

Årsrapport for DUGABASE (Dansk Urogynækologisk Database)

1. april 2006 - 31. marts 2007



December 2007

Indholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| Forord | 3 |
| Baggrund | 4 |
| Organisation..... | 4 |
| Styregruppe..... | 4 |
| Årsrapportens tilblivelse..... | 5 |
| Dataindsamling | 5 |
| Datagrundlag | 5 |
| Indikatorer | 6 |
| Afdelingsvis dækning | 11 |
| Patient dækning..... | 11 |
| Komplethed af variable | 11 |
| Status og resultater | 12 |
| Indberettede patientforløb | 12 |
| Indrappede operative indgreb | 15 |
| Resultater for symptomscore før og efter operation | 16 |
| Afrapportering af indikatorer | 17 |
| Konklusioner og anbefalinger | 28 |
| Dækningsgrad..... | 28 |
| Valg af operationstyper | 28 |
| Opfyldte og ikke-opfyldte standarder..... | 28 |
| Kompetencecenterets påtegnelse | 28 |

Forord

Hermed foreligger den første årsrapport fra DUGABASE, som gik i drift i april 2006.

Urogynækologien omfatter urininkontinens og nedsynkning af underlivet hos kvinder, herudover er det blevet tiltagende almindeligt, at urogynækologer også står for anden rekonstruktiv kirurgi, så som følger efter fødselslæsioner og ekstensiv cancerkirurgi.

Urogynækologien er kendetegnet ved, at lidelserne ikke er livstruende, men betyder invaliderende forringelser af patienternes livskvalitet. Pga. lidelsernes karakter medfører de social isolation, indskrænket aktivitetsniveau og forringet sexliv.

Lidelserne er hyppige. I alt 16% af kvinder mellem 40 og 60 år er inkontinente for urin, herefter stiger prævalensen med stigende alder. Livsprævalensen for genital prolaps angives i epidemiologisk studier til mellem 31 og 91 %.

Der findes få beregninger over ressourceforbruget til behandlinger af patienter indenfor databasens område, men pga. det store patientantal er de økonomiske konsekvenser af terapivalg store. De danske udgifter til urininkontinens anslås af Overlæge, Ph.D Lars Alling Møller og Professor, dr. med. Gunnar Lose til ca. 100 mill. Kr. årligt. Udgifterne til operation for genital prolaps kan estimeres til ca 50 mill. DRG kroner.

På baggrund af nogle uheldige erfaringer med indførelse af nye operationsmetoder for urininkontinens tog Dansk Urogynækologisk Arbejdsgruppe (DUGA) i midten af 90'erne de første initiativer til at registrere kvaliteten af den kirurgiske aktivitet på området. Der er over en årrække arbejdet videre med dette, og resultatet er blevet DUGABASE.

DUGABASE omfatter urogynækologiske operationer, som beskrevet ovenfor.

Udredning og behandling af urogynækologiske lidelser er standardiseret og beskrevet i tre rapporter dels to Hindsgavl-rapporter om hhv. genital prolaps og om urininkontinens udarbejdet under Dansk Selskab for Gynækologi og Obstetrik (DSOG). De kan alle findes på linket: WWW.DSOG.DK, og dels i en klaringsrapport udarbejdet af Dansk Selskab for almen medicin, DSOG, Dansk Urologisk selskab og Dansk Neurologisk Selskab (findes på linket: WWW.DSAM.DK).

International Continence Society (ICS) har været meget aktiv indenfor standardisering af udredning og behandling af såvel urininkontinens som genital prolaps. Specielt vedrørende den patientrapporterede kvalitet har ICS gjort et stort arbejde med at udvikle validerede spørgeskemaer.

Valget af kvalitetsmål har været genstand for megen diskussion. Specielt vedrørende patienternes symptomer (og bedring i samme) har vi satset på anvendelse af validerede spørgeskemaer. Dels har vi anvendt eksisterende danske og dels implementeret ICS's internationalt anerkendte spørgeskemaer, hvor disse er oversat til dansk. I den takt disse internationalt anerkendte spørgeskemaer oversættes til dansk vil de blive taget i anvendelse.

DUGABASE har kørt i en stor testversion på Gynækologisk Afdeling i Odense. På baggrund af de indhøstede erfaring blev der udarbejdet en ny version, som er forbedret

teknisk på en lang række områder, og som ligeledes blev reduceret i omfang på baggrund af diskussioner i styregruppen. Den blev lanceret nationalt i april 2006.

Indførelse af en klinisk, forløbsorienteret database stiller betydelige krav til organiseringen af udsendelse og indhentelse af patientspørgeskemaer, lægeskemaer og operationsskemaer. Selvom DUGABASE er internetbaseret, og undersøgelses resultater og konklusioner kan indtastes direkte, har vi erfaret, at der mange steder (endnu) ikke er internetadgang på operations- og undersøgelsesstuer.

I opstartsfasen har kodepraksis været meget forskellig. Nogle afdelinger opretter alle forløb fra starten og nogle indberetter først, når alle oplysninger foreligger ved forløbets slutning. De valgte løsninger har i høj grad været afhængige af ressourcer, bl.a. sekretær bistand.

DUGABASE er i udgangspunktet en klinisk kvalitetsdatabase, men med kommende meget store datamængde er der også basis for en betydelig forskningsaktivitet.

Baggrund

Organisation

DUGABASE blev initieret af den daværende arbejdsgruppe under DSOG: Dansk Urogynækologisk Arbejdsgruppe (DUGA). Arbejdsgruppen bestod af gynækologer fra universitetshospitaler samt en eller flere repræsentanter fra hvert amt. Siden er DUGA nedlagt og i stedet er oprettet Dansk Urogynækologiske Selskab (DUGS). DUGS medlemmer tæller udover gynækologer også urologer, sygeplejersker og fysioterapeuter. DUGS har fortsat formel tilknytning til DSOG. DUGABASE drives i dag af en styregruppe nedsat af DUGS.

Styregruppen for DUGABASEN er etableret med følgende repræsentation: repræsentant, udpeget af DUGS, repræsentanter fra det Nationale Kompetencecenter for Kliniske Databaser (Syd) og fra den ansvarlige offentlige myndighed (Region Syd).

Driften af databasen finansieres gennem en bevilling fra Danske Regioner, Sygehusejernes Fællespulje for Kliniske Databaser.

Styregruppe

DUGA-styregruppen består af:

Formand for DUGS, Professor, overlæge, dr.med. Gunnar Lose, KAS Glostrup
Overlæge, Ph.D, Pia Sander, KAS Glostrup
Overlæge Jens Prien Larsen, Nykøbing Falster Sygehus.
Overlæge, Ph.D, Karl Møller Bek, Skejby Sygehus.
Overlæge, Ph.D, Marianne Ottesen, Hvidovre Hospital.
Projektleder og formand for styregruppen, Overlæge, Ph.D, Lasse Raaberg, OUH.
Informatikkonsulent Niels Pedersen, Kompetencecenter Syd,
Overlæge, Epidemiolog, Ph.D, Bente Nørgård, Kompetencecenter Syd
Afdelingsleder Lisbeth Rasmussen, Sundhedsstaben, Repræsentant fra Region Syddanmark.
Sekretær Lone Skrøder, DUGABASE sekretariatet, OUH.

Årsrapportens tilblivelse

I 2006 og 2007 er der afholdt i alt 7 møder i styregruppen i forbindelse med databasen og udarbejdelse af årsrapporten; herudover både telefonmøder og kontinuerlige diskussioner pr. e-mail.

Analyser og tabeller er udført af Langtved data A/S i samarbejde med Lasse Raaberg og overlæge, Ph.D. Bente Nørgård (Kompetencecenter Syd).

Dataindsamling

Datagrundlag

Patienterne oprettes i databasen ved modtagelse af henvisning, og der udfyldes dataskema og/eller indtastes on-line svarende til startundersøgelse, 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 vil blive replikeret løbende til server på Odense Universitetshospital. Databasen på denne server varetages af Tele Data afdelingen, OUH og Langtved Data A/S.

Et DUGABASE forløb er ethvert operativt urogynækologisk forløb. Det bestående af 4 delelementer:

- T0 Henvisningsoplysninger
- T1 Udredningsoplysninger
- T2 Operationsoplysninger og
- T3 Kontroloplysninger

Fig 1: Skematisk fremstilling af indrapportering af et DUGA forløb



Henvisningsoplysningerne T0 omfatter henvisningsdiagnose, personoplysninger og administrative oplysninger om datoer etc.

