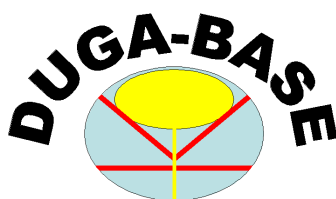


Årsrapport nr. 5 for DugaBase

Dansk Urogynækologisk Database

1. januar - 31. december 2010



Dansk Urogynækologisk Database

Udgivet: juni 2011

Udgivet af:

Dansk Urogynækologisk Database

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

og

Projektleder, overlæge, adj. lektor, 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, projektsygeplejerske 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.	Lægmandsresumé.....	6
1.1.	Baggrund	6
1.2.	DugaBase	6
1.3.	Hvor mange forløb indberettes?.....	6
1.4.	Kvalitet i behandlingen.....	7
1.5.	Fremtiden.....	7
2.	Forord	9
3.	Baggrund for DugaBase.....	11
3.1.	Organisation.....	11
3.2.	Styregruppe.....	11
3.3.	Formål.....	12
4.	Årsrapportens tilblivelse.....	12
4.1.	Analyser og epidemiologi.....	12
4.2.	Sammenligning med sidste årsrapport.....	12
5.	Dataindsamling	13
5.1.	Datagrundlag.....	13
5.2.	Indberetning.....	13
5.3.	Databasekomplethed.....	14
5.4.	Datakomplethed for udvalgte variable	23
6.	Indikatordefinitioner	25
6.1.	Officielle indikatorer.....	25
6.2.	Fremtidige ændringer til indikatorer	29
7.	Deskriptiv statistik	32
8.	Afrapportering af indikatorer	55
8.1.	Indikator 1: Ventetid 30 dage	56
8.2.	Indikator 3: Urininkontinens – Subjektiv patientbedømmelse af succes	59
8.3.	Indikator 4: Urininkontinens – Obstruktion efter kirurgisk behandling.....	63
8.4.	Indikator 6: Prolaps – Objektiv score hos patienter opereret for prolaps.....	66
8.5.	Indikator 7: Prolaps – Subjektiv patient-bedømmelse af operation.....	70
8.6.	Indikator 9: Urininkontinens – Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for urininkontinens.....	74
8.7.	Indikator 10: Prolaps – Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps.....	77
8.8.	Indikatoroversigt	80
9.	Konklusioner og anbefalinger	83
9.1.	Databasekomplethed.....	83
9.2.	Indikatorers datakomplethed.....	83
9.3.	Opfyldte og ikke-opfyldte standarder	84
9.4.	Anbefalinger	84

9.5.	Kompetencecenterets påtegning	84
9.6.	Formandskabets påtegning	85
10.	Ordlister	87

Tabeloversigt

Tabel 1.	Indikatoroversigt, landsresultater 2010	7
Tabel 2.	Databasekomplethed i DugaBase ved sammenkørsel med LPR, urininkontinensoperationer, 01-01-2010 – 31-12-2010	15
Tabel 3.	Databasekomplethed i DugaBase ved sammenkørsel med LPR, prolapsoperationer, 01-01-2010 – 31-12-2010	19
Tabel 4.	Datakomplethed for nøglevariable, patienter med operationsdato i 2009 (N = 4.556) og 2010 (N = 5.686)	23
Tabel 5.	Antal indberettede patientforløb for databasen i 2010, sammenlignet med 2009 (både opererede og ikke-opererede patienter)	32
Tabel 6.	Fordeling på opfølgningstyper for patientforløb med operation i 2006-2009	34
Tabel 7.	Fordeling og alder hos patienter med henvisningsdato i 2006-2010 (både opererede og ikke-opererede patienter), hvor der samtidig er udfyldt patientskema før behandling	38
Tabel 8.	Antal operative indgreb fordelt på indgrebstyper, for patienter med operationsdato i 2010 (N = 7.892)	42
Tabel 9.	Antal patientforløb med operationsdato i 2009-2010, fordelt på indgrebstyper	44
Tabel 10.	Korttidskomplikationer efter operation, patientforløb med operation i 2010	45
Tabel 11.	Korttidskomplikationer efter operation, opdelt efter operationsår	46
Tabel 12.	Urininkontinens/residualurin for patientforløb med operation for urininkontinens i 2006-2010, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse	49
Tabel 13.	Indikatoroversigt, landsresultater 2010	55
Tabel 14.	Opfyldelse af indikatorstandarder, fordelt på afdelinger/sygehuse, 2010	80

Figuroversigt

Figur 1.	Skematisk fremstilling af indrapportering af et DugaBase-forløb	13
Figur 2.	Fordeling af opfølgningstid, patientens efterkontrol, operation i 2006- 2009	36
Figur 3.	Fordeling af opfølgningstid, lægens efterundersøgelse, operation i 2006-2009	36
Figur 4.	Aldersfordeling ved henvisning hos patienter med henvisningsdato i 2010 (både opererede og ikke-opererede patienter), hvor der samtidig er udfyldt patientskema før behandling	39
Figur 5.	Klinisk samlet vurdering af behandlingsbehov hos patienter, der er opereret for prolaps 2008-2010, og hvor der er udfyldt lægeskema før behandling	40
Figur 6.	Klinisk samlet vurdering af behandlingsbehov hos patienter, der er opereret for urininkontinens 2008-2010, og hvor der er udfyldt lægeskema før behandling	41
Figur 7.	Prolapsgrad efter operation – for patienter med operation for prolaps, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse, 2008-2010	47
Figur 8.	Prolapsgrad efter operation (uden kategorien 'Manglende oplysninger') – for patienter med operation for prolaps, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse, 2008-2010	47
Figur 9.	Fordeling af blevægtmålinger for patientforløb med operation for urininkontinens i 2006-2010, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse	50

Figur 10. Fordeling af residualurin målinger for patientforløb med operation for urininkontinens i 2006-2010, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse	51
Figur 11. Urininkontinens: VAS-score før og efter operation (mindre er bedre).....	52
Figur 12. Prolaps: VAS-score før og efter operation (mindre er bedre).....	53
Figur 13. Indikator 1 fordelt på afdelinger, 2010	57
Figur 14. Indikator 1, hele landet, 2006-2010	57
Figur 15. Indikator 3 fordelt på afdelinger, 2010	60
Figur 16. Indikator 3, hele landet, 2006-2010	60
Figur 17. Datakomplethed (x-aksen) og andel for indikator 3 (y-aksen) for afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb, med tendenslinjer, for operationsårene 2007, 2008, 2009 og 2010	61
Figur 18. Indikator 4 fordelt på afdelinger, 2010	64
Figur 19. Indikator 4, hele landet, 2006-2010	64
Figur 20. Indikator 6 fordelt på afdelinger, 2010	67
Figur 21. Indikator 6, hele landet, 2006-2010	67
Figur 22. Datakomplethed (x-aksen) og andel for indikator 6 (y-aksen) for afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb, med tendenslinjer, for operationsår 2007, 2008, 2009 og 2010	68
Figur 23. Indikator 7 fordelt på afdelinger, 2010	71
Figur 24. Indikator 7, hele landet, 2006-2010	71
Figur 25. Datakomplethed (x-aksen) og andel for indikator 7 (y-aksen) for afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb, med tendenslinjer, for operationsårene 2007, 2008, 2009 og 2010	72
Figur 26. Indikator 9 fordelt på afdelinger, 2010	75
Figur 27. Indikator 9, hele landet, 2006-2010	75
Figur 28. Indikator 10 fordelt på afdelinger, 2010.....	78
Figur 29. Indikator 10, hele landet, 2006-2010.....	78
Figur 30. Potentiel datakomplethed for alle patientforløb med operation i 2010, per indikator	81

1. Lægmandsresumé

1.1. Baggrund

Urogynækologi omfatter udredning og behandling af sygdomme vedrørende funktion af bækkenbund, skede, blære, urinrør og endetarm. Det drejer sig om tilstande, der påvirker kvinders livskvalitet. Lidelserne er ikke livstruende, men betyder invaliderende forringelser af patienternes livskvalitet pga. social isolation, indskrænket aktivitetsniveau og forringet sexliv.

Hyppigheden af urogynækologiske lidelser stiger pga. det øgede antal ældre. Urininkontinens optræder med en hyppighed af 25-45% og nedsynkning hos 7-25% af befolkningen. Hver 9. kvinde kan forvente at blive opereret for urininkontinens eller nedsynkning i løbet af sit liv.

1.2. DugaBase

Dansk Urogynækologisk Database (DugaBase) blev oprettet i 2006. Formålet er at beskrive omfanget og kvaliteten af operationer inden for urogynækologien. Alle operationer skal således indberettes til databasen. Til hver operation knytter sig oplysninger fra både patient og læge før og efter operationen. Et samlet forløb består af oplysninger om alle dele af forløbet. DugaBase er godkendt af Sundhedsstyrelsen som landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase. DugaBase administreres af en styregruppe med repræsentanter fra alle regioner og finansieres af Danske Regioner.

1.3. Hvor mange forløb indberettes?

Det forventes, at mindst 90% af alle operationer indberettes til DugaBase (databasekompletheden). I 2009 blev 62,8% af alle operationer indrapporteret, men i 2010 er tallet nu steget til 87,3%. Tallet dækker imidlertid over store forskelle mellem offentlige og private sygehuse og klinikker. For offentlige sygehuse er databasekompletheden steget markant på baggrund af en ihærdig og målrettet indsats på næsten alle afdelinger. For både inkontinens og nedsynkning er databasekompletheden 93% på de offentlige sygehuse. Databasekompletheden for private sygehuse/klinikker er derimod blot 23% for inkontinens og 22% for prolaps. Der ligger en stor udfordring for styregruppen i at få de private aktører til også at indrapportere (se også afsnit 5.3).

For de enkelte forløb kan der stadig mangle oplysninger om bestemte dele (datakomplethed). For de oplysninger der bruges til at måle kvaliteten, er den gennemsnitlige datakomplethed 67,3%. Der er således stadig et stykke vej til de 80%, som er sat som forventning (se også afsnit 5.4.).

1.4. Kvalitet i behandlingen

Til vurdering af kvaliteten af behandlingen har styregruppen for DugaBase udvalgt i alt 7 mål for kvalitet (indikatorer). Indikatorerne fremgår af Tabel 1. For indikator 3, 7 og 10 er kvalitetskravet opfyldt. For 3 af de øvrige 4 er kvalitetskravet ikke helt opfyldt men dog inden for rækkevidde. For en enkelt (indikator 1: ventetid) er der lang vej endnu.

Tabel 1. Indikatoroversigt, landsresultater 2010

Indikator	Tæller /Nævner	Andel i pct. 95% K.I.	Standard i pct	Opfyldt
Indikator 1: Ventetid (30 dage)	1.205/4.108	29,3 (27,9-30,8)	≥ 90	Nej
Indikator 3: Subjektiv patient bedømmelse af succes	478/681	70,2 (66,6-73,6)	≥ 70	Ja
Indikator 4: Obstruktion efter kirurgisk behandling	272/341	79,8 (75,1-83,9)	≥ 90	Nej
Indikator 6: Objektiv score hos patienter opereret for prolaps	1.076/1.288	83,5 (81,4-85,5)	≥ 90	Nej
Indikator 7: Subjektiv patient-bedømmelse af prolapsoperation	1.371/1.701	80,6 (78,6-82,5)	≥ 80	Ja
Indikator 9: Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for inkontinens	116/789	14,7 (12,3-17,4)	≤ 10	Nej
Indikator 10: Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps	126/1.779	7,1 (5,9-8,4)	≤ 10	Ja

Anm.: Standard er opfyldt (Ja), hvis standarden bliver "fanget" af konfidensinterval (95% K.I.). Tabellen er en gengivelse af Tabel 13 i afsnit 8. Se dette afsnit for en mere detaljeret præsentation af indikatorresultaterne.

1.5. Fremtiden

Med henblik på fremadrettet at fastholde datakompletheden har styregruppen diskuteret følgende:

1. Der er foretaget et større revisionsarbejde med de skemaer der anvendes til registrering af oplysninger fra både patient og læge. Revisionen har været efterspurgt ikke blot af styregruppens medlemmer men også af mange af de deltagende afdelinger. De nye registreringsskemaer forventes taget i brug sidst i 2011.
2. Regionernes it-udviklingspulje har bevilget 340.000 kr. til DugaBase til opgradering af inddateringsplatformen. Opgraderingen forventes at højne datakvaliteten, og samtidig forventes det, at indberetningen gøres mere brugervenlig.
3. Endelig vil styregruppen via kvartalsrapporter følge datakompletheden på de enkelte afdelinger. Hvis det kan konstateres, at en afdeling ikke registrerer på et tilstrækkeligt niveau, er det planen, at den regionsansvarlige i styregruppen tager kontakt til de relevante læger på den relevante afdeling. Hvis dette ikke er tilstrækkeligt vil styregruppen kontakte afdelings- og sygehusledelsen på det pågældende sygehus, og såfremt også denne henvendelse er uden effekt, vil styregruppen kontakte regionen med oplysning om den manglende indberetning.

Endelig bliver DugaBase nu også anvendt til forskningsmæssige formål. Bl.a. er der ved OUH iværksat et egentligt valideringsstudie af datakvaliteten i DugaBase, ligesom data konkret anvendes til at belyse kvaliteten af behandlingen.

2. Forord

Hermed foreligger den femte årsrapport fra den landsdækkende kliniske kvalitetsdatabase DugaBase, som gik i drift den 6. april 2006.

Urogynækologi omfatter udredning og behandling af sygdomme vedrørende funktion af bækkenbund, skede (genital prolaps/"nedsynkning"), blære, urinrør (urininkontinens) og endetarm (afføringsinkontinens). Det drejer sig om tilstande, der påvirker kvinders livskvalitet¹. Området ekspanderer hurtigt pga. den ændrede alderssammensætning i befolkningen.

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.

Urogynækologiske lidelser er hyppige og prævalenserne stigende pga. det øgede antal ældre. Urininkontinens optræder med en hyppighed af 25-45%, genital prolaps 7-25% og anal inkontinens 11-15% (Incontinence 2005, 3. International Consultation on Incontinence). Livstidsrisikoen for at skulle have udført kirurgisk behandling af urininkontinens og/eller genital prolaps udgør 11% baseret på amerikanske undersøgelser.

Der findes få beregninger over ressourceforbruget til diagnosticering og behandling af patienter indenfor databasens område, men pga. det stigende patientantal er de økonomiske konsekvenser af terapivalg store. Behandling og diagnostik af patienter med urininkontinens er omkostningstungt for samfundet. I Sverige har man beregnet udgifterne til at udgøre ca. 2% af det samlede sundhedsbudget. I Danmark blev de sygehusrelaterede udgifter til behandling af urininkontinens i 2001 estimeret til ca. 100 mio. 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.

¹ http://www.dadlnet.dk/master/kunder/dokument/m742/u723/urogynaekologi_2008.pdf (accessed 21. juni 2011)

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 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) og International Urogynecological Association (IUGA) har været meget aktive indenfor standardisering af udredning og behandling af såvel urininkontinens som genital prolaps. Desuden har International Consultation on Incontinence (ICI) udført et stort arbejde med at udvikle validerede spørgeskemaer vedrørende den patient-rapporterede score².

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 implementeret ICI'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.

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 webbaseret 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.

² <http://iciq.net/> (accessed 27. juni 2011)

3. Baggrund for DugaBase

3.1. Organisation

DugaBase blev initieret af den daværende arbejdsgruppe under DSOG: Dansk Urogynækologisk Arbejdsgruppe (DUGA). Arbejdsgruppen bestod af gynækologer fra universitets-hospitaler 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 ned-sat af DUGS. Styregruppens lægelige repræsentation består overvejende af ”ildsjæle”, der har været med fra begyndelsen. Der er sikret en repræsentation for hver af Regionerne samt en repræsentant fra privat sygehussektoren. Derudover omfatter Styregruppen repræsentanter fra Kompetencecenter Syd for Landsdækkende Kliniske Databaser og for den ansvarlige offentli-ge myndighed (Region Syddanmark).

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

3.2. Styregruppe

DugaBase-styregruppen har i 2010 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
- Afdelingschef Mads C. Haugaard, Sundhedsstaben, Repræsentant fra Region Syddanmark
- 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., Lasse Raaberg, Gråbrødreklinikken, Odense, repræsentant for privatkli-nikker
- 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

Der er løbende afholdt møder mellem databasens projektleder og Kompetencecenter Syd. I forbindelse med årsrapportens tilblivelse er arbejds gange aftalt i foråret 2011, udkast er udarbejdet i maj måned og tilretninger af rapporten er sket ved et styregruppemøde i maj 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 altid muligt direkte at sammenligne resultaterne fra den foreliggende årsrapport med resultaterne fra Årsrapport 2009, da der efter skæringsdatoen for indberetning til sidste årsrapport er indberettet en række ekstra patientforløb med operationsdato i sidste opgørelsesperiode. Resultater i de fleste tabeller og figurer er således genberegnet, og disse betegnes "2009" eller "år 2009". Direkte tal fra Årsrapport 2009, eksempelvis som nævnt i kommentarerne til Tabel 2 og Tabel 3, betegnes "Årsrapport 2009".

5. Dataindsamling

5.1. Datagrundlag

Data til årsrapporten er udtrukket pr. 27.04.2011, og de kliniske afdelinger har således haft mulighed for indberetning af data for 2010 indtil denne dato.

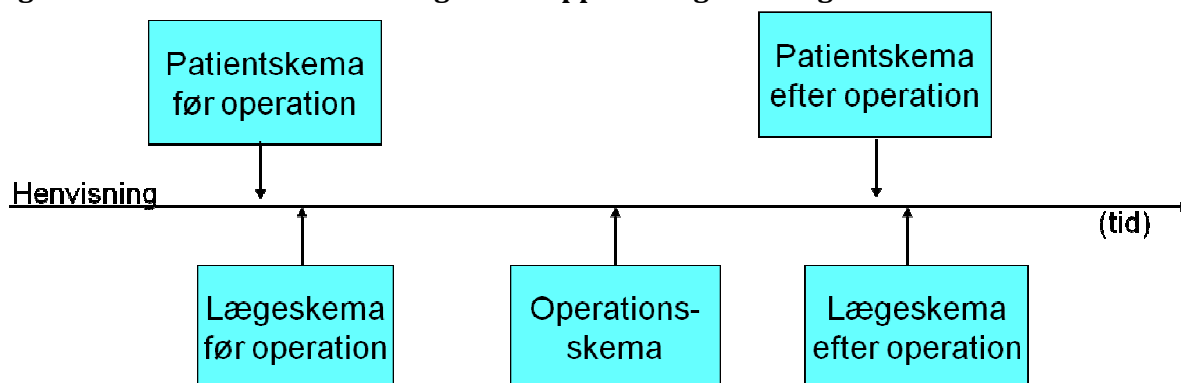
Data er oprenset således, at der kun indgår patientforløb med valide cpr-numre (16 patienter er ekskluderet fra datagrundlaget p.g.a. fejl i personnummeroplysninger). Desuden er patienter, der var under 18 år på operationstidspunktet, udeladt (7 patienter er ekskluderet fra datagrundlaget p.g.a. alder).

5.2. Indberetning

Patienterne oprettes i databasen ved modtagelse af henvisning, og der udfyldes dataskema og/eller indtastes online svarende til forundersøgelse, operation og efterkontrol. Topica giver mulighed for at opdele inddateringsopgaven. Gennem et oversigtsmodul holdes overblik over manglende inddateringer, og herfra kan man komplettere data. Inddatering af data foregår med Topica over internet til server hos CSC Scandihealth A/S i Århus, hvorfra data bliver repliceret løbende til server i Region Syddanmark (Odense). Databasen på denne server varetages af Region Syddanmarks IT driftsafdeling og Kompetencecenter Syd.

Flowet i et DugaBase-forløb er skitseret i Figur 1. Forløbet består af følgende delelementer: henvisningsoplysninger, udredningsoplysninger (lægeskema og patientskema før operation), operationsoplysninger (operationsskema) og kontroloplysninger (lægeskema og patientskema efter operation).

Figur 1. Skematisk fremstilling af indrapportering af et DugaBase-forløb



Henvi-sningsoplysningerne omfatter henvisningsdiagnose, personoplysninger og administrative oplysninger om datoer etc.

Udredningsoplysningerne består dels af spørgeskemaoplysninger fra patienten om symptomer og gener, og dels lægelige oplysninger om undersøgelser og endelig en sammenfattende konklusion om behandlingsbehovets størrelse.

Operationsoplysningerne dækker dels operationskoder, operationstekniske oplysninger og oplysninger om peroperative komplikationer.

Kontroloplysninger er i alt væsentligt en gentagelse af udredningsoplysningerne vedr. symptomer, gener og behandlingsbehov, som sammenlignes med udredningsoplysningerne for at undersøge ændring i patientens tilstand. Herudover registreres eventuelle komplikationer og bivirkninger i den mellemliggende periode.

Et DugaBase-forløb kan i princippet afsluttes efter udredning/forundersøgelse, f.eks. hvis der ikke findes relevant kirurgisk behandlingstilbud eller hvis det vurderes at problemet kan afhjælpes på anden vis. Det er dog stadig kun DugaBase-forløb med udfyldt operationsskema, som indgår i indikatoropgørelserne.

5.3. 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). LPR-data til årsrapporten er udtrukket pr. 13.4.2011.

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. Patienten er 18 år eller derover på operationsdatoen^a**
- 4. Operationen indeholder mindst ét relevant operativt indgreb, dvs.:**
 - a. en af følgende urininkontinens-koder: KKDG00, KKDG01, KKDG10, KKDG30, KKDG31, KKDG40, KKDG50, KKDG96, KKDG97, KKDV20, KKDV22, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96

- b. eller en af følgende prolaps-koder: KLEE10, KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF03, KLEF03A, KLEF10, KLEF13, KLEF23, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLEF60, KLEF63, KLEF64, KLEF96, KLEF97. Dertil kommer koderne KLCD10 og KLDC10 i kombination med aktionsdiagnose DN81* (LPR)

a. Nyt kriterium pr. 1. januar 2011 (årsrapport 2010)

Tabel 2. Databasekomplethed i DugaBase ved sammenkørsel med LPR, urininkontinensoperationer, 01-01-2010 – 31-12-2010

Region/Hospital/Afdeling	I LPR	Heraf i Duga	Komplethed, pct.	Kun i Duga
Region Hovedstaden	362	338	93,4	13
Hvidovre Hospital	60	54	90,0	1
Gyn.-obst. afd. /gynækologi	60	54	90,0	1
Gentofte Hospital	55	38	69,1	9
Gynækologisk afdeling G1	55	38	69,1	9
Herlev Hospital	176	175	99,4	2
Gynækologisk afdeling G-1	176	175	99,4	2
Hospitalerne i Nordsjælland	71	71	100,0	1
Urologi, Senge	71	71	100,0	1
Region Sjælland	265	229	86,4	4
Region Sjællands Sygehusvæsen	265	229	86,4	4
ROS Gynækologisk Afd.	88	87	98,9	2
HOL Gynækologisk Afd.	23	21	91,3	1
SLA Gynækologisk Afd.	30	1	3,3	0
NFS Gynækologisk Afd.	124	120	96,8	1
Region Syddanmark	494	472	95,5	8
OUH Odense Universitetshospital	71	70	98,6	0
Od Gynækologisk afdeling D	71	70	98,6	0
OUH Svendborg Sygehus	27	24	88,9	0
Organkirurgisk afd., Sygehus Fyn	3	0	0,0	0
Gynækologisk-obstetrisk afd., Sygehus Fyn	24	24	100,0	0
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	88	86	97,7	1
Obstetrisk afdeling	88	86	97,7	1
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	28	28	100,0	2
Gynækologisk afdeling	28	28	100,0	2
Sydvestjysk Sygehus	209	194	92,8	5
Gynækologisk afdeling Es	209	194	92,8	5
Fredericia og Kolding Sygehuse	71	70	98,6	0
Gyn.-Obst. afdeling, Kolding	71	70	98,6	0

Region/Hospital/Afdeling	I LPR	Heraf i Duga	Komplethed, pct.	Kun i Duga
Region Midtjylland	314	299	95,2	2
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	11	11	100,0	0
Gyn./onkologisk Amb., Horsens	11	11	100,0	0
Regionshospitalet Herning	51	50	98,0	0
Gynækologisk afdeling H2	51	50	98,0	0
Regionshospitalet Silkeborg	26	22	84,6	1
Gynækologisk afdeling	26	22	84,6	1
Regionshospitalet Randers	45	41	91,1	0
Gynækol./obstetrisk afd. G	45	41	91,1	0
Århus Universitetshospital, Skejby	99	94	94,9	0
Urinvejskirurgisk afdeling K	20	19	95,0	0
Gynækol./obstetrisk afd. Y	79	75	94,9	0
Regionshospitalet Viborg, Skive	82	81	98,8	1
Kvindeafdeling, Viborg	82	81	98,8	1
Region Nordjylland	198	182	91,9	7
Sygehus Thy-Mors	18	16	88,9	1
Gynækologisk-Obstetrisk Afd.	18	16	88,9	1
Aalborg Sygehus	113	105	92,9	4
Aalb Gyn.-Obst. Afdeling	105	105	100,0	4
Aalb Urologisk afd.	8	0	0,0	0
Sygehus Vendsyssel	67	61	91,0	2
Frh Gyn. Sengeafdeling	67	61	91,0	2
Privathospitaler	107	25	23,4	3
Privathospitalet Hamlet	17	0	0,0	0
Urologi, ambulatorieafsnit	1	0	0,0	0
Gynækologi, kirurgisk afsnit	16	0	0,0	0
Center for Rygkirurgi A/S	4	0	0,0	0
Bekkevold Klinikken Hellerup, beh. afsnit	4	0	0,0	0
Søllerød Privathospital	1	0	0,0	0
Behandlingsafdeling	1	0	0,0	0
Erichsens Privathospital A/S	3	0	0,0	0
Gynækologisk afdeling	3	0	0,0	0
Arresødal Privathospital A/S	8	0	0,0	0
Behandlingsafdeling	8	0	0,0	0
Privathospitalet Møn	22	0	0,0	0
Gynækologisk sengeafsnit	1	0	0,0	0
Gynækologisk ambulatorium	20	0	0,0	0
Urologisk ambulatorium	1	0	0,0	0
Gråbrødreklinikken	17	16	94,1	2
Gråbrødreklinikken, overafdeling	17	16	94,1	2

Region/Hospital/Afdeling	I LPR	Heraf i Duga	Komplethed, pct.	Kun i Duga
Privathospitalet Kollund	4	0	0,0	0
Behandlingsafdeling	4	0	0,0	0
Privathospitalet Mølholm	13	0	0,0	0
Privathospitalet Mølholm Vejle, beh. afsnit	13	0	0,0	0
Aleris Privathospitaler	10	5	50,0	0
Aleris Privathospitaler Århus, beh. afsnit	1	1	100,0	0
Aleris Privathospitaler Esbjerg, beh. afsnit	5	0	0,0	0
Aleris Privathospitaler Odense, beh. afsnit	4	4	100,0	0
Ciconia, Århus Privathospital	1	1	100,0	0
Ciconia, Århus Privathospital, beh. afsnit	1	1	100,0	0
AROS Privathospital	3	0	0,0	0
AROS Privathospital, beh. afsnit	3	0	0,0	0
Aagaard Gynækologiske Klinik	4	3	75,0	1
Aagaard Gynækologiske Klinik, beh. afsnit	4	3	75,0	1
Hele landet	1.740	1.545	88,8	37

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

Kommentarer til Tabel 2:

Udtræk fra Landspatientregisteret (LPR) omfattende alle SKS-koder for urininkontinensoperationer i 2010 blev sammenlignet med patienter registreret i DugaBase med en operationsdato for urininkontinens i 2010. Tabel 2 viser desuden, at 37 operationer var registrerede i DugaBase, men ikke i LPR. Disse 37 operationer kan også registreres i både nævner og tæller, så databasekompletheden bliver $[(1545 + 37)/(1740 + 37)] \times 100 = 89,0\%$. Dette er udeladt her idet LPR er vedtaget som gold standard, og ændringen i databasekomplethed (+0,2%) er desuden ubetydelig. Uanset at LPR er gold standard kan data for urininkontinensoperationer i LPR naturligvis også være fejlbehæftede.

