

Rapport for specialet:
Gynækologi og obstetrik

1 Arbejdsgrupper

1.1 Specialearbejdsgruppe

Sundhedsstyrelsen:

Enhedschef Lone de Neergaard, Sundhedsstyrelsen
Afdelingslæge Susanne Vest, Sundhedsstyrelsen
Chefkonsulent Niels Würbler Hansen, Sundhedsstyrelsen
Fuldmægtig Charlotte Hosbond, Sundhedsstyrelsen

Det videnskabelige selskab:

Klinikleder dr. med. Helle Meinertz, DSOG
Overlæge Sektionsleder, Morten Lebech, DSOG
1. reservelæge Thomas Larsen, DSOG

Lægefaglige repræsentanter udpeget af regionerne:

Klinikchef Lene Lundvall, Region Hovedstaden
Ledende overlæge Charlotte Wilken-Jensen, Region Sjælland
Overlæge Hans Ole Daugård, Region Syddanmark
Overlæge dr. med. Niels Ulbjerg, Region Midtjylland
Ledende overlæge dr. med., Hans Madsen, Region Nordjylland

Sygeplejefaglige repræsentanter:

Ledende oversygeplejerske Ady Kjærsgaard, FSGOS

Jordemoderfaglige repræsentanter:

Amtsjordemoder Annie Lund, Jordemoderfagligt Selskab
Forskningsjordemoder Misan Stehouwer, Jordemoderfagligt Selskab

1.2 Den Regionale Baggrundsgruppe

Sundhedsstyrelsen:

Enhedschef Lone de Neergaard, Sundhedsstyrelsen
Afdelingslæge Susanne Vest, Sundhedsstyrelsen
Chefkonsulent Niels W. Hansen, Sundhedsstyrelsen

Danske Regioner:

Chefkonsulent Thomas I. Jensen, Danske Regioner

De 5 regioner:

Direktør Svend Hartling, Region Hovedstaden
Stabsdirektør Pernille Slebsager, Region Hovedstaden

Direktør Svend Skov Jensen, Region Sjælland
Direktør Lars Onsberg Henriksen, Region Sjælland

Afdelingschef Per Busk, Region Syddanmark
Sundhedsfaglig direktør Claus Toftgaard, Region Syddanmark

Afdelingschef Lars Dahl Pedersen, Region Midtjylland
Cheflæge afdelingschef Hans Peder Graversen, Region Midtjylland

Cheflæge Tove Nilsson, Region Nordjylland
Kontorchef Mikkel Grimmeshave, Region Nordjylland

2 Kort specialebeskrivelse

2.1 Kort specialebeskrivelse

2.1.1 Nuværende overordnede specialebeskrivelse i specialevejledning fra 2001

Gynækologi omfatter forebyggelse, diagnosticering og behandling af sygdomme og symptomer i de kvindelige kønsorganer, diagnostik og behandling af fertilitetsproblemer, svangerskabsforebyggelse, svangerskabsafbrydelse og kønshormonbehandling af kvinder. Gynækologi omfatter endvidere diagnostik og behandling af kvinder med sygdomme, der skyldes forandringer i bækkenbund og nedre urinveje.

Obstetrik omfatter sundhedsfremme, forebyggelse, undersøgelser, diagnosticering og behandling under svangerskab, fødsel og i barselsperioden. Desuden varetager specialet den prænatale genetiske rådgivning og de prænatale diagnostiske prøveudtagninger i et nært samarbejde med de genetiske centre.

2.1.2 Generel beskrivelse af de nuværende væsentligste opgaver i specialet (de opgaver, der fylder mest i daglig klinisk praksis)

Specialets hovedopgaver opdeles i gynækologi (kvindesygdomme) og obstetrik (fødsler) og er tæt forbundne i et fysiologisk og anatomisk sammenspil.

Gynækologi

De gynækologiske hovedopgaver, herunder diagnostik og behandling, er defineret inden for følgende 4 fagområder:

- 1) Almen gynækologi og gynækologisk endokrinologi
 - Godartede gynækologiske tilstande i livmoder, æggestokke, æggeleder og skeden samt tidlige graviditetskomplikationer.
 - Hormonelle forstyrrelser som følge af sygdom eller dysfunktion i æggestokkene, i hypothalamus-hypofyse-gonade-aksen, kromosom anomalier og medfødte anomalier.
- 2) Urogynækologi
 - Sygdomme og funktionsforstyrrelser i bækkenbund, skede, blære, urinrør og endetarm.
- 3) Fertilitetsbehandling
 - Barnløshed.
- 4) Gynækologisk onkologi
 - Gynækologiske cancere og forstadier, herunder celleforandringer i livmoderen og livmoderhalsen. Der findes 4 overordnede former for gynækologisk cancer: cervixcancer, korpuscancer, ovariecancer og vulvacancer.

Obstetrik

De obstetriske hovedopgaver, herunder diagnostik og behandling, er defineret indenfor følgende fagområder:

1) Graviditet, fødsel og barselsperiode

- Den normale graviditet, fødsel og barselsperiode.
- Graviditet, der har en øget risiko for komplikationer både under selve graviditeten og/eller fødslen.
- Graviditet, der henvises fra jordemoder eller alment praktiserende læge på grund af et unormalt forløb af graviditeten eller mistanke herom.
- Pludselig opståede graviditets- og fødselskomplikationer, herunder kejsersnit, instrumentel forløsning (sugekop, fødetang), håndtering af blødninger m.m..
- Akut behandling af den nyfødte på fødestuerne i de tilfælde, hvor der fødes uventet dårligt barn. Behandlingen forestås i den korte tid, der går indtil anæstesiolog og eventuelt pædiater overtager forløbet.
- Deltagelse i observation og behandling i barselsperioden af såvel mor som barn.

2) Føtalmedicin, herunder fosterundersøgelser bl.a. i henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinjer på området

- Screeningstilbud i 1. og 2. trimester med markører til risikoberegning, især for kromosomsygdomme.
- Invasive diagnostiske metoder (moderkageprøve og fostervandsprøve).
- Ultralydsundersøgelse for malformationer.
- Ultralydsvejledte behandlinger af fosteret.

3 Særlige udfordringer og udviklingstendenser

3.1 Udviklingen de næste 5 -10 år – herunder forventet udvikling i specialets funktioner

3.1.1 Nye opgaver

Der er en stigende tendens til at søge information, primært via Internettet, tilgængelig litteratur og i interessegrupper/patientforeninger om de gynækologiske og obstetriske sygdomme, hvilket medfører øgede krav til information og behandling.

Danske kvinders stigende BMI medfører:

- Nedsat fertilitet samt øgede krav til opererende gynækologer og anæstesiologer for at mindske den øgede risiko for komplikationer under og efter indgreb
- En øget forekomst af gestationel diabetes, præeklamsi, øget risiko for indgreb under fødslen og flere komplikationer i puerperiet.

En stor del af danske kvinder ryger fortsat. Dette medfører øget risiko for komplikationer ved operation, nedsat fertilitet og øget risiko for intrauterin væksthæmning og andre komplikationer under graviditet. Tilsvarende gælder for misbrug af alkohol.

Gynækologi

1) Almen gynækologi og gynækologisk endokrinologi

Der pågår inden for gynækologien et intensivt udviklingsarbejde vedrørende forbedring af operations- og anæstesimetoderne med henblik på at minimere operationstraumet. Dette muliggør optimering og afkortning af indlæggelsesforløbene med en stigende omlægning fra indlæggelse til ambulante forløb. I samarbejdet med speciallægepraksis er der arbejdet på, at patienterne får stillet operationsindikation og forundersøgelse i speciallægepraksis. Dagkirurgiske enheder fælles for gynækologiske afdelinger og speciallægepraksis kan fremover være en mulighed. Parallelt med denne udvikling sker der en videreudvikling af den subspecialiserede kirurgi. Den operationstekniske uddannelse forbedres ved brug af simulatorer og robotter.

Øget efterspørgsel på rådgivning for kvinder i og efter menopausen kunne imødekommes ved tværfaglige menopauseklinikker, hvor specialister i f.eks. osteoporose, kardiologi og gynækologi kunne tilbyde en optimeret rådgivning og risikovurdering.

Behandlingen af endometriose udvikles både medicinsk og kirurgisk. Aktuelt behandler alle gynækologiske afdelinger kvinder med endometriose medicinsk og operativt. Mere avancerede former for endometriose, hvor der er indikation for kirurgisk intervention for endometriose i tarm, blære eller septum rectovaginale behandles på afdelinger med lands- og landsdelsfunktion. På flere afdelinger foregår behandlingen i et tæt samarbejde mellem speciallægerne i gynækologi og

obstetrik med kompetence i fertilitetsbehandling og specialerne diagnostisk radiologi, kirurgi og urologi. Endometriosebehandling er velegnet til udførelse i tværfaglige teams. Der er ved at blive udviklet en landsdækkende klinisk database. På flere afdelinger foregår forskning inden for endometriose og infertilitet samt videreudvikling af diagnostik og behandling af endometriose. For at sikre kvinderne optimal behandling og fortsat udvikling inden for området kunne det være en fordel, at behandlingen af kompliceret endometriose samles på steder med teams med ovenstående kompetencer i et tværfagligt samarbejde og forskning.

2) Urogynækologi

Antallet af urogynækologiske patienter er stigende – blandt andet på grund af en befolkningssammensætning med flere ældre kvinder. For de mere specialiserede patientgrupper vedkommende – recidiv efter tidligere operation, urethral divertikler, fistler og vaginaltopspiralprolaps – har Dansk Urogynækologisk Selskab anbefalet øget samling. Kvalitetsudvikling og bedring af patientforløb kræver et tæt samarbejde med specialerne: urologi, kirurgi, neurologi (neurofysiologi) og diagnostisk radiologi.

3) Fertilitetsbehandling

Udviklingen i dag stiler mod færre bivirkninger ved mere skånsomme stimulationsprotokoller samt færre flerfoldsgraviditeter. Der udvikles metoder til nedfrysning af ovarievæv før behandling for malign sygdom med henblik på bevarelse af fertilitet. Der kan forventes en øget efterspørgsel pga. faldende fekunditet i.e. faldende sædkvalitet hos danske mænd, øget forekomst af klamydia hos unge kvinder, stigende alder for kvinder, der ønsker at opnå graviditet samt en stigende andel af kvinder med betydelig overvægt.