Udredningsoplysningerne T1 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 T2 dækker dels operationskoder, Operationstekniske oplysninger og oplysninger om peroperative komplikationer.

Kontroloplysninger T3 er i alt væsentlig en gentagelse af T1, som man sammenligner med for at undersøge en evt. fremgang i patientens tilstand. Herudover registreres eventuelle komplikationer og bivirkninger i den mellemliggende periode.

Indikatorer

| Indikatorer | Nævner | Tæller | Ekskluderede forløb |
|---|---|---|--|
| <p>1. Patientforløb</p> <p>Tid fra modtagelse af henvisningen på sygehuset til første speciallægekontakt med undersøgelse, bør være mindre end 2 måneder.</p> <p>Standard: $\geq 90\%$ 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 lægeundersøgelse. ja/nej</p> | <p>Samlet antal patientforløb med operationsdato indenfor opgørelsesperioden, og samtidig skal der findes henvisningsdato og dato for første lægeundersøgelse. Første undersøgelsesdato skal ligge efter henvisningsdato og operationsdato skal ligger 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 2 måneder (≤ 60 dage) mellem dato for henvisning og første lægeundersøgelse</p> | <p>Forløb med mangelfuld registrering af operationsdato, henvisningsdato eller dato for første lægeundersøgelse.</p> <p>Forløb hvor undersøgelsesdato ligger før henvisningsdato og/eller hvor operationsdato ligger før forundersøgelsesdato.</p> |
| <p>Inkontinens-indikatorer</p> | | | |
| <p>2. 24 timers blevejningstest/succes efter operation</p> <p>Helbredelsesgraden efter operation for inkontinens – bedømt ved blevejningstest, som bør være $< 7g/24$ timer.</p> <p>Standard: $\geq 80\%$ af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: For mindst 80% af forløbene med relevant operationskode, og hvor der er indleveret skema for lægens efterundersøgelse skal ble vejningsvariablen være udfyldt. ja/nej</p> | <p>Antal patientforløb, der har fået foretaget inkontinenskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i opgørelsesperioden, og som har en eller anden registrering i blevejningsvariablen fra skemaet 'lægens efterundersøgelse'</p> <p>Kirurgikoder: KKDG00, KKDG01, KKDG10, KKDG30, KKDG31, KKDG40, KKDG50, KKDG96, KKDG97, KKDV20, KKDV22, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96 Felt: variabel for ble vejning findes i lægens efterundersøgelseskema</p> | <p>Patientforløb hvor blevejning viser $< 7g/24$ timer</p> | <p>Manglende udfyldelse af ble vejningsvariablen i skemaet 'lægens efter undersøgelse' for de med relevant udført kirurgi.</p> |

| | | | |
|--|---|---|--|
| <p>3. Subjektiv patient bedømmelse af succes</p> <p>Subjektiv patient bedømmelse af succes efter operation for urininkontinens.</p> <p>Standard: $\geq 70\%$ af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: For mindst 80% af forløbene med relevant operationskode, og hvor der er indleveret skema for patientens efterundersøgelse skal rubrikken A (urininkontinens) være udfyldt. ja/nej</p> | <p>Antal patientforløb, der har fået foretaget inkontinenskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i opgørelsesperioden, og hvor der findes en eller anden afkrydsning i rubrikken A (Hvor ofte oplever du urininkontinens?)</p> <p>Felt: Rubrikken (A) findes i patientens efterundersøgelsesskema.</p> <p>Kirurgikoder: KKDG00, KKDG01, KKDG10, KKDG30, KKDG31, KKDG40, KKDG50, KKDG96, KKDG97, KKDV20, KKDV22, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96</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 feltet A (Hvor ofte oplever du urininkontinens?).</p> | <p>Patientforløb med manglende udfyldelse af rubrik A i patientens efterundersøgelsesskema for de med relevant udført kirurgi.</p> |
| <p>4. Obstruktion efter kirurgisk behandling</p> <p>Grad af obstruktion efter kirurgisk intervention for urininkontinens, bedømt ved mængden af residualurin, bør være <50 ml.</p> <p>Standard: $\geq 90\%$ af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: For mindst 80% af forløbene med relevant operationskode, og hvor der er indleveret skema for lægens efterundersøgelse skal residual urin variabelen være udfyldt. ja/nej</p> | <p>Antal patientforløb, der har fået foretaget inkontinenskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i opgørelsesperioden, og hvor der findes en eller anden afkrydsning i variabelen 'residualurin' fra skemaet 'lægens efterundersøgelse'</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende): KKDG00, KKDG01, KKDG10, KKDG30, KKDG31, KKDG40, KKDG50, KKDG96, KKDG97, KKDV20, KKDV22, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96</p> <p>Felt: variabel for residualurin findes i lægens efterundersøgelsesskema</p> | <p>Antal patientforløb med < 50 ml residualurin ved efterundersøgelsen</p> | <p>Manglende udfyldelse af residualurinvariabelen i skemaet 'lægens efterundersøgelse' for de med relevant udført kirurgi.</p> |

| Prolaps indikatorer | | | |
|---|--|--|---|
| <p>5. Udført POPQ-måling ved prolaps</p> <p>Udførelse af POPQ-måling bør foretages ved ethvert patientforløb med prolaps, og både før og efter kirurgisk intervention.</p> <p>Standard: $\geq 80\%$ af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering (POPQ-måling før og efter operation): Angivet ved indikatorværdien.</p> | <p>Antal patientforløb, hvor der er foretaget kirurgi for prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder), og hvor der samtidig er indleveret lægeskema svarende til både for- og efterundersøgelse.</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende): KLEE10, KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF03, KLEF03A, KLEF10, KLEF13, KLEF23, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLEF60, KLEF63, KLEF64, KLEF96, KLEF97.</p> | <p>Antal patientforløb, hvor der findes en registrering i 'POPQ-måling' både før og efter kirurgisk behandling</p> <p>Felt: Variabel for POPQ måling findes i lægeskema for for- og efterundersøgelse</p> | <p>Manglende indlevering af både lægeskemaer for for- og efterundersøgelse.</p> <p>Forløb hvor POPQ-måling ikke er udført både før og efter kirurgisk behandling.</p> |
| <p>6. Objektiv score hos patienter opereret for prolaps</p> <p>Objektiv mål for succes efter operation for prolaps vurderet ved prolapsgrad, målet er prolapsgrad \leq grad 1.</p> <p>Standard: $\geq 90\%$ af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: For mindst 80% af forløbene med relevant operationskode, og hvor der er indleveret skema for lægens efterundersøgelse skal en af variablerne i POPQ-GRADSBEREGNINGEN eller POPQ-GRADSVURDERINGEN være udfyldt.</p> | <p>Antal patientforløb, hvor der er foretaget kirurgi for prolaps (én af nedenstående operationskoder), og hvor der samtidig er en eller anden form for registrering om 'prolapsgrad'.</p> <p>Felt: variabel for prolapsgrad findes i lægeskema for efterundersøgelse</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende):</p> <p>KLEE10, KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF03, KLEF03A, KLEF10, KLEF13, KLEF23, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLEF60, KLEF63, KLEF64, KLEF96, KLEF97.</p> | <p>Antal patientforløb med postoperativ objektiv vurdering af prolapsgrad, dvs. registrering af samlet score (i forh. hymenal plan), grad ≤ 1.</p> <p>Hvis der findes en POPQ-GRADSBEREGNING anvendes denne ellers anvendes POPQ-GRADSVURDERING.</p> | <p>Manglende udfyldelse af variabelen prolapsgrad i skemaet 'lægens efterundersøgelse' for de med relevant udført kirurgi.</p> |

