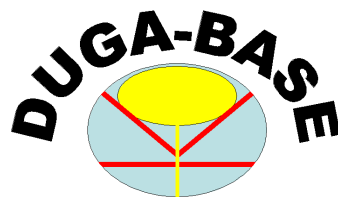


Årsrapport nr. 4 for DugaBase

Dansk Urogynækologisk Database

1. januar - 31. december 2009



Dansk Urogynækologisk Database

Udgivet: juni 2010

Udgivet af:

Dansk Urogynækologisk Database

v/ Formand, Professor, overlæge, dr.med. *Gunnar Lose*, Herlev Hospital

og

Projektleder, Overlæge, adj. lektor i epidemiologi, ph.d., *Ulrik Schiøler Kesmodel*, Århus Universitetshospital, Skejby og Institut for Folkesundhed, Afd. For Epidemiologi, Aarhus Universitet

med bistand fra

Kompetencecenter Syd for Landsdækkende Kliniske Databaser

Kontakt:

DugaBase Sekretariatet, tlf. +45 2168 0817

v/ Sekretær, projektspl. Malene Kjærgaard Larsen

Rapporten kan downloades som pdf-dokument fra hjemmesiderne www.dugabase.dk og www.sundhed.dk → Behandling → Kvalitet i behandlingen → Kliniske kvalitetsdatabaser → Dansk Urogynækologisk Database

Indholdsfortegnelse

1.	Ordliste	6
2.	Forord	7
3.	Baggrund for DUGA.....	9
3.1.	Organisation.....	9
3.2.	Styregruppe.....	9
3.3.	Formål.....	9
4.	Årsrapportens tilblivelse.....	10
4.1.	Analyser og epidemiologi.....	10
4.2.	Sammenligning med sidste årsrapport.....	10
5.	Dataindsamling.....	11
5.1.	Datagrundlag.....	11
5.2.	Databasekomplethed.....	12
5.3.	Datakomplethed for udvalgte variable	21
6.	Indikatordefinitioner	23
7.	Fremtidige ændringer til indikatorer	27
8.	Deskriptiv statistik.....	31
9.	Afrapportering af indikatorer	50
9.1.	Indikator 1: Ventetid 30 dage	51
9.2.	Indikator 3: Urininkontinens – Subjektiv patientbedømmelse af succes.....	54
9.3.	Indikator 4: Urininkontinens – Obstruktion efter kirurgisk behandling.....	57
9.4.	Indikator 6: Prolaps – Objektiv score hos patienter opereret for prolaps.....	60
9.5.	Indikator 7: Prolaps – Subjektiv patient-bedømmelse af operation.....	63
9.6.	Indikator 9: Urininkontinens – Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for urininkontinens.....	66
9.7.	Indikator 10: Prolaps – Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps.....	69
9.8.	Indikatoroversigt	72
10.	Konklusioner og anbefalinger	74
10.1.	Databasekomplethed.....	74
10.2.	Indikatorers datakomplethed.....	74
10.3.	Opfyldte og ikke-opfyldte standarder	74
10.4.	Anbefalinger.....	75
10.5.	Kompetencecenterets påtegnelse	75
10.6.	Formandskabets påtegnelse.....	75

Tabeloversigt

Tabel 1. Databasekomplethed i DugaBase ved sammenkørsel med LPR, urininkontinensoperationer, 01-01-2009 – 31-12-2009.....	13
Tabel 2. Databasekomplethed i DugaBase ved sammenkørsel med LPR, prolapsoperationer, 01-01-2009 – 31-12-2009.....	17
Tabel 3. Datakomplethed for nøglevariable, patienter med operationsdato i 2008 (N = 2.915) og 2009 (N = 4.410).....	22
Tabel 4. Antal indberettede patientforløb for databasen i 2009, sammenlignet med 2008 (både opererede og ikke-opererede patienter).....	31
Tabel 5. Fordeling på opfølgningstyper for patientforløb med operation i 2006-2007.....	33
Tabel 6. Fordeling og alder hos patienter med henvisningsdato i 2009 (både opererede og ikke-opererede patienter), hvor der samtidig er udfyldt patientskema før behandling, sammenlignet med 2006-2008.....	37
Tabel 7. Antal operative indgreb fordelt på indgrebstyper, for patienter med operationsdato i 2009 (N = 6.222).....	41
Tabel 8. Antal patientforløb med operationsdato i 2008-2009, fordelt på indgrebstyper ...	43
Tabel 9. Korttidskomplikationer efter operation, patientforløb med operation i 2009	44
Tabel 10. Urininkontinens/residualurin for patientforløb med operation for urininkontinens i 2006-2009, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse	47
Tabel 11. Opfyldelse af indikatorstandarder, fordelt på afdelinger/sygehuse, 2009	72

Figuroversigt

Figur 1. Skematisk fremstilling af indrapportering af et DUGA forløb.....	11
Figur 2. Fordeling af opfølgningstid, patientens efterkontrol, operation i 2006- 2007	35
Figur 3. Fordeling af opfølgningstid, lægens efterundersøgelse, operation i 2006-2007	35
Figur 4. Aldersfordeling ved henvisning hos patienter med henvisningsdato i 2009 (både opererede og ikke-opererede patienter), hvor der samtidig er udfyldt patientskema før behandling	38
Figur 5. Klinisk samlet vurdering af behandlingsbehov hos patienter, der er opereret for prolaps i 2009, og hvor der er udfyldt lægeskema før behandling, sammenlignet med 2007-2008.....	39
Figur 6. Klinisk samlet vurdering af behandlingsbehov hos patienter, der er opereret for urininkontinens i 2009, og hvor der er udfyldt lægeskema før behandling, sammenlignet med 2007-2008	40
Figur 7. Prolapsgrad efter operation – for patienter med operation for prolaps i 2009, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse. Sammenlignet med 2007-2008.....	46
Figur 8. Prolapsgrad efter operation (uden kategorien 'Manglende oplysninger') – for patienter med operation for prolaps i 2009, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse. Sammenlignet med 2007-2008.....	46
Figur 9. Fordeling af blevægtmålinger for patientforløb med operation for urininkontinens i 2006-2009, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse	48
Figur 10. Fordeling af residualurin målinger for patientforløb med operation for urininkontinens i 2006-2009, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse	49
Figur 11. Indikator 1 fordelt på afdelinger, 2009	52
Figur 12. Indikator 1, hele landet, 2006-2009	52
Figur 13. Indikator 3 fordelt på afdelinger, 2009	55
Figur 14. Indikator 3, hele landet, 2006-2009	55
Figur 15. Indikator 4 fordelt på afdelinger, 2009	58
Figur 16. Indikator 4, hele landet, 2006-2009	58
Figur 17. Indikator 6 fordelt på afdelinger, 2009	61
Figur 18. Indikator 6, hele landet, 2006-2009	61
Figur 19. Indikator 7 fordelt på afdelinger, 2009	64
Figur 20. Indikator 7, hele landet, 2006-2009	64
Figur 21. Indikator 9 fordelt på afdelinger, 2009	67
Figur 22. Indikator 9, hele landet, 2006-2009	67
Figur 23. Indikator 10 fordelt på afdelinger, 2009.....	70
Figur 24. Indikator 10, hele landet, 2006-2009.....	70

1. Ordliste

Ord	Forklaring
Databasekomplethed	Antal DugaBase-forløb i forhold til antal operationer i Landspatientregisteret
Datakomplethed	Antal registreringer for en variabel i forhold til antal relevante DugaBase-forløb. Se desuden specifikke definitioner for de enkelte indikatorer samt Tabel 3
Indikator ^a	En målbar variabel som anvendes til at overvåge og evaluere kvaliteten
Kvalitet ^a	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 ^a	Det mål for kvalitet, der danner grundlag for vurdering og evaluering af en ydelses kvalitet

a: Kilde: Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og –definitioner, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, januar 2003 (http://www.dsk.dk/filer/publikationer/kvalitetsbegreber_rapport_januar2003.pdf, accessed 27.4.2010).

2. Forord

Hermed foreligger den fjerde 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 Obstetrik og Gynækologi (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. Vi har anvendt eksisterende danske og vi har implementeret ICS's internationalt anerkendte spørgeskemaer, hvor disse er oversat til dansk. De internationalt anerkendte spørgeskemaer vil blive taget i anvendelse i den takt de oversættes til dansk.

DugaBase har kørt i en stor testversion på Gynækologisk Afdeling, Odense Universitetshospital. 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 på de forskellige kliniske afdelinger har i høj grad været afhængige af ressourcer, bl.a. sekretærbistand.

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.

3. Baggrund for DUGA

3.1. 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 DugaBase er etableret med følgende repræsentation: Repræsentant, udpeget af DUGS, repræsentanter fra Kompetencecenter Syd for Landsdækkende Kliniske Databaser og fra den ansvarlige offentlige myndighed (Region Syddanmark).

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

3.2. Styregruppe

DUGA-styregruppen har i 2009 bestået af:

- Formand: Professor, overlæge, dr.med. Gunnar Lose, Herlev Hospital
- Overlæge, ph.d., Karl Møller Bek, Århus Universitetshospital, Skejby
- Senior dyrlæge, epidemiolog, ph.d., Kim Oren Gradel, Kompetencecenter Syd
- Overlæge Ulla Darling Hansen, Sygehus Lillebælt og Odense Universitetshospital
- Overlæge Ulla R. Hviid, Roskilde Sygehus
- Projektleder: Overlæge, 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 Universitetshospital/Aalborg, afsnit Nord
- Overlæge, ph.d., Marianne Ottesen, Hvidovre Hospital
- Afdelingschef Mads C. Haugaard, Sundhedsstaben, Repræsentant fra Region Syddanmark
- Overlæge, ph.d., Lasse Raaberg, Gråbrødreklinikken, Odense, repræsentant for privatklinikker
- Overlæge, ph.d., Pia Sander, Herlev Hospital

3.3. Formål

Databasens formål er at tilvejebringe oplysninger om den operative aktivitet og kvalitet på området. Oplysningerne skal dels anvendes til kvalitetsudvikling, ligesom registreringerne af

de mange nye teknikker skal anvendes som et tidligt varslingsystem vedrørende problematiske teknikker.

4. Årsrapportens tilblivelse

I 2009 og 2010 er der løbende afholdt møder mellem databasens projektleder og Kompetencecenter Syd. I forbindelse med årsrapportens tilblivelse er arbejds gange aftalt i foråret 2010 og tilretninger af rapporten er sket ved et styregruppemøde i juni måned. Løbende kommunikation er opretholdt via e-mail.

4.1. Analyser og epidemiologi

Analyser og epidemiologisk kommentering er udført af Kompetencecenter Syd (akademisk datamanager Jesper Kjær Hansen og epidemiolog, ph.d., Kim Oren Gradel).

4.2. Sammenligning med sidste årsrapport

Det er ikke muligt direkte at sammenligne resultaterne fra den foreliggende årsrapport med resultaterne fra Årsrapport 2008, da der efter skæringsdatoen for indberetning til sidste årsrapport er indberettet en række ekstra patientforløb med operationsdato i sidste opgørelsesperiode. Resultater i alle tabeller og figurer er således genberegnet.

5. Dataindsamling

5.1. Datagrundlag

Data til årsrapporten er udtrukket pr. 6.4.2010, og således har de kliniske afdelinger haft mulighed for indberetning af data for 2009 indtil denne dato. 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 forundersøgelse, operation og efterkontrol. Topica giver mulighed for at opdele inddateringsopgaven. Gennem et oversigtsmodul holdes overblik over manglende inddateringer, og herfra kan man komplettere data. Inddatering af data foregår med Topica over internet til server hos CSC Scandihealth A/S i Århus, hvorfra data bliver repliceret løbende til server i Region Syddanmark (Odense). Databasen på denne server varetages af Region Syddanmarks IT driftsafdeling og Kompetencecenter Syd.

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.

5.2. Databasekomplethed

I forbindelse med opgørelse af databasekomplethed har Kompetencecenter Syd rekvireret LPR udtræk svarende til de typiske urininkontinens- og prolapsoperationskoder, som anvendes indenfor sygdomsområdet (jf. afsnittet Indikatordefinitioner samt nedenfor).

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

Kriterier for opgørelse af databasekomplethed

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

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

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

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

- a. en af følgende urininkontinens-koder: KKDG00, KKDG01, KKDG10, KKDG30, KKDG31, KKDG40, KKDG50, KKDG96, KKDG97, KKDV20, KKDV22, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96
- b. eller en af følgende prolaps-koder: KLEE10, KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF03, KLEF03A, KLEF10, KLEF13, KLEF23, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLEF60, KLEF63, KLEF64, KLEF96, KLEF97. Dertil kommer koderne KLCD10 og KLDC10 i kombination med aktionsdiagnose DN81* (LPR)

Tabel 1. Databasekomplethed i DugaBase ved sammenkørsel med LPR, urininkontinensoperationer, 01-01-2009 – 31-12-2009

Region/Hospital/Afdeling	I LPR	Heraf i Duga	Komplethed, pct.	Kun i Duga
Region Hovedstaden	440	346	78,6	16
Rigshospitalet	3	0	0,0	0
Urologisk klinik D, ambulatorium	2	0	0,0	0
Gynækologisk klinik Y, heldøgn	1	0	0,0	0
Hvidovre Hospital	47	44	93,6	12
Gyn.-obst. afd. /gynækologi	47	44	93,6	12
Frederiksberg Hospital	62	0	0,0	0
Gynækologisk operation	62	0	0,0	0
Gentofte Hospital	40	40	100,0	2
Gynækologisk afdeling G1	40	40	100,0	2
Glostrup Hospital	227	219	96,5	1
Gynækologisk afdeling G1	227	219	96,5	1
Hospitalerne i Nordsjælland	61	43	70,5	1
Hi Gyn.-obstetrisk afd. amb.	61	43	70,5	1
Region Sjælland	252	63	25,0	0
Region Sjællands Sygehusvæsen	252	63	25,0	0
ROS Gynækologisk Afd.	69	63	91,3	0
HOL Gynækologisk Afd.	15	0	0,0	0
NAE Gynækologisk Afd.	1	0	0,0	0
SLA Gynækologisk Afd.	47	0	0,0	0
NFS Gynækologisk Afd.	120	0	0,0	0
Region Syddanmark	538	235	43,7	0
OUH Odense Universitetshospital	77	55	71,4	0
Od Gynækologisk afdeling D	77	55	71,4	0
OUH Svendborg Sygehus	21	6	28,6	0
Organkirurgisk afd., Sygehus Fyn	6	0	0,0	0
Gynækologisk-obstetrisk afd., Sygehus Fyn	15	6	40,0	0
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	145	23	15,9	0
Obstetrisk afdeling	145	23	15,9	0
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	47	43	91,5	0
Gynækologisk afdeling	47	43	91,5	0
Sydvestjysk Sygehus	176	36	20,5	0
Gynækologisk afdeling Es	176	36	20,5	0
Fredericia og Kolding Sygehuse	72	72	100,0	0
Gyn,-Obst. afdeling, Kolding	72	72	100,0	0
Region Midtjylland	337	285	84,6	1
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	20	19	95,0	0
Gyn-/onkologisk Amb., Horsens	20	19	95,0	0

Region/Hospital/Afdeling	I LPR	Heraf i Duga	Komplethed, pct.	Kun i Duga
Regionshospitalet Herning	28	28	100,0	0
Gynækologisk afdeling H2	28	28	100,0	0
Regionshospitalet Silkeborg	22	21	95,5	0
Gynækologisk afdeling	22	21	95,5	0
Regionshospitalet Randers	31	23	74,2	0
Gynækol./obstetrisk afd. G	31	23	74,2	0
Århus Universitetshospital, Skejby	148	106	71,6	1
Urinvejskirurgisk afdeling K	33	1	3,0	0
Gynækol./obstetrisk afd. Y	115	105	91,3	1
Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup	88	88	100,0	0
Kvindeafdeling, Viborg	88	88	100,0	0
Region Nordjylland	230	184	80,0	2
Sygehus Thy - Mors	17	0	0,0	0
Gynækologisk-Obstetrisk Afd	17	0	0,0	0
Aalborg Sygehus	139	121	87,1	1
Alb Gyn.-Obst. Afdeling	139	121	87,1	1
Sygehus Vendsyssel	74	63	85,1	1
Hjr Gyn.-Obst. Sengeafd.	14	14	100,0	0
Frh Gyn. Sengeafdeling	11	0	0,0	0
Frh Gyn.-Obst. Sengeafdeling	49	49	100,0	1
Privathospitaler	116	33	28,4	5
Privathosp. Hamlet	27	0	0,0	0
Urologi, kirurgisk afsnit	1	0	0,0	0
Gynækologi, kirurgisk afsnit	25	0	0,0	0
Gynækologi, ambulatorieafsnit.	1	0	0,0	0
Erichsens Privathospital A/S	3	0	0,0	0
Urologisk afdeling	1	0	0,0	0
Gynækologisk afdeling	2	0	0,0	0
Arresødal Privathospital A/S	8	0	0,0	0
Behandlingsafdeling	8	0	0,0	0
Privathospitalet Møn	4	0	0,0	0
Gynækologisk ambulatorium	4	0	0,0	0
Privathospitalet Mariahjemmet	3	0	0,0	0
Behandlingsafdeling	3	0	0,0	0
Gråbrødreklinikken	14	14	100,0	1
Gråbrødreklinikken, overafdeling	14	14	100,0	1
Privathospitalet Kollund	5	0	0,0	0
Behandlingsafdeling	5	0	0,0	0
Privathospitalet Mølholm	7	0	0,0	0
Behandlingsafdeling, Vejle	7	0	0,0	0
Aleris Privathospitaler	28	8	28,6	1

Region/Hospital/Afdeling	I LPR	Heraf i Duga	Komplethed, pct.	Kun i Duga
Aleris privathospitaler Aalborg, beh. afsnit	3	0	0,0	0
Aleris Privathospitaler Esbjerg, beh. afsnit	17	0	0,0	0
Aleris Privathospitaler Odense, beh. afsnit	8	8	100,0	1
Ciconia, Århus Privathospital	1	0	0,0	0
Ciconia, Århus Privathospital, beh. afsnit	1	0	0,0	0
AROS Privathospital	1	0	0,0	0
AROS Privathospital, Kirurgisk center, beh. afsnit	1	0	0,0	0
Aagaard Gynækologiske Klinik	12	11	91,7	3
Aagaard Gynækologiske Klinik, beh. afsnit	12	11	91,7	3
ARTROS - Aalborg Privathospital A/S	3	0	0,0	0
ARTROS- Aalborg Privathos., Sengeafdeling, beh. afsnit	2	0	0,0	0
ARTROS- Aalborg Privathosp. A/S, Amb. kirurgi, beh. afsnit	1	0	0,0	0
Hele landet	1.913	1.146	59,9	24

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

Kommentarer til Tabel 1:

Udtræk fra Landspatientregisteret (LPR) omfattende alle SKS-koder for urininkontinensoperationer i 2009 blev sammenlignet med patienter registreret i DugaBase med en operationsdato for urininkontinens i 2009. Tabel 1 viser desuden, at 24 operationer var registrerede i DugaBase, men ikke i LPR. Disse 24 operationer kan også registreres i både nævner og tæller så databasekompletheden bliver $[(1146 + 24)/(1913 + 24)] * 100 = 60,4\%$. Dette er udeladt her idet LPR er vedtaget som gold standard, og ændringen i databasekomplethed (+0,5%) er desuden ubetydelig. Uanset at LPR er gold standard kan data for urininkontinensoperationer i LPR naturligvis også være fejlbehæftede.

I Årsrapport 2008 var Tabel 1 opdelt i afdelinger, som indgik eller ikke indgik i indikatorberegninger, mens vi i aktuelle rapport har valgt en anden opdeling, som især giver et klarere overblik over regionerne.

I Årsrapport 2008 var der 1453 urininkontinensoperationer, heraf 659 (45,4%) i DugaBase. De ændrede koblingsalgoritmer i den aktuelle årsrapport har, sammenlignet med Årsrapport 2008, medført meget få og ubetydelige metodiske ændringer hvorfor tallene i praksis er direkte sammenlignelige.

Der er således i forhold til Årsrapport 2008 registreret 31,7% flere operationer i LPR og 73,9% flere operationer i DugaBase, hvilket forklarer øgningen i databasekomplethed fra 45,4% til 59,9%.

Blandt offentlige sygehuse har alle afdelinger med høj databasekomplethed i Årsrapport 2008 bevaret denne i 2009 (Hvidovre, Glostrup, Roskilde, Odense, Haderslev, Fredericia/Kolding, Horsens/Brædstrup, Herning, Silkeborg, Randers, Skejby Afd. Y og Aalborg). For flere af disse afdelinger ses endda øget databasekomplethed i 2009 (Roskilde [Årsrapport 2008/2009]: 68,3%/91,3%; Odense: 58,9%/71,4%; Horsens/Brædstrup: 44,4%/95,0%; Skejby Afd. Y: 61,3%/91,3%; Aalborg: 52,8%/87,1%). Derudover ses afdelinger med lav eller ingen databasekomplethed i 2008, som er blevet markant forøgede i 2009 (Gentofte [Årsrapport 2008/2009]: 0%/100,0%; Nordsjælland: 10,3%/70,5%; Vendsyssel: 13,6%/85,1%) mens andre afdelinger har opnået mindre betydende forbedringer (Sønderborg [Årsrapport 2008/2009]: 0%/15,9%; Esbjerg: 10,0%/20,5%). Ingen afdelinger har en markant mindre databasekomplethed i 2009 sammenlignet med Årsrapport 2008. Der er stadig afdelinger, som stort set ikke registrerer i DugaBase (Frederiksberg, Region Sjælland på nær Roskilde, Skejby Afd. K og Thy/Mors), men antallet af disse er nedadgående.

Regionsvis er der store forskelle i databasekomplethed. Region Hovedstaden, Midtjylland og Nordjylland har en databasekomplethed på 78,6-84,6%, mens Region Sjælland og Syddanmark ligger lavere (hhv. 25,0% og 43,7%).

Tre privathospitaler har i 2009 registreret i DugaBase. Gråbrødreklinikken har tidligere registreret i DugaBase, mens Aleris Privathospital, Odense, og Aagaard Gynækologiske Klinik er nyttilkomne. I LPR udgør operationer på privathospitaler 6,1%, mens de i DugaBase udgør 2,9%. Såfremt privathospitalerne udelukkes fra Tabel 1 øges databasekompletheden til 61,9%, (altså en stigning på 2%), og såfremt alle privathospitalernes 116 operationer i LPR også registreres i DugaBase øges databasekompletheden til 64,2% (altså en stigning på godt 4%). Således bidrager privathospitalerne i ringe grad til den landsdækkende databasekomplethed, uanset databasekompletheden for førstnævnte.

Tabel 1 viser antal registrerede operationer. De 1913 operationer i LPR er fordelt på 1859 patienter, heraf 1807 (97,2%) med 1 operation, 50 (2,7%) med 2 operationer og 2 (0,1%) med 3 operationer. De 1170 operationer i DugaBase (idet vi inkluderer de 24 operationer, som ikke var registrerede i LPR) er fordelt på 1152 patienter, heraf 1134 (98,4%) med 1 operation og 18 (1,6%) med 2 operationer.

Vi konkluderer, at der for urininkontinensoperationer i forhold til Årsrapport 2008 er en øget databasekomplethed. En del afdelinger har næsten 100% databasekomplethed, men der er stadig afdelinger med lav eller ingen databasekomplethed, hvilket overordnet giver et polariseret billede.

