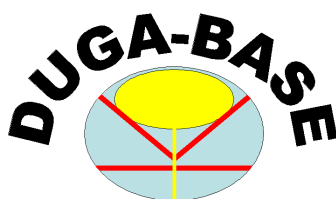


Årsrapport nr. 6 for DugaBase

Dansk Urogynækologisk Database

1. januar - 31. december 2011



Dansk Urogynækologisk Database

Udgivet: juni 2012

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 <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/kvalitetsdata/kliniske-kvalitetsdatabaser/kroniske-sygdomme/urogynaekologiske-operationer/>

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	8
3.	Baggrund for DugaBase.....	10
3.1.	Organisation.....	10
3.2.	Styregruppe.....	10
3.3.	Formål.....	11
4.	Årsrapportens tilblivelse.....	11
4.1.	Analyser og epidemiologi.....	11
4.2.	Sammenligning med sidste årsrapport.....	11
5.	Dataindsamling	12
5.1.	Datagrundlag.....	12
5.2.	Indberetning.....	12
5.3.	Databasekomplethed.....	13
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	56
8.1.	Indikator 1: Ventetid 30 dage	57
8.2.	Indikator 3: Urininkontinens – Subjektiv patientbedømmelse af succes	60
8.3.	Indikator 4: Urininkontinens – Obstruktion efter kirurgisk behandling.....	65
8.4.	Indikator 6: Prolaps – Objektiv score hos patienter opereret for prolaps.....	69
8.5.	Indikator 7: Prolaps – Subjektiv patient-bedømmelse af operation.....	74
8.6.	Indikator 9: Urininkontinens – Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for urininkontinens.....	79
8.7.	Indikator 10: Prolaps – Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps.....	83
8.8.	Indikatoroversigt	87
9.	Konklusioner og anbefalinger	90
9.1.	Databasekomplethed.....	90
9.2.	Indikatorers datakomplethed.....	90
9.3.	Opfyldte og ikke-opfyldte standarder	91
9.4.	Anbefalinger	91

9.5.	Kompetencecenterets påtegningse	91
9.6.	Formandskabets påtegningse.....	92
10.	Ordlister	94

Tabeloversigt

Tabel 1.	Indikatoroversigt, landsresultater 2011.....	7
Tabel 2.	Databasekomplethed i DugaBase ved sammenkørsel med LPR, urininkontinensoperationer, 01-01-2011 – 31-12-2011.....	14
Tabel 3.	Databasekomplethed i DugaBase ved sammenkørsel med LPR, prolapsoperationer, 01-01-2011 – 31-12-2011.....	18
Tabel 4.	Datakomplethed for nøglevariable, patienter med operationsdato i 2010 (N = 5.733) og 2011 (N = 5.819).....	23
Tabel 5.	Antal indberettede patientforløb for databasen i 2011, sammenlignet med 2010 (både opererede og ikke-opererede patienter).....	32
Tabel 6.	Fordeling på opfølgningstyper for patientforløb med operation i 2006-2010.....	34
Tabel 7.	Fordeling og alder hos patienter med henvisningsdato i 2006-2011 (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 2011 (N = 8.254)	43
Tabel 9.	Antal patientforløb med operationsdato i 2010-2011, fordelt på indgrebstyper ...	45
Tabel 10.	Korttidskomplikationer efter operation, patientforløb med operation i 2011	46
Tabel 11.	Korttidskomplikationer efter operation, opdelt efter operationsår	47
Tabel 12.	Urininkontinens/residualurin for patientforløb med operation for urininkontinens i 2006-2011, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse	50
Tabel 13.	Indikatoroversigt, landsresultater 2011.....	56
Tabel 14.	Opfyldelse af indikatorstandarder, fordelt på afdelinger/sygehuse, 2011	87

Figuroversigt

Figur 1.	Skematisk fremstilling af indrapportering af et DugaBase-forløb	12
Figur 2.	Fordeling af opfølgningstid, patientens efterkontrol, operation i 2006- 2010.....	36
Figur 3.	Fordeling af opfølgningstid, lægens efterundersøgelse, operation i 2006-2010.....	36
Figur 4.	Aldersfordeling ved henvisning hos patienter med henvisningsdato i 2011 (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 2009-2011, og hvor der er udfyldt lægeskema før behandling	41
Figur 6.	Klinisk samlet vurdering af behandlingsbehov hos patienter, der er opereret for urininkontinens 2009-2011, og hvor der er udfyldt lægeskema før behandling.....	42
Figur 7.	Prolapsgrad efter operation – for patienter med operation for prolaps, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse, 2009-2011.....	48
Figur 8.	Prolapsgrad efter operation (uden kategorien 'Manglende oplysninger') – for patienter med operation for prolaps, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse, 2009-2011	48
Figur 9.	Fordeling af blevægtmålinger for patientforløb med operation for urininkontinens i 2006-2011, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse	51

Figur 10. Fordeling af residualurin målinger for patientforløb med operation for urininkontinens i 2006-2011, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse	51
Figur 11. Urininkontinens: VAS-score før og efter operation (mindre er bedre).....	53
Figur 12. Prolaps: VAS-score før og efter operation (mindre er bedre).....	54
Figur 13. Indikator 1 fordelt på afdelinger, 2011	58
Figur 14. Indikator 1, hele landet, 2006-2011	58
Figur 15. Indikator 3 fordelt på afdelinger, 2011	62
Figur 16. Indikator 3, hele landet, 2006-2011	62
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, 2009-2010 og 2011.....	63
Figur 18. Indikator 4 fordelt på afdelinger, 2011	67
Figur 19. Indikator 4, hele landet, 2006-2011	67
Figur 20. Indikator 6 fordelt på afdelinger, 2011	71
Figur 21. Indikator 6, hele landet, 2006-2011	71
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, 2009-2010 og 2011.....	72
Figur 23. Indikator 7 fordelt på afdelinger, 2011	76
Figur 24. Indikator 7, hele landet, 2006-2011	76
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, 2009-2010 og 2011.....	77
Figur 26. Indikator 9 fordelt på afdelinger, 2011	81
Figur 27. Indikator 9, hele landet, 2006-2011	81
Figur 28. Indikator 10 fordelt på afdelinger, 2011.....	85
Figur 29. Indikator 10, hele landet, 2006-2011.....	85
Figur 30. Potentiel datakomplethed for alle patientforløb med operation i 2010 og 2011, per indikator	88

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 medfører ofte 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 2011 blev 92,7% af alle operationer for inkontinens og 90,2% af alle prolapsoperationer indrapporteret og DugaBase opfylder således kravet om databasekomplethed. Tallene dækker imidlertid ligesom i 2010 over store forskelle mellem offentlige og private sygehuse og klinikker. For offentlige sygehuse er databasekompletheden ligesom sidste år på mere end 90%. Databasekompletheden for private sygehuse/klinikker er derimod blot 44,2% for inkontinens og 34,6% for prolaps, om end stigende.

For de enkelte forløb kan der stadig mangle oplysninger om bestemte dele (datakomplethed). Det ser imidlertid ud til datakompletheden er forbedret i 2011 sammenlignet med 2010. Således ser et DugaBase-forløb fra 2011 ud til overordnet at have flere oplysninger end et DugaBase-forløb fra 2010. Det er glædeligt, at parallelt med den forbedrede databasekomplethed i 2011 er datakompletheden tilsyneladende også forbedret.

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 2011

Indikator	Tæller /Nævner	Andel i pct. 95% K.I.	Standard i pct	Opfyldt
Indikator 1: Ventetid (30 dage)	1.565/4.898	32,0 (30,6-33,3)	≥ 90	Nej
Indikator 3: Subjektiv patient-bedømmelse af succes	699/926	75,5 (72,6-78,2)	≥ 70	Ja
Indikator 4: Obstruktion efter kirurgisk behandling	224/280	80,0 (74,8-84,5)	≥ 90	Nej
Indikator 6: Objektiv score hos patienter opereret for prolaps	1.036/1.236	83,8 (81,6-85,8)	≥ 90	Nej
Indikator 7: Subjektiv patient-bedømmelse af prolapsoperation	1.900/2.246	84,6 (83,0-86,1)	≥ 80	Ja
Indikator 9: Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for inkontinens	115/874	13,3 (11,1-15,7)	≤10	Nej
Indikator 10: Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps	162/2.160	7,5 (6,4-8,7)	≤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

Styregruppen ønsker også at sikre nem adgang til data mhp. forskning, der kan fremme kvalitetsudviklingen inden for faget. I et igangværende studie er det bl.a. blevet vist, at kvaliteten af data i DugaBase er høj. Data benyttes også til at beskrive den subjektive patientoplevelse, som der netop nu er et stærkt ønske om at se nærmere på internationalt.

Styregruppen arbejder i øjeblikket på:

1. Revision af de registreringskemaer der anvendes og fremover skal anvendes til registrering af oplysninger fra såvel patient som læge. De nye kemaer forventes taget i brug i efteråret 2012 og imødekommer de ønsker, som brugerne har haft.
2. Regionernes it-udviklingspulje har bevilget 340.000 kr. til DugaBase til opgradering af inddateringsplatformen for DugaBase. Opgraderingen forventes afsluttet i efteråret 2012.

DugaBase er således velfungerende og lever op til kravene om databasekomplethed. Fremadrettet vil der blive arbejdet med at forbedre datakompletheden.

2. Forord

Hermed foreligger den sjette 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), blære, urinrør (urininkontinens) og endetarm (afføringsinkontinens). Det drejer sig om tilstande, der ikke er livstruende men kan påvirke kvinders livskvalitet¹, idet de ofte kan medføre 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 er ca. 4% og for genital prolaps ca. 10%, 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 blev etablering af DugaBase.

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:

¹ http://www.dadlnet.dk/master/kunder/dokument/m742/u723/urogynaekologi_2008.pdf (accessed 16. maj 2012)

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. DugaBase har som en af de første databaser fra begyndelsen anvendt Patient Reported Outcome Measures (PROM). Specielt vedrørende patienternes symptomer (og bedring af samme) har styregruppen anvendt validerede spørgeskemaer. Vi har anvendt eksisterende danske skemaer og implementeret ICIs 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. To ph.d.-studerende er aktuelt i gang med projekter der delvis er baseret på data fra DugaBase.

² <http://iciq.net/> (accessed 23. maj 2012)

3. Baggrund for DugaBase

3.1. Organisation

DugaBase blev initieret af en arbejdsgruppe under DSOG: Dansk Urogynækologisk Arbejdsgruppe (DUGA). Arbejdsgruppen bestod af gynækologer fra universitetshospitaler samt en eller flere repræsentanter fra hvert amt. Siden er DUGA nedlagt og i stedet er oprettet Dansk Urogynækologisk Selskab (DUGS). DUGS' medlemmer tæller udover gynækologer også urologer, sygeplejersker og fysioterapeuter.

DUGS har formel tilknytning til DSOG og DugaBase drives af en styregruppe nedsat af DUGS. Der er sikret repræsentation for hver af landets Regioner samt en repræsentant fra privat sygehussektoren. Derudover omfatter Styregruppen repræsentanter fra Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, Kompetencecenter Syd for Landsdækkende Kliniske Databaser og for den ansvarlige offentlige myndighed, Region Syddanmark.

Driften af databasen finansieres gennem en bevilling fra Regionernes Udviklingspulje for Klinisk Kvalitet, og der blev i 2011 givet en 3-årig bevilling for årene 2012-2014.

3.2. Styregruppe

DugaBase-styregruppen har i 2011 bestået af:

- Formand: Professor, overlæge, dr.med. Gunnar Lose, Herlev Hospital
- Overlæge, ph.d., Karl Møller Bek, Aarhus Universitetshospital, Skejby
- Senior dyrlæge, epidemiolog, ph.d., Kim Oren Gradel, Kompetencecenter Syd
- Overlæge Ulla Darling Hansen, Odense Universitetshospital
- Afdelingschef Mads C. Haugaard, Sundhedsstaben, Repræsentant fra Region Syddanmark
- Overlæge Ulla R. Hviid, Roskilde Sygehus
- Projektleder: Overlæge, adj. lektor, 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 privatklinikker
- Overlæge, ph.d., Pia Sander, Herlev Hospital

3.3. Formål

Databasens formål er at tilvejebringe oplysninger om den operative aktivitet og kvalitet på området. Oplysningerne skal dels anvendes til kvalitetsudvikling, ligesom registreringerne af de mange nye teknikker skal anvendes som et tidligt varslingsystem vedrørende problematiske teknikker.

4. Årsrapportens tilblivelse

Der er løbende afholdt møder mellem databasens projektleder og Kompetencecenter Syd. I forbindelse med årsrapportens tilblivelse er arbejdsgange aftalt i foråret 2012, udkast er udarbejdet i maj måned og tilretninger af rapporten er sket ved et styregruppemøde i juni måned. Løbende kommunikation er opretholdt via e-mail.

4.1. Analyser og epidemiologi

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

4.2. Sammenligning med sidste årsrapport

Det er ikke altid muligt direkte at sammenligne resultaterne fra den foreliggende årsrapport med resultaterne fra Årsrapport 2010, 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 "2010" eller "år 2010". Direkte tal fra Årsrapport 2010, eksempelvis som nævnt i kommentarerne til Tabel 2 og Tabel 3, betegnes "Årsrapport 2010".

5. Dataindsamling

5.1. Datagrundlag

Data til årsrapporten er udtrukket pr. 10.04.2012, og de kliniske afdelinger har således haft mulighed for indberetning af data for 2011 indtil denne dato.

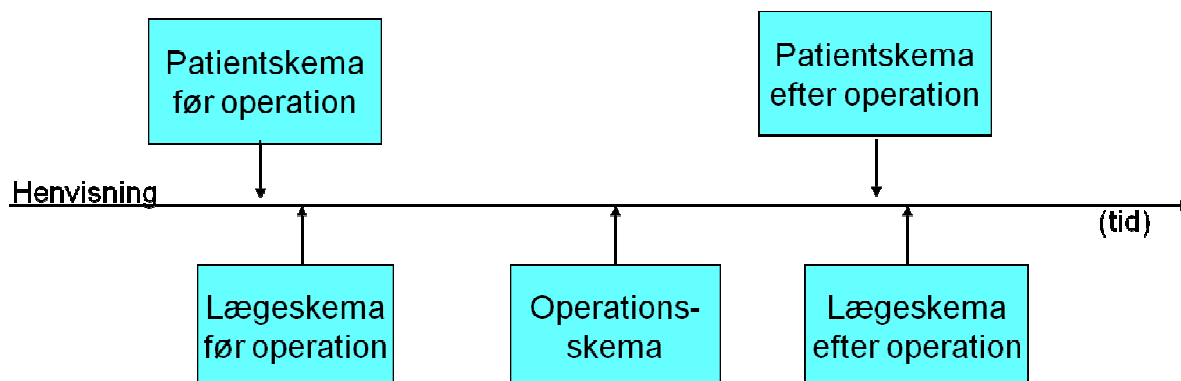
Data er oprenset således, at der kun indgår patientforløb med valide cpr-numre (20 patienter er ekskluderet fra datagrundlaget p.g.a. fejl i personnummeroplysninger). Desuden er patienter, der var under 18 år på operationstidspunktet, udeladt (6 patienter er ekskluderet fra datagrundlaget p.g.a. alder).

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. 10.4.2012.

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, 01-01-2011 - 31-12-2011

Region/Hospital/Afdeling	I LPR	Heraf i Duga	Komplethed, pct.	Kun i Duga
Region Hovedstaden	355	328	92,4	3
Hvidovre Hospital	87	85	97,7	3
Gyn.-obst. afd. /gynækologi	87	85	97,7	3
Herlev Hospital	200	175	87,5	0
Gynækologisk afdeling G-1	200	175	87,5	0
Hospitalerne i Nordsjælland	68	68	100,0	0
Urologi, Senge	68	68	100,0	0
Region Sjælland	237	226	95,4	4
Region Sjællands Sygehusvæsen	237	226	95,4	4
ROS Gynækologisk Afd.	74	65	87,8	1
HOL Gynækologisk Afd.	23	23	100,0	0
NFS Gynækologisk Afd.	140	138	98,6	3
Region Syddanmark	446	439	98,4	1
OUH Odense Universitetshospital	129	127	98,4	1
Od Gynækologisk afdeling D	128	127	99,2	1
Urinvejskirurgisk Afdeling L	1	0	0,0	0
OUH Svendborg Sygehus	17	17	100,0	0
Gynækologisk-obstetrisk afd., Sygehus Fyn	17	17	100,0	0
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	69	68	98,6	0
Obstetrisk afdeling	69	68	98,6	0
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	14	14	100,0	0
Gynækologisk afdeling	14	14	100,0	0
Sydvestjysk Sygehus	178	174	97,8	0
SVS Gynækologisk afsnit (Esbjerg)	178	174	97,8	0
Fredericia og Kolding Sygehuse	39	39	100,0	0
Gyn,-Obst. afdeling, Kolding	39	39	100,0	0
Region Midtjylland	313	292	93,3	8
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	17	17	100,0	0

Region/Hospital/Afdeling	I LPR	Heraf i Duga	Komplethed, pct.	Kun i Duga
Gyn-/onkologisk Amb., Horsens	17	17	100,0	0
Regionshospitalet Herning	65	65	100,0	1
Gynækologisk afdeling H2	65	65	100,0	1
Regionshospitalet Silkeborg	14	14	100,0	1
Gynækologisk afdeling	14	14	100,0	1
Regionshospitalet Randers	38	38	100,0	3
Gynækol./obstetrisk afd. G	38	38	100,0	3
Århus Universitetshospital, Skejby	99	82	82,8	0
Urinvejskirurgisk afdeling K	17	4	23,5	0
Gynækol./obstetrisk afd. Y	82	78	95,1	0
Regionshospitalet Viborg, Skive	80	76	95,0	3
Kvindeafdeling, Viborg	80	76	95,0	3
Region Nordjylland	199	193	97,0	5
Sygehus Thy – Mors	12	11	91,7	2
Thy Gyn.-Obst. Sengeafdeling	12	11	91,7	2
Aalborg Sygehus	133	130	97,7	3
Alb Gyn.-Obst. Afdeling	131	130	99,2	3
Alb Urologisk afd.	2	0	0,0	0
Sygehus Vendsyssel	54	52	96,3	0
Frh Gyn. Sengeafdeling	54	52	96,3	0
Privathospitaler	86	38	44,2	5
Aleris-Hamlet Hospitaler	28	7	25,0	1
Gynækologisk ambulatorium	27	7	25,9	1
Urologi, ambulatorieafsnit	1	0	0,0	0
Center for Rygkirurgi A/S	7	7	100,0	0
Bekkevold Privathospital, afdeling	7	7	100,0	0
Arresødal Privathospital A/S	2	0	0,0	0
Behandlingsafdeling	2	0	0,0	0
Privathospitalet Møn	18	11	61,1	1
Gynækologisk overafdeling	18	11	61,1	1
Gråbrødreklinikken	16	13	81,3	0
Gråbrødreklinikken, afdeling	16	13	81,3	0
Privathospitalet Mølholm	9	0	0,0	0
Privathospitalet Mølholm Vejle, beh.afsnit	9	0	0,0	0
Aleris Privathospitaler	6	0	0,0	0
Aleris Privathospitaler Esbjerg, beh.afsnit	6	0	0,0	0
Ciconia, Århus Privathospital	0	0	.	3
Ciconia, Århus Privathospital, beh. afsnit	0	0	.	3
Hele landet	1.636	1.516	92,7	26

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

Kommentarer til Tabel 2:

Udtræk fra Landspatientregisteret (LPR) omfattende alle SKS-koder for urininkontinensoperationer i 2011 blev sammenlignet med patienter registreret i DugaBase med en operationsdato for urininkontinens i 2011. Tabel 2 viser desuden, at 26 operationer var registrerede i DugaBase, men ikke i LPR. Disse 26 operationer kan også registreres i både nævner og tæller, så databasekompletheden bliver $[(1516 + 26)/(1636 + 26)] \times 100 = 92,8\%$. Dette er udeladt her idet LPR er vedtaget som gold standard, og ændringen i databasekomplethed (+0,1%) er desuden ubetydelig. Uanset at LPR er gold standard kan data for urininkontinensoperationer i LPR naturligvis også være fejlbehæftede.

Den landsdækkende databasekomplethed er 92,7%. I Årsrapport 2010 var der 1740 urininkontinensoperationer, heraf 1545 (88,8%) i DugaBase, og der er således i 2011 sket en lille forbedring af databasekompletheden. Det absolutte antal operationer, baseret på LPR-data, er faldet med 6,0% i forhold til Årsrapport 2010.

Næsten alle offentlige sygehuse har over 90% databasekomplethed. To sygehuse har næsten 90% databasekomplethed (Herlev: 87,5%; Roskilde: 87,8%), og et enkelt sygehus (Skejby) har en databasekomplethed på 82,8%, som er fordelt med 95,1% til Afdeling Y og 23,5% til Afdeling K. Fem offentlige sygehuse (Gentofte, Slagelse, Svendborg, Silkeborg, Thy/Mors) havde i Årsrapport 2010 under 90% databasekomplethed. I 2011 blev Gentoftes patienter opereret i Herlev, Slagelse opererede ikke urininkontinenspatienter, mens de 3 øvrige sygehuse har over 90% databasekomplethed.

Den høje databasekomplethed for de offentlige sygehuse afspejles i den lille variation mellem regionernes databasekomplethed.

I Årsrapport 2010 var databasekompletheden for privathospitaler 23,4%, mens den i 2011 er 44,2%, dvs. databasekompletheden er næsten fordoblet. Fire privathospitaler (Aleris-Hamlet, Center for Rygkirurgi A/S, Privathospitalet Møn, Gråbrødreklinikken) har i 2011 registreret i DugaBase. Disse 4 privathospitaler har en databasekomplethed fra 25,0% til 100%, dvs. en stor variation, som yderligere forstærkes af 0% databasekomplethed for de øvrige privathospitaler. I LPR udgør operationer på privathospitaler 5,3%, mens de i DugaBase udgør 2,5%. Såfremt privathospitalerne udelukkes fra Tabel 2 øges databasekompletheden fra 92,7% til 95,4% (altså en stigning på 2,7 procent-point), og såfremt alle privathospitalernes 86 operationer i LPR også registreres i DugaBase øges databasekompletheden til 95,6% (altså en stigning på 2,9 procentpoint). Med den meget høje databasekomplethed for offentlige sygehuse bidrager privathospitalerne således med godt en tredjedel af de 7,3%, som udgør differencen mellem den aktuelle databasekomplethed på 92,7% og de ideelle 100%.

Tabel 2 viser antal registrerede operationer. De 1636 operationer i LPR er fordelt på 1608 patienter, heraf 1580 (98,3%) med 1 operation og 28 (1,7%) med 2 operationer. De 1542 operationer i DugaBase (idet vi inkluderer de 26 operationer, som ikke var registrerede i LPR) er fordelt på 1516 patienter, heraf 1490 (98,3%) med 1 operation og 26 (1,7%) med 2 operationer.

Vi konkluderer, at for urininkontinensoperationer ses en høj databasekomplethed. Denne kan forbedres yderligere såfremt de få offentlige sygehuse med en forholdsvis lav databasekomplethed samt flere privathospitaler registrerer alle deres urininkontinensoperationer i DugaBase.