| | | | |
|---|---|---|---|
| <p>7. Subjektiv patientbedømmelse af prolapsoperation</p> <p>Patienttilfredshed efter operation for prolaps – der bør ikke være nedglidningssymptomer efter operation.</p> <p>Standard: $\geq 80\%$ af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: For mindst 80% af forløbene med relevant operationskode, og hvor der er indleveret skema for patientens efterundersøgelse skal rubrikken A (nedsynkningssymptomer) være udfyldt. ja/nej</p> | <p>Antal patientforløb, hvor der er foretaget kirurgi for prolaps (én af nedenstående operationskoder), og hvor der samtidig er en eller anden form for registrering i rubrikken A (Har du fornemmelse af noget, der glider ud af skedeåbningen, eller kan du mærke en bule udenfor skeden?)</p> <p>Felt: Rubrikken (A) findes i patientens efterundersøgelsesskema.</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende): KLEE10, KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF03, KLEF03A, KLEF10, KLEF13, KLEF23, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLEF60, KLEF63, KLEF64, KLEF96, KLEF97.</p> | <p>Antal patientforløb, som i spørgeskemaet for efterundersøgelse har registreret 'Nej (værdi 0)' i rubrikken A (Har du fornemmelse af noget, der glider ud af skedeåbningen, eller kan du mærke en bule udenfor skeden?)</p> | <p>Patientforløb med manglende udfyldelse af rubrik A i patientens efterundersøgelsesskema for de med relevant udført kirurgi.</p> |
| <p>8. Re-operation for prolaps</p> <p>Ikke relevant i indeværende periode, idet patienterne ikke endnu kan følges i mindst 1 år efter primær operation.</p> | | | |
| <p>Samlet klinisk vurdering af behandlingsbehov efter operation</p> | | | |
| <p>9. Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for inkontinens</p> <p>Efter inkontinensoperation bør der ikke være et stort eller lille fortsat behandlingsbehov.</p> | <p>Antal patientforløb, der har fået foretaget inkontinenskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i opgørelsesperioden, og hvor der er en eller anden registrering i variabelen 'behandlingsbehov (klinisk konklusion) svarende til urininkontinens'</p> <p>Felt: variabel for</p> | <p>Antal patientforløb hvor der er registreret et stort eller lille behandlingsbehov ved kontrolbesøg efter operativt indgreb</p> | <p>Patientforløb med manglende udfyldelse af i variabelen 'behandlingsbehov (klinisk konklusion) svarende til urininkontinens' hos patienter med relevant udført kirurgi.</p> |

| | | | |
|---|---|---|---|
| <p>Standard: ≤ 10% af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: For mindst 80% af forløbene med relevant operationskode, og hvor der er indleveret skema for lægens efterundersøgelse skal variabelen 'behandlingsbehov (klinisk konklusion) svarende til urininkontinens' være udfyldt.</p> | <p>'behandlingsbehov (klinisk konklusion) svarende til urininkontinens' findes i lægeskema for efterundersøgelse.</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende): KKDG00, KKDG01, KKDG10, KKDG30, KKDG31, KKDG40, KKDG50, KKDG96, KKDG97, KKDV20, KKDV22, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96</p> | | |
| <p>10. Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps</p> <p>Efter prolapsoperation bør der ikke være et stort eller lille fortsat behandlingsbehov.</p> <p>Standard: ≤ 10% af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: For mindst 80% af forløbene med relevant operationskode, og hvor der er indleveret skema for lægens efterundersøgelse skal variabelen 'behandlingsbehov (klinisk konklusion) svarende til nedsynkning' være udfyldt. ja/nej</p> | <p>Antal patientforløb, hvor der er foretaget kirurgi for prolaps (én af nedenstående operationskoder), og hvor der er en eller anden registrering i variabelen 'behandlingsbehov (klinisk konklusion) svarende til nedsynkning'.</p> <p>Felt: variabel for 'behandlingsbehov (klinisk konklusion) svarende til nedsynkning' findes i lægeskema for efterundersøgelse.</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende): KLEE10, KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF03, KLEF03A, KLEF10, KLEF13, KLEF23, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLEF60, KLEF63, KLEF64, KLEF96, KLEF97.</p> | <p>Antal patientforløb hvor der er registreret et stort eller lille behandlingsbehov ved kontrolbesøg efter operativt indgreb</p> | <p>Patientforløb med manglende udfyldelse af i variabelen 'behandlingsbehov (klinisk konklusion) svarende til nedsynkning' hos patienter med relevant udført kirurgi.</p> |

Afdelingsvis dækning

Der blev initialt identificeret 27 afdelinger, der lavede urogynækologiske operationer. Disse afdelinger har alle givet tilsagn om at indberette til databasen (100%).

I alt 23 ud af de 27 afdelinger har allerede inddateret sv.t. 85%. Herudover er de øvrige afd. på vej med inddatering.

Inddateringen kan være forskudt tidsmæssigt i forhold til patientforløbet, idet nogle afdelinger har valgt først at inddatere patienterne, når forløbene er afsluttede, dvs. at det reelt aktive antal afdelinger er større end det antal, der har inddateret. Der kan gå fra ½ til ¾ år fra patienten er henvist, til patienten er opereret og kontrolleret samt inddateret.

Patient dækning

Da der foretages ca. 3500 prolapsoperationer årligt og ca. 1100 inkontinens operationer årligt skulle total antallet af indberetninger til databasen ligge på 4600. Da der i første drifts år allerede er indberettet 3315 patienter sv.t. 71% for hele perioden inkl. en langsom opstartsperioden må dækningsprocenten i dag antages at være over 80%. Der er naturligvis nogle ubekendte i dette estimat: Det er usikkert om alle de patienter, der er oprettet opereres, men på den anden side, er der en del operationer der endnu ikke er inddateret.

Komplethed af variable

Komplethedsgraden af dataindberetning på nøglevariable er på 80% eller derover for indikatorerne 1,6,9 og 10.

Datakomplethed for samtlige indikatorvariable er 63,27%. Det lave niveau kan til dels forklares ved, at indberetning på variable som bletest, POPQ og residualurin bestemmelse er specielt mangelfulde, da disse ikke anvendes af alle afdelinger.

Status og resultater

Indberettede patientforløb

Tabel 1. Indberettede patientforløb for databasen i perioden 1. april 2006- 02.08.2007

| Hospital | Admdata | Forundersøgelse | Operation | Efterundersøgelse |
|----------------------------------|---------|-----------------|-----------|-------------------|
| Esbjerg Centralsygehus | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Frederiksberg Hospital | 1 | 1 | 1 | 0 |
| Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen | 6 | 5 | 3 | 2 |
| Haderslev Sygehus | 5 | 4 | 4 | 1 |
| Herning Sygehus | 113 | 59 | 8 | 1 |
| Horsens Sygehus | 20 | 12 | 5 | 3 |
| Hvidovre Hospital | 656 | 522 | 266 | 155 |
| Kbh. Amts Sygehus i Gentofte | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Kbh. Amts Sygehus i Glostrup | 828 | 197 | 173 | 69 |
| Kbh. Amts Sygehus i Herlev | 16 | 16 | 15 | 0 |
| Kolding Sygehus | 98 | 39 | 18 | 5 |
| Nykøbing F/Næstved | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Odense Universitetshospital | 1014 | 458 | 321 | 128 |
| Randers Centralsygehus | 29 | 5 | 0 | 0 |
| Rigshospitalet | 28 | 23 | 21 | 3 |
| Roskilde Amts Sygehus, Roskilde | 118 | 84 | 25 | 1 |
| Skejby Sygehus | 330 | 90 | 7 | 4 |
| Sygehus Fyn | 19 | 0 | 0 | 0 |
| Sygehus Viborg | 26 | 8 | 19 | 1 |
| Aalborg Sygehus | 4 | 4 | 0 | 0 |
| Total | 3315 | 1528 | 888 | 374 |

Tabellen viser den tidsmæssige udvikling fra henvisning over forundersøgelse til operation og endelig efterundersøgelse. Der ses, at der er mange oprettede forløb, som endnu ikke er kommet til afslutningstidspunktet.

Samtidig gøres opmærksom på, at tabellen dækker en anden periode end perioden for årsrapporten. Der var pr. 2/8-2007 i alt 20 afdelinger (jævnfør tabellen), der havde inddateret. Der er nu yderligere tre afdelinger, der har inddateret.

Tabel 2. Alder på henvisningstidspunktet – både for opererede og ikke-opererede patienter – omfattende patienter med henvisningsdato indenfor perioden 1. april 2006 - 31. marts 2007.

| | Mean (min-max) |
|---|----------------|
| Alder ved henvisningstidspunkt | 58 (14-104) |
| Alder ved henvisningstidspunkt for de prolapsopererede patienter (se koderne for indikator specifikationer) | 61 (23-92) |
| Alder ved henvisningstidspunkt for de inkontinensopererede patienter (se koderne for indikator specifikationer) | 54 (17-96) |

Tabellen viser at gennemsnitsalderen på henvisningstidspunktet ligger på 61 år for prolaps opererede patienter og på 54 år for inkontinens opererede. Der ses en aldersmæssig megen stor spredning.

