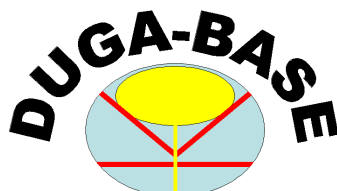


Årsrapport nr. 2 for DUGABASE

Dansk Urogynækologisk Database

1. januar - 31. december 2007



Dansk Urogynækologisk Database

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Baggrund for DUGA	4
Organisation	4
Styregruppe	4
Årsrapportens tilblivelse	5
Analyser og epidemiologi.....	5
Sammenligning med sidste årsrapport	5
Dataindsamling	5
Datagrundlag	5
Databasens kompleksitet	6
Kompleksitet af variable	9
Indikatordefinitioner	11
Deskriptiv statistik	16
Afreportering af indikatorer	24
Indikator 1: Ventetid 60 dage, for perioden 01-01-2007 - 30-09-2007	24
Indikator 1: Ventetid 30 dage, for perioden 01-10-2007 - 31-12-2007	26
Indikator 2: 24 timers blevejningstest/succes efter operation.....	28
Indikator 3: Subjektiv patient bedømmelse af succes	30
Indikator 4: Obstruktion efter kirurgisk behandling.....	32
Indikator 5: Udført POPQ-måling ved prolaps.....	34
Indikator 6: Objektiv score hos patienter opereret for prolaps.....	36
Indikator 7: Subjektiv patient-bedømmelse af prolapsoperation	38
Indikator 8: Re-operation for prolaps	40
Indikator 9: Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for inkontinens	40
Indikator 10: Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps	42
Konklusioner og anbefalinger	44
Dækningsgrad	44
Opfyldte og ikke-opfyldte standarder	44
Særlige bemærkninger i forhold til analyseresultater	44
Kompetencecenterets påtegning	44
Formandskabets påtegning.....	45

Forord

Hermed foreligger den anden årsrapport fra DUGABASE, som er en klinisk kvalitetsdatabase, og som gik i drift den 6. april 2006.

Urogynækologien omfatter urininkontinens og nedsynkning af underlivet hos kvinder, og 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, og prævalensen tiltager med stigende alder. Angående genital prolaps angives livsprævalensen 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. I Danmark estimeres de sygehusrelaterede udgifter til behandling af urininkontinens af Overlæge, Ph.D. Lars Alling Møller og Professor, dr. med. Gunnar Lose til ca. 100 mill. kroner årligt. Udgifterne til operation for genital prolaps estimeres til ca 50 mill. DRG kroner.

På baggrund af 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 etablering af DUGABASE.

DUGABASE omfatter urogynækologiske operationer, som beskrevet ovenfor.

Udredning og behandling af urogynækologiske lidelser er standardiseret og beskrevet i tre rapporter og 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 anvendt validerede spørgeskemaer. Dels har vi anvendt eksisterende danske og dels har vi implementeret ICS's internationalt anerkendte spørgeskemaer, hvor disse er oversat til dansk. I den takt de internationalt anerkendte spørgeskemaer oversættes til dansk vil de blive taget i anvendelse.

DUGABASE har kørt i en stor testversion på Gynækologisk Afdeling, Odense Universitetshospital. På baggrund af de indhøstede erfaring blev der udarbejdet en ny version af databasen, som er forbedret teknisk på en lang række områder, og som ligeledes blev reduceret i omfanget af registreringer på baggrund af diskussioner i styregruppen. Den nyeste, reducerede, version af databasen 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 med web-baseret indtastningsflade, hvor undersøgelsesresultater og konklusioner kan indtastes direkte, har vi desværre 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, mens andre først indberetter, når alle oplysninger foreligger ved forløbets slutning. De valgte løsninger rundt på de kliniske afdelinger har i høj grad været afhængige af ressourcer, bl.a. sekretær bistand.

DUGABASE er en klinisk kvalitetsdatabase, som monitorerer de sundhedsfaglige ydelser på området, men med de kommende store datamængder er der også dannet basis for en betydelig forskningsaktivitet.

Baggrund for DUGA

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, Sygehøjernes Fællespulje for Kliniske Databaser.

Styregruppe

DUGA-styregruppen bestod frem til juni 2008 af:

Professor, overlæge, dr.med. Gunnar Lose, KAS Glostrup, Formand for DUGS

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.

Sekretær Lone Skrøder, DUGABASE sekretariatet, OUH.

Afdelingsleder Lisbeth Rasmussen, Sundhedsstaben, Repræsentant fra Region Syddanmark.

Overlæge, Epidemiolog, ph.d., Bente Mertz Nørgård, Kompetencecenter Syd

DUGA-styregruppen består fra juni 2008 af:

Formand: Professor, overlæge, dr.med. Gunnar Lose, KAS Glostrup, formand for DUGS

Overlæge, ph.d., Pia Sander, KAS Glostrup
Overlæge, ph.d., Marianne Ottesen, Hvidovre Hospital.
Overlæge Ulla Hvid, Roskilde Sygehus.
Overlæge, ph.d., Karl Møller Bek, Skejby Sygehus.
Projektleder: 1. res. læge, adj. lektor i epidemiologi, ph.d., Ulrik Schiøler Kesmodel, Skejby Sygehus/Regionshospitalet Silkeborg og Institut for Folkesundhed, Afd. For Epidemiologi, Aarhus Universitet
Overlæge Ulla Darling, Regionshospitalet Kolding (forespurgt)
Overlæge Karin Glavind, Århus Uni.hosp./Aalborg afs. Nord (forespurgt)
Overlæge, ph.d., Lasse Raaberg, repræsentant for privatpraksis
Sekretær Lone Skrøder, DUGABASE sekretariatet, OUH.
Afdelingsleder Lisbeth Rasmussen, Sundhedsstaben, Repræsentant fra Region Syddanmark.
Overlæge, Epidemiolog, ph.d., Bente Mertz Nørgård, Kompetencecenter Syd

Årsrapportens tilblivelse

I 2007 er der afholdt løbende møder mellem databasens projektleder og Kompetencecenter Syd. I forbindelse med årsrapportens tilblivelse er arbejds gange aftalt i foråret 2008 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 Kompetencecenter Syd (akademisk datamanager Jesper Kjær Hansen og overlæge, ph.d., Bente Mertz Nørgård).

Sammenligning med sidste årsrapport

Det er ikke muligt direkte at sammenligne resultaterne fra den foreliggende årsrapport med resultaterne fra sidste årsrapport. En af årsagerne er, at der efter skæringsdatoen for indberetning til sidste årsrapport er indberettet en række ekstra patientforløb med operationsdato i sidste opgørelsesperiode. De genberegnete indikatorværdier, der i den aktuelle årsrapport angives for sidste opgørelsesperiode, svarer således til alle de på nuværende tidspunkt indberettede patientforløb.

Dataindsamling

Datagrundlag

Data til årsrapporten er udtrukket pr 14/4 2008, og således har de kliniske afdelinger haft mulighed for indberetning af data for 2007 i årets første 3½ måned. Data er oprenset således, at der kun indgår patientforløb med valide cpr-numre.

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 over-sigtsmodul 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

Figur 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.

Databasens kompletthed

I forbindelse med opgørelse af databasens kompletthed er der via CSC Scandihealth udbedt et LPR udtræk svarende til de typiske inkontinens- og prolapsoperationskoder, som der anvendes ingen for sygdomsområdet. Udtrækket viste sig imidlertid kun at indeholde koder svarende til inkontinensoperationer (KLEG10 og KLEG10A), og derfor har man i forbindelse med denne årsrapport udelukkende måtte estimere komplettheden svarende til inkontinensoperationer.

Opgørelsen udgør en sammenligning mellem antal indberettede relevante operationer i DUGABASE fordelt på hver behandlingsenhed og antal registrerede relevante operationer i LPR, ligeledes fordelt på behandlingsenheder.

Kommentarer til Tabel 1:

Nedenstående tabel viser, svarende til landsresultatet, at 1/3 af de patienter, der har relevant inkontinenskode, er indberettet til databasen. Dette lave landsresultat er i særlig grad en konsekvens af, at ca. 9 afdelinger i landet ikke har fået påbegyndt indberetningen på inkontinensområdet til databasen. Det drejer sig særligt om Frederiksberg, Slagelse, Storstrømmens Sygehus, Sønderborg, Silkeborg, en afdeling på Skejby Sygehus, Thisted, Ålborg og Vendsyssel. Samtidig viser tabellen, at der fortsat sker oplægninger og sammenlægninger af funktioner inden for regionernes relevante afdelinger. Således foretager Gentofte og Herlev Hospital ikke længere inkontinensoperationer, og afdelingerne vil i næste årsrapport udgå af tabellen for inkontinensoperationer. Samme forhold gælder Holbæk, som kun har én registreret LPR indberetning i 2007. På Skejby Sygehus skal det afklares om

urinvejskirurgisk afdeling fremover skal slettes fra tabellen, idet registreringer fra Skejby primært skal forventes fra dagkirurgisk afsnit og gynækologisk afdeling.

Visse afdelinger har meget fin indberetning til databasen til en kompletthed på ca 80% eller derover (Hvidovre, Kolding, Horsens, Herning og Gynækologisk afdeling i Skejby).

Tabel 1. Databasekomplethed, operation for inkontinens, 2007^a

Sygehus/Afdeling	DugaBase	LPR	Datakomplethed (%)
Rigshospitalet	6	14	42,9
Hvidovre Hospital	50	63	79,4
Frederiksberg Hospital	-	34	0,0
Gentofte Hospital	-	-	-
Glostrup Hospital	84	121	69,4
Herlev Hospital	-	-	-
Nordsjællands Hospital	13	40	32,5
Roskilde Sygehus	20	39	51,3
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	-	1	0,0
Sygehus Vestsjælland, Slagelse	-	56	0,0
Storstrømmens Sygehus	-	110	0,0
Odense Universitetshospital	27	43	62,8
Sygehus Fyn, Svendborg	4	19	21,1
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	-	97	0,0
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	4	50	8,0
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	4	87	4,6
Kolding Sygehus	76	97	78,4
Regionshospitalet Horsens	12	13	92,3
Regionshospitalet Herning	48	62	77,4
Regionshospitalet Silkeborg	-	30	0,0
Regionshospitalet Randers	4	14	28,6
Århus Universitetshospital, Skejby, Dagkirurgisk Afsnit	-	79	0,0
Århus Universitetshospital, Skejby, Urinvejskirurgisk afdeling K	-	-	-
Århus Universitetshospital, Skejby, Gynækol./obstetrisk afd. Y	16	16	100,0
Regionshospitalet Viborg	53	78	67,9
Sygehus NORD, Thisted	-	16	0,0
Aalborg Sygehus	-	83	0,0
Sygehus Vendsyssel	-	9	0,0
Hele landet	421	1.271	33,1

a. Indberetninger til hhv. DugaBase og LPR er sammenlignet på operationskoderne KLEG10 og KLEG10A.

Komplethed af variable

Ud over kompletheden af patientregistreringen, er kompletheden af de registrerede data på den enkelte patient af stor betydning for validiteten af resultaterne fra databasen. Til illustration af kompletheden af variable er det i Tabel 2 angivet, om der for de nøglevariable, som anvendes i forbindelse med indikatorberegning, er oplysninger eller ej.

Tabel 2. Komplethed af dataregistrering opgjort på centrale variable for patienter med operationsdato i 2007 (N = 2.240).

