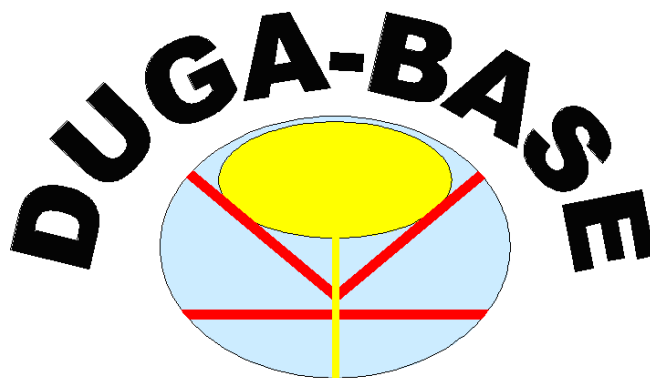


**Årsrapport nr. 10 for DugaBase**  
**Dansk Urogynækologisk Database**



Dansk Urogynækologisk Database



**Årsrapport 2015**

*1. januar 2015 - 31. december 2015*

Denne rapport er udarbejdet af Styregruppen for Dansk Urogynækologisk Database.

Kompetencecenter Syd for Epidemiologi og Biostatistik (KCEB-Syd) har udarbejdet analyser og epidemiologisk kommentering til hele rapporten.

Kontaktperson for Dansk Urogynækologisk Database:

Lene Korshøj

Kvalitetskonsulent, Cand.scient.san

Kompetencecenter for Klinisk Kvalitet & Sundhedsinformatik - Vest

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram

c/o Regionshuset Aarhus, Olof Palmes Allé 15

8200 Aarhus N

Tlf.: 78 41 39 89

E-mail: [lenekors@rm.dk](mailto:lenekors@rm.dk)

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

Rapporten er udgivet d. 30. juni 2016

## Indhold

1.	Konklusioner og anbefalinger .....	4
2.	Oversigt over alle indikatorer .....	6
3.	Indikatorresultater på lands- og afdelingsniveau .....	7
3.1.	Indikator 1.....	7
3.2.	Indikator 3.....	11
3.3.	Indikator 7.....	14
3.4.	Indikator 11.....	18
3.5.	Indikator 12.....	21
3.6.	Indikator 13.....	24
3.7.	Indikator 14.....	28
3.8.	Indikator 15.....	31
3.9.	Indikator 16.....	34
3.10.	Indikator 17.....	37
3.11.	Indikator 18.....	40
3.12.	Indikator 19.....	43
3.13.	Indikator 20.....	46
4.	Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet.....	49
5.	Datagrundlag og metode.....	52
6.	Styregruppens medlemmer.....	58
7.	Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer .....	59
8.	Appendiks 2: Supplerende figurer og tabeller for udvalgte indikatorer .....	105
9.	Appendiks 3: Supplerende statistik .....	106
10.	Appendiks 4: Indikatordefinitioner.....	124
11.	Appendiks 5: Publikationer og projekter med udgangspunkt i DugaBase.....	132
12.	Appendiks 6: Vejledning i fortolkning af resultater .....	138
13.	Appendiks 7: Regionale kommentarer.....	140

## 1. Konklusioner og anbefalinger

### Sammenfatning

Nærværende årsrapport er baseret på mere solide data end tidligere, flere uklare data er sorteret væk og både dækningsgraden og datakompletheden er henholdsvis høj og stigende. Årsrapporten skal derfor ses som det hidtidige mest solide dokument vedrørende kvaliteten af urogynækologisk operativ behandling i Danmark. Når dette er sagt, skal der selvfølgelig tages højde for, at indberetningen nogle steder fortsat er mangelfuld, især for de indikatorer som baserer sig på data fra den postoperative kontrol. Ligeledes bør man være forsigtig med sammenligning afdelingerne imellem, idet data ikke tager højde for f.eks. case-mix.

Indikatorresultaterne viser generelt en høj og ensartet stabil kvalitet af behandlingerne. Enkelte afdelinger viser udsving i forhold til tidligere. Disse afdelinger er opfordret til at analysere data med henblik på at klarlægge årsager.

Den store og forholdsvis komplette mængde data som DugaBase efterhånden udgør, gør den værdifuld med henblik på en række fagligt interessante supplerende analyser. Disse fremgår af appendiks 3.

### Styregruppens generelle kommentarer

Årsrapporten 2015 er den første i rækken, hvor alle indikatorer- også dem der tager udgangspunkt i operationer udført for 5 år siden- er baseret på data fra år, hvor dækningsgraden var 90 % eller derover. Som tidligere viser den en stabil og høj indberetning af data vedrørende operationer. Vi tager dette som et udtryk for, at alle landets afdelinger nu har indarbejdet rutiner, hvor indsamling og indberetning af data til DugaBase er inkorporeret i den daglige drift. Det er også det første hele år, hvor mangellister ikke udsendes fra DugaBase sekretariatet, men skal trækkes af de enkelte afdelinger via de lokale LIS systemer. Denne omstilling har voldt en del problemer idet det har været ret vanskeligt at få adgang til disse systemer. Det er derfor betryggende at se, at dette tilsyneladende ikke har påvirket dækningsgraden.

Når det er sagt, så er der forsat en stor udfordring i at få indsamlet og rapporteret data fra den postoperative kontrol. 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. Den landsdækkende datakomplethed for disse indikatorer ligger i aktuelle rapport på mellem 76 % og 79 %, med stor variation afdelingerne imellem. Styregruppen skal igen i år opfordre til, at man prioriterer indsamling af disse data.

Indikatorresultaterne viser igen i år en generel stabil høj opfyldelse. Enkelte afdelinger har udsving på enkelte indikatorer, og disse afdelinger er kontaktet af styregruppen og tilbudt hjælp til eventuelle relevante subanalyser af data, med henblik på at klarlægge årsager til udsvinget. Styregruppens kommentarer findes i relation til de enkelte indikatorer.

Som anført baserer denne rapport sig på store mængder meget solide data, og datagrundlaget må siges at tilhøre et af de meget få landsdækkende urogynækologiske datasæt i verden. Vi har derfor valgt at vise enkelte supplerende analyser, som vi finder af stor faglig værdi. Disse analyser findes i appendiks 3, og drukner derfor lidt i den overvældende mængde obligatoriske data, men styregruppen vil gerne henlede den fagligt interesseredes opmærksomhed på dette.

Ved læsning af rapporten vil den opmærksomme læser komme ud for flere ændringer i forhold til tidligere rapporter som man bør være opmærksom på ved sammenligning med tidligere års resultater. Alle ændringer er resultatet af styregruppens arbejde med at styrke kvaliteten og relevansen af data.

### Ændringer skal kort omtales her:

*Indikator 3, 7, 19, 20 ny komplethedsberegning og ny titel – samme indhold.*

For ovennævnte indikatorer er der ingen ændring i beregningen af indikatoropfyldelsen. Derimod er der strammet op på definitionen af uoplyste. Hvor man tidligere definerede uoplyst som antallet af indberettede

skemaer, hvor det enkelte spørgsmålet ikke var besvaret, er dette ændret til antallet af relevante patientforløb, hvor spørgsmålet ikke er besvaret. Dette udgør en kraftig stramning af definitionen – og giver derved et langt mere reelt billede af datakompletheden.

Vi har også valgt at ændre disse indikatorers titler således, at de bedre indikerer hvad indikatorerne måler.

#### *Indikator 9 og 10 udgået*

Som besluttet i seneste årsrapport er indikator 9 og 10 udgået idet de var uklart definerede og dermed ikke brugbare. De omhandlede klinikerens vurdering af det samlede behandlingsresultat – hvilket anses som mindre relevant.

#### *Indikator 11-18 vendt om*

I 2015 blev der indført regler om, at man ikke må publicere data, hvor celler indeholder mindre end 3 udfald. Dermed gjorde man det umuligt at lave en reel afrapportering af indikator 11- 18 som omhandler recidiv kirurgi, som mange steder kun forekommer med ganske få udfald. Styregruppen har derfor valgt at "vende" indikatoren således, at vi i stedet ser på antallet af "ikke – recidivopererede" patienter, og derfor har mange flere udfald i hver celle, uden at gå på kompromis med selve indikatorens indhold.

### **Indsatsområder for styregruppen i 2015**

Styregruppen har i første halvår af 2015 beskæftiget sig med implementeringen af rapportdannelsesmodulet i Topica. Det blev udarbejdet i samarbejde med Databaseenheden under Region Syddanmark og implementeret i januar 2015. Efterfølgende blev der udarbejdet brugermanualer og afholdt en undervisningssession i forbindelse med Dansk Urogynækologisk Selskabs kursusdag i september 2015.

Endvidere har en revideret kodevejledning fra Dansk Urogynækologisk Selskab gjort det nødvendigt med en revision af det online indtastningsmodul og de tilhørende dokumenter. I forbindelse hermed er en række fejl og mangler blevet rettet, og der er generelt strammet op vedrørende definitioner for hvordan der indrapporteres. Specielt er styregruppen opmærksom på, at komplikationsregistrering er mangelfuld og dette er forsøgt forbedret inden for den eksisterende økonomiske ramme.

DugaBase er udvalgt af RKKP som egnet til at indgå i det overordnede landsdækkende PROCIN projekt og vi har bidraget med de ønskede data og beskrivelser af databasen, herunder en artikel om databasen til publikation i et særnummer af Clinical Epidemiology.

### **Fremtidige planer for DugaBase**

DugaBase blev i sin tid oprettet fordi man ville sikre klinikernes egen overvågning af og adgang til data vedrørende kvaliteten af operative behandlinger af urogynækologiske lidelser. Dette ønske var stort fordi specielt var præget af forskellige operative behandlingsmuligheder, hvoraf nogle involverede brug af implantater. I faglige kredse blev man opmærksom på, at den eksisterende dokumentation for de anvendte behandlingsmetoder inklusiv anvendte implantater ofte var mangelfuld og at den mangelfulde overvågning medførte at komplikationer og recidiv af sygdommene ikke blev rapporteret.

Vi har nu en database hvor en meget høj andel af alle urogynækologiske operationer registreres, men desværre fremgår det klart, at registreringen af komplikationer fortsat er meget mangelfuld – og derved lever databasen ikke fuld op til sit formål.

Styregruppen har derfor besluttet at gøre en ekstra indsats for at styrke komplikationsregistreringen – og en arbejdsgruppe forbereder dette. En væsentlig grund til at dette ikke er gennemført endnu er dels, at det er logistisk meget komplekst, idet komplikationsforløb ikke kan standardiseres på samme måde som "ukomplicerede" forløb og dels, at der ikke eksisterer brugbare definitioner af, hvad man regner som komplikation og hvordan disse klassificeres eller vægtes. Der foreligger derfor en større opgave som formodentlig først vil kunne afsluttes om flere år.

## 2. Oversigt over alle indikatorer

Tabel 1– Indikatoroversigt, landsresultater

Indikator	Standard	Uoplyst (Pct.)	Indikatoropfyldelse					
			2015	2014	2013	2012	2011	2010
1: Ventetid (30 dage)	≥ 90%	17	44 (42-45)	40 (38-41)	33 (32-35)	33 (32-35)	32 (31-33)	30 (28-31)
3: UI Behandlingssucces af OP	≥ 70%	21	76 (73-79)	77 (74-79)	76 (73-79)	76 (73-78)	76 (73-78)	68 (65-72)
7: POP Behandlingssucces af OP	≥ 80%	19	84 (82-85)	83 (82-84)	84 (83-86)	85 (84-87)	85 (83-86)	80 (78-82)
11: Recidiv 2år eft. slyngeop.	≥ 95%				99 (98-100)	99 (98-99)	98 (98-99)	98 (98-99)
12: Recidiv 5år eft. slyngeop.	≥ 90%							98 (97-99)
13: Recidiv 2år for.komp. POP	≥ 95%				95 (94-95)	96 (95-97)	96 (96-97)	96 (96-97)
14: Recidiv 5år for.komp. POP	≥ 90%							94 (93-95)
15: Recidiv 2år midt.komp. POP	≥ 95%				96 (94-97)	98 (96-98)	98 (97-98)	97 (96-98)
16: Recidiv 5år midt.komp. POP	≥ 90%							96 (95-97)
17: Recidiv 2år bag.komp. POP	≥ 95%				97 (96-97)	98 (97-98)	97 (96-97)	98 (97-98)
18: Recidiv 5år bag.komp. POP	≥ 90%							97 (96-97)
19: UI Vurd. af OP (PGI-I)	≥ 90%	22	92 (90-94)	93 (91-95)	93 (91-94)			
20: POP Vurd. af OP (PGI-I)	≥ 90%	21	94 (93-95)	93 (92-94)	93 (92-94)			

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

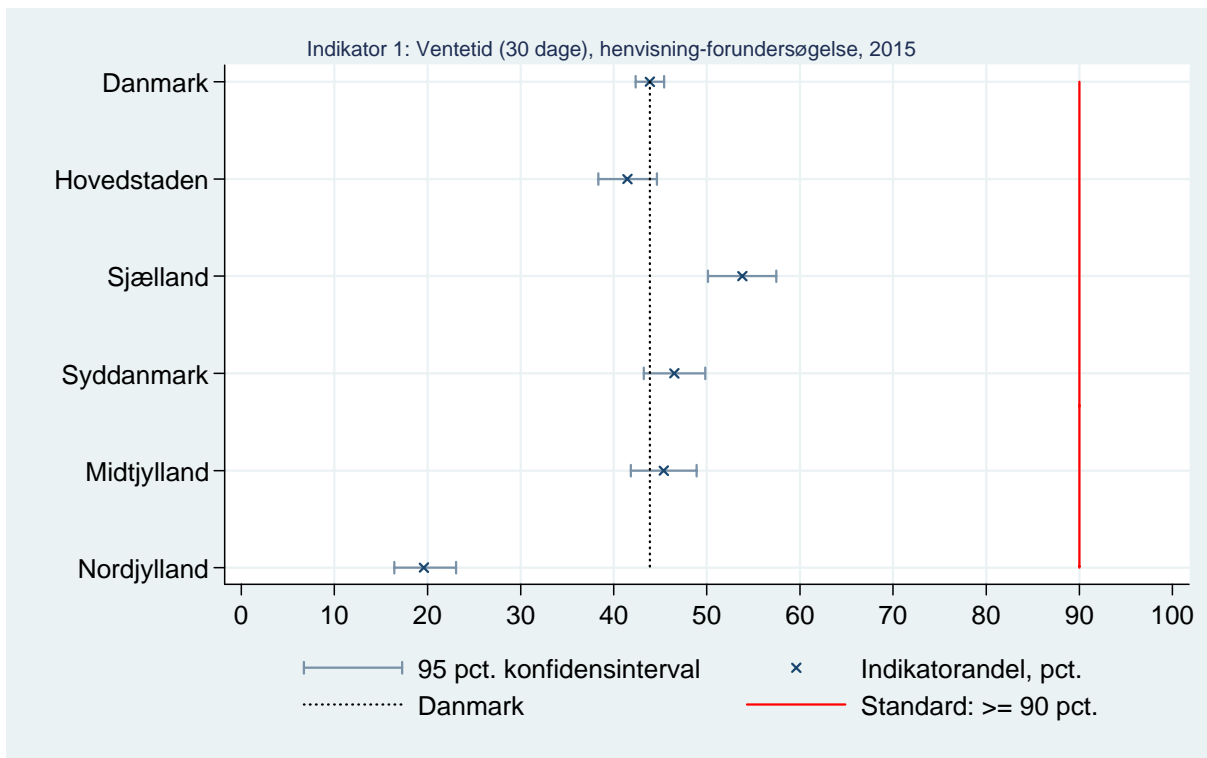
### 3. Indikatorresultater på lands- og afdelingsniveau

#### 3.1. Indikator 1

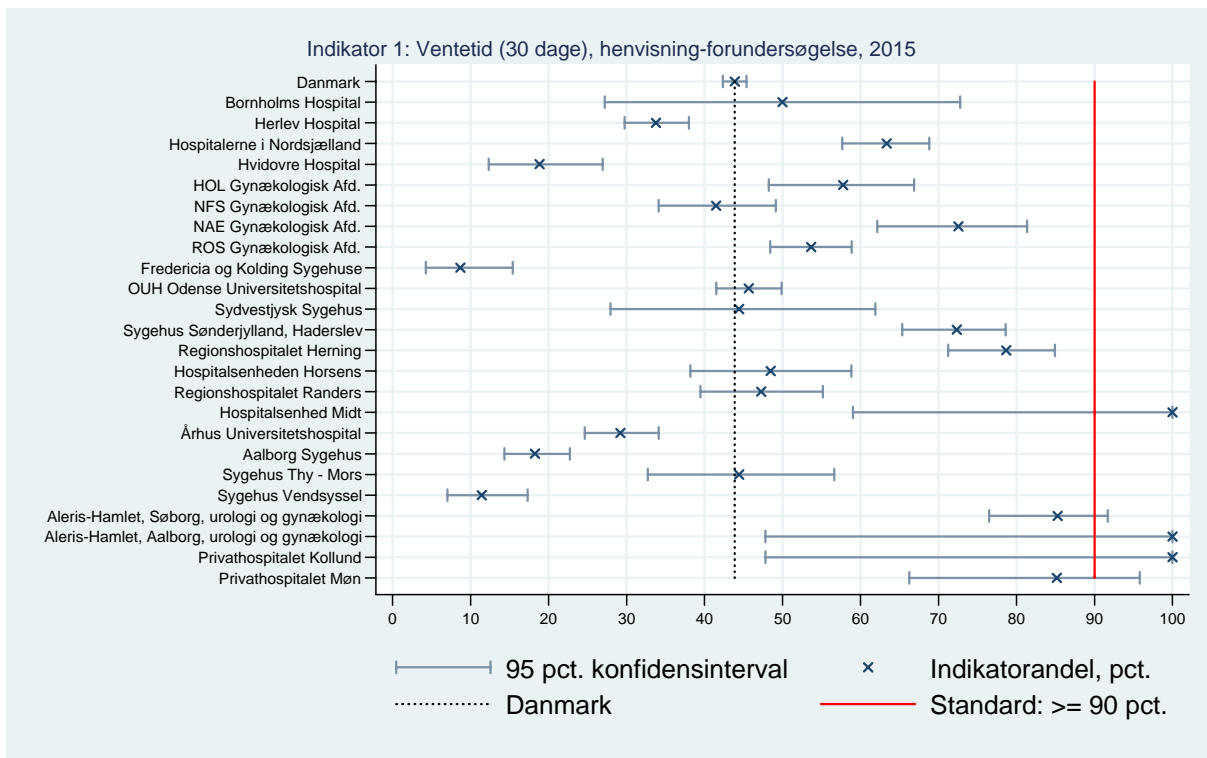
Ventetid (30 dage). Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 4: Indikatordefinitioner", side 124.

Tabel 2 - Resultater for indikator 1

Indikator 01	Std. ≥ 90% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2015 Pct. (95% CI)	2014 Pct.	2013 Pct.	
<b>Danmark</b>	Nej	1804 / 4112	852 (17)	<b>43,9</b> (42,3-45,4)	39,5	33,3	
<b>Hovedstaden</b>	Nej	403 / 972	44 (4)	<b>41,5</b> (38,3-44,6)	49,4	26,0	
<b>Sjælland</b>	Nej	396 / 736	156 (17)	<b>53,8</b> (50,1-57,5)	40,8	32,9	
<b>Syddanmark</b>	Nej	420 / 903	297 (25)	<b>46,5</b> (43,2-49,8)	40,8	39,8	
<b>Midtjylland</b>	Nej	357 / 787	338 (30)	<b>45,4</b> (41,8-48,9)	33,0	38,3	
<b>Nordjylland</b>	Nej	114 / 582	15 (3)	<b>19,6</b> (16,4-23,0)	22,4	21,1	
<b>Hovedstaden</b>	Nej	403 / 972	44 (4)	<b>41,5</b> (38,3-44,6)	49,4	26,0	
Bornholms Hospital	Nej	10 / 20	0 (0)	<b>50,0</b> (27,2-72,8)	32,1	29,2	
Herlev Hospital	Nej	178 / 527	9 (2)	<b>33,8</b> (29,7-38,0)	53,0	20,7	
Hospitalerne i Nordsjælland	Nej	192 / 303	8 (3)	<b>63,4</b> (57,7-68,8)	53,8	36,6	
Hvidovre Hospital	Nej	23 / 122	27 (18)	<b>18,9</b> (12,3-26,9)	29,2	22,0	
<b>Sjælland</b>	Nej	396 / 736	156 (17)	<b>53,8</b> (50,1-57,5)	40,8	32,9	
HOL Gynækologisk Afd.	Nej	67 / 116	7 (6)	<b>57,8</b> (48,2-66,9)	35,0	10,0	
NFS Gynækologisk Afd.	Nej	73 / 176	65 (27)	<b>41,5</b> (34,1-49,1)	20,0	26,9	
NAE Gynækologisk Afd.	Nej	66 / 91	21 (19)	<b>72,5</b> (62,2-81,4)	61,4	71,6	
ROS Gynækologisk Afd.	Nej	190 / 353	63 (15)	<b>53,8</b> (48,5-59,1)	45,1	17,8	
<b>Syddanmark</b>	Nej	420 / 903	297 (25)	<b>46,5</b> (43,2-49,8)	40,8	39,8	
Fredericia og Kolding Sygehuse	Nej	10 / 115	0 (0)	<b>8,7</b> (4,2-15,4)	19,3	10,4	
OOU Odense Universitetshospital	Nej	258 / 564	98 (15)	<b>45,7</b> (41,6-50,0)	40,1	39,9	
Sydvestjysk Sygehus	Nej	16 / 36	189 (84)	<b>44,4</b> (27,9-61,9)	26,8	42,6	
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	Nej	136 / 188	10 (5)	<b>72,3</b> (65,4-78,6)	59,5	55,0	
<b>Midtjylland</b>	Nej	357 / 787	338 (30)	<b>45,4</b> (41,8-48,9)	33,0	38,3	
Regionshospitalet Herning	Nej	118 / 150	0 (0)	<b>78,7</b> (71,2-84,9)	19,4	16,5	
Hospitalsenheden Horsens	Nej	46 / 96	2 (2)	<b>47,9</b> (37,6-58,4)	68,0	79,7	
Regionshospitalet Randers	Nej	78 / 165	11 (6)	<b>47,3</b> (39,5-55,2)	51,2	31,1	
Hospitalsenhed Midt	-	7 / 7	227 (97)	<b>100,0</b> (59,0-100,0)	100,0	96,0	
Århus Universitetshospital	Nej	108 / 369	98 (21)	<b>29,3</b> (24,7-34,2)	14,6	11,3	
<b>Nordjylland</b>	Nej	114 / 582	15 (3)	<b>19,6</b> (16,4-23,0)	22,4	21,1	
Aalborg Sygehus	Nej	63 / 344	13 (4)	<b>18,3</b> (14,4-22,8)	23,8	15,3	
Sygehus Thy – Mors	Nej	32 / 72	1 (1)	<b>44,4</b> (32,7-56,6)	40,5	41,9	
Sygehus Vendsyssel	Nej	19 / 166	1 (1)	<b>11,4</b> (7,0-17,3)	14,1	26,4	
<b>Privathospitaler</b>	Nej	114 / 132	2 (1)	<b>86,4</b> (79,3-91,7)	81,5	77,5	
Aleris–Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi	Nej	81 / 95	0 (0)	<b>85,3</b> (76,5-91,7)	76,5	69,1	
Aleris–Hamlet, Aalborg, urologi og gynækologi	-	5 / 5	1 (17)	<b>100,0</b> (47,8-100,0)	66,7	-	
Gråbrødreklinikken	-	- / -	-	-	100,0	94,1	
Privathospitalet Kollund	-	5 / 5	0 (0)	<b>100,0</b> (47,8-100,0)	100,0	100,0	
Privathospitalet Møn	Nej	23 / 27	1 (4)	<b>85,2</b> (66,3-95,8)	85,0	81,8	



Figur 1 - Resultater for indikator 1, for hele landet og per region



Figur 2 - Resultater for indikator 1, for hele landet og per afdeling



## Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 1

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 17 %, dvs. kompletheden er 83 % (Tabel 2). De uoplyste forløb skyldes både manglende oplysninger om dato for henvisning og/eller dato for forundersøgelse (data ikke vist). Sydvestjysk Sygehus har 84 % og Hospitalsenheden Midt har 97 % uoplyste forløb, mens de resterende afdelinger ligger tættere på landsgennemsnittets 17 %.

På landsplan har 43,9 % af patienterne en ventetid på højst 30 dage, hvilket er meget under standarden på mindst 90 %. Dette er dog en lille forbedring i forhold til 2014, hvor 39,5 % havde en ventetid på højst 30 dage. Ingen af regionerne opfylder standarden, men der er nogen variation mellem dem spændende fra 19,6 % for Region Nordjylland til 53,8 % for Region Sjælland (Figur 1). Ingen afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder standarden.

Der er stor variation mellem de offentlige sygehuse (Figur 2). Blandt sygehuse med mindst 10 relevante patientforløb har Hospitalerne i Nordsjælland, NAE Gynækologisk Afd., Sygehus Sønderjylland og Regionshospitalet Herning en andel på over 60 %, mens de øvrige andel er under 60 %.

De 2 privathospitaler med mindst 10 relevante patientforløb (Aleris-Hamlet/Søborg og Privathospitalet Møn) har andele på 85,3 % og 85,2 % og deres 95 % konfidensintervaller overlapper standarden på 90 %.

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer 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. På regionsniveau ses overordnet en stigning fra 2009 til 2015.

Vi konkluderer, at standarden på landsplan ikke er opfyldt, og ingen afdelinger opfylder standarden.

## Styregruppens kommentarer til indikator 1

Ingen – hverken private eller offentlige sygehuse - lever op til standarden. Datakompletheden for denne indikator er svingende og generelt langt under det ønskede niveau.

Standarden 30 dage blev fastlagt i 2007, da det var besluttet på landspolitisk niveau, at offentlige sygehuse skulle stræbe efter at indkalde henviste patienter inden for 30 dage og den såkaldte ventetidsgaranti blev strammet.

Denne 30 dages grænse er for længst – og flere gange siden - ændret. Det er vigtigt at være opmærksom på at patienter med urogynækologiske sygdomme som hovedregel allerede hos egen læge får en diagnose som ikke er "livstruende" og derfor ifølge aktuel lovgivning blot skal behandles inden for 12 uger.

Fra klinikernes side har man dog ønsket at fastholde indikator 1, idet vi i klinikken oplever, at patienterne efterspørger "rimelig" ventetid på behandling. Standarden 30 dage skal ses mere som et ønskeligt mål end en nærliggende virkelighed, idet det næppe bliver muligt at øge kapaciteten for denne type sygdomme tilstrækkeligt til at kunne opfylde standarden inden for det offentlige sundhedssystem.

Men da ventetid opleves som en vigtig kvalitetsparameter er arbejdet med at ensrette registreringspraksis fortsat, og et forbedret indberetningsmodul med tilhørende vejledning er lanceret pr 1.1. 2016.

Tallene for 2015 er således fortsat præget af, at der eksisterer forskellige registreringspraksis. Det skal være datoen for første kontakt på afdelingen, som skal anvendes i beregning af ventetiden, uanset om det er en sygeplejerske-, fysioterapeut- eller lægekontakt. Flere afdelinger har tilkendegivet, at registreringspraksis er, at det er den dato, hvor lægen beslutter operation og udfylder forundersøgelseskemaet, der registreres, hvilket ikke nødvendigvis er den første kontakt i afdelingen. Vi formoder, at den ændrede registreringsprak-

sis, som trådte i kraft pr 1.1. 2016, også vil gøre det mere meningsfuldt at indberette data, og at datakompletheden vil stige.

### **Anbefalinger til indikator 1**

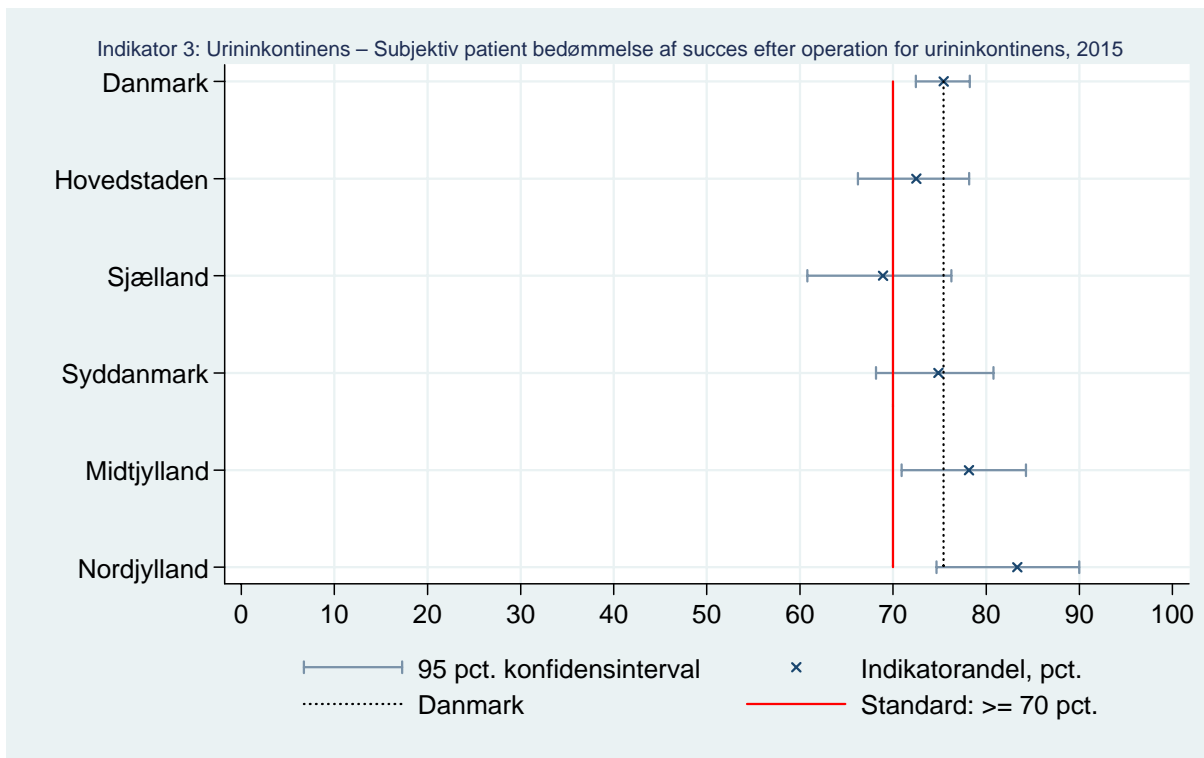
Indikatoren skønnes fortsat relevant og bibeholdes idet man ser frem til næste årsrapport som gerne skulle afspejle den nye og ensartede registreringspraksis og dermed give et reelt billede af ventetid.

### 3.2. Indikator 3

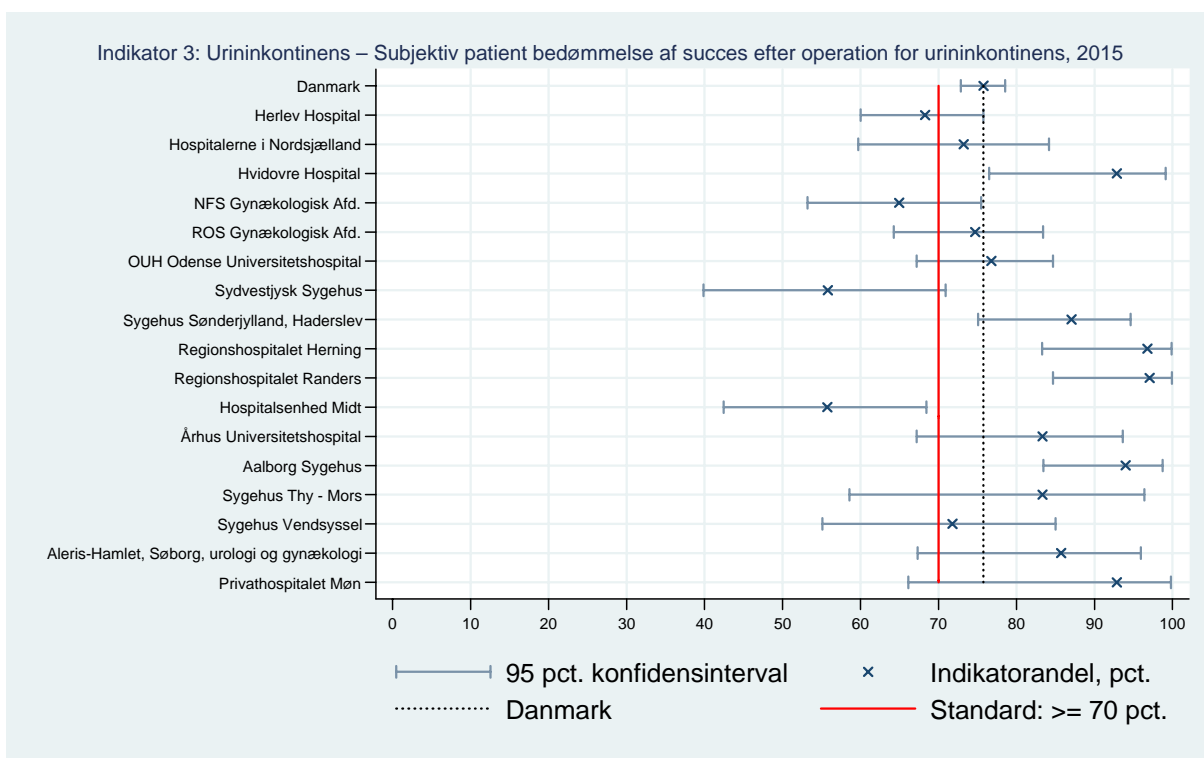
Urininkontinens: Behandlingssucces målt på hyppighed af symptomer efter operation. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 4: Indikatordefinitioner", side 124.

Tabel 3 - Resultater for indikator 3

Indikator 03	Std. ≥ 70% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2015 Pct. (95% CI)	2014 Pct.	2013 Pct.	
<b>Danmark</b>	Ja	660 / 875	270 (24)	<b>75,4</b>	(72,4-78,2)	76,6	75,9
<b>Hovedstaden</b>	Ja	166 / 229	5 (2)	<b>72,5</b>	(66,2-78,2)	72,2	77,2
<b>Sjælland</b>	Nej	102 / 148	101 (41)	<b>68,9</b>	(60,8-76,3)	75,1	66,4
<b>Syddanmark</b>	Ja	146 / 195	55 (22)	<b>74,9</b>	(68,2-80,8)	73,2	70,5
<b>Midtjylland</b>	Ja	125 / 160	68 (30)	<b>78,1</b>	(70,9-84,3)	81,5	82,6
<b>Nordjylland</b>	Ja	85 / 102	29 (22)	<b>83,3</b>	(74,7-90,0)	85,4	86,1
<b>Hovedstaden</b>	Ja	166 / 229	5 (2)	<b>72,5</b>	(66,2-78,2)	72,2	77,2
Bornholms Hospital	- / -	- / -	-	-	-	-	100,0
Herlev Hospital	Nej	99 / 145	1 (1)	<b>68,3</b>	(60,0-75,7)	69,9	77,4
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	41 / 56	0 (0)	<b>73,2</b>	(59,7-84,2)	67,2	73,7
Hvidovre Hospital	Ja	26 / 28	4 (13)	<b>92,9</b>	(76,5-99,1)	100,0	83,3
<b>Sjælland</b>	Nej	102 / 148	101 (41)	<b>68,9</b>	(60,8-76,3)	75,1	66,4
NFS Gynækologisk Afd.	Nej	50 / 77	23 (23)	<b>64,9</b>	(53,2-75,5)	66,3	63,2
ROS Gynækologisk Afd.	Ja	52 / 71	78 (52)	<b>73,2</b>	(61,4-83,1)	83,1	71,4
<b>Syddanmark</b>	Ja	146 / 195	55 (22)	<b>74,9</b>	(68,2-80,8)	73,2	70,5
OUH Odense Universitetshospital	Ja	76 / 99	28 (22)	<b>76,8</b>	(67,2-84,7)	72,5	71,1
Sydvestjysk Sygehus	Nej	24 / 43	15 (26)	<b>55,8</b>	(39,9-70,9)	61,7	63,5
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	Ja	46 / 53	12 (18)	<b>86,8</b>	(74,7-94,5)	85,7	91,7
<b>Midtjylland</b>	Ja	125 / 160	68 (30)	<b>78,1</b>	(70,9-84,3)	81,5	82,6
Regionshospitalet Herning	Ja	30 / 31	1 (3)	<b>96,8</b>	(83,3-99,9)	80,0	78,8
Regionshospitalet Randers	Ja	33 / 34	2 (6)	<b>97,1</b>	(84,7-99,9)	81,8	92,5
Hospitalsenhed Midt	Nej	33 / 60	30 (33)	<b>55,0</b>	(41,6-67,9)	93,9	72,7
Århus Universitetshospital	Ja	29 / 35	35 (50)	<b>82,9</b>	(66,4-93,4)	67,9	81,6
<b>Nordjylland</b>	Ja	85 / 102	29 (22)	<b>83,3</b>	(74,7-90,0)	85,4	86,1
Aalborg Sygehus	Ja	47 / 50	17 (25)	<b>94,0</b>	(83,5-98,7)	83,7	85,2
Sygehus Thy – Mors	Ja	15 / 18	0 (0)	<b>83,3</b>	(58,6-96,4)	94,4	77,8
Sygehus Vendsyssel	Ja	28 / 39	7 (15)	<b>71,8</b>	(55,1-85,0)	84,9	88,9
<b>Privathospitaler</b>	Ja	36 / 41	12 (23)	<b>87,8</b>	(73,8-95,9)	80,8	75,0
Aleris–Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi	Ja	23 / 27	4 (13)	<b>85,2</b>	(66,3-95,8)	72,2	75,0
Gråbrødreklinikken	- / -	- / -	-	-	-	100,0	-
Privathospitalet Kollund	- / -	- / -	-	-	-	-	100,0
Privathospitalet Møn	Ja	13 / 14	8 (36)	<b>92,9</b>	(66,1-99,8)	100,0	85,7



Figur 3 - Resultater for indikator 3, for hele landet og per region



Figur 4 - Resultater for indikator 3, for hele landet og per afdeling

### Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 3

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 24 %, dvs. komplettheden er 76 % (Tabel 3). Der er stor variation i andelen af uoplyste forløb, fra 0-1 % for Herlev, Hospitalerne i Nordsjælland og Sygehus Thy-Mors til 52 % for ROS Gynækologisk Afd.

På landsplan oplever 75,4 % af patienterne aldrig eller højst en gang om ugen urininkontinens, dvs. standarden på mindst 70 % er opfyldt. Dette er uændret i forhold til 2014 og 2013 hvor henholdsvis 76,6 % og 75,9 % opfyldte standarden. Alle regionerne, undtagen Region Sjælland, opfylder standarden, men Region Sjælland har en andel på 68,9 % og et 95 % konfidensinterval, som overlapper standarden. Der er nogen variation mellem regionerne, fra 68,9 % for Region Sjælland til 83,3 % for Region Nordjylland.

Blandt de 17 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 13 standarden (Hospitalerne i Nordsjælland, Hvidovre, ROS Gynækologiske Afd., Odense, Sønderjylland, Herning, Randers, Århus, Aalborg, Thy-Mors, Vendsyssel, Aleris-Hamlet/Søborg, Privathospitalet Møn), mens 4 ikke opfylder standarden (Herlev, NFS Gynækologisk Afd., Sydvestjysk Sygehus, Hospitalsenhed Midt). Der er stor variation mellem afdelingerne, fra 55,0 % for Hospitalsenhed Midt til 97,1 % for Randers.

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i " Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer 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 75,4 % indikatoren, hvilket opfylder standarden på mindst 70 %. Datakomplettheden er 76 %, med stor variation mellem afdelingerne.

### Styregruppens kommentarer til indikator 3

Styregruppen bemærker, at standarden opfyldes på stabilt og højt niveau af næsten alle afdelinger når konfidensintervallet tages i betragtning.

Ved fortolkning af data er det vigtigt at gøre opmærksom på, at denne indikator dækker alle typer operationer for inkontinens og at der er kendte og velbeskrevne forskelle i effektiviteten af behandlingerne. En afdeling som har en forholdsvis høj brug af en mindre effektiv behandling (f. eks. Bulking) vil derfor fremstå med en relativ dårlig standard opfyldelse selvom man udfører behandlingen svarende til internationalt anerkendt standard. Ligeledes skal man være opmærksom på, at indikatoren udelukkende måler om der fortsat opleves inkontinens efter en operation, og ikke differentierer type af inkontinens. Dvs. at afdelinger som opererer forholdsvis høje andele af blandingsinkontinente patienter a priori vil falde dårligere ud end afdelinger som er mere restriktive mht. at tilbyde disse patienter operation.

Det beklages, at der fortsat mangler data for postoperativ kontrol for en stor del af patienterne, men det bemærkes, at den landsgennemsnitlige datakomplethed er steget fra 68 % sidste år (Årsrapport 2014, Figur B3, s. 118) til 76 % i år. Nogle afdelinger er meget omhyggelige og får indrapporteret næsten alt, hvorimod andre afdelinger har en datakomplethed på ca. 50 %. Man kan i sagens natur ikke udlede meget om indikatoren for de afdelinger som her en lav datakomplethed.

### Anbefalinger til indikator 3

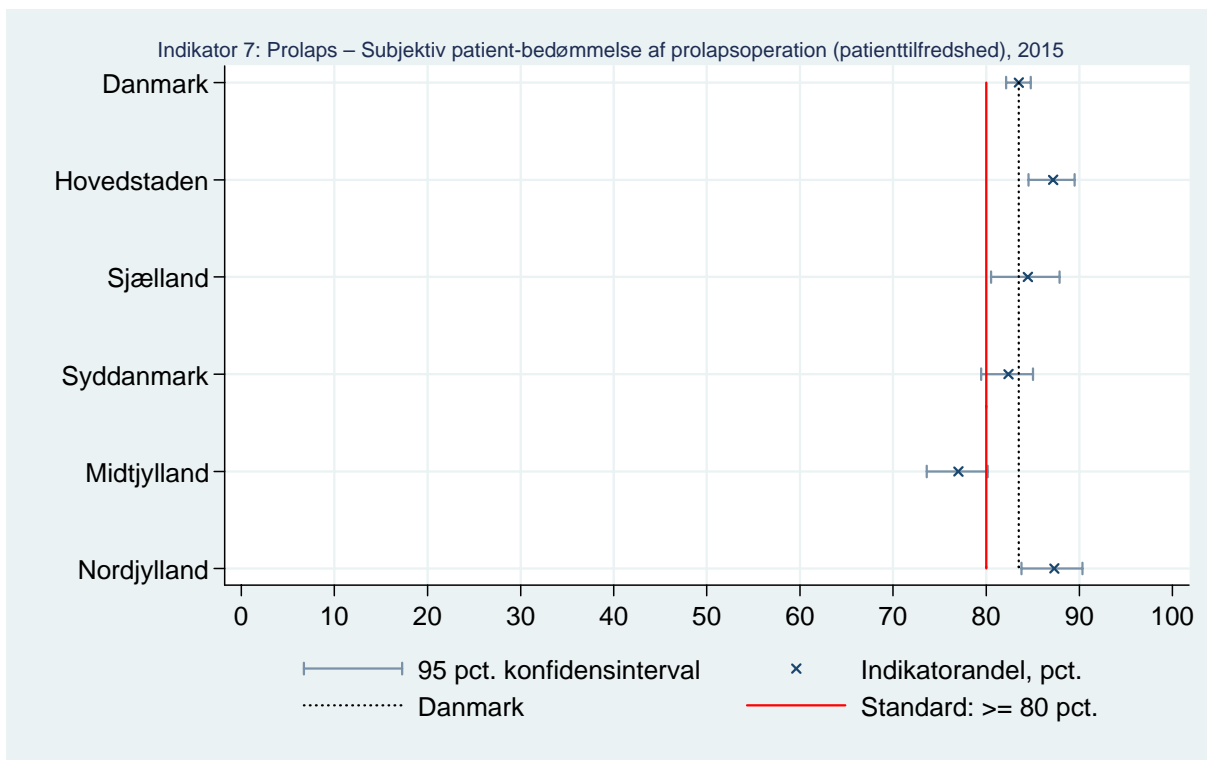
Indikatoren er fortsat relevant og bibeholdes i sin nuværende form. Styregruppen anbefaler, at afdelingerne udfører postoperativ kontrol, evt. blot ved udsendelse af spørgeskema, og at der på baggrund af dette indberettes data til DugaBase. Afdelinger med større afvigelser i indikatoren er kontaktet og tilbudt hjælp mhp. at analysere hvad udsvinget evt. kan skyldes.

### 3.3. Indikator 7

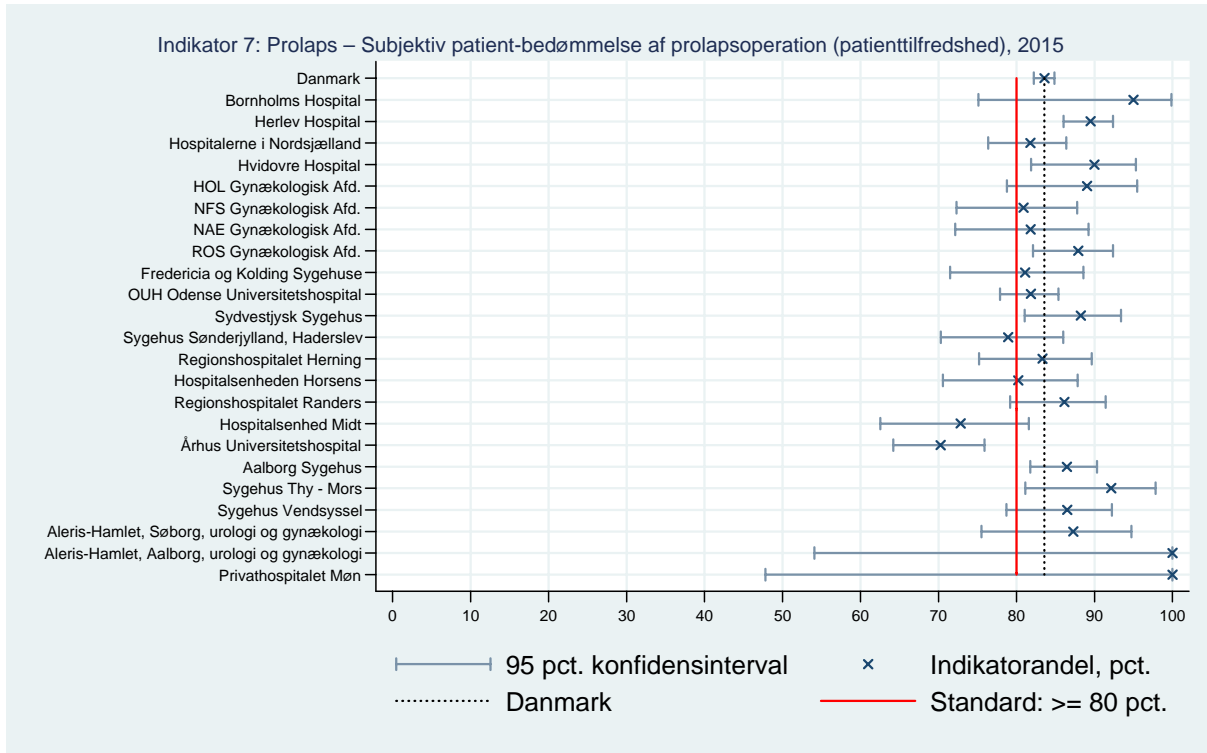
Prolaps – Behandlingssucces målt på hyppighed af symptomer efter operation. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 4: Indikatordefinitioner", side 124.

Tabel 4 - Resultater for indikator 7

Indikator 07	Std. ≥ 80% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2015	2014	2013	
				Pct. (95% CI)	Pct.	Pct.	
<b>Danmark</b>	Ja	2540 / 3042	790 (21)	<b>83,5</b> (82,1-84,8)	83,2	84,4	
<b>Hovedstaden</b>	Ja	646 / 741	47 (6)	<b>87,2</b> (84,6-89,5)	85,6	88,8	
<b>Sjælland</b>	Ja	337 / 399	246 (38)	<b>84,5</b> (80,5-87,9)	85,7	85,9	
<b>Syddanmark</b>	Ja	617 / 749	204 (21)	<b>82,4</b> (79,5-85,0)	84,2	83,1	
<b>Midtjylland</b>	Nej	509 / 661	238 (26)	<b>77,0</b> (73,6-80,2)	74,6	77,3	
<b>Nordjylland</b>	Ja	372 / 426	40 (9)	<b>87,3</b> (83,8-90,3)	86,8	88,1	
<b>Hovedstaden</b>	Ja	646 / 741	47 (6)	<b>87,2</b> (84,6-89,5)	85,6	88,8	
Bornholms Hospital	Ja	19 / 20	0 (0)	<b>95,0</b> (75,1-99,9)	92,9	96,0	
Herlev Hospital	Ja	350 / 391	4 (1)	<b>89,5</b> (86,0-92,4)	87,2	91,4	
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	198 / 243	13 (5)	<b>81,5</b> (76,0-86,2)	78,6	82,6	
Hvidovre Hospital	Ja	79 / 87	30 (26)	<b>90,8</b> (82,7-95,9)	91,6	90,9	
<b>Sjælland</b>	Ja	337 / 399	246 (38)	<b>84,5</b> (80,5-87,9)	85,7	85,9	
HOL Gynækologisk Afd.	Ja	57 / 64	59 (48)	<b>89,1</b> (78,8-95,5)	100,0	100,0	
NFS Gynækologisk Afd.	Ja	89 / 110	31 (22)	<b>80,9</b> (72,3-87,8)	87,7	90,4	
NAE Gynækologisk Afd.	Ja	72 / 88	24 (21)	<b>81,8</b> (72,2-89,2)	81,5	82,9	
ROS Gynækologisk Afd.	Ja	119 / 137	132 (49)	<b>86,9</b> (80,0-92,0)	85,9	84,4	
<b>Syddanmark</b>	Ja	617 / 749	204 (21)	<b>82,4</b> (79,5-85,0)	84,2	83,1	
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja	71 / 88	27 (23)	<b>80,7</b> (70,9-88,3)	83,5	76,5	
OUH Odense Universitetshospital	Ja	352 / 429	108 (20)	<b>82,1</b> (78,1-85,6)	83,3	83,5	
Sydvestjysk Sygehus	Ja	104 / 118	49 (29)	<b>88,1</b> (80,9-93,4)	83,8	85,5	
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	Nej	90 / 114	20 (15)	<b>78,9</b> (70,3-86,0)	89,6	84,5	
<b>Midtjylland</b>	Nej	509 / 661	238 (26)	<b>77,0</b> (73,6-80,2)	74,6	77,3	
Regionshospitalet Herning	Ja	95 / 114	4 (3)	<b>83,3</b> (75,2-89,7)	89,9	85,2	
Hospitalsenheden Horsens	Nej	67 / 84	14 (14)	<b>79,8</b> (69,6-87,7)	81,1	75,5	
Regionshospitalet Randers	Ja	118 / 137	3 (2)	<b>86,1</b> (79,2-91,4)	82,6	85,9	
Hospitalsenhed Midt	Nej	67 / 91	54 (37)	<b>73,6</b> (63,3-82,3)	68,6	70,2	
Århus Universitetshospital	Nej	162 / 235	163 (41)	<b>68,9</b> (62,6-74,8)	64,0	72,4	
<b>Nordjylland</b>	Ja	372 / 426	40 (9)	<b>87,3</b> (83,8-90,3)	86,8	88,1	
Aalborg Sygehus	Ja	229 / 264	26 (9)	<b>86,7</b> (82,0-90,6)	89,0	86,2	
Sygehus Thy – Mors	Ja	47 / 51	4 (7)	<b>92,2</b> (81,1-97,8)	84,9	90,6	
Sygehus Vendsyssel	Ja	96 / 111	10 (8)	<b>86,5</b> (78,7-92,2)	82,2	91,9	
<b>Privathospitaler</b>	Ja	59 / 66	15 (19)	<b>89,4</b> (79,4-95,6)	88,2	84,8	
Aleris–Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi	Ja	48 / 55	9 (14)	<b>87,3</b> (75,5-94,7)	85,1	76,7	
Aleris–Hamlet, Aalborg, urologi og gynækologi	-	6 / 6	0 (0)	<b>100,0</b> (54,1-100,0)	100,0	-	
Gråbrødreklinikken	-	- / -	-	-	100,0	100,0	
Privathospitalet Kollund	-	- / -	-	-	100,0	-	
Privathospitalet Møn	-	5 / 5	1 (17)	<b>100,0</b> (47,8-100,0)	100,0	100,0	



Figur 5 - Resultater for indikator 7, for hele landet og per region



Figur 6 - Resultater for indikator 7, for hele landet og per afdeling

## Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 7

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 21 %, dvs. kompletheden er 79 % (Tabel 4). Der er stor variation i andelen af uoplyste forløb, fra 0-1 % for Bornholm og Herlev til 49 % for ROS Gynækologisk Afd.

På landsplan har 83,5 % ikke oplevet nedsynkningssymptomer efter prolapsoperationen, hvorfor standarden på mindst 80 % er opfyldt. Andelen på 83,0 % er stort set uændret sammenlignet med 2014 og 2013. Der er lille variation mellem regionerne, spændende fra 77,0 % for Region Midtjylland til 87,3 % for Region Nordjylland. Region Midtjylland opfylder ikke standarden, mens de øvrige 4 regioner opfylder standarden.

Blandt de 21 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 17 standarden (Bornholm, Herlev, Hospitalerne i Nordsjælland, Hvidovre, HOL Gynækologisk Afd., NFS Gynækologisk Afd., NAE Gynækologisk Afd., ROS Gynækologisk Afd., Fredericia/Kolding, Odense, Sydvestjysk Sygehus, Herning, Randers, Aalborg, Thy-Mors, Vendsyssel, Aleris-Hamlet/Søborg), mens 4 ikke opfylder standarden (Sønderjylland, Horsens, Hospitalsenheden Midt, Århus). Blandt disse 4 afdelinger er det kun Århus hvis 95 % konfidensinterval ikke overlapper standarden. Der er nogen variation mellem afdelingerne, fra 68,9 % for Århus til 95,0 % for Bornholm.

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer 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 83,5 % indikatoren, hvilket opfylder standarden på mindst 80 %.

## Styregruppens kommentarer til indikator 7

Denne indikator er baseret på patienternes selvrapporterede tilfredshed (PROMs). Styregruppen noterer sig, at alle afdelinger på nær én opfylder standarden, hvis konfidensintervallet medregnes, og at forskellen fra sidste år er beskeden. Det bemærkes, at datakomplethed for denne indikator også er steget fra 69 % (Årsrapport 2014, figur B3, s. 118) til 79 %.

Med hensyn til fortolkningen af de enkelte afdelingers standardopfyldelse, så skal det bemærkes, at forskelle kan være udtryk for case-mix. Som eksempel kan nævnes, at man på en enkelt Universitetshospitals afdeling udelukkende udfører operationer, som hører under regions- og højt specialiserede funktioner iht. specialplanen, hvilket alt andet lige har en lavere succesrate uden at dette er udtryk for dårligere kvalitet.

## Anbefalinger til indikator 7

Styregruppen anbefaler, at afdelingerne udfører en postoperativ kontrol, evt. blot ved udsendelse af spørgeskema, og at der på baggrund af dette indberettes data til DugaBase. Endvidere opfordrer styregruppen til, at afdelinger som ikke opfylder indikatoren analyserer eventuelle årsager.



## 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. Det bemærkes, at indikatorerne ift. tidligere årsrapporter er "vendt", så andelen viser dem, som ikke får en recidivoperation, modsat tidligere årsrapporter hvor andelen viste dem som fik en recidivoperation.

Angående indikatorerne 11-18 skal der gøres opmærksom på, at det ikke er registreret om operationen udført for henholdsvis 2 og 5 år siden, var en primær operation for den pågældende lidelse. Dette har betydning idet recidivoperationer alt andet lige har større risiko for re-recidiv end primær operationer. Efter specialeplanen blev indført i 2013 varetages recidivkirurgi som kun af afdelinger med regions- eller højt specialiserede funktioner, hvorfor patientgruppen ikke kan sammenlignes afdelingerne imellem. Beregningen af indikatoren vil blive ændret i fremtidige årsrapporter således, at den (inden for rammerne af DugaBase data) udelukkende baserer sig på primæroperationer.

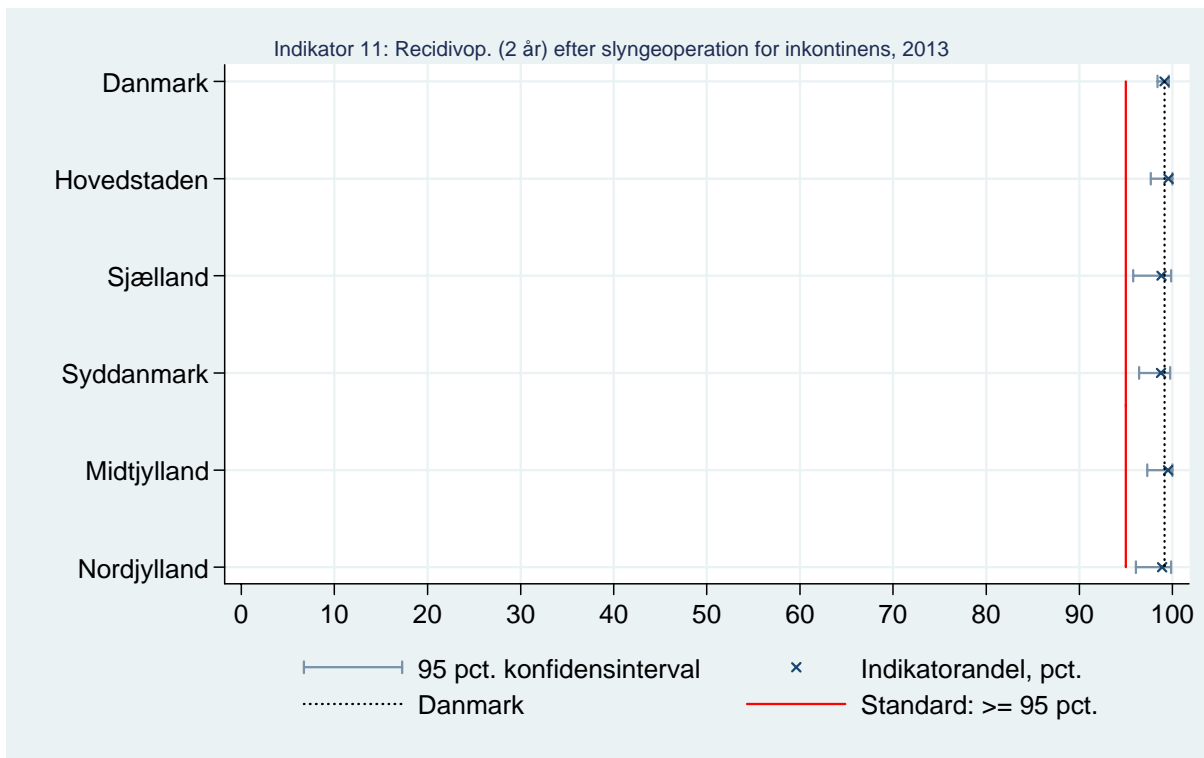
### 3.4. Indikator 11

Recidivoperation (2 år) efter slyngeoperation for inkontinens. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 4: Indikatordefinitioner", side 124.

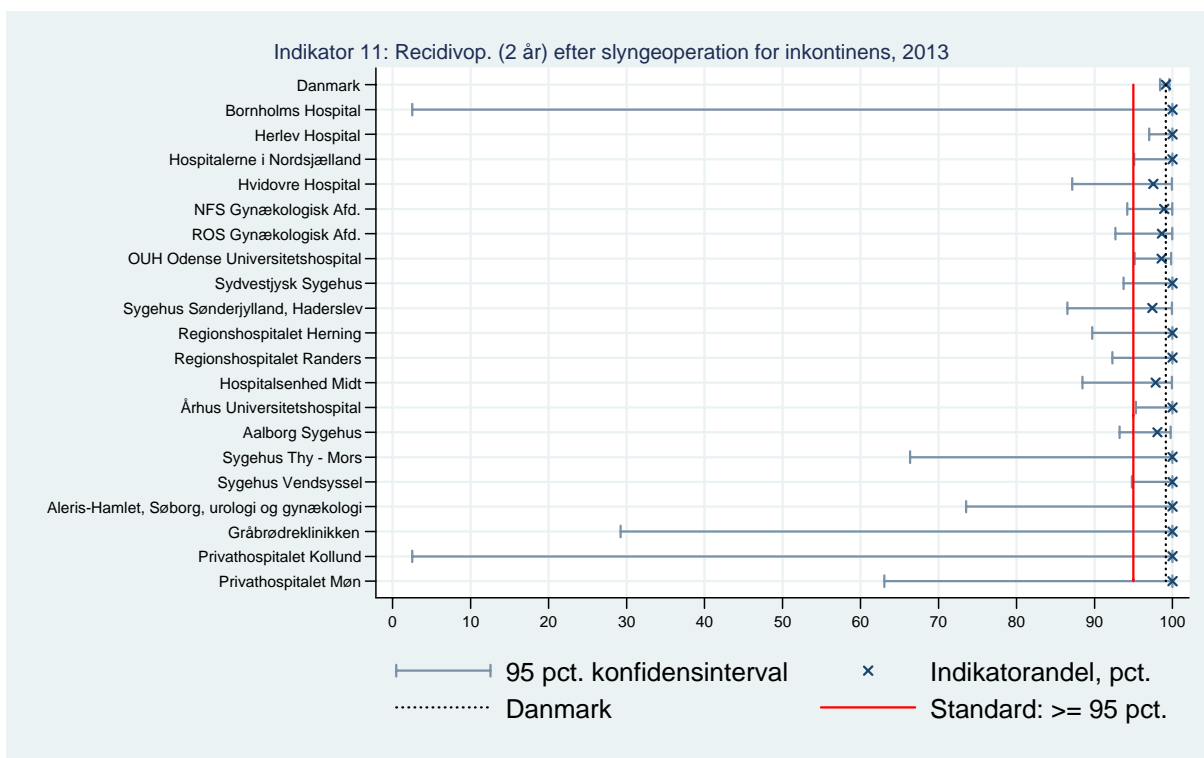
Tabel 5 - Resultater for indikator 11

Indikator 11	Std. ≥ 95% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år	Tidligere år	
				2013 Pct. (95% CI)	2012 Pct.	2011 Pct.
<b>Danmark</b>	Ja	1054 / 1063	0 (0)	<b>99,2</b> (98,4-99,6)	98,9	98,4
<b>Hovedstaden</b>	Ja	236 / 237	0 (0)	<b>99,6</b> (97,7-100,0)	99,1	100,0
<b>Sjælland</b>	Ja	166 / 168	0 (0)	<b>98,8</b> (95,8-99,9)	98,1	98,0
<b>Syddanmark</b>	Ja	239 / 242	0 (0)	<b>98,8</b> (96,4-99,7)	99,6	98,5
<b>Midtjylland</b>	Ja	202 / 203	0 (0)	<b>99,5</b> (97,3-100,0)	98,4	96,7
<b>Nordjylland</b>	Ja	180 / 182	0 (0)	<b>98,9</b> (96,1-99,9)	99,0	98,4
<b>Hovedstaden</b>	Ja	236 / 237	0 (0)	<b>99,6</b> (97,7-100,0)	99,1	100,0
Bornholms Hospital	-	# / #	0 (0)	#	-	-
Herlev Hospital	Ja	122 / 122	0 (0)	<b>100,0</b> (97,0-100,0)	99,0	100,0
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	73 / 73	0 (0)	<b>100,0</b> (95,1-100,0)	100,0	100,0
Hvidovre Hospital	Ja	40 / 41	0 (0)	<b>97,6</b> (87,1-99,9)	98,3	100,0
<b>Sjælland</b>	Ja	166 / 168	0 (0)	<b>98,8</b> (95,8-99,9)	98,1	98,0
HOL Gynækologisk Afd.	-	- / -	-	-	100,0	100,0
NFS Gynækologisk Afd.	Ja	93 / 94	0 (0)	<b>98,9</b> (94,2-100,0)	98,6	97,5
ROS Gynækologisk Afd.	Ja	73 / 74	0 (0)	<b>98,6</b> (92,7-100,0)	97,0	98,0
<b>Syddanmark</b>	Ja	239 / 242	0 (0)	<b>98,8</b> (96,4-99,7)	99,6	98,5
Fredericia og Kolding Sygehuse	-	- / -	-	-	-	100,0
OUH Odense Universitetshospital	Ja	144 / 146	0 (0)	<b>98,6</b> (95,1-99,8)	100,0	98,3
Sydvestjysk Sygehus	Ja	57 / 57	0 (0)	<b>100,0</b> (93,7-100,0)	100,0	97,1
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	Ja	38 / 39	0 (0)	<b>97,4</b> (86,5-99,9)	98,2	100,0
<b>Midtjylland</b>	Ja	202 / 203	0 (0)	<b>99,5</b> (97,3-100,0)	98,4	96,7
Regionshospitalet Herning	Ja	34 / 34	0 (0)	<b>100,0</b> (89,7-100,0)	100,0	100,0
Hospitalsenheden Horsens	-	- / -	-	-	-	100,0
Regionshospitalet Randers	Ja	46 / 46	0 (0)	<b>100,0</b> (92,3-100,0)	100,0	97,3
Hospitalsenhed Midt	Ja	45 / 46	0 (0)	<b>97,8</b> (88,5-99,9)	95,1	95,1
Århus Universitetshospital	Ja	77 / 77	0 (0)	<b>100,0</b> (95,3-100,0)	100,0	96,7
<b>Nordjylland</b>	Ja	180 / 182	0 (0)	<b>98,9</b> (96,1-99,9)	99,0	98,4
Aalborg Sygehus	Ja	102 / 104	0 (0)	<b>98,1</b> (93,2-99,8)	100,0	100,0
Sygehus Thy – Mors	-	9 / 9	0 (0)	<b>100,0</b> (66,4-100,0)	100,0	100,0
Sygehus Vendsyssel	Ja	69 / 69	0 (0)	<b>100,0</b> (94,8-100,0)	98,5	94,3
<b>Privathospitaler</b>	Ja	31 / 31	0 (0)	<b>100,0</b> (88,8-100,0)	100,0	100,0
Aleris–Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi	Ja	12 / 12	0 (0)	<b>100,0</b> (73,5-100,0)	100,0	100,0
Aleris–Hamlet, Esbjerg, urologi og gynækologi	-	- / -	-	-	100,0	-
Gråbrødreklinikken	-	3 / 3	0 (0)	<b>100,0</b> (29,2-100,0)	100,0	100,0
Privathospitalet Kollund	-	# / #	0 (0)	#	-	-
Privathospitalet Møln	-	8 / 8	0 (0)	<b>100,0</b> (63,1-100,0)	100,0	100,0

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



Figur 7 - Resultater for indikator 11, for hele landet og per region



Figur 8 - Resultater for indikator 11, for hele landet og per afdeling

## **Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 11**

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 2013 har 99,2 % 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 2012 (98,9 %) og 2011 (98,4 %). Der er lille variation mellem regionerne, som alle opfylder standarden.

Alle 15 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder standarden (Herlev, Hospitalerne i Nordsjælland, Hvidovre, NFS Gynækologisk Afd., ROS Gynækologisk Afd., Odense, Sydvestjysk Sygehus, Sønderjylland, Herning, Randers, Hospitalsenhed Midt, Århus, Aalborg, Vendsyssel, Aleris-Hamlet/Søborg). Der er lille variation mellem afdelingerne.

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer 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 afdelinger.

## **Styregruppens kommentarer til indikator 11**

Standarden er opfyldt på landsplan og for alle afdelinger, hvilket er tilfredsstillende. Kun 9 patienter ud af en population på 1063 recidivopereres inden for 2 år. Indikatoren indeholder kun midturethralslynge operationer – og altså ikke bulking (dette til forskel fra indikator 3 og 19).

Ved sammenligninger mellem afdelinger må man være opmærksom på, at denne indikator ikke tager højde for forskelle i population og operationsindikation. Ligeledes tages ikke højde for afdelinger, som i 2013 opererede en forholdsvis høj andel af patienter med recidiv efter tidligere kirurgisk behandling.

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 B10, side 120.

## **Anbefalinger til indikator 11**

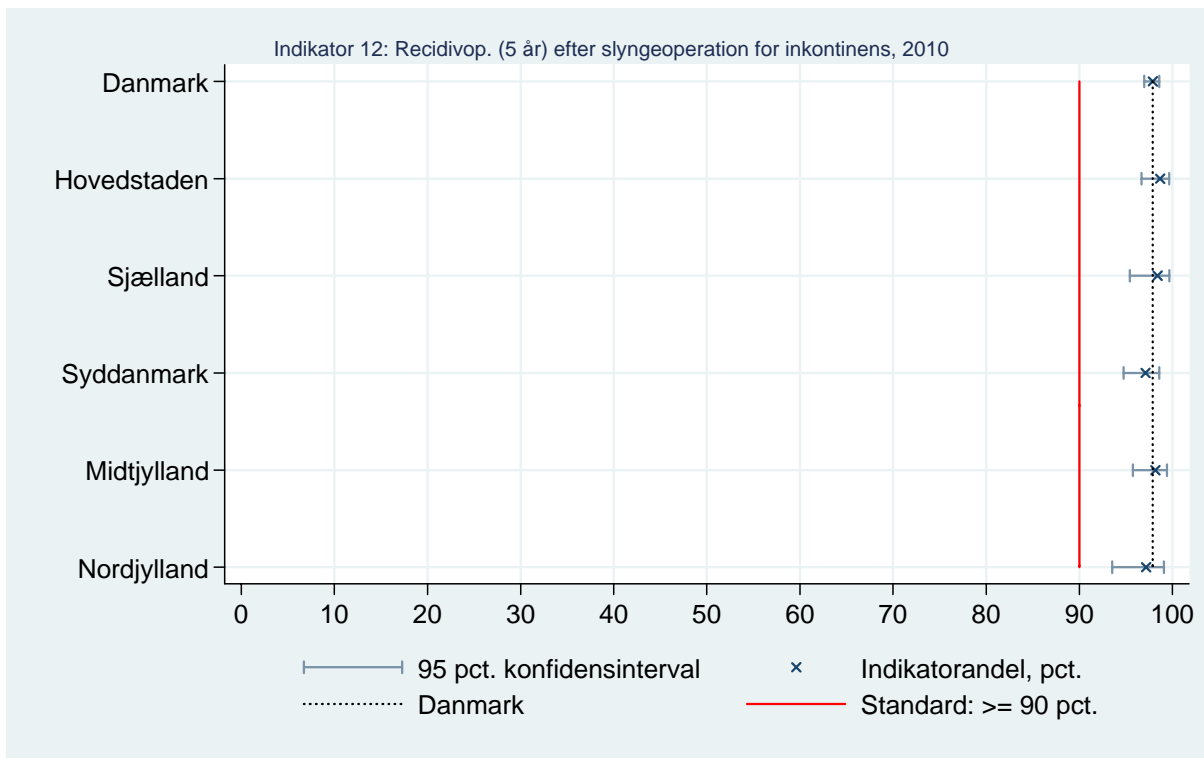
Styregruppen tillægger indikator 11 betydning som en valid indikator for klinisk kvalitet og den bibeholdes i sin nuværende form.

### 3.5. Indikator 12

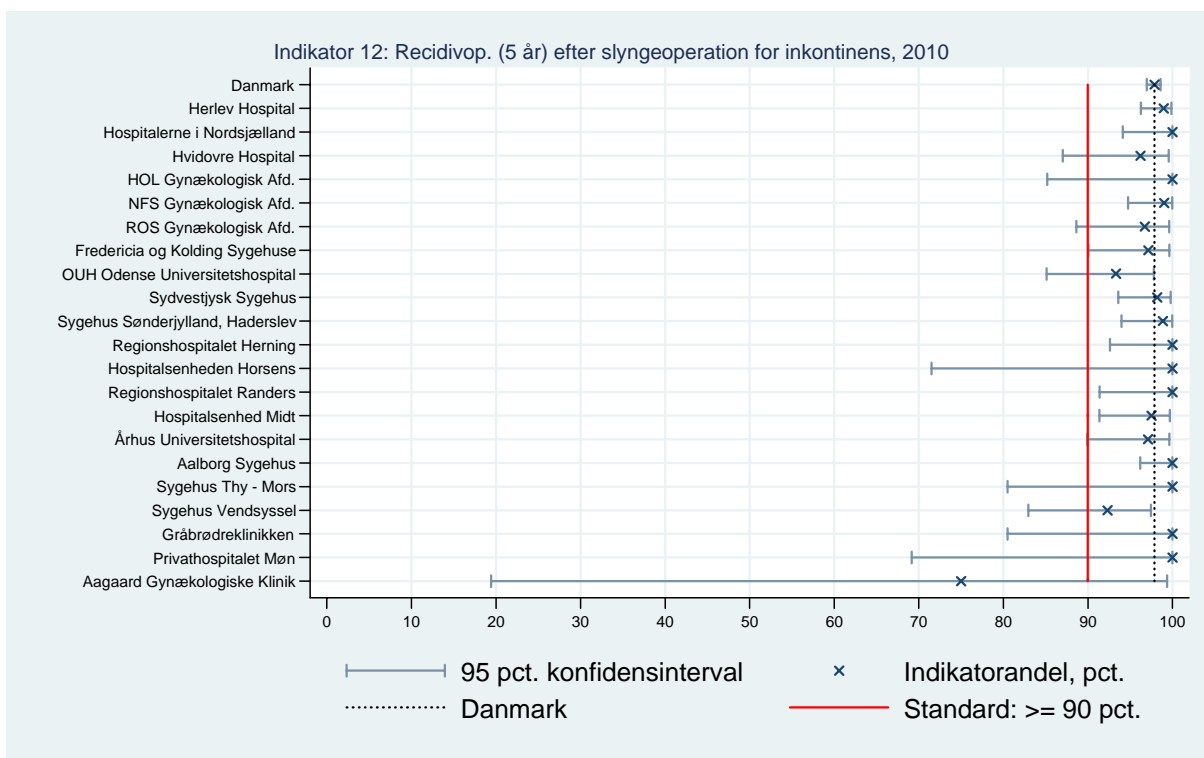
Recidivoperation (5 år) efter slyngeoperation for inkontinens. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 4: Indikatordefinitioner", side 124.

