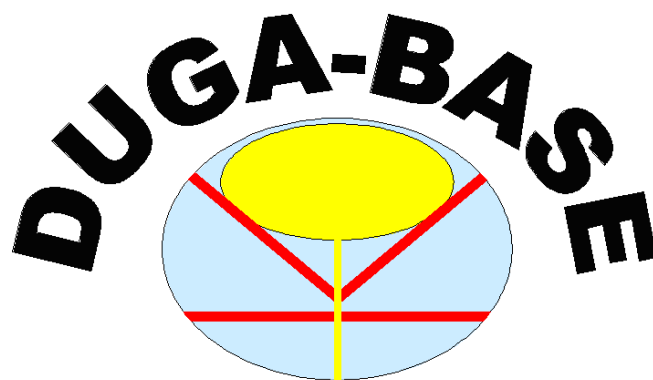


Årsrapport nr. 13 for DugaBase

Dansk Urogynækologisk Database



Dansk Urogynækologisk Database



Årsrapport 2018

1. januar 2018 - 31. december 2018



Denne rapport er udarbejdet af Styregruppen for Dansk Urogynækologisk Database.

Datamanager Frank Kjeldsen og Klinisk epidemiolog Helle Hare-Bruun, RKKP's Videncenter, Afdeling for databaseområde 3: Psykiatri, gynækologi/obstetrik og kroniske sygdomme, har udarbejdet analyser og epidemiologisk kommentering til hele rapporten.

Kontaktperson for Dansk Urogynækologisk Database:

Lene Svestrup Bengtsson

Kvalitetskonsulent

RKKP's Videncenter – Afdeling for databaseområde 3: Psykiatri, gynækologi/obstetrik og kroniske sygdomme

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram

c/o Regionshuset Aarhus, Olof Palmes Allé 15

8200 Aarhus N

Tlf.: 78 41 39 89

E-mail: lebeng@rkkp.dk

Rapporten kan downloades som pdf-dokument fra hjemmesiderne www.dugabase.dk og <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/kvalitet/kliniske-kvalitetsdatabaser/planlagt-kirurgi/urogynaekologiske-operationer/>

Rapporten er udgivet d. 27. juni 2019



Indhold

1.	Konklusioner og anbefalinger	4
2.	Oversigt over alle indikatorer	6
3.	Indikatorresultater på lands- og afdelingsniveau	7
3.1.	Indikator 3a	7
3.2.	Indikator 3b	11
3.3.	Indikator 7	14
3.4.	Indikator 11	18
3.5.	Indikator 12	22
3.6.	Indikator 13	26
3.7.	Indikator 14	30
3.8.	Indikator 15	34
3.9.	Indikator 16	38
3.10.	Indikator 17	42
3.11.	Indikator 18	46
3.12.	Indikator 19a	50
3.13.	Indikator 19b	54
3.14.	Indikator 20	56
4.	Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	60
5.	Datagrundlag og metode	62
	Databasekomplethed, urininkontinensoperationer 2018	64
	Databasekomplethed, Prolapsoperationer 2018	65
6.	Styregruppens medlemmer	67
7.	Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer	68
8.	Appendiks 2: Supplerende statistik	69
9.	Appendiks 3: Indikatordefinitioner	76
10.	Appendiks 4: Publikationer og projekter med udgangspunkt i DugaBase	85
11.	Appendiks 5: Vejledning i fortolkning af resultater	89
12.	Appendiks 6: Regionale kommentarer	91



1. Konklusioner og anbefalinger

Styregruppens generelle kommentarer

Denne årsrapport er den anden efter skiftet til databehandlingsprogrammet SAS. Dette skift var begrundet i ønsket om at ensrette alle databaser under RKKP. Processen medførte ca. 8 mdrs. forsinkelse på udgivelsen af årsrapporten 2017 og det gør, at denne årsrapport udkommer bare 4 måneder efter 2017 rapporten. Data som ligger til grund for 2018 rapporten har stort set alle været genereret da 2017 rapporten udkom, og afdelingernes eventuelle justeringer af praksis på baggrund af 2017 rapportens resultater vil derfor ikke kunne ses i 2018 rapporten.

Indledningsvis skal det også bemærkes, at skiftet til LPR3 i marts 2019 har betydet nogle vanskeligheder i forhold til at få data leveret fra de lokale ledelsesinformationssystemer som bl.a. bruges af de enkelte afdelinger til at generere mangellister og dermed identificere manglende indtastninger. Deadline for dataindberetning blev forlænget for at kompensere for systemernes forsinkelse, men alt i alt har dette betydet ekstra arbejde både for RKKP teamet og de enkelte afdelinger.

For et speciale som urogynækologi, hvor vi i høj grad behandler livskvalitet, er patientens subjektive opfattelse af vores behandling (PROM indikatorerne) meget vigtige kvalitetsparametre. Det er derfor afgørende for flere indikatorer, at der indsamles data ved en postoperativ kontrol. Her ligger den landsdækkende datakomplethed mellem 81 % - 91 %. Det er indikator 3B og 19B som begge omhandler bulking behandling, som ligger markant lavere på ca. 81 %, mens slyngoperationer og prolapsoperationer ligger omkring 90 %. Der er dog fortsat meget store forskelle mellem de enkelte afdelinger således, at nogle afdelinger formår at indrapportere postoperative data for over 95 % af alle forløb, mens andre ligger helt ned til 60 %. Det er værd at bemærke, at PROM indikatorerne baseres på data, som for en stor dels vedkommende indhentes fra spørgeskemaer, som sendes til patienterne, eller telefoniske henvendelser. Hvis patienterne ikke besvarer og returnerer disse, er der naturligvis en grænse for, hvor mange ressourcer afdelingerne kan bruge på at rykke for svar. En lav datakomplethed kan derfor også skyldes patienternes manglende interesse i at melde svar tilbage.

Resultater:

Vi bemærker, at antallet af urogynækologiske operationer er faldende i hele landet. Antallet af registrerede inkontinensoperationer er faldet støt fra 1700 i 2010 til nu ca. 1000 operationer om året. For prolapsoperationer er tallet faldet fra ca. 4500 operationer i 2013 til nu 3500 operationer om året. Umiddelbart har styregruppen ingen faglig begrundet forklaring på dette. Årsrapporten viser også, at der er nogle afdelinger som laver et begrænset antal indgreb for især inkontinensoperationer, dette til trods for den stigende centralisering som bl.a. specialeplanerne har medført.

Indikatorresultaterne viser generelt en stabil høj opfyldelsesgrad. Enkelte afdelinger ligger under standarden for enkelte indikatorer, men for langt de fleste ligger standarden inden for konfidensintervallet. Ganske få afdelinger har manglende opfyldelse af samme indikator flere år i træk. På disse afdelinger er der stor opmærksomhed på disse resultater, og en del af forklaringen på manglende indikatoropfyldelse kan skyldes casemix og forhold nævnt i afsnittet "Bemærkninger og forbehold" i afsnit 4 "Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet."

I årets løb har der været stor opmærksomhed i pressen og offentligheden vedrørende brug af non-resorberbare syntetiske mesh ved prolaps kirurgi. Myndigheder i flere lande omkring os har indført restriktioner vedrørende brug af mesh både til prolaps og inkontinens kirurgi. Senest har producenten af de mesh som bruges ved vaginal prolaps kirurgi i Danmark trukket produktet tilbage og dermed ophører denne type operationer i Danmark fra april 2019.

Da der ikke findes specifikke operationskoder som bruges ved indsættelse af netop disse typer mesh, er DugaBase det eneste register, hvor brugen af syntetiske mesh registreres specifikt.



Den offentlige debat og pressens oplysninger har i høj grad været baseret på udenlandske tal, og vi har derfor fundet det vigtigt at dokumentere danske tal.

Vel vidende, at vores dataindsamling vedrørende komplikationer til urogynækologiske operationer er meget mangelfuld, har vi alligevel valgt at opgøre og præsentere nogle data vedrørende komplikationer for mesh-operationer i denne årsrapport.

Vi har også for første gang opgjort komplikationer for alle typer operationer og vi kan se, at indrapporteringen er meget mangelfuld, hvorfor disse data ikke offentliggøres, men blot omtales. Disse resultater kan ses i appendiks 3.

Styregruppens kommentarer findes i relation til de enkelte indikatorer. Der er dog et par generelle bemærkninger og forbehold som går igen for flere indikatorer, som vi gerne vil henlede læserens opmærksomhed på. Disse bemærkninger fremgår af afsnittet "bemærkninger og forbehold" i afsnit 4.

Ændring af indikator:

Indikator 2 omhandlende ventetid fra henvisning til sygehus til første fremmøde, udgår efter styregruppen beslutning ved sidste audit. Der er ikke lavet ændringer vedrørende de øvrige indikatorer for denne årsrapport.



2. Oversigt over alle indikatorer

Indikatoroversigt, landsresultater

Indikator	Standard	Uoplyst (Pct.)	Indikatoropfyldelse					
			2018 Andel (95 % CI)	2017 Andel (95 % CI)	2016 Andel (95 % CI)	2015 Andel (95 % CI)	2014 Andel (95 % CI)	2013 Andel (95 % CI)
2: Ventetid (30 dage) UDGÅET	≥ 90%		-	58 (57-60)	56 (54-58)			
3: UI Subj.patientbedøm. af OP UDGÅET	≥ 70%		-	-	83 (80-85)	84 (81-86)	82 (79-85)	82 (79-84)
3a: UI Subj.patientbedøm. primær slynge-OP	≥ 80%	11	84 (81-87)	84 (81-86)				
3b: UI Subj.patientbedøm. primær bulking-OP	-	18	33 (25-43)	46 (36-55)				
7: POP Subj.patientbedøm. primær OP	≥ 80%	11	85 (83-86)	85 (83-86)	84 (83-85)	83 (82-84)	83 (82-84)	84 (83-86)
11: Recidiv 2år eft. slyngeop.	≥ 95%	0			99 (98-99)	99 (98-99)	99 (98-100)	99 (98-100)
12: Recidiv 5år eft. slyngeop.	≥ 90%	0						99 (98-100)
13: Recidiv 2år forr.komp. POP	≥ 95%	0			96 (95-97)	96 (95-96)	96 (95-96)	95 (94-96)
14: Recidiv 5år forr.komp. POP	≥ 90%	0						92 (91-93)
15: Recidiv 2år midt.komp. POP	≥ 95%	0			93 (91-95)	94 (92-95)	96 (95-97)	96 (95-97)
16: Recidiv 5år midt.komp. POP	≥ 90%	0						93 (91-94)
17: Recidiv 2år bag.komp. POP	≥ 95%	0			98 (97-98)	97 (96-98)	98 (97-98)	97 (96-97)
18: Recidiv 5år bag.komp. POP	≥ 90%	0						95 (94-96)
19: UI Vurd. af OP (PGI-I) UDGÅET	≥ 90%		-	-	96 (95-97)	96 (94-97)	96 (94-97)	96 (95-98)
19a: UI Vurd. af primær slynge-OP (PGI-I)	≥ 90%	10	97 (95-98)	97 (95-98)				
19b: UI Vurd. af primær bulking-OP (PGI-I)	-	19	73 (63-81)	72 (63-80)				
20: POP Vurd. af primær OP (PGI-I)	≥ 90%	11	95 (94-96)	94 (93-95)	94 (93-95)	94 (93-94)	93 (92-94)	93 (92-94)

Indikatorer for recidiv (indikator 11-18) opgøres med en tidsforskydning på enten 2 eller 5 år.



3. Indikatorresultater på lands- og afdelingsniveau

3.1. Indikator 3a

Urininkontinens: Behandlingssucces målt på hyppighed af symptomer efter primær midturedslyngoperation. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 76.

3a: Opgørelsen beskriver den subjektive patientbedømmelse af behandlingssucces efter primær slyngoperation for urininkontinens. Primære (1. gangs) slyngoperationer for urininkontinens indgår i indikatorpopulationen. Primær operation er defineret som første operation på en patient med en af operationskoderne KLEG10, KLEG10A eller KLEX3G registreret i DugaBase. Patienter med første operation i 2018 indgår som primært opererede. Patienter med en tidligere operation (tilbage til 2006) med en af disse koder i DugaBase indgår ikke i indikatorpopulationen til indikator 3a. Operationer, hvor patienten i efterundersøgelseskemaet har angivet, at de 'aldrig' (værdi 0) eller 'en gang om ugen eller mindre' (værdi 1) oplever urininkontinens, indgår i tælleren og opfylder dermed indikatoren. Forløb med manglende udfyldelse af rubrik A i patientens efterundersøgelseskema er registreret som uoplyst i opgørelsen.

Indikator 03a: Urininkontinens - Subjektiv patient bedømmelse af succes efter primær slyngoperation

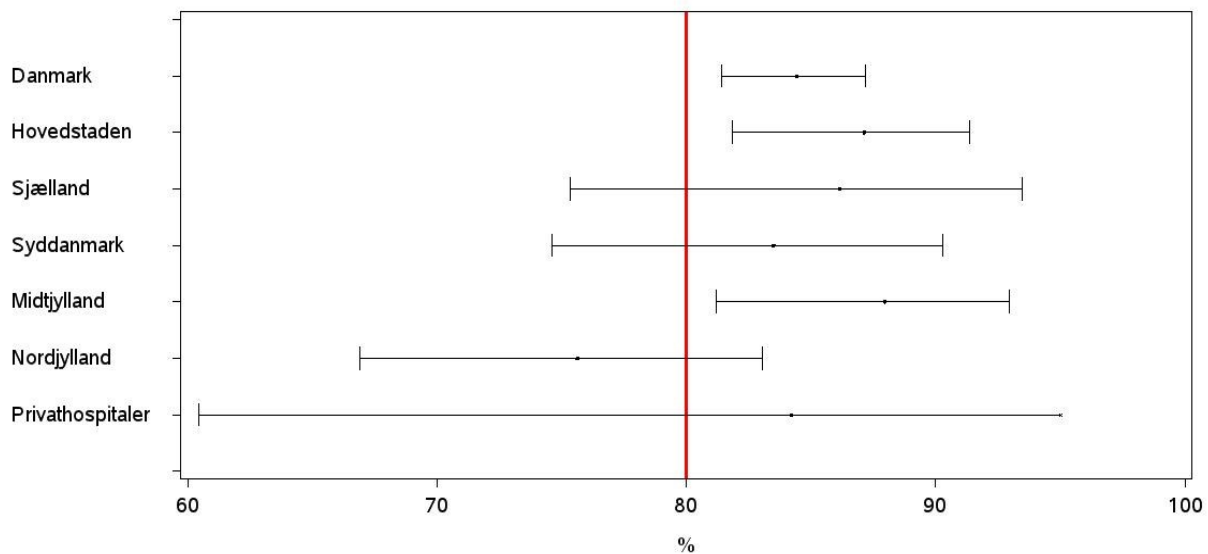
	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år 01.01.2018 - 31.12.2018		Tidligere år	
	≥ 80% opfyldt	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2017 Andel (95% CI)	2016 Andel (95% CI)
Danmark	Ja	543/643	76 (11)	84,4	(81-87)	83,9 (81-86)	82,8 (80-85)
Hovedstaden	Ja	183/210	8 (4)	87,1	(82-91)	80,9 (75-86)	80,9 (74-86)
Sjælland	Ja	56/65	20 (24)	86,2	(75-93)	76,3 (68-83)	79,6 (72-86)
Syddanmark	Ja	81/97	25 (20)	83,5	(75-90)	87,0 (80-92)	86,5 (80-91)
Midtjylland	Ja	117/133	7 (5)	88,0	(81-93)	91,3 (86-95)	86,8 (81-91)
Nordjylland	Nej	90/119	13 (10)	75,6	(67-83)	81,0 (74-87)	78,4 (70-85)
Privathospitaler	Ja	16/19	3 (14)	84,2	(60-97)	100,0 (89-100)	83,9 (66-95)
Hovedstaden	Ja	183/210	8 (4)	87,1	(82-91)	80,9 (75-86)	80,9 (74-86)
Amager og Hvidovre Hospital.	Ja	29/31	2 (6)	93,5	(79-99)	85,0 (62-97)	86,4 (65-97)
Herlev og Gentofte Hospital	Ja	94/111	2 (2)	84,7	(77-91)	81,5 (73-88)	82,5 (74-89)
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	60/68	4 (6)	88,2	(78-95)	78,6 (67-87)	75,0 (61-86)
Sjælland	Ja	56/65	20 (24)	86,2	(75-93)	76,3 (68-83)	79,6 (72-86)
Nykøbing F Gyn afd.	Nej	5/11	1 (8)	45,5	(17-77)	62,7 (49-75)	82,7 (70-92)
Roskilde Gyn afd.	Ja	51/54	19 (26)	94,4	(85-99)	87,5 (78-94)	77,9 (68-86)
Syddanmark	Ja	81/97	25 (20)	83,5	(75-90)	87,0 (80-92)	86,5 (80-91)
OUH Gyn afd.	Ja	64/78	16 (17)	82,1	(72-90)	87,1 (79-93)	87,0 (79-93)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	9/9	3 (25)	100,0	(66-100)	100,0 (74-100)	92,9 (66-100)
Syghus Sønderjylland Aabenraa	Ja	8/10	6 (38)	80,0	(44-97)	82,9 (68-93)	83,7 (70-93)
Midtjylland	Ja	117/133	7 (5)	88,0	(81-93)	91,3 (86-95)	86,8 (81-91)
AUH Kvindesygdomme	Ja	57/63	4 (6)	90,5	(80-96)	94,7 (87-99)	95,1 (88-99)
Hospitalsenhed Midt	Ja	40/47	2 (4)	85,1	(72-94)	91,2 (76-98)	72,7 (57-85)
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	20/23	1 (4)	87,0	(66-97)	77,3 (55-92)	85,7 (70-95)
Nordjylland	Nej	90/119	13 (10)	75,6	(67-83)	81,0 (74-87)	78,4 (70-85)



	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 80%	Tæller/	antal	01.01.2018 - 31.12.2018		2017	2016
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	47/55	8 (13)	85,5	(73-94)	90,3 (81-96)	85,0 (73-93)
Aalborg UH Thisted	Ja	8/10	0 (0)	80,0	(44-97)	64,7 (38-86)	78,6 (49-95)
Hjørring Gyn-obst. afd.	Nej	35/54	5 (8)	64,8	(51-77)	75,0 (63-85)	70,6 (56-83)
Privathospitaler	Ja	16/19	3 (14)	84,2	(60-97)	100,0 (89-100)	83,9 (66-95)
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	16/19	1 (5)	84,2	(60-97)	100,0 (89-100)	87,0 (66-97)

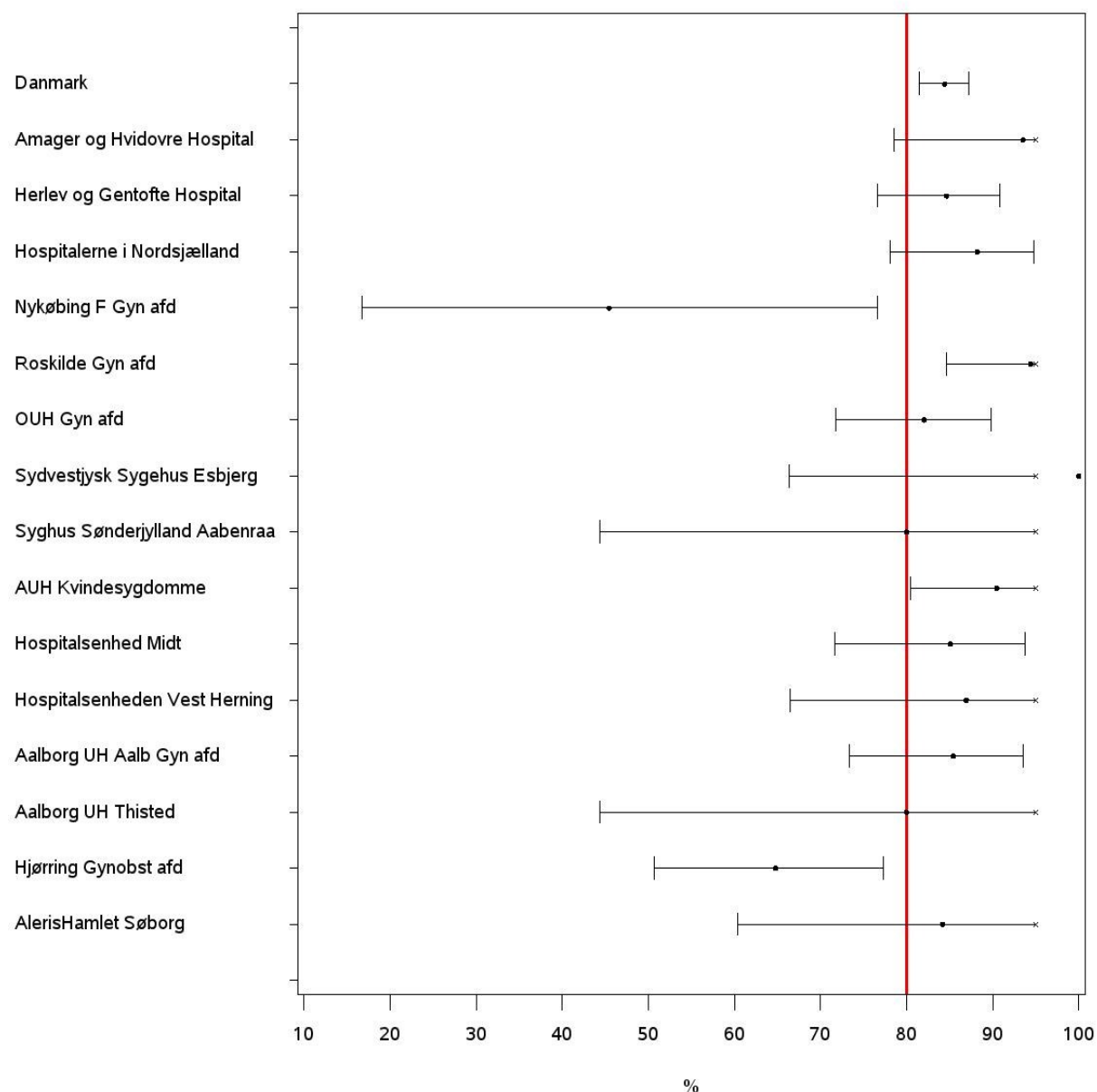
Resultater for indikator 3a, kontrolldiagram regioner

Indikator 03a: Urininkontinens – Subjektiv patient bedømmelse af succes efter primær slyng operation. Kontrolldiagram på regionsniveau.



Resultater for indikator 3a, kontrolldiagram afdelinger

Indikator 03a: Urininkontinens – Subjektiv patient bedømmelse af succes efter primær slynge operation. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Ændringer til indikator 3

Indikator 3 blev i 2017 ændret og opdelt i 2 indikatorer (3a og 3b). I 2016 indeholdt indikator 3 alle slyngeoperationer; i 2015 og tidligere indeholdt indikator 3 både slynge- og bulkingoperationer.

Aktuelt inkluderer indikator 3a alle primære slyngeoperationer, og indikator 3b inkluderer alle primære bulkingoperationer.

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 3a

Indikator 3a beskriver den subjektive patientbedømmelse af behandlingssucces efter primær slyngeoperation for urininkontinens. Primær slyngeoperation er defineret som første operation på en patient med en af operationskoderne KLEG10, KLEG10A eller KLEX3G registreret i DugaBase. Patienter med første operation i 2018 indgår som primært opererede. Patienter med en tidligere operation (tilbage til 2006) med en af disse koder indgår ikke i indikatorpopulationen til indikator 3a. Patienter der, i efterundersøgelsesskemaet, har angivet, at de 'aldrig' (værdi 0) eller 'en gang om ugen eller mindre' (værdi 1) oplever urininkontinens indgår i tælleren og opfylder dermed indikatoren.



På landsplan indgår 643 forløb med komplette data i indikatoropgørelsen. Der er 11 % (76 forløb) med manglende oplysninger, og datakompletheden er således 89 %. På afdelingsniveau ligger andelen af uoplyste mellem 0 og 38 %; især Sygehus Sønderjylland Aabenraa skiller sig ud med 38 % uoplyste.

På landsplan oplever 84,4 % (95 % CI: 81-87 %) af patienterne aldrig eller højst en gang om ugen urininkontinens, dvs. standarden på mindst 80 % er opfyldt. Af de 5 regioner opfylder 4 standarden; kun Region Sjælland ligger under standarden med en indikatorværdi på 75,6 % (95 % CI: 67-83 %), men standarden er indeholdt i konfidensintervallet.

Af de 13 offentlige afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder 11 afdelinger standarden. Der er nogen variation mellem afdelingerne, fra 45,5 % i Nykøbing F til 94,4 % i Roskilde.

Kun et enkelt privathospital bidrager med patienter til denne indikator. Her er standarden opfyldt med en indikatorværdi på 100 %.

Trendgrafer og funnelplots, både for regioner og afdelinger, kan ses i separat bilag. Af overskuelighedshensyn vises trendgraferne uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer.

Vi konkluderer at, på landsplan opfylder 84,4 % indikatoren, hvilket opfylder standarden på mindst 80 %. Datakompletheden er 89 %, med nogen variation mellem afdelingerne.

Styregruppens kommentarer til indikator 3a

Indikator 3a er ændret fra og med årsrapporten 2017, idet der nu kun monitoreres på primære slyngeoperationer.

I forbindelse med ændringen til kun at medtage primære slyngeoperationer, har styregruppen valgt at hæve standarden for denne indikator til 80 %, hvilket svarer til den tilfredshed, som rapporteres i litteraturen. To afdelinger opfylder ikke indikatoren og det bemærkes, at det er afdelinger med et forholdsvist lavt volumen, hvor få udfald har stor betydning for indikatoropfyldelsen. Generelt er der en fin indikatoropfyldelse men datakompletheden er aftagende, i det der i år er 6 afdelinger, som har mere end 10 % uoplyste. Sidste år var det kun 3 afdelinger.

Styregruppens anbefaling

Indikatoren fortsætter i sin nuværende form. Den afdeling, som ikke opfylder indikatoren, kontaktes mhp. hjælp til yderligere analyse af tilgrundliggende årsag.



3.2. Indikator 3b

Urininkontinens: Behandlingssucces målt på hyppighed af symptomer efter primær bulking operation. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 76.

3b: Opgørelsen beskriver den subjektive patientbedømmelse af behandlingssucces efter primær bulkingoperation for urininkontinens. Primære (1. gangs) bulkingoperationer for urininkontinens indgår i indikatorpopulationen. Primær operation er defineret som første operation på en patient med en af operationskoderne KKD20 eller KKD22 registreret i DugaBase. Patienter med første operation i 2018 indgår som primært opererede. Patienter med en tidligere operation (tilbage til 2006) med en af disse koder i DugaBase indgår ikke i indikatorpopulationen til indikator 3b. Operationer, hvor patienten i efterundersøgelseskemaet har angivet, at de 'aldrig' (værdi 0) eller 'en gang om ugen eller mindre' (værdi 1) oplever urininkontinens, indgår i tælleren og opfylder dermed indikatoren. Forløb med manglende udfyldelse af rubrik A i patientens efterundersøgelseskema er registreret som uoplyst i opgørelsen.

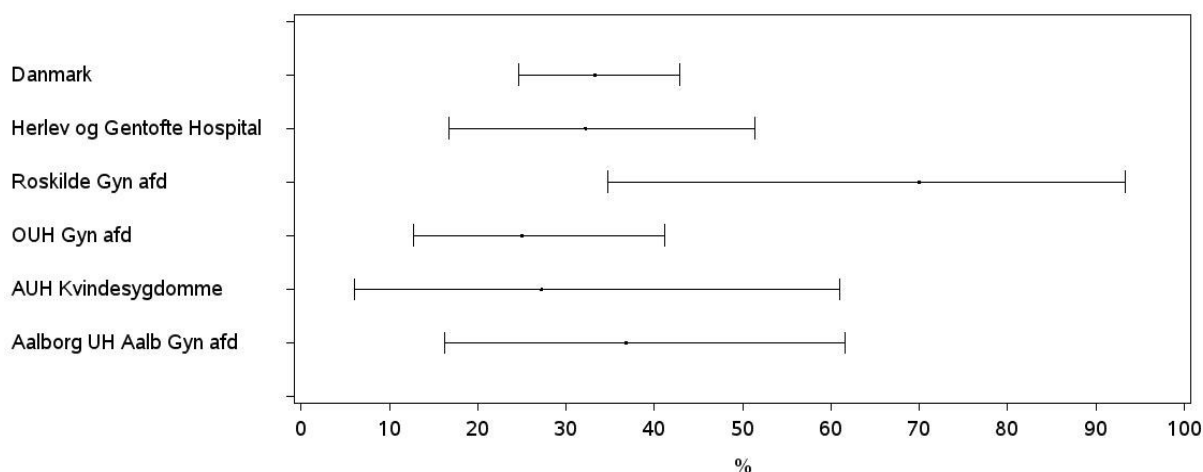
Indikator 03b: Urininkontinens - Subjektiv patient bedømmelse efter primær bulking operation

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal (%)	01.01.2018 - 31.12.2018 Andel	95% CI	2017 Andel (95% CI)	2016 Andel (95% CI)
Danmark	-	37/111	25 (18)	33,3	(25-43)	45,2 (36-55)	32,1 (24-41)
Hovedstaden	-	10/31	0 (0)	32,3	(17-51)	40,9 (21-64)	32,0 (15-54)
Sjælland	-	7/10	7 (41)	70,0	(35-93)	40,0 (16-68)	26,5 (13-44)
Syddanmark	-	10/40	9 (18)	25,0	(13-41)	48,7 (32-65)	45,5 (30-61)
Midtjylland	-	3/11	0 (0)	27,3	(6-61)	48,0 (28-69)	21,4 (8-41)
Nordjylland	-	7/19	9 (32)	36,8	(16-62)	42,9 (18-71)	16,7 (0-64)
Hovedstaden	-	10/31	0 (0)	32,3	(17-51)	40,9 (21-64)	32,0 (15-54)
Herlev og Gentofte Hospital	-	10/31	0 (0)	32,3	(17-51)	40,9 (21-64)	33,3 (15-57)
Sjælland	-	7/10	7 (41)	70,0	(35-93)	40,0 (16-68)	26,5 (13-44)
Roskilde Gyn afd.	-	7/10	7 (41)	70,0	(35-93)	42,9 (18-71)	30,0 (7-65)
Syddanmark	-	10/40	9 (18)	25,0	(13-41)	48,7 (32-65)	45,5 (30-61)
OUH Gyn afd.	-	10/40	9 (18)	25,0	(13-41)	42,9 (24-63)	42,1 (20-67)
Midtjylland	-	3/11	0 (0)	27,3	(6-61)	48,0 (28-69)	21,4 (8-41)
AUH Kvindesygdomme	-	3/11	0 (0)	27,3	(6-61)	37,5 (15-65)	42,9 (10-82)
Nordjylland	-	7/19	9 (32)	36,8	(16-62)	42,9 (18-71)	16,7 (0-64)
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	-	7/19	9 (32)	36,8	(16-62)	42,9 (18-71)	16,7 (0-64)



Resultater for indikator 3b, kontrolldiagram afdelinger

Indikator 03b: Urininkontinens – Subjektiv patient bedømmelse efter primær bulking operation. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 3b

Indikator 3b beskriver den subjektive patientbedømmelse af behandlingssucces efter primær bulkingoperation for urininkontinens. Primær bulkingoperation er defineret som første operation på en patient med en af operationskoderne KKDV20 eller KKDV22 registreret i DugaBase. Patienter med første operation i 2018 indgår som primært opererede. Patienter med en tidligere operation (tilbage til 2006) med en af disse koder indgår ikke i indikatorpopulationen til indikator 3b. Patienter, der i efterundersøgelseskemaet har angivet, at de 'aldrig' (værdi 0) eller 'en gang om ugen eller mindre' (værdi 1) oplever urininkontinens, indgår i tælleren og opfylder dermed indikatoren.

På landsplan indgår 111 forløb med komplette data i indikatoropgørelsen. Der er 18 % (25 forløb) med manglende oplysninger, og datakompletheden er således 82 %. På afdelingsniveau ligger andelen af uoplyste mellem 0 og 41 %; især Aalborg og Roskilde skiller sig ud med hhv. 32 % og 41 % uoplyste.

På landsplan oplever 33,3 % (95 % CI: 25-43 %) af patienterne aldrig eller højst en gang om ugen urininkontinens. Der er endnu ikke fastsat en standard for indikator 3b.

Der er nogen variation mellem afdelingerne, fra 25 % på OUH til 70 % i Roskilde blandt afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb.

Generelt er antallet af forløb pr. afdeling begrænset, og resultaterne i indikator 3b skal derfor tolkes med forsigtighed.

Trendgrafer og funnelplots, både for regioner og afdelinger, kan ses i separat bilag. Af overskuelighedshensyn vises trendgraferne uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer.

Vi konkluderer at, på landsplan opfylder 33,3 % indikatoren. Datakompletheden er 82 %, med nogen variation mellem afdelingerne.

Styregruppens kommentarer til indikator 3b

2017 rapporten var den første, hvor primære bulking behandlinger var medtaget som indikator, dog uden standard. I år ses en indikatoropfyldelse på denne absolutte værdi (Lækage 1 gang om ugen eller mindre / aldrig) på ca. 30 % hos alle på nær Roskilde, hvor indikatoren er opfyldt hos de 7 af i alt 10 behandlede patienter. Tallene lyder beskæmmende lave, men det er vigtigt at være opmærksom på, at det absolutte mål ikke kan stå alene.



Endvidere skal det bemærkes, at den lave datakomplethed, som ses for nogle afdelingers vedkommende, muligvis skyldes patienternes manglende tilbagemelding på udsendte spørgeskemaer eller besvarelse af telefoniske henvendelser. For nogle afdelinger er der op i mod 40 % uoplyste forløb, hvilket naturligvis kan have stor betydning for resultatet.

Styregruppens anbefaling

Indikatoropfyldelsen ligger mellem 25 og 70 % svarende til litteraturen. Styregruppen har valgt ikke at opstille en standard for denne indikator. Vi finder det dog relevant at rapportere indikatoren for at kunne orientere brugere af urogynækologiske behandlinger om, hvad der må forventes samt give dem mulighed for at danne sig et overblik over, hvor behandlingsvolumen er størst.



