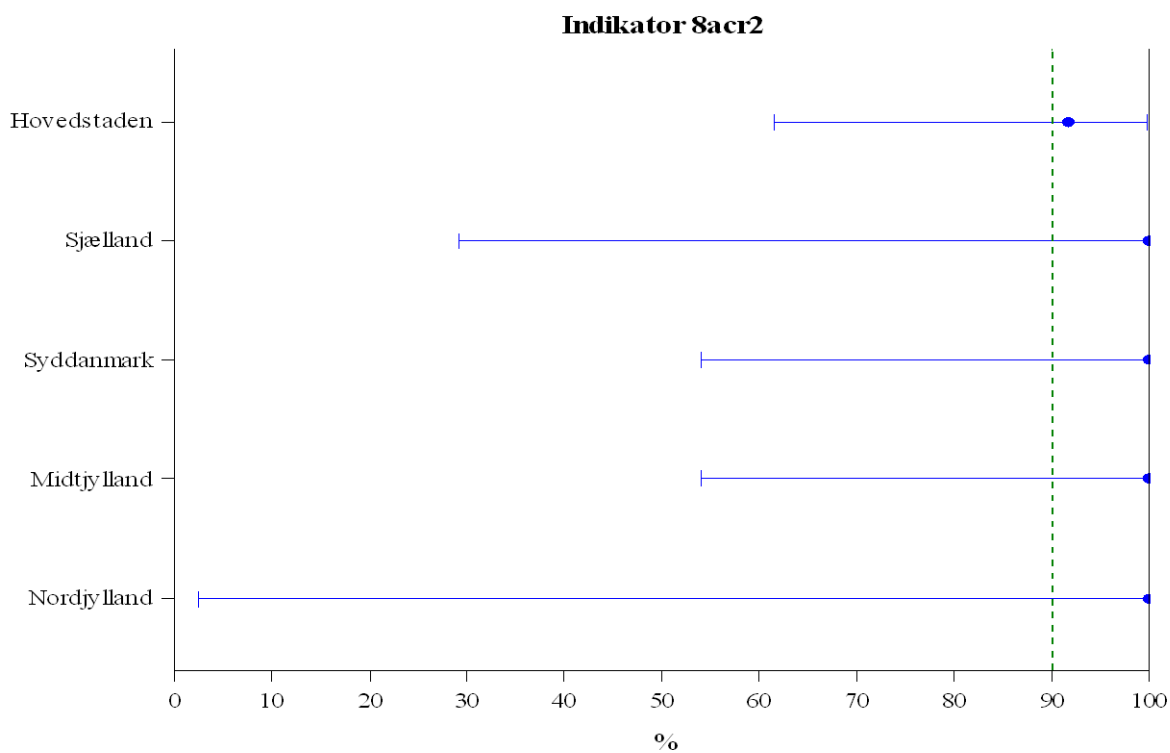
Standarden er ikke opfyldt, idet kun 82% (37 cases ud af 45 cases) blev diagnosticeret prænatalt. Det er dog et tilfredsstillende resultat, som ligger tæt på standarden med mulighed for forbedring.

Overordnet er det meget positivt, at FØTOdata-basen for første gang er i stand til at levere data omkring detektion af misdannelser. Der er sket en væsentlig forbedring af kodepraksis i Danmark. Styregruppen finder, at misdannelsesregistreringen skal have øget bevågenhed i Danmark, fordi ikke mange andre lande kan levere så valide data omkring prænatalt diagnosticerede misdannelser. Databasen har således potentiale til at fungere som et nationalt misdannelsesregister. Der er søgt om penge til yderligere forbedringer i indberetningen af misdannelser til FØTOdata-basen, og styregruppen vil iværksætte et valideringsprojekt, således at databasen kan dokumentere, at kvaliteten er høj.

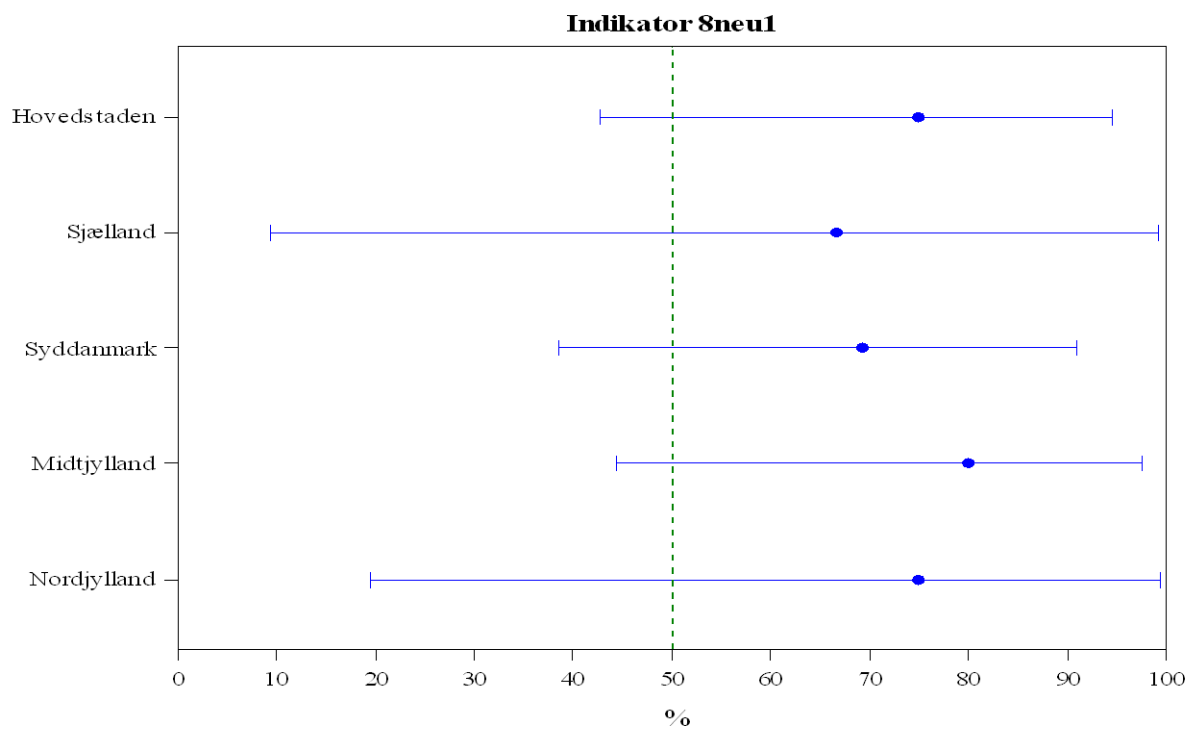
Detektionsrate for acrani før 22. uge pr. region, 2012



