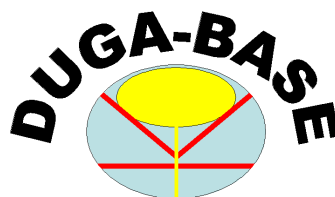


Årsrapport nr. 3 for DUGABASE

Dansk Urogynækologisk Database

1. januar - 31. december 2008



Dansk Urogynækologisk Database

Indholdsfortegnelse

Ordliste	3
Forord	4
Baggrund for DUGA	6
Organisation.....	6
Styregruppe	6
Årsrapportens tilblivelse	7
Analyser og epidemiologi	7
Sammenligning med sidste årsrapport.....	7
Dataindsamling	8
Datagrundlag	8
Databasens kompletthed	9
Kompletthed af variable	13
Indikatordefinitioner	14
Fremtidige ændringer til indikatorer	19
Deskriptiv statistik	21
Afrapportering af indikatorer	33
Indikator 1: Ventetid 30 dage, for perioden 01-01-2008 - 31-12-2008	33
Indikator 3: Subjektiv patient bedømmelse af succes	36
Indikator 4: Obstruktion efter kirurgisk behandling	39
Indikator 6: Objektiv score hos patienter opereret for prolaps.....	42
Indikator 7: Subjektiv patient-bedømmelse af prolapsoperation.....	45
Indikator 9: Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for inkontinens	48
Indikator 10: Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps.....	51
Konklusioner og anbefalinger	55
Databasens dækningsgrad	55
Indikatorers kompletthed.....	55
Opfyldte og ikke-opfyldte standarder.....	55
Anbefalinger	55
Kompetencecenterets påtegnelse.....	56
Formandskabets påtegnelse.....	57

Ordliste

Indikator = En målbar variabel som anvendes til at overvåge og evaluere kvaliteten

Kvalitet = De samlede egenskaber ved en ydelse eller et produkt, der betinger ydelsens eller produktets evne til at opfylde specificerede eller alment underforståede behov og forventninger

Standard = Det mål for kvalitet, der danner grundlag for vurdering og evaluering af en ydelses kvalitet

Kilde: Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og –definitioner, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, januar 2003

(<http://sites.google.com/site/danskselskabforkvalitet/publikationer>, accessed 29.6.2009)

Forord

Hermed foreligger den tredje 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 diagnosticerer og behandler anal inkontinens efter fødselslæsioner samt står for anden rekonstruktiv kirurgi, herunder 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 epidemiologiske 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 blev de sygehusrelaterede udgifter til behandling af urininkontinens i 2001 af overlæge, ph.d. Lars Alling Møller og Professor, dr. med. Gunnar Lose estimeret 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 af 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 Universitets-hospital. På baggrund af de indhøstede erfaringer 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 Kompetencecenter Syd for Landsdækkende Kliniske Databaser 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 bestod frem til juni 2008 af:

Overlæge, ph.d., Karl Møller Bek, Skejby Sygehus

Overlæge Jens Prien Larsen, Nykøbing Falster Sygehus

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

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

Overlæge, ph.d., Marianne Ottesen, Hvidovre Hospital.

Afdelingsleder Lisbeth Rasmussen, Sundhedsstaben, Repræsentant fra Region Syddanmark

Projektleder og formand for styregruppen: Overlæge, ph.d., Lasse Raaberg, OUH

Overlæge, ph.d., Pia Sander, KAS Glostrup

Sekretær Lone Skrøder, DUGABASE sekretariatet, OUH

DUGA-styregruppen har fra juni 2008 bestået af:

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

Overlæge, ph.d., Karl Møller Bek, Århus Universitetshospital, Skejby
Senior dyrlæge, epidemiolog, ph.d., Kim Oren Gradel, Kompetencecenter Syd (fra 1.1.2009)
Overlæge Ulla Darling Hansen, Sygehus Lillebælt
Overlæge Ulla R. Hviid, Roskilde Sygehus
Projektleder: 1. res. læge, adj. lektor i epidemiologi, ph.d., Ulrik Schiøler Kesmodel, Århus Universitetshospital, Skejby og Institut for Folkesundhed, Afd. For Epidemiologi, Aarhus Universitet
Sekretær Malene K. Larsen, DUGABASE sekretariatet, Århus Universitetshospital, Skejby
Overlæge Lisbeth Mørup, Århus Uni.hosp./Aalborg afs. Nord
Overlæge, epidemiolog, ph.d., Bente Mertz Nørgård, Kompetencecenter Syd (til 1.1.2009)
Overlæge, ph.d., Marianne Ottesen, Hvidovre Hospital
Afdelingsleder Lisbeth Rasmussen, Sundhedsstaben, Repræsentant fra Region Syddanmark
Overlæge, ph.d., Lasse Raaberg, Gråbrødreklinikken, repræsentant for privatpraksis
Overlæge, ph.d., Pia Sander, KAS Glostrup

Årsrapportens tilblivelse

I 2008 er der afholdt løbende møder mellem databasens projektleder og Kompetencecenter Syd. I forbindelse med årsrapportens tilblivelse er arbejds gange aftalt i foråret 2009 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 epidemiolog, ph.d., Kim Oren Gradel).

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. 4.5.2009, og således har de kliniske afdelinger haft mulighed for indberetning af data for 2008 i årets første fire måneder. 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 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 repliceret 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 består af fire 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 væsentligt 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 har Kompetencecenter Syd rekvireret LPR udtræk svarende til de typiske inkontinens- og prolapsoperationskoder, som anvendes indenfor sygdomsområdet (jf. afsnittet ”Indikatordefinitioner”).

Opgørelserne er opdelt i inkontinens- og prolapsoperationer. De viser antal registrerede relevante operationer i LPR, fordelt på behandlingsenheder, samt andelen af disse, som er registrerede i DUGABASE. Behandlingsenhederne er opdelt efter om de indgår eller ikke indgår i indikatorberegningerne.

Kommentarer til Tabel 1:

Udtræk fra Landspatientregisteret (LPR) omfattende alle SKS-koder for inkontinensoperationer i 2008 blev sammenlignet med patienter registreret i DUGABASE med en operationsdato for inkontinens i 2008. Dette indikerer kompletthedsgraden i DUGABASE, men det bemærkes, at data for inkontinensoperationer i LPR også kan være fejlbehæftede. Tabel 1 viser desuden ikke, at 27 operationer var registrerede i DUGABASE, men ikke i LPR.

Tabel 1 viser antal registrerede operationer. De 1453 operationer i LPR var fordelt på 1415 patienter, heraf 1378 (97,4%) med 1 operation, 36 (2,5%) med 2 operationer og 1 (0,1%) med 3 operationer. De 659 operationer i DUGABASE var fordelt på 645 patienter, heraf 632 (95,9%) med 1 operation, 12 (1,9%) med 2 operationer og 1 (0,1%) med 3 operationer.

Blandt afdelinger, som indgår i indikatorberegningerne, er 47,9% af LPR inkontinensoperationer registrerede i DUGABASE. Der er store variationer i registreringskompletheden. I den ene ende af skalaen ses Hvidovre, Glostrup, Kolding, Herning, Silkeborg og Viborg med >90% registeret i DUGABASE. Modsat ses afdelinger uden registreringer i DUGABASE

(Frederiksberg, Slagelse, Storstrømmen, Sønderborg, Skejby Afd. K, Sygehus Nord) eller med <20% registreringer (Nordsjælland, Esbjerg, Vendsyssel).

I LPR er der 76 operationer for hospitaler/afdelinger, som ikke indgår i indikatorberegningerne, hvilket på landsplan reducerer complethedegraden til 45,4%.

Tabel 1. Registreringer af inkontinensoperationer i Landspatientregisteret (LPR) og DUGABASE i 2008

Sygehus/Afdeling	Antal i LPR	Heraf i DUGABASE	% i DUGABASE
Hvidovre	29	28	96,6
Frederiksberg	38	0	0,0
Gentofte	0	0	-
Glostrup	213	208	97,7
Herlev	0	0	-
Nordsjællands Hospital	39	4	10,3
Roskilde	41	28	68,3
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	5	1	20,0
Sygehus Vestsjælland, Slagelse	49	0	0,0
Storstrømmens Sygehus	90	0	0,0
Odense Universitetshospital	56	33	58,9
Sygehus Fyn, Svendborg	37	13	35,1
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	70	0	0,0
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	16	14	87,5
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	198	20	10,0
Kolding Sygehus	59	58	98,3
Regionshospitalet Horsens	9	4	44,4
Regionshospitalet Herning	39	37	94,9
Regionshospitalet Silkeborg	11	11	100,0
Regionshospitalet Randers	18	14	77,8
Århus Universitetshospital, Skejby, Urinvejskir. Afd. K	36	0	0,0
Århus Universitetshospital, Skejby, Gynækol./obstetrisk afd. Y	80	49	61,3
Regionshospitalet Viborg	82	80	97,6
Sygehus NORD, Thisted	11	0	0,0
Aalborg Sygehus	72	38	52,8
Sygehus Vendsyssel	59	8	13,6
Gråbrødreklinikken, Odense	20	11	55,0
Afdelinger, som indgår i indikatorberegninger – i alt	1377	659	47,9
Rigshospitalet	4	0	0,0
Arresødal Privathospital A/S	16	0	0,0
Ciconia, Århus Privathospital	7	0	0,0
Danske Privathospitaler – Esbjerg	22	0	0,0
Erichsens Privathospital A/S	2	0	0,0
Privathospitalet Hamlet	19	0	0,0
Privathospitalet Kollund	1	0	0,0
Privathospitalet Mariahemmet	2	0	0,0
Privathospitalet Mølholm	2	0	0,0
Århus Speciallægecenter – Kirurgisk center	1	0	0,0
Afdelinger, som ikke indgår i indikatorberegninger – i alt	76	0	0,0
Hele landet	1453	659	45,4

Kommentarer til Tabel 2:

Udtræk fra Landspatientregisteret (LPR) omfattende alle SKS-koder for prolapsoperationer i 2008 blev sammenlignet med patienter registreret i DUGABASE med en operationsdato for prolaps i 2008. Dette indikerer kompletthedsgraden i DUGABASE, men det bemærkes, at data for prolapsoperationer i LPR også kan være fejlbehæftede. Tabel 2 viser desuden ikke, at 32 operationer var registrerede i DUGABASE, men ikke i LPR.

Tabel 2 viser antal registrerede operationer. De 3691 operationer i LPR var fordelt på 3647 patienter, heraf 3604 (98,8%) med 1 operation, 42 (1,2%) med 2 operationer og 1 med 3 operationer. De 2001 operationer i DUGABASE var fordelt på 1986 patienter, heraf 1971 (99,2%) med 1 operation og 15 (0,8%) med 2 operationer.

Blandt afdelinger, som indgår i indikatorberegningerne, er 60,9% af LPR prolapsoperationer registrerede i DUGABASE. Der er store variationer i registreringskompletheden. I den ene ende af skalaen ses Hvidovre, Glostrup, Roskilde, Herning, Silkeborg og Viborg med >90% registeret i DUGABASE, mens 5 afdelinger (Herlev, Odense, Haderslev, Kolding, Randers) har registreret mellem 80 og 90%. Modsat ses afdelinger uden registreringer i DUGABASE (Gentofte, Slagelse, Storstrømmen, Sønderborg, Sygehus Nord) eller med <20% registreringer (Frederiksberg, Nordsjælland, Esbjerg, Vendsyssel).

I LPR er der 404 operationer for hospitaler/afdelinger, som ikke indgår i indikatorberegningerne, hvilket på landsplan reducerer kompletthedsgraden til 54,2%.

Tabel 2. Registreringer af prolapsoperationer i Landspatientregisteret (LPR) og DUGABASE i 2008

Sygehus/Afdeling	Antal i LPR	Heraf i DUGABASE	% i DUGABASE
Hvidovre	227	221	97,4
Frederiksberg	78	1	1,3
Gentofte	12	0	0,0
Glostrup	239	235	98,3
Herlev	33	28	84,8
Nordsjællands Hospital	130	21	16,2
Roskilde	196	193	98,5
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	51	32	62,7
Sygehus Vestsjælland, Slagelse	90	0	0,0
Storstrømmens Sygehus	184	0	0,0
Odense Universitetshospital	126	111	88,1
Sygehus Fyn, Svendborg	108	66	61,1
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	96	0	0,0
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	68	60	88,2
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	156	15	9,6
Kolding Sygehus	144	124	86,1
Regionshospitalet Horsens	137	93	67,9
Regionshospitalet Herning	155	150	96,8
Regionshospitalet Silkeborg	107	99	92,5
Regionshospitalet Randers	98	81	82,7
Århus Universitetshospital, Skejby, Urinvejskir. Afd. K	0	0	-
Århus Universitetshospital, Skejby, Gynækol./obstetrisk afd. Y	294	179	60,9
Regionshospitalet Viborg	127	126	99,2
Sygehus NORD, Thisted	63	0	0,0
Aalborg Sygehus	196	131	66,8
Sygehus Vendsyssel	136	10	7,4
Gråbrødreklinikken, Odense	36	25	69,4
Afdelinger, som indgår i indikatorberegninger – i alt	3287	2001	60,9
Bornholms Hospital	19	0	0,0
Rigshospitalet, diverse afdelinger	6	0	0,0
Århus Amtssygehus – Kirurgisk Afd. P	1	0	0,0
Aagaard Gynækologiske Klinik	3	0	0,0
Arresødal Privathospital A/S	50	0	0,0
Ciconia, Århus Privathospital	29	0	0,0
Danske Privathospitaler – Aalborg	31	0	0,0
Danske Privathospitaler – Esbjerg	14	0	0,0
Danske Privathospitaler – Herning	12	0	0,0
Danske Privathospitaler – Århus	9	0	0,0
Erichsens Privathospital A/S	15	0	0,0
Furesø Privathospital	4	0	0,0
Greve Privathospital	3	0	0,0
Privathospitalet Hamlet	118	0	0,0
Privathospitalet Danmark	3	0	0,0
Privathospitalet H.C. Andersen Klinikken	5	0	0,0
Privathospitalet Mariahemmet	2	0	0,0
Privathospitalet Mølholm	6	0	0,0
Privathospitalet Møn	22	0	0,0
Roskilde Privathospital	3	0	0,0
Skørping Privathospital	25	0	0,0
Speciallægeklinikken Privathospitalet Hunderup	8	0	0,0
Søllerød Privathospital	7	0	0,0
Viborg Privathospital	1	0	0,0
Eira Privathospitalet Skejby	8	0	0,0
Afdelinger, som ikke indgår i indikatorberegninger – i alt	404	0	0,0
Hele landet	3691	2001	54,2

Komplethed af variable

Udover 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 3 angivet, om der for nøglevariable, herunder de som anvendes til indikatorberegning, er oplysninger eller ej.