Tabel 3. Symptomer hos patienter med henvisningsdato indenfor perioden 1. april 2006 - 31. marts 2007 (uafhængig af operation eller ej), og hvor der er udfyldt patientskema før behandling.

| | Antal (%) |
|---|---------------|
| Antal patienter med angivelse af nedsynkningssymptomer (felt A - nedsynkning, afkrydsning i en 'ja' rubrik) n, (%) | 1097 (39,47%) |
| Antal patienter med angivelse af inkontinens symptomer (felt A - inkontinens, afkrydsning i rubrik med værdi 1, 2, 3, 4 eller 5). n, (%) | 1682 (60,52%) |
| Antal patienter med både nedsynknings- og inkontinenssymptomer (felt A - nedsynkning, afkrydsning i en 'ja' rubrik OG felt A - inkontinens, afkrydsning i rubrik med værdi 1, 2, 3, 4 eller 5). n, (%) | 664 (23,89%) |

Der ses at ca 40% af de henviste patienter har nedsynkningssymptomer og ca 60% har inkontinens symptomer. Omkring en fjerdedel har begge typer symptomer, som udtryk for det store overlap imellem lidelserne i databasen.

Tabel 4. Klinisk samlet vurdering af behandlingsbehov hos patienter med henvisningsdato indenfor perioden 1. april 2006 - 31. marts 2007 (uafhængig af operation eller ej), og hvor der er udfyldt lægeskema før behandling (N = 1560).

| | N (%) |
|--|--------------|
| Nedsynkning | |
| Stort behandlingsbehov | 499 (31,99%) |
| Lille behandlingsbehov | 109 (6,99%) |
| Acceptabelt | 266 (17,05%) |
| Normalt | 153 (9,81%) |
| Missing (dvs manglende registrering af dette) | 533 (34,17%) |
| Urininkontinens | |
| Stort behandlingsbehov | 340 (21,79%) |
| Lille behandlingsbehov | 167 (10,71%) |
| Acceptabelt | 242 (15,51%) |
| Normalt | 191 (12,24%) |
| Missing (dvs. manglende registrering af dette) | 620 (39,74%) |

Der ses en fordeling af behandlingsbehov. Det skal huskes, at begge behov er vurderet for alle patienter, så selvom de scorer normalt eller acceptabelt for enten nedsynkning eller

inkontinens, kan de godt have et stort behandlingsbehov i den anden. Det er dog tankevækkende, at så få patienter får prædikatet normal, dvs. at der må være et meget stort antal, der har begge typer symptomer.

Som der er beskrevet under visningen af indikator 9 og 10 ligger der fortsat en del udviklingsarbejde med vurderingen af 'behandlingsbehov.'

De mange 'missing data' kan dels forklares ud fra, at lægeundersøgelsen godt kan være startet, men man kan vente på yderligere undersøgelser, fysioterapi etc. før endelig stillingtagen til operation.

Tabel 5. Deskriptiv statistik for patienter med operationsdato for prolaps i perioden 1. april 2006 - 31. marts 2007 (se de udvalgte koder for prolapsindikatorer), og med udfyldt lægeskema for efterkontrol (N = 889).

| Prolapsopererede | Antal (%) |
|------------------------------------|------------------|
| Prolapsgrad 1 | 196 (22,02%) |
| Prolapsgrad 2 | 20 (2,25%) |
| Prolapsgrad 3 | 5 (0,56%) |
| Prolapsgrad 4 | 4 (0,45%) |
| Missing oplysninger om prolapsgrad | 664 (74,61%) |

Det ses, at der resterer meget få patienter med en prolapsgrad over 1 efter en prolapsoperation, der er altså generelt et godt anatomisk resultat efter prolapskirurgi.

Tabel 6. Deskriptiv statistik for patienter med operationsdato for inkontinens i perioden 1. april 2006 - 31. marts 2007 (se de udvalgte koder for inkontinensindikatorer), og med udfyldt lægeskema for efterkontrol (N = 148).

| Inkontinensopererede | |
|---|-------------|
| Vandladning, residualurin median, min - max (ml)* | 9 (0 – 330) |
| Urininkontinens, blevægt median, min - max (g/24 t)** | 8 (0 – 900) |

* missing oplysninger blandt 81 patienter – disse patienter indgår ikke i aktuelle beregning

** missing oplysninger blandt 118 patienter - disse patienter indgår ikke i aktuelle beregning

Der er generelt ganske lidt residualurin, men der resterer en lille, men dog betydelig mængde i bletesten hos de patienter der er inkontinensopererede, og som har fået foretaget bletest efter inkontinensoperationen.

Indrapporterede operative indgreb

Tabel 7. Deskriptiv statistik for patienter med en operationsdato inden for perioden 1. april 2006 - 31. marts 2007. Der kan være foretaget flere indgreb under samme operation. N = 1095.

| Operationskode | Beskrivelse | Antal | Pct |
|----------------|--|-------|--------|
| KLEF00 | Forreste kolporafi | 368 | 33,607 |
| KLEF03 | Bageste kolporafi | 360 | 32,877 |
| KLEG10A | Vaginal uretrocystopeksi m. slynge genn. foramen obturatum | 93 | 8,493 |
| KLEG10 | Vaginal uretrocystopeksi med slynge | 76 | 6,941 |
| KLDC10 | Resektion af livmoderhals | 50 | 4,566 |
| KLFE20 | Sutur af perineum | 49 | 4,475 |
| KLEF00B | Manchesteroperation | 46 | 4,201 |
| KLEF96 | Anden operation for prolaps el. descensus | 46 | 4,201 |
| KLCD10 | Vaginal hysterectomi | 43 | 3,927 |
| KLEF40 | Vaginal operation for enterocele | 41 | 3,744 |
| KKDV22 | Uretroskopisk submukøs injektionsbehandling i urinrør | 37 | 3,379 |
| KKDV20 | Submukøs injektionsbehandling i urinrør | 30 | 2,74 |
| KLEF53 | Vaginal apikal kolpopeksi eft. tidligere hysterectomi | 30 | 2,74 |
| KLEF00A | Forreste kolporafi med meche | 20 | 1,826 |
| KLEF03A | Bageste kolporafi med meche | 15 | 1,37 |
| KLEF60 | Vaginal lateral kolpopeksi | 13 | 1,187 |
| KLEF13 | Kolpoperineoplastik m. vaginal hysterectomi | 9 | 0,822 |
| KLEF50A | Abdominal apikal kolpopeksi eft. tidl. hysterectomi m. meche | 6 | 0,548 |
| KLFE10 | Vulvoplastik | 6 | 0,548 |
| KLEF10 | Kolpoperineoplastik | 5 | 0,457 |
| KLDC13 | Excision af livmoderhals | 4 | 0,365 |
| KLEE10 | Rekonstr. i vagina m. transplantat el. lap | 4 | 0,365 |
| KLEF23 | Komplet kolpoplekse | 4 | 0,365 |
| KLFE96 | Anden rekonstr. på vulva el. perineum | 4 | 0,365 |
| KLEF40A | Vaginal operation for enterocele m. meche | 3 | 0,274 |
| KLEF50 | Abdominal apikal kolpopeksi eft. tidligere hysterectomi | 3 | 0,274 |
| KKDG40 | Vesikouretropeksi | 2 | 0,183 |
| KFEF00 | Resektion af perikardie | 1 | 0,091 |
| KJAH01 | Laparoskopi | 1 | 0,091 |
| KKDG10 | Abdominovaginal suspension af blærehals | 1 | 0,091 |
| KKDG20 | Abdominal vaginopeksi | 1 | 0,091 |
| KKDG96 | Anden operation på urinrør v. inkontinens | 1 | 0,091 |
| KLCA01 | Laparoskopisk biopsi af uterus og parametrier | 1 | 0,091 |
| KLCB25 | Hysteroskopisk excision af patologisk væv i uterus | 1 | 0,091 |
| KLCD00 | Total hysterectomi | 1 | 0,091 |
| KLCD11 | Laparoskopisk assisteret vaginal hysterectomi | 1 | 0,091 |
| KLEC10 | Excision af septum i vagina | 1 | 0,091 |
| KLEE00 | Sutur af vagina | 1 | 0,091 |
| KLEF53A | Vag. apikal kolpopeksi eft. tidl. hysterectomi m. meche | 1 | 0,091 |
| KLEF64 | Laparoskopisk lateral kolpopeksi | 1 | 0,091 |
| KLEG20 | Vaginal bækkenbundsplastik m. deling af levatorer | 1 | 0,091 |
| KLEG96 | Anden vaginal inkontinensoperation | 1 | 0,091 |
| KLEW96 | Anden operation på vagina | 1 | 0,091 |
| KLFA00 | Incision i vulva og perineum | 1 | 0,091 |
| KLFE10A | Fenton-plastik | 1 | 0,091 |
| KUKC05 | Cystoskopi med biopsi | 1 | 0,091 |

Tabellen viser, at det fortsat er almindelige for- og bagvægsplastikker, der er de fremherskende indgreb. Det ses endvidere, at der er foretaget i alt 45 indgreb, hvor der er

indsat meche af en eller anden art i forbindelse med indgrebet. Internationalt er det blevet meget hyppigt, at der indsættes kunststofmeche for at forstærke en prolapsoperation, selvom der ikke findes evidens for dette, og at der er betydelige komplikationer forbundet hermed. Det er derfor glædeligt, at man i Danmark synes at forbeholde mesh til helt specielle tilfælde. Det er et af databasens erklærede mål at følge udviklingen i mesh-anvendelse og ligeledes i bivirknings- og komplikationsrater.