Tabel 2. Databasekomplethed i DugaBase ved sammenkørsel med LPR, prolapsoperationer, 01-01-2009 – 31-12-2009

Region/Hospital/Afdeling	I LPR	Heraf i Duga	Komplethed, pct.	Kun i Duga
Region Hovedstaden	1.042	797	76,5	18
Rigshospitalet	2	0	0,0	0
Klinik for plastikkir. & brandsårsbeh. S, amb.	1	0	0,0	0
Gynækologisk klinik Y, heldøgn	1	0	0,0	0
Hvidovre Hospital	292	268	91,8	5
Kir. gastroenterol. operation	2	0	0,0	0
Gyn.-obst. afd. /gynækologi	290	268	92,4	5
Frederiksberg Hospital	94	2	2,1	0
Gynækologisk klinik	1	0	0,0	0
Gynækologisk operation	91	0	0,0	0
Gynækologisk ambulatorium	2	2	100,0	0
Gentofte Hospital	58	57	98,3	3
Gynækologisk afdeling G1	57	57	100,0	3
Planlagt kirurgi, Gyn. afd. Z4	1	0	0,0	0
Glostrup Hospital	314	300	95,5	3
Gynækologisk afdeling G1	314	300	95,5	3
Herlev Hospital	41	2	4,9	0
Gynækologisk afdeling G-1	38	2	5,3	0
Obstetrisk afdeling G-2	1	0	0,0	0
Gastroenheden Kir. Med D, sengeafd	1	0	0,0	0
Plastikkirurgisk amb.V/A	1	0	0,0	0
Hospitalet i Nordsjælland	218	168	77,1	7
Hi Gyn.-obstetrisk afd. amb.	218	168	77,1	7
Bornholms Hospital	23	0	0,0	0
Kirurgisk afdeling	22	0	0,0	0
Kirurgisk ambulatorium	1	0	0,0	0
Region Sjælland	737	249	33,8	4
Region Sjællands Sygehusvæsen	737	249	33,8	4
ROS Gynækologisk Afd.	259	249	96,1	4
HOL Gynækologisk Afd.	53	0	0,0	0
NAE Gynækologisk Afd.	116	0	0,0	0
SLA Gynækologisk Afd.	116	0	0,0	0
NFS Gynækologisk Afd.	192	0	0,0	0
NFS Gynækologisk Amb.	1	0	0,0	0
Region Syddanmark	1.013	494	48,8	10
OUH Odense Universitetshospital	184	177	96,2	2
Od Gynækologisk afdeling D	183	177	96,7	2
Od Gynækologisk ambulatorium D	1	0	0,0	0
OUH Svendborg Sygehus	123	62	50,4	4

Region/Hospital/Afdeling	I LPR	Heraf i Duga	Komplethed, pct.	Kun i Duga
Gynækologisk-obstetrisk afd., Sygehus Fyn	123	62	50,4	4
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	151	17	11,3	0
Obstetrisk afdeling	151	17	11,3	0
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	147	21	14,3	0
Gynækologisk afdeling	147	21	14,3	0
Sydvestjysk Sygehus	193	4	2,1	0
Gynækologisk afdeling Es	192	4	2,1	0
Mammae kirurgisk afdeling Es	1	0	0,0	0
Fredericia og Kolding Sygehuse	213	213	100,0	4
Gyn.-Obst. afdeling, Kolding	213	213	100,0	4
Vejle Sygehus	2	0	0,0	0
Plastikkirurgisk afdeling	2	0	0,0	0
Region Midtjylland	1.214	1.076	88,6	14
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	172	121	70,3	3
Gyn-/onkologisk Amb., Horsens	172	121	70,3	3
Regionshospitalet Herning	141	138	97,9	3
Gynækologisk afdeling H2	141	138	97,9	3
Regionshospitalet Silkeborg	133	128	96,2	1
Gynækologisk afdeling	131	128	97,7	1
Gynækologisk amb./dagkir. afsnit	2	0	0,0	0
Århus Amtssygehus	1	0	0,0	0
Kirurgisk Afd. P	1	0	0,0	0
Regionshospitalet Randers	156	104	66,7	2
Gynækol./obstetrisk afd. G	156	104	66,7	2
Århus Universitetshospital, Skejby	389	366	94,1	4
Gynækol./obstetrisk afd. Y	389	366	94,1	4
Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup	222	219	98,6	1
Kvindeafdeling, Viborg	222	219	98,6	1
Region Nordjylland	559	438	78,4	8
Sygehus Thy - Mors	87	1	1,1	0
Gynækologisk-Obstetrisk Afd	85	1	1,2	0
Gynækologisk-Obstetrisk Amb	1	0	0,0	0
Organkirurgisk Afdeling	1	0	0,0	0
Aalborg Sygehus	335	325	97,0	6
Alb Gyn.-Obst. Afdeling	335	325	97,0	6
Sygehus Vendsyssel	137	112	81,8	2
Hjr Gyn.-Obst. Sengeafd.	47	47	100,0	0
Frh Gyn. Sengeafdeling	25	0	0,0	0
Frh Gyn.-Obst. Sengeafdeling	65	65	100,0	2
Privathospitaler	335	76	22,7	16
Privathosp. Hamlet	60	0	0,0	0

Region/Hospital/Afdeling	I LPR	Heraf i Duga	Komplethed, pct.	Kun i Duga
Urologi, kirurgisk afsnit	2	0	0,0	0
Gynækologi, kirurgisk afsnit	57	0	0,0	0
Gynækologi, ambulatorieafsnit.	1	0	0,0	0
Søllerød Privathospital	1	0	0,0	0
Behandlingsafdeling	1	0	0,0	0
Erichsens Privathospital A/S	8	0	0,0	0
Urologisk afdeling	1	0	0,0	0
Gynækologisk afdeling	7	0	0,0	0
Privathospitalet Danmark	1	0	0,0	0
Behandlingsafdeling	1	0	0,0	0
Furesø Privathospital	11	0	0,0	0
Behandlingsafdeling	11	0	0,0	0
Arresødal Privathospital A/S	18	0	0,0	0
Behandlingsafdeling	18	0	0,0	0
Greve Privathospital	14	0	0,0	0
Behandlingsafdeling	14	0	0,0	0
Roskilde Privathospital	12	0	0,0	0
Behandlingsafdeling	12	0	0,0	0
Privathospitalet Møn	9	0	0,0	0
Gynækologisk ambulatorium	9	0	0,0	0
Privathospitalet H.C. Andersen Klinikken	3	0	0,0	0
Behandlingsafdeling	3	0	0,0	0
Gråbrødreklinikken	40	33	82,5	7
Gråbrødreklinikken, overafdeling	40	33	82,5	7
Speciallægeklinikken Privathospitalet Hundehuset	2	0	0,0	0
Behandlingsafdeling	2	0	0,0	0
Privathospitalet Kollund	2	0	0,0	0
Behandlingsafdeling	2	0	0,0	0
Privathospitalet Mølholm	12	0	0,0	0
Behandlingsafdeling, Vejle	12	0	0,0	0
Aleris Privathospitaler	73	21	28,8	4
Aleris Privathospitaler Herning, beh.afsnit	9	0	0,0	0
Aleris Privathospitaler Århus, beh.afsnit	6	0	0,0	0
Aleris privathospitaler Aalborg, beh.afsnit	13	0	0,0	0
Aleris Privathospitaler Esbjerg, beh.afsnit	10	0	0,0	0
Aleris Privathospitaler Odense, beh.afsnit	35	21	60,0	4
Ciconia, Århus Privathospital	14	0	0,0	0
Ciconia, Århus Privathospital, beh. afsnit	14	0	0,0	0
AROS Privathospital	2	0	0,0	0
AROS Privathospital, Kirurgisk center, beh. afsnit	2	0	0,0	0
Aagaard Gynækologiske Klinik	28	22	78,6	5

Region/Hospital/Afdeling	I LPR	Heraf i Duga	Komplethed, pct.	Kun i Duga
Aagaard Gynækologiske Klinik, beh. afsnit	28	22	78,6	5
eira Privathospitalet Skejby	10	0	0,0	0
Sengeafdeling	7	0	0,0	0
Operationsstue	3	0	0,0	0
Kvindiklinikken Papirfabrikken v.Britt Ljungström	1	0	0,0	0
Behandlingsafdeling	1	0	0,0	0
Viborg Privathospital	3	0	0,0	0
Viborg Privathospital, beh. afsnit	3	0	0,0	0
Privathospitalet Skørping	10	0	0,0	0
Ortopædkirurgisk beh.afsnit	1	0	0,0	0
Gynækologisk beh.afsnit	9	0	0,0	0
ARTROS - Aalborg Privathospital A/S	1	0	0,0	0
ARTROS- Aalborg Privathos., Sengeafdeling, beh. afsnit	1	0	0,0	0
Hele landet	4.900	3.130	63,9	70

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

Kommentarer til Tabel 2:

Udtræk fra Landspatientregisteret (LPR) omfattende alle SKS-koder for prolapsoperationer i 2009 blev sammenlignet med patienter registreret i DugaBase med en operationsdato for prolaps i 2009. Det ses desuden, at 70 operationer var registrerede i DugaBase, men ikke i LPR. Såfremt disse 70 operationer inkluderes i både tæller og nævner bliver databasekompletheden $[(3130 + 70)/(4900 + 70)] * 100 = 64,4\%$. Dette er udeladt her idet LPR er vedtaget som gold standard, og ændringen i databasekomplethed (+0,5%) er desuden ubetydelig. Uanset at LPR er gold standard kan data for prolapsoperationer i LPR naturligvis også være fejlbehæftede.

I Årsrapport 2008 var der 3691 prolapsoperationer, heraf 2001 (54,2%) i DugaBase. De ændrede koblingsalgoritmer i den aktuelle årsrapport har, sammenlignet med Årsrapport 2008, medført meget få og ubetydelige metodiske ændringer hvorfor tallene i praksis er direkte sammenlignelige.

Der er således i forhold til Årsrapport 2008 registreret 32,8% flere operationer i LPR og 56,4% flere operationer i DugaBase, hvilket forklarer øgningen i databasekomplethed fra 54,2% til 63,9%.

Blandt offentlige sygehuse har de fleste afdelinger med høj databasekomplethed i Årsrapport 2008 bevaret denne i 2009 (Hvidovre, Glostrup, Roskilde, Odense, Fredericia/Kolding, Horsens/Brædstrup, Herning, Silkeborg, Skejby Afd. Y, Viborg/Skive/Kjellerup og Aalborg). To af disse afdelinger har øget databasekomplethed i 2009 (Aalborg [Årsrapport 2008/2009]:

66,8%/97,0%; Skejby Afd. Y: 60,9%/94,1%). Derudover ses afdelinger med lav eller ingen databasekomplethed i Årsrapport 2008, som er blevet markant forøgede i 2009 (Gentofte [Årsrapport 2008/2009]: 0%/98,3%; Nordsjælland: 16,2%/77,1%; Vendsyssel: 7,4%/81,8%) mens Sønderborg har 11,3% sammenlignet med 0% i Årsrapport 2008. Det her beskrevne korrelerer i høj grad med tendenser for urininkontinensoperationer (jf. Tabel 1 og kommentarer hertil), men i modsætning til disse er der nogle få afdelinger, som i forhold til Årsrapport 2008 har en lavere databasekomplethed (Herlev [Årsrapport 2008/2009]: 84,8%/4,9%; Holbæk: 62,7%/0%; Haderslev: 88,2%/14,3%). Der er desuden stadig afdelinger, som stort set ikke registrerer i DugaBase (Frederiksberg, Bornholm, Region Sjælland på nær Roskilde, Esbjerg og Thy/Mors).

Regionsvis er der store forskelle i databasekomplethed. Region Hovedstaden, Midtjylland og Nordjylland har 76,5-88,6% databasekomplethed, mens Region Sjælland og Syddanmark ligger lavere (hhv. 33,8% og 48,8%).

Tre privathospitaler har i 2009 registreret i DugaBase. Gråbrødreklinikken har tidligere registreret i DugaBase, mens Aleris Privathospital, Odense, og Aagaard Gynækologiske Klinik er nytilkomne. I LPR udgør operationer på privathospitaler 6,8%, mens de i DugaBase udgør 2,4%. Såfremt privathospitalerne udelukkes fra Tabel 2 øges databasekompletheden til 66,9% (altså en stigning på 3%), og såfremt alle privathospitalernes 335 operationer i LPR også registreres i DugaBase øges databasekompletheden til 69,2% (altså en stigning på godt 5%). Således bidrager privathospitalerne i ringe grad til den landsdækkende databasekomplethed, uanset databasekompletheden for førstnævnte.

Tabel 2 viser antal registrerede operationer. De 4900 operationer i LPR er fordelt på 4802 patienter, heraf 4706 (98,0%) med 1 operation, 94 (2,0%) med 2 operationer og 2 med 3 operationer. De 3200 operationer i DugaBase (idet vi inkluderer de 70 operationer, som ikke var registrerede i LPR) er fordelt på 3161 patienter, heraf 3123 (98,8%) med 1 operation, 37 (1,2%) med 2 operationer og 1 med 3 operationer.

Vi konkluderer, at for prolapsoperationer er der i forhold til Årsrapport 2008 en øget databasekomplethed. Der er dog en lidt mindre stigning end for urininkontinensoperationer, hvilket delvis skyldes afdelinger med mindre databasekomplethed i 2009. En del afdelinger har næsten 100% databasekomplethed, men der er stadig afdelinger med lav eller ingen databasekomplethed, hvilket overordnet giver et polariseret billede.

5.3. Datakomplethed for udvalgte variable

Udover databasekompletheden er kompletheden af de registrerede data på den enkelte patient (datakompletheden) af stor betydning for validiteten af resultaterne. Til illustration af data-

kompletheden er det i Tabel 3 angivet, om der for nøglevariable, herunder de som anvendes til indikatorberegning, er oplysninger eller ej.

Tabel 3. Datakomplethed for nøglevariable, patienter med operationsdato i 2008 (N = 2.915) og 2009 (N = 4.410)

Ref. ^b	Beskrivelse	2008			2009		
		I alt ^a	Oplyst		I alt ^a	Oplyst	
		Antal	Antal	Pct.	Antal	Antal	Pct.
03	Patientoplysninger om oplevelse af urininkontinens - hos de patienter, der har gennemgået efterundersøgelse og som er opereret for urininkontinens	457	318	69,6	720	441	61,3
04	Oplysninger om residualurin - hos de patienter, der har gennemgået efterundersøgelse og som er opereret for urininkontinens	295	119	40,3	495	240	48,5
06	Oplysning om nedsynkningsgrad (prolapsgrad) - hos patienter, der er opereret for prolaps og som har skema for lægens efterundersøgelse	883	606	68,6	1.124	781	69,5
07	Patientoplysninger om oplevelse af nedglidningssymptomer - hos de patienter der er opereret for prolaps og som har udfyldt patientskema for efterundersøgelse	1.276	835	65,4	1.781	1.026	57,6
09	Oplysning om fortsat behandlingsbehov for urininkontinens - hos patienter opereret for urininkontinens og med udfyldt lægeskema for efterundersøgelse	295	211	71,5	495	398	80,4
10	Oplysning om fortsat behandlingsbehov for nedsynkning - hos patienter opereret for prolaps og som har skema for lægens efterundersøgelse	883	699	79,2	1.124	840	74,7
-	Alkoholoplysninger- hos patienter med udfyldt patientskema før behandling (feltet 'Antal genstande om ugen')	2.915	1.762	60,4	4.410	2.741	62,2
-	Rygeoplysninger - hos patienter med udfyldt patientskema før behandling (Sammenstillet af felterne 'Ryger du?' i hhv. basis og udvidet model)	2.915	2.092	71,8	4.410	3.134	71,1

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

b. Reference til indikator. Datakomplethed vedrører den anførte indikator.

Kommentarer til Tabel 3:

Der er oplysninger om residualurin for 48,5% af de aktuelle patientforløb, mens de øvrige variable har højere datakomplethed, varierende fra 57% til 80%.

I forhold til 2008 er datakompletheden mindre for indikator 3, 7 og 10 (odds ratio [95% konfidensinterval] hhv. 0,69 [0,53-0,89], 0,72 [0,62-0,84] og 0,78 [0,63-0,97]), den er større for indikator 4 og 9 (odds ratio [95% konfidensinterval] hhv. 1,39 [1,03-1,88] og 1,63 [1,15-2,32]), mens den er uændret for indikator 6 samt alkohol- og rygeoplysninger (odds ratio [95% konfidensinterval] hhv. 1,04 [0,86-1,27], 1,07 [0,98-1,18] og 0,97 [0,87-1,07]).

6. Indikatordefinitioner

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
<p>1. Ventetid 30 dage</p> <p>Tid fra modtagelse af henvisningen på sygehuset til første speciallæge-kontakt med undersøgelse, bør være højst 30 dage.</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 undersøgelse. ja/nej.</p>	<p>Samlet antal patientforløb med operationsdato inden for opgørelsesperioden, og samtidig skal der findes henvisningsdato og dato for første undersøgelse.</p> <p>Første undersøgelsesdato skal ligge 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 ≤ 30 dage mellem dato for henvisning og første undersøgelse.</p>	<p>Forløb med mangelfuld registrering af operationsdato, henvisningsdato eller dato for første undersøgelse.</p> <p>Forløb hvor undersøgelsesdato ligger før henvisningsdato og/eller hvor operationsdato ligger før forundersøgelsesdato.</p>
<p>3. Urininkontinens - 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 urininkontinens- 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 efterundersøgelsesskema for de med relevant udført kirurgi.</p>
<p>4. Urininkontinens - Obstruktion efter kirurgisk behandling</p> <p>Grad af obstruktion efter kirurgisk intervention for urininkontinens, bedømt ved mæng-</p>	<p>Antal patientforløb, der har fået foretaget urininkontinens-kirurgi (én af nedenstående operationskoder) i opgørelsesperioden, og hvor der findes en eller anden afkrydsning i variabelen</p>	<p>Antal patientforløb med < 50 ml residualurin ved efterundersøgelsen</p>	<p>Manglende udfyldelse af residualurinvariablen i skemaet 'lægens efterundersøgelse' for de med relevant udført kirurgi.</p>

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
<p>den af residual-urin, 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>'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 residual-urin findes i lægens efterundersøgelsesskema.</p>		
<p>6. Prolaps - 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): KLCD10, KLDC10, KLEE10, KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF03, KLEF03A, KLEF10, KLEF13, KLEF23, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLEF60, KLEF63, KLEF64, KLEF96, KLEF97.</p>	<p>Antal patientforløb med postoperativ objektiv vurdering af prolapsgrad, dvs. registrering af samlet score (i forh. hymenal plan), grad ≤ 1.</p> <p>Hvis der findes en POPQ-GRADSBEREGNING anvendes denne ellers anvendes POPQ-GRADSVURDERING.</p>	<p>Manglende udfyldelse af variabelen prolapsgrad i skemaet 'lægens efterundersøgelse' for de med relevant udført kirurgi.</p>
<p>7. Prolaps - Subjektiv patient-bedømmelse af prolaps-operation</p> <p>Patienttilfredshed efter opera-</p>	<p>Antal patientforløb, hvor der er foretaget kirurgi for prolaps (én af nedenstående operationskoder), og hvor der sam-</p>	<p>Antal patientforløb, som i spørgeskemaet for efterundersøgelse har registreret 'Nej (værdi 0)' i rubrikken</p>	<p>Patientforløb med manglende udfyldelse af rubrik A i patientens efterundersøgelses-skema for de med relevant udført</p>

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
<p>tion for prolaps – der bør ikke være nedglidningssymptomer efter operation.</p> <p>Standard: $\geq 80\%$ af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: For mindst 80% af forløbene med relevant operationskode, og hvor der er indleveret skema for patientens efterundersøgelse skal rubrikken A (ned-synkningssymptomer) være udfyldt. ja/nej.</p>	<p>tidig er en eller anden form for registrering i rubrikken A (Har du fornemmelse af noget, der glider ud af skedeåbningen, eller kan du mærke en bule uden for skeden?).</p> <p>Felt: Rubrikken (A) findes i patientens efterundersøgelseskema.</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende): KLCD10, KLDC10, KLEE10, KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF03, KLEF03A, KLEF10, KLEF13, KLEF23, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLEF60, KLEF63, KLEF64, KLEF96, KLEF97.</p>	<p>A (Har du fornemmelse af noget, der glider ud af skedeåbningen, eller kan du mærke en bule uden for skeden?).</p>	<p>kirurgi.</p>
<p>9. Urininkontinens - Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for urininkontinens</p> <p>Efter urininkontinensoperation bør der ikke være et stort eller lille fortsat behandlingsbehov.</p> <p>Standard: $\leq 10\%$ af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: For mindst 80% af forløbene med relevant operationskode, og hvor der er indleveret skema for lægens efterundersøgelse skal variabelen 'behandlingsbehov (klinisk konklusion) svarende til urininkontinens' være udfyldt.</p>	<p>Antal patientforløb, der har fået foretaget urininkontinens-kirurgi (én af nedenstående operationskoder) i opgørelsesperioden, og hvor der er en eller anden registrering i variabelen 'behandlingsbehov (klinisk konklusion) svarende til urininkontinens'.</p> <p>Felt: variabel for 'behandlingsbehov (klinisk konklusion) svarende til urininkontinens' findes i lægeskema for efterundersøgelse.</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende): KKDG00, KKDG01, KKDG10, KKDG30, KKDG31, KKDG40, KKDG50, KKDG96,</p>	<p>Antal patientforløb hvor der er registreret et stort eller lille behandlingsbehov ved kontrolbesøg efter operativt indgreb.</p>	<p>Patientforløb med manglende udfyldelse af variabelen 'behandlingsbehov (klinisk konklusion) svarende til urininkontinens' hos patienter med relevant udført kirurgi.</p>

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
	KKDG97, KKDV20, KKDV22, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96.		
<p>10. Prolaps - Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlings-behov hos patienter opereret for prolaps</p> <p>Efter prolapsoperation bør der ikke være et stort eller lille fortsat behandlingsbehov.</p> <p>Standard: $\leq 10\%$ af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: For mindst 80% af forløbene med relevant operationskode, og hvor der er indleveret skema for lægens efterundersøgelse skal variabelen 'behandlingsbehov (klinisk konklusion) svarende til nedsynkning' være udfyldt. ja/nej.</p>	<p>Antal patientforløb, hvor der er foretaget kirurgi for prolaps (én af nedenstående operationskoder), og hvor der er en eller anden registrering i variabelen 'behandlingsbehov (klinisk konklusion) svarende til nedsynkning'.</p> <p>Felt: variabel for 'behandlingsbehov (klinisk konklusion) svarende til nedsynkning' findes i lægeskema for efterundersøgelse.</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende):</p> <p>KLCD10, KLDC10, KLEE10, KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF03, KLEF03A, KLEF10, KLEF13, KLEF23, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLEF60, KLEF63, KLEF64, KLEF96, KLEF97.</p>	<p>Antal patientforløb hvor der er registreret et stort eller lille behandlingsbehov ved kontrolbesøg efter operativt indgreb</p>	<p>Patientforløb med manglende udfyldelse af i variabelen 'behandlingsbehov (klinisk konklusion) svarende til nedsynkning' hos patienter med relevant udført kirurgi.</p>

7. Fremtidige ændringer til indikatorer

I Årsrapport 2008 blev 3 nye indikatorer beskrevet:

- Indikator baseret på Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) skala
- Reoperations-indikator, som omfatter komplikationer ved operation (f.eks. blødning, organlæsioner eller infektioner)
- Indikator for urininkontinens recidiv-operationer

I 2009 og 2010 har disse og andre nye indikatorer løbende været diskuteret i styregruppen.

Disse grundige diskussioner har i forhold til ovenstående resulteret i følgende ændringer:

- Reoperations-indikatoren implementeres ikke, da forekomsten af de aktuelle komplikationer er så lav, at en sammenligning mellem afdelinger næppe giver mening. Forekomsten af komplikationer er i denne rapport vist i Tabel 9
- En indikator for recidivoperation efter operation for prolaps blev vedtaget
- En indikator for behandlingskrævende blæretømningsbesvær efter kirurgisk behandling, der erstatter den nuværende indikator 4, blev vedtaget
- En indikator for behandling af langtidskomplikationer efter operation for urininkontinens blev vedtaget

Nogle af disse indikatorer er ikke endeligt definerede eller deres implementering kræver grundlæggende ændringer i registreringspraksis. Nedenstående oversigt omfatter således kun indikatorer med endelige definitioner, som kan implementeres med få ændringer i DugaBase.