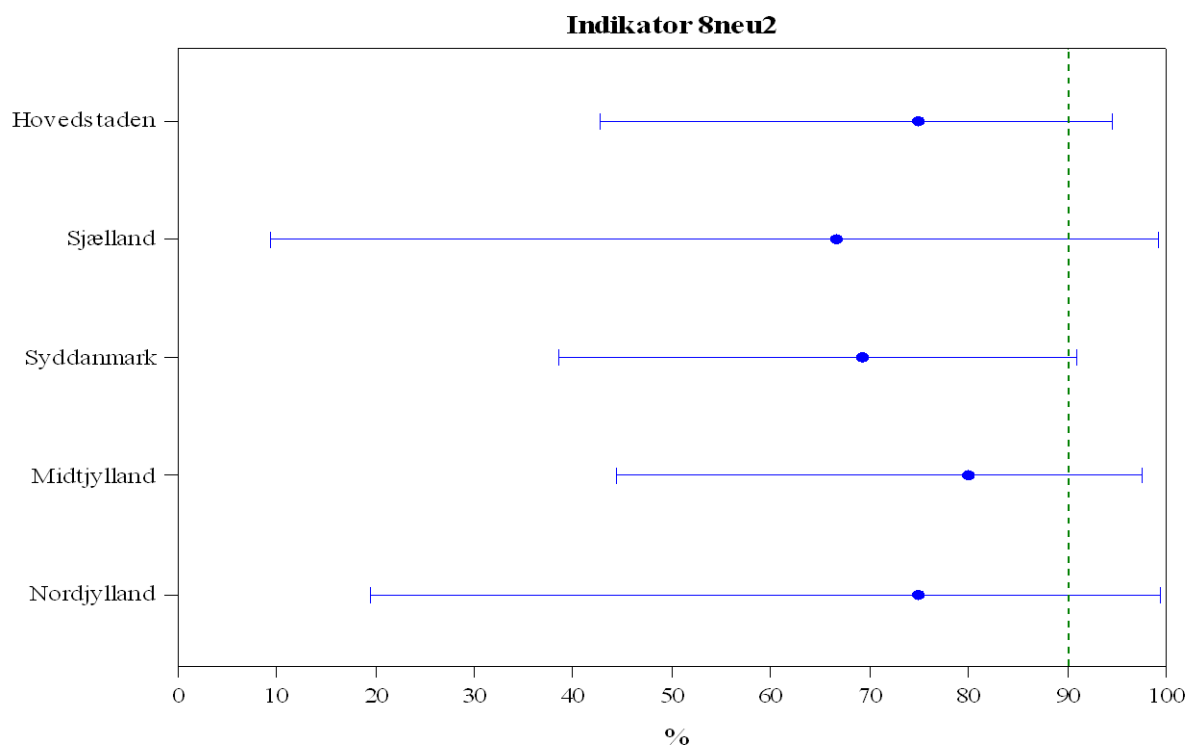
Detektionsrate for acrani efter 22. uge pr. region, 2012



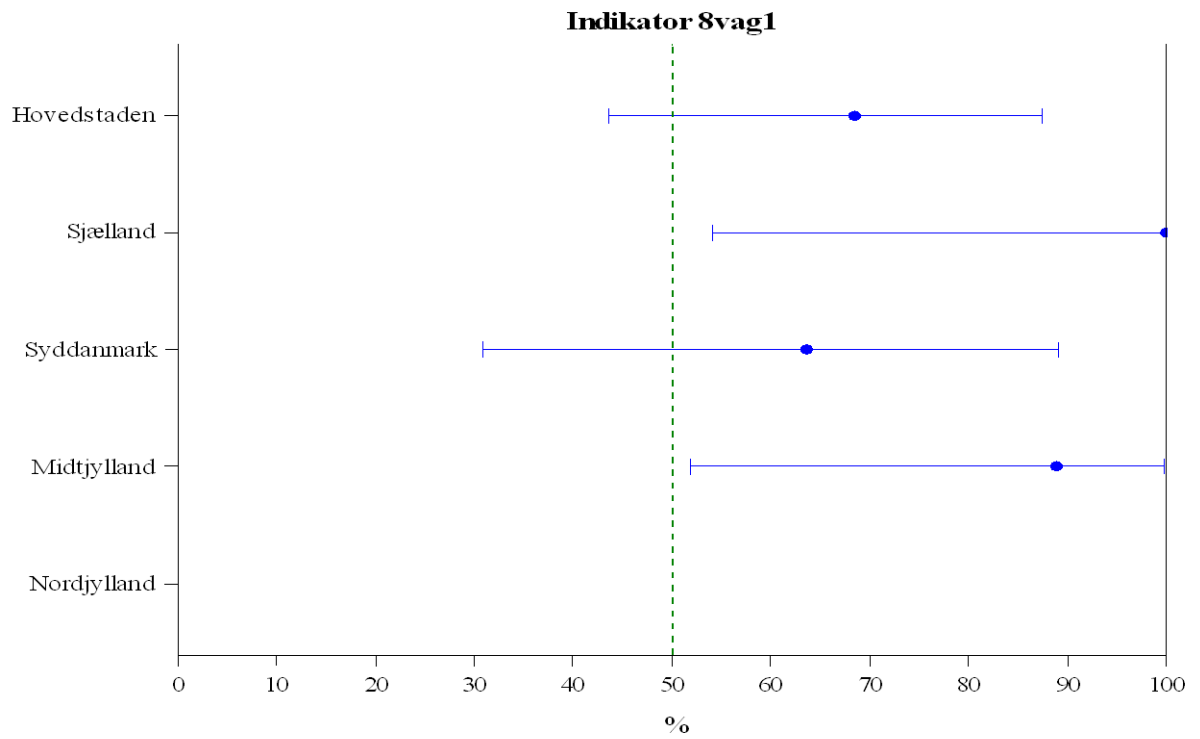
Detektionsrate for andre neuralrørsdefekter før 22. uge pr. region, 2012