Den landsdækkende databasekomplethed er 88,8%. I Årsrapport 2009 var der 1913 urininkontinensoperationer, heraf 1146 (59,9%) i DugaBase, og der er således i 2010 sket en markant forbedring af databasekompletheden. Det absolutte antal operationer, baseret på LPR-data, er faldet med 9,0% i forhold til Årsrapport 2009.

Næsten alle offentlige sygehuse har over 90% databasekomplethed. Tre sygehuse (Silkeborg, Svendborg, Thy/Mors) har en databasekomplethed fra 84,6% til 88,9%, hvilket er meget tæt på 90%, mens Gentofte med 69,1% og Slagelse med 3,3% har en noget lavere databasekomplethed. De fleste offentlige sygehuse, som i Årsrapport 2009 havde en databasekomplethed under 90% (Nordsjælland, Holbæk, Nykøbing F, Odense, Svendborg, Sønderborg, Esbjerg, Randers, Skejby Afd. K, Thy/Mors), har forbedret denne markant i 2010.

I modsætning til Årsrapport 2009 er der lille variation i databasekomplethed mellem regionerne. Kun Region Sjælland har under 90% databasekomplethed, hvilket primært skyldes Slagelse.

Fem privathospitaler (Gråbrødreklinikken, Aleris Århus, Aleris Odense, Ciconia, Aagaard) har i 2010 registreret i DugaBase. I Årsrapport 2009 registrerede 3 af disse (Gråbrødreklinikken, Aleris Odense, Aagaard) også i DugaBase, dvs. der er ubetydelige ændringer i privathospitals registreringer. Dette afspejler sig også i databasekompletheden, som med 23,4% endda er faldet lidt i forhold til 28,4% i Årsrapport 2009. I LPR udgør operationer på privathospitaler 6,1%, mens de i DugaBase udgør 1,6%. Såfremt privathospitalerne udelukkes fra Tabel 2 øges databasekompletheden fra 88,8% til 93,1% (altså en stigning på 4,3 procentpoint), og såfremt alle privathospitalernes 107 operationer i LPR også registreres i DugaBase øges databasekompletheden til 93,5% (altså en stigning på 4,7 procentpoint). Med den meget høje databasekomplethed for offentlige sygehuse bidrager privathospitalerne således med godt en tredjedel af de 11,2%, som udgør differencen mellem den aktuelle databasekomplethed på 88,8% og de ideelle 100%.

Tabel 2 viser antal registrerede operationer. De 1740 operationer i LPR er fordelt på 1704 patienter, heraf 1669 (97,9%) med 1 operation, 34 (2,0%) med 2 operationer og 1 (0,1%) med 3 operationer. De 1582 operationer i DugaBase (idet vi inkluderer de 37 operationer, som ikke var registrerede i LPR) er fordelt på 1560 patienter, heraf 1538 (98,6%) med 1 operation og 22 (1,4%) med 2 operationer.

Vi konkluderer, at der for urininkontinensoperationer i forhold til Årsrapport 2009 er en markant øget databasekomplethed. Denne kan forbedres yderligere såfremt flere privathospitaler registrerer deres urininkontinensoperationer i DugaBase.

Tabel 3. Databasekomplethed i DugaBase ved sammenkørsel med LPR, prolapsoperationer, 01-01-2010 – 31-12-2010

Region/Hospital/Afdeling	I LPR	Heraf i Duga	Komplethed, pct.	Kun i Duga
Region Hovedstaden	971	886	91,2	26
Rigshospitalet	3	0	0,0	0
Klinik for plastikkir. & brandsårsbeh. S, heldøgn	1	0	0,0	0
Urologisk klinik D, heldøgn	1	0	0,0	0
Gynækologisk klinik Y, heldøgn	1	0	0,0	0
Hvidovre Hospital	282	275	97,5	5
Kir. gastroenterol. operation	2	0	0,0	0
Gyn.-obst. afd. /gynækologi	280	275	98,2	5
Gentofte Hospital	121	91	75,2	19
Gynækologisk afdeling G1	121	91	75,2	19
Herlev Hospital	323	312	96,6	2
Gynækologisk afdeling G-1	319	312	97,8	2
Gastroenheden Kir. Med D, sengeafd	4	0	0,0	0
Hospitalerne i Nordsjælland	210	208	99,0	0
Urologi, Senge	210	208	99,0	0
Bornholms Hospital	32	0	0,0	0
Kirurgisk afdeling	29	0	0,0	0
Kirurgisk ambulatorium	3	0	0,0	0
Region Sjælland	640	493	77,0	11
Region Sjællands Sygehusvæsen	640	493	77,0	11
ROS Gynækologisk Afd.	230	229	99,6	2
HOL Gynækologisk Afd.	102	93	91,2	2
NAE Gynækologisk Afd.	108	0	0,0	0
SLA Gynækologisk Afd.	70	47	67,1	1
NFS Gynækologisk Afd.	130	124	95,4	6
Region Syddanmark	1.016	976	96,1	19
OUH Odense Universitetshospital	207	198	95,7	4
Od Gynækologisk afdeling D	205	198	96,6	4
Od Gynækologisk ambulatorium D	2	0	0,0	0
OUH Svendborg Sygehus	158	156	98,7	2
Gynækologisk-obstetrisk afd., Sygehus Fyn	157	156	99,4	2
Medicinsk-kirurgisk ambulatorium, Sygehus Fyn	1	0	0,0	0
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	134	129	96,3	6
Obstetrisk afdeling	133	129	97,0	6
Gynækologisk ambulatorium	1	0	0,0	0
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	95	86	90,5	0
Gynækologisk afdeling	95	86	90,5	0
Sydvestjysk Sygehus	193	179	92,7	4

Region/Hospital/Afdeling	I LPR	Heraf i Duga	Komplethed, pct.	Kun i Duga
Gynækologisk afdeling Es	193	179	92,7	4
Fredericia og Kolding Sygehuse	229	228	99,6	3
Gyn.-Obst. afdeling, Kolding	229	228	99,6	3
Region Midtjylland	1.154	1.061	91,9	23
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	133	125	94,0	5
Gyn-/onkologisk Amb., Horsens	133	125	94,0	5
Regionshospitalet Herning	131	130	99,2	4
Gynækologisk afdeling H2	131	130	99,2	4
Regionshospitalet Silkeborg	113	98	86,7	3
Gynækologisk afdeling	113	98	86,7	3
Århus Sygehus	3	0	0,0	0
Plastikkirurgisk afdeling Z	3	0	0,0	0
Regionshospitalet Randers	151	126	83,4	3
Gynækol./obstetrisk afd. G	151	126	83,4	3
Århus Universitetshospital, Skejby	439	404	92,0	5
Gynækol./obstetrisk afd. Y	439	404	92,0	5
Regionshospitalet Viborg, Skive	184	178	96,7	3
Kvindeafdeling, Viborg	184	178	96,7	3
Region Nordjylland	498	487	97,8	9
Sygehus Thy-Mors	55	51	92,7	3
Gynækologisk-Obstetrisk Afd	55	51	92,7	3
Aalborg Sygehus	317	316	99,7	3
Alb Gyn.-Obst. Afdeling	317	316	99,7	3
Sygehus Vendsyssel	126	120	95,2	3
Frh Gyn. Sengeafdeling	126	120	95,2	3
Privathospitaler	295	65	22,0	5
Privathospitalet Hamlet	72	0	0,0	0
Gynækologi, kirurgisk afsnit	72	0	0,0	0
Center for Rygkirurgi A/S	11	0	0,0	0
Bekkevold Klinikken Hellerup, beh. afsnit	11	0	0,0	0
Søllerød Privathospital	1	0	0,0	0
Behandlingsafdeling	1	0	0,0	0
Erichsens Privathospital A/S	9	0	0,0	0
Urologisk afdeling	1	0	0,0	0
Gynækologisk afdeling	8	0	0,0	0
Privathospitalet Danmark	7	0	0,0	0
Privathospitalet Danmark, beh. afsnit	7	0	0,0	0
Furesø Privathospital	2	0	0,0	0
Behandlingsafdeling	2	0	0,0	0
Arresødal Privathospital A/S	18	0	0,0	0

Region/Hospital/Afdeling	I LPR	Heraf i Duga	Komplethed, pct.	Kun i Duga
Behandlingsafdeling	18	0	0,0	0
Greve Privathospital	10	0	0,0	0
Behandlingsafdeling	10	0	0,0	0
Roskilde Privathospital	4	0	0,0	0
Behandlingsafdeling	4	0	0,0	0
Privathospitalet Møn	31	0	0,0	0
Gynækologisk ambulatorium	31	0	0,0	0
Privathospitalet H.C. Andersen Klinikken	1	0	0,0	0
Behandlingsafdeling	1	0	0,0	0
Gråbrødreklinikken	46	44	95,7	4
Gråbrødreklinikken, overafdeling	46	44	95,7	4
Privathospitalet Kollund	2	0	0,0	0
Behandlingsafdeling	2	0	0,0	0
Privathospitalet Mølholm	25	0	0,0	0
Privathospitalet Mølholm Vejle, beh. afsnit	25	0	0,0	0
Aleris Privathospitaler	18	11	61,1	0
Aleris Privathospitaler Århus, beh. afsnit	4	3	75,0	0
Aleris privathospitaler Aalborg, beh. afsnit	2	2	100,0	0
Aleris Privathospitaler Esbjerg, beh. afsnit	6	0	0,0	0
Aleris Privathospitaler Odense, beh. afsnit	6	6	100,0	0
Ciconia, Århus Privathospital	12	7	58,3	1
Ciconia, Århus Privathospital, beh. afsnit	12	7	58,3	1
AROS Privathospital	1	0	0,0	0
AROS Privathospital, Kirurgisk center, beh. afsnit	1	0	0,0	0
Aagaard Gynækologiske Klinik	10	3	30,0	0
Aagaard Gynækologiske Klinik, beh. afsnit	10	3	30,0	0
eira Privathospitalet Skejby	3	0	0,0	0
Dagkirurgisk afdeling	1	0	0,0	0
Sengeafdeling	1	0	0,0	0
Operationsstue	1	0	0,0	0
Viborg Privathospital	1	0	0,0	0
Viborg Privathospital, beh. afsnit	1	0	0,0	0
Privathospitalet Skørping	6	0	0,0	0
Gynækologisk beh. afsnit	6	0	0,0	0
ARTROS - Aalborg Privathospital A/S	5	0	0,0	0
ARTROS- Aalborg Privathosp., Sengeafdeling, beh. afsnit	5	0	0,0	0
Hele landet	4.574	3.968	86,8	93

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

Kommentarer til Tabel 3:

Udtræk fra Landspatientregisteret (LPR) omfattende alle SKS-koder for prolapsoperationer i 2010 blev sammenlignet med patienter registreret i DugaBase med en operationsdato for prolaps i 2010. Det ses desuden, at 93 operationer var registrerede i DugaBase, men ikke i LPR. Såfremt disse 93 operationer inkluderes i både tæller og nævner bliver databasekompletheden $[(3968 + 93)/(4574 + 93)] \times 100 = 87,0\%$. Dette er udeladt her idet LPR er vedtaget som gold standard, og ændringen i databasekomplethed (+0,2%) er desuden ubetydelig. Uanset at LPR er gold standard kan data for prolapsoperationer i LPR naturligvis også være fejlbehæftede.

I Årsrapport 2009 var der 4900 prolapsoperationer, heraf 3130 (63,9%) i DugaBase, og der er således i 2010 sket en markant forbedring af databasekompletheden. Det absolutte antal operationer, baseret på LPR-data, er faldet med 6,7% i forhold til Årsrapport 2009.

Næsten alle offentlige sygehuse har over 90% databasekomplethed. To sygehuse (Silkeborg, Randers) har en databasekomplethed tæt på 90%, 2 sygehuse (Gentofte, Slagelse) har en lidt lavere databasekomplethed (hhv. 75,2% og 67,1%), mens Bornholm og Næstved har 0%. De fleste offentlige sygehuse, som i Årsrapport 2009 havde en databasekomplethed under 90% (Herlev, Nordsjælland, Holbæk, Slagelse, Nykøbing F, Svendborg, Sønderborg, Haderslev, Esbjerg, Horsens/Brædstrup, Randers, Thy/Mors, Vendsyssel), har forbedret denne markant i 2010.

I modsætning til Årsrapport 2009 er der lille variation i databasekomplethed mellem regionerne. Alle regioner, undtagen Region Sjælland, har over 90% databasekomplethed.

Seks privathospitaler (Gråbrødreklinikken, Aleris Århus, Aleris Aalborg, Aleris Odense, Ciconia, Aagaard) har i 2010 registreret i DugaBase. I Årsrapport 2009 registrerede 3 af disse (Gråbrødreklinikken, Aleris Odense, Aagaard) også i DugaBase, dvs. der er ubetydelige ændringer i privathospitalers registreringer. Dette afspejler sig også i databasekompletheden, som med 22,0% ikke har ændret sig i forhold til 22,7% i Årsrapport 2009. I LPR udgør operationer på privathospitaler 6,4%, mens de i DugaBase udgør 1,6%. Såfremt privathospitalerne udelukkes fra Tabel 3 øges databasekompletheden fra 86,8% til 91,2% (altså en stigning på 4,4 procentpoint), og såfremt alle privathospitalernes 295 operationer i LPR også registreres i DugaBase øges databasekompletheden til 91,8% (altså en stigning på 5,0 procentpoint). Med den meget høje databasekomplethed for offentlige sygehuse bidrager privathospitalerne således med over en tredjedel af de 13,2%, som udgør differencen mellem den aktuelle databasekomplethed på 86,8% og de ideelle 100%.

Tabel 3 viser antal registrerede operationer. De 4574 operationer i LPR er fordelt på 4498 patienter, heraf 4425 (98,4%) med 1 operation, 70 (1,6%) med 2 operationer og 3 (0,1%) med

3 operationer. De 4061 operationer i DugaBase (idet vi inkluderer de 93 operationer, som ikke var registrerede i LPR) er fordelt på 4006 patienter, heraf 3951 (98,6%) med 1 operation og 55 (1,4%) med 2 operationer.

Vi konkluderer, at der for prolapsoperationer i forhold til Årsrapport 2009 er en markant øget databasekomplethed. Denne kan forbedres yderligere såfremt flere privathospitaler registrerer deres prolapsoperationer i DugaBase.

5.4. Datakomplethed for udvalgte variable

Udover databasekompletheden er kompletheden af de registrerede data på det enkelte patientforløb (datakompletheden) af stor betydning for validiteten af resultaterne. Til illustration af datakompletheden er det i Tabel 4 angivet, om der for nøglevariable, herunder de som anvendes til indikatorberegning, er oplysninger eller ej.

Tabel 4. Datakomplethed for nøglevariable, patienter med operationsdato i 2009 (N = 4.556) og 2010 (N = 5.686)

Ref. ^b	Beskrivelse	2009			2010		
		I alt ^a Antal	Oplyst Antal	Pct.	I alt ^a Antal	Oplyst Antal	Pct.
03	Patientoplysninger om oplevelse af urin inkontinens - hos de patienter, der har gennemgået efterundersøgelse og som er opereret for inkontinens	830	507	61,1	998	681	68,2
04	Oplysninger om residualurin - hos de patienter, der har gennemgået efterundersøgelse og som er opereret for inkontinens	625	285	45,6	955	341	35,7
06	Oplysning om nedsynkningsgrad (prolapsgrad) - hos patienter, der er opereret for prolaps og som har skema for lægens efterundersøgelse	1.408	965	68,5	2.084	1.288	61,8
07	Patientoplysninger om oplevelse af nedglidningssymptomer - hos de patienter der er opereret for prolaps og som har udfyldt patientskema for efterundersøgelse	2.144	1.314	61,3	2.603	1.701	65,3
09	Oplysning om fortsat behandlingsbehov for inkontinens - hos patienter opereret for inkontinens og med udfyldt lægeskema for efterundersøgelse	625	510	81,6	955	789	82,6
10	Oplysning om fortsat behandlingsbehov for nedsynkning - hos patienter opereret for prolaps og som har skema for lægens efterundersøgelse	1.408	1.096	77,8	2.084	1.779	85,4
Alko	Alkoholoplysninger - hos patienter med udfyldt patientskema før behandling (feltet 'Antal genstande om ugen')	4.556	2.859	62,8	5.686	3.636	63,9
Ryge	Rygeoplysninger - hos patienter med udfyldt patientskema før behandling (Sammenstillet af felterne 'Ryger du?' i hhv. basis og udvidet model)	4.556	3.260	71,6	5.686	3.795	66,7

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

b. Reference til indikator eller alkohol- og rygeoplysninger. Datakomplethed vedrører den anførte parameter.

Kommentarer til Tabel 4:

Der er oplysninger om residualurin for 35,7% af de aktuelle patientforløb, mens de øvrige variable har højere datakomplethed, varierende fra 62% til 85%.

I forhold til 2009 er datakompletheden mindre for indikator 4 og 6 samt rygeoplysninger (odds ratio [95% konfidensinterval] hhv. 0,66 [0,54-0,82], 0,74 [0,64-0,86] og 0,80 [0,73-0,87]), den er større for indikator 3, 7 og 10 (odds ratio [95% konfidensinterval] hhv. 1,37 [1,12-1,67], 1,19 [1,06-1,34] og 1,66 [1,39-1,99]), mens den er uændret for indikator 9 samt alkoholoplysninger (odds ratio [95% konfidensinterval] hhv. 1,07 [0,82-1,40] og 1,05 [0,97-1,14]).

Det konkluderes, at såfremt de her beskrevne variable er repræsentative for datakompletheden af alle DugaBases variable har den markant forbedrede databasekomplethed i 2010 ikke kompromitteret datakompletheden i forhold til 2009. Således ser et DugaBase-forløb fra 2010 ud til overordnet at have lige så mange oplysninger som et DugaBase-forløb fra 2009.

6. Indikatordefinitioner

6.1. Officielle indikatorer

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 kirur-</p>	<p>Antal patientforløb, der har fået foretaget urininkontinens-kirurgi (én af nedenstående operationskoder) i opgørelses-</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</p>

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
<p>gisk intervention for urininkontinens, bedømt ved mængden 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>perioden, og hvor der findes en eller anden afkrydsning i variabelen 'residualurin' fra skemaet 'lægens efterundersøgelse'.</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende): KKDG00, KKDG01, KKDG10, KKDG30, KKDG31, KKDG40, KKDG50, KKDG96, KKDG97, KKDV20, KKDV22, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96.</p> <p>Felt: variabel for residual-urin findes i lægens efterundersøgelsesskema.</p>		kirurgi.
<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 forhold til hymenal plan), grad ≤ 1.</p> <p>Hvis der findes en POPQ-GRADSBEREGNING anvendes denne ellers anvendes POPQ-GRADSVURDERING.</p>	Manglende udfyldelse af variabelen prolapsgrad i skemaet 'lægens efterundersøgelse' for de med relevant udført kirurgi.
<p>7. Prolaps - Subjektiv patient-bedømmelse af prolaps-</p>	<p>Antal patientforløb, hvor der er foretaget kirurgi</p>	<p>Antal patientforløb, som i spørgeskemaet</p>	<p>Patientforløb med manglende udfyldelse af ru-</p>

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
<p>operation</p> <p>Patienttilfredshed efter operation for prolaps – der bør ikke være nedglidningssymptomer efter operation.</p> <p>Standard: $\geq 80\%$ af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: For mindst 80% af forløbene med relevant operationskode, og hvor der er indleveret skema for patientens efterundersøgelse skal rubrikken A (ned-synkningssymptomer) være udfyldt. ja/nej.</p>	<p>for prolaps (én af nedenstående operationskoder), og hvor der samtidig er en eller anden form for registrering i rubrikken A (Har du fornemmelse af noget, der glider ud af skedeåbningen, eller kan du mærke en bule 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>for efterundersøgelse har registreret 'Nej (værdi 0)' i rubrikken A (Har du fornemmelse af noget, der glider ud af skedeåbningen, eller kan du mærke en bule uden for skeden?).</p>	<p>brik A i patientens efterundersøgelses-skema for de med relevant udført 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'</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,</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
være udfyldt.	KKDG10, KKDG30, KKDG31, KKDG40, KKDG50, KKDG96, KKDG97, KKDV20, KKDV22, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96.		
<p>10. Prolaps - Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps</p> <p>Efter prolapsoperation bør der ikke være et stort eller lille fortsat behandlingsbehov.</p> <p>Standard: ≤ 10% af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: For mindst 80% af forløbene med relevant operationskode, og hvor der er indleveret skema for lægens efterundersøgelse skal variabelen 'behandlingsbehov (klinisk konklusion) svarende til nedsynkning' være udfyldt. ja/nej.</p>	<p>Antal patientforløb, hvor der er foretaget kirurgi for prolaps (én af nedenstående operationkoder), 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>

6.2. Fremtidige ændringer til indikatorer

For nærmere beskrivelse henvises der til Årsrapport 2009. Følgende tabel viser de endeligt definerede indikatorer (dog med forbehold for, at disse p.t. ikke har været i høring hos relevante parter – jf. ”Danske Regioner - Basiskrav for landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser”):

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>	Ingen.
<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</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</p>	Ingen

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
	<p>med DN81.1</p> <p>Midterste kompartment: KLEF20, KLEF23, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B</p> <p>KLED00, kombineret med DN81*</p> <p>KLCD10, kombineret med DN81.2</p> <p>KLDC10, kombineret med DN81.2</p> <p>KLCD10, kombineret med DN81.3</p> <p>KLDC10, kombineret med DN81.3</p> <p>KLCD10, kombineret med DN81.3A</p> <p>KLDC10, kombineret med DN81.3A</p> <p>KLCD10, kombineret med DN81.4</p> <p>KLDC10, kombineret med DN81.4</p> <p>KLCD10, kombineret med DN81.5</p> <p>KLDC10, kombineret med DN81.5</p> <p>KLCD10, kombineret med DN81.5A</p> <p>KLDC10, kombineret med DN81.5A</p> <p>Bagerste kompartment: KLEF03, KLEF03A</p> <p>KLDC10, kombineret med DN81.6</p> <p>KLCD10, kombineret med DN81.7</p> <p>KLDC10, kombineret med DN81.7</p>	<p>KLCD10, kombineret med DN81.1</p> <p>KLDC10, kombineret med DN81.1</p> <p>Midterste kompartment: KLEF20, KLEF23, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B</p> <p>KLED00, kombineret med DN81*</p> <p>KLCD10, kombineret med DN81.2</p> <p>KLDC10, kombineret med DN81.2</p> <p>KLCD10, kombineret med DN81.3</p> <p>KLDC10, kombineret med DN81.3</p> <p>KLCD10, kombineret med DN81.3A</p> <p>KLDC10, kombineret med DN81.3A</p> <p>KLCD10, kombineret med DN81.4</p> <p>KLDC10, kombineret med DN81.4</p> <p>KLCD10, kombineret med DN81.5</p> <p>KLDC10, kombineret med DN81.5</p> <p>KLCD10, kombineret med DN81.5A</p> <p>KLDC10, kombineret med DN81.5A</p> <p>Bagerste kompartment: KLEF03, KLEF03A</p> <p>KLDC10, kombineret med DN81.6</p> <p>KLCD10, kombineret med DN81.7</p> <p>KLDC10, kombineret med DN81.7</p>	
Indikator baseret på Patient Global Impression of	Antal patientforløb i opgørelsesperioden hvor	Antal patientforløb hvor patienten i 'Spørgeske-	Patientforløb, som har besvaret 'Spørgeskema

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
<p>Improvement (PGI-I) skala</p> <p>Patientforløb hvor patienten har anført, at hun har fået det bedre efter operationen.</p> <p>Standard: $\geq 90\%$ af patientforløbene.</p> <p>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.</p>	<p>patienten i 'Spørgeskema til patienter med nedsynkning og/eller urininkontinens - EFTER' har besvaret spørgsmål baseret på PGI-I skalaen ("Rigtig meget bedre", "Meget bedre", "Lidt bedre", "Uforandret", "Lidt værre", "Meget værre" eller "Betydelig værre").</p>	<p>ma 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".</p>	<p>til patienter med nedsynkning og/eller urininkontinens - EFTER' uden at besvare spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen.</p>

P.t. arbejdes der med nye spørgeskemaer, som blandt andet vil omfatte spørgsmål relateret til "Indikator baseret på Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) skala". Desuden forventer implementeringen af disse indikatorer en opdatering af Topica 3 til Topica 4 i efteråret 2011.