Tabel 6 - Resultater for indikator 12

Indikator 12	Std. ≥ 90% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2010	2009	2008	
				Pct. (95% CI)	Pct.	Pct.	
<b>Danmark</b>	Ja	1297 / 1325	0 (0)	<b>97,9</b> (97,0-98,6)	97,5	97,5	
<b>Hovedstaden</b>	Ja	301 / 305	0 (0)	<b>98,7</b> (96,7-99,6)	99,7	98,3	
<b>Sjælland</b>	Ja	186 / 189	0 (0)	<b>98,4</b> (95,4-99,7)	92,9	100,0	
<b>Syddanmark</b>	Ja	335 / 345	0 (0)	<b>97,1</b> (94,7-98,6)	95,9	97,5	
<b>Midtjylland</b>	Ja	267 / 272	0 (0)	<b>98,2</b> (95,8-99,4)	98,4	96,0	
<b>Nordjylland</b>	Ja	172 / 177	0 (0)	<b>97,2</b> (93,5-99,1)	96,2	97,8	
<b>Hovedstaden</b>	Ja	301 / 305	0 (0)	<b>98,7</b> (96,7-99,6)	99,7	98,3	
Herlev Hospital	Ja	189 / 191	0 (0)	<b>99,0</b> (96,3-99,9)	99,5	97,9	
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	61 / 61	0 (0)	<b>100,0</b> (94,1-100,0)	100,0	100,0	
Hvidovre Hospital	Ja	51 / 53	0 (0)	<b>96,2</b> (87,0-99,5)	100,0	100,0	
<b>Sjælland</b>	Ja	186 / 189	0 (0)	<b>98,4</b> (95,4-99,7)	92,9	100,0	
HOL Gynækologisk Afd.	Ja	23 / 23	0 (0)	<b>100,0</b> (85,2-100,0)	100,0	100,0	
NFS Gynækologisk Afd.	Ja	103 / 104	0 (0)	<b>99,0</b> (94,8-100,0)	-	-	
ROS Gynækologisk Afd.	Ja	59 / 61	0 (0)	<b>96,7</b> (88,7-99,6)	92,7	100,0	
<b>Syddanmark</b>	Ja	335 / 345	0 (0)	<b>97,1</b> (94,7-98,6)	95,9	97,5	
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja	68 / 70	0 (0)	<b>97,1</b> (90,1-99,7)	97,1	98,2	
OUH Odense Universitetshospital	Ja	70 / 75	0 (0)	<b>93,3</b> (85,1-97,8)	96,4	97,8	
Sydvestjysk Sygehus	Ja	108 / 110	0 (0)	<b>98,2</b> (93,6-99,8)	97,6	93,3	
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	Ja	89 / 90	0 (0)	<b>98,9</b> (94,0-100,0)	89,3	100,0	
<b>Midtjylland</b>	Ja	267 / 272	0 (0)	<b>98,2</b> (95,8-99,4)	98,4	96,0	
Regionshospitalet Herning	Ja	48 / 48	0 (0)	<b>100,0</b> (92,6-100,0)	100,0	97,0	
Hospitalsenheden Horsens	Ja	11 / 11	0 (0)	<b>100,0</b> (71,5-100,0)	95,0	100,0	
Regionshospitalet Randers	Ja	41 / 41	0 (0)	<b>100,0</b> (91,4-100,0)	95,7	100,0	
Hospitalsenhed Midt	Ja	79 / 81	0 (0)	<b>97,5</b> (91,4-99,7)	98,8	94,6	
Århus Universitetshospital	Ja	67 / 69	0 (0)	<b>97,1</b> (89,9-99,6)	98,7	94,3	
<b>Nordjylland</b>	Ja	172 / 177	0 (0)	<b>97,2</b> (93,5-99,1)	96,2	97,8	
Aalborg Sygehus	Ja	95 / 95	0 (0)	<b>100,0</b> (96,2-100,0)	98,2	97,2	
Sygehus Thy – Mors	Ja	17 / 17	0 (0)	<b>100,0</b> (80,5-100,0)	-	-	
Sygehus Vendsyssel	Ja	60 / 65	0 (0)	<b>92,3</b> (83,0-97,5)	93,1	100,0	
<b>Privathospitaler</b>	Ja	36 / 37	0 (0)	<b>97,3</b> (85,8-99,9)	94,9	100,0	
Aleris–Hamlet, Aalborg, urologi og gynækologi	-	- / -	-	-	100,0	-	
Gråbrødreklinikken	Ja	17 / 17	0 (0)	<b>100,0</b> (80,5-100,0)	100,0	100,0	
Privathospitalet Møn	-	10 / 10	0 (0)	<b>100,0</b> (69,2-100,0)	100,0	-	
Aagaard Gynækologiske Klinik	-	3 / 4	0 (0)	<b>75,0</b> (19,4-99,4)	100,0	-	



Figur 9 - Resultater for indikator 12, for hele landet og per region



Figur 10 - Resultater for indikator 12, for hele landet og per afdeling

## Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 12

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

Resultaterne er baseret på primære operationer i 2010 hvor dækningsgraden for første gang siden DugaBases start i 2006 nærmede sig 90 % (88,8 % for inkontinens). I denne årsrapport er det således første gang, at en lav dækningsgrad ikke i nævneværdig grad kan kompromittere validiteten af indikator 12.

Blandt slyngeoperationer for urininkontinens i 2010 har 97,9 % 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 2009 og 2008, om end disse sammenligninger skal tolkes med forsigtighed grundet en noget lavere dækningsgrad før 2010 (59,9 % i 2009 og 45,4 % i 2008). Der er lille variation mellem regionerne, og alle regionerne opfylder standarden.

Alle de 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder standarden på mindst 90 % (Herlev, Hospitalerne i Nordsjælland, Hvidovre, HOL Gynækologisk Afd., NFS Gynækologisk Afd., ROS Gynækologisk Afd., Fredericia/Kolding, Odense, Sydvestjysk Sygehus, Sønderjylland, Herning, Horsens, Randers, Hospitalsenhed Midt, Århus, Aalborg, Thy-Mors, Vendsyssel, Gråbrødreklinikken, Privathospitalet Møn). Der er lille variation mellem afdelingerne.

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer 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 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb.

## Styregruppens kommentarer til indikator 12

Standarden er opfyldt på landsplan samt for alle afdelinger, hvilket er tilfredsstillende. Som anført i de klinisk-epidemiologiske kommentarer beror opgørelsen dog på operationer udført i 2010, hvor dækningsgraden var næsten 90 % for hele landet – men med stor forskel mellem offentlige og private sygehuse, hvor førstnævnte tegnede sig for en dækningsgrad på 93 % og sidstnævnte 22 % (Årsrapport 2010, s. 18). Resultaterne for private sygehuse skal derfor tolkes med et vist forbehold. Indikatoren indeholder kun midturethral-slynge operationer – og altså ikke bulking (dette til forskel fra indikator 3 og 19).

Ved sammenligninger mellem afdelinger må man være opmærksom på, at denne indikator ikke tager højde for forskelle i population og operationsindikation. Ligeledes tages ikke højde for afdelinger som i 2010 opererede en forholdsvis høj andel af patienter med recidiv efter tidligere kirurgisk behandling.

Under supplerende analyser i denne årsrapport har styregruppen valgt at se på recidiv operationsrater for midturethral-slynge operationer fordelt på transobturatorslynger versus retropubiske slynger på landsplan. Resultaterne af denne analyse kan ses i Figur B10, side 120.

## Anbefalinger til indikator 12

Styregruppen tillægger indikator 12 betydning som en valid indikator for klinisk kvalitet og den bibeholdes i sin nuværende form.

### 3.6. Indikator 13

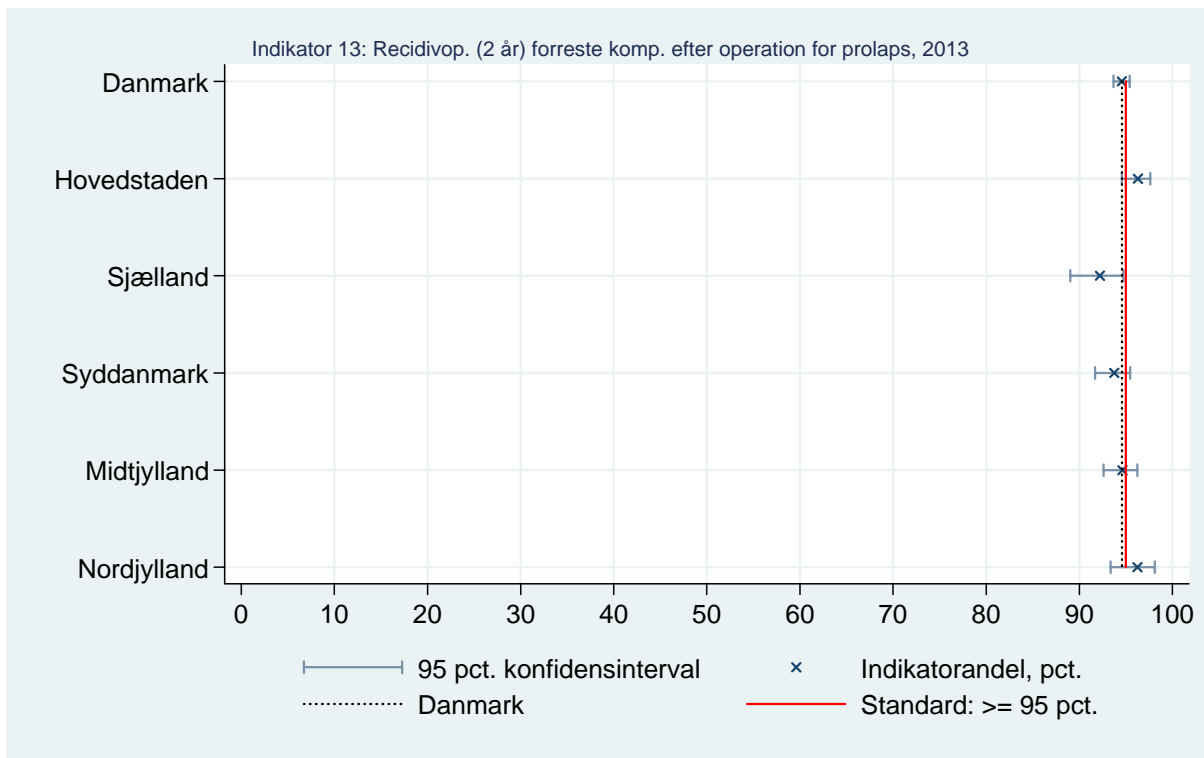
Recidivoperation (2 år) forreste kompartment efter operation for prolaps. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 4: Indikatordefinitioner", side 124.

Tabel 7 - Resultater for indikator 13

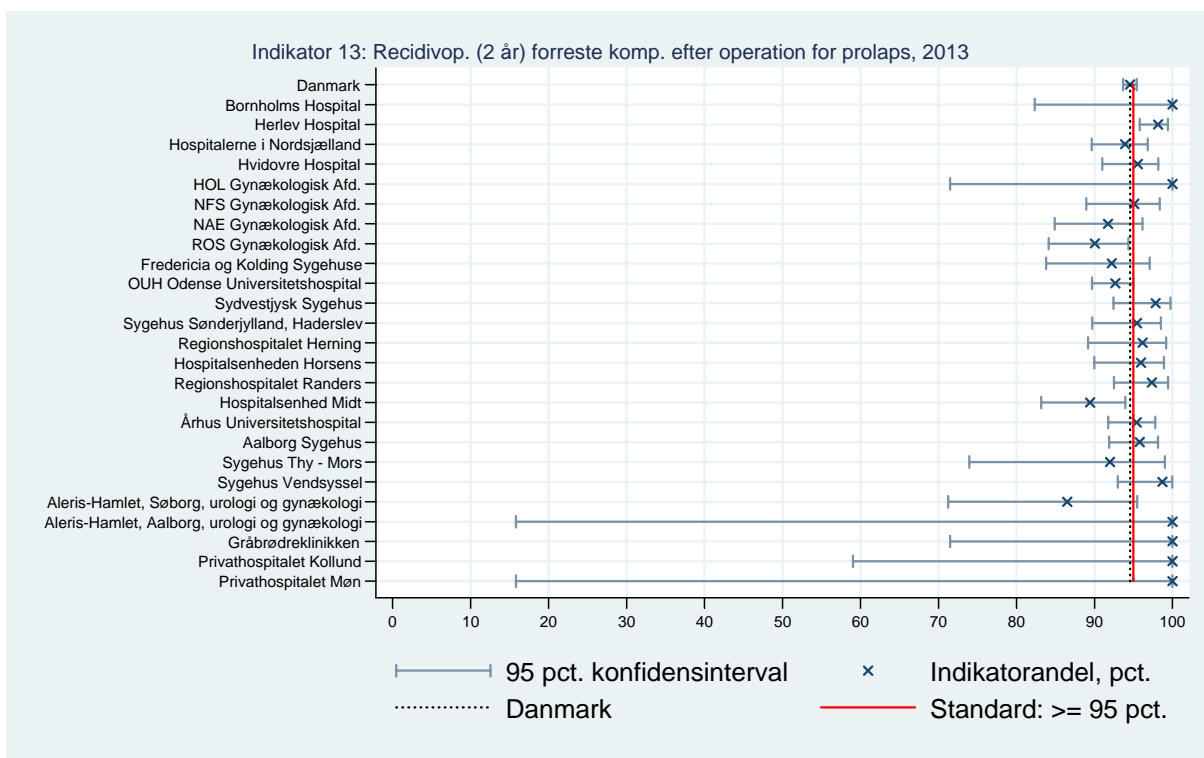
Indikator 13	Std. ≥ 95% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2013 Pct. (95% CI)	2012 Pct.	2011 Pct.	
<b>Danmark</b>	Nej	2581 / 2729	0 (0)	<b>94,6</b> (93,7-95,4)	95,9	96,3	
<b>Hovedstaden</b>	Ja	625 / 649	0 (0)	<b>96,3</b> (94,5-97,6)	95,8	97,9	
<b>Sjælland</b>	Nej	344 / 373	0 (0)	<b>92,2</b> (89,0-94,7)	95,2	96,4	
<b>Syddanmark</b>	Nej	646 / 689	0 (0)	<b>93,8</b> (91,7-95,4)	95,1	95,7	
<b>Midtjylland</b>	Nej	617 / 652	0 (0)	<b>94,6</b> (92,6-96,2)	97,0	94,5	
<b>Nordjylland</b>	Ja	281 / 292	0 (0)	<b>96,2</b> (93,4-98,1)	96,9	97,8	
<b>Hovedstaden</b>	Ja	625 / 649	0 (0)	<b>96,3</b> (94,5-97,6)	95,8	97,9	
Bornholms Hospital	Ja	19 / 19	0 (0)	<b>100,0</b> (82,4-100,0)	-	100,0	
Herlev Hospital	Ja	270 / 275	0 (0)	<b>98,2</b> (95,8-99,4)	98,2	98,1	
Hospitalerne i Nordsjælland	Nej	186 / 198	0 (0)	<b>93,9</b> (89,7-96,8)	94,7	96,9	
Hvidovre Hospital	Ja	150 / 157	0 (0)	<b>95,5</b> (91,0-98,2)	93,9	98,7	
<b>Sjælland</b>	Nej	344 / 373	0 (0)	<b>92,2</b> (89,0-94,7)	95,2	96,4	
HOL Gynækologisk Afd.	Ja	11 / 11	0 (0)	<b>100,0</b> (71,5-100,0)	98,4	95,8	
NFS Gynækologisk Afd.	Ja	97 / 102	0 (0)	<b>95,1</b> (88,9-98,4)	96,6	92,9	
NAE Gynækologisk Afd.	Nej	100 / 109	0 (0)	<b>91,7</b> (84,9-96,2)	90,5	97,3	
ROS Gynækologisk Afd.	Nej	136 / 151	0 (0)	<b>90,1</b> (84,1-94,3)	95,2	98,6	
<b>Syddanmark</b>	Nej	646 / 689	0 (0)	<b>93,8</b> (91,7-95,4)	95,1	95,7	
Fredericia og Kolding Sygehuse	Nej	71 / 77	0 (0)	<b>92,2</b> (83,8-97,1)	93,9	93,0	
OOUH Odense Universitetshospital	Nej	379 / 409	0 (0)	<b>92,7</b> (89,7-95,0)	94,8	95,4	
Sydvestjysk Sygehus	Ja	91 / 93	0 (0)	<b>97,8</b> (92,4-99,7)	92,9	95,9	
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	Ja	105 / 110	0 (0)	<b>95,5</b> (89,7-98,5)	98,3	98,0	
<b>Midtjylland</b>	Nej	617 / 652	0 (0)	<b>94,6</b> (92,6-96,2)	97,0	94,5	
Regionshospitalet Herning	Ja	75 / 78	0 (0)	<b>96,2</b> (89,2-99,2)	100,0	94,9	
Hospitalsenheden Horsens	Ja	95 / 99	0 (0)	<b>96,0</b> (90,0-98,9)	98,9	100,0	
Regionshospitalet Randers	Ja	111 / 114	0 (0)	<b>97,4</b> (92,5-99,5)	100,0	94,6	
Hospitalsenhed Midt	Nej	127 / 142	0 (0)	<b>89,4</b> (83,2-94,0)	87,9	89,8	
Århus Universitetshospital	Ja	209 / 219	0 (0)	<b>95,4</b> (91,8-97,8)	98,2	94,4	
<b>Nordjylland</b>	Ja	281 / 292	0 (0)	<b>96,2</b> (93,4-98,1)	96,9	97,8	
Aalborg Sygehus	Ja	182 / 190	0 (0)	<b>95,8</b> (91,9-98,2)	97,4	97,7	
Sygehus Thy – Mors	Nej	23 / 25	0 (0)	<b>92,0</b> (74,0-99,0)	95,7	96,4	
Sygehus Vendsyssel	Ja	76 / 77	0 (0)	<b>98,7</b> (93,0-100,0)	96,9	98,7	
<b>Privathospitaler</b>	Nej	68 / 74	0 (0)	<b>91,9</b> (83,2-97,0)	95,6	100,0	
Aleris–Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi	Nej	32 / 37	0 (0)	<b>86,5</b> (71,2-95,5)	100,0	100,0	
Aleris–Hamlet, Aalborg, urologi og gynækologi	-	# / #	0 (0)	#	83,3	100,0	
Gråbrødreklinikken	Ja	11 / 11	0 (0)	<b>100,0</b> (71,5-100,0)	100,0	100,0	
Privathospitalet Kollund	-	7 / 7	0 (0)	<b>100,0</b> (59,0-100,0)	-	-	
Privathospitalet Møn	-	# / #	0 (0)	#	90,9	100,0	

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





Figur 11 - Resultater for indikator 13, for hele landet og per region



Figur 12 - Resultater for indikator 13, for hele landet og per afdeling

### **Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 13**

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 kompartment i 2013 har 94,6 % ikke fået en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, hvorved standarden på mindst 95 % ikke er opfyldt på landsplan. Dette afviger ikke fra operationer i 2012 og 2011, i hvilke henholdsvis 95,9 % og 96,3 % ikke fik en recidivoperation. To regioner (Region Hovedstaden og Region Nordjylland) opfylder standarden, mens de 3 øvrige regioner ikke opfylder den. Der er dog lille variation mellem regionerne, og kun Region Sjælland har 95 % konfidensintervaller, som ikke overlapper standarden.

Blandt de 22 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 14 standarden på mindst 95 % (Bornholm, Herlev, Hvidovre, HOL Gynækologisk Afd., NFS Gynækologisk Afd., Sydvestjysk Sygehus, Sønderjylland, Herning, Horsens, Randers, Århus, Aalborg, Vendsyssel, Gråbrødrelinikken), mens 8 afdelinger ikke opfylder standarden (Hospitalet i Nordsjælland, NAE Gynækologisk Afd., ROS Gynækologisk Afd., Fredericia/Kolding, Odense, Hospitalsenhed Midt, Thy-Mors, Aleris-Hamlet/Søborg). Blandt disse 8 afdelinger er det kun ROS Gynækologisk Afd. hvis 95 % konfidensinterval ikke overlapper standarden. Der er lille variation mellem afdelingerne.

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer 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 ikke er opfyldt på landsplan eller for 8 ud af 22 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb, omend variationen mellem afdelinger er lille.

### **Styregruppens kommentarer til indikator 13**

Standarden er ikke opfyldt på landsplan og 7 ud af 21 afdelinger opfylder ikke standarden, (dog er dette tal kun én afdeling, hvis konfidensintervallet medtages).

Ved gennemgang af international litteratur findes der stort set ikke tal for recidiv operationsrater for 2 år. De fleste opgørelser er lavet for 1 eller 5 år efter den primære operation. Det er derfor ikke muligt at finde solide sammenlignelige data. Vi bemærker, at antallet af patienter som er IKKE er recidiv opereret efter 5 år kun er meget beskedent faldende fra 94,6% efter 2 år til 94,4% efter 5 år. Dette tages som udtryk for, at de fleste, som oplever recidiv, får dette i løbet af de første år, og at de forholdsvis hurtigt tilbydes recidiv operation.

Det er kendt, at anatomisk recidiv prolaps især i forreste kompartment forekommer forholdsvis ofte, men langt fra altid medfører symptomer. Den manglende opfyldelse af standarden kan muligvis forklares af, at nogle kirurger fortsat opererer recidiv prolaps på baggrund af anatomiske fund uden samhørende subjektive klager.

Ved sammenligninger mellem afdelinger må man være opmærksom på, at denne indikator ikke tager højde for forskelle i population og operationsindikation. Ligeledes tages ikke højde for afdelinger som i 2013 opererede en forholdsvis høj andel af patienter med recidiv efter tidligere kirurgisk behandling.

### **Anbefalinger til indikator 13**

Styregruppen tillægger indikator 13 betydning som en valid indikator for klinisk kvalitet og den bibeholdes i sin nuværende form.

Da standarden ikke er opfyldt og sammenligninger med tidligere årsrapporter viser en faldende tendens finder styregruppen det vigtigt at indskærpe, at recidiv operation ikke bør fortages på baggrund af anatomisk recidiv alene. Endvidere opfordrer styregruppen til, at afdelinger som ikke opfylder indikatoren analyserer eventuelle årsager.

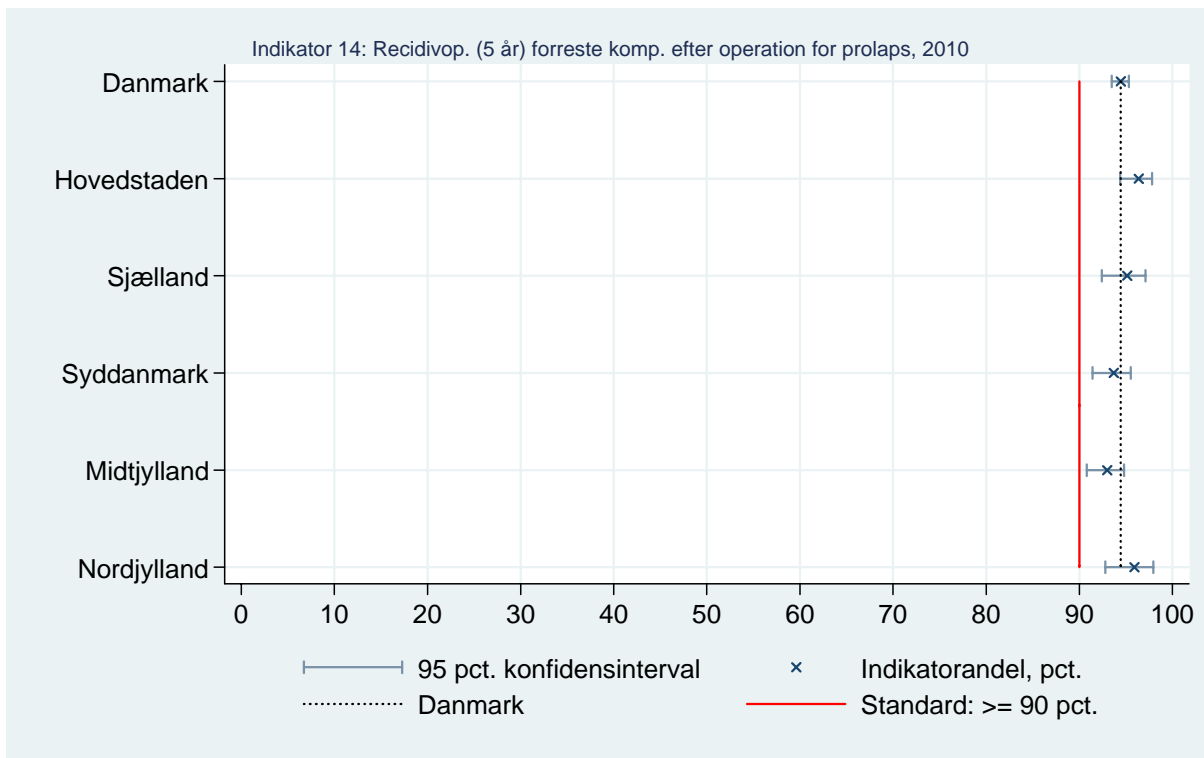
### 3.7. Indikator 14

Recidivoperation (5 år) forreste kompartiment efter operation for prolaps. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 4: Indikatordefinitioner", side 124.

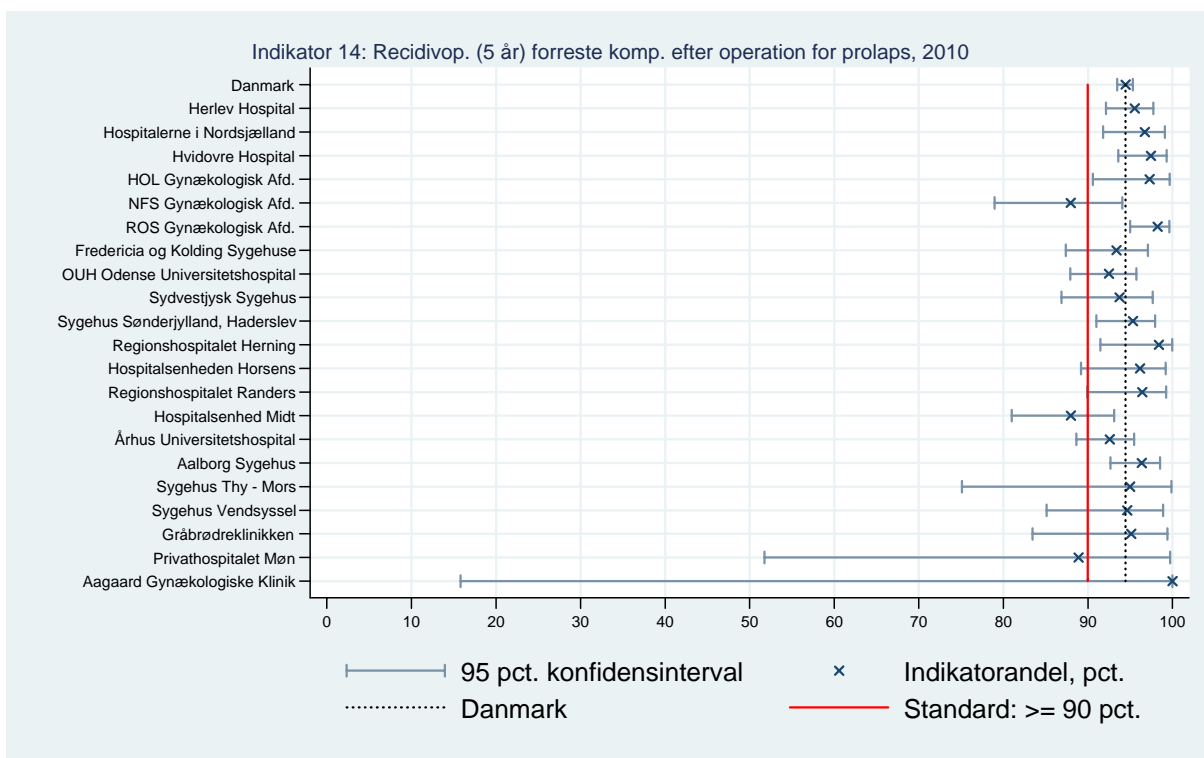
Tabel 8 - Resultater for indikator 14

Indikator 14	Std. ≥ 90% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år 2010		Tidligere år 2009 2008	
				Pct.	(95% CI)	Pct.	Pct.
<b>Danmark</b>	Ja	2349 / 2487	0 (0)	<b>94,5</b>	(93,5-95,3)	93,3	92,9
<b>Hovedstaden</b>	Ja	506 / 525	0 (0)	<b>96,4</b>	(94,4-97,8)	95,0	93,2
<b>Sjælland</b>	Ja	352 / 370	0 (0)	<b>95,1</b>	(92,4-97,1)	94,6	90,7
<b>Syddanmark</b>	Ja	551 / 588	0 (0)	<b>93,7</b>	(91,4-95,5)	91,8	95,3
<b>Midtjylland</b>	Ja	624 / 671	0 (0)	<b>93,0</b>	(90,8-94,8)	92,1	92,0
<b>Nordjylland</b>	Ja	258 / 269	0 (0)	<b>95,9</b>	(92,8-97,9)	94,4	94,1
<b>Hovedstaden</b>	Ja	506 / 525	0 (0)	<b>96,4</b>	(94,4-97,8)	95,0	93,2
Herlev Hospital	Ja	235 / 246	0 (0)	<b>95,5</b>	(92,1-97,7)	96,0	92,6
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	118 / 122	0 (0)	<b>96,7</b>	(91,8-99,1)	92,2	100,0
Hvidovre Hospital	Ja	153 / 157	0 (0)	<b>97,5</b>	(93,6-99,3)	95,4	93,5
<b>Sjælland</b>	Ja	352 / 370	0 (0)	<b>95,1</b>	(92,4-97,1)	94,6	90,7
HOL Gynækologisk Afd.	Ja	72 / 74	0 (0)	<b>97,3</b>	(90,6-99,7)	-	92,0
NFS Gynækologisk Afd.	Nej	73 / 83	0 (0)	<b>88,0</b>	(79,0-94,1)	-	-
ROS Gynækologisk Afd.	Ja	169 / 172	0 (0)	<b>98,3</b>	(95,0-99,6)	94,5	90,4
<b>Syddanmark</b>	Ja	551 / 588	0 (0)	<b>93,7</b>	(91,4-95,5)	91,8	95,3
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja	113 / 121	0 (0)	<b>93,4</b>	(87,4-97,1)	93,4	94,6
OUH Odense Universitetshospital	Ja	185 / 200	0 (0)	<b>92,5</b>	(87,9-95,7)	91,1	94,2
Sydvestjysk Sygehus	Ja	90 / 96	0 (0)	<b>93,8</b>	(86,9-97,7)	83,3	100,0
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	Ja	163 / 171	0 (0)	<b>95,3</b>	(91,0-98,0)	90,2	97,9
<b>Midtjylland</b>	Ja	624 / 671	0 (0)	<b>93,0</b>	(90,8-94,8)	92,1	92,0
Regionshospitalet Herning	Ja	62 / 63	0 (0)	<b>98,4</b>	(91,5-100,0)	93,8	94,8
Hospitalsenheden Horsens	Ja	75 / 78	0 (0)	<b>96,2</b>	(89,2-99,2)	98,3	97,1
Regionshospitalet Randers	Ja	81 / 84	0 (0)	<b>96,4</b>	(89,9-99,3)	88,9	98,2
Hospitalsenhed Midt	Nej	110 / 125	0 (0)	<b>88,0</b>	(81,0-93,1)	87,2	85,6
Århus Universitetshospital	Ja	237 / 256	0 (0)	<b>92,6</b>	(88,7-95,5)	93,3	88,6
<b>Nordjylland</b>	Ja	258 / 269	0 (0)	<b>95,9</b>	(92,8-97,9)	94,4	94,1
Aalborg Sygehus	Ja	186 / 193	0 (0)	<b>96,4</b>	(92,7-98,5)	93,3	95,7
Sygehus Thy – Mors	Ja	19 / 20	0 (0)	<b>95,0</b>	(75,1-99,9)	100,0	-
Sygehus Vendsyssel	Ja	53 / 56	0 (0)	<b>94,6</b>	(85,1-98,9)	98,2	71,4
<b>Privathospitaler</b>	Ja	58 / 64	0 (0)	<b>90,6</b>	(80,7-96,5)	91,9	100,0
Aleris–Hamlet, Aalborg, urologi og gynækologi	-	- / -	-	-	-	80,0	-
Aleris–Hamlet, Herning, urologi og gynækologi	-	- / -	-	-	-	100,0	-
Gråbrødreklinikken	Ja	39 / 41	0 (0)	<b>95,1</b>	(83,5-99,4)	100,0	100,0
Privathospitalet Møn	-	8 / 9	0 (0)	<b>88,9</b>	(51,8-99,7)	-	100,0
Aagaard Gynækologiske Klinik	-	# / #	0 (0)	#	-	90,9	-

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



Figur 13 - Resultater for indikator 14, for hele landet og per region



Figur 14 - Resultater for indikator 14, for hele landet og per afdeling

## Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 14

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

Resultaterne er baseret på primære operationer i 2010 hvor dækningsgraden for første gang siden DugaBases start i 2006 nærmede sig 90 % (86,8 % for prolaps). I denne årsrapport er det således første gang, at en lav dækningsgrad ikke i nævneværdig grad kan kompromittere validiteten af indikator 14.

Blandt prolapsoperationer i forreste kompartment i 2010 har 94,5 % 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 2009 og 2008, om end disse sammenligninger skal tolkes med forsigtighed grundet en noget lavere dækningsgrad før 2010 (63,9 % i 2009 og 54,2 % i 2008). Der er lille variation mellem regionerne, og alle regionerne opfylder standarden.

Blandt de 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 18 standarden på mindst 90 % (Herlev, Hospitalerne i Nordsjælland, Hvidovre, HOL Gynækologisk Afd., NAE Gynækologisk Afd., ROS Gynækologisk Afd., Fredericia/Kolding, Odense, Sydvestjysk Sygehus, Sønderjylland, Herning, Horsens, Randers, Århus, Aalborg, Thy-Mors, Vendsyssel, Gråbrødreklinikken). De to afdelinger, som ikke opfylder standarden (NFS Gynækologisk Afd. og Hospitalsenhed Midt) har en andel på 88,0 %, og deres 95 % konfidensinterval overlapper standarden. Der er lille variation mellem afdelingerne.

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer 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 18 ud af 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb.

## Styregruppens kommentarer til indikator 14

Som anført i de klinisk-epidemiologiske kommentarer baserer denne indikator sig på operationer indberettet i 2010, hvor dækningsgraden for alle sygehuse var 86,8 %. Det bemærkes dog at der var stor forskel i dækningsgraden mellem offentlige og private sygehuse og at førstnævnte havde en dækningsgrad på 91,2 % mod privathospitalernes 22 %.

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

Ved sammenligninger mellem afdelinger må man være opmærksom på, at denne indikator ikke tager højde for forskelle i population og operationsindikation. Ligeledes tages ikke højde for afdelinger som i 2010 opererede en forholdsvis høj andel af patienter med recidiv efter tidligere kirurgisk behandling.

## Anbefalinger til indikator 14

Styregruppen tillægger indikator 14 betydning som en valid indikator for klinisk kvalitet og den bibeholdes i sin nuværende form.

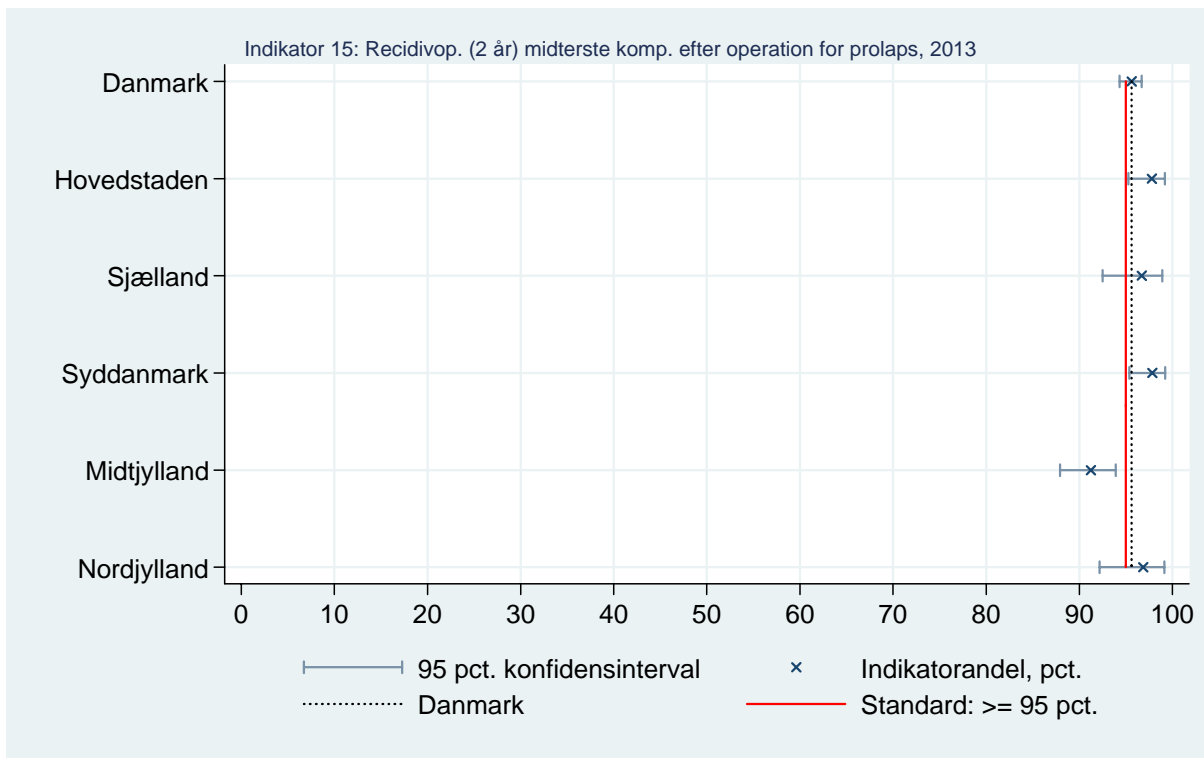
### 3.8. Indikator 15

Recidivoperation (2 år) midterste kompartiment efter operation for prolaps. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 4: Indikatordefinitioner", side 124.

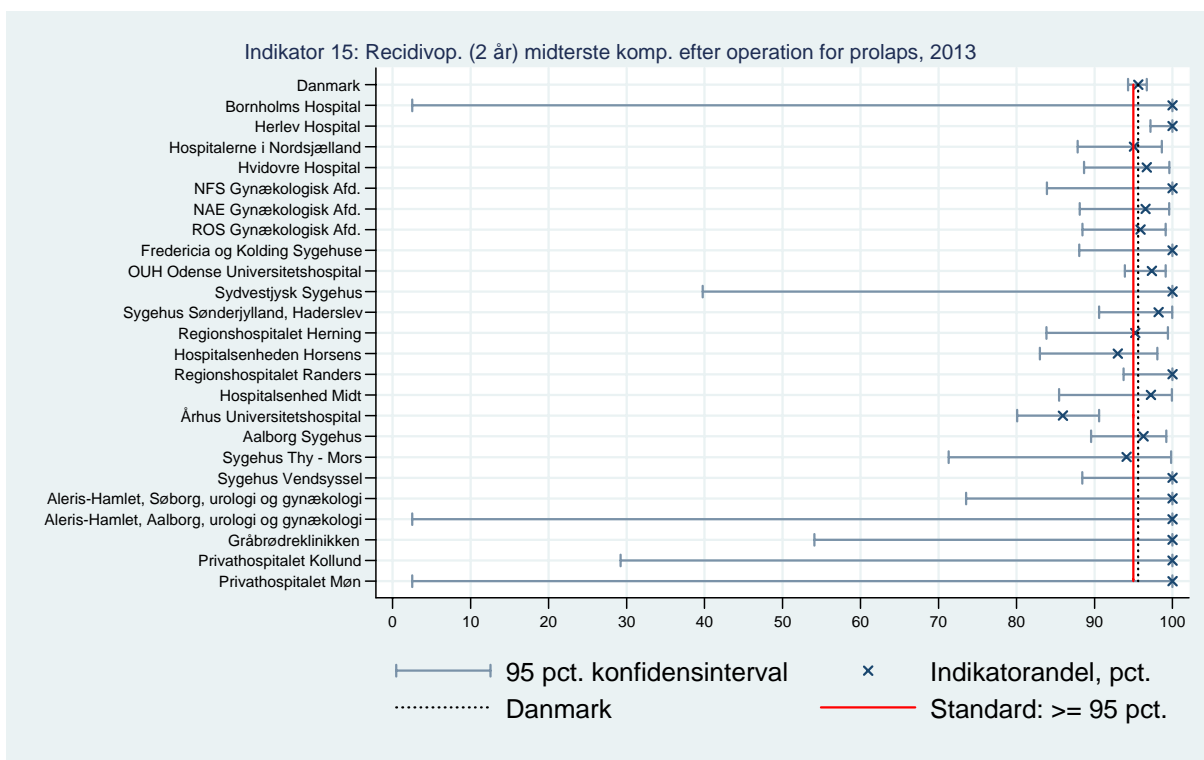
Tabel 9 - Resultater for indikator 15

Indikator 15	Std. ≥ 95% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år	Tidligere år	
				2013 Pct. (95% CI)	2012 Pct.	2011 Pct.
<b>Danmark</b>	Ja	1178 / 1232	0 (0)	<b>95,6</b> (94,3-96,7)	97,5	97,6
<b>Hovedstaden</b>	Ja	266 / 272	0 (0)	<b>97,8</b> (95,3-99,2)	98,8	99,3
<b>Sjælland</b>	Ja	147 / 152	0 (0)	<b>96,7</b> (92,5-98,9)	96,0	98,8
<b>Syddanmark</b>	Ja	272 / 278	0 (0)	<b>97,8</b> (95,4-99,2)	96,9	97,9
<b>Midtjylland</b>	Nej	344 / 377	0 (0)	<b>91,2</b> (87,9-93,9)	96,6	95,3
<b>Nordjylland</b>	Ja	124 / 128	0 (0)	<b>96,9</b> (92,2-99,1)	100,0	98,3
<b>Hovedstaden</b>	Ja	266 / 272	0 (0)	<b>97,8</b> (95,3-99,2)	98,8	99,3
Bornholms Hospital	-	# / #	0 (0)	#	-	-
Herlev Hospital	Ja	129 / 129	0 (0)	<b>100,0</b> (97,2-100,0)	98,9	100,0
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	77 / 81	0 (0)	<b>95,1</b> (87,8-98,6)	100,0	100,0
Hvidovre Hospital	Ja	59 / 61	0 (0)	<b>96,7</b> (88,7-99,6)	97,2	97,3
<b>Sjælland</b>	Ja	147 / 152	0 (0)	<b>96,7</b> (92,5-98,9)	96,0	98,8
HOL Gynækologisk Afd.	-	- / -	-	-	100,0	100,0
NFS Gynækologisk Afd.	Ja	21 / 21	0 (0)	<b>100,0</b> (83,9-100,0)	93,5	95,0
NAE Gynækologisk Afd.	Ja	56 / 58	0 (0)	<b>96,6</b> (88,1-99,6)	93,5	100,0
ROS Gynækologisk Afd.	Ja	70 / 73	0 (0)	<b>95,9</b> (88,5-99,1)	97,2	100,0
<b>Syddanmark</b>	Ja	272 / 278	0 (0)	<b>97,8</b> (95,4-99,2)	96,9	97,9
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja	29 / 29	0 (0)	<b>100,0</b> (88,1-100,0)	97,2	97,6
OUH Odense Universitetshospital	Ja	183 / 188	0 (0)	<b>97,3</b> (93,9-99,1)	95,2	97,2
Sydvestjysk Sygehus	-	4 / 4	0 (0)	<b>100,0</b> (39,8-100,0)	100,0	100,0
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	Ja	56 / 57	0 (0)	<b>98,2</b> (90,6-100,0)	100,0	98,5
<b>Midtjylland</b>	Nej	344 / 377	0 (0)	<b>91,2</b> (87,9-93,9)	96,6	95,3
Regionshospitalet Herning	Ja	40 / 42	0 (0)	<b>95,2</b> (83,8-99,4)	100,0	96,5
Hospitalsenheden Horsens	Nej	53 / 57	0 (0)	<b>93,0</b> (83,0-98,1)	98,3	100,0
Regionshospitalet Randers	Ja	57 / 57	0 (0)	<b>100,0</b> (93,7-100,0)	100,0	96,6
Hospitalsenhed Midt	Ja	35 / 36	0 (0)	<b>97,2</b> (85,5-99,9)	96,2	95,7
Århus Universitetshospital	Nej	159 / 185	0 (0)	<b>85,9</b> (80,1-90,6)	93,5	92,5
<b>Nordjylland</b>	Ja	124 / 128	0 (0)	<b>96,9</b> (92,2-99,1)	100,0	98,3
Aalborg Sygehus	Ja	78 / 81	0 (0)	<b>96,3</b> (89,6-99,2)	100,0	100,0
Sygehus Thy – Mors	Nej	16 / 17	0 (0)	<b>94,1</b> (71,3-99,9)	100,0	92,9
Sygehus Vendsyssel	Ja	30 / 30	0 (0)	<b>100,0</b> (88,4-100,0)	100,0	96,7
<b>Privathospitaler</b>	Ja	25 / 25	0 (0)	<b>100,0</b> (86,3-100,0)	100,0	96,0
Aleris–Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi	Ja	12 / 12	0 (0)	<b>100,0</b> (73,5-100,0)	100,0	100,0
Aleris–Hamlet, Aalborg, urologi og gynækologi	-	# / #	0 (0)	#	100,0	100,0
Gråbrødreklinikken	-	6 / 6	0 (0)	<b>100,0</b> (54,1-100,0)	100,0	100,0
Privathospitalet Kollund	-	3 / 3	0 (0)	<b>100,0</b> (29,2-100,0)	-	-
Privathospitalet Møn	-	# / #	0 (0)	#	100,0	-

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



Figur 15 - Resultater for indikator 15, for hele landet og per region



Figur 16 - Resultater for indikator 15, for hele landet og per afdeling



## Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 15

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 2013 har 95,6 % 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 2012 og 2011 (henholdsvis 97,5 % og 97,6 %). 4 ud af 5 regioner (Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Nordjylland) opfylder standarden. Region Midtjylland opfylder med 91,2 % ikke standarden, og dens 95 % konfidensinterval overlapper ikke standarden. Der er lille variation mellem regionerne, fraset Region Midtjylland.

Blandt de 18 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder 15 standarden (Herlev, Hospitalerne i Nordsjælland, Hvidovre, NFS Gynækologisk Afd., NAE Gynækologisk Afd., ROS Gynækologisk Afd., Fredericia/Kolding, Odense, Sønderjylland, Herning, Randers, Hospitalsenhed Midt, Aalborg, Vendsyssel, Aleris-Hamlet/Søborg) mens 3 afdelinger ikke opfylder standarden (Horsens, Århus, Thy-Mors). Der er lille variation mellem afdelingerne, fraset Århus, som også er eneste afdeling hvis 95 % konfidensinterval ikke overlapper standarden.

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer 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 15 ud af 18 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb.

## Styregruppens kommentarer til indikator 15

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

Ved sammenligninger mellem afdelinger må man være opmærksom på, at denne indikator ikke tager højde for forskelle i population og operationsindikation. Ligeledes tages ikke højde for afdelinger som i 2013 opererede en forholdsvis høj andel af patienter med recidiv efter tidligere kirurgisk behandling.

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.

## Anbefalinger til indikator 15

Styregruppen tillægger indikator 15 betydning som en valid indikator for klinisk kvalitet og den bibeholdes i sin nuværende form. Den afdeling som ikke opfylder standarden er kontaktet og tilbudt hjælp mhp. at analysere hvad udsvinget evt. kan skyldes.

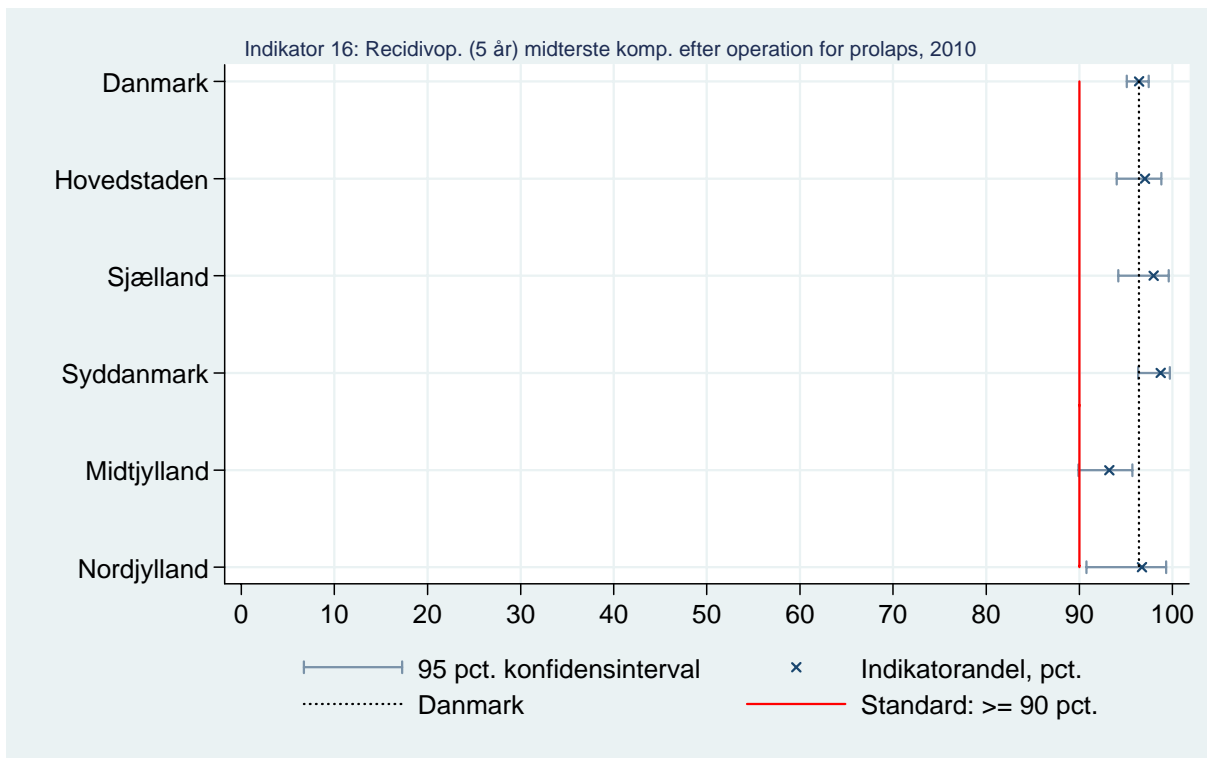
### 3.9. Indikator 16

Recidivoperation (5 år) midterste kompartiment efter operation for prolaps. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 4: Indikatordefinitioner", side 124.

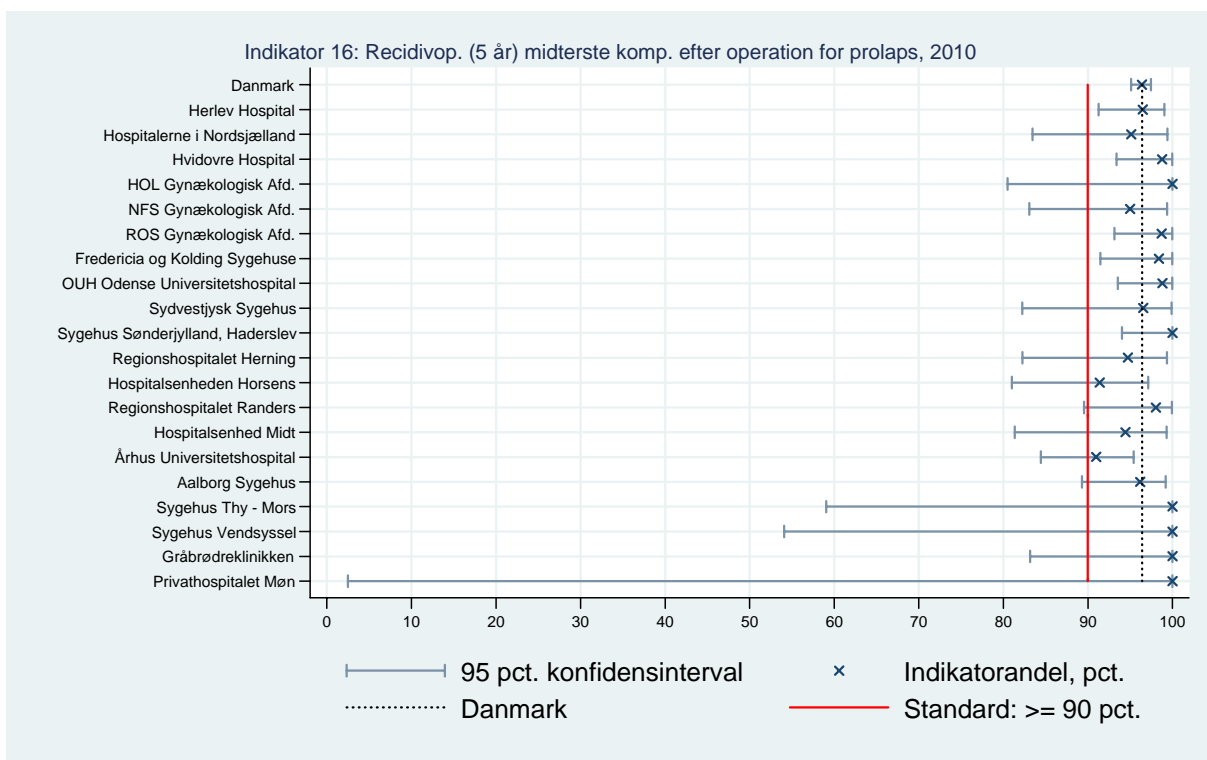
Tabel 10 - Resultater for indikator 16

Indikator 16	Std. ≥ 90% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2010	2009	2008	
				Pct. (95% CI)	Pct.	Pct.	
<b>Danmark</b>	Ja	1022 / 1060	0 (0)	<b>96,4</b> (95,1-97,5)	96,5	96,1	
<b>Hovedstaden</b>	Ja	230 / 237	0 (0)	<b>97,0</b> (94,0-98,8)	96,4	95,9	
<b>Sjælland</b>	Ja	145 / 148	0 (0)	<b>98,0</b> (94,2-99,6)	98,7	94,7	
<b>Syddanmark</b>	Ja	233 / 236	0 (0)	<b>98,7</b> (96,3-99,7)	95,6	96,3	
<b>Midtjylland</b>	Ja	302 / 324	0 (0)	<b>93,2</b> (89,9-95,7)	95,9	96,9	
<b>Nordjylland</b>	Ja	89 / 92	0 (0)	<b>96,7</b> (90,8-99,3)	98,0	94,1	
<b>Hovedstaden</b>	Ja	230 / 237	0 (0)	<b>97,0</b> (94,0-98,8)	96,4	95,9	
Herlev Hospital	Ja	110 / 114	0 (0)	<b>96,5</b> (91,3-99,0)	98,0	95,6	
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	39 / 41	0 (0)	<b>95,1</b> (83,5-99,4)	91,7	100,0	
Hvidovre Hospital	Ja	81 / 82	0 (0)	<b>98,8</b> (93,4-100,0)	95,1	96,4	
<b>Sjælland</b>	Ja	145 / 148	0 (0)	<b>98,0</b> (94,2-99,6)	98,7	94,7	
HOL Gynækologisk Afd.	Ja	17 / 17	0 (0)	<b>100,0</b> (80,5-100,0)	-	100,0	
NFS Gynækologisk Afd.	Ja	38 / 40	0 (0)	<b>95,0</b> (83,1-99,4)	-	-	
ROS Gynækologisk Afd.	Ja	78 / 79	0 (0)	<b>98,7</b> (93,1-100,0)	98,7	94,3	
<b>Syddanmark</b>	Ja	233 / 236	0 (0)	<b>98,7</b> (96,3-99,7)	95,6	96,3	
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja	62 / 63	0 (0)	<b>98,4</b> (91,5-100,0)	96,7	92,9	
OOU Odense Universitetshospital	Ja	83 / 84	0 (0)	<b>98,8</b> (93,5-100,0)	97,7	100,0	
Sydvestjysk Sygehus	Ja	28 / 29	0 (0)	<b>96,6</b> (82,2-99,9)	100,0	100,0	
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	Ja	60 / 60	0 (0)	<b>100,0</b> (94,0-100,0)	71,4	100,0	
<b>Midtjylland</b>	Ja	302 / 324	0 (0)	<b>93,2</b> (89,9-95,7)	95,9	96,9	
Regionshospitalet Herning	Ja	36 / 38	0 (0)	<b>94,7</b> (82,3-99,4)	100,0	100,0	
Hospitalsenheden Horsens	Ja	53 / 58	0 (0)	<b>91,4</b> (81,0-97,1)	95,2	100,0	
Regionshospitalet Randers	Ja	50 / 51	0 (0)	<b>98,0</b> (89,6-100,0)	100,0	96,8	
Hospitalsenhed Midt	Ja	34 / 36	0 (0)	<b>94,4</b> (81,3-99,3)	96,0	100,0	
Århus Universitetshospital	Ja	111 / 122	0 (0)	<b>91,0</b> (84,4-95,4)	91,9	94,1	
<b>Nordjylland</b>	Ja	89 / 92	0 (0)	<b>96,7</b> (90,8-99,3)	98,0	94,1	
Aalborg Sygehus	Ja	76 / 79	0 (0)	<b>96,2</b> (89,3-99,2)	97,7	94,1	
Sygehus Thy – Mors	-	7 / 7	0 (0)	<b>100,0</b> (59,0-100,0)	100,0	-	
Sygehus Vendsyssel	-	6 / 6	0 (0)	<b>100,0</b> (54,1-100,0)	100,0	-	
<b>Privathospitaler</b>	Ja	23 / 23	0 (0)	<b>100,0</b> (85,2-100,0)	100,0	100,0	
Gråbrødreklinikken	Ja	20 / 20	0 (0)	<b>100,0</b> (83,2-100,0)	100,0	100,0	
Privathospitalet Møn	-	# / #	0 (0)	#	-	-	
Aagaard Gynækologiske Klinik	-	- / -		-	100,0	-	

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



Figur 17 - Resultater for indikator 16, for hele landet og per region



Figur 18 - Resultater for indikator 16, for hele landet og per afdeling

## Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 16

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

Resultaterne er baseret på primære operationer i 2010 hvor dækningsgraden for første gang siden DugaBases start i 2006 nærmede sig 90 % (86,8 % for prolaps). I denne årsrapport er det således første gang, at en lav dækningsgrad ikke i nævneværdig grad kan kompromittere validiteten af indikator 16.

Blandt prolapsoperationer i midterste kompartment i 2010 har 96,4 % 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 2009 og 2008, om end disse sammenligninger skal tolkes med forsigtighed grundet en noget lavere dækningsgrad før 2010 (63,9 % i 2009 og 54,2 % i 2008). Der er lille variation mellem regionerne, og alle regionerne opfylder standarden.

Blandt de 17 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder alle standarden på mindst 90 % (Herlev, Hospitalerne i Nordsjælland, Hvidovre, HOL Gynækologisk Afd., NFS Gynækologisk Afd., ROS Gynækologisk Afd., Fredericia/Kolding, Odense, Sydvestjysk Sygehus, Sønderjylland, Herning, Horsens, Randers, Hospitalsenhed Midt, Århus, Aalborg, Gråbrødreklinikken). Der er lille variation mellem afdelingerne.

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer 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 17 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb.

## Styregruppens kommentarer til indikator 16

Som anført i de klinisk-epidemiologiske kommentarer baserer denne indikator sig på operationer indberettet i 2010, hvor dækningsgraden for alle sygehuse var 86,8 %. Det bemærkes dog, at der var stor forskel i dækningsgraden mellem offentlige og private sygehuse og at førstnævnte havde en dækningsgrad på 91,2 % mod privathospitalernes 22 %.

Ved sammenligninger mellem afdelinger må man være opmærksom på, at denne indikator ikke tager højde for forskelle i population og operationsindikation. Ligeledes tages ikke højde for afdelinger som i 2010 opererede en forholdsvis høj andel af patienter med recidiv efter tidligere kirurgisk behandling.

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.

## Anbefalinger til indikator 16

Styregruppen tillægger indikator 16 betydning som en valid indikator for klinisk kvalitet og den bibeholdes i sin nuværende form.

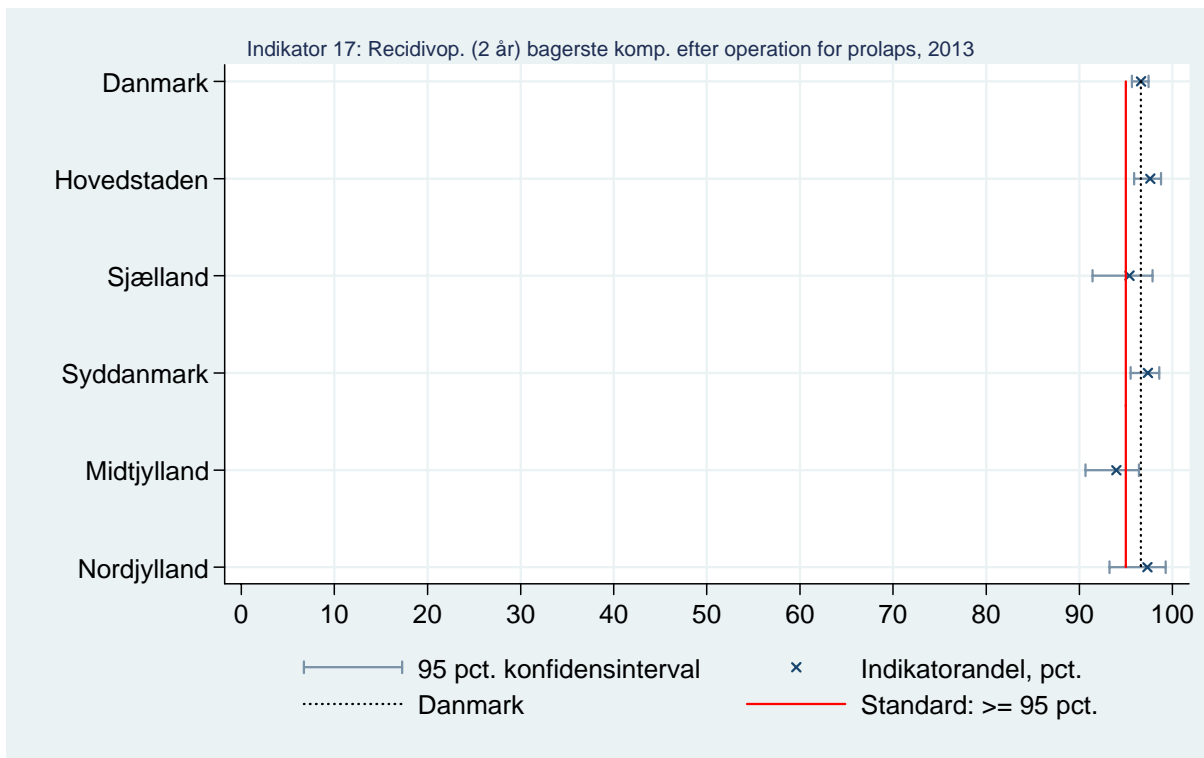
### 3.10. Indikator 17

Recidivoperation (2 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 4: Indikatordefinitioner", side 124.

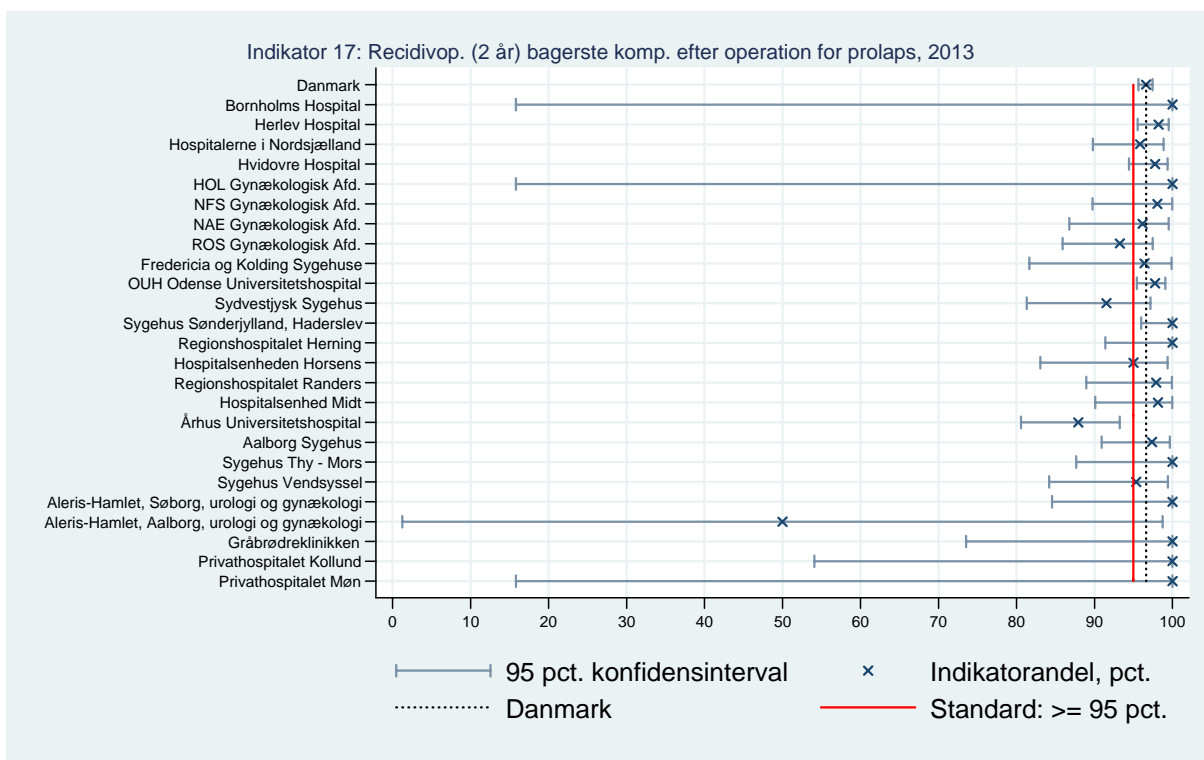
Tabel 11 - Resultater for indikator 17

Indikator 17	Std. ≥ 95% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2013	2012	2012	2011
				Pct. (95% CI)	Pct.	Pct.	Pct.
<b>Danmark</b>	Ja	1632 / 1689	0 (0)	<b>96,6</b> (95,6-97,4)	97,6	96,7	
<b>Hovedstaden</b>	Ja	494 / 506	0 (0)	<b>97,6</b> (95,9-98,8)	97,8	97,4	
<b>Sjælland</b>	Ja	186 / 195	0 (0)	<b>95,4</b> (91,4-97,9)	95,5	97,6	
<b>Syddanmark</b>	Ja	477 / 490	0 (0)	<b>97,3</b> (95,5-98,6)	98,6	94,7	
<b>Midtjylland</b>	Nej	281 / 299	0 (0)	<b>94,0</b> (90,7-96,4)	97,8	97,7	
<b>Nordjylland</b>	Ja	144 / 148	0 (0)	<b>97,3</b> (93,2-99,3)	97,8	96,0	
<b>Hovedstaden</b>	Ja	494 / 506	0 (0)	<b>97,6</b> (95,9-98,8)	97,8	97,4	
Bornholms Hospital	-	# / #	0 (0)	#	-	100,0	
Herlev Hospital	Ja	222 / 226	0 (0)	<b>98,2</b> (95,5-99,5)	98,6	97,1	
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	93 / 97	0 (0)	<b>95,9</b> (89,8-98,9)	96,2	96,6	
Hvidovre Hospital	Ja	177 / 181	0 (0)	<b>97,8</b> (94,4-99,4)	98,0	98,0	
<b>Sjælland</b>	Ja	186 / 195	0 (0)	<b>95,4</b> (91,4-97,9)	95,5	97,6	
HOL Gynækologisk Afd.	-	# / #	0 (0)	#	100,0	98,0	
NFS Gynækologisk Afd.	Ja	51 / 52	0 (0)	<b>98,1</b> (89,7-100,0)	94,2	98,0	
NAE Gynækologisk Afd.	Ja	50 / 52	0 (0)	<b>96,2</b> (86,8-99,5)	94,7	92,9	
ROS Gynækologisk Afd.	Nej	83 / 89	0 (0)	<b>93,3</b> (85,9-97,5)	95,0	97,7	
<b>Syddanmark</b>	Ja	477 / 490	0 (0)	<b>97,3</b> (95,5-98,6)	98,6	94,7	
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja	27 / 28	0 (0)	<b>96,4</b> (81,7-99,9)	100,0	96,8	
OUH Odense Universitetshospital	Ja	306 / 313	0 (0)	<b>97,8</b> (95,4-99,1)	97,9	96,4	
Sydvestjysk Sygehus	Nej	54 / 59	0 (0)	<b>91,5</b> (81,3-97,2)	98,8	83,6	
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	Ja	90 / 90	0 (0)	<b>100,0</b> (96,0-100,0)	100,0	95,8	
<b>Midtjylland</b>	Nej	281 / 299	0 (0)	<b>94,0</b> (90,7-96,4)	97,8	97,7	
Regionshospitalet Herning	Ja	41 / 41	0 (0)	<b>100,0</b> (91,4-100,0)	100,0	100,0	
Hospitalsenheden Horsens	Ja	38 / 40	0 (0)	<b>95,0</b> (83,1-99,4)	95,1	97,7	
Regionshospitalet Randers	Ja	47 / 48	0 (0)	<b>97,9</b> (88,9-99,9)	100,0	96,8	
Hospitalsenhed Midt	Ja	53 / 54	0 (0)	<b>98,1</b> (90,1-100,0)	98,8	94,4	
Århus Universitetshospital	Nej	102 / 116	0 (0)	<b>87,9</b> (80,6-93,2)	96,4	98,1	
<b>Nordjylland</b>	Ja	144 / 148	0 (0)	<b>97,3</b> (93,2-99,3)	97,8	96,0	
Aalborg Sygehus	Ja	75 / 77	0 (0)	<b>97,4</b> (90,9-99,7)	94,8	94,0	
Sygehus Thy – Mors	Ja	28 / 28	0 (0)	<b>100,0</b> (87,7-100,0)	100,0	100,0	
Sygehus Vendsyssel	Ja	41 / 43	0 (0)	<b>95,3</b> (84,2-99,4)	100,0	98,0	
<b>Privathospitaler</b>	Ja	50 / 51	0 (0)	<b>98,0</b> (89,6-100,0)	87,5	95,5	
Aleris–Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi	Ja	22 / 22	0 (0)	<b>100,0</b> (84,6-100,0)	100,0	100,0	
Aleris–Hamlet, Aalborg, urologi og gynækologi	-	# / #	0 (0)	#	100,0	100,0	
Gråbrødreklinikken	Ja	12 / 12	0 (0)	<b>100,0</b> (73,5-100,0)	100,0	93,3	
Privathospitalet Kollund	-	6 / 6	0 (0)	<b>100,0</b> (54,1-100,0)	-	-	
Privathospitalet Møn	-	# / #	0 (0)	#	100,0	-	

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



Figur 19 - Resultater for indikator 17, for hele landet og per region



Figur 20 - Resultater for indikator 17, for hele landet og per afdeling

## **Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 17**

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 2013 har 96,6 % 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 2012 og 2011, med andele på henholdsvis 97,6 % og 96,7 %. 4 ud af 5 regioner opfylder standarden (Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Nordjylland), mens Region Midtjylland med 94,0 % ikke opfylder standarden, om end dens 95 % konfidensinterval overlapper standarden. Der er lille variation mellem regionerne.

Blandt de 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder 17 standarden på mindst 95 % (Herlev, Hospitalerne i Nordsjælland, Hvidovre, NFS Gynækologisk Afd., NAE Gynækologisk Afd., Fredericia/Kolding, Odense, Sønderjylland, Herning, Horsens, Randers, Hospitalsenhed Midt, Aalborg, Thy-Mors, Vendsyssel, Aleris-Hamlet/Søborg, Gråbrødreklinikken). 3 afdelinger opfylder ikke standarden (ROS Gynækologisk Afd., Sydvestjysk Sygehus, Århus), men blandt disse er det kun Århus, hvis 95 % konfidensintervaller ikke overlapper standarden. Der er lille variation mellem afdelingerne.