Tabel 3. Komplethed af dataregistrering opgjort på centrale variable for patienter med operationsdato i 2008 (N = 2.869)

Beskrivelse	I alt ^a	Oplyst		Uoplyst	
	Antal	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Blevejningsoplysninger - hos de patienter, der har gennemgået efterundersøgelse og som er opereret for inkontinens	219	33	15,1	186	84,9
Patientoplysninger om oplevelse af urin inkontinens - hos de patienter, der har gennemgået efterundersøgelse og som er opereret for inkontinens	373	256	68,6	117	31,4
Oplysninger om residualurin - hos de patienter, der har gennemgået efterundersøgelse og som er opereret for inkontinens	219	95	43,4	124	56,6
POPQ måling foretaget både ved forundersøgelse og kontrolbesøg - hos patienter, som er opereret for prolaps	694	52	7,5	642	92,5
POPQ måling foretaget ved forundersøgelse - hos de patienter, der har skema for lægens forundersøgelse og som er opereret for prolaps	1.681	265	15,8	1.416	84,2
POPQ måling foretaget ved kontrolbesøg - hos de patienter, der har skema for lægens efterundersøgelse og som er opereret for prolaps	716	92	12,8	624	87,2
Oplysning om nedsynkningsgrad (prolapsgrad) - hos patienter, der er opereret for prolaps og som har skema for lægens efterundersøgelse	716	503	70,3	213	29,7
Patientoplysninger om oplevelse af nedglidningssymptomer - hos de patienter der er opereret for prolaps og som har udfyldt patientskema for efterundersøgelse	1.102	665	60,3	437	39,7
Oplysning om fortsat behandlingsbehov for inkontinens - hos patienter opereret for inkontinens og med udfyldt lægeskema for efterundersøgelse	219	147	67,1	72	32,9
Oplysning om fortsat behandlingsbehov for nedsynkning - hos patienter opereret for prolaps og som har skema for lægens efterundersøgelse	716	556	77,7	160	22,3
Alkoholoplysninger - hos patienter med udfyldt patientskema før behandling (feltet 'Antal genstande om ugen')	2.869	1.741	60,7	1.128	39,3
Rygeoplysninger - hos patienter med udfyldt patientskema før behandling (sammenstillet af felterne 'Ryger du?' i hhv. basis og udvidet model)	2.869	2.072	72,2	797	27,8

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

Kommentarer til Tabel 3:

Der ses især lav grad af oplysninger for blevejninstest og POPQ måling (7-15% oplyst), hvilket også er baggrunden for udelukkelse af indikatorerne 2 og 5 i denne årsrapport. Der er

oplysninger om residualurin for 43% af de aktuelle patientforløb, mens de øvrige variable har højere oplysningsgrad, varierende fra 60% til 78%.

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 inden for opgørelsesperioden, og samtidig skal der findes henvisningsdato og dato for første lægeundersøgelse.</p> <p>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 1 måned (≤ 30 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 (udgået efter beslutning i Styregruppen)</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 inkontinens- kirurgi (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 efterundersøgelses-skema 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 residualurin variabelen være udfyldt. ja/nej.</p>	<p>Antal patientforløb, der har fået foretaget inkontinens-kirurgi (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			
5. Udført POPQ-måling ved prolaps (udgået efter beslutning i Styregruppen)			
<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 \leq1.</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</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 udenfor skeden?).</p> <p>Felt: Rubrikken (A) findes i patientens efterundersøgelsesskema.</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende): KLEE10, KLEF00, KLEF00A, KLEF00B,</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 efterundersøgelses-skema for de med relevant udført kirurgi.</p>

indleveret skema for patientens efterundersøgelse skal rubrikken A (nedsynkningssymptomer) være udfyldt. ja/nej.	KLEF03, KLEF03A, KLEF10, KLEF13, KLEF23, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLEF60, KLEF63, KLEF64, KLEF96, KLEF97.		
8. Re-operation for prolaps Ikke defineret			
Samlet klinisk vurdering af behandlingsbehov efter operation			
9. Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for inkontinens Efter inkontinensoperation bør der ikke være et stort eller lille fortsat behandlingsbehov. Standard: ≤ 10% af patientforløbene. 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.	Antal patientforløb, der har fået foretaget inkontinens-kirurgi (én af nedenstående operationskoder) i opgørelsesperioden, og hvor der er en eller anden registrering i variabelen 'behandlingsbehov (klinisk konklusion) svarende til urininkontinens'. Felt: variabel for 'behandlingsbehov (klinisk konklusion) svarende til urininkontinens' findes i lægeskema for efterundersøgelse. Kirurgikoder (blot én af følgende): KKDG00, KKDG01, KKDG10, KKDG30, KKDG31, KKDG40, KKDG50, KKDG96, KKDG97, KKDV20, KKDV22, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96	Antal patientforløb hvor der er registreret et stort eller lille behandlingsbehov ved kontrolbesøg efter operativt indgreb.	Patientforløb med manglende udfyldelse af variabelen 'behandlingsbehov (klinisk konklusion) svarende til urininkontinens' hos patienter med relevant udført kirurgi.
10. Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps	Antal patientforløb, hvor der er foretaget kirurgi for prolaps (én af nedenstående operationskoder), og hvor der er en eller anden	Antal patientforløb hvor der er registreret et stort eller lille behandlingsbehov ved kontrolbesøg efter operativt indgreb	Patientforløb med manglende udfyldelse af i variabelen 'behandlingsbehov (klinisk konklusion) svarende til nedsynkning'

<p>reret 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>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):</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>hos patienter med relevant udført kirurgi.</p>
--	---	--	---

Fremtidige ændringer til indikatorer

Styregruppen har vedtaget følgende ændringer til eksisterende indikatorer:

- Indikator 4 (Grad af obstruktion efter kirurgisk intervention for urininkontinens, bedømt ved mængden af residual-urin, bør være <50 ml): ”50 ml” ændres til ”100 ml”
- Operationskoderne KLCD10 (”Vaginal hysterectomi”) og KLDC10 (”Resektion af livmoderhals) inkluderes eventuelt som prolapskoder (jf. tabel 6). Initialt vurderes via LPR-udtræk om disse operationskoder er tilknyttet en aktionsdiagnose for prolaps (SKS-koder DN81, DN810-DN819) såfremt de er registreret i DUGABASE. Hvis dette er tilfældet for en overvejende andel af koderne KLCD10/KLDC10 i DUGABASE inkluderes disse i prolapsoperationer og de dertil hørende indikatordefinitioner. Der tages senere konkret stilling til hvor meget en ”overvejende andel” omfatter, men det forventes, at >95% af koderne KLCD10/KLDC10 i DUGABASE vil være tilknyttet en af ovenstående aktionsdiagnoser

Styregruppen har vedtaget 3 nye indikatorer, som opsummeres her:

- Indikator baseret på Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) skala: Patienten bedes i efterkontrolskemaet afkrydse om vedkommendes urininkontinens eller prolaps efter operation er ”Rigtig meget bedre”, ”Meget bedre”, ”Lidt bedre”, ”Uforandret”, ”Lidt værre”, ”Meget værre” eller ”Betydelig værre”. Indikatoren er opfyldt, såfremt mindst 90% af opererede patienter afkrydser en af de tre førstnævnte kategorier. Såfremt omkostningerne ved at tilføje et felt for PGI-I-skala til DUGABASE er for store udarbejdes i stedet for en tilsvarende indikator for VAS-skala før og efter operation.
- Re-operations-indikator, som omfatter komplikationer ved operation (f.eks. blødning, organlæsioner eller infektioner), dvs. variable, som allerede findes i DUGABASE. Standarden er opfyldt såfremt højst 10% af opererede patienter er registrerede med komplikationer
- Indikator for inkontinens recidiv-operationer, defineret som inkontinensoperation efter patientens førstegangs-inkontinensoperation, uden minimum eller maksimum tidsbegrænsning mellem førstegangs inkontinensoperation og recidiv-operation. Omfatter alle inkontinensoperationskoder som defineret i afsnittet ”Indikatordefinitioner”. Indika-

toren er opfyldt såfremt højst 30% af inkontinensopererede patienter har gennemgået en recidiv inkontinensoperation

Styregruppen har besluttet, at en indikatordefinition for prolaps recidiv-operationer ikke var mulig ud fra gældende kodepraksis, idet denne ikke entydigt definerer compartments. DUGS kontaktes mhp. mulige definitioner.

Der gøres opmærksom på, at ovenstående er forslag, som skal sendes bredt i høring (som minimum blandt de fem regioner, Sundhedsstyrelsen og relevante videnskabelige selskaber) inden de implementeres (jf. Danske Regioner - Basiskrav for landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser).

Deskriptiv statistik

Tabel 4. Antal indberettede patientforløb for databasen i 2008^a, sammenlignet med 2007 (både opererede og ikke-opererede patienter)

Sygehus/Afdeling	Henvisning ^b		Forundersøgelse ^c		Operation ^d		Efterkontrol ^e	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Rigshospitalet ^f	-	-	41	-	26	-	2	-
Hvidovre Hospital	600	650	574	535	337	271	308	238
Frederiksberg Hospital	-	79	-	45	-	3	-	-
Gentofte Hospital	-	-	-	-	1	-	-	-
Glostrup Hospital	823	763	382	370	307	437	254	284
Herlev Hospital	39	23	51	26	44	31	34	21
Nordsjællands Hospital	88	112	269	217	70	27	-	-
Roskilde Sygehus	382	313	362	203	235	227	26	11
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	1	-	-	-	-	35	-	-
Sygehus Vestsjælland, Slagelse	1	-	-	-	-	-	-	-
Storstrømmens Sygehus	2	-	-	-	-	-	-	-
Odense Universitetshospital	650	375	512	247	339	218	233	128
Sygehus Fyn, Svendborg	115	55	90	66	68	84	24	76
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	-	-	-	-	-	-	-	-
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	48	50	41	64	34	73	31	76
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	79	28	79	62	26	35	10	17
Kolding Sygehus	296	209	258	239	222	206	55	94
Regionshospitalet Horsens	154	69	146	87	88	100	28	33
Regionshospitalet Herning	281	171	308	202	233	208	106	192
Regionshospitalet Silkeborg	29	116	8	87	1	116	-	28
Regionshospitalet Randers	158	113	126	115	32	95	-	8
Århus Universitetshospital, Skejby, Urinvejskirurgisk afdeling K	-	-	-	-	-	-	-	-
Århus Universitetshospital, Skejby, Gynækol./obstetrisk afd. Y	942	959	473	934	314	240	21	307
Regionshospitalet Viborg	94	191	20	2	82	210	24	75
Sygehus NORD, Thisted	-	-	-	-	-	-	-	-
Aalborg Sygehus	278	495	142	331	21	195	4	113
Sygehus Vendsyssel	21	4	5	27	13	18	2	10
Gråbrødreklinikken, Odense	-	68	-	61	-	40	-	14
Hele landet	5.081	4.843	3.887	3.920	2.493	2.869	1.162	1.725

a. Der afrapporteres på kalenderår, hvor andet ikke er anført. Ovenfor sammenlignes således perioderne 1. jan. 2008 – 31. dec. 2008 med 1. jan. 2007 – 31. dec. 2007

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

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

d. Påbegyndte eller afsluttede skemaer for operation (lægeskema)

e. Påbegyndte eller afsluttede kontrolskemaer (patientskema eller lægeskema)

f. Der foretages pr. 1. januar 2008 ikke længere prolaps- og inkontinensoperationer på Rigshospitalet. Rigshospitalet er udelukkende medtaget i tabellen af hensyn til 2007-tallene

Kommentarer til Tabel 4:

De enkelte patientforløb strækker sig oftest måneder eller år fra henvisning til efterkontrol, og omfatter således hyppigt mere end et kalenderår. De dataindberettende enheder har desuden forskellig registreringspraksis i forhold til dette tidsforløb, eksempelvis indledende registrering af forløbet ved henvisning, operation eller efterkontrol. Derfor skal sammenligninger mellem de dataindberettende enheder tolkes med disse forhold in mente.

På landsplan er antal registrerede henvisninger og forundersøgelser stort set uændret fra 2007 til 2008, mens antal registrerede operationer er steget med 15% og antal registrerede efterkontroller er steget med 48,5%.

De konstante tal for antal henvisninger og forundersøgelser dækker dog over store forskelle mellem de dataindberettende enheder. Forholdsvis store stigninger i både henvisninger og forundersøgelser ses for Frederiksberg, Silkeborg og Aalborg. Derudover har Viborg stor stigning i antal henvisninger, mens Skejby Afd. Y har det for antal forundersøgelser. Odense, Horsens og Herning har færre henvisninger og forundersøgelser sammenlignet med 2007. Derudover har Svendborg og Esbjerg færre henvisninger, og Roskilde har færre forundersøgelser.

Især bidrager Glostrup, Haderslev, Silkeborg, Randers, Viborg og Aalborg til det øgede antal operationer i 2008, mens Hvidovre, Nordsjælland, Odense og Skejby Afd. Y har markant færre operationer sammenlignet med 2007. Stigning eller fald i antal efterundersøgelser korrelerer med antal operationer for nogle dataindberettende enheder (Viborg, Aalborg, Hvidovre, Odense). Herning og Skejby Afd. Y har færre operationer, men flere efterundersøgelser, hvilket især er markant for Skejby Afd. Y. Svendborg har en lille stigning i antal operationer, men en forholdsvis større stigning i antal efterkontroller.

Silkeborg, Viborg og Aalborg havde generelt få registreringer i 2007, mens de i 2008 har markant øget registreringsaktivitet. Frederiksberg har i forhold til 2007 en markant øget registrering af henvisninger og forundersøgelser hvilket forhåbentlig i 2009 vil give sig udslag i flere registrerede operationer og efterundersøgelser. Der er dog stadig 7 hospitaler, som har ingen eller meget mangelfulde registreringer, både i 2007 og 2008 (Gentofte, Holbæk, Slagelse, Storstrømmen, Sønderborg, Skejby Afd. K og Sygehus NORD).

Tabel 5. Fordeling og alder hos patienter med henvisningsdato i 2008 (både opererede og ikke-opererede patienter), hvor der samtidig er udfyldt patientskema før behandling, sammenlignet med 2006-2007

Patientens forundersøgelsesskema udfyldt:	År	Alder på henvisningstidspunkt					
		Antal forløb	Antal forløb (%)	Gns.	Median	Min.	Maks.
Alle med skema udfyldt	2006	1.398	100,0	57,3	58	14	101
	2007	2.744	100,0	58,9	60	16	96
	2008	2.592	100,0	60,0	61	19	97
Patientforløb kun med registrering af prolapsymptomer ^a	2006	255	18,2	59,4	60	21	89
	2007	682	24,9	60,5	62	21	91
	2008	628	24,2	61,8	63	27	95
Patientforløb kun med registrering af urininkontinenssymptomer ^a	2006	639	45,7	55,1	55	14	97
	2007	1.021	37,2	56,6	56	21	96
	2008	865	33,4	57,6	58	19	97
Patientforløb med registrering af både prolaps- og urininkontinenssymptomer ^a	2006	404	28,9	60,2	60,5	24	101
	2007	909	33,1	60,9	61	24	95
	2008	1.009	38,9	61,2	63	22	93
Skema udfyldt, men ingen symptomer registreret ^a	2006	100	7,2	53,9	57	19	92
	2007	132	4,8	54,1	58	16	91
	2008	90	3,5	58,0	62	26	90

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

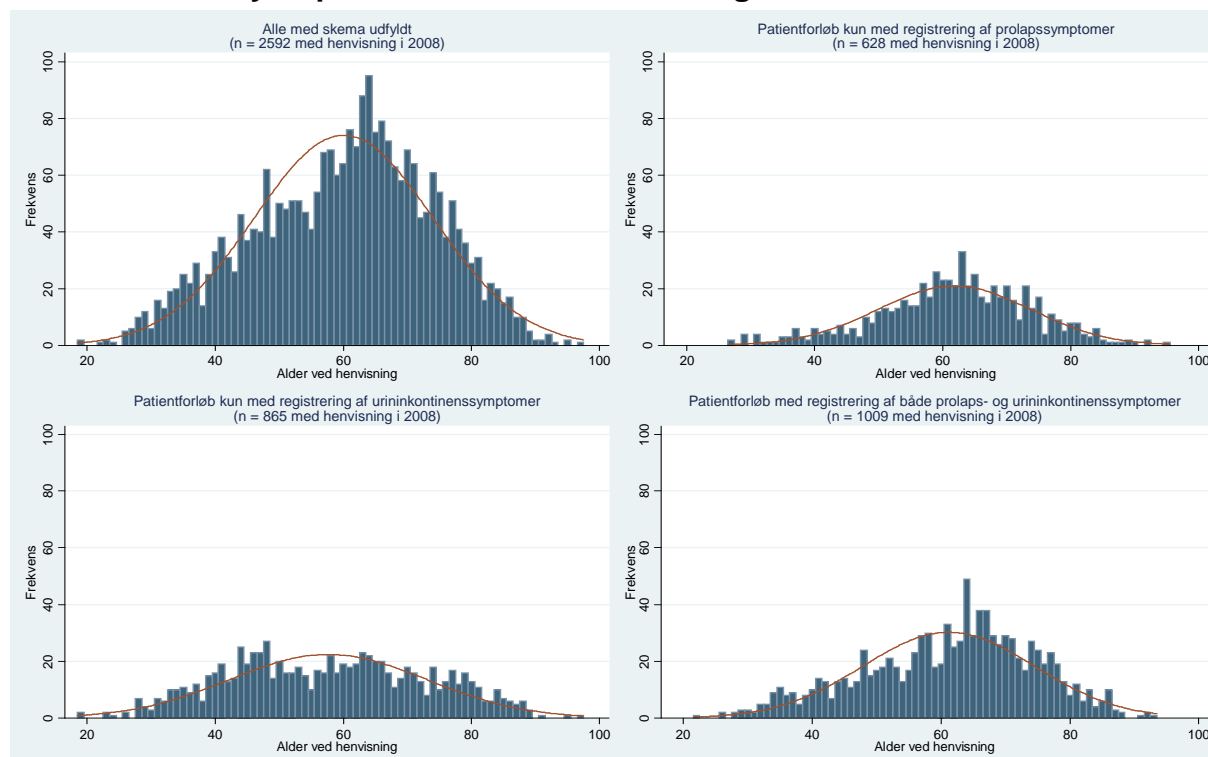
Kommentarer til Tabel 5:

I modsætning til den tilsvarende tabel i sidste årsrapport (tabel 4 i "Årsrapport 2007") er tabel 5 opdelt i patientforløb, som er gensidigt udelukkende (kun registrerede prolapsymptomer, kun registrerede urininkontinenssymptomer, både registrerede prolaps- og urininkontinenssymptomer samt manglende registreringer).