Tabel 3. Databasekomplethed i DugaBase ved sammenkørsel med LPR, prolapsoperationer, 01-01-2011 – 31-12-2011

Region/Hospital/Afdeling	I LPR	Heraf i Duga	Komplethed, pct.	Kun i Duga
Region Hovedstaden	1.025	979	95,5	12
Rigshospitalet	2	0	0,0	0
Klinik for Plastikkirurgi PBB, heldøgn	2	0	0,0	0
Hvidovre Hospital	295	289	98,0	2
Gyn.-obst. afd. /gynækologi	295	289	98,0	2
Herlev Hospital	408	401	98,3	8
Gynækologisk afdeling G-1	405	401	99,0	8
Gastroenheden Kir. Med D, sengeafd	3	0	0,0	0
Hospitalerne i Nordsjælland	285	281	98,6	2
Urologi, Senge	285	281	98,6	2
Bornholms Hospital	35	8	22,9	0
Kirurgisk afdeling	35	8	22,9	0
Region Sjælland	741	606	81,8	6
Region Sjællands Sygehusvæsen	741	606	81,8	6
ROS Gynækologisk Afd.	311	293	94,2	2
HOL Gynækologisk Afd.	107	104	97,2	0
NAE Gynækologisk Afd.	131	40	30,5	2
NAE Gynækologisk Amb.	1	0	0,0	0
NAE Anæstesi Afd.	4	0	0,0	0
NFS Gynækologisk Afd.	187	169	90,4	2
Region Syddanmark	1.019	998	97,9	12
OUH Odense Universitetshospital	232	226	97,4	8
Od Gynækologisk afdeling D	230	226	98,3	8
Od Kirurgisk afdeling A	2	0	0,0	0
OUH Svendborg Sygehus	210	209	99,5	0
Gynækologisk-obstetrisk afd., Sygehus Fyn	209	209	100,0	0
Medicinsk-kirurgisk amb., Sygehus Fyn	1	0	0,0	0
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	136	134	98,5	1
Obstetrisk afdeling	136	134	98,5	1
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	77	69	89,6	1
Gynækologisk afdeling	77	69	89,6	1
Sydvestjysk Sygehus	171	167	97,7	1
SVS Gynækologisk afsnit (Esbjerg)	169	167	98,8	1
SVS Plastikkirurgisk afsnit (Esbjerg)	2	0	0,0	0
Fredericia og Kolding Sygehuse	193	193	100,0	1
Gyn,-Obst. afdeling, Kolding	193	193	100,0	1
Region Midtjylland	1.141	1.048	91,8	15
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	153	126	82,4	2

Region/Hospital/Afdeling	I LPR	Heraf i Duga	Komplethed, pct.	Kun i Duga
Gyn-/onkologisk Amb., Horsens	152	126	82,9	2
Organkirurgisk Afdeling, Horsens	1	0	0,0	0
Regionshospitalet Herning	147	145	98,6	2
Gynækologisk afdeling H2	147	145	98,6	2
Regionshospitalet Silkeborg	52	46	88,5	4
Gynækologisk afdeling	47	46	97,9	4
Gynækologisk amb./dagkir. afsnit	5	0	0,0	0
Århus Amtssygehus	1	0	0,0	0
Kirurgisk Afd. P	1	0	0,0	0
Regionshospitalet Randers	167	146	87,4	2
Gynækol./obstetrisk afd. G	167	146	87,4	2
Århus Universitetshospital, Skejby	391	385	98,5	2
Gynækol./obstetrisk afd. Y	391	385	98,5	2
Regionshospitalet Viborg, Skive	230	200	87,0	3
Kvindeafdeling, Viborg	230	200	87,0	3
Region Nordjylland	492	470	95,5	12
Sygehus Thy – Mors	57	43	75,4	2
Thy Gyn.-Obst. Sengeafdeling	56	43	76,8	2
Thy Gyn.-Obst. Dagafd.	1	0	0,0	0
Aalborg Sygehus	287	282	98,3	9
Alb Gyn.-Obst. Afdeling	286	282	98,6	9
Alb Urologisk afd.	1	0	0,0	0
Sygehus Vendsyssel	148	145	98,0	1
Frh Gyn. Sengeafdeling	148	145	98,0	1
Privathospitaler	208	72	34,6	5
Aleris-Hamlet Hospitaler	72	5	6,9	0
Gynækologisk ambulatorium	66	5	7,6	0
Plastikkirurgi, kirurgisk afsnit	1	0	0,0	0
Gynækologi, ambulatorieafsnit.	2	0	0,0	0
Operationsstue	3	0	0,0	0
Center for Rygkirurgi A/S	9	7	77,8	0
Bekkevoild Privathospital, afdeling	9	7	77,8	0
Københavns Privathospital A/S	6	0	0,0	0
Sengeafdeling	1	0	0,0	0
Operationsafdeling	5	0	0,0	0
Arresødal Privathospital A/S	2	0	0,0	0
Behandlingsafdeling	2	0	0,0	0
Greve Privathospital	3	0	0,0	0
Behandlingsafdeling	3	0	0,0	0
Roskilde Privathospital	2	0	0,0	0
Behandlingsafdeling	2	0	0,0	0

Region/Hospital/Afdeling	I LPR	Heraf i Duga	Komplethed, pct.	Kun i Duga
Privathospitalet Sorana, Sorø	1	0	0,0	0
Privathospitalet Sorana, Sorø, beh.afsnit	1	0	0,0	0
Privathospitalet Møn	12	4	33,3	0
Gynækologisk overafdeling	12	4	33,3	0
Privathospitalet H.C. Andersen Klinikken	3	0	0,0	0
Behandlingsafdeling	3	0	0,0	0
Gråbrødreklinikken	41	39	95,1	1
Gråbrødreklinikken, afdeling	41	39	95,1	1
Privathospitalet Kollund	1	0	0,0	0
Privathospitalet Kollund, beh.afsnit	1	0	0,0	0
Privathospitalet Mølholm	17	0	0,0	0
Privathospitalet Mølholm Vejle, beh.afsnit	17	0	0,0	0
Specialhospitalet Akselholm	3	0	0,0	0
Specialhospitalet Akselholm, beh.afsnit	3	0	0,0	0
Aleris Privathospitaler	15	10	66,7	0
Aleris Privathospitaler Herning, beh.afsnit	1	0	0,0	0
Aleris privathospitaler Aalborg, beh.afsnit	12	10	83,3	0
Aleris Privathospitaler Esbjerg, beh.afsnit	2	0	0,0	0
Ciconia, Århus Privathospital	8	7	87,5	3
Ciconia, Århus Privathospital, beh. afsnit	8	7	87,5	3
AROS Privathospital	1	0	0,0	0
AROS Privathospital, beh. afsnit	1	0	0,0	0
Viborg Privathospital	2	0	0,0	0
Viborg Privathospital, beh. afsnit	2	0	0,0	0
Privathospitalet Skørping	1	0	0,0	1
Gynækologisk beh.afsnit	1	0	0,0	1
ARTROS Privathospital	9	0	0,0	0
ARTROS Privathospital, sengeafsnit	8	0	0,0	0
ARTROS Privathospital, ambulant kirurgi	1	0	0,0	0
Hele landet	4.626	4.173	90,2	62

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

Kommentarer til Tabel 3:

Udtræk fra Landspatientregisteret (LPR) omfattende alle SKS-koder for prolapsoperationer i 2011 blev sammenlignet med patienter registreret i DugaBase med en operationsdato for prolaps i 2011. Det ses desuden, at 62 operationer var registrerede i DugaBase, men ikke i LPR. Såfremt disse 62 operationer inkluderes i både tæller og nævner bliver databasekompletheden $[(4173 + 62)/(4626 + 62)] \times 100 = 90,3\%$. Dette er udeladt her idet LPR er vedtaget som gold standard, og ændringen i databasekomplethed (+0,1%) er desuden ubetydelig. Uanset at LPR er gold standard kan data for prolapsoperationer i LPR naturligvis også være fejlbehæftede.

Den landsdækkende databasekomplethed er 90,2%. I Årsrapport 2010 var der 4574 prolapsoperationer, heraf 3968 (86,8%) i DugaBase, og der er således i 2011 sket en lille forbedring af databasekompletheden. Det absolutte antal operationer, baseret på LPR-data, er steget med 1,1% i forhold til Årsrapport 2010.

De fleste offentlige sygehuse har over 90% databasekomplethed. Fire sygehuse (Haderslev, Silkeborg, Randers, Viborg/Skive) har en databasekomplethed tæt på 90%, 2 sygehuse (Horsens/Brødstrup, Thy/Mors) har en lidt lavere databasekomplethed (hhv. 82,4% og 75,4%), mens Bornholm har 22,0% og Næstved har 29,4%. I Årsrapport 2010 havde 5 sygehuse med >10 patienter (Gentofte, Bornholm, Slagelse, Silkeborg, Randers) under 90% databasekomplethed. I 2011 blev Gentoftes patienter opereret i Herlev, Slagelse opererede ikke prolapspatienter, mens de 3 øvrige sygehuse stadig har under 90% databasekomplethed.

Der er lille variation i databasekomplethed mellem alle regionerne, undtagen Region Sjælland, hvis databasekomplethed kun er 81,8% grundet Næstveds lave databasekomplethed.

I Årsrapport 2010 var databasekompletheden for privathospitaler 22,0%, mens den i 2011 var 34,6%, dvs. der er sket en lille stigning. Seks privathospitaler (Aleris-Hamlet, Center for Rygkirurgi A/S, Privathospitalet Møn, Gråbrødreklinikken, Aleris Aalborg, Ciconia) har registreret i DugaBase i 2011. Disse 6 privathospitaler har en databasekomplethed fra 6,9% til 95,1%, dvs. en stor variation, som yderligere forstærkes af 0% databasekomplethed for de øvrige privathospitaler. I LPR udgør operationer på privathospitaler 4,5%, mens de i DugaBase udgør 1,7%. Såfremt privathospitalerne udelukkes fra Tabel 3 øges databasekompletheden fra 90,2% til 92,8% (altså en stigning på 2,6 procentpoint), og såfremt alle privathospitalernes 208 operationer i LPR også registreres i DugaBase øges databasekompletheden til 93,1% (altså en stigning på 2,9 procentpoint). Med den meget høje databasekomplethed for offentlige sygehuse bidrager privathospitalerne således med knap en tredjedel af de 9,8%, som udgør differencen mellem den aktuelle databasekomplethed på 90,2% og de ideelle 100%.

Tabel 3 viser antal registrerede operationer. De 4626 operationer i LPR er fordelt på 4540 patienter, heraf 4455 (98,1%) med 1 operation, 84 (1,9%) med 2 operationer og 1 (<0,1%) med 3 operationer. De 4235 operationer i DugaBase (idet vi inkluderer de 62 operationer, som ikke var registrerede i LPR) er fordelt på 4171 patienter, heraf 4108 (98,5%) med 1 operation, 62 (1,5%) med 2 operationer og 1 (<0,1%) med 3 operationer.

Vi konkluderer, at for prolapsoperationer ses en høj databasekomplethed. Denne kan forbedres yderligere såfremt de få offentlige sygehuse med en forholdsvis lav databasekomplethed samt flere privathospitaler registrerer alle 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 2010 (N = 5.733) og 2011 (N = 5.819)

Ref. ^b	Beskrivelse	2010			2011		
		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	1.098	757	68,9	1.144	926	80,9
04	Oplysninger om residualurin - hos de patienter, der har gennemgået efterundersøgelse og som er opereret for inkontinens	1.049	362	34,5	999	280	28,0
06	Oplysning om nedsynkningsgrad (prolapsgrad) - hos patienter, der er opereret for prolaps og som har skema for lægens efterundersøgelse	2.308	1.430	62,0	2.472	1.236	50,0
07	Patientoplysninger om oplevelse af nedglidningssymptomer - hos de patienter der er opereret for prolaps og som har udfyldt patientskema for efterundersøgelse	2.844	1.870	65,8	3.076	2.246	73,0
09	Oplysning om fortsat behandlingsbehov for inkontinens - hos patienter opereret for inkontinens og med udfyldt lægeskema for efterundersøgelse	1.049	880	83,9	999	874	87,5
10	Oplysning om fortsat behandlingsbehov for nedsynkning - hos patienter opereret for prolaps og som har skema for lægens efterundersøgelse	2.308	1.973	85,5	2.472	2.160	87,4
Alko	Alkoholoplysninger - hos patienter med udfyldt patientskema før behandling (feltet 'Antal genstande om ugen')	5.733	3.710	64,7	5.819	4.346	74,7
Ryge	Rygeoplysninger - hos patienter med udfyldt patientskema før behandling (Sammenstillet af felterne 'Ryger du?' i hhv. basis og udvidet model)	5.733	3.873	67,6	5.819	4.487	77,1

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 28,0% af de aktuelle patientforløb, mens de øvrige variable har højere datakomplethed, varierende fra 50,0% til 87,5%.

I forhold til 2010 er datakompletheden mindre for indikator 4 (odds ratio [95% konfidensinterval] 0,74 [0,61-0,90]) og indikator 6 (0,61 [0,55-0,69]), mens den er større for indikator 3 (1,91 [1,57-2,34]), indikator 7 (1,41 [1,26-1,58]), indikator 9 (1,34 [1,04-1,74]), indikator 10 (1,18 [0,99-1,39]), alkoholoplysninger (1,61 [1,48-1,74]) og rygeoplysninger (1,62 [1,49-1,76]).

Det konkluderes forsigtigt, at såfremt de her beskrevne variable er repræsentative for datakompletheden af alle DugaBases variable er datakompletheden forbedret i 2011 sammenlignet med 2010. Således ser et DugaBase-forløb fra 2011 ud til overordnet at have flere oplysninger end et DugaBase-forløb fra 2010. Det er glædeligt, at parallelt med den forbedrede databasekomplethed i 2011 er datakompletheden tilsyneladende også forbedret.

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 efterundersøgelsesskema.</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 efterundersøgelsskema 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 operationskoder), og hvor der er en eller anden registrering i variabelen 'behandlingsbehov (klinisk konklusion) svarende til nedsynkning'.</p> <p>Felt: variabel for 'behandlingsbehov (klinisk konklusion) svarende til nedsynkning' findes i lægeskema for efterundersøgelse.</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende):</p> <p>KLCD10, KLDC10, KLEE10, KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF03, KLEF03A, KLEF10, KLEF13, KLEF23, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLEF60, KLEF63, KLEF64, KLEF96, KLEF97.</p>	<p>Antal patientforløb hvor der er registreret et stort eller lille behandlingsbehov ved kontrolbesøg efter operativt indgreb</p>	<p>Patientforløb med manglende udfyldelse af i variabelen 'behandlingsbehov (klinisk konklusion) svarende til nedsynkning' hos patienter med relevant udført kirurgi.</p>

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 slyngoperation for urininkontinens</p> <p>Slyngoperation for urininkontinens efter patientens førstegangs slyngoperation 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 slyngoperation.</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): 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): 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>

I efteråret 2012 opdateres inddateringsystemet Topica til version 4. Samtidig tages nye spørgeskemaer i brug, som bl.a. inkluderer spørgsmål relateret til "Indikator baseret på Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) skala". Disse tiltag vil også omfatte implementeringen af de ovenfor beskrevne nye indikatorer.

7. Deskriptiv statistik

Tabel 5. Antal indberettede patientforløb for databasen i 2011, sammenlignet med 2010 (både opererede og ikke-opererede patienter)

Sygehus/Afdeling	Henvisning ^a		Forundersøgelse ^b		Operation ^c		Efterkontrol ^d	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Hvidovre Hospital	696	885	634	795	337	388	304	344
Herlev Hospital	669	440	484	534	657	576	421	575
Hospitalerne i Nordsjælland, Hillerød	421	416	380	372	291	363	210	309
Bornholms Hospital	7	-	1	7	-	8	-	8
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	642	795	478	526	323	365	196	291
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	139	75	131	114	119	128	53	91
RSJ Sygehusvæsen, Slagelse	18	-	29	-	49	-	7	-
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	1	199	-	49	-	44	-	21
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	479	398	223	356	252	313	115	244
OUH Odense Universitetshospital	957	1.147	531	578	277	366	212	317
OUH Svendborg Sygehus	199	217	206	251	184	231	58	159
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	192	157	128	195	217	204	97	129
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	86	60	86	63	101	77	84	62
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	343	215	376	303	384	346	207	278
Fredericia og Kolding Sygehuse	230	160	300	190	308	236	279	301
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	132	136	139	207	143	145	131	179
Regionshospitalet Herning	195	174	185	246	186	212	162	225
Regionshospitalet Silkeborg	111	30	121	48	126	66	88	55
Regionshospitalet Randers	165	183	166	202	171	189	120	150
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K	6	-	9	2	19	4	3	-
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	1.029	978	816	776	496	472	453	401
Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup	266	275	-	15	267	285	177	155
Sygehus Thy - Mors	56	167	69	89	72	58	60	61
Aalborg Sygehus - Gyn.-Obst. Afd.	703	800	551	530	431	426	409	399
Aalborg Sygehus - Urologisk Afd.	1	-	1	1	1	-	-	1
Sygehus Vendsyssel	182	128	224	178	191	198	174	181
Aleris-Hamlet Hospitaler	-	14	-	13	-	12	-	3
Bekkevold Privathospital	2	11	1	12	-	13	-	7
Privathospitalet Møn	27	14	27	20	26	17	17	24
Gråbrødreklinikken, Odense	73	53	67	54	69	53	55	25
Aleris privathospitaler Herning	-	-	-	-	-	-	1	-
Aleris Privathospitaler Århus	4	-	1	-	5	-	-	-
Aleris privathospitaler Aalborg	2	1	-	6	2	10	3	2
Aleris Privathospitaler Odense	-	-	4	-	10	-	-	-
Aagaard Gynækologiske Klinik	1	-	30	-	8	-	1	-
Ciconia, Århus Privathospital	12	14	6	12	11	13	-	-
Privathospitalet Skørping	-	-	-	1	-	1	-	-
Hele landet	8.046	8.142	6.404	6.745	5.733	5.819	4.097	4.997

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).

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 2012 (hvis de overhovedet opereres), samt efterkontrollata for opererede i 2010. 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 2010 stigninger indenfor alle 4 områder, især for forundersøgelser (5,3% stigning) og efterkontrolbesøg (22,0%), og i mindre grad for henvisninger (1,2%) og operationer (1,5%). Overordnet er der for de enkelte afdelinger få afvigelser i forhold til de her skitserede tendenser på landsplan.

Vi så i Tabel 2 og Tabel 3, at antal registrerede operationer i 2011 stort set er uændret i forhold til Årsrapport 2010 (ud fra LPR som gold standard), hvilket indikerer, at de her beskrevne stigninger primært er et udtryk for den forbedrede 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, især af forhold omkring forundersøgelse og efterkontrol. Der tages dog forbehold for direkte sammenligninger mellem Årsrapport 2010 (jf. Tabel 2 og Tabel 3) og data for år 2010 i Tabel 5, idet sidstnævnte omfatter 2010-data, som er opdaterede efter Årsrapport 2010.

Den markant højere stigning i antal efterkontrolbesøg giver et bedre datagrundlag for opgørelse af alle indikatorer, bortset fra indikator 1.

Tabel 6. Fordeling på opfølgningstyper for patientforløb med operation i 2006-2010

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	1.187 (81,4)	62 (4,2)	32 (2,2)	178 (12,2)	1.459
Herlev Hospital	1.192 (52,0)	278 (12,1)	53 (2,3)	769 (33,6)	2.292
Hospitalet i Nordsjælland, Hillerød	271 (42,7)	173 (27,2)	10 (1,6)	181 (28,5)	635
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	217 (19,6)	80 (7,2)	71 (6,4)	740 (66,8)	1.108
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	44 (28,4)	32 (20,6)	1 (0,6)	78 (50,3)	155
RSJ Sygehusvæsen, Slagelse	0 (0,0)	1 (1,9)	7 (13,5)	44 (84,6)	52
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	41 (16,3)	20 (7,9)	117 (46,4)	74 (29,4)	252
OUH Odense Universitetshospital ^b	153 (49,2)	98 (31,5)	16 (5,1)	44 (14,1)	311
OUH Svendborg Sygehus	97 (23,6)	136 (33,1)	20 (4,9)	158 (38,4)	411
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	58 (21,3)	4 (1,5)	51 (18,8)	159 (58,5)	272
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	160 (63,0)	47 (18,5)	23 (9,1)	24 (9,4)	254
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	215 (42,0)	16 (3,1)	163 (31,8)	118 (23,0)	512
Fredericia og Kolding Sygehuse	680 (64,5)	131 (12,4)	110 (10,4)	133 (12,6)	1.054
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	133 (25,3)	310 (58,9)	5 (1,0)	78 (14,8)	526
Regionshospitalet Herning	263 (32,8)	426 (53,1)	11 (1,4)	103 (12,8)	803
Regionshospitalet Silkeborg	52 (13,2)	122 (31,0)	24 (6,1)	195 (49,6)	393
Regionshospitalet Randers	21 (4,8)	178 (40,7)	7 (1,6)	231 (52,9)	437
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (15,0)	17 (85,0)	20
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	333 (21,3)	628 (40,2)	113 (7,2)	489 (31,3)	1.563
Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup	13 (1,5)	431 (49,4)	3 (0,3)	426 (48,8)	873
Sygehus Thy - Mors	72 (97,3)	0 (0,0)	1 (1,4)	1 (1,4)	74
Aalborg Sygehus - Gyn.-Obst. Afd.	968 (86,9)	15 (1,3)	33 (3,0)	98 (8,8)	1.114
Aalborg Sygehus - Urologisk Afd.	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1
Sygehus Vendsyssel	259 (62,9)	16 (3,9)	52 (12,6)	85 (20,6)	412
Privathospitalet Møn	11 (39,3)	1 (3,6)	16 (57,1)	0 (0,0)	28
Gråbrødreklinikken, Odense	119 (72,6)	3 (1,8)	9 (5,5)	33 (20,1)	164
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)	11 (100,0)	11
Aleris privathospitaler Aalborg	1 (6,7)	4 (26,7)	1 (6,7)	9 (60,0)	15
Aleris Privathospitaler Odense	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,3)	43 (97,7)	44
Aagaard Gynækologiske Klinik	1 (1,9)	3 (5,8)	0 (0,0)	48 (92,3)	52
Ciconia, Århus Privathospital	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	11 (100,0)	11
Hele landet	6.562 (42,7)	3.218 (21,0)	954 (6,2)	4.625 (30,1)	15.359

Anm.: Opfølgning efter operation skal være registreret i perioden 2006-2011 for at blive medtaget som + *behandling*. Som opfølgningsdato benyttes hhv. dato for udfyldelse af kontrolskema (*Patientskema kontrol*) og dato for lægens efterundersøgelse (*Læge EU*).

- Kun afdelinger, som har indberettet operationer til DugaBase i 2006-2010 er medtaget i tabellen.
- 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:

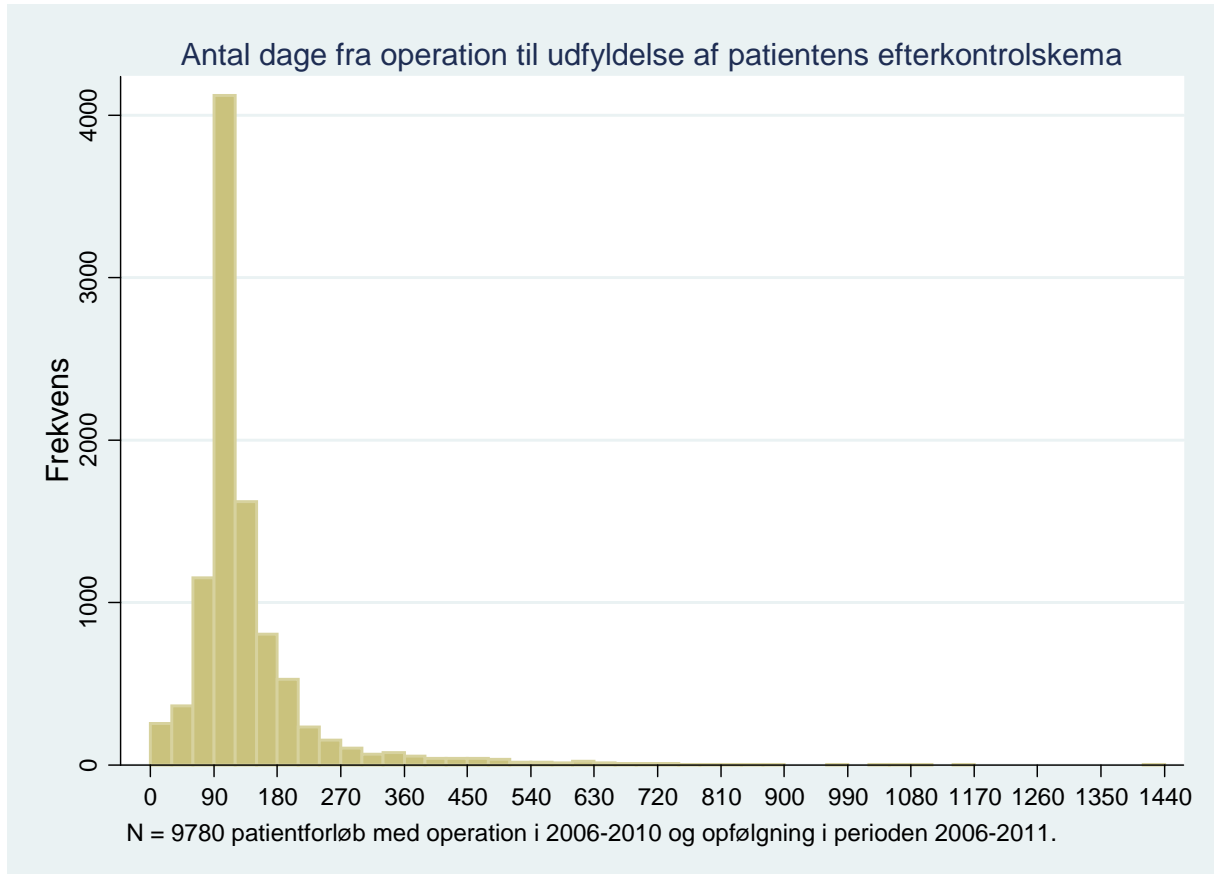
Da tiden fra operation til både patientens og lægens efterkontrolskema for langt de fleste patienters vedkommende er under 1 år (jf. Figur 2 og Figur 3) viser vi denne gang alle patienter opereret i 2006-2010.

Der tages forbehold for, at Tabel 6 omhandler patienter opereret i 2006-2010, mens de resterende data i årsrapporten omhandler patienter opereret i 2011; dvs. at sammenligninger med indikatorer kun er valide såfremt afdelingerne ikke efter 2010 har ændret deres procedurer for efterkontrol.