Beskrivelse	I alt ^a		Oplyst		Uoplyst	
	Antal	Antal	Pct.	Antal	Pct.	
Blevejnings oplysninger - hos de patienter, der har gennemgået efterundersøgelse og som er opereret for inkontinens	262	47	17,9	215	82,1	
Patientoplysninger om oplevelse af urin inkontinens - hos de patienter, der har gennemgået efterundersøgelse og som er opereret for inkontinens	288	182	63,2	106	36,8	
Oplysninger om residualurin - hos de patienter, der har gennemgået efterundersøgelse og som er opereret for inkontinens	262	113	43,1	149	56,9	
POPQ måling foretaget både ved forundersøgelse og kontrolbesøg - hos patienter, som er opereret for prolaps	595	68	11,4	527	88,6	
POPQ måling foretaget ved forundersøgelse - hos de patienter, der har skema for lægens forundersøgelse og som er opereret for prolaps	1.258	267	21,2	991	78,8	
POPQ måling foretaget ved kontrolbesøg - hos de patienter, der har skema for lægens efterundersøgelse og som er opereret for prolaps	615	80	13,0	535	87,0	
Oplysning om nedsynkningsgrad (prolapsgrad) - hos patienter, der er opereret for prolaps og som har skema for lægens efterundersøgelse	615	504	82,0	111	18,0	
Patientoplysninger om oplevelse af nedglidningssymptomer - hos de patienter der er opereret for prolaps og som har udfyldt patientskema for efterundersøgelse	717	396	55,2	321	44,8	
Oplysning om fortsat behandlingsbehov for inkontinens - hos patienter opereret for inkontinens og med udfyldt lægeskema for efterundersøgelse	262	213	81,3	49	18,7	
Oplysning om fortsat behandlingsbehov for nedsynkning - hos patienter opereret for prolaps og som har skema for lægens efterundersøgelse	615	520	84,6	95	15,4	
Alkoholoplysninger- hos patienter med udfyldt patientskema før behandling (feltet 'Antal genstande om ugen')	2.240	1.081	48,3	1.159	51,7	
Rygeoplysninger - hos patienter med udfyldt patientskema før behandling (Sammenstillet af felterne 'Ryger du?' i hhv. basis og udvidet model)	2.240	1.404	62,7	836	37,3	

a. Varierende antal patientforløb, alt efter specifikationerne angivet i forspalten.

Kommentarer til Tabel 2:

Tabellen viser, at der er varierende grad af oplysninger svarende til nøglevariable. Det kniber særligt med sufficient indrapportering af data svarende til blevejningsoplysninger og POPQ målinger, hvor op mod 89% af patientforløbene har uoplyste datafelter. Væsentlig bedre ser det ud for andre variable som kliniske oplysninger om fortsat behandlingsbehov, hvor kun ca. 15% har uoplyste datafelter.

Indikatordefinitioner

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 ligge 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>Inkontinensindikatorer</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</p> <p>Felt: variabel for ble vejning findes i lægens efterundersøgelsesskema</p>	<p>Patientforløb hvor blevejning viser $< 7g/24$ timer</p>	<p>Manglende udfyldelse af ble vejningsvariablen i skemaet 'lægens efterundersøgelse' 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 patient-bedømmelse 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 operations-koder), 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 uden for 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 uden for 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 tilstrækkeligt antal patienterne ikke har sufficient opfølgingsperiode</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>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: $\leq 10\%$ 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>Felt: variabel for '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 behandlings-behov hos patienter opereret for prolaps</p> <p>Efter prolapsoperation bør der ikke være et stort eller lille fortsat behandlingsbehov.</p> <p>Standard: $\leq 10\%$ 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>

Deskriptiv statistik

Tabel 3. Antal indberettede patientforløb for databasen i 2007^a, sammenlignet med 2006 (både opererede og ikke-opererede patienter)

Sygehus/Afdeling	Henvisning ^b		Forundersøgelse ^c		Operation ^d		Efterkontrol ^e	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Rigshospitalet	11	-	22	41	21	26	3	2
Hvidovre Hospital	459	589	408	568	183	336	71	311
Frederiksberg Hospital	1	-	1	-	1	-	-	-
Gentofte Hospital	-	-	-	-	-	1	-	-
Glostrup Hospital	616	776	216	278	142	250	30	231
Herlev Hospital	21	24	14	40	13	36	-	33
Nordsjællands Hospital	-	81	-	281	-	70	-	-
Roskilde Sygehus	28	372	9	352	3	225	-	27
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	-	1	-	-	-	-	-	-
Sygehus Vestsjælland, Slagelse	-	1	-	-	-	-	-	-
Storstrømmens Sygehus	-	2	-	-	-	-	-	-
Odense Universitetshospital	787	645	549	492	435	338	226	228
Sygehus Fyn, Svendborg	9	97	4	73	-	59	-	20
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	-	-	-	-	-	-	-	-
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	5	-	5	2	1	4	1	1
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	7	58	5	62	1	24	-	11
Kolding Sygehus	130	226	73	241	22	218	5	46
Regionshospitalet Horsens	11	141	2	147	2	88	1	27
Regionshospitalet Herning	108	253	8	304	1	230	-	105
Regionshospitalet Silkeborg	-	1	-	1	-	1	-	-
Regionshospitalet Randers	1	138	-	119	-	28	-	1
Århus Universitetshospital, Skejby, Urinvejskirurgisk afdeling K	-	-	-	-	-	-	-	-
Århus Universitetshospital, Skejby, Gynækol./obstetrisk afd. Y	37	936	8	501	3	207	-	10
Regionshospitalet Viborg	25	69	2	18	2	79	-	23
Sygehus NORD, Thisted	-	-	-	-	-	-	-	-
Aalborg Sygehus	5	244	-	120	-	16	-	3
Sygehus Vendsyssel	6	13	2	16	-	4	-	-
Hele landet	2.267	4.667	1.328	3.656	830	2.240	337	1.079

a. Der afrapporteres på kalenderår, hvor andet ikke er anført. Ovenfor sammenlignes således perioderne 1. jan. 2007 – 31. dec. 2007 med 1. jan. 2006 – 31. dec. 2006. N.B.: DugaBase startede først officielt pr. 1. april 2006.

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

c. Påbegyndte eller afsluttede forundersøgelser skemaer (patient før-skema eller læge forundersøgelsesskema).

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

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

Kommentarer til Tabel 3:

Antallet af indberetninger til databasen er stigende i 2007, sammenlignet med 9-måneders perioden i 2006. I alt 4667 påbegyndte indberetninger i 2007. I forhold til 2006, som var året for opstart på databasen, viser tabellen også, at visse afdelinger i stor udstrækning har fået påbegyndt indberetningen til databasen. Det drejer sig især om sygehusene i Nordsjælland,

Roskilde, Svendborg, Esbjerg, Kolding, Horsens, Herning, Randers, Skejby (gynækol./obstetrisk afdeling) og Ålborg. I modsætning hertil er der problemer med at få påbegyndt en solid og overbevisende indberetning fra hospitalerne i Frederiksberg, Gentofte, Holbæk, Slagelse, Storstrømmen, Sønderborg, Haderslev, Silkeborg, Skejby (urinkirurgisk afdeling) og Thisted.

Yderligere illustrerer tabellen processen i patientregistreringerne hos de tidsmæssigt relativt langstrakte udrednings- og behandlingsforløb. Således viser tabellen, at langt den overvejende del af påbegyndte patientforløb i 2007 har fået tastet data svarende til forundersøgelse, ca halvdelen af påbegyndte forløb i 2007 har fået registreret operationsdato, og halvdelen af de med operationsdato har gennemgået efterundersøgelse. Dette fase-opdelte forløb svarende til registreringspraksis er forventeligt. Forløbene svarer således til, at de forskellige faser i patientregistreringen afspejler de tidsmæssigt forskudte forløbsfaser (forundersøgelse-/udredning, evt operation, efterundersøgelse), som patienterne gennemlever.

Tabel 4. Fordeling og alder hos patienter med henvisningsdato i 2007 (både opererede og ikke-opererede patienter), hvor der samtidig er udfyldt patientskema før behandling, sammenlignet med 2006.

Patientens forundersøgelseskema udfyldt:	År	Alder på henvisningstidspunkt					
		Antal forløb	Antal forløb (%)	Middelværdi	Median	Min.	Maks.
Alle med skema udfyldt	2006	1.325	100,0	57,4	58	14	101
	2007	2.244	100,0	59,2	60	18	95
Patientforløb med registrering af prolapsymptomer ^a	2006	630	47,5	60,1	60	21	101
	2007	1.343	59,8	60,9	62	21	95
Patientforløb med registrering af urininkontinenssymptomer ^a	2006	983	74,2	57,1	58	14	101
	2007	1.544	68,8	59,1	60	21	95
Både prolaps og urininkontinenssymptomer	2006	387	29,2	60,4	61	24	101
	2007	762	34,0	61,3	62	25	95

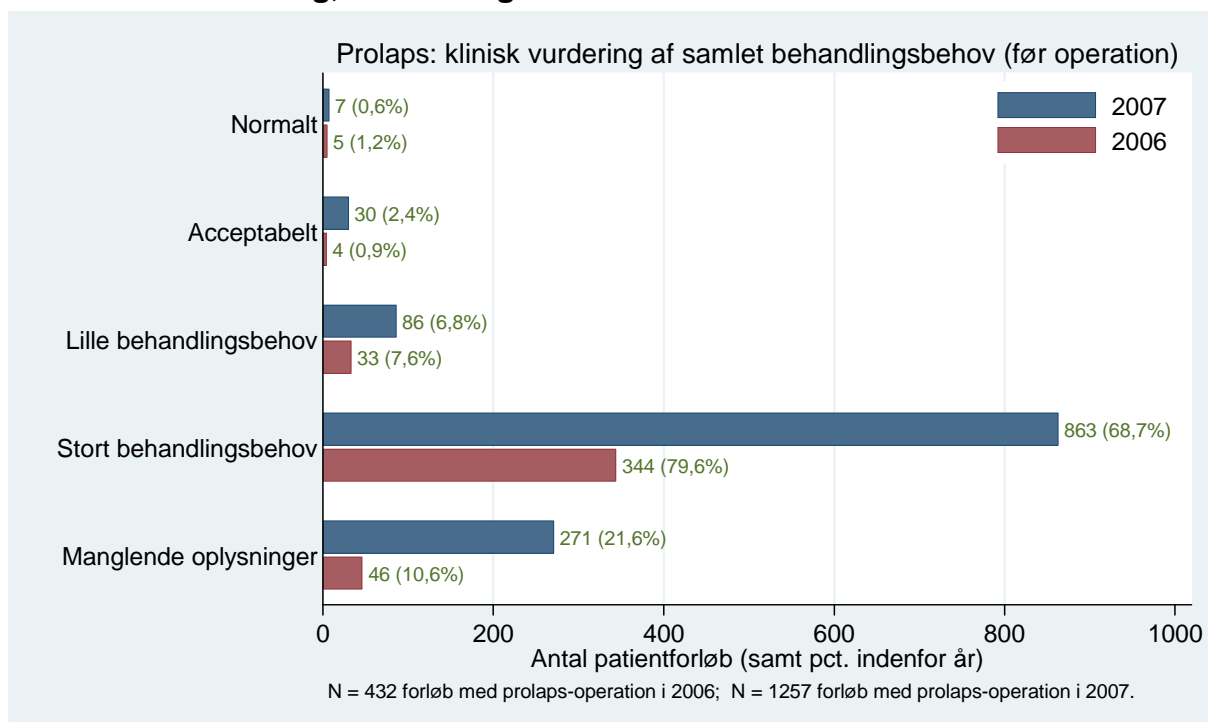
a. Kan også have registreret urininkontinenssymptomer/prolapssymptomer, dvs grupperne er ikke gensidigt udelukkende.

Kommentarer til Tabel 4:

Ligesom i 2006 forekommer symptomer på urininkontinens hyppigere end prolapsymptomer (69% versus 60%). Både i 2006 og 2007 har omkring 30% både urininkontinens- og prolapsymptomer.

Den gennemsnitlige alder ved henvisningstidspunktet for patienter med prolapsymptomer og for patienter med både prolaps- og inkontinenssymptomer er 61 år. Den gennemsnitlige alder for patienter med inkontinenssymptomer er 59 år. Som det fremgår af tabellens min. og max. værdier inden for de opstillede kategorier, findes en generel stor aldersmæssig spredning i 2007 data fra eksempelvis 21 år til 95 år.