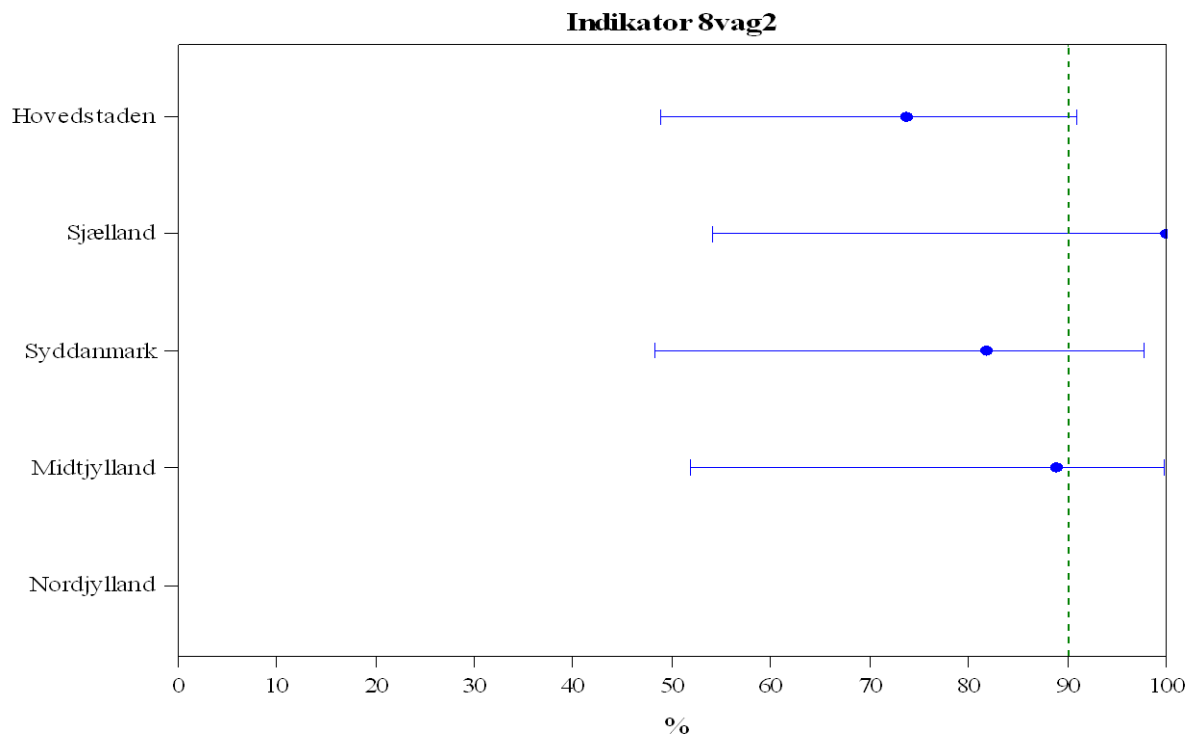
Detektionsrate for andre neuralrørsdefekter efter 22. uge pr. region, 2012



Detektionsrate for bugvægsdefekter før 22. uge pr. region, 2012



Detektionsrate for bugvægsdefekter efter 22. uge pr. region, 2012



Indikator 9 - Andel fostre med én eller flere moderate eller svære misdannelser, der påvises prænatalt

Kan ikke opgøres på nuværende tidspunkt, da indberetningerne endnu ikke er gode nok. Det forventes at indikatoren kan offentliggøres i næste årsrapport.

Oversigt over alle indikatorer

<i>Kvalitetsområde</i>	<i>Indikator</i>	<i>Standard</i>
Downs syndrom:		
1. Skanningstidspunkt	Andel gravide, der får foretaget nakkefoldskanning	> 80 %
2. Patient-flow	Antal nakkefoldskanninger per afdeling	> 1000/år
3. Størrelse af risiko-populationen (screen-positiv rate)	Andel gravide med risiko >1:300, baseret på maternal alder, nakkefoldskanning og doubletest	< 6 %
4. Detektionsrate	Andel fostre med Downs syndrom, der påvises ved 1. trimester screening	> 80 %
5. Abort efter invasiv fosterdiagnostik	<p><u>Andel gravide, der aborterer utilsigtet efter:</u></p> <p>c) moderkageprøve</p> <p>d) fostervandsprøve</p> <p>Standarden skal vurderes ud fra, at abortrisikoen forbundet med moderkageprøve og fostervandsprøve er ca. 1%, som skal lægges oveni den spontane abortrate, som er højere ved tidspunktet for moderkageprøve, ca. 12 uger, end ved fostervandsprøve, ca. 16 uger.</p>	<p>< 4,0 %</p> <p>< 2,5 %</p>
Medfødte misdannelser:		
6. Skanningstidspunkt	Andel af gravide der får lavet misdannelsesskanning	> 80%
7. Patient-flow	Antal misdannelsesskanninger per afdeling	> 1000/år
8. Detektionsrate for:		
c) <u>neuralrørsdefekter</u>	<p><u>Andel fostre med acrani, der påvises ved nakkefoldskanning (uge 11-14)</u></p> <p><u>Andel fostre med neuralrørs-defekt, der påvises ved nakkefoldskanning (uge 11-14) eller misdannelsesskanning (uge 17-22).</u></p>	<p>> 50 %</p> <p>> 90 %</p>
d) <u>bugvægsdefekter</u>	<p><u>Andel fostre med bugvægsdefekt, der påvises ved nakkefoldskanning (uge 11-14)</u></p> <p><u>Andel fostre med bugvægsdefekter, der påvises ved der påvises ved nakkefoldskanning (uge 11-14) eller misdannelsesskanning (uge 17-22).</u></p>	<p>> 50 %</p> <p>> 90 %</p>
9. Total detektionsrate	Andel fostre med én eller flere moderate eller svære misdannelser, der påvises prænatalt	> 50 %