4) Gynækologisk onkologi

Aktuelt pågår der en udvikling mod mere ekstensive primært radikale kirurgiske operationer med heraf følgende samling af operationerne på færre afdelinger. Varigheden af den enkelte operation øges væsentligt, og der vil være øgede krav til operatørens tekniske ekspertise og erfaring. Dette forventes at øge overlevelsen blandt kvinder med ovariecancer samt nedsætte morbiditeten ved corpuscancer. Antallet af kvinder med cervixcancer forventes at falde dels som følge af en målrettet indsats for at få kvinder til at følge de etablerede screeningsprogrammer, dels som følge af en ny vaccine. Opgaven inden for behandling og forskning er at reducere den internationalt set uacceptable høje mortalitet og dårlige prognose hos danske kvinder med gynækologisk kræft.

Obstetrik

1) Graviditet, fødsel og barselsperiode

Undersøgelserne i graviditeten vil i endnu højere grad blive tilrettelagt individuelt efter en risikovurdering og efter den gravides behov. Undersøgelserne vil blive mere teknologiske og objektive. I de senere år er der sket markante ændringer i den gravide population. De gravide er i dag ældre, oftere overvægtige og har hyppigere medicinske sygdomme, herunder specielt sukkersyge. Andelen af sårbare gravide med psykisk sygdom, misbrugsproblemer, socialt belastede, kvinder med anden etnisk baggrund og unge gravide stiger, og antallet af rygere falder kun langsomt. Der er behov for en øget forebyggende indsats overfor disse grupper. Der er endvidere en stigning i andelen af for tidligt fødte børn.

I Sundhedsstyrelsens retningslinjer for svangreomsorg anbefales fødsels- og forældreforberedelse, tilstedeværelse af en jordemoder under hele den aktive del af fødslen, og barselsbesøg. Disse anbefalinger kan ikke i øjeblikket opfyldes konsekvent, hvilket medfører en øget risiko for komplikationer. Samtidig kan manglende fødselsforberedelse medføre, at den gravide og faderen ikke er tilstrækkelig forberedt på fødselsforløbet, så forventningerne til fødslen ikke altid er samstemt med virkeligheden.

Fødselshjælpen vil stile mod at undgå langvarige forløb, komplicerede vaginale fødsler og akutte kejsersnit.

De gravide ønsker medindflydelse på tilrettelæggelsen af graviditets- og fødselsforløbet, herunder mulighed for at vælge kejsersnit, bedre adgang til smertelindring, adgang til neonatal service, og faderen medindlagt i barselsperioden. Andelen af kvinder, som forløses ved kejsersnit nærmer sig 25 %, delvist fordi et stigende antal gravide vælger at føde ved planlagt kejsersnit. Det forventes, at avanceret føtal monitorering under fødslen (STAN) indføres som en generel mulighed, hvilket indebærer behov for efteruddannelse på flere centre. Et flertal i arbejdsgruppen mener, at antallet af fødesteder bør revurderes i lyset af, at der bør være et pædiatrisk/neonatalt døgnberedskab. Læs nærmere om baggrunden på www.dsog.dk.

De korte indlæggelsesforløb efter fødslen øger behovet for informationsudveksling med primærsektoren og medfører behov for tidligt besøg af sundhedsplejerske.

2) Føtalmedicin

På grund af tilbud om prænatal risikovurdering og diagnostik til alle gravide forventes det, at antallet af børn født med kromosomfejl og misdannelser nedbringes samtidig med, at metoderne bliver fortsat forbedret og derved øger muligheden for at udføre prænatale undersøgelser og stille prænatale diagnoser. Der forskes i at indføre screeningsmetoder for graviditetskomplikationer som præeklamsi og intrauterin væksthæmning.

3.1.2 Opgaveflytning

Nogle behandlinger og udredninger fra sygehuse er overgået til praktiserende speciallæger, og denne udvikling ventes at fortsætte. Dette specielt i de større byer samt i den østlige del af Danmark (se kap. 4). Det drejer sig ud over udredning og medicinsk behandling om en række mindre indgreb, der udføres i regional anæstesi eksempelvis hysteroskopi og konisation. Endnu udføres kun et begrænset antal provokerede aborter i speciallægepraksis. Der er endvidere sket en samling af kræftbehandling på færre gynækologiske afdelinger.

3.1.3 Sammenhængende patientforløb

Specialet gør en indsats for sammenhængende patientforløb og benytter kontaktpersonprincippet. Derudover er der et stigende behov for patientkoordinatorer. Der sigtes mod oprettelse af tværfaglige team med deltagelse af flere specialer, der kan sikre et sammenhængende forløb. Specialets udgangspunkt med en bred uddannelse inden for både gynækologi og obstetrik er en forudsætning for at sikre det sammenhængende patientforløb.

4 Specialets nuværende funktioner og organisering

4.1 Nuværende funktioner og organisering i sygehusvæsenet

Der er 28 gynækologisk/obstetriske afdelinger. Herudover varetages nogle gynækologiske funktioner på 2 kirurgiske afdelinger (Bornholm og Samsø) af speciallæger i gynækologi og obstetrik.

Antallet af fødesteder er gennem en årrække blevet reduceret, og tilsvarende er antallet af fødsler pr. afdeling gradvist øget fra gennemsnitligt 716 fødsler pr. afdeling i 1982 til 1943 fødsler i 2005.

De større afdelinger er funktionsmæssigt inddelt i sektioner, hvor den daglige behandling for speciallægenes vedkommende er relateret til et underområde, (fx almen gynækologi og gynækologisk endokrinologi, urogynækologi, fertilitetsbehandling, gynækologisk onkologi, obstetrik, føtalmedicin), men hvor vagtfunktionen i øvrigt dækker hele specialet, og hvor der er speciallæge i tilstedeværelsesvagt.

De enkelte hospitaler viderehenviser i varierende grad patientgrupper fra en afdeling med basisfunktion til mere specialiserede afdelinger enten efter lokalaftale, eller hvis man ikke oppebærer ekspertise indenfor et givet underområde. Herudover viderehenvises patientgrupper efter aftale til afdelinger, der har lands- og landsdelsfunktion.

Der er lands-/landsdelsdelsfunktion ved Rigshospitalet, Herlev Amtssygehus, Glostrup Amtssygehus, Gentofte Amtssygehus, Odense Universitetshospital og Århus Universitetshospital (Skejby og Aalborg Sygehus).

4.1.1 Basisniveau

Gynækologi

De gynækologiske basisfunktioner beskrives i det følgende inden for de fire fagområder.

1) Almen gynækologi og endokrinologisk gynækologi

- Provokeret abort, medicinsk og kirurgisk sterilisation af kvinder.
- Tidlige graviditetsproblemer, dvs. spontan abort truende eller manifest samt graviditet udenfor livmoderen.
- Underlivsbetændelse akut/kronisk med eller uden abscesdannelse.
- Smerter, akutte f.eks. torkveret adnex, kroniske smerter f.eks. adhærencesmerter.
- Benigne blødningsforstyrrelser, herunder muskelknuder og polypper i livmoderen.
- Benigne cyster på æggestokkene.
- Prævention.
- Hormonbehandling.

- Endometriose.
- Polycystisk ovariesyndrom (PCOS).

Disse områder udgør mindst 60 % af aktiviteten indenfor gynækologi. Der udføres årligt ca. 6000 hysterektomier på benign indikation, 15.000 provokerede aborter og 5.000 sterilisationer. Der bliver årligt behandlet 5.000 kvinder for spontan abort og 1.000 for graviditet uden for livmoderen.

2) Urogynækologi

- Prolaps med nedsynkning eller fremfald af skedevæg og livmoder.
- Urininkontinens, herunder stress- og urgeinkontinens.
- Smerter og irritative tilstande i skede, blære og endetarm.

Udredning af inkontinens kan foregå hos den alment praktiserende læge eller på sygehus. Der foretages 8.000 operationer for prolaps og inkontinens om året i Danmark. Mellem 70 og 80 % af patienter med urogynækologiske sygdomme behandles uden operation. Den tværamtslige aktivitet omfatter behandling af andre end simple recidiver af prolaps eller inkontinens.

3) Fertilitetsbehandling

- Ufrivillig barnløshed, dvs. par, som har vanskeligt ved at opnå graviditet, og kvinder, som aborterer spontant > 3 gange efter hinanden (habituel abort).

Udredning og behandling for infertilitet foregår på sygehuse, private fertilitetsklinikker samt hos praktiserende speciallæger i primærsektor. Desuden foregår udredning hos alment praktiserende læger.

Antallet af behandlinger i 2006 er inden for følgende områder: IVF (In vitro fertilisation) 5500, ICSI (Intra Cytoplasmic Sperm Injection, mikroinsemination) 4436, FER (Frozen Embryo Replacement, nedfrosne/optøede embryoner) 2515, IUI-H (insemination med partner) 9684 og IUI-D (insemination med donor) 1740.

4) Gynækologisk onkologi

- Præcancerer, specielt cervix, vulva og endometrium.
- Cervixcancer stadium I A.
- Rådgivning af kvinder med disposition til gynækologisk cancer i samarbejde med genetiker.
- Lavmaligne former for endometriecancer.

Der er årligt ca. 600 tilfælde af endometriecancer og ca. 600 tilfælde af ovariecancer. Næsten alle opereres. De lavmaligne former for endometriecancer behandles på basisniveau. Der er ca. 400 tilfælde årligt af cervixcancer. Ca. 150 af disse opereres på basisniveau.

Obstetrik

1) Graviditet, fødsel og barselsperiode

På basisniveau foregår foruden kontrol ved normal graviditet og hjælp ved fødsel og barselsperiode udredning og behandling af gravide med:

- Mistanke om graviditetskomplikationer.
- Tidligere kompliceret graviditet og/eller fødselsforløb.

- Medicinske lidelser (se nedenfor).
- Patologiske fødsler og indgreb i forbindelse hermed.