Figur 2. Klinisk samlet vurdering af behandlingsbehov hos patienter, der er opereret for prolaps i 2007, og hvor der er udfyldt lægeskema før behandling, sammenlignet med 2006.



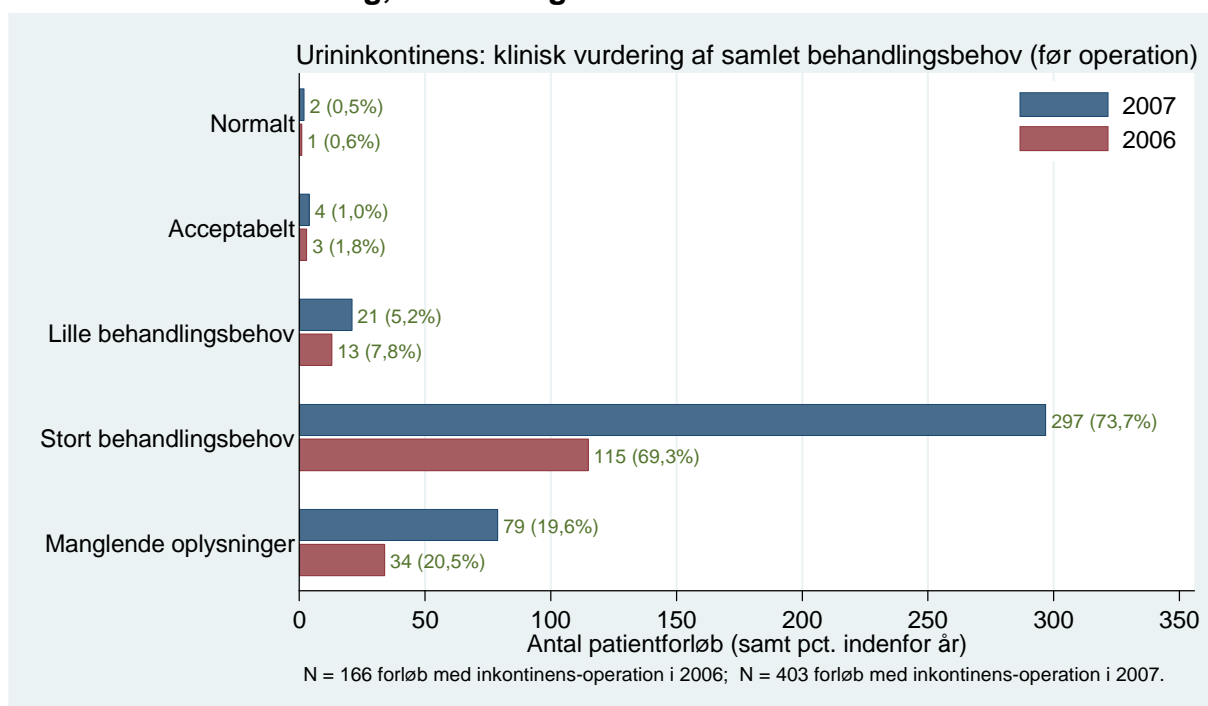
Kommentarer til Figur 2:

I alt 1257 patienter i databasen blev opereret for prolaps i 2007.

Blandt patienter opereret for prolaps er den lægelige vurdering af behandlingsbehovet inden operation vurderet som værende stort for 69% af patienternes vedkommende. Dvs. patienter med prolapssymptomer repræsenterer overordnet en gruppe med en væsentlig problemstilling og med et stort behov for behandling.

Det bemærkes, at der for næsten 22% af forløbene i 2007 mangles en registrering af det klinisk vurderede behandlingsbehov.

Figur 3. Klinisk samlet vurdering af behandlingsbehov hos patienter, der er opereret for urininkontinens i 2007, og hvor der er udfyldt lægeskema før behandling, sammenlignet med 2006.



Kommentarer til Figur 3:

I alt 403 patienter i databasen blev opereret for inkontinens i 2007. Blandt patienter opereret for inkontinens er den lægelige vurdering af behandlingsbehovet inden operation vurderet som værende stort for 74% af patienternes vedkommende. Dvs patienter med inkontinenssymptomer repræsenterer overordnet en gruppe med en væsentlig problemstilling og med et stort behov for behandling. Denne andel af patienter med stort behandlingsbehov er i lighed med resultatet for 9 måneders perioden i 2006 (69%).

Det bemærkes, at der for knap 20% af forløbene i 2007 mangles en registrering af det klinisk vurderede behandlingsbehov.

Tabel 5. Antal operative indgreb fordelt på indgrebstyper, for patienter med operationsdato i 2007 (N = 2.897).

Operations- kode	Beskrivelse	Antal	Pct	Kum. Pct.	Med i indikator ^a	
					Inkontinens	Prolaps
KLEF00	Forreste kolporafi	849	29,3	29,3		X
KLEF03	Bageste kolporafi	639	22,1	51,4		X
KLEG10A	Vaginal uretrocystopeksi med slynge gennem foramen obturatum	239	8,2	59,6	X	
KLCD10	Vaginal hysterektomi	229	7,9	67,5		
KLEG10	Vaginal uretrocystopeksi med slynge	182	6,3	73,8	X	
KLEF40	Vaginal operation for enterocele	102	3,5	77,3		X
KLFE20	Sutur af perineum	92	3,2	80,5		
KLEF00B	Manchesteroperation	89	3,1	83,6		X
KLDC10	Resektion af livmoderhals	74	2,6	86,1		
KLEF96	Anden operation for prolaps eller descensus	51	1,8	87,9		X
KLEF60	Vaginal lateral kolpopeksi	48	1,7	89,5		X
KKDV20	Submukøs injektionsbehandling i urinrør	44	1,5	91,1	X	
KKDV22	Uretroskopisk submukøs injektionsbehandling i urinrør	41	1,4	92,5	X	
KLEF00A	Forreste kolporafi med meche	41	1,4	93,9		X
KLEF53	Vaginal apikal kolpopeksi efter tidligere hysterektomi	40	1,4	95,3		X
KLEF03A	Bageste kolporafi med meche	20	0,7	96,0		X
KLEE10	Rekonstruktion i vagina med transplantat eller lap	16	0,6	96,5		X
KLEF23	Komplet kolpoplekse	16	0,6	97,1		X
KLEF13	Kolpoperineoplastik med vaginal hysterektomi	8	0,3	97,3		X
KLEF50A	Abdominal apikal kolpopeksi efter tidligere hysterektomi med meche	8	0,3	97,6		X
KLDC13	Excision af livmoderhals	7	0,2	97,9		
KLEF53B	Vaginal apikal kolpopeksi til det sakrospinøse ligament	7	0,2	98,1		X
KLEF40A	Vaginal operation for enterocele med meche	7	0,2	98,3		X
KLCD00	Total hysterektomi	6	0,2	98,6		
KLEF53A	Vaginal apikal kolpopeksi efter tidligere hysterektomi med meche	6	0,2	98,8		X
KLEE00	Sutur af vagina	6	0,2	99,0		
KKDG10	Abdominovaginal suspension af blærehals	4	0,1	99,1	X	
KLFE10	Vulvoplastik	3	0,1	99,2		
KKDG20	Abdominal vaginopeksi	3	0,1	99,3		
KLEF10	Kolpoperineoplastik	3	0,1	99,4		X
KLCD11	Laparoskopisk assisteret vaginal hysterektomi	2	0,1	99,5		

Operations- kode	Beskrivelse	Antal	Pct	Kum. Pct.	Med i indikator ^a	
					Inkontinens	Prolaps
KLEG00	Vaginal uretrocystorafi	2	0,1	99,6		X
KLEB10	Excision af patologisk væv i vagina	2	0,1	99,6		
KLFE96	Anden rekonstruktion på vulva eller perineum	1	0,0	99,7		
KLEF20	Partiel kolpikleise	1	0,0	99,7		
KLEC10	Excision af septum i vagina	1	0,0	99,7		
KJHC10	Rekonstruktion af sphincter ani	1	0,0	99,8		
KLFE10A	Fenton-plastik	1	0,0	99,8		
KUKC02	Cystoskopi	1	0,0	99,8		
KLWD00	Reoperation for overfladisk blødning efter gynækologisk operation	1	0,0	99,9		
KKDG00	Retropubisk suspension af urinrør	1	0,0	99,9		X
KLEW96	Anden operation på vagina	1	0,0	99,9		
KLFW96	Anden operation på vulva eller perineum	1	0,0	100,0		
KKCH33	Lukning af vesikouterin fistel	1	0,0	100,0		

Anm.: Der kan være mere end ét indgreb pr. operation. Antal operationer i 2007: 2.240. Antal operative indgreb i 2007: 2.897.

a. Afkrydsning er ensbetydende med, at indgrebet tælles med i forbindelse med opgørelse af inkontinens- hhv. prolaps-indikatorer.

Kommentarer til tabel 5:

Frekvenstabel svarende til type af operative indgreb. Der gøres opmærksom på, at tabellen angiver operationskoder svarende til antal operative indgreb, og at der kan være udført flere typer af indgreb pr. operation. Det bemærkes i tabellen, at der er 3 hyppige operationskoder, som ikke indgår i beregningerne af indikatorerne (KLCD10, KLFE20, KLDC10). Disse er dog typisk koder, som inden for det enkelte operationsforløb ledsages af et indgreb, som er specifikt for enten inkontinens eller prolaps. Dette undersøges nærmere i nedenstående tabel.

Tabel 6. Antal patientforløb med operationsdato i 2007, fordelt på indgrebstyper.

Operationstype	Antal	Pct.	Kum. Pct.
Inkontinensindgreb ifm. operation	497	22,2	22,2
Prolapsindgreb ifm. operation	1.422	63,5	85,7
Både inkontinens- og prolapsindgreb ifm. samme operation	13	0,6	86,3
Andre indgreb (ikke inkontinens eller prolaps)	88	3,9	90,2
Uoplyst	220	9,8	100,0
Antal patientforløb med operation, i alt	2.240	100,0	-

a. Operationstype-kategorier er gensidigt udelukkende, idet kategorierne Inkontinens-, Prolaps- samt Inkontinens- og prolapsindgreb har forrang i forhold til gruppen Andre indgreb.