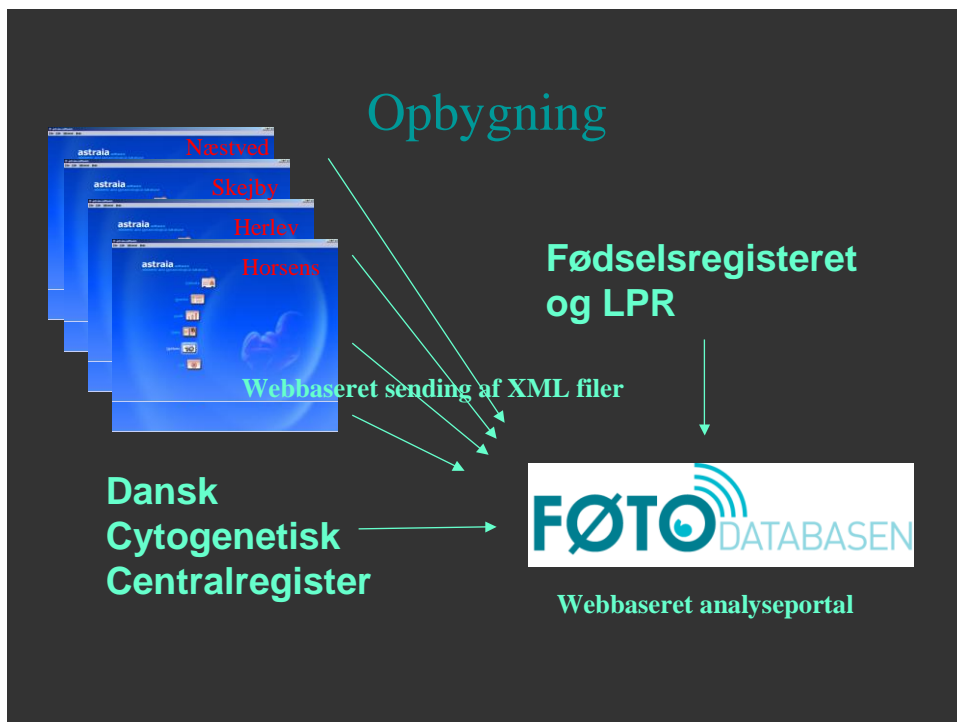
Datagrundlag

Siden januar 2008 har alle landets afdelinger, der foretager første trimester skanninger, ensartet indtastet de data, der skal anvendes i FØTOdatabasen, samt anvendt de samme reference kurver for biometri og anvendt samme cut-off for tilbud om invasiv diagnostik. Derfor indeholder FØTOdatabasen nationale data fra 1. januar 2008 og frem, på trods af, at data ikke har været samlet i den fælles database før foråret 2011. De første år har databasen primært fokuseret på indrapportering og afrapportering af data fra første trimester screeningen (indikator 1-5). Dette skyldes at registreringen af misdannelser fundet ved skanning i 2. og 3. trimester udelukkende er baseret på ICD-10 koder. Det viste sig hurtigt, at sjældent forekommende sygdomme som medfødte misdannelser ICD-10 kodes på forskellig måde på landets afdelinger, hvorfor disse data ikke er egnede til kvalitetsmonitorering.

Alle landets afdelinger, der foretager ultralydsskanning af gravide, rapporterer ind via Astraia til FØTOdatabasen. Næsten alle ultralydsskanninger, der foretages i Danmark, udføres i offentligt regi. En spørgeskemaundersøgelse til private klinikker har vist, at < 1 % af nakkefolds-skanninger og misdannelsesskanninger i Danmark udføres på de private klinikker.

FØTOdatabasens datagrundlag består af 3 overordnede datakilder (figur 1):

- Astraia data fra alle landets afdelinger
- Dansk Cytogenetisk Centralregister (DCCR)
- Fødselsregisteret/Landspatientregisteret (LPR)



Figur 1. FØTOdatabasens datakilder

Astraia data

Alle landets afdelinger på offentlige sygehuse, hvor der udføres ultralydsskanning af gravide anvender Astraia software som elektronisk journalsystem. Tidligere har eneste undtagelse været

misdannelse-skanninger foretaget på Bornholms Sygehus, men siden 1.1.2011 registreres alle skanninger foretaget på Bornholm også i Astraia. FØTO-databasen har således været landsdækkende mht. nakkefoldsskanning siden 2008, og er nu også landsdækkende mht. misdannelse-skanning for offentlige sygehuse.

I Astraia indtastes alle relevante ultralyddata og biokemiske data, oplysninger om materielle baggrundsfaktorer, og i Astraia foretages risikoberegningen for Downs syndrom. Disse data indtastes som led i den kliniske håndtering af de gravide, og ikke af hensyn til FØTO-databasen. Alle de gynækologisk-obstetriske afdelinger har en Astraia-ansvarlig person (sonograf eller læge), der varetager kontakten til FØTO-databasens styregruppe, og inddrages i validering af data fra egen afdeling.

Der er til hver lokal Astraia server tilkoblet en IT-funktion, som dagligt udtrækker de definerede data, som skal sendes til FØTO-databasen, og sender dem via en webservice til FØTO-database-serveren. Det er ikke alle data fra de lokale Astraia-servere, som bliver sendt, idet det kun er udvalgte data, der har relevans for databasens formål, der sendes videre.

Data-kvaliteten af data fra Astraia har vist sig at være særdeles god. Inden FØTO-databasens opstart var det nødvendigt at definere hvilke data, der var obligatoriske at indtaste i Astraia i forbindelse med en nakkefoldsskanning og en misdannelse-skanning. For at opnå en så høj data-komplethed som muligt på Astraia data, blev der på landsplan indført et valideringstjek af nakkefoldsskanninger og misdannelse-skanninger lige efter at data er indtastet i Astraia. Astraia tjekker således om de data, som skal bruges i FØTO-databasen, er indtastet og melder tilbage til den, der har indtastet, såfremt der er data, som mangler. Op til databasens opstart blev der ligeledes opnået landsdækkende enighed om, hvilke biometri-referencekurver vi anvender i Danmark, hvorledes biometrierne måles og hvorledes gestationsalderen fastsættes.

Cytogenetiske data

Dansk Cytogenetisk Centralregister er en selvstændig databaseenhed, som fra alle landets 5 klinisk genetiske afdelinger modtager en kopi af svaret på alle udførte karyotypeundersøgelser. Fra Cytogenetisk Centralregister modtages hver 3. måned et udtræk over karyotypesvar på alle prænatale prøver (moderkageprøver (CVS), fostervandsprøver (AC) og fosterblodprøver). Desuden modtages karyotypesvar på prøver fra abortvæv og på alle postnatale diagnosticerede kromosom-abnormiteter. Data-kvaliteten fra Cytogenetisk Centralregister er meget høj og data-komplethed er tæt på 100%. Data fra Cytogenetisk Centralregister er baseret på tidspunkt for diagnose. Da vores data baseres på tidspunkt for screening, vil der ikke være fuldstændig tidsmæssig overensstemmelse mellem Cytogenetisk Centralregisters data og vores data.