Resultater for symptomscore før og efter operation

Der præsenteres resultater for udvalgte operation som eksempler på effekter før og efter operation. Ved at anvende denne måde at fremstille effekten af operation får man også et indtryk af, i hvor høj grad en operation reducerer patientens symptomer i forhold til udgangspunktet. Hvis denne fremstillingsmåde appliceres på enkelt operationer ses også om patienterne i udgangspunktet er forskellige.

Genital prolaps

Ændring i symptomscore for alle prolapsoperationer (alle indgreb der ikke er inkontinensindgreb).

| Variabel | Gnsn før | Gnsn efter | Forbedring (range) |
|-------------------------------|----------|------------|--------------------|
| Prolapsspm A (max værdi= 4) | 2,39 | 0,4 | 1,99 (-2 - +4) |
| Prolapsspm D (max værdi = 10) | 5,61 | 1,47 | 4,14 (-3 - + 10) |
| | | | |

De valgte spørgsmål synes dels i stand til at registrere en forskel mellem før og efter operation. Denne forskel viser en generel forbedring i patientens subjektive oplevelse af prolapssymptomerne (et fald i symptomscore). Det ses dog også, at der er patienter (få), der rent faktisk får dårligere symptomscore efter operationen.

Urininkontinens

Ændring i samlet symptomscore for de tre hyppigste inkontinensoperationer: Tensionfree trans Vaginal Tape (TVT) (KLEG 10), Trans Obturator Tape (TOT) (KLEG10A) og Suburetral Bulking (KKDV22)

| Variabel | Gnsn før | Gnsn efter | Forbedring (range) |
|--|----------|------------|--------------------|
| Total inkontinensscore TVT (maxværdi = 21) | 15,3 | 3,7 | 11,4 (0-18) |
| Total inkontinensscore TOT (maxværdi = 21) | 14,9 | 4,2 | 10,7 (1 – 20) |
| Total inkontinensscore Bulking (maxværdi = 21) | 15,5 | 10,5 | 5,0 (0-20) |

Denne tabel indikerer, at der er kvalitative forskelle mellem inkontinens operationstyper. Den suburetrale bulking har ringere effekt end TVT og TOT. Det er dog således, at man netop anvender suburetral bulking til mange patienter, der af forskellige grunde ikke findes egnede til TVT/TOT.

Afrapportering af indikatorer

Data til rapporten blev primært indhentet 2/8-2007, men pga. et betydeligt indberetnings delay er der foretaget en ny datakørsel vedrørende indikatorerne pr 12/10-2007.

For de indberettede indikator data er der beregnet et confidensinterval (CI). Jo færre data dette bygger på jo bredere er intervallet. En indikator standard betragtes som opfyldt hvis den ligger inden for confidensintervallet (eller bedre).

Indikator 1: Patientforløb

Tid fra modtagelse af henvisningen på sygehuset til første speciallægekontakt med undersøgelse bør være mindre end 2 måneder.

Standard: $\geq 90\%$ af patientforløbene.

| Afdelinger | Antal Patienter | Antal pt. der har data | Antal set indenfor 60 dg | Andel (%) | 95% CI Lower | 95% CI Upper |
|-----------------------------|-----------------|------------------------|--------------------------|-----------|--------------|--------------|
| Esbjerg Centralsygehus | 4 | 3 | 2 | 66,67 | 13,20 | 98,33 |
| Frederiksberg Hospital | 1 | 1 | 1 | 100,00 | - | - |
| FAS Hillerød | 3 | 1 | 1 | 100,00 | - | - |
| Haderslev Sygehus | 4 | 4 | 2 | 50,00 | 9,43 | 90,57 |
| Herning Sygehus | 36 | 30 | 14 | 46,67 | 29,54 | 64,41 |
| Holbæk Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Horsens Sygehus | 5 | 4 | 4 | 100,00 | - | - |
| Hvidovre Hospital | 271 | 243 | 199 | 81,89 | 76,67 | 86,36 |
| KAS Gentofte | 1 | 0 | 0 | - | - | - |
| KAS Glostrup1 | 224 | 207 | 80 | 38,65 | 32,19 | 45,42 |
| KAS Herlev | 19 | 12 | 5 | 41,67 | 17,17 | 69,79 |
| Kolding Sygehus | 73 | 69 | 46 | 66,67 | 54,95 | 77,01 |
| NYK: F/Næstved | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Odense Universitetshospital | 432 | 428 | 181 | 42,29 | 37,67 | 47,01 |
| Randers Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| RAS Roskilde | 38 | 33 | 31 | 93,94 | 81,39 | 98,97 |
| Rigshospitalet | 21 | 9 | 6 | 66,67 | 33,24 | 90,73 |
| Silkeborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Skejby Sygehus | 104 | 5 | 3 | 60,00 | 18,24 | 92,65 |
| Slagelse Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Svendborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Sygehus Nord | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Sønderborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Vendsyssel Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Viborg Sygehus | 25 | 2 | 0 | 0,00 | 0,00 | 77,64 |
| Ålborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Alle | 1261 | 1051 | 575 | 54,71 | 51,69 | 57,70 |
| Datakomplethed i procent | 100 | 83,35 | | | | |

Der ses store lokale variationer, mange afdelinger har kun få indberettede patientforløb. Sygehusene i Esbjerg, Haderslev, Roskilde, Skejby samt Rigshospitalet opfylder ventetidsgarantien på 2 måneder.

Inden for dette sygdoms område er den nationale mål opfyldelse 54% (51-57%) og ikke 90%, som er standarden. Dette problem må antages at blive forstærket efter at garantiperioden er sat ned til 1 måned.

Det skal bemærkes, at denne indikator kun vedrører tid fra henvisning og til første lægebesøg, og således tager den ikke ventetid til operation med i betragtning.

Anbefaling:

Hvis garantien skal opfyldes i det offentlige sygehusvæsen er der behov for en oprustning af behandlingstilbuddet inden for urogynækologi og samtidig en øget fokusering på problemet i de enkelte afdelinger.

Indikator 2: 24 timers blevejningstest/succes efter operation

Helbredelsesgraden efter operation for inkontinens – bedømt ved blevejningstest, som bør være < 7g/24 timer.

En blevejningstest består af vejning af de bind en inkontinent har brugt i løbet af et døgn og fratække vægten af de tørre bind. Dette opfattes som det mest pålidelige objektive mål til at kvantitere urininkontinens. En bletest er et godt mål for effektiviteten af inkontinensoperationer, men det er ikke en undersøgelse, der er nemt at få patienter, der føler sig kontinente, til at udføre. Undersøgelsen har været anvendt betydeligt mere i den preoperative vurdering.