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
<p>Recidivoperation efter slyngeoperation for urininkontinens</p> <p>Slyngeoperation for urininkontinens efter patientens førstegangs slyngeoperation for urininkontinens</p> <p>Standard: 2 år: ≤ 5% af patientforløbene. 5 år: ≤ 10% af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: 90 %</p>	<p>Antal patientforløb, der har fået foretaget urininkontinens-kirurgi med slynge (én af nedenstående operationskoder) i opgørelsesperioden.</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende): KKDG00, KKDG01, KKDG10, KKDG30, KKDG31, KKDG40, KKDG41, KKDG50, KKDG96, KKDG97, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96</p>	<p>Antal patientforløb med recidivoperation, dvs. som har fået foretaget urininkontinens-kirurgi med slynge (én af nedenstående operationskoder) efter førstegangs urininkontinensoperation med slynge, indenfor 2 år og indenfor 5 år efter førstegangs urininkontinens slyngeoperation.</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende): KKDG00, KKDG01, KKDG10, KKDG30, KKDG31, KKDG40, KKDG41, KKDG50, KKDG96, KKDG97, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96</p>	<p>Ingen.</p>
<p>Recidivoperation efter operation for prolaps</p> <p>Operation for prolaps efter patientens førstegangs prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer</p> <p>Standard: 2 år: ≤ 5% af patientforløbene. 5 år: ≤ 10% af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: 90 %</p>	<p>Antal patientforløb, som i opgørelsesperioden har fået foretaget prolaps-kirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data).</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende):</p> <p>Forreste kompartment: KLEF00, KLEF00A, KLEF60, KLEF63, KLEF64 KLCD10, kombineret med DN81.1 KLDC10, kombineret med DN81.1</p> <p>Midterste kompartment: KLEF20, KLEF23, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A,</p>	<p>Antal patientforløb med recidivoperation, dvs. som har fået foretaget prolaps-kirurgi (én af nedenstående operationskoder) i samme kompartment som ved patientens førstegangs prolapsoperation, indenfor 2 år og indenfor 5 år efter førstegangs prolapsoperation (DN81* fås fra LPR-data).</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende):</p> <p>Forreste kompartment: KLEF00, KLEF00A, KLEF60, KLEF63, KLEF64 KLCD10, kombineret med DN81.1 KLDC10, kombineret med DN81.1</p> <p>Midterste kompartment: KLEF20, KLEF23, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A,</p>	<p>Ingen</p>

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
	KLEF53, KLEF53A, KLEF53B KLED00, kombineret med DN81* KLCD10, kombineret med DN81.2 KLDC10, kombineret med DN81.2 KLCD10, kombineret med DN81.3 KLDC10, kombineret med DN81.3 KLCD10, kombineret med DN81.3A KLDC10, kombineret med DN81.3A KLCD10, kombineret med DN81.4 KLDC10, kombineret med DN81.4 KLCD10, kombineret med DN81.5 KLDC10, kombineret med DN81.5 KLCD10, kombineret med DN81.5A KLDC10, kombineret med DN81.5A Bagerste kompartment: KLEF03, KLEF03A KLDC10, kombineret med DN81.6 KLCD10, kombineret med DN81.7 KLDC10, kombineret med DN81.7	KLEF43, KLEF43A, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B KLED00, kombineret med DN81* KLCD10, kombineret med DN81.2 KLDC10, kombineret med DN81.2 KLCD10, kombineret med DN81.3 KLDC10, kombineret med DN81.3 KLCD10, kombineret med DN81.3A KLDC10, kombineret med DN81.3A KLCD10, kombineret med DN81.4 KLDC10, kombineret med DN81.4 KLCD10, kombineret med DN81.5 KLDC10, kombineret med DN81.5 KLCD10, kombineret med DN81.5A KLDC10, kombineret med DN81.5A Bagerste kompartment: KLEF03, KLEF03A KLDC10, kombineret med DN81.6 KLCD10, kombineret med DN81.7 KLDC10, kombineret med DN81.7	
Indikator baseret på Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) skala Patientforløb hvor patienten har anført, at hun har fået det bedre efter operationen. Standard: $\geq 90\%$ af patientforløbene.	Antal patientforløb i opfølgelsesperioden hvor patienten i 'Spørgeskema til patienter med nedsynkning og/eller urininkontinens - EFTER' har besvaret spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen ("Rigtig meget bedre", "Meget bedre", "Lidt bedre", "Uforandret", "Lidt værre", "Meget værre"	Antal patientforløb hvor patienten i 'Spørgeskema til patienter med nedsynkning og/eller urininkontinens - EFTER' har besvaret spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen med "Rigtig meget bedre", "Meget bedre" eller "Lidt bedre".	Patientforløb, som har besvaret 'Spørgeskema til patienter med nedsynkning og/eller urininkontinens - EFTER' uden at besvare spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen.

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
Komplethed af dataregistrering: 80% af patienter, som har besvaret 'Spørgeskema til patienter med nedsynkning og/eller urininkontinens - EFTER', skal have besvaret spørgsmål baseret på PGI-I skalaen.	eller "Betydelig værre").		

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").

8. Deskriptiv statistik

Tabel 4. Antal indberettede patientforløb for databasen i 2009, sammenlignet med 2008 (både opererede og ikke-opererede patienter)

Sygehus/Afdeling	Henvisning ^a		Forundersøgelse ^b		Operation ^c		Efterkontrol ^d	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Rigshospitalet ^e	0	-	-	1	3	-	-	-
Hvidovre Hospital	665	639	539	556	271	330	235	312
Frederiksberg Hospital	-	-	-	-	-	2	-	-
Gentofte Hospital	106	401	47	130	8	103	1	43
Glostrup Hospital	789	840	423	364	441	511	288	285
Herlev Hospital	23	1	26	2	31	2	21	14
Nordsjællands Hospital	121	141	200	238	28	228	-	138
Roskilde Sygehus	365	595	222	319	227	314	10	50
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	-	-	-	-	35	-	-	-
Sygehus Vestsjælland, Slagelse	-	1	-	1	-	-	-	-
Storstrømmens Sygehus	-	-	-	-	-	-	-	-
Odense Universitetshospital	454	381	271	292	213	259	129	197
Sygehus Fyn, Svendborg	83	40	67	68	84	72	75	29
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	6	57	-	48	-	40	-	10
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	58	36	63	49	71	45	71	50
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	93	99	118	111	35	40	21	52
Kolding Sygehus	259	189	264	267	208	293	110	319
Regionshospitalet Horsens	114	126	102	171	106	144	30	142
Regionshospitalet Herning	196	135	203	182	208	174	192	162
Regionshospitalet Silkeborg	148	142	101	173	117	150	28	70
Regionshospitalet Randers	130	122	121	141	105	127	14	26
Århus Universitetshospital, Skejby, Urinvejskirurgisk afdeling K	-	1	-	1	-	1	-	-
Århus Universitetshospital, Skejby, Gynækol./obstetrisk afd. Y	966	1.213	915	841	252	496	296	335
Regionshospitalet Viborg	229	291	2	-	212	310	75	131
Sygehus NORD, Thisted	-	1	-	2	-	1	-	-
Aalborg Sygehus	557	591	361	580	198	456	113	387
Sygehus Vendsyssel	99	93	76	148	20	181	11	102
Gråbrødreklinikken, Odense	68	51	63	53	42	53	12	64
Aleris Privathospitaler Odense	-	-	-	31	-	34	-	1
Aagaard Gynækologiske Klinik	-	79	-	72	-	44	-	3
Hele landet	5.529	6.265	4.184	4.841	2.915	4.410	1.732	2.922

- a. Påbegyndte eller afsluttede indtastninger af administrative data (baseret på forekomst af henvisningsdata).
b. Påbegyndte eller afsluttede forundersøgelser skemaer (patient før-skema eller læge forundersøgelseskema).
c. Påbegyndte eller afsluttede skemaer for operation (lægeskema).
d. Påbegyndte eller afsluttede kontrolskemaer (patientskema eller lægeskema).
e. Der foretages pr. 1. januar 2008 ikke længere prolaps- og urininkontinensoperationer på Rigshospitalet.

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. Afdelingerne har desuden forskellig registreringspraksis i forhold til dette tidsforløb, eksempelvis indledende registrering af forløbet ved henvisning, operation eller efterkontrol. Derfor skal sammenligninger mellem afdelingerne tolkes med disse forhold in mente.

På landsplan er der i forhold til 2008 stigninger indenfor alle kategorier, i særdeleshed for antal operationer (51,3% stigning) og efterkontrolbesøg (68,7% stigning), mens stigningerne for antal henvisninger (13,3%) og forundersøgelser (15,7%) er mere beskedne.

For afdelingerne er der for antal henvisninger og forundersøgelser generelt små forskelle mellem 2008 og 2009, med undtagelse af afdelinger, der har haft store ændringer i databasekomplethed (Gentofte, Herlev, Sønderborg, Aleris og Aagaard), jf. Tabel 1 og Tabel 2.

De fleste afdelinger har flere operationer og efterkontrolbesøg sammenlignet med 2008, bortset fra de få afdelinger, der i 2009 har lavere databasekomplethed (Herlev, Svendborg og Haderslev). Tilsvarende ses de største stigninger i antal operationer og efterkontrolbesøg for afdelinger, der har øget databasekomplethed i 2009 (Gentofte, Nordsjælland, Skejby Afd. Y, Aalborg og Vendsyssel). Derudover har en del afdelinger en moderat stigning i antal operationer, men en markant højere stigning i antal efterkontrolbesøg (Roskilde, Odense, Esbjerg, Horsens, Silkeborg, Randers, Viborg, Aalborg og Gråbrødreklinikken).

I Årsrapport 2008 blev nævnt, at der i næste årsrapport ville være mulighed for at se på antal patienter opereret i 2006 eller 2007, som havde udfyldt et patient efterkontrolskema eller var blevet lægeundersøgt efter operationen. For disse patienter er der mindst 2 års opfølgningstid, hvorved vi får et bedre overblik over det forløbsbaserede aspekt af et DugaBase-forløb end det sidste kalenderår giver mulighed for:

Tabel 5. Fordeling på opfølgningstyper for patientforløb med operation i 2006-2007

Afdeling ^a	Antal (pct.) + Patientskema kontrol		Antal (pct.) ÷ Patientskema kontrol		Antal operationer
	+ Læge EU	÷ Læge EU	+ Læge EU	÷ Læge EU	
Rigshospitalet	0 (0,0)	3 (6,4)	0 (0,0)	44 (93,6)	47
Hvidovre Hospital	441 (84,6)	23 (4,4)	5 (1,0)	52 (10,0)	521
Gentofte Hospital	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (100,0)	3
Glostrup Hospital	360 (76,9)	26 (5,6)	13 (2,8)	69 (14,7)	468
Herlev Hospital	36 (63,2)	4 (7,0)	2 (3,5)	15 (26,3)	57
Nordsjællands Hospital	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	70 (100,0)	70
Roskilde Sygehus	21 (8,8)	3 (1,3)	7 (2,9)	207 (87,0)	238
Sygehus Fyn, Svendborg	25 (36,8)	15 (22,1)	7 (10,3)	21 (30,9)	68
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	22 (59,5)	9 (24,3)	3 (8,1)	3 (8,1)	37
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	12 (41,4)	2 (6,9)	7 (24,1)	8 (27,6)	29
Kolding Sygehus	112 (45,7)	5 (2,0)	77 (31,4)	51 (20,8)	245
Regionshospitalet Horsens	31 (34,4)	1 (1,1)	1 (1,1)	57 (63,3)	90
Regionshospitalet Herning	81 (34,6)	99 (42,3)	4 (1,7)	50 (21,4)	234
Regionshospitalet Silkeborg	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	1
Regionshospitalet Randers	3 (9,4)	1 (3,1)	2 (6,3)	26 (81,3)	32
Århus Universitetshospital, Skejby, Gynækol./obstetrisk afd. Y	45 (14,2)	84 (26,5)	14 (4,4)	174 (54,9)	317
Regionshospitalet Viborg	12 (14,3)	31 (36,9)	3 (3,6)	38 (45,2)	84
Aalborg Sygehus	19 (86,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (13,6)	22
Sygehus Vendsyssel	6 (42,9)	3 (21,4)	1 (7,1)	4 (28,6)	14
Hele landet	1.226 (47,6)	309 (12,0)	146 (5,7)	896 (34,8)	2.577

Anm.: Opfølgning efter operation skal være registreret i perioden 2006-2009 for at blive medtaget som + *behandling*. Som opfølgingsdato benyttes hhv. dato for udfyldelse af kontrolskema (*Patientskema kontrol*) og dato for lægens efterundersøgelse (*Læge EU*).

a. Kun afdelinger, som har indberettet operationer til DugaBase i 2006-2007 er medtaget i tabellen. Odense Universitetshospital havde operationer i 2006-2007, men er udeladt af tabellen da de i perioden indberettede til den udvidede version af DugaBase (i denne version mangler oplysning om dato for udfyldelse af patientens kontrolskema).

Kommentarer til Tabel 5:

Der tages forbehold for, at Tabel 5 omhandler patienter opereret i 2006 eller 2007, mens de resterende data i årsrapporten omhandler patienter opereret i 2009; dvs. at sammenligninger med indikatorer kun er valide såfremt afdelingerne ikke efter 2006/2007 har ændret deres procedurer for efterkontrol.

Der ses stor forskel i afdelingernes procedurer for efterkontrol, varierende fra afdelinger for hvilke >80% af patienterne efter operationen både har udfyldt patientskema og er blevet undersøgt af en læge (Hvidovre, Aalborg) til afdelinger, hvor >80% af patienterne efter operationen hverken har udfyldt patientskema eller er blevet undersøgt af en læge (Nordsjælland, Roskilde, Randers). Procenterne er generelt lavere for kombinationerne af disse (patientskema udfyldt/ikke lægeundersøgt eller patientskema ikke udfyldt/lægeundersøgt). Nogle afdelinger har dog en højere procentdel af udfyldte patientskemaer uden lægeundersøgelse (Svendborg,

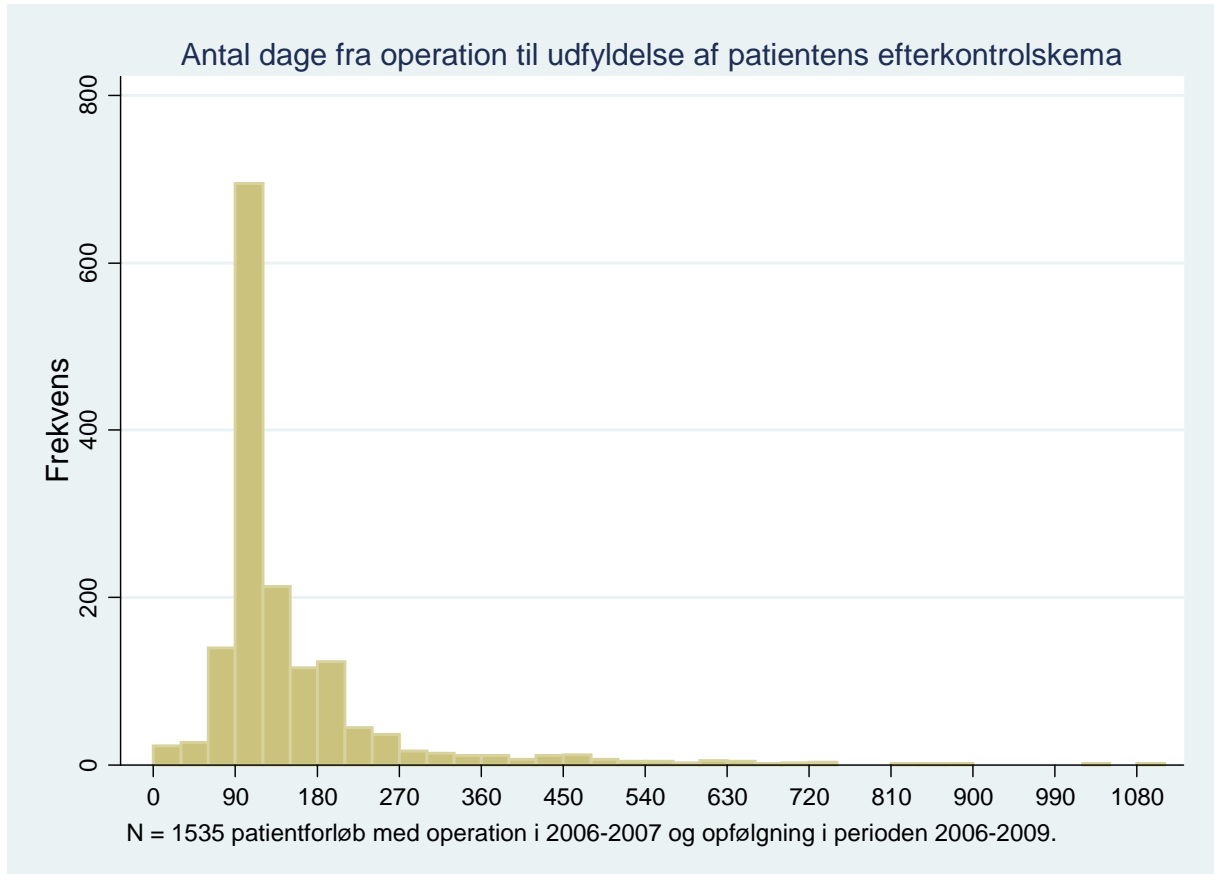
Haderslev, Herning, Skejby Afd. Y, Viborg, Vendsyssel) eller af manglende patientskemaer med lægeundersøgelse (Esbjerg, Kolding). Denne heterogene opfølgingspraksis blandt afdelingerne vanskeliggør meningsfyldte fortolkninger af indikatorer. Dette illustrerer vi med eksempler:

På Roskilde Sygehus er kun 13% af patienterne opereret i 2006 eller 2007 fulgt op med efterkontrol (patientskema og/eller lægens efterkontrol) til og med 2009. Dette betyder, at for alle indikatorer, undtagen indikator 1, er antal patienter i nævneren forholdsvis lavt. Dette afspejles i, at blandt indikatorerne 3, 4, 6, 7, 9, og 10 har kun indikator 6 og 10 mindst 10 relevante patientforløb, heraf 10 for indikator 6 og 14 for indikator 10. For Roskilde kan vi således ikke udlede meget om opfyldelse af indikatorer selvom afdelingen har en høj databasekomplethed (91,3% og 96,1% for hhv. urininkontinens- og prolapsoperationer). Som nævnt sammenligner vi patienter fra 2006/2007 med indikatorer, som omhandler patienter fra 2009, men for indikatorerne 3, 4, 6, 7, 9, og 10 har Roskilde også i 2009 et lavt antal ”datagrundlag” i forhold til ”N” (jf. skemaerne for disse indikatorer – se senere) hvorfor det ikke tyder på, at procedurerne for efterkontrol er ændret afgørende efter 2006/2007.

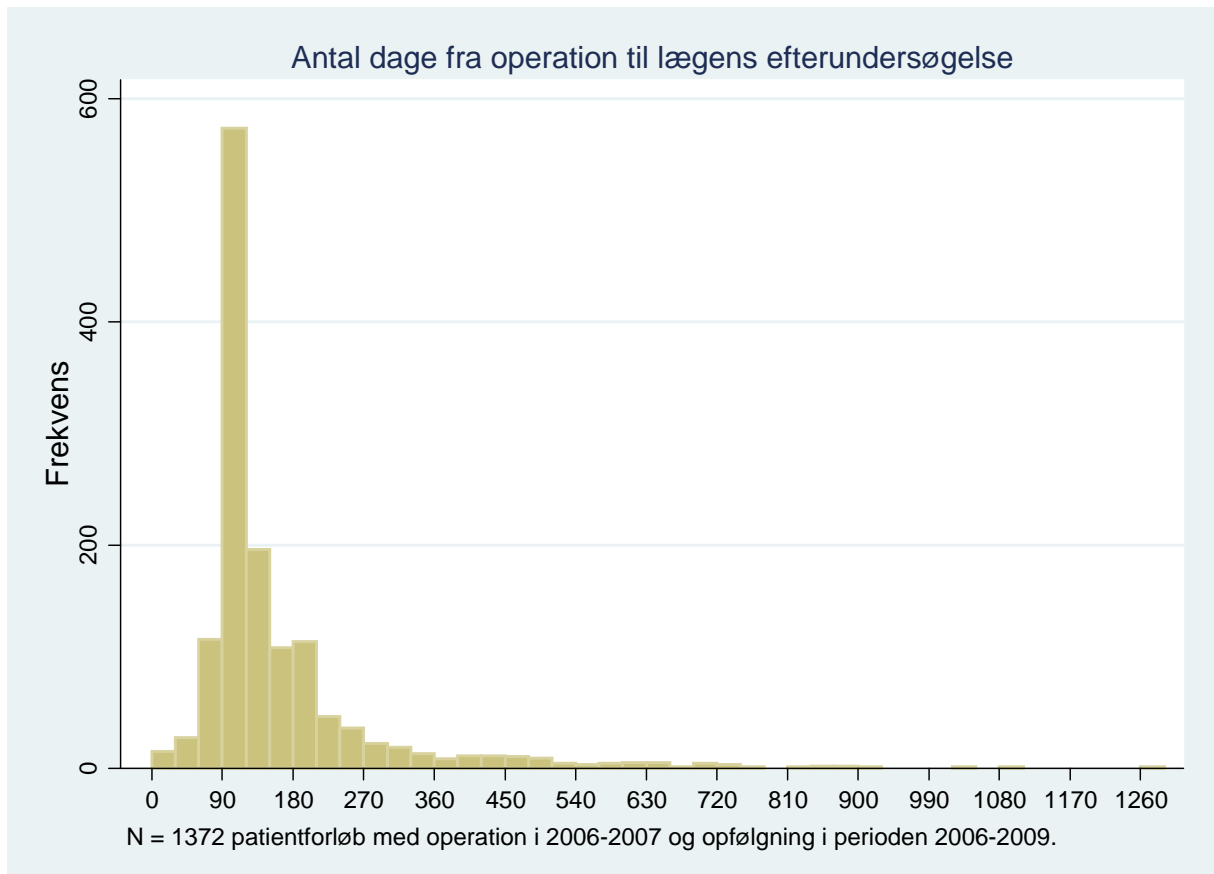
84,6% af Hvidovres patienter opereret i 2006/2007 blev til og med 2009 fulgt op af både patientens og lægens efterkontrollskema, mens det for Skejby Afd. Y var 14,2%. 40,7% af Skejby Afd. Y’s patienter opereret i 2006/2007 udfyldte til og med 2009 et patient kontrollskema, mens 18,6% fik lægelig efterkontrol. Der er også forskelle i opfyldelse af indikatorerne 3, 4, 6, 7, 9, og 10 for 2009, som alle opfyldes af Hvidovre, mens Skejby opfylder indikator 3, har under 10 relevante patientforløb for indikator 4, mens de andre indikatorer ikke opfyldes. Vi kan ikke vide om disse forskelle mellem Hvidovre og Skejby Afd. Y skyldes reelle kvalitetsforskelle eller om især Skejby Afd. Y selektivt har udvalgt patienter med de dårligste resultater til efterkontrol. Også i 2009 ses de samme tendenser til lavere registrering af efterkontrol for Skejby Afd. Y sammenlignet med Hvidovre, især for lægens efterkontrollskema (jf. skemaerne for indikator 4, 6, 9 og 10 – se ”datagrundlag” i forhold til ”N”).

Vi ser nu på fordelingen af opfølgningstiden:

Figur 2. Fordeling af opfølgningstid, patientens efterkontrol, operation i 2006- 2007



Figur 3. Fordeling af opfølgningstid, lægens efterundersøgelse, operation i 2006-2007



Kommentarer til Figur 2 og Figur 3:

Tiden fra operationen til efterkontrol er ens uanset om efterkontrol omfattes af patientens kontrolskema eller af en lægelig undersøgelse. De fleste patienter følges op efter 60-210 dage, med højeste frekvens i 90-120 dages perioden. Meget få patienter har over 1 års opfølgningstid hvorfor man fremtidigt også vil kunne inkludere patienter opereret i året forud for det kalenderår, som den aktuelle årsrapports omhandler.