Patientforløb kun med registrering af prolapsymptomer steg fra 18% i 2006 til 25% i 2007, men forblev uændret i 2008. Patientforløb kun med registrering af urininkontinenssymptomer er gradvist faldet fra 46% i 2006 til 33% i 2008, og tilsvarende er patientforløb med registrering af både prolaps- og urininkontinenssymptomer steget fra 29% i 2006 til 39% i 2008. Andelen af patientforløb med manglende registrering er faldet fra 7,6% i 2006 til 3,5% i 2008.

Patienternes alder er indenfor patientforløbsgrupper stigende fra 2006, over 2007, til 2008. Der er små afvigelser i både medianalder og gennemsnitlig alder, både mellem patientgrupperne og år. Patienter kun med prolapsymptomer og med både prolaps- og inkontinenssymptomer er ca. fire år ældre end patienter kun med urininkontinenssymptomer. I alle årene er der et bredt aldersspektrum (fra 14 til 101 år). Vi viser aldersfordelingen i et histogram:

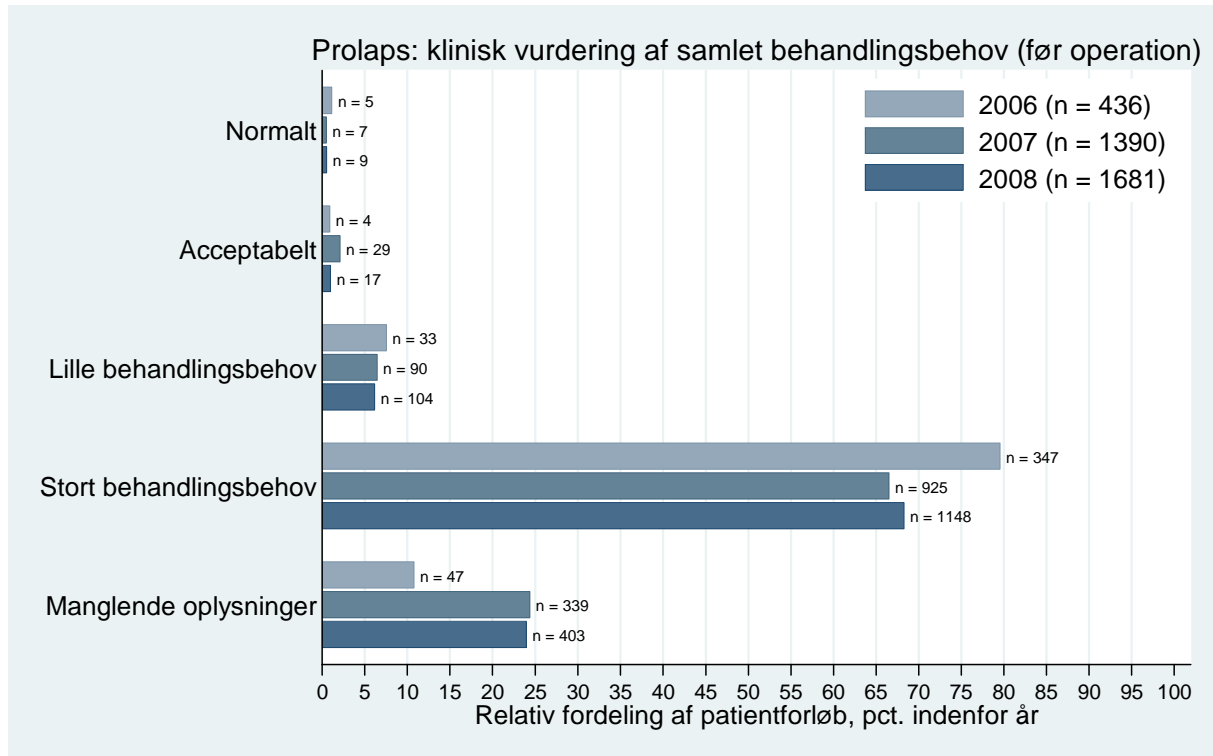
Figur 2. Aldersfordeling ved henvisning hos patienter med henvisningsdato i 2008 (både opererede og ikke-opererede patienter), hvor der samtidig er udfyldt patientskema før behandling



Kommentarer til Figur 2:

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

Figur 3. Klinisk samlet vurdering af behandlingsbehov hos patienter, der er opereret for prolaps i 2008, og hvor der er udfyldt lægeskema før behandling, sammenlignet med 2006-2007



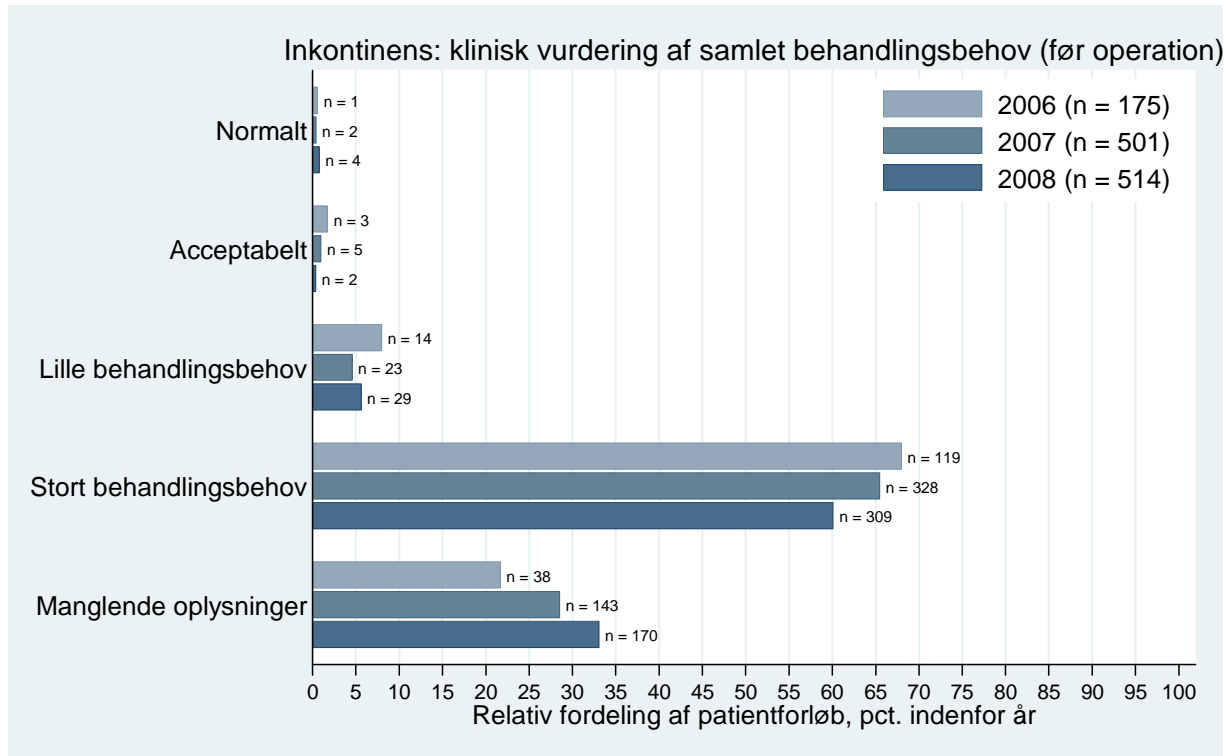
Kommentarer til Figur 3:

Blandt de 1681 opererede prolapspatienter med et udfyldt lægeskema før behandling havde 1148 (68%) et stort behandlingsbehov. Dvs. at patienter med prolaps symptomer overordnet repræsenterer en patientgruppe med en væsentlig problemstilling og et stort behandlingsbehov.

For 403 patienter (24%) var der manglende oplysninger om behandlingsbehovet.

Sammenlignet med 2007 er der 21% flere registrerede forløb, mens fordelingen mellem grader af behandlingsbehov (inklusive ”manglende oplysninger”) er ens for 2007 og 2008. Andelen af manglende oplysninger er steget i forhold til 2006, men data fra 2006 skal tolkes mere varsomt på grund af færre registreringer (436) samt opstartsforhold.

Figur 4. Klinisk samlet vurdering af behandlingsbehov hos patienter, der er opereret for urininkontinens i 2008, og hvor der er udfyldt lægeskema før behandling, sammenlignet med 2006-2007



Kommentarer til Figur 4:

Blandt de 514 opererede inkontinenspatienter med et udfyldt lægeskema før behandling havde 309 (60%) et stort behandlingsbehov. Dvs. at patienter med inkontinenssymptomer overordnet repræsenterer en patientgruppe med en væsentlig problemstilling og et stort behandlingsbehov.

For 170 patienter (33%) var der manglende oplysninger om behandlingsbehovet. Dette er højere end for prolapspatienter uden oplysninger om behandlingsbehovet (24%).

Antal registrerede forløb er som for 2007. Andelen af manglende oplysninger er steget fra 2006 til 2007 og fra 2007 til 2008, og tilsvarende er andelen af patienter med et stort behandlingsbehov faldet. Data fra 2006 skal tolkes mere varsomt på grund af færre registreringer (175) samt opstartsforhold.

Tabel 6. Antal operative indgreb fordelt på indgrebstyper, for patienter med operationsdato i 2008 (N = 4.131)

Operations- kode	Beskrivelse	Antal	Pct.	Kum. Pct.	Med i indikator ^a	
					Inkontinens	Prolaps
KLEF00	Forreste kolporafi	1.267	30,7	30,7		X
KLEF03	Bageste kolporafi	833	20,2	50,8		X
KLCD10	Vaginal hysterektomi	406	9,8	60,7		
KLEG10A	Vaginal uretrocytostopeksi med slynge gennem foramen obturatum	282	6,8	67,5	X	
KLEG10	Vaginal uretrocytostopeksi med slynge	260	6,3	73,8	X	
KLEF40	Vaginal operation for enterocele	166	4,0	77,8		X
KLFE20	Sutur af perineum	133	3,2	81,0		
KLEF00B	Manchesteroperation	88	2,1	83,2		X
KLDC10	Resektion af livmoderhals	78	1,9	85,0		
KLEF53	Vaginal apikal kolpopeksi efter tidligere hysterektomi	75	1,8	86,9		X
KKDV22	Uretroskopisk submukøs injektionsbehandling i urinrør	64	1,5	88,4	X	
KKDV20	Submukøs injektionsbehandling i urinrør	60	1,5	89,9	X	
KLEF00A	Forreste kolporafi med meche	51	1,2	91,1		X
KLEF03A	Bageste kolporafi med meche	43	1,0	92,1		X
KLEF96	Anden operation for prolaps eller descensus	43	1,0	93,2		X
KLEE10	Rekonstruktion i vagina med transplantat eller lap	39	0,9	94,1		X
KLEF60	Vaginal lateral kolpopeksi	35	0,8	95,0		X
KLFE96	Anden rekonstruktion på vulva eller perineum	34	0,8	95,8		
KLEF23	Komplet kolpogleise	23	0,6	96,3		X
KLFE10	Vulvoplastik	20	0,5	96,8		
KLEF53B	Vaginal apikal kolpopeksi til det sakrospinøse ligament	15	0,4	97,2		X
KKDG00	Retropubisk suspension af urinrør	14	0,3	97,5	X	
KLDC13	Excision af livmoderhals	12	0,3	97,8		
KLEF13	Kolpoperineoplastik med vaginal hysterektomi	12	0,3	98,1		X
KLFE10A	Fenton-plastik	10	0,2	98,4		
KLEF50A	Abdominal apikal kolpopeksi efter tidligere hysterektomi med meche	9	0,2	98,6		X
KLEF53A	Vaginal apikal kolpopeksi efter tidligere hysterektomi med meche	8	0,2	98,8		X

Operations- kode	Beskrivelse	Antal	Pct.	Kum. Pct.	Med i indikator ^a	
					Inkontinens	Prolaps
KLCD00	Total hysterektomi	8	0,2	99,0		
KLEF50	Abdominal apikal kolpopeksi efter tidligere hyste- rektomi	7	0,2	99,1		X
KLEG00	Vaginal uretrocytorafi	6	0,1	99,3	X	
KLEF40A	Vaginal operation for enterocele med meche	5	0,1	99,4		X
KLEF63	Abdominal lateral kolpopeksi	4	0,1	99,5		X
KLEW96	Anden operation på vagina	4	0,1	99,6		
KLEF51A	Laparoskopisk apikal kolpopeksi efter tidligere hysterektomi med meche	3	0,1	99,7		X
KKDG97	Anden perkutan endoskopisk operation på urinrør ved inkontinens	2	0,0	99,7	X	
KLEE00	Sutur af vagina	2	0,0	99,8		
KLEF10	Kolpoperineoplastik	2	0,0	99,8		X
KKDG96	Anden operation på urinrør ved inkontinens	1	0,0	99,8	X	
KLEG96	Anden vaginal inkontinensoperation	1	0,0	99,9	X	
KLEC10	Excision af septum i vagina	1	0,0	99,9		
KLCD11	Laparoskopisk assisteret vaginal hysterektomi	1	0,0	99,9		
KLED00	Kolpektomi	1	0,0	99,9		
KKDG30	Abdominal uretrocytostopeksi med slynge	1	0,0	100,0	X	
KKDD10	Resektion af urethradivertikel	1	0,0	100,0		
KLEF41	Laparoskopisk operation for enterocele	1	0,0	100,0		X

Anm.: Der kan være mere end ét indgreb pr. operation. Antal operationer i 2008: 2.869. Antal operative indgreb i 2008: 4.131

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

Kommentarer til tabel 6:

Frekvenstabel svarende til type af operative indgreb. Der gøres opmærksom på, at tabellen angiver operationskoder svarende til antal operative indgreb, og der kan være udført flere typer af operative indgreb pr. operation. Det bemærkes, at tre hyppige operationskoder, som ikke indgår i beregningerne af indikatorerne (KLCD10, KLFE20, KLDC10) tilsammen udgør 15% af de operative indgreb. Herudover udgør sjældnere operationskoder, som ikke indgår i indikatorberegningerne, yderligere 2%. Disse er dog typisk koder, som indenfor det enkelte operationsforløb ledsages af et indgreb, som er specifikt for enten inkontinens eller prolaps. Dette undersøges nærmere i nedenstående tabel.