På basisfunktionsniveau indgår tilbud til alle gravide om screening for risiko for kromosomsygdom hos barnet ved blodprøve og nakkefoldsskanning i graviditetsuge 11–14 og screening for misdannelser i graviditetsuge 18–20.

Der er ca. 63.000 fødsler om året. Det anslås, at 85 % af disse som udgangspunkt har en normal graviditet. 10-15 % vil have præeksisterende lidelser eller sygdomme, som nødvendiggør involvering af en obstetrisk afdeling. Den største del af de 63.000 kvinder vil benytte sig af tilbudet om nakkefold- og type II skanning. 5–6 % vil føde præterm. Knap 25 % vil få foretaget kejsersnit.

Graviditet, fødsel og barsel varetages i et samspil mellem jordemødre, alment praktiserende læger, obstetrikere og sygeplejersker, så jordemødre og alment praktiserende læger er de hovedansvarlige fagpersoner ved den normale graviditet og fødsel. I barselperioden suppleres med sygeplejersker.

Den patologiske graviditet varetages af obstetrikere – suppleret med specialuddannet ultralydpersonale, sygeplejersker, jordemødre og alment praktiserende læger. Ved nogle medicinske lidelser behandles de gravide også af andre medicinske specialister. Den patologiske fødsel ledes af en obstetriker i samarbejde med en jordemoder samt eventuelt en anæstesiolog og pædiater.

I den patologiske barselperiode er organisationen som i den patologiske graviditet ofte suppleret med sygeplejefaglig ekspertise. Aktiviteten i obstetrikken foregår således i almen praksis, i jordemoderkonsultationerne og på fødeafdelingerne.

Grænsen mellem det normale og det patologiske er som beskrevet flydende, og visitationen med hensyn til svangreundersøgelser og fødested kan derfor være vanskelig. En kontinuerlig vurdering af risiko og akut opståede problemstillinger er således nødvendig gennem såvel graviditet, fødsel og barselsperiode.

4.1.2 Lands- og landsdelsniveau

Grundet forskellig kodningspraksis afdelingerne imellem har LPR-udtræk kun på enkelte områder givet data for specialets aktivitet for lands- og landsdelsfunktioner. Aktivitetsangivelser baserer sig derfor også på andre registre eller specialearbejdsgruppens vurdering.

Gynækologi

De gynækologiske lands- og landsdelsfunktioner beskrives i det følgende inden for de fire fagområder.

1) Almen gynækologi og endokrinologisk gynækologi

- Gentagne spontane aborter.
- Udbredt endometriose. Grænsen for henvisning af endometriose patienter til afdeling med landsdelsfunktion er endometriose, der involverer tarm eller septum rectovaginale.
- Embolisering af fibromer.

- Medfødte kromosomanomalier og misdannelse af kønsorganer hos kvinder og transseksualitet.

2) Urogynækologi

- Svære tilfælde af recidiverende prolaps eller inkontinens.
- Analinkontinens ses hyppigt som følge af fødselsskade. Lidelsen udredes og behandles i samarbejde mellem kirurger og gynækologer i et tværamtsligt samarbejde eller som landsdelsfunktion.
- Fistler (ikke fysiologiske forbindelser) mellem blære og skede, tarm og skede eller blære, tarm og skede behandles tværfagligt ofte i samarbejde med urolog og abdominalkirurg i en tværamtslig funktion eller som landsdelsfunktion.
- Neurogene blæredysfunktioner.

3) Fertilitetsbehandling

- HIV positive og Hepatitis B positive par.

4) Gynækologisk onkologi

- Vulva- og vaginalcancer pga. disse cancerformers sjældenhed.
- Cervixcancer.
- Højmaligne former for endometriecancer.
- Ovariecancer.
- Trofoblastsygdom.
- Choriocarcinomer.

Der er løbende sket en samling af operation for ovariecancer de sidste år med nu operationer hovedsageligt på afdelinger med tværamtslig funktion og på afdelinger med lands- og landsdelsfunktioner. Ca. 150 af de i alt 400 tilfælde årligt af cervixcancer behandles på lands- og landsdelsniveau. Der er 120 tilfælde af vulvacancer om året. Næsten alle disse skal have foretaget operation på lands- og landsdelniveau.

Obstetrik

1) Graviditet, fødsel og barselsperiode

- Behandling af truende for tidlig fødsel samt disse børn, typisk fødsler før 28. uge.
- Gravide misbrugere.
- Gravide med komplicerede medicinske sygdomme forud for graviditeten såsom svære tilfælde af epilepsi, kronisk inflammatorisk tarmsygdom, thyreoideasygdomme, forhøjet blodtryk, trombofili, autoimmune sygdomme m.m..

2) Føtalmedicin

- Invasive procedurer i forbindelse med nakkefoldsskanning, fostervandsprøver og moderkagebiopsier

Få procent ud af de 63.000 fødende kvinder årligt vil have præeksisterende sygdomme eller udvikle sygdomme i graviditeten, som kræver udredning og behandling på lands- og landsdelniveau.

Center-satellit-aftaler

I områder, der dækker et stort geografisk område, og yderområder har man forskellige samarbejdsfunktioner på tværs af matrikler, hvor læger fra eksempelvis Sygehus Vendsyssel, Hjørring, har udefunktion på Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn. Et andet eksempel er samarbejdsordningen mellem Herning Sygehus og Holstebro Sygehus. Speciallægen, der har udefunktion fra Viborg, har hovedarbejdssted på Skive fertilitetsklinik. Ofte er både ambulatorieaktivitet og elektive operationer omfattet.

4.1.3 Akutte og ikke-akutte funktioner

Specialet er præget af såvel en høj elektiv aktivitet som varetagelse af mange akutte funktioner herunder akutte operationer. Dette kræver en speciallæge med et solidt kendskab til både gynækologi og obstetrik i tilstedeværelsesvagt. Tyngden af det akutte arbejde er på fødegangen og ofte i forbindelse med uforudsete patologiske fødsler og graviditeter. De akutte gynækologiske problemstillinger ses i forbindelse med infektioner, tidlige graviditetsproblemer, herunder graviditet uden for livmoderen samt aborter, cyster, smerte m.m..

4.2 Nuværende funktioner i primær sektor

4.2.1 Almen praksis

Den alment praktiserende læge varetager svangerskabsforebyggelse, svangreomsorg, screening for livmoderhalskræft og har den primære vurdering af de gynækologiske problemer. Der er stor aktivitet inden for almen gynækologi og gynækologisk endokrinologi. Fra almen praksis henvises gravide kvinder til fødeafdelingerne, og ved gynækologiske problemstillinger henvises enten til praktiserende speciallæge eller direkte til sygehus.

I Øst Danmark modsat Vest Danmark henviser den alment praktiserende læge til praktiserende speciallæge, når det vedrører elektive undersøgelser/behandlinger og nogle af de akut opståede gynækologiske problemer. Akut opståede tilstande, der afgiver indikation for umiddelbar behandling, henvises dog oftest direkte fra de alment praktiserende læger til sygehuset. Efterkontrol efter udskrivelse forgår også i nogen grad hos alment praktiserende læger.

4.2.2 Speciallægepraksis

Praktiserende speciallæger i primærsektoren foretager udredning og behandling af elektive og akut opståede gynækologiske problemer. Tyngden ligger i almen gynækologiske og gynækologisk endokrinologiske problemstillinger, fertilitetsudredning og behandling samt urogynækologisk udredning. Der foretages desuden undersøgelse/behandling af problemer opstået i den tidlige graviditet herunder både blødning og smerte, spørgsmål vedr. fastsættelse af gestationsalder, men også provokeret abort. Svangerskabsafbrydelse og sterilisation af kvinder har i henhold til lovgivningen traditionelt været en sygehusfunktion, men det er nu lovligt at udføre svangerskabsafbrydelse før udgangen af 12. uge i speciallægepraksis.

Hovedparten af de praktiserende speciallæger i primærsektoren findes i de større byområder, primært i Øst Danmark, og varetager behandlinger, der tidligere blev udført på sygehus. Modsat findes i provinsen få speciallægepraksisser, og der har således ikke fundet samme opgaveflytning sted. Et eksempel er konisationer, der i Østdanmark fortrinsvist laves i speciallægepraksis, mens det i øvrige del af landet

udføres på sygehus. Tabellen nedenfor viser antallet af speciallægepraksisser, deres geografiske fordeling samt antallet af indbyggere pr. speciallæge.

Region	Indbyggertal	Fuldtid	Halvtid	I alt	Indbyggere pr. læge
Region Hovedstaden	1.600.000	41	6	47	34.043
Region Sjælland	811.500	7	3	10	81.150
Region Midtjylland	1.200.000	9	0	9	133.333
Region Syddanmark	1.180.000	10	1	11	107.273
Region Nordjylland	578.000	2	0	2	289.000
Speciallæger i alt	-	69	10	79	-

Antallet af indbyggere pr. speciallægepraksis i Region Hovedstaden er ca. 9 gange så lavt som i Nordjylland.

5 Nuværende samarbejde og arbejdsdeling

5.1 Samarbejde med andre specialer på sygehusniveau

5.1.1 Samarbejde og opgaveafgrænsning vedr. diagnostik og behandling og rehabilitering

Gynækologi

1) Almen gynækologi og gynækologisk endokrinologi

- Endokrinologiske problemstillinger håndteres både i speciallægepraksis og på sygehus.
- Kolposkopi og konisationer håndteres også i speciallægepraksis.
- Samarbejdet med billeddiagnostiske afdelinger og klinisk fysiologiske afdelinger kan omfatte abdominale UL scanninger, røntgenundersøgelser, CT scanninger, MR scanninger og PET scanninger og andre klinisk fysiologiske undersøgelser. Der samarbejdes med patologifdelinger og klinisk mikrobiologiske afdelinger.
- Alle gynækologiske afdelinger behandler endometriose medicinsk eller operativt, hvor der er tale om cyster eller peritoneal endometriose. Mere avancerede former for endometriose, hvor der er indikation for kirurgisk intervention for endometriose i tarm/ blære behandles af tværfaglige teams bestående af gynækologer, kirurger og urologer.
- Sexologiske problemer håndteres i almen praksis, speciallægepraksis, hos specielt uddannende sexologer eller på gynækologisk/obstetriske afdelinger.
- Voldtægtscentre er organiseret forskelligt i de forskellige regioner. Nogle er tilknyttet gynækologisk/obstetriske afdelinger. Andre har samarbejdsaftale med disse. Patienterne behandles i et samarbejde mellem gynækologer, retsmedicinere, psykologer, sygeplejersker og socialrådgivere.