Tabel 6. Fordeling og alder hos patienter med henvisningsdato i 2009 (både opererede og ikke-opererede patienter), hvor der samtidig er udfyldt patientskema før behandling, sammenlignet med 2006-2008

Patientens forundersøgelseskema udfyldt:	År	Antal forløb	Antal forløb (%)	Alder på henvisningstidspunkt			
				Gns.	Median	Min.	Maks.
Alle med skema udfyldt	2006	1.420	100,0	57,2	58	14	101
	2007	2.859	100,0	58,6	60	16	96
	2008	3.224	100,0	59,6	61	19	97
	2009	3.170	100,0	59,7	62	16	98
Patientforløb kun med registrering af prolapsymptomer	2006	259	18,2	59,4	60	21	89
	2007	696	24,3	60,3	61	21	91
	2008	747	23,2	61,9	63	27	95
	2009	882	27,8	62,1	63	25	91
Patientforløb kun med registrering af urininkontinenssymptomer	2006	655	46,1	55,0	55	14	97
	2007	1.092	38,2	56,3	56	21	96
	2008	1.161	36,0	56,9	57	19	97
	2009	1.030	32,5	57,1	57	16	94
Patientforløb med registrering af både prolaps- og urininkontinenssymptomer	2006	406	28,6	60,1	60	24	101
	2007	932	32,6	60,7	61	24	95
	2008	1.202	37,3	61,0	63	22	93
	2009	1.140	36,0	60,6	62	25	98
Skema udfyldt, men ingen symptomer registreret	2006	100	7,0	53,9	57	19	92
	2007	139	4,9	54,7	59	16	91
	2008	114	3,5	57,7	62	26	90
	2009	118	3,7	57,1	58	21	86

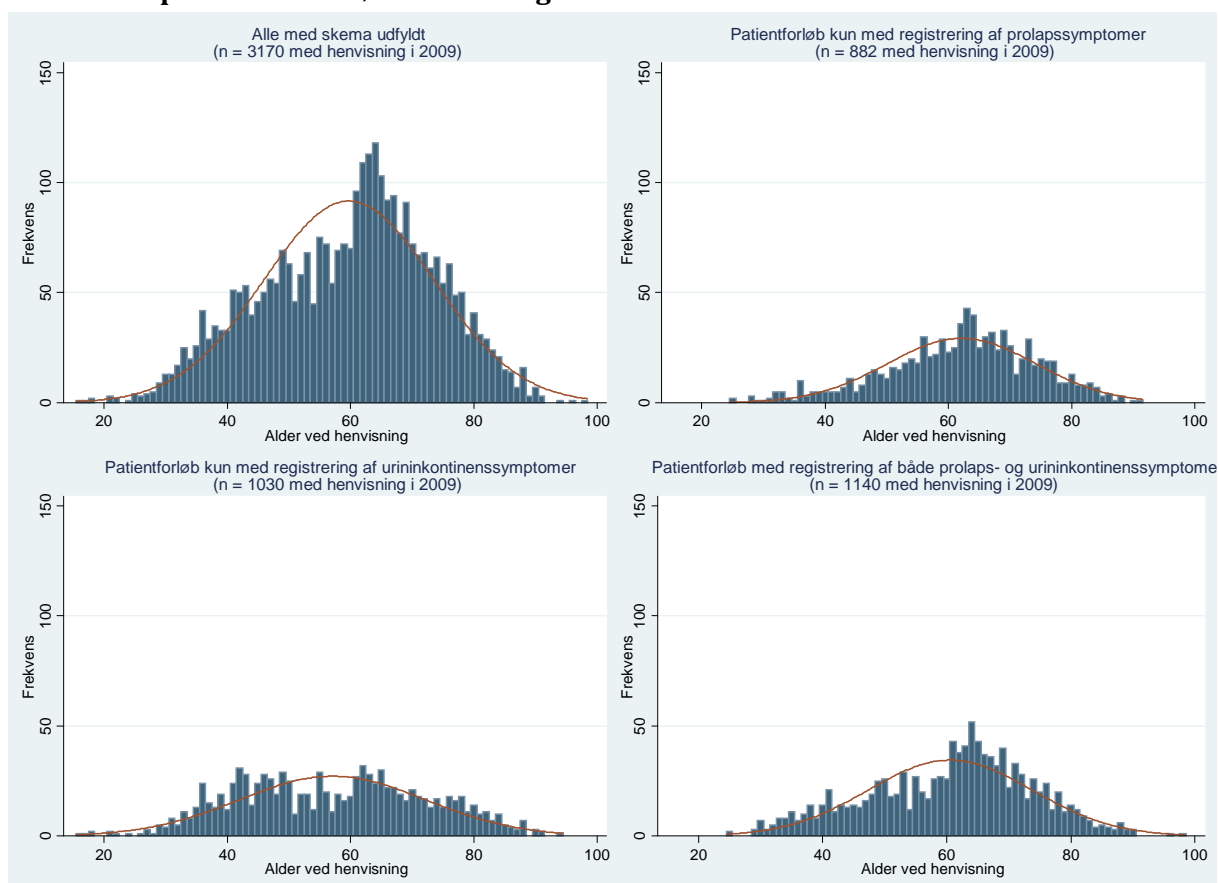
Anm. De fire nederste kategorier er gensidigt udelukkende og summerer således, at det svarer til kategorien *Alle med skema udfyldt*.

Kommentarer til Tabel 6:

I forhold til 2008 er der en lille nedgang (1,7%) i antal udfyldte patient forundersøgelseskemaer, hvilket er i modsætning til stigningen på 15,7% for antal forundersøgelser (jf. Tabel 4). Således er flere forundersøgelser baseret på lægens skema, og tilsvarende færre på patientens. Fra 2006 til 2008 var der et stigende antal udfyldte patient forundersøgelseskemaer, både generelt og indenfor de 3 kategorier med oplysninger om symptomer (kun prolaps, kun urininkontinens, både prolaps og urininkontinens). I 2009 fortsætter denne stigning for patientforløb for hvilke der kun er registreret prolapsymptomer, mens et fald ses indenfor de 2 andre kategorier. Siden starten af DugaBase i 2006 er andelen af patienter med registrering af prolapsymptomer, både alene og i kombination med urininkontinenssymptomer, steget, mens andelen af patienter kun med registrering af urininkontinenssymptomer er faldet.

Patienter kun med registrering af prolapsymptomer er ca. 5 år ældre end patienter kun med registrering af urininkontinenssymptomer, mens patienter med registrering af både prolaps- og urininkontinenssymptomer aldersmæssigt er midt imellem. Der er små afvigelser i både medianalder og gennemsnitlig alder, både mellem patientgrupperne og år. I alle årene er der et bredt aldersspektrum (fra 16 til 98 år). Vi viser aldersfordelingen i et histogram:

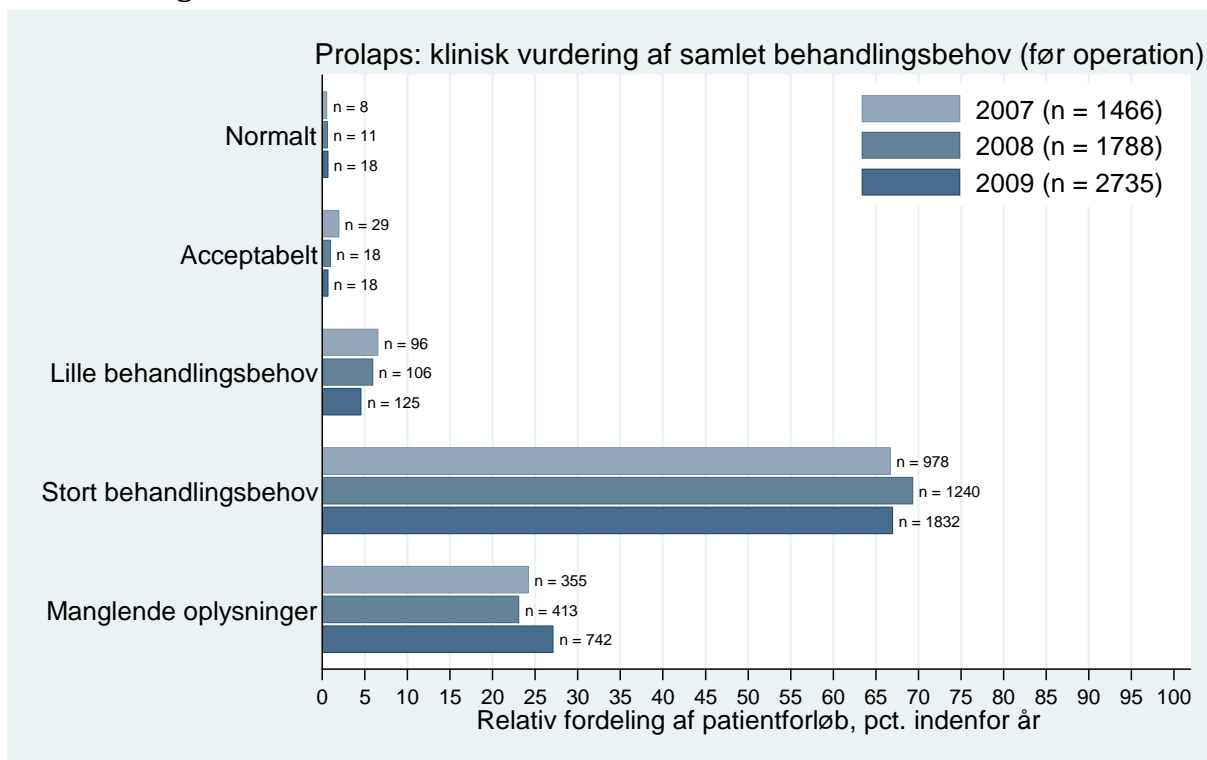
Figur 4. Aldersfordeling ved henvisning hos patienter med henvisningsdato i 2009 (både opererede og ikke-opererede patienter), hvor der samtidig er udfyldt patientskema før behandling



Kommentarer til Figur 4:

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

Figur 5. Klinisk samlet vurdering af behandlingsbehov hos patienter, der er opereret for prolaps i 2009, og hvor der er udfyldt lægeskema før behandling, sammenlignet med 2007-2008



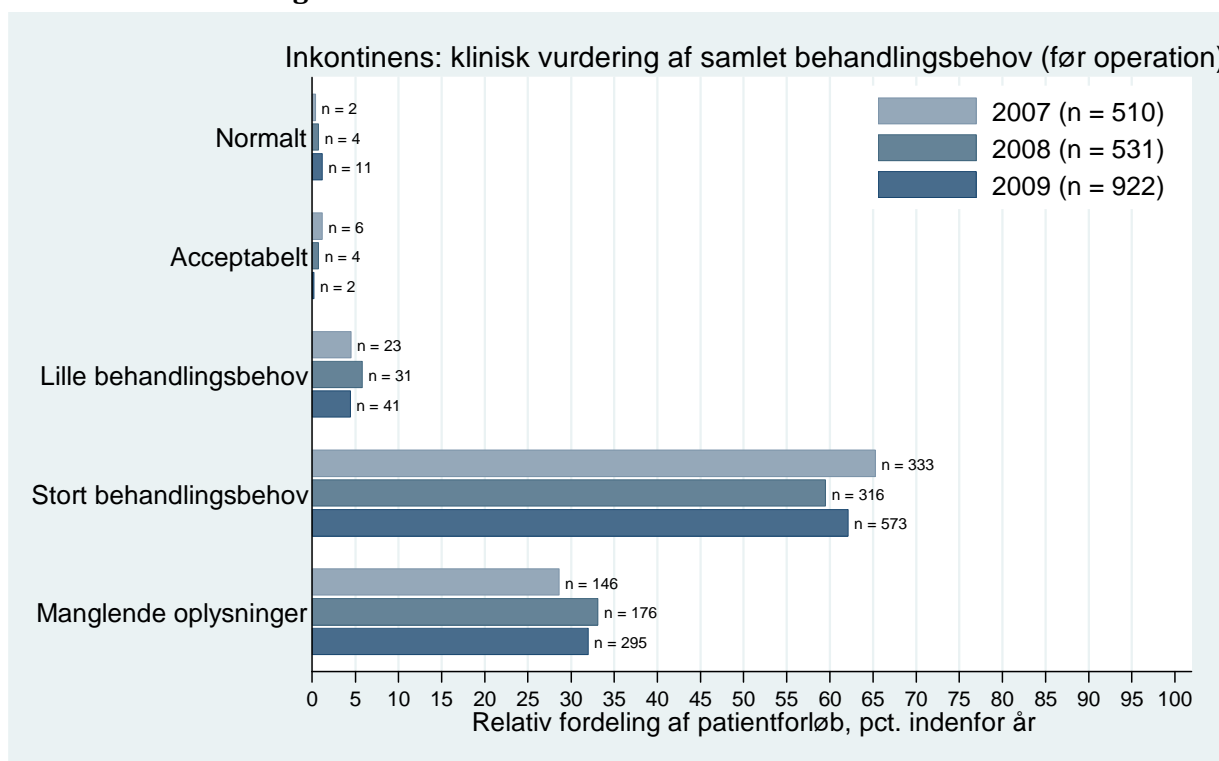
Kommentarer til Figur 5:

Blandt de 2735 opererede prolapspatienter med et udfyldt lægeskema før behandling havde 1832 (67%) et stort behandlingsbehov. Dvs. at patienter med prolaps symptomer overordnet repræsenterer en patientgruppe med en væsentlig problemstilling og et stort behandlingsbehov.

For 742 patienter (27%) var der manglende oplysninger om behandlingsbehovet.

Antallet af registrerede forløb er stigende fra 2007, over 2008, til 2009. Der er ingen betydelige forskelle i andele mellem de 5 kategorier når de 3 år sammenlignes.

Figur 6. Klinisk samlet vurdering af behandlingsbehov hos patienter, der er opereret for urininkontinens i 2009, og hvor der er udfyldt lægeskema før behandling, sammenlignet med 2007-2008



Kommentarer til Figur 6:

Blandt de 922 opererede urininkontinenspatienter med et udfyldt lægeskema før behandling havde 573 (62%) et stort behandlingsbehov. Dvs. at patienter med urininkontinenssymptomer overordnet repræsenterer en patientgruppe med en væsentlig problemstilling og et stort behandlingsbehov.

For 295 patienter (32%) var der manglende oplysninger om behandlingsbehovet. Dette er højere end for prolapspatienter (27%).

Antal registrerede forløb var næsten ens for 2007 og 2008, mens der i 2009 sås en markant højere stigning (74%). Der er ingen betydelige forskelle i andele mellem de 5 kategorier når de 3 år sammenlignes.

Tabel 7. Antal operative indgreb fordelt på indgrebstyper, for patienter med operationsdato i 2009 (N = 6.222)

Operationskode	Beskrivelse	Antal	Pct.	Kum. Pct.	Med i indikator ^a	
					Urininkontinens	Prolaps
KLEF00	Forreste kolporafi	1.848	29,7	29,7		X
KLEF03	Bageste kolporafi	1.148	18,5	48,2		X
KLCD10	Vaginal hysterektomi	550	8,8	57,0		X
KLEG10A	Vaginal uretrocystopeksi med slynge gennem foramen obturatum	505	8,1	65,1	X	
KLEG10	Vaginal uretrocystopeksi med slynge	463	7,4	72,5	X	
KLEF40	Vaginal operation for enterocele	276	4,4	77,0		X
KLFE20	Sutur af perineum	236	3,8	80,8		
KLEF00B	Manchesteroperation	156	2,5	83,3		X
KLEF53	Vaginal apikal kolpopeksi efter tidligere hysterektomi	114	1,8	85,1		X
KLEF00A	Forreste kolporafi med meche	98	1,6	86,7		X
KLEF96	Anden operation for prolaps eller descensus	96	1,5	88,2		X
KLDC10	Resektion af livmoderhals	94	1,5	89,7		X
KKDV22	Uretroskopisk submukøs injektionsbehandling i urinrør	77	1,2	91,0	X	
KKDV20	Submukøs injektionsbehandling i urinrør	74	1,2	92,2	X	
KLEF03A	Bageste kolporafi med meche	69	1,1	93,3		X
KLEE10	Rekonstruktion i vagina med transplantat eller lap	68	1,1	94,4		X
KLEF60	Vaginal lateral kolpopeksi	51	0,8	95,2		X
KLEF23	Komplet kolpogleise	45	0,7	95,9		X
KKDG00	Retropubisk suspension af urinrør	44	0,7	96,6	X	
KLEF13	Kolpoperineoplastik med vaginal hysterektomi	27	0,4	97,1		X
KLEF53B	Vaginal apikal kolpopeksi til det sakrospinøse ligament	22	0,4	97,4		X
KLFE10	Vulvoplastik	19	0,3	97,7		
KLFE96	Anden rekonstruktion på vulva eller perineum	19	0,3	98,0		
KLEF53A	Vaginal apikal kolpopeksi efter tidligere hysterektomi med meche	16	0,3	98,3		X
KLCD00	Total hysterektomi	16	0,3	98,5		
KLEF50A	Abdominal apikal kolpopeksi efter tidligere hysterektomi med meche	14	0,2	98,8		X
KLDC13	Excision af livmoderhals	13	0,2	99,0		

Operations- kode	Beskrivelse	Antal	Pct.	Kum. Pct.	Med i indikator ^a	
					Urininkontinens	Prolaps
KLEF40A	Vaginal operation for enterocele med meche	13	0,2	99,2		X
KLEF51A	Laparoskopisk apikal kolpopeksi efter tidligere hysterektomi med meche	10	0,2	99,3		X
KLFE10A	Fenton-plastik	10	0,2	99,5		
KLEG00	Vaginal uretrocystorafi	5	0,1	99,6	X	
KLEW96	Anden operation på vagina	5	0,1	99,7		
KLEC10	Excision af septum i vagina	4	0,1	99,7		
KKDG30	Abdominal uretrocystopeksi med slynge	3	0,0	99,8	X	
KLEG96	Anden vaginal urininkontinensoperation	3	0,0	99,8	X	
KLEE00	Sutur af vagina	2	0,0	99,9		
KLEF50	Abdominal apikal kolpopeksi efter tidligere hysterektomi	2	0,0	99,9		X
KLEF43	Abdominal operation for enterocele	1	0,0	99,9		X
KLEG20	Vaginal bækkenbundsplastik med deling af levatorer	1	0,0	99,9	X	
KLEF63	Abdomial lateral kolpopeksi	1	0,0	99,9		X
KLED00	Kolpektomi	1	0,0	100,0		
KKDG96	Anden operation på urinrør ved urininkontinens	1	0,0	100,0	X	
KLCD11	Laparoskopisk assisteret vaginal hysterektomi	1	0,0	100,0		
KLCC10	Supravaginal hysterektomi	1	0,0	100,0		

Anm.: Der kan være mere end ét indgreb pr. operation. Antal operationer i 2009: 4.410. Antal operative indgreb i 2009: 6.222.

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

Kommentarer til Tabel 7:

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

Indtil Årsrapport 2008 indgik operationskoderne KLCD10 og KLDC10 ikke i beregningerne af indikatorerne. Dette er ændret for 2009, jf. tidligere kommentarer vedr. indikatorer. Således udgjorde operationskoder, som ikke indgår i beregningerne af indikatorerne, i 2009 kun 5,3%, hvilket er i modsætning til Årsrapport 2008, hvor de udgjorde 17%. Disse koder ledsages dog indenfor det enkelte operationsforløb typisk af et indgreb, som er specifikt for enten urininkontinens eller prolaps. Dette evalueres nærmere i Tabel 8.

Tabel 8. Antal patientforløb med operationsdato i 2008-2009, fordelt på indgrebstyper

Operationstype	2008		2009		Kum.	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Urininkontinensindgreb ifm. operation	675	23,2	23,2	1.115	25,3	25,3
Prolapsindgreb ifm. operation	2.119	72,7	95,8	3.146	71,3	96,6
Både urininkontinens- og prolapsindgreb ifm. samme operation	26	0,9	96,7	58	1,3	97,9
Andre indgreb (ikke urininkontinens eller prolaps)	23	0,8	97,5	42	1,0	98,9
Uoplyst	72	2,5	100,0	49	1,1	100,0
Antal patientforløb med operation, i alt	2.915	100,0	-	4.410	100,0	-

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

Kommentarer til Tabel 8:

Operationskoder, som dækker urininkontinens og prolaps, udgør 98% af opererede patientforløb, hvilket er som i 2008, hvor de udgjorde 97%. Ligeledes er andele af de forskellige operationstyper uændrede i forhold til 2008. Urininkontinens- og prolapsindgreb har forrang for andre indgreb (ikke urininkontinens eller prolaps), hvorfor kun 2% blandt de 5,3% andre indgreb (nævnt i Tabel 7) ikke er udført i forbindelse med en urininkontinens- eller prolapsoperation. Under 1% får udført urininkontinens- og prolapsindgreb ved samme operation, hvilket er markant lavere end de 36% af patienterne, som i deres patientskema har angivet både prolaps- og urininkontinenssymptomer (jf. Tabel 6).

Tabel 9. Korttidskomplikationer efter operation, patientforløb med operation i 2009

Afdeling / Komplikation	Antal (pct. ^a) Infektion ^b	Antal (pct. ^a) Blødning ^c	Antal (pct. ^a) Organlæsion ^d	Antal operationer i alt
Hvidovre Hospital	1 (0,3)	8 (2,4)	6 (1,8)	330
Frederiksberg Hospital	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2
Gentofte Hospital	0 (0,0)	1 (1,0)	1 (1,0)	103
Glostrup Hospital	1 (0,2)	4 (0,8)	2 (0,4)	511
Herlev Hospital	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2
Nordsjællands Hospital	0 (0,0)	4 (1,8)	0 (0,0)	228
Roskilde Sygehus	0 (0,0)	2 (0,6)	2 (0,6)	314
Odense Universitetshospital	0 (0,0)	12 (4,6)	1 (0,4)	259
Sygehus Fyn, Svendborg	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	72
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	40
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	45
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	40
Kolding Sygehus	0 (0,0)	6 (2,0)	3 (1,0)	293
Regionshospitalet Horsens	0 (0,0)	2 (1,4)	1 (0,7)	144
Regionshospitalet Herning	1 (0,6)	3 (1,7)	16 (9,2)	174
Regionshospitalet Silkeborg	0 (0,0)	3 (2,0)	2 (1,3)	150
Regionshospitalet Randers	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,8)	127
Århus Universitetshospital, Skejby, Urin- vejskirurgisk afdeling K	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1
Århus Universitetshospital, Skejby, Gy- nækol./obstetrisk afd. Y	2 (0,4)	10 (2,0)	13 (2,6)	496
Regionshospitalet Viborg	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	310
Sygehus NORD, Thisted	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1
Aalborg Sygehus	1 (0,2)	9 (2,0)	12 (2,6)	456
Sygehus Vendsyssel	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	181
Gråbrødreklinikken, Odense	0 (0,0)	14 (26,4)	1 (1,9)	53
Aleris Privathospitaler Odense	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	34
Aagaard Gynækologiske Klinik	1 (2,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	44
Hele landet	7 (0,2)	78 (1,8)	61 (1,4)	4.410

Anm.: Afkrydsninger fra lægens efterundersøgelsesskema er kun benyttet, hvis der er ≤ 90 dage mellem operationsdato og efterundersøgelsesdato.

a. Pct. = (Komplikation / Antal operationer i alt) \times 100.

b. Opgjort som afkrydsning i mindst ét af følgende felter i lægens efterundersøgelsesskema: Sårinfektion antibiotika (DT814F), Sårinfektion spaltning (DT 814F), Intraabdominal infektion (DT814I).

c. Opgjort som afkrydsning i mindst ét af følgende felter: Blødning (operationsskema), Sårhæmatom/blødning (DT 810B), Vaginaltopshæmatom/blødning (DT810F), Intraperitoneal blødning (DT810E) (lægens efterundersøgelsesskema).

d. Opgjort som afkrydsning i mindst ét af følgende felter: Blærelæsion DT812UD+ZDA02, Ureterlæsion DT812UC+ZDA02, Tarm-læsion DT812G+ZDA02 (i operationsskema eller lægens efterundersøgelsesskema).

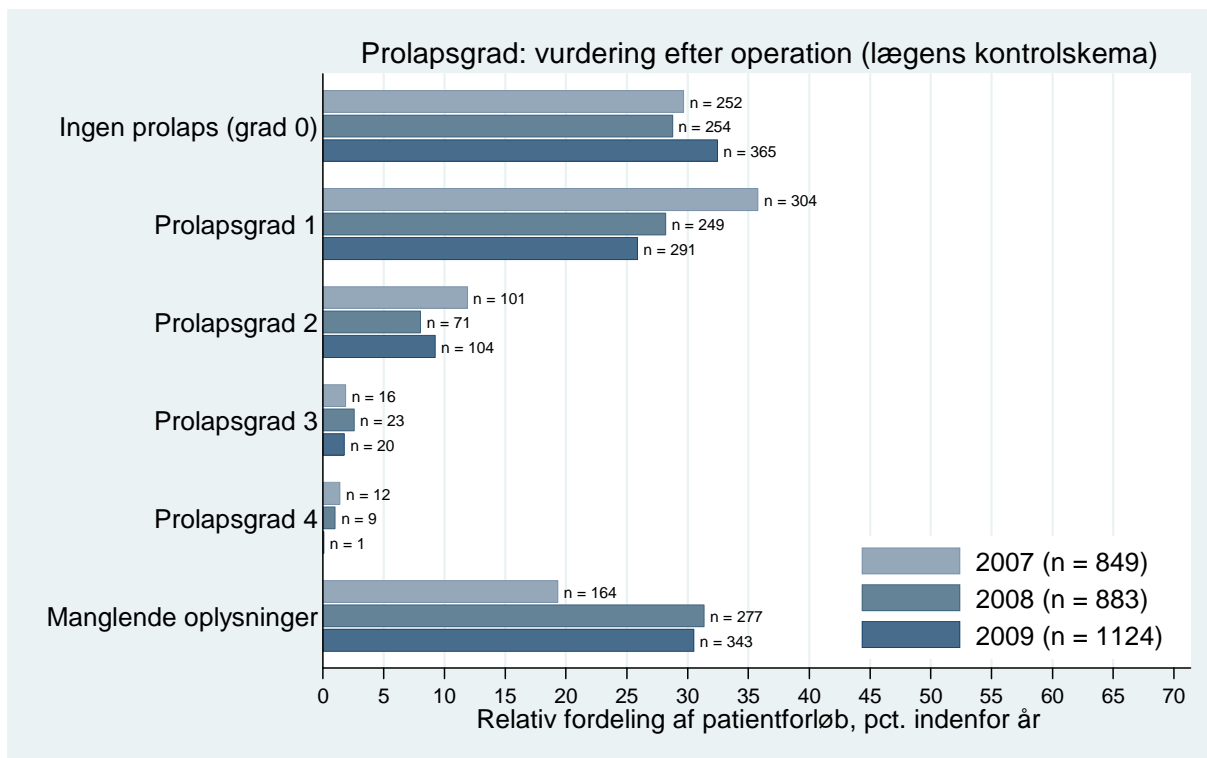
Kommentarer til Tabel 9:

Overordnet indikerer tabellen, at det grundet de små tal bliver vanskeligt at lave en meningsfyldt indikator for korttidskomplikationer (jf. Afsnit 7).