3.3. Indikator 7

Prolaps – Behandlingssucces målt på hyppighed af symptomer efter primær operation. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 76.

Opgørelsen beskriver den subjektive patientbedømmelse af behandlingssucces efter primær prolapsoperation. Primære (1. gangs) prolapsoperationer (primære defineret som aldrig tidligere prolapsopereret ifølge DugaBase) indgår i indikatorpopulationen. Operationer, hvor patienten i efterundersøgelseskemaet har svaret 'Nej (værdi 0)' i rubrik A (Har du fornemmelse af noget, der glider ud af skedeåbningen, eller kan du mærke en bule uden for skeden?), indgår i tælleren og opfylder dermed indikatoren. Forløb med manglende udfyldelse af rubrik A i patientens efterundersøgelseskema er registreret som uoplyst i opgørelsen.

Indikator 07: Prolaps - Subjektiv patient-bedømmelse af primær prolapsoperation

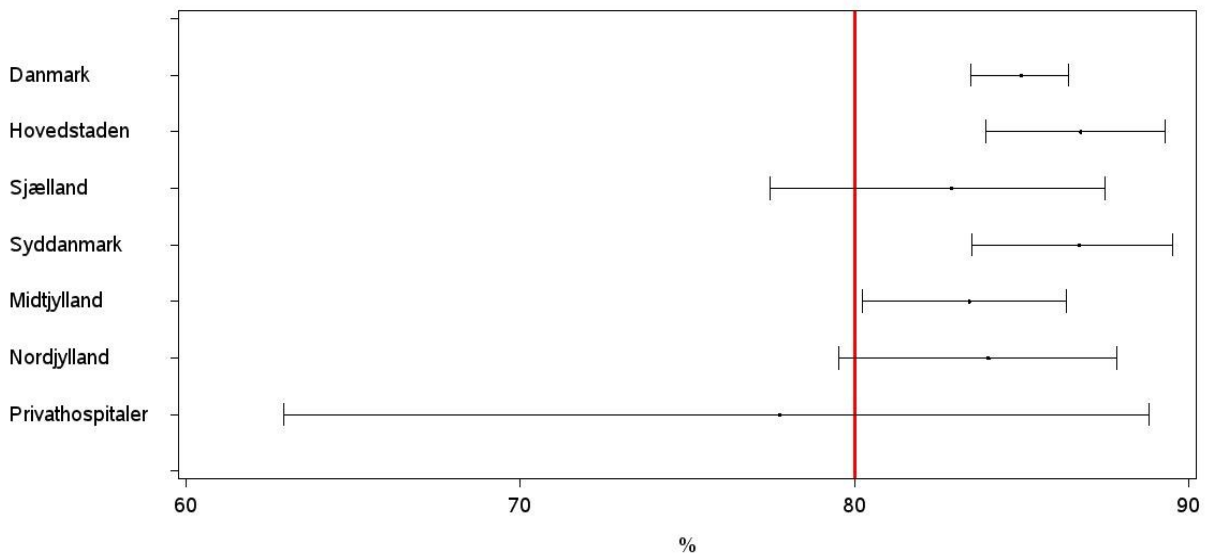
	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år 01.01.2018 - 31.12.2018		Tidligere år	
	≥ 80% opfyldt	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2017 Andel (95% CI)	2016 Andel (95% CI)
Danmark	Ja	2.016/2.372	302 (11)	85,0	(83-86)	84,8 (83-86)	85,0 (84-86)
Hovedstaden	Ja	564/650	15 (2)	86,8	(84-89)	86,8 (84-89)	88,1 (85-91)
Sjælland	Ja	194/234	90 (28)	82,9	(77-87)	84,4 (80-88)	87,1 (84-90)
Syddanmark	Ja	451/520	105 (17)	86,7	(84-90)	85,6 (83-88)	84,3 (81-87)
Midtjylland	Ja	504/604	33 (5)	83,4	(80-86)	79,3 (76-82)	77,7 (74-81)
Nordjylland	Ja	268/319	48 (13)	84,0	(80-88)	88,4 (84-92)	89,7 (86-93)
Privathospitaler	Nej	35/45	11 (20)	77,8	(63-89)	89,2 (80-95)	87,8 (78-94)
Hovedstaden	Ja	564/650	15 (2)	86,8	(84-89)	86,8 (84-89)	88,1 (85-91)
Amager og Hvidovre Hospital.	Nej	82/105	4 (4)	78,1	(69-86)	84,9 (78-90)	88,4 (80-94)
Herlev og Gentofte Hospital	Ja	283/313	7 (2)	90,4	(87-93)	91,5 (88-94)	90,2 (86-93)
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	199/232	4 (2)	85,8	(81-90)	79,7 (73-85)	84,6 (79-89)
Sjælland	Ja	194/234	90 (28)	82,9	(77-87)	84,4 (80-88)	87,1 (84-90)
Holbæk Gyn afd.	Ja	79/93	41 (31)	84,9	(76-92)	88,6 (79-95)	89,7 (82-95)
Nykøbing F Gyn afd.	Ja	20/24	10 (29)	83,3	(63-95)	80,8 (67-90)	84,6 (75-92)
Roskilde Gyn afd.	Ja	65/78	33 (30)	83,3	(73-91)	89,0 (84-93)	90,5 (86-94)
Slagelse Gyn. afd.	Nej	30/39	6 (13)	76,9	(61-89)	72,2 (61-82)	80,2 (72-87)
Syddanmark	Ja	451/520	105 (17)	86,7	(84-90)	85,6 (83-88)	84,3 (81-87)
Kolding Sygehus	Ja	90/100	9 (8)	90,0	(82-95)	83,3 (76-89)	82,4 (74-89)
OUH Gyn afd.	Ja	279/323	59 (15)	86,4	(82-90)	85,1 (81-89)	86,9 (83-90)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	54/63	24 (28)	85,7	(75-93)	90,6 (82-96)	82,6 (73-90)
Syghus Sønderjylland Aabenraa	Ja	28/34	13 (28)	82,4	(65-93)	85,9 (76-93)	79,5 (70-87)
Midtjylland	Ja	504/604	33 (5)	83,4	(80-86)	79,3 (76-82)	77,7 (74-81)
AUH Kvindesygdomme	Nej	135/174	14 (7)	77,6	(71-84)	69,2 (63-75)	66,0 (60-72)
Hospitalsenhed Midt	Ja	124/147	9 (6)	84,4	(77-90)	83,3 (74-90)	77,4 (67-86)
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	79/91	2 (2)	86,8	(78-93)	91,8 (85-96)	92,4 (86-96)
Regionshospitalet Horsens	Ja	69/82	4 (5)	84,1	(74-91)	82,9 (73-91)	74,5 (60-86)
Regionshospitalet Randers	Ja	97/110	4 (4)	88,2	(81-94)	82,8 (74-90)	87,7 (80-93)



	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 80%			01.01.2018 - 31.12.2018		2017	2016
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Nordjylland	Ja	268/319	48 (13)	84,0	(80-88)	88,4 (84-92)	89,7 (86-93)
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	152/176	36 (17)	86,4	(80-91)	88,7 (83-93)	88,9 (84-93)
Aalborg UH Thisted	Nej	34/44	3 (6)	77,3	(62-89)	95,3 (84-99)	100,0 (88-100)
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	82/99	9 (8)	82,8	(74-90)	83,8 (74-91)	88,3 (81-94)
Privathospitaler	Nej	35/45	11 (20)	77,8	(63-89)	89,2 (80-95)	87,8 (78-94)
Aleris-Hamlet Aalborg	Ja	3/3	6 (67)	100,0	(29-100)	-	100,0 (16-100)
Aleris-Hamlet Søborg	Nej	27/34	1 (3)	79,4	(62-91)	82,6 (69-92)	89,1 (76-96)
Capio CFR A/S Lyngby	Nej	5/8	1 (11)	62,5	(24-91)	100,0 (88-100)	81,3 (54-96)

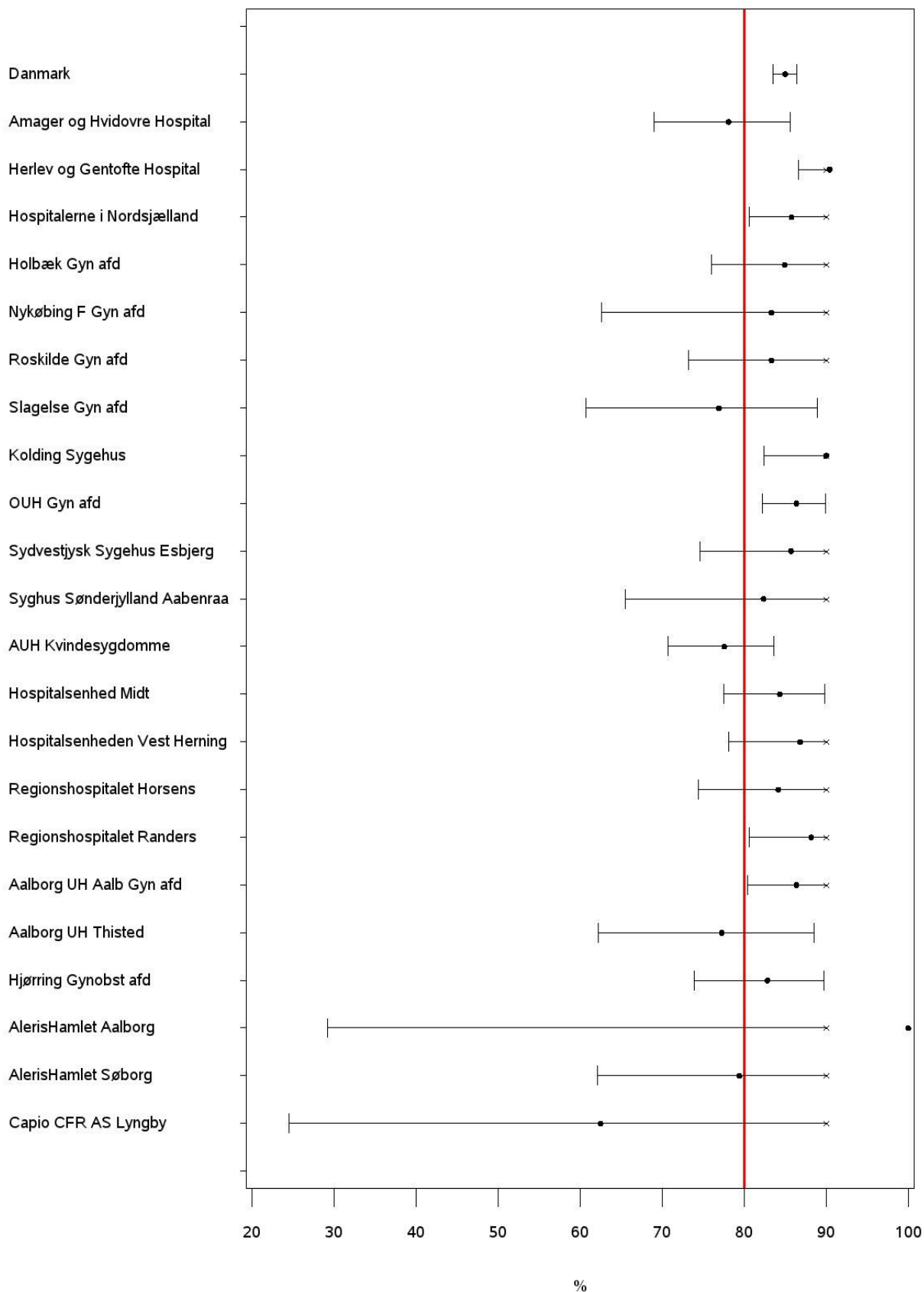
Resultater for indikator 7, kontrolldiagram regioner

Indikator 07: Prolaps – Subjektiv patient-bedømmelse af primær prolapsoperation. Kontrolldiagram på regionsniveau.



Resultater for indikator 7, kontrolldiagram afdelinger

Indikator 07: Prolaps – Subjektiv patient-bedømmelse af primær prolapsoperation. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 7

Indikator 7 er en opgørelse af behandlingssucces målt på hyppighed af symptomer efter primær operation for prolaps.

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 11 %, dvs. komplettheden er 89 % (Tabel 4). Der er nogen variation i andelen af uoplyste forløb på offentlige afdelinger; datakomplettheden på afdelingsniveau svinger fra 69 til 98 %.

På landsplan har 85 % (95 % CI: 83-86 %) ikke oplevet nedsynkningssymptomer efter prolapsoperationen, hvorfor standarden på mindst 80 % er opfyldt. Indikatoropfyldelsen på landsplan er stort set uændret sammenlignet med de seneste år. Der er lille variation mellem regionerne fra 82,9 % Region Sjælland til 86,8 % Region Hovedstaden og alle regioner opfylder således standarden.

Blandt de 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 15 standarden, mens 5 ikke opfylder standarden (Amager og Hvidovre Hospital, Slagelse, AUH Kvindesygdomme, Aalborg UH Thisted og Aleris-Hamlet Søborg), dog har alle 5 afdelinger standarden indeholdt i konfidensintervallet. Der er nogen variation mellem afdelingerne, fra 76,9 % i Slagelse til 90,4 % på Herlev og Gentofte Hospital.

Trendgrafer og funnelplots, både for regioner og afdelinger, kan ses i separat bilag. Af overskuelighedshensyn vises trendgraferne uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabelernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer.

Vi konkluderer at, på landsplan opfylder 85 % indikatoren, hvilket opfylder standarden på mindst 80 %.

Styregruppens kommentarer til indikator 7

Styregruppen noterer sig, at alle afdelinger opfylder standarden, hvis konfidensintervallet medregnes, og at forskellen fra sidste år er beskedent. Det bemærkes dog, at nogle afdelinger mangler oplysninger på helt op mellem 20 og 30 % af patienterne. Dette giver selvfølgelig stor usikkerhed vedrørende den rapporterede tilfredshed.

Anbefalinger til indikator 7

Styregruppen anbefaler, at afdelingerne er omhyggelige med at indsamle data fra en postoperativ kontrol, evt. blot ved udsendelse af spørgeskema, og at der på baggrund af dette indberettes data til DugaBase.

For i fremtiden at kunne monitorere på de enkelte operationstyper, vil der blive udarbejdet nye indikatorer mhp. dette.



Generelt vedr. recidivindikatorer 11-18

Bemærk venligst, at recidivindikatorer er opgjort efter tidspunktet for den primære operation, hvorfor disse indikatorer opgøres med 2 eller 5 års tidsforskydning. Recidivoperationen tildeles ligeledes den afdeling, som udførte den oprindelige operation.

3.4. Indikator 11

Ingen recidivoperation (2 år) efter slyngeoperation for inkontinens. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 76.

Opgørelsen beskriver andelen af patienter med primær slyngeoperation, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation i 2016. Alle patienter med primær slynge-operation (operationskoder: KLEG10, KLEG10A, KLEX3G) i 2016 indgår i patientpopulationen (nævneren). Patienter, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, indgår i tælleren.

Indikator 11: Recidivoperation (2 år) efter slyngeoperation for inkontinens

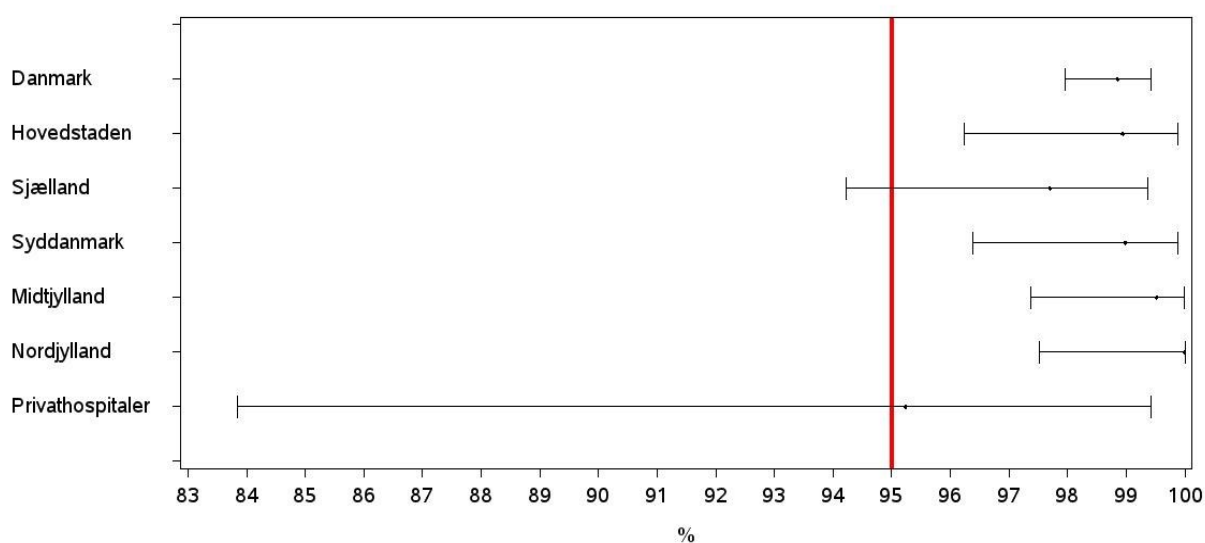
	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 95% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.01.2016 - 31.12.2016 Andel	95% CI	2015 Andel (95% CI)	2014 Andel (95% CI)
Danmark	Ja	947/958	0 (0)	98,9	(98-99)	98,9 (98-99)	99,1 (98-100)
Hovedstaden	Ja	187/189	0 (0)	98,9	(96-100)	99,5 (97-100)	99,0 (96-100)
Sjælland	Ja	170/174	0 (0)	97,7	(94-99)	100,0 (98-100)	99,4 (97-100)
Syddanmark	Ja	195/197	0 (0)	99,0	(96-100)	99,0 (96-100)	99,1 (97-100)
Midtjylland	Ja	208/209	0 (0)	99,5	(97-100)	97,8 (94-99)	98,2 (95-100)
Nordjylland	Ja	147/147	0 (0)	100,0	(98-100)	98,4 (94-100)	99,5 (97-100)
Privathospitaler	Ja	40/42	0 (0)	95,2	(84-99)	96,0 (86-100)	100,0 (90-100)
Hovedstaden	Ja	187/189	0 (0)	98,9	(96-100)	99,5 (97-100)	99,0 (96-100)
Amager og Hvidovre Hospital.	Ja	22/22	0 (0)	100,0	(85-100)	100,0 (89-100)	100,0 (86-100)
Herlev og Gentofte Hospital	Ja	114/115	0 (0)	99,1	(95-100)	99,1 (95-100)	100,0 (96-100)
Hospitallerne i Nordsjælland	Ja	51/52	0 (0)	98,1	(90-100)	100,0 (93-100)	96,9 (89-100)
Sjælland	Ja	170/174	0 (0)	97,7	(94-99)	100,0 (98-100)	99,4 (97-100)
Nykøbing F Gyn afd.	Ja	57/58	0 (0)	98,3	(91-100)	100,0 (94-100)	98,8 (94-100)
Roskilde Gyn afd.	Ja	113/116	0 (0)	97,4	(93-99)	100,0 (98-100)	100,0 (96-100)
Syddanmark	Ja	195/197	0 (0)	99,0	(96-100)	99,0 (96-100)	99,1 (97-100)
OUH Gyn afd.	Ja	122/124	0 (0)	98,4	(94-100)	98,2 (94-100)	99,2 (95-100)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	18/18	0 (0)	100,0	(81-100)	100,0 (79-100)	96,8 (83-100)
Syghus Sønderjylland Aabenraa	Ja	55/55	0 (0)	100,0	(94-100)	100,0 (94-100)	100,0 (95-100)
Midtjylland	Ja	208/209	0 (0)	99,5	(97-100)	97,8 (94-99)	98,2 (95-100)
AUH Kvindesygdomme	Ja	85/85	0 (0)	100,0	(96-100)	98,2 (90-100)	97,7 (88-100)
Hospitalsenhed Midt	Ja	52/53	0 (0)	98,1	(90-100)	94,9 (86-99)	95,6 (85-99)
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	35/35	0 (0)	100,0	(90-100)	100,0 (89-100)	100,0 (86-100)
Regionshospitalet Randers	Ja	36/36	0 (0)	100,0	(90-100)	100,0 (90-100)	100,0 (92-100)
Nordjylland	Ja	147/147	0 (0)	100,0	(98-100)	98,4 (94-100)	99,5 (97-100)
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	76/76	0 (0)	100,0	(95-100)	100,0 (94-100)	100,0 (96-100)



	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 95%	Tæller/ nævner		01.01.2016 - 31.12.2016		2015	2014
	opfyldt		(%)	Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Aalborg UH Thisted	Ja	14/14	0 (0)	100,0	(77-100)	94,4 (73-100)	100,0 (81-100)
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	57/57	0 (0)	100,0	(94-100)	97,8 (88-100)	98,7 (93-100)
Privathospitaler	Ja	40/42	0 (0)	95,2	(84-99)	96,0 (86-100)	100,0 (90-100)
Aleris-Hamlet Søborg	Nej	24/26	0 (0)	92,3	(75-99)	96,6 (82-100)	100,0 (83-100)
Privathospitalet Møn	Ja	16/16	0 (0)	100,0	(79-100)	95,2 (76-100)	100,0 (72-100)

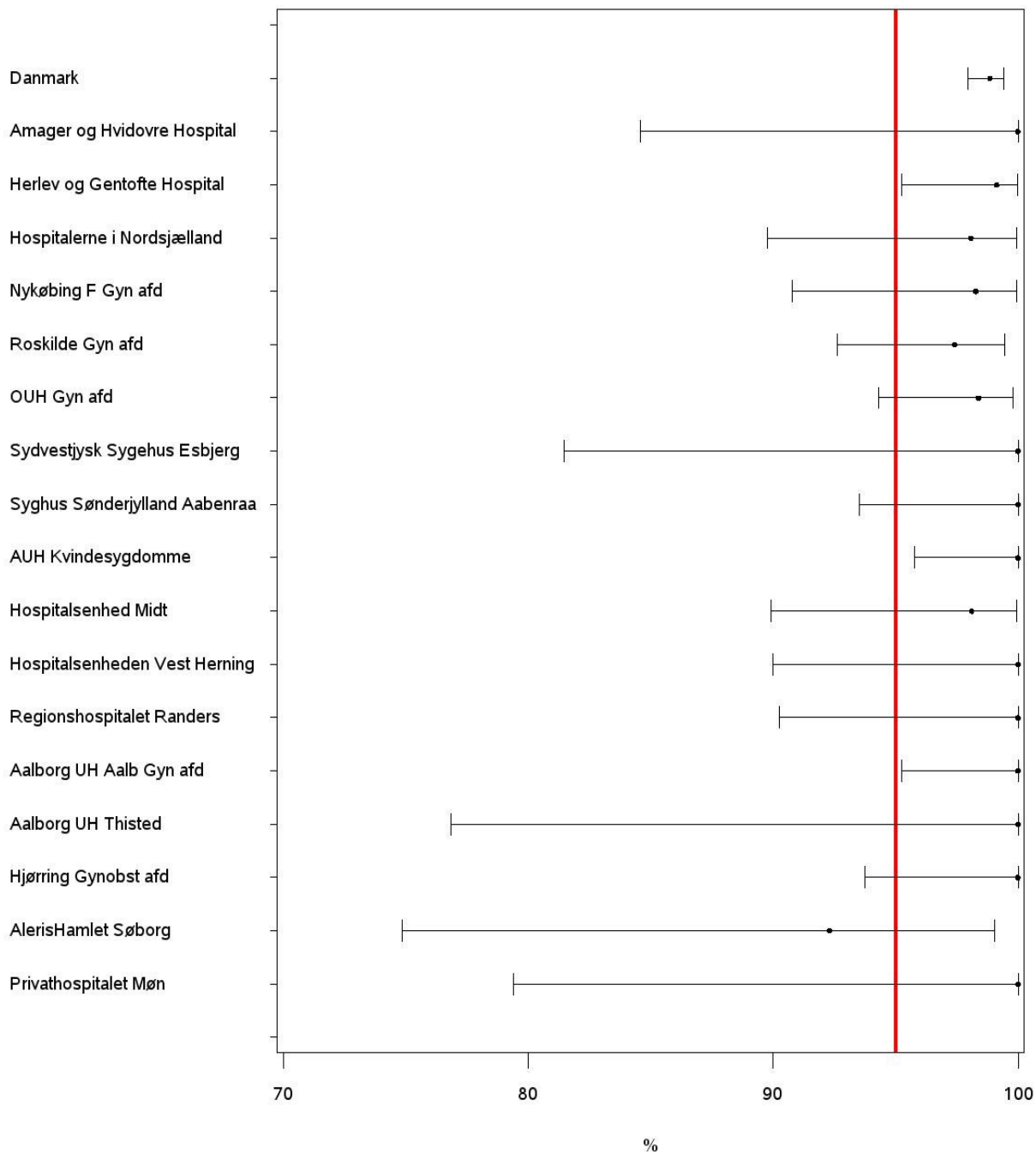
Resultater for indikator 11, kontrolldiagram regioner

Indikator 11: Recidivoperation (2 år) efter slyngeoperation for inkontinens. Kontrolldiagram på regionsniveau.



Resultater for indikator 11, kontrolldiagram afdelinger

Indikator 11: Recidivoperation (2 år) efter slyngeoperation for inkontinens. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 11

Indikator 11 er en opgørelse af andelen af slynge-opererede patienter, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation i 2016.

Få "ekstra" recidivoperationer kan resultere i, at en afdeling ikke opfylder indikatoren. Resultaterne bør derfor tolkes med dette forbehold in mente.

Blandt slyngeoperationer for urininkontinens i 2016 har 98,9 % (95 % CI: 98-99 %) ikke fået en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, hvorved standarden på mindst 95 % er opfyldt på landsplan. Dette er på niveau med resultaterne for de foregående år (2015: 98,9 %; 2014: 99,1 %; 2013: 99,2 %). Der er lille variation mellem regionerne, som alle opfylder standarden. Ligeledes er standarden opfyldt på alle offentlige afdelinger, men et enkelt privathospital har en indikatorværdi på 92,3 % og opfylder dermed kun standarden, hvis konfidensintervallet tages i betragtning.

Trendgrafer og funnelplots, både for regioner og afdelinger, kan ses i separat bilag. Af overskuelighedshensyn vises trendgraferne uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan og regionsniveau.

Styregruppens kommentarer til indikator 11

Standarden er opfyldt på landsplan og for alle afdelinger, hvilket er tilfredsstillende. Kun 11 patienter ud af en population på 958 recidivopereres inden for 2 år. Indikatoren indeholder kun midturethralslyngeoperationer– og altså ikke bulking.

Under supplerende analyser i denne årsrapport, har styregruppen valgt at se på recidiv operationsrater for midturethralslynge-operationer fordelt på transobturator slynger versus retropubiske slynger på landsplan. Resultaterne af denne analyse kan ses i figur A2.1.

Anbefalinger til indikator 11

Indikatoren bibeholdes i sin nuværende form.



3.5. Indikator 12

Ingen recidivoperation (5 år) efter slyngeoperation for inkontinens. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 76.

Opgørelsen beskriver andelen af patienter med primær slyngeoperation, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation i 2013. Alle patienter med primær slynge-operation (operationskoder: KLEG10, KLEG10A, KLEX3G) i 2013 indgår i patientpopulationen (nævneren). Patienter, der *ikke* har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, indgår i tælleren.

Indikator 12: Recidivoperation (5 år) efter slyngeoperation for inkontinens

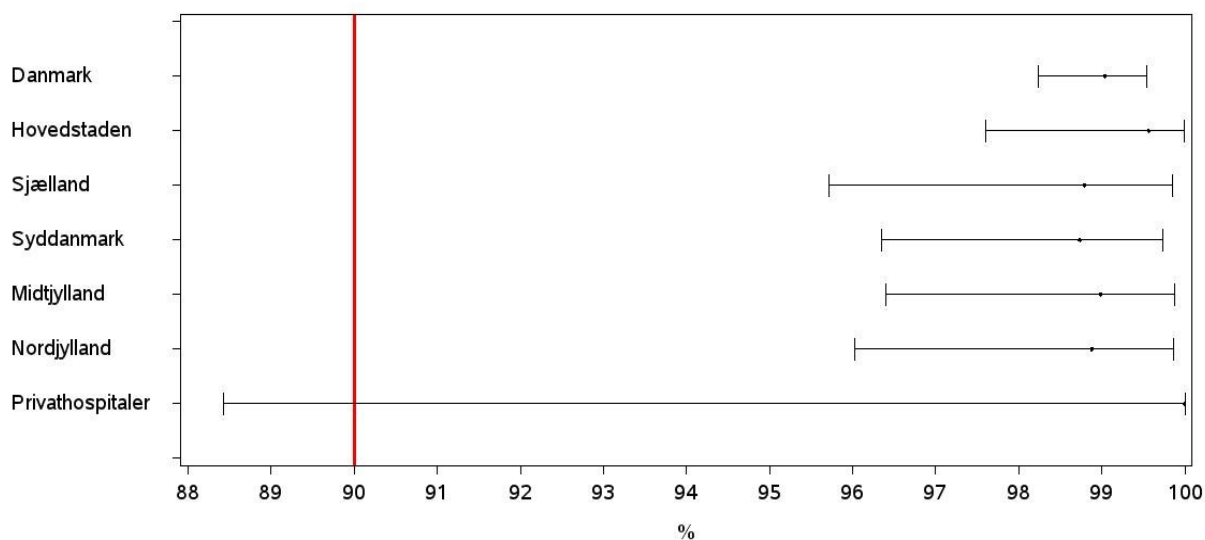
	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt			01.01.2013 - 31.12.2013	2012	2011	
				Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Danmark	Ja	1.030/1.040	0 (0)	99,0	(98-100)	98,5 (98-99)	98,2 (97-99)
Hovedstaden	Ja	229/230	0 (0)	99,6	(98-100)	98,6 (96-100)	100,0 (99-100)
Sjælland	Ja	164/166	0 (0)	98,8	(96-100)	97,6 (94-99)	97,9 (95-99)
Syddanmark	Ja	234/237	0 (0)	98,7	(96-100)	99,2 (97-100)	98,1 (96-99)
Midtjylland	Ja	196/198	0 (0)	99,0	(96-100)	98,4 (96-100)	96,3 (93-98)
Nordjylland	Ja	177/179	0 (0)	98,9	(96-100)	98,5 (96-100)	98,3 (95-100)
Privathospitaler	Ja	30/30	0 (0)	100,0	(88-100)	100,0 (87-100)	100,0 (92-100)
Hovedstaden	Ja	229/230	0 (0)	99,6	(98-100)	98,6 (96-100)	100,0 (99-100)
Amager og Hvidovre Hospital.	Ja	39/40	0 (0)	97,5	(87-100)	98,3 (91-100)	100,0 (95-100)
Herlev og Gentofte Hospital	Ja	117/117	0 (0)	100,0	(97-100)	99,0 (95-100)	100,0 (98-100)
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	73/73	0 (0)	100,0	(95-100)	98,3 (91-100)	100,0 (93-100)
Sjælland	Ja	164/166	0 (0)	98,8	(96-100)	97,6 (94-99)	97,9 (95-99)
Nykøbing F Gyn afd.	Ja	92/93	0 (0)	98,9	(94-100)	98,6 (95-100)	97,5 (93-99)
Roskilde Gyn afd.	Ja	72/73	0 (0)	98,6	(93-100)	95,3 (87-99)	97,9 (89-100)
Syddanmark	Ja	234/237	0 (0)	98,7	(96-100)	99,2 (97-100)	98,1 (96-99)
OUH Gyn afd.	Ja	140/142	0 (0)	98,6	(95-100)	99,0 (95-100)	98,3 (94-100)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	57/57	0 (0)	100,0	(94-100)	100,0 (96-100)	97,0 (92-99)
Syghus Sønderjylland Aabenraa	Ja	37/38	0 (0)	97,4	(86-100)	98,2 (90-100)	98,5 (92-100)
Midtjylland	Ja	196/198	0 (0)	99,0	(96-100)	98,4 (96-100)	96,3 (93-98)
AUH Kvindesygdomme	Ja	61/63	0 (0)	96,8	(89-100)	100,0 (95-100)	96,3 (87-100)
AUH Urinvejskirurgi	Ja	12/12	0 (0)	100,0	(74-100)	100,0 (74-100)	100,0 (40-100)
Hospitalsenhed Midt	Ja	43/43	0 (0)	100,0	(92-100)	94,8 (87-99)	94,9 (87-99)
Hospitalsenheden Vest Her-ning	Ja	34/34	0 (0)	100,0	(90-100)	100,0 (91-100)	98,4 (92-100)
Regionshospitalet Randers	Ja	46/46	0 (0)	100,0	(92-100)	100,0 (92-100)	97,3 (86-100)
Nordjylland	Ja	177/179	0 (0)	98,9	(96-100)	98,5 (96-100)	98,3 (95-100)
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	99/101	0 (0)	98,0	(93-100)	99,1 (95-100)	100,0 (97-100)
Aalborg UH Thisted	Ja	9/9	0 (0)	100,0	(66-100)	100,0 (84-100)	100,0 (75-100)
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	69/69	0 (0)	100,0	(95-100)	97,0 (90-100)	94,3 (84-99)



	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90%	Tæller/	antal	01.01.2013 - 31.12.2013		2012	2011
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Privathospitaler	Ja	30/30	0 (0)	100,0	(88-100)	100,0 (87-100)	100,0 (92-100)
Aleris-Hamlet Aarhus	Ja	##/##	0 (0)	100,0	(16-100)	-	-
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	12/12	0 (0)	100,0	(74-100)	100,0 (63-100)	100,0 (69-100)
Bekkevoold PH Hellerup	Ja	##/##	0 (0)	100,0	(3-100)	100,0 (16-100)	100,0 (59-100)
Ciconia, Århus	Ja	3/3	0 (0)	100,0	(29-100)	100,0 (16-100)	100,0 (29-100)
Gråbrødreklinikken	Ja	3/3	0 (0)	100,0	(29-100)	-	100,0 (69-100)
Kollund PH	Ja	##/##	0 (0)	100,0	(3-100)	-	-
Privathospitalet Møn	Ja	8/8	0 (0)	100,0	(63-100)	100,0 (75-100)	100,0 (75-100)

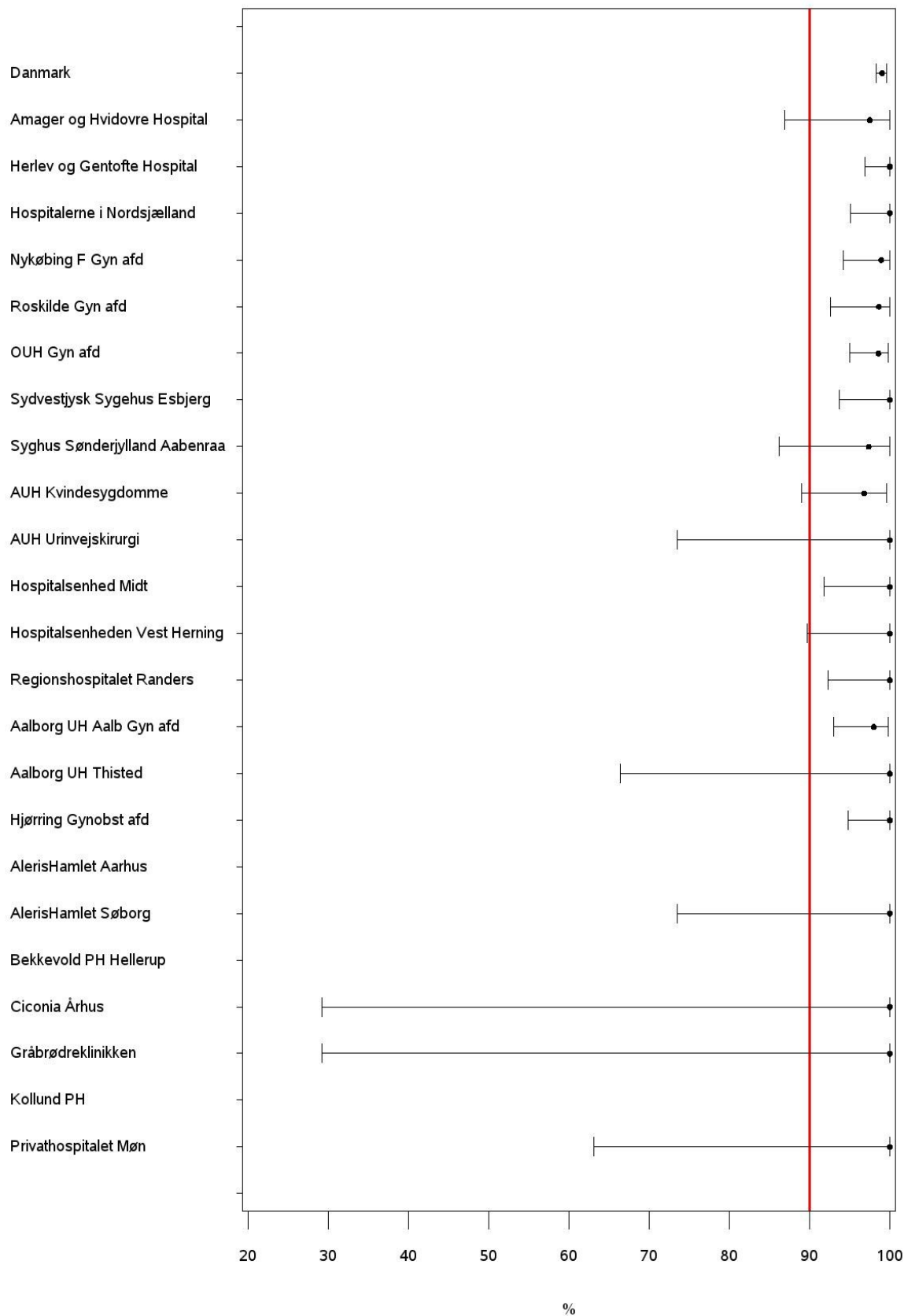
Resultater for indikator 12, kontrolldiagram regioner

Indikator 12: Recidivoperation (5 år) efter slyngeoperation for inkontinens. Kontrolldiagram på regionsniveau.