Fødselsregisterdata/LPR data

Fra fødselsregisteret, som er baseret på LPR data modtages data omkring eventuelle komplikationer i graviditeten og fødselsoutcome-data.

Fra LPR fås udtræk omkring provokerede og spontane aborter.

Analyseportalen

I Analyseportalen sammenkøres data vha. af mors CPR nummer, således at der for hver graviditet som oftest er registreret outcome i form af fødsel eller abort, et eller flere ultralydsforløb og eventuelt en cytogenetisk undersøgelse. Vi har udformet klare regler for, hvorledes outcome af hver graviditet defineres, for at sikre korrekt sammenkobling af outcome data med den rigtige graviditet.

Variabelliste for FØTOdatabasen inkl. oplysning om primære datakilder er vedlagt som bilag 1.

Dækningsgrad

Dækningsgraden er den andel af det samlede antal udførte nakkefoldsskanninger i Danmark, der er registreret i databasen. Som det fremgår af afsnittet om Astraia-data, er alle nakkefoldsskanninger registreret i databasen, fraset de ganske få der foretages i privat regi. Dette tal er mindre end 500 om året, dvs. dækningsgraden vurderes til at være over 99%.

Datakomplethed

Vi har valgt at vurdere datakompletheden på to parametre – rygning og BMI:

Kompletheden af data der indtastes lokalt i Astraia er vurderet ud fra, hvor mange af de gravide, der får foretaget en nakkefoldsskanning, også er registreret med BMI og rygestatus. Højde, vægt og rygestatus er variable, som vi har defineret som værende obligatoriske at indtaste i forbindelse med en nakkefoldsskanning. I 2012 var det kun 103 (0,2%) ud af 52.242 registrerede nakkefoldsskanninger, som ikke havde indtastet rygestatus, medens 1,5% manglede oplysninger om BMI, hvilket for begge parametre er en forbedring i forhold til 2011. Datakompletheden af indtastningerne lokalt vurderes derfor til at være meget høj.

Styregruppens medlemmer

Formand	Ann Tabor, professor, overlæge dr.med. (Rigshospitalet)
Øvrige medlemmer	Charlotte Ekelund, læge, ph.d. (Rigshospitalet)
	Olav Bjørn Petersen, overlæge, ph.d. (Aarhus Universitetshospital)
	Lene Sperling, overlæge, ph.d. (Odense Universitetshospital)
	Finn Stener Jørgensen, overlæge, dr.med. (Hvidovre Hospital)
	Susanne Kjærgaard, overlæge, dr.med., klinisk-genetisk afdeling, Rigshospitalet, Repræsentant for Dansk Cytogenetisk Centralregister
	Lasse Nørgaard, Chefkonsulent (KCKS-Øst, repræsentant for RKKP og Region Hovedstaden) / Pia Arnum Frøslev (KCKS-Øst, repræsentant for RKKP og Region Hovedstaden)
	Helle Zingenberg, overlæge (Herlev Hospital)
	Anette Wind Olesen, overlæge, ph.d. (Kolding Hospital)
	Lillian Skibsted, overlæge, ph.d. (Roskilde Hospital)
	Niels Ulbjerg, professor, overlæge dr. med. (Aarhus Universitetshospital)
	Peter Skovbo, overlæge (Aalborg Hospital)
	Steffen Sommer, overlæge (Horsens Hospital)
	Benedicte Stavnstrup, sygeplejerske (Rigshospitalet)
	Camilla Wulff, læge, ph.d. studerende (Rigshospitalet)
Klinisk epidemiolog	Kathrine Carlsen, cand.scient., MPH, ph.d.
Datamanager	Carsten Agger
Kontaktperson	Ann Tabor / Camilla Wulff
Dataansvarlig myndighed	Pia Arnum Frøslev, Kompetencecenter for Klinisk kvalitet og Sundhedsinformatik Øst

Appendiks

Læsevejledning

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

Tabeller:

Tabellerne i rapporten omfatter resultater for de enkelte afdelinger, regioner og landsgennemsnittet, på det niveau som er klinisk relevant. Nedenfor beskrives indholdet af tabellerne:

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

BILAG 1 – oversigt over variable i FØTO-databasen

Variabelnavn	Variabel beskrivelse
AC_GS1	AC ved gennemskanning1
AC_GS2	AC ved gennemskanning2
AVSD_NF1	AVSD ved NF1
AVSD_NF2	AVSD ved NF2
AbnormPostnatalKaryotype_B1	Abnorm Postnatal Karyotype(B)
AbnormPostnatalKaryotype_B2	Abnorm Postnatal Karyotype(B)
Abnorm_Abort_Karyotype	Abortvæv med T21, T18, T13 eller Turner
Abnorm_Praenatal_Karyotype	Prænatal T21, T18, T13 eller Turner
AbortVaev_type1	Abortvæv type
AbortVaev_type2	Abortvæv type
Abortvaev_Karyotype1	Abortvæv Karyotype
Abortvaev_Karyotype2	Abortvæv Karyotype
Alder_donor_aeg	Alder donor æg
Alder_mor_ved_NF1	Alder mor ved NF
Analyseplatform	Analyseplatform
Antal_fostre	Antal fostre
Astraiaversion	Astraiia version
BMI	BMI
BMI_grupper	BMI grupper
BPD_GS1	BPD ved gennemskanning1
BPD_GS2	BPD ved gennemskanning2
BPD_ved_NF1	BPD ved NF1
BPD_ved_NF2	BPD ved NF2
Barnets_alder_ved_abn_Karyotype	Barnets alder ved abnorm karyotype -dage
BetaHcG_MoM	BetaHcG MoM
BetaHcG_vaerdi	BetaHcG værdi
CPR_barn	CPR barn
CPR_barn2	CPR barn2
CPR_mor	CPR mor
CRL_ved_NF1	CRL_ved_NF1
CRL_ved_NF2	CRL_ved_NF2
Choriositet	Choriositet
DT_dato	Double test dato
DV_NF1	DV flow ved NF1
DV_NF2	DV flow ved NF2
Dato_AndenSkanning1A	Dato Anden Skanning1A
Dato_AndenSkanning1B	Dato Anden Skanning1B
Dato_AndenSkanning1C	Dato Anden Skanning1C
Dato_AndenSkanning1D	Dato Anden Skanning1D
Dato_AndenSkanning1E	Dato Anden Skanning1E
Dato_AndenSkanning1F	Dato Anden Skanning1F
Dato_AndenSkanning2A	Dato Anden Skanning2A
Dato_AndenSkanning2B	Dato Anden Skanning2B
Dato_AndenSkanning2C	Dato Anden Skanning2C