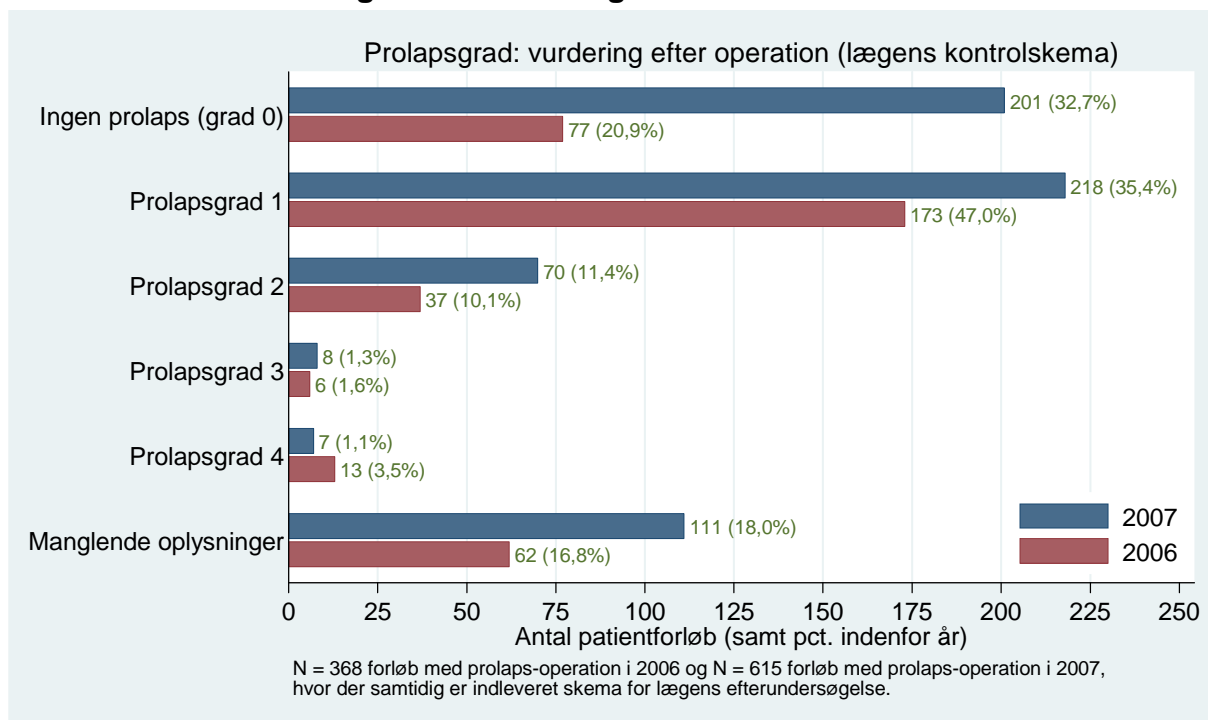
Kommentarer til tabel 6:

Tabellen dokumenterer, at man ved anvendelse af de operationskoder, der er angivet i indikator Tabellen for henholdsvis inkontinens- og prolapsoperationer, opnår at udføre indikatorberegning og dermed kvalitetsmonitorering svarende til 86% har de typiske koder, der anvendes i daglig praksis inden for specialet. Samtidig dokumenterer tabellen, at de tre

koder, der er nævnt i kommentaren til tabel 5, som ventet, primært anvendes sammen med specifikke inkontinens/prolapskoder.

De i tabellen anførte 220 "uoplyste" er forløb, hvor der findes en operationsdato, men hvor der er manglende oplysninger om operationskode.

Figur 4. Prolapsgrad efter operation – for patienter med operation for prolaps i 2007, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse. Sammenlignet med 2006.



Kommentarer til figur 4:

Figuren viser frekvensfordelingen af prolapsgrad efter operation for prolaps jævnfør den lægelige vurdering. Målet efter operation er en prolapsgrad \leq grad 1 (i lighed med det mål, der anvendes i beregning af indikator 6), og tallene sammenlignes med resultater fra 2006. Andelen af patienter med oplevet succes bedømt på denne måde (dvs ingen prolaps eller prolapsgrad 1 efter operation) er uændret i 2007 sammenlignet med 2006 (68,1% vs. 67,9%). Det bemærkes at andelen af manglende oplysninger svarende til prolapsgrad desværre ikke er faldet i forhold til sidste år (udgør i 2007 18%).

Tabel 7. Urininkontinens/residualurin for patientforløb med operation for inkontinens i 2007, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse. Sammenlignet med 2006.

Inkontinensopererede:	År	Uoplyst ^a		Oplyst				
		Antal	Pct.	Antal	Middelværdi	Median	Min.	Maks.
Urininkontinens, vurderet ved blevægt (g/24t.)	2006	106	84,8	19	10,58	3	0	59
	2007	215	82,1	47	11,98	3	0	113
Vandladning, vurderet ved residualurin (ml)	2006	72	57,6	53	31,83	10	0	330
	2007	149	56,9	113	23,08	2	0	208

a. Uoplyst er ensbetydende med, at der ikke er registreret oplysninger vedrørende hhv. blevægt og residualurin i skema for lægens efterundersøgelse.

Kommentarer til tabel 7:

Tabellen viser værdier for urininkontinens (blevægt) og mængden af residualurin efter operation for inkontinens, sammenlignet med 2006. Den gennemsnitlige blevægt i 2007 er 12 g/24t, hvilket er analogt med værdien i 2006. Den gennemsnitlige mængde residualurin er 23 ml, sammenlignet med 32 ml i 2006. De beregnede værdier for blevægt og mængden af residualurin skal tages med et særdeles stort forbehold, idet der, som det fremgår af tabellen, er særdeles mange uoplyste datafelter svarende til både blevægt og residualurin. For variabelen blevægt er hele 82% missing mens det tilsvarende tal for residualurin er 57%.

Afreportering af indikatorer

Indikator 1: Ventetid 60 dage, for perioden 01-01-2007 - 30-09-2007

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

- Datagrundlag: Patientforløb med registrering af valid operationsdato i opgørelsesperioden.
- Datakomplethed: (Relevante patientforløb/Datagrundlag) ×100.
- Relevante patientforløb (Nævner): Samlet antal patientforløb med operationsdato indenfor opgørelsesperioden, og samtidig skal der findes valid henvisningsdato og valid dato for første lægeundersøgelse.
- Opfylder indikator (Tæller): Antal patientforløb med mindre end 2 måneder mellem dato for henvisning og første lægeundersøgelse.
- Andel: Relativ andel af patientforløb som opfylder indikatoren (med 95% konfidensinterval).

Kommentarer:

Samlet oplever ca 65% af patienterne i perioden 01-01-2007 - 30-09-2007 at være lægelig vurderet indenfor 60 dage efter henvisningstidspunktet. Sikkerhedsintervallet (95%) omfatter ikke standarden, og kvalitetsstandarden er ikke opfyldt på landsplan. Der er dog på landsplan en forbedring af indikatorværdien i forhold til året 2006.

Svarende til de afdelinger, der har 10 eller flere relevante patientforløb, opfylder kun 3 indrapporterende enheder den fastsatte standard.

Det noteres, at 9 afdelinger i landet ikke har registrerede patientforløb med en valid operationsdato i opgørelsesperioden. I forhold til 2006 er dette dog en forbedring, idet 16 afdelinger i 2006 ingen registrerede patientforløb havde med valid operationsdato.

Anbefaling:

Registreringspraksis for indberetning til databasen skal strammes op for de 9 afdelinger, der ikke har haft valide operationsdatoer i opgørelsesperioden. Styregruppen vil, via de pågældende kliniske repræsentanter i styregruppen, tage kontakt til de relevante kliniske afdelinger for derigennem at tilstræbe en optimal indrapportering. Generelt er det overfor klinikerne indskærpet, at der er indberetningspligt til databasen.

Ventetidsindikatoren på 60 dage udgår og erstattes af tilsvarende indikator på 30 dage.

INDIKATOR 1 (60 dage) - Standard: ≥ 90%	Data- grundlag	Datakompl. (%)	Relevante patientforløb	Opfylder indikator	Andel (%) (95% K.I.)	Andel (2006)
Rigshospitalet	23	0,0	0	.	.	62,5 (24,5-91,5)
Hvidovre Hospital	246	91,5	225	188	83,6 (78,1-88,1)	82,4 (72,6-89,8)
Frederiksberg Hospital	.	.	.	.	.	100,0 (2,5-100,0)
Gentofte Hospital	1	0,0	0	.	.	.
Glostrup Hospital	183	94,0	172	88	51,2 (43,4-58,8)	27,3 (16,1-41,0)
Herlev Hospital	31	83,9	26	14	57,7 (36,9-76,6)	50,0 (6,8-93,2)
Nordsjællands Hospital	30	0,0	0	.	.	.
Roskilde Sygehus	156	79,5	124	118	95,2 (89,8-98,2)	100,0 (2,5-100,0)
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	.	.	.	.	.	.
Sygehus Vestsjælland, Slagelse	.	.	.	.	.	.
Storstrømmens Sygehus	.	.	.	.	.	.
Odense Universitetshospital	275	99,6	274	122	44,5 (38,5-50,6)	45,3 (39,6-51,0)
Sygehus Fyn, Svendborg	29	82,8	24	21	87,5 (67,6-97,3)	.
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	.	.	.	.	.	.
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	4	100,0	4	2	50,0 (6,8-93,2)	0,0 (0,0-97,5)
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	11	72,7	8	5	62,5 (24,5-91,5)	.
Regionshospitalet Horsens	54	96,3	52	46	88,5 (76,6-95,6)	100,0 (2,5-100,0)
Kolding Sygehus	162	99,4	161	113	70,2 (62,5-77,1)	50,0 (15,7-84,3)
Regionshospitalet Herning	163	90,2	147	71	48,3 (40,0-56,7)	0,0 (0,0-97,5)
Regionshospitalet Silkeborg	.	.	.	.	.	.
Regionshospitalet Randers	8	100,0	8	7	87,5 (47,3-99,7)	.
Århus Universitetshospital, Skejby, Urinvejskirurgisk afdeling K	.	.	.	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, Gynækol./obstetriske afd. Y	175	7,4	13	5	38,5 (13,9-68,4)	.
Regionshospitalet Viborg	55	1,8	1	1	100,0 (2,5-100,0)	.
Sygehus NORD, Thisted	.	.	.	.	.	.
Aalborg Sygehus	4	100,0	4	1	25,0 (0,6-80,6)	.
Sygehus Vendsyssel, Hjørring	.	.	.	.	.	.
Hele landet	1610	77,2	1243	803	64,6 (61,9-67,3)	50,4 (45,8-55,0)

Indikator 1: Ventetid 30 dage, for perioden 01-10-2007 - 31-12-2007

Tid fra modtagelse af henvisningen på sygehuset til første speciallægekontakt med undersøgelse bør være mindre end 1 måned.

- Datagrundlag: Patientforløb med registrering af valid operationsdato i opgørelsesperioden.
- Datakomplethed: (Relevante patientforløb/Datagrundlag) × 100.
- Relevante patientforløb (Nævner): Samlet antal patientforløb med operationsdato indenfor opgørelsesperioden, og samtidig skal der findes valid henvisningsdato og valid dato for første lægeundersøgelse.
- Opfylder indikator (Tæller): Antal patientforløb med mindre end 1 måned mellem dato for henvisning og første lægeundersøgelse.
- Andel: Relativ andel af patientforløb som opfylder indikatoren (med 95% konfidensinterval).

Kommentarer:

Samlet oplever ca 41% af patienterne i perioden 01-10-2007 - 31-12-2007 at være lægelig vurderet indenfor 30 dage efter henvisningstidspunktet. Sikkerhedsintervallet (95%) omfatter ikke standarden, og kvalitetsstandarden er ikke opfyldt på landsplan. Ventetidsindikatoren er i løbet af 2007 ændret fra 60 til 30 dage.

Svarende til de afdelinger, der har 10 eller flere relevante patientforløb, opfylder kun 1 indrapporterende enhed (Nordsjællands Hospital) den fastsatte standard.

Konklusion: Standarden er på landsplan ikke opfyldt, og kun én dataindberettende enhed i landet opfylder standarden for ventetid.

Anbefaling:

Registreringspraksis for indberetning til databasen skal strammes op for de 9 afdelinger, der ikke har haft valide operationsdatoer i opgørelsesperioden. Styregruppen vil, via de pågældende kliniske repræsentanter i styregruppen, tage kontakt til de relevante kliniske afdelinger for derigennem at tilstræbe en optimal indrapportering. Generelt er det overfor klinikerne indskærpet, at der er indberetningspligt til databasen.

Samtidig må man konkludere, at indikatorværdien på landsplan er langt fra den fastlagte standard; og at der på de kliniske afdelinger skal arbejdes på at oparbejde procedurer, der sikrer at en nedbringelse af ventetiden.