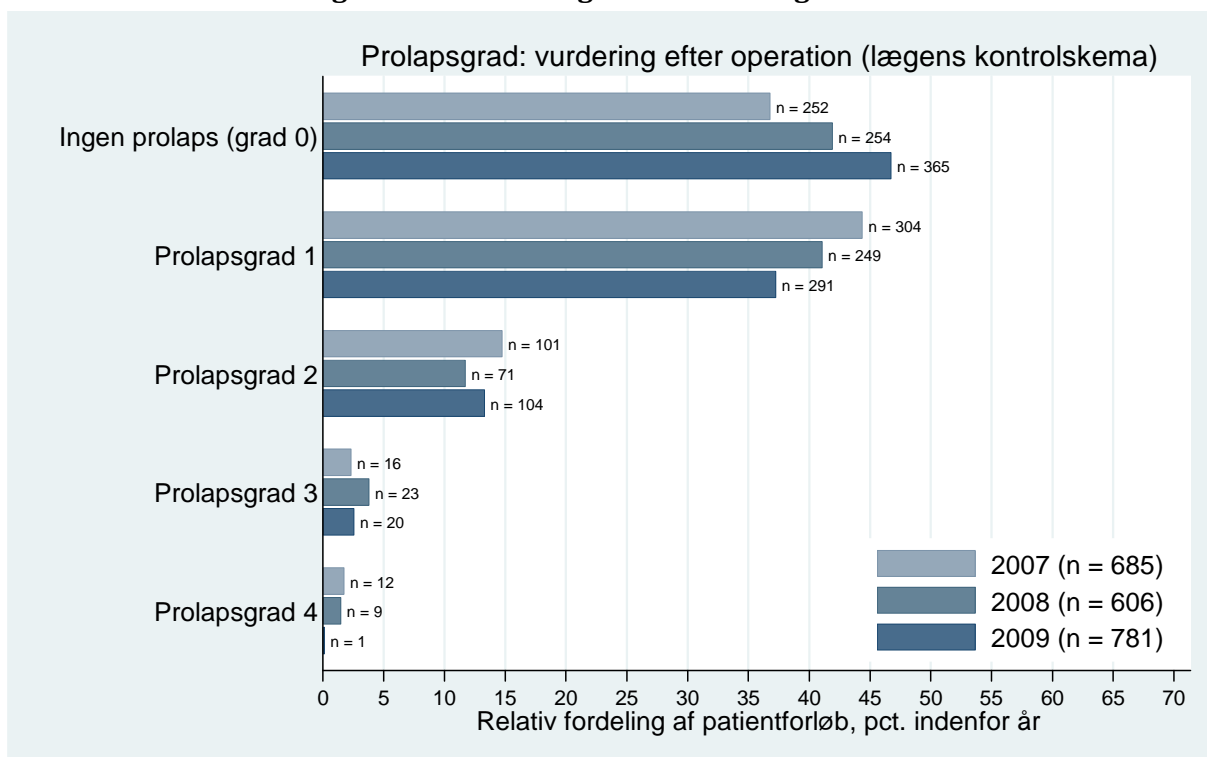
Ud af i alt 4.410 operationer er der kun registreret infektion for 7, blødning for 78 og organlæsion for 61 operationer. Det skal bemærkes, at forskelle i komplikationshyppighed naturligvis kan skyldes faktiske forskelle i hyppighed. Resultaterne kan imidlertid også være biased af heterogene procedurer for efterkontrol af patienter og forskelle i kodepraksis (jf. Tabel 5 og kommentarerne hertil). De 7 registreringer af infektioner stammer alle fra lægens efterkontrollskema, mens dette kun gælder for 17 af de 78 blødninger (21,8%) og ingen af de 61 organlæsioner, dvs. for blødninger og organlæsioner ville Tabel 5 ikke ændre sig meget såfremt alle data stammede fra operationsskemaet.

Gråbrødreklinikken har flere blødninger end de andre afdelinger (odds ratio [95% konfidensinterval]: 24,1 [11,5-47,9]), mens Herning har flere organlæsioner (odds ratio [95% konfidensinterval]: 9,4 [4,9-17,4]), omend de brede konfidensintervaller illustrerer den statistiske usikkerhed grundet de små tal.

Figur 7. Prolapsgrad efter operation – for patienter med operation for prolaps i 2009, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse. Sammenlignet med 2007-2008



Figur 8. Prolapsgrad efter operation (uden kategorien 'Manglende oplysninger') – for patienter med operation for prolaps i 2009, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse. Sammenlignet med 2007-2008



Kommentarer til Figur 7 og Figur 8:

Figur 7 viser, at andelen af manglende oplysninger i 2007, 2008 og 2009 var hhv. 19,3%, 31,4% og 30,5%. Parallelt hermed faldt især andelen af prolapsgrad 1. Andelen af prolapsgrad ≤ 1 (som bruges til beregning af indikator 6) var i 2007, 2008 og 2009 hhv. 65,5%, 57,0% og 58,4%. Indenfor prolapsgrad ≤ 1 sås en stigende andel af prolapsgrad 0 parallelt med stigende kalenderår (χ^2 -test for trend, $p=0,0003$). Såfremt fordelingen mellem prolapsgrader er ens, uanset manglende oplysninger eller ej, er denne fordeling reel, men med den høje andel af manglende oplysninger kan vi ikke afgøre om dette er tilfældet. I Figur 8 vises prolapsgraden derfor med eksklusion af manglende oplysninger.

Figur 8 viser, at andelen af prolapsgrad ≤ 1 i 2007, 2008 og 2009 var hhv. 81,2%, 83,0% og 84,0%. Når årene sammenlignes var der således ikke forskel mellem prolapsgrad ≤ 1 og prolapsgrad 2-4 (χ^2 -test, $p=0,35$). Til gengæld sås indenfor prolapsgrad ≤ 1 en stigende andel af prolapsgrad 0 parallelt med stigende kalenderår (χ^2 -test for trend, $p=0,0003$).

Desuden ses faldende antal af prolapsgrad 4, omend disse tal er små og derfor skal tolkes varsomt.

Vi konkluderer, at når årene 2007, 2008 og 2009 sammenlignes er der ikke forskel mellem prolapsgrad ≤ 1 og prolapsgrad 2-4. Indenfor prolapsgrad ≤ 1 er der en stigende andel af prolapsgrad 0 og antal af prolapsgrad 4 er faldende, omend sidstnævnte tal er små og derfor skal tolkes forsigtigt. Konklusionerne er de samme med og uden inklusion af manglende oplysninger hvorfor vi forsigtigt antager, at de manglende oplysninger har udgjort en ikke-selekteret andel af patientgruppen for hvilken lægens skema efter operationen er udfyldt.

Tabel 10. Urininkontinens/residualurin for patientforløb med operation for urininkontinens i 2006-2009, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse

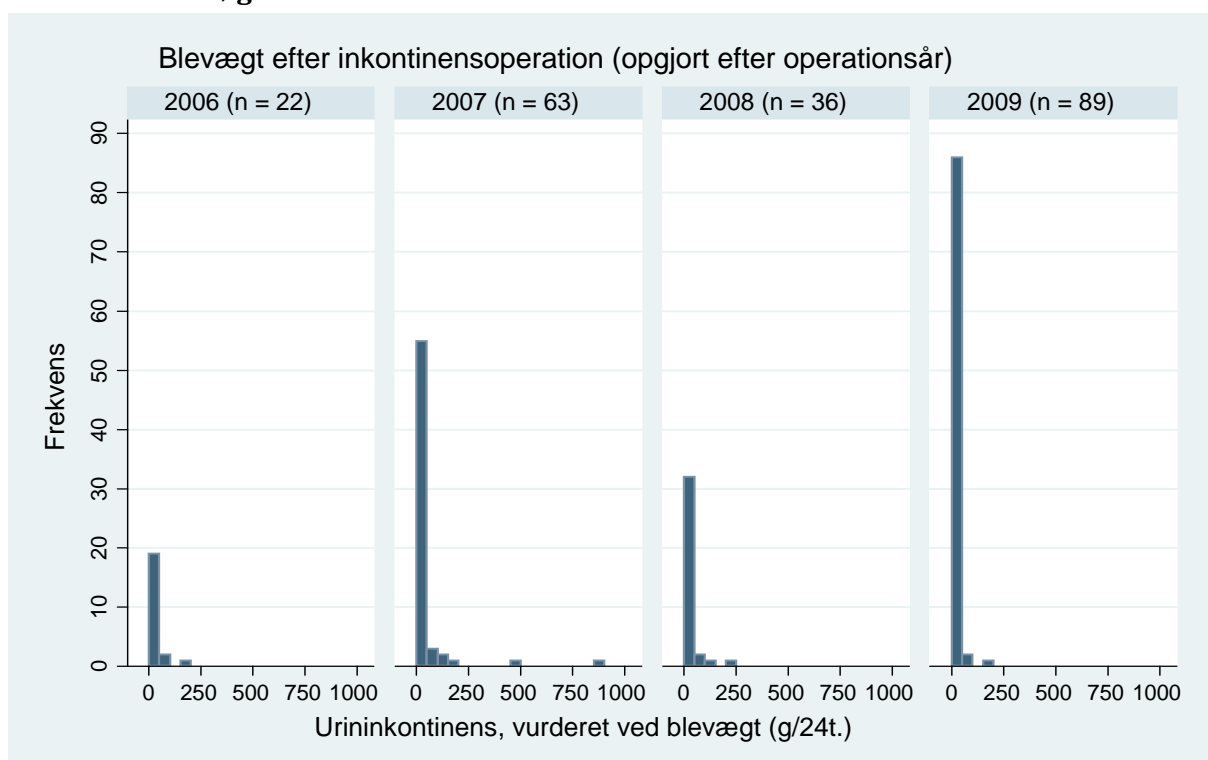
Urininkontinensopererede:	År	Uoplyst ^a		Oplyst				
		Antal	Pct.	Antal	Middelværdi	Median	Min.	Maks.
Urininkontinens, vurderet ved blevægt (g/24t.)	2006	115	83,9	22	17,9	5	0	170
	2007	348	84,7	63	35,9	3	0	900
	2008	259	87,8	36	15,5	0	0	204
	2009	406	82,0	89	6,2	0	0	165
Vandladning, vurderet ved residualurin (ml)	2006	80	58,4	57	30,9	10	0	330
	2007	241	58,6	170	20,6	0	0	208
	2008	176	59,7	119	21,9	10	0	233
	2009	255	51,5	240	20,3	5	0	450

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

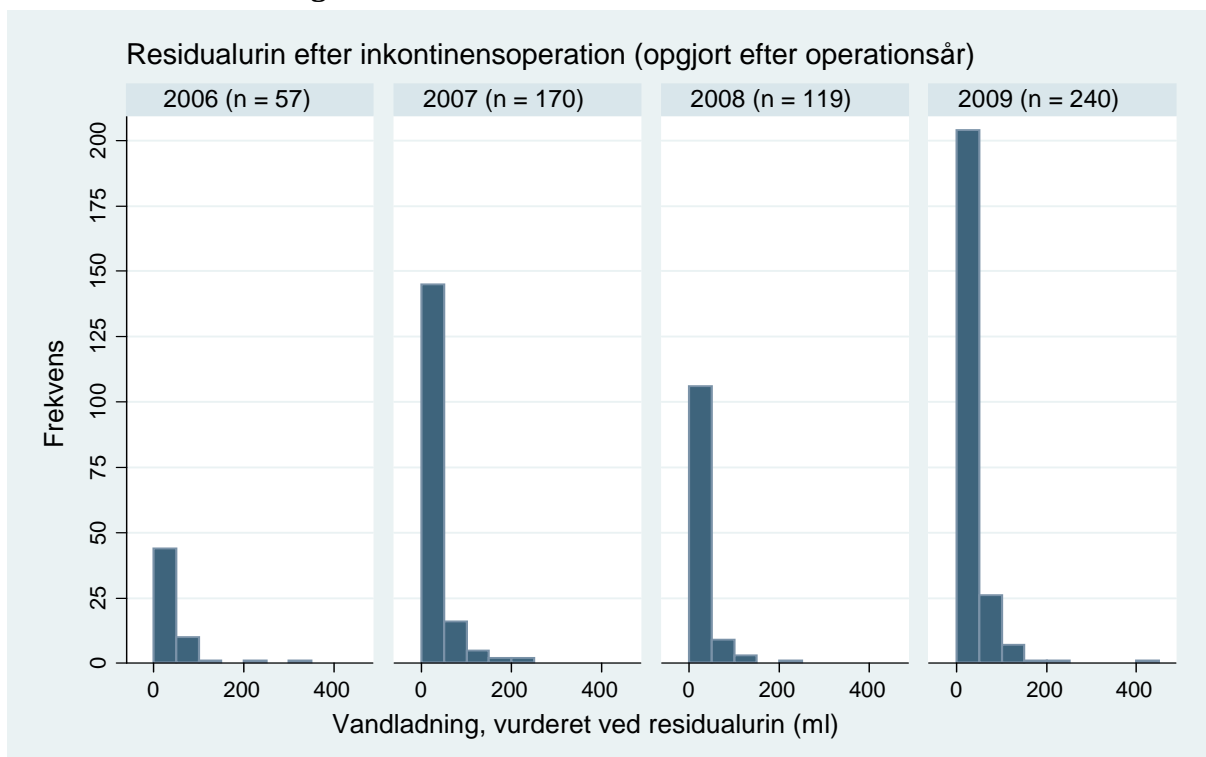
Kommentarer til Tabel 10:

Tabellen viser den lave andel af registreringer for alle årene (12-18% for blevægt og 42-49% for residualurin). De gennemsnitlige værdier er markant højere end median-værdierne, hvilket viser, at forholdsvis få patienter især bidrager til førstnævnte. Disse forhold, kombineret med det lave antal registreringer, gør, at tabellen skal tolkes med store forbehold. Figur 9 og Figur 10 viser resultaterne i histogramform.

Figur 9. Fordeling af blevægtmålinger for patientforløb med operation for urininkontinens i 2006-2009, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse



Figur 10. Fordeling af residualurin målinger for patientforløb med operation for urininkontinens i 2006-2009, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse



Kommentarer til Figur 9 og Figur 10:

Figureerne bekræfter, at i alle 4 år bidrager nogle få patienter til de høje gennemsnit. Visuelt er der ingen forskel mellem årene, hverken for blævetætmålinger eller residualurin. Statistiske tests er udeladt grundet det lave antal registreringer, usikkerheden omkring de estimerede mængder og den skæve fordeling af disse.

9. Afrapportering af indikatorer

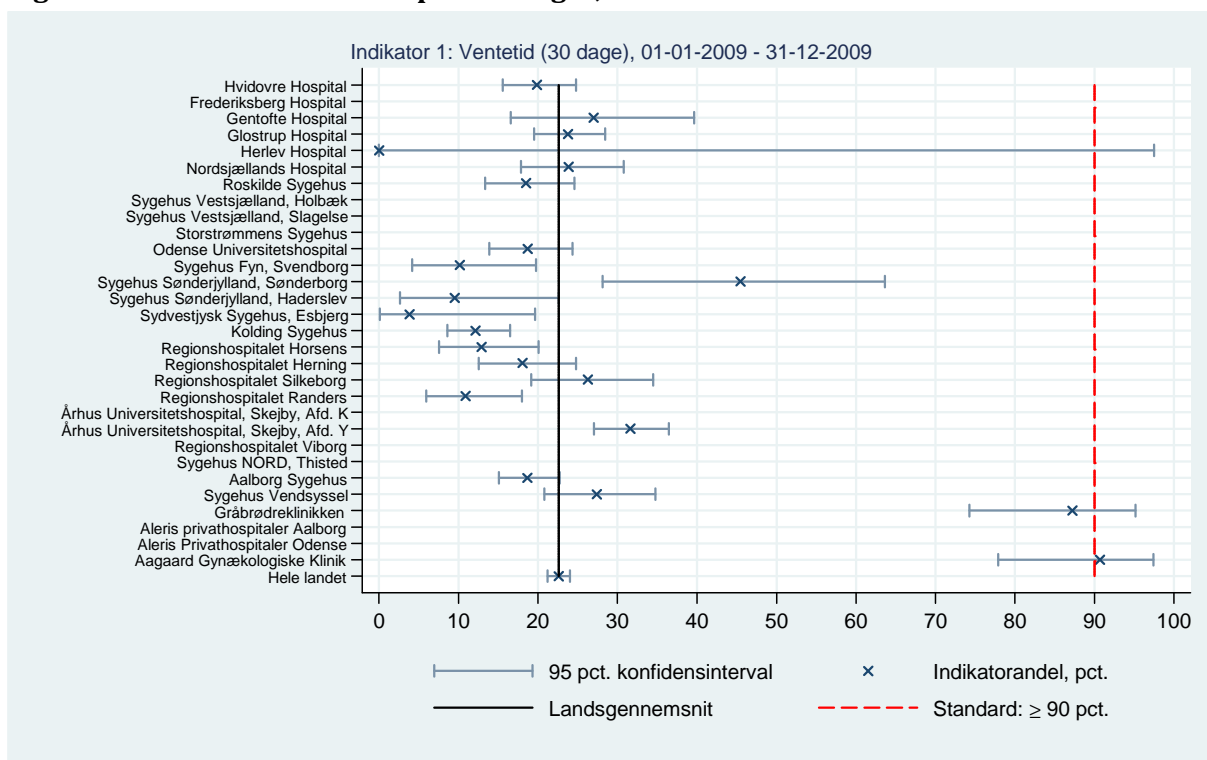
9.1. Indikator 1: Ventetid 30 dage

- **Datagrundlag:** Patientforløb med registrering af valid operationsdato i opgørelsesperioden
- **Datakomplethed:** (Relevante patientforløb/Datagrundlag) × 100
- **Relevante patientforløb (Nævner):** Samlet antal patientforløb med operationsdato indenfor opgørelsesperioden, og samtidig skal der findes valid henvisningsdato og valid dato for første undersøgelse
- **Opfylder indikator (Tæller):** Antal patientforløb med mindre end 30 dage mellem dato for henvisning og første undersøgelse
- **Andel i pct.:** Relativ andel af patientforløb som opfylder indikatoren (med 95% konfidensinterval)

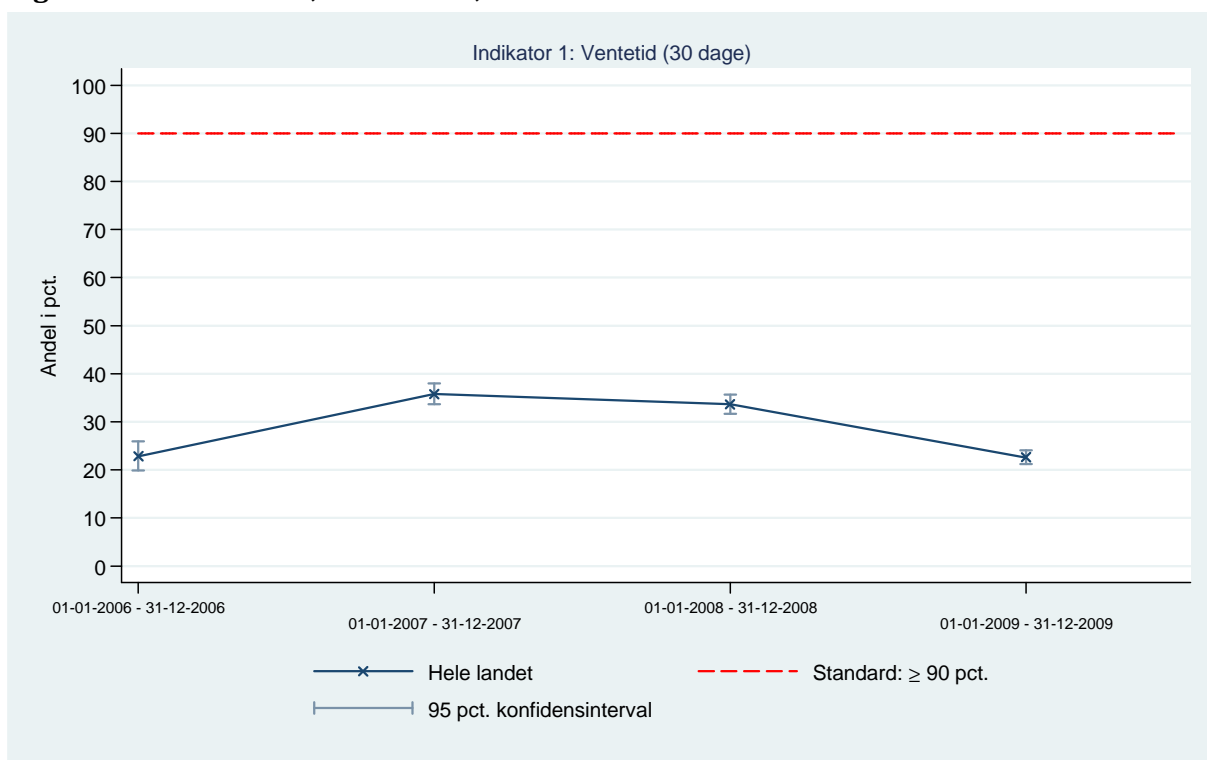
Standard: ≥ 90%	Data- grundlag	Data- komplethed	Relevante patient- forløb	Opfylder indikator	Andel i pct. (95 pct. K.I.)	
					2009	2008
Rigshospitalet ^a	.	.	.	.	.	0,0
Hvidovre Hospital	330	93,0	307	61	19,9 (15,6-24,8)	51,4
Frederiksberg Hospital	2	0,0	0	.	.	.
Gentofte Hospital	103	61,2	63	17	27,0 (16,6-39,7)	0,0
Glostrup Hospital	511	72,4	370	88	23,8 (19,5-28,5)	26,6
Herlev Hospital	2	50,0	1	0	0,0 (0,0-97,5)	44,4
Nordsjællands Hospital	228	78,9	180	43	23,9 (17,9-30,8)	83,3
Roskilde Sygehus	314	63,7	200	37	18,5 (13,4-24,6)	63,6
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	.	.	.	.	.	.
Sygehus Vestsjælland, Slagelse	.	.	.	.	.	.
Storstrømmens Sygehus	.	.	.	.	.	.
Odense Universitetshospital	259	88,8	230	43	18,7 (13,9-24,3)	18,1
Sygehus Fyn, Svendborg	72	95,8	69	7	10,1 (4,2-19,8)	46,9
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	40	82,5	33	15	45,5 (28,1-63,6)	.
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	45	93,3	42	4	9,5 (2,7-22,6)	44,2
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	40	65,0	26	1	3,8 (0,1-19,6)	12,5
Kolding Sygehus	293	98,3	288	35	12,2 (8,6-16,5)	23,6
Regionshospitalet Horsens	144	86,1	124	16	12,9 (7,6-20,1)	53,1
Regionshospitalet Herning	174	95,4	166	30	18,1 (12,5-24,8)	26,4
Regionshospitalet Silkeborg	150	91,3	137	36	26,3 (19,1-34,5)	39,5
Regionshospitalet Randers	127	93,7	119	13	10,9 (5,9-18,0)	32,0
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K	1	0,0	0	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	496	78,4	389	123	31,6 (27,0-36,5)	14,4
Regionshospitalet Viborg	310	0,0	0	.	.	100,0
Sygehus NORD, Thisted	1	0,0	0	.	.	.
Aalborg Sygehus	456	92,8	423	79	18,7 (15,1-22,7)	19,5
Sygehus Vendsyssel	181	92,8	168	46	27,4 (20,8-34,8)	17,6
Gråbrødreklinikken, Odense	53	88,7	47	41	87,2 (74,3-95,2)	100,0
Aleris Privathospitaler Odense	34	0,0	0	.	.	.
Aagaard Gynækologiske Klinik	44	97,7	43	39	90,7 (77,9-97,4)	.
Hele landet	4.410	77,7	3.425	774	22,6 (21,2-24,0)	33,6

a: Der foretages pr. 1. januar 2008 ikke længere prolaps- og urininkontinensoperationer på Rigshospitalet.