2) Urogynækologi

- Den primære udredning og behandling foregår ofte i almen praksis. Yderligere diagnostik og vejledning i bækkenbundstræning, medicinsk behandling og eventuel operativ behandling foregår i speciallægepraksis på gynækologisk afdeling eller på specielle urogynækologiske klinikker, der involverer urogynækologiske sygeplejersker i et tæt samarbejde med urologer og urodynamisk laboratorium. Herudover samarbejdes med kirurger med kompetence i rektalkirurgi, radiologer og neurofysiologer.

3) Fertilitetsbehandling

- Infertilitet: Hormonbehandling foretages i speciallægepraksis eller på private eller offentlige fertilitetsklinikker. Insemination, IVF og mere avancerede former herfor foretages både i offentligt og privat regi.

4) Gynækologisk onkologi

- Mere avancerede tilfælde behandles i et tæt samarbejde med kirurgiske gastroenterologer og urologer med særlig ekspertise indenfor bækkenkirurgi samt med onkologer og patologer. En del sygeplejersker har gennemgået en 1-2-årig efteruddannelse i onkologi. Opfølgende kemoterapi og strålebehandling

udføres på de onkologiske afdelinger. Der samarbejdes med Kræftens Bekæmpelse og patientforeningen Kvinder med Kræft i Underlivet.

Obstetrik

1) Graviditet, fødsel og barselsperiode

- Ved den ukomplicerede graviditet er den alment praktiserende læge og jordemoderen de hovedansvarlige fagpersoner. Ved den ukomplicerede fødsel er jordemoderen den hovedansvarlige fagperson. Ca. 99 % fødsler finder sted på fødeafdeling, medens ca. 1 % ønsker at føde hjemme.
- Gravide med særlig risiko vurderes af obstetriker ved fødeafdelingen. Den hovedansvarlige fagperson er her speciallægen, men flere steder er der etableret et samarbejde med jordemødre og sygeplejersker om behandling af f.eks. hyperemesis, sårbare gravide, gemelli, graviditas prolongata m.m.. Desuden er der samarbejde med afdelingens egne føtalmedicinere, som foretager ekspertskanninger og evt. invasive procedurer. Specielt har større fødesteder etableret et samarbejde med andre specialer/fagpersoner vedrørende specifikke patientgrupper:
 - Intern medicinere mhp. diabetes mellitus og andre endokrine lidelser.
 - I de føtalmedicinske centre er der et tæt samarbejde med de klinisk genetiske centre om rådgivning og diagnostik ved risiko for fosterskade.
 - De kliniske biokemiske afdelinger, der udfører den såkaldte dobbelttest, som supplerer 12 ugers scanningen mhp. diagnosticering af Downs syndrom.
 - Pædiatere med neonatologisk kompetence, hvor det nyfødte barn kræver speciel behandling.
 - Fysioterapeuter vedrørende bækkenløsning af andre fysiurgiske lidelser.
 - Præst og psykolog til hjælp og støtte ved svær neonatal sygdom og perinatal død.
 - Blodtypelaboratorium, koagulationslaboratorium, infektionsmedicinsk afd. (f.eks. HIV positive gravide), urologisk afd, gastroenterologisk afd, nefrologisk afd, hepatologisk afd etc..
 - Håndtering af sårbare gravide foretages i samarbejde med psykiatere, neonatologer, psykologer, jordemødre, sygeplejersker, kommunalt ansatte sundhedspersoner m.fl..
 - Anæstesiologiske afdelinger deltager i behandlingen af eklampsi, svær præeclampsi og HELLP.
- Komplicerede fødsler ledes af obstetriker i samarbejde med jordemoder og eventuelt anæstesiolog og pædiater. Ca. 20 % af de fødende får epiduralblokade mhp. smertelindring. Disse anlægges sædvanligvis af personalet på anæstesiologisk afdeling, der også deltager ved sectio, ved behov for anæstesi i forbindelse med suturering, intrauterin palpation og i blødningssituationer.
- Barselsplejen varetages sædvanligvis af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og jordemødre. Lægegruppen (obstetrikere og neonatologer) involveres kun ved komplikationer. Mange flergangsfødende tager hjem direkte fra fødeafdelingen.

5.1.2 Funktioner, hvor der er samarbejde/teamfunktion med andre specialer

Se kap. 5.1.1.

5.1.3 Funktioner, hvor den samme diagnosticering/behandling varetages af et andet speciale

Urogynækologi i forhold til specialet urologi.

5.1.4 Opgaveafgrænsning vedr. behandling af børn

Håndtering af det nyfødte barn:

- Det raske, nyfødte barn håndteres sædvanligvis af jordemoder, sygeplejerske og social- og sundhedsassistenter, der støtter moderen i amning og pleje.
- Det akut påvirkede, nyfødte barn håndteres af jordemoder, der tilkalder obstetiker og pædiater/neonatalog eller anæstesiolog - afhængigt af lokale forhold og procedurer.

5.1.5 Anden form for samarbejde

Se kap. 5.1.1.

5.2 Samarbejde med primær sektor

5.2.1 Samarbejde med almen praksis

Gynækologi

1) Almen gynækologi og gynækologisk endokrinologi

Rutinemæssig screening hvert tredje år for celleforandringer på livmoderhalsen foretages typisk i almen praksis eller hos praktiserende speciallæge. Ved abnormt cytologisk svar foretages kolposkopi og evt. konisation (kegleoperation) hos praktiserende speciallæge eller på sygehus.

Sexologiske patienter håndteres i almen praksis, i speciallægepraksis, hos specielt uddannende sexologer og på sexologiske klinikker, hvoraf nogle er tilknyttede gynækologisk obstetriske afdelinger.

2) Urogynækologi

Den primære udredning og behandling med bl.a. vandladningsskema foregår ofte i almen praksis.

3) Fertilitetsbehandling

Se punkt 5.1.1.

Obstetrik

Svangrekontrollen af gravide uden speciel risiko:

Den almindelige svangrekontrol er baseret på en række konsultationer hos alment praktiserende læge og jordemoder. Alment praktiserende læge oplyser om tilbud på fødestedet om UL skanning i uge 12 med henblik på Down's syndrom og i uge 19 med henblik på misdannelser. Langt de fleste gravide tager imod dette tilbud, som primært udføres af sygeplejersker og jordemødre under supervision af speciallæger i gynækologi med kompetence indenfor føtalmedicin. Den alment praktiserende læge sender svangerskabsjournalen til fødestedet, hvor den videre visitation til svangreundersøgelser foretages på baggrund af en behovsvurdering. Der foregår

ved såvel undersøgelser hos den alment praktiserende læge som hos jordemoderen en løbende vurdering af den gravide med henblik på eventuelle komplikationer og herunder revurdering af den primære visitation til fødestedet. Kommunikationen mellem den alment praktiserende læge, jordemoderen og fødestedet foregår i vid udstrækning ved hjælp af påtegninger på vandrejournalen, som den gravide medbringer til svangreundersøgelserne. Speciallægepraksis er kun i meget begrænset omfang involveret i svangreomsorgen. Fødselsforberedelsen varetages ved mange fødesteder af jordemødre.

Barselsperioden:

Efter udskrivelsen overgår barselsomsorgen til sundhedsplejersker og til alment praktiserende læge. I mange tilfælde tilbyder jordemoderen desuden efterfødselssamtale.

5.2.2 Samarbejde med og opgaveafgrænsning ift. praktiserende speciallæger inden for specialet

Gynækologi

1) Almen gynækologi og gynækologisk endokrinologi

For patienter henvist til speciallægepraksis foretages langt størstedelen af diagnostik og behandling i speciallægepraksis, medmindre kvinden henvises til operation på sygehus. En lang række mindre indgreb foretages i speciallægepraksis i lokal anæstesi.

Vedrørende sexologiske problemstillinger se punkt 5.2.1. Vedrørende endokrinologiske problemstillinger se desuden punkt 5.1.1. Se desuden punkt 5.2.1 vedr. celleforandringer i livmoderhalsen.

2) Urogynækologi

Se punkt 5.1.1 og punkt 5.2.1

3) Fertilitetsbehandling

En del patienter udredes primært hos egen læge. Hormonbehandling foretages i speciallægepraksis eller på private eller offentlige fertilitetsklinikker. Insemination, IVF og mere avancerede former herfor foretages både på offentlige og private fertilitetsklinikker.

5.2.3 Samarbejde med kommunale sundheds- og plejetilbud

Håndtering af det nyfødte barn

- Nogle fødende tager hjem direkte fra fødeafdelingen efter ambulante fødsel. I disse tilfælde faxer jordemoderen kommunikationsrapport til sundhedsplejerske og egen læge.

Barselsperiode

Se ovenfor under punkt 5.2.1.

6 Personale

6.1 Beskrivelse af faggrupper (læger, sygeplejersker osv.) involveret i specialets arbejdsopgaver

Læger:

Specialets lægebemanding på sygehusene består af speciallæger i gynækologi/obstetrik, læger under speciallægeuddannelse og læger under uddannelse i andre specialer (eksempelvis i almen medicin). Fordelingen mellem de enkelte grupper varierer efter afdelingernes størrelse, så andelen af færdiguddannede specialister er større, jo større afdeling, der er tale om.

DSOG har etableret en ekspertuddannelse inden for nogle afgrænsede områder af specialet - eksempelvis fertilitet, føtal medicin, onkologi og urogynækologi. Disse ”eksperter” er vanligvis ansat på afdelinger med specialfunktion.

Jordemødre:

Jordemødrene er autoriseret til selvstændigt at varetage den normale graviditet og den spontant forløbende fødsel. Ved normal graviditet er alment praktiserende læge og jordemoder de hovedansvarlige fagpersoner.