7. Deskriptiv statistik

Tabel 5. Antal indberettede patientforløb for databasen i 2010, sammenlignet med 2009 (både opererede og ikke-opererede patienter)

Sygehus/Afdeling	Henvisning ^a		Forundersøgelse ^b		Operation ^c		Efterkontrol ^d	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Rigshospitalet ^e	-	-	1	-	-	-	-	-
Hvidovre Hospital	651	679	561	638	331	338	308	306
Gentofte Hospital	422	106	146	148	107	168	44	115
Herlev Hospital	901	382	424	232	520	483	313	292
Hospitalerne i Nordsjælland, Hillerød	206	335	278	338	243	290	161	212
Region Sj. Sygehusvæsen, Roskilde	636	634	381	458	318	321	56	198
Region Sj. Sygehusvæsen, Holbæk	38	85	5	116	1	117	-	54
Region Sj. Sygehusvæsen, Slagelse	29	18	21	29	3	49	2	7
Region Sj. Sygehusvæsen, Nykøbing F.	8	473	5	220	-	254	-	121
OUH Odense Universitetshospital	483	935	361	530	258	280	212	222
OUH Svendborg Sygehus	101	188	87	230	75	184	52	58
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	104	140	71	111	55	217	12	97
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	57	75	59	80	46	99	50	84
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	247	255	191	345	59	381	57	207
Fredericia og Kolding Sygehuse	272	203	300	297	293	307	309	289
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	171	121	208	144	184	142	149	133
Regionshospitalet Herning	171	162	172	209	175	186	161	163
Regionshospitalet Silkeborg	159	90	175	112	150	125	70	87
Regionshospitalet Randers	149	148	147	163	129	170	25	120
Århus Universitetshospital, Skejby, Urinvejskirurgisk afdeling K	13	4	12	7	1	19	-	3
Århus Universitetshospital, Skejby, Gynækol./obstetrisk afd. Y	1.235	1.004	860	809	497	491	322	465
Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup	300	250	-	-	310	267	132	177
Sygehus Thy-Mors	45	37	25	51	2	72	-	60
Aalborg Sygehus	629	677	599	544	462	433	388	412
Sygehus Vendsyssel	168	136	170	204	186	190	98	172
Gråbrødreklinikken, Odense	52	72	52	65	53	68	64	55
Aleris privathospitaler Herning	1	-	1	-	1	-	-	1
Aleris Privathospitaler Århus	6	3	6	-	6	4	-	-
Aleris privathospitaler Aalborg	11	2	4	-	13	2	2	4
Aleris Privathospitaler Odense	1	-	30	4	34	10	1	-
Aagaard Gynækologiske Klinik	79	-	43	30	44	8	3	1
Ciconia, Århus Privathospital	-	11	-	5	-	11	-	-
Hele landet	7.345	7.225	5.395	6.119	4.556	5.686	2.991	4.115

- a. Påbegyndte eller afsluttede indtastninger af administrative data (baseret på forekomst af henvisningsdata).
b. Påbegyndte eller afsluttede forundersøgelser skemaer (patient før-skema eller læge forundersøgelsesskema).
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 5:

Tabellen opgør ”rå” produktionsdata. Derfor kan tabellens kolonner ikke relateres til hinanden, da de ikke nødvendigvis dækker over de samme forløb. Eksempelvis vil der være henvisninger, som først opereres i 2011 (hvis de overhovedet opereres), samt efterkontrollata for opererede i 2009. 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 2009 stigninger indenfor forundersøgelser (11,8% stigning), antal operationer (19,9%) og efterkontrolbesøg (37,6%), mens der ses et lille fald (1,6%) i antal henvisninger. Især to sygehuse (Gentofte, Herlev) har markant færre henvisninger i 2010, hvilket kan skyldes omorganiseringer. Såfremt Gentofte og Herlev ekskluderes ses en stigning i antal henvisninger på 11,9%. Vi så i Tabel 2 og Tabel 3, at der er færre registrerede operationer i 2010 end i 2009 (ud fra LPR som gold standard), hvilket indikerer, at de her beskrevne stigninger primært er et udtryk for den forbedrede databasekomplethed. Dette afspejler sig desuden i, at stigningerne især ses for de afdelinger, som i 2010 har forbedret deres databasekomplethed. Som bekendt udgør en operation inklusionskriteriet for et DugaBase-forløb, men parallelt med den forbedrede databasekomplethed er der således desuden sket en øget registrering af forhold omkring forundersøgelse og efterkontrol. Der tages dog forbehold for direkte sammenligninger mellem Årsrapport 2009 (jf. Tabel 2 og Tabel 3) og data for år 2009 i Tabel 5, idet sidstnævnte omfatter 2009-data, som er opdaterede efter Årsrapport 2009. Derudover har en del afdelinger et fald eller en moderat stigning i antal operationer, men en markant højere stigning i antal efterkontrolbesøg (Roskilde, Randers, Skejby Afd. Y, Viborg, Aalborg og Vendsyssel), hvilket giver et bedre datagrundlag for opgørelse af bestemte indikatorer.

Tabel 6. Fordeling på opfølgningstyper for patientforløb med operation i 2006-2009

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 (6,0)	0 (0,0)	47 (94,0)	50
Hvidovre Hospital	916 (81,6)	42 (3,7)	27 (2,4)	137 (12,2)	1.122
Gentofte Hospital	38 (32,2)	7 (5,9)	2 (1,7)	71 (60,2)	118
Herlev Hospital	752 (49,6)	213 (14,0)	41 (2,7)	511 (33,7)	1.517
Hospitalerne i Nordsjælland, Hille- rød	49 (14,3)	135 (39,4)	8 (2,3)	151 (44,0)	343
Region Sjællands Sygehusvæsen, Roskilde	71 (9,0)	14 (1,8)	34 (4,3)	666 (84,8)	785
Region Sjællands Sygehusvæsen, Holbæk	1 (2,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	35 (97,2)	36
Region Sjællands Sygehusvæsen, Slagelse	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (33,3)	2 (66,7)	3
OUH Odense Universitetshospital ^b	18 (46,2)	13 (33,3)	1 (2,6)	7 (17,9)	39
OUH Svendborg Sygehus	38 (16,7)	125 (55,1)	14 (6,2)	50 (22,0)	227
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	20 (36,4)	3 (5,5)	21 (38,2)	11 (20,0)	55
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	93 (60,8)	34 (22,2)	16 (10,5)	10 (6,5)	153
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	53 (41,7)	5 (3,9)	30 (23,6)	39 (30,7)	127
Fredericia og Kolding Sygehuse	408 (54,7)	122 (16,4)	102 (13,7)	114 (15,3)	746
Regionshospitalet Horsens og Brød- strup	103 (27,0)	170 (44,5)	3 (0,8)	106 (27,7)	382
Regionshospitalet Herning	166 (26,9)	358 (58,0)	7 (1,1)	86 (13,9)	617
Regionshospitalet Silkeborg	27 (10,1)	76 (28,5)	19 (7,1)	145 (54,3)	267
Regionshospitalet Randers	20 (7,5)	37 (13,9)	7 (2,6)	202 (75,9)	266
Århus Universitetshospital, Skejby, Urinvejskirurgisk afdeling K	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	1
Århus Universitetshospital, Skejby, Gynækol./obstetrisk afd. Y	189 (17,7)	403 (37,8)	67 (6,3)	407 (38,2)	1.066
Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup	13 (2,1)	273 (45,0)	3 (0,5)	317 (52,3)	606
Sygehus Thy-Mors	2 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2
Aalborg Sygehus	601 (88,1)	9 (1,3)	20 (2,9)	52 (7,6)	682
Sygehus Vendsyssel	141 (63,8)	14 (6,3)	25 (11,3)	41 (18,6)	221
Gråbrødreklinikken, Odense	83 (87,4)	1 (1,1)	1 (1,1)	10 (10,5)	95
Aleris privathospitaler Herning	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	1
Aleris Privathospitaler Århus	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (100,0)	6
Aleris privathospitaler Aalborg	0 (0,0)	3 (23,1)	2 (15,4)	8 (61,5)	13
Aleris Privathospitaler Odense	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,9)	33 (97,1)	34
Aagaard Gynækologiske Klinik	1 (2,3)	3 (6,8)	0 (0,0)	40 (90,9)	44
Hele landet	3.803 (39,5)	2.063 (21,4)	453 (4,7)	3.305 (34,3)	9.624

Anm.: Opfølgning efter operation skal være registreret i perioden 2006-2010 for at blive medtaget som + *behandling*. Som opfølgningsdato benyttes hhv. dato for udfyldelse af kontrolskema (*Patientskema kontrol*) og dato for lægens efterundersøgelse (*Læge EU*).

a. Kun afdelinger, som har indberettet operationer til DugaBase i 2006-2009 er medtaget i tabellen.

b. OUH Odense Universitetshospital indberettede primært til den udvidede version af DugaBase i perioden 2006-2009, hvorfor der er meget få observationer i tabellen for denne afdeling (i den udvidede version mangler oplysning om dato for udfyldelse af patientens kontrolskema, hvorfor data fra den udvidede model ikke er medtaget i tabellen).

Kommentarer til Tabel 6:

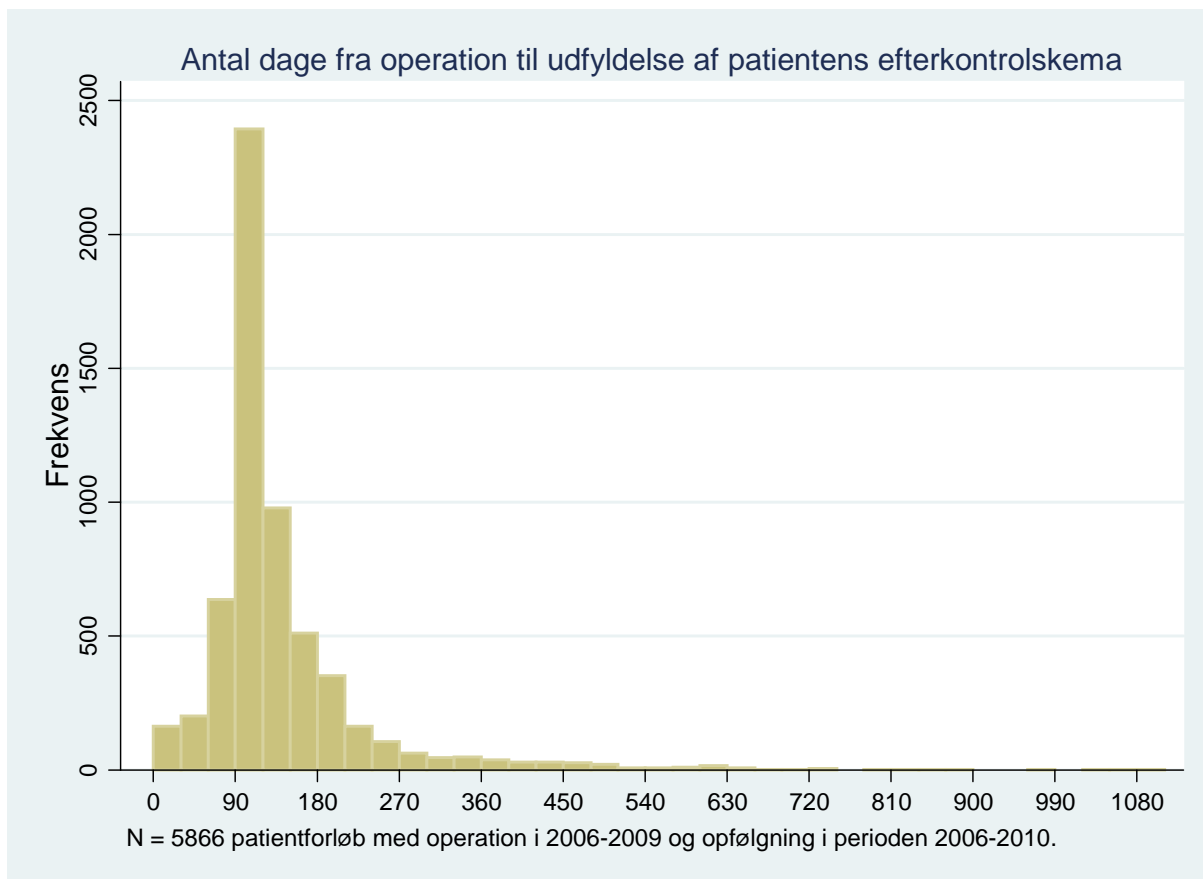
I Årsrapport 2009 viste vi Tabel 5 med antal patienter opereret i 2006 eller 2007, som havde udfyldt et patient- eller læge-efterkontrolskema. Da tiden fra operation til både patientens og lægens efterkontrolskema for langt de fleste patienters vedkommende var under 1 år (jf. Årsrapport 2009, Figur 2 og Figur 3) viser vi denne gang alle patienter opereret i 2006, 2007, 2008 eller 2009.

Der tages forbehold for, at Tabel 6 omhandler patienter opereret i 2006-2009, mens de resterende data i årsrapporten omhandler patienter opereret i 2010; dvs. at sammenligninger med indikatorer kun er valide såfremt afdelingerne ikke efter 2009 har ændret deres procedurer for efterkontrol.

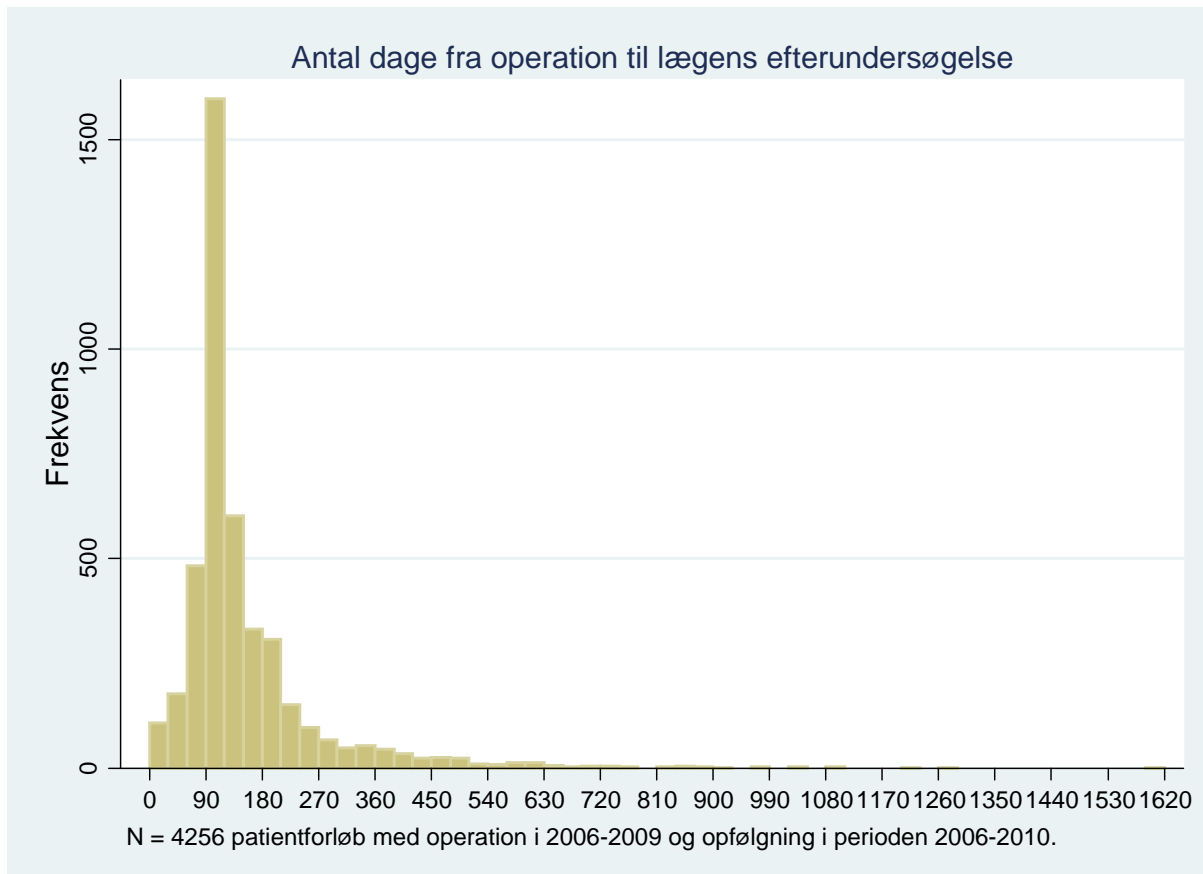
Der ses stor forskel i afdelingernes procedurer for efterkontrol, varierende fra afdelinger for hvilke >80% af patienterne efter operationen både har udfyldt patientskema og er blevet undersøgt af en læge (Hvidovre, Aalborg, Gråbrødreklinikken) til afdelinger, hvor >80% af patienterne efter operationen hverken har udfyldt patientskema eller er blevet undersøgt af en læge (Roskilde, Holbæk, Aleris Odense, Aagaard). Procenterne er generelt lavere for de diskordante kombinationer af disse (patientskema udfyldt/ikke lægeundersøgt eller patientskema ikke udfyldt/lægeundersøgt). Nogle afdelinger har dog en højere procentdel af udfyldte patientskemaer uden lægeundersøgelse (Hillerød, Odense, Svendborg, Horsens/Brædstrup, Herning, Silkeborg, Skejby Afd. Y, Viborg/Skive/Kjellerup) eller af manglende patientskemaer med lægeundersøgelse (Sønderborg, Haderslev, Esbjerg, Fredericia/Kolding, Silkeborg, Vendsyssel). Denne heterogene opfølgingspraksis blandt afdelingerne vanskeliggør meningsfulde fortolkninger af indikatorer, hvilket i Årsrapport 2009 blev illustreret med eksempler i det tilsvarende afsnit ”Kommentarer til Tabel 5”. I denne årsrapport er dette illustreret med scatterplots for visse indikatorer (Figur 17 for indikator 3, Figur 22 for indikator 6 og Figur 25 for indikator 7), som indikerer mulige associationer mellem datakomplethed og indikatorandele. Vi kan således ikke vide om afdelinger med en lav datakomplethed og dårligere indikatorresultater selektivt har udvalgt patienter med de dårligste resultater til efterkontrol.

Vi ser nu på fordelingen af opfølgningstiden:

Figur 2. Fordeling af opfølgningstid, patientens efterkontrol, operation i 2006- 2009



Figur 3. Fordeling af opfølgningstid, lægens efterundersøgelse, operation i 2006-2009



Kommentarer til Figur 2 og Figur 3:

Indledningsvis opdelte vi både Figur 2 og Figur 3 i to perioder (2006-2007 og 2008-2009) for at se om fordelingen af opfølgningstider afveg mellem disse, hvilket de ikke gjorde (data ikke vist).

Tiden fra operationen til efterkontrol er ens uanset om efterkontrol omfattes af patientens eller lægens efterkontrollskema. De fleste patienter følges op efter 60-210 dage, med højeste frekvens i 90-120 dages perioden. Meget få patienter har over 1 års opfølgningstid, hvilket også var tilfældet i Årsrapport 2009 og grunden til, at vi i denne rapport har inkluderet patienter til og med år 2009.

Tabel 7. Fordeling og alder hos patienter med henvisningsdato i 2006-2010 (både opererede og ikke-opererede patienter), hvor der samtidig er udfyldt patient-skema før behandling

Patientens forundersøgelsesskema udfyldt:	År	Antal forløb	Antal forløb (%)	Alder på henvisningstidspunkt			
				Gns.	Median	Min.	Maks.
Alle med skema udfyldt	2006	1.422	100,0	57,2	58	14	101
	2007	2.899	100,0	58,6	60	16	96
	2008	3.360	100,0	59,5	61	19	97
	2009	4.098	100,0	59,3	61	16	98
	2010	4.191	100,0	59,3	61	16	95
Patientforløb kun med registrering af prolapsymptomer	2006	259	18,2	59,4	60	21	89
	2007	700	24,1	60,2	61	21	91
	2008	770	22,9	61,9	63	27	95
	2009	1.066	26,0	62,2	63	25	91
	2010	1.054	25,1	61,8	64	24	92
Patientforløb kun med registrering af urininkontinenssymptomer	2006	656	46,1	55,1	55	14	97
	2007	1.116	38,5	56,2	56	20	96
	2008	1.242	37,0	56,8	56	19	97
	2009	1.447	35,3	56,5	56	16	94
	2010	1.410	33,6	56,5	56	16	95
Patientforløb med registrering af både prolaps- og urininkontinenssymptomer	2006	407	28,6	60,1	60	24	101
	2007	944	32,6	60,8	61	24	95
	2008	1.231	36,6	60,9	63	22	93
	2009	1.431	34,9	60,3	62	19	98
	2010	1.529	36,5	60,7	62	19	93
Skema udfyldt, men ingen symptomer registreret	2006	100	7,0	53,9	57	19	92
	2007	139	4,8	54,7	59	16	91
	2008	117	3,5	57,4	62	26	90
	2009	154	3,8	56,7	57,5	21	86
	2010	198	4,7	55,0	54	19	88

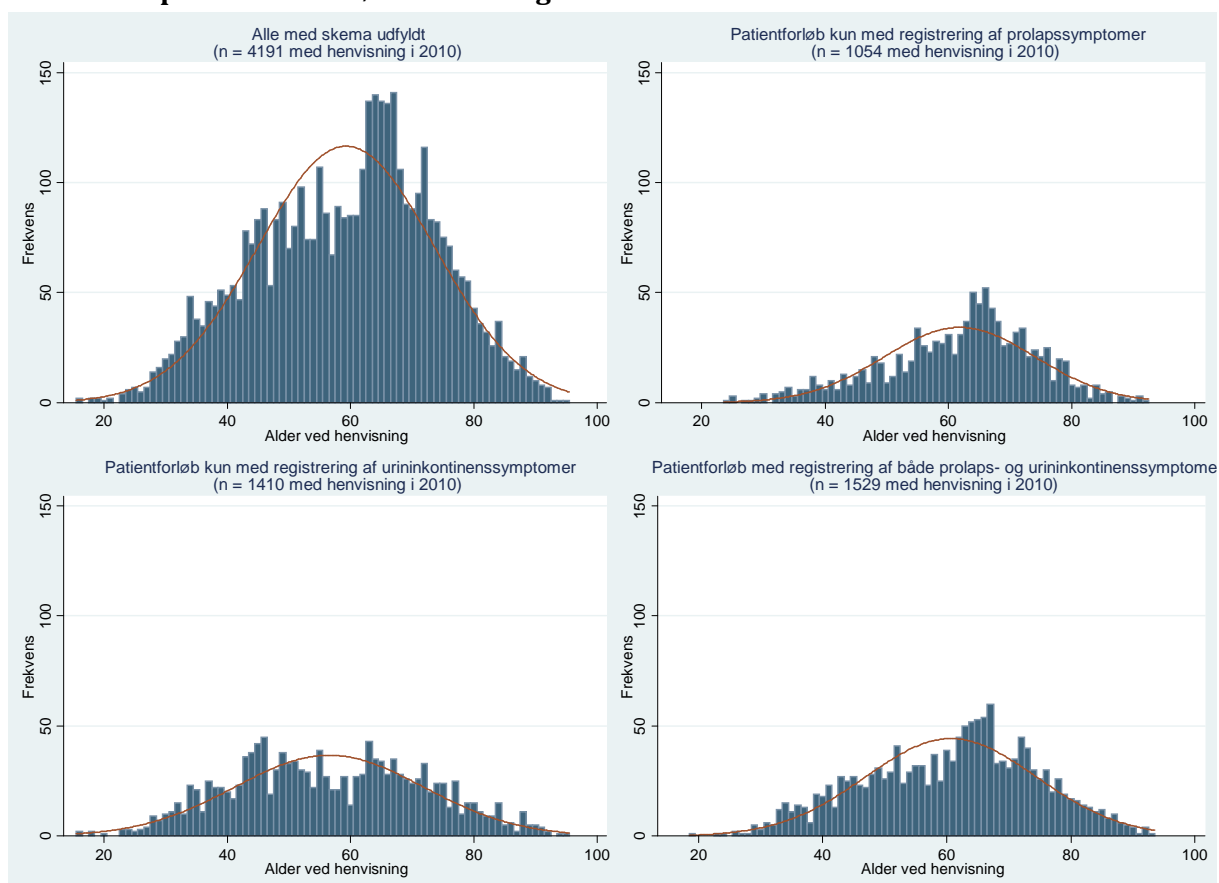
Anm. De fire nederste kategorier er gensidigt udelukkende og summerer således, at det svarer til kategorien *Alle med skema udfyldt*.

Kommentarer til Tabel 7:

I forhold til 2009 er der en mindre stigning (2,3%) i antal udfyldte patient forundersøgelsesskemaer, hvilket er mindre end stigningen på 11,8% for antal forundersøgelser (jf. Tabel 5). Således er flere forundersøgelser baseret på lægens skema, og tilsvarende færre på patientens. Fra 2006 til 2009 var der et stigende antal udfyldte patient forundersøgelsesskemaer, både generelt og indenfor de 3 kategorier med oplysninger om symptomer (kun prolaps, kun urininkontinens, både prolaps og urininkontinens). I 2010 er denne stigning mindre, og den skyldes patientforløb med registrering af både prolaps- og urininkontinenssymptomer samt patientforløb uden registrering af symptomer, mens der ses et lille fald i de øvrige to kategorier.

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 er ca. 4 år ældre. 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:

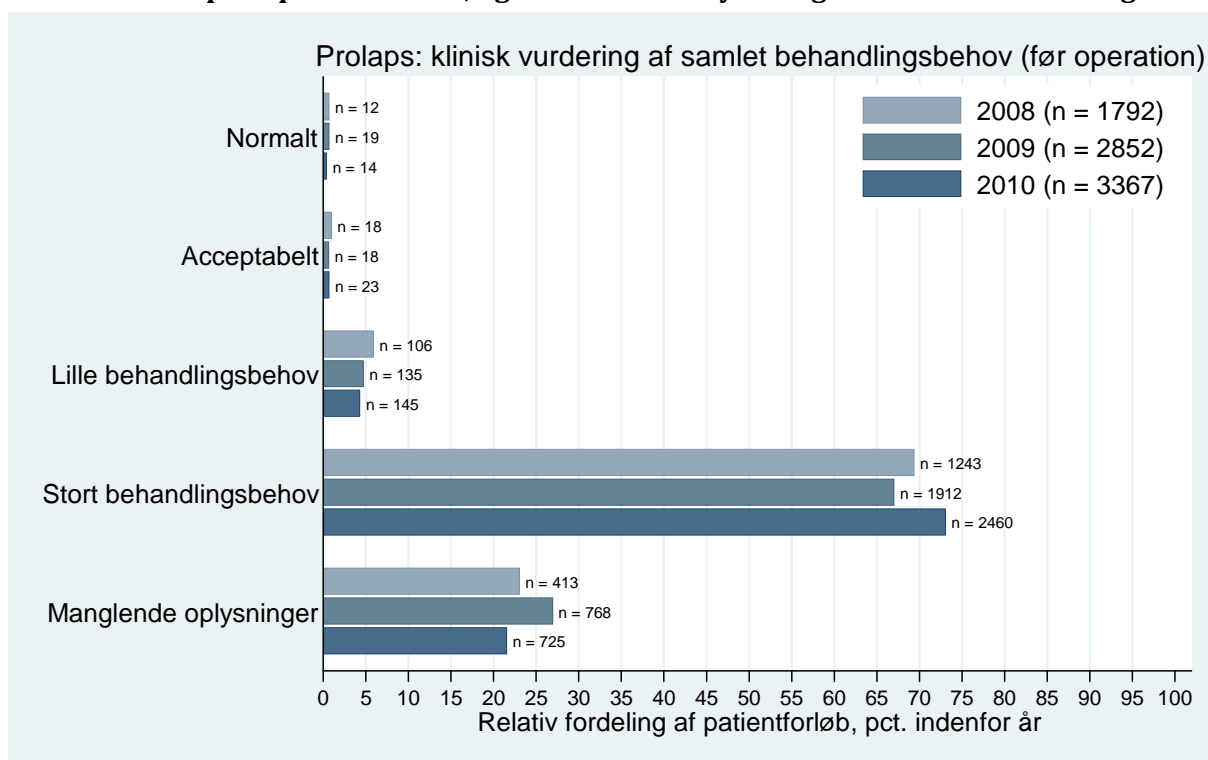
Figur 4. Aldersfordeling ved henvisning hos patienter med henvisningsdato i 2010 (både opererede og ikke-opererede patienter), hvor der samtidig er udfyldt patientskema før behandling



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 2008-2010, og hvor der er udfyldt lægeskema før behandling



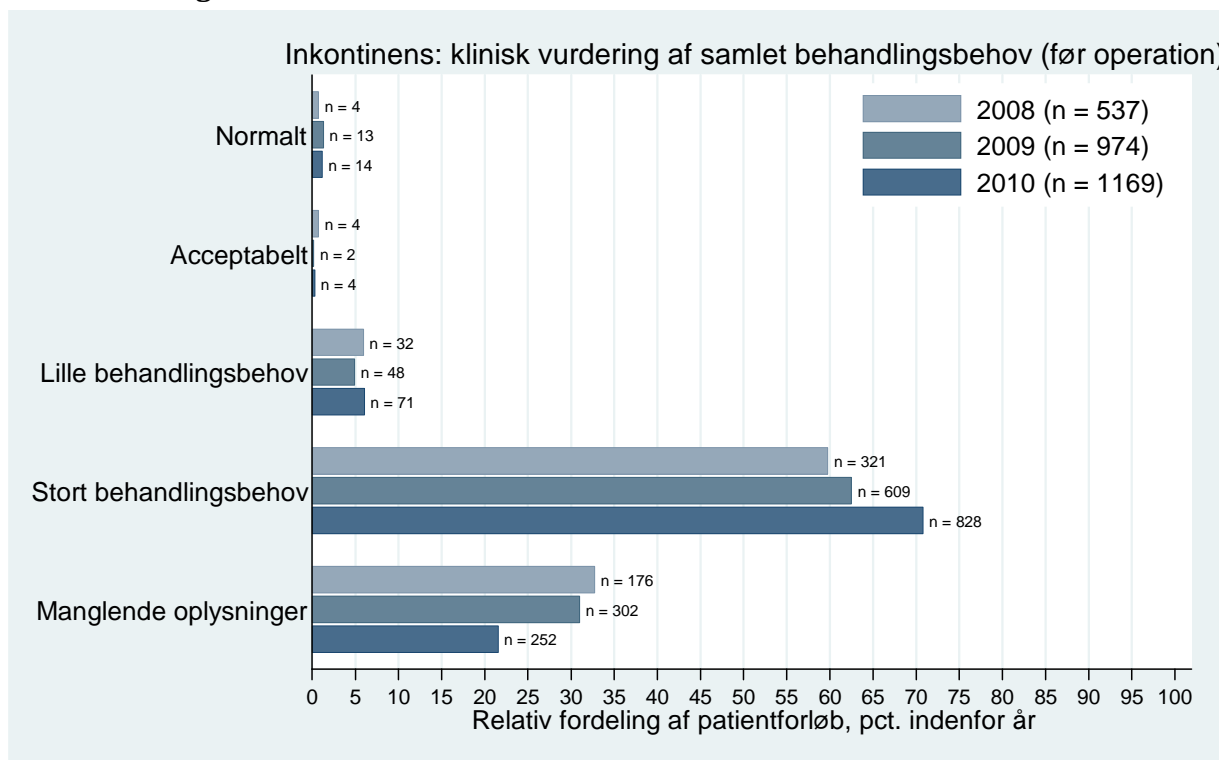
Kommentarer til Figur 5:

Blandt de 3367 opererede prolapspatienter med et udfyldt lægeskema før behandling havde 2460 (73%) et stort behandlingsbehov. Dvs. at patienter med prolaps symptomer overordnet repræsenterer en patientgruppe med en væsentlig problemstilling og et stort behandlingsbehov.