Dato_AndenSkanning2D	Dato Anden Skanning2D
Dato_AndenSkanning2E	Dato Anden Skanning2E
Dato_AndenSkanning2F	Dato Anden Skanning2F
Dato_Fosterred	Dato Fosterreduktion
Dato_Invasiv_Proeve1	Dato invasiv prøve
Dato_Invasiv_Proeve2	Dato invasiv prøve
Dato_Prov_Abort	Dato Provokeret Abort
Dato_Spont_Abort	Dato Spontan Abort
Dato_abortVaev1	Dato abortvæv
Dato_abortVaev2	Dato abortvæv
Dato_postnatal_Karyotype_B1	Dato_postnatal_Karyotype(B)
Dato_postnatal_Karyotype_B2	Dato_postnatal_Karyotype(B)
Diafraghernie_NF1	Diafraghernie ved NF1
Diafraghernie_NF2	Diafraghernie ved NF2
EkkogentFokus_GS1	Ekkogent fokus ved gennemskanning1
EkkogentFokus_GS2	Ekkogent fokus ved gennemskanning2
Etnicitet_mor	Etnicitet mor
FA_NF_maalt_ikkemaalt_1	Ansigtvinkel målt/ikke målt1
FA_NF_maalt_ikkemaalt_2	Ansigtvinkel målt/ikke målt2
FA_NF_vaerdi_1	Ansigtvinkel værdi1
FA_NF_vaerdi_2	Ansigtvinkel værdi2
FHR_NF1	Fetal heart rate ved NF1
FHR_NF2	Fetal heart rate ved NF2
FL_GS1	FL ved gennemskanning1
FL_GS2	FL ved gennemskanning2
FMF_code	FMF_code_NF
Fosterred	Fosterreduktion
Fosterred_procedure	Fosterreduktion proc kode
GA_AndenSkanning1A	GA Anden Skanning1A
GA_AndenSkanning1B	GA Anden Skanning1B
GA_AndenSkanning1C	GA Anden Skanning1C
GA_AndenSkanning1D	GA Anden Skanning1D
GA_AndenSkanning1E	GA Anden Skanning1E
GA_AndenSkanning1F	GA Anden Skanning1F
GA_AndenSkanning2A	GA Anden Skanning2B
GA_AndenSkanning2B	GA Anden Skanning2B
GA_AndenSkanning2C	GA Anden Skanning2C
GA_AndenSkanning2D	GA Anden Skanning2D
GA_AndenSkanning2E	GA Anden Skanning2E
GA_AndenSkanning2F	GA Anden Skanning2F
GA_DT	Double test GA
GA_Foedsel	GA ved fødslen
GA_Fosterred	GA ved reduktion
GA_GS1	GA ved gennemskanning
GA_Prov_Abort	GA ved prov. abort
GA_Spont_Abort	GA ved spontan abort
GA_ved_NF1	GA ved NF
GA_ved_abortvaev1	GA ved abortvæv

GA_ved_abortvaev2	GA ved abortvæv
GA_ved_invasiv_proeve1	GA ved invasiv prøve
GA_ved_invasiv_proeve2	GA ved invasiv prøve
GS_dato1	Dato gennemskanning
Genetisk_afdeling_abortVaev	KGA abortvæv
Genetisk_afdeling_invasiv_proeve	KGA prænatal invasiv prøve
Genetisk_afdeling_postnat_karyo	KGA postnatal karyotype
Grav_kompl	Graviditetskomplikation
HO_GS1	HO ved gennemskanning1
HO_GS2	HO ved gennemskanning2
Holoprosencefali_NF1	Holoprosencefali ved NF1
Holoprosencefali_NF2	Holoprosencefali ved NF2
Hormonstimulation	Hormonstimulation
Hydronefrose_GS1	Hydronefrose ved gennemskanning1
Hydronefrose_GS2	Hydronefrose ved gennemskanning2
Hydronefrose_NF1	Hydronefrose ved NF1
Hydronefrose_NF2	Hydronefrose ved NF2
HyperekkogenTarm_GS1	Hyperekkogen tarm ved gennemskanning1
HyperekkogenTarm_GS2	Hyperekkogen tarm ved gennemskanning2
HyperekkogenTarm_NF1	Hyperekkogen tarm ved NF1
HyperekkogenTarm_NF2	Hyperekkogen tarm ved NF2
IVF_aeg_type	IVF æg-type
Igangsatt_foedsel	Igangsatt procedure
Ikke_igangsatt_foedsel	Spontant startet fødsel
Indikation_Invasiv_Proeve1	Indikation Invasiv Prøve
Indikation_Invasiv_Proeve2	Indikation Invasiv Prøve
Indikator_1	Indikator 1
Indikator_2	Indikator 2
Indikator_3	Indikator 3
Indikator_4	Indikator 4
Indikator_6	Indikator 6
Indikator_7	Indikator 7
Indikator_9	Indikator 9
Indikator_5a	Indikator 5a
Indikator_5b	Indikator 5b
Indikator_8a	Indikator 8a
Indikator_8b	Indikator 8b
IntrakardieltEkkogentFokus_NF1	Intrakardielt ekkogent fokus ved NF1
IntrakardieltEkkogentFokus_NF2	Intrakardielt ekkogent fokus ved NF2
Konception	Konceptions måde
Korrektionsfaktor_DT_Beta	Korrektionsfaktor double test betaHcG
Korrektionsfaktor_DT_PAPP_A	Korrektionsfaktor doubletest PAPP-A
KortFemur_GS1	Kort femur ved gennemskanning1
KortFemur_GS2	Kort femur ved gennemskanning2
KortHumerus_GS1	Kort humerus ved gennemskanning1
KortHumerus_GS2	Kort humerus ved gennemskanning2
Megacystis_NF1	Megacystis ved NF1
Megacystis_NF2	Megacystis ved NF2