Hovedparten af landets jordemødre er ansat ved de offentlige fødeafdelinger, hvor de i samarbejde med læger og sygeplejersker varetager opgaver i forbindelse med graviditet og fødsel. På flere sygehuse er jordemødre ligeledes ansat på svangre- og barselsafdelinger eller på ultralydsafdelinger til udførelse af rutineundersøgelser hos gravide.

En stor del af opgaverne kræver ekstra uddannelse, særlig kompetenceudvikling og certificering.

Sygeplejersker:

Sygeplejersker varetager specialiserede opgaver ved ultralydsafdelinger, fertilitetsklinikker, inkontinensklinikker etc. En stor del af opgaverne kræver ekstra uddannelse, særlig kompetenceudvikling og certificering.

Derudover varetager sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter pleje af patienterne.

Sekretærer:

I det daglige arbejde er der tæt samarbejde med sekretærene. Med øgede krav om dokumentation, kvalitetskontrol, indberetning til centrale myndigheder samt krav om overgang til papirløs kommunikation med specialets eksterne samarbejdspartnere er samarbejdet og assistance fra sekretærene nødvendig.

Andre:

Af andre faggrupper kan nævnes:

- Bioanalytikere og biologer (fertilitetsklinikker)
- Fysioterapeuter (inkontinens-klinikker)
- Diætister
- Psykologer

6.2 Uddannelse af personale inden for specialet

Inden for specialet er der 451 normerede speciallægestillinger i sygehussektoren. Indtil 2008 er der 26 hoveduddannelsesforløb og herefter planmæssigt 32 årlige stillinger. Derudover er der 52 introduktionsstillinger.

Efteruddannelse:

Den lægelige efteruddannelse inden for specialet foregår ved kurser, møder, kongresser og lignende i regi af videnskabelige selskaber i ind- og udland. Der er behov for mere formelle krav om efteruddannelse. Overenskomsterne sikrer et vist minimumstidsforbrug til efteruddannelse pr. år. Tilbud om særligt gode vilkår for efteruddannelse bruges nogle steder for at rekruttere og fastholde lægeligt personale.

Blandt jordemødre og sygeplejersker er behovet for efteruddannelse stigende i takt med en øget subspecialisering i relation til særlige problemstillinger. Der er stigende behov for efteruddannelse af jordemødre og læger i håndtering af akutte obstetriske funktioner.

Videreuddannelse:

De fleste af specialets afdelinger deltager i den lægelige videreuddannelse.

Der er 52 1-årige introduktionsstillinger og aktuelt 26 hoveduddannelsesforløb pr. år. Specialistuddannelsen fordeles med 2/3 af tiden på basisfunktionsniveau (centralsygehus) og 1/3 af tiden på lands- og landsdelsfunktionsniveau (universitetsafdeling). Herudover deltager gynækologiske/obstetriske afdelinger i uddannelsen af læger til almen praksis med halvårslige ansættelser.

DSOG's ekspertuddannelse indenfor afgrænsede felter af faget foregår i samarbejde med afdelinger med lands- og landsdelsfunktion i ind- og udland.

Den lægelige videreuddannelse er således omfangsrig og betydeligt ressourcekrævende. DSOG's beregninger viser, at der bruges 1/3 speciallæge pr. hoveduddannelsesforløb til supervision, læring og evaluering. Overordnet set kræver afdelingernes uddannelsesopgaver betydeligt flere ressourcer, end der aktuelt er allokeret hertil.

Der er et stigende antal jordemødre og sygeplejersker med en videreuddannelse på master og Ph.d. niveau.

6.3 Rekruttering og fastholdelse (herunder særlige problemer, beskrivelse af den nuværende personalesituation og evt. prognoser)

Rekruttering

Der har blandt uddannelsessøgende læger været en betydelig interesse for uddannelse i specialet. Der har imidlertid nu været behov for genopslag af stillinger, hvilket tyder på en ændring i rekrutteringssituationen for specialet. Endvidere bør ventetiden på tildeling af hoveduddannelsesforløb være kortere.

Fastholdelse

Aktuelt er der ca. 500 erhvervsaktive gynækologer i landet. Der uddannes 26 gynækologer pr. år, og til trods herfor viser prognoser et fald i antallet af erhvervsaktive gynækologer med 20 % til et antal på ca. 400 i år 2025. Det skyldes først og fremmest stor afgang til pensionering. Satsning på seniorordninger, der fastholder ældre kolleger i job, vil formentlig kun i begrænset omfang kunne afhjælpe dette.

En øgning af uddannelseskapaciteten er en anden mulighed, som formentlig vil være nødvendig.

For så vidt angår jordemødre er der en del vakante stillinger, særligt i provinsen. Der blev i 2006 åbnet en ny jordemoderskole, og det forventes over en årrække at løse denne problemstilling.

I sygeplejen er der ikke rekrutterings- eller fastholdelsesproblemer.

7 Forskning

7.1 Forskningsområder

Generelt er der høj forskningsaktivitet i det gynækologiske/obstetriske speciale. En stor procentdel af ansøgerne til hoveduddannelsesforløb har således en akademisk grad. Gennem de seneste 15-20 år har der været en stigende forskningsaktivitet. Der kan identificeres en række satsningsområder, som alle tager afsæt i væsentlige kliniske problemstillinger – fx gynækologisk cancer, endokrinologi, herunder endometriose og reproduktionsbiologi, assisteret reproduktion, urogynækologi, føtalmedicin, klinisk obstetrik og indenfor de seneste år medicinsk pædagogik. Mange af disse områder vurderes at befinde sig i den internationale frontlinjeforskning.

7.2 Forskningsaktiviteten

7.2.1 På basisniveau

Se nedenfor.

7.2.2 På lands- og landsdelsfunktionsniveau

Den stigende forskningsaktivitet har afspejlet sig i et stigende antal Ph.d.-afhandlinger, senior-delestillinger, skolarstipendiater samt i et stigende antal professorater, hvoraf de sidstnævnte danner kimen for de kommende 5-10 års forskningsmiljøer.

Der eksisterer i dag:

12 ordinære kliniske professorater dvs. ikke tidsbegrænsede:

- Århus Sygehus 2: gynækologi/obstetrik og reproduktionstoksikologi.
- Odense Universitetshospital 2: gynækologi/obstetrik og gynækologisk onkologi.
- Glostrup Hospital 1: gynækologi/obstetrik med fokus på urogynækologi.
- Hvidovre Hospital 1: gynækologi/obstetrik med fokus på obstetrik.
- Rigshospitalet 3: 1 gynækologi/obstetrik og 1 føtalmedicin og 1 gynækologisk onkologi.
- Rigshospitalet eller Herlev Hospital 1: assisteret reproduktion under besættelse.
- Frederiksberg Hospital eller Herlev Hospital 1: gynækologisk endokrinologi under besættelse.
- Pt. er der et nyt professorat under besættelse i Aalborg.

5-årige professorater:

- Herlev Hospital 1: under besættelse.
- Rigshospitalet 5: Heraf er 3 under besættelse. Omfatter emnerne assisteret reproduktion, gynækologisk cancer epidemiologi, obstetrik med fokus på diabetes, klinisk gynækologisk onkologi og reproduktionsbiologi med fokus på stamceller.

- Odense Universitetshospital 1: reproduktionsbiologi

Adjungeret professorater:

Rigshospitalet 1: reproduktionsbiologi

Forskningen er karakteriseret ved et godt netværk både nationalt og internationalt. Hovedparten af forskningen foregår på afdelinger med landsdelsfunktion inden for de ovenfor nævnte områder. Men der er i specialet også forskningsaktivitet på afdelinger med basisfunktion (se nedenstående tabel 7.1).

Tallene i tabel 7.1 skal dog tages med forbehold, da data er indsamlet ved en rundspørge. Der foregår ikke en systematisk indrapportering.

Tabel 7.1

Afdeling	Artikler			Afhandlinger (Ph.d. hvis intet andet anført)		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Jylland						
Skejby	26	23	20	2	1	1
Herning/Holstebro	9	5	8			
Horsens	3	5	4		1	1
Ålborg	10	10	8	2		
Fyn						
Odense	17	17	37	1		
Sjælland/Bornholm						
Glostrup	18	16	10			
Herlev	3	14	4			
Gentofte	2	4	6			
Hillerød		1				
Hvidovre	26	7	8	2		1
Frederiksberg	10	9	7			
						2&1 dr. med.
Rigshospitalet	67	62	75	3	3	
Nykøbing F						
Næstved						
Roskilde	3	5	1			
Holbæk			1			
Slagelse		1				
Rønne						

7.3 Særlige udviklingsområder for forskningen

Det vil være formålstjenligt inden for de kommende år at udpege et eller flere satsningsområder, der kunne tjene som spydspidsfunktion inden for den gynækologisk-obstetriske forskning.

Det er desuden ønskeligt, at der bliver mulighed for at kombinere forskning og klinisk arbejde. Der tænkes her på oprettelse af delestillinger, der giver mulighed

for at forske på halvtid og arbejde klinisk på halv tid. Der er en række fordele ved delestillinger: Vedligeholdelse af i gangværende forskning, øget rekruttering af nye forskere og kontinuitet i forskningen, styrket og opdateret viden i afdelingerne, et godt fundament for videreudvikling og dynamik - i specialet som helhed, men også på de enkelte afdelinger og bedre kobling mellem forskning og klinik samt implementering af ny viden.

Oprettelse af forskningsfunktioner for gynækologisk-obstetrisk sygepleje og for jordemødre vil også kunne bidrage med udvikling af specialet.

8 Kvalitetsudvikling

8.1 Generel beskrivelse af specialets arbejde med kvalitetsudvikling/sikring

DSOG (Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi) har i mange år arbejdet med kvalitetssikring og kvalitetsudvikling, hvilket bl.a. har resulteret i nedenstående kliniske retningslinjer og databaser. Disse opdateres løbende.

8.2 Landsdækkende kliniske retningslinier, referenceprogrammer, indikatorer mv.

De kliniske retningslinjer (guidelines) findes på DSOG's hjemmeside (www.DSOG.dk) og er baseret på konsensus og evidens med angivelse af referencer.

Udarbejdelsen af guidelines er en officiel funktion under DSOG.