Resultater for indikator 12, kontrolldiagram afdelinger

Indikator 12: Recidivoperation (5 år) efter slyngeoperation for inkontinens. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 12

Indikator 12 er en opgørelse af andelen af slynge-opererede patienter, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation i 2013.

Få "ekstra" recidivoperationer kan resultere i at en afdeling ikke opfylder indikatoren. Resultaterne bør derfor tolkes med disse forbehold in mente.

Blandt slyngeoperationer for urininkontinens i 2013 har 99 % (95 % CI: 98-100 %) ikke fået en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, hvorved standarden på mindst 90 % er opfyldt på landsplan. Dette afviger, med de små tal in mente, ikke fra de foregående år (2012: 98,5 %; 2011: 98,2 %; 2010: 97,9 %).

variationen mellem regionerne er minimal, og alle regioner opfylder standarden.

Ligeledes opfylder alle afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb standarden på mindst 90 %, og variationen mellem afdelingerne er begrænset.

Trendgrafer og funnelplots, både for regioner og afdelinger, kan ses i separat bilag. Af overskuelighedshensyn vises trendgraferne uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabelernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan samt for alle regioner og alle afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb.

Styregruppens kommentarer til indikator 12

Standarden er opfyldt på landsplan samt for alle afdelinger, hvilket er tilfredsstillende. Kun 10 patienter ud af 1040 opereres for recidiv stressinkontinens inden for 5 år.

Indikatoren indeholder kun midturrethralslynge-operationer – og altså ikke bulking.

Under supplerende analyser i denne årsrapport har styregruppen valgt at se på recidiv operationsrater for midturrethralslynge-operationer fordelt på transobturator slynger versus retropubiske slynger på landsplan. Resultaterne af denne analyse kan ses i figur A2.1.

Anbefalinger til indikator 12

Indikatoren bevares i sin nuværende form.



3.6. Indikator 13

Ingen recidivoperation (2 år) forreste kompartment efter operation for prolaps. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 76.

Opgørelsen beskriver andelen af patienter med primær prolapsoperation i forreste kompartment, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation i 2016. Alle patienter med primær prolapsoperation i forreste kompartment i 2016 indgår i patientpopulationen (nævneren). Patienter, der *ikke* har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, indgår i tælleren.

Indikator 13: Recidivoperation (2 år) forreste kompartment efter operation for prolaps

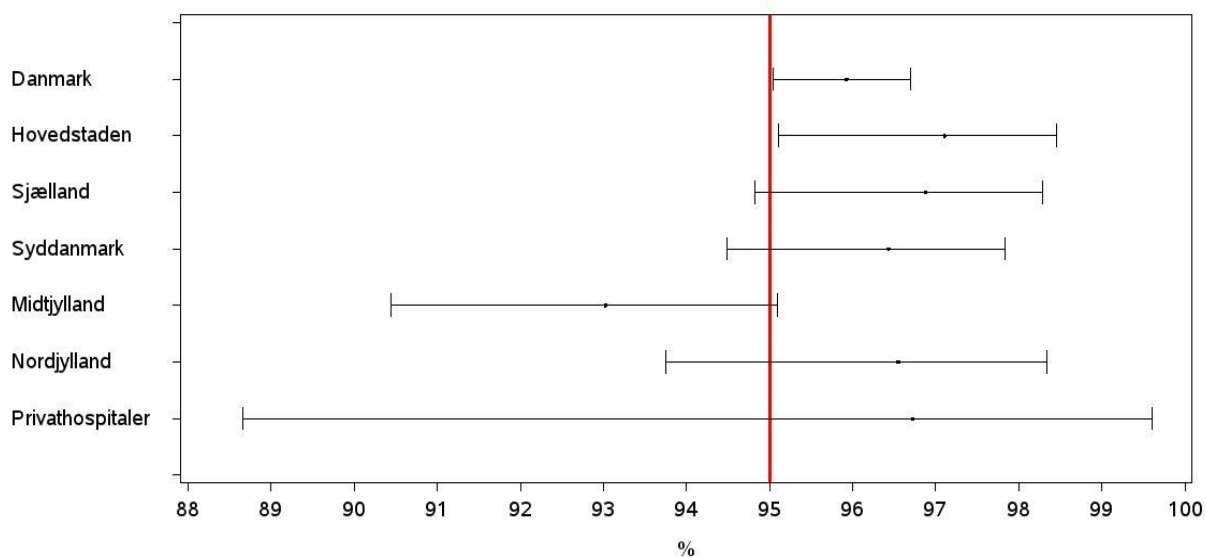
	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2016 - 31.12.2016		Tidligere år	
	≥ 95%	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2015	2014
	opfyldt					Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Danmark	Ja	2.192/2.285	0 (0)	95,9	(95-97)	95,7 (95-96)	95,7 (95-96)
Hovedstaden	Ja	437/450	0 (0)	97,1	(95-98)	98,2 (97-99)	96,7 (95-98)
Sjælland	Ja	435/449	0 (0)	96,9	(95-98)	94,7 (92-97)	94,4 (92-96)
Syddanmark	Ja	514/533	0 (0)	96,4	(94-98)	95,6 (94-97)	97,1 (95-98)
Midtjylland	Nej	467/502	0 (0)	93,0	(90-95)	94,7 (92-96)	93,3 (91-95)
Nordjylland	Ja	280/290	0 (0)	96,6	(94-98)	95,8 (93-98)	97,3 (95-99)
Privathospitaler	Ja	59/61	0 (0)	96,7	(89-100)	91,1 (79-98)	90,7 (80-97)
Hovedstaden	Ja	437/450	0 (0)	97,1	(95-98)	98,2 (97-99)	96,7 (95-98)
Amager og Hvidovre Hospital.	Ja	67/68	0 (0)	98,5	(92-100)	98,8 (94-100)	96,8 (91-99)
Herlev og Gentofte Hospital	Ja	244/252	0 (0)	96,8	(94-99)	99,2 (97-100)	96,6 (94-98)
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	126/130	0 (0)	96,9	(92-99)	96,3 (92-99)	97,0 (93-99)
Sjælland	Ja	435/449	0 (0)	96,9	(95-98)	94,7 (92-97)	94,4 (92-96)
Holbæk Gyn afd.	Ja	98/100	0 (0)	98,0	(93-100)	100,0 (96-100)	100,0 (94-100)
Nykøbing F Gyn afd.	Nej	64/68	0 (0)	94,1	(86-98)	90,8 (82-96)	89,7 (81-95)
Roskilde Gyn afd.	Ja	176/181	0 (0)	97,2	(94-99)	94,3 (90-97)	95,8 (92-98)
Slagelse Gyn. afd.	Ja	97/100	0 (0)	97,0	(91-99)	93,3 (85-98)	92,1 (84-97)
Syddanmark	Ja	514/533	0 (0)	96,4	(94-98)	95,6 (94-97)	97,1 (95-98)
Kolding Sygehus	Nej	71/77	0 (0)	92,2	(84-97)	97,3 (91-100)	91,4 (82-97)
OUH Gyn afd.	Ja	309/315	0 (0)	98,1	(96-99)	95,5 (93-97)	98,5 (97-99)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Nej	69/73	0 (0)	94,5	(87-98)	98,1 (93-100)	94,7 (88-98)
Syghus Sønderjylland Aabenraa	Ja	65/68	0 (0)	95,6	(88-99)	91,6 (84-96)	97,8 (92-100)
Midtjylland	Nej	467/502	0 (0)	93,0	(90-95)	94,7 (92-96)	93,3 (91-95)
AUH Kvindesygdomme	Nej	174/199	0 (0)	87,4	(82-92)	94,8 (91-98)	86,5 (81-91)
Hospitalsenhed Midt	Nej	79/85	0 (0)	92,9	(85-97)	90,4 (83-96)	93,1 (86-97)
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	90/90	0 (0)	100,0	(96-100)	97,3 (90-100)	100,0 (94-100)
Regionshospitalet Horsens	Ja	41/43	0 (0)	95,3	(84-99)	96,6 (88-100)	98,7 (93-100)
Regionshospitalet Randers	Ja	83/85	0 (0)	97,6	(92-100)	95,6 (89-99)	100,0 (95-100)
Nordjylland	Ja	280/290	0 (0)	96,6	(94-98)	95,8 (93-98)	97,3 (95-99)



	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 95%			01.01.2016 - 31.12.2016		2015	2014
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	174/177	0 (0)	98,3	(95-100)	97,0 (93-99)	97,8 (94-99)
Aalborg UH Thisted	Ja	25/26	0 (0)	96,2	(80-100)	98,2 (90-100)	97,9 (89-100)
Hjørring Gyn-obst. afd.	Nej	81/87	0 (0)	93,1	(86-97)	92,1 (84-97)	96,4 (91-99)
Privathospitaler	Ja	59/61	0 (0)	96,7	(89-100)	91,1 (79-98)	90,7 (80-97)
Aleris-Hamlet Aalborg	Ja	##/##	0 (0)	100,0	(16-100)	100,0 (40-100)	100,0 (29-100)
Aleris-Hamlet Søborg	Nej	35/37	0 (0)	94,6	(82-99)	87,5 (71-96)	87,5 (68-97)
Capio CFR A/S Lyngby	Ja	8/8	0 (0)	100,0	(63-100)	-	-
Kollund PH	Ja	3/3	0 (0)	100,0	(29-100)	100,0 (40-100)	75,0 (19-99)
Privathospitalet Møn	Ja	11/11	0 (0)	100,0	(72-100)	100,0 (48-100)	88,9 (52-100)

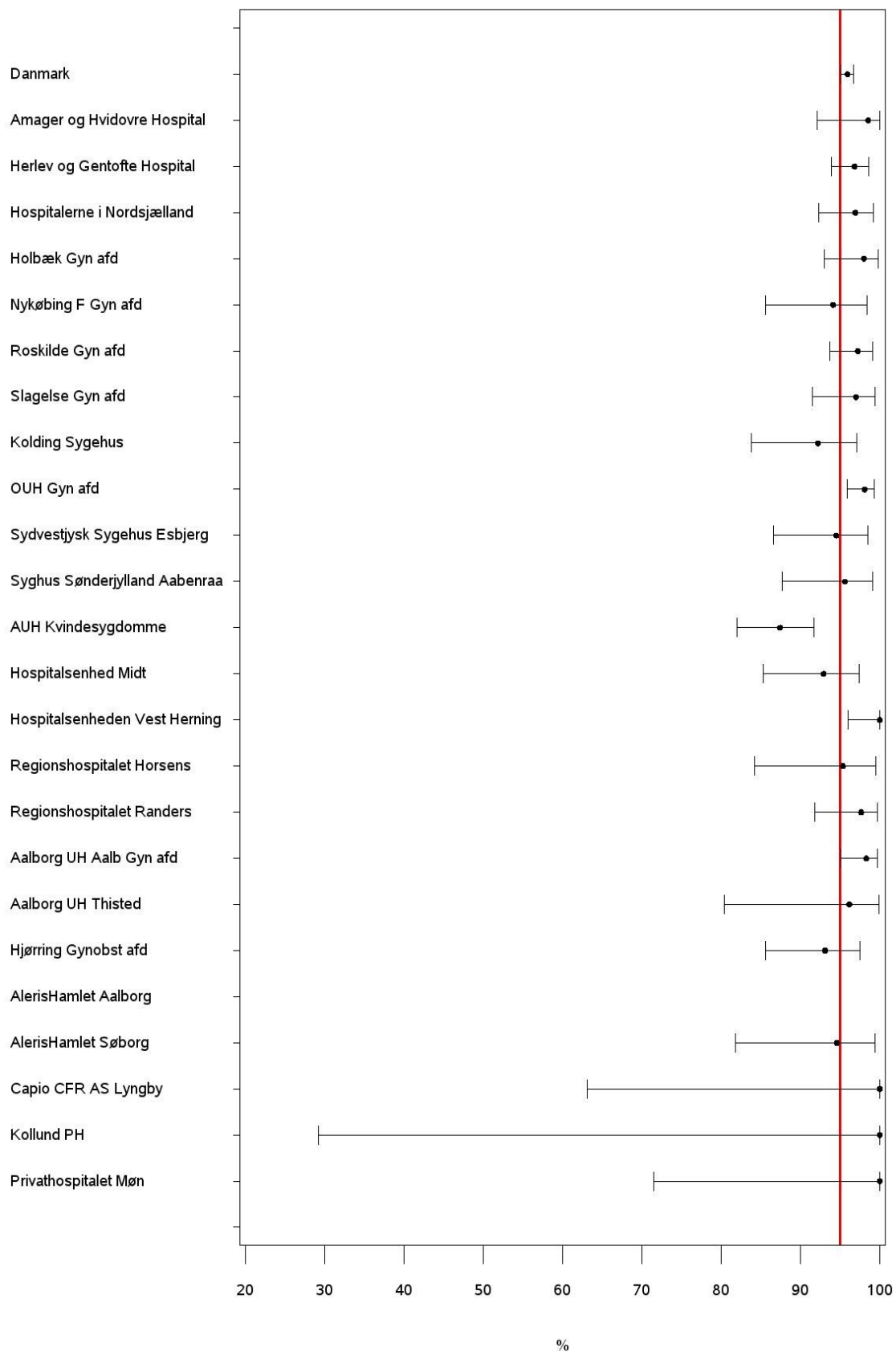
Resultater for indikator 13, kontrolldiagram regioner

Indikator 13: Recidivoperation (2 år) forreste kompartiment efter operation for prolaps. Kontrolldiagram på regionsniveau.



Resultater for indikator 13, kontrolldiagram afdelinger

Indikator 13: Recidivoperation (2 år) forreste kompartiment efter operation for prolaps. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 13

Indikator 13 er en opgørelse af andelen af patienter, der har fået foretaget prolapsoperation i forreste kompartiment, som ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation i 2016.

Få "ekstra" recidivoperationer kan resultere i, at en afdeling ikke opfylder indikatoren. Resultaterne bør derfor tolkes med dette forbehold in mente.

Blandt prolapsoperationer i forreste kompartiment i 2016 har 95,9 % (95 % CI: 95-97 %) ikke fået en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, hvorved standarden på mindst 95 % er opfyldt på landsplan. Indikatorværdien på landsplan er på niveau med tidligere år.

Fire regioner opfylder standarden, mens en enkelt region (Midtjylland) ligger under standarden med en indikatorværdi på 93 %, men 95 % konfidensintervallet overlapper standarden. Der er lille variation mellem regionerne.

Blandt de 21 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 14 standarden på mindst 95 %. De 7 afdelinger, der ikke opfylder standarden, har indikatorværdier mellem 87,4 og 94,6 %, og standarden er indeholdt i konfidensintervallet for alle afdelinger. Variationen mellem afdelingerne er således begrænset.

Trendgrafer og funnelplots, både for regioner og afdelinger, kan ses i separat bilag. Af overskuelighedshensyn vises trendgraferne uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabelernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan samt for 14 ud af 21 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb, omend variationen mellem afdelinger er lille.

Styregruppens kommentarer til indikator 13

Indikatoropfyldelsen er stabilt høj på landsplan og stort set uden variation fra tidligere år. Der er forholdsvis lille variation mellem afdelingerne, og de afdelinger, som ikke opfylder indikatoren, ligger ikke langt fra den. Alle afdelinger på nær én har standarden inden for deres konfidensinterval. Indikatoren dækker over forskellige operationstyper, som alle anvendes i forreste kompartiment. Da brugen af operationstyper varierer imellem afdelingerne, bør der tages højde for dette ved sammenligning (Se "Appendiks 3: Indikatordefinitioner").

Det er velkendt, at recidiv af prolaps i forreste kompartiment er hyppigt forekommende (ca. 25 %), og antallet af patienter, der opereres for recidiv, er formodentlig langt mindre end den egentlige recidivrate.

Anbefalinger til indikator 13

Indikatoren bevares uændret. For i fremtiden at kunne monitorere på de enkelte operationstyper, vil der blive udarbejdet nye indikatorer mhp. dette.



3.7. Indikator 14

Ingen recidivoperation (5 år) forreste kompartiment efter operation for prolaps. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 76.

Opgørelsen beskriver andelen af patienter med primær prolapsoperation i forreste kompartiment, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation i 2013. Alle patienter med primær prolapsoperation i forreste kompartiment i 2013 indgår i patientpopulationen (nævneren). Patienter, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, indgår i tælleren.

Indikator 14: Recidivoperation (5 år) forreste kompartiment efter operation for prolaps

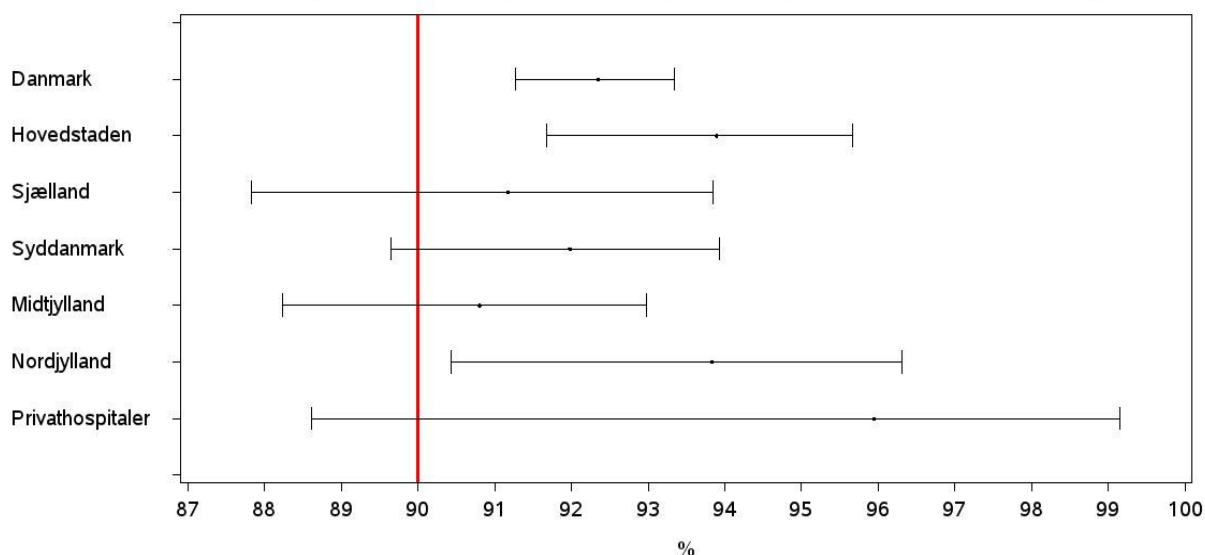
	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90%	Tæller/ nævner		01.01.2013 - 31.12.2013		2012	2011
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Danmark	Ja	2.416/2.616	0 (0)	92,4	(91-93)	94,2 (93-95)	94,3 (93-95)
Hovedstaden	Ja	569/606	0 (0)	93,9	(92-96)	94,2 (92-96)	97,3 (96-98)
Sjælland	Ja	341/374	0 (0)	91,2	(88-94)	93,0 (90-95)	93,3 (91-95)
Syddanmark	Ja	608/661	0 (0)	92,0	(90-94)	93,3 (91-95)	92,6 (90-95)
Midtjylland	Ja	553/609	0 (0)	90,8	(88-93)	95,7 (94-97)	92,6 (90-94)
Nordjylland	Ja	274/292	0 (0)	93,8	(90-96)	96,5 (94-98)	96,9 (94-99)
Privathospitaler	Ja	71/74	0 (0)	95,9	(89-99)	81,6 (66-92)	93,2 (84-98)
Hovedstaden	Ja	569/606	0 (0)	93,9	(92-96)	94,2 (92-96)	97,3 (96-98)
Amager og Hvidovre Hospital.	Ja	143/153	0 (0)	93,5	(88-97)	91,2 (85-95)	98,7 (96-100)
Herlev og Gentofte Hospital	Ja	249/261	0 (0)	95,4	(92-98)	95,8 (92-98)	97,1 (94-99)
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	177/192	0 (0)	92,2	(87-96)	94,5 (91-97)	96,4 (93-99)
Sjælland	Ja	341/374	0 (0)	91,2	(88-94)	93,0 (90-95)	93,3 (91-95)
Holbæk Gyn afd.	Ja	11/11	0 (0)	100,0	(72-100)	96,7 (89-100)	93,2 (85-98)
Nykøbing F Gyn afd.	Ja	96/103	0 (0)	93,2	(86-97)	93,0 (85-97)	87,9 (81-93)
Roskilde Gyn afd.	Ja	137/149	0 (0)	91,9	(86-96)	93,6 (89-97)	96,1 (92-98)
Slagelse Gyn. afd.	Nej	97/111	0 (0)	87,4	(80-93)	87,5 (77-94)	97,4 (86-100)
Syddanmark	Ja	608/661	0 (0)	92,0	(90-94)	93,3 (91-95)	92,6 (90-95)
Kolding Sygehus	Ja	73/80	0 (0)	91,3	(83-96)	92,9 (86-97)	87,9 (81-93)
OUH Gyn afd.	Ja	327/361	0 (0)	90,6	(87-93)	92,7 (89-95)	93,2 (90-96)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	105/110	0 (0)	95,5	(90-99)	93,0 (86-97)	94,5 (89-98)
Syghus Sønderjylland Aabenraa	Ja	103/110	0 (0)	93,6	(87-97)	95,6 (90-99)	93,9 (89-97)
Midtjylland	Ja	553/609	0 (0)	90,8	(88-93)	95,7 (94-97)	92,6 (90-94)
AUH Kvindesygdomme	Ja	176/195	0 (0)	90,3	(85-94)	97,4 (94-99)	92,8 (89-96)
Hospitalsenhed Midt	Nej	105/124	0 (0)	84,7	(77-91)	87,6 (80-93)	85,8 (79-91)
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	72/77	0 (0)	93,5	(85-98)	97,5 (91-100)	94,9 (88-99)
Regionshospitalet Horsens	Ja	92/99	0 (0)	92,9	(86-97)	98,9 (94-100)	99,0 (95-100)
Regionshospitalet Randers	Ja	108/114	0 (0)	94,7	(89-98)	96,5 (91-99)	92,5 (85-97)
Nordjylland	Ja	274/292	0 (0)	93,8	(90-96)	96,5 (94-98)	96,9 (94-99)
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	167/180	0 (0)	92,8	(88-96)	97,3 (93-99)	96,7 (93-99)



	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90%	Tæller/	antal	01.01.2013 - 31.12.2013		2012	2011
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Aalborg UH Thisted	Ja	34/35	0 (0)	97,1	(85-100)	94,5 (85-99)	95,3 (84-99)
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	73/77	0 (0)	94,8	(87-99)	96,5 (91-99)	98,0 (93-100)
Privathospitaler	Ja	71/74	0 (0)	95,9	(89-99)	81,6 (66-92)	93,2 (84-98)
Aleris-Hamlet Aalborg	Ja	##	0 (0)	100,0	(16-100)	42,9 (10-82)	66,7 (22-96)
Aleris-Hamlet Aarhus	Nej	4/5	0 (0)	80,0	(28-99)	-	-
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	33/35	0 (0)	94,3	(81-99)	100,0 (74-100)	100,0 (48-100)
Bekkevoold PH Hellerup	Ja	3/3	0 (0)	100,0	(29-100)	100,0 (3-100)	100,0 (54-100)
Ciconia, Århus	Ja	8/8	0 (0)	100,0	(63-100)	75,0 (19-99)	100,0 (69-100)
Gråbrødreklinikken	Ja	11/11	0 (0)	100,0	(72-100)	-	92,0 (74-99)
Kollund PH	Ja	7/7	0 (0)	100,0	(59-100)	-	-
Privathospitalet Møn	Ja	3/3	0 (0)	100,0	(29-100)	80,0 (44-97)	100,0 (54-100)

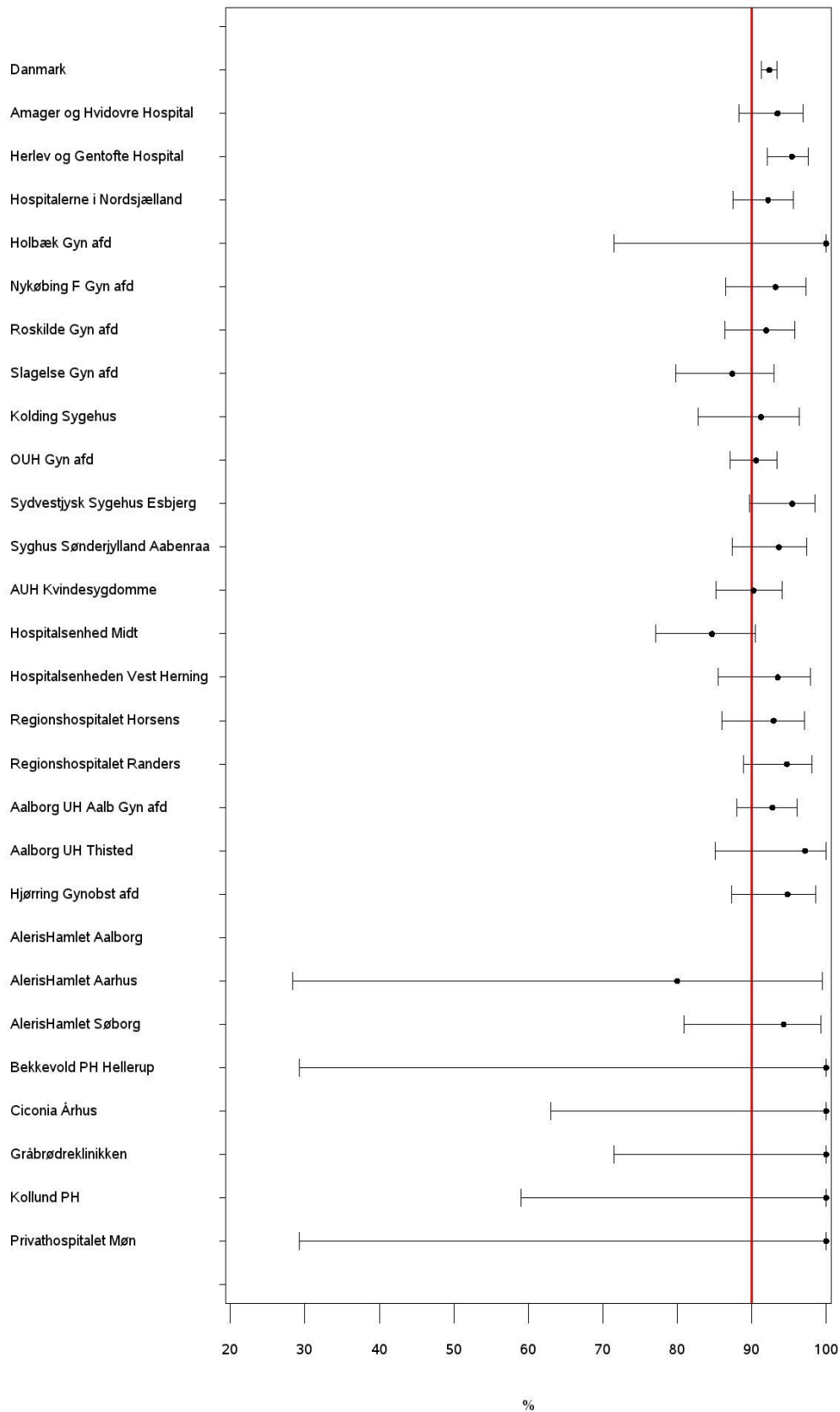
Resultater for indikator 14, kontrolldiagram regioner

Indikator 14: Recidivoperation (5 år) forreste kompartiment efter operation for prolaps. Kontrolldiagram på regionsniveau.



Resultater for indikator 14, kontrolldiagram afdelinger

Indikator 14: Recidivoperation (5 år) forreste kompartiment efter operation for prolaps. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 14

Indikator 14 er en opgørelse af andelen af patienter, der har fået foretaget prolapsoperation i forreste kompartiment, som ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation i 2013.

Få "ekstra" recidivoperationer kan resultere i, at en afdeling ikke opfylder indikatoren. Resultaterne bør derfor tolkes med disse forbehold in mente.

Blandt prolapsoperationer i forreste kompartiment i 2013 har 92,4 % (95 % CI: 91-93 %) ikke fået en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, hvorved standarden på mindst 90 % er opfyldt på landsplan. Der er lille variation mellem regionerne, og alle regionerne opfylder standarden.

Af de 21 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 19 standarden på mindst 90 %. De 2 afdelinger, som ikke opfylder standarden (Slagelse, Hospitalsenhed Midt), har indikatorværdier 87,4 og 84,7 %, og standarden er indeholdt i konfidensintervallet for begge afdelinger. Der er således lille variation mellem afdelingerne.

Trendgrafer og funnelplots, både for regioner og afdelinger, kan ses i separat bilag. Af overskuelighedshensyn vises trendgraferne uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan samt for alle regioner og 19 ud af 21 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb.

Styregruppens kommentarer til indikator 14

Standarden er opfyldt på landsplan samt for alle afdelinger (når konfidensintervallet medregnes).

Indikatoren indeholder forskellige operationstyper som alle anvendes i forreste kompartiment. Da brugen af operationstyper varierer imellem afdelingerne, bør der tages højde for dette ved sammenligning. (Se "Appendiks 3: Indikatordefinitioner").

Det er velkendt at recidiv af prolaps i forreste kompartiment er hyppigt forekommende (ca. 25 %) og antallet af patienter, der opereres for recidiv er formodentlig langt mindre end den egentlige recidivrate.

Anbefalinger til indikator 14

Styregruppen tillægger indikator 14 betydning som en valid indikator for klinisk kvalitet og den bibeholdes i sin nuværende form. For i fremtiden at kunne monitorere på de enkelte operationstyper, vil der blive udarbejdet nye indikatorer mhp. dette.



3.8. Indikator 15

Ingen recidivoperation (2 år) midterste kompartment efter operation for prolaps. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 76.

Opgørelsen beskriver andelen af patienter med primær prolapsoperation i midterste kompartment, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation i 2016. Alle patienter med primær prolapsoperation i midterste kompartment i 2016 indgår i patientpopulationen (nævneren). Patienter, der *ikke* har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, indgår i tælleren.