Tabel 7. Antal patientforløb med operationsdato i 2007 og 2008, fordelt på indgrebstyper

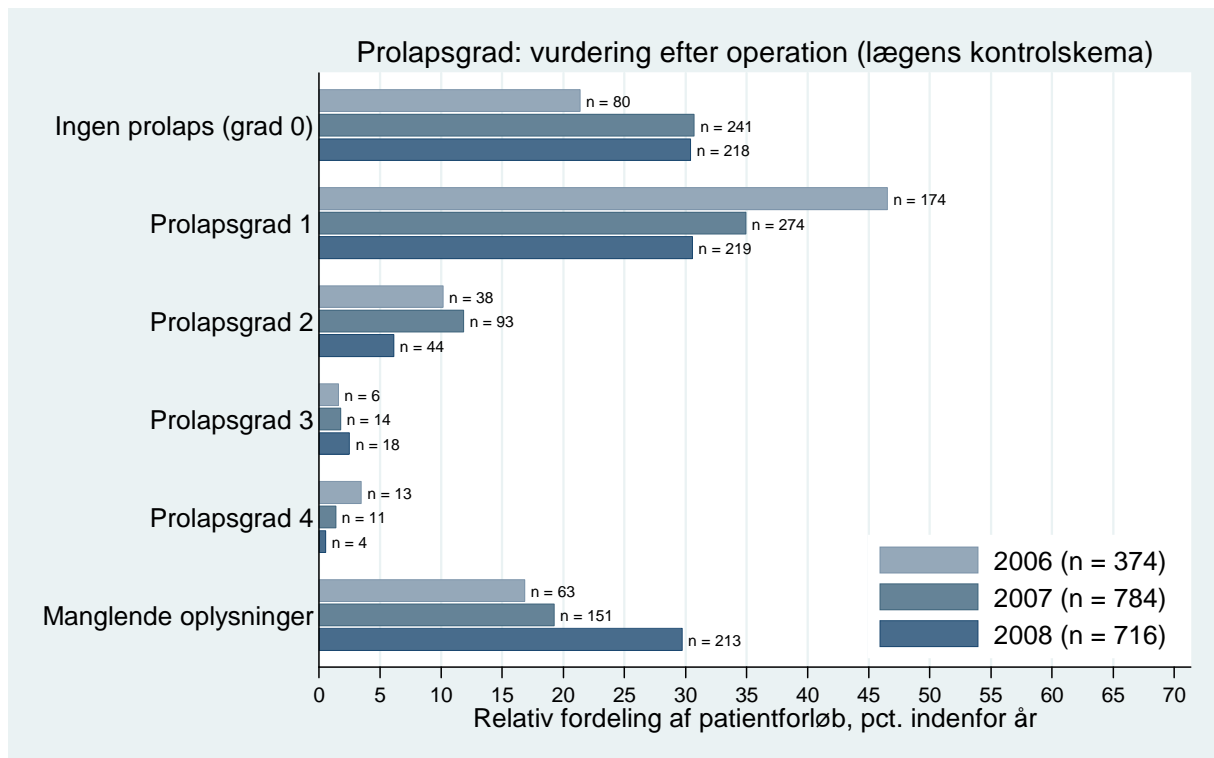
Operationstype	2007			2008		
	Antal	Pct.	Kum. Pct.	Antal	Pct.	Kum. Pct.
Inkontinensindgreb ifm. operation	613	24,6	24,6	666	23,2	23,2
Prolapsindgreb ifm. operation	1.564	62,7	87,3	2.011	70,1	93,3
Både inkontinens- og prolapsindgreb ifm. samme operation	15	0,6	87,9	23	0,8	94,1
Andre indgreb (ikke inkontinens eller prolaps)	92	3,7	91,6	97	3,4	97,5
Uoplyst	209	8,4	100,0	72	2,5	100,0
Antal patientforløb med operation, i alt	2.493	100,0	-	2.869	100,0	-

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

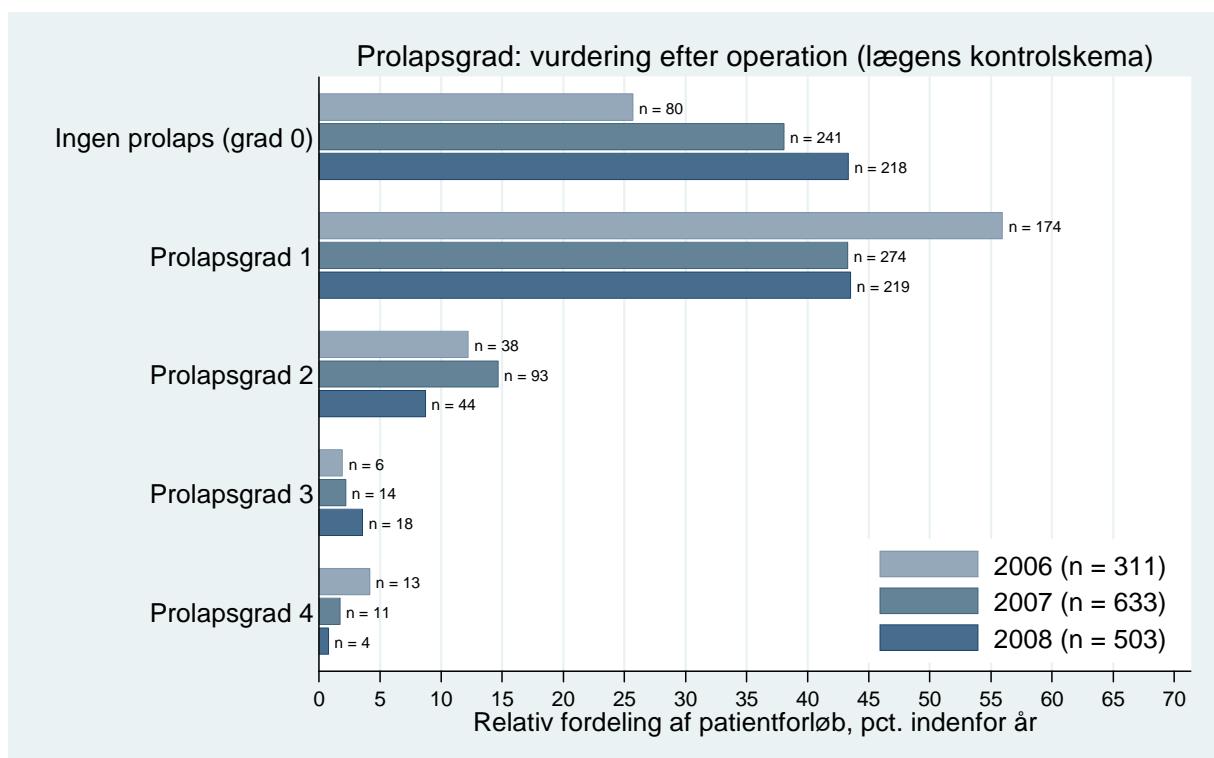
Kommentarer til tabel 7:

Operationskoder, som dækker inkontinens og prolaps, udgør 94% af opererede patientforløb, hvilket er mere end i 2007, hvor de udgjorde 88%. Der er registreret forholdsvis flere prolapsindgreb i 2008 (70%) end i 2007 (63%), og tilsvarende ses færre uoplyste indgrebstyper (2,5% i 2008 og 8,4% i 2007). Inkontinens- og prolapsindgreb har forrang for andre indgreb (ikke inkontinens eller prolaps), hvorfor kun 4% af de 17% andre indgreb nævnt i tabel 6 ikke er udført i forbindelse med en inkontinens- eller prolapsoperation. Under 1% får udført inkontinens- og prolapsindgreb ved samme operation, hvilket er markant lavere end de 38% af patienterne, som i deres patientskema har angivet både prolaps- og inkontinenssymptomer (jf. tabel 5).

Figur 5. Prolapsgrad efter operation – for patienter med operation for prolaps i 2008, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse. Sammenlignet med 2006-2007



Figur 6. Prolapsgrad efter operation (uden kategorien 'Manglende oplysninger') – for patienter med operation for prolaps i 2008, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse. Sammenlignet med 2006-2007



Kommentarer til figur 5 og 6:

Figur 5 viser, at andelen af manglende oplysninger stiger fra 17% i 2006, over 19% i 2007, til 30% i 2008. Parallelt hermed falder især andelen af prolapsgrad 1. Andelen af prolapsgrad ≤ 1 (som bruges til beregning af indikator 6) falder fra 68% i 2006, over 66% i 2007, til 61% i 2008. Såfremt fordelingen mellem prolapsgrader er ens, uanset manglende oplysninger eller ej, er dette fald reelt, men vi kan ikke - med den høje andel af manglende oplysninger - afgøre om dette er tilfældet. I figur 6 vises prolapsgraden derfor med eksklusion af manglende oplysninger.

Figur 6 viser en stigende andel af prolapsgrad 0, som især er parallel med et fald i prolapsgrad 1. Andelen af prolapsgrad ≤ 1 (som bruges til beregning af indikator 6) er uændret de første to år (81,6% i 2006 og 81,4% i 2007), mens der i 2008 ses en stigning til 86,8%. Et fald når manglende oplysninger inkluderes (jf. figur 5) vendes således til en stigning når de ekskluderes. Dette illustrerer betydningen af den høje andel af manglende oplysninger, og dette bevirker, at vi ikke kan udtale os konklusivt ved sammenligninger mellem år.

Tabel 8. Urininkontinens/residualurin for patientforløb med operation for inkontinens i 2008, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse. Sammenlignet med 2006-2007

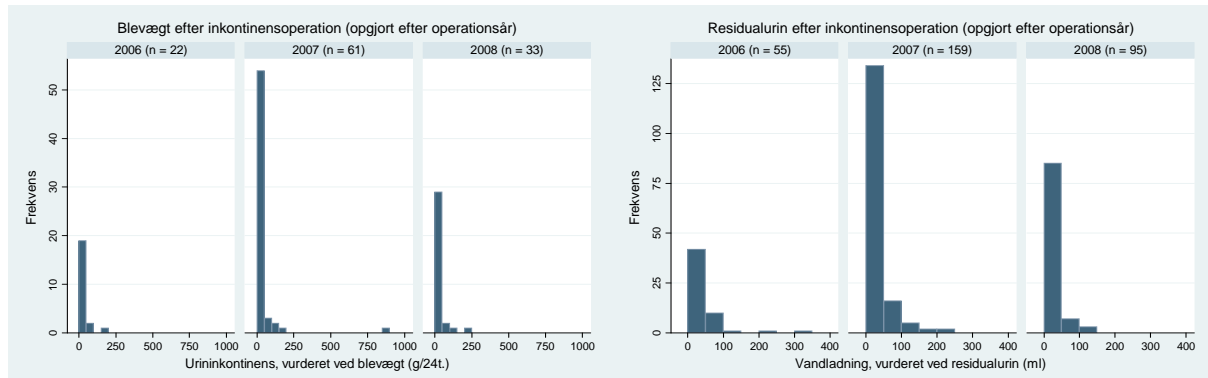
Inkontinensopererede:	År	Uoplyst ^a		Oplyst				
		Antal	Pct.	Antal	Middelværdi	Median	Min.	Maks.
Urininkontinens, vurderet ved blevægt (g/24t.)	2006	113	83,7	22	17,9	5	0	170
	2007	311	83,6	61	29,1	2	0	900
	2008	186	84,9	33	16,3	0	0	204
Vandladning, vurderet ved residualurin (ml)	2006	80	59,3	55	31,7	10	0	330
	2007	213	57,3	159	21,1	0	0	208
	2008	124	56,6	95	20,9	10	0	139

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

Kommentarer til tabel 8:

Tabellen viser den lave andel af registreringer for alle årene (ca. 15% for blevægt og ca. 42% for residualurin). De gennemsnitlige værdier er markant højere end median-værdierne, hvilket viser, at forholdsvis få patienter især bidrager til førstnævnte. Disse forhold gør, at tabellen skal tolkes med store forbehold. Figur 7 viser resultaterne i histogramform.

Figur 7. Fordeling af blevægt og residualurin målinger for patientforløb med operation for inkontinens i 2008, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse. Sammenlignet med 2006-2007



Kommentarer til figur 7:

Figur 7 bekræfter, at nogle få patienter alle tre år bidrager til de høje gennemsnit. Der er ingen forskel mellem årene når fordelingen mellem disse sammenlignes ved hjælp af non-parametriske tests (som sammenligner ikke-normalfordelte data, dvs. medianer i stedet for gennemsnit).

Afrapportering af indikatorer

Indikator 1: Ventetid 30 dage, for perioden 01-01-2008 - 31-12-2008

Kommentarer:

På landsplan har 1/3 af patienterne en ventetid på højst 30 dage, hvilket er under standarden på $\geq 90\%$. Dette er uændret i forhold til år 2007 hvor 35,9% havde en ventetid på højst 30 dage. Det bemærkes, at for de tre første kvartaler af 2007 angav indikatoren 60 dages ventetid, mens dette for sidste kvartal ændredes til 30 dages ventetid (jf. Årsrapport 2007). Vi har valgt alligevel at omregne til 30 dages ventetid for hele 2007 for at få et mere validt sammenligningsgrundlag.

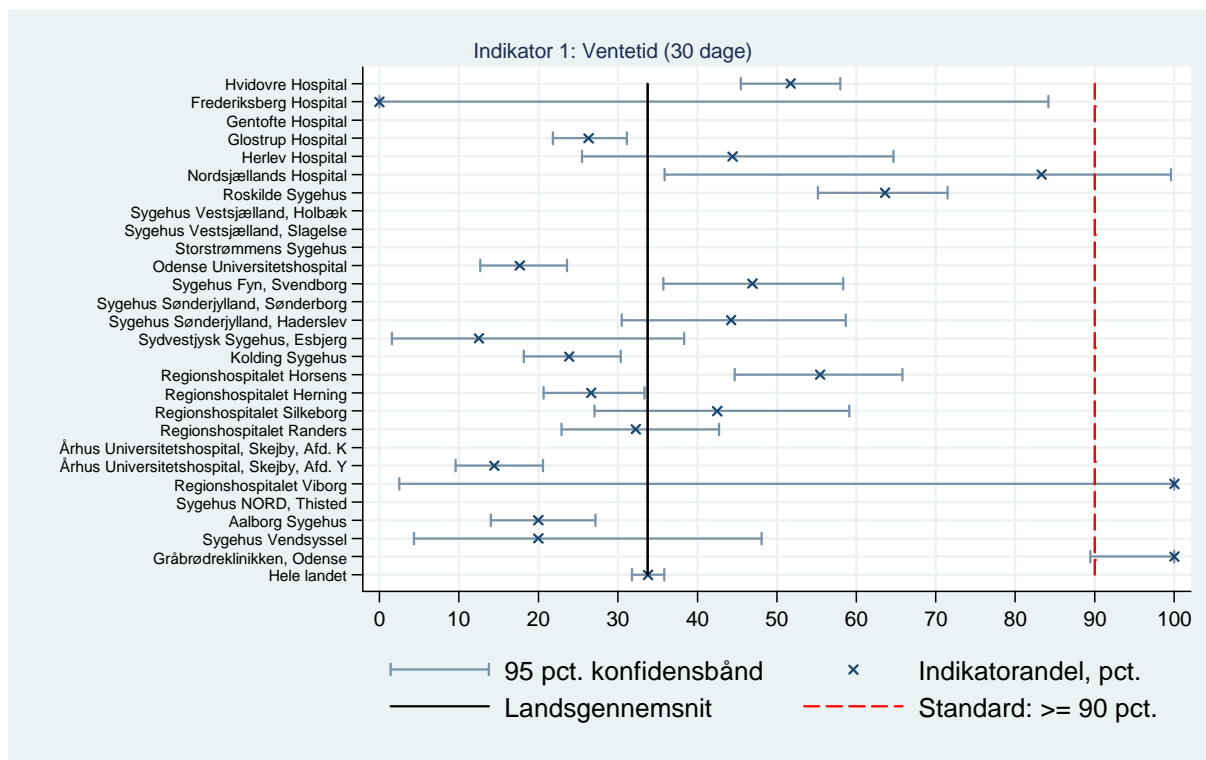
Blandt dataindberettende enheder med mindst ti relevante patientforløb opfylder kun Gråbrødreklinikken standarden.