Gyldighed af kliniske guidelines

Obstetrik

Guidelines bliver så vidt muligt til ved konsensus på evidensbaseret grundlag. Da kun en sparsom del af obstetrikken er baseret på indiskutabel evidens, indebærer det, at man på de enkelte fødesteder kan have egne guidelines eller rutiner, som er hensigtsmæssige, selv om de afviger fra guidelines.

Gynækologi

Guidelines er udarbejdet efter internationalt gældende regler. De er resultatet af analysearbejde af evidens foretaget i arbejdsgrupper og efterfulgt af en diskussion ved en konference med tilstedeværelse af et større antal danske speciallæger inden for gynækologi og obstetrik

Fertilitet

Dansk Fertilitetsselskab er påbegyndt arbejdet med kliniske retningslinjer for fertilitet. De kan findes på www.dsog.dk/guidelines.

Ultralyd

Retningslinjer ligger til dels under såvel gynækologi som obstetrik. Særskilte retningslinjer findes ikke på nuværende tidspunkt (februar 2007).

DSOG's arbejdsgruppe for obstetrisk kvalitetsudvikling og nomenklatur

Kodning ved interventioner (indgreb og andre procedurer) i forbindelse med obstetrik og føtalmedicin skal begrundes ved en diagnose. Hvis relationen til interventionen skal bibeholdes, skal indikationerne angives som tillægskoder til indgrebet – ellers mistes relationen ved overføring til LPR. Valget af prioriterede koder er forankret i, at de er klinisk og epidemiologisk betydende. Kodelisten er oprettet i kvalitetssikringsøjemed og kan danne udgangspunkt for valg af kriterier til DRG. De udvalgte definerede koder anbefales anvendt for at opnå en ensartet kodning med et begrænset antal koder, så der i fremtiden kan opnås løbende relevant feedback fra det nationale register. Kodningen dækker de fleste

patientforløb. Hvis der er andre sygdomme, tilstande og indgreb mv., der er væsentlige for forløbet, skal disse kodes efter gældende principper.

Arbejdsgruppen for gynækologisk kvalitetsudvikling og nomenklatur

DSOG's arbejdsgruppe for gynækologisk kvalitetsudvikling og nomenklatur udsendte i efteråret 2005 i samarbejde med Sundhedsstyrelsen den første specialespecifikke registreringsvejledning inden for gynækologien. Vejledningen er udsendt til alle DSOG's medlemmer, og første revision er i gang.

Vejledning vedrørende kodning af gynækologiske cancerdiagnoser

Vejledningen forelå i 2006.

DGC (Dansk Gynækologisk Cancer)

Retningslinier for visitation, undersøgelse og behandling af gynækologisk cancer i Danmark udarbejdes og vedligeholdes af arbejdsgrupper med 9 medlemmer (3 gynækologer, 3 patologer og 3 onkologer). Medlemmerne er forankret i hvert deres specialeselskab.

Rapporter/retningslinjer findes på www.dgc-dk.dk, hvor også **Biobank-**arbejdsgruppens rapport findes.

Retningslinier for gynækologiske HNPCC-screeninger

Mutationsbærere i HNPCC-familier har en livstidsrisiko for endometrie-cancer på 40-60 % og for ovarie-cancer på 8-12 %. Disse cancerer kan potentielt forebygges ved screening. Der er gennem det sidste år arbejdet med guidelines for gynækologisk HNPCC-screening i en arbejdsgruppe under DSOG i samarbejde med Dansk Selskab for Medicinsk Genetik og HNPCC-registret.

Retningslinjer for familiær disposition til mamma- og ovarie-cancer.

Der indmeldes til DBCG i forbindelse med årlige kontroller.

Retningslinier for cervixcancer

Guideline for cervixcancer er udarbejdet i januar 2007 og kan findes på www.dgc-dk.

Referenceprogram for hysterektomi på benign indikation

Sekretariatet for Referenceprogrammer (SfR) har opdateret (foråret 2006) referenceprogrammet for hysterektomi på benign indikation. Referenceprogrammet gennemgår den nyeste evidens inden for området, så anbefalingerne kan være med til at sikre kvalitet og ensartethed i behandling og pleje af patienter som gennemgår hysterektomi på benign indikation.

8.3 Landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser og/eller andre kvalitetsdatabaser – gerne med links

HYSKOBASE (Dansk Kvalitetsdatabase for Operativ Hysteroskopi og Transcervikal Kirurgi)

Kvalitetsudvikling indenfor hysteroskopisk og ikke-hysteroskopisk intrauterin kirurgi af 1. og 2. generation, normativ for kvalitative standarder indenfor specifikke operationer samt løbende kvalitetskontrol af nye 2. generationsmetoder.

Dansk Hysterektomidatabase (landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase vedrørende hysterektomi på benign indikation) til monitorering af hysterektomi.

DUGA Base (landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase vedrørende urogynækologi) til monitorering af undersøgelser og behandling af urogynækologiske patienter.
www.dugabase.dk

Retningslinier for gynækologiske HNPCC-screeninger

Se afsnit 8.2.

Retningslinjer for familiær disposition til mamma- og ovariecancer.

Se afsnit 8.2.

Landspatientregisteret til kvalitetssikring i det gynækologiske speciale.

Den overvejende del af den kliniske aktivitet, som foregår i sundhedsvæsenet i Danmark, sker stadig uden en systematisk overvågning af kvaliteten. Sundhedsstyrelsen har på baggrund heraf støttet et projekt, som belyser, i hvilket omfang Landspatientregisteret (LPR) kan benyttes som "klinisk database" med udgangspunkt i det gynækologiske område. TiGrAB - KD er en ny hjemmeside med oplysninger omkring reproduktion, tidlig graviditet og abort. Kommende hjemsted for den landsdækkende kliniske database vedrørende dette emne.
www.tigrab.dk

DGCD

Dansk Gynækologisk Cancers database. Denne er landsdækkende, og der rapporteres online med henblik på at opnå en så tidstro monitorering af behandlingsresultater i Danmark som muligt.

8.4 Andet kvalitetsarbejde

Flere gynækologiske afdelinger i landet arbejder med akkrediteringsstandarder og patientsikkerhed i form af UTH (utilsigtede hændelser) samt patienttilfredshedsundersøgelser.

NIP (Det nationale indikatorprojekt, som monitorerer sectio, hysterektomi og sterilisation).

9 Fremtidig organisering af og krav til specialet

9.1 Den fremtidige specialebeskrivelse

Gynækologi omfatter forebyggelse, diagnosticering og behandling af sygdomme og symptomer i de kvindelige kønsorganer, svangerskabsforebyggelse, behandling af kvinder med kønshormonrelaterede sygdomme, diagnostik og behandling af infertilitet, problemer i den tidlige graviditet og svangerskabsafbrydelse.

Gynækologi omfatter endvidere diagnostik og behandling af kvinder med sygdomme, der skyldes forandringer i bækkenbund og nedre urinveje.

Obstetrik omfatter sundhedsfremme, forebyggelse, undersøgelser, diagnosticering og behandling under svangerskab, fødsel og barselsperiode. Desuden varetager specialet den prænatale genetiske rådgivning og de prænatale diagnostiske prøveudtagninger i et nært samarbejde med de genetiske centre.

9.2 Mulige hovedfunktioner samt beskrivelse af krav til disse, herunder patientvolumen, samarbejdende afdelinger, vagtberedskab og faciliteter

Anbefalinger til hovedfunktion:

Det bør være muligt at få assistance umiddelbart fra en speciallæge i gynækologi og obstetrik.

1. En gynækologisk og obstetrisk afdeling bør have assistance af følgende specialer/funktioner:
 - Pædiatri med neonatologisk kompetence med mulighed for assistance umiddelbart.
 - Anæstesiologi med intensiv afsnit niveau 2 med mulighed for assistance umiddelbart.
 - Klinisk biokemi med mulighed for assistance umiddelbart for de mest almindelige funktioner.
 - Kirurgi med mulighed for assistance i løbet af 30 min..
 - Intern Medicin med mulighed for assistance i løbet af 30 min..
 - Diagnostisk radiologi med mulighed for assistance i løbet af 30 min..
 - Klinisk immunologi med mulighed for assistance i løbet af 30 min.
 - Neurologi med mulighed for telefonisk rådgivning umiddelbart og i øvrigt assistance næste dag
2. Afdelingerne med hovedfunktion har et optageområde på mindst 200.000-250.000 indbyggere. I tyndt befolkede områder med ø- eller ølignende geografi, hvor dette krav ikke kan opfyldes, vil andre løsninger være nødvendige. Det er dog en forudsætning, at den sundhedsfaglige kvalitet sikres gennem et tæt, formaliseret samarbejde med alle relevante parter

samt at borgerne er informeret herom.

Specialearbejdsgruppen har udarbejdet liste med så vidt muligt alle funktioner på hovedfunktionsniveau inden for det gynækologiske og obstetriske speciale – listen findes på www.dsog.dk.

9.3 Mulige regionsfunktioner samt beskrivelse af krav til disse, herunder patientvolumen, samarbejdende afdelinger, vagtberedskab og faciliteter

Med henblik på placering og definition af mulige specialfunktioner har specialearbejdsgruppen bedt kolleger med kompetence inden for forskellige underområder om at komme med oplæg, som efterfølgende er drøftet i specialearbejdsgruppen. Disse oplæg er tilgængelige på www.dsog.dk. Der er ved placeringen af funktioner lagt stor vægt på, hvad der må anses for ideelt vel vidende, at lokale forhold kan gøre det hensigtsmæssigt at afvige herfra i en periode. I ganske særlige tilfælde kan der argumenteres for afvigelse af mere permanent karakter.

Nogle af nedennævnte specialfunktioner vil dog kræve afklaring med andre specialearbejdsgrupper før endelig niveauplacering foretages.

Krav til regionsfunktion:

En regionsfunktion forudsætter som hovedregel mere end 500 patienter på landsplan årligt, medmindre krav til apparatur eller dokumentation tilsiger andet.