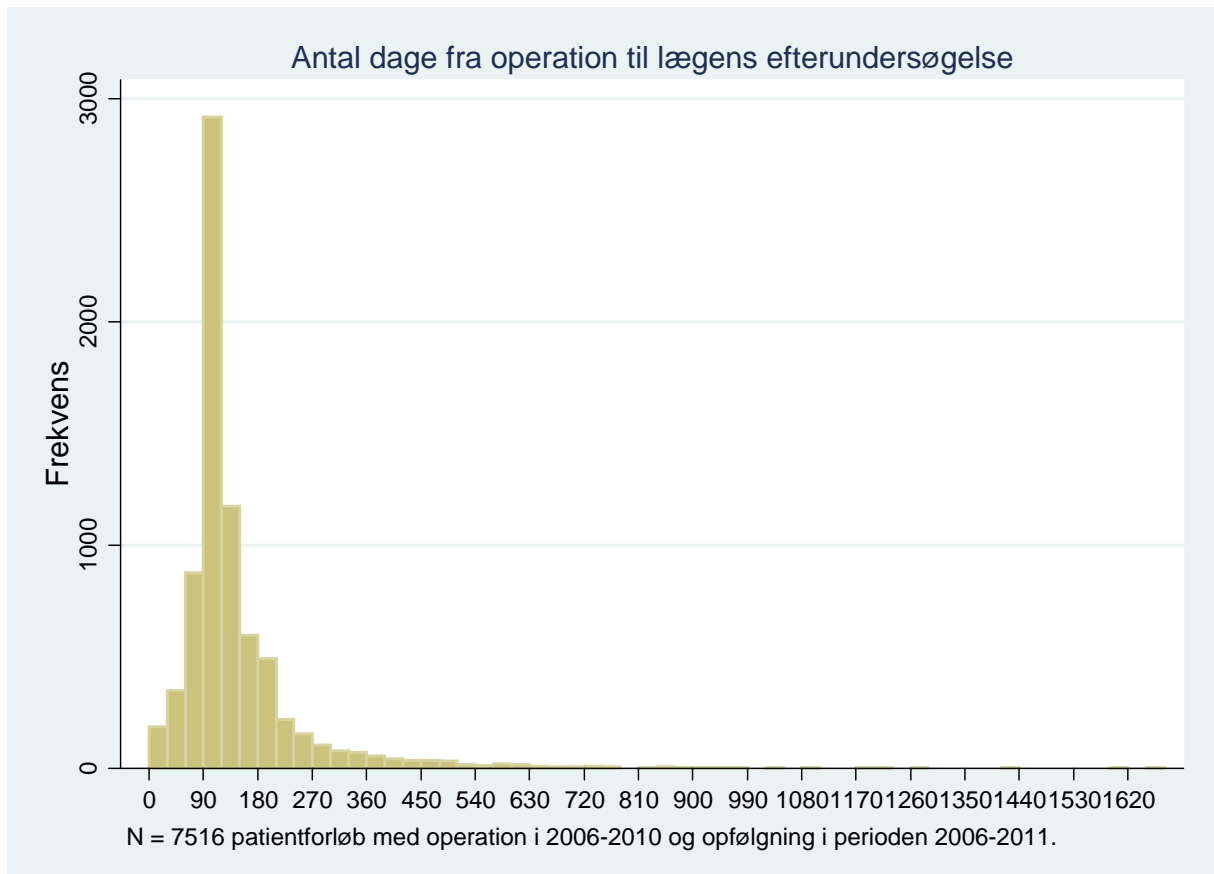
Der ses stor forskel i afdelingernes procedurer for efterkontrol, varierende fra afdelinger for hvilke der for >80% af patienterne efter operationen er udfyldt både patient- og lægeskema (Hvidovre, Aalborg) til afdelinger, hvor der for >80% af patienterne efter operationen hverken er udfyldt patient- eller lægeskema (Rigshospitalet, Slagelse, Aleris Århus, Aleris Odense, Aagaard). Procenterne er generelt lavere for de diskordante kombinationer af disse ("patientskema udfyldt/lægeskema ikke udfyldt" eller "patientskema ikke udfyldt/lægeskema udfyldt"). Nogle afdelinger har dog en højere procentdel af udfyldte patientskemaer, hvor lægeskemaet ikke er udfyldt (Hillerød, Odense, Svendborg, Horsens/Brødstrup, Herning, Silkeborg, Randers, Skejby Afd. Y, Viborg/Skive/Kjellerup) eller af manglende patientskemaer hvor lægeskemaet er udfyldt (Nykøbing Falster, Sønderborg, Esbjerg, Privathospitalet Møn). Denne heterogene opfølgingspraksis blandt afdelingerne vanskeliggør meningsfulde fortolkninger af indikatorer. 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- 2010



Figur 3. Fordeling af opfølgningstid, lægens efterundersøgelse, operation i 2006-2010



Kommentarer til Figur 2 og Figur 3:

Indledningsvis opdelte vi både Figur 2 og Figur 3 i to perioder (2006-2008 og 2009-2010) 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 2010 og grunden til, at vi i denne rapport har inkluderet patienter til og med år 2010.

Tabel 7. Fordeling og alder hos patienter med henvisningsdato i 2006-2011 (både opererede og ikke-opererede patienter), hvor der samtidig er udfyldt patient-skema før behandling

Patientens forundersøgelseskema udfyldt:	År	Antal forløb	Antal forløb (%)	Alder på henvisningstidspunkt			
				Gns.	Median	Min.	Maks.
Alle med skema udfyldt	2006	1.423	100,0	57,3	58	14	101
	2007	2.908	100,0	58,6	60	16	96
	2008	3.376	100,0	59,5	61	19	97
	2009	4.193	100,0	59,2	61	16	98
	2010	4.935	100,0	59,1	61	16	95
	2011	4.357	100,0	59,8	62	18	98
Patientforløb kun med registrering af prolapsymptomer	2006	259	18,2	59,4	60	21	89
	2007	705	24,2	60,2	61	21	91
	2008	774	22,9	62,0	63	27	95
	2009	1.081	25,8	62,2	63	25	91
	2010	1.188	24,1	61,8	64	24	92
	2011	1.158	26,6	62,3	64	26	98
Patientforløb kun med registrering af urininkontinenssymptomer	2006	656	46,1	55,1	55	14	97
	2007	1.117	38,4	56,2	56	20	96
	2008	1.252	37,1	56,7	56	19	97
	2009	1.498	35,7	56,4	55	16	94
	2010	1.732	35,1	56,0	55	16	95
	2011	1.373	31,5	55,6	54	19	95
Patientforløb med registrering af både prolaps- og urininkontinenssymptomer	2006	408	28,7	60,2	60	24	101
	2007	946	32,5	60,8	61	24	95
	2008	1.233	36,5	60,9	63	22	93
	2009	1.455	34,7	60,3	62	19	98
	2010	1.794	36,4	60,6	62	19	93
	2011	1.660	38,1	61,7	63	22	95
Skema udfyldt, men ingen symptomer registreret	2006	100	7,0	53,9	57	19	92
	2007	140	4,8	54,5	58,5	16	91
	2008	117	3,5	57,4	62	26	90
	2009	159	3,8	56,5	57	21	86
	2010	221	4,5	56,1	57	19	88
	2011	166	3,8	57,1	60,5	18	88

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

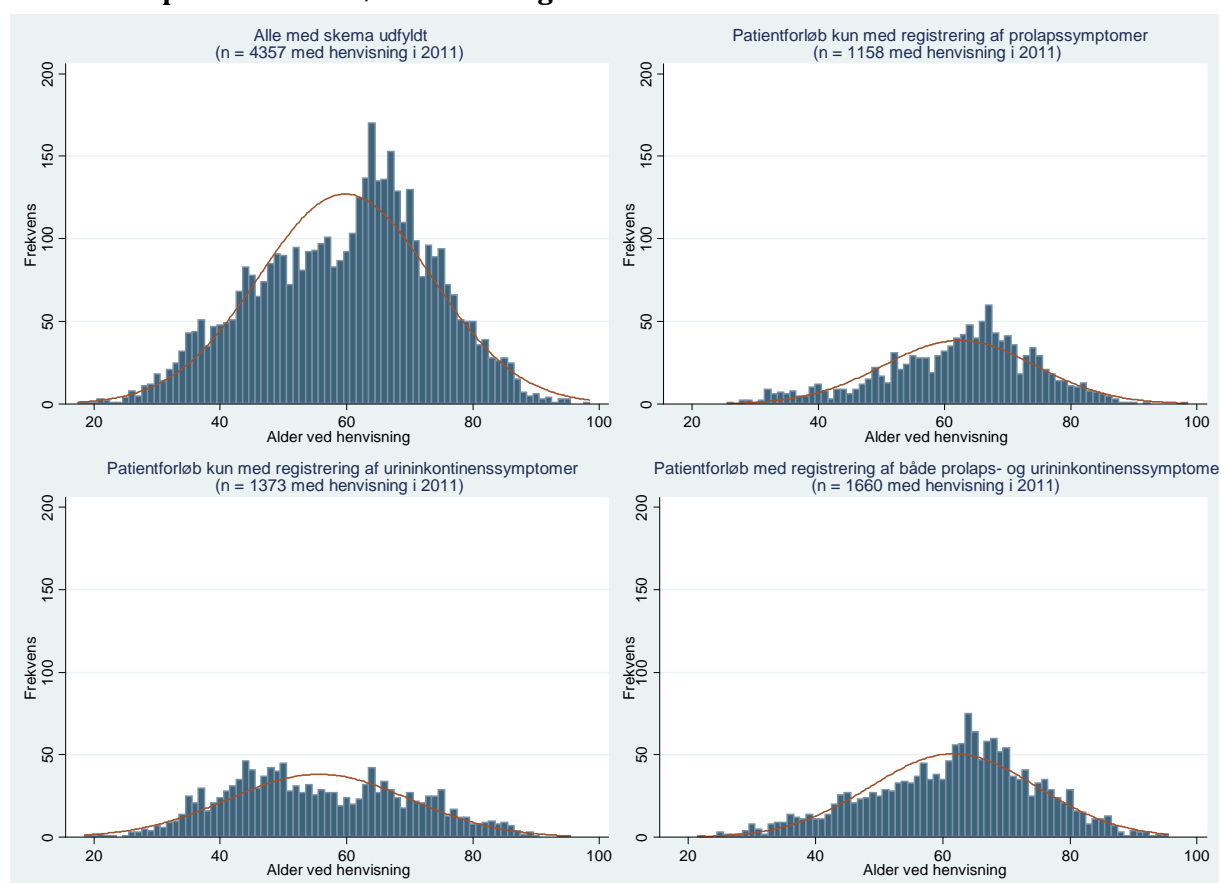
Kommentarer til Tabel 7:

I forhold til 2010 er der 578 færre udfyldte patient forundersøgelseskemaer (11,7%), hvilket yderligere aggraveres af en 5,3% stigning for antal forundersøgelser (jf. Tabel 5). Dette ses især for patienter, som kun er registrerede med urininkontinenssymptomer, men også i nogen grad for patienter, som er registrerede både med prolaps- og urininkontinenssymptomer. Såle-

des er flere forundersøgelser baseret på lægens skema, og tilsvarende færre på patientens. Fra 2006 til 2010 var der et stigende antal udfyldte patient forundersøgelseskemaer, både generelt og indenfor de 3 kategorier med oplysninger om symptomer (kun prolaps, kun urininkontinens, både prolaps og urininkontinens).

Patienter kun med registrering af prolapsymptomer er 6-7 år ældre end patienter kun med registrering af urininkontinenssymptomer, mens patienter med registrering af både prolaps- og urininkontinenssymptomer er ca. 6 år ældre. Der er små afvigelser i både medianalder og gennemsnitlig alder, både mellem patientgrupperne og år. I alle årene er der et bredt alderspektrum (fra 14 til 101 år på henvisningstidspunktet). For 2011 viser vi aldersfordelingen i et histogram:

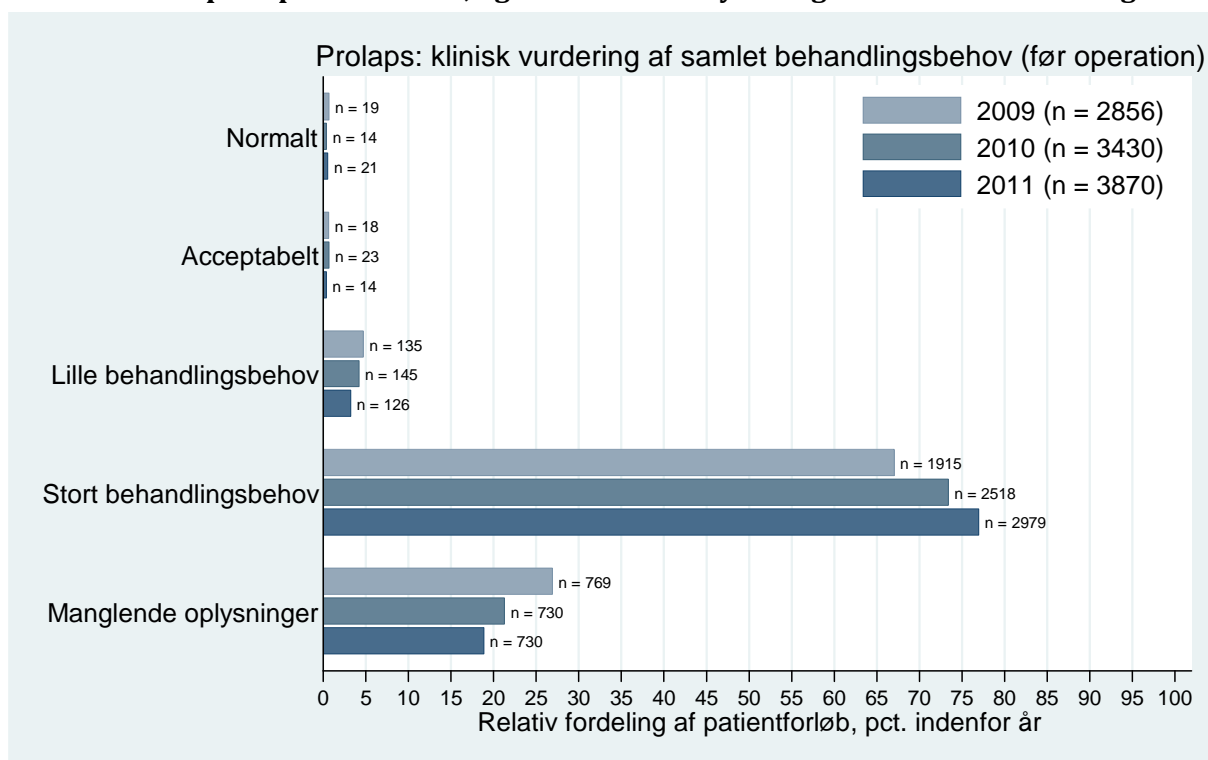
Figur 4. Aldersfordeling ved henvisning hos patienter med henvisningsdato i 2011 (både opererede og ikke-opererede patienter), hvor der samtidig er udfyldt patientskema før behandling



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 2009-2011, og hvor der er udfyldt lægeskema før behandling



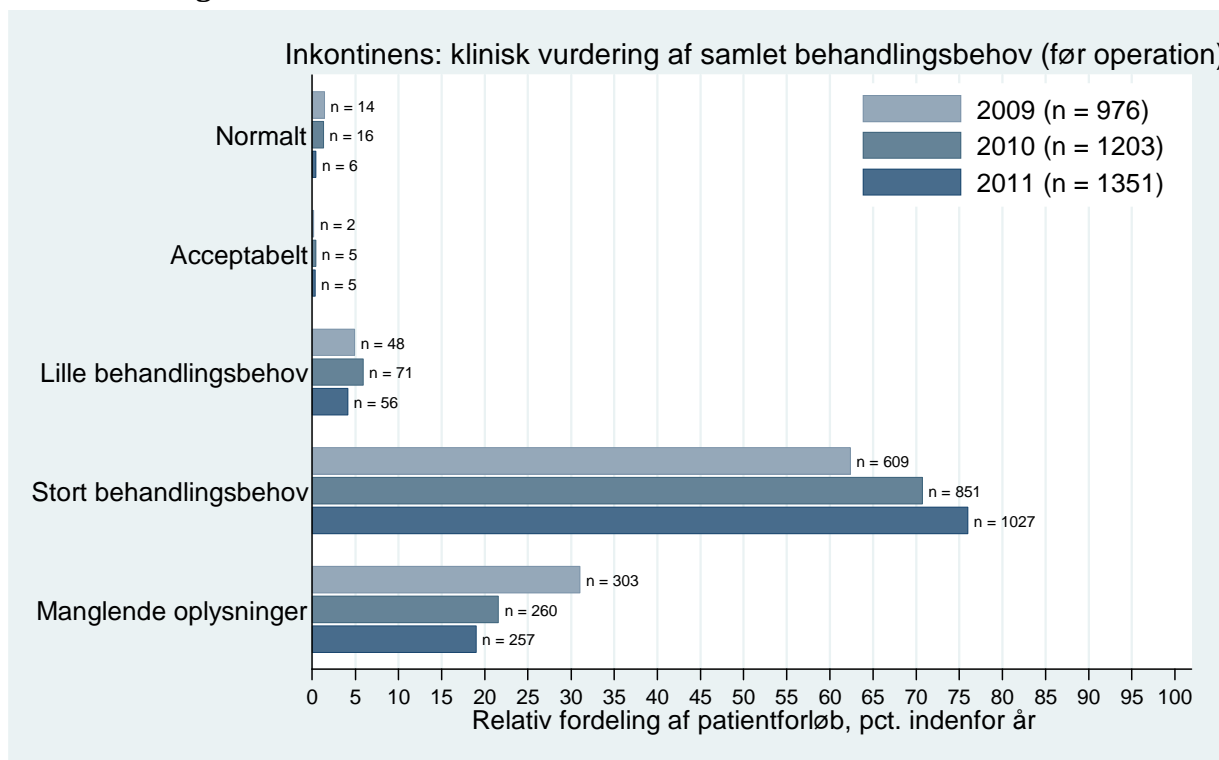
Kommentarer til Figur 5:

Blandt de 3870 opererede prolapspatienter med et udfyldt lægeskema før behandling havde 2979 (77%) et stort behandlingsbehov. Dvs. at patienter med prolapssymptomer overordnet repræsenterer en patientgruppe med en væsentlig problemstilling og et stort behandlingsbehov.

For 730 patienter (18,9%) var der manglende oplysninger om behandlingsbehovet.

Antallet af registrerede forløb er stigende fra 2009, over 2010, til 2011. I forhold til 2010 har forholdsvis flere patienter et stort behandlingsbehov, og forholdsvis færre patienter har manglende oplysninger. Når patienter med manglende oplysninger udelukkes er der i 2011, sammenlignet med 2010, signifikant flere patienter med et stort behandlingsbehov (χ^2 -test, $p = 0,01$; odds ratio [95% konfidensinterval] = 1,34 [1,07-1,68] for patienter med et stort behandlingsbehov hvor referencegruppen er de 3 øvrige patientgrupper slået sammen). Det kan ikke vurderes i hvor høj grad den større andel af patienter med et stort behandlingsbehov er klinisk begrundet 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 2009-2011, og hvor der er udfyldt lægeskema før behandling



Kommentarer til Figur 6:

Blandt de 1351 opererede urininkontinenspatienter med et udfyldt lægeskema før behandling havde 1027 (76%) et stort behandlingsbehov. Dvs. at patienter med urininkontinenssymptomer overordnet repræsenterer en patientgruppe med en væsentlig problemstilling og et stort behandlingsbehov.

For 257 patienter (19,0%, dvs. som for prolapspatienter) var der manglende oplysninger om behandlingsbehovet.

Antallet af registrerede forløb er stigende fra 2009, over 2010, til 2011. I forhold til 2010 har forholdsvis flere patienter et stort behandlingsbehov, og forholdsvis færre patienter har manglende oplysninger. Når patienter med manglende oplysninger udelukkes er der i 2011, sammenlignet med 2010, signifikant flere patienter med et stort behandlingsbehov (χ^2 -test, $p = 0,002$; odds ratio [95% konfidensinterval] = 1,66 [1,18-2,34] for patienter med et stort behandlingsbehov hvor referencegruppen er de 3 øvrige patientgrupper slået sammen). Det kan ikke vurderes i hvor høj grad den større andel af patienter med et stort behandlingsbehov er klinisk begrundet 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 2011 (N = 8.254)

Operations-kode	Beskrivelse	Antal	Pct.	Kum. Pct.	Med i indikator ^a	
					Urininkontinens	Prolaps
KLEF00	Forreste kolporafi	2.468	29,9	29,9		X
KLEF03	Bageste kolporafi	1.528	18,5	48,4		X
KLEG10	Vaginal uretrocystopeksi med slynge	793	9,6	58,0	X	
KLCD10	Vaginal hysterektomi	743	9,0	67,0		X
KLEG10A	Vaginal uretrocystopeksi med slynge gennem foramen obturatum	523	6,3	73,4	X	
KLEF40	Vaginal operation for enterocele	387	4,7	78,0		X
KLFE20	Sutur af perineum	303	3,7	81,7		
KLDC10	Resektion af livmoderhals	207	2,5	84,2		X
KLEF00B	Manchesteroperation	189	2,3	86,5		X
KLEF60	Vaginal lateral kolpopeksi	145	1,8	88,3		X
KKDV22	Uretroskopisk submukøs injektionsbehandling i urinrør	140	1,7	90,0	X	
KLEF00A	Forreste kolporafi med meche	116	1,4	91,4		X
KLEF53	Vaginal apikal kolpopeksi efter tidligere hysterektomi	101	1,2	92,6		X
KLEF23	Komplet kolpogleise	76	0,9	93,5		X
KLEE10	Rekonstruktion i vagina med transplantat eller lap	71	0,9	94,4		X
KLEF96	Anden operation for prolaps eller descensus	67	0,8	95,2		X
KLEF03A	Bageste kolporafi med meche	59	0,7	95,9		X
KKDV20	Submukøs injektionsbehandling i urinrør	49	0,6	96,5	X	
KLEF53B	Vaginal apikal kolpopeksi til det sakrospinøse ligament	40	0,5	97,0		X
KLFE96	Anden rekonstruktion på vulva eller perineum	34	0,4	97,4		
KLEF53A	Vaginal apikal kolpopeksi efter tidligere hysterektomi med meche	28	0,3	97,7		X
KKDG00	Retropubisk suspension af urinrør	23	0,3	98,0	X	
KLFE10	Vulvoplastik	21	0,3	98,3		
KLDC13	Excision af livmoderhals	20	0,2	98,5		
KLEF40A	Vaginal operation for enterocele med meche	17	0,2	98,7		X
KLEF51A	Laparoskopisk apikal kolpopeksi efter tidligere hysterektomi med meche	13	0,2	98,9		X

Operations- kode	Beskrivelse	Antal	Pct.	Kum. Pct.	Med i indikator ^a	
					Urininkontinens	Prolaps
KLFE10A	Fenton-plastik	11	0,1	99,0		
KLEF51	Laparoskopisk apikal kolpopeksi efter tidligere hysterektomi	9	0,1	99,1		X
KLCD00	Total hysterektomi	9	0,1	99,2		
KLEF50A	Abdominal apikal kolpopeksi efter tidligere hysterektomi med meche	8	0,1	99,3		X
KLEF63	Abdomial lateral kolpopeksi	8	0,1	99,4		X
KLEE00	Sutur af vagina	7	0,1	99,5		
KLEG00	Vaginal uretrocytorafi	6	0,1	99,6	X	
KLEF13	Kolpoperineoplastik med vaginal hysterektomi	6	0,1	99,6		X
KLEF50	Abdominal apikal kolpopeksi efter tidligere hysterektomi	5	0,1	99,7		X
KLCD11	Laparoskopisk assisteret vaginal hysterektomi	4	0,0	99,8		
KKDG10	Abdominovaginal suspension af blærehals	3	0,0	99,8	X	
KKDG96	Anden operation på urinrør ved inkontinens	3	0,0	99,8	X	
KLFE30	Korrektion af vulva efter omskæring og sammensyning	3	0,0	99,9		
KLEW96	Anden operation på vagina	2	0,0	99,9		
KLCC10	Supravaginal hysterektomi	2	0,0	99,9		
KLEF10	Kolpoperineoplastik	2	0,0	99,9		X
KKDG30	Abdominal uretrocytostopeksi med slynge	1	0,0	100,0	X	
KLDW96	Anden operation på livmoderhals	1	0,0	100,0		
KKDG20	Abdominal vaginopeksi	1	0,0	100,0		
KLEG96	Anden vaginal inkontinensoperation	1	0,0	100,0	X	
KLEF20	Partiel kolpoplekse	1	0,0	100,0		

Anm.: Der kan være mere end ét indgreb pr. operation. Antal operationer i 2011: 5.819. Antal operative indgreb i 2011: 8.254.

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 8254 operative indgreb er der 419 (5,1%, hvilket er næsten som i Årsrapport 2010 [5,3%]) 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 2010-2011, fordelt på indgrebstyper

Operationstype	2010		2011			
	Antal	Pct.	Kum. Pct.	Antal	Pct.	Kum. Pct.
Inkontinensindgreb ifm. operation	1.543	26,9	26,9	1.507	25,9	25,9
Prolapsindgreb ifm. operation	4.034	70,4	97,3	4.204	72,2	98,1
Både inkontinens- og prolapsindgreb ifm. samme operation	56	1,0	98,3	35	0,6	98,7
Andre indgreb (ikke inkontinens eller prolaps)	70	1,2	99,5	55	0,9	99,7
Uoplyst	30	0,5	100,0	18	0,3	100,0
Antal patientforløb med operation, i alt	5.733	100,0	-	5.819	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 98,8% af opererede patientforløb, hvilket næsten er som i 2010, hvor de udgjorde 98,3%. Ligeledes er andele af de forskellige operationstyper uændrede i forhold til 2010. Urininkontinens- og prolapsindgreb har forrang for andre indgreb (ikke urininkontinens eller prolaps), hvorfor kun 1,2% blandt de 5,1% andre indgreb (nævnt i Tabel 8) ikke er udført i forbindelse med en urininkontinens- eller prolapsoperation. Kun 0,6% får udført urininkontinens- og prolapsindgreb ved samme operation, hvilket er markant lavere end de 38,1% af patienterne, som i deres patientskema har angivet både prolaps- og urininkontinenssymptomer (jf. Tabel 7).