Indikator 15: Recidivoperation (2 år) midterste kompartment efter operation for prolaps

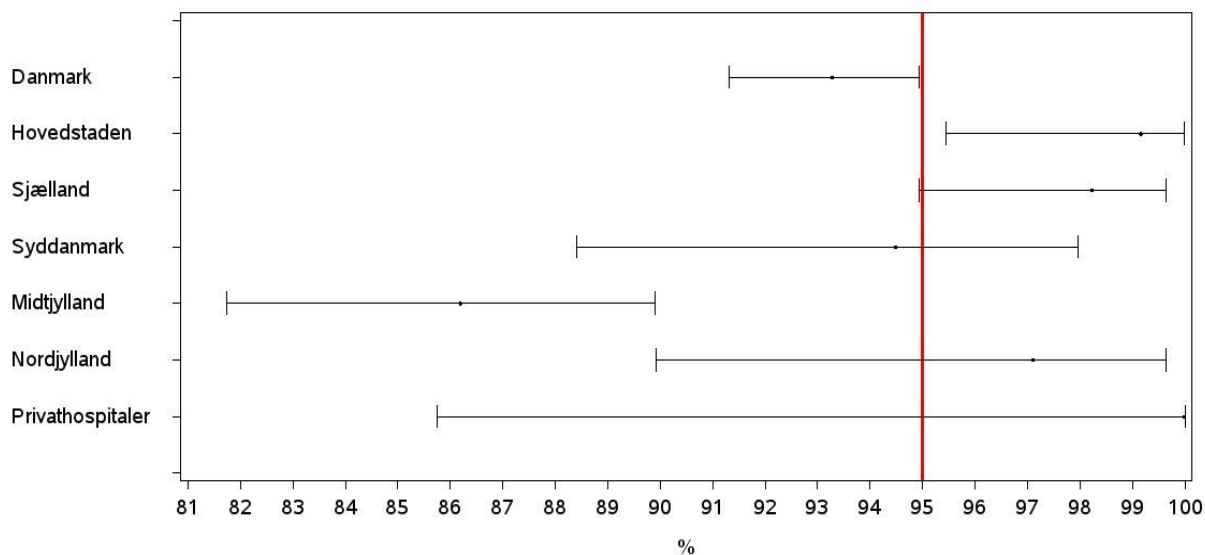
	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 95%	Tæller/ nævner		01.01.2016 - 31.12.2016		2015	2014
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Danmark	Nej	736/789	0 (0)	93,3	(91-95)	93,5 (92-95)	94,4 (93-96)
Hovedstaden	Ja	119/120	0 (0)	99,2	(95-100)	98,6 (95-100)	99,4 (97-100)
Sjælland	Ja	167/170	0 (0)	98,2	(95-100)	94,7 (90-97)	95,8 (91-98)
Syddanmark	Nej	103/109	0 (0)	94,5	(88-98)	95,6 (91-98)	97,2 (94-99)
Midtjylland	Nej	256/297	0 (0)	86,2	(82-90)	86,5 (82-90)	87,3 (83-91)
Nordjylland	Ja	67/69	0 (0)	97,1	(90-100)	97,7 (92-100)	97,3 (91-100)
Privathospitaler	Ja	24/24	0 (0)	100,0	(86-100)	100,0 (90-100)	100,0 (81-100)
Hovedstaden	Ja	119/120	0 (0)	99,2	(95-100)	98,6 (95-100)	99,4 (97-100)
Amager og Hvidovre Hospital.	Ja	12/12	0 (0)	100,0	(74-100)	100,0 (80-100)	100,0 (90-100)
Herlev og Gentofte Hospital	Ja	77/78	0 (0)	98,7	(93-100)	98,9 (94-100)	100,0 (96-100)
Hospitallerne i Nordsjælland	Ja	30/30	0 (0)	100,0	(88-100)	97,4 (86-100)	98,0 (90-100)
Sjælland	Ja	167/170	0 (0)	98,2	(95-100)	94,7 (90-97)	95,8 (91-98)
Holbæk Gyn afd.	Ja	49/50	0 (0)	98,0	(89-100)	100,0 (92-100)	100,0 (81-100)
Nykøbing F Gyn afd.	Nej	10/11	0 (0)	90,9	(59-100)	77,3 (55-92)	92,9 (66-100)
Roskilde Gyn afd.	Ja	64/65	0 (0)	98,5	(92-100)	95,5 (89-99)	96,2 (89-99)
Slagelse Gyn. afd.	Ja	44/44	0 (0)	100,0	(92-100)	96,8 (83-100)	93,5 (79-99)
Syddanmark	Nej	103/109	0 (0)	94,5	(88-98)	95,6 (91-98)	97,2 (94-99)
Kolding Sygehus	Ja	14/14	0 (0)	100,0	(77-100)	100,0 (77-100)	92,9 (66-100)
OUH Gyn afd.	Nej	64/70	0 (0)	91,4	(82-97)	95,2 (88-99)	97,4 (93-99)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	9/9	0 (0)	100,0	(66-100)	85,7 (57-98)	100,0 (59-100)
Syghus Sønderjylland Aabenraa	Ja	16/16	0 (0)	100,0	(79-100)	100,0 (85-100)	97,5 (87-100)
Midtjylland	Nej	256/297	0 (0)	86,2	(82-90)	86,5 (82-90)	87,3 (83-91)
AUH Kvindesygdomme	Nej	183/222	0 (0)	82,4	(77-87)	83,5 (77-89)	82,1 (75-88)
Hospitalsenhed Midt	Ja	25/26	0 (0)	96,2	(80-100)	94,4 (73-100)	87,0 (66-97)
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	21/21	0 (0)	100,0	(84-100)	89,3 (72-98)	100,0 (92-100)
Regionshospitalet Horsens	Nej	11/12	0 (0)	91,7	(62-100)	91,7 (73-99)	94,1 (80-99)
Regionshospitalet Randers	Ja	16/16	0 (0)	100,0	(79-100)	100,0 (77-100)	100,0 (54-100)
Nordjylland	Ja	67/69	0 (0)	97,1	(90-100)	97,7 (92-100)	97,3 (91-100)



	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 95%	Tæller/	antal	01.01.2016 - 31.12.2016		2015	2014
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	47/47	0 (0)	100,0	(92-100)	98,2 (90-100)	96,4 (87-100)
Aalborg UH Thisted	Nej	11/12	0 (0)	91,7	(62-100)	96,6 (82-100)	100,0 (79-100)
Hjørring Gyn-obst. afd.	Nej	9/10	0 (0)	90,0	(55-100)	100,0 (16-100)	100,0 (29-100)
Privathospitaler	Ja	24/24	0 (0)	100,0	(86-100)	100,0 (90-100)	100,0 (81-100)
Aleris-Hamlet Aalborg	Ja	##/##	0 (0)	100,0	(3-100)	100,0 (54-100)	100,0 (3-100)
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	13/13	0 (0)	100,0	(75-100)	100,0 (85-100)	100,0 (72-100)
Capio CFR A/S Lyngby	Ja	7/7	0 (0)	100,0	(59-100)	-	-
Kollund PH	Ja	##/##	0 (0)	100,0	(16-100)	100,0 (29-100)	100,0 (3-100)
Privathospitalet Møn	Ja	##/##	0 (0)	100,0	(3-100)	100,0 (16-100)	-

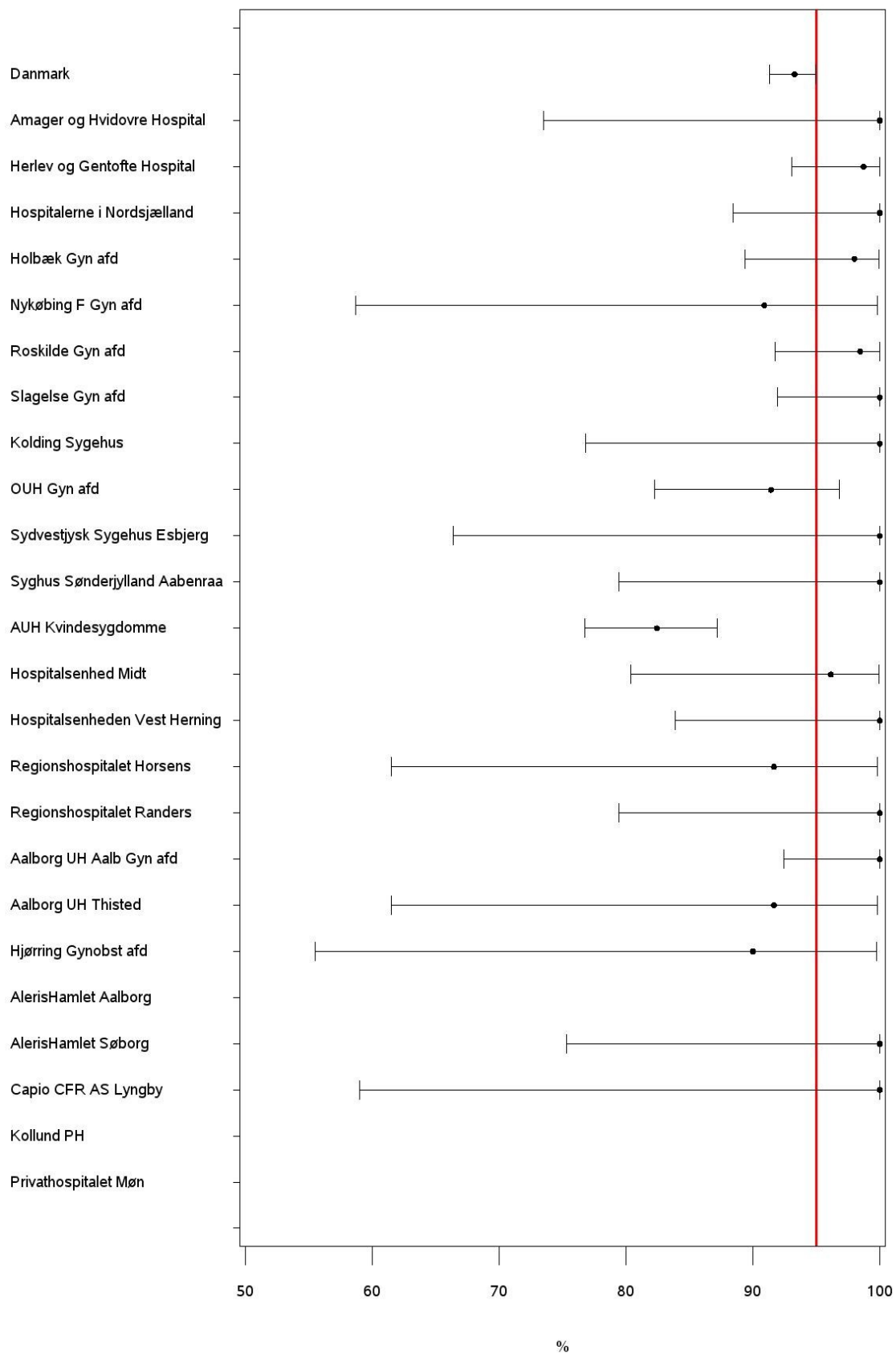
Resultater for indikator 15, kontrolldiagram regioner

Indikator 15: Recidivoperation (2 år) midterste kompartiment efter operation for prolaps. Kontrolldiagram på regionsniveau.



Resultater for indikator 15, kontrolldiagram afdelinger

Indikator 15: Recidivoperation (2 år) midterste kompartiment efter operation for prolaps. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 15

Indikator 15 er en opgørelse af andelen af patienter, der har fået foretaget prolapsoperation i midterste kompartment, som ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation i 2016.

Få "ekstra" recidivoperationer kan resultere i at en afdeling ikke opfylder indikatoren. Resultaterne bør derfor tolkes med dette forbehold in mente.

Blandt prolapsoperationer i midterste kompartment i 2016 har 93,3 % (95 % CI 91-95 %) ikke fået en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, og standarden på mindst 95 % er dermed ikke opfyldt på landsplan, men standarden er dog indeholdt i konfidensintervallet.

Af de 5 regioner er standarden opfyldt i 3 (Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Nordjylland). Region Syddanmark og Region Midtjylland opfylder med hhv. 94,5 % og 86,2 % ikke standarden. Der er lille variation mellem regionerne, fraset Region Midtjylland.

Blandt de 19 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder 13 standarden, mens 6 afdelinger ikke opfylder standarden – heraf har 5 afdelinger dog standarden indeholdt i konfidensintervallet. Indikatorværdierne på afdelingsniveau varierer fra 82,4-100 %.

Trendgrafer og funnelplots, både for regioner og afdelinger, kan ses i separat bilag. Af overskuelighedshensyn vises trendgraferne uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabelernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer.

Vi konkluderer, at standarden ikke er opfyldt på landsplan. I 3 ud af 5 regioner og 13 ud af 19 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb er standarden opfyldt.

Styregruppens kommentarer til indikator 15

Standarden er opfyldt på landsplan og for alle afdelinger på nær én (når konfidensintervallet medregnes).

Særligt for prolaps i midterste kompartment er der større variation i lidelsens karakter, idet det er af betydning, om patienten tidligere er opereret med fjernelse af livmoderhalsen eller livmoderen. Ligeledes er der flere muligheder for valg af operationstype, hvorfor sammenligninger afdelingerne imellem skal tolkes med forsigtighed.

Den afdeling, som gennem flere år ikke har opfyldt standarden, vil blive kontaktet mhp. hjælp til supplerende analyser for at klarlægge evt. tilgrundliggende årsag.

Anbefalinger til indikator 15

Styregruppen mener, at indikator 15 bør suppleres med en indikator, som skelner mellem vaginaltopsprolaps og prolaps af uterus, idet der er væsentlig forskel på operationsmetoder ved de to tilstande. For i fremtiden at kunne monitorere på de enkelte operationstyper, vil der blive udarbejdet nye indikatorer mhp. dette.



3.9. Indikator 16

Ingen recidivoperation (5 år) midterste kompartment efter operation for prolaps. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 76.

Opgørelsen beskriver andelen af patienter med primær prolapsoperation i midterste kompartment, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation i 2013. Alle patienter med primær prolapsoperation i midterste kompartment i 2013 indgår i patientpopulationen (nævneren). Patienter, der *ikke* har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, indgår i tælleren.

Indikator 16: Recidivoperation (5 år) midterste kompartment efter operation for prolaps

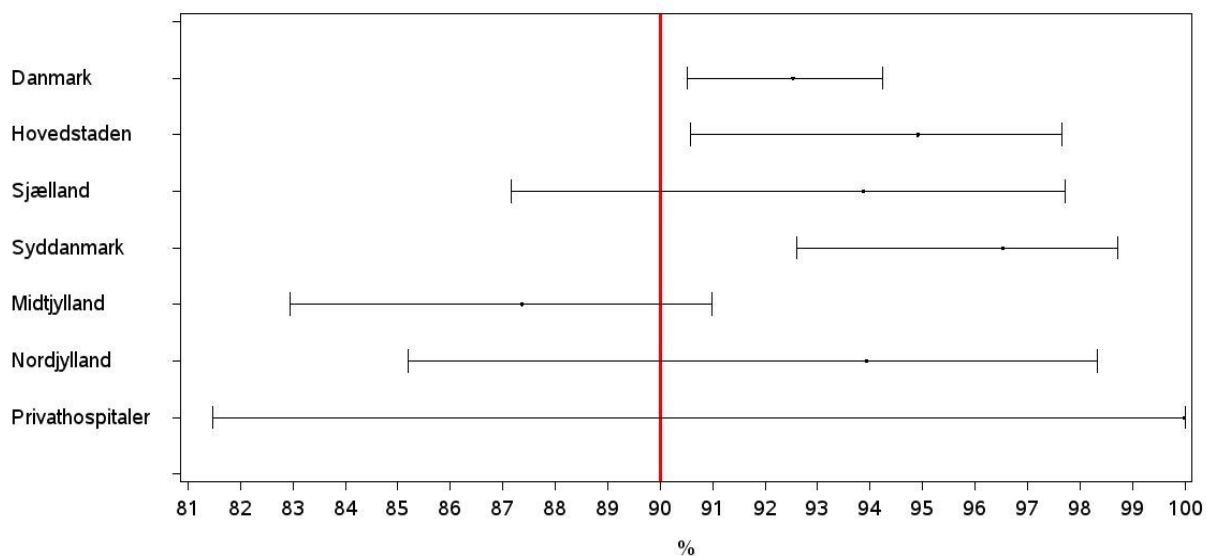
	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90%	Tæller/ nævner		01.01.2013 - 31.12.2013		2012	2011
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Danmark	Ja	756/817	0 (0)	92,5	(91-94)	95,8 (94-97)	95,8 (94-97)
Hovedstaden	Ja	168/177	0 (0)	94,9	(91-98)	98,9 (96-100)	99,1 (97-100)
Sjælland	Ja	92/98	0 (0)	93,9	(87-98)	95,0 (90-98)	95,7 (91-98)
Syddanmark	Ja	167/173	0 (0)	96,5	(93-99)	95,6 (91-98)	96,4 (92-99)
Midtjylland	Nej	249/285	0 (0)	87,4	(83-91)	92,4 (88-95)	92,9 (89-96)
Nordjylland	Ja	62/66	0 (0)	93,9	(85-98)	100,0 (96-100)	98,5 (92-100)
Privathospitaler	Ja	18/18	0 (0)	100,0	(81-100)	100,0 (59-100)	88,2 (64-99)
Hovedstaden	Ja	168/177	0 (0)	94,9	(91-98)	98,9 (96-100)	99,1 (97-100)
Amager og Hvidovre Hospital.	Ja	35/38	0 (0)	92,1	(79-98)	98,0 (89-100)	95,9 (86-100)
Herlev og Gentofte Hospital	Ja	90/90	0 (0)	100,0	(96-100)	98,6 (93-100)	100,0 (96-100)
Hospitallerne i Nordsjælland	Nej	43/49	0 (0)	87,8	(75-95)	100,0 (94-100)	100,0 (94-100)
Sjælland	Ja	92/98	0 (0)	93,9	(87-98)	95,0 (90-98)	95,7 (91-98)
Nykøbing F Gyn afd.	Ja	13/13	0 (0)	100,0	(75-100)	92,0 (74-99)	88,5 (70-98)
Roskilde Gyn afd.	Ja	33/36	0 (0)	91,7	(78-98)	96,3 (87-100)	97,9 (93-100)
Slagelse Gyn. afd.	Ja	46/49	0 (0)	93,9	(83-99)	92,3 (75-99)	100,0 (74-100)
Syddanmark	Ja	167/173	0 (0)	96,5	(93-99)	95,6 (91-98)	96,4 (92-99)
Kolding Sygehus	Ja	16/17	0 (0)	94,1	(71-100)	96,4 (82-100)	93,8 (79-99)
OUH Gyn afd.	Ja	101/105	0 (0)	96,2	(91-99)	93,3 (86-97)	95,8 (88-99)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	4/4	0 (0)	100,0	(40-100)	90,9 (59-100)	100,0 (63-100)
Syghus Sønderjylland Aabenraa	Ja	46/47	0 (0)	97,9	(89-100)	100,0 (93-100)	98,2 (91-100)
Midtjylland	Nej	249/285	0 (0)	87,4	(83-91)	92,4 (88-95)	92,9 (89-96)
AUH Kvindesygdomme	Nej	131/157	0 (0)	83,4	(77-89)	87,7 (80-93)	90,4 (83-95)
Hospitalsenhed Midt	Ja	29/31	0 (0)	93,5	(79-99)	95,7 (78-100)	93,0 (81-99)
Hospitalsenheden Vest Her-ning	Ja	26/27	0 (0)	96,3	(81-100)	89,7 (73-98)	95,0 (83-99)
Regionshospitalet Horsens	Nej	45/51	0 (0)	88,2	(76-96)	98,1 (90-100)	100,0 (93-100)
Regionshospitalet Randers	Ja	18/19	0 (0)	94,7	(74-100)	100,0 (87-100)	90,9 (78-97)
Nordjylland	Ja	62/66	0 (0)	93,9	(85-98)	100,0 (96-100)	98,5 (92-100)
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	50/53	0 (0)	94,3	(84-99)	100,0 (93-100)	100,0 (93-100)



	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90%	Tæller/ nævner		01.01.2013 - 31.12.2013		2012	2011
	opfyldt		Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)	
Aalborg UH Thisted	Nej	8/9	0 (0)	88,9	(52-100)	100,0 (86-100)	90,0 (55-100)
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	4/4	0 (0)	100,0	(40-100)	100,0 (40-100)	100,0 (40-100)
Privathospitaler	Ja	18/18	0 (0)	100,0	(81-100)	100,0 (59-100)	88,2 (64-99)
Aleris-Hamlet Aalborg	Ja	##/##	0 (0)	100,0	(3-100)	100,0 (16-100)	75,0 (19-99)
Aleris-Hamlet Aarhus	Ja	##/##	0 (0)	100,0	(3-100)	-	-
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	10/10	0 (0)	100,0	(69-100)	-	-
Gråbrødreklinikken	Ja	5/5	0 (0)	100,0	(48-100)	-	100,0 (66-100)
Kollund PH	Ja	##/##	0 (0)	100,0	(3-100)	-	-

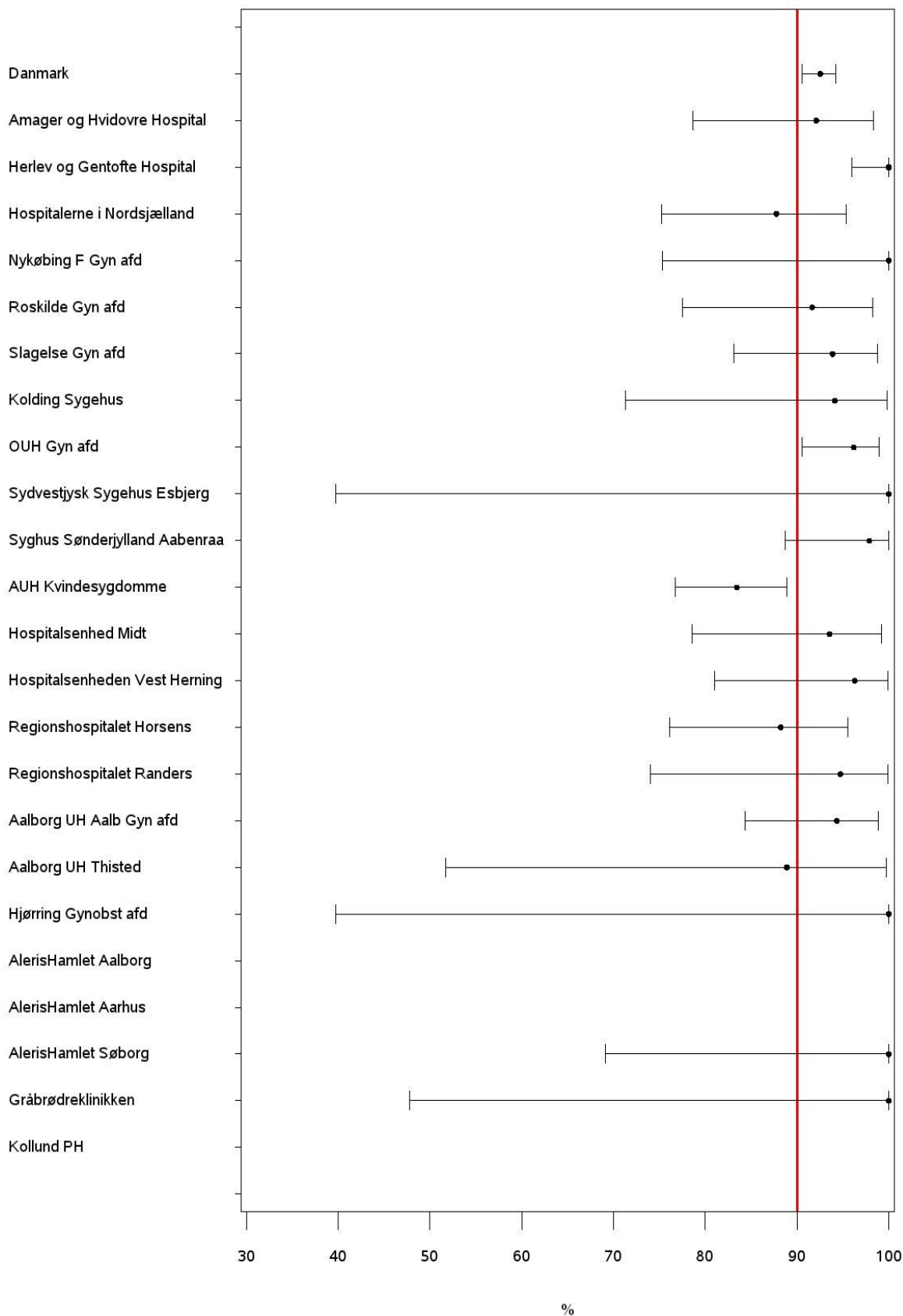
Resultater for indikator 16, kontrolldiagram regioner

Indikator 16: Recidivoperation (5 år) midterste kompartment efter operation for prolaps. Kontrolldiagram på regionsniveau.



Resultater for indikator 16, kontrolldiagram afdelinger

Indikator 16: Recidivoperation (5 år) midterste kompartiment efter operation for prolaps. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 16

Indikator 16 er en opgørelse af andelen af patienter, der har fået foretaget prolapsoperation i midterste kompartment, som ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation i 2013.

Få "ekstra" recidivoperationer kan resultere i, at en afdeling ikke opfylder indikatoren. Resultaterne bør derfor tolkes med disse forbehold in mente.

Blandt prolapsoperationer i midterste kompartment i 2013 har 92,5 % (95 % CI: 91-95 %) ikke fået en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, hvorved standarden på mindst 90 % er opfyldt på landsplan.

Af de 5 regioner er standarden opfyldt i 4 (Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Nordjylland). Region Midtjylland opfylder med 87,4 % ikke standarden med mindre konfidensintervallet tages i betragtning.

Blandt de 16 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder 13 standarden på mindst 90 %. Kun Aarhus Universitetshospital ligger med en indikatorværdi på 83,4 % under standarden både på indikatorværdi og konfidensinterval. De to øvrige afdelinger, der ligger under standarden (Hospitalet i Nordsjælland og Regionshospitalet Horsens) har indikatorværdien indeholdt i konfidensintervallet. Der er i øvrigt lille variation mellem afdelingerne.

Trendgrafer og funnelplots, både for regioner og afdelinger, kan ses i separat bilag. Af overskuelighedshensyn vises trendgraferne uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabelernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan og regionsniveau samt for 13 af 16 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb.

Styregruppens kommentarer til indikator 16

Standarden er opfyldt på landsplan og for alle afdelinger på nær én (når konfidensintervallet medregnes).

Særligt for prolaps i midterste kompartment er der større variation i lidelsens karakter, idet det er af betydning, om patienten tidligere er opereret med fjernelse af livmoderhalsen eller livmoderen. Ligeledes er der flere muligheder for valg af operationstype, hvorfor sammenligninger af afdelingerne imellem skal tolkes med forsigtighed.

Anbefalinger til indikator 16

Styregruppen mener, at indikator 16 bør suppleres med en indikator, som skelner mellem vaginaltopsprolaps og prolaps af uterus, idet der er væsentlig forskel på operationsmetoder ved de to tilstande. For i fremtiden at kunne monitorere på de enkelte operationstyper, vil der blive udarbejdet nye indikatorer mhp. dette.



3.10. Indikator 17

Ingen recidivoperation (2 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 76.

Opgørelsen beskriver andelen af patienter med primær prolapsoperation i bagerste kompartment, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation i 2016. Alle patienter med primær prolapsoperation i bagerste kompartment i 2016 indgår i patientpopulationen (nævneren). Patienter, der *ikke* har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, indgår i tælleren.

Indikator 17: Recidivoperation (2 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps

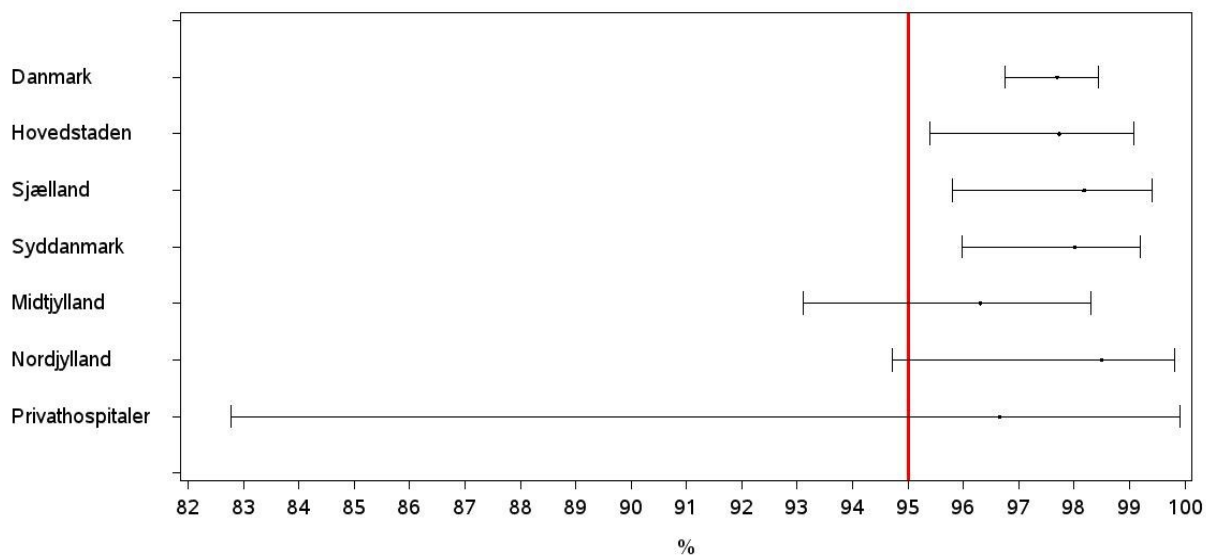
	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2016 - 31.12.2016		Tidligere år	
	≥ 95%	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2015	2014
	opfyldt					Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Danmark	Ja	1.315/1.346	0 (0)	97,7	(97-98)	97,1 (96-98)	97,5 (97-98)
Hovedstaden	Ja	302/309	0 (0)	97,7	(95-99)	98,7 (97-100)	98,2 (96-99)
Sjælland	Ja	270/275	0 (0)	98,2	(96-99)	94,7 (91-97)	95,5 (93-98)
Syddanmark	Ja	347/354	0 (0)	98,0	(96-99)	98,4 (97-99)	97,8 (96-99)
Midtjylland	Ja	235/244	0 (0)	96,3	(93-98)	96,6 (93-99)	97,5 (95-99)
Nordjylland	Ja	132/134	0 (0)	98,5	(95-100)	94,5 (89-98)	99,3 (96-100)
Privathospitaler	Ja	29/30	0 (0)	96,7	(83-100)	100,0 (87-100)	97,1 (85-100)
Hovedstaden	Ja	302/309	0 (0)	97,7	(95-99)	98,7 (97-100)	98,2 (96-99)
Amager og Hvidovre Hospital.	Nej	32/36	0 (0)	88,9	(74-97)	98,7 (93-100)	100,0 (96-100)
Herlev og Gentofte Hospital	Ja	174/176	0 (0)	98,9	(96-100)	99,0 (96-100)	98,1 (95-99)
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	96/97	0 (0)	99,0	(94-100)	97,8 (92-100)	96,7 (91-99)
Sjælland	Ja	270/275	0 (0)	98,2	(96-99)	94,7 (91-97)	95,5 (93-98)
Holbæk Gyn afd.	Ja	64/66	0 (0)	97,0	(89-100)	94,1 (86-98)	94,9 (86-99)
Nykøbing F Gyn afd.	Ja	22/22	0 (0)	100,0	(85-100)	91,8 (80-98)	96,3 (87-100)
Roskilde Gyn afd.	Ja	136/139	0 (0)	97,8	(94-100)	96,1 (91-99)	95,3 (91-98)
Slagelse Gyn. afd.	Ja	48/48	0 (0)	100,0	(93-100)	94,7 (82-99)	95,8 (86-99)
Syddanmark	Ja	347/354	0 (0)	98,0	(96-99)	98,4 (97-99)	97,8 (96-99)
Kolding Sygehus	Ja	45/45	0 (0)	100,0	(92-100)	100,0 (93-100)	100,0 (90-100)
OUH Gyn afd.	Ja	213/219	0 (0)	97,3	(94-99)	98,5 (96-100)	96,9 (94-98)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	46/46	0 (0)	100,0	(92-100)	100,0 (92-100)	98,6 (93-100)
Syghus Sønderjylland Aabenraa	Ja	43/44	0 (0)	97,7	(88-100)	95,0 (86-99)	100,0 (96-100)
Midtjylland	Ja	235/244	0 (0)	96,3	(93-98)	96,6 (93-99)	97,5 (95-99)
AUH Kvindesygdomme	Nej	82/88	0 (0)	93,2	(86-97)	95,5 (89-99)	96,2 (90-99)
Hospitalsenhed Midt	Nej	33/35	0 (0)	94,3	(81-99)	95,2 (84-99)	96,6 (88-100)
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	48/48	0 (0)	100,0	(93-100)	100,0 (91-100)	100,0 (86-100)
Regionshospitalet Horsens	Nej	16/17	0 (0)	94,1	(71-100)	100,0 (89-100)	97,5 (87-100)
Regionshospitalet Randers	Ja	56/56	0 (0)	100,0	(94-100)	94,3 (81-99)	100,0 (92-100)
Nordjylland	Ja	132/134	0 (0)	98,5	(95-100)	94,5 (89-98)	99,3 (96-100)



	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 95%	Tæller/	antal	01.01.2016 - 31.12.2016		2015	2014
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	73/75	0 (0)	97,3	(91-100)	91,8 (83-97)	98,7 (93-100)
Aalborg UH Thisted	Ja	19/19	0 (0)	100,0	(82-100)	100,0 (85-100)	100,0 (85-100)
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	40/40	0 (0)	100,0	(91-100)	96,9 (84-100)	100,0 (92-100)
Privathospitaler	Ja	29/30	0 (0)	96,7	(83-100)	100,0 (87-100)	97,1 (85-100)
Aleris-Hamlet Aalborg	Ja	##/##	0 (0)	100,0	(16-100)	100,0 (3-100)	100,0 (3-100)
Aleris-Hamlet Søborg	Nej	18/19	0 (0)	94,7	(74-100)	100,0 (82-100)	100,0 (83-100)
Capio CFR A/S Lyngby	Ja	6/6	0 (0)	100,0	(54-100)	-	-
Kollund PH	Ja	##/##	0 (0)	100,0	(16-100)	100,0 (40-100)	66,7 (9-99)
Privathospitalet Møn	Ja	##/##	0 (0)	100,0	(3-100)	100,0 (16-100)	100,0 (48-100)

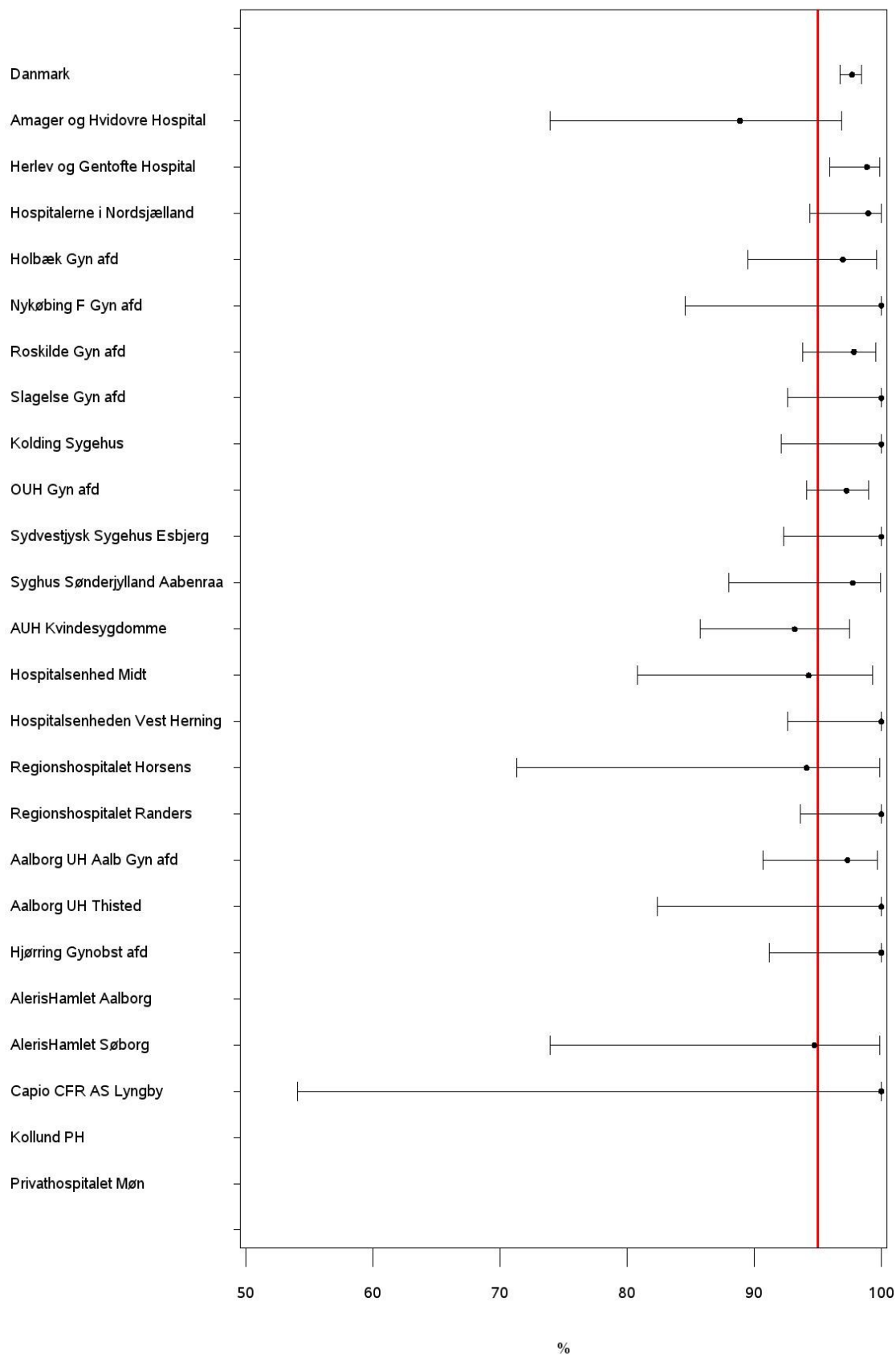
Resultater for indikator 17, kontrolldiagram regioner

Indikator 17: Recidivoperation (2 år) bagerste kompartiment efter operation for prolaps. Kontrolldiagram på regionsniveau.