INDIKATOR 1 (30 dage) - Standard: ≥ 90%	Data- grundlag	Datakompl. (%)	Relevante patientforløb	Opfylder indikator	Andel (%) (95% K.I.)	Andel (2006)
Rigshospitalet	3	0,0	0	.	.	100,0 (2,5-100,0)
Hvidovre Hospital	90	96,7	87	48	55,2 (44,1-65,9)	85,5 (75,6-92,5)
Frederiksberg Hospital	.	.	.	.	.	.
Gentofte Hospital	.	.	.	.	.	.
Glostrup Hospital	67	92,5	62	9	14,5 (6,9-25,8)	32,0 (21,7-43,8)
Herlev Hospital	5	100,0	5	1	20,0 (0,5-71,6)	42,9 (9,9-81,6)
Nordsjællands Hospital	40	32,5	13	12	92,3 (64,0-99,8)	.
Roskilde Sygehus	69	88,4	61	47	77,0 (64,5-86,8)	100,0 (2,5-100,0)
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	.	.	.	.	.	.
Sygehus Vestsjælland, Slagelse	.	.	.	.	.	.
Storstrømmens Sygehus	.	.	.	.	.	.
Odense Universitetshospital	63	93,7	59	17	28,8 (17,8-42,1)	38,1 (29,4-47,5)
Sygehus Fyn, Svendborg	30	93,3	28	17	60,7 (40,6-78,5)	.
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	.	.	.	.	.	.
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	.	.	.	.	.	.
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	13	46,2	6	0	0,0 (0,0-45,9)	.
Regionshospitalet Horsens	34	91,2	31	18	58,1 (39,1-75,5)	.
Kolding Sygehus	56	96,4	54	22	40,7 (27,6-55,0)	50,0 (18,7-81,3)
Regionshospitalet Herning	67	95,5	64	11	17,2 (8,9-28,7)	.
Regionshospitalet Silkeborg	1	100,0	1	1	100,0 (2,5-100,0)	.
Regionshospitalet Randers	20	95,0	19	7	36,8 (16,3-61,6)	.
Århus Universitetshospital, Skejby, Urinvejskirurgisk afdeling K	.	.	.	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, Gynækol./obstetrisk afd. Y	32	53,1	17	1	5,9 (0,1-28,7)	100,0 (2,5-100,0)
Regionshospitalet Viborg	24	4,2	1	1	100,0 (2,5-100,0)	0,0 (0,0-84,2)
Sygehus NORD, Thisted	.	.	.	.	.	.
Aalborg Sygehus	12	100,0	12	1	8,3 (0,2-38,5)	.
Sygehus Vendsyssel, Hjørring	4	100,0	4	1	25,0 (0,6-80,6)	.
Hele landet	630	83,2	524	214	40,8 (36,6-45,2)	49,8 (43,9-55,7)

Indikator 2: 24 timers blevejningstest/succes efter operation 01-01-2007 - 31-12-2007

Helbredelsesgraden efter operation for inkontinens – bedømt ved blevejningstest, som bør være $\leq 7\text{g}/24$ timer.

- N: Antal relevante operationer i perioden (inkontinens-kirurgi).
- Datagrundlag: Patientforløb med registrering af relevant operationskode (inkontinens-kirurgi), og hvor der er indleveret skema for lægens efterundersøgelse.
- Datakomplethed: (Relevante patientforløb/Datagrundlag) $\times 100$.
- Relevante patientforløb (Nævner): Antal patientforløb, der har fået foretaget inkontinens-kirurgi, og hvor der er afkrydsning i blevejningsvariablen fra skemaet "lægens efterundersøgelse".
- Opfylder indikator (Tæller): Patientforløb hvor blevejning viser $\leq 7\text{g}/24$ timer.
- Andel: Relativ andel af patientforløb som opfylder indikatoren (med 95% konfidensinterval).

Kommentarer:

Indikator Tabellen giver, svarende til antal relevante operationer for inkontinens, indtryk af, at ikke alle landets kirurgiske enheder indberetter sufficent til databasen. Ti afdelinger på landsplan har hver indberettet mere end 10 patientforløb, hvorpå der er udført inkontinenskirurgi (for relevante koder henvises til indikator Tabellen).

Samlet oplever ca 64% af patienterne i 2007 succes efter operation for inkontinens bedømt ved 24 timers blevejningstest. Sikkerhedsintervallet (95%) omfatter ikke standarden, og kvalitetsstandard er ikke opfyldt på landsplan. I forhold til 2006 registreres dog en forbedring af indikatorværdien fra 53% til nu 64%.

Kun én afdeling (Hvidovre) har tilstrækkeligt antal relevante patientforløb til en vurdering af afdelingsspecifikke indikatorresultater. Denne afdeling har opnået en forbedring af indikatorresultat fra 2006 på 44% til nu 62%.

Konklusion: Standarden er på landsplan ikke opfyldt, og ingen dataindberettende enheder i landet opfylder standarden for succes efter operation for inkontinens bedømt ved 24 timers blevejningstest.

Anbefaling:

Der skal arbejdes på at få øget indberetningen til databasen, og dette skal bl.a. ske ved initiativer fra styregruppen i form af generel information til klinikere ved de relevante videnskabelige selskabers årsmøder og via den regionale kliniske repræsentation i styregruppen.

Herudover vil man på kommende styregruppemøder i databasen diskutere relevansen af denne indikator, og hvorvidt der nationalt er faglig konsensus omkring blevejning. Muligvis vil man i styregruppen tage initiativ til implementering af en alternativ indikator.

INDIKATOR 2 - Standard: $\geq 80\%$	N	Data- grundlag	Datakompl. (%)	Relevante patientforløb	Opfylder indikator	Andel (%) (95% K.I.)	Andel (2006)
Rigshospitalet	7	.	.	.	.	.	.
Hvidovre Hospital	74	61	60,7	37	23	62,2 (44,8-77,5)	43,8 (19,8-70,1)
Frederiksberg Hospital	.	.	.	.	.	.	.
Gentofte Hospital	.	.	.	.	.	.	.
Glostrup Hospital	112	80	0,0	0	.	.	100,0 (2,5-100,0)
Herlev Hospital	.	.	.	.	.	.	.
Nordsjællands Hospital	13	.	.	.	.	.	.
Roskilde Sygehus	20	5	40,0	2	2	100,0 (15,8-100,0)	.
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Vestsjælland, Slagelse	.	.	.	.	.	.	.
Storstrømmens Sygehus	.	.	.	.	.	.	.
Odense Universitetshospital	36	26	3,8	1	1	100,0 (2,5-100,0)	.
Sygehus Fyn, Svendborg	4	4	25,0	1	1	100,0 (2,5-100,0)	.
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	4	1	100,0	1	1	100,0 (2,5-100,0)	100,0 (2,5-100,0)
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	4	4	0,0	0	.	.	.
Regionshospitalet Horsens	12	4	25,0	1	1	100,0 (2,5-100,0)	100,0 (2,5-100,0)
Kolding Sygehus	77	17	23,5	4	1	25,0 (0,6-80,6)	.
Regionshospitalet Herning	54	40	0,0	0	.	.	.
Regionshospitalet Silkeborg	.	.	.	.	.	.	.
Regionshospitalet Randers	4	3	0,0	0	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, Urinvejskirurgisk afdeling K	.	.	.	.	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, Gynækol./obstetrisk afd. Y	21	.	.	.	.	.	.
Regionshospitalet Viborg	64	17	0,0	0	.	.	.
Sygehus NORD, Thisted	.	.	.	.	.	.	.
Aalborg Sygehus	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Vendsyssel, Hjørring	4	.	.	.	.	.	.
Hele landet	510	262	17,9	47	30	63,8 (48,5-77,3)	52,6 (28,9-75,6)

Indikator 3: Subjektiv patient bedømmelse af succes

01-01-2007 - 31-12-2007

Subjektiv patient bedømmelse af succes efter operation for urininkontinens.

- N: Antal relevante operationer i perioden (inkontinens-kirurgi).
- Datagrundlag: Patientforløb med registrering af relevant operationskode (inkontinens-kirurgi), og hvor der er indleveret skema for patientens efterundersøgelse.
- Datakomplethed: (Relevante patientforløb/Datagrundlag) × 100.
- Relevante patientforløb (Nævner): Antal patientforløb, der har fået foretaget inkontinens-kirurgi i opgørelsesperioden, og hvor der findes en afkrydsning i rubrikken A (Hvor ofte oplever du urin-inkontinens?).
- Opfylder indikator (Tæller): Antal patientforløb, hvor der er foretaget afkrydsning i felterne "Aldrig" eller "Ja, en gang om ugen eller mindre" i feltet A.
- Andel: Relativ andel af patientforløb som opfylder indikatoren (med 95% konfidensinterval).

Kommentarer:

Med hensyn til antal relevante operationer for inkontinens er kommentaren identisk med kommentaren for indikator 2.

Samlet er den subjektive patient bedømmelse af succes ca. 54% for de patienter, der i 2007 blev opereret for inkontinens. Sikkerhedsintervallet (95%) omfatter ikke standarden, og kvalitetsstandarden er ikke opfyldt på landsplan. I forhold til 2006 resultatet registreres der ingen forbedring af indikatorværdien.

Svarende til de afdelinger, der har 10 eller flere relevante patientforløb for indikatoren, opfylder 3 indrapporterende enheder (Odense Universitetshospital og Regionshospitalet i Herning og Viborg) den fastsatte standard.

Konklusion: Standarden er på landsplan ikke opfyldt, og kun tre dataindberettende enheder opfylder standarden for subjektiv patient bedømmelse af succes efter inkontinenskirurgi.

Anbefaling:

Der skal arbejdes på at få øget indberetningen.

Denne indikator for subjektiv patientbedømmelse anses for væsentlig, og man vil fortsætte monitorering af indikatoren.

INDIKATOR 3 - Standard: $\geq 70\%$	N	Data- grundlag	Datakompl. (%)	Relevante patientforløb	Opfylder indikator	Andel (%) (95% K.I.)	Andel (2006)
Rigshospitalet	7	.	.	.	.	.	66,7 (9,4-99,2)
Hvidovre Hospital	74	62	56,5	35	11	31,4 (16,9-49,3)	47,6 (25,7-70,2)
Frederiksberg Hospital	.	.	.	.	.	.	.
Gentofte Hospital	.	.	.	.	.	.	.
Glostrup Hospital	112	91	45,1	41	20	48,8 (32,9-64,9)	42,3 (23,4-63,1)
Herlev Hospital	.	.	.	.	.	.	.
Nordsjællands Hospital	13	.	.	.	.	.	.
Roskilde Sygehus	20	1	100,0	1	1	100,0 (2,5-100,0)	.
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Vestsjælland, Slagelse	.	.	.	.	.	.	.
Storstrømmens Sygehus	.	.	.	.	.	.	.
Odense Universitetshospital	36	26	80,8	21	14	66,7 (43,0-85,4)	60,0 (40,6-77,3)
Sygehus Fyn, Svendborg	4	2	50,0	1	1	100,0 (2,5-100,0)	.
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	4	1	0,0	0	.	.	100,0 (2,5-100,0)
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	4	4	0,0	0	.	.	100,0 (2,5-100,0)
Regionshospitalet Horsens	12	4	100,0	4	4	100,0 (39,8-100,0)	100,0 (2,5-100,0)
Kolding Sygehus	77	14	42,9	6	3	50,0 (11,8-88,2)	0,0 (0,0-97,5)
Regionshospitalet Herning	54	43	95,3	41	24	58,5 (42,1-73,7)	100,0 (2,5-100,0)
Regionshospitalet Silkeborg	.	.	.	.	.	.	.
Regionshospitalet Randers	4	3	0,0	0	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, Urinvejskirurgisk afdeling K	.	.	.	.	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, Gynækol./obstetrisk afd. Y	21	4	50,0	2	0	0,0 (0,0-84,2)	.
Regionshospitalet Viborg	64	33	90,9	30	20	66,7 (47,2-82,7)	.
Sygehus NORD, Thisted	.	.	.	.	.	.	.
Aalborg Sygehus	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Vendsyssel, Hjørring	4	.	.	.	.	.	.
Hele landet	510	288	63,2	182	98	53,8 (46,3-61,2)	52,9 (41,8-63,9)

Indikator 4: Obstruktion efter kirurgisk behandling

01-01-2007 - 31-12-2007

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

- N: Antal relevante operationer i perioden (inkontinens-kirurgi).
- Datagrundlag: Patientforløb med registrering af relevant operationskode (inkontinens-kirurgi), og hvor der er indleveret skema for lægens efterundersøgelse.
- Datakomplethed: (Relevante patientforløb/Datagrundlag) × 100.
- Relevante patientforløb (Nævner): Antal patientforløb, der har fået foretaget inkontinens-kirurgi i opgørelsesperioden, og hvor der findes en afkrydsning i variabelen "residualurin" fra skemaet "lægens efterundersøgelse".
- Opfylder indikator (Tæller): Antal patientforløb med < 50 ml residualurin ved efterundersøgelsen.
- Andel: Relativ andel af patientforløb som opfylder indikatoren (med 95% konfidensinterval).