Tabel 10. Korttidskomplikationer efter operation, patientforløb med operation i 2011

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)	12 (3,1)	16 (4,1)	388
Herlev Hospital	1 (0,2)	10 (1,7)	3 (0,5)	576
Hospitalerne i Nordsjælland, Hillerød	0 (0,0)	4 (1,1)	11 (3,0)	363
Bornholms Hospital	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	8
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	0 (0,0)	1 (0,3)	0 (0,0)	365
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	0 (0,0)	1 (0,8)	0 (0,0)	128
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	0 (0,0)	2 (4,5)	0 (0,0)	44
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	2 (0,6)	5 (1,6)	6 (1,9)	313
OUH Odense Universitetshospital	0 (0,0)	21 (5,7)	16 (4,4)	366
OUH Svendborg Sygehus	0 (0,0)	9 (3,9)	1 (0,4)	231
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	1 (0,5)	5 (2,5)	4 (2,0)	204
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	0 (0,0)	1 (1,3)	0 (0,0)	77
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,6)	346
Fredericia og Kolding Sygehuse	1 (0,4)	1 (0,4)	0 (0,0)	236
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	1 (0,7)	8 (5,5)	0 (0,0)	145
Regionshospitalet Herning	0 (0,0)	0 (0,0)	27 (12,7)	212
Regionshospitalet Silkeborg	1 (1,5)	0 (0,0)	2 (3,0)	66
Regionshospitalet Randers	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (1,6)	189
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (25,0)	4
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	1 (0,2)	2 (0,4)	11 (2,3)	472
Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup	0 (0,0)	3 (1,1)	0 (0,0)	285
Sygehus Thy - Mors	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	58
Aalborg Sygehus - Gyn.-Obst. Afd.	0 (0,0)	3 (0,7)	6 (1,4)	426
Sygehus Vendsyssel	0 (0,0)	1 (0,5)	1 (0,5)	198
Aleris-Hamlet Hospitaler	0 (0,0)	1 (8,3)	0 (0,0)	12
Bekkevold Privathospital	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	13
Privathospitalet Møn	0 (0,0)	1 (5,9)	0 (0,0)	17
Gråbrødreklinikken, Odense	0 (0,0)	5 (9,4)	3 (5,7)	53
Aleris privathospitaler Aalborg	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10
Ciconia, Århus Privathospital	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	13
Privathospitalet Skørping	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1
Hele landet	9 (0,2)	97 (1,7)	113 (1,9)	5.819

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

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

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

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

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

Kommentarer til Tabel 10:

Ud af i alt 5819 operationer er der registreret infektion hos 9, blødning hos 97 og organlæsion hos 113 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 9 registreringer af infektioner stammer alle fra lægens efterkontrolskema, mens dette kun gælder for 15 af de 97 blødninger (15,5%) og 1 af de 113 organlæsioner (0,9%), dvs. for blødninger og organlæsioner ville Tabel 10 ikke ændre sig meget såfremt alle data stammede fra operationsskemaet.

OUH har forholdsvis flere blødninger sammenlignet med de andre afdelinger (odds ratio [95% konfidensinterval] 3,8 [2,2-6,3]), mens især Herning har forholdsvis flere organlæsioner (odds ratio [95% konfidensinterval] 9,4 [5,7-15,0]), omend de brede konfidensintervaller illustrerer den statistiske usikkerhed grundet de små tal.

Vi viser korttidskomplikationer for alle årene siden DugaBases start:

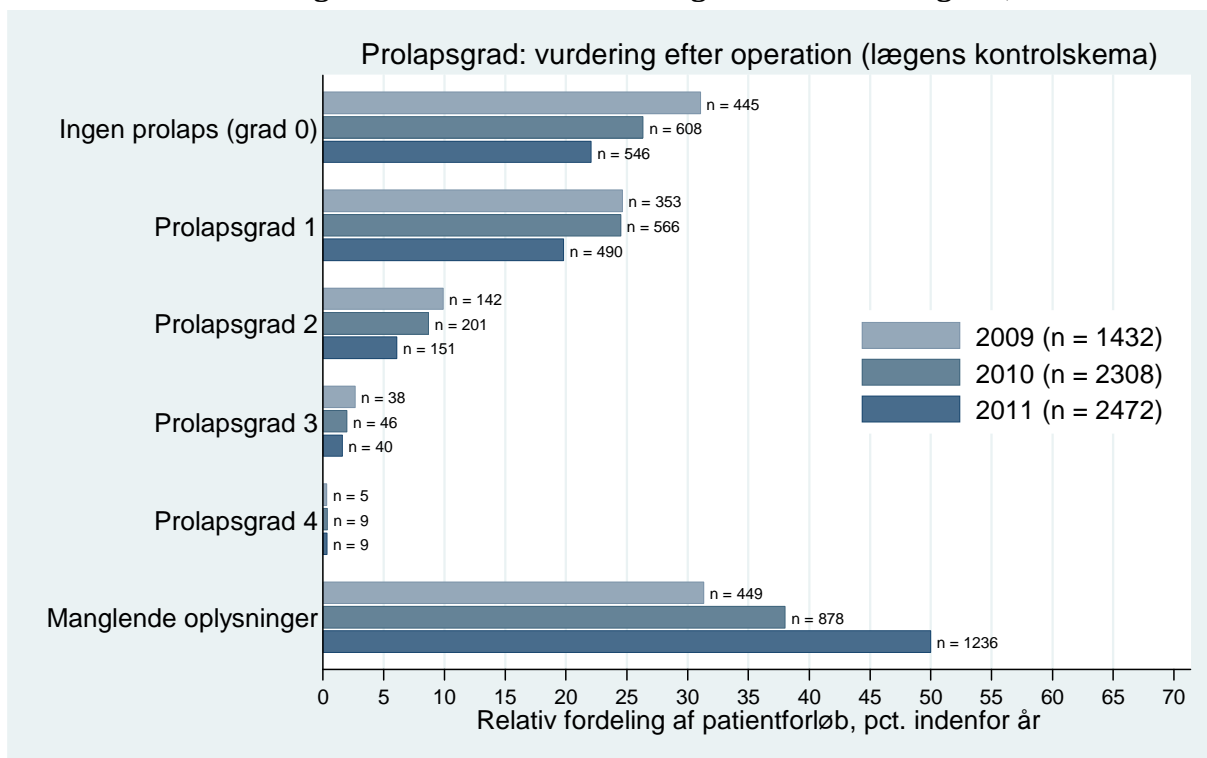
Tabel 11. Korttidskomplikationer efter operation, opdelt efter operationsår

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)	41 (1,4)	2.925
2009	8 (0,2)	80 (1,8)	64 (1,4)	4.560
2010	9 (0,2)	70 (1,2)	89 (1,6)	5.733
2011	9 (0,2)	97 (1,7)	113 (1,9)	5.819

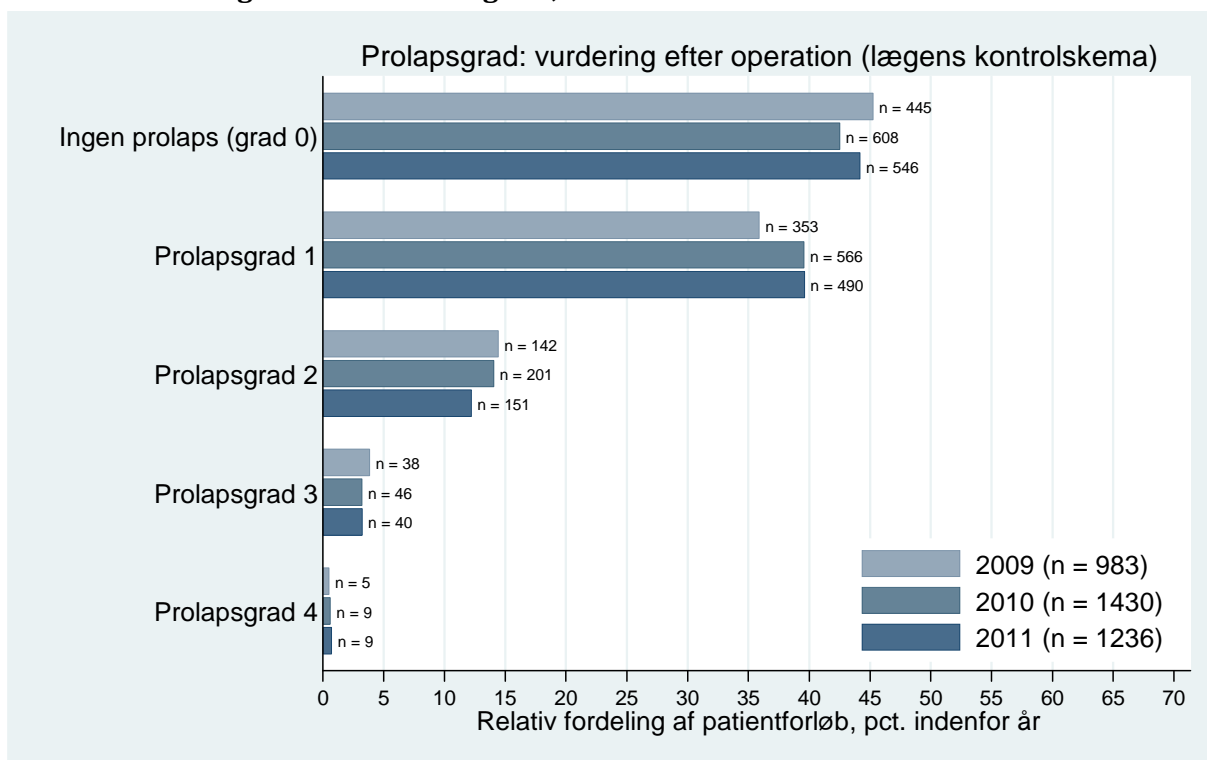
Kommentarer til Tabel 11:

Der er i 2011 registreret flere blødninger og organlæsioner sammenlignet med de forudgående år, mens der for infektioner ikke er nogle forskelle mellem årene.

Figur 7. Prolapsgrad efter operation – for patienter med operation for prolaps, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse, 2009-2011



Figur 8. Prolapsgrad efter operation (uden kategorien 'Manglende oplysninger') – for patienter med operation for prolaps, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse, 2009-2011



Kommentarer til Figur 7 og Figur 8:

Figur 7 viser, at andelen af manglende oplysninger i 2009, 2010 og 2011 var hhv. 31,4%, 38,0% og 50,0%, dvs. der er sket en stigning i andelen af manglende oplysninger. Andelen af prolapsgrad ≤ 1 (som bruges til beregning af indikator 6) var i 2009, 2010 og 2011 hhv. 55,7%, 50,9% og 41,9%, dvs. andelen af prolapsgrad ≤ 1 er faldet. 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 2009, 2010 og 2011 var hhv. 81,2%, 82,1% og 83,8%. Når årene sammenlignes var der ikke forskel mellem prolapsgrad ≤ 1 og prolapsgrad 2-4 (χ^2 -test, $p = 0,24$). Der er heller ikke forskel mellem prolapsgrad 0 og prolapsgrad 1 (χ^2 -test, $p = 0,21$).

Vi konkluderer, at når årene 2009, 2010 og 2011 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 2006-2011, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse

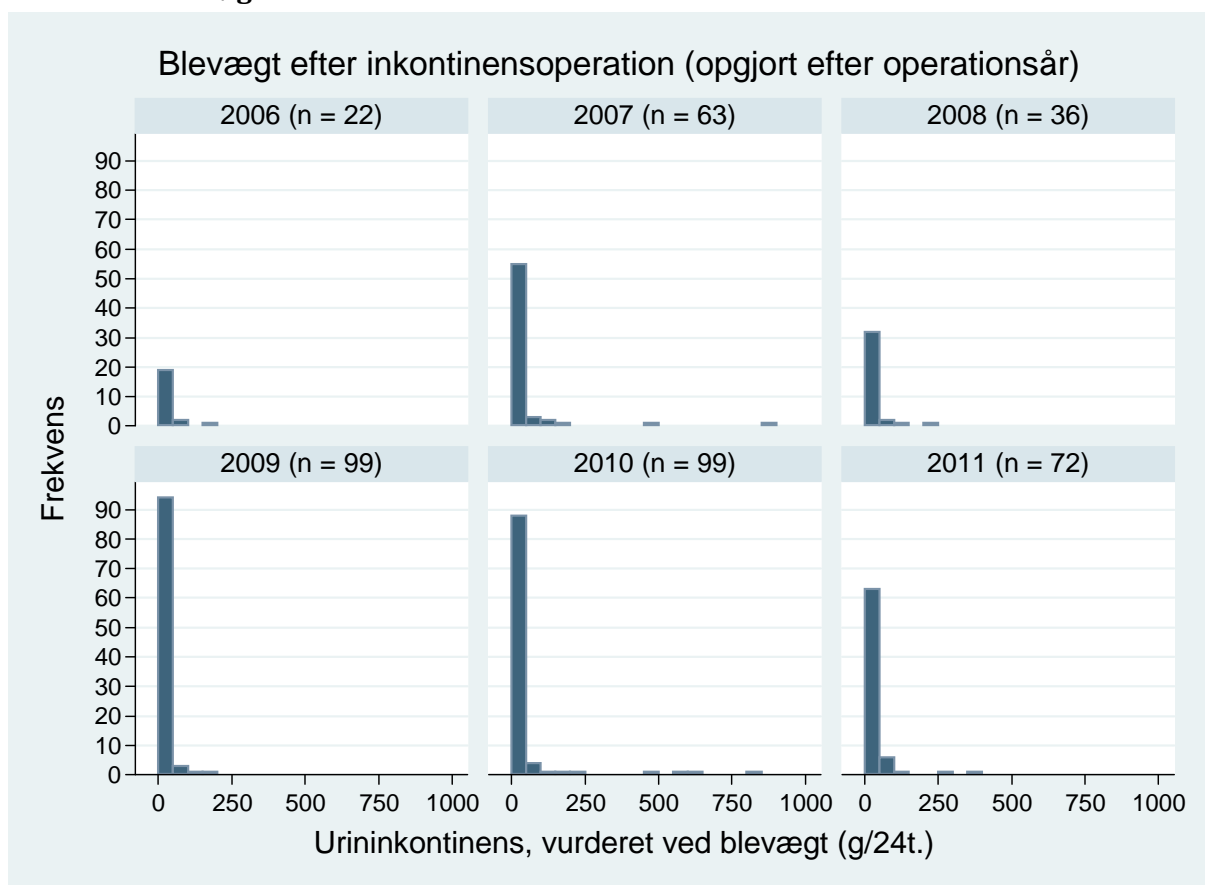
Urininkontinensopererede:	År	Uoplyst ^a		Oplyst				
		Antal	Pct.	Antal	Middelværdi	Median	Min.	Maks.
Urininkontinens, vurderet ved blevægt (g/24t.)	2006	115	83,9	22	17,9	5	0	170
	2007	350	84,7	63	35,9	3	0	900
	2008	275	88,4	36	15,5	0	0	204
	2009	532	84,3	99	8,5	0	0	165
	2010	950	90,6	99	36,8	0	0	850
	2011	927	92,8	72	17,7	0	0	374
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	59,5	126	22,0	10	0	233
	2009	344	54,5	287	19,0	3	0	450
	2010	687	65,5	362	25,9	8	0	305
	2011	719	72,0	280	27,8	10	0	600

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

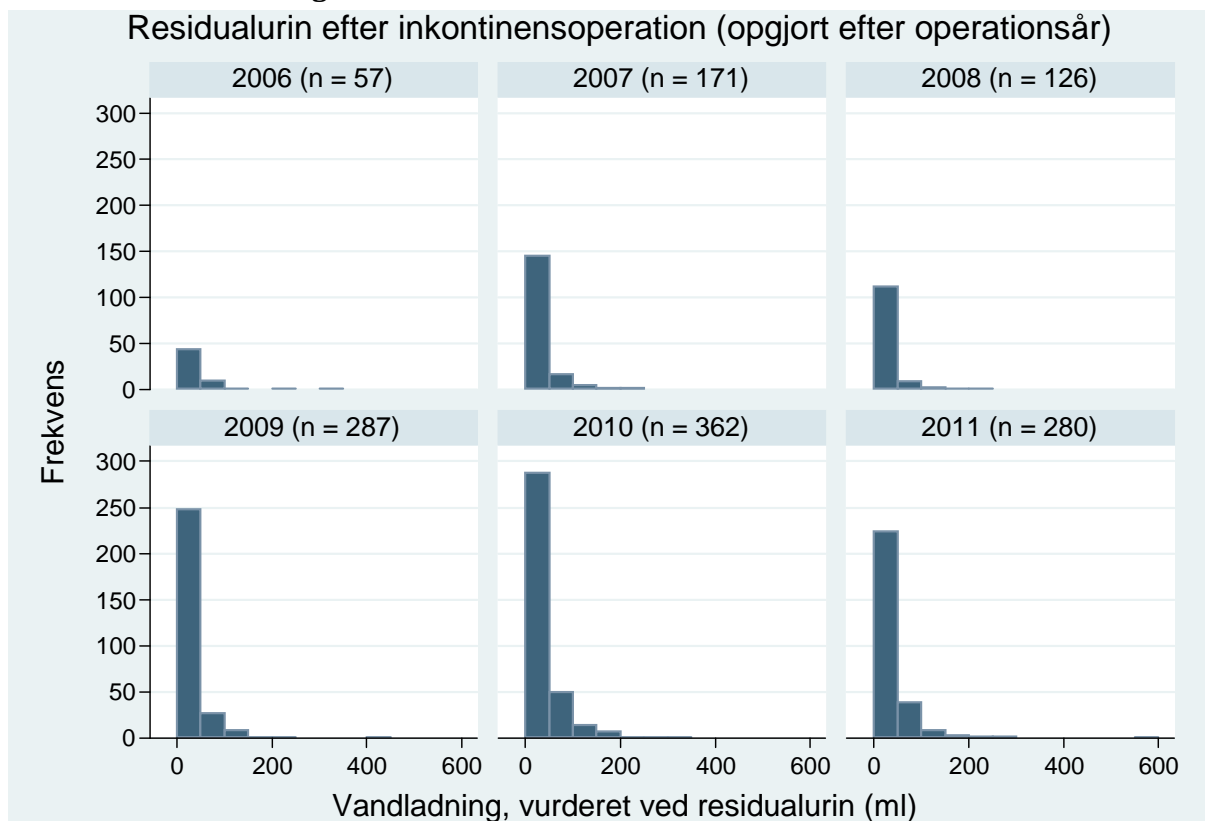
Kommentarer til Tabel 12:

Tabellen viser den lave andel af registreringer for alle årene (7-16% for blevægt og 28-46% for residualurin). År 2011 har for både blevægt og residualurin den højeste andel af uoplyste patientforløb. 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 2006-2011, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse



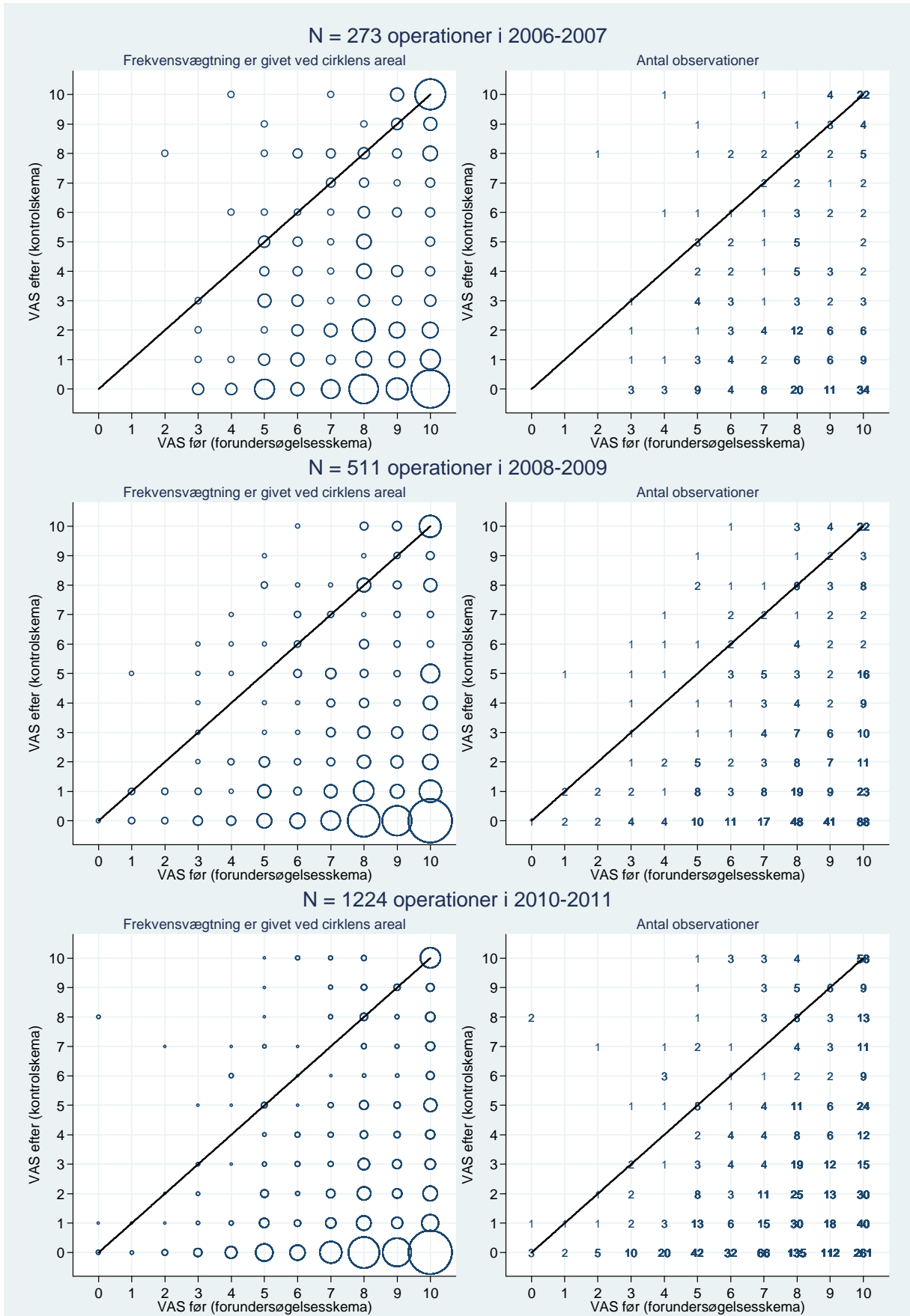
Figur 10. Fordeling af residualurin målinger for patientforløb med operation for urininkontinens i 2006-2011, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse



Kommentarer til Figur 9 og Figur 10:

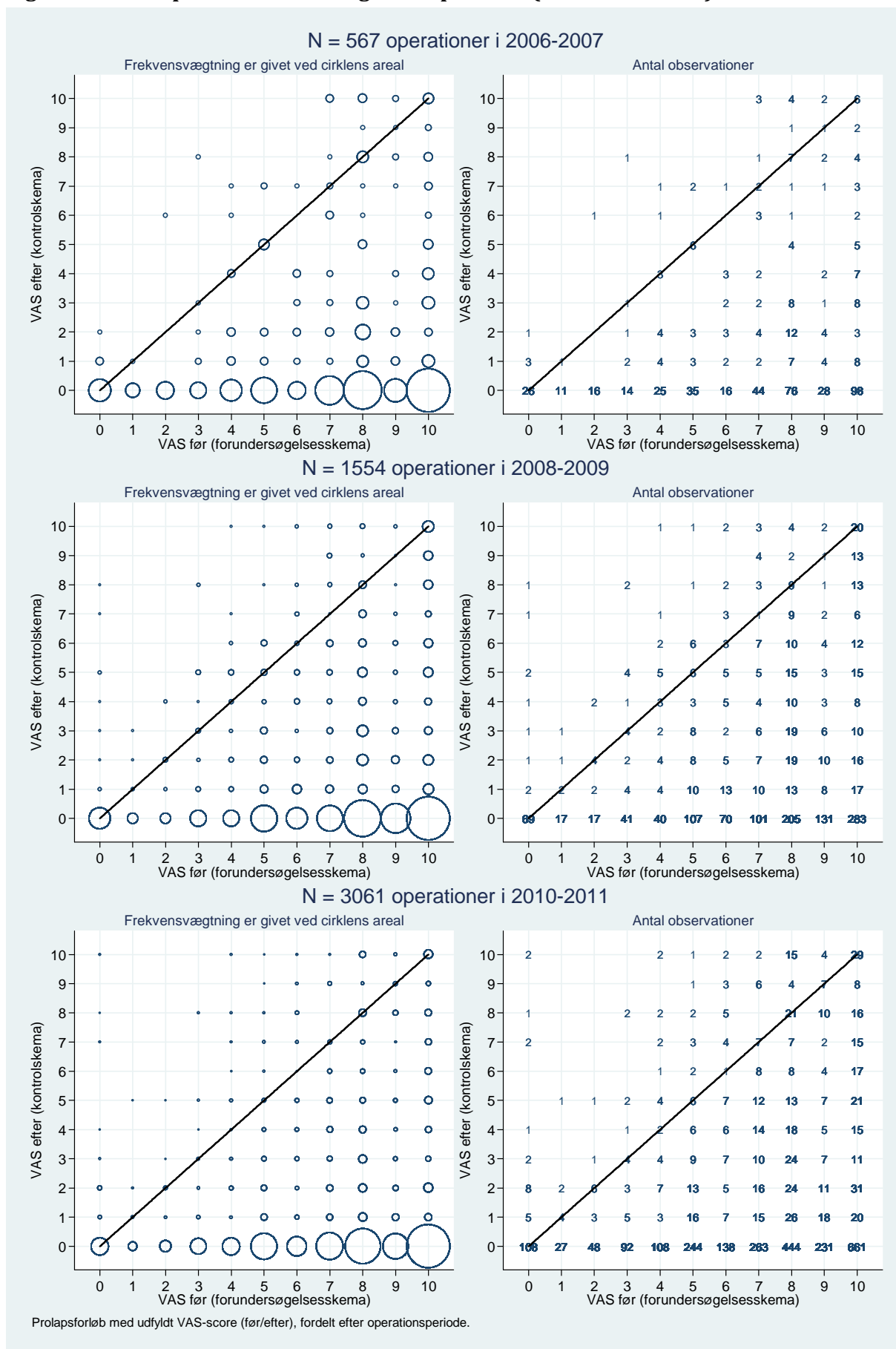
Figurene bekræfter, at i alle 5 år bidrager nogle få patienter til de høje gennemsnit. Visuelt er der ingen forskel mellem årene, hverken for blevægtmålinger eller residualurin. Statistiske tests er udeladt grundet det lave antal registreringer, usikkerheden omkring de estimerede mængder og den skæve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

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



Urininkontinensforløb med udfyldt VAS-score (før/efter), fordelt efter operationsperiode.