Standard: ≥ 80% af patientforløbene.

| Afdelinger | Total antal opererede og kontrollerede | Antal kontrollerede med blevejningstest | Antal med < 7g læk/24 timer | Andel (%) | 95% CI Lower | 95% CI Upper |
|-----------------------------|--|---|-----------------------------|--------------|--------------|--------------|
| Esbjerg Centralsygehus | 2 | 0 | 0 | - | - | - |
| FBE Nyk F/Næstved | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Frederiksberg Hospital | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| FAS Hillerød | 1 | 1 | 0 | 0,00 | - | - |
| Haderslev Sygehus | 1 | 1 | 1 | 100,00 | - | - |
| Herning Sygehus | 5 | 0 | 0 | - | - | - |
| Holbæk Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Horsens Sygehus | 1 | 1 | 1 | 100,00 | - | - |
| Hvidovre Hospital | 45 | 25 | 12 | 48,00 | 29,19 | 67,25 |
| KAS Gentofte | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| KAS Glostrup | 75 | 1 | 1 | 100,00 | - | - |
| KAS Herlev | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Kolding Sygehus | 10 | 1 | 1 | 100,00 | - | - |
| Odense Universitetshospital | 24 | 0 | 0 | - | - | - |
| Randers Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| RAS Roskilde | 1 | 0 | 0 | - | - | - |
| Rigshospitalet | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Silkeborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Skejby Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Slagelse Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Svendborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Sygehus Nord | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Sønderborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Vendsyssel Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Viborg Sygehus | 10 | 0 | 0 | - | - | - |
| Ålborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Total | 175 | 30 | 16 | 53,33 | 35,59 | 70,46 |
| Datakomplethed i % | 100 | 17,17 | - | - | - | - |

Kommentar

Det må konkluderes, at en 24 timers blevejningstest kun har været anvendt i meget beskedent omfang til kontrol af behandlingseffekten. Kun på Hvidovre Hospital synes dette at være en næsten fast rutine. Hverken på afdelingsniveau eller på landsplan er standarden opfyldt.

Anbefaling

Da en blevejningstest giver et godt objektive mål for lækagen, anbefales det, at undersøgelsen bruges i kontrollen af urininkontinens på alle afdelinger i landet.

Indikator 3: Subjektiv patientbedømmelse af succes

Subjektiv patientbedømmelse af succes efter operation for urininkontinens, dvs. aldrig eller højst en gang om ugen oplever urininkontinens.

Standard: $\geq 70\%$ af patientforløbene.

| Afdelinger | Total antal opererede og kontrollerede | Antal besvarede | Antal succes | Andel (%) | 95% CI nedre | 95% CI øvre |
|----------------------------|--|-----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Esbjerg Centralsygehus | 2 | 1 | 1 | 100,00 | - | - |
| FAS Hillerød | 1 | 1 | 1 | 100,00 | - | - |
| FBE Nyk F/Næstved | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Frederiksberg Hospital | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Haderslev Sygehus | 1 | 0 | 0 | - | - | - |
| Herning Sygehus | 6 | 6 | 5 | 83,33 | 40,91 | 99,17 |
| Holbæk Centralsygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Horsens Sygehus | 1 | 1 | 1 | 100,00 | - | - |
| Hvidovre Hospital | 46 | 30 | 12 | 40,00 | 23,78 | 58,07 |
| KAS Gentofte | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| KAS Glostrup | 75 | 33 | 16 | 48,48 | 31,93 | 65,30 |
| KAS Herlev | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Kolding Sygehus | 8 | 2 | 1 | 50,00 | 2,19 | 98,75 |
| Odense Universitetssygehus | 24 | 21 | 15 | 71,43 | 49,77 | 87,52 |
| Randers Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| RAS Roskilde | 1 | 0 | 0 | - | - | - |
| Rigshospitalet | 3 | 3 | 2 | 66,67 | 13,20 | 98,33 |
| Silkeborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Skejby Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Slagelse Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Svendborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Sygehus Nord | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Sønderborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Vendsyssel Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Viborg Sygehus | 10 | 7 | 3 | 42,86 | 12,27 | 78,40 |
| Ålborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Alle | 178 | 105 | 57 | 54,29 | 44,70 | 63,63 |
| Datakomplethed | 100% | 58,99% | - | - | - | - |

På afdelingsniveau er indikatorværdierne præget af få indberettede patientforløb. Afdelingerne i Herning, Kolding, Odense, Rigshospitalet og Viborg opfylder standarden. Indikatorværdien på landsplan er 54% (46-63%), mod det ønskelige på mindst 70%.

Der er ikke skelnet mellem forskellige inkontinensoperationstyper, selvom det er kendt, at der er variation fra type til type, ligesom det er kendt, at recidivoperationer alt andet lige har dårligere outcome.

Anbefaling

Data er for sparsomme til egentlige anbefalinger. Afdelinger bør bestræbe at alle patientregistrerings skemaer udfyldes. I kommende årsrapporter vil man formentlig kunne rapportere udspecificerede data for operationstyperne TVT, TOT og suburetral bulking.

Indikator 4: Obstruktion efter inkontinens kirurgi

Grad af obstruktion efter kirurgisk intervention for urininkontinens, bedømt ved mængden af residualurin, bør være <50 ml.

Residualurin er den mængde urin, der står tilbage i blæren efter en normal vandladning. Den kan bestemmes ved ultralydsskanning eller ved oplæggelse af engangskateter. I den daglige klinik er ultralydsbestemmelse den hyppigste. Selvom blæren normalt tømmes fuldstændigt betragtes en residualurin på op til 50 ml ikke som unormal.

Standard: $\geq 90\%$ af patientforløbene.

| Afdelinger | Total antal opererede | Residualurin målt postoperativt | Residualurin < 50% postoperativt | Andel (%) | 95% CI nedre | 95% CI øvre |
|-----------------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| Esbjerg Centralsygehus | 2 | 0 | 0 | | | |
| FAS Hillerød | 1 | 1 | 0 | 0,00 | | |
| FBE Nyk F/Næstved | 0 | 0 | 0 | | | |
| Frederiksberg Hospital | 0 | 0 | 0 | | | |
| Haderslev Sygehus | 1 | 1 | 1 | 100,00 | | |
| Herning Sygehus | 5 | 4 | 3 | 75,00 | 24,24 | 98,75 |
| Holbæk Centralsygehus | 0 | 0 | 0 | | | |
| Horsens Sygehus | 1 | 1 | 1 | 100,00 | | |
| Hvidovre Hospital | 45 | 24 | 20 | 83,33 | 64,53 | 94,47 |
| KAS Gentofte | 0 | 0 | 0 | | | |
| KAS Glostrup | 75 | 7 | 6 | 85,71 | 46,98 | 99,29 |
| KAS Herlev | 0 | 0 | 0 | | | |
| Kolding Sygehus | 10 | 5 | 5 | 100,00 | | |
| Odense Universitetshospital | 24 | 17 | 10 | 58,82 | 34,97 | 79,89 |
| Randers Sygehus | 0 | 0 | 0 | | | |
| RAS Roskilde | 1 | 1 | 1 | 100,00 | | |
| Rigshospitalet | 0 | 0 | 0 | | | |
| Silkeborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | | | |
| Skejby Sygehus | 0 | 0 | 0 | | | |
| Slagelse Sygehus | 0 | 0 | 0 | | | |
| Svendborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | | | |
| Sygehus Nord | 0 | 0 | 0 | | | |
| Sønderborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | | | |
| Vendsyssel Sygehus | 0 | 0 | 0 | | | |
| Viborg Sygehus | 10 | 6 | 5 | 83,33 | 40,91 | 99,17 |
| Ålborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | | | |
| Alle | 175 | 67 | 52 | 77,61 | 66,49 | 86,39 |
| Datakomplethed | 100% | 38,29% | | | | |

Kommentar

Dårlig blæretømning efter inkontinenskirurgi er en kendt komplikation. Dvs. at der er overkorregeret for hypermobilitet af blærehals. Et mål for blæretømningen er residualurinbestemmelse.

På afdelingsniveau opfylder Herning, Hvidovre Glostrup og Viborg standarden. På landsplan opfyldes standarden ikke, og indikatorværdien ligger på 77% (66-86%) mod de ønskede mindst 90%.

Anbefaling

Da det er vigtigt at monitorere overkorrektion, anbefales det på alle afdelinger, at der ikke foretages operation for urininkontinens uden, at der foretages kontrol af residualurin.

Indikator 5: Udført POPQ-måling ved prolaps

Udførelse af POPQ-måling bør foretages ved ethvert patientforløb med prolaps, og både før og efter kirurgisk intervention. Pelvic Organ Prolapse Quantitation (POPQ) er en målemetode til på mere objektiv vis at kvantitere nedsynkningsgraden. Metoden er udviklet i ICS-regi og er i dag den mest følsomme metode, selvom også denne har sin begrænsning f.eks. i forh. "lateral-defekter".