For 725 patienter (21,5%) var der manglende oplysninger om behandlingsbehovet.

Antallet af registrerede forløb er stigende fra 2008, over 2009, til 2010. Der er generelt små forskelle i andele mellem de 5 kategorier når de 3 år sammenlignes. I forhold til 2009 har forholdsvis flere patienter et stort behandlingsbehov, og forholdsvis færre patienter har manglende oplysninger. Der er dog ikke nogen forskel mellem patientgrupperne når patienter med manglende oplysninger ekskluderes (χ^2 -test, $p = 0,20$). Det kan derfor ikke vurderes i hvor høj grad den større andel af patienter med et stort behandlingsbehov er klinisk begrundet, skyldes forholdsvis færre registreringer med manglende oplysninger eller er relateret til den større databasekomplethed. Det er positivt, at den øgede databasekomplethed ledsages af større datakomplethed for vurdering af behandlingsbehovet.

Figur 6. Klinisk samlet vurdering af behandlingsbehov hos patienter, der er opereret for urininkontinens 2008-2010, og hvor der er udfyldt lægeskema før behandling



Kommentarer til Figur 6:

Blandt de 1169 opererede urininkontinenspatienter med et udfyldt lægeskema før behandling havde 828 (71%) et stort behandlingsbehov. Dvs. at patienter med urininkontinenssymptomer overordnet repræsenterer en patientgruppe med en væsentlig problemstilling og et stort behandlingsbehov.

For 252 patienter (21,6%, dvs. som for prolapspatienter) var der manglende oplysninger om behandlingsbehovet.

Antallet af registrerede forløb er stigende fra 2008, over 2009, til 2010. Der er generelt små forskelle i andele mellem de 5 kategorier når de 3 år sammenlignes. I forhold til 2009 har forholdsvis flere patienter et stort behandlingsbehov, og forholdsvis færre patienter har manglende oplysninger. Der er dog ikke nogen forskel mellem patientgrupperne når patienter med manglende oplysninger ekskluderes (χ^2 -test, $p = 0,86$). Det kan derfor ikke vurderes i hvor høj grad den større andel af patienter med et stort behandlingsbehov er klinisk begrundet, skyldes forholdsvis færre registreringer med manglende oplysninger, eller er relateret til den større databasekomplethed. Det er positivt, at den øgede databasekomplethed ledsages af større datakomplethed for vurdering af behandlingsbehovet.

Tabel 8. Antal operative indgreb fordelt på indgrebstyper, for patienter med operationsdato i 2010 (N = 7.892)

Operations-kode	Beskrivelse	Antal	Pct.	Kum. Pct.	Med i indikator ^a	
					Urininkontinens	Prolaps
KLEF00	Forreste kolporafi	2.310	29,3	29,3		X
KLEF03	Bageste kolporafi	1.432	18,1	47,4		X
KLEG10	Vaginal uretrocystopeksi med slynge	686	8,7	56,1	X	
KLCD10	Vaginal hysterektomi	653	8,3	64,4		X
KLEG10A	Vaginal uretrocystopeksi med slynge gennem foramen obturatum	616	7,8	72,2	X	
KLEF40	Vaginal operation for enterocele	323	4,1	76,3		X
KLEF00B	Manchesteroperation	267	3,4	79,7		X
KLFE20	Sutur af perineum	246	3,1	82,8		
KLDC10	Resektion af livmoderhals	145	1,8	84,6		X
KLEF53	Vaginal apikal kolpopeksi efter tidligere hysterektomi	141	1,8	86,4		X
KKDV22	Uretroskopisk submukøs injektionsbehandling i urinrør	120	1,5	87,9	X	
KKDV20	Submukøs injektionsbehandling i urinrør	107	1,4	89,3	X	
KLEF00A	Forreste kolporafi med meche	98	1,2	90,5		X
KLEF96	Anden operation for prolaps eller descensus	95	1,2	91,7		X
KLEF60	Vaginal lateral kolpopeksi	86	1,1	92,8		X
KLEE10	Rekonstruktion i vagina med transplantat eller lap	83	1,1	93,9		X
KLEF23	Komplet kolpoplekse	66	0,8	94,7		X
KLEF03A	Bageste kolporafi med meche	54	0,7	95,4		X
KLFE96	Anden rekonstruktion på vulva eller perineum	51	0,6	96,0		
KLFE10	Vulvoplastik	32	0,4	96,4		
KKDG00	Retropubisk suspension af urinrør	29	0,4	96,8	X	
KLEF51A	Laparoskopisk apikal kolpopeksi efter tidligere hysterektomi med meche	21	0,3	97,1		X
KLDC13	Excision af livmoderhals	19	0,2	97,3		
KLEF50A	Abdominal apikal kolpopeksi efter tidligere hysterektomi med meche	19	0,2	97,6		X
KLFE10A	Fenton-plastik	19	0,2	97,8		
KLEF53B	Vaginal apikal kolpopeksi til det sakrospinøse ligament	19	0,2	98,0		X
KLEW96	Anden operation på vagina	16	0,2	98,2		

Operations- kode	Beskrivelse	Antal	Pct.	Kum. Pct.	Med i indikator ^a	
					Urininkontinens	Prolaps
KLEF53A	Vaginal apikal kolpopeksi efter tidligere hysterektomi med meche	16	0,2	98,4		X
KLEF40A	Vaginal operation for enterocele med meche	16	0,2	98,6		X
KLEF50	Abdominal apikal kolpopeksi efter tidligere hysterektomi	16	0,2	98,8		X
KLCD00	Total hysterektomi	15	0,2	99,0		
KLEF13	Kolpoperineoplastik med vaginal hysterektomi	15	0,2	99,2		X
KLEG96	Anden vaginal inkontinensoperation	14	0,2	99,4	X	
KLEF63	Abdomial lateral kolpopeksi	9	0,1	99,5		X
KLEG00	Vaginal uretrocystorafi	7	0,1	99,6	X	
KLCD11	Laparoskopisk assisteret vaginal hysterektomi	5	0,1	99,7		
KKDG30	Abdominal uretrocystopeksi med slynge	4	0,1	99,7	X	
KLEF20	Partiel kolpogleise	4	0,1	99,8		
KLEF51	Laparoskopisk apikal kolpopeksi efter tidligere hysterektomi	4	0,1	99,8		X
KLEF43	Abdominal operation for enterocele	3	0,0	99,9		X
KLEE00	Sutur af vagina	3	0,0	99,9		
KLEC10	Excision af septum i vagina	2	0,0	99,9		
KLFE30	Korrektion af vulva efter omskæring og sammensyning	1	0,0	99,9		
KLEF10	Kolpoperineoplastik	1	0,0	99,9		X
KKDG96	Anden operation på urinrør ved inkontinens	1	0,0	100,0	X	
KKDG10	Abdominovaginal suspension af blærehals	1	0,0	100,0	X	
KLEW97	Anden laparoskopisk operation på vagina	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 2010: 5.686. Antal operative indgreb i 2010: 7.892.

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

Kommentarer til Tabel 8:

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

Blandt de 7892 operative indgreb er der 415 (5,3%, hvilket er som i Årsrapport 2009) omfattende operationskoder, som ikke indgår i beregningerne af indikatorerne. Disse koder ledsages dog indenfor det enkelte operationsforløb typisk af et indgreb, som er specifikt for enten urininkontinens eller prolaps. Dette evalueres nærmere i Tabel 9.

Tabel 9. Antal patientforløb med operationsdato i 2009-2010, fordelt på indgrebstyper

Operationstype	2009		2010			
	Antal	Pct.	Kum. Pct.	Antal	Pct.	Kum. Pct.
Inkontinensindgreb ifm. operation	1.158	25,4	25,4	1.528	26,9	26,9
Prolapsindgreb ifm. operation	3.248	71,3	96,7	4.006	70,5	97,3
Både inkontinens- og prolapsindgreb ifm. samme operation	58	1,3	98,0	56	1,0	98,3
Andre indgreb (ikke inkontinens eller prolaps)	41	0,9	98,9	67	1,2	99,5
Uoplyst	51	1,1	100,0	29	0,5	100,0
Antal patientforløb med operation, i alt	4.556	100,0	-	5.686	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 9:

Operationskoder, som dækker urininkontinens og prolaps, udgør 98,3% af opererede patientforløb, hvilket er som i 2009, hvor de udgjorde 98,0%. Ligeledes er andele af de forskellige operationstyper uændrede i forhold til 2009. Urininkontinens- og prolapsindgreb har forrang for andre indgreb (ikke urininkontinens eller prolaps), hvorfor kun 1,7% blandt de 5,3% andre indgreb (nævnt i Tabel 8) ikke er udført i forbindelse med en urininkontinens- eller prolapsoperation. Kun 1% får udført urininkontinens- og prolapsindgreb ved samme operation, hvilket er markant lavere end de 36,5% af patienterne, som i deres patientskema har angivet både prolaps- og urininkontinenssymptomer (jf. Tabel 7).

Tabel 10. Korttidskomplikationer efter operation, patientforløb med operation i 2010

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)	6 (1,8)	5 (1,5)	338
Gentofte Hospital	0 (0,0)	1 (0,6)	0 (0,0)	168
Herlev Hospital	0 (0,0)	3 (0,6)	1 (0,2)	483
Hospitalerne i Nordsjælland, Hillerød	0 (0,0)	2 (0,7)	13 (4,5)	290
Region Sjællands Sygehusvæsen, Roskilde	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	321
Region Sjællands Sygehusvæsen, Holbæk	0 (0,0)	1 (0,9)	0 (0,0)	117
Region Sjællands Sygehusvæsen, Slagelse	0 (0,0)	6 (12,2)	0 (0,0)	49
Region Sjællands Sygehusvæsen, Nykøbing F.	3 (1,2)	2 (0,8)	0 (0,0)	254
OUH Odense Universitetshospital	1 (0,4)	4 (1,4)	4 (1,4)	280
OUH Svendborg Sygehus	0 (0,0)	2 (1,1)	1 (0,5)	184
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	1 (0,5)	2 (0,9)	3 (1,4)	217
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	1 (1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	99
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	0 (0,0)	1 (0,3)	0 (0,0)	381
Fredericia og Kolding Sygehuse	0 (0,0)	4 (1,3)	1 (0,3)	307
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	1 (0,7)	4 (2,8)	0 (0,0)	142
Regionshospitalet Herning	0 (0,0)	4 (2,2)	10 (5,4)	186
Regionshospitalet Silkeborg	0 (0,0)	1 (0,8)	0 (0,0)	125
Regionshospitalet Randers	0 (0,0)	1 (0,6)	4 (2,4)	170
Århus Universitetshospital, Skejby, Urinvejskirurgisk afdeling K	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	19
Århus Universitetshospital, Skejby, Gynækol./obstetrisk afd. Y	0 (0,0)	9 (1,8)	32 (6,5)	491
Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,7)	267
Sygehus Thy-Mors	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,4)	72
Aalborg Sygehus	0 (0,0)	3 (0,7)	4 (0,9)	433
Sygehus Vendsyssel	0 (0,0)	1 (0,5)	0 (0,0)	190
Gråbrødreklinikken, Odense	0 (0,0)	10 (14,7)	7 (10,3)	68
Aleris Privathospitaler Århus	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4
Aleris privathospitaler Aalborg	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2
Aleris Privathospitaler Odense	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10
Aagaard Gynækologiske Klinik	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8
Ciconia, Århus Privathospital	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	11
Hele landet	8 (0,1)	67 (1,2)	88 (1,5)	5.686

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: Blære-læsion DT812UD+ZDA02, Ureterlæsion DT812UC+ZDA02, Tarm-læsion DT812G+ZDA02 (i operationsskema eller lægens efterundersøgelsesskema).

Kommentarer til Tabel 10:

Overordnet indikerer tabellen, at det grundet de små tal bliver vanskeligt at lave en meningsfyldt indikator for korttidskomplikationer (jf. Årsrapport 2009, afsnit 7).

Ud af i alt 5586 operationer er der kun registreret infektion hos 8, blødning hos 67 og organlæsion hos 88 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 6 og kommentarerne hertil). De 8 registreringer af infektioner stammer alle fra lægens efterkontrolskema, mens dette kun gælder for 15 af de 67 blødninger (22,4%) og ingen af de 88 organlæsioner, dvs. for blødninger og organlæsioner ville Tabel 10 ikke ændre sig meget såfremt alle data stammede fra operationsskemaet.

Slagelse og Gråbrødreklinikken har flere blødninger end de andre afdelinger (odds ratio [95% konfidensinterval] hhv. 12,8 [4,3-32] og 16,9 [7,3-35]), mens Hillerød, Herning, Skejby Afd. Y og Gråbrødreklinikken har flere organlæsioner (odds ratio [95% konfidensinterval] hhv. 3,3 [1,7-6,1], 3,9 [1,8-7,8], 6,4 [4,0-10,2] og 7,8 [2,9-17,9]), omend de brede konfidensintervaller illustrerer den statistiske usikkerhed grundet de små tal.

Vi viser korttidskomplikationer for alle årene siden DugaBases start:

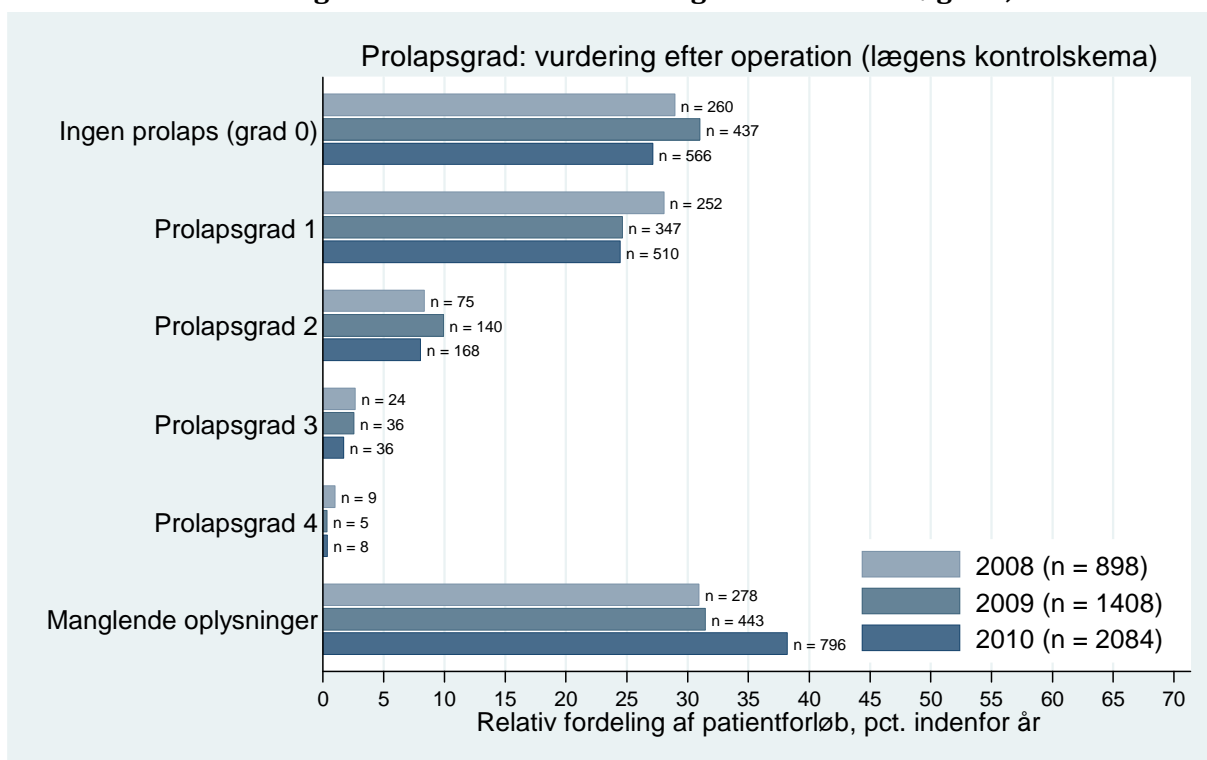
Tabel 11. Korttidskomplikationer efter operation, opdelt efter operationsår

Operationsår / Komplikation	Antal (pct. ^a) Infektion ^b	Antal (pct. ^a) Blødning ^c	Antal (pct. ^a) Organlæsion ^d	Antal operationer i alt
2006	1 (0,1)	60 (7,2)	8 (1,0)	839
2007	1 (0,0)	82 (3,3)	53 (2,1)	2.506
2008	7 (0,2)	67 (2,3)	42 (1,4)	2.922
2009	8 (0,2)	80 (1,8)	64 (1,4)	4.556
2010	8 (0,1)	67 (1,2)	88 (1,5)	5.686

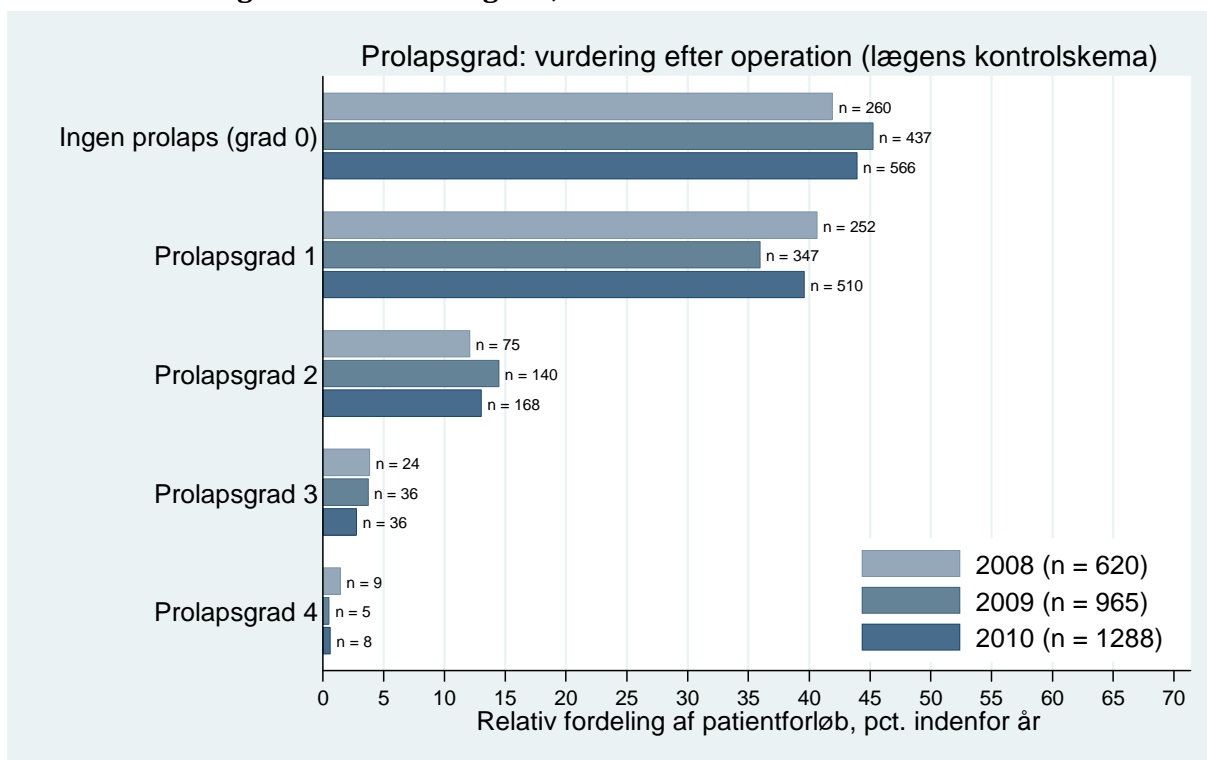
Kommentarer til Tabel 11:

Der er ingen væsentlige forskelle mellem årene, hverken for infektioner, blødning eller organlæsioner.

Figur 7. Prolapsgrad efter operation – for patienter med operation for prolaps, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse, 2008-2010



Figur 8. Prolapsgrad efter operation (uden kategorien 'Manglende oplysninger') – for patienter med operation for prolaps, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse, 2008-2010



Kommentarer til Figur 7 og Figur 8:

Figur 7 viser, at andelen af manglende oplysninger i 2008, 2009 og 2010 var hhv. 31,0%, 31,5% og 38,2%. Der er således sket en stigning i andelen af manglende oplysninger i 2010. Andelen af prolapsgrad ≤ 1 (som bruges til beregning af indikator 6) var i 2008, 2009 og 2010 hhv. 57,0%, 55,7% og 51,6%, dvs. andelen af prolapsgrad ≤ 1 faldt lidt. Såfremt fordelingen mellem prolapsgrader er ens, uanset manglende oplysninger eller ej, er dette fald reelt, 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 2008, 2009 og 2010 var hhv. 82,6%, 81,2% og 83,5%. Når årene sammenlignes var der ikke forskel mellem prolapsgrad ≤ 1 og prolapsgrad 2-4 (χ^2 -test, $p = 0,36$). I Årsrapport 2009 rapporterede vi, at indenfor prolapsgrad ≤ 1 var der for årene 2007, 2008 og 2009 en stigende andel af prolapsgrad 0 parallelt med stigende kalenderår (χ^2 -test for trend, $p = 0,0003$). Dette er ikke tilfældet for årene 2008, 2009 og 2010 (χ^2 -test for trend, $p = 0,76$).

Vi konkluderer, at når årene 2008, 2009 og 2010 sammenlignes er der ikke forskel mellem prolapsgrad ≤ 1 og prolapsgrad 2-4 og indenfor prolapsgrad ≤ 1 er der ikke forskel mellem prolapsgrad 0 og prolapsgrad 1. Konklusionerne er generelt de samme med og uden inklusion af manglende oplysninger hvorfor vi forsigtigt antager, at de manglende oplysninger har udgjort en ikke-selekeret andel af patientgruppen for hvilken lægens skema efter operationen er udfyldt.