Figur 12. Prolaps: 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 2011

Indikator	Tæller /Nævner	Andel i pct. 95% K.I.	Standard i pct	Opfyldt
Indikator 1: Ventetid (30 dage)	1.565/4.898	32,0 (30,6-33,3)	≥ 90	Nej
Indikator 3: Subjektiv patient-bedømmelse af succes	699/926	75,5 (72,6-78,2)	≥ 70	Ja
Indikator 4: Obstruktion efter kirurgisk behandling	224/280	80,0 (74,8-84,5)	≥ 90	Nej
Indikator 6: Objektiv score hos patienter opereret for prolaps	1.036/1.236	83,8 (81,6-85,8)	≥ 90	Nej
Indikator 7: Subjektiv patient-bedømmelse af prolapsoperation	1.900/2.246	84,6 (83,0-86,1)	≥ 80	Ja
Indikator 9: Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for inkontinens	115/874	13,3 (11,1-15,7)	≤10	Nej
Indikator 10: Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps	162/2.160	7,5 (6,4-8,7)	≤10	Ja

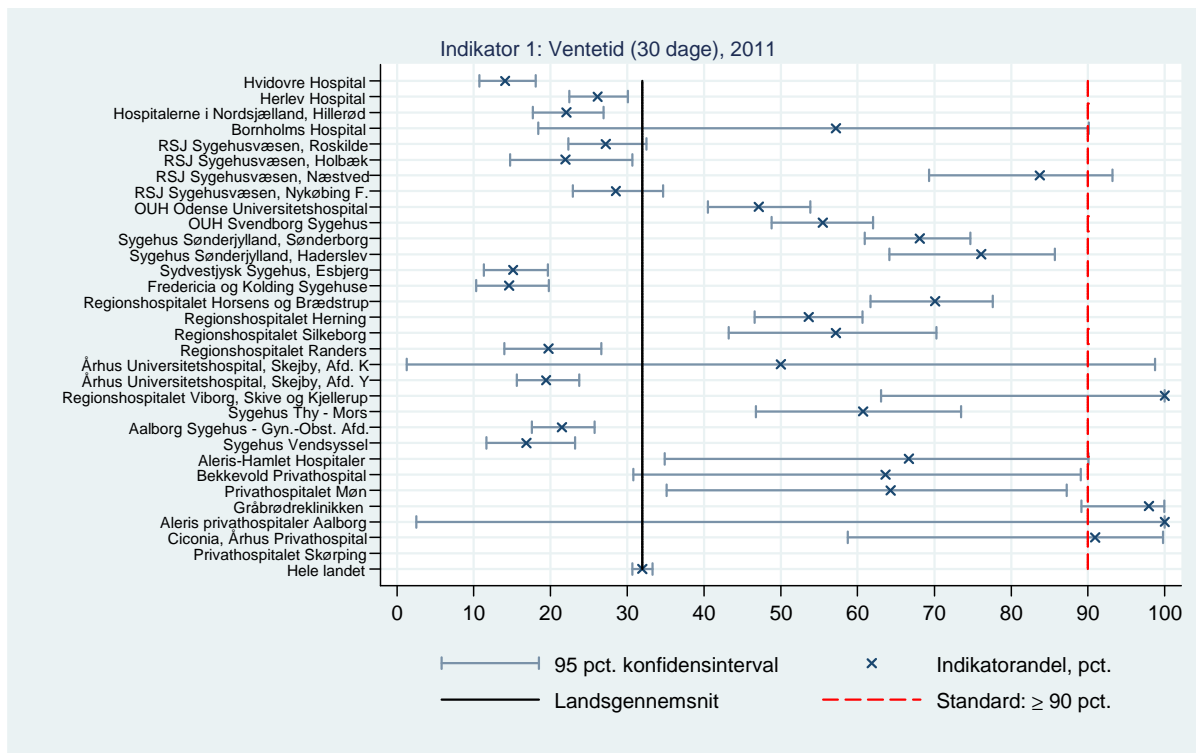
Anm.: Standard er opfyldt (Ja), hvis standarden bliver "fanget" af konfidensinterval.

8.1. Indikator 1: Ventetid 30 dage

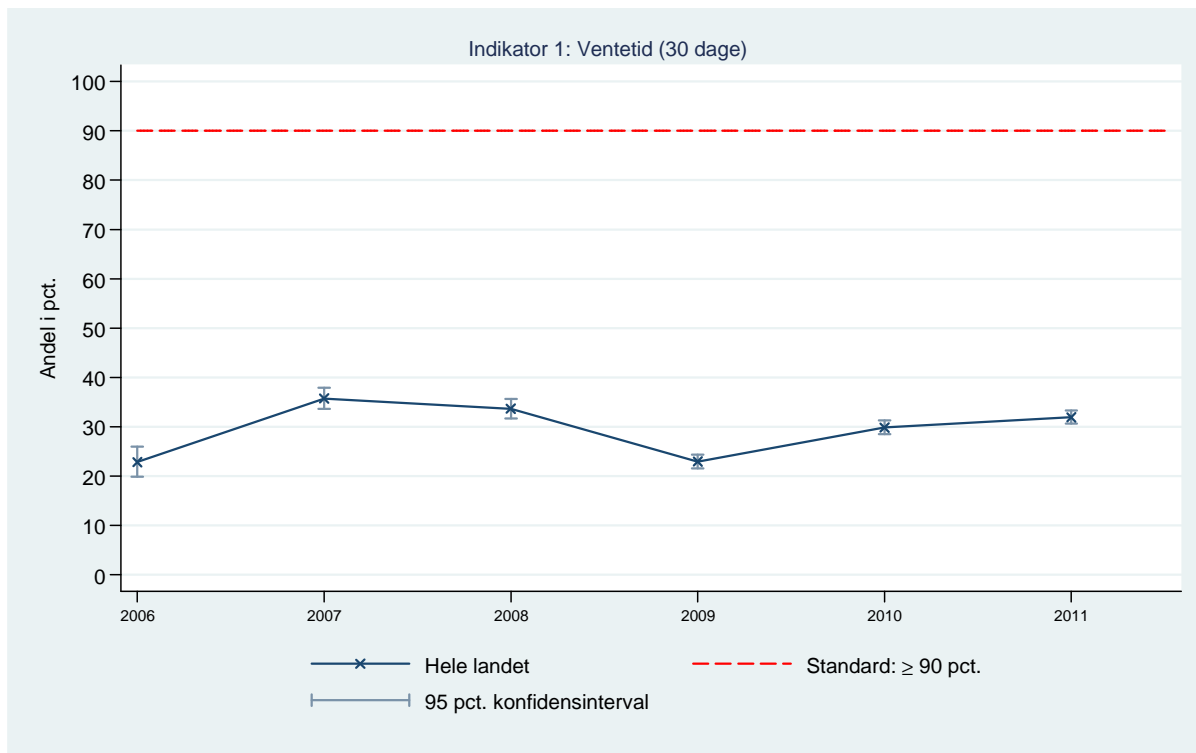
- **Datagrundlag:** Patientforløb med registrering af valid operationsdato i opgørelsesperioden
- **Datakomplethed:** (Relevante patientforløb/Datagrundlag) × 100
- **Relevante patientforløb (Nævner):** Samlet antal patientforløb med operationsdato indenfor opgørelsesperioden, og samtidig skal der findes 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-	Data-	Relevante	Opfylder	Andel i pct.	
	grund-	komplethed	patient-		indikator	(95 pct. K.I.)
	lag		forløb		2011	2010
Hvidovre Hospital	388	95,1	369	51	14,1	(10,7-18,1) 19,6
Herlev Hospital	576	92,4	532	139	26,1	(22,4-30,1) 19,9
Hospitalerne i Nordsjælland, Hillerød	363	91,2	331	73	22,1	(17,7-26,9) 32,3
Bornholms Hospital	8	87,5	7	4	57,1	(18,4-90,1) .
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	365	84,7	309	84	27,2	(22,3-32,5) 24,1
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	128	89,1	114	25	21,9	(14,7-30,6) 19,6
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	44	97,7	43	36	83,7	(69,3-93,2) .
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	313	77,3	242	69	28,5	(22,9-34,6) 15,4
OUH Odense Universitetshospital	366	62,0	227	107	47,1	(40,5-53,9) 51,1
OUH Svendborg Sygehus	231	99,1	229	126	55,5	(48,8-62,0) 47,5
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	204	92,2	188	128	68,1	(60,9-74,7) 67,3
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	77	87,0	67	51	76,1	(64,1-85,7) 59,0
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	346	87,9	304	46	15,1	(11,3-19,7) 15,9
Fredericia og Kolding Sygehuse	236	98,7	233	34	14,6	(10,3-19,8) 17,9
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	145	94,5	137	96	70,1	(61,7-77,6) 67,7
Regionshospitalet Herning	212	96,7	205	110	53,7	(46,6-60,6) 36,2
Regionshospitalet Silkeborg	66	84,8	56	32	57,1	(43,2-70,3) 30,5
Regionshospitalet Randers	189	88,4	167	33	19,8	(14,0-26,6) 17,9
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K	4	50,0	2	1	50,0	(1,3-98,7) 27,8
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	472	81,8	386	75	19,4	(15,6-23,7) 29,0
Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup	285	2,8	8	8	100,0	(63,1-100,0) .
Sygehus Thy - Mors	58	96,6	56	34	60,7	(46,8-73,5) 38,6
Aalborg Sygehus - Gyn.-Obst. Afd.	426	96,2	410	88	21,5	(17,6-25,8) 22,0
Sygehus Vendsyssel	198	89,9	178	30	16,9	(11,7-23,2) 21,3
Aleris-Hamlet Hospitaler	12	100,0	12	8	66,7	(34,9-90,1) .
Bekkevold Privathospital	13	84,6	11	7	63,6	(30,8-89,1) .
Privathospitalet Sorana, Sorø	.	.	.	.	.	.
Privathospitalet Møn	17	82,4	14	9	64,3	(35,1-87,2) 83,3
Gråbrødreklinikken, Odense	53	92,5	49	48	98,0	(89,1-99,9) 92,1
Aleris privathospitaler Herning	.	.	.	.	.	.
Aleris Privathospitaler Århus	.	.	.	.	.	100,0
Aleris privathospitaler Aalborg	10	10,0	1	1	100,0	(2,5-100,0) .
Ciconia, Århus Privathospital	13	84,6	11	10	90,9	(58,7-99,8) 100,0
Privathospitalet Skørping	1	0,0	0	.	.	.
Hele landet	5.819	84,2	4.898	1.565	32,0	(30,6-33,3) 29,9

Figur 13. Indikator 1 fordelt på afdelinger, 2011



Figur 14. Indikator 1, hele landet, 2006-2011



Kommentarer til Indikator 1:

På landsplan har 32,0% af patienterne en ventetid på højst 30 dage, hvilket er meget under standarden på mindst 90%. Det er 2,1% mere end i 2010 hvor 29,9% havde en ventetid på højst 30 dage, men over hele DugaBases forløb er der ikke sket væsentlige forbedringer (Figur 14).

Blandt afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder kun privathospitalerne Gråbrødreklinikken og Ciconia standarden. Det var også disse to afdelinger, der som de eneste opfyldte standarden i 2010 (data ikke vist).

Der er stor variation mellem de offentlige sygehuse. Blandt sygehuse med mindst 10 relevante patientforløb har Næstved, Sønderborg, Haderslev, Horsens/Brædstrup og Thy/Mors en andel af patienter, som venter under 30 dage, på over 60%, mens de øvrige andel er under 60%.

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

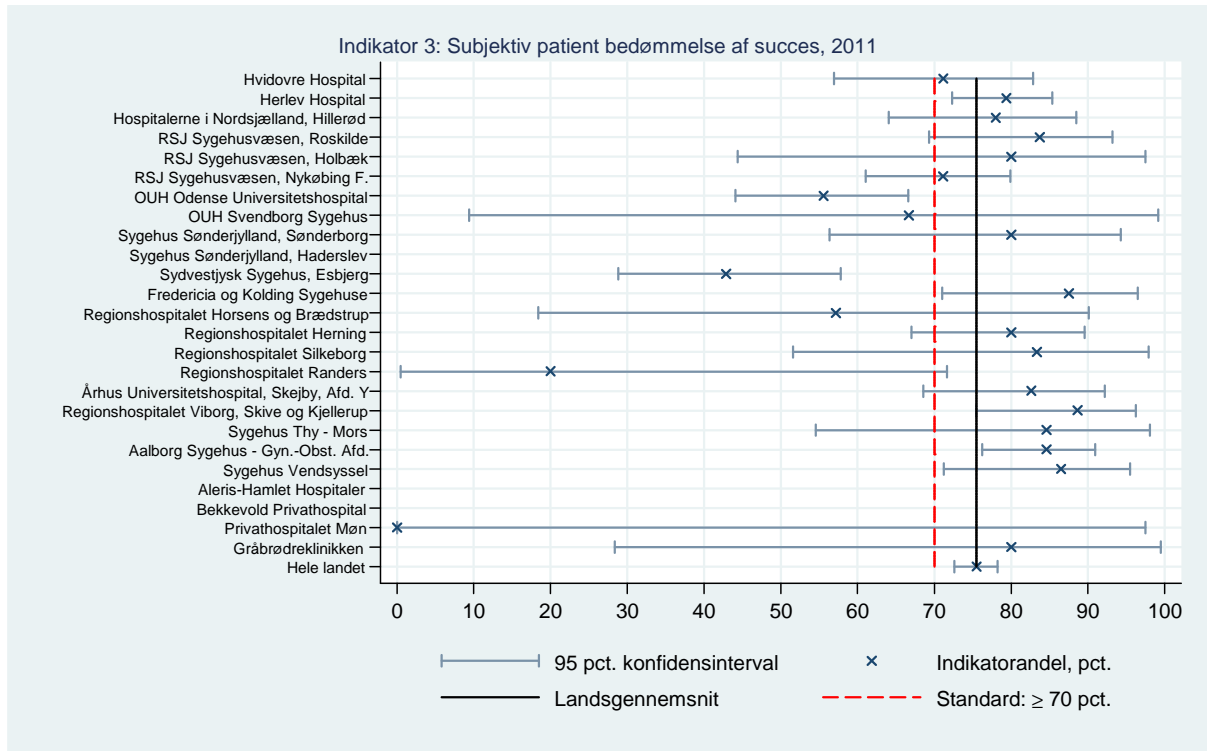
8.2. Indikator 3: Urininkontinens – Subjektiv patientbedømmelse af succes

Subjektiv patientbedømmelse af succes efter operation for urininkontinens

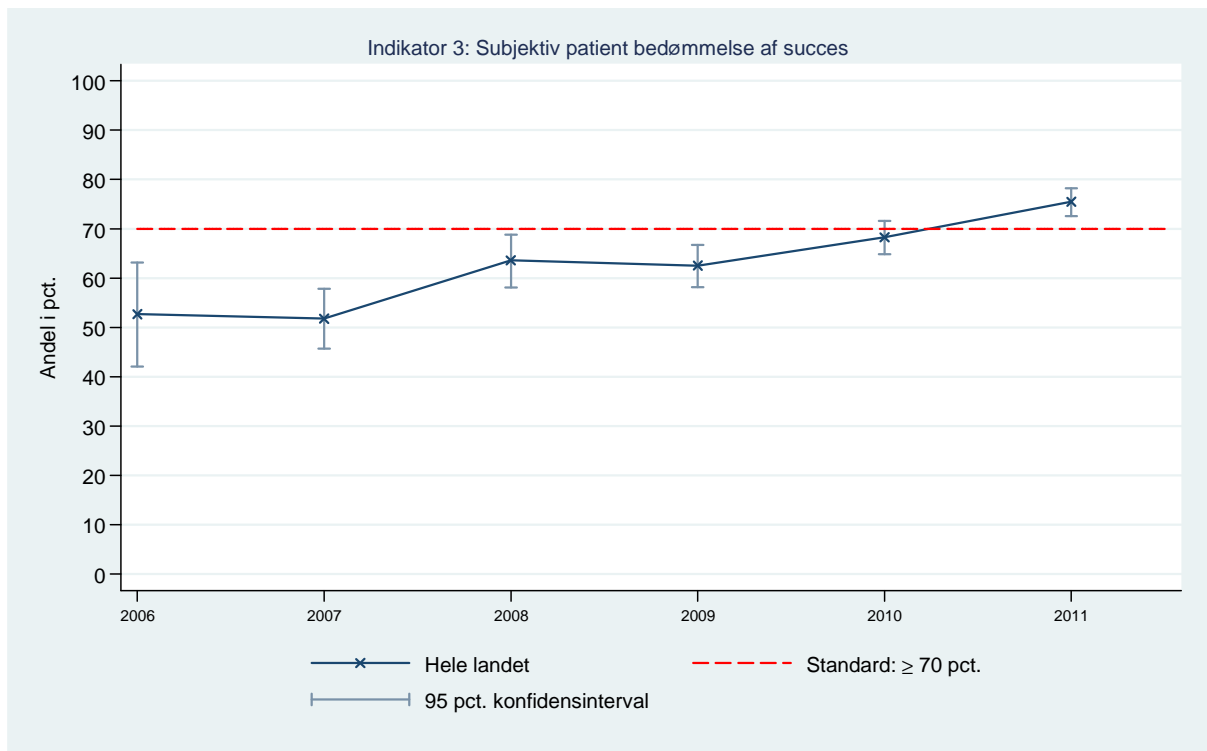
- **N:** Antal relevante operationer i perioden (urininkontinens-kirurgi)
- **Datagrundlag:** Patientforløb med registrering af relevant operationskode (urininkontinens-kirurgi), og hvor der er indleveret skema for patientens efterundersøgelse
- **Datakomplethed:** (Relevante patientforløb/Datagrundlag) \times 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: $\geq 70\%$	N	Data- grundlag	Data- komplethed	Relevante patient- forløb	Opfylder indikator	Andel i pct. (95 pct. K.I.)	
						2011	2010
						Hvidovre Hospital	88	65	80,0	52	37	71,2 (56,9-82,9)	65,9
Herlev Hospital	175	170	94,1	160	127	79,4 (72,3-85,4)	47,1
Hospitalerne i Nordsjælland, Hillerød	68	51	98,0	50	39	78,0 (64,0-88,5)	74,6
Bornholms Hospital	.	.	.	.	.	.	.
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	66	46	93,5	43	36	83,7 (69,3-93,2)	48,0
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	23	21	47,6	10	8	80,0 (44,4-97,5)	66,7
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	.	.	.	.	.	.	.
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	141	107	90,7	97	69	71,1 (61,0-79,9)	86,4
OUH Odense Universitetshospital	128	100	81,0	81	45	55,6 (44,1-66,6)	56,6
OUH Svendborg Sygehus	17	16	18,8	3	2	66,7 (9,4-99,2)	25,0
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	68	27	74,1	20	16	80,0 (56,3-94,3)	40,0
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	14	3	0,0	0	.	.	.
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	174	104	47,1	49	21	42,9 (28,8-57,8)	56,2
Fredericia og Kolding Sygehuse	39	32	100,0	32	28	87,5 (71,0-96,5)	83,3
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	17	15	46,7	7	4	57,1 (18,4-90,1)	100,0
Regionshospitalet Herning	66	59	93,2	55	44	80,0 (67,0-89,6)	69,2
Regionshospitalet Silkeborg	15	12	100,0	12	10	83,3 (51,6-97,9)	84,2
Regionshospitalet Randers	41	35	14,3	5	1	20,0 (0,5-71,6)	0,0
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K	4	.	.	.	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	78	50	92,0	46	38	82,6 (68,6-92,2)	76,4
Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup	79	45	97,8	44	39	88,6 (75,4-96,2)	87,5
Sygehus Thy - Mors	13	13	100,0	13	11	84,6 (54,6-98,1)	60,0
Aalborg Sygehus - Gyn.-Obst. Afd.	133	107	97,2	104	88	84,6 (76,2-90,9)	73,9
Sygehus Vendsyssel	52	42	88,1	37	32	86,5 (71,2-95,5)	86,1
Aleris-Hamlet Hospitaler	8	3	0,0	0	.	.	.
Bekkevold Privathospital	7	3	0,0	0	.	.	.
Privathospitalet Sorana, Sorø	.	.	.	.	.	.	.
Privathospitalet Møn	12	11	9,1	1	0	0,0 (0,0-97,5)	0,0
Gråbrødreklinikken, Odense	13	7	71,4	5	4	80,0 (28,4-99,5)	42,9
Aleris privathospitaler Herning	.	.	.	.	.	.	.
Aleris Privathospitaler Århus	.	.	.	.	.	.	.
Aleris privathospitaler Aalborg	.	.	.	.	.	.	.
Ciconia, Århus Privathospital	3	.	.	.	.	.	.
Privathospitalet Skørping	.	.	.	.	.	.	.
Hele landet	1.542	1.144	80,9	926	699	75,5 (72,6-78,2)	68,3

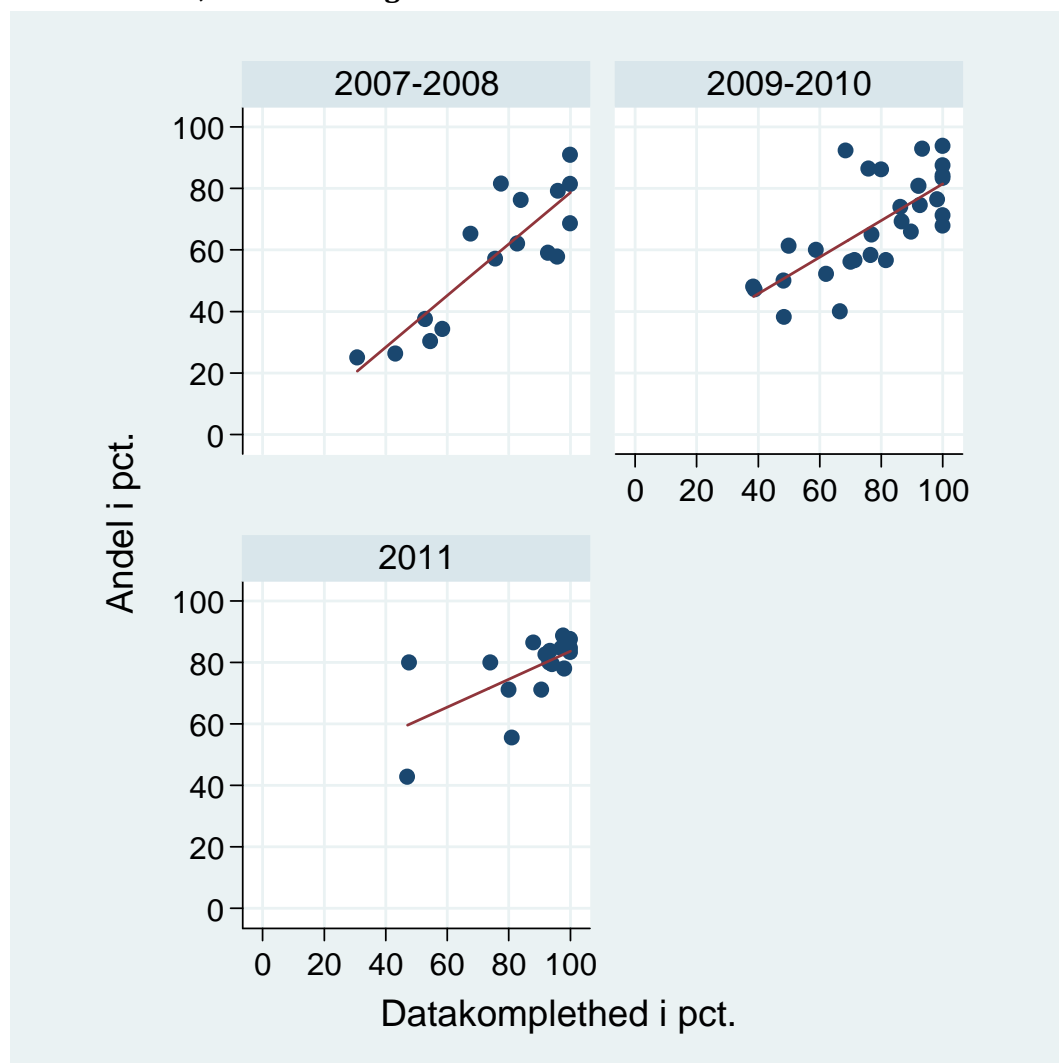
Figur 15. Indikator 3 fordelt på afdelinger, 2011



Figur 16. Indikator 3, hele landet, 2006-2011



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, 2009-2010 og 2011



Kommentarer til Indikator 3:

På landsplan oplever 75,5% 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 2011. I 2010 blev standarden for første gang opfyldt på landsplan, mens den nedre 95% konfidensgrænse i 2011 ligger over standarden.