Standard: $\geq 80\%$ af patientforløbene.

| Afdelinger | Antal opererede og kontrollerede | Antal med angivelse af prolapsgrad | Antal med POPQ måling | Andel (%) | 95% CI nedre | 95% CI øvre |
|-----------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-----------------------|-----------|--------------|-------------|
| Esbjerg Centralsygehus | 1 | 0 | 0 | - | - | - |
| FAS Hillerød | 1 | 0 | 0 | - | - | - |
| FBE NYK F/Næstved | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Frederiksberg Hospital | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Haderslev Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Herning Sygehus | 4 | 0 | 0 | - | - | - |
| Holbæk Centralsygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Horsens Sygehus | 3 | 0 | 0 | - | - | - |
| Hvidovre Hospital | 166 | 0 | 0 | - | - | - |
| KAS Gentofte | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| KAS Glostrup | 89 | 0 | 0 | - | - | - |
| KAS Herlev | 3 | 0 | 0 | - | - | - |
| Kolding Sygehus | 6 | 1 | 1 | 100,00 | - | - |
| Odense Universitetshospital | 179 | 128 | 128 | 100,00 | 100,00 | 100,00 |
| Randers Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| RAS Roskilde | 7 | 1 | 1 | 100,00 | - | - |
| Rigshospitalet | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Silkeborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Skejby Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Slagelse Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Svendborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Sygehus Nord | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Sønderborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Vendsyssel Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Viborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Ålborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Alle | 459 | 130 | 130 | 100,00 | 100,00 | 100,00 |
| Datakomplethed | 100% | 28,32% | - | - | - | - |

Størrelsen af en nedsyknning af underlivet har typisk været vurderet og graderet fra 0 til 4, hvor 0 er ingen prolaps og grad 4 en total prolaps. Denne indikator ser på, hvor mange af de patienter, der er opereret for prolaps, som har fået foretaget POPQ-måling både før og efter prolapskirurgi.

Det må konkluderes, at der er foretaget relativt få POPQ-målinger, og at POPQ kun synes at være en fast procedure på Odense Universitetshospital (som også opfylder standarden). Dette kan skyldes, at det kræver tilvænning at bruge teknikken, selvom den, når den først er indarbejdet, ikke tager længere tid at anvende end andre vurderingsmetoder.

Anbefaling

Det er vigtigt at få så god en evaluering af prolapsgraden som muligt. Det må derfor anbefales, at anvendelsen af POPQ udbredes på landsplan til alle patienter, der opereres for genital prolaps.

Indikator 6: Objektiv score hos patienter opereret for prolaps

Objektiv mål for succes efter operation for prolaps. Beskrevet ved en målt POPQ grad eller vurderet prolapsgrad \leq grad 1.

Standard: \geq 90% af patientforløbene.

| Afdelinger | Antal opererede og kontrollerede | Kontrol med angivelse af prolapsgrad | Prolapsgrad \leq 1 | Andel (%) | 95% CI nedre | 95% CI øvre |
|----------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|----------------------|--------------|--------------|--------------|
| Esbjerg Centralsygehus | 1 | 0 | 0 | - | - | - |
| FAS Hillerød | 1 | 1 | 0 | 0,00 | - | - |
| FBE NYK F/Næstved | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Frederiksberg Hospital | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Haderslev Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Herning Sygehus | 4 | 4 | 3 | 75,00 | 24,24 | 98,75 |
| Holbæk Centralsygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| HorsensSygehus | 3 | 3 | 3 | 100,00 | - | - |
| HvidovreHospital | 169 | 164 | 141 | 85,98 | 80,01 | 90,68 |
| KAS Gentofte | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| KAS Glostrup | 90 | 67 | 49 | 73,13 | 61,60 | 82,70 |
| KAS Herlev | 3 | 3 | 2 | 66,67 | 13,20 | 98,33 |
| Kolding Sygehus | 6 | 4 | 3 | 75,00 | 24,24 | 98,75 |
| OdenseUniversitetshospital | 179 | 167 | 134 | 80,24 | 73,68 | 85,76 |
| Randers Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| RAS Roskilde | 8 | 2 | 1 | 50,00 | 2,18 | 98,75 |
| Rigshospitalet | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Silkeborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Skejby Sygehus. | 1 | 1 | 0 | 0,00 | - | - |
| Slagelse Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Svendborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Sygehus Nord | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Sønderborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Vendsyssel Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Viborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Ålborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | -- |
| Alle | 465 | 416 | 336 | 80,77 | 76,77 | 84,34 |
| Datakomplethed | 100% | 89,46% | - | - | - | - |

Der er ikke nogen god korrelation mellem det objektive resultat og patientens symptomlindring. Det er som hovedregel sådan, at selvom der resterer en grad 1 prolaps er der ikke symptomer. Det betragtes derfor som en objektiv succes, at der efterfølgende ikke er prolaps eller kun grad 1 prolaps.

I denne indikator er medtaget de patienter, hvor der både er angivet en prolapsgrad med de målte (POPQ) og de klinisk vurderede. Der er ikke set på forskelle mellem forskellige typer af indgreb, og ikke hvorvidt der er tale om primær kirurgi eller recidiv kirurgi. Yderligere er der ikke set på f.eks. skedens længde (en afkortning kan give seksuelle problemer) som direkte måles i forbindelse med POPQ-måling, men som ikke er følger af en prolapsgrad.

Afdelingerne i Herning, Hvidovre, Herlev, Kolding og Roskilde opfylder standarden. På landsplan er indikatoren ikke opfyldt med en indikatorværdi på 80% (76-84%).

Datakompletheden er $>80\%$.

Anbefaling

Samtlige afdelinger i landet skal ind rapportere data. Når antallet af operation bliver større bør indikatoren bruges på enkelte indgrebstyper, og det bør undersøges, hvorvidt der er tale om recidiv kirurgi.

Indikator 7: Subjektiv patient-bedømmelse af prolapsoperation

Patienttilfredshed efter operation for prolaps – der bør ikke være nedglidningssymptomer efter operation.

Standard: $\geq 80\%$ af patientforløbene.

| Afdelinger | Antal prolaps opererede og kontrollerede | Antal med besvaret spørgeskema | Ingen prolaps sympt. | Andel (%) | 95% CI nedre | 95% CI øvre |
|----------------------------|--|--------------------------------|----------------------|-----------|--------------|-------------|
| Esbjerg Centralsygehus | 2 | 0 | 0 | - | - | - |
| FAS Hillerød | 1 | 1 | 1 | 100,00 | - | - |
| FBE Nyk F/Næstved | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Frederiksberg Hospital | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Haderslev Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Herning Sygehus | 8 | 8 | 8 | 100,00 | - | - |
| Holbæk Centralsygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Horsens Sygehus | 3 | 3 | 1 | 33,33 | 1,67 | 86,80 |
| Hvidovre Hospital | 182 | 57 | 40 | 70,18 | 57,40 | 80,96 |
| KAS Gentofte | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| KAS Glostrup | 89 | 4 | 0 | 0,00 | 0,00 | 52,71 |
| KAS Herlev | 4 | 4 | 4 | 100,00 | - | - |
| Kolding Sygehus | 6 | 1 | 0 | 0,00 | - | - |
| Odense Universitetssygehus | 179 | 160 | 150 | 93,75 | 89,14 | 96,78 |
| Randers Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| RAS Roskilde | 6 | 4 | 4 | 100,00 | - | - |
| Rigshospitalet | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Silkeborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Skejby Sygehus | 2 | 1 | 0 | 0,00 | - | - |
| Slagelse Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Svendborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Sygehus Nord | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Sønderborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Vendsyssel Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Viborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Ålborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | -- |
| Alle | 482 | 243 | 208 | 85,60 | 80,75 | 89,60 |
| Dækningsgrad | 100% | 50,41% | - | - | - | - |

Der er kun set på et enkelt prolaps-symptom, nemlig om er fortsat er nedglidningssymptomer efter prolapskirurgi. Den subjektive vurdering skal sammenholdes med den objektive vurdering for at få et samlet billede af succesen.

Tre afdelinger (Horsens, Hvidovre og Odense) opfylder standarden, som også på landsplan er opfyldt.

Anbefaling

Det er væsentligt, at alle landets afdelinger ind rapporterer data.

Når datamængden tillader det, er det målet, at indikatoren vurderes for de enkelte indgrebstyper.

Det vurderes med udgangspunkt i supplerende datamateriale fra Odense, hvorvidt antallet af prolaps-spørgsmål skal udvides til at omfatte f.eks afførings-symptomer.

Indikator 8: Re-operation for prolaps

Ikke relevant i indeværende periode, idet patienterne ikke endnu kan følges i mindst 1 år efter primær operation. I takt med databasens alder vil man på sigt kunne få et billede af recidiv-frekvensen.

Indikator 9: Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for inkontinens

Efter inkontinensoperation bør der efterfølgende ikke være hverken stort eller lille fortsat behandlingsbehov ved en samlet lægelig vurdering.