Resultater for indikator 17, kontrolldiagram afdelinger

Indikator 17: Recidivoperation (2 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 17

Indikator 17 er en opgørelse af andelen af patienter, der har fået foretaget prolapsoperation i bagerste kompartment, som ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation i 2016.

Få "ekstra" recidivoperationer kan resultere i, at en afdeling ikke opfylder indikatoren. Resultaterne bør derfor tolkes med dette forbehold in mente.

Blandt prolapsoperationer i bagerste kompartment i 2016 har 97,7 % (95 % CI: 97-98 %) ikke fået en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, hvorved standarden på mindst 95 % er opfyldt på landsplan. Dette afviger ikke fra operationer i 2015, 2014 og 2013 med andele på henholdsvis 97,1 %, 97,5 % og 96,5 %. Alle 5 regioner opfylder standarden og der er lille variation mellem regionerne.

Blandt de 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder 15 standarden på mindst 95 %. De 5 afdelinger, der ikke opfylder standarden, har indikatorværdier mellem 88,9 % og 94,7 %, og standarden er indeholdt i konfidensintervallerne for alle 5 afdelinger. Der er generelt lille variation mellem afdelingerne.

Trendgrafer og funnelplots, både for regioner og afdelinger, kan ses i separat bilag. Af overskuelighedshensyn vises trendgraferne uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan, i alle regioner samt for 15 ud af 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb.

Styregruppens kommentarer til indikator 17

Standarden er opfyldt på landsplan og for alle afdelinger (når konfidensintervallet medregnes), hvilket er tilfredsstillende.

Bagerste kompartment er defineret som nedsynkning af bagerste skedevæg og/eller nedsynkning af bughuleindhold bag livmoderen/skedetoppen (rectoceler og/eller enteroceler). Indikatoren indeholder derfor forskellige operationstyper, som alle anvendes i bagerste kompartment. Da brugen af operationstyper varierer imellem afdelingerne, bør der tages højde for dette ved sammenligning (Se "Appendiks 3: Indikatordefinitioner").

Anbefalinger til indikator 17

Styregruppen tillægger indikator 17 betydning som en valid indikator for klinisk kvalitet og den bibeholdes i sin nuværende form. For i fremtiden at kunne monitorere på de enkelte operationstyper, vil der blive udarbejdet nye indikatorer mhp. dette.



3.11. Indikator 18

Ingen recidivoperation (5 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 76.

Opgørelsen beskriver andelen af patienter med primær prolapsoperation i bagerste kompartment, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation i 2013. Alle patienter med primær prolapsoperation i bagerste kompartment i 2013 indgår i patientpopulationen (nævneren). Patienter, der *ikke* har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, indgår i tælleren.

Indikator 18: Recidivoperation (5 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps

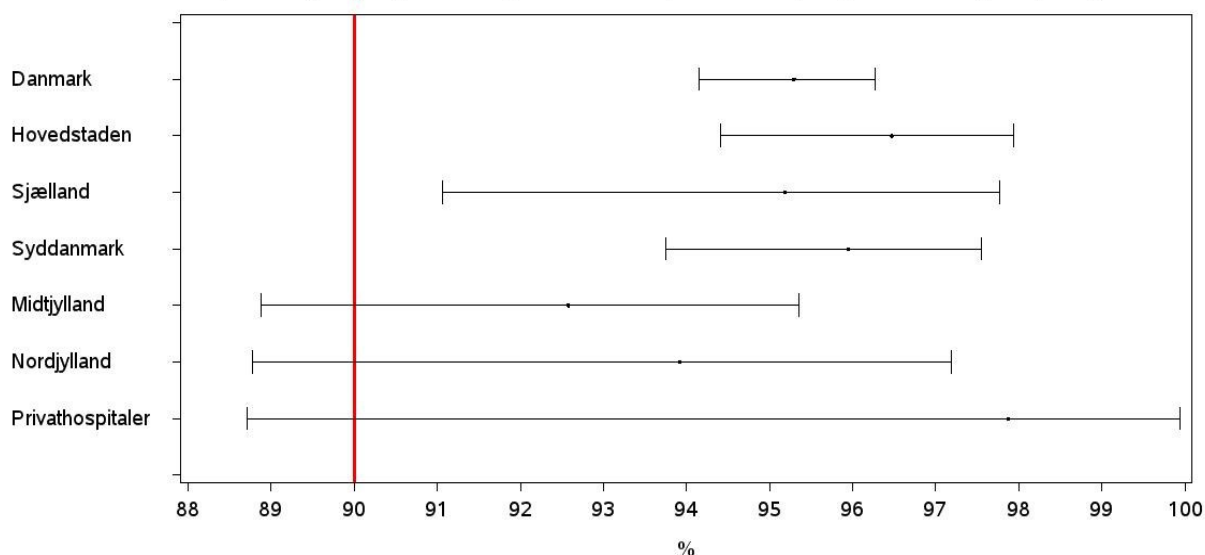
	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90%	Tæller/ nævner		01.01.2013 - 31.12.2013		2012	2011
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Danmark	Ja	1.540/1.616	0 (0)	95,3	(94-96)	96,4 (95-97)	95,7 (95-97)
Hovedstaden	Ja	465/482	0 (0)	96,5	(94-98)	96,8 (95-98)	96,7 (95-98)
Sjælland	Ja	178/187	0 (0)	95,2	(91-98)	93,5 (90-96)	95,9 (93-98)
Syddanmark	Ja	450/469	0 (0)	95,9	(94-98)	97,5 (96-99)	93,9 (91-96)
Midtjylland	Ja	262/283	0 (0)	92,6	(89-95)	96,8 (94-98)	96,6 (94-98)
Nordjylland	Ja	139/148	0 (0)	93,9	(89-97)	96,6 (93-99)	94,5 (89-98)
Privathospitaler	Ja	46/47	0 (0)	97,9	(89-100)	85,7 (57-98)	95,0 (75-100)
Hovedstaden	Ja	465/482	0 (0)	96,5	(94-98)	96,8 (95-98)	96,7 (95-98)
Amager og Hvidovre Hospital.	Ja	168/173	0 (0)	97,1	(93-99)	97,4 (94-99)	96,5 (93-99)
Herlev og Gentofte Hospital	Ja	208/215	0 (0)	96,7	(93-99)	96,5 (92-99)	97,6 (94-99)
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	89/94	0 (0)	94,7	(88-98)	96,1 (90-99)	95,3 (89-99)
Sjælland	Ja	178/187	0 (0)	95,2	(91-98)	93,5 (90-96)	95,9 (93-98)
Holbæk Gyn afd.	Ja	##	0 (0)	100,0	(16-100)	97,5 (87-100)	96,1 (87-100)
Nykøbing F Gyn afd.	Ja	48/49	0 (0)	98,0	(89-100)	94,1 (84-99)	95,9 (86-100)
Roskilde Gyn afd.	Ja	78/84	0 (0)	92,9	(85-97)	94,0 (89-97)	96,1 (92-98)
Slagelse Gyn. afd.	Ja	50/52	0 (0)	96,2	(87-100)	86,8 (72-96)	92,9 (66-100)
Syddanmark	Ja	450/469	0 (0)	95,9	(94-98)	97,5 (96-99)	93,9 (91-96)
Kolding Sygehus	Ja	26/28	0 (0)	92,9	(76-99)	98,3 (91-100)	95,1 (86-99)
OUH Gyn afd.	Ja	285/294	0 (0)	96,9	(94-99)	97,0 (94-99)	95,3 (92-98)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	53/58	0 (0)	91,4	(81-97)	98,7 (93-100)	86,8 (75-95)
Syghus Sønderjylland Aabenraa	Ja	86/89	0 (0)	96,6	(90-99)	97,6 (92-100)	93,8 (87-98)
Midtjylland	Ja	262/283	0 (0)	92,6	(89-95)	96,8 (94-98)	96,6 (94-98)
AUH Kvindesygdomme	Nej	90/102	0 (0)	88,2	(80-94)	97,1 (92-99)	97,3 (93-99)
Hospitalsenhed Midt	Ja	50/53	0 (0)	94,3	(84-99)	96,0 (89-99)	92,5 (82-98)
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	38/41	0 (0)	92,7	(80-98)	100,0 (92-100)	98,3 (91-100)
Regionshospitalet Horsens	Ja	37/39	0 (0)	94,9	(83-99)	93,2 (84-98)	95,3 (84-99)
Regionshospitalet Randers	Ja	47/48	0 (0)	97,9	(89-100)	98,5 (92-100)	96,8 (89-100)
Nordjylland	Ja	139/148	0 (0)	93,9	(89-97)	96,6 (93-99)	94,5 (89-98)



	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90%			01.01.2013 - 31.12.2013		2012	2011
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	71/77	0 (0)	92,2	(84-97)	92,9 (84-98)	93,6 (86-98)
Aalborg UH Thisted	Ja	28/28	0 (0)	100,0	(88-100)	97,5 (87-100)	87,5 (62-98)
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	40/43	0 (0)	93,0	(81-99)	100,0 (94-100)	98,0 (90-100)
Privathospitaler	Ja	46/47	0 (0)	97,9	(89-100)	85,7 (57-98)	95,0 (75-100)
Aleris-Hamlet Aalborg	Nej	##/##	0 (0)	0,0	(0-98)	100,0 (3-100)	100,0 (16-100)
Aleris-Hamlet Aarhus	Ja	##/##	0 (0)	100,0	(16-100)	-	-
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	20/20	0 (0)	100,0	(83-100)	100,0 (3-100)	100,0 (16-100)
Ciconia, Århus	Ja	5/5	0 (0)	100,0	(48-100)	100,0 (3-100)	100,0 (16-100)
Gråbrødreklinikken	Ja	11/11	0 (0)	100,0	(72-100)	-	92,3 (64-100)
Kollund PH	Ja	6/6	0 (0)	100,0	(54-100)	-	-
Privathospitalet Møn	Ja	##/##	0 (0)	100,0	(16-100)	100,0 (54-100)	-

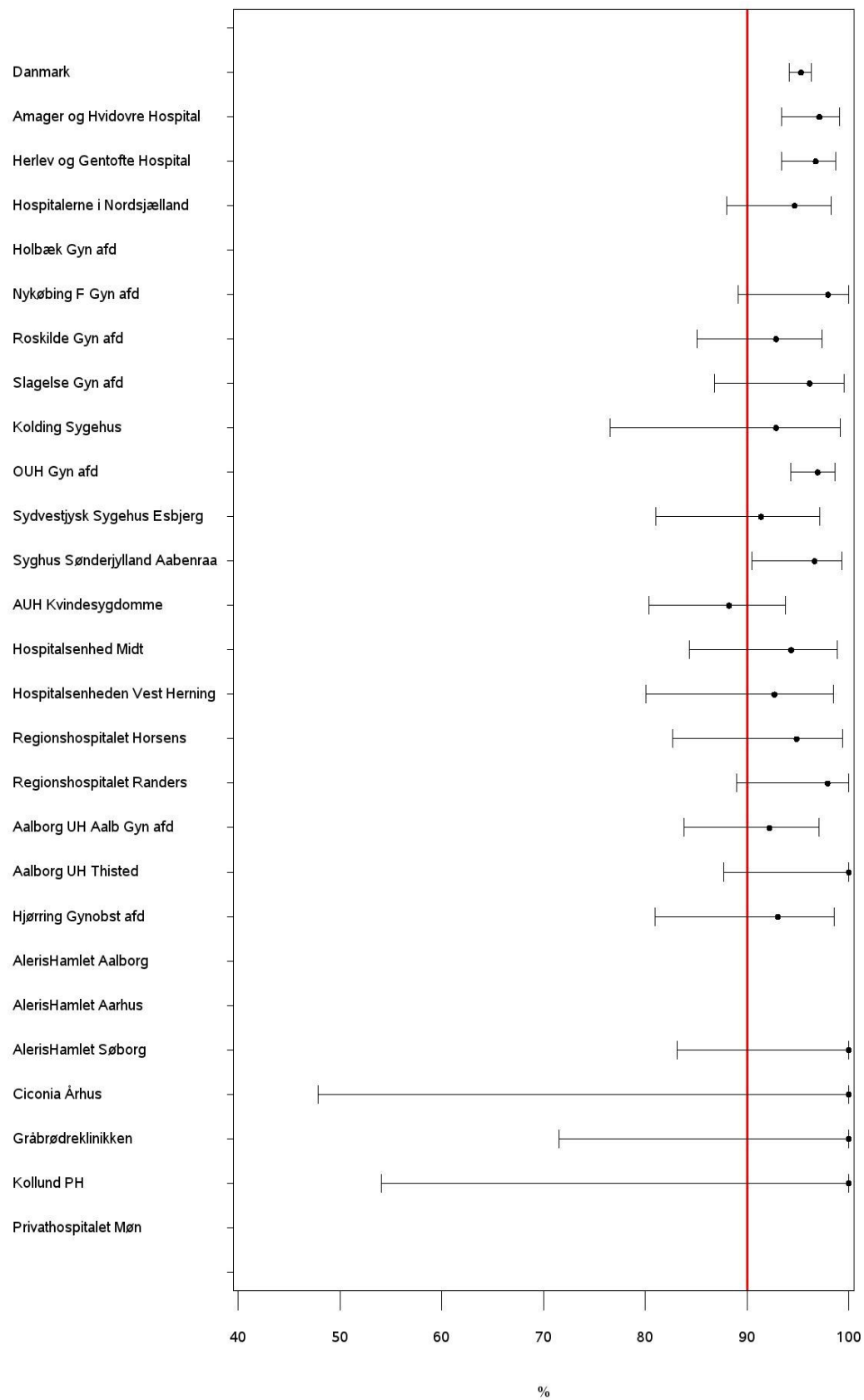
Resultater for indikator 18, kontrolldiagram regioner

Indikator 18: Recidivoperation (5 år) bagerste kompartiment efter operation for prolaps. Kontrolldiagram på regionsniveau.



Resultater for indikator 18, kontrolldiagram afdelinger

Indikator 18: Recidivoperation (5 år) bagerste kompartiment efter operation for prolaps. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 18

Indikator 18 er en opgørelse af andelen af patienter, der har fået foretaget prolapsoperation i bagerste kompartiment, som ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation i 2013.

Få "ekstra" recidivoperationer kan resultere i, at en afdeling ikke opfylder indikatoren. Resultaterne bør derfor tolkes med disse forbehold in mente.

Blandt prolapsoperationer i bagerste kompartiment i 2013 har 95,3 % (95 % CI: 94-96 %) ikke fået en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, hvorved standarden på mindst 90 % er opfyldt på landsplan. Dette afviger med de små tal in mente ikke fra operationer i 2012, 2011 og 2010 med andele på henholdsvis 96,4 %, 95,7 % og 96,7 %. Der er lille variation mellem regionerne, og alle regioner opfylder standarden.

Blandt de 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 19 standarden på mindst 90 %. Kun Aarhus Universitetshospital ligger under standarden med en indikatorværdi på 88,2 %, men standarden er indeholdt i konfidensintervallet. Variationen mellem afdelingerne er i øvrigt lille.

Trendgrafer og funnelplots, både for regioner og afdelinger, kan ses i separat bilag. Af overskuelighedshensyn vises trendgraferne uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan og regionsniveau samt for 19 ud af 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb.

Styregruppens kommentarer til indikator 18

Standarden er opfyldt på landsplan og for alle afdelinger (når konfidensintervallet medregnes), hvilket er tilfredsstillende.

Bagerste kompartiment er defineret som nedsynkning af bagerste skedevæg og/eller nedsynkning af bughuleindhold bag livmoderen/skedetoppen (rectoceler og/eller enteroceler). Indikatoren indeholder derfor forskellige operationstyper, som alle anvendes i bagerste kompartiment. Da brugen af operationstyper varierer imellem afdelingerne, bør der tages højde for dette ved sammenligning (Se "Appendiks 3: Indikatordefinitioner").

Anbefalinger til indikator 18

Styregruppen tillægger indikator 18 betydning som en valid indikator for klinisk kvalitet, og den bibeholdes i sin nuværende form. For i fremtiden at kunne monitorere på de enkelte operationstyper, vil der blive udarbejdet nye indikatorer mhp. dette.



3.12. Indikator 19a

Behandlingssucces for inkontinensoperation (subjektiv patientbedømmelse efter primær slyngeoperation) målt på PGI-I skala. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 76.

19a: Opgørelsen beskriver den subjektive patientbedømmelse efter primær slyngeoperation for urininkontinens på PGI-I skala. Primære (1. gangs) slyngeoperationer for urininkontinens indgår i indikatorpopulationen. Primær operation er defineret som første operation på en patient med en af operationskoderne KLEG10, KLEG10A eller KLEX3G registreret i DugaBase. Patienter med første operation i 2018 indgår som primært opererede. Patienter med en tidligere operation (tilbage til 2006) med en af disse koder i DugaBase indgår ikke i indikatorpopulationen til indikator 19a. Patienter der, i 'spørgeskema til patienter med nedsynkning og/eller urininkontinens – EFTER', har besvaret spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen med 'Rigtig meget bedre', 'meget bedre' eller 'lidt bedre', indgår i tælleren og opfylder dermed indikatoren. Forløb med manglende udfyldelse af spørgsmålet i patientens efterundersøgelsesskema er registreret som uoplyst i opgørelsen.

Indikator 19a: Inkontinens - Subjektiv patientbedømmelse efter primær slynge operation (PGI-I skala)

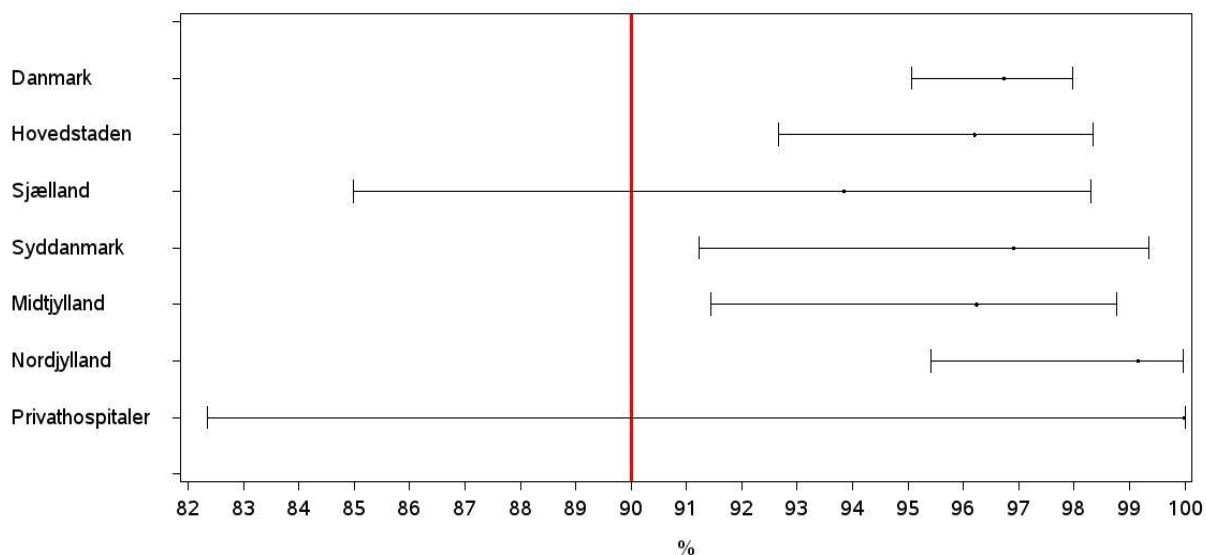
	Standard		Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt	Tæller/nævner	antal (%)	01.01.2018 - 31.12.2018 Andel	95% CI	2017 Andel (95% CI)	2016 Andel (95% CI)	
Danmark	Ja	623/644	75 (10)	96,7	(95-98)	96,7 (95-98)	96,7 (95-98)	
Hovedstaden	Ja	203/211	7 (3)	96,2	(93-98)	97,1 (94-99)	96,3 (92-98)	
Sjælland	Ja	61/65	20 (24)	93,8	(85-98)	93,8 (88-97)	98,6 (95-100)	
Syddanmark	Ja	94/97	25 (20)	96,9	(91-99)	96,6 (92-99)	95,7 (91-98)	
Midtjylland	Ja	128/133	7 (5)	96,2	(91-99)	96,6 (92-99)	95,8 (92-98)	
Nordjylland	Ja	118/119	13 (10)	99,2	(95-100)	98,0 (94-100)	97,6 (93-100)	
Privathospitaler	Ja	19/19	3 (14)	100,0	(82-100)	100,0 (89-100)	96,8 (83-100)	
Hovedstaden	Ja	203/211	7 (3)	96,2	(93-98)	97,1 (94-99)	96,3 (92-98)	
Amager og Hvidovre Hospital.	Ja	31/31	2 (6)	100,0	(89-100)	95,0 (75-100)	90,9 (71-99)	
Herlev og Gentofte Hospital	Ja	106/111	2 (2)	95,5	(90-99)	99,2 (95-100)	96,5 (91-99)	
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	66/69	3 (4)	95,7	(88-99)	94,3 (86-98)	98,1 (90-100)	
Sjælland	Ja	61/65	20 (24)	93,8	(85-98)	93,8 (88-97)	98,6 (95-100)	
Nykøbing F Gyn afd.	Nej	8/11	1 (8)	72,7	(39-94)	87,9 (77-95)	98,1 (90-100)	
Roskilde Gyn afd.	Ja	53/54	19 (26)	98,1	(90-100)	98,6 (93-100)	98,9 (94-100)	
Syddanmark	Ja	94/97	25 (20)	96,9	(91-99)	96,6 (92-99)	95,7 (91-98)	
OUH Gyn afd.	Ja	75/78	16 (17)	96,2	(89-99)	94,6 (88-98)	93,9 (87-98)	
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	9/9	3 (25)	100,0	(66-100)	100,0 (74-100)	100,0 (77-100)	
Syghus Sønderjylland Aabenraa	Ja	10/10	6 (38)	100,0	(69-100)	100,0 (91-100)	98,0 (89-100)	
Midtjylland	Ja	128/133	7 (5)	96,2	(91-99)	96,6 (92-99)	95,8 (92-98)	
AUH Kvindesygdomme	Ja	60/63	4 (6)	95,2	(87-99)	97,4 (91-100)	97,6 (92-100)	
Hospitalsenhed Midt	Ja	46/47	2 (4)	97,9	(89-100)	97,1 (85-100)	88,4 (75-96)	
Hospitalsenheden Vest Her-ning	Ja	22/23	1 (4)	95,7	(78-100)	90,9 (71-99)	97,1 (85-100)	
Nordjylland	Ja	118/119	13 (10)	99,2	(95-100)	98,0 (94-100)	97,6 (93-100)	
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	55/55	8 (13)	100,0	(94-100)	100,0 (95-100)	100,0 (94-100)	
Aalborg UH Thisted	Ja	10/10	0 (0)	100,0	(69-100)	88,2 (64-99)	100,0 (77-100)	
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	53/54	5 (8)	98,1	(90-100)	98,4 (92-100)	94,2 (84-99)	



	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90%	Tæller/ nævner		01.01.2018 - 31.12.2018		2017	2016
	opfyldt		Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)	
Privathospitaler	Ja	19/19	3 (14)	100,0	(82-100)	100,0 (89-100)	96,8 (83-100)
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	19/19	1 (5)	100,0	(82-100)	100,0 (89-100)	95,7 (78-100)

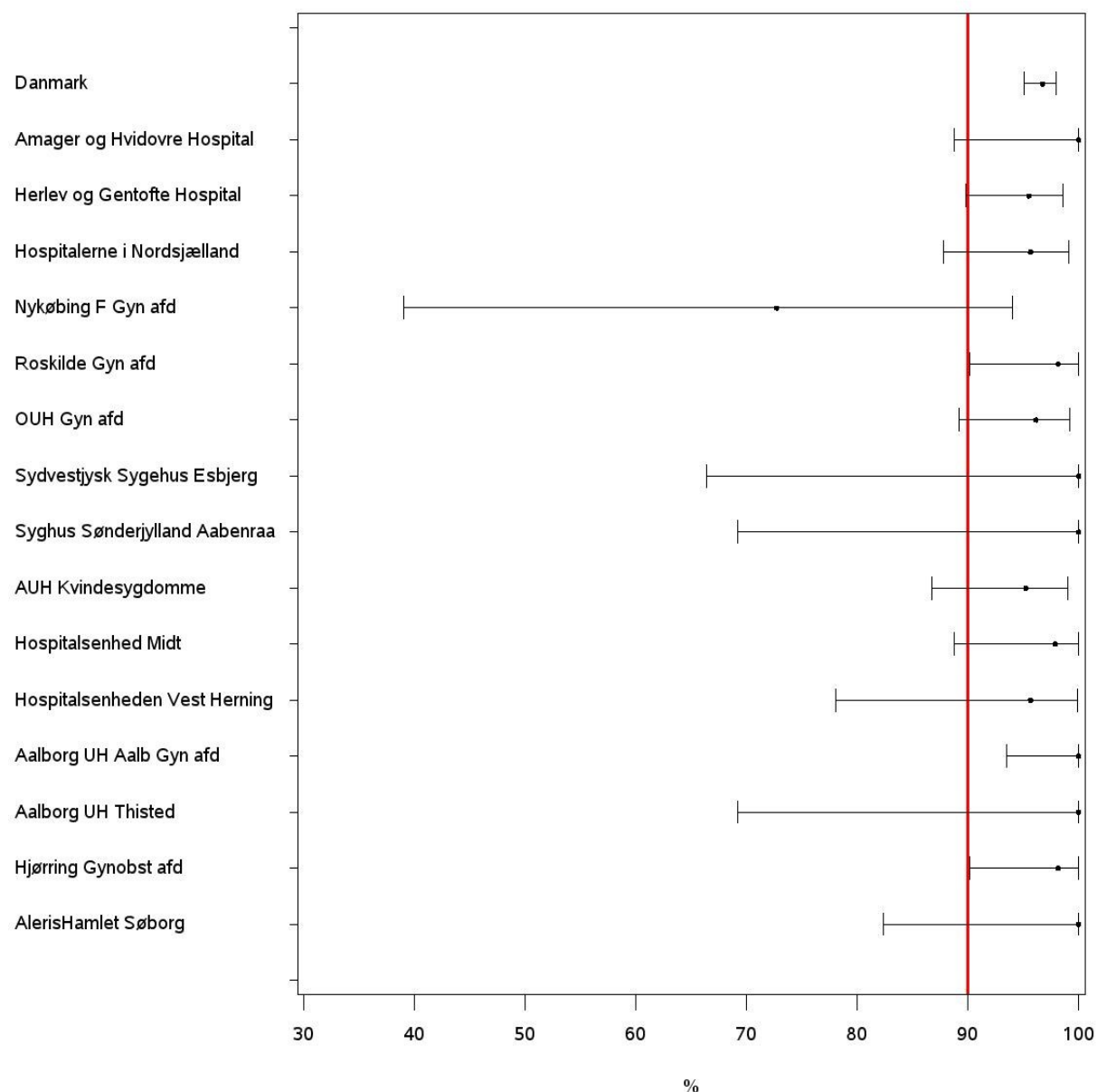
Resultater for indikator 19a, kontrolldiagram regioner

Indikator 19a: Inkontinens – Subjektiv patientbedømmelse efter primær slyng operation (PGI-I skala). Kontrolldiagram på regionsniveau.



Resultater for indikator 19a, kontrolldiagram afdelinger

Indikator 19a: Inkontinens – Subjektiv patientbedømmelse efter primær slynge operation (PGI-I skala). Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Ændringer til indikator 19

Indikator 19 blev i 2017 ændret og opdelt i 2 indikatorer (19a og 19b). I 2016 indeholdt indikator 19 alle slyngeoperationer; i 2015 og tidligere indeholdt indikator 19 både slynge- og bulkingoperationer. Aktuelt inkluderer indikator 19a alle primære slyngeoperationer, og indikator 19b inkluderer alle primære bulkingoperationer.

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 19a

Indikator 19a beskriver den subjektive patientbedømmelse efter primær slyngeoperation for urininkontinens på PGI-I skala. Patienter, der i 'spørgeskema til patienter med nedsynkning og/eller urininkontinens – EF-TER', har besvaret spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen med 'Rigtig meget bedre', 'meget bedre' eller 'lidt bedre', indgår i tælleren og opfylder dermed indikatoren.

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 10 %, dvs. kompletheden er 90 %. Der er stor variation i andelen af uoplyste forløb, fra 0 % i Aalborg til 38 % på Sygehus Sønderjylland Aabenraa.

På landsplan har 96,7 % (95 % CI: 95-98 %) svaret "Rigtig meget bedre", "Meget bedre" eller "Lidt bedre"



til "Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) skala" spørgsmålet, hvilket opfylder standarden på mindst 90 %. Standarden er ligeledes opfyldt i alle regioner, og der er lille variation mellem regionerne.

Blandt de 14 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 13 standarden; 1 afdeling (Nykøbing F) ligger lige under standarden med en indikatorværdi på hhv. 72,7 % men med standarden indeholdt i konfidensintervallet.

Trendgrafer og funnelplots, både for regioner og afdelinger, kan ses i separat bilag. Af overskuelighedshensyn vises trendgraferne uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabelernes absolutte tal. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan og regionsniveau, samt for 13 af 14 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb.

Styregruppens kommentarer til indikator 19a

Indikator 19a er ændret fra og med årsrapporten 2017, idet der nu kun monitoreres på primære slyngeoperationer.

Som det fremgår, ligger patienttilfredsheden højt, og alle afdelinger opfylder indikatoren når konfidensintervallet medregnes. Den eneste afdeling som skiller sig ud har et forholdsvist lavt volumen, hvorfor få udfald gør en stor forskel.