MisDiagKode_2skan1A	Misdannelse diagnosekode Anden Skanning1A
MisDiagKode_2skan1B	Misdannelse diagnosekode Anden Skanning1B
MisDiagKode_2skan1C	Misdannelse diagnosekode Anden Skanning1C
MisDiagKode_2skan1D	Misdannelse diagnosekode Anden Skanning1D
MisDiagKode_2skan1E	Misdannelse diagnosekode Anden Skanning1E
MisDiagKode_2skan1F	Misdannelse diagnosekode Anden Skanning1F
MisDiagKode_2skan1G	Misdannelse diagnosekode Anden Skanning1G
MisDiagKode_2skan2A	Misdannelse diagnosekode Anden Skanning2A
MisDiagKode_2skan2B	Misdannelse diagnosekode Anden Skanning2B
MisDiagKode_2skan2C	Misdannelse diagnosekode Anden Skanning2C
MisDiagKode_2skan2D	Misdannelse diagnosekode Anden Skanning2D
MisDiagKode_2skan2E	Misdannelse diagnosekode Anden Skanning2E
MisDiagKode_2skan2F	Misdannelse diagnosekode Anden Skanning2F
MisDiagKode_2skan2G	Misdannelse diagnosekode Anden Skanning2G
MisdannelseVed_AndenSkanning1A	Misdannelse ved Anden Skanning1A
MisdannelseVed_AndenSkanning1B	Misdannelse ved Anden Skanning1B
MisdannelseVed_AndenSkanning1C	Misdannelse ved Anden Skanning1C
MisdannelseVed_AndenSkanning1D	Misdannelse ved Anden Skanning1D
MisdannelseVed_AndenSkanning1E	Misdannelse ved Anden Skanning1E
MisdannelseVed_AndenSkanning1F	Misdannelse ved Anden Skanning1F
MisdannelseVed_AndenSkanning2A	Misdannelse ved Anden Skanning2A
MisdannelseVed_AndenSkanning2B	Misdannelse ved Anden Skanning2B
MisdannelseVed_AndenSkanning2C	Misdannelse ved Anden Skanning2C
MisdannelseVed_AndenSkanning2D	Misdannelse ved Anden Skanning2D
MisdannelseVed_AndenSkanning2E	Misdannelse ved Anden Skanning2E
MisdannelseVed_AndenSkanning2F	Misdannelse ved Anden Skanning2F
MisdannelseVed_GS1	Misdannelse ved gennemskanning1
MisdannelseVed_GS2	Misdannelse ved gennemskanning2
Misdannelse_Bloed_Markoer_GS1	Misdannelse (blød markør) gennemskanning1
Misdannelse_Bloed_Markoer_GS2	Misdannelse (blød markør) gennemskanning2
Misdannelse_ved_NF1	Misdannelse ved NF 1
Misdannelse_ved_NF2	Misdannelse ved NF 2
MisdannelserDiagnosekode_GS1A	Misdannelse diagnosekode Gennemskanning1A
MisdannelserDiagnosekode_GS1B	Misdannelse diagnosekode Gennemskanning1B
MisdannelserDiagnosekode_GS1C	Misdannelse diagnosekode Gennemskanning1C
MisdannelserDiagnosekode_GS1D	Misdannelse diagnosekode Gennemskanning1D
MisdannelserDiagnosekode_GS1E	Misdannelse diagnosekode Gennemskanning1E
MisdannelserDiagnosekode_GS2A	Misdannelse diagnosekode Gennemskanning2A
MisdannelserDiagnosekode_GS2B	Misdannelse diagnosekode Gennemskanning2B
MisdannelserDiagnosekode_GS2C	Misdannelse diagnosekode Gennemskanning2C
MisdannelserDiagnosekode_GS2D	Misdannelse diagnosekode Gennemskanning2D
MisdannelserDiagnosekode_GS2E	Misdannelse diagnosekode Gennemskanning2E
MisdannelserDiagnosekode_NF1A	Misdannelsesdiagnosekode ved NF 1A
MisdannelserDiagnosekode_NF1B	Misdannelsesdiagnosekode ved NF 1B
MisdannelserDiagnosekode_NF1C	Misdannelsesdiagnosekode ved NF 1C
MisdannelserDiagnosekode_NF1D	Misdannelsesdiagnosekode ved NF 1D
MisdannelserDiagnosekode_NF1E	Misdannelsesdiagnosekode ved NF 1E
MisdannelserDiagnosekode_NF2A	Misdannelsesdiagnosekode ved NF 2A