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer 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 17 ud af 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb.

## **Styregruppens kommentarer til indikator 17**

Standarden er opfyldt på landsplan og for alle afdelinger på nær en (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). Ved sammenligninger mellem afdelinger må man være opmærksom på, at denne indikator ikke tager højde for forskelle i population og operationsindikation. Ligeledes tages ikke højde for afdelinger som i 2013 opererede en forholdsvis høj andel af patienter med recidiv efter tidligere kirurgisk behandling.

## **Anbefalinger til indikator 17**

Styregruppen tillægger indikator 17 betydning som en valid indikator for klinisk kvalitet og den bibeholdes i sin nuværende form. Den afdeling som ikke opfylder standarden er kontaktet og tilbudt hjælp mhp. at analysere hvad udsvinget evt. kan skyldes.

### 3.11. Indikator 18

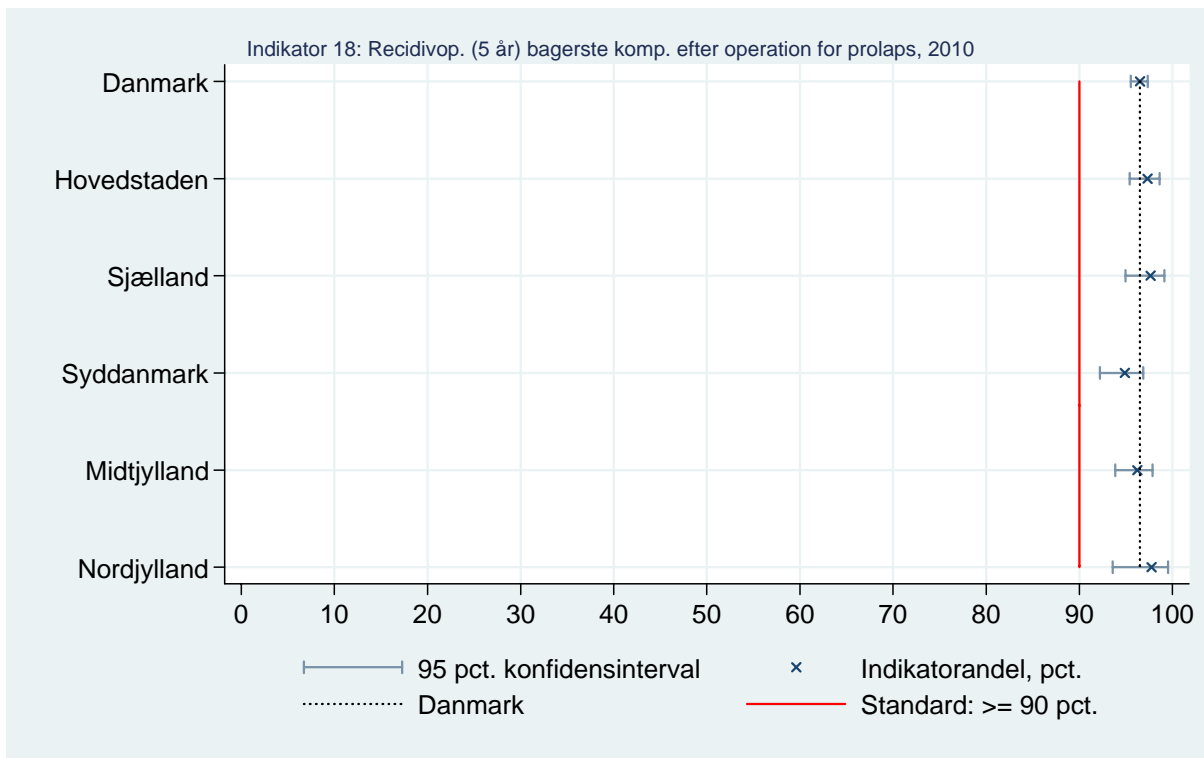
Recidivoperation (5 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 4: Indikatordefinitioner", side 124.

Tabel 12 - Resultater for indikator 18

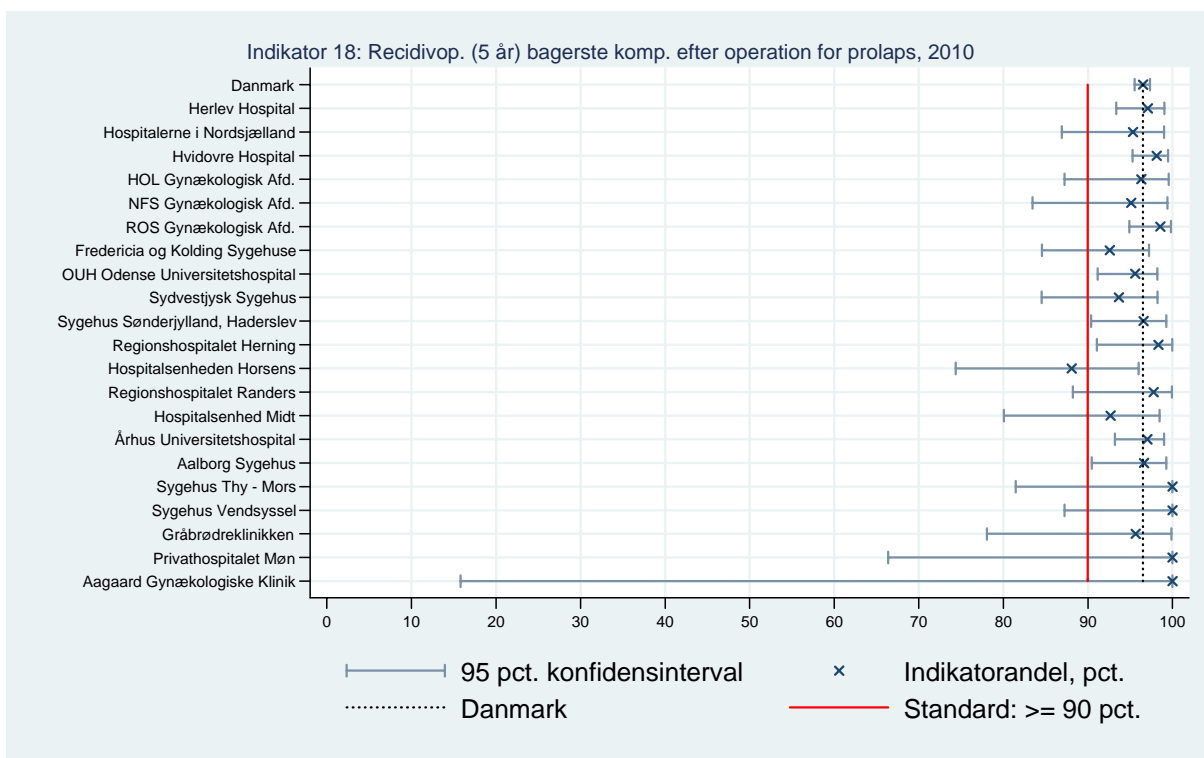
Indikator 18	Std. ≥ 90% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2010 Pct. (95% CI)	2009 Pct.	2008 Pct.	
<b>Danmark</b>	Ja	1609 / 1667	0 (0)	<b>96,5</b> (95,5-97,3)	96,0	95,3	
<b>Hovedstaden</b>	Ja	438 / 450	0 (0)	<b>97,3</b> (95,4-98,6)	96,6	96,1	
<b>Sjælland</b>	Ja	250 / 256	0 (0)	<b>97,7</b> (95,0-99,1)	94,5	90,9	
<b>Syddanmark</b>	Ja	371 / 391	0 (0)	<b>94,9</b> (92,2-96,8)	97,5	98,0	
<b>Midtjylland</b>	Ja	382 / 397	0 (0)	<b>96,2</b> (93,8-97,9)	95,7	94,0	
<b>Nordjylland</b>	Ja	131 / 134	0 (0)	<b>97,8</b> (93,6-99,5)	95,3	97,4	
<b>Hovedstaden</b>	Ja	438 / 450	0 (0)	<b>97,3</b> (95,4-98,6)	96,6	96,1	
Herlev Hospital	Ja	167 / 172	0 (0)	<b>97,1</b> (93,3-99,0)	97,7	97,5	
Hospitallerne i Nordsjælland	Ja	61 / 64	0 (0)	<b>95,3</b> (86,9-99,0)	91,1	100,0	
Hvidovre Hospital	Ja	210 / 214	0 (0)	<b>98,1</b> (95,3-99,5)	97,7	94,7	
<b>Sjælland</b>	Ja	250 / 256	0 (0)	<b>97,7</b> (95,0-99,1)	94,5	90,9	
HOL Gynækologisk Afd.	Ja	52 / 54	0 (0)	<b>96,3</b> (87,3-99,5)	-	92,9	
NFS Gynækologisk Afd.	Ja	39 / 41	0 (0)	<b>95,1</b> (83,5-99,4)	-	-	
ROS Gynækologisk Afd.	Ja	137 / 139	0 (0)	<b>98,6</b> (94,9-99,8)	94,4	90,6	
<b>Syddanmark</b>	Ja	371 / 391	0 (0)	<b>94,9</b> (92,2-96,8)	97,5	98,0	
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja	75 / 81	0 (0)	<b>92,6</b> (84,6-97,2)	96,6	96,6	
OUH Odense Universitetshospital	Ja	152 / 159	0 (0)	<b>95,6</b> (91,1-98,2)	97,5	97,9	
Sydvestjysk Sygehus	Ja	59 / 63	0 (0)	<b>93,7</b> (84,5-98,2)	100,0	100,0	
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	Ja	85 / 88	0 (0)	<b>96,6</b> (90,4-99,3)	100,0	100,0	
<b>Midtjylland</b>	Ja	382 / 397	0 (0)	<b>96,2</b> (93,8-97,9)	95,7	94,0	
Regionshospitalet Herning	Ja	59 / 60	0 (0)	<b>98,3</b> (91,1-100,0)	98,5	97,2	
Hospitalsenheden Horsens	Nej	37 / 42	0 (0)	<b>88,1</b> (74,4-96,0)	97,8	90,9	
Regionshospitalet Randers	Ja	44 / 45	0 (0)	<b>97,8</b> (88,2-99,9)	100,0	97,1	
Hospitalsenhed Midt	Ja	38 / 41	0 (0)	<b>92,7</b> (80,1-98,5)	93,7	84,4	
Århus Universitetshospital	Ja	163 / 168	0 (0)	<b>97,0</b> (93,2-99,0)	93,4	94,4	
<b>Nordjylland</b>	Ja	131 / 134	0 (0)	<b>97,8</b> (93,6-99,5)	95,3	97,4	
Aalborg Sygehus	Ja	86 / 89	0 (0)	<b>96,6</b> (90,5-99,3)	97,4	97,3	
Sygehus Thy – Mors	Ja	18 / 18	0 (0)	<b>100,0</b> (81,5-100,0)	-	-	
Sygehus Vendsyssel	Ja	27 / 27	0 (0)	<b>100,0</b> (87,2-100,0)	89,3	100,0	
<b>Privathospitaler</b>	Ja	37 / 39	0 (0)	<b>94,9</b> (82,7-99,4)	91,2	90,0	
Aleris–Hamlet, Aalborg, urologi og gynækologi	-	- / -	-	-	100,0	-	
Aleris–Hamlet, Herning, urologi og gynækologi	-	- / -	-	-	100,0	-	
Gråbrødreklinikken	Ja	22 / 23	0 (0)	<b>95,7</b> (78,1-99,9)	100,0	90,0	
Privathospitalet Møn	-	9 / 9	0 (0)	<b>100,0</b> (66,4-100,0)	-	-	
Aagaard Gynækologiske Klinik	-	# / #	0 (0)	#	100,0	-	

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





Figur 21 - Resultater for indikator 18, for hele landet og per region



Figur 22 - Resultater for indikator 18, for hele landet og per afdeling

## Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 18

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

Resultaterne er baseret på primære operationer i 2010 hvor dækningsgraden for første gang siden DugaBases start i 2006 nærmede sig 90 % (86,8 % for prolaps). I denne årsrapport er det således første gang, at en lav dækningsgrad ikke i nævneværdig grad kan kompromittere validiteten af indikator 18.

Blandt prolapsoperationer i bagerste kompartment i 2010 har 96,5 % 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 2009 og 2008, om end disse sammenligninger skal tolkes med forsigtighed grundet en noget lavere dækningsgrad før 2010 (63,9 % i 2009 og 54,2 % i 2008). Der er lille variation mellem regionerne, og alle regionerne opfylder standarden.

Blandt de 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 19 standarden på mindst 90 % (Herlev, Hospitalerne i Nordsjælland, Hvidovre, HOL Gynækologisk Afd., NFS Gynækologisk Afd., NAE Gynækologisk Afd., ROS Gynækologisk Afd., Fredericia/Kolding, Odense, Sydvestjysk Sygehus, Sønderjylland, Herning, Randers, Hospitalsenhed Midt, Århus, Aalborg, Thy-Mors, Vendsyssel, Gråbrødreklinikken). Kun Horsens opfylder ikke standarden, omend dets 95 % konfidensinterval overlapper standarden. Der er lille variation mellem afdelingerne.

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer 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 19 ud af 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb.

## Styregruppens kommentarer til indikator 18

Som anført i de klinisk-epidemiologiske kommentarer baserer denne indikator sig på operationer indberettet i 2010, hvor dækningsgraden for alle sygehuse var 86,8 %. Det bemærkes dog, at der var stor forskel i dækningsgraden mellem offentlige og private sygehuse og at førstnævnte havde en dækningsgrad på 91,2 % mod privathospitalernes 22 %.

Bagerste kompartment er defineret som nedsynkning af bagerste skedevæg og/eller nedsynkning af bughuleindhold bag livmoderen / skedetoppen (rectoceler og/eller enteroceler). Ved sammenligninger mellem afdelinger må man være opmærksom på, at denne indikator ikke tager højde for forskelle i population og operationsindikation. Ligeledes tages ikke højde for afdelinger som i 2013 opererede en forholdsvis høj andel af patienter med recidiv efter tidligere kirurgisk behandling.

## Anbefalinger til indikator 18

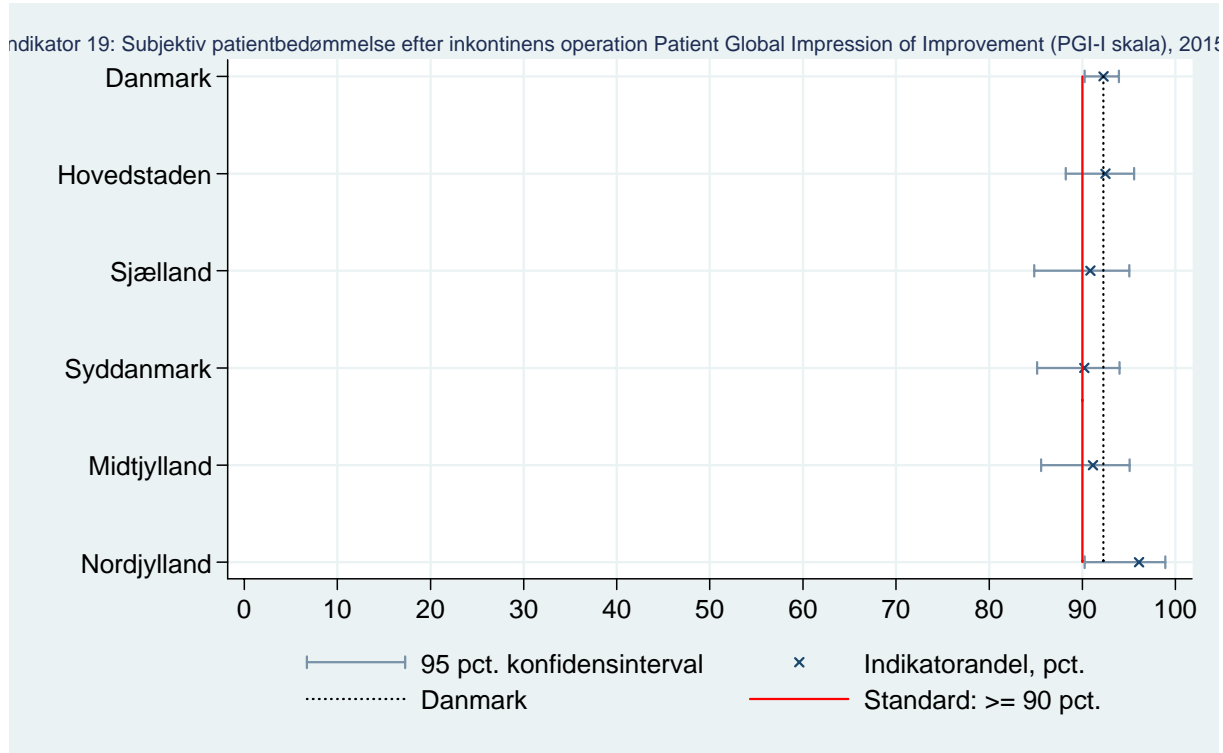
Styregruppen tillægger indikator 18 betydning som en valid indikator for klinisk kvalitet og den bibeholdes i sin nuværende form.

### 3.12. Indikator 19

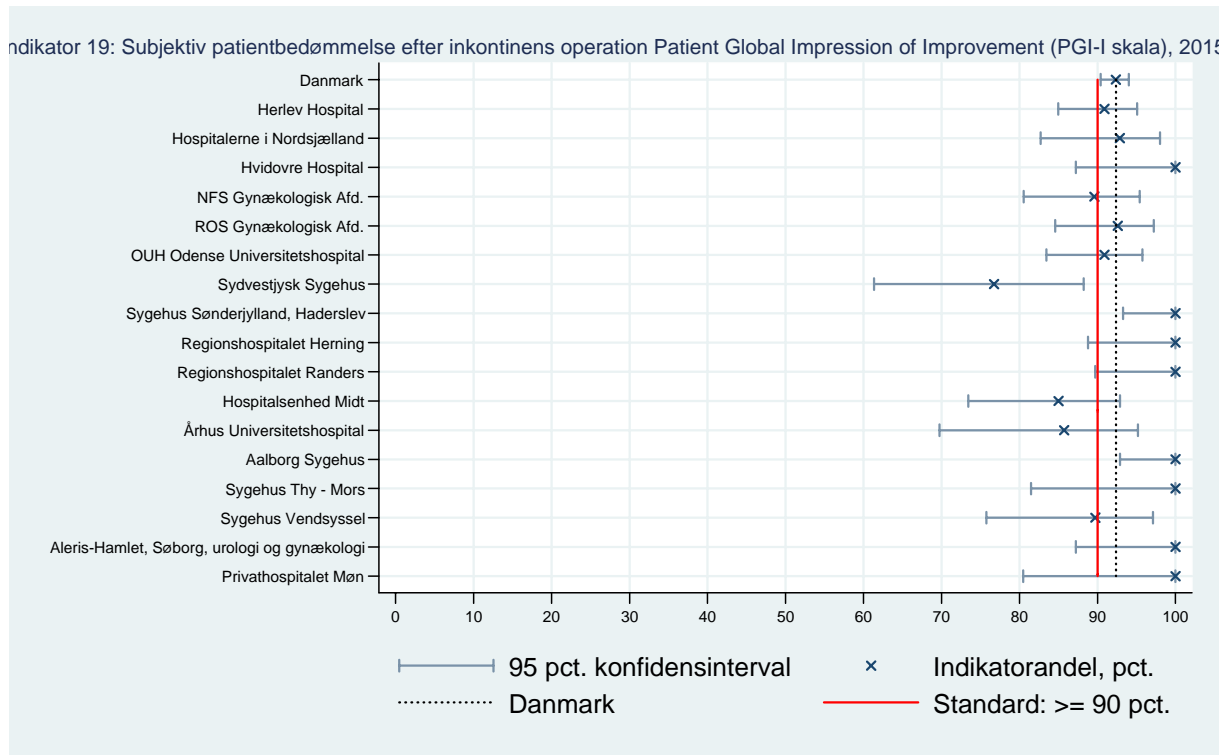
Behandlingssucces for inkontinensoperation målt på PGI-I skala. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 4: Indikatordefinitioner", side 124.

Tabel 13 - Resultater for indikator 19

Indikator 19	Std. ≥ 90% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2015	2014	2013	
				Pct. (95% CI)	Pct.	Pct.	
<b>Danmark</b>	Ja	798 / 865	280 (24)	<b>92,3</b>	(90,3-93,9)	93,0	92,9
<b>Hovedstaden</b>	Ja	209 / 226	8 (3)	<b>92,5</b>	(88,2-95,6)	89,7	92,1
<b>Sjælland</b>	Ja	129 / 142	107 (43)	<b>90,8</b>	(84,9-95,0)	90,1	91,5
<b>Syddanmark</b>	Ja	175 / 194	56 (22)	<b>90,2</b>	(85,1-94,0)	93,2	90,2
<b>Midtjylland</b>	Ja	144 / 158	70 (31)	<b>91,1</b>	(85,6-95,1)	94,1	95,9
<b>Nordjylland</b>	Ja	98 / 102	29 (22)	<b>96,1</b>	(90,3-98,9)	98,0	96,4
<b>Hovedstaden</b>	Ja	209 / 226	8 (3)	<b>92,5</b>	(88,2-95,6)	89,7	92,1
Bornholms Hospital		- / -		-		-	100,0
Herlev Hospital	Ja	130 / 143	3 (2)	<b>90,9</b>	(85,0-95,1)	88,9	90,5
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	52 / 56	0 (0)	<b>92,9</b>	(82,7-98,0)	87,7	93,2
Hvidovre Hospital	Ja	27 / 27	5 (16)	<b>100,0</b>	(87,2-100,0)	100,0	96,6
<b>Sjælland</b>	Ja	129 / 142	107 (43)	<b>90,8</b>	(84,9-95,0)	90,1	91,5
NFS Gynækologisk Afd.	Nej	69 / 77	23 (23)	<b>89,6</b>	(80,6-95,4)	85,0	89,7
ROS Gynækologisk Afd.	Ja	60 / 65	84 (56)	<b>92,3</b>	(83,0-97,5)	96,7	100,0
<b>Syddanmark</b>	Ja	175 / 194	56 (22)	<b>90,2</b>	(85,1-94,0)	93,2	90,2
OUH Odense Universitetshospital	Ja	90 / 99	28 (22)	<b>90,9</b>	(83,4-95,8)	91,3	90,4
Sydvestjysk Sygehus	Nej	33 / 43	15 (26)	<b>76,7</b>	(61,4-88,2)	91,7	88,0
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	Ja	52 / 52	13 (20)	<b>100,0</b>	(93,2-100,0)	98,4	100,0
<b>Midtjylland</b>	Ja	144 / 158	70 (31)	<b>91,1</b>	(85,6-95,1)	94,1	95,9
Regionshospitalet Herning	Ja	31 / 31	1 (3)	<b>100,0</b>	(88,8-100,0)	96,0	97,0
Regionshospitalet Randers	Ja	34 / 34	2 (6)	<b>100,0</b>	(89,7-100,0)	96,8	100,0
Hospitalsenhed Midt	Nej	50 / 59	31 (34)	<b>84,7</b>	(73,0-92,8)	93,9	95,7
Århus Universitetshospital	Nej	29 / 34	36 (51)	<b>85,3</b>	(68,9-95,0)	90,0	92,0
<b>Nordjylland</b>	Ja	98 / 102	29 (22)	<b>96,1</b>	(90,3-98,9)	98,0	96,4
Aalborg Sygehus	Ja	50 / 50	17 (25)	<b>100,0</b>	(92,9-100,0)	98,8	96,2
Sygehus Thy – Mors	Ja	18 / 18	0 (0)	<b>100,0</b>	(81,5-100,0)	100,0	100,0
Sygehus Vendsyssel	Nej	35 / 39	7 (15)	<b>89,7</b>	(75,8-97,1)	96,1	96,2
<b>Privathospitaler</b>	Ja	43 / 43	10 (19)	<b>100,0</b>	(91,8-100,0)	100,0	95,0
Aleris–Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi	Ja	26 / 26	5 (16)	<b>100,0</b>	(86,8-100,0)	100,0	100,0
Gråbrødreklinikken		- / -		-		100,0	-
Privathospitalet Kollund		- / -		-		-	100,0
Privathospitalet Møn	Ja	17 / 17	5 (23)	<b>100,0</b>	(80,5-100,0)	100,0	100,0



Figur 23 - Resultater for indikator 19, for hele landet og per region



Figur 24 - Resultater for indikator 19, for hele landet og per afdeling

## Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 19

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 24 %, dvs. kompletheden er 76 %. Der er stor variation i andelen af uoplyste forløb, fra 0 % for Hospitalerne i Nordsjælland til 56 % for ROS Gynækologisk Afd.

På landsplan har 92,3 % 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 standarden, og der er lille variation mellem regionerne.

Blandt de 17 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 12 standarden (Herlev, Hospitalerne i Nordsjælland, Hvidovre, ROS Gynækologisk Afd., Odense, Sønderjylland, Herning, Randers, Aalborg, Thy-Mors, Aleris-Hamlet/Søborg, Privathospitalet Møn), mens 5 afdelinger ikke opfylder standarden (NFS Gynækologisk Afd., Sydvestjysk Sygehus, Hospitalsenhed Midt, Århus, Vendsyssel). Der er generelt lille variation mellem afdelingerne, fraset Sydvestjysk Sygehus, hvis 95 % konfidensinterval heller ikke overlapper standarden.

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. Overordnet er der ingen bemærkelsesværdige fluktuationer.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan samt for 12 af 17 afdelinger.

## Styregruppens kommentarer til indikator 19

Denne indikator er baseret på patienternes selvrappede tilfredshed (PROM). Styregruppen bemærker, at standarden opfyldes på stabilt og højt niveau af alle afdelinger på nær én når konfidensintervallet tages i betragtning.

Det bemærkes, at datakomplethed på landsplan for denne indikator kun er 76 % og at der er en stor variation mellem afdelingerne. Som tidligere nævnt er komplethedsberegningen ændret fra og med denne årsopgørelse idet alle forløb nu medtages i komplethedsberegning. Når der laves en beregning baseret på absolutte tal fra årsrapport 2014 var kompletheden beregnet på lignende måde kun 70 % (818/1164) sidste år. Vi vil derfor tillade os at være optimistiske og bemærke, at det går den rigtige vej mht. kompletheden.

Ved fortolkning af data er det vigtigt at gøre opmærksom på, at denne indikator dækker alle typer operationer for inkontinens og at der er kendte og velbeskrevne forskelle i effektiviteten af behandlingerne. Hvis en afdeling har en forholdsvis høj brug af en mindre effektiv behandling (f. eks. Bulking) vil den derfor fremstå med en relativ dårlig standardopfyldelse selvom man udfører behandlingen svarende til internationalt kendt standard (en mindre effektiv behandling kan foretrækkes f. eks. fordi den indebærer mindre risiko for komplikationer sammenlignet med en mere effektiv behandling).

Med hensyn til fortolkningen af de enkelte afdelingers standardopfyldelse, så skal det bemærkes, at forskelle kan være udtryk for case-mix. Endvidere må man være forsigtig med at tolke på resultater fra afdelinger som har en lav datakomplethed.

## Anbefalinger til indikator 19

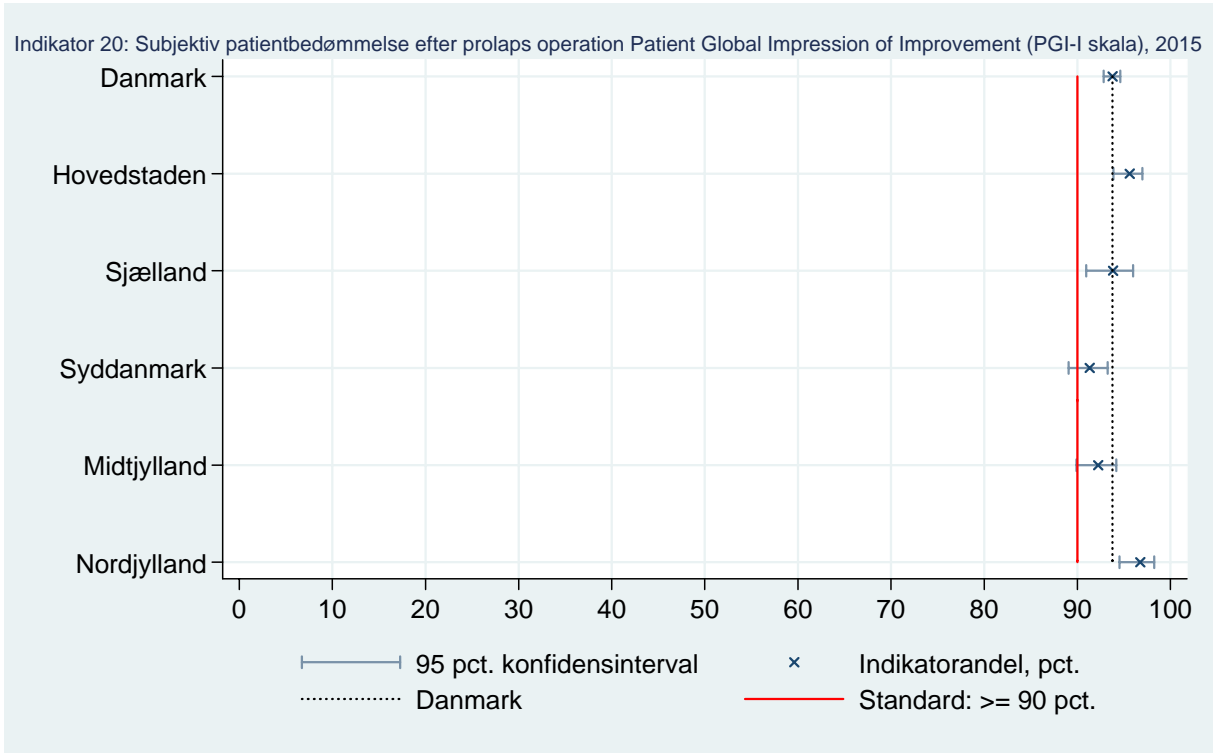
Indikatoren er fortsat relevant og bibeholdes i sin nuværende form. Styregruppen anbefaler, at afdelingerne udfører postoperativ kontrol evt. blot ved udsendelse af spørgeskema og at der på baggrund af dette indberettes data til DugaBase. Afdelinger med større afvigelser i indikatoren er kontaktet og tilbudt hjælp mhp. at analysere hvad udsvinget evt. kan skyldes.

### 3.13. Indikator 20

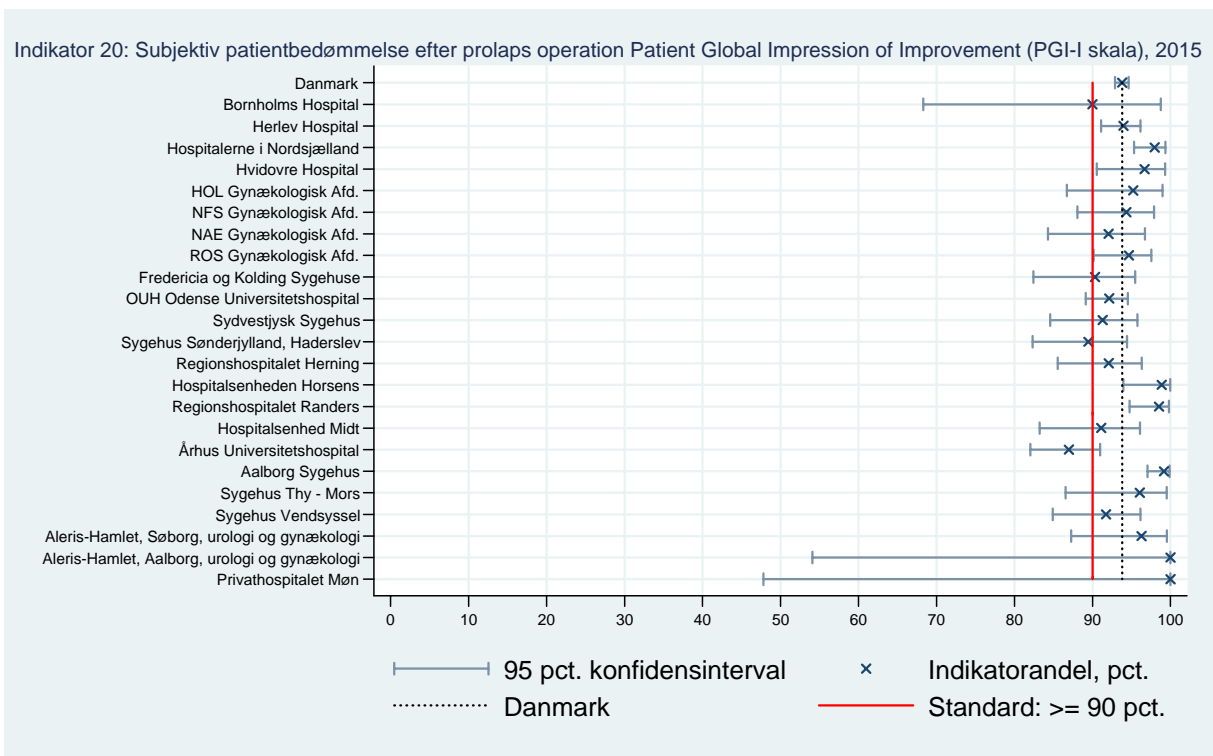
Behandlingssucces for prolapsoperation målt på PGI-I skala. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 4: Indikatordefinitioner", side 124.

Tabel 14 - Resultater for indikator 20

Indikator 20	Std. ≥ 90% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år 2015		Tidligere år	
				Pct.	(95% CI)	2014 Pct.	2013 Pct.
<b>Danmark</b>	Ja	2785 / 2970	862 (22)	<b>93,8</b>	(92,8-94,6)	93,1	92,7
<b>Hovedstaden</b>	Ja	700 / 732	56 (7)	<b>95,6</b>	(93,9-97,0)	95,2	94,7
<b>Sjælland</b>	Ja	365 / 389	256 (40)	<b>93,8</b>	(91,0-96,0)	95,6	92,9
<b>Syddanmark</b>	Ja	674 / 738	215 (23)	<b>91,3</b>	(89,1-93,3)	89,9	89,9
<b>Midtjylland</b>	Ja	595 / 645	254 (28)	<b>92,2</b>	(89,9-94,2)	91,8	90,7
<b>Nordjylland</b>	Ja	388 / 401	65 (14)	<b>96,8</b>	(94,5-98,3)	96,6	97,9
<b>Hovedstaden</b>	Ja	700 / 732	56 (7)	<b>95,6</b>	(93,9-97,0)	95,2	94,7
Bornholms Hospital	Ja	18 / 20	0 (0)	<b>90,0</b>	(68,3-98,8)	96,3	100,0
Herlev Hospital	Ja	359 / 382	13 (3)	<b>94,0</b>	(91,1-96,1)	94,5	94,2
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	238 / 243	13 (5)	<b>97,9</b>	(95,3-99,3)	95,0	95,9
Hvidovre Hospital	Ja	85 / 87	30 (26)	<b>97,7</b>	(91,9-99,7)	97,8	93,3
<b>Sjælland</b>	Ja	365 / 389	256 (40)	<b>93,8</b>	(91,0-96,0)	95,6	92,9
HOL Gynækologisk Afd.	Ja	60 / 63	60 (49)	<b>95,2</b>	(86,7-99,0)	87,5	100,0
NFS Gynækologisk Afd.	Ja	100 / 106	35 (25)	<b>94,3</b>	(88,1-97,9)	95,6	94,4
NAE Gynækologisk Afd.	Ja	81 / 88	24 (21)	<b>92,0</b>	(84,3-96,7)	95,4	89,7
ROS Gynækologisk Afd.	Ja	124 / 132	137 (51)	<b>93,9</b>	(88,4-97,3)	96,1	94,9
<b>Syddanmark</b>	Ja	674 / 738	215 (23)	<b>91,3</b>	(89,1-93,3)	89,9	89,9
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja	82 / 91	24 (21)	<b>90,1</b>	(82,1-95,4)	86,2	84,5
OUH Odense Universitetshospital	Ja	386 / 419	118 (22)	<b>92,1</b>	(89,1-94,5)	91,1	89,8
Sydvestjysk Sygehus	Ja	104 / 114	53 (32)	<b>91,2</b>	(84,5-95,7)	87,5	90,9
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	Nej	102 / 114	20 (15)	<b>89,5</b>	(82,3-94,4)	90,4	94,7
<b>Midtjylland</b>	Ja	595 / 645	254 (28)	<b>92,2</b>	(89,9-94,2)	91,8	90,7
Regionshospitalet Herning	Ja	105 / 114	4 (3)	<b>92,1</b>	(85,5-96,3)	97,2	95,9
Hospitalsenheden Horsens	Ja	82 / 83	15 (15)	<b>98,8</b>	(93,5-100,0)	97,5	93,8
Regionshospitalet Randers	Ja	133 / 135	5 (4)	<b>98,5</b>	(94,8-99,8)	96,4	97,7
Hospitalsenhed Midt	Ja	81 / 89	56 (39)	<b>91,0</b>	(83,1-96,0)	89,4	87,3
Århus Universitetshospital	Nej	194 / 224	174 (44)	<b>86,6</b>	(81,4-90,8)	85,5	83,3
<b>Nordjylland</b>	Ja	388 / 401	65 (14)	<b>96,8</b>	(94,5-98,3)	96,6	97,9
Aalborg Sygehus	Ja	239 / 241	49 (17)	<b>99,2</b>	(97,0-99,9)	97,9	97,5
Sygehus Thy – Mors	Ja	49 / 51	4 (7)	<b>96,1</b>	(86,5-99,5)	96,1	98,0
Sygehus Vendsyssel	Ja	100 / 109	12 (10)	<b>91,7</b>	(84,9-96,2)	93,8	98,9
<b>Privathospitaler</b>	Ja	63 / 65	16 (20)	<b>96,9</b>	(89,3-99,6)	86,2	90,2
Aleris–Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi	Ja	52 / 54	10 (16)	<b>96,3</b>	(87,3-99,5)	79,5	87,5
Aleris–Hamlet, Aalborg, urologi og gynækologi	-	6 / 6	0 (0)	<b>100,0</b>	(54,1-100,0)	100,0	-
Gråbrødreklinikken	-	- / -	-	-	-	100,0	100,0
Privathospitalet Kollund	-	- / -	-	-	-	100,0	-
Privathospitalet Møn	-	5 / 5	1 (17)	<b>100,0</b>	(47,8-100,0)	100,0	100,0



Figur 25 - Resultater for indikator 20, for hele landet og per region



Figur 26 - Resultater for indikator 20, for hele landet og per afdeling

## Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 20

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 22 %, dvs. complethed er 78 %. Der er stor variation i complethed, fra 0 % for Bornholm til 51 % for ROS Gynækologisk Afd.

På landsplan har 93,8 % 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, omend der er nogen variation mellem disse, fra 91,3 % for Region Syddanmark til 96,8 % for Region Nordjylland.

Blandt de 21 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 19 standarden (Bornholm, Herlev, Hospitalerne i Nordsjælland, Hvidovre, HOL Gynækologisk Afd., NFS Gynækologisk Afd., NAE Gynækologisk Afd., ROS Gynækologisk Afd., Fredericia/Kolding, Odense, Sydvestjysk Sygehus, Herning, Horsens, Randers, Hospitalsenhed Midt, Aalborg, Thy-Mors, Vendsyssel, Aleris-Hamlet/Søborg), mens 2 afdelinger ikke opfylder den (Sønderjylland, Århus), omens disses 95 % konfidensinterval overlapper standarden. Der er generelt lille variation mellem afdelingerne.

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. Overordnet er der ingen bemærkelsesværdige fluktuationer.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan samt for 19 af 21 afdelinger.

## Styregruppens kommentarer til indikator 20

Denne indikator er baseret på patienternes selvrappede tilfredshed (PROM). 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 kun er 78 % og at der er en stor variation mellem afdelingerne. Som tidligere nævnt er complethedsberegningen ændret fra og med denne årsopgørelse idet alle forløb nu medtages i complethedsberegning. Når der laves en beregning baseret på absolutte tal fra årsrapport 2014 var complethed beregnet på lignende måde kun 64 % sidste år (2609 efterkontrolskemaer ud af 4082 operationer, jf. Årsrapport 2014). Vi vil derfor tillade os at være optimistiske og bemærke at det går den rigtige vej mht. complethed.

Med hensyn til fortolkningen af de enkelte afdelingers standardopfyldelse, så skal det bemærkes at forskelle kan være udtryk for case-mix. Endvidere må man være forsigtig med at tolke på resultater fra afdelinger som har en lav datakomplethed.

## Anbefalinger til indikator 20

Indikatoren er fortsat relevant og bibeholdes i sin nuværende form. Styregruppen anbefaler, at afdelingerne udfører en postoperativ kontrol evt. blot ved udsendelse af spørgeskema, og at der på baggrund af dette indberettes data til DugaBase.



## 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 diagnostik 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.

### *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 nedsat af DUGS. Der er sikret repræsentation for hver af landets regioner samt en repræsentant fra den private sygesektor. Derudover omfatter styregruppen repræsentanter fra RKKP, Kompetencecenter for Epidemiologi og Biostatistik Syd (KCEB-Syd) og for den ansvarlige offentlige myndighed, Region Syddanmark. Driften af databasen finansieres gennem en bevilling fra Regionernes Udviklings-

pulje for Klinisk Kvalitet, og der blev i 2014 givet en 3-årig bevilling for årene 2015-2017.

Formålet med DugaBase er at beskrive omfanget og kvaliteten af operationer for urininkontinens og prolaps samt at overvåge nye operationsmetoder/kirurgiske implantater. 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. Der benyttes validerede skalaer. Databasen har en webbaseret indtastningsflade, hvor undersøgelsesresultater kan indtastes direkte.

### *Resultater*

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. Tendensen i år er, at enten så indberettes 100 % af udførte operationer eller også så indberetter man slet ikke. Dette giver en dækningsgrad for privathospitalerne på 72,6 % for inkontinensoperationer og 54,4 % for prolapsoperationer, således en forbedring i forhold til dækningsgraden i 2014. 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 13 indikatorer, som dækker både læge- og patientrapporterede kvalitetsmål. I 2015 er standarden for 12 af de 13 indikatorer opfyldt. Den opmærksomme læser vil bemærke at indikator 9 og 10 er udgået iht. beslutning begrundet i sidste årsrapport. For én indikator (ventetid fra henvisning til 1. ambulante besøg) har standarden i hele perioden været langt fra opfyldt og standarden (at 90 % af henviste patienter skal ses inden for 30 dage efter modtaget henvisning) skal ses som en ønskelig målsætning. Det er interessant og værd at bemærke, at standarden for de subjektive patientbedømmelser af succes er opfyldt for både de "gamle" indikatorer 3 og 7 samt for de "nye" indikatorer 19 og 20 (PGI-I). Opgørelser af recidiv-

operationer er foretaget på baggrund af det år hvor primær operationen fandt sted og demonstrerer en tilfredsstillende lav andel af recidiv operationer.

### *Diskussion og kliniske implikationer*

Det er ambitionen, at data bruges til klinisk kvalitetssikring og forskning. Brugerfladen er opgraderet til et mere brugervenligt format (Topica4). Det medfører, at det er muligt at trække egne lokale data direkte ud af databasen for at sikre hurtig opdagelse af ændringer i behandlingskvaliteten. Der er afholdt kursus og udarbejdet manualer for disse funktioner. Hvor ofte brugerne benytter disse muligheder, har vi ikke viden om.

Som nævnt i indledningen er en solid komplikationsregistrering en nødvendighed for at kunne opfylde databasens formål. Vi er udfordret på dette område, dels af mangel på brugbare definitioner af komplikationsparametre og dels af de uensartede forløb som komplikationer ofte medfører. Det arbejdes på at forbedre dette.

Styregruppen ønsker fortsat at fremme brugen af data fra DugaBase til forskning, der kan fremme kvalitetsudviklingen i specialet. Til dette formål har man valgt at knytte en erfaren forskningskonsulent til Databasen, således at interesserede forskere kan få kvalificeret vejledning til brug af DugaBase data. Der er begyndende international opmærksomhed omkring det store og komplette datasæt som DugaBase efterhånden udgør og vi forventer at DugaBase data på sigt vil danne basis for meget solide forskningsresultater.

### *Konklusion*

DugaBase er velfungerende og lever op til kravene om dækningsgrad. Den kan anvendes til såvel klinisk kvalitetsudvikling som forskning. Det forestår fortsat et udviklingsarbejde for at bedre komplikationsregistreringen.

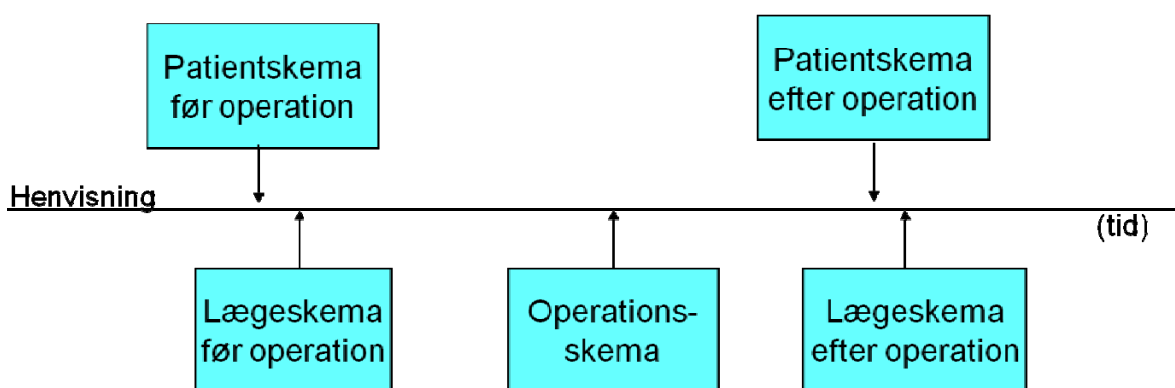
## 5. Datagrundlag og metode

Data til årsrapporten er udtrukket pr. 15.04.2016, og de kliniske afdelinger har således haft mulighed for indberetning af data for 2015 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 oprettes i databasen ved modtagelse af henvisning, og der udfyldes dataskema og/eller indtastes online svarende til forundersøgelse, operation og efterkontrol. 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 Scandihealth 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 og KCEB-Syd.

Flowet i et DugaBase-forløb er skitseret i Figur B1. Forløbet består af følgende delelementer: henvisningsoplysninger, udredningsoplysninger (lægeskema og patientskema før operation), operationsoplysninger (operationskema) og kontroloplysninger (lægeskema og patientskema efter operation).



**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.

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 KCEB-Syd. I forbindelse med årsrapportens tilblivelse er arbejdsgange aftalt i foråret 2016, udkast er udarbejdet i maj måned og tilretninger af rapporten er sket ved et styregruppemøde i juni måned. Løbende kommunikation er opretholdt via e-mail.

### **Analyser og epidemiologi**

Analyser og epidemiologisk kommentering er udført af KCEB-Syd (akademisk datamanager, ph.d. Michael Due Larsen og epidemiolog, ph.d. Kim Oren Gradel).

### **Sammenligning med sidste årsrapport**

Det er ikke altid muligt direkte at sammenligne resultaterne fra den foreliggende årsrapport med resultaterne fra Årsrapport 2014, 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 "2014" eller "år 2014". Direkte tal fra Årsrapport 2014, eksempelvis som nævnt i kommentarerne til Tabel 15 og Tabel 16, betegnes "Årsrapport 2014".

### **Klinisk-epidemiologiske kommentarer til dækningsgrad**

I forbindelse med opgørelse af dækningsgrad har KCEB-Syd rekvireret LPR-udtræk svarende til de typiske urininkontinens- og prolapsoperationskoder, som anvendes indenfor sygdomsområdet (jf. "Appendiks 4: Indikatordefinitioner" samt nedenfor). LPR-data til årsrapporten er udtrukket pr. 10.4.2016.

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)

**Tabel 15 - Dækningsgrad i DugaBase ved sammenkørsel med LPR, urininkontinensoperationer, 01-01-2015 – 31-12-2015**

Region/Hospital/Afdeling	I LPR og/eller DugaBase	Heraf i Duga- Base	Komplethed, pct.
<b>Danmark</b>	<b>1230</b>	<b>1145</b>	<b>93,1</b>
<b>Region Hovedstaden</b>	<b>236</b>	<b>234</b>	<b>99,2</b>
Herlev Hospital	147	146	99,3
Hospitalerne i Nordsjælland	56	56	100,0
Hvidovre Hospital	33	32	97,0
<b>Region Sjælland</b>	<b>278</b>	<b>249</b>	<b>89,6</b>
NFS Gynækologisk Afd.	112	100	89,3
ROS Gynækologisk Afd.	166	149	89,8
<b>Region Syddanmark</b>	<b>254</b>	<b>250</b>	<b>98,4</b>
OUH Odense Universitetshospital	128	127	99,2
Sydvestjysk Sygehus	59	58	98,3
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	67	65	97,0
<b>Region Midtjylland</b>	<b>254</b>	<b>228</b>	<b>89,8</b>
Regionshospitalet Herning	32	32	100,0
Regionshospitalet Randers	38	36	94,7
Hospitalsenhed Midt	104	90	86,5
Århus Universitetshospital	80	70	87,5
<b>Region Nordjylland</b>	<b>135</b>	<b>131</b>	<b>97,0</b>
Aalborg Sygehus	69	67	97,1
Sygehus Thy - Mors	19	18	94,7
Sygehus Vendsyssel	47	46	97,9
<b>Privathospitaler</b>	<b>73</b>	<b>53</b>	<b>72,6</b>
Aleris-Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi	31	31	100,0
AROS Privathospital	#	0	0,0
CFR hospitaler A/S - Odense ambulatorium	3	0	0,0
Gråbrødreklinikken	#	0	0,0
Privathospitalet Mølholm Vejle	10	0	0,0
Privathospitalet Møn	24	22	91,7

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

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

## Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel 15

Udtræk fra Landspatientregisteret (LPR) omfattende alle SKS-koder for urininkontinensoperationer i 2015 blev sammenlignet med patienter registreret i DugaBase med en operationsdato for urininkontinens i 2015. Uanset at LPR er gold standard kan data for urininkontinensoperationer i LPR naturligvis også være fejlbehæftede.

Den landsdækkende dækningsgrad er 93,1 %. I Årsrapport 2014 var der 1257 urininkontinensoperationer, heraf 1164 (92,6 %) i DugaBase, og dækningsgraden er således i 2015 stort set uændret.

Blandt de 15 gynækologiske/obstetriske afdelinger på de offentlige sygehuse med mindst 10 operationer i LPR og/eller DugaBase har 10 afdelinger over 95 % dækningsgrad, mens de resterende 4 afdelinger har fra 86,5 % til 94,7 % dækningsgrad.

Den høje dækningsgrad for de offentlige sygehuse afspejles i den lille variation mellem regionernes dækningsgrad, fraset en lidt lavere dækningsgrad for Region Sjælland (89,6 %) og Region Midtjylland (89,8 %), som hver har 2 af de 4 afdelinger med lidt lavere dækningsgrad.

I Årsrapport 2014 var dækningsgraden for privathospitaler 56,3 %, mens den i 2015 er 72,6 %, dvs. der er sket en betragtelig stigning. Overordnet har privathospitalerne en dækningsgrad, som enten er næsten 0 % eller 100 %. Såfremt privathospitalerne udelukkes fra Tabel 15 øges dækningsgraden fra 93,1 % til 94,4 % (altså en stigning på 1,3 procentpoint), og såfremt alle privathospitalernes 73 operationer i LPR/DugaBase også registreres i DugaBase øges dækningsgraden til 94,7 % (altså en stigning på 1,6 procentpoint).

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

**Tabel 16 - Dækningsgrad i DugaBase ved sammenkørsel med LPR, prolapsoperationer, 01-01-2015 – 31-12-2015**

Region/Hospital/Afdeling	I LPR og/eller DugaBase	Heraf i Duga- Base	Komplethed, pct.
<b>Danmark</b>	<b>4117</b>	<b>3832</b>	<b>93,1</b>
<b>Region Hovedstaden</b>	<b>808</b>	<b>788</b>	<b>97,5</b>
Bornholms Hospital	24	20	83,3
Herlev Hospital	400	395	98,8
Hospitalerne i Nordsjælland	256	256	100,0
Hvidovre Hospital	128	117	91,4
<b>Region Sjælland</b>	<b>759</b>	<b>645</b>	<b>85,0</b>
HOL Gynækologisk Afd.	128	123	96,1
NFS Gynækologisk Afd.	161	141	87,6
NAE Gynækologisk Afd.	121	112	92,6
ROS Gynækologisk Afd.	349	269	77,1
<b>Region Syddanmark</b>	<b>974</b>	<b>953</b>	<b>97,8</b>
Fredericia og Kolding Sygehuse	115	115	100,0
OUH Odense Universitetshospital	552	537	97,3
Sydvestjysk Sygehus	172	167	97,1
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	135	134	99,3
<b>Region Midtjylland</b>	<b>935</b>	<b>899</b>	<b>96,1</b>
Regionshospitalet Herning	119	118	99,2
Regionshospitalet Randers	146	140	95,9
Hospitalsenheden Horsens	98	98	100,0
Hospitalsenhed Midt	168	145	86,3
Århus Universitetshospital	404	398	98,5
<b>Region Nordjylland</b>	<b>492</b>	<b>466</b>	<b>94,7</b>
Aalborg Sygehus	295	290	98,3
Sygehus Thy - Mors	68	55	80,9
Sygehus Vendsyssel	129	121	93,8
<b>Privathospitaler</b>	<b>149</b>	<b>81</b>	<b>54,4</b>
Aleris-Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi	66	64	97,0
Aleris-Hamlet, Aalborg, urologi og gynækologi	12	6	50,0
Aleris-Hamlet, Esbjerg, urologi og gynækologi	#	0	0,0
Aleris-Hamlet, Herning, urologi og gynækologi	3	0	0,0
CFR hospitaler A/S - Odense ambulatorium	3	0	0,0
CFR hospitaler A/S – Lyngby sengeafsnit	5	0	0,0
Gråbrødreklinikken	#	0	0,0
Privathospitalet Kollund	5	5	100,0
Privathospitalet Mølholm Vejle	30	0	0,0
Privathospitalet Møn	10	6	60,0
Aagaard Gynækologiske Klinik	#	0	0,0

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

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



## Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel 16

Udtræk fra Landspatientregisteret (LPR) omfattende alle SKS-koder for prolapsoperationer i 2015 blev sammenlignet med patienter registreret i DugaBase med en operationsdato for prolaps i 2015. Uanset at LPR er gold standard kan data for prolapsoperationer i LPR naturligvis også være fejlbehæftede.

Den landsdækkende dækningsgrad er 93,1 %. I Årsrapport 2014 var der også 4475 prolapsoperationer, heraf 4096 (91,5 %) i DugaBase, og dækningsgraden er således i praksis uændret i 2015.

Blandt de 20 gynækologiske/obstetriske afdelinger på de offentlige sygehuse med mindst 10 operationer i LPR og/eller DugaBase har 13 afdelinger over 95 % dækningsgrad, mens 7 afdelinger rangerer fra 77,1 % til 92,6 % dækningsgrad.

Der er generelt lille variation i dækningsgrad mellem alle regionerne. Dog er dækningsgraden lidt lavere for Region Sjælland (85,0 %).

I Årsrapport 2014 var dækningsgraden for privathospitaler 48,6 %, mens den i 2015 er 54,4 %, dvs. der er sket en lille forbedring. Overordnet har privathospitalerne en dækningsgrad, som enten er næsten 0 % eller 100 %. Såfremt privathospitalerne udelukkes fra Tabel 16 øges dækningsgraden fra 93,1 % til 94,5 % (altså en stigning på 1,4 procentpoint), og såfremt alle privathospitalernes 149 operationer i LPR/DugaBase også registreres i DugaBase øges dækningsgraden til 94,7 % (altså en stigning på 1,6 procentpoint).

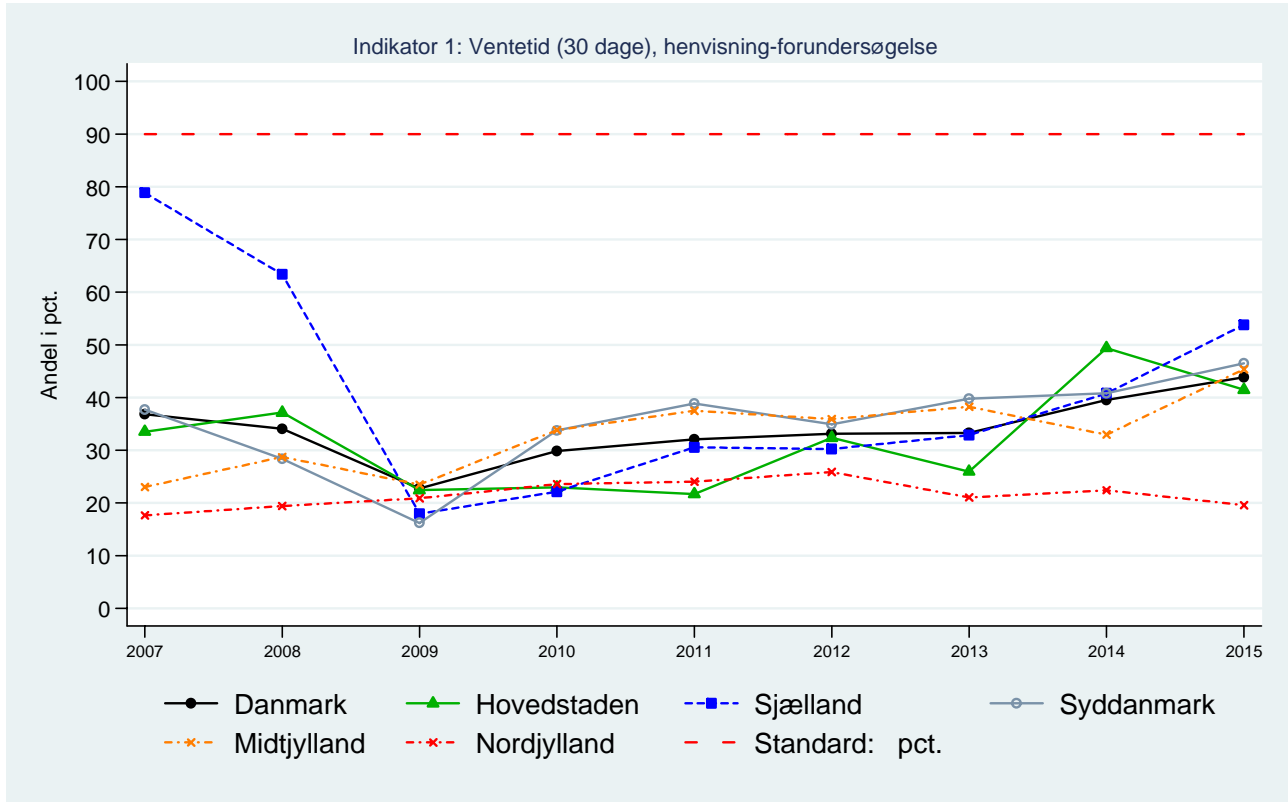
Vi konkluderer, at for prolapsoperationer ses en meget høj dækningsgrad.

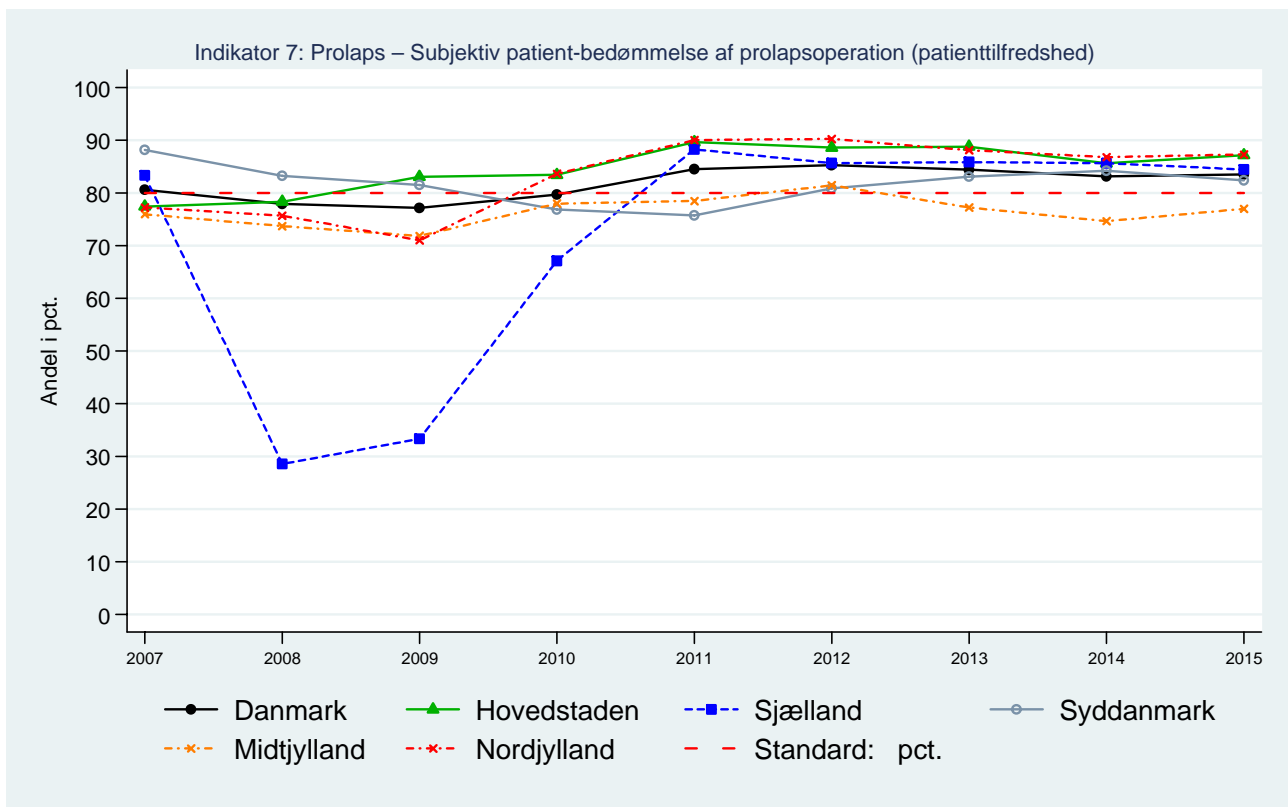
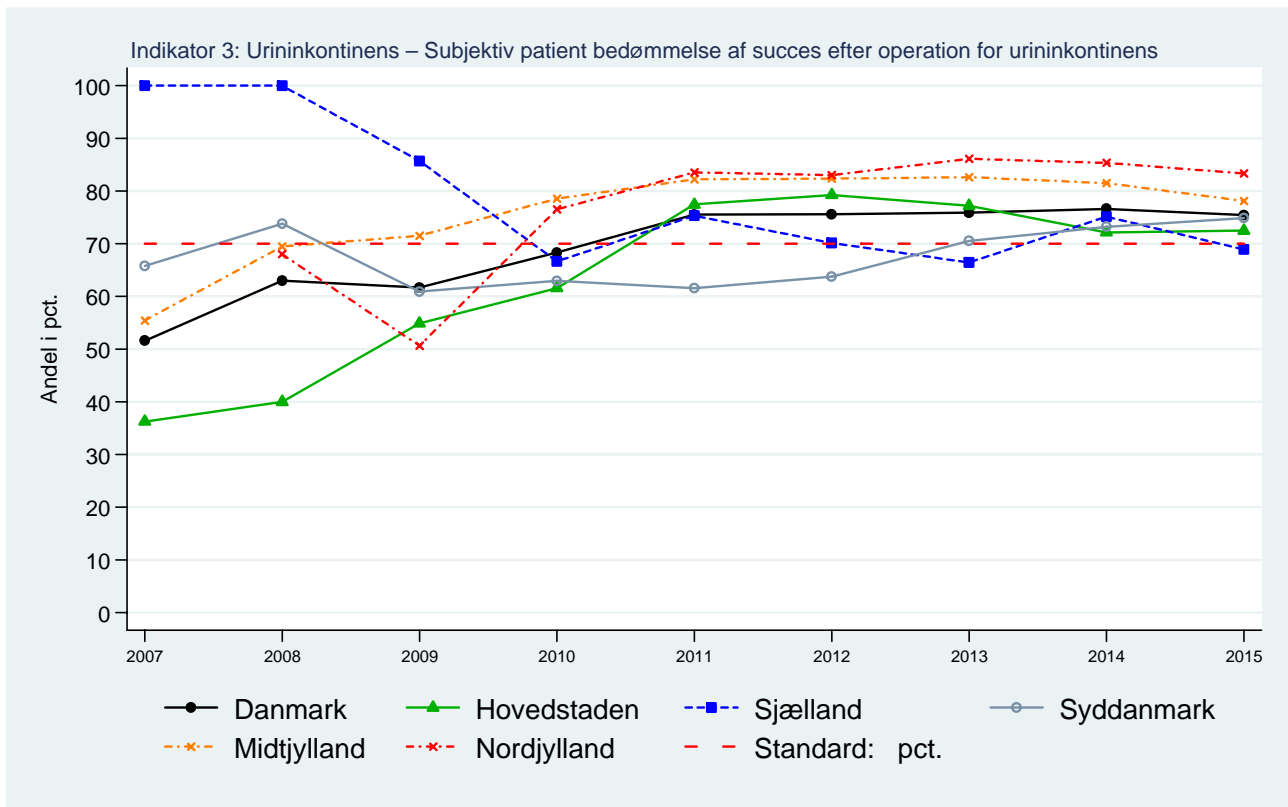
## 6. Styregruppens medlemmer

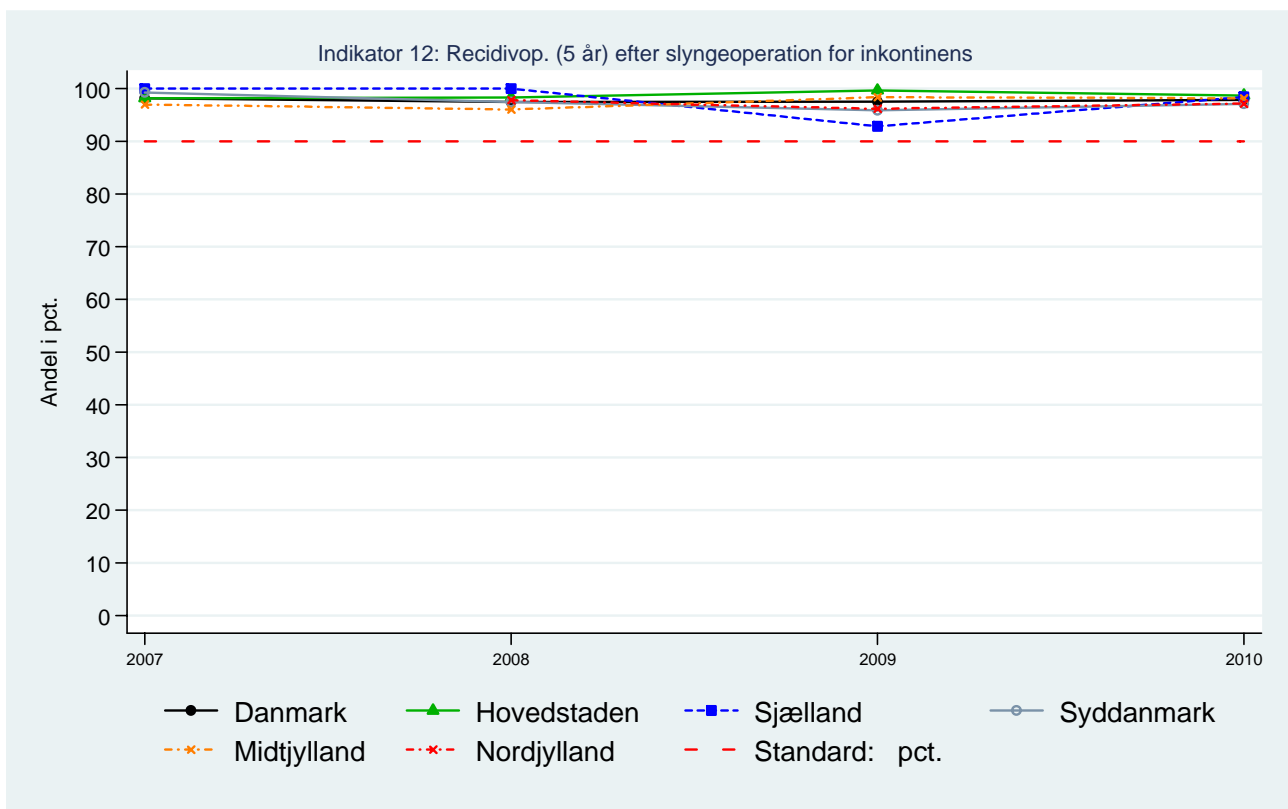
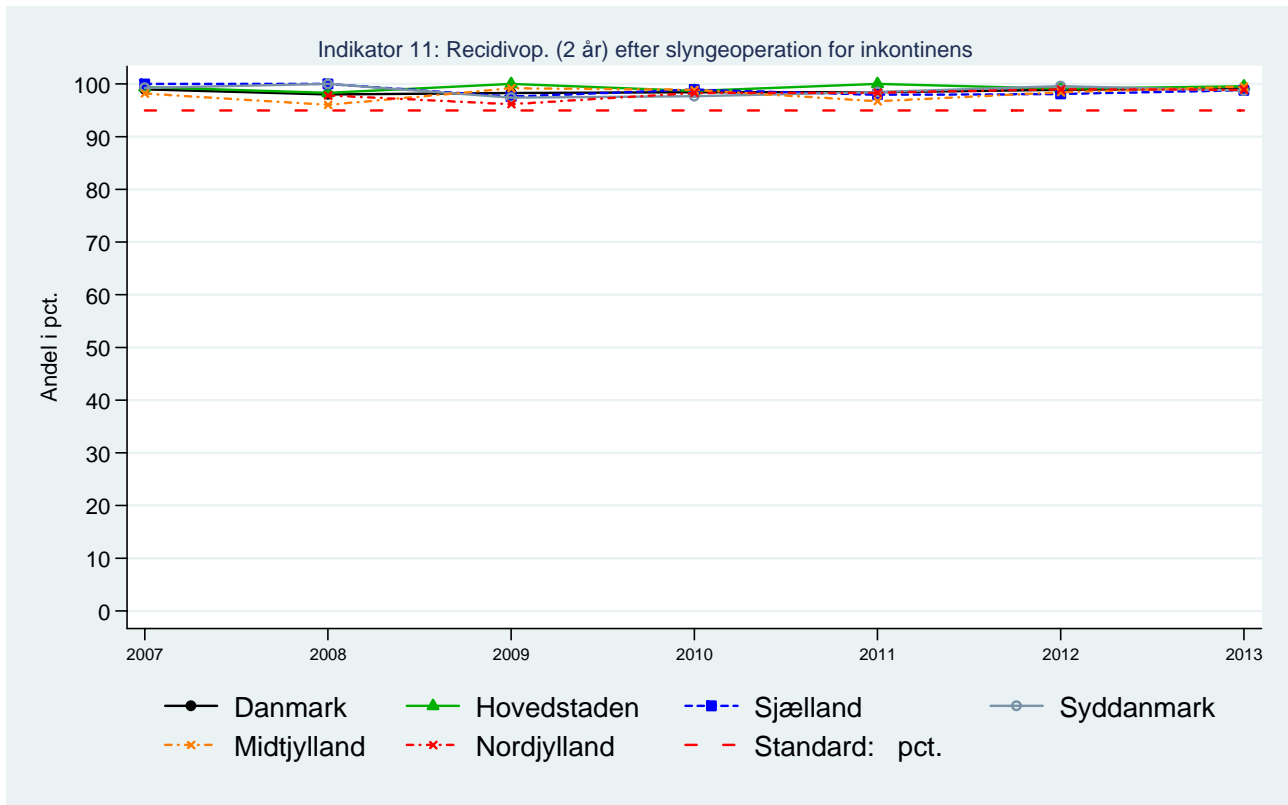
<b>Formand</b>	
Gunnar Lose, Professor, Overlæge, dr. med	Herlev Hospital
<b>Projektleder</b>	
Ulla Darling Hansen, Overlæge	Odense Universitetshospital
<b>Styregruppens medlemmer</b>	
<b>Medlemmer fra hver region</b>	
<b>Hovedstaden</b>	
Mette Hornum Bing, Overlæge	Herlev Hospital
<b>Sjælland</b>	
Helga Gimbel, Overlæge, dr.med	Nykøbing Falster sygehus
<b>Syddanmark</b>	
Leyla Atay, Overlæge	Sydvestjysk Sygehus Esbjerg
<b>Midtjylland</b>	
Karl Møller Bek, Overlæge, Ph.d	Aarhus Universitetshospital
<b>Nordjylland</b>	
Niels Kjærgaard, afd. Læge, ph.d	Gynækologisk - Obstetrisk afdeling, Aalborg Universitetshospital
<b>Repræsentant for Privatklinikken</b>	
Lasse Raaberg, Overlæge, ph.d	Gråbrødreklinikken Odense
<b>Lægeseekretær</b>	
Line Thorn, Lægeseekretær	DugaBase sekretariatet, Odense Universitetshospital
<b>Dataansvarlig myndighed</b>	
Jørgen Østergaard, Chefkonsulent	Afdelingen for Sundhedssamarbejde og Kvalitet, Region Syddanmark
<b>Klinisk epidemiolog</b>	
Kim Oren Gradel, Senior dyrlæge, ph.d	Kompetencecenter for Epidemiologi og Biostatistik Syd (KCEB-Syd)
<b>Datamanager</b>	
Michael Due Larsen, ph.d, Cand. pharm	Kompetencecenter for Epidemiologi og Biostatistik Syd (KCEB-Syd)
<b>Kontaktperson RKKP</b>	
Lene Korshøj	Kompetencecenter for Klinisk Kvalitet og Sundhedsinformatik Vest (KCKS-Vest)