Foruden krav til assistance fra eget speciale og fra andre specialer/funktioner, som er anført under anbefalinger for hovedfunktionsniveauet, er der følgende krav:

En gynækologisk og obstetrisk afdeling med regionsfunktion skal have assistance af følgende specialer/funktioner:

- Urologi med mulighed for assistance i løbet af 30 min..
- Intern medicin: endokrinologi med mulighed for assistance næste dag.
- Klinisk onkologi med mulighed for assistance næste dag.
- Patologisk anatomi og cytologi med mulighed for assistance i dagtid alle hverdage.

Regionsfunktioner for obstetrik

Sårbare gravide:

Ved denne patientgruppe har afstande særlig betydning. Det kan derfor være nødvendigt med et formaliseret samarbejde mellem sygehuse på tværs af den enkelte region – fx i form af et center-satellit-samarbejde med en afdeling på hovedfunktionsniveau.

- Gravide med i.v. misbrug og/eller med behov for psykiatrisk behandling udover SSRI i graviditeten.
- Udviklingshæmmede.

Vurdering/kontrol/behandling/indlæggelse – øvrige gravide:

- Gravide med gestationel diabetes mellitus (1500 ptt. om året i DK), let immunisering (600 ptt. om året i DK), thyroideasygdomme (1000 ptt. om året i DK), og/eller epilepsi (1000 ptt. om året i DK)

- Gravide med monochoriotiske gemelli (800 ptt. om året i DK) eller truende for tidlig fødsel (< 28, 30 eller 32 uger afhængig af hovedfunktionens neonatal afdeling - 2000 ptt. om året i DK)

Regionsfunktioner for gynækologi

Almen gynækologi/gynækologisk endokrinologi:

- Vulvodyni: Vulvodyni kræver ofte en længere udredning, inden diagnosen kan stilles. Denne udredning kan foretages i speciallægepraksis eller på sygehus på hovedfunktionsniveau. Når diagnosen er stillet, kræves et set-up, som er multimodalt og på regionsniveau.
- Center til modtagelse af voldtægts ofre, eventuelt med satellitfunktion på hovedfunktionsniveau.

Urogynækologi:

- Behandling af urininkontinens med TVT, TVT-O operationer samt bulking (1000 ptt. om året i DK)
- Udredning og behandling af recidiver af uterovaginal prolaps (<300 ptt. om året i DK)
- Kolpopeksi, abdominalt eller vaginalt. (under 200 ptt. om året i DK)

9.4 Mulige højt specialiserede funktioner samt beskrivelse af krav til disse, herunder patientvolumen, samarbejdende afdelinger, vagtberedskab og faciliteter

Krav til højt specialiseret funktion:

En højt specialiseret funktion forudsætter under 500 patienter på landsplan årligt, medmindre dokumentation og apparatur tilsiger andet.

Foruden krav til assistance fra eget speciale og fra andre specialer/funktioner, som er anført under anbefalinger for hovedfunktionsniveauet og regionsfunktionsniveauet, er der følgende krav:

En gynækologisk og obstetrisk afdeling med højt specialiseret funktion bør have assistance af følgende specialer/funktioner:

- Anæstesiologi med intensiv afsnit niveau 3 med mulighed for assistance umiddelbart.
- Karkirurgi med mulighed for assistance i løbet af 30 min..
- Børnekirurgi med mulighed for assistance i løbet af 30 min..
- Thorax- og neurokirurgi med mulighed for assistance næste dag.
- Intern medicin: infektionsmedicin med mulighed for assistance næste dag.
- Plastikkirurgi med mulighed for assistance næste dag.
- Psykiatri med mulighed for assistance næste dag.
- Klinisk genetik med mulighed for assistance næste dag (hverdage).

Faciliteter:

- Evt. molekylærbiologisk laboratorium

Nedenfor i parentes er der, hvor det har været muligt, anført det vurderede antal årlige tilfælde.

Højt specialiserede funktioner for obstetrik

Prænatal screening, diagnostik og behandling:

- Intrauterin blodprøvetagning og –transfusion (25 ptt. per år i DK) eller intrauterin drænanlæggelse (<10 ptt. per år i DK)

Sårbare gravide:

- Gravide med HIV

Vurdering/kontrol/behandling/indlæggelse – øvrige gravide:

- Gravide, som kan få behov for intrauterin transfusion fundet ved PSV (25 ptt. årligt), dvs. svær immunisering (<100 ptt. om året i DK), alloimmun trombocytopeni eller parvovirusinfektion, som påvirker fostret (<100 ptt. om året i DK)
- Gravide med andre sygdomme: aktiv cancer sygdom (<20 ptt. årligt), hjerte-, lunge-, lever- eller nyretransplantation (<20 ptt. om året i DK), systemisk lupus erythematosus (<100 ptt. om året i DK), hæmoglobinopati (<100 ptt. om året i DK), prægestationel diabetes mellitus (<300 ptt. om året i DK) og/eller alvorlige trombofilitilstande.
- Gravide med para- og tetraplegi.
- Gravide/fostre med sjældne handicap, f.eks. Ostogenesis imperfecta, Ehlers-Danlos Syndrom, Marfan Syndrom, jf. Sundhedsstyrelsens Regeledelse om sjældne handicap.
- Gravide med monoamniotiske gemelli.
- Gravide med flerfoldsgraviditet og transfusionssyndrom med behov for laserseparation af placenta (30 ptt. om året i DK).
- Gravide med placenta diagnosticeret accreta og percreta (<100 ptt. om året i DK).
- Gravide med truende ekstrem for tidlig fødsel (<24 uger) (<300 ptt. om året i DK).
- Gravide med cervix insufficiens, som nødvendiggør abdominal cerclageanlæggelse (< 30 ptt. om året i DK).
- Gravide, der har fået konstateret misdannelser hos fosteret, der kræver børnekirurgisk assistance (<300 ptt. om året i DK).

Højt specialiserede funktioner for gynækologi

Almen gynækologi og gynækologisk endokrinologi:

- Svær eller avanceret endometriose (dvs. involvering af septum rektovaginale eller tarm) (<100 ptt. om året i DK).
- Embolisering af uterusfibromer (50 ptt. om året).
- Medfødte misdannelser i genitalier (<50 ptt. om året i DK).
- Transseksualisme og intersex tilstande (<30 ptt. om året i DK).
- Kromosomanomalier (<300 ptt. om året i DK).
- Hormonforstyrrelser, der skyldes dysfunktion i hypothalamus-hypofyse-gonade akse.
- Graft-versus-host reaktion i vagina hos organtransplanterede kvinder (<40 ptt. om året i DK).

Urogynækologi:

- Analinkontinens i samarbejde med kirurger, gynækologer og uroterapeuter. (<300 ptt. om året i DK)
- Fistler (ikke fysiologiske forbindelser) mellem blære og skede, tarm og skede eller blære, tarm og skede i samarbejde med kirurger og uroterapeuter (<100 ptt. om året i DK)
- Neurogene blæredysfunktioner (<500 ptt. om året i DK)
- Smerter og irritative tilstande i skede, blære og tarm (<500 ptt. om året i DK)

Fertilitetsbehandling:

- Behandling af infertile par, hvor den ene part eller begge er HIV- eller hepatitis B-positiv.
- PGD.
- Kryopræserving af ovarievæv.
- Stamcelleforskning.
- Mandlig infertilitet, hvor der kræves særlig udredning.

Gynækologisk onkologi:

- Cervixcancer ud over stadium I A (ca. 150 tilfælde opereres årligt). I tvivlstilfælde bør også stadium IA henvises til højt specialiseret funktion med henblik på stadietinddeling, ligesom stadium IA med karinvasion skal henvises til højt specialiseret afdeling.
- Operativ behandling af endometriecancer udover lavmaligne tilfælde i stadium I (knap 300 ptt. om året)
- Udredning og behandling af ovariecancer (600 ptt. om året)
- Vulvacancer (100–120 ptt. om året)
- Invasiv mola/ choriocarcinom
- Recidiv af gynækologisk cancer

Udlandsfunktion:

De patientkategorier og specielt de indgreb, hvortil der ikke er noget behandlingstilbud i Danmark, skal henvises til højt specialiseret udlandsbehandling.

I parentes er angivet det vurderede antal tilfælde årligt.

- Intrauterine operationer (<5 ptt. per år i DK).

Bilag 1 Beskrivelse af udtræk for LPR og evt. kvalitetsdatabaser

10.1 Landspatientregisteret

Formålet med udtrækket fra Landspatientregisteret (LPR) har været at få belyst patientgrundlaget for nuværende og kommende specialfunktioner, og LPR udtrækket har således udgjort en del af grundlaget for specialearbejdsgruppens efterfølgende beslutninger om, hvilket niveau en funktion fremover bør paceres på

Specialearbejdsgruppen har været ansvarlig for at definere funktionerne ved hjælp af SKS-koder, mens Sundhedsstyrelsen har stået for at foretage udtrækket og udarbejde opgørelserne.

Arbejdsgruppen har haft følgende muligheder for at kunne definere funktionerne:

- 1) Aktionsdiagnoser
- 2) Procedurer
- 3) Kombination af aktionsdiagnoser og procedurer
- 4) Kombination af aktionsdiagnoser, procedurer og bidiagnoser/ tillægskoder

Arbejdsgruppens udtræksdefinitioner fremgår af nedenstående tabeller. I de tilfælde hvor arbejdsgruppen har vurderet at det ikke har været muligt at definere funktionerne ved hjælp af ovenstående kombinationsmuligheder, har specialearbejdsgruppen enten anført aktiviteten efter selv at have foretaget et udtræk fra andre nationale databaser eller anført aktiviteten ud fra en faglig vurdering/kendskab.

LPR-udtrækket er foretaget for perioden 1. januar 2003 til 31. december 2005. Der er kun søgt efter afsluttede kontakter. For operationer er der udtrukket såvel primæroperationer som deloperationer.