Indikatoren skal ses som et samspil mellem de symptomer patienten frembyder og de objektive fund. Det er lægens samlede vurdering af, om der fortsat er et behandlingsbehov til stede og således en samlet klinisk vurdering. Den aktuelle kliniske situation (f.eks anden sygdom) kan, ligesom patientens holdning, blive udslagsgivende for, hvorvidt patienten ender med at blive opereret.

Standard: $\leq 10\%$ af patientforløbene må opleve fortsat behandlingsbehov.

| Afdelinger | Total antal opererede og kontrollerede | Antal med udfyldt variabel | Antal der opfylder betingelsen | Andel (%) | 95% CI nedre | 95% CI øvre |
|-----------------------------|--|----------------------------|--------------------------------|-----------|--------------|-------------|
| Esbjerg Centralsygehus | 2 | 2 | 0 | 0,00 | 0,00 | 77,64 |
| FAS Hillerød | 1 | 1 | 1 | 100,00 | - | - |
| FBE Nyk F/Næstved | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Frederiksberg Hospital | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Haderslev Sygehus | 1 | 0 | 0 | - | - | - |
| Herning Sygehus | 5 | 4 | 0 | 0,00 | 0,00 | 52,71 |
| Holbæk Centralsygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Horsens Sygehus | 1 | 0 | 0 | - | - | - |
| Hvidovre Hospital | 45 | 38 | 13 | 34,21 | 20,53 | 50,22 |
| KAS Gentofte | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| KAS Glostrup | 75 | 72 | 2 | 2,78 | 0,47 | 8,87 |
| KAS Herlev | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Kolding Sygehus | 10 | 6 | 0 | 0,00 | 0,00 | 39,31 |
| Odense Universitetshospital | 24 | 17 | 2 | 11,76 | 2,02 | 33,73 |
| Randers Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| RAS Roskilde | 1 | 1 | 0 | 0,00 | - | - |
| Rigshospitalet | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Silkeborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Skejby Sygehus. | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Slagelse Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Svendborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Sygehus Nord | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Sønderborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Vendsyssel Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Viborg Sygehus | 10 | 10 | 2 | 20,00 | 3,50 | 51,95 |
| Ålborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Alle | 175 | 151 | 20 | 13,25 | 8,52 | 19,37 |
| Data kompletthed | 100% | 86,29% | - | - | - | - |

Indikatoren har været genstand for betydelige diskussioner blandt klinikere, og den præcise udformning af måling af et fortsat behandlingsbehov diskuteres stadig. Generelt kan indikatoren endnu ikke vurderes på mange afdelinger. På afdelingerne i Esbjerg, Herning, Glostrup, Kolding, Odense og Viborg er standarden opfyldt. Indikatoren er ligeledes opfyldt på landsplan.

Anbefaling

Der arbejdes videre med en evt. re-definition af denne indikator i styregruppen.

Indikator 10: Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps

Efter prolapsoperation bør der ikke være et stort eller lille fortsat behandlingsbehov.

Standard: $\leq 10\%$ af patientforløbene.

| Afdelinger | Total antal opererede og kontrollerede | Antal med udfyldt variabel | Antal der opfylder betingelsen | Andel (%) | 95% CI nedre | 95% CI øvre |
|-----------------------------|--|----------------------------|--------------------------------|-------------|--------------|-------------|
| Esbjerg Centralsygehus | 1 | 1 | 0 | 0,00 | - | - |
| FAS Hillerød | 1 | 1 | 1 | 100,00 | - | - |
| FBE Nyk F/Næstved | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Frederiksberg Hospital | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Haderslev Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Herning Sygehus | 4 | 4 | 0 | 0,00 | 0,00 | 52,71 |
| Holbæk Centralsygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Horsens Sygehus | 3 | 2 | 0 | 0,00 | 0,00 | 77,64 |
| Hvidovre Hospital | 169 | 150 | 15 | 10,00 | 5,92 | 15,61 |
| KAS Gentofte | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| KAS Glostrup | 90 | 88 | 2 | 2,27 | 0,38 | 7,31 |
| KAS Herlev | 3 | 3 | 0 | 0,00 | 0,00 | 63,16 |
| Kolding Sygehus | 6 | 3 | 1 | 33,33 | 1,67 | 86,80 |
| Odense Universitetshospital | 179 | 168 | 6 | 3,57 | 1,46 | 7,28 |
| Randers Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| RAS Roskilde | 8 | 4 | 0 | 0,00 | 0,00 | 52,71 |
| Rigshospitalet | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Silkeborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Skejby Sygehus | 1 | 0 | 0 | - | - | - |
| Slagelse Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Svendborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Sygehus Nord | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Sønderborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Vendsyssel Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Viborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Ålborg Sygehus | 0 | 0 | 0 | - | - | -- |
| Alle | 465 | 424 | 25 | 5,90 | 3,94 | 8,46 |
| Datakomplethed | 100% | 91,18% | - | - | - | - |

Der gælder de samme generelle forhold som for indikator 9. Der er nok behov for at arbejde videre med såvel definition som indhold, idet det er væsentligt at prøve at beskrive, hvad der influerer på klinikerens valg. Hvad er sammenhængen mellem symptomer, kliniske fund og hvornår finder klinikerens, at der er et behandlings behov. Baseret på Odense-data, hvor der også er registreret ikke-kirurgiske behandlingsformer, kunne det overvejes om, man fremover skulle angive et kirurgisk behandlingsbehov i forhold til samtlige patienter.

Indikatoren er opfyldt for de indberettende afdelinger og på landsplan er standarden derfor ligeledes opfyldt.

Anbefaling

Ligesom for indikator 9 er der behov for et yderligere arbejde med indikatoren.

Konklusioner og anbefalinger

Dækningsgrad

Alle de identificerede afdelinger har tilsluttet sig databasen, 23 af 27 afdelinger (85%) har på nuværende tidspunkt inddateret til databasen. De øvrige afdelinger er kontaktet og er på forskellige stadier i forberedelsesfasen.

Generelt er DUGABASE blevet vel modtaget og opfattet som væsentlig. Det er derfor væsentligt at fortsætte støtten og oplysningen omkring inddatering for at få alle afdelinger til at indrapportere optimalt, og dermed at få datakompletheden øget.

Valg af operationstyper

Der er nu for første gang kommet et overblik over hvilke indgreb, der udføres i landet og med hvilken succes. De præsenterede data er præliminære, men der er næppe tvivl om, at DUGABASE i fremtiden vil blive en væsentlig informationskilde, og dermed et nyttigt redskab til at styre en hensigtsmæssig udvikling af behandlingskvaliteten inden for urogynækologien.

Opfyldte og ikke-opfyldte standarder

På landsplan opfylder indikator 5, 7, 9 og 10 den fastlagte standard, men samtidig gælder for indikatorerne 5 og 7 at datakompletheden er lav.

Inden for visse af indikatorerne opfylder nogle få afdelinger de fastsatte standarder, men generelt er der mange afdelinger, der ikke endnu har ind rapporteret tilstrækkelig mængde data, og den statistiske usikkerhed er derfor stor.

Komplethedsgarden er opfyldt for indikatorerne 1, 6, 9 og 10.

Jævnfør dette sæt af indikatorer er der synliggjort flere behandlingsområder, hvor det er nødvendigt at gøre en ekstra indsats, specielt omkring implementering af målinger i form af blevejningstest, residualurin og POPQ.

Kompetencecenterets påtegning

Kompetencecenteret har hen over sommeren 2007 været databasen behjælpelig med at definere indikatorer og opstille beregningsalgoritmer. Analyser er foretaget af Langtved Data's statistiske afdeling med bistand af kompetencecenteret. Dette forhold skyldes, at kompetencecenteret ikke har haft de fornødne biostatistiske ressourcer. I takt med en forbedret statistisk bemandingssituation fra efteråret planlægges at fremtidige analyser foretages inden for kompetencecenteret.

Der har og er et særdeles godt samarbejde mellem kompetencecenteret og styregruppens formand.

Generelt skal det bemærkes, at den afdelingsvise tilslutning til databasen er stor, men at mange afdelinger i denne opstartsfasen ikke har ind rapporteret tilstrækkelig mange patientforløb. Mange afdelings-specifikke resultater er således præget af, at indikatorerne enten ikke kan beregnes, eller at resultaterne er præget af manglende datakomplethed og stor statistisk usikkerhed. Dette er imidlertid ikke usædvanligt i en opstartsfasen. De umiddelbare indikatorresultater indikerer, at der inden for området er potentiale for et væsentligt kvalitetsløft.