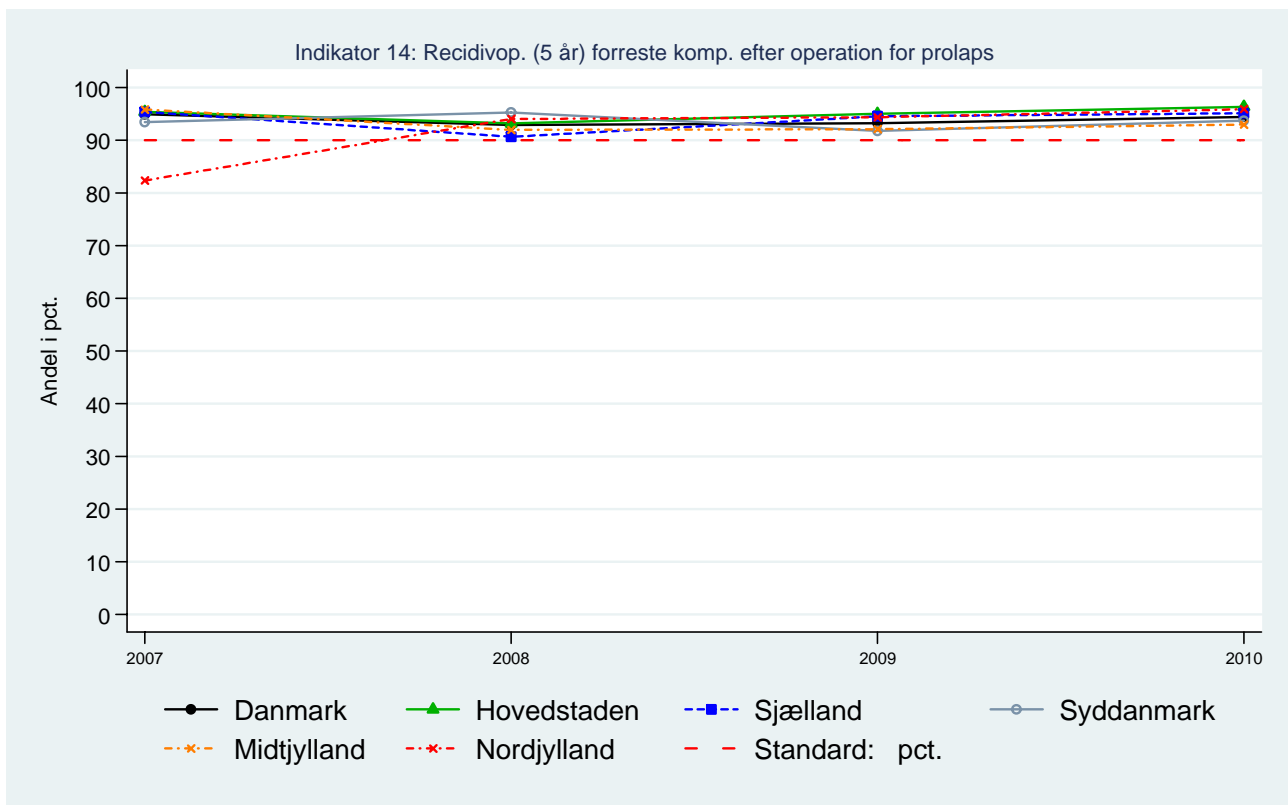
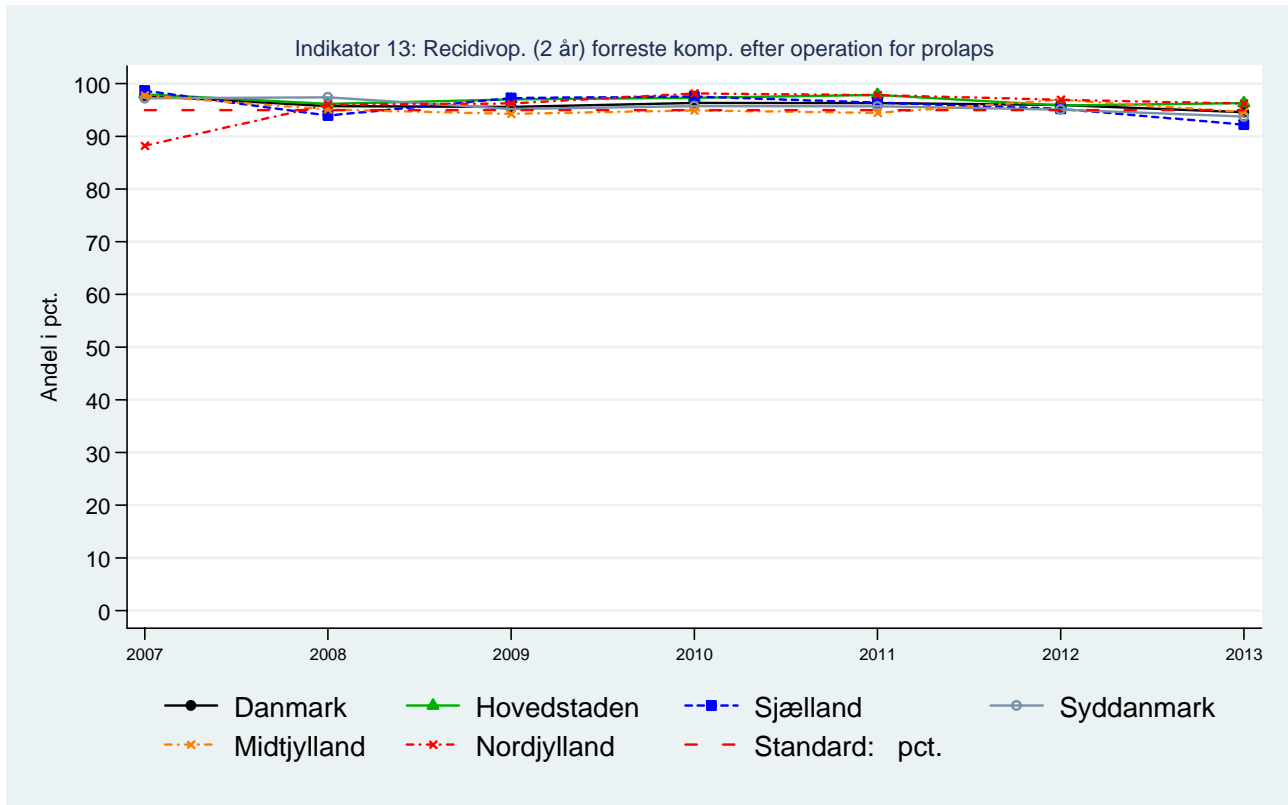
## 7. Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer

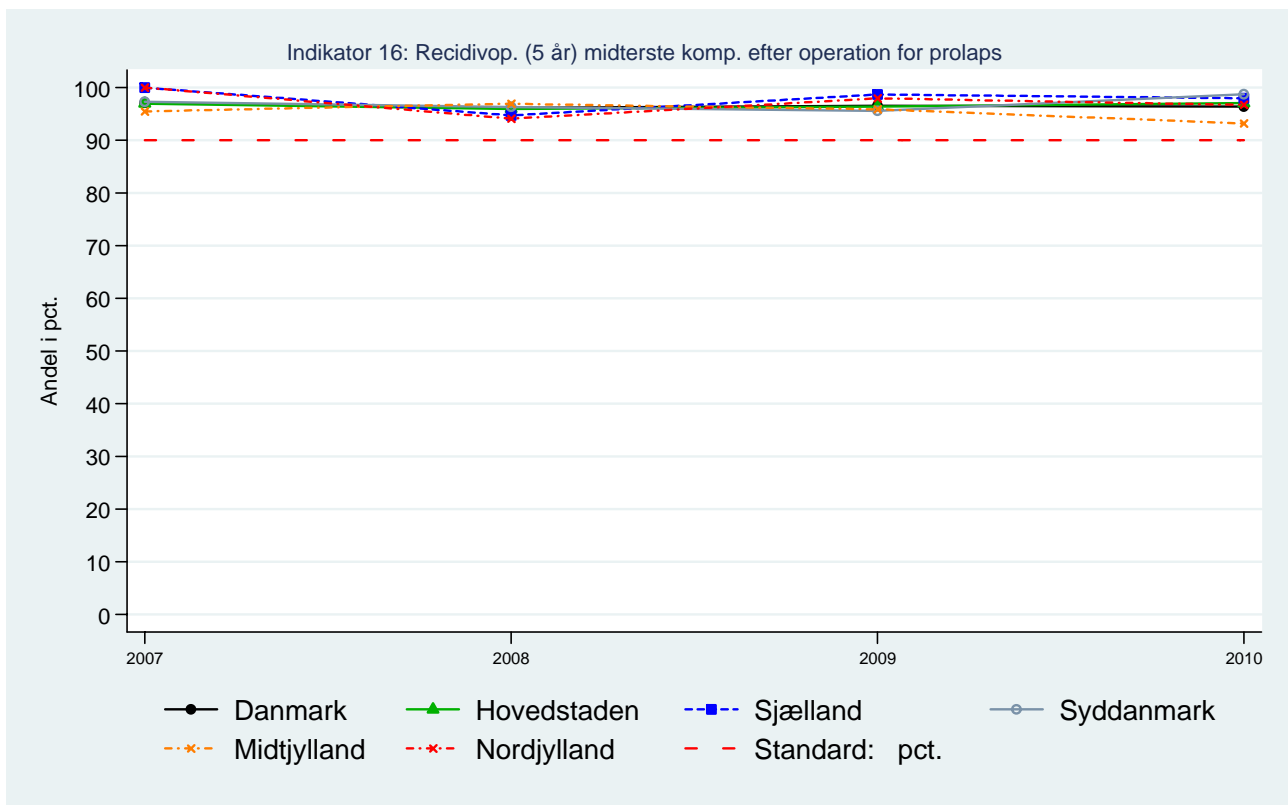
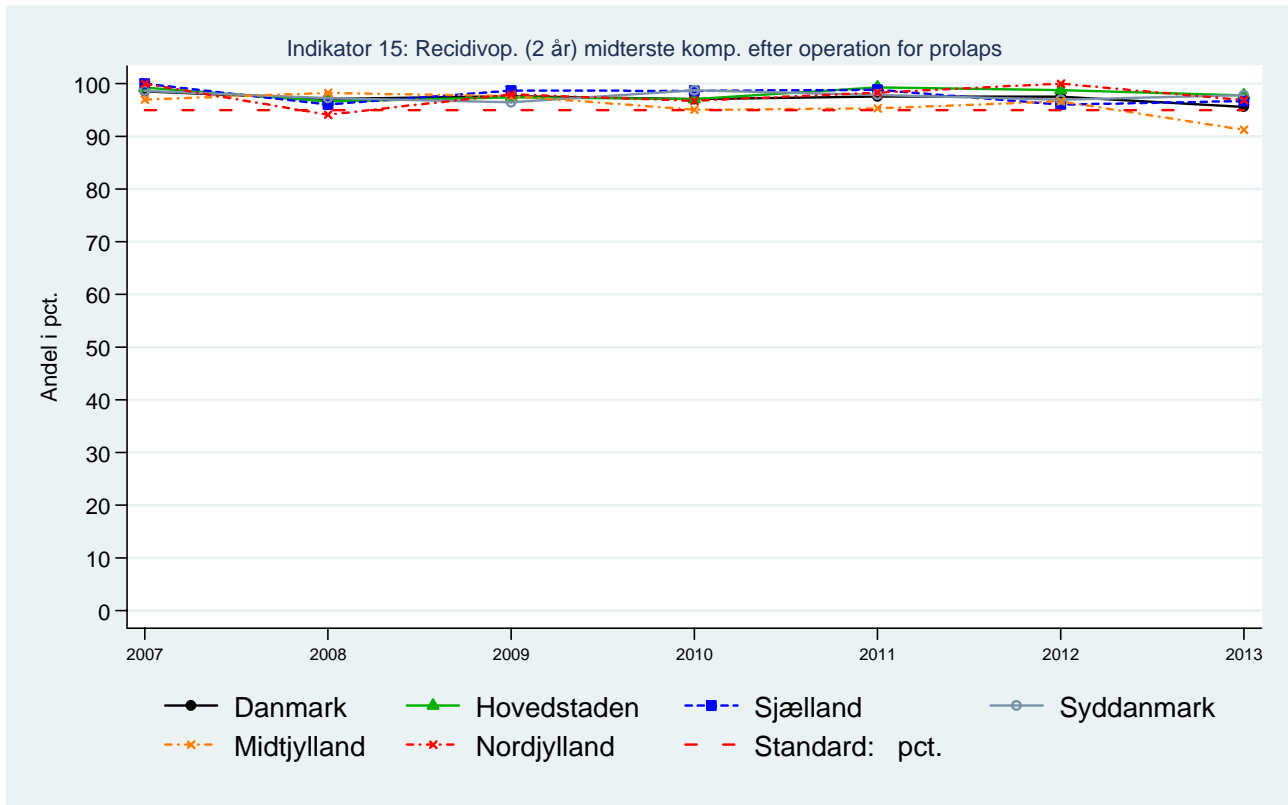
### Trendfigurer for regionsresultater

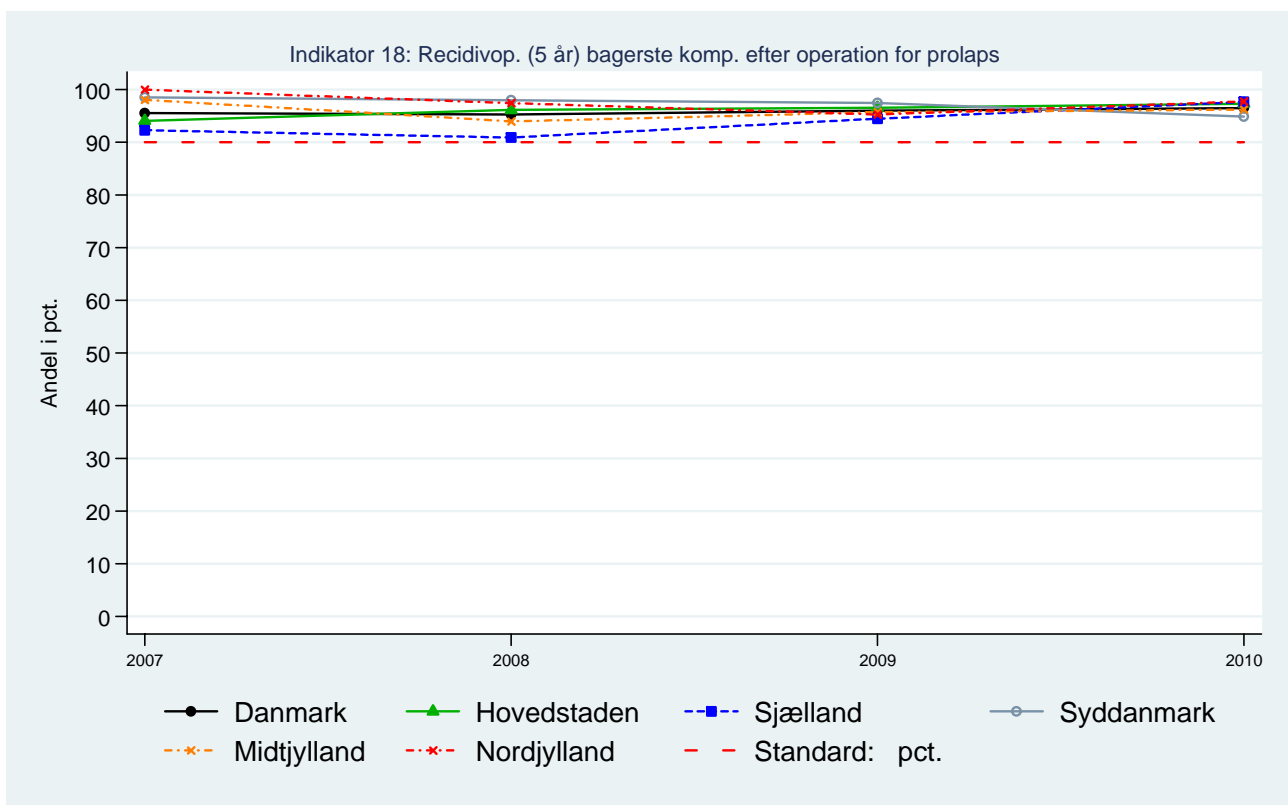
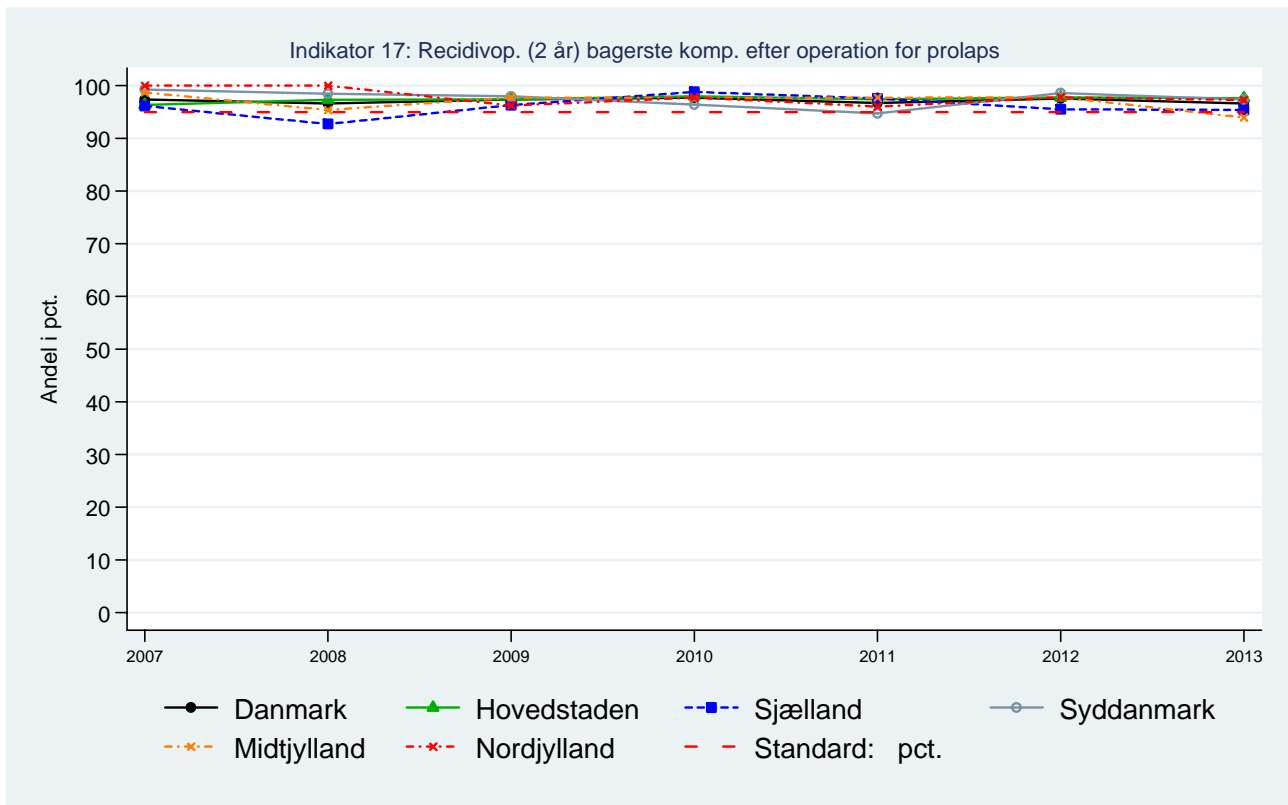




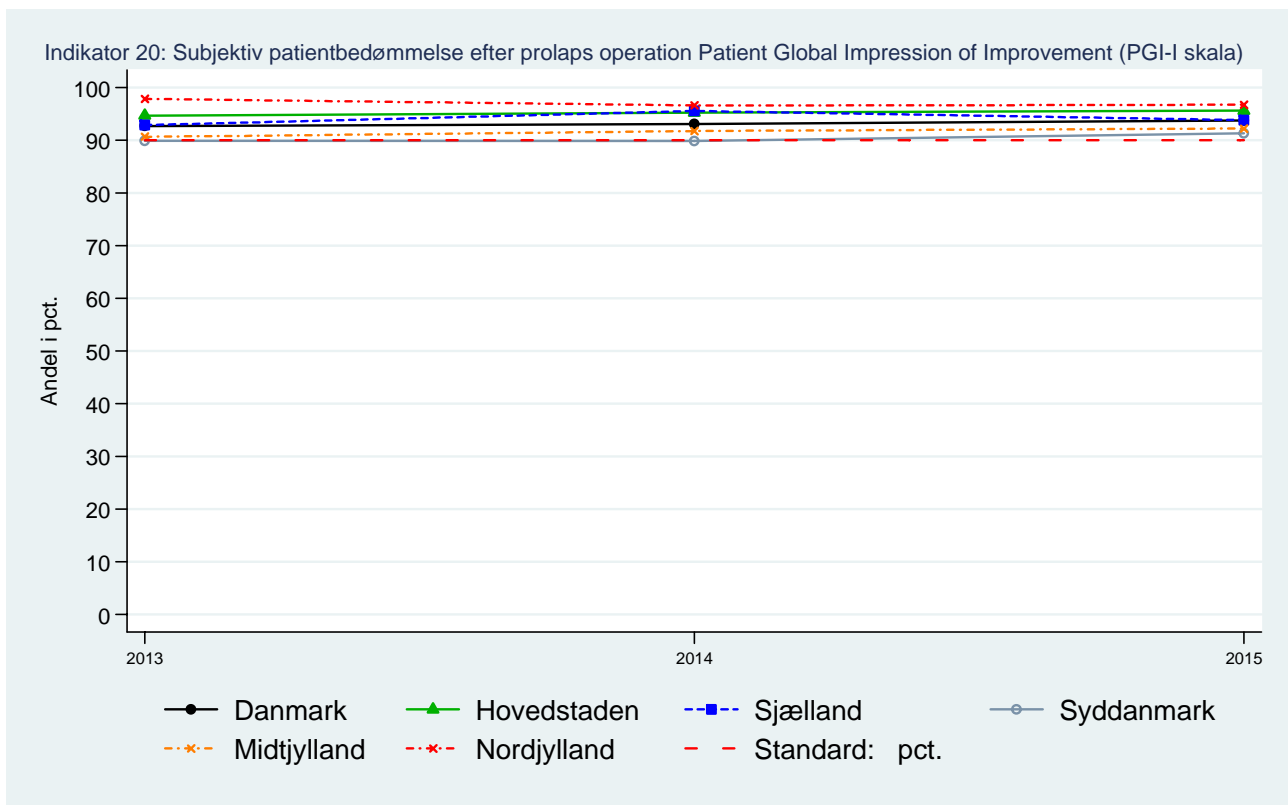
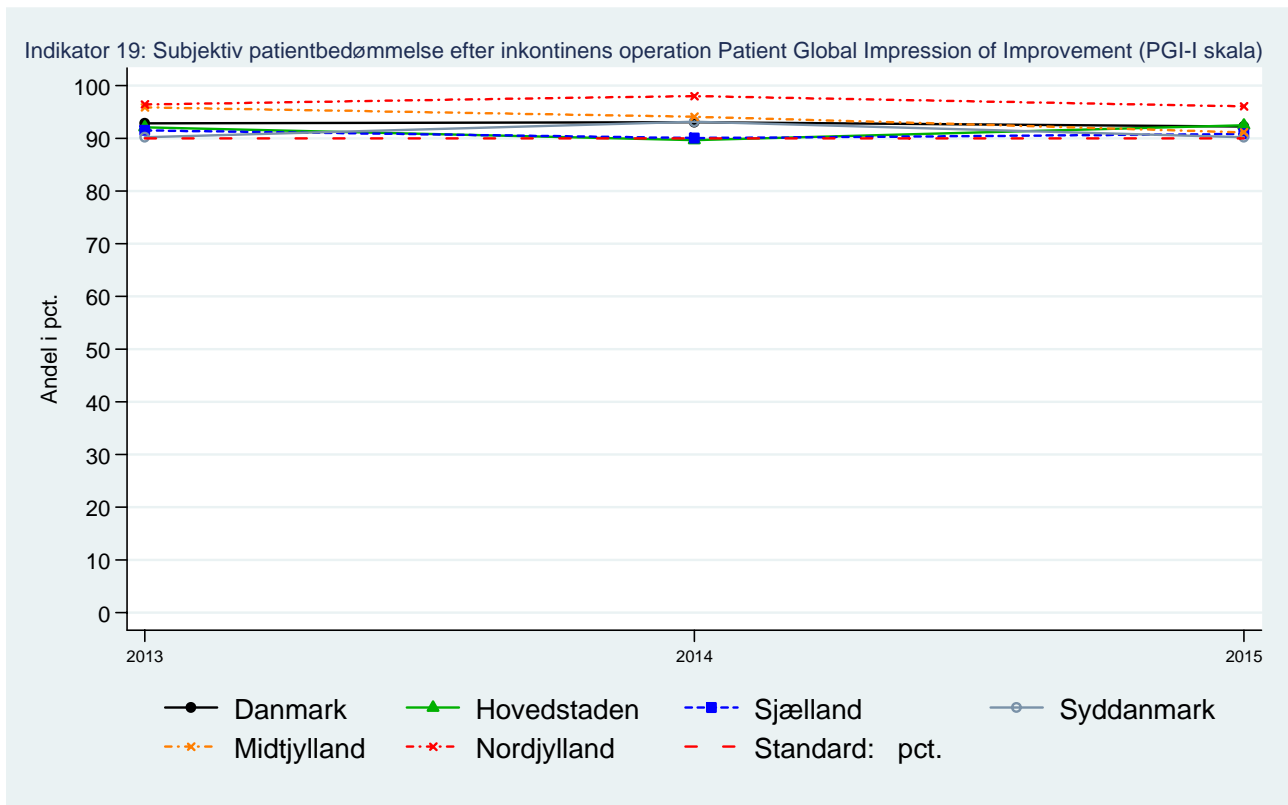






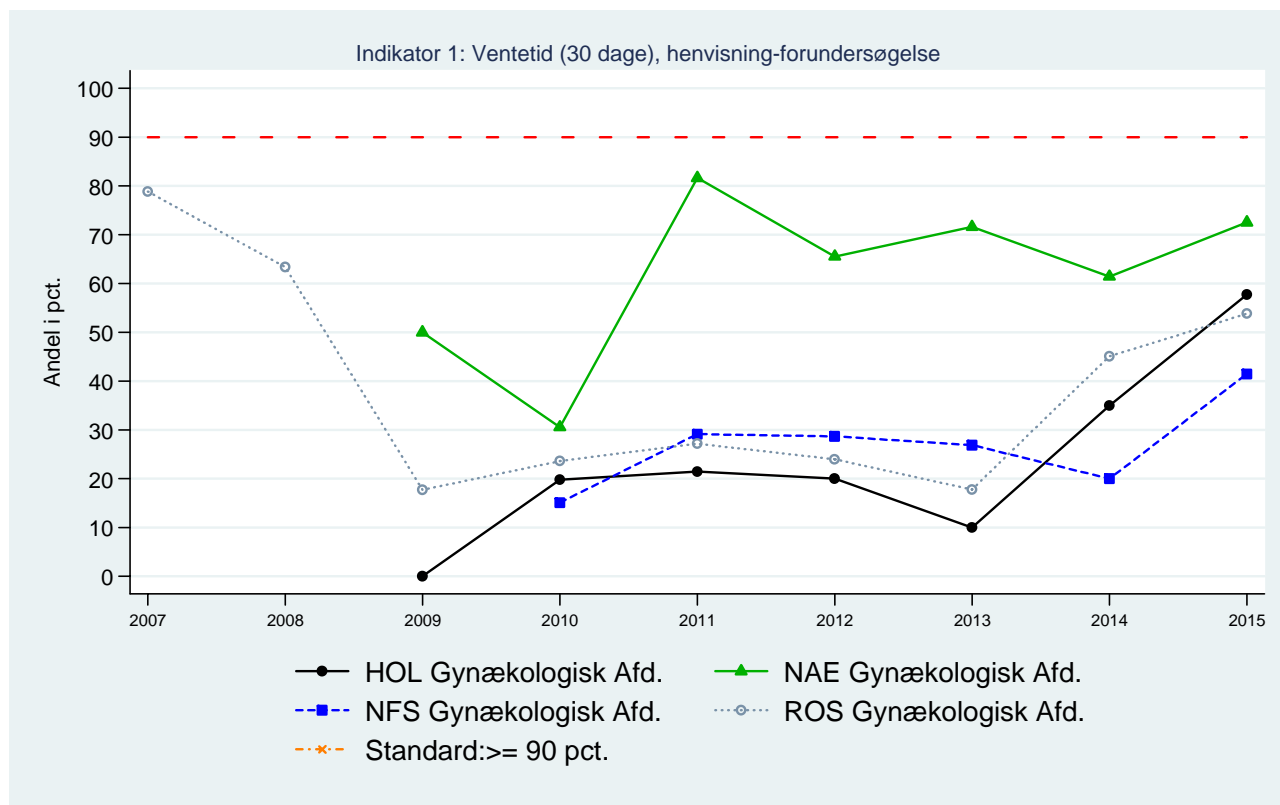
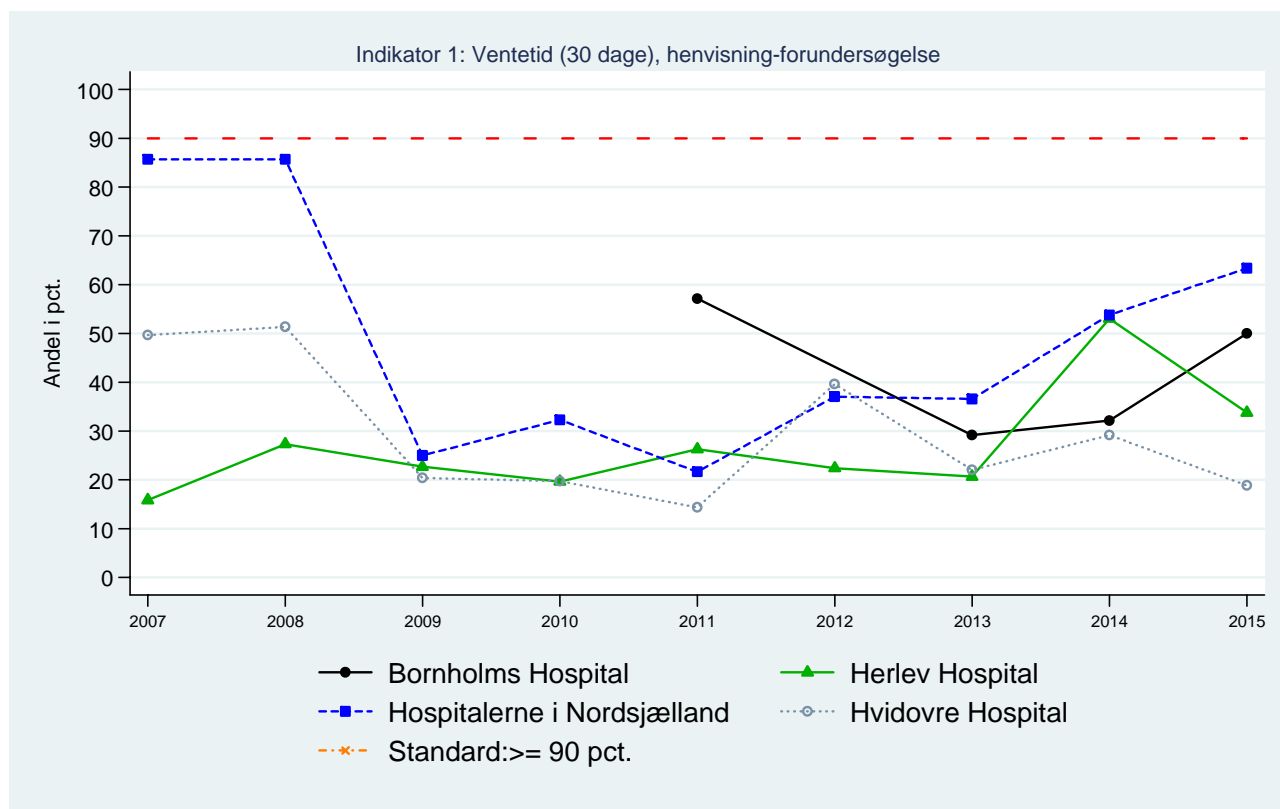


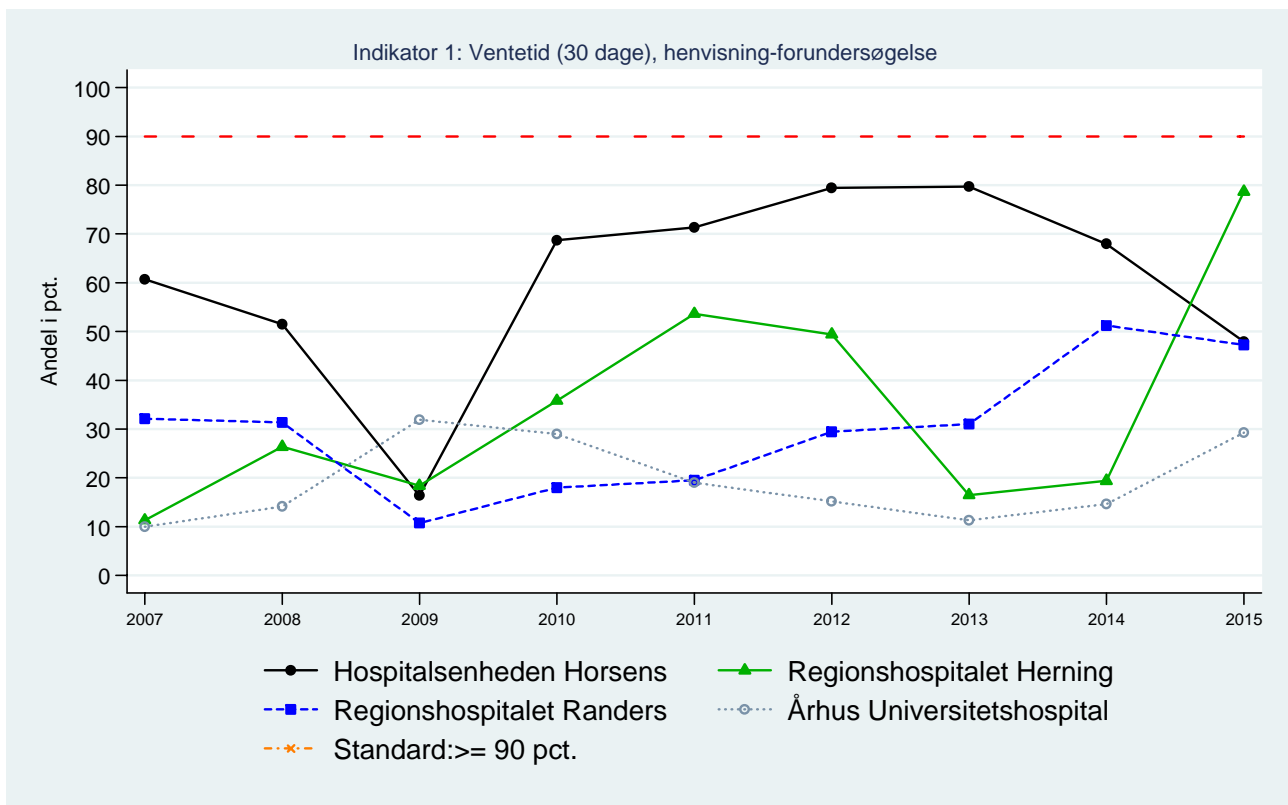
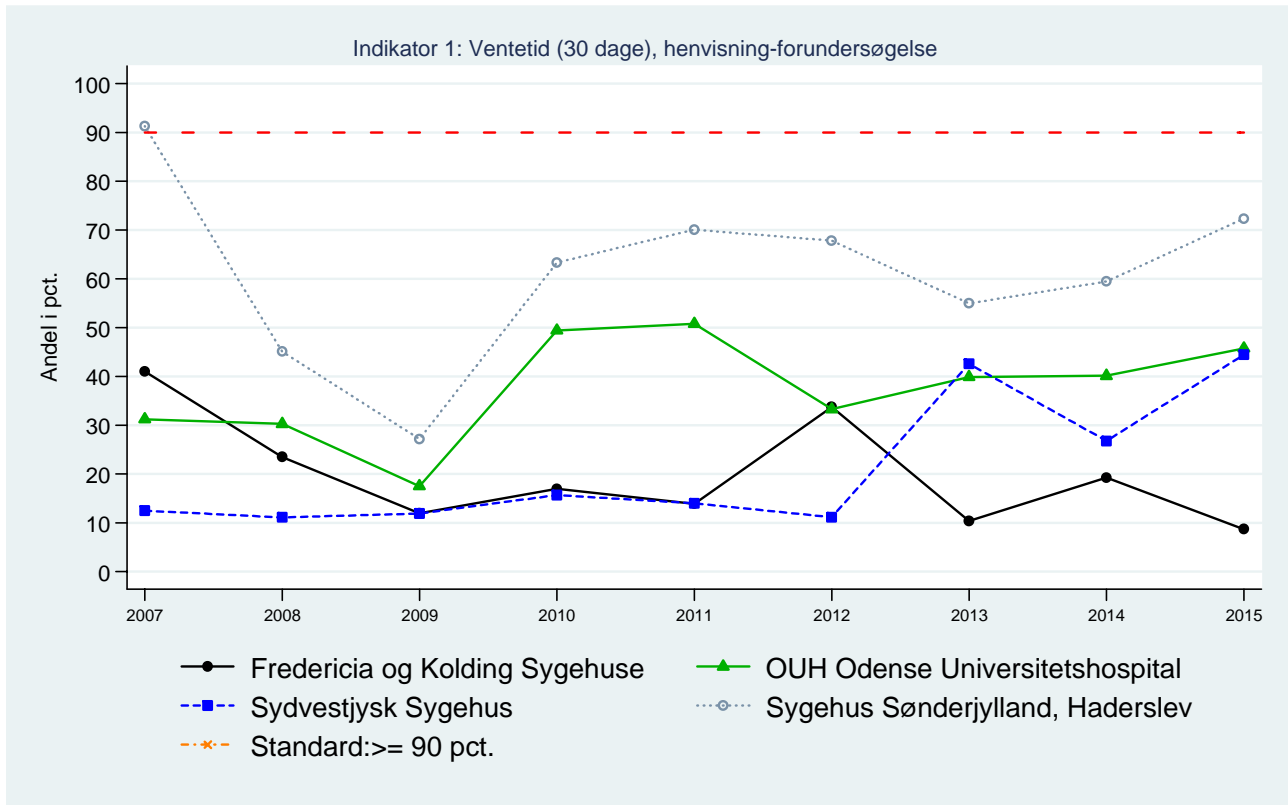


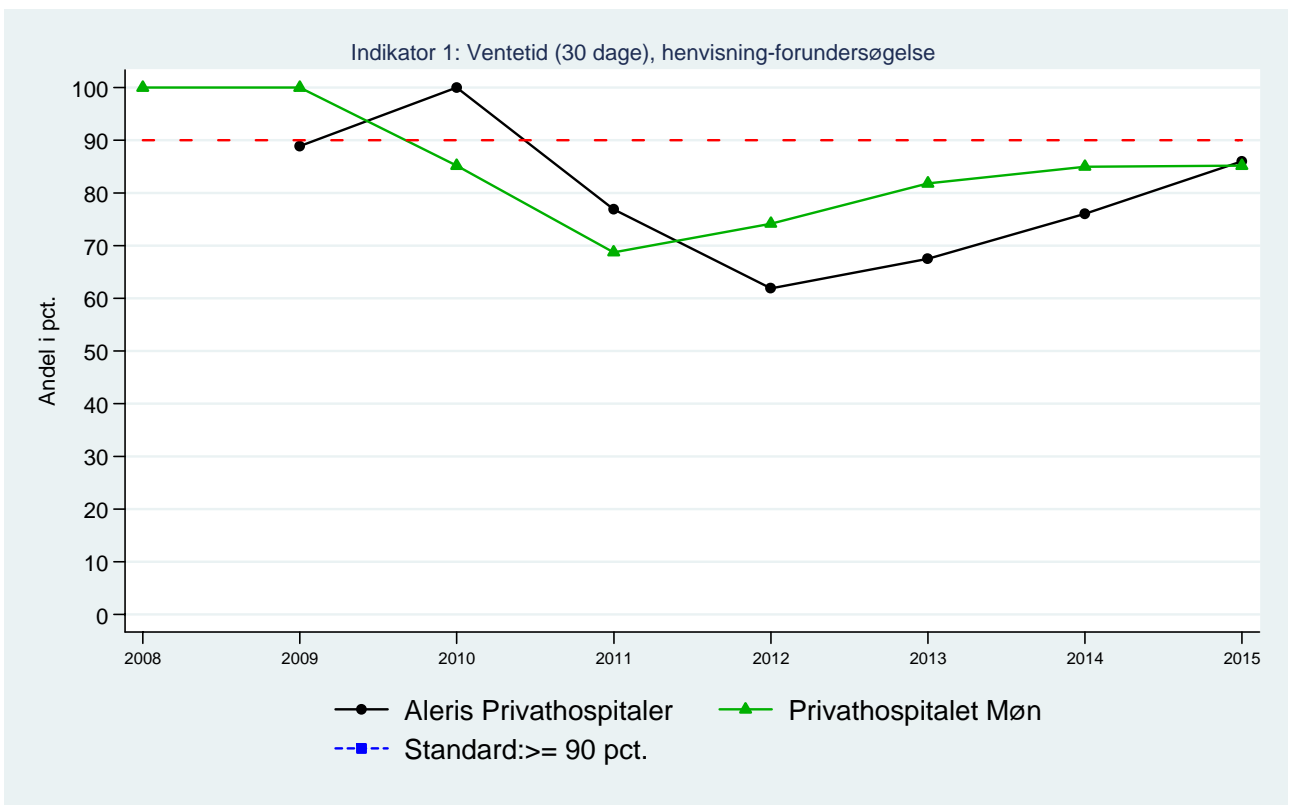
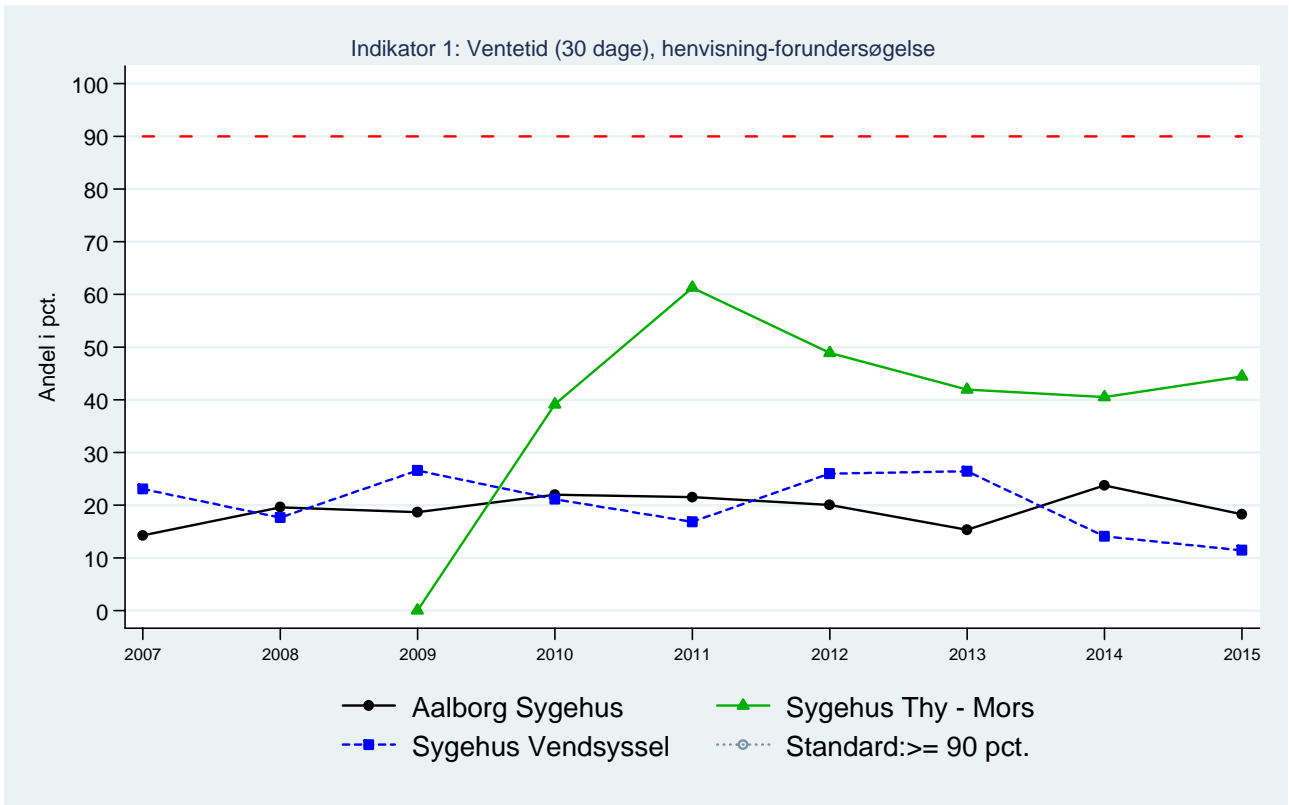


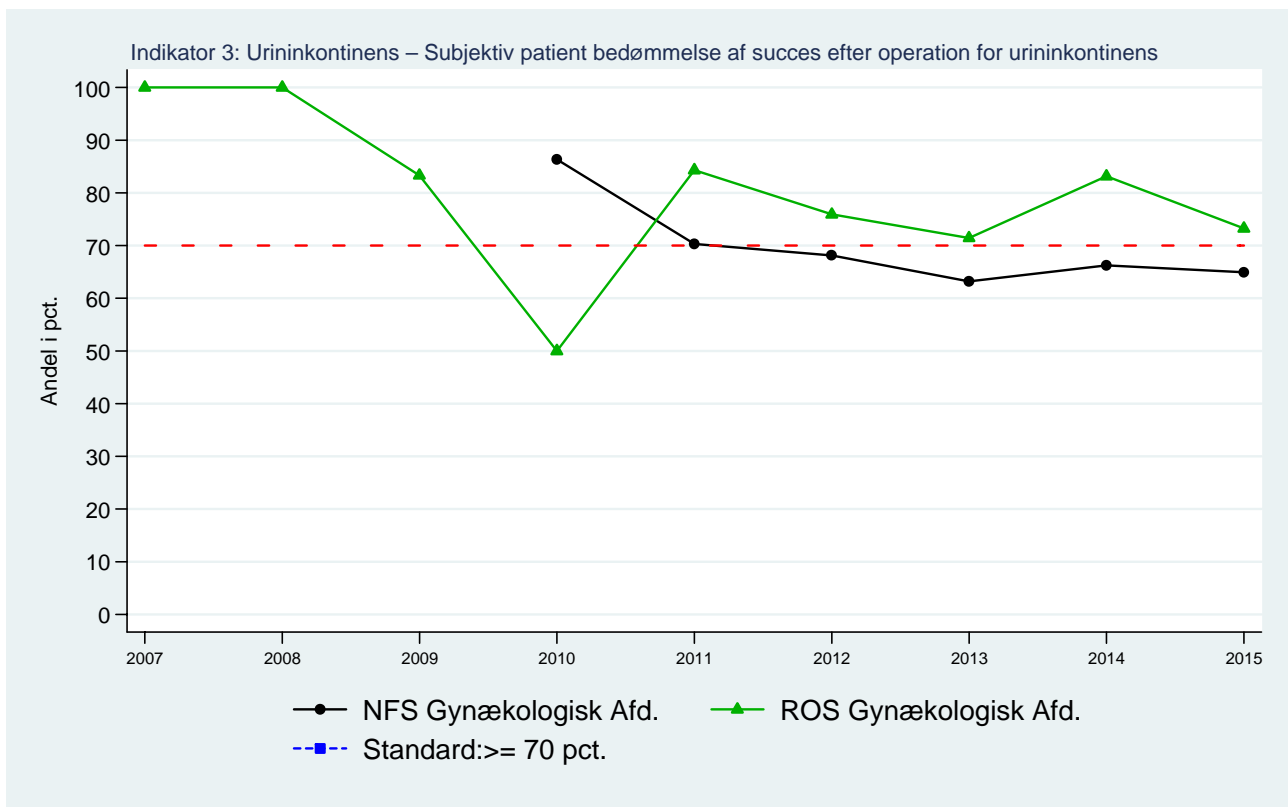
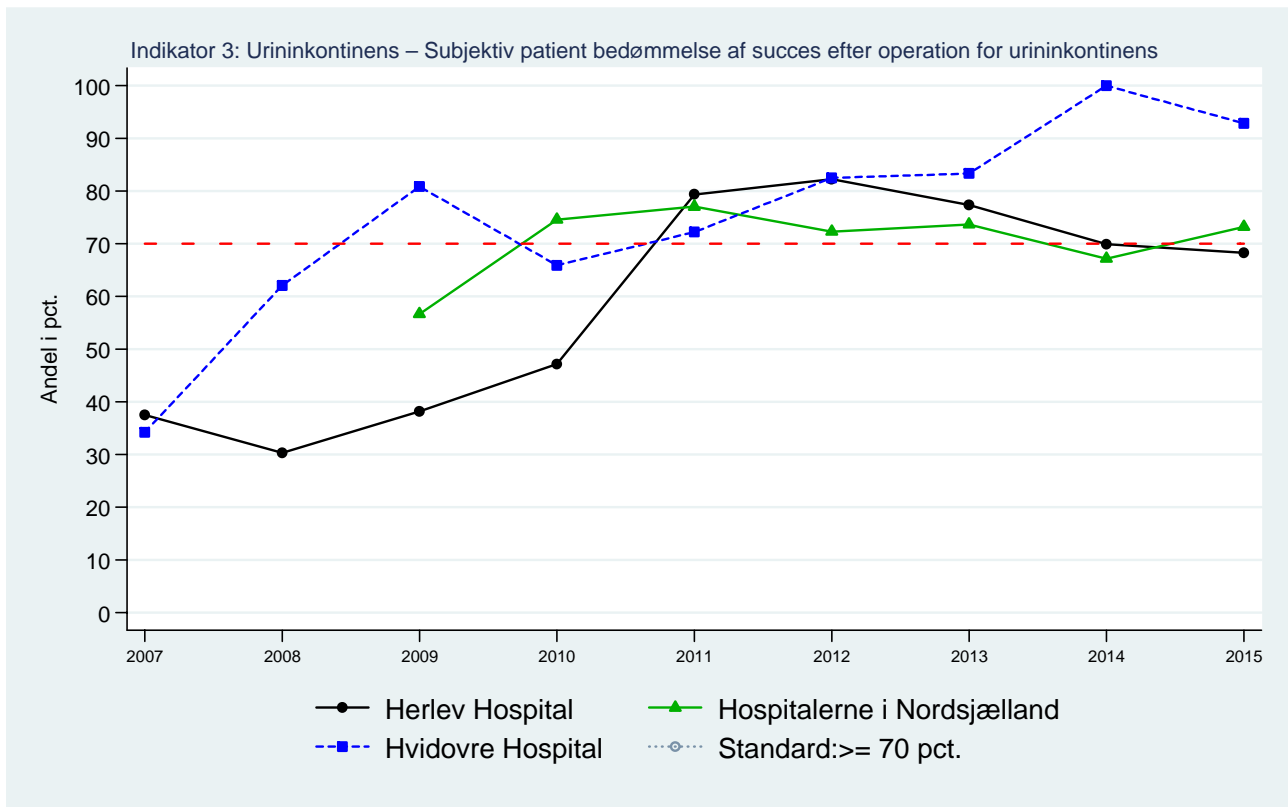
### Trendfigurer pr. indikator og afdeling

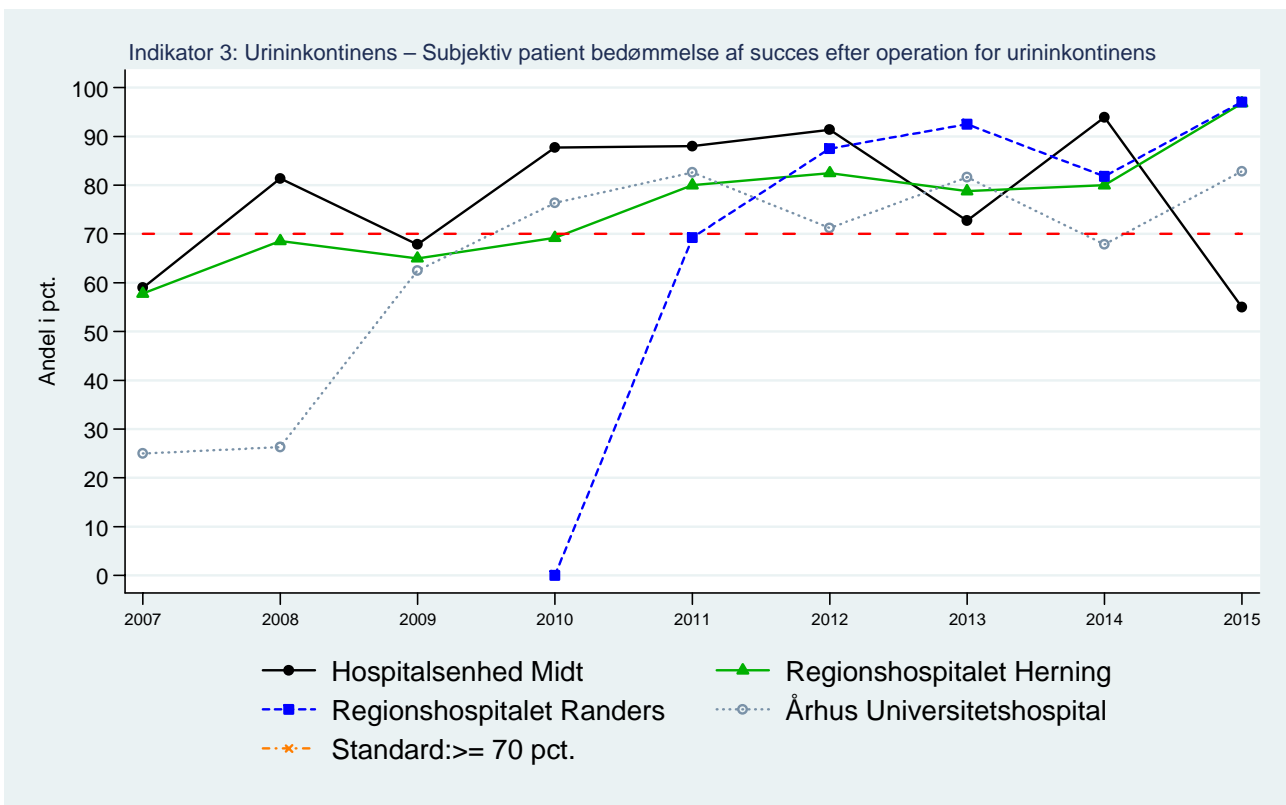
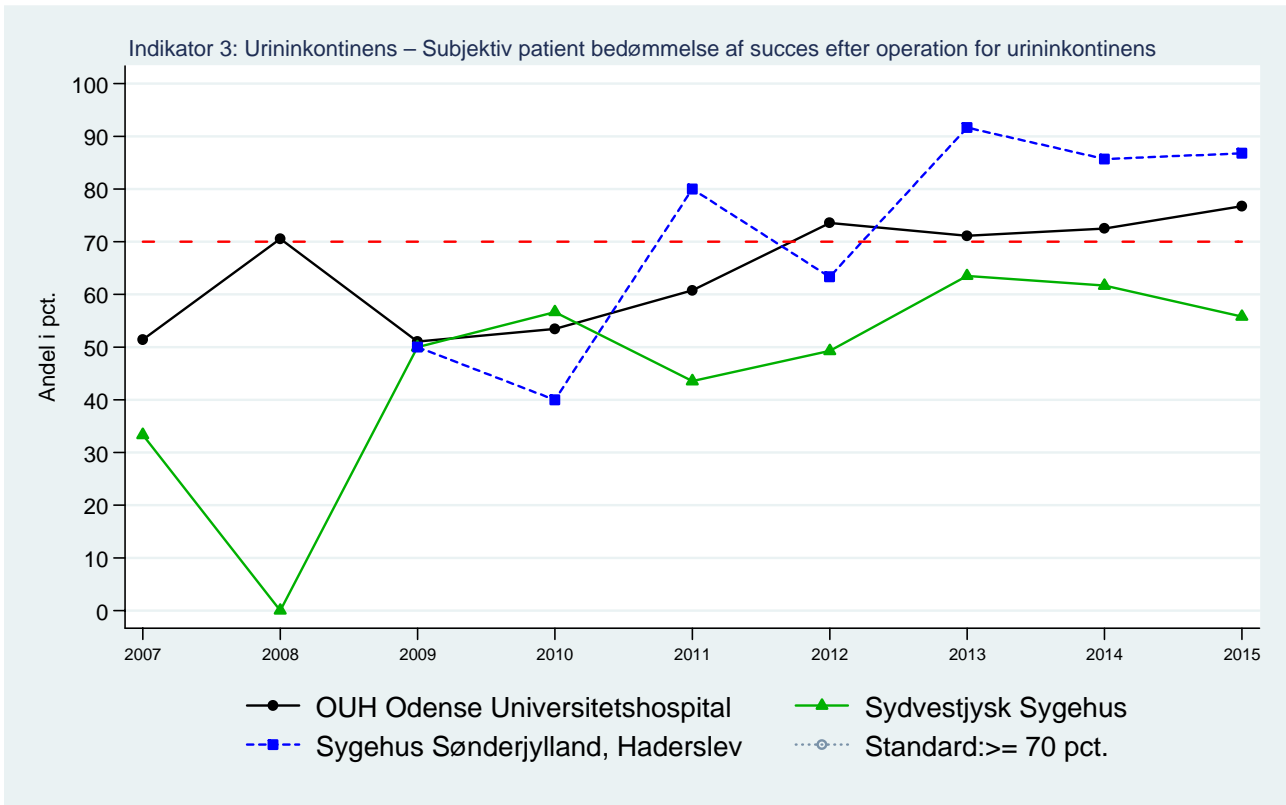
Kun afdelinger, der har haft DugaBase-forløb i det aktuelle opgørelsesår, indgår i trendfigurerne.

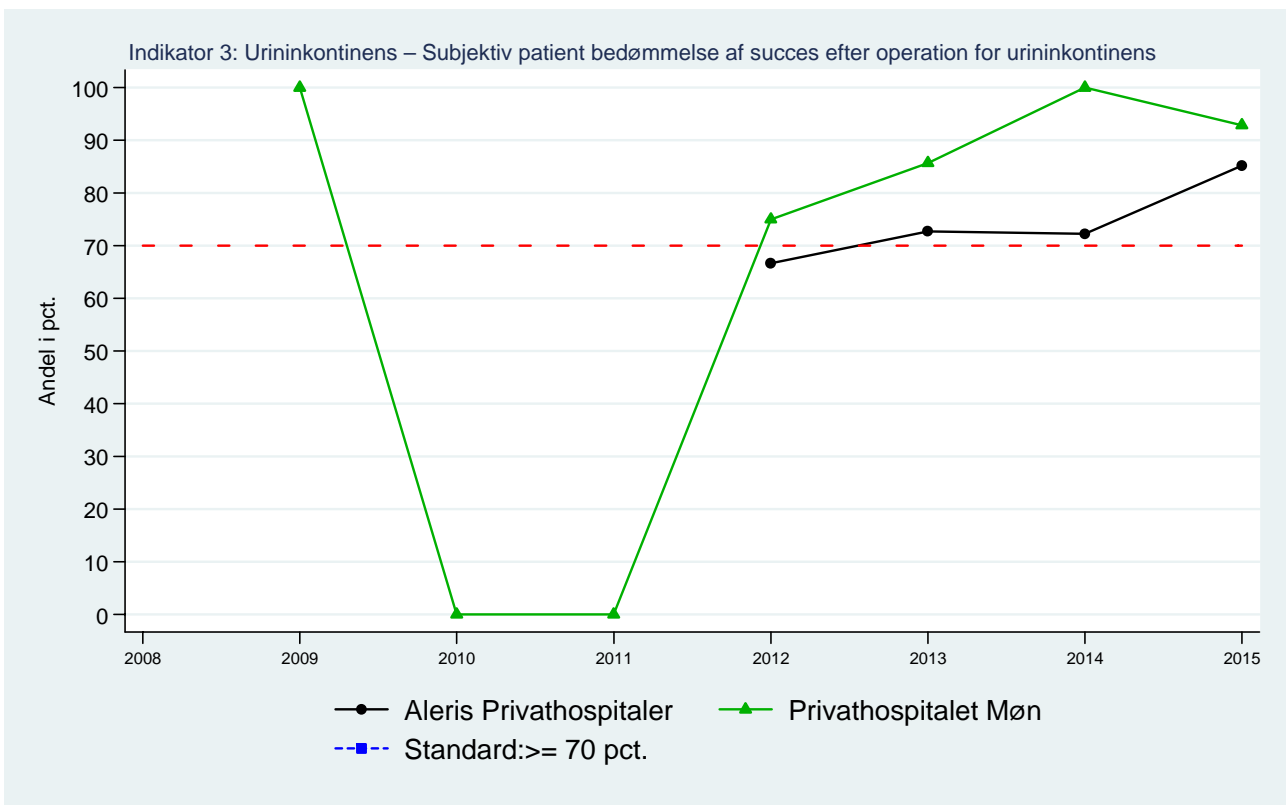
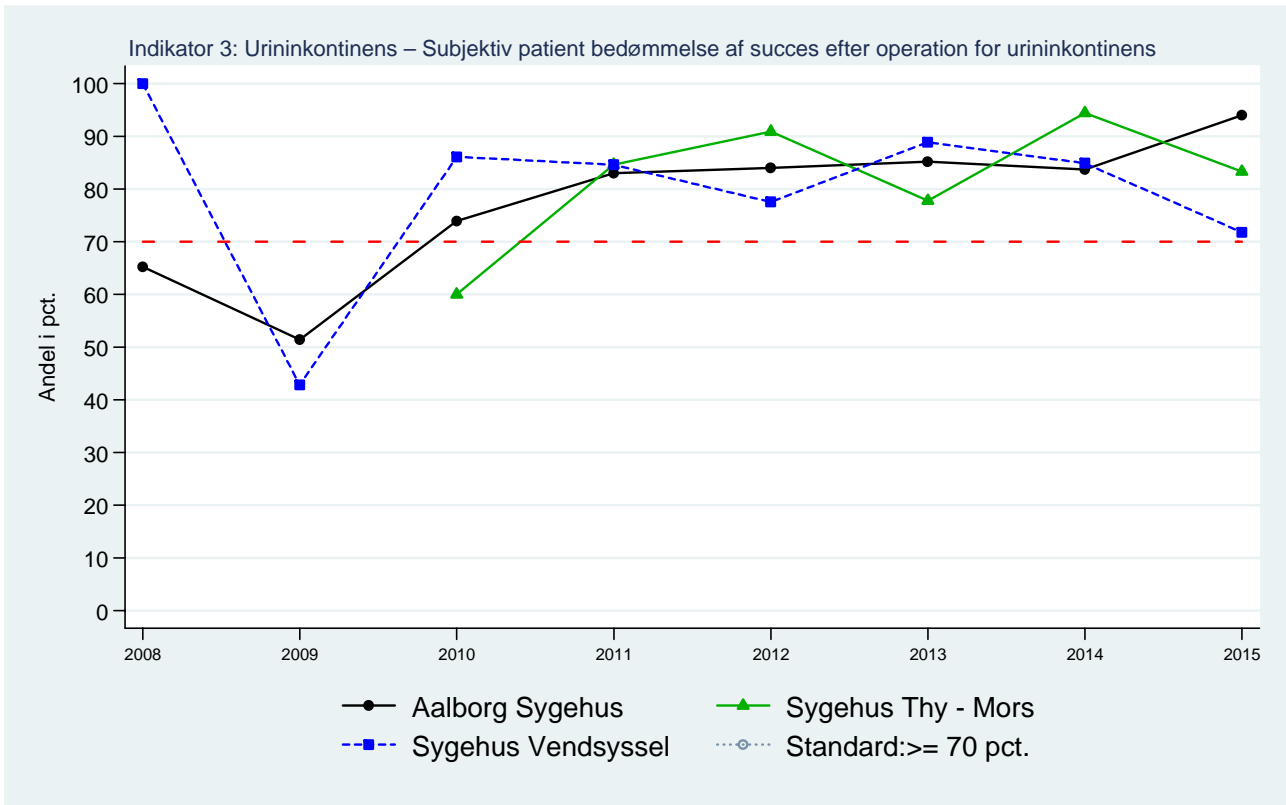


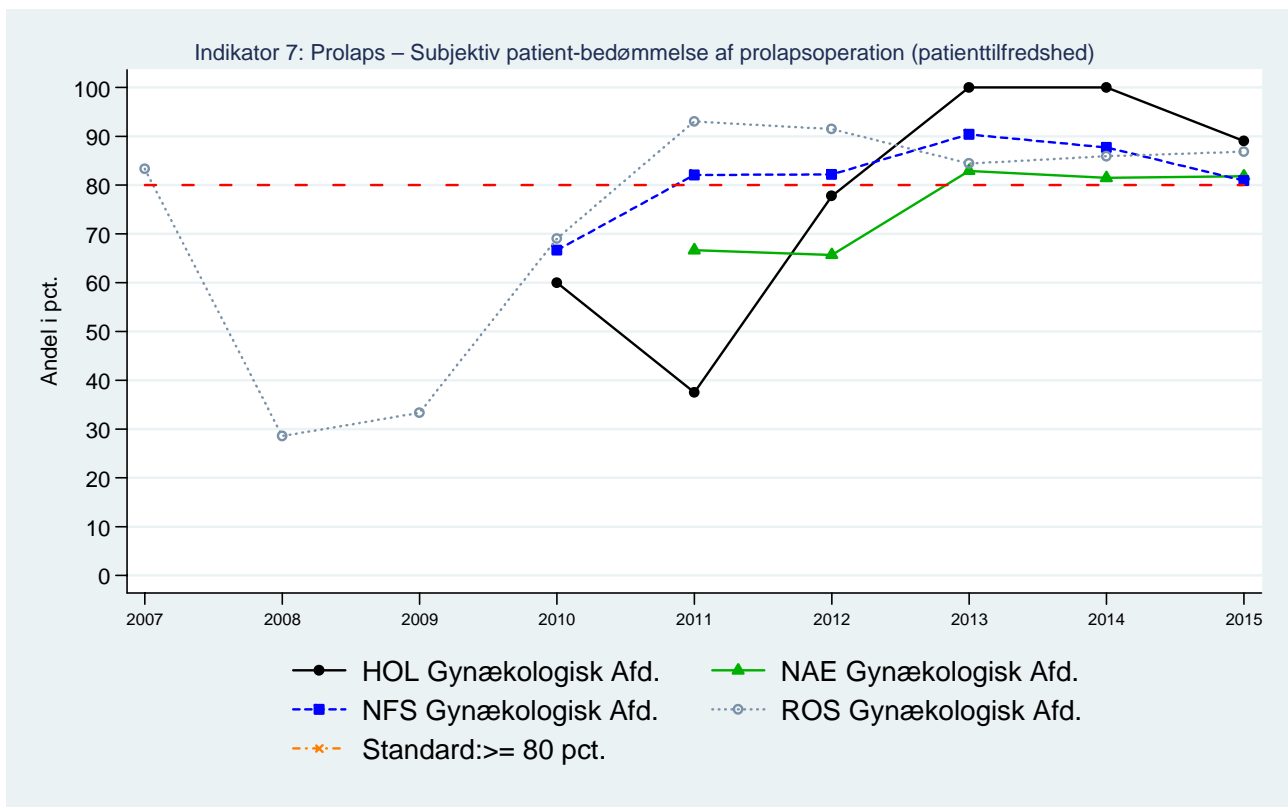
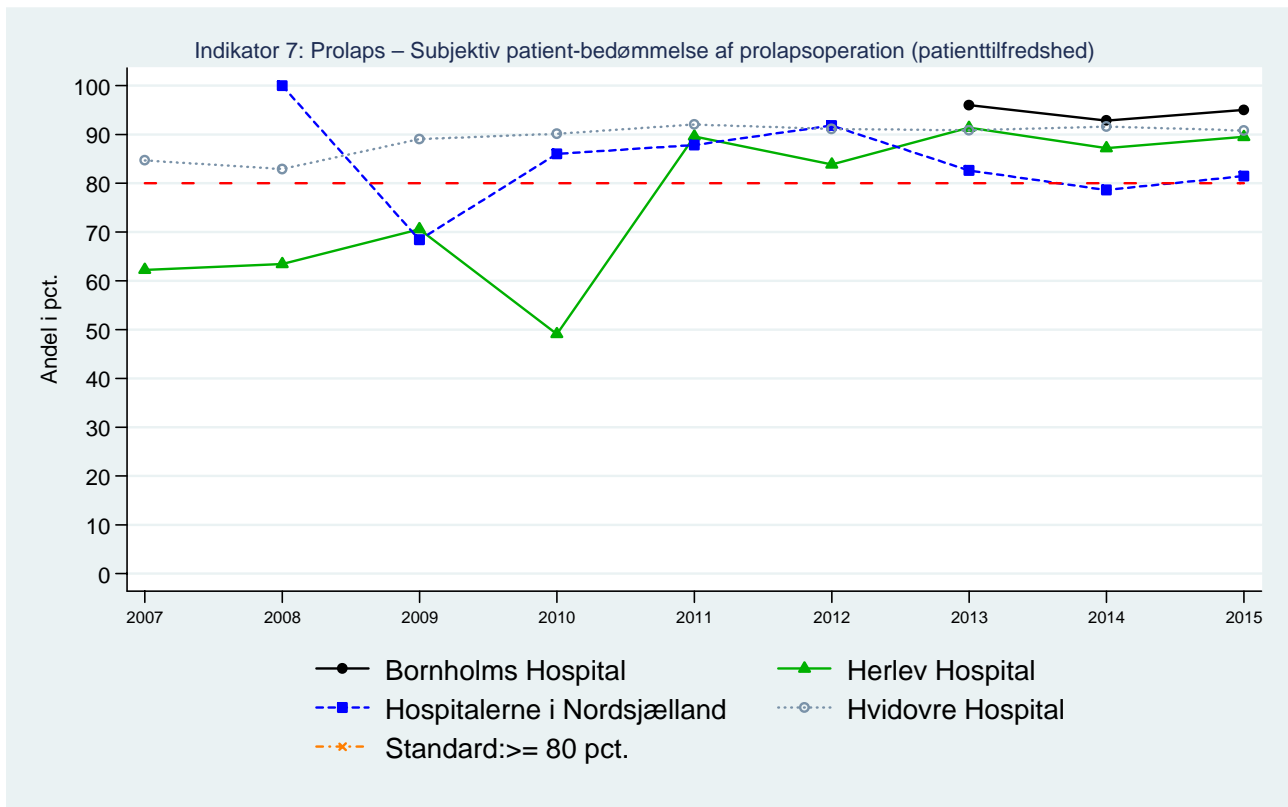