Konklusion:

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

Anbefaling:

Seks hospitaler (Gentofte, Slagelse, Storstrømmen, Sønderborg, Skejby afd. K, Sygehus NORD) har ikke indberettet prolaps- eller inkontinensoperationer i opgørelsesperioden. Et hospital (Holbæk) har indberettet operationer uden andre data, hvorfor indikatorer heller ikke kan beregnes. Disse syv hospitaler indberettede heller ikke operationer for år 2007.



Ventetid 30 dage, definitioner for tabelkolonner:

- Datagrundlag: Patientforløb med registrering af valid operationsdato i opgørelsesperioden
- Datakomplethed: $(\text{Relevante patientforløb} / \text{Datagrundlag}) \times 100$
- Relevante patientforløb (Nævner): Samlet antal patientforløb med operationsdato inden for 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)

Indikator 1: Ventetid 30 dage

Standard: ≥ 90%	Data- grundlag	Datakompl. (pct.)	Relevante patientforløb	Opfylder indikator	Andel (pct.) samt (95 pct. konfidensinterval)		
					2008	2007	2006
Rigshospitalet ^a	.	.	.	.	.	.	30,0 (6,7-65,2)
Hvidovre Hospital	271	94,8	257	133	51,8 (45,5-58,0)	49,4 (43,7-55,0)	46,3 (38,4-54,3)
Frederiksberg Hospital	3	66,7	2	0	0,0 (0,0-84,2)	.	100,0 (2,5-100,0)
Gentofte Hospital	.	.	.	.	.	.	.
Glostrup Hospital	437	83,5	365	95	26,3 (21,9-31,1)	14,7 (10,8-19,4)	12,7 (7,6-19,5)
Herlev Hospital	31	87,1	27	12	44,4 (25,5-64,7)	25,0 (12,1-42,2)	18,2 (2,3-51,8)
Nordsjællands Hospital	27	22,2	6	5	83,3 (35,9-99,6)	92,3 (64,0-99,8)	.
Roskilde Sygehus	227	63,0	143	91	63,6 (55,2-71,5)	79,4 (73,0-84,8)	50,0 (1,3-98,7)
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	35	0,0	0	.	.	.	.
Sygehus Vestsjælland, Slagelse	.	.	.	.	.	.	.
Storstrømmens Sygehus	.	.	.	.	.	.	.
Odense Universitetshospital	218	93,6	204	36	17,6 (12,7-23,6)	23,8 (19,3-28,7)	16,6 (13,2-20,5)
Sygehus Fyn, Svendborg	84	96,4	81	38	46,9 (35,7-58,3)	55,7 (42,4-68,5)	.
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	73	71,2	52	23	44,2 (30,5-58,7)	91,3 (72,0-98,9)	33,3 (0,8-90,6)
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	35	45,7	16	2	12,5 (1,6-38,3)	12,5 (1,6-38,3)	.
Kolding Sygehus	206	97,6	201	48	23,9 (18,2-30,4)	41,1 (34,5-47,9)	22,2 (6,4-47,6)
Regionshospitalet Horsens	100	92,0	92	51	55,4 (44,7-65,8)	60,2 (48,9-70,8)	100,0 (2,5-100,0)
Regionshospitalet Herning	208	95,7	199	53	26,6 (20,6-33,3)	11,3 (7,4-16,3)	0,0 (0,0-97,5)
Regionshospitalet Silkeborg	116	34,5	40	17	42,5 (27,0-59,1)	100,0 (2,5-100,0)	.
Regionshospitalet Randers	95	97,9	93	30	32,3 (22,9-42,7)	31,0 (15,3-50,8)	.
Århus Universitetshospital, Skejby, Urinvejskirurgisk afdeling K	.	.	.	.	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, Gynækol./obstetrisk afd. Y	240	72,1	173	25	14,5 (9,6-20,6)	9,2 (4,1-17,3)	0,0 (0,0-97,5)
Regionshospitalet Viborg	210	0,5	1	1	100,0 (2,5-100,0)	100,0 (15,8-100,0)	0,0 (0,0-84,2)
Sygehus NORD, Thisted	.	.	.	.	.	.	.
Aalborg Sygehus	195	79,5	155	31	20,0 (14,0-27,2)	14,3 (3,0-36,3)	0,0 (0,0-97,5)
Sygehus Vendsyssel	18	83,3	15	3	20,0 (4,3-48,1)	23,1 (5,0-53,8)	.
Gråbrødreklinikken, Odense	40	82,5	33	33	100,0 (89,4-100,0)	.	.
Hele landet	2869	75,1	2155	728	33,8 (31,8-35,8)	35,9 (33,8-38,1)	22,8 (19,8-25,9)

a. Der foretages pr. 1. januar 2008 ikke længere prolaps- og inkontinensoperationer på Rigshospitalet. Rigshospitalet er udelukkende medtaget i tabellen af hensyn til gamle perioder

Indikator 3: Subjektiv patient bedømmelse af succes **01-01-2008 - 31-12-2008**

Kommentarer:

På landsplan oplever 62,5% af patienterne aldrig eller højst en gang om ugen urininkontinens. De 95% konfidensintervaller omfatter ikke standarden på $\geq 70\%$, som således ikke er opfyldt. I 2007 opfyldtes standarden for 48,4% af patienterne, og der er således sket en fremgang i 2008.

Blandt dataindberettende enheder med mindst 10 relevante patientforløb opfylder seks standarden (Hvidovre, Odense, Herning, Viborg, Aalborg og Gråbrødreklinikken). For disse seks enheder rangerer procenterne fra 61,5 til 90,9, men alle 95% konfidensintervaller inkluderer standarden på 70%. For 2 dataindberettende enheder med mindst ti relevante patientforløb er standarden ikke opfyldt (Glostrup: 31,6%; Skejby, Afd. Y: 29,4%).

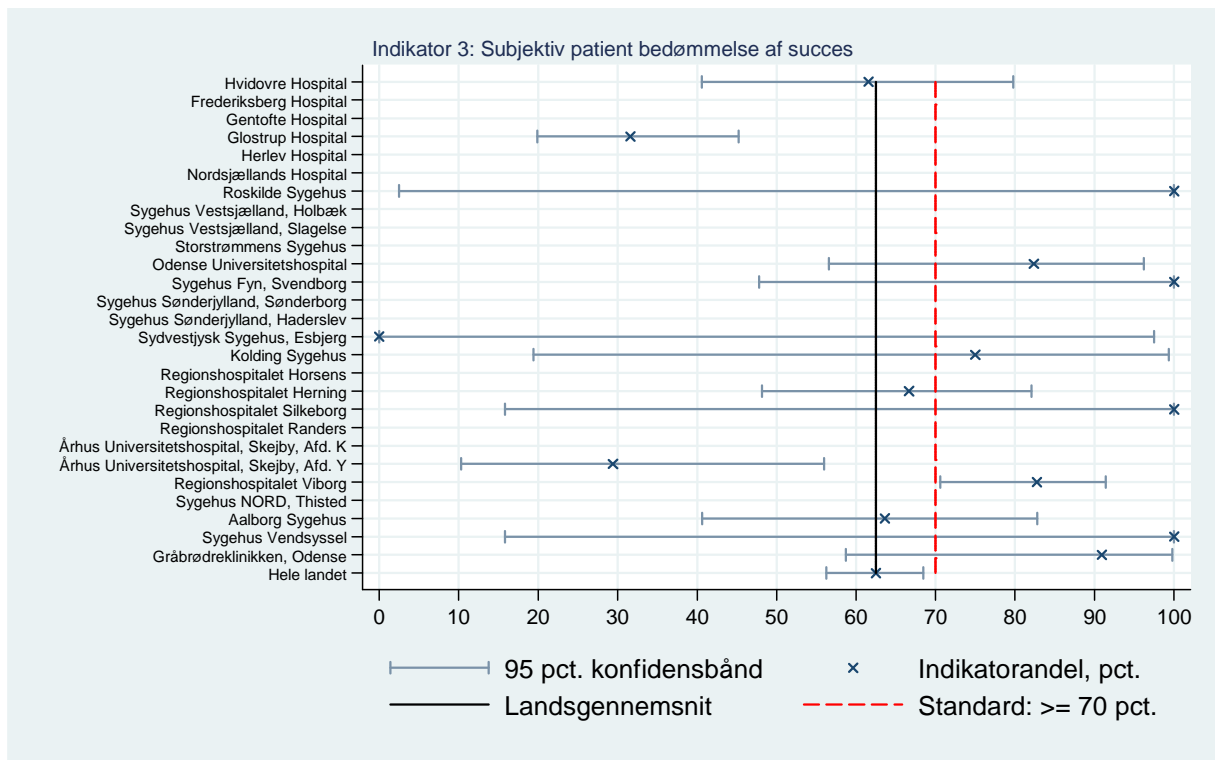
Det kan virke paradoksalt, at standarden er opfyldt for de fleste dataindberettende enheder, men ikke på landsplan. Dette skyldes dels de enkelte enheders forholdsvis brede konfidensintervaller, som på landsplan indsnævres på grund af det større antal operationer, dels de to afdelinger med forholdsvis lave procenter og mange patienter.

Konklusion:

Standarden på landsplan er ikke opfyldt, men i forhold til 2007 er der sket en forbedring.

Anbefaling:

Udover de for indikator 1 nævnte syv hospitaler uden valide data har Frederiksberg og Herlev hospitaler ikke indberettet inkontinensoperationer.



Subjektiv patient bedømmelse af succes efter operation for urininkontinens, definitioner for tabelkolonner:

- 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: $(\text{Relevante patientforløb} / \text{Datagrundlag}) \times 100$
- 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 feltene “Aldrig” eller “Ja, en gang om ugen eller mindre” i feltet A
- Andel: Relativ andel af patientforløb som opfylder indikatoren (med 95% konfidensinterval)

Indikator 3: Subjektiv patient bedømmelse af succes efter operation for urininkontinens

Standard: $\geq 70\%$	N	Data- grundlag	Datakompl. (pct.)	Relevante patientforløb	Opfylder indikator	Andel (pct.) samt (95 pct. konfidensinterval)		
						2008	2007	2006
Rigshospitalet ^a	.	.	.	.	.	.	.	66,7 (9,4-99,2)
Hvidovre Hospital	43	32	81,3	26	16	61,5 (40,6-79,8)	34,2 (19,6-51,4)	45,5 (24,4-67,8)
Frederiksberg Hospital	.	.	.	.	.	.	.	.
Gentofte Hospital	.	.	.	.	.	.	.	.
Glostrup Hospital	210	100	57,0	57	18	31,6 (19,9-45,2)	36,5 (24,7-49,6)	42,9 (24,5-62,8)
Herlev Hospital	.	.	.	.	.	.	.	.
Nordsjællands Hospital	4	.	.	.	.	.	.	.
Roskilde Sygehus	29	5	20,0	1	1	100,0 (2,5-100,0)	100,0 (15,8-100,0)	.
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	1	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Vestsjælland, Slagelse	.	.	.	.	.	.	.	.
Storstrømmens Sygehus	.	.	.	.	.	.	.	.
Odense Universitetshospital	35	21	81,0	17	14	82,4 (56,6-96,2)	59,3 (38,8-77,6)	58,1 (39,1-75,5)
Sygehus Fyn, Svendborg	13	8	62,5	5	5	100,0 (47,8-100,0)	25,0 (0,6-80,6)	.
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	.	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	14	9	0,0	0	.	.	.	100,0 (2,5-100,0)
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	20	2	50,0	1	0	0,0 (0,0-97,5)	100,0 (2,5-100,0)	100,0 (2,5-100,0)
Kolding Sygehus	59	13	30,8	4	3	75,0 (19,4-99,4)	66,7 (29,9-92,5)	0,0 (0,0-97,5)
Regionshospitalet Horsens	4	4	0,0	0	.	.	80,0 (28,4-99,5)	100,0 (2,5-100,0)
Regionshospitalet Herning	39	33	100,0	33	22	66,7 (48,2-82,0)	59,1 (43,2-73,7)	100,0 (2,5-100,0)
Regionshospitalet Silkeborg	11	2	100,0	2	2	100,0 (15,8-100,0)	.	.
Regionshospitalet Randers	14	.	.	.	.	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, Urinvejs- kirurgisk afdeling K	.	.	.	.	.	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, Gynæ- kol./obstetrisk afd. Y	50	41	41,5	17	5	29,4 (10,3-56,0)	25,0 (5,5-57,2)	.
Regionshospitalet Viborg	83	58	100,0	58	48	82,8 (70,6-91,4)	59,0 (42,1-74,4)	.
Sygehus NORD, Thisted	.	.	.	.	.	.	.	.
Aalborg Sygehus	41	32	68,8	22	14	63,6 (40,7-82,8)	.	.
Sygehus Vendsyssel	8	2	100,0	2	2	100,0 (15,8-100,0)	.	.
Gråbrødreklinikken, Odense	11	11	100,0	11	10	90,9 (58,7-99,8)	.	.
Hele landet	689	373	68,6	256	160	62,5 (56,3-68,5)	48,4 (41,9-54,8)	51,7 (40,8-62,4)

a. Der foretages pr. 1. januar 2008 ikke længere prolaps- og inkontinensoperationer på Rigshospitalet. Rigshospitalet er udelukkende medtaget i tabellen af hensyn til gamle perioder.

Indikator 4: Obstruktion efter kirurgisk behandling

01-01-2008 - 31-12-2008

Kommentarer:

På landsplan har 89,5% af patienterne <50 ml residualurin ved efterundersøgelse. De 95% konfidensintervaller omfatter 90%, hvorfor standarden er opfyldt. I 2007 opfyldtes standarden for 84,3% af patienterne, hvilket er en lille forbedring, omend 95% konfidensintervallerne overlapper mellem de to år.