Blandt de 17 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder alle, undtagen Odense og Esbjerg, standarden (hhv. 55,6% og 42,9%). Blandt disse 17 afdelinger opfyldte Herlev, Roskilde og Esbjerg ikke standarden i 2010 (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, 2009-2010 og 2011 indikerer denne positive association (dog tydeligst i 2007-2008 og i 2009-2010), 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 urininkontinens-patienter) 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 75,5% 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.

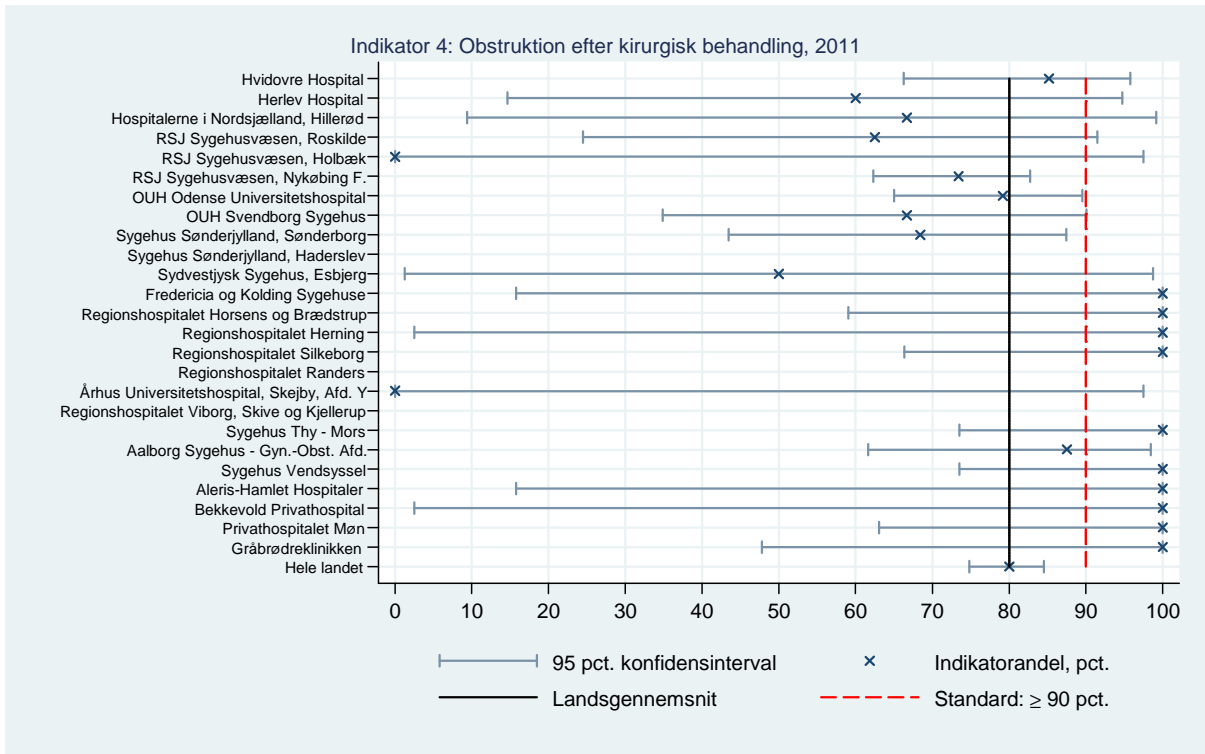
8.3. Indikator 4: Urininkontinens – Obstruktion efter kirurgisk behandling

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

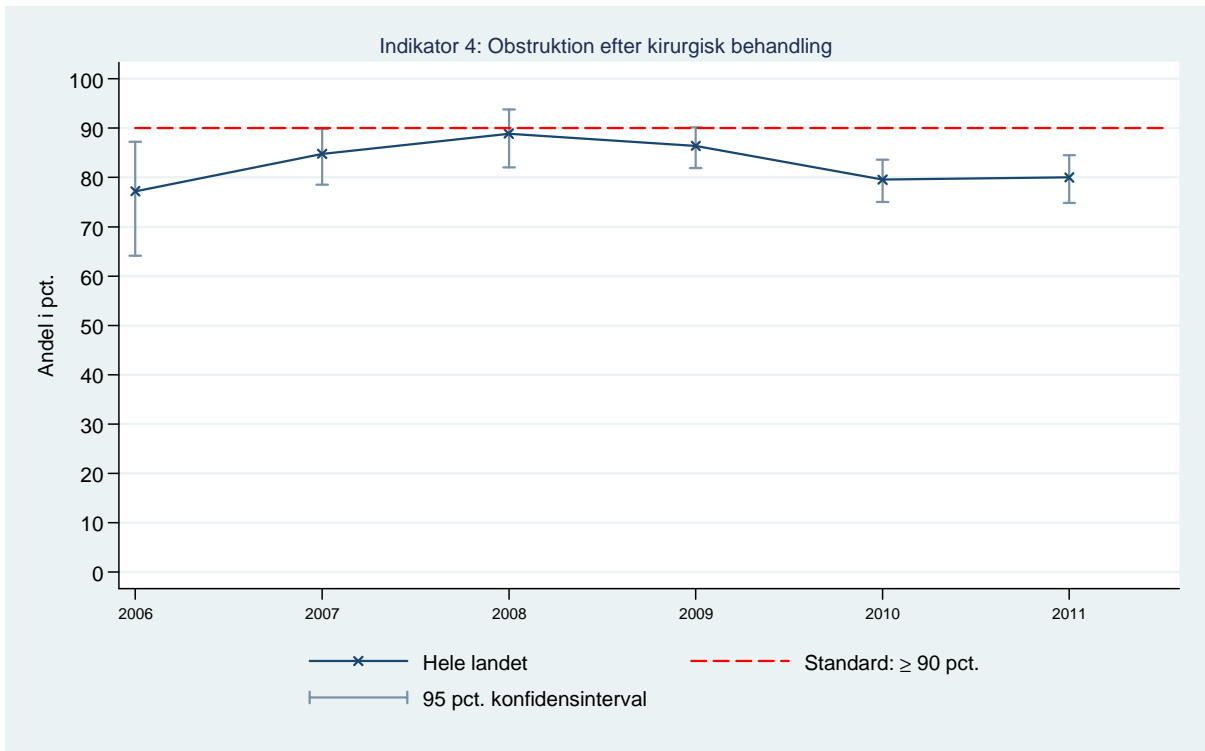
- **N:** Antal relevante operationer i perioden (urininkontinens-kirurgi)
- **Datagrundlag:** Patientforløb med registrering af relevant operationskode (urininkontinenskirurgi), og hvor der er indleveret skema for lægens efterundersøgelse
- **Datakomplethed:** (Relevante patientforløb/Datagrundlag) \times 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: $\geq 90\%$	N	Data- grundlag	Data- komplethed	Relevante patient- forløb	Opfylder indikator	Andel i pct. (95 pct. K.I.)	
						2011	2010
Hvidovre Hospital	88	53	50,9	27	23	85,2 (66,3-95,8)	97,4
Herlev Hospital	175	170	2,9	5	3	60,0 (14,7-94,7)	89,5
Hospitalerne i Nordsjælland, Hillerød	68	47	6,4	3	2	66,7 (9,4-99,2)	100,0
Bornholms Hospital	.	.	.	.	.	.	.
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	66	44	18,2	8	5	62,5 (24,5-91,5)	72,2
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	23	2	50,0	1	0	0,0 (0,0-97,5)	100,0
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	.	.	.	.	.	.	.
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	141	111	71,2	79	58	73,4 (62,3-82,7)	67,1
OUH Odense Universitetshospital	128	87	55,2	48	38	79,2 (65,0-89,5)	68,0
OUH Svendborg Sygehus	17	16	75,0	12	8	66,7 (34,9-90,1)	88,2
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	68	52	36,5	19	13	68,4 (43,4-87,4)	73,3
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	14	2	0,0	0	.	.	.
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	174	106	1,9	2	1	50,0 (1,3-98,7)	50,0
Fredericia og Kolding Sygehuse	39	32	6,3	2	2	100,0 (15,8-100,0)	100,0
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	17	15	46,7	7	7	100,0 (59,0-100,0)	100,0
Regionshospitalet Herning	66	50	2,0	1	1	100,0 (2,5-100,0)	.
Regionshospitalet Silkeborg	15	10	90,0	9	9	100,0 (66,4-100,0)	94,1
Regionshospitalet Randers	41	4	0,0	0	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K	4	.	.	.	.	.	0,0
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	78	13	7,7	1	0	0,0 (0,0-97,5)	.
Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup	79	3	0,0	0	.	.	.
Sygehus Thy - Mors	13	13	92,3	12	12	100,0 (73,5-100,0)	100,0
Aalborg Sygehus - Gyn.-Obst. Afd.	133	101	15,8	16	14	87,5 (61,7-98,4)	82,4
Sygehus Vendsyssel	52	43	27,9	12	12	100,0 (73,5-100,0)	92,0
Aleris-Hamlet Hospitaler	8	2	100,0	2	2	100,0 (15,8-100,0)	.
Bekkevold Privathospital	7	4	25,0	1	1	100,0 (2,5-100,0)	.
Privathospitalet Sorana, Sorø	.	.	.	.	.	.	.
Privathospitalet Møn	12	12	66,7	8	8	100,0 (63,1-100,0)	100,0
Gråbrødreklinikken, Odense	13	7	71,4	5	5	100,0 (47,8-100,0)	100,0
Aleris privathospitaler Herning	.	.	.	.	.	.	.
Aleris Privathospitaler Århus	.	.	.	.	.	.	.
Aleris privathospitaler Aalborg	.	.	.	.	.	.	.
Ciconia, Århus Privathospital	3	.	.	.	.	.	.
Privathospitalet Skørping	.	.	.	.	.	.	.
Hele landet	1.542	999	28,0	280	224	80,0 (74,8-84,5)	79,6

Figur 18. Indikator 4 fordelt på afdelinger, 2011



Figur 19. Indikator 4, hele landet, 2006-2011



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 80,0% 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, denne faldt i 2009 og 2010, mens 2011 er uændret. I lyset af ovennævnte forbehold skal disse tendenser til stigninger eller fald tolkes uhyre varsomt.

Blandt de 8 afdelinger med mindst ti relevante patientforløb, opfylder de 5 (Hvidovre, Svendborg, Thy/Mors, Aalborg, Vendsyssel) standarden, mens 3 (Nykøbing F, Odense, Sønderborg) ikke gør. Blandt disse 8 afdelinger havde Thy/Mors under 10 relevante patientforløb i 2010, Nykøbing F og Odense 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.

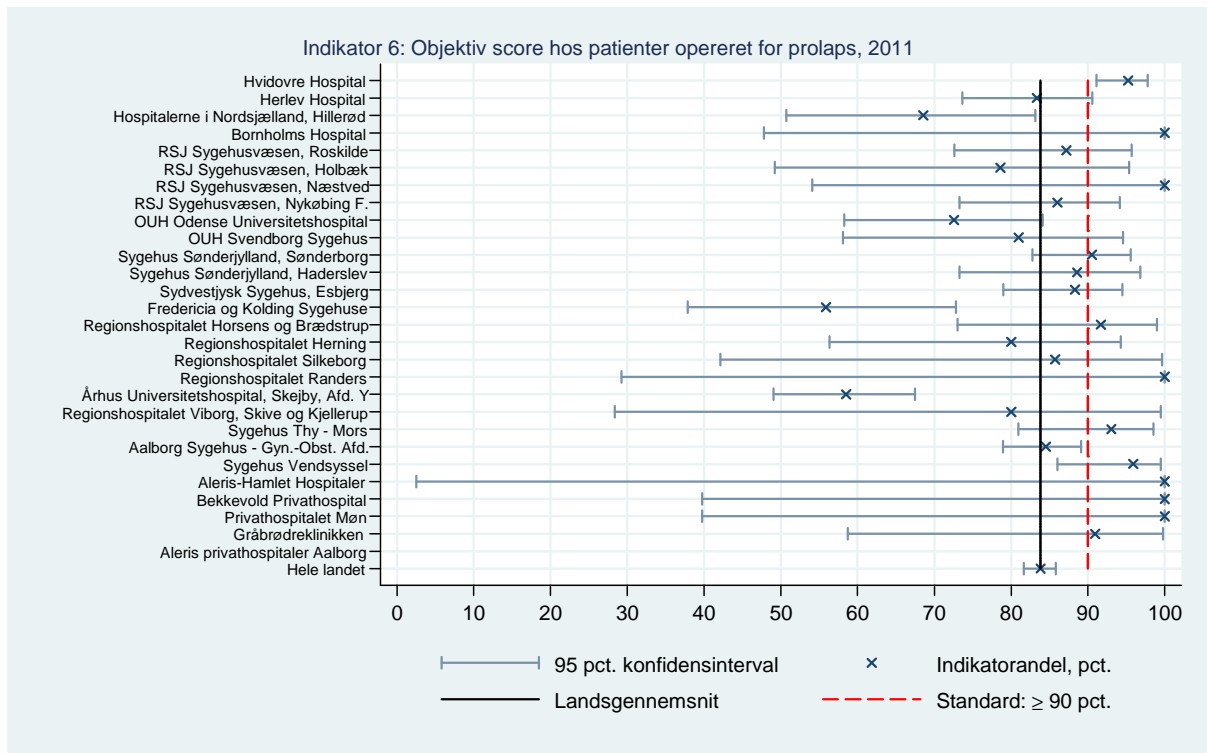
8.4. Indikator 6: Prolaps – Objektiv score hos patienter opereret for prolaps

Objektive mål for succes efter operation for prolaps vurderet ved prolapsgrad

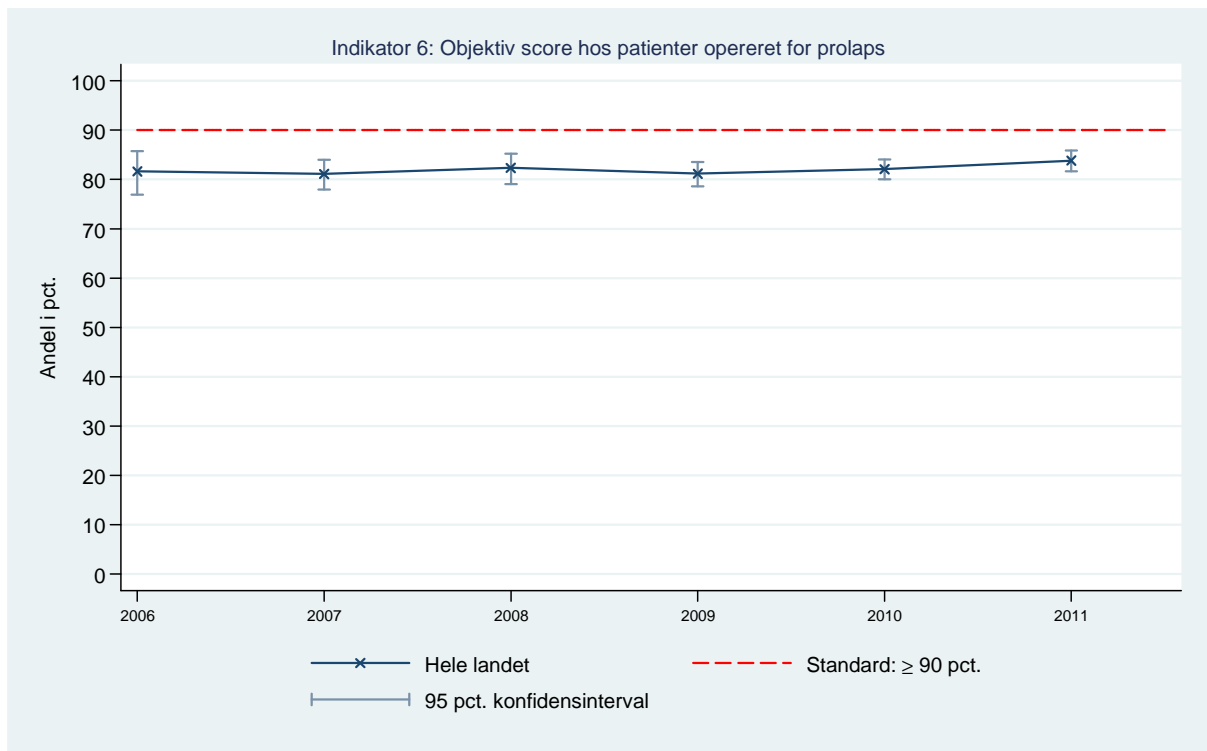
- **N:** Antal relevante operationer i perioden (prolaps-kirurgi)
- **Datagrundlag:** Patientforløb med registrering af relevant operationskode (prolaps-kirurgi), og hvor der er indleveret skema for lægens efterundersøgelse
- **Datakomplethed:** (Relevante patientforløb/Datagrundlag) \times 100
- **Relevante 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 \leq 1
- **Andel:** Relativ andel af patientforløb som opfylder indikatoren (med 95% konfidensinterval)

Standard: $\geq 90\%$	N	Data- grundlag	Data- komplethed	Relevante patient- forløb	Opfylder indikator	Andel i pct. (95 pct. K.I.)	
						2011	2010
						Hvidovre Hospital	291	227	82,8	188	179	95,2 (91,1-97,8)	93,6
Herlev Hospital	409	402	20,9	84	70	83,3 (73,6-90,6)	81,8
Hospitalerne i Nordsjælland, Hillerød	283	222	15,8	35	24	68,6 (50,7-83,1)	45,2
Bornholms Hospital	8	6	83,3	5	5	100,0 (47,8-100,0)	.
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	296	186	21,0	39	34	87,2 (72,6-95,7)	88,0
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	104	15	93,3	14	11	78,6 (49,2-95,3)	77,5
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	42	6	100,0	6	6	100,0 (54,1-100,0)	.
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	171	112	44,6	50	43	86,0 (73,3-94,2)	82,1
OUH Odense Universitetshospital	234	116	44,0	51	37	72,5 (58,3-84,1)	71,9
OUH Svendborg Sygehus	209	140	15,0	21	17	81,0 (58,1-94,6)	50,0
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	135	105	90,5	95	86	90,5 (82,8-95,6)	95,7
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	70	41	85,4	35	31	88,6 (73,3-96,8)	95,5
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	168	83	92,8	77	68	88,3 (79,0-94,5)	85,4
Fredericia og Kolding Sygehuse	194	128	26,6	34	19	55,9 (37,9-72,8)	73,9
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	128	26	92,3	24	22	91,7 (73,0-99,0)	77,8
Regionshospitalet Herning	147	100	20,0	20	16	80,0 (56,3-94,3)	83,3
Regionshospitalet Silkeborg	51	7	100,0	7	6	85,7 (42,1-99,6)	81,8
Regionshospitalet Randers	148	3	100,0	3	3	100,0 (29,2-100,0)	0,0
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K	.	.	.	.	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	387	122	96,7	118	69	58,5 (49,0-67,5)	63,9
Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup	205	5	100,0	5	4	80,0 (28,4-99,5)	.
Sygehus Thy - Mors	45	43	100,0	43	40	93,0 (80,9-98,5)	94,2
Aalborg Sygehus - Gyn.-Obst. Afd.	291	267	79,8	213	180	84,5 (78,9-89,1)	84,5
Sygehus Vendsyssel	146	86	57,0	49	47	95,9 (86,0-99,5)	96,4
Aleris-Hamlet Hospitaler	5	2	50,0	1	1	100,0 (2,5-100,0)	.
Bekkevoild Privathospital	7	6	66,7	4	4	100,0 (39,8-100,0)	.
Privathospitalet Sorana, Sorø	.	.	.	.	.	.	.
Privathospitalet Møn	4	4	100,0	4	4	100,0 (39,8-100,0)	100,0
Gråbrødreklinikken, Odense	40	11	100,0	11	10	90,9 (58,7-99,8)	96,0
Aleris privathospitaler Herning	.	.	.	.	.	.	.
Aleris Privathospitaler Århus	.	.	.	.	.	.	.
Aleris privathospitaler Aalborg	10	1	0,0	0	.	.	.
Ciconia, Århus Privathospital	10	.	.	.	.	.	.
Privathospitalet Skørping	1	.	.	.	.	.	.
Hele landet	4.239	2.472	50,0	1.236	1.036	83,8 (81,6-85,8)	82,1

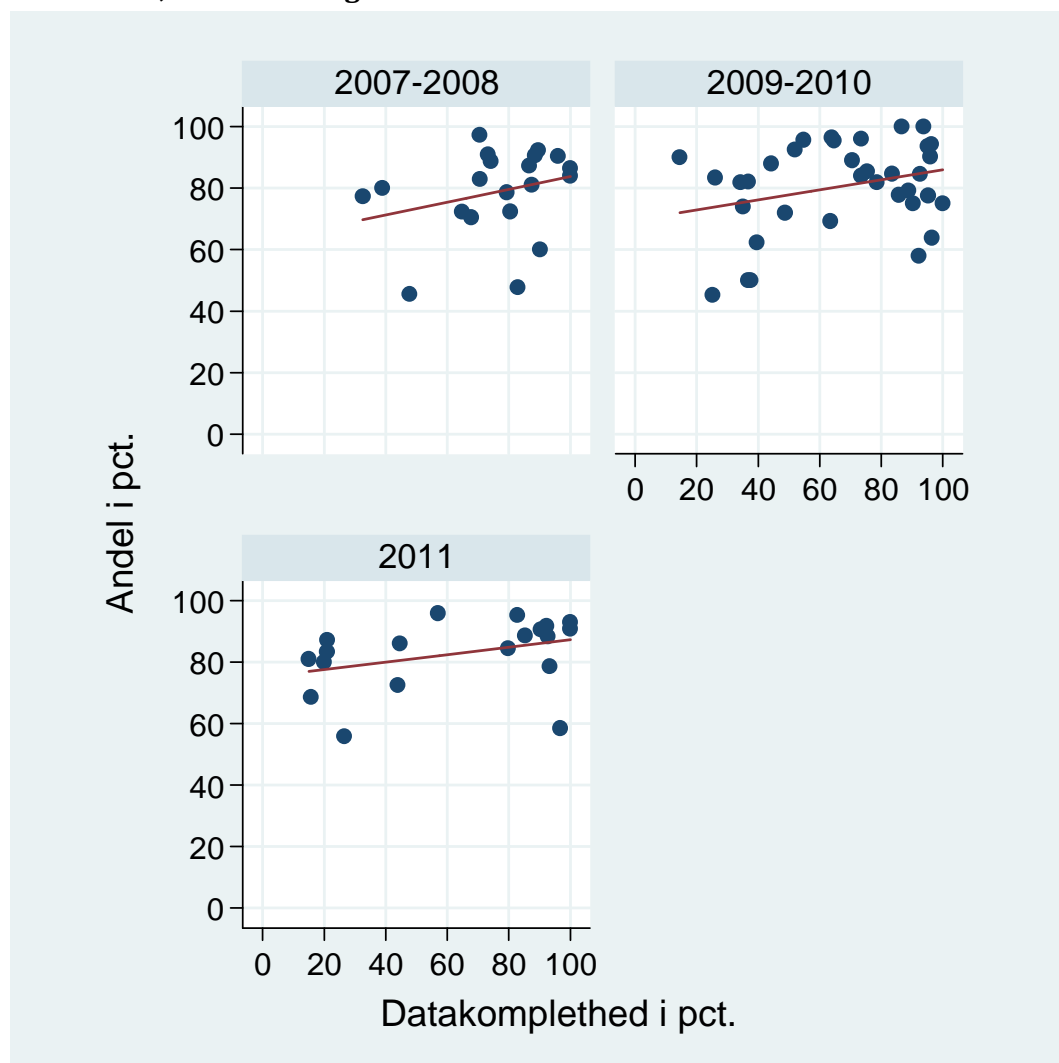
Figur 20. Indikator 6 fordelt på afdelinger, 2011



Figur 21. Indikator 6, hele landet, 2006-2011



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, 2009-2010 og 2011



Kommentarer til Indikator 6:

På landsplan har 83,8% 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 19 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 14 standarden (Hvidovre, Herlev, Roskilde, Holbæk, Nykøbing F, Svendborg, Sønderborg, Haderslev, Esbjerg, Horsens/Brædstrup, Herning, Thy/Mors, Vendsyssel, Gråbrødreklinikken), mens 5 ikke gør (Hillerød, Odense, Fredericia/Kolding, Skejby Afd. Y, Aalborg). Blandt disse opfylder Aalborg næsten standarden. I 2010 opfyldte 11 af disse 19 afdelinger standarden (Hvidovre, Roskilde, Nykøbing F, Sønderborg, Haderslev, Esbjerg, Horsens/Brædstrup, Herning, Thy/Mors, Vendsyssel, Gråbrødreklinikken), mens 8 ikke gjorde (Herlev, Hillerød, Holbæk, Odense, Svendborg, Fredericia/Kolding, Skejby Afd. Y, Aalborg) (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.