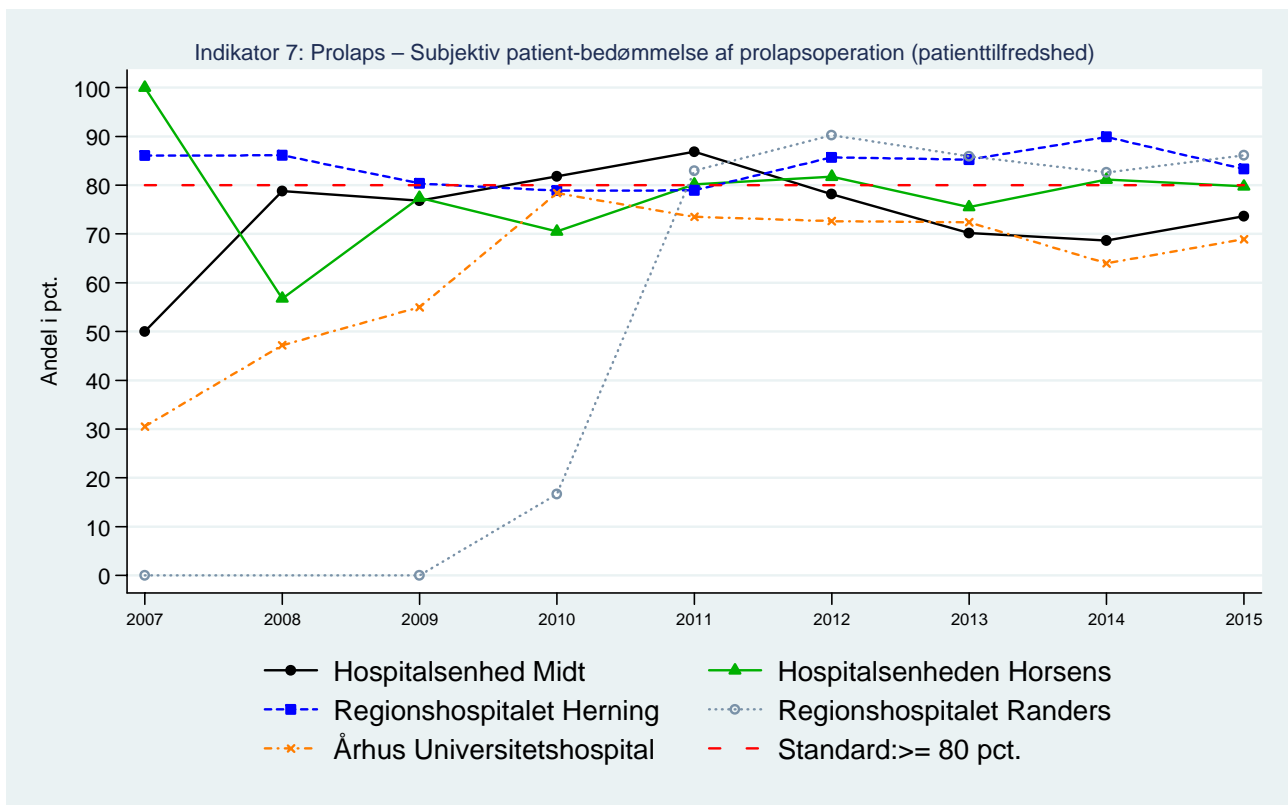
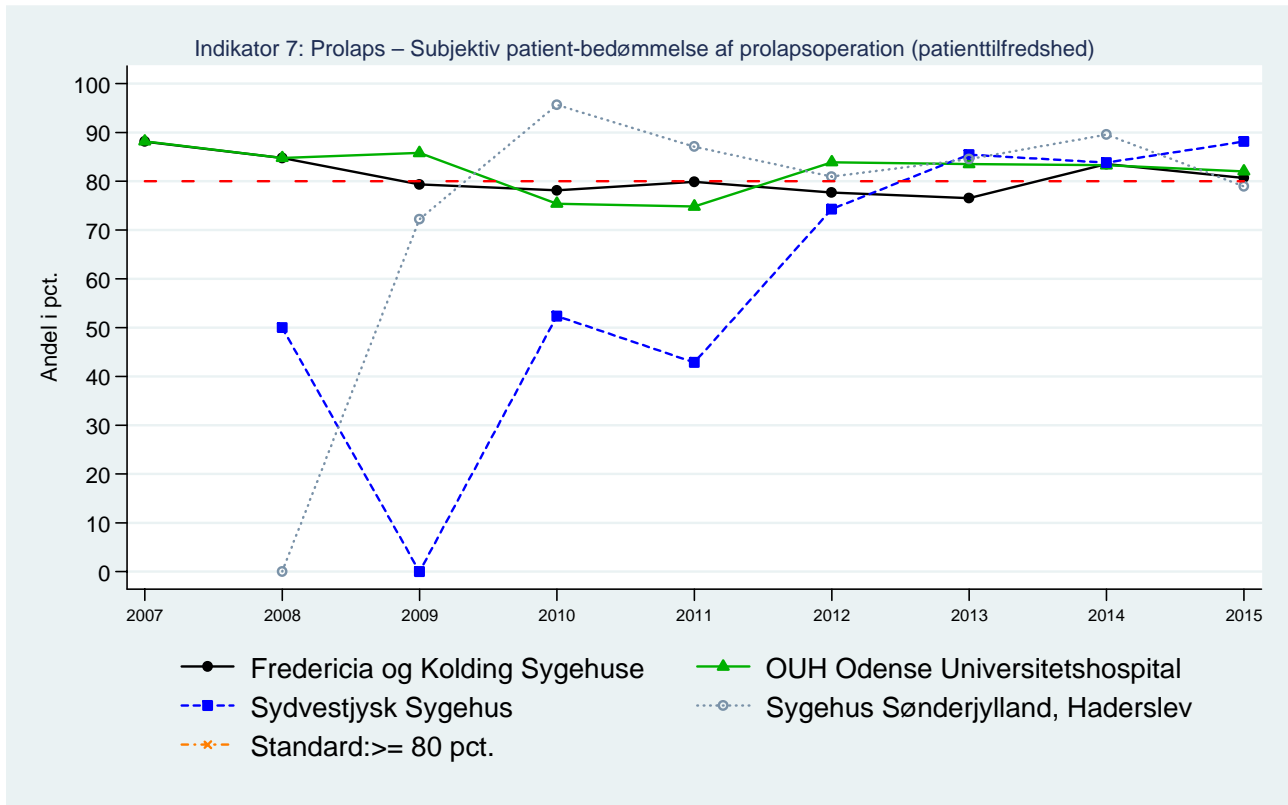


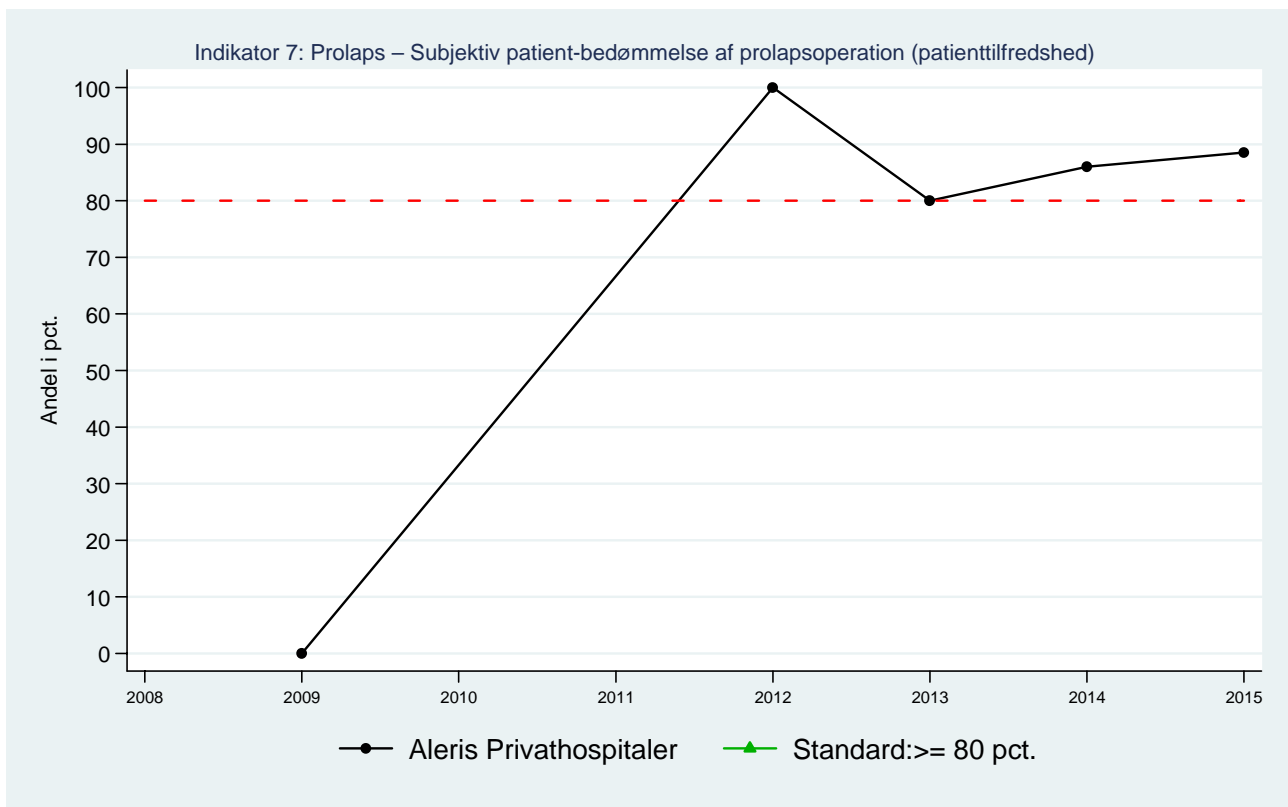
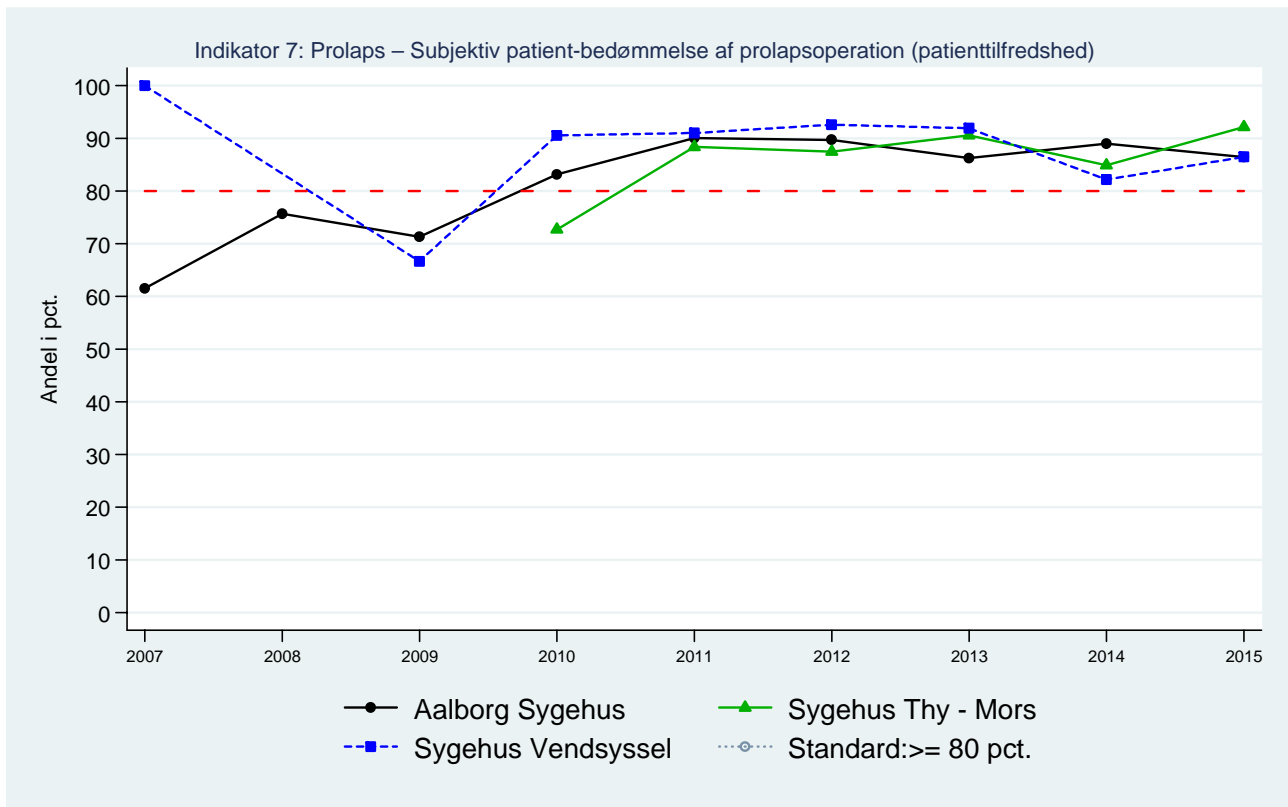


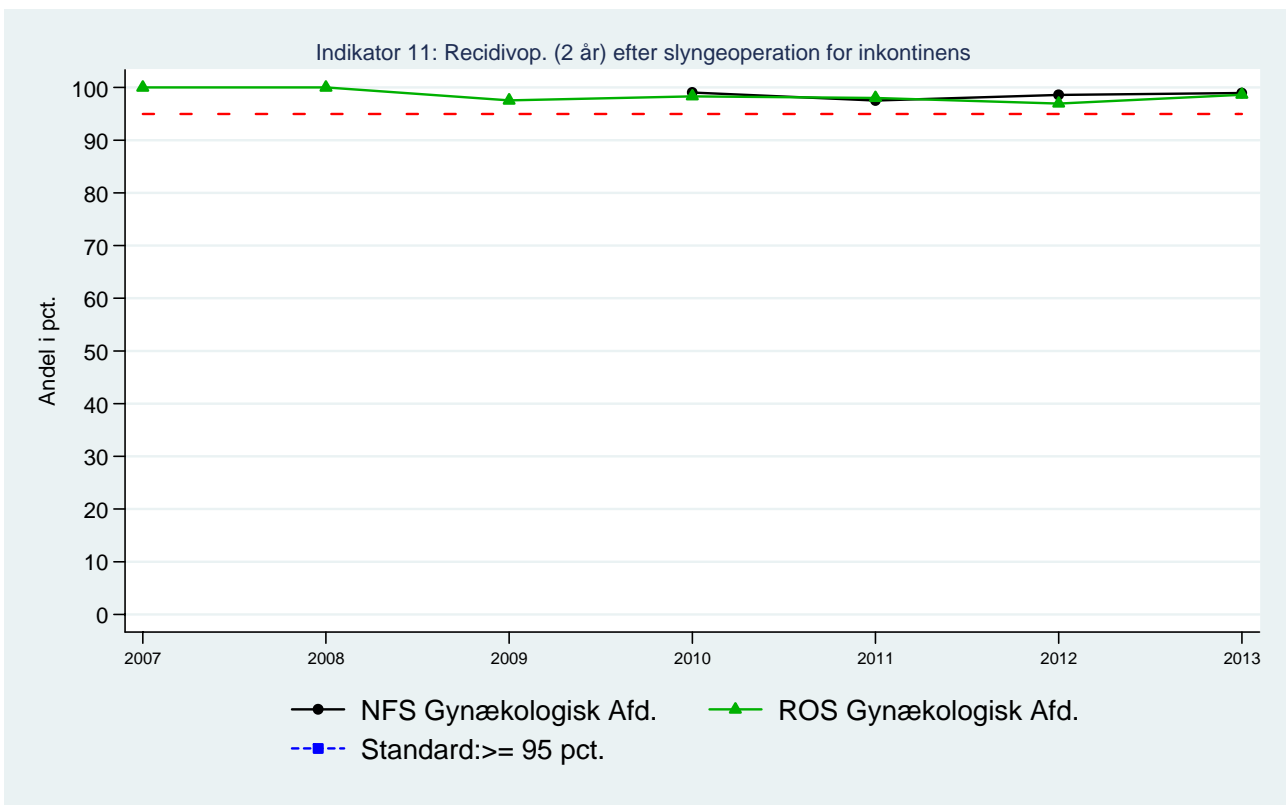
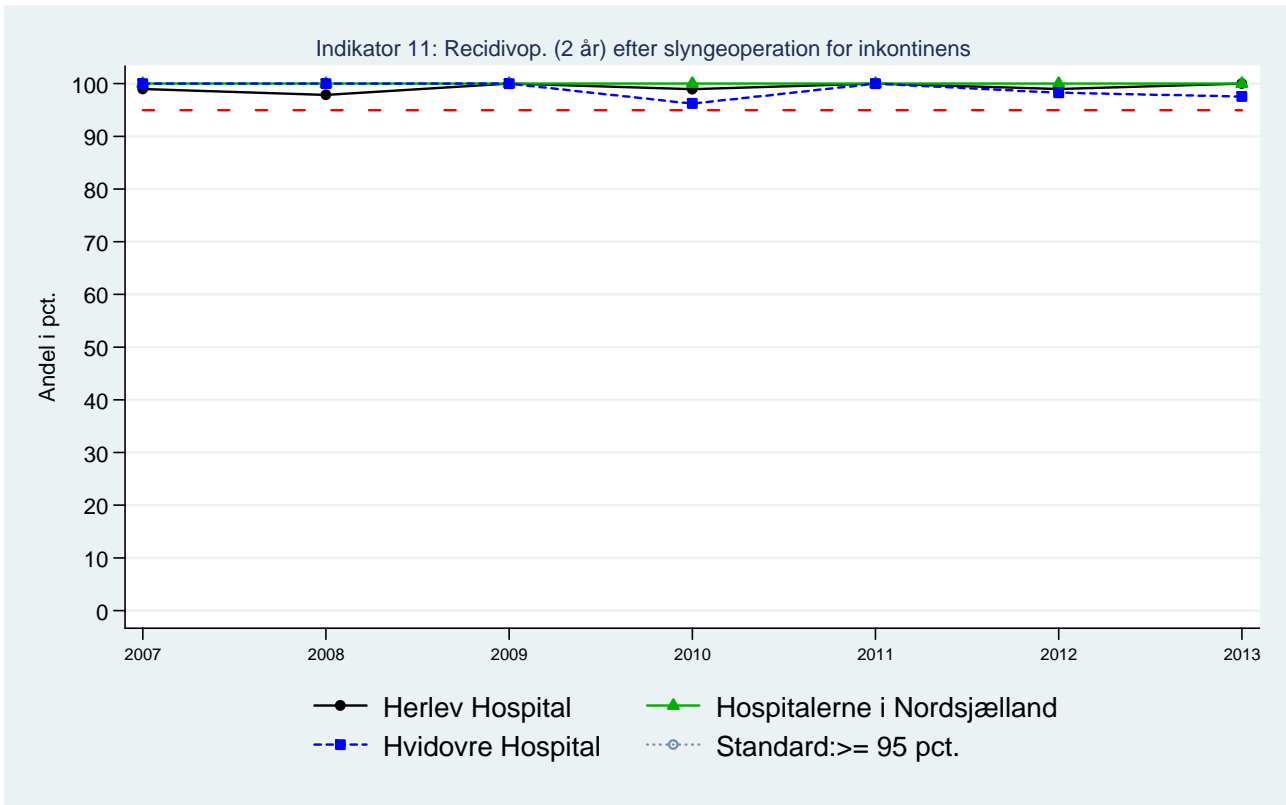


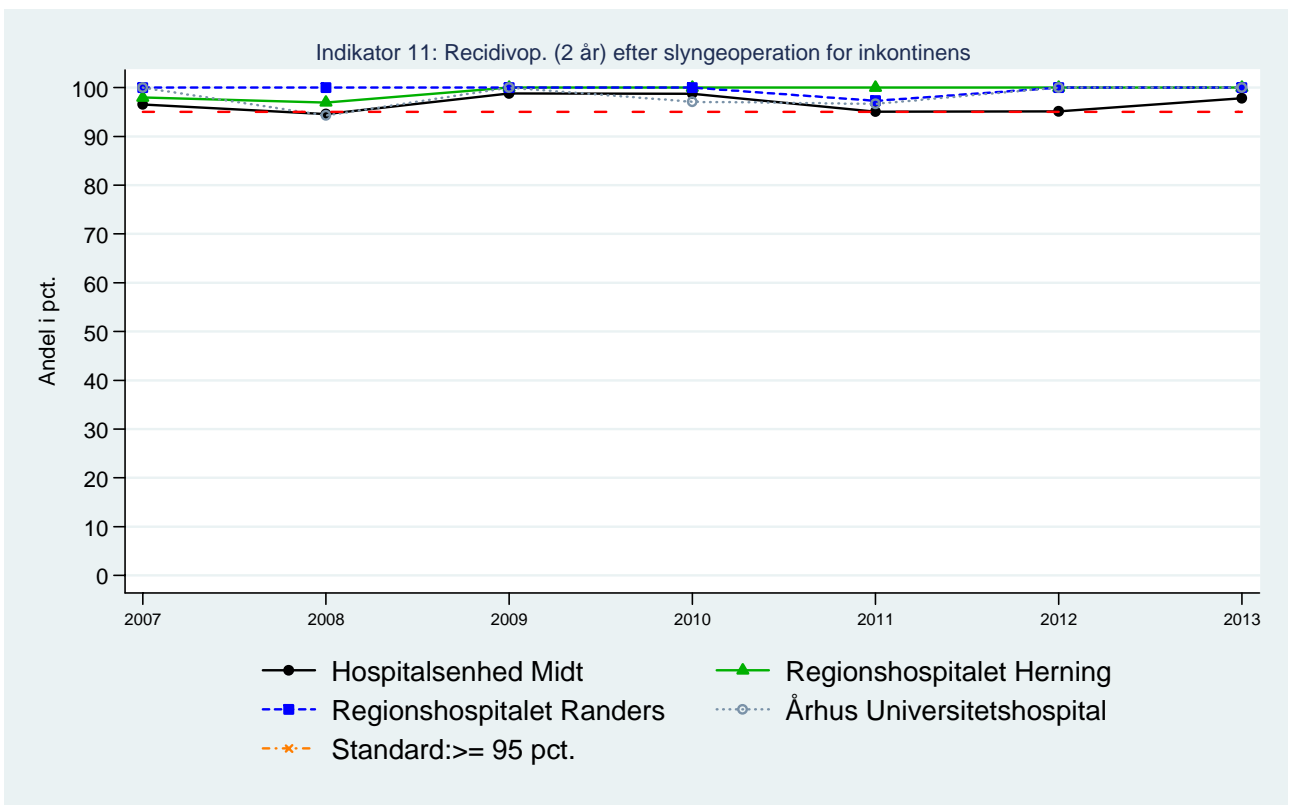
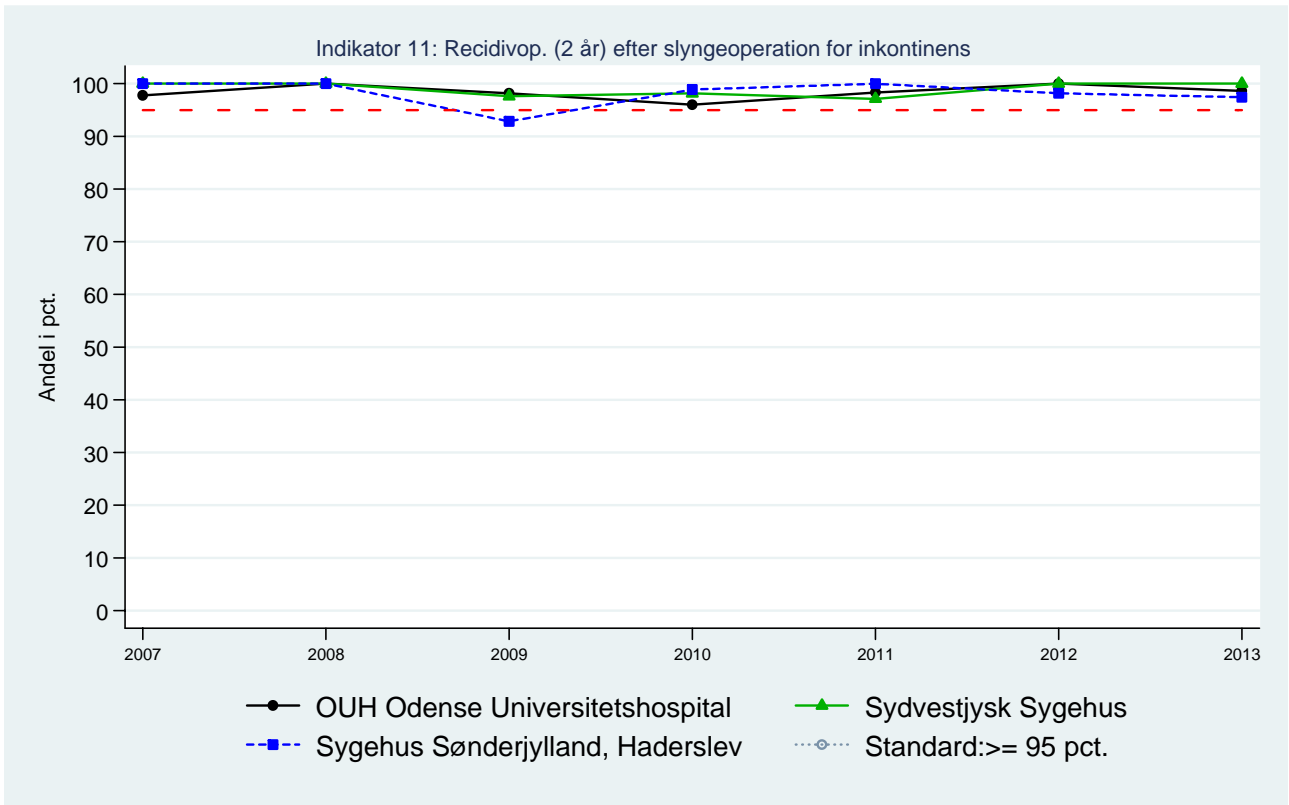


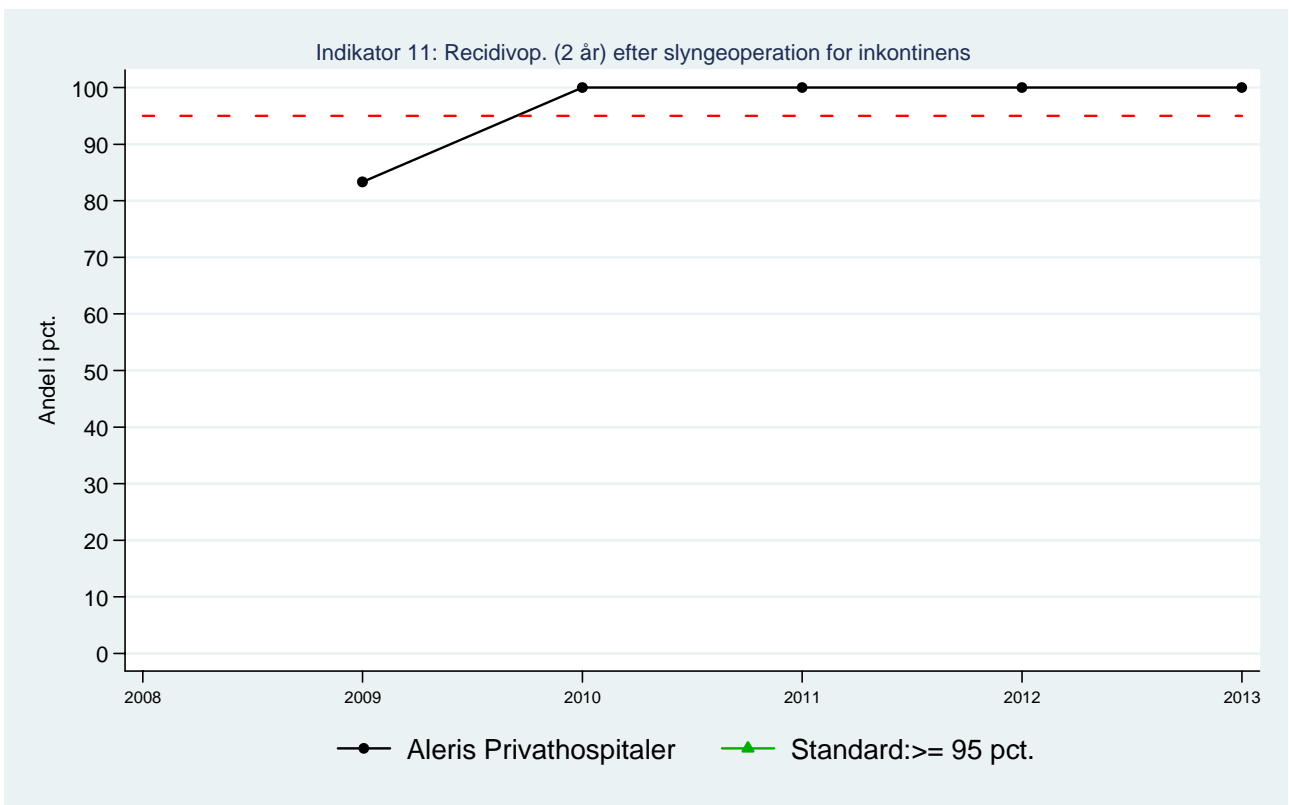
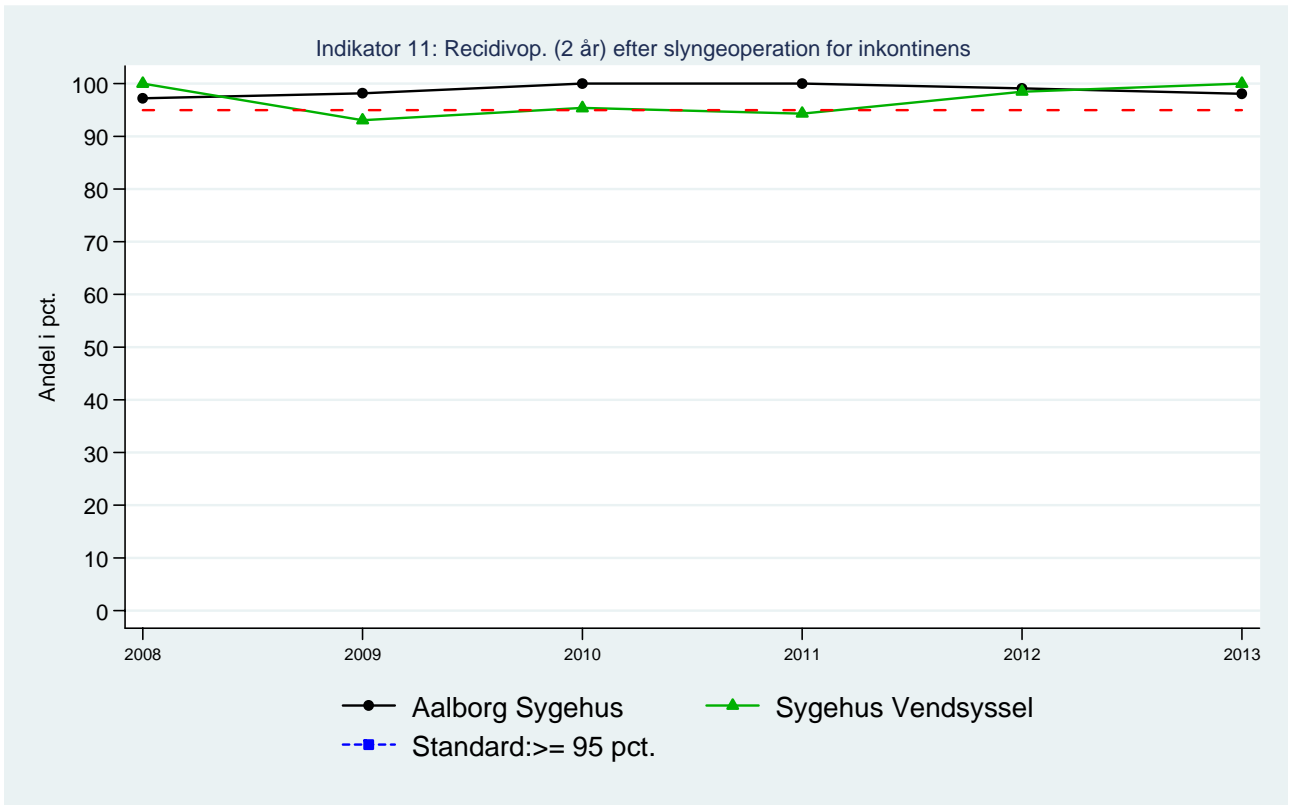


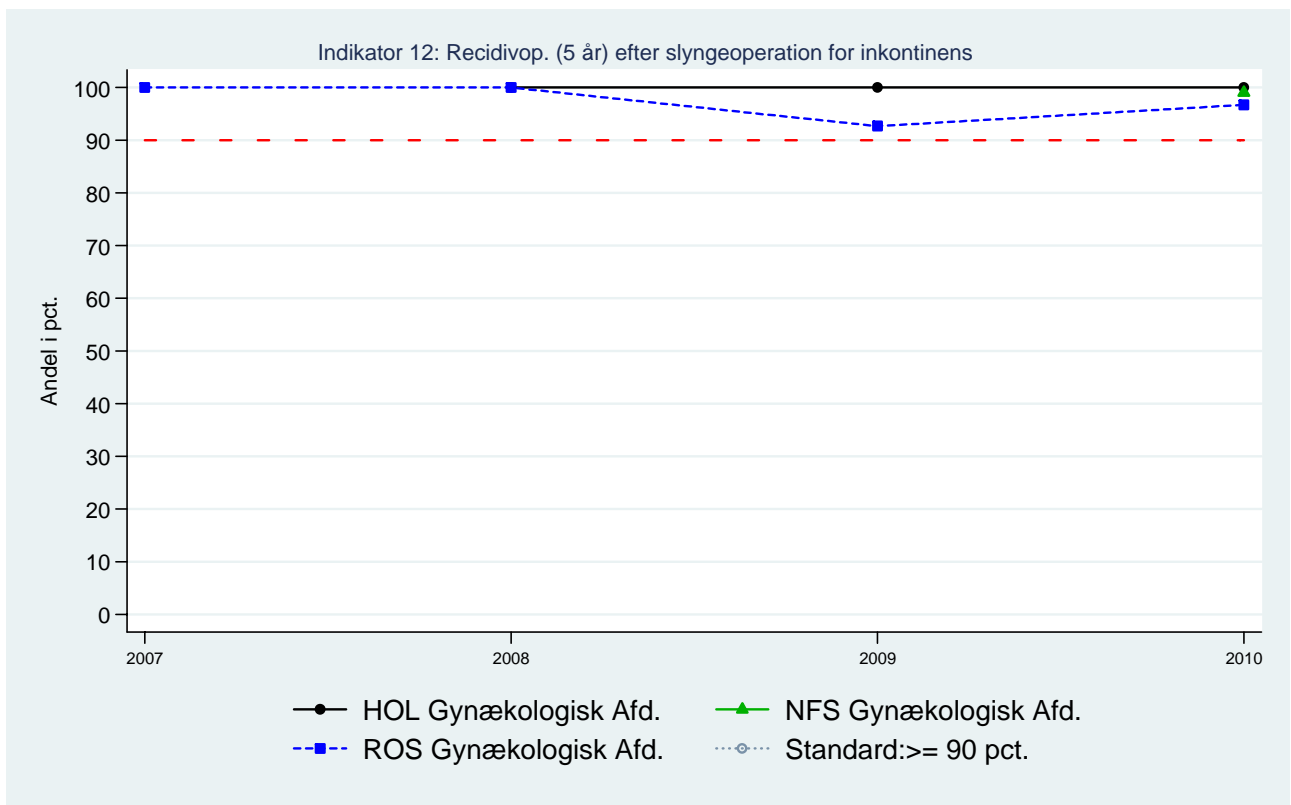
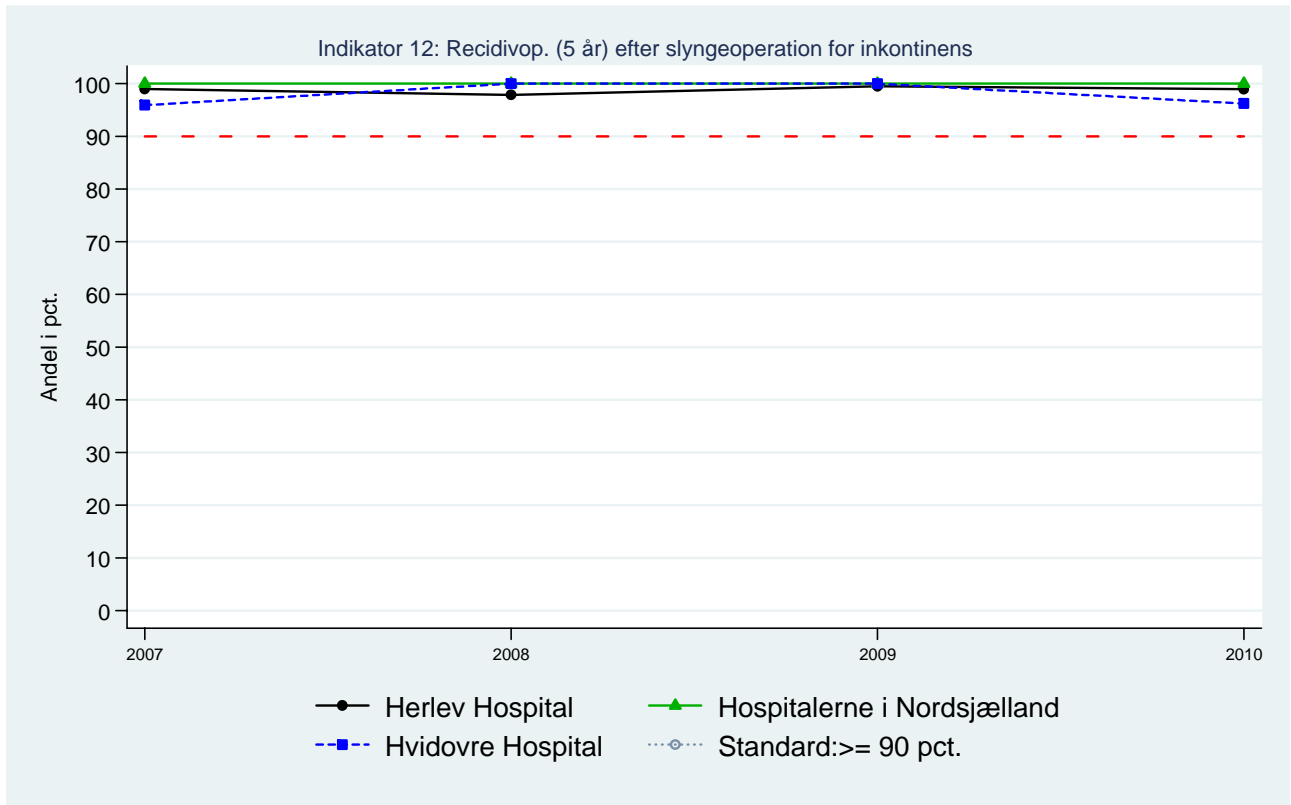


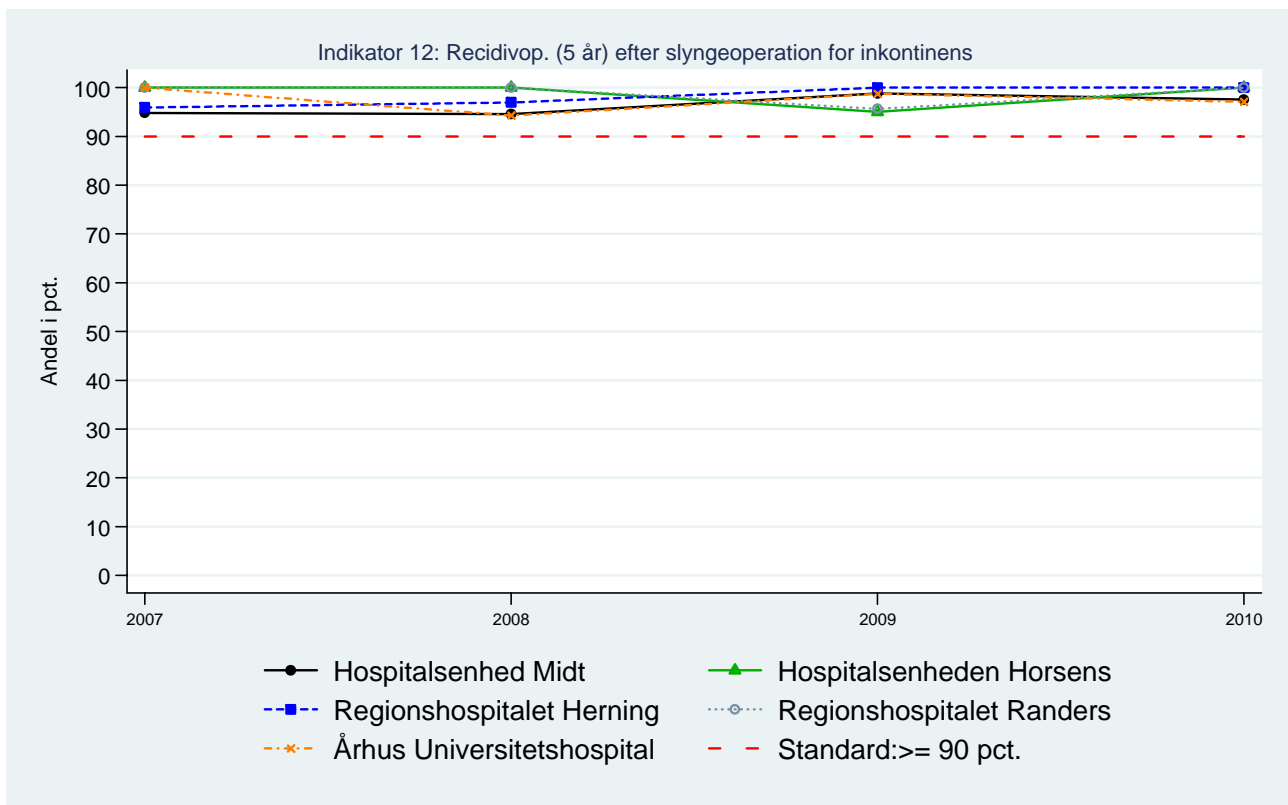
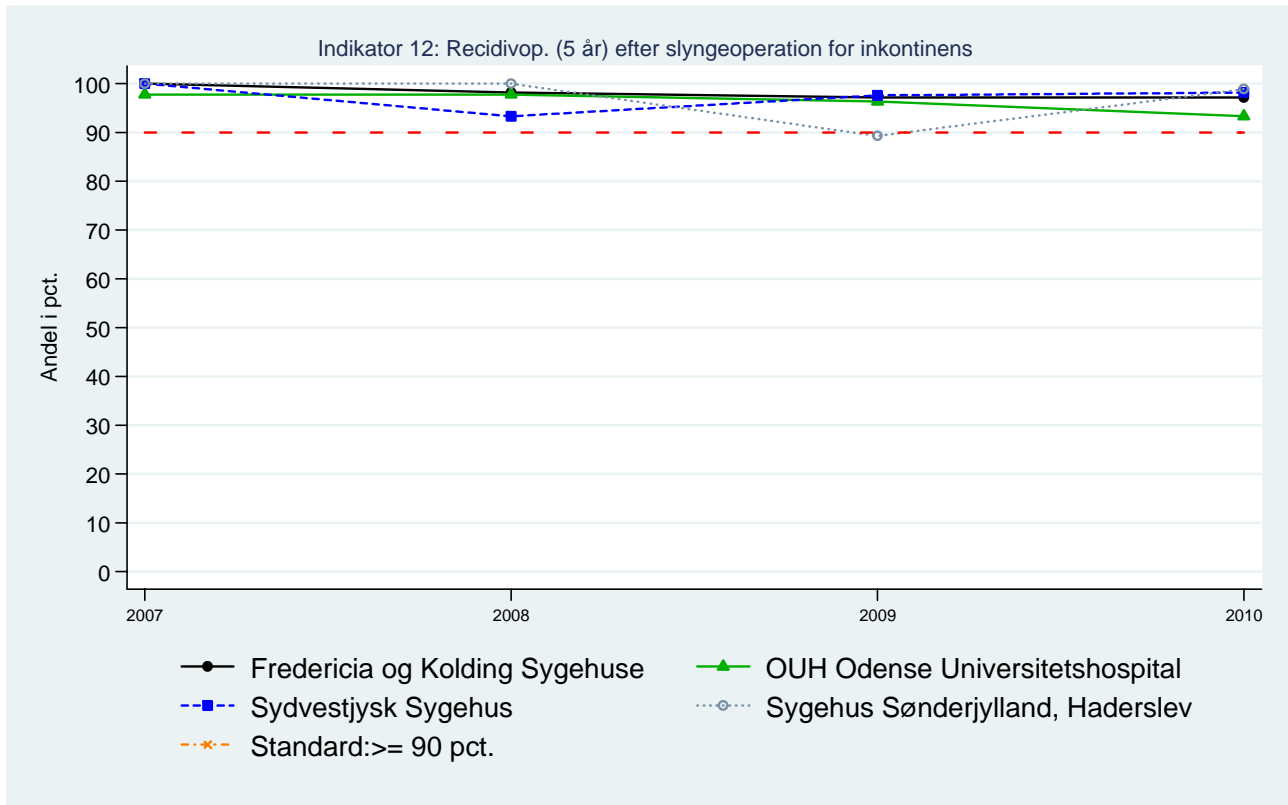


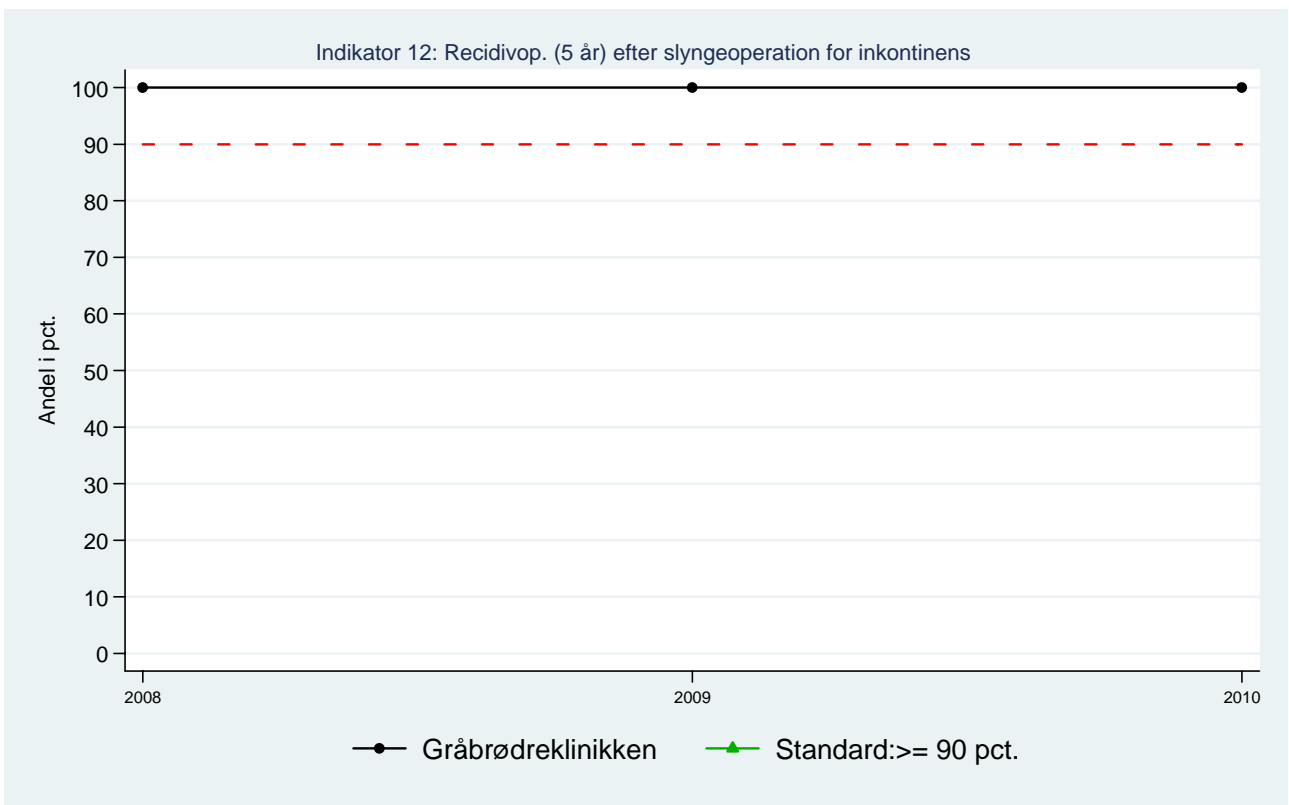
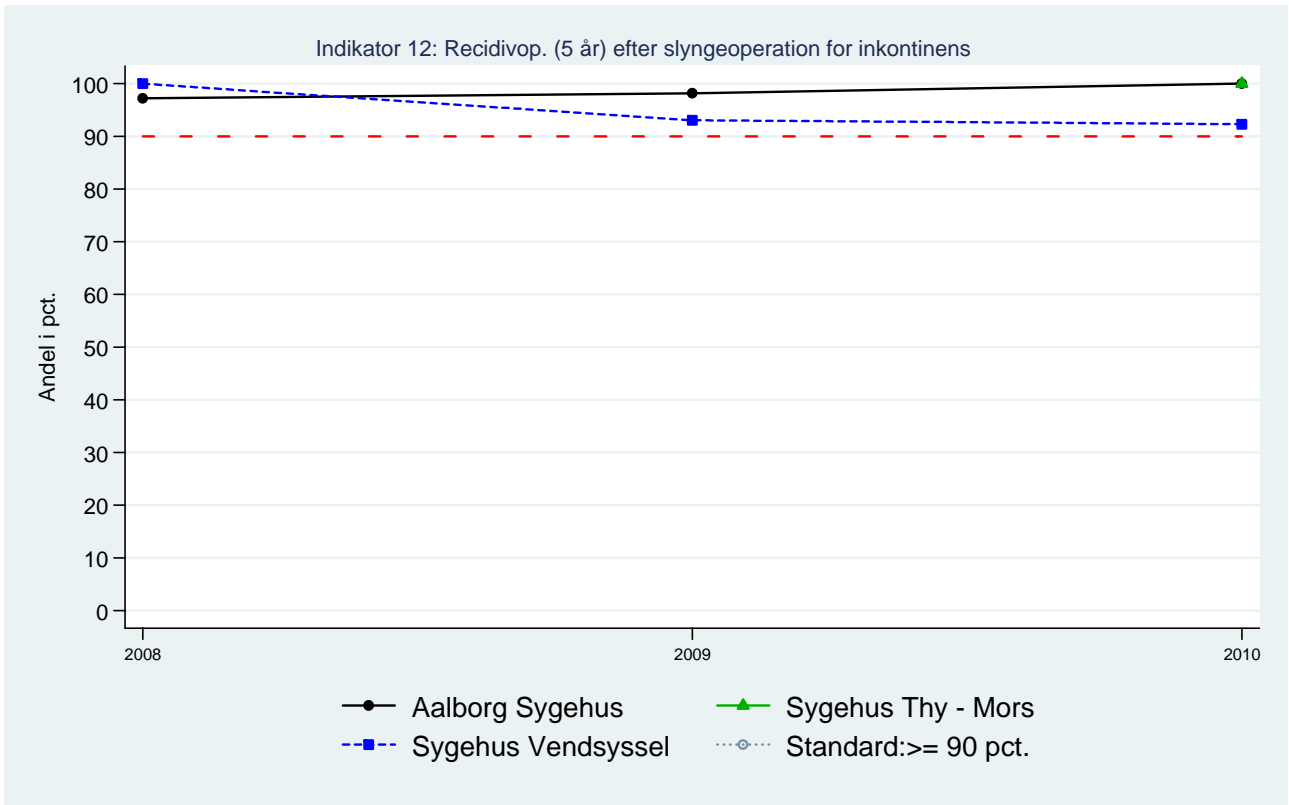




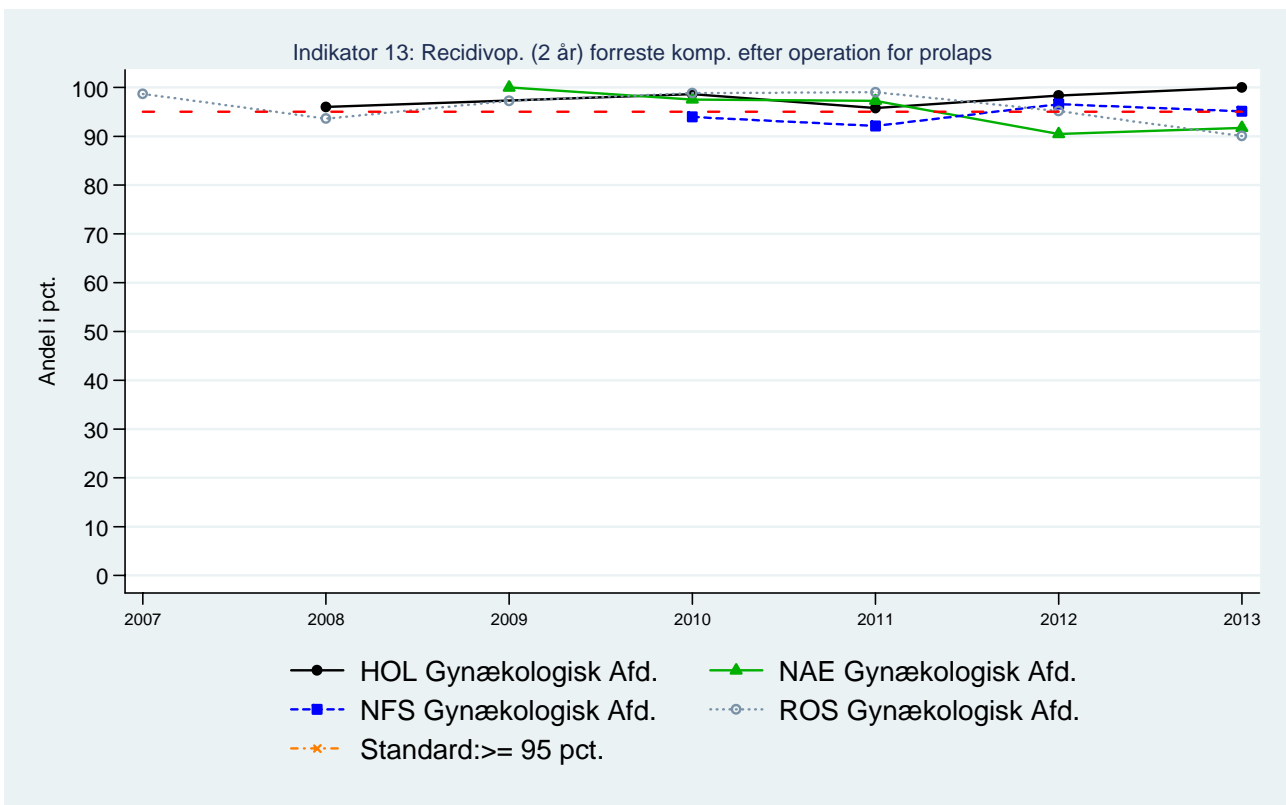
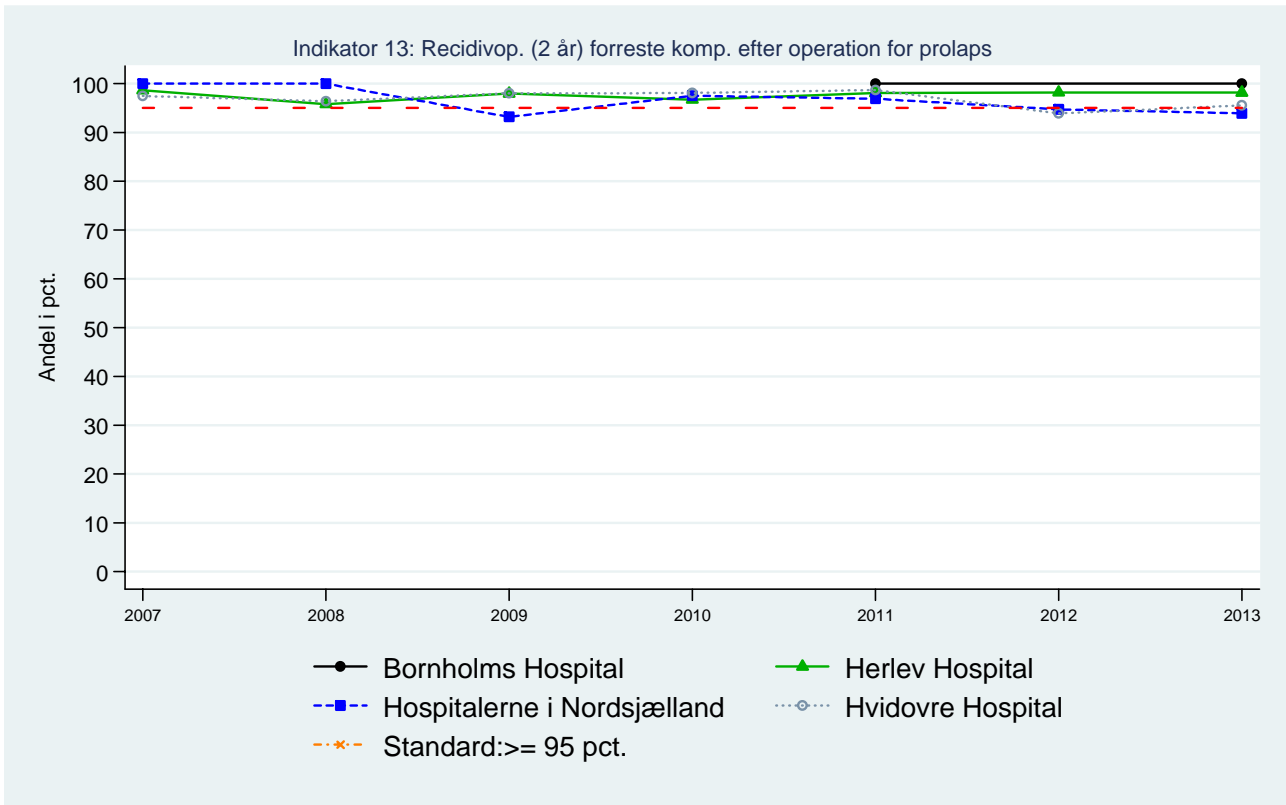


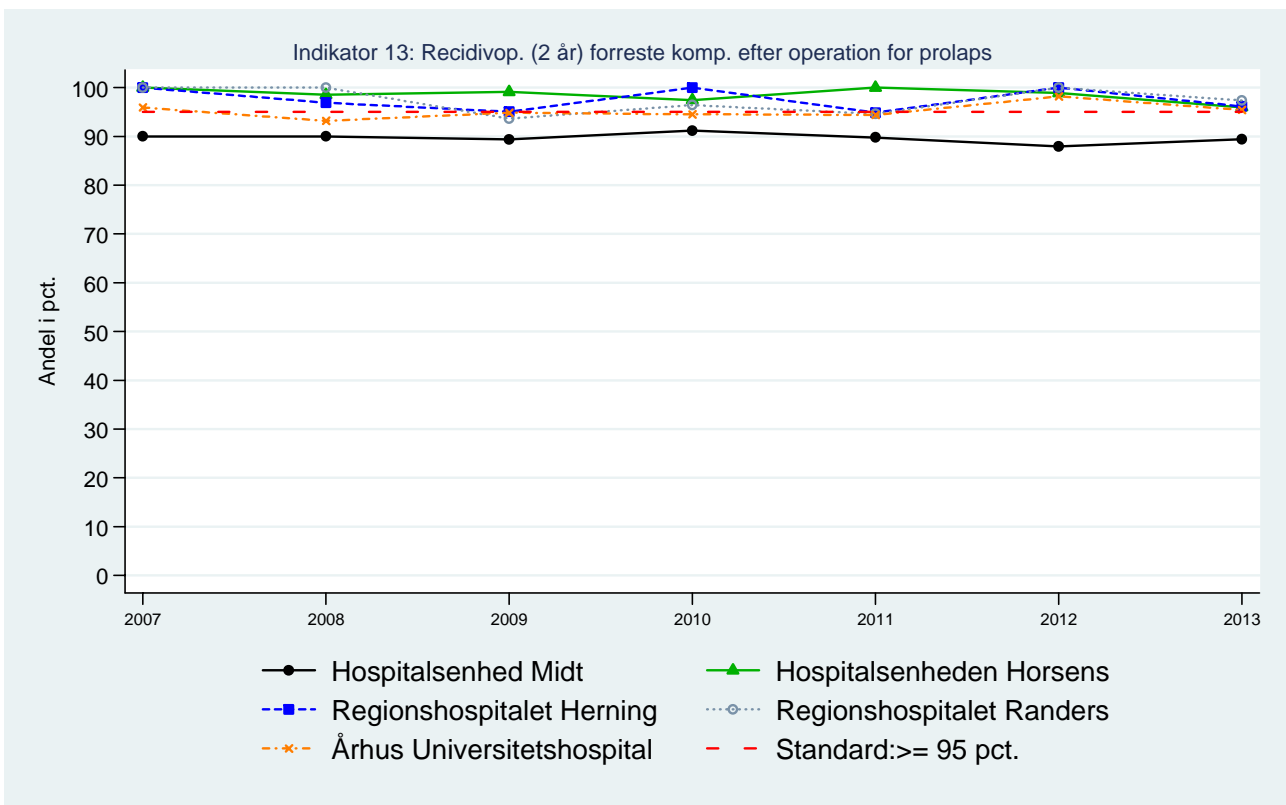
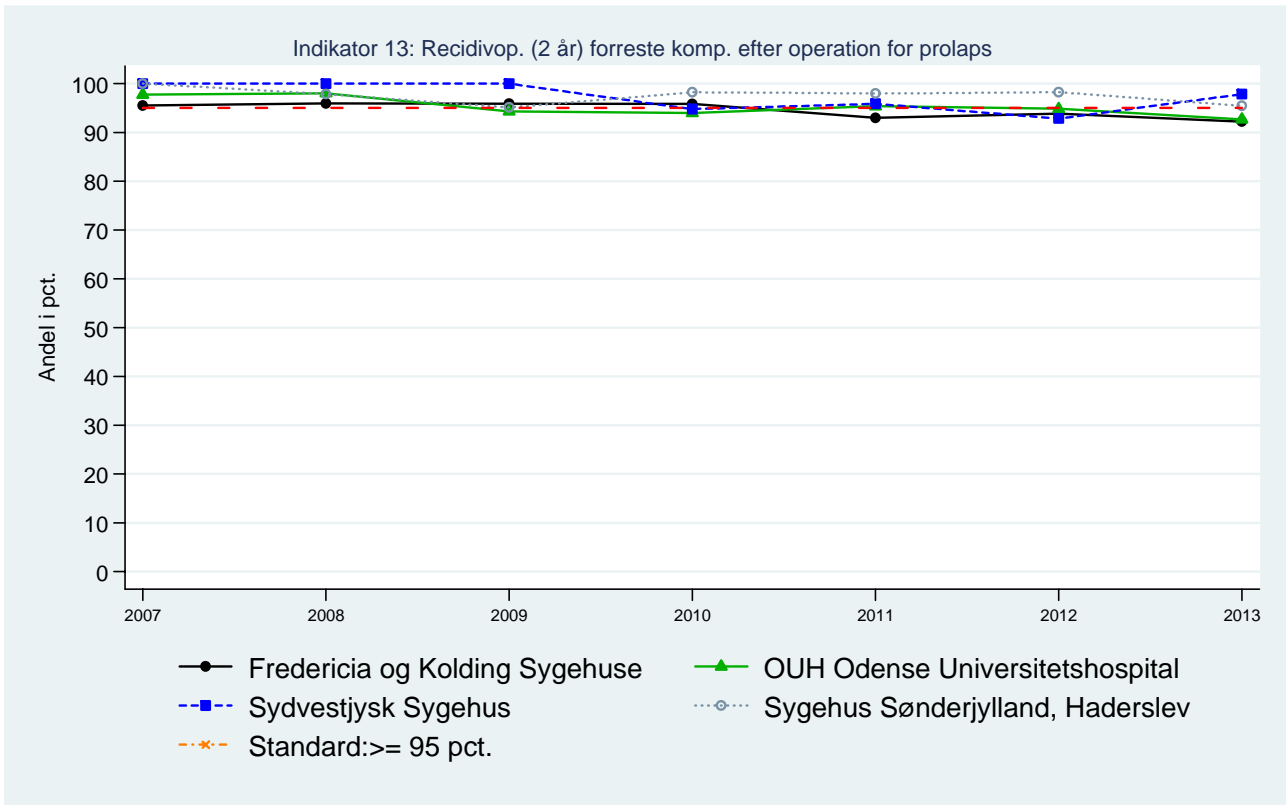


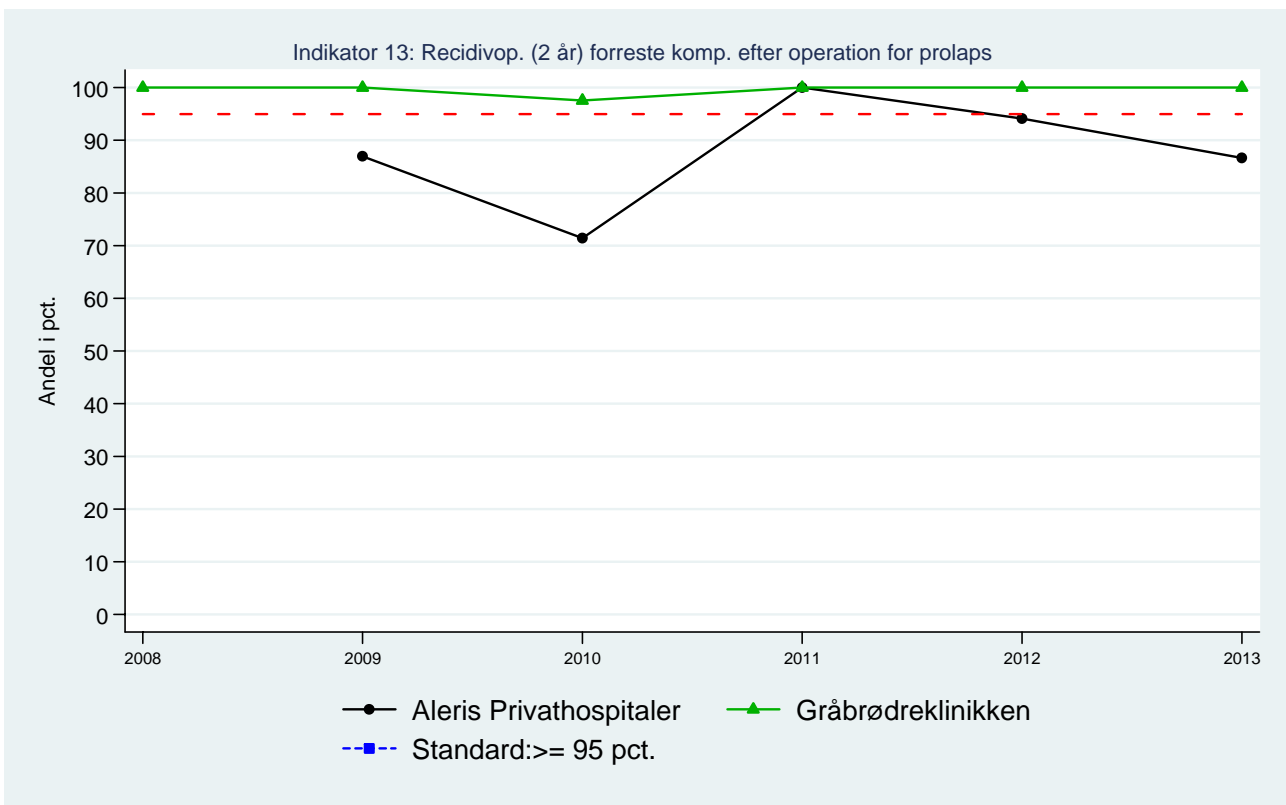
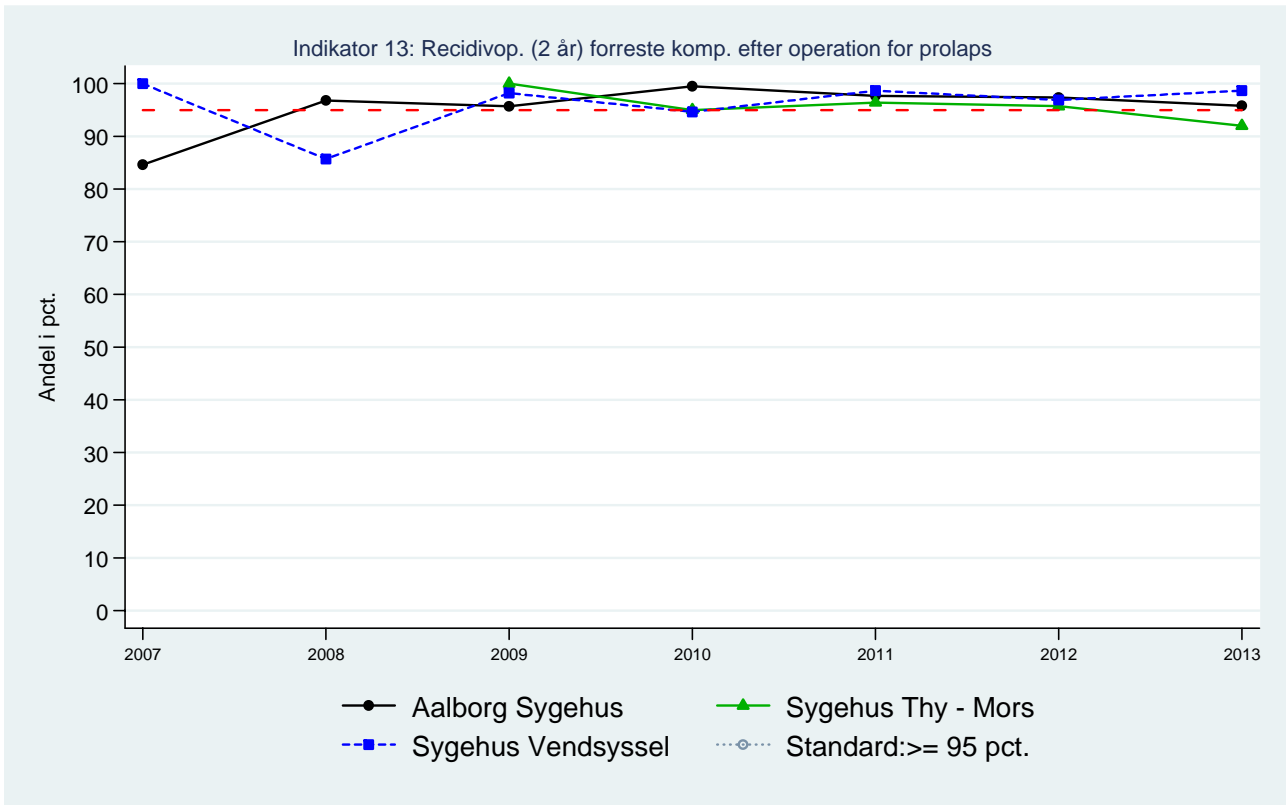