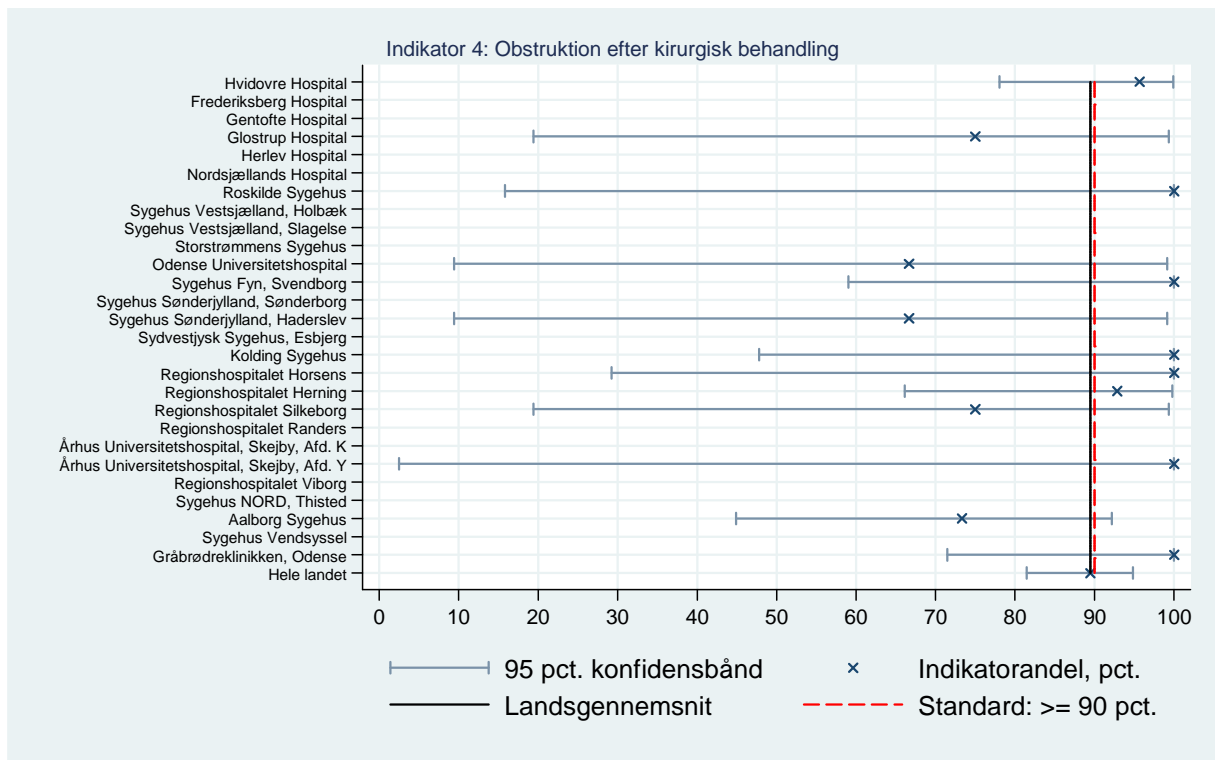
De fire dataindberettende enheder med mindst ti relevante patientforløb (Hvidovre, Herning, Aalborg, Gråbrødreklinikken) opfylder alle standarden (73,3-100%, alle med 90% inkluderet i 95% konfidensintervaller). Dette skal dog tolkes forsigtigt på grund af det lille antal registreringer for residualurin (jf. de brede konfidensintervaller) og disses skæve fordeling mellem dataindberettende enheder (63 ud af 95 registreringer (66%) kommer fra fire af de femten dataindberettende enheder).

Konklusion:

Standarden på landsplan er opfyldt. Der tages forbehold for det lille antal registreringer og disses skæve fordeling mellem dataindberettende enheder.

Anbefaling:

Mht. manglende indberetninger henvises der til kommentarer for indikator 3.



Grad af obstruktion efter kirurgisk intervention for urininkontinens, bedømt ved mængden af residualurin, definitioner for tabelkolonner:

- 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: $(\text{Relevante patientforløb} / \text{Datagrundlag}) \times 100$
- 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)

Indikator 4: Grad af obstruktion efter kirurgisk intervention for urininkontinens, bedømt ved mængden af residualurin

Standard: ≥ 90%	N	Data- grundlag	Datakompl. (pct.)	Relevante patientforløb	Opfylder indikator	Andel (pct.) samt (95 pct. konfidensinterval)		
						2008	2007	2006
Hvidovre Hospital	43	30	76,7	23	22	95,7 (78,1-99,9)	89,2 (74,6-97,0)	78,6 (49,2-95,3)
Frederiksberg Hospital	.	.	.	.	.	.	.	.
Gentofte Hospital	.	.	.	.	.	.	.	.
Glostrup Hospital	210	59	6,8	4	3	75,0 (19,4-99,4)	80,0 (28,4-99,5)	83,3 (35,9-99,6)
Herlev Hospital	.	.	.	.	.	.	.	.
Nordsjællands Hospital	4	.	.	.	.	.	.	.
Roskilde Sygehus	29	7	28,6	2	2	100,0 (15,8-100,0)	100,0 (47,8-100,0)	100,0 (2,5-100,0)
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	1	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Vestsjælland, Slagelse	.	.	.	.	.	.	.	.
Storstrømmens Sygehus	.	.	.	.	.	.	.	.
Odense Universitetshospital	35	21	14,3	3	2	66,7 (9,4-99,2)	73,3 (44,9-92,2)	68,0 (46,5-85,1)
Sygehus Fyn, Svendborg	13	8	87,5	7	7	100,0 (59,0-100,0)	100,0 (71,5-100,0)	.
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	.	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	14	6	50,0	3	2	66,7 (9,4-99,2)	93,8 (69,8-99,8)	100,0 (2,5-100,0)
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	20	1	0,0	0	.	.	100,0 (2,5-100,0)	.
Kolding Sygehus	59	10	50,0	5	5	100,0 (47,8-100,0)	81,0 (58,1-94,6)	83,3 (35,9-99,6)
Regionshospitalet Horsens	4	4	75,0	3	3	100,0 (29,2-100,0)	100,0 (15,8-100,0)	100,0 (2,5-100,0)
Regionshospitalet Herning	39	15	93,3	14	13	92,9 (66,1-99,8)	73,5 (55,6-87,1)	100,0 (2,5-100,0)
Regionshospitalet Silkeborg	11	5	80,0	4	3	75,0 (19,4-99,4)	.	.
Regionshospitalet Randers	14	.	.	.	.	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, Urinvejs- kirurgisk afdeling K	.	.	.	.	.	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, Gynæ- kol./obstetrisk afd. Y	50	5	20,0	1	1	100,0 (2,5-100,0)	50,0 (1,3-98,7)	.
Regionshospitalet Viborg	83	.	.	.	.	.	90,0 (55,5-99,7)	.
Sygehus NORD, Thisted	.	.	.	.	.	.	.	.
Aalborg Sygehus	41	35	42,9	15	11	73,3 (44,9-92,2)	.	.
Sygehus Vendsyssel	8	2	0,0	0	.	.	.	.
Gråbrødreklinikken, Odense	11	11	100,0	11	11	100,0 (71,5-100,0)	.	.
Hele landet	689	219	43,4	95	85	89,5 (81,5-94,8)	84,3 (77,7-89,6)	76,4 (63,0-86,8)

Indikator 6: Objektiv score hos patienter opereret for prolaps 01-01-2008 - 31-12-2008

Kommentarer:

På landsplan har 86,9% af patienterne en samlet score (i forhold til hymenal plan) på ≤ 1 . De 95% konfidensintervaller nærmer sig 90%, hvorfor standarden på $\geq 90\%$ næsten er opfyldt. Det er en lille forbedring i forhold til 2007, hvor standarden opfyldtes for 81,4%, omend der er overlap mellem 95% konfidensintervallerne for de to år.

Blandt dataindberettende enheder med mindst 10 relevante patientforløb opfylder ni standarden (Hvidovre, Glostrup, Herlev, Odense, Haderslev, Horsens, Herning, Aalborg, Gråbrødreklinikken). For disse ni enheder ligger procenterne indenfor et forholdsvis snævert interval (77,3-94,7%). De to dataindberettende enheder med mindst ti relevante patientforløb, som ikke opfylder standarden (Kolding og Skejby, Afd. Y), er tæt på at have de 90% inkluderet i deres 95% konfidensintervaller.

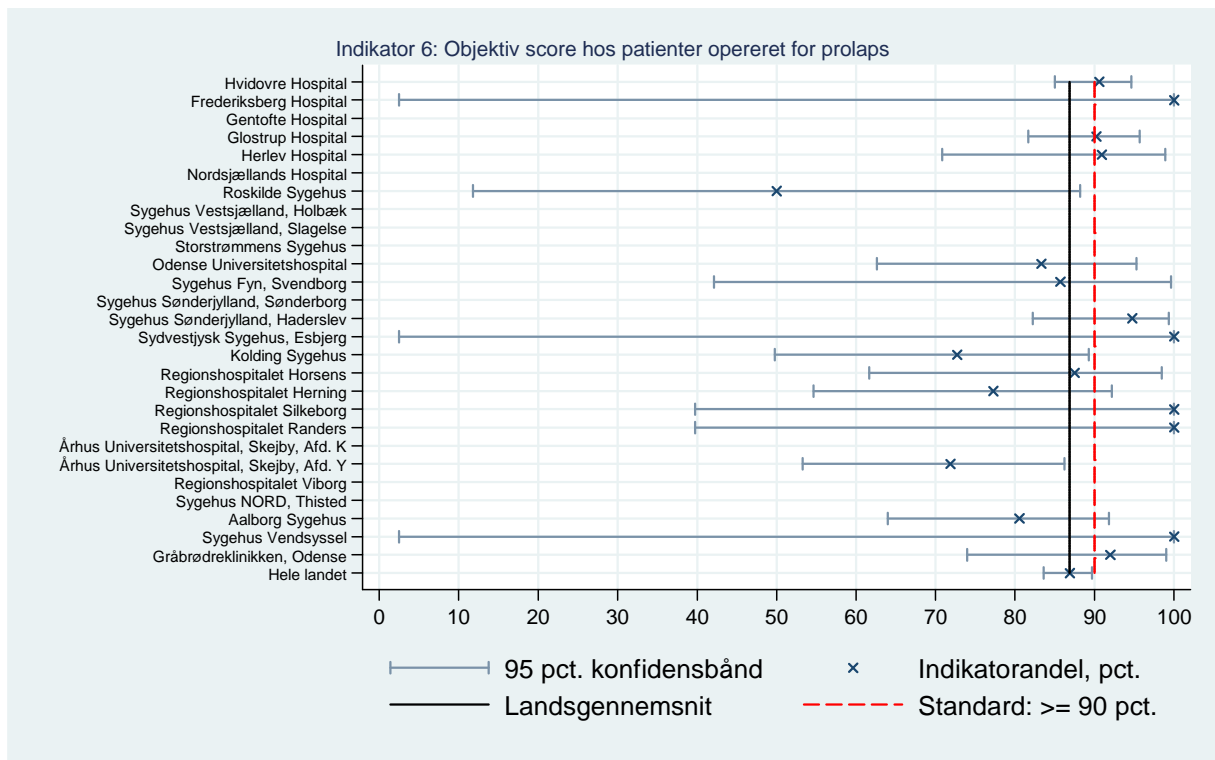
Det kan virke paradoksalt, at standarden er opfyldt for de fleste dataindberettende enheder, men ikke på landsplan. Dette skyldes de enkelte enheders forholdsvis brede konfidensintervaller, som på landsplan indsnævres på grund af det større antal operationer.

Konklusion:

Standarden på landsplan er næsten opfyldt. I forhold til 2007 er der sket en lille forbedring, om end denne ikke er statistisk signifikant.

Anbefaling:

Mht. manglende indberetninger henvises der til kommentarer for indikator 1.



Objektive mål for succes efter operation for prolaps vurderet ved prolapsgrad, definitioner for tabelkolonner:

- 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: $(\text{Relevante patientforløb} / \text{Datagrundlag}) \times 100$
- 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 forhold til hymenal plan) $\text{grad} \leq 1$
- Andel: Relativ andel af patientforløb som opfylder indikatoren (med 95% konfidensinterval)

Indikator 6: Objektive mål for succes efter operation for prolaps vurderet ved prolapsgrad

Standard: $\geq 90\%$	N	Data- grundlag	Datakompl. (pct.)	Relevante patientforløb	Opfylder indikator	Andel (pct.) samt (95 pct. konfidensinterval)		
						2008	2007	2006
Hvidovre Hospital	225	181	88,4	160	145	90,6 (85,0-94,7)	91,0 (86,3-94,5)	86,3 (78,7-92,0)
Frederiksberg Hospital	1	1	100,0	1	1	100,0 (2,5-100,0)	.	.
Gentofte Hospital	.	.	.	.	.	.	.	.
Glostrup Hospital	240	109	75,2	82	74	90,2 (81,7-95,7)	81,0 (72,7-87,7)	73,3 (58,1-85,4)
Herlev Hospital	30	22	100,0	22	20	90,9 (70,8-98,9)	65,6 (46,8-81,4)	66,7 (9,4-99,2)
Nordsjællands Hospital	21	.	.	.	.	.	.	.
Roskilde Sygehus	197	15	40,0	6	3	50,0 (11,8-88,2)	62,5 (24,5-91,5)	.
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	32	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Vestsjælland, Slagelse	.	.	.	.	.	.	.	.
Storstrømmens Sygehus	.	.	.	.	.	.	.	.
Odense Universitetshospital	115	60	40,0	24	20	83,3 (62,6-95,3)	72,3 (61,4-81,6)	80,4 (73,0-86,6)
Sygehus Fyn, Svendborg	69	7	100,0	7	6	85,7 (42,1-99,6)	86,4 (65,1-97,1)	.
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	.	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	60	54	70,4	38	36	94,7 (82,3-99,4)	.	.
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	15	1	100,0	1	1	100,0 (2,5-100,0)	90,9 (58,7-99,8)	.
Kolding Sygehus	125	35	62,9	22	16	72,7 (49,8-89,3)	86,7 (73,2-94,9)	100,0 (15,8-100,0)
Regionshospitalet Horsens	94	17	94,1	16	14	87,5 (61,7-98,4)	86,4 (65,1-97,1)	100,0 (2,5-100,0)
Regionshospitalet Herning	152	25	88,0	22	17	77,3 (54,6-92,2)	85,3 (68,9-95,0)	.
Regionshospitalet Silkeborg	100	7	57,1	4	4	100,0 (39,8-100,0)	.	.
Regionshospitalet Randers	81	4	100,0	4	4	100,0 (39,8-100,0)	50,0 (1,3-98,7)	.
Århus Universitetshospital, Skejby, Urinvejs- kirurgisk afdeling K	.	.	.	.	.	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, Gynæ- kol./obstetrisk afd. Y	180	38	84,2	32	23	71,9 (53,3-86,3)	47,4 (31,0-64,2)	.
Regionshospitalet Viborg	127	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus NORD, Thisted	.	.	.	.	.	.	.	.
Aalborg Sygehus	132	111	32,4	36	29	80,6 (64,0-91,8)	85,7 (42,1-99,6)	.
Sygehus Vendsyssel	10	1	100,0	1	1	100,0 (2,5-100,0)	100,0 (15,8-100,0)	.
Gråbrødreklinikken, Odense	28	28	89,3	25	23	92,0 (74,0-99,0)	.	.
Hele landet	2034	716	70,3	503	437	86,9 (83,6-89,7)	81,4 (78,1-84,3)	81,7 (76,9-85,8)

Indikator 7: Subjektiv patient-bedømmelse af prolapsoperation 01-01-2008 - 31-12-2008

Kommentarer:

På landsplan har 76,1% ikke oplevet nedglidningssymptomer efter prolapsoperationen. Standarden på 80% er næsten opfyldt (95% konfidensintervaller: 72,7-79,3%). I 2007 oplevede 79,4% ikke nedglidningssymptomer, dvs. der er sket en lille forringelse, men der er overlap mellem 95% konfidensintervallerne for de to år.