GYNÆKOLOGI: Nuværende specialfunktioner				
Navn	Diagnosekoder	Procedurekoder	Bidiagnoser/ tillægskoder	Bemærkninger
<i>Recidivtilfælde af gynækologiske cancere</i>				<i>Udtræk kan ikke laves.</i>
GvH vulva	DT860A			
Embolisering som behandling af uterine fibromer	DD250 - DD259	PDT40		
Invasiv mola/choriocarcinom	DO010-DO019			
Kompliceret urogynækologi	DN321, DN360-361, DN363, DN393-394, DN810-817, DN820-821, DN895, DN993, DR159, DR329, DR339,	KKCV10, KKDD10 , KLEE20, KLEW96, KABD30, KABD60A-C, KKDG, KKDV10, KKDV20-22, KLCD11, KLEC, KLED00, KLEE10, KLEF00A, KLEF03 A, KLEF20-97, KLEG, KLEW, KLFE10-96		
Cancer vulvae	DC51			Udtræk for den overordnede

Cancer cervicis uteri udover stadium I A	DC53		Skal kombineres med tillægskoden AZCD13A	kode DC51 pga. ændring i koderne fra 2004. Ikke muligt med udtræk for 2003 pga. ændring i koderne fra 2004. et vil ikke være registreret med denne kode, hvis de før er diagnosticeret for samme sygdom på afdelingen.
Cancer ovarii	DC56			Udtræk for den overordnede kode DC56 pga. ændring i koderne fra 2004

GYNÆKOLOGI: Hovedfunktioner som evt. bør overgå til at være specialfunktioner

Navn	Diagnosekoder	Procedurekoder	Bidiagnoser/ tillægskoder	Bemærkninger
<i>Frysning af ovarievæv</i>				<i>Udtræk kan ikke laves.</i>
<i>Patienter med andre svære medicinske og kirurgiske lidelser</i>				<i>Udtræk kan ikke laves.</i>
<i>Patienter der ikke vil modtage blodprodukter</i>				<i>Udtræk kan ikke laves.</i>
Vaginitis subacuta et chronica	DN761			
<i>Stærkt overvægtige (BMI>40?)</i>				<i>Udtræk kan ikke laves pga. forskelle i kodepraksis.</i>
Endometriose	DN80 (DN800-809)			
Højmalig endometrie cancer	DC54		AZCD13A-C, AZCD14A-C og ZM88003	Ikke muligt med udtræk for 2003 pga. ændring i koderne fra 2004. Det vil ikke være registreret med denne kode, hvis de får er diagnosticeret for samme sygdom på afdelingen.
Habituel abort	DN969			
Adrenogenitalt syndrom	DE25 (DE250-259)			
Adrogen resistens syndrom	DE345			
Pseudohermafroditisme	DQ56 (DQ560-564)			
Andre kromosomanomalier	DQ978-979, DQ990-991			
Testiculær dysfunktion	DE29 (DE291-299)			
Forstyrrelse i æggestokkens funktion	DE28 (DE280-289)			
Andre hormonale forstyrrelser i puberteten	DE30 (DE300-309)			
Genitale misdannelser (koderne dækker over medfødte misdannelser i livmoder og livmoderhals + i kvindelige kønsorganer, andre)	DQ51, DQ52			
Transseksualisme	DF640			
Voldtægt		ZZ9600, ZZ9601, BVAA64		
PGD		ZZ4245A		
HIV sygdom	DC51-58, DD06-07, DD25-28, DE28, DE30, DN70-99		DB200-249	
Hepatitis	DC51-58, DD06-07, DD25-28, DE28, DE30, DN70-99		DB189, DB199	
Ægdonation		BJFL05		

<i>Intrauterine operationer</i>	<i>Udtrækkes under føtal medicin – invasiv diagnostik og føtal terapi</i>
---------------------------------	---

OBSTETRIK: Nuværende specialfunktioner (ifølge specialeplanen fra 2001)

Navn	Aktionsdiagnoser	Procedurekoder	Bidiagnoser/ tillægskoder	Bemærkninger
<i>Gravide transplanteret med lever, lunge</i>				<i>Udtræk kan ikke laves.</i>
<i>Gravide transplanteret med hjerte</i>				<i>Udtræk kan ikke laves.</i>
<i>Gravide transplanteret med nyre</i>				<i>Udtræk kan ikke laves.</i>
<i>Gravide med alloimmun thrombocytimmunisering, (Zwa)</i>				<i>Udtræk kan ikke laves.</i>
<i>Avanceret behandling af infertilitet med nye metoder, samt tilfælde med et begrænset antal patienter</i>				<i>Udtræk kan ikke laves.</i>
<i>Mandlig infertilitet, hvor der kræves særlig udredning</i>				<i>Udtræk kan ikke laves.</i>
Gravide m rhesusiso-immunisering af foster + anden isoimmunisering/ Svær rhesus- og anden blodtypeimmunisering	DZ340,DZ348, DO99,DO80-84 DO360, DO361		DO360, DO361	
Gravide/fostre m sjældne handicap -	DZ340,DZ348, DO99,DO80-84 DO359A DQ00-99		DQ00-99, DO359A DZ340,DZ348	
Gravide m para- og tetraplegi	DZ340,DZ348, DO99,DO80-84 DG82		DG82 DZ340,DZ348	
Gravide m mistanke om alvorlig sygdom hos fostret	DZ340,DZ348, DO99,DO80-84 DO359A, DO363,DO365, DO366		DO359A, DO363, DO365, DO366*	*skal søges både som bi- og tillægsdiagnose
Gravide m truende ekstrem tidlig fødsel	DZ340, DZ348 DO472		DO472 OG DU23D0-6, DU24D0-6, DU25D0-6, DU26D0-6, DU27D0-6 DU23D0-6, DU24D0-6, DU25D0-6, DU26D0-6, DU27D0-6	
Gravide m mangefoldsgraviditeter, evt. fosterreduktion	DZ340,DZ348, DO99,DO80-84 DO301-DO309		DO301-DO309	
Fosterreduktion		KMAJ		
Gravide m autoimmun thrombocytopeni	DZ340,DZ348, DO99,DO80-84 DD69		DD69 DZ340,DZ348	
Speciel prænatal diagnostik, herunder Chorion villus biopsi		KMAA10		
Gravide m alvorlige trombofilitilstande	DZ340,DZ348, DO99,DO80-84 DD685		DD685 DZ340,DZ348	
Monoamnioniske tvillinger	DZ340,DZ348, DO99,DO80-84 DO300E		DO300E	
Gravide m kendt IDDM.	DZ340,DZ348,		DO240	

	DO99,DO80-84
	DO240

OBSTETRIK: Hovedfunktioner som evt. bør overgå til at være specialfunktioner

Navn	Aktionsdiagnoser	Procedurekoder	Bidiagnoser/ tillægskoder	Bemærkninger
<i>Svær percret/accret</i>				<i>Udtræk kan ikke laves.</i>
Gravide m blodtryksforhøjelse	DZ340,DZ348, DO99,DO80-84		DO10	
Cardiomyopathia in puerperio	DZ340,DZ348, DO99,DO80-84		DO903, DI42-43	
Sygd i graviditet, fødsel og puerperie, andre specificerede	DZ340,DZ348, DO99,DO80-84		DO998	
Gravide m alkoholafhængighedssyndrom	DZ340,DZ348, DO99,DO80-84		DF102	
Gravide m opioidafhængighedssyndrom	DZ340,DZ348, DO99,DO80-84		DF112	
Mb mentales et syst nervosi in grav partu et puerperio	DZ340,DZ348, DO99,DO80-84		DO993	
Gravide m psykisk lidelse/ adfærdsmæssig forstyrrelse	DZ340,DZ348, DO99,DO80-84		DF00-99	
Gravide m HIV sygdom	DZ340,DZ348, DO99,DO80-84, DO989		DB20-24	
Gravide m sociale problemer	DZ340, DZ348		DZ357	
Placentatransfusionssyndrom – tvillingetransfusionssyndrom	DZ340,DZ348, DO99,DO80-84		DO430	
Føtal medicin – basisskanning		UXUD85, UXUD86A*, UXUD86D		*Der skal her kun udtrækkes for UXUD86A (og ikke den underordnede kode UXUD86AA)
Føtal medicin – udvidet skanning		UXUD86AA, UXUD86B*, UXUD86N, UXUD87, UXUD88A, UXUD88F		*Der skal her kun udtrækkes for UXUD86B (og ikke den underordnede kode UXUD86BE)
Føtal medicin – ekspertsikning		UXUD86X, UXUD86BE, UXUD86C, UXUD88B-F, UXUD88H		
Føtal medicin – invasiv diagnostik og føtal terapi		KMAA00-10, KMAA30-96 KMAJ00		
Gravide m kendt NIDDM + diab mell u specificatio + diab mell malnutr	DZ340,DZ348, DO99,DO80-84		DO241-243	
Gravide m gest diabetes mellitus	DZ340,DZ348, DO99,DO80-84		DO244	

Gravide m BMI 40+	DZ340,DZ348, DO99,DO80-84	DE660D	
	<i>DZ340,DZ348, DO99,DO80-84</i>	Bmi > 40*	*Beregnes vha: ZZ0240 (måling af vægt) og ZZ0241 (måling af højde)
<i>Overdreven vægtstigning i graviditet</i>			<i>Anvendes ikke</i>
Gravide m cancerdiagnose	DZ340,DZ348, DO99,DO80-84	DC00-97	
	DC00-97	DZ340,DZ348	
<i>Abnorme cytologiske fund v svangrekontrol</i>			<i>Anvendes ikke</i>
Gravide m godartet svulst i æggestok	DZ340,DZ348, DO99,DO80-84	DD27	
	DD27	DZ340,DZ348	
Gravide m ovariecyster	DZ340,DZ348, DO99,DO80-84	DN830-32	
	DN830-32	DZ340,DZ348	

Udtrækket er opgjort pr. sygehuskode pr. år for hver af de angivne funktioner. Ved nogle sygehuse dækker sygehuskoderne over flere matrikler (fx Sygehus Fyn).

Ved de funktioner, der udelukkende er defineret ved diagnosekoder, er patientgrundlaget opgjort som antallet af patienter (cpr-numre), der har fået den pågældende diagnose inden for et kalenderår. Ved de funktioner, hvor der indgår en procedurekode i definitionen, er patientgrundlaget opgjort som antallet af gange proceduren er udført.

10.2 Kliniske kvalitetsdatabaser

Bilag 2 Beskrivelse af litteratursøgning

Sundhedsstyrelsen vil efterfølgende indsætte tekst