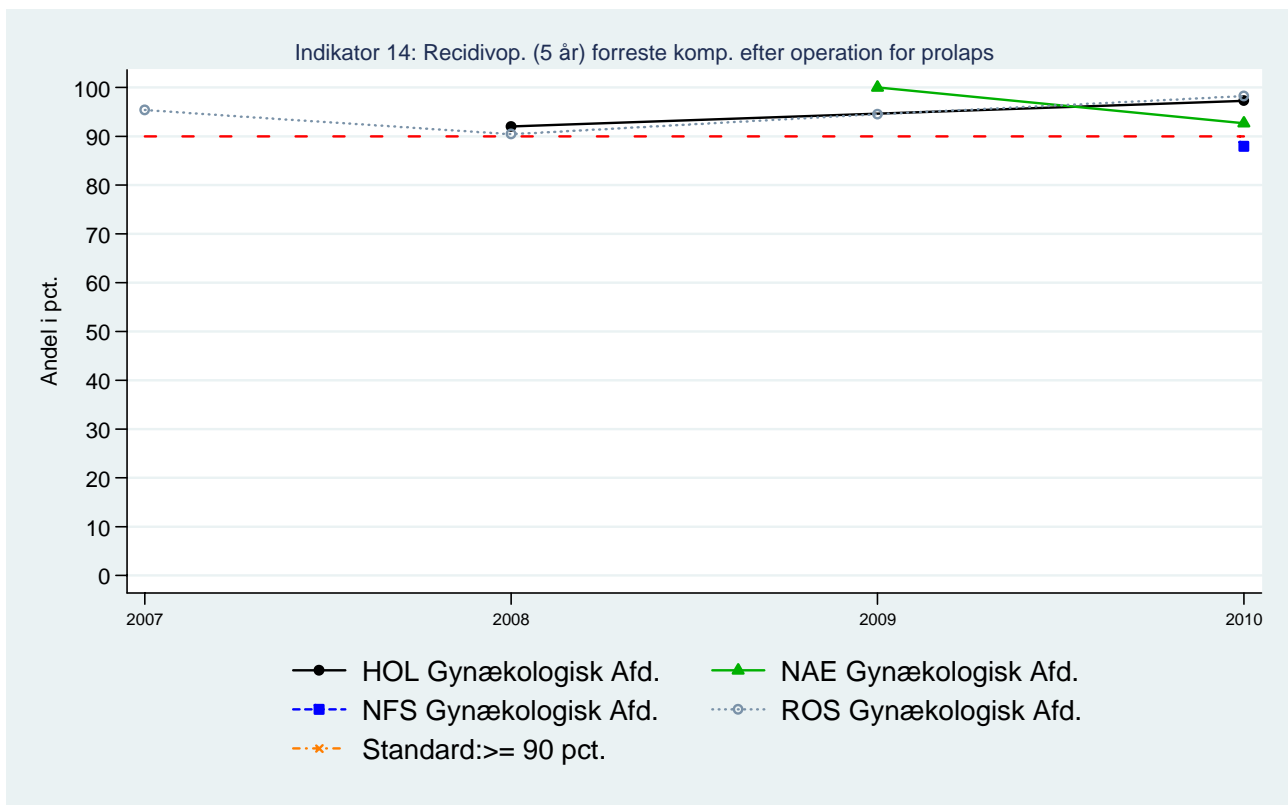


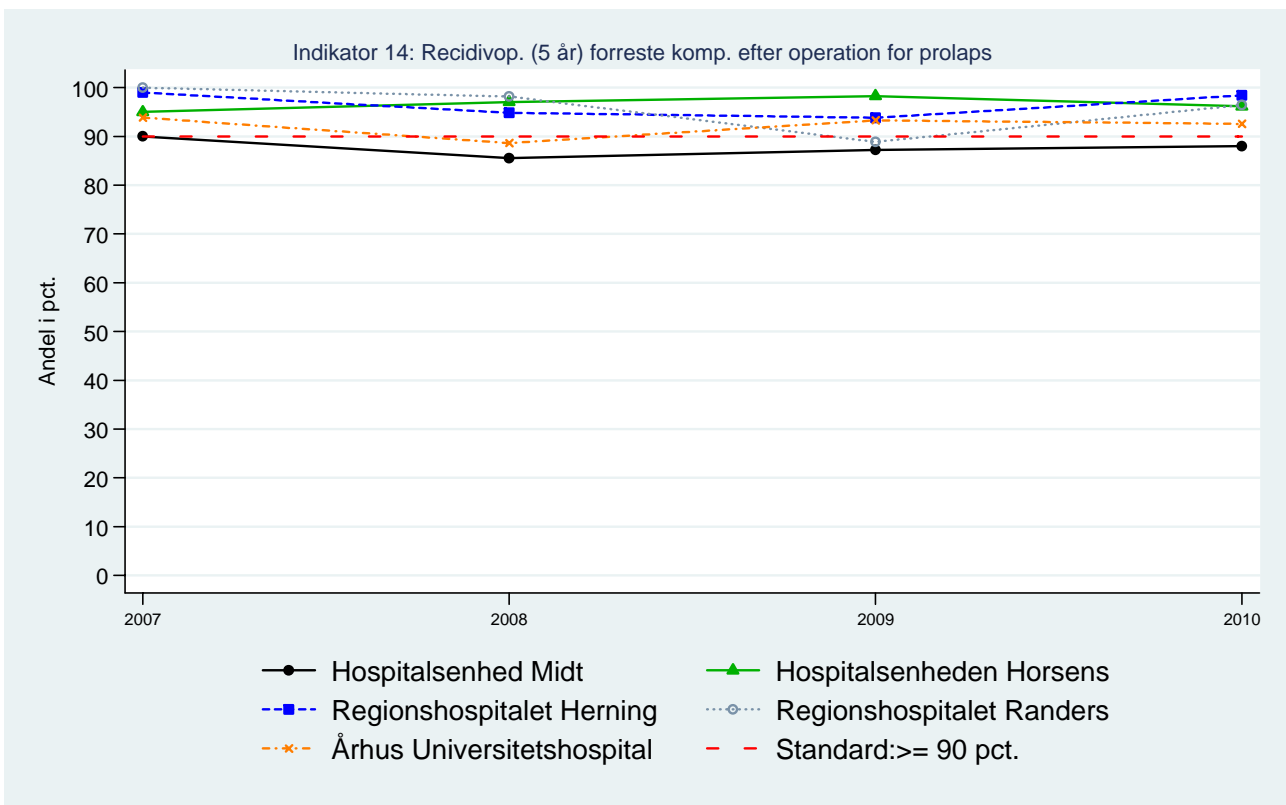
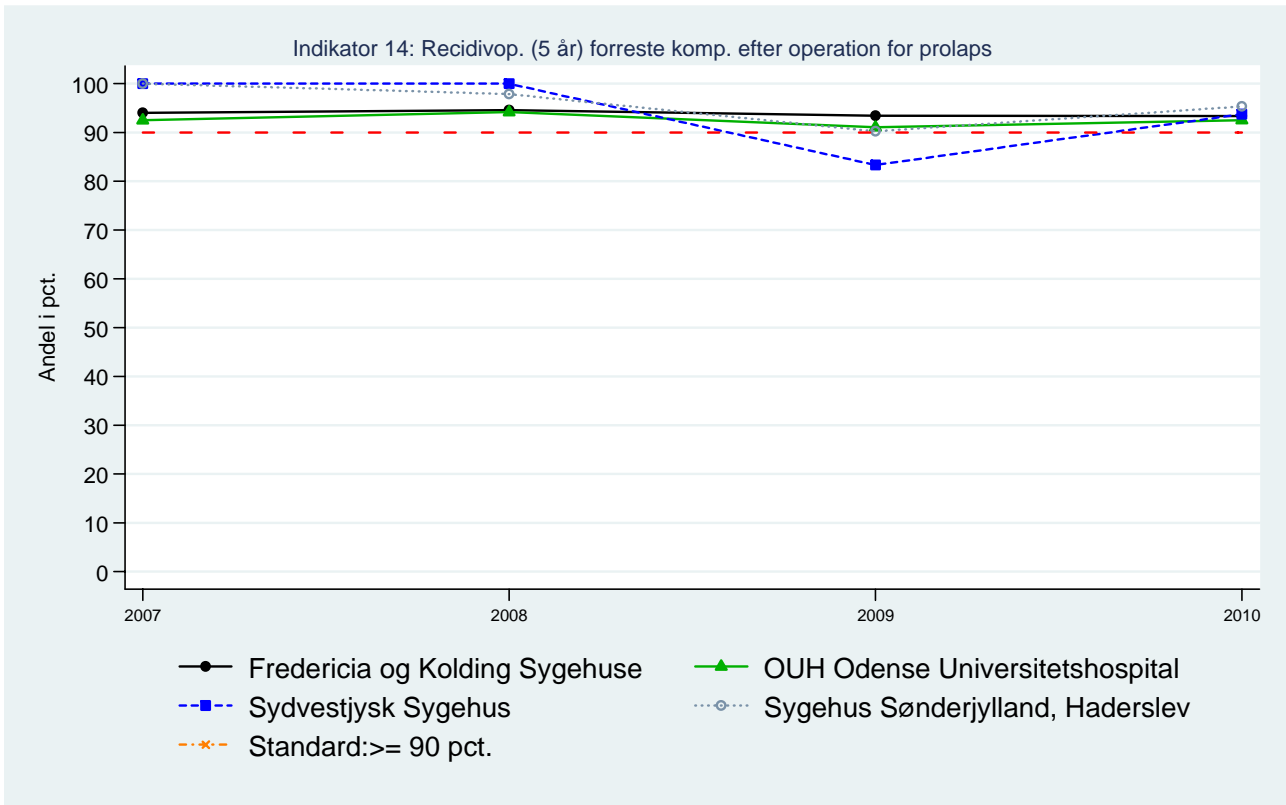


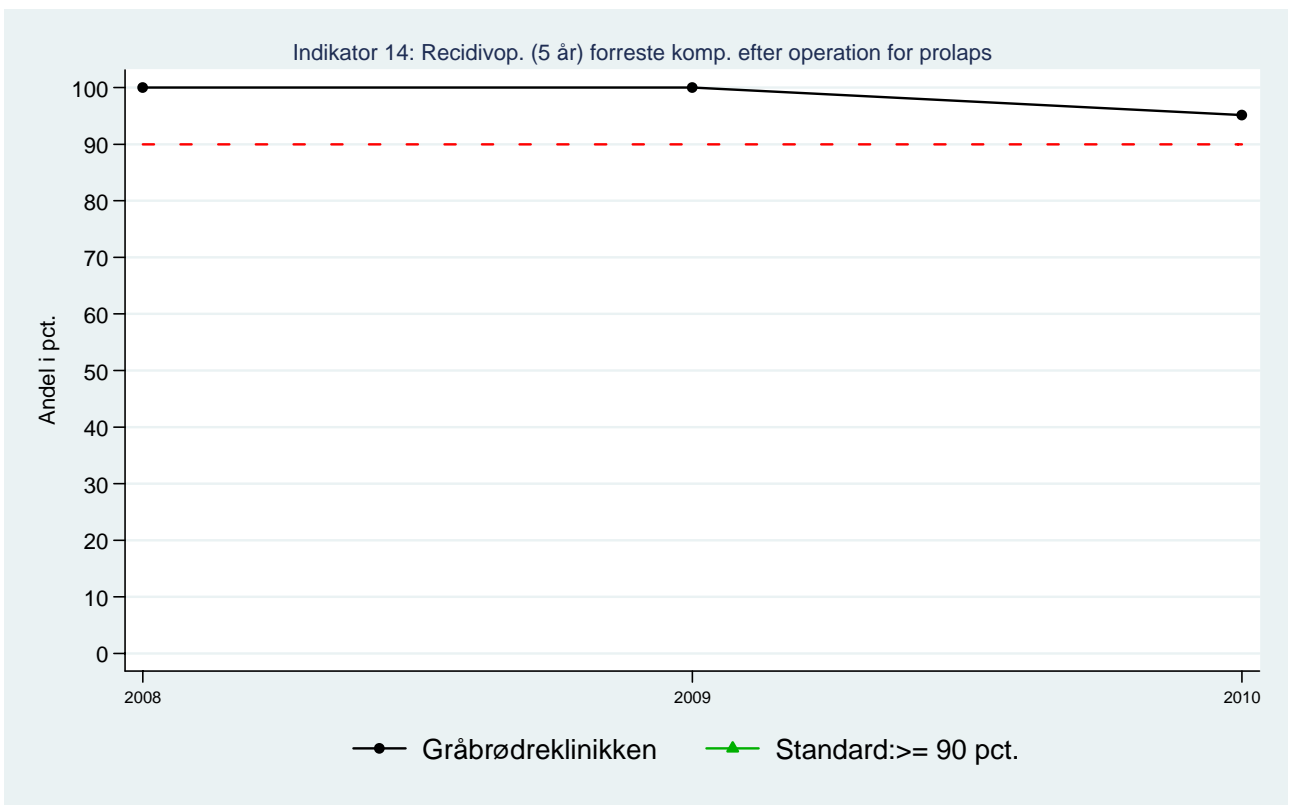
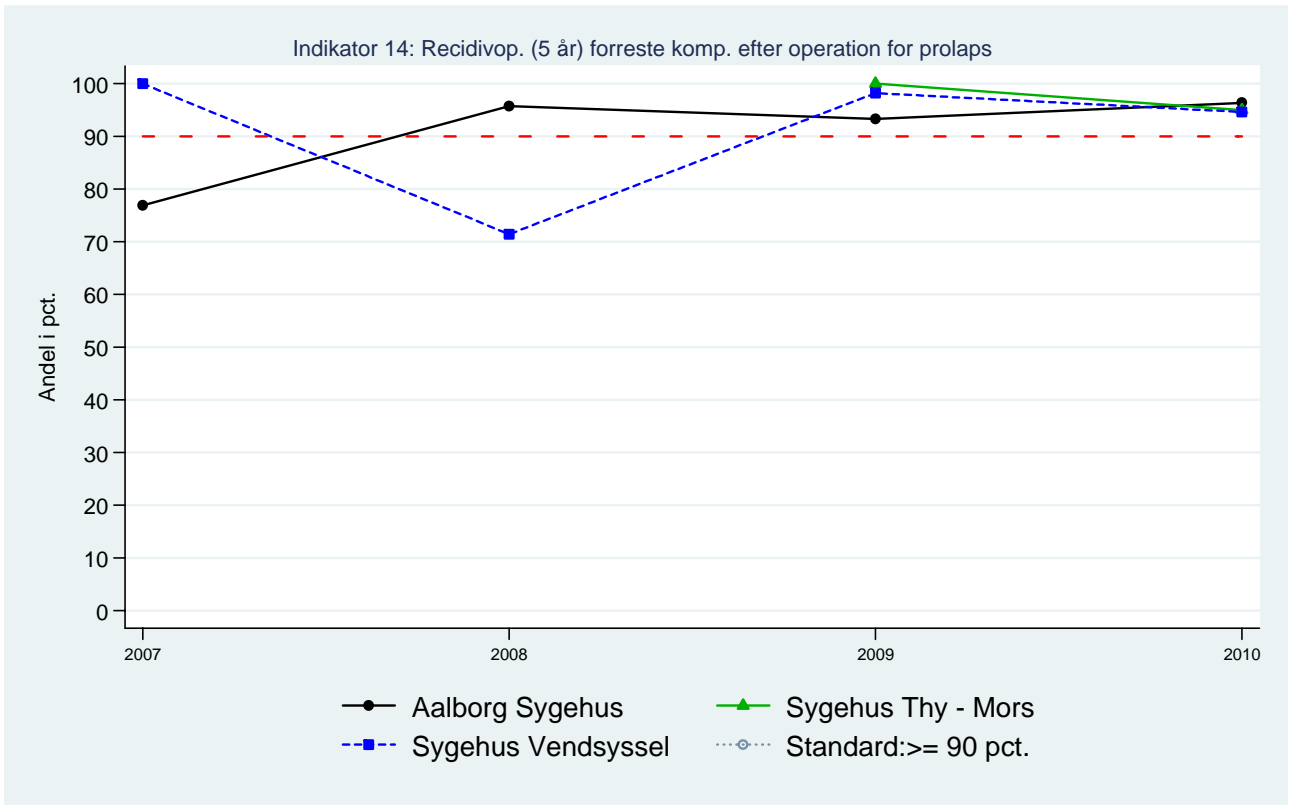


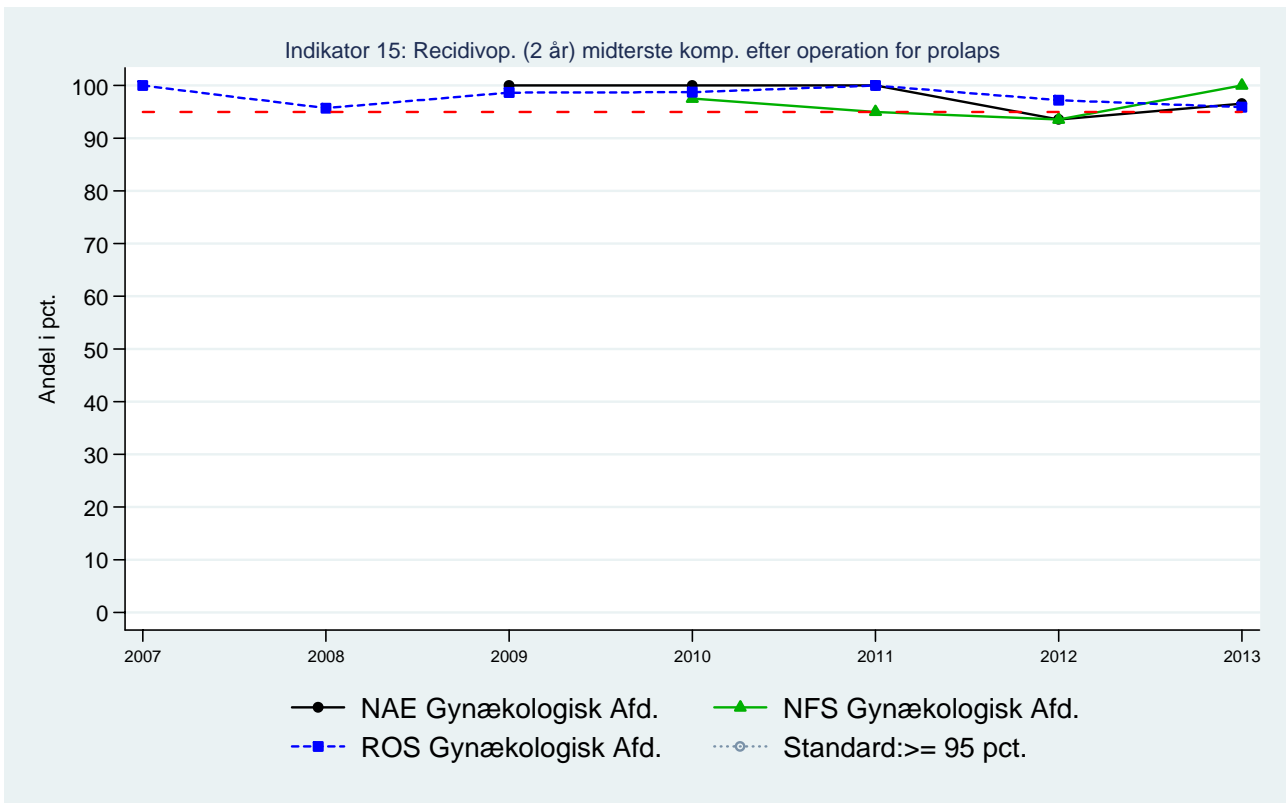
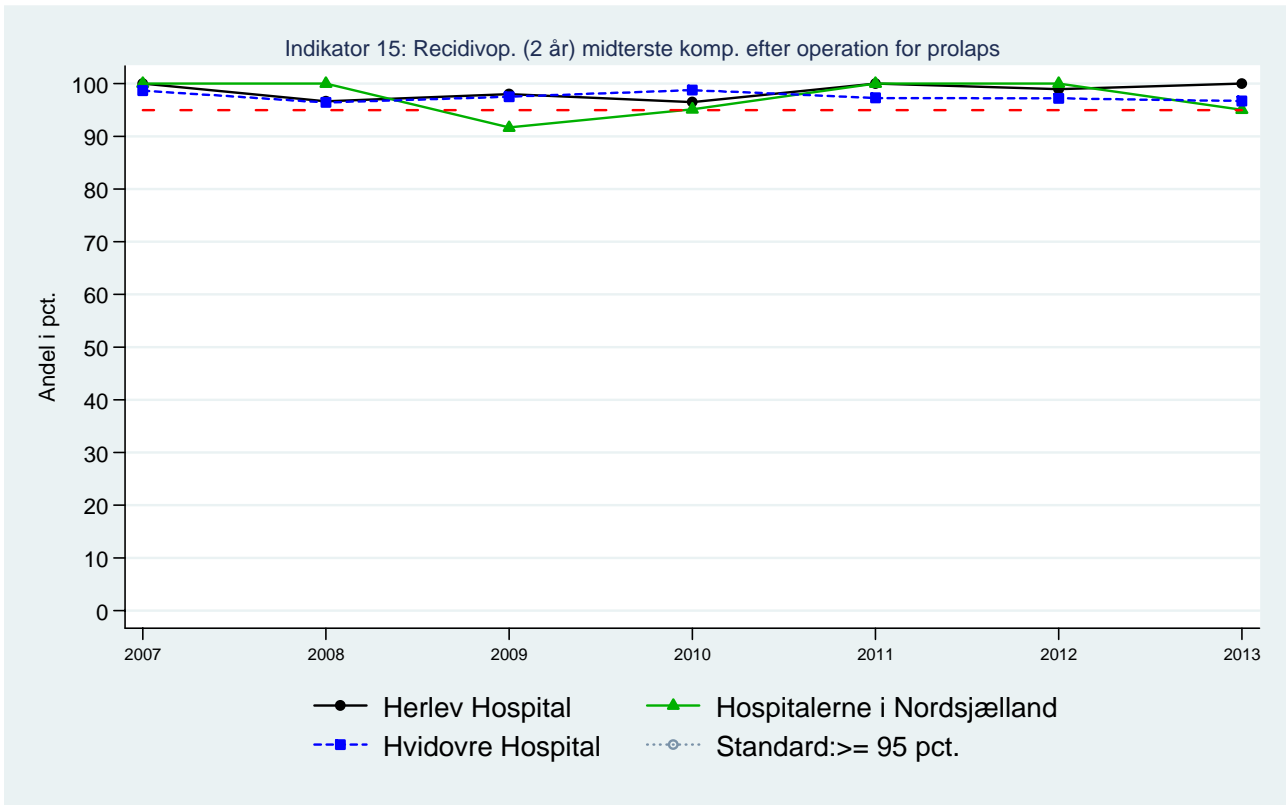


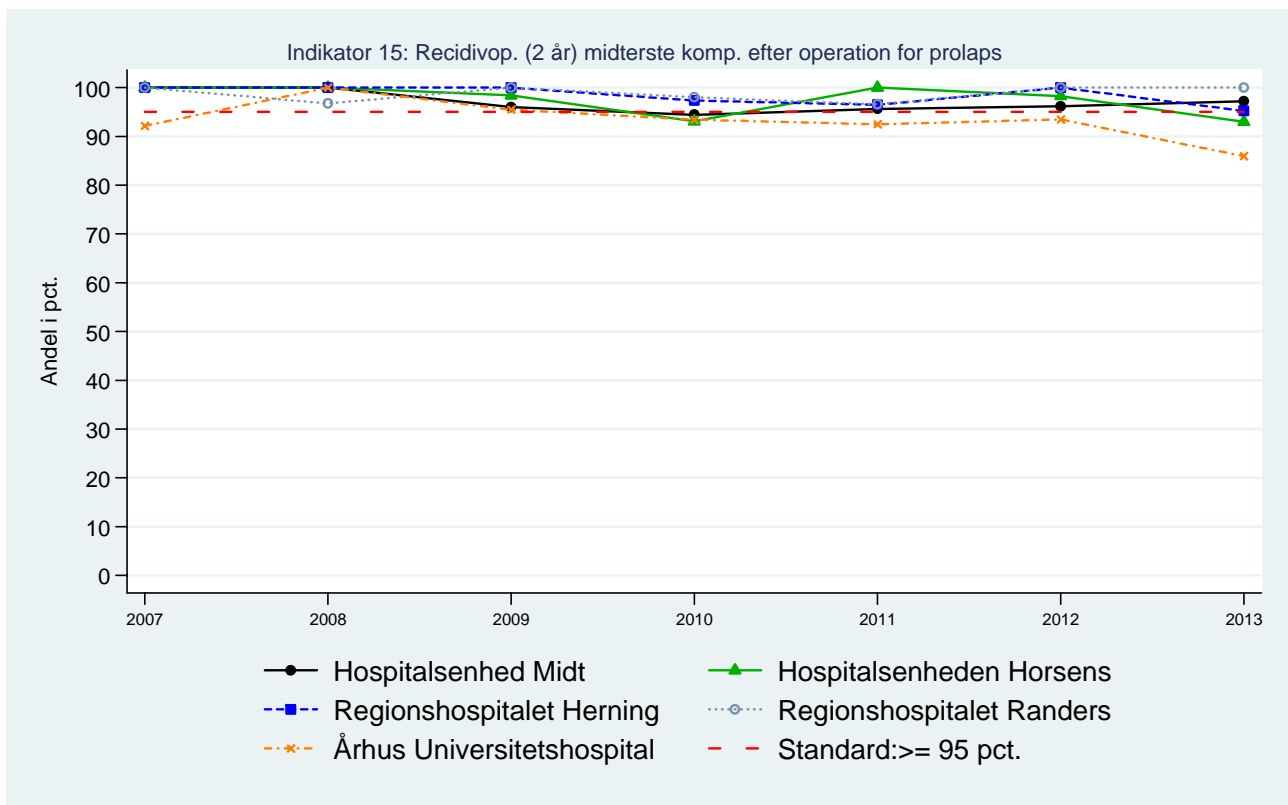
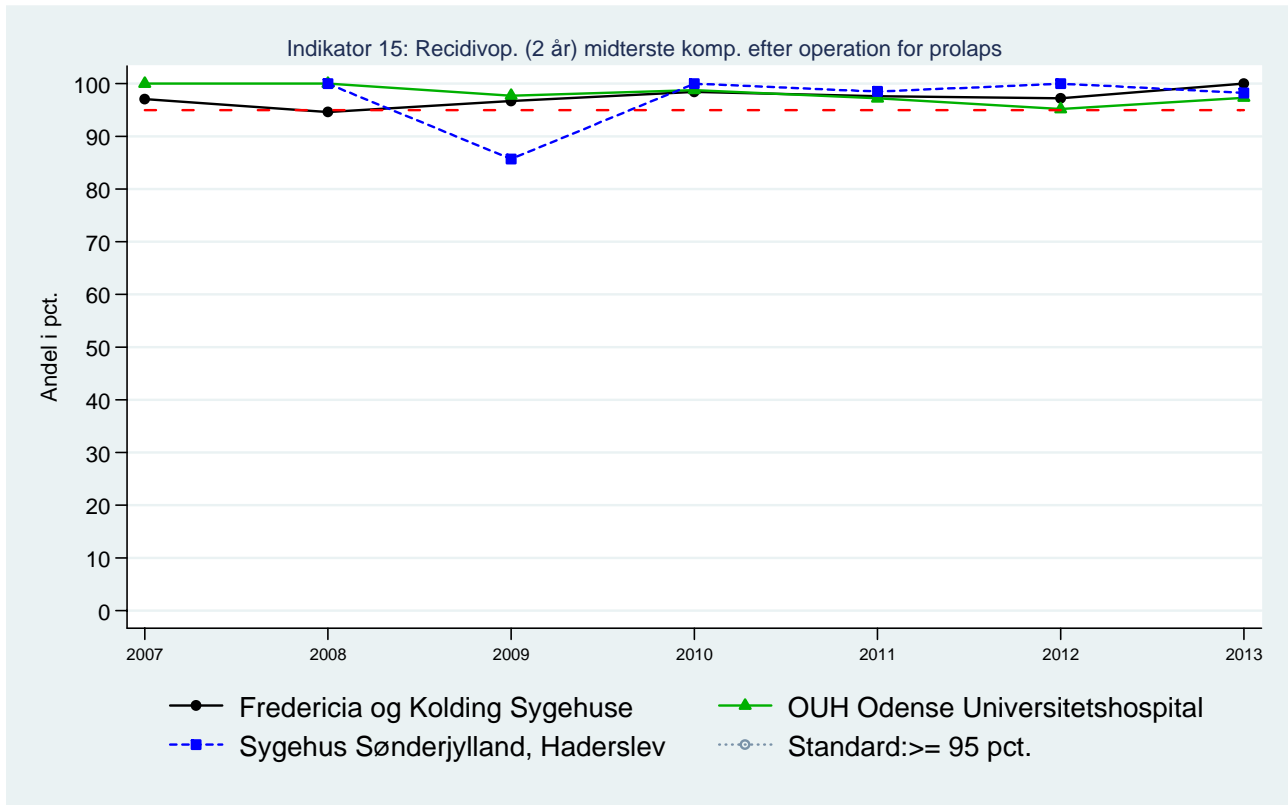




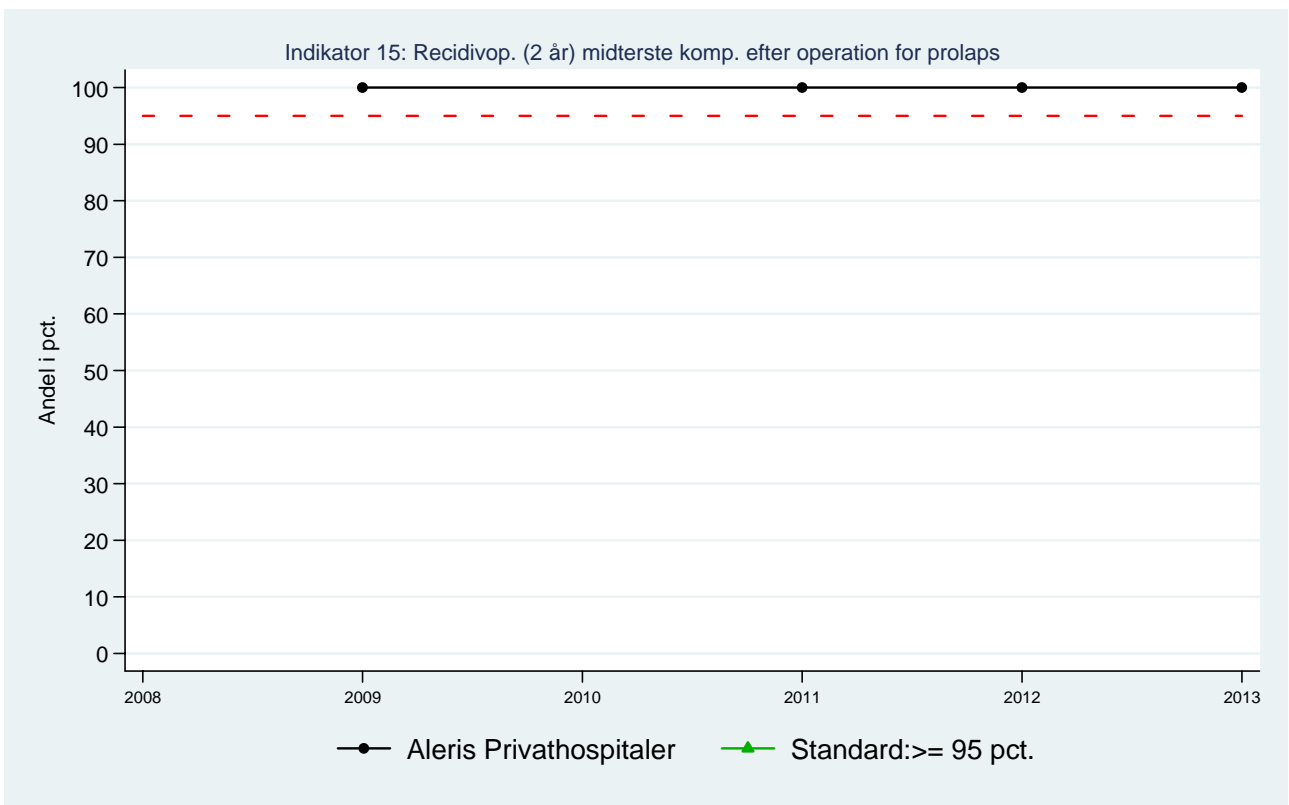
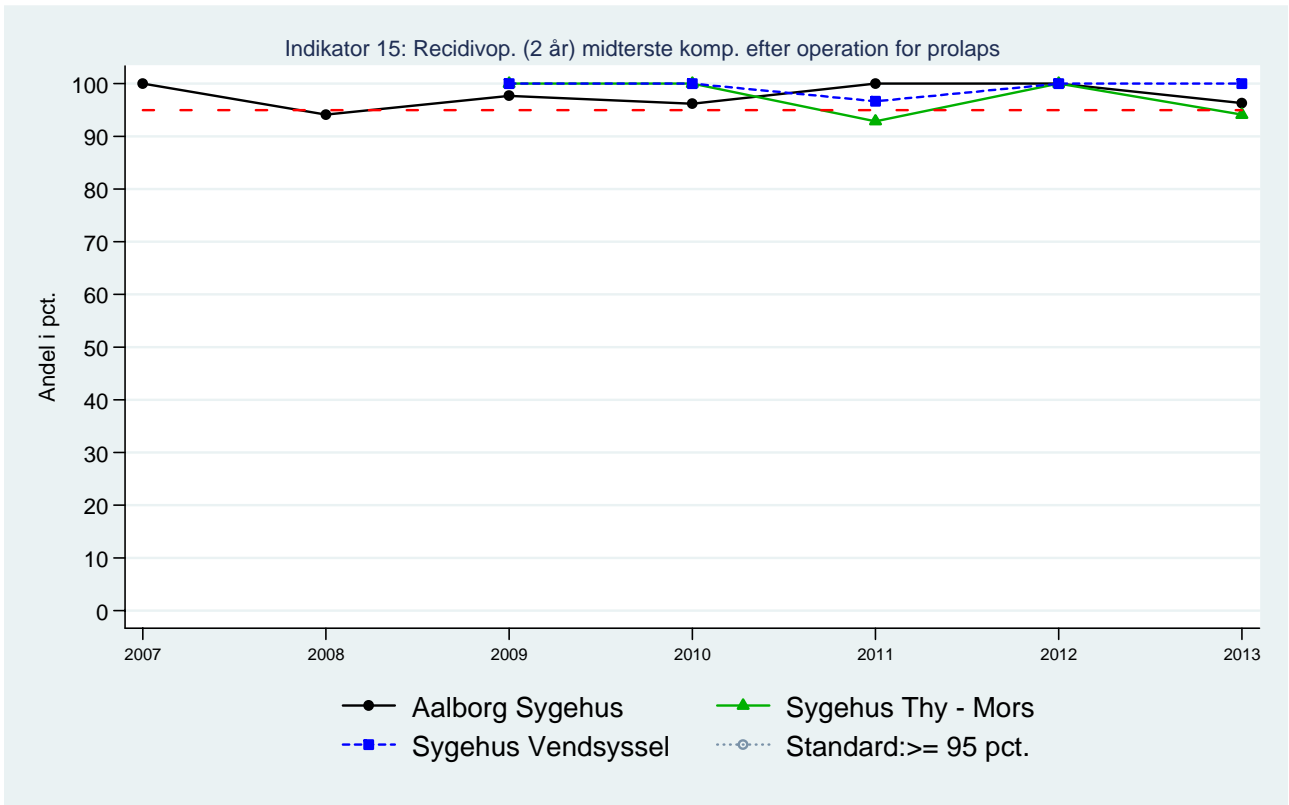


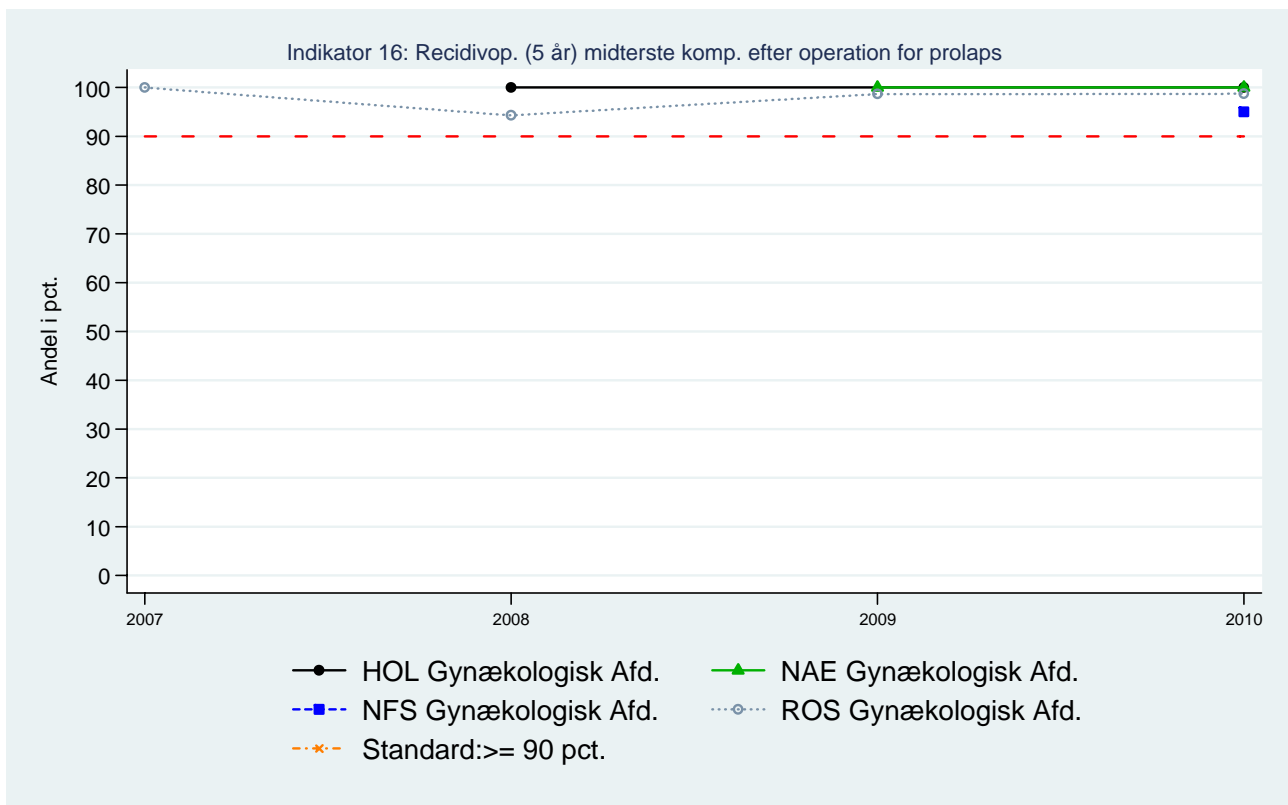
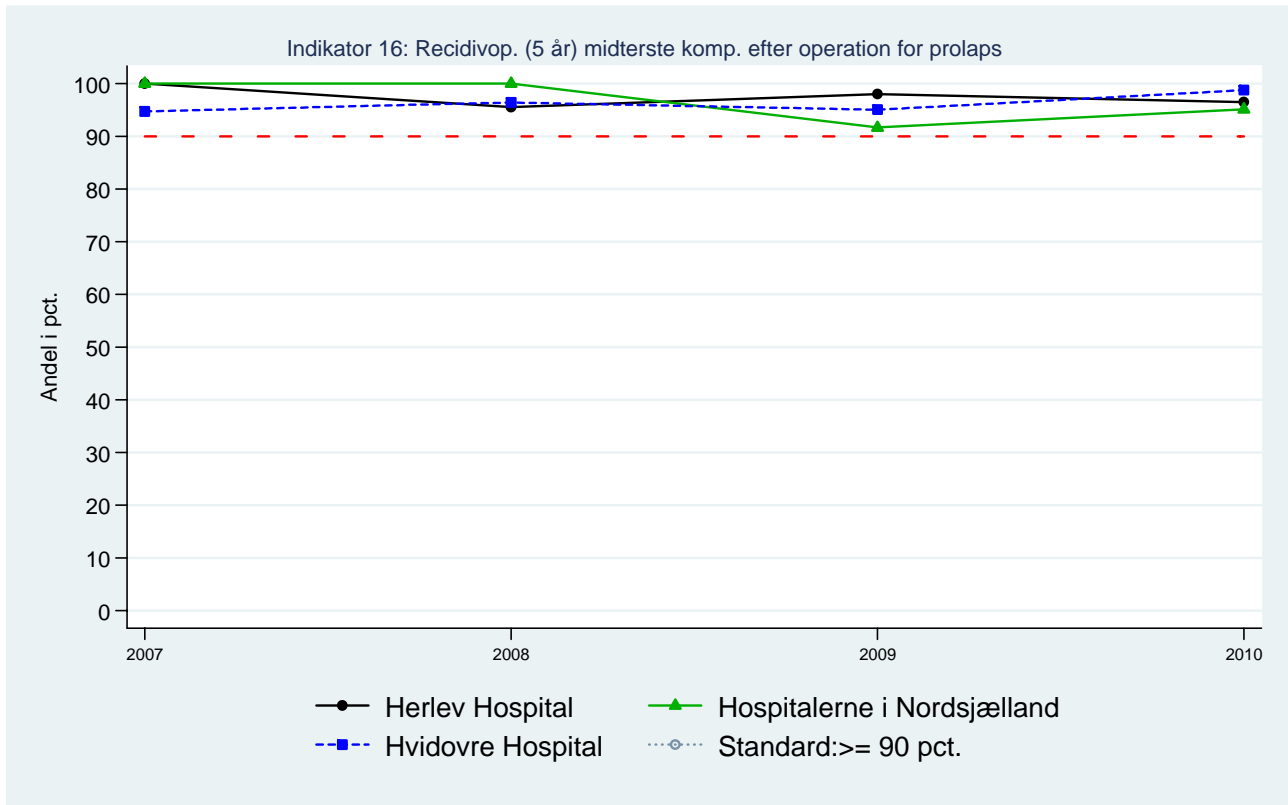


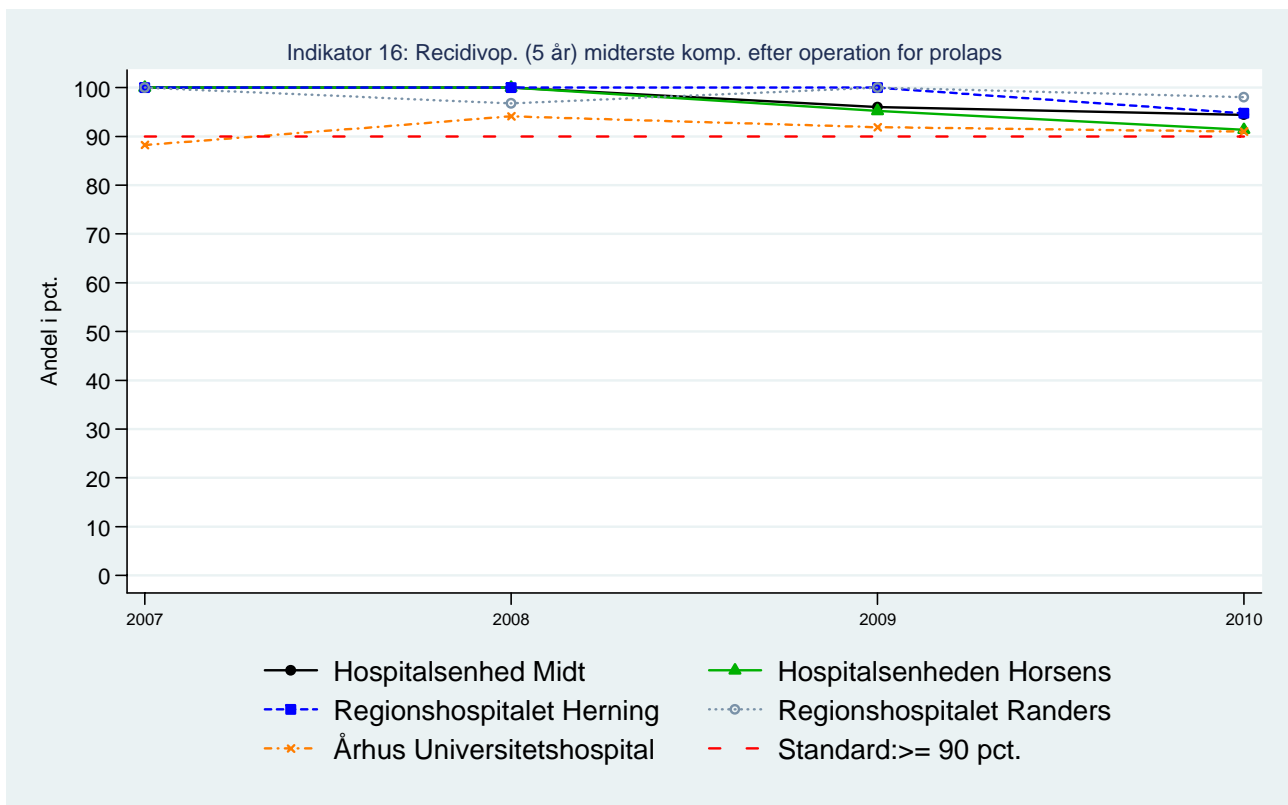
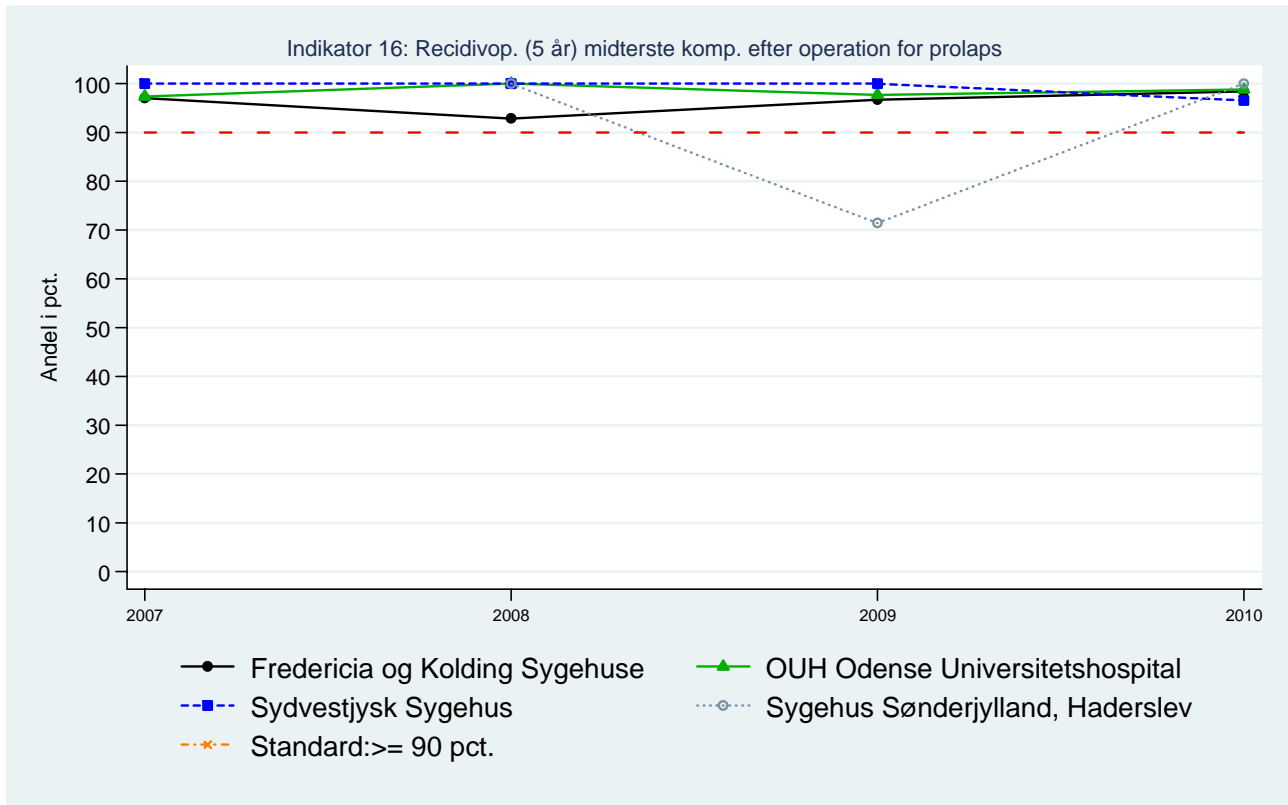




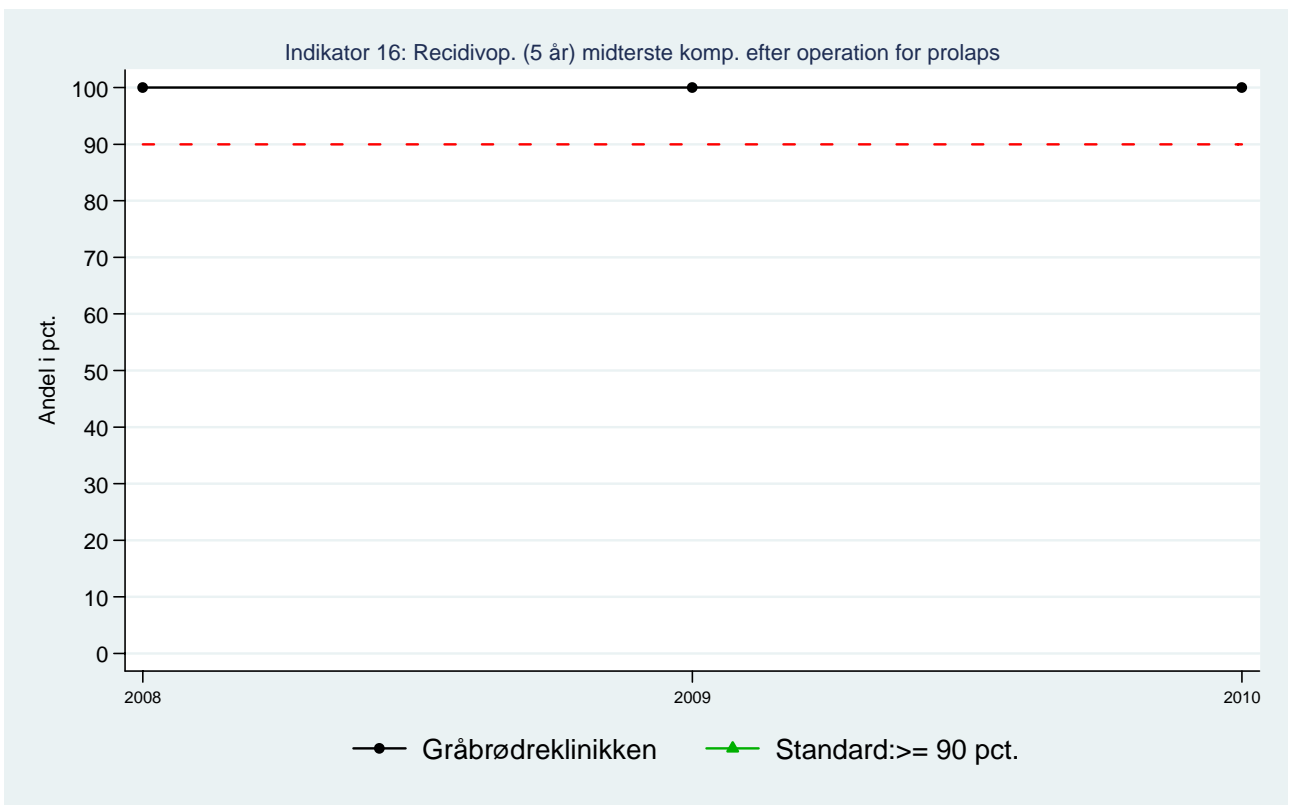
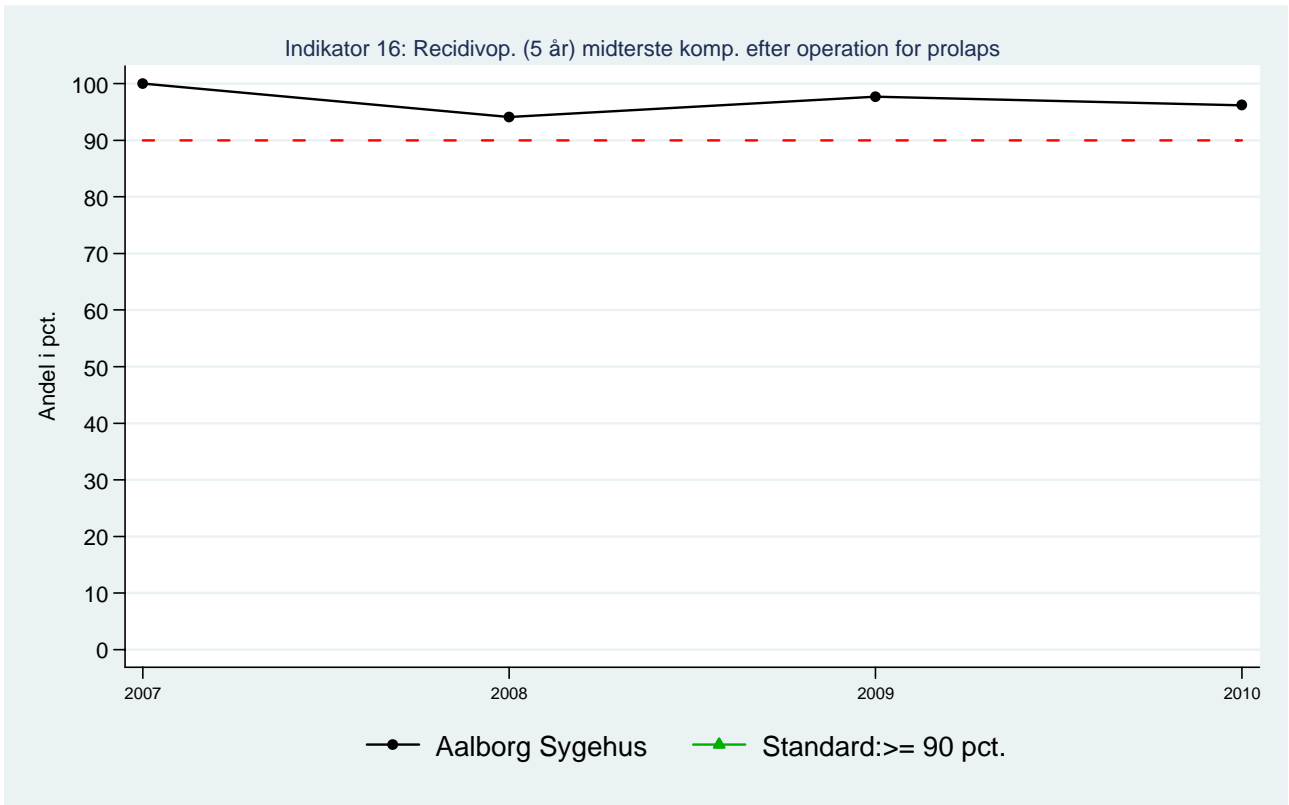


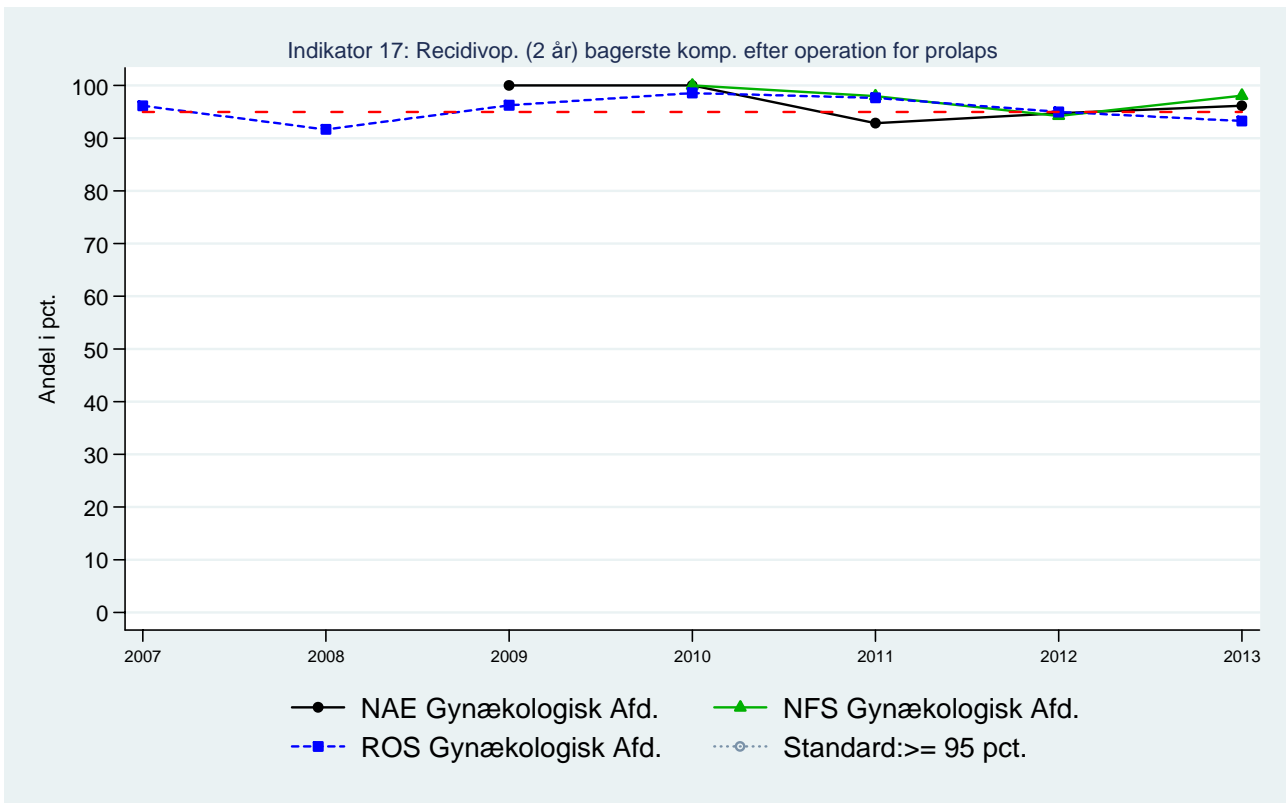
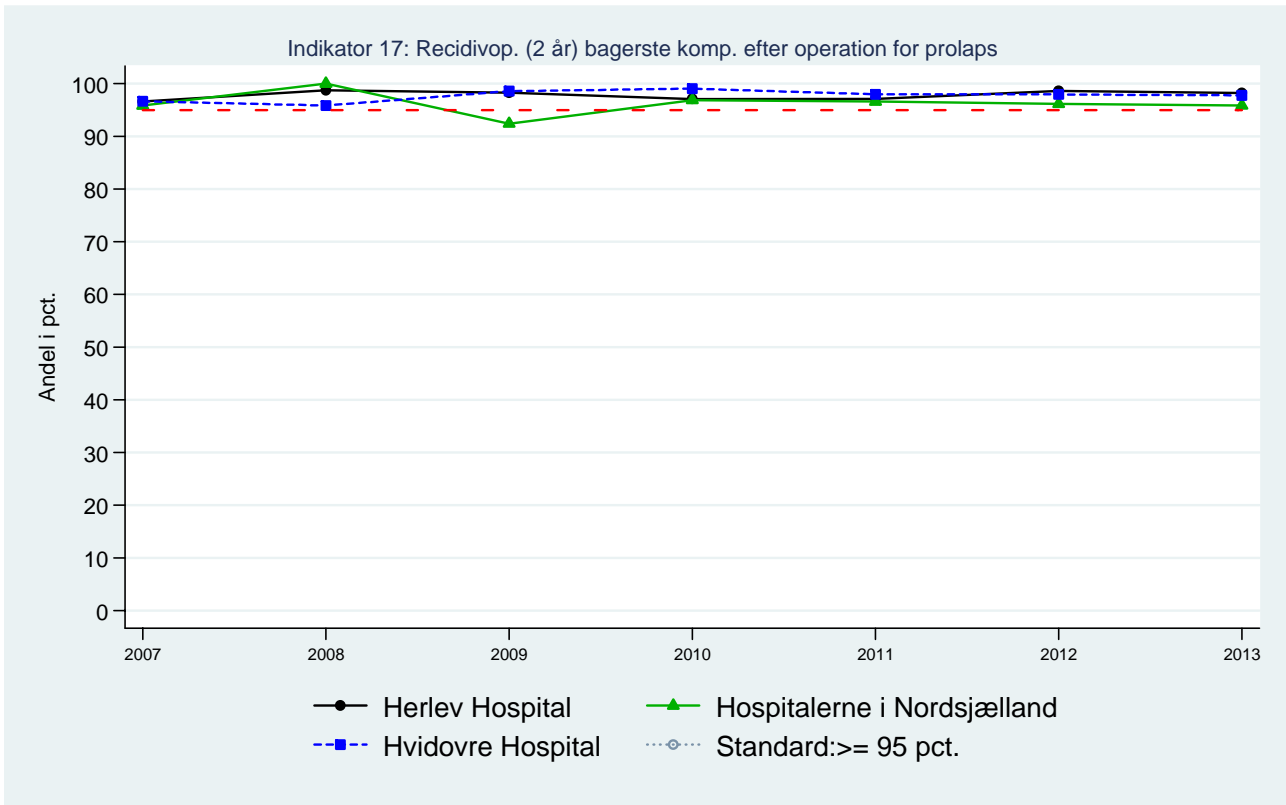


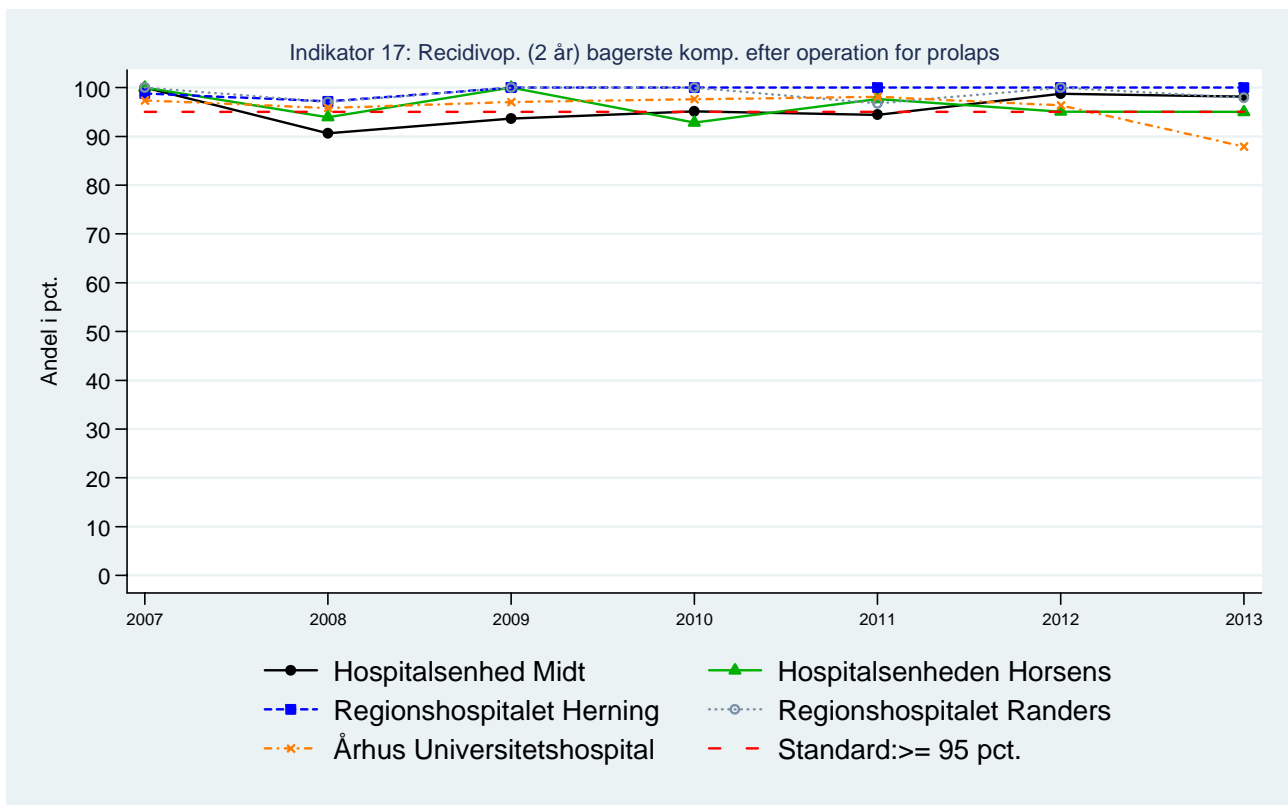
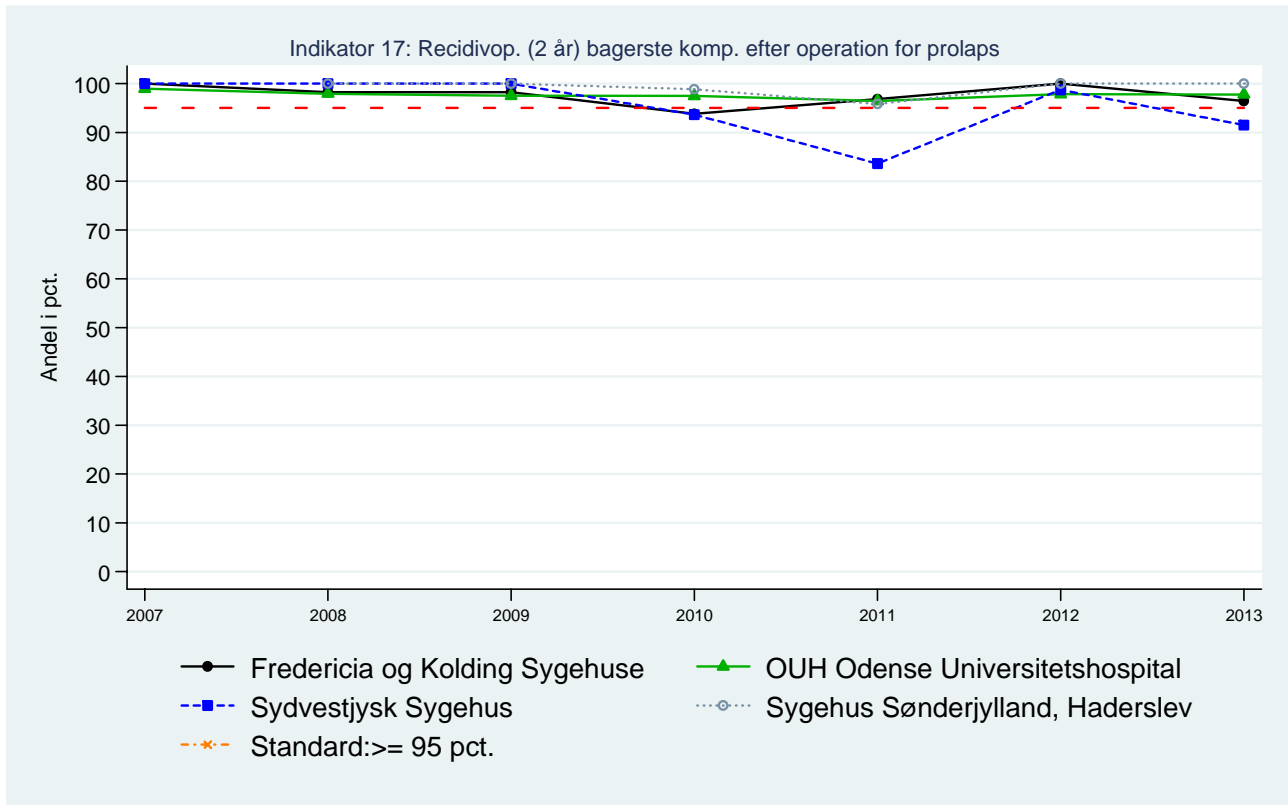


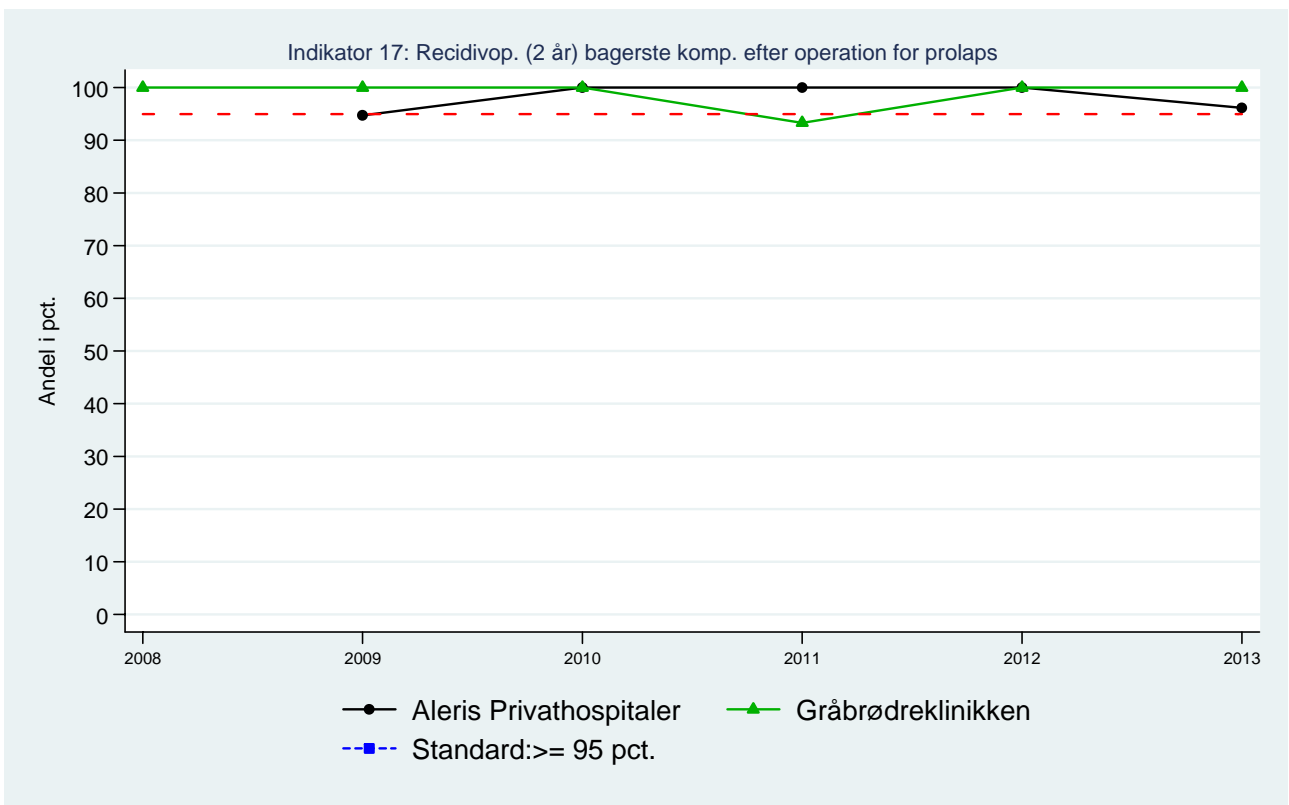
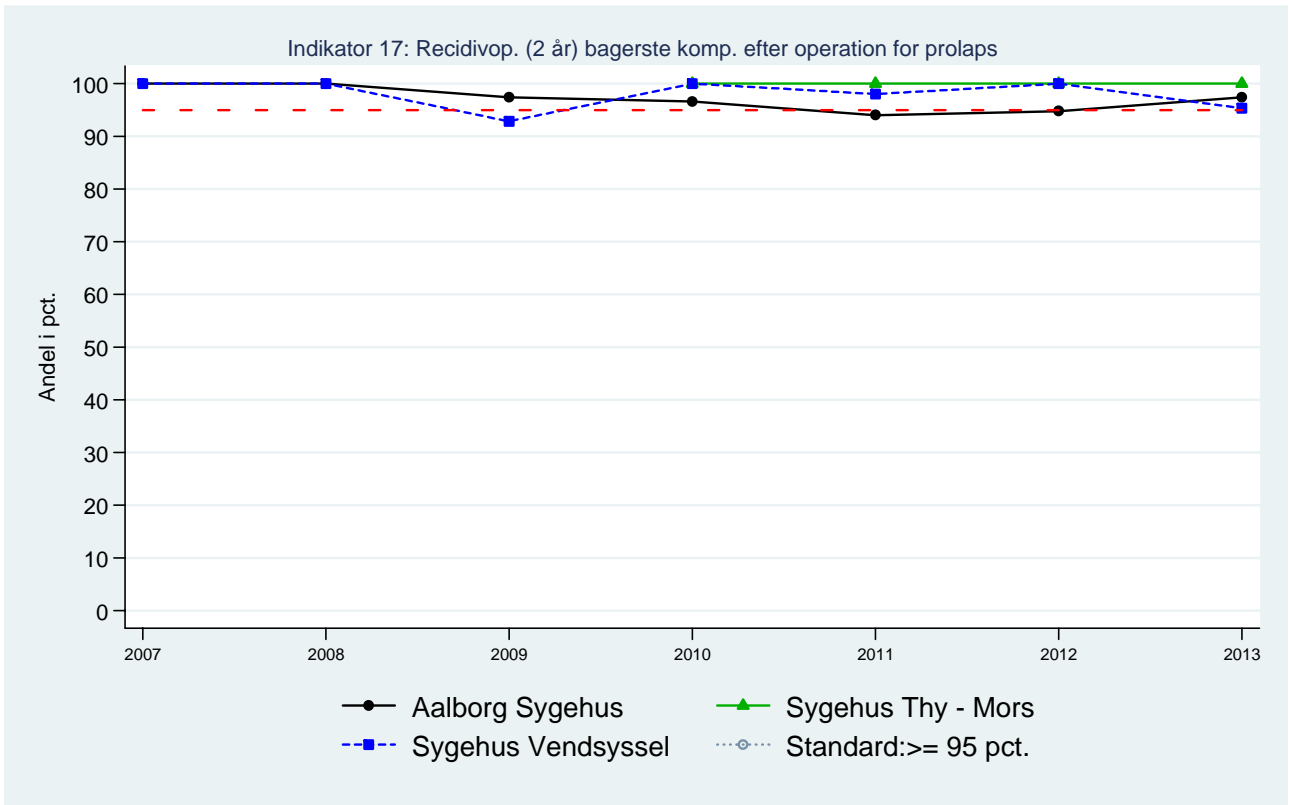