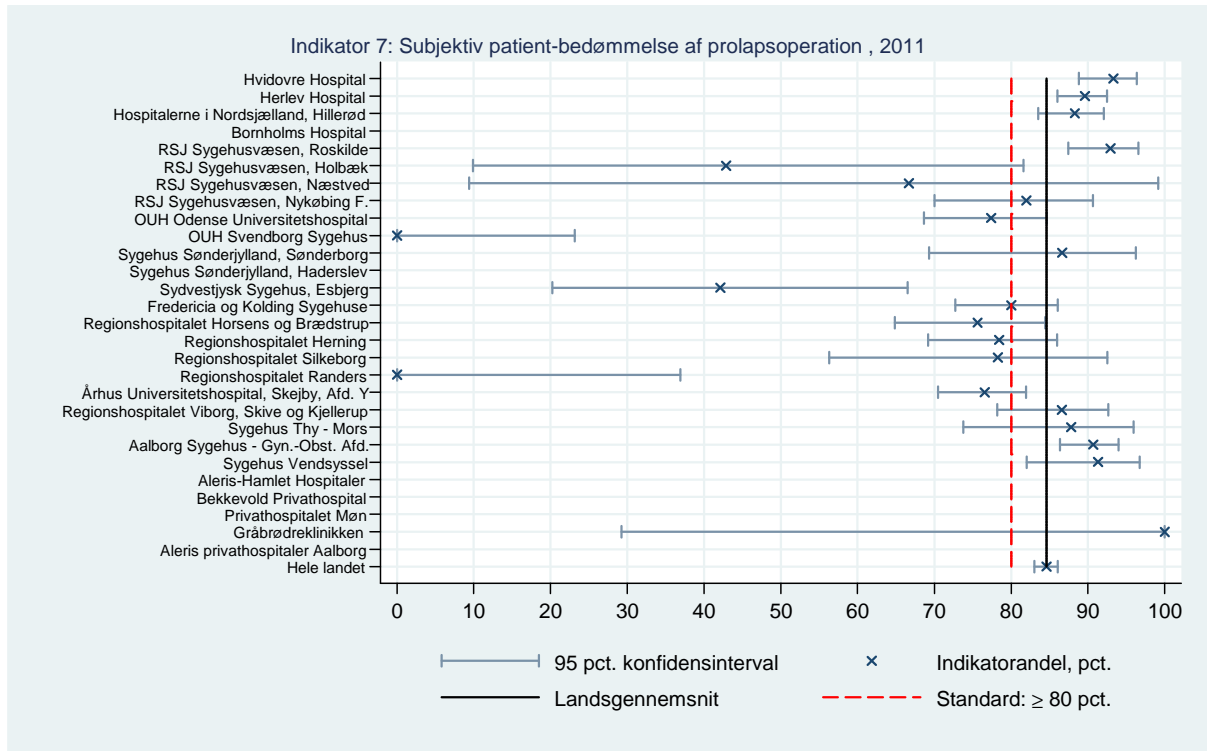
8.5. Indikator 7: Prolaps – Subjektiv patient-bedømmelse af operation

Patienttilfredshed efter operation for prolaps

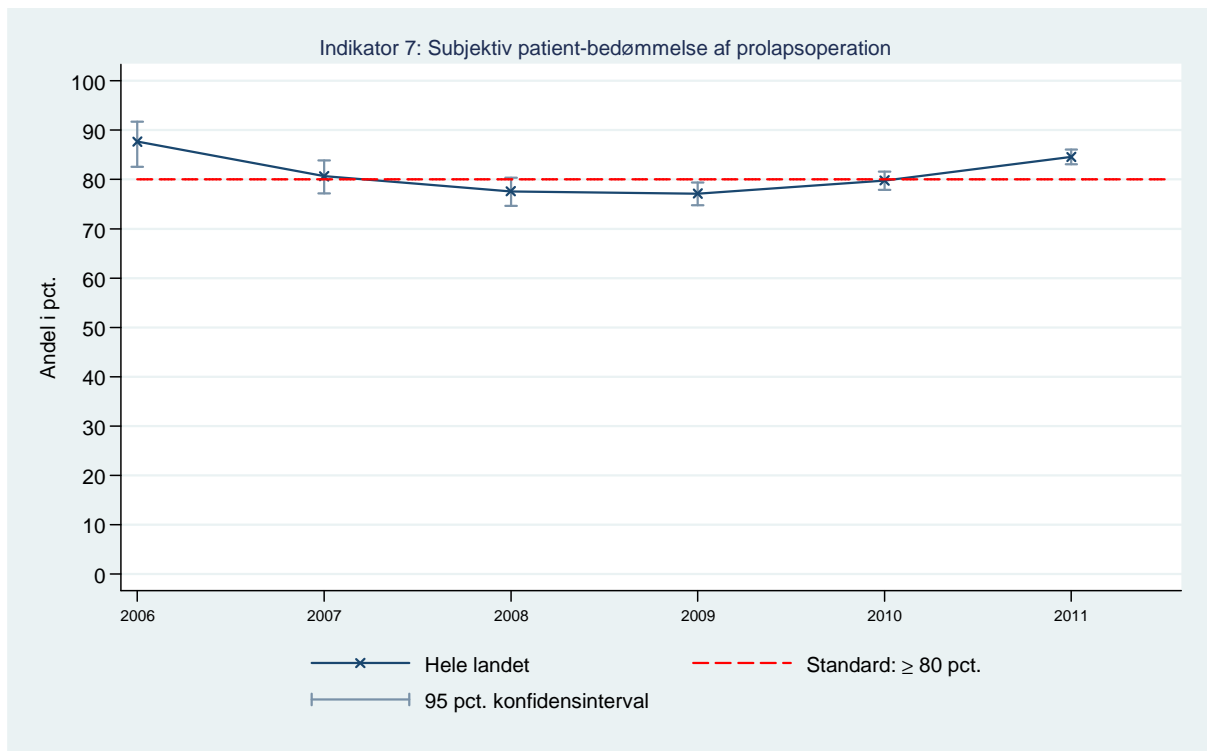
- **N:** Antal relevante operationer i perioden (prolaps-kirurgi)
- **Datagrundlag:** Patientforløb med registrering af relevant operationskode (prolapskirurgi), hvor der er indleveret skema for patientens efterundersøgelse
- **Datakomplethed:** (Relevante patientforløb/Datagrundlag) \times 100
- **Relevante 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: $\geq 80\%$	Data- N grundlag	Data- komplethed	Relevante patient- forløb	Opfylder indikator	Andel i pct. (95 pct. K.I.)		
					2011	2010	
Hvidovre Hospital	291	241	80,5	194	181	93,3 (88,8-96,4)	90,1
Herlev Hospital	409	402	93,0	374	335	89,6 (86,0-92,5)	50,0
Hospitalerne i Nordsjælland, Hillerød	283	241	99,2	239	211	88,3 (83,5-92,1)	85,9
Bornholms Hospital	8	8	0,0	0	.	.	.
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	296	178	79,8	142	132	93,0 (87,4-96,6)	69,8
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	104	64	10,9	7	3	42,9 (9,9-81,6)	63,6
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	42	32	9,4	3	2	66,7 (9,4-99,2)	.
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	171	111	55,0	61	50	82,0 (70,0-90,6)	66,7
OUH Odense Universitetshospital	234	171	67,3	115	89	77,4 (68,7-84,7)	81,0
OUH Svendborg Sygehus	209	147	9,5	14	0	0,0 (0,0-23,2)	0,0
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	135	44	68,2	30	26	86,7 (69,3-96,2)	95,7
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	70	48	0,0	0	.	.	.
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	168	72	26,4	19	8	42,1 (20,3-66,5)	52,4
Fredericia og Kolding Sygehuse	194	155	96,8	150	120	80,0 (72,7-86,1)	77,9
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	128	117	70,1	82	62	75,6 (64,9-84,4)	70,1
Regionshospitalet Herning	147	126	81,0	102	80	78,4 (69,2-86,0)	78,9
Regionshospitalet Silkeborg	51	25	92,0	23	18	78,3 (56,3-92,5)	85,7
Regionshospitalet Randers	148	125	6,4	8	0	0,0 (0,0-36,9)	0,0
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K	.	.	.	.	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	387	236	95,8	226	173	76,5 (70,5-81,9)	79,3
Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup	205	104	93,3	97	84	86,6 (78,2-92,7)	81,8
Sygehus Thy - Mors	45	43	95,3	41	36	87,8 (73,8-95,9)	72,7
Aalborg Sygehus - Gyn.-Obst. Afd.	291	260	95,0	247	224	90,7 (86,4-94,0)	83,1
Sygehus Vendsyssel	146	108	63,9	69	62	91,3 (82,0-96,7)	90,6
Aleris-Hamlet Hospitaler	5	2	0,0	0	.	.	.
Bekkevold Privathospital	7	5	0,0	0	.	.	.
Privathospitalet Sorana, Sorø	.	.	.	.	.	.	.
Privathospitalet Møn	4	4	0,0	0	.	.	40,0
Gråbrødreklinikken, Odense	40	6	50,0	3	3	100,0 (29,2-100,0)	90,9
Aleris privathospitaler Herning	.	.	.	.	.	.	.
Aleris Privathospitaler Århus	.	.	.	.	.	.	.
Aleris privathospitaler Aalborg	10	1	0,0	0	.	.	.
Ciconia, Århus Privathospital	10	.	.	.	.	.	.
Privathospitalet Skørping	1	.	.	.	.	.	.
Hele landet	4.239	3.076	73,0	2.246	1.900	84,6 (83,0-86,1)	79,8

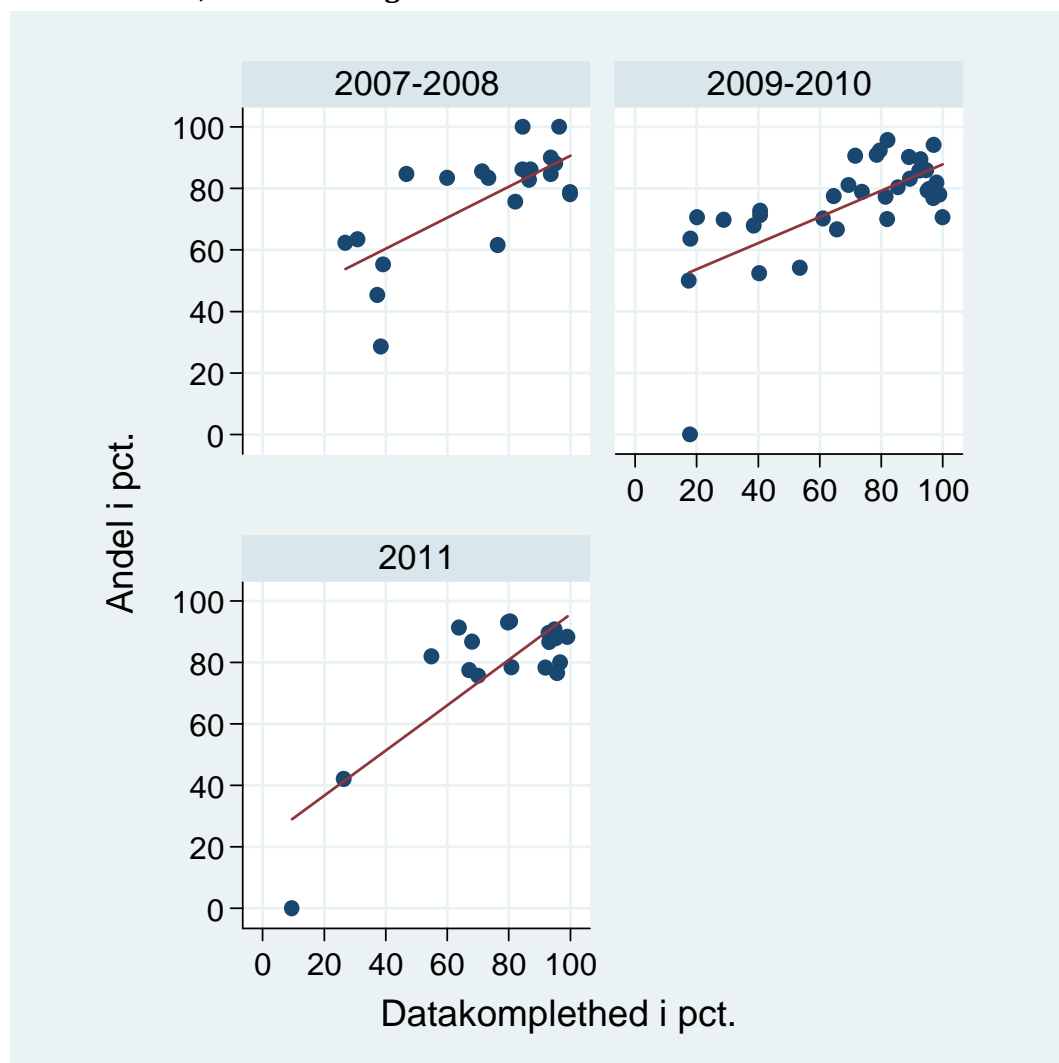
Figur 23. Indikator 7 fordelt på afdelinger, 2011



Figur 24. Indikator 7, hele landet, 2006-2011



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, 2009-2010 og 2011



Kommentarer til Indikator 7:

På landsplan har 84,6% ikke oplevet nedglidningssymptomer efter prolapsoperationen, hvorfor standarden på mindst 80% er opfyldt. Figur 24 viser overordnet få ændringer igennem DugaBases periode.

Blandt de 18 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 16 standarden (Hvidovre, Herlev, Hillerød, Roskilde, Nykøbing F, Odense, Sønderborg, Fredericia/Kolding, Horsens/Brædstrup, Herning, Silkeborg, Skejby Afd. Y, Viborg/Skive/Kjellerup, Thy/Mors, Aalborg, Vendsyssel), mens 2 ikke gør (Svendborg, Esbjerg). Blandt disse 18 afdelinger opfyldte alle, bortset fra Herlev, Roskilde og Esbjerg, standarden i 2010 (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, 2009-2010 og 2011 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. Tendensen er dog mest tydelig for årene 2007-2008 og 2009-2010, idet blot 2 afdelinger i høj grad påvirker tendenslinjens hældningskoefficient i 2011. Figur 25 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 84,6% 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.

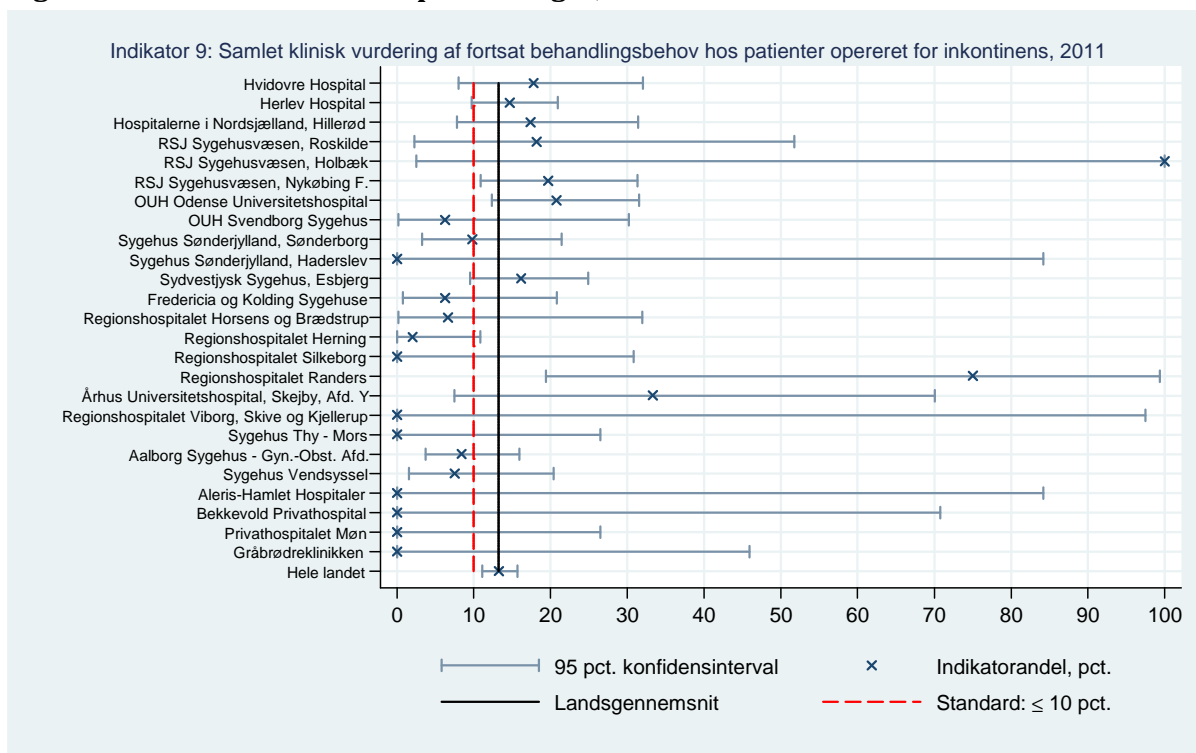
8.6. Indikator 9: Urininkontinens – Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for urininkontinens

Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for urininkontinens

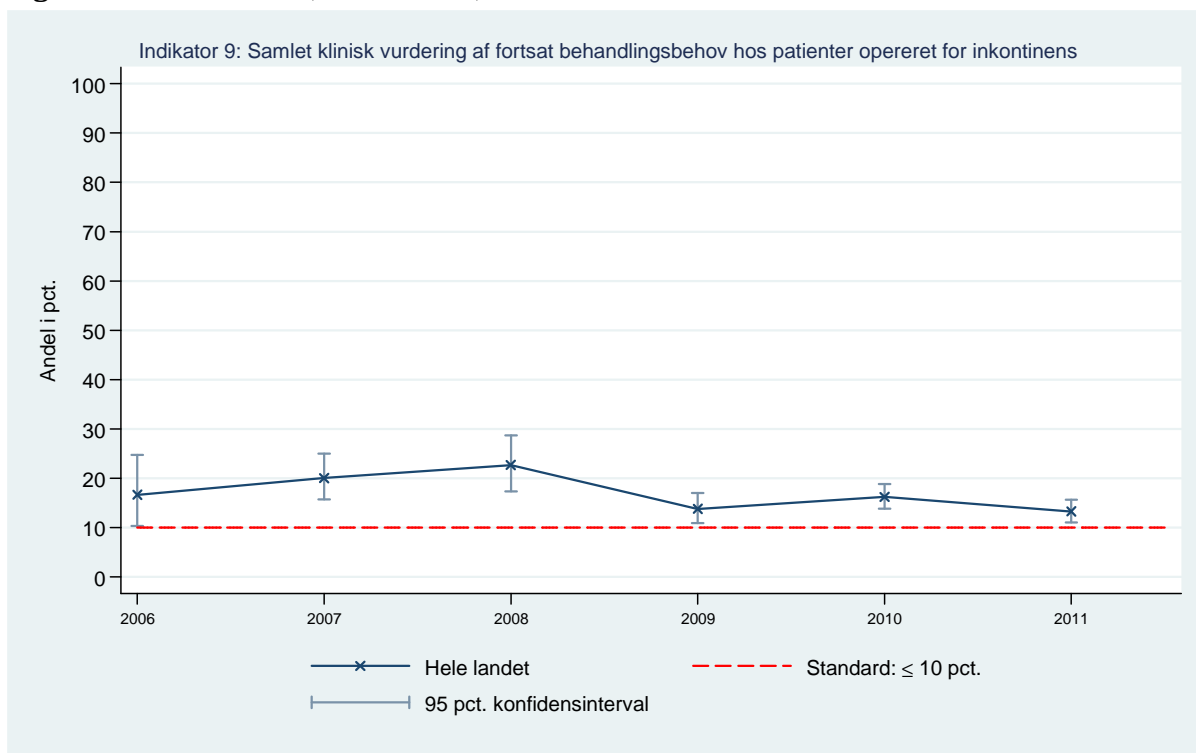
- **N:** Antal relevante operationer i perioden (urininkontinenskirurgi)
- **Datagrundlag:** Patientforløb med registrering af relevant operationskode (urininkontinenskirurgi), og hvor der er indleveret skema for lægens efterundersøgelse
- **Datakomplethed:** (Relevante patientforløb/Datagrundlag) \times 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%	Data- N grundlag	Data- komplethed	Relevante patient- forløb	Opfylder indikator	Andel i pct. (95 pct. K.I.)		
					2011	2010	
Hvidovre Hospital	88	53	84,9	45	8	17,8 (8,0-32,1)	12,2
Herlev Hospital	175	170	100,0	170	25	14,7 (9,7-20,9)	9,4
Hospitalerne i Nordsjælland, Hillerød	68	47	97,9	46	8	17,4 (7,8-31,4)	12,5
Bornholms Hospital	.	.	.	.	.	.	.
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	66	44	25,0	11	2	18,2 (2,3-51,8)	17,3
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	23	2	50,0	1	1	100,0 (2,5-100,0)	50,0
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	.	.	.	.	.	.	.
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	141	111	59,5	66	13	19,7 (10,9-31,3)	58,3
OUH Odense Universitetshospital	128	87	88,5	77	16	20,8 (12,4-31,5)	25,7
OUH Svendborg Sygehus	17	16	100,0	16	1	6,3 (0,2-30,2)	29,4
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	68	52	98,1	51	5	9,8 (3,3-21,4)	3,3
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	14	2	100,0	2	0	0,0 (0,0-84,2)	21,1
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	174	106	93,4	99	16	16,2 (9,5-24,9)	26,0
Fredericia og Kolding Sygehuse	39	32	100,0	32	2	6,3 (0,8-20,8)	7,6
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	17	15	100,0	15	1	6,7 (0,2-31,9)	0,0
Regionshospitalet Herning	66	50	98,0	49	0	2,0 (0,1-10,9)	13,8
Regionshospitalet Silkeborg	15	10	100,0	10	0	0,0 (0,0-30,8)	5,9
Regionshospitalet Randers	41	4	100,0	4	3	75,0 (19,4-99,4)	.
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K	4	.	.	.	.	.	0,0
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	78	13	69,2	9	3	33,3 (7,5-70,1)	54,5
Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup	79	3	33,3	1	0	0,0 (0,0-97,5)	.
Sygehus Thy - Mors	13	13	92,3	12	0	0,0 (0,0-26,5)	0,0
Aalborg Sygehus - Gyn.-Obst. Afd.	133	101	94,1	95	8	8,4 (3,7-15,9)	18,7
Sygehus Vendsyssel	52	43	93,0	40	3	7,5 (1,6-20,4)	5,5
Aleris-Hamlet Hospitaler	8	2	100,0	2	0	0,0 (0,0-84,2)	.
Bekkevold Privathospital	7	4	75,0	3	0	0,0 (0,0-70,8)	.
Privathospitalet Sorana, Sorø	.	.	.	.	.	.	.
Privathospitalet Møn	12	12	100,0	12	0	0,0 (0,0-26,5)	0,0
Gråbrødreklinikken, Odense	13	7	85,7	6	0	0,0 (0,0-45,9)	37,5
Aleris privathospitaler Herning	.	.	.	.	.	.	.
Aleris Privathospitaler Århus	.	.	.	.	.	.	.
Aleris privathospitaler Aalborg	.	.	.	.	.	.	.
Ciconia, Århus Privathospital	3	.	.	.	.	.	.
Privathospitalet Skørping	.	.	.	.	.	.	.
Hele landet	1.542	999	87,5	874	115	13,3 (11,1-15,7)	16,3

Figur 26. Indikator 9 fordelt på afdelinger, 2011



Figur 27. Indikator 9, hele landet, 2006-2011



Kommentarer til Indikator 9:

På landsplan er der et lille eller stort behandlingsbehov hos 13,3% af patienterne. Da konfidensintervallet ikke omfatter standarden på 10% er denne ikke opfyldt. Figur 27 viser små fluktuationer i hele DugaBases levetid.

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 15 standarden (Hvidovre, Herlev, Hillerød, Roskilde, Svendborg, Sønderborg, Esbjerg, Fredericia/Kolding, Herning, Silkeborg, Randers, Thy/Mors, Aalborg, Vendsyssel, Privathospitalet Møn), mens 2 ikke gør (Nykøbing F, Odense). I 2010 havde 2 afdelinger færre end 10 relevante patientforløb (Horsens/Brædstrup, Privathospitalet Møn), 5 afdelinger opfyldte ikke standarden (Nykøbing F, Odense, Svendborg, Esbjerg, 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.