Kommentarer:

Med hensyn til antal relevante operationer for inkontinens er kommentaren identisk med kommentaren for indikator 2.

Samlet oplever ca 81% af patienterne i 2007 ikke obstruktion efter operation for inkontinens bedømt ved måling af residualurin. Sikkerhedsintervallet (95%) omfatter ikke standarden, og kvalitetsstandarden er ikke opfyldt på landsplan. I forhold til 2006 registreres dog en forbedring af indikatorværdien fra 77% til nu 81%.

Svarende til de afdelinger, der har 10 eller flere relevante patientforløb for indikatoren, opfylder 3 indrapporterende enheder (Hvidovre Hospital, Kolding Sygehus og Regionshospitalet i Viborg) den fastsatte standard.

Konklusion: Standarden er på landsplan ikke opfyldt, men tre dataindberettende enheder i landet opfylder standarden for succes efter operation for inkontinens bedømt ved kun lille mængde residualurin.

Anbefaling:

Der skal arbejdes på at få øget indberetningen.

Monitorering af indikatoren fortsætter.

INDIKATOR 4 - Standard: $\geq 90\%$	N	Data- grundlag	Datakompl. (%)	Relevante patientforløb	Opfylder indikator	Andel (%) (95% K.I.)	Andel (2006)
Rigshospitalet	7	.	.	.	.	.	.
Hvidovre Hospital	74	61	55,7	34	30	88,2 (72,5-96,7)	84,6 (54,6-98,1)
Frederiksberg Hospital	.	.	.	.	.	.	.
Gentofte Hospital	.	.	.	.	.	.	.
Glostrup Hospital	112	80	5,0	4	3	75,0 (19,4-99,4)	83,3 (35,9-99,6)
Herlev Hospital	.	.	.	.	.	.	.
Nordsjællands Hospital	13	.	.	.	.	.	.
Roskilde Sygehus	20	5	100,0	5	5	100,0 (47,8-100,0)	100,0 (2,5-100,0)
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Vestsjælland, Slagelse	.	.	.	.	.	.	.
Storstrømmens Sygehus	.	.	.	.	.	.	.
Odense Universitetshospital	36	26	42,3	11	7	63,6 (30,8-89,1)	68,0 (46,5-85,1)
Sygehus Fyn, Svendborg	4	4	75,0	3	3	100,0 (29,2-100,0)	.
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	4	1	100,0	1	1	100,0 (2,5-100,0)	.
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	4	4	0,0	0	.	.	.
Regionshospitalet Horsens	12	4	50,0	2	2	100,0 (15,8-100,0)	100,0 (2,5-100,0)
Kolding Sygehus	77	17	58,8	10	8	80,0 (44,4-97,5)	83,3 (35,9-99,6)
Regionshospitalet Herning	54	40	82,5	33	24	72,7 (54,5-86,7)	100,0 (2,5-100,0)
Regionshospitalet Silkeborg	.	.	.	.	.	.	.
Regionshospitalet Randers	4	3	0,0	0	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, Urinvejskirurgisk afdeling K	.	.	.	.	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, Gynækol./obstetrisk afd. Y	21	.	.	.	.	.	.
Regionshospitalet Viborg	64	17	58,8	10	9	90,0 (55,5-99,7)	.
Sygehus NORD, Thisted	.	.	.	.	.	.	.
Aalborg Sygehus	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Vendsyssel, Hjørring	4	.	.	.	.	.	.
Hele landet	510	262	43,1	113	92	81,4 (73,0-88,1)	77,4 (63,8-87,7)

Indikator 5: Udført POPQ-måling ved prolaps

01-01-2007 - 31-12-2007

Udførelse af POPQ-måling bør foretages ved ethvert patientforløb med prolaps, og både før og efter kirurgisk intervention.

- N: Antal relevante operationer i perioden (prolaps-kirurgi).
- Datagrundlag: Patientforløb med registrering af relevant operationskode (prolaps-kirurgi), og hvor der samtidig er indleveret lægeskema svarende til både for- og efterundersøgelse.
- Datakomplethed: (Relevante patientforløb/Datagrundlag) × 100. Bemærk at datakomplethed pr. definition er 100%, da definition af datagrundlag og relevante patientforløb er identisk.
- Relevante patientforløb (Nævner): Antal patientforløb, der har fået foretaget prolaps-kirurgi i opgørelsesperioden, og hvor der samtidig er indleveret lægeskema svarende til både for- og efterundersøgelse.
- Opfylder indikator (Tæller): Antal patientforløb, hvor der findes en registrering af POPQ-måling både før og efter operation (beregnet POPQ).
- Andel: Relativ andel af patientforløb som opfylder indikatoren (med 95% konfidensinterval).

Kommentarer:

Indikator Tabellen giver, svarende til antal relevante operationer for prolaps, indtryk af, at ikke alle landets kirurgiske enheder indberetter sufficient til databasen. Elleve afdelinger på landsplan har således indberettet 10 eller færre patientforløb, hvorpå der er udført prolapskirurgi (koder jvf indikatorskemaet).

Samlet er der for ca 11% af patienterne i 2007 udført POPQ måling både før og efter operation for prolaps. Indikatorværdien ligger meget langt fra en fastsatte standard og kvalitetsstandard er ikke opfyldt på landsplan. I forhold til 2006 er der sket en forringelse af indikatorværdien (fra 29% til i år 11%).

Når kun afdelinger, der har 10 eller flere indberettede relevante patientforløb, vurderes, opfylder ingen af landets indrapporterende enheder den fastsatte standard.

Konklusion: Standarden er på landsplan ikke opfyldt, og ingen dataindberettende enheder i landet opfylder standarden omkring udført POPQ måling både før og efter operation for prolaps.

Anbefaling:

Der skal arbejdes på at få øget indberetningen, og dette skal bl.a. ske ved initiativer fra styregruppen i form af generel information til klinikere ved de relevante videnskabelige selskabers årsmøder og via den regionale kliniske repræsentation i styregruppen. Desuden skal man i styregruppen diskutere om der er national konsensus omkring målingen.

Monitorering af indikatoren fortsætter.

INDIKATOR 5 - Standard: $\geq 80\%$	N	Data- grundlag	Datakompl. (%)	Relevante patientforløb	Opfylder indikator	Andel (%) (95% K.I.)	Andel (2006)
Rigshospitalet	14	.	.	.	.	.	.
Hvidovre Hospital	256	202	100,0	202	0	0,0 (0,0-1,8)	0,0 (0,0-3,1)
Frederiksberg Hospital	.	.	.	.	.	.	.
Gentofte Hospital	1	.	.	.	.	.	.
Glostrup Hospital	146	111	100,0	111	0	0,0 (0,0-3,3)	0,0 (0,0-6,4)
Herlev Hospital	35	26	100,0	26	0	0,0 (0,0-13,2)	0,0 (0,0-70,8)
Nordsjællands Hospital	57	.	.	.	.	.	.
Roskilde Sygehus	200	12	100,0	12	2	16,7 (2,1-48,4)	0,0 (0,0-97,5)
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Vestsjælland, Slagelse	.	.	.	.	.	.	.
Storstrømmens Sygehus	.	.	.	.	.	.	.
Odense Universitetshospital	130	112	100,0	112	58	51,8 (42,1-61,3)	57,8 (50,2-65,1)
Sygehus Fyn, Svendborg	54	22	100,0	22	0	0,0 (0,0-15,4)	.
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	.	.	.	.	.	.	.
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	18	9	100,0	9	0	0,0 (0,0-33,6)	.
Regionshospitalet Horsens	63	22	100,0	22	0	0,0 (0,0-15,4)	0,0 (0,0-97,5)
Kolding Sygehus	120	27	100,0	27	7	25,9 (11,1-46,3)	40,0 (5,3-85,3)
Regionshospitalet Herning	160	39	100,0	39	0	0,0 (0,0-9,0)	.
Regionshospitalet Silkeborg	1	.	.	.	.	.	.
Regionshospitalet Randers	21	2	100,0	2	0	0,0 (0,0-84,2)	.
Århus Universitetshospital, Skejby, Urinvejskirurgisk afdeling K	.	.	.	.	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, Gynækol./obstetrisk afd. Y	133	2	100,0	2	0	0,0 (0,0-84,2)	.
Regionshospitalet Viborg	12	.	.	.	.	.	.
Sygehus NORD, Thisted	.	.	.	.	.	.	.
Aalborg Sygehus	14	9	100,0	9	1	11,1 (0,3-48,2)	.
Sygehus Vendsyssel, Hjørring	.	.	.	.	.	.	.
Hele landet	1435	595	100,0	595	68	11,4 (9,0-14,3)	29,0 (24,4-34,0)

Indikator 6: Objektiv score hos patienter opereret for prolaps 01-01-2007 - 31-12-2007

Objektiv mål for succes efter operation for prolaps vurderet ved prolapsgrad. Målet er prolapsgrad \leq grad 1.

- N: Antal relevante operationer i perioden (prolaps-kirurgi).
- Datagrundlag: Patientforløb med registrering af relevant operationskode (prolaps-kirurgi), og hvor der er indleveret skema for lægens efterundersøgelse.
- Datakomplethed: (Relevante patientforløb/Datagrundlag) \times 100.
- Relevante patientforløb (Nævner): Antal patientforløb, der har fået foretaget prolaps-kirurgi i opgørelsesperioden, og hvor der samtidig er en registrering af prolapsgrad (vurderet eller beregnet) fra skemaet "lægens efterundersøgelse".
- Opfylder indikator (Tæller): Antal patientforløb med registrering af samlet score (i forh. hymenal plan) grad \leq 1.
- Andel: Relativ andel af patientforløb som opfylder indikatoren (med 95% konfidensinterval).

Kommentarer:

Med hensyn til antal relevante operationer for prolaps er kommentaren identisk med kommentaren for indikator 5.

Samlet har ca 83% af de patienter, der i 2007 er opereret for prolaps, oplevet succes bedømt objektivt ved en prolapsgrad \leq 1. Sikkerhedsintervallet (95%) omfatter ikke standarden, og kvalitetsstandarden er ikke opfyldt på landsplan. Når der sammenlignes med resultatet for 2006 spores en lille fremgang i indikatorværdien, som ikke ligger langt fra den fastsatte standard.

Når de afdelinger, der har 10 eller flere indberettede relevante patientforløb, vurderes, opfylder 6 af landets indrapporterende enheder den fastsatte standard (Hvidovre, Sygehus Fyn Svendborg, Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, Regionshospitalet Horsens, Kolding Sygehus og Regionshospitalet Herning).

Konklusion: kvalitetsstandarden er ikke opfyldt på landsplan, men 6 dataindberettende enheder i landet opfylder standarden for objektivt bedømt succes (prolapsgrad \leq 1) efter operation for prolaps.

Anbefaling:

Der skal arbejdes på at få øget indberetningen.
Monitorering af indikatoren fortsætter.