Figur 11. Indikator 1 fordelt på afdelinger, 2009



Figur 12. Indikator 1, hele landet, 2006-2009



Kommentarer til Indikator 1:

På landsplan har 22,6% af patienterne en ventetid på højst 30 dage, hvilket er meget under standarden på $\geq 90\%$. Det er 11% færre end i 2008 hvor 33,6% havde en ventetid på højst 30 dage (odds ratio [95% konfidensinterval] for 2009 sammenlignet med 2008: 0,58 [0,51-0,65]). Figur 12 viser en stigning fra 2006 til 2007, hvorefter andelen har været faldende, men denne har uanset år ligget langt under standarden på 90%.

Blandt afdelinger med mindst ti relevante patientforløb opfylder kun de 2 privathospitaler Gråbrødreklinikken og Aagaard Gynækologiske Klinik standarden. I 2008 opfyldte kun Gråbrødreklinikken standarden.

Vi konkluderer, at standarden på landsplan ikke er opfyldt, og kun 2 afdelinger opfylder standarden.

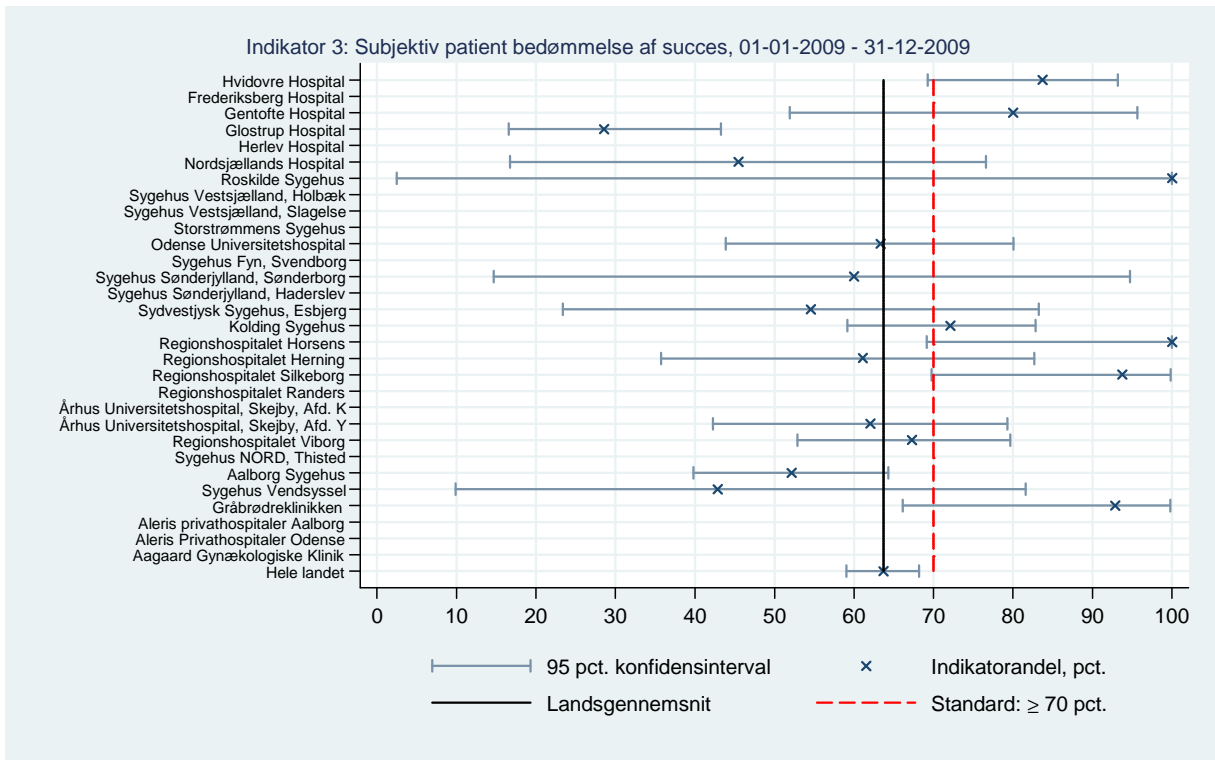
9.2. Indikator 3: Urininkontinens – Subjektiv patientbedømmelse af succes

Subjektiv patientbedømmelse af succes efter operation for urininkontinens

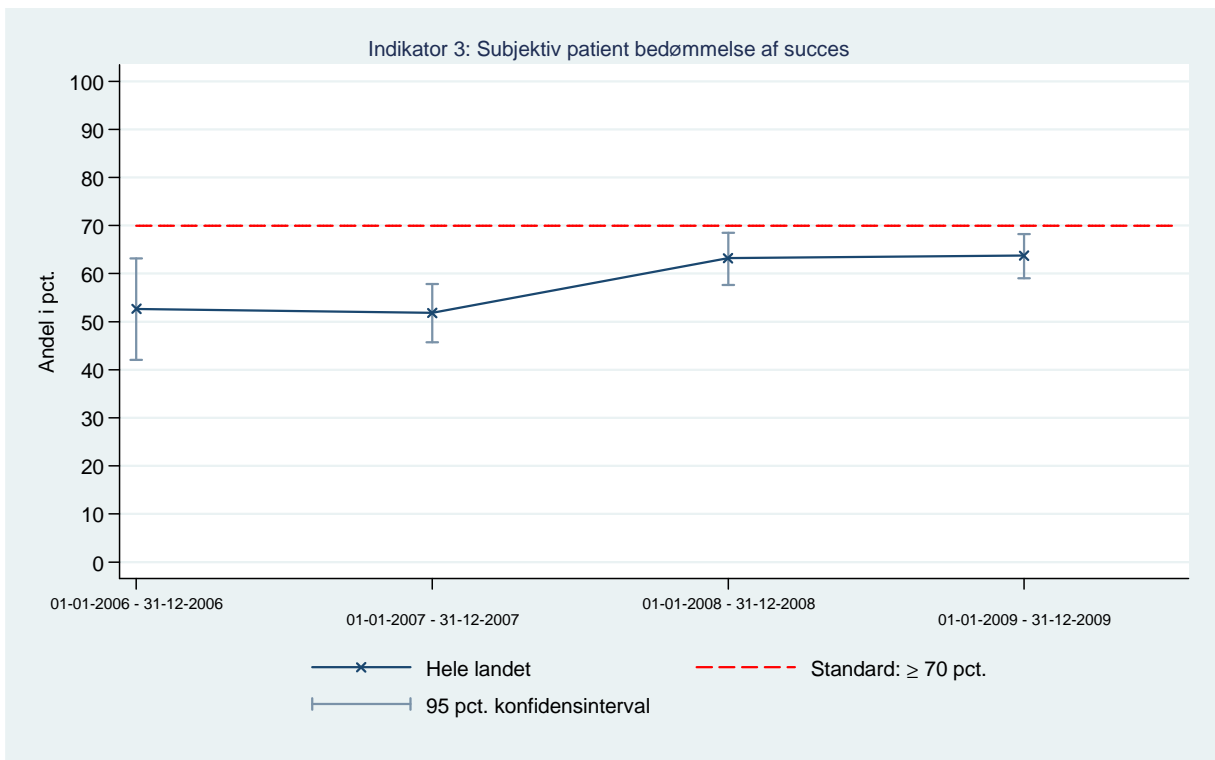
- **N:** Antal relevante operationer i perioden (urininkontinens-kirurgi)
- **Datagrundlag:** Patientforløb med registrering af relevant operationskode (urininkontinens-kirurgi), og hvor der er indleveret skema for patientens efterundersøgelse
- **Datakomplethed:** (Relevante patientforløb/Datagrundlag)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

Standard: ≥ 70%	N	Data- grundlag	Data- komplethed	Relevante patient- forløb	Opfylder indikator	Andel i pct. (95 pct. K.I.)	
						2009	2008
Hvidovre Hospital	56	47	91,5	43	36	83,7 (69,3-93,2)	62,1
Frederiksberg Hospital	.	.	.	.	.	.	.
Gentofte Hospital	42	15	100,0	15	12	80,0 (51,9-95,7)	0,0
Glostrup Hospital	220	116	42,2	49	14	28,6 (16,6-43,3)	30,8
Herlev Hospital	.	.	.	.	.	.	.
Nordsjællands Hospital	44	22	50,0	11	5	45,5 (16,7-76,6)	.
Roskilde Sygehus	63	3	33,3	1	1	100,0 (2,5-100,0)	100,0
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Vestsjælland, Slagelse	.	.	.	.	.	.	.
Storstrømmens Sygehus	.	.	.	.	.	.	.
Odense Universitetshospital	55	39	76,9	30	19	63,3 (43,9-80,1)	75,0
Sygehus Fyn, Svendborg	6	.	.	.	.	.	100,0
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	23	7	71,4	5	3	60,0 (14,7-94,7)	.
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	43	40	0,0	0	.	.	.
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	36	20	55,0	11	6	54,5 (23,4-83,3)	0,0
Kolding Sygehus	72	61	100,0	61	44	72,1 (59,2-82,9)	80,4
Regionshospitalet Horsens	19	14	71,4	10	10	100,0 (69,2-100,0)	.
Regionshospitalet Herning	28	22	81,8	18	11	61,1 (35,7-82,7)	68,6
Regionshospitalet Silkeborg	21	16	100,0	16	15	93,8 (69,8-99,8)	100,0
Regionshospitalet Randers	23	12	0,0	0	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K	1	.	.	.	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	106	59	49,2	29	18	62,1 (42,3-79,3)	26,3
Regionshospitalet Viborg	88	52	100,0	52	35	67,3 (52,9-79,7)	81,4
Sygehus NORD, Thisted	.	.	.	.	.	.	.
Aalborg Sygehus	122	109	63,3	69	36	52,2 (39,8-64,4)	61,9
Sygehus Vendsyssel	67	52	13,5	7	3	42,9 (9,9-81,6)	100,0
Gråbrødreklinikken, Odense	15	14	100,0	14	13	92,9 (66,1-99,8)	90,9
Aleris Privathospitaler Odense	9	.	.	.	.	.	.
Aagaard Gynækologiske Klinik	14	.	.	.	.	.	.
Hele landet	1.173	720	61,3	441	281	63,7 (59,0-68,2)	63,2

Figur 13. Indikator 3 fordelt på afdelinger, 2009



Figur 14. Indikator 3, hele landet, 2006-2009



Kommentarer til Indikator 3:

På landsplan oplever 63,7% af patienterne aldrig eller højst en gang om ugen urininkontinens. 95% konfidensintervallet omfatter ikke standarden på $\geq 70\%$, som således ikke er opfyldt. Figur 14 viser, at der fra 2007 til 2008 skete en stigning på 10%, men dette forblev uændret i 2009 (odds ratio [95% konfidensinterval] for 2009 sammenlignet med 2008: 1,02 [0,75-1,39]).

Blandt afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder 12 standarden (Hvidovre, Gentofte, Nordsjælland, Odense, Esbjerg, Kolding, Horsens, Herning, Silkeborg, Skejby Afd. Y, Viborg og Gråbrødreklinikken). I 2008 havde 5 af disse afdelinger under 10 relevante patientforløb (Gentofte, Nordsjælland, Esbjerg, Horsens og Silkeborg), Skejby Afd. Y opfyldte ikke standarden, mens de resterende 6 afdelinger gjorde. For 2 afdelinger med mindst ti relevante patientforløb er standarden ikke opfyldt (Glostrup: 28,6%; Aalborg: 52,2%). I 2008 opfyldte Glostrup ikke standarden, mens Aalborg gjorde.

Det kan virke paradoksalt, at standarden er opfyldt for de fleste afdelinger, 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.

Vi konkluderer, at på landsplan opfylder 63,7% indikatoren, hvilket er under standarden på 70% og uændret i forhold til 2008.

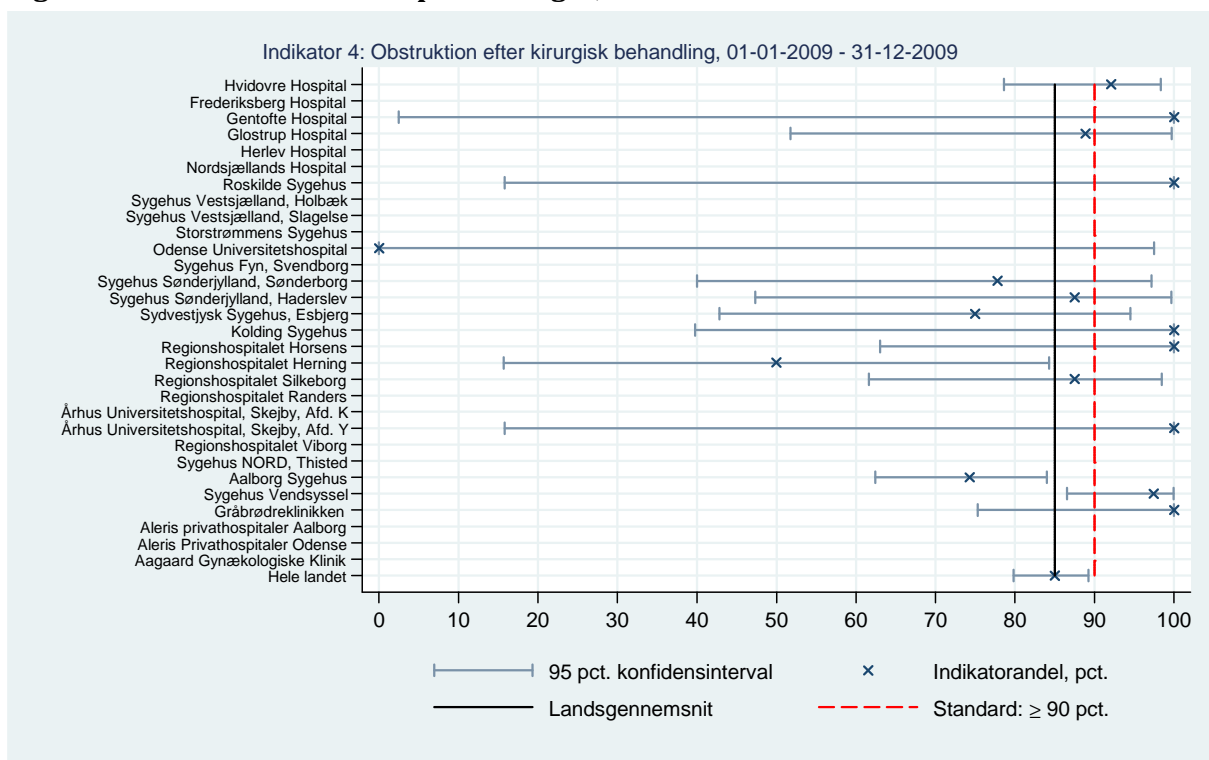
9.3. Indikator 4: Urininkontinens – Obstruktion efter kirurgisk behandling

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

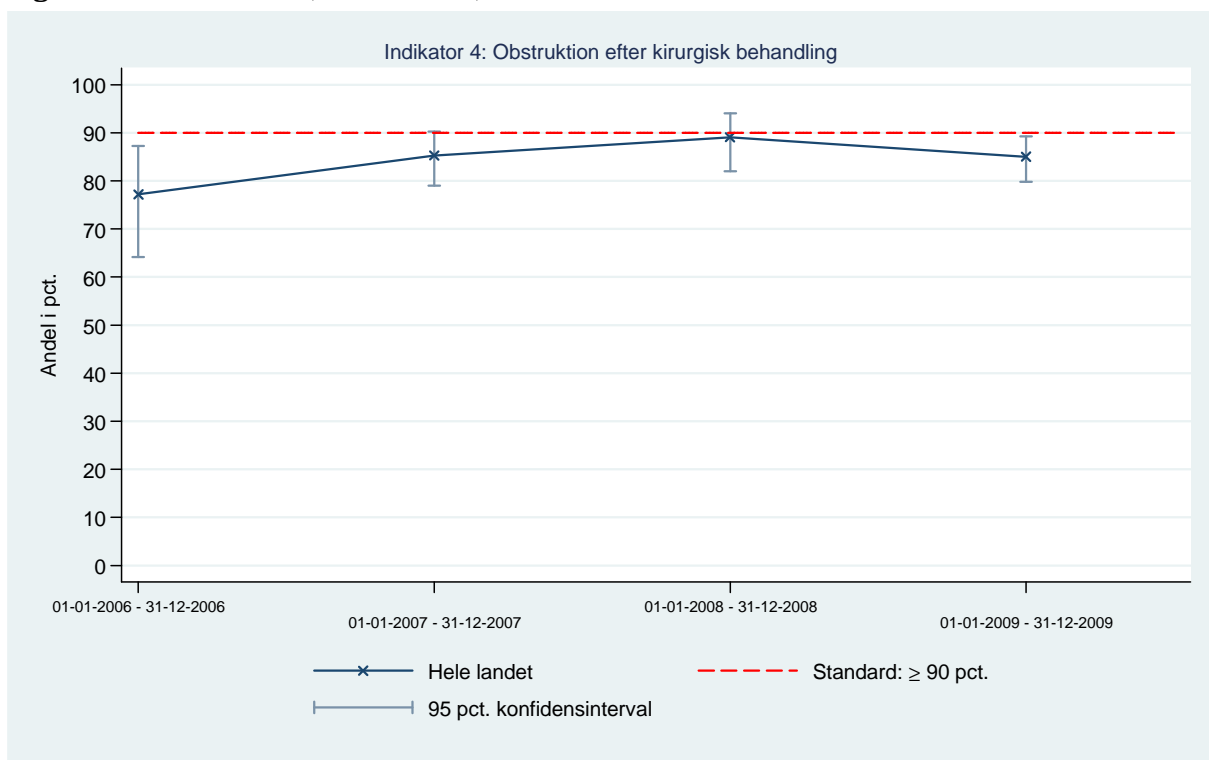
- **N:** Antal relevante operationer i perioden (urininkontinens-kirurgi)
- **Datagrundlag:** Patientforløb med registrering af relevant operationskode (urininkontinenskirurgi), og hvor der er indleveret skema for lægens efterundersøgelse
- **Datakomplethed:** (Relevante patientforløb/Datagrundlag) × 100
- **Relevante patientforløb (Nævner):** Antal patientforløb, der har fået foretaget urininkontinenskirurgi 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)

Standard: ≥ 90%	N	Data- grundlag	Data- komplethed	Relevante patient- forløb		Andel i pct. (95 pct. K.I.)	
				Opfylder indikator		2009	2008
Hvidovre Hospital	56	46	82,6	38	35	92,1 (78,6-98,3)	96,2
Frederiksberg Hospital	.	.	.	.	.	.	.
Gentofte Hospital	42	13	7,7	1	1	100,0 (2,5-100,0)	.
Glostrup Hospital	220	46	19,6	9	8	88,9 (51,8-99,7)	85,7
Herlev Hospital	.	.	.	.	.	.	.
Nordsjællands Hospital	44	1	0,0	0	.	.	.
Roskilde Sygehus	63	3	66,7	2	2	100,0 (15,8-100,0)	66,7
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Vestsjælland, Slagelse	.	.	.	.	.	.	.
Storstrømmens Sygehus	.	.	.	.	.	.	.
Odense Universitetshospital	55	37	2,7	1	0	0,0 (0,0-97,5)	66,7
Sygehus Fyn, Svendborg	6	.	.	.	.	.	100,0
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	23	14	64,3	9	7	77,8 (40,0-97,2)	.
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	43	26	30,8	8	7	87,5 (47,3-99,7)	66,7
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	36	32	37,5	12	9	75,0 (42,8-94,5)	.
Kolding Sygehus	72	36	11,1	4	4	100,0 (39,8-100,0)	94,7
Regionshospitalet Horsens	19	14	57,1	8	8	100,0 (63,1-100,0)	100,0
Regionshospitalet Herning	28	10	80,0	8	4	50,0 (15,7-84,3)	87,5
Regionshospitalet Silkeborg	21	19	84,2	16	14	87,5 (61,7-98,4)	75,0
Regionshospitalet Randers	23	5	0,0	0	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K	1	.	.	.	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	106	13	15,4	2	2	100,0 (15,8-100,0)	100,0
Regionshospitalet Viborg	88	.	.	.	.	.	.
Sygehus NORD, Thisted	.	.	.	.	.	.	.
Aalborg Sygehus	122	109	64,2	70	52	74,3 (62,4-84,0)	71,4
Sygehus Vendsyssel	67	56	69,6	39	38	97,4 (86,5-99,9)	100,0
Gråbrødreklinikken, Odense	15	14	92,9	13	13	100,0 (75,3-100,0)	100,0
Aleris Privathospitaler Odense	9	1	0,0	0	.	.	.
Aagaard Gynækologiske Klinik	14	.	.	.	.	.	.
Hele landet	1.173	495	48,5	240	204	85,0 (79,8-89,3)	89,1

Figur 15. Indikator 4 fordelt på afdelinger, 2009



Figur 16. Indikator 4, hele landet, 2006-2009



Kommentarer til Indikator 4:

Resultaterne skal tolkes med store forbehold grundet de få afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb, den lave andel af relevante patientforløb og usikkerheden omkring det estimerede urinvolumen. De brede konfidensintervaller i Figur 15 afspejler disse usikkerheder.

På landsplan har 85,0% af patienterne <50 ml residualurin ved efterundersøgelse. Det øvre 95% konfidensinterval ligger lige under 90%, hvorfor standarden næsten er opfyldt. Figur 16 viser, at der fra 2006 til 2008 var en stigning i andelen af patienter med <50 ml residualurin, mens denne i 2009 faldt, men forskellen mellem 2008 og 2009 er ikke statistisk signifikant (odds ratio [95% konfidensinterval] for 2009 sammenlignet med 2008: 0,69 [0,32-1,41]).

Kun 6 afdelinger har mindst ti relevante patientforløb, og blandt disse opfylder Hvidovre, Esbjerg, Silkeborg, Vendsyssel og Odense indikatoren, mens Aalborg ikke gør. I 2008 var der 5 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb, som alle opfyldte indikatoren (Hvidovre, Kolding, Herning, Aalborg og Gråbrødreklinikken).

Vi konkluderer, at standarden på landsplan næsten er opfyldt. Der tages forbehold for det lille antal registreringer og disses skæve fordeling mellem afdelinger.