Blandt dataindberettende enheder med mindst ti relevante patientforløb opfylder ni standarden (Hvidovre, Herlev, Odense, Svendborg, Herning, Silkeborg, Viborg, Aalborg, Gråbrødreklinikken), mens tre ikke gør det (Glostrup, Horsens, Skejby Afd. Y) og disses procenter ligger noget lavere (42,9-53,6%).

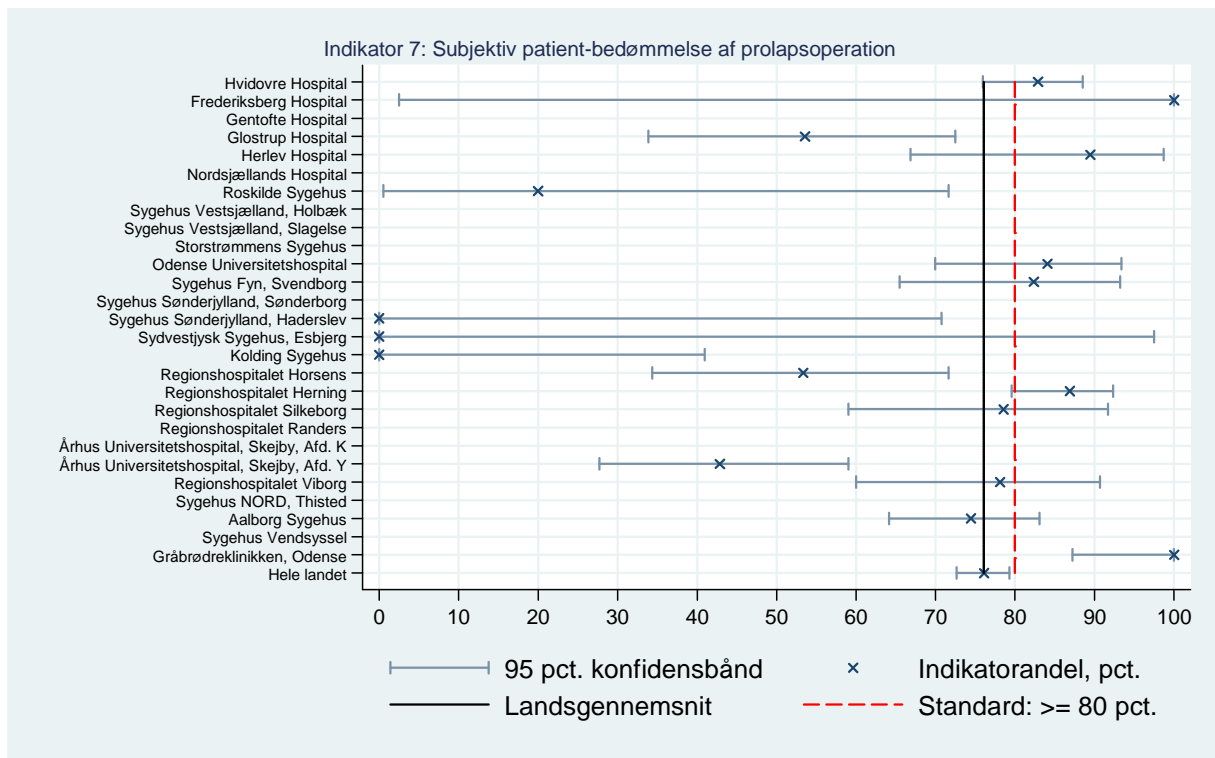
Det kan virke paradoksalt, at standarden er opfyldt for de fleste dataindberettende enheder, men ikke på landsplan. Dette skyldes dels de enkelte enheders forholdsvis brede konfidensintervaller, som på landsplan indsnævres på grund af det større antal operationer, dels de tre afdelinger med forholdsvis lave procenter og mange patienter, som reducerer det samlede gennemsnit.

Konklusion:

Standarden på landsplan er næsten opfyldt. I forhold til 2007 er der sket en lille forringelse, om end denne ikke er statistisk signifikant.

Anbefaling:

Mht. manglende indberetninger henvises der til kommentarer for indikator 1.



Patienttilfredshed efter operation for prolaps, definitioner for tabelkolonner:

- 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: $(\text{Relevante patientforløb} / \text{Datagrundlag}) \times 100$
- 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)

Indikator 7: Patienttilfredshed efter operation for prolaps

Standard: ≥ 80%	N	Data- grundlag	Datakompl. (pct.)	Relevante patientforløb	Opfylder indikator	Andel (pct.) samt (95 pct. konfidensinterval)			
						2008	2007	2006	
Hvidovre Hospital	225	176	86,4	152	126	82,9 (76,0-88,5)	84,1 (75,8-90,5)	73,9 (58,9-85,7)	
Frederiksberg Hospital	1	1	100,0	1	1	100,0 (2,5-100,0)	.	.	
Gentofte Hospital	.	.	.	.	.	.	.	.
Glostrup Hospital	240	133	21,1	28	15	53,6 (33,9-72,5)	5,9 (0,1-28,7)	0,0 (0,0-52,2)	
Herlev Hospital	30	19	100,0	19	17	89,5 (66,9-98,7)	88,9 (73,9-96,9)	100,0 (29,2-100,0)	
Nordsjællands Hospital	21	.	.	.	.	.	.	.
Roskilde Sygehus	197	13	38,5	5	1	20,0 (0,5-71,6)	83,3 (51,6-97,9)	.	
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	32	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Vestsjælland, Slagelse	.	.	.	.	.	.	.	.
Storstrømmens Sygehus	.	.	.	.	.	.	.	.
Odense Universitetshospital	115	60	73,3	44	37	84,1 (69,9-93,4)	90,0 (83,2-94,7)	94,4 (89,6-97,4)	
Sygehus Fyn, Svendborg	69	46	73,9	34	28	82,4 (65,5-93,2)	57,1 (18,4-90,1)	.	
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	.	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	60	50	6,0	3	0	0,0 (0,0-70,8)	.	.	
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	15	2	50,0	1	0	0,0 (0,0-97,5)	.	.	
Kolding Sygehus	125	54	13,0	7	0	0,0 (0,0-41,0)	0,0 (0,0-60,2)	.	
Regionshospitalet Horsens	94	86	34,9	30	16	53,3 (34,3-71,7)	100,0 (83,2-100,0)	0,0 (0,0-97,5)	
Regionshospitalet Herning	152	134	91,0	122	106	86,9 (79,6-92,3)	86,4 (78,5-92,2)	.	
Regionshospitalet Silkeborg	100	28	100,0	28	22	78,6 (59,0-91,7)	.	.	
Regionshospitalet Randers	81	.	.	.	.	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, Urinvejs- kirurgisk afdeling K	.	.	.	.	.	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, Gynæ- kol./obstetrisk afd. Y	180	128	32,8	42	18	42,9 (27,7-59,0)	29,0 (14,2-48,0)	.	
Regionshospitalet Viborg	127	32	100,0	32	25	78,1 (60,0-90,7)	.	.	
Sygehus NORD, Thisted	.	.	.	.	.	.	.	.
Aalborg Sygehus	132	111	81,1	90	67	74,4 (64,2-83,1)	58,3 (27,7-84,8)	.	
Sygehus Vendsyssel	10	1	0,0	0	.	.	100,0 (66,4-100,0)	.	
Gråbrødreklinikken, Odense	28	28	96,4	27	27	100,0 (87,2-100,0)	.	.	
Hele landet	2034	1102	60,3	665	506	76,1 (72,7-79,3)	79,4 (75,5-82,9)	87,4 (82,3-91,6)	

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

01-01-2008 - 31-12-2008

Kommentarer:

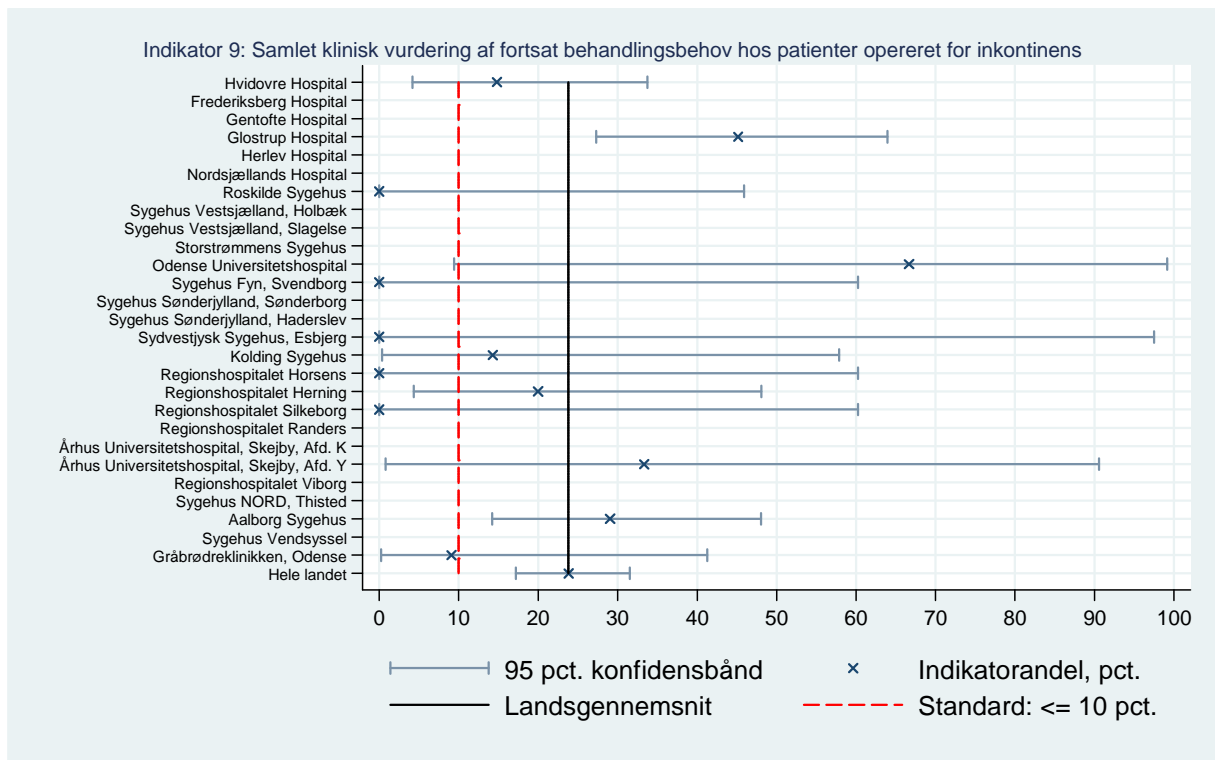
På landsplan er der et lille eller stort behandlingsbehov hos 23,8% af patienterne, hvilket er mere end de anbefalede 10%. Dette tal er dog baseret på forholdsvis få registreringer, heriblandt kun fem dataindberettende enheder med mindst ti patienter. Tre af disse opfylder kriterierne (Hvidovre, Herning, Gråbrødreklubben) mens to ikke gør (Glostrup, Aalborg). Der ses en lille stigning i forhold til år 2007, hvor 19,5% havde et lille eller stort behandlingsbehov, men antal registreringer er for begge år for lavt til at vurdere hvorvidt denne stigning er reel.

Konklusion:

Standarden på landsplan er ikke opfyldt, omend dette skal tages med forbehold grundet de forholdsvis få patienter og dataindberettende enheder med mindst ti patienter.

Anbefaling:

Mht. manglende indberetninger henvises der til kommentarer for indikator 3.



Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for inkontinens, definitioner for tabelkolonner:

- 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: $(\text{Relevante patientforløb} / \text{Datagrundlag}) \times 100$
- 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)

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

Standard: ≤ 10%	N	Data- grundlag	Datakompl. (pct.)	Relevante patientforløb	Opfylder indikator	Andel (pct.) samt (95 pct. konfidensinterval)		
						2008	2007	2006
Hvidovre Hospital	43	30	90,0	27	4	14,8 (4,2-33,7)	25,9 (15,3-39,0)	33,3 (16,5-54,0)
Frederiksberg Hospital	.	.	.	.	.	.	.	.
Gentofte Hospital	.	.	.	.	.	.	.	.
Glostrup Hospital	210	59	52,5	31	14	45,2 (27,3-64,0)	21,0 (12,7-31,5)	6,1 (1,3-16,9)
Herlev Hospital	.	.	.	.	.	.	.	.
Nordsjællands Hospital	4	.	.	.	.	.	.	.
Roskilde Sygehus	29	7	85,7	6	0	0,0 (0,0-45,9)	0,0 (0,0-60,2)	0,0 (0,0-97,5)
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	1	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Vestsjælland, Slagelse	.	.	.	.	.	.	.	.
Storstrømmens Sygehus	.	.	.	.	.	.	.	.
Odense Universitetshospital	35	21	14,3	3	2	66,7 (9,4-99,2)	16,7 (3,6-41,4)	15,4 (4,4-34,9)
Sygehus Fyn, Svendborg	13	8	50,0	4	0	0,0 (0,0-60,2)	27,3 (6,0-61,0)	.
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	.	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	14	6	0,0	0	.	.	0,0 (0,0-70,8)	.
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	20	1	100,0	1	0	0,0 (0,0-97,5)	0,0 (0,0-52,2)	0,0 (0,0-97,5)
Kolding Sygehus	59	10	70,0	7	1	14,3 (0,4-57,9)	5,9 (0,7-19,7)	0,0 (0,0-52,2)
Regionshospitalet Horsens	4	4	100,0	4	0	0,0 (0,0-60,2)	0,0 (0,0-84,2)	.
Regionshospitalet Herning	39	15	100,0	15	3	20,0 (4,3-48,1)	17,5 (7,3-32,8)	0,0 (0,0-97,5)
Regionshospitalet Silkeborg	11	5	80,0	4	0	0,0 (0,0-60,2)	.	.
Regionshospitalet Randers	14	.	.	.	.	.	0,0 (0,0-70,8)	.
Århus Universitetshospital, Skejby, Urinvejs- kirurgisk afdeling K	.	.	.	.	.	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, Gynæ- kol./obstetrisk afd. Y	50	5	60,0	3	1	33,3 (0,8-90,6)	100,0 (29,2-100,0)	.
Regionshospitalet Viborg	83	.	.	.	.	.	21,4 (4,7-50,8)	.
Sygehus NORD, Thisted	.	.	.	.	.	.	.	.
Aalborg Sygehus	41	35	88,6	31	9	29,0 (14,2-48,0)	100,0 (2,5-100,0)	100,0 (2,5-100,0)
Sygehus Vendsyssel	8	2	0,0	0	.	.	.	.
Gråbrødreklinikken, Odense	11	11	100,0	11	1	9,1 (0,2-41,3)	.	.
Hele landet	689	219	67,1	147	35	23,8 (17,2-31,5)	19,5 (15,0-24,7)	15,3 (9,2-23,4)

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

01-01-2008 - 31-12-2008

Kommentarer:

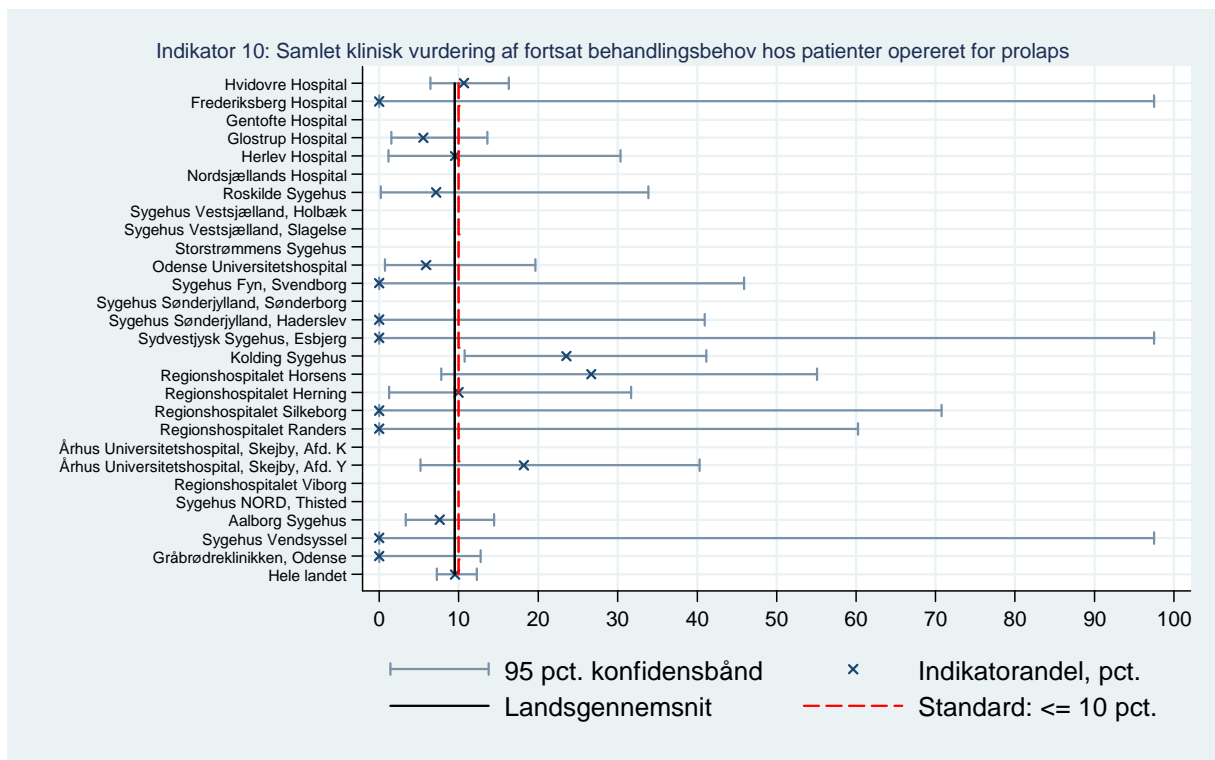
På landsplan er der et lille eller stort behandlingsbehov hos 9,5% af patienterne, hvilket opfylder standarden på $\leq 10\%$. Blandt elleve dataindberettende enheder med mindst ti patienter opfylder de ti standarden, mens en enhed (Kolding) næsten opfylder standarden. I 2007 havde 7,9% af patienterne et lille eller stort behandlingsbehov, men 95% konfidensintervallerne mellem de to år overlapper.

Konklusion:

Standarden på landsplan og for de fleste dataindberettende enheder er opfyldt.

Anbefaling:

Mht. manglende indberetninger henvises der til kommentarer for indikator 1.



Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps, definitioner for tabelkolonner:

- 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: $(\text{Relevante patientforløb} / \text{Datagrundlag}) \times 100$
- 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)

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

Standard: ≤ 10%	N	Data- grundlag	Datakompl. (pct.)	Relevante patientforløb	Opfylder indikator	Andel (pct.) samt (95 pct. konfidensinterval)		
						2008	2007	2006
Hvidovre Hospital	225	181	93,4	169	18	10,7 (6,4-16,3)	8,4 (5,0-13,1)	7,3 (3,2-13,8)
Frederiksberg Hospital	1	1	100,0	1	0	0,0 (0,0-97,5)	.	.
Gentofte Hospital	.	.	.	.	.	.	.	.
Glostrup Hospital	240	109	66,1	72	4	5,6 (1,5-13,6)	3,3 (0,9-8,2)	5,6 (1,2-15,4)
Herlev Hospital	30	22	95,5	21	2	9,5 (1,2-30,4)	3,0 (0,1-15,8)	0,0 (0,0-70,8)
Nordsjællands Hospital	21	.	.	.	.	.	.	.
Roskilde Sygehus	197	15	93,3	14	1	7,1 (0,2-33,9)	11,1 (0,3-48,2)	0,0 (0,0-97,5)
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	32	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Vestsjælland, Slagelse	.	.	.	.	.	.	.	.
Storstrømmens Sygehus	.	.	.	.	.	.	.	.
Odense Universitetshospital	115	60	56,7	34	2	5,9 (0,7-19,7)	3,6 (1,0-9,0)	3,4 (1,3-7,4)
Sygehus Fyn, Svendborg	69	7	85,7	6	0	0,0 (0,0-45,9)	0,0 (0,0-16,8)	.
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	.	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	60	54	13,0	7	0	0,0 (0,0-41,0)	.	.
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	15	1	100,0	1	0	0,0 (0,0-97,5)	7,1 (0,2-33,9)	.
Kolding Sygehus	125	35	97,1	34	8	23,5 (10,7-41,2)	10,9 (4,1-22,2)	50,0 (1,3-98,7)
Regionshospitalet Horsens	94	17	88,2	15	4	26,7 (7,8-55,1)	0,0 (0,0-36,9)	0,0 (0,0-97,5)
Regionshospitalet Herning	152	25	80,0	20	2	10,0 (1,2-31,7)	3,0 (0,1-15,8)	.
Regionshospitalet Silkeborg	100	7	42,9	3	0	0,0 (0,0-70,8)	.	.
Regionshospitalet Randers	81	4	100,0	4	0	0,0 (0,0-60,2)	0,0 (0,0-84,2)	.
Århus Universitetshospital, Skejby, Urinvejs- kirurgisk afdeling K	.	.	.	.	.	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, Gynæ- kol./obstetrisk afd. Y	180	38	57,9	22	4	18,2 (5,2-40,3)	45,5 (28,1-63,6)	.
Regionshospitalet Viborg	127	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus NORD, Thisted	.	.	.	.	.	.	.	.
Aalborg Sygehus	132	111	94,6	105	8	7,6 (3,3-14,5)	13,3 (1,7-40,5)	.
Sygehus Vendsyssel	10	1	100,0	1	0	0,0 (0,0-97,5)	.	.
Gråbrødreklinikken, Odense	28	28	96,4	27	0	0,0 (0,0-12,8)	.	.
Hele landet	2034	716	77,7	556	53	9,5 (7,2-12,3)	7,9 (6,0-10,3)	5,2 (3,1-8,1)

Tabel 9. Opfyldelse af indikatorstandarder for afdelinger/sygehuse med mindst 10 relevante patientforløb for en eller flere indikatorer

Afdeling/Sygehus	Indikator ^a						
	1	3	4	6	7	9	10
Hvidovre Hospital		X	X	X	X	X	X
Glostrup Hospital			*	X			X
Herlev Hospital		*	*	X	X	*	X
Roskilde Sygehus		*	*	*	*	*	X
Odense Universitetshospital		X	*	X	X	*	X
Sygehus Fyn, Svendborg		*	*	*	X	*	*
Sygehus Sønderjylland, Haderslev		*	*	X	*	*	*
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg		*	*	*	*	*	*
Kolding Sygehus		*	*		*	*	
Regionshospitalet Horsens		*	*	X		*	X
Regionshospitalet Herning		X	X	X	X	X	X
Regionshospitalet Silkeborg		*	*	*	X	*	*
Regionshospitalet Randers		*	*	*	*	*	*
Århus Universitetshospital, Skejby, Gynækol./obstetrisk afd. Y			*			*	X
Regionshospitalet Viborg	*	X	*	*	X	*	*
Aalborg Sygehus		X	X	X	X		X
Sygehus Vendsyssel		*	*	*	*	*	*
Gråbrødreklinikken, Odense	X	X	X	X	X	X	X

- a. Hvidt felt = Mindst 10 relevante patientforløb hvor indikatorens standard ikke er opfyldt
 X i gråt felt = Mindst 10 relevante patientforløb hvor indikatorens standard er opfyldt
 * i hvidt felt = under 10 relevante patientforløb for den aktuelle indikator

Kommentarer til tabel 9:

Tabellen opsummerer resultater for alle indikatorer. Kun et begrænset antal afdelinger opfylder alle eller næsten alle indikatorer, og der er således et betydeligt potentiale for forbedring. Der henvises til de enkelte indikatorer mht. en mere detaljeret gennemgang.

Konklusioner og anbefalinger

Databasens dækningsgrad

Den gennemsnitlige dækningsgrad (44,9% for inkontinensoperationer og 54,2% for prolapsoperationer) repræsenterer både afdelinger med en meget høj dækningsgrad (>90%) og afdelinger, som slet ikke har registreret i DUGABASE.

En del afdelinger (Hvidovre, Glostrup, Kolding, Haderslev, Herlev, Herning, Odense, Randers, Roskilde, Silkeborg, Viborg) har en databasekomplethed over eller tæt på 90%. Disse afdelingers store geografiske spredning indikerer, at deres indrapporteringer tilnærmelsesvis er repræsentative for hele landet.

Databasen mangler fortsat indrapportering fra visse afdelinger. Syv offentlige hospitalsafdelinger har ikke registreret patientforløb med en valid operationsdato i 2008. Blandt afdelinger, som ingen registreringer havde i 2007, har kun Haderslev Sygehus en markant forbedret registrering i 2008. For yderligere 3 offentlige hospitalsafdelinger var der registreret forholdsvis få operationer for 2007, mens dækningsgraden i 2008 er øget betragteligt.

Derudover har kun et privathospital registreret i DUGABASE desuagtet at en del privathospitaler ifølge LPR udfører inkontinens- og/eller prolapsoperationer.

Indikatorers komplethed

Ingen indikator opfylder kravet om 80% komplethed. Datakompletheden er 43,4% for indikator 4, 60,3% for indikator 7, og 68,6-77,7% for de øvrige indikatorer. I modsætning hertil var datakompletheden i 2007 over 80% for indikator 1, 6, 9 og 10 (jf. Årsrapport 2007).

Opfyldte og ikke-opfyldte standarder

På landsplan opfylder indikator 4 (Obstruktion efter kirurgisk behandling) og 10 (klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps) den fastlagte standard. Standarden er næsten opfyldt for indikator 6 (Objektiv score hos patienter opereret for prolaps) og 7 (subjektiv patientbedømmelse efter prolapsoperation). De øvrige beregnede indikatorer opfylder ikke de fastlagte standarder på nationalt plan. Generelt vanskeliggøres fortolkningen dog af den forholdsvis lave datakomplethed.

Anbefalinger

Generelt er der fortsat et stort potentiale for forbedring svarende til indikatorresultater, både i relation til dækningsgrad og datakomplethed. Afdelingsledelsen på de enkelte afdelinger opfordres til at gennemgå den kliniske praksis på områder, hvor afdelingerne ikke opfylder en

eller flere indikatorer for kritisk at vurdere mulige indsatsområder mhp. forbedring af kvaliteten.

Kompetencecenterets påtegning

I henhold til basiskravene for de nationale kliniske kvalitetsdatabaser skal kompetencecenteret fremlægge følgende bemærkninger.

Indikatorsettet er analyseret ved kompetencecenteret af klinisk epidemiolog i samarbejde med akademisk datamanager. Alle tabeller, figurer og indikatorberegninger er ledsaget af kommentarer, og det er kompetencecentrets vurdering, at der foreligger statistisk-epidemiologisk dækning for de anførte kommentarer.

Hvad angår indikatorresultaterne afspejler de generel stor mangel på målopfyldelse, hvilket i sig selv er et argument for vigtigheden af fortsat monitorering af dette sygdomsområde.

For hele landet opfylder kun to indikatorer standarden for god kvalitet mens to indikatorer næsten opfylder den. Der er således et stort potentiale for kvalitetsløft inden for sygdomsområdet.

Analyserne er primært deskriptive, idet talmaterialet ofte er for lille til valid statistisk dokumentation. Dette skyldes primært to forhold, dels den forholdsvis lave dækningsgrad, dels de langvarige forløb, som ofte bevirker få patienter i indikatorberegningerne, selv for afdelinger med høj dækningsgrad.

For første gang er DUGABASE data sammenlignet med LPR data for alle inkontinens- og prolapsoperationer, hvilket indikerer dækningsgraden. Danske studier har for LPR operationskoder vist en positiv prædiktiv værdi på 93,6-99,8% (Ugeskrift for Læger 2001, 163(41), 5662-64; Ugeskrift for Læger 2002, 164(39), 4539-45; Ugeskrift for Læger 2009, 171(6), 404-8) hvorfor de aktuelle LPR operationskoder sandsynligvis har en tilsvarende høj positiv prædiktiv værdi. Resultaterne viser, at der blandt afdelinger med ingen eller lav grad af indrapportering fortsat bør arbejdes for at øge dækningsgraden.

Et forløb fra henvisning til efterkontrol strækker sig ofte over måneder eller år, hvilket vanskeliggør stringente forløbsbaserede analyser for en periode, der kun dækker et år. Til næste årsrapport vil data omfatte mindst 3 års registreringer, hvilket vurderes som suffcient til at kunne analysere hele forløbet fra henvisning til efterkontrol for de samme patienter, eksempelvis i form af flow-diagrammer. Udover et forbedret overblik vil det også illustrere eventuel forskellig registreringspraksis mellem afdelinger.

Formandskabets påtegning

Styregruppen har i 2008 primært arbejdet på at optimere interessen for indberetning til DUGABASE. Dette er i lykkedes i et vist omfang, hvilket især kan aflæses af ændringerne i datagrundlaget for beregning af indikatorerne. Datagrundlaget, dvs. patientforløb, hvor der udover at være registreret en relevant operationskode også er udfyldt og registreret et af de tilhørende skemaer, er således betydeligt øget for 5 af de 7 indikatorer, der kan sammenlignes med 2007. Datagrundlaget er for disse indikatorer øget med en faktor 1,2 – 1,8. Dette afspejler en betydeligt større vilje på mange afdelinger til nu at forsøge at registrere forløb. Desværre mangler der ofte enkeltoplysninger, herunder oplysninger der indgår i beregningerne af flere indikatorer, hvilket afspejles i en let faldende datakomplethed for halvdelen af indikatorerne. På baggrund af stigningen i datagrundlaget må der imidlertid siges at være vist en vilje til nu at forsøge at registrere i DUGABASE.

De afdelinger, der tidligere slet ikke har registreret forløb i DUGABASE, eller som kun har registreret enkelte forløb, har nu alle skriftligt over for styregruppen tilkendegivet, at de vil begynde at registrere i Databasen i løbet af 2009 og fremover. Disse skriftlige tilkendegivelser er fremsendt til Danske Regioner. Flere privathospitaler har desuden gennem henvendelse til sekretariatet udtrykt ønske om at ville indberette til DUGABASE.

Tre af de oprindelige ti indikatorer indgår ikke længere i DUGABASE. Dette afspejler bl.a. at der på landsplan ikke har været enighed om, hvordan efterundersøgelse af patienterne bør varetages. Styregruppen har derfor arbejdet på at udarbejde et forslag til en fælles, national strategi for efterundersøgelse af inkontinens- og prolapspatienter mhp. at øge motivationen til at registrere efterundersøgelser. Dette arbejde er først afsluttet i 2009 og skal nu udmøntes i udarbejdelse af nye og justerede indikatorer.

Databasen har vist sin berettigelse, idet godt fire af databasens aktuelle syv indikatorer opfylder eller næsten opfylder indikatoren, mens tre ikke gør. Der er således plads til forbedring, og databasen vil være et væsentligt styringsinstrument for udviklingen af urogynækologien fremover. Set i lyset af den øgede registrering i databasen i løbet af 2008, de nye tilsagn om fremtidig indberetning, arbejdet med at standardisere efterundersøgelser og arbejdet med at udarbejde nye, justerede indikatorer, lover godt for et bedre resultat for 2009.