INDIKATOR 6 - Standard: $\geq 90\%$	N	Data- grundlag	Datakompl. (%)	Relevante patientforløb	Opfylder indikator	Andel (%) (95% K.I.)	Andel (2006)
Rigshospitalet	14	.	.	.	.	.	.
Hvidovre Hospital	256	209	95,7	200	184	92,0 (87,3-95,4)	86,3 (78,7-92,0)
Frederiksberg Hospital	.	.	.	.	.	.	.
Gentofte Hospital	1	.	.	.	.	.	.
Glostrup Hospital	146	114	74,6	85	68	80,0 (69,9-87,9)	73,8 (58,0-86,1)
Herlev Hospital	35	26	100,0	26	14	57,7 (36,9-76,6)	66,7 (9,4-99,2)
Nordsjællands Hospital	57	.	.	.	.	.	.
Roskilde Sygehus	200	16	31,3	5	3	60,0 (14,7-94,7)	.
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Vestsjælland, Slagelse	.	.	.	.	.	.	.
Storstrømmens Sygehus	.	.	.	.	.	.	.
Odense Universitetshospital	130	112	61,6	69	50	72,5 (60,4-82,5)	80,1 (72,6-86,4)
Sygehus Fyn, Svendborg	54	22	100,0	22	19	86,4 (65,1-97,1)	.
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	.	.	.	.	.	.	.
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	18	12	83,3	10	9	90,0 (55,5-99,7)	.
Regionshospitalet Horsens	63	22	100,0	22	19	86,4 (65,1-97,1)	100,0 (2,5-100,0)
Kolding Sygehus	120	27	77,8	21	18	85,7 (63,7-97,0)	100,0 (15,8-100,0)
Regionshospitalet Herning	160	39	84,6	33	28	84,8 (68,1-94,9)	.
Regionshospitalet Silkeborg	1	.	.	.	.	.	.
Regionshospitalet Randers	21	2	100,0	2	1	50,0 (1,3-98,7)	.
Århus Universitetshospital, Skejby, Urinvejskirurgisk afdeling K	.	.	.	.	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, Gynækol./obstetrisk afd. Y	133	5	100,0	5	2	40,0 (5,3-85,3)	.
Regionshospitalet Viborg	12	.	.	.	.	.	.
Sygehus NORD, Thisted	.	.	.	.	.	.	.
Aalborg Sygehus	14	9	44,4	4	3	75,0 (19,4-99,4)	.
Sygehus Vendsyssel, Hjørring	.	.	.	.	.	.	.
Hele landet	1435	615	82,0	504	419	83,1 (79,6-86,3)	81,7 (76,9-85,9)

Indikator 7: Subjektiv patient-bedømmelse af prolapsoperation

01-01-2007 - 31-12-2007

Patienttilfredshed efter operation for prolaps. Der bør ikke være nedglidningssymptomer efter operation.

- N: Antal relevante operationer i perioden (prolaps-kirurgi).
- Datagrundlag: Patientforløb med registrering af relevant operationskode (prolaps-kirurgi), hvor der er indleveret skema for patientens efterundersøgelse.
- Datakomplethed: (Relevante patientforløb/Datagrundlag) × 100.
- Relevante patientforløb (Nævner): Antal patientforløb, der har fået foretaget prolaps-kirurgi i opgørelsesperioden, og hvor der samtidig er en registrering i rubrikken A (Har du fornemmelse af noget, der glider ud af skedeåbningen, eller kan du mærke en bule udenfor skeden?).
- Opfylder indikator (Tæller): Antal patientforløb, som har registreret "Nej" i rubrikken A.
- Andel: Relativ andel af patientforløb som opfylder indikatoren (med 95% konfidensinterval).

Kommentarer:

Med hensyn til antal relevante operationer for prolaps er kommentaren identisk med kommentaren for indikator 5.

Samlet oplever ca 83% af de patienter, der i 2007 er opereret for prolaps, ingen efterfølgende subjektiv fornemmelse af nedglidning. Sikkerhedsintervallet (95%) omfatter standarden, og kvalitetsstandarden er opfyldt på landsplan.

Når de afdelinger, der har 10 eller flere indberettede relevante patientforløb, vurderes, opfylder 6 af landets indrapporterende enheder den fastsatte standard (Hvidovre, Herlev Hospital, Roskilde Sygehus, Odense Universitetshospital, Regionshospitalet Horsens og Regionshospitalet Herning).

Konklusion: På landsplan er standarden opfyldt, og 6 dataindberettende enheder i landet opfylder standarden for subjektiv patienttilfredshed efter prolaps operation.

Anbefaling:

Der skal arbejdes på at få øget indberetningen.

Monitorering på indikatoren fortsætter idet den subjektive patientbedømmelse er væsentlig.

INDIKATOR 7 - Standard: $\geq 80\%$	N	Data- grundlag	Datakompl. (%)	Relevante patientforløb	Opfylder indikator	Andel (%) (95% K.I.)	Andel (2006)
Rigshospitalet	14	.	.	.	.	.	.
Hvidovre Hospital	256	218	43,6	95	79	83,2 (74,1-90,1)	73,3 (58,1-85,4)
Frederiksberg Hospital	.	.	.	.	.	.	.
Gentofte Hospital	1	.	.	.	.	.	.
Glostrup Hospital	146	114	9,6	11	1	9,1 (0,2-41,3)	0,0 (0,0-60,2)
Herlev Hospital	35	28	100,0	28	24	85,7 (67,3-96,0)	100,0 (29,2-100,0)
Nordsjællands Hospital	57	.	.	.	.	.	.
Roskilde Sygehus	200	18	61,1	11	10	90,9 (58,7-99,8)	.
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Vestsjælland, Slagelse	.	.	.	.	.	.	.
Storstrømmens Sygehus	.	.	.	.	.	.	.
Odense Universitetshospital	130	112	94,6	106	97	91,5 (84,5-96,0)	94,3 (89,5-97,4)
Sygehus Fyn, Svendborg	54	32	12,5	4	1	25,0 (0,6-80,6)	.
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	.	.	.	.	.	.	.
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	18	5	0,0	0	.	.	.
Regionshospitalet Horsens	63	22	90,9	20	20	100,0 (83,2-100,0)	0,0 (0,0-97,5)
Kolding Sygehus	120	23	4,3	1	0	0,0 (0,0-97,5)	.
Regionshospitalet Herning	160	118	89,0	105	90	85,7 (77,5-91,8)	.
Regionshospitalet Silkeborg	1	.	.	.	.	.	.
Regionshospitalet Randers	21	1	0,0	0	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, Urinvejskirurgisk afdeling K	.	.	.	.	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, Gynækol./obstetrisk afd. Y	133	17	47,1	8	2	25,0 (3,2-65,1)	.
Regionshospitalet Viborg	12	.	.	.	.	.	.
Sygehus NORD, Thisted	.	.	.	.	.	.	.
Aalborg Sygehus	14	9	77,8	7	4	57,1 (18,4-90,1)	.
Sygehus Vendsyssel, Hjørring	.	.	.	.	.	.	.
Hele landet	1435	717	55,2	396	328	82,8 (78,7-86,4)	87,7 (82,5-91,8)

Indikator 8: Re-operation for prolaps

Ikke relevant i indeværende periode, idet et tilstrækkeligt antal patienterne endnu ikke har kunnet følges i mindst 1 år efter primær operation.

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

01-01-2007 - 31-12-2007

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

- N: Antal relevante operationer i perioden (inkontinens-kirurgi).
- Datagrundlag: Patientforløb med registrering af relevant operationskode (inkontinens-kirurgi), og hvor der er indleveret skema for lægens efterundersøgelse.
- Datakomplethed: (Relevante patientforløb/Datagrundlag) × 100.
- Relevante patientforløb (Nævner): Antal patientforløb, der har fået foretaget inkontinens-kirurgi i opgørelsesperioden, og hvor der er en registrering i variabelen "Behandlingsbehov (klinisk konklusion) svarende til urininkontinens".
- Opfylder indikator (Tæller): Antal patientforløb hvor der er registreret et stort eller lille behandlingsbehov ved kontrolbesøg efter operativt indgreb.
- Andel: Relativ andel af patientforløb som opfylder indikatoren (med 95% konfidensinterval).

Kommentarer:

Samlet er der for ca 16% af patienterne, som er opereret for inkontinens, registreret et stort eller lille behandlingsbehov ved kontrolbesøg. Sikkerhedsintervallet (95%) omfatter ikke standarden, og kvalitetsstandarden er ikke opfyldt på landsplan. Når der sammenlignes med resultatet for 2006 spores en stigende andel med fortsat behandlingsbehov efter kirurgi for inkontinens.

Når de afdelinger, der har 10 eller flere indberettede relevante patientforløb, vurderes, opfylder 5 af landets indrapporterende enheder den fastsatte standard (Glostrup Hospital, Odense Universitetshospital, Kolding Sygehus, Regionshospitalet Herning og Regionshospitalet Viborg).

Konklusion: kvalitetsstandarden er ikke opfyldt på landsplan, men 5 dataindberettende enheder i landet opfylder standarden vedrørende fortsat behandlingsbehov efter inkontinenskirurgi.

Anbefaling:

Styregruppen vil tage indikatoren op til diskussion. Visse steder i landet er det ikke praksis, at patienterne nødvendigvis indkaldes til personligt fremmøde i forbindelse med efterundersøgelse. Konsekvenser af dette skal diskuteres i styregruppen.

INDIKATOR 9 - Standard: ≤ 10%	N	Data- grundlag	Datakompl. (%)	Relevante patientforløb	Opfylder indikator	Andel (%) (95% K.I.)	Andel (2006)
Rigshospitalet	7	.	.	.	.	.	.
Hvidovre Hospital	74	61	88,5	54	14	25,9 (15,0-39,7)	28,0 (12,1-49,4)
Frederiksberg Hospital	.	.	.	.	.	.	.
Gentofte Hospital	.	.	.	.	.	.	.
Glostrup Hospital	112	80	83,8	67	6	9,0 (3,4-18,5)	6,4 (1,3-17,5)
Herlev Hospital	.	.	.	.	.	.	.
Nordsjællands Hospital	13	.	.	.	.	.	.
Roskilde Sygehus	20	5	40,0	2	0	0,0 (0,0-84,2)	0,0 (0,0-97,5)
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Vestsjælland, Slagelse	.	.	.	.	.	.	.
Storstrømmens Sygehus	.	.	.	.	.	.	.
Odense Universitetshospital	36	26	46,2	12	2	16,7 (2,1-48,4)	12,0 (2,5-31,2)
Sygehus Fyn, Svendborg	4	4	100,0	4	0	0,0 (0,0-60,2)	.
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	4	1	0,0	0	.	.	.
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	4	4	100,0	4	0	0,0 (0,0-60,2)	0,0 (0,0-97,5)
Regionshospitalet Horsens	12	4	50,0	2	0	0,0 (0,0-84,2)	.
Kolding Sygehus	77	17	76,5	13	1	7,7 (0,2-36,0)	0,0 (0,0-52,2)
Regionshospitalet Herning	54	40	95,0	38	7	18,4 (7,7-34,3)	0,0 (0,0-97,5)
Regionshospitalet Silkeborg	.	.	.	.	.	.	.
Regionshospitalet Randers	4	3	100,0	3	0	0,0 (0,0-70,8)	.
Århus Universitetshospital, Skejby, Urinvejskirurgisk afdeling K	.	.	.	.	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, Gynækol./obstetrisk afd. Y	21	.	.	.	.	.	.
Regionshospitalet Viborg	64	17	82,4	14	3	21,4 (4,7-50,8)	.
Sygehus NORD, Thisted	.	.	.	.	.	.	.
Aalborg Sygehus	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Vendsyssel, Hjørring	4	.	.	.	.	.	.
Hele landet	510	262	81,3	213	33	15,5 (10,9-21,1)	12,4 (6,8-20,2)

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

01-01-2007 - 31-12-2007

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

- N: Antal relevante operationer i perioden (prolaps-kirurgi).
- Datagrundlag: Patientforløb med registrering af relevant operationskode (prolaps-kirurgi), og hvor der er indleveret skema for lægens efterundersøgelse.
- Datakomplethed: (Relevante patientforløb/Datagrundlag) × 100.
- Relevante patientforløb (Nævner): Antal patientforløb, der har fået foretaget prolaps-kirurgi i opgørelsesperioden, og hvor der er en registrering i variabelen "Behandlingsbehov (klinisk konklusion) svarende til nedsynkning".
- Opfylder indikator (Tæller): Antal patientforløb hvor der er registreret et stort eller lille behandlingsbehov ved kontrolbesøg efter operativt indgreb.
- Andel: Relativ andel af patientforløb som opfylder indikatoren (med 95% konfidensinterval).