Tabel 12. Urininkontinens/residualurin for patientforløb med operation for urininkontinens i 2006-2010, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse

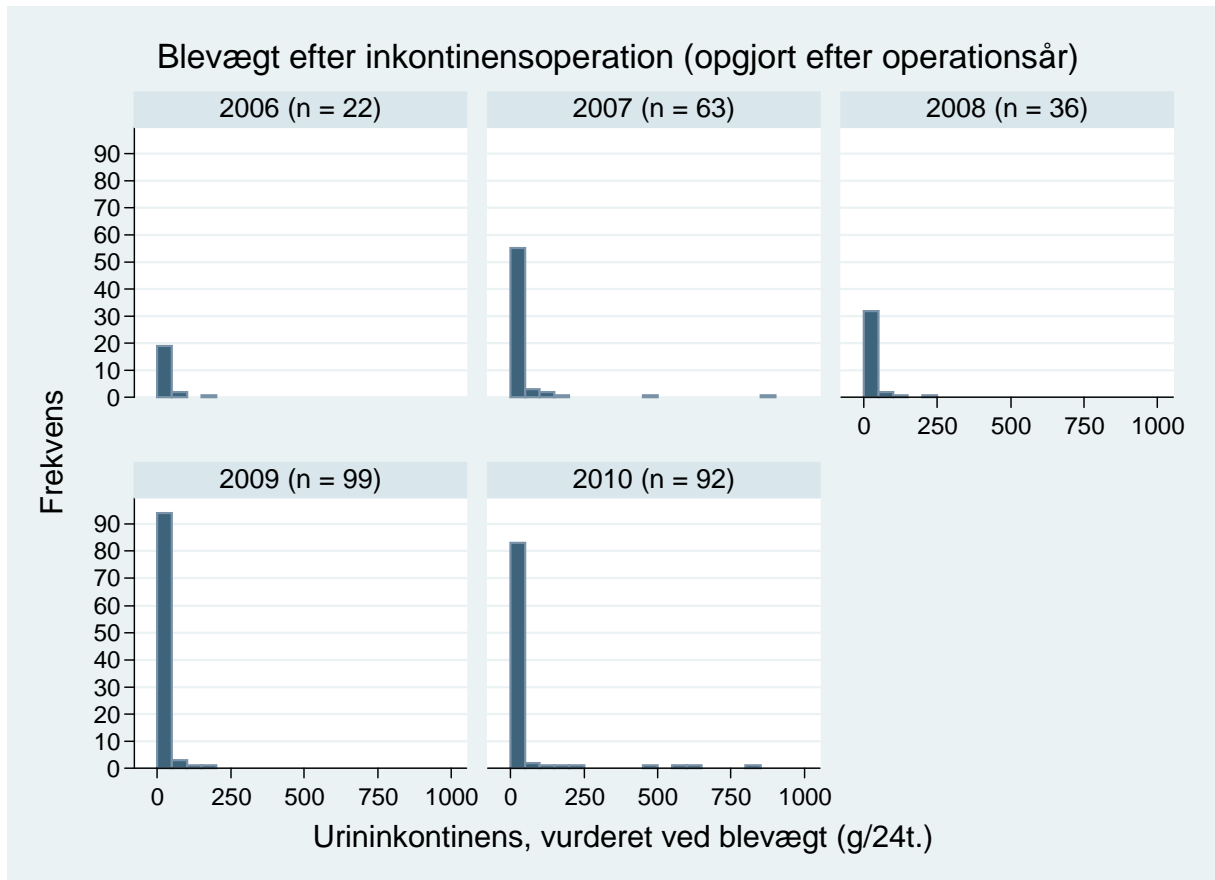
Urininkontinensopererede:	År	Uoplyst ^a		Oplyst				
		Antal	Pct.	Antal	Middelværdi	Median	Min.	Maks.
Urininkontinens, vurderet ved blevægt (g/24t.)	2006	115	83,9	22	17,9	5	0	170
	2007	350	84,7	63	35,9	3	0	900
	2008	273	88,3	36	15,5	0	0	204
	2009	526	84,2	99	8,5	0	0	165
	2010	863	90,4	92	37,8	0	0	850
Vandladning, vurderet ved residualurin (ml)	2006	80	58,4	57	30,9	10	0	330
	2007	242	58,6	171	20,8	0	0	208
	2008	185	59,9	124	21,0	10	0	233
	2009	340	54,4	285	19,1	3	0	450
	2010	614	64,3	341	25,1	8	0	305

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

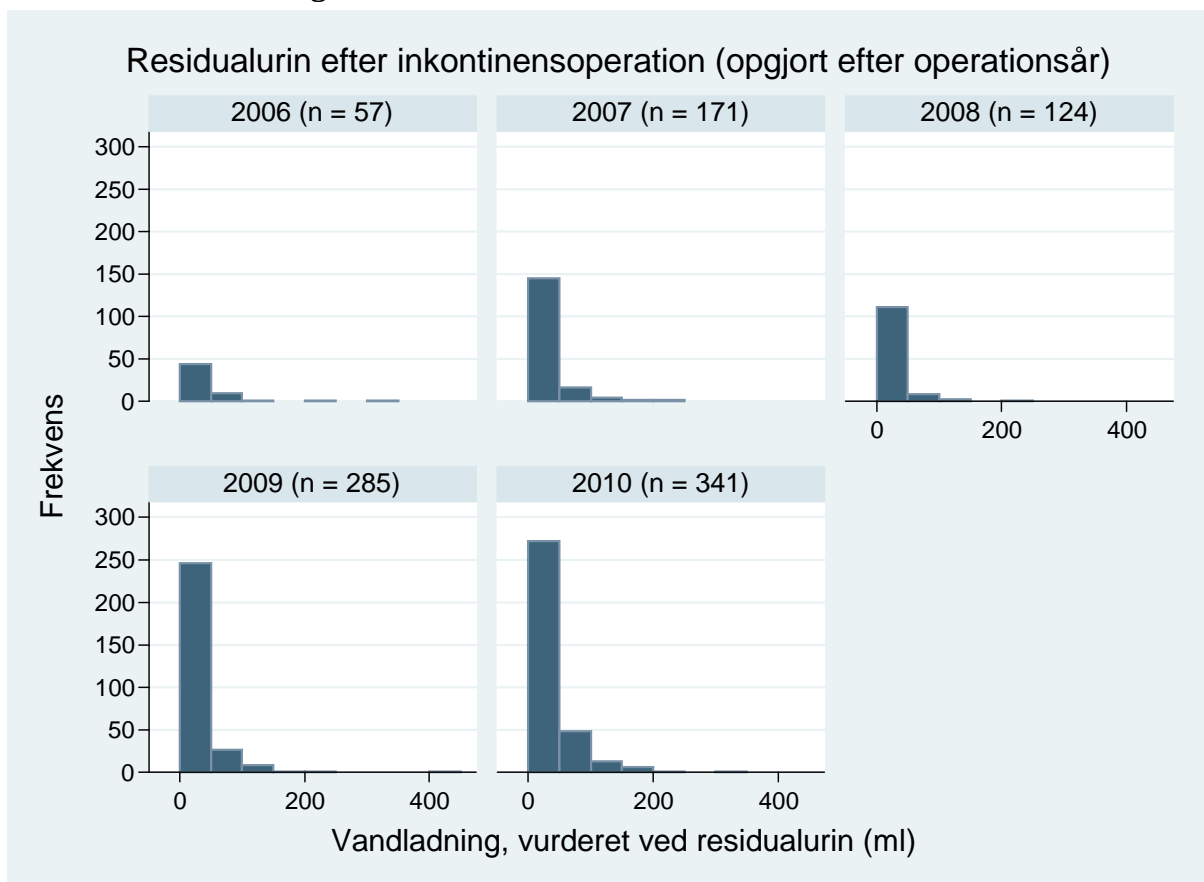
Kommentarer til Tabel 12:

Tabellen viser den lave andel af registreringer for alle årene (10-16% for blevægt og 36-46% 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 2006-2010, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse



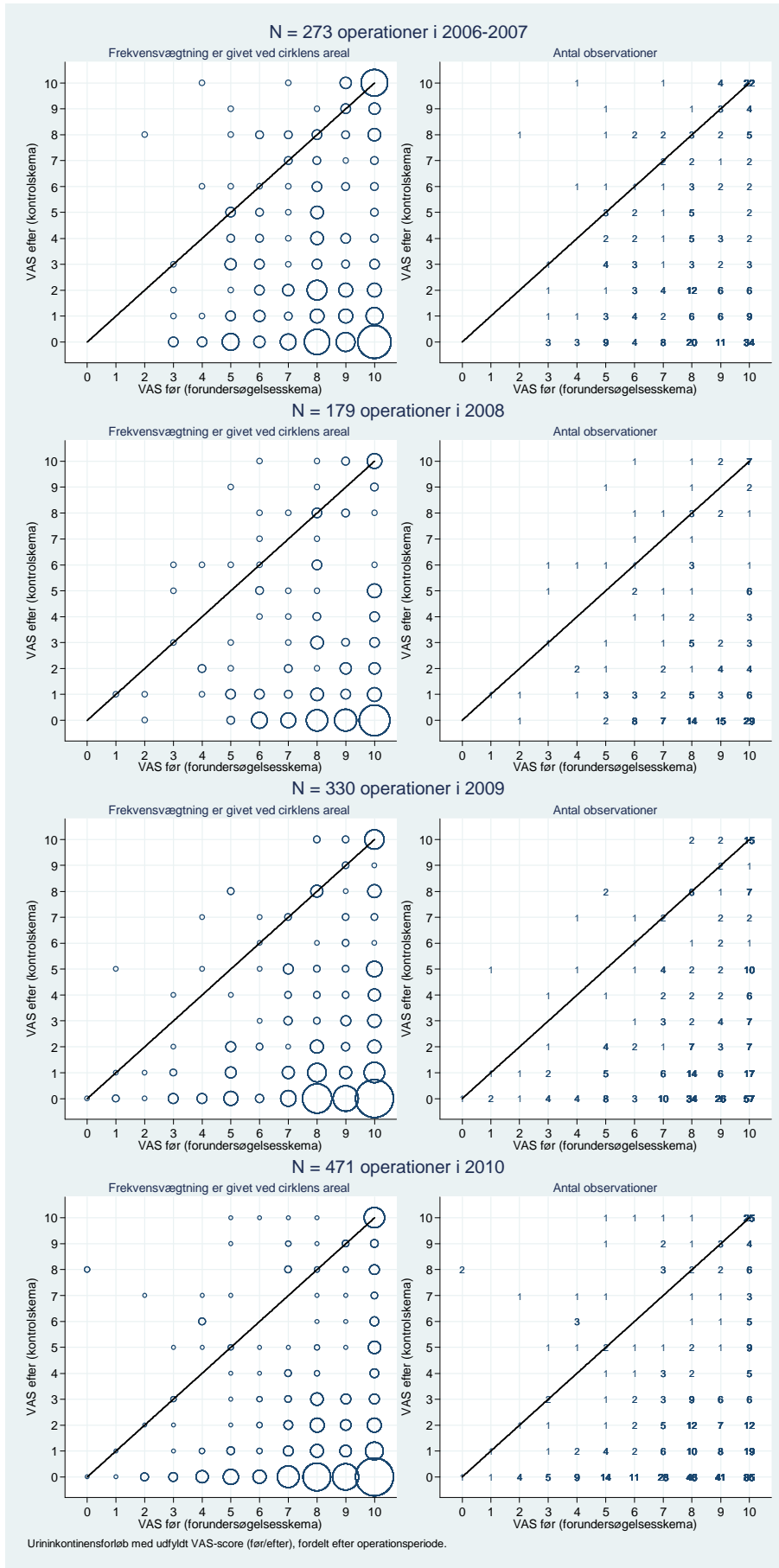
Figur 10. Fordeling af residualurin målinger for patientforløb med operation for urininkontinens i 2006-2010, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse



Kommentarer til Figur 9 og Figur 10:

Figurerne bekræfter, at i alle 5 år bidrager nogle få patienter til de høje gennemsnit. Visuelt er der ingen forskel mellem årene, hverken for blevægtmålinger eller residualurin. Statistiske tests er udeladt grundet det lave antal registreringer, usikkerheden omkring de estimerede mængder og den skæve fordeling af disse.

Figur 11. Urininkontinens: VAS-score før og efter operation (mindre er bedre)



Kommentarer til Figur 11 og Figur 12:

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

For patienter med VAS-score 10 før operation er der overordnet set bedre effekt af prolapsoperationer (Figur 12) end af urininkontinensoperationer (Figur 11). Der er forholdsvis flere urininkontinenspatienter end prolapspatienter, som har VAS-score 10 både før og efter operationen. Desuden er der en forholdsvis mindre forbedring, idet urininkontinensopererede har en højere VAS-score efter operation end prolapsopererede patienter.

Der er ingen visuelle forskelle når årene sammenlignes.

8. Afrapportering af indikatorer

Tabel 13. Indikatoroversigt, landsresultater 2010

Indikator	Tæller /Nævner	Andel i pct. 95% K.I.	Standard i pct	Opfyldt
Indikator 1: Ventetid (30 dage)	1.205/4.108	29,3 (27,9-30,8)	≥ 90	Nej
Indikator 3: Subjektiv patient-bedømmelse af succes	478/681	70,2 (66,6-73,6)	≥ 70	Ja
Indikator 4: Obstruktion efter kirurgisk behandling	272/341	79,8 (75,1-83,9)	≥ 90	Nej
Indikator 6: Objektiv score hos patienter opereret for prolaps	1.076/1.288	83,5 (81,4-85,5)	≥ 90	Nej
Indikator 7: Subjektiv patient-bedømmelse af prolapsoperation	1.371/1.701	80,6 (78,6-82,5)	≥ 80	Ja
Indikator 9: Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for inkontinens	116/789	14,7 (12,3-17,4)	≤ 10	Nej
Indikator 10: Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps	126/1.779	7,1 (5,9-8,4)	≤ 10	Ja

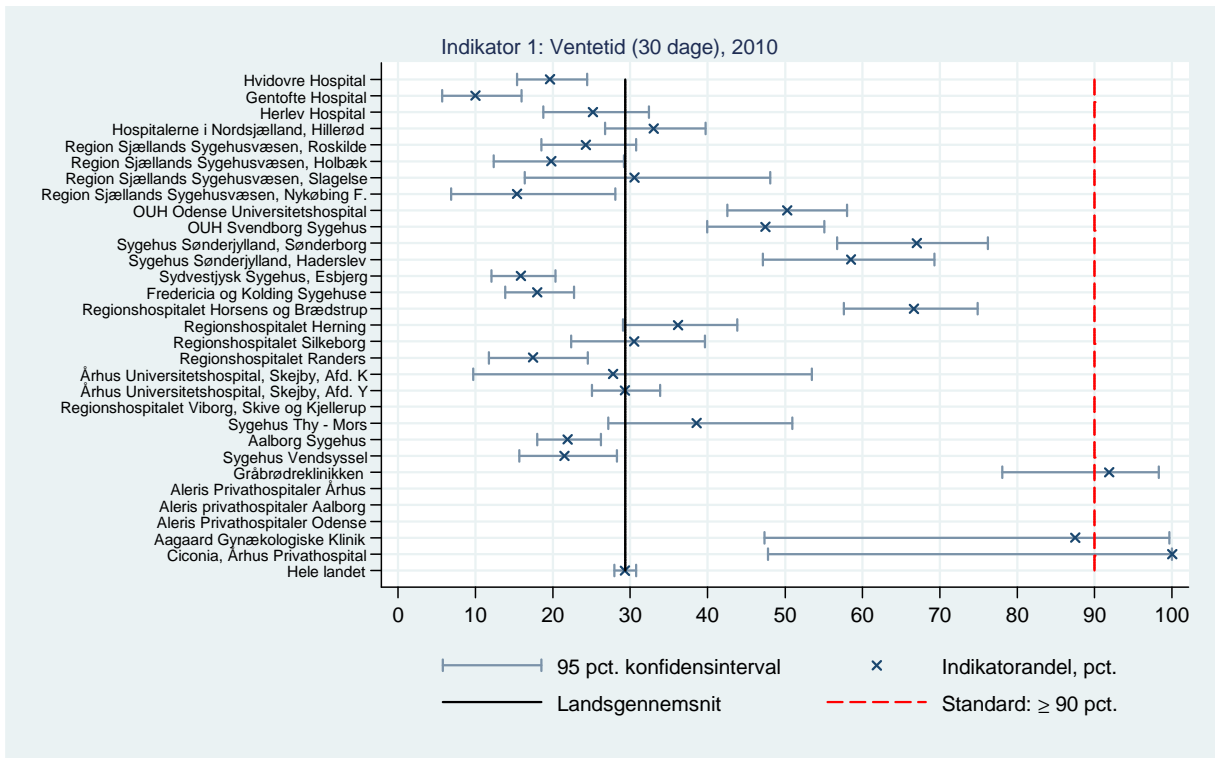
Anm.: Standard er opfyldt (Ja), hvis standarden bliver "fanget" af konfidensinterval.

8.1. Indikator 1: Ventetid 30 dage

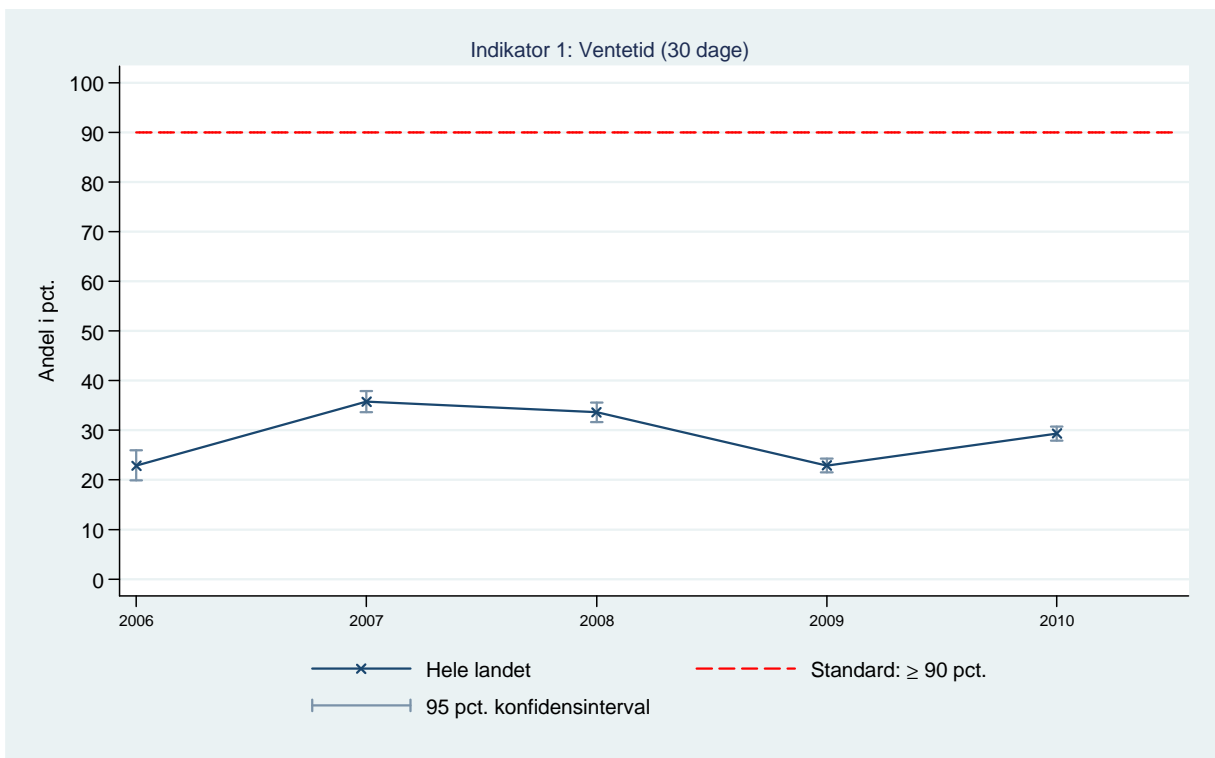
- **Datagrundlag:** Patientforløb med registrering af valid operationsdato i opgørelsesperioden
- **Datakomplethed:** (Relevante patientforløb/Datagrundlag) ×100
- **Relevante patientforløb (Nævner):** Samlet antal patientforløb med operationsdato indenfor opgørelsesperioden, og samtidig skal der findes 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- grund- lag	Data- komplethed	Relevante patient- forløb	Opfylder indikator	Andel i pct. (95 pct. K.I.)	
					2010	2009
Hvidovre Hospital	338	93,5	316	62	19,6 (15,4-24,4)	20,4
Gentofte Hospital	168	89,3	150	15	10,0 (5,7-16,0)	26,2
Herlev Hospital	483	34,6	167	42	25,1 (18,8-32,4)	23,5
Hospitalerne i Nordsjælland, Hillerød	290	74,1	215	71	33,0 (26,8-39,7)	25,3
Region Sj. Sygehusvæsen, Roskilde	321	62,9	202	49	24,3 (18,5-30,8)	17,7
Region Sj. Sygehusvæsen, Holbæk	117	82,1	96	19	19,8 (12,4-29,2)	0,0
Region Sj. Sygehusvæsen, Slagelse	49	73,5	36	11	30,6 (16,3-48,1)	50,0
Region Sj. Sygehusvæsen, Nykøbing F.	254	20,5	52	8	15,4 (6,9-28,1)	.
OUH Odense Universitetshospital	280	61,1	171	86	50,3 (42,6-58,0)	18,7
OUH Svendborg Sygehus	184	96,2	177	84	47,5 (39,9-55,1)	11,3
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	217	44,7	97	65	67,0 (56,7-76,2)	42,9
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	99	82,8	82	48	58,5 (47,1-69,3)	9,3
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	381	84,3	321	51	15,9 (12,1-20,4)	11,9
Fredericia og Kolding Sygehuse	307	99,7	306	55	18,0 (13,8-22,7)	12,2
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	142	86,6	123	82	66,7 (57,6-74,9)	15,2
Regionshospitalet Herning	186	93,5	174	63	36,2 (29,1-43,8)	18,5
Regionshospitalet Silkeborg	125	94,4	118	36	30,5 (22,4-39,7)	26,1
Regionshospitalet Randers	170	87,6	149	26	17,4 (11,7-24,5)	10,7
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K	19	94,7	18	5	27,8 (9,7-53,5)	.
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	491	87,6	430	126	29,3 (25,0-33,9)	32,2
Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup	267	0,0	0	.	.	.
Sygehus Thy-Mors	72	97,2	70	27	38,6 (27,2-51,0)	0,0
Aalborg Sygehus	433	94,9	411	90	21,9 (18,0-26,2)	18,6
Sygehus Vendsyssel	190	93,2	177	38	21,5 (15,7-28,3)	26,6
Gråbrødreklinikken, Odense	68	54,4	37	34	91,9 (78,1-98,3)	87,2
Aleris privathospitaler Herning	.	.	.	.	.	100,0
Aleris Privathospitaler Århus	4	0,0	0	.	.	100,0
Aleris privathospitaler Aalborg	2	0,0	0	.	.	100,0
Aleris Privathospitaler Odense	10	0,0	0	.	.	0,0
Aagaard Gynækologiske Klinik	8	100,0	8	7	87,5 (47,3-99,7)	90,7
Ciconia, Århus Privathospital	11	45,5	5	5	100,0 (47,8-100,0)	.
Hele landet	5.686	72,2	4.108	1.205	29,3 (27,9-30,8)	22,9

Figur 13. Indikator 1 fordelt på afdelinger, 2010



Figur 14. Indikator 1, hele landet, 2006-2010



Kommentarer til Indikator 1:

På landsplan har 29,3% af patienterne en ventetid på højst 30 dage, hvilket er meget under standarden på mindst 90%. Det er 6,4% færre end i 2009 hvor 22,9% havde en ventetid på højst 30 dage, men over hele DugaBases forløb er der ikke sket væsentlige forbedringer (Figur 14).

Blandt afdelinger med mindst ti relevante patientforløb opfylder kun privathospitalet Gråbrødreklinikken standarden. I 2009 opfyldte kun privathospitalerne Gråbrødreklinikken og Aagaard Gynækologiske Klinik standarden.

Blandt offentlige sygehuse har Odense, Svendborg, Sønderborg, Haderslev og Horsens/Brædstrup de højeste andele af patienter, som venter under 30 dage, vekslende fra 47,5% til 67,0%.

Vi konkluderer, at standarden på landsplan ikke er opfyldt, og kun en afdeling opfylder standarden.

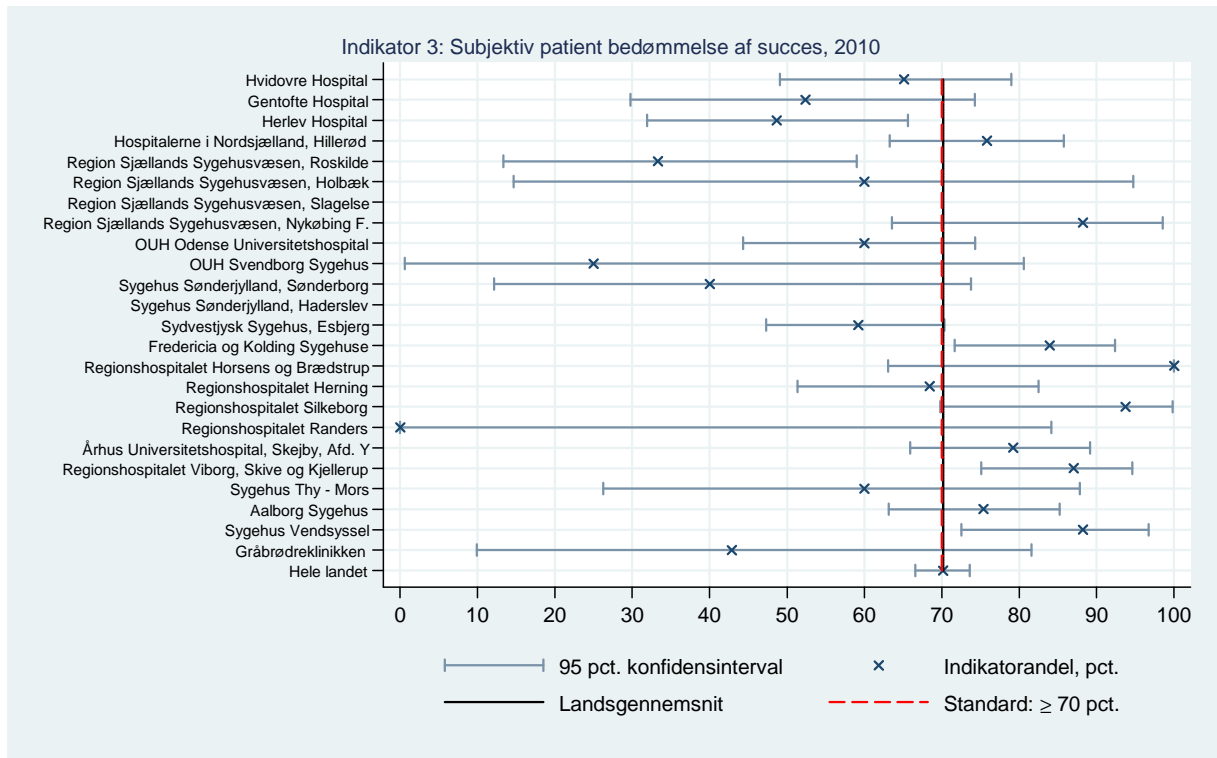
8.2. Indikator 3: Urininkontinens – Subjektiv patientbedømmelse af succes

Subjektiv patientbedømmelse af succes efter operation for urininkontinens

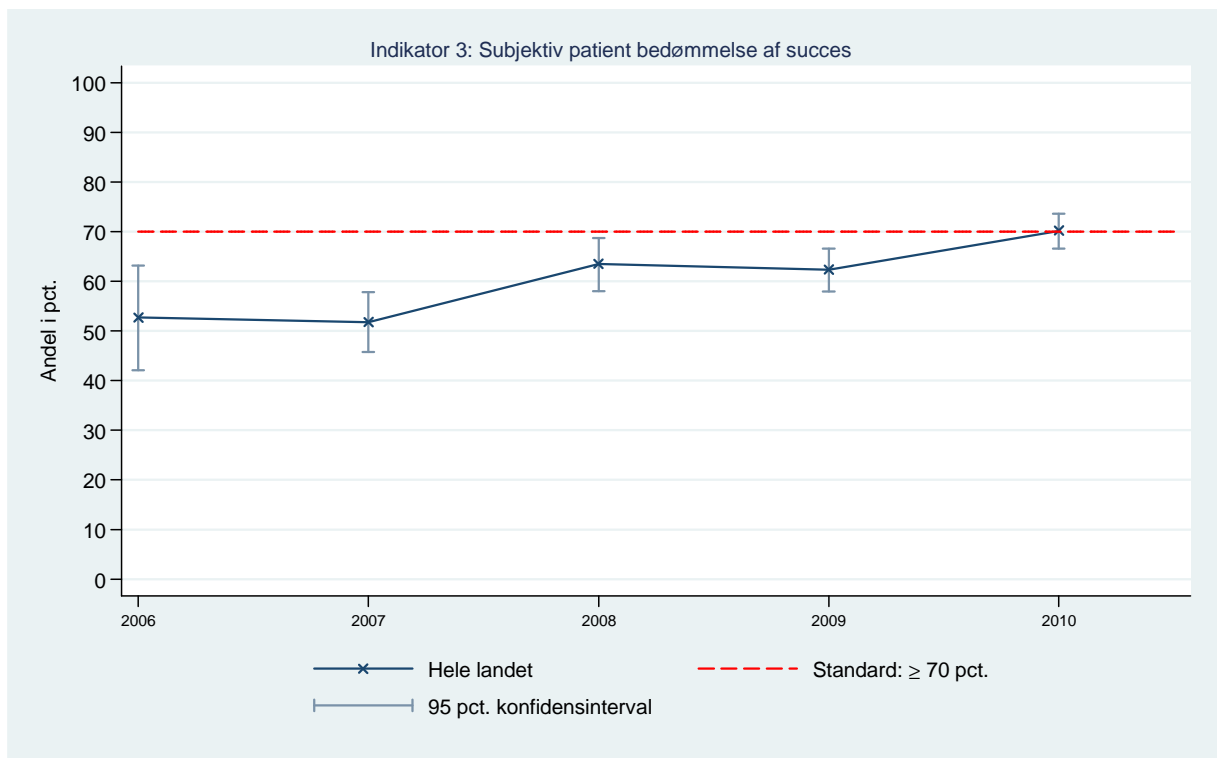
- **N:** Antal relevante operationer i perioden (urininkontinens-kirurgi)
- **Datagrundlag:** Patientforløb med registrering af relevant operationskode (urininkontinens-kirurgi), og hvor der er indleveret skema for patientens efterundersøgelse
- **Datakomplethed:** (Relevante patientforløb/Datagrundlag) × 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.)	
						2010	2009
Hvidovre Hospital	56	48	89,6	43	28	65,1 (49,1-79,0)	80,9
Gentofte Hospital	47	33	63,6	21	11	52,4 (29,8-74,3)	72,2
Herlev Hospital	177	127	29,1	37	18	48,6 (31,9-65,6)	27,6
Hospitalerne i Nordsjælland, Hillerød	72	67	92,5	62	47	75,8 (63,3-85,8)	56,7
Region Sj. Sygehusvæsen, Roskilde	89	61	29,5	18	6	33,3 (13,3-59,0)	75,0
Region Sj. Sygehusvæsen, Holbæk	22	15	33,3	5	3	60,0 (14,7-94,7)	100,0
Region Sj. Sygehusvæsen, Slagelse	1	1	0,0	0	.	.	.
Region Sj. Sygehusvæsen, Nykøbing F.	121	23	73,9	17	15	88,2 (63,6-98,5)	.
OUH Odense Universitetshospital	70	57	78,9	45	27	60,0 (44,3-74,3)	58,3
OUH Svendborg Sygehus	24	13	30,8	4	1	25,0 (0,6-80,6)	100,0
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	87	15	66,7	10	4	40,0 (12,2-73,8)	50,0
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	30	23	0,0	0	.	.	.
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	199	108	70,4	76	45	59,2 (47,3-70,4)	50,0
Fredericia og Kolding Sygehuse	70	56	100,0	56	47	83,9 (71,7-92,4)	71,2
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	11	10	80,0	8	8	100,0 (63,1-100,0)	92,3
Regionshospitalet Herning	50	41	92,7	38	26	68,4 (51,3-82,5)	65,0
Regionshospitalet Silkeborg	23	16	100,0	16	15	93,8 (69,8-99,8)	93,8
Regionshospitalet Randers	41	33	6,1	2	0	0,0 (0,0-84,2)	.
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K	19	.	.	.	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	75	54	98,1	53	42	79,2 (65,9-89,2)	61,3
Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup	82	54	100,0	54	47	87,0 (75,1-94,6)	67,9
Sygehus Thy-Mors	17	17	58,8	10	6	60,0 (26,2-87,8)	.
Aalborg Sygehus	109	76	85,5	65	49	75,4 (63,1-85,2)	52,2
Sygehus Vendsyssel	64	42	81,0	34	30	88,2 (72,5-96,7)	42,9
Gråbrødreklinikken, Odense	18	8	87,5	7	3	42,9 (9,9-81,6)	92,9
Aleris Privathospitaler Århus	1	.	.	.	.	.	.
Aleris Privathospitaler Odense	4	.	.	.	.	.	.
Aagaard Gynækologiske Klinik	4	.	.	.	.	.	.
Ciconia, Århus Privathospital	1	.	.	.	.	.	.
Hele landet	1.584	998	68,2	681	478	70,2 (66,6-73,6)	62,3

Figur 15. Indikator 3 fordelt på afdelinger, 2010



Figur 16. Indikator 3, hele landet, 2006-2010



Figur 17. Datakomplethed (x-aksen) og andel for indikator 3 (y-aksen) for afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb, med tendenslinjer, for operationsårne 2007, 2008, 2009 og 2010



Kommentarer til Indikator 3:

På landsplan oplever 70,2% af patienterne aldrig eller højst en gang om ugen urininkontinens, dvs. standarden på mindst 70% er opfyldt. Figur 16 viser en jævn stigning fra 2006 til 2010, hvor standarden for første gang er opfyldt på landsplan.