Styregruppens kommentarer:

Det har fra flere sider – både internt i styregruppen og fra flere afdelinger – været fremført, at det ikke er entydigt defineret, hvad de forstås ved ”fortsat behandlingsbehov” hos patienter opereret for inkontinens. F.eks. kan en kvinde med blandingsinkontinens opereres for stressinkontinens, og ikke have yderligere behandlingsbehov for dette. Hvis man vurderer, at hun bør behandles medicinsk for urge-inkontinens, bør man da angive, at der ikke er yderligere behandlingsbehov i forhold til stressinkontinens (da DugaBase jo alene er baseret på operative behandlinger)? Eller bør man angive fortsat behandlingsbehov for inkontinens, selv om den videre behandling ikke er operativ og vurderes ikke at være relateret til den udførte operation? Styregruppen vil i 2012 forsøge at afklare denne type problemstillinger, enten i form af en klarere definition eller ved gennemgang af relevante eksempler, eller begge dele.

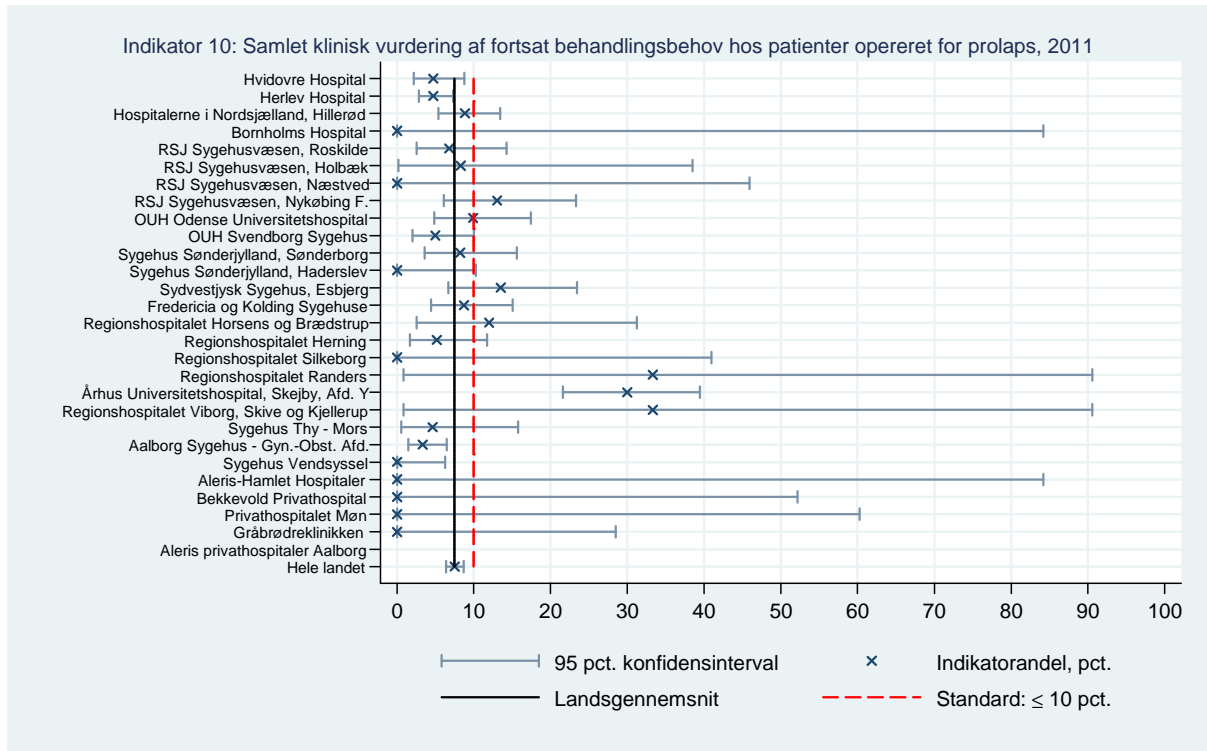
8.7. Indikator 10: Prolaps – Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps

Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps

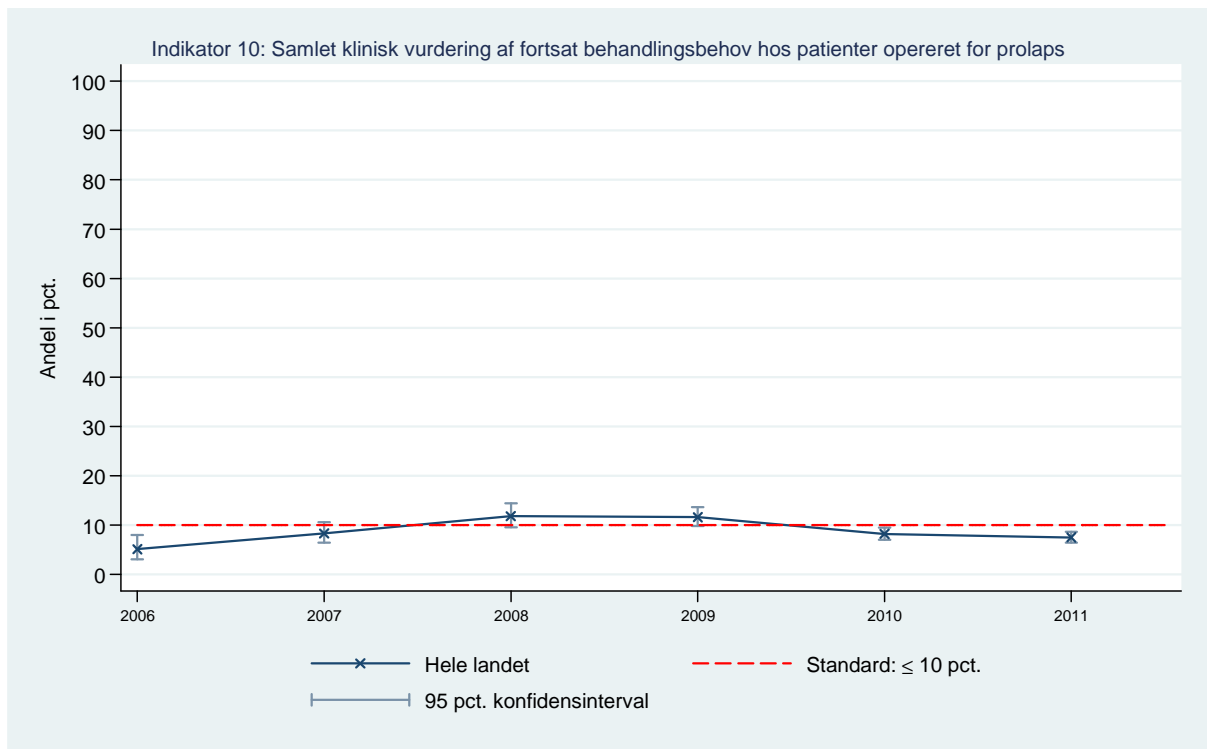
- **N:** Antal relevante operationer i perioden (prolaps-kirurgi)
- **Datagrundlag:** Patientforløb med registrering af relevant operationskode (prolapskirurgi), og hvor der er indleveret skema for lægens efterundersøgelse
- **Datakomplethed:** (Relevante patientforløb/Datagrundlag) \times 100
- **Relevante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

Standard: ≤ 10%	N	Data- grundlag	Data- komplethed	Relevante patient- forløb	Opfylder indikator	Andel i pct. (95 pct. K.I.)	
						2011	2010
Hvidovre Hospital	291	227	83,7	190	9	4,7 (2,2-8,8)	2,8
Herlev Hospital	409	402	99,8	401	19	4,7 (2,9-7,3)	3,8
Hospitalerne i Nordsjælland, Hillerød	283	222	96,8	215	19	8,8 (5,4-13,5)	10,4
Bornholms Hospital	8	6	33,3	2	0	0,0 (0,0-84,2)	.
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	296	186	47,3	88	6	6,8 (2,5-14,3)	2,4
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	104	15	80,0	12	1	8,3 (0,2-38,5)	2,9
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	42	6	100,0	6	0	0,0 (0,0-45,9)	.
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	171	112	61,6	69	9	13,0 (6,1-23,3)	11,1
OUH Odense Universitetshospital	234	116	87,1	101	10	9,9 (4,9-17,5)	8,5
OUH Svendborg Sygehus	209	140	100,0	140	7	5,0 (2,0-10,0)	17,4
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	135	105	92,4	97	8	8,2 (3,6-15,6)	0,0
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	70	41	82,9	34	0	0,0 (0,0-10,3)	3,3
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	168	83	89,2	74	10	13,5 (6,7-23,5)	14,0
Fredericia og Kolding Sygehuse	194	128	98,4	126	11	8,7 (4,4-15,1)	7,8
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	128	26	96,2	25	3	12,0 (2,5-31,2)	31,6
Regionshospitalet Herning	147	100	96,0	96	5	5,2 (1,7-11,7)	5,0
Regionshospitalet Silkeborg	51	7	100,0	7	0	0,0 (0,0-41,0)	7,7
Regionshospitalet Randers	148	3	100,0	3	1	33,3 (0,8-90,6)	100,0
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K	.	.	.	.	.	.	.
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	387	122	90,2	110	33	30,0 (21,6-39,5)	31,4
Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup	205	5	60,0	3	1	33,3 (0,8-90,6)	.
Sygehus Thy – Mors	45	43	100,0	43	2	4,7 (0,6-15,8)	5,8
Aalborg Sygehus - Gyn.-Obst. Afd.	291	267	89,5	239	7	3,3 (1,5-6,5)	6,0
Sygehus Vendsyssel	146	86	66,3	57	0	0,0 (0,0-6,3)	3,0
Aleris-Hamlet Hospitaler	5	2	100,0	2	0	0,0 (0,0-84,2)	.
Bekkevold Privathospital	7	6	83,3	5	0	0,0 (0,0-52,2)	.
Privathospitalet Sorana, Sorø	.	.	.	.	.	.	.
Privathospitalet Møn	4	4	100,0	4	0	0,0 (0,0-60,2)	0,0
Gråbrødreklinikken, Odense	40	11	100,0	11	0	0,0 (0,0-28,5)	3,2
Aleris privathospitaler Herning	.	.	.	.	.	.	.
Aleris Privathospitaler Århus	.	.	.	.	.	.	.
Aleris privathospitaler Aalborg	10	1	0,0	0	.	.	.
Ciconia, Århus Privathospital	10	.	.	.	.	.	.
Privathospitalet Skørping	1	.	.	.	.	.	.
Hele landet	4.239	2.472	87,4	2.160	162	7,5 (6,4-8,7)	8,2

Figur 28. Indikator 10 fordelt på afdelinger, 2011



Figur 29. Indikator 10, hele landet, 2006-2011



Kommentarer til Indikator 10:

På landsplan er der et lille eller stort behandlingsbehov hos 7,5% af patienterne, hvilket opfylder standarden på højst 10%. Figur 29 viser lille forskel mellem årene, og standarden har været opfyldt hvert år.

Blandt de 19 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 18 standarden (Hvidovre, Herlev, Hillerød, Roskilde, Holbæk, Nykøbing F, Odense, Svendborg, Sønderborg, Haderslev, Esbjerg, Fredericia/Kolding, Horsens/Brædstrup, Herning, Thy/Mors, Aalborg, Vendsyssel, Gråbrødreklinikken), mens 1 afdeling ikke gør (Skejby Afd. Y). I 2010 havde 1 af disse afdelinger under 10 relevante patientforløb (Nykøbing F), 2 opfyldte ikke standarden (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.

Styregruppens kommentarer:

Det har fra flere sider – både internt i styregruppen og fra flere afdelinger – været fremført, at det ikke er entydigt defineret, hvad de forstås ved ”fortsat behandlingsbehov” hos patienter opereret for prolaps, jfr. styregruppens kommentar til indikator 9. Styregruppen vil i 2012 forsøge at afklare denne type problemstillinger, enten i form af en klarere definition eller ved gennemgang af relevante eksempler, eller begge dele.

8.8. Indikatoroversigt

Tabel 14. Opfyldelse af indikatorstandarder, fordelt på afdelinger/sygehuse, 2011

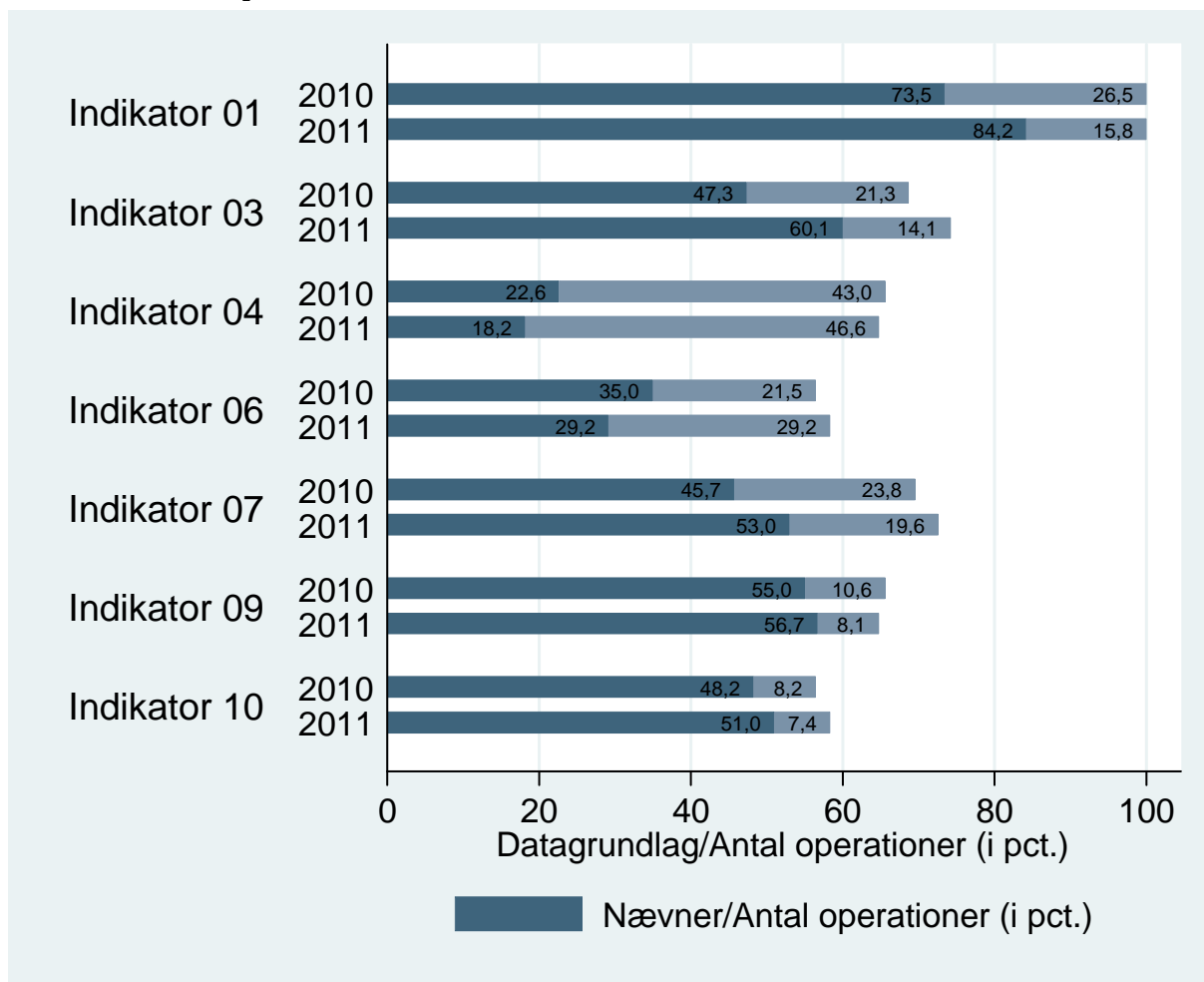
Afdeling/Sygehus	Indikator # (er standard for indikator opfyldt?) ^a						
	1	3	4	6	7	9	10
Hvidovre Hospital	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Herlev Hospital	Nej	Ja	-	Ja	Ja	Ja	Ja
Hospitalerne i Nordsjælland, Hillerød	Nej	Ja	-	Nej	Ja	Ja	Ja
Bornholms Hospital	-	-	-	-	-	-	-
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Nej	Ja	-	Ja	Ja	Ja	Ja
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	Nej	Ja	-	Ja	-	-	Ja
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	Ja	-	-	-	-	-	-
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja
OUH Odense Universitetshospital	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja
OUH Svendborg Sygehus	Nej	-	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	Nej	-	-	Ja	-	-	Ja
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Nej	Nej	-	Ja	Nej	Ja	Ja
Fredericia og Kolding Sygehuse	Nej	Ja	-	Nej	Ja	Ja	Ja
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Nej	-	-	Ja	Ja	Ja	Ja
Regionshospitalet Herning	Nej	Ja	-	Ja	Ja	Ja	Ja
Regionshospitalet Silkeborg	Nej	Ja	-	-	Ja	Ja	-
Regionshospitalet Randers	Nej	-	-	-	-	-	-
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K	-	-	-	-	-	-	-
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	Ja
Aalborg Sygehus - Gyn.-Obst. Afd.	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
Sygehus Vendsyssel	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Aleris-Hamlet Hospitaler	Ja	-	-	-	-	-	-
Bekkevold Privathospital	Nej	-	-	-	-	-	-
Privathospitalet Sorana, Sorø	-	-	-	-	-	-	-
Privathospitalet Møn	Nej	-	-	-	-	Ja	-
Gråbrødreklinikken, Odense	Ja	-	-	Ja	-	-	Ja
Aleris privathospitaler Herning	-	-	-	-	-	-	-
Aleris Privathospitaler Århus	-	-	-	-	-	-	-
Aleris privathospitaler Aalborg	-	-	-	-	-	-	-
Ciconia, Århus Privathospital	Ja	-	-	-	-	-	-
Privathospitalet Skørping	-	-	-	-	-	-	-
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 og 2011, per indikator



Kommentarer til Figur 30:

I figuren angiver x-aksens 100% alle relevante operationer i perioden (indikatortabellernes kolonne "N"). Hele søjlen (dvs. både den mørke og den lyse del) angiver indikatortabellernes kolonne "Datagrundlag" divideret med kolonnen "N". Den mørke del af søjlen angiver andelen af relevante operationer, som indgår i indikatorens nævner (indikatortabellernes kolonne "Relevante patientforløb" divideret med kolonnen "N"). Til sammenligning vises data både for 2010 og 2011.

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 i 2011 har 74,2% (60,1% + 14,1%) af de opererede udfyldt et efterkontrolskema, men kun 60,1% af de opererede (mørke del af søjlen, med angivelse af 60,1) har besvaret det for indikatoren relevante spørgsmål, hvilket betyder, at 14,1% af de opererede (lyse del af søjlen, med angivelse af 14,1) 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 2011. Dog finder de fleste efterkontroller sted indenfor 120 dage efter operationen (jf. Figur 2 og Figur 3), og data er frosset d. 10. april 2012 (dvs. 101 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 58,4% til 74,2%. 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.

I forhold til 2010 er der for indikatorerne 3, 4, 6, 7, 9 og 10 ikke store forskelle mht. andelen af patienter med et udfyldt efterkontrolskema. Andele af patienter, der har besvaret det for indikatoren relevante spørgsmål, er i forhold til 2010 markant større for indikator 1, 3 og 7, lidt større for indikator 9 og 10, og lidt mindre for indikator 4 og 6.

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 2011 ses en landsdækkende databasekomplethed på 90,8%. Dette er en lille forbedring i forhold til Årsrapport 2010, hvor databasekompletheden var 87,3%. Stort set alle offentlige sygehusafdelinger har over 90% databasekomplethed. Til gengæld registrerer de færreste privathospitaler i DugaBase, hvorved disse bidrager uforholdsvis meget til de resterende 9,2%. Privathospitalernes databasekomplethed på 37,4% udgør en lille forbedring i forhold til Årsrapport 2010 (22,4%), men der er stadig langt op til 90% databasekomplethed. Der resterer således stadig en udfordring i at få alle privathospitalerne til at registrere i DugaBase.

Vi kan ikke vide om privathospitalernes patienter er repræsentative for alle landets urininkontinens- og prolapspatienter. Privathospitalernes patienter 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.

9.2. Indikatorers datakomplethed

Datakompletheden er 28,0% for indikator 4, 50,0% for indikator 6, mens de øvrige indikatorer har en datakomplethed fra 73,0% til 87,5%. Indikatorerne 1, 3, 9 og 10 opfylder kravet om 80% datakomplethed.

Der er i forhold til Årsrapport 2010 sket en ”polarisering”, idet indikatorerne 4 og 6 havde højere datakomplethed (hhv. 35,7% og 61,8%) mens alle de øvrige indikatorer havde lavere datakomplethed (fra 65,3% til 85,4%). Den gennemsnitlige datakomplethed for de 7 indikatorer er 70,1%, hvilket er lidt højere end i Årsrapport 2010 (67,3%).

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 1110 relevante patientforløb for indikatorerne 3, 4 og 9 samt 3052 relevante patientforløb for indikatorerne 6, 7 og

10. Dette er i forhold til det aktuelle antal forløb 20% flere forløb for indikator 3, 296% flere for indikator 4, 147% flere for indikator 6, 36% flere for indikator 7, 27% flere for indikator 9 og 41% flere 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 32,0% ligger langt under standarden på mindst 90%. I forhold til 2010 er der signifikante forbedringer for indikator 1 (χ^2 -test, $p = 0,01$), indikator 3 (χ^2 -test, $p = 0,02$) og indikator 7 (χ^2 -test, $p = 0,001$), mens der ingen signifikante forskelle er mellem de 4 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, Årsrapport 2009 og Årsrapport 2010 sammenlignet med LPR data for alle urininkontinens- og prolapsoperationer, hvilket indikerer databasekompletheden. Danske studier har for LPR operationskoder vist en positiv prædiktiv værdi på 93,6-99,8% (Ugeskrift for Læger 2001, 163(41), 5662-64; Ugeskrift for Læger 2002, 164(39), 4539-45; Ugeskrift for Læger 2009, 171(6), 404-8) hvorfor de aktuelle LPR operationskoder sandsynligvis har en tilsvarende høj positiv prædiktiv værdi.

Resultaterne viser, at der især blandt afdelinger med lav datakomplethed fortsat bør arbejdes for at øge denne.

9.6. Formandskabets påtegning

Styregruppen for DugaBase har i 2011 målrettet arbejdet på at sikre, at databasekompletheden skulle nå det ønskede niveau på landsplan på minimum 90%. Styregruppen skrev bl.a. et åbent brev i Ugeskrift for Læger, hvor vi gjorde opmærksom på den betydelige forskel i databasekomplethed for offentlige sygehuse og private sygehuse/klinikker i 2010³: Databasekompletheden for offentlige sygehuse var således i 2010 på 93% for både inkontinens og prolaps sammenlignet med 23% for inkontinens og 22% for prolaps for private sygehuse/klinikker. Sundhedsstyrelsen svarede prompte, at man ud fra et samlet billede løbende vil tage stilling til fortsat varetagelse af specialfunktioner, og at en utilfredsstillende indberetning til godkendte kliniske databaser vil indgå i overvejelserne ⁴.

I 2011 har indsatsen båret frugt, idet databasekompletheden er steget for både de offentlige og de private aktører, som det fremgår af denne årsrapport.

Styregruppen ønsker også at sikre nem adgang til data mhp. forskning, der kan fremme kvalitetsudviklingen inden for urogynækologien. I et igangværende ph.d.-studie, der er delvis baseret på DugaBase-indberetningerne, er validiteten af de indberettede data vist at være særdeles god, både for administrative og kliniske data. Data benyttes også til at beskrive den subjektive patientoplevelse, som der netop nu er et stærkt ønske om at se nærmere på internationalt.

Kvaliteten vurderes aktuelt på baggrund af de syv udvalgte indikatorer, som dækker både læge- og patientrapporterede kvalitetsmål. I 2011 var standarden for tre af de syv indikatorer opfyldt. For tre var standarden tæt på at være opfyldt, og for én indikator (ventetid fra henvisning til 1. ambulante besøg) har standarden i hele perioden været langt fra at være opfyldt.

³ Kesmodel U, Mørup L, Hviid UR, Sander P, Bek KM, Hansen UD, Lose G. Private klinikker forsømmer at indberette. Ugeskr Læger 2011; 173: 2971

⁴ Brostrøm S, Vistisen L. Utilfredsstillende indberetning fra privathospitaler. Ugeskr Læger 2012;174(1):74.

Det er vigtigt, at standarden for subjektiv patientbedømmelse af succes er opfyldt for både inkontinens (70%) og prolaps (81%).

Styregruppen arbejder i øjeblikket på:

1. Revision af de registreringskemaer 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 registreringskemaer, som forventes implementeret i efteråret 2012 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. Opgraderingen forventes afsluttet i efteråret 2012.

DugaBase er således velfungerende og lever op til kravene om databasekomplethed. Fremadrettet vil der blive arbejdet med at forbedre datakompletheden.

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 23. maj 2012).