MisdannelserDiagnosekode_NF2B	Misdannelsediagnosekode ved NF 2B
MisdannelserDiagnosekode_NF2C	Misdannelsediagnosekode ved NF 2C
MisdannelserDiagnosekode_NF2D	Misdannelsediagnosekode ved NF 2D
MisdannelserDiagnosekode_NF2E	Misdannelsediagnosekode ved NF 2E
Mors_alder_ved_aegnedfrysning	Mors alder ved æggedfrysningen
NF_aar	Nakkefoldsskanningsår
NF_antal	NF antal
NF_dato1	NF dato
NF_over_3_5mm1	NF > 3,5mm1
NF_over_3_5mm2	NF > 3,5mm2
NF_over_95percentilen1	NF > 95 percentilen1
NF_over_95percentilen2	NF > 95 percentilen2
NF_vaerdi1	NF1
NF_vaerdi2	NF2
Naeseben1	Næseben1
Naeseben2	Næseben2
Nakkeoedem_GS1	Nakkeødem ved gennemskanning1
Nakkeoedem_GS2	Nakkeødem ved gennemskanning2
Omphalocele_NF1	Omphalocele ved NF1
Omphalocele_NF2	Omphalocele ved NF2
Outcome_graviditet	Outcome af graviditet
PAPP_A_MoM	PAPP-A MoM
PAPP_A_vaerdi	PAPP-A værdi
PPROM	PPROM
Paritet	Paritet
PlexusChoroideusCyste_NF1	Plexus choroideus cyste ved NF1
PlexusChoroideusCyste_NF2	Plexus choroideus cyste ved NF2
PostT21T13T18Turner_B1	Postnatal Karyotype med T21, T18, T13 eller Turner(B)
PostT21T13T18Turner_B2	Postnatal Karyotype med T21, T18, T13 eller Turner(B)
Praenatal_CNS_misdannelse1	Prænatal CNS misdannelse1
Praenatal_CNS_misdannelse2	Prænatal CNS misdannelse2
Praenatal_Invasiv_Proeve_Type1	Prænatal invasiv prøve type
Praenatal_Invasiv_Proeve_Type2	Prænatal invasiv prøve type
Praenatal_Karyotype1	Prænatal Karyotype
Praenatal_Karyotype2	Prænatal Karyotype
Praenatal_bugvaegsdefekt1	Prænatal bugvægsdefekt1
Praenatal_bugvaegsdefekt2	Prænatal bugvægsdefekt2
Praenatal_misdannelse1	Prænatal misdannelse1
Praenatal_misdannelse2	Prænatal misdannelse2
Praeterm_foedsel_foer_34	Fødsel < 34 uger
Praeterm_foedsel_foer_37	Fødsel < 37 uger
Preanatal_hjertemisdannelse1	Prænatal hjertemisdannelse1
Preanatal_hjertemisdannelse2	Prænatal hjertemisdannelse2
Preanatal_neuralroersdefekt1	Prænatal neuralroersdefekt1
Preanatal_neuralroersdefekt2	Prænatal neuralroersdefekt2
Procedurekode_AndenSkanning1A	Procedurekode Anden Skanning1A
Procedurekode_AndenSkanning1B	Procedurekode Anden Skanning1B
Procedurekode_AndenSkanning1C	Procedurekode Anden Skanning1C

Procedurekode_AndenSkanning1D	Procedurekode Anden Skanning1D
Procedurekode_AndenSkanning1E	Procedurekode Anden Skanning1E
Procedurekode_AndenSkanning1F	Procedurekode Anden Skanning1F
Procedurekode_AndenSkanning2A	Procedurekode Anden Skanning2A
Procedurekode_AndenSkanning2B	Procedurekode Anden Skanning2B
Procedurekode_AndenSkanning2C	Procedurekode Anden Skanning2C
Procedurekode_AndenSkanning2D	Procedurekode Anden Skanning2D
Procedurekode_AndenSkanning2E	Procedurekode Anden Skanning2E
Procedurekode_AndenSkanning2F	Procedurekode Anden Skanning2F
Prov_Abort_Diagnose	Provokeret Abort Diagnose
Prov_Abort_etter12	Provokeret Abort efter uge 12
Prov_Abort_foer12	Provokeret Abort før uge 12
RisikoT131	Risiko Trisomi 13 1
RisikoT132	Risiko Trisomi 13 2
RisikoT181	Risiko Trisomi 18 1
RisikoT182	Risiko Trisomi 18 2
RisikoT13_181	Risiko Trisomi 13+18 1
RisikoT13_182	Risiko Trisomi 13+18 2
RisikoT21_Samlet1	Risiko Trisomi T21 SAMLET1
RisikoT21_Samlet2	Risiko Trisomi T21 SAMLET2
RisikoT21_alder	Risiko Trisomi 21 (alder)
RisikoT21_alder_DT	Risiko Trisomi 21 (alder+DT)
RisikoT21_alder_NF1	Risiko Trisomi 21 (alder+NF) 1
RisikoT21_alder_NF2	Risiko Trisomi 21 (alder+NF) 2
RisikoT21_samlet_antal	Risiko Trisomi 21 samlet antal
Risiko_stoerre_end_1001	Risiko > 1:100 (1)
Risiko_stoerre_end_1002	Risiko > 1:100 (2)
Risiko_stoerre_end_3001	Risiko > 1:300 (1)
Risiko_stoerre_end_3002	Risiko > 1:300 (2)
Risiko_stoerre_end_10001	Risiko > 1:1000 (1)
Risiko_stoerre_end_10002	Risiko > 1:1000 (2)
Rygestatus	Rygestatus
SM_beregnet	Sidste Menstruation beregnet
SO_ID	Sygdomsområde ID
Singletongraviditet	Singletons
Spont_Abort	SpontanAbort
Spont_Abort_Diagnose	Spontan Abort Diagnose
Spontan_gravid	Spontan gravid
Sygehuskode_invasiv_proeve	Sygehuskode prænatal invasiv prøve
TR_NF1	TR ved NF1
TR_NF2	TR ved NF2
Terminsdato_SM	Terminsdato ud fra SM
Terminsdato_UL	Terminsdato ud fra UL
TidligereT13	Tidligere Trisomi 13
TidligereT18	Tidligere Trisomi 18
TidligereT21	Tidligere Trisomi 21
aar	Fødselsår
abrup	Abruptio

afdeling_id	Afdeling
afdeling_navn	afdeling navn
cs	Kejsersnit SKS kode
datakilde_dccr	Datakilde DCCR
datakilde_fr	Datakilde Fødselsregister
datakilde_lpr	Datakilde LPR
datatyp1	levendefødt/dødfødt
datatyp2	levendefødt/dødfødt
dodalder1	Alder ved død
dodalder2	Alder ved død
foddto1	Dato for fødsel
foddto2	Dato for fødsel
foedested	fødested
hoejde_mor	Højde mor
hospital_id	Hospital
kryds_antal	N
misd1_1	misdannelsediagnose 1
misd1_2	misdannelsediagnose 1
misd2_1	misdannelsediagnose 2
misd2_2	misdannelsediagnose 2
misd3_1	misdannelsediagnose 3
misd3_2	misdannelsediagnose 3
misd4_1	misdannelsediagnose 4
misd4_2	misdannelsediagnose 4
misd5_1	misdannelsediagnose 5
misd5_2	misdannelsediagnose 5
misdannelser1	Postnatale Misdannelser X=forefindes
misdannelser2	Postnatale Misdannelser X=forefindes
odia	Aktionsdiagnose fødsel
orgid	Dataindberettende enhed
pl_insuf	placenta insufficiens
placenta1	Placentavægt
placenta2	Placentavægt
praev	Placenta prævia
precl	Præeklampsi
region_id	Region
res_mor	Resultat af fødsel (mors diagnose)
vaegt_mor	Vægt mor
vagt1	Fødselsvægt
vagt2	Fødselsvægt