Blandt de 17 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder alle, undtagen Herlev og Roskilde, standarden. I 2009 havde 5 af disse 17 afdelinger under 10 relevante patientforløb (Roskilde, Nykøbing F, Sønderborg, Thy/Mors, Vendsyssel), Herlev og Aalborg opfyldte ikke standarden, mens de resterende 10 afdelinger gjorde (data ikke vist).

Figur 15 viser, at der er stor variation mellem afdelingerne, og mange konfidensintervaller er brede. Tabellen indikerer desuden en positiv association mellem datakomplethed (dvs. andelen af patienter med et udfyldt spørgeskema efter operationen, som har besvaret spørgsmålet "Hvor ofte oplever du urininkontinens") og andelen for opfyldelse af indikator 3. Vi har derfor tilføjet Figur 17, som separat for årene 2007, 2008, 2009 og 2010 indikerer denne positive association, dvs. højere komplethed er associeret med en højere andel af tilfredse patienter, mens lavere komplethed er associeret med en lavere andel af tilfredse patienter. Dette kan indikere, at i afdelinger med en lavere komplethed udgør de patienter, som har besvaret spørgsmålet "Hvor ofte oplever du urininkontinens", en selekteret patientgruppe i forhold til alle afdelingens urininkontinenspatienter. Denne patientgruppe kan således i relation til indikator 3 have flere komplikationer end alle afdelingens urininkontinenspatienter. Såfremt disse patientgrupper ikke er selekterede (dvs. de er repræsentative for alle afdelingens urininkontinenspatienter) tyder det på en stor reel kvalitetsforskel mellem afdelingerne, også selvom konfidensintervallerne generelt er brede. Vi har desuden erstattet x-aksen i Figur 17 med andelen af alle urininkontinenspatienter, som havde udfyldt spørgeskemaet (dvs. tabellens "Datagrundlag" divideret med "N"), men her ses ikke samme positive association (data ikke vist).

Vi konkluderer, at på landsplan opfylder 70,2% indikatoren, hvilket opfylder standarden på mindst 70%. Det er svært at vurdere hvorvidt den store variation mellem afdelingerne skyldes reelle kliniske forskelle, eller er relateret til forskelle i datakomplethed, som kan resultere i selekterede patientgrupper.

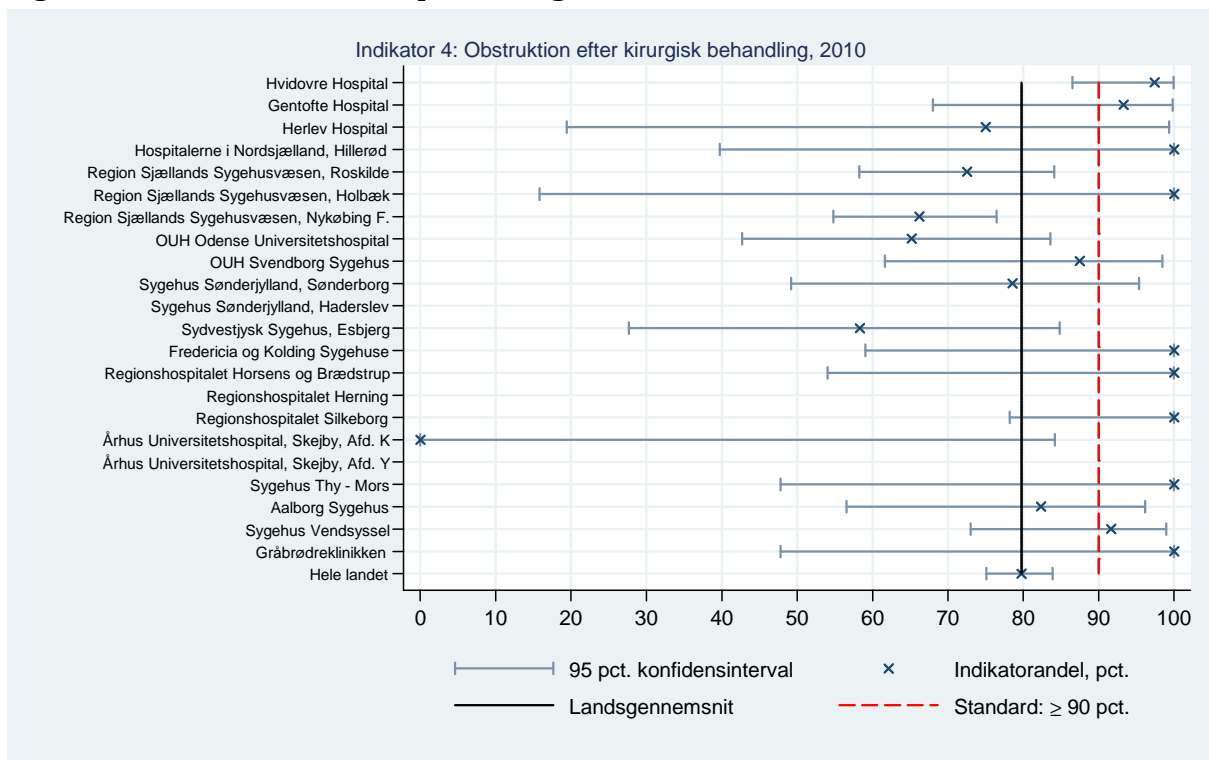
8.3. Indikator 4: Urininkontinens – Obstruktion efter kirurgisk behandling

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

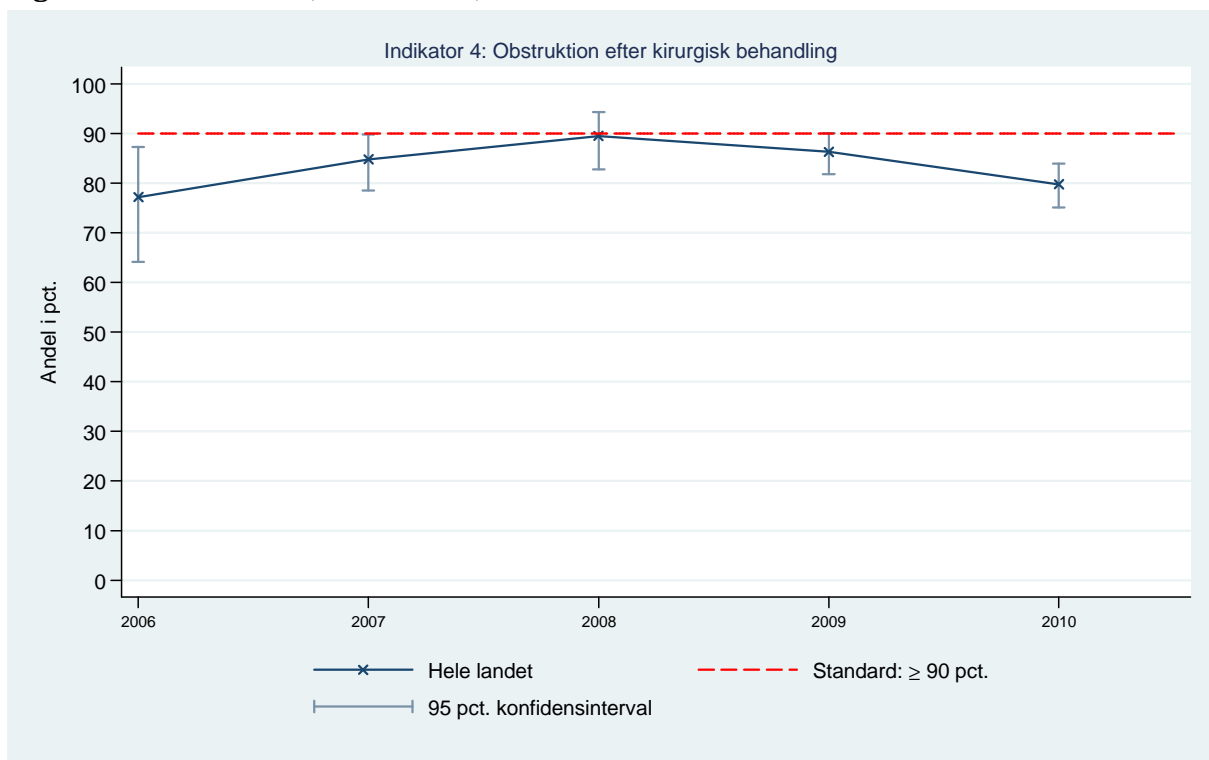
- **N:** Antal relevante operationer i perioden (urininkontinens-kirurgi)
- **Datagrundlag:** Patientforløb med registrering af relevant operationskode (urininkontinenskirurgi), og hvor der er indleveret skema for lægens efterundersøgelse
- **Datakomplethed:** (Relevante patientforløb/Datagrundlag) × 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	Opfylder indikator	Andel i pct. (95 pct. K.I.)	
						2010	2009
Hvidovre Hospital	56	46	84,8	39	38	97,4 (86,5-99,9)	92,9
Gentofte Hospital	47	21	71,4	15	14	93,3 (68,1-99,8)	100,0
Herlev Hospital	177	123	3,3	4	3	75,0 (19,4-99,4)	90,9
Hospitalet i Nordsjælland, Hillerød	72	52	7,7	4	4	100,0 (39,8-100,0)	.
Region Sj. Sygehusvæsen, Roskilde	89	59	86,4	51	37	72,5 (58,3-84,1)	88,9
Region Sj. Sygehusvæsen, Holbæk	22	3	66,7	2	2	100,0 (15,8-100,0)	.
Region Sj. Sygehusvæsen, Slagelse	1	.	.	.	.	.	.
Region Sj. Sygehusvæsen, Nykøbing F.	121	111	72,1	80	53	66,3 (54,8-76,4)	.
OUH Odense Universitetshospital	70	41	56,1	23	15	65,2 (42,7-83,6)	66,7
OUH Svendborg Sygehus	24	16	100,0	16	14	87,5 (61,7-98,4)	100,0
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	87	27	51,9	14	11	78,6 (49,2-95,3)	87,5
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	30	22	0,0	0	.	.	87,5
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	199	159	7,5	12	7	58,3 (27,7-84,8)	80,0
Fredericia og Kolding Sygehuse	70	53	13,2	7	7	100,0 (59,0-100,0)	84,6
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	11	10	60,0	6	6	100,0 (54,1-100,0)	100,0
Regionshospitalet Herning	50	29	0,0	0	.	.	50,0
Regionshospitalet Silkeborg	23	15	100,0	15	15	100,0 (78,2-100,0)	88,2
Regionshospitalet Randers	41	.	.	.	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K	19	3	66,7	2	0	0,0 (0,0-84,2)	.
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	75	11	0,0	0	.	.	100,0
Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup	82	.	.	.	.	.	.
Sygehus Thy-Mors	17	17	29,4	5	5	100,0 (47,8-100,0)	.
Aalborg Sygehus	109	74	23,0	17	14	82,4 (56,6-96,2)	74,3
Sygehus Vendsyssel	64	53	45,3	24	22	91,7 (73,0-99,0)	97,5
Gråbrødreklinikken, Odense	18	10	50,0	5	5	100,0 (47,8-100,0)	100,0
Aleris Privathospitaler Århus	1	.	.	.	.	.	.
Aleris privathospitaler Aalborg	.	.	.	.	.	.	100,0
Aleris Privathospitaler Odense	4	.	.	.	.	.	.
Aagaard Gynækologiske Klinik	4	.	.	.	.	.	.
Ciconia, Århus Privathospital	1	.	.	.	.	.	.
Hele landet	1.584	955	35,7	341	272	79,8 (75,1-83,9)	86,3

Figur 18. Indikator 4 fordelt på afdelinger, 2010



Figur 19. Indikator 4, hele landet, 2006-2010



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 18 afspejler disse usikkerheder.

På landsplan har 79,8% af patienterne <50 ml residualurin ved efterundersøgelse, hvilket ikke opfylder standarden på mindst 90%. Figur 19 viser, at der fra 2006 til 2008 var en stigning i andelen af patienter med <50 ml residualurin, mens denne er faldet i 2009 og 2010. I lyset af ovennævnte forbehold skal disse tendenser til stigninger eller fald tolkes uhyre varsomt.

Blandt de 11 afdelinger med mindst ti relevante patientforløb, opfylder de 7 (Hvidovre, Gentofte, Svendborg, Sønderborg, Silkeborg, Aalborg, Vendsyssel) standarden, mens 4 (Roskilde, Nykøbing F, Odense, Esbjerg) ikke gør. Blandt disse havde 5 afdelinger i 2009 under 10 relevante patientforløb (Gentofte, Roskilde, Nykøbing F, Odense, Svendborg), Aalborg opfyldte ikke standarden, mens de øvrige gjorde (data ikke vist).

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

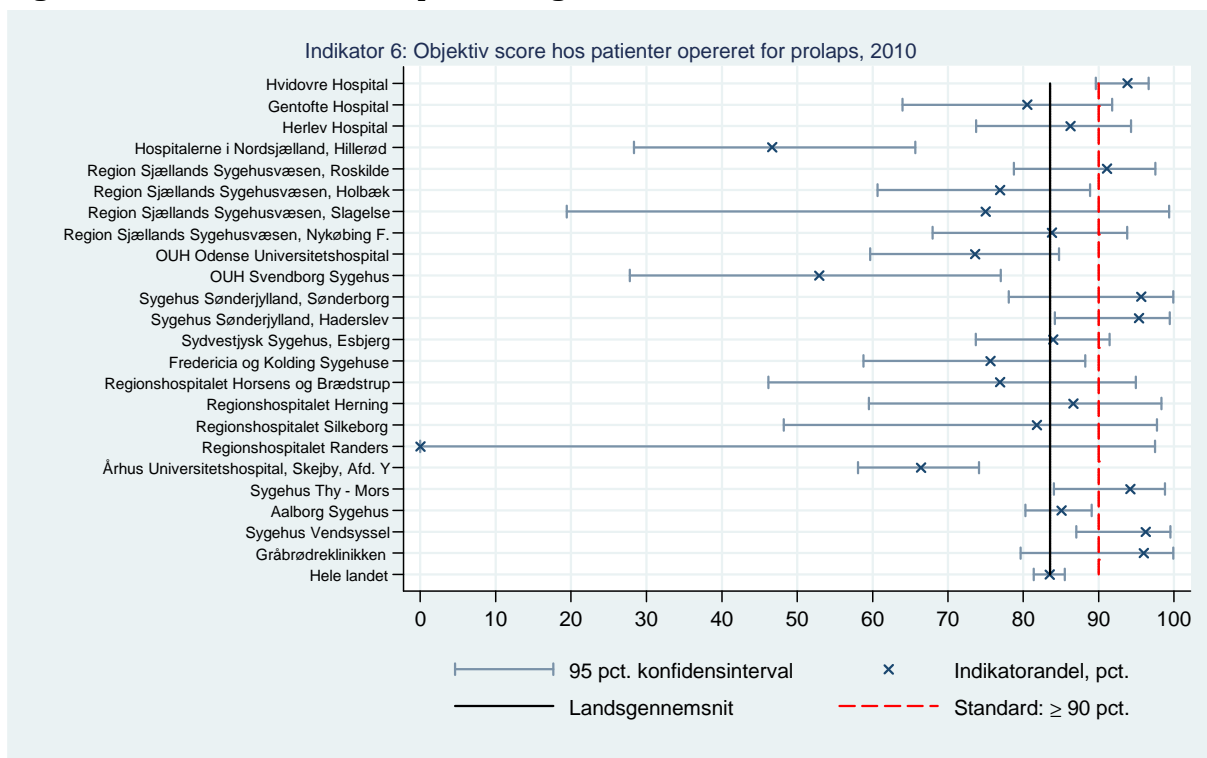
8.4. Indikator 6: Prolaps – Objektiv score hos patienter opereret for prolaps

Objektive mål for succes efter operation for prolaps vurderet ved prolapsgrad

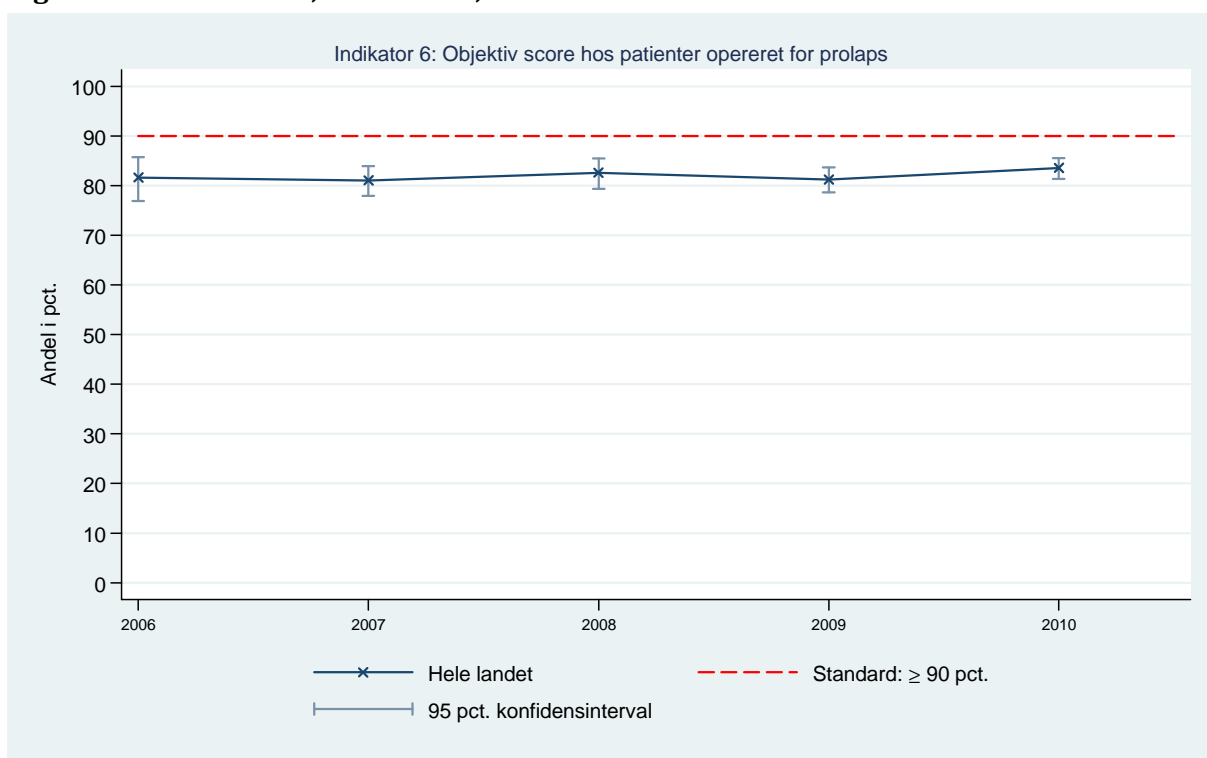
- **N**: Antal relevante operationer i perioden (prolaps-kirurgi)
- **Datagrundlag**: Patientforløb med registrering af relevant operationskode (prolaps-kirurgi), og hvor der er indleveret skema for lægens efterundersøgelse
- **Datakomplethed**: (Relevante patientforløb/Datagrundlag) × 100
- **Relevante 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.)	
						2010	2009
Hvidovre Hospital	280	221	95,0	210	197	93,8 (89,6-96,7)	90,1
Gentofte Hospital	110	48	75,0	36	29	80,6 (64,0-91,8)	95,7
Herlev Hospital	314	207	24,6	51	44	86,3 (73,7-94,3)	86,6
Hospitalerne i Nordsjælland, Hillerød	208	149	20,1	30	14	46,7 (28,3-65,7)	50,0
Region Sj. Sygehusvæsen, Roskilde	231	98	45,9	45	41	91,1 (78,8-97,5)	65,2
Region Sj. Sygehusvæsen, Holbæk	95	41	95,1	39	30	76,9 (60,7-88,9)	.
Region Sj. Sygehusvæsen, Slagelse	48	6	66,7	4	3	75,0 (19,4-99,4)	.
Region Sj. Sygehusvæsen, Nykøbing F.	130	105	35,2	37	31	83,8 (68,0-93,8)	.
OUH Odense Universitetshospital	202	112	47,3	53	39	73,6 (59,7-84,7)	90,0
OUH Svendborg Sygehus	158	45	37,8	17	9	52,9 (27,8-77,0)	50,0
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	135	42	54,8	23	22	95,7 (78,1-99,9)	87,5
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	86	66	65,2	43	41	95,3 (84,2-99,4)	100,0
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	184	96	78,1	75	63	84,0 (73,7-91,4)	100,0
Fredericia og Kolding Sygehuse	231	138	26,8	37	28	75,7 (58,8-88,2)	61,5
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	130	16	81,3	13	10	76,9 (46,2-95,0)	74,1
Regionshospitalet Herning	134	62	24,2	15	13	86,7 (59,5-98,3)	79,2
Regionshospitalet Silkeborg	101	14	78,6	11	9	81,8 (48,2-97,7)	75,0
Regionshospitalet Randers	129	1	100,0	1	0	0,0 (0,0-97,5)	100,0
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	409	149	96,0	143	95	66,4 (58,1-74,1)	58,5
Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup	181	.	.	.	.	.	.
Sygehus Thy-Mors	54	54	96,3	52	49	94,2 (84,1-98,8)	100,0
Aalborg Sygehus	319	297	92,6	275	234	85,1 (80,3-89,1)	84,7
Sygehus Vendsyssel	123	83	63,9	53	51	96,2 (87,0-99,5)	92,3
Gråbrødreklinikken, Odense	48	34	73,5	25	24	96,0 (79,6-99,9)	84,0
Aleris privathospitaler Herning	.	.	.	.	.	.	100,0
Aleris Privathospitaler Århus	3	.	.	.	.	.	.
Aleris privathospitaler Aalborg	2	.	.	.	.	.	.
Aleris Privathospitaler Odense	6	.	.	.	.	.	.
Aagaard Gynækologiske Klinik	3	.	.	.	.	.	.
Ciconia, Århus Privathospital	8	.	.	.	.	.	.
Hele landet	4.062	2.084	61,8	1.288	1.076	83,5 (81,4-85,5)	81,2

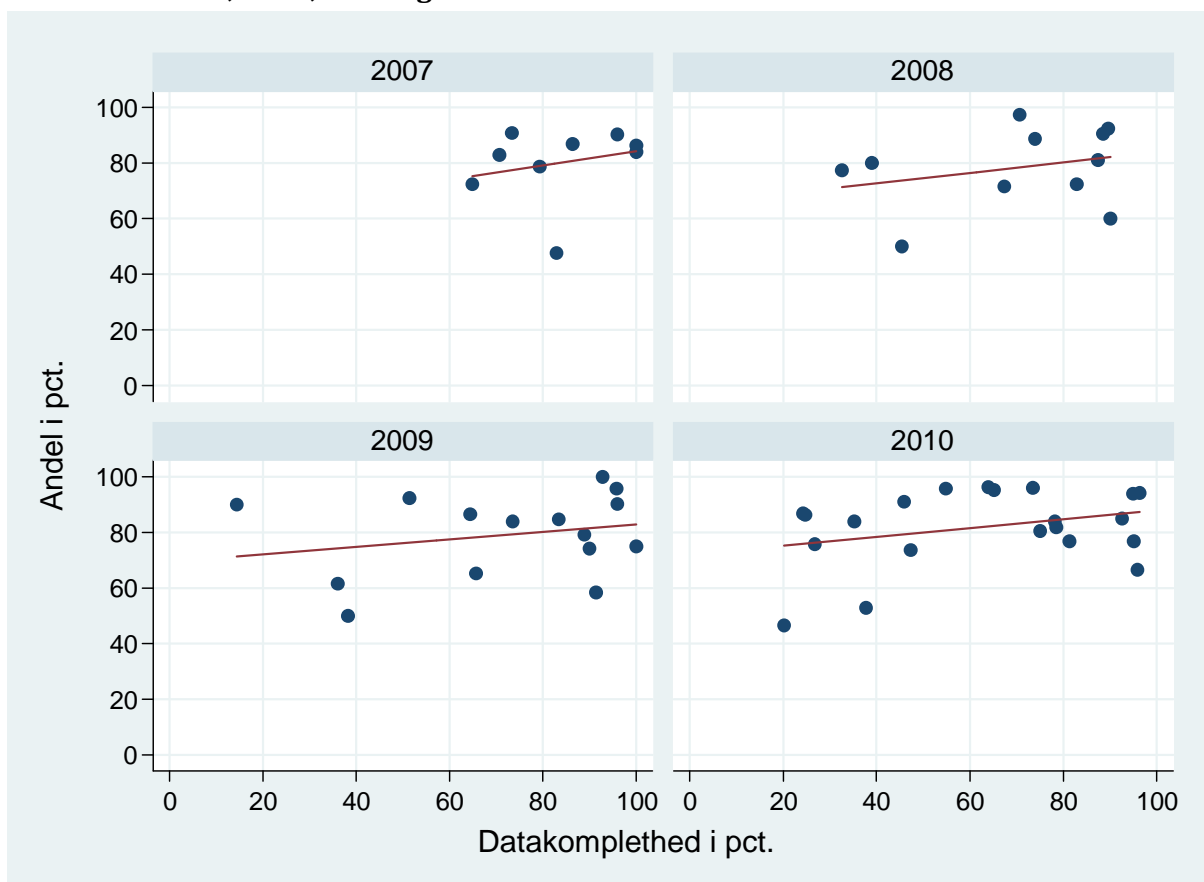
Figur 20. Indikator 6 fordelt på afdelinger, 2010



Figur 21. Indikator 6, hele landet, 2006-2010



Figur 22. Datakomplethed (x-aksen) og andel for indikator 6 (y-aksen) for afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb, med tendenslinjer, for operationsår 2007, 2008, 2009 og 2010



Kommentarer til Indikator 6:

På landsplan har 83,5% af patienterne en samlet score (i forhold til hymenal plan) på ≤ 1 . Konfidensintervallet omfatter ikke standarden på 90%, hvorfor denne ikke er opfyldt. Figur 21 viser, at andelen har været uændret i hele DugaBases levetid.