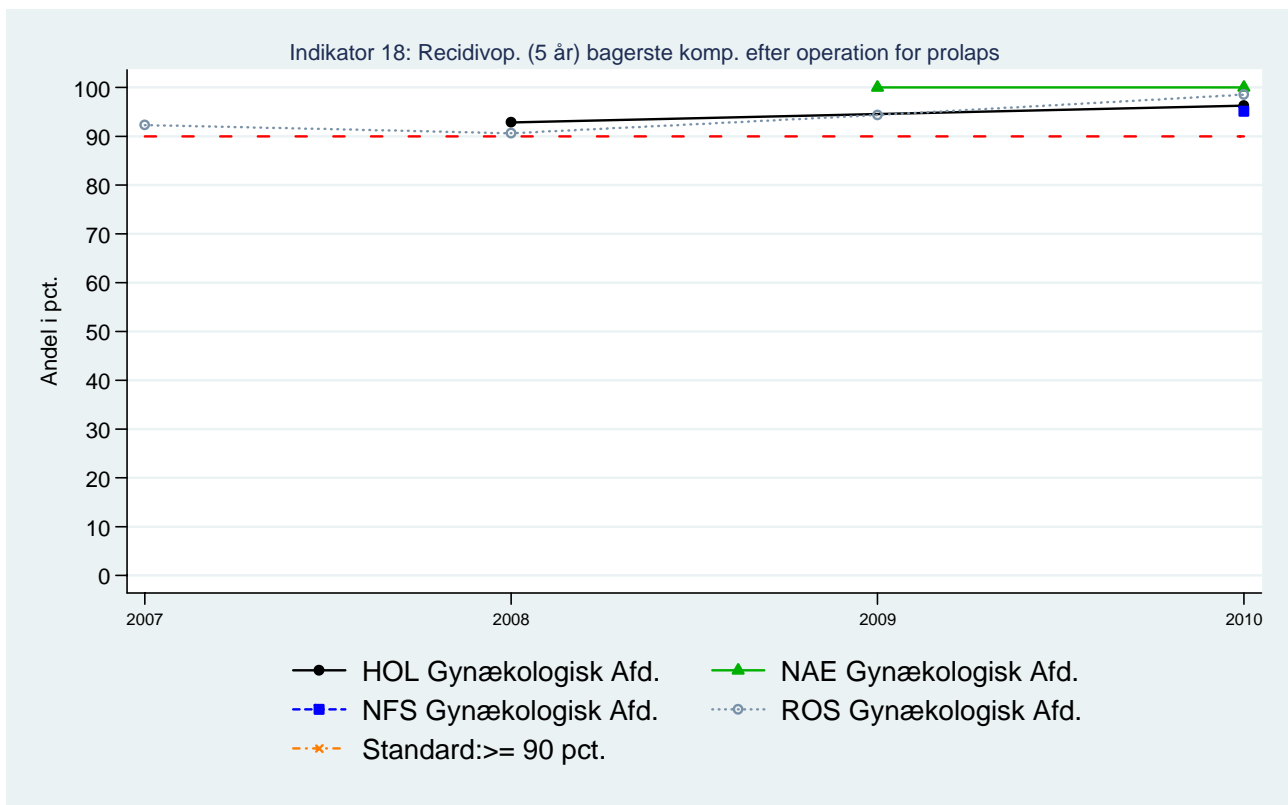
Appendiks 1



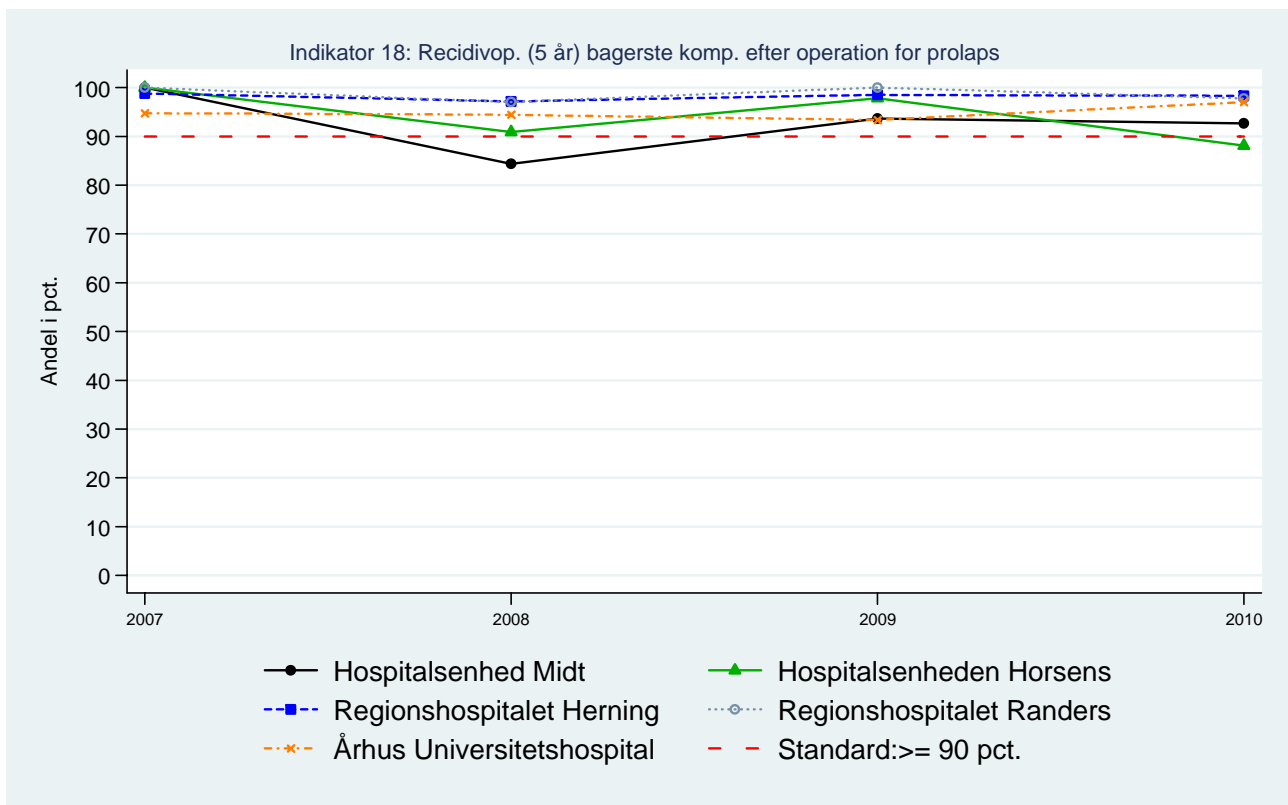
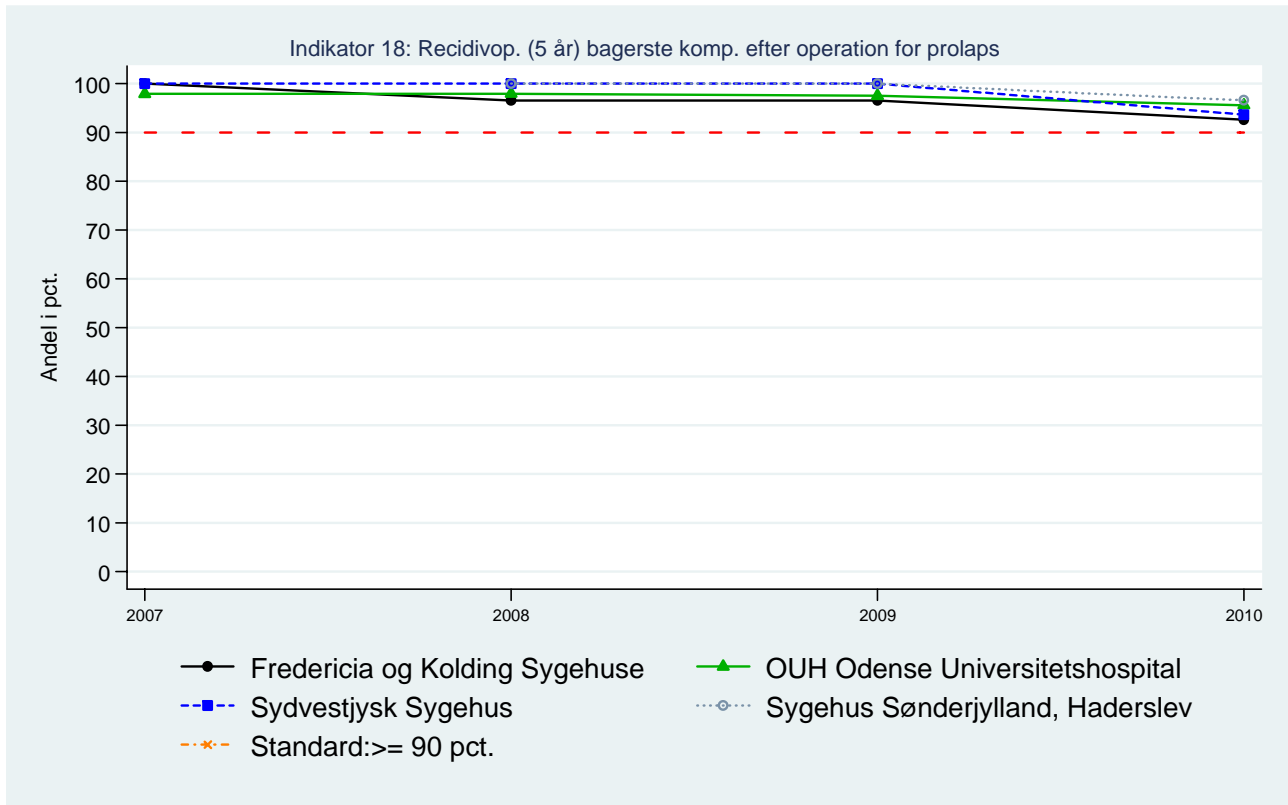


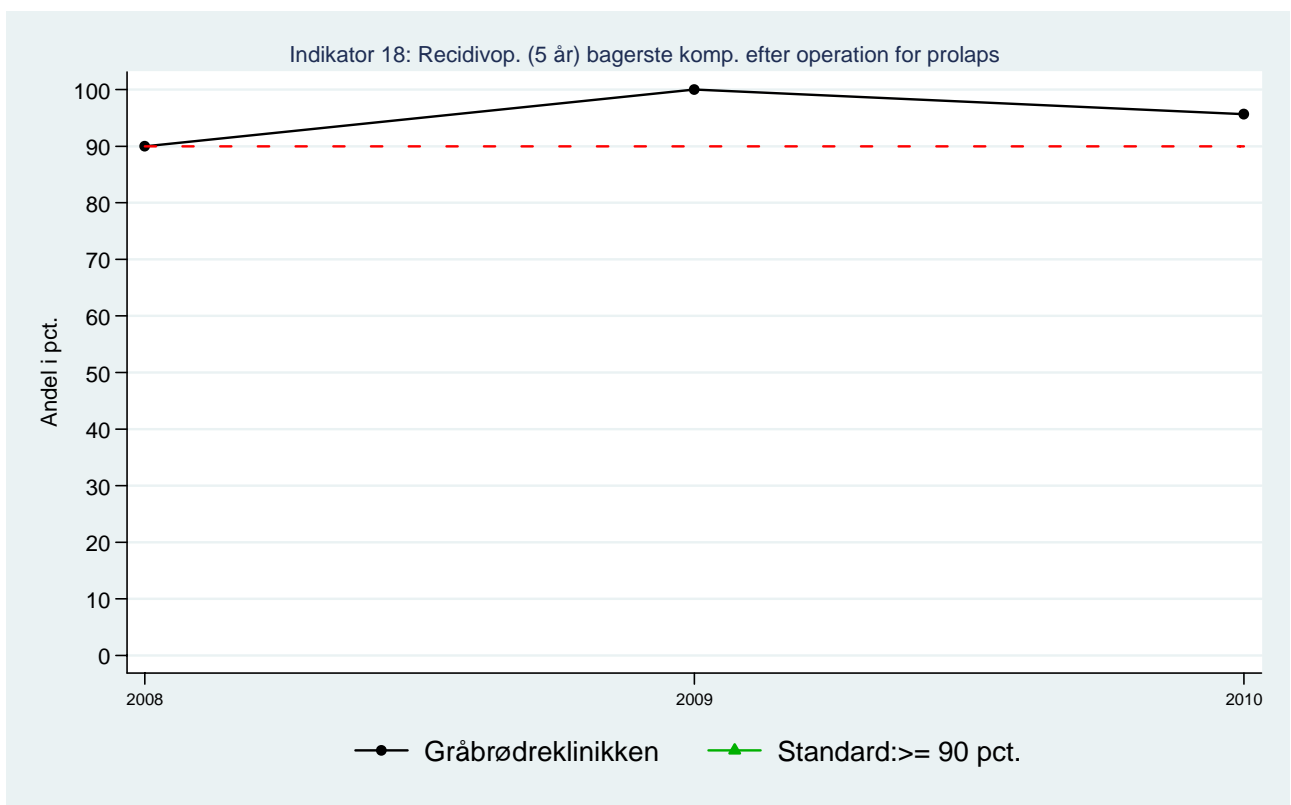
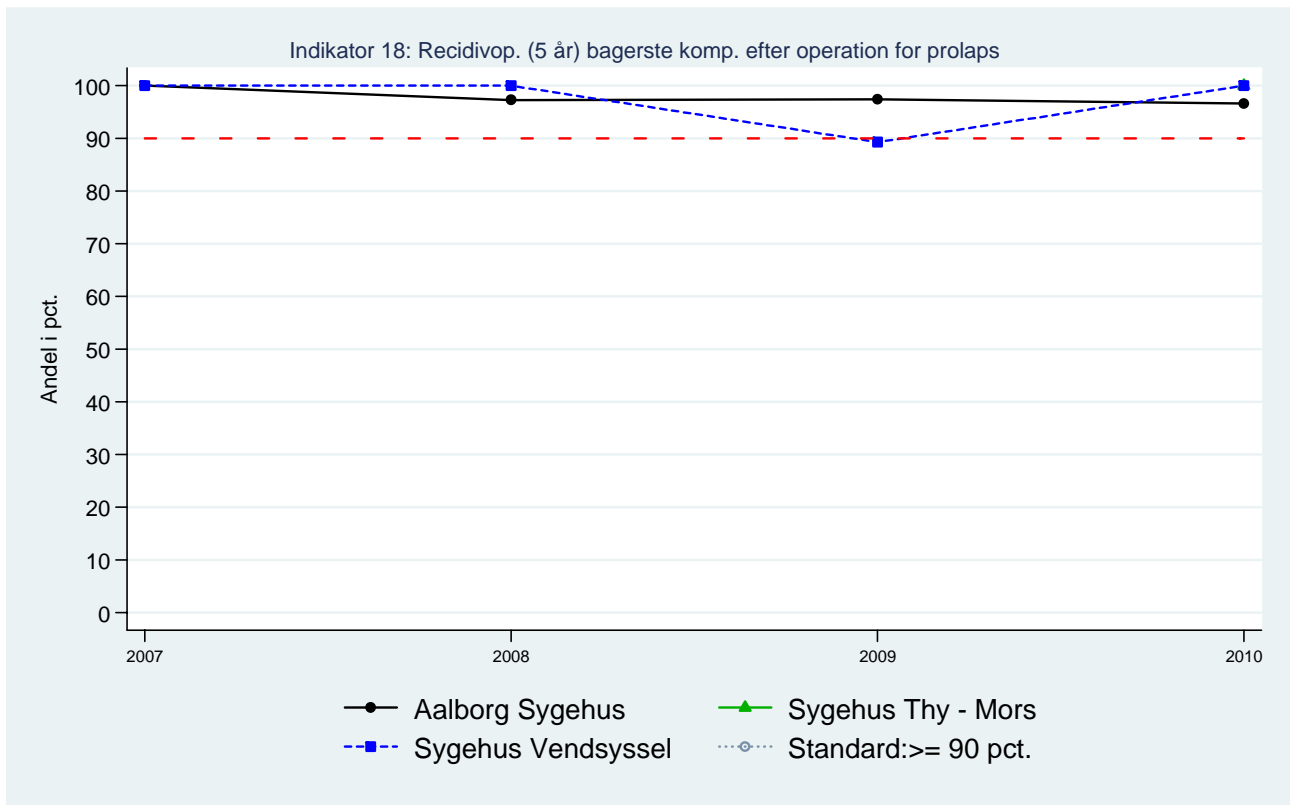


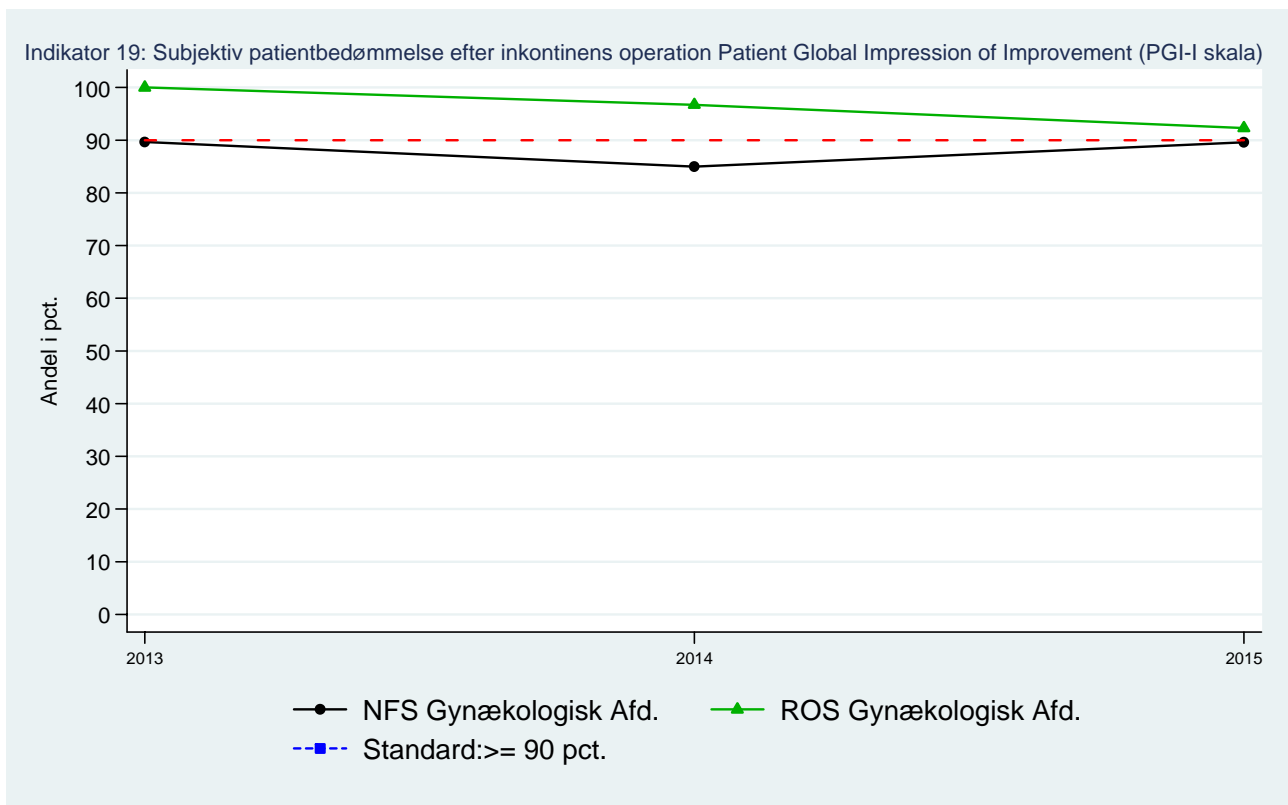
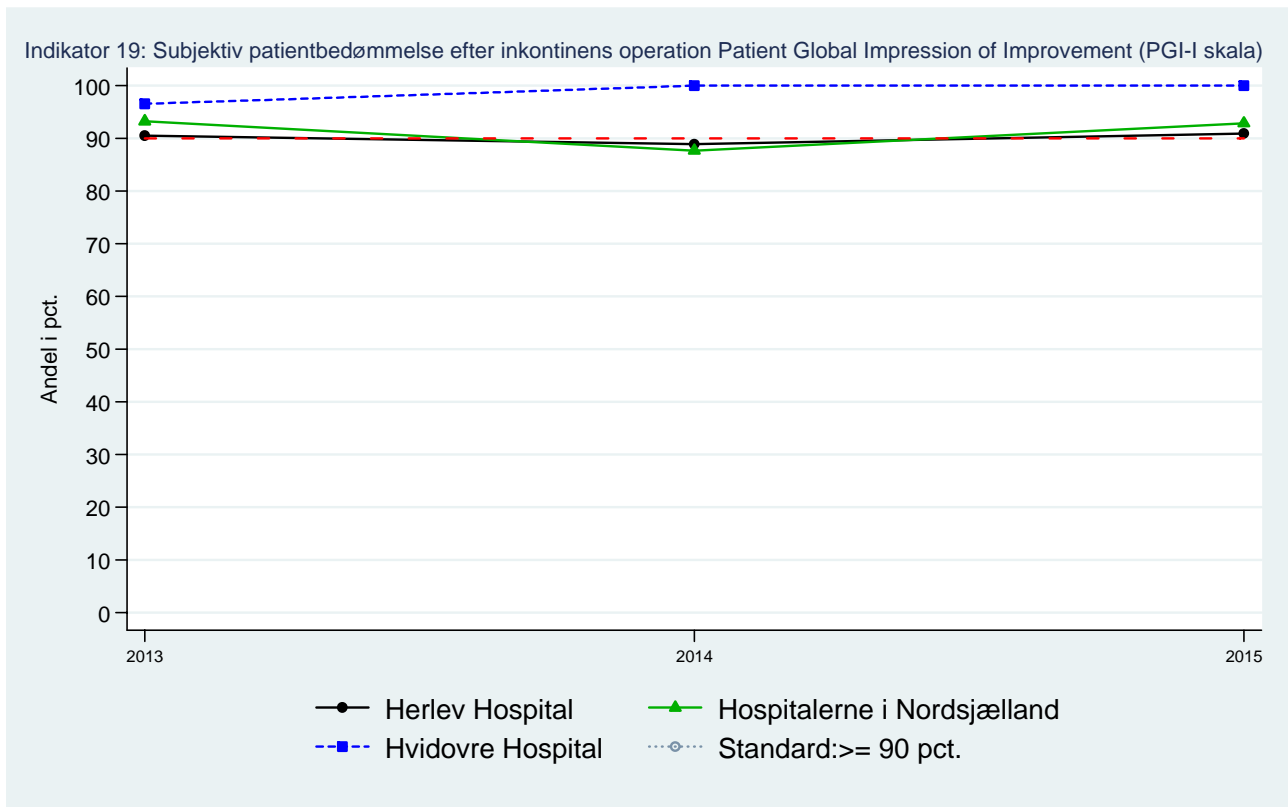


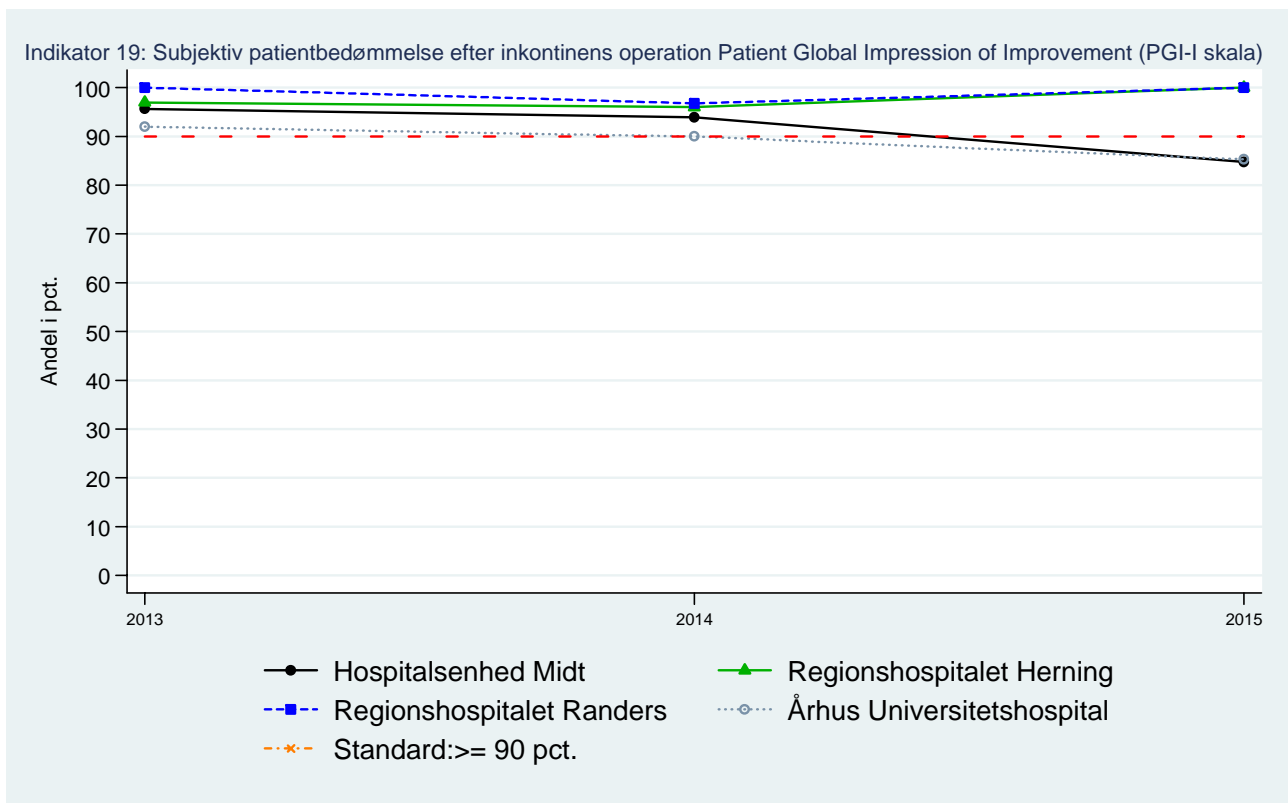
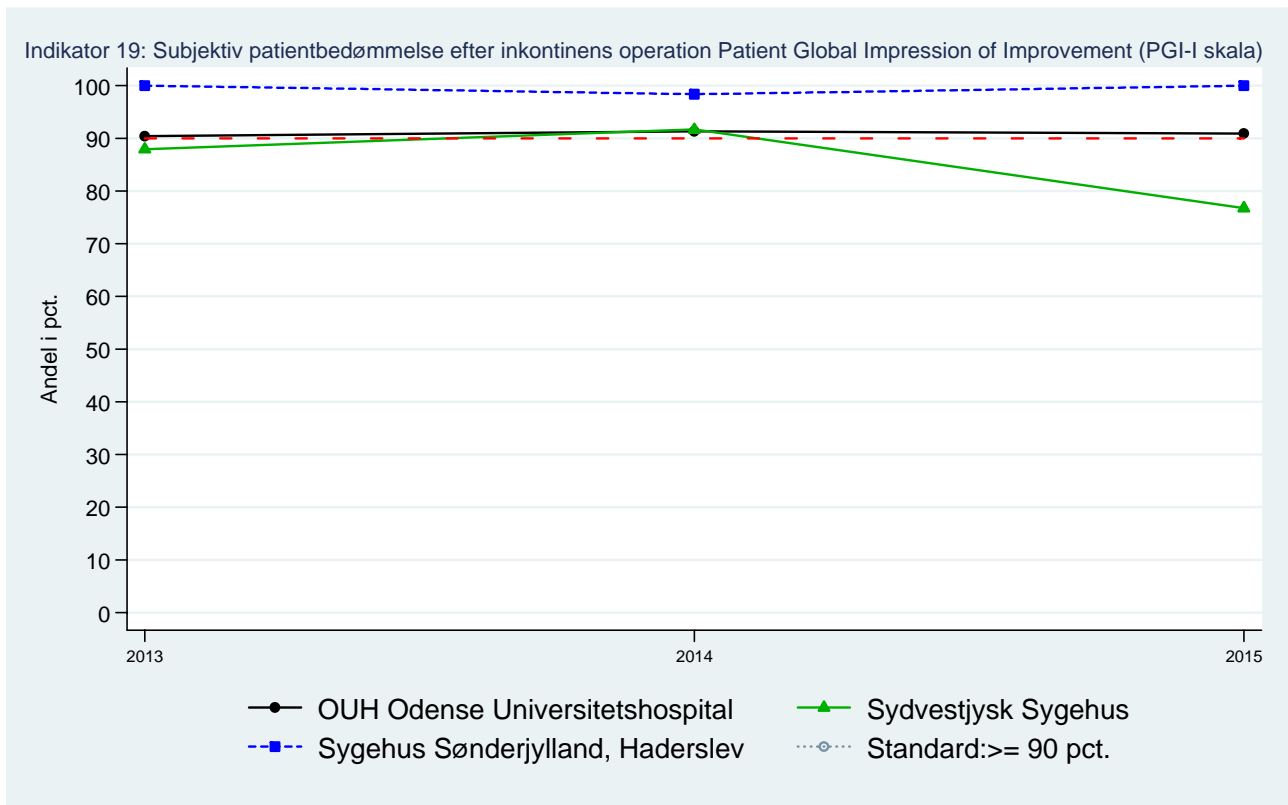




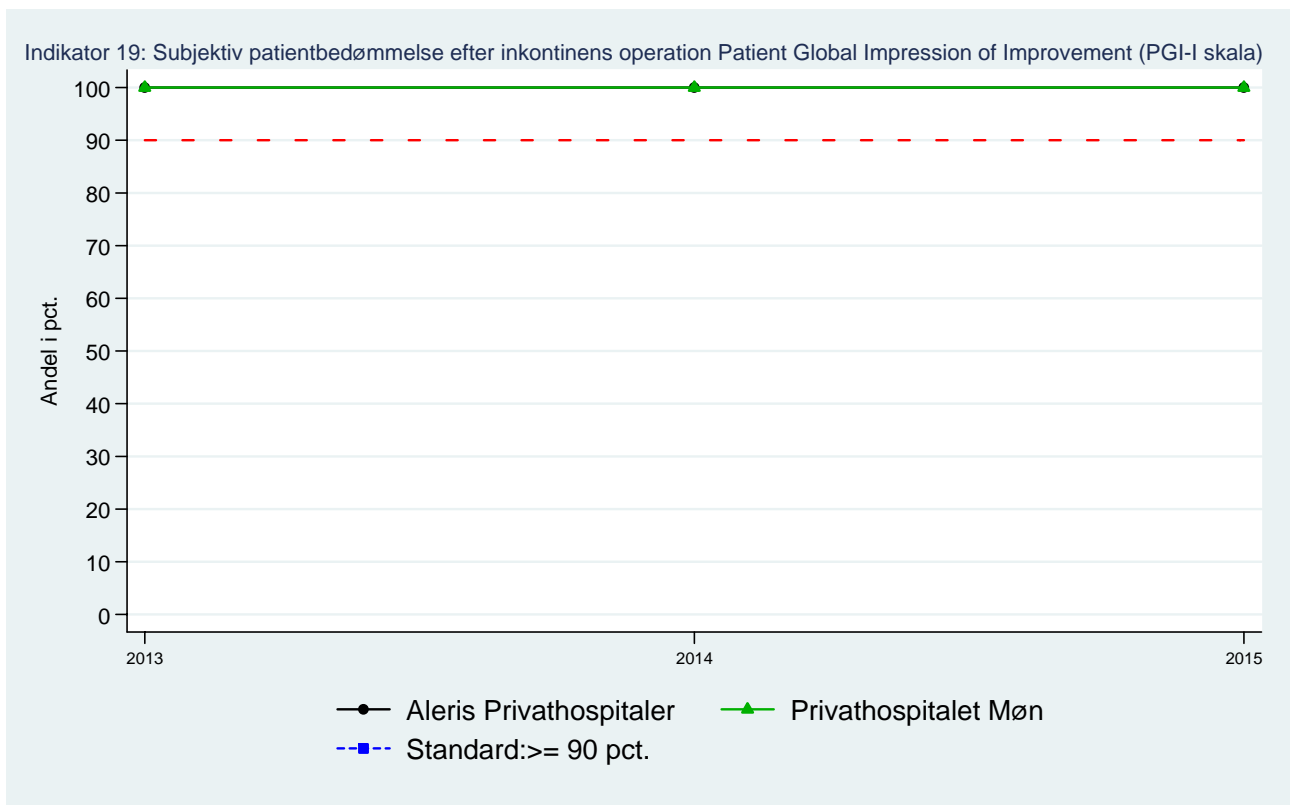
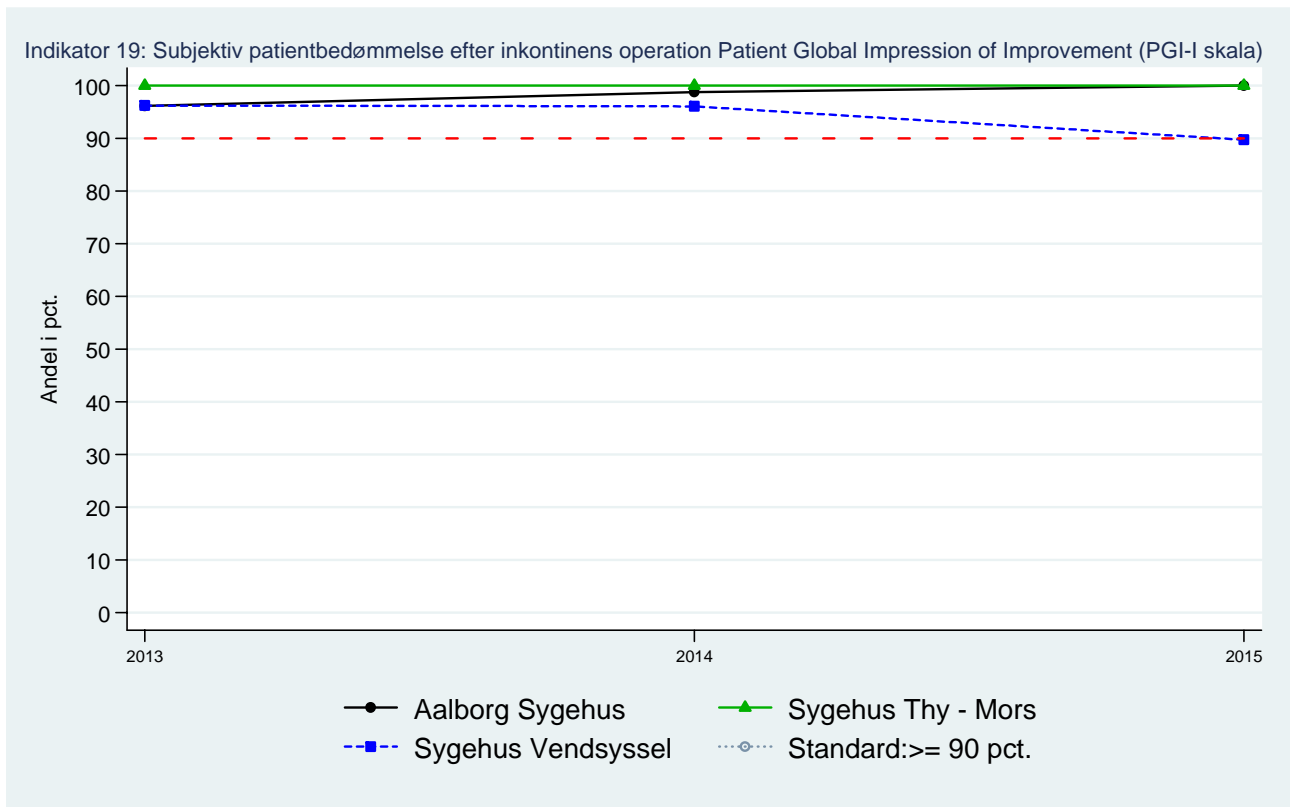


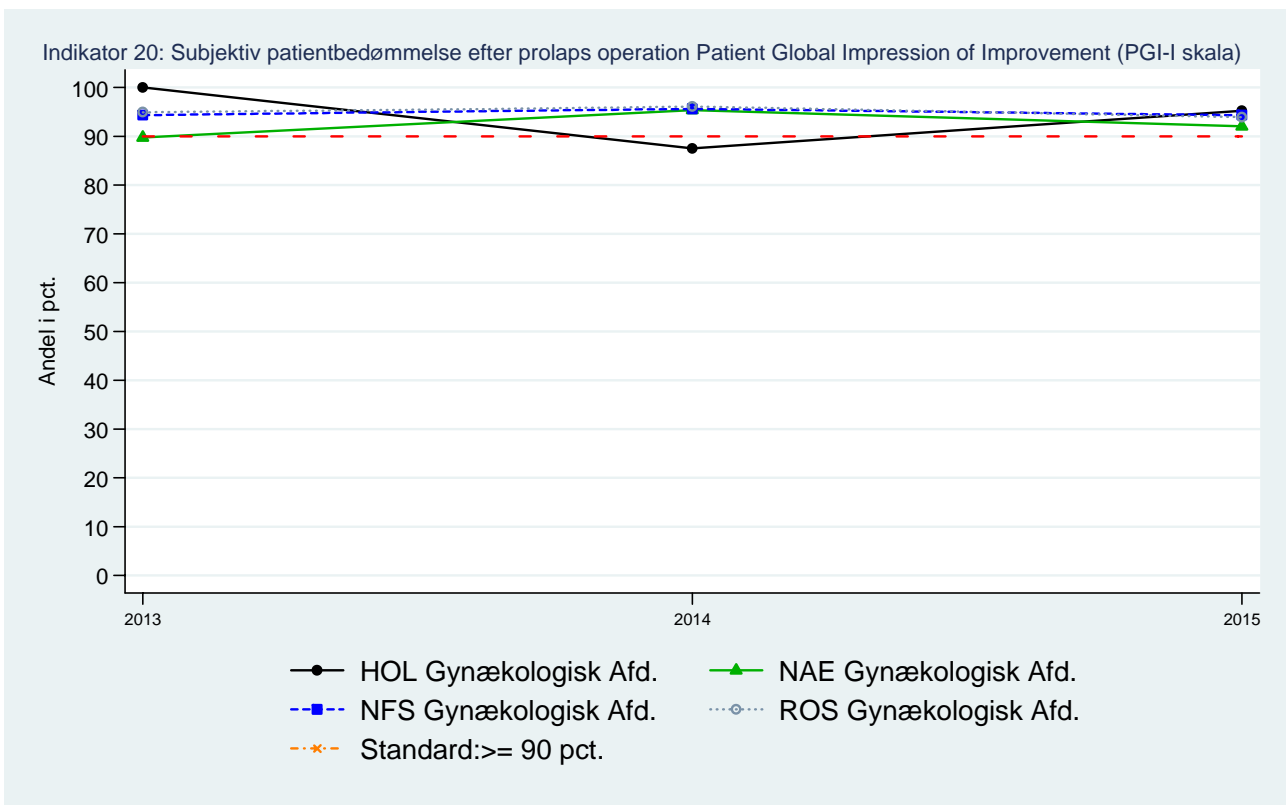
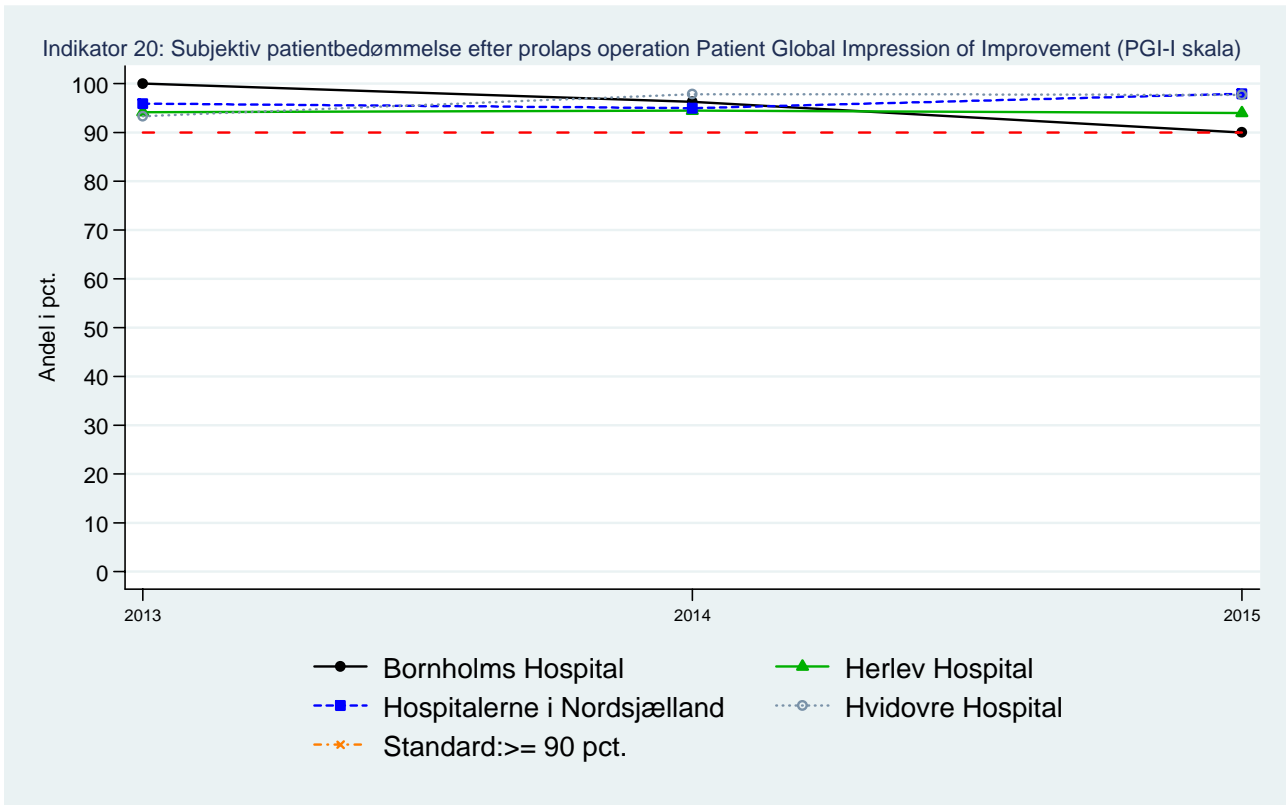


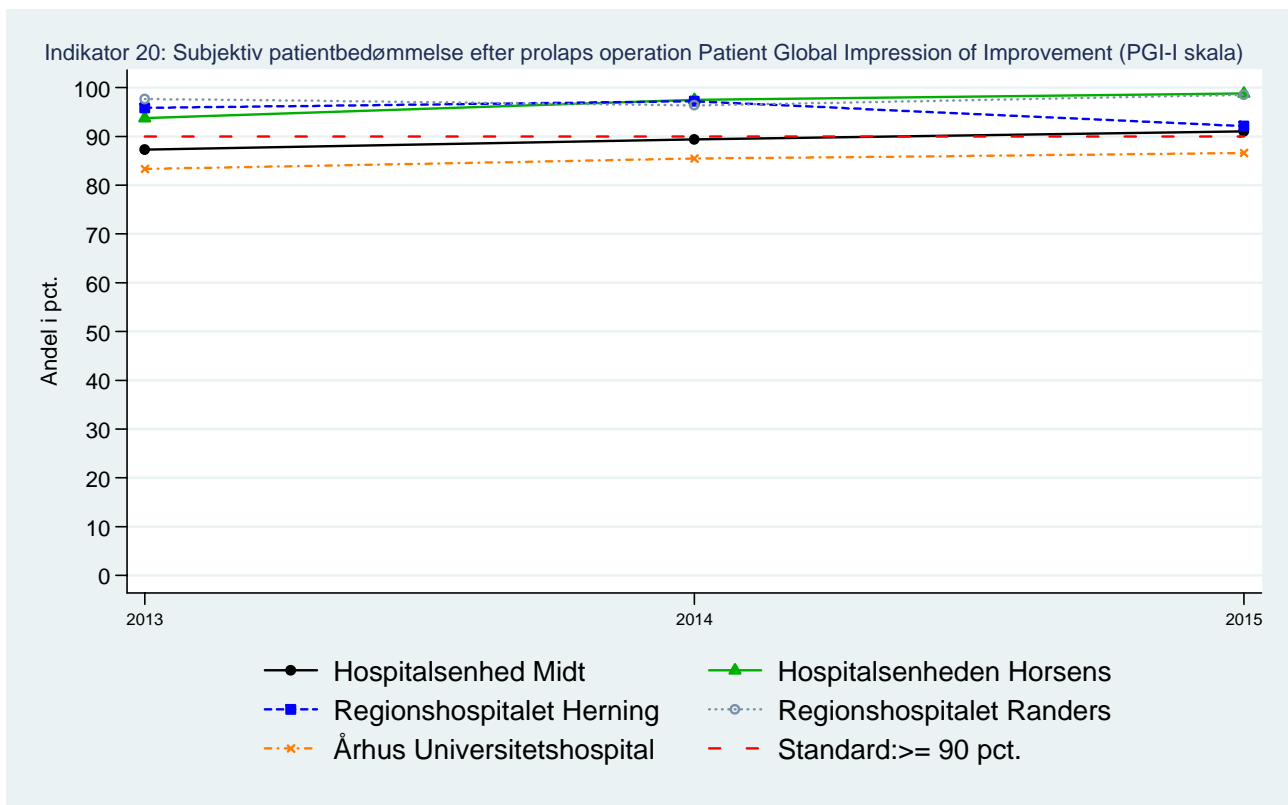
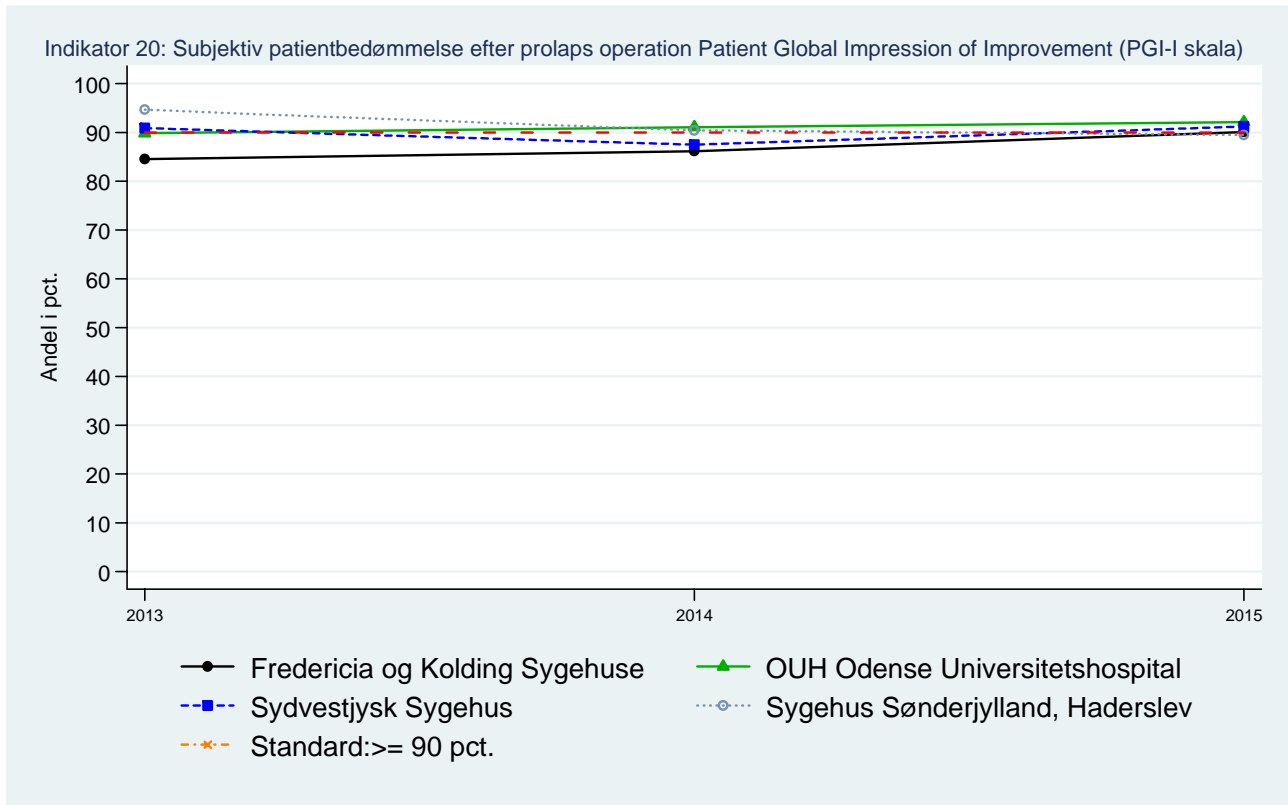


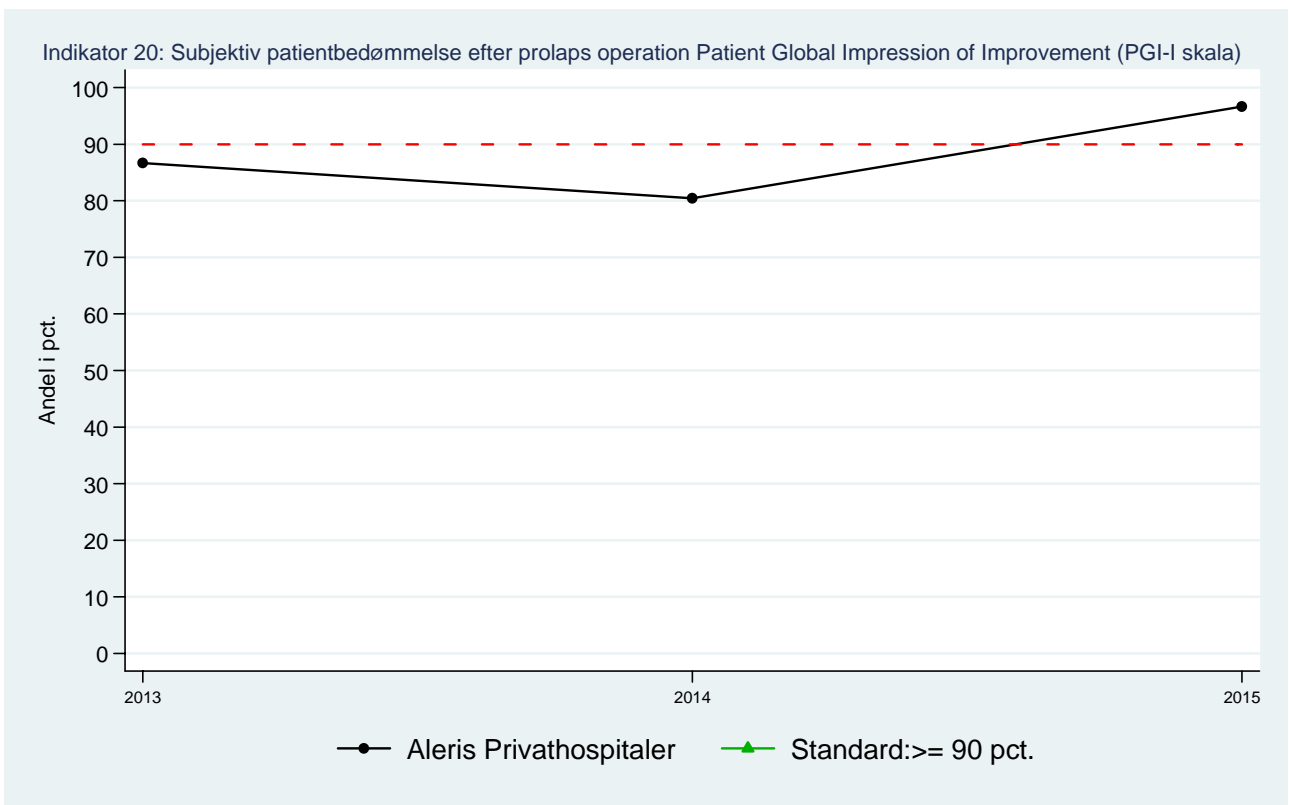
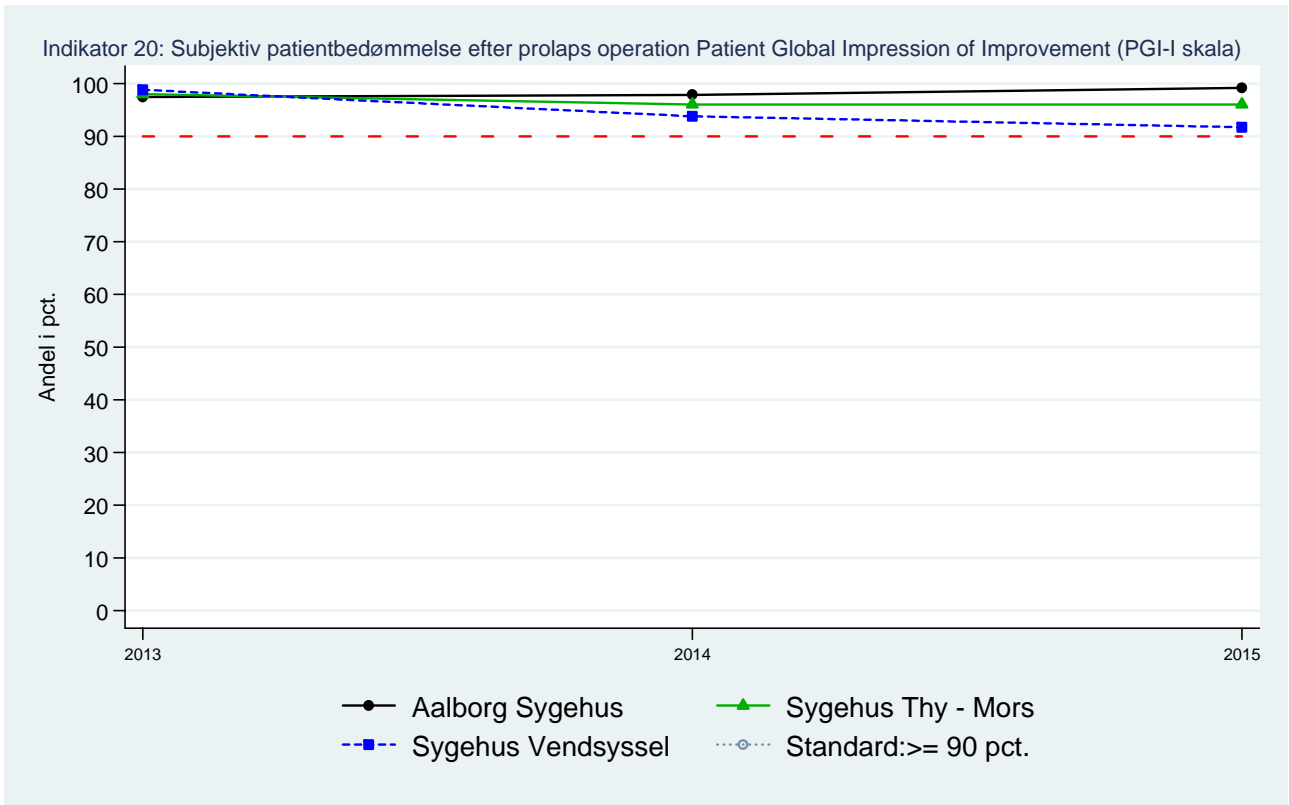


Appendiks 1



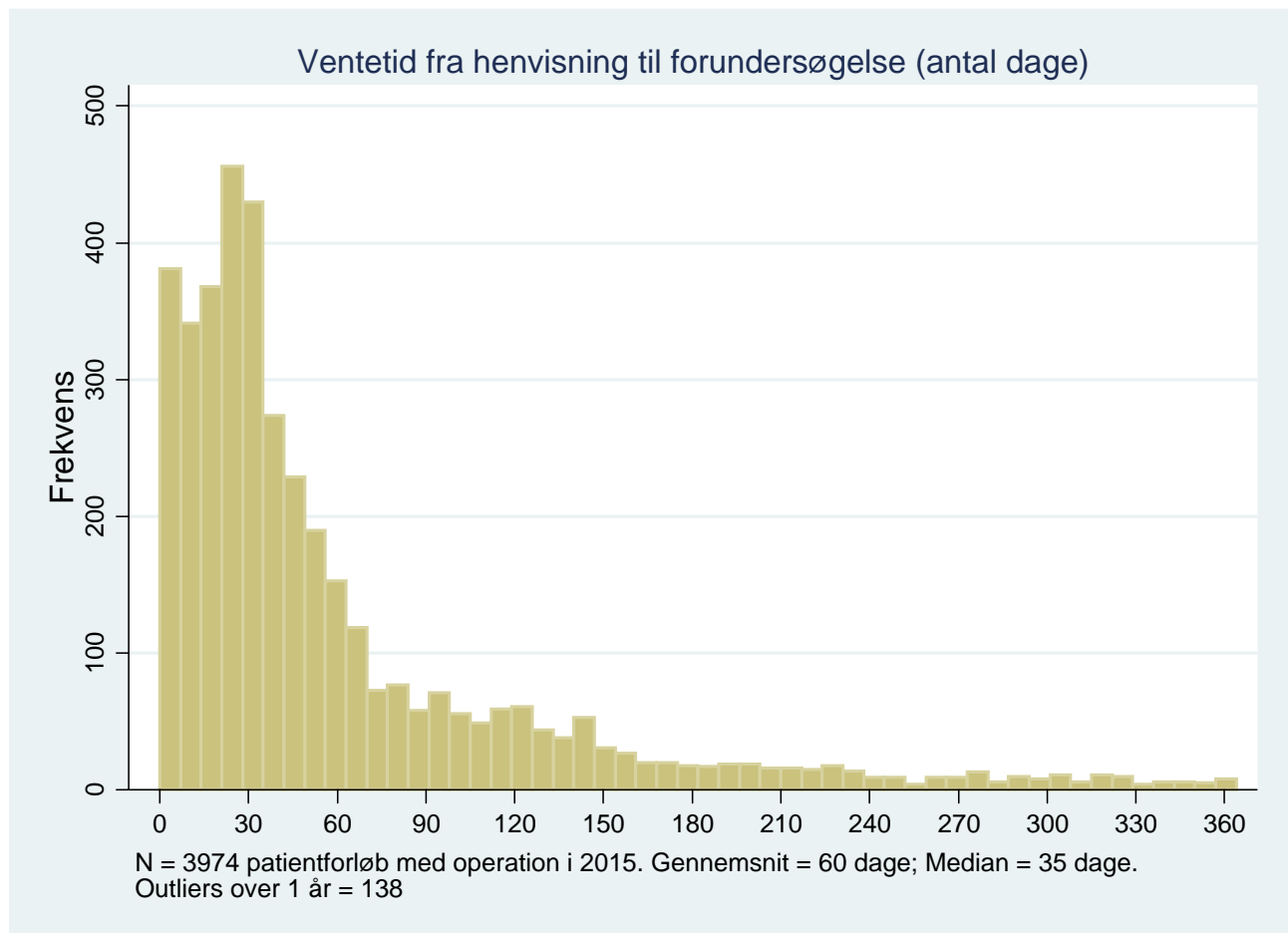








## 8. Appendiks 2: Supplerende figurer og tabeller for udvalgte indikatorer



**Figur B2– Fordeling af ventetid for patienter med operation i 2015**

### Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B2

Hver søjle repræsenterer 7 dage, dvs. 1 uge.

Fordelingen af ventetider er kraftigt "skewed to the right", hvilket blandt andet afspejles af, at den gennemsnitlige ventetid på 60 dage er noget højere end den mediane ventetid på 35 dage.

Antal patienter stiger op til den mediane ventetid på 35 dage hvorefter antallet falder jævnt. De fleste patienter venter højst 180 dage. Der ses dog en "hale" af ventetider, som er længere end 180 dage. For at give et mere detaljeret billede af de kortere ventetider er valgt kun at vise op til 1 års ventetid på x-aksen. 138 patienter har over 1 års ventetid (ikke vist i Figur B2).

## 9. Appendiks 3: Supplerende statistik

**Tabel B1- Antal indberettede patientforløb for databasen i 2015, sammenlignet med 2014 (både opererede og ikke-opererede patienter)**

Sygehus/Afdeling	Henvisning <sup>a</sup>		Forundersøgelse <sup>b</sup>		Operation <sup>c</sup>		Efterkontrol <sup>d</sup>	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Bornholms Hospital	25	13	29	15	29	20	36	20
Herlev Hospital	574	302	611	500	581	547	574	575
Hospitalerne i Nordsjælland	539	539	351	324	358	317	326	300
Hvidovre Hospital	214	100	252	127	190	150	149	92
HOL Gynækologisk Afd.	83	129	37	124	101	128	12	76
NFS Gynækologisk Afd.	187	174	230	243	272	254	129	78
NAE Gynækologisk Afd.	129	97	134	113	135	117	4	#
ROS Gynækologisk Afd.	831	941	459	393	496	506	235	396
Fredericia og Kolding Sygehuse	107	92	116	99	110	116	99	91
OUH Odense Universitetshospital	2053	1838	730	647	769	682	380	363
Sydvestjysk Sygehus	208	160	54	35	269	227	208	192
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	183	162	182	167	205	200	207	160
Regionshospitalet Herning	143	152	170	132	135	150	132	139
Hospitalsenheden Horsens	125	79	140	105	135	98	53	40
Regionshospitalet Randers	200	173	202	166	187	177	15	5
Hospitalsenhed Midt	12	9	257	228	247	236	4	0
Århus Universitetshospital, Afd. Y	391	378	561	499	434	473	148	154
Århus Universitetshospital, Afd. K	4	0	6	0	13	0	4	4
Aalborg Sygehus	733	812	473	455	412	362	352	280
Sygehus Thy – Mors	102	71	102	67	86	68	48	24
Sygehus Vendsyssel	264	182	262	171	220	174	124	62
Aleris Privathospitaler, Søborg	72	94	72	91	69	95	51	71
Aleris Privathospitaler, Aalborg	4	4	4	5	3	6	#	6
Gråbrødreklinikken	10	0	10	0	11	0	12	0
Privathospitalet Kollund	6	5	6	5	6	5	5	#
Privathospitalet Møn	31	13	29	17	24	29	13	24
Ciconia, Århus Privathospital	7	0	8	0	8	0	#	0
CFR hospitaler A/S	5	0	5	0	7	0	#	0
<b>Danmark</b>	<b>7242</b>	<b>6519</b>	<b>5492</b>	<b>4728</b>	<b>5512</b>	<b>5137</b>	<b>3324</b>	<b>3156</b>

a. Påbegyndte eller afsluttede indtastninger af administrative data (baseret på forekomst af henvisningsdata).

b. Påbegyndte eller afsluttede forundersøgelses skemaer (patient før-skema eller læge forundersøgelseskema).

c. Påbegyndte eller afsluttede skemaer for operation (lægeskema).

d. Påbegyndte eller afsluttede kontrolskemaer (patientskema eller lægeskema).

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

### Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel B1

Tabellen opgør "rå" produktionsdata<sup>1</sup>. Derfor kan tabellens kolonner ikke relateres til hinanden, da de ikke nødvendigvis dækker over de samme forløb. Eksempelvis vil der være henvisninger, som først opereres i 2016 (hvis de overhovedet opereres), samt efterkontrollata for opererede i 2014. De enkelte patientforløb strækker sig oftest måneder eller år fra henvisning til efterkontrol, og omfatter således hyppigt mere end et kalenderår. Afdelingerne har desuden forskellig registreringspraksis i forhold til dette tidsforløb, eksempelvis indledende registrering af forløbet ved henvisning, operation eller efterkontrol. Derfor skal sammenligninger mellem afdelingerne tolkes med disse forhold in mente.

Medmindre operationer i DugaBase udviser en udpræget sæsonvariation, som varierer mellem kalenderårene, kan vi dog sammenligne direkte mellem 2014 og 2015. Der er ingen grund til at antage, at en sådan sæsonvariation eksisterer eller at der er forskelle mellem kalenderårene.

På landsplan er der i forhold til Årsrapport 2014 et faldende antal henvisninger (10,0 % fald), forundersøgelser (13,9 % fald), operationer (6,8 % fald) og efterkontrollskemaer (5,1 % fald).

Antal registrerede operationer (ud fra LPR og/eller DugaBase som gold standard) for inkontinens er faldet fra 1257 i Årsrapport 2014 til 1230 i denne årsrapport (Tabel 15), dvs. et fald på 2,1 %. Antal registrerede operationer (ud fra LPR og/eller DugaBase som gold standard) for prolaps er faldet fra 4475 i Årsrapport 2014 til 4117 i denne årsrapport (Tabel 16), dvs. et fald på 7,8 %. Samlet er der således ud fra LPR og/eller DugaBase som gold standard et fald på 6,7 %, hvilket stort set er det samme som faldet i 6,8 % for udfyldte operationsskemaer.

---

<sup>1</sup> Tabellen kan ikke sammenlignes direkte med den tilsvarende tabel i forrige årsrapporter, hvilket skyldes en teknisk forbedring: Tidligere blev der mappet på sygehusets afsnitsniveau (SHAK-kodens 7. ciffer) men opgjort på sygehusets afdelingsniveau (SHAK-kodens 6. ciffer). I denne årsrapport er der både mappet og opgjort på sygehusets afdelingsniveau (SHAK-kodens 6. ciffer), hvilket giver et mere korrekt billede af det reelle antal patientforløb for de afdelinger, som indgår i DugaBases indikatorer (som opgøres på SHAK-kodens 6. ciffer).  
SHAK = Sygehus-afdelingsklassifikation.

**Tabel B2 – Fordeling på opfølgningstyper for patientforløb med operation i 2014**

Afdeling <sup>a</sup>	Antal (pct.) + Patientskema kontrol ÷ Patientskema kontrol		Antal (pct.) + Læge EU ÷ Læge EU		Antal operationer
	+ Læge EU	÷ Læge EU	+ Læge EU	÷ Læge EU	I alt
Bornholms Hospital	23 (82,1)	#	4 (14,3)	0 (0,0)	28
Herlev Hospital	383 (67,7)	0 (0,0)	166 (29,3)	17 (3,0)	566
Hospitalerne i Nordsjælland	172 (49,6)	20 (5,8)	123 (35,4)	32 (9,2)	347
Hvidovre Hospital	85 (45,0)	41 (21,7)	33 (17,5)	30 (15,9)	189
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	6 (4,3)	0 (0,0)	7 (5,0)	128 (90,8)	141
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	65 (23,8)	91 (33,3)	28 (10,3)	89 (32,6)	273
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	#	85 (63,4)	0 (0,0)	47 (35,1)	134
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	185 (41,0)	80 (17,7)	126 (27,9)	60 (13,3)	451
Fredericia og Kolding Sygehuse	59 (53,6)	5 (4,5)	34 (30,9)	12 (10,9)	110
OUH Odense Universitetshospital	217 (27,7)	242 (30,9)	112 (14,3)	212 (27,1)	783
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	121 (45,8)	18 (6,8)	75 (28,4)	50 (18,9)	264
Sygehus Sønderjylland	134 (65,4)	4 (2,0)	51 (24,9)	16 (7,8)	205
Regionshospitalet Herning	85 (63,4)	#	46 (34,3)	#	134
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	25 (16,7)	67 (44,7)	10 (6,7)	48 (32,0)	150
Regionshospitalet Randers	11 (5,0)	119 (54,1)	#	89 (40,5)	220
Regionshospitalet Viborg, Skive	0 (0,0)	111 (44,6)	#	137 (55,0)	249
Århus Universitetshospital, afd. Y	63 (14,7)	119 (27,8)	70 (16,4)	176 (41,1)	428
Århus Universitetshospital, afd. K	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (44,4)	10 (55,6)	18
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	242 (58,9)	11 (2,7)	97 (23,6)	61 (14,8)	411
Sygehus Thy – Mors	56 (67,5)	0 (0,0)	16 (19,3)	11 (13,3)	83
Sygehus Vendsyssel	64 (28,3)	40 (17,7)	9 (4,0)	113 (50,0)	226
Aleris-Hamlet, Søborg	33 (38,8)	#	17 (20,0)	34 (40,0)	85
Aleris-Hamlet, Aalborg	#	#	0 (0,0)	#	5
Ciconia, Århus Privathospital	#	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (90,0)	10
Gråbrødreklinikken	6 (46,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (53,8)	13
Privathospitalet Kollund	5 (83,3)	#	0 (0,0)	0 (0,0)	6
Privathospitalet Møn	7 (26,9)	#	6 (23,1)	12 (46,2)	26
<b>Danmark</b>	<b>2052 (36,9)</b>	<b>1060 (19,1)</b>	<b>1040 (18,7)</b>	<b>1403 (25,3)</b>	<b>5555</b>

Anm.: Opfølgning efter operation skal være registreret i perioden 2014 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 2014 er medtaget i tabellen.

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

### Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel B2

Da tiden fra operation til både patientens og lægens efterkontrolskema for langt de fleste patienters vedkommende er under 1 år (jf. Figur B3 og Figur B4 forneden) vil langt de fleste efterkontrolskemaer for forløb i 2014 være registreret i Tabel B2.

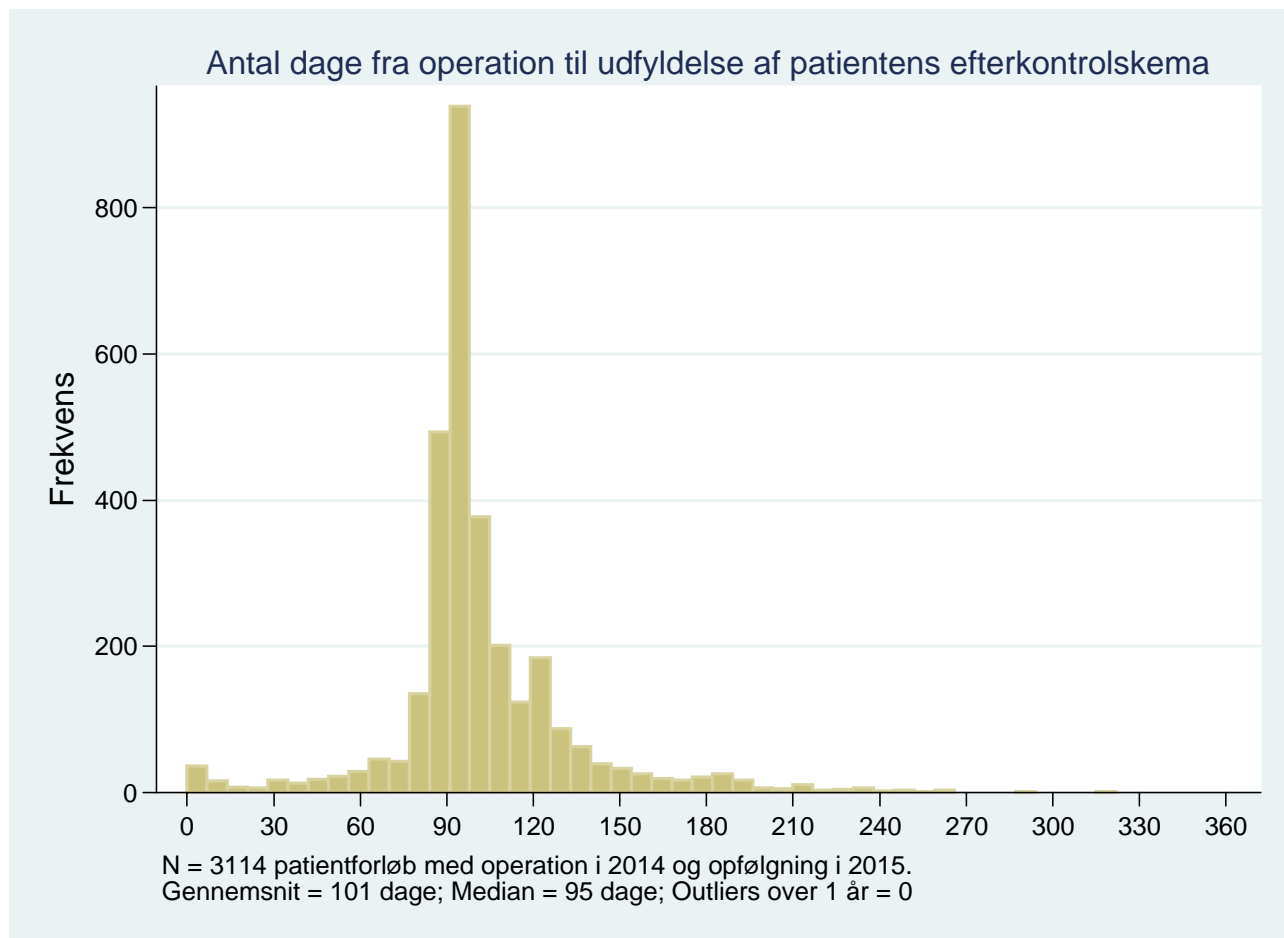
På landsplan havde 36,9 % af forløbene både patientens og lægens efterkontrolskema, 19,1 % havde kun patientens efterkontrolskema, 18,7 % havde kun lægens efterkontrolskema, mens 25,3 % hverken havde patientens eller lægens efterkontrolskema.

Der ses stor forskel i afdelingernes procedurer for efterkontrol, varierende fra 0 % til 83 % for operationer hvor både patient- og lægeskema er udfyldt, og varierende fra 0 % til 91 % for operationer hvor hverken

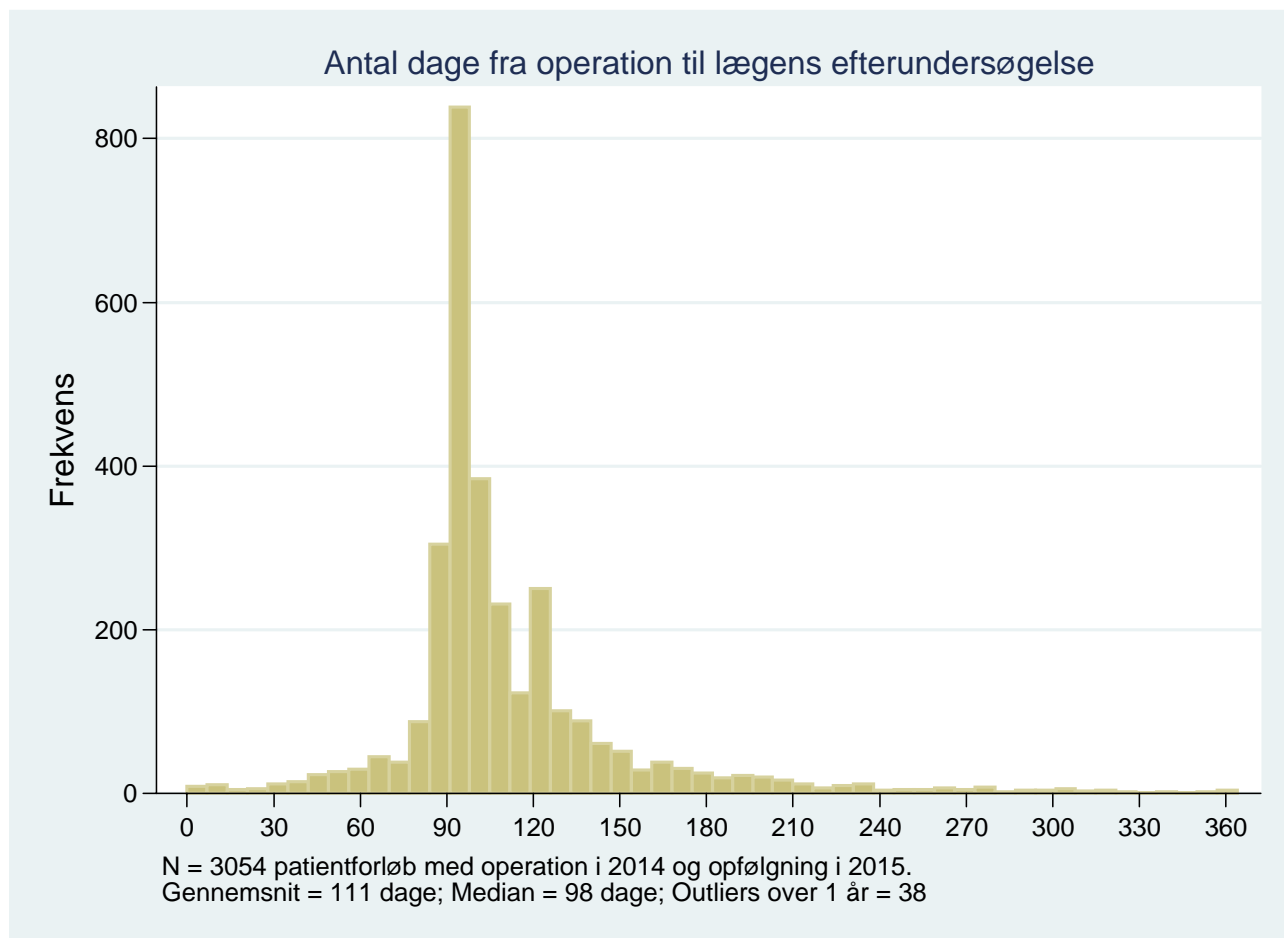
patient- eller lægeskema er udfyldt. Procenterne er generelt lavere for de diskordante kombinationer af disse ("patientskema udfyldt/lægeskema ikke udfyldt" eller "patientskema ikke udfyldt/lægeskema udfyldt"). Ligeledes er der stor variation blandt afdelinger for udfyldte patientskemaer, hvor lægeskemaet ikke er udfyldt samt for manglende patientskemaer hvor lægeskemaet er udfyldt.