Anbefalinger til indikator 19a

Styregruppen tillægger indikator 19a betydning som en valid indikator for klinisk kvalitet, og den bibeholdes i sin nuværende form.



3.13. Indikator 19b

Behandlingssucces for inkontinensoperation (subjektiv patientbedømmelse efter primær bulking operation) målt på PGI-I skala. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 76.

19b: Opgørelsen beskriver den subjektive patientbedømmelse efter primær bulkingoperation for urininkontinens på PGI-I skala. Primære (1. gangs) bulkingoperationer for urininkontinens indgår i indikatorpopulationen. Primær operation er defineret som første operation på en patient med en af operationskoderne KKDV20 eller KKDV22 registreret i DugaBase. Patienter med første operation i 2018 indgår som primært opererede. Patienter med en tidligere operation (tilbage til 2006) med en af disse koder i DugaBase indgår ikke i indikatorpopulationen til indikator 19b. Patienter der, i 'spørgeskema til patienter med nedsynkning og/eller urininkontinens – EFTER', har besvaret spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen med 'Rigtig meget bedre', 'meget bedre' eller 'lidt bedre', indgår i tælleren og opfylder dermed indikatoren. Forløb med manglende udfyldelse af spørgsmålet i patientens efterundersøgelseskema er registreret som uoplyst i opgørelsen.

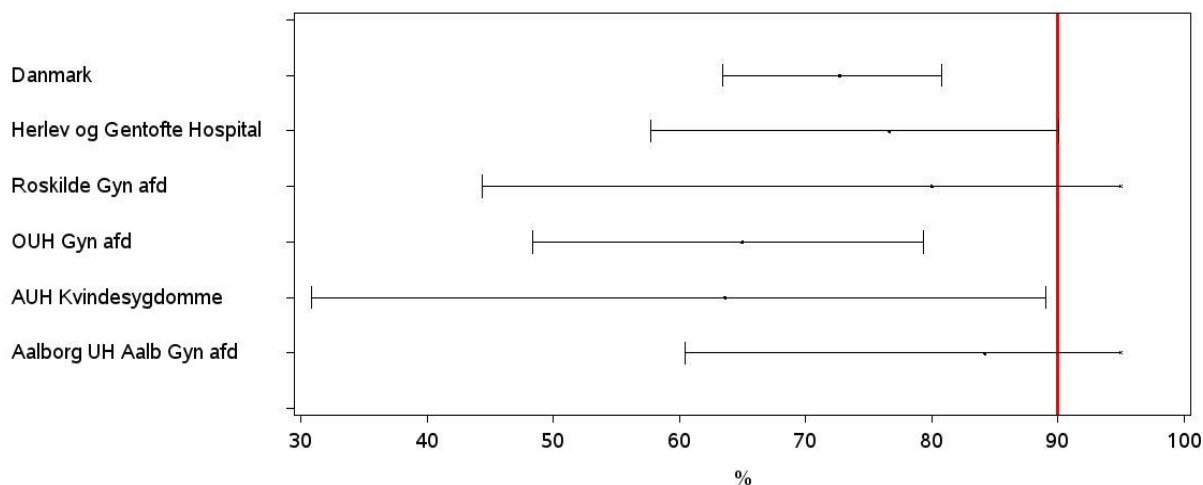
Indikator 19b: Inkontinens - Subjektiv patientbedømmelse efter primær bulking operation (PGI-I skala)

	Standard		Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt	Tæller/nævner	antal (%)	01.01.2018 - 31.12.2018	Andel 95% CI	2017	2016	Andel (95% CI)
Danmark	Nej	80/110	26 (19)	72,7	(63-81)	71,7 (62-80)	67,4 (59-75)	
Hovedstaden	Nej	23/30	1 (3)	76,7	(58-90)	77,3 (55-92)	60,0 (39-79)	
Sjælland	Nej	8/10	7 (41)	80,0	(44-97)	53,3 (27-79)	64,7 (46-80)	
Syddanmark	Nej	26/40	9 (18)	65,0	(48-79)	73,7 (57-87)	79,5 (65-90)	
Midtjylland	Nej	7/11	0 (0)	63,6	(31-89)	80,0 (59-93)	55,2 (36-74)	
Nordjylland	Nej	16/19	9 (32)	84,2	(60-97)	61,5 (32-86)	83,3 (36-100)	
Hovedstaden	Nej	23/30	1 (3)	76,7	(58-90)	77,3 (55-92)	60,0 (39-79)	
Herlev og Gentofte Hospital	Nej	23/30	1 (3)	76,7	(58-90)	77,3 (55-92)	61,9 (38-82)	
Sjælland	Nej	8/10	7 (41)	80,0	(44-97)	53,3 (27-79)	64,7 (46-80)	
Roskilde Gyn afd.	Nej	8/10	7 (41)	80,0	(44-97)	57,1 (29-82)	90,0 (55-100)	
Syddanmark	Nej	26/40	9 (18)	65,0	(48-79)	73,7 (57-87)	79,5 (65-90)	
OUH Gyn afd.	Nej	26/40	9 (18)	65,0	(48-79)	74,1 (54-89)	78,9 (54-94)	
Midtjylland	Nej	7/11	0 (0)	63,6	(31-89)	80,0 (59-93)	55,2 (36-74)	
AUH Kvindesygdomme	Nej	7/11	0 (0)	63,6	(31-89)	68,8 (41-89)	57,1 (18-90)	
Nordjylland	Nej	16/19	9 (32)	84,2	(60-97)	61,5 (32-86)	83,3 (36-100)	
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Nej	16/19	9 (32)	84,2	(60-97)	61,5 (32-86)	83,3 (36-100)	



Resultater for indikator 19b, kontrolldiagram afdelinger

Indikator 19b: Inkontinens – Subjektiv patientbedømmelse efter primær bulking operation (PGI-I skala). Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 19b

Indikator 19b beskriver den subjektive patientbedømmelse efter primær bulkingoperation for urininkontinens på PGI-I skala. Patienter, der i 'spørgeskema til patienter med nedsynkning og/eller urininkontinens – EF-TER', har besvaret spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen med 'Rigtig meget bedre', 'meget bedre' eller 'lidt bedre', indgår i tælleren og opfylder dermed indikatoren.

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 19 %, dvs. komplementet er 81 %. Der er stor variation i andelen af uoplyste forløb fra 0 % på flere afdelinger til 41 % i Roskilde.

På landsplan har 72,7 % (95 % CI: 63-81 %) svaret "Rigtig meget bedre", "Meget bedre" eller "Lidt bedre" til "Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) skala" spørgsmålet. Regionerne har indikatorværdier mellem 63,6 % og 84,2 %. Der er ikke fastsat en standard for denne indikator.

Patientpopulationen til denne indikator er lille, og kun 5 afdelinger har mindst 10 relevante patientforløb i 2018. Indikatorværdierne ligger mellem 63,6 % og 84,2 % på afdelingsniveau. Alle resultater bør tolkes med forsigtighed pga. de små patientantal.

Trendgrafer og funnelplots, både for regioner og afdelinger, kan ses i separat bilag. Af overskuelighedshensyn vises trendgraferne uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabelernes absolutte tal. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer.

Styregruppens kommentarer til indikator 19b

2017 rapporten var den første hvor primære bulking behandlinger var medtaget som indikatorer, dog uden standard.

Det fremgår, at den subjektive bedømmelse af Bulking er en del lavere end for midturetralslyngerne, og at der er en del variation mellem afdelingerne. Ved sammenligning med det absolutte mål i Indikator3b, vil man se, at mange patienter oplever en væsentlig forbedring trods mere end en lægning om ugen. Lands gennemsnit på 72 % varierende mellem 64-84 % for de enkelte afdelinger.

Styregruppens anbefaling til indikator 19b

Pga. den større usikkerhed ved denne behandling har styregruppen valgt ikke at opstille en standard for denne indikator. Vi finder det dog relevant at rapportere indikatoren for at kunne orientere brugere af urogynækologiske behandlinger om, hvad der må forventes samt give dem mulighed for at danne sig et overblik over, hvor behandlingsvolumen er størst.



3.14. Indikator 20

Behandlingssucces for primær prolapsoperation målt på PGI-I skala. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 76.

Opgørelsen beskriver den subjektive patientbedømmelse efter primær prolapsoperation på PGI-I skala. Primære (1. gangs) prolapsoperationer indgår i indikatorpopulationen. Primær operation er defineret som første operation med en relevant operationskode registreret i DugaBase. Patienter med første operation i 2018 indgår som primært opererede. Patienter med en tidligere prolapsoperation (tilbage til 2006) med en af disse koder i DugaBase indgår ikke i indikatorpopulationen til indikator 20. Patienter der, i 'spørgeskema til patienter med nedsynkning og/eller urininkontinens – EFTER', har besvaret spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen med 'Rigtig meget bedre', 'meget bedre' eller 'lidt bedre', indgår i tælleren og opfylder dermed indikatoren. Forløb med manglende udfyldelse af spørgsmålet i patientens efterundersøgelsesskema er registreret som uoplyst i opgørelsen.

Indikator 20: Prolaps - Subjektiv patientbedømmelse efter primær prolapsoperation (PGI-I skala)

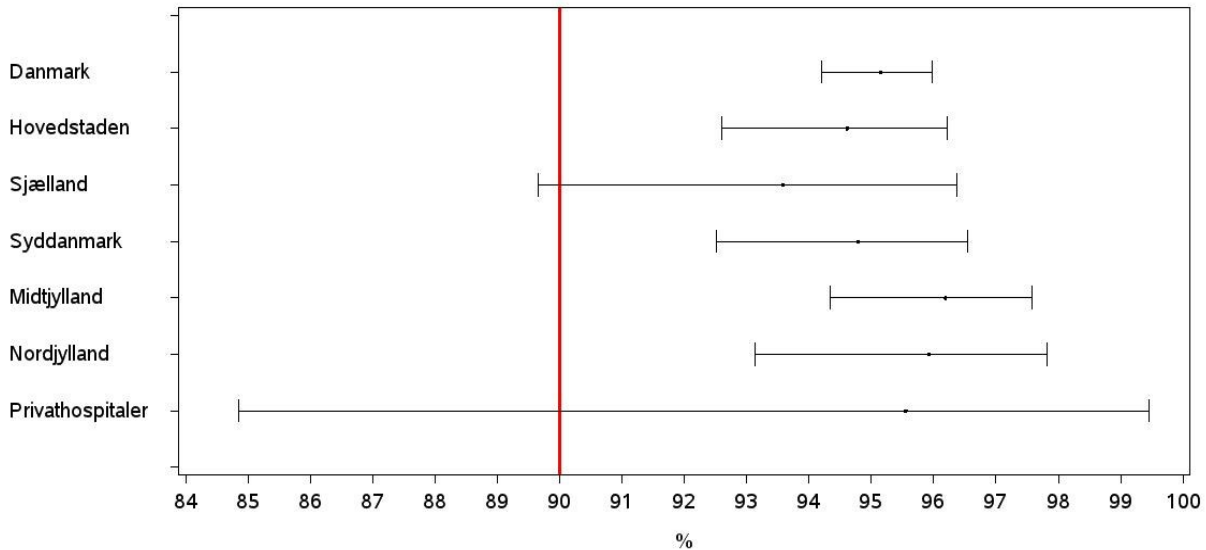
	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90%	Tæller/ nævner		01.01.2018 - 31.12.2018		2017	2016
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Danmark	Ja	2.255/2.370	304 (11)	95,1	(94-96)	94,0 (93-95)	94,0 (93-95)
Hovedstaden	Ja	615/650	15 (2)	94,6	(93-96)	96,1 (94-97)	96,6 (95-98)
Sjælland	Ja	219/234	90 (28)	93,6	(90-96)	95,6 (93-97)	93,7 (91-96)
Syddanmark	Ja	491/518	107 (17)	94,8	(93-97)	92,6 (90-95)	94,4 (92-96)
Midtjylland	Ja	581/604	33 (5)	96,2	(94-98)	91,4 (89-94)	92,1 (90-94)
Nordjylland	Ja	306/319	48 (13)	95,9	(93-98)	94,9 (92-97)	91,5 (88-94)
Privathospitaler	Ja	43/45	11 (20)	95,6	(85-99)	93,2 (85-98)	98,6 (93-100)
Hovedstaden	Ja	615/650	15 (2)	94,6	(93-96)	96,1 (94-97)	96,6 (95-98)
Amager og Hvidovre Hospital.	Ja	97/105	4 (4)	92,4	(86-97)	95,7 (91-98)	97,9 (93-100)
Herlev og Gentofte Hospital	Ja	300/313	7 (2)	95,8	(93-98)	97,2 (95-99)	96,4 (94-98)
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	218/232	4 (2)	94,0	(90-97)	94,4 (90-97)	96,4 (93-99)
Sjælland	Ja	219/234	90 (28)	93,6	(90-96)	95,6 (93-97)	93,7 (91-96)
Holbæk Gyn afd.	Ja	86/93	41 (31)	92,5	(85-97)	92,4 (84-97)	94,4 (88-98)
Nykøbing F Gyn afd.	Ja	23/24	10 (29)	95,8	(79-100)	92,3 (81-98)	100,0 (95-100)
Roskilde Gyn afd.	Ja	72/78	33 (30)	92,3	(84-97)	96,7 (93-99)	93,0 (89-96)
Slagelse Gyn. afd.	Ja	38/39	6 (13)	97,4	(87-100)	98,7 (93-100)	90,1 (83-95)
Syddanmark	Ja	491/518	107 (17)	94,8	(93-97)	92,6 (90-95)	94,4 (92-96)
Kolding Sygehus	Ja	96/100	9 (8)	96,0	(90-99)	83,6 (76-90)	89,5 (82-95)
OUH Gyn afd.	Ja	305/321	61 (16)	95,0	(92-97)	94,3 (91-97)	95,4 (92-97)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	62/63	24 (28)	98,4	(91-100)	97,6 (92-100)	94,5 (88-98)
Syghus Sønderjylland Aabenraa	Nej	28/34	13 (28)	82,4	(65-93)	93,6 (86-98)	96,6 (90-99)
Midtjylland	Ja	581/604	33 (5)	96,2	(94-98)	91,4 (89-94)	92,1 (90-94)
AUH Kvindesygdomme	Ja	162/174	14 (7)	93,1	(88-96)	86,0 (81-90)	89,5 (85-93)
Hospitalsenhed Midt	Ja	139/147	9 (6)	94,6	(90-98)	92,7 (86-97)	87,7 (78-94)
Hospitalsenheden Vest Her-ning	Ja	90/91	2 (2)	98,9	(94-100)	100,0 (96-100)	95,4 (90-98)
Regionshospitalet Horsens	Ja	82/82	4 (5)	100,0	(96-100)	93,4 (85-98)	96,1 (87-100)



	Standard	Uoplyst antal	Aktuelle år 01.01.2018 - 31.12.2018	Tidligere år			
	≥ 90%			Tæller/ nævner	Andel	2017	2016
	opfyldt				95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Regionshospitalet Randers	Ja	108/110	4 (4)	98,2	(94-100)	92,5 (85-97)	95,3 (89-98)
Nordjylland	Ja	306/319	48 (13)	95,9	(93-98)	94,9 (92-97)	91,5 (88-94)
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	169/176	36 (17)	96,0	(92-98)	93,8 (89-97)	97,6 (94-99)
Aalborg UH Thisted	Ja	43/44	3 (6)	97,7	(88-100)	100,0 (92-100)	96,7 (83-100)
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	94/99	9 (8)	94,9	(89-98)	95,0 (88-99)	77,7 (68-85)
Privathospitaler	Ja	43/45	11 (20)	95,6	(85-99)	93,2 (85-98)	98,6 (93-100)
Aleris-Hamlet Aalborg	Ja	3/3	6 (67)	100,0	(29-100)	-	100,0 (16-100)
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	33/34	1 (3)	97,1	(85-100)	97,8 (88-100)	100,0 (92-100)
Capio CFR A/S Lyngby	Nej	7/8	1 (11)	87,5	(47-100)	85,7 (67-96)	93,8 (70-100)

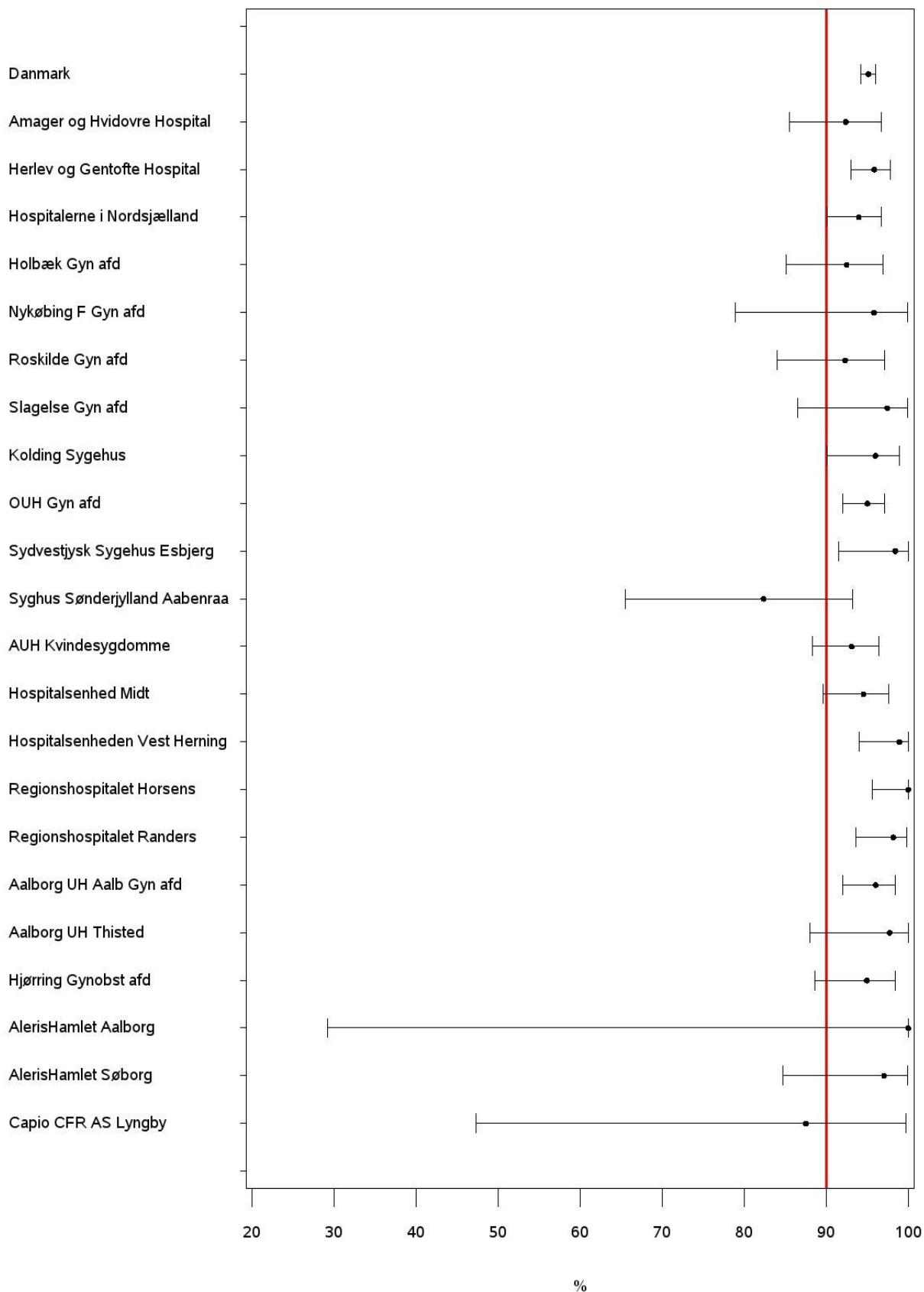
Resultater for indikator 20, kontrolldiagram regioner

Indikator 20: Prolaps — Subjektiv patientbedømmelse efter primær prolapsoperation (PGI-I skala). Kontrolldiagram på regionsniveau.



Resultater for indikator 20, kontrolldiagram afdelinger

Indikator 20: Prolaps — Subjektiv patientbedømmelse efter primær prolapsoperation (PGI-I skala). Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 20

Indikator 20 beskriver den subjektive patientbedømmelse efter primær prolapsoperation på PGI-I skala. Patienter der, i 'spørgeskema til patienter med nedsynkning og/eller urininkontinens – EFTER', har besvaret spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen med 'Rigtig meget bedre', 'meget bedre' eller 'lidt bedre', indgår i tælleren og opfylder dermed indikatoren.

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 11 %, dvs. komplementet er 89 %. Der er stor variation i andelen af uoplyste forløb, fra 2 % på flere afdelinger til 31 % i Holbæk.

På landsplan har 95,1 % (95 % CI: 94-96 %) svaret "Rigtig meget bedre", "Meget bedre" eller "Lidt bedre" til "Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) skala" spørgsmålet, hvilket opfylder standarden på mindst 90 %. Alle 5 regioner opfylder ligeledes standarden med indikatorværdier, der spænder fra 93,6 % for Region Sjælland til 96,2 % for Region Midtjylland.

Blandt de 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 19 standarden, mens 1 enkelt afdeling (Sygehus Sønderjylland Aabenraa) ligger under standarden med en indikatorværdi på 82,4 %, standarden er dog indeholdt i konfidensintervallet. Der er generelt lille variation mellem afdelingerne med indikatorværdier mellem 82,4 % og 100 %.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan og regionsniveau samt for 19 af 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb.

Styregruppens kommentarer til indikator 20

Styregruppen noterer sig, at alle afdelinger opfylder standarden, når konfidensintervallet medregnes, og at forskellen fra sidste år er beskedent.

Det bemærkes, at datakomplethed på landsplan for denne indikator i år er 89 %, og således på samme høje niveau som sidste år. Der er stadig stor variation mellem afdelingerne, hvor nogle har 100 % datakomplethed og andre bare 69 %.

Anbefalinger til indikator 20

Styregruppen tillægger indikator 20 betydning som en valid indikator for klinisk kvalitet og den bibeholdes i sin nuværende form. For i fremtiden at kunne monitorere på de enkelte operationstyper, vil der blive udarbejdet nye indikatorer mhp. dette. De afdelinger, som har en lav datakomplethed, opfordres til at have opmærksomhed på dette.



4. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

Baggrund

Urogynækologi omfatter udredning og behandling af sygdomme vedrørende funktion af bækkenbund, skede (genital prolaps), blære, urinrør (urininkontinens) og endetarm (afføringsinkontinens). Lidelserne er ikke livstruende, men betyder ofte invaliderende forringelser af patienternes livskvalitet, bl.a. social isolation, indskrænket aktivitetsniveau og forringet sexliv. Prævalens for urininkontinens er 25-45 %, genital prolaps 7-25 % og anal inkontinens 11-15 %, og stigende pga. et øget antal ældre medborgere. Behandling og diagnose er omkostningstungt for samfundet. En dansk opgørelse af Løwenstein et al (2014) har vist, at livstidsrisikoen for prolapsoperation for en dansk kvinde på 80 år er 18,7 %. En international opgørelse af Abdel-fattah et al (2011) har vist en livstidsrisiko for urininkontinens eller prolaps operation på 12,2 % og 19 % risiko for recidiv operation af inkontinens eller prolaps.

Formål og opbygning

DugaBase blev initieret af en arbejdsgruppe under DSOG: Dansk Urogynækologisk Arbejdsgruppe (DUGA). Siden er DUGA nedlagt, og i stedet er oprettet Dansk Urogynækologisk Selskab (DUGS). DugaBase er nu blevet en landsdækkende klinisk database under Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) og den ledes af en styregruppe med repræsentation fra DUGS' bestyrelse. Der er sikret repræsentation for hver af landets regioner samt en repræsentant fra den private sygehussektor. Derudover omfatter styregruppen repræsentanter fra RKKP, og for den ansvarlige offentlige myndighed, Region Midtjylland. Driften af databasen finansieres gennem en bevilling fra Regionernes Udviklingspulje for Klinisk Kvalitet, og der er givet en 3-årig bevilling for årene 2018-2020.

Formålet med DugaBase er at beskrive omfanget og kvaliteten af operationer for urininkontinens og prolaps samt at overvåge nye operationsmetoder. Der er lovpligtig indberetning af alle operationer. DugaBase er forløbsorienteret og udmærker sig ved, at der foruden oplysninger fra læge, også til hvert forløb både før og efter operation indsamles patient reported outcome measures (PROMs), som anvendes i indikatorberegningerne.

Som anført er de behandlinger, som DugaBase monitorerer, ikke livstruende, men de berører en forholdsvis stor gruppe kvinder og har stor betydning for kvindernes livskvalitet. Det er ofte meget individuelt, hvor meget et givent symptom påvirker livskvaliteten, hvilket i monitorerings sammenhæng er en udfordring. Styregruppen vil derfor understrege vigtigheden af PROM baserede indikatorer. Ligeledes er der ofte flere muligheder for behandling, som igen medfører forskellige fordele og risici for patienten. Særligt udgør recidiv operationer en udfordring, idet det er kendt, at der er mindre effekt, større risiko og mindre patienttilfredshed efter disse.

Dækningsgrad og indikatorer

Dækningsgraden er steget over tid for inkontinensoperationer fra 14 % i 2006 til 94,0 % i 2013, og har siden 2011 ligget over 90 %. For prolapsoperationer fra 12 % i 2006 til 90,8 % i 2012 og også denne har ligget stabilt over 90 % siden 2011. Mens dækningsgraden for offentlige sygehuse er høj, har der været gjort et stort arbejde for at øge indberetningerne fra de private sygehuse. Validiteten af de indberettede data er vist at være særdeles god, både for administrative og kliniske data. Styregruppen vil i tilfælde af manglende opfyldelse af standarden tage skriftlig kontakt til de pågældende afdelinger for at tilbyde mulighed for yderligere analyser af data til intern afklaring af årsager.

Der er aktuelt udvalgt 14 indikatorer, som dækker både læge- og patientrapporterede kvalitetsmål. Af de 14 indikatorer har 2 endnu ikke fået fastsat en standard. I 2018 er standarden for 11 af de 12 indikatorer med fastsat standard opfyldt.

Det er interessant og værd at bemærke, at standarden for de subjektive patientbedømmelser er opfyldt for både de "absolutte værdimål" indikator 3a, 3b og 7 samt for "ændringsmål" indikator 19a, 19b og 20 (PGI-I). Opgørelser af recidivoperationer er foretaget på baggrund af det år, hvor primæroperationen fandt sted og demonstrerer en tilfredsstillende lav andel af recidivoperationer.



Generelle kommentarer og forbehold

Alle indikatorer, på nær 19 og 20, måler absolutte værdier, og siger således ikke noget om opnået relativ forbedring. Da vi behandler symptomer, hvor sværhedsgraden, hyppigheden og den oplevede påvirkning af livskvalitet varierer meget mellem de enkelte patienter, vil mange patienter opleve behandlingen som en væsentlig forbedring – selvom den evt. ikke opfylder standarden for en given indikator.

Ved læsning af indikatorer som vedrører behandling af inkontinens, må man være opmærksom på, at de kirurgiske behandlinger, som beskrives i denne rapport, hovedsageligt retter sig mod stressinkontinens (anstrengelsesinkontinens) og ikke mod urgeinkontinens (tranginkontinens). De patienter, som lider af blandingsinkontinens (begge typer), vil i mange tilfælde fortsat opleve urgeinkontinens efter behandlingen, hvilket kan påvirke indikatoropfyldelsen.

Vedrørende indikatorer for behandling af prolaps skal man være opmærksom på, at patienter, som har prolaps i flere kompartments, ikke vil kunne mærke forskel på symptomerne fra de enkelte kompartments. Når man (i henhold til god praksis) vælger at operere et kompartment ad gangen for at undgå stramninger i vagina, vil patienten muligvis fortsat opleve symptomer fra det tilbageværende kompartment, trods en succesfuld kirurgisk behandling.

Opgørelserne tager ikke højde for det casemix som forekommer pga. demografi, socioøkonomiske faktorer og henvisningsmønster. Generelt antages det, at der forekommer flere komplicerede cases på de store sygehuse end på de mindre. Vi har forsøgt at udligne forskelle mellem afdelinger ved udelukkende at se på primær-operationer i indikatorerne 3, 7, 19 og 20. En primær prolaps operation (indikator 7 og 20) bliver defineret som: Der er aldrig tidligere registreret en prolapsoperation (uanset kompartment) i DugaBase på denne patient. For slyngeoperation (Indikator 3a og 19a) er definitionen, at der aldrig tidligere er registreret en midtural slyngeoperation i DugaBase. For Bulkingbehandling (Indikator 3b og 19b) at der aldrig tidligere er registreret en bulkingbehandling (operationskode KKDV20 og KKDV22) i DugaBase.

Denne definition gør selvfølgelig, at patienter som er opereret før 2006, hvor DugaBase blev oprettet, eller hvor den tidligere operation ikke er registreret i DugaBase pga. manglende databasekomplethed, vil indgå som primært opererede. Definitionen giver derfor anledning til forbehold, som dog vil mindskes i takt med tiden.



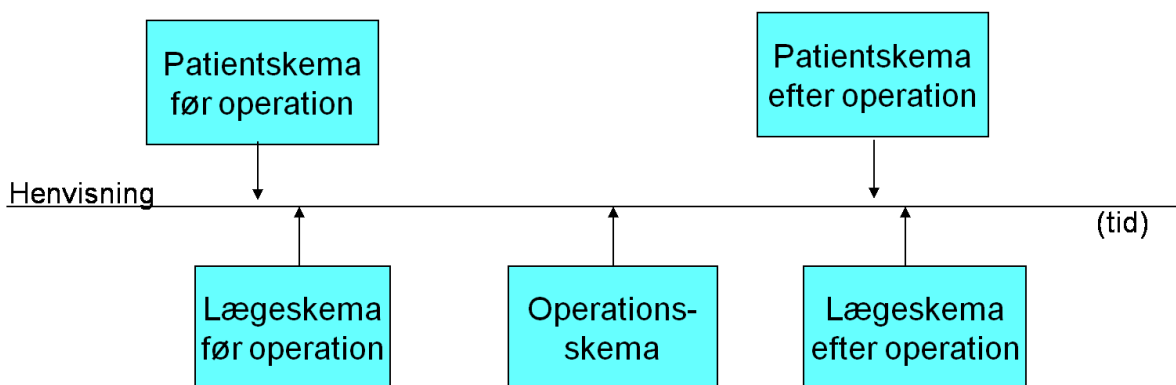
5. Datagrundlag og metode

Data til årsrapporten er trukket d. 23/4 2019, og de kliniske afdelinger har således haft mulighed for indberetning af data for 2018 indtil denne dato.

Data er oprenset således, at der kun indgår patientforløb med valide cpr-numre. Desuden er patienter, der var under 18 år på operationstidspunktet, udeladt.

Patienterne skal oprettes i databasen, hvis de gennemgår en urogynækologisk operation. Data indsamles igennem hele patientforløbet: Fra henvisning, forundersøgelse, operation og efterkontrol samt ved et eventuelt nyt forløb som følge af en komplikation til en tidligere operation. Topica giver mulighed for at opdele inddateringsopgaven. Gennem et oversigtsmodul holdes overblik over manglende inddateringer, og herfra kan man komplettere data. Inddatering af data foregår med Topica over internet til server hos CSC Scandihhealth A/S i Århus, hvorfra data bliver repliceret løbende til server i Region Syddanmark (Odense). Databasen på denne server varetages af Region Syddanmarks IT driftsafdeling.

Flowet i et DugaBase-forløb er skitseret i Figur B1. Forløbet består af følgende delelementer: henvisningsoplysninger, udredningsoplysninger (lægeskema og patientskema før operation), operationsoplysninger (operationsskema) og kontroloplysninger (lægeskema og patientskema efter operation). Hertil kommer mulighed for oprettelse af et "komplikationsforløb". Et komplikationsforløb oprettes, hvis en patient, som tidligere er opereret med en urogynækologisk operation som er registreret i DugaBase, efter afslutningen af DugaBase forløbet, henvises med et symptom, som må antages at være en komplikation til den forudgående urogynækologiske operation. Komplikationsforløb er ikke illustreret i nedenstående.



Figur B1 - Skematisk fremstilling af indrapportering af et DugaBase-forløb

Henvi-sningsoplysningerne omfatter henvisningsdiagnose, personoplysninger og administrative oplysninger om datoer etc.

Udredningsoplysningerne består dels af spørgeskemaoplysninger fra patienten om symptomer og gener, og dels lægelige oplysninger om undersøgelser og endelig en sammenfattende konklusion om behandlingsbehovets størrelse.

Operationsoplysningerne dækker dels operationskoder, operationstekniske oplysninger og oplysninger om peroperative komplikationer.

Kontroloplysninger er i alt væsentligt en gentagelse af udredningsoplysningerne vedr. symptomer, gener og behandlingsbehov, som sammenlignes med udredningsoplysningerne for at undersøge ændring i patientens tilstand. Herudover registreres eventuelle komplikationer og bivirkninger i den mellemliggende periode. Disse oplysninger indhentes for langt størstedelen ved, at der udsendes spørgeskemaer til patienterne 3 mdr postoperativt, som patienterne så skal returnere. Nogle foretager telefoninterview, og enkelte har en frem-mødekontrol efter 3 mdr.



Et DugaBase-forløb kan i princippet afsluttes efter udredning/forundersøgelse, f.eks. hvis der ikke findes relevant kirurgisk behandlingstilbud eller, hvis det vurderes, at problemet kan afhjælpes på anden vis. Det er dog stadig kun DugaBase-forløb med udfyldt operationsskema, som indgår i indikatoropgørelserne.

Årsrapportens tilblivelse

Der er løbende afholdt møder mellem databasens projektleder og RKKP. Løbende kommunikation er opretholdt via e-mail.

I forbindelse med interne omstruktureringer i RKKP er Dugabase blevet omkodet fra statistikprogrammet Stata til SAS, så al databehandling, analyser og beregninger nu foretages i SAS. Det er selvfølgelig intentionen, at dette ikke skal få indflydelse på resultaterne, men det er trods alt forventeligt, at der kan ske minimale ændringer, da det ikke altid er muligt at lave beregningerne på præcis samme måde i 2 forskellige statistikprogrammer.

Analyser og epidemiologi

Analyser og epidemiologisk kommentering er udført af RKKP (datamanager Frank Kjeldsen og epidemiolog Helle Hare-Bruun).

Sammenligning med sidste årsrapport

Det er ikke altid muligt direkte at sammenligne resultaterne fra den foreliggende årsrapport med resultaterne fra Årsrapport 2017, da der efter skæringsdatoen for indberetning til sidste årsrapport er indberettet en række ekstra patientforløb med operationsdato i sidste opgørelsesperiode. Resultater i de fleste tabeller og figurer er således genberegnet, og disse betegnes "2017" eller "år 2017". Direkte tal fra Årsrapport 2017, betegnes "Årsrapport 2017".

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til dækningsgrad

I forbindelse med opgørelse af dækningsgrad har RKKP rekvireret LPR-udtræk svarende til de typiske urininkontinens- og prolapsoperationskoder, som anvendes indenfor sygdomsområdet (jf. "Appendiks 3: Indikatordefinitioner" samt nedenfor). LPR-data til årsrapporten er udtrukket d. 23/4 2019.

Opgørelse af dækningsgrad er opdelt i urininkontinens- og prolapsoperationer. Der vises antal registrerede relevante operationer i LPR og/eller i DugaBase, fordelt på regioner, sygehuse og afdelinger, samt andelen af disse, som er registreret i DugaBase.

Kriterier for opgørelse af dækningsgrad

Registreringer fra DugaBase og LPR er blevet samkørt efter følgende kriterier:

1. Match af CPR-nr. i DugaBase og LPR

2. Operationsdato er ens i DugaBase og LPR – plus/minus 30 dage

3. Patienten er 18 år eller derover på operationsdatoen

4. Operationen indeholder mindst ét relevant operativt indgreb, dvs.:

a. en af følgende urininkontinens-koder: KKDG00, KKDG01, KKDG10, KKDG30, KKDG31, KKDG40, KKDG50, KKDG96, KKDG97, KKDV20, KKDV22, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96

b. eller en af følgende prolaps-koder: KLEE10, KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF03, KLEF03A, KLEF10, KLEF13, KLEF23, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLEF60, KLEF63, KLEF64, KLEF96, KLEF97. Dertil kommer koderne KLCD10 og KLDC10 i kombination med aktionsdiagnose DN81* (LPR).



Databasekomplethed, urininkontinensoperationer 2018

	I LPR og/ eller DugaBase	Heraf i DugaBase	Komplethed, %
Danmark	989	897	90,7
Hovedstaden	265	262	98,9
Sjælland	142	107	75,4
Syddanmark	184	178	96,7
Midtjylland	177	158	89,3
Nordjylland	189	170	89,9
Privathospitaler	32	22	68,8
Hovedstaden	265	262	98,9
Amager og Hvidovre Hospital.	33	33	100
Herlev og Gentofte Hospital	159	157	98,7
Hospitalerne i Nordsjælland	73	72	98,6
Sjælland	142	107	75,4
Nykøbing F Gyn afd.	21	12	57,1
Roskilde Gyn afd.	121	95	78,5
Syddanmark	184	178	96,7
OUH Gyn afd.	150	150	100
OUH Gyn amb.	6	0	0
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	12	12	100
Syghus Sønderjylland Aabenraa	16	16	100
Midtjylland	177	158	89,3
AUH Kvindesygdomme	84	84	100
AUH Urinvejskirurgi	16	0	0
AUH dagkirurgi	3	0	0
Hospitalsenhed Midt	50	50	100
Hospitalsenheden Vest Herning	24	24	100
Nordjylland	189	170	89,9
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	101	101	100
Aalborg UH Aalb. Gyn dagafs.	11	0	0
Aalborg UH Thisted	10	10	100
Hjørring Gyn-obst. afd.	59	59	100
Hjørring Gyn-obst. amb.	8	0	0
Privathospitaler	32	22	68,8
Aleris-Hamlet Søborg	20	20	100
Capio CFR A/S Lyngby	1	0	0
Privathospitalet Mølholm Vejle	11	2	18,2

Anm.: Komplethed, pct. = (Heraf i DugaBase / I LPR og/eller DugaBase) × 100.

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til databasekomplethed, urininkontinensoperationer

Udtræk fra Landspatientregisteret (LPR) omfattende alle SKS-koder for urininkontinensoperationer i 2018 blev sammenlignet med patienter registreret i DugaBase med en operationsdato for urininkontinens i 2018. Uanset at LPR er gold standard, kan data for urininkontinensoperationer i LPR naturligvis også være fejlbehæftede.

Den landsdækkende dækningsgrad er 90,7 %. I Årsrapport 2017 var der 1172 urininkontinensoperationer, heraf 1075 (91,7 %) i DugaBase, og dækningsgraden er således i 2018 stort set uændret, om end antallet af operationer er faldet lidt.

Blandt de 18 gynækologiske/obstetriske afdelinger på de offentlige sygehuse med mindst 10 operationer i LPR og/eller DugaBase har 13 afdelinger mindst 95 % dækningsgrad, mens to afdelinger (Nykøbing F og Roskilde) har dækningsgrader på hhv. 57,1 % og 78,5 %. Det er typisk afdelinger med få indberetninger, der har en lav dækningsgrad, og dermed trækker den samlede dækningsgrad ned.

I Årsrapport 2016 var dækningsgraden for privathospitaler 64,2 %, i 2017 var den 51,6 % og i 2018 er den 68,8 %, dvs. efter en faldende tendens er dækningsgraden for privathospitaler nu på vej op igen.

Vi konkluderer, at for urininkontinensoperationer ses en meget høj dækningsgrad.



Databasekomplethed, Prolapsoperationer 2018

	I LPR og/eller DugaBase	Heraf i Komplethed, DugaBase	%
Danmark	3.526	3232	91,7
Hovedstaden	805	793	98,5
Sjælland	489	372	76,1
Syddanmark	765	737	96,3
Midtjylland	861	832	96,6
Nordjylland	470	433	92,1
Privathospitaler	136	65	47,8
Hovedstaden	805	793	98,5
Amager og Hvidovre Hospital.	117	117	100
Bornholms Hospital	1	0	0
Herlev og Gentofte Hospital	409	399	97,6
Hospitalerne i Nordsjælland	278	277	99,6
Sjælland	489	372	76,1
Holbæk Gyn afd.	141	140	99,3
Nykøbing F Gyn afd.	71	37	52,1
Roskilde Gyn afd.	205	148	72,2
Slagelse Gyn. afd.	72	47	65,3
Syddanmark	765	737	96,3
Kolding Sygehus	114	114	100
OUH Gyn afd.	484	480	99,2
OUH Gyn amb.	24	0	0
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	95	95	100
Syghus Sønderjylland Aabenraa	48	48	100
Midtjylland	861	832	96,6
AUH Kvindesygdomme	348	345	99,1
AUH Urinvejskirurgi	1	0	0
AUH dagkirurgi	1	0	0
Hospitalsenhed Midt	171	171	100
Hospitalsenhed Midt Kvindekli.	5	0	0
Hospitalsenheden Vest Herning	98	98	100
Regionshospitalet Horsens	96	92	95,8
Regionshospitalet Randers	141	126	89,4
Nordjylland	470	433	92,1
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	271	270	99,6
Aalborg UH Aalb. Gyn dagafs.	12	0	0
Aalborg UH Hobro	12	0	0
Aalborg UH Thisted	53	49	92,5
Alb Urologisk afd.	2	0	0
Hjørring Gyn-obst. afd.	114	114	100
Hjørring Gyn-obst. amb.	6	0	0
Privathospitaler	136	65	47,8
Aagaard Gynækologiske Klinik	1	0	0
Aleris-Hamlet Aalborg	29	9	31
Aleris-Hamlet Aarhus	3	0	0
Aleris-Hamlet Esbjerg	2	0	0
Aleris-Hamlet Søborg	44	43	97,7
Capio CFR A/S Lyngby	15	10	66,7
Capio CFR A/S Odense	5	0	0
Kollund PH	4	3	75
Privathospitalet Mølholm Vejle	33	0	0

Anm.:Komplethed, pct. = (Heraf i DugaBase / I LPR og/eller DugaBase) × 100.



Klinisk-epidemiologiske kommentarer til databasekomplethed, prolapsoperationer

Udtræk fra Landspatientregisteret (LPR) omfattende alle SKS-koder for prolapsoperationer i 2018 blev sammenlignet med patienter registreret i DugaBase med en operationsdato for prolaps i 2018. Uanset at LPR er gold standard, kan data for prolapsoperationer i LPR naturligvis også være fejlbehæftede.

Den landsdækkende dækningsgrad er 91,7 % i 2018. I Årsrapport 2017 var der 3898 prolapsoperationer, heraf 3614 (92,7 %) i DugaBase, og dækningsgraden er således i praksis uændret i 2018.

Blandt de 22 afdelinger på de offentlige sygehuse med mindst 10 operationer i LPR og/eller DugaBase har 14 afdelinger mindst 95 % dækningsgrad, 5 afdelinger rangerer fra 52,1 % til 92,5 % dækningsgrad og en enkelt afdeling har en dækningsgrad på 0 %.

I Årsrapport 2016 var dækningsgraden for privathospitaler 67,4 %, i 2017 var den 51,7 %, mens den i 2018 er 47,8 %. Dvs. dvs. der er sket fald de 2 seneste år. Såfremt privathospitalerne udelukkes fra Tabel 16 øges dækningsgraden fra 91,7 % til 93,4 % (altså en stigning på 1,7 procentpoint).

Vi konkluderer, at for prolapsoperationer ses en meget høj dækningsgrad.

Styregruppens kommentarer til databasekomplethed urininkontinens og prolapsoperationer

Styregruppen bemærker, at der er enkelte afdelinger som ikke når op på 90 % indberetning af operationer, når LPR regnes som golden standard. 90 % dækningsgrad er minimums krav til databasen fra RKKP, og styregruppen har derfor valgt at rette henvendelse til de afdelinger, som ikke lever op til dette for dels at gøre opmærksom på problemet og dels og tilbyde hjælp til evt. organisatoriske spørgsmål.

Vi bemærker, at det især er i Region Sjælland, at der er udfordringer, men også enkelte steder i Jylland. Vedrørende privathospitaler, så er der stadig store problemer, idet der er hospitaler som slet ikke indberetter trods et større antal operationer. De vil blive kontaktet af deres repræsentant i styregruppen.



6. Styregruppens medlemmer

Formand			
Gunnar Lose, Professor, Overlæge, dr. med.	Herlev Hospital	38688253 31510814	Gunnar.Lose@regionh.dk
Projektleder			
Ulla Darling Hansen, Overlæge	Odense Universitetshospital	65412350 40202529	Ulla.darling.hansen@rsyd.dk
Medlemmer fra hver region			
Hovedstaden			
Mette Hornum Bing, Overlæge	Herlev Hospital	38689905 24252816	Mette.Hornum.Bing@regionh.dk
Sjælland			
Helga Gimbel, Overlæge, dr.med.	Sjællands Universitetshospital, Roskilde	56515404 26703714	helga@dadlnet.dk
Syddanmark			
Vacant			
Midtjylland			
Rikke Guldberg Sørensen, Afdelingslæge, ph.d	Aarhus Universitetshospital		rigsoe@rm.dk
Nordjylland			
Niels Kjærgaard, afd. Læge, ph.d.	Aalborg Universitetshospital		niki@rn.dk
Repræsentant for Privathospitaler/-klinikker			
Lasse Raaberg, Overlæge, ph.d.		61549917	lasseraaberg@gmail.com
Repræsentant for DUGS			
Marianne Glavind-Kristensen, Overlæge, Ph.d.	Aarhus Universitetshospital	40276937	mgk-njh@dadlnet.dk
Dataansvarlig myndighed			
Repræsentant for Region Midtjylland, Lene Sveistrup Bengtsson	RKKP- Videncenter	24664725	lebeng@rkkp.dk
Klinisk epidemiolog			
Helle Hare-Bruun	RKKP- Videncenter	29214165	hehare@rkkp.dk
Datamanager			
Frank Kjeldsen	RKKP- Videncenter	24679572	frakje@rkkp.dk
Kontaktperson RKKP			
Lene Sveistrup Bengtsson	RKKP- Videncenter	24664725	lebeng@rkkp.dk



7. Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer

Flyttet til separat bilag



8. Appendiks 2: Supplerende statistik

Tabel A2.1. Fordeling på opfølgningstyper for patientforløb med operation i 2018

Sygehus/Afdeling ^a	+ Patientskema kontrol				- Patientskema kontrol				Antal operationer
	+ Læge EU		- Læge EU		+ Læge EU		- Læge EU		
	Antal	Pct	Antal	Pct	Antal	Pct	Antal	Pct	
Ukendt afdeling	17	77.3%	3	13.6%	#		#		#
Amager og Hvidovre Hospital	154	91.7%	11	6.5%	#		#		168
Herlev og Gentofte Hospital	570	97.9%	4	0.7%	.	.	8	1.4%	582
Hospitalet i Nordsjælland	283	95.6%	6	2.0%	.	.	7	2.4%	296
Roskilde Gyn afd.	149	27.8%	164	30.6%	23	4.3%	200	37.3%	536
Holbæk Gyn afd.	79	78.2%	#		.	.	20	19.8%	#
Slagelse Gyn afd.	21	17.2%	59	48.4%	7	5.7%	35	28.7%	122
Nykøbing F Gyn afd.	101	65.2%	27	17.4%	4	2.6%	23	14.8%	155
OUH Gyn afd.	426	63.0%	131	19.4%	48	7.1%	71	10.5%	676
Sygehus Sønderjylland Aabenraa	132	89.2%	#		11	7.4%	4	2.7%	#
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	116	81.7%	5	3.5%	5	3.5%	16	11.3%	142
Kolding Sygehus	142	86.6%	6	3.7%	5	3.0%	11	6.7%	164
Regionshospitalet Horsens	81	90.0%	3	3.3%	.	.	6	6.7%	90
AUH Kvindesygdomme	204	37.5%	305	56.1%	18	3.3%	17	3.1%	544
Hospitalsenhed Midt	.	.	157	93.5%	.	.	11	6.5%	168
Hospitalsenheden Vest	126	95.5%	4	3.0%	.	.	#		#
Regionshospitalet Randers	5	3.4%	110	75.9%	.	.	30	20.7%	145
Aalborg UH Thisted	60	90.9%	#		.	.	4	6.1%	#
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	302	75.5%	35	8.8%	#		61	15.3%	#
Hjørring Gyn-obst. afd.	27	16.1%	126	75.0%	3	1.8%	12	7.1%	168
Aleris-Hamlet Søborg	90	98.9%	.	.	.	.	#		#
Aleris-Hamlet Aalborg	.	.	.	.	.	.	6	100.0%	6
Capio CFR A/S Lyngby	27	93.1%	#		.	.	#		#
Privathospitalet Møn	.	.	.	.	#		.	.	#
Danmark	3112	62.8%	1162	23.5%	129	2.6%	549	11.1%	4952

Anm.: Opfølgning efter operation skal være registreret i perioden 2018 for at blive medtaget som + behandling. Som opfølgningsdato benyttes hhv. dato for udfyldelse af kontrolskema (Patientskema kontrol) og dato for lægens efterundersøgelse (Læge EU).

a. Kun afdelinger, som har indberettet operationer til DugaBase i 2018 er medtaget i tabellen.

#: Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to forløb.

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel A2.1.

Da tiden fra operation til både patientens og lægens efterkontrolskema for langt de fleste patienters vedkommende er under 1 år (jf. figur A2.1. og figur A2.2., se nedenfor), vil langt de fleste efterkontrolskemaer for forløb i 2018 være registreret i Tabel A2.1.

På landsplan havde 62,8 % af forløbene både patientens og lægens efterkontrolskema, 23,5 % havde kun patientens efterkontrolskema, 2,6 % havde kun lægens efterkontrolskema, mens 11,1 % hverken havde patientens eller lægens efterkontrolskema.

Der ses stor forskel i afdelingernes procedurer for efterkontrol blandt afdelinger med mindst 10 patientforløb varierende fra 3,4 % til 98,9 % for operationer, hvor både patient- og lægeskema er udfyldt, og varierende fra 1,1 % til 37,3 % for operationer, hvor hverken patient- eller lægeskema er udfyldt. Der er stor variation blandt afdelinger for udfyldte patientskemaer, hvor lægeskemaet ikke er udfyldt.



Styregruppens kommentar til Tabel A2.1.

Det bemærkes, at der er meget stor variation i, hvor stor en del af patientforløbene, der indeholder data fra opfølgning. Som anført i Afsnit 4, behøver urogynækologiske operationer ofte ikke en fremmødekontrol efter operationen og i takt med, at økonomien strammes, bliver det sværere og sværere at prioritere indsamling af data fra patienter, som må formodes at være kommet godt igennem deres operation. Det er dog et krav for at kunne monitorere vores behandlinger, at vi får lov til at indsamle postoperative oplysninger fra alle patienter.

Som nævnt i afsnit 4, beror dataindsamlingen oftest på spørgeskemaer eller telefoniske henvendelser. Dataindsamlingen er derfor også afhængig af patienternes interesse i at besvare vores telefonopringninger eller udsendte spørgeskemaer, og forskelle mellem afdelinger kan naturligvis også skyldes forskelle i patientgrupperne.

Styregruppen vil bede de afdelinger, hvor den postoperative opfølgning er høj, om at redegøre for deres praksis, for at kunne formidle denne praksis videre til de afdelinger, hvor det går mindre godt.

Den heterogene opfølgingspraksis blandt afdelingerne vanskeliggør meningsfyldte fortolkninger af indikatorer. Vi kan således ikke altid vide, om afdelinger med en lav datakomplethed og dårligere indikatorresultater selektivt har udvalgt patienter med de dårligste resultater til efterkontrol.

Tabel A2.2. Antal operative indgreb fordelt på indgrebstyper, for patienter med operationsdato i 2018 (N = 6066)

Operations-kode	Beskrivelse	Antal	Pct.	Kum. Pct.	Med i indikator			
					UI	Slynge	Bulking	Prolaps
KLEF00	Forreste kolporafi	2136	35.21%	35.21%				x
KLEF03	Bageste kolporafi	1126	18.56%	53.78%				x
KLEG10	Vaginal uretrocytoseksi med slynge	416	6.86%	60.63%	x	x		
KLDC10 + DN81	Resektion af livmoderhals	333	5.49%	66.12%				x
KLEG10A	Vaginal uretrocytoseksi m. slynge genn. foramen obturatum	309	5.09%	71.22%	x	x		
KLEF40	Vaginal operation for enterocele	248	4.09%	75.30%				x
KLDC10	Resektion af livmoderhals	222	3.66%	78.96%				x
KLCD10 + DN81	Vaginal hysterektomi	182	3.00%	81.97%				x
KKDV22	Uretroskopiisk submukøs injektionsbehandling i urinrør	164	2.70%	84.67%	x		x	
KLEF53B	Vaginal apikal kolpopeksi til det sakrospinøse ligament	128	2.11%	86.78%				x
KLFE10	Vulvoplastik	121	1.99%	88.77%				
KLFE20	Sutur af perineum	93	1.53%	90.31%				
KLCD10	Vaginal hysterektomi	88	1.45%	91.76%				x
KUKC02	Cystoskopi	80	1.32%	93.08%				
KLEF00B	Manchesteroperation	52	0.86%	93.93%				x
KLEF60	Vaginal lateral kolpopeksi	51	0.84%	94.77%				x
KLEF53	Vaginal apikal kolpopeksi eft. tidligere hysterektomi	41	0.68%	95.45%				x
KLEF20	Partiel kolpoplekse	40	0.66%	96.11%				x
KLEF53A	Vaginal apikal kolpopeksi efter tidl. hysterektomi med meche	37	0.61%	96.72%				x
KLEF10	Kolpoperineoplastik	36	0.59%	97.31%				x
KLEF23	Komplet kolpoplekse	32	0.53%	97.84%				x
KLFE96	Anden rekonstr. på vulva el. perineum	18	0.30%	98.14%				
KKCV05	Transluminal injektion i blærevæg	16	0.26%	98.40%				
KLFE00	Sutur af vulva	14	0.23%	98.63%				
KLEF00A	Forreste kolporafi med meche	11	0.18%	98.81%				x
KLEF51A	Laparoskop. apikal kolpopeksi eft.tidl. hysterektomi m meche	10	0.16%	98.98%				x
KLFE10A	Fenton-plastik	10	0.16%	99.14%				
KLEE00	Sutur af vagina	9	0.15%	99.29%				
KZXX00	anvendelse af robot	8	0.13%	99.42%				
KKDG00	Retropubisk supension af urinrør	6	0.10%	99.62%	x			
KLEF51	Laparoskopisk apikal kolpopeksi eft. tidligere hysterektomi	6	0.10%	99.52%				x
KLED00	Kolpektomi	5	0.08%	99.70%				x
KLED00 + DN81	Kolpektomi	4	0.07%	99.77%				x
KLEF40A	Vaginal operation for enterocele med meche	4	0.07%	99.84%				x
KLEF03A	Bageste kolporafi med meche	3	0.05%	99.88%				x
KKDG30	Abdominal uretrocytoseksi med slynge	2	0.03%	99.92%	x			
KUKD02	Uretroskopi	2	0.03%	99.95%				
KLCG20	Hysteropeksi	1	0.02%	99.97%				
KLEF50	Abdominal apikal kolpopeksi eft. tidligere hysterektomi	1	0.02%	99.98%				x
KLEX3G		1	0.02%	100.0%	x	x		

Anm.: Der kan være mere end ét indgreb pr. operation. Antal operationer i 2018: 4147. Antal operationer i 2017: 4949.

a. Afkrydsning er ensbetydende med, at indgrebet tælles med i forbindelse med opgørelse af urininkontinens (hhv. slynge og bulking) - hhv. prolapsindikatorer.

#: Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to forløb.



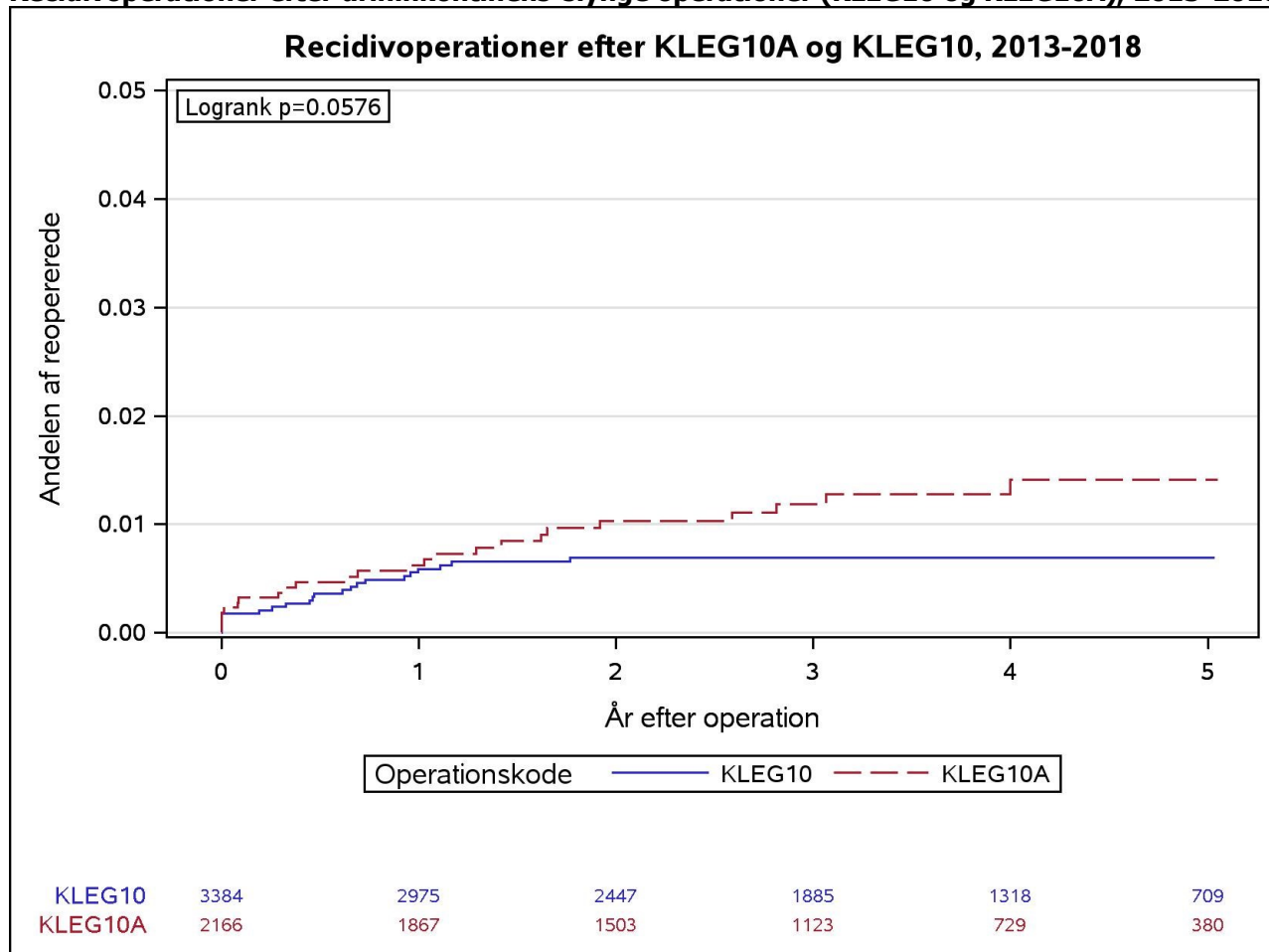
Klinisk-epidemiologiske kommentarer til tabel A2.2.:

Tabellen angiver operationskoder svarende til antal operative indgreb, og der kan være udført flere typer af operative indgreb pr. operation. Data i tabellen er en kombination af oplysninger fra LPR og DugaBase.

Blandt de 6066 operative indgreb er der 372 (6,1 %) omfattende operationskoder, som ikke indgår i beregningerne af indikatorerne. Disse koder ledsages dog indenfor det enkelte operationsforløb typisk af et indgreb, som er specifikt for enten urininkontinens eller prolaps.

Kun et fåtal af patientforløb er kombinerede inkontinens- og prolapsoperationer. I 2018 var der således 12 patientforløb (0,3 %) med både inkontinens- og prolapsindgreb i forbindelse med samme operation.

Recidivoperationer efter urininkontinens-slyng operationer (KLEG10 og KLEG10A), 2013-2018



Figur A2.1. Andelen af recidivoperationer efter førstegangs operation med retropubisk slyng (SKS-kode KLEG10) eller transobturator slyng (SKS-kode KLEG10A) i 2013-2018

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til figur A2.1.:

I de første 12 måneder efter den primære operation med midt urethral slyng (retropubisk slyng [SKS-kode KLEG10] eller transobturator slyng [SKS-kode KLEG10A]) er der ingen forskel i reoperationsraten mellem disse to operationstyper. Derefter begynder reoperationsraten at deviere mellem retropubisk slyng og transobturator slyng, idet flere patienter med en primær transobturator slyng-operation reopereres end patienter med en primær retropubisk slyng-operation. Efter 5 år er ca. 1,4 % af de primære transobturator slyng-operationspatienter reopereret, i modsætning til kun ca. 1,0 % af de primære retropubisk slyng-operationspatienter. Forskellen er dog kun borderline statistisk signifikant (log-rank test, p = 0.06).

Styregruppens kommentarer til figur A2.1.:

Styregruppen har valgt at lave denne analyse, fordi den supplerer eksisterende tal vedrørende forskelle i

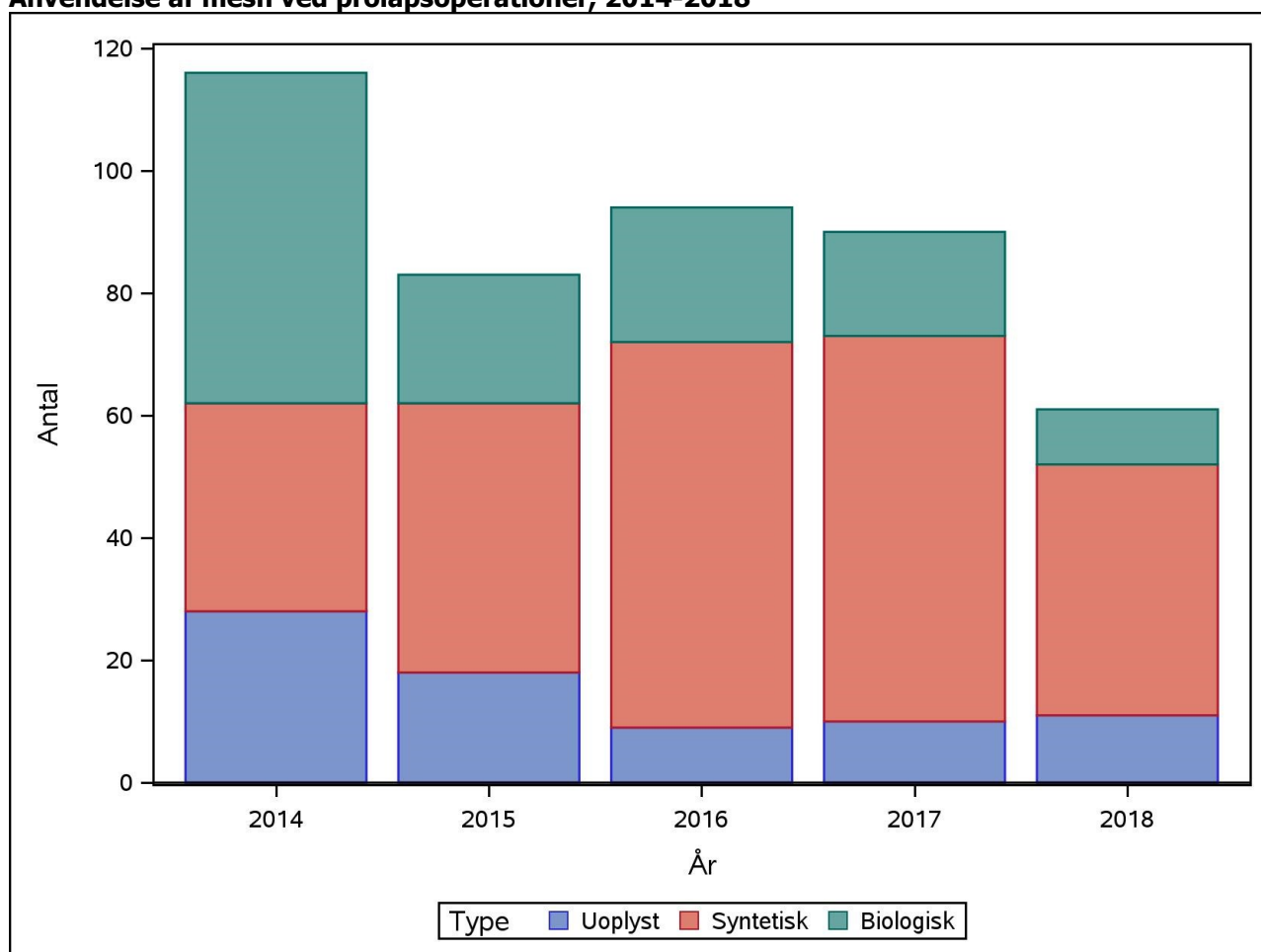


recidiv operationsrater for de to typer slynge operationer. Ved læsning af tallene er det vigtigt at være opmærksom på, at der udelukkende ses på midturrethralislynge-operationer. En del patienter med recidiv af behandlingsbehov efter en midturrethralislynge-operation vil blive behandlet med Bulking, og dette fremgår ikke af denne analyse. Ligeledes er det vigtigt at være opmærksom på, at hvor koden KLEG10 næsten udelukkende dækker over TVT operationer, så indeholder koden KLEG10A flere forskellige typer transobturator slynger så som TVT-O og TOT.

En Cochrane analyse publiceret i 2015 viser, at den relative risiko for recidiv operation ved langtids follow-up (>5 år) er 8,79 (3,36- 23,00). Det poolede patientmateriale i denne opgørelse er 344 primære transobturator slynger og 351 primære retropubiske slynger.

Vi kan her præsentere et datamateriale, som nærmer sig den 10-dobbelte størrelse. Tallene er i sagens natur registerdata og kan ikke direkte sammenlignes med ovenstående. Vores data viser, at der generelt er færre som recidivopereres end i ovennævnte undersøgelser, og at der ikke er signifikant forskel på reoperationsraterne på retropubiske og transobturator slynger efter 5 år.

Anvendelse af mesh ved prolapsoperationer, 2014-2018



Figur A2.2. Antal prolapsoperationer med mesh, 2014-2018, samt fordelingen af mesh-typer

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til figur A2.2.:

I 2012 begyndte man så småt at registrere mesh-typer i DugaBase, men dette blev først effektivt implementeret i 2013.

Antal prolapsoperationer med mesh var over 200 i 2012 (data ikke vist her, men kan ses af Årsrapport 2016). I 2014 var antallet halveret, i 2015 sås en yderligere reduktion, mens der sås en lille stigning i 2016 og igen et mindre fald i 2017. Det samlede antal operationer med mesh er i 2018 faldet markant og ligger nu på ca. 60 operationer.

Fordelingen mellem syntetiske og biologiske typer var nogenlunde den samme i 2013 og 2014, mens der i 2015 var forholdsvis flere syntetiske typer og i 2016 og 2017 en yderligere stigning i antallet og andelen af syntetiske mesh-typer. I 2018 er anvendelsen af både biologiske og syntetiske meshtyper faldet markant. Andelen af uoplyste er reduceret over årene, men har siden 2016 ligget stabilt omkring 10 operationer.

Styregruppens kommentarer til figur A2.2.:

Styregruppen bemærker, at der – ganske som ventet efter myndigheders og pressens opmærksomhed på komplikationer efter brug af non-resorberbare mesh - ses endnu en markant reduktion i brugen af mesh.

Samme tendens så vi i årene efter 2012, hvor mesh problematikker også blev behandlet i pressen.