Blandt de 21 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 14 standarden (Hvidovre, Gentofte, Herlev, Roskilde, Nykøbing F, Sønderborg, Haderslev, Esbjerg, Horsens/Brædstrup, Herning, Silkeborg, Thy/Mors, Vendsyssel, Gråbrødreklinikken). I 2009 havde 4 af disse 14 afdelinger under 10 relevante patientforløb (Nykøbing F, Sønderborg, Esbjerg, Thy/Mors), og blandt de øvrige 10 afdelinger opfyldte de 8 indikatoren (Hvidovre, Gentofte, Herlev, Haderslev, Herning, Silkeborg, Vendsyssel, Gråbrødreklinikken) (data ikke vist). Syv afdelinger med mindst ti relevante patientforløb opfylder ikke standarden (Hillerød, Holbæk, Odense, Svendborg, Fredericia/Kolding, Skejby Afd. Y, Aalborg), men 3 af disse (Holbæk, Fredericia/Kolding og Aalborg) er tæt på at have 90% inkluderet i deres konfidensintervaller. I 2009 havde Holbæk ingen patientforløb, mens Fredericia/Kolding og Aalborg ikke opfyldte standarden (data ikke vist).

Figur 20 viser, at der er nogen variation mellem afdelingerne, og konfidensintervallerne er brede. Tabellen indikerer ikke umiddelbart nogen association mellem kompletthed og andel (jf. kommentarerne til indikator 3), hvilket bekræftes i Figur 22. Vi har derudover erstattet x-aksen i Figur 22 med andelen af alle prolapspatienter, som havde udfyldt spørgeskemaet (dvs. tabellens "Datagrundlag" divideret med "N"), men her ses heller ingen positiv association (data ikke vist).

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.

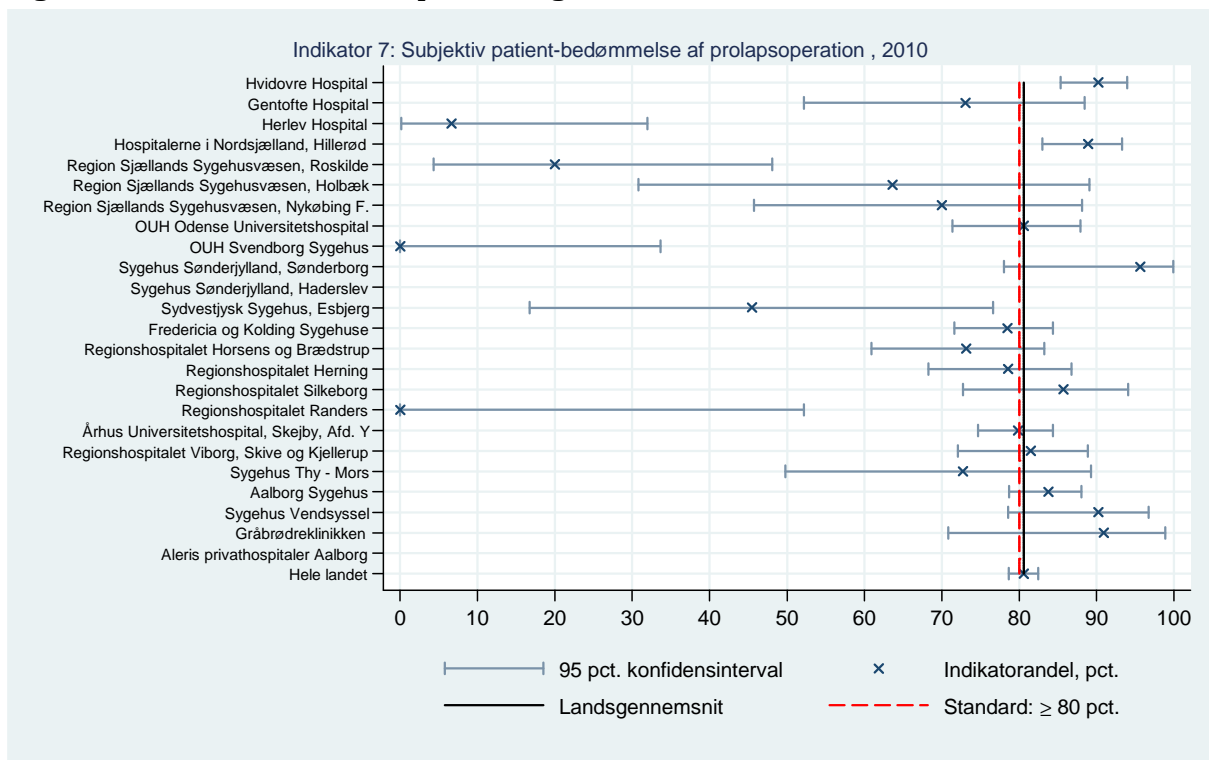
8.5. Indikator 7: Prolaps – Subjektiv patient-bedømmelse af operation

Patienttilfredshed efter operation for prolaps

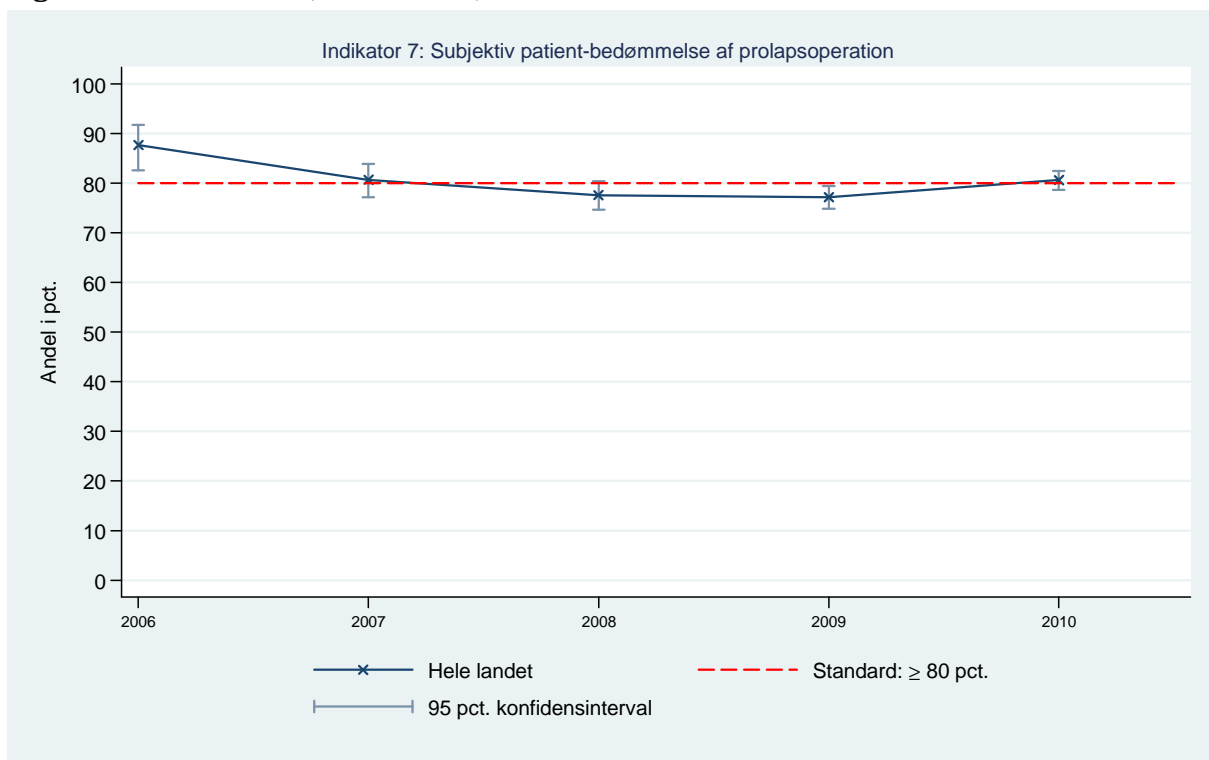
- **N:** Antal relevante operationer i perioden (prolaps-kirurgi)
- **Datagrundlag:** Patientforløb med registrering af relevant operationskode (prolapskirurgi), hvor der er indleveret skema for patientens efterundersøgelse
- **Datakomplethed:** (Relevante patientforløb/Datagrundlag) × 100
- **Relevante 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.)	
						2010	2009
Hvidovre Hospital	280	231	88,7	205	185	90,2 (85,3-93,9)	89,8
Gentofte Hospital	110	67	38,8	26	19	73,1 (52,2-88,4)	88,0
Herlev Hospital	314	209	7,2	15	1	6,7 (0,2-31,9)	22,2
Hospitalerne i Nordsjælland, Hillerød	208	171	94,7	162	144	88,9 (83,0-93,3)	66,7
Region Sj. Sygehusvæsen, Roskilde	231	140	10,7	15	3	20,0 (4,3-48,1)	25,0
Region Sj. Sygehusvæsen, Holbæk	95	56	19,6	11	7	63,6 (30,8-89,1)	.
Region Sj. Sygehusvæsen, Slagelse	48	.	.	.	.	.	.
Region Sj. Sygehusvæsen, Nykøbing F.	130	30	66,7	20	14	70,0 (45,7-88,1)	.
OUH Odense Universitetshospital	202	147	66,7	98	79	80,6 (71,4-87,9)	92,3
OUH Svendborg Sygehus	158	53	17,0	9	0	0,0 (0,0-33,6)	70,0
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	135	28	82,1	23	22	95,7 (78,1-99,9)	70,6
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	86	73	0,0	0	.	.	100,0
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	184	31	35,5	11	5	45,5 (16,7-76,6)	0,0
Fredericia og Kolding Sygehuse	231	172	100,0	172	135	78,5 (71,6-84,4)	79,5
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	130	91	73,6	67	49	73,1 (60,9-83,2)	77,5
Regionshospitalet Herning	134	111	75,7	84	66	78,6 (68,3-86,8)	80,4
Regionshospitalet Silkeborg	101	52	94,2	49	42	85,7 (72,8-94,1)	77,3
Regionshospitalet Randers	129	106	4,7	5	0	0,0 (0,0-52,2)	0,0
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	409	297	95,3	283	226	79,9 (74,7-84,4)	54,2
Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup	181	94	97,9	92	75	81,5 (72,1-88,9)	77,7
Sygehus Thy-Mors	54	54	40,7	22	16	72,7 (49,8-89,3)	.
Aalborg Sygehus	319	290	89,3	259	217	83,8 (78,7-88,1)	71,3
Sygehus Vendsyssel	123	71	71,8	51	46	90,2 (78,6-96,7)	66,7
Gråbrødreklinikken, Odense	48	28	78,6	22	20	90,9 (70,8-98,9)	94,1
Aleris Privathospitaler Århus	3	.	.	.	.	.	.
Aleris privathospitaler Aalborg	2	1	0,0	0	.	.	0,0
Aleris Privathospitaler Odense	6	.	.	.	.	.	.
Aagaard Gynækologiske Klinik	3	.	.	.	.	.	.
Ciconia, Århus Privathospital	8	.	.	.	.	.	.
Hele landet	4.062	2.603	65,3	1.701	1.371	80,6 (78,6-82,5)	77,2

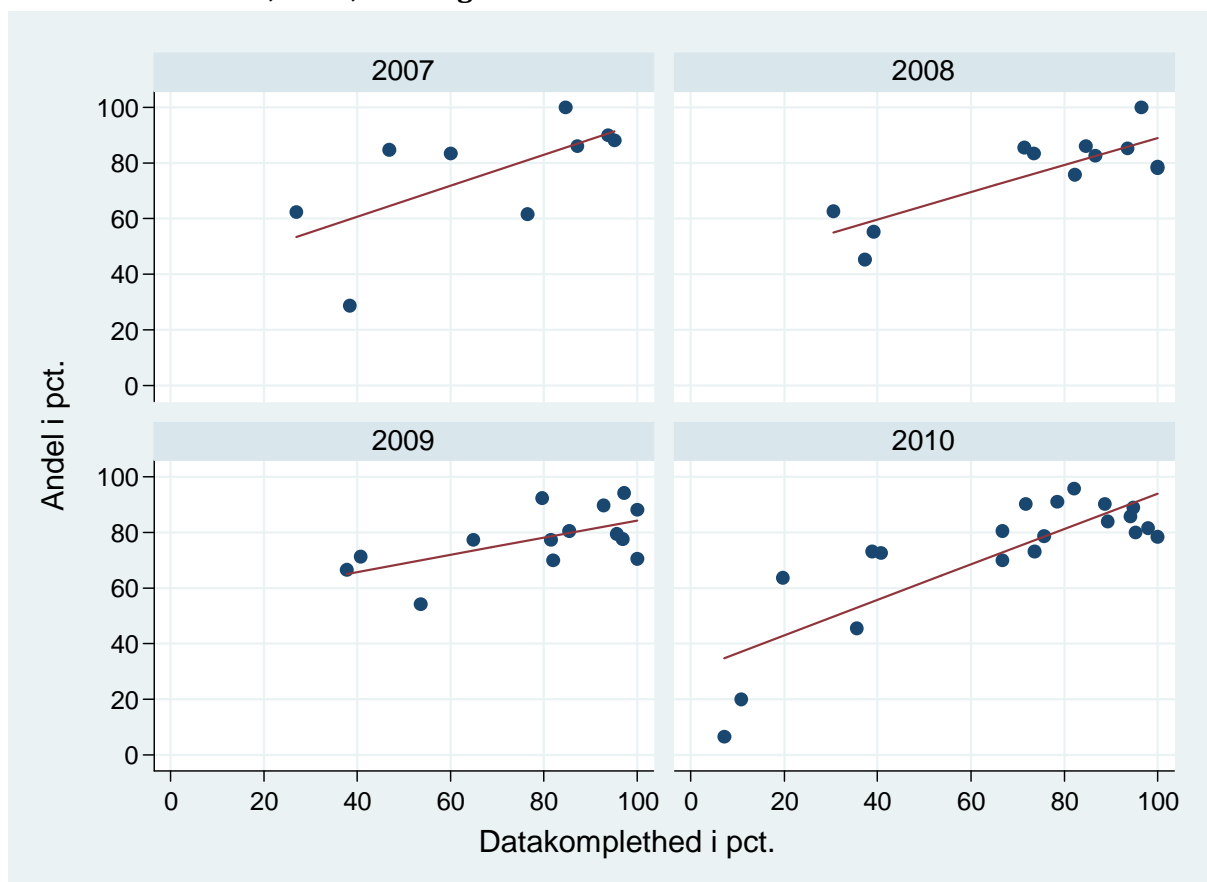
Figur 23. Indikator 7 fordelt på afdelinger, 2010



Figur 24. Indikator 7, hele landet, 2006-2010



Figur 25. Datakomplethed (x-aksen) og andel for indikator 7 (y-aksen) for afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb, med tendenslinjer, for operationsårne 2007, 2008, 2009 og 2010



Kommentarer til Indikator 7:

På landsplan har 80,6% ikke oplevet nedglidningssymptomer efter prolapsoperationen, hvorfor standarden på mindst 80% er opfyldt. Figur 24 viser få ændringer igennem DugaBases periode, bortset fra et fald fra 2006 til 2007.

Blandt de 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 17 standarden (Hvidovre, Gentofte, Hillerød, Holbæk, Nykøbing F, Odense, Sønderborg, Fredericia/Kolding, Horsens/Brædstrup, Herning, Silkeborg, Skejby Afd. Y, Viborg/Skive/Kjellerup, Thy/Mors, Aalborg, Vendsyssel, Gråbrødreklinikken), mens 3 ikke gør (Herlev, Roskilde, Esbjerg). Blandt disse havde Herlev, Roskilde, Holbæk, Nykøbing F, Esbjerg, Thy/Mors og Vendsyssel i 2009 færre end 10 relevante patientforløb, Hillerød, Skejby Afd. Y og Aalborg opfyldte ikke standarden, mens de resterende afdelinger gjorde (data ikke vist).

Figur 23 viser, at der er stor variation mellem afdelingerne, og mange konfidensintervaller er brede. Tabellen indikerer desuden en positiv association mellem datakomplethed (dvs. andelen af patienter med et udfyldt spørgeskema efter operationen, som har besvaret rubrik A [”Har du fornemmelse af noget, der glider ud af skedeåbningen, eller kan du mærke en bule udenfor skeden?”]) og andelen for opfyldelse af indikator 7. Vi har derfor tilføjet Figur 25, som separat for årene 2007, 2008, 2009 og 2010 indikerer denne positive association, dvs. højere komplethed er associeret med en højere andel af tilfredse patienter, mens lavere komplethed er associeret med en lavere andel af tilfredse patienter. Dette kan indikere, at i afdelinger med en lavere komplethed udgør de patienter, som har besvaret rubrik A, en selekteret patientgruppe i forhold til alle afdelingens prolapspatienter. Denne patientgruppe kan således i relation til indikator 7 have flere komplikationer end alle afdelingens prolapspatienter. Såfremt disse patientgrupper ikke er selekterede (dvs. de er repræsentative for alle afdelingens prolapspatienter) tyder det på en stor reel kvalitetsforskel mellem afdelingerne, også selvom konfidensintervallerne generelt er brede. Vi har desuden erstattet x-aksen i Figur 25 med andelen af alle prolapspatienter, som har udfyldt spørgeskemaet (dvs. tabellens ”Datagrundlag” divideret med ”N”), men her ses ikke samme positive association (data ikke vist).

Vi konkluderer, at på landsplan opfylder 80,6% indikatoren, hvilket opfylder standarden på mindst 80%. Det er svært at vurdere hvorvidt den store variation mellem afdelingerne skyldes reelle kliniske forskelle, eller er relateret til forskelle i datakomplethed, som kan resultere i selekterede patientgrupper.

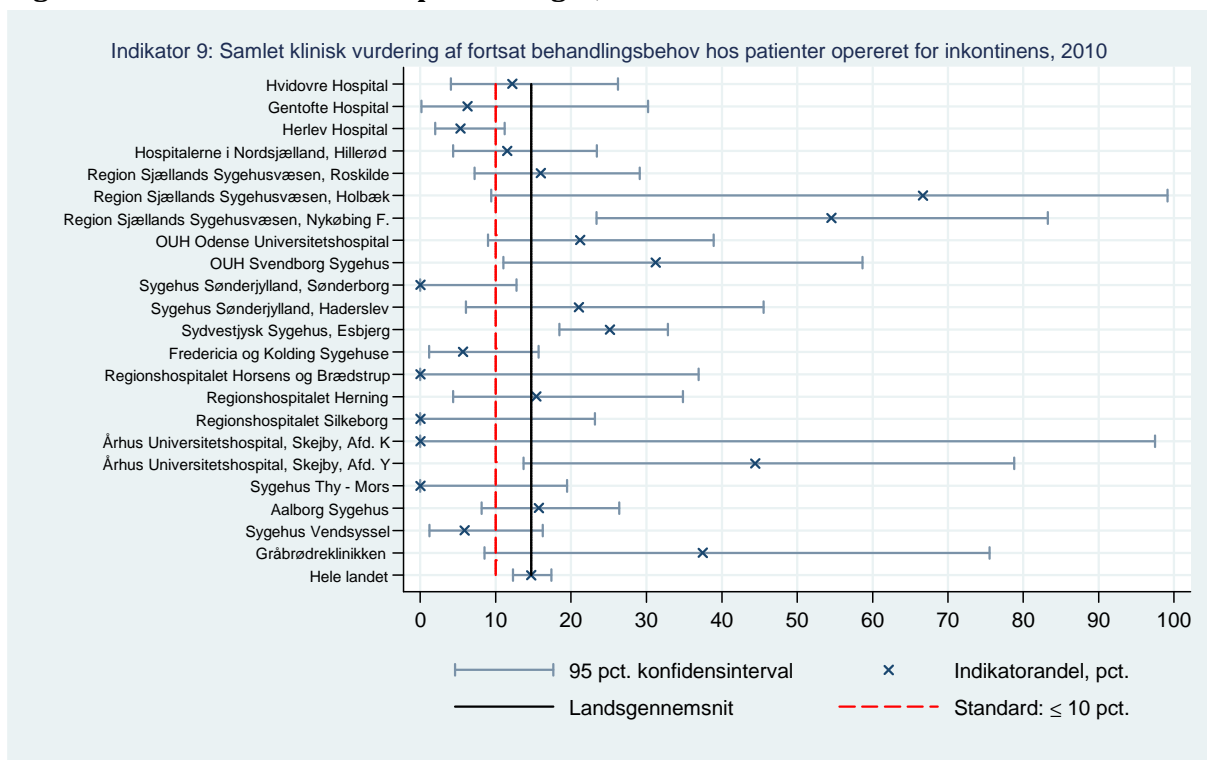
8.6. Indikator 9: Urininkontinens – Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for urininkontinens

Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for urininkontinens

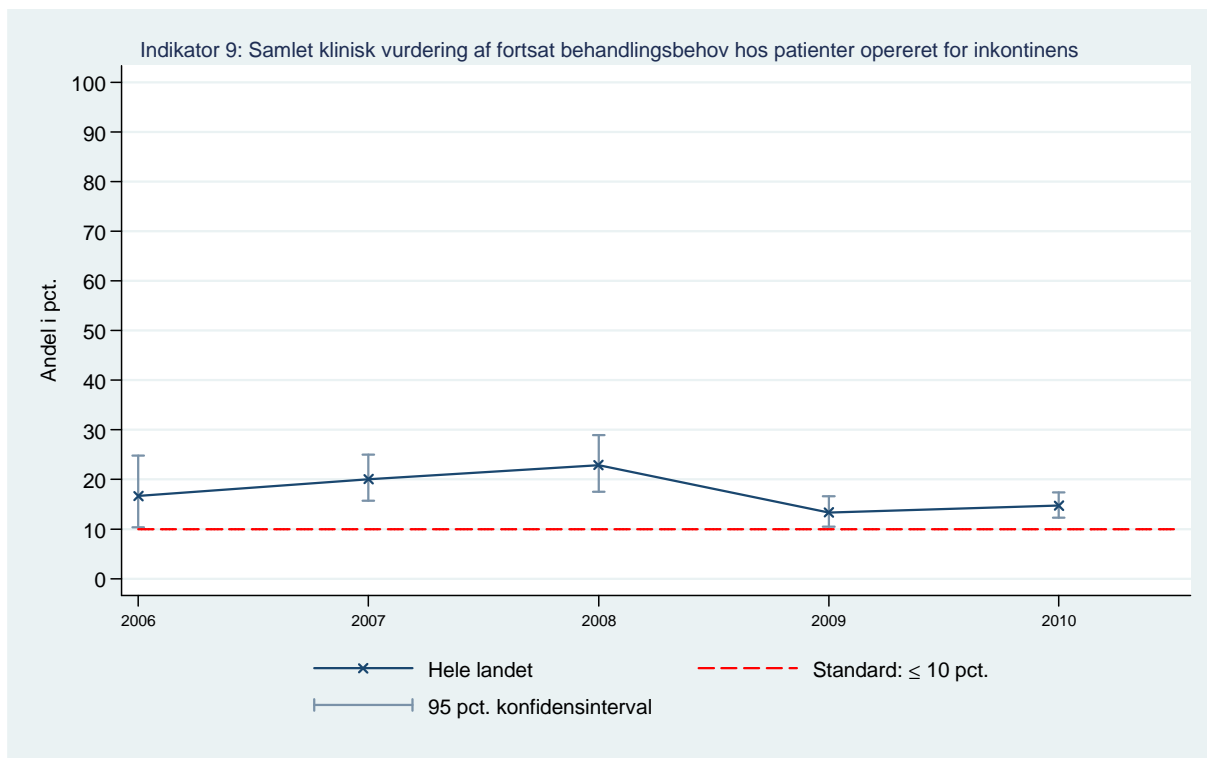
- **N:** Antal relevante operationer i perioden (urininkontinenskirurgi)
- **Datagrundlag:** Patientforløb med registrering af relevant operationskode (urininkontinenskirurgi), og hvor der er indleveret skema for lægens efterundersøgelse
- **Datakomplethed:** (Relevante patientforløb/Datagrundlag) × 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.)	
						2010	2009
Hvidovre Hospital	56	46	89,1	41	5	12,2 (4,1-26,2)	2,2
Gentofte Hospital	47	21	76,2	16	1	6,3 (0,2-30,2)	7,7
Herlev Hospital	177	123	91,9	113	6	5,3 (2,0-11,2)	34,8
Hospitalerne i Nordsjælland, Hillerød	72	52	100,0	52	6	11,5 (4,4-23,4)	15,0
Region Sj. Sygehusvæsen, Roskilde	89	59	84,7	50	8	16,0 (7,2-29,1)	7,7
Region Sj. Sygehusvæsen, Holbæk	22	3	100,0	3	2	66,7 (9,4-99,2)	0,0
Region Sj. Sygehusvæsen, Slagelse	1	.	.	.	.	.	.
Region Sj. Sygehusvæsen, Nykøbing F.	121	111	9,9	11	6	54,5 (23,4-83,3)	.
OUH Odense Universitetshospital	70	41	80,5	33	7	21,2 (9,0-38,9)	33,3
OUH Svendborg Sygehus	24	16	100,0	16	5	31,3 (11,0-58,7)	0,0
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	87	27	100,0	27	0	0,0 (0,0-12,8)	14,3
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	30	22	86,4	19	4	21,1 (6,1-45,6)	5,3
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	199	159	95,0	151	38	25,2 (18,5-32,9)	2,2
Fredericia og Kolding Sygehuse	70	53	100,0	53	3	5,7 (1,2-15,7)	13,7
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	11	10	80,0	8	0	0,0 (0,0-36,9)	0,0
Regionshospitalet Herning	50	29	89,7	26	4	15,4 (4,4-34,9)	40,0
Regionshospitalet Silkeborg	23	15	93,3	14	0	0,0 (0,0-23,2)	5,3
Regionshospitalet Randers	41	.	.	.	.	.	0,0
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K	19	3	33,3	1	0	0,0 (0,0-97,5)	.
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	75	11	81,8	9	4	44,4 (13,7-78,8)	46,2
Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup	82	.	.	.	.	.	.
Sygehus Thy-Mors	17	17	100,0	17	0	0,0 (0,0-19,5)	.
Aalborg Sygehus	109	74	94,6	70	11	15,7 (8,1-26,4)	18,8
Sygehus Vendsyssel	64	53	96,2	51	3	5,9 (1,2-16,2)	4,1
Gråbrødreklinikken, Odense	18	10	80,0	8	3	37,5 (8,5-75,5)	7,1
Aleris Privathospitaler Århus	1	.	.	.	.	.	.
Aleris Privathospitaler Odense	4	.	.	.	.	.	.
Aagaard Gynækologiske Klinik	4	.	.	.	.	.	.
Ciconia, Århus Privathospital	1	.	.	.	.	.	.
Hele landet	1.584	955	82,6	789	116	14,7 (12,3-17,4)	13,3

Figur 26. Indikator 9 fordelt på afdelinger, 2010



Figur 27. Indikator 9, hele landet, 2006-2010



Kommentarer til Indikator 9:

På landsplan er der et lille eller stort behandlingsbehov hos 14,7% af patienterne. Da konfidensintervallet ikke omfatter standarden på 10% er denne ikke opfyldt. Figur 27 viser, at andelen har været stigende indtil 2008, hvorefter den er faldet i 2009, og steget ubetydeligt i 2010, omend fluktuationerne er små.