Denne 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.

Vi ser nu på fordelingen af opfølgningstiden:



**Figur B3 - Fordeling af opfølgningstid, patientens efterkontrol, operation i 2014**



**Figur B4 - Fordeling af opfølgningstid, lægens efterundersøgelse, for patienter med operation i 2014**

**Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B3 og Figur B4:**

Tiden fra operationen til efterkontrol er ens uanset om efterkontrol omfattes af patientens eller lægens efterkontrollskema. De fleste patienter følges op efter 60-210 dage, med højeste frekvens i 90-140 dages perioden. Meget få patienter har over 1 års opfølgningstid, hvilket også var tilfældet i Årsrapport 2014 og grunden til, at vi i denne rapport har inkluderet patienter til og med år 2014.

**Tabel B3- Fordeling og alder hos patienter med henvisningsdato i 2007-2015 (både opererede og ikke-opererede patienter), hvor der samtidig er udfyldt patientskema før behandling**

Patientens forundersøgelseskema udfyldt:	År	Antal forløb	Antal forløb (%)	Alder på henvisningstidspunkt			
				Gns.	Median	Min.	Maks.
Alle med skema udfyldt	2007	2914	100,0	58,6	60	16	96
	2008	3388	100,0	59,5	61	19	97
	2009	4211	100,0	59,3	61	16	98
	2010	5019	100,0	59,0	61	16	95
	2011	5150	100,0	59,5	61	18	98
	2012	4582	100,0	59,9	61	19	96
	2013	5588	100,0	59,9	61,5	19	99
	2014	5203	100,0	60,7	63	17	108
	2015	4091	100,0	60,8	63	14	96
Patientforløb kun med registrering af prolapsymptomer	2007	707	24,3	60,2	61	21	91
	2008	778	23,0	61,9	63	27	95
	2009	1085	25,8	62,2	63	22	91
	2010	1206	24,0	61,8	64	24	92
	2011	1316	25,6	62,4	64	26	98
	2012	1267	27,7	62,3	64	19	96
	2013	1445	25,9	61,9	64	24	94
	2014	1396	26,8	62,4	64	25	96
	2015	1068	26,1	63,3	65	26	93
Patientforløb kun med registrering af urininkontinenssymptomer	2007	1117	38,3	56,2	56	20	96
	2008	1256	37,1	56,8	56	19	97
	2009	1500	35,6	56,4	55	16	94
	2010	1777	35,4	55,9	55	16	95
	2011	1718	33,4	55,6	54	18	95
	2012	1370	29,9	56,1	55	23	94
	2013	1585	28,4	56,3	55	20	97
	2014	1455	28,0	57,3	56	17	108
	2015	1138	27,8	56,7	55	14	96
Patientforløb med registrering af både prolaps- og urininkontinenssymptomer	2007	950	32,6	60,8	61	24	95
	2008	1236	36,5	60,9	63	22	93
	2009	1466	34,8	60,3	62	19	98
	2010	1814	36,1	60,6	62	19	93
	2011	1929	37,5	61,3	63	22	95
	2012	1803	39,3	61,4	63	19	92
	2013	2335	41,8	61,3	63	24	99
	2014	2121	40,8	62,2	64	23	95
	2015	1697	41,5	62,1	64	19	94
Skema udfyldt, men ingen symptomer registreret	2007	140	4,8	54,5	58,5	16	91
	2008	118	3,5	57,4	62	26	90
	2009	160	3,8	56,4	57	21	86
	2010	222	4,4	56,1	56,5	19	88
	2011	187	3,6	57,0	61	18	88
	2012	142	3,1	56,0	57,5	22	85
	2013	223	4,0	56,3	58	19	84
	2014	231	4,4	58,3	62	18	91
	2015	188	4,6	58,9	61	15	90

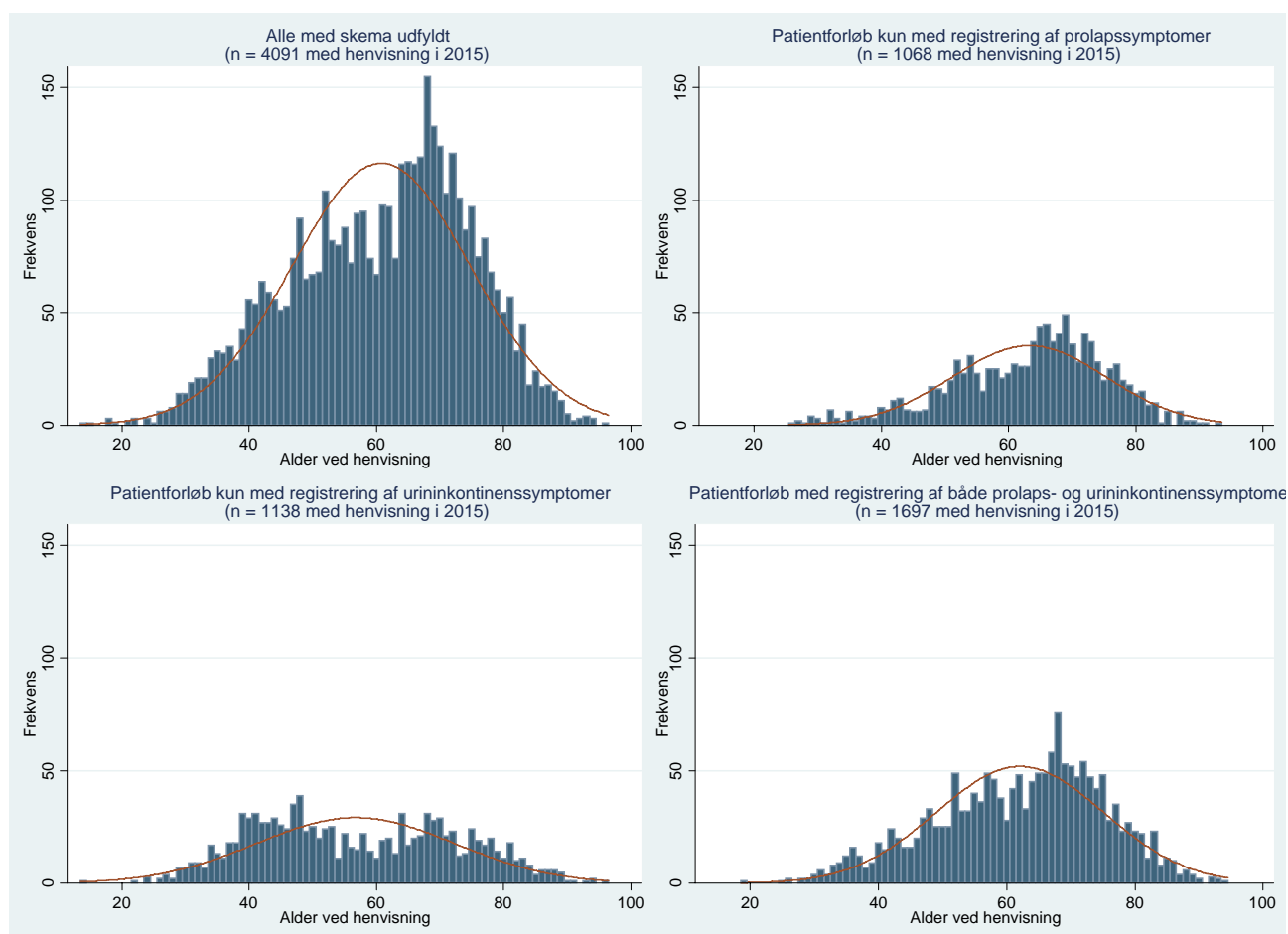
Anm, De fire nederste kategorier er gensidigt udelukkende og summerer således, at det svarer til kategorien *Alle med skema udfyldt*

**Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel B3:**

Fra 2007 til 2013 har der generelt været et stigende antal udfyldte patient forundersøgelseskemaer, men dette antal er faldet i 2014, og videre i 2015. Dette gælder uanset om skemaerne omfatter urininkontinens, prolaps eller urininkontinens/prolaps.

Patienter kun med registrering af prolapsymptomer samt med registrering af både prolaps- og urininkontinenssymptomer er 4-5 år ældre end patienter kun med registrering af urininkontinenssymptomer. Udover dette er der ingen betydende afvigelser i medianalder eller gennemsnitlig alder, hverken mellem patientgrupperne eller år. I alle årene er der et bredt aldersspektrum (fra 18 til 108 år på henvisningstidspunktet).

For 2015 viser vi aldersfordelingen i et histogram:



**Figur B5 - Aldersfordeling ved henvisning hos patienter med henvisningsdato i 2015 (både opererede og ikke-opererede patienter), hvor der samtidig er udfyldt patientskema før behandling**

**Klinisk-epidemiologiske kommentarer Figur B5:**

Patienternes alder er normalfordelt og omfatter et bredt aldersspektrum. Dette gælder for alle patienter samt indenfor hver af de tre patientforløbskategorier (kun prolapsymptomer, kun urininkontinenssymptomer, både prolaps- og urininkontinenssymptomer).



**Tabel B4- Antal operative indgreb fordelt på indgrebstyper, for patienter med operationsdato i 2015 (N = 7238)**

Operations- kode	Beskrivelse	Antal	Pct.	Kum. Pct.	Med i indikator <sup>a</sup>	
					UI	Prolaps
KLEF00	Forreste kolporafi	2477	34,2	34,2		X
KLEF03	Bageste kolporafi	1363	18,8	53,1		X
KLEG10	Vaginal uretrocystopeksi med slynge	574	7,9	61,0	X	
KLCD10	Vaginal hysterektomi	460	6,4	67,3		X
KLEG10A	Vaginal uretrocystopeksi m. slynge genn. foramen obturatum	388	5,4	72,7	X	
KLDC10	Resektion af livmoderhals	371	5,1	77,8		X
KLEF40	Vaginal operation for enterocele	323	4,5	82,3		X
KLFE20	Sutur af perineum	244	3,4	85,7		
KLEF53B	Vaginal apikal kolpopeksi til det sakrospinøse ligament	240	3,3	89,0		X
KKDV22	Uretroskopisk submukøs injektionsbehandling i urinrør	178	2,5	91,4	X	
KLEF60	Vaginal lateral kolpopeksi	143	2,0	93,4		X
KLEF53	Vaginal apikal kolpopeksi eft. tidligere hysterektomi	71	1,0	94,4		X
KLEF00B	Manchesteroperation	56	0,8	95,2		X
KUKC02	Cystoskopi	56	0,8	95,9		
KLEF10	Kolpoperineoplastik	51	0,7	96,6		X
KLEF23	Komplet kolpoplekse	49	0,7	97,3		X
KLEF00A	Forreste kolporafi med meche	37	0,5	97,8		X
KLEF53A	Vaginal apikal kolpopeksi efter tidl. hysterektomi med meche	36	0,5	98,3		X
KLFE96	Anden rekonstr. på vulva el. perineum	20	0,3	98,6		
KLFE10	Vulvoplastik	17	0,2	98,8		
KLFE10A	Fenton-plastik	13	0,2	99,0		
KLEF51	Laparoskopisk apikal kolpopeksi eft. tidligere hysterektomi	12	0,2	99,2		X
KLEF51A	Laparoskop. apikal kolpopeksi eft.tidl. hysterektomi m meche	11	0,2	99,3		X
KLDC13	Excision af livmoderhals	11	0,2	99,5		
KZXX00	anvendelse af robot	9	0,1	99,6		
KLEF03A	Bageste kolporafi med meche	6	0,1	99,7		X
KLEF40A	Vaginal operation for enterocele med meche	6	0,1	99,8		X
KKDG00	Retropubisk suspension af urinrør	3	0,0	99,8	X	
KLEF50	Abdominal apikal kolpopeksi eft. tidligere hysterektomi	#	#	#		X
KLFE00	Sutur af vulva	#	#	#		
KLEF50A	Abdominal apikal kolpopeksi eft. tidl. hysterektomi m. meche	#	#	#		X
KLEE00	Sutur af vagina	#	#	#		
KKDG30	Abdominal uretrocystopeksi med slynge	#	#	#	X	
KLEF20	Partiel kolpoplekse	#	#	#		
KLCG20	Hysteropeksi	#	#	#		
KLEF63	Abdomial lateral kolpopeksi	#	#	#		X

Anm.: Der kan være mere end ét indgreb pr. operation. Antal operationer i 2015: 4964. Antal operative indgreb i 2015: 7238.

a. Afkrydsning er ensbetydende med, at indgrebet tælles med i forbindelse med opgørelse af urininkontinens- hhv. prolapsindikatorer.

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

**Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel B4:**

Tabellen angiver operationskoder svarende til antal operative indgreb, og der kan være udført flere typer af operative indgreb pr. operation.

Blandt de 7238 operative indgreb er der 376 (5,2 %, hvilket er 0,7 procentpoints mindre end i Årsrapport 2014) 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, jf. Tabel B5:

**Tabel B5 - Antal patientforløb med operationsdato i 2014-2015, fordelt på indgrebstyper**

Operationstype	2014			2015		
	Antal	Pct.	Kum. Pct.	Antal	Pct.	Kum. Pct.
Inkontinensindgreb ifm. operation	1184	22,2	22,2	1132	22,8	22,8
Prolapsindgreb ifm. operation	4151	77,7	99,8	3819	76,9	99,7
Både inkontinens- og prolapsindgreb ifm. samme operation	10	0,2	100,0	13	0,3	100,0
Antal patientforløb med operation, i alt	5345	100,0	-	4964	100,0	-

Anm. Operationstype-kategorier er gensidigt udelukkende, idet kategorierne Urininkontinens-, Prolaps- samt Urininkontinens- og prolapsindgreb har forrang i forhold til gruppen Andre indgreb (ikke urininkontinens eller prolaps).

**Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel B5:**

Af datatekniske hensyn er kategorierne "Andre indgreb (ikke inkontinens eller prolaps)" samt "Uoplyst" udelukket af Tabel B5. Disse 2 kategorier har i de foregående år udgjort ca. 2 % af alle indgrebstyper. Blandt de øvrige operationer ses både inkontinens- og prolapsindgreb i forbindelse med samme operation næsten ikke.

**Tabel B6 - Korttidskomplikationer efter operation, patientforløb med operation i 2015**

Afdeling	Antal (pct). Infektion	Antal (pct). Blæretømningsbesvær	Antal (pct). Blødning	Antal (pct). Organperforation	Antal operationer i alt
Danmark	19 (0,4)	35 (0,7)	47 (0,9)	19 (0,4)	4964
Bornholms Hospital	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	20
Herlev Hospital	6 (1,1)	4 (0,7)	7 (1,3)	4 (0,7)	536
Hospitalerne i Nordsjælland	0 (0,0)	3 (1,0)	#	0 (0,0)	311
Hvidovre Hospital	#	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	149
HOL Gynækologisk Afd.	0 (0,0)	#	#	#	123
NFS Gynækologisk Afd.	0 (0,0)	0 (0,0)	#	#	241
NAE Gynækologisk Afd.	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	#	112
ROS Gynækologisk Afd.	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (0,7)	0 (0,0)	416
Fredericia og Kolding Sygehuse	#	3 (2,6)	#	0 (0,0)	115
OUH Odense Universitetshospital	#	#	6 (0,9)	5 (0,8)	662
Sydvestjysk Sygehus	#	4 (1,8)	4 (1,8)	0 (0,0)	225
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	#	3 (1,5)	0 (0,0)	#	198
Regionshospitalet Herning	4 (2,7)	#	#	3 (2,0)	150
Hospitalsenheden Horsens	0 (0,0)	0 (0,0)	#	0 (0,0)	98
Regionshospitalet Randers	0 (0,0)	#	0 (0,0)	0 (0,0)	176
Hospitalsenhed Midt	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	234
Århus Universitetshospital	4 (0,9)	6 (1,3)	11 (2,4)	0 (0,0)	467
Aalborg Sygehus	0 (0,0)	#	3 (0,8)	0 (0,0)	357
Sygehus Thy – Mors	0 (0,0)	3 (4,1)	0 (0,0)	#	73
Sygehus Vendsyssel	0 (0,0)	#	0 (0,0)	0 (0,0)	167
Aleris Privathospitaler	0 (0,0)	#	#	0 (0,0)	101
Privathospitalet Kollund	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5
Privathospitalet Møn	0 (0,0)	#	0 (0,0)	#	28

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

#### Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel B6:

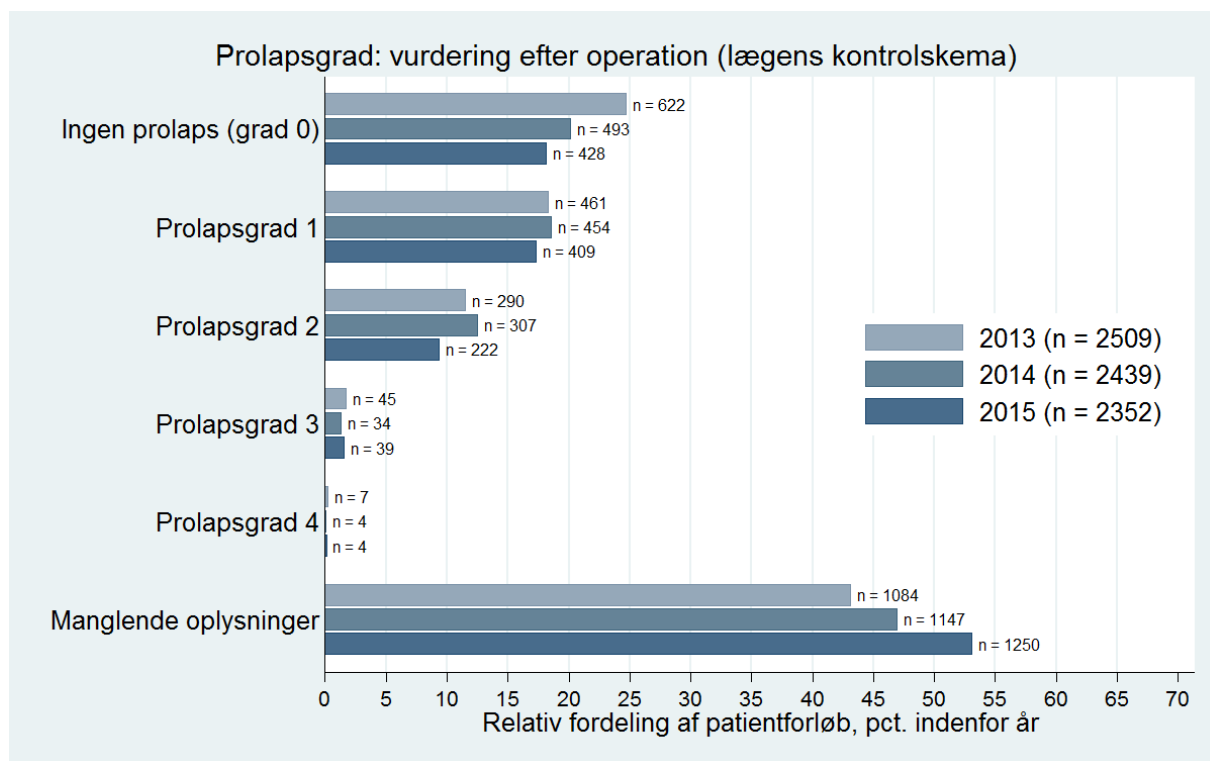
Tallene er små og indberetningen fra afdelingerne er ikke nødvendigvis konsistent. Derudover er visse komplikationer (f.eks. infektion og blødning) svære at definere, og dette er ikke forsøgt for DugaBase. Derfor er det f.eks. ikke nødvendigvis et udtryk for dårlig kvalitet såfremt en afdeling har en relativ høj andel af komplikationer nævnt i Tabel B6.

#### Styregruppens kommentarer til Tabel B6:

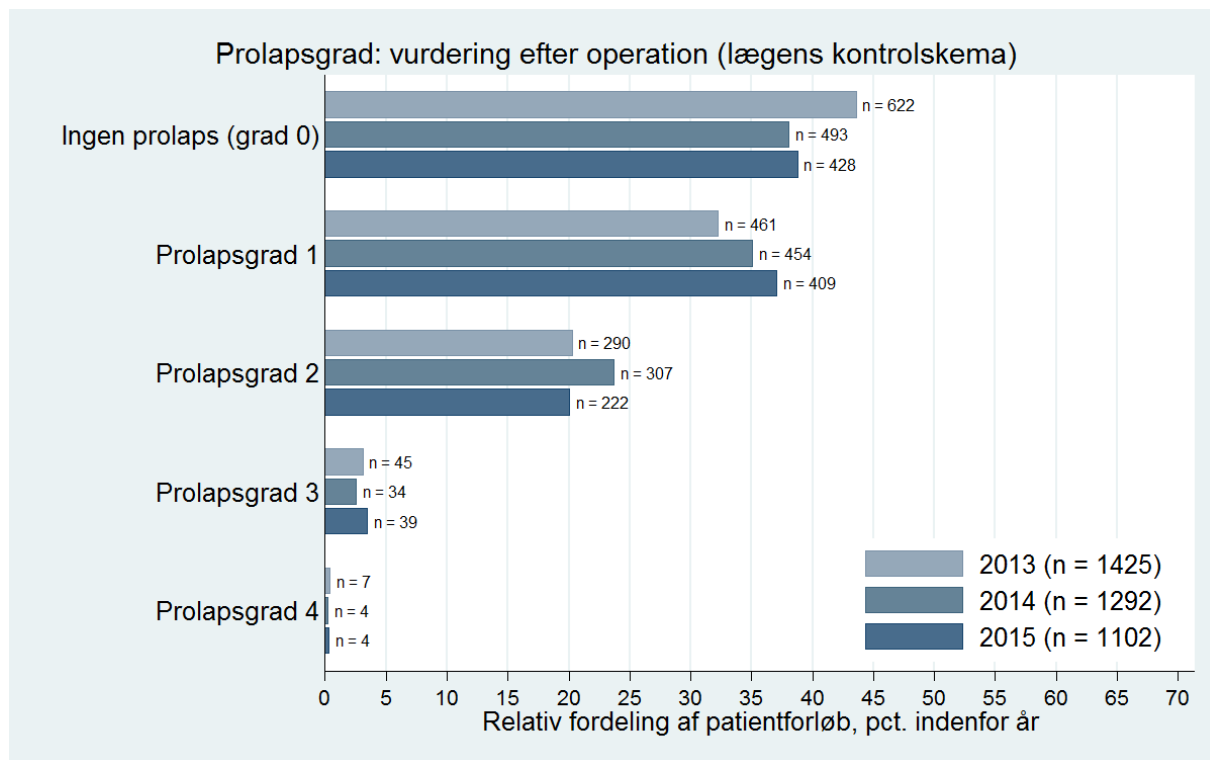
Som det fremgår af ovenstående er de rapporterede komplikationer i ovenstående tabel mangelfulde.

Der er formodentligt flere årsager til den dårlige registrering af komplikationer og en del skal søges i mangel på definitioner, manglende organisation af indberetningsskemaernes udformning mm.

Styregruppen arbejder på at forbedre disse forhold.



**Figur B6 - Prolapsgrad efter operation – for patienter med operation for prolaps, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse, 2013-2015**



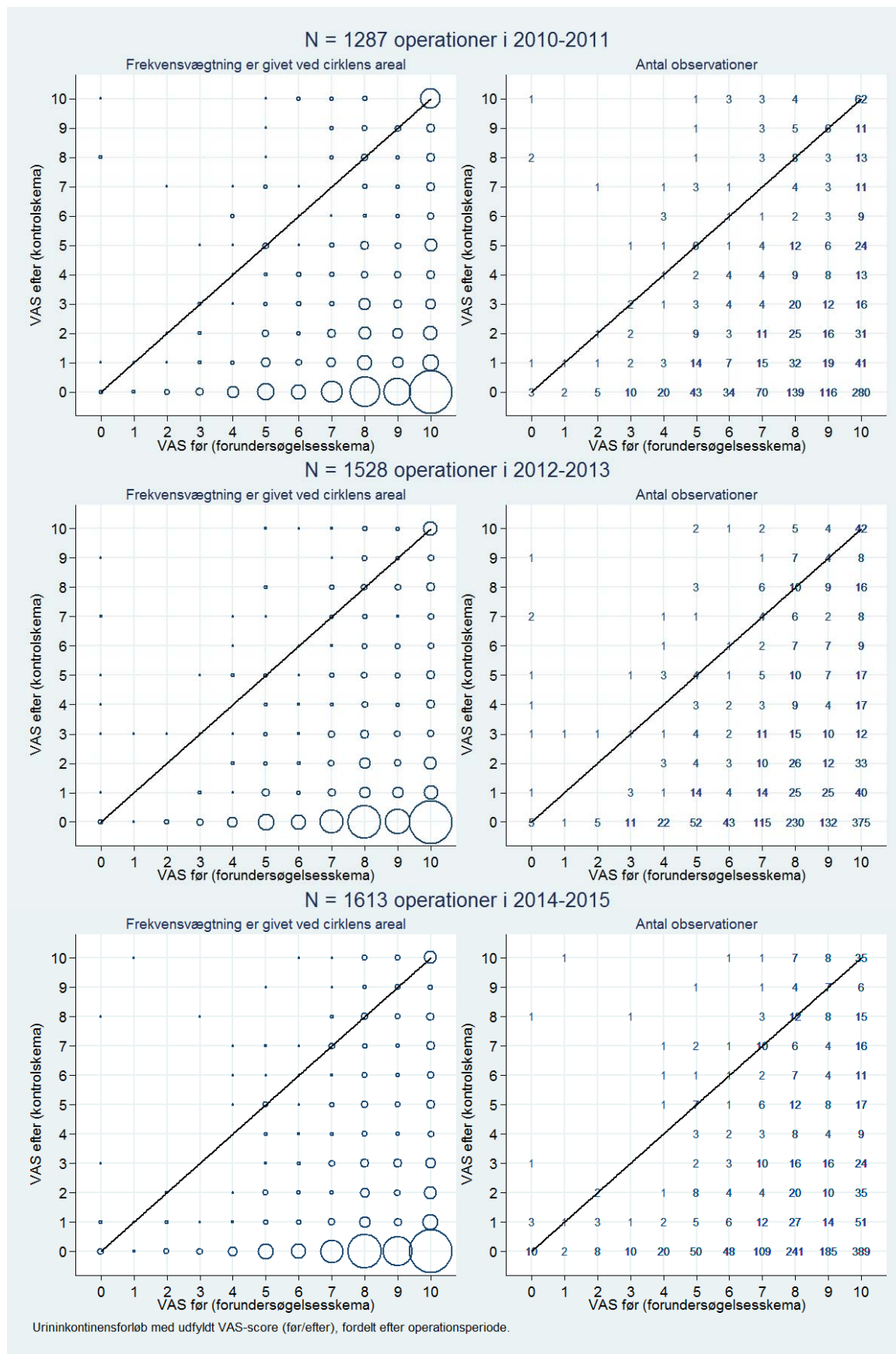
**Figur B7 - Prolapsgrad efter operation (uden kategorien 'Manglende oplysninger') – for patienter, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse, 2013-2015**

**Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B6 og Figur B7:**

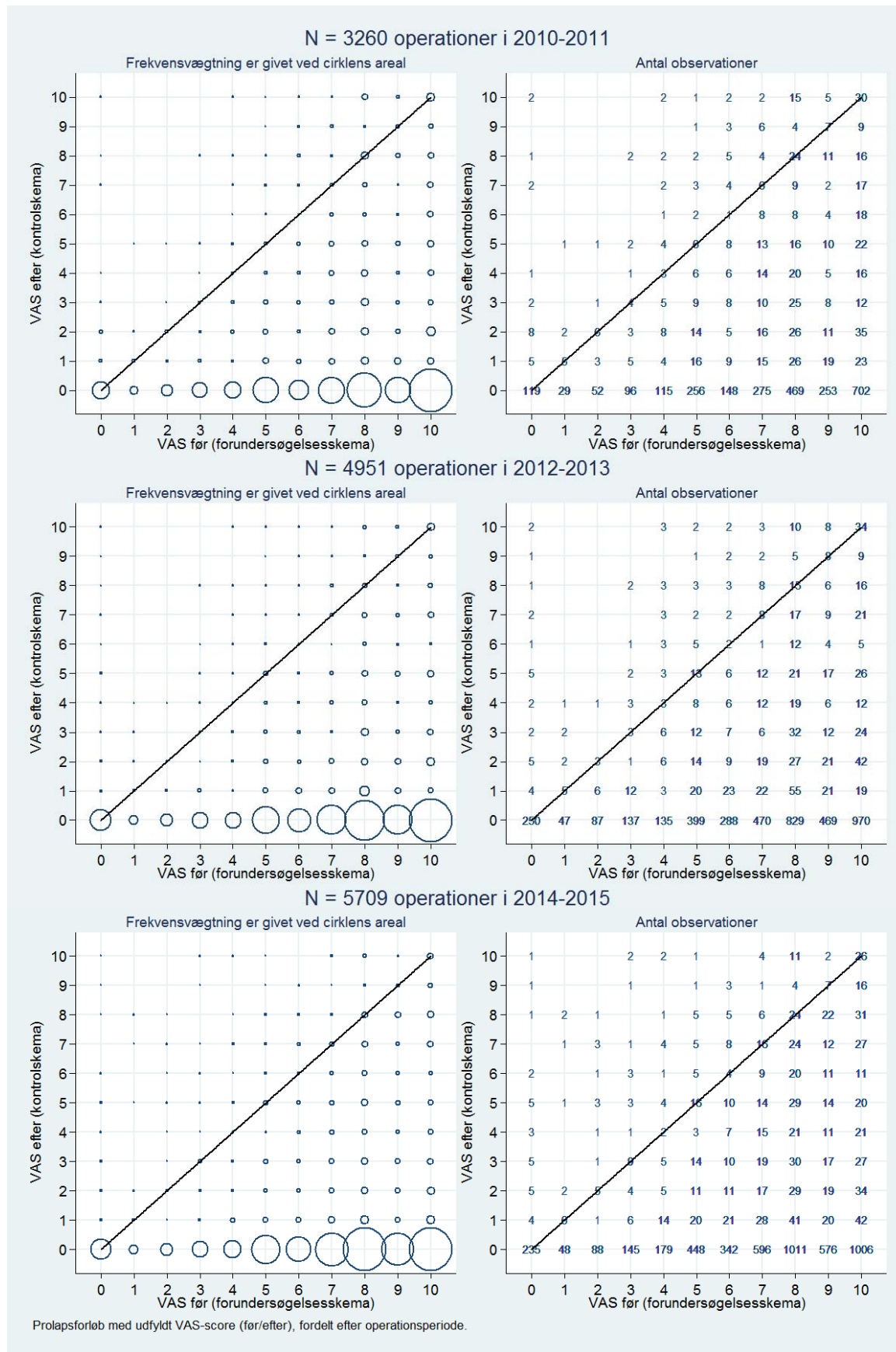
Figur B6 viser, at andelen af manglende oplysninger i 2013, 2014 og 2015 var hhv. 43,2 %, 47,0 % og 53,1 %, dvs. en stigende andel af manglende oplysninger. Andelen af prolapsgrad  $\leq 1$  (som indgik i den nu annullerede indikator 6) var i 2013, 2014 og 2015 hhv. 43,2 %, 38,8 % og 35,6 %, dvs. en faldende andel ( $\chi^2$  trend test,  $p < 10^{-5}$ ). Grundet den høje andel med manglende oplysning er det svært at vurdere disse tal. I Figur B7 vises prolapsgraden derfor med eksklusion af manglende oplysninger.

Figur B7 viser, at andelen af prolapsgrad  $\leq 1$  i 2013, 2014 og 2015 var hhv. 76,0 %, 73,3 % og 76,0 %. Når årene sammenlignes var der ikke forskel mellem prolapsgrad  $\leq 1$  og prolapsgrad 2-4 ( $\chi^2$ -test,  $p = 0,19$ ).

Konklusionerne for andelen med prolapsgrad  $\leq 1$  afhænger således af om forløb med manglende oplysninger er inkluderet eller ej, hvilket kan indikere, at patienter med manglende oplysninger har udgjort en selekteret andel af patientgruppen for hvilken lægens skema efter operationen er udfyldt. Dette er i modsætning til Årsrapport 2014, hvor der ikke var forskelle i andelen uanset om patienter med manglende oplysninger blev inkluderet eller ej.



**Figur B8 - Urininkontinens: VAS-score før og efter operation (mindre er bedre)**



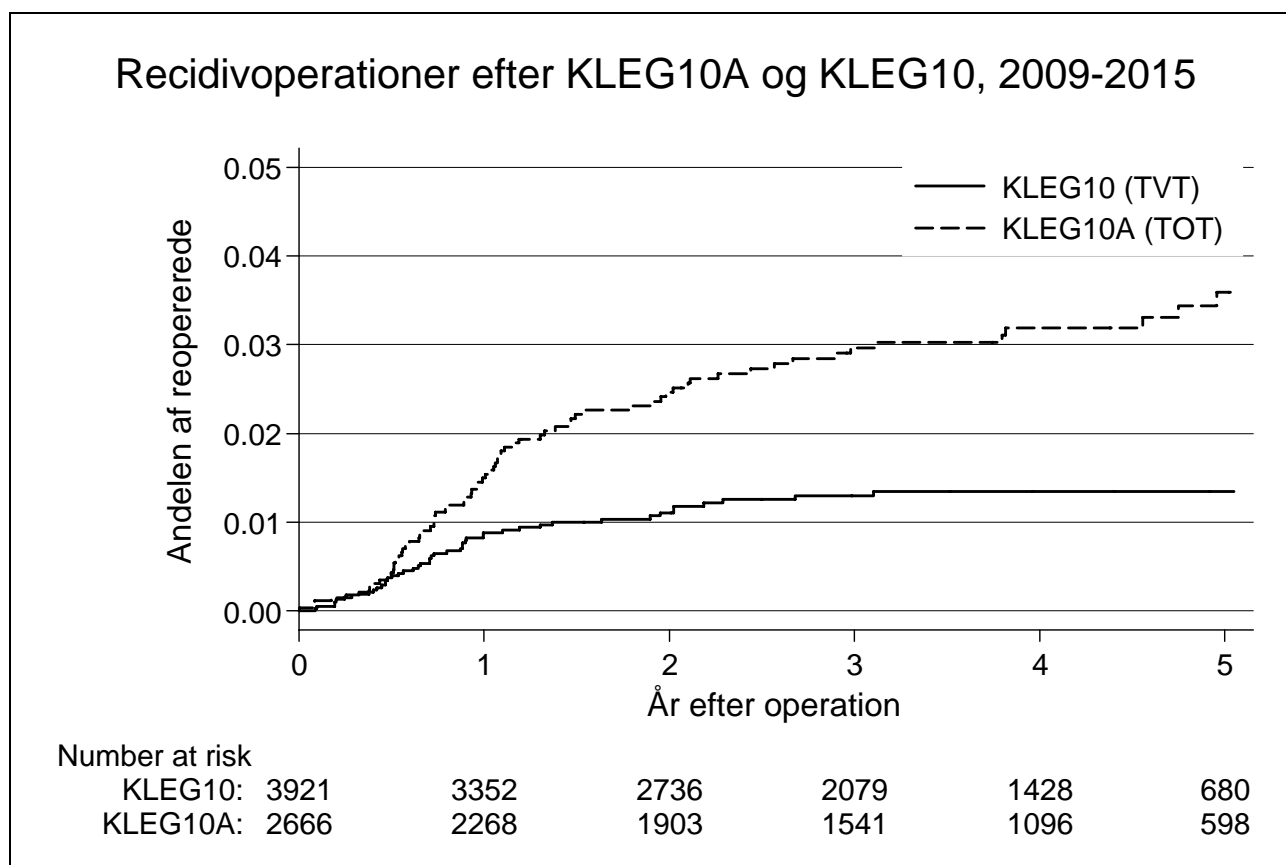
**Figur B9 - Prolaps: VAS-score før og efter operation (mindre er bedre)**

**Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B8 og Figur B9:**

Figurerne giver en visuel oversigt over tilfredshed iht. VAS-scoren før og efter operationen. Til venstre ses figurer med cirkler hvor arealet repræsenterer antal patienter, og til højre ses de tilsvarende figurer med det eksakte antal patienter. Patienter på den diagonale linje har uforandret VAS-score, patienter under linjen har forbedret deres VAS-score, mens patienter over linjen har forværret den. Her skal dog bemærkes, at jo lavere VAS-scoren har været før operationen des mindre kan den forbedres, og jo højere VAS-scoren har været før operationen des mindre kan den forværres.

For patienter med VAS-score 10 før operation er der overordnet set bedre effekt af prolapsoperationer (Figur B9) end af urininkontinensoperationer (Figur B8). Der er forholdsvis flere urininkontinenspatienter end prolapspatienter, som har VAS-score 10 både før og efter operationen. Desuden er der en forholdsvis mindre forbedring, idet urininkontinensopererede har en højere VAS-score efter operation end prolapsopererede patienter.

Der er ingen visuelle forskelle når årene sammenlignes.



**Figur B10 - Andelen af recidivoperationer efter førstegangs operation med retropubisk slynge (TVT, SKS-kode KLEG10) eller transobturator slynge (TOT, SKS-kode KLEG10A) i 2009-2015**



### **Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B10:**

I de første 6 måneder efter den primære operation med midt-urethral slynge (retropubisk slynge [SKS-kode KLEG10] eller transobturator slynge [SKS-kode KLEG10A]) er der ingen forskel i reoperationsraten mellem disse to operationstyper. Derefter begynder reoperationsraten at deviere mellem retropubisk slynge og transobturator slynge, idet flere patienter med en primær transobturator slynge-operation reopereres end patienter med en primær retropubisk slynge-operation. Efter 5 år er ca. 3,5 % af de primære transobturator slynge-operationspatienter reopereret, i modsætning til kun ca. 1,4 % af de primære retropubisk slynge-operationspatienter. Denne forskel er statistisk signifikant (log-rank test,  $p < 10^{-5}$ ). I en Cox regressionsanalyse beregnedes en hazard ratio (95 % konfidensinterval) på 2,4 (1,6-3,4).

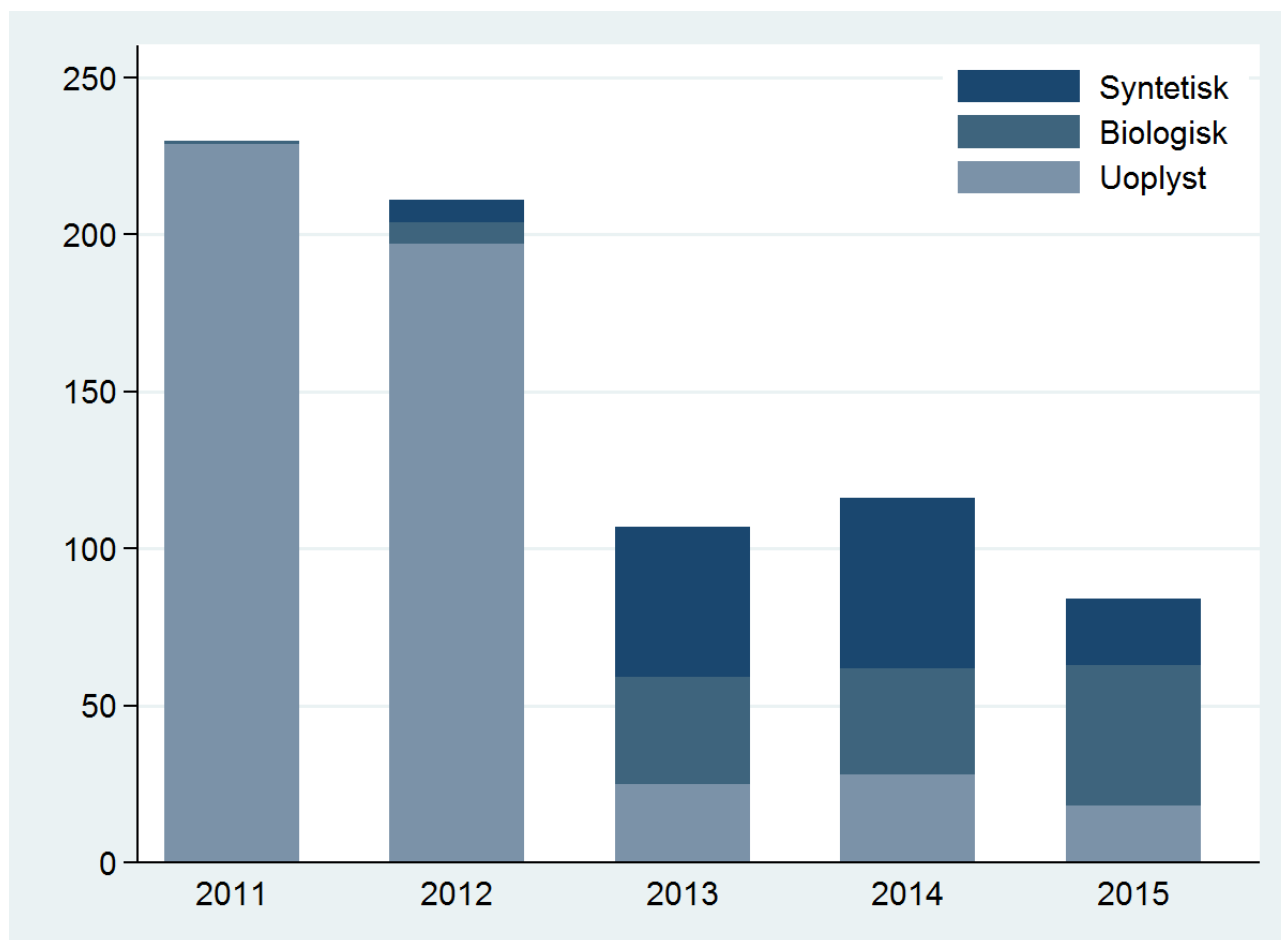
### **Styregruppens kommentarer til Figur B10:**

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 midt urethral slyngeoperationer. En del patienter med recidiv af behandlingsbehov efter en midt urethral slyngeoperation vil blive behandlet med Bulking, og dette fremgår ikke af denne analyse.

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. Tendenserne er dog ens og vores data viser, at der generelt er færre som recidivopereres end i ovennævnte undersøgelser.

Et dansk registerstudie baseret på LPR data fra 1998-2007 (Am J Obstet Gynecol 2016;214:263.e1-8) indeholder recidivoperationsrater for flere operationstyper. Tallene for retropubiske / transobturator slynger viser samme tendens.



**Figur B11 - Antal prolapsoperationer med mesh, 2011-2015, samt fordelingen af mesh-typer**

**Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B11:**

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 både i 2011 og 2012, i 2013 og 2014 var antallet halveret, mens der i 2015 sås en yderligere reduktion.

Fordelingen mellem syntetiske og biologiske typer var nogenlunde den samme i 2013 og 2014, mens der i 2015 var forholdsvis flere biologiske typer. Derudover var der i 2015 også en mindre andel af uoplyste typer.

**Styregruppens kommentarer til Figur B11:**

For første gang præsenteres tal vedrørende brug af implantater i prolapskirurgi i årsrapporten. Som det fremgår, er en stor del af tallene for 2011 og 2012 uden angivelse af mesh type. Dette kan skyldes, at dataindsamlingskemaer først efter en revision i 2012, kom til at indeholde et direkte spørgsmål om mesh type.

Man bemærker, at der sker en halvering i brug af mesh i løbet af 2011 – 2013. Den store nedgang falder sammen med, at der i sommeren 2012 – efter en del rapporteringer om alvorlige komplikationer ved brug af mesh i prolapskirurgi – kom en stor bevågenhed i pressen om emnet.

Endvidere blev specialeplanen indført i 2013, og her blev brug af biologisk mesh samlet på afdelinger med regionsfunktion og brug af syntetiske mesh på afdelinger med højt specialiseret funktion.

Pga. den høje andel af uoplyst implantatmateriale er det svært at udtale sig om ændringer i meshtype for hele perioden.

Styregruppen konstaterer, at brugen af mesh ved prolapskirurgi er faldende og at brugen af syntetisk implantat er forholdsvis lav. Dette svarer til internationale anbefalinger og de nationale kliniske retningslinjer.

## 10. Appendiks 4: Indikatordefinitioner

Indikatorer	Nævner	Tæller	Uoplyste forløb
<p><b>1. Ventetid 30 dage</b></p> <p>Tid fra modtagelse af henvisningen på sygehuset til første speciallæge-kontakt med undersøgelse, bør være højst 30 dage.</p> <p>Standard: <math>\geq 90\%</math> af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: For mindst 80% af forløbene med operationsdato i perioden skal man kunne beregne perioden mellem dato for henvisning og dato for første undersøgelse.</p>	<p>Samlet antal patientforløb med operationsdato inden for opgørelsesperioden, og samtidig skal der findes henvisningsdato og dato for første undersøgelse.</p> <p>Første undersøgelsesdato skal ligge på eller efter henvisningsdato og operationsdato skal ligge på eller efter forundersøgelsesdato.</p> <p>Felter: Henvisningsdato findes i den første administrative registrering, forundersøgelsesdato findes i lægeskema (forundersøgelse) og operationsdato findes i lægeskema (operation).</p>	<p>Antal patientforløb med mindre end <math>\leq 30</math> dage mellem dato for henvisning og første undersøgelse.</p>	<p>Forløb med mangelfuld registrering af operationsdato, henvisningsdato eller dato for første undersøgelse.</p> <p>Forløb hvor undersøgelsesdato ligger før henvisningsdato og/eller hvor operationsdato ligger før forundersøgelsesdato.</p>
<p><b>3. Urininkontinens - Behandlingssucces målt på hyppighed af symptomer efter operation</b></p> <p>Behandlingssucces målt på hyppighed af symptomer efter operation for urininkontinens.</p> <p>Standard: <math>\geq 70\%</math> 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) i opgørelsesperioden:</p> <p>KKDG00, KKDG01, KKDG10, KKDG30, KKDG31, KKDG40, KKDG50, KKDG96, KKDG97, KKDV20, KKDV22, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96, 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.</p>
<p><b>7. Prolaps - Behandlings-</b></p>	<p>Antal patientforløb, hvor</p>	<p>Antal patientforløb, som i</p>	<p>Patientforløb med mang-</p>

Indikatorer	Nævner	Tæller	Uoplyste forløb
<p><b>succes målt på hyppighed af symptomer efter operation</b></p> <p>Patienttilfredshed efter operation for prolaps – der bør ikke være nedglidningssymptomer efter operation.</p> <p>Standard: <math>\geq 80\%</math> 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 udenfor skeden?) findes i patientens efterundersøgelsesskema.</p>	<p>der er foretaget kirurgi for prolaps (én af nedenstående operationskoder) 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>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>lende udfyldelse af rubrik A i patientens efterundersøgelses-skema for de med relevant udført kirurgi.</p>
<p><b>11 Recidivoperation (2 år) efter slyngeoperation for inkontinens</b></p> <p>Slyngeoperation for inkontinens efter førstegangs slyngeoperation for inkontinens.</p> <p>Standard: <math>\geq 95\%</math> af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: 90 %</p>	<p>Antal patientforløb, der har fået foretaget inkontinenskirurgi med slynge (én af nedenstående operationskoder) i opgørelsesperioden.</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende): KKDG00, KKDG01, KKDG10, KKDG30, KKDG31, KKDG40, KKDG41, KKDG50, KKDG96, KKDG97, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96, KLEX3G</p>	<p>Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget inkontinenskirurgi med slynge (én af nedenstående operationskoder) efter førstegangs inkontinensoperation med slynge, indenfor 2 år efter førstegangs inkontinens slyngeoperation.</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende): KKDG00, KKDG01, KKDG10, KKDG30, KKDG31, KKDG40, KKDG41, KKDG50, KKDG96, KKDG97, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96, KLEX3G</p>	<p>Ingen</p>
<p><b>12 Recidivoperation (5 år) efter slyngeoperation for</b></p>	<p>Antal patientforløb, der har fået foretaget inkon-</p>	<p>Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs.</p>	<p>Ingen</p>

Indikatorer	Nævner	Tæller	Uoplyste forløb
<p><b>inkontinens</b></p> <p>Slyngeoperation for inkontinens efter førstegangs slyngeoperation for inkontinens.</p> <p>Standard: ≥ 90% af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: 90 %</p>	<p>tinenskirurgi med slynge (én af nedenstående operationskoder) i opgørelsesperioden.</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende): KKDG00, KKDG01, KKDG10, KKDG30, KKDG31, KKDG40, KKDG41, KKDG50, KKDG96, KKDG97, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96, KLEX3G</p>	<p>som ikke har fået foretaget inkontinenskirurgi med slynge (én af nedenstående operationskoder) efter førstegangs inkontinensoperation med slynge, indenfor 5 år efter førstegangs inkontinens slyngeoperation.</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende): KKDG00, KKDG01, KKDG10, KKDG30, KKDG31, KKDG40, KKDG41, KKDG50, KKDG96, KKDG97, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96, KLEX3G</p>	
<p><b>13 Recidivoperation (2 år) forreste kompartiment efter operation for prolaps</b></p> <p>Operation for prolaps efter førstegangs 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 opgørelsesperioden har fået foretaget prolapskirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartiment (én af nedenstående operationskoder, hvor 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>	<p>Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i samme kompartiment som ved førstegangs prolapsoperation, indenfor 2 år efter førstegangs 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>	<p>Ingen</p>
<p><b>14 Recidivoperation (5 år) forreste kompartiment efter operation for prolaps</b></p> <p>Operation for prolaps efter førstegangs prolapsoperation, i samme kompartiment ved</p>	<p>Antal patientforløb, som i opgørelsesperioden har fået foretaget prolapskirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartiment (én af nedenstående operationskoder, hvor</p>	<p>Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i samme kompartiment som ved</p>	<p>Ingen</p>

Indikatorer	Nævner	Tæller	Uoplyste forløb
<p>begge operationer.</p> <p>Standard: ≥ 90% af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: 90 %</p>	<p>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>førstegangs prolapsoperation, indenfor 5 år efter førstegangs 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><b>15 Recidivoperation (2 år) midterste kompartment efter operation for prolaps</b></p> <p>Operation for prolaps efter førstegangs 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 prolapskirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartment (én af nedenstående operationskoder, hvor 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</p>	<p>Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i samme kompartment som ved førstegangs prolapsoperation, indenfor 2 år efter førstegangs 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</p>	<p>Ingen</p>

Indikatorer	Nævner	Tæller	Uoplyste forløb
	KLCD10, kombineret med DN81.5 KLDC10, kombineret med DN81.5 KLCD10, kombineret med DN81.5A KLDC10, kombineret med DN81.5A	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><b>16 Recidivoperation (5 år) midterste kompartment efter operation for prolaps</b></p> <p>Operation for prolaps efter førstegangs 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 prolapskirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartment (én af nedenstående operationskoder, hvor 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</p>	<p>Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i samme kompartment som ved førstegangs prolapsoperation, indenfor 5 år efter førstegangs 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</p>	<p>Ingen</p>



Indikatorer	Nævner	Tæller	Uoplyste forløb
	KLCD10, kombineret med DN81.5A KLDC10, kombineret med DN81.5A	med DN81.4 KLCD10, kombineret med DN81.5 KLDC10, kombineret med DN81.5 KLCD10, kombineret med DN81.5A KLDC10, kombineret med DN81.5A	
<p><b>17 Recidivoperation (2 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps</b></p> <p>Operation for prolaps efter førstegangs 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 prolapskirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartment (én af nedenstående operationskoder, hvor 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>Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i samme kompartment som ved førstegangs prolapsoperation, indenfor 2 år efter førstegangs 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><b>18 Recidivoperation (5 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps</b></p> <p>Operation for prolaps efter førstegangs 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 prolapskirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data).</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende):</p> <p>Bagerste kompartment:                      KLEF03, KLEF03A,                      KLEF40, KLEF40A,                      KLEF41, KLEF41A,</p>	<p>Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i samme kompartment som ved førstegangs prolapsoperation, indenfor 5 år efter førstegangs prolapsoperation (DN81* fås fra LPR-data).</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende):</p>	<p>Ingen</p>

Indikatorer	Nævner	Tæller	Uoplyste forløb
	KLEF43, KLEF43A KLDC10, kombineret med DN81.6 KLCD10, kombineret med DN81.7 KLDC10, kombineret med DN81.7	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><b>19. Behandlingssucces for inkontinensoperation målt på PGI-I (Patient Global Impression of Improvement) skala</b></p> <p>Urininkontinens patientforløb hvor patienten har anført, at hun har fået det bedre efter operationen.</p> <p>Standard: <math>\geq 90\%</math> 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) i opgørelsesperioden:</p> <p>KKDG00, KKDG01, KKDG10, KKDG30, KKDG31, KKDG40, KKDG50, KKDG96, KKDG97, KKDV20, KKDV22, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96, 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.</p>

<p><b>20. Behandlingssucces for prolapsoperation målt på PGI-I (Patient Global Impression of Improvement) skala</b></p> <p>Prolaps patientforløb hvor patienten har anført, at hun har fået det bedre efter operationen.</p> <p>Standard: <math>\geq 90\%</math> af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: 80% af patienter, som har besvaret patientens efterundersøgelseskema, spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen.</p>	<p>Antal patientforløb, der har fået foretaget prolaps-kirurgi (én af nedenstående operationskoder) 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.</p>
--	--	---	---

## 11. Appendiks 5: 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/forskningsadgang>

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

### Artikler der udgår fra DugaBase

#### 2011

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

#### 2012

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.

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.

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

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.

Guldborg R. Clinical epidemiological studies of women undergoing surgery for urogynaecological disorders. Dan Med J 2015, 62(10): B5154

#### 2016

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.

Hansen UD, Gradel KO, Larsen, MD. Danish Urogynaecological Database. Clin Epidemiol, accepted for publication.

### **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.

### **Igangværende projekter**

Vibeke Weltz

Projektets titel: Peri-operative complications and patient reported outcomes after surgery for urinary incontinence or pelvic organ prolapse in obese women in Denmark

Projektets formål: 2 artikler baseret på DugaBase omhandlende BMI og outcome efter hhv. inkontinens og prolaps operationer i Danmark.

Projektets aktuelle status: Den første publikation er under udarbejdelse. Den anden er i analysefasen.

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

Ansøgnings-tidspunkt	Bevilget	Ansøger(e)	Instituti-on	E-mail	Titel	Rapporteret
<b>Oktober 2008</b>	Styregrup-pemøde 27/1 2009	Rikke Guld-berg	OUH	<a href="mailto:Rikke.Guldberg.Soerensen@rsyd.dk">Rik-ke.Guldberg.Soerensen@rsyd.dk</a>	Operation for urininkonti-nens og urogenital prolaps hos kvinder i Danmark – klinisk epidemiologiske studier med fokus på syge-fravær, medicinforbrug og påvirkning af livskvalitet	Guldberg R, Brostrøm S, Hansen JK, Kærlev L, Gradel KO, Nørgård BM, Kesmodel US. The Danish Urogynae-cological Database: establishment, completeness and validity. Int Urogynecol J 2013, 24(6), 983-990. Guldberg R, Kesmodel US, Hansen JK, Gradel KO, Brostrøm S, Kærlev L, Nørgaard BM. Patient reported out-come measures in women undergoing surgery for urinary incontinence and pelvic organ prolapse in Denmark, 2006-2011. Int Urogynecol J 2013, 24(7), 1127-1134. Guldberg R: Clinical epidemiological studies in women undergoing surgery for urogynae-cological disorders. PhD Thesis, Center of Clinical Epidemiology, Odense University Hospital, and Faculty of Health Sciences, University of Southern Denmark, 2013. Poster nr 905 ICS 2011
<b>Januar 2009</b>	Styregrup-pemøde 27/1 2009	Lasse Raaberg	Gråbrødre-klubben, Odense & Sønder-borg Syge-hus	<a href="mailto:raaberg@dadlnet.dk">raaberg@dadlnet.dk</a>	Symptomer og fund hos urogynækologiske patien-ter, der er henvist til og behandlet på, afd. D, OUH, i årene 2006 og 2007, baseret på registrering i DUGA Base.	Adspurgt d. 14.6.2016
<b>Marts 2010</b>	Styregrup-pemøde 15/3 2010	Marianne Ottesen Weincke	Hvidovre Hospital	<a href="mailto:marianne.8sen@dadlnet.dk">marianne.8sen@dadlnet.dk</a>	Effekten af KLEF03 +/- KLFE20 i forhold til inkonti-nens for urin	Adspurgt d. 14.6.2016
<b>Januar 2012</b>	Styregrup-pemøde 9/5 2012	Rikke Guld-berg Ulla Darling Hansen	OUH	<a href="mailto:Rikke.Guldberg.Soerensen@rsyd.dk">Rik-ke.Guldberg.Soerensen@rsyd.dk</a> <a href="mailto:Ulla.Darling.Hansen@rsyd.dk">Ul-la.Darling.Hansen@rsyd.dk</a>	Brug af implantater ved urogynækologiske operati-oner i Danmark – prolaps (udleveret okt. 2012)	Oral Poster, IUGA 2013 Abstract 128, Int Urogynecol J (2013) 24 (Suppl 1):S1–S152
<b>Januar 2012</b>	Styregrup-pemøde 9/5 2012	Rikke Guld-berg Ulla Darling Hansen	OUH	<a href="mailto:Rikke.Guldberg.Soerensen@rsyd.dk">Rik-ke.Guldberg.Soerensen@rsyd.dk</a> <a href="mailto:Ulla.Darling.Hansen@rsyd.dk">Ul-la.Darling.Hansen@rsyd.dk</a>	Brug af implantater ved urogynækologiske operati-oner i Danmark – urin-in-kontinens (udleveret aug. 2013)	NFOG kongres, juni 2014: Use of mid-urethral sling materials and bulking agents in female anti-incontinence surgeries in Den-mark, 2010-2011.

Appendiks 5

<b>Januar 2012</b>	Styregrup- pemøde 7/2 2012	Rikke Guld- berg	OUH	<a href="mailto:Rikke.Guldborg.Soerensen@rsyd.dk">Rik- ke.Guldborg.Soerensen@rs yd.dk</a>	Kirurgisk behandling af stress-inkontinens (Guidelinearbejde)	Oplysning brug til guideline arbejde
<b>Maj 2012</b>	Styregrup- pemøde 14/6 2012	Margrethe Foss Hansen	SDU/KU	<a href="mailto:mfoss@health.sdu.dk">mfoss@health.sdu.dk</a>	Regional variation i be- handlingskvalitet- kirurgisk behandling af urinkonti- nens hos kvinder	
<b>August 2013</b>	Styregrup- pemøde 2/9 2013	Chris Ma- her/Nir Haya/Rikke Guldborg	University of Queen- sland, Brisbane og OUH	Rikke.guldborg.soeren- sen@rsyd.dk	Worldwide urogynaecolog- ical surgery (Udtræk sept. 2013)	Haya N, Baessler K, Christmann-Schmid C, et al. 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- e755.e27. doi:10.1016/j.ajog.2015.02.017.
<b>September 2015</b>	September 2015	Rikke Guld- berg m.fl	OUH	<a href="mailto:Rikke.Guldborg.Soerensen@rsyd.dk">Rik- ke.Guldborg.Soerensen@rs yd.dk</a>	Peri-Operative complica- tions and patient reported outcomes after surgery for urinary incontinence or pelvic organ prolapse in obese women in Denmark	
<b>November 2015</b>	December 2015	Cecilie Krog- strup	Gynækolo- gisk Obste- trisk Afde- ling Herlev & Gentofte Hospital	caeci- lie.krogsgaard.tolstrup@re- gionh.dk	"Manchesteroperation versus vaginal hysterecto- mi i behandlingen af ute- rusprolaps".	Adspurgt d. 14.6.2016

## Lasse Raaberg

**Projektets titel:** *Symptomer og fund hos patienter henvist med urogynækologiske problemstillinger.*

**Projektets formål:** At undersøge sammenhæng mellem symptomer og objektive fund på baggrund af den udvidede udgave af DUGA base.

**Projektets aktuelle status:** Er under statistisk bearbejdning

**Publikationer på baggrund af projektet (abstracts, artikler, rapporter osv.):**

2011, ICS, Women with genital prolaps present a broad spectrum of symptoms from all organs in the pelvis

## Rikke Guldborg

**Projektets titel:** Brug af implantater ved urogynækologiske operationer i Danmark

**Projektets formål:** 2 kandidatspecialer udgående fra Syddansk Universitet

**Projektets aktuelle status:** Begge kandidatspecialer er afsluttet.

**Publikationer på baggrund af projektet (abstracts, artikler, rapporter osv.):**

Data er præsenteret:

2013 ved Arvid Gullstrand: Dansk Urogynækologisk årsmøde, Herlev: Implantater ved operation for genital prolaps i Danmark, 2010-2011

2013 ved Ulla Darling Hansen: IUGA kongres, Dublin: POP surgery in Denmark 2010-2011 with focus on the use of implants and recurrent surgery

2014 Ved Lisbeth Drejer: Dansk Urogynækologisk årsmøde, Skejby: Procedure- og materialevalg ved urininkontinens operationer i Danmark, 2010-2011

2014 ved Lisbeth Drejer: NFOG kongres, juni 2014: Use of mid-urethral sling materials and bulking agents in female anti-incontinence surgeries in Denmark, 2010-2011

## Margrethe Foss Hansen

**Projektets titel:** *Regional variation i behandlingskvalitet- kirurgisk behandling af kvinder med urininkontinens*

**Projektets formål:** Det overordnede formål er at identificere strukturelle, organisatoriske og patientrelaterede faktorer, der er associeret med variation i behandlingskvalitet.

Studiet har følgende 3 formål: 1. At beskrive at regional variation inden for den kirurgiske behandling af urininkontinenskirurgi 2007-2011.: 2 En 5 års opfølgning på reoperation for urininkontinens i Danmark 1998-2007. 3: Beskrivelse af behandling efter fejlslagen midurethral slyngkirurgi 1998-2007.

**Projektets aktuelle status:**

DugaBase er koblet med øvrige registre og datanalyse er færdiggjort . Behandlingskvaliteten udgøres subjektivt ud fra ICIQ-SF i DugaBase samt objektivt ud fra hospitalskontakter (Landspatientregistret) og komplikationer som er indhentet ved journalgennemgang i DK ved forskningsårs-studerende .Strukturelt måles der på afdelingsvolumen og kirurgvolumen.

**Publikationer på baggrund af projektet (abstracts, artikler, rapporter osv.):**

2012 Åben Forskerdag for Region Syddanmark, Fredericia: Regional variation i behandlingskvalitet. Kirurgisk behandling af urininkontinens hos kvinder

2014 Dansk Urogynækologisk årsmøde, Skejby: Forandringer inden for den kirurgiske behandling af urininkontinens.

2014 Dansk Urogynækologisk kursusdag, Odense: Recidiv efter kirurgisk behandling af urininkontinens.

2015 NUGA, Stockholm "Recurrence after midurethral slings-what do we do?"

2015 Åben Forskerdag for Region Syddanmark, Fredericia: Reoperation for urinary incontinence- a nationwide cohort study, 1998-2007.

2015 ICS, Montreal, Canada, oktober 2015, mundtlig præsentation (Interview til "Urology News")

2015 Dansk Urogynækologisk Årsmøde, Præsentation af Reoperation for urinary incontinence+ Repeat surgery after failed midurethral sling

Dugs pris for bedste frie foredrag.

Reoperation for urinary incontinence: a nationwide cohort study, 1998-2007.

Foss Hansen M<sup>1</sup>, Lose G<sup>2</sup>, Kesmodel US<sup>2</sup>, Gradel KO<sup>3</sup> Am J Obstet Gynecol. 2016 Feb;214(2):263.e1-8. doi: 10.1016/j.ajog.2015.08.069.Epub 2015 Sep



Repeat surgery after failed midurethral slings: a nationwide cohort study, 1998-2007.  
Hansen MF, Lose G, Kesmodel US, Gradel KO. Int Urogynecol J. 2015 Dec 28. [Epub ahead of print]

A national population-based cohort study of urethral injection therapy for female and mixed urinary incontinence -The Danish Urogynaecological Database, 2007-2011. Hansen MF, Lose G, Kesmodel US, Gradel KO. (Manuskript)

## **Hrefna Bóel Sigurðardóttir**

Forskningsårs-studerende, Herlev Hospital.

### **Projektets titel:**

Status på komplikationer ved urininkontinenskirurgi i årene 2007-2011 i Danmark.

### **Projektets formål:**

Formålet med projektet var at opgøre komplikationer til urininkontinens kirurgi i Danmark over en fem årig periode ifølge Clavien-Dindo-Standard Klassifikationens System- en skala der bygger på i hvor høj en grad en komplikation kræver behandlingsmæssig indgriben.

### **Projektets aktuelle status:**

Fra efteråret 2014 til foråret 2015 blev gennemgået i alt 495 journaler fra 22 urogynækologiske afdelinger i Danmark. Et journalskema var udgangspunktet for den standardiserede journalgennemgang.indeholdende- bla., patientforhold, præoperativ udredning, diagnoser og procedurer, samt komplikationer (perioperative, kort – og langtidskomplikationer)i relation til operationen. Dataanalyse er afsluttet.

### **Fremtidigt:**

A nationwide cohort study on surgical complications to urinary incontinence 2007-2011(Manuskript).

## 12. Appendiks 6: Vejledning i fortolkning af resultater

De følgende vejledninger vedrører afsnittet "3. 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:

- "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 4: Indikatordefinitioner")
- Kolonnen "Uoplyst Antal (%)" angiver procentdelen af potentielle nævnerforløb, som er ekskluderet (i henhold til kriterier som vist i Appendiks 4: Indikatordefinitioner"). Den er komplementær til kompletheden, således at 100 minus komplethed er lig uoplyste i procent. Kompletheden 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 (forestplots)**

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

**Figurer med resultater for indikatorer, per afdeling (forestplots)**

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. Figurerne 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 <sup>a</sup>	En målbar variabel som anvendes til at overvåge og evaluere kvalitet
Kvalitet <sup>a</sup>	evne til (ud fra specificerede eller underforståede forventninger) at skabe det ønskede resultat for patienten
Standard <sup>a</sup>	Et mål, der anvendes til en forholdsmæssig 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/dk/>, klik på "Publikationer", "Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner & Metodehåndbog i Kvalitetsudvikling" og nederst på siden på "Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner & Metodehåndbog i Kvalitetsudvikling", hvorved pdf-filen uploades. Accessed 23. maj 2016).

## 13. Appendiks 7: Regionale kommentarer

### Kompetencecenter Syd for Epidemiologi og Biostatistik:

Resultater og kommentarer i afsnittet "Regionale kommentarer" er udenfor regi af Kompetencecenter Syd for Epidemiologi og Biostatistik, som dermed ikke indestår for validiteten.

#### Aarhus Universitetshospital

##### Dækningsgrad:

På Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital har vi haft stort fokus på at indberette de efterspurgte data til DugaBasen. Vi har opnået en dækningsgrad for prolapsoperationer på 98,5 %. For inkontinensoperationer har Aarhus Universitetshospital en dækningsgrad på 87,5 % og opfylder derfor ikke kravet. Dette skyldes formentlig, at Urinvejskirurgisk afdeling, som udfører et antal af inkontinensoperationerne, har en anden indberetningspraksis, idet Afdeling for Kvindesygdomme har samme procedure for indberetning af patienter i de to kategorier.

##### Indikator 15 og 17:

Aarhus Universitetshospital opfylder ikke standarden for indikator 15 og 17 vedrørende recidiv henh.v. 2 og 5 år efter operation i midterste kompartment og bageste kompartment.

Vi har udført datagennemgang af de involverede forløb og fundet, at patienterne med recidiv forud for indexoperationen havde gennemgået én eller flere prolaps-operationer. De vil derfor forventeligt have en større risiko for recidiv end patienter, som gennemgår en primær prolaps-operation. Således er der for operationer for cystocele en succesrate på 71 % efter primær operation, mens succesraten efter recidivoperation kun er 43 % (Peterson TV 2010).

På Aarhus Universitetshospital er der sket en centralisering af patienter med recidiv efter tidligere prolaps-operationer, mens primær prolaps patienter opereres på regionens øvrige afdelinger. Vi må derfor forventeligt have en højere recidivrate end afdelinger med primære prolaps-operationer. Som tidligere må vi anføre, at det kan være svært at sammenligne operationsresultater mellem afdelinger, idet specialeplanen og regional organisering af urogynækologien har betydet, at patientpopulationen på de enkelte afdelinger er forskellig og ikke kan sammenlignes.

I tillæg hertil kan der mellem landets afdelinger være en forskellig holdning til, hvorvidt der kan tilbydes yderligere operativ behandling til patienter med recidiv. I DugaBasen registreres patienter kun som havende recidiv, såfremt tilbudt og udført fornyet operation efter henh.v. 2 og 5 år. Hvis de derimod behandles konservativt, vil de ikke registreres som havende recidiv, idet de ikke får et DugaBase forløb og dermed registreres.

##### Indikator 19 og 20:

Aarhus Universitetshospital har på de to indikatorer uoplyste forløb på hhv. 51 % og 44 %. Dette skyldes, at kontrol efter operation foretages telefonisk efter 3 eller 6 måneder - kun patienter med problemer ses til klinisk kontrol. Flere patienter træffes ikke pr telefon, og vi får derfor ikke opfølgning efter operation. Patienter, der ikke træffes til telefonisk kontrol, og som er tilfredse med resultatet antages overvejende ikke selv at tage initiativ til at kontakte afdelingen for at fortælle om det gode resultat. Derimod forventes patienter med suboptimalt resultat eller følgevirkninger, som kan relateres til operationen, i større grad selv at tage kontakt til afdelingen. Ofte vil denne gruppe patienter have taget kontakt inden 3 eller 6 måneders telefonisk kontrol og i databasen blive registreret med data fra samtale og undersøgelse. På denne baggrund må man formode, at afdelingen får data med en overrepræsentation af ikke tilfredse patienter. I andre afdelinger kontrolleres alle – også de tilfredse. For at kunne sammenligne tallene må man have samme regime i hele landet.

Vi arbejder på en elektronisk løsning, hvor patienter kan besvare DugaBasens efterkontrol-skema elektronisk via den elektroniske patientjournal. Dette vil forhåbentligt give mulighed for at opnå en langt højere svarprocent og dermed valide data til belysning af patienttilfredsheden.

### **Hospitalsenheden Midt**

#### Indikator 1: Ventetid

HE Midt opretter DUGA-base den dag vi beslutter os for operation. Vi har da fra henvisningstidspunkt set patient til udredning, sat behandling igang efter minimal care principper. En hel del patienter bliver velbehandlet på dette. Kun de der ikke får effekt af minimal care, går videre til operation, og får oprettet DUGA-base. Vi har derfor valgt at det ikke var relevant at registrere henvisningstiden, men jeg kan se at vi er eneste afdeling der ikke registrerer henvisning. Vi vil derfor finde ud af, om de øvrige afdelinger registrerer ensartet, og efterfølgende får vi også registreret henvisningstid.

#### Indikator 2:

Mistanke om at der tale om en fejlregistrering mere end den korrekte recidive frekvens.

Vi vil opfordre til at man udvider DUGA-skemaet så det kan differentieres mellem stress-/ urge- eller bland-inkontinens.

Således at en persisterende urge inkontinens efter en stress inkontinensoperation ikke klassificeres som recidiv.

#### Indikator 13

##### Mistanke om fejlregistrering

patienten er eksempelvis opereret for prolaps i en kompartment , efterfølgende subjektiv symptomer på prolaps . Ved objektive undersøgelse viser det sig at det er tale om prolaps i et af de andre kompartments.

**Henvendelse fra Kolding sygehus:**

I henhold til specialeplan har vi ingen inkontinensoperationer (slyngeoperationer) udført siden 2012.

Trods dette burde tallene for årene 2007-2011 være opført i de grafiske fremstillinger om resultaterne vedrørende inkontinensoperationerne i Appendix 1.

Det er dog kun på side 73 i grafen om Indikator 12: Recidivoperation (5år) efter slungeoperation for inkontinens, hvor vores data er anført.

På side 64: Trendfigurer for Indikator 3, Urininkontinens- Subjektiv patientbedømmelse af succes efter operation for urininkontinens mangler vores data.