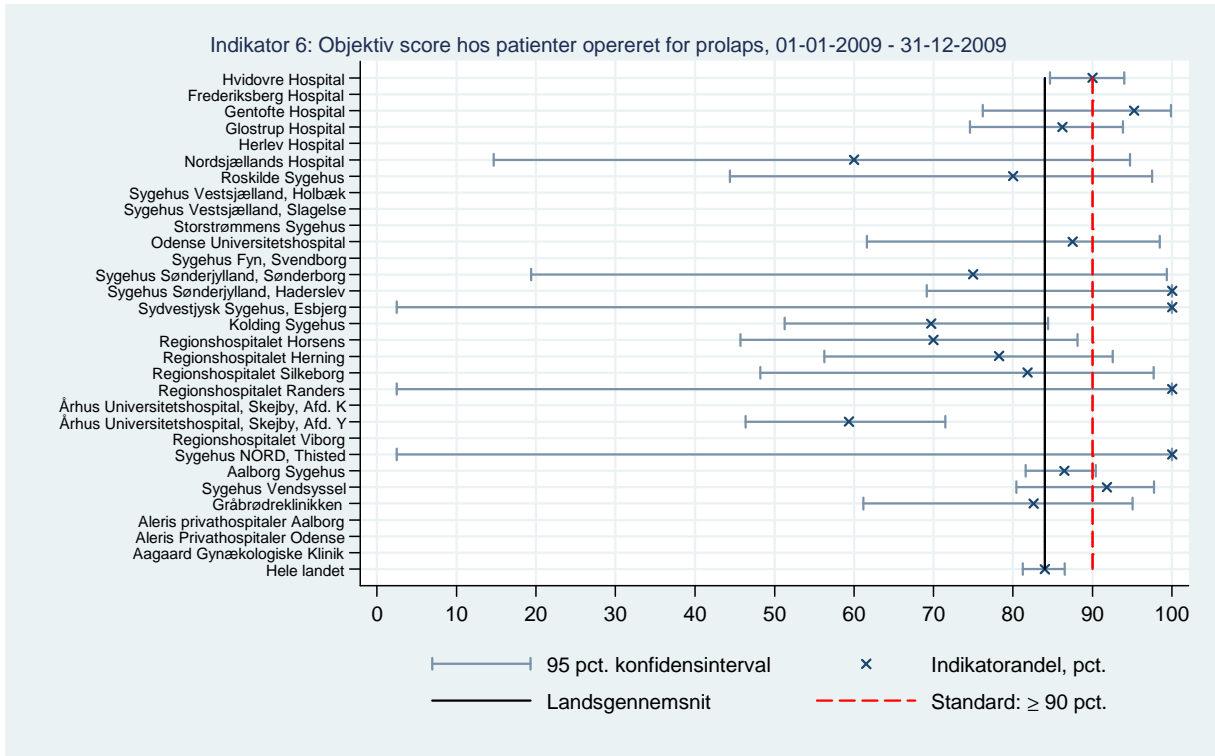
9.4. Indikator 6: Prolaps – Objektiv score hos patienter opereret for prolaps

Objektive mål for succes efter operation for prolaps vurderet ved prolapsgrad

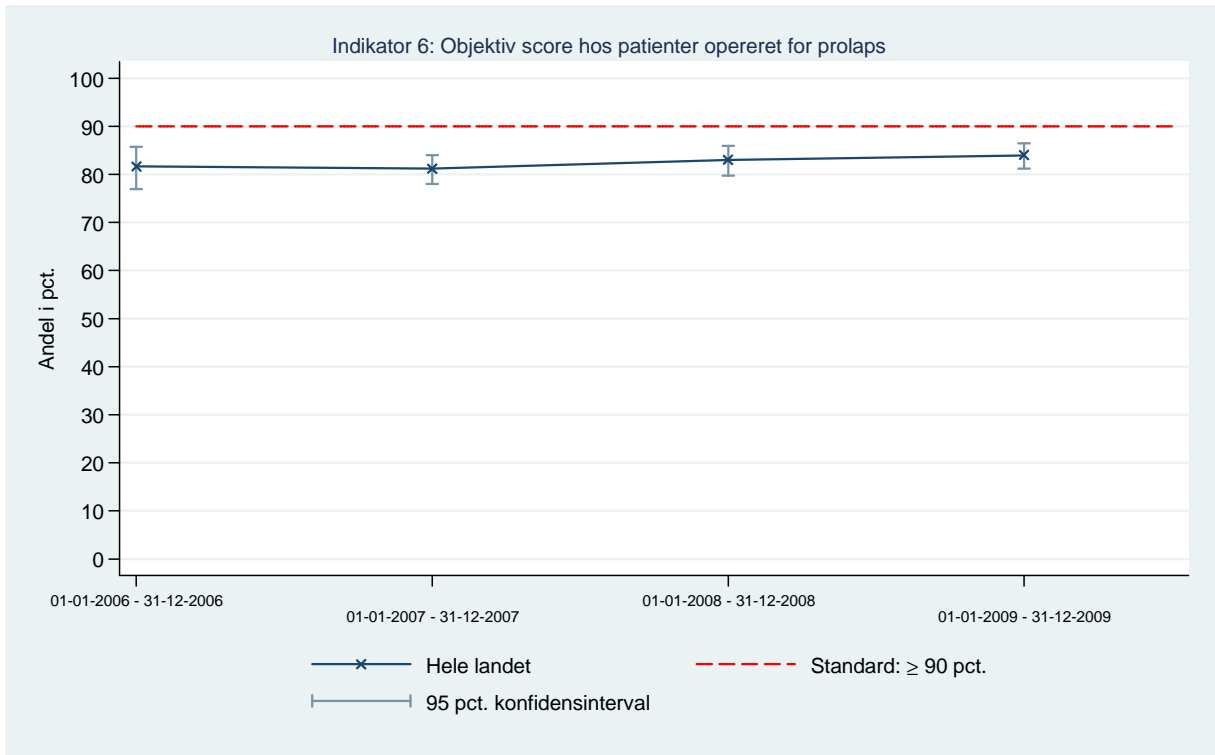
- **N:** Antal relevante operationer i perioden (prolaps-kirurgi)
- **Datagrundlag:** Patientforløb med registrering af relevant operationskode (prolaps-kirurgi), og hvor der er indleveret skema for lægens efterundersøgelse
- **Datakomplethed:** (Relevante patientforløb/Datagrundlag) × 100
- **Relevante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

Standard: ≥ 90%	N	Data- grundlag	Data- komplethed	Relevante patient- forløb	Opfylder indikator	Andel i pct. (95 pct. K.I.)	
						2009	2008
Hvidovre Hospital	273	191	94,2	180	162	90,0 (84,7-94,0)	90,6
Frederiksberg Hospital	2	.	.	.	.	.	.
Gentofte Hospital	60	22	95,5	21	20	95,2 (76,2-99,9)	100,0
Glostrup Hospital	303	81	71,6	58	50	86,2 (74,6-93,9)	87,9
Herlev Hospital	2	.	.	.	.	.	90,9
Nordsjællands Hospital	177	8	62,5	5	3	60,0 (14,7-94,7)	.
Roskilde Sygehus	253	17	58,8	10	8	80,0 (44,4-97,5)	55,6
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Vestsjælland, Slagelse	.	.	.	.	.	.	.
Storstrømmens Sygehus	.	.	.	.	.	.	.
Odense Universitetshospital	180	117	13,7	16	14	87,5 (61,7-98,4)	80,0
Sygehus Fyn, Svendborg	66	.	.	.	.	.	85,7
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	17	11	36,4	4	3	75,0 (19,4-99,4)	.
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	21	11	90,9	10	10	100,0 (69,2-100,0)	97,2
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	4	1	100,0	1	1	100,0 (2,5-100,0)	100,0
Kolding Sygehus	217	95	34,7	33	23	69,7 (51,3-84,4)	71,9
Regionshospitalet Horsens	124	22	90,9	20	14	70,0 (45,7-88,1)	80,0
Regionshospitalet Herning	141	25	92,0	23	18	78,3 (56,3-92,5)	72,4
Regionshospitalet Silkeborg	129	11	100,0	11	9	81,8 (48,2-97,7)	85,7
Regionshospitalet Randers	106	1	100,0	1	1	100,0 (2,5-100,0)	100,0
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K	.	.	.	.	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	370	70	91,4	64	38	59,4 (46,4-71,5)	61,5
Regionshospitalet Viborg	220	1	0,0	0	.	.	.
Sygehus NORD, Thisted	1	1	100,0	1	1	100,0 (2,5-100,0)	.
Aalborg Sygehus	332	306	82,0	251	217	86,5 (81,6-90,4)	76,2
Sygehus Vendsyssel	114	99	49,5	49	45	91,8 (80,4-97,7)	50,0
Gråbrødreklinikken, Odense	40	32	71,9	23	19	82,6 (61,2-95,0)	92,3
Aleris Privathospitaler Odense	25	.	.	.	.	.	.
Aagaard Gynækologiske Klinik	27	2	0,0	0	.	.	.
Hele landet	3.204	1.124	69,5	781	656	84,0 (81,2-86,5)	83,0

Figur 17. Indikator 6 fordelt på afdelinger, 2009



Figur 18. Indikator 6, hele landet, 2006-2009



Kommentarer til Indikator 6:

På landsplan har 84,0% af patienterne en samlet score (i forhold til hymenal plan) på ≤ 1 . 95% konfidensintervallet omfatter ikke standarden på 90%, hvorfor denne ikke er opfyldt. Figur 18 viser, at andelen har været stort set uændret i hele DugaBases levetid, herunder også fra 2008 til 2009 (odds ratio [95% konfidensinterval] for 2009 sammenlignet med 2008: 1,07 [0,80-1,44]).

Blandt afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder 11 standarden (Hvidovre, Gentofte, Glostrup, Roskilde, Odense, Haderslev, Herning, Silkeborg, Aalborg, Vendsyssel og Gråbrødreklinikken). I 2008 havde 4 af disse 11 afdelinger under 10 relevante patientforløb (Gentofte, Roskilde, Silkeborg og Vendsyssel), og blandt de øvrige 7 afdelinger opfyldte de 5 indikatoren (Hvidovre, Glostrup, Odense, Haderslev og Gråbrødreklinikken). Tre afdelinger med mindst ti relevante patientforløb opfylder ikke standarden (Kolding, Horsens og Skejby, Afd. Y), men 2 af disse (Kolding og Horsens) er tæt på at have 90% inkluderet i deres 95% konfidensintervaller. I 2008 opfyldte Horsens standarden, mens Kolding og Skejby Afd. Y ikke gjorde.

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

Vi konkluderer, at standarden på landsplan ikke er opfyldt. Andelen har ligget på 82-84% i hele DugaBases levetid.

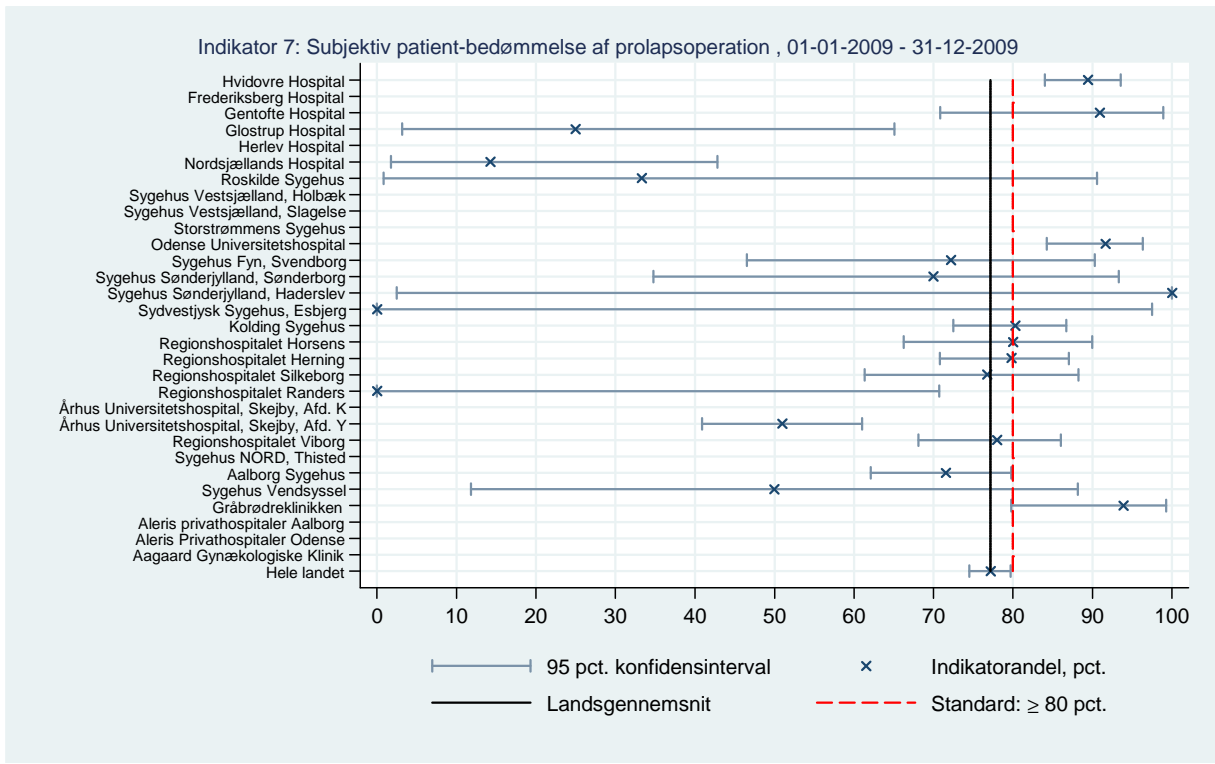
9.5. Indikator 7: Prolaps – Subjektiv patient-bedømmelse af operation

Patienttilfredshed efter operation for prolaps

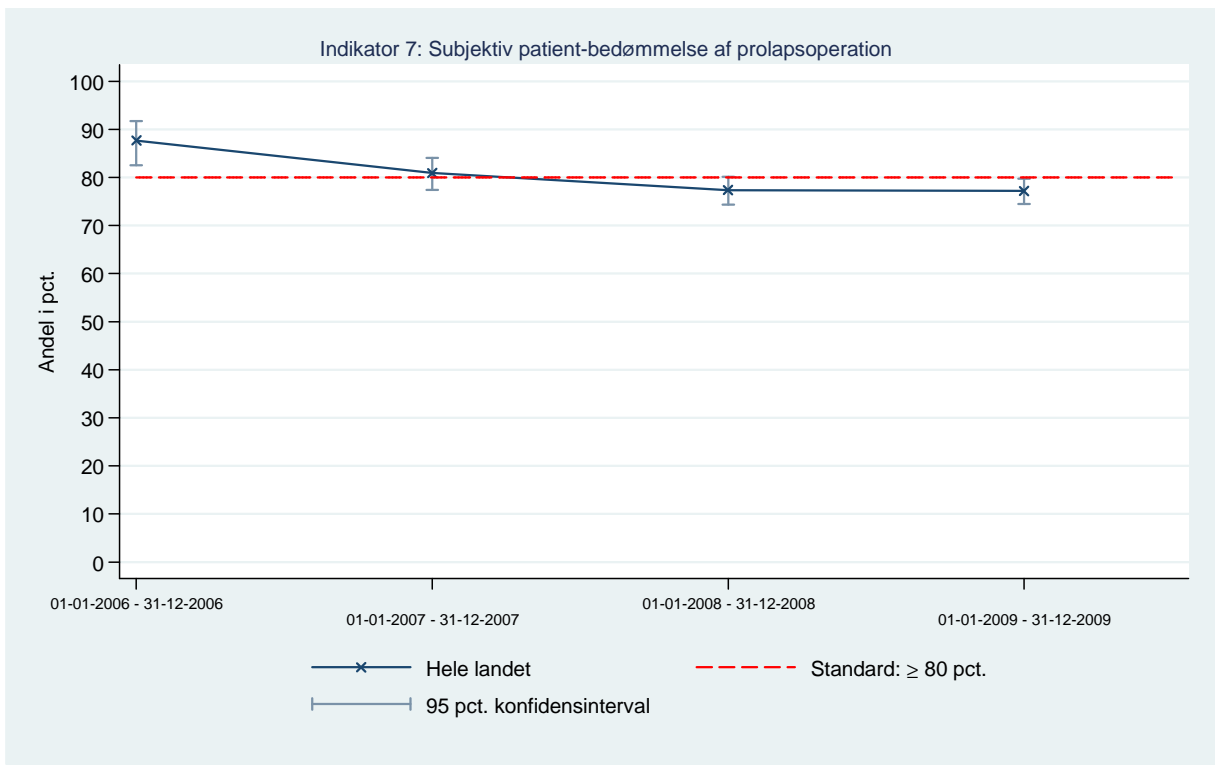
- **N:** Antal relevante operationer i perioden (prolaps-kirurgi)
- **Datagrundlag:** Patientforløb med registrering af relevant operationskode (prolapskirurgi), hvor der er indleveret skema for patientens efterundersøgelse
- **Datakomplethed:** (Relevante patientforløb/Datagrundlag) × 100
- **Relevante patientforløb (Nævner):** Antal patientforløb, der har fået foretaget prolapskirurgi 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)

Standard: ≥ 80%	N	Data- grundlag	Data- komplethed	Relevante patient- forløb	Opfylder indikator	Andel i pct. (95 pct. K.I.)	
						2009	2008
Hvidovre Hospital	273	194	92,8	180	161	89,4 (84,0-93,5)	82,6
Frederiksberg Hospital	2	.	.	.	.	.	.
Gentofte Hospital	60	22	100,0	22	20	90,9 (70,8-98,9)	100,0
Glostrup Hospital	303	118	6,8	8	2	25,0 (3,2-65,1)	48,4
Herlev Hospital	2	.	.	.	.	.	89,5
Nordsjællands Hospital	177	99	14,1	14	2	14,3 (1,8-42,8)	.
Roskilde Sygehus	253	15	20,0	3	1	33,3 (0,8-90,6)	28,6
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Vestsjælland, Slagelse	.	.	.	.	.	.	.
Storstrømmens Sygehus	.	.	.	.	.	.	.
Odense Universitetshospital	180	115	83,5	96	88	91,7 (84,2-96,3)	85,2
Sygehus Fyn, Svendborg	66	19	94,7	18	13	72,2 (46,5-90,3)	83,3
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	17	10	100,0	10	7	70,0 (34,8-93,3)	.
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	21	19	5,3	1	1	100,0 (2,5-100,0)	0,0
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	4	3	33,3	1	0	0,0 (0,0-97,5)	0,0
Kolding Sygehus	217	139	95,0	132	106	80,3 (72,5-86,7)	84,9
Regionshospitalet Horsens	124	95	52,6	50	40	80,0 (66,3-90,0)	56,8
Regionshospitalet Herning	141	119	87,4	104	83	79,8 (70,8-87,0)	86,1
Regionshospitalet Silkeborg	129	53	81,1	43	33	76,7 (61,4-88,2)	78,1
Regionshospitalet Randers	106	31	9,7	3	0	0,0 (0,0-70,8)	.
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K	.	.	.	.	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	370	203	50,2	102	52	51,0 (40,9-61,0)	45,3
Regionshospitalet Viborg	220	94	96,8	91	71	78,0 (68,1-86,0)	78,1
Sygehus NORD, Thisted	1	1	0,0	0	.	.	.
Aalborg Sygehus	332	302	36,1	109	78	71,6 (62,1-79,8)	74,5
Sygehus Vendsyssel	114	93	6,5	6	3	50,0 (11,8-88,2)	.
Gråbrødreklinikken, Odense	40	33	100,0	33	31	93,9 (79,8-99,3)	100,0
Aleris Privathospitaler Odense	25	.	.	.	.	.	.
Aagaard Gynækologiske Klinik	27	4	0,0	0	.	.	.
Hele landet	3.204	1.781	57,6	1.026	792	77,2 (74,5-79,7)	77,4

Figur 19. Indikator 7 fordelt på afdelinger, 2009



Figur 20. Indikator 7, hele landet, 2006-2009



Kommentarer til Indikator 7:

På landsplan har 77,2% ikke oplevet nedglidningssymptomer efter prolapsoperationen. Standarden på 80% er næsten opfyldt (øvre 95% konfidensinterval er 79,7%). Figur 20 viser, at andelen er faldet fra 2006 til 2008, hvorimod 2009 er uændret i forhold til 2008 (odds ratio [95% konfidensinterval] for 2009 sammenlignet med 2008: 0,99 [0,79-1,24]).

Blandt afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder 11 standarden (Hvidovre, Gentofte, Odense, Svendborg, Sønderborg, Kolding, Horsens, Herning, Silkeborg, Viborg og Gråbrødreklinikken). Blandt disse havde Gentofte og Sønderborg i 2008 færre end 10 relevante patientforløb, Horsens opfyldte ikke indikatoren, mens de resterende afdelinger gjorde. Nordsjælland, Skejby Afd. Y og Aalborg opfylder ikke indikatoren, herunder ligger de to førstnævnte afdelinger noget under standarden, mens Aalborg næsten opfylder de 80%. Skejby Afd. Y lå på et tilsvarende niveau i 2008.

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

Vi konkluderer, at standarden næsten er opfyldt på landsplan. Andelen er uændret i forhold til 2008.

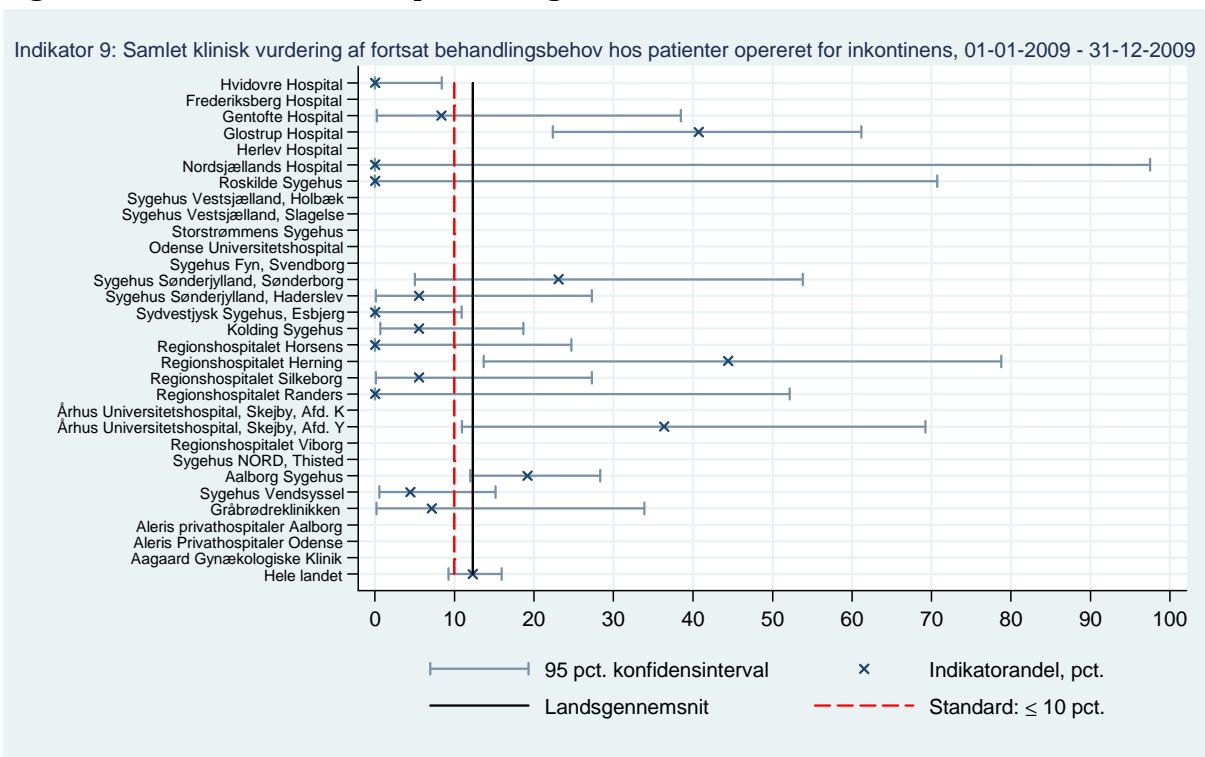
9.6. Indikator 9: Urininkontinens – Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for urininkontinens

Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for urininkontinens

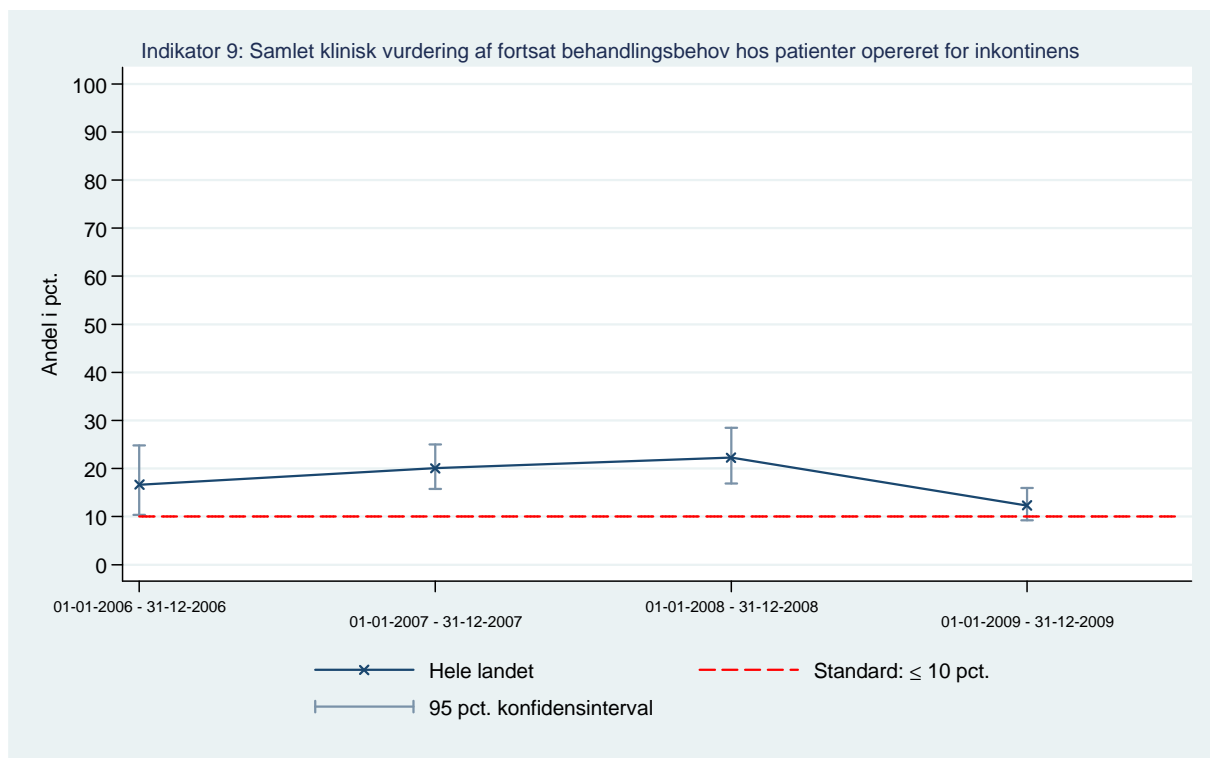
- **N:** Antal relevante operationer i perioden (urininkontinenskirurgi)
- **Datagrundlag:** Patientforløb med registrering af relevant operationskode (urininkontinenskirurgi), og hvor der er indleveret skema for lægens efterundersøgelse
- **Datakomplethed:** (Relevante patientforløb/Datagrundlag) × 100
- **Relevante patientforløb (Nævner):** Antal patientforløb, der har fået foretaget urininkontinenskirurgi 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)

Standard: ≤ 10%	N	Data- grundlag	Data- komplethed	Relevante patient- forløb	Opfylder indikator	Andel i pct. (95 pct. K.I.)	
						2009	2008
Hvidovre Hospital	56	46	91,3	42	0	0,0 (0,0-8,4)	13,3
Frederiksberg Hospital	.	.	.	.	.	.	.
Gentofte Hospital	42	13	92,3	12	1	8,3 (0,2-38,5)	.
Glostrup Hospital	220	46	58,7	27	11	40,7 (22,4-61,2)	42,5
Herlev Hospital	.	.	.	.	.	.	.
Nordsjællands Hospital	44	1	100,0	1	0	0,0 (0,0-97,5)	.
Roskilde Sygehus	63	3	100,0	3	0	0,0 (0,0-70,8)	0,0
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Vestsjælland, Slagelse	.	.	.	.	.	.	.
Storstrømmens Sygehus	.	.	.	.	.	.	.
Odense Universitetshospital	55	37	0,0	0	.	.	75,0
Sygehus Fyn, Svendborg	6	.	.	.	.	.	0,0
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	23	14	92,9	13	3	23,1 (5,0-53,8)	.
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	43	26	69,2	18	1	5,6 (0,1-27,3)	0,0
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	36	32	100,0	32	0	0,0 (0,0-10,9)	0,0
Kolding Sygehus	72	36	100,0	36	2	5,6 (0,7-18,7)	12,9
Regionshospitalet Horsens	19	14	92,9	13	0	0,0 (0,0-24,7)	0,0
Regionshospitalet Herning	28	10	90,0	9	4	44,4 (13,7-78,8)	17,6
Regionshospitalet Silkeborg	21	19	94,7	18	1	5,6 (0,1-27,3)	0,0
Regionshospitalet Randers	23	5	100,0	5	0	0,0 (0,0-52,2)	0,0
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K	1	.	.	.	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	106	13	84,6	11	4	36,4 (10,9-69,2)	66,7
Regionshospitalet Viborg	88	.	.	.	.	.	.
Sygehus NORD, Thisted	.	.	.	.	.	.	.
Aalborg Sygehus	122	109	90,8	99	19	19,2 (12,0-28,3)	33,3
Sygehus Vendsyssel	67	56	80,4	45	2	4,4 (0,5-15,1)	0,0
Gråbrødreklinikken, Odense	15	14	100,0	14	1	7,1 (0,2-33,9)	9,1
Aleris Privathospitaler Odense	9	1	0,0	0	.	.	.
Aagaard Gynækologiske Klinik	14	.	.	.	.	.	.
Hele landet	1.173	495	80,4	398	49	12,3 (9,2-15,9)	22,3

Figur 21. Indikator 9 fordelt på afdelinger, 2009



Figur 22. Indikator 9, hele landet, 2006-2009



Kommentarer til Indikator 9:

På landsplan er der et lille eller stort behandlingsbehov hos 12,3% af patienterne. Da konfidensintervallet omfatter standarden på 10% er denne opfyldt. Figur 22 viser, at andelen har været stigende indtil 2008, hvorefter den er faldet (odds ratio [95% konfidensinterval] for 2009 sammenlignet med 2008: 0,49 [0,31-0,78]), og standarden er for første gang siden DugaBases start opfyldt.

I 2008 var der 7 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb, mens der i 2009 er 13. Blandt disse opfylder 10 afdelinger standarden (Hvidovre, Gentofte, Sønderborg, Haderslev, Esbjerg, Kolding, Horsens, Silkeborg, Vendsyssel og Gråbrødreklinikken), mens 3 ikke gør (Glostrup, Skejby Afd. Y og Aalborg). I 2008 opfyldte Glostrup og Aalborg heller ikke standarden, mens Skejby Afd. Y kun havde 6 relevante patientforløb.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan, hvilket er første gang siden DugaBases start.

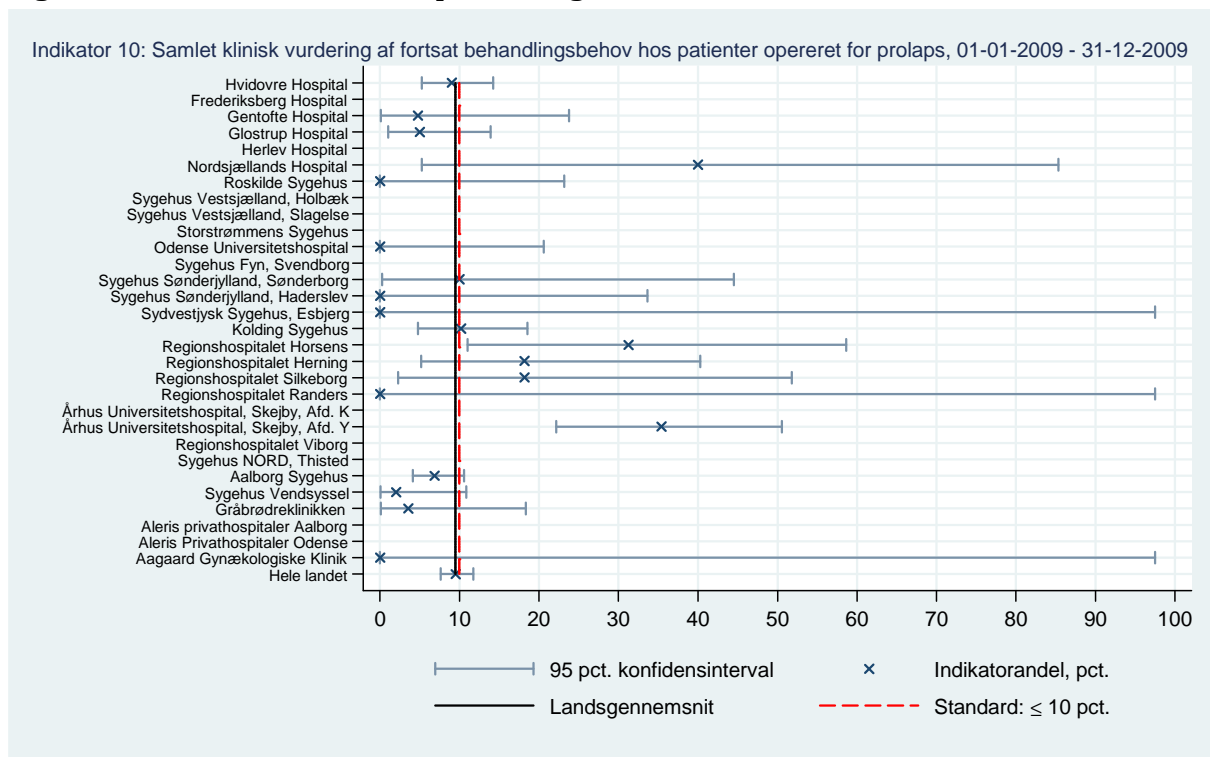
9.7. Indikator 10: Prolaps – Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps

Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps

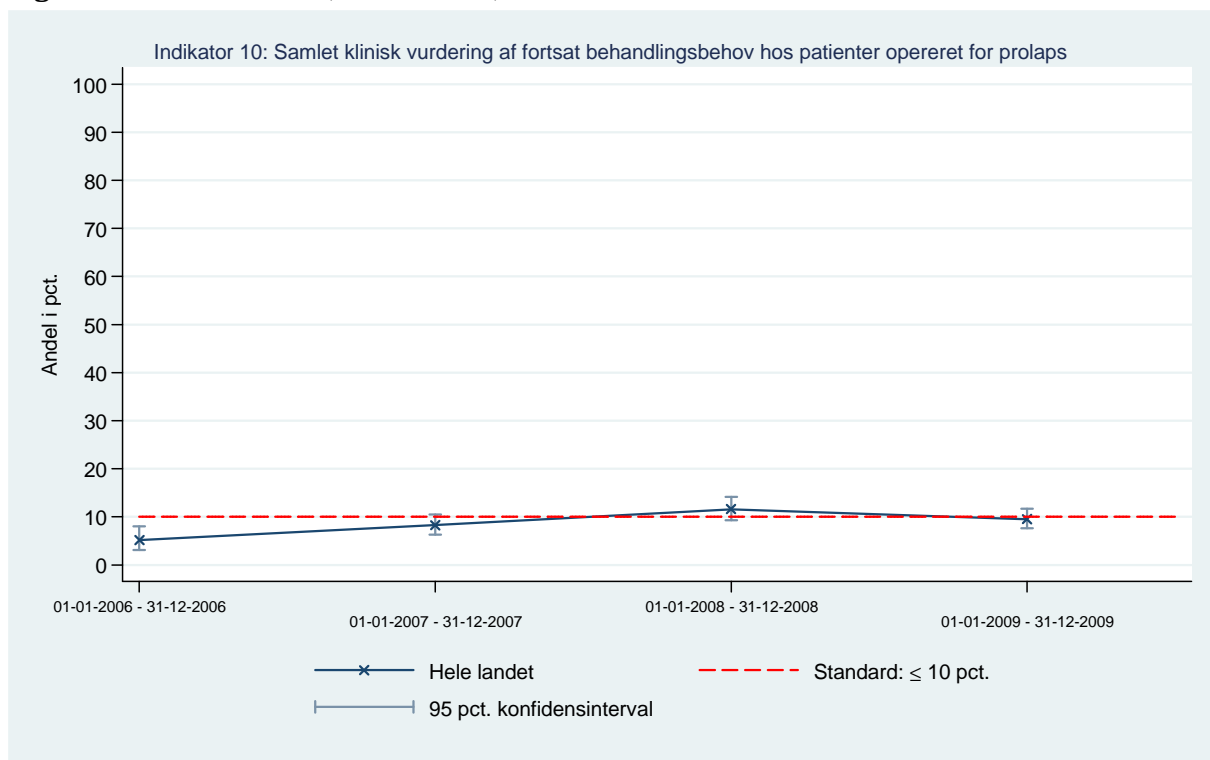
- **N:** Antal relevante operationer i perioden (prolaps-kirurgi)
- **Datagrundlag:** Patientforløb med registrering af relevant operationskode (prolapskirurgi), og hvor der er indleveret skema for lægens efterundersøgelse
- **Datakomplethed:** (Relevante patientforløb/Datagrundlag) × 100
- **Relevante patientforløb (Nævner):** Antal patientforløb, der har fået foretaget prolapskirurgi i opgørelsesperioden, og hvor der er en registrering i variabelen *Behandlingsbehov (klinisk konklusion) svarende til nedsyning*
- **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)

Standard: ≤ 10%	N	Data- grundlag	Data- komplethed	Relevante patient- forløb	Opfylder indikator	Andel i pct. (95 pct. K.I.)	
						2009	2008
Hvidovre Hospital	273	191	92,7	177	16	9,0 (5,3-14,3)	11,1
Frederiksberg Hospital	2	.	.	.	.	.	.
Gentofte Hospital	60	22	95,5	21	1	4,8 (0,1-23,8)	0,0
Glostrup Hospital	303	81	74,1	60	3	5,0 (1,0-13,9)	9,2
Herlev Hospital	2	.	.	.	.	.	9,5
Nordsjællands Hospital	177	8	62,5	5	2	40,0 (5,3-85,3)	.
Roskilde Sygehus	253	17	82,4	14	0	0,0 (0,0-23,2)	10,0
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	.	.	.	.	.	.	.
Sygehus Vestsjælland, Slagelse	.	.	.	.	.	.	.
Storstrømmens Sygehus	.	.	.	.	.	.	.
Odense Universitetshospital	180	117	13,7	16	0	0,0 (0,0-20,6)	7,3
Sygehus Fyn, Svendborg	66	.	.	.	.	.	0,0
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	17	11	90,9	10	1	10,0 (0,3-44,5)	.
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	21	11	81,8	9	0	0,0 (0,0-33,6)	0,0
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	4	1	100,0	1	0	0,0 (0,0-97,5)	0,0
Kolding Sygehus	217	95	92,6	88	9	10,2 (4,8-18,5)	14,1
Regionshospitalet Horsens	124	22	72,7	16	5	31,3 (11,0-58,7)	27,8
Regionshospitalet Herning	141	25	88,0	22	4	18,2 (5,2-40,3)	18,5
Regionshospitalet Silkeborg	129	11	100,0	11	2	18,2 (2,3-51,8)	0,0
Regionshospitalet Randers	106	1	100,0	1	0	0,0 (0,0-97,5)	0,0
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K	.	.	.	.	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	370	70	68,6	48	17	35,4 (22,2-50,5)	34,2
Regionshospitalet Viborg	220	1	0,0	0	.	.	.
Sygehus NORD, Thisted	1	1	0,0	0	.	.	.
Aalborg Sygehus	332	306	85,9	263	18	6,8 (4,1-10,6)	8,7
Sygehus Vendsyssel	114	99	49,5	49	0	2,0 (0,1-10,9)	0,0
Gråbrødreklinikken, Odense	40	32	87,5	28	1	3,6 (0,1-18,3)	0,0
Aleris Privathospitaler Odense	25	.	.	.	.	.	.
Aagaard Gynækologiske Klinik	27	2	50,0	1	0	0,0 (0,0-97,5)	.
Hele landet	3.204	1.124	74,7	840	80	9,5 (7,6-11,7)	11,6

Figur 23. Indikator 10 fordelt på afdelinger, 2009



Figur 24. Indikator 10, hele landet, 2006-2009



Kommentarer til Indikator 10:

På landsplan er der et lille eller stort behandlingsbehov hos 9,5% af patienterne, hvilket opfylder standarden på $\leq 10\%$. Figur 24 viser lille forskel mellem årene (odds ratio [95% konfidensinterval] for 2009 sammenlignet med 2008: 0,80 [0,57-1,13]), og standarden har været opfyldt hvert år.

Blandt 14 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 12 standarden (Hvidovre, Gentofte, Glostrup, Roskilde, Odense, Sønderborg, Kolding, Herning, Silkeborg, Aalborg, Vendsyssel og Gråbrødreklinikken), mens Horsens og Skejby Afd. Y ikke gør. I 2008 var der 11 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb, hvoraf de 10 (inkl. Horsens) opfyldte indikatoren, mens Skejby Afd. Y ikke gjorde.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan samt for de fleste afdelinger.

9.8. Indikatoroversigt

Tabel 11. Opfyldelse af indikatorstandarder, fordelt på afdelinger/sygehuse, 2009

Afdeling/Sygehus	Indikator # (er standard for indikator opfyldt?) ^a						
	1	3	4	6	7	9	10
Hvidovre Hospital	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Frederiksberg Hospital	-	-	-	-	-	-	-
Gentofte Hospital	Nej	Ja	-	Ja	Ja	Ja	Ja
Glostrup Hospital	Nej	Nej	-	Ja	-	Nej	Ja
Herlev Hospital	-	-	-	-	-	-	-
Nordsjællands Hospital	Nej	Ja	-	-	Nej	-	-
Roskilde Sygehus	Nej	-	-	Ja	-	-	Ja
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	-	-	-	-	-	-	-
Sygehus Vestsjælland, Slagelse	-	-	-	-	-	-	-
Storstrømmens Sygehus	-	-	-	-	-	-	-
Odense Universitetshospital	Nej	Ja	-	Ja	Ja	-	Ja
Sygehus Fyn, Svendborg	Nej	-	-	-	Ja	-	-
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Nej	-	-	-	Ja	Ja	Ja
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	Nej	-	-	Ja	-	Ja	-
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Nej	Ja	Ja	-	-	Ja	-
Kolding Sygehus	Nej	Ja	-	Nej	Ja	Ja	Ja
Regionshospitalet Horsens	Nej	Ja	-	Nej	Ja	Ja	Nej
Regionshospitalet Herning	Nej	Ja	-	Ja	Ja	-	Ja
Regionshospitalet Silkeborg	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Regionshospitalet Randers	Nej	-	-	-	-	-	-
Århus Universitetshospital, Skejby, Urinvejskirurgisk afdeling K	-	-	-	-	-	-	-
Århus Universitetshospital, Skejby, Gynækol./obstetrisk afd. Y	Nej	Ja	-	Nej	Nej	Nej	Nej
Regionshospitalet Viborg	-	Ja	-	-	Ja	-	-
Sygehus NORD, Thisted	-	-	-	-	-	-	-
Aalborg Sygehus	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej	Ja
Sygehus Vendsyssel	Nej	-	Ja	Ja	-	Ja	Ja
Gråbrødreklinikken, Odense	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Aleris Privathospitaler Odense	-	-	-	-	-	-	-
Aagaard Gynækologiske Klinik	Ja	-	-	-	-	-	-
Hele landet	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja

a. Standard er opfyldt (Ja), hvis standarden bliver "fanget" af konfidensintervallet. Indikatorer baseret på færre end 10 observationer (i nævner) er markeret med en streg (-).

Kommentarer til Tabel 11:

Tabellen opsummerer resultater for alle indikatorer, fordelt på afdelinger. Der henvises til de enkelte indikatorer for en mere detaljeret gennemgang.

10. Konklusioner og anbefalinger

10.1. Databasekomplethed

I 2009 ses en landsdækkende databasekomplethed på 63,1%, hvilket er en forbedring i forhold til Årsrapport 2008, hvor denne var 51,7%. Den landsdækkende databasekomplethed repræsenterer både afdelinger med en meget høj databasekomplethed (>90%) og afdelinger, som i lav eller ingen grad har registreret i DugaBase. Men også afdelingsvis ses en forbedring i forhold til Årsrapport 2008, idet nogle afdelinger begyndte at registrere i 2009.

En del afdelinger (Hvidovre, Gentofte, Glostrup, Roskilde, Odense, Haderslev, Kolding, Horsens/Brædstrup, Herning, Silkeborg, Skejby Afd. Y, Viborg, Aalborg, Vendsyssel, Gråbrødreklinikken, Aleris/Odense og Aagaard) har indenfor urininkontinens- og/eller prolapsoperationer en databasekomplethed over eller tæt på 90%. Disse afdelingers store geografiske spredning indikerer, at deres indrapporteringer tilnærmelsesvis er repræsentative for hele landet.

De afdelinger, som begyndte at registrere i DugaBase i 2009, vil forhåbentlig i fremtiden øge deres databasekomplethed. Såfremt indrapporteringer derudover vil komme fra de få offentlige sygehusafdelinger og de mange privathospitaler, som endnu ikke har registreret i DugaBase, opnås en høj landsdækkende databasekomplethed.

10.2. Indikatorers datakomplethed

Kun indikator 9 opfylder kravet om 80% datakomplethed. Datakompletheden er 48,5% for indikator 4, 61,3% for indikator 3, 57,6% for indikator 7, og 69,5-80,4% for de øvrige indikatorer. I 2008 var datakompletheden 79,2% (95% konfidensinterval: 76,3-81,8%) for indikator 10, mens den ikke var opfyldt for de øvrige indikatorer for hvilke datakompletheden i øvrigt ikke afveg fra 2009 (data ikke vist).

10.3. Opfyldte og ikke-opfyldte standarder

På landsplan opfylder indikator 9 (Klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for urininkontinens) og 10 (Klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps) den fastlagte standard. Standarden er på landsplan næsten opfyldt for de øvrige indikatorer, bortset fra indikator 1 (Ventetid 30 dage), som med 22,6% ligger langt under standarden på $\geq 90\%$. For alle indikatorer, undtagen indikator 1 og 9, er der ingen signifikante forskelle når andele sammenlignes mellem 2008 og 2009. For indikator 1 og 9 er andelen signifikant lavere end i 2008, hvilket er en forværring for førstnævnte, men en forbedring for sidstnævnte.

10.4. Anbefalinger

Generelt er der fortsat et stort potentiale for forbedring svarende til indikatorresultater, både i relation til databasekomplethed 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.

10.5. Kompetencecenterets påtegning

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

Indikatorsættet er analyseret ved Kompetencecenter Syd for Landsdækkende Kliniske Databaser 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.

For hele landet opfylder kun 2 indikatorer standarden for god kvalitet mens 4 indikatorer næsten opfylder den. Der er således fortsat et stort potentiale for monitorering og kvalitetsløft inden for sygdomsområdet.

Analyserne er primært deskriptive, idet talmaterialet ofte er for lille til valid statistisk dokumentation. Dette skyldes primært lav databasekomplethed, lav datakomplethed og langvarige forløb (så efterkontrol ikke registreres i 2009). Disse forholds store variationer mellem afdelingerne vanskeliggør yderligere valide sammenligninger mellem disse.

DugaBase data er ligesom i Årsrapport 2008 sammenlignet med LPR data for alle urininkontinens- og prolapsoperationer, hvilket indikerer databasekompletheden. 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 både database- og datakompletheden.

10.6. Formandskabets påtegning

Styregruppen har i 2009 arbejdet på at optimere interessen for indberetning til DugaBase. Dette er i lykkedes i et vist omfang, idet de fleste større afdelinger nu har en datakomplethed på 70-100%. Flere afdelinger har imidlertid fortsat ikke indberettet til DugaBase, selvom de skriftligt overfor styregruppen har tilkendegivet, at de ville påbegynde registrering i 2009. Disse skriftlige tilkendegivelser er tidligere fremsendt til Danske Regioner.

På denne baggrund har styregruppen valgt at skrive til sygehusejerne, Danske Regioner, for at meddele dem dette problem og sikre indberetning, idet Sundhedsstyrelsen i sin fornyede godkendelsesskrivelse for DugaBase af 2/12-2009 opfordrer til dette.

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 i 2009 arbejdet på at udarbejde et forslag til en fælles, national strategi for efterundersøgelse af urininkontinens- og prolapspatienter mhp. at øge motivationen til at registrere efterundersøgelser. På denne baggrund har styregruppen nu udarbejdet nye, justerede indikatorer, som vil indgå i beregninger og indberetninger for 2010.

Desuden er alle registrerings- og spørgeskemaer justeret og opdateret, mht. både indhold og layout. De nye versioner forventes taget i brug i løbet af 2010.

Formandskabet for DugaBase har desuden haft møde med Lægemiddelstyrelsen, vedr. registrering af komplikationer i forbindelse med brug af implantater. Lægemiddelstyrelsen har i den forbindelse rettet forespørgsel om muligheden for fremover at modtage oplysninger fra DugaBase vedr. komplikationer i relation til ovenstående. Styregruppen stiller sig meget positivt over for, at databasens registreringer fremover også kan udnyttes af offentlige myndigheder til overvågning af kvalitet og komplikationer.

Endelig har der vist sig interesse for at benytte DugaBase-data til forskningsmæssige formål. Styregruppen har modtaget to ansøgninger om adgang til at benytte data, og styregruppen finder det principielt positivt, at data anvendes til kvalitetssikring og forskning. Styregruppen har i de to tilfælde tilkendegivet, at data kan anvendes, idet udlevering af data naturligvis forudsætter relevante tilladelser fra andre myndigheder, herunder Datatilsynet.