Afdelingernes andele for indikator 9 har generelt brede konfidensintervaller hvorfor resultaterne skal tolkes forsigtigt.

Blandt de 17 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 14 standarden (Hvidovre, Gentofte, Herlev, Hillerød, Roskilde, Odense, Sønderborg, Haderslev, Fredericia/Kolding, Herning, Silkeborg, Thy/Mors, Aalborg, Vendsyssel), mens 3 ikke gør (Nykøbing F, Svendborg, Esbjerg). I 2009 havde 4 afdelinger færre end 10 relevante patientforløb (Nykøbing F, Odense, Svendborg, Thy/Mors), 3 afdelinger opfyldte ikke standarden (Herlev, Herning, Aalborg), mens de resterende afdelinger gjorde (data ikke vist).

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 ikke er opfyldt på landsplan.

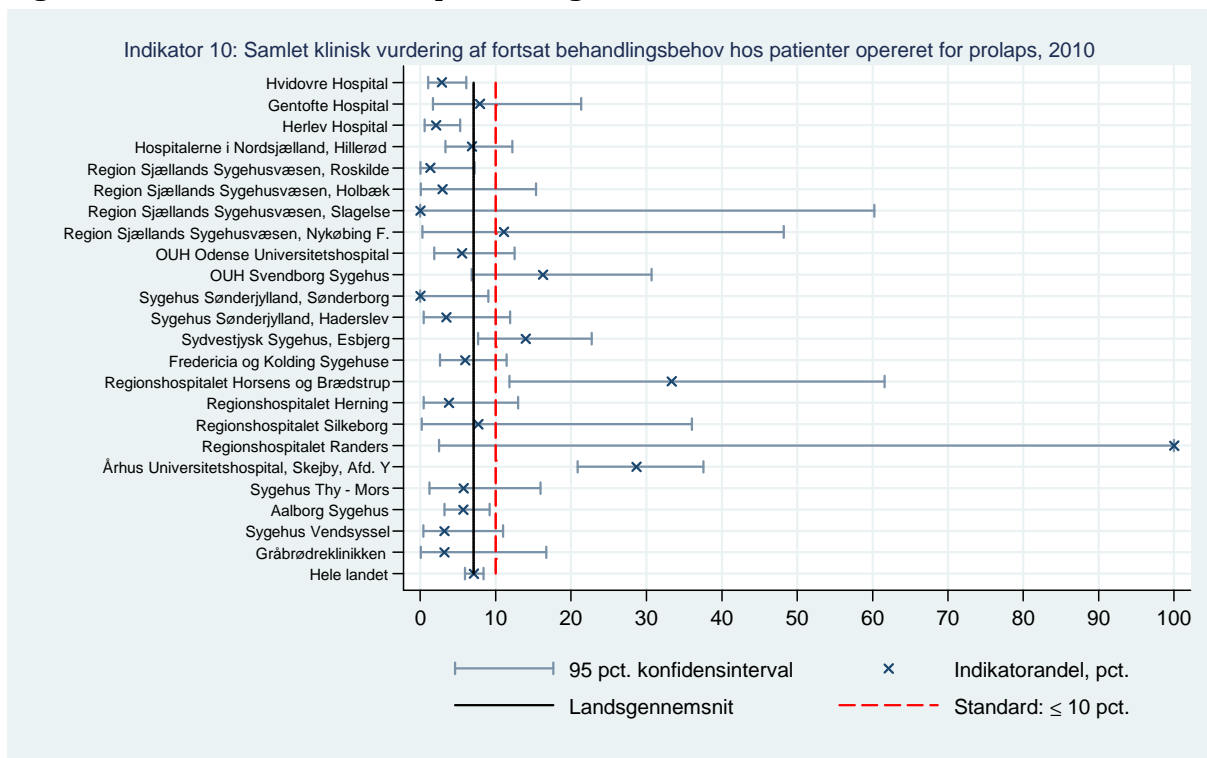
8.7. Indikator 10: Prolaps – Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps

Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps

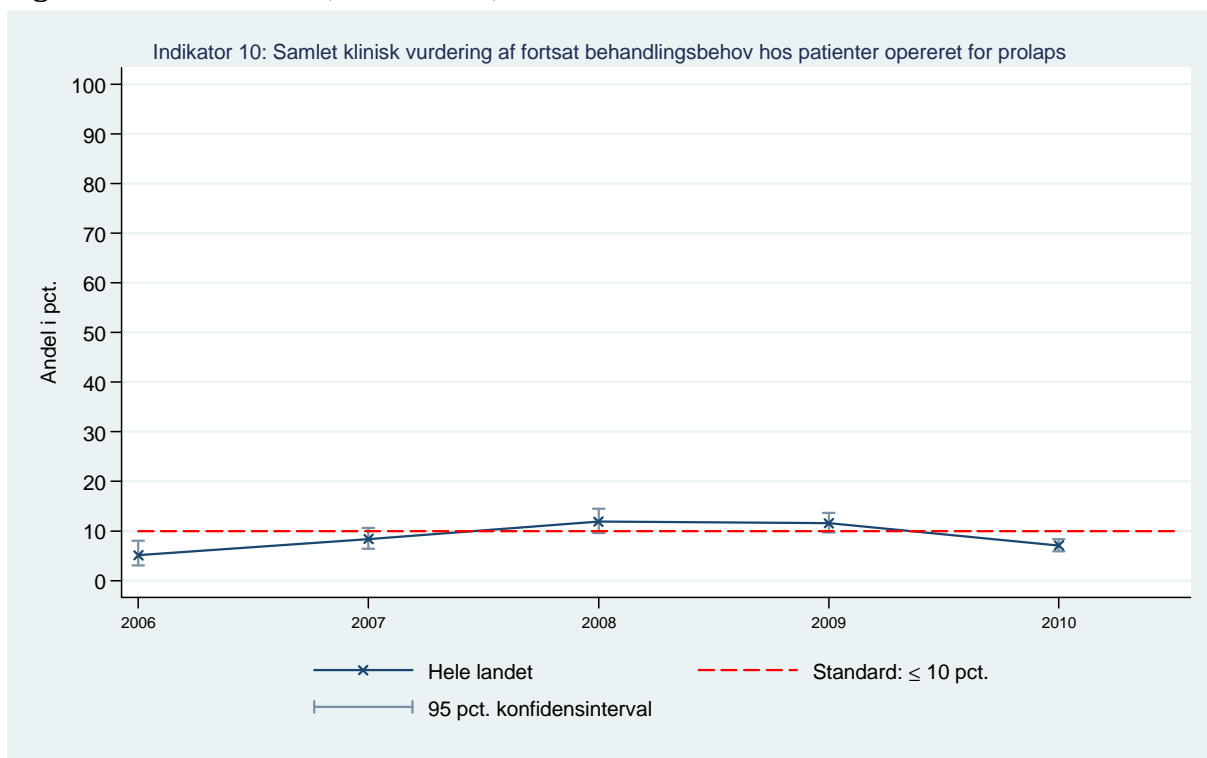
- **N:** Antal relevante operationer i perioden (prolaps-kirurgi)
- **Datagrundlag:** Patientforløb med registrering af relevant operationskode (prolapskirurgi), og hvor der er indleveret skema for lægens efterundersøgelse
- **Datakomplethed:** (Relevante patientforløb/Datagrundlag) × 100
- **Relevante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

Standard: ≤ 10%	N	Data- grundlag	Data- komplethed	Relevante patient- forløb	Opfylder indikator	Andel i pct. (95 pct. K.I.)	
						2010	2009
Hvidovre Hospital	280	221	95,5	211	6	2,8 (1,1-6,1)	8,1
Gentofte Hospital	110	48	79,2	38	3	7,9 (1,7-21,4)	8,7
Herlev Hospital	314	207	92,3	191	4	2,1 (0,6-5,3)	7,4
Hospitalerne i Nordsjælland, Hillerød	208	149	98,0	146	10	6,8 (3,3-12,2)	28,9
Region Sj. Sygehusvæsen, Roskilde	231	98	76,5	75	1	1,3 (0,0-7,2)	7,1
Region Sj. Sygehusvæsen, Holbæk	95	41	82,9	34	1	2,9 (0,1-15,3)	.
Region Sj. Sygehusvæsen, Slagelse	48	6	66,7	4	0	0,0 (0,0-60,2)	0,0
Region Sj. Sygehusvæsen, Nykøbing F.	130	105	8,6	9	1	11,1 (0,3-48,2)	.
OUH Odense Universitetshospital	202	112	80,4	90	5	5,6 (1,8-12,5)	4,5
OUH Svendborg Sygehus	158	45	95,6	43	7	16,3 (6,8-30,7)	33,3
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	135	42	92,9	39	0	0,0 (0,0-9,0)	5,6
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	86	66	87,9	58	2	3,4 (0,4-11,9)	0,0
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	184	96	96,9	93	12	14,0 (7,7-22,7)	0,0
Fredericia og Kolding Sygehuse	231	138	97,1	134	8	6,0 (2,6-11,4)	11,1
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	130	16	93,8	15	5	33,3 (11,8-61,6)	27,3
Regionshospitalet Herning	134	62	85,5	53	2	3,8 (0,5-13,0)	16,7
Regionshospitalet Silkeborg	101	14	92,9	13	1	7,7 (0,2-36,0)	16,7
Regionshospitalet Randers	129	1	100,0	1	1	100,0 (2,5-100,0)	0,0
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	409	149	81,9	122	35	28,7 (20,9-37,6)	37,2
Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup	181	.	.	.	.	.	.
Sygehus Thy-Mors	54	54	96,3	52	3	5,8 (1,2-15,9)	0,0
Aalborg Sygehus	319	297	88,9	264	15	5,7 (3,2-9,2)	7,8
Sygehus Vendsyssel	123	83	75,9	63	2	3,2 (0,4-11,0)	3,8
Gråbrødreklinikken, Odense	48	34	91,2	31	1	3,2 (0,1-16,7)	3,4
Aleris Privathospitaler Århus	3	.	.	.	.	.	.
Aleris privathospitaler Aalborg	2	.	.	.	.	.	.
Aleris Privathospitaler Odense	6	.	.	.	.	.	.
Aagaard Gynækologiske Klinik	3	.	.	.	.	.	0,0
Ciconia, Århus Privathospital	8	.	.	.	.	.	.
Hele landet	4.062	2.084	85,4	1.779	126	7,1 (5,9-8,4)	11,6

Figur 28. Indikator 10 fordelt på afdelinger, 2010



Figur 29. Indikator 10, hele landet, 2006-2010



Kommentarer til Indikator 10:

På landsplan er der et lille eller stort behandlingsbehov hos 7,1% af patienterne, hvilket opfylder standarden på højst 10%. Figur 29 viser lille forskel mellem årene, og standarden har været opfyldt hvert år.

Blandt de 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 18 standarden (Hvidovre, Gentofte, Herlev, Hillerød, Roskilde, Holbæk, Odense, Svendborg, Sønderborg, Haderslev, Esbjerg, Fredericia/Kolding, Herning, Silkeborg, Thy/Mors, Aalborg, Vendsyssel, Gråbrødreklinikken), mens 2 ikke gør (Horsens/Brædstrup, Skejby Afd. Y). I 2009 havde 4 af disse afdelinger under 10 relevante patientforløb (Holbæk, Svendborg, Esbjerg, Thy/Mors), 3 opfyldte ikke standarden (Hillerød, Horsens/Brædstrup, Skejby Afd. Y), mens de resterende gjorde (data ikke vist).

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

8.8. Indikatoroversigt

Tabel 14. Opfyldelse af indikatorstandarder, fordelt på afdelinger/sygehuse, 2010

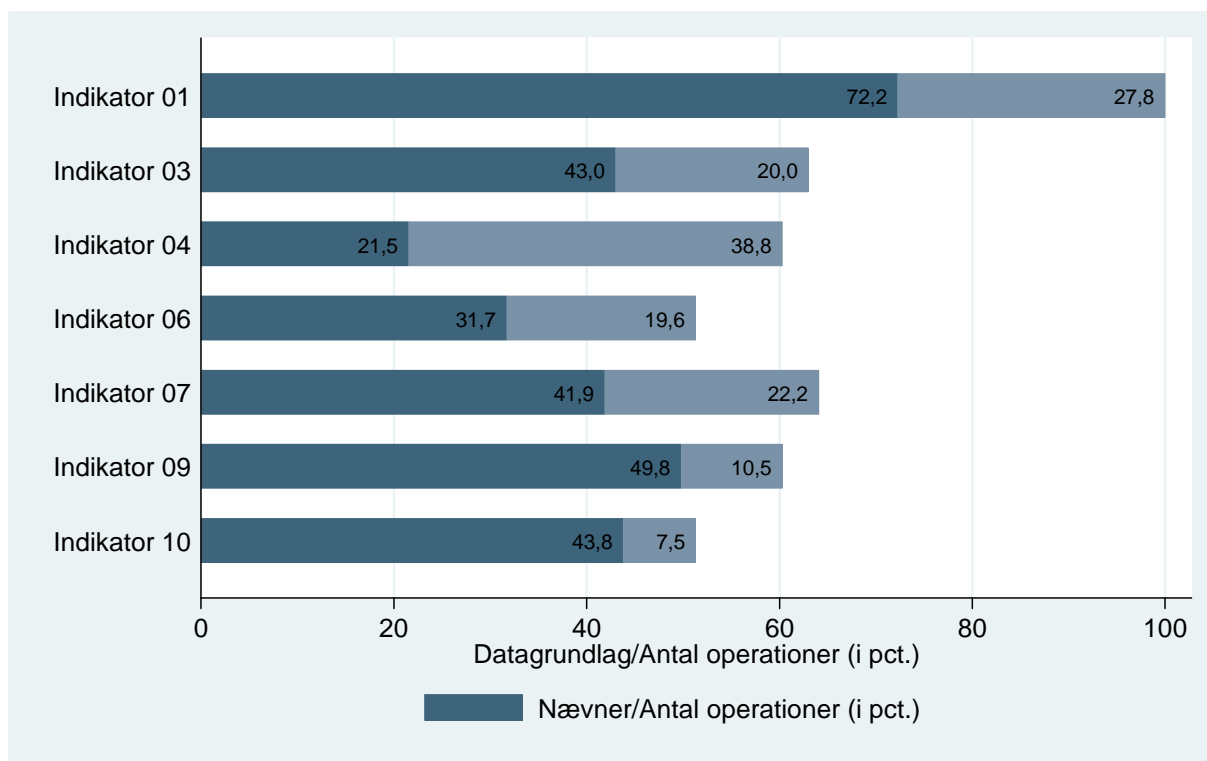
Afdeling/Sygehus	Indikator # (er standard for indikator opfyldt?) ^a						
	1	3	4	6	7	9	10
Hvidovre Hospital	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Gentofte Hospital	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Herlev Hospital	Nej	Nej	-	Ja	Nej	Ja	Ja
Hospitalerne i Nordsjælland, Hillerød	Nej	Ja	-	Nej	Ja	Ja	Ja
Region Sj. Sygehusvæsen, Roskilde	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja
Region Sj. Sygehusvæsen, Holbæk	Nej	-	-	Nej	Ja	-	Ja
Region Sj. Sygehusvæsen, Slagelse	Nej	-	-	-	-	-	-
Region Sj. Sygehusvæsen, Nykøbing F.	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej	-
OUH Odense Universitetshospital	Nej	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja
OUH Svendborg Sygehus	Nej	-	Ja	Nej	-	Nej	Ja
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	Nej	-	-	Ja	-	Ja	Ja
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej	Ja
Fredericia og Kolding Sygehuse	Nej	Ja	-	Nej	Ja	Ja	Ja
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Nej	-	-	Ja	Ja	-	Nej
Regionshospitalet Herning	Nej	Ja	-	Ja	Ja	Ja	Ja
Regionshospitalet Silkeborg	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Regionshospitalet Randers	Nej	-	-	-	-	-	-
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K	Nej	-	-	-	-	-	-
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	Nej	Ja	-	Nej	Ja	-	Nej
Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup	-	Ja	-	-	Ja	-	-
Sygehus Thy-Mors	Nej	Ja	-	Ja	Ja	Ja	Ja
Aalborg Sygehus	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
Sygehus Vendsyssel	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Gråbrødreklinikken, Odense	Ja	-	-	Ja	Ja	-	Ja
Aleris privathospitaler Herning	-	-	-	-	-	-	-
Aleris Privathospitaler Århus	-	-	-	-	-	-	-
Aleris privathospitaler Aalborg	-	-	-	-	-	-	-
Aleris Privathospitaler Odense	-	-	-	-	-	-	-
Aagaard Gynækologiske Klinik	-	-	-	-	-	-	-
Ciconia, Århus Privathospital	-	-	-	-	-	-	-
Hele landet	Nej	Ja	Nej	Nej	Ja	Nej	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 14:

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

Figur 30. Potentiel datakomplethed for alle patientforløb med operation i 2010, per indikator



Kommentarer til Figur 30:

I figuren angiver x-aksens 100% alle relevante operationer i perioden (indikatortabellernes kolonne "N". For alle indikatorerne angiver den mørke del af søjlen andelen af relevante operationer, som indgår i indikatorens nævner (indikatortabellernes kolonne "Relevante patientforløb" divideret med kolonnen "N"). Hele søjlen (dvs. både den mørke og den lyse del) angiver indikatortabellernes kolonne "Datagrundlag" divideret med kolonnen "N".

For indikator 1 er hele søjlen pr. definition 100%, mens den for de øvrige indikatorer angiver andelen af DugaBase-forløb med et udfyldt efterkontrolskema, hvad enten dette kommer fra patienten (indikator 3 og 7) eller lægen (indikator 4, 6, 9 og 10).

For eksempel ses for indikator 3, at 63% af de opererede har udfyldt et efterkontrolskema, men kun 43,0% af de opererede (mørke del af søjlen, med angivelse af 43,0) har besvaret det for indikatoren relevante spørgsmål, hvilket betyder, at 20% af de opererede (lyse del af søjlen, med angivelse af 20,0) ikke har besvaret det for indikatoren relevante spørgsmål.

For indikator 1 kan datakompletheden forbedres betydeligt ved at registrere valid henvisningsdato og valid dato for første undersøgelse.

For de øvrige indikatorer, som alle er baserede på efterkontrolskemaer, kan ikke forventes 100% udfyldte efterkontrolskemaer for operationer udført i slutningen af 2010. Dog finder de fleste efterkontroller sted indenfor 120 dage efter operationen (jf. Figur 2 og Figur 3), og data er frosset d. 27. april 2011 (dvs. 116 dage efter årsskiftet). Derfor er der stadig plads til forbedringer mht. at kunne inkludere flere patienter i indikatorerne 3, 4, 6, 7, 9 og 10 i forhold til de nuværende andele, som ligger i området fra 51,3% til 64,1%. Som et groft skøn kan tilstræbes, at 90-95% af alle opererede patienter registreres med et udfyldt efterkontrolskema når data fryses i april året efter.

Blandt patienter med et udfyldt efterkontrolskema er der også plads til forbedring såfremt alle skemaer er udfyldte med det for indikatoren relevante spørgsmål (søjlernes mørke område).

9. Konklusioner og anbefalinger

9.1. Databasekomplethed

I 2010 ses en landsdækkende databasekomplethed på 87,3%, hvilket er en markant forbedring i forhold til Årsrapport 2009, hvor denne var 62,8%. Stort set alle offentlige sygehusafdelinger har over 90% databasekomplethed. Til gengæld registrerer de færreste privathospitaler i DugaBase, hvorved disse bidrager uforholdsvist meget til de resterende 12,7%.

Vi kan ikke vide om privathospitalernes patienter er repræsentative for alle landets urininkontinens- og prolapspatienter. Førstnævnte udgør dog en lille andel af alle opererede patienter, hvorfor DugaBases patientpopulation qua den høje databasekomplethed og jævnt geografiske spredning må formodes at være repræsentativ.

Med en fortsat fremtidig registrering i de offentlige sygehusafdelinger bliver den største udfordring at få alle privathospitalerne til også at registrere i DugaBase.

9.2. Indikatorers datakomplethed

Datakompletheden er 35,7% for indikator 4, 61,8% for indikator 6, mens de øvrige indikatorer har en datakomplethed fra 65,3% til 85,4%. Kun indikatorerne 9 og 10 opfylder kravet om 80% datakomplethed.

Den gennemsnitlige datakomplethed for de 7 indikatorer er 67,3%, hvilket ikke afviger fra 67,1% i Årsrapport 2009. I forhold til Årsrapport 2009 har indikatorerne 3, 7, 9 og 10 en lidt højere datakomplethed, mens de andre indikatorer (1, 4 og 6) har en lidt lavere. Den markant forbedrede databasekomplethed i 2010 har således ikke kompromitteret datakompletheden.

Udover datakompletheden, som denne er defineret for de 7 indikatorer, er der også en del patienter, som ikke er registrerede med patientens eller lægens efterkontrolskema (jf. Figur 30), hvilket medfører manglende oplysninger for alle indikatorer undtagen indikator 1. Derudover bevirker den store heterogenitet i afdelingernes registrering af efterkontrolskemaer (jf. Tabel 5), at forskelle i indikatorresultater mellem afdelinger ikke nødvendigvis kun er klinisk begrundet. Således kan forskellene muligvis også relateres til forskelle i registreringspraksis, herunder selekterede patientgrupper (jf. Figur 17, Figur 22 og Figur 25).

Som før nævnt bør 90-95% af alle DugaBase-forløb i en årsrapport have både patients og lægens efterkontrolskema, og som minimum bør mindst 80% af disse skemaer være udfyldt med det for indikatoren relevante spørgsmål. Såfremt 90% af DugaBase-forløbene har et efterkontrolskema og 80% af disse har udfyldt det relevante spørgsmål fås 1140 relevante patientforløb for indikatorerne 3, 4 og 9 samt 2924 relevante patientforløb for indikatorerne 6, 7 og 10. Dette er i forhold til det aktuelle antal forløb 67% flere forløb for indikator 3, 234% for

indikator 4, 127% for indikator 6, 72% for indikator 7, 44% for indikator 9 og 64% for indikator 10.

Det konkluderes, at datakompletheden på landsplan kan forbedres, hvilket især er relateret til bestemte afdelingers manglende opfølgning via patientens eller lægens efterkontrolskema.

9.3. Opfyldte og ikke-opfyldte standarder

På landsplan opfylder indikator 3 (Subjektiv patientbedømmelse af succes efter operation for urininkontinens), indikator 7 (Patienttilfredshed efter operation for prolaps) og indikator 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 29,3% ligger langt under standarden på mindst 90%. I forhold til 2009 er der signifikante forbedringer for indikator 1 (χ^2 -test, $p = 0,01$) og indikator 3 (χ^2 -test, $p = 0,04$), mens der ingen signifikante forskelle er mellem de øvrige indikatorer.

9.4. Anbefalinger

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

9.5. 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 3 indikatorer standarden for god kvalitet mens 3 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 datakomplethed og disses store variationer mellem afdelingerne vanskeliggør yderligere valide sammenligninger.

DugaBase data er ligesom i Årsrapport 2008 og Årsrapport 2009 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% (Uge-

skrift 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 især blandt afdelinger med lav datakomplethed fortsat bør arbejdes for at øge denne.

9.6. Formandskabets påtegning

Styregruppen for DugaBase har i 2010 gjort en stor indsats for at forsøge at sikre, at databasekompletheden nu når det ønskede niveau. Det er overordnet set næsten lykkedes, idet den samlede dækningsgrad for urininkontinens på 88.8% og for genital prolaps på 86.8%. Der er dog stor variation mellem afdelingerne, idet databasekompletheden for såvel urininkontinens som genital prolaps varierer fra 0% til 100% på de enkelte afdelinger og klinikker! Databasekompletheden for offentlige sygehuse er steget markant på baggrund af en ihærdig og målrettet indsats på næsten alle afdelinger og er for både inkontinens og prolaps 93% på de offentlige sygehuse. Databasekompletheden for private sygehuse/klinikker er derimod blot 23% for inkontinens og 22% for prolaps. Der ligger en stor udfordring for styregruppen i at få de private aktører til også at indrapportere.

Med henblik på fremadrettet at fastholde datakompletheden hos de tilsluttede enheder på et tilfredsstillende niveau har styregruppen diskuteret følgende:

1. Styregruppen har tidligere revideret indikatorerne for DugaBase, og der er sideløbende foretaget et større revisionsarbejde med de skemaer der anvendes og fremover skal anvendes til registrering af oplysninger fra såvel patient som læge. En sådan revision har været efterspurgt ikke blot af styregruppens medlemmer men også af mange af de deltagende afdelinger. Det er styregruppens opfattelse, at de nye registreringsskemaer, som forventes implementeret sidst i 2011 imødekommer de fremsatte ønsker og således kan motivere alle afdelinger til at registrere.
2. Regionernes it-udviklingspulje har bevilget 340.000 kr. til DugaBase til opgradering af inddateringsplatformen for DugaBase fra den nuværende TOPICA3 til TOPICA4. Opgraderingen forventes at højne datakvaliteten, og samtidig forventes det, at indberetningen gøres mere brugervenlig. TOPICA4 vil desuden gøre det muligt for afdelingerne lokalt at udhente egne data, et ønske mange afdelinger har fremført de seneste år. Det er styregruppens opfattelse at dette tiltag også vil kunne fastholde et tilstrækkeligt registreringsniveau.
3. Endelig vil styregruppen naturligvis via kvartalsrapporterne følge datakompletheden på de enkelte afdelinger. Såfremt det kan konstateres, at en afdeling ikke registrerer på et tilstrækkeligt niveau, er det planen, at den regionsansvarlige i styregruppen tager kontakt til de relevante læger på den relevante afdeling. Såfremt dette ikke er tilstræk-

keligt vil styregruppen kontakte afdelings- og sygehusledelsen på det pågældende sygehus, og såfremt også denne henvendelse er uden effekt, vil styregruppen kontakte regionen med oplysning om den manglende indberetning.

Endelig bliver DugaBase nu også anvendt til forskningsmæssige formål. Bl.a. er der ved OUH iværksat et egentligt valideringsstudie af datakvaliteten i DugaBase, ligesom data konkret anvendes til at belyse kvaliteten af behandlingen.

10. Ordliste

Ord	Forklaring
Databasekomplethed	Antal DugaBase-forløb i forhold til antal operationer i Landspatientregisteret
Dataskomplethed	Antal registreringer for en variabel i forhold til antal relevante DugaBase-forløb. Se desuden specifikke definitioner for de enkelte indikatorer samt Tabel 4
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 12.5.2011).