De syntetiske implantater bruges helt overvejende i operationer med KLEF51A Laparoskopisk abdominal sakrokolpopeksi efter tidl hysterectomi m mesh og KLEF53A Vaginal apikal kolpopeksi efter tidl hysterectomi m mesh a.m. "Uphold". Se tabel A2.5.

Som anført i indledningen, er den seneste udvikling, at producenten af den mesh, som bruges ved Uphold operationerne (Operationskode KLEF53A), har trukket produktet tilbage fra markedet i april 2019. Der udføres derfor ikke længere den type operationer i Danmark.

Komplikationsregistrering i DugaBase

For første gang i databasens historie har vi valgt at opgøre data vedrørende komplikationer til urogynækologiske operationer. Dette efter mange overvejelser, i det vi med sikkerhed ved, at denne del er meget mangelfuld registreret. Resultaterne bekræftede vores værste antagelser og de vil ikke blive offentliggjort. Vi vil dog tillade os at bruge de enkelte afdelingers registreringsmønster til at målrette vores indsats for en bedre komplikationsregistrering, når vi med det længe ventede "komplikationsregistreringsprojekt" indfører en ny metode til opfølgning, ved en slags kontinuerlig validering af mulige komplikationer ved at monitorere mulige komplikationskoder hentet i LPR.

Tabel A2.3. Prolapsoperationer med anvendelse af syntetisk non-resorberbar mesh i perioden 1/1 2015-1/1 2019

	Operation		Komplicerede		Ukomplicerede	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total antal operationer	202	100 %	18	8,9 %	184	91,1 %
<i>KLEF50A</i>	2	1,0 %	0	0 %	2	100 %
<i>KLEF51A</i>	40	19,8 %	4	10 %	36	90 %
<i>KLEF53A</i>	160	79,2 %	14	8,8 %	146	91,3 %

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til tabel A2.3.:

Tabel A2.5. viser antallet af prolapsoperationer med anvendelse af syntetisk non-resorberbar mesh i perioden 1/1 2015-1/1 2019 fordelt på operationskoder. Desuden ses antallet og andelen af komplicerede vs. ukomplicerede forløb for hver operationskode.

Størstedelen af operationerne (79 %) er registreret med operationskoden KLEF53A (Vaginal apikal kolpopeksi efter tidl. hysterectomi med meche), mens knapt 20 % er registreret med koden KLEF51A (Laparoskop. apikal kolpopeksi eft.tidl. hysterectomi m. meche). Der er 9-10 % komplicerede forløb for hver af de to operationskoder KLEF51A og KLEF53A.

Styregruppens kommentarer til tabel A2.3.:

Vi har valgt at vise tal for prolaps operationer med brug af non resorberbart syntetisk mesh opgjort for perioden 2015- 2018 for at kunne dokumentere de danske tal. Som det fremgår, fordeler tallene sig på ganske få operationskoder, hvor langt størstedelen er den vaginal apikale vaginopeksi med mesh ad modum Uphold, som helt overvejende udføres på Århus Universitetshospital.

Hvad angår registreringen af komplikationer ved denne type operationer, så må den antages at være bedre end for de mere udbredte operationstyper, idet operationerne foregår på store specialafdelinger, hvor der er stor opmærksomhed på monitorering af komplikationer ved denne type operationer. Når det er sagt, må der



igen tages forbehold, idet vi ved, at der er store udfordringer med at opnå en tilfredsstillende monitorering af komplikationer, og at patienters henvendelse med f.eks. symptomer på blærebetændelse efter en operation sjældent registreres som en komplikation. Den her viste komplikationsrate siger ikke noget om komplikationernes alvorlighed.



9. Appendiks 3: Indikatordefinitioner

Senest opdateret 27. maj 2019

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
<p>3a. Urininkontinens - Subjektiv patient bedømmelse af succes efter slyng operation</p> <p>Subjektiv patient bedømmelse af succes efter primær operation for urininkontinens.</p> <p>Standard: $\geq 80\%$ af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: For mindst 80 % af forløbene med relevant operationskode skal rubrikken A (urininkontinens) være udfyldt (ja/nej).</p> <p>Rubrikken A (Hvor ofte oplever du urininkontinens?) findes i patientens efterundersøgelseskema.</p>	<p>Antal patientforløb, der har fået foretaget urininkontinens-kirurgi (én af nedenstående operationskoder) for 1. gang i opgørelsesperioden:</p> <p>KLEG10, KLEG10A, KLEX3G</p>	<p>Antal patientforløb, hvor der er foretaget afkrydsning i felterne 'Aldrig (værdi 0)', eller 'ja, en gang om ugen eller mindre (værdi 1)' i rubrikken A (Hvor ofte oplever du urininkontinens?).</p>	<p>Patientforløb med manglende udfyldelse af rubrik A i patientens efterundersøgelseskema for de med relevant udført kirurgi, dvs. både de, som har udfyldt patientens efterundersøgelseskema, uden at udfylde rubrik A, samt de, som ikke har udfyldt patientens efterundersøgelseskema.</p>



Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
<p>3b. Urininkontinens - Subjektiv patient bedømmelse af succes efter bulking operation</p> <p>Subjektiv patient bedømmelse af succes efter primær operation for urininkontinens.</p> <p>Standard: ikke fastsat</p> <p>Komplethed af dataregistrering: For mindst 80 % af forløbene med relevant operationskode skal rubrikken A (urininkontinens) være udfyldt (ja/nej).</p> <p>Rubrikken A (Hvor ofte oplever du urininkontinens?) findes i patientens efterundersøgelsesskema.</p>	<p>Antal patientforløb, der har fået foretaget urininkontinens-kirurgi (én af nedenstående operationskoder) for 1. gang i opgørelsesperioden:</p> <p>KKDV20, KKDV22.</p>	<p>Antal patientforløb, hvor der er foretaget afkrydsning i felterne 'Aldrig (værdi 0)', eller 'ja, en gang om ugen eller mindre (værdi 1)' i rubrikken A (Hvor ofte oplever du urininkontinens?).</p>	<p>Patientforløb med manglende udfyldelse af rubrik A i patientens efterundersøgelsesskema for de med relevant udført kirurgi, dvs. både de, som har udfyldt patientens efterundersøgelsesskema, uden at udfylde rubrik A, samt de, som ikke har udfyldt patientens efterundersøgelsesskema.</p>
<p>7. Prolaps - Subjektiv patient-bedømmelse af prolapsoperation</p> <p>Patienttilfredshed efter primær operation for prolaps – der bør ikke være nedglidningssymptomer efter operation.</p> <p>Standard: ≥ 80 % af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: For mindst 80 % af forløbene med relevant operationskode skal rubrikken A (nedsynkningssymptomer) være udfyldt (ja/nej).</p> <p>Rubrikken A (Har du fornemmelse af noget, der glider ud af skedeåbningen, eller kan du mærke en bule uden for skeden?) findes i patientens efterundersøgelsesskema.</p>	<p>Antal patientforløb, hvor der er foretaget kirurgi for prolaps (én af nedenstående operationskoder) for 1. gang i opgørelsesperioden:</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende): KLCD10, KLDC10, KLEE10, KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF03, KLEF03A, KLEF10, KLEF13, KLEF23, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLEF60, KLEF63, KLEF64, KLEF96, KLEF97.</p>	<p>Antal patientforløb, som i spørgeskemaet for efterundersøgelse har registreret 'Nej (værdi 0)' i rubrikken A (Har du fornemmelse af noget, der glider ud af skedeåbningen, eller kan du mærke en bule uden for skeden?).</p>	<p>Patientforløb med manglende udfyldelse af rubrik A i patientens efterundersøgelsesskema for de med relevant udført kirurgi, dvs. både de, som har udfyldt patientens efterundersøgelsesskema, uden at udfylde rubrik A, samt de, som ikke har udfyldt patientens efterundersøgelsesskema.</p>



Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
<p>11 Recidivoperation (2 år) efter slyngeoperation for inkontinens</p> <p>Slyngeoperation for inkontinens efter primær slyngeoperation for inkontinens.</p> <p>Standard: ≥ 95 % af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: 90 %</p>	<p>Antal patientforløb, der har fået foretaget inkontinenskirurgi med slynge (én af nedenstående operationskoder) for 1. gang i opfølgelsesperioden.</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende):</p> <p>KLEG10, KLEG10A, KLEX3G</p>	<p>Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget inkontinenskirurgi med slynge (én af nedenstående operationskoder) efter primær inkontinensoperation med slynge, indenfor 2 år efter primær inkontinens slyngeoperation.</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende):</p> <p>KLEG10, KLEG10A, KLEX3G</p>	Ingen
<p>12 Recidivoperation (5 år) efter slyngeoperation for inkontinens</p> <p>Slyngeoperation for inkontinens efter primær slyngeoperation for inkontinens.</p> <p>Standard: ≥ 90 % af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: 90 %</p>	<p>Antal patientforløb, der har fået foretaget inkontinenskirurgi med slynge (én af nedenstående operationskoder) for 1. gang i opfølgelsesperioden.</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende):</p> <p>KLEG10, KLEG10A, KLEX3G</p>	<p>Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget inkontinenskirurgi med slynge (én af nedenstående operationskoder) efter primær inkontinensoperation med slynge, indenfor 5 år efter primær inkontinens slyngeoperation.</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende):</p> <p>KLEG10, KLEG10A, KLEX3G</p>	Ingen
<p>13 Recidivoperation (2 år) forreste kompartiment efter operation for prolaps</p> <p>Operation for prolaps efter primær prolapsoperation, i samme kompartiment ved begge operationer.</p> <p>Standard: ≥ 95 % af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: 90 %</p>	<p>Antal patientforløb, som i opfølgelsesperioden har fået foretaget prolapskirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartiment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data) for 1. gang.</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende):</p> <p>Forreste kompartiment: KLEF00, KLEF00A, KLEF60, KLEF63, KLEF64 KLCD10, kombineret med DN81.1 KLDC10, kombineret med DN81.1</p>	<p>Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i samme kompartiment som ved primær prolapsoperation, indenfor 2 år efter primær prolapsoperation (DN81* fås fra LPR-data).</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende):</p> <p>Forreste kompartiment: KLEF00, KLEF00A, KLEF60, KLEF63, KLEF64 KLCD10, kombineret med DN81.1 KLDC10, kombineret med DN81.1</p>	Ingen



Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
<p>14 Recidivoperation (5 år) forreste kompartment efter operation for prolaps</p> <p>Operation for prolaps efter primær prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer.</p> <p>Standard: ≥ 90 % af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: 90 %</p>	<p>Antal patientforløb, som i opgørelsesperioden har fået foretaget prolaps-kirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data) for 1. gang.</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende):</p> <p>Forreste kompartment: KLEF00, KLEF00A, KLEF60, KLEF63, KLEF64 KLCD10, kombineret med DN81.1 KLDC10, kombineret med DN81.1</p>	<p>Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i samme kompartment som ved primær prolapsoperation, indenfor 5 år efter primær prolapsoperation (DN81* fås fra LPR-data).</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende):</p> <p>Forreste kompartment: KLEF00, KLEF00A, KLEF60, KLEF63, KLEF64 KLCD10, kombineret med DN81.1 KLDC10, kombineret med DN81.1</p>	<p>Ingen</p>

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
<p>15 Recidivoperation (2 år) midterste kompartment efter operation for prolaps</p> <p>Operation for prolaps efter primær prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer.</p> <p>Standard: ≥ 95 % af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: 90 %</p>	<p>Antal patientforløb, som i opgørelsesperioden har fået foretaget prolaps-kirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data) for 1. gang.</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende):</p> <p>Midterste kompartment: KLEF23, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B KLED00, kombineret med DN81* KLCD10, kombineret med DN81.2 KLDC10, kombineret med DN81.2 KLCD10, kombineret med DN81.3 KLDC10, kombineret med DN81.3 KLCD10, kombineret med DN81.3A KLDC10, kombineret med DN81.3A KLCD10, kombineret med DN81.4 KLDC10, kombineret med DN81.4 KLCD10, kombineret med DN81.5 KLDC10, kombineret med DN81.5 KLCD10, kombineret med DN81.5A KLDC10, kombineret med DN81.5A</p>	<p>Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i samme kompartment som ved primær prolapsoperation, indenfor 2 år efter primær prolapsoperation (DN81* fås fra LPR-data).</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende):</p> <p>Midterste kompartment: KLEF23, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B KLED00, kombineret med DN81* KLCD10, kombineret med DN81.2 KLDC10, kombineret med DN81.2 KLCD10, kombineret med DN81.3 KLDC10, kombineret med DN81.3 KLCD10, kombineret med DN81.3A KLDC10, kombineret med DN81.3A KLCD10, kombineret med DN81.4 KLDC10, kombineret med DN81.4 KLCD10, kombineret med DN81.5 KLDC10, kombineret med DN81.5 KLCD10, kombineret med DN81.5A KLDC10, kombineret med DN81.5A</p>	<p>Ingen</p>

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
<p>16 Recidivoperation (5 år) midterste kompartment efter operation for prolaps</p> <p>Operation for prolaps efter primær prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer.</p> <p>Standard: ≥ 90 % af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: 90 %</p>	<p>Antal patientforløb, som i opgørelsesperioden har fået foretaget prolaps-kirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data) for 1. gang.</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende):</p> <p>Midterste kompartment: KLEF23, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B KLED00, kombineret med DN81* KLCD10, kombineret med DN81.2 KLDC10, kombineret med DN81.2 KLCD10, kombineret med DN81.3 KLDC10, kombineret med DN81.3 KLCD10, kombineret med DN81.3A KLDC10, kombineret med DN81.3A KLCD10, kombineret med DN81.4 KLDC10, kombineret med DN81.4 KLCD10, kombineret med DN81.5 KLDC10, kombineret med DN81.5 KLCD10, kombineret med DN81.5A KLDC10, kombineret med DN81.5A</p>	<p>Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i samme kompartment som ved primær prolapsoperation, indenfor 5 år efter primær prolapsoperation (DN81* fås fra LPR-data).</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende):</p> <p>Midterste kompartment: KLEF23, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B KLED00, kombineret med DN81* KLCD10, kombineret med DN81.2 KLDC10, kombineret med DN81.2 KLCD10, kombineret med DN81.3 KLDC10, kombineret med DN81.3 KLCD10, kombineret med DN81.3A KLDC10, kombineret med DN81.3A KLCD10, kombineret med DN81.4 KLDC10, kombineret med DN81.4 KLCD10, kombineret med DN81.5 KLDC10, kombineret med DN81.5 KLCD10, kombineret med DN81.5A KLDC10, kombineret med DN81.5A</p>	<p>Ingen</p>

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
<p>17 Recidivoperation (2 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps</p> <p>Operation for prolaps efter primær prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer.</p> <p>Standard: ≥ 95 % af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: 90 %</p>	<p>Antal patientforløb, som i opgørelsesperioden har fået foretaget prolaps-kirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data) for 1. gang.</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende):</p> <p>Bagerste kompartment: KLEF03, KLEF03A, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A KLDC10, kombineret med DN81.6 KLCD10, kombineret med DN81.7 KLDC10, kombineret med DN81.7</p>	<p>Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i samme kompartment som ved primær prolapsoperation, indenfor 2 år efter primær prolapsoperation (DN81* fås fra LPR-data).</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende):</p> <p>Bagerste kompartment: KLEF03, KLEF03A, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A KLDC10, kombineret med DN81.6 KLCD10, kombineret med DN81.7 KLDC10, kombineret med DN81.7</p>	<p>Ingen</p>
<p>18 Recidivoperation (5 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps</p> <p>Operation for prolaps efter primær prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer.</p> <p>Standard: ≥ 90 % af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: 90 %</p>	<p>Antal patientforløb, som i opgørelsesperioden har fået foretaget prolaps-kirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data) for 1. gang.</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende):</p> <p>Bagerste kompartment: KLEF03, KLEF03A, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A KLDC10, kombineret med DN81.6 KLCD10, kombineret med DN81.7 KLDC10, kombineret med DN81.7</p>	<p>Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i samme kompartment som ved primær prolapsoperation, indenfor 5 år efter primær prolapsoperation (DN81* fås fra LPR-data).</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende):</p> <p>Bagerste kompartment: KLEF03, KLEF03A, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A KLDC10, kombineret med DN81.6 KLCD10, kombineret med DN81.7 KLDC10, kombineret med DN81.7</p>	<p>Ingen</p>

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
<p>19a. Subjektiv patientbedømmelse efter slyngeoperation Patient Global Impression of Improvement (PGI-I skala)</p> <p>Subjektiv patientbedømmelse efter primær slyngeoperation for urininkontinens målt på PGI-I skala.</p> <p>Standard: ≥ 90 % af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: 80 % af patienter, som har besvaret patientens efterundersøgelseskema, spørgsmål baseret på PGI-I skalaen.</p>	<p>Antal patientforløb, der har fået foretaget urininkontinens-kirurgi (én af nedenstående operationskoder) for 1. gang i opgørelsesperioden:</p> <p>KLEG10, KLEG10A, KLEX3G</p>	<p>Antal urininkontinens patientforløb hvor patienten i patientens efterundersøgelseskema har besvaret spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen med "Rigtig meget bedre", "Meget bedre" eller "Lidt bedre".</p>	<p>Urininkontinens patientforløb med manglende udfyldelse af patientens efterundersøgelseskema, spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen, dvs. både de, som har udfyldt patientens efterundersøgelseskema, uden at udfylde spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen, samt de, som ikke har udfyldt patientens efterundersøgelseskema.</p>
<p>19b. Subjektiv patientbedømmelse efter bulkingoperation Patient Global Impression of Improvement (PGI-I skala)</p> <p>Subjektiv patientbedømmelse efter primær bulkingoperation for urininkontinens målt på PGI-I skala.</p> <p>Standard: ≥ 90 % af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: 80 % af patienter, som har besvaret patientens efterundersøgelseskema, spørgsmål baseret på PGI-I skalaen.</p>	<p>Antal patientforløb, der har fået foretaget urininkontinens-kirurgi (én af nedenstående operationskoder) for 1. gang i opgørelsesperioden:</p> <p>KKDV20, KKDV22</p>	<p>Antal urininkontinens patientforløb hvor patienten i patientens efterundersøgelseskema har besvaret spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen med "Rigtig meget bedre", "Meget bedre" eller "Lidt bedre".</p>	<p>Urininkontinens patientforløb med manglende udfyldelse af patientens efterundersøgelseskema, spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen, dvs. både de, som har udfyldt patientens efterundersøgelseskema, uden at udfylde spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen, samt de, som ikke har udfyldt patientens efterundersøgelseskema.</p>

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
<p>20. Subjektiv patientbedømmelse efter prolaps operation Patient Global Impression of Improvement (PGI-I skala)</p> <p>Subjektiv patientbedømmelse efter primær operation for prolaps målt på PGI-I skala.</p> <p>Standard: ≥ 90 % af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: 80 % af patienter, som har besvaret patientens efterundersøgelseskema, spørgsmål baseret på PGI-I skalaen.</p>	<p>Antal patientforløb, der har fået foretaget primær prolaps-kirurgi (én af nedenstående operationskoder) for 1. gang i opgørelsesperioden:</p> <p>KLCD10, KLDC10, KLEE10, KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF03, KLEF03A, KLEF10, KLEF13, KLEF23, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLEF60, KLEF63, KLEF64, KLEF96, KLEF97.</p>	<p>Antal prolaps patientforløb hvor patienten i patientens efterundersøgelseskema har besvaret spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen med "Rigtig meget bedre", "Meget bedre" eller "Lidt bedre".</p>	<p>Prolaps patientforløb med manglende udfyldelse af patientens efterundersøgelseskema, spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen, dvs. både de, som har udfyldt patientens efterundersøgelseskema, uden at udfylde spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen, samt de, som ikke har udfyldt patientens efterundersøgelseskema.</p>

10. Appendiks 4: Publikationer og projekter med udgangspunkt i DugaBase

Dataadgang

Hvis man ønsker at anvende egne, lokale data fra DugaBase eller aggregerede data fra andre afdelinger/hele landet til rent kvalitetsformål, kan du gøre det uden protokol og særlig ansøgning, så længe anvendelsen er omfattet af de generelle retningslinjer for brug af kliniske kvalitetsdata.

Hvis man ønsker at anvende data på individniveau fra andre afdelinger til kvalitetsformål, eller hvis man ønsker at anvende data til forskning, skal der søges om lov til det. Der findes en detaljeret vejledning om forskningsadgang via linket

<http://www.rkkp.dk/forskning/>

Ansøgningsskema (som Word-fil) findes også via dette link.

Artikler der udgår fra DugaBase

2011

1. Kesmodel US, Mørup L, Hviid UR, Sander UR, Sander P, Bek KM, Hansen UD, Lose G. Private klinikker forsømmer at indberette. Ugeskr Læger 2011;173(46):2971.

2012

2. Kesmodel US, Bæk KM, Gradel KO, Guldborg R, Hansen JK, Hansen UD, Haugaard MC, Hviid U, Lose G, Mørup L, Raaberg L, Sander P. Dansk Urogynækologisk Database. Ugeskr Laeger 2012;174(42):2540.
3. Guldborg R, Brostrøm S, Hansen JK, Kærlev L, Gradel KO, Nørgaard BM, Kesmodel US. The Danish Urogynaecological Database - establishment, completeness, and validity. Int Urogynecol J 2013, 24(6), 983-990.
4. Guldborg R, Kesmodel US, Hansen JK, Gradel KO, Brostrøm S, Kærlev L, Nørgaard BM. Patient reported outcome measures in women undergoing surgery for urinary incontinence and pelvic organ prolapse in Denmark, 2006-2011. Int Urogynecol J 2013, 24(7), 1127-1134.

2015

5. Haya N, Baessler K, Christmann-Schmid C, de Tayrac R, Dietz V, Guldborg R, Mascarenhas T, Nussler E, Ballard E, Ankardal M, Boudemaghe T, Wu JM, Maher CF. Prolapse and continence surgery in countries of the Organization for Economic Cooperation and Development in 2012. Am J Obstet Gynecol 2015, 212(6):755.e1-755.e27.
6. Guldborg R. Clinical epidemiological studies of women undergoing surgery for urogynaecological disorders. Dan Med J 2015, 62(10): B5154

2016

7. Larsen MD, Lose G, Guldborg R, Gradel KO. Discrepancies between patient-reported outcome measures when assessing urinary incontinence or pelvic- prolapse surgery. Int Urogynecol J 2016;27(4):537-543.
8. Hansen UD, Gradel KO, Larsen, MD. Danish Urogynaecological Database. Clin Epidemiol 2016, 25;8:709-712

2017

9. Hansen, MF, Lose G., Kesmodel US, Gradel KO. A national population-based cohort study of urethral injection therapy for female stress and mixed urinary incontinence: the Danish Urogynaecological Database, 2007–2011 Int Urogynecol J 2017;28(9):1309-1317.
10. Ugianskiene A, Kjærgaard N, Inger Lindquist AS, Larsen T, Glavind K. Retrospective study on de novo postoperative urinary incontinence after pelvic organ prolapse surgery. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2017;219:10-14.

2018

11. Hansen MF. Surgical treatment for urinary incontinence in women - Danish nationwide cohort studies. Dan Med J. 2018 Feb;65(2): B5447.



12. Weltz V, Guldberg R, Larsen MD, Magnussen B, Lose G. Influence of body mass index on short-term subjective improvement and risk of reoperation after mid-urethral sling surgery. *Int Urogynecol J.* 2018 Apr;29(4):585-591.
 13. Tolstrup CK, Husby KR, Lose G, Kopp TI, Viborg PH, Kesmodel US, Klarskov N. The Manchester-Fothergill procedure versus vaginal hysterectomy with uterosacral ligament suspension: a matched historical cohort study. *Int Urogynecol J.* 2018;29(3):431-440.
 14. Husby KR, Tolstrup CK, Lose G, Klarskov N. Manchester-Fothergill procedure versus vaginal hysterectomy with uterosacral ligament suspension: an activity-based costing analysis. *Int Urogynecol J.* 2018 Aug;29(8):1161-1171.
 15. Hansen MF, Lose G, Sigurdardóttir HB, Gradel KO. A Danish national population-based cohort study of synthetic midurethral slings, 2007-2011. *Int Urogynecol J.* 2018 Aug [Epub ahead of print]
 16. Ugianskiene A, Kjærgaard N, Larsen T, Glavind K. What happens to urinary incontinence after pelvic organ prolapse surgery? *Int Urogynecol J.* 2018 [Epub ahead of print]
- 2019**
17. Larsen MD, Guldberg R, Lose G. Perioperative cardiovascular complications following urogynecological operations. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2019;98(1):61-67.
 18. Husby KR, Lose G, Klarskov N. Trends in apical prolapse surgery between 2010 and 2016 in Denmark. *Int Urogynecol J.* 2019 [Epub ahead of print]

Afhandlinger der udgår fra DugaBase

Guldberg R: Clinical epidemiological studies in women undergoing surgery for urogynaecological disorders. PhD Thesis, Center of Clinical Epidemiology, Odense University Hospital, and Faculty of Health Sciences, University of Southern Denmark, 2013.

Hansen MF: Surgical treatment for urinary incontinence in women - Danish nationwide cohort studies. PhD Thesis, Copenhagen University, 2016



Projekter hvor der er søgt om tilladelse til at anvende data fra DugaBase

Ansøgnings - tidspunkt	Bevilget	Ansøger(e)	Institution	Titel
Oktober 2008	Styregrup- pemøde 27/1 2009	Rikke Guldborg	OUH	Operation for urininkontinens og urogenital prolaps hos kvinder i Danmark – klinisk epidemiologiske studier med fokus på sygefravær, medicinforbrug og påvirkning af livskvalitet
Januar 2009	Styregrup- pemøde 27/1 2009	Lasse Raaberg	Gråbrødrekliniken, Odense & Sønderborg Sygehus	Symptomer og fund hos urogynækologiske patienter, der er henvist til og behandlet på, afd. D, OUH, i årene 2006 og 2007, baseret på registrering i DUGA Base.
Marts 2010	Styregrup- pemøde 15/3 2010	Marianne Ottesen Weincke	Hvidovre Hospital	Effekten af KLEF03 +/- KLFE20 i forhold til inkontinens for urin
Januar 2012	Styregrup- pemøde 9/5 2012	Rikke Guldborg Ulla Darling Hansen	OUH	Brug af implantater ved urogynækologiske operationer i Danmark –
Januar 2012	Styregrup- pemøde 7/2 2012	Rikke Guldborg	OUH	Kirurgisk behandling af stressinkontinens (Guidelinearbejde)
Maj 2012	Styregrup- pemøde 14/6 2012	Margrethe Foss Hansen	SDU/KU	Regional variation i behandlingskvalitet- kirurgisk behandling af urinkontinens hos kvinder
August 2013	Styregrup- pemøde 2/9 2013	Chris Maher/Nir Haya/Rikke Guldborg	University of Queensland, Brisbane og OUH	Worldwide urogynaecological surgery (Udtræk sept. 2013)
2015	August 2015, overlæge, til projektet "	Pinar Bor	Regionshospitalet Randers	Er profylaktisk antibiotika nødvendig ved midturetrale slyngeoperationer
November 2015	December 2015	Cecilie K. Tolstrup	Gynækologisk Obstetrisk Afdeling Herlev & Gentofte Hospital	"Manchesteroperation versus vaginal hysterektomi i behandlingen af uterusprolaps".
September 2015	September 2015	Rikke Guldborg, Vibeke Weltz	OUH	Peri-Operative complications and patient reported outcomes after surgery for urinary incontinence or pelvic organ prolapse in obese women in Denmark
December 2016	December 2016	Michael Due Larsen, ph.d., cand. Pharm	OUH og Center for klinisk Epidemiologi	Perioperative complications following urogynaecological surgery (Senkomplikationer efter urogynækologiske operationer)
Oktober 2016	December 2016	Aiste Ugianskiene	Department of Obstetrics and Gynaecology, Aalborg University Hospital (AAUH).	Postoperative urinary incontinence after pelvic prolapse surgery
Oktober 2016	Januar 2017 Tillægsansøgning 2018	Dorte Teilmann-Jørgensen, MD	OUH	Cystocele re-operation rates dependent on apical support
November 2017		Susy Shim	Aalborg Universitets-hospital	Er der sammenhæng mellem operatørf erfaring og risiko for recidiv af cystocele efter en forvægsplastikoperation?
2017		Niels Kjærgaard	Aalborg Universitets-hospital	Manchester-projekt
2017	September 2017	Yasmine Khayyami	Herlev Hospital	Urininkontinens efter operation for urogenital prolaps



Appendiks 4

2018		Susanne Axelsen	Aarhus Universitetshospital	Follow-up of incontinence operation with bulking at Aarhus University Hospital
------	--	-----------------	-----------------------------	--



11. Appendiks 5: Vejledning i fortolkning af resultater

De følgende vejledninger vedrører afsnittet "Indikatorresultater på lands- og afdelingsniveau", hvori indgår resultater med statistiske begreber:

Konfidensinterval

Som udgangspunkt udgør en population en tilfældig stikprøve af en baggrundspopulation. I baggrundspopulationen findes en sand, men ukendt, værdi, som estimeres i stikprøven.

Et konfidensinterval angives med en procentsats, som ofte er 95 %. Et 95 % konfidensinterval angiver, at den sande værdi, som ønskes estimeret, med 95 % sandsynlighed ligger i konfidensintervallet.

95 % konfidensintervaller vises i afsnittets tabeller og figurer. Alle konfidensintervaller i denne årsrapport er beregnet som eksakte binomiale konfidensintervaller. Der findes forskellige måder at beregne konfidensintervaller på, som ikke omtales nærmere her. Uanset hvilken metode man vælger til beregning af konfidensintervaller er disse mindre valide når de findes i et område, der nærmer sig yderpoler (0 % eller 100 % for indikatorandele).

Standarden opfyldt eller ikke opfyldt

I denne årsrapport har RKKP iht. skabelonen for årsrapporter fastlagt følgende kriterier, som findes i tabeller med resultater for indikatorer, anden kolonne, men kun for afdelinger/regioner med mindst 10 patientforløb:

- "Ja":
Andelen er lig med eller **over** standarden på **mindst** X %
eller
Andelen er lig med eller **under** standarden på **højst** X %
- "Nej":
Andelen er **under** standarden på **mindst** X %
eller
Andelen er **over** standarden på **højst** X %

Tabeller med resultater for indikatorer

Disse tabeller viser resultater på landsplan samt for regioner og afdelinger.

- Kolonnen "Std. opfyldt: Mindst/Højst X %" angiver om indikatoren er opfyldt ("Ja", eller "Nej" i henhold til kriterier forklaret ovenfor).
- Kolonnen "Tæller/nævner" viser tællerpopulationen samt nævnerpopulationen efter eksklusioner. Eksklusionskriterier for de enkelte indikatorer fremgår af beregningsreglerne (jf. Appendiks 3: Indikatordefinitioner)
- Kolonnen "Uoplyst Antal (%)" angiver procentdelen af potentielle nævnerforløb, som er ekskluderet (i henhold til kriterier som vist i Appendiks 3: Indikatordefinitioner). Den er komplementær til komplementheden, således at 100 minus komplementheden er lig uoplyste i procent. Komplementheden er udregnet som "Nævner" (vist i tabellen) divideret med antal potentielle nævnerforløb (ikke vist i tabellen), som derefter er ganget med 100 for at få resultatet i procent
- Kolonnen "Aktuelle år" angiver andelen (95 % konfidensintervaller), som opfylder indikatoren. Andelen er udregnet som "Tæller" divideret med "Nævner", som derefter er ganget med 100 for at få andelen i procent.
- Kolonnen/kolonnerne "Tidligere år" angiver andelen for tidligere opgørelsesperioder (år). Andelen er udregnet som "Tæller" divideret med "Nævner", som derefter er ganget med 100 for at få andelen i procent



Figurer med resultater for indikatorer, per region (kontrolldiagrammer)

Regionens andel angives med et kryds, og 95 % konfidensintervallerne angives med de "liggende T'er".

Figurer med resultater for indikatorer, per afdeling (kontrolldiagrammer)

Afdelingens andel angives med et kryds, og 95 % konfidensintervallerne angives med de "liggende T'er".

Den følgende vejledning vedrører figurer i " Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer":

Figurer med udvikling af indikatorer over tid, per region og per afdeling

Disse angiver, for hver region/afdeling, udviklingen i andele over tid på kvartalsniveau. Figureerne er uden angivelse af konfidensintervaller, hvorfor de skal fortolkes ekstra forsigtigt.

Ordliste

Ord	Forklaring
Dækningsgrad	Antal DugaBase-forløb i forhold til antal operationer i Landspatientregisteret og/eller DugaBase
Datakomplethed	Antal registreringer for en variabel i forhold til antal relevante DugaBase-forløb. Se desuden specifikke definitioner for de enkelte indikatorer
Indikator ^a	En målbar variabel som anvendes til at overvåge og evaluere kvalitet
Kvalitet ^a	evne til (ud fra specificerede eller underforståede forventninger) at skabe det ønskede resultat for patienten
Standard ^a	Et mål, der anvendes til en forholdsmeæssig vurdering af en ydelses kvalitet

a: Kilde: Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og –definitioner & Metodehåndbog i Kvalitetsudvikling, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, januar 2016 (<http://dsk.dk/publikationer/>, klik på "Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner & Metodehåndbog i Kvalitetsudvikling" og nederst på siden på "Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner & Metodehåndbog i Kvalitetsudvikling", hvorved pdf-filen uploades. Accessed 2. maj 2017).

12. Appendiks 6: Regionale kommentarer

Resultater og kommentarer i afsnittet "Regionale kommentarer" er udenfor regi af RKKP, som dermed ikke indestår for validiteten.

Kommentar fra Region Midtjylland:

"Vi har generelt i Region Midtjylland været udfordrede omkring såvel løbende data som årsrapport for DUGA-databasen. Dette skyldes, at vi over en længere periode ikke kunne indlæse det data vi modtog fra RKKP. Fejlen er nu blevet rettet af RKKP, og der bør ikke fremadrettet være problemer med data fra DUGA-databasen. Men omkring skæringsdatoen for årsrapporten var der store frustrationer, da afdelingerne ikke som normalt kunne bruge lister for dækningsgrad og datakomplethed. Dette kommer bla. til udtryk i hospitalernes besvarelser."