Kommentarer:

Samlet er der for 5% af patienterne, som er opereret for prolaps, registreret et stort eller lille behandlingsbehov ved kontrolbesøg; og kvalitetsstandarder er opfyldt på landsplan. Når der sammenlignes med resultatet for 2006 er der ingen ændring i andel patienter med fortsat behandlingsbehov efter kirurgi for prolaps.

Når de afdelinger, der har 10 eller flere indberettede relevante patientforløb, vurderes, opfylder 8 af landets indrapporterende enheder den fastsatte standard (Hvidovre Hospital, Glostrup Hospital, Herlev Hospital, Odense Universitetshospital, Sygehus Fyn Svendborg, Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, Kolding Sygehus og Regionshospitalet Herning).

Konklusion: kvalitetsstandarder er opfyldt på landsplan, og 8 dataindberettende enheder i landet opfylder standarden vedrørende fortsat behandlingsbehov efter prolapskirurgi.

Anbefaling:

Styregruppen vil tage indikatoren op til diskussion. Visse steder i landet er det ikke praksis, at patienterne nødvendigvis indkaldes til fysisk efterundersøgelse. Konsekvenser af dette skal diskuteres i styregruppen.

INDIKATOR 10 - Standard: ≤ 10%	N	Data- grundlag	Datakompl. (%)	Relevante patientforløb	Opfylder indikator	Andel (%) (95% K.I.)	Andel (2006)
Rigshospitalet	14	.	.	.	.	.	.
Hvidovre Hospital	256	209	90,9	190	13	7,4 (4,1-12,1)	7,3 (3,2-14,0)
Frederiksberg Hospital	.	.	.	.	.	.	.
Gentofte Hospital	1	.	.	.	.	.	.
Glostrup Hospital	146	114	87,7	100	2	2,0 (0,2-7,0)	3,8 (0,5-13,2)
Herlev Hospital	35	26	100,0	26	1	3,8 (0,1-19,6)	0,0 (0,0-70,8)
Nordsjællands Hospital	57	.	.	.	.	.	.
Roskilde Sygehus	200	16	37,5	6	0	0,0 (0,0-45,9)	0,0 (0,0-97,5)
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Vestsjælland, Slagelse	.	.	.	.	.	.	.
Storstrømmens Sygehus	.	.	.	.	.	.	.
Odense Universitetshospital	130	112	83,9	94	2	3,2 (0,7-9,0)	3,5 (1,3-7,4)
Sygehus Fyn, Svendborg	54	22	90,9	20	0	0,0 (0,0-16,8)	.
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	.	.	.	.	.	.	.
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	18	12	100,0	12	1	8,3 (0,2-38,5)	.
Regionshospitalet Horsens	63	22	36,4	8	0	0,0 (0,0-36,9)	0,0 (0,0-97,5)
Kolding Sygehus	120	27	77,8	21	3	14,3 (3,0-36,3)	50,0 (1,3-98,7)
Regionshospitalet Herning	160	39	82,1	32	1	3,1 (0,1-16,2)	.
Regionshospitalet Silkeborg	1	.	.	.	.	.	.
Regionshospitalet Randers	21	2	100,0	2	0	0,0 (0,0-84,2)	.
Århus Universitetshospital, Skejby, Urinvejskirurgisk afdeling K	.	.	.	.	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, Gynækol./obstetrisk afd. Y	133	5	0,0	0	.	.	.
Regionshospitalet Viborg	12	.	.	.	.	.	.
Sygehus NORD, Thisted	.	.	.	.	.	.	.
Aalborg Sygehus	14	9	100,0	9	1	11,1 (0,3-48,2)	.
Sygehus Vendsyssel, Hjørring	.	.	.	.	.	.	.
Hele landet	1435	615	84,6	520	26	5,0 (3,3-7,2)	5,0 (2,9-7,9)

Konklusioner og anbefalinger

Dækningsgrad

Databasen mangler fortsat indrapportering fra visse afdelinger. Det er i årsrapporten blevet noteret, at 9 afdelinger i landet ikke har registrerede patientforløb med en valid operationsdato i opgørelsesperioden. I forhold til 2006 er dette dog en absolut forbedring, idet 16 afdelinger i 2006 ingen registrerede patientforløb havde med valid operationsdato i opgørelsesperioden. For at løse problemet med manglende indrapportering fra visse afdelinger har man i juni 2008 valgt at justere databasens styregruppesammensætning, og man har som led i denne proces nu tilstræbt, at alle regioner i landet bliver klinisk repræsenterede i styregruppen. Formanden for styregruppen/styregruppens kliniske repræsentanter har efterfølgende været i kontakt med de ca. 9 afdelinger, hvor der er manglende indberetning, og senest har de manglende sygehuse i Region Sjælland givet løfte om påbegyndelse af indberetningen til databasen.

Styregruppen er klar over, at der i løbet af det kommende år skal gøres en stor indsats for at gøre de sidste afdelinger i landet bekendt med indberetningspligten til databasen og at øge indberetningen fra visse af de afdelinger, der allerede indberetter.

Opfyldte og ikke-opfyldte standarder

På landsplan opfylder indikator 7 (subjektiv patientbedømmelse efter prolapsoperation) og indikator 10 (klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps) den fastlagte standard, men for indikator 7 er datakompletheden lav.

De øvrige beregnede indikatorer opfylder ikke de fastlagte standarder på nationalt plan, og for flere af disse indikatorer gælder det tillige, at datakompletheden er lav, hvilket vanskeliggør fortolkningen.

Datakompletheden er god svarende til indikator 1 (30 dages ventetid), 5, 6, 9 og 10, hvilket betyder, at vurderingen af, hvorvidt standarder på landsplan er opfyldt eller ej, kan foretages på et tilstrækkeligt solidt datagrundlag.

Særlige bemærkninger i forhold til analyseresultater

Der er efter sommeren 2008 planlagt et møde med fokus på revision/erstatning af visse indikatorer. Det viser sig, at der i landet er meget forskelligartet praksis omkring blevejningstest (som man i visse afdelinger ikke anvender), og ligeledes er der ikke enighed omkring anvendelsen af POPQ målinger. Disse to indikatorer har da også alvorlige problemer hvad angår uoplyste datafelter, og man vil ved kommende styregruppemøder medinddrage disse forhold i den videre diskussion.

Generelt er der fortsat et stort potentiale for forbedring svarende til indikatorresultater.

Kompetencecenterets påtegning

Kompetencecenter Syd udarbejdede i sommeren 2007, sammen med databasens styregruppe, specifikation af de valgte indikatorer, og der blev samtidig opstillet tilhørende beregningsalgoritmer. Analyserne i denne årsrapport er, i modsætning til sidste år, foretaget af Kompetencecenter Syds egne statistikere og foretaget under epidemiologisk supervision.

Gennem det sidste ¾ år har man fra kompetencecenterets side tydeliggjort over for databasens styregruppe, at betydeligt fokus burde rettes mod dækningsgraden. Samtidig har man fra

kompetencecenteret informeret om det hensigtsmæssige ved en større bredde i den regionale repræsentation i styregruppen, således at alle regioner blev repræsenterede fra klinisk side. I juni 2008 har databasens styregruppe valgt at reorganisere sig, og som led i dette forløb har man valgt ny projektleder for databasen.

I denne årsrapport er der udført analyser svarende til komplethed af patientindberetning for inkontinensoperationer (men ikke for prolapsoperationer). Overordnet må det konkluderes, at graden af indberetning til databasen ikke er tilfredsstillende på nationalt plan. Der er dog flere forhold, som i den anledning skal tages med i den samlede vurdering og konklusion: 1) databasen er fortsat nystartet med en årsrapport, som for første gang dækker et helt kalenderår, 2) dækningsgraden er i forhold til sidste rapport forbedret, idet det noteres, at 9 afdelinger i landet p.t. ikke har registrerede patientforløb med en valid operationsdato, hvilket er en forbedring, idet 16 afdelinger i 2006 ingen registrerede patientforløb havde med valid operationsdato, og 3) sygehuse/afdelinger, der varetager behandling inden for inkontinens og prolaps er i en omstillingsfase, hvor visse af funktionerne nedlægges på nogle sygehuse for at blive overtaget af andre regionale behandlingssteder. Den nye styregruppe har fokus på, at alle landets afdelinger skal gøres bekendt med indberetningspligten til databasen, og man vil via de regionale kliniske repræsentanter i styregruppen arbejde målrettet mod en sufficient indrapportering fra de resterende ca. 9 afdelinger i landet.

I årsrapporten indgår relevant deskriptiv statistik, hvor tabeller/figurer er ledsaget af kommentarer.

Indikatorerne er afrapporteret svarende til hver af landets behandlende afdelinger, og alle indikatorberegninger er ledsaget af kommentarer og anbefalinger. Hvad angår indikatorresultaterne afspejler de generel stor mangel på målopfyldelse, hvilket i sig selv er et argument for vigtigheden af en fortsat monitorering af dette sygdomsområde. Svarende til landsresultaterne formår man kun at opfylde 2 af de opstillede standarder for god kvalitet. Der er således et stort potentiale for kvalitetsløft inden for sygdomsområdet.

Kompetencecenteret har endvidere anbefalet den nye reorganiserede styregruppe, at man bør tage visse indikatorer tages op til revision i et samarbejde mellem databasens styregruppe og kompetencecenteret.

Formandskabets påtegning

DUGA Base har igennem 2007 udviklet sig yderligere, med en fordobling af startede patientforløb. Styregruppen erkender, at der forestår en stor opgave med dels at få de sidste afdelinger med og dels at få øget de indberettende afdelingernes dækningsprocent, både hvad angår antallet af patienter og specielt med henblik på at få indhentet data vedrørende efterkontrol.

Der er sket en omstrukturering af styregruppen mhp at få en mere aktiv gruppe. Idet en forudsætning for at nå en tilstrækkelig dækningsprocent er en styregruppe, der arbejder aktivt for at øge dækningen i de enkelte regioner.

Databasen har vist sin berettigelse, idet man for en del indikatorers vedkommende ikke opfylder standarden. Der er således rum for betydelig forbedring, og databasen vil være et væsentligt styringsinstrument for udviklingen af urogynækologien fremover. Der er i det forgangne år udsendt kvartalsrapporter svarende til indikatorresultater, men det vil helt sikkert

styrke afdelingernes indberetning, hvis der etableres et on-line værktøj, så afdelingerne let kan få adgang til egne data.

Herudover er brugen af mesh ved prolapskirurgi steget betydeligt. Dette er et af de områder, hvor den eksisterende videnskabelige dokumentation er sparsom og hvor det er vigtigt at følge udviklingen nøje, idet brugen af mesh er behæftet med betydelige bivirkninger og komplikationer.

De valgte indikatorer har fungeret i et par år, og det vil være naturligt at gennemgå disse, ligesom der indenfor området spørgeskemaer er sket en stor udvikling og der er opnået national konsensus om en række nye spørgeskemaer, som bør indarbejdes i databasen.

På udviklingssiden må en omstrukturering med anvendelse af SUNDTERM være højt prioriteret, ikke mindst for at skabe mulighed for at føde databasen via de mange EPJ-systemer, der i disse år ser dagens lys. Det må være målet, at data kun skal indtastes en gang, hvilket naturligvis også vil bidrage